

**Simonik Péter: A csecsemőhalandóság elleni védelem megszervezése Magyarországon
Az Országos Stefánia Szövetség tevékenysége 1915-1940 között**

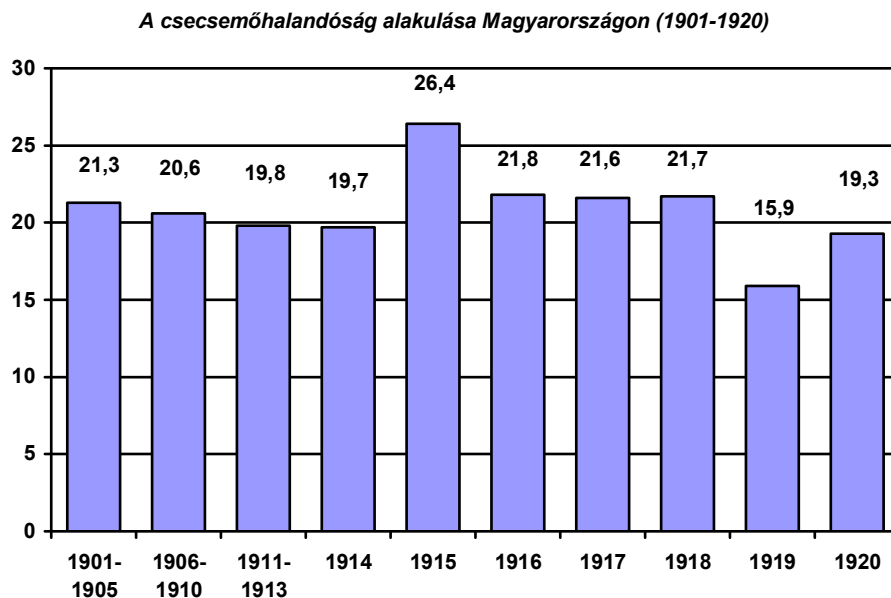
A XIX. század második felének pozitív irányú gazdasági, politikai és társadalmi változásai mellett felerősödni látszódtak olyan negatív tendenciák, amelyek a népesség kedvezőtlen egészségi állapotát, valamint a hazai közegészségügyi viszonyok fejletlenségét jelezték. A mindennapi élet számos területén tapasztalt fejlődés ellenére továbbra is gondot jelentett a magas csecsemőhalandóság (az 1 éven aluli gyermekek halálozása), a tuberkolózisban (TBC) megbetegedettek számarányának növekedése, valamint a nemi betegségek elterjedése.

A szociálpolitika hazai történetét feldolgozó munkákban, valamint a XX. század első felének közegészségügyi viszonyaival foglalkozó szakirodalomban a magas csecsemőhalandóság kérdéskörének vizsgálata során gyakran feltűnik az Országos Stefánia Szövetség neve, ám ezek többsége a szervezet alapítási évén, valamint a működésére vonatkozó néhány alapvető statisztikai adaton kívül jobbra mást nem is említenek. Ez alól talán kivételt képeznek azon források, amelyek a szervezet működését vagy a jog (Esztergár, 1939), vagy pedig a szociális munka (Pik, 2004) aspektusából vizsgálják, de ezek egyike sem törekszik tevékenységének komplexebb elemzésére.

A hazai anya- és csecsemővédelmi rendszer megszervezésének első időszakát feldolgozó tanulmányunkkal éppen ezt a hiányt szeretnénk pótolni.

A csecsemőhalandóság, mint társadalmi probléma

A XIX. század végére mind a természet-, mind pedig a társadalomtudomány erőteljes fejlődésnek indult és mindez kellő alapot szolgáltatott ahhoz, hogy a korszak nagy tekintélynek örvendő tudósai foglalkozni kezdjenek a népesedési szempontból is fontos csecsemőhalandóság kérdésével. Ezzel egy időben a magyar orvostudomány képviselői is megkezdtek a jelenség természetének vizsgálatát, majd ebbe a munkába hamarosan bekapcsolódtak a hazai társadalomtudomány legjelentősebb képviselői is. A kérdéskör kutatása során már a századfordulóra sikerült jelentős eredményeket felmutatniuk.



Forrás: Szél, 1930:292

Az XX. század első két évtizedének adatai a csecsemőhalandóság folyamatos javulását mutatták. A pozitív irányú folyamat csak két esztendőben tört meg: 1915-ben, valamint 1919-ben. A szokatlanul magas (26,4%), illetve a meglehetősen alacsony értékeket (15,9%) a

korszak egyik legtekintélyesebb egészségügyi statisztikusa, dr. Szél Tivadar az első világháborúval hozta összefüggésbe. Véleménye szerint a háborúk első esztendejében -a hadba vonulás miatt- mindig csökken, az utolsó évet követően pedig nő a születések száma, emiatt az 1 éven aluliak halandóságának értékei a következő évben mindig pozitív vagy negatív irányban változnak. (Szél, 1930: 293)

A magyar statisztikai adatok önmagukban azonban nem jelzik a probléma súlyosságát, mivel az árnyaltabb kép felvázolásához nélkülözhetetlen ezek összevetése a vizsgált időszak európai adatsoraival. Az évszázad első évtizedében, a kontinens nyugati felén a csecsemőhalandóság a magyarországinál lényegesen kedvezőbb képet mutatott. Ez alól csupán Németország, Ausztria, valamint Olaszország jelentett kivételt, ahol az 1 éven aluli csecsemők halálozása az európai átlag felett volt, de még így sem érte el a közép-kelet európai térség negatív értékeit. Az évtized végére az említett országok adatai (Ausztria kivételével) szignifikáns javulást mutatnak. A dél-keleti térség államai közül Románia az egyetlen, amelynek mutatója még a kedvezőtlen hazait is megelőzte, sőt 1920-ra a 22,2%-ot is elérte.

A csecsemőhalandóság alakulása néhány európai országban (1911-1920)

	1911-1913	1916-1918	1919	1920
Anglia	11,1	9,5	8,3	8
Olaszország	14,1	17,1	12,9	12,9
Franciaország	12,5	13,1	12,3	9,4
Belgium	13,9	12,9	10,3	11
Bulgária	15,9	14,9	10,9	n.a.
Románia	20,2	n.a.	19,3	22,2
Németország	16,4	15,2	14,5	13,1
Ausztria	19,3	19	15,6	16,7
Svédország	7,1	6,6	7	6,3
Magyarország	19,8	21,7	15,9	19,3

Forrás: Torday, 1926:189

Az országok közötti különbségeket többféleképpen magyarázták. Egyes szerzők csupán módszertani hibának tartották a számszaki eltéréseket (Darányi,1939 ; Petrilla,1936), mások viszont ezeket egyéb okokra (pl. a higiénés viszonyokra) vezették vissza. A kedvezőbb értékeket statisztikai hibának tekintők szerint az eltérések mögött az húzódott meg, hogy az európai kontinens országaiban másként értelmezték a csecsemőhalandóság, illetve a halvaszületés fogalmát. Ha a csecsemő 3 napos kora előtt halt meg, akkor pl. Franciaországban, Svájcban és Hollandiában a gyermeket halvaszületettnek tekintették. (Darányi,1939:132) Más országokban pedig még a néhány hetes csecsemő halálát is ebbe a kategóriába sorolták. (Petrilla,1936:38) Ez a metodikainak tűnő kérdés akkor válik igazán fontossá, ha megnézzük, hogy a csecsemők többsége mely szakaszban veszíti el életét. A születési ártalmak (vagy éppen életképtelenségük) miatt legtöbbször a születést követő első napokban halnak meg, de a 9-10. naptól egészen az 1. hónap végéig terjedő időszakban is magas a halálozások aránya. (Fáy,1926:40) Ennek ismeretében nem meglepő, hogy a szerzők egy része nem értékeli európai szinten kirívóan magasnak a hazai csecsemőhalandóságot, de abban mindannyian egyetértenek, hogy ezek az értékek az „elfogadható szinthez” képest különösen magasak és szükség van ezek csökkentésére. /Az „elfogadhatóság” mértékét egyes szerzők a 4% körüli értékben határozták meg./ (Orosz,1941:719)

A kedvezőtlen statisztikai adatok javításának szükségességét mindenki elfogadta, de a lehetséges megoldási módok tekintetében eltérő vélemények alakultak ki. A megfelelő beavatkozási módszer kidolgozásához azonban szükség volt a csecsemők halálát okozó egészségi problémák feltárására, valamint az ezek kialakulása mögött meghúzódó gazdasági, szociális, valamint kulturális tényezők feltérképezésére is.

A haláloki adatsorokból jól látszik, hogy a csecsemőhalált okozó betegségek köre és sorrendje 15 év alatt alig változott. Az 1920-as években a fejlődési hiányosságok vezették a rangsort (40% körüli értékkel), majd ezeket követték az emésztő- és a légzőszervi megbetegedések. Az évtized végén meginduló változások azonban átalakították a haláloki statisztikát. Az 1931-1935-ös esztendőkre az emésztőszervi- (37,34%), valamint a légzőszervi betegségek (19,55%) növekvő aránya miatt a korábbi vezető halálok a 2. helyre szorult. Ezen adatok azt jelzik, hogy a megbetegedések kialakulását befolyásoló tényezők egy részénél kedvező irányú változás következett be.

A csecsemőkori halálokok megoszlása Magyarországon (1920-1935)

	1920-1922	1923-1925	1926-1927	1931-1935
Fejlődési hiányok és betegségek	42	40,9	37,9	24,46
Emésztőszervi zavarok	20,2	20,9	21,6	37,34
Légzőszervi betegségek	13,1	13,9	16,3	19,5
Idegrendszer betegségei	12	11,7	11,1	8,4
Járványos, fertőző betegségek	6,9	6,4	6,3	6,08
Egyéb	5,8	6,2	6,8	4,22
Összesen:	100	100	100	100

Forrás: Szél, 1930:297-298; Darányi, 1939:133

Már a XIX. század végén megkezdődtek azok a kutatások, amelyek célul tűzték ki a csecsemőhalandóságra kedvezőtlen hatást gyakorló tényezők feltárását. Ebben az időszakban általános vélemény volt, hogy elsősorban az elmaradottabb falvakban élő családok gyermekei vannak veszélyben. Nagyon hamar kiderült, hogy a városok peremvidékén élő munkáscsaládok egészségi állapota semmivel nem jobb, mint a kistelepülésen élő társaiké. (Ferge, 1986:136) Az 1870-es, illetve az 1890-es évek első felében felvett adatok azt bizonyítják, hogy még a legjelentősebb és iparilag legfejlettebb angol nagyvárosokban is súlyos problémát jelentett az 1 éven aluliak halálózása. Míg Glasgowban 15,25% volt a csecsemőhalandóság mértéke, addig Manchesterben a 17,4%-os, Nottinghamban a 19,1%-os, Liverpoolban pedig a 20,5%-os arányt is elérte. (Turcsányi-Engel, 1903:10) A helyzet még ennél is rosszabb volt a legfejlettebb magyar városban Budapesten, ahol ez az arány 1874-ben a 34%-ot is meghaladta. A fővárosi adatok azonban a századfordulóra jelentős mértékben javultak (17,4%) és csaknem megközelítették a Stockholmban felvetteket (16,9%). (Bakács, 1948:68)

A települési hátrányok vizsgálata azonban nem merülhet ki a fővárosok elemzésében, hanem célszerű megnézni, hogy az országon belül milyen területi, valamint településformák szerinti különbségek mutatkoznak. Mivel a legteljesebb adatsor az 1930-as évekből áll a rendelkezésünkre, ezért ezekkel jellemezzük a korabeli magyar viszonyokat. Magyarországon ebben az időszakban az északi (17,8%), valamint az alföldi területek (17,6%) voltak a legkedvezőtlenebb helyzetben és mögöttük nem sokkal a dunántúli területeket találjuk (15,8%). Miután egy-egy országrész sem volt a csecsemőhalandóság szempontjából egységes, ezért érdemes azt is megvizsgálnunk, hogy mely térségek vannak kedvezőbb, illetve kedvezőtlenebb helyzetben. Magas értékeket találunk a Tisza bal partján, különösen a Tiszántúl északi részén, valamint a Dunántúl déli részén. (Petrilla: 1936:39) A vármegyék közül Heves és Szabolcs vármegyékben volt különösen rossz a helyzet, Zala, Vas, Hont és Abaúj vármegyék pedig kedvező adataikkal tűntek ki. (Fáy, 1926:42)

A településhierarchián felfelé haladva azt tapasztaljuk, hogy egyre jobban javultak a csecsemőhalandóság mutatói. Amíg a községi adatok alig haladták meg a megyei városokét, addig a fővárosban lényegesen kedvezőbb helyzet alakult ki. Az 1930-as évek legvégén némi rosszabbodás figyelhető meg, amely részben összefügg az elcsatolt, a csecsemőhalandóság szempontjából kedvezőtlenebb helyzetben lévő, területek visszatérésével.

A csecsemőhalandóság alakulása településformánként Magyarországon (1936-1940)

Településforma	1936	1937	1938	1939	1940
Községek	14,6	14	13,9	12,9	13,5
Megyei városok	13,1	11,5	12,4	11	12,5
Törvényhatósági jogú városok	11,5	12	10,6	10,5	11,1
→ebből Budapest	10,2	11,2	8,6	9	9,7

Forrás: Faragó, 1944:20

Annak ellenére, hogy az előző táblázat adatai meglehetősen árnyalt képet adnak a hazai viszonyokról mégis azt feltételezhetjük, hogy község és község, valamint város és város között is jelentős különbségek voltak. Az 1928-1932 közötti időszak adatai azt mutatják, hogy az ország 3406 községéből 528-ban, valamint a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő hevesi és szatmári községek 33 illetve 30,7%-ában a csecsemőhalandóság aránya meghaladta a 22%-ot. Az ózdi járás 3 településén (Bolykon, Sajóvárkonyban és Hódoscsépányon) pedig még a 30%-ot is elérte, sőt az utóbbi községben a 40%-ot is meghaladta. (Petrilla, 1936:40 ill. 47) Nem volt jobb a helyzet az alföldi térségben sem, ahol a tanyákon született csecsemők 35-40%-a 1 éves kora előtt hunyt el. (Révész, 1936:57) A meggyőző statisztikák ellenére a korszak egyik legjelentősebb közegészségügyi szakembere, Johan Béla arra is felhívta a figyelmet, hogy ezeket az adatokat kritikusan kell szemlélnünk, hiszen az anyakönyvi bejegyzés nem feltétlenül azon a településen történt, ahol a gyermek lakott, hanem ahol meghalt. (Johan, 1939:29)

A csecsemőhalandóság mértékét a településtípus, valamint az országrész mellett a lakókörnyezet jellege is befolyásolta. Már a XX. század első éveiben (1903-1905) végzett német kutatások is megállapították, hogy a Berlin vagyonosabb kerületeiben élő, 1 éven aluli gyermekek halandósága lényegesen alacsonyabb (15,9%), mint a fővárosi átlag (20,1%). (Darányi, 1939:139) Ezt erősítették meg azok a budapesti adatok is, amelyeket az 1920-as évek közepén Földes Béla elemzett. Vizsgálata szerint a magyar főváros gazdagabb kerületeiben élő csecsemők körében alacsonyabb (11,4%) volt a halandóság, mint a szegényebb részeken, ahol az adatok ennek éppen kétszeresét (22,8%) mutatták. (Szél, 1930:306)

A tágabb lakókörnyezet mellett természetesen a lakás minősége is kihat az ott élők egészségi állapotára. Az Amerikai Egyesült Államokban a lakás komfortfokozata, Angliában pedig a szobák száma és a csecsemők halálozási aránya közötti kapcsolatot vizsgálták. A vezetékes vízzel és a fürdőszobával rendelkező, valamint a többszobás lakásokban élő gyermekek körében ritkábban alakultak ki az életüket veszélyeztető betegségek. A külső környezeti tényezők közül az időjárás szerepét is ki kell emelnünk, mivel a halálos betegségek egy része szorosan kapcsolódik valamelyik évszakhhoz. A nyári hónapokban inkább az emésztőszervi megbetegedések dominálnak, a tél végén pedig a légzőszervek gyulladásai jellemzőbbek. Részben a szezonalitással függ össze az is, hogy ősszel és télen viszonylag kisebb arányban haltak meg az 1 éven aluliak. (Darányi, 1939:135 ill. 139-140)

A csecsemők mikrokörnyezetének (család) sajátosságai is hatással vannak a gyermekek életésélyére. A család anyagi és kulturális helyzete, az anya életkora, a gyermekek száma és különösen a köztük lévő különbség bír meghatározó erővel. Ez utóbbi abból a szempontból okozhat problémát, ha túl hamar születnek meg a testvérek, mivel ilyenkor az anya a szükségeshez képest korábban abbahagyja az idősebb testvér szoptatását, mely esetükben könnyen táplálkozási zavarokat okozhat. A szülők nemzetisége és vallása, valamint az 1 éven aluli gyermekek halálozása között is kimutatható volt a kapcsolat. Amíg egy 1920-as évek közepéről származó adatsor szerint a görög-keleti vallást gyakorlók körében a legmagasabb (21,3%) a csecsemőhalandóság, addig az izraelita csecsemőknél ez „csupán” a 12,5%-ot érte el. Amíg a magyarországi nemzetiségek közül a szerb kisebbséghez tartozók

voltak a legkedvezőtlenebb helyzetben (22,5%), addig a szlovákok mutatói bizonyultak a legjobbnak (18,9%). (Fáy,1926:41-43)

A *szülők, valamint a testvérek egészségi állapota* is jelentős mértékben meghatározta az 1 éven aluli gyermekek életesélyeit. A korszak egyik legveszélyesebbnek tartott betegsége, a *TBC* mind a falusi, mind pedig a városi munkáscsaládok tagjai körében igen elterjedt volt. Azokban a családokban, ahol ilyen problémával rendelkező személyek éltek az újszülött gyermekek sem voltak biztonságban. A fertőződés kockázata az 1-6 hónap közötti korosztályba tartozó csecsemők körében olyan magas volt, hogy ezen gyermekek 80%-a 2 éves kora előtt meghalt. A betegség kialakulásának esélye attól is függött, hogy a szülők vagy a testvérek voltak-e betegek. Amíg a gümőkóros apák gyermekeinek 75,4%-a, addig a beteg anyák csecsemőinek 60,8%-a fertőződött meg. Még kedvezőtlenebb helyzet alakult ki akkor, ha valamelyik testvér volt tüdővésztes, mivel ebben az esetben az 1 éven aluliak mindegyike (100%) megkapta ezt a betegséget. (Parassin,1926:120-121)

A *szülők, főként az anyák munkaerőpiaci helyzete* is befolyással volt a csecsemőhalandóság mértékére. A legnagyobb veszélynek azon gyermekek voltak kitéve, akiknek szülei gazdaságilag nem önálló munkásként (pl. summásként) vagy városi cselédként ill. ipari munkásként dolgoztak. (Rusznay,1935:75) Az iparban és a mezőgazdaságban foglalkoztatott munkavállalók körében a hazai és a külföldi kutatások eltérő eredményeket mutattak ki. Amíg az ipari munkások gyermekeinek 16%-a halt meg 1 éves kora előtt, addig a mezőgazdaságban dolgozók 21%-át sújtotta ez a probléma. (Vadnay,1918:175) Holland vizsgálatok arra is felhívták a figyelmet, hogy azokban a mezőgazdasági jellegű térségekben, ahol a női foglalkoztatottság mértéke alacsony fokú volt (pl. az állattenyésztéssel foglalkozó vidékeken), ott nem jelentett olyan súlyos problémát a csecsemőhalandóság. (Heller,1947:249) A gazdasági szektor milyensége mellett azonban az is meghatározó, hogy az anyák gyermekük születését követően milyen hamar álltak munkába. Azok az anyák, akik a szülést követő 1 hónapon belül újból dolgozni kezdtek jobban veszélyeztették gyermekük egészségét, mint azok, akik megvárták az 1 hónap leteltét. (Darányi,1930:140)

A háztartásban élők egészségi állapota, a lakás minősége, valamint a foglalkozás jellege szoros kapcsolatban áll az adott *háztartás jövedelmi és vagyoni helyzetével*. A korszak jeles tudósa, Bertillon szerint „még mielőtt az ember érdeme vagy vétké által megjelölte volna helyét a világban, már sújtják őt a társadalmi egyenlőtlenségek. És mily különbségeket árulnak el az adatok az élet első éveinek örömeiben és bánataiban, valamint a halál tekintetében.” (Szél,1930:306) Ez a gondolat jól jelzi a jövedelmi helyzet és a csecsemőhalandóság közötti összefüggés létét és mindezeket csak megerősítik az 1905-1906-os esztendő német statisztikai adatai is. Amíg a német társadalmi elithez tartozó családokban 7%, a középosztálynál pedig 13% volt az 1 éven aluliak halandósága, addig a társadalom peremén élők körében a 18%-ot is elérte. Ennél még kedvezőtlenebb értékeket találunk az angol főúri (10%), a középosztálybeli (21%), valamint a munkásosztálybeli (32%) családoknál. (Darányi,1930:139) Budapesten, az 5 éves korig elhunyt gyermekek közül, 1 éves kora előtt meghalt a gazdag családok esetében a gyermekek 48,3%-a, a szegények utódainak pedig 63,5%-a. (Földes,1905:65) Mindezek az adatok jól jelzik a háztartások anyagi helyzetének befolyásoló erejét, de az eltérő (és a kutatások többségéből ki sem derülő) mérési módszerek miatt (ti. ki a „gazdag” és ki a „szegény” - S.P.) az országok közötti eltérések mélyebb vizsgálatára már nem vállalkozhatunk.

Az 1 éven aluliak halandóságának csökkentéséhez nélkülözhetetlen volt a *szülők kulturális helyzetének* felmérése, mivel csak ennek ismeretében lehetett prevenciós programokat kidolgozni. Az I. világháborút megelőző időszakban a műveltség korántsem jelentett előnyt, ugyanis éppen ez a csoport volt az, amelynek gyermekei körében a csecsemőhalandóság magasabb értékeket mutatott. Ez szoros összefüggésben állt azzal, hogy

gyermekük táplálásakor inkább a mesterséges anyagokat részesítették előnyben, a természetesebbnek és egészségesebbnek tartott anyatejjel szemben. Az alacsonyabb műveltséggel rendelkezők egy része viszont inkább a csecsemők szoptatását preferálta és emiatt körükben kisebb volt a halandóság. A városokban élő, magasabb kulturális színvonalon álló szülők viszont szívesebben hallgatták meg az egészségügyi személyzet tanácsait, ezért körükben a prevenció is eredményesebb volt. (Szél,1930:292)

A falusi társadalom tagjai a kívülről érkező segítséget azért sem fogadták szívesen, mert vidéken még erősen éltek a *régi szokások, babonák*. Ezek egy része pedig kifejezetten a higiénés viszonyok javítása ellen volt. Általános felfogás volt, hogy a csecsemők fejlődését 1 éves korukig nem szabad megzavarni. Például Sümegen sokáig élt az a szokás, hogy az 1 éven aluli gyermek körmét nem vágták le, mert úgy vélték, hogy ha ezt megteszik, a gyermek meg fog némulni. Ha mégis zavaró lenne a köröm hossza, akkor a szomszédasszonynak kellett lerágnia. Más településen pedig a testsúly lemerését tiltották, mert attól tartottak, hogy emiatt a gyermek súlya nem gyarapodik és „visszamaradott” lesz. (Révész,1936:59-61) Nem véletlen, hogy amelyik településen ezek a hagyományok fennmaradtak, ott a csecsemőhalandóság is magasabb volt.

Már a XIX-XX. század fordulóján felfigyeltek arra a részben kulturális gyökerű összefüggésre, amely a gyermek táplálásának módja (azaz a szoptatás), valamint az anyagyermek kapcsolat minősége között van. Egyes szerzők szerint a szoptatás az anyai gondoskodás része, így a gyermekét anyatejjel tápláló anya az élet más területén is gondoskodóbb lesz. (Darányi,1930:137) Az 1875-ben felvett budapesti adatok szerint az elhunyt gyermekek alig 1/10-ét táplálták anyatejjel, a többiek viszont mesterséges tápanyagot kaptak. (Szél,1930:306-307) A csecsemőknek adott tej minősége és az 1 éven aluliak halandósága közötti összefüggést német orvosok is megerősítették.

*A csecsemőhalandóság és a táplálkozási szokások közötti összefüggés
a XIX. század végi Berlinben*

A táplálás módja	Elhunyt (%)
1000 anyatejjel táplált	7,6
1000 dadatajjel táplált	7,4
1000 állattejjel és anyatejjel táplált	23,6
1000 állattejjel táplált	45,6
1000 állattejjel és tejpótlékkal táplált	74,8

Forrás: Darányi,1939:136

Mind az orvos-, mind pedig a társadalomtudomány képviselőit foglalkoztatta az a kérdés, hogy milyen beavatkozással lehetne ezt a súlyos problémát kezelni. A két tudományterület közös útkeresése pedig teljesen indokolt volt, hiszen az 1 éven aluli gyermekek halálozása mögött meghúzódó tényezők részben szociális, részben pedig egészségügyi okokra voltak visszavezethetők.

A csecsemőhalandóság elleni védelem megszervezése

A kor szakemberei már a XIX. század végén elkezdtek foglalkozni a csecsemőhalandóság elleni küzdelem lehetséges módjaival. A megfelelő kezelési technika kiválasztásának és bevezetésének feladata, így az éppen csak kialakulóban lévő szociális- és az egészségügyi ellátórendszerekre hárult. A két szakterület képviselőinek elsőként azt kellett meghatározniuk, hogy ki(k) is tartoznak a védelmi munka célcsoportjához. Nagyon hamarosan eldőlt, hogy az eredményes munkához az szükséges, hogy mind az anyákkal, mind pedig csecsemőik egészségi és szociális problémáival egyszerre foglalkozzanak. Ez a felismerés jelentős

mértékben hozzájárult ahhoz, hogy az európai országok többségében megindult az egészségügyi és a szociális anya- és gyermekvédelmi rendszer kiépülésének folyamata.

Az *egészségügyi anyavédelem* feladatai közé sorolták a nők szexuális önrendelkezésének, a terhesség zavartalan lefolyásának biztosítását, valamint a terhesség ideje alatt esetlegesen bekövetkező veszélyek elhárítását. Az anyavédelemhez tartozónak tekintették azt is, hogy az érintetteket széleskörű propagandamunkával tájékoztassák a korai nemi élet, az abortusz és a nemi betegségek okozta károkról, valamint az anyatejjel történő táplálás előnyeiről. A *szociális anyavédelem* pedig mindehhez megadta azt a jogi keretet, amely az anyák számára munkahelyeiken biztosította a szoptatás lehetőségét, a munkásbiztosító pénztárak tagjai számára a gyermekágyi- és a szülési előtti segély folyósítását, valamint felkarolta a törvénytelen gyermekek ügyét. (Torday, 1926:247-251)

A gyermekeket felkaroló *egészségügyi gyermekvédelem* egyik legfontosabb célja az volt, hogy az érintettek figyelmét felhívja az anyatejjel való szoptatás jelentőségére, amellyel csecsemők százainak élete menthető meg. (Torday, 1926:195) Mivel a csecsemők védelmét a legtöbb esetben saját mikrokörnyezetükben kellett megvalósítani, ezért e terület számára további megoldandó feladatot jelent az ott felfedezett TBC-s betegek gondozása is. (Parassin, 1926:133) A *gyermekvédelem szociális ágának* feladata pedig az volt, hogy csökkentse mindazon káros hatások következményeit, amelyek az anyagi erőforrások nélkül élő anyák számára egyébként leküzdhetetlenek lennének. A védelmi munkának ez esetben arra kellene irányulnia, hogy a csecsemőjét szoptatni szándékozó anya kieső keresetét pénzbeli vagy egyéb segéllyel valahogy kompenzálják. (Torday, 1926:195)

Mindezek jól mutatják, hogy szakmailag felkészült személyek és jól működő intézményrendszer nélkül a kívánt eredmények elérése elképzelhetetlen. A védelmi munka megszervezéséhez pedig szemléletváltásra volt szükség, mind az orvostársadalomban, mind pedig a szociálpolitikában.

Ezen a téren az első lépéseket Franciaország tette meg, ahol az 1890-es években Budin professzor irányításával kezdődött meg a csecsemővédelmi rendszer kiépülése. Az általa képviselt, újfajta szemlélet szerint a szülésnél segédkező orvos akkor sem szakítja meg az összeköttetést az anyával és csecsemőjével, amikor azok már elhagyták a klinikát, hanem heti rendszerességgel lehetőséget biztosít számukra, hogy a csecsemőgondozással kapcsolatos kérdéseikkel felkereshessék. (A társadalmi filantrópia, 1929:285) Franciaországgal egy időben Németország, majd a többi európai ország is lépéseket tesz saját csecsemővédelmi rendszerének kiépítésére. Szinte mindenhol a helyi társadalmi erők bevonásával és a helyhatóság, valamint az állam vezetésével indult meg a munka. (Torday, 1926:245)

Magyarországon elsőként Szalárdy Mór, orvos hívta fel a figyelmet a csecsemőhalandóság problémájára. Véleménye szerint súlyos népesedési gondokat fog okozni, ha nem találnak időben gyógyírt az 1 éven aluli gyermekek halandóságára, mivel ha a hazai tendencia folytatódik, akkor az ország népessége csak 423 év alatt kétszereződik meg. Ez viszont lényegesen hosszabb időt jelent, mint amit más európai országokban pl. Angliában (72 év) vagy éppen Franciaországban (236 év) prognosztizáltak. (Györi, 1929:288)

A magyar anyavédelmi rendszer kiépülésének előmunkálatai már 1881-ben megkezdődtek. Treffort Ágoston közoktatásügyi miniszter nemzetvédelmi szempontból tartotta fontosnak a védelmi munka megindítását. Súlyos problémaként tekintett arra, hogy az ország csupán 12380 községében honosodott meg a bábáság intézménye és 9117 községben egyáltalán nem volt lehetőség a baba szolgálatának igénybevételére. A helyzet súlyosságát tovább fokozta, hogy csak 3755 baba rendelkezett a megfelelő színvonalú munka elvégzéséhez szükséges képesítéssel. Ha egy kicsit más aspektusból szemlélve is, de ezt a problémát jelezte a Budapesti Királyi Orvosegyesület egyik bizottsága is, amely 1883-ban készült jelentésében arról tesz említést, hogy évente több mint 5000 anya halt meg gyermekágyi lázban. Széll Kálmán belügyministersége alatt, 1898-ban kezdték meg a

Treffort által problematikusnak tartott bábarendszer fejlesztését. Számbeli gyarapodásukat munkabérük növelésével, képzettségi szintjük emelését pedig a bábaképzés díjának átvállalásával látták biztosítottak. A tandíjak fedezése elsősorban községi feladat volt, de az állam szükség esetén (pl. szegényebb község esetén) át is vállalhatta. Ez a fejlesztő tevékenység 1900 és 1910 között meg is hozta a várt eredményt, mivel ebben az időszakban a képzett bába nélküli települések száma jelentősen csökkent (8150-ről 2654-re). A továbbiakban a 800 főnél kisebb települések ellátása lett a legfontosabb feladat. (Tauffer,1915:171-175)

Az állam ilyesfajta szerepvállalásáról a kor szakértői többféleképpen vélekedtek. Berend Miklós gyermekorvos úgy vélte, hogy a csecsemők halandósága egyrészt a munkaerő-állomány jövőbeni csökkenését, másrészt az anyák munkaerejének kihasználatlanságát eredményezheti. Az 1913. évi adatokból azt a következtetést vonta le, hogy az 1 éven aluli csecsemők halálozása a nemzetgazdaságot éves szinten 20.000.000 koronás veszteséggel terheli meg. (Vadnay,1918:173-174) Mások szerint viszont „a(z) államilag szervezett - S.P.) védelem nem kegy, hanem a nemzet, az állam kötelessége, a védelem a gyermek számára nem ajándék, hanem jog.” Ezt a védelmet mindaddig élveznie kell, amíg keresőképpé nem válik. (Orosz, 1941:706-707)

Az első világháború idején jelentős mértékben megnövekvő csecsemőhalandóság szükségessé tette, hogy a helyi társadalmi erők Magyarországon is bekapcsolódjanak az anya- és csecsemővédelmi munka megszervezésébe. Az első lépéseket Fóton, gr. Károlyi Lászlóné tette meg, aki községi segítő- és népjóléti bizottságot alakítva megkezdte a háborús népgondozás mellett az anyamentő és csecsemővédelmi munkát is. (Heller,1923:159) A társadalmi erők bevonásának szükségességét a korszak politikusai is felismerték. Vass József későbbi népjóléti miniszter úgy látta, hogy az állam önmagában képtelen ezen probléma megoldására. „Valóságos tragikum az, hogy az állam nem képes megvalósítani azokat a gondolatokat, amelyeket a legjobban szeretne és az egyén nem képes megkapni tőle azt, amire nagy szüksége van. Kell, hogy a társadalom öntudatára emelkedjék saját kötelességének. A közjó kiművelése az állam feladata, -hangoztatják- de a nagy mágiszter, az élet megtanít arra, hogy ez másképpen van, hogy egyoldalú az állam munkája, ha a társadalom, mint fontos faktor, nem vesz részt benne.” (Gyóry,1929:293)

Vass megállapításai egyúttal arra is rávilágítanak, hogy egy olyan komplex probléma kezelése, mint amilyen a csecsemőhalandóságé volt, elképzelhetetlennek tűnik a helyi erőforrásokat feltáró és megmozgató lokális közösségek aktív részvétele nélkül. Ezt a feladatot Magyarországon az Országos Stefánia Szövetség vállalta fel.

Az Országos Stefánia Szövetség megalakulása és fejlődésének főbb szakaszai

Az Országos Stefánia Szövetség 1915. június 13-án Budapesten, herceg Lónyay Elemérné, (Stefánia, belga királyi hercegnő) fővédnöksége és gróf Apponyi Albert vezetése alatt kezdte meg működését. A szervezet ügyvezető alelnökének pedig Bárczy Istvánt, a székesfőváros polgármesterét választották. (Pik,2004:199 ; Bókay,1915:13)

A Szövetség alapszabályában rögzített feladatait 5 szakosztályban (szociálpolitikai, orvosi, jogi, közigazgatási és propaganda) látta el. Az szociálpolitikai szakosztályt gr. Teleki Sándorné és br. Szerényi József, az orvosit pedig dr. Tauffer Vilmos, valamint dr. Bókay János egyetemi tanárok irányították. (A székesfőváros...,1929:320)

A szervezet deklarált céljai és alapelvei jól jelzik vállalt feladataik sokrétűségét. Elsődleges célja az anyák és magzataik egészségvédelmének biztosítása volt, amelyhez nélkülözhetetlennek tartották a csecsemőgondozással kapcsolatos babonák kiirtását, valamint a megfelelő gondozási ismertetek oktatását. A szövetség fontosnak tekintette a társadalmi összefogást és hangsúlyozta az állami szerepvállalás jelentőségét, mivel az állam segítsége

nélkül elképzelhetetlennek tartották, hogy a szülést követően, az anyák ne kerüljenek rosszabb gazdasági helyzetbe. (Keller, 1923:13-14)

A szervezeti célok elérésének egyetlen garanciáját egy olyan intézményrendszer kiépítésében látták, amely hatékonyan fel tud lépni a csecsemőhalandóságra ható különböző (egészségügyi vagy szociális) tényezőkkel szemben.

A belügyminiszter, az 1915-1917 között kizárólag társadalmi erők bevonásával működő szervezetet 135.840/1917. B.M. sz. körrendeletében a magyar anya- és csecsemővédőnői intézményrendszer megszervezésével bízta meg és a 10.000 főnél kisebb lélekszámú településeken, a védelmi munka működtetéséhez szükséges erőforrásokat is biztosította. Ezzel a lépéssel Magyarországon is megvalósult a csecsemőhalandóság elleni küzdelem megszervezésében az állam, a társadalom és az önkormányzatok összefogása. (Belügyi Közlöny, 1917:1712)

Az ország legnagyobb városaiban megkezdett szervezőmunka a következő években elérte a kisebb településeket is. Az Országos Közegészségügyi Intézet megalakulását követően (1926) a csecsemővédelmi munkát is új alapokra helyezték. (Bielek, 1942:130) A Johan Béla vezetésével működő új intézmény a zöldkeresztes mozgalom beindításával a falu egészségvédelmét vállalta fel. A két, egymással párhuzamosan működő szervezet között létrejött megállapodás értelmében a Stefánia Szövetség ezt követően a 6000 lélekszám feletti településeken látta el az anya- és csecsemővédelemmel kapcsolatos teendőket. (Johan, 1939:263)

Az erőforrások gazdaságos felhasználása szempontjából mindenképpen indokoltnak tűnt a két szervezet közötti, településnagyság szerinti munkamegosztás. Szakmai szempontból viszont –a köztük lévő munkamódszerbeli különbségek miatt- számos kritikával illették ezt a megoldást. Mivel néhányan a közegészségügyi problémák hatékony kezelését csak az általános egészségvédelem alapelveit követő szervezetek működtetésével látták biztosítottak (pl. a zöldkeresztes mozgalom), emiatt a szakvédelmi feladatokat ellátó Stefánia Szövetséget nem tartották alkalmasnak arra, hogy a városok egészségvédelmével kapcsolatos teendőket megfelelő színvonalon ellássa. (Lőrincz, 1943:183-184)

Talán éppen ez, a háttérben mindvégig meghúzódó szakmai jellegű vita is hozzájárult ahhoz, hogy a belügyminiszter 1940-ben megalkotta az anya- és csecsemővédelemről szóló 730/1940 B.M. sz. rendeletét, mellyel hatályon kívül helyezte az e tárgyban született korábbi jogszabályokat. Ezzel kezdetét vette az a jogalkotási folyamat, amellyel új alapokra helyezték a hazai egészségvédelem rendszerét. Az 1000/1940 B.M. számú körrendeletével a Stefánia Szövetségtől elvette és a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat feladatává tette a magyar anya- és csecsemővédelmi rendszer működtetését. (Belügyi Közlöny, 1940:1472 ill. 2198) A belügyi tárca vezetője még ebben az esztendőben megalkotta a 225800/1940 B.M. sz. rendeletét, amelyben az alapszabály módosítást követően Országos Egészségvédelmi Szövetség néven tovább működő Országos Stefánia Szövetséget anyagi támogatásáról biztosította. (Belügyi Közlöny, 1940:1853) Ez a szervezeti átalakulás érzékenyen érintette a szövetség intézményrendszerét is, mivel korábbi budapesti központja 1941. január 1-től Budapest Székesfőváros Anya-, Csecsemő- és Kisdedvédelmi Intézete néven működött tovább, vidéki szervezeteinek nagy része pedig a zöldkeresztesek kezelésébe került. (Orosz, 1941:711)

Az Országos Stefánia Szövetség tevékenysége

Az Országos Stefánia Szövetség két és fél évtizedes történetének legfontosabb fordulópontjai áttekintése után célszerű megvizsgálnunk, hogy a szervezet miként látta el az 1917-től már jogszabályban is rögzített feladatait és mennyire sikerült hatékonyan kezelnie a magas csecsemőhalandóság mögött meghúzódó problémákat.

Már a szervezet működésének első esztendejében megindult az a szervezőmunka, amelynek célja egy, az ország jelentős részére kiterjedő anya- és csecsemővédelmi intézményhálózat kiépítése volt. Elsőként a szervezet keretein belül dolgozó védőnők képzésének kérdését kellett megoldaniuk, majd a védőintézetek, tejkonyhák, anyaoththonok, szülőházak, csecsemőkórházak létesítésével, propaganda akciók szervezésével, valamint az állami és a települési szinten működő gyermekvédő szervezetek bevonásával alakították ki rendszerük alapjait. (Torday,1926:246)

A szervezeti struktúra kialakításakor az első eldöntendő kérdés az volt, hogy mely településtípus(ok)ra terjedjen ki az anya- és csecsemővédelmi munka. Bár a Stefánia Szövetség vezetése felismerte azt, hogy tevékenységükre a falvakban lenne a legnagyobb szükség, ám mégis a nagyobb településeket választották. Mindezek mögött az az általános vélemény húzódott meg, hogy a sűrűbben lakott területeken felállított védőintézetek a települések vonzáskörzetében élőkre is nagyobb hatást tudnak gyakorolni. (Papházi,1997:158)

Elsőként a nagyobb városokban és ipari gócpontokban kezdték meg az anya- és csecsemővédelmi intézményrendszer alapját képező fiókegyletek szervezését, amelyek a helyi társadalom segítői attitűddel rendelkező tagjait fogták össze. A fiókegyletek megszervezését követte az ezekhez kapcsolódó helyi védőintézetek kiépítése.

A szövetség vezetése a védőintézeteket a megyeszékhelyeken szerette volna megszervezni, mivel csak így látta biztosítottak a vármegyei településeken az intézményrendszer kiépülését. (Zentai,1923:27) A legtöbb intézet, a későbbiekben a trianoni döntéssel elcsatolt területeken épült meg, mégpedig olyan központi funkciót betöltő településeken, mint amilyen Temesvár, Brassó, Nagyvárad, Kassa, Szabadka, Kolozsvár, Arad, Marosvásárhely, valamint Újvidék volt. (A székesfőváros...,1929:321) Az 1920-as évek legelején a 30.000 lélekszám feletti településeken sorra alakultak a védőintézetek és ezzel egyidejűleg megindult az az előkészítő munka is, amellyel a 20.000 fő feletti városokban működő társadalmi szervezetek (egyletek, jótékony hölgyek stb.) tagjait készítették fel a későbbiekben létesítendő védőintézetek fogadására. (Keller,1923:17) A szervezőmunka oly annyira sikeresnek bizonyult, hogy 1923-ban már a 10.000 lakossal rendelkező településeken is megkezdődhetett az anya- és csecsemővédelmi intézmények kiépítése, sőt kísérletek történtek az 1.000-2.000 lakosú községek bevonására is. (Csorna,1929:190 ; Pik,2004:197) Az 1930-as évek közepére (1933) pedig már a mai Magyarország területén található 3362 községből 385-ben sikerült megszervezni a védőmunkát. Ha az egészségvédelmi feladatokat ellátó TBC szolgálatok, valamint az általános egészségvédelemmel foglalkozó zöldkereszt tevékenységét is beleszámítjuk, akkor ezekkel együtt 508 település vált védetté. (Rusznayák,1935:65)

Az új intézményrendszer megteremtésével párhuzamosan szükségessé vált egy olyan képzés megszervezése, amelyben a védőintézetek leendő munkatársai szerezhették meg a munkájuk elvégzéséhez szükséges ismereteket. A belügyminiszter már 1916-ban, a 185.591/1916. B.M. sz. körrendeletével megteremtette a szakemberképzés alapjait. Az ország 7 városában (Budapesten, Debrecenben, Kassán, Nagyváradon, Szegeden, Szombathelyen és Temesváron) elrendelte a hivatásos anya- és csecsemővédőnői tanfolyamok megindítását, amelyeket évente két alkalommal kellett megszervezniük. A képzés hallgatója lehetett minden olyan 45. életévét be nem töltött hölgy, aki magyarul írni és olvasni tudott, a polgári iskola 4 osztályát sikeresen elvégezte vagy pedig igazolni tudta, hogy a képzés elvégzéséhez szükséges műveltséggel rendelkezik. A 6 hetes, ingyenes képzés tananyaga négy nagyobb témakört ölelt fel: a szülészeti-, a gyermekgondozási-, a gyermekápolási-, valamint a gyermekvédelmi ismereteket. (Belügyi Közlöny,1916:1439-1441) A tantárgystruktúra jól jelzi, hogy az előadásokon nemcsak egészségügyi kérdésekkel foglalkoztak, hanem a magyar gyermekvédelmi rendszer működésével kapcsolatos ismeretek is átadásra kerültek.

Miután a belügyminiszter 1917-ben az Országos Stefánia Szövetséget bízta meg a csecsemővédelmi munka szakmai irányításával, emiatt nagyon hamar sor került a védőnői tanfolyamok átszervezésére is. A képzés új alapokra helyezését a 6.769/1918.B.M. körrendelet írta elő. A korábbiakkal ellentétben már nemcsak egy, hanem kétféle tanfolyam indult. A hivatásos védőnők számára 3 hónapos, a mellékfoglalkozásúak részére pedig továbbra is 6 hetes képzéseket szerveztek. A szövetség szakmai útmutatásával, valamint a belügyminiszter felügyeletével működő tanfolyamokon résztvevőkkel szemben az új jogszabály -a korábbiakhoz képest- már többféle előfeltételt is szabott. A felvételi kérelemhez csatolniuk kellett egy kézzel írt önéletrajzot, valamint a testi és a lelki alkalmasságukat igazoló orvosi szakvéleményt is. Az elsajátítandó ismeretanyag az egészségügyi és a gyermekvédelmi témák mellett a közsegélyezés, a hadigondozás, a TBC, a nemi betegségek, valamint az alkoholizmus kérdéskörét is felölelte. (Magyarországi Rendelet Tára, 1918:174-180)

Az Országos Stefánia Szövetség keretein belül szervezett tanfolyamokat Budapesten tartották, majd a szervezet 1921-es munkaprogramjában foglaltaknak megfelelően két egyetemi városban: Debrecenben és Szegeden is megkezdtek az oktatást. (Keller, 1923:18) Az 1920-as évektől az évente közel 100 főt kibocsátó intézményekbe már csak a legalább 1 éves szakmai gyakorlattal rendelkező jelentkezőket vették fel. Ők a képzés végén az anya- és csecsemővédőnői mellé tejkonyha-kezelői bizonyítványt is kaphattak. (Társadalmi lexikon, 1928:111 ; Pik, 2004:199)

Az anya- és csecsemővédelmi rendszer megfelelő működtetéséhez azonban nem volt elegendő a védőnők képzésének biztosítása, hanem szükségessé vált a társadalom tagjainak általános gyermek-, anya- és csecsemővédelmi ismereteinek bővítése is. Ennek bevezetésére gróf Apponyi Albert, vallás- és közoktatásügyi miniszter tett kísérletet. Az egyik 1917-ben kiadott rendeletében az alap-, a közép-, valamint a felsőoktatásban tanulók számára is kötelezővé tette az előbbi tudásanyag elsajátítását. (A székesfőváros..., 1929:321)

A Stefánia Szövetség működési költségeit az állam- és a társadalom között osztották meg. Az állam fedezte a védőnők oktatásával kapcsolatos kiadásokat, a higiénés munkát kiegészítő segélyek egy részét, a budapesti központ, az országos és a törvényhatósági biztos, a központi és a törvényhatósági védelem, valamint a vármegye és szükség esetén a helyi társadalom költségeit is. A 10.000-nél nagyobb lélekszámú településeken dolgozó védőnők foglalkoztatásának teljes költségét az önkormányzatok állták, a 3-10.000 fős településeken pedig a helyi társadalommal közösen ennek 50%-át (a maradék 50%-ot az állam biztosította) finanszírozták. Az ennél kisebb falvakban az állam csak jelképes hozzájárulást várt el a rendszer másik két szereplőjétől. (Esztergár, 1939:40)

A helyi anya- és csecsemővédelmi intézményrendszer kiépítésének folyamata a fiókszövetségek vagy fiókegyletek megalakulásával kezdődött. A fiókegyletek feladatai közé tartozott a helyi társadalom szociális érzékenységgel rendelkező tagjainak összefogása, a védőmunkához szükséges erőforrások előteremtése, a kiegészítő intézmények megalkotása, valamint a segélyek kiosztása. (Csorna, 1929:189)

A fiókszövetségek számának alakulása (1918-1928)¹

1918	1920	1921	1925	1926	1927	1928
22	72	45	91	95	113	131

A szervezet kiépülésének első éveit a fiókszövetségek számának dinamikus növekedése jellemezte, hiszen 1917 és 1920 között számuk csaknem négyszeresére nőtt. 1920-ban ez a

¹ A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna, 1929:190; A székesfőváros..., 1929:322-323; Keller 1923:15 ; Társadalmi lexikon, 1928:112; Keller, 1940:94

fejlődési folyamat némiképp megtorpant, mivel a trianoni döntést követően az addig kiépült intézmények egy része a határon kívülre került. Az évtized végére, a szövetség felügyelete alá tartozó területek növekedésével a fiókszövetségek száma is gyarapodott.

A szövetség propagandamunkájának egy részét is végző fiókszövetségek munkatársai, a budapesti központ által kiadott nyomtatványok értékesítésével jelentős mértékben hozzájárultak a szervezet prevenciós tevékenységének sikeréhez. Az 1930-ban megjelent Magyar anyák könyve című kötet végén található árjegyzék szerint a Stefánia Szövetség 64 könyvet, 42 kiskátét illetve röpcédulát, 6 plakátot, 21 iskolai faliképet, valamint 65 egyéb aprónyomtatványt (pl. képeslapot) adott ki. (Magyar anyák könyve, 1930:152-155) Emellett a szövetség gondozta a Csecsemővédelem című folyóiratot, valamint rendszeres előadói és résztvevői voltak különböző szakmai kiállításoknak és konferenciáknak. /Például az 1936. évi Országos Mezőgazdasági Kiállítás keretében a munkásvédelmet, valamint a munkásjóléti intézményeket bemutató tárlaton is képviseltették magukat./ (Lukács, 1936)

A fiókszövetségek létesítését mindenütt a helyi védőintézetek megszervezése követte. A szervezet elnökének (Keller Lajos) számításai szerint, ha az állam évente 200.000 pengős támogatásban részesítette volna a szövetséget, akkor 5-6 év alatt az egész országot le tudták volna fedni az egyenként 3000 pengőbe kerülő védőintézeteikkel. (Pik, 2004:197-198) Miután az állam csak a költségek egy részét vállalta, ezért a szövetség vezetői támogatókat kerestek. Már 1920-ban segítséget kaptak Hollandiától székházuk felépítéséhez, de ennél lényegesen nagyobb támogatást reméltek azoktól az 1921-ben megkezdett tárgyalásoktól, amelyek az Amerikai Egyesült Államok vöröskeresztes szervezete és a magyar állam között kezdődtek. A J.G. Pedlow magyarországi megbízott, valamint A. Ross Hill a szervezet párizsi vezetője részvételével folytatott tárgyalások eredményeképpen a Stefánia Szövetség újabb 56 védőintézet létesítéséhez kapott anyagi segítséget. (Keller, 1923:15-17) Három esztendő alatt az amerikai partnerszervezettől 65.200 dollárnyi pénzbeli és 100.000 dollárnyi természetbeni támogatás érkezett Magyarországra. (A székesfőváros..., 1929:322)

Mivel a támogatások csak a védőintézetek felállításához nyújtottak elegendő forrást, ezért az „amerikai vöröskereszt” további 10.000 dollárral járult hozzá az intézmények működtetéséhez. Képviselőik a magyar kormánynak azt javasolták, hogy vállalja fel a személyi kiadások, valamint a nyomtatványok elkészíttetésének költségeit, az ingatlanok működtetésével a helyhatóságokat, a helyi források feltárásával pedig a társadalmi erőket bízza meg. (Keller, 1923:17)

A védőintézetek számának alakulása (1923-1940)²

1923	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1932	1937	1940
38	96	108	139	174	179	220	267	319	343

A védőintézetek száma az 1923-as évihez képest 1940-re közel négyszeresére nőtt és csaknem elérte a korszak szakértői által optimálisnak tartott szintet /400/. (Révész, 1936:58) A településeken működő intézményekben a helyi védőnők látták el az anya- és csecsemővédelmi munkával kapcsolatos teendőket. A 6-7.000 lakosú községekben illetve városrészekben a községi védőnők, az ennél kisebb, de egymással szomszédos településeken pedig a körvédőnők teljesítettek szolgálatot. A mellékfoglalkozású védőnők feladata pedig a körzetbe nem csoportosítható kisebb községek védelmének megszervezése volt. A védőnők irányítását a törvényhatósági biztosok (gyermekvédelmi és egészségügyi szakemberek), valamint törvényhatósági védőnők látták el, a központi ellenőrzés feladata pedig az országos biztosokra és a központi védőnőkre hárult. (Belügyi Közlöny, 1917:1712)

² A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna, 1929:190; A székesfőváros, 1929:323; Keller, 1940:94; Társadalmi lexikon 1928:111; Révész, 1934:56; Pik, 2004:197; Darányi, 1939:148; Bikkal, 1943:73

A hivatásos védőnők számának alakulása (1920-1939)³

1920	1921	1923	1925	1926	1927	1928	1930	1932	1937	1939
117	43	284	367	429	492	543	564	625	728	750

A védőnők számának növekedését a trianoni döntés jelentős mértékben visszavetette és a területi változásokat követő esztendőben létszámuk csaknem harmadára csökkent. Az 1921-es évet követő időszakban létszámuk a bázisévhez (1920) viszonyítva csaknem hétszeresére nőtt. A védőnők számbeli növekedésére pedig egyre nagyobb szükség volt, mivel folyamatosan nőtt a védőintézetekben ellátandó feladatok köre, valamint a védencek összetétele. Amíg a védelmi munka kezdetben a terhes nőkre, az anyákra és csecsemőikre terjedt ki, addig a későbbiekben az 1-3 év közötti gyermekeket (kisdedeket) is bevonták az ellátandók körébe. A védőintézetek munkatársai által gondozásba vettek számának bővülését nagymértékben elősegítette, hogy a belügyminiszter 75.093 sz. körrendeletével az anyakönyvvezetőket kötelezte arra, hogy az anya- és csecsemővédelmi feladatokat ellátó társadalmi szervezetek számára adatokat szolgáltatassanak. (Magyar Rendeletek Tára, 1917:1778-1779)

Az információ folyamatosságának biztosításához az állapotos nőkkel kapcsolatba kerülő bábák is hozzájárultak, mivel őket is kötelezték arra, hogy a rossz anyagi körülmények között élő terhes nőknek az Országos Stefánia Szövetség védőintézeteit ajánlják. (Esztergár, 1939:44) Az állami szabályozás eredményeképpen évről-évre nőtt a szövetség védőintézeteihez forduló terhes nők és anyák száma.

A védőintézetekben gondozottak létszámának alakulása (1925-1928)⁴

	1925	1926	1927	1928
Terhesek	11007	15818	22631	26000
Gyermekegysok	n.a.	n.a.	52442	72000
Csecsemők	49267	59883	110031	92000
Kisdedek	5177	48381	122113	72000

A szervezet történetének első éveiben mind a terhesgondozásban, mind pedig a csecsemővédelmi munkában az egészségügyi szemlélet dominált, majd fokozatosan teret nyertek a szociálhigiénés gondozás módszerei. Mindezek következtében 1930-tól már nemcsak az anyák és csecsemők problémáival foglalkoztak, hanem munkájuk kiterjedt az egész család működésének vizsgálatára is. (Pik, 2004:197)

A védőnők egészségvédelmi munkájának jelentős része a védőintézetekhez kapcsolódott, ahol az Országos Stefánia Szövetség által megbízott szakorvosokkal együtt látták el tanácsadói feladataikat. Terhesvédelmi munkájuk elsődleges célja az volt, hogy elhárítsák az akadályokat a magzat egészséges fejlődése előtt. Ebben a küzdelemben kiemelt szerepet kapott a magzati élet védelme. A korszak konzervatív ideológiája ugyanis elutasította az abortuszt, mivel „a mesterséges elvetélések a nemzet erejét pusztító káros tényezők között első helyen szerepelnek”. (Esztergár, 1939:41) Mindezek miatt a nővérek feladatai közé tartozott, hogy a településeken figyelemmel kísérjék a vetélések (ezen belül is az abortuszok) számának alakulását.

A szövetség védőintézeteiben heti 2 alkalommal egy szülész szakorvos, heti 4 alkalommal pedig egy gyermekgyógyász látta el térítésmentesen a hozzá forduló nőket és

³ A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna, 1929:192; A székesfőváros, 1929:323; Keller, 1940:94; Keller, 1923:16; Közgazdasági enciklopédia, 1929:199; Társadalmi lexikon 1928:112; Révész, 1934:56; Pik, 2004:197; Darányi, 1939:148; Johan, 1939:64

⁴ A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna, 1929:192; Keller, 1940:94; Társadalmi lexikon 1928:111

csecsemőket. (Zentai,1923:30) Az orvosi tanácsadás iránti igény mértékét jól jelzik azok az intézeti statisztikák, amelyek szerint egy év alatt (1925-1926) a rendeléseken megjelent páciensek száma jelentős mértékben növekedett. Amíg 1925-ben terhestanácsadást 16.871, csecsemőtanácsadást 137.971, a kisdedeket nevelő anyáknak szóló tanácsadást pedig 54.475 fő vette igénybe, addig a következő esztendőben ugyanezen szolgáltatásokban már 20.563, 194.388, illetve 74.821 fő részesült. (Keller,1940:94)

A szociális aspektusok beemelésével kiszélesedett a védőnők anya- és csecsemővédelmi tevékenysége is. Az egészségügyi mellett már gazdasági, erkölcs- és jogvédelmi feladatokat is felvállaltak, valamint a helyi társadalom tagjainak bevonásával széleskörű propagandamunkába kezdtek. A védelmi munka hatékonyságának növelése érdekében nagy gondot fordítottak a szervezeten belüli kapcsolatok ápolására és fejlesztésére is. (Szénási,1940:240-244) A védelmi munka összetetté válása jól mutatja, hogy a szövetség munkatársai miként próbálták meg a csecsemőhalandóság mögött meghúzódó különféle eredetű okokat egyszerre kezelni. Az eredményes munkavégzéshez pedig elengedhetetlen volt, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek a gondozásukba vett személyekről és szűkebb környezetükről. A mikrokörnyezet vizsgálatakor nem elégedtek meg a védőintézetben feltett kérdésekre adott válaszokkal, hanem rendszeres látogatásaik során a helyszínen is adatokat gyűjtöttek a gondozottak életkörülményeiről.

A védőnői látogatások számának alakulása (1925-1928)⁵

1925	1926	1927	1928
565.864	751.930	894.377	1.035.000

Az Országos Stefánia Szövetség védőintézeteiben nyilvántartott személyek létszámának növekedésével párhuzamosan évről-évre nőtt a védőnői látogatások száma is. A családok gazdasági helyzetének vizsgálata során a szervezet munkatársai számos olyan kockázati tényező létét mutatták ki, amelyek a csecsemők életésélyeit kedvezőtlen irányba befolyásolták. A rossz lakáskörülmények, a szülők alacsony jövedelme és iskolai végzettsége, az anyák egészségtelen táplálkozása és csecsemőik egészségtelen táplálása, valamint a törvénytelen gyermekek magas aránya mind-mind ilyen kockázatot jelentettek. Ezen problémák okozta gondok enyhítését csak egy jól átgondolt és kellően összehangolt segítő tevékenység keretében látták megvalósíthatónak.

A védőnők segítő munkájának egy részét a rászoruló családok pénzbeli és természetbeni (ruha, élelem, tüzelő stb.) támogatása jelentette. A segélyezés mellett azonban szükségessé vált, hogy a védencek ügyes-bajos dolgainak elintézésében (pl. anya- és gyermekelhelyezés, álláskeresés, törvényesítés stb.) is segítséget nyújtsanak.

A gondozottaknak nyújtott támogatások megoszlása (1926-1930)⁶

Támogatási forma	1926	1927	1928	1929	1930
Pénzbeli (pengőben)	1.415P	n.a.	149.600	n.a.	21.669P
Természetbeni (eset)	86.052	83.197		n.a.	354.167
Ügyintézés (eset)	5.708	17.810	24.000	n.a.	13.191

A nemzetgazdaság aktuális állapotának megfelelően változott a szervezet által nyújtott pénzbeli segélyek összértéke, valamint a segélyezettek száma. Valószínűleg az 1929-es esztendő gazdasági válságának hatásait jelzi a segélyezettek számának növekedése is. A

⁵ A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna,1929:192; Keller,1940:94; Társadalmi lexikon 1928:111

⁶ A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna,1929:192; Társadalmi lexikon 1928:111; Pik,2004:198

természetben nyújtott támogatások közül ki kell emelnünk az egészségtelen táplálkozás elleni küzdelemben jelentős szerepet játszó cukor- és tejsegélyeket. Az általános egészségvédelemben résztvevő zöldkeresztes mozgalom évről-évre beindította ún. cukorakcióját, amelynek keretében a 3 éven aluli szegény gyermekeknek 1-1 kg cukrot adományoztak. Tekintettel arra, hogy az akcióban az Stefánia Szövetség munkatársai is részt vettek, ezért ezen segélyformában a szervezet védőintézeteinek gondozottjai is részesülhettek. (Esztergár, 1939:64)

A természetbeni támogatások keretében adott tejsegélyeket kezdetben csak a szervezet budapesti központja nyújtotta, majd ez a segélyforma fokozatosan elterjedt a vidéki védőintézetek működési területén is. A szövetség munkatársai a holland kormány anyagi támogatásával már 1921-ben felállították első tejkonyhájukat. (A székesfőváros.,1928:321) Az új intézmény létesítése mögött az az alapelv húzódott meg, hogy lehetőség szerint minden csecsemőt anyatejjel tápláljanak. Természetes gyakran előfordult, hogy az anyák egy része nem tudott gyermekének anyatejet adni. Ebben az esetben a szövetség orvosa vagy más anyától nyert tejet vagy pedig a szervezet tejkonyháiban kezelt állati eredetű tejet utalt ki. (Révész,1934:52)

A szövetség kezelésében lévő tejkonyhák számának alakulása (1923-1940)⁷

1923	1925	1926	1927	1928	1930	1932	1939	1940
4	10	15	21	25	32	112	146	150

A tejkonyhákban előállított tejtermékek iránti igény növekedését jól jelzi, hogy az intézmények száma a vizsgált időszakban a negyvenszeresére nőtt. /A szervezet budapesti tejkonyhájában 1927-ben például már 13 féle tejkészítményt állítottak elő./ (Társadalmi lexikon,1928:111)

A csecsemők egészséges táplálásának biztosítása mellett megkezdődött a szülés körüli időszakban megjelenő kockázatok csökkentését végző intézmények kiépítése is. Ebben az időszakban két probléma jelentkezhett. Mivel a rosszabb lakáskörülmények között élő nőknél még a komplikációmentes szülés esetén is számolni kellett a fertőzés veszélyével, ezért számukra biztosítani kellett a higiéniéhez szükséges eszközöket: az ún. vándorládákat és vándorkelengyét. Az előbbiben lepedők, törülközők, pólyák, szappan, kefe, hőmérő, fazekak, mosdótál és fertőtlenítőszeres stb. voltak, melyet a szülés, illetve a gyermekágy idejére kapták kölcsön a védőintézetektől. A vándorkelengyét pedig a csecsemők gondozásához megfelelő eszközökkel nem rendelkező családok kapták, mivel az sem volt ritka, hogy „számos anya papirosba volt kénytelen pólyázni gyermekét”. (Liber,1927:101) Az Országos Stefánia Szövetség védőintézeteiben 1927 folyamán 1588 szülészeti vándorládát és 2779 vándorkelengyét bocsátottak a rászoruló családok rendelkezésére. (Társadalmi lexikon,1928:111)

Amennyiben a szülés idején komplikációra lehetett számítani, akkor a szülést az 1921-től fokozatos kiépülő szülőotthonokban vezették le, amelyek száma 1940-re már elérte a 26-ot. (Bikkal,1943:73) A szülőotthonok látogatottsága elsősorban a fővárosban volt jelentős, ahol a terhes nők 93,1%-a (1933) már ezekben az intézményekben szülte meg gyermekét. Ezzel szemben vidéken ez az arány még a 6 %-ot sem érte el. (Rusznay,1935:76) Csorna Kálmán, a korszak egyik legtekintélyesebb gyermekvédelmi szakembere szerint a szülőotthonok alacsony kihasználtságának legfőbb oka az volt, hogy ezeket az intézményeket az anyák önként vehették igénybe. (Csorna,1929:191) Az otthonok működési költségeihez

⁷ A táblázatban közölt adatok forrása: Csorna,1929:192; A székesfőváros,1929:323; Keller,1940:94; Társadalmi lexikon 1928:111; Révész,1934:56; Pik,2004:197; Darányi,1939:144; Bikkal,1943:73

az állam is hozzájárult, mégpedig az ott eltöltött napok számától függően, napi 2 pengős ápolási díjjal (1939). (Johan,1939:135)

A szülőotthonokból kikerült hajléktalan (főként törvénytelen gyermekkel rendelkező) anyák elhelyezésére a szövetség anyaothtonokat létesített. A szervezet megalapításában jelentős szerepet játszó gr. Apponyi Albertről nevezték el a szövetség 1921-ben alapított első anyaothtonát. Az intézmény működésének első 6 hónapjában már 85 anya vette igénybe az átmeneti ellátást nyújtó otthon szolgáltatásait, melyek keretében elsajátíthatták a csecsemők gondozásához szükséges ismereteket is. (Keller,1923:16) 1927-ben a Stefánia Szövetség 7 anyaothtonában 408 anya és 54 elhagyott csecsemő töltött 18.302, illetve 3963 napot. (Társadalmi lexikon,1928:111) Az általunk vizsgált időszak végén (1940) az országban már 14 átmeneti ellátást nyújtó intézmény működött. (Bikkal,190:73)

Az anyaothtonokból kikerült, valamint a védőintézeteknél gondozásba vett gyermekek köréből kerültek ki a szövetség által működtetett bölcsődékben, valamint napközi otthonokban (óvoda) ellátott védencek. A szervezet bölcsődéibe a 3 év alatti, napközi otthonaiba pedig a 3-6 év közötti gyermekek járhattak. Az előbbi intézmények száma 1940-ben 61, az utóbbiaké pedig 1939-ben 25 volt. (Bikkal,1943:73 ill. Darányi,1939:148)

Az Országos Stefánia Szövetség által fenntartott intézményrendszer zavartalan működtetésének egyik elengedhetetlen feltétele volt, hogy az intézmény környezetében lévő szervezetekkel jó kapcsolatot ápoljanak. A szervezet munkatársai felismerték, hogy csak akkor lesz eredményes a munkájuk, ha az egészségügyi intézményekben, a társadalmi szervezetekben, valamint a hatóságoknál dolgozókkal is jól együtt tudnak működni. (Szénásy,1940:243-244) A jó kapcsolatrendszer egyik alapelve az volt, hogy a Stefánia Szövetség tevékenységével ne sértse mások érdekeit. Védelmi munkájuk célcsoportjává éppen emiatt a rossz anyagi körülmények között élő anyákat és csecsemőiket tették, hogy ezzel se sértsék a fizetőképes személyeket ellátó orvosok és bábák érdekeit.

A szervezet külső kapcsolatai közül talán az Országos Társadalombiztosítási Intézettel /OTI/ (és „elődintézményeivel”) létesített kapcsolatait kellene kiemelnünk. A budapesti kerületi pénztár saját rendelőintézetében már 1914-ben kísérletet tett a csecsemővédelmi tanácsadás bevezetésére. Társadalmi szervezetek számára vándorkelengyékét állított össze és tagjait ingyenes tej- és tápszersegélyben részesítette. A Stefánia Szövetség megalakulása után két évvel a szervezet működését már 20.000 koronával támogatta. A 12 új védőnő munkába állítását lehetővé tévő anyagi segítség a pénztár érdekét szolgálta, mivel a védőnők munkájuk egy részét a rendelőintézetekben végezték. 1923-ban a szövetség munkatársai 19 vidéki pénztártól kapták meg rendelőintézeteik és raktáraik használati jogát, melynek fejében csak a fűtés, a világítás és a takarítás költségeit kellett fedeznie. (A magyar társadalombiztosítás 50 éve,1942:130-131)

Már az OTI megalakulásának évében (1928) lefektették a két szervezet közötti kapcsolat alapjait. Ennek értelmében, a jövőben a pénztártagok számára a Stefánia Szövetség térítésmentesen biztosítaná mindazon szolgáltatásokat, amelyeket saját védenceinek is nyújt (pl. ingyen tej és gyógyszer, védőnői látogatás, bölcsődei gondozás stb.) (Csorna,1929:194) 1930-ban már a szövetség 38 fiókja kötött szerződést az OTI-val és a tagoknak nyújtott szolgáltatásokért cserébe a biztosító 63.710 pengős támogatásban részesítette a védőintézeteket. Ezzel egyidejűleg tárgyalások kezdődtek arról, hogy az OTI ne egyenként, hanem a szövetség központjával kössön „ellátási szerződést”. A szerződéskötésre 1934-ben került sor és szövegébe az 1928-as előterjesztésben szereplő alapelvek mindegyikét beépítették. A társadalombiztosító szervezet vállalta, hogy a szövetség működési költségeinek fedezéséhez évi 200.000 pengővel járul hozzá. A szolgáltatás iránt megnövekvő igények 1938-tól szükségessé tették az anya- és csecsemővédelmi munka ellátásához nyújtott támogatás növelését. 1938-ban további 50.000, 1939-ben pedig 60.000 pengővel nőtt a

szervezet éves támogatására szánt összeg. (A magyar társadalombiztosítás 50 éve, 1942:130-131)

A szervezet anya- és csecsemővédelmi munkájának értékelése

Az Országos Stefánia Szövetség intézményrendszerének kiépülését és fejlődését bemutató fejezetekben egy dinamikusan növekvő szervezet képe rajzolódott ki. Az anya- és csecsemővédelem területén működő szövetség történetének ismertetése azonban nem lenne teljes a csecsemőhalandóság elleni küzdelemben elért eredményeinek értékelése nélkül. Ennek értékelésekor pedig egyszerre kell vizsgálnunk a szervezet hatásosságát és hatékonyságát. A szövetség munkájának hatásossága azt mutatja meg, hogy védelmi tevékenységével potenciális ügyfeleinek mekkora hányadát sikerült elérnie. Ebből a szempontból már működésének kezdeti szakaszában jelentős eredményeket könyvelhetett el, hiszen míg 1927-ben, Németországban 1 hónapos koruk előtt a csecsemők 50%-a került védelembe, addig ez az arány Magyarországon már 75% volt. (Társadalmi lexikon, 1928:112) A szervezet hatékonyságának vizsgálata azonban ennél bonyolultabb, hiszen erre a kérdésre csak költség-haszon elemzéssel kaphatnánk pontosabb választ. A rendelkezésünkre álló adatok azonban ilyen számításokat nem tesznek lehetővé. A hatékonyság mértékét azonban némiképp jelezhetik azok a csecsemőhalandósági adatok, amelyek az 1 éven aluli csecsemők halálozásának időbeli változását mutatják Magyarországon és más európai országokban, valamint a védelembe vont csecsemők körében.

A csecsemőhalandóság alakulása néhány európai országban (1916-1940)⁸

	1916/18	1921	1925	1928	1930	1938
Anglia	9,5	8,3	7,5	6,5	6,3	-
Olaszország	17,1	12,9	-	12	-	9,7
Franciaország	13,1	11,5	8,9	9,1	7,5	6,7
Belgium	12,9	12,2	9,4	-	-	-
Bulgária	14,9	-	-	-	-	-
Románia	-	20,1	20,1	-	-	14,6
Németország	15,2	13,4	10,5	8,9	7,6	6
Ausztria	19	15,4	-	12	-	-
Svédország	6,6	6,5	-	6,2	5	-
Magyarország	21,7	19,3	16,8	17,7	13,6	13,4 (1940)

A vizsgált időszak hazai csecsemőhalandósági adatai 8,3 százalékponttal javultak. Ez a kedvező irányú változás a többi európai országban tapasztaltakhoz képest lényegesen nagyobb volt. A hazai és a nemzetközi adatok összevetéséből viszont az is kiderül, hogy az első pillanatban egyértelműen pozitívnak tűnő változások az európai csecsemőhalandósági arányszámokhoz viszonyítva korántsem olyan kedvezőek. Mindezek alapján elmondható, hogy a vizsgált 25 esztendő alatt bár a magyar csecsemőhalandósági adatok jelentős mértékben javultak, de az európai adatok kedvező irányban történő változása miatt az országok közötti különbségek csak kismértékben csökkentek.

A hazai adatok vizsgálata azonban még egy metodológiai problémát is felvet. Mivel 1926-tól már a zöldkeresztes mozgalom is bekapcsolódott az anya- és csecsemővédelmi munkába, ezért az adatokból nem tudhatjuk meg, hogy a csecsemőhalandósági arányszámok változása, melyik szervezet tevékenységének tudható be. Tekintettel arra, hogy érdeklődésünk középpontjában az Országos Stefánia Szövetség anya- és csecsemővédelmi tevékenysége áll,

⁸ A táblázatban közöl adatok forrása: Torday, 1926:189; Társadalmi lexikon, 1928:112; Petrilla, 1936:38; Faragó, 1944:19; Darányi, 1939:148

emiatt célszerűnek tűnik azon területek adatsorainak összevetése, ahol működtek, illetve ahol nem működtek védőintézetek.

A csecsemőhalandóság alakulása a szövetség által védelembe vont területeken (1925-1937)⁹

	1925	1926	1927	1928	1937
Védőintézet nélküli területen	17,6	17,7	19,5	n.a.	n.a.
Védőintézetek területén	14,4	14,6	16,5	n.a.	12,5
Védőintézetekben gondozott csecsemőknél	7,7	7,3	n.a.	7-8	8,8

A fenti adatok jól jelzik, hogy azokon a területeken, ahol védőintézetek működtek ott a csecsemőhalandósági arányszámok is 3 százalékponttal jobbak voltak. Ha összehasonlítjuk a védőintézetekkel nem rendelkező területeken élő és a védőintézetekben gondozott csecsemők halandósági adatait, akkor az utóbbi esetben 10 százalékponttal kedvezőbb eredményeket találunk. Ezek az adatsorok viszont már egyértelműen az Országos Stefánia Szövetség tevékenységének hatékonyságát mutatják.

A korszak szociálpolitikusait és orvostudósait is foglalkoztatta, hogy Magyarországon miért nem csökkennek ezek az arányszámok. A kedvezőtlen értékeket egyes szerzők a jogalkotói tevékenység tökéletlenségére, mások pedig a helyi társadalom szervezetlenségére vezették vissza. Csorna Kálmán szerint a kormány hibát követett el akkor, amikor rendeleti úton és nem törvénnyel szabályozta az anya- és csecsemővédelmi munka szervezésével kapcsolatos kérdéseket. Ezt a hibát pedig azzal csak fokozta, hogy az alacsonyabb szintű jogforrással nem állami, hanem községi feladattá tette az ezzel kapcsolatos szervezőmunkát. Miután a községek egy része nem rendelkezett a feladat ellátásához szükséges erőforrásokkal, emiatt az ország egy része lefedetlen maradt. (Csorna,1929:193-195) Darányi Gyula viszont abban látta a rendszer elégtelen működésének legfőbb okát, hogy a terhesség bejelentése nem volt kötelező, emiatt a várandós nők egy része a védőintézetek látókörébe be sem kerülhetett. (Darányi,1939:127) A helyi társadalom tökéletlenségét hangsúlyozó álláspont képviselőinek egy része úgy vélte, hogy az egészségügy és a szociális gondoskodás területén működő szervezetek egymástól távol és egymástól függetlenül látták el feladataikat, amelynek következtében erejüket teljesen szétforgácsolták. (Rusznay,1935:67) Mások viszont azt javasolták, hogy a szervezet munkájának hatékonysága akkor nőtt volna meg igazán, ha védelmi munkájukba a gondozottak egy részét is bevonták volna. (Bielek,1943:133)

A kritikák ellenére azonban elmondható, hogy az Országos Stefánia Szövetség működésének 25 éve alatt jelentős szerepet játszott a magyar anya- és csecsemővédelmi rendszer alapjainak megteremtésében és működtetésében.

⁹ A táblázatban közöl adatok forrása: Csorna,1929:192; Keller,1940:94; Társadalmi lexikon 1928:111; Darányi, 1939:132

Bibliográfia

- A magyar társadalombiztosítás ötven éve 1892-1942 (1942), *OTI Budapest*
- A székesfőváros társadalmának emberbaráti intézményei (1929) In.: A magyar filantrópia könyve (szerk.: Béry László), *Légrády Testvérek Műintézete Budapest* 295-340.o.
- A társadalmi filantrópia fejlődése, feladatai és eszközei (1929) In.: A magyar filantrópia könyve (szerk.: Béry László), *Légrády Testvérek Műintézete Budapest* 273-286.o.
- Dr. Bakács Tibor (1948): Budapest közegészségügyének száz éve 1848-1948, *Budapest Székesfőváros Irodalmi Intézete, Budapest*
- Belügyi Közlöny 1916. (Magyar Kir. Belügyminisztérium), *Pesti Könyvnyomda Rt. Budapest*
- Belügyi Közlöny 1917. (Magyar Kir. Belügyminisztérium), *Pesti Könyvnyomda Rt. Budapest*
- Belügyi Közlöny 1940. 1-58.szám (Magyar Kir. Belügyminisztérium), *Pesti Könyvnyomda Rt. Budapest*
- Dr. Bielek Tibor (1943): A család egészségének védelme, In.: A család jólétéért (szerk.: dr. Wünscher Frigyes), *Actio Catholica Országos Elnöksége, Budapest*
- Dr. Bikkal Dénes (1943): Magyar szociálpolitika, *Danubia Könyvkiadó Budapest*
- Dr. Bókay János (1915): A csecsemővédelem és a háború, In.: Háború és a jövő (szerk.: Dr. Lányi Márton) k. n. *Budapest* 13-18.o.
- Dr. Csorna Kálmán (1929): A szociális gyermekvédelem rendszere, *Eggenberger-könyvkereskedés Budapest*
- Dr. Darányi Gyula (1939): Közegészségtan I. , *Magyar Országos Könyvkiadó Társulat Kiadása Budapest*
- Dr. Esztergár Lajos (1939): A szociálpolitika tételes jogi alapja, *Kultúra Könyvnyomdai Műintézet Budapest*
- Faragó Ferenc (1944): Népünk egészsége, *Országos Közoktatási Tanács Budapest*
- Dr. Fáy Aladár (1926): A szociális higiéné statisztikai és biológiai alapjai In.: A hatósági orvos. Vezérfonal a socialhygiénével foglalkozók számára (szerk.: Dr. Fáy Aladár et al.) *Novák és Társa Budapest* 3-63.o.
- Ferge Zsuzsa (1986): Fejezetek a magyar szegénypolitika történetéből, *Magvető Könyvkiadó Budapest*
- Dr. Földes Béla (1905): A társadalmi gazdaságtan elemei I., *Athenaeum Rt. Budapest*
- Győri Imre (1929): A magyar társadalmi gyermekvédelem In.: A magyar filantrópia könyve (szerk.: Béry László), *Légrády Testvérek Műintézete Budapest* 287-294.o.
- Heller Farkas (1923): Magyarország socialpolitikája, *Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest*
- Dr. Johan Béla (1939): Gyógyul a magyar falu, *Magyar kir. Országos Közegészségügyi Intézet Budapest*
- Keller Lajos (1940): A magyar anya- és csecsemővédelem In.: Nyitott könyv (szerk.: Dr. Bodor Antal - Dr. Gerlóczy Zsigmond) *Országos Közegészségügyi Egyesület Budapest* 91-94.o.
- Keller Lajos (1923): Az „Országos Stefánia Szövetség Anyák és Csecsemők Védelmére” története, eddigi működése és szerepe az Amerikai Vöröskereszt anya- és csecsemővédő akciójában In.: Az Amerikai Vöröskereszt anya- és csecsemővédő akciója Magyarországon (szerk.: Dr. Bókay János) *American Red Cross Action for protecting mothers and babies in Hungary kiadása Budapest* 1923 13-18.o.
- Közgazdasági enciklopédia I. (1929) (szerk.: báró Sztérényi József et al.) *Athenaeum Rt. Budapest*
- Liber Endre (1927): A háború és a pusztító béke hatásai Budapesten In.: A nagy vihar hajótöröttjei (szerk.: Dr. Kádár Béla – Sarbó Vilmos) *Budapest* 93-128
- Dr. Lőrincz Ferenc (1943): Országos Közegészségügyi Intézet, *Egészség* 6-7.sz. 181-187.o.
- Dr. Lukács György (1936): A mezőgazdasági magyar munkásvédelem fejlődése, *Pátria Irodalmi és Nyomdai Rt. Budapest*
- Magyar anyák könyve (1930) (szerk.: Keller Lajos), *Zrínyi Miklós Nyomdai Műintézet Rt. Budapest*
- Magyarországi Rendeleték Tára 1917. VII-IX. füzet (Magyar kir. Belügyminisztérium), *Pesti Könyvnyomda Rt.*
- Magyarországi Rendeleték Tára 1918. I-IV. füzet (Magyar kir. Belügyminisztérium), *Pesti Könyvnyomda Rt.*
- Orosz Dezső (1941): Anya-, csecsemő- és kisdédvédelem In.: Az iskolaorvos kézikönyve (szerk. Dr. Darányi Gyula), *Országos Közegészségügyi Egyesület Budapest*
- Dr. Parassin József (1926): A népbetegségek elleni védekezés In.: A hatósági orvos. Vezérfonal a socialhygiénével foglalkozók számára (szerk.: Dr. Fáy Aladár et al.) *Novák és Társa Budapest* 95-160.o.
- Dr. Petrilla Aladár (1936): Magyarország népesedési viszonyai 1920-tól 1932-ig, *Athenaeum Rt. Budapest*
- Pik Katalin (2004): A szociális munka története Magyarországon (1817-1990), *Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület Budapest*
- Révész Béla (1934): Magyar küzdelem, *Gergely R. Könyvkereskedése Budapest*
- Dr. Rusznyák Gyula (1935): Faluvédelem, *Szt. István Társulat Budapest*
- Dr. Szél Tivadar (1930): Egészségügyi statisztika, *Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat Budapest*
- Dr. Szénágy József (1940): Anyavédelem, *Országos Stefánia Szövetség Budapest*
- Dr. Tauffer Vilmos (1915): Anyavédelem a szülés alkalmával In.: Háború és a jövő (szerk.: Dr. Lányi Márton) k.n. *Budapest* 167-175.o.
- Társadalmi lexikon (1928) (szerk.: Madzsar József), *Népszava-könyvkereskedés Budapest*
- Dr. Torday Ferenc (1926): Egészségügyi csecsemő-, gyermek- és anyavédelem In.: A hatósági orvos. Vezérfonal a socialhygiénével foglalkozók számára (szerk.: Dr. Fáy Aladár et al.) *Novák és Társa Budapest* 183-252.o.

- Dr. Turcsányi Imre – Engel Zsigmond (1903): Az elhagyott gyermek sorsa Angliában és Olaszországban,
Dobrowsky és Franke Kiadása Budapest
- Vadnay Tibor (1918): A magyar jövő, *Athenaeum Rt. Budapest*
- Zentai Pál (1923): Jelentés az Amerikai Vöröskereszt anya- és csecsemővédő akciójáról In.: Az Amerikai
Vöröskeresztanya- és csecsemővédő akciója Magyarországon (szerk.: Dr. Bókay János) *American Red
Cross Action for protecting mothers and babies in Hungary kiadása Budapest 1923 25-32.o.*