



AZ EGYRE NÖVEKVŐ ÉRTÉK – A GYERMEK (A CSECSEMŐHALÁLOZÁS ELLENI KÜZDELEM MÚLTJA, JELENE ÉS JÖVŐJE)

JANIK LEONARD Dr. egyetemi tanársegéd,
Semmelweis Egyetem, Népegészségtani Intézet
E-mail: janik.leonard@semmelweis-univ.hu

DOI: <http://doi.org/10.23716/MTT.5.2022.07>

Absztrakt

A „gyermek kincs” kifejezés minapi beütése a Google kereső oldalán nagyjából 264.000 találatot eredményezett. De ez nem mindig volt így. Az állami gyermekvédelem első gondolata csupán a francia forradalom során merült fel először, és csak 1860-ban hívta fel William Farr statisztikus a világ figyelmét arra, hogy a csecsemőhalálozás az egyik legnagyobb társadalmi probléma. Magyarországon 1894-ben a csecsemőhalálozás átlagát 21,2%-ra tették, amely a fejlett európai országok szintjét tekintve az egyik legmagasabb volt. Több mint húsz évvel később, 1905-ben a hét év alatti gyermekek halálozási aránya az összlakossághoz képest 47,5% volt, a meghalt gyermekek 42,3%-át a halála előtt orvos sem látta. 1908-ban pedig a csecsemőhalálozás terén sem volt igazi változás, a gyermekek ötöde halt meg a születését követő első évben.

Ezek az adatok annak a tudatában különösen rettenetesekek, hogy már ismert volt a perinatális orvoslás, Budin javasolta a szoptatást, felfedezte a cumit, Tarnierrel közösen pedig 1880-as létrehozták az első inkubátorokat. Berend Miklós gyermekgyógyász 1910-ben keserűen állapítja meg: „Ma még Magyarországon egyetlen egy klinika sincs, ahol a kitűnő, Budin-féle példára a csecsemők számára konzultációt rendeztek volna be.”. Épp ezért különösen indokolt volt 1915-ben az Országos Stefánia Szövetség létrehozása, amelynek megalakulásakor két fő célkitűzése volt: a csecsemőhalandóság csökkentése és a nemzet számbeli erősítése. A paradigmaváltozást tovább erősítette az 1927-es alapítású Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat, amelybe a Szövetség végül 1941-ben beolvastásra került.

A munka fokozatosan hozta meg a gyümölcsét. Az 1915-ös és 1945-ös kiugrástól eltekintve, 1931-ben sikerült elérni a 15%-os, 1944-ben a 10%-os, 1959-ben pedig az 5%-os mutatót. A folyamatos csökkenés egy nagyságrendes mérőszámot is lehetővé tett, százalékról ezrelékre. Az 1990. évi 14,8 ezrelékről 2017-ben 3,6 ezrelékre csökkent a csecsemőhalandóság.

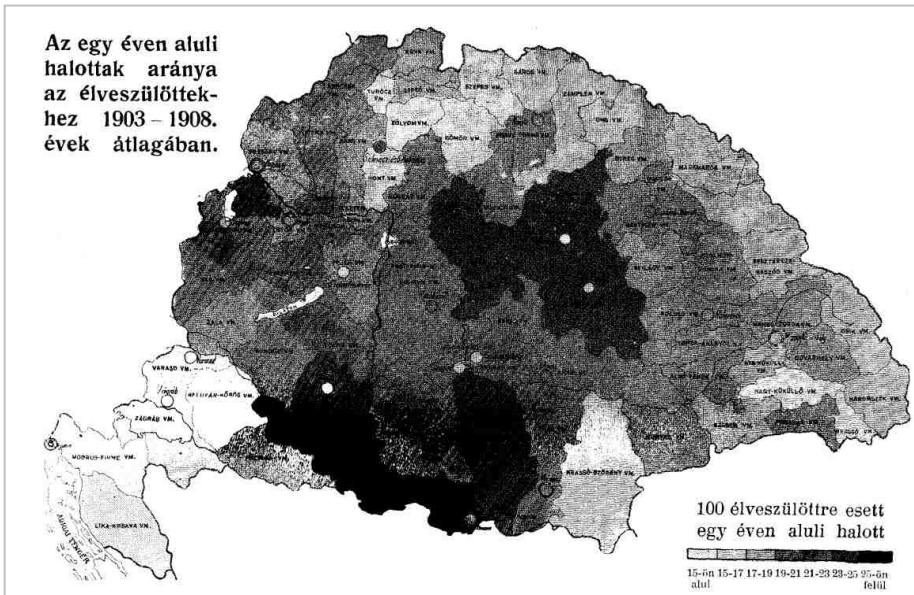
Javíthatóak-e ezek a mutatók? 150 év alatt jelentős hozzáállásbeli változások alakultak ki a társadalomban, igaz ebben komoly szerepet kapott az a tény, hogy egyre kevesebb gyermek születik.

Kulcsszavak: gyermekvédelem, csecsemőhalandóság, történeti statisztika

A gyermekvállalás és az azzal kapcsolatos élethosszig tartó felelősség komoly kihívás korunkban, a társadalom talán egyik legfontosabb paradigmaváltása. A csecsemőhalálozáshoz való hozzáállás a népesedési folyamatokban az utóbbi 150 évben radikális változáson ment át. Manapság egy születendő gyermek köré hatalmas „apparátus” épül fel: gyermekvállalást megelőző tanácsadás (pl. családvédelmi szolgálat), a megfogant magzat fejlődését végigkísérő (nőgyógyász, szülésznő), végül a megszületett csecsemő egészségét vigyázó szakemberek csapata (védőnő, házi gyermekorvos). Ezt egészítik ki a bölcsődei-óvodai munkatársak, valamint a folyamatosan bővülő, családalapítást, gyermekvállalást ösztönző állami támogatások.

A gyermek korábban sokszor nem öröm, inkább gond volt. A nem kívánt, elhanyagolt gyermek hamar elpusztult és az állam sem törődött vele különösebben. William Farr (1807–1883) brit orvos, nem mellesleg a számok rajongója, volt az első, aki a megismert és feldolgozott adatok alapján 1865-ben a csecsemőhalálozást az egyik legnagyobb társadalmi problémának nevezte [WILLIAM F. 1865]. Pierre-Constantin Budin (1846–1907) francia szülész, nőgyógyász és gyermekorvos (abban az időben ezek a szakmák még nem váltak szét) a modern perinatális orvoslás megalapítója is sokban hozzájárult a csecsemőhalálozás csökkentéséhez. Hangsúlyozta az újszülöttek megfelelő táplálkozását, az anyák oktatását. Erőteljes propagálója volt a szoptatásnak, mivel felismerte, hogy a tehéntej okozta bélhurut számos kisded halálában játszik szerepet. Kortársa és honfitársa, Stéphane Étienne Tarnier (1828–1897) alkotta meg az első inkubátort.

Hazánkban 1910-ben jelent meg Berend Miklósnak (1870–1919) a „Fehér Kereszt” gyermekkórház (a mai Tűzoltó utcai gyermekklinika) főorvosának úttörő munkája *„A csecsemőhalálozás „magyar” okai; a csecsemővédelem eddigi eredménye és útja a jövőben*” címmel. Munkájában hivatkozott Eröss Gyula (1855-1925) gyermekorvos statisztikai adataira, aki az első magyarországi gyermekvédelmi törvény — amely a gyermekvédelmet állami feladatként határozza meg — megalkotásában jelentős szerepet játszott és melyet 1901-ben Széll Kálmán miniszterelnöksége alatt fogadtak el. Eröss 1894-ben megjelent munkájában [ERÖSS, 1894] 21,2%-os átlagos csecsemőhalálozást rögzít, melyen belül a fiúcsecsemők halálozása a magasabb, ráadásul kiemeli, hogy a törvénytelen újszülöttek halálozási aránya (33,89%) Bécsben és Budapesten a legmagasabb Európában.

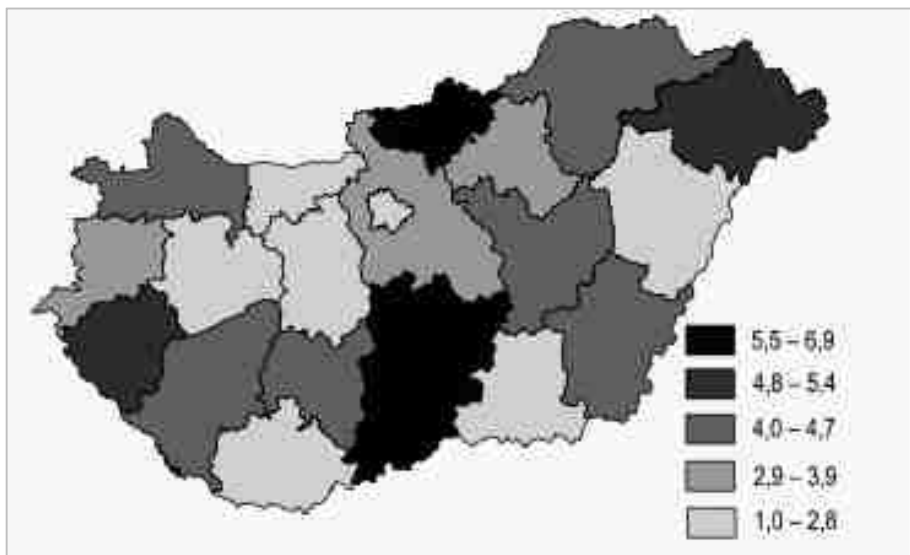


1. ábra: A csecsemőhalálozás országos belüli megoszlása a 20. század első évtizedében [BEREND, 1910]

Berend közleménye nem értett egyet azokkal az adatokkal, amelyek azt állították, hogy az egy éven aluliak halálozása Budapesten 1874 és 1906 között 349 ezrelékről 146 ezrelékre csökkent, amit a szerző „túlságosan jónak” talált a népesség átlagosnál magasabb fluktuációja miatt. Számításai szerint ez közel 18 százalék! A csecsemőhalandóság ráadásul országosan is igencsak egyenetlenül oszlott meg.

Ha a Trianon utáni 2017-es Magyarországon nézzük meg a megyék szerinti elosztást több mint száz évvel később, már jelentős változásokat látunk. Az egyes megyék értékeinek időbeli alakulásánál az alacsony esetszám miatt egyre nagyobb szerep juthat egy-egy váratlan eseménynek, balesetnek, tragédiának, magának az esetlegességnek, ami évről évre módosíthatja a megyék besorolását, illetve a legkedvezőbb vagy a kedvezőtlenebb területi egységek sorrendjét.

De mi is okozta a kisdetek halálát? 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 világrahozott szifilisz szedett sok áldozatot a csecsemők körében [KISS, 2004]. 1906-ban



2. ábra: Csecsemőhalálozás megyék szerint (ezer újszülöttre, 2017) [KSH, 2019]

Budapesten a 3063 haláleset közül 566 halt meg az első héten Debilitas congenita gyűjtőneve alatt [magyar megfelelője — veleszületett gyengeség], további 125 pedig az első hónap végéig. Enteritisben 746-an, különböző légúti betegségekben 700-an veszítették életüket [BEREND, 1910]. A legtöbb szülőházban még a 20. század elején is abba az alkalmi rongyokba göngyölték a megszületett babát, amelyeket az anya hozott magával! Korunkban a csecsemőhalálozások több mint felét az élveszületés körüli [perinatális] halálozások okozzák, több mint egynegyedét pedig a veleszületett rendellenességek. 2017-ben e két halál-ok volt felelőse az összes újszülötthalálozás mintegy 83%-ának [KSH, 2019].

Bár a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk több helyen is szabályozta a gyermekekről való gondoskodást, de általános alkalmazása és betartatása még a következő század elején is erősen hiányos volt. Budapest polgármestere, Bárczy Isván 1914 júliusában létrehozta a Központi Segítő Bizottságot (KSB), amelynek végrehajtó szerve a Városi Népsegítő iroda volt. A KSB részeként megalakult az Anyavédő Osztály, amely a fővárosban két szülőotthont is létesített, valamint központilag foglalkozott a szülő anyák és csecsemők segélyezésével. A szervezés orvosi vonatkozásainak kidolgozását a gyermekgyógyászat kiválóságai, Heim Pál, Bókay János, Berend Miklós, Tauffer Vilmos vállalták magukra, akik intenzív szervezést követően 1915. június 13-ára kitűzték az országos anya- és csecsemővédő szervezet alakuló ülését, amelyre a budapesti új városháza

közgyűlési termében került sor. 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, Bókay János és Tauffer Vilmos egyetemi tanárok, valamint a gyermekvédelmi szakember Ruffy Pál. Az alapszabály elfogadása után Apponyi Albert bejelentette az anya- és csecsemővédelem első magyarországi országos szervezete, az Országos Stefánia Szövetség megalakulását. Elnökké Apponyi Albertet, társelnökökké báró Bánffy Györgynét, gróf Czebríán Istvánnét, gróf Teleki Sándornét, Bárczy Istvánt és gróf Zichy Rafaelt választották. Stefánia hercegnő elvállalta a Szövetség fővédnöki tisztét [KISS, 2004].

A Stefánia hercegnőről elnevezett szervezet megalakulásakor két fő cél tűzött ki: a csecsemőhalandóság csökkentését és a nemzet „számbeli erősítésé”-t. A védelem alapfeltétele az alakulásakor:

- az anya nem kerülhet rosszabb gazdasági helyzetbe azért, mert új embernek ad életet és gyermeket nevel...
- az anyát és magzatját meg kell óvni a szülési folyamat veszélyeitől
- lehetővé kell tenni, hogy minden anya maga szoptassa csecsemőjét
- a tudatlanság a csecsemő nevelés köréből száműzendő az anyák megfelelő tájékoztatása által
- a társadalom ismerje fel a nagy csecsemőhalandóságban rejlő óriási nemzeti veszedelmet.

Akkoriban azokban az országokban, ahol hasonló gondok és feladatok voltak, az anya-, gyermekvédelem elsősorban azon az elven működött, hogy a szociálisan rászoruló, vagy problémával küszködő anya keresse fel azokat az intézményeket, melyek segítséget, tanácsot adnak. Nálunk azonban Tauffer Vilmos „magyar módszerét alkalmazták: *„Minekünk be kell hatolni a nép közé, hajlékában kell felkeresni őt, be kell férköznünk bizalmába, le kell küzdenünk előítéletét az új iránt, és ki kell ragadnunk a rossz szokások és babonák karmaiból, ha arra várunk, hogy ő jöjjön hozzánk tanács- és segélyért: ügyünk veszve van... Ehhez a munkához a társadalom saját gyermeke szükséges, aki többé-kevésbé bizalmasa a szülő-anyának és a családnak... Az anyát otthonában felkeresni és bizalmát megnyerni, nevelve vezetni csecsemője szoptatása és egészségben való felnevelése érdekében... A védőnő körzetében lehetőleg már a terhesség alatt és a szülés közeledtével puhatolódzék az érdekeltknél, vajon lehet-e segítségére higiénés szempontokból, szociális támogatásával, vagy anyagi szükség esetén...”* 1926-ban az alapelveket tovább gazdagították: *„Nem a betegség gyógyítása a cél, hanem a tanítás, oktatás mellett elsősorban minden olyan körülmény*

elhárítása, mely a jövő generáció fejlődését és életképességét károsan befolyásolhatja” [mave.hu, 2021].

A Stefánia Szövetség a munka koordinálására Központi Irodát hozott létre, 1915 novemberében pedig megindult 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. 1917-ben 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 (az egészségüggyel kapcsolatos kérdések ennek a minisztériumnak a hatáskörébe tartoztak) felügyelete alá helyezte, feladatai közé sorolta a védőintézeti anyavédelmet, a védőintézeti csecsemő- és kisgyermekvédelmet, egészségügyi propagandafolytatását, valamint egyéves védőnőképző tanfolyamok szervezését [KISS, 2004].

A Trianoni határmódosítások erősen megrázták a Stefániát is, mivel az elsősorban a leginkább veszélyeztetett erdélyi, délvidéki, illetve felvidéki területeken kezdte meg a szervezést, intézményeinek és személyzetének jelentős része a szomszédos országokhoz került, amelyek azt a saját rendszerükhöz igazították, a korábbi elveket figyelmen kívül hagyva. Azonban az anyaországi fejlődés nem állt meg. 1923-ban belügyminiszteri rendelet kötelezte a védőintézettel ellátott törvényhatóság területén működő állami anyakönyvvezetőket, hogy minden születést 24 órán belül közöljenek a területileg illetékes anya- és csecsemővédőállomással. 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 csúciszerve lett.

A vármegyék csecsemőhalandósága lényegesen rosszabb volt a városokénál. Az 1920-as évek elején a vármegyékben száz élveszülöttre 19,6, a törvényhatósági városokban 17,2 csecsemőhalott jutott, a 30-as évek végén az arány 13,6 illetve 10% volt. A tanyák csecsemő-egészségügyével foglalkozó vizsgálat 20 alföldi város és község tanyáin 25,7%-os csecsemőhalálzási arányt tárt fel, míg az érintett települések belterületein a mutató „csak” 15,2%-ot ért el. A Stefánia Szövetség keretében működő védőintézetek eredményesen vették fel a küzdelmet a vetélések, az illegális fogamzásgátlások és

magzatelhajtások ellen, és jó eredményeket értek el a nyári csecsemőhalálozás visszaszorításában is [KISS, 2004].

Közben azonban elindult egy másik folyamat is. Az első világháború után a magyar politika kapcsolatban lépett a varsói és prágai közegészségügyi intézetek szervezésében szerepet játszó amerikai központú, 1913-ban alapított egészségügy-szervező tevékenységű Rockefeller Alapítvánnyal. 1922-ben az orvosegyetem Közegészségügyi Tanszékének akkori vezetője, Liebermann Leó vezetésével a magyar intézet terveit is kidolgozták, amely végül 1927. július 1-én kezdte meg működését mint Országos Közegészségügyi Intézet (OKI). Igazgatója Johan Béla lett, hatásköre Budapest kivételével az egész országra kiterjedt. Az OKI ugyanebben az évben létrehozta a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatot, amely 1930. szeptember 15-én megindította a felügyelete alatt létrehozott Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet első tanfolyamát.

A Stefánia az 1925-ös védőnő-oktatási monopóliumot biztosító 22.707/1925.NMM miniszteri rendelet ismeretében saját jogkörének megcsorbításaként reagált az állami védőnőképzés beindulására, ezért kezdetekben a képzés párhuzamosan folyt a két szervezet keretein belül. 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 csecsemővédő intézet 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 szerződést kötött, amelyet a BM is jóváhagyott: 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 [KISS, 2004].

Az OKI vezetője, Johan Béla 1935-ben a BM közegészségügyi kérdésekért felelős szakállamtitkára lett, így a politikai erőegyensúly is megváltozott. 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 OKI központi felügyelete és irányítása alatt álló Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat feladatkörébe utalták. 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. Az Országos Stefánia Szövetség 1940. december 31-ig kimondta

megszűnését és Országos Egészségvédelmi Szövetség néven szerveződött újjá. Az elnöki tisztelet Ugron Gábortól Johan Béla vette át. Feladata az lett, hogy a zöldkeresztes egészségvédelem munkáját szociális háttértevékenységgel egészítse ki [KISS, 2004]. Összefoglalva: a csecsemőgondozás, mint egészségvédelmi szakmunka egységesen állami felügyelet alá került és ez a rendszer a mai napig is fennmaradt.

Mielőtt ismertetnénk, hogy a fent leírt cselekmények milyen eredményeket értek el, fontos tisztáznunk a fogalmakat. A csecsemőhalálozás az élveszületést követően az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett halálozás, mivel a megszületett gyermek a gyermekgyógyászatban alkalmazott nomenklatura szerint egy éves koráig tekinthető csecsemőnek, amit a 3 éves korig tartó kisdedkor követ. A pontosság kedvéért megjegyzem, hogy a fejlődés az újszülöttkorral kezdődik, amely szűkebb értelemben 0–6 nap, tágabb értelemben 0–27 nap, tehát a csecsemőkor a baba életének 28. napjától kezdődik [OLÁH, 2008].

A csecsemőhalandóság (CSH) pedig egy arányszám (intenzitási mutató), ami arra ad választ, hogy ezer újszülött közül az adott halandósági viszonyok mellett hányan halnak meg egyéves életkoruk betöltése előtt (ezrelékben kifejezve). A csecsemőhalandóság az egyes országok fejlettségének egyik fontos mérőszáma, több demográfiai mutatóra nézve is kiemelt jelentősége van: így a születéskor várható átlagos élettartamra vagy a potenciálisan elvesztett életek alakulására.

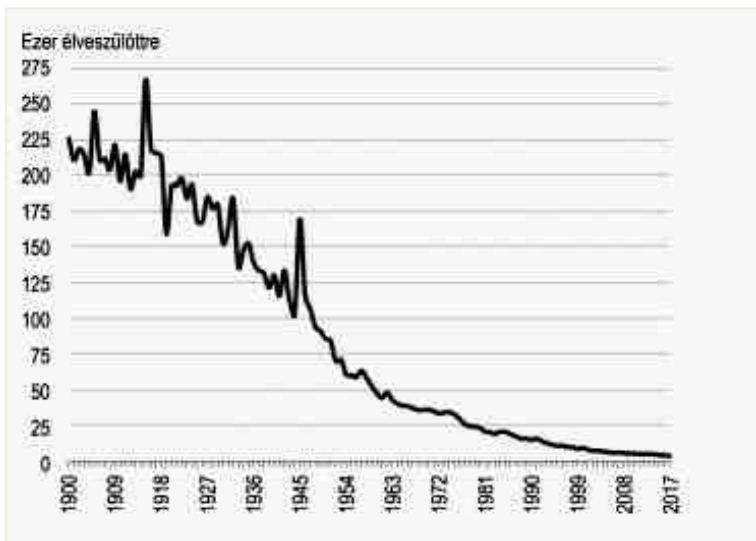
$$\text{CSH} = \frac{\text{az év folyamán elhalt egy éven aluliak száma}}{\text{az év során élveszületettek száma}} \times 1000$$

A csecsemőhalandóság ráadásul rendhagyó statisztikai mutató: számításánál két év élveszületéseit veszik számba, a vizsgált évben született és abban az évben egyéves kora előtt elhunyt, illetve az előző évben született, de a vizsgált évben ugyanezen életkor előtt elhalálozott újszülötteket. Tehát egy 2020 szeptemberében született gyermek a 2020. év számításánál a nevezőben jelenik meg, ezáltal az intenzitási mutatót javítja, ugyanakkor, ha 2021 márciusában elhalálozik, akkor a 2021. év számításánál a számlálóban, az érintett év eredményét rontva. Egy kiegyensúlyozott életvitelű társadalomban ennek nincs különösebb jelentősége, de jelentős változások jelentkehetnek pl. egy háborús helyzet esetén.

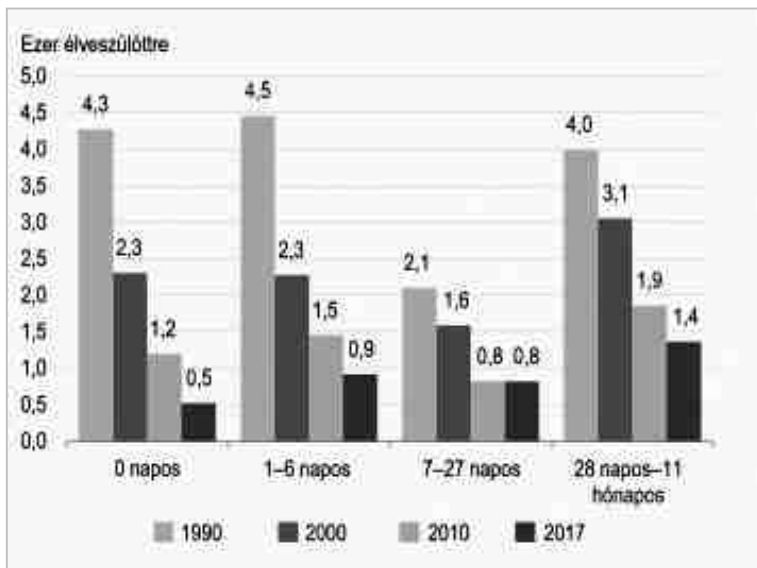
A csecsemőhalandóság mérésének módszertana különösen az első világháború alatt és közvetlenül utána két kiugró szélsőértékkel jelentkezett: az 1915. évi 267 ezrelék és az 1919. évi 159 ezrelék között számottevő, több

mint 100 ezrelékpont volt a különbség. 1914-ről 1915-re több mint 30%-kal, mintegy 83 ezer fővel csökkent az élveszületések száma, és ez látványosan megemelte az 1915. évi értéket az előző évhez viszonyított alacsony születésszám (nevező) és az előző év magasabb születéseiből eredő, de a vizsgált évben jelentkező (többség) csecsemőhalottak száma miatt. Ellenkező irányú, de hasonló jelenség okozta a 1919. évi látványos csecsemőhalandóság-csökkenést, amikor 1918-hoz viszonyítva 70%-kal, közel 90 ezer fővel emelkedett egyik évről a másikra a születések száma. Az 1945. évi magas csecsemőhalandóságban is hasonló jelenségek játszottak szerepet [KSH, 2019].

A két világháború között alapvetően csökkenő irányzat figyelhető meg, 1920 és 1944 között csaknem felére, 193-ról 103 ezrelékre esett a csecsemőhalandóság, amelyben a Stefánia Szövetség és a Zöldkeresztes Szolgálat tevékenysége komoly szerepet játszott. A második világháborút követően felgyorsult és csaknem folyamatos javulást mutat a trend, 1947 és 1968 között a harmadára, majd az ezt követő két évtizedben a rendszerváltás időszakáig ismét négytizedére csökkent az újszülötthalandóság [KSH, 2017]. A rendszerváltást követően újra jelentősen, mintegy egynegyedére esett a csecsemőhalandóság, az 1990. évi 14,8 ezrelékről 2017-ben 3,6 ezrelékre [KSH, 2017].



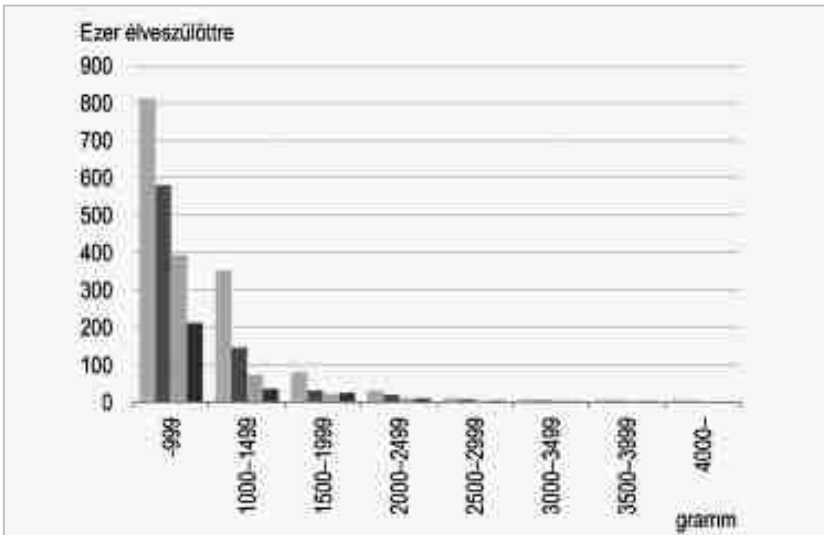
3. ábra: A csecsemőhalandóság alakulása 1900 és 2017 között [KSH, 2019].



4. ábra: Csecsemőhalálozás az újszülött életkora szerint [KSH, 2019].

Az elmúlt 27 évben látványosan, csaknem felére esett a 0 napos korban elhunyt csecsemők aránya, és kismértékben csökkent a 1-6 napos életkorban elhunytaké. 1990-ben az elhalálozott csecsemők többsége, közel 60%-a az élveszületést követő egy héten belül meghalt, 2017-re arányuk 40% alá esett. Ezzel párhuzamosan emelkedett a második és a negyedik hét között elhunyt (7-27 napos), valamint az első és a tizenegyedik hónap között elhunyt (28 napos –11 hónapos) újszülöttek aránya. A kritikus időszak változatlanul az első hét maradt, mivel az egy héten belül elhunyt csecsemők aránya 2017-ben is magasabb volt, mint a 7-27 napos vagy az 1-11 hónap között elhunyt újszülötteké [KSH, 2019].

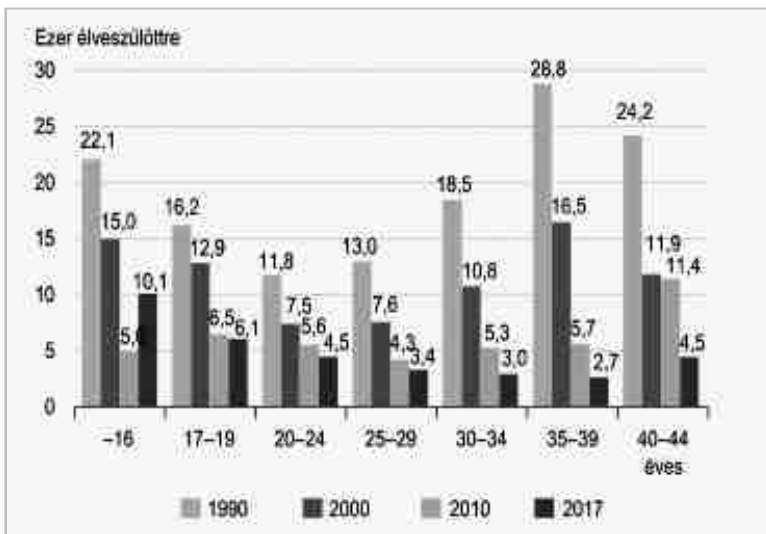
A csecsemőhalandóság a születési súllyal mutatja a legszorosabb összefüggést. Minél kisebb súllyal születik meg a gyermek, annál nagyobb az esélye annak, hogy nem éli meg az egyéves életkorát. A gyermek születési súlyát tekintve a demográfia megkülönbözteti a koraszülött (2500 gramm alatti) és az érett szülött (2500 gramm és e fölötti) csecsemőket. Hazánkban nemzetközi összehasonlításban viszonylag magas a koraszülöttek aránya, de a trendeket tekintve nincs lényeges elmozdulás, mivel tartósan és egyenletesen 8 és 9% között mozog. A rendszerváltást követő néhány évben 9% fölött volt ez az arány, majd kisebb ingadozásokkal tarkítva 8,3%-ra mérséklődött 2017-ben. A csecsemőhalandóság ezzel szemben lényegében folyamatosan, egyenletesen és nagymértékben csökkent az elmúlt 27 évben [KSH, 2017].



5. ábra: Csecsemőhalandóság születési súly szerint [KSH, 2019]

Ha az anya életkorát és a csecsemőhalandóságot vizsgáljuk, akkor ismét figyelembe kell vennünk egy társadalmi paradigmaváltozást. Míg 1990-ben a 20–24 éves anyáktól született a legtöbb gyermek, addig az 1990-es évek végétől a 25–29 éves anyák vették át a vezető szerepet, 2007-től pedig a 30–34 éves életkorú anyák hozzák világra a legtöbb újszülöttet. A tizenéves korban gyermeket vállaló anyák aránya a felére, a 20–24 éveseké pedig csaknem a harmadára esett 1990 és 2017 között. Ezzel párhuzamosan nőtt a 30 éves és annál idősebb anyáktól származó gyermekek aránya. A 30–34 éves anyák részesedése több mint kétszeresére, a 35–39 éveseké közel 3,5-szeresére, a 40–44 éves anyáké pedig több mint ötszörösére (!) nőtt az összes születésen belül közel három évtized alatt. Ahogy a szülő anyák életkora emelkedett, és egyre gyakoribb lett a 30 vagy akár a 40 év fölötti gyermekvállalás, a csecsemőhalandóság javulása is ezekben az életkorokban lett a legnagyobb mértékű, más szóval az „idősebb” anyák gyakoribb gyermekvállalása nagyobb biztonsággal és kisebb kockázattal járt együtt újszülöttjeik halandóságát illetően. 1990-ben, de 2000-ben is a 35 év feletti gyermekvállalás esetében volt a legmagasabb a csecsemőhalandóság, ezzel szemben 2017-ben már a 35–39 éves nőknél volt a legalacsonyabb, és a 40 év felett vállalt gyermekeknél is kisebb volt az újszülöttkori halandóság kockázata, mint a tizenéves korban vállalt gyermekek esetében.

A csecsemőhalandóság legbiztonságosabb életkora is fokozatosan emelkedett a vizsgált időszakban: 1990-ben még a 20–24 éves nők gyermekeinél



6. ábra: Csecsemőhalálozás az anya életkora szerint [KSH, 2019].

volt a legalacsonyabb a csecsemőhalandóság értéke, az ezredfordulót követő évtizedben ez kiterjedt a 20-as éveik második felében vállalt gyermekekre is, majd a 2010-es évek első felétől egyre gyakrabban a 30–34 éves nők gyermekeinél volt a legalacsonyabb a csecsemőhalandóság. 2017-ben fordult elő elsőként, hogy a 35–39 éves korban vállalt gyermekeknél volt a legkedvezőbb az újszülöttkori halandóság értéke. Összességében az 1990 és 2017 között bekövetkezett csecsemőhalandóság csökkenéshez a legnagyobb mértékben a 30 év felett gyermeket vállaló anyák járultak hozzá, ezen belül is főleg a 35–39 évesek gyermekeinek halandóság javulása volt a meghatározó [KSH, 2019].

Komoly jelentőséggel bír a csecsemőhalálozásnak az összes halálozáson belüli változó szerepe, illetve jelentősége. Amikor a magas születésszám mellett az újszülötthalálozás is magas volt, akkor kifejezetten magas volt az első életéve előtt elhunytak száma és az összes halálozáson belüli aránya. A múlt század elején az évi halálozások olykor több mint felét az öt év alatti gyermekek halálozása tette ki, azon belül is az egyharmadát az elhunyt csecsemők. Az első világháború éveit mutató jelentős csökkenés elsődleges oka a születésszám visszaesése volt, ami a magas csecsemőhalandóság mellett is mérsékelte az elhalálozott újszülöttek abszolút számát. A két világháború között a csökkenő születésszám mellett a csecsemőhalandóság jelentősen javult, így az összes halálozáson belüli szerepe is fokozatosan mérséklődött. Ez a trend folytatódott a második



7. ábra: A csecsemőhalálozás a halálozások százalékában [KSH, 2019].

világháborút követően is, ami tovább mérsékelte és fokozatosan elenyészővé tette az újszülötthalálozások súlyát az összes halálozásban. Mindemellert a csecsemőhalandóság kiemelkedő fontosságú mutató, egy ország egészségügyi ellátórendszerének fejlettségét, a várandós gondozás és az újszülöttellátás színvonalát kifejező nemzetközileg számon tartott mérőszám [KSH, 2017].

Hogy állunk nemzetközi viszonylatban? 1990-ben csak két ország (Románia és Lengyelország) csecsemőhalandósága volt kedvezőtlenebb a hazainál, 2000-ben háromé (Lettország, Bulgária és Románia), 2010-ben öt, 2016-ban pedig már nyolc ország helyzete volt rosszabb a hazainál. Az EU-28 országa-inak 2016. évi rangsorában így is az utolsó harmadban volt Magyarország, de jobb pozícióban, mint egy vagy két évtizeddel korábban. Az élményben évtizedek óta a skandináv országok, ezen belül is Finnország csecsemőhalandósága a legkedvezőbb, és ezt a helyzetét 2016-ban is megőrizte, 1,9 ezreléssel. Figyelemre méltó Szlovénia és Észtország esete, ahol negyedére, illetve ötödére esett az újszülöttkori halandóság az elmúlt két és fél évtizedben, így 2016-ban a második és a harmadik helyet foglalták el az uniós országok rangsorában. Az EU-hoz később csatlakozott országok közül még Csehország tartozik a legkedvezőbb helyzetű országok első harmadába. A csecsemőhalandóság általános csökkenése mérsékelte a szélsőértékekkel rendelkező országok közötti különbséget. 2016-ban Finnország (1,9 ezrelék) és Málta (7,4 ezrelék) között kevesebb mint 4-szeres volt a különbség, ez

2000-ben nagyobb mértékű, mintegy 5,5-szeres volt Svédország (3,4 ezrelék) és Románia (18,6 ezrelék) esetében. Az EU-n kívüli európai országok közül 2016-ban Izland, Norvégia, Svájc és Montenegró csecsemőhalandósága alacsonyabb, a többi ország újszülöttkori halandósága magasabb volt, mint Magyarorszáé [KSH, 2019].

Growing value — the child (past, present and future of the fight against infant mortality)

Typing the term “child’s treasure” resulted in roughly nowadays 264,000 results on the Google search page. But always this was not the case. The first idea of state child protection first emerged only during the French Revolution, and it was not until 1860 that statistician William Farr drew the world’s attention to the fact that infant mortality was one of the greatest social problems. In 1894, the average infant mortality rate in Hungary was set at 21.2%, which was one of the highest in developed European countries. More than twenty years later, in 1905, the mortality rate of children under the age of seven was 47.5% of the total population, and 42.3% of children who died were not seen by a doctor before his death. And in 1908, there was no real change in infant mortality, with one-fifth of children dying in the first year after birth.

These data are particularly appalling in the knowledge that perinatal medicine was already known, Budin suggested breastfeeding, discovered the pacifier, and in 1880 the first incubators were established with Tarnier. In 1910, pediatrician Miklós Berend bitterly stated: “Even today, there is not a single clinic in Hungary where a consultation for infants has been arranged, following Budin’s excellent example.” This is why the establishment of the National Stefania Association in 1915, which had two main objectives: reducing infant mortality and strengthening the nation in numbers, was especially justified. The paradigm shift was further reinforced by the Green Cross Health Service, founded in 1927, into which the Alliance was finally merged in 1941.

The work gradually bore fruit. Apart from the jumps of 1915 and 1945, the figures of 15% were reached in 1931, 10% in 1944, and 5% in 1959. The steady decline also allowed for an order of magnitude, from a percentage to a thousandth. From 14.8 per thousand in 1990, infant mortality fell to 3.6 per thousand in 2017.

Can these indicators be improved? In 150 years, significant changes in attitudes have taken place in society, although the fact that fewer and fewer children are being born has played a major role in this.

Keywords: child protection, infant mortality, history of statistics

Irodalom

- [1] BEREND M.: A csecsemőhalálozás „magyar”okai; a csecsemővédelem eddigi eredménye és útja a jövőben, Budapest, 1910.
- [2] Csecsemőhalálozás, *Statisztikai Tükör*, 2019. február 22. KSH.
- [3] ERŐSS GYULA DR.: *A csecsemők ápolása és gondozása*, Budapest, 1894.
- [4] KISS L: Egészség és politika – az egészségügyi prevenció Magyarországon a 20. század első felében, *Korall*. 2004. 17. 107–137.
- [5] OLÁH É: *Gyermekgyógyászati kézikönyv I*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2008.
- [6] WILLIAM F.: On Infant Mortality, and on Alleged Inaccuracies of the Census, *Journal of the Statistical Society of London*. Vol. 28, No. 1 (Mar., 1865), pp. 125–149.
- [7] <https://mave.hu/?q=webpage/106> [2021.01.18.]