

A koronaér-megbetegedés létrejöttében a testmozgás hiánya, az észszerűtlen táplálkozás, a dohányzás mellett ugyancsak az idegi-emocionális tényezők szerepe bizonyult döntőnek. Az orvos-szociológiai kutatások jelzik a megbetegedés gyakoriságának növekedését dolgozó nőknél, s azt is kimutatják, hogy a miocardium infarctus előzményeiben is legtöbbször idegi túlterhelés, stressz-állapot szerepel.

Figyelemre méltó adatokat hoztak felszínre a vizsgálatok az üzemi neurózisokról. A megbetegedések száma világszerte emelkedik, átlagban az üzemi munkásság 3—5%-át érinti, de vannak olyan foglalkozási ágak, ahol ez az arányszám sokkal magasabb. Bálint és Murányi Magyarországon végzett vizsgálatai különösen tanulságosak. Bizonyítják, hogy a betegség kialakulását nem egymagában a monoton munka okozza, fontos szerepe van ebben az egyén idegi reaktivitásának is. Ezért pályaválasztáskor sokkal nagyobb figyelmet kell fordítani az alkalmassági vizsgálatokra. Sok olyan munkahely van, ahol nagy az idegi megterhelés, és mégsem végeznek alkalmassági vizsgálatokat. A neurózis szülője számos esetben a munkahelyen kialakuló zavart interperszonális kapcsolatot, a faluról bekerült munkás beilleszkedésének nehézségei, a felelősségtől való félelem, a képességeket meghaladó feladat.

Az átlagos életkor növekedésével a nyugdíjas kor orvos-szociológiai kutatásainak különös a jelentősége. Al. Ciucă és Maria Sanda, a bukaresti geriátriai intézet kutatóinak nagyszámú vizsgálatából tudjuk, hogy a nyugdíjazás korhatára és a munkaképesség elvesztése nem mindig esik egybe. Például az első öt évben a nyugdíjasoknak csak 5,4%-a vesztette el munkaképességét. A munkától való megválás sajátos lelki választ szül: a társadalmi fölöslegesség érzését. Ez gyakran a családtól vagy a társadalmi környezettől való elszigetelődéshez vezet, súlyos neurózisok szülője lehet. Nagy irodalma van az ideg- és elmebetegségekkel, az orvos és beteg viszonyával foglalkozó kutatásoknak is.

Világviszonylatban is fiatal tudományág az orvosi szociológia. Nálunk most születik. Akár a szociálmedicina résztudománya, akár önálló szakterület lesz, az orvos azt várja kibontakozásától, hogy a társadalomkutatók és orvosok együttműködése gazdagítsa ismereteinket a betegségek társadalmi meghatározottságáról, az egészségügy társadalmi hatékonyságáról, s ezzel segítse elő a gyakorlati munka javítását is. Hogy a szociológia mit vár az együttműködéstől, azt a társadalomtudomány szakemberének kell elmondania.

Spielmann József—Balássy Péter

Közegészség és demográfia

A társadalom fejlődése és a közegészségügy alakulása az orvostudományban szükségessé tette a profilaxis, vagyis a betegség-megelőzés, a megelőző védekezés egyre szélesebb körű gyakorlását. A szocialista államokban az egészségvédelemnek ez az elve állampolitika.

Korunk orvosa immár nemcsak a beteg gyógyásza, hanem egyre inkább az egészséges emberé, a közösségé. Ma már magát az *egészség* fogalmát sem a betegség hiányaként értelmezik: korunkban az egészség fogalmába — az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint — beletartozik azoknak a körülményeknek a megteremtése is, amelyek lehetővé teszik az ember kedvező fizikai, pszichikai és társadalmi fejlődését. Az egészség megőrzését és gondozását biztosító feltételek létrehozása gazdasági-társadalmi, művelődési és egészségügyi intézkedések sorát követeli meg. Ezek az intézkedések különben a profilaxis fogalmába is beletartoznak, hiszen szó sem lehet egészségvédelemről, ha a természeti és társadalmi környezet önmagában véve nem egészséges.

Az embernek mint maximálisan bonyolult fejlettséget elért biológiai szervezetnek azok a kapcsolatai, melyek révén alkalmazkodik környezetéhez, többoldalúak bármely szervezet külső viszonylatainál.

A legkülönbözőbb — élelmezési, éghajlati, időjárás, geofizikai és biológiai — környezeti tényezők állandóan és együttesen, szorosan összefonódva hatnak az élő anyagra, beleértve az emberi szervezetet is. Az ember esetében azonban a fizikai, vegyi és élettani tényezők nemcsak egymással egybefonódva, hanem a társadalmiakkal együtt hatnak. Ezek különben az ember környezetének leglényegesebb elemei. Az ember egyben biológiai és társadalmi entitás, tehát a környezethez való alkalmazkodásának is két szorosan összetartozó vonatkozása van. Az élettani és társadalmi alkalmazkodás között szoros, de ugyanakkor rendkívül bonyolult is a kapcsolat.

A társadalmi és biológiai tényezők viszonya a közösség egészségügyi helyzetének és a népesség alakulásának változatos képét teremti meg, amit elsősorban a lakosság struktúrájára és alakulására vonatkozó demográfiai mutatószámok fejeznek ki. Ezek közül a fontosabbak: *születési arányszám* (a születettek száma 1000 lakoshoz viszonyítva), *általános halandóság* (az 1000 lakoshoz viszonyított halálozások száma), *gyermekhalandóság* (az első életévben bekövetkező elhalálozások száma száz éves születéshez viszonyítva), *természetes népszaporulat* (az éves születések és halálozások száma közötti különbség évente, 1000 lakoshoz viszonyítva), *a lakosság átlagéletkora* (átlagosan hány évet él meg a lakosság, feltételezve, hogy az életkor szerinti halandóság ugyanaz marad, mint abban az évben vagy években, amikor a számításokat végezték).

Hazánkban a népesség alakulásának és az egészségügyi helyzet fejlődésének adatai a következők (*Anuarul Statistic al Republicii Socialiste România, 1968.* és az Egészségügyi Minisztérium adatai alapján):

Év	Lakosság ezerben	Születések	1000 lakosra			Gyermekhalandóság 1000 éves születettre
			Általános halandóság	Természetes szaporulat		
1938	15 601	29,5	19,1	10,4	17,9	
1948	15 893	23,9	15,6	8,3	14,2	
1958	18 056	21,6	8,7	12,9	6,9	
1962	18 813	15,7	8,3	7,4	5,5	
1966	19 103	14,3	8,2	6,1	4,6	
1967	19 287	27,4	9,3	18,1	4,6	

A születési arányszám az elmúlt mintegy harminc évben folyamatosan csökkent; e csökkenés különösen feltűnővé vált az 1957—1958-as évektől kezdve, a terhességmegszakításra vonatkozó korlátozások megszüntetésének természetes következményeként. A terhességmegszakítások száma különben 1965-ben 1 115 000-re emelkedett. Ilyen körülmények között az élveszületések száma 1966-ban már csak 273 000 volt, azaz 14,3 ezrelék. Ezzel Románia az *utolsó helyre szorult Európában* az élveszületések számaránya tekintetében.

Az általános halandósággal kapcsolatban megjegyezzük, hogy Romániában alig e század derekától csökkent jelentősebb mértékben, holott Európa legtöbb országában a múlt század második felétől, egyes államokban pedig már a múlt század első felétől csökkenő irányzatot mutatott. 1948-tól kezdve a halandóság gyors ütemben csökken a társadalmi-gazdasági és művelődési-egészségügyi helyzet javulása nyomán, s rövid idő alatt európai viszonylatban a legmagasabb szintekről a legalacsonyabbakra zuhan.

A mai egészségügyi körülmények között az elhalálozások fő okai (sorrendben): a szív- és érrendszeri megbetegedések, a légúti megbetegedések, a rosszindulatú daganatok (rák), tehát az idősebb életkorokra jellemző megbetegedések. Sok betegséget, mely régebben elsősorban a fiatalabb korosztályokból szedte áldozatait, mint a malária, a diftéria, a gyermekbénulás, a tetanusz, a visszatérő láz, a kiütétes tífusz, a hastífusz, a veszettség, kiirtottak vagy pedig a minimálisra csökkentették az esetek számát.

A gyermekhalandóság az általános halandósághoz hasonlóan alakult. 1938-ban még minden száz élveszületettből közel 18 gyermek halt meg egy éves kora előtt. A XIX. század elejétől nem öltött ilyen méreteket a gyermekhalandóság például Norvégiában, Hollandiában, Dániában, Svédországban és más országokban. Az egy év alatti gyermekek elhalálozásának száma nálunk csak 1948 után kezdett rohamosan zuhanni, és húsz év alatt lényegében egyharmadára esett.

A gyermekhalandóság ilyen arányú csökkenése a társadalmi és gazdasági életkörülmények javulása mellett az egészségügyi tevékenységnek is tulajdonítható. Elég felhívni rá a figyelmet, hogy a hivatalos adatok szerint 1938-ban mindössze 10 047 gyermek, vagyis az összes romániai élveszületettek 2,2 százaléka született egészségügyi intézményekben, egészségügyi személyzet felügyelete mellett. S ami még megdöbbentőbb, a 10 047 gyermekből is mindössze 271 falun, a többi városban. Ez is magyarázza az oly magas gyermekhalandóságot a múltban: vagyis a rendkívüli anyagi nehézségek és az alacsony művelődési-egészségügyi színvonal. Mindennek része volt abban, hogy a várandós anyák orvosi-egészségügyi segédlet nélkül szüljék meg gyermekeiket.

Ezzel szemben 1967-ben 461 473 gyermek, vagyis az élveszületettek 87,4 százaléka született egészségügyi intézményekben, mégpedig 294 141 falun, és 167 332 pedig városban.

A természetes népszaporulat — mely egyike a lakosság helyzetét és fejlődési távlatait meghatározó legfontosabb tényezőknek — pozitív értelemben befolyásolható a születési arányszám növelésével és a halandóság csökkenésével.

Hazánkban a természetes népszaporulat, miután egy ideig viszonylag kedvező határok között mozgott, 1957—1958-tól kezdve egyre csökkent, s 1966-ban elérte a 6,1 ezreléket. A természetes népszaporulat mutatószáma jóval alacsonyabbá vált, mint más európai országokban, például Spanyolországban 12,3, Jugoszláviában 12,2, Portugáliában 11,4, Hollandiában 11,1, Lengyelországban 9,4, Olaszországban 9,4 ezrelék volt.

Ezzel egyidejűleg megbomlott a lakosság életkorok szerinti összetételének egyensúlya. 1966-ban az ország lakosságának 21 százalékát tették ki a 14 év alatti gyermekek, 62 százalékát a felnőttek (15 és 59 év között) és 13 százalékát az öregek (a 60 éven felüliek). Ez az életkorok szerinti megoszlás statisztikusan nézve egészségesnek tekinthető. Ha egy ország lakosságának egynegyede gyermek, ez a termelőerők megfelelő utánpótlását biztosítja, a 15 százalék alatti idős lakosság eltartása pedig nem jelent különösebb terhet a társadalomnak. Ha azonban hosszabb időre visszatekintve elemezzük a lakosság életkori csoportok szerinti összetételét, fel kell figyelniünk rá, hogy a század elejétől csaknem felére csökkent a gyermekek arányszáma (1899-ben a lakosság 40 százalékát tette ki), az öregek arányszáma pedig több mint kétszeresére növekedett (1899-ben a lakoságnak mindössze 5 százaléka tartozott ebbe az életkori csoportba).

Ha pedig távlatilag vizsgáljuk a lakosság életkori csoportok szerinti összetételét, feltételezve, hogy a születési arányszám az 1966-os csökkent szinten marad, 2000-re a gyermekek száma a lakoságnak még a 20 százalékát sem tenné ki, az öregeké pedig 20 százalék fölé emelkedne, ami viszont már egy előregedett lakosság összetétele.

A születési arányszám növelése végett a párt és az állam intézkedései gátat vetettek ugyan e folyamatnak, de emellett még egész sereg probléma vár megnyugtató, körültekintő megoldásra. Az például, hogy 1967-ben és 1968-ban sokkal több gyermek született, mint annakelőtte, megköveteli a gyermekek számára létesített egészségügyi és népjóléti intézmények, valamint az oktatási intézetek befogadóképességének növelését.

A halandóság és a születési arányszám dinamikája, különösképpen az általános és gyermekhalandóság csökkenése, kedvezően tükröződik a lakosság átlagéletkorának növekedésében.

A második világháború előtt, 1932-ben, 42 év volt a lakosság átlagéletkora hazánkban, annyi tehát, amennyi körülbelül 100 évvel azelőtt Norvégiában, Dániában és Svédországban (1932 körül Svédországban 63 év volt a férfiak, és 65 év a nők, Norvégiában és Dániában pedig 62 év a férfiak és 63 év a nők átlagéletkora). Igaz viszont, hogy ugyanakkor Indiában például az általános nyomor következményeképpen alig 26 évet ért el az átlagéletkor.

*

Az egészségvédelem és -gondozás a modern társadalmi fejlődésben olyan új problémákhoz kapcsolódik, mint a halandóságra és a magas életkorra vonatkozó demográfiai mutatószámok profiljának megváltozása, a népes helységek, a városiasodás, az iparosítás rohamos fejlődésére vonatkozó új egészségügyi követelmények, a közösségek alkalmazkodása az új élet- és munkakörülményekhez. Hasonlóképpen felmerül a radioaktivitás növekedésének lehetősége a radioaktív anyagok széles körű használata nyomán, a környezet megfertőződése rovar- és gyomirtószerekkel, műtrágya- és detergens-maradékokkal, az iparban újonnan felhasznált anyag maradványaival. Mindez együtt a jelenségeknek és körülményeknek olyan komplexuma, mely hatással lehet a lakosság egészségi állapotára, és nincs kizárva az a lehetőség, hogy befolyásolja a jövő nemzedékek egészségét is. Ezért mindennek megfelelő visszhangra kell találnia a megelőző orvostudomány gyakorlatában.

A megelőzéssel kapcsolatos pártútmutatás szelleme szerint az orvos nem szakadhat el azoktól az erőfeszítésektől, amelyeknek célja kedvező életszínvonalat és munkakörülményeket teremteni a lakosság számára, hiszen ez nélkülözhetetlen feltétele az egészségvédelemnek.

Az orvos, bármennyire fejlett eszközökkel rendelkeznek is a betegségek korai felismeréséhez és kezeléséhez, nem fejthet ki eredményes megelőző tevékenységet, ha a környezetben fennmarad a megbetegedés lehetősége.

Hazánkban az orvostudomány nemcsak az ember és a közösség élettani, fiziológiai és kórtani problémáival foglalkozik, hanem egyre inkább elmélyed a lakosság társadalmi fejlődésének problémakörében, ami lehetővé teszi a profilaxis széles körű gyakorlását.

A szocialista társadalom építésének és kiteljesítésének szakaszában, a tudományos-műszaki forradalom korában az orvostudomány egyre inkább közvetlen termelőerővé válik. A közegészségvédelemben betöltött szerepénél fogva mindinkább fontos gazdasági lényező, mely az egészség megőrzésével kedvezően befolyásolja a termelés, valamint a munka termelékenységének alakulását, s így nagyban elősegíti, hogy a szocialista társadalom biztosítsa minden tagja számára a jólétet és a sokoldalú fejlődést.

STRAUS HUGÓ

Korszerű szülészet

Országunk lakossága természetes szaporulatának, valamint születési arányának biztosítása lényeges mértékben függ a szülészeti tevékenységet kifejtő egészségügyi dolgozók (szülészorvosok, szülész-asszisztensnők, bábák) szakmai felkészültségétől, odaadásától, valamint országunk szülészeti hálózatának (poliklinikai szakrendelések, kórházi osztályok, falusi szülőotthonok) kiépítésétől. Hazánkban jelenleg 1360 szülész-szakorvos és 9111 szülész-asszisztensnő, illetve baba működik.

A szülészet az orvostudomány legősibb ága; kezdetét az emberiség bölcsőjénél kell keresnünk. A szülészeti tevékenység eszményi célja, hogy művelői minden megfogamzott terhesség kihordását lehetővé tegyék, és minden szülést úgy vezessenek és irányítsanak, hogy a szüléssel kapcsolatosan egyetlen anya se veszítse életét, s ugyanakkor minden magzat élve jöjjön a világra. Ha ez megvalósítható volna, a szülészet méltán megérdemelné, hogy a franciák nyomán művészetnek (*l'art de l'accouchement*) neveztessek. Egy vonatkozásban a szülészorvosi tevékenység merőben különbözik a többi orvosi szakmától: egyszerre két életért küzd és vállal felelősséget. A valóságban az említett cél szinte utópisztikus, mert a világon mindenütt a terhességek jelentős száma ismert és ismeretlen okok folytán megszakad, s a szülés következtében anyák veszítik életüket, és magzatok halnak el.

Demográfiai vonatkozások

A szülészeti tevékenység demográfiai vonalon azt jelenti, hogy küzd a természetes szaporulatot kedvezőtlen, negatív irányban befolyásoló tényezők: 1. a meddőség, 2. a terhesség időelőtti megszakadása (vetélés, koraszülés), 3. szüléssel kapcsolatos anyai és magzati elhalálozás ellen. A kérdés sokrétű természeténél fogva a szülészetnek néhány, a nem szakembert is érdeklő demográfiai vonatkozását ohajtom ismertetni.