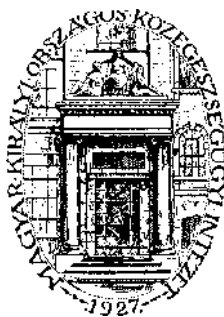


# GYÓGYUL A MAGYAR FALU

ÍRTA

JOHAN BÉLA DR.

ÁLLAMTITKÁR



B U D A P E S T , 1939

A M. KIR. ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET  
KÖZLEMÉNYEI. 7. SZ.

*A címlap képe Benyó Endre dr., ny. kir. tisztiorvos, Mezőkövesd, felvétele.*

Tizenkét éves falu egészségügyi munka célkitűzéseit, módszereit, eszközeit, sikereit és sikertelenül végződött törekvéseit ismerteti e könyv. Itt-ott emlékeket idéznek e lapok a falusi közegészségügyi munka első éveiből — azok számára, akik ott voltak az első, sokszor még tapogatózó lépéseknél. Az országszerte fokozatosan kiépülő, ma már izmos és biztos alapokon nyugvó falusi közegészségügyi és egészségvédelmi szervezet belső szerkezetét, működését és logikáját mutatja be e könyv — a jelenlegi és a leendő munkatársaknak és az eziránt érdeklődőknek. A falusi közegészségügy terén elért eredményeket, a további célkitűzéseket és lehetőségeket ismerteti e könyv fejezetei — azokkal, akiket érdekel az, hogy sikerült-e a falun anyákat, csecsemőket, gyermekeket az életnek, az egészségnek megmenteni, sikerült-e megtalálni a módot, amely a magyar falu, a magyar tanya népének betegségek okozta túlnagy vérvesztését megállítja.

A magyar nemzet 1925-ben törvénybeiktatta a *Rockefeller Alapítvány* áldozatkészségét, „amelyet Magyarország közegészsége ügyének fejlesztése érdekében tanúsít...” Az Alapítvány támogatásának közegészségügyünk szempontjából az volt a legjelentősebb hatása, hogy a falusi munka megindítását lehetővé tette. Az egészségügyi személyzet képzésének újjáalakítása, a zöldkeresztes egészségügyi védőnők képzésének megszervezése, a közegészségügyi laboratóriumi munka biztosítása a legkisebb faluban lakók részére is, a fertőző betegségek elleni küzdelem kiépítése, a vízellátás javítása, a gyógyszerellátás ellenőrzése: — a Rockefeller Alapítvány segítségével felállított Országos Közegészségügyi Intézet első éveinek legfontosabb munkaeredményei. Külföldi és hazai tanulmányok után hamarosan megindult, eleinte kísérletképen, szétszórtan, az ország különböző részeiben a falu egészségvédelmének szervezése. Sok kétkedés és bizalmatlanság fogadta eleinte ezt a törekvést, míg *Scholtz Kornél dr.* államtitkár javaslatára vitéz *Keresztes-Fischer*

*Ferenc dr.*, első belügyminisztersége alatt, 1933-ban, magáévá nem tette a falusi egészségvédelmi munkának „Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat” neve alatt ma már mindenütt jól ismert rendszerét. A belügyminiszter úr ezt az egészségvédelmi munkát az egész ország területén be kívánta vezetetni. Ennek keresztülvitelére 1934-ben kezdődő tízéves tervet dolgoztatott ki.

A következő években *vitész leveledi Kozma Miklós* belügyminiszter vette pártfogásába a magyar falu egészségügyét. A falvakat járva győződött meg a falu népének elhagyatottságáról s a zöldkeresztes munka eredményeiről. Az 1936. évi IX. törvénycikkkel újjáalakította közegészségügyi szolgálatunkat: a tisztiorvosi kart államosította, bevezette a községi-, körorvosok képzésének, alkalmazásának új módját, munkaterületük megállapításának új rendszerét. Ha elemezzük ezt a törvényt, könnyen felismerjük benne a célkitűzést: a vidék, a falu népe egészségügyének javítására irányuló törekvést.

További lendületet adott a falusi egészségvédelem kiépítésének az a három és félmillió pengő, amelyet *vitész Imrédy Béla*, a Nemzeti Bank akkori elnöke, és *vitész Keresztes-Fischer Ferenc*, a Pénzügyintézeti Központ volt elnöke gyűjtöttek össze a bankoktól, a gyár- és ipartól és a biztosító-intézetektől. Ebből az ú. n. *Falu Szociális Alapból* megindulhatott a falusi „Egészségháznak, körorvosi lakások, napközi otthonok építése, falusi iskolafogászatok felállítása. A múlt év közepén a kormány lehetővé tette a falu orvosainak: a községi-, körorvosok számának húszszázalékkal szaporítását. Ezáltal a kis falvak százai kerültek közelebb az orvosi segítséghez, az egészségügyi kultúrához. Az öt évre tervezett milliárdos beruházási program lehetővé tette és teszi falusi kutak százainak, sőt ezreinek építését, napközi otthonok, tüdőbeteggondozók, tüdőbetegotthonok felállítását. S ezek, kevés kivétellel, ismét közvetlenül a falusi nép egészségét fogják szolgálni.

A legutolsó években a falusi közegészségügyi törekvések eredményességét nagymértékben fokozza a mind szélesebb körben meginduló rendszeres szociális gondozás. Ennek legmélyebben szántó, a kérdéseket gyökerüknél megfogó rendszere az, amelyet a belügyminiszter úr megbízásából *Esztergár Lajos* gazdasági alapokon szervez meg. Hogy a nyomorenyhítés terén képzett szociális szakembe-

rek rövid idő alatt, különösen falun, milyen szép eredményeket érhetnek el, azt a *vitéz Imrédy Bélánk* vezetése alatt a Felvidéken és Kárpátalján megszervezett „*Magyar a magyarért*” mozgalom mutatta meg. Ezek mellett sokat jelentett a falvak népének a zöldkeresztes tejakció és a zöldkeresztes cukorakció. Ebben az évben közel húszmillió liter tejet és közel százötven vagon cukrot tudunk ingyen adni a reászoruló falusi anyáknak, csecsemőknek és gyermekeknek.

E könyv írója a következő oldalakon krónikása, ismertetője annak a lelkes, szívós munkának, amelyet munkatársai: orvosok, vegyészek, közigazgatási szakemberek, gyógyszerészek, mérnökök, védőnők és óvónők százai végeznek a falusi nép egészségügye érdekében. Az elmúlt tizenkét év alatt nagyra nőtt azok serege, akik életük munkáját szentelik a *zöldkeresztes gondolatnak*: akik odaadással dolgoznak a falvak anyáinak, csecsemőinek, gyermekeinek egészségéért. Nem tűznek maguk elé megvalósíthatatlan célokat, nem hajszolnak elérhetetlen ábrándokat; réalpolitikát folytatnak, nem az „ideális” — de széles körben megvalósíthatatlan, hanem a „possibilis”, — a mindenütt megvalósítható megoldásokat keresik, örülnek mindennek, ami a falu érdekében történik, örülnek az épülő új falusi iskolának, a kultúrházaknak, a villamosításnak, az útépitéseknek, a mezőgazdasági lakosság kulturális, szociális és gazdasági helyzetét javító minden intézkedésnek, mert tudják, hogy mindaz, ami a falusi nép gazdasági helyzetét javítja, mindaz, ami annak általános kultúráját emeli, — az egyszermind emeli a falu egészségkultúráját is.

Hálás vagyok azoknak, akik könyvem összeállítását elősegítették, akik ehhez adatokat, képeket, rajzokat készítettek és adtak. *Tomcsik József* professzornak és az Országos Közegészségügyi Intézet tagjainak köszönöm azt a segítséget, amit könyvem anyagának összeállításában és a sajtó alá rendezésében nekem nyújtottak. Ezt az utóbbi nagy munkát az Intézet könyvtárosa, *Znakovszky Emma* középiskolai tanár nő végezte. *Paris László dr.*-nak köszönöm, hogy megírta a közigazgatási szervezetünket ismertető fejezetet. A falusi népre vonatkozó statisztikai adatokat *Petrilla Aladár dr.* volt szíves összegyűjteni és rendelkezésemre bocsátani.

Öt évvel ezelőtt egyik munkatársamnak, *Kerbolt László* ár. körorvosnak az Országos Közegészségügyi Intézet kiadásában megjelent „*A beteg falu*” című könyvéhez előszót írtam. Kerbolt könyve — az előszó szerint — „hű tükre annak, hogyan él, hogyan lakik, hogyan táplálkozik, hogyan születik és hogyan hal meg az agrárkrízis idején a falu magyarja”. Ez a könyv a falukutatásnak egyik igen értékes terméke és sok esetben segítségünkre volt falusi munkánkban. Törekedtünk gyógyítani a „beteg” falut, törekedtünk változtatni azon, amit ott rossznak tartottunk, törekedtünk segíteni ott, ahol úgy éreztük, hogy a segítségnek kívülről kell jönnie és törekedtünk a falunak — gyakran példákön — megmutatni azt, hogy — esetleg kisebb külső támogatással — hogyan segíthet magán.

Azt hiszem érthető, hogy tizenkétévi falusi közegészségügyi munka után munkatársaim *is*, magam *is* felvetettük a kérdést, hogy olyan-e mindig és mindenütt a helyzet a falun, ahogy azt Kerbolt dr. „*A beteg falu*” című könyvében oly drámaian leírta. Vagy pedig talán kezd már lassan meghozni a gyümölcsét sok száz lelkes ember munkája, talán már lassan, fokról-fokra — *gyógyul a magyar falu?*

Budapest, 1939. szeptember 8.

# A MAGYAR KÖZIGAZGATÁS SZERVEZETE.

## A KÖZIGAZGATÁSI SZERVEK.

A magyar közigazgatási szervezet ezeréves történeti fejlődés eredménye. Ezt a szervezetet tételes törvények állapítják meg.

A magyar közigazgatás szervei igen sokfélék. Legfontosabbak közülük azok, amelyek önálló rendelkezési jogkörrel vannak felruházva. Ezeket *hatóságoknak* nevezzük.

Közigazgatási szervezetünk általában hármas fokozatú tagozódást mutat, amennyiben a közigazgatási szervek mint alsó-, közép- és felsőfokú hatóságok jelentkeznek. A közigazgatási tevékenység központi vezetése és irányítása a parlamentnek felelős *magyar királyi kormány*, illetőleg az egyes *szakminiszterek* feladata, — ezek szerint a magyar közigazgatás központi szervei a miniszterek. Közigazgatásunk közép- és alsőfokú szervei részint — ritkábban — *állami*, a központi kormánytól függő és annak közvetlenül alárendelt szervek, részint *önkormányzati* alapokon — az állampolgárok közvetlen vagy közvetett részvételével — szervezett orgánumok. A magyar közigazgatás tulajdonképeni általános jellegű közép- és alsőfokú szervei önkormányzati szervek: középfokban a törvényhatóságok, alsőfokban a községek.

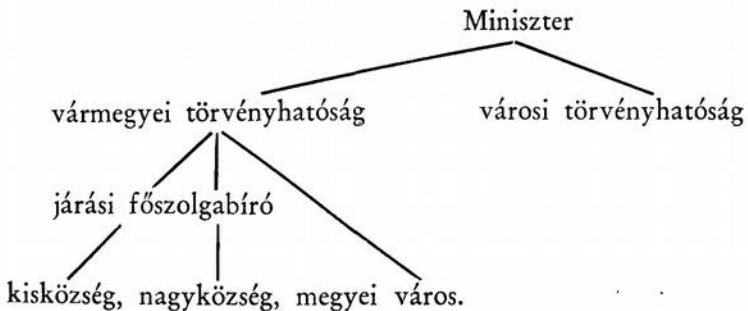
A középfokú közigazgatási szervek: a *törvényhatóságok* gyakorolják a törvény korlátai között az önkormányzatot, az állami közigazgatás közvetítését és az ügynevezett politikai jogkört. A törvényhatóságoknak két faja van, úgymint: a *vármegyék* és a *törvényhatósági jogú városok*. A trianoni ország területén 25 vármegyénk és Budapest székesfővárossal együtt 11 törvényhatósági jogú városunk volt.

A törvényhatóságok (vármegyék és törvényhatósági jogú városok) élén a *főispán* áll. A főispán a kormány bizalmi embere, politikájának képviselője, akit a belügyminiszter előterjesztésére az államfő nevez ki és ment fel. A főispán közvetlenül a belügyminiszternek van alárendelve. Hatásköre igen széles és sokoldalú. A törvényhatóság területén felügyeletet és ellenőrzést gyakorol az *állami* és az *önkormányzati* igazgatás felett. Elnöke a törvényhatóság különféle bizottságainak; felterjesztési és fellebbezési joga van. A főispán a kormány által kivételes hatalommal is felruházható. A törvényhatóságoknak saját szervei: a különféle bizottságok és a

tisztviselők. A vármegye első tisztviselője az *alispán*, a törvényhatósági jogú városé a *polgármester*. A vármegye *jársnak* nevezett igazgatási területekre oszlik, melyeknek élén a *főszolgabíró* áll, aki vármegyei tisztviselő és bizonyos közigazgatási ügyekben elsőfokú hatóság, de a járásába tartozó kis- és nagyközségeknek nem fellebbviteli, hanem csak felügyelő hatósága. A törvényhatósági jogú városok nemcsak középfokú, hanem egyben alsófokú közigazgatási hatóságok.

Az alsófokú közigazgatási szervek a *községek*, melyeknek törvényeink három nemét különböztetik meg, úgymint: a kisközséget, a nagyközséget és a megyei (azelőtt rendezett tanácsú) várost. A megyei városok fejlettebb szervezettel rendelkeznek, közvetlenül állanak a vármegye hatósága alatt és hatáskörük hasonló a járási hatóság hatásköréhez. A nagy- és kisközségek járásokba tartoznak és területükön az elsőfokú hatóságot azokban az ügyekben, amelyek ki vannak véve a község hatásköréből, a járási főszolgabíró gyakorolja. A nagy- és kisközségek abban különböznek egymástól, hogy míg a nagyközségek a törvény által reájuk ruházott tennivalókat saját anyagi erejükből képesek teljesíteni, ami a gyakorlatban annyit jelent, hogy minden nagyközségnek külön jegyzője van, addig a kisközségek tennivalóikat kellő anyagi erő hiányában egymagukban nem képesek ellátni, azaz nincs külön jegyzőjük, hanem más községgel, vagy községekkel szövetkezve körjegyzőséget alkotnak, vagyis közös jegyzőt: körjegyzőt tartanak.

Tekintettel arra, hogy a törvényhatósági jogú városok, amint már említettük, elsőfokú közigazgatási (községi) jogkört is gyakorolnak, a jogirodalom tágabb értelemben ezeket is a község fogalma alá sorozza.



*A magyar közigazgatási szervek hatósági tagozódása.*

A törvény értelmében minden területnek valamely községhez kell tartoznia. A puszták, tanyák, majorok mind valamely község hatósága alatt állanak.



Hazánkban a megyei városok száma jelenleg 45. A 25 vármegyei törvényhatóság területe 149 járásra és 8 járási kirendeltségre oszlik. A nagyközségek száma 1079, a kisközségeké 2215. A kisközségek 709 körjegyzőséget alkotnak. Van 61 olyan kisközség, mely közigazgatásilag valamely nagyközséghez tartozik. A nagy- és kisközségek száma összesen 3356.

Tárgyunknál fogva kissé részletesebben kell foglalkoznunk a legkisebb közigazgatási egységek: a kis- és nagyközségek jogállásával.

A község a törvény korlátai között önállóan intézi saját belügyeit, azaz gyakorolja az önkormányzatot s végrehajtja a törvénynek, kormánynak és a törvényhatóságnak az állami és a törvényhatósági közigazgatásra vonatkozó rendelkezéseit.

A község legfontosabb szervei a képviselőtestület és az előjáróság.

A képviselőtestület a község egyetemét képviseli és az önkormányzat jogát gyakorolja. Felerészből a legtöbb adót fizetőkből, felerészből a választóközönség választottaiból áll. Elnöke a községi biro.

A községi előjáróság végzi a közigazgatást: végrehajtja a felsőbb hatóságok rendeleteit s a képviselőtestület határozatait és teljesíti mindazokat a tennivalókat, amelyeket a jogszabályok a községre bíznak és más községi szervek hatáskörébe nem utalnak. A községi előjáróság tagjai kisközségekben a bíró és helyettese, legalább 2 esküdt, a körjegyző, a körgyám és a körorvos; nagyközségekben a bíró és helyettese, legalább 4 esküdt, a pénztárnok, 1 vagy több községi jegyző, a közgyám és a községi-, illetőleg körorvos. A bírót és az esküdteket 3 évre, a jegyzőt élethossziglan választják, a községi- (kör-) orvost a belügyminiszter nevezi ki. Az előjáróság teendőit rendszerint annak a törvény által kijelölt egyes tagjai látják el, általában a bíró és a jegyző, akiket a törvény a rendeletek végrehajtásáért is elsősorban tesz felelőssé. A laikus (nem hivatásos tisztviselő) bíró mellett a községi jegyző hivatásos szakképzett tisztviselő, aki ugyan törvény szerint nem vezetője az előjáróságnak, minthogy azonban a község bonyolult és szerteágazó közigazgatási feladatait szakképzettsége alapján leginkább ő ismeri, a községben a közigazgatásnak ténylegesen ő a vezetője és az irányítója.

A községi jegyzők ezidőszertől túl vannak terhelve munkával, ami a közigazgatás jószágának és eredményességének rovására megy. Ezért a kormány állandó törekvése, hogy a jegyző túlterheltségén gyorsan és minél eredményesebben segítsen. Az elmúlt év folyamán a kormány a jegyzők mellé kiegészítő munkaeőket állított be, akik a jegyzőt különösen szociális irányú tevékenységében hivatottak támogatni.

## A KÖZEGÉSZSÉGÜGYI IGAZGATÁS SZERVEZETE.

Magyarországon a közegészségügy az állami igazgatás köréhez tartozik.

A közegészségügyi igazgatás szervezete, miként közigazgatási szervezetünk általában, hármas fokozatú tagozódást mutat. A közegészségügyi igazgatás központi szervei is államiak, a közép- és alsófokú szervek részben államiak, részben önkormányzatiak. Az önkormányzati szervek a közegészségügyi igazgatást átruházott állami hatáskörben végzik.

A közegészségügyi igazgatás *központi szerve a belügyminiszter*. A belügyminisztériumnak *közegészségügyi és gyermekvédelmi osztályai* orvos államtitkár vezetése alatt állanak. Ezek az osztályok a következők: XIII. általános egészségügyi, XIV. egészségügyi igazgatási, XV. egészségvédelmi és járványügyi, XVI. betegellátási és XVII. gyermekvédelmi osztály.

A belügyminiszter a közegészségügyi szolgálat terén a helyszínen főfelügyeleti jogát a *közegészségügyi felügyelők* útján gyakorolja. A közegészségügyi felügyelők: szakfelügyelők. A szakfelügyeleti körök a következők: járványok elleni küzdelem, tuberkulózis elleni küzdelem, nemi betegségek elleni küzdelem, gyermekvédelem, falusi egészségvédelem. Ezenkívül két közegészségügyi felügyelő az általános egészségügyi kérdésekkel foglalkozik. A szűléssel kapcsolatos kérdésekkel külön beosztott szakember foglalkozik.

A belügyminiszter véleménynyilvánító szerve közegészségügyi kérdésekben az *Országos Közegészségügyi Tanács*. A belügyminiszter a Tanácshoz küldi az állások betöltése előtt a pályázók névsorát annak a megállapítása céljából, hogy a pályázók közül képzettség szempontjából kik a legmegfelelőbbek.

A közegészségügyi igazgatás *középfokú szerve a törvényhatóság*. Közegészségi ügyekben a törvényhatóság helyett ennek különféle szervei járnak el, úgymint: a törvényhatósági bizottság, a kisgyűlés, a közigazgatási bizottság egészségügyi albizottsága, a törvényhatóság első tisztviselője (a vármegye alispánja, illetőleg a törvényhatósági jogú város polgármestere). Mindegyiküknek közegészségi ügykörét a jogszabályok pontosan körülírják. A törvényhatóság első tisztviselőjének e téren szakközege a *m. kir. tisztifőorvos*, aki állami tisztviselő.

A közegészségügyi igazgatás *alsófokú szervei a községek* (megyei városok), illetőleg azokban az ügyekben, amelyek ki vannak véve a községek hatásköréből (de amelyeket a megyei város magától lát el), a járási főszolgabíró. A főszolgabírónak és a megyei város

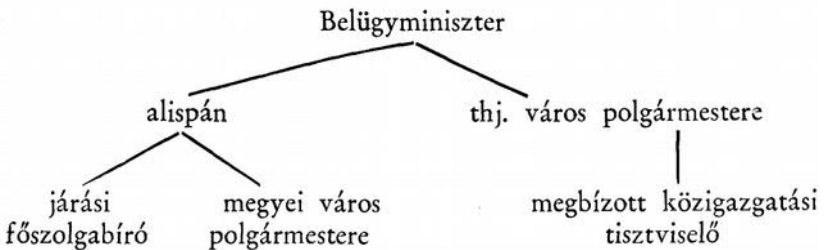
polgármesterének közegészségi ügyekben szakközege a *m. kir. tisztiorvos*, aki állami tisztviselő.

A *m. kir. tiszt* főorvost és a *m. kir. tisztiorvost* a belügyminiszter közvetlenül is utasíthatja.

### 1. A közegészségügyi igazgatás fő szervei.

Hatósági fokozat	Közigazgatási szervek	Véleményező szervek
Felsőfok	Belügyminiszter	Országos Közegészségügyi Tanács és Orsz. Közegészségügyi Intézet
Középfok	Törvényhatóság	M. kir. tiszt főorvos
Alsófok	Megyei város Járási főszolgabíró, Község	M. kir. tisztiorvos Községi (kőr-) orvos

A konkrét közegészségügyi kérdésekben a hatósági jogokat: elsőfokon kis- és nagyközségekben a járási főszolgabíró (megyei városokban a polgármester), törvényhatósági jogú városokban a megbízott közigazgatási tisztviselő; másodfokon kis- és nagyközségekben és megyei városokban az alispán, törvényhatósági jogú városokban a polgármester; harmadfokon a belügyminiszter gyakorolja.



*A közegészségügyi igazgatás hatósági szervei.*

## KÖZEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT A KÖZSÉGBEN (FALUBAN).

Mielőtt a községek közegészségügyi helyzetének részletes ismertetéséhez kezdenénk, előbb néhány fogalmat kell még tisztáznunk.

Említettük már, hogy a *község* szó, mint *jogi fogalom*, a szoros értelemben vett községeken — a kisközségeken és nagyközsége-

ken — kívül a városokat is magában foglalja. Jogi értelemben a város fogalom alatt a fejlettebb igazgatási szervezettel bíró községeket szokták érteni. A község szó azonban köznapiban értelemben a *falu* megjelölésére is szolgál és fordítva falunak nevezik a mindennapi életben a nagy- és kisközségeket, jóllehet a falu, mint *földrajzi és társadalmi fogalom*, különbözik a község jogi fogalmától. Mint-hogy az alábbiakban a faluról, a falu egészségügyéről, falusi egész-



2. Magyar falu két utcával. (Repülőfelvétel.)

ségvédelemről stb. beszélünk, közelebbről meg kell határoznunk, hogy mit értünk tulajdonképpen a falu fogalom alatt s miben különbözik az a város földrajzi és társadalmi fogalmától.

A *falu* az egymással helyi szomszédságban élő, többnyire kisebb számú és rendszerint mezőgazdasági foglalkozású emberek állandó lakóhelye. A falu *zárt* település, melyben a lakóházak, a falusi belsőségek összefüggő egészet alkotnak és a falusi lakosok a faluból kijárnak megművelendő birtoktesteikre, a külterületre» A *város*, mint földrajzi és társadalmi fogalom, ugyancsak embereknek zárt települése, mely a falutól rendszerint lakosságának nagyobb száma és sűrűsége, annak ipari és kereskedelmi foglalkozása és többnyire magasabb kultúrája tekintetében különbözik.

Falu elnevezés alatt — ismét köznapi értelemben és szembeállítva a város fogalmával — a *tanyát* is szokták érteni. A tanya megegyezik a faluval abban, hogy lakossága túlnyomó részben, sőt a faluénál nagyobb mértékben mezőgazdasági foglalkozású, azonban a tanya nyílt település, ahol a lakóházak a belsőségekkel együtt szétszórtan fekszenek és minden belsőséget a hozzátartozó, mezőgazdasági művelés alatt álló földterület vesz körül. A tanya, mint mezőgazdasági üzem és mint települési forma a magyar alföldi gazdálkodás cs együttélés jellemző alakja.

A várost és a falut sok esetben nehéz, sőt lehetetlen egymástól élesen megkülönböztetni, mert azok az elemek, amelyek egyiknek és másiknak fogalmi kellékei és jellemző vonásai, gyakran összekeverednek, súlyukban különböznek és ez az oka annak, hogy találkozunk városias jellegű falvakkal és falusi jellegű városokkal, valamint olyan településekkel amelyeknek egyik része városi, másik része falusi jelleget mutat. Különösen gyakori jelenség ez az Alföldön, ahol sok, nagy külterülettel és alacsony népsűrűségű mezőgazdasági foglalkozású lakossággal bíró város határozottan falusi jellegű település.

A városi jellegű települések egyik jellemző vonása, mint láttuk, a kultúra magasabb foka és — ami bennünket tárgyunk szempontjából főként érdekel — a fejlettebb egészségügyi kultúra, a jobb egészségügyi berendezések. Ezzel szemben a falu népe, értve ezalatt a fentiek szem előtt tartásával nemcsak a kis- és nagyköz-



3. Magyar falu egy utcával.  
(Repülőfelvétel.)

A városi jellegű települések egyik jellemző vonása, mint láttuk, a kultúra magasabb foka és — ami bennünket tárgyunk szempontjából főként érdekel — a fejlettebb egészségügyi kultúra, a jobb egészségügyi berendezések. Ezzel szemben a falu népe, értve ezalatt a fentiek szem előtt tartásával nemcsak a kis- és nagyköz-

ségek (kivéve egy-két városias jellegű nagyközséget), de a tanyák és a falusias jellegű városok lakosságát is, egészségügyi szempontból kedvezőtlenebb, hátramaradottabb viszonyok között él.

A legutóbbi — 1930. évi — népszámlálás adatai szerint a trianoni Magyarország 8,688.319 főnyi lakosságából nagy- és kisközségekben 5,807.068 lélek él.

Az összlakosságnak 21.8%-a — 1,896.997 lélek — külterületen (tanyán, majorban, pusztán, telepen, kohó- vagy ipartelepen) lakik. A külterületi lakosok közül 869.600 él városok külterületén. Ezeket hozzászámítva a nagy- és kisközségek lakosságához, látjuk, hogy 6,496.668 lélek, azaz a lakosságnak 74.8 %-a Magyarországon falusi életviszonyok közt él, nem sorolva ide azokat, akik falusi jellegű városok belterületén laknak. Ezek a számok mutatják, hogy milyen jelentősége van Magyarországon a falu-egészségügyi munkának, a falusi egészségvédelemnek.

Ezek után lássuk részletesebben, milyen Magyarországon a *községek közegészségügyi szervezete*.

A hatályban levő jogszabályok értelmében a község (város) végrehajtja a törvényeknek, miniszteri és törvényhatósági rendeleteknek (szabályrendeleteknek) és határozatoknak a közegészségügyre vonatkozó intézkedéseit. Különösen pedig:

a) A *szegényellátás* terén a község (város) gondoskodik a községi (városi) szegény, a kórházi vagy gyógyintézeti ápolásban nem részesülő, vagy arra nem minősített, — a kórházakból és gyógyintézetekből elbocsátott gyógyíthatatlan betegek és gyógyíthatatlan, de nem veszélyes elmebetegek, továbbá a szegény és ártalmatlan hülyék, némák, siketnémák, vakok és nyomorékok eltartásáról. Felügyel továbbá az elme-egyesítések kötelekébe tartozó, de csa-í ládi ápolásba helyezett *elmebetegek ápolására*.

A szegények eltartása többnyire szegényházakban történik és élelmezésből, lakásból, ruházatból és eltemetésből áll.

b) A *gyermekvédelem* terén a község (város) felügyel a magánfelek által dajkaságba adott, az állami gyermekmenhelyek által elhelyezett gyermekek ápolására.

c) Az *egészségvédelem* terén a község (város) gondoskodik a belterületének közelében levő belvizek, mocsarak és szennyvizek levezetéséről, egészséges ivóvízről, a közkutak, medencék, víztartók és vízvezetékek kellő fenntartásáról és tisztaságáról, gondoskodik továbbá temetők létesítéséről, valamint — a lehetőség szerint —

A major nagyobb birtoktest (uradalom) üzemi központja, melynek tulajdonosa rendszerint nem tartozik a parasztosztályhoz és saját fizikai erejével a birtok műveléséhez nem járul hozzá.

A pusztá kisebb-nagyobb önálló mezei birtok, melyet túlnyomó részben iunemű növényzet borít.

halottasházak felállításáról, általában a közegészségügy előmozdítására szolgáló intézmények létesítéséről és mindannak megszüntetéséről, ami a közegészségre ártalmas lehet, illetőleg a feladatok megoldása tekintetében javaslatokat tesz a közegészségügyi hatóságnak.

d) A *fertőző betegségek* elleni védekezés terén a község (város) viseli saját területén a belügyminiszter által a nyilvános betegápolási és gyermekgondozási pótdó terhére engedélyezett hozzájárulás felhasználásával a ragályos és hevenyfertőző betegségek ellen való védekezésnél felmerülő költségeket, e költségek alatt értve az intézmények (járványkórházak és fertőtlenítő intézetek) felállítási, fenntartási és üzemköltségeit is; ezenkívül a védekezés terén természetben teljesíti a szükséges szolgáltatásokat.

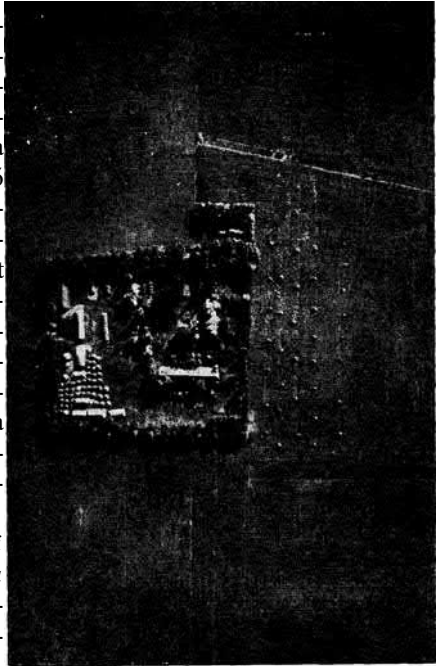
e) Az *egészségügyi személyzet alkalmazása* terén gyakorolja a választás jogát a községi (városi) egészségügyi segéd-személyzetet illetőleg.

A község (város) *egészségrendori teendői* a következők:

a) A hússzemplének, az áruba bocsátott, nemkülönben a közintézetekben kiszolgáltattott tápszerek és italok vizsgálatának ellátása; ideértve a piacrendészetet és a különféle élelmiszerüzletek és üzemek vizsgálatát és ellenőrzését is;

b) az egészségügyi rendészet terén előforduló hiányoknak, kihágásoknak bejelentése a közegészségi ügyekben illetékes elsőfokú hatósághoz (járási főszolgabíró, megyei városban a polgármester) orvoslás, illetőleg megbüntetés végett;

c) kihágás esetében lefoglalások foganatosítása és amennyiben törvény vagy más törvényes jogszabály szerint elkobzásnak van



4. Tanya. (Repülőfelvétel.)

helye, ennek, ha az eset körülményei közegészségügyi szempontból úgy kívánják, végrehajtása;

*d)* a község (város) területén előforduló s az életet vagy testi biztonságot és egészséget veszélyeztető eseteknél, különösen életveszélyeknél való rögtönös eljárás.

Az egészségrendőri teendőket nagy- és kisközségekben a bíró és a községi (kör-) jegyző (törvényhatósági jogú és megyei városokban a polgármester) végzik, akik ebbeli feladatuk teljesítésénél községi (kör-) orvos (városi orvos) véleményét meghallgatni kötelesek, kivéve azokat a sürgős eseteket, amelyekben a késedelem veszéllyel járna. Egyéb esetekben az orvos meghallgatásának elmulasztásából, vagy az orvos véleménye ellenére történt intézkedésből eredő kárért az eljárásra hivatott, illetőleg eljáró közeg felelősségre vonható.

A községek felsorolt közegészségügyi és egészségrendőri feladatainak megvalósításáról gyakorlatban elsősorban a *községi- és körorvosok* gondoskodnak.



# A VÁROS ÉS A FALU NÉPESSÉGE - STATISZTIKAI MEGVILÁGÍTÁSBAN.

(KÖZEGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSÚ ADATOK.)

A statisztikai adatgyűjtés a „falu” fogalmat adatfelvétel alapjaként nem ismeri, A falu fogalmát az előző fejezetben törekedtünk meghatározni és rámutattunk arra, hogy ez a fogalom minden további nélkül sem a közigazgatási beosztásba, sem a lélekszám szerint keresztülvihető csoportosításba nem illeszhető bele. Ezzel szemben közegészségügyi kérdésekkel foglalkozó munka joggal szólhat külön városi és külön falusi közegészségügyről, mert az előző fejezetben meghatározott „falu”, a vele kapcsolatos közegészségügyi kérdések számos jellegzetes vonása és a közegészségügyi munka módszerei szempontjából erősen különbözik a „város”-tól.

Az idevonatkozó *statisztikai adatokat* részint a közigazgatási felosztás, részben a városok, községek lélekszáma szerint csoportosították, s így a Központi Statisztikai Hivatal kiadványaiból és a Magyar Statisztikai Szemle munkatársainak közleményeiből vett adatokat mi is csak ebben a csoportosításban tudjuk bemutatni. Ha azonban ismerjük a „falu” fogalmának egyrészt a „város-község” fogalmához, másrészt a községek létszámához való viszonyát, — amiről a következőkben is még szó lesz —, úgy az alábbi statisztikai adatok a „város-falu” kérdés viszonylatában értékesíthetők.

Hazánk községei (a városokat beleértve) *lélekszám szerint* olyképen csoportosíthatók, amint azt az 5. sz. táblázat mutatja.

E táblázatból kitűnik, hogy Magyarországon 1930-ban 3417 község és város volt, amelynek fele (pontosan 49-9%-a) kis, 1000 lakosnál kevesebbet számláló község volt. 5000-nél kisebb lélekszámú az összes község 92.1 %-a.

A lakosság számát tekintve: az 1000 lakoson aluli községekben lakik az ország lakosságának 10.9%-a, az 5000 léleknél kisebb községekben a népesség 45.1 %-a.

Közel járunk a valósághoz, ha azt mondjuk, hogy ezek az 5000 lakosnál kisebb lélekszámú községek — *falusi típusúak*. Ezek lakossága: az ország lakosságának közel fele. Nem egyszer halljuk azt az állítást, hogy *népünk kb. kétharmadrésze lakik falun*. Ez az

## 5. Községek és városok a lélekszám szerint (1930-ban).

Községek és városok				
csoportjai	száma		népessége	
	szám szerint	‰-ban	szám szerint	‰-ban
100 lakosig .....	5	0'1	465	0'0
101—200 „ .....	78	2'3	12,921	0'1
201—300 „ .....	182	5'3	46,242	0'5
301—500 „ .....	487	14'3	196,706	2'3
501—700 „ .....	449	13'1	269,839	3'1
701—1000 „ .....	504	14'8	424,305	4'9
1000 lakoson alul ...	1,705	49'9	950,478	10'9
1001—1500 lakosig .....	557	16'3	686,385	7'9
1501—2000 „ .....	301	8'8	521,600	6'0
2001—3000 „ .....	330	9'7	803,137	9'2
3001—5000 „ .....	252	7'4	962,334	11'1
1001—5000 lakosig ...	1,440	42'2	2.973,456	34'2
5001—10,000 lakosig .....	161	4'7	1.072,736	12'4
10,001—20,000 „ .....	66	1'9	872,096	10'0
5001—20,000 lakosig ..	227	6'6	1.944,832	22'4
20,001—50,000 lakosig .....	33	1'0	995,984	11'5
50,001—100,000 „ .....	9	0'2	565,039	6'5
20,001—100,000 lakosig	42	1'2	1.561,023	18'0
100,001—1.000,000 lakosig ....	2	0'1	252,346	2'9
1,000.000 lakoson felül .....	1	0'0	1.006,184	11'6
Összesen : .....	3,417	100'0	8.688,319	100'0

állítás megközelíti a való helyzetet, mert egyrészt az 5000 leieknél nagyobb községek közt is sok „falu”-típusú van, másrészt több — és éppen Budapest után legnagyobb — városunk nagyszámú külterületi lakossága tanyákon — tehát falusi viszonyok közt — él. A 6. számú táblázat az utóbbiakat „részben falusi jellegű városok”-nak nevezi. A falusi jelleget ezeknek a városoknak a nagy külterületeik adják. (Budapest külterületi lakossága kivétel, mert itt a külterületeken is városiasak a viszonyok.) E városok közigazgatási területét gyakran egy városias jellegű belső és egy falusias jellegű külső részre, szinte azt mondhatnók: egy városra és egy falura lehet bontani. A táblázat szerint a „részben falusi jellegű” városok-

ban vagy egyáltalán nincs központi vízvezeték és csatornázás, vagy — mint Szegeden és Debrecenben — a külterületeken hiányzik ez. A házaknak igen nagy százaléka vályogból vagy sárból épült, gyakran szilárd alapozás nélkül. A népsűrűség ezekben — ismét egész közigazgatási területekre számítva — alacsony. Az analfabéták százaléka, a földműveléssel foglalkozók számaránya magasabb, mint a „városias jellegű” városokban. Az állattartás igen magas szám-arányokat mutat.

6. Nagyvárosok néhány jellemző adata (1930).

Megnevezés	Városias jellegű városok					Részben falusi jellegű városok			
	Budapest	Győr	Miskolc	Pécs	Sopron	Szeged	Debre- cen	Kecske- mét	Hód- mező- vásár- hely
Lakosainak száma . . . . .	1.060,000	51.000	62,000	62,000	36,000	135,000	117,000	80,000	60,000
A városi vízvezetékkel ellátott lakosság százaléka (becsítés)	100	90	74	74	85	69	50	0	0
A csatornázással ellátott lakosság százaléka (becsítés) . . . . .	80	80	80	46	80	42	44	0	0
Vályog v. sár házak százaléka (alapozás nélk.)	0-7	3-8	13-7	3-1	0-1	44-5	24-0	62-6	73-8
Népsűrűség km <sup>2</sup> -ként . . . . .	4,887	942	1,162	869	276	166	123	85	79
Analfabéták aránya a 6 éven felüli lakosság százalékában .	3-4	4-6	6-3	6-7	2-5	6-8	8-5	14-7	9-7
Földművelő lakosság százaléka	1	4	4	5	11	36	22	58	59
Külterületi lakosok százaléka	29	2	3	19	10	34	43	56	39
Állatállomány 1000 lakosra 1937-ten									
Szarvasmarha .	2-6	27-8	8-2	7-3	29-1	81-4	107-4	92-8	197-3
Ló . . . . .	7-4	14-2	16-5	15-4	16-6	72-8	60-4	88-7	213-7
Sertés . . . . .	3-8	274-6	20-8	65-3	70-9	113-4	183-4	150-2	630-1

A 7. számú táblázat a városok-községek különböző kategóriáinak lélekszámát és népsűrűségét mutatja. Érdekes megfigyelni azt, hogy a megyei városokban a népsűrűség nagyobb, mint a törvényhatósági jogú városokban. A bemutatandó táblázatokban ismételten észlelni fogjuk, hogy a megyei városok statisztikai adatai közelebb állanak Budapest adataihoz, mint a törvényhatósági jogú városok adatai, vagyis a megyei városok „városiasabbak”, mint a törvényhatósági jogú városok. Ezt a közegészségügyi statisztikai adatok is nem egyszer mutatják. Ennek oka abban van, hogy a törvényhatósági jogú városoknak nagy „falusias” jellegű külterületeik vannak.

7. Lélekszám és népsűrűség 1920-ban és 1930-ban.

Csoport	Lélekszám		Népsűrűség egy □ km-re	
	1920-ban	1930-ban	1920-ban	1930-ban
Budapest szfv. ....	929,690	1.006,184	4496'5	4866'7
A többi 10 thj. város .	612,422	670,802	149'3	163'6
Megyei városok ..... 10,000-nél népesebb községek .....	1,094,824	1.204,265	153'6	168'9
10,000-nél kisebb községek .....	748,512	842,291	94'4	106'2
Ország összesen :	4.604,754	4.964,777	62'5	67'4
	7,990.202	8.688,319	85'8	93'4

Összehasonlítás céljából az 1938. évi Magyar Statisztikai Zsebkönyv adatai alapján közlöm több európai és néhány Európán kívüli állam *népsűrűségi* (egy négyzetkilométerre eső lakosság) adatait és az őstermeléssel foglalkozó népesség százalékát. Ezek az 1934—1937 közti valamelyik évről vonatkoznak.

	Népsűrűség	Őstermeléssel foglalkozók %-a
Belgium .....	272'1	17'1
Németalföld .....	250'0	20'6
Nagy-Britannia és Észak-Írország ...	195'3	5'6
Japán .....	183'7	50'3
Németország .....	142'6	28'9
Olaszország .....	138'1	47'3
Cseh-Szlovákia .....	108'2	28'2
Svájc .....	100'8	21'3
Magyarország .....	97'1	55'7

Ez utóbbi adatok nem nyújtanak megbízható alapot az összehasonlításra, mert a népesség foglalkozás szerinti csoportosítása az egyes államokban különböző. A közölt adatok a legtöbb államban csak a kereső népességre vonatkoznak, tehát a nem-kereső családtagok ebben nem foglaltatnak.

	Népsűrűség	Östermeléssel foglalkozók %-a
Lengyelország . . . . .	88'1	77'2
Dánia . . . . .	86'7	35'3
Brit-India . . . . .	79'1	
Franciaország . . . . .	76'1	35'6
Románia . . . . .	65'9	
Jugoszlávia . . . . .	61'0	
Bulgária . . . . .	60'6	81'0
Spanyolország . . . . .	49'2	56'1
Kína . . . . .	41'2	
Északamerikai Egyesült Államok . . . . .	16'4	22'0
Kanada . . . . .	1'2	31'2

## 8. Népszaporodás.

Csoport	Tényleges szaporodás		Természetes fogyás (—)		Vándorlási különbözet	
	szám	%	szám	%	szám	%
	1921-től 1930-ig					
Budapest székesfőváros .	76,494	8'2	531	0'1	75,963	8'1
A többi 10 thj. város .	58,380	9'5	31,474	5'1	26,906	4'4
Megyei városok . . . . .	109,441	10'0	72,214	6'1	42,227	3'9
10,000-nél népesebb községek . . . . .	93,779	12'5	86,225	11'5	7,554	1'0
10,000-nél kisebb községek . . . . .	360,023	7'8	586,575	12'7	-226,552	-4'9
Ország összesen :	698,117	8'7	772,019	9'6	-73,902	-0'9

A népesség szaporodásáról a 8. számú táblázat ad felvilágosítást. Az országos átlagok összehasonlításából kitűnik, hogy az 1920. és 1930. években megtartott népszámlálás kevesebb embert számolt meg, mint amennyire a természetes szaporodás alapján számíthattunk. A különbözet a kivándorolt népesség számát jelenti és látjuk, hogy ez az ország lakosságának közel egy százalékát teszi ki. A városok népessége csak részben szaporodott ezen idő alatt természetes úton, lakosságának nagy része bevándorlás útján került oda. Budapest népessége majdnem kizárólag bevándorlásból szaporodik. A falvakban ezzel szemben a helyzet az, hogy a természetes szaporodás erős és kielégítő volta mellett, a tényleges szaporodás ennél kevesebb, ami a falu népének a város felé irányuló vándorlását mutatja. A 10.000 lakosnál kisebb községek ezen idő alatt közel ötszázalékos veszteséget szenvedtek, amelyet elsősorban a házi-cselédek és az ipari munkások városba tódlása okoz.

## 9. A népesség nemek szerint.

Csoport	A férfi	A női	Ezer férfira eső nők	
	népesség szaporodása 1920-tól 1930-ig százalékban		1920-ban	1930-ban
	Budapest szföv. ....	6'5	9'7	1,154
A többi 10 thj. város .	8'1	10'9	1,048	1,076
Megyei városok .....	9'9	10'1	1,058	1,059
10,000-nél népesebb községek .....	14'2	10'9	1,066	1,035
10,000-nél kisebb községek .....	9'7	6'0	1,046	1,011
Ország összesen :	9'7	7'9	1,062	1,045

A népesség számának alakulása nemek szerint is különbséget mutat a városokban és a falun. (9. sz. táblázat). A nőtöbblet különösen a városokban érezhető; a falvakban lényegesen kisebb a férfiak és nők száma közötti különbség. 1930-ban — amikor már a világháború okozta nőtöbblet valamivel enyhült (de még mindig messze volt a békeidők 1910. évi 1007 arányától) — a falvakban csak ion nő jutott ezer férfira, míg például a fővárosban ez az arány 1189 volt. A két népszámlálási esztendő között a városokban inkább a nők száma szaporodott a bevándorló házi cselédek és munkásnők (textilipar) miatt és ugyanezért a falvakban a nők számának a két népszámlálási esztendő közé eső megszorodása sokkal kisebb arányú volt, mint a férfiaké.

## 10. Életkor 1930-ban, százalékban.

Csoport	6 évnél fiatalabb	6—11 éves	12—19 éves	20—39 éves	40—59 éves	60 évnél idősebb	Össze- sen
Budapest székesfőváros ...	5'9	7'1	11'7	41'6	24'9	8'8	100'0
A többi 10 thj. város ...	10'6	10'5	13'6	34'8	21'0	9'5	100'0
Megyei városok .....	11'3	11'1	13'5	34'0	20'6	9'5	100'0
10,000-nél népesebb községek .....	13'3	12'7	13'3	32'2	19'3	9'2	100'0
10,000-nél kisebb községek	13'9	13'6	12'6	30'9	18'9	10'1	100'0
Ország összesen : .	12'3	12'1	12'7	33'0	20'1	9'8	100'0

A népesség városba irányuló vándorlása miatt nagy különbség van a falu és a város népének *korösszetételében* is (10. sz. táblázat).

A városokban a bevándorlás következtében erősen megduzzad a munkaképes korban levő korosztályok népessége, ezzel szemben a falvakban ezek a korosztályok szenvedik a legnagyobb veszteséget. Ezért — valamint a magasabb születési arány miatt — a falvakban lényegesen több a gyermek, mint a városokban. Budapesten 1930-ban a 20—60-ig terjedő korosztály a népességnek 66.8 %-a, míg ugyanekkor a kisebb községek csoportjában, ugyanebbe a korosztályba, a lakosságnak csak fele (49.8%) jutott, a 6 éven aluli gyermekek csoportjában pedig a kisebb községekben több mint kétszer olyan magas volt az arány, mint a fővárosban. *A falu népességében tehát több a fiatalabb korú; ezt a körülményt nem szabad szem elől téveszteni, amikor a gyermekkorban előforduló megbetegedésekről esik szó.* A törvényhatósági és megyei városokban a különbségek nem olyan feltűnőek, mert ezeknek sokszor nagykiterjedésű területén a falusi és városi jelleg keveredik, a tanyák népe a város belterülete felé gravitál és így a végeredmények némileg közömbösítik egymást. Az öregek aránya szintén a falvakban magasabb, amit ugyancsak a munkabírók elvándorlása, részben talán az öregek visszavándorlása magyaráz meg.

E táblázattal kapcsolatban meg kell még jegyeznünk azt is, hogy a világháború okozta születéscsökkenés erősen érezteti rajta a hatását. A csökkenés főként a 12—19 éves korcsoportra esik: ebbe a korcsoportba a békeévekben lényegesen több egyén jutott. Egyébként, a világháború előtti időkhöz viszonyítva, lényeges eltolódás tapasztalható a többi korcsoportokban is, mert a *gyermekek aránya mindenütt kevesebb lett, az öregeké viszont emelkedett.*

### 11. A népesség foglalkozása 1930-ban.

Csoport	A népesség megoszlása %-ban							
	Östermelés	Bányászat, ipar és forgalom	Közszolgálat és szabad foglalkozás	Véderő	Napszámosok	Nyugdíjasok, tőkepénzesek	Házi cselédek	Egyéb és ismeretlen foglalkozások
Budapest szfőv. ...	1'1	63'6	12'3	1'2	1'7	7'4	6'5	6'2
A többi 10 thj. város	27'0	43'1	9'0	2'8	2'7	8'3	3'1	4'0
Magyei városok ...	31'3	44'8	7'5	1'5	2'6	6'7	2'5	3'1
10,000-nél népesebb községek .....	52'5	33'4	4'3	0'4	1'8	4'2	1'8	1'6
10,000-nél kisebb községek .....	70'3	21'3	2'5	0'4	0'8	2'3	1'3	1'1
Ország összesen :	51'8	32'3 <sup>1</sup>	5'0	0'8	1'4	4'2	2'3	2'2

<sup>1</sup> Ebből bányászat és kohászat 1.3, ipar 21.7, kereskedelem és hitel 5.4, közlekedés 3.9.

Különbözik a falu és a város népének *foglalkozása* is. Hazánk elsősorban agrárállam, ami kifejezésre jut abban, hogy a lakosságnak több mint a fele őstermelő (1937-ben 55.7%). A falu népének főfoglalkozása az őstermelés, a kisebb községek csoportjában a lakosságnak több mint 70%-a ezzel foglalkozik. Ezzel szemben a városokban főként az ipar és kereskedelem a lakosok főfoglalkozása.

12. *A tanyak, puszták, telepek és egyéb külterületi lakott helyek népessége.*

Csoport	A külterületi lakott helyek népessége az összes népesség %-ában
Budapest székesfőváros .....	29.0
A többi 10 thj. város .....	28.6
Megyei városok .....	17.1
10,000-nél népesebb községek .....	27.6
10,000-nél kisebb községek .....	19.6
Ország összesen : .....	21.8

A falvak népessége mellett számba kell vennünk a *tanyak, puszták, telepek és egyéb külterületi lakott helyek népességét* is. (12. sz. táblázat.) *Hazánk népességének több mint egyötöde él külterületen.* Különbséget kell azonban itt tennünk a székesfőváros külterülete és a többi város és község külterülete között, mert a főváros külterületi lakossága részeseül mindabban a kulturális, egészségügyi és kényelmi berendezésben, amelyet a nagyváros adhat, míg egyebütt a külterületek lakossága falusi vagy annál is egyszerűbb viszonyok közt él.

Hazánkban a *születési és a természetes szaporodási arányszám* — úgy mint a legtöbb országban — fokozatosan csökken. A *halálzási arányszám* szintén fokozatos csökkenést mutat. A születési, a halálzási és a természetes szaporodási arányszám (1000 lélekre számított) változását néhány államban a 13. sz. táblázat mutatja. (A felsorolt országok egy részének területe 1891—1900, illetve 1937 közt megváltozott.) A születési arány csökkenése, *Szél Tivadar dr.* szerint, nagyobb a nagy városokban, mint a falun.

Nagy különbséget találunk város és falu között a *születés, a halálzás és a természetes szaporodás* tekintetében. Az adatok összehasonlítását megnehezíti az, hogy hazánkban a születések és halálzások anyakönyvezése abban a helységben történik, ahol a születés vagy halálzás bekövetkezett. Mivel a vidéki szülők



13. A születések, az elhalálozások és a természetes szaporodás arányának változása.

Ország	Élveszületések aránya		Elhalálozások aránya		Természetes szaporodás aránya	
	1891— 1900 átlag	1937 <sup>1</sup>	1891— 1900 átlag	1937 <sup>1</sup>	1891— 1900 átlag	1937 <sup>1</sup>
	Anglia .....	30'0	15'3	18'2	12'6	11'8
Belgium .....	28'9	15'1	19'1	12'7	9'8	2'4
Franciaország .....	22'1	14'7	21'5	15'0	0'6	0'3
Olaszország .....	35'0	22'7	24'7	14'0	10'3	8'7
Románia .....	37'1	30'8	26'6	19'3	10'5	11'5
Jugoszlávia .....	41'6	28'9 <sup>2</sup>	26'8	16'0 <sup>2</sup>	14'8	12'9 <sup>2</sup>
Németország .....	36'1	18'8	22'2	11'7	13'9	7'1
Magyarország .....	40'5	20'2	29'7	14'2	10'8	6'0

gyakran keresik fel a városi szülőintézeteket, a súlyosabb betegek pedig a kórházakat, az ilyen intézményekkel bíró városok népmozgalmi adatai sokszor hamis színben tűnnek fel. A helyes összehasonlítás akkor válnék lehetővé, ha a vidéki lakosok anyakönyvezését ott végeznék, ahol laknak. Az utóbbi évek nyers népmozgalmi adatait a 14. számú táblázat mutatja.

14. Népmozgalmi adatok.

Csoport	Élveszületés		Halálozás		Természetes szaporodás	
	1936-ban	1937-ben	1936-ban	1937-ben	1936-ban	1937-ben
	1000 lakosra					
Budapest székesfőváros	15'4	15'2	14'6	15'4	0'8	—0'2
A többi 10 thj. város ..	19'4	19'4	15'8	15'8	3'6	3'6
Megyei városok .....	18'2	18'4	14'3	14'2	3'9	4'2
Községek .....	21'9	21'6	14'1	13'8	7'8	7'8
Ország összesen : ..	20'4	20'2	14'3	14'2	6'1	6'0

A *születések* aránya a községekben állandóan magasabb, mint a városokban (14. sz. táblázat). Különösen a fővárosban kevés a születés, de még ezt az arányt is a vidékről a szülőintézetekbe fölvert szülők emelik ilyen szintre; ezek nélkül a születések száma még alacsonyabb lenne. Példaképpen megemlítem, hogy Budapest 1935.

<sup>1</sup> Az 1937. évi adatok ideiglenesek.

<sup>2</sup> 1936. évi adat.

Évi 14.8 ezrelékes születési aránya az idegen születések levonásával 10,7‰ lenne. A törvényhatósági jogú városok születési aránya valamivel nagyobb, mint a megyei városoké, mert az előbbieket külterületi lakosságának születési aránya magas.

A városok és községek születési, halálzási és természetes szaporodási arányszámait a lakosság szerint csoportosítva mutatja a 15. sz. táblázat (1928—32. évi adatok, *Petrilla dr.*: Magyarország népesedési viszonyai 1920-tól 1932-ig c. munkája alapján).

15. *Népmozgalom Magyarországon a községek és városok nagysága szerint 1928-32. évek átlagában.*

Lakosok száma	Községek ill. városok száma	Születések	Halál- zások	Term. szaporodás
		1000 lélekre		
1.000.000— .....	1	16'5	16'5	0'0
100.001—200.000 .....	2	23'3	18'0	5'3
50.001—100.000 .....	9	21'0	16'0	5'0
20.001— 50.000 .....	33	22'1	17'4	4'7
10.001— 20.000 .....	66	25'9	18'6	7'3
5001— 10.000 .....	161	26'2	16'8	9'4
3001— 5000 .....	252	27'3	16'9	10'4
2001— 3000 .....	330	28'5	17'1	11'4
1001— 2000 .....	858	27'5	16'7	10'8
501— 1000 .....	953	26'7	16'2	10'5
1— 500 .....	752	25'2	16'1	9'1
Összesen : ....	3.417	24'7	16'9	7'8

Kiderül a 15. sz. táblázat *születési adataiból*, hogy minél nagyobb egy város, illetőleg község, általában annál kisebb a születési arányszám. A sorrendből ismét kiugrik a két 100.000-en felüli nagyváros, — Szeged és Debrecen aránylag magas születési aránya, ami részben a külterületi lakosság magas számával, részben az egyetemi szülészeti klinikákkal függ össze (klinikán szülő vidéki asszonyok). A táblázatban a kisebb helységek felé haladva azt látjuk, hogy a születési arány fokozatosan emelkedik. A 2000-től 3000 lakosig terjedő községekben a legmagasabb; ettől kezdve ismét csökken. Ez utóbbi jelenségnek a magyarázatát keresve két dologra kell rámutatnunk. Az egyik az, hogy a 2000 lakoson aluli községek tekintélyes részében nem lévén orvos, a szülőnőket, különösen rendellenes szülés esetén, innen a nagyobb helységekbe (kórház, szülőotthon) szállítják. Másrészt ebbe a kategóriába esik az „egykes” vármegyék — Baranya, Somogy, Tolna — községeinek nagy része. E három

vármegyében a kisközségek száma igen magas (az 1 — 500 lakosú községek száma 209, az 500—1000 lakosú községek száma 250, az 1000—2000 lakosú községek száma 181); születési arányuk — szemben az ország többi, hasonló nagyságú községének 25—38‰-es születési arányával — csak 20—23‰ között mozog. Ha az országos adatokat tovább bontjuk, kiderül, hogy a kisközségek alacsonyabb születési aránya csak a Dunántúlon észlelhető; az Alföld és az Északi Dombosvidék kisközségeiben az átlagos születési arány 24—3 2‰ körül mozog.

16. *Törvénytelen és halva szülöttek.*

Csoport	Száz szülött közül			
	törvénytelen		halva szülött	
	1936-ban	1937-ben	1936-ban	1937-ben
Budapest székesfőváros .....	15'9	15'0	3'1	3'2
A thj. városok (Budapesttel együtt).	14'4	13'6	3'6	3'6
Megyei városok .....	10'9	10'5	4'0	4'1
Községek .....	7'0	6'4	2'4	2'3
Összesen : .....	8'7	8'5	2'8	2'8

Hazánkban az újszülötteknek 8.5—8.7%-a *törvénytelen* (16. táblázat). E tekintetben lényeges különbség van a falu és a város között; a falvakban a törvénytelenek aránya feleannyi, mint a fővárosban. Meg kell azonban említenem azt is, hogy a városokban született törvénytelen gyermekek egy része falusi leányanyák gyermeke.

A *halvaszületések* (16. sz. táblázat) aránya az egész ország területén 2.8%. (Ezt nemzetközi adatokkal összehasonlítani nem lehet, mert a halvaszületés fogalma nem minden országban egyforma.) A községek a városoknál alacsonyabb halvaszületési arányszámot mutatnak. (A városi szülőintézetben történt szülések csökkentetik ezt a számot.)

A falu és a város viszonylatában vizsgálva a *házasságok termékenységét*, *Konkoly-Thege* adatai szerint az 1933—35. évek átlagában a thj. városokban 100 házasságból 275, a vármegyékben — tehát a megyei városokban és a községekben — 403 gyermek született.

A házassági termékenységnek a községek nagysága szerinti alakulására vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésünkre, de indirekt módon, nevezetesen a *foglalkozási adatok* megvizsgálása révén közelebb juthatunk ehhez a kérdéshez (17. sz. táblázat).

## 17. A házasságok termékenysége foglalkozás szerint 1930-ban.

A foglalkozás megnevezése	Foglalkozási viszony	100 férjes nőre jutott házaságukból született gyermek
1. Gazdasági cseléd .....	segédszemélyzet	421
2. Birtokos (és bérlő) 50—100 k. holdon .	önálló	416
3. Birtokos (és bérlő) 10—50 k. holdon .	önálló	376
4. Birtokos (és bérlő) 10 k. holdon alul ...	önálló	374
5. Gazdasági munkás .....	segédszemélyzet	370
6. Egyéb őstermelés .....	önálló	367
7. Bányászat és kohászat .....	segédszemélyzet	363
8. Napszámosok .....	segédszemélyzet	363
9. Egyéb (és ismeretlen) foglalkozás .....	önálló	355
10. Egyéb őstermelés .....	segédszemélyzet	350
11. Nyugdíjasok, tőkepénz. stb. ....	önálló	348
12. Birtokos (és bérlő) 100 k. holdon felül ..	önálló	338
13. Bányászat és kohászat .....	önálló	337
14. Közlekedés .....	önálló	333
15. Ipar .....	önálló	299
16. Közszolgálat és szabadfoglalkozás .....	segédszemélyzet	291
17. Közlekedés .....	segédszemélyzet	285
18. Kereskedelem és hitel .....	önálló	269
19. Ipar .....	segédszemélyzet	253
20. Egyéb és ismeretlen foglalkozás .....	segédszemélyzet	227
21. Kereskedelem és hitel .....	segédszemélyzet	221
22. Gazdasági tisztviselő .....	tisztviselő	218
23. Házi cselédek .....	segédszemélyzet	208
24. Egyéb őstermelés .....	tisztviselő	197
25. Véderő stb. ....	segédszemélyzet	194
26. Közszolgálat és szabadfoglalkozás ....	tisztviselő	191
27. Egyéb (és ismeretlen) foglalkozás .....	tisztviselő	182
28. Bányászat és kohászat .....	tisztviselő	181
29. Közlekedés .....	tisztviselő	179
30. Közszolgálat és szabadfoglalkozás .....	önálló	168
31. Kereskedelem és hitel .....	tisztviselő	162
32. Ipar .....	tisztviselő	154
33. Véderő stb. ....	tisztviselő	128

Az adatokból (*Thirring Lajos*) megállapítható, hogy a *legmagasabb gyermekszámmal a gazdasági cselédek rendelkeznek*, akik általában a legkisebb tömörülési alakulatban, a pusztákon, tanyákon és majorokban élnek; ezek között minden családnak 4.21 gyermeke van. Utánuk a kisbirtokosok, az egyéb őstermelők, a bányászok, a napszámosok következnek, tehát a falu népe, akik között még

bőséges a gyermekáldás. A sor alsó végén a tisztviselőtársadalom és az önálló szabad foglalkozásúak csoportja áll, vagyis az értelmiségi foglalkozású, a típusosán városi lakosság.

A halálozás pontos elbírálását méginkább megnehezíti az anyakönyvezés jelenlegi módja. Az elháltat abban a helyiségben anyakönyvezik, ahol elhalt, tehát nem okvetlenül ott, ahol lakott. Ilyen módon a kórházakkal bíró nagyobb városokban állandóan magasabb a halálozási arány, mint a falvakban (14. sz. táblázat). A thj. városok aránya — mint a születéseknél is láttuk — itt is kiemelkedik a sorrendből, mert ezek a városok azok, ahol a legtöbb kórház van; a kórházak (klinikák) pedig összegyűjtik a vidék betegeit. Az adatokat részleteikben vizsgálva (15. sz. táblázat) kiderül, hogy a legkisebb községekben alacsonyabb halálozási arányszámokat találunk, mint a nagyobb közsületekben. Ennek oka a fent elmondottakon kívül az lehet, hogy ezek a legkisebb községek részben „egykes”-ek; ezekben aránylag kevés lévén a gyermek, kisebb az a korcsoport is, amelynek a legnagyobb a halandósága. A kórházak gyűjtőhatását mutatja, hogy például Budapest székesfővárosban az 1935. évi 14'8°/00-es halálozási arány az idegen halottak levonása után csak 14'5°/00-ot tesz ki.

#### 18. Csecsemő- és tuberkulózishalandóság.

Csoport	Csecsemőhalandóság 100 élveszülöttre		Tuberkulózishalandóság 10,000 lélekre	
	1936-ban	1937-ben	1936-ban	1937-ben
Budapest székesfőváros .....	10'2	11'2	17	16'6
A thj. városok (Budapesttel együtt)	11'5	12'0	18	17'1
Megyei városok .....	13'1	11'5	17	16'1
Községek .....	14'6	14'0	14	14'0
Összesen : .....	13'9	13'4	15'2	14'9

A halandóság elbírálásánál külön ki kell emelnünk a legnagyobb veszélynek kitett korcsoportnak, a csecsemőknek a halandóságát (18. sz. táblázat). A falu, az anyakönyvezési rendszerből származó hiba kiküszöbölése esetén is a városoknál rosszabb arányszámot mutat. Kétségtelen azonban az is, hogy a kisebb számarányban született csecsemők halálozási aránya is mindig alacsonyabb.

A tuberkulózis a statisztikai adatokban a falun alacsonyabb halálozási aránnyal szerepel (18. sz. táblázat). A valódi helyzet fel-

ismerését megnehezíti az anyakönyvezés már említett hibája; a városok kórházainak gyűjtőhatásából — különösen a thj. városokban — származó statisztikai hibát ma nem áll módunkban kiküszöbölni.

A *rák*, a *szív*baj, a statisztika szerint, szintén a városokban okoz több halálozást. A kórházak hatásáról mondottak alapján lehetséges, hogy ez a többlet csak látszólagos és csak az anyakönyvezési rendszerünk folyománya.

19. Városképződéssel csökkenő halálokok (1931—1934-  
években.)

Csoport	Aggkori végekimerülésben	Veleszületett gyengeség miatt
	elhaltak 10,000 lélekre	
100,000 léleknél népesebb városok . . . . .	5'0	5'1
60,000—100,000 lélekszámú városok . . .	11'3	7'4
40,000—60,000 „ „ . . .	15'5	8'1
20,000—40,000 „ „ . . .	17'2	9'5
20,000-nél kisebb „ „ . . .	20'5	11'0

Vannak viszont halálokok, amelyek — a statisztikai adatok szerint — a falu népe között fordulnak elő gyakrabban (19. sz. táblázat). Ezek a halálokok: az *aggkori végekimerülés* és a *veleszületett gyengeség*, tehát azok, amelyek gyakran nem jelentenek pontos halál-oki diagnózist, hanem amelyek mögött gyakran más betegség rejtőzik. A rendelkezésre álló adatokból megállapíthatjuk, hogy a kisebb községekben ezek a diagnózisok gyakrabban fordulnak elő, mint a nagyobbakban. A nagyobb városokban, — ahol kórházak vannak és jobb (a nagyobb szám miatt is) az orvosi ellátottság, — a diagnózisok megállapítása általában pontosabb, mint a kisebb községekben.

# K Ö Z E G É S Z S É G Ü G Y I   S Z E M É L Y Z E T .

## M. KIR. TISZTI FŐORVOS.

A m. kir. tiszti főorvos a törvényhatóság első tisztviselőjének szakközege, s mint ilyen, tulajdonképen irányítója és ellenőrzője a közegészségügyi munkának a törvényhatóság területén. A m. kir. tisztiorvosok 1936. július 1. óta állami tisztviselők.

A trianoni Magyarország területén 26 m. kir. *tiszti főorvos* teljesít szolgálatot, akik állami rendszerű V. és VI. fizetési osztályokba vannak sorozva. Hazánkban csak az nevezhető ki tiszti főorvossá, aki legalább 5 évig már mint tisztiorvos működött. Mivel viszont tisztiorvossá csak az nevezhető ki, aki legalább öt évig városi, községi vagy körorvosként működött, — a tiszti főorvosainak kinevezésükkor már alapos gyakorlatuk és sok tapasztalatuk van. Minden vármegyei törvényhatóságnak (és ezenfelül Szeged városának) külön tiszti főorvosa van. Budapest székesfőváros tisztiorvosi kara nem államosított, ők jelenleg is székesfővárosi tisztviselők. A városi törvényhatóságok tiszti főorvosai (Szeged kivételével) egyszersmind a körülöttük levő, illetve szomszédos vármegyei törvényhatóságoknak is tiszti főorvosai. Az 1936. évi IX. t.-c. életbelépte előtt minden vármegyei (számszerint 25) és minden városi (számszerint 11) törvényhatóságnak külön tiszti főorvosa volt, vagyis akkor az összes tiszti főorvosok száma 36 volt. Az államosítással kapcsolatban csökkent számuk 16 állami és 1 székesfővárosi tiszti főorvosra.

Ismétlen felmerült a kérdés, *célszerű-e és lehetséges-e a városi és megyei törvényhatóságok tiszti főorvosi teendőit egy közös főorvosra bízni?* Képes lesz-e egy főorvos ezt a közigazgatásilag is két külön szervezetbe tartozó és bizonyos fokig különböző természetű szolgálatot megfelelően ellátni?

Kétségtelenül hozhatók fel érvek az összekapcsolás ellen. Mégis az egybeolvasztás mellett *kell*ett állást foglalni, pénzügyi okokból. I Az összevonást lehetővé tette az, hogy a tiszti főorvosok (és a tisztiorvosok is) a magánorvosi gyakorlattól eltiltattak, s így egész idejüket a közegészségügyi szolgálatnak szentelhetik, tehát az addiginál nagyobb terület tiszti főorvosi teendőit el tudják látni.

A pénzügyi szempontok az államosítás keresztülvihetősége szempontjából igen súlyosan estek latba. Nem lehetett ugyanis arra

számítanunk, hogy a tisztiorvosok fizetésére az államosítás után lényegesen nagyobb összeg álljon rendelkezésre, mint amennyibe ez a szolgálat az államosítás előtt került.

A tisztiorvosoknak a *magánorvosi gyakorlattól eltiltását* szükségesnek tartottuk azért, hogy egész idejüket a közegészségügyi szolgálatnak szentelhessék, másrészt hogy kiküszöböljük az összeférhetlenségnek jogszabályokba alig foglalható, de a valóságban elég gyakran előforduló eseteit. A magánorvosi gyakorlattól eltiltást a fizetés emelésének kellett követnie. Ebből a célból a tisztí főorvosok, illetve tisztiorvosok részére az államosítás előtt rendszeresített IX—VI. fizetési osztályok helyett részükre az állami rendszerű VIII—V. fizetési osztályok biztosítottak. Ezenkívül a magánfelek részére végzett tisztiorvosi tevékenységek díjából, — amely összegek belügyminisztériumi számlára fizettetnek be —, minden tisztí főorvos és tisztiorvos törzsfizetésének, lakáspénzének és gyermekei számának megfelelő negyedévi átalányban részesül. A többgyermekes tisztiorvosok támogatása érdekében (családvédelem) az átalány felosztásakor alapul egy felosztási kulcsot használunk, amelyet a törzsfizetés és lakáspénz összegéből és a családi pótlék összegének tízszerezéséből számítunk ki. Ilyen módon a többgyermekes tisztiorvosnál az átalány a törzsfizetésének 40—50%-át is eléri.

A városi és vármegyei törvényhatósági állások összevonása, — mint említettem —, pénzügyi okokból történt, de a szolgálat érdekeit alaposan megvizsgáltuk, mielőtt ezzel a javaslattal jöttünk.

Ahol az összevonás után túl nagy lett az egy tisztí főorvosra eső lakosság, ott a tisztí főorvos mellé központi szolgálatra egy tisztiorvost osztottunk be.

A lakosság száma egymagában még nem ad tiszta képet arról, hogy az illető tisztí főorvosnak milyen nagy az elfoglaltsága. Ez nagymértékben függ attól is, hogy a lakosság milyen nagy területen lakik, e területen milyen tömörülések vannak, hogy viszonylik a tömörülésekben a lakók lélekszáma, a szétszórtan lakók számához. Fontos ebből a szempontból még az a kérdés is, milyen azon a területen az általános kultúra foka, mennyire fejlett az egészségügyi kultúra, mik az igények, vannak-e különleges közegészségügyi problémák, milyenek a lakosság szociális és egészségügyi viszonyai, milyenek a közlekedési lehetőségek stb., stb. Reá kell arra is mutatnom, hogy a tisztí főorvosi működési területek megszabásakor alkalmazkodnunk kellett a fennálló közigazgatási területi beosztáshoz. Aránylag könnyű volt egy tisztí főorvosra bízni egy városi és egy megyei törvényhatóság tisztí főorvosi teendőinek ellátását abban az esetben, amidőn a megyei törvényhatóság székhelye törvényhatósági városban van; sokkal nehezebb, ha a két törvényhatóság székhelye nem esik össze. Bármilyen kívánatos lett volna



a közegészségügyi szolgálat érdekében Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegyének a tiszti főorvosi szolgálat szempontjából kétfelé osztása és két tiszti főorvos alkalmazása, — ezt közgazgatási szempontból nem tartottuk kívánatosnak.

Megemlítem, hogy egy városi és a körülötte levő megyei törvényhatóság közegészségügyi szolgálatának egybekapcsolása közegészségügyi szempontból sok előnyt jelent. Ismeretes, hogy egy város lakóinak egészsége mily nagymértékben függ a körülötte levő megye lakóinak egészségügyi viszonyaitól. Sok betegséget a falvakból hurcolnak be a városba (pl. élelmiszerekkel), viszont a nagy városok közelsége a falvak lakosainak egészségügyére is bizonyos befolyással van (pl. a nemi betegségeket a falusiak nem ritkán a városokban szerzik). Előnyös tehát, ha e két terület az egészségügyi igazgatás szempontjából egy kézbe kerül.

Az államosítás óta eltelt három év azt mutatta, hogy a városi és vármegyei törvényhatóságoknak az államosítással kapcsolatban a tiszti főorvosi szolgálat szempontjából keresztülvitt összevonása a tiszti főorvosi szolgálat hatásosságát nem befolyásolta károsan.

A tiszti főorvos *teendőit* a 900/1936. B. M. sz. rendelet 22. §-a a következőképen írja elő:

A m. kir. tiszti főorvos:

a) figyelemmel kíséri az egészségügyi viszonyokat, azok megjavítására a törvényhatóság első tisztviselőjének, illetőleg a belügyminiszternek javaslatot tesz; ellenőrzi az egészségügy körében tett hatósági intézkedések végrehajtását és azok eredményét; gondoskodik az egészségügyi vonatkozású jogszabályoknak az érdekelt szakközegekkel való közléséről;

b) közreműködik abban, hogy illetékességi területén mindazok az ártalmak megszűnjenek, melyek a népesség egészségét a környezet részéről fenyegetik;

c) irányítja a fertőző betegségek elleni védekezést; ebben a vonatkozásban az illetékes katonai hatósággal szoros együttműködésben jár el; különös gondot fordít a köztisztasági szabályok pontos megtartására, a kötelező védőoltások végrehajtására, a járványkórházak, megfigyelők, elkülönítők és a fertőtlenítő gépek jókarban tartására; védőoltások kötelező elrendelésére vonatkozólag javaslatot tesz; ellenőrzi a fertőző betegek ellenőrzését, törzskönyvezését, az előírt kórjelző és ellenőrző laboratóriumi vizsgálatok elvégzését, a fertőző betegek elkülönítését, a fertőtlenítések végrehajtását s minden egyéb intézkedést, amely a fertőző betegségek terjedését hivatott megakadályozni, s megteszi az előírt időszaki és esetenkénti jelentéseket;

d) eljár, hogy megszűnjenek azok az ártalmak, melyek az egészségügyi követelményeknek meg nem felelő táplálkozásból,

egészségtelen lakásban lakásból, zsúfoltan együttlakásból, valamint az egészséget veszélyeztető ipari és egyéb munkából származnak; gondoskodik a népbetegségek, így különösen a tuberkulózis és veneralis bajok, az alkoholizmus, a csecsemőhalandóság, valamint az egyke elleni küzdelem intézményeinek megszervezéséről, azok működését szakszempontból irányítja s azokat közegészségügyi szempontból ellenőrzi; felügyel a testi, lelki fogyatkozásban szenvedők, valamint a szegények egészségügyi megsegítésére és gyógyítására;

e) felügyeletet gyakorol a köz- és magánintézetek tanulói egészségének megóvására; közreműködik abban, hogy az életmentési, első segélynyújtási és betegszállítási szolgálat kellőképpen megszerveztessék;

f) ellenőrzi a közkutakat; szükség esetén új kutak létesítésére javaslatot tesz;

g) ellenőrzi közegészségügyi szempontból az iparvállalatokat, gyárakat, különösen az élelmiszerüzemeket és élelmiszerüzleteket;

h) felügyel a katonai igazgatás alatt álló intézmények kivételével a kórházakra, gyógyintézetekre, egészségvédelmi intézményekre és szervekre, óvodákra, menedékházakra és egyéb helyi jellegű szociális és egészségügyi intézményekre, népjóléti intézményekre, járvány esetén az állami letartóztató intézetekre, a gyógyfürdők, éghajlati gyógyintézetek, gyógyhelyek, üdülőhelyek, gyógy- és ásványvízforrások és üzemek egészségügyi viszonyaira;

i) felügyeletet és ellenőrzést gyakorol a szakfőnöksége alá tartozó hatósági orvosi szolgálatot ellátó orvosok és az általuk vezetett nyilvántartások felett, részükre a szükséges utasításokat megadja, vagy az illetékes hatóság útján a szükséges intézkedések megtételét szorgalmazza;

j) felügyel a szakfelügyelete alá tartozó egészségügyi személyzet (orvosok, gyógyszerészek, védőnők, gondozónők, gyermekmenhelyi telepfelügyelőnők, óvónők, fogászok és fogművesek, bábák, halottkémek) működésére;

k) megvizsgálja a gyógyszertárakat, közegészségügyi szempontból felügyel a gyógyszerek, gyógyszerkülönlegességek, mérgek, kötszerek, fertőtlenítő anyagok és oltóanyagok forgalmára és ellenőrzi a közgyógyszerellátást; a katonai gyógyszertárak vizsgálata azonban nem tartozik feladata körébe;

l) gondoskodik a kuruzslók működésének és a közegészségügyre veszélyes szokásoknak megszüntetéséről;

m) katonai szolgálatra alkalmasság megállapításánál kirendelés esetén közreműködik;

n) vezeti az előírt nyilvántartásokat; folytatólagosan gyűjti és rendszeresen feldolgozza az illetékességi területére vonatkozó születési, halálozási, megbetegedési és más népességi adatokat;

o) teljesíti mindazokat a feladatokat, amelyeket valamely jogszabály, vagy hatósági rendelkezés feladatkörébe utal;

p) működéséről a törvényhatóság első tisztviselőjének és a közigazgatási bizottságnak havi jelentést, a belügyminiszternek pedig félévenként kimerítő jelentést tesz; havi jelentését másolatban a belügyminiszterhez is felterjeszti.

q) *feladatkört* kapott a tiszti főorvos az 1936: XXIII. törvénycikk alapján, amely az *óvodákat* a vallás- és közoktatásügyi tárca hatásköréből a belügyi tárcának adta át. Ennek a törvénynek, végrehajtási utasítása, az 1030/1936. B. M. sz. rendelet az addig a



## 20. Faluszéle.

tanfelügyelő hatáskörébe tartozó óvodai ügyek egy részét a tiszti főorvos hatáskörébe utalta át. E rendelet 2-ik szakasza szerint: (1) A kir. tanfelügyelő helyett a m. kir. tiszti főorvos jár el az alábbi ügyekben:

- a) a kisdedóvás fejlesztésére javaslatok készítése;
- b) az állami kisdedóvodák (gyermekmenedékházak) felállítására vonatkozó tárgyalások lefolytatása;
- c) a kisdedóvodák (gyermekmenedékházak) ellenőrzése, az óvónők (menedékházvezetőnők) nyilvántartása és a kir. tanfelügyelővel egyetértve való minősítése;
- d) az állami óvónő (menedékházvezetőnő) alkalmazására, ki-nevezésére, áthelyezésére, nyugdíjazására, végelbánás alá vonására előterjesztéstétel;
- e) a nem állami óvónő (menedékházvezetőnő) megválasztásának jóváhagyására, az államsegélyes nem állami óvónő (menedék-

házvezető) kinevezésére, a fizeteskiegészítő államsegélyek folyósítására, továbbá az óvónő (menedékházvezető) nyugdíjazására, végelbánás alá vonására előterjesztését;

f) az újonnan alkalmazott, illetve áthelyezett óvónő (menedékházvezető) illetményeinek kiutalása iránt javaslatát;

g) az állam, a község és az izraelita hitközség által fenntartott kisdédóvodákban az óvónő (menedékházvezető) részére nyolc napnál hosszabb, de három hónapot meg nem haladó betegszabadság engedélyezése.

(2) Az (1) bekezdésben felsorolt ügyekben Budapest Székesfővárosban a tiszti főorvos jár el, a községi óvónők nyilvántartása és minősítése azonban a polgármester feladata.

(3) A kir. tanfelügyelő nevelési felügyeleti jogköre érintetlen marad.

Az óvodai ügyeknek a tiszti főorvosra bízása azért történt, mert az óvodák fontos gyermekvédelmi és gyermekegészségügyi intézmények. Ezzel az új feladatkörrel a tiszti főorvosoknak módjuk van a 3—6 éves gyermekek egészségvédelmét kezükbe venni. Most, amidőn a kormány az óvodáknak fokozatosan napközi otthonokká átalakítását szorgalmazza, s ennek keresztülvitelére az anyagi fedezetet is megteremtette, a tiszti főorvosokra e téren igen szép feladat vár.

A tiszti főorvos, — bár állami tisztviselő —, szakközege a törvényhatóság első tisztviselőjének, akinek alá van rendelve. Joga van azonban a belügyminiszterrel szakügyekben közvetlenül érintkeznie, aki neki közvetlenül is adhat utasításokat.

A tiszti főorvosnak a központi kormányzattal való szoros kapcsolata igen fontos, mert biztosítja a közegészségügyi szolgálat terén az egyöntetűséget. Ennek érdekében a tiszti főorvosokat évenként legalább egyszer *Tiszti Főorvosi Értekezletre* hívjuk egybe. Ezek az értekezletek az orvosállamtitkárnak vagy helyettesének elnöklete alatt rendszeren két napig tartanak. Tárgysorozatukon egyrészt azok a kérdések szerepelnek, amelyeket a központi kormányzat kíván a tiszti főorvosokkal megbeszélni, másrészt olyan problémák, amelyeknek napirendre tűzését a főorvosok kérték. Ezek között gyakran szerepelnek a falusi közegészségügyi munka időszerű kérdései. Az értekezleten jelen vannak a Belügyminisztérium egészségügyi osztályainak, — esetleg az érdekelt más osztályoknak —, tisztviselői. Az értekezletet a Belügyminisztérium XIV-ik (egészségügyi igazgatási) osztálya készíti elő, amely osztálynak ügykörébe az egészségügyi személyzet ügyei is tartoznak.

A tiszti főorvosnak általában nincs önálló intézkedési joga, kivéve a veszélyes járvány esetét, amikor saját felelősségére, „elren-

delheti és foganatosíthatja mindazokat az intézkedéseket, melyeket a fennálló jogszabályok a közigazgatási hatóság hatáskörébe utalnak". A törvénynek ez az intézkedése a múlthoz viszonyítva ma haladást jelent, s mivel a törvény nem határozza meg a „veszélyes járvány” fogalmát, az adott esetben a tiszti főorvosra van bízva annak megítélése, hogy mikor tartja a köz érdekében szükségesnek a közvetlen és sürgős intézkedést. Ezzel a jogával a tiszti főorvosnak élnie kell, valahányszor attól tarthat, hogy késedelmes intézkedés a járvány terjedését előmozdíthatja. A „veszélyes járvány” fogalma az idők folyamán változáson ment át. Régebben a kiütéses tífuszt (typhus exanthematicus) veszélyesebb járványos betegségnek tartották, mint a hastífuszt (typhus abdominalis). Ma tudjuk, hogy a kiütéses tífuszt sokkal könnyebb megfékezni, mint a hastífuszt. Hazánkban évekig alig fordul elő kiütéses tífusz, míg a hastífusz évente rendszeresen 8—10.000 megbetegedést és sokszáz, esetleg ezernél is több halálózást okoz. A mi viszonyaink közt tehát sokkal „veszélyesebb” járványos megbetegedés a hastífusz, mint a kiütéses tífusz.

Különösen fontos szerepük van a tiszti főorvosoknak a *falusi egészségvédelmi munka kezdeményezése* terén. Régebben az egészségvédelmi intézmények létesítése előtt akárhányszor a tiszti főorvosokat meg sem kérdezték, s nem egyszer a főorvos csak utólag értesült arról, hogy törvényhatósága területén valahol egy új egészségvédelmi intézmény állíttatott fel. A közelmúltban a tiszti főorvosok kidolgozták a törvényhatóságuk területére az egészségvédelmi intézmények felállítására vonatkozó programot. Ezt a törvényhatóság első tisztviselőjének hozzájárulása után felküldték a belügyminisztériumba. A szervezés e tervzet alapján a tiszti főorvos irányítása és ellenőrzése alatt folyik.

További haladást jelent az 1936: IX. t.-c. 1. §. 3-ik bekezdésének rendelkezése: „A m. kir. tiszti főorvos és a m. kir. tisztiorvos, valamint a székesfővárosi tiszti főorvos a működése területén szolgálatot teljesítő hatósági orvosoknak és egészségvédelmi szervezetek szakfőnökei”. E tekintetben különösen a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat terén tág a hatásköre, amelynek megszervezése — a központ irányítása mellett — az ő feladata. A Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatok — a törvényhatóság beszerzése után — jelentéseiket a tiszti főorvoson keresztül küldik az Országos Közegészségügyi Intézetbe.

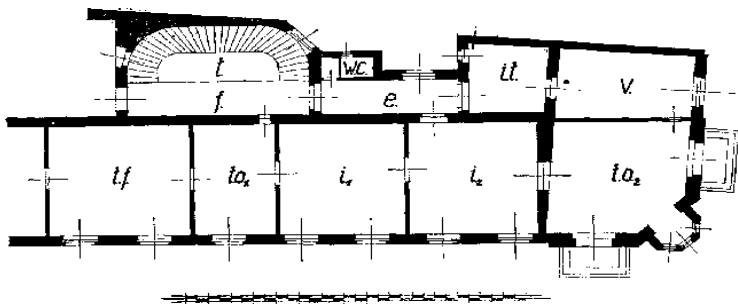
Fontos szerepet juttat az egészségügyi kormányzat a tiszti főorvosoknak a *szociális gondozás megszervezése terén is*. Így zöldkeresztes gyermekétkeztetési akciók, a zöldkeresztes cukor- és tejakciók szervezése és ellenőrzése a tiszti főorvosok feladatává tétett.

A tiszti főorvosi szolgálat részben *belső* (irodai), részben *külső* (helyszíni) *munkából* áll.

A *belső munka* sikerét és hatásosságát nagyban elősegíti, ha a tiszti főorvos megfelelő *orvosi személyzettel* és *segédszemélyzettel* rendelkezik, megfelelőek a *hivatali helyiségei* és ezek jól fel vannak szerelve. Mindezekről az 1936: IX. t.-c. 4. §-a értelmében a törvényhatóság köteles gondoskodni. A múltban a tiszti főorvosoknak beosztott állandó személyzete és segédszemélyzete csak elvétve volt. A tiszti főorvosoknak az iktatási, kezelési teendőiket igen gyakran maguknak kellett végezniök. Több törvényhatóságban még külön szobájuk sem volt. Az írógép a legtöbb tiszti főorvos irodájában ismeretlen fogalom volt, a fertőző betegségek állását, az illetékségük területén lévő egészségügyi intézményeket feltűntető térképek nem voltak. Nem is volt nagy túlzás az, amikor az egyik régi városi tiszti főorvosunk arra a kérdésemre, hogy hol van az irattára: — az iratokkal megtömött kabátzebeire mutatott. Az államosítás óta, — hála annak a megértésnek, amit a törvényhatóságok vezetői a közegészségügy kérdései iránt általában mutatnak — komoly haladás van a *főorvosi hivatal* segédszemélyzetének és a főorvosi hivatali helyiségeknek terén is. Bár a segédszemélyzetről szóló gondoskodás az illetékes törvényhatóság feladata, mégis — amidőn az 1936. évi XXIII. t.-c. az óvodákkal kapcsolatos ügykört is a tiszti főorvosokra bízta, a kormány azok mellé a tiszti főorvosok mellé, akiknek hatáskörébe nagyobb számú óvoda tartozik, irodai segéderőt osztott be.

A tiszti főorvosok mellé beosztott, illetve a tiszti főorvosi hivatal székhelyén szolgálatot teljesítő és a tiszti főorvosoknak segédkező tisztiorvosokon kívül értékes segítséget jelentenek a tiszti főorvosoknak a melléjük beosztott *orvosgyakornokok*. A 121.361/1934. B. M. rendelet megengedi vármegyei orvosgyakornokok alkalmazását. Díjazásuk — sajnos — nagyon szerény, azért csak egész fiatal orvosok jelentkeznek orvosgyakornoknak. Az orvosgyakornokok szolgálatuk közben megismerkednek a tiszti orvosi munkával. Kívánatos lenne, ha már bizonyos orvosi tapasztalattal (lehetőleg 1—2 évi szolgálattal) rendelkező orvosok kerülnének ezekbe az állásokba. Az 5 évi vármegyei orvosgyakornoki működést a 666/1936. B. M. rendelet egyenértékűnek mondja ki a tisztiorvosi állás elnyeréséhez szükséges előzetes 5 évi városi, községi, illetve körorvosi működéssel, mégis célszerűbb, ha a vármegyei orvosgyakornok — mielőtt tisztiorvosi állásra pályázik — először elmegy községi-, körorvosnak, hogy ezt a munkakört is megismerje. Eközben végezze el a tisztiorvosi tanfolyamot s csak azután pályázzék tisztiorvosi állásra. Kellő rátermettség mellett így a vármegyei orvosgyakornokból igen jól képzett tisztiorvos lehet.

Azokban a törvényhatóságokban, ahol a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat szervezése előrehaladt, s a törvényhatóság területén már nagyobb számú egészségügyi védőnő teljesít szolgálatot — a kormány *vármegyei vezető védőnőt* bocsát a tiszti főorvos rendelkezésére. A vármegyei vezető védőnő feladata egyrészt annak irányítása és ellenőrzése. A vezető védőnő — akit a nagyobb gyakorlattal bíró legjobb védőnők közül választunk ki — minél több időt töltsön künn a községekben, minél többet foglalkozzék a védőnőkkel, azok problémáival, felügyeletével, irányításával, és minél kevesebb időt töltsön a hivatalban az íróasztal mellett. Meg kell adni számára a lehetőséget,



## 2i. Tizti főorvosi hivatal alaprajza.

tf = tizti főorvos szobája, to = tizti orvosok szobája, v = vizsgálószoba, i = iroda, it = irattár,  
e = előszoba.

hogy minél többször felkereshesse a védőintézeteket és a védőnőket. A vezető védőnőt nem szabad — az ő munkájától független — irodai munkával foglalkoztatni; nem arra való, hogy egy irodai segéderő munkáját végezze, hanem az a feladata, hogy a tizti főorvos irányítása mellett gondoskodjék a védőnői szolgálatnak lelkiismeretes és szakszerű ellátásáról.

A tizti főorvosok *hivatali helyisége és ezek berendezése* ma meg több helyen meg nem felelő. Tekintetbe kell venni azt, hogy a tizti főorvosnak okvetlenül külön szobával kell rendelkeznie, ahol a feleket fogadja és velük úgy beszélhet, hogy az orvosi titoktartást is megőrizhesse. Szükség van ezenkívül egy vagy több szobára az orvosi és segédszemélyzet részére és egy várószobára. Három helyiség tehát a minimum, amiből egy tizti főorvosi hivatalnak állania kell. Gondoskodni kell arról, hogy a főorvosi hivatalban rendelkezésre álljon megfelelő berendezés és felszerelés, ha a főorvosnak valakit (pl. bizonyítvány kiállítás végett) meg kell vizsgálnia. Lehetetlen megfelelő vizsgáló asztal és megfelelő felszerelés,

eszközök nélkül pl. nők vizsgálatát lelkiismeretesen elvégezni. Hozzá tartoznak minden főorvosi hivatal berendezéséhez és felszereléséhez az irattár (vagy nagyobb iratszekrény), a kartotékok szekrénye, az egészségügyi személyzet, az egészségügyi intézmények községenkénti megoszlását, a fertőző betegségek állását stb. feltűnő térképek. A jelenleg helyiségekkel legjobban ellátott és legjobban felszerelt tiszti főorvosi hivatal, a debreceni tiszti főorvosi hivatal alaprajzát mutatja a 21. számú ábra.

A tiszti főorvos *külső (helyszíni) munkája* a főorvosi szolgálatnak szinte legfontosabb része. Ennek akkor tud megfelelni, ha la kiszállási lehetőséget részére biztosítjuk. Tiszti főorvosaink jelenleg havi 150.— P kiszállási átalányt kapnak; csak két nagyobb törvényhatóságunk tiszti főorvosa kap ennél nagyobb összeget. Ez az összeg nem elegendő. Ugyanezt az összeget kapták a tiszti főorvosok az államosítás előtt is, amikor idejük egy részét fordították csak a közegészségügyi munkára. A magánorvosi gyakorlatról való lemondással sok idejük szabadult fel. A közegészségügy érdeke azt kívánja, hogy ezt az időt ne a hivatalukban, az íróasztalnál töltsék, hanem minél többször menjenek ki a falvakba. Ez természetesen több költséget jelent. Némileg megkönnyítette a helyzetüket, hogy a Magyar Államvasutak a tiszti főorvosoknak 1000 km távolságra (érvényes kedvezményes vasúti bérletjegyet ad. Több tiszti főorvos Iautomobil tart, ami igen nagy időmegtakarítást jelent. Falusi közegészségügyi szolgálatunk javulását elősegítené, ha minél több tiszti főorvosunknak lenne autója. Az utak fokozatos építése és javítása ma már mindig több falut kapcsol be az autóval járható úthálózatba.

A tiszti főorvos *minél több időt töltsön ki a helyszínen*, különösen a falvakba szálljon ki gyakran, érintkezzék orvosaival, személyesen győződjék meg a hiányokról. Tudása, tapasztalatai alapján adjon tanácsot, biztasson, buzdítson, dicsérjen és kifogásoljon. Ne felejtse el, hogy sokszor igen nehéz viszonyok közt dolgoznak a falun a tisztiorvosok, a községi- és körorvosok. Sokszor ütköznek szinte legyőzhetetlen akadályokba a pénztelenség, — vagy ami szinte még nagyobb baj —, a közömbösség, a meg nem értés miatt. Gondoljon arra, hogy magasabb pozíciója sokszor olyan helyzeti energiát jelent, amelynek segítségével néha könnyen elérheti vagy keresztülviheti azt, amit a tisztiorvos vagy a községi-, körorvos keresztülvinni nem tud. Segítse tehát őket terveik keresztülvitelében. Ne feledje a tiszti főorvos, hogy a falusi közegészségügyi munkát sokfelé ma még nem *ellenőrizni*, hanem — *megteremtteni* kell. Ennek megteremtése, életre hívása törvényhatósága területén reá és munkatársaira vár. Nehéz a munka? Kevés még ott a megértés?



Majd meglesz ez is! A röögöt előbb fel kell törni, akkor lehet még csak a magot belevetni, és csak ezután mutatkozik az ápolásra, a szerencsés külső körülményekre nagyon is rászoruló kis növény. Elkedvetlenedés? Ehhez tíz-tizenkét évvel ezelőtt lett volna joga? Ma, amikor törvényhozás, kormány, társadalom, mindenki már a falu ápolását, megsegítését sürgeti, amikor az anyagi eszközök is rendelkezésre állanak, amikor már nem kísérletezésről, hanem bevált rendszer alkalmazásáról van szó, amikor már igen sok esetben a magyar falu, — mint a föld a hosszú szárazság után az esőt — várja az egészségvédelem megszervezését, kéri, hogy csecsemőjét, kisdédét istápoljuk, hogy tüdőbetegeit gondozzuk, kútjait megjavítsuk, jó ivóvizet adjunk, — ma a tiszti főorvosnak kisebb nehézségek esetén elkedvetlenedni nincs oka, sem joga! Tanulja meg jól a jogait és kötelességeit, ismerje a rendeleteket, amelyekben ezek foglaltatnak, hogy hivatkozassak rájuk, ha kell! De eredményt ne csak ettől várjon! Fegyvere a *meggyőzés* legyen. Ha a paragrafusokkal nem ér célt, hivatkozzék az emberi szolidaritásra, ha az értelemmel nem tud megbirkózni, használja ki, ha kell, az emberi gyengeségeket, vagy forduljon a szívhez. Az egészségügyi és szociális igazgatásban ez megengedett és sokszor célhoz vezető eljárás.

A preventív közegészségügyi munka, — elsősorban a falusi munka —, ma van kiépülőben. Ma minden tiszti főorvos megteremtheti életének emlékéit — falusi alkotásaiban, vagy a megmentett csecsemőkben!

A kerületi közegészségügyi felügyelői rendszer megszüntetésével a *helyszíni ellenőrzés* kötelezettsége fokozott mértékben hárul a tiszti főorvosokra.

A belügyminisztérium a főorvos munkáját, problémáit elsősorban azokon a *jelentéseken* át ismeri meg, amelyeket havonta illetve félévenként készít és felterjeszt. Észleleteiről, a szükségesnek ítélt intézkedésekről, ha fontos, esetről-esetre is jelentést és javaslatot kell tennie az illető törvényhatóság első tisztviselőjének. A javasolt intézkedések vegyék tekintetbe a lehetőségeket. Ha meg van győződve, hogy javaslatai végrehajthatók és a gondjaira bízott népelete és egészsége érdekében szükségesek, úgy az intézkedések megtételét szorgalmaznia kell. Ne tegyen a tiszti főorvos feleslegesen sok javaslatot, amiknek legnagyobb része az iróasztalfiókban marad, vagy az irattárba vándorol, hanem jól gondolja meg mit javasol. Jelentése ne panaszkodás, ne sirám legyen, hanem a helyzet objektív, — nem túlzó — feltárása és ehhez szabott konkrét javaslat.

Elengedhetetlen, hogy minden főorvos *írásban* (és pedig lehetőleg kartotékokban) és *térképen nyilvántartsa az illetékessége alá tartozó terület egészségügyére vonatkozó összes adatokat* („survey”,

„egészségügyi inventarium”). Ennek alapján állapítsa meg a hiányokat, s készítsen évekre beosztott munkatervet. Ha a hiányokra az illetékesek előtt reámutat és velük ezek orvoslásának szükséges voltát megértette, következik a kérdés, hogy a hiányokat hány év alatt kívánja a törvényhatóság pótolni. Ha azt látja, hogy félnek a rövid határidőtől, javasoljon hosszabb határidőt. A fontos, hogy legyen egy időre beosztott programja, amelyet az illetékesek magukévá tettek, s amelyre azután a költségek igénylésekor hivatkozhatnak. A tapasztalat azt mutatja, hogy később, — amikor a létesítmények hatásosságát és értékét felismerték —, igen gyakran azt kívánják, hogy a program az eredetileg megállapítottnál rövidebb idő alatt hajtsák végre.

A tisztii főorvos munkája eredményes akkor lesz, ha törekvéseit a törvényhatóságának vezetői, a törvényhatósági bizottság tagjai, de a törvényhatóság közönsége is megérti és ezek fontosságát belátják. Ennek elérése érdekében mindent el kell követnie. Különösen a főispán, az alispán, illetve a polgármester érdeklődését kell felkeltenie, ami különben ma már többnyire meg is van, sőt sok törvényhatóságban ők a közegészségügy legbuzgóbb apostolai. Fáradságot nem kímélve kell magyarázni, az elért eredményekre reámutatni, rábeszélni, célja elérése érdekében segítőtársakat szemponatokon, mert ő minden emberért, minden embertársának egészségéért köteles dolgozni. Ha leköti magát egy csoporthoz, elveszti a többi támogatását és — ami még nagyobb baj —, elveszti a többi bizalmát is. Teremtse meg és ápolja az együttműködést az illetékesége területének tanítóival, tanáraival, papjaival, mert ők — különösen az új generáción keresztül —, rendkívüli módon elősegíthetik a munkáját. Gondoljon arra, hogy amit el akar érni, azt a nép közreműködésével érheti csak el. Nem védheti a csecsemő egészségét az anya akarata ellenére, vagy az anya közömbössége mellett. Tehetetlen lesz a tuberkulózis elleni küzdelemben a betegek és az egészségesek közömbössége esetén. Az emberek támogatására csak akkor számíthat, ha az emberek tudják és megértik, hogy mit akar. Gondoskodnia kell arról, hogy az emberek és elsősorban az ezekkel a kérdésekkel kevésbé foglalkozó falusi nép megismerje a törekvéseit és átérezze azok értékét.

A *közönség informálása* szempontjából igen jelentős eszköz a helyi *napisajtó*. Feletteseinek hozzájárulásával világos, jól érthető cikkekben közölje a konkrét problémákat s azok megoldása érdekében a hatóság intézkedéseit. Szóljon arról is, hogy másutt mit tettek vagy tesznek a közegészségügy érdekében; sohase állítsa ellentétképen — ha oka is lenne rá — azt, hogy illetékesége területén

milyen kevés történt. Sohase engedje, hogy úgy tüntessék fel, hogy ami jó történt, azt őneki kell köszönni. Ezt — ha úgy is van —, azok, akiknek szintén részük volt a munkában vagy alkotásban, nem bocsátanak meg neki. Ha pedig egyszer nem maga írja meg az újságcikket, hanem interjút ad, kérje meg a szerkesztőt, hogy a kéziratot okvetlenül átnézhesse, hogy az esetleg nem jól értett vagy nem megfelelően értelmezett kijelentéseit helyreigazíthassa.

Élőszóban, *előadásokban* is — ha van erre alkalom és ha jó előadó — ismertetheti a tiszti főorvos a közegészségügyi problémákat és szerezhet híveket a közegészségügyi munkának. Előadásának tárgyát, hangját, s az egész előadásmódját a hallgatóságának igényeihez kell idomítania. Laikusoknak, népszerűen előadni sokkal nehezebb, mint szakközönség előtt beszélni.

A tiszti főorvos munkája — mint látjuk — nem merülhet ki akták elintézésében, helyszíni vizsgálatok végzésében, ellenőrzésében, utasításokban. A tiszti főorvos a közegészségügyi munkának ne csak hivatalnok, hanem apostola is legyen, aki az apostolok türelmével, szívósságával és fanatizmusával küzd célkitűzései megvalósításáért, népe egészségéért. És végül — tudjon örülni a kis, részletsikereknek is és ezek feledtessék el vele nagy csalódásait és balsikereit és ez adjon neki erőt és bizalmat a további munkájához.

### M. KIR. TISZTIORVOS.

A m. kir. tisztiorvos a járás, illetve a megyei város vezető tisztviselőjének, a főszolgabírónak, illetve a megyei város polgármesterének szakközege.

Tisztiorvossá csak az nevezhető ki, aki legalább 5 évig már mint városi-, községi- vagy körorvos működött, a 9 hónapos tisztiorvosi tanfolyamot elvégezte és a vizsgát sikerrel letette. Mivel pedig városi-, községi- illetve körorvossá a belügyminiszter csak olyan orvost nevez ki, aki jó egyetemi végzettség mellett rendszeren legalább pár évi kórházi szolgálatot mutat ki, következik, hogy a tisztiorvosainknak jó képzettségük van. Az előző kórházi és a községi orvosi szolgálat biztosítja, hogy nemcsak a hivatali dolgokhoz értenek, hanem az orvosi gyakorlat kérdésével is tisztában vannak.

Hazánkban 1938. év végén 190 tisztiorvos volt, akik közül 18 törvényhatósági városban, 172 megyei városban illetve járásban, bizonyos esetekben e kettőben együtt teljesített szolgálatot.

Most már több mint kétéves tapasztalat alapján meg kell állapítanom, hogy míg egy törvényhatósági jogú városnak és a körülötte lévő vármegyének a tiszti főorvosi szolgálat szempontjából összevonása megfelelőnek bizonyult, addig *két járásnak a tiszti-*

*orvosi szolgálat ellátása tekintetében összevonása általában nem vált be.*

A nehézséget az okozza, hogy az összevont két közigazgatási egység vezetőségének székhelye nincs ugyanabban a városban, illetve községben. Így a tisztiorvosnak két központban kell szolgálatot teljesítenie, két helyen kell hivatali órákat tartania stb. A tisztiorvosi szolgálat államosításakor tisztában voltunk ezekkel a nehézségekkel, de anyagi okokból akkor más megoldást nem találtunk. A járási székhelyül szolgáló megyei város és a körülötte levő járás közegészségügyi szolgálatát viszont minden hátrány nélkül bizhatjuk egy tisztiorvosra. Itt ugyanazok a szempontok jelentkeznek, mint a törvényhatósági jogú város és a körülötte levő vármegye közegészségügyi szolgálatainak egy tisztii főorvosra bízásakor. Ha tehát a tisztii főorvosi, ill. a tisztiorvosi szolgálat szempontjából összevont két közigazgatási egység vezetősége ugyanabban a városban székel, akkor az összevonás nehézségeket nem okoz.

Az eddigi tapasztalatok alapján arra törekszünk, hogy ott, ahol a szolgálat érdekében szükséges, újabb tisztiorvosi állások szervezésével a közegészségügyi szolgálat szempontjából összevont járásokat ismét szétválasszuk. Az 1937. évben már két összekapcsolt járást szétválasztottunk.

Az egyes tisztiorvosra jutó lakosság lélekszáma nagy átlagban 50.000 körül van. A Népszövetség által rendezett 1931. évi *Falugészségügyi Értekezlet* 50.000-ben határozta meg azt a lélekszámot, amelyre egy tisztiorvost kell számítani. Természetesen minél intenzívebb munkát kívánunk egy tisztiorvostól, annál kisebb lélekszámú lakosságot kell reábíznii. Az államosítás előtt a megyei városoknak külön tisztiorvosuk volt, akik azonban a szegény betegek gyógyítását is végezték. Ezeknek a tisztiorvosi teendője most hozzáadódott a volt járási tisztiorvosok teendőihez. 1928 óta kísérletképpen először egy, majd két, végül négy járásban figyeltük meg, hogy egy tisztiorvos, ha magánorvosi gyakorlatot nem folytat, milyen nagy lélekszámú járás tisztiorvosi szolgálatát tudja ellátni, ha ott az egészségvédelem is meg van szervezve. Ezek voltak a *Rockefeller Alapítvány* anyagi segítségével szervezett ú. n. *egészségügyi mintajárások* („public health demonstration districts”). E járási tisztiorvosok egész idejüket a közegészségügyi szolgálatnak szentelték. A járáások lélek száma a következő volt: gödöllői járásé: 77.000, mezőkövesdi járásé: 70.000, váci járásé: 41.000, berettyóújfalui járásé: 35.000. Azt tapasztaltuk, hogy a legnagyobb lélekszámú gödöllői járásban is megfelelő segédszeméllyel jól el tudta látni a tisztiorvos a szolgálatot. Ezen az alapon készítettük el 1936-ban a tisztiorvosi munkakörök beosztását, amely — egy-két kivételtől eltekintve — általában megfelelőnek bizonyult.

A tisztiorvos *munkakörét* a 900/1936. B. M. rendelet 23. §-a a következőkben írja elő:

„(1) A m. kir. tisztiorvos tennivalói illetékességi területén megegyeznek a m. kir. tiszti főorvosnak a 22. § *a)–o)* pontjában megjelölt munkakörével, azzal az eltéréssel, hogy a m. kir. tisztiorvos a gyógyszerárakat csupán a gyógyszerek elkészítésének és kiszolgáltatásának szakszerűsége szempontjából ellenőrzi, a közgyógy-szerellátásnak a 22. § *k)* pontjában megjelölt ellenőrzése azonban a m. kir. tisztiorvosnak nem feladata. Ezenfelül a m. kir. tisztiorvos:

a) amennyiben főszolgabíró mellett működik, a belügyminiszter által járasonként megszabott időközökben minden községet meglátogat és az alárendelt községi orvosok (körorvosok) közegészségügyi működését ellenőrzi, az általuk vezetett nyilvántartásokat és az általuk készített kimutatásokat felülvizsgálja;

b) kiadja azokat a hatósági orvosi bizonyítványokat, amelyek kiadását valamely jogszabály kifejezetten nem utalja a m. kir. tiszti főorvos, a városi vagy községi orvos (körorvos) hatáskörébe;

c) oktatja a nemorvos halottkémekeket;

d) végzi mindazokat a tennivalókat, amelyeket valamely jogszabály, vagy hatósági rendelkezés feladatkörébe utal;

e) működéséről a főszolgabírónak, illetőleg a megyei város polgármesterének és a m. kir. tiszti főorvosnak havonként jelentést tesz.

(2) A m. kir. tiszti főorvos mellé beosztott m. kir. tisztiorvos feladatkörét a 22. §-ban megállapított keretek között a m. kir. tiszti főorvos állapítja meg.

(3) A törvényhatóság első tisztviselője minden naptári év elején kijelöli azt a m. kir. tisztiorvost, aki a felmerült orvosrendőri hullaboncolásokat végzi. A kijelölésnél különös figyelembe kell venni azt a m. kir. tisztiorvost, aki a kórboncolásban megfelelően jártas és akinek törvényszéki orvosi képesítése van. Az orvosrendőri boncolásokat a kijelölt m. kir. tisztiorvos díjtalanul köteles elvégezni.”

A tisztiorvosi szolgálat — éppúgy, mint a tiszti főorvosi — *belső* (irodai) és *külső* (helyszíni) *munkából* áll.

*Belső* — hivatali — *munkájának* nyugodt elvégzéséhez feltétlenül szüksége van megfelelő *hivatali helyiségre*. Legalább egy szobáról és egy (esetleg más hivatalokkal közös) váróhelyiségről kell gondoskodni. A szobát nem oszthatja meg más járási tisztviselővel. A tisztiorvosnak ugyanis gyakran meg kell vizsgálnia pl. bizonyítvány kiállítás céljából embereket, amit más jelenlétében nem tehet. Az orvosi titoktartás kötelezettsége is lehetetlenné tenné azt, hogy feleket betegségük stb. felől más előtt kikérdezzen. A szobában le-

gyen vizsgálóasztal és megfelelő orvosi vizsgálóeszközök. Legyen meg a legegyszerűbb laboratóriumi vizsgálatokhoz (legalább vizelet-, köpetvizsgálathoz) szükséges felszerelés. Régebben a járásorvos magánorvosi gyakorlatot folytatott, orvosi rendelőt tartott, ahová berendelte azokat az egyéneket, akiket hivatalos minőségében meg kellett vizsgálnia. Ma magánorvosi gyakorlatot nem folytat, rendelője nincs, így a törvényhatóságnak a tisztiorvos hivatali helyiségét úgy kell felszerelnie, hogy a tőle kívánt orvosi vizsgálatokat elvégezhesse.

A tisztiorvosi hivatalban meg kell lenniök az előírt kimutatásoknak, a szükséges szakkönyveknek, ezenfelül a járás egészségügyi intézményeit és a fertőző betegségek mindenkori állását feltüntető térképeknek. Ezeket legegyszerűbben úgy készítheti el, hogy a járásnak megfelelő nagyságú — esetleg maga rajzolta — térképét felragasztja egy ugyanolyan nagy puhafadeszkalapra. A községek helyére parafadugók éles késsel levágott, 3—4 mm vastag, kerek szeleikéit ragasztja vagy szegezi. Ebbe jól bele lehet szűrni a különböző színű nagyfejű gombostűket, amelyekkel az egyik térképen az egészségügyi személyzetet és az intézményeket, a másikon pedig az előfordult fertőző betegségek eseteket jelzi. Színesfejű gombostűket legegyszerűbben úgy készíthet, hogy nagy fehérfejű gombostűk fejét olaj- vagy lakkfestékkel befesti, vagy gombostűkre különböző színű gyöngyöket fűz.

Sajnos, a járásokba osztott tisztiorvosok igen nagy részének még nincs megfelelő hivatali helyisége, még kevésbé van valaki mellette, aki írásbeli teendőiben segít. Pedig ez elkerülhetetlen lesz, mert a közegészségügyi szolgálat fokozatos kiépítésével kapcsolatban eddigi feladataihoz mindig újabbak társulnak. Mindig nagyobb és nagyobb lesz az egészségügyi és egészségvédelmi személyzet is, amelynek ő a szakfőnöke, s amelyet számontartania és ellenőriznie kell.

Azokban a járásokban, amelyekben sok az egészségvédelmi körzet, a járás székhelyén dolgozó védőnő többnyire *járási vezető-védőnői* megbízatást kap. Egyes helyeken a tisztiorvos a hivatali írásbeli teendőit a védőnővel végeztette el. Ez semmiesetre sem engedhető meg. A védőnőt ez elvonja tulajdonképeni feladatától. Ilyenkor a védőnő rendszeren a családlátogatásokat hanyagolja el, ami pedig az egészségvédelemnek egyik legfontosabb módja.

Egyes helyeken a tisztiorvos mellé ú. n. *egészségőrt* adtak. Ez rendszeren fertőtlenítő tanfolyamot végzett altiszt, aki a tisztiorvos mellett hivatalszolgái munkát is végez. Egészségőri állások szervezése nagyon kívánatos. Az egészségőrök kiképzésének kérdése most van rendezés alatt.

A közegészségügyi szolgálat *helyszíni ellenőrzése*, irányítása igen fontos feladata a tisztiorvosnak. Kívánatos, hogy minél több időt *töltsön* künn a községeiben. A belügyminiszter állapítja meg a kiszállásainak gyakoriságát, amit természetesen korlátoz az, hogy a 100 pengő kiszállási átalányból — különösen ott, ahol kevés a vasútvonal — nem telik sok kiszállásra. Ahol a főszolgabíró maga is a közegészségügynek lelkes támogatója, ott igen gyakran



22. Falurészlet.

az autóján magával viszi kiszállásai alkalmával a tisztiorvost, ami lényegesen csökkenti a tisztiorvos kiszállási költségeit és így számára havonként több kiszállást tesz lehetővé.

Sokszor felvetett kérdés, hogy a *tisztiorvos mennyiben vegyen részt személy szerint az egészségvédelmi szolgálatok tanácsadásain?* Nem vitatható, hogy az óvodás és iskolás gyermekek bizonyos időközökben megismételt egészségügyi vizsgálatát — hacsak lehetséges — a tisztiorvosnak kell végeznie. Ilyen módon szoros kapcsolatban marad az étellel, a gyakorlati orvosi munkával, s nem lesz belőle (amitől a magánorvosi gyakorlattól eltiltott tisztiorvost sokan féltik) „hivatalnok”, aki nem ismeri az életet, aki nem tudja gyakorlati tanácsokkal az egészségvédelmi munkát irányítani, azt ellenőrizni, s esetleg megakad a fertőző betegségek felismerésében,

vagy ha valakinek egészségügyi állapotáról kell bizonyítványt kiállítania. Az ellen sem lehet kifogást emelni, ha a tisztiorvos a járás székhelyén levő valamelyik egészségvédelmi intézményt (anya- és csecsemővédő-intézet, vagy tuberkulózis-gondozó) maga vezeti. Ennek azonban az a feltétele, hogy ő az illető szakmának szakorvosa legyen.

Ma már a tisztiorvosoknak kb. 65%-a olyan, aki az újrendszerű *kilenchónapos tisztiorvosi tanfolyamot elvégezte*. Viszont a régebbi rövid tanfolyamot végzett, az államosításkor átvett tisztiorvosok közt is sok igen kiváló agilis tisztiorvosunk van, akik autodidaxissal vagy *továbbképző tanfolyamon* pótolták az akkori tanfolyam hiányosságait.

Bármilyen jó a tisztii főorvosi kar, munkájuk nem lehet eredményes, ha nem támaszkodhatnak megbízható, képzett, lelkes tisztiorvosokra. A tisztiorvosok érintkeznek az étellel, ők irányítják közvetlenül a közegészségügy sorkatonáinak: a községi-, körorvosoknak, az egészségvédelmi szolgálat védőnőinek, az anya- és csecsemővédőnőknek és a bábáknak a munkáját. Ha a tisztiorvos, mint ezeknek szakfőnöke nem irányítja, nem ellenőrzi kellőképpen az ő munkájukat, ha nem buzdítja őket minél jobb, minél mélyebbre ható, minél lelkiismeretesebb munkára, úgy a közegészségügyi szolgálatban hézagok fognak támadni. Lesznek körzetek, ahol a községi- vagy körorvos magától is megtesz mindent, másutt lazábban fogja fel a teendőket; az egyik védőnő lelkiismeretesen végzi a családlátogatásokat, a másik könnyebben fogja fel a kötelességét s így tovább. A jó tisztiorvosnak mindenütt ott van a szeme; hamarosan meglátja, hol kell gyakran utánanéznie a községben folyó munkának, hova kell szinte minden fertőző megbetegedés előfordulásakor kimennie, hol kell időnként a családlátogatásokat ellenőriznie és hol nem szükséges. A jó tisztiorvos hamar kiismeri a helyzetet és az embereket, tudja, hol és mikor kell szigorúnak vagy elnézőnek lennie, hol van szükség a biztatásra, a buzdításra. Idejében megérzi, meglátja, hol vannak nehézségek, hol kell segítenie, vagy segítséget, támogatást szereznie. Az elnézésben nem szabad — kollegialitás címén — annyira mennie, hogy ennek a közegészségügyi szolgálat lássa a kárát. Ne feledje, hogy, az orvosnál, a védőnőnél a mulasztás, a hanyagság nem egyszer emberéletbe kerül, ami felett ő mint szakfőnök — aki tehát közvetve szintén felelős a törtétekért —, nem térhet hallgatással napirendre. Ne nyugodjék meg akkor sem, ha működése területén azt látja, hogy abban az évben nem volt *több* tífuszmebetegezés, vagy csak *ugyanannyi* csecsemő halt meg, *mint az előző évben*. Nem szabad a tisztiorvosnak megszoknia — mint elkerülhetlent — egy bizo-



nyos évenkénti emberveszteséget tifuszban, diftériában, tuberkulózisban, vagy „veleszületett gyengeségben”. Vigyázzon, hogy ne ragadjon reá a falvak népén ezekben a kérdésekben oly gyakran észlelhető fatalizmus. A falu népét az elmúlt évszázadok küzdelmei, gyakran sikertelen küzdelmei tették fatalistává. A tehetetlenségnek, sokszor az elhagyottságnak az érzése, az orvosi segítség nélkül elvesztett gyermekek emléke, sok embert az élet és halál kérdésében eltompulttá tesz. A tisztiorvos tudása, képzettsége nem nyugodhat bele ebbe a vérvesztésébe. Törekedjék világosságot vinni oda, ahol a babonák sötétsége uralkodik. A falu az a hely, ahol a tisztiorvosnak emberéletek megmentéséért nem egyszer az emberekkel kell felvennie a harcot. Ne feledje azt se, hogy közegészségügyi téren eredményt, sikert sokszor csak a legaprólékosabb részleteket, okokat kereső és felderítő munkától lehet várni. Találékonyak kell lennie, primitív viszonyok közt is és — gyakran primitív eszközökkel — meg kell keresnie és meg kell találnia a problémák, feladatok megoldását. Problémák megoldásának akadálya falun gyakran a pénzhiány, de még gyakrabban a tudás vagy találékony-ság hiánya.

Szerezze meg a tisztiorvos — mint a tisztí főorvosra vonatkozólag is mondtuk — *feletteseinek s a járás közönségének érdeklődését a közegészségügyi munka iránt*. Törekedjék minél szorosabb és közvetlenebb kapcsolatot és jó viszonyt létesíteni és ápolni a járása magán- és hatósági orvosaival, akiknek a munkájától igen nagy mértékben függ, hogy az ő törekvéseit siker fogja-e koronázni.

Ne feledje a tisztiorvos, hogy falun a közegészségügyi problémák megoldásához természetesen szükség van *pénzre*, — de még több *tudásra* és különösen sok *ember szeretetre*.

## KÖZSÉGI ORVOS ÉS KÖRORVOS.

A községekben a közegészségügyi munka végrehajtója a községi-, ill. körorvos. Magyarországon minden, legalább 5000 lélekszámú község köteles községi orvosi állást rendszeresíteni. A belügyminiszter az 5000-nél nagyobb lélekszámú községet az alispán meghallgatása után több orvosi állás rendszeresítésére kötelezheti. A belügyminiszter az olyan községet, ahol nincs községi orvosi állás rendszeresítve, *közegészségügyi körbe* osztja be, vagy az orvosi szolgálat szempontjából valamely vele határos megyei városhoz vagy olyan községhez csatolja, amelyben orvosi állás van rendszerezítve. A közegészségügyi körben a községi orvos tennivalóit a körorvos látja el. A közegészségügyi kör területét és székhelyét a belügyminiszter állapítja meg. A körorvosnak szabályként a közegészségügyi kör székhelyén kell laknia.

A községi orvost és a körorvost 1936 óta a főispánnak, a törvényhatóság első tisztviselőjének, a magyar királyi tiszti főorvosnak, továbbá az érdekelt községnek, illetőleg körjegyzőségnek meghallgatása után a *belügyminiszter nevezi ki*. Ezek az orvosok községi tisztviselők, a képviselőtestületnek tagjai, illetményeiket és egyéb járandóságait a község viseli. Községi- és körorvosi állásra csak azt lehet alkalmazni, aki a tisztiorvosi, vagy községi orvosi vizsgát tanfolyam hallgatása után sikerrel letette.

A községi-, körorvosi állások betöltése a múltban választás útján történt. Orvosi állások betöltésére a választás nem bizonyult megfelelő eljárásnak, mert hiszen a választógyűlés tagjai nem tudták elbírálni, hogy a pályázó orvosok közül ki a legjobb képzettségű. Többnyire azt az orvost választották meg, aki már ott volt a községben, s akinek ott megfelelő kapcsolatai voltak. A máshonnan pályázók a helybeliekkel szemben alig jöttek szóba. Ezért rendszeren alig egy-két pályázó jelentkezett.

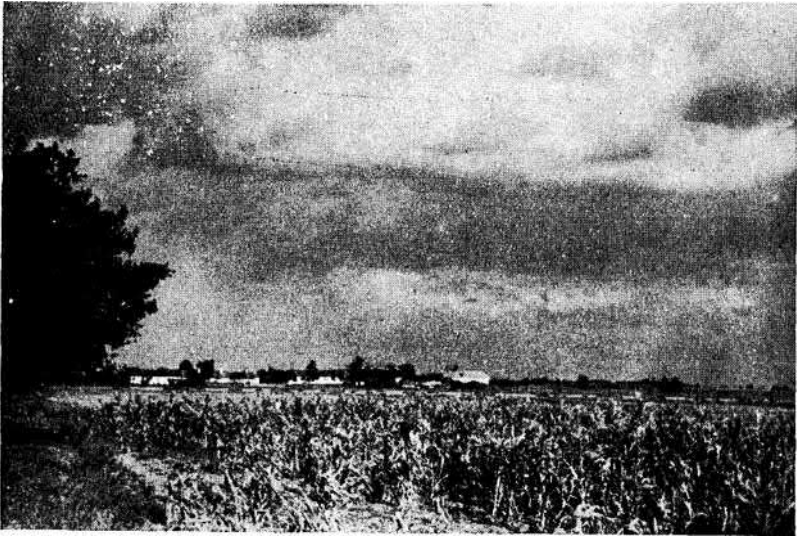
Most a megüresedett községi-, körorvosi állásra a belügyminiszter a pályázók közül a legjobb képzettségű orvost nevezi ki. Ezt az orvosok ma már tudják, s ezért — különösen egy-egy jobb községi orvosi állásra — igen nagy számmal pályáznak. Nem ritka az olyan községi orvosi pályázat, amelynél a pályázók száma a 20—25-öt is eléri, s köztük igen jó képzettségű orvosok is vannak.

A pályázatok elbírálásakor tekintetbe vesszük az egyes pályázók összes szigorlatainak eredményét is. Bár kétségtelenül előfordul az is, hogy gyenge szigorlati bizonyítványokkal rendelkező pályázó is lehet jó gyakorlati érzékkel bíró orvos, mégis általánosságban ha két — az egyetemről nemrég kikerült — orvos közül kell választanunk: nem lehet kétséges, hogy melyiket válasszuk —, ha az egyik végig szorgalmas volt az egyetemen, rendes időben tette le a szigorlatait és azok eredménye jó volt, míg a másik rendetlenül hallgatta az előadásokat, a szigorlatokat csak sok bukással, ismétlésekkel nagysokára tette le. Hosszabb orvosi gyakorlattal rendelkező orvosnál a „szigorlati múlt” már nem olyan fontos. Ilyenkor az illető orvosi munkája felől érdeklődünk és nézzük, hogy az orvosi diploma elnyerése után mit csinált. Volt-e kórházban vagy valahol, ahol magát tovább képezhette, illetve tudásbeli hiányait pótolhatta.

Sokkal nagyobb gondot okoz egy községi-, körorvosi állás megfelelő betöltése, mint egy kórházi vagy rendelőintézeti kinevezés. Nem kétséges, hogy mindent el kell követnünk, hogy minél jobb or-

1939 június 30-áig ki lehetett nevezni olyan orvost is, aki tisztiorvosi vagy községi orvosi vizsgát nem tett. Az ilyen orvos az említett képesítést a kinevezés napjától számított 3 éven belül megszerezni köteles, különben állását veszti.

vosok kerüljenek a községi-, körorvosi állásokba, hiszen néha ez az orvos egy egész falunak és környékének egyedüli orvosa. Az ő tudásától vagy tudatlanságától függ százak, sőt ezrek egészsége, betegsége, esetleg élete és halála. A kórházban többnyire több orvos foglalkozik egy beteggel. A városban a beteg, ha úgy látja, hogy állapota nem javul, fordulhat egy *másik* vagy *még egy* orvoshoz. Ebből következik, hogy a *legnagyobb, a legszélesebbkörű, a legáltalánosabb tudású orvosokra a falvakban van szükség.*



23. Tanya.

Az orvosok nagy része ma arra törekszik, hogy valamely orvosi szak specialista legyen („szakorvos”). E célból orvosi oklevelének elnyerése után mindjárt felvételi magát valamely klinikára, vagy valamely szakorvosképesítésre feljogosított kórház osztályára. Ott tölti azután a szakorvosság elnyeréséhez előírt gyakorlati időt (3—4 évet) s azután leteszi a szakorvosi vizsgát. Az ott töltött idő alatt az illető szakmában nagy jártasságot szerez. Ez alatt az idő alatt azonban csak annak, a néha igen szűk szakmának (pl. fogászat, fülészet, szemészet, röntgen stb.) problémáival foglalkozott, egyéb orvosi szakmákkal az egyetem elhagyása óta nem voltak kapcsolatai. Kérdem, — reá bízhatjuk-e nyugodtan egy ilyen szűkkörű (— bár ebben jó —) orvosi tudással bíró orvosra egy falu vajúdó anyáit, csecsemőit, kisdedeit, vagy fertőző betegeit. A bel-

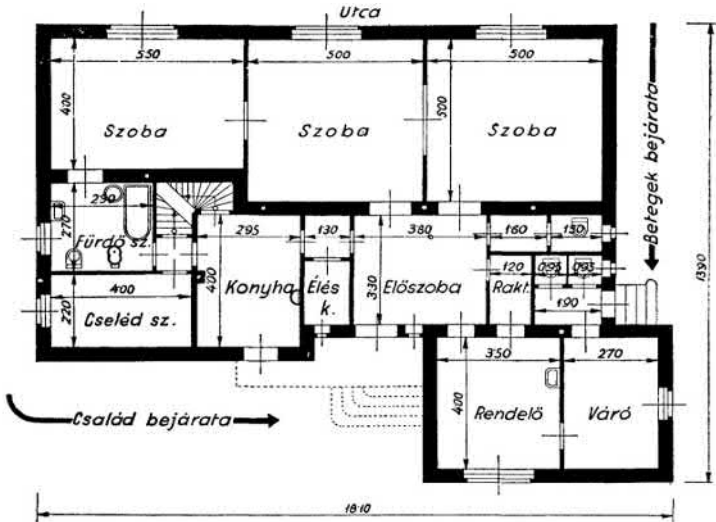
gyógyászai szakorvossággal bíró orvosra kevésbé vonatkoznak az elmondottak, és nem vonatkoznak természetesen azokra a szakorvosokra sem, akik szakorvosságuk megszerzése után egy bizonyos ideig más szakmákon is dolgoztak és tanultak. Az elmondottakból következik, hogy a *falu orvosa*: a jó *általános képzettséggel*, jó gyakorlati tudással rendelkező orvos, aki orvosi oklevelének elnyerése után bizonyos számú évet közkórházak különböző osztályain töltött s így az orvosi munka különböző ágazataiban gyakorlatot szerzett. A *szakorvos*: a *város orvosa*, a kórházak, a szakrendelők orvosa. Amióta a városi-, községi- és körorvosok alkalmazása központilag történik, s a legtöbb orvosi alkalmazás a belügyminiszter előzetes jóváhagyásától függ (1936. évi IX. t.-c. 16. §), azóta lehet a közegészségügy érdekeinek megfelelő „*orvospolitikát*” a gyakorlati életben megvalósítani, vagyis *lehet az egyes orvosokat tudásuknak, képzettségüknek megfelelő állások felé irányítani.*

A községi- és körorvosok az állami rendszerű X—IX—VIII. fizetési osztályokba sorozott községi tisztviselők. Bár illetményünket 1935 óta a Központi Illetményhivatal útján kapják — ami sok régebbi panaszt szüntetett meg —, ennek fedezetéről a község, ill. a kör községei költségvetésükben kötelesek gondoskodni. A községi-, körorvosnak lakáspénz vagy természetbeni lakás jár, amely legalább három lakószobából, egy rendelőhelyiségből és a szükséges mellék-helyiségekből kell hogy álljon. A községekben gyakran fennálló rossz lakásviszonyok miatt a községi-, körorvosok lakáskérdése igen sokféle mai napig megoldatlan probléma. Vannak községek, ahol megfelelő orvosi lakást szerezni nem lehet. Igen sokszor azért nem tud egy orvos valamely községben tartósan megmaradni, mert nem tud megfelelő lakáshoz jutni.

*Kerbolt dr.* 1934. évi adatai szerint hazánkban a községi-, körorvosoknak 40%-a lakott a község, ill. kör községei által adott *természetbeni lakásban*. Saját háza volt a községi-, körorvosok 27%-ának, bérelt lakásban lakott 33%. A természetben kapott lakások közül legalább három szobából és rendelőhelyiségből állott a lakások 53%-a, míg 47% ennél kevesebb, néha összesen csak két szobából állott. A lakások 37%-ának volt fürdőszobája. Az orvosi rendelők 32%-ának nem volt városszobája. Azóta a helyzet alig javult.

A kormány látva ezeket a nehézségeket, a községeket *orvosi lakás építésére* buzdította. Az egészségügyi kormányzat 1927-ben állami kölcsön nyújtásával is törekedett a községi-, körorvosi lakás-építést előmozdítani. Legújabban kétféle módon törekszünk — különösen újonnan szervezett községi-, körorvosi állások esetén — a lakáshiányon segíteni: egyrészt *MABI-kölcsönt* szerzünk a községeknek, másrészt a *Falu Szociális Alap* segílyt nyújt e célra.

A tervezett községi-, körorvosi lakások építési költsége vidékek szerint különböző, általában 25—28.000 pengő. Ha a községnek erre fedezete nincs, úgy *MABI-kölcsönt* szerezhet. Ilyen esetben a község 25 évre lekötött fedezetül a községi orvos lakáspénzét, amely kb. 8000 pengő amortizálására és kamatterheire nyújt elegendő fedezetet. A hiányzó összeget további *MABI-kölcsönből* szerezheti meg, amelynek annuitásait azonban költségvetésében elő kell írni.



24. Újonnan épülő községi orvosi lakás alaprajza.

nyoznia. Bizonyos esetekben — különösen új községi-, körorvosi állások szervezése esetén — mint említettük, a *Falu Szociális Alap*-i tol kaphat a község pénzbeli segílyt orvosi lakóház építésére.

Több építésmérnökkel títusterveket készítettünk három szobából, továbbá rendelő- és váróhelyiségből és a szokásos mellék-helyiségekből álló községi orvosi lakásokra. (Lásd a 24. sz. ábrát.) Egyszerűen, de jól, higiénikusán épített házakra gondolunk, amelyekben *W. C.* és fürdőszoba is van. A padlásra helyezett víztartállyal — amelyet a kútból esetleg kéziszivattyúval töltenek meg vízzel — ma már könnyen megoldható, hogy a lakásban folyóvíz legyen. Ezt ma már faluhelyen sem kell luxusnak tartani. Ezek az orvoslakások nem pár évre, hanem hosszú évtizedekre épülnek,

tehát helytelen lenne a múlt század igényei szerint orvosi lakást építeni. Legyen ez „míntalakás”, amelyet lassan-lassan majd utánozni fognak. Minél inkább tudja a falu az orvos kereseti lehetőségei mellett annak kultúrigényeit biztosítani, annál könnyebben fog a falu jó orvost kapni.

A körorvos a szolgálatát csak akkor tudja megfelelően teljesíteni, ha megvan a lehetősége a *gyors közlekedésre*. Az útkérdés éppen olyan fontos problémája a közegészségügynek, mint a gazdasági és kultúrpolitikának. A községek kötelesek fuvar- vagy fuvardíjat adni a körorvosnak, hogy hivatalos kötelességeinek eleget tehessen. A körorvos kérésére a fuvar (fuvardíj) helyett útiátalány állapítható meg. Ezt a lehetőséget mindig több és több körorvos használja fel: az útiátalányából tartja fenn az autóját. A magyar falusi közegészségügyi szolgálatnak nagy hasznára van ez. Kívánatos lenne, hogy a kis autók beszerzése a körorvosok részére valami módon megkönnyíttessék.

A községi orvos — eltérőleg a tisztiorvostól — *magánygyakorlatot folytathat*. Az orvosi magánygyakorlat a társadalombiztosítás I kiterjedése folytán ma már általában erősen visszafejlődött. A falun ja társadalombiztosítás keretébe általában csak kisebbszámú lakosság I tartozik; ott az orvosi magánygyakorlat inkább az elszegényedés Ihatását érzi. A községi-, körorvos szociális helyzetének megítélésekor azt is tekintetbe kell venni, hogy ha családos, a gyermekek iskoláztatása — ami csak részben történhet helyben —, igen nagy költséget jelent. Kívánatos lenne, hogy más foglalkozási ágak mintájára, megtaláltassák annak a módja és lehetősége, hogy a községi- és körorvosok gyermekei részére városokban internátusok létesíttessenek, ahol azok közép- és felsőiskolai (egyetem) tanulásk ideje alatt jutányosán kaphassanak lakást és ellátást.

A községi orvosoknak nem egyszer egész sereg *más állásuk*, ill. megbízatásuk van. Ilyenek: különböző társadalombiztosító-intézeti, MÁV, Stefánia-Szövetség védőintézeti, uradalmi stb. állások, amelyekből azonban együttvéve a jövedelem gyakran nem sok. Ezeket a községi-, körorvos többnyire jól el tudná látni, ha nem adna ez a sok állás olyan sok és sokféle írásbeli teendőt. Különösen a különböző társadalombiztosító-intézeti állások adnak nekik, — mint az orvosok panaszoják —, sok jelenteni-, írnivalót. Foglalkozni kellene ennek egyszerűsítésével. A különböző intézetek összevonása — ha megoldható lenne — a községi-, körorvosoknak is nagy könnyebbéset jelentene.

A községi- és körorvos *munkakörét* a 900/1936. B. M. rendelet 24. §, ill a 25. §-a írja elő. Eszerint a *községi orvos*

a) községének gyógyító orvosa, aki az egészségvédelmi szolgálatban és a m. kir. tisztiorvos egészségügyi közfeladatainak elvégzésében közreműködni köteles; különösen feladata a községben előforduló mindazoknak a jelenségeknek megfigyelése, melyek a közegészségügy előmozdítására vagy hátrányára szolgálnak és köteles ezekről a m. kir. tisztiorvost, valamint az elsőfokú egészségügyi hatóságot tájékoztatni;

b) a község lakosait a szabályrendelettel megállapított díj ellenében, a szegénybetegeket díjmentesen gyógykezeli. Felügyel az állami gyermekmenhely kötelékébe tartozó és illetékességi területén elhelyezett gyermekekre, valamint a dajkaságba adottakra és azokat szükség esetén gyógyítja; külön megbízás esetén, mint telep orvos, ellátja az állami gyermekmenhelyek által telepekre elhelyezett gyermekek rendszeres felügyeletét és vezeti a beosztott egészségügyi védőnővel az egészségvédelmi szolgálatot;

c) végrehajtja a fertőző betegségek elterjedése elleni védekezést szolgáló rendelkezéseket, szükség esetén vezeti a járványkórházakat, ellenőrzi az általa vagy a m. kir. tisztiorvos által elrendelt intézkedések foganatosítását, végzi a jogszabályok által rábízott védőoltásokat, illetőleg azok teljesítését ellenőrzi;

d) ellenőrzi a népesség ivóvíz- és élelmiszerellátását, gondoskodik ezzel kapcsolatban a vízvizsgálatokhoz szükséges mintáknak vételéről és a megfelelő vizsgálóintézethez beküldéséről; ellenőrzi a húsforgalmat; állatorvos, vagy erre a célra kiképzett húsvizsgáló hiányában végzi a húsvizsgálatot;

e) egészségügyi szempontból figyelemmel kíséri a kiseddóvó-intézeteket és az elemi népiskolákat;

f) teljesíti a halottkémlést, szegényeknél ingyen, egyébként a törvényhatóság által szabályrendeletben megállapított díjazás fejében; a székhelyén kívül fekvő pusztákra kiterjedő halottkémlési kötelezettséget a törvényhatóság első tisztviselője határozza meg;

g) közreműködik orvosrendőri és törvényszéki orvosi boncolásoknál;

h) vezeti a nyilvántartásokat;

i) teljesíti mindazokat a feladatokat, amelyeket valamely jogszabály, vagy hatósági rendelkezés feladatkörébe utal;

j) működéséről a m. kir. tisztiorvosnak havonta jelentést tesz.

A községi orvos ezenfelül vezeti az iktatókönyvet és külön postakönyvet a hivatalos iratok feladásáról, illetőleg kézbesítéséről.

A *körorvos* a közegészségügyi kör községeiben

a) ellátja a községi orvosnak fentebb felsorolt feladatait azzal az eltéréssel, hogy halottkémlést csak azokban a községekben köteles teljesíteni, amelyekre vonatkozólag a törvényhatóság első tiszt-

viselője a m. kir. tisztiorvos véleményének meghallgatása után kötelezi;

b) a törvényhatóság első tisztviselője által előre meghatározott és megfelelően közhírré tett napokon időszaki látogatásokat tesz és a látogatást erre a célra felfektetett működési naplóba bejegyzi.

Megállapíthatjuk, hogy a községi- és körorvos elfoglaltságának legnagyobb részét a *beteggyógyítás* jelenti. Természetesen ez teszi leggyakrabban szükségessé a körorvos kiszállását körének községeibe. A jó betegellátás érdeke azt kívánja, hogy a beteget az orvos minél gyakrabban láthassa. A törvényhatóság első tisztviselője állapítja meg azt, hogy a körorvos milyen gyakran és mely napokon köteles községeit meglátogatni. E tekintetben a helyzet az utóbbi időben lényegesen javult. Az egészségügyi kormányzatnak jelenleg az a törekvése, hogy a körorvos a közegészségügyi kör minden községébe hetenként legalább kétszer kijusson.

A községi-, körorvosok másik feladatköre az *egészségügyi rendszettel* kapcsolatos. A községi-, körorvos mint a közegészségügyi szolgálatnak frontkatonája, közvetlen észlelője a közegészségügyi problémáknak és közvetlen végrehajtója a falvakban az egészségügyi kormányzat célkitűzéseinek és szándékainak. míg a tiszti főorvos és a tisztiorvos elsősorban *irányít* és *ellenőriz*, addig a községi- és körorvos *észlel* és *végrehajt*. A fertőző betegségek elleni küzdelem, a jó ivóvízzel és élelmiszerral ellátás, a köztisztaság biztosítása terén a hatóságok munkájának eredményessége igen nagy mértékben függ a községi-, körorvos képzettségétől, lelkiismeretességétől és ügybuzgalmától. Bármilyen jó és képzett a tisztiorvosi karunk, nem tudunk a falun közegészségügyi téren haladást, javulást elérni, ha a községi-, körorvosok munkája nem megfelelő. Ezért foglalkoztunk már 1933. óta a községi-, körorvosok képzésének a kérdésével, ezért tette az 1936. évi IX. t.-c. kötelezővé a községi orvosi tanfolyam elvégzését, örömmel látjuk azt, hogy mindig több és több törvényhatóság teszi ösztöndíjak adásával lehetővé már régebben állásban lévő községi-, körorvosok számára a *községi orvosi tanfolyam* elvégzését.

A harmadik — és pedig új — feladatkör, amelyet a 900/1936. ;B. M. sz. rendelet a községi-, körorvosokra bíz; a falujukban, illetőleg falvaikban szervezett *egészségvédelmi szolgálat vezetése*. Ez az új feladatkör a falusi közegészségügyi munka kibővülésével függ össze. A *Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat* a hatóságokkal karöltve, a közegészségügyi szolgálat szervezetébe beleillesztve kívánja megszervezni az anya- és csecsemővédelmet, az iskolaegészségügyi szolgálatot és a tüdőbetegek gondozását. A községi-, körorvos munkatársat kap maga mellé a zöldkeresztes egészségügyi



védőnő személyében, aki abban is segítségére van, hogy a reászoruló szegénybetegek otthoni ápolását megszervezi. Felesleges rámutatnom arra, hogy milyen könnyebbséget jelent ez a falu orvosának, úgyszintén az is, hogy az Egészségházban egyszerű ápolási cikkek is rendelkezésére állanak, amiket kölcsön adhat a betegeknek.

Sokszor hallottuk azt a megjegyzést (— kritika formájában is —), hogy a községi-, körorvos nem ért az egészségvédelmi munkához, és ezért nem helyes őt megbízni ezzel a feladattal. Erre az ellenvetésre kérdéssel felelek: ha nem a községi-, körorvos, úgy ki bízásék meg ezzel? Azokban a kis falvakban, ahol a Zöld Kereszt dolgozik, a legritkább esetben van szülész-, gyermekgyógyász-, vagy tuberkulózis-szakorvos, aki — ha lenne ott — úgy elsősorban lenne hivatott arra, hogy az egészségvédelmi munka megfelelő ágát vezesse. Ezekben a kisközségekben nem ritkán a községi- vagy körorvoson kívül egyáltalán nincs más orvos. Természetesen arra kell törekednünk, hogy az egészségvédelmi munkát végző községi-, körorvosokat erre a feladatra megfelelően kiképezzük. Az *Országos Stefánia Szövetség* tart időnkint *továbbképző tanfolyamokat* az anya- és csecsemővédelemből. Hasonló tanfolyamokat rendez az *Országos Közegészségügyi Intézet*. Ezeket a tanfolyamokat kívánatos lesz a jövőben minél jobban kiépíteni s a községi-, körorvosoknak ösztöndíjak adásával lehetővé tenni az ezeken részvételét. Egyébként a községi orvosi tanfolyam anyagában is tekintélyes helyet foglal el az egészségvédelem kérdése.

Megemlítem, hogy a községi orvosok az egészségvédelmi szolgálatok ellátásáért elfoglaltságukkal arányban álló díjazásban részesülnek.

Az idevonatkozó rendeletek nem foglalkoztak ugyan ezzel, mégis reá kívánok mutatni arra, hogy a községi-, körorvosnak fontos szerep jut a falusi *szociális munkában*. A falun nincs, — és soká nem is lesz —, megfelelően képzett szociális gondozó vagy gondozónő. Ennek feladatkörét a falun annak kell ellátnia, aki leginkább ért hozzá. Elsősorban a községi-, körorvosra és a zöldkeresztes védőnőre kell gondolnunk. A jegyző, a tanító, az orvos és a védőnő ismeri legjobban a falu lakóinak szociális problémáit! A jegyző munkával erősen túl van terhelve. Nagy segítséget jelent neki az a kisegítő munkaerő, akit a belügyminiszter 1938. közepén a jegyzők mellé kiküldött, de emellett is elengedhetetlen a községi-, körorvosnak és a védőnőnek részvétele ebben a munkában. Megemlítem például a zöldkeresztes étkeztetési akciókat, a tej- és cukorakciókat, amelyeknek keresztülvitelében az orvosnak és védőnőnek eddig is oroslánrész jutott.

Az egészségügyi propagandában a védőnővel együtt rendkívül sokat tehet a községi-, körorvos. Előadások tartása, egészségnapok, egészségügyi kiállítások, az iskolás gyermekek részére egészségversenyek szervezése az ő és a védőnő feladata. A helyi társadalom, a jegyző, a pap, a tanító és mások megnyerése az egészségvédelem gondolatának, az ő ügyességükön, emberismeretükön múlik.

Látjuk, milyen nagy, illetve mennyire felszaporodott a községi-, körorvosok munkaköre. Emellett falusi lakosságunk lélekszáma is állandóan emelkedik, ami szintén szaporította a munkáját. Nem volt fenntartható — márcsak a korszerű beteggyógyítás érdekében sem —, az a régi helyzet, hogy a körorvos a községeibe helyenkint havonta csak egyszer látogasson el. A kormány elhatározta ennek megváltoztatását, célul tűzve ki egy olyan megoldást, amely lehetővé teszi, hogy a körorvos a közegészségügyi körének községeit hetenként legalább kétszer kereshesse fel.

Ezt kétféle módon lehet elérni: a közlekedési lehetőségek növelésével és a körorvosi állások számának a szaporításával.

A községek közötti utak kiépítése megkönnyíti és meggyorsítja a közlekedési lehetőséget. A körorvos tehát — különösen ha autója van — a községeket gyakrabban tudja meglátogatni. Sürgős esetben gyakrabban juthat a beteg orvoshoz. Természetesen nehezebb annak a körorvosnak a helyzete, akihez több község tartozik. A közelmúltban volt 20—25 községből álló orvosi kör is. Ezekben a nagy körökben az orvos az egyes községeket csak havonta egyszer tudta felkeresni.

1938. év folyamán *Sas Elemér dr.* miniszteri tanácsos, a belügyminisztérium egészségügyi igazgatási osztályának vezetője, részletes vizsgálat tárgyává tette ezt a kérdést. Munkatársával, *Aszalós János dr.-ral* megvizsgálta azt, hogy melyek azok a nagyközségek, amelyeknek nagy lélekszámuk miatt még egy községi orvosra van szükségük. Alapul orvosonként az 5000-es lélekszámot vették. Ugyanígy megvizsgálták a közegészségügyi köröket. Tekintetbe vették a községek számát, a lélekszámot, a községeknek egymástól való távolságát, az összekötő utak minőségét. Tekintetbe kellett venni azt, hogy hol lehet legkönnyebben körorvosi lakást biztosítani, hol van győgszertár.

E tanulmány alapján elkészítették az új körbeosztás tervét. Az a cél lebegett szemünk előtt, hogy a körök nagysága olyan legyen, hogy a körorvos minden községét hetenkint legalább kétszer meglátogathassa.

Az új körbeosztás tervezetét sorozatos értekezleteken megtárgyalták az illetékes törvényhatóság vezetőségével. Így alakult ki az új közegészségügyi körbeosztás, amelyet a belügyminiszter az

1936: IX. t.-c. 9. §-ában biztosított jogánál fogva rendeletileg az egész országra vonatkozólag megállapított.

A községi-, körorvosi állások *szaporításának* szükségessége már régen mutatkozott. A szaporításnak igen gyakran pénzügyi akadálya volt. Az állásszaporításkor mutatkozó többszükséglet a körorvos fizetéséből, lakáspénzéből, a rendelőhelyiség béréből és az útiátalányból tevődik össze. Egy körorvos felsorolt kezdő illetmé-



25. Falurészlet.

nyei átlag évi 2900 pengő költséget jelentenek. A községek egy részének költségvetése a pótagó kulcsának igen magas emelése nélkül nem bírta el a községi-, körorvosi állások szaporítását. Tgen gyakran éppen a legszegényebb községekben mutatkozott az orvosi állások szaporításának szüksége. Gyakran az a paradox helyzet állott elő, hogy a rossz anyagi helyzetben lévő községekben szaporítani kellett volna a községi- vagy körorvosok számát, mert a meglévő orvos nem tudta már ellátni a község szegény lakosságának betegeit. Tudjuk, hogy milyen gyakran jár együtt szegénység és betegség! új orvost azonban nem lehetett beállítani, éppen mert a község nagyon szegény, pótagója magas. volt. Gazdag községben lehetett | volna szaporítani a községi orvosi állások számát, de ott meg nem; volt olyan fontos, mert a jómódú beteg tudott hozatni magának

akár messzebből is magánorvost. Az elmondott nehézségeknek következménye volt azután az, hogy a községi-, körorvosi állások számának szaporítása nagyon nehezen és lassan haladt. 1936-ban a községi-, körorvosi állások száma 959 volt. Ez a szám 1938. év végéig 28-cal, 987-re emelkedett.

A kormány úgy oldotta meg ezt a nehézséget, hogy kb. fél-millió pengő államsegélyt biztosított oly községek részére, amelyekre az új állásszaporítás (új körbeosztás) nagyobb terheket rótt, s amelyeknek pótladoja igen magasra emelkedett volna.

Ilyen módon a belügyminiszter 1939 elején *206 új községi-körorvosi állást szervezett*, amivel a trianoni ország területén a községi-, körorvosi állások száma 1193-ra emelkedett. Ez kb. 20%-os szaporításnak felel meg. Ezáltal elértük, hogy *a közegészségügyi körökben ma az átlagos lélekszám 4900*. A körök lélekszámát természetesen annál kisebbre szabtuk, minél több községből áll az illető kör, s minél távolabb vannak azok egymástól.

Az új körbeosztással kapcsolatban felmerült az aggodalom, hogy — különösen az *egészen kis községekbe nem fogunk körorvost kapni*. Indokolt volt ez az aggodalom, mert több országban törvénnyel kellett biztosítani a falvak orvosi ellátását; e törvény kimondta, hogy minden orvos diplomájának megszerzése után bizonyos időt falusi szolgálatban köteles tölteni. Bár hazánkban, — ahol *100.000 lélekre 111.8 orvos* jut — az orvosok száma elég magas, hogy a falura is jusson, de nálunk is észlelhető az *orvosok eloszlásának igen egyenlőtlen volta*. Ennek oka, hogy falura nálunk sem mennek szívesen az orvosok. Különösen a múltban nagyon fáztak orvosaink attól, hogy egész kis községben vállaljanak községi- vagy körorvosi állást, mert abban az időben, amikor az állásokat választás útján töltötték be, igen nehéz volt onnan nagyobb helyre jutniok. Inkább letelepedtek egy nagyobb községben, ahol a községi- vagy körorvos idősebb ember volt, s megvárták, míg az nyugalomba vonult. Közben mindent elkövettek, hogy a község (— a választók —) kegyét megszerezzék. Így a legtöbb községi- vagy körorvosi választásnál az idegen helyről pályázónak kilátásai igen gyengék voltak. Amióta azonban a községi-, körorvosi állásokat a belügyminiszter tölti be, előnyben részesülnek a pályázók közül azok az orvosok, akik egy kisebb községben mint községi- vagy körorvosok a felettes hatóságaik megelégedésére már teljesítettek szolgálatot. A községi-, körorvosok áthelyezésének csak akkor állana fenn a lehetősége, ha államosíthatnának, a valóságban azonban az említett módon — pályázat útján — az orvosok számára a kisebb községből a nagyobb községbe, — sőt esetleg városi orvossá kineveztetvén, — a városba jutás lehetővé (— sőt elég gyakorivá —) vált. Megnyugvásul szolgálhat

ez különösen a többgyermekes községi- és körorvosoknak, akik így nagyobb helyre jutva, gyermekeik iskoláztatását ott könnyebben megoldhatják. A községi-, körorvosok számára (— és pedig majdnem kizárólag ezek számára —) nyitva áll még a tisztiorvosi pálya is, ami szintén lehetővé teszi előhaladásukat.

Amidőn az új 206 állásra a belügyminiszter a pályázatot kihirdette, a fentieket közöltük az orvostársadalommal. Részben ennek tulajdonítjuk, hogy közel 900 orvos pályázott. A kinevezések 1939. év februárjában megtörténtek. Az orvosok elfoglalták a helyüket.

Az új beosztásokkal eleinte itt-ott kisebb nehézségek mutatkoztak. Ezek főleg abból állottak, hogy egyik-másik új kör székhelyközségében nem lehetett mindjárt megfelelő orvosi lakást kapni. A fentebb leírt módon törekedtünk ezen segíteni. Az orvosok be rendezkedési nehézségein a *Nemzeti Önállósítást Alap* könnyített kölcsönök nyújtásával. A nehézségek fokozatosan kiküszöbölődtek. A falusi lakosság örömmel és bizalommal fogadta új orvosát. Sokat vár tőle.

Tudjuk, hogy egyik-másik helyen az új orvosra a közegészségügy terén a rögtörés vár. Az első rögtörés mindig a nehezebbik — de egyszersmind az érdekesebbik — része is a munkának. A falusi népben sohasem hiányzott a vágy, hogy betegeit gyógyíttassa. Amikor nem volt orvosa, — vagy volt orvosa, de az csak havonta jutott ki hozzá, — akkor ahhoz fordult, akitől segítséget remélt. Meglepő-e az, ha régen a szegény falusi ember télen vagy tavasszal járhatatlan utakkal a várostól vagy nagyobb községtől — az orvosi segítségtől — elzárva, a kuruzsló öregasszonyhoz fordult amidőn látta, hogy lázban égő gyermeke óráról órára rosszabbul lesz. S ha a gyermeke meggyógyult, meglepő-e az, hogy ő a „post hoc, ergo propter hoc” következtetés alapján, bízott abban a kuruzslóban. Hiszen nem egyszer még képzett emberek is beleesnek az összefüggések ilyértelmű magyarázatának hibájába! A falusi ember hibáinak *okát* kell keresni. A falusi embert *meg kell érteni*. De erre csak az képes, aki vele él, vele foglalkozik. Ezért helytelenítjük és nem teljesítjük orvosoknak néha jelentkező olyan kívánságát, hogy engedessék meg nekik, hogy a szomszédos városban lakhassanak; azt mondják: van autójuk, hamar kimehetnek a faluba. Mi megértjük ennek az orvosnak vágyát a város után, de ha ő városban lakik, nem fogja megérteni a falusi népet, gondolatvilágában távol fog tőle állani.

A községi-, körorvosnak az orvosi egészségügyi tudáson kívül nagy emberismeretre, szívósságra, kitartásra, lelkességre, és nagy felebaráti szeretetre van szüksége, hogy munkáját sikerrel végez-

hesse. Ez a sok felsorolt kíváncsi természetesen nincs meg minden emberben, nincs meg minden orvosban sem. A falu népének, — nemzetünk éltető és fenntartó gyökerének, — egészségügyi és szociális felemelését *nemzetvédelmi feladatnak* tartjuk. Nem kell akkor valóban arra törekednünk, hogy a *legjobb orvosainkat és legjobb embereinket vigyük ki a falvakba?*

## EGÉSZSÉGÜGYI VÉDŐNŐ.

A falusi közegészségügyi személyzetnek ma már elismerten nélkülözhetetlen tagja az *egészségügyi védőnő*.

Tágabb értelemben egészségügyi védőnő az anya- és csecsemővédelemben alkalmazott: anya- és csecsemővédőnő, a tüdőbeteggondozó intézetekben alkalmazott: tüdőbeteggondozónő, az iskolaegészségügyi szolgálatban dolgozó: iskolanővér; szűkebb értelemben azonban „*egészségügyi védőnő*”-nek a *Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat* keretében dolgozó védőnőket nevezzük. A következőkben az „egészségügyi védőnő” kifejezést ebben az értelemben használjuk és mint „*a falu védőnőjéről*”, csak róla szólunk. A község őket „*zöldkeresztes védőnő*” vagy „*zöldkeresztes testvér*” név alatt ismeri.

Az egészségügyi védőnők majdnem kivétel nélkül az állam által munkába állított és fizetett, valamelyik állami védőnőképző intézetben, ápolónői és védőnői tanfolyamot végzett védőnők. Egy részük a Magyar Vörös-Kereszt ápolónőképző tanfolyamát s utána valamelyik *állami védőnőképző intézet* tanfolyamát végezte el. Ezek továbbra is a Magyar Vörös-Kereszt szervezetébe tartoznak, ide mint a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szervezet által alkalmazott és fizetett védőnők teljesítenek szolgálatot. Szolgálatuk, beosztásuk, fizetésük stb. tekintetében tehát nem különböznek az állami védőnőképző intézetekből kikerült zöldkeresztes védőnőktől. Szolgálatban is hordhatják a vöröskeresztes testvérek egyenruháját, de a karjukon ilyenkor az egészségvédelmi szervek zöldkeresztes szolgálati karszalagját viselik.

Az egészségügyi védőnőket a *M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet* igazgatója alkalmazza és osztja be valamelyik egészségvédelmi szolgálathoz. Ugyancsak ő helyezi át, bocsátja el őket. Az Intézet utalja ki illetményeiket, amelyre a fedezet a belügyminisztérium költségvetésében van előirányozva. A falusi egészségvédelmi munka szervezésének első idejében számos védőnő fizetését a Rockefeller Alapítvány biztosította. Ez ma már megszűnt, s ezeket is most az állam fizeti.

*Illetményük:* havi tiszteletdíj, amely törzsfizetésből és lakáspénzből tevődik össze, s nagyjából az állami tanítónők fizetési osztályai szerint alakul. Tekintettel arra, hogy képzettségük: érettségi vagy tanítónői oklevél s utána 3 éves ápolónő-védőnő intézeti képzés, — fizetésük magasnak nem mondható. Törzsfizetésük — amely a szolgálat éveit szerint emelkedik —, 1938. január 1 -től ideiglenesen a következő kulcs szerint állapították meg:

A szolgálati évek száma:	Fizetési fokozat:	Havi fizetés pengő:
0—3	1	126—1
4—6	2	13250
7—9	3	141—
10—12	4	149—
13—15	5	157-50
16—18	6	162—
19—21	7	174—
22—24	8	186—
25—27	9	204—
28—30	10	216—
31—33	II	232—
34—	12	246-50;

A törzsfizetéshez járul a szolgálati helynek megfelelő lakáspénz. A védőnők kiszállásaik alkalmával fuvar, vagy fuvardíjat kapnak. Ha a kiszállásuk a 6 órát meghaladja, úgy még r— P ebédpótlékhoz van joguk. A védőnőnek gondozottaitól vagy azok hozzátartozóitól semmiféle, akár pénzbeli, akár természetbeni ellenszolgáltatást elfogadnia nem szabad.

A védőnők betegség és baleset, továbbá öregség és rokkantság esetére az *Országos Társadalombiztosító Intézetnél* biztosítva vannak. Évenként 4 heti *fizetéses szabadsághoz* van joguk.

Az egészségügyi védőnőknek a szolgálatból azonnali elbocsájtás terhe alatt tilos bármilyen politikai természetű mozgalomban, partagitációban résztvenni, valamint tilos a foglalkozásukkal járó előnyt kihasználva, térítéssel foglalkozni.

A védőnők részére az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója által kiállított *arcképes igazolványokat* a belügyminiszter 213.o 15/1933. sz. körrendelete alapján az illetékes rendőrhatóságok láttamozzák és jegyzékbe foglalják. A vallás- és közoktatásügyi miniszter 52.231/1933. VI. sz. rendelete szerint joguk van a védőnőknek *az iskolákba* bemenni, ott a tanítási munka zavarása nélkül — a munkát vezető orvos utasítása szerint — az iskolásgyermek egészségügyi állapotát figyelemmel kísérni, a tanulók tisztaságát ellen-

örizni; gondoskodnak — ahol erre a lehetőség fennáll — a gyermekek fürdetéséről, előkészítik az iskolafogorvos munkáját és általában az iskolásgyermeket egészségügyi tanácsokkal látják el.

A védőnő az egészségvédelmi szolgálat vezető-orvosa mellé van beosztva, aki az ő közvetlen főnöke. A járásban dolgozó védőnők munkáját a *járási vezető védőnő*, őket pedig a *vármegyei vezető védőnő* ellenőrzi. *Szakszónökök* a tisztiorvos, illetve tiszti főorvos, akik a működésük területén levő összes egészségvédelmi szervezetnek a szakszónökei.

Hazánkban az egészségügyi védőnők munkábaállítása a húszas évek második felében kezdődött. 1939. év közepén kb. 300 egészségügyi védőnő állott szolgálatban. Szolgálatba állításuk gyorsításának határt szab az, hogy a meglévő iskolák csak korlátozott számmal tudnak védőnőket képezni. A falusi *Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat* teljes kiépítéséhez a trianoni Magyarország területén kb. 800—900 (a visszacsatolt felvidéki területen és a Kárpátalján további kb. 250) védőnőre van szükség. Ezenkívül kb. 150 védőnőre lesz szükség a tuberkulózis gondozókban, s kb. további 100 védőnőre egyéb egészségvédelmi szolgálatokhoz (iskolanővérek városokban, OTI-hoz egészségvédelmi munkára stb.). Ha hozzászámítjuk ehhez az *Országos Stefánia Szövetség* kb. 750 védőnőjét, úgy azt találjuk, hogy a megnagyobbodott országban összesen kb. 2200 egészségügyi védőnőre van szükség, ami kb. 1 védőnőt jelent 5000 lakosra.

A Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatokban a védőnő nagyjában *ötféle munkaágazatban* tevékenykedik: 1. anya- és csecsemővédelem, 2. iskolaegészségügyi munka, 3. nemi betegségek és tuberkulózis elleni küzdelem, 4. szegény betegek otthoni ápolásának megszervezése, 5. szociális gondozás.

A védőnő munkája ezekben az ágazatokban kétféle: egyrészt segédkezés a különböző tanácsadásoknál, másrészt a védencek, ill. gondozottak meglátogatása otthon, lakásukon, az iskolában, óvodában az ottani, — esetleg az egészségére kiható körülmények felderítése, megismerése és ezzel kapcsolatos tanácsadás céljából.

Az *Országos Közegészségügyi Intézet Védőnői Irodájának* adatai szerint a falun dolgozó védőnők — egy egész év adataiból kiszámítva — munkaidejük közel egyharmadát (30%) családlátogatásra fordítják. A tanácsadásoknál való közreműködéssel töltik munkaidejüknek átlag 14%-át, irodai munkával 18%-át, iskolaegészségvédelmi tevékenységgel 7%-át, gyűléseken, munkamegbeszéléseken stb. részvétellel 6%-át, utazással átlag 20%-át.

Ezekből az adatokból különösen kettő szorul külön magyarázatra: az egyik az, hogy irodai munkával töltik munkaidejüknek



kb. 18%-át, a másik, hogy utazással idejüknek 20%-át. Az előbbi magas százalék abból adódik, hogy állandóan sok az új körzet, ahol az első vizsgálatokkal kapcsolatban felfektetendő kártoték, kimutatás stb. sok időt vesz el. Vannak viszont egész vármegyék, ahol az erre fordított idő nem több, mint az egész munkaidő 11 — 13%-a. Arra kell törekednünk, hogy az irodai munkára fordított idő minél kevesebb legyen. Törekedjünk ezt a munkaidő 10%-ára csökkenteni.

Az utazásokra fordított időt — ami a védőnő egész elfoglaltságának kb.  $\frac{1}{5}$ -e —, csökkenteni a falusi egészségvédelmi szolgálatokban alig lehet. A *Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatnak* alapelve az, hogy nem hívja be a gondozottakat egy szomszéd községi védőintézetébe, hanem minden községben tart tanácsadást. Már ez is elég sok időt vesz igénybe, de még több utazási időt jelentenek a családlátogatások, amikor a gondozottat lakásán keresi fel a védőnő. Minél több községet bízunk egy védőnőre, természetesen annál több lesz az utazásra fordított idő. Jobb, gyorsabb közlekedési eszközökkel bizonyos fokig csökkenthető az utazásokra felhasznált idő, míg a nyugateurópai államokban és az Egyesült Államokban többnyire kis autókön közlekednek a falusi védőnők, mi örülünk, ha biciklit tudunk nekik adni s ha olyanok az utak (s olyan az idő), hogy azon közlekedni lehet. A védőnők természetesen mindenféle közlekedési eszközt igénybevesznek: a bicikli mellett különösen gyakran a szekeret. Télen a védőnők báránybőr-bundát és lábzsákokat kapnak a szekérútjaikra. Különösen súlyos probléma a közlekedés kérdése ott, ahol a védőnő körzetéhez sok tanya tartozik.

A védőnő munkaágazatai közül egyike a legfontosabbaknak az *anya- és csecsemővédelem*, míg a *terhesgondozás* nehezen szokott csak megindulni, addig a csecsemőgondozási munka az Egészségház megnyitása után, rövid idő múlva már virágzásnak indul. Ez megnyilvánul a családlátogatások számarányában is, míg az 1936. évi adatok szerint az összes védőnői látogatások csak kb. 7%-ának volt célja terhes vagy gyermekágyas asszony meglátogatása, addig csecsemők látogatása az összes látogatások 32%-ában, Kisgyermekek látogatása ugyancsak 32%-ában, iskolásgyermekek otthoni látogatása pedig az összes látogatások kb. 10%-ában volt a cél. A tuberkulózisban szenvedők látogatására az összes látogatásokból eső százalék nagyon különböző volt a különböző egészségvédelmi szolgálatok keretében. Országos átlagban az összes védőnői látogatások 72%-ának célja tüdőbetegek felkeresése volt.

A házi betegápolás megszervezése mint cél az összes látogatásoknak csak 1,3%-ában szerepelt, míg a szociális gondozás 5,4%-ban.

A védőnőknek ez utóbbi tevékenysége a jövőben — a szervezett

szociális munka kiépítésével kapcsolatban — kétségtelenül fokozódni fog. E téren a védőnő feladata a *szociális helyzet megvizsgálása, a rászorultság megállapítása és a család szociális megsegítésére* — lehetőleg oki alapon — *javaslattétel. A segítségnek a nyújtása nem a védőnő feladata.* Nem tartjuk helyesnek, ha a védőnő cipőt, ruhát vagy egyéb ilyen, segítséget személyesen juttat a reászorultaknak. Bízva ezt a védőnő valamelyik jótékonyági egyesületre vagy a hatóságra, — ő megfigyelései alapján csak javaslatot tegyen. Legyen ő a felkutató szem; a kéz, — amely a szociális segítséget adja —, legyen a *társadalom.* Ha ugyanis a védőnő reászoktatja a közönséget, hogy ő néha anyagi támogatást is hoz, úgy az egyszerűbb i emberek nem fogják őt legközelebb szívesen látni, ha üres kézzel jön.

A védőnő szolgálatban *egyenruhát* köteles hordani, amelyet ő szerez be. A beszerzés olcsóbbá tételében az Országos Közegészségügyi Intézet központi beszerzéssel vagy nagyobb tömeg anyag lekötésével a védőnők segítségére van. Hasonlóképpen támogatja az Intézet a védőnőt az Egészségházban természetbeni lakás létesítésével, sőt sokszor butorbeszerzési kölcsön nyújtásával is. Egyes egészségházakban bútorozott lakás áll a védőnő rendelkezésére.

Az Intézet a védőnőkkel a havonta megjelenő „Zöld Kereszt” című házilag sokszorosított *folyóirat* ingyenes küldésével tartja fenn a kapcsolatot. Arra törekszünk, hogy ebben a folyóiratban a cikkek nagyobb részét a védőnők írják. Ezekben a cikkekben munkájuk érdekesebb mozzanatairól, problémáikról és azok megoldási módjáról számolnak be.

Az Országos Közegészségügyi Intézet *Védőnői Kölcsönkönyvtárát* is létesített, amelyben szak- és szépirodalmi könyvek állanak a védőnők rendelkezésére. A könyveket kérésre az Országos Közegészségügyi Intézet postán elküldi a védőnőknek.

Csak röviden kívánok szólni a falun szolgálatot teljesítő *szakvédőnőkről*, ezek közül elsősorban az *anya- és csecsemővédőnőkről*. Ma már a kisebb községekre vonatkozólag általánosan elfogadott tétel: a falu védőnöje az általános képzettségű egészségügyi védőnő, az ú. n. zöldkeresztes védőnő. Kisebb falvainkban a jövőben csak ilyeneket fogunk újonnan munkába állítani. Jelenleg — bár nem nagy számmal — vannak egyes kisebb községekben is anya- és csecsemővédőnők. Vagy át kell majd őket képezni általános egészségügyi védőnőkké, vagy át kell majd őket helyezni nagyobb helyekre, s helyükbe zöldkeresztes védőnöket kell állítani. Ez azonban csak a távolabbi jövő kérdése, egyelőre még nincs elég zöldkeresztes védőnő.

Kívánatos az összes védőnőknek, — különösen az anya- és csecsemővédelem és a zöldkeresztes szolgálatok védőnöinek —, közös

*egységes védőnői státuszba* csoportosítása. Megkönnyíti ezt az egységesítést, hogy az anya- és csecsemővédőnőket az Országos Stefánia Szövetség állami szubvencióból fizeti, éppúgy mint a zöldkeresztes védőnők is illetményeiket az államtól kapják. Az egységesítéskor arra kell törekednünk, hogy a védőnők — éppúgy mint pl. az óvónők vagy tanítónők — nyugdíjas állásba kerülhessenek. Megérdemlik ezt nehéz és a nemzet érdekében végzett fontos munkájuk



26. Védőnő télen báránybőr-  
bundában a szekérre vár.



27. Zöldkeresztes védőnő  
szolgálati egyenruhában.

alapján. Nem lenne célszerű őket a törvényhatósági tisztviselők csoportjába beosztani. Éppúgy mint a tisztiorvosi karnál felmerült es keresztül is vitetett, a községi-, körorvosi karnál pedig ismételt felmerült az államosítás kérdése, rövidesen a védőnőkre vonatkozólag is felmerülne az államosításra irányuló kívánság. Célszerűbb tehát részükre mindjárt állami védőnői státuszt felállítani. Ebben a státuszba végeredményben kb. 2000 védőnő tartozna. A védőnők státusza, képzettségük alapján, nem lehet rosszabb, mint a tanítónők, illetőleg a szaktanítónők státusza.

Az *egységesített állami egészségügyi védőnői státusz* vágya minden védőnőnek és törekvése mindenkinek, aki megbecsüli és ertekeh a védőnők nehéz munkáját. Ez a célkitűzés bele tartozik

abba a törekvésünkbe, hogy az egészségügyi védőnők munkáját és életét a falun megkönnyítsük.

Nem tagadható, hogy a falusi egészségügyi védőnő munkája és élete nehezebb, mint a városban dolgozó védőnőé. A falun a védőnő — éppúgy, mint az orvos — a munkáját primitívebb körülmények közt végzi. Igen gyakran az egészségügyi problémák megoldását a szinte megoldhatatlannak látszó szociális kérdések 'nehezítik. Hányszor találkozok a védőnő, — amidőn az anyának azt ajánlja, hogy ezt vagy azt adja kisdédének vagy csecsemőjének, azzal a kérdéssel: — miből? Ekkor hárul a védőnőre az a feladat, hogy megszerezze a társadalomtól vagy a helyi hatóságoktól azt a pár pengőt vagy néha csak pár fillért, máskor pár liter tejet, ami egy emberéletet megmenthet. Nagy segítséget jelent most már az idén bevezetett zöldkeresztes tej- és cukorakció. Milyen könnyű a védőnőnek elmagyaráznia a gázzal, vízvezetékekkel, esetleg jégszekrényvel ellátott városi lakásban az anyának, hogy hogyan készítse el az elválasztáskor csecsemője részére az ételt, és milyen nehéz ezt megoldani egy szegény zsellér házában, ahol talán egy fillér sincs a háznál, ahol tüzelő nincs, ahol egy tiszta lábas nincs! Itt van igazán szükség a védőnő egész tudására, ügyességére, találékonyságára, — amikor összeül a tízgyermekes anyával és együtt csinálják meg a „haditerv”-et, miképen teremtsék elő — semmiből — a szükségeseket.

A védőnőnek mindent el kell követnie, hogy a helyi társadalommal a kapcsolatát minél szorosabbá tegye, hogy annak segítőkészt a fentihez hasonló esetekben megtalálja. Ha kis, szerény segítségre van szüksége, kis emberekhez forduljon. Ezeknél nem egyszer könnyen fog megértésre találni. Akinek már egyszer szüksége lett volna 50 fillerre, és akkor ez nem volt meg, könnyebben meg fogja érteni, hogy adott esetben milyen segítséget jelenthet 50 fillér vagy pár liter tej egy szegénysorsú anyának és csecsemőjének.

Törekedjék a helyi társadalomtól megszerezni azt a felszerelést, amire az otthon szülő nőnek, az újszülöttnek vagy kisdédnek szüksége van. Törekedjék ebből kis raktárt tartani. Ezt is a helyi asszonytársadalom útján juttassa el a reászorulókhöz. Ne törekedjék arra, hogy ő legyen az a „jótékony angyal”, aki az anyagi segítséget nyújtja, — legyen ő az a közvetítő, aki mögött segítségre készen ott áll a „jótékony angyalok” serege. Tegye érdekeltté egy-egy szegény asszony gondjaiban a falu egy másik asszonyát. Létesítsen kapcsolatokat a reászoruló és a segíteni tudó közt. Hasson oda, hogy a segíteni tudóból, segíteni akaró legyen.

Szorosabb kapcsolata a helyi társadalommal magánéletét is megkönnyíti a falun. Nem könnyű ott — különösen egy fiatal

védőnő helyzete. Könnyebb lesz, ha a helyi társadalom asszonyai „védőszárnyaik alá” veszik őt, befogadják társaságukba, magukkal viszik őt. A város több, — a mai felfogás szerint leányoknak is megengedett szórakozásra nyújt alkalmat, mint a falu. Nem kívánjuk a védőnőtől, hogy munkája után mindig bezárkózzék lakásába és visszavonuljon magányába. Vegyen részt — okkal és móddal — a falusi társadalom szórakozásaiban. Ekkor felejtse el azt a sok nehézséget, amivel munkája közben találkozott, azt a sok nyomort, amit látott. Ha társaságban van, ne beszéljen mindig munkájáról, mert meg fogják unni az emberek. Társadalmi multságok alatt ne szórakoztassa a társaságát a talált bajok, a nyomor elbeszéléssel. Az emberek ha szórakoznak, szeretik elfeledni a maguk és a más gondját, baját. Hiszen a bort „búfeledő”-nek isszák, s ha a védőnő túl élénken idézi a bajok gondját, az embereknek fokozott „bút” kell majd felejtetniök.

A védőnő vegyen részt a helyi társadalmi, jótékonyági, kulturális mozgalmakban. A főrendezői tisztet és dicsőséget engedje át másnak. Különösen arra törekedjék, hogy a helyi társadalom a zöldkeresztes munka támogatására rendezzen összejöveteleket, teadélutánokat, színi előadásokat, hangversenyt stb. Vesse latba egész ügyességét, hogy ezek sikerét biztosítsa. A sikert, az erkölcsi dicsőséget engedje át mindig másnak, elégedjék meg azzal, hogy az „anyagi siker” az ő gondozottjait, védeceit fogja segíteni.

Az „egyedülálló leány” nehéz problémája — mint említettem — csökken a falun a védőnőre nézve, ha sikerül bekapcsolódnia a helyi társadalomba. Az egész védőnőképzésünk olyirányú, hogy a leányokat önállóságra neveljük. Épp ezért helyezünk súlyt arra, hogy a védőnőképző-intézeteink ne csak ismereteket nyújtsanak, hanem neveljék növendékeiket az önállóságra, a tisztánlátásra, az emberek és az élet megismerésére. A növendékeket nem „zárdában” neveljük, mert nem zárdában fognak élni, hanem a megpróbáltatásokkal, kísértésekkel, támadásokkal és védekezéssel teli életben. Ne feledje a védőnő, hogy falun fokozott mértékben ítélnék „látszatok alapján. Falun az ember, a család élete — de különösen egy idegenből jött leány élete — szinte „kirakat”-ban pereg le. Falun az emberek érdeklődése egymás élete, egymás dolgai iránt sokkal nagyobb, mint városban. Falun az emberek többet foglalkoznak egymással, — de különösen egy idegenből jött, nem közülök való ember dolgával, mint nagyvárosban. Ne feledje, hogy ha élete olyan, hogy elveszti a falu népének megbecsülését, ha őt — okkal vagy ok nélkül — „nyelvére veszi a falu”, akkor ott eredményes munkát többé végezni nem tud: a védőnői munka természete feltételezi a védőnő iránti bizalmat, megbecsülést.

Sokat vitatott kérdés: *menjen-e férjhez az egészségügyi védőnő, illetve megtarthatja-e állását ha férjhezment?* Erre a felelet nézetem szerint csak egy lehet: — természetesen menjen férjhez, ha megfelelő férfi kéri meg a kezét. A kérdés nehezebbik fele, hogy tartsa-e meg, illetve megtarthatja-e ezután is állását? Helyesebb — nézetem szerint —, ha lemond állásáról. Az élet azonban sokszor nem engedi meg az elméletileg leghelyesebb megoldást. Védőnőink közül többen férjhezmentek. Ezek egyrésztnek megengedtük, hogy azután is állásban maradhassanak, egyrészt, mert nem volt védőnőnk, akivel őket pótolhattuk volna, másrészt mert nem egyszer a férj keresete olyan gyenge volt, hogy csak abból megélni nem tudtak volna. A szolgálatban maradásának nehézségei különösen akkor mutatkoznak, amikor gyermeke születik, s a gyermekére felügyelnie, azt rendszeresen táplálnia kell. Ilyenkor a legtöbb védőnő megválíik állásától.

A védőnő falusi élete könnyebb, ha — ami nem ritka — édesanyjával lakik együtt. Ilyenkor a háztartás gondja legalább is megoszlik köztük. Ha egyedül van, s olyan lakásban lakik, ahol hely van, vegyen maga mellé egy asszonyt, aki lakás fejében rendben tartja háztartását, vagy vegyen egy asszonyt, aki bejár, takarít, télen fűt. Törekedjék magának barátságos otthont teremteni. A védőnői lakások rendesen előszobából, lakószobából, konyhából és kamarából állanak. Fürdő többnyire ott van az egészségházban. Törekedjék lakását egyszerűen és csinosan berendezni. A falusi védőnői lakások legnagyobb része ízléses, barátságos. Szobájának falát ne engedje át a védőnő a falusi szobafestő fantáziájának, hanem meszeltesse fehérre. Minden védőnőnek vágya a „récamier”, a „hangulatlámpa” és a „rádió”. Újabban ügyes berendezésű szekrényt vásárolnak védőnőink, amely ruhaszekrény, pohárszék, íróasztal egyben. Törekedjék a környék népművészeti termékeivel, tárgyaival díszíteni lakását. A kertjébe ültessen fát, bokrokat és olyan élő virágokat, amelyek nem igényelnek sok ápolást. Ha nagyobb kertje vagy udvara van, ne hagyja parlagon, hanem ültesse, vagy vesse be valamilyen hasznothajtó növényvel, amit pl. „felesben” többnyire szívesen megmível valaki.

Kívánatos, hogy a védőnő minél tovább maradjon körzetében, ne változtassa minduntalan a helyét. A védőnőnek, — hogy munkája sikeres legyen —, ismernie kell az ott lakó családokat, azok nehézségeit, gondjait, bajait, s bele kell férköznie azok bizalmába. Ennek elérése pedig időbe kerül!

## KÖZSÉGI BÁBA.

A falu asszonyainak szülészeti ellátására minden legalább 800 lakójú község köteles az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 27. §-a értelmében *okleveles bábát* alkalmazni. Ennél kisebb községek, ha a községben okleveles bába nincs és ilyet kapni nem lehet —, kötelesek a belügyminiszter által fenntartott kéthónapos bábatanfolyamon kiképzett és a tiszti főorvos által képesített bábákat alkalmazni. Két olyan község, amelynek lélekszáma együtt nem nagyobb 1600-nál, s amelyek egymástól legfeljebb két kilométerre fekszenek, a törvényhatósági bizottság jóváhagyásával közösen is tarthatnak okleveles bábát (ú. n. *körbába*). A bábát a község képviselőtestülete választja, — közös bába esetén a két község képviselőtestülete együttes gyűlésen. A községi bábára szolgálati- vagy korhatár megállapítva nincsen.

Hazánkban 1937-ben (*Hints dr.* adatai szerint) 5429 bába volt, ezek közül községekben dolgozott 4464, akik közül 3091 volt hatósági bába. A községekben letelepedett bábák közül 4092 okleveles, 343 másodrendű, 29 pedig ú. n. paraszt- és cédulás bába.' Nem beszélve a ma már kisszámú paraszt- illetve cédulás bábáról, reá kívánok mutatni arra, hogy *nem kívánatos, hogy még mindig ilyen nagyszámú nem okleveles bába teljesít szolgálatot*. Ezek mind községekben működnek, és pedig többnyire a legkisebbekben, ahol sokszor orvos sincs. (Sok a másodrendű bába: Abaúj, Borsod, Nógrád, Szatmár, Veszprém és Zala megyékben.) Segítettek némileg a helyzeten a Tauffer professzor kezdeményezésére szervezett bába-továbbképző tanfolyamok; a 2—3 hetes továbbképzés azonban a megfelelő alapképzést nem helyettesítheti.

A községi bábák az 1908. évi XXXVIII. t.-c. értelmében kötelesek a hozzájuk forduló szegénysorsú szülőnőnek ingyen, a nem szegénynek pedig a községi képviselőtestület által, a vármegyei közgyűlés jóváhagyásával megszabott díj mellett szülésznői segélyt nyújtani.

A bábák minden közreműködésükkel lefolyt szülészeti (és ve-telesi) eredményről részletes *naplót* kötelesek vezetni. A bábák működésének szakszempontról való ellenőrzése a bábánaplók alapján történik. Ezt a munkát a Tauffer professzor kezdeményezésére kinevezett 9 *kerületi szülész-főorvos* (rendesen a bábaképző-intézeti igazgató-tanár) végzi a mellékük beosztott szaksegédekkel. Ennek a szervezetnek élén állott Tauffer professzor, mint a szülészeti ügyek miniszteri biztosa. A miniszteri biztosságnak megszűnésével ezt az ügykört a Belügyminisztérium XIII-ik ügyosztálya vette át.

A bábánaplók segítségével — ha azok pontosan és az igazságnak megfelelően vezetettek — lehet belelátni az egyes szülészeti ese-

ményekbe. A kerületi szülész-főorvosok feladata, hogy az észlelt hibákra, mulasztásokra az illetékes hatóságok figyelmét felhívják.

Taufner professzor dolgozta ki az ú. n. *Szülészeti Rendtartás-t*, amelynek egyik célja, hogy az országban a szülészeti működést megjavítsa. Másik célja, hogy mindent elkövessen a szülések számának emelése, az abortusok hathatósabb ellenőrzése érdekében. Amit ezen a téren rendeleti úton el lehetett érni, az keresztülvitett. A továbbiak megvalósítása a törvényhozás feladata lesz.

A községi bábák fizetését az 1928. évi II. t.-c. 1. §-a a következőképen állapítja meg: 500 lakoson alul a községi baba évi fizetése 150 pengő, 1000 lakoson alul 300 pengő, 1500 lakoson alul 450 pengő, 1500 lakoson felül 600 pengőnél kevesebb nem lehet. Ez az illetmény a fizetésredukciók kapcsán 10% -kal csökkent.

Meg kell állapítanom, hogy a gyenge fizetés eredménye, hogy sok községi baba állásra okleveles bábát nem lehet kapni. Nem meglepő, hogy évi 150 pengős állásra nehezen akad pályázó. A fenti fizetési fokozatok megállapításakor az volt az elgondolás, hogy nagyobb helyeken több dolga van a bábának, méltányos tehát, hogy magasabb fizetésben részesüljön. Reá kell azonban mutatnom arra, hogy nagyobb helyeken mégis inkább akad a fizetésen kívül mellékjövedelem a nem szegénysorsúaknál vezetett szülések után hatóságilag megállapított — meglehetősen szerény — díjából. Könnyen elképzelhető, hogy milyen kevés lehet egy például 500 lakosú községben letelepedett községi baba keresete. A fizetése évi 150 pengő. Egy év alatt ebben a községben 10—15 szülés van, s ezek nagy része szegénysorsú, ingyenes; a szülésekből aligha lesz valami keresete. Könnyebb a helyzet, ha két ilyen kisközség közel van egymáshoz és így közösen tarthatnak bábát. De ha a lélekszám 1000-en alul marad, fizetése akkor is még csak 300 pengő. Szülés egy évben alig van több 25-nél, amiből — elképzelhető — alig kereshet valamit! A probléma súlyosságát mutatják a következő számok, amelyek a kis községeink számát tüntetik fel:

100-nál kevesebb lélekszámú község van:	5
101—200 „ „ „ „ „	78
201—300 „ „ „ „ „	182
301—500 „ „ „ „ „	487
501—700 „ „ „ „ „	449
701—1000-nél „ „ „ „ „	<u>504</u>
Összesen: 1000-nél „ „ „ „ „	1705

Vagyis a magyar községek 49.9%-ának lélekszáma 1000-en alul van. Ez hazánknak igen súlyos közegészségügyi problémája.



Nehezebb vagy sokszor lehetetlen ezekben a kis községekbe orvost telepíteni, nehéz bábát kapni. Nem helyes tehát a fentebb ismertetett bába-illetménykulcs. Nem veszi tekintetbe azt, hogy egy bába, — aki a 150 pengője mellé esetleg semmitsem keres —, ebből a fizetésből megélni nem tud. A bábáság mellett kénytelen lesz esetleg olyan munkát vállalni, amely a bába tevékenységével nem fér össze. A bábafizetést tehát tulajdonképpen a legkisebb helyeken vagy ugyanolyan összegben vagy magasabban kellene megállapítani, mint a nagyobb községekben. A legkisebb községben lévő bábák fizetését fel kell emelni, különben nem fogunk oda bábát kapni és megint szaporodni fog a szülész női segítség nélkül lefolyt szülések száma.

Felmerült a gondolat, nem lehetne-e a legkisebb községekben *egybekapcsolni az egészségügyi védőnői munkát a bába tevékenységgel*, vagyis ezekben a kis községekben nem lehetne-e megfelelően kiképzett *védőnő-bábákat* alkalmazni? Tudjuk, hogy egy általános egészségügyi védőnő átlag 5000 lélek egészségvédelmének védőnői feladatait tudja ellátni. Szakemberek véleménye szerint egy bába egy év alatt átlag 50 lakáson történő szülést tud jól lebonyolítani. Ennyi szülés egy év alatt egy kb. 2000 lélekszámú községben van. E két számadat egybevetéséből következik, hogy csak kb. 1000 lélekszám körüli községekben lehetne az általános egészségvédelemmel kapcsolatos feladatok mellett a szülész női teendőiben képzett védőnőre bízni a bábateendők ellátását is. A közelmúltban végeztünk néhány esetben ilyen kísérletet. Azokból nem szereztünk jó tapasztalatot, lehet, hogy azért, mert a fenti számnál nagyobb lélekszámú községben kísérleteztünk velük. Ezek a kísérletek azonban még nem döntötték el véglegesen e kérdést. Kétségtelen azonban, hogy sokféle ellenvetés hozható fel az összekapcsolás ellen: A védőnő rendszeres munkabeosztását, az orvossal együttműködését zavarja a szüléseknek előre be nem osztható időpontja; a megállapított tanácsadóórákon időnként hiányozni fog. A védőnő kénytelen olyan beteghez is járni, akiknek látogatása a bábák részére tiltva van. Az iskolában, óvodában végzett vizsgálatait kapcsán pl. scarlatinás gyermeket találhat stb. Nem tekintve ez utóbbi nehézségeket, az előbbieket annál inkább eliminálnának, minél kisebb lakosságú község (illetve községek) egészségügyi védőnői és szülész női feladatait bizzuk egy védőnő-bábara. Ha kellő számmal állanak majd rendelkezésünkre védőnők, ismét kísérletet teszünk e két tevékenység egybekapcsolására.

A bábával való ellátottság vizsgálatakor tekintetbe *veendő* az a megállapítás, hogy újabban fokozatosan *mind több szülés folyik le a szülőintézetekben*. Ez a megállapítás azonban főleg a városokra vonatkozik. Budapesten az összes szülések 96%-a történik közötté-

zetben (ebben azonban benne van az idegen illetőségűeknek Budapestten lefolyó, 28%-ot kitevő szülésszáma is). Ha Budapestet kivesszük ebből a számításból, úgy azt találjuk, hogy az országban a szüléseknek csak kb. 8%-a folyik intézetben, a többi otthon. Ha tekintetbe vesszük, hogy a szülések átlag 77%-ánál csak bába van jelen, úgy eléggé kidomborodik annak a kérdésnek a fontossága, hogy az anya és a magzata sorsát kire bízuk.

Megboldogult *Tauffer* professzor közel 50 éves ezirányú tevékenysége alatt semmi alkalmat nem mulasztott el, hogy reámutasson a bábakérdés megoldásának szükségességére, fontosságára. A 30-as években végzett, — az egyes bábák képességeire és testi állapotára vonatkozó vizsgálatai még jobban meggyőzték őt álláspontja helyességéről. A képzettségükre vonatkozó adatokat a bábaképzésről szóló fejezetben ismertetem, most csak azt említem meg, hogy *egészségügyi vizsgálatuk* a következő adatokat mutatta: a bábák 9%-ának volt syphilise, 15%-a részben vagy teljesen süket, 4%-a alig látott és kb. 30%-a annyira előregedett, hogy a bábamunka megfelelő elvégzésére képtelennek bizonyult. *Páll Gábor* 400 ismétlő tanfolyamra berendelt bába egészségügyi vizsgálatának adatait közli. Ezek közül megemlítem, hogy a megvizsgáltak között 35 nagyot halló, 45 rosszul látó (ezek közül 17-nek nem volt szemüvege!) bábát talált; 12-nek volt lábszárfekélye, 6-nak kifekélyesedett méhelőesése, 2-nek méhrákja, 41-nek (11%) volt lueses fertőzöttsége (Wassermann pozitív), akik közül 36 erről nem tudott. Végeredményben a 400 bába közül csak 194 volt egészségesnek mondható.

*Tauffer professzornak nagy érdeme a helyzet feltárása*, de segíteni alig tudott ezen. Ennek pedig egyik oka, hogy a mai jogszabályok mellett alig van mód arra, hogy okleveles bába a szülésznői tevékenységtől eltiltassék. A községi bábát állásából el lehet bocsátani, ha állásának betöltésére alkalmatlan, de megtörténhetik azután az, hogy mint magánbába dolgozik tovább. Végső esetben csak az 1876: XIV. t.-c. 2. §-ának tág értelmezése alapján lehet ellenük eljárni. Indokolt, hogy ez a kérdés törvényes úton minél előbb rendeztessék. A mai szociálisan gondolkodó világban természetesen gondoskodni kell a *bábák nyugellátásáról* is, ami ha megfelelő lenne, úgy előmozdítaná azt, hogy a munkaképtelen bábák Szülésznői tevékenységüket abbahagyják.

## FERTŐTLENÍTŐ, — EGÉSZSÉGŐR.

A fertőző betegségek elleni küzdelemben fontos szerepe van a *fertőtlenítésnek*. Ennek elvégzésére megfelelően képzett személyzetre van szükség. A fertőtlenítők alkalmazása a községekben mindig nehezen ment. Az 1894. évi 29.013. B. M. sz. rendelet ajánlja először a vármegyéknek a hordozható fertőtlenítőgépek beszerzését és ezek kezelésében „némileg jártas” megbízható egyének alkalmazását, akik a gépek felügyeletét, jókarban tartását és az elrendelt fertőtlenítést elvégzik. Ajánlja, hogy ahol állandó tűzoltóság van, ott erre bízzák a fertőtlenítést. Az 1909. évi 128.322. B. M. sz. rendelet közli a törvényhatóságokkal, hogy fertőtlenítőket képző tanfolyamokat szerveztetett, s felhívja a törvényhatóságokat, hassanak oda, hogy azok a községek, amelyeknek községi orvosuk van, maguk számára 1—2 fertőtlenítőt képtessenek ki. 1923-ban a belügyminiszter, — mivel „az ország legtöbb községében nincsen szakképzett fertőtlenítő” —, újra felhívja az alispánokat, hogy képtessenek ki megfelelő egyéneket fertőtlenítőkké.

A kérdés rendezését később az nehezítette, illetve tette lehetetlenné, hogy 1931 óta a belügyminiszter költségvetési fedezet hiányában nem tudott fertőtlenítőket képeztetni. A fertőtlenítők egy részének képzettsége egyáltalán nem megfelelő; a gépek a hozzá nem értés vagy a gondozás teljes hiánya miatt részben tönkrementek. A fertőtlenítők illetményei sem megfelelőek. Részben fertőtlenítésenként kapják a díjazást (2—4—6 pengő), részben igen szerény átalányösszeget kapnak. Példaképen megemlítem, hogy egyik várH megyénk 61 községe közül 53-ban volt fertőtlenítő. Ezek közül 36 község folyósított rendszeres fizetést a fertőtlenítőjének. Ezek 1931-ben összesen 3201 pengőt kaptak, vagyis egy-egy fertőtlenítőre az egész évre átlag 88 pengő jutott. A valóságban ezek között nagyobb számmal volt olyan fertőtlenítő, aki az egész évre 10—20 pengőt kapott csak. A többi község esetenként díjazta a fertőtlenítőt. A dologi kiadásokra a községek együttvéve 2000 pengőt irányoztak «lő (Aszalós dr. adatai). Nem hiszem, hogy ez a kérdés az eddigi elvek szerint kielégítően rendezhető lenne. A fertőtlenítés kérdését is revideálni kell, az egyszeri *zárófertőtlenítés helyett* ma a *folytatólagos fertőtlenítés* került az előtérbe, amire azonban fertőtlenítőink kiképezve nincsenek.

Kívánatos lenne a jövőben fertőtlenítők helyett *egészségőröket* beállítani. Ilyeneket tarthatnának a vagyonosabb, nagyobb községek; a kisebb szegény községek részére a járásban kellene beállítani 1—2 egészségőrt. Ezek nemcsak a fertőtlenítést végeznék el, hanem a tisztiorvos utasítására egyszerűbb ismétlődő piac-, istálló-, kút-,

tejüzem-, árnyékszékvizsgálatokat stb. is elintéznének. Természetesen a képzésüknek is alaposabbnak kellene lenni, hogy feladataiknak megfeleljenek. Hazánkban nem gondolhatunk az Angliában vagy az Északamerikai Egyesült Államokban alkalmazott „*Sanitary inspector*”-okhoz hasonló magasképzettségű egyénekre. Amerikában kb. 25.000 falusi lakosra számítanak egy „inspectorat. Mi sokkal egyszerűbb képzettségű „egészségőr”-rel is meg tudnánk oldani a fentebb felsorolt feladatokat. Kb. 30—35.000-es lélekszámú járásra egy ilyen egészségőrre lenne szükség, nagyobb járásban kétfőre. Ezek altisztekként alkalmazhatnának.

A Rockefeller Alapítvány segítségével szervezett ú. n. egészségügyi mintajárásokban (Gödöllő, Mezőkövesd) kísérletképen egészségőröket állítottunk be, akik autövetetői igazolvánnyal is rendelkeznek és a járási egészségvédelmi szolgálat autóját is vezetik. Tisztiorvosaink jelentése szerint az egészségőrök igen nagy segítséget jelentenek a fentebb említett feladatok elvégzésében.

A kérdés rendezésére az első komoly kísérlet ebben az évben történt. A Kárpátalján nem ritka fertőző betegségek elleni küzdelem nélkülözhetetlenné tette, hogy a fertőtlenítés kérdése rendeztessék. A belügyminiszter úr hozzájárulásával ott kísérletet teszünk a fentebb ismertetett elgondolás megvalósítására. Ebből a célból — mint ezt a fertőtlenítők képzéséről szóló fejezetben ismertetem — a tanfolyam anyagába a fertőtlenítés kérdésein kívül bizonyos egyéb ismereteket illesztettünk be, melyekre az egészségőröknek szükségük van. A Kárpátalján kísérletképen járásonként állítottunk be egy egészségőrt. Minden járásnak adunk egy szállítható, modern fertőtlenítőgépet. Ezek mintáját, a katonai egészségügyi szolgálat szakembereinek értékes tanácsát kikérve, választottuk ki. Ezenfelül a nehezen megközelíthető községekben egyszerű, olcsó, épített fertőtlenítő (elsősorban féregtelenítő) kályhákat állítottunk fel. Ezek legegyszerűbb típusának kidolgozásával és kipróbálásával az Országos Közegészségügyi Intézet most foglalkozik.

A Kárpátalján járásonként kísérletképen beállított egészségőrök részére *Kovách György dr.* közegészségügyi főfelügyelő *ideiglenes szolgálati szabályzatot* dolgozott ki, amely a következő:

1. §. Az egészségőrök a járás főszolgabírája hatáskörébe utalt közegészségügyi, járványügyi, vásár- és piacrendészeti ügyekben megelőző, megfigyelő, ellenőrző és végrehajtó szolgálatot teljesítenek, önállóan nem intézkednek, hanem mindenben a szolgálati utasítás szerint kötelesek eljárni.

Az egészségőröket a vármegye alispánja (a kirendeltség vezetője) rendeli ki a járásokba s őket a járás főszolgabírája a m. kir. tisztiorvoshoz osztja be.

2. §. A tisztiorvoshoz szolgálattételre beosztott egészségőrök tennivalóikat utasításra vagy utasítás nélkül kötelesek teljesíteni.

Külön utasítás nélkül tartoznak eljárásaikban mindenre figyelmüket kiterjeszteni s ha valami törvény- vagy szabályellenességet, közegészségügyi ártalmat, fertőzést elősegítő, vagy járványügyi veszélyt találnak, erről a m. kir. tisztiorvosnak haladéktalanul jelentést tenni kötelesek.

Figyelmük különösen a következőkre terjedjen ki:

- i. Az utak, utcák, terek, udvarok, árnyékszékek tisztaságára.
2. A vásárokra, piacokra bejövő kocsik, a bérkocsi-álláshelyek tisztaságára.
3. Nyilvános helyiségek, mint kávéházak, vendéglők, kocsmák, pálinkamérések, tejszarnokok, borbélyműhelyek stb. tisztaságára és szellőztetésére.
4. Istállók, csatornák tisztaságára, a trágyatartók jókarban tartására és a trágya rendes kihordására.
5. A közkutak jókarban tartására, környezetének tisztaságára.
6. A piacok és az azokon levő elárusítók helyeinek és eszközeinek tisztaságára, portól és sártól mentes voltára.
7. Végül kísérik figyelemmel a húsneműek, szárnyasok, tej, vaj, túró stb., gyümölcs- és cukorkafélék, gombák, gabonafélék, italok, hűsítők, fűszerfélék (só, bors, stb.) árusítását.

3. §. Utasításra a következő ügyekben járnak el:

1. Ellenőrzik a betiltott lakások használatát, a segédek és tanoncok alvóhelyeit, a mezőgazdasági munkára szegődött elhelyezését.
2. Közreműködnek a fertőző megbetegedések elleni küzdelemben, amikor a m. kir. tisztiorvos őket azért rendeli ki, hogy a beteg kórházba szállításáig vagy a halott elszállításáig a kóroanyag szét ne hurcoltassék.

3. Végzik az elrendelt fertőtlenítéseket s a házi fertőtlenítések elvégzésének módjára a háziakat megtanítják, s annak megfelelő végrehajtását ellenőrzik.

4. Ellenőrzik a fertőző betegeknél a vörös figyelmeztető cédula könnyen látható kifüggesztését, illetve annak engedéllyel történő eltávolítását.

5. Eljárnak fertőző betegeknél a vizsgálati anyag beküldése alkalmával.

6. Közreműködnek közveszélyes elmebetegek elszállításánál.

7. A piacokon eljárnak az élelmi- és árucikkek vizsgálatában, a súly és mérték ellenőrzésében, továbbá mintavételezésnél. Hatáskörük azonban csak segédkezésre, megfigyelésre és végrehajtásra terjed ki.

8. Közreműködnek a közutak vízének vizsgálatra történő vételénél.

9. Végrehajtják az elsőfokú közegészségügyi hatóságok határozatait, ha azokban ez kifejezetten és írásbelileg kimondatik.

4. §. A betiltott pince- és egyéb lakásokat vizsgálják, hogy üresek-e, illetve nem használatnak-e fel más célra, pl. műhelynek, elárúsítóhelynek.

5. §. Ha a hatóság valamely közegészségellenes vagy közegészségre veszélyes állapot megszüntetése iránt intézkedik és nem teljesítése esetére a kötelezett fél terhére való végrehajtást mondja ki, ezt az egészségőr hajtja végre. A végrehajtás módját részletesen kell körülírni.

6. §. Üzletvizsgálatokat az egészségőr egyedül nem végezhet, működése csak segédkezésre szorul, kivéve a tisztasági vizsgálatokat.

7. §. Az egészségőrnek szóló utasítást könnyen érthetően, világosan és szabatosan, szóban és írásban kell kiadni. A jelentés is e szerint adandó meg.

A kiadott utasításért a felelősséget a rendelkező viseli, míg annak gyors, alapos és körültekintő végrehajtásáért a felelősség az egészségőrt terheli. Az ellenőrzés a m. kir. tisztiorvos kötelessége, ez azonban nem érinti a járási főszolgabíró vagy más felsőbb közigazgatási hatóság ellenőrzési jogkörét.

8. §. Az egészségőrök csak a szolgálati utasításban körülírt teendőkre használhatók. Szolgálatuk altiszti minőségű s így őket szolgálai vagy ehhez hasonló munkákhoz, mint hivatalok tisztogatásához stb. használni nem szabad. Nem érhető ezalatt természetesen az a foglalkozás, amely a fertőtlenítéssel járó munka folyamánya vagy a lefoglalt áruk, eszköz stb. elszállítása.

9. §. Magánlakásokat az egészségőrök csak írásbeli utasításra vizsgálhatnak meg. Az utasítás esetről-esetre adandó ki s abban fel kell tüntetni, hogy az utasítás mely napon és a nap mely szakaszára szól.

10. §. Az egészségőröknek hivatalos órája nincs, miért is a nap és éj bármely részében rendelkezésre állni tartoznak. A hivatalban rendszerint naponként egyszer kötelesek megjelenni, ekkor veszik át utasításaikat és teszik meg jelentéseiket. Járványok idején azonban vagy a szükséghez képest, többször is tartoznak megjelenni.

ír. §. Tartoznak havonként legalább 6 napot a járás külközségeiben tölteni, fertőző betegek ellenőrzésével és fertőtlenítésekkel, illetve tetvetlenítésekkel kapcsolatban a szükségnek megfelelően. Az egészségőr főfeladata a külszolgálati munka s nem a hivatal írásbeli munkájában való segédkezés.

12. §. Az egészségőr a járás főszolgabírájától arcképes igazolványt kap, amelyen személyi adatait kell feltüntetni s azt magánál hordani köteles. Tartozik ezenkívül zsebben hordható jegyzőkönyvet vezetni, amelybe eljárásait naponként és tételenként beírni köteles.

Az egészségőrnek a magánéletben is józannak, tisztességesnek és rendes életűnek kell lenni. A részeges, kicsapongó életű egészségőrt a járási főszolgabíró megfelelő életmódra inti s ha ez nem használ, ellene a fegyelmi eljárást megindítja és az alispánnak (kirendeltség vezetőjének) jelentést tesz.

13. §. Az egészségőröket a m. kir. tisztiorvos időnként oktatja a részletes tudnivalókra s a m. kir. tisztí főorvos ezt legalább évenként ellenőrzi.

14. §. Az egészségőrnek eljárása közben komolynak, előzékenyek és tapintatosnak kell lennie. Vizsgálatait valamely házban, lakásban, műhelyben csak akkor kezdheti meg, ha előbb a háztulajdonosnál, a lakás bérlőjénél, illetőleg hozzátartozójánál (házmesternél) jelentkezett és kiküldetésének célját előadta.

A vizsgálatot minden nagyobb feltűnés nélkül, a felek háborgatásának lehető mellőzésével kell teljesítenie. Szolgálatban dohányoznia tilos.

15. §. Az egészségőrnek az előirt vizsgálatot, illetőleg a kapott utasítás végrehajtását minden mellétekintet nélkül kell teljesítenie. Ajándékot, jutalmat, ételt, italt vagy más effélet elfogadnia nem szabad.

16. §. úgy a hivatalos-, mint az esetleg tudomására jutott magántitkokat az egészségőr megőrizni tartozik.

17. §. Az egészségőrnek évenként kétheti szabadságra van igénye, azt a tisztiorvos javaslatára a járási főszolgabíró engedélyezi.

18. §. Az egészségőrökről a m. kir. tisztiorvos jelentései alapján a járási főszolgabíró személyi minősítő táblázatot vezet. A minősítő táblázaton az egészségőr magaviseletére, képzettségére, szorgalmára, jutalmazására, megbüntetésére, szabadságolására stb. vonatkozó minden adat feljegyzendő.

## HÚSVIZSGÁLÓ.

A húsvizsgálatot a községekben a községi-, illetve körállatorvos köteles elvégezni. Ez utóbbi csak a székhelyén köteles a nem állatorvosi képzettséghez kötött húsvizsgálati teendőket ellátni, körének többi községében — ha ott állatorvos nincs — csak az ú. n. állatorvosi húsvizsgálatot kell hivatalból elvégeznie.

Azok a községek, amelyekben a községi-, vagy körállatorvos és magán állatorvos sincs, kötelesek — az egymáshoz közel fekvő községek esetleg közösen — szegődményes minőségben húsvizsgálót alkalmazni.

Az ú. n. laikus húsvizsgálóknak és a községi-, körorvosnak a húsvizsgálat körüli teendői — az állatorvosokéhoz viszonyítva — szűk körre és főleg a normális vagy bizonyos, a köz szempontjából veszélytelen betegségben szenvedő állatok levágása előtti és húsvizsgálati feladatokra szorítkoznak.

A községi-, körorvosoknak ezirányú tevékenysége az orvosi munka szempontjából nem kívánatos. Különösen utalok a községi orvosok szülészeti tevékenységére. Egyébként is állandóan több és több új közegészségügyi feladat hárul a községi-, körorvosokra, emellett mind nagyobb mértékben vonják be őket a szociális munkába is.

Kétségtelen, hogy közegészségügyi szempontból az lenne kívánatos, hogy mindenütt állatorvos lássa el a húsvizsgálatokat. Ez — sajnos — anyagi okokból úgy látszik egyelőre megoldhatatlan, így a fentebb elmondottak alapján nem marad más hátra, mint az, hogy ott, ahol állatorvos nincs, minél jobban képzett laikus húsvizsgálók bízzanak meg ezzel a feladattal.

## HALOTTKÉM.

Az 1908: XXXVIII. t.-c. 9. §-a értelmében a községi-, körorvos „teljesíti székhelyén és a székhelyhez tartozó pusztákon — amennyiben a székhelyen külön orvos-halottkém nincs — a halottvizsgálatot, nemszegényeknél a közigazgatási bizottság által megállapítandó díj mellett, törvényhatóságoként változó összegért, — rendszeren 2—4 pengőért —, a szegényeknél ingyen. A köréhez tartozó többi községben a halottvizsgálatot teljesítő egyének eljárására felügyel”. Bár a törvény megengedi, hogy a közigazgatási bizottság a körorvost a székhelyéhez közel más községekben is megbízhassa — díjazás ellenében —, a halottkémléssel, ez aránylag ritkán történik meg. A községi-, körorvos székhelyén kívüli községekben magánorvos bízható meg halottkémléssel, vagy ha az sincs ott, úgy egy „halottkémi vizsgát” tett más egyén (ú. n. *laikus halottkém*).

1936-ban hazánkban 1244 orvos-halottkém és 2221 nem orvos-halottkém teljesített szolgálatot. (1921-ben még csak 753 orvos- és 2752 nem orvos-halottkém volt. Számos községben akkor még képesített halottkém sem volt.) A laikus halottkémelek említett magas száma nem meglepő, ha arra gondolunk, hogy az 1936. évi adatok



szerint hazánk 1057 községében lakott, 2317 községében viszont nem lakott orvos. (Azóta a helyzet javult.) Megemlítem azt is, hogy 1925-ben a halál okát a vármegyékben még 24.8%-ban, 1937-ben már csak 11.2%-ban állapította meg laikus halottkém. Az egész országban 1937-ben az összes haláleseteknek 8.8%-át állapította meg laikus halottkém.) Megemlítem, hogy a laikus halottkém köteles megkérdezni az elhalt utolsó betegsége felől annak kezelőorvosát — ha volt ilyen —, de csak akkor, ha az a községben lakik. Tekintettel arra, hogy a laikus halottkémekek többnyire igen primitív emberek, a halottkémlés körül sok hiba történhet. Különösen vonatkozik ez a *halálok megállapítására*. Ilyen egyszerű ember — aki még hozzá esetleg csak a hozzátartozók bemondására alapítja megállapításait —, erőszakos halálokra, például arzénmérgezésre nem fog gondolni akkor, amikor egy orvos-halottkém bizonyos, a hozzátartozók által bemondott tünetekből, vagy a hullán észleltekből már erre gyanakszik. Továbbá nem igen várhatjuk tőle, hogy a hozzátartozók bemondása alapján fertőző betegségekre gondoljon mint halálokra, ha orvos nem látta a beteget, vagy az orvossal a halált megelőző betegségről nem tudott beszélni. *Közegészségügyi* és sok egyéb szempontból kívánatos tehát, hogy a *laikus halottkémekek minél előbb kicseréltesenek orvos-halottkémekekkel*. Tehát nem kizárólag a halálteki statisztikának megbízhatósága kívánja ezt (mint ezt egyesek beállítják).

Vannak hazánkban községek (*Szél* szerint 1931-ben 61 ilyen volt), ahol van letelepedett orvos, és mégis laikus halottkém végzi a halottkémlést. Ennek többnyire az az oka, hogy a laikus halottkém valamivel olcsóbban végzi ezt a munkát, mint egy orvos-halottkém végezné, ezért a község sokszor örül, ha az orvos nem vállalja. Az orvos pedig — nem lévén ez kötelessége — és kedvében akarván ezzel járni a községbelieknek, átengedi ezt a — különben sem kellemes és emellett alig díjazott munkát — a laikus halottkémnek. A díjazás általában nagyon alacsony és a község és a halottkém között létesített megállapodástól függ.

Minél nagyobb számú orvos telepszik le vidéken, minél több lesz a községi- és körorvos, annál könnyebb e kérdés megfelelő megoldása. A súlyos betegek — és pedig nemcsak a 7 évnél fiatalabak — kötelező orvosi kezeltetésének bevezetése a halottkémlés problémáját is egyszerűbbé tenné.

# A KÖZEGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET KÉPZÉSE.

## TISZTIORVOSOK KÉPZÉSE.

A tisztiorvosok képzése hazánkban az elmúlt ötven év alatt fokozatos fejlődést mutat. A köztisztviselők minősítéséről szóló 1883. évi I. t.-c. felhatalmazza a belügyminisztert, hogy a „törvényhatósági” orvosokra nézve külön tisztiorvosi vizsgát rendezhessen s kötelezőleg kimondhassa, hogy egy meghatározott időponttól kezdve csak az az orvos legyen köztörvényhatóságoknál alkalmazható, aki ezt a vizsgát sikerrel letette. A belügyminiszter csak 1894 óta tette kötelezővé ezt a vizsgát. A tisztiorvosi vizsgát megelőző tanfolyamokat 1919 óta rendszeresítették. A tanfolyamok tartama eleinte két, majd később három hónap volt.

Ez a tanfolyam nagy haladást jelentett ugyan, de meg voltak a hiányosságai is. Hiányzott az intézet, amely ezeket rendezi, a szükséges helyiségeket rendelkezésre bocsátja. Hiányzott a hallgatók gyakorlati képzéséhez szükséges laboratórium, teljesen hiányzott a hallgatók gyakorlati képzése a tisztiorvosi hivatalokban, az egészségvédelmi intézetekben stb. Túl nagy is volt (70—80) a hallgatók száma, s ezek ezt a két, illetve három hónapot sem szentelték teljesen a képzésre, hanem emellett ellátták rendes szolgálatukat is. Ilyen tanfolyamot 1925. évig bezárólag 6 éven át tartottak. E tanfolyamokat együttvéve 348 orvos végezte el és tett tisztiorvosi vizsgát.

A külföldi tisztiorvos képzés s a hazai szükségletek és kívánások tanulmányozása alapján alakult ki az újrendszerű tisztiorvosi tanfolyam tananyaga s az elméleti és gyakorlati képzés kívánatos módja. A tervek keresztülvitelét elősegítette a *Rockefeller Alapítvány* nagylelkűsége, amely lehetővé tette a *M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet jelállítását*. Az Intézet felállításáról rendelkező 1925: XXXI. t.-c. 2. §-a az intézet feladatává teszi többek közt a közreműködést „a közegészségügyi személyzet, különösen a tisztiorvosi kar megfelelő kiképzésében”.

Az új Intézetben 1928 januárjában kezdődött az első újrendszerű tisztiorvosi tanfolyam. Az 1936. évi IX. t.-c, amely a tisztiorvosi kart államosította, kimondja, hogy *tiszti főorvosi, tisztiorvosi és városi orvosi állásra csak azt lehet alkalmazni, aki a tisztiorvosi vizsgát sikerrel letette. Egyszersmind kötelezővé teszi a vizsga előtt*

*tanfolyam hallgatását.* 1937. év közepén a 245.800 számú belügy-miniszeri rendelet szabályozta a tisztiorvosi tanfolyam és a tisztiorvosi vizsga kérdését, anélkül azonban, hogy a tanfolyamnak alapelvein és az 1928 óta a gyakorlatban kialakult rendszerén változtatott volna. Ez a rendelet mintegy legalizálta az 1928 óta fokozatosan kialakult gyakorlatot.

A tisztiorvos képzésnek hazánkban 1928-ban keresztülvitt reformja a következő elgondolásokon illetve tapasztalatokon alapult, és a következőképen hajtott végre:

A tisztiorvosi tanfolyam *tartamát* az előadandó anyag, másrészt a szükségesnek ítélt gyakorlati képzés szabja meg. Az előadandó anyagot az egyetemen hallgatott tárgyak tekintetbevételével kell összeállítani. A tárgykör legnagyobb része kétségtelenül a közegészségtan, de emellett be kell iktatni egyéb olyan előadásokat is, amelyek a közegészségügyi szolgálat szempontjából fontosak: így a közegészségügyi szolgálat szervezetére vonatkozó-, a közegészségügyi szolgálattal kapcsolatos törvényeket és rendeleteket ismertető előadásokat, az egészségügyi statisztika módszereinek ismertetését stb. A tanfolyam hallgatói a közegészségtan egész anyagát az egyetemen már hallgatták, mégpedig az egész anyagot *egy* előadó előadásában. A tisztiorvosi tanfolyamot épp ezért mi a közegészségtan szempontjából nem „*alapképzés*”-nek, hanem „*továbbképzés*”-nek tekintjük! A tisztiorvosi tanfolyamon arra helyezük a súlyt, hogy a közegészségtan egyes problémaköreinek és ezek megoldásának ismertetését azok szájából hallják, akik az illető kérdéseknek legjobb szakemberei, akiknek munkakörébe az illető problémák megoldása tartozik. Többnyire sikerült előadókul azokat a szakembereket megnyernünk, akik az illető munkakörnek vezetői. Ilyen módon azt is elérjük, hogy ők megismerik a leendő tisztiorvosokat, a hallgatók pedig megismerik azokat, akik az ő munkájukat irányítani fogják, akiktől ők tanácsot, útbaigazítást kaphatnak. Azzal sem törődünk, ha egy témáról esetleg különböző, sőt ellentétes véleményt hallanak, mert hiszen ezzel az életben is találkozunk. Ilyen esetekben nem egyszer igen élénk vita fejlődik ki az előadó és a hallgatók közt. A tisztiorvosi tanfolyamon az előadók száma rendszerint közel 50, akik együttvéve kb. 420—430 óra előadást tartanak, jelenleg a következő tárgykörökből:

*Egészségügyi közigazgatás (110 óra).*

Közigazgatási szervezet. Egészségügyi közigazgatás.  
Törvények, rendeletek .....

Óraszám

110

*Közegészségtan és járványtan (íff óra).*

Óraszám

Bakteriológia .....	16
Vizsgálati anyagok beküldése .....	2
Szerológia .....	12
Parazitológia .....	8
Filtrálható vírusok .....	2
Járványtan .....	26
Trachoma elleni küzdelem .....	4
Emberre átvihető állati betegségek .....	8
Fertőtlenítés .....	4
Talaj, levegő egészségtana .....	10
Lakás, fűtés, világítás, szellőztetés .....	8
Ivóvíz .....	10
Szennyvíz, ürülék kezelése és eltávolítása .....	6
A táplálkozás-élettan közegészségügyi fontosságú eredményei .....	4
Étkeztetési akciók szervezése.....	2
Élelmiszervizsgálat .....	10
A tej higiénéje.....	2
Tejszövetkezetek és tejüzemek .....	2
Vágóhídi húsvizsgálat .....	8
Kórház-egészségtan .....	4
Gyógyszertárvizsgálat .....	4
Gyógyszervizsgálat .....	3

*Társadalomegészségtan és egészségvédelem (126 óra).*

Társadalomegészségtan .....	20
Bevezetés a statisztikába .....	6
Tüdőbeteg gondozók .....	4
Tbc. elleni küzdelem megszervezése az iskolában .....	2
Küzdelem a nemi betegségek ellen .....	4
Csecsemővédelem .....	6
Az Országos Stefánia Szövetség szervezetének is- mertetése .....	5
Gyermekvédelem .....	6
Iskolaegészségtan .....	10
Iskolafogászat .....	1
Egészségvédelmi körzetek szervezése .....	5
Egészségvédelmi körzetek munkája .....	6
Ápolónő- és védőnőképzés .....	1
Elmebetegek gondozása, gyakorlati elmekórtan .....	12

	Óraszám
Iparegészségtan .....	10
Egészségügyi propaganda .....	2
Társadalombiztosítás és baleset elleni védekezés.....	8
A magyar népelelmezés .....	2
Mentés és betegszállítás .....	4
Rendőrorvosi szolgálat .....	4
Szociális gondozás városban .....	2
örökléstan, eugenika .....	4
Szülészeti rendtartás a gyakorlatban .....	2

*Egyéb tárgyak (24 óra).*

Az Országos Közegészségügyi Intézet munkaköre.....	2
Fertőzőbeteg bemutatások .....	8
Gázvédelem .....	2
Testnevelés .....	4
Törvényszéki orvosi munka a tisztiorvos szempont- jából .....	8

A gyakori ismétléseket részben azáltal küszöböltük ki, hogy a rokonszakmák előadóit e célból megbeszélésre hívtuk össze, részben azzal, hogy az egyes előadásokról készült, meglehetősen bőséges kivonatokat (néha teljes szöveget) eljuttattuk a rokon tárgykörök előadóihoz, hogy egymás előadási anyagát megismerjék. Ezeket az ú. n. *előadási „syllabusok”-at* sokszorosítva a hallgatók rendelkezésére bocsátottuk, amivel elősegítjük a tanulást, másrészt később is utánanézhettek a hallottaknak. A hallgatók most kb. 1000 oldal syllabust kapnak. Ezenfelül segédkönyvül közigazgatási szakmunkákat és a törvények és rendeletek gyűjteményét használják.

A hallgatókat hetenkint egyszer közegészségügyi szempontból fontos vagy érdekes *intézmények megtekintésére* visszük. Ezeket a kirándulásokat törekszünk jól előkészíteni. Nagyon célszerű, ha a kirándulást vezető előzőleg informálja a hallgatókat, hogy mit fognak látni. A helyszínen ennek előadása (pl. gyárban, zakatoló gépek közt) alig lehetséges. Fontosnak találtuk azt is, hogy megfelelő vezető foglalkozzék a hallgatókkal. Nem egyszer tapasztaltuk, hogy gyárlátogatás a tisztiorvosi tanfolyam hallgatói számára a közegészségügyi ismeretek szempontjából eredménytelen volt, mert a gyári mérnök — hiába kértük őt arra —, nem az egészségügyi berendezésekre, rendszabályokra, vagy a munkahigiéne egyes problémáira hívta fel a hallgatók figyelmét, hanem a — egyéb szempontból, laikusoknak is igen érdekes — tökéletes gépekre, azok teljesítményére stb. Még nehezebb elérni azt, hogy ne csak a jó,

egészségügyi szempontból megfelelő berendezéseket mutassák meg, hanem a hiányokat is. Rendkívül tanulságos a hallgatóknak az, ha például egy rossz műhelyt, vagy egészségtelen gyártelepet látogathatnak meg, s ott az illetékes tisztiorvossal megbeszélhetik a hiányokat és a javítás módját. Nemcsak a jóból, a rosszból is sokat lehet tanulni!

Szükségesnek tartottuk a tisztiorvos képzés keretébe bizonyos *laboratóriumi képzés* beiktatását. Tisztában vagyunk azzal, hogy a legtöbb tisztiorvos nem rendelkezik azzal a lehetőséggel, hogy nehezebb laboratóriumi vizsgálatokkal foglalkozzék. Viszont semmi sem szól az ellen, hogy bizonyos egyszerű tej-, víz-, stb. vizsgálatokat a tisztiorvos maga is elvégezzen. Erős indok a laboratóriumi gyakorlatoknak a tisztiorvos képzésbe beiktatása mellett az a tapasztalat is, hogy az orvos, aki egy bizonyos időt laboratóriumban töltött, sokkal jobban meg tudja ítélni azt, hogy mit érdemes megvizsgáltatni, tudja, hogyan kell a vizsgálati anyagot venni, beküldeni, a vizsgálati eredményt értelmezni. Célunk tehát nem az, hogy öt hónap alatt a hallgatókból laboratóriumi szakembereket képezzünk (ezt úgy sem lehetne ilyen rövid idő alatt). Ezeknek az elveknek megfelelően készítjük elő a laboratóriumi gyakorlatokat. A hallgatók a laboratóriumi műveletek, a feladatok pontos leírását megkapják. A gyakorlatok anyagát az egyes intézeti osztályok igen pontosan előkészítik. Minden hallgató köteles a neki kiosztott anyagot megvizsgálni és az eredményt a gyakorlat vezetőjének írásban átadni, aki azt átnézi s a legközelebbi gyakorlaton arra az esetleges megjegyzéseit megteszi.

Hasonlóképpen igen nagy súlyt helyezünk a *statisztikai gyakorlatokra*. Itt feladatokat kapnak kidolgozásra: számításokat kell végezniök, grafikonokat kell rajzolniok. Arra is törekszünk, hogy a gyakorlatok idejét lehetőleg hasznos munkával töltsék el: épp ezért a statisztikai gyakorlatokon számológépek állanak a hallgatók rendelkezésére, hogy az egyszerű számtani műveletekkel ne töltsenek el túl sok időt.

A hallgatók jelenleg (hetenként 5 délután) a következő *gyakorlatokon* vesznek részt:

	Óraszám
Kémia .....	44
Bakteriológia .....	30
Szerológia .....	24
Parazitológia .....	10
Statisztika .....	20

Megemlítem, hogy a felsorolt óraszám a megállapított minimális idő, de rendszeren ennél hosszabb időt vesznek igénybe a gyakorlatok.

Az elméleti és laboratóriumi, statisztikai gyakorlati képzés lepergése után igen fontos helyet biztosítunk a közegészségügyi intézményekben végbemenő *külső gyakorlati képzésnek*, öt hónapig tart az elméleti, négy hónapig a gyakorlati képzés. Ez utóbbi alatt a hallgatók meghatározott időt töltenek tisztiorvosi hivatalokban, egészségházban, tüdőbeteg gondozóban, anya- és csecsemővédő-intézetekben, fertőző betegek kórházában és egy falusi egészségvédelmi szolgálatban.

Igen fontos a gyakorlati képzés *helyének* kiválasztása; különösen ügyelünk arra, hogy *városi intézmények* mellett *falusi intézményekben* is tölthessenek bizonyos időt. A gyakorlati képzés sikere nagy mértékben attól függ, hogy az az orvos, aki mellé a hallgatók be vannak osztva, szívesen foglalkozik-e velük, vagy nyűgnek, tehernek tekinti azt. Azt sem szabad elfelejtenünk, hogy néha a legkiválóbb szakember is lehet rossz tanító. Ha a hallgatóval a beosztási helyén nem foglalkoznak eleget, úgy elunja magát, érdeklődése elvész, az ott töltött időt hiábavalónak tartja. Különösen nehéz a falusi egészségvédelmi szolgálatokban a hallgatók állandó foglalkoztatásáról gondoskodni. A kiszállási költségek, a távolságok csak fokozzák a nehézségeket. Mi gondoskodunk arról, hogy a hallgatónak ezzel kapcsolatban lehetőleg ne legyenek kiadásai.

A falusi közegészségügyi munka megismerését és begyakorlását hazánkban nagyban elősegítette az, hogy a Rockefeller Alapítvány; anyagi támogatása lehetővé tette az ú. n. *egészségügyi mintajárások* szervezését. Ezekben, aránylag kis körzetben a tanfolyamhallgató I megismerheti, tanulmányozhatja a falusi közegészségügyi intézményeket, a jó és rossz kút különböző típusait, az egészségvédelmi munka módját és menetét stb. A gödöllői és a mezőkövesdi járások, az ú. n. „egészségügyi mintajárások” a tanítás céljára igen alkalmasak. Mindkét járás székhelyén internátus is áll a hallgatók rendelkezésére. A hallgatók a járás automobilján a tisztiorvossal ki' szállhatnak a községekbe, és jelen lehetnek a tisztiorvos hivatalos ténykedéseinél. A tisztiorvosi záróvizsgára csak az a hallgató bocsátható, aki igazolja, hogy az előírt gyakorlati képzést megkapta.

A hallgatók *írásbeli és szóbeli vizsgát* tesznek; az előbbi tárgya a gyakorlati közegészségtannak valamely, a vizsgálobizottság elnöke által meghatározott problémája, amelyet a hallgatóknak 5 óra alatt kiékeli dolgozniuk. Az elméleti vizsgán 3 tárgyból felelnek: közegészségtan és járványtanból, társadalomegészségtanból és egészség-

védelemből, továbbá egészségügyi közigazgatásból. Ebből az utóbbi tárgykörből a vizsga az első 5 hónap végén van, míg a másik két tárgyból a tanfolyam végén. Akik a vizsgát sikerrel letették, „*Tisztiorvosi Képesítő Bizonyítvány*”-t kapnak.

A tisztiorvosi tanfolyam és a tisztiorvosi vizsga ügyeit a *Tisztiorvosi Vizsgabizottság* intézi, amely elnökből, 3 rendes-, ugyanannyi póttagból és a jegyzőből áll. A rendes tagok egyike mindenkor az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója, aki a tanfolyamnak a vezetője s a vizsgabizottság előadója.

Hazánkban a tisztiorvosi tanfolyamot az *Országos Közegészségügyi Intézet* keretében tartjuk, meghívott, részben külső előadókkal. A tanfolyamra felvehető hallgatók száma jelenleg 24 főben állapított meg. Az 1938. év végéig 285 hallgató végezte el az újrendszerű tanfolyamot. Tekintettel arra, hogy a trianoni ország területén mintegy 420 azoknak az állásoknak a száma, amelyeknek elnyeréséhez az illetőnek igazolnia kell, hogy tisztiorvosi tanfolyamot végzett és tisztiorvosi vizsgát tett —, tekintetbe véve az évenkénti kiesést is —, meg kell állapítanunk, hogy a 24-es hallgatószám egy kicsit alacsony. Fokozott mértékben áll ez a Felvidék bizonyos részeinek és a Kárpátaljának visszacsatolása óta. Máris folyamatban van az Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatban egy új épület emelése, amelyben évenként 34 tisztiorvosi tanfolyamhallgató kaphat majd kiképzést, Ha ez sem lenne elég, úgy átmenetileg párhuzamos tanfolyamot fogunk rendezni. A szükségletet erősen meghaladó számban nem tartom kívánatosnak tisztiorvosok képzését, mert akkor előállana az a helyzet, hogy tanfolyamod: végzett orvosok éveken át nem tudnának tisztiorvosi képzéshez kötött állásban elhelyezkedni, s ezalatt a tanultakat elfelejtenék, a gyakorlatból kijönnének.

Megemlítem, hogy eddigi tapasztalataink szerint igen jól bevált az a gyakorlat, hogy a tisztiorvosi tanfolyamra elsősorban olyan orvosokat veszünk fel, akik mint városi-, községi- vagy körorvosok hosszabb ideig már dolgoztak.

A tisztiorvosi tanfolyam hallgatóinak nagy anyagi könnyebbséget jelent az, hogy a tanfolyam ideje alatt aránylag jutányosan kaphatnak lakást és ellátást az Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos internátusban: az „*Orvosok Háza*”-ban.

A tisztiorvosok *továbbképzésének* kérdése hazánkban meg egyelőre megoldatlan. Tartottunk ugyan régebben két továbbképző tanfolyamot. Ezek azonban később elmaradtak, mert egyrészt hely-

Az új épület 1939. év közepére már elkészült.



hiány, másrészt az Országos Közegészségügyi Intézet személyzetének nagymértékű elfoglaltsága akadályozta ezek rendszeresen ismétlődő tartását. Igen kívánatos lenne a jövőben ennek rendszeresítése. Remélhető, hogy az új tantervek elkészülte után sikerül majd a tisztiorvosokat bizonyos turnusokban rövidebb továbbképző tanfolyamra behívni, s ott velük a kormány újabb célkitűzéseit és a közegészség-tan tudományának és gyakorlatának fejlődését megismertetni.

Ezt bizonyos fokig pótolják jelenleg azok az összefoglaló közlemények, amelyek a belügyminisztérium hivatalos közlönyében, a „Népegészségügy”-ben megjelennek. Ezt a folyóiratot minden tisztiorvos megkapja.

## KÖZSÉGI- ÉS KÖRORVOSOK KÉPZÉSE.

A községi-, körorvos — munkakörének megfelelően — elsősorban a gyógyításban gyakorlatilag jól képzett orvos legyen, hiszen munkájának igen tetemes része a *betegek gyógyítása*.

Az orvosképzés kérdéséről itt nem kívánok szólni. Kétségtelen azonban, hogy az egyetemen megszerzett orvosi képzettségen felül szüksége van a községi-, körorvosnak további *képzettségre a hatósági orvosi és egészségvédelmi teendőkben*. Ezeket a tudnivalókat régebben autodidaxis útján szerezte meg a községi-, körorvos. Régebben, midőn egy fiatal orvost községi- vagy körorvossá megválasztottak és kikerült a faluba, — hivatalos teendőit, a közigazgatás szervezetét egyáltalán nem ismerte. Ezeket lassan — néha sok kellemetlenség közepette — elsajátította, amiben a községi jegyző volt még leginkább segítségére. Az egészségvédelmi célkitűzésekben és teendőkben képzést nem nyert, — ebben az egészségügyi védőnő nálánál sokszor jártasabb volt.

Ennek felismerése vezetett minket 1932-ben az első *községi-, körorvosi tanfolyam* szervezéséhez. Ennek a tanfolyamnak hallgatása még nem volt kötelező, de így is szép számmal jelentkeztek orvosok, akik községi orvosi pályára készültek. A tanfolyamok szervezésében és tartásában nagy segítségünkre volt az *Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága*, melynek elnöke, *Grósz Emil* professzor, ösztöndíj formájában anyagi segítséget is biztosított a hallgatók egy részének. 1932—35-ig összesen négy ilyen tanfolyamot szerveztünk s ezeken együttvéve 127 hallgató vett részt., A tanfolyam szorgalmas hallgatása esetén a tanfolyam végén a hallgató az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által kiállított *bizonyítványt* kapott.

Felismerve ennek a tanfolyamnak hézagpótló voltát, az 1936. évi IX. t.-c. 1. §-a a községi- (vagy a tiszti-) orvosi tanfolyam hallgatásához és a vizsga sikeres letételéhez kötötte a községi-, körorvosi kinevezést. Az ennek alapján kiadott 268.600/1936. B. M. sz. rendelet szabályozta a községi orvosi tanfolyamok és vizsgák tartásának módját.

A községi orvosi tanfolyam és vizsga rendeleti szabályozását nagyon elősegítette az, hogy előtte már négy éven át tartottunk tanfolyamokat. E tanfolyamok szervezésekor a célkitűzés és elgondolás hasonló volt, mint a tisztiorvosi tanfolyamok tervezetének kidolgozásakor. Természetesen a községi-, körorvosoknak nincs szükségük a közigazgatási és egészségvédelmi kérdésekben olyan részletekbe hatoló előadásokra, mint a tisztiorvosoknak, viszont a közigazgatási szervezetet, a munkájukkal kapcsolatos törvényeket és rendeleteket, a közegészségügyi szolgálatban, az egészségvédelmi munkában reájuk bízott feladatokat és azok ellátásának módját jól kell ismerniök. Tapasztalatunk szerint hat hét a legrövidebb idő, ami alatt a legszükségesebb ismereteket a tanfolyamon elő lehet adni. Az előadók arra törekcszenek, hogy a gyakorlati szempontból fontosat nyújtsák, az elméletieket mellőzzék.

A tanfolyam anyagában a következő előadások, az alábbi órászámmal szerepelnek:

*Közegészségtan és járványtan (j6 óra).*

	Órászám
A tej higiéneje.....	2
A táplálkozás higiéneje. Főzőtanfolyamok, étkezte- tési akciók .....	4
Hatósági húsvizsgálat .....	14
Kút-, ivóvíz-, szikvíz- és jégkérdés .....	8
Szennyvíz, ürülék, trágya kezelése és elhelyezése. .	2
A falusi lakás higiéneje .....	2
A gazdasági udvar higiéneje .....	2
Laboratóriumi vizsgálatra szánt anyagok vétele és beküldése .....	2
A fertőtlenítés módja falun .....	2
Trachoma elleni küzdelem falun .....	1
Járványtan .....	16
Fertőző betegségek elleni küzdelem védőoltásokkal.....	4
A gyermekkor fertőző betegségei .....	6
A felnőttek fertőző betegségei .....	6
A csecsemő- és gyermekgyógyászat fontosabb kérdései	5

*Társadalomegészségtan és egészségvédelem (41 óra).*

	Óraszám
Állami gyermekvédelem és az óvodakérdés.....	4
Az anya- és csecsemővédelem szociális ismeretei .....	2
A terhes anya védelméről a falusi egészségvédelem szempontjából .....	2
A tuberkulózis szociális higiénéje .....	2
A tuberkulózis gondozás megszervezése .....	2
A falusi egészségvédelmi munka megszervezése és vezetése .....	4
Egészségvédelmi szolgálat falun .....	8
A községi orvos adminisztratív tevékenysége .....	4
A gazdasági munkásbiztosítás vázlata .....	4
Hatósági orvosi eljárás az elmebetegek körül .....	2
Egészségházak és fürdők építése .....	1
A nemibetegségek szociálhigiénéje.....	2
Alkoholizmus .....	2
Foglalkozási megbetegedések és munkaegészségügy a mezőgazdasági munka szempontjából .....	1
Egészségügyi propaganda .....	1
<i>Egészségügyi közigazgatás (20 óra).</i>	
Egészségügyi közigazgatás. Törvények, rendeletek .....	20

*Egyéb tárgyak (j óra).*

A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet szerepe a közegészségügyi munkában .....	2
Az orvos szerepe a falu szociális életében.....	1

A tanfolyam előadásairól a hallgatók kb. 920 oldal terjedelemben *syllabusokat* kapnak.

Laboratóriumi gyakorlatokat nem illesztettünk be a tanfolyam anyagába, ehelyett a laboratóriumi vizsgálatra szánt anyagok vételével, beküldésével stb. kapcsolatos bemutatásokat kapnak a hallgatók. Délutánjaikat főleg arra használják fel, hogy különböző egészségvédelmi intézményekben szerezzenek — a rendelkezésre álló rövid idő alatt — bizonyos gyakorlatot.

A tanfolyam befejeztével *szóbeli vizsgát* tesznek a különböző tárgyakból: közegészségtan és járványtan, társadalomegészségtan és egészségvédelem, egészségügyi igazgatás. Akik a vizsgát sikeresen leteszik, „*Községi Orvosi Képesítő Bizonyítvány*”-t kapnak.

A községi orvosi tanfolyamok és vizsgák ügyeit a „*Községi Orvosi Vizsgabizottság*” intézi, «amely elnökből, két rendes-, ugyanannyi póttagból és a jegyzőből áll. A tagok egyike mindig az

Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója, aki egyben a Vizsgabizottság előadója és a tanfolyam vezetője. Az 1936. és 1937. években 1 — 1, az 1938. évben 2 községi orvosi tanfolyamot tartottunk. Egy-egy tanfolyamon átlag 80 hallgató vett részt. Az 1938. évben két tanfolyam tartására volt szükség, a jelentkezők nagy száma miatt. A nagyszámú jelentkezésnek egyrészt az az oka, hogy 1939. július 1-től kezdve községi orvossá csak azt lehet kinevezni, aki a községi- (illetve tiszti-) orvosi tanfolyamot elvégezte és a képesítővizsgát letette. A hallgatók számát másrészt emelik azok a már régebben állásban lévő községi- és körorvosok, akiknek a törvény értelmében a tanfolyamot nem kellene elvégezniük, azonban ismereteik gyarapítása céljából jelentkeznek a tanfolyamra. Ezeket az orvosokat nem egyszer a törvényhatóságuk ösztöndíjjal küldi a tanfolyamra. Ez igen örvendetes jelenség s egyrészt az orvosok buzgalmát, másrészt a törvényhatóságok vezetőinek megértését bizonyítja.

Az Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos *Orvosok Háza* a községi orvosi tanfolyam hallgatóinak rendelkezésére áll, és jutányos áron lakást és ellátást nyújt nekik.

## EGÉSZSÉGÜGYI VÉDŐNŐK KÉPZÉSE.

Az egészségügyi védőnői pályára jelentkezőket a védőnői munkára *nevelni* és *képezni* kell. Ezen a pályán is — mint annyi más pályán — bizonyos veleszületett adottságokra (itt főleg lelkiekre, de testiekre is) van szükség, hogy?.. védőnő a reáharuló feladatoknak megfelelhessen.

A testi tulajdonságok közül erős, egészséges, a fizikai munkát (sok állást, gyaloglást, kerékpározást stb.) jól bíró szervezetre van a védőnőnek szüksége. Ezért a védőnőképző intézetekbe felvételre jelentkezőket igen alapos orvosi vizsgálatnak vetik alá. A lelki tulajdonságok közül a munkaszeretet, kitartás, emberszeretet, az elesettek ügyei iránt érzett érdeklődés, megértés, a megbízhatóság, pontosság, szorgalom, lelkeség jellemzik a jó védőnőt. Ezek az adottságok neveléssel fejleszthetők. Ezért szükséges, hogy a védőnők a tanfolyam ideje alatt *internátusban* éljenek. Ennek az internátusi életnek nem az a célja, hogy előlük az élet valóságos képét elleplezzük, annak szépségeit, örömeit elrejtjük, annak árnyoldalait, veszélyeit letagadjuk. *A védőnőket a reális életre kell nevelni*, hogy útjukat a világban — az élet scillái és charybdisei közt —, nagyobb veszélyek, nagyobb csalódások nélkül megtehessek. A védőnői pályára lépő fiatal leányokat — gyakran — az álmok világa-

ból kell átvezetni az élet realizmusába úgy azonban, hogy az ideálókért való lelkesedést, a jobb, a szebb felé való vágyódást, törekvést el ne homályosítsuk, ellenkezőleg még fokozzuk bennük. Elég, ha az ember a lábával tapad a földhöz, testének többi része és lelke felfelé, magasabbra törekedjék. Vannak életpályák, amelyeken tudás, képzettség, pontosság, becsületesség, lelkiismeretesség és megbízhatóság szükséges, — de mindez nem elég, ha nincs ezek mellett még valami, amit néha léleknak és szívnek, máskor ihletnek, előreívó lendületnek, lelkességnek neveznek. Az emberben szunnyadó ezeket a jó tulajdonságokat, értékeket kihámozni, ezeket fejleszteni, erősíteni a nevelés feladata.

Igen alkalmas a védőnői pályára nevelés szempontjából az az idő, amit a növendékek a védőnőképző intézetben és a kórtermekben töltenek. Ez utóbbi helyen munkájukat tanítótestvérek állandó ellenőrzése, irányítása alatt végzik, akik a növendékeket eközben alaposan kiismerik, hibáikra őket figyelmeztetik. Egyébként is sok rokonvonás van az ápolónői és a védőnői munka közt. Ezért foglal el az ápolásra tanítás a védőnőképzésben a legtöbb országban — és nálunk is — fontos helyet. A védőnőképzés alapja nálunk az ápolónőképzés. A növendékek a tanfolyam végén, ha a vizsgát sikerrel letették, *ápolónői és védőnői oklevelet* kapnak.

Az egészségügyi védőnőképzés abban különbözik a szakvédőnők képzésétől, hogy az előbbi az egészségvédelem összes fontos ágaiban való képzést felöleli, míg a szakvédőnők — már a tanfolyam alatt a szokásos rövidebb általános képzés mellett — az egészségvédelmi munka csak egy bizonyos ágában (pl. az anya- és csecsemővédelemben) képeztetnek ki teljesen. Később kifejtendő okokból a kis falvak egészségvédelmi munkájában alkalmazott zöldkeresztes egészségügyi védőnők ápolónői és általános egészségügyi védőnői képzést kapnak.

Reá kívánok mutatni arra, hogy a zöldkeresztes egészségügyi védőnők — néhány kivételével — valamennyien falusi egészségvédelmi munkára vannak beosztva. Ezért képzésükben is fontos helyet foglalnak el a falusi lakosság szociális és egészségügyi problémái, a falusi egészségvédelem feladatai, a falusi védőnői szolgálat módja, stb. Különösen nagy súlyt helyezünk védőnőink gyakorlati képzésére. Ezért hónapokra beosztjuk őket gyakorlati képzés céljából jól vezetett falusi egészségvédelmi körzetekbe.

Egészségügyi védőnőképzés hazánkban jelenleg 3 intézetben folyik: a *debreceni M. kir. Tisza István Tudományegyetemmel kapcsolatos Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben*, továbbá az *Országos Közegészségügyi Intézethez* tartozó két intézetben: a *Budapest ten lévő M. kir. Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben* és a

Szegedi M. kir. Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben. A három intézetben felvehető növendékek száma: a debreceni intézetben a most folyamatban lévő kibővítés után kb. 80, a budapesti intézetben: 140, a szegedi intézetben: 120.

A felvétel főbb feltételei: 18—30 éves kor, érettségi bizonyítvány vagy tanítónői oklevél, testi alkalmasság. A jelentkezők közül a legjobb bizonyítványokkal rendelkezőket vesszük fel. A növendékek valamennyien kötelesek az intézetben bent lakni. Az ellátásukért az önköltségi árat fizetik, de egyrészükhöz ösztöndíjképpen az ellátási díj egy részét elengedik.

A képzés menete, a tananyag a három védőnőképző intézetben nagyjából egyforma. Példaképpen a budapesti Ápolónő- és Védőnőképző Intézet tanfolyamának időbeosztását és tananyagát ismeretlem:

A tanfolyam szeptemberben kezdődik az ú. n. „előkészítő tanfolyam”-mai, amely kb. 5 hónapig tart, amely idő alatt a növendékek a következő előadásokat — az alábbi óraszámokban — hallgatják:

Anatómia .....	40 óra	Gyógyszertan.....	26 óra
Élettan.....	30 „	Egészségtan .....	12 „
Kémia.....	30 „	Kórházadminisztráció	6 „
Kórtan .....	10 „	Ápolástan és ápolónői-	
Bakteriológia és immu- .védőnői etika ....	50 „	Ápolástani bemutatások	27 „
nitástan .....	40 „		

Ezalatt az 5 hónap alatt az intézet u. n. demonstrációs termében ember nagyságú babákon és egymáson gyakorolják az egyszerű ápolási műveleteket. Ez az 5 hónap arra is szolgál, hogy megállapítsák, hogy a növendék való-e a védőnői pályára. Ezután kb. 12 hónapra beosztást nyernek a különböző *tanítókörtermekbe*: a sebészeti, belgyógyászati, csecsemő- és gyermekgyógyászati, szülészeti, szemészeti osztályokon. Itt tanítótestvérek felügyelete alatt sajátítják el és gyakorolják be az ápolási műveleteket. Közben előadásokat is hallgatnak a következő tárgyakból: belgyógyászati betegségek (35 óra), sebészet és urológiai betegségek (45 óra).

Ezután kerül a sor a következő klinikai, közegészségügyi és szociális tárgyak hallgatására.

Már 1939 elején megindult — a negyedik — a kassai M. kir. Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet munkája — ideiglenesen Szegeden. A Kassai Védőnőképző Intézet épülete 1940 elejére készül el.

	Óraszám
Fertőző betegségek	25
Csecsemő- és gyermekbetegségek	20
Orr-, fül- és gégebetegségek	6
Szembetegségek	8
Szülészet és anyavédelem	63
Lélektan, elme- és idegbetegek gondozása.	30
Fizikoterápia	6
Közegészségtan és járványtan	35
Szociális problémák	40
Tuberkulotikusok gondozása	20
Bőr- és nemibetegek gondozása	15
Csecsemőgondozás	20
Első segélynyújtás	10
Védőnői munka és faluismeret	50
A nyomorékok kérdése	4
Statisztikai gyakorlatok	14
Jogi ismeretek	25
Falusi gazdasági alapismeretek	25

Ezután következik beosztásuk körülbelül fél éven át *falusi Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálathoz, anya- és csecsemővédő-intézetbe, tüdőbeteggondozóba, trachoma-osztályra*. A képzés egész ideje alatt az intézetek különös gondot fordítanak a falusi közegészségügyi kérdések ismertetésére és a megfelelő falusi egészségvédelmi gyakorlati képzésre.

A növendékek minden tárgy hallgatása után az illető tárgyból *kollokválnak*, a tanfolyam végén pedig *záróvizsgát* tesznek a következő 3 tárgyból: ápolástan, védőnői munka elmélete és gyakorlata, közegészségtan. A vizsga sikeres letétele után *állami ápolónői és védőnői oklevelet* kapnak. A végzett védőnők kivétel nélkül azonnal védőnői munkába állíttatnak.

A jelenlegi iskolák évente átlag 100 védőnőt tudnak kiképezni. A felállítás alatt álló Kassai Védőnőképző Intézettel együtt képesek lesznek a védőnő-szükségletet kielégíteni.

## BÁBÁK KÉPZÉSE.

Az okleveles bábák képzése a vallás- és közoktatásügyi miniszter, az ú. n. másodrendű bábák képzése, továbbá a bábák továbbképzése a belügyminiszter hatáskörébe tartozik.

A bábaképzés történeti fejlődését *Hints Elek dr.* állította össze érdekes tanulmányában. Sem az egészségügyi kormányzat, sem a

szülészettel foglalkozó szakemberek a bábaképzés és bába továbbképzés eddigi módjával és eredményével nincsenek megelégedve. Ez minél előbb javításra szorul. Ennek sürgősségét nem csökkenti annak megállapítása sem, hogy a kultusz kormány mindenkor érdeklődést tanúsított e kérdés iránt; nem tagadható az a nagy haladás, amelyet a bábakérdés a 60 évvel ezelőtti állapotokhoz viszonyítva felmutat. A bábaképző intézetek felállítása a szülésznők képzését megfelelő kezekbe tette. A trianoni ország területén Budapesten, Debrecenben, Miskolcon, Pécsen, Szegeden, Szolnokon és Szombathelyen vannak bábaképző intézeteink (a visszacsatolt felvidéki területen: Kassán és Ungvárott).

A bábaképzés legprimitívebb formája a tiszti főorvos vagy a járásorvos által a szülésznői tevékenységre jelentkező, többnyire nagyon primitív asszonyoknak adott elméleti és gyakorlati képzés volt. Az ilyen tiszti főorvosi képesítéssel („cédulával”) ellátott bábákat nevezték „*cédulás bábák*”-nak (szemben a semmiféle képzettséggel nem rendelkező ú. n. „*parasztbábák*”-kal). Ez utóbbiak működését az 1876. évi XIV. t.-c. megtiltotta. Felesleges reámutatnunk arra, hogy a tiszti főorvos vagy járási tisztiorvos megfelelő gyakorlati képzést a bábának nem adhatott, s így ezek alig különböztek a „*parasztbábák*”-tól.

A cédulás bábák nagyfokú tudatlanságának felismerése, másrészt az uralkodó nagy bábahiány vezetett e század legelején az ú. n. *másodrendű bábaképzés* kiépítéséhez. Ezek általában kéthónapos tanfolyamok voltak, amelyeket közkórházak szülészeti osztályain tartottak. A növendékek két hónap után háromtagú bizottság előtt vizsgáztak, amely a tiszti főorvos elnöke alatt az illető intézet főorvosából és egy, a vallás- és közoktatásügyi miniszter által kijelölt szakemberből állott.

A bábaképzés terén haladást jelent az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk, amely már nem engedi meg a cédulás bábák alkalmazását, ehelyett viszont elismeri a másodrendű bábaképzés jogosságát, s a 800 léleknél kisebb községekben megengedi (illetve okleveles bába hiányában előírja) ezek alkalmazását. Ettől kezdve tulajdonképpen két minisztérium foglalkozott a bábaképzéssel: az okleveles bábák képzésével a vallás- és közoktatásügyi minisztérium, a másodrendű bábák képzésével a belügyminisztérium. Az előbbiekek képzése a bábaképző intézetekben, az utóbbiaké a közkórházak szülészeti osztályain történt. A világháború végén 13 bábaképző-intézetben és 14 szülészeti osztályon folyt a bábaképzés.

A bábaképzésben nagy haladást jelentett, hogy a kormány 1919-ben a bábaképzők tanfolyamának tartamát 5 hónapról 10-re emelte fel.



Igen érdekes *Tauffer* professzornak, a szülészeti ügyek akkori miniszteri biztosának 1932—33. évben a *bábák értelmi színvonalára és tudására* vonatkozólag végzett vizsgálatainak eredménye. Az akkor működő 5583 bábát (51 kivételével) alaposan megvizsgálták s értelmiségük és képzettségük alapján három csoportba sorolták. Az 5no okleveles bába közül a „megfelelő bába”-k csoportjába („A” csoport) sorozták: 863-at, az „átmenetileg használható” („B”) csoportba: 3087-et, a „teljesen használhatatlanok” („C”) csoportjába: 1109-et. A 434 másodrendű bába közül teljesen hasznavehetetlennek bizonyult 169. A bábák közül 3633-mal végeztették el a háromhetes *ismétlőtanfolyamot*. *Tauffer* professzor keserűen jegyzi meg beszámolójában, hogy „... 2306 olyan személy találtatott a bábaletszámban, kivel foglalkozni teljesen felesleges, mert testi és szellemi fogyatkozásuk kizárja minden értelmi nevelés lehetőségét. E szörnyű személyzetnek mégis módja van az emberiséget életében veszélyeztetni, mert a régi, elavult törvény „horribile dictu” élete végéig feljogosítja a bábagyakorlatra.” *Tauffer* professzor újabb és bizonyos fokig még enyhébb kritikával osztályozta őket az ismétlő tanfolyam után. A hasznavehetetlenek csoportjából ekkor kihagyta azokat, akik az ismétlőtanfolyam végén valami javulást mutattak. Az okleveles és másodrendű bábák csoportjában így együttvéve 981 olyan bábát talált, akiket a tanfolyam után is „teljesen használhatatlannak” jelentett ki.

Ezek az adatok még élesebb megvilágításba kerülnek, ha *Tauffer* professzor 1932. évre vonatkozó egyik adatát ismertetem: Az intézetben kívül előfordult 116.597 szülészeti eset (szülés és vetelés) közül orvos csak 18.830-nál (16.2%) volt jelen, míg a többenél csak bába, — s ezek közt szerepelt a fentebb említett 981 „teljesen használhatatlan” is!

Ezeket látva, a *bábaképzés rendezését igen sürgős feladatnak kell tartanunk*. Ez a rendezés egyrészt megkívánja a másodrendű bábaképzés abbahagyását, illetve (— mert most már évek óta ilyen nem folyik —) a jövőre vonatkozólag is megszüntetését, másrészt az eddigi bábaképzés időtartamának felemelését legalább két évre. Nem kívánok itt e kérdés részleteibe belemenni, csak azt említem meg, hogy a 2. évet elsősorban alaposabb gyakorlati képzésre kellene felhasználni. Ebbe belevonhatóknak tartom a közkórházaknak a képzésre alkalmas szülészeti osztályait. A képzés javításának együtt kell járnia a *bábaillesmények rendezésével*, mert különben nem lehet majd megfelelő jelölteket kapni.

Jelenleg a bábaképző intézetekben a tanfolyamok 12 hónapig tartanak. Felvételre 20—35 éves, legalább az elemi iskola hat osztályát elvégzett nők pályázhatnak. A kérvényezőnek meg kell

jelölnie, hogy a kiképzés után melyik községben óhajt letelepedni, illetve mely intézetbe nyer alkalmazást. Erre azért van szükség, mert csak abban az esetben vétetik fel valaki a tanfolyamra, ha olyan helyet jelöl meg, ahol az alsóbbfokú hatóságok, illetve a megjelölt intézet igazgatójának igazolása szerint szükség van bábára. Ennek az elbírálását régebben a szülészeti miniszteri biztosság végezte, ennek megszűnte óta a belügyminisztérium XIII. ügyosztálya dönt ebben a kérdésben.

## FERTŐTLENÍTŐK (EGÉSZSÉGŐRÖK) KÉPZÉSE.

A fertőtlenítők képzéséről a belügyminiszter gondoskodik. A fertőtlenítő-képző tanfolyamra általában négy-hat elemi iskolával rendelkező férfiak vétetnek fel, akiket a községek választanak ki és küldenek fel a tanfolyamra. A községeket csak a tanfolyamra küldött utazási költségei terhelik.

A tanfolyamot 1909 óta *Budapest Székesfőváros Fertőtlenítő Intézete* rendezi. Tartama négy hét. A hallgatók ezalatt az intézetben laknak, s ott teljes ellátásban is részesülnek. A költségek fedezetéről a belügyminiszter gondoskodik. A hallgatók a tanfolyam alatt apróbb költségeik fedezésére szerény zsebpénzt is kapnak.

A tanfolyam *elméleti és gyakorlati*. A tanfolyam végén háromtagú bizottság előtt *vizsgát* tesznek, amelynek sikeres letétele esetén *bizonyítványt* kapnak.

A tanfolyam szervezése óta kb. 400 tanfolyamot rendeztek, egyenként 15—30 hallgatóval. 1931 óta nem volt tanfolyam.

A tapasztalatok azt mutatták, hogy a hallgatók a tanfolyamon tanultakat egy idő múlva elfelejtették, mert fertőtlenítést aránylag csak ritkán végeztek. Nem lévén állandó elfoglaltságuk, a fertőtlenítő gépekkel sem foglalkoztak, azok gyakran tönkrementek.

A falusi közegészségügyi szolgálat kiépítésével kapcsolatban kívánatosnak mutatkozott, hogy egyelőre, legalább járásonként, egy „egészségőr” alkalmaztassék. A fertőtlenítők és az egészségőrök alkalmazásának kérdését, nézetem szerint, egybe lehetne kapcsolni. *A fertőtlenítést az egészségőrökre lehet bízni, ha megfelelően képzett egészségőröket alkalmazunk.* Ezért 1939. év első felében a fertőtlenítők képzését a tanfolyamon az egészségőri ismeretekkel kiegészítették.

Az első *egészségőri és fertőtlenítő tanfolyam* 1939. június 5-től július 9-ig tartatott a Székesfővárosi Fertőtlenítő Intézetben. A tanfolyamra 21 hallgatót vettünk fel. A felvételi feltételek közt

6 elemi iskolai végzettség szerepelt, de néhányan a Kárpátaljáról — kivételesen — 4 elemi iskolával kerültek be a tanfolyamra.

A tanfolyam tárgyai három csoportba sorolhatók: az *egészségőri teendőkkel*, a *mentési ügyvel* és a *fertőtlenítéssel* kapcsolatos tudnivalók csoportjába.

Az egészségőri munkával kapcsolatos előadások tárgykörében a közigazgatás szervezeteire vonatkozó elemi ismereteken kívül a közegészségtan legegyszerűbb kérdéseivel ismerkedtek meg. Szolgálatuk közben különösen a környezet-egészségügy kérdései fogják őket foglalkoztatni, ezért ezekről részletesebben volt szó. A házak, kutak, árnyékszékék, az udvar tisztaságának és higiénéjének, a szemét, a szennyvíz eltávolításának kérdései mellett a piac-higiéné, az étel-miszer kezelésének, eltartásának, szállításának, a tejnek és tejtermékek kezelésének kérdésével foglalkozott részletesebben az előadó. Megtanulták azt is, miképpen kell a helyszíni vizsgálatokat végezniök, miképpen kell jelentéseiket elkészíteniök. Mindezeket a kérdéseket gyakorlatilag is — amennyire négy hét alatt lehetett — elsajátították.

Meg kell állapítanom, hogy ez a tanfolyam első kísérlet volt az egészségőri képzés kialakítására. A tanfolyam vezetőjének és előadóinak véleménye szerint is *túlrövid a négy hét* ahhoz, hogy ezeket az ismereteket megemésszék. A tanfolyamot a jövőben legalább három hónapra kell meghosszabbítanunk.

## HÚSVIZSGÁLÓK KÉPZÉSE.

Az állatorvosoknak a húsvizsgálat teendőiben képzésének a kérdése a vallás- és közoktatásügyi, illetve a földművelésügyi kormányzat feladata és problémája. Ugyancsak a földművelésügyi kormány feladatkörébe tartozik a laikus húsvizsgálók képzése is. Ez közbiztonságok, négyhetes tanfolyamok keretében történik.

A községi-, körorvosoknak a húsvizsgálat körüli feladatokban képzése a községi orvosi tanfolyamok keretében történik. Ez elméleti előadásokból és a székesfővárosi közbiztonságok tartott gyakorlati képzésből áll. Az erre rendelkezésre álló idő legfeljebb arra elég, hogy a húsvizsgálat elemeit elsajátíthassák. Tekintettel arra, hogy a jelenleg hathetes községi orvosi tanfolyam máris meglehetősen zsúfolt, a húsvizsgálati teendőkben való képzésre szánt óraszámot szaporítani és ezáltal a képzést alaposabbá tenni egyelőre nem tudjuk.

## HALOTTKÉMEK KÉPZÉSE.

Mint egy előbbi fejezetben ismertettük, a törvény elsősorban a községi-, körorvosok feladatává teszi — elsősorban a székhelyükön — a halottkémlést. Az orvostanhallgatók az egyetemen, a törvényszéki orvostanban és a kórbonctanban sajátítják el azokat az ismereteket, amelyek alapján a halottkémlést el tudják végezni. Ennek adminisztrációs lebonyolítási módját pedig a községi-, körorvosi tanfolyamon tanulják meg.

*Képesített* (nem orvos, u. n. laikus) *halottkémnek* azt lehet alkalmazni, aki írni-olvasni tud, erkölcsi tekintetben ellene nincsen kifogás és a halottkémi *vizsgát* letette. Kevés kivétellel tehát elemi iskolai végzettségű egyénéről van szó, akiknek a képzést a tisztiorvos adja, aki ezért 40 pengő díjat számíthat fel az érdekelt községnek. A „laikus” halottkémek ezután a tiszti főorvos előtt vizsgáznak, amiért 20 pengőt kell lefizetni a belügyminisztériumnak, a magánfelek részére végzett vizsgálatokért befolyó összegek csekkszámájára.

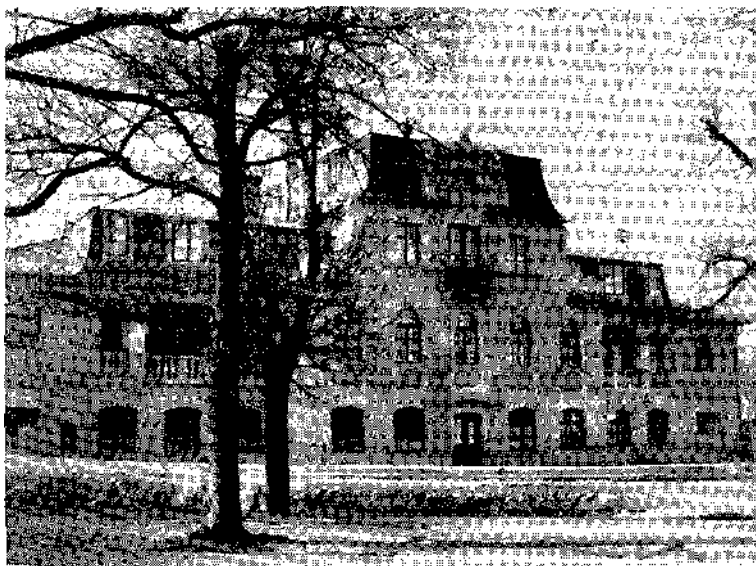
A tisztiorvos a halottkémet — amennyire ez egyáltalán lehetséges — megtanítja a halál, a tetszhalál, az erőszakos halál, a fertőző betegségekben történt elhalálozás jeleire, a teendőire, az iratok kiállításai és kezelési módjára. Ezekből a kérdésekből kell azután a tisztifőorvos előtt vizsgáznia.

Nem kérdéses, hogy ezek a laikus halottkémek nehéz feladatoknak megfelelni nem tudhatnak. Még valamivel hosszabb tanfolyamon sem lehetne őket erre jól kiképezni. Így a halottkémiés ügyében nem az a problémánk, hogy miképpen lehetne jobban kiképezni a laikus halottkémeket, hanem az, hogy miképpen lehetne ezt a feladatot — laikus halottkémek helyett — orvosokra bízni.

# A KÖZEGÉSZSÉGÜGY INTÉZMÉNYEI A FALUN.

## EGÉSZSÉGHÁZ.

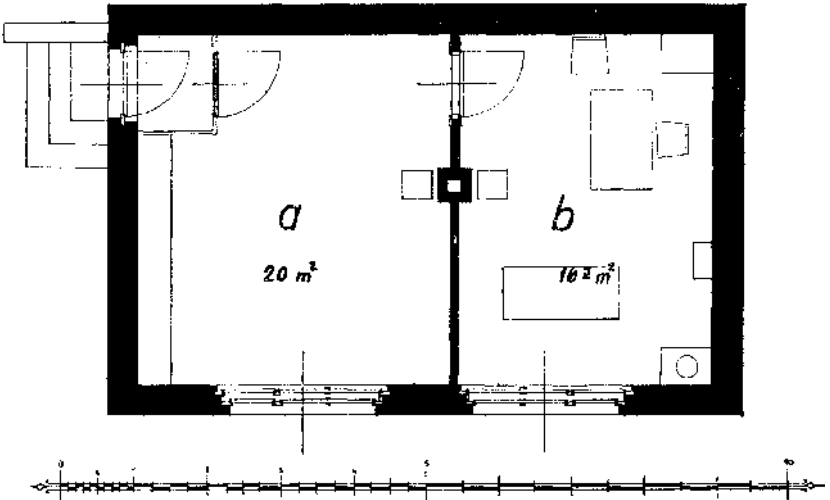
Az „egészségház” fogalmának megjelenése egybeesik a *családi egészségvédelmi rendszer* kialakulásával. Amidőn a különböző egészségvédelmi ágazatok a családi egészségvédelem rendszerében egymással összekapcsoltattak, ennek természetes következménye volt a törekvés, hogy az összekapcsolt szolgálatok egy helyen, egy házban helyeztessenek el. Az egészségház annak a racionalizáló törekvésnek megnyilvánulása, amely a közegészségügyi célkitűzések szaporodásával arra törekszik, hogy a falvakban az egészségvédelmi munka végzésére szolgáló helyiségek a feltétlenül szükséges minimumra korlátoztassanak. Kétségtelen ugyanis, hogy bizonyos egészségvédelmi tanácsadások — megfelelő időbeosztással — az egészségügyi szempontok veszélyeztetése nélkül ugyanazokban a helyiségekben lebonyolíthatók. Közös váróhelyisége is lehet több tanácsadó helyiségnek. A tanácsadóhelyiségek takarítása, fűtése,



28. A Gödöllői Járás Egészségház.

felügyelete is olcsóbban oldható meg, ha ezek egy épületben vannak.

Az „egészség ház” („Health Center”) kérdésével — mint ezt egy másik fejezetben ismertetem — a Népszövetségnek egy erre kiküldött bizottsága 1930-ban Budapesten tartott értekezletén foglalkozott részletesebben. Ugyanez a kérdés megvitatásra került az 1931. év nyarán Genfben tartott „Európai Falugészségügyi Értekezlet”-*tn*. Az értekezlet tárgya azonban inkább az intézmény és kevésbé maga a ház volt. Az egészség ház — mint épület — kér-



29. „C” mintájú egészség ház alaprajza.

a — Váró. b = Tanácsadó.

désével több állam foglalkozott. A népszövetségi értekezleten kialakult vélemény szerint az egészség háznak, mint *intézménynek* — az említett értekezletek — két típusát különböztették meg: egy kisebb („primary”, „községi”) és egy nagyobb („secondary”, „járási”) egészség házat. E különböző fejlettségű és munkakörű intézmények elhelyezésére szolgáló házak is ennek megfelelően különböző nagyságúak.

Hazánkban az első egészség ház Mogyoródon (gödöllői járás) 1928-ban, a második Gödöllőn épült az 1929. év folyamán. A mogyoródi Egészség ház három helyiségből (váró, tanácsadó, zuhanyfürdő) álló szerény épület, míg a gödöllői Egészség ház a mai napig létesített egészség házak között a legnagyobb.

Eleinte igen szerény összegek állottak egészség házak építése céljából rendelkezésre. Ezeket az összegeket elsősorban meglévő

házak átalakítására, a célra alkalmassá tételére használtuk fel. Az egyes években létesült, illetve most épülő egészségházak számát a következő adatok mutatják:

1928 .....	1	1934 .....	3
1929 .....	1	1935 .....	1
1930 .....	2	1936 .....	2
1931 .....	1	1937 .....	7
1932 .....	—	1938 .....	10
1933 .....	4	1939 .....	23 (az év közepéig).

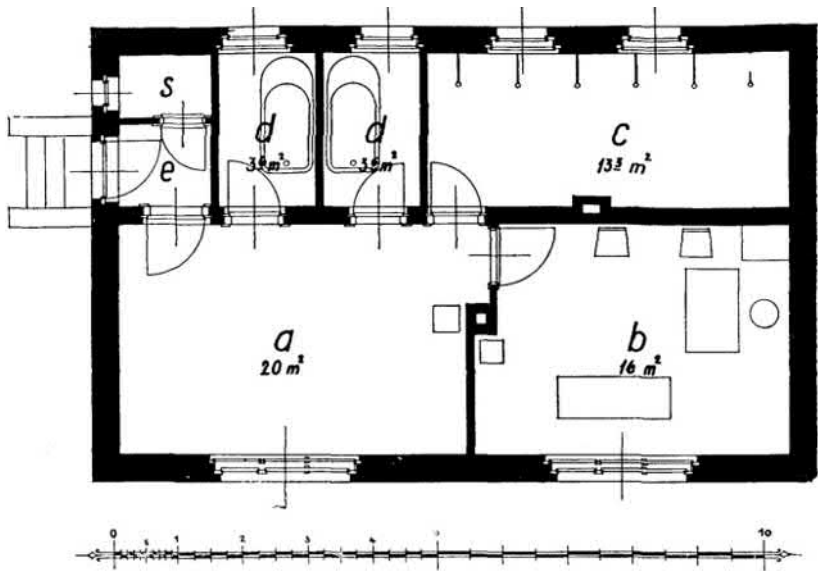


30. „C” mintájú egészségház Ostoros községben.

Az egészségházak *nagyságát* az illető községben folytatandó egészségvédelmi munka méreteihez kell szabni. Városban, esetleg járási székhelyen épülő egészségházban néha a *m. kir. tisztiorvos hivatali helyiségei* is elhelyezést nyernek. Olyan esetben, amidőn az általános egészségvédelmi szolgálat mellett az illető községben még *szakvédelmi tanácsadó* (anya- és csecsemővédő-intézet, tüdőbeteg-gondozó, nemibeteg-gondozó) is van, célszerű ezeket is az egészségházban elhelyezni.

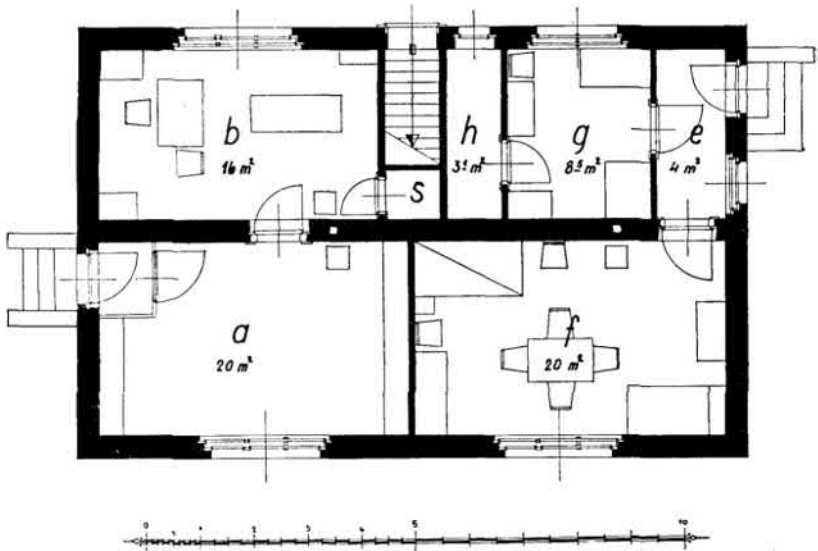
A *védőnői lakást* lehetőleg az egészségházban helyezük el: ez kb. 20 m<sup>2</sup>-es szobából, 8—9 m<sup>2</sup>-es konyhából, előszobából és kamrából áll.

Községekben épülő egészségházakban többnyire *zuhanyfürdőt* is létesítünk, rendszeren öt zuhanyrózsával. A zuhanyfürdő váró- és vetkőzőhelyisége rendszeren az egészségház várószobája. Az iskolás



31. „B<sub>1</sub>“ mintájú egészségház alaprajza.

$\alpha$  = Váró.  $b$  = Tanácsadó.  $c$  = Zuhanyozó.  $d$  = Fürdőszoba.  $e$  = Előszoba.  $s$  = Takarítóeszközök.



32. „B<sub>2</sub>“ mintájú egészségház alaprajza.

$\alpha$  = Váró.  $b$  = Tanácsadó.  $e$  = Előszoba.  $f$  = Lakószoba.  $g$  = Konyha.  $h$  = Kamra.  $s$  = Takarítóeszközök.



gyermekek itt ingre vetkőznek, az inget pedig a zuhanyszobában vetik le.

Ismételten előfordult, hogy a község közönsége azzal a kéréssel fordult hozzánk, hogy a zuhanyfürdő mellé egy-két *kádfürdőt* is építsünk. Indokolásul azt hozták fel, hogy a községben más fürdőlehetőség nincs. Az idősebb emberek nem szeretnek zuhanyfürdőt venni. A kádfürdőért díjat lehet szedni (rendesen 50 fillértl egy fürdőért); az ebből származó bevétel könnyíti az ingyenes! iskolásgyermekekfürdetés anyagi terhein. Az utóbbi időben a leg-) több zuhanyfürdő mellé két kádfülkét építünk.

Mint említettem, az egészségházak nagysága és bizonyos fokig



33. „B<sub>2</sub>” mintájú egészségház Ócsödön.

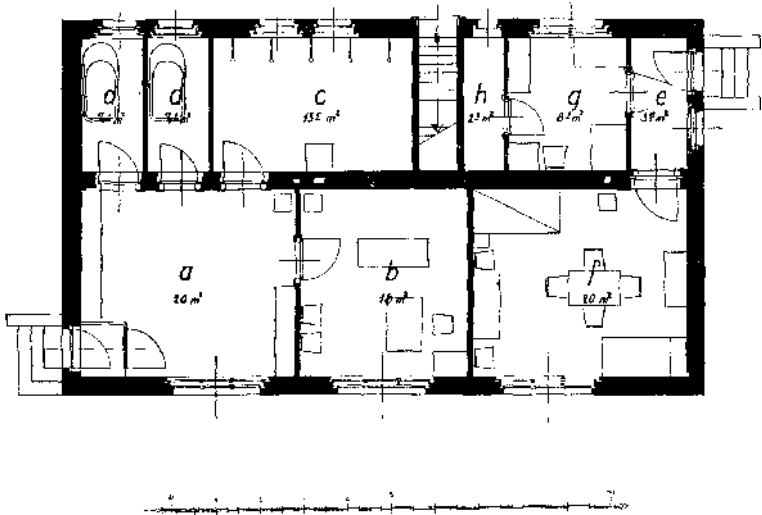
a beosztása is a helyi viszonyok szerint változik, mégis lassan bizonyos *típusok* alakultak ki. Ezek mérnöki kidolgozása az Országos Közegészségügyi Intézet *Egészségügyi Mérnöki Alosztályának* volt a feladata. Az alosztály vezetője, *Vass Elemér* mérnök, munkatársaival, elsősorban *Pinkert András* mérnökkel minden részletében tanulmányozta az egészségházakban folyó munkát, s ehhez szabták az épület és a berendezés tervét. Az Intézet *Külső Munkák Osztályának* vezetőjével, *Gaál András dr.* közegészségügyi főfelügyelővel együtt bizonyos egészségház típusokat állapítottak meg. Most, amidőn nagyszámú egészségház épül, az Intézet ezeknek a típusterveknek nagy hasznát veszi. Pinkert mérnök tanulmánya kapcsán ismeretem a következőkben azokat az elveket, amelyek szerint mérnökeink az egészségházak épületét, azok berendezését tervezik.

A kis, rendesen 1000—2000 lélekszámú vagy még ennél is kisebb, ú. n. bekapcsolt községekben „C” típusú egészségház épül. Ez kisebb a Népszövetség elnevezése szerinti „primary health

center” egészségházánál, s megfelel annak, amit az említett népszövetségi értekezlet „branch center”-nek nevezett. A „C” típusú egészségház csak váró- és tanácsadószobából áll. Ez olyan községben épül, ahol a védőnő nem lakik helyben. ,

A nagyobb, 2—4000 lélekszámú, ú. n. *székhely községekben*, ahol a védőnőnek állandó lakóhelyet kell biztosítani, ott „B<sub>2</sub>” *mintájú egészségházakat* létesítünk.

Ez az egészségház az említett két helyiségen kívül a védőnő



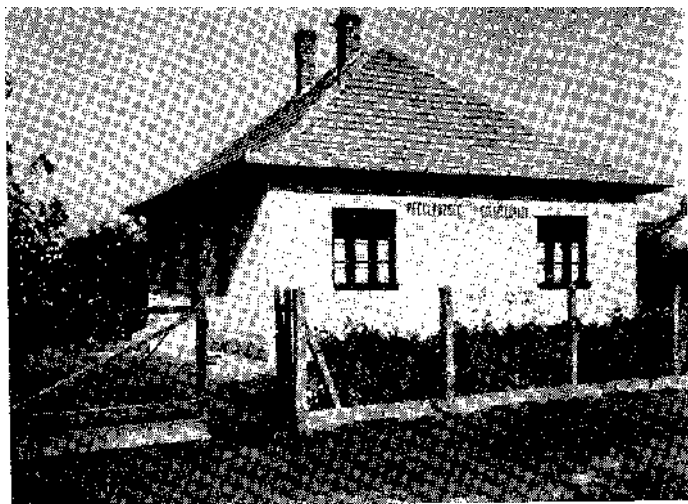
34. „A” mintájú egészségház alaprajza.

a = Váró. b — Tanácsadó, c = Zuhanyozó, d = Fürdőszoba, e = Előszoba. f = Lakószoba.  
g = Konyha, h = Kamra.

lakását is magában foglalja. A lakás lakószobából, előszobából, konyhából és éléskamrából áll. A fűkamra és az árnyékszek az épületen kívül, az udvarban van elhelyezve. Ahol erre szükség van, illetve a fedezet erre előteremthető, ott az egészségházban az iskolás gyermekeknek zuhanyfürdő, a felnőtteknek pedig egy-két kád-fürdő készül. Ilyen egészségház a „B<sub>1</sub>” *mintájú*, amelyben zuhanyfürdő és két kád-fürdő van, de védőnői lakás nincs.

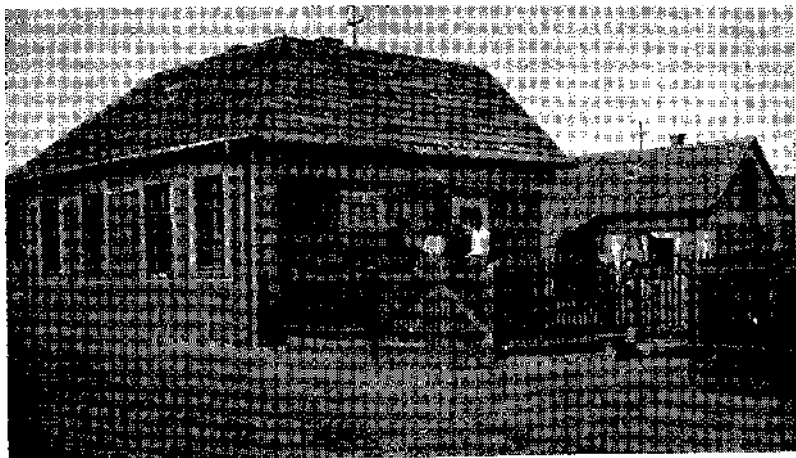
Ilyen egészségház létesítése akkor indokolt, ha a község a védőnő részére megfelelő külön lakást tud biztosítani. Egyébként — rendszeren a 4—6000 lélekszámú községekben — „A” *mintájú egészségházat* építünk, mely a „IV *mintájú egészségház helyiségei* mellett még a védőnő lakását is magában foglalja. Ez felel meg a Népszövetség nomenklatúrája szerint a „primary health center”-nek („községi egészségház”).

Ha a nagyobb lélekszámú község egyszersmind járási központ is, akkor ott az úgynevezett „K” mintájú (vagyis „Központi”)



35. „A” mintájú egészségház Pécelen.

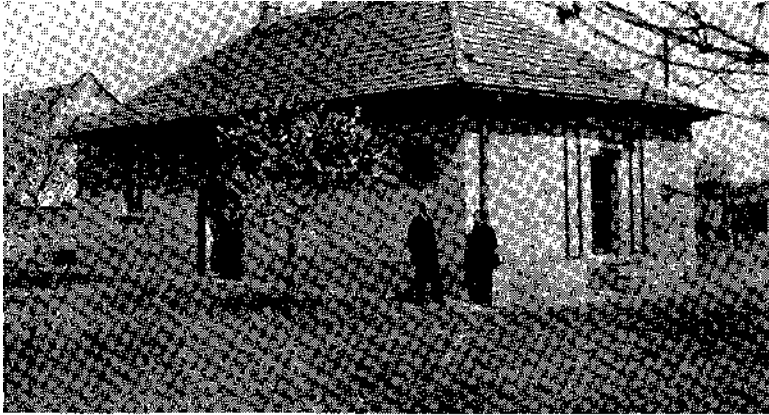
egészségház létesítését vesszük tervbe, amelyben az „A” mintájú egészségház helyiségein kívül a tüdőbeteg gondozás céljaira szolgáló külön váróhelyiség, iroda, tanácsadóhelyiség, laboratórium, rönt-



36. „A” mintájú egészségház,  
mögötte a védőnői lakás és zöldkeresztes kút, Vác-szentlászlón.

gen- és pneumothorax-szoba is van. Ez megfelel az u. n. „secondary health center” típusának („járási egészségház”).

Új egészségház építéskor a gazdaságosság szempontjára mindig nagy súlyt helyezünk. Arra törekszünk, hogy az egészségház egyes helyiségeinek *méretei* olyanok legyenek, hogy bennük a munka jól lebonyolítható legyen. Viszont a takarékoság okából ügyelünk arra, hogy ne legyenek a szobák nagyobbak, mint amilyenre valóban szükség van. A típus-méreték megállapítása céljából *Pinkert* mérnök tanulmány tárgyává tette a különböző típusú egészség-

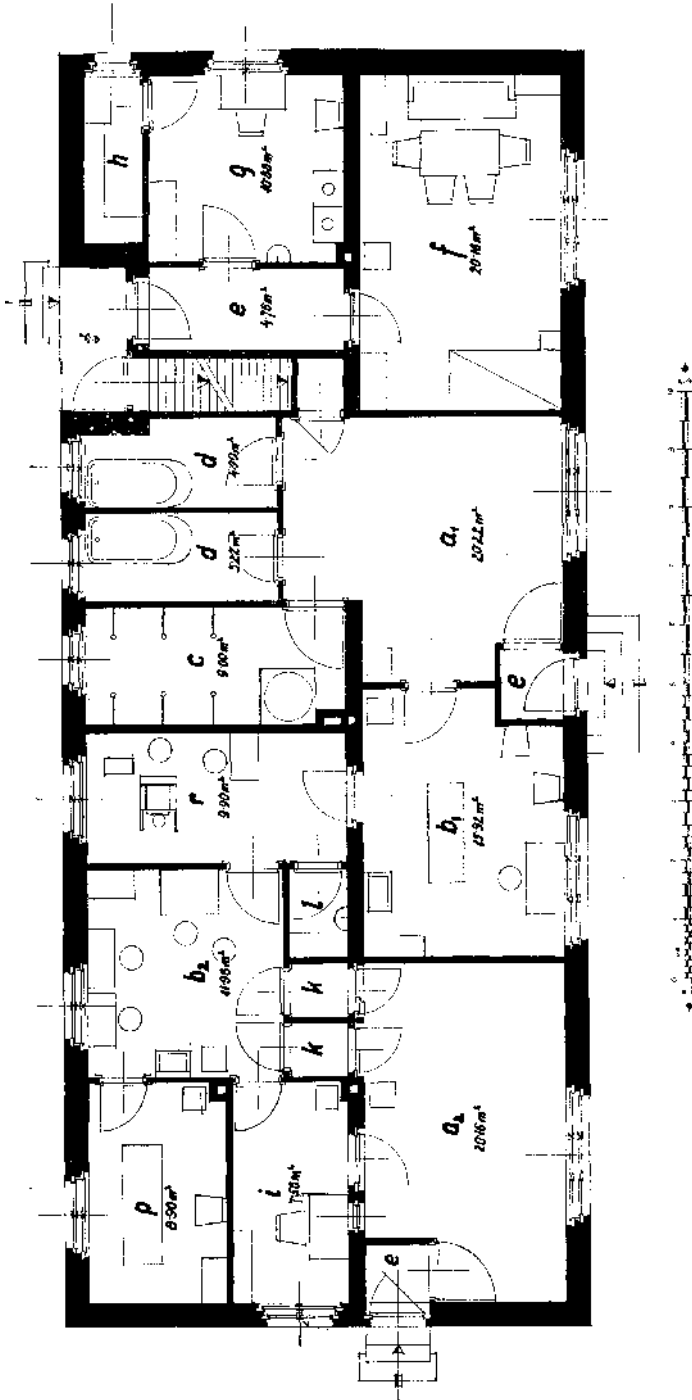


37. „A” mintájú egészségház Madaras községben.

házak helyiségeiben folyó munkát, illetve tevékenységet; ennek alapján megállapította az egyes helyiségek minimális nagyságát és ehhez szabta azok célszerű és gazdaságos méreteit. Az ő tanulmányából származnak az alábbi adatok:

„Egységsházaink legnagyobbbrészt földszintes épületek. Az építésügyi szabályzatok előírását figyelembe véve, a helyiségek magasságát 3 m-ben állapítottuk meg; a helyiségek térbeli méretei az alapterület megadásával egyértelműen meg vannak határozva.

Közlöm e tanulmány fontosabb adatait, hogy ezzel kapcsolatban is utalhassak arra, hogy milyen fontosnak tartjuk — az alapelvek helyessége mellett — a részletkérdések jó megoldását.

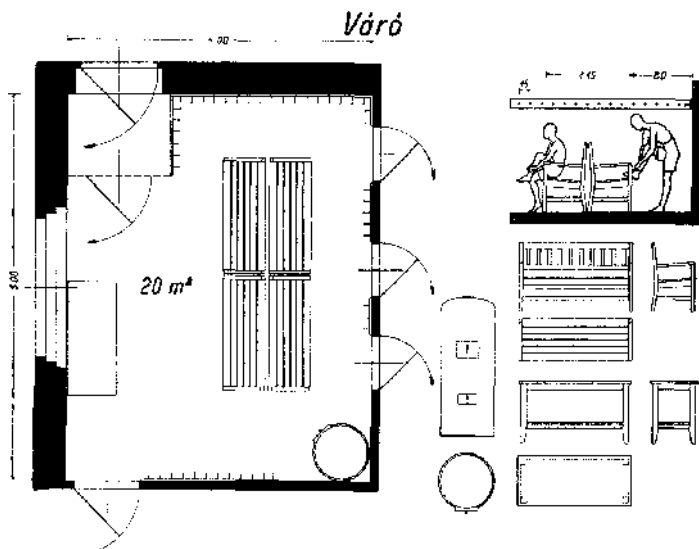


38. „K” mintájú (központi) egészségház alaprajza.

= Zöldkeresztes várószoba. *b* = Zöldkeresztes tanácsadó. *c* = Fürdőszoba. *a*<sub>3</sub> = Tüdőbeteg várószoba. *b*<sub>2</sub> = Tüdőbeteg tanácsadó. *e* = Előszoba.  
 = Iroda. *k* = Vetkőzőfülke. *i* = Sétélkamra. *m* = Folyosó. *p* = Pneumothorax. *r* = Röntgen. *f* = Zöldkeresztes védőnő lakószobája. *g* = Zöldkeresztes védőnő konyhája. *h* = Zöldkeresztes védőnő kamrája. *t* = Tornác.

Az egészségház épületében először a *váróhelyiségbe* jutunk (1. 39. sz. ábra).

Alapterületének megállapításánál figyelembe kellett vennem azt, hogy egy tanácsadási napon az orvos, nagyobb megterhelés nélkül, csak húsz jelentkezőnek adhat tanácsot és ezért a váró alapterületét e létszám befogadásának megfelelően állapítottam meg oly módon, hogy mind a húsz jelentkező részére ülőhely legyen biztosítható. Ezenfelül a közlekedéshez szükséges területnek is rendelkezésre kell állnia. Amennyiben valamelyik közszégen tanácsadásra egyszerre



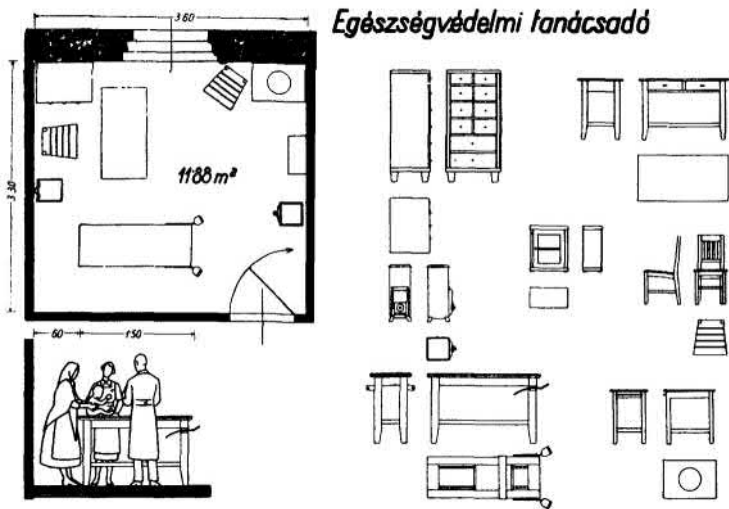
39. Egészségház váróhelyisége.

húsznál többen jelennének meg, a tanácsadási napok számát kell növelni.

Egy ember ülőhelye 50 cmX85 cm — 0.425 m<sup>2</sup> területet foglal el. Minden ülő ember előtt közlekedésre 50 cmX.50 cm = 0.25 m<sup>2</sup> terület számítható. Húsz ember részére tehát 20 X 0.675 m<sup>2</sup> = 13.5 m<sup>2</sup> terület szükséges. A bejárati ajtótól a tanácsadó helyiség ajtajáig legfeljebb 5 m hosszú, 50 cm széles járóút szükséges 2.5 m<sup>2</sup> területtel. E helyiségben elhelyezett pólýázóasztal 0.98 m<sup>2</sup>-t, a melegvizet szolgáltató berendezés kazánja 1 m<sup>2</sup>-t, a szélfogó 1.46 m<sup>2</sup>-t, a két ajtó nyitáskor 0.3—0.3 m<sup>2</sup>-t vesz igénybe. A helyiség szükséges alapterületét tehát ezek összegéből 20 m<sup>2</sup>-ben állapíthattam meg, 5X4 mérettel. Ha az ilyen méretű helyiségben négy padon csak tizenkét ülőhely áll rendelkezésre, a többi jelentkező pedig áll,

akkor, mivel egy álló ember csupán  $50 \times 50 \text{ cm} = 0.25 \text{ m}^2$  területet foglal el, tizenkét ülő ember mellett még 29 ember állhat. A helyiségben tehát, szükség esetén, egyszerre 41 ember is elfér. Számításom helyességét — amely tanácsadásonként húsz ember megjelenéséből indult ki — igazolja a gödöllői egészségházban 1933.

évben összeállított statisztikai adat, amely szerint ott 865 tanácsadási napon 14.588 ember jelent meg, amiből egy tanácsadási napra átlag 17 ember jut. Azokon a napokon, amikor tanácsadás nincs, az iskolafürdővel rendelkező egészségház várója a tanulók öltöz-



40. Egészségház tanácsadóhelyisége.

ködésére használható. Mivel a zuhanyozót (hat zuhanyrózsával) egyszerre 18 gyermek használhatja, közben pedig a másik 18 gyermek vetkőzhet, a 36 gyermek ruháinak elhelyezésére szolgáló fogsokról kell gondoskodni. Az öltözködést a 18 gyermek a négy padon kényelmesen elvégezheti.

A tanácsadásra várakozók egyenként, vagy gyermekeikkel a tanácsadóhelyiségben jelentkeznek, ahol a védőnő az íróasztal mellett az egyéni kartotéklapokra rávezeti a szükséges adatokat.

Az orvosi vizsgálatra szolgál a vizsgáló asztal. Ezenkívül mosdót, kályhát, két székelt, esetleg kvarclámpát és személmérleget kell ebben a helyiségben elhelyezni. Az íróasztalnak az ablaktól való 30 cm-es távolsága, az íróasztal 1,2 m hosszúsága, a vizsgálóasztal kiszolgálásához szükséges 60—60 cm széles járófelület, a

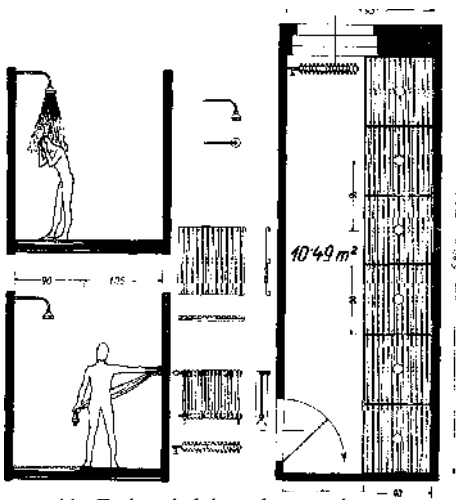
szolgálásához szükséges 60 cm széles járófelület, a vizsgálóasztal 1.5 m hosszúsága és az ajtónyílás 90 cm-es helyszükséglete alapján 3,6 m. A helyiség minimális területét tehát 12 m<sup>2</sup>-ben állapíthattam meg. Eddig épített egészségházainkban a tanácsadó általában 16 m<sup>2</sup> területű volt.

A *zuhanyozó helyiség* az iskolásgyermek és leventék fürdésére szolgál.

Ebben a helyiségben öt vagy hat zuhanyállást létesítünk. Minden zuhanyt egyszerre három gyermek használhat, tehát egyidőben 15 —18 gyermek fürödhet. Egy zuhanyállás 90 cm széles területet foglal el és így a helyiség hossza 5 X 90 cm = 4.5 m, illetve

6 X 90 cm = 5.40 m. A cö-

### Zuhanyozó



41. Egészségház zuhanyozója.

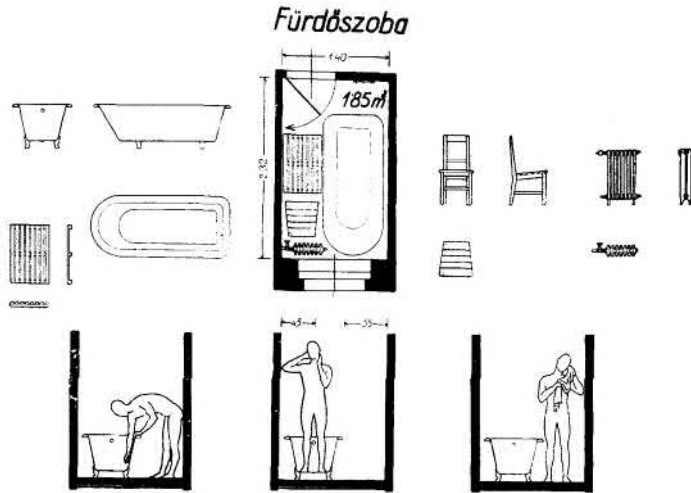
rülközést általában a várókban szokták végezni, előfordulhat azonban, hogy a zuhanyozókban törülköznek. Ez a művelet 1.5 m széles helyet igényel a 90 cm széles zuhanyozósávval párhuzamosan. A zuhanyozó szélessége tehát legalább 1.95 m legyen. A zuhanyozó területe tehát 8.78 m<sup>2</sup>, illetve 10.57 m<sup>2</sup>.

A zuhanyrózsák egyszerre működnek, közülük azonban egy külön is működésbe hozható abban az esetben, ha csak egy személy kívánja a zuhanyfürdőt igénybe venni. Felnőttek azonban

szívesebben használják a kádfürdőt és használatáért fürdési díjat is hajlandók fizetni. Az így befolyó díjból az iskolafürdő fűtőanyag-szükségletének körülbelül a felét lehet fedezni. Ezért legalább egy, de inkább két kádfürdőhelyiségre van szükség. A fürdéshez és a fürdőhelyiségek fűtéséhez szükséges melegvizet központi melegvízfejlesztő szolgáltatja, melynek kazánja rendszerint a váróhelyiségben van felállítva. A hidegvizet szolgáltató elektromos vagy olajmotor pedig a pincében, vagy külön e célra épített aknában, vagy kamrában helyezhető el.

A *kádfürdő helyiségének* szélességét a kádban álló felnőtt ember 45 cm-es könyökszélessége, a fürdőkád 40 cm-es felszélessége és a törülközéshez szükséges 55 cm szélességű tér együttesen 1.4 m-ben,



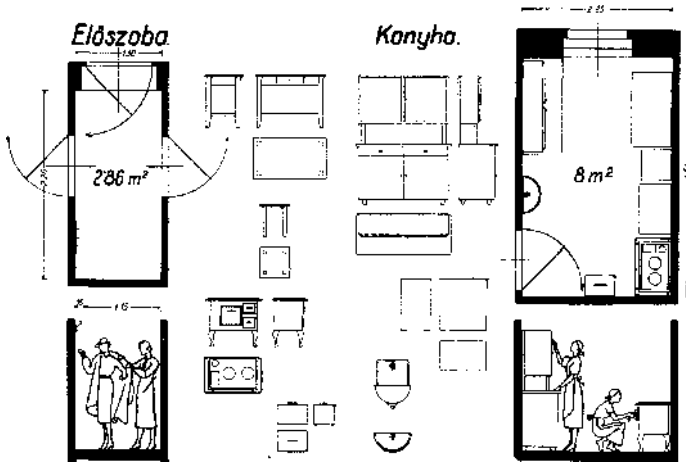


hosszát a kádnak a faltól való 5 cm-es távolsága 1.82 m-es hossza és az ajtó nyitásához szükséges 45 cm hosszúságú tér összesen 2.32 m-ben határozza meg. Területe tehát  $1.4 \text{ m} \times 2.32 \text{ m} = 3.25 \text{ m}^2$ . A védőnő lakószobája méretének megállapításánál figyelembe veendő, hogy ez a helyiség nemcsak hálásra, hanem napközi tartózkodásra is szolgál.



Bár a budapesti építésügyi szabályzat 177. §-a az egy szobás konyhából álló lakás lakószobájának legkisebb alapterületét

15 m<sup>2</sup>-ben állapítja meg, mégis e lakószoba területét a következő számítás alapján 20 m<sup>2</sup>-re kellett vennem. A lakószoba egyik méretét az 1-05 m széles ágy, a 80—80 cm széles járőfelület, a székek elhelyezéséhez szükséges 60—60 cm távolság, az asztal 1.2 m-es hosszúsága és a szekrény 60 cm szélessége összesen 5.65-mben, másik méretét pedig a 60 cm szélességű járőfelület, a székek elhelyezéséhez szükséges 60—60 cm szélesség, az asztal 80 cm-es szélessége és az ajtó nyitásához szükséges 90 cm széles terület összesen 3.5 m-ben szabja meg. Alapterülete tehát 5.65 m X 3.5 m— 19.8 m<sup>2</sup>. Az ed-



44. Védőnő konyhája és előszobája.

dig létesített egészségházainkban is 20 m<sup>2</sup> alapterületű lakószobát készítettünk.

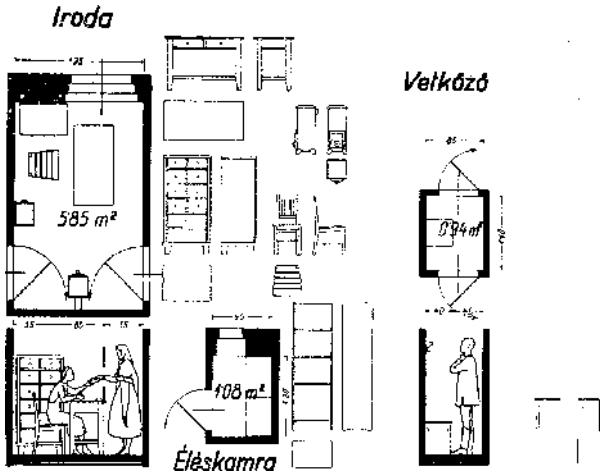
A lakószobát a konyhától az előszoba választja el.

Az *előszobában* a 15 cm széles ruhafogas és a kabát kényelmes le vetéséhez szükséges 1.15 m-es széles terület 1.3 m szélességet kíván. Az előszoba hossza pedig olyan legyen, hogy a bejáró ajtó kinyitásához szükséges 55 cm hosszú területen kívül a konyhaajtó részére 90 cm és ezen túl még 60 cm hosszúságú falfelület maradjon szabadon. Az előszoba területe tehát 1.3 m X 2.2 m = 2.86 m<sup>2</sup>.

A *konyha* szélessége a következő méretekből tevődik össze: a konyhaszekrény szélessége 55 cm, két személy részére szükséges járőfelület 1,15 m széles és a takaréktűzhely szélessége 55 cm. Ez együttvéve 2.25 m. A konyha hossza 3.55 m, mert a takaréktűzhely 98 cm hosszú, a fásláda hossza 92 cm, a konyhaasztal hossza 1,2 m, a konyhaszék pedig 45 cm széles. Területe tehát 3.55 m X 2.25 m = 8 m<sup>2</sup>. Az eddig felépített egészségházainkban 9—10 m<sup>2</sup>-es konyhákat létesítettünk.

Az *éléskamra* a konyhából, vagy az előszobából nyílhat és akkora legyen, hogy benne a védőnév élelmiszerkészletét elhelyezhesse. E célra 40 cm széles polcos állvány helyezendő el benne, mely előtt 50 cm széles járófelület szükséges. Az állvány hossza 1-2 m lehet. Az éléskamra alapterülete tehát 90 cm X 1,2 m—1,08 m<sup>2</sup>.

Az épületben beépített *padlásfeljáró* van. Ennek szélessége 0,6 m, hossza pedig 255 m, mert így tudjuk a 34 m magasságot leküzdeni. Alapterülete tehát 96 cm X 255 m = 245 m<sup>2</sup>. A lépcső alsó fokainak felhajtásával, vagy feltolásával ugyanitt helyezhető



45. Iroda és vetkőzőhelyiség.

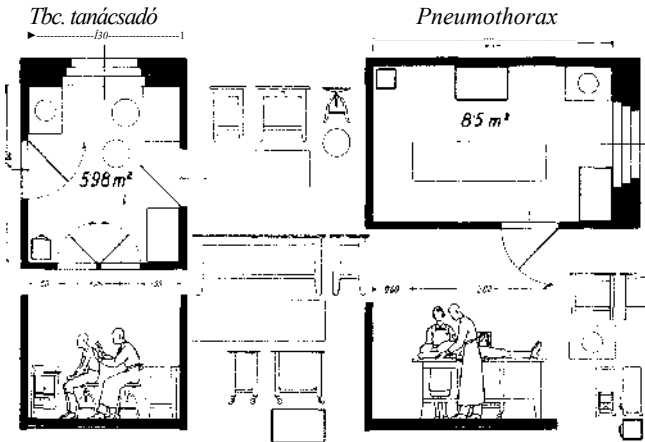
el a pincébe való lejárattal is. A padláslépcső alatti tér túlsó oldali bejárattal raktárhelyiségnek használható.

A járási központban létesítendő „K” típusú egészségház a tárgyaló helyiségeken kívül tüdőbetegek gondozásához szükséges helyiségekkel bővül. A tüdőbetegek külön bejárattal jutnak az egészségvédelmi résztől teljesen elkülönített gondozóhelyiségekbe.

A járás különböző községeiből összegyülekező tüdőbetegek váróhelyisége az egészségvédelmi rész várójával azonos méretű, 20 m<sup>2</sup> alapterületű. A váróból nyíló W. C. elhelyezése is ajánlatos. A W. C.-ben elhelyezett kagyló és a szükséges mozgás részére 1 m X 60 cm-es terület kell, a fülke legkisebb területi mérete tehát 1 m X 80 cm = 0,88 m<sup>2</sup>.

A betegek a váróból a *felvételi irodába* jutnak. Itt a védőnév a szükséges adatokat felveszi, a betegek testsúlyát és hőmérsékletét lemérj és őket a tuberkulinpróba előkészíti. Az irodahelyiség munkának akkor felel meg, ha az 55 cm széles kartotékszekrény, a 85 cm széles íróasztal és az előtte álló beteg 55 cm széles helyszük-

ségele biztosítva van. A szoba szélessége tehát 195 m. Az iroda hosszát az ablak előtti 50 cm széles szabadterület, az 1 m hosszú íróasztal és az ajtó elhelyezésére szükséges 1.5 m hosszú falterület 3 m-ben határozza meg. Területe tehát  $195 \text{ m} \times 3 \text{ m} = 5.85 \text{ m}^2$ . A védőnő a vizsgálendő betegeket egyenként a két rendelkezésre álló *vetkőző fiülkébe* küldi. Mindegyik *vetkőzőfiülkében* ruha-fogas és 40 cm széles szék van elhelyezve. A *vetkőzés* 45 cm széles és 11 m hosszú helyen kényelmesen elvégezhető, tehát a *vetkőzőfiülke* mérete  $85 \text{ cm} \times 1.1 \text{ m} = 0.93 \text{ m}^2$ .



46. Tüdőbeteg tanácsadó az egészségházban.

A derékig levetkőzött betegek egyenként jelennek meg törzslapjukkal az orvos előtt a *tanácsadóhelyiségben*. Az orvos a fizikális vizsgálatot: a kopogtatást és a hallgatózást ülve vagy állva végezheti és ezért az íróasztal 55 cm szélességén kívül 125 m széles mozgási területet és 50 cm mosdó szélességet számítva, a helyiség szélessége 23 m-ben, hossza pedig a 80 cm hosszú műszerasztal, az 1 m hosszú ajtószélesség és a 80 cm íróasztal figyelembevételével 2.6 m-ben állapítható meg. Területe tehát  $23 \text{ m} \times 26 \text{ m} = 6 \text{ m}^2$ , így a helyiségben egyszerre több beteg is megjelenhetik az orvos előtt, hogy a tuberkulinpróba stb. elvégezhető legyen. Ha a beteget lefektetve kell megvizsgálni, úgy erre a célra a szomszédos pneumothorax-szobában lévő fektető asztal vehető igénybe.

A köpet-, kvalitatív vizelet-, vérszejtsüllyedés vizsgálat és az ezekkel kapcsolatos mikroszkópi vizsgálatok a tanácsadás után az e célra létesített külön *laboratóriumban* végeztetnek el. Az itt elhelyezett 50 cm széles laboratóriumi asztal, az 1.1 m széles járóterület és a 40 cm széles műszer- és vegyszerszekrény összesen 2 m

szélességet foglal el. A helyiség hosszát pedig meghatározza az ablak előtt lévő 50 cm-es mikroszkóp asztal, az 1.1 m hosszú laboratóriumi asztal és a savkiöntő és kályha elhelyezésére szükséges 90 cm széles hely. Hossza tehát 2.5 m, területe  $2 \text{ m} \times 2,5 = 5 \text{ m}^2$ .

Az orvos a röntgenvizsgálatot és pneumothorax kezelést a berendelt betegeken külön napon végzi. Ilyen kezelésben azonban egy napon kellő gondossággal csak 12 beteg részesíthető. A betegek az irodahelyiségen keresztül 12 személy vetkőzésére alkalmas helyiségen át jutnak a *röntgenszobába*. Ez a vetkőző  $\Gamma 3$  m széles és 1'8 m hosszú, alapterülete tehát  $234 \text{ m}^2$ . A vetkőzőhelyiség tompa zöldfénnyel világítandó meg, a röntgenszobába való bejárata pedig még fényzilippel is ellátandó. E célra legalkalmasabb az ajtónyílás külső és belső felületére vastag fekete pamutfüggönyt erősíteni, úgy, hogy ezek között 50 cm távolság legyen. A röntgenhelyiség ablaka és a sötétkamrába nyíló ajtaja szintén ilyen fényzilippel látandó el.

A röntgenhelyiségben lévő röntgenkészülék főképen tüdő átvilágítására szolgál és ennek megfelelően stabil átvilágító állványa van. Az átvilágítás 70—80 kilovolt csúcspeszültségű lágy sugarakkal történik. A tervezésnél tehát figyelembe kell venni azt, hogy ha a röntgenszoba mellett az üzem folyamán állandó tartózkodásra szolgáló helyiség lenne, úgy a szekundersugaraktól való védelem érdekében az elválasztó tömör téglafal olyan vastag legyen, hogy a szükséges 1 mm ólomegyenértékű védelmet biztosítsa. Ehhez 15 cm vastagságú téglafal már elegendő.

A röntgenhelyiség nagyságára és elhelyezésére vonatkozólag a Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének beadványa, melyet a Budapesti Orvosi Kamara Elnökségéhez intézett, azt a kívánságát fejezi ki, hogy a röntgenlaboratórium száraz, jól szellőzhető, fűthető, tágas helyiség legyen, ahová a napfény is eljuthat. Alapterülete  $25 \text{ m}^2$ -nél kisebb, magassága pedig 350 m-nél alacsonyabb ne legyen. Az itt kívánt méretek betartása a falusi egészségházak röntgenszobáinál nem szükséges, mert mint már említettem, egy vizsgálati napon legfeljebb 12 beteg átvizsgálását szokták elvégezni a pneumothorax kezelés és a laboratóriumi vizsgálatok mellett. Egészségházainkban a röntgenszoba méretét ezért a következőképpen állapítottam meg: a röntgenlámpák faltól való távolsága 55 cm, fényképfelvétel készítésénél a filmet a röntgenlámpától 15 m távolságra kell elhelyezni, a fényképezőgép kezeléséhez pedig még 35 cm széles hely szükséges. A szoba szélessége tehát 2.4 m. Ilyen szélesség mellett a röntgenlámpa előtt az átvilágító állvány, a beteg, az átvilágító er nyögés az orvos kényelmesen elfér és mögötte járásra még kellő szélességű út is van. A röntgenszoba hosszúsága 3.5 m legyen,

mert a röntgenkészülék a gördíthető kapcsoló asztallal 14 m széles, a vizsgálatra kerülő 5 beteg pedig 2-1 m hosszú területen foglalhat helyet. Területe tehát  $24 \text{ m} \times 35 \text{ m} = 84 \text{ m}^2$ .

A röntgenszoba mellett elhelyezett *sötétkamra* a felvételek előhívására szolgál. Benne 1.06 m hosszú és 40 cm széles asztalon négy előhívótál, oldalt pedig 30 cm széles asztalkán a kazetták helyezhetők el. Mozgásra 60 cm  $\times$  70 cm-es területet vettem fel. A sötétkamra területe  $1,06 \text{ m} \times 1 \text{ m} = 1,06 \text{ m}^2$ .

A pneumothorax kezelés elvégzésére a tanácsadóból nyíló külön *pneumothorax szoba* áll rendelkezésre. Fektetett kezelést feltételezve a szoba szélessége 23 m, mert a pneumothorax készüléket tartó gördíthető műszerasztal 50 cm széles, a 60 cm széles fektető kiszolgálásához pedig 60—60 cm járóterület szükséges. A szoba hossza 37 m. Mivel a 2 m hosszú fektetőasztal kiszolgálásához 60—60 cm széles járóterület és a második műszerasztal elhelyezésére pedig 50 cm széles hely kell, területe tehát  $23 \text{ m} \times 37 \text{ m} = 851 \text{ m}^2$ .”

Az eddig épült legnagyobb falusi egészségházunk: a *Gödöllői Járási Egészségház*. (Épült 1929-ben.) Ennek nagyobb méreteit az szabta meg, hogy részben itt folyik az egészségügyi személyzet 'gyakorlati kiképzése az egészségvédelmi munkakörben. A tisztiorvos hivatali helyiségein kívül itt nyertek elhelyezést a gödöllői anya- és csecsemővédőintézet, a járási tüdőbeteg gondozó, iskolafogászat, mentőállomás, iskolai zuhanyfürdők, az ide gyakorlati képzésre beosztott egészségügyi személyzet internátusi szobái, étkező- és társalgóhelyiségei. Itt van a tisztiorvos és a mentőállomás autója részére a garázs is. Mellette külön épületben 20 ágyas szülőotthon van.

Az egészségházak építésével kapcsolatban felmerülő sokféle kérdés közül igen sok gondot okozott a *falusi zuhany fürdők* technikai megoldásának módja. Amidőn kb. tíz évvel ezelőtt az első egészségházakkal kapcsolatban az első falusi zuhanyfürdőt létesítettük, egy ötrózsás zuhanyfürdő berendezés ára két kádfürdővel együtt átlag 8000 pengő volt. Mivel ezt túl költségesnek tartottuk, megkértük *Vass Elemér* intézeti mérnököt, törekedjék a berendezést egyszerűsíteni és ezáltal árát lecsökkenteni. Az elmúlt öt év alatt ez neki sikerült is. Ma egy falusi zuhanyfürdő teljes berendezése 5 zuhanyállással, két kádfürdővel, villanymotorral és hydrophor-berendezéssel kb. 3500—4500 pengőbe kerül.

Vass mérnök szerint a 6000 lélekszámúnál kisebb faluban az iskolásgyermekek fürdetésére általában elég a 6 zuhanyrózsa. A *fürdetés legcélszerűbb módja* is jól kialakult. A fürdés rendszeren a védőnő vezetése alatt történik. A kis gyermekek hármával állanak

egy zuhanyrózsa alá. A gyermekek először 2—3 percig melegvizet zuhanyt kapnak. Ezután a védőnő elzárja a vízcsapot, s a gyermekek beszappanozzák, ledörzsölik magukat. Ezután újra megnyitja a csapot, s a meleg vízben a gyermekek lemosják magukat. A törülközés rendszeren a váróhelyiségben történik. Tapasztalás szerint óránként 4 csoportot lehet megfürdetni.

A zuhanyozóhelyiség falait ma már nem borítjuk csempével, mert az igen drága (s a réseken a vizet is átengedi), hanem 2 méter magasságig fehér cementsímitással vagy portlandcementbe dörzsölt budai fehér símitással látjuk el. A padló vörösre színezett portlandcement símitású.

Az egészségházakban készített *legegyszerűbb zuhanyfürdő berendezés* Vass mérnök szerint a következő: Az épület közelében elhelyezett kútból kéziszivattyúval a padlástérben elhelyezett víztartályba hajtjuk fel a vizet, ahonnan saját súlyánál fogva jut le a keverőcsaptelephez és a kazánba. A vizet kazánban melegítjük fel és a felmelegített vizet egy ú. n. központi keverőcsaptelepen hideg vízzel keverjük és az így előállított megfelelő hőfokú víz jut tovább a zuhanyrózsához. A keverőcsaptelepet a védőnő kezeli és így elkerüljük azt, hogy a gyermekek esetleg forró vízzel leforrázzák magukat.

Ha nagyobb fedezet áll rendelkezésre, úgy gépi berendezéssel ellátott fürdőberendezést létesítünk. Ahol villanyáram van, ott elektromotorral nyomjuk fel a kútból a vizet, a padlástérben elhelyezett tartályba, ahol pedig villanyáram nincs, ott benzinmotorral. Legköltségesebb, de legkényelmesebb berendezés az ú. n. automatikus hydrophoros berendezés: létesítésének azonban előfeltétele, hogy villamosáram álljon rendelkezésre. E berendezésnél nincs szükségünk a padlástérben elhelyezett tartályra, mert a csőben uralkodó víznyomás automatikusan kapcsolja be és ki a szivattyút hajtó elektromotort. Egészségházakban az automata kapcsolót szabályozó víznyomás alsó határa 1 atm., felső határa pedig 3 atm. A szivattyúból a víz egy 50—100 liter űrtartalmú légüstbe jut és onnan tovább a vezetékbe. Ha a vízzel telt vezeték egy csapját megnyitjuk, a vezetékben és a légüstben a víznyomás csökkenni fog, mindaddig, míg 1 atm.-ra nem süllyed, akkor az automata kapcsoló megindítja a szivattyút és az addig jár, míg a víz nyomása újra el nem éri a 3 atm.-át.

A víz melegítését *kazánban* végezzük. Egészségházaknál ennek két válfaját alkalmazzuk. Az egyik az ú. n. egyesített boiler-kazán, a másik az úgynevezett külön boiler-külön kazán. Az egyesített boiler-kazán előnye, hogy olcsó és valamivel kevesebb tüzelőanyagot

fogyaszt, mint a másik típusú kazán, hátránya azonban, hogy gyorsabban vízkövesedik, mert a kazán vize állandóan cserélődik és agresszív víz használata esetén a kazánban hosszabb ideig álló víz nagy vastartalmú lesz. A külön kazán és külön boiler alkalmazása esetén a boiler a kazán felett van elhelyezve, mint fekvő henger és a kazánban felmelegített víz zárt csőkiágynon jut a boilerbe és onnan vissza a kazánba. Tehát mindig ugyanazzal a vízzel melegítünk, amivel a kazánkö képződését nagyban csökkentjük.

Egy gyermek fürdetésének önköltségi ára a zuhanyfürdőben 1,5—2 fillér, a kádfürdőé pedig 17—20 fillér. Az iskolás gyermekek fürdetése általában ingyenes. Felnöttek a zuhany fürdő használatáért rendszerint 10 fillért, a kádfürdőért 30—60 fillért fizetnek. Ilyenformán a legtöbb esetben a kádfürdőből beszedett díjak jórészt fedezik az iskolás gyermekek ingyenes fürdetésének költségeit.

Fürdőberendezések költsége a következő: Gépi berendezés nélküli, padlástérben elhelyezett tartályú és egyesített boiler-kazános fürdőberendezés ára kb. 2600 pengő. A fenti berendezés elektromotorral felszerelve kb. 3000 pengő. Hydrophoros berendezéssel, egyesített boiler-kazánnal felszerelt fürdőberendezés ára kb. 3500 pengő. Hydrophoros berendezéssel, külön boiler-külön kazánnal felszerelt fürdőberendezés ára 4000—4500 pengő. Az árak öt zuhanyrózsára és két kádfürdőre vonatkoznak. A zuhanyfürdőben egy gyermekre átlag 20—25 liter vizet kell számítani.

Tovább folynak a kísérletek az Országos Közegészségügyi Intézet mérnöki alosztályán, *miképpen lehetne még egyszerűbben és mégis praktikusán megoldani a falusi zuhanyfürdőt.* Vass mérnök kísérletképpen Istenmezején készített egy ilyen olcsóbb berendezést. Itt a kútból golyóscsapágyas kerek, kézihajtású szivattyú nyomja fel a vizet a padlason lévő tartályba, ahonnan a szükséges mennyiségben egy nyitott üstbe bocsátható le. Itt felmelegítjük a vizet, belebocsátjuk a kazán mellett lévő bádoggal keverő tartályba, ahol hideg vízzel a kívánt hőfokú fürdővizet elkészítjük. Innen egy kis szárnyszivattyúval felnyomjuk a padlason lévő bádogtartályba, amely a zuhanyrózsákat vízzel táplálja.

Ennek a berendezésnek az ára kb. 2000 pengő. Hátránya, hogy kétszer kell a vizet szivattyúzni. Viszont előnye, hogy *egy gyermek fürdetése zuhany alatt csak kb.  $\frac{3}{4}$  fillérbe kerül,* egy kádfürdő önköltsége pedig csak kb. 6 fillér.

A fürdőből kikerülő szappanos szennyvizet egy kb. 1 m<sup>3</sup> űrtartalmú ülepítő medencébe vezetik, ahonnan szikkasztón keresztül bocsátják a talajba. Ülepítő medence nélkül mérnökeink tapasztalata szerint a szappanos szennyvíz hamar eltömi a talaj hézagait.



## ÓVODA.

Az óvodák feladatkörét az 1891. évi XV. t.-c. a következőképpen határozza meg: „A kisdédováás feladata a 3—6 éves gyermekeket, egyfelől ápolás és gondozás által a szülők távollétében érhető veszélyektől óvni, másfelől rendre és tisztaságra szoktatás, valamint ügyességöknek, értelmüknek és kedélyüknek korukhoz mért fejlesztése által őket testi, szellemi és erkölcsi fejlődésükben elősegíteni.

A törvény meghatározása az óvodák részére *három jeladatkört* jelöl meg: a 3—6 éves gyermekek *egészségügyi gondozását, szociális gondozását és nevelését.* A törvény végrehajtása a vallás- és közoktatásügyi miniszter feladata volt.

Az óvoda fentemlített három feladata közül általában a nevelésügyi fejlődött ki legjobban, míg a másik kettő: az egészségügyi és szociális gondozás a háttérbe szorult. Egyes helyeken az óvodát az elemi iskola előkészítőjének tartván, az óvodai foglalkoztatásba a tanítást is belekapcsolták.

Már *gróf Klebelsberg Kunó* vallás- és közoktatásügyi miniszter elhatározta, hogy az óvodák elhanyagolt gondozási feladatkörét kiépíti. Ezért elsősorban az óvónők képzését akarta egészségügyi és szociális ismeretekkel kiegészíteni. *Petri Pál* államtitkárral és *Quint József* tanítóképzői igazgatóval 1926-ban tett külföldi tanulmányutunk alapján terjesztettem elő az óvodaépületre, az óvoda feladatkörére és az óvónőképzésre vonatkozó *egészségügyi kívánalmakat.* Ezt a következőkben foglalhatom össze.

1. Az egészséges óvodaépület és ennek higiénikus berendezésének típusa attól függ, hogy a gyermekek csak bizonyos számú órát töltenek-e ott délelőtt és délután, vagy egész nap ott tartózkodnak-e? (csak óvoda vagy egyúttal napközi otthon is).

Utóbbi esetben az óvodának rendelkeznie kell a gyermekek mosdásához, étkeztetéséhez, pihentetéséhez szükséges helyiségekkel, illetve berendezésekkel. A legkisebb ilyen típusú óvodában szükség van a játszósobában és toilletten kívül ruhatárra (esetleg a folyosónak elzárható része), mosdósobára, lehetőleg fedett játszótérre és udvarra.

2. Minél szegényebb néprétegből kapja az óvoda a gyermekeket, annál nagyobb gondot kell fordítani arra, hogy a gyermekek egészségét, tisztaságát ellenőrizze, az esetleges otthoni mulasztásokat pótolja. A gyermeket szoktassa hozzá, hogy a környezetét is tisztán tartsa. Erre a munkára az egészségügyi védőnő a legalkalmasabb, de ahol ez még nincs, az óvónő nézzen utána, hogy milyen viszonyok közt lakik a gyermek. A gyermekeket időnkint orvossal meg kell vizsgáltatni és az esetleges hibákra, fogyatkozásokra a szü-

lőt figyelmeztetni kell. Az a szülő, aki kora reggeltől estig az óvoda gondjaira bízta a gyermeket, feltételezi, hogy az óvoda gyermekének nemcsak szellemi, hanem testi fejlődésével is törődik. Ebben a korban, amikor az egészségügyi mulasztások később a gyermek életében sokszorosán és helyrehozhatatlanul megbosszulják magukat, a gyermeket napjának legnagyobb részére gondjai alá fogadó intézet nem lehet egyoldalúan pedagógiai intézmény, hanem a gyermek szellemi képességeinek fejlesztése mellett, mint éppen ilyen fontos



4J. Kisdedothon udvara Szentistván községben.

feladat, reáharul a gyermek testi fejlődésének ellenőrzése, irányítása is.

Vitatható, hogy *helyes-e a napközi otthonok számát nagyon emelni* és propagandát kifejteni oly irányban, hogy minél több szülő helyezze el gyermekét egész napra ezekben a napközi otthonokban? Nem tettem magamévá az akkori bécsi népjóléti hivatal vezetőjének, *Tandler* professzornak a kívánságát: „Alle Kinder in Kindergärten zu erfassen, sowie sie fast ausnahmslos im schulpflichtigen Alter von unseren öffentlichen Schulen bereits erfasst sind, ist eine gerechte Forderung. Sie zu erfüllen, ist Ziel vernünftiger Wohlfahrtspflege, wenn auch der Weg zu diesem Ziel kostspielig und langwierig ist.” Nem helyeseltem ezt a gondolatot, mert ő a jövőben csak egy típusú óvodát akart látni, ahol a gyermekeket

egész napra kiveszik a szülők gondozásából. Nézetem szerint ez nem helyes törekvés: a *fiatal gyermeknek legmegfelelőbb környezet: a családja. A család a legalkalmasabb a gyermekben szunnyadó egyéni képességek felkeltésére, ezek fejlesztésére, irányítására.* Az állami gyermekvédelemben is arra törekszünk, — ha a gyermek a saját családjánál nem maradhat —, hogy egy másik családba illeszszük bele. Tisztában vagyunk azzal, hogy a *napközi otthonok nem tudják pótolni a szülőket.* A napközi otthonok tőlük telhetőleg a legjobban törekszenek a szülők helyébe lépni ott és arra az időre, ahol a szülők napközben munkában vannak és így a gyermekekre nem ügyelhetnek. Hangsúlyoztam azt is, hogy az óvoda nem iskola, hanem gondozó és nevelő intézmény.

3. Az óvoda feladatának fentebb adott meghatározása mellett önmagától adódik, hogy a modern óvónőképzésben a gyermek egészségének kérdésével az eddigiéknél többet kell foglalkozni. Az óvónőnek a gondjaira bízott gyermekkel szemben, sok esetben a nap nagy részében, az anyát kell helyettesítenie. Az anyákat iskolákban, előadásokon törekszünk megtanítani arra, hogy ügyeljen gyermekének egészségére. Mennyivel inkább meg kell erre tanítanunk az óvónőt, aki egész sereg anyát helyettesít. Az orvos — különösen kis falusi óvodákban — nincs mindig kéznél. Közelebb juthatnánk az ideális megoldáshoz, ha az óvónő mellé egészségügyi védőnőt alkalmazhatnánk minden óvodában. Ez egyelőre kivihetetlen, ezért az óvónőt kell kiképezni azokban az elemi egészségügyi ismeretekben, amelyekre a gyermekek nevelése közben ezek testének ápolása, a fertőző betegségek felismerése stb. céljából szükség van.

Az óvónőképző intézetben az egészségtan elméleti előadásában tehát nem elég az óvónő (felnöttek) egészségével foglalkozni, (mint azt egyes tantervekben láttuk, ahol hosszasan beszélnek az alkoholizmusról, a venereás betegségekről stb.), hanem foglalkozni kell a 3—6 éves gyermekek egészségtanával. Az elméleti tanítást gyakorlati oktatással kell kiegészíteni. Nem elég egyszerűen ajánlani, hogy járjanak el pl. csecsemővédő intézetek rendelkezéseire (mint ezt Franciaországban teszik). Egyrészt az óvónők nem csecsemőkkel foglalkoznak, másrészt kérdés, hogy el fognak-e járni; hanem a tantervbe felveendő az elméleti tanítás mellé gyermekmenhelyekre, kórházak gyermekosztályaira, esetleg fertőző osztályokra kötelező bejárás.

Előterjesztéseinknek meg volt az az eredménye, hogy az *óvónőképzés tartamát* a vallás- és közoktatásügyi miniszter *négy évre emelte fel és képzésükbe az egészségügyi kérdéseket az eddiginél nagyobb mértékben belekapcsolta.* A negyedik évben pedig a növendékeket mintaóvodákban gyakorlatilag oktatják.

Hogy az óvodáknak a gyermekvédelem rendszerébe kapcsolása lehetővé váljék, *Hóman Bálint* vallás- és közoktatásügyi miniszter *vitéz Kozma Miklós* belügyminiszter kérésére 1936-ban hozzájárult, hogy az *óvodák a belügyminiszter hatáskörébe adassanak át.*

Az 1936. évi XXIII. t.-c. intézkedett ilyen értelemben, fenntartván a vallás- és közoktatásügyi miniszter hatáskörét az óvodák nevelési felügyelete tekintetében. A törvénnyel kapcsolatban kiadott végrehajtási utasítás a közigazgatási bizottság népoktatásügyr albizottságának az óvodákkal kapcsolatos feladatkörét a kiegészített közegészségügyi albizottságra, a kir. tanfelügyelő hatáskörét pedig — a nevelésügyi felügyelet kivételével — am. kir. tiszti főorvosra ruházza.

A trianoni ország területén jelenleg *1163 óvoda van*, amelyekbe *'mintegy 110.000 gyermek jár.* Ezek jellegük szerint a következőképpen oszlanak meg:

Állami .....	411	Evangélikus .....	2
Községi .....	479	Izraelita .....	1
Rom. kat.....	171	Magán .....	38
Református .....	8	Egyesületi alapítvány.....	53

Ezenkívül 46 állandó, és 125 nyári menedékház van. Az állandó menedékházak egyszerűbb óvodák, amelyek vezetői régebben dajkák voltak. Most csak okleveles óvónőket enged a belügyminiszter ezzel a feladattal is megbízni. A *nyári menedékhelyek* csak az év egy részében a nagy mezei munkák idején működő, a magukra hagyott gyermekek megóvására szolgáló igen hasznos intézmények.

Az óvodától a *napközi otthon* abban különbözik, hogy míg az óvodákban többnyire délelőtt és délután, bizonyos órákban tartózkodnak a gyermekek, addig a napközi otthonokban egész nap ott vannak s reggel és délben étkeztetésben is részesülnek.

Az elmúlt évben kartotéklapokon *részletes adatfelvételt készítettünk az összes óvodákról.* A trianoni ország nagy- és kisközségeiben lévő 741 óvoda és állandó jellegű menedékház adatait a 48—50. sz. táblázatokban ismertetem.

Az egészben *igen alacsony a napközi otthonos óvodák száma*, jöllehet sokfelé ez lenne a kívánatos típus. Anélkül, hogy erre vonatkozólag a részletes adatokat közölném, megemlítem, hogy az óvodahelyiségek átlagos alapterülete 368 m<sup>2</sup>, átlagos magassága 3.5 méter. 1891. évi XV. t.-c. gyermekenként legalább 0.8 m<sup>2</sup>-nyi tért ír elő. Az összeírás szerint egy gyermekre átlag 15 m<sup>3</sup>, illetve 6.4 m<sup>3</sup> jut. Ez elég lenne, ha nem lennének emellett egyes nagyon zsúfolt óvodáink. Az óvodaépületek falai 54.3% -ban alul szigetelve

## 48. 741 óvoda és menedékház adatai.

vannak; ezek általában szárazak. A nem szigeteltek (45.1%) közt sok a nedves falú. Ez utóbbiak közt vannak azok az óvodák, amelyeknek padlószintje néha a külső talaj szintje alatt van. Az óvodák padlója ma már 98.7%-ban fa. A portalanítás meglehetősen nagy (73,7) százalékban olajjal történik.

## 49. 741 óvoda és menedékház adatai.

Óvoda jellege	Ablakfelület az alapterület %-ában						Mosdóberendezés				Illemhely					
	0—5		5—10		10		van		nincs		vizvezeték		tőzeg		aknás	
	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%
Állami . . . .	—	—	74	26.3	207	73.7	250	89.0	31	11.0	10	3.6	3	1.1	268	95.3
Községi . . . .	9	3.2	118	41.5	157	55.3	248	87.4	36	12.6	2	0.7	8	2.8	274	96.5
Felekezeti . .	3	2.3	41	3.2	84	65.7	112	87.5	16	12.5	17	13.3	2	1.6	109	85.1
Egyesületi stb.	—	—	24	50.0	24	50.0	46	95.8	2	4.2	13	27.1	—	—	34	70.8
Összesen . . .	12	1.6	257	34.7	472	63.7	656	88.5	85	11.5	42	5.7	13	1.8	685	92.5

A 49. sz. táblázat szerint az óvodák 36.3%-ában az ablakfelület kevesebb, mint az óvoda padlófelületének 10%-a, — ami határozottan kifogásolandó. (A kisdédovásról szóló törvény végrehajtási utasítása is az ablakok nagyságára az alapfelület legalább nyolcadát írja elő.) Hogyan szoktassa tisztaságra az óvoda a gyermeket, ha mosdóberendezése nincsen? (Hiányzik 11,5%-ban.) Az illemhelyek a falusi óvodákban gyakran nagyon elhanyagoltak. Pedig itt és az iskolákban kellene elkezdni reánevelni a falusi népet az illemhelyek tisztaságára.

## 5 o. 741 óvoda és menedékház adatai.

Óvoda jellege	Gyermekek átl. összletszáma	Dajkák száma	Átl. gyermek- létszám	Ruhák elhelyezése				Óvodának kútja							
				ruha- tárban		terem- ben		van				nincs			
				szám	%	szám	%	jó		rossz		szám	%	szám	%
								szám	%	szám	%				
Állami .....	18,438	302	66	175	62·3	106	37·7	113	40·2	105	37·4	63	22·4		
Községi .....	16,359	282	58	123	43·3	161	56·7	89	31·3	122	43·0	73	25·7		
Felekezeti .....	10,116	112	79	69	53·9	59	46·1	69	53·9	34	26·6	25	19·5		
Egyesületi stb. ....	3,095	45	64	26	54·2	22	45·8	27	56·2	12	25·0	9	18·8		
<b>Összesen .....</b>	<b>48,008</b>	<b>750</b>	<b>65</b>	<b>393</b>	<b>53·0</b>	<b>348</b>	<b>47·0</b>	<b>298</b>	<b>40·2</b>	<b>273</b>	<b>36·8</b>	<b>170</b>	<b>23·0</b>		

Az 50. sz. táblázat szerint a nagy- és kisközségek óvodáiban 48.008 az átlagon gyermeklétszám. Egy-egy óvodára átlag 65 gyermek jut. A gyermekek számának erős csökkenését mutatja (természetesen az óvodák számának szaporodása mellett), hogy az 1891: XV. t.-c. tiltja, hogy 80-nál több gyermek legyen egy kised-óvónő felügyelete alatt. Ezt a számot ma már csak a nagyobb szaporaságú helyeken közelítik meg, s többnyire csak egyes hónapokban. Negyven gyermek felül írja elő a törvény a kötelező dajkátartást. Sajnos, az óvodák közel felében a foglalkoztató teremben tartják a gyermekek felsőruháját. Aki hideg vagy esős időben szagolta már egyszer az ilyen ruhákkal köröskörül teleaggatott terem levegőjét, átlátja ennek a helyzetnek tarthatatlanságát. Az óvodák 23%-ának nincs kútja, a vizet kannában, vagy vederben hordják oda. Az óvodák 40,2%-ának van közegészségügyi szempontból jó, 36,8%-ban rossz vizet adó kútja. Ez jobb helyzetet jelent, mint amit a falvak közkútjainál találtunk.

E helyzetkép alapján érthető, hogy mindent elkövetünk egyrészt, hogy a meglévő óvodákat rendbehozzassuk, másrészt ott, ahol szükséges, új, megfelelő óvodákat, illetve napközi otthonos óvodákat létesítünk. Ezenkívül a Falu Szociális Alap adományából egyenként néhány ezer pengővel kibővítjük az óvodákat ott, ahol kívánatos, hogy napközi otthon létesüljön. Jelenleg 34 napközi otthon van készülöben és további 64 tervezés alatt.

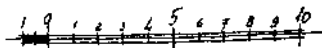
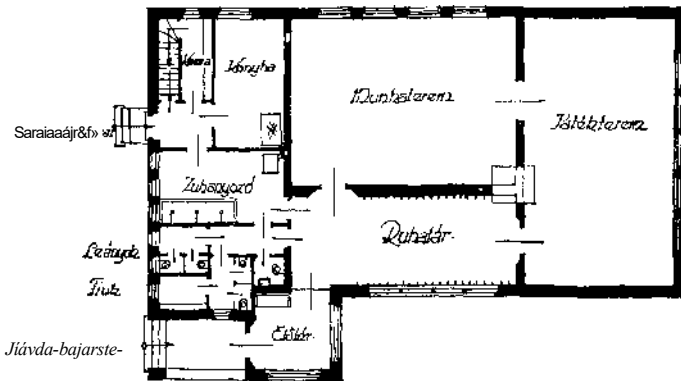
Hogy óvodát, illetve napközi otthont építeni szándékozó községeknek modern óvodamintát adjunk, kérésünkre és a Belügyminisztérium Gyermekvédelmi Osztályának (Hepp Baján Ernő min. tanácsos) útmutatása szerint Kotsis Iván dr. műegyetemi tanár néhány napközi otthonos „mintaóvoda”-tervet készített. Ezek közül egy 60—70 gyermek részére szolgáló legkisebb típus alaprajzát és képét bemutatom. Ennek beépített köbtartalma: 1260 m<sup>3</sup>. A bel-

ügyminisztérium az érdeklődőknek háromféle modeltervet ingyen rendelkezésére bocsát.



51. Napközi otthonos falusi óvoda.  
(Kotsis Iván ár. műegyetemi tanár terve.)

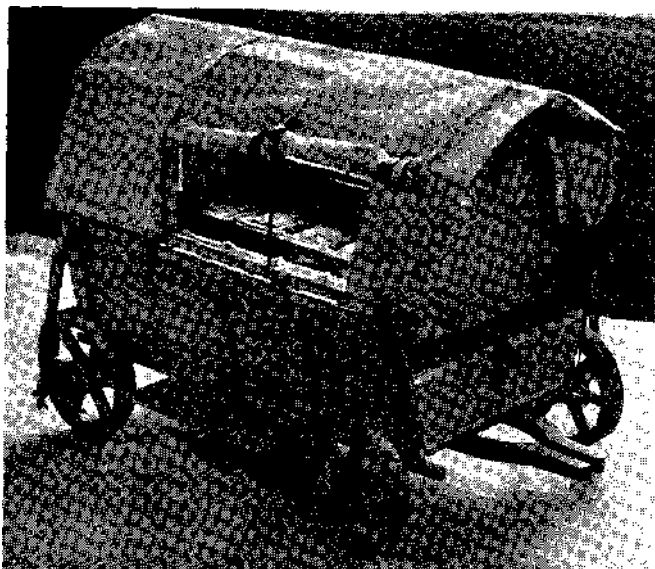
Ilyen típusú napközi otthonos óvodákat a beruházási hitelből építünk; előreláthatólag kb. ötvenet tudunk az idén és a következő években a rendelkezésre álló hitelből létesíteni.



52. Napközi otthonos falusi óvoda alaprajza.  
(Kotsis Iván dr. műegyetemi tanár terve.)

A gyermekek *étkeztetését* a napközi otthonban az óvónő irányítja. Az ételeket szakácsnő készíti. A Nemzeti Népelelmezési Bizottság összeállította, miképen lehet a gyermekeknek napi 20—25 fillérből egyszerű, de tápláló ebédet készíteni. Nagy segítséget je-

lent a zöldkeresztes tej- és cukorakció, amelynek keretében a reászoruló gyermekek ingyen kapják a tejet és a cukrot. Ha az óvoda nincs napközi otthonnal kapcsolatban, úgy a dajka feladata, hogy gondoskodik, hogy a gyermekek a tejet mindig megkapják. Fizetni-képes gyermekek szülei befizetik a gyermek étkeztetésének a költséget. Már az óvodai törvény végrehajtási rendelete (44.000/1892. V. K. M.), illetve az ahhoz csatolt utasítás is beszél „bölcsődék”-



53. A „Vándorbölcsőde” modelje.  
(Montágh Ákosné földbirtokosné terve.)

ről. A bölcsődéket az óvodákkal kapcsolatban tervezi és külön fejezetben beszél az óvodáknak evégből szükséges kibővítéséről. Jelenleg az *Országos Stefánia-Szövetség* törekszik bölcsődéket létesíteni. Az 1938. év végén 54-re emelkedett a Stefánia-Szövetség létesítette „napközi otthonok és bölcsődék” száma. Megemlítem, hogy e Szövetség csak az egy évnél fiatalabb csecsemők elhelyezésére szolgáló intézményeket nevezi bölcsődéknek, a kisdedek ilyen intézményeit pedig napközi otthonnak.

*Bielek dr.* azt ajánlja, hogy a csecsemők elhelyezésére szolgáló napközi otthont „*csecsemőotthon*”-nak, az 1—3 éves kisdedek otthonát pedig „*kisdedotthon*”-nak nevezzük. Javaslatát logikusnak tartom.

Célszerű már a gyermekeket behozó anyák miatt is a különböző korú kis gyermekek elhelyezésére szolgáló intézményeket (nap-



közi otthon, kiseded- és csecsemőotthon) *egy épületben elhelyezni*. A csecsemőotthonok elsősorban az ipari centrumok, gyárak jellegzetes szociális intézményei. Faluhelyen ne erőltessük ezek felállítást, ha valamiképpen elérhető az, hogy az anyák együtt maradjanak csecsemőikkel. A csecsemőgondozást kissé könnyelműen felfogó anyák esetleg azért választják el korán a csecsemőiket, hogy beadva őket a csecsemőotthonba, munkába mehessenek. A gyári csecsemőotthonnak az az előnye, hogy rendszeren a gyárban dolgozó anyák szomszédságában van, s így az anya a megállapított időpontban felkeresheti csecsemőjét, hogy megszoportathassa. Faluhelyen az asszonyok ha beadták a csecsemőjüket, kimennek a mezőre dolgozni, így szoptatásra nem tudnak visszajönni. Ezért egy tisztántúli szociálisan gondolkozó földbirtokosné egy szekérre szerelt bölcsődét konstruált. A szoptató asszonyokat egy csoportban állítják munkába. A *vándorbölcsődét* lovakkal kivontatják a mezőre, egy fa alatt hagyják egy értelmes leány gondozásában. Ha a szoptatás ideje eljön, az anyák a csecsemőiket a szekér körül megszoportatják.

A csecsemő- és kisededotthonokban legcélszerűbb *gyermekgondozónőket* alkalmazni. Ezek egységes képzését a belügyminiszter ez évben rendezte.

Az óvónőket, mielőtt állásba jutnak, hosszabb vagy rövidebb időre beosztjuk valamelyik zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálathoz, hogy a gyermekek legegyszerűbb egészségügyi (tisztasági stb.) vizsgálatának módját megtanulják. A már szolgálatban levő óvónők részére tartott továbbképző tanfolyamok tárgysorozatában az egészségügyi előadások mind nagyobb számmal szerepelnek.

Kívánatos hogy az óvónők az egészségügyi védőnőkkel szoros kapcsolatot tartsanak fenn, mert egymás munkáját kiegészíthetik, megkönnyíthetik és hatásosabbá tehetik.

Ha sikerül a kisededóvónői kar képzésébe a gyermekegészségügy és a gyermekgondozás ismereteit belevinni, ha sikerül az óvodákat, illetve napközi otthonokat megfelelően rendbehozni, berendezni és felszerelni, akkor az *óvodák a j—6 éves korú gyermekek egészségügyi védelmének fontos és értékes intézményei lesznek*. Ha sikerül az óvodákat napközi otthonokká átszervezni és így reászoruló szegénysorsú gyermekeknek ott meleg ételt biztosítani, akkor ezáltal csökkenteni fogjuk azoknak a gyermekeknek a számát, akiket a család azért kénytelen elhagyottá nyilvánítani, mert nincs mit ennie. Így családok együttmaradását tesszük lehetővé és sok társadalmi nyugtalanságnak okát szüntetjük meg.

Ilyen módon kapcsolódik bele a gyermeknevelésügyet szolgáló óvoda a gyermek egészségügyi és szociális védelmébe.

## GYÓGYSZERTÁR.

Magyarországon a gyógyszerészet „közegészségügyi intézmény”. új gyógyszerház felállítását valamely meghatározott helyen a belügyminiszter engedélyezi. Engedélyezés előtt a belügyminiszter a kérvényező gyógyszerészek képzettségének, érdemességének elbírálásán kívül két szempontot vizsgál: egyrészt megvizsgálja, hogy a közönségnek gyógyszerrel ellátása érdekében szükség van-e a kérelmezett helyen gyógyszerháza, másrészt mérlegeli, hogy azon a helyen a gyógyszerház fenntartása biztosítható-e.

A falusi közönség gyógyszerrel ellátása szempontjából kívánatos lenne, hogy minél több, esetleg minden községben legyen gyógyszerház. Ezt a célt azonban megvalósítani nem lehet, mert egy bizonyos lélekszámon aluli községben oly kevés a gyógyszerfogyasztás, hogy az abból származó bevétel nem elég a gyógyszerház megfelelő fenntartására és a gyógyszerész megélhetésére. Ez vezetett a „gyógyszertárak forgalmi köre” fogalom megállapításához. A „forgalmi kör” tulajdonképpen elméleti fogalom, amely feltételezi, hogy a gyógyszerházi forgalmi kör határain belül lakók az illető gyógyszerházból szerzik be a gyógyszereszküszkeletet, feltételezi ezt a helyi adottságok, a közlekedési és útviszonyok alapján. Ha a forgalmi kör meghatározás a helyi viszonyok kellő ismeretében, kellő körültekintés alapján történt, úgy eléggé megközelítheti a való helyzetet. Épp ezért új gyógyszerház felállítása előtt a belügyminiszter meghallgatja az alsófokú közegészségügyi hatóságok, a tiszti főorvos, újabban pedig az Országos Közegészségügyi Tanács véleményét is abban a kérdésben, hogy a kért új gyógyszerház előrelátható forgalmi köre hogyan fogja befolyásolni a szomszédos gyógyszerházak forgalmi körét, nem veszélyeztet-e a szomszédos gyógyszerházak életképességét, nem lesz-e az új gyógyszerház esetleg életképtelen. Hosszú évek alatt kialakult tapasztalat, hogy egy gyógyszerháznak kb. 5000—6000 lelket számláló kör biztosít rendes körülmények közt olyan bevételt, illetve jövedelmet, amely a gyógyszerház fenntartását és a gyógyszerész megélhetését biztosítja. Nagyon szegény vidéken ilyen lélekszámú körzet esetleg túl *kicsi* a fenntartás biztosításához, viszont nagy városban kisebb lélekszámból is bőséges jövedelme lehet a gyógyszerésznek.

Magyarországon — a trianoni területen — 1401 gyógyszerház van, tehát átlag 6400 lakosra jut egy gyógyszerház. A községekben 625 gyógyszerház van. A falusi gyógyszerházi forgalmi körök általában nagyobb lélekszámúak, mint a városiak, ami a fentebb elmondottak alapján indokolt is.

A falu népének gyógyszerellátását javítani hivatottak a *fiókgyógyszertárak* és a *kézi gyógyszerházak* is. Ez utóbbiak tartására csak orvosok kaphatnak engedélyt. Kétségtelen, hogy a kézi gyógy-

szertár a szomszédos nyilvános gyógyszerár, illetve gyógyszerárak forgalmát csökkenti, épp ezért csak a kézigyógyszerárak részére engedélyezett, elsősorban a gyakran használt és sürgős esetekben szükséges bizonyos gyógyszereket és kötszereket szabad azokban tartam. Jelenleg az országban körülbelül 125 kézigyógyszerár van.

A kis falusi ú. n. *törpegyógyszerárak*, ha azok egy bizonyos minimális jövedelmet nem biztosítanak, úgy nemcsak a gyógyszerár tulajdonosának jelentenek súlyos anyagi gondot, hanem *közegészségügyi szempontból is problémát jelentenek*. Jó gyógyszerellátás ugyanis csak megfelelően felszerelt, megfelelő forgalommal rendelkező gyógyszerárak és jól képzett gyógyszerészek mellett biztosítható. Nagyon kis forgalmú gyógyszerár nem bírja el a modern felszerelés, a szükséges laboratóriumi eszközök és gyógyszerellenőrző vizsgálatok költségét. Kis forgalom esetén bizonyos romló anyagok kiadás előtt elromlanak. A gyógyszerész képtelen nagyobb raktárt tartani, minduntalan kifogy valamely gyógyszer. A kis gyógyszerár nem bírja el a segéd tartást. *Atzél Elemér dr.* miniszteri tanácsos adatai szerint a falusi gyógyszerárak 87%-ában a gyógyszerár tulajdonosa segéd nélkül dolgozik. A kis falu gyógyszerése szinte állandóan készenlétben van, házatáját szinte évekig nem hagyhatja el. E téren az utóbbi időben bizonyos haladás van. A falusi gyógyszerész gondjai szaporodnak, ha gyermekei felnőnek s azokat taníttatás céljából városba kell küldenie.

Nehéz megtalálni e kérdéseknek a közegészségügyi és gyógyszerészerdekeket egyaránt kielégítő megoldását. Talán legjobban ezt úgy közelíthetjük meg, ha elősegítjük, hogy egy törpegyógyszerár tulajdonosa a kis faluból nagyobb községbe, onnan később esetleg városba juthasson. úgy ezt, mint a gyógyszerészségédek közül a legérdemesebbeknek gyógyszerárhoz jutását legigazságosabban *nyilvános pályázat* útján lehetne biztosítani. A kis gyógyszerárak hitelkérdésének rendezése további segítséget jelentene a falusi gyógyszerésznek: olcsóbban tudna vásárolni, raktárt tudna tartani.

A gyógyszerészek szociális gondjainak enyhítésében nagy haladást jelent az 1935. évi III. törvénycikk alapján felállított »*Gyógyszerészek Országos Jóléti Alapja*«, amely a reászoruló gyógyszerészeknek, gyógyszerészözvegyeknek és árváknak ad rendszeres segítyt. Ez az intézmény Atzél Elemér dr. miniszteri tanácsos vezetése alatt rövid idő alatt szépen megerősödött és kiindulópontja lehet a gyógyszerészi nyugdíjintézetnek.

A *gyógyszerészek képzése*, sajnos, nem megfelelő. Kívánatos a már hosszú évek óta tervezett s tudtommal már teljesen kidolgozott új gyógyszerészképzési rend bevezetése. A gyógyszerészek ezt maguk érzik és *továbbképző tanfolyamok* segítségével maguk törek-szenek a képzésben mutatkozó hiányon segíteni.

# B E T E G E L L Á T Á S .

A falun a betegellátás orozslánrészt a községi-, körorvosok végzik. Magánorvos a falun aránylag kevés van; az orvosok száma a falun általában jóval alacsonyabb, mint a nagy városokban.

Hazánkban — a trianoni területen — 1938. év végén *10.630 orvos volt* (az orvoskamaraik tagok száma). Ebből 4759 dolgozott Budapesten (44.77%), 58.71 a vidéken (55.23%).

Szél Tivadar adatai szerint (STUD) 1934-ben az orvosok aránya 100.000 lakoshoz viszonyítva a következő volt:

Budapesten .....	3871
Thj. városokban.....	1652
Megyei városokban .....	1122
Falvakban .....	399

Érdekes megállapítása az is, hogy minél nagyobb egy községben az ipari lakosság aránya, annál nagyobb az orvosoknak a lakossághoz viszonyított arányszáma is, míg a mezőgazdasági lakosság számarányával az orvosok száma fordítva arányos:

	Az orvosok aránya 100.000 lélekre
Kétharmad többségben iparforgalmi városok.....	3255
Abszolút többségben iparforgalmi városok .....	191 '7
Relatív többségben iparforgalmi városok .....	1689
Relatív többségben mezőgazdasági városok .....	1288
Abszolút többségben mezőgazdasági városok.....	832
Kétharmad többségben mezőgazdasági városok .....	582

Az 1937. évben a trianoni ország 3376 községe közül 2317 községben nem lakott orvos. (Ez a szám 1939-ben az új körorvosi állások szervezésével némileg csökkent, bár igen gyakran oly községben szervezetett körorvosi állás, ahol egy ideje már volt magánorvos). Az orvos nélküli községek — mint ezt az 54. számú táblázat mutatja — a legkisebb lakosságú községek. (STUD.)

## 54. Orvosok megoszlása a községek lélekszáma szerint.

Községek és városok csoportjai lakosság szerint	Községek száma (1930)	Orvossal bíró községek száma	Orvossal nem bíró községek száma
1.000 lakoson alul .....	1705	96	1609
1.000— 2.000 .....	858	263	595
2.000— 3.000 .....	330	258	72
3.000— 5.000 .....	252	242	10
5.000— 10.000 .....	161	161	—
10.000— 20.000 .....	66	66	—
20.000— 50.000 .....	33	33	—
50.000— 100.000 .....	9	9	—
100.000—1.000.000 .....	2	2	—
1.000.000 lakoson felül ...	1	1	—
Ország, összesen .....	3417	1131	2286

Azt látjuk tehát, hogy 1000 lakoson aluli községben orvos alig van, az 1000—2000 lakosú községeknek kb. egyharmadában volt (1937. évben) orvos. A 2000-en felüli községek legnagyobb részében volt letelepedett orvos. Ezek a számok azt is mutatják, hogy; *milyen lélekszámú községben tud megélni egy orvos: ez a határ kb. 2000 lakosnál van.* A nagyobb községekben aránytalanul több orvos telepszik le, mint a kisebbekben. Így például a 2000—3000 lélekszámú 330 község közül csak 170-ben volt 1 orvos, míg 64 községben: 2, 15-ben: 3, 7-ben: 4 orvos lakott. A 3000—5000 lakosú községek között olyanok is voltak, amelyekben 7—8, sőt egyben 1 c-nél több orvos lakott.

Ilyen esetekben — ha csak annak a községnek a lélekszámát számítanék, amelyben az orvosok laknak —, akkor egy orvosra 1000-nél jóval kevesebb lakos jutna. Fentebb azt láttuk, hogy az 1000-nél kisebb lélekszámú 1705 község legnagyobb részében (1609 községben) nem telepedett le orvos, mert kevés ez a lélekszám egy orvos megélhetéséhez. Ezek a számok is azt mutatják, hogy az orvosok mindenképen arra törekszenek, hogy nagyobb helyeken telepedjenek le. Magánygyakorlatukat nemcsak annak a községnek lakosaiból szerzik, ahol laknak, hanem a szomszédos községekből is.

*Minél kisebb egy község, annál inkább reászorul az orvos a fixfizetésre.* A legkisebb községeinkben levő orvosok: főleg az oda kinevezett körorvosok. Magánorvos ott nem igen telepszik le, mert nem tud megélni. Nem egyszer halljuk vagy olvassuk a jelszót:

„Orvost minden faluba”. Az elmondottak után nem lehet kétséges, hogy az orvostelepítés ilyen mértékben kivihetetlen.

Az orvosok letelepedését kisközségekben a *Nemzeti Önállósítást Alap* letelepedési (berendezési) kölcsön nyújtásával segíti elő, ami a fiatal orvosok számára a praxis megkezdését nagyon megkönnyíti.

A vidék, a falu orvosa az *általános gyakorlatot* folytató orvos. Az 1934. évben hazánkban? *étrilla* adatai szerint 1979 *szakorvos* volt. Ezek közül Budapesten és a törvényhatósági jogú városokban 4436 működött, a megyei városokban és községekben együttvéve tehát csak 1543 szakorvos dolgozott.

A falusi betegek ellátásának kérdésével kapcsolatban ismételtén felmerült a kis „*falusi klinikák*”, vagy „*kis falusi kórházak*” kérdése. Az elgondolás szerint ezek a község nagysága szerint 10—15 beteg befogadására — elsősorban a „*sürgős sebészeti esetek*” ellátására — létesülnének. A községi orvos lenne annak vezetője. Az elgondolás szerint tehát kívánatos lenne, hogy a vezetője sebész legyen, hogy a legsürgősebb műtéteket el tudja végezni.

Ilyen törpekörházak létesítésének terve szépen hangzik, de nálunk egyelőre kivihetetlen. Mindenekelőtt megállapítom, hogy sebész egyedül — orvosi asszisztencia nélkül — nem tud operálni. A beteget többnyire el is kell altatni. Azt is felemlítem, hogy nem egyszer az ilyen „*sürgős esetek*” a legnehezebbek. Hiszen nem volt idő a kivizsgálására, a beteg előkészítésére. Nem lehet kellő operatív gyakorlata egy olyan sebésznek, aki kis községben dolgozik, 10—15 ágyas „*kórház*”-ban operál, ahol ezenfelül a betegeknek csak egy része sebészeti beteg.

Ehelyett inkább arra kell törekednünk, hogy a betegeknek a szomszédos nagyobb kórházba *szállítását* megszervezzük. A *Városok és Vármegyék Országos Mentőegyesülete* foglalkozik betegszállítással. A szállítás biztosítása sokszor csak — útkérdés. A jó utak a közegészségügyi munkát sok vonatkozásban megkönnyítik.

A falusi kis kórházak kérdésével kapcsolatban szólni kívánok a *falusi szülőotthonokról* (szülősobákról). Ezeket nálunk elsősorban az *Országos Stefánia-Szövetség* állítja fel, de a *Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatokkal* kapcsolatban is létesülnek falusi szülőotthonok. A Stefánia-Szövetség kezelésében 1938. év végén 25 szülőotthon működött. A *szülősobák* néha csak 3—4 ágyas igen egyszerű intézmények, míg a *szülőotthonok* 10—15 ágyasok és jobban vannak felszerelve. Különös hasznuk abban mutatkozik, hogy a zsúfolt, egészségtelen, nem egyszer piszkos odúkból, a szalmáról higiénikus viszonyok közé tudjuk helyezni az asszonyt, amikor legszébb hivatását teljesíti. Az egészségügyi kormányzat, amennyire a

költségvetési hitelkeret ezt megengedi, támogatja ezek létesítését és napi kétpengős ápolási díj engedélyezésével elősegíti ezek fenntartását.

A szegénysorsú betegek otthoni ápolását elősegíti az, hogy a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatok az egészségházakban *betegápolási cikkekből kis raktárát tartanak*. Ezeket a cikkeket az orvos rendelkezése kölcson adják az otthon ápolott betegeknek. Emellett a védőnők az orvos kívánságára elmennek olyan házakhoz is, ahol beteget ápolnak és *megtanítják a beteg hozzátartozóit az ápolási műveletekre*. Megtanítják a beteg hozzátartozóját, miképpen készítse el az orvos által előírt diétás ételeket. Megtanítják arra is, hogy miképpen improvizálhatók az ápoláshoz szükséges egyes cik-



55. Szülőotthon Gödöllőn.

kek. A zöldkeresztes védőnők ápolási munkáját elősegíti az, hogy valamennyien egyszersmind okleveles ápolónők is.

Igen nehéz-kérdés — mint erre *Varadi Sándor dr.* reámutatott —, a *falu krónikus betegeinek az ápolása*. A ház népe néha egész nap künn van a mezőn. Ki viselje ilyenkor gondját a magával tehetetlen betegnek? Kórházba nem vehetjük fel az ilyen gyógyíthatatlan beteget, mert hiszen nem gyógyításra, hanem csak ápolásra van szüksége. Ahhoz túl drága a kórház — még ha lenne is üres ágy —, hogy tisztán ápolásra gyógyíthatatlan betegeket felvegyünk. Célszerű lenne olyan intézménytípust létesíteni, amely a kórház és a szegényház között van. Vagy pedig a szegényházban kell ezek részére egy szobát fenntartani, ahová az orvos is és a védőnő is eljárna, hogy ezeknek a szerencsétleneknek a sorsán amennyire lehet könnyítsenek.

## AZ EMBER KÖRNYEZETÉNEK HIGIÉNÉJE.

Az ember egészségét nagymértékben befolyásolja a környezet, amelyben él. A falusi ember nyáron idejének tekintélyes részét a szabadban tölti. A falusi ház, a lakás a téli hónapokban válik nála egészségügyi problémává.

A *falusi települések helyét* ritkán választották ki egészségügyi megfontolások alapján. A falvak hazánkban gyakran a *nagy for-*



56. Falusi utca.

*galmi útvonalakat szegélyezik.* Helytelen megoldás ez a legkülönbözőbb szempontokból. A forgalmat lassítja a sok község, amelyeken az út átvezet; az autóforgalom veszélyezteti a lakosság és az állatok életbiztonságát. Emellett *port* ver fel, amely nagyobb forgalmú utak mellett szinte állandóan szennyezi a falu levegőjét. Ezeknek a falun átvezető útszakaszoknak szilárd (cement, aszfalt) burkolattal ellátása javít a helyzeten, ha azután az úttestet és az út szélét tisztán tartják, seprik. Ezt azonban falvaink gyakran elhanyagolják. A kocsikkal a földről behordott sár, a megszáradó, széteső állati



fekáliák, a kocsikról lehulló szalma, széna összetörve egy idő múlva vastag porréteget alkot az úttesten, amelyet az arra robogó autó éppúgy a levegőbe dob, mint amikor szilárd útburkolat nincs. Nem oldja meg ezt a kérdést az autók sebességének csökkentése (az autót különben is nem a lassú, hanem a gyors közlekedésre találták fel), vagy a naponként szorgalmasan kétszer végigdöcögő, vizet spóroló-



*J7. Falurészlet a libaúsztatóvái.*

san elejtegető öntözőkocsi. Nyáron a forró talajról a víz tíz perc alatt elpárolog, s a por ismét átveszi uralmát. De nemcsak az auto, hanem este a csorda, a nyáj hazatérése is felkavarja a port, amely a szélszélű szürkületben néha hosszú ideig a levegőben lebeg. Nem egyszer csak a szél a kisöprője ennek a portömegnek.

A magyar falusi ház egyik vége többnyire az utcáig ér s így közvetlenül kapja a port. Jobb a helyzet, ha az úttesttől előkert választja el. Sajnos, a magyar falvakban a növényzet, a kert igen gyakran a háznak az úttesttel ellentétes végén van.

A falu levegőjét gyakran szennyezi a „libaúsztatók”-ban, vagy a nem tisztított útszéli árkokban poshadó víz. Ezek a sekély vízgyülemek a szúnyogok milliárdjainak is tenyésző helyei. Ezeket a pocsolókat gyakran nem lehet — de nem is szükséges — megszüntetni, csak szélét kell mélyíteni. A szabályos, meredekszerű vizesgödör nem nagyon kedvez a szúnyogtenyészésnek. A téli „ínségmunka” kapcsán már sokféle rendezték a pocsolókat és az



58. Falu szabályozatlan patakka.

árkokat. Most a közérdekű munkaszolgálat, vagy a főiskolai munkatáborok segíthetnék a falvakat ezek rendbehozatalában.

A falusi ház *udvara* gyakran parlagon heverő, rendezetlen, elhanyagolt piszkos terület. Ott, ahol állattartás van, s különösen amikor az emberek nagyon el vannak foglalva mezei munkával, érthető, hogy az udvar átmenetileg elhanyagolt. A falusi embernek azonban késő ősszel, télen többnyire hónapjai vannak, amikor szinte nem tud mit csinálni. Ezt fel lehetne használni a ház környékének kitisztítására, rendbehozatalára.

Gazdaságilag nem okos, esztétikailag visszataszító, egészségügyileg pedig ártalmas, hogy a *trágyalé* eső után szétfolyik, vagy végigcsurog az udvaron, s egy része esetleg a kútban tűnik el, hogy

a kútból merített vízben „sárgás színeződés” alakjában mutatkozzék.

A *falusi ház* kérdése egyike az igen nehéz egészségügyi problémáknak. Különösen nehéz, ha olyan egészségügyi követelményeket állítunk fel, amiket falun megvalósítani nem lehet.

Az egyik gyakran szereplő kérdés, hogy *miből építsük a falusi házat?* Nem lehet vitás, hogy égetett téglát kell ajánlani, amelyet



59. *Falusi ház udvara.*

szilárd, a föld színe fölött izolált alapra kell rakni. Ha ezt kívülről jó vakolat védi, úgy a ház helyiségeinek szárazsága biztosítottnak látszik. Az ablakok ne legyenek kisebbek, mint az illető helyiség alapterületének egytizede. A tetőt jó hőizoláló, tűzmentes anyag fedje.

Nézzük, hogy mit mond a lakóházakra vonatkozólag az 1930. évi statisztikai összeírás. (60. sz. táblázat.)

Ebből azt látjuk, hogy *hazánk összes lakóházainak 73%-a, vagyis kereken háromnegyedrésze vályogból vagy sárból épült, s ezek kb. egyharmadának (253%) van csak kő- vagy téglalapja.* Vannak vidékek (pl. Békésben, Biharban), ahol a házak 90—94%-a épült vályogból vagy sárból. Számszerűen ez azt jelenti, hogy 1930-ban az ország 1,467.926 háza közül 712.451 épült teljesen vályog-

téglából vagy agyagból, 371.814 ugyanebből épült, de kő- vagy téglalapja volt. Hazánkban tehát 1930-ban 1,084.265 háznak volt az építőanyaga: vályog vagy sár.

60. A lakóházak épületanyaga.

Ország rész	100 lakóház közül volt						
	kőből vagy tégla- ból	kő vagy tégla- alap vályog vagy sárból	vályog vagy sárból	fából vagy más anyag- ból	cserép vagy pala vagy bádóg	zsin- dely vagy deszka	nád, zsúp
Dunántúl .....	34'3	28'7	34'3	2'7	71'0	3'4	25'6
Alföld .....	16'5	21'2	60'9	1'4	66'4	2'7	30'9
Észak .....	30'5	32'8	35'2	1'5	74'5	4'5	21'0
Az egész országban .....	24'3	25'3	48'5	1'9	69'0	3'2	27'8

Látva, hogy ez az építési anyag ennyire el van nálunk terjedve, fel kell vetnünk a kérdést, *lehet-e kilátásunk arra, hogy ezt kiküszöbölhetjük, másrészt van-e ok arra, hogy kiküszöböljük?*

A vályogépítkezést azért használják ily kiterjedten, mert az embereknek nincs pénzük, hogy az égetett téglát megfizessék. Nem tartom valószínűnek, hogy belátható időn belül e téren változás következne be.

Egyes szerzők azt találták, hogy „a tuberkulózissal fertőzött házak 964%-a vertföld vagy vályogból, agyagfenékkal épült”. Ez valószínű is, hogy így van, egyrészt, mert — különösen egyes vidékeken — a házak legnagyobb része vályogból vagy vertföldből épült. Kétségtelen az is, hogy főleg a szegényebb lakosság házai épültek ebből az anyagból. A szegénység és tuberkulózis kapcsolata pedig jól ismert. De az összekötő kapocs e kettő közt nem az épület falának anyaga.

Vizsgálták a különböző *építőanyagok levegőátbocsátó képességét* és eközben gyakran összetévesztették az építőanyag lyukacsosságát annak levegő át bocsátó képességével. Azt gondolták, hogy a falnak levegő át bocsátó képessége lényeges tényező a helyiségek ú. n. természetes szellőzésében. Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy a szellőzés a kívül-belül vakolt, enyves festékekkel festett vagy meszelt falon át nagyon kevés; olajjal festett vagy tapétával beragasztott falon át pedig semmi. A természetes szellőzésben sokkal nagyobb szerepet játszanak az ajtó-ablakrések. Legalaposabb természetesen a szellőzés az ajtók, ablakok kinyitása esetén. Nem jó az emberekbe



61. Épülőfélben levő falusi vályogház,

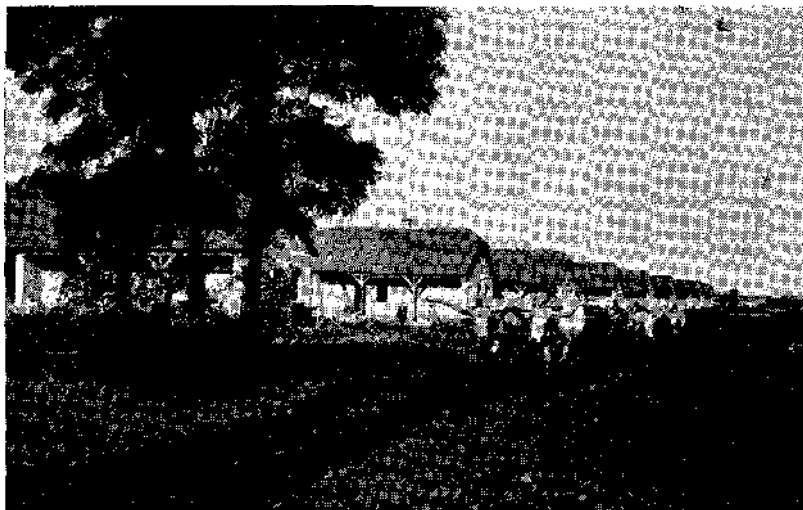
belenevelni azt a gondolatot, hogy a „szoba szellőzik a falon át” mert akkor majd ezzel az indokolással az ablakréseket még inkább betapasztják és nem szellőztetnek. A vályogtégla nagy porozitása semmiesetre sem szól a vályogtégla alkalmazása mellett, de viszont



62. Barlanglakás Cserépfalun.

kismértékű levegőátbocsátó képessége nem szól ennek felhasználása ellen.

A hangsúly nem ezen van. *Lehet egészségügyi szempontból teljesen megfelelő házat építeni, ha a háznak például kőből vagy téglából szilárd alapot készítünk, azt a föld felett kb. jó cm-nyire jó aszfaltlemezrel izoláljuk, erre jól kiszáradt vályogtéglából rakjuk; a falat, s azt kívülről-bélülről vakoljuk.* A vályogtéglát jóval az építkezés megkezdése előtt vettessük ki, hogy kiszáradhasson; készítéséhez tiszta agyagot, szecskát, vagy durvára vágott tiszta szal-



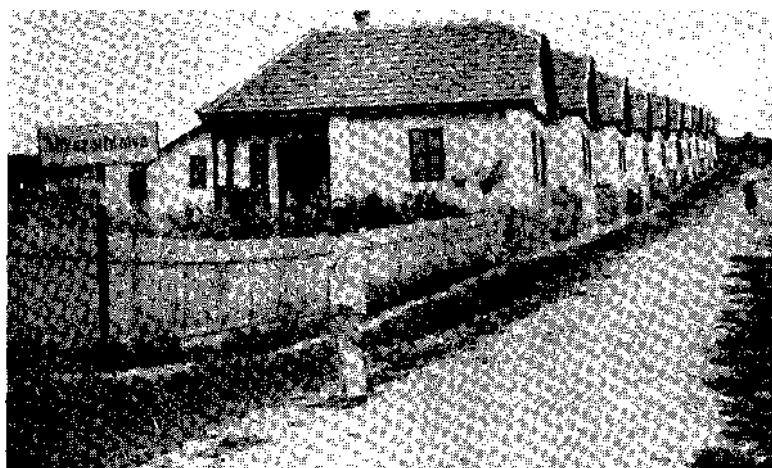
63. Barlanglakók részére épített házak.

mát használjunk. Semmiesetre ne keverjünk bele trágyát. A mérnökök kidolgozták, miképpen lehet biztosítani, hogy a vakolat ne hulljon le (például vékony dróthálót feszítenek ki a falon). Valamivel szélesebb eresz jól védi a falat az esőtől.

Helytelennek tartom ezzel szemben a vályogból döngölt vagy vert vagy „rakott” fal alkalmazását, mert ez igen lassan (esetleg 1 csak két év alatt) szárad ki, ezt pedig nem szokták a beköltözéssel megvárni.

A házak későbbi nedvessége, ha a kiszáradáshoz szükséges időt megadtuk, többnyire a talajból felszivárgó nedvesség. Ennek a falak rossz vagy esetleg teljesen hiányzó alsó izolálása az oka. Természetesen mindent el kell követnünk, hogy nedves lakásban ne lakjanak emberek; frissen elkészült, még ki nem száradt lakásokba ne költözzenek be.

A falusi lakáskérdésnek igen sok, részben már teljesen tisztázott oldala van. Ma már mindenki küzd a *földes padló, a kis ablakok, a szobák túlszűfolttsága ellen*. Ezek, sajnos, részben meglevő adottságok, amelyeket megváltoztatni igen sokszor alig lehet. Legalább az újonnan épülő házaknál legyen a hatóság rigorosus. Ne feledje, hogy egy-egy ilyen falusi ház 100, esetleg 200 évre épül. Törekedjünk neveléssel, reábeszéléssel javítani a helyzeten ott, ahol lehet. Birjuk rá a gazdát, akinek két szobája van, hogy használja a „tiszt szobát”, az „első ház”-at is. Egyik faluban a módos gazdák is a „hátsó ház”-ban laktak, míg egyszer cigányok törtek be az ablakon



64. új telepes község.

át az „első ház”-ba, s onnan minden ágyneműt elloptak. Több gazda megértette okfejtésünket: ha ott laktak volna, ha az *első szoba* ágycát is használták volna, úgy az ágyneműt nem lophatták volna el.

Sajnos, sokfelé télen a konyhát sem használják, hanem a hátsó szobában főznek. Büszkén szokták mutogatni az embernek, hogy milyen jól össze tudták kombinálni a búboskemencét a kis vastűzhellyel. A lakások „inferno”-i: a *barlanglakások*. Egyes vidékeken szinte egész községek lakossága barlanglakásokban lakik. A mezőkövesdi járásban Bielek dr. 718 barlanglakást számolt össze. *Vitéz leveldi Kozma Miklós* v. belügyminiszter társadalmi adakozásból indította meg ott a lakásépítést. *Borbély Maczky Emil* főispán kezebe vette ezt az akciót, s ma már száznál több családot telepített ki az ott újonnan épült házakba.

Rendkívül nehéz kérdés falun az *illemhelyek* megoldása. Amilyen jól megoldott probléma ez azokban a városokban, ahol vízvezeték és csatornázás van, épp olyan megoldhatatlan ez faluhelyen. Sajnos, találunk kisebb községeket, ahol egyáltalán nem építenek illemhelyet. Egy Budapesttől nem messze levő község 424 háza közül 68-ban egyáltalán nincs árnyékszék, 333 helyen az árnyékszék egyáltalán nem megfelelő, gödörtelen vagy nyitott ürgödrű, kúthoz, gyermekek játszóhelyéhez közel elhelyezett, gyakran egyáltalán nem használt tákolmány, és csak 23 házban volt megfelelő árnyékszék. (*Varga Lajos dr.* körorvos adatai, 1937.) Nem volt ezeketán meglepetés, hogy a gyermekek 62%-át találták ott bélférgekkel fertőzöttnek.

Az illemhely általában két részből áll: a földben levő, fekáliákat gyűjtő üregből, és az ezt fedő házikóból. Az előbbi ne bõpássá át a fekáliákat a talaj felé, hogy az ivóvizet ne szennyezze. Az utóbbi esztétikai célt szolgál. A légy távoltartására ezek a deszkabódék nem jók, mert hiszen ajtónyitáskor és csukáskor nem lehet megakadályozni legyek bejutását. Ezért a falusi árnyékszékek típusának kidolgozásakor mérnökeinknek a következő feladatot

adtuk: Az árnyékszék legyen lehetőleg olcsó, mert a falusi ember

nem költhet 150—200 pengőt egy illemhelyre, mikor az egész háza nem kerül néha 1500—2000 pengőnél többre. Az alsó, a földben levő része legyen vízhatlan. Az ülőrész önműködő, egyszerű, olcsó és nem romló zárókészülékkel legyen ellátva, amely használat után automatikusan zárja el a nyílást. Ha a nyílás el van zárva, akkor a legyeket távoltarthatjuk a fekáliáktól. Ilyenkor a bódé milyensége nem fontos, csak arra való, hogy az illemhelyet használót elfedje.

*Vass Elemér* mérnök dolgozta ki az alábbi, ú. n. *lengőléces árnyékszék* típusát, amelynek készítési költsége 100—130 pengő. Hangsúlyozom, hogy még ezt is túldrágának tartom.

Az árnyékszék három részből áll: ürgödorból, ülőkéből és bódéból.



65.

Rosszul épített falusi árnyékszék.



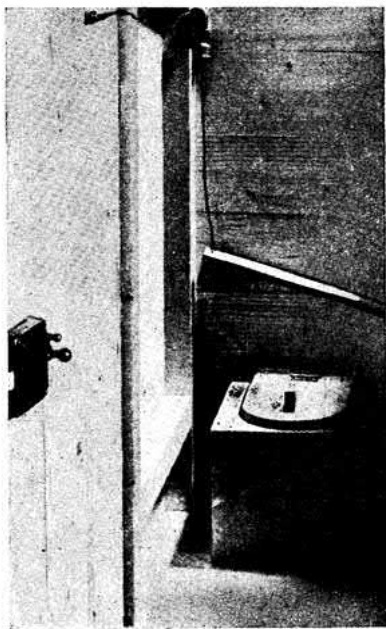
Az ürgödör készítése: 165 cm mély és 120 cm széles köralakú gödröt ásunk. A gödör alján 15 cm vastag és  $m^3$ -ként 200 kg portlandcementet tartalmazó betonfeneket készítünk. A fenékre — a beton megszilárdulása után — 100 cm belátmérőjű betongyűrűt helyezünk úgy, hogy a gyűrű teljesen felfeküdjön. Erre jön a második betongyűrű. A gyűrűk illesztési hézagait 1:3 keverési arányú portlandcementhabarccsal kenjük ki. Az ürgödör belső mélysége 150 cm. Homokos vagy kavicsalaj esetén, továbbá ott, ahol a talajvíz nagyon magasan áll, a gödröt 150 cm átmérővel készítjük. A gödör fala és a betongyűrűk közti űrt döngölt agyaggal töltjük ki.

A gödör befedése 8 cm vastag vasbetonfedéppal történik. A fedlap két részből készül. A hátsó lap elmozdítható a gödör tisztítása céljából. Az első rész 30 X 35 cm méretű nyílással készül, melyre az ülökét helyezzük. Mindkét fedlaprészt gondosan vasaljuk és megfelelő eséssel képezzük ki, hogy a víz lefolyjon róla. Vasaláshoz 20 cm-ként 6 mm átmérőjű gömbvasakat alkalmazunk.

Az ülökét 5 cm vastag dróthálós betonfalból készítjük, melyre egy fakeret és erre 28X30 cm méretű tojásalakú nyílással ellátott ülődeszka kerül. A nyílást két sarokpánton forgó fedlappal fedjük le. Az ülőke falának kiképzésénél és a fakeret ráhelyezésénél ügyeljünk arra, hogy tökéletesen záródjék.

A bódé — a rendelkezésre álló anyag szerint — készülhet fából, kőből, téglából vagy vályogból. A fából készített árnyékszék bódénál a küszöbgerenda alá legalább féltégla vastagságú téglasor helyezendő el (6y. sz. ábra). A faárnyékszéknel az oldalfal készülhet deszkából vagy vesszőfonatból, mely utóbbit tanácsos vakolattal vagy sártapasztással bevonni. A bódé tetejét kátránypapírborítással vagy cserépfedéssel fedjük le.

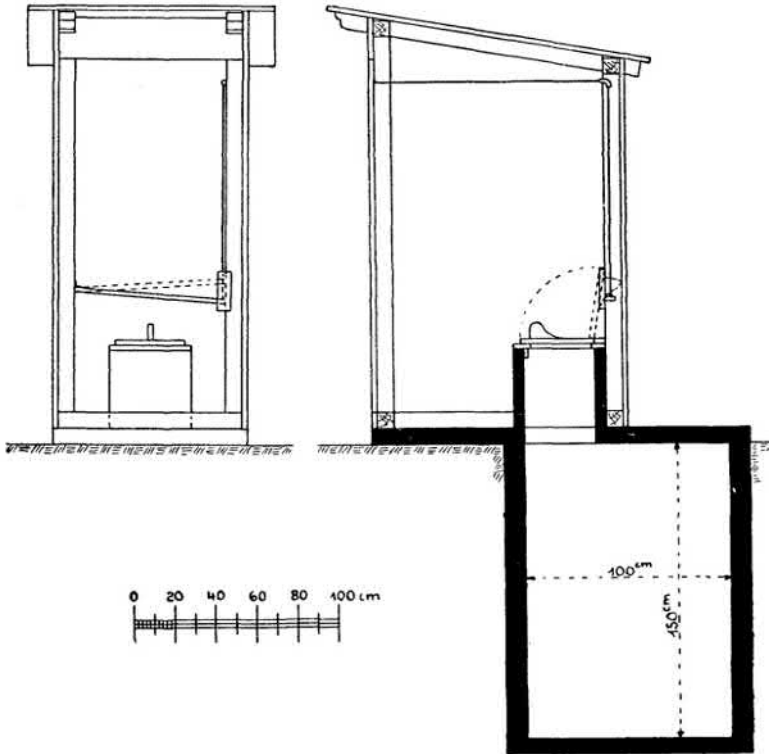
Az ülőke állandó lefedésének biztosítására (légyelleni védekezés) *Lengőléces szerkezetű árnyékszék*



66.

*Lengőléces szerkezetű árnyékszék.*

céljából) az ajtó nyitásával kapcsolatos önműködő szerkezet szolgál. Az egyik végén a hátsó gerendához sarokvassal erősített és vízszintes tengely körül forgó, a másik végén acélhuzallal ellátott úgynevezett *lengőléc* szolgál a fedlap lecsapására, ha ezt feledékenységből nyitva hagyják. Csukott ajtó esetén a lengőlécet a felerősített súly (pl. téglá, kő stb.) tartja a rajzon teljes vonallal kihúzott



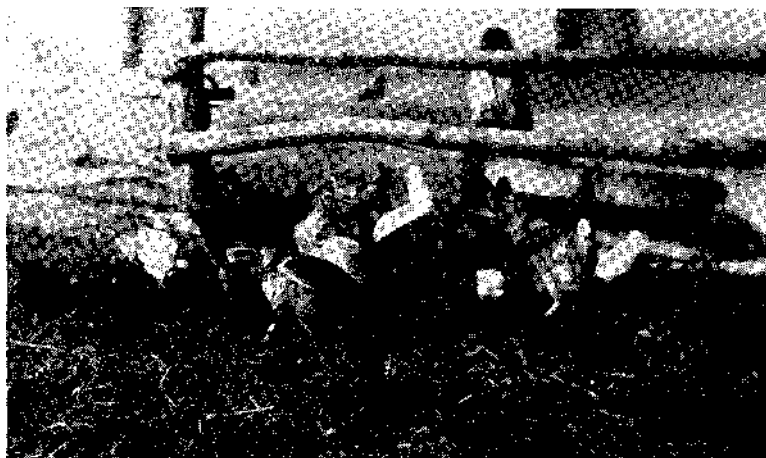
67. *Lengőléces szerkezetű árnyékszék.*

helyzetben (nyugalmi helyzet). Használatkor a felhajtott fedlap a nyugalmi helyzetben levő lengőlécnek támaszkodik. Távozáskor az ajtó kinyitásával az acélhuzal a lengőlécet a szaggatott helyzetbe emeli fel és ezáltal a nyitva hagyott fedlapot lecsapja. Az ajtó betétele után a súly a lécet eredeti helyzetébe visszahúzza. Huzalnak a villanszerelők által a villanyvezetékek Bergmann-csőbe való behúzásához használt rugalmas acélhuzal felel meg legjobban.

Mint érdekességet említem meg, hogy az Északamerikai Egyesült Államokban a nagy munkanélküliség idején falusi árnyékszékek építését is tervbe vették. Tudtommal kb. 240.000 el is készült.

Az illemhelyek kérdése szorosan összefügg a hastífusz és a vérhas kérdésével. A fertőzésnek a fekáliákból az emberre juttatásában valószínűleg szerepük van a legyeknek is.

A *légyelleni küzdelem* jellegzetes falusi probléma. A légy a falusi lakást árasztja el néha nagy tömegekben, különösen ott, ahol több állatot tartanak, s az istállókat, az ólakat nem tartják tisztán.



68. Légylárvákat szedő tyúkok a trágyadombon.

Az Intézetben *Lőrincz* és *Makara* doktorok éveken át foglalkoztak a légykérdéssel. Vizsgálták a legyek tenyészésének feltételeit. Kísérleteik azt mutatták, hogy a légy szempontjából a legjobb tenyésztalaj a sertétrágya. A házilégy aránylag kevésbé látogatja az emberi fekáliákat, viszont vannak bizonyos légyfajták, amelyek az emberi fekáliákat és a gyümölcsöt is látogatják. A falusi illemhelyeknek a legyek közül nem a házilégy a leggyakoribb látogatója, hanem más légyfajták. Az Intézet keresett olyan trágyakezelési eljárást is, amely megakadályozná a légytenyésztést, de a trágya gazdasági értékét nem rontja. Az istállótrágya kiszárítása a légyelleni küzdelem szempontjából megfelelő eljárás, de sajnos, közben a trágya nitrogéntartalma kb. 20%-kal csökken, s így az eljárást ajánlani nem lehet. Megemlítem azt is, hogy a baromfi a trágyadombon kiszedegeti a légyálcákat, s így hathatósan közreműködik a légyelleni küzdelemben.

Az istálló-higiénéről nem kívánok szólni, mert ez elsősorban állategészségügyi kérdés. Emberegészségügyi vonatkozásai azonban kétségtelenül igen fontosak (például a tejkérdéssel kapcsolatban).

Az elmondottakból megállapíthatjuk, hogy a *lakás- és környezethigiéne* — amely még a múlt század közepén is a nagyvárosok legsúlyosabb problémája volt, s azóta ott óriási haladást mutatott — a falun sok vonatkozásban még teljesen megoldatlan. A falusi lakás és a környezet egészségügyének nehéz problémái a mezőgazdasággal foglalkozó államokban nagyjából egyformák. A törekvés e kérdések megoldására ma már mindenütt igen élénk. A falusi lakás kérdése a városi lakásproblémától erősen különbözik. Megoldásánál tekintetbe kell vennünk a higiéne kívánalmai mellett a falusi nép szokásait és anyagi lehetőségeit.

# N É P É L E L M E Z É S .

Közismert, de sajátságos jelenség, hogy népünknek az a csoportja, amely az élelmiszerek igen tekintélyes részét termeli: a falu népe, általában rosszul táplálkozik. A falusi nép nem megfelelő táplálkozása elsősorban *gazdasági okokra* vezethető vissza: nem táplálkozik megfelelően, mert szegénysége miatt nem tudja megszerezni a táplálkozásához szükséges élelmiszereket. A falusi nép széles rétegei élelmiszerek termeléséből, illetve eladásából élnek. Ezek eladásából kell a falusi emberek egy részének megszereznie, illetve biztosítania az életéhez szükséges egyéb feltételeket, így érthető, hogy néha az eladásban messzebb megy, mint azt saját táplálkozási szükséglete megengedné. A hiányos — különösen az *életteni szempontból hiányos* — táplálkozásnak másik oka, hogy *nem ismeri a célszerű táplálkozás kívánalmait, az élelmiszerek étellé alakításának leggazdaságosabb és a táplálkozás szempontjából legelőnyösebb módját.*

Tévedés lenne tehát azt hinni, hogy a falusi nép rossz táplálkozása kizárólag gazdasági okokra vezethető vissza. Van természetesen egy minimális jövedelem, amelynél kevesebbet kereső család nem tud annyit fordítani az ételmezésre, amennyi az élettenilag szükséges élelmiszerek szükségletének megszerzésére kell. E jövedelmi határon *felül* kereső családok is nem egyszer életteni szempontból elégtelenül táplálkoznak, vagy azért, mert nem ismerik a helyes táplálkozás kívánalmait, vagy azért, mert nem tudják a rendelkezésükre álló anyagi eszközöket az életszükségleteik közt okosan felosztani.

*A népélelmezés kérdése szorosan összekapcsolódik egész sereg gazdasági és termelési kérdéssel.* Az a falusi kisbirtokos, aki a földjén többet és jobbat termel, többet is áldozhat ételmezésére. Természetesen, minél nagyobb a családja, annál kevesebb jut a jövedelméből egy-egy családtag ételmezésére. Mivel súlyt helyezünk arra, hogy a kis existenciáknak minél több gyermekük legyen, ki kell valamiképpen egyenlítőnünk azt a diszparitást, amely nagyszámú gyermek születésével náluk előáll. Védőnőink, amidőn a vézna, rosszul táplált falusi gyermek anyját felkeresik, hogy vele a gyermek jobb táplálásáról beszéljenek, gyakran kapják feleletül: ha kevesebb gyerek lenne, úgy egy-egy többet és jobbat kapna enni. Ma a sokgyermekes család nem egyszer úgy segít magán, hogy el-

hagyottá nyilvánítja egy vagy több gyermekét, mert nem jut a keresetből mindegyiknek ételre. Így szétrobban a család, a gyermek más családba kerül. A kormány felismerve a helyzetet, törekszik ezen segíteni. A szociális gondozásba szervesen beállított étkeztetési akció, a családi munkabérek rendszere a mezőgazdaságban sok könnyet száríthat fel, sok elhagyottá nyilvánítást előzhet meg, isok családot tarthat együtt.

*A népélelmezés kérdése — egészségügyi kérdés, de ugyanakkor szociális, gazdasági és termelési probléma is.* Éppen, mert ennyi ! vonatkozása van, nehéz a megoldása. Elméletileg a helyes megoldás: a családfőnek olyan keresethez juttatása, hogy a családját megfelelően eltarthassa, élelmezhesse. Nem hiszem azonban, hogy lenne olyan reális alapon álló szociálpolitikus, aki azt hinné, hogy a fenti tételt oly rövid idő alatt mindenkire nézve meg lehetne valósítani, hogy közben nem lenne szükség karitatív akciókra. Itt elsősorban a sokgyermekes családok támogatására gondolok.

Felismerve a népélelmezés kérdésének egészségügyi és szociális fontosságát, másrészt sokoldalú vonatkozását az állami élet más problémáihoz, a *Népszövetség* az európai államok kormányaihoz fordult és javasolta minden országban *nemzeti népélelmezési bizottságok* felállítását, amelyek a népélelmezés kérdésének összes vonatkozásait, az érdekelt szakemberek bevonásával, vizsgálat alá vennék. A bizottság, az elgondolás szerint, a népélelmezés javítását célzó javaslatokat terjesztene a kormánya elé. A bizottságok értéke, a népszövetségi javaslat szerint abban van, hogy a legkülönbözőbb: egészségügyi, *szociális*, gazdasági, termelésügyi, pénzügyi, kereskedelmi szakembereket, sőt a honvédelmi és közoktatásügyi kormány képviselőit is egyesíti a népélelmezés kérdésének tanulmányozására és előbbrevitelére.

Az 1937-ben, Genfben, lord Astor elnöklete alatt, különböző államok kiküldötteiből összeült értekezlet helyeselte az elgondolást. Az államok egymásután alakították meg nemzeti népélelmezési bizottságaikat.

Hazánkban 1937. év közepén alakult meg a *Magyar Nemzeti Népélelmezési Bizottság*, amelynek elnöke a belügyminiszter, helyettese az orvosállamtitkár. A Bizottságnak öt albizottsága van, amelyek a következő kérdésekkel foglalkoznak: I. albizottság: Tudományos kísérleti és kutatómunka az élelmiszerszükséglet minimumának és optimumának megállapítására, különös tekintettel a hazai viszonyokra. II. albizottság: A magyarországi élelemfogyasztás mértékének megállapítása megfelelően elkészített és keresztülvitt, a valóságos helyzetet visszatükröző adatfelvétel útján. III. albizottság: A szükséglet és termelés egyensúlyának biztosítása, tekintettel a különleges regionális viszonyokra, a kivételre, a mezőgazda-

sági és nemzetgazdasági helyzetre. IV. albizottság: Racionális étrendek kidolgozása, figyelemmel az általános egészségügyi, szociális és nemzetgazdasági szempontokra, valamint kisebb csoportok szükségleteire. V. albizottság: Oktatás és propaganda a népelemezés és élelmezéstechnika javítására céljából.

A Népelemezési Bizottságban a következő hatóságok, illetve intézmények képviseltetik magukat: Pénzügy-, Földművelésügyi-, Vallás- és közoktatásügyi-, Honvédelmi-, Kereskedelem- és iparügyi minisztérium, Budapest Székesfőváros Közjótékonyági és Szociál-



69. Aratás.

politikai Ügyosztálya, Központi Statisztikai Hivatal, Országos Közegészségügyi Intézet, Országos Kémiai Intézet, a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézete, Egyetemi Dietetikai Intézet, Budapest Székesfőváros Vegyészeti és Élelmiszervizsgáló Intézete, Székesfővárosi Bakteriológiai és Közegészségügyi Intézet, Magyar Gazdaságkutató Intézet, Országos Közegészségi Egyesület, Országos Mezőgazdasági Kamara. Ezenkívül a Bizottság meghívott szakemberekkel egészíti ki magát.

A Bizottság munkáját a kormány ismételten igénybevette konkrét népelemezési kérdések megvizsgálása és véleményadás céljából. Emellett a Bizottság, feladatának megfelelően, albizottságain át rendszeres vizsgálat tárgyává tette különösen a falusi

népélelmezés kérdését. Az alább következő adatok részben az albizottságok tárgyalási anyagából származnak.

A falusi nép élelmezési viszonyainak kutatására nálunk is készültek az ország különböző részein *adatfelvételek*. A Népélelmezési Bizottság felkérésére *Dabis László dr.* állította össze ezeket és vonta le ezekből a népélelmezés mennyiségére és minőségére vonatkozó következtetéseket. Dabis dr. jelentése alapján ismertetem a hazai népélelmezésre vonatkozó adatokat, különös tekintettel a falusi lakosságra.

Valamely nép vagy népcsoport élelmezésére vonatkozólag többféle módon szerezhetünk magunknak képet. Ennek legértékesebb módja az adatfelvétel, amelynél egyes tájak népének vagy társadalmi osztályoknak, foglalkozási, esetleg korcsoportoknak stb. élelmezésére vonatkozólag kaphatunk adatokat. A másik módszer az élelmiszertermelés (hozzáadva az esetleges behozatalt) és a kivitel különbségéből törekszik megállapítani az egész ország élelmiszerfogyasztását. Az összfogyasztást elosztva az ország lakosainak számával kapjuk az évi fejadagot. (Ez az u. n. deduktív módszer.)

Az adatfelvétel vonatkozhat a mennyiségi vagy a minőségi viszonyokra.

A *mennyiségi adatfelvétel* úgy történik, hogy a vizsgálandó csoport valamely tagjával feljegyeztetjük a napi étlapot, az egyes ételek elkészítéséhez használt ételek mennyiségét. Hogy a vizsgált csoport (pl. egy család) egyes tagjaira eső élelmiszer mennyiségét kiszámíthassuk, ehhez szükséges ismernünk az illető csoport tagjainak számát, korát. Hogy pedig azt is megállapíthassuk (hiszen ez a cél), hogy az élelmezés elégséges vagy elégtelen-e, ismernünk kell még a csoport egyes tagjainak súlyát, magasságát, s azt, hogy milyen munkát végez.

Valamely csoporton, például egy családon belül, az élelmiszerfogyasztás szempontjából nem számíthatjuk a család összes tagjait egyforma fogyasztónak. A felnőtt, kereső férfit egy egységnek szokás venni. Ehhez az egységhez viszonyítva, a mezőgazdasági lakoságnál a férfiakkal nagyjában azonos munkát végző asszonyt 0,9-nek, a 13 éven felüli dolgozó gyermekeket a férféhoz hasonló egységnek vesszük. A 60 évnél idősebb és a 13 évnél fiatalabbak fogyasztását tizedestörtek fejezik ki. Erre vonatkozólag az 1932. évi romai élettani kongresszusnak van részletes javaslata.

Az adatfelvétel adatait átszámítják kalóriákra, fehérje-, zsír-, szénhidrátértékekre. Ilyen módon következtethetünk az illető csoport élelmezésére. Ha ugyanakkor az illető csoportra nézve más adatokat is összegyűjtöttünk, úgy az élelmezési adatokat viszonyít-



hatjuk az illető csoport tagjainak például egészségi állapotához, az illető csoport kereseti viszonyaihoz, a termelés kérdéseire stb.

Az adatgyűjtésnek ez a módja pontos adatokat szolgáltat, ha az adatszolgáltatók lelkiismeretesen és pontosan jegyzik fel azokat. Ennek elősegítésére ilyen adatfelvételkor kis könyvecskét („háztartási könyv”) adunk a családnak, továbbá mérleget és űrmértékeket azzal, hogy az adatfelvétel végén, a fáradozásuk fejében, ezek az ő tulajdonában maradnak.

Ha pontos adatokat akarunk kapni valamely népcsoport élelmezésére vonatkozólag, akkor általában ezt a mennyiségi módszert használjuk. Hátránya, hogy meglehetősen körülményes, sok fáradsággal jár, és épp ezért nagy csoportokra alig használható. Inkább kisebb reprezentatív csoportok adataiból következtetünk nagyobb csoportok élelmezési viszonyaira.

A *mennyiségi adatfelvételek* közül falusi viszonylatban a nyiségi viszonyokat s csak azt keresi, hogy az illető csoport egy bizonyos idő alatt milyen ételeket fogyasztott. Például iskolás gyermekektől egy héten át naponta megkérdezi és feljegyzi, hogy ettek-e előző nap zöldséget, gyümölcsöt, húst, ittak-e tejet stb. Az adatfelvételnek ez a minőségi módszere nagy csoportok vizsgálatát teszi lehetővé, de az adatok egyes csoportok élelmezési viszonyainak ismerete szempontjából kevésbé értékesek, mert nem kvantitatívek.

*Dabis dr.* jelentésében ismerteti a két módszer segítségével gyűjtött adatokat s az ezekből a magyar nép élelmezésére vonatkozólag összegyűjthető adatokat.

A *mennyiségi adatfelvételek* közül a falusi viszonylatban a legpontosabbak néhai *Farkas Géza* professzornak és munkatársainak 48 aratómunkás kalóriafogyasztása és tápszerszükségletére vonatkozó vizsgálatai.

A *minőségi adatgyűjtés*, *Dabis* szerint, 38.917 egyénre vonatkozott, akik az ország különböző részeiben élnek.

A *mennyiségi adatgyűjtés* alapján, *Dabis* szerint, meg állapítható, hogy igen rossz a kalóriaszükséglet fedezése a vizsgált csoportok közül a vagyontalan földműveseknél (1878 kal. mint minimum). Érdekesekek néhai *Farkas* professzornak az aratómunkások kalória-ellátására vonatkozó vizsgálatai: ezek kalóriaszükségletét aratáskor 6200-nak találta, de rendszeren csak 3800-tól 4920 kalóriát kapnak. Az állati fehérje- és zsírellátást is hiányosnak találták a vizsgált vagyontalan földműveseknél, míg a szénhidrát fogyasztását mindenütt elég bőségesnek. Az adatfelvételek szintén bizonyítják — amire fentebb már reámutattam —, hogy „az élelmezési mennyiségi szempontból való kielégítő volta . . . függvénye a család-

tagok számának” s ezzel fordítva arányos. „A szegény és módosabb falusiak között a legnagyobb különbség az állati fehérje- és zsír-ellátás nagyságában mutatkozik.” Az A-vitamin szempontjából a mennyiségi ellátottság összefüggésben van a vagyoni viszonyokkal. A C-vitamin ellátottság szegényeknél és módosaknál elég közel áll egymáshoz, s általában alacsony.

A *cukorfogyasztás* a falun, 700 családra vonatkozó adatok alapján, az 1933/34. évben így oszlott meg:

Földnélküli mezői munkás .....	1·25 kg
Gazdasági cseléd .....	1·14 „
0—5 holdas kisbirtokos .....	1·32 „
5—10 „ „ .....	2·99 „
10—20 „ „ .....	3·69 „
20—30 „ „ .....	3·43 „
30—50 „ „ .....	3·72 „

Ebben az évben az országos cukor fejadag 95 kg volt.

Dabis szerint „a lisztművek és a kenyérfogyasztás térfoglalása az élelmezésben a szegénységgel nő (a Dunántúlon a szegényeknél 49%, a Tiszántúlon ugyancsak a szegényeknél 66%). Ostoros községben a napi kenyér fejadag átlag 41 dg, Tardon 65 dg (ami megfelelőnek tekinthető). Az alföldi gazdag búzatermővidéken nyáron a kenyér fejadag: 0.75 — 1.0 kg, kubikosoknál 1.5 kg. Télen ennek kb. a fele.

A *minőleges élelmezési adatgyűjtés* értékelésére *Waltner* és *Mészáros* a tej, hús, zöldségek és gyümölcsök az élelmezésben előfordulási gyakorisága szempontjából, négy csoportot állítottak fel: I. *Kifogástalannak* mondják az élelmezést, ha a heti étkezésben naponta (1—2 nap kivételével) van tej, hetenként háromszor hús és egyszer zöldség vagy gyümölcs. II. *Kielégítőnek*, ha hetenként négyszer van tej, egyszer hús és egyszer zöldség vagy gyümölcs, vagy ezeknek változata. III. *Hiányosnak*, ha a fenti négy élelmiszerekből az egyik hiányzik, végül a IV. *egészen hiányos* csoportba azokat sorolták, ahol több élelmiszercsoport hiányzik.

A minőleges megítélés szempontjából igen hiányos étkezési viszonyokat találtak *tanyai lakosoknál*, Több helyen a tanyai iskolásgyermekek tejfogyasztása is igen kismértékű volt. A zöldségek fogyasztása igen sok falusi lakosságcsoportban nagyon gyenge, a húsfogyasztás több vizsgált tanyán igen alacsony volt. Az egyik alaposabban vizsgált megye földművelő lakosságának csak 15%-a táplálkozott kifogástalanul. Mészáros csongrádmezei anyagán 14.2%-ban talált kifogástalan és kielégítő, 44%-ban hiányos és 14%-ban egészen hiányos táplálkozást. Ugyanezek a csoportok

tok *Biró dr.* adatai szerint, a csányosrói egészségvédelmi körzetben (Baranya vm.) 52, illetve 35 és 12.5%-kal szerepeltek.

Biró dr. 302 családra (1427 személyre) vonatkozó fentebbi adatait az egyes családok anyagi viszonyai szerint is csoportosította. Adatai — táblázatba foglalva — a helyzet következő képét adják:

70. Különböző anyagi viszonyok közt élő családok táplálkozási viszonyai.

Táplálkozás	A család		
	módos (13·9%)	közepes (34·7%)	szegény (51·3%)
	anyagi viszonyok közt él		
Kifogástalan vagy kielégítő .....	183·3%	58·9%	35·0%
Hiányos .....	11·0%	33·3%	42·5%
Teljesen hiányos .....	4·7%	7·6%	18·0%

Ezek az adatok is bizonyítják — amit e fejezet elején írtam —, hogy a megfelelő táplálkozás nem kizárólag gazdasági kérdés, hisz itt is a módosak 15,7%-a többé-kevésbbé hiányosan táplálkozott.

Igen értékesek azok az adatfelvételek is, amelyek a falusi asszonyok „*konyhatechnikai eljárásairól*” adnak nekünk képet. A jó konyhatechnika nemcsak azért rendkívül fontos, mert segítségével a táplálék ízét kellemessé, zamatossá, kívánatosá lehet tenni, hanem azért is, mert a rossz konyhatechnika nehezen emészthetővé, vagy élvezhetetlenné tehet értékes tápanyagokat, esetleg tönkre is teheti a táplálék fontos, értékes részeit. Dabis dr.-nak a Népelelmezési Bizottsághoz beterjesztett jelentése erről a kérdéstről ezt írja:

„*Három* jellegzetes nemzeti konyhatechnika van: a *francia*, az *orosz* és a *magyar*. Utóbbi a legváltozatosabb. Főtulajdonságai:

1. a melegen élvezett burgonyás kenyér készítése az élesztő és kovászfélék változatos használata mellett. 2. Hagymás-paprikás zsír használata. 3. Édes és sós ízű tészták gyakorisága. A *leves*, *főzelék* és *tészta* konyhatechnikai szempontból fokozatos átmenetet képeznek („*vastagétel*”). A magyar népkonyha étrendje tulajdonképpen gazdag és változatos, de a viszonyok változása hozta magával a népies szakácművészet hanyatlását. Több mint 40 levesfajta, kenyér, sült és főtt tészta neve és készítmódja ismeretes. A húskételek változatos skálája is népies elkészítő módokból ered. Gyümölcsleveseket a Balkánon és Oroszországon kívül csak nálunk készítenek. A zöldfélék, változatos saláták készítése azonban már

kevésbé ismert. A szegény népnél a konyhatechnika egyhangú lett és jelenleg a földműves nép élelmezése: harc az éhségérzet ellen. Ez az oka a laktató, nagy telítő értékű, lisztes és zsíros ételek szeretetének. Az ételek egyhangúságát erős fűszerezéssel ellensúlyozzák. A levesek és főzelékek a készítési mód miatt kivonatanyagokban és vitaminokban szegények. A gyomor-bélbántalmak nemcsak a felnőttek, de a gyermekek között is igen gyakoriak. Egy földműves író állást foglal a „saláta-szociológia” ellen, mert szerinte a búzakenyér, szalonna és vastagétel az alföldi paraszt gyomrának és munkamódszerének a legmegfelelőbb élelem.”

Nézzük, milyen adatokat kapunk népünk élelmezésére vonatkozólag a *deduktív módszerrel*. Ha az egy évben termelt (és behozott) élelmiszer összegéből levonjuk a kivitel mennyiségét, megkapjuk az illető élelmiszernek azt a mennyiségét, amely az illető évben egy ország lakosságának rendelkezésére állott. Ezeket az adatokat az összes élelmiszerekre vonatkozólag a *Magyar Gazdaságkutató Intézet* igazgatója, *Varga István dr.* egyetemi magántanár dolgozta ki és ismertette a Népélelmezési Bizottsággal. Ezek az adatok — amelyek nemcsak a falusi lakosságra, hanem az egész népességre vonatkoznak —, akkor beszélnek, ha szembeállítjuk őket az ország lakosságának egyévi szükségletével. *Beznák* prof. és *Beznákné, Hortobágyi Margit dr.* számították ki különböző élelmiszerekre nézve az egyévi szükségletet. Szembeállítva a két adatot, *Beznák* úgy találta, hogy „tejtermelésünket kb. 100—120%-kal, tojástermelésünket 490%-kal, zöldségtermelésünket legalább 20%-kal kell fokoznunk, hogy mindenki számára biztosíthassuk a fiziológiailag nélkülözhetetlen táplálkozást”. Ne feledjük el azt sem, hogy országunk lakossága állandóan szaporodik, így ez is az élelmiszerszükséglet állandó emelkedését jelenti.

*Ezeket az adatokat a modern táplálkozástani ismeretek megvilágításában kell néznünk, hogy a teendőket megállapíthassuk.* A táplálkozás tudományos alapjaival a Népélelmezési Bizottság I. albizottsága foglalkozott, kapcsolódva *Beznák, Waltner* professzoroknak és *Mészáros* egyetemi m.-tanárnak a különböző emberek tápanyagszükségletére vonatkozó előterjesztéseikhez.

Ma már jól ismert a különböző korú, különböző foglalkozású egyének energiaszükséglete, amelynek fedezésére táplálék formájában kalóriát viszünk a szervezetbe. Ez a kalóriaszükséglet nálunk különleges testi munkát nem végző férfínél és nőnél 2400. Könnyű munkát végző embernél az óránkénti kalóriaszükségleti többlet: 75, mérsékelt munkánál: 75 —150, nehéz munkánál: 150—300, nagyon nehéz munkánál: 300—500 kg kalória. *Beznák* prof. élesen rámutat arra, hogy ma már „tévesnek tartjuk azt a felfogást, amely a táp-

lálkozásban csak az elvesztett kalóriákat akarja nyújtani”. Megállapították, hogy a fehérje — mint a szervezet építőanyaga — nélkülözhetetlen. Fehérből a szükséglet a koraal változik; felnőtt férfi szükséglete testsúlykilogrammonként 1 gramm. Terhes nő 1,5 g, szoptató nő 2.0 g. Gyermekek fehérjeszükséglete 1 — 3 éves korban testsúlykilogrammonként 3.5 g. (Waltner szerint 2 éves korig 25 g, azután pedig 2.0 g elegendő.) Bár minden fehérje kb. egyforma mennyiségű (16%) nitrogént tartalmaz, mégsem mindegy, milyen fehérjét nyújtunk a szervezetnek. Nem mindegy tehát az sem, hogy állati vagy növényi fehérjét adunk-e. A fehérjék vegyi összetétele rendkívül sokféle lehet, attól függően, hogy milyen aminosav-molekulákból áll. Ezek között a molekulák között vannak olyanok, amelyekre a szervezetnek feltétlenül szüksége van, hogy fejlődése normális legyen, illetve, hogy egészséges maradjon (ú. n. esszenciális molekulák). Ha ez a molekula a táplálékból hiányzik, vagy mennyisége elégtelen, úgy a fejlődő szervezet növekedése visszamarad. Látjuk tehát, hogy a táplálkozásban a hangsúly nem a fehérjén, hanem a „megfelelő” fehérjén van. Ezek az aminosav-molekulákon kívül a szervezetnek fejlődéséhez, illetve épségének fenntartására még bizonyos más különleges vegyületekre is van szüksége, amelyek vitaminok neve alatt jól ismertek. Beznák professzor hangsúlyozza, hogy ezekre a különleges fehérjemolekulákra és vitaminokra a szervezetnek bizonyos — ma már általában elég jól ismert — mennyiségben van szüksége. Azokat az élelmiszereket, amelyek ezeket a nélkülözhetetlen fehérjemolekulákat és vitaminokat különösen nagy mennyiségben tartalmazzák: védő tápanyagoknak („protective food”) nevezzük. Nevüket onnan kapták, hogy ezek a tápanyagok megóvják a szervezetet olyan betegségektől, amelyek akkor keletkeznek, ha egy ember táplálékából az említett fehérjemolekulák, illetve vitaminok, esetleg ezek egyike vagy másika hiányzik. Ilyen „védő tápanyagok” a friss tej, a tojás, a friss gyümölcs, a búsa és a zöldfőzelék.

Ezeknek az élelmiszereknek hiányát különösen a fejlődő szervezet érzi meg, amely az ezek hiánya következtében beállott „élet-tani kevesebbértékűséget később nem tudja behozni” (Beznák).

Beznák a következőképpen foglalja össze a választ arra a kérdésre, hogy: „Mit kell nyújtaniunk a modern táplálkozástudomány szerint minden embernek? a) A szükséges esszenciális molekulákat. Napi 100 g fehérjét, amelyből 40 g állati eredetű legyen. 5 mg A-vitamint, 2 mg B<sub>1</sub>-vitamint, 3 mg B<sub>2</sub>-vitamint, 0,02 mg D-vitamint, 40 mg C-vitamint. Az esszenciális lipoidokat. A nélkülözhetetlen ásványi anyagokat, főképp Ca-t, J-t, Po<sub>4</sub>-t, Fe-t, Na és KCl-t. b) Naponta 2400—5000 kkalóriát a testi munkától függően, c) Mind-

ezt élvezetes, étvágyra ingerlő alakban, a lehető legváltozatosabb forrásokból véve. *d)* Különösen jelentős, hogy a terhes és szoptató anyáknak, valamint a fejlődő szervezeteknek a csontfejlődés befejezéséig az optimális táplálékot biztosítsuk.”

Ha ezeknek a modern táplálkozástudomány előírta szükségleteknek ismeretében azt kérdezzük, hogy *a magyar falusi ember kellő mennyiségben fogyasztja-e egyrészt a védőtápanyagokat* (tej, tojás, hús, zöldsézelék, gyümölcs), *másrészt az energiát szolgáltató tápanyagokat* (gabona, cukor, burgonya, zsír), úgy erre nehéz pontos választ adnunk. Általánosan az a vélemény, hogy a magyar falusi ember elégtelenül táplálkozik. Ez a nagy általánosságban tartott álláspont minden valószínűség szerint fedi a helyzetet. Ha azonban ezen változtatni szeretnénk, úgy ilyen általános megállapítás nem elégséges. A modern táplálkozástan rámutat a részletkérdések fontosságára.

Ha a röviden ismertetett falusi népelemzési adatfelvételeket részletes tanulmány tárgyává is tesszük, rájövünk, hogy azokból a fentebb felsorolt kérdések legnagyobb részére nem tudunk választ kapni, vagy a válasz csak nagyon általános.

Az ú. n. *védőtápanyagok* közül az ország tejfogyasztására vonatkozólag *Csiszár József* szerint (1939. jún.) „csak kevés és hiányos statisztikai adattal rendelkezünk. A legutolsó adatok szerint hazánk napi tejtermeléséből egy lakosra 0.523 liter tej jut. Ha a termelt tejmennyiségből levonjuk a borjúnevelésre, ipari feldolgozásra és exportra felhasznált, továbbá az elkallódott tejet, a napi átlag 0,43 liter. Az 1930. évi adatok szerint a napi fogyasztási tej-adag fejenként 0.42 liter. Ugyanezen évben a vidék tejfogyasztása 22.9%-kal nagyobb volt, mint a fővárosban”. A tejet összetételei alapján a szakemberek a legértékesebb élelmiszernek tartják. Beznák prof. szerint egy embernek napi 0,7 liter, egy terhes vagy szoptató nőnek pedig 1 litert kell biztosítani. Ha tekintetbe vesszük, hogy 1927-től 1937-ig szarvasmarhaállományunk majdnem változatlan (kb. 1,800.000 darab), s ennek állandóan egyformán kb. a fele tehén, megállapíthatjuk, hogy — a bő tejelő tehének arányának fokozatos emelkedése mellett is — az 1927-ben és az 1937-ben termelt tejmennyiség közt lényeges különbség nem lehetett. Vajtermelésünk 1927-től 1937-ig 2,700.000 kilogrammról 11,300.000 kilogrammra ugrott fel. Ebből 1927-ben 175.000, 1937-ben 5,952.000 kg-t exportáltunk. Ha számításba vesszük, hogy lakosságunk ez alatt a 10 év alatt kb. 550.000 fővel szaporodott, s a 10 év alatt alig emelkedett tejmennyiségből még további kb. 140 millió liter tejet 5,770.000 kg vajexporttöbblet formájában az országból ki kellett vinnünk, úgy a *lakosság tejfogyasztásának csökkenéséről kell*

*beszámolnunk.* Alátámasztja ezt védőnőinknek jelentése, akik több helyről közölték velünk, hogy amikor egy községben tejszövetkezetet, vagy tejgyűjtőállomást létesítenek, utána mindjárt csökken a gyermekek tejfogyasztása.

A *tojás* fogyasztására vonatkozólag a modern táplálkozástudomány a 6 éves kortól kezdve fejenként napi 1 darab, évi 365 darab tojást tart szükségesnek. Hazai fogyasztásunk fejenként évi



### 71. Paprikavásár.

kb. 70 darab. Ez a szám nehezen ellenőrizhető. Kétségtelen, hogy falusi népünk a tojást általában nem kedveli, gyermekének is alig ad. Inkább még ételbe keverve fogyasztja.

*Húsneműt* — különösen nem sózott és füstölt, zsíros húsneműt — a falusi ember — mint ezt a minőleges adatfelvételekből is meg lehet állapítani — ritkán, inkább ünnepnapokon eszik. Vonatkozik ez elsősorban a szegényekre, akik néha hetekig nem esznek húst. Télen és tavasszal a házi disznóölésből konzervált húst eszik. Igen értékes a máj, vese, pankreas.

\*A Magyar Gazdaságkutató Intézet szerint a hazánkban termelt tejből belföldi fogyasztásra került 1926/27-ben: 11,580.000 hl., 1935/36-ban: 11,330.000 hl. A vajexport 1926/27-ben: 186 métermáza, 10 év múlva, 1935//36-ban: 30.327 métermáza, viszont a 40.349 hl. tejexport nullára csökkent.

Nagyon táplálóak a *véretelek* is. Ezek bevezetése és propagálása érdekében *Mészáros Gábor dr.* fejt ki nagy tevékenységet. Rámutat arra, hogy ez a szegénysorsú falusi lakosságnál mint fehérjeforrás szerepelhetne. Megállapította, hogy hazánkban a vágóhidakon évenként kb. 1400 vágón vért termelnek, ennek igen tekintélyes része (közel 1000 vagon) a földbe, illetve a csatornába kerül. A fogyasztás jelenleg csak kb. 160 vagon (főleg sertés-, birka- és borjú vér).

A *zöld leveles főzelékek* fogyasztása vidékenként különböző. Falun általában alig eszik; ott azonban, ahol például a bolgár kertészek ennek termelésére a népet megtanították, ott lassan hozzászokik a fogyasztásához. Ellenőrizhetetlen azonban ezek fogyasztásának a mértéke. A zöldfőzelékekben lévő C-vitamin főzéskor elpusztul.

A *gyümölcsfogyasztás* egyrészt ásványi anyagai miatt, másrészt a C-vitaminszükséglet fedezése érdekében fontos. Tekintettel arra, hogy a C-vitamin a szervezetben nem raktározódik, gyümölcsöt, paprikát az egész éven át kell fogyasztanunk, hogy a C-vitamin élettanilag fontos mennyiségét szervezetünk megkapja. Falusi lakosságunk — ha fogyaszt is nyáron gyümölcsöt — nem gondoskodik arról, hogy téle is eltegyen. Norvég kutatók megfigyelése szerint a C-vitamin párhetes hiányára is már mutatkozhatnak carieshez vezető elváltozások a fogakon. A Magyar Gazdaságkutató Intézet adatai szerint hazánk a sok gyümölcsöt fogyasztó országok közé tartozik.

Az ú. n. *energiát (kalóriát) szolgáltató tápanyagok* fogyasztása falusi lakosságunk körében már biztatóbb képet mutat. Ha az ember a fentebb említett védőtáplálékokat a szükséges mennyiségben fogyasztja, úgy már ez is biztosít kb. 1400 kalóriát. Ezt kell ezekkel az ú. n. energiát szolgáltató tápanyagokkal (gabonaneműek, cukor, burgonya, zsír) kiegészíteni arra a kalóriamennyiségre, amelyre a szervezetnek szüksége van.

A *búza* és *rozs* fogyasztása, kenyér formájában, hazánkban az elméletileg megállapított szükségletet erősen felülmúlja (kenyér-szükséglet: 11,396.000 q, kenyérfogyasztás 17—22,000.000 q). Ezzel szünteti meg a falusi ember legkönnyebben az éhség érzését (ami nem egyenértékű a fiziológiai értelemben vett jóllakottsággal). Máskor gyúrt tészták formájában fogyasztja el a búzalisztet. Kár, hogy az újabb őrlési eljárásokkal nem kerülnek be a lisztbe a búzaszem csirájában és héjában lévő B vitaminok és ásványi anyagok.

A *cukor* bőséges kalóriát nyújt, amit azonban másképp is meg lehet szerezni. Igen fontos azonban adása a szénhidrát hiányában szenvedő csecsemőknek. Hasznos ezenkívül mint ízesítő anyag is.



A falusi emberek cukorfogyasztására vonatkozó adatokat már ismertettem.

A *burgonya* nagyon értékes élelmiszer, mert nemcsak kalóriát ad, hanem benne értékes fehérjék, vas, vitaminok is vannak, és pedig a C-vitamin olyan alakban, hogy főzéskor sem pusztul el. Hazánkban a burgonyafogyasztás vidékenként igen különböző; helyenként eléri (sőt felül is múlja) a fiziológiai megkívánt mennyiséget. Beznák a burgonyafogyasztás emelésében látja falusi lakosságunk élelmezésének leggyorsabb javítási lehetőségét.

A *zsír (szalonna)* kizárólag csak kalóriát szolgáltató tápanyag, de mint ilyen, a szalonna igen értékes. A magyar falusi ember többnyire igen sok szalonnát fogyaszt és zsírosan főz. Az erősen zsíros étel könnyen kelti a jóllakottság érzését.

A kormány az elmúlt években a *falusi nép élelmezésének javítása érdekében konkrét lépéseket tett*, amelyek részben a népelelmezési helyzet tisztázását segítik elő, részben tekintélyes összegeket bocsátott rendelkezésre a népelelmezés javítására.

A magyar nép táplálkozásának kérdését a már említett Magyar Nemzeti Népelelmezési Bizottság vizsgálja. Ennek adminisztrációs költségeire szerény összeg a belügyminisztérium költségvetésébe van beállítva. A Bizottság tagjai nagy buzgalommal, teljesen önzetlenül támogatják az egészségügyi kormányt a népelelmezés javítására irányuló kérdésekben. A bizottság eddigi értékes munkájából kialakult egyrészt az, hogy a népelelmezés — különösen a falusi lakosság élelmezése — súlyos hiányokat mutat, amelyek a nemzet létérdekeit is érintik és ezért sürgős cselekvést kívánnak. Ezek a hiányok részben olyanok, amelyeken nagyobb áldozatok nélkül segíteni lehetne, ha sikerülne a helyzet és az okok tisztázása után egységes tervet kidolgozni és az államhatalom ma is rendelkezésre álló erőit e hiányok megszüntetése érdekében összekapcsolni. Még egyszer hangsúlyozom, hogy tisztában vagyunk azzal, hogy a népelelmezés kérdése nem csak egészségügyi probléma. Épp ezért tartottuk szükségesnek és sikerült is a Népelelmezési Bizottságban összehozni mindazoknak a tényezőknek képviselőit, amelyek együttműködésével a népelelmezési kérdések hiányosságai, a hiányok okai felderíthetők és a segítség útjai megjelölhetők. Az egyes erre hivatott tényezőknek lesz a feladatuk a hatáskörükbe tartozó intézkedések megtétele.

Kívánatos lenne azonban a Bizottság munkájának hatásosabbá tétele érdekében, hogy legyen a magyar nép élelmezésének kutatására, a népelelmezés terén adódó konkrét kérdések kidolgozására egy állandó intézmény. Beemelem, sikerülni fog, egyelőre talán az Országos Közegészségügyi Intézet keretében, *népelelmezési osztályt*

felállítani, amely kiindulópontja lehet egy, a külföldön már meglévőkhöz hasonló népelelmezési intézet létesítésének.

A kormány megtette az első konkrét lépéseket is a falusi népelelmezésének javítására, és pedig két irányban: egyrészt bizonyos néprétegek *élelmezésének feljavítására bizonyos hitelt bocsátott rendelkezésre*, másrészt megindította, illetve részben tovább fejlesztette a *falusi asszonyok oktatását a főzés kérdésében* (zöldkeresztes főzőtanfolyamok).

A népelelmezés javítását célzó intézkedések megindításakor az első lépést természetesen a *gyermek élelmezésének javítása érdekében* kellett tennünk. Ebben a kormányt nem szentimentális okok vezették. A gyermek az, akinek fejlődő szervezete leginkább megérzi a hiányos táplálást, s ennek kapcsán, — mint erre Beznák professzor reámutat —, olyan élettani hiányosságok keletkezhetnek, amelyeket a szervezet később sem hever ki. Tudjuk, hogy a gyermek jövő fejlődését a konstitucionális adottságok mellett a csecsemő-, gyermekkorában őt ért külső és belső befolyások irányítják. Ezek közt a táplálkozásának sokszor egész életét döntően alakító hatása van. Ismeretes az is, hogy élelmiszereink közt a tej tekinthető a legértékesebbnek. Logikus volt tehát, hogy a *kormány a falusi nép táplálkozásának javítására felhasználható összegből a falusi csecsemők és gyermekek részére tej beszerzését biztosítsa*. Indokolt volt a tejet a reászoruló *terhes nőknek és szoptató anyáknak* is adni, ami által szintén a gyermek érdekében cselekszünk.

Az ú. n. *zöldkeresztes tejakciót* az egészségügyi, illetve egészségvédelmi szerveken keresztül bonyolítottuk le, ami által azt is elérjük, hogy olyanok is, akik azelőtt egészségvédelmi tanácsadásra nem mentek, most hogy maguk vagy csecsemőjük, gyermekük részére tejet kapjanak, eljöttek s így orvosi vizsgálat alá kerültek. Különösen érdekes az, hogy *terhes falusi asszonyok*, — akik azelőtt a tanácsadásokra nem jöttek el —, most nagy számmal jelentkeztek, úgy, hogy az ú. n. „terhes rendelések” látogatottsága sokfelé megháromszorozódott. Ennek a jelentőségét igazolja már az az egy tény is, hogy ilyen módon sikerült nagyobb számú terhes anyánál szifilisz megállapítani és őket ebből kigyógyítani. Ez a méhmagzatok életbenmaradását és egészséges gyermek születését biztosította.

Az 1939. év folyamán mintegy 17 millió liter tejet biztosít a kormány a szegénysorsú *falusi terhes nők, szoptató anyák, csecsemők, kisdedek, óvodás és iskolás gyermekek részére*. A tejsegélyben részesítettek kiválogatása szociális és egészségügyi indikáció alapján

\*Megemlítem, hogy ezenfelül a Magyar a Magyarért mozgalom Imréd) Béláné kezdeményezésére a felvidéki területeken megszervezendő zöldkeresztes tejakció céljára kb. 2 millió liternyi tej beszerzésére szükséges összeget bocsátotta rendelkezésünkre.

történik. A szociális indikáció felállítása meglehetősen nehezen megy, mert falun a szociális igazgatásnak nincs szerve. A kötelezőleg előírt havonkénti egészségügyi vizsgálatot az egészségvédelmi tanácsadások, ahol pedig ilyen még nincs, ott a községi- és körorvosok végzik s ennek alapján” állítják fel az egészségügyi indikációt. Az igényjogosult tejtulványt kap, amelynek ellenében részére a községenként megállapított helyeken a tejet kiszolgáltatják. Az utalvány ellenértékét az állam által rendelkezésre bocsátott hitelből a Vármegyei Közjóléti Alap fizeti ki.

Az 1939. év első felében kereken 16.000 terhes és szoptató nő, 37.000 3 éven aluli, 40.000 3—5 éves, és 77.000 6—11 éves korú gyermek részesült a zöldkeresztes ingyentejben, és pedig a terhes és szoptató nők, továbbá a 3 éven aluli gyermekek napi 1/2 litert, a 3 éven felüliek 1/4 litert kaptak. Az óvodás és iskolás gyermekek a tejet az óvodában, illetve iskolában fogyasztják el.

Megemlítem, hogy arra törekszünk, hogy olyan termelőket jelöljenek ki a tej szállítására, akiknek *istállója tiszta, rendes, az állataik pedig hatósági állatorvosi vizsgálaton* egészségeseeknek bizonyultak.

A helyi hatóságokat már ősszel felhívtuk, hogy törekedjenek a társadalomtól *lisztadományokat* szerezni, hogy a gyermekeknek a *tej mellé egy darab kenyert* juttathassanak. 1939 elején kísérletképpen egy bizonyos összeget kaptak a falusi egészségvédelmi szolgálatok, hogy abból szükség esetén *anyatejet* biztosíthassanak annak a szegénysorsú anyának, akinek nincs elegendő tejelválasztása.

A kormány a tejen kívül a lakosság ugyanazon osztályainak *ingyen cukrot* is juttat. Az ú. n. *zöldkeresztes cukor akció, Fabinyi*, akkori pénzügyminiszter megértéséből 1935-ben kezdődött 10 vágón cukorral. Évről-évre többen sikerült kapnunk. Az 1939. évben már 148 vágón ingyencukor áll rendelkezésére. Ebből az 1939. év első felében 16.000 terhes és szoptató nő, 80.000 6 éven aluli és 75.000 6—11 éves gyermek részesült havonta 1 — 1 kg cukorban.

A cukrot a tejtulványokhoz hasonló utalványokra a Hangya Termelő, Értékesítő és Fogyasztási Szövetkezet útján bocsátjuk az igényjogosultak rendelkezésére. Az igényjogosultak kiválasztása hasonlóképpen történik, mint a tejjuttatás esetén.

A tej és a cukor, továbbá az anyatej adásának *egészségügyi indikációit* — különös tekintettel a csecsemő táplálására — *Hainiss* professzor volt szíves összeállítani. Ezt sokszorosítva megkapták az egészségvédelmi szolgálatok.

A falusi óvodás és iskolás gyermekek táplálkozásának javítása érdekében évente a késő téli hónapokban ú. n. *zöldkeresztes gyermekétkeztetési akciókat* szervezünk. Ezek 90 napig tartanak; bruttó

költségük gyermekenként körülbelül 20—25 fillér, amelynek legalább egyharmadát a helyi társadalomnak kell fedeznie; étkeztetési akció egyelőre csak ott volt szervezhető, ahol legalább 50 reászoruló gyermekből álló csoport van (kisebb csoportok esetén a rezsiköltség túl magas). Az étkeztetett gyermekeket rendszeres egészségügyi megfigyelés alatt tartják és az étkeztetés előtt és után külön megvizsgálják.



72. Zöldkeresztes gyermekétkeztetés.

Ezenkívül 1938

májusában Békés megyében, Doboz községben, többévre tervezett kísérleti gyermekétkeztetési akciót indítottunk meg. 1937-ben ugyanis a Népelemezési Bizottság megállapította azokat az elveket, amelyeket a gyermekek étkeztetésében keresztül kellene vinni. Foglalkozott azzal a kérdéssel is, miképpen lehetne a szükséges táplálékot a lehető legolcsóbban biztosítani a gyermekek részére. Kívánatosnak látszott, hogy-ezek az elgondolások az életben is a tudományos kritika ellenőrzése alatt kipróbáltassanak, hogy meg-

állapítsák 1. miképpen kell a gyermekétkeztetéseket a táplálkozástudomány mai igényeinek megfelelően, de olyan olcsón biztosítani, hogy az a szegény lakosság körében is a gyakorlatba átvihető legyen; 2. lehet-e bizonyítékot kapni arra vonatkozólag, hogy az említett élettanilag megfelelő táplálás a gyermek testi és szellemi fejlődését — a falu többi gyermekével szemben — különösképen előmozdítja? Ennek a kísérletnek a vezetésére Mészáros Gábor dr.-t kértük fel, aki a tisztiorvosokkal, Doboz község orvosával s a gyulai áll. Gyermekmenhely igazgatójával, Dobszay dr.-ral gyűjti a megfigyeléseket.

Az élelmezés hatásának ellenőrzése céljából a következő mérések, illetve vizsgálatok végeztettek el, vagy fognak elvégeztetni:

1. Testsúly; 2. hosszúság (test-, ülő-, symphysis magasság); 3. fej-méret (körfogat, kis- és nagyharánt, egyenes, nagy, ferde és magassági átmérő); 4. végtagok (kar- és lábszárhossz, kar, kéz, combkörfogat); 5. törzsméret (váll- és csípőszélesség, váll-, mell-, csípő- és nyakkörfogat); 6. combzár; 7. haj, szőrzet; 8. tápláltság. A klinikai adatok közül az általános klinikai vizsgálatokon kívül a tápláltság (3 csoportba osztva), a tüdő, fogak, a kezek szorító és húzóerejének vizsgálatát végzik. Az élettani vizsgálatok közül az adaptáció vizsgálata és C-vitamin meghatározás, továbbá a szellemi képesség vizsgálata szerepelnek. E vizsgálatok egy részét folyamatosan végzik.

A község mintegy 300 szegénysorsú, hiányos tápláltságú gyermeke közül fokozatosan 159 kapcsolatot be az étkeztetési kísérletbe, míg a többi gyermek kontrollképen szerepelt. Az étkeztetési napi és fejenkénti költség 375 fillér, amiből 305 fillér esik élelmi anyagra. A megfelelő étkeztetést nehéz volt helyben beszerezett anyagokból biztosítani, mert zöldfőzelékeket — különösen télen — alig lehetett kapni. Az 1939. évi zöldfőzelék helyi termeltetéséről előre gondoskodtak. Fokozták a burgonyafogyasztást, bevezették a vérételeket. A helyi malomban 80%-os lisztet öröltetnek az étkeztetés céljaira. Az ebből készült kenyeret most már megszokták a gyermekek. A legnagyobb nehézséget az okozta, hogy rossz néven vették a faluban, hogy a kontrollcsoport nem részesült az akcióban. Ezeket más módon törekedtek kárpótolni (cipő-, ruhaadományok).

Korai lenne ennek az érdekes falusi gyermekétkeztetési kísérletnek tanulságairól és eredményeiről már most szólni. Az orvosok az étkeztetésben résztvevő gyermekek testi súlynövekedéséről, a tanítók szellemi fejlődésükről máris igen érdekes adatokkal számoltak be.

A kormány másik törekvése arra irányult, hogy *az élelmezési és konyhatechnikai tudnivalókat megismertesse a falu népével*. Ezért 1935 óta eleinte néhány helyen, 1938 óta pedig rendszeresen, minden megyében tartunk főzőtanfolyamokat. Ezeket *Kovács György dr.* közegészségügyi főfelügyelő egységes központi irányításai, mellett a kecskeméti gazdasági iskolát végzett gazdasági szaktanítónők, élelmezéstechnikusok és a budapesti Egyetemi Dietetikai Intézet végzett dietás-nénéi vezetik. A tanfolyam vezetőket 1938. év őszén 3 napra az Országos Közegészségügyi Intézetben gyűjtöttük össze, ahol a zöldkeresztes főzőtanfolyamok szervezésére és vezetésére őket kiképezték. Továbbá megismertették őket a kormány egészségügyi célkitűzéseivel s a falusi közegészségügyi munka feladataival és szervezetével.

A *zöldkeresztes főzőtanfolyam célja*, hogy a falu fiatalabb asszonyai és leányai megtanulják az egyes vidékek termelvényeinek minél változatosabb elkészítését, rászokjanak a változatos táplálkozásra, megismerjék és megkedveljék a zöldfőzelékeket s elsajátítsák néhány olyan diétás étel elkészítését, amelyek az otthon ápolat vagy a kórházból hazakerülő lábadozó betegek, továbbá a kisdetek táplálásában szükségesek.

A tanfolyam tartama 4 hét. A résztvevők száma 30, akik két csoportban tanulnak.



73. Zöldkeresztes gyermekétkeztetés.

Az 1937/38 .évben szerzett jó tapasztalatok alapján a belügy-miniszter az összes törvényhatóságokat felhívta, hogy az 1938^39. ;v telén rendezzenek ilyen zöldkeresztes főzőtanfolyamokat, amelyeknek költségeihez anyagi támogatást is kilátásba helyezett. Közli a rendelet azt is, hogy a résztvevő tanulók tanulási naponként vagy 30 fillérrel járuljanak hozzá a költségek viseléséhez vagy hozzák magukkal a tanfolyam vezetője által megjelölt nyers élelmiszereket, amit azután maguk megfőznek és meg is esznek.

A felhívás eredményes volt. Az 1938/39. év telén 24 törvényhatóság területén 148 községben rendeztek főzőtanfolyamot, amelyeken 3811 növendék (2993 leány és 818 asszony) vett részt. Közülük 20 évnél fiatalabb volt 2319, 20—30 éves: 1033, 30 éven felüli: 459. A családfenntartóik foglalkozása: földműves 2266, iparos 677, teljesen szegény (alkalmi munkás) 300, egyéb 568. Egy-egy növendék főzéstaniása 3.50 pengőbe került.

A tanfolyamok tartását a jövőben, nagyon meg fogja könnyíteni az, hogy *Kovách György dr.* közegészségügyi főfelügyelő eddigi tapasztalatainak felhasználásával „*A Zöldkeresztes népelelmezési tanfolyamok vezérfonala*” címen füzetet állított össze, amelyet a tanfolyamok vezetői, de mások is, elsősorban a népelelmezés kérdései iránt érdeklődő orvosok fognak haszonnal olvasni.

A tanfolyam végén *Soós professzor*, — aki a tanfolyamok szakszerű irányítását hathatósan támogatta —, a tanfolyamvezetőkhez a falusi népelelmezési főzéstechnikai stb. kérdésekre vonatkozó részletes kérdőívet küldött. A beérkezett válaszokból állította össze Soós professzor a *tanfolyamvezetőknek alábbi érdekes megfigyeléseit és tapasztalatait*:

„A tanfolyamra tudnivágyás, kíváncsiság és az újszerűség hatása alatt azért jelentkeztek általában, hogy ismereteiket gyarapítsák. Egy helyen azért jelentkeztek, mert a községben köztudomású, hogy akik úriháznál szolgáltak, nagyon ízletesen tudnak főzni és azt várták, hogy ezt a tanfolyamon cselédkezés nélkül megtanulhatják. Egy községben bemondásuk szerint azért jelentkeztek, hogy „ingyen ehessenek”. Ebből a szempontból mindenütt nagyhatású volt a hatósági propaganda, az előljáráóság, főleg a jegyző hirdetései és felszólításai. A zöldkeresztes védőnők tanácsára mindenütt sokan hallgattak. A tanítósaág, leánykörök, lelkészek mindenütt eredményesen buzdítottak.

A tanfolyamra való jelentkezésre az a remény csábított, hogy a megszerzett bizonyítvány alapján könnyebben szegődhetnek el; városi háztartásokba. Más részüket olyan ismeretlen ételek vágya/ösztönözte, amelyek családi ételmezésük általuk is ismert egyhangúságát változatosabbá, jobbá és élvezetesebbé tehetik. Szóval egyrészük cselédképzésnek tekintette a tanfolyamot, másrészük pedig süteményeket, tortákat és díszítő technikát akart tanulni. A tanfolyam előadásainak hatása alatt mindegyikük tisztába jött a tanfolyam igazi céljával és a záró ünnepélyeken büszkén hangoztatták, hogy most már az ételmezés javítására észszerűbben mernek vállalkozni, mert új anyagokat, készítési módokat ismertek meg. A gazdaságosságra és takarékosagra nevelődtek és tisztábban látják a helyes és kifogástalan ételmezés egészségügyi vonatkozásait. A tanfolyam végén kaptak igazán kedvet, szinte sajnálták, hogy abba kell hagyni, sírva búcsúztak és élő hírvivői maradtak a tanfolyamot létrehívó gondolatnak. A 148-ból 103 helyen kérnek jövőre újból tanfolyamot.

A tanfolyamok előadásait általában nagy érdeklődéssel látogatták. Eleinte az elméleti magyarázatokat kevésbé szívesen fogadták, inkább a gyakorlati ismeretek iránt érdeklődtek. Lassankint azonban felébredt az érdeklődés az elmélet iránt is, jegyezték, kérdeztek

és egymással vitakoztak a tanultak fölött. Túlnyomórészt meglepő tehetség, felfogásbeli készség és veleszületett kezűgyesség tapasztalható a részvételre jelentkezőknél, mintha az élelmezés köre igen közel állana értelmiségükhöz és „szívügyük lenne”. Szeretnek konyhai műveleteket végezni. Tudatában vannak annak, hogy mily vonzó erő rejlik az élelmezés jóságában, minőségében a családi élet összetartása számára. Egy 40 éves asszony azzal indokolta részvételét, hogy 5 fia van és azok ne járjanak olyan helyre, ahol jobbat ehetnek, mint otthon. Leányoknál pedig a konyhatechnikai készség a kiválóság öntudatos kifejezője az egymásközi vetélkedésre.

A tanfolyamra jelentkezők rendszerint végig kitartottak a négy héten át. Ha néhányan elmaradni kényszerültek, úgy abban mindig nyomós okok játszottak közre, mint a férfiak fegyvergyakorlatra való bevonulása, gyász eset, betegség, sok mezei munka, vagy munkábaszegődés.

A helybeli előljáráóság a tanfolyamokat mindenütt megértően igyekezett támogatni. Az intelligencia általában már kezdettől fogva szeretettel és pártfogással viseltetett a tanfolyam iránt, ami a tanfolyam sikeréhez nagyban hozzájárult. A gazdák részéről legjobb esetben közömbösség volt tapasztalható, előlegezett érdeklődés legfeljebb annyi, hogy asszonyaikat és leányaikat „beírátták” a tanfolyamra. A tanfolyam folyamán ez a közönyös álláspont rendszerint a résztvevők lelkesedésének hatására előnyösen megváltozott annyira, hogy a záróvizsga igen nagyszámú gazdaközöniséget is vonzott. Általában az első tanfolyamok a megyékben erősen megérették az új rendeletek iránt mindenkor megnyilvánuló ellenszenv hátrányos hatását. A hatodik és a hetedik tanfolyamnál rendszerint könnyebb volt az előadó sikeres működése, mint az október, novemberi tanfolyamoknál, amit az akkori általános helyzet rendkívüli-ségével is lehet magyarázni.

A tanfolyam ideje alatt a bemutatott ételek közül a legtöbb ismeretlen volt. A főzelékfélék elkészítése és felhasználása szinte újdonság számba ment. A rakott és töltött főzelékek külön sikert arattak, nevezetesen a székelygulyás és a kolozsvári káposzta, töltött kalarábé. Számottevő érdeklődést keltettek a tejes ételek, madártej, tejfeles mártások és az ízesítés tejfellel. A finomabb és édes tészták készítését nagy figyelemmel tanulták. A húsetelek változatos-készítési módjainak megismerését nagy nyereségnek tekintik.

A színes főzelékek közül általában ellenszenv tapasztalható a sárgarépával szemben, aminek oka valószínűleg az lehet, hogy a sárgarépa édes, finom zamatához nem illik a hagyma alkalmazása. A sárgarépa után következik a paraj, amelyet jellegtelen ételnek, pépszerű elkészítése miatt pedig gusztustalannak, zöld színe miatt



szokatlanok tartanak. Ugyancsak a szokatlan színnel magyarázható a sóska és a kelkáposztával szemben megnyilvánuló ellenszenv is. Furcsa és meg nem szokott zamat miatt nem nyerhettek bevezetést a kalarábé, zeller és a cékla. A kritika nagy mértékben függött ezeknél az elkészítési módoktól, ami által sok helyütt végül is meg lehetett kedveltetni ezeket. Gomba általában kevés terem, félnek is tőle a sokszor előforduló mérgezések miatt. Karfiollal egyszerűen nem tudnak mit kezdeni, nem termesztik, nem ismerik készítési módjait és úrias ételnek tartják. Ellenben nagy sikerük volt a tanfolyamokon mindenütt a vér-ételeknek, vérkészítményeknek és sok helyütt a májnak”.

# I V Ó V Í Z E L L Á T Á S .

Az ivóvízellátás egyformán nehéz problémája a városnak és a falunak. *A városok vízellátásának nehézsége: sűrűn lakott, aránylag kis területre kell sok vizet juttatni. A magyar falu vízellátásának problémája: ritkán lakott, aránylag nagy területre kell vizet juttatni.*

A megoldásra váró feladat említett különbözőségéből következik a városi és a magyar falusi ivóvízellátás megoldásának különböző módja.

Nem vitatható, hogy a városi ivóvízellátásnak egyedüli helyes, sőt nagy városoknál többnyire az egyedül lehetséges megoldási módja: *a vízvezeték útján való vízellátás.* Minél közelebb áll egy település jellege a városias tömörüléshez, annál inkább merül fel a központi vízellátás szükségessége. Minél ritkább egy bizonyos területen a lakosság települése, minél távolabb állanak egymástól a lakóházak, minél kevesebb ember lakik egy-egy házban, vagyis minél inkább *falusi jellegű* az a település, annál nehezebb, mert aránylag annál költségesebb a központi, vízvezeték útján való vízellátás, s annál indokoltabb a vízellátás megoldását *decentralizálva, kutak útján* keresni

Az ivóvízellátásnak kétségtelenül a központi, vízvezeték útján való ellátás az *ideális* módja. *A közegészségügyi munkában azonban gyakran vagyunk kénytelenek az ideális megoldás helyett, a* *posszibilis* — gazdasági és egyéb szempontokból lehetséges — *megoldást keresni.* Amidőn a magyar falvak ivóvízellátását megoldani törekszünk, *reális programot* kell magunk elé tűznünk. A több kilométer hosszú, esetleg alig 1000, vagy még jóval kevesebb lakosú magyar falu nem bírja el központi vízvezeték létesítésének, sem pedig fenntartásának terheit. Az átlag magyar falvakban vízvezetékek létesítéséről csak azok ábrándozhatnak, akik nem ismerik a községek nehéz háztartási helyzetét vagy akik úgy gondolják, hogy az állam vállal minden terhet elbírnak. Ez utóbbiak az önzetlen emberek csoportjába tartoznak, mert hiszen tudniok kell, hogy az állami teher viselői közt — ők is ott vannak.

A trianoni ország kb. 9 millió lakosából *legfeljebb 4 millió lakik olyan agglomerációkban, hogy ott az ivóvízellátás vízvezeték útján, nem aránytalanul nagy költséggel, megoldható.* Jendrassik Aladár Országos Közegészségügyi Intézet-i osztályvezető adatai szerint a

trianoni ország területén 56 városunk (belterületi lakosság 2 millió 400.000) lakosságából 1,800.000, — 108 nagyközségünk (1 millió 50.000 főnyi) lakosságából kb. 200.000 ember kap ma vízvezetéki vizet. A városok belterületén a vízvezetékek kiterjesztése, s az említett nagyközségekben vízvezetékek építése Jendrassik osztályvezető számításai szerint kb. 170 millió pengőbe kerülne. Ez után még megoldatlan Jenné kb. 5 milliónyi falusi ember ivóvízellátásának kér-



74. Gémeskút.

dése. Nem nehéz kiszámítani, hogy hány száz millióba kerülne ezeknek vezetett ivóvízzel ellátása.

míg a városoknak körülbeül 70 millió pengőbe kerülő vízvezetéképítése komoly és sürgős közegészségügyi szükséglet, a nagyobb községeknek együtvéve kb. 100 millió pengős vízvezetéképítési terveit reális és posszibilis törekvéseknek vagy legalább reális vágnak tartom, addig a kisebb községeink kb. 5 millió lakosának vagy ezek nagyobb részének vízvezetéki vízzel ellátására vonatkozó elgondolásokat ma — az utópiák birodalmába sorolom.

Mivel tehát ma nem gondolhatunk arra, hogy falusi lakosságunkból kb. 5 millió ember ivóvízszükségletét vízvezetékéből láthassuk el, mint egyedüli lehetséges megoldás a *kutak útján való ivóvízellátás* marad.

A falusi ivóvízellátás rendezésének első feltétele a *valódi helyzet feltárása*. Erre kb. 10 évvel ezelőtt kapott megbízást az Országos Közegészségügyi Intézet. 1938. év végéig 32.712 falusi kútnak (ezek között 13.834 közkútnak) a vizét vizsgálta meg vegyileg és bakteriológiailag az Intézet. Ezek vizét 27%-ban találta egészségügyi szempontból megfelelőnek, 73 %-ban pedig szennyezettnek. Megemlítem, hogy a falusi kutak vizét a külföldön elfogadott standardoknál jóval enyhébben bíráljuk el. Ha a nemzetközi mértéket alkalmaztuk volna, úgy a kútvizeknek csak kb. 15%-át tarthattuk volna megfelelőnek.

Az *ivóvízvizsgálatokat* az Országos Közegészségügyi Intézet és annak fiókállomásai végzik. Az utóbbi években az Intézet vízügyi osztálya olyan eljárást dolgozott ki, amelyet a kútnál, a helyszínen lehet elvégezni s eredményéből a víz minőségére lehet következtetni. Ennek nagy hasznát látja az Intézet olyankor, amidőn a helyszínen meg kell vizsgálni, hogy érdemes-e egy rosszul épített vagy elhanyagolt kutat rendbehozatni.

Azokat a kutakat, amelyek vize megfelelő, a kút maga pedig olyan, hogy a vize védettnek tekinthető, az Országos Közegészségügyi Intézet *törzskönyvezi és zöldkeresztes „Jó ivóvíz” felírással táblával látja el*. E kutak vizét kötelesek a hatóságok évente kétszer vizsgálatra beküldeni. Ha a kút vize megromlik, vagy a kutat elhanyagolják, úgy a zöldkeresztes táblát onnan el kell távolítani. Az 1938. év végén az ilyen évente kétszer ellenőrzött, „Jó ivóvíz” táblás törzskönyvezett kutak száma 1534 volt.

Hazánkban a falusi kutak — még a közkutak sincsenek nyilvántartásba véve, így nem tudjuk, hogy hány kút van falvainkban. Egyesek 600.000-re becsülik az összes kutak és kb. 25.000-re a közkutak és oly kutak számát, amelyeknek vizét nagyobb számú ember fogyasztja (vendéglő, iskola, községháza stb. kútja). Mindezeknek kb. 70%-a *egészségügyi szempontból kifogásolható vizet ad*. A kifogásolt kutak egy része rosszul épült, egy másik része elhanyagoltsága miatt ad rossz vizet. Ezek egy része több-kevesebb költséggel rendbehozható és azután használható lesz. Elég tekintélyes részük azonban olyan, hogy belőlük jó ivóvíz nem nyerhető.

Jó ivóvizet adó falusi kutak létesítése szerencsére az ország legtöbb vidékén lehetséges. Vannak törvényhatóságok, ahol gyakran 5—40 m *mélységből, ásott aknás kutak* segítségével egészségügyi szempontból jó ivóvizet szerezhetünk. Példaképpen felemlítem Abauj, Baranya, Borsod-Gömör-Kishont, Somogy, Vas, Veszprém megyéket. Ezeknek a megyéknek sok községében tudunk 6—800 pengő költséggel jó ivóvizet szerezni. Ez a magyar falvaknak kb. egynyolcadában sikerül. Más megyékben ilyen olcsón eredményt

nem tudunk elérni, de 60—100 méterig lefűrva jó vizet kapunk.) Ilyen kút kb. 2000 pengőbe kerül. Tapasztalataink szerint a magyar, községek kb. háromnegyed részében 100 méternél kisebb mélységből lehet a szükséges mennyiségben jó ivóvizet szerezni. Vannak egyes vidékek, — különösen a Tiszántúl — ahol 100—200 méter mélyre hatolva várhatunk csak megfelelő eredményt: így Békés, Bihar, Csongrád és Pest-Pilis-Solt-Kiskun megye egyes részein. E kutaknak költsége 4000 pengő körül van. Végül vannak az országnak egyes területei, ahol még mélyebbre kell hatolnunk jó és bőséges vízért: ilyen helyek nagyobb számmal különösen Fejér és Jász-Nagykun-Szolnok megyében vannak.

Meg kell állapítanom, hogy kb. 10 évvel ezelőtt faluhelyen általában az volt a felfogás, hogy csak a mély, szabadon folyó vizet adó *artézi kutakból* lehet jó ivóvizet szerezni. A szabadon kifolyó víz kényelmi szempontból kétségtelenül előnyös, de egyrészt meglehetősen költséges ezeknek az artézi kutaknak a készítése (átlag 8—10.000 pengőbe, de sokszor még jóval többbe kerülnek), másrészt gondolnunk kell arra is, hogy bizonyos rétegeknek víznyerés céljából újabb és újabb megfúrása a vízhozam csökkenéséhez fog vezetni. Ezért azt az elvet állítottuk fel, hogy ahol csak le-

hetséges, aknás kutakkal törekszünk a vízellátást megoldani. Ahol ez eredménnyel nem kecsegtet, fordulunk a sekélyebb vagy mélyebb fúráshoz. Az utóbbi években főleg sekélyebb mélységű fűrt kutakat készítünk.

Megemlítem, hogy falusi népünk néha igen nagy szívóssággal; ragaszkodik az artézi kúthoz, s előfordult, hogy hiába magyaráztuk, hogy ugyanolyan jó vizet kapnak 50—60 méteres fúrásból, mint az előre nem látható mélységű, nagyon költséges artézi kútból, — inkább lemondtak arról, hogy kutat kapjanak, ha nem kaphatnak „artézit”. Máskor minden módot megkísérelnek, hogy



75. Gémeskút vedréből ivó falusiak.

az Intézetet reábirják mélyfúrásra, hogy felszökő vizet kapjanak.” Ha egy község maga tetemes összeggel járul hozzá artézi kút létesítéséhez, úgy támogatjuk szándékában. Mélyfúrások létesítése azonban nem az Intézet, hanem az iparügyi minisztérium feladatkörébe tartozik.

A sekélyebb fűrt kutak elterjedését előmozdították Jendrassik Aladárnak a fűrt kutak vizének vastartalmára vonatkozó vizsgálatai is. Jendrassik megállapította, hogy téves az a felfogás, hogy a sekélyebb (30—100 méteres) fúrásokkal feltárható víz ivásra gyakran nem alkalmas, mert e réteg vize vastartalmú. Jendrassik kimutatta, hogy e réteg vize maga gyakran nem tartalmaz vasat, hanem a víz a vascsőre agresszív, a vascsövet oldja, s ezért egy idő múlva tönkreteszi a kút vascsővezését, vasat old s így vastartalmú és vasízű lesz. Kimutatta, hogyha a vascsövet másfajta (pl. facsővel vagy azbesztpalacsővel) helyettesíti, akkor a víz vastartalma megszűnik. Jendrassik újabban eljárást dolgozott ki, amelynek segítségével a már a furatban lévő vascső belső felületén oxidáló, lúgos hatású, esetleg kalciumtartalmú vegyszerek alkalmazásával az

\*Ennek kedves példája az alábbi vers, amelyben T. község bírása, E. S. fejezi ki a község keserűségét, amiatt, hogy nem fúrunk olyan mélyre, míg felszökő vizet kapnának:

Méltóságos Uram!

Nagyon bántana minket az a tudat,  
Ha nem fűrnék mélyebbre a kutat.  
Az egész falu odajár és mindnyája azt kérdi:  
Jó-e benne a víz és lesz-e artézi?  
Huszonöt méternél lesz majd vizünk főzni,  
Hogyan fogjuk ebből az utcát öntözni?  
Pénzünk egy ócska kocsira valahogyan akadt,  
Miből öntözzünk nyáron, ha kiszáradt a patak?  
Nem tehetünk róla, ha a község szegény,  
Az artézi kútban volt nálunk minden remény!  
Föl is volt jegyezve én nálam a listán:  
Mélyfuratú kutat ígért nékem az Alispán.  
Aki ott a kútnál bámészkodni megáll,  
Egyebet se csinál, mint engemet szekál.  
Én nem is kóstoltam a víznek az ízét,  
Ismerve Méltóságodnak igaz magyar szívét,  
Mint községi bírónak csak tisztelet a bérem,  
Méltóságos urat igen szépen kérem,  
Fúrassa minálunk mélyebbre a kutat,  
Legyen vizünk öntözni ezután az utat,  
Mert amikor nálunk a szél kicsit feljő,  
Akkora port látunk, akár csak egy felhő.  
A reményünk abban, hogy mélyebbre fűrnék,  
Előre is köszönetem a Méltóságos Úrnak.  
Kuszált az én sorom, hisz nem vagyok én író!  
Üdvözlétét küldi a községi bíró.  
T. 1939. IV. 24.

E. S.  
k. bíró.

agresszív vízzel szemben ellenálló mesterséges védőréteget hoz létre. Sikertült ezzel az eljárással egy 1250 m mély fűrt kút vascsöveit is ilyen védőréteggel bevonva, a víz vastartalmát eltüntetni.

A községek tekintélyes részének szegénysége miatt az államnak kellett a községeket kutak létesítésében segítenie. A népjóléti minisztérium költségvetésében az ivóvízszerezés céljaira beállított összeg nagyobb részét a kormány annakidején államsegély formájában bocsátotta a községek rendelkezésére.

Pár évvel ezelőtt átvizsgálva azt, hogy ezek az államsegélyek mire és hogyan használtak fel, megállapíthattuk, hogy segítségükkel sok jó kutat létesítettek, de egész sereg kutat rosszul készítettek, sőt tekintélyes öszszegű, kutakra adott államsegély erre a célra nem használtatott fel. A községek a kutakat igen gyakran mérnöki tervezés és felügyelet nélkül készítették és mérnök közbejötté nélkül vették át. Javaslatomra 1929 óta a rendelkezésre álló tárc hitelből, falusi kutak létesítésére, mind nagyobb részt kapott az Országos Közegészségügyi Intézet,



76. Nyitott falusi kút.

1936 óta pedig az egész ivóvízszerezési hitelt az Intézet használja. Eleinte csak 15—20—30 kutat készített az Intézet évenként. Ezek az első évek e kérdés tanulmányozásának évei voltak. Ezzel szemben 1936-ban már 159, 1937-ben 256, 1938-ban 138 kutat készített körülbelül ugyanannyi községben. Az 1938. évben, az őszi külpolitikai nehézségek idejében, a mérnökök bevonulása miatt megakadt a munka, ezért készült abban az évben kevesebb, mint 1937-ben. 1939-ben azonban mintegy 350 kút létesítése folyik. Megemlítem azt is, hogy az 1936—1937. években elkészült 415 kút, az adminisztrációs költségekkel együtt, kb. 724.000 pengőbe került, vagyis az átlagköltség kutanként 1700 pengő volt. Az Intézet

1938. év végéig összesen 782 új falusi kutat létesített. A falusi kutak létesítését a belügyminiszter az Országos Közegészségügyi Intézetre bízta. Ide érkeznek be a községektől a kérvények, amelyben a tisztiorvos véleményével indokolva kút készítését kéri az Intézettől. Az Intézet az elmúlt évek alatt részletesen kidolgozta, Fehér Gyula mérnök szinte azt mondhatnám standardizálta, a kút létesítésének minden fázisát, amely nagyjából a következő:

Az *Intézet Vízügyi Osztálya* az otlévő kútkataszter alapján tájékozódik afelől, hogy *milyen a kérdéses községben, illetve a szomszédos községekben a vízellátás*. Ha van, összegyűjti arra vonatkozólag az adatokat, hogy azon a vidéken milyen módon lehet jó ivóvizet szerezni. Ezután a beérkezett kérvényeket sürgősség szerint csoportosítja.

A következő lépés a *helyszíni szemle*, s annak kapcsán a *kút helyének kijelölése* és tervezett *típusának*, előrelátható *mélységének* megállapítása. A helyszíni szemlére az Intézet részéről rendszeren egy higiénikus és egy mérnök száll ki. Rendszeren ott vannak még: az illetékes tisztiorvos, a községi orvos, a községi jegyző és a bíró.

A helyszíni adatok birtokában készül el az Intézetnek Vass Elemér mérnök vezetése alatt álló mérnöki alosztályán a kút tervrajza és történik meg a munkának vállalatba adása. Az országban jelenleg 28 ilyen munkák végzésére képesített kútfúró vállalkozó, 66 fúrószerkezettel dolgozik.

Megemlítem, hogy a régi magyar *vízjogi engedélyezési eljárás* meglehetősen körülményes volt. Sikertült az elmúlt évben az összes fórumok megértő támogatásával az eljárást jelentékenyen meg-  
rövidíteni.

A falvak vízellátásának technikai részét Vass Elemér, az Intézet mérnöki alosztályának vezetője, az elmúlt hat év alatt helyszíni tanulmányok és kísérletek alapján, az Intézet többi osztályának részvételével, kidolgozta. Bár minden esetben külön meg kell állapítani a vízszerezés legcélszerűbb módját, mégis a falusi vízellátás mérnöki megoldásában ma már bizonyos princípiumok és típusok alakultak ki, amelyeket Vass Elemér összeállításában az alábbiakban ismertetek:

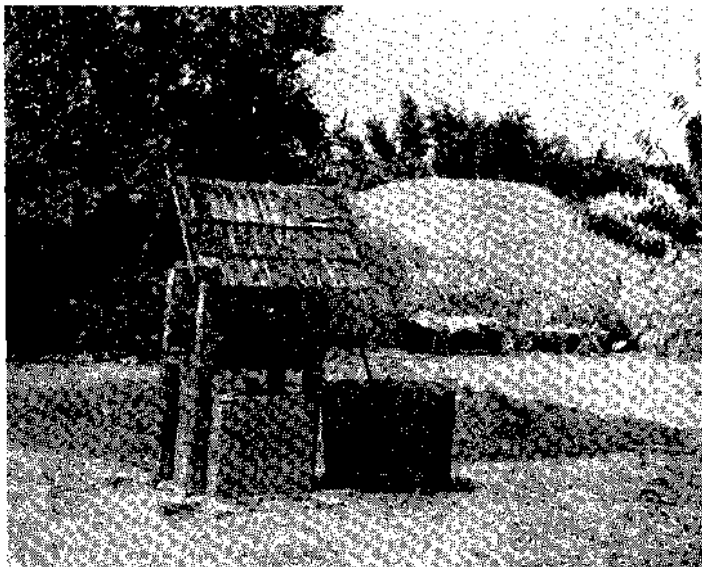
Falun a vízellátást vagy *forrás-foglalással* (— ahol van forrás —), vagy *kúttal* törekszünk megoldani. A kutak vagy ú. n. kis-mélységű kutak, vagy mélyebb, illetve mély fűrt kutak. A kis-mélységű kutak: vagy aknás kutak, vagy vert, ú. n. Northon-kutak. A fűrt kutak vize vagy felszálló vagy felszökő lehet.

A *forrásfoglalás* kedvelt vízellátási mód, főképen dombvidéken, ahol a megfelelően foglalt forrás vizét gravitációs úton hozhatjuk le a községben fekvő vízvételési helyekre. Olcsó víz-



szerzési mód abban az esetben, ha a vízvételzés a forrásnál történik. Ilyenkor a rendezetlen forrást higiénikus kútaknával, vagy galériával foglaljuk és kifolyócsővel látjuk el. Általában 100—1000 pengő összegbe kerül egy forrásfoglalás.

Ha nagyobb távolságra szállítjuk a vizet, a *fejtetendő csőhálózat* miatt megnő az építési költség, azonban bővizű forrás esetén szívesen foglalkozunk a vízelvezetéssel, mert több közsap felállításával községrészek, esetleg egész községek láthatók el központo-



77. Kút a trágyagödör mellett.

san ellenőrzött jó ivóvízzel. Az ilyen vízelvezetés általában kilométerenként 8—9000 pengőbe kerül.

Olyan helyeken, ahol a legfelsőbb talajvíz nem szennyezett, *kismélységű kutakkal* tárjuk fel a vizet. Nálunk ez főleg *aknás kutakkal* történik. Szerzett tapasztalataink szerint hazánkban az aknás kutakat leginkább a dombvidékeken, továbbá új településű községekben, esetleg új községrészekben alkalmazhatjuk. Megfigyeléseink szerint a talajvíz ivóvízellátás céljára rendszerint ott alkalmas, ahol erősebb mozgásban van, mert ez esetben az esetleg bejutó szennyezés nagyfokban felhígul. Lassú vízmozgású helyeken pedig ott, ahol a települések még újkeletűek és a felülről bejutó szennyezés még nem olymértékű, hogy a talajvíz tisztaságát nagymértékben veszélyeztetné. Ez utóbbi esetben azonban számolni kell azzal,

hogy sűrűbb településű helyeken a felülről bejutó szennyezés idővel oly nagymérvűvé válik, hogy a talajvizet szennyezi és a talajvíz ivás céljára alkalmatlan lesz. Kútépítések terén végzett kísérleteink arról győztek meg, hogy nem igen érdemes régi, rossz megépítésű (s így a fertőzés veszélyének kitétt), de jóvízű aknás kutak megújításával foglalkozni, hanem inkább új aknás kutak készítésére kell törekedni, mert ez a rossz kút megújításánál rendszerint kevesebbe kerül. A vízvezető rétegbe süllyesztett kutakat vízzáró falazattal látjuk el, mellyel megakadályozzuk az esetleg oldalról és felülről jövő szennyezett víznek a kútba való jutását. Hazánkban a betongyűrűfalazat van a legjobban elterjedve, mert a betongyűrűk ma már úgyszólván mindentűt kaphatók. Alkalmazható még a helyszínen csömöszölt betonfal, továbbá a téglá- és kőfalazat. E két utóbbinál, legalább a legfelső 5—6 m hosszban, portland-cementhabarcsba fektetjük a téglát, vagy a követ. Minden esetben a talaj színe fölé emeljük a falazatot és vasbetonfedlappal vízzáróan lefedjük.

Vízemelésre közkutaknál legjobban a *golyóscsapágyas (kerekes) szívó-nyomó szivattyúk* váltak be. Minthogy a közkutakat igen erősen igénybeveszik, ezért a szivattyúk erősebb kivitelben készülnek. A szivattyúszervezetek megóvása céljából a kútban elhelyezett ú. n. fagytalánító csapat télen-nyáron nyitva hagyatjuk, ami által elkerüljük azt, hogy az első beálló fagy alkalmával, a feledékenységéből zárva maradt fagytalánítócsap miatt, a kútszerkezet szétfagyjon és tönkremenjen.

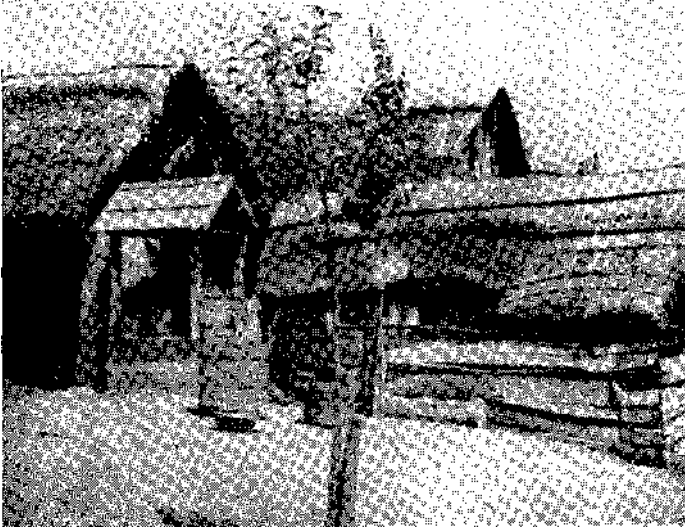
A külföldön sok helyen igen elterjedt láncos-serleges és hasonló szerkezetek nálunk a közkutaknál, sajnos, nem váltak be, mert a láncok 4—5 év alatt tönkremennek és pótlásuk, anyagiak hiánya miatt, nem egyszer nehézségre ütközik.

Több egyszerű vízemelő szerkezettel folytattunk kísérletet, melyek azonban közkutak céljára nem váltak be. Magánkútra meglehetősen jól beváltak és egyes vidéken eléggé el is terjedtek az úgynevezett *billenővedres* kutak. Ez a szerkezet tulajdonképpen a nyitott kerekes kút tökéletesített formája, hol a veder kiöntéséhez nem kell kézzel a kútházba nyúlni, mert ezt a munkát egy, a vízvezető vályúban megfelelő módon elhelyezett billenőtöhorog végzi. A kútház belsejében a vályúba ömlött víz a vályún át kifolyik az alájahelyezett edénybe.

Mezőkövesd környékén ú. n. *gránátvedres* kutakat használnak. Ezeknél a vízemelőszerkezet hosszú, alul csúcsban végződő henger. A csúcs vége lyukas, amelyet egy szelep zár el, ha a henger tele van vízzel. A szelep szára lefelé túl ér a henger csúcsán. A kútból felhúzott, vízzel telt henger alá, egy kívülről működtethető fo-

gantyú segítségével, favályút húznak. Amidőn a vályú deszkája feltolja a hengerből alul kilógó szelepszarv a szelep az ágyából kiemelkedik s a henger lyukas csúcsán át a víz az alatta lévő vályúba s onnan a kútház külső oldalára folyik.

Az utoljára leírt mind a két rendszernek a régi, egyszerű kerek kúthoz képest az az előnye, hogy a vízemelő vedret, illetve hengert kiüríti anélkül, hogy a hengerhez, illetve vederhez hozzá kellene nyúlni. Mivel mindkét kútszerkezet zárt kútház mellett



78. Kút az istálló mellett.

működtethető, a felülről történő vízfertőzés veszélyét erősen csökkenti.

Súlyos gondot okoz még egyelőre a felállított kutak *karbantartásának* kérdése, ami főképp a kutak szétszórtságában leli magyarázatát. Mind a szivattyús, mind pedig a serleges szerkezetek karbantartásához bizonyos szakértelemre van szükség. Kis falvakban nem mindenütt van olyan szakember, aki a kútszerkezetek javításában jártas és így gyakran előfordul, hogy a kút egészen kis hiba miatt hónapokig üzemenkívül áll. Kívánatos, hogy a jövőben legalább vármegyénként beállíttassék egy mechanikus képzettségű ember, aki a kutakat szakszerűen kezelni (zsírítani stb.) és szükség esetén javítani tudja. Ellenkező esetben a nagy költséggel létesített kutak, szakszerű kezelés hiányában, tönkremennek.

A közutak létesítésével egyrészt az a célunk, hogy a lakosság ivóvízszükségletét biztosítsuk, másrészt, hogy mintául szolgáljanak

a lakosságnak saját házikútjaik elkészítésénél. Ez utóbbi célt csak részben érhetjük el, mert míg az akna készítésénél egyformán kell eljárunk, akár köz-, akár magánkútról van szó, addig a vízemelő-szerkezetnél más a helyzet. Más szerkezetre van szükség a közkutaknál és másra a magánkutaknál. A közkutak igénybevétele nagy, tehát igen erős, masszív szerkezeteket kell felszerelnünk. Ez a szerkezet természetesen meglehetősen költséges, egyben azonban tartós, s így nem könnyen romlik. A magánkutak igénybevétele természetesen kisebb; könnyebb, olcsóbb vízemelőszerkezettel szoktuk ezeket felszerelni, amelyek azonban természetszerűen könnyebben is romlanak el,

A *vert* vagy *Northon-kutak* ivóvízszerezés szempontjából jól megfelelnek, nálunk mégsem tudnak meghonosodni. Ennek oka abban rejlik, hogy míg az aknás kutak víztároló képessége elég nagy, addig a *vert* kutaké kicsi. Magyarországon, mint mezőgazdasági országban, a kutakat állattartási célra is használják. Itatásnál pedig rövid idő alatt nagyobb vízmennyiségre van szükség, ami egy aknás kútban rendelkezésre áll, *vert* kútnál, igen kivételes esetektől eltekintve, azonban nem. Ezenkívül, tűz esetére gondolva, szintén célszerűbb az aknás kút.

A kutakat elkészítésük után, felülről jövő szennyezés jobb kizárása végett, ú. n. „betongallérral” szoktuk körülvenni. A betongallér alá 15—20 cm vastag vízzáró agygréteget helyezünk el. Az elfolyó vizet vagy egy közeli árokba vezetjük, vagy pedig ha ilyen nincs, a kúttól 2—3 m távolságra létesített elszivárgó aknába.

Általában kb. 30 m mélységig aknás kutakat szoktunk készíteni, azonfelül fúrott kutak létesítése gazdaságosabb. *Vert* kutak — a kút természete miatt — kb. 8 m mélységig alkalmazhatók. A 10 m átlagos mélységű, jól megépített aknás közkút építési költsége, a szivattyúval együtt, 800—1000 pengő. *Vert*kút építési költsége: közkút esetén kb. 5—600 pengő, magánkút esetén 150—200 pengő. Átlag 10 m mélységű, billenő vedres magánkút építési költsége 400—450 pengő.

Ha a felső talajvíz annyira szennyezett, hogy ebből még jó megépítésű kutakkal sem tudunk kifogástalan ivóvizet nyerni, akkor mélyebb rétegből tárjuk fel a vizet. A víz feltárása ilyen esetben *fúrott kutak* útján történik.

Itt is, mint az ásott kutaknál, az olcsóságra törekszünk, mert minél olcsóbb egy kút, annál több létesülhet a rendelkezésre álló összegből. A gyakorlatban az úgynevezett második vízvezető réteget tárjuk fel, melyet a felszínesebb talajvíztől egy vékonyabb vagy vastagabb vízzáróréteg választ el. A kutak 95%-ában a víz felső szintje a csőben a talajszint közelében helyezkedik el. A kutak

bélelésére vas-, azbesztpala- vagy facsöveket használunk. Mindenkor a helyszínen végzett kémiai vizsgálatokkal állapítjuk meg, hogy a három közül melyiket alkalmazzuk. Minthogy a legtöbb fúrott kútban a talajszint alatt marad a víz nyugalmi szintje, rendszerint a furat fölé épített és vízzáróan készített betonaknába tároljuk a vizet, ahonnan szivattyúszerkezettel emeljük a felszínre. A betonaknának, melyet tárolómedencének is nevezünk, igen fontos szerepe van a kút homokolódásának megakadályozásában.

Megfigyelésünk szerint olyan esetekben, midőn a szivattyú szívócsöve a fúrott kút csövében volt elhelyezve, és a kút homokolt, tárolómedence készítésével a további homokolást egyszerre megszüntettük. Ez a jelenség, mérnökeink nézete szerint, a víz szálsebességének a szivattyóműködés okozta lökészerű változásában leli magyarázatát. A tárolóakna alkalmazásával a lökészerű változást szüntetjük meg és kíméljük a vízvezetőréteget.

Tárolómedence esetén célszerű a szivattyúszerkezetet oldalra helyezett szárazaknára szerelni,

mert így csökkentjük annak lehetőségét, hogy felületi szennyezés jusson a kútba. Ez az elrendezés különben aknás kutak alkalmazása esetén is célszerű. Egyedüli hátránya, hogy kissé megdrágítja a kútépítési költségeket.

A második rétegből feltárt víz nem egyszer vastartalmú. A vastalanítás a legutóbbi időkig nehézséget okozott a vastalanító berendezések nagy költsége miatt. Újabban mérnökeinknek sikerült olcsó vastalanító berendezés szerkesztésével elérniök, hogy most már egyes kutakat is felszerelhetnek vastalanító berendezéssel.

Az Alföldön a jó ivóvízű kutak legnagyobb része fúrott kút. Újabban ezeknek mind nagyobb százaléka a második réteget fel-



79. „Jó ivóvíz“ jelzésű kút.

táró kút, melynek vizét régebben nemigen használták fel. A felszálló vizű kutak javarésze 100 m-nél nem nagyobb mélységű. Régebben általánosan az a nézet volt elterjedve, hogy csak a felszökő vizű kút szolgáltat jó ivóvizet. Vannak olyan részei az országnak, ahol csak nagyobb mélységből tárható fel víz, ott természetesen nagyobb mélységű fúrott kutat kell készíteni. Ezek igen gyakran felszökő vizűek és bőhozamúak.

A vízellátás javítása terén igen nagy lépést jelentett annak felismerése és köztudatbavitele, hogy *nemcsak a felszökő vizű artézi kutak szolgáltatnak jó ivóvizet, hanem a felszálló vizű, kisebb mélységű fúrott kutak is.* míg csak nagymélységű artézi kutakat készítettek, addig azok nagy költsége miatt csak kevés fúrott kút épült. Ma ugyanazon összegből ötször-hatszor annyi kút épülhet. Igen nagy ennek a ténynek a jelentősége, mert még olyan község is gondolhat ma már jó vizet szolgáltató fúrott kút létesítésére, amely azelőtt a szükséges összeg nagysága miatt egyáltalában nem mert fúrott kútra gondolni. A felszálló vizű kutak nemzetgazdasági jelentősége is nagy, mert megszünteti a vízpazarlást. A jövőben csak ott kerülnek nagyobb mélységű és bővizű artézi kutak megépítésre, ahol azok vizét fel is használják. Így pl. vízvezetékek táplálásánál, strandfürdőknél, öntözőműveknél stb.

Számításokat végeztünk arra vonatkozólag, hogy mibe kerülne a fentebb említett 5 millió főnyi falusi lakosságnak ivóvízellátása kutak segítségével.

Mielőtt számításainkat elvégeztük, meg kellett állapodnunk abban, hogy községenként hány kutat kívánunk létesíteni. Jendrasik Aladár ezirányú számításainál egy falu lakosságát akkor tekinti ivóvízzel ellátottnak, ha 1000 lakosra számítva 1 jó közkút áll rendelkezésre, s ez a legtávolabbi háztól sincs 500 méternél messzebb.

Ebből kiindulva az Országos Közegészségügyi Intézet helyszíni vizsgálatokból merített tapasztalatai alapján törvényhatóságokként megállapította, hogy milyen kutakkal volna az egyes törvényhatóságok területén a falvak lakosságának ivóvízellátása megoldható, ezekből a kutakból hányat kellene készíteni és ez mibe kerülne, összesítve ezeket az adatokat, az egész országra vonatkozólag a következő szükséglet és az alábbi költségek mutatkoznak.

Kb. 1000 aknás kút .....	kb.	900.000 P
Kb. 5900: legfeljebb 100 m mély fúrt kút .....	„	11,000.000 ,
Kb. 1000: 100—200 m mély fúrt kút .....	„	4,000.000 ,
Kb. 200: 200 m-nél mélyebb fúrt kút .....	„	1,200.000 ,
Kb. 250: egyszerű vízvezetés .....	„	1,200.000 ,
Mérnöki, utazási és egyéb költségek.....	„	<u>900.000</u> ,

összesen kb. 19,200.000 P

Ebből az összegből 8200 kút és 250 vízvezetés létesülne. Ha leszámítjuk a vízvezetések és a 200 m-nél mélyebb kutak költségét, akkor 1 kút átlagban kereken 2000 pengőbe kerülne.

Az 1938/39. évi állami költségvetésben 300.000 pengő, a milliárdos beruházási hitelből pedig öt éven. át évi 1 millió pengő áll a falusi vízellátás feljlesztése céljából rendelkezésre. Ezenkívül a törvényhatóságok és az érdekelt községek anyagban, munkában és készpénzben átlag a költségek 20%-ával járulnak hozzá a kutak létesítésének költségeihez. Jelenleg tehát a szükséges összes falusi kutak kb. egyharmadrészének létesítéséhez az anyagi fedezet biztosítottnak látszik.

## FERTŐZŐ BETEGSÉGEK ELLENI KÜZDELEM.

A közegészségügyi szolgálatnak szinte évszázadok óta egyik legtöbb gondot és munkát adó ága a fertőző betegségek elleni küzdelem. Ennek módja eleinte kizárólag az empiriára, az évszázadok alatt gyűjtött tapasztalatokra támaszkodva alakult ki. Ma a fertőző betegségek elleni küzdelem a közegészségügyi munkának legszilárdabb tudományos alapokon nyugvó ága.

A fertőző betegségek annál súlyosabb problémát jelentenek, minél nagyobb számmal betegítik meg az embereket, minél nagyobb százalékban vezet a betegség megmaradó szervezeti elváltozásokhoz és minél gyakrabban végződik halálosan. A *megbetegedések* száma a legtöbb fertőző betegségnél ismert, szintúgy a *halálosek* száma. Viszont ma még kevésbé tudjuk azt, hogy az egyes fertőző betegségeknek milyen nagy százalékban maradnak vissza tartós szervezeti elváltozások (például szívbaj).

A fertőző betegségek egy közületben általában annál gyorsabban terjednek, *minél nagyobb ott a lakossűrűség*, minél zsúfoltabban laknak az emberek, minél alacsonyabb az általános, de különösen *minél alacsonyabb az egészségügyi kultúra*, *minél rosszabb az emberek általános egészségi állapota*, *minél kisebb az emberek ellent állóképessége*.

Ha a fertőző betegségek terjedését elősegítő fentebbi tényezőket a város-falu szempontjából elemezzük, úgy találunk közöttük olyanokat, amelyek a városokban, s találunk olyanokat, amelyek a falvakban nehezítik a fertőző betegségek elleni küzdelmet. A fertőző betegségek terjedése szempontjából találunk — és pedig néha meglehetősen nagy — különbségeket város és falu között. A fertőző betegségek elleni küzdelem módja is — bár elveiben ugyanaz —, a gyakorlatban bizonyos fokig különböző lesz városban és falun.

A fertőző betegségek elleni küzdelem lehetőségének vannak bizonyos előzetes feltételei. Ezek közül az egyik legfontosabb a fertőző betegségeknek — lehetőleg minél korábbi — *felismerése*, a *diagnózis felállítása*. A másik az, hogy a fertőző betegségek elleni küzdelmet vezető hatóság a *fertőző megbetegedésekről tudomást szerezzen*, hogy terjedésének megakadályozása érdekében szükséges intézkedéseit megtehesse. A harmadik az, hogy a *közönség maga is mindent elkövessen a fertőzés továbbterjedésének megakadályozására* s ebben a hatóságot hathatósan támogassa. Végül: a hatóság



csak akkor tudja a fertőző betegségek elleni küzdelmet megszervezni, ha az e célból szükséges *összes intézkedések megtételére a joga biztosítva van*, s ha rendelkezésére állanak: a megfelelő *anyagi fedezet, a szükséges intézmények és eszközök*.

A fertőző betegségek elleni küzdelem feltételeinek biztosítása a nagyobb városokban könnyebb, mint a falun. A városok fertőző betegségek elleni tervszerű küzdelme régebb keletű, mint a falvak ilyirányú törekvése. A következőkben a fertőző betegségek elleni küzdelem feltételeit, lehetőségét és módját a falu szempontjából vizsgálom. Megemlítem azonban már most, hogy a város és a falu fertőző betegségek elleni küzdelmének egymással párhuzamosan, sőt karöltve kell haladnia. *A város és a falu közötti szoros kapcsolat a fertőző betegségek terjedését egyik helyről a másikra nagyon elősegíti*. A város élelmiszerét a faluról kapja, s ugyanakkor behurcolhatja a faluról például a tífuszfertőzést is. A falusi emberek egy része a városban keresi meg a kenyerét, s nem egyszer ott szerzi tuberkulózis vagy más fertőzését. A városnak és a falunak tehát ebben is együtt kell dolgoznia, ebben a küzdelemben egymás támogatására van szüksége.

A fertőző betegségek *felismerése* — mint a fertőző betegségek elleni küzdelemnek kiindulópontja —, az *orvos feladata*. Falun erősen hátráltatja a betegség korai felismerésének lehetőségét az, hogy a falusi ember gyakran csak sokára, akkor hív betegéhez orvost, amikor már úgy látja, hogy komoly a baj. Az 1876. évi XIV. t.-c. 20. §-a a hét évnél fiatalabb gyermekekre vonatkozólag előírja, hogy megbetegedésük esetén, az ápolásukra és gondozásukra hivatott egyén köteles hozzájuk minél előbb orvost hívatni. Nagy haladást jelentene a közegészségügy szempontjából, ha ezt a gyógykezeltetési kötelezettséget a hét évnél idősebb korosztályokra is ki lehetne terjeszteni.

A fertőző megbetegedés felismerésében az orvos tudása, tapasztalata elsőrendű fontosságú. Különösen azokban a községekben, ahova a körorvos nem tud mindennap kiszállni és így nem tudja a beteget egymásután több napon át megfigyelni, kell az orvosnak különösen nagy diagnosztikai tapasztalattal és készséggel rendelkeznie, hogy a fertőző betegséget korán felismerje. Az orvosok képzésébe a fertőző betegségekre vonatkozó — elsősorban gyakorlati — oktatást az eddiginél fokozottabb mértékben kellene bekapcsolni. Az orvosnak tanulmányi ideje alatt minél több fertőző beteget kellene látnia, megfigyelnie. Különösen vonatkozik ez a falu orvosára.

A fertőző betegségek felismerésében és megelőzésében igen nagy szerepe van a *laboratóriumi bakteriológiai vizsgálatnak*. Régebben nagyobb városok részben erre a célra felállított városi laboratóriumok

útján, részben az ott lévő egyetemi intézetek vagy kórházak laboratóriumi segítségével biztosították a fertőző betegségek elleni küzdelemben nélkülözhetetlen bakteriológiai és szerológiai vizsgálatok elvégzését. Ezenkívül Budapesten volt egy meglehetősen szegényesen felszerelt laboratórium, a *M. Kir. Központi Bakteriológiai és Közegészségügyi Vizsgáló Állomás*, amely az egész ország részére — tehát a községek részére is —, végzett laboratóriumi vizsgálatokat. Hogy ezt az intézetet annakidején milyen kevéssé vették igénybe s általában a községekben előforduló fertőző betegségek elleni küzdelemben a laboratóriumi vizsgálat milyen kis szerepet játszott, azt a következő pár számadat mutatja: az Állomásnak átlag évi 3000 vizsgálata volt, ezzel szemben az Országos Közegészségügyi Intézet és fiókállomásai 1937-ben 493.998 vizsgálatot végeztek 175.183 beküldött anyagon. A Központi Vizsgáló Állomás működésének utolsó éveiben a hastífuszban megbetegedettek száma 10—15.000 közt volt. A tífuszbetegnél legalább egy laboratóriumi diagnosztikai vizsgálatra, a gyógyulás után pedig szintén minimálisan egy (nálunk a most érvényes jogszabályok szerint két) laboratóriumi vizsgálatra van szükség. A tífuszmebtegedések említett száma mellett ez egy-egyében, csak a tífusszal kapcsolatban évenként 20—30.000 vizsgálatot jelentett volna. Igaz, hogy feltételezhető, hogy ezek egy részét — és pedig a városokban előfordult megbetegedésekkel kapcsolatban — a fentebb említett egyetemi és kórházi laboratóriumok végezték el és ezért nem kerültek ezek az anyagok a Központi Vizsgáló Állomásra. Azonban ez kétségtelenül csak a kisebb rész volt. Tájékoztatásul megemlítem, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi vizsgálati anyagában egy tífuszmebtegedésre átlag 3.5 beküldött laboratóriumi vizsgálati anyag jutott.

Ezek a számok azt mutatják, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet felállítása előtti években a fertőző betegségek elleni küzdelemben a laboratóriumi vizsgálatot az orvosok nem vették kellő mértékben igénybe. Állott ez elsősorban a falu orvosaira. Ha ennek okát kutatjuk, úgy ezt részben abban találjuk meg, hogy az orvosok nem ismerték eléggé a laboratórium szerepét a fertőző betegségek felismerésében s az ellenük való küzdelemben, másrészt abban, hogy különösen falusi betegnél igen körülményes volt a vizsgálati anyag beküldése. A falusi orvosnak magának kellett volna a vizsgálati anyag beküldésére szolgáló tartályt megvásárolnia, mert sem a község, sem a beteg ezt megfizetni többnyire nem akarta (mert a vizsgálatot feleslegesnek tartotta) vagy nem tudta. A portókötséget is az orvosnak kellett volna fizetnie. A Központi Vizsgáló Állomás szegényes felszerelése mellett a vizsgálat eredményét az orvos rendszeren elég sokára kapta meg.

Az Országos Közegészségügyi Intézet felállítását követően hozzáfogott, hogy a fertőző betegségekkel kapcsolatos vizsgálatok könnyű elvégezhetőségét az egész országban biztosítsa. Az országot *körzetekre* osztottuk. Jelenleg a trianoni ország területén tíz ilyen körzet van. A legnagyobb központi körzetről származó anyagok laboratóriumi vizsgálatát az Országos Közegészségügyi Intézet látja el. A többi 9 körzetben egy-egy *fiókállomás* végzi ugyanezt a munkát, és pedig — kevés eltéréssel — ugyanazokkal az eljárásokkal. Midőn láttuk, hogy a felszereltségünk ennek a munkának akadálytalan végzését lehetővé teszi, javasoltuk a népjóléti és munkaügyi miniszter úrnak, hogy tekintettel a laboratóriumi vizsgálatok nagy fontosságára, tegye ezek elvégzését a fertőző betegségek bizonyos eseteiben az egész országban egységes elvek szerint kötelezővé.

A népjóléti és munkaügyi miniszter 40.700/1930. N. M. M. számú rendeletével 1931. január 1-től kezdve egységesen rendezte az egész ország területére vonatkozólag a fertőző betegségekkel kapcsolatos laboratóriumi vizsgálatok kérdését. Kimondta, hogy bizonyos laboratóriumi vizsgálatokat a rendeletben megjelölt fertőző betegségek minden esetében el kell végezteni. Ezeket csak az Országos Közegészségügyi Intézetben, annak fiókállomásain vagy az erre feljogosított néhány más laboratóriumban lehet elvégezteni. Kötelezővé teszi e laboratóriumi vizsgálatokat a következő fertőző betegségek esetében: kolera, pestis, lepra, himlő, kiütéses tífusz, hastífusz, paratífusz, diftéria, lépfene, takonykór. Ezenkívül vérhas és járványos agyhártyagyulladás esetén ajánlatosnak mondja a laboratóriumi vizsgálatot. A rendelet pontosan meghatározza, hogy melyik betegségben milyen anyagot kell beküldeni. Példaképpen megemlítem, hogy hastífusz vagy arra gyanús megbetegedés esetén a betegtől sterilen vett vért és ürüléket, gyógyulás után pedig kétszer — egyheti időközben — ürüléket és vizeletet kell vizsgálatra beküldeni. További rendelet szabályozta a tífusz bacillusgázzal kapcsolatos vizsgálatok kérdését.

Hogy az említett vizsgálatok elvégzését megkönnyítse, a miniszter a 40.701/1930. N. M. M. sz. rendeletében kötelezte az összes gyógyszerárakat, hogy a vizsgálati anyagok beküldéséhez szükséges *tartályokat* meghatározott mennyiségben raktáron tartsanak, ezeket orvosi rendelvényre ingyen kiszolgáltassák. Tartályokkal az Országos Közegészségügyi Intézet látja el a gyógyszerárakat az egész országban. A gyógyszerárak felelősek a tartályokért. A gyógyszerárak az orvosi rendelvényeket küldik be elszámolásként az Intézetnek. Az orvosok a tartályokat portómentesen küldik be az Intézetbe, illetve a területileg illetékes fiókállomásra.

A fertőző betegségekkel kapcsolatos laboratóriumi vizsgálatoknak fentebb ismertetett szabályozása az Intézetbe és fiókállomásaira beküldött vizsgálati anyagok számát rohamosan emelte. A rendelet végrehajtása óta hazánkban a legeldugottabb faluban fekvő fertőző betegnél is könnyen, ingyen és gyorsan el lehet végeztetni a szükséges laboratóriumi vizsgálatokat. Ez igen nagymértékben javította a falvakban előforduló fertőző megbetegedések felismerését.

A fertőző betegségek elleni küzdelem hatásosabbá tétele érdekében gondoskodni kellett arról, hogy az illetékes hatóságok gyors és pontos értesülést szerezzenek a fertőző betegségek előfordulásáról. A 36.500/1930. N. M. M. rendelet újra szabályozta a *fertőző betegek bejelentésének* kérdését. A rendelet az összes fertőző betegségekre nézve előírja a bejelentési kötelezettséget, és pedig kétféle: egyrészt az Országos Közegészségügyi Intézetbe, másrészt — községben előfordult fertőző betegség esetén — a községi előjárósághoz, illetve a rendeletben körülírt esetben az elsőfokú közegészségügyi hatósághoz. A községi-, körorvos köteles a fertőző betegeket a törzskönyvbe bevezetni, majd 24 órán belül a bejelentőlapokat az elsőfokú közegészségügyi hatósághoz továbbítani, amely viszont számbavétel után azokat a másodfokú egészségügyi hatósághoz juttatja. Bizonyos fertőző betegségek esetében, — amelyeknél a közegészségügyi hatóságnak a betegség lefolyásáról is értesülnie kell — jelteni kell a beteg meggyógyulását, elszállítását vagy elhalálózását („kijelentés”).

A bejelentésnek vázolt rendszere lehetővé teszi azt, hogy a fertőző megbetegedésről a községi-, körorvoson kívül az elsőfokú majd a másodfokú egészségügyi hatóság is aránylag rövid időn belül értesüljön, hogy a szükséges intézkedéseket megtehessek.

Azáltal, hogy a beteget kezelő orvostól az Országos Közegészségügyi Intézet közvetlenül *h* kap bejelentést, az Intézet igen gyorsan (rendszen 24—36 órán belül) értesül a fertőző betegségek előfordulásáról. Az Intézet a fontosabb fertőző betegségek eseteket az előfordulás helye szerint térképeken tűkkel jelzi, s így nyomon követheti a fertőző betegségek előfordulását, terjedését. Az Intézet *Járványügyi Osztálya* a befutó adatok alapján állandóan szemmel kíséri a fertőző betegségek állását, szükség esetén az osztály vezetője vagy valamely tagja azonnal kiszáll a helyszínre. Az egészségügyi kormányzatnak ilyen módon állandóan egészen friss adatok állanak rendelkezésére, nem úgy, mint 1931 előtt, mikor csak a tiszti főorvosoktól — gyakran elkésve — beérkező félhavi jelentésekből tudott magának a fertőző megbetegedések állásáról képet alkotni.

Az Intézet a fertőző betegségekről *heti kimutatást* készít, amelyet minden hétfőn kinyomtatva, elküld az összes tiszti főorvosoknak, a külföld közegészségügyi intézeteinek és az eziránt érdeklődő szerveknek.

Az új rendszert bevezetéskor orvosi oldalról többen támadták, hangsúlyozva, hogy túl sok írnivalót fog adni. Azóta reájöttek arra, hogy a bejelentőlap kitöltése egy-egy orvosra nem ró túl nagy terhet. Másrészt az elmúlt 8 év tapasztalata alapján állíthatom, hogy ez a bejelentési rendszer bevált és alapja lett a komoly fertőző betegség elleni küzdelemnek.

A hatósági fertőző betegség elleni küzdelem sikerének — mint ezt fentebb említettem — további feltétele, hogy a *közönség támogassa a hatóságokat a fertőzés terjedésének megakadályozásában*. Sajnos falusi népünk e tekintetben nem mindenütt segíti hatóságaink ezirányú munkáját. Idézem *Kerbolt László dr.* körorvos „A beteg falu” című könyvének egyik érdekes fejezetét:

„Pergessünk le egy filmet minden szépítés nélkül, úgy, ahogyan azt az élet élénk tárja, egy falusi vörhenyjárvány szomorú és borzalmas filmjét. A színhely egy nagy dunántúli falu, a vármegye második legnagyobb községe. A mindennapi élet forgalmától, országúttól, fővonaltól távol esik, ezért németajkú népe kissé maradi. Tele van megrögzött szokásokkal és babonával. . . Vörheny lépett fel a faluban. Az első esetek — mint lenni szokott — enyhébbek. — Csak egy kis vörös látszott a gyereken —, mondja a kis beteg anyja. Pár napig lázas volt, ágyba feküdt, de pár nap múlva már jobban lett, ki is ment játszani a többiekhez, elment hámló testtel az iskolába, a templomba, ment terjeszteni a ragályt. Az első megbetegedést követi a többi, mindig több és több a hiányzó az iskolákban, mindig több és több gyermek fekszik a „vörösben”. Lassan az orvosnak is tudomására jut a dolog, elhívják valamelyik kis beteghez kinek már súlyosabb a baja, vagy neki valami címen díjtalan gyógykezelés jár. Nem egy kis beteg pöffedt arca meglevő vese-gyulladás képét mutatja. A járvány már befészkelte magát a faluba, sőt már el is hurcolták a szomszédos pusztákra, főként azokra, ahonnan a falusi iskolákba járnak be a tanulók. A beteget a piros-cédula dacára vígan látogatják gyermekek és felnőttek, nem hiszik el, hogy a beteg ragályos, mondván, hogy azt csak az urak találták ki. Így gondolkodik a falu legnagyobb része, az a kis intelligensebb töredék pedig, mely elhiszi, kényelemszeretetből, vagy ál-szégyenből megy a többivel.

Ha a kereskedő, pék, korcsmáros, húsiparos, vagy tejszarnokos családjában fordul elő ragályos beteg, ha az nem súlyos, nem hívnak hozzá orvost, vagy lehetőleg nem hatósági orvost, mert az

általával előírt rendszabályok üzletében a tulajdonost korlátozhatják. A járvány terjed, szaporodnak a foudroyans és septikus esetek. Már hívják az orvost, legtöbbször későn, felfigyel az előljáróság is, be kell csukadni az iskolát, ami a szokásos közigazgatási lassúsággal megtörténik. Betegellenőröket kell kirendelni, kik házról-házra járván, az eltitkolt betegeket felkutatják, az elkülönítést ellenőrzik. Erre az intézkedésre nagy a felzúdulás a faluban. Mire való ez? Már megint okoskodik a doktor, kevés neki a beteg, több kell neki, — hallatszík a sűgás-bűgás. A kikűldött betegellenőrök ki is mennek, hogy a napidíjat felvehessék, de beteget nem találnak, nem is látják meg, mert eszűkben sincs a sògort vagy a komát feljeleníteni. A betegellenőrök miatt nem az utcán át mennek be a házba a látogatók, hanem a kert felől jutnak a házba. Az egészségesnek látszó gyermekek az iskola helyett a játszótéren fertőzik társaikat, mert a hatheti elkülönítési időt nem tartják be. A vörhenyt kiállott beteg fűrdetése kivihetetlen, valósággal irtóznak tőle a szűlők. Az a babonás hiedelem van elterjedve a faluban, hogy a megfűrösztött gyermek meghal. Elkülöníteni még ott sem lehet, ahol két szoba van. Az első szobában rendszerint nincsen kályha. Nem várt időben menvén a kis beteget látogatni, azt nem találtam az első szobában, hol mindig láttam, hátra vitték a másikba, a többiek közé, csak az orvosi látogatás idejére volt elkülönítve. Pusztákon, cselédlakásokban még rosszabb a helyzet, ahol 10—12 család is lakik egy házban kettesével, sőt négyesével. Ezek a cselédházak — hála Isten — tele vannak gyermekkel; itt aztán minden védekezés lehetetlen! A kis beteget az anyja ápolja, ő főz is, mos is, dagasztja a kenyeret és gondozza a kisebb gyermekeket. A betegnek készített jobb ételt, mit az étvágytalan, lázas beteg meghagyott, megeszik a többiek ugyanazon tányérból, azokkal az evőeszközökkel. Van-e az elfoglalt falusi asszonynak, aki a család gondozásán és a beteg ápolásán kívül még állatjait is kénytelen ellátni, ideje és érzeke ahhoz, hogy kezét megmossa, vagy ruháját fertőtlenítsé? Komoly fertőtlenítőszer ilyen helyen nem lehet hagyni a mérgezés veszélye miatt, de nem is mernek belenyúlni azok sem, akiknek kezűket kellene mosniok. Ahol a beteg meghal, oda éppen úgy mennek a látogatók, mint máskor, hasztalan itt minden tilalom és figyelmeztetés. Belopódzkodnak oda, mikor nem jár már arra hivatalos ember. Hogy ki volt benn, azt kinyomozni nem lehet, ennek eltitkolásában szolidáris az egész falu. Így terjed tovább a járvány és szedi áldozatait, míg ereje gyengűlvén, lassan-lassan, mint az olajnélküli mécs kialszik. A film lepergett, hogy nem volt mese, azt mutatja az a sok apró friss sírhant kunt a temetőben.

Ez a sötét kép, amit rajzoltam, nem a fantázia szüleménye. Az 1910—1 i-ben lefolyt vörhenyjárvány megbetegedéseinek száma 400 volt, a halálozásoké 90. A szokatlanul súlyos járvány miatt az iskolák másfél évig voltak becsukva.”

Kerbolt leírása — szerencsére — ma már mind kevesebb és kevesebb községre illik, de ahol az orvos még ezzel találkozik és ezzel megküzdeni kénytelen, ott a fertőző betegség elleni küzdelem igen nehéz, sikere pedig kétséges.

A hatóságnak fertőző megbetegedések továbbterjedésének megakadályozása érdekében — egyéni érdekekre tekintet nélkül — mindent meg kell tennie, amit a jogszabályok, a tudás és lelkiismerete neki előírnak. Az 1936: IX. t.-c. veszélyes járvány esetén széles hatáskört ad a tiszti főorvosnak és tisztiorvosnak: „veszélyes járvány fellépésének vagy terjedésének megakadályozása céljából sürgős szükség és közvetlen veszély esetében, saját felelősségére — a közigazgatási hatóság rendelkezésének bevárása nélkül — elrendeli és foganatosítja mindazokat az intézkedéseket, melyeket a fennálló jogszabályok a közigazgatási hatóság hatáskörébe utalnak.” A „veszélyes járvány” fogalma az idők folyamán bizonyos változáson ment át. Amíg kolera is előfordult az országban, elsősorban ezt nevezték „veszélyes járvány”-nak. Majd a kiütéses tífuszt tekintették annak. Meg kell azonban állapítanom, hogy a hastífusz járvány lehet olyan veszélyes — sőt veszélyesebb —, mint a kiütéses tífusz, amelynek ugyan rendesen nagyobb a halálozási aránya (letalitása), de megfékezni sokszor könnyebb, mint például az őszi tífuszjárványt.

Arra is fel szeretném hívni a figyelmet, hogy a fertőző betegségeket komolyan kell venni nemcsak akkor, ha „járványszerűen” mutatkoznak, hanem ha csak kisebb számban fordulnak is elő. Rossz szokás az, ha a fertőző betegségek elleni küzdelmet csak akkor fokozzák, ha a megbetegedések száma a „megszokottnál több”. A fertőző betegségeket nem szabad „megszokni”. Küzdeni kell a fertőző megbetegedések ellen olyankor is, amidőn csak egy-két eset mutatkozik és törekedni kell azokat is kiirtani. Igen gyakran ez a néhány eset a kiinduló pontja a nagyobb járványnak.

*A fertőző betegségek elleni küzdelem módja nagyon sokféle* s részben olyan, amelyet minden fertőző betegségnél alkalmazunk, részben bizonyos fertőző betegségeknel különleges eszközökkel rendelkezünk.

A fertőző betegek *elkülönítésének* a szabályai jól ismertek. Falun ezek keresztülvitele sokszor igen nagy nehézségekbe ütközik. Ha a beteget fertőző betegek kórházába, megfelelő járvány kórházba szállíthatjuk, úgy az izolálás meg van oldva.

Az 1906. évi 90.993. B. M. sz. rendelet utasítja a törvényhatóságokat, hogy gondoskodjanak *járvány kórházak* felállításáról. Az 1911. évi 110.000 B. M. sz. rendelet 14. §-a pedig kimondja, hogy „Minden 1000 lakosnál többet számláló községben alkalmas helyiség állítandó fel, illetve bérlendő ki, az otthon el nem különíthető és az átutazó, kóbor vagy hajléktalan betegek elhelyezésére. Kisebb községekben pedig legyen e célra egy elkülöníthető helyiséggel bíró alkalmas ház kijelölve”.

Sajnos a községek igen gyakran úgy fogták fel ezt a kötelezettséget, hogy kizárólag az „átutazó, kóbor vagy hajléktalan” egyének részére kell a járványkórházakat létesíteniök. Ezek a községi járványkórházak többnyire csak ezek elhelyezésére voltak felhasználhatók. Rossz állapotban lévő házakat jelöltek ki e célra, berendezésük alig volt, s azt is később ellopokdták, vagy elhordták.

Ez év tavaszán összeirattuk azokat a járványkórházakat, amelyek legalább három vagy ennél több ágygal rendelkeznek, hogy megállapítsuk, hogy ezek közül mennyi üzemképes. A következő adatokat kaptuk. (80. sz. táblázat.)

80. Járvány kórházak adatai.

	Járványkórházak		Üzemképes járványkórházak	
	száma	ágyak szám	száma	ágyak száma
Vármegyékben . . . . .	214	1.806	151	1.444
Thj. városokban . . . .	4	155	3	140
Ország, összesen . . . .	218	1.961	154	1.584

A táblázat meglehetősen szomorú képet ad: hazánk 3417 községének együttvéve 154 használható, üzemképes járványkórháza van 1584 ágygal.

Ennek a ténynek van azonban egy tanulsága is, és pedig az, hogy a járványkórházak ügye ilyen módon, — ahogy azt az 1911. évi 110.000 B. M. sz. rendelet a fenyegető koleraveszély idején elgondolta —, nem oldható meg.

A megoldás: *nagyobb járvány kórházak létesítése* például járási székhelyenként vagy még nagyobb egységek (több járás) számára közösen. Nagyobb járványkórház esetén lehet gondoskodni legalább egy minimális állandó személyzetről s fenn lehetne úgy tartani a járványkórházat, hogy oda ne csak vándorlegények és cigányok legyenek elhelyezhetők.

Ha járványkórház hiányában kénytelenek vagyunk a *fertőző beteget otthon hagyni*, akkor ritkán lehetünk biztosak abban, hogy



az elkülönítés tökéletes lesz. Ha van egy üres „tisztá szoba”, úgy odahelyezve a beteget esetleg sikerül az elkülönítés. Ha azonban sem el nem szállíthatjuk, sem külön szobában el nem helyezhetjük, úgy az egyedüli lehetőség abban áll, hogy az egészséges lakótársakat törekszünk másutt — pl. rokonoknál — elhelyezni, s a beteg mellett csak az ápolóját hagyjuk. Vigyázzunk azonban, hogy a másutt elhelyezett „egészségesek” ne vigyék szét a betegséget.

Törekedjünk elérni, hogy a betegágytól a fertőzést ne hurcolják szét az egész házba, udvarba (baromfi, kutya, macska, légy). Kövessünk el mindent a látogatók távoltartására. Vezessük be minél előbb a fertőzött váladékoknak, tárgyakkak, eszközöknek *ágy-melletti folytatólagos fertőtlenítését*. Falun, ahol a váladékok szét-szóródására sokkal több az alkalom és lehetőség mint a városban, a zárófertőtlenítés igen nagy nehézségekkel küzd.

A *zárófertőtlenítés* bizonyos kérdéseit érintettem már a fertőtlenítőkéről szóló fejezetben. A gőzfertőtlenítésre falun alig találunk stabil *fertőtlenítő gépet*, ezek legnagyobb része mobil fertőtlenítő gép. A trianoni országban a polgári lakosság céljaira jelenleg (1938. őszi összeírás) összesen 399 fertőtlenítő gép van. Ebből 322 mobil gép (ezek közül 41 javításra szorul), 77 stabil gép (közülök 5 javítandó).

E gépek meglehetősen drágák: egy jó, tartós szerkezetű mobil fertőtlenítő gép ára átlag 5000 pengő. Sokat ma tehát ezekből beszerezni nem lehet. Arra kell tehát törekedni, hogy megfelelő fertőtlenítő körök szervezésével és ügyes fertőtlenítők (egészségőrök) beállításával biztosítsuk a gépek kihasználását, másrészt jókarbantartását.

A *vegyszeres fertőtlenítő anyagok* közül falun tág tere van a frissen oltott méz használatának. Ez olcsó és kitűnő fertőtlenítő szer. Ezenkívül igen jó fertőtlenítő eljárások a kifőzés, forró lúgos vagy káliszappanos vízzel, lysol oldattal való lemosás, értéktelen anyagok elégetése. A formalin fertőtlenítéstől ne várjunk többet, mint amire ez képes. A legfontosabb pedig az, hogy aki a fertőtlenítést végrehajtja, azt ne éssz nélkül, a felesleges pusztítással nem törődve végezze, hanem legyen tisztában a fertőtlenítés célkitűzéseivel és módjaival. Ellenkező esetben a fertőtlenítéstől való irtózás miatt a falusi lakosság, még inkább törekszik majd eltitkolni fertőző betegét. Ezen nem is lepődik meg nagyon az ember, ha egyszer látta már, hogy miképen fogadja azt a falusi magyar, amikor az ügyetlen, tudatlan fertőtlenítőnek átadott báránybőrbundáját a fertőtlenítés után összezsugorodott, gyermeknek való kabátka alakjában kapja vissza.

Egyes fertőző betegségek ellen különleges védekező eljárásaink vannak (például védőoltások). Ezek alkalmazása egyforma város-

ban és falun. Éppen ezért ezek ismertetését itt mellőzöm. Ellenben az alábbiakban néhány — a falu szempontjából — fontos fertőző betegségről s az ellenük való küzdelemről szölok.

### HASTÍFUSZ.

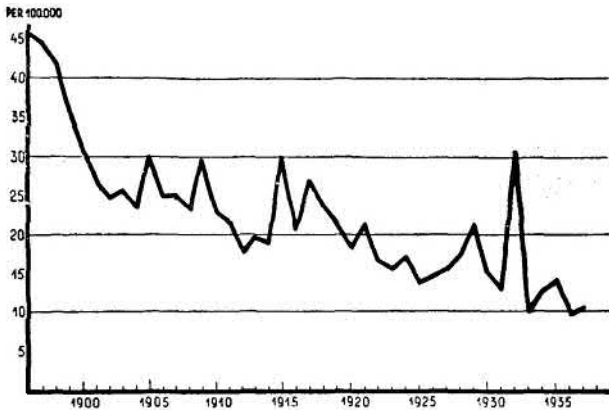
A hastífusz elleni küzdelem a városokból indult ki. A városok asszanálásának, ivóvízellátásuk javításának, a hulladékanyagok eltávolításának, a csatornázásnak közvetlen célja és megindítója nem egyszer a hastífuszjárványok elleni küzdelem volt. A sok fáradság és áldozat nem volt hiábavaló. A nagyvárosok régebben olyan rettegett hastífuszjárványai megszűntek, s nem ritkán halljuk a városok közegészségügyi szolgálatának vezetőitől, hogy ma már nagy járványok a városokban nem fordulnak elő, a szórványosan mutató tífusz eseteket pedig „a faluról hurcolják be”.

A hastífusz városi közegészségügyi problémából — falusi közegészségügyi probléma lett. Nem hiszem, hogy az utóbbi évtizedekben a falusi helyzet a tífusz szempontjából súlyosbodott volna, mivel azonban a városokban a tífuszmegbetegedések száma erősen csökkent, mutatkozik relative súlyosabbnak a falusi tífusz képe. Vannak-e azonban valóban objektív adataink, amelyek a város-falu tífuszviszonyainak tanulmányozására s a fentebb mondottak bizonyítására alkalmasak?

81. *Tífuszhalálozás néhány államban  
100,000 lakosra az 1929—31. évek átlagában.*

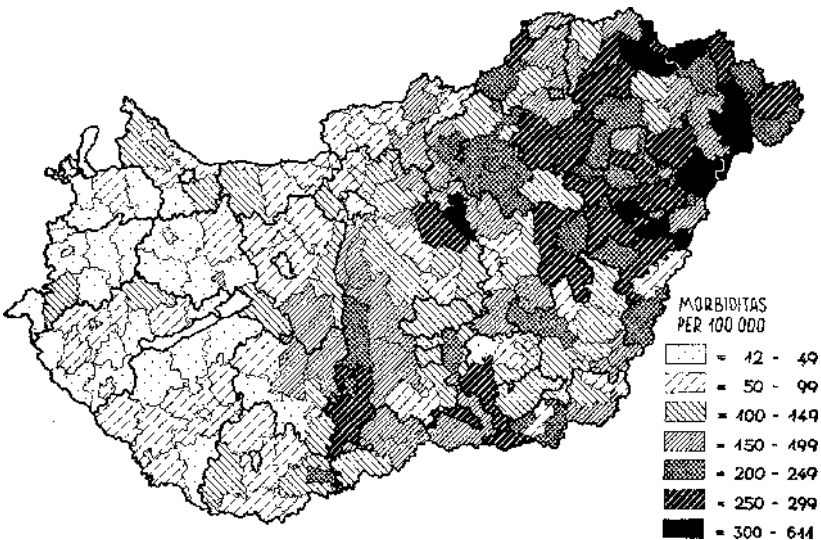
Ország	Tífusz- halálozás	Főváros	Tífusz- halálozás
Anglia .....	0.64	London	0.70
Ausztria .....	1.93	Bécs	2.03
Bulgária .....	7.00	Sofia	6.70
Csehország .....	6.87	Prága	3.83
Dánia .....	0.62	Kopenhága	1.70
Görögország .....	22.42	Athén	19.53
Jugoszlávia .....	3.65	Belgrád	7.26
Magyarország .....	16.19	Budapest	8.20
Németország .....	1.18	Berlin	0.86
Norvégia .....	0.74	Oslo	1.46
Portugália .....	18.24	Liszabon	18.30
Románia .....	3.32	Bukarest	5.50
Spanyolország .....	15.88	Madrid	8.07

Sajnos, aránylag kevés ilyen adat áll rendelkezésünkre. Némi tájékoztatást kapunk, ha különböző országok hastífuszhalálózását összehasonlítjuk a fővárosuk tífuszhalálózási arányszámával. Az adatokat a Népszövetség havi fertőzőbetegségi kimutatásaiból szereztük. Ezeknek az adatoknak nagy hibájuk, hogy nem egyforma elvek szerint gyűjtettek össze. Egyes fővárosok adatai nem mutatják



82. Tífuszhalálózás Magyarországon az 1896—1937. években.

a helyzet valódi képét, mert adataikban a vidékről a városi kórházakba szállított s ott elhalt tífuszbetegek is bennefoglaltak.



83. Tífuszmegetegedések Magyarországon az 1931—35. évek átlagában

A 81. sz. táblázat azt mutatja, hogy egyes országokban (Bulgária, Csehország, Görögország, Magyarország, Németország, Spanyolország) a főváros tífuszhalálózása (néha sokkal) alacsonyabb, mint az illető ország tífuszhalálózása. A többi vizsgált országban a két adat nagyjából egyforma, illetve egyes országokban a főváros tífuszhalálózása magasabb, mint az ország tífuszhalálózása. Ez utóbbi csoportba (Portugália kivételével) általában azok az országok tartoznak, amelyek kimutatásaikban alacsony tífuszhalálózásról számolnak be. A főváros magasabb arányszáma a városi kórházba szállított s ott meghalt vidékiekből származik.

Nézzük meg, hogy áll ez a kérdés Magyarországon, ahol eléggé megbízható tífusz megbetegedési statisztikánk van. Hasonlítsuk össze Budapest és az ország többi részeinek tífusz-morbiditási adatait.

Ezek a statisztikai adatok azt mutatják, hogy Budapesten sokkal alacsonyabb a tífusz megbetegedési arányszám, mint a megyei törvényhatóságokban, — amely utóbbiak a községeken kívül a megyében lévő megyei városokat is magukba foglalják. A városi

84. Tífusz megbetegedések Magyarországon 100.000 lakosra.

	1931	1932	1933
Az egész országban.....	99.6	257.6	87.4
Megyei törvényhatóságokban .....	103.4	281.0	88.9
Városi törvényhatóságokban (Budapesttel együtt) .....	83.9	159.9	76.8
Városi törvényhatóságokban (Budapest nélkül) .....	148.9	283.3	114.1
Budapesten egyedül .....	40.5	77.7	52.2

törvényhatóságoknak a megyeikéhez viszonyított alacsonyabb tífuszarányszáma főleg Budapest alacsony arányszámával függ össze, mert ha ezt kiemeljük, úgy a törvényhatósági városok tífusz megbetegedési arányszáma két évben magasabb, mint a megyei törvényhatóságok megfelelő arányszáma. Ezeknek az adatoknak a további elemzése lenne szükséges, hogy megállapítsuk, hogy a törvényhatósági városok magas tífusz megbetegedési arányszáma mennyiben függ össze e városok külterületeinek (tanyai kerületek) tífusz megbetegedési viszonyaival. Szerepet játszhat a magas számban az is, hogy a törvényhatósági városokban a fertőző betegbejelentés általában jobb, mint a községekben. Ebből azonban kiderül az is, hogy az egészségügyi kultúrának minden vívmányával megáldott Budapest hazai viszonylatban milyen jól áll tífusz dol-

gában. Más városok helyzetét igen lerontja az, hogy ezeknek néha igen tekintélyes része nem áll városi jellegű településből, hanem kifejezetten falusi, sőt tanyai jellegű területekkel bír. Törvényhatósági városaink tehát e tífuszjárványtani kutatás szempontjából nem jelentenek egységet, mert városi és falusi jellegű területeket egyesítenek magukban. Így érthető, hogy kb. úgy állanak, mint a falvakon kívül megyei városokat és városi jellegű nagyközségeket magukba egyesítő megyei törvényhatóságok, illetve látszólag annyiban még rosszabbul, mert különösen belső, de részben külső területükön is a közegészségügyi szolgálat jobb lévén, mint a falvakban, a tífuszbejelentés több esetet hoz a hatóságok tudomására.

Kétségtelen tehát, hogy évről-évre mutatkozik a különbség a nagy város és az ország egyéb területeinek tífusz-morbiditása között. Tehát *külön probléma a nagy város és külön kérdés a kisebb agglomerációk tífuszproblémája*. Az „egyéb területek” nem lévén ebből a szempontból homogén (— hiszen kisebb-nagyobb városokat is magában foglal —), érthető, hogy a falusi tífusz természetét csak úgy ismerjük meg, ha részletesen elemezzük pl. egy járás tífuszképét, kutatjuk egy körülírt, tisztán falusi agglomerációkból álló területen az egyes tífusz esetek létrejöttének okát, a fertőződés eredetét.

Ezt a tanulmányt, a Népszövetség Egészségügyi Osztályának támogatásával, 1931 őszén kezdtük el és folytattuk az 1932. és 1933. években. Tanulmányunk eredményéről a szakirodalomban már beszámoltam. Mivel azonban ez jellegzetesen reávilágít a magyar falvak tífusz helyzetére, a tanulmány adatait itt is bemutatom.

A kutatás helyétül a mezőkövesdi járást választottuk ki. Ez a járás alkalmas volt a falusi tífusz tanulmányozására azért is, mert olyan megyében fekszik, amely a tífuszmegbetegedések szempontjából az aránylag erősen fertőzöttek közé tartozik.

A járás lakossága háziiparon (hímzés) kívül csak mezőgazdasági munkával foglalkozik, aránylag szegény. Az egészségügyi szolgálat a járás területén, a Rockefeller Alapítvány segítségével, fokozatosan kiépült. A járás az ország területén szervezett, ú. n. egészségügyi mintajárások egyike, s így a tanulmány elvégzésére a megfelelő segítség: védőnők, autó rendelkezésre állott. Az egészségügyi szolgálat eddigi munkája folytán a lakosság megértést tanúsít ilyen természetű munkák iránt.

A tanulmányt az Országos Közegészségügyi Intézet irányította. A munkát a járásban a járási tisztiorvos mellé beosztott, az ilyen természetű munkában jól képzett, újrendszerű tisztiorvosi vizsgával rendelkező orvos végezte, még pedig 1931-ben *Gottl Gyula dr.*, 1932-ben *Barka Imre dr.*, 1933-ban *Ralovich Gyula dr.* Ezenkívül

az ország más községeiben is végeztünk tífusztanulmányokat, amelyekről szintén meg fogok emlékezni.

Tájékoztatásul megemlítem, hogy a járás lakosszáma 1932-ben 71.963 (kiszámított lakosság), akik 29 községben laknak. A legnagyobb községnek 20.806, a legkisebbnek 658 lakója van. A lakóházak száma 14.868, egy lakóháza 48 lakó jut (az országos vármegyei átlagnál [39] több). A lakóházak 24%-ának nem volt árnyékszéke; ezek különben is nagyon elhanyagoltak. Az ivóvizet szolgáltató kutak nagyobb része ásott aknás kút. A megvizsgált 284 közkút 37%-ának vize jó, 63%-áé közegészségügyi szempontból kifogásolható. A lakosság túlnyomó része mezőgazdasággal foglalkozik; egyrésze, mint summás (a lakosság kb. 12%-a) az ország más vidékén vállal munkát.

A mezőkövesdi járás a tífusszal aránylag erősen fertőzött járások közé tartozik. A vizsgálat három évében a tífuszbetegek száma a következő volt:

Év	Megbetegedések száma	Meghaltak száma	Letalítás %
1931 .....	130	11	8.5
1932 .....	526	61	11.6
1933 .....	106	12	11.3

A mezőkövesdi járás, továbbá az egész ország és Budapest tífusz morbiditási, mortalitási és letalítási adatai ^ három év alatt így alakultak:

86. *Hastífusz-morbiditási, mortalitási (100.000-re) és letalítási adatok (%)*.

	1931.			1932.			1933.		
	Morb.	Mort.	Let.	Morb.	Mort.	Let.	Morb.	Mort.	Let.
Mezőkövesdi járás	180.7	15.3	8.5	730.9	84.8	11.6	147.3	16.7	11.3
Magyarország ...	99.6	12.0	12.1	257.6	31.4	12.2	87.4	10.7	12.2
Budapest .....	40.4	4.1	8.6	77.2	6.4	8.9	52.2	4.3	8.3

E táblázat azt mutatja, hogy a járásban a hastífuszbejelentések meglehetősen megbízhatóan történtek, mert a letalítási arány a járásban alacsonyabb, mint országos átlagban. E tanulmány kapcsán különös súlyt helyezünk arra, hogy lehetőleg minden tífusz esetet

felkutassunk. Ezt a munkát elősegítette az, hogy a járást „a falusi egészségvédelmi szervezet” hálózza be (úgynevezett „egészségügyi mintajárás”). Megemlítem, hogy e három évet megelőző időben (1922—1930-ig) a tífusz-letalitás 17.1% volt. Az 1931—33. években a letalitási százaléknak erős csökkenése mutatja a helyszínen végzett, tífuszbetegeket utáni kutatásoknak nagy fontosságát. Ilyenkor különös figyelmet kell fordítanunk a gyermekekre, akiknek tífusza igen enyhe lehet.

Megállapítható a fentebbi táblázatból az is, hogy a járás tífusz-morbiditási aránya igen magas. E tekintetben meglehetősen nagy különbség van a 20.806 lakost számláló Mezőkövesd és a kisebb községek összes tífusz-morbiditási aránya között.

87. *Hastífuszmegbetegedések 100.000 lakosra a mezőkövesdi járásban.*

	1931-ben	1932-ben	1933-ban
Mezőkövesden.....	100.9	567.1	139.4
A járás többi községében.....	218.1	816.3	154.1

Tehát azt látjuk, hogy a kisebb községek tífuszmegbetegedési aránya mind a három évben magasabb, mint Mezőkövesd községé. Feltűnő az 1932. évi 816.3-as arányszám. Ha ebben az évben a járás egyes községeinek tífuszmegbetegedéseit vizsgáljuk, feltűnik, hogy Tibolddaróc községben (lakosság 2439) 1932-ben 106 tífuszmegbetegedés fordult el, ami a szokatlanul magas 4346 pro 100.000 arálynak felel meg.

Megállapítható tehát, hogy — legalább is a mezőkövesdi járásban — a *hastífusz elsősorban a legkisebb községeknek súlyos problémája*. Ennek okát kétségtelenül abban kell keresnünk, hogy a nagyobb községek (pl. Mezőkövesd) asszanálás tekintetében jobban állanak, mint a kisközségek.

A *tífuszmegbetegedések eredetének kutatása* szükségessé tette azt, hogy minden egyes betegnél utánajárjunk a fertőzés forrásának. Ezt a munkát egyrészt a járás tisztiorvosa, másrészt a fentebb említett három orvos végezte.

Előre kell bocsátanom, hogy hazánkban (Budapest kivételével) a tífuszbetegeknak aránylag kis százaléka kerül *kórházba*. Így 1932-ben az országban (Budapest kivételével) előfordult 21.476 tífuszbeteg közül csak 5394 (vagyis 25.1%) került kórházba, míg 16.082 (vagyis 74.9%) otthon ápolgatott. A mezőkövesdi járásban 1932-ben bejelentett 526 tífuszbeteg közül 44 (vagyis 8.9%) került kórházba, míg 482 tífuszbeteg (91.1%) otthon ápolgatott.

Elképzelhető, hogy mit jelent az, hogy 482 tífuszbeteg otthon maradt egész betegsége alatt a szűk falusi lakásban!

Az első kérdésünk ezeketán természetesen az volt, hogy az otthon ápolott tífusz betegek az esetek hány százalékában voltak további tífuszé setéknek forrásai. Erre a kérdésre a választ egyes eseteknek pontos kivizsgálása adta meg. Megvizsgáltuk, hogy a járás 15 községében 1921 — 1932-ig, tehát 12 év alatt hány esetben fordult elő az, hogy egyugyanazon évben egy házban csak egy, illetve két, három, négy és ennél több eset fordult elő. A talált adatokat a 88. sz. táblázatban foglaltuk össze.

88. A mezőkövesdi járásban egy év alatt egy házban előfordult tífuszmegbetegedések száma (1921—32-ig).

Esetek száma	Hányszor fordult elő (első esetek száma)	Ez hány tífuszbeteg jelent	Ismételt megbetegedések összes száma
1 .....	511	511	—
2 .....	115	230	115
3 .....	29	87	58
4 .....	18	72	54
4-nél több .....	3	17	14
Összesen .....	676	917	241

Ez a táblázat tehát azt mutatja, hogy az említett időperiódusban előfordult tífusz eseteknek 73.7%-a maradt izolált eset egy házban, míg 26.3 %-a olyan, amely nem az első, hanem a második, a harmadik stb. megbetegedés volt abban a házban.

Egy házban észlelt több tífuszmegbetegedésről feltételezhetjük azt, hogy azok a fertőződés szempontjából valamilyen kapcsolatban vannak egymással. Ez a kapcsolat négyféle lehet: 1. egyszerre, esetleg ugyanazon módon, ugyanazon fertőző forrásból (élelmiszer, víz, tífuszbeteg vagy bacillusgazda) fertőződhetnek; 2. a második és a többi beteg az elsőől fertőződhetett; 3. az első beteg meggyógyult, de bacillusgazda maradt, s a második ettől a bacillusgazdától szerezte a fertőzést; 4. mindkettő, ill. valamennyi külön fertőző forrásból fertőződhetett.

Hogy adott esetben egyugyanazon házban ismételen előfordult esetek a fenti négy csoport melyikébe sorozandók, azt csak



helyszíni epidemiológiai vizsgálatokkal lehet — s akkor is csak az esetek egy részében — eldönteni. Az 1-ső, illetve 2-ik csoportba tartozás kérdését eldönti a megbetegedés időpontja.

Ha két együttlakó és kb. egyforma körülmények között élő egyén kb. egyszerre betegszik meg hastífuszban, úgy nagy valószínűséggel feltételezhetjük, hogy fertőződésük forrása közös. Ismeretes, hogy a hastífusz inkubációs ideje átlag két hét, de lehet ennél valamivel rövidebb és hosszabb. Ha az inkubációs idő határértékét 10—20 nap közé tesszük, úgy megállapítható, hogy az első és az ezt követő második megbetegedés időpontja között elmúlt maximálisan 10—12 nap még nem szól az ellen, hogy e két együttélő egyén ugyanazon forrásból kb. egyszerre („szimultán”) szerezhette a fertőzést, (1-ső csoport.)

Ha a két egyén megbetegedése közt 10 napnál jóval hosszabb idő telt el, úgy a közös fertőző forrás nem nagyon valószínű, legalább is olyan értelemben, hogy abból a közös forrásból a fertőzést nem szerezhették egyszerre. Ilyenkor — ha abban a házban, illetve lakásban a második egyén megbetegedése 2—8 hét múlva követte az első —, úgy valószínű, hogy a második egyén a vele lakó tífuszbetegtől („kontaktus útján”) fertőződött. (2-ik csoport.)

Ha a második megbetegedés jóval később (esetleg csak hónapok múlva) követte az első, úgy lehetséges, hogy az első beteg felgyógyulása után bacillusgazda maradt, s tőle fertőződött a második egyén (3-ik csoport), vagy lehetséges, hogy a második megbetegedés fertőződés szempontjából az elsőől teljesen független. (4-ik csoport.)

Vizsgálat tárgyává tettük tehát azt a kérdést, hogy a mezőkövesdi járásban egy-egy házban észlelt, többes megbetegedések közös fertőzési forrásból származtak-e, vagy pedig az első megbetegedés volt-e az abban a házban (lakásban) előfordult további: második, harmadik stb. megbetegedésnek a forrása?

A tífuszmebtegedések egymásutánjának pontos helyszíni megfigyeléséből kiderült, hogy szimultán fertőzések ebben a járásban igen ritkák. *Ralovich dr.* 1933-ban nem észlelt olyan tífuszmebtegedéseket, amelyeknél szimultán fertőződésre kellett volna következtetnie. Áttanulmányozva az 1932. évben az egyes házakban előfordult ismétlődő tífusz esetek megbetegedési időpontját, megállapíthatjuk, hogy az egy házban előfordult ismétlődő megbetegedéseknek legnagyobb százaléka nem szimultán, hanem kontakt fertőzés volt.

*Ralovich dr.* kimutatta az 1931—33. években 29 községben előfordult 762 megbetegedés közül 328 esetre, vagyis a *tífuszmebtegedések 43%-ára* (1933. évre 39%-ra) *vonatkozólag, hogy azok tífuszbeteggel történt kontaktus útján fertőződhetek.* Ezek nemcsak az egy házon belül mutatkozó kontaktusok, hanem részben a

betegeket látogatók (főleg rokonok) körében fellépő kontakt esetek.

Mindez arra utal, hogy az *otthon ápolt tífusz betegek igen veszélyesek a fertőzés terjesztése szempontjából.*

összehasonlítás céljából *Born József dr.*, székesfővárosi tisztiorvos szívességéből közlöm, hogy az ő vizsgálatai szerint a Budapesten előfordult tífusz esetek 1930-ban 5'9%-a, 1931-ben 10'8%-a, 1932-ben 6'0%-a volt csak kontakt megbetegedés. Ennek a falusi viszonyokhoz képest alacsony százaléknak az a magyarázata, hogy Budapesten a tífusz betegeknek 90—95%-a aránylag korán kórházi ápolásba kerül.

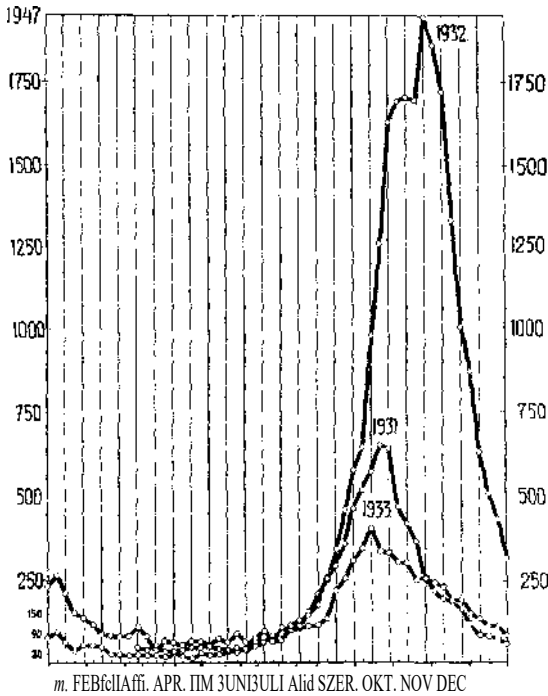
Ha a mezőkövesdi járásban észlelteket az ország többi járására is vonatkozathatom — s nincs okom, hogy ezt ne tegyem —, úgy ebből azt a következtetést vonhatom le, hogy a *magyar falvakban előforduló tífusz megbetegedések számát kb. jo, esetleg 40%-kal csökkenthetnők, ha minden egyes tífusz beteget — betegségének lehető korai felismerése után — mindjárt kórházban tudnánk elhelyezni.* Ennek ismeretében adta ki 1935-ben a belügyminiszter a rendeletét, amely a kórházakat felszólította, hogy a tífusz beteget minél nagyobb számban vegyék fel. E rendelet eredménye az volt, hogy míg pl. 1931-ben az ország tífusz betegeinek csak 25%-át vették fel a kórházak, addig 1937-ben ez az arány már 53'6%-ra emelkedett.

A falusi tífusz megbetegedések eredetét kutatva, meg kell állapítanunk, hogy a falusi hastífusznak — éppúgy, mint a városi tífusznak is — két, járványtanilag különálló fellépési típusa van. Az egyik hastífuszjárvány az év igen különböző időpontjában mutatkozik: *„évszakhoz nem kötött — asaisonos — tífuszjárvány”*. A másik az ú. n. *„tífusz-évszakban”* üti fel fejét: *„évszakhoz kötött — saisonos — tífuszjárvány”*. A tífuszévszak hazánkban július legvégén, augusztus elején kezdődik és november végéig, december közepéig tart.

Az *évszakhoz nem kötött (asaisonos) tífuszjárvány* előidéző okának kutatását elősegíti az, hogy legtöbbszörre körülírt területre szorítkozik, nagyszámú embert betegít meg egy helyen. Ebbe a csoportba tartozik az élelmiszereredetű, a vízeredetű járványok legnagyobb része. Ezek fellépését nemcsak az ú. n. tífuszévszakban észleljük, hanem az év bármely hónapjában. Internátusokban, kaszányokban, stb. észlelt tífuszjárványok is idetartoznak. Mindezekben az esetekben tífusz bacillusgazda vagy enyhe tífuszban szenvedő beteg szerepel, aki valamely élelmiszer, tej, vagy víz közvetítésével juttatja el a kiürített tífusz bacillusokat nagyobb csoport egészséges egyénhez, akiknek azután egy része tífuszban megbetegszik. Ennek a járványtípusnak etiológiai kutatása igen gyakran eredménnyel jár. A városok és községek vízellátásának asszanálása

erősen csökkenti az ilyen járványokat. Nyers tejet fogyasztó államokban (Északamerikai Egyesült Államok, Dánia, Hollandia) ezek a járványok régebben nem voltak ritkák, de a gondos pasztörizálás bevezetésével csökkent a számuk,

A falvak szempontjából ennek a jelentősége nem nagy, mert a vízellátás falvainkban többnyire nincs, vagy csak részben van cen-

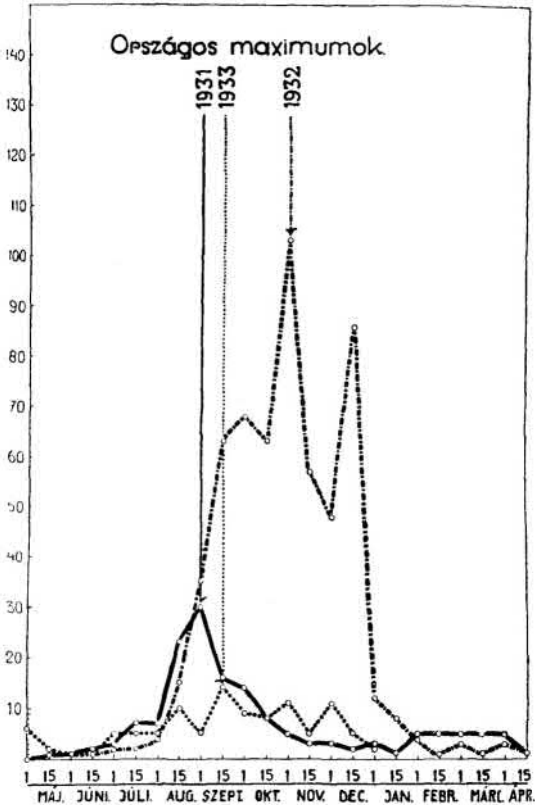


89. A tífusz megbetegedések járvány görbéi Magyarországon az 1931—33. években.

tralizálva, s így kútfertőzés esetén a tífusz legfeljebb az illető fertőzött közkút vizét fogyasztók között jelentkezik. Falun az élelmiszer okozta tífuszjárványok — az élelmiszerellátás decentralizáltsága folytán — szintén ritkák.

Az évszakhoz kötött (saisonos) tífuszjárvány keletkezésének okát sokkal nehezebb megállapítani. A mérsékelt égöv alatt mindenütt ismeretes, hogy van az évnek egy bizonyos szaka, amikor a tífusz esetek száma emelkedik. Nálunk ez az emelkedés júliusban kezdődik, — szinte minden évben pontosan ugyanakkor. Az emelkedés augusztus második felében válik rohamossá, a maximumot szeptember közepe, október közt éri el, s ettől kezdve rohamosan csökken a megbetegedések száma (89. sz. ábra).

Ez annyira megszokott, hogy pl. az amerikai szerzők „normális” tífuszgörbének nevezik a fentebb említett asaisonos tífuszjárványok kikapcsolása után mutatkozó járványgörbét. Rosenau „residuális”, Sedgwick „prosodemicus” tífuszgörbének nevezi ezt a tífuszjárványgörbét.

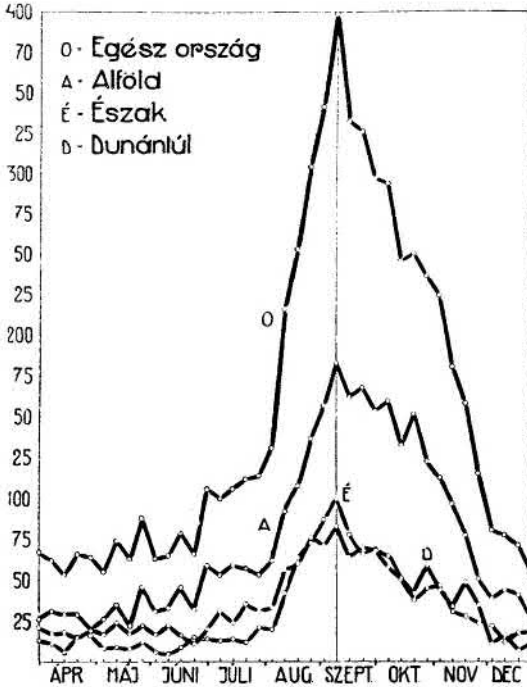


90. A mezőkövesdi járás tífuszjárvány görbéi az 1931—33. években, az országos maximumok időpontjainak feltüntetésével.

Felmerült a kérdés, hogy a tífusznak késő nyáron és ősszel észlelhető ezen emelkedése szabályszerű jelensége-e a falusi tífusznak is és hogyan viszonylik a falusi tífuszgörbe a városok illetve az egész ország tífuszgörbéjéhez?

Ennek a kérdésnek megvizsgálása céljából bemutatom a mezőkövesdi járás 1931., 1932. és 1933. évi tífusz megbetegedéseinek a görbéjét (90. sz. ábra). Megállapíthatjuk, hogy az emelkedés, — éppúgy, mint az országos görbén — júliusban lassan kezdődik, majd augusztusban erősödik. A mezőkövesdi járási tífuszgörbe a vizsgált

években ugyanakkor kulminált, amikor az országos tífuszgörbe. Megemlítem, hogy Budapest tífuszgörbéje is mutat kifejezett őszi emelkedést. Ennek, továbbá a törvényhatósági jogú városaink tífuszgörbéjének a maximuma pl. 1933-ban pontosan összeesett az országos és a mezőkövesdi járási tífuszgörbe maximumával. Petrilla mutatta ki azt, hogy az ország különböző részeinek tífuszjárványgörbéje is ugyanazon héten kulminál (91. sz. ábra).



91. Az egész ország és az egyes országrészek tífusz-morbiditási görbéje az 1933. évben (a maximum jelzésével).

Egymásután következő években a tífuszgörbe emelkedésének kezdeti időpontja évek óta kb. egyforma, de a maximum tekintetében eltolódások vannak. A görbe maximumának időpontja 1931-ben szeptember eleje, 1932-ben október vége, 1933-ban szeptember közepe. Általában minél később mutatkozik a görbe maximuma, annál magasabb az illető évben a tífusz megbetegedések száma.

Az elmondottak alapján valóban „normális” évi tífuszgörbéről szólhatunk, ha a görbe a késő nyári és kora őszi hónapokban emelkedést mutat. Felmerül a kérdés, hogy mi lehet, elsősorban a falun, ennek az őszi tífuszgörbe emelkedésnek, vagyis az ú. n. évszakon belüli (saisonos) tífuszjárványnak az oka?

Ez a kérdés a tífusz járványtanának már igen régi és érdekes problémája. A járványgörbe emelkedésének oka semmiesetre sem lokális, mert hiszen mint láttuk, meglehetősen egyszerre mutatkozik az egész országban, az ország különböző részein, a fővárosban, sőt a vizsgált járásban is. Tehát csak valamely általánosan szereplő okra gondolhatunk. Szerepet játszhat esetleg a tífusz esetek folytonosságát fenntartó bacillusgazdák, abban az időben esetleg valamilyen okból különösen élénk bacilluskiválasztása. Szerepet játszhat a fertőzés veszélyének kitett egyéneknek esetleg ebben a periódusban bekövetkező erősebb fogékonysága. Tekintetbe veendő azonban még a közvetítő szerepet játszó faktoroknak, így az élelmiszereknek, a víznek valamely akkor mutatkozó változása, továbbá a fertőzés terjesztésében valószínűleg nagy szerepet játszó legyek életkörülményeinek valamely megváltozása.

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai nem tudtak a bacillusgazdák bacillusürítése szempontjából olyan évszakos változásokat kimutatni, amiből a tífusz esetek „saisonos” emelkedését magyarázni lehetne.

*Petrilla dr.* reámutatott a középhőmérséklet változása és a tífuszgörbe hullámozása közt fennálló összefüggésre. Vizsgálatai szerint a közép hőmérsékletnek  $20^{\circ}\text{C}$  fölé emelkedését 4—5 hét múlva követi a tífuszgörbe emelkedése. A közép hőmérsékletnek ezen szint alá süllyedését ugyancsak 4—5 hét múlva követi a tífuszgörbe süllyedése.

Nem volt valószínű, hogy a magasabb hőmérséklet közvetlenül hat a szervezetre és esetleg csökkenti annak ellentállóképességét. *Petrilla dr.* — inkább indirekt bizonyítékok alapján — arra gondolt, hogy a légynek van ebben szerepe. *Lőrincz dr.* nyolc faluban, együttvéve 29 helyen úgynevezett légyfogó állomásokat állított fel, ahol egy teljes éven át másodnaponként gyűjtötték és számolták a légypapíron fogott legyeket. *Lőrincz dr.* azt találta, hogy a légy-sűrűségi görbe és az évi ötnapos átlaghőmérséklet görbéje, másfelől a tífuszmegbetegedések görbéje között kifejezett összefüggés van, amelyben a hőmérséklet görbéjének emelkedése illetve leszállása kb. 3—4 hetes eltolódással megelőzi, a tífuszgörbéé pedig követi a házi-légy-görbe megfelelő mozgásait.

Ezek a megfigyelések alkalmasak lettek volna arra, hogy megerősítsék a feltevést, hogy a hastífusz őszi szaporodásának oka a házilégy erősebb elszaporodása és erősebb aktivitása. Azonban erre konkrét bizonyítékot is kellett keresnünk.

*Lovrekovich dr.* kb. 2500 házilegyet vizsgált meg, olyan legyeket, amelyeket falusi házakban fogtak, ahol tífuszbeteg volt. A házak környéke meglehetősen elhanyagolt volt. Egyetlen légyből sem

sikerült tífuszbacillust kitenyészteni, pedig a vizsgálati technika — mint ezt az ellenőrző vizsgálatok mutatták —, jó volt. Bár elképzelhető, hogy a tífuszbacillus a légyben esetleg olyan formában van jelen, hogy kimutatása nehézségbe ütközik, mégis — szemben a szakirodalomban olvasható bizonyos ezirányú pozitív leletekkel — feltűnő volt ez a sok teljesen negatív lelet.

Közben *Lőrincz ár.* és *Makara ár.* a *házilégy biológiáját* vizsgálva, meglepetéssel állapították meg, hogy a házilégy korántsem száll oly gyakran a human fekáliákra, mint ahogy azt hitték. Pedig ahhoz, hogy a légy az emberi fekáliából egészséges emberhez a tífuszfertőzést elszállíthassa, a fekáliákra kell szállnia. Vannak azonban bizonyos légyfajták, amelyek az emberi fekáliákra és a gyümölcsre egyformán szállnak. Ezek azok a légyfajták, amelyeket a házilégyhez képest aránylag nagy számmal találtak a falusi árnyékszékék legyfaunájában is. Ezeknek a légyfajtáknak a szerepét a tífusz terjedésében a jövőben még alaposabb vizsgálat tárgyává kell tennünk.

Az évszakhoz nem kötött tífuszjárványok keletkezésében a *víznek* a szerepe jól ismert. Nem gondoljuk azonban, hogy az évszakhoz kötött tífuszjárványok keletkezésében a víznek nagyobb szerepe lenne. Nehezen tudnók megmagyarázni, hogy miért okoznának a fertőzött kutak éppen augusztus—szeptemberben tífuszjárványokat. Egyébként is a tífuszgörbének kora ősszel észlelt emelkedésekor annyira szétszórtan mutatkoznak a tífuszmegbetegedések, hogy ez már maga is vízeredetű fertőzés ellen szól. Vízeredet ellen szól az is, hogy egy házban, ugyanannak a kútnak vizét ivóközt, a szimultán fertőzések igen ritkák. Az ú. n. évszakhoz kötött tífuszjárvány vízeredete ellen szól az is, hogy hazánk sok olyan községében, ahol sok a mélyfúrású, jó ivóvizet szolgáltatató kút, ott is gyakori a tífusz. A tételt tehát nem lehet — legalább általános érvénnyel — így felállítani: A fertőzött kútvíz okozhat tífuszjárványt; a fálvokban a kutak tekintélyes része szennyezett vizet ad, — tehát a falusi tífusz oka a rossz kutakban keresendő. Mindenekelőtt a víz szennyezettsége még nem jelenti a víz fertőzöttségét. A kútvíz eredetű tífuszjárványoknak meg vannak a jellegzetes epidemiológiai sajátosságai, s csak ennek megállapítása esetén szabad egy tífuszjárványt vízeredetűnek tartani. Ilyen kútvízeredetű falusi tífuszjárványokat mi is észleltünk. Némelyik esetben a kút vizéből *A* tífuszbacillust is sikerült kitenyészteni.

Az évszakhoz nem kötött tífuszjárványok keletkezésében (pl. élelmiszerek vagy víz stb. fertőzés által vagy kontakt fertőzésen át) fontos szerepük van a tífusz bacilluszgazdáknak. Az évszakhoz kötött tífuszjárványok keletkezésében is fontos szerepük van annyi-

ban, hogy ők azok, akik a tífuszbacillust a járványmentes időben megőrzik. A bacillusgazdák léte azonban még nem magyarázza meg a tífusz jellegzetes nyári, őszi fellépését, illetve akkori erős szaporodását. Vizsgálataink mutatták, hogy a bacillusgazdák bacillusürítésében nincsen olyan évszakos hullámzás, amely megmagyarázná a tífuszgörbe évszakos változását. A bacillusgazda az egész éven át embertársai között él, kb. egyforma módon üríti a tífuszbacillusokat az év minden szakában. A bacillusgazdán — az állandó tífuszforráson — kívül tehát még valaminek közre kell játszania abban, hogy az emberek az ú. n. tífusz-saisonban nagyobb számmal fertőződnek tőle, mint más évszakokban. Gondolnunk kell valamire, ami a kiürített tífuszbacillusokat éppen ebben az időben juttatja el nagyobb tömegben vagy gyakrabban a fogékony egyénekhez.

A mezőkövesdi járásban 1931—33. években végzett több mint 5000 széklet- és vizeletvizsgálat tekintélyes része *bacillusgazdák* keresése céljából történt. A talált krónikus bacillusgazdák száma 27. A helyszíni járvány tani kutatásokkal az összes tífuszmegbetegedéseknek 10,6%-ában lehetett bacillusgazdát, mint a tífuszmegbetegedés primaer okát kimutatni.

Bacillusgazda okozta tífuszjárványok a falun nem ritkák. Ezek eredetét kutató tisztiorvosainknak azt ajánljuk, hogy készítsék el a tífusz szempontjából vizsgálandó falu térképét, Abba — mindig a megfelelő házba — rajzolják be tíz évre visszamenőleg a tífuszmegbetegedéseket. Ha egy házban vagy egy házcsoportban évekre visszamenőleg ismételten találunk tífuszmegbetegedéseket, úgy valószínű, hogy ott tífusz bacillusgazda van. Vizsgáltsák ilyenkor végig az összes házbeliék ürülékét tífuszbacillusokra. Az Országos Közegészségügyi Intézet jelenleg 917 idült tífusz és 51 idült paratífusz bacillusgazdát tart nyilván.

Igen súlyos kérdés, *mit csináljunk a falusi tífusz bacillusgazdával?* A falusi tífusz bacillusgazda súlyosabb probléma, mint a városi. A nagyobb városokban a fekáliák eltávolítása a csatornázás révén biztosítva van, s így nem áll fenn a veszélye a tífusszal fertőzött fekáliák széthurcolásának, ami a bacillusgazda veszélyességét erősen csökkenti. Falun is mindent el kell követnünk a fekáliák ártalmatlanná tételére. Az olcsó mésztejet ilyenkor ingyen kell a szegénysorsú bacillusgazda rendelkezésére bocsátani. Akkor se vonjuk ezt meg tőle, ha a mésztej egy részét — mint ezt egyszer egy községben panaszkodva mondták el nekem — arra használja, hogy a házát kimeszelje. Végeredményben a ház kimeszelése is értékes egészségügyi rendszabály. A zöldkeresztes védőnői sokat tehet a bacillusgazda ellenőrzésében, tisztaságra nevelésében, ártalmasságának csökkentésében.



Látjuk, hogy faluhelyen — szemben a várossal — milyen nehezen tudunk eredményt elérni a tífuszelleni küzdelemben. Ez szorosán összefügg a falusi környezet asszanálásának nehézségeivel. Ezért faluhelyen fokozott mértékben van szükségünk a *tífusz elleni védőoltásra*.

Az 1936. évi IX. t.-c. felhatalmazza a belügyminisztert, hogy „a hastífusz megelőzése céljából... az ország egész területén vagy annak egy részére nézve az egész lakosságnak vagy a lakosság egy részének kötelező védőoltását” elrendelhesse. A belügyminiszter ennek alapján 247.000/1938. sz. rendeletével elrendelte azok beoltását, akik hastífuszban szenvedő vagy arra gyanús beteg vagy bacillus-gazda környezetéhez tartoznak, akik tífuszbeteggel az elkülönítési idő letelte előtt érintkeztek, akik vele közös munkahelyen dolgoztak. Községekben be kell oltani a beteg házában, továbbá a szomszédos házakban lakókat, tanyákon az összes ott lakókat. Oly helyeken, ahol évenként tífusz megbetegedések nagy számban mutatkoznak, egész községeket, sőt ha indokolt, egész vármegyék lakosságát be lehet oltani.

A hatóságok meggyőződve a tífuszelleni védőoltások hatásosságáról, már a rendelet megjelenése előtt is igen széles körben végeztették az oltásokat, ami a rendelet megjelenése után még fokozódott, így Hajdú megyében Gärtner tiszti főorvos az 1935—36. években az egész lakosság (181.000 fő) 57,9%-át védoltatta tífusz ellen. A tífusz esetek száma 100.000 lélekre számítva az 1935. évi 3292-ről 1938-ban 841-re csökkent. míg Hajdú megye 1934-ben Debrecen után, 1935-ben pedig egyáltalán az ország tífusszal legerősebben fertőzött törvényhatósága volt, etekintetben tehát az első helyen állott, addig — az oltások végrehajtása után — az ország 36 törvényhatósága közül 1936-ban 18, 1937-ben pedig már 25 olyan törvényhatóság volt, amely Hajdú vármegyénél erősebben volt tífusszal fertőzve.

A tífusz elleni védőoltások hatásosságának *időtartamára* vonatkozólag a vélemények még ma is eltérőek. Sokan csak egy évre becsülik ennek tartamát. A mi megfigyeléseink amellet szólnak, hogy a védettség különösen egy-kétszer megismételt oltás után tovább tart.

A tífusz védőoltásoknak a gyakorlatban két nehézsége van: az egyik az oltások kapcsán mutatkozó, néha kellemetlen, *helyi és általános reakció*, a másik az, hogy megfelelő védettség elérése céljából *három oltást* kell végzni.

Az oltási reakciót nehéz csökkenteni. A háború alatt megkísértem az oltóanyag mosásával a reakciók csökkentését elérni, ami

bizonyos fokig sikerült is. Az oltóanyag mosása azonban — különösen tömegtermelés esetén — meglehetősen körülményes.

A három oltás különösen falun és tanyai vidéken nehezen vihető keresztül. Gärtnernek 63.872 — részben falusi — ember védőoltásakor ezeknek csak 55.6%-át sikerült háromszor oltatnia, míg 27.7% csak kétszer, 14.0% pedig egy ízben jött el oltásra. Különösen falusi és tanyai lakosság védőoltásakor lenne előnyös, ha egyetlen oltással lehetne megfelelő védettséget elérni.

*Lovrekovich dr.* 4 éve foglalkozik az Országos Közegészségügyi Intézetben ezzel a kérdéssel. Munkatársával, *Rauss dr.-ral*, eddig mintegy 100.000 embert oltottak be *autolysált és praecipitált oltóanyag egyszeri adagjával*. A laboratóriumi kísérletek, az oltottak szerológiai vizsgálata és epidemiológiai megfigyelése — *Rauss dr.* adatai szerint — amellet szólnak, hogy ennek az oltóanyagoknak egyszeri beoltásával ugyanazt a védettséget lehet elérni, mint a tífusz vaccina háromszori beoltásával.

## DIFTÉRIA.

A diftériáról egyes — főleg angol és amerikai — szerzők azt írják, hogy gyakoribb megbetegedés a falvakban, mint a városokban. Szerintük általában a ritkábban lakott területeken mutatkozik nagyobb, a sűrű, lakott helyeken kisebb számban.

Magyarországon a statisztikai adatok szerint a legnagyobb (a törvényhatósági jogú) városok diftériamegbetegedési arányszáma, mint ezt az alábbi 100.000 lakosra vonatkozó arányszámok mutatják, magasabb, mint a vármegyéké, s ez a különbség igen kifejezett. (92. sz. táblázat.)

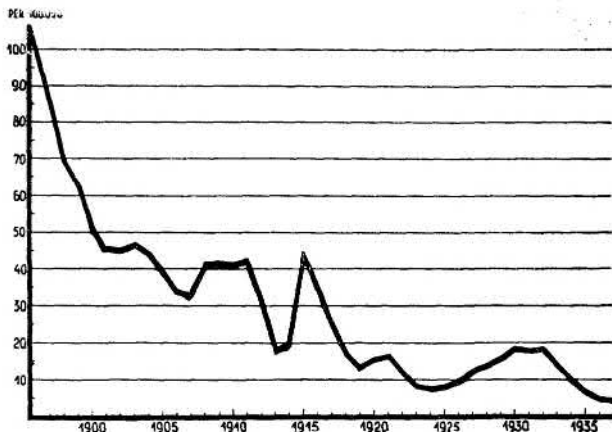
Mindkét helyen a diftériamegbetegedések száma 1932 óta elég egyenletesen csökkent, míg azonban a megyékben 1932-től 1938-ig körülbelül a negyedére csökkent, addig a törvényhatósági jogú

92. *Diftériamegbetegedések 100.000 lakosra a vármegyékben és a thj. városokban.*

	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Megyék .....	122.5	113.5	188.2	217.0	169.8	144.0	81.5	68.9	66.5	50.0
Thj. városok ....	263.0	289.1	238.3	243.9	205.6	200.9	159.9	145.9	142.7	112.1

városokban csak körülbelül a felére. Már most megemlítem, hogy az oltások kötelezővé tétele előtt a törvényhatósági jogú városok egy részében igen nehezen terjedt a védőoltás.

Hazánkban a diftéria elleni aktív küzdelem mintegy tíz évre tekint vissza. Először a *bacillus gazdák felkutatásával és izolálásával* kíséreltük meg a megbetegedések számát csökkenteni. 1929-ben Szaller főorvossal Jász-Nagykun-Szolnok vármegye mintegy 35.000 iskolásgyermeké közül 21.287-nek torkát vizsgálta meg az Országos Közegészségügyi Intézet bakteriológiai tenyésztő eljárással. Egyszeri vizsgálattal 2,4% bacillusgazdát találtunk.



### 93. Diftériahalálozás Magyarországon az 1896—1937. években.

Az volt az elgondolás, hogy ezeket az egészségügyi hatóságok eltávolítják az iskolából s izolálni törekszenek őket. Ez az izolálás azonban gyakran kivihetetlen volt. Ha a gyermeket nem engedték iskolába, úgy idejének legnagyobb részét az utcán töltötte, s ha nem találkozhatott pajtásaival az iskolában, találkozott velük az utcán, a játszótéren. Ugyanazon osztály gyermekeinek torkát ismételten végigvizsgálva, azt találtuk, hogy egyszeri vizsgálattal nem lehet az összes diftéria bacillusgazdákat kihasználni, másrészt valószínű, hogy a gyermekek a köztük maradt (mert fel nem ismert) bacillusgazdától hamarosan újra fertőződtek.

Míg a diftériabeteg gyógyulása után fontos a torkának vizsgálata a rekonvaleszcens bacillusgazda felismerése céljából, addig nagytömegű egészséges gyermek torkának vizsgálata, az úgynevezett egészséges bacillusgazdák felismerésére érdekes adatokat szolgáltat, de ennek a diftéria elleni küzdelem szempontjából gyakorlati haszna úgylátszik nincs.

A diftéria elleni küzdelemben tehát egész figyelmünket a *védőoltás* megalapozására és minél szélesebbkörű keresztüvitelére fordítottuk.

*Tomcsik professzor* már 1928-ban megkezdte a *Ramon-féle diftéria-anatoxin* termelésére vonatkozó kísérleteket. A védőoltás már 1929-ben többfelé — elsősorban vármegyékben — megkezdődött. 1930-ban Komárom-Esztergom vármegyében már az összes gyermekek beoltattak az anatoxinnal.



94. *Diftéria védőoltásra gyülekező gyermekek.*

A diftéria elleni védőoltások hatásosságának vizsgálata és az eredmények értékelése szempontjából ezek az első évek számunkra igen értékesek voltak. Az oltások ekkor még csak körülírt területeken folytak, meg volt tehát a lehetősége annak, hogy oltott és nem oltott lakosság diftériamegbetegedési arányát egymással összehasonlítsuk. Ma, amidőn az egész ország területén a védőoltások kötelezővé tettek, már nem tudunk találni olyan területeket, ahol oltás nem történt volna. Megemlítem, hogy az oltásokat az első években főleg községekben végeztük, az oltások hatásosságára vonatkozó első bizonyítékaink is községekből (vármegyéből) származnak.

Tomcsik 1932. év végén több vármegyében vizsgálta a *Ramon-féle diftéria-anatoxinnal oltott gyermekek diftériamegbetegedési arányszámát*. Ezekből az adatokból ismertetek egynehányat.

*Jász-N agy kun-Szolnok vármegyében* az 1931. évben az összlakosság 7%-a volt beoltva (az 5 —10 éves gyermekeknek ez kb. fele). A nem védoltott gyermekek diftériamegbetegedési aránya 100.000-re számítva 770 volt, míg az oltottaké 67.

*Nógrád-Hont egyesített vármegyékben* 1931 végén az összlakoságnak szintén körülbelül 7%-a volt beoltva, ami a megye 2—8 éves korosztálya körülbelül felének felel meg. A védőoltásban nem részesült gyermekek diftériamegbetegedési arányszáma 100.000-re számítva 534 volt, míg a háromszor védoltottaké 277.

*Komárom-Esztergom egyesített vármegyében* az oltásokat 1930-ban végezték. Két hónap alatt a vármegye lakosságának körülbelül 18%-át, a 2—10 éves gyermekek körülbelül 90%-át beoltották. A nem, vagy csak tökéletlenül oltott 10%-nyi gyermekekre 46 diftériamegbetegedés esett, míg a gyermekek védoltott 90%-nyi csoportjában is csak 46 megbetegedést észleltek. Tomcsik reámutatott arra, hogy míg a háromszor védoltottak csoportjában a megbetegedési arány 100.000-re számítva 153 volt, addig az egyszer, illetve kétszer oltottak arányszáma 500.

*Pécs városában* végzett oltások kapcsán is azt találták, hogy a háromszor oltottak diftériamegbetegedési aránya 100.000 lélekre számítva 829, a kétszer oltottaké 855, s a csak egyszer oltottaké 3076 volt. A háromszor oltottak közül megbetegedettek betegsége enyhe, míg a részleges immunizáltak közt súlyos, sőt egy halálos-végű megbetegedés is előfordult.

A Ramon-féle anatoxinnal elért eredmények igen kedvezőek voltak. A jó eredményeket azonban csak a háromszor — kisebb mértékben a kétszer — védoltottak csoportjában észlelhettük, míg az egyszer oltottak megbetegedési aránya magas volt. A Schick-féle reakcióval végzett vizsgálatok egy oltás után csak körülbelül 35%, kettő után körülbelül 70%, három oltás után 90—95% immunitást mutatnak. Sajnos, három oltásra az első védőoltásban részesülteknek gyakran még 50%-a sem jött el. Vonatkozik ez a községek, de főleg a tanyák lakosságára. Ezért *keresnünk kellett olyan eljárást, amelynek segítségével lehetőleg egy oltással védetté lehet tenni a gyermekek nagy részét.* Tomcsik dr., majd Faragó dr. timsóval kicsapott és koncentrált Ramon-anatoxinnal végeztek kísérleteket, amelyek igen jó eredményt mutattak. Nagyjából Glenny eljárása szerint készítették az anyagot („*anatoxin precipitatum*”), amellyel hazánkban Faragó dr. végzett széles alapokon kísérleteket és ezt a Ramon-anatoxin helyett bevezette a gyakorlati diftéria elleni küzdelembe. Megállapította, hogy préceptait anatoxin egy adagjával (egyszeri oltás) sikerül a Schick-pozitív reakciót mutató

gyermekek átlag 95%-át Schick-negatívvá immunizálni, s az így elért védettség egy év alatt csak kis mértékben csökkent. A précipitait anyag okozta reakciók alig különböznek a Ramon-anatoxin okozta reakcióktól. Az epidemiológiai megfigyelések is a Ramon-féle anatoxinnal elértékhez hasonló eredményeket mutatnak.

Midőn először foglalkoztunk azzal, hogy a Ramon-féle anatoxin helyett az országban folyó védőoltásokhoz az anatoxin precipitatumot használjuk, felmerült a kérdés, célszerű-e egy már jól bevált anyag helyett egy még kevésbé kipróbált (mert újabb) anyagot használni csak azért, hogy három helyett egy oltással végezhessük el az immunizálást? A kérdést azonban nálunk — különösen a falun — így kellett feltennünk: Mi ad jobb eredményt, a Ramon-féle anatoxin két, esetleg egy oltása, vagy egy oltás a précipitait anatoxinnal. A válasz erre nem volt kétséges: jobb eredményt ad a précipitált anyag. Ezért vezettük be az anatoxin precipitatumot.

Külföldi szakirodalomban és szakértekezleteken is felmerült a kérdés, hogy elegendő lesz-e egy oltás a précipitait anatoxinnal? Hivatkoztak egyes külföldi adatokra, amelyek egyszeri précipitait anatoxin oltás után nagyszámú megbetegedésről számoltak be, mint három Ramon-anatoxin oltás után.

Erre az a feletünk, hogy többnyire nem tudjuk megkapni a tanyai gyermeket — mint ezt már fentebb is ismertettem — három oltásra, sőt még két oltásra is nehezen. A mi jelenlegi immunizáló eljárásunk tulajdonképpen két oltásból áll: az egyik kétéves, a másik pedig hatéves korban. Végül hangsúlyozni szeretném — mint ezt Faragó dr. megállapította —, hogy a magyar précipitait anatoxin és több külföldön használt anyag között különbség van. Az eddigi adataink és eredményeink amellet szólnak, hogy *a magyar anatoxin precipitatumnak előirt adagú egyszeri beoltásával és későbbi újraoltással sikerült a diftériamegbetegedések számát erősen csökkenteni.*

Az oltások éveken át az Országos Közegészségügyi Intézet ajánlására a tiszti főorvosok, illetve tisztiorvosok kezdeményezésére minden oltásra kényszerítő rendelet nélkül történtek. Érdekes, hogy hazánkban a falusi lakosság — ahol az oltások kezdődtek — nem tanúsított ellenállást az oltásokkal szemben. Az első jó eredmények után mind több törvényhatóság tette területén *kötelezővé* a gyermekek diftéria elleni védőoltását. 1937-ben a 36 magyar törvényhatóság közül már 25-ben kötelező volt a védőoltás. 1937 végéig 1.3 millió gyermek volt már beoltva, ami a trianoni ország lakosságának 15.6%-a (a 1—10 éves korcsoport az ország lakosságának kb. 20%-a).

Ezek után elérkezettnek láttuk az időt arra, hogy *az oltás az egész országban kötelezővé tétessék*. Az 1936. IX. t.-c. feljogosítja a belügyminisztert, hogy a diftéria elleni védőoltást az egész ország területén kötelezővé tehesse. A belügyminiszter ennek alapján kibocsátott 246.600/1937. sz. rendeletével kötelezővé tette *minden gyermek diftéria elleni beoltását élete második évében és újraoltását élete hatodik évében*. E rendelet 1938. január i-én lépett hatályba. Az 1939. év közepéig beoltott gyermekek száma meghaladja a kétmilliót.

A diftéria elleni védőoltás kérdéséről az Országos Közegészségügyi Intézet tagjainak tollából megjelent nagyszámú közlemény sok adatot hoz fel *a védőoltás hatásosságának* bizonyítására. Érdekes a hazai diftériamegbetegedési adatokat a külföldiekkel összehasonlítani. Magyarország és még néhány ország 100.000 lakosra számított diftériamegbetegedési arányszáma 1931 óta a következőképpen változott:

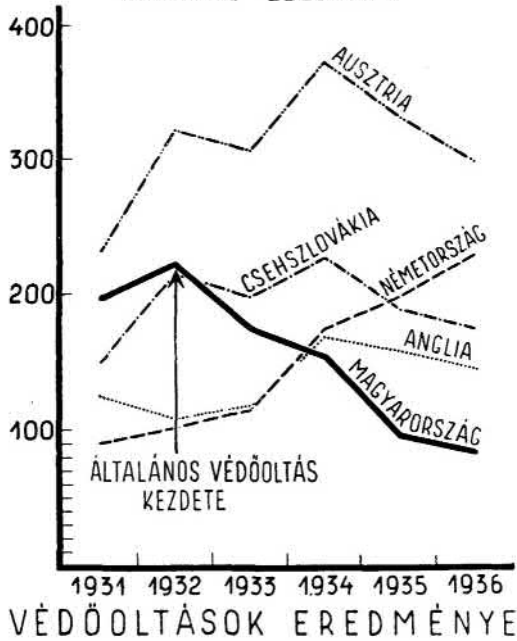
95. *Diftériamegbetegedések néhány államban 100.000 lakosra.*

	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Magyarország .....	197.3	221.7	176.2	154.5	96.5	84	81.6	68.9
Ausztria .....	231.1	321.7	307.8	371.9	331.8	299	288.4	—
Csehszlovákia .....	148.9	215.4	198.3	227.0	188.5	173	191.1	—
Németország .....	189.3	100.8	114.3	173.8	197.2	228	218.6	219.0
Anglia .....	125.8	108.8	117.6	169.9	160.4	146	152.2	159.8

*Míg Magyarországon a diftériamegbetegedések arányszáma 1932 óta állandóan egyenletes csökkenést mutat, addig a feltüntetett többi államban a megbetegedések arányszáma vagy körülbelül ugyanazon a szinten van, vagy emelkedik.* (96. sz. ábra.)

Érdekes, hogy míg hazánkban a diftériamegbetegedések arányszáma 1932-től 1938-ig 2217-ről 68'9-re, tehát körülbelül egyharmadára csökkent, addig ugyanezen idő alatt a 100.000 lélekre számított halálozási arány fokozatosan 183-ról 3'0-ra, vagyis egyhatodára szállt le. Ez azt jelenti, hogy *nemcsak kevesebb ember betegedett meg diftériában, hanem a megbetegedések súlyossága is csökkent, a megbetegedettek közül aránylag kevesebb halt meg most, mint 1932-ben* (a letalitás csökkent). Ez szintén a védőoltásokkal hozható összefüggésbe.

## DIPHTHERIA MEGBETEGEDÉSEK 100.000 LÉLEKRE.



96. Diftériamegbetegedési görbe néhány államban.

A védőoltások hatására vonatkozó érdekes adatokat kapunk, ha a védőoltások előtti időtől kezdve évenként a diftériában megbetegedetteket korcsoportokra bontjuk:

Korcsoport (éves)	A diftériában megbetegedettek %-ában						
	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
0—4 .....	31.6	29.5	32.8	30.4	33.9	32.8	30.5
5—9 .....	44.5	44.9	41.3	39.2	35.2	33.7	33.0
10—14 .....	14.8	18.2	17.2	19.8	17.8	18.3	19.1
15-ön felül .....	9.1	7.4	8.7	10.6	13.1	15.2	17.4
Összesen .....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Összehasonlítva az egyes években a megbetegedettek korcsoport szerinti megoszlását, azt találjuk, hogy míg a szélesebbkorú oltások előtti években a 15 éven felüliek az összes diftériában megbetegedettek közt 10%-nál alacsonyabb arányszámban szerepeltek,

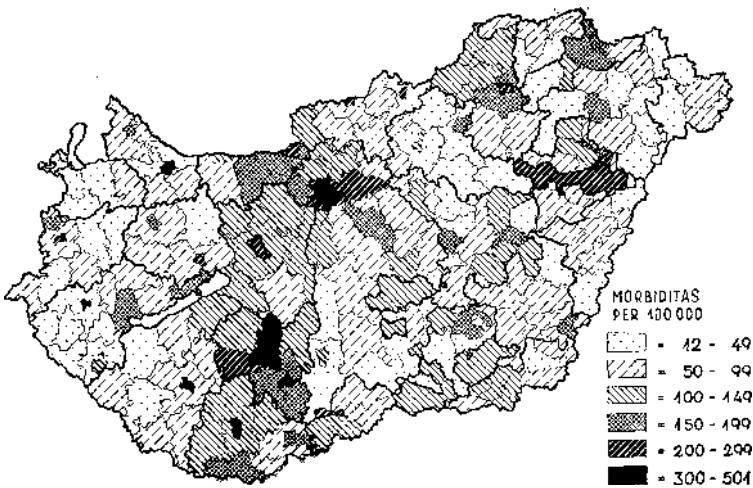


az oltások elterjedése óta a megbetegedéseknek mind nagyobb százaléka jut a 15 éven felüli korcsoportra. Ennek az a magyarázata, hogy védőoltásokat a 10 évnél fiatalabbaknál végzünk, így ezekből mind kevesebb betegszik meg diftériában, míg a 15 évnél idősebbek csoportjában csökkenés nem (— ellenkezőleg, legalábbis relatív emelkedés —) mutatkozik.

A védőoltások jótékony hatását ma már senki sem vonja kétségbe. Amidőn a diftéria elleni kötelező oltásokra és újraoltásokra vonatkozó rendelet már teljesen éreztetni fogja hatását, remélhető, ho gy a megbetegedések aránya még alacsonyabb lesz.

## VÖRHENY.

A vörheny elterjedésére vonatkozó statisztikai adatok általában kevésbé megbízhatók, mert — különösen egyes évszakokban — a vörheny igen enyhe megbetegedés képében mutatkozik. A jelen-



98. *Vörheny megbetegedések Magyarországon az 1931—35 évek átlagában.*

legi vörheny megbetegedések igen enyhék. Valószínűleg igen sok esetet nem is ismernek fel. Hazánkban a falun, illetve városban előforduló vörheny megbetegedések arányának feltüntetésére a 99. sz. táblázatban közlöm a vármegyék és a törvényhatósági jogú városok vörheny megbetegedéseinek 100.000-re számított arányszámát.

99. *Vörhenymegbetegedések 100.000 lakosra a vármegyékben és a thj. városokban.*

	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Megyék . . . . .	36.8	46.5	63.5	89.0	110.6	153.5	120.1	107.5	96.7	95.1
Thj. városok . . . .	105.1	143.3	259.4	302.9	279.5	315.6	269.1	230.7	247.1	307.3

Hazánkban a nagy városok vörhenymegbetegedési aránya állandóan magasabb, mint a vármegyék lakosságáé. A vármegyék lakosságának vörhenymegbetegedési arányszáma nagyobb hullámzást mutat, mint a városoké, amely jelenleg meglehetősen egyforma.

Az amerikai Dick házaspár munkája ráterelte a figyelmet a *vörheny elleni védekezésre*. Hazánk is résztvett ennek a kérdésnek vizsgálatában és elég széleskörű kutatással törekedett a vörheny-prevenció alapjait megteremteni. Ennek a körülbelül 14 éves munkának első részében a kutatás a vörheny elleni küzdelem tudományos alapjait kutatta. *Kanyó dr.-ral* végzett munkánkban vizsgáltuk a *streptococcusnak szerepét* a vörhenymegbetegedésben. Kimutattuk, hogy a vörhenybetegnek torkában ismételt vizsgálattal mindig meg lehet találni a haemolyticus streptococust, mégpedig igen nagy mennyiségben. Egészséges egyének torkában csak 9.8%-ban találtuk meg — s rendszeren csak kis számban. Nem sikerült kimutatnunk, hogy a vörhenyben szereplő haemolyticus Streptococcus sajátlagos streptococcus lenne. Ezek az adataink megerősítést nyertek a Rockefeller Alapítvány szakemberének, *Gordon í.r.-nak* pár évvel ezelőtt Romániában végzett vizsgálataiban. Nincs okunk ma sem, hogy megváltoztassuk 1927-ben elfoglalt álláspontunkat, hogy a vörhenyt haemolyticus streptococcus okozza, a vörheny tüneteit a streptococcus toxinja váltja ki, a vörhenyt okozó haemolyticus streptococcus nem specifikus. (Tehát nincs „streptococcus haemolyticus scarlatinae”.) Felfogásunk szerint azt, hogy streptococcus fertőzésnek vörheny lesz-e a következménye vagy nem, a szervezet konstitúciója és diszpozíciója határozza meg.

A vörheny kórokozójára vonatkozó ezen felfogásunk mellett előre is valószínűtlennek kellett tartanunk azt, hogy a vörheny elleni küzdelemben egyedül a kórokozónak elpusztításától, illetve az emberektől való lehető távoltartásától eredményt láthassunk. Internátusokban — ahol egy-két vörhenyeset mutatkozott — nagyobb számú gyermek torkát vizsgáltuk; találtunk meglehetősen számú gyermek torkában haemolyticus streptococust. Nap-nap

után vizsgálva a gyermekek torkát, hol ebben, hol abban a gyermekben találtuk meg a streptococcust. Ilyen körülmények közt a „bacillusgazdák” izolálásáról a vörheny elleni küzdelemben szó sem lehetett.

A munkánknak már korai szakában kísérleteztünk a *védőoltással*. Ebben az időben *Vas prof.* és *Ströszner dr.* Gabritschewsky-féle vaccinával oltották a gyermekeket. Mi a Dick-féle toxint használtuk erre, s a védőoltást csak a Dick-pozitív gyermekeken végeztük el. Körülbelül 80.000 gyermekben végeztünk Dick-reakciót és körülbelül 30.000 gyermeket védoltottunk Dick-féle toxinnal. Ez utóbbi célra három oltást használtunk, s együttvéve legfeljebb 20—30.000 bőradagot, de többnyire kevesebbet, fecskendeztünk be.

Sikerült ezzel a Dick-pozitív gyermekek tekintélyes részét Dick-negatívvá tenni. 1926 májusában közölt adataink szerint 7210 Dick-pozitív gyermek 85%-át sikerült legfeljebb 11.500 bőradagnyi toxin befecskendezésével Dick-negatívvá tenni.

Nem tudtuk pontos epidemiológiai adatok segítségével megállapítani, hogy e védőoltások hatásosak vagy hatástalanok voltak-e? Abban az időben általában kevés volt a vörhenymegbetegedés. A védoltottak közt fordultak elő megbetegedések, viszont arra is rá kell mutatnom, hogy eleinte óvatosságból kevés bőradagot fecskendeztünk be. Külföldön már akkor 100.000 bőradagot is adtak. Az oltást nagyobb számban végző orvosaink az eredménnyel meg voltak elégedve. Ismételten arról számoltak be, hogy sikerült ezzel a vörhenyjárványokat megállítaniuk.

Hazánkban ezután hosszabb időn át nem történt újabb kísérlet a vörheny elleni immunizálás terén, míg *Faragó dr.* az Országos Közegészségügyi Intézetben a vörhenymegbetegedéseknek az 1934. évben észlelt szaporodása miatt el nem kezdett újra ezzel a kérdéssel foglalkozni. Ismerte azokat a nehézségeket, amelyekkel a Dick-féle toxinnal végzett immunizáláskor találkoztunk. Ezért a diftéria oltóanyag mintájára *tisztított és koncentrált vörheny elleni oltóanyag* előállítását kísérlete meg. Az Intézet által akkor készített diftéria anatoxin mintájára scarlatina anatoxint akart előállítani. Kísérlete nem vezetett eredményhez, a toxint anatoxinná átalakítani nem sikerült. A továbbiakban arra törekedett, hogy a toxint megtisztítsa azoktól az anyagoktól, amelyek az immunizálás szempontjából értéktelenek, viszont felelősek az erős reakciókért. Sikerült igen tiszta vörheny toxint előállítani. Hogy ez az oltás után lassan szívódjék csak fel (— ami az immunizálás szempontjából kívánatos —), a diftéria oltóanyaghoz hasonlóan csapadékhoz kötötte a tisztított toxint. Ilyen formában háromszori oltással

24.000 bóradagot fecskendez be *Faragó dr.* immunizálás céljából.

Az oltások kapcsán észlelt helyi és általános reakciók elég gyakoriak, de nem súlyosak. Lázat csak 3%-ban, rosszulletet 0.5%-ban, vörhenyszerű kiütést 5%-ban észlelt. Egyes vidékeken ez utóbbit 3—4%-ban figyelték meg.

Korai lenne még megkísérelni az eddig gyűjtött járványtani megfigyelésekből dönteni a védőoltás hatásosságáról vagy hatástalanságáról. Kétségtelen azonban, hogy a védőoltások után 15 —16 hónappal Dick-reakcióval végzett vizsgálatok Dick-negatívnak mutatták még a gyermekek 848 %-át. Az eddigi megfigyelések szerint ezek vörhenyfertőzéssel szemben védetteknek tekinthetők.

Magyarországon az utóbbi években több mint 70.000 gyermek részesült védőoltásban. Ez már olyan szám, amiből egy idő múlva már lehet majd a védőoltások értékére vonatkozó epidemiológiai bizonyítékokat is gyűjteni. Az orvosaink eddigi megfigyelései kedvezők, ezért folytatják az oltásokat.

Meggondolandó az, hogy a gyermekeket ma már kötelezőleg oltják himlő és diftéria ellen, a felnőtteket pedig egyes vidékeken tifusz ellen. Nehéz a gyakorlati közegészségügyi munkában az oltások számát nagyon szaporítani. Ezért foglalkoznunk kell a kérdéssel, nem lehet-e bizonyos oltásokat egyszerre (— összekevert oltóanyaggal —) végezni. Ebből a szempontból a diftéria- és vörheny oltóanyagok lennének egyesíthetők, amint ezt külföldön is megkísérelték. *Faragó dr.* irányítása mellett 2000-nél több gyermeket oltottak egyesített diftéria-scarlatina védőoltóanyaggal. A reakciók a diftéria oltások után észlelteknél valamivel erősebbek.

## TRACHOMA.

A trachoma a múlt század második felében hazánkban meglehetősen nagy elterjedtséget mutatott. A magyar közegészségügyi hatóságok felismerték ennek a betegségnek a bekövetkezhető látás-csökkenés vagy vakság miatti nagy fontosságát s éppen ezért közegészségügyi szolgálatunk állandóan nagy figyelmet és sok munkát szánt e betegség leküzdésére.

A magyar törvényhozás külön törvényben (1886. évi V. t.-c.) biztosította a trachomas vidékekre szemorvosok kiküldését, a trachomásokat ingyenes helyszíni és kórházi gyógykezelését. Későbbi rendeletek a bejelentési, a nyilvántartási kötelezettséget szabályozzák. Miniszteri rendelet írja elő a nép-, közép- és szakiskolákba járók szemvizsgálatát, legalább az iskolai év elején és végén. Ugyancsak rendszeres, legalább évenkénti szemvizsgálatot rendel el gyárakra,

nagyobb műhelyekre, mindazokra a helyekre, ahol munkások tömegesen együtt dolgoznak, árvaházakra, letartóztatási intézetekre stb. A trachomas vidékről másfelé munkát vállalókra külön felhívja a figyelmet. Előírja a trachomas beteg családtagjainak vizsgálatát. A bővülékös betegeket kitiltja az iskolából, gyárakból. Orvosok részére tanfolyamokat szervez, amelyeken a trachoma felismerésére, kezelésére vonatkozó ismereteket sajátíthatják el. A trachomaellenes küzdelem irányítása hosszú időn át külön kormánybiztos kezében volt. A trachomaügyek 15 éven át kormánybiztosa, *Grósz Emil prof.* közreműködésével 1903-ban a trachomával foglalkozó összes kérdéseket egységesen szabályozó rendeletet adott ki a belügyminiszter. Indítványára szemkórházak létesültek, trachomaorvosok állítottak be.

Később a kormánybiztos feladatkörét a belügyminisztérium közegészségügyi osztálya vette át, ahol különösen *Scholtz Kornél dr.* államtitkársága idején erélyes kézzel törekedtek a trachomas betegek számát csökkenteni. Az osztályba referensképpen szemész szakorvos rendeltetett be, aki jelenleg is irányítója a trachomaellenes küzdelemnek.

*A trachomas betegek kezelését* ma elsősorban a városi, községi orvosok látják el, de olyan vidékekre, ahol nagyon sok a trachomas beteg, a belügyminiszter trachoma-orvost küld ki. Jelenleg 33 trachoma-orvos dolgozik az országban. A zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatok is tevékeny részt vesznek a trachoma elleni küzdelemben.

A trachoma a bejelentendő fertőző betegségek közé tartozik. A bejelentésekből, de különösen az időnkint tartott, egy vagy több község egész lakosságára vonatkozólag végzett vizsgálatokból ismerjük a trachoma elterjedtségét hazánkban.

Az országnak vannak bizonyos területei, ahol a trachoma évtizedek óta *endemiás*. Jelenleg a trianoni országterület úgynevezett trachomas vidékei a következők:

A Duna-Tiszaközén Pest megye déli fele, Csongrád megye tiszáninneni része, Bács-Bodrog megye, Szeged és Kecskemét városok tanyai területei — együttvéve 6779 trachomással.

A Mura-Drávamentén Zala megye letenyei járása, a nagykanizsai járás déli része, Somogy megye barcsi, nagyatádi és szigetvári járásának déli része — összesen 2903 trachomással.

Mezőkövesd vidéke: a mezőkövesdi járás 1132 trachomással.

Ezen a három, úgynevezett trachomas vidéken jelenleg együttvéve 10.814 trachomas beteget tartanak nyilván, míg az ország többi részein együttvéve körülbelül 3000 trachomas van. Ezek a betegek Pest megye északi részein, Zala vármegyének fentebb fel

nem sorolt járásaiban és Békés vármegyében, inkább elszórtan található, bár vannak egyes erősebben fertőzött községek (pl. Endrőd). Ismerünk községeket, amelyek lakosságának 30—35%-a trachomas. A trachomas betegek számának az utóbbi években észlelhető csökkenését mutatja az alábbi táblázat:

Év	Nyilvántartott trachomások
1934.....	17.650
1935 .....	16.450
1936 .....	15757
1937.....	15.076
1938 .....	13-936

Ebben a számban a régi, még ki nem gyógyult, trachomások mellett az illető évben talált új megbetegedések száma foglaltatik. Az Országos Közegészségügyi Intézethez bejelentett új megbetegedések száma 1934 óta az alábbi táblázatban olvasható módon alakult. Megjegyzem, hogy az újonnan bejelentett esetek közt régebbi, addig fel nem ismert, megbetegedések is szerepelnek.

Év	új trachomas bejelentések
1934 .....	8076
1935 .....	3898
1936 .....	4785
1937 .....	3837
1938 .....	3392

Az 1934. évben bejelentettek magas száma összefügg azzal, hogy 1934. évben szélesebbkörű szem vizsgálatot végeztek.

A trachoma hazánkban ma többnyire *falun*, s ott a legszegényebb, az egészségügyileg legelhanyagoltabb néposztályokban okoz új megbetegedéseket. Többnyire egy család belsejében terjed, vagy olyan mezőgazdasági munkáscsoportokban, amelyek a nyári munka idején összezsúfolva laknak. Ilyenkor a régi trachomások kezelése nem egyszer abbamarad, a beteg szem állapota újra romlik, váladékos lesz, s a beteg a vele együtt lakókat és dolgozókat fertőzi. A közös mosdótál, a közös törülköző a fertőzés legveszedelmesebb terjesztője.

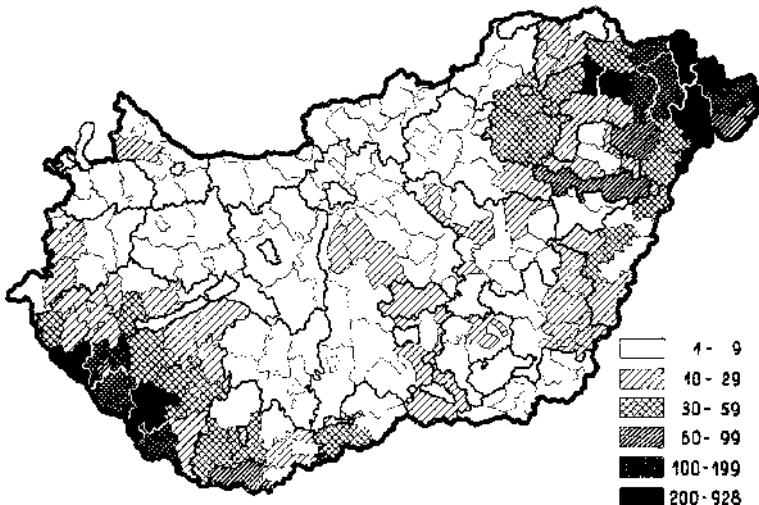
A trachoma főleg mezőgazdasági lakosságunk betegsége. A trachoma elleni küzdelem különösen ott okoz nagy nehézséget, ahol a lakosság egy része, mint sommás munkás az év egy részét lakóhelyétől távol tölti, s ezalatt a kezelése vagy abbamarad, vagy

kevésbé intenzív. Eltiltani őket a munkavállalástól nem lehet, mert ezek a munkások nyáron keresik meg az év többi részére a szükségéseket. Megkönnyítené a trachoma elleni küzdelmet az, ha a trachomas mezőgazdasági munkásokat nyáron állami birtokokra lehetne koncentrálni, ahol dolgoznának — tehát keresnének is — s amellet így csoportosan rendszeres kezelésben lennének részesíthetők.

## MALÁRIA.

A malária hazánkban kifejezetten bizonyos tájak népének betegsége: az ország bizonyos vidékein mutatkozik — éspedig nagyjából ugyanazon vidékeken — most már évtizedek óta. A trianoni Magyarországon két nagyobb maláriás terület van: az egyik az északkeleti vármegyékben: elsősorban Szatmár-Bereg-Ugocea, Szabolcs és Zemplén megyékben, a másik Zala, Somogy és Baranya vármegyék déli részén. Ez a maláriás vidék az ország egész területének körülbelül egynegyed része; az itt élő lakosság az ország egész lakosságának körülbelül egyhatoda. Erről a területről jelentik be az összes malária esetek kb. 80%-át. A *malária tehát hazánkban bizonyos területekre korlátozott betegség.* (Lőrincz professzor.)

A malária hazánkban kifejezetten a vidék, a falu népének betegsége. A fertőzés elterjedtségére vonatkozólag megbízható ada-



100. Maláriamegbetegedések Magyarországon az 1938. évben.

taink nincsenek. A malária „fertőzőbeteg bejelentések” a malária területi előfordulására elég megbízható, a számbeli előfordulásra vonatkozólag ellenben kevésbé használható adatokat adnak. Az elmúlt nyolc évben az Országos Közegészségügyi Intézethez a következő számú malária megbetegedést jelentették:

Év	Bejelentett esetek száma	Év	Bejelentett esetek száma
1931	507	1935	1526
1932	881	1936	1885
1933	1132	1937	5032
1934	1933	1938	6405

Helytelen lenne ezekből a számokból arra következtetni, hogy a malária esetek száma nálunk emelkedik. A magyarázat inkább az, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet Parazitológiai Osztálya 1932 óta behatóbban foglalkozik a maláriakérdéssel. Az Osztály vezetője, *Lőrinci dr.* ettől kezdve cikkeivel, előadásaival ismételtel felhívta az orvosok figyelmét a malária helyenkint észlelhető elterjedtségére. Az orvosok ettől kezdve nagyobb számmal jelentették a megbetegedéseket. Az Intézet az orvosok számára megkönnyítette a malária felismeréséhez nélkülözhetetlen vérvizsgálatok elvégzését. A beküldésre szolgáló tartályokat nagy számban bocsátotta az orvosok rendelkezésére, s ezek portómentes beküldését tette lehetővé. Ilyen módon az orvosok több malária esetet ismertek fel. Azt is szem előtt kell tartanunk, hogy a maláriában szenvedő betegek egy része nem megy orvoshoz, hanem ha láza van a gyógyszerterápián vásárol magának chinint s azzal kezeli magát. Kétségtelen, hogy a bejelentett esetek száma csak egy töredéke az előforduló megbetegedéseknek.

Az Intézetbe érkezett malária bejelentéseket *hónapok szerint csoportosítva* és ezt görbében ábrázolva látjuk, hogy a legtöbb bejelentés május—júniusban érkezik az Intézetbe. Ez a görbe valószínűleg a megbetegedések számával párhuzamosan halad. A járványgörbe szerint márciustól kezdve mutat erősebb emelkedést, míg októberre már rendesen alacsony a megbetegedések száma.

A hazai malária kérdésével *Lőrincz* professzor részletesen foglalkozik a maláriáról szóló könyvében, amelyet a malária továbbképző tanfolyam előadóival együtt állított össze. Adataimat részben ebből a könyvből merítem.

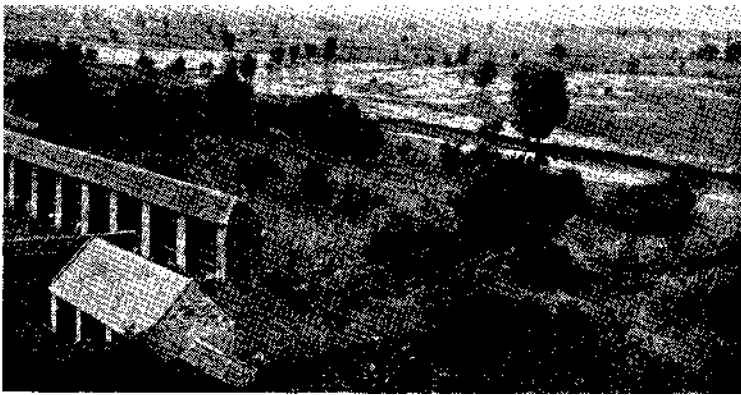


Az Intézetnek az elmúlt kb. hat év alatt végzett vérvizsgálatai szerint a malária eseteknek 8%-a trópusi malária (*Pl. falciparum*), 91%-a jóindulatú tertiana (*Pl. vivax*), kb. 1%-a pedig quartana (*Pl. maláriáé*). A trópusi malária azonban szinte kizárólag (96.6%) az északkeleti maláriás területen fordul elő. Összevetve a vérvizsgálatok eredményét a megbetegedési görbével, *Lőrinci dr.* azt találta, hogy a tavasz-nyári emelkedést a tertiana esetek okozák. A trópusi malária esetek görbéje augusztusban kezd emelkedni, a maximumot októberben éri el, majd gyorsan csökken a téli minimumra.

A malária előfordulását egy bizonyos területen az illető területnek milyensége mellett az ott élő *szúnyogok minősége* határozza meg. *Lőrincz dr.-nak* és munkatársainak főleg *Makara dr.* és *Mihályi dr.*) vizsgálatai szerint hazánkban az *Anopheles maculipennis* a maláriát terjesztő szúnyogfaj. Malária hazánkban csak ott mutatkozik, ahol *Anopheles* van, viszont nincs mindenütt malária, ahol *Anopheles* tenyészik.

Az elmúlt tíz-tizenöt év maláriakutatói igen sokat foglalkoztak az *Anopheles* varietások felismerése, s a varietásoknak az emberhez, illetve állatokhoz való viszonya megállapításának kérdésével. Hazánkban *Lőrincz* és munkatársai az *Anopheles maculipennis* varietások közül a *typicus*, a *messeae* és az *atroparvus* varietásokat találták. Ezek közül nálunk az északkeleti maláriás vidéken legnagyobb számarányban a var. *typicus*, a délnyugati vidéken a var. *messeae* található, míg az *atroparvus* mindkét helyen a legritkébb. Azokon a helyeken, ahol a malária csak sporadikusan mutatkozik, ott a var. *messeae* a leggyakoribb, utána az *atroparvus*, s a *typicus* a legritkébb. Természetesen az a varietás fog leginkább mint malária terjesztő szerepelni, amely leginkább felkeresi az emberi lakást, — s így az embert is —, vérszívás céljából, míg az elsősorban az istállókat, a marhákat és egyéb háziállatokat látogató varietásoknak az emberi malária terjesztésében a szerepe kisebb. Ezek a külföldön többfelé folyó, igen értékes eredménnyel kecsegtető vizsgálatok még nem zárhatók le, az eredmények nem teljesen meggyőzőek. A magyarországi vizsgálatok nem mutattak az egyes varietásoknak a lakásokban és az istállóknak előfordulási aránya közt lényeges különbséget. *Lőrincz* megfigyelései szerint hazánkban az *Anopheles*ek száma lényegesen nagyobb az istállóknak, mint a lakásokban. Szerinte hazánkban talán nem is az egyes varietások különböző előfordulási aránya dönti el a malária földrajzi előfordulását, mint inkább azok „a helyi viszonyok, amelyek az *Anopheles* és az ember között nyilván nagyon hosszú idő alatt és már nagyon régóta kifejlődtek”.

Az eddigi vizsgálatok tehát hazánkban a malária kérdéssel összefüggő sok érdekes részletet tisztáztak, de legalább még ugyanannyi probléma vár kutatóra. Helyesen mutat reá Lőrincz professzor, hogy a további kutatást a maláriás vidékeken, helyben kell végezni. Ezért javasolta *maláriakutató állomások* felállítását a fertőzött területeken. Javaslatára az Intézet Letenyén (Zala m.), Mándokon (Szabolcs m.), Jánkon (Szatmár m.), Beregszászon és Ungvárott állított fel maláriakutató állomásokat. Ezeknek célja az illető vidéken mutatkozó malária keletkezésével összefüggő kérdé-



101. Szúnyogtenyésztő helyek.

sek kutatása és felderítése, és ezen az alapon a malária elleni küzdelem teendőinek megállapítása.

*A malária elleni küzdelem* — bár egyelőre csak szerény kerektek közt — hazánkban is folyamatban van.

*A gyógyszeres prophylaxis* terén hazánkban szervezeten még kevés történt. Chinint nagyobb tömegben ugyan nem osztottunk szét, viszont az is kétségtelen, hogy a maláriás vidéken a lakosság chinint — többnyire egyéni kezdeményezésére — meglehetősen nagy mennyiségben szed. A szúnyogok elleni küzdelem szokásos eljárásait hazánkban is használják, bár nem oly kiterjedten, mint azokban az országokban, ahol a malária az elsőrendű közegészségügyi problémák közé tartozik. A lakások védelme szúnyoghálóval nálunk csak kevéssé terjedt el. Érdemes lenne kísérleteket folytatni az úgy-

nevezett zoo-prophylaxissai (a szúnyogok egyrésze jobban kedveli bizonyos állatok — pl. marhák — vérét, mint az emberét).

A *szúnyogtenyészhelyek* ellen a küzdelmet mi is felvettük. A községek bel- és külterületének megszabadítása a szúnyogtenyészésre alkalmas pocsolyáktól, mocsaraktól, egyike a leghatásosabb malária elleni intézkedéseknek. Törekedjünk arra, hogy a gazdasági okokból végzett lecsapolások olyan módon végeztesenek, hogy a malária elleni küzdelem céljait is szolgálják.

Az Országos Közegészségügyi Intézet több, maláriával erősen fertőzött község környékén lévő *mocsár lecsapolását* készítette elő. A téli ínségmunkák, az önkéntes munkatáborok vagy a közérdekű munkaszolgálat segítségével lehet ezeket a lecsapolásokat aránylag a legkevesebb költséggel keresztülvinni. Addig pedig a mocsarak, állóvizek petróleum- vagy párizsizöld kezelésével — ha azt szakszerűen viszik keresztül — lehet eredményt elérni. A szúnyoglárvákat pusztító Gambusiával 1935 óta nálunk is folynak kísérletek; ezeknek átteleltetése nálunk a szabadban többnyire nem sikerül.

A malária elleni küzdelmünkben a kérdés felderítése nagyjából megtörtént. Ezekre az adatokra támaszkodva, jelenleg a maláriát fenntartó helyi okok vizsgálata s a szükséges intézkedések kidolgozása folyik. Ennek a munkának, sajnos, még eléggé az elején vagyunk. A malária elleni küzdelemben az egyedüli biztató jelenség, hogy a malária az országnak csak körülírt területét illeti, s hogy — mint ezt tanulmányai alapján Lőrincz prof. állítja — „a jelenlegi endemiás határok jelentős és különösen gyors kiterjedésére nem kell számítanunk”.

## VESZETTSÉG.

A veszettség a húsevő állatok betegsége. A fertőzött állatok marásától betegszik meg az ember. A marás után adott védőoltás a megbetegedési arányszámot minimálisra csökkenti: a védőoltottak veszettségi halálzási aránya hazánkban az utolsó 11 évben 0,066%.

Ebből a szempontból tehát a veszettség közegészségügyi problémát alig jelent. Mégis azért foglalkozunk itt a veszettséggel, mert a veszett állatok elsősorban a falusi, a tanyai embert veszélyeztetik, másrészt az ebmarások miatt évente nagyszámú falusi embernek kell a Budapesti Pasteur Intézetbe felutaznia és ott magát védoltatnia. Az alábbi kimutatásban szereplő oltottak tekintélyes része vidéki ember volt:

Év	Védoltottak száma	Év	Védoltottak száma
1921	7773	1930	6457
1922	9859	1931	5819
1923	9247	1932	5595
1924	6982	1933	6722
1925	8566	1934	5688
1926	6475	1935	5732
1927	7137	1936	5438
1928	7963	1937	4479
1929	7206	1938	3049

A veszettség elleni védekezés kulcsa az állategészségügyi hatóságok kezében van. A régebbi ezirányú hatósági rendszabályok nem hozták meg a kívánt eredményt. Ezért alapos tanulmányok után 1935 óta a Földművelésügyi Minisztérium az *ebek veszettség elleni védőoltását* fokozatosan az egész ország területén elrendelte. *Kerbler Nándor dr.*, — aki a Phylaxia Szérumtermelő laboratóriumában ehhez az oltáshoz az oltóanyagot készíti, beszámolt az oltások eredményéről. Közleményének egyik táblázata annyira meggyőző, hogy ezt alább bemutatom. (102. sz. táblázat.)

102. *Veszettségi esetek a kötelező kutyaoztások bevezetése előtt és után.*

Vármegyék. Kötelező kutyaoztások ideje	Az összes veszettségi esetek száma				Sorozatos fertőzés utáni védőoltásokban részesült							
					ember			háziállat				
	1933	1934	1937	1938	1933	1937	1938	1933	1935	1937	1938	
Délkeleti megyék 1939 tavasz	166	114	95	80	640	480	439	451	80	195	490	
Északi megyék 1938 tavasz	266	117	225	42	966	1363	620	642	186	807	67	
Pestmegye, 1937 tavasz	231	152	65	0	1996	620	407	468	169	250	0	
Dunántúli megyék és Bács megye, 1936 ősz	505	248	13	2	1714	306	195	1620	946	9	0	
Budapest, 1935 tavasz	70	27	2	0	1529	423	413	—	—	—	—	
Összesen	1238	658	400	124	6845	3191	2069	3181	1481	1271	557	

Teljes eredményt akkor várhatunk, ha a körülöttünk lévő országok is kötelezővé fogják tenni az összes ebek védőoltását. Addig a határokon át bejövő egyes fertőzött ebek, továbbra is veszélyeztetni fogják az embereket és az állatállományt.

A Pasteur-kórházban oltásra kerültek száma — bár 1928-ban az előző évekhez képest jóval kevesebb — még nem csökkent az állatoknál észlelhető kevesbedéssel arányosan. Ennek az az oka, hogy addig, amíg a veszethez az állatok között még előfordul, az Intézet sokszor óvatosságból kénytelen embereket beoltani, különösen, ha az ebet megfigyelni nem lehet.

Meg kell állapítanunk, hogy *a kutyák kötelező védőoltása már eddig is rendkívül hatásos eszköznek bizonyult az állatok veszethez elleni küzdelemben, s így hatása mutatkozni fog az emberrel vonatkozásban is.* Így most már kevésbé időszerű az a kérdés, hogy nem lehetne-e decentralizálni az emberek védőoltását. Minél jobban decentralizáljuk ugyanis az oltások végzését, annál kevesebb embernek okozunk idővesztést és költséget az utazással és ittartózkodással. A szegénysorsúak utaztatása és tartózkodása Budapesten, a Pasteur-kórházban, az államnak tetemes költséget jelent. Úgy gondolom, hogy a decentralizálásnak nincs akadálya, de kérdés, nem célszerűbb-e megvárni az állatok védőoltásának teljes kialakulását és megvizsgálni majd ennek hatását az emberre. Talán addigra már az emberi védőoltásra szolgáló oltóanyagok postán szétküldésével is oly kedvező tapasztalatok állanak rendelkezésre, hogy nem lesz akadálya annak, hogy az anyagot az orvosoknak is kiküldhessük.

## TUBERKULÓZIS.

A magyar falu közegészségügyének súlyos kérdése a tuberkulózis. Súlyos és nehezen megoldható kérdés — akár *fertőző betegségnek* tekintjük a tuberkulózist, s a „fertőző betegségekenél szokásos eljárásokkal törekszünk az ellene folyó küzdelmet megszervezni —, de súlyos akkor is, ha „*szociális betegség*”-nek tartjuk, s a szociális helyzet javításán át kíséreljük meg ellene a küzdelmet.

A *tuberkulózis halálozási aránya* az elmúlt mintegy negyven év alatt körülbelül a felére, sőt még ez alá csökkent. Hazánkban 1901—10 közt a tuberkulózis halálozási aránya (10.000 lélekre) 38 volt, 1937-ben 14,9, 1938-ban 13,7. Mindamellet még most is évenként 12—13.000 ember hal meg tuberkulózisban, ami az összhálalozásnak 10—11%-a. A falusi nép vérvesztése tuberkulózisban még ma is évenként kb. 8300.

A *tuberkulózis halálozási görbéje* az elmúlt ötven év alatt — a háború alatt észlelt erősebb kiugráson kívül — elég egyenletesen lefelé haladó. A szervezett tuberkulózis elleni küzdelem viszont még távolról sincs ötven éves. A tuberkulózis halálozás tehát már

csökkenőben volt, mielőtt a tuberkulózis elleni küzdelem hatása érvényesülhetett volna. Meg kell azonban említenem, hogy egy halálozási (vagy akár megbetegedési) görbe csökkenése egy bizonyos ponttól kezdve annál lassúbb, minél közelebb van az illető pont a zérus vonalhoz. Példaképen megemlítem, hogy a csecsemőhalálozás, megfelelően határos egészségvédelmi szolgálat mellett, 30%-ról 15%-ra aránylag könnyen csökkenthető, ettől lefelé csökkenteni 10%-ig sokfelé, 5%-ig csak kevés államban tudták, míg 5%-on aluli arányszámokat elérni ma még alig lehetett.

Ha a tuberkulózis elleni küzdelemünkötől a tuberkulózis halálo-

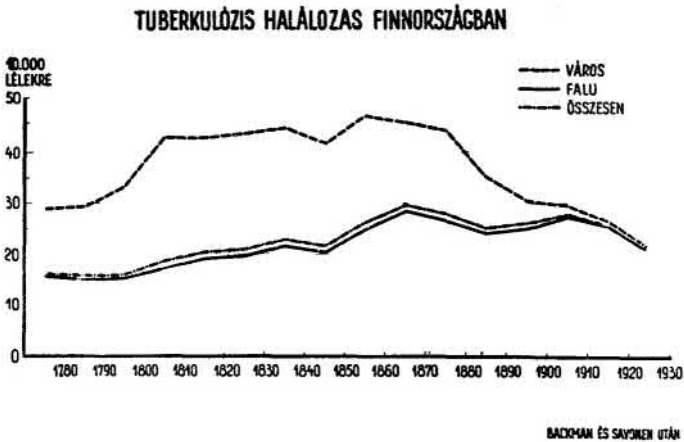


103. Magyarország és Budapest tuberkulózis halálozási görbéje.

zást csökkentő eredményt várhatunk, úgy ennek a munkának jövőbeni kiépítésétől a tuberkulózis halálozási görbe eddigi csökkenő irányának további folytatását, esetleg mint legjobbat: a csökkenés bizonyos fokú gyorsulását várhatjuk.

A 103. számú ábra Magyarország és Budapest tuberkulózis halálozási görbéjét mutatja. Ha a magyarországi görbe felső, bal oldali részének mozgását vizsgáljuk, úgy balfelé haladva, az 1900-as évektől kezdve ennek bizonyos ellapulását észlelhetjük. Megemlítem, hogy Budapest tuberkulózis halálozási görbéje visszafelé kb. 1876-ig mutat emelkedést. Azokban az országokban, ahol ezekből az évekből a statisztikai adatok rendelkezésre állanak, visszafelé az 1870-es, sőt az 1860-as évekig is még a tuberkulózis halálozási görbe további emelkedését látjuk. Ha lehetségesnek is tartjuk, hogy a demográfiai statisztika előtti időkben még magasabb is volt a tuberkulózis halálozási görbe, kétségtelennek kell tartanunk, hogy ennek is volt határa. A legrégebb adatok Finnországból (104. számú ábra)

állanak rendelkezésre, ahol ezeket az anyakönyvekből gyűjtötték össze. Statisztikai szempontból ezek erősen bírálható adatok, azt azonban talán mégis valószínűsítik, hogy a XVIII. század 70-es éveiben a tuberkulózis halálozási aránya Finnországban alacsonyabb volt, mint 70 vagy 100 évvel később. Ha elfogadjuk ezeket az adatokat, úgy a tuberkulózis halálozási görbét hasonlóknak kell tartanunk egy járványgörbéhez, amelynek emelkedő és csökkenő szára van. Mindkét szár tuberkulózis esetében igen hosszú: a csökkenő szára a demográfiai statisztika korszakába esik és elég jól ismert, míg a felszálló szára a görbének a statisztikai adatgyűjtések előtti kor kódéba vész el.



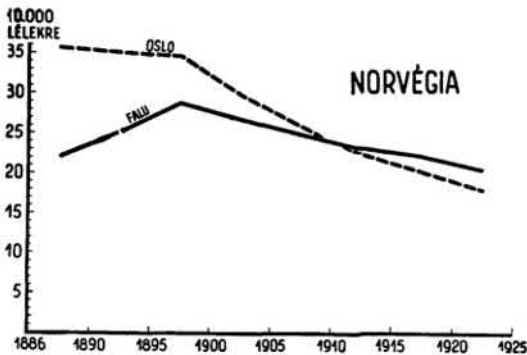
#### 104. Tuberkulózis halálozás Finnországban.

A finnországi adatok amellet szólnak, hogy a városok lakosságának tuberkulózis halálozási aránya a régi időkben magasabb volt, mint a falvak tuberkulózis halálozása. míg a finn városok lakóinak tuberkulózis halálozása a maximumát már az elmúlt század 50-es éveiben elérte, s már a 80-as évektől kezdve rohamos csökkenést mutatott, addig a falvak lakosságának tuberkulózis halálozása a városokénál jóval alacsonyabb maximumot kb. 10 évvel később érte el, kb. 40 évig ezen a szinten mozgott, s tartós csökkenő irányzatot csak az 1900-as évektől kezdve mutat. A városok tuberkulózis halálozása ebben az időben már alig magasabb a falvak népének tuberkulózis halálozásánál. Hazánkban Budapest és az egész ország görbéjét vizsgálva, a viszonyok nagyjából hasonlóak.

Igen nehéz tiszta képet kapni arra a kérdésre, hogy *miképpen viszonylik ma a falusi lakosság tuberkulózis halálozása a városokban lakók tuberkulózis halálozásához.* A városban elhaltakból szá-

mítják ki a városi lakosság halálozási arányát, tekintet nélkül arra, hogy az elhaltak a városnak voltak-e polgárai, vagy csak betegségük miatt vonultak be a város kórházába, ahol azután meghaltak. Budapestre vonatkozólag kimutatták, hogy 1925—27-ben a székesfővárosban meghaltaknak 20%-a, a háború utáni években a tuberkulózisban meghaltak 15—21%-a nem volt állandó budapesti lakos. *Melly dr.* helyesen mutat rá, hogy ez a jelenség annál kifejezettebb, minél inkább agrárjellegű egy ország és minél erősebb a falusi lakosságnak a városok felé áramlása.

Hazánkban az 1937. évi adatok szerint a tuberkulózis halálozási arányszám 14/9 volt (10.000-re). A községek tuberkulózis mortalitása ugyanakkor 14,0, a megyei városoké 16,1, a törvény-



### 105. Osló és a norvég falvak tuberkulózis halálozási görbéje.

hatósági jogú városoké 17,1. Ezek a számok a fentebb említett okból nem mutatják a valódi helyzetet, s így nem alkalmasak következtetésekre.

Ha azonban sikerül eliminálnunk ezeket a hibákat, úgy ma már mind gyakrabban azt figyelhetjük meg, hogy a város és falu tuberkulózis görbéje kereszteződik: a városok tuberkulózis halálozása alacsonyabb, mint a falvaké. Példaképen bemutatom Norvégiából egyrészt Osló, másrészt norvég falvak tuberkulózis halálozási görbéit (105. számú ábra). A városi-falusi tuberkulózis halálozási görbének ez a viszonylagos változása az utolsó két évtizedben számos államban megfigyelhető. Svájc, Norvégia, Hollandia tuberkulózis halálozási görbéin a városi tuberkulózis halálozási görbe a falusi görbe alá kerül. Eközben mind a két halálozási görbe csökken, de a városi lakosság tuberkulózis halálozásának görbéje erősebben, mint a falusi lakosságé. (Az adatokat részben *Ichok* és *Biraud* doktorok közleményeiből vettem.)



Ha elfogadjuk, hogy a tuberkulózis halálozási görbének az előttünk kialakuló lefelé szálló szárán kívül valamikor — valószínűleg az elmúlt évszázad első felében — egy felfelé ívelő szára is volt, úgy két kérdés magyarázatát kell keresnünk: *mi volt az oka a tuberkulózis halálozás emelkedésének és ma mi az oka a csökkenésnek?*

A tuberkulózis halálozás emelkedését általában az *iparosodással* és ezzel kapcsolatban *nagyobb falusi tömegeknek a városokban letelepedésével hozzák kapcsolatba*, azt állítván, hogy az industrializálódás abban az időben nehéz, gyakran rossz körülmények között végzett munkát, alacsony életstandardot, a fokozott urbanizálódás nagy tömegek zsúfolt együttlakását, nem egyszer primitív tömeglakásokat, a védő élelmiszerek, napsugár, pihenés, szórakozás bizonyos hiányát jelentette. A halálozás csökkenését viszont az említett ártalmak fokozatos kiküszöbölésével hozzák kapcsolatba. A magyarázat tehát úgynevezett szociális faktoroknak tulajdonítja a helyzet romlását és javulását.

Nem vonható kétségbe, hogy ezeknek a szociális tényezőknek rendkívül fontos szerepük volt, de nem szabad elfelejtenünk, hogy mindezeknek a tényezőknek a háttérben mindig előbukkan az a tény, hogy a *tuberkulózis fertőző betegség* és a fertőző betegségekre érvényes megállapítás szerint mindaz, ami a kórokozó terjedését, átvitelét elősegíti, másrészt, ami a szervezet ellenállóképességét csökkenti, az a tuberkulózis terjedését, illetve pusztításait is elősegíti. A *latens fertőzésnek és immunizálódásnak* („tuberculisatio”, „Durchseuchung”, „átvétselés”) a *szerepét és jelentőségét a tuberkulózis terjedésében mindjobban felismerjük*. Jól ismert az, hogy a tuberkulin-negatív egyéneknél vagy népeknél a tuberkulózis magas halálozási százalékot és ehhez viszonyítva aránylag kevés megbetegedést mutat, míg az a lakosság, amely széleskörű tuberkulózis fertőzésen ment át (nagyfokú „tuberculisatio”), nagy százalék pozitív tuberkulin-reakciót, sok tuberkulózis megbetegedést, de aránylag kevés halálozást mutat, s ezt is inkább a magasabb korcsoportokban.

A „tuberculisatio” fokának és a tuberkulózis megbetegedések, illetve halálozások arányszámának összefüggését különösen a primitív (nem „tuberculisált”) népek körében gyűjtött számos jól ismert példa mutatja.

A tuberkulózis járványtanára vonatkozó ezen megfigyelések ismeretében a tuberkulózis halálozási görbének — valószínűleg a múlt század első felében bekövetkezett — emelkedését a szociális faktorok mellett *a tuberkulózissal kevésé fertőzött falusi lakosság-nak városba vándorlása folytán az akkor már erősen fertőzött városi lakossággal való közelebbi érintkezésében kell keresnünk*. A fertő-

zés a városokból fokozatosan kiterjedt a falura, ahol azonban — mivel ott az érintkezés az emberek közt kevésbé szoros — a megbetegedések száma lassabban emelkedett. A városokba vándorolt emberek, illetve azok leszármazottjai idővel fokozatosan átestek a latens fertőzésen, s így a város lakosságának tuberkulózis halálózása fokozatosan csökkent, másrészt mind erősebb eltolódást mutatott az idősebb korosztályok felé.

A tuberkulózis helyzetre vonatkozó megfigyeléseink a halálózási statisztikán alapulnak, mert tuberkulózis megbetegedési statisztikánk — a megbetegedési bejelentések hiányában — nincsen. Sorozatos vizsgálatokból, továbbá a kórboncolási adatokból és a tuberkulin-reakciók eredményéből tudunk csak a *tuberkulózis fertőzöttség elterjedtségére* következtetni.

Érdekesek azok a szűrővizsgálatok, amelyeket egyik vármegyénk lakosságán *Csiszér ár.* végzett. 5479 embert vizsgált át tuberkulózisra. A vizsgálatok adatait foglalkozási csoportok szerint dolgozta fel és foglalta a 106. számú táblázatba.

106. Tuberkulózis előfordulása egy megyében  
foglalkozási csoportok szerint.

Foglalkozások szerinti megoszlás	Meg- vizsgáltak száma	Talált elváltozások százalékban		
		I.	II.	III.
Tanárok, tanítók, óvónők stb. ....	550	1'2	2'1	1'6
Óvodai dajkák .....	49	4'0	4	0
Iskolai és óvodai szolgálók .....	249	2'0	2'4	4'0
Orvosok, védőnők, szülésznők, e. ü. altisztek .....	150	2'0	2'7	0'6
Pékek és alkalmazottaik .....	290	3'1	2'7	0'3
Cukrászok, fagyalt- és cukorkaárúsok	262	2'0	2'0	1'1
Hentesek, mészárosok .....	495	2'6	0'4	0'6
Tejcsarnoki és tejüzemi alkalmazottak	123	3'2	2'4	1'6
Fűszer- és élelmiszerkereskedők ....	1805	4'0	3'5	1'2
Vendéglősök, kocszmárosok, pincérek, pincérnők stb. ....	668	6'7	2'6	0'5
Fodrászok : mesterek és segédek ...	551	8'0	4'0	1'4
Fodrásztanulók (18 éven aluliak) .	303	14'0	4'2	0'3

Az eredmény rovatban az I. a biztosan nem aktív, kétségtelenül zárt, II. e szempontból bizonytalan, további megfigyelésre szoruló, III. a biztosan aktív, amellet nyílt folyamatok számát jelzi.

Feltűnő magas százalékban (1.6%) talált nyílt tuberkulózist a tanítószemélyzetben és a tejüzemekben alkalmazottak közt. Meg-

említem, hogy a fenti adatok általában falusi jellegű területre vonatkoznak.

A tuberkulózis fertőzöttség fokára következtetni lehet azokból a *tuberkulin* (Dermotubin, Pirquet, Groer-allergometria) vizsgálatokból, amelyeket 186.005 3—5 éves gyermekek végeztek. Ezeket az adatokat az Országos Közegészségügyi Intézetben *Biróczy dr.* állította össze táblázatba. A tuberkulin-reakciók eredménye a különböző korcsoportokban a következő:

Kor (év)	Tuberkulin-pozitívek %-a	
	az országban	a falvakban
3—5	20'3	12'4
6—12	25'7	25'3
13—15	37'7	32'9

Meg kell említenem, hogy az egyes falvakban igen nagy különbségeket észleltünk a pozitív reakciók arányszáma közt. *Petrányi dr.* adatai szerint voltak a szegedi tanyákon olyan iskolák, ahol a 6—12 éves gyermekek csak 10%-ban mutattak pozitív tuberkulin-reakciót, viszont más iskolák gyermekeinek 50—60%-a volt tuberkulin-pozitív.

A tuberkulózisban elhunytak számából következtetni szoktunk a *megbetegedettek számára*. Svédországban 1 tuberkulózisban meghaltra 5, Franciaországban 7, Angliában 9 aktív tuberkulózisban szenvedőt számítanak. Nálunk *Petrányi* faluhelyen az aktív tuberkulózisban szenvedők számát a tuberkulózisban elhaltak tízszeresében számítva kb. 80.000-re, a nyílt tuberkulózisban szenvedőket az elhaltak ötszörösével kb. 40.000-re becsüli.

Nincs adatunk arra vonatkozólag, hogy a tuberkulózis halálozási arányszám csökkenésével együtt csökkent-e a megbetegedések száma is. Abból a megfigyelésből, hogy a halálozási arányszám maximuma — legalább is a városokban — az idősebb korosztályok felé tolódott el, valószínűséggel következik, hogy az *egyes tuberkulózis beteg bizonyos esetekben hosszabb ideig él és hosszabb időn át is fertőz, mint azelőtt s így valószínű, hogy a megbetegedettek aránya nem csökken párhuzamosan az elhaltak számával.*

Mindebből következik, hogy a tuberkulózis ma is komoly problémája hazánk közegészségügyének, s különösen nehéz feladata a falusi közegészségügyi munkának. *A tuberkulózis elleni küzdelmet tehát a jövőben a falun ki kell építenünk.* Ebben a munkában tekintettel kell lennünk a tuberkulózis keletkezésében szerepet játszó tényezőkre.

*Viliemin* a tuberkulózist a fertőző betegségek közé sorozta egy közlésében, amelyet 1855. december 5-én adott elő Párizsban, az

Académie de Médecine-ben. A kórokozónak 1882-ben történt kimutatása és izolálása (Koch) megerősítette ezt az álláspontot. A századfordulón viszont felismervén a szociális faktorok fontosságát a tuberkulózis kérdésében, ezt a betegséget az ú. n. szociális betegségek közé sorozták.

Amilyen helytelennek kellene tartanunk, ha a szociális faktorok szerepét a tuberkulózis terjedésében, csökkenésében tagadásba vennék vagy lebecsülnék, éppúgy bizonytalan, ingoványos alapon állanának, ha tagadásba vennők a tuberkulózisnak fertőző betegség voltát s azt, hogy — mutatis mutandis — a tuberkulózisra is vonatkoznak a fertőző betegségeket jellemző sajátosságok.

*A tuberkulózis elleni küzdelmet ennek a kettős szempontnak: az epidemiológiai és a szociális kívánalmaknak tekintetbevételével kell megterveznünk és kiépítenünk.*

Minden fertőző betegség elleni küzdelemben a *fertőző forrás lehető kiküszöbölése*, a fertőzés valószínűségének csökkentése, az expozíciós profilaxis első teendője. A tuberkulózis elleni küzdelemben nem szabad megfeledeznünk arról, hogy az állatok, állati eredetű élelmiszerek — különösen a *tej* — fertőzve lehetnek gümöbacillusokkal. *Manninger Rezső prof.* munkatársainak a Budapesten forgalomba kerülő nyerstejpróbák 24.7%-ában sikerült tuberkulózis bacillust kimutatni. Hogy ennek nálunk a gyakorlatban nagyobb jelentősége nincs, azt annak köszönhetjük, hogy hazánkban az emberek a tejet nyersen alig fogyasztják.

*A szervezet ellenállóképességének mesterséges fokozását 2. fertőzéssel szemben elérni célzó metódusok közül jelenleg a Calmette-félfő védőoltás körülbelül az egyetlen, amellyel számos országban kísérletek folynak. Az eljárás veszélytelensége ma már kétségtelen. Az immunizálás módja: perorális vagy parenterális. Nálunk báró Korányi Sándor prof. sürgetésére és javaslata alapján Tomcsik prof. 1935-ben Szegeden kezdte el és Budapesten folytatta az oltóanyag termelését és az eljárás bevezetését. Calmette eredeti eljárása szerint termelt és adagolt perorális eljárással eddig kb. 30.000 újszülött kapta az anyagot. Később Vásárhelyi dr. az intrakutan eljárást kezdte alkalmazni. Eddig ezt kb. 300 esetben alkalmazták. Egyetlen ilyen intrakutan oltással sikerül 66%-ban a tuberkulin negatív gyermeket pozitívvá tenni. Technikai okokból kénytelenek voltunk most újabb gyermekek immunizálását egy időre felfüggeszteni. Nincs azonban semmi okunk, hogy rövidesen újra meg ne kezdjük az oltóanyag szétküldését. Hangsúlyozni kívánom azonban, hogy munkánkat kísérleti munkának tartjuk. Tomcsik prof. és munkatársai biztosítani törekszenek az ellenőrzés és a későbbi véleményalkotás lehetőségét. Lehetővé teszi ezt az, hogy az anyagot*

legnagyobbrészt a tüdőbeteg gondozó- és egészségvédő-intézetek útján alkalmazzák olyan gyermekeken, akik állandó ellenőrzés alatt állanak.

A specifikus védekező eljárás mellett fel kell használnunk mindazokat az eszközöket, amelyek az illető egyén ellenállóképességét a tuberkulózis fertőzéssel szemben az illető szociális helyzetének javításával törekszenek elérni.

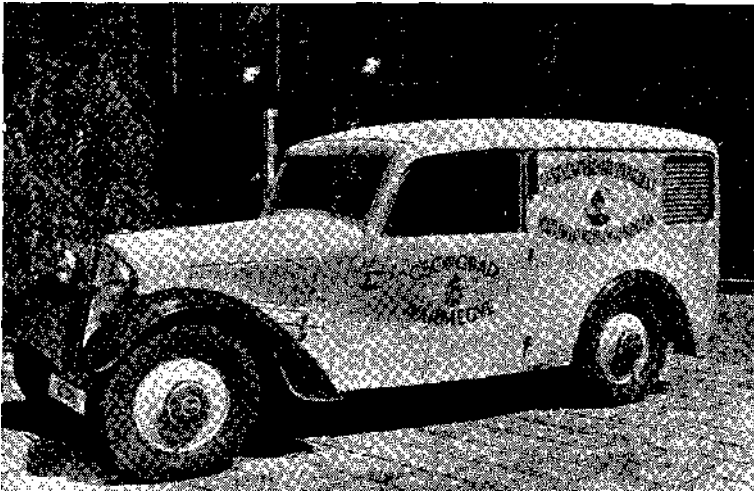
A küzdelem kiindulópontja: a *tuberkulózis felismerése*, ami egyformán feladata a magánorvosnak, a községi-, körorvosnak, s az ezzel foglalkozó szakorvosoknak. A tuberkulózis elleni küzdelem szempontjából hátrányos az, hogy a legtöbb esetben a tuberkulózis szakorvos ismeri fel először a betegséget, amikor a beteg már maga is sejti, hogy mire kell gondolnia és ezért keresi fel őt. Kívánatos lenne, hogy a gyakorlóorvosok minél nagyobb számban már olyankor felismerjék a betegséget, amikor a beteg más baja miatt kerül hozzájuk orvosi vizsgálatra. Ezért kívánatos lenne, hogy az egyetemek az orvosképzésben az eddiginél nagyobb súlyt helyezzenek a betegségre. Az 1936. óta újjászervezett *szakorvosképzés külön szakmának ismeri el a gümőkóros megbetegedések szakorvosságát*. Meg kívánom említeni, hogy e szakmában a mostaninál nagyobb számú szakorvosra lenne szükségünk.

A tuberkulózis elleni küzdelem szerves része a közegészségügyi szolgálatnak. Központja a *tüdőbeteg gondozó intézet* („tuberculosis-dispensaire”). Ennek feladata kettős: a betegség felismerése és a teendők további irányítása, illetve részben végzése. Munkamódszerét megszabja annak felismerése, hogy a tuberkulózis: többnyire egyszerű fertőző betegség és szociális betegség.

A tüdőbeteg gondozó intézet feladatát megfelelően csak akkor végezheti, ha: 1. jól képzett szakorvos áll az élén, 2. a betegség felismeréséhez és specifikus kezeléséhez szükséges felszereléssel rendelkezik, 3. jól képzett egészségügyi védőnő áll rendelkezésére, 4. módja van — ha szükséges — a beteget a betegségének megfelelő intézetbe juttatni, 5. kapcsolata van olyan szervezettel, amely a betegnek vagy hozzátartozóinak a szükséges szociális támogatást elő tudja teremteni.

A belügyminiszter tervbevette *legalább járási székhelyenként egy-egy tüdőbeteg gondozó felállítását*. Jelenleg a budapesti 10 dispensaire-n kívül az országban 73 tüdőbeteg gondozó intézet működik, ezek közül 42 járási székhelyen. Ezenkívül még 22 járás lakossága van bekapcsolva a szomszédos megyei városban lévő tüdőbeteg gondozó munkakörébe. Sajnos, e tüdőbeteg gondozók egy részének a munkája még nem felel meg a kívánalmaknak.

A járási tüdőbeteg gondozók számát a trianoni ország területén még további 80—85 gondozóval kell szaporítanunk. Az ötéves beruházási programban ennek több mint felére a fedezet rendelkezésre fog állani. Kisebb egységekben, községekben nem állítunk fel dispensaire-t, hanem a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatra bízunk a „szűrés” feladatát: a gyanúsak talált egyéneket a járási székhelyen lévő tüdőbeteg gondozóba küldik be pontos diagnózisra és a teendők megállapítására. A beteg további otthoni gondozásáról ismét a falusi Zöldkeresztes Szolgálat gondoskodik.



107. Csongrád vármegye vándor tüdőbeteg gondozója röntgenkészülékkel.

A szétszórtan, kis községekben, tanyákon lakók tuberkulózis elleni küzdelmét szolgálják a *falusi vándor tüdőbeteg gondozók*. Nagylelkű adományozók öt ilyen, röntgennel is felszerelt, autókön járó vándor-dispensaire-hez juttatták a tuberkulózis elleni küzdelmünk szervezetét (107. számú ábra). Az autókba szerelt röntgenkészülékek típusát *Petrányi dr.* dolgozta ki.

A tuberkulózis elleni küzdelem országos irányítására a belügyminiszter az Országos Közegészségügyi Intézetben *központot* szervezett. Ennek *Petrányi Győző dr.* közegészségügyi felügyelő áll az élén, aki az Intézet többi egészségvédelmi szervével karöltve szervezi országszerte a tuberkulózis elleni küzdelem intézményeit.

Nem kívánok részletesebben szólni a *tüdőbeteg gondozók felszerelésének* kérdéséről. Ez ma már standardizálva van. Legfeljebb

azt említem meg, hogy röntgen- és légmellkészülék nélkül nem tudok elképzelni modern tüdőbeteggondozót.

Ki szeretnék azonban térni a dispensairekkel kapcsolatban két kérdésre: arra, hogy miképen törekszünk elérni azt, hogy a dispensaire-orvos szükség esetén megfelelő intézetbe juttathassa az erre rászoruló beteget, másrészt: mi lehet az útja a szociális segítés biztosításának.

Meg kell állapítanom, hogy *sem mi, sem más, bármennyire gazdag ország, nem gondolhat arra, hogy minden tuberkulózis beteget*



108. Egyszerű fektető házacská kisablaka parasztház udvarán.

*intézetben helyezzen el.* Ha a nyílt tuberkulózisban szenvedő betegek számát az említett legalacsonyabb kulcs szerint az elhaltak száma ötszörösének veszem, úgy hazánkban 60.000 beteggé 1 kell számolnom, akik közül kb. 40.000 községben lakik. Ezek egy része munkáját tovább végezheti, munkaképes, de abban különbözik más teljesen egészséges embertől, hogy kedvezőtlen külső behatásokra — például az aratási munkák fáradalmi folytán — tuberkulózisa progrediálhat. Ide sorozandók azok az áldott állapotban lévő falusi asszonyok is, akik emellett a ház körüli, a háztartási, gyermekgondozási teendőket is végzik és esetleg még a mezei munkában is segédkeznek. Ezek azok, akiket gondozni, akikre felügyelni, támogatni, erősíteni és állandóan ellenőrzés alatt tartani, a dispensaire és az egészségvédelmi szolgálat feladata. Ezek fektetésére, pihenetetésére jól használhatók az ú. n. *fektető házacskák* (108—m. sz.

ábrák). Ezeket a beteg udvarában, a fa alatt állíthatjuk fel, s a beteg hónapokig ott marad. Sajat hozzátartozói ápolják, éllemezik.

Egy másik csoportja a betegeknek *intézeti elhelyezésre* szorul, vagy azért, mert nyugalomra, klimatikus tényezők hatására van szüksége, vagy mert valamely nagyobb beavatkozást kell rajta végrehajtani, vagy mert a családja vagy a környezete érdekében őt veszélytelené kell tenni. Általánosan elfogadott vélemény, hogy egy ország tuberkulózis elleni küzdelmének kb. annyi intézeti ágyra van szüksége, ahány ember az illető országban egy év alatt tuberkulózisban meghal. Ez a szám nálunk most kb. 12.500.



109. Fekető házacskák Mezőkövesden.

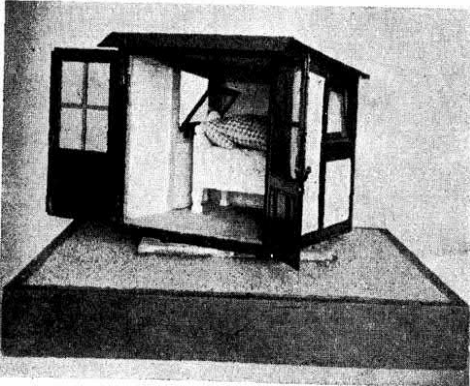
Hazánkban jelenleg — hála nagynevű elődöm, *Scholtz Kornél dr.* munkájának — 2679 kórházi, 2593 szanatóriumi és 470 gyógyiskolai ágy áll a tuberkulózisban szenvedők rendelkezésére. Ez együttvéve 5742 ágy. A falu tuberkulotikusainak elhelyezésére szolgáló falun lévő ágyak száma jelenleg csak 345. A falusi betegek az 1937. évben, a szanatóriumainkban aránylag csak kis számmal voltak: a három nagy szanatóriumunkban csak 1,6—5%-ban ápoltak falusi földmivelő embert vagy munkást. A *központi beutalást rendszer* bevezetése óta a helyzet javult. Jelenleg a szanatóriumokba általuk beutaltak 30,3 %-a földműves és napszámos.

A hiányzó, kb. 6000 ágy előteremtése igen súlyos feladat. Ha ezt *magaslati szanatóriumok* alakjában akarnók létesíteni, úgy ez közel 100 millió pengőbe kerülne. *Kórházi ágyak* formájában



ktx ennek felébe. Ezek számunkra egyelőre elérhetetlen összegek. Ezért azt tervezzük, hogy a 6000 ágy egy részét ezeknél egyszerűbb, olcsóbb intézmények, úgynevezett *tüdőbetegotthonok* alakjában létesítjük. míg a szanatóriumokat a klimatikus gyógyténye-

110. *A budakeszi szanatórium fektető házacska modeljein.*



*Hollandiában használatos forgatható fektető házacska modelje.*

zókra szoruló betegek számára tartjuk fenn, a kórházakba elsősorban a műtéti beavatkozásra szoruló vagy a tuberkulózis mellett más betegségekben is szenvedőket fogjuk küldeni, addig az izolálásra szoruló vagy egyéb okból intézetben elhelyezendőket a tüdőbetegotthonokban fogjuk elhelyezni. Idekerülhetnek azok is, akiket a saját érdekükben vagy a környezetük érdekében reá kell szoktatni arra, hogy miképpen éljenek s azok is, akiknél az első pneumo-



*Napközi fekvőcsarnok a szeged—rókusi iskola tornatermének tetején.*

thorax-kezelést nem akarja az orvos ambulanter elvégezni. Az öt-éves program keretében a beruházási kölcsönből kb. 1200 ilyen tüdőbetegotthoni ágyat tudunk létesíteni. Ezeket — elgondolásunk szerint — mind vidéken, szétszórva fogjuk létesíteni, különösen nagyobb számmal ott, ahol a falusi lakosság tuberkulózis fertőzöttsége súlyosabb. A tüdőbetegotthon ne legyen fényűző intézmény: egyszerűségével illeszkedjék bele a falusi környezetbe.

Az Országos Közegészségügyi Intézetben szervezett *központ* gondoskodik arról, hogy a rendelkezésre álló szanatóriumi, kórházi, illetve tüdőbetegotthoni ágyakra, a tüdőbeteg gondozók javaslata, alapján, a megfelelő betegek vétessenek fel.

A tuberkulózis kérdés általános tárgyalásakor szóltam a *szociális helyzetnek a tuberkulózisra való hatásáról*. Itt kellene megemlí-

tenem a *falusi lakáskérdést* is, amit gyakran összeköttetésbe hoztak a tuberkulózis terjedésével. Kétségtelen: a rossz, egészségtelen lakás előmozdítja a tuberkulózis beteg állapotának súlyosbodását. De téves felfogás az — amiről egy más fejezetben már szóltam —, hogy a vályogházak nagy száma az oka a tuberkulózis elterjedésének. Most csak azt említem meg, hogy vannak igen jó, egészséges vályogházak is; a vályogház maga — ha jól épült — sem nem okoz tuberkulózist, sem nem súlyosbítja azt. Igen jelentős azonban a rossz. házban lakóknál nem ritka *szociális nyomor befolyása a tuberkulózisra*. Ennek javítása igen gyakran kívül esik a tüdőbeteggondozó képességem. Kétségtelen, hogy mindaz, ami a gazdaságilag gyenge néposztályok megerősödését előmozdítja, mindaz, ami az általános kultúra szintjének emelésén keresztül az egészségügyi kultúra emelkedéséhez vezet, — mindaz a tuberkulózis leküzdésében is nagy segítőerőt jelent. A földnélküliek földhöz, kis haszonbérletekhez juttatása, munkaalkalmak teremtése, a munkaviszonyok javítása, a gyermekvédelem kiépítése, szóval a szociális államvezetés egész nagy klaviatúrája — mindezek hathatós eszközei és előmozdítói a tuberkulózis elleni expozíciós és diszpozíciós profilaxisnak.

Meg kell még arról is emlékezni, hogy *a tuberkulózis milyen súlyos veszteséget jelent a falusi munkásságnak*, s hogy milyen nagy mértékben befolyásolja a megbetegedettek szociális helyzetét. *Petrányi dr.* kb. évi 20 millió pengőre becsüli azt a kárt, amit a falusi lakosság a tuberkulózissal kapcsolatban, munkaképtelenség és gyógykezelési költség címén veszít, illetve kifizet.

## NEMI BETEGSÉGEK.

A nemi betegségekről általában az a felfogás, hogy ezek a nagy városok lakossága körében terjednek. Minél szorosabb lesz azonban a kapcsolat a falu és a szomszédos város közt, annál nagyobb fokban észleljük a nemi betegségek terjedését falun. Később már a falun is mutatkoznak fertőzési góccok, s ettől kezdve fokozatosan elmosódik a különbség a város és a falu fertőzöttsége közt.

A *nemi betegségek hazai elterjedtségére* vonatkozólag rendelkezésünkre álló adatok inkább hozzávetőlegesek. Az 1928. évi adatgyűjtés, sok hibája mellett is, az egyedüli felhasználható ezirányú széleskörű adatfelvétel. Ez 54.079 nemi beteget mutatott ki, ami a lakosság 7.1‰-ének felel meg. Ezek 72.4‰-a férfi, 27.6‰-a nő. Az említett 7.1‰-es országos átlag mellett, a megyei városokban és a 10.000-nél népesebb községekben a nemi betegek arányszáma 7.5‰, a törvényhatósági jogú városokban 2 5‰, Budapesten

30.4‰. Tehát igen kifejezett a többlet a nagy városokban. A bejelentett nemi beteg férfiak 67,7%-a törvényhatósági városi, 32.3%-a megyei városi és községi illetőségű volt. A nőknél a számarány körülbelül hasonló. Megemlítem, hogy a törvényhatósági jogú városok lélekszáma a trianoni ország egész lélekszámának körülbelül egyötöde.

Az adatgyűjtés alapján talált 7.1‰-es fertőzöttségi arányszám kétségtelenül igen erősen alatta van a fertőzöttség valódi fokának. Az említett adatgyűjtésen kívül különböző helyeken dolgozó szakemberek adataiból következtethetünk a nemi betegségek elterjedtségére. Jól ismeretesek *Szentkirályi Zsigmond sr.*-nak a hódmezővásárhelyi kórház összes betegeire vonatkozó szifilisz-vizsgálatai. Az összes új betegek közt szifilisszel fertőzötteknek találtak arányszáma a következő volt:

1925/26-ban	1926/27-ben	1927/28-ban
12.3%	10,1%	8.5 %

A szifilisz fertőzést feltűntető betegek száma a kimutatásban csökkent, aminek okát Szentkirályi abban látja, hogy a kórház betegforgalma emelkedett. A környékről és a távolabbról származók szifilisz fertőzöttségi arányszáma emelkedett:

	Hódmezővásárhelyi (‰)	Környékbeli (‰)	Távolabbról származó (‰)
1925/26 .....	70·9	28·4	0·71
1926/27 .....	63·0	37·0	0·00
1927/28 .....	51·0	45·8	2·21

Igen érdekesek a fiatal férfiak nemi beteg fertőzöttségének kérdésével kapcsolatban Szentkirályinak a magyar honvédség szifilisz fertőzöttségére vonatkozólag közölt adatai. Egy vidéki város helyőrségén, a honvédorvosi kar támogatásával vizsgálta 2000 honvéd nemi beteg fertőzöttségét. A vizsgált legénységen 2.2‰-es szifilisz fertőzöttséget állapított meg. A honvédek egy másik 837 főnyi csoportjában 65.7%-ról állapította meg a bevonuláskor, hogy valamilyen szenvedett már nemi betegségben. Lakóhely — város illetve falu-tanya — szempontjából vizsgálva, azt találta, hogy a városi fiatal férfiak venereás megbetegedése lényegesen felülmúlja a falusiak, tanyaiak megbetegedési arányát.

*Nagy György dr.* egy nagy. tanyai körzettel bíró vidéki városunk nemi betegeinek számára vonatkozólag végzett 1932-ben gyűjtést; 16‰-es nemi betegségek fertőzöttséget észlelt. Ennek 56%-a szifilisz, 41%-a kankó és 3%-a lágyfekély. Reámutatott arra, hogy az illető város határában „nincsen pusztá, ahonnan szifilisz beteg ne jelentkezett volna. Ezt a megállapítást még súlyosabbá teszi az,

hogy 23 friss szifilisz esetnél a fertőzés helyéül tanyát nevezett meg a beteg. 6—8, 10 abortusz és halva szülés, 2—3 veleszületett szifilisz gyermek egy-egy családban nem tartozik a ritkaságok közé még a várostól legmesszebb eső tanyai családnál sem”.

*Szentkereszty László dr.* egy kb. 40.000 lélekszámú *járásban* végezte vizsgálatait. E járás lakossága szinte teljesen földművelésből él és 287-a külterületi lakos. Két év alatt 410 (323 nő, 87 férfi), az általános egészségvédelmi rendelkezésen megjelent lakost vizsgáltak meg szifiliszre. A megvizsgáltak 15.1%-a volt szifilisz, és pedig a külterületi lakosok 19%-a, belterületiek 14%-a. Ugyanott 248 terhes asszonyt vizsgált meg, s köztük 8.0% szifiliszest talált.

Ismételt megfigyelések mutatják, hogy a *vándor mezőgazdasági munkások* (sommások) közt a nemi betegséggel fertőzöttek aránya magas. Ismeretes a *cigányok* erős szifilisz fertőzöttsége is (cigánylányok!).

Hazánkban széles körben végeztek egészségügyi vizsgálatokat *iskolásgyermekeken*. *Neuber professzor* kb. 10.000 gyermekén Debrecenben és Hajdú megyében végzett vizsgálatai alapján az elemi I. osztályba járó gyermekek 5 % -át tartja veleszületetten szifilisznek. Neuber 1931-ben 1.99%-ban talált biztosan veleszületetten szifilisz gyermeket, míg 2.88% erre gyanús volt; 1932-ben 22% biztos, illetve 26% gyanús szifilisz gyermeket észlelt. *Szentkirályi dr.* a Neuberéhez hasonló vizsgálatokat végezve első elemistákon, 3.8%-ban biztosan szifilisz gyermeket és 1.6% erre gyanúsat talált. Az összes belterületi iskolások 4.5%-a, a külterületi iskolások 1.3 % -a szenvedett veleszületett szifiliszben. Különböző hőmezővásárhelyi és csongrádmezei tanyai iskolák 3500 tanulója közül 0.8%-nak volt veleszületett szifilisz. *Aszalós dr.* a derecskői járás iskolásgyermekei közt 0.5%, *Röthler dr.* és *Zsíros dr.* egy nagy békésmegyei községben 1935-ben 15%, 1936-ban 41% veleszületett szifiliszben szenvedő gyermeket talált.

A vizsgálati eredmények tehát igen különbözők. *Domahidy dr.* szerint „e nagy ingadozás magyarázata nemcsak egyes vidékek fertőzöttségi különbségében, hanem az eljárási módszerek nem egységes voltában, a feldolgozó laboratóriumok technikájának különbözőségében rejlik. A közeljövő munkaprogramja: a szűrővizsgálatokat egységesíteni”.

Az Országos Közegészségügyi Intézetnek *Oláh dr.* vezetése alatt álló *Szerológiai osztálya* 7142 *terhes anyán végzett szifilisz-szerológiai reakciót*. Ebből pozitív volt 2.2%, kétes 35%. A vizsgált vér nagyobbrészt falun élő asszonyokból származott. Egy vidéki nagyobb gyár alkalmazottainak átvizsgálásakor az Intézet a nők 3.3, a férfiak 32% -ánál talált pozitív szifilisz reakciót. Pincérmők-

tol származó vizsgálati anyag 24.7%-ban volt szifilisz-pozitív. Egy járás 537 iskolásgyermeké közül 2.0%-ban talált pozitív reakciót.

Végeredményben: ma még nem állnak rendelkezésünkre kellő számban adatok, hogy tiszta képet alkothassunk magunknak a nemi betegségeknél, de elsősorban a szifilisznek elterjedtségéről a falvainkban. úgy látszik — ami megfelel az erre vonatkozó általános véleménynek is — a városokban elterjedtebbek a nemi betegségek, mint a falvakban. Valószínű, hogy a különböző községekben a nemi betegségek elterjedtsége igen különböző, s helyenkint meglehetősen magas. A terhes anyáknak átlag 2%-osnak talált szifilisz fertőzöttsége a szülések száma és a megszületettek életképessége és egészsége szempontjából súlyos kérdés. A 2%-os fertőzöttség az országban körülbelül 3700 szifilisz anyát jelent. Kovács Ferenc professzor szerint „10 nem kezelt szifilisz nő terhessége közül átlag 2 koraszüléssel, illetve halvaszületéssel végződik, 2 gyermek korán elhal, 4 életben maradó pedig veleszületett vérbajjal jön a világra s csupán 2 marad véglegesen egészséges”. Viszont Guszman dr. szerint a terhesség 3—4-ik hónapjától kezdve megindított erélyes antilueszes kezeléssel elérhető, hogy kb. 80%-ban egészséges gyermek jön a világra.

A fenti számadatok ismeretében a nemi betegségek elleni küzdelmet a falvak népe szempontjából is fontosnak s minél előbb megszervezendőnek kell tartanunk.

A nemi betegségek elleni küzdelem célkitűzése két irányú: egyrészt a megbetegedettek gyógyítása, másrészt az egészségeseknek a fertőzéstől megóvására törekszik. Ennek a küzdelemnek a központjai a nemibeteg gondozó intézetek, amelyeket egészségvédő intézeteknek neveznek. Hazánkban jelenleg 21 nemibeteg gondozó van.

A nemibeteg gondozó intézet legyen felszerelve a betegség felismeréséhez és gyógyításához szükséges eszközökkel. Mikroszkóp és szifilisz reakciók nélkül valakit nemi betegségre megvizsgálni annyit jelent, mint visszatérni 50 évvel ezelőtti primitív vizsgálati technikához és lemondani arról, amit az orvostudomány a diagnózis biztos felállításához az orvosnak nyújthat. De nemcsak a gondozóintézetnek, hanem annak az orvosnak is feltétlenül szüksége van mikroszkópra és vérvizsgálat beküldésére szolgáló tartályokra, aki az egészségügyi hatóságok megbízásából végzi pl. prostituáltak vizsgálatát. A mikroszkópnak természetesen csak akkor van értelme, ha az orvos ért annak kezeléséhez. Lelkiismeretes orvos nem vállalkozhat mikroszkópi vizsgálat lehetősége nélkül gonorrhoea vizsgálatra, vagy friss szifilisz fertőzés felismerésére.

Az egészségügyi kormányzat a védőintézetek rendelkezésére bocsátja a szifiliszben szenvedő szegénysorsú betegek ingyen kezelésére szükséges gyógyszereket.

A nemi betegeknek csak egy része tudja, hogy nemi betegségben szenved és fordul orvoshoz vagy a nemibeteg gondozóhoz: ezért a nemibeteg gondozó intézeteknek fontos feladatuk a *kutatás a nemi betegek után*. Ma már minden kórházi osztály a betegeinél szifilisz után is kutat. Ennek fontosságára *Szentkirályi dr.* hívta fel a figyelmet. Törekedjünk a szifiliszre vonatkozó vizsgálatot minden egészségügyi tömegvizsgálatba bekapcsolni. Az egészségügyi kormányzat a *terhes anyáknak tejet és cukrot csak előzetes és ismétlődő orvosi vizsgálat alapján ad. Minden vizsgálatra kerülő terhes nőtől vért is vesznek s szifilisz fertőzés kimutatása esetén antilueszes kezelést vezetnek*. A tej, cukor juttatás hatására a terhesrendelésen megjelentek száma a háromszorosára emelkedett. Így kapcsolódott bele a szociális segítés az egészségvédelmi munkába.

Bizonyos esetekben *kórházba* kell juttatni a nemi betegségben szenvedőket. Az ok vagy a beteg szociális helyzete vagy életmódja. *Somogyi Zsigmond dr.* összeállítása szerint hazánkban 1906 ágy áll bőr- és nemi betegek rendelkezésére. Ezek közül *Somogyi dr.* szerint 1625 ágy van szakorvosok vezette önálló osztályon. Számítások nélkül, a mindennapi tapasztalatok alapján megállapíthatjuk, hogy ez nem elegendő. Ezért a kormány elhatározta, hogy a beruházási hitelből 300 új kórházi ágyat létesít. Ennek a programnak keresztülvitele folyamatban van.

A nemibeteg gondozó intézet munkája nem merülhet ki a betegek gyógyításában; kutatnia kell a *fertőző forrásokat*. A nemi betegségben szenvedő férfiakkal kapcsolatban ez a kutatás faluhelyen is igen gyakran egy *prostituálthoz* vezet. A falvakban bejegyzett prostituált általában nincsen, ott a titkos prostituáltak a fertőzések forrásai. *Szentkirályi dr.* foglalkozott behatóan a falusi prostitúció kérdésével. Ő, továbbá *Szentkereszty dr.* és mások mutattak rá, hogy hol és hogyan mutatkozik a falusi prostitúció.

Ha a nemi betegségek, de különösen a szifilisznek a magyar falu szempontjából *is* mind komolyabb kérdésével szembeállítjuk jelenlegi felkészültségünket a nemi betegségek elleni küzdelemre, úgy ezt elégtelennek kell tartanunk. Nem kételkedhetünk ugyanis abban, hogy a nemi betegségek a falun ma terjednek.

A nemi betegségek elleni küzdelem a falun nem oldható meg olyan speciális nemibeteg gondozó intézetekkel, mint a városban. Ezeket a falu nem tudja fenntartani. Ehelyett arra törekszünk, hogy a legalább vármegyei székhelyenként felállítandó nemibeteg gondozó intézetek munkájukat törekedjenek kisugároztatni az illető vármegye egész területére. Végezzék a nemi betegek kezelését városokban és nagyobb községekben szakorvosok, kisebb községekben a helyhatósági orvosok, de álljon mögöttük tanácsaival, segítségével,

laboratóriumi vizsgálati lehetőségével a vármegye székhelyén lévő nemibeteg gondozó intézet.

A jövőben biztosítani kell, hogy a *szifilisz szerológiai reakcióit* szükség esetén minden szegénysorsú betegnél az orvos elvégeztethesse. Az Országos Közegészségügyi Intézet a beruházási hitel segítségével most bővíti ki az erre a célra szolgáló laboratóriumait, úgyhogy 1940. év elejétől kezdve ezeknek a vizsgálatoknak az elvégzése a szegénysorsú betegek részére az egész ország területére biztosítva lesz. A belügyminisztérium nemi betegségek elleni küzdelmét *Neuber Ede professzor*, a nemi beteg ügyek miniszteri biztosa, és munkatársa *Somogyi Zsigmond dr.* értékes tanácsaikkal, ellenőrző és helyi irányító munkájukkal támogatják. Ők folytatják most azt a munkát, amelyet annakidején *Nékám Lajos professzor* végzett.

Az Országos Közegészségügyi Intézetben *alosztályt* létesítünk a *nemi betegségek elleni küzdelem irányítására*, amelynek élén *Domahidy György dr.* közegészségügyi felügyelő áll. Ennek az alosztálynak lesz a feladata, hogy az új nemibeteg gondozó intézeteket felállítsa, s ezek munkáját, a régiekkel együtt, irányítsa és ellenőrizze.

A nemi betegség általában nemcsak a megbetegedettnek problémája, hanem nemzeti szempontból is nagy jelentőségű kérdés. Egy embernek szifilisz fertőzése az egész családjának sorsát megpecsételheti. Nem bízhatja tehát az állam az egyén elhatározására, hogy kezelte-e magát vagy nem. Minden államnak előbb vagy utóbb reá kell jönnie arra, hogy *a családalapításnak vannak egészségügyi feltételei* is, és ha reájött erre, önvédelemből kötelessége megakadályozni a házasságkötését annak, aki szifiliszben szenved — addig míg meg nem gyógyul. Ha az állam úgy érzi, hogy joga van ahhoz, hogy tifusz bacillusgazdától védje az egészséges társadalmat, úgy nem teheti ki a társadalmat annak sem, hogy egy szifilisz ember veszélyeztesse egészségét. Ha a társadalom csak felelősségérző emberekből állana, a nemi betegségek elleni küzdelem a mai jogszabályok mellett is eredményes lenne; de a nemi betegségekkel kapcsolatban sokan vannak az indolensek és sokan a felelősségérzetet nélkülözők. Lehet-e a prostituáltknál a felelősségérzetre apellálni?

Bármennyire tisztelői vagyunk az egyéni szabadságnak, el kell ismernünk, hogy a civilizáció a teljes egyéni szabadság bizonyos korlátozásával jár. A szabadság mellett a másik nagy kincsünk az egészségünk. Nem respektálhatja az állam annak az embernek az egyéni szabadságát, akinek cselekvési szabadsága más embereknek vagy a népnek egészségét veszélyezteti. Ezért nálunk is a nemi betegségekkel kapcsolatban törvényhozási intézkedésekre lesz szükség, hogy ennek — a most már falusi népünket is megtámadó — súlyos bajnak útjába gátat emelhessünk.



## ZÖLDKERESZTES EGÉSZSÉGVÉDELMI MUNKA.

A *zöldkeresztes egészségvédelmi munka* a magyar falu különleges igényeihez és lehetőségeihez szabott *családi* (általános) *egészségvédelmi szolgálat*. Célkitűzésében nem különbözik más államok ú. n. általános („polyvalens”) egészségvédelmi munkarendszerétől. A keresztülvitel módjában, személyzetében, a munka legfőbb irányításában azonban vannak eltérések.

A zöldkeresztes egészségvédelmi munka kezdete hazánkban egybeesik az *Országos Közegészségügyi Intézet felállításával*. Az Intézet egyik igen fontos feladata a tisztiorvosok képzése. A tisztiorvosoknak a falusi egészségvédelmi munkában való képzése céljából szerveztük meg az 1926—28. években a gödöllői járásban a családi egészségvédelmi szolgálatot. A Rockefeller Alapítvány támogatott ebben. Az Alapítványnak az amerikai „egészségügyi mintajárás” (public health demonstration district) lebegett szeme előtt, amikor, *Scholtz Kornél dr.* államtitkár közbenjárására itteni megbízottja, *W. L. Mitchell dr.* javaslatára az „egészségügyi mintajárás”-ok céljára az anyagi eszközöket a magyar kormány rendelkezésére bocsátotta. A Rockefeller Alapítvány először a gödöllői, majd a mezőkövesdi, váci és berettyóújfalui járásban és végül Pécs városában támogatta az általános egészségvédelmi szolgálat kiépítését.

Az előkészítő munka a gödöllői járásban 1926-ban *adatfelvétellel* (survey) kezdődött. Ezt az adatfelvételt a járás tisztiorvosának, *Stoll Kálmán dr.*-nak részvételével *Gaal András dr.* közegészségügyi felügyelő és *Wacker Alexandra* egészségügyi védőnő végezték. Az adatfelvétel a járás földrajzi és néprajzi általános leírásán, kívül, a járás lakosságára vonatkozó statisztikai adatokat tartalmazta. Évekre visszamenőleg községenként összegyűjtötték a házasságkötésre, születésre, halálózásra vonatkozó adatokat. Külön tanulmányozták az egyes korcsoportok halálozási adatait, s az egyes betegségekben észlelt halálozási adatokat. A fertőző betegségek eseteinek számszerű tanulmányozásán kívül, azok letalítására vonatkozó adatokat vizsgálták. Számbavették az egyes községek lakosainak gazdasági helyzetét. Vizsgálták a környezethigiéne állapotát, a kutak, az ételmezés milyenségét, összeállították az egészségügyi személyzet létszámát, feladatkörét, az egészségügyi intézmények jegyzeit. Az egészségvédelem intézményeinek munkáját, s ennek

eredményét alapos vizsgálat alá vették. Végül összeállították a járás egészségügyi munkájának költségvetését.

Igy alakult ki a gödöllői járás egészségügyi helyzetének teljes képe és ezek után meg lehetett állapítani a teendőket.

A gödöllői járás egészségügyi adatfelvételét 1927-ben a mezőkövesdi járás hasonló adatgyűjtése, majd 1928-ban a váci és berettyóújfalui járásban és Pécs városában s a pécsi központi járásban végzett adatfelvétel követte. Megemlítem, hogy az 1930-as népszámlálás adatai szerint a gödöllői járás lakosainak száma 17 községben: 77.094, a mezőkövesdi járás~ 30 községben: 70.784, a váci járásé 20 községben: 41.112, a berettyóújfalui járásé 13 községben: 35.330, a pécsi járásé 54 községben 38.613 és Pécs városáé: 61.663.

Az adatfelvételek alapján állítottak össze a teendők és állapított meg a járási egészségvédelmi szolgálatnak költségvetése.

A járási egészségvédelmi szolgálatok tervezett rendszere az ú. n. *általános vagy családi egészségvédelem rendszere* volt. Ez bizonyos fokig szakítást jelentett azzal a programmal, amely szerint addig az időpontig a hazai egészségvédelem rendszere kiépülőben volt. Nálunk is — mint a külföld számos országában — az egészségvédelem az ú. n. *szakvédelem rendszerében* indult meg és fejlődött tovább, önálló szervezet keretében létesültek az országban külön az anya- és csecsemővédő intézetek, külön a tüdőbeteg gondozók, külön a nemibeteg gondozó intézetek, sőt — ott ahol az kialakult —, önálló munkakörrel és külön személyzettel épült ki az iskolásgyermek egészségvédelme.

Az egészségvédelmi tevékenység a városokban vette kezdetét, majd a nagy községekben folytatódott. Eleinte, míg az egészségvédelmi célkitűzések közt csak az anya- és csecsemővédelem és legfeljebb még a tüdőbeteg gondozása szerepelt, az egészségvédelmi ágazatoknak egymástól független helyzete nagyobb nehézségeket nem okozott. Midőn azonban ezek mellé a nemibeteg gondozás, majd az iskolásgyermek egészségvédelme is kapcsolódott, a széttagozódás, illetve a kapcsolat hiánya mind érezhetőbbé vált. Különösen akkor mutatkoztak a nehézségek, amidőn az egészségvédelem mind kisebb községeket kezdett bekapcsolni szervezete körébe. Kiderült, hogy olyan községekben, amelyekben az anya- és csecsemővédelem megszerveztetett, ott az iskolásgyermek gondozását vagy a tüdőbeteg gondozást igen nehéz megindítani. A község ugyanis a meglévő anya- és csecsemővédő intézet mellé igen gyakran képtelen volt egy újabb védőintézetet felállítani az óvodás- és iskolásgyermek gondozása céljára, képtelen volt erre a célra újabb személyzetet fizetni. Az anya- és csecsemővédőintézet és annak személyzete pedig — vezetőségének tiltakozása miatt — nem volt felhasználható az

óvodás-, iskolásgyermekek egészségügyi gondozására. További nehézségek mutatkoztak a tüdőbeteggondozás megszervezésekor.

Abban az időben a 6000 lélekszámnál nagyobb községek és városok elég tekintélyes részében már működött az anya- és csecsemő - védelem. Tuberkulózisgondozás csak a legnagyobb városokban és községekben volt. Iskolaegészségvédelmi munka még csak a székesfővárosban és egy-két nagy városban indult meg.

A falusi egészségvédelem megszervezésének kérdése, különösen a szervezés rendszere nemcsak hazánk közegészségügyének volt ne-



113. Csecsemőtanácsadásra váró anyák Szihalom községben.

héz problémája. A legtöbb országban a mienkhez hasonlóan, egymástól független, önálló szervezetekben indult meg az egészségvédelmi munka. Minél gazdagabb volt egy ország, annál kevésbé illetve annál később érezte meg ennek a specializált egészségvédelmi hálózatnak anyagi terhét.

A pénzügyi szempontok mellett egyéb okok is siettették egy újabb egészségvédelmi rendszer kialakítását. Ezek között említtem azt a jól ismert szempontot, hogy a *család egészségügyi szempontból bizonyos fokig egy egységet alkot*. A család egy tagjának betegsége (pl. tuberkulózisa) nem közömbös a család többi tagjára, pl. a csecsemőre nézve sem. A csecsemővédelem kapcsán foglalkozni kell az egész család egészségi és szociális viszonyaival, ami sokkal könnyebb, ha a család összes tagjainak gondozását egy szervezet végzi. Ez megkíméli a családot attól is, hogy a családlátogatás kapcsán —

eredményét alapos vizsgálat alá vették. Végül összeállították a járás egészségügyi munkájának költségvetését.

Igy alakult ki a gödöllői járás egészségügyi helyzetének teljes képe és ezek után meg lehetett állapítani a teendőket.

A gödöllői járás egészségügyi adatfelvételét 1927-ben a mezőkövesdi járás hasonló adatgyűjtése, majd 1928-ban a váci és berettyóújfalui járásban és Pécs városában s a pécsi központi járásban végzett adatfelvétel követte. Megemlítem, hogy az 1930-as népszámlálás adatai szerint a gödöllői járás lakosainak száma 17 községben: 77.094, a mezőkövesdi járás 30 községben: 70.784, a váci járásé 20 községben: 41.112, a berettyóújfalui járásé 13 községben: 35.330, a pécsi járásé 54 községben 38.613 és Pécs városáé: 61.663.

Az adatfelvételek alapján állították össze a teendők és állapított meg a járási egészségvédelmi szolgálatnak költségvetése.

A járási egészségvédelmi szolgálatok tervezett rendszere az ú. n. *általános vagy családi egészségvédelem rendszere* volt. Ez bizonyos fokig szakítást jelentett azzal a programmal, amely szerint addig az időpontig a hazai egészségvédelem rendszere kiépülőben volt. Nálunk is — mint a külföld számos országában — az egészségvédelem az ú. n. *szakvédelem rendszerében* indult meg és fejlődött tovább, önálló szervezet keretében létesültek az országban külön az anya- és csecsemővédő intézetek, külön a tüdőbeteg gondozók, külön a nemibeteg gondozó intézetek, sőt — ott ahol az kialakult —, önálló munkakörrel és külön személyzettel épült ki az iskolásgyermek egészségvédelme.

Az egészségvédelmi tevékenység a városokban vette kezdetét, majd a nagy községekben folytatódott. Eleinte, míg az egészségvédelmi célkitűzések közt csak az anya- és csecsemővédelem és legfeljebb még a tüdőbeteg gondozása szerepelt, az egészségvédelmi ágazatoknak egymástól független helyzete nagyobb nehézségeket nem okozott. Midőn azonban ezek mellé a nemibeteg gondozás, majd az iskolásgyermek egészségvédelme is kapcsolódott, a széttagozódás, illetve a kapcsolat hiánya mind érezhetőbbé vált. Különösen akkor mutatkoztak a nehézségek, amidőn az egészségvédelem mind kisebb községeket kezdett bekapcsolni szervezete körébe. Kiderült, hogy olyan községekben, amelyekben az anya- és csecsemővédelem megszerveztetett, ott az iskolásgyermek gondozását vagy a tüdőbeteg gondozást igen nehéz megindítani. A község ugyanis a meglévő anya- és csecsemővédő intézet mellé igen gyakran képtelen volt egy újabb védőintézetet felállítani az óvodás- és iskolásgyermek gondozása céljára, képtelen volt erre a célra újabb személyzetet fizetni. Az anya- és csecsemővédőintézet és annak személyzete pedig — vezetőségének tiltakozása miatt — nem volt felhasználható az

óvodás-, iskolásgyermekek egészségügyi gondozására. További nehézségek mutatkoztak a tüdőbeteggondozás megszervezésekor.

Abban az időben a 6000 lélekszámnál nagyobb községek és városok elég tekintélyes részében már működött az anya- és csecsemővédelem. Tuberkulózisgondozás csak a legnagyobb városokban és községekben volt. Iskolaegészségvédelmi munka még csak a székesfővárosban és egy-két nagy városban indult meg.

A falusi egészségvédelem megszervezésének kérdése, különösen a szervezés rendszere nemcsak hazánk közegészségügyének volt ne-



113. Csecsemőtanácsadásra váró anyák Szihalom községben.

hez problémája. A legtöbb országban a mienkhez hasonlóan, egymástól független, önálló szervezetekben indult meg az egészségvédelmi munka. Minél gazdagabb volt egy ország, annál kevésbé illetve annál később érezte meg ennek a specializált egészségvédelmi hálózatnak anyagi terhét.

A pénzügyi szempontok mellett egyéb okok is siettették egy újabb egészségvédelmi rendszer kialakítását. Ezek között említem azt a jól ismert szempontot, hogy a *család egészségügyi szempontból bizonyos fokig egy egységet alkot*. A család egy tagjának betegsége (pl. tuberkulózisa) nem közömbös a család többi tagjára, pl. a csecsemőre nézve sem. A csecsemővédelem kapcsán foglalkozni kell az egész család egészségi és szociális viszonyaival, ami sokkal könnyebb, ha a család összes tagjainak gondozását egy szervezet végzi. Ez megkíméli a családot attól is, hogy a családlátogatás kapcsán —

esetleg kevés idővel egymásután — több védőnő keresse fel ugyanazt a családot és tegye fel részben ugyanazokat a kérdéseket. Ez könnyen bekövetkezhet, ha külön szervezet, külön védőnővel, gondolzza az anyát és csecsemőt, egy másik pl. a tuberkulózisban szenvedő családapát s egy harmadik az iskolásgyermeket. Utalok arra is, hogy milyen nagy és felesleges idővesztéssel és költséggel jelent ez különösen a tanyai egészségvédelmi körzetekben —, ha két vagy három védőnőnek ugyanazt a hosszabb utat kell megtennie, hogy a



114.  
A védőnő a kisdud súlyát méri.

gondozandó családhoz eljusson. Nem hanyagolható el az a szempont sem, hogy sokkal könnyebb egységes képet kapni egy család egészségügyi helyzetéről, ha egy, egységes szervezet foglalkozik azazal a családdal. Egy közületben az egészségvédelem feladatainak, teendőinek racionális megállapítása és kiegyensúlyozása sokkal könnyebb egy egységes szervezet keretében.

A gazdaságosságnak és a célszerűségnek a szempontja volt az ok, ami miatt a mozaikszerűen egymás mellett fejlődő speciális egészségvédelmi ágazatokat egy egységbe összefoglalni törekedtünk. Az első ilyen törekvések és kísérletek nem sokkal a világháború előtt az Északamerikai Egyesült Államokban és Angliában mutatkoztak. Ezekben az államokban az egészségügyi szolgálatnak ez a

rendszere a „health center” (egészségügyi központ) nevet kapta. Az Északamerikai Egyesült Államokban ezek célja eleinte az volt, hogy bemutassák a lakosságnak a közegészségügyi szolgálat értékét. Innen első nevük: „public health demonstration center” (közegészségügyi bemutató központ). Később mindinkább előtérbe került a törekvés, hogy ezekben a központokban egyesítsék a hozzájuk tartozó terület közegészségügyének irányítását s mindazoknak az egészségügyi és szociális intézményeknek központját, amelyek az illető területen tevékenységet fejtenek ki. Példaképen szokták emlegetni California Alameda nevű közigazgatási egységének (county) egészségügyi központját, amelyben 52 egészségügyi és szociális szervezet központja egyesült.

Mint érdekességet említeni meg, hogy az Északamerikai Egyesült Államokban az első egészségügyi központokat a nagyobb városokban létesítették, míg Európában — különösen Közép- és Kelet-Európában — az első ilyen központokat falun állították fel. Amerikában a városokban az igen fejlett, de túlságosan széttagolt egészségügyi és szociális munka koordinációja volt az egészségügyi központok feladata. Ezzel szemben Európában az első egészségügyi központok kevés kivétellel az egészségvédelmi munkát többnyire teljesen nélkülöző falvakban állították fel, olyan helyeken, ahol gazdasági és célszerűségi okokból kilátástalannak látszott, hogy ott az egészségvédelmi és szociális szolgálatok hosszú sorát önálló intézmények alakjában lehessen felállítani. Európában e század húszas! éveiben Jugoszlávia valósította meg legszélesebb körben az egészségügyi központ gondolatát, ami a jugoszláv közegészségügyi szolgálatot hosszú éveken át kiváló tudással, gyakorlati érzékkel és odaadással vezető *Stampar dr.* érdeme.

A *Népszövetség Egészségügyi Bizottsága* 1929 első felében foglalkozott a falusi „health center”-ek kérdésével. Látva azt, hogy mennyire zavarosak az elnevezéssel kapcsolatban a fogalmak, elhatározta, hogy ennek tisztázását szakemberekből álló kisebb bizottságra bízta. Ez a bizottság 19<sup>0</sup>. október 27—30. közt Budapesten az Országos Közegészségügyi Intézetben tartotta összejöveteleit és törekedett az „egészségügyi központ” fogalmát, feladatkörét, személyzetének és költségvetésének kérdését tisztázni. Erre valóban nagy szükség is volt, mert ebben az időben megjelent ilytárgyú közleményekben a legkülönbözőbb intézmények (pl. csecsemő-gyermekvédőintézetek is) kapták a „centre de santé” elnevezést. A budapesti bizottsági ülések anyaga az 1931. június 20-tól július 7-ig Genfben tartott „*Európai Faluegészségügyi Konferencia*” elé került. Az értekezlet hosszabb vita után a falusi „egészségügyi központ”-nak következő meghatározását fogadta el:\*

„A falusi egészségügyi központ célja egy bizonyos terület népessége egészségügyi és szociális jólétének előmozdítása. Céljának elérése érdekében a tisztiorvos igazgatása alatt egy házban csoportosítja, vagy más módon koordinálja az illető terület egész közegészségügyi szolgálatát, összekapcsolva azt mindazokkal a jóléti és jótékonyági szervezetekkel, amelyeknek kapcsolatuk van a közegészségügyi munkával.

Azokban a falusi körzetekben, amelyekben a közegészségügyi munka már bizonyos idő óta meg van szervezve, nehéz lehet az összes közegészségügyi munkaágazatokat egy házban vagy egy intézményben egyesíteni. Ilyen esetben is azonban kívánatos megkí-

\* Népszövetség kiadványa: C. 473. M. 202. 1931. III. Első kötet, 29. old.

sérelni a már meglévő összes intézmények munkájának a cél érdekében leghatásosabb egybekapcsolását.

Viszont azokban az esetekben, amidőn olyan területen kell a közegészségügyi munkát megszervezni, ahol modern értelemben vett közegészségügyi szolgálat még nem működött, — ott az egészségügyi központ rendszerén át lehet legjobban az óhajtott eredményt elérni.

Az értekezlet hangsúlyozta annak fontosságát, hogy az egészségügyi központ a közegészségügyi szolgálatnak szerves része legyen. Az egészségügyi központokat: *kisebb vagy községi* („primary”) és *nagyobb vagy járási* („secondary”) *egészségügyi központokra* osztotta be

A *kisebb vagy községi* („primary”) egészségügyi központ a legalsóbb foka ennek a rendszernek, amelynek feladatköre:

- a) anyavédelem,
- b) csecsemő-, kisdéd-, iskolásgyermekvédelem,
- c) népszerű oktatás (ennek egyik példája az iskolai zuhanyfürdő),
- d) környezethigiéne,
- e) elsősegély nyújtás.

A tuberkulózis elleni küzdelemmel kapcsolatban feladata a tuberkulózisra gyanúsaknak a kiválasztása, s ezek eljuttatása a „secondary health center”-be. Kívánatos, hogy a központnak a házi betegápolás céljaira kikölcsönözhető betegápolási cikkekből kis raktára legyen.

Az értekezlet megállapításai szerint a központ tartson fenn szoros kapcsolatot a gyakorlóorvosokkal. Gyógyítással csak akkor foglalkozzék, ha azon a vidéken nincs vagy nincs elég gyógyítóorvos.

A központ vezetője jól képzett hatósági orvos („expert medical officer of health”) legyen, de ha ez nincs, úgy jól képzett magánorvos vezesse. A központ nem nélkülözheti a jól képzett egészségügyi védőnőt. A falusi körzetekben ez lehetőleg általános egészségügyi képzettséggel rendelkező („polyvalent”) és ne szakvédőnő legyen. Rendesen 6000—8000 lélekre kell egy ilyen védőnőt számítani. A védőnőt a jól képzett községi bába támogathatja munkájában, akit lehetőleg be kell vonni a központ munkájába. Az egészségőor (fertőtlenítő) az egyszerűbb egészségügyi vizsgálatokkal bízható meg.

A *nagyobb vagy járási* („secondary”) *egészségügyi központ* egyrészt egybekapcsolja, másrészt kiegészíti a kisebb központok munkáját. Emellett abban a községben, ahol felállított (esetleg a szomszéd községekben is) ugyanazt a munkát végzi, mint a községi egészségügyi központ. Ezekon kívül feladatköre:



- a) tuberkulózis elleni küzdelem,
- b) nemi betegségek elleni küzdelem,
- c) laboratóriumi diagnosztika.

Vezetője: egész idejét a közegészségügyi szolgálatnak áldozó tisztiorvos, lehetőleg a járásnak a tisztiorvosa, aki mellett megfelelő számú védőnő teljesít szolgálatot. A központ személyzetéhez tartozik még egy egészségügyi mérnök is. A mérnök — aki a járásban végzi



115. Kvarcfénykezelés az egészségházban.

a munkáját —, esetleg a Központi Közegészségügyi Intézet személyzetéhez is tartozhat. A laboratóriumi diagnosztikai munkákból csak a legegyszerűbb, mindennapi vizsgálatokat végzi a központ, egyébként csak gondoskodik arról, hogy a szolgálatok a Központi Közegészségügyi Intézet vizsgálatait igénybevehessék (vizsgálati anyag, tartály-kérdés).

A járási központ felszerelése legyen a nagyobb feladatkörének megfelelő: legyen röntgenkészüléke, zuhanyfürdője, személyszállító automobilja.

A járási egészségügyi központ munkáját a hivatalos szerveken kívül egy *nem hivatalos közegészségügyi bizottság* nagymértékben támogathatja. Legyenek tagjai e bizottságnak: a helyi hatóságok, a

helyi orvostársadalom, a társadalombiztosítás, a tanítóság, papság képviselői, a helyi egészségügyi és társadalmi egyesületek kiküldöttei.

Az értekezlet megállapítása szerint ennek az egész szervezetnek az irányító központja a „Központi Közegészségügyi Intézet” legyen, amelyet az értekezlet bizonyos fokig az illető ország legnagyobb „egészségügyi központjának tekintett.

Az *Európai Faluégészségügyi Értekezletnek* ezek a megállapításai kétségtelenül nagymértékben hozzájárultak a fogalmak tisztázódásához és ennek a racionális és gazdaságos egészségvédelmi rendszernek megerősödéséhez mindazokban az országokban, ahol ennek a rendszernek bevezetését már megkezdték.



116. Iskolásgyermeket fogkeféléstre tanít a védőnő.

Ezek köze tartozott hazánk is, ahol, mint említettük, a Rockefeller Alapítvány kezdeményezésére alakultak az első „közegészségügyi minta járás”-ok („public health demonstration district”). Eleinte egész járás beszerzésével foglalkoztunk, amely természetesen kisebb egészségvédelmi körzetekből tevődött össze. Később, más járásokban áttértünk egyes körzetek megszervezésére; ezek szaporodásával a munka fokozatosan kiterjed az egész járásra és egy járási egységben egybeolvad az egészségvédelmi szolgálat.

Hazánkban e munkának *szervezését és irányítását* a 41.066—1929. N. M. M. sz. rendelet az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatójára bízta. Nevezettet feljogosította, hogy a szervezés dolgában „törvényhatóságokkal, községekkel, társadalmi alakulatokkal vagy más jogi személyekkel közvetlenül tárgyaljon és velük az általam megállapítandó keretek közt megállapodásokat kötelező formában létesíthessen”. A rendelet értelmében az egészségvédelmi szol-

gálatok „helyi vezetésével és ellenőrzésével mindenütt az illetékes járási, illetve városi tisztiorvos lesz megbízandó, aki ezen szolgálat ellátása tekintetében közvetlenül a nevezett igazgató utasításai alapján jár el”. Továbbá „a beállítandó segédszemélyzet alkalmazása és munkaköre, szabadságolása, illetményei stb. tekintetében az általam megadott utasítások értelmében az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója határoz. Ezen személyzet közvetlen fellebbvalója az illetékes járási vagy városi tisztiorvos”.

Ez a széleskörű felhatalmazás lehetővé tette hazánkban a falusi egészségvédelmi munkának bürokráciától mentes kiépítését. Ennek



117. Vándor iskolafogászati felszerelés szállítása.

alapelve alig különbözött az 1931. évi genfi Értekezlet javaslataitól. A magyar elnevezésben a „health center” mint „egészségház”, míg az ott folyó munka mint „általános egészségvédelmi” vagy „zöldkeresztes egészségvédelmi munka” ismeretes. A járási s a községi egészségházak feladatköre nagyjából egyezik az „egészségügyi központokénak a népszövetségi értekezleten körvonalazott feladatkörével.

A magyar zöldkeresztes egészségvédelmi munkának egysége a „egészségvédelmi körzet”. Ennek lélekszáma régebben 6000—8000 volt; ma ezzel 4000—6000-re, — sőt esetleg ez alá —, szállunk le. Általában arra törekszünk, hogy a „közegészségügyi kör” mindenütt összeessék az „egészségvédelmi körzet”-tel. Az 1908. évi XXXVIII. t.-c.-ben használt „orvosi kör” elnevezést az 1936. évi IX. t.-c. épp ezen elgondolás alapján változtatta „közegészségügyi kör”-re. Ma

— az 1939. évi új közegészségügyi körbeosztás óta — a közegészségügyi körök átlagos lélekszáma: 4900. Ez igen megfelelő az egészségvédelmi munka szempontjából is, márcsak azért is, mert ilyen lakosságú körök összes egészségügyi védőnői teendőit egy védőnő igen jól el tudja látni. Célszerű ez azért is, mert arra törekszünk, hogy az egészségvédelemnek a községi-, illetőleg a körorvos legyen a vezetője.

Egy-egy falusi egészségvédelmi körzet a községek nagysága (lélekszáma) szerint egy vagy több községből áll. Minél kisebbek a községek, tehát minél több községből tevődik össze egy kör, s ezek minél távolabb vannak egymástól, annál nehezebb a munka.

Ha az egészségvédelmi körzet több községből áll, úgy ezek közül a legnagyobb az úgynevezett *székhely-község*. Itt lakik a körorvos, a védőnő, itt áll az úgynevezett *zöldkeresztes községi Egészségház* („primary health center”). Ez váró-, tanácsadó helyiségből, zuhanyfürdőből és védőnői lakásból álló „A” vagy „B” típusú egészségház. Az egészségvédelmi körhöz tartozó többi úgynevezett bekapcsolt községben az egészségházaknak kisebb típusát, az úgynevezett *zöldkeresztes egészségvédelmi tanácsadót* állítjuk fel („C” mintájú egészségház). Ebben csak egy váró- és egy tanácsadó-szoba van. Ez az egészségvédelmi tanácsadó gyakran más célra is szolgáló épületben nyer elhelyezést. Ezekre nem áldozunk sok pénzt, hisz senki sem lakik bennük. Hetenként egy-kétszer van csak bennük tanácsadás. Erre a célra primitívebb épület, primitív szoba és egyszerű felszerelés is megfelel, — csak tiszta legyen. Fala legyen fehérre meszelve, padlója lehet beton vagy deszkapadló. Ha egy ' szegény község csak egy helyiséget tud rendelkezésre bocsátani, az sem akadálya a jó munkának: nyáron a szabadban várnak az emberek, télen a tanácsadó szobába állított deszkafal különítheti el a munkahelyet a várakozó helytől. Természetesen kényelmesebben bonyolítható le az egészségvédelmi tanácsadás erre a célra épült szép egészségházban, de állandóan hangsúlyozom, hogy a lényeges a jó munka és nem a szép épület. A jó munka pedig az egészségvédelemben — mint ezt sokszor láttam — nem az épület milyenségétől, hanem az ott dolgozók képzettségétől, lelkiismeretességétől és lelkességétől függ.

Az egészségvédelmi körzetek *költsége* fejenként és évenként átlag 50—90 fillér. Tehát egy 5000 lélekből álló egészségvédelmi körzet év<sup>1</sup> költségzsüksége körülbelül 2500—3000 pengő. Ebben az összes személyi és dologi kiadások benne foglaltatnak. Ezeket a költségeket közösen viselik: az állam, a törvényhatóság és az érdekelt községek. Az állam fizeti mindig a zöldkeresztes védőnőt, viszont a tanácsadóhelyiségekről, a védőnői lakásról a községnek, illetőleg községeknek kell gondoskodniuk.

1937. év telén a Nemzeti Bank akkori elnöke, *vitéz Imrédy Béla* és a Pénzügyintézet Központ akkori elnöke, *vitéz Keresztes-Fischer Ferenc* körülbelül 3½ millió pengőt gyűjtöttek össze, amely összeg; mint „Falusi Szociális Alap” tekintélyes részében arra szolgál, hogy a legszegényebb falvakat egészségház építésében segítse. Ezekben rendszeresen védőnői lakás is van. Ezáltal az illető községek megszabadulnak a védőnői lakbérének a terhetől, úgyhogy a költségvetésükben az egészségvédelmi szolgálathoz való hozzájárulásként reájuk eső összeg aránylag igen kevés. Példaképpen bemutatom egy három községből (az egyik, „A”, lakosszáma 2500, a másiké, „B”, 1700, a harmadiké, „C”, 800) álló átlag-egészségvédelmi körzet költségvetését a megindulás évében. (A meginduláskor szükséges 568.— P-be kerülő bútorzat, mérlegek, háziápolási felszerelés nincs benne az alábbi költségösszeállításban.)

#### A) Személyi költségek.

Tanácsadó orvos tiszteletdíja .....	728.— P
Iskolaorvosi munka tiszteletdíja .....	160.— „
Tanácsadó orvos útiköltsége .....	104.— „
Iskolaegészségügyi munkát végző orvos úti- költsége .....	32.— „
Védőnői fizetése .....	1518.— „
Védőnői lakáspénze.....	303.60 „
Védőnői O. T. I.-járuléka (50%).....	57-6° »
Védőnői útiköltsége .....	560.— „
Védőnői ebédpótdíja (kiszálláskor) .....	140.— „
Takarítónői, mosónői stb.....	156.— „
összesen:	3759.20 P

#### B) Dologi költségek,

Egészségház bére .....	100.— P
Egészségház fűtése .....	64.— „
Egészségház világítása .....	10.— „
Községbeli két tanácsadóhelyiség bére .....	120.— „
Tanácsadók fűtése .....	36.— „
Tanácsadók világítása .....	5.— „
Nyomatványok .....	150.— „
Postaköltség .....	10.40 „
Vegyes kiadások.....	20.— „
Takarítószeres .....	15.— „
Tanácsadó fenntartása .....	100.— „
Kertgondozás stb.....	15.— „
összesen:	645.40 P

Személyi és dologi szükséglet együtt: 4404.60 P.

Fenti összeállítás szerint a fejenkénti és évenkénti költség: 83 fillér.

A felsorolt tételekhez magyarázatképen megemlítem, hogy a tanácsadó orvos tiszteletdíját tanácsadásonként 4.— pengőben állapítjuk meg. Feltételezzük, hogy egy tanácsadáson átlag 20 csecsemővel vagy gyermekkel tud az orvos megfelelően foglalkozni. Amennyiben a tanácsadáson megjelenők száma e fölé emelkedik, úgy még újabb tanácsadási órát állítunk be. A körzet megindulásakor például az egyik községben heti két napon tart az orvos tanácsadást. Ha a tanácsadáson megjelenők száma ismételten 20 fölé emelkedik, úgy engedélyt kap heti háromszori tanácsadás beállítására. Minél nagyobb tehát valamely körzetben az egészségház forgalma, annál nagyobb az orvos keresete.

Az iskolaegészségügyi vizsgálatokat végző orvos tiszteletdíja is a végzett munka szerint változik. Egyszerre az orvos átlag 20 gyermeket tud alaposan megvizsgálni, ennek fejében 4.— P-t kap.

A védőnő illetményeit az állam fizeti, s ez szolgáltatának éveit szerint emelkedik. A lakbére elesik, ha — ami gyakori — természetbeni lakást kap. Ha a védőnő kiszállása 6 óránál tovább tart, úgy 1.— pengő ebédpénzt kap.

Alábbiakban *Geday József dr.* m. kir. tisztiorvos érdekes tanulmányából példaképen közlöm a *Heves vármegyében lévő pétervásárai járás 1938. évi egészségvédelemmel kapcsolatos kiadásainak zárszámadási adatait.* A pétervásárai járás mind a 26 községében folyik a zöldkeresztes egészségvédelmi munka. A községek nyolc egészségvédelmi körzetbe vannak beosztva, ezek közül egy körzetben 1934-ben, kettőben 1935-ben, ötben pedig 1936-ban indult

#### A) Személyi kiadások.

Tanácsadó orvosok tiszteletdíja .....	3624.— P
Iskolaorvos tiszteletdíja .....	600.—
Iskolafogorvos tiszteletdíja .....	710.—
Orvosok útiköltsége .....	524.—
Védőnők fizetése .....	11.792.50
Vezetővédőnő pótdíja .....	180.—
Védőnők lakáspénze .....	1142.—
Védőnők OTI-járuléka (50%) .....	496.20
Védőnők útiköltsége .....	2510.42
Védőnők ebédpótdíja .....	911.—
Irodai kisegítő díja .....	20.—
Takarítónők bére .....	448.70

összesen: 22.931.82 P

B) *Dologi kiadások.*

Tanácsadóhelyiségek bére .....	2059.96 P
Tanácsadóhelyiségek fűtése.....	319.— „
Tanácsadóhelyiségek világítása .....	84.94 „
Takarítóeszközök .....	28.07 5»
Felszereléspótlás .....	<sup>22</sup> 3-77 »
Egészségházak fenntartása .....	52.56 „
Nyomatványok.....	201.42 „
Irodaszerek .....	15.74 „
Postaköltségek .....	91.3^ 3'
Fogászati anyagok.....	86.65 >»
Fogászati műszerek javítása .....	37-57 »
Fogászati felszerelés szállítása .....	21.50 „
Vegyes kiadás.....	5.— „
Antilueszes kezeléshez gyógyszerek .....	504.— „
Mesterséges tápszerek .....	403.44 „
Szociális segélyek.....	<sup>2</sup> 99-53 »

összesen: 4434.51 P

meg a munka. A járás lakóinak száma: 36.530, nagyobb részük törpebirtokos, földműves-napszámos, erdő- és bányamunkás. Egy egészségvédelmi körzet átlagos lélekszáma: 4566. A járásban tüdőbeteg gondozó és iskolafogászat is működik.

Személyi és dologi kiadásokra összesen tehát 27.366.33 pengő használtatott fel, ennek az összegnek 83.8%-a személyi, 16.2%-a dologi kiadásokra fordítottatott. Az 1938. évben fejenként a kiadás tehát 75 fillér volt. Tekintettel arra, hogy a járás 26 községe közül 25 államsegélyes, az állam a rendesnél nagyobb arányban (53,2%-ban) járult hozzá a költségek viseléséhez.

Ha a fenti összegből kikapcsoljuk a járási tüdőbeteg gondozóra és iskolafogászatra eső fenntartási költségeket, továbbá a felhasznált antilueticumok és szétosztott tápszerek árát, úgy körzetenként a kiadás 3042.39, fejenként és évenként pedig 66 fillér.

Geday dr. érdekesen elemezte a kiadásokat. Tanulmányából kiderül, hogy 1938-ban a járásban 15.536 látogatás kapcsán 3815 családot gondoztak, s eközben 20.951 szaklátogatást intéztek el. Egy család gondozása egy éven át 7.17 pengőbe került. A tanácsadásokkal kapcsolatos költségeket elemezve kiderül, hogy egy terhes állapotban lévő asszonnyal kapcsolatos tanácsadási költség 1.10 pengő, csecsemőnél ez a költség évi 3.71 pengő. Költséges volt — érthetőleg — a nemi betegek gondozása. A felhasznált gyógy-

szerek (salvarsan stb.) értékét is beleszámítva, egy nemi beteggel kapcsolatos tanácsadási költség: évi 19.14 pengő.

A védőnők a pétervásárai járásban 1938-ban a családlátogatókkal kapcsolatban községtől-községig számítva 12.432 kilométer utat tettek meg, aminek költsége 2514.95 pengő volt, s így egykilométeres út költsége 21 fillér volt. Ennek az útmennyiségnek 565%-át kocsin (szekéren), 12.9%-át vasúton, 20.6%-át személyautón, 4.4%-át autóbuszon, 0.4%-át kerékpáron és 51 %-át gyalog tették meg.

Az 1938. évben a pétervásárai járásban gondozás alatt volt:

terhes asszony .....	742
csecsemő .....	1570
kisgyermek.....	3117
iskolásgyermek .....	877
tüdőbeteg .....	261
nemi beteg .....	75
egyéb.....	463

A falusi egészségvédelmi munkának első hét éve a tanulmányozásnak, a munkamódszerek gyakorlati kipróbálásának volt az ideje. Lépésről-lépésre kellett haladnunk: először magunknak kellett megbizonyosodnunk afelől, hogy jó úton haladunk, azután másokat kellett meggyőznünk arról, hogy a falusi egészségvédelemnek ez az úgynevezett zöldkeresztes egészségvédelmi rendszere megfelel a magyar falu közegészségügyi problémáinak, megfelel a falu lelkületének és — pénztárcájának.

1933. év őszén bízott meg *Scholtz Kornél* államtitkár javaslatára *vitéz Keresztes-Fischer Ferenc* belügyminiszter, hogy dolgozzunk ki tervet arra vonatkozólag, hogy miképpen lehetne ezt a munkát az egész országban megszervezni. Munkatársaimmal, elsősorban *Gaál András dr.* közegészségügyi felügyelővel 10 éves tervet készítettünk. Elgondolásunk szerint az egész országot 10 év alatt be lehetne hálózni a zöldkeresztes egészségvédelmi szervezettel. Ez a terv az egyes években az alább feltüntetett számban kívánt falusi egészségvédelmi körzeteket szervezni:

1934. június 30-án már működött körzetek száma: 57. A 10 éves terv szerint tervezetett költségvetési évenként:

Költségvetési év	Tervezett új körzetek száma	Megindult körzetek száma
1934/35.	30	28
1935/36.	30	39
1936/37.	50	33
1937/38.	50	44



Költségvetési év	Tervezett új körzetek száma	Megindult körzetek száma
1938/39.	80	102
1939/40.	110	
1940/41.	110	
1941/42.	110	
1942/43.	110	
1943/44.	120	

1933-ban, amikor a tervezet elkészítésére megbízást kaptunk, nem állapíthatunk meg 10 évnél rövidebb időt a falusi egészségvédelem kiépítésére. Számolnunk kellett azzal, hogy ezt a *munkát csak ott lehet megszervezni, ahol a közönség szívesen fogadja*. Akkor még nagyon élénken élt emlékezetünkben, hogy 1926—27-ben még alig akadt külső hatóság, amely a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat mellé állt volna, sőt többfelé — ahol a Rockefeller Alapítvány és az állam pénze segítségével azt megszervezni szerettük volna —, ezt nem fogadták el, illetve elhúzódtak tőle. Az első, aki felismerte ennek értékét a falusi lakosság szempontjából és felajánlotta segítségét: a gödöllői járás főszolgabírája, *vitész Endre László* volt, aki azóta is egyik leglelkesebb támogatója a falusi egészségvédelmi munkának.

A másik ok, amiért nem tervezhettük rövidebb időre az ország egészségvédelmének megszervezését, az volt, hogy tudtuk, hogy csak *erre a munkára képzett személyzettel* tudjuk a tervet végrehajtani. Gondoskodnunk kellett ezt a munkát ismerő tisztiorvosokról, közsegi-, körorvosokról és erre képzett védőnőkről.

Végül tekintetbe kellett vennünk az *előrelátható pénzügyi lehetőségeket* is. Megemlítem, hogy nem foglalkoztunk e tervezetben az anya- és csecsemővédelem megszervezésével azokon a területeken, ahol az *Országos Stefánia-Szövetség* anya- és csecsemővédőintézetei már működtek. Kikapcsoltuk továbbá a tervből a városokat, s azokat a községeket is, amelyekben a lélekszám 6000 felett volt, ahol a szervezés korábbi megállapodásunk értelmében a Stefánia-Szövetség feladata maradt. A *belügyminiszter úr és a kormány 1933 év telén elfogadták a fent ismertetett, úgynevezett 10 éves tervet* s ennek megfelelően folyik most már hatodik éve a falusi egészségvédelmi körzetek szervezése.

Számításunk, úgy látszik, nagyjából helyes, legalább is reális volt, mert az első öt évre tervezett 240 egészségvédelmi körzet helyett 246-ot sikerült megszervezni. Most pedig az a helyzet, hogy a szükséges személyzet ez évtől kezdve a szükséges számban rendelkezésre fog állni, s reméljük, a pénzügyi feltételek is meglesznek és így nem lesz továbbra sem akadálya az eredeti terv szerinti szervezésnek.

A *Felvidék* egy részének és *Kárpátaljának* visszaszerzésével a 10 éves tervben körvonalazott feladat bővült. A terv azonban ezekre a területekre vonatkozólag is ugyanaz, mint az ország többi részére. Fél év alatt ezen a területen már 54 egészségvédelmi körzetet szerveztünk meg. úgy látjuk, hogy a lakosság ott is nagy szeretettel fogadja a zöldkeresztes egészségvédelmi munkát.

Mint fentebb már említettem, a munka sikerének egyik feltételét abban láttam, hogy megfelelően képzett, a célkitűzéseket s a munkamódot jól ismerő személyzetünk legyen ott, ahol az egészségvédelmi munkát megakarjuk indítani. Ezért már kezdettől fogva nagy súlyt helyeztünk arra, hogy az *egészségügyi személyzet képzésébe* bekapcsoljuk a *zöldkeresztes egészségvédelmi munkára vonatkozó elméleti és gyakorlati ismereteket*. A tisztiorvosi, a közvédelmi orvosi tanfolyamon a zöldkeresztes egészségvédelem központi vezetői és a külső szolgálatok vezetői ismertetik e munka elveit és módját. A tisztiorvosi tanfolyam hallgatói heteken át résztvesznek a gödöllői és mezőkövesdi egészségházak munkájában. A zöldkeresztes egészségügyi védőnők hónapokat töltenek — ugyancsak vezetés alatt — különböző egészségvédelmi szolgálatokban. A tisztiorvosi karunknak ma már körülbelül kétharmadrésze a tanfolyam révén ismerte meg ezt a munkát, a többiek részben a kiadványainkból ismerkedtek meg ezzel, részben az egészségvédelmi körzetekben tett látogatásaik kapcsán. Nagy segítséget jelentett *Kontra* és *Bielek* tisztiorvosoknak, a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat e két — talán legrégebbi, lelkes harcosának „*A falu egészségvédelme*” című munkája, amely részletesen ismerteti a zöldkeresztes egészségvédelmi munka módszerét.\* Ezt a könyvet jól használhatják az egészségvédelmi szolgálatokat vezető községi-körorvosok is.

A védőnők kivétel nélkül már hónapokon át a zöldkeresztes egészségvédelmi körzetekben kaptak gyakorlati kiképzést. Ennek a képzésnek kialakításában, de különösen a védőnők munkájának megszervezésében, *Steiler Mária*nak, a zöldkeresztes védőnők volt főnökszonyának vannak nagy érdemei.

Hazánkban tehát ma már abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy *olyan közegészségügyi személyzettel dolgozhatunk, amely a falusi egészségvédelmi munka elméletét és gyakorlatát jól ismeri.*

A falusi egészségvédelmi munka fejlődését nagyban elősegítette a tisztiorvosi karnak 1936. július 1-én végrehajtott államosítása és a magánygyógyászat eltiltása (1936. évi IX. te). A kiadott végrehajtási utasítás (670/1936. B. M. sz. rendelet) megengedi a tisztiorvosok

\*Éppen emiatt itt nem ismertetem a zöldkeresztes egészségvédelmi munka módszerét, hanem utalok Kontra és Bielek könyvére.

főorvosoknak és tisztiorvosoknak, hogy az egészségvédelmi intézményekben szolgálatot vállaljanak. A tisztiorvosok tehát nemcsak irányítói és ellenőrzői az egészségvédelmi szolgálatoknak, hanem — ha erre megfelelő képzettségük van — a szolgálatnak valamelyik tanácsadását (például a tüdőbeteggondozót) is vezethetik. Rendesen a tisztiorvosok végzik az iskolásgyermek egészségvédelmével kapcsolatos vizsgálatokat. Az egyes egészségvédelmi tanácsadásoknak vezetői — amennyiben ilyenek az illető községben vannak — szakorvosok.

Ismételten feltették már nekem a kérdést, mért neveztük el a magyar általános egészségvédelmi szolgálatot „*zöldkeresztes*” egészségvédelmi munkának, amely név azt a látszatot kelti, mintha ez társadalmi tevékenység lenne. Kétségtelen, hogy a zöldkeresztes egészségvédelem nem társadalmi munka, hisz a vezetése állami intézet, az Országos Közegészségügyi Intézet kezében van; külső irányítói és ellenőrzői a m. kir. tisztii főorvosok és tisztii orvosok; helyi vezetői is többnyire hatósági orvosok; védőnői állami intézetekben képzett, az állam által alkalmazott és fizetett védőnők, költségvetéseinek bevételei pedig állami, törvényhatósági és községi forrásból származnak. Gondot fordítottunk azonban mindig arra, hogy a társadalom figyelmét erre a munkára reátereljük, egyrészt, mert egészségvédelmet csak a közönség aktív részvételével lehet megszervezni: csecsemőket, kisdedeket például csak akkor lehet hatásosan gondozni, ha időnként behozzák őket az egészségháza vagy védőintézetbe. Másrészt az egészségvédelmi munkához kapcsolódó szociális segítséget — elsősorban a falun — a társadalomtól kell kérnünk. Pszichológiai okokból kívánatos volt, hogy azt a munkakört — amelyben a társadalom aktív részvételét kívánjuk, illetve, amelyhez a társadalom hozzájárulását biztosítani akarjuk —, olyan külön névvel illessük, amely a társadalomnak ezt az óhajtott részvételét feltételezi. Kívánatos volt továbbá azt a sokirányú egészségügyi és szociális tevékenységet, amely a falusi nép egészségügyi és szociális helyzetének javítása érdekében folyik, egy közös névvel, illetve jellel illetni. Ennek a sokféle akciónak (zöldkeresztes kutak, zöldkeresztes étkeztetési akció, zöldkeresztes ingyentej-, ingyen cukorakció stb.) egyik legfontosabb ága a falusi zöldkeresztes egészségvédelmi munka, amely ma már megszerezte a falusi nép érdeklődését és szeretetét, s amely — mint ezt egy másik fejezetben ismertetni fogom — már eredményekre is hivatkozhat.

A *zöldkeresztes jelvényt, megjelölést, illetve elnevezést* a belügyminiszter 237.250/1937. B. M. rendeletével védelem alá helyezte. Ez a rendelet megállapítja, hogy az a személy, aki az Országos Közegészségügyi Intézet faluegészségügyi tevékenységében részt vesz,

az Országos Közegészségügyi Intézettől kapott „Zöld Kereszt” jelvényt jogosult viselni. Ezt a jelvényt, megjelölést, illetve elnevezést kizárólag az Intézet tevékenysége körében szabad használni vagy alkalmazni, s ezzel jelölhet az Intézet tárgyakat is (kút, épület, élelmiszer-csomag stb.), amelyek faluegészségügyi célokat szolgálnak.

Könyvemben nem foglalkozom az *Országos Stefánia Szövetség* értékes anya- és csecsemővédelmi tevékenységével. A Stefánia Szövetség munkáját a városokban kezdte, majd a nagyközségekben folytatta. A Szövetséggel kötött — sa belügyminiszter által is jóváhagyott — megállapodás értelmében az Országos Stefánia Szövetség a szervezést a 6000 lélekszámúnál kisebb községekben nem folytatja. Könyvem pedig elsősorban a 6000 lélekszámúnál kisebb községek közegészségügyével foglalkozik. Ezekben a Zöld Kereszt szervezi az egészségvédelmet.

Végül megemlékezem arról a kísérletről, amelyet Békés megyében indítottunk el. A m. kir. tisztii főorvos, az Állami Gyermekmenhely és az Állami Kórház igazgatójának bekapcsolásával *Gyermekvédelmi Központ-ot* szerveztünk. Ennek feladata, hogy a vármegye gyermekvédelmi munkájába bekapcsolja az Állami Kórházat és az Állami Gyermekmenhelyet és így a gyermekek egészségügyi védelme számára biztosítsa azt a nagy segítséget, amit ennek a két nagy intézménynek személyzete és felszerelése nyújthat. Az utóbbi időben fokozott mértékben arra törekszünk, hogy a gyermekmenhelyek a védelmükbe vett gyermekeknek ne csak a szociális helyzetén segítsenek azzal, hogy felveszik őket állami gondozásba, hanem a gyermekek egészségügyi gondozását is ellássák. Ezért a menhelyeknél fokozatosan szakorvosokat alkalmazunk. A gyermekvédelmi központon át ezek a szakorvosok a menhely keretébe nem tartozó gyermekek egészségügyi vizsgálatában és ellátásában is részt vesznek. Az Állami Kórház pedig szükség esetén a kórházi ellátást biztosítja.

A gyermekvédelmi központ tehát a gyermekvédelem érdekében egy egységbe kapcsolja össze a betegség megelőzését, a gyógyítást és a szociális gondozást szolgáló különböző intézményeket. A közegészségügyi szolgálat egyik terén: a gyermekegészségügyi munka terén törekszik ezek közt az együttműködést, egymás munkájának kiegészítését biztosítani.

# EGÉSZSÉGÜGYI PROPAGANDA.

A közegészségügyi — de különösen az ú. n. egészségvédelmi munka hatásosságának egyik fontos feltétele, hogy a közönség részt vegyen ebben a munkában. A közönség részvételére csak akkor számíthatunk, ha megismertetjük vele célkitűzéseinket, a közegészségügyi munka menetét, részvételének módját és az elérendő, illetve a már elért eredményeket.

Az egészségügyi propaganda részben az *egyén*, részben a *köz* egészségügyi kérdéseivel foglalkozik. Az előbbinek célja: megismertetni az egyént az egészséges élet feltételeivel, a higiénés életmód szabályaival, az egyéni egészségvédelem, a betegségek elleni küzdelem módjaival. Az utóbbi azokat a tényezőket ismerteti, amelyek szűkebb, vagy tágabb néprétegek vagy csoportok egészségét befolyásolják. Reámutat a kollektív egészségvédelem lehetőségére, ennek célszerű, egyszerű módjára; a közegészségügyet a közösség legfontosabb problémái sorába törekszik állítani. Így törekszik előteremteni a közegészségügyi munka erkölcsi és anyagi feltételeit.

Az egészségügyi propaganda tárgya: orvosi, közegészségügyi természetű; módszerei viszont pedagógiaiak. Célját az oktatás, a felvilágosítás, a nevelés, a szoktatás útján törekszik elérni.

Az egészségügyi propaganda *gyakorlati módszerei* rendkívül sokfélék. Az egészségügyi versektől a színpadig, a vetítettképes előadástól a hangosfilmig, a rádióelőadásokon, egészségnapokon, egészségügyi kiállításokon keresztül az egészségügyi múzeumokig az egészségügyi tanításnak sokféle lehetősége kínálkozik. Kívánatos ennek minél több fajtát, változatát igénybevenni.

Az egészségügyi ismeretterjesztés módját azoknak általános és szakismereteihez kell szabni, akikhez — a látás vagy hallás szervén át, esetleg mindkettőn keresztül —, szólunk. Igen nehéz egy időben különböző képzettségű, különböző fokú műveltséggel rendelkező emberek előtt ugyanazt a kérdést érthető, illetve élvezhető formában előadni.

Az egészségügyi ismeretterjesztés legismertebb formája: az *élő szó*, az *előadás*. Ennek egyik legrégebb és igen hatásos alakja az *egészségügyi tanácsadás*, amit a házi orvos ad a gondjaira bízott család tagjainak. A közvetlen ismeretközlésnek további módját láthatjuk az orvos, illetve a védőnök munkájában az egészségvédelmi tanácsadásokon és a védőnök családlátogatásakor. Az ismeretter-

jesztésnek ezek a módjai azért értékesek, mert az illetők műveltségéhez, ismereteihez, különleges egyéni viszonyaihoz és problémáihoz szabottak. A védőnő családlátogatásai alkalmával a viszonyok teljes ismeretében adhat egészségügyi tanácsokat az anyának, a családnak.

A csoportok részére tartott *egészségügyi előadások* már kevésbé számolhatnak az egyes egyének különleges viszonyaival. Az előadó általánosabb jellegű kérdésekről szólhat, az adott tanácsok is típusesetekre vonatkoznak. A hallgatóknak maguknak kell az előadot-takból kiválasztaniuk a reájuk vonatkozókat, alkalmazni saját viszonyaikra. Ez már tehát bizonyos kritikát, mérlegelést kíván meg a hallgatótól. A primitívebb embereknek tehát megfelelőbb az előbb említett *egyéni* egészségügyi oktatás. Falusi emberek részére egészségügyi előadások tartására nem mindenki alkalmas. Szakemberektől, — és szakemberekről —, gyakran halljuk, hogy milyen nehezen tudnak szakmájuk körébe eső kérdéseket egyszerű embereknek jól, érthetően előadni. A falusi ember általában nem szeret előadásra menni. Különösen nyáron, erős munka idején ne is törekedjünk őket arra reábírní, hogy egészségügyi előadásra elmenjenek. Hiábavaló törekvés lenne! A késő őszi, téli hónapokat használjuk fel erre.

Az előadás legyen közvetlen, kapcsolódjék bele az ő életük eseményeibe, a helyi történésekbe, eseményekbe. Legyen időszerű és az illető helyhez szabott: télen ne beszéljünk a nagy meleg hatá-sáról a csecsemőre és ne beszéljünk az úszás egészséges voltáról ott, ahol víz csak a kutakban van. A fertőző betegségekről szóló népszerű előadásoknak még nem is olyan régen rendes tárgya volt az ázsiai kolera, — amely hazánkban két évtized óta egyáltalán nem fordult elő, azelőtt is csak ritkán.

Az egészségügyi előadást *orvos tartsa*. Elemi iskolás gyermekeknek az iskolában az egyéni egészségügy elemi kívánalmairól az egészségügyi védőnők is tarthatnak tanácsadásszerű előadást. Erre a védőnőképzés folyamán készülnek is. A védőnők más csoportoknak csak orvos felkérésére, az ő működésük körébe tartozó kérdésekről tarthatnak előadást.

míg egyrészt egészségügyi előadások tartására az orvost tartjuk hivatottnak, másrészt igen kívánatosnak tartjuk azt, ha nem orvosok (pl. tanító, lelkész) felhívják a figyelmet az egészségügyi kérdések fontosságára. Azt is szokás mondani, hogy néha a közönség jobban elhiszi valamely közegészségügyi kérdés fontosságát egy laikusnak, mint az orvosnak („aki a saját portékáját árulja”). Ezért is kívánatos a helyi intelligencia és az orvos szoros együttműködése. Egy jó, kedvelt előadó felhívja a figyelmet valamely egészségügyi problémára, amelynek megoldási módját azután az orvos adja elő. Természetesen nehéz az orvos helyzete, ha rossz előadó. De az

előadóképességben is lehet fokozatosan fejlődni. Nem egyszer nagyobb a sikere egy előadó orvosnak idegen községben, mint a saját falujában („Nemo propheta in patria sua”).

Élénkíti az előadást, ha ehhez az úgynevezett „*verbal*” *propagandához* az úgynevezett „*visualis*” *propaganda* is társul. Fali-ábrák, vetített képek, filmek segítik a megértést, ébrentartják a figyelmet. Mielőtt a filmekről részletesebben szólnék, az *egészségügyi rádióelőadásokról* kívánok megemlékezni.

A *Magyar Rádió* — hála elnökgazgatója, *vitéz leveldi Kozma Miklós* nagy megértésének — mindig nagy előzékenységgel állott és áll az egészségügyi ismeretterjesztés rendelkezésére. Most már évek óta havonta egyszer, vasárnap a déli órák alatt negyedórás „*Egészségügyi Kalendárium*” címen közöl az Országos Közegészségügyi Intézetből aktuális híreket. Ezeket már évek óta az Intézet adjunktusa, *Faragó Ferenc dr.* állítja össze és olvassa fel. Ezek a hírek az illető hónapban adódó különböző közegészségügyi kérdésekről adnak, egyenként párperces, ismertetést. A „*Kalendárium*” gyakorlati kérdésekről szól, egyszerű, laikusok számára jól érthető formában. Sokszor szerepelnek benne a falusi közönséget érdeklő ismertetések.

Most állapotunk meg a Rádió vezetőségével abban, hogy előre kidolgozott program szerint nagyobb léleketű, rendszeres egészségügyi előadásokat iktatnak be a Rádió műsorába.

Hangsúlyozom újra annak a nehézségét, hogy a rádión keresztül egyszerre igen különböző műveltségű és tudású hallgatóságához szól az előadó. A Rádió vezetőségének rendelkezésére állanak adatok, hogy bizonyos órákban főleg kik hallgatják az előadást. Ehhez lehet azután szabni az elmondandókat és az előadás formáját.

Nagyon hálásak vagyunk a Rádió vezetőségének azokért a *helyszíni közvetítésekért*, amelyeket különböző egészségügyi intézményekből rendezett. Az egészségvédelmi tanácsadásokról, a tejakcióról szoltak ezek a közvetítések, amelyek sikerét *Budinszky Sándornak*, a Rádió előadójának köszönhetjük, aki Faragó doktorral együtt szervezte meg ezeket.

Az egészségügyi ismeretterjesztésnek másik fontos eszköze a *nyomtatott betű és kép*.

Ennek segítségével már a gyermekkorban — az olvasókönyv kis egészségügyi vonatkozású elbeszélésein, olvasmányain keresztül — beleültethetjük az egészség értékére, megvédésének fontosságára és lehetőségére vonatkozó ismereteket a gyermek lelkébe. Ezek az első ismeretek mély gyökeret vernek a gyermeki lélekben és az egészség értékének gondolatával felnövő ifjúságon keresztül új, az egészségével törődő társadalom születését mozdítják elő. Ezek a különböző tankönyvekben található, egészségügyi kérdésekkel is

foglalkozó olvasmányok legalább olyan értékesek, mint az úgynevezett egészségügyi előadások.

Az egészségügyi propagandairatok formája igen változatos lehet. Az egyszerű rölapoktól, a kis, egyes egészségügyi kérdéseket ismertető füzeteken át az egészségügyi folyóiratokig az egészségügyi ismeretterjesztés sok fajtát használják külföldön és hazánkban az egészségügyi tudnivalók népszerűsítésére.



118. Egészségügyi propagandaplakát.

Ügyes rölapokat készítettett Tomcsik prof. a falusi lakosság számára, melyeken a szöveget vázlatos ábrák tarkítják. A tuberkulózis kérdéséről, az anya- és csecsemővédelemről készültek már régebben kis ismerető füzetek, az előbbieket a Tuberkulózis elleni Küzdelem Országos Bizottsága, az utóbbiak az Országos Stefánia Szövetség kiadásában. Ugyanez a Szövetség adja ki már évek óta a „Magyar Anyák Naptárát”. A falusi lakosságnak szánt népszerű egészségügyi folyóiratunk nincs.

Igen értékesek az egészségügyi kérdések iránti figyelem felkeltésére és bizonyos ismeretek terjesztésére a plakátok. Igen jó magyar egészségügyi plakátok készültek az Egészségügyi Propaganda Központ, a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága és az Országos Stefánia Szövetség kiadásában. Újabban az Országos Közegészségügyi Intézet készítettetett főleg a falusi zöldkeresztes munka támogatására szánt művészi plakátokat. Igen jól ismertek voltak az alkoholelleses küzdelemmel kapcsolatban, továbbá a tejfogyasztás propagálására kiadott plakátok.

Sokat foglalkoztak a filmnek egészségügyi propaganda céljára való felhasználásával. Elég nagy számban készültek egészségügyi tárgyú filmek. Az a tapasztalatom, hogy a propagandának ez a



formája eddig nem bizonyult nagyon sikeresnek. Mindenekelőtt meg kell állapítanom, hogy legalább olyan nehéz jó, egészségügyi tárgyú filmet készíteni, mint ilyen tárgyú színdarabot írni. Ne felejtjük, hogy a közönségnek igényei a filmek tekintetében igen magasak. A közönség ma már megszokta, hogy kitűnő művészek játszanak a filmben, a darab nagy gonddal kiválasztott vagy felépített környezetben játszódik, a film technikai elkészítése tökéletes. Ehhez járul ma még az is, hogy ma már hozzászokott a közönség a hangosfilmhez. Jó, érdekes film elkészítése rendkívül költséges. Emellett ismételtén észlelhettük azt, hogy a film elég hamar elavul. Így például a pár évvel azelőtt készült filmben szereplő nők a divat változásával mosolyt váltottak ki régi divatú kalapjukkal vagy ruhájukkal stb. Természetesen egy eldugott falu igényei e tekintetben kisebbek, mint a város igényei. Az *Egészségügyi Propaganda Központ, Poltermann Artúr dr.* lelkes vezetése mellett annak idején sokat foglalkozott falun filmek bemutatásával. A filmanyag azonban — amit ő készítettett — azóta nagyrészt elavult, újabb pedig nem készült. Egyelőre, úgy gondolom, nem számíthatunk arra, hogy a falusi egészségügyi propagandába a filmet bekapcsolhassuk. Viszont nagyon kívánatos lenne, ha az iskolák keskenyfilmanyagába minél több egészségügyi tárgyú filmet beleillesztenének.



119. Egészségügyi propagandaplakát.

A *Magyar Filmiroda* megértése folytán megkísérelhettük, hogy a *Heti Híradóba* kapcsoljunk be egészségügyi anyagot. Több, két perc alatt lepergő ilyen egészségügyi tárgyú film készült és ezeket beleillesztették a heti híryanagba. Tekintve a film nagy népszerűségét, ezeket a filmjeinket igen sokan látták, úgy gondolom, hogy ezt folytatni kívánatos lenne.

Az egészségügyi propagandának értékes eszközei az *egészségügyi múzeumok* és az *egészségügyi kiállítások*.

A falusi egészségügyi propaganda szempontjából az *egészségügyi múzeumok* értéke igen korlátolt. A falusi népet alig lehet nálunk reábirni arra, hogy egészségügyi múzeum megtekintése céljából nagyobb utazást tegyen. Hazánkban Budapesten a *Társadalom-egészségügyi Intézet és Múzeum*\* hatalmas anyaggal rendelkezik, ennek azonban csak kis része faluegészségügyi vonatkozású. Az egészségügyi múzeumok fenntartása meglehetősen költséges, ha az elavult anyagot, a régi táblázatokat stb. időnként kicseréljük. míg például a szépművészeti múzeumok általában annál értékesebbek, minél régiebbek, addig a higiéné-múzeumok, ha régiek, többnyire feleslegesen sok csak történeti — és nem aktuális érdekességű — anyagot őriznek és mutatnak. Nem egyszer látjuk azt, hogy a múzeum anyagának túlnagy része szolgál az anatómia és élettani ismeretek demonstrálására, és ehhez képest kevés az anyag az egészségügyi tudnivalók bemutatására.

Az elmondottak korántsem kívánják a jó higiéné-múzeum propagandaértékét lebecsülni, csak a nehézségekre kívánunk reámutatni. A felsorolt nehézségek lehetetlenné teszik azt, hogy egy ország nagyszámú egészségügyi múzeumot létesítsen. Így a meglévő, egy-két múzeum messze esik a falu népétől s ezért a falusi egészségügyi propaganda ennek nem igen veheti hasznát.

Sokkal értékesebbek a falu szempontjából az ú. n. *egészségügyi vándorkiállítások*. Ezek jól és praktikusán csomagolható, könnyen szállítható egészségügyi kiállítási anyagból állanak, amelyeket faluról-falura lehet szállítani, ott felállítani és bemutatni. Gazdag államok nagy — bútorszállító kocsikhoz hasonló — teherautókat, esetleg traktoroktól vont pótkocsikat rendeznek be ilyen kiállítási anyaggal. A kiállítási gépkocsi-oszlop községről-községre megy. Alkalmas téren egy-két napra megáll. A közönség a kocsikban tekinti meg az anyagot. Máskor a gépkocsi az anyagnak csak szállítására szolgál. A kiállítást a község valamely nagyobb termében (a kultúrházban, a községházán, az iskolában stb.) rendezik.

Hazánkban ennél olcsóbban törekszünk megoldani a falusi vándorkiállítások anyagának szállítását. Az *Országos Közegészségügyi Intézet szállítható falusi kiállítási anyagának* magja falitáblákból áll, amelyeket *Tomcsik* professzor készített. Ezek egyforma méretű, 1 X 1,2 méter nagyságú ábrák, amelyek szélén kb. kétujjnyira előugró perem (ráma) van. Az ábrák alapja festett deszkalap. Az ábrát művész ecsetje egy második deszkalapra fes-

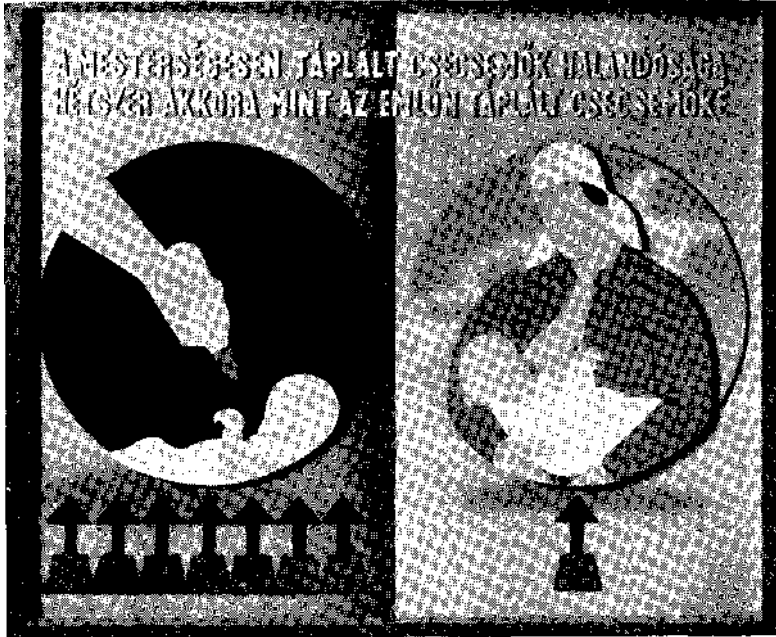
\*1938 óta az Országos Társadalombiztosító Intézet tulajdonában van. Igazgatója: Gortvay György d



120. Falusi vándorkiállítási falitáblák.

tette. A kép kontúrjainak megfelelően körülfürészelt ezen második deszkalap az elsőre — mint alapra — van ráerősítve. A képen egyes tárgyak (pl. veder, kosár stb.) festés helyett az illető tárgy anyagából készültek. A táblákon egyszerű, rövid, jól érthető szöveg van.

Ezek a táblák egymásra helyezhetők (a peremek az összekarcolódástól védik a képeket), ötösével vagy tízesével ládába kerülnek s így szekéren könnyen szállíthatók.



12 1. *Falusi vándorkiállítási falitábla.*

Ezt az anyagot egyéb kisebb kiállítási tárgyak (modellek stb.) egészítik ki.

A felállításkor kívánatos, hogy valami díszítőanyag álljon rendelkezésre. Nagyon emeli e művészi anyag hatását, ha a helyiség falait megfelelő fedőanyaggal (juta, molinó stb.) fedni lehet. Ez azonban már elég költséges. Minél egyszerűbb felületre tudjuk ezeket a táblákat helyezni, annál inkább kötik le a figyelmet. Szemmagasságban helyezzük el őket. Ne legyen a fal ezekkel zsúfolva. Ha a terembe helyenként valami zöld növényt (esetleg fenyőgallyakat) helyezünk, ez csak emeli a jó benyomást. Igen szépen mutat ez az anyag egy iskolának frissen fehérre meszelt tantermeiben.

Kívánatos, hogy az egészségügyi kiállításon helyi vonatkozású anyag is szerepeljen. Az illető község születési, halálozási, csecsemő-halálozási adatait, illetve ezek változását (legalább az elmúlt 10—15 év alatt) könnyű csinos, tanulságos formában bemutatni. Erre vonatkozólag az Országos Közegészségügyi Intézet szívesen szolgál tanáccsal.



122. Falusi vándor kiállítási falitábla.

A kiállítást helyi „rendezőbizottság” készítse elő. E bizottságnak juttassunk szerepet az anyag felállításában, a díszítésben, rendezésben a kiállítás megnyitásakor.

Célszerű a kiállítást — nem munkanapon, amikor a falu népe nem ér rá — kis ünnepség keretében megnyitni. Ne csináljunk nagy ünnepséget sok, idegenből meghívott notabilitással. Az ilyen ünnepélyeknek nem egyszer az a hibájuk, hogy az „előkelőségek” egymást üdvözlik, egymásnak szépeket mondanak, s a nép — akinek a kedvéért az egész kiállítás készült — egészen a háttérbe szorul.

Feltétlenül juttassunk az ünnepélyen szerepet a falu jegyzőjének, bírójának és a rendezőbizottság képviselőjének.

Gondoskodjunk a kiállítás állandó őrzéséről és a megfelelő magyarázóról. Célszerű, ha a kiállítás ideje alatt, a nap bizonyos órájában, a községi- vagy körorvos magyarázza az anyagot. Egyébként pedig egészségügyi védőnő szolgáljon magyarázattal.

Az egészségügyi kiállításokat elég gyakran ú. n. „Egészség Napok” (vagy „Egészség Hét”) keretében rendezik. Ezek rendezése igen változatos formában történhet. Ezeken a napokon a kiállítás-



123. Gyermek felvonulása az „Egészség Nap”-on Mogyoród községben.

sal kapcsolatban előadások, esetleg filmvetítések, az iskolásgyermek közt egészségügyi versenyek útján hívják fel a figyelmet az egészséges élet feltételeire, az egészség megvédésének módjára. Ezeknek sikere elsősorban a lelkes, ügyes és tanulékony rendező érdeme. Sok szép ilyen „Egészség Nap”-ot láttunk, amelyeken nagy ember-tömegeket mozgattak meg az egészség gondolatának jegyében — s az egész alig került valamibe. A népviseletbe öltözött anyák felvonulása csecsemőikkel mindig megkapó szép látvány. A talicskákban tolt, vagy szekereken csoportosan ülő, tisztára mosdatott, tarka színekbe öltöztetett kisgyermek után az iskolásgyermek csoportjai jöttek újságpapír csákóban, az egészség megvédésének fontosságát hirdető táblákkal. A levették egészségtől duzzadó sorai után szimbolikus csoportok tanúskodtak a rendezők találékonyaságáról. Ezután az előző napokon tartott egészségversenyek nyertesei-

nek jutalmazása következett. A jutalmak: szappan, törülköző, mosdótál, fogkefe stb. Délután gyakran színelőadás, vagy a leventék gyakorlatai szórakoztatták a közönséget.

Mindezt a változatos programot az egészség gondolatának a szolgálatába kell beállítanunk. Bármilyen hasznosak azonban ezek az egészségügyi kiállítások, az Egészség Napok, — ezek hatásukat csak rövid időn át éreztetik, ha nincs azután folytatásuk. Nem újabb kiállításokra, újabb ünnepekre gondolok, hanem arra, hogy a hatóságok, az orvos, a védőnő törekedjenek az egészség védelmének, megőrzésének gondolatát belevinni a lakosság mindennapi életébe, gondolatvilágába és törekedjenek ébrentartani a népben azokat az ismereteket, amelyeket az elhangzott előadásokon, az egészségügyi kiállításon szereztek.

Az egészségügyi propaganda szője át a népnek egész életét, jelentkezék ott és úgy, ahol és ahogy erre alkalom és lehetőség kínálkozik. Legyen változatos, hogy meg ne unják; neveljen, tanítson és szoktasson az egészséges életre.

## S Z O C I Á L I S   G O N D O Z Á S .

Az egészségvédelmi munkát igen sok esetben szociális gondozással kell kiegészíteni.

Városokban a hatósági szociális gondozásnak megvannak a megfelelő szervei; ezenkívül a társadalom az egyesületein keresztül siet az elesettek segítségére.

Falun a szociális gondozás eddig meglehetősen szervezetlen volt. A téli időkben a szegények részére szervezett népkonyha, a gyermekek étkeztetése, a cukor-, tejakció, a segélyek osztása és sok egyéb kisebb-nagyobb akció — mind bizonytalan alapokon mozgott, ha a segítség *szociális indikációját* kellett volna felállítani. A falu jegyzője nagyjából ismeri a falujabelieket s meg tudja állapítani a reászorultságot. Azonban sem ideje, sem képzettsége nincs ahhoz, hogy kutassa a segítségre utaltság okát, eredetét. Egy családos cigányzenésről például megállapítja, hogy nincs mit enniök, ezért vagy a népkonyhára utalja be őket, vagy másképp szerez nekik ételt, vagy pénzt ad nekik. A nyomor ilyen kezelése tüneti kezelés. Amikor a pénz vagy az élelem elfogyott, vagy a népkonyhára szóló beutalás lejárt, a cigányzenész újra jelentkezik, s esetleg újabb „tüneti kezelésben” részesül. Ha azonban valaki ebben az esetben a reautaltság *okát* kutatná, reájönne arra, hogy a zenész azért keresetképtelen, mert nincs fekete ruhája, — enélkül pedig nem veszik be a zenekarba. Az „oki” (és nem tisztán „tüneti”) megoldása a zenész és családja problémájának az, hogy ahelyett, hogy heteken-hónapokon át alalmaznát adunk a családnak, fekete ruhát szerzünk a családfőnek — esetleg törlesztésre adjuk azt neki. A zenész ezáltal bejuthat a cigánybandába, keresni fog, családját el tudja tartani. (*Steller Mária dr.* észlelte a leírt esetet.)

*A szociális gondozás etiológiai („oki”) megoldása felderítő, kutató munkát tételez fel, amit csak ebben képzett ember tud végezni.*

A városok egy részében már működnek képzett szociális gondozónők. A falun — különösen a kis falvakban — ilyenek alkalmazásáról egyelőre nem lehet szó.\* A jegyzők mellé tavaly beállí-

\* A visszacsatolt Felvidéken és Kárpátalján a „Magyar a magyarért” mozgalom beállított szociális gondozónőket. Értékes munkájukról azért nem szólok, mert könyvem csak a trianoni ország viszonyait ismerteti.



tott kisegítő munkaerők a szociális munkára — szakképzettség hiánya miatt — képtelenek. Ki végezze akkor ezt a felkutató munkát? Nem marad más, mint a zöldkeresztes egészségügyi védőnő, aki a meglátogatott csecsemő, vagy terhes anya, vagy egy óvodás vagy iskolásgyermek révén, vagy egy tuberkulózisban szenvedő beteg meglátogatása kapcsán az egészségvédelmi körnek minden családjába bejut. A család látogatásakor a család szociális helyzetéről<sup>1</sup> „szociális kartotéklap”-ot vesz fel, tehát az egészségvédelmi gondozás révén megismeri a család szociális problémáit is. Ezeket mindig meg kell ismernie, mert hiszen tudjuk, hogy az egészségügyi kérdések milyen szorosan összefüggenek a család szociális helyzetével.

A faluban tehát ma nincs más, aki a szociális gondozással megbízható lenne, mint a zöldkeresztes egészségügyi védőnő. Az egészségvédelmi szolgálat kartotékjában egy idő múlva körzetének összes családjai, egészségügyi és szociális adataikkal szerepelnek. Többnyire személyesen is ismeri a családokat és ismeri problémáikat. Ebből önként adódik, hogy falun addig, míg ott szociális gondozónőket beállítani nem lehet, a zöldkeresztes egészségügyi védőnő használtassék fel a szociális nyomor okainak felkutatására és a megszüntetésére vonatkozó javaslat tételére.

*Kívánatos lenne, hogy legalább járásonként egy képzett szociális gondozó, illetve gondozónő állíttassék be, akivel a védőnő az észleleteit és esetleges javaslatait közölheti.*

Felmerül ezek után a kérdés, hogy mi legyen az a szerv, amelynek feladata, hogy bizonyos esetekben momentán segítséget nyújtson, máskor a nyomor felderített okát megszüntetni törekedjék. Tisztában kell lennünk azzal, hogy addig, míg mélyreható intézkedésekkel a család gazdasági helyzetének javítását, a család gazdasági talpraállítását el tudjuk érni, addig is szüksége lehet például a szülés előtt álló anyának ú. n. szülészeti vándorzsákra, majd babakelengyére, esetleg jobb táplálkozásra, vagy az egyik iskolásgyermeknek cipőre stb.

Úgy gondolom, hogy ezeket az inkább *karitatív természetű juttatásokat az erre szervezett társadalomtól kell várnunk*. A társadalom ne annak adja a nélkülözhető ruháját, cipőjét, vagy filléreit és élelmiszereit, aki rongyosságával és siránkozása val őt meghatja, hanem annak, akinek reáutaltságáról őt a védőnő meggyőzi. Az, aki faluról falura járva, ruhát törekszik az emberektől kikönyörögni, hogy a következő héten a hetivásáron eladja, — az természetesen nem a legjobb ruháját fogja felvenni, amikor „szakmájában”, a ruhaadománygyűjtésben „dolgozik”. Sajnos, a társadalom még ma is azt gondolja, hogy a szociális segítség csak a „szív” ügye, nem pedig az „értelemé” is.

A társadalom ezt a feladatkörét csak úgy tudja ellátni, ha erőit összefogja. Ennek pedig nem az a módja, hogy a meglévő egyesületek mellé a társadalom a szociális feladatok ellátására újabb egyesületet alapít, hanem a meglévő egészségvédelmi, szociális és karitatív célkitűzésű egyesületeket munkaközösségbe egyesíti. Ennek a formája lehet: az egészségvédelmi, szociális és karitatív egyesületek szövetsége. úgy gondolom, hogyha a hatóságok a jövőben csak azokat a társadalmi egyesületeket részesítik erkölcsi és anyagi támogatásban, ha a hatóságok vezetői csak olyan egyesületbe lépnek be tagnak, vagy maradnak bent tagképen, amely egyesületek ebbe a munkaközösségbe bekapcsolódnak, úgy törvényes intézkedés nélkül is rövid idő alatt meg lehet teremteni az egészségvédelmi és szociális munkát racionálisan támogató társadalmi szervet, Mindeütt, ahol a Zöldkeresztes Egészségvédelem megindítja a munkáját, ezt a társadalmi szervet oda kell állítani, mint társadalmi háttérrel, a zöldkeresztes egészségvédelmi munka mögé. A társadalmi szervbe be kell venni a hatóságok vezetőit, a hatósági orvost és a védőnőt. A zöldkeresztes munka és a társadalom munkája közt a védőnő tartaná fenn a kapcsolatot. A védőnő a „kutató szem”, amely meglátja a szociális segítség szükségét, felderíti annak okát s adait közli a társadalmi szerv vezetőjével. A szociális segítséget sohasem a védőnő juttatná el a megsegítendő családhoz, hanem a társadalmi szerv. Természetesen az elismerést is a társadalmi szerv könyvelné el.

A járás területén működő helyi társadalmi munkaközösségi szervek szakszerű irányítása a már fentebb említett, járasonként beállítandó *járási szociális gondozó, illetve gondozónő* feladata lenne. A járási szociális gondozónők pedig a *vármegyei közjóléti előadó* irányítása mellett dolgoznának.

A helyi társadalmi szervek anyagi eszközeiket részben a munkaközösség tagegyesületeitől kapnák, részben maguk szereznék meg. Évenként egy gyűjtésre kellene engedélyt kapniok. Ezenkívül a szokásos jótékonycélú teadélutánokat, multságokat, gyermekszínelőadásokat rendeznék. Viselt ruhaneműt gyűjtenének, munkaalkalmakat keresnének, a reászorultaknak „egy tál levest” szereznének stb. Emellett hetenként felváltva egy-egy tagot delegálnának, aki a védőnőnek az egészségvédelmi tanácsadásokon, esetleg az írásbeli teendőiben is, segédkezne. Hat-nyolc évvel ezelőtt a mezőkövesdi járásban *Bielek Tibor dr.*, akkori járási tisztiorvos, és *Steiler Mária*, akkori járási fővédőnő „*asszonybizottságok*”-at szerveztek, amelyek bekapcsolódva a zöldkeresztes egészségvédelem munkájába, igen hasznosak voltak. A Nógrád-Hont vármegyében, továbbá Abaúj megyében és másutt alapított *Vármegyei Egészségvédelmi*

*Egyesületek* a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatok támogatásában értékes munkát végeztek.

Tisztában vagyunk azzal, hogy az, amit a társadalmi szerv végezni fog, az részben „tüneti kezelés”-e a nyomornak, a reászorultságnak. Ezek okának megszüntetése ugyanis igen gyakran túlhaladja a helyi társadalmi szerv teljesítőképességét. Ezt a munkát egy sokkal erősebb, sokkal nagyobb erőforrásokkal és hatalommal rendelkező magasabb szervnek kell átvennie. Egyes esetekben csak maga az államhatalom tud például tervszerű gazdasági, földbirtok- vagy termelési, esetleg kereskedelmi politikával segíteni. Máskor egy bizonyos terület szociális problémái generális intézkedés nélkül is, az illető területre vonatkozólag megoldhatók, ha az erre szükséges pénzügyi fedezet rendelkezésre áll. Egy ilyen igen érdekes kísérlet folyik most erős állami támogatással a belügyminiszter intézkedésére *Szatmár megyében*. Ezt a munkát a belügyminiszter megbízásából *Eszter gár Lajos*, Pécs város helyettes polgármestere szervezte meg és vezeti. Ennek célkitűzéseiről és módszereiről Esztergár Lajos a következőket mondja:

„A magyar szociális problémák megoldása terén a kormányzat, az eddigi gyakorlattal ellentétben, a *gazdasági alapon való megoldás lehetőségeit* kutatja. Ebből a célból nagyszabású kísérletet tett folyamatba. A kísérlet alaptétele az, hogy a szociális problémák számát és terjedelmét csökkenteni lehet, ha az érdekelt egységeket — családokat — hozzásegítjük az *önálló existenciává* alakuláshoz. Minél több az önálló, életerős kisexistencia, annál biztosabb alapokon nyugszik a társadalom, egyúttal annál nagyobb a társadalom teherbíróképessége is.

A *szociális problémák megoldása gazdasági eszközök igénybevételével történik*. Gazdasági eszközökhöz a szociális problémák súlya alatt szenvedő népréteg a rendes hitelélet keretén belül nem juthat. A legalsóbb népréteg nem rendelkezik úgynevezett bankszerű biztosítékokkal. Azt a hitelt, amit gazdaságilag értékesíthetne, és amivel gazdasági beszerzéseket eszközölhetne, megszerezni nem tudja. A gazdasági eszközöknek a rendes forgalmi hitelkeretek között való beszerzése nem is mutatkozik célirányosnak, ugyanis az ilyenkor fizetendő kamat olyan megterhelést jelent, amivel a nincstelen megbirkózni nem tud. A problémák megoldásából tehát a rendes hitelszerzési módokat ki kell kapcsolni, azok legfeljebb a társadalomnak magasabb szintjén mozgó és a korrelációk folytán társadalmi problémákkal küzdő egyének számára jelenthetnek kibontakozási lehetőségeket. Igénybe veheti ezt az az önálló kisgazda, aki ingatlana belterjesebb kihasználása céljából olyan hasznos befektetést akar eszközölni, amelynek eredménye már előre bizto-

sítja úgy a törlesztést, mint a kamatot és a tőke visszafizetése után a jobb boldogulást.

A nincstelen és ennek következtében a társadalmi problémák által legerősebben sújtott népréteg gazdasági megerősítését a kormányzat részéről nyújtott *kamatmentes hitellel* lehet biztosítani. A nincsteleneknek a szociális problémák közül való kiemelését karitatív segítséggel a kormányzat már megkísérelte. E kísérlet eredményeivel nem járt, sőt bizonyos vonatkozásban káros kinövéseket okozott. Ugyanis közhatósági úton, vagy egyesületek, egyházak részéről juttatott karitatív segélyek ellenérték és gazdasági eredmények nélküli, improduktív felhasználáshoz vezettek. Az érdekelt néprétegben kifejlesztette azt a felfogást, amely szerint karitatív segélyekre igényük van mindazoknak, akik a viszonyok, a helyzet stb. alakulása következtében létfenntartásukat munkával biztosítani nem tudják.

Ezt a hibás és különböző társadalmi komplikációk kialakítására alkalmas felfogást kellett megváltoztatni. Egyetlen mód a karitatív segélyezés megszüntetése, s ezzel egyidőben a gazdasági eszközkhöz való hozzájuttatás lehetőségének megnyitása volt.

A gazdasági eszközök nyújtását csak arra alkalmas, minden bürokratizmustól és formalizmustól mentes szervezet végezheti, amelynek vezetésébe az érdekeltek is bevonhatók. Erre csak *szövetkezet* alkalmas.

A kormány részéről folyamatba tett szövetkezeti kísérleti munka a közigazgatásnak szociális gazdasági munkáját végzi el. E minőségében az egész közigazgatási szervezet szervesen kapcsolódik be a szövetkezet munkájába. Ez a bekapcsolódás teszi lehetővé, hogy a gazdasági eszközöket az egyén szükségleteihez igazodva juttathassa az arra szorulóknak. A szövetkezet hitelt nyújt minden ínséges és arra rászoruló szegénynek azért, hogy gazdaságilag megerősödjön, a gazdasági elesettségből kikerüljön és önálló existenciává alakuljon. Nem nyújt tömeges juttatásokat, hanem az egyéni szükségletekhez igazodik és figyelembe veszi a tapasztalatokat is, amelyek azt mutatják, hogy az elesettségből csak fokozatosan lehet az egyéneket jobb gazdasági körülmények közé helyezni, mert ehhez lelkileg is idomulniuk kell.

A szövetkezet kereskedelmi formája miatt megteheti, hogy feltételként előírja azokat a módokat, amelyek mellett a szövetkezet részéről adott anyag- vagy pénzhitelt felhasználhatja és így abba a helyzetbe hozza az egyes családokat, hogy a juttatásokhoz kapcsolódó ismereteket elsajátítsák.

A társadalmi felemelés csak fokónként történhet. Ezek a fokozatok a juttatások során nyernek kifejezést. A kisebb teljesítő-

képességű egyén részére az egyszerűbb juttatást nyújtja eszközökben vagy állatban. Ha annak helyes felhasználásáról bizonyóságot tesz, akkor következik egy magasabbfokú juttatás biztosítása, s ez mindaddig folytatódik, amíg a talpraállítás az önálló existenciává fejlődés fokát el nem éri.

A szövetkezet e cél szolgálatában a mezőgazdasági munkások életében előforduló minden eszközt és minden berendezést nyújt. A házhelyet és házat, a különböző rendű és rangú állat juttatásokat, gazdasági eszközöket az egyén viszonyaihoz igazodva kamatmentes hitelként nyújtja az egyes családoknak. Megszerez házhelyet és arra a juttatott közreműködésével lakóházat építtet, a házhellyel kapcsolatos terület gazdaságos kihasználására terveket készítet, annak végrehajtására segítséget nyújt. Beszerzi részére a belsőségben kötelezőleg előírt konyhakertészet vetőmag-szükségletét, gyümölcsfa csemetéket stb. Eszközöket juttat arra, hogy a földjét belterjesen megművelje, gazdasági épületeket ad és az ahhoz szükséges állatállományt: kacsá, liba, vagy egyéb baromfi, sertés, tehén vagy esetleg ló formájában. Ha szükségét látja, szekeret szerez be részére.

Viszont nagy gondot fordít a szövetkezet arra, hogy a nyújtott hitelek törlesztését úgy biztosítsa, hogy egyúttal a támogatottnak életszínvonalát a lehetőséghez képest emelje és semmi esetre se hozza abba a helyzetbe, hogy a problémák következtében előállott életszintet a juttatások révén csökkentse.

A szövetkezet részéről nyújtott hitelt *törleszteni kell*. A törlesztésnek előfeltételeit a szövetkezet úgy biztosítja, hogy az állat-juttatásoknál a szaporulatnak egy bizonyos részét, a gazdálkodásnál a belterjessé fokozott gazdálkodás során elért hozam egy részét köti! le törlesztés céljaira. A juttatottnak nem volt pl. sertése, a szövetkezet egy felbúgatott koca formájában nyújt hitelt, így őt egy sertéshez juttatja, amelynek rövid időn belül szaporulata lesz. E szaporulat egy részével törleszti a kocát, mely részére a további szaporulatokban a további törlesztéseket és a tulajdonná való megszerzését biztosítja.

A külterjes gazdálkodás helyét a szövetkezet támogatásával felváltja a belterjes gazdálkodás. Többet termel, ennek következtében a többtermelés adja meg a lehetőséget a nyújtott hitel törlesztésére. A szövetkezet a törlesztést kizárólag az intenzív gazdálkodás folytán elért többleteredmény egy részének lekötésével biztosítja maga részére. Ebben a többletermelésben természetesen benne foglaltatik a szövetkezetnek az a feladata is, hogy az értékesítés kérdésébe is beavatkozzék, mert a jobb értékesítés révén elért többleteredmény a szövetkezeti hitelek gyorsabb törlesztését teszi lehetővé.

Mindezen felül a szövetkezetnek gazdasági vonatkozásban és így a társadalmi problémák megoldásában a legnagyobb jelentősége abban van, hogy a juttatások érdekében lehetővé teszi a mezőgazdasági munkálatoknál természetszerűen előálló kényszerszüneti munkanapok gazdasági kihasználását. E kihasználás érdekében az élet minden vonatkozását felölelő munkát végeztet. Vályog és téglaléval, az építőanyagokhoz szükséges fakitermeléssel, a termelt és iparilag felhasználható anyag fél-, vagy egész gyártmányra való jfeldolgozásával, külterjes gazdaságoknak belterjessé való átalakításával, füzesek, gyümölcsösök létesítésével, öntöző gazdálkodásra való átrendezéssel, népi hímzéssel stb. minden lehetőséget felhasznál, hogy a juttatásokban részesülők önálló existenciává való kialakítása a legrövidebb idő alatt végbemenjen.

Az eddigi eredmény ezt a megoldást, mint járható utat tárja fel. Az önálló existenciává fejlődés minden lehetősége megvan a szövetkezeti munkában és emellett a szövetkezet anyagi eszközei a forgótőke szerepében végzik a társadalom építő munkáját.

A közigazgatás, amely ezt a nagyfontosságú gazdasági feladatot elvégezni sajátos berendezkedése miatt nem tudja, ebben a szövetkezetben erős támaszt talál. A szövetkezet a közigazgatás feladatkörének egy jelentős részét átveszi és helyette elvégzi; a közigazgatásnak feladata ennek fejében az, hogy a juttatások során jelentkező nehézségeket és az emberi gyarlóságból folyó visszasságoakat megszüntesse.

Az államháztartás szempontjából is nagy jelentőségű a szövetkezet munkája, mert a szociális problémák súlya alatt vergődő rétegek adózás szempontjából számításba nem jönnek, önálló existenciává formálásuk után adóalanyokká válnak, s mint ilyenek adójukkal a közterhek egy részét viselik.

A legmélyebb társadalmi szinten élő nincstelének, ha a szövetkezet segítségével önálló existenciák lesznek, a többi társadalmi réteg haladását és fejlődését is biztosítják; a nincstelének eltartása ugyanis a magasabb társadalmi szinten élő adózók terhet jelenti. Ez a teher megszűnik, sőt ez a széles réteg fogyasztó réteggé változik át, mert a szövetkezeti juttatások segítségével elért többtermelés és gazdasági fejlődés abba a helyzetbe hozza őket, hogy vásárolhatnak, szükségleteiket kielégíthetik, így tehát munkát adnak az iparnak és kereskedelemnek.

A szövetkezetek eddigi elért eredményei és az eddigi tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a magyar agrárlakosság társadalmi problémái egészségesen, csak gazdasági alapon és szövetkezeti formában nyerhetnek megoldást.”

## A KÖZEGÉSZSÉGÜGYI MUNKÁNAK ÉS A MUNKA EREDMÉNYEINEK MÉRÉSE.

Mielőtt valamely községben a közegészségügyi munka tervezetét elkészítjük, meg kell ismernünk e község *egészségügyi és szociális helyzetét és a munkatervet ehhez kell szabnunk*. Hangsúlyozom, hogy nagyon kívánatos a szociális viszonyok ismerete, mert egyrészt a lakosság szociális helyzetének erős befolyása van az egészségügyi helyzetre, másrészt intézkedéseinket erősen befolyásolják az illető község gazdasági viszonyai.

Az egészségügyi és szociális *adatfelvétel* („public health survey”) egyrészt leírást ad az illető községről, másrészt számadatokat közöl, amelyek objektíven feltárják a helyzetet.

A leírás foglaljon magában mindent, ami a község egészségügyi helyzetének minél alaposabb megismerését lehetővé teszi. Az illető hely földrajzi, vízrajzi, éghajlati viszonyai éppoly fontosak, mint a népszokásokra, az életmódra, a foglalkozásra vonatkozó feljegyzések. Mellékeljünk fényképfelvételeket, amelyek arra is jók, hogy a leírást rövidebbé és érthetőbbé tegyék.

A számadatok ne vonatkozzanak csak az adatfelvétel időpontjára, hanem visszamenőleg, hosszabb időre gyűjtsük őket egybe. Ismernünk kell a község lakosainak számát, a születési, halálozási adatokat, az egyes betegségekben elhunytak számát, az egyes megbetegedések gyakoriságát — lehetőleg minél hosszabb időre visszamenőleg. Az egészségügyi intézmények száma és jellemzése mellett, az egészségügyi személyzetre, azok különleges képzettségére, az addig végzett munkára vonatkozó adatok egészítik ki a helyzetképet. Végül meg kell állapítanunk, hogy milyen pénzügyi eszközök állottak eddig rendelkezésre, ezek honnan származtak.

Ezt az adatfelvételt az Országos Közegészségügyi Intézet minden esetben elvégezteti, mielőtt valahol az egészségvédelmi munkát megindítja. Az adatfelvétel eredményeit az Intézet a munka megindításának évében az „Évi jelentésében” közli. Egy egészségvédelmi központ adatfelvételének fejezetei a következők:

1. *Általános adatok.* A község egyes községeinek eredetére, a település történetére, földrajzi helyzetére vonatkozó adatok. A lakosság gazdasági helyzetének, a földbirtok- és lakásviszonyoknak ismertetése. A lakosság vagyoni helyzete, kereseti forrásai és kereseti

viszonyai télen és nyáron. Népelelmzési, vízellátási viszonyok. A község (községek) kapcsolata a szomszédos várossal. A községek közötti közlekedési viszonyok. Az iskolákra, esetleges ipari telepekre vonatkozó adatok.

2. *Népmozgalmi adatok.* A lakosság létszáma, esetleg ennek korcsoportok szerinti megoszlása. Születések (élve-, halvaszületések), halálozások, természetes szaporodás 1000 lélekre, tuberkulózis halálozás 10.000 lélekre, csecsemőhalálozás 100 élveszüJöttre számítva.

3. *Egészségügyi személyzet.* Hatósági orvos, magánorvosok, egészségügyi védőnő, bába, egészségőr, fertőtlenítő. Laikus halottkémek.

4. *Egészségügyi intézmények.* Ezek felszerelése.

5. *Az orvosi tanácsadások, a gondozottak száma a gondozási ágazatok és családok szerint.*

6. *Terhes-, anya-, csecsemő-, kisdjedvédelem.*

7. *Óvodás-, iskolás gyermekek gondozása.*

8. *Tuberkulózis elleni küzdelem.*

9. *Nemi betegségek elleni küzdelem.*

10. *Fertőző betegségek előfordulása és a megelőzésükre szolgáló intézkedések.* Védőoltások és a védoltottak száma. Bacillusgazdák.

11. *Egyéb betegségek.* Az illető körzet fontosabb megbetegedései, pl. a golyva elterjedtsége.

12. *A házi betegápolás keresztülvitele.*

13. *Szociális munka.* A szociális gondozás módja. A nyújtott segély összege.

14. *Egészségügyi tanító- és propaganda tevékenység.*

Kívánatosnak mutatkozott már régen, hogy a különböző helyeken folyó közegészségügyi munkáról szóló beszámolók egymással összehasonlíthatók legyenek. Ennek az a feltétele, hogy a jelentések készítésekor alapul szolgáló kérdések pontosan megállapításának. Kívánatos a rövidség és az egységesség kedvéért is, hogy a leíró jelentések helyét minél szélesebb körben számadatok foglalják el. Ez a törekvés nyilvánult meg az Intézetnek az egészségvédelmi körzetek munkájáról szóló jelentéseiben is.

A *Népszövetség Egészségügyi Osztálya* is felismerve azt a nehézséget, ami abból származik, hogy különböző államok egészségügyi tevékenységéről szóló jelentések gyakran nehezen hasonlíthatók össze, — *Rajchman dr.* kezdeményezésére felkérte *Stouman dr.* dán statisztikust, kísérelje meg olyan kérdések összeállítását, amelyekre számmal lehet válaszolni, s amelyekből az illető közület közegészségügyi viszonyait s a végzett közegészségügyi munka intenzitását meg lehet ítélni. *Stouman dr.* ennek a listának alkalmazását az Észak-amerikai Egyesült Államoknak közegészségügyileg legfejlettebb vá-



rosán, New Haven-en próbálta ki. Midőn a Népszövetségnél ennek a módszernek elbírálása szóba került, javasoltam, kíséreltessék meg ennek alkalmazása egy kis, közegészségügyi szervezettség tekintetében — legalább is New Haven-hez viszonyítva — szerény falusi körzetben is.

Így került *Stouman dr.* Mezőkövesdre, ahol az adatfelvételt az ú. n. „egészségügyi jelzőszámok” módszerével 1937. évben elvégezte. Tanulmányában egy részletesebb és egy rövidebb jelzőszám listát közöl, az utóbbi is még 68 jelzőszámra vonatkozó kérdést tesz fel.

*Tomcsik* professzor ezt még tovább rövidítette, s csak azokat a jelzőszámokat tartotta meg, amelyek feltétlenül szükségesek valamely egészségvédelmi körzet egészségügyi viszonyainak és az ott folyó közegészségügyi munkának a jellemzésére. Az alábbiakban közölt jelzőszámokat az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentéséből vettem. Ezek olyan egészségvédelmi körzetekre vonatkoznak, amelyekben a munka 1937. év előtt indult meg; az ezekre vonatkozó átlagszámokat mutatja az alábbi táblázat. Hangsúlyozom, hogy a körzetek nagyobb részében a munka még csak 1—2 éve folyt, ezért a munkában nagy eredményeket még nem várhattunk.

Csoport	Sorszám	Adatok és jelző számok	Egészségvédelmi szolgálatok átlaga
I.	1	Születések 1000 lakosra .....	20'9
	2	Halálózások 1000 lakosra .....	13'5
	3	Természetes szaporodás 1000 lakosra .....	7'4
II.	4	Gondozásba vett terhesek az összesek százalékában	46'9
	5	Védőnői látogatás egy gondozott terhesre .....	1'8
	6	Rendellenes terhesség az összesek százalékában ....	2'9
	7	Elvetelés a szülések százalékában .....	7'6
	8	Halvaszületés a szülések százalékában .....	2'2
	9	Wasserman reakció 100 gondozott terhesnél ....	22'4
III.	10	Védőnői látogatás egy gyermekágyasra .....	1'4
IV.	11	Bemutatott csecsemők 100 elveszületésre .....	87'3
	12	Egy elveszületésre eső bemutatás .....	7'4
	13	Védőnői látogatás egy elveszülöttrre .....	8'1
	14	Csecsemőhalálozás az elveszülöttek százalékában ..	13'8

Csoport	Sorszám	Adatok és jelző számok	Egészségvédelmi szolgálatok átlaga
	15	Korai csecsemőhalálozás az elveszülöttek százalékában	5'5
	16	Késői csecsemőhalálozás az elveszülöttek százalékában	8'3
	17	Calmette vaccinatio az elveszülöttek százalékában ..	11'2
V.	18	Bemutatott 1—6 éves gyermek .....	10.100
	19	Védőnői látogatás 1—5 éveseknél .....	128.466
VI.	20	Megvizsgált tanulók az összesek százalékában .....	39'0
	21	Fogyatékoság a megvizsgáltak százalékában .....	47'8
	22	Fogyatékoságjavítás százalékban .....	37'7
	23	Védőnői látogatás 100 tanulóra .....	29'1
	24	Tuberkulin próba .....	42.893
	25	Tuberkulin pozitív, százalékban .....	20'8
VII.	26	Tuberkulózis halálozás 10.000-re .....	13'0
	27	Tanácsadáson először megjelent 1 tbc. halottra ...	2'7
	28	Gondozottak 1 tbc. halottra .....	8'1
	29	Védőnői látogatás 1 tbc. halottra .....	20'7
	30	Köpetvizsgálat a gondozottak százalékában .....	18'8
	31	Röntgenvizsgálatok .....	13.383
	32	Légmellkezelés a gondozottak százalékában .....	5'0
	33	Intézeti elhelyezés 100 tbc.-s halottra .....	46'3
VIII.	34	Tífusz megbetegedés 10.000-re .....	11'5
	35	Tífusz bacillusgazda 10.000-re .....	1'6
	36	Tífusz védőoltás 1 tífuszbetegre .....	66'0
	37	Himlőoltás (I) 100 elveszülöttre .....	95'4
	38	Diftériamegbetegedés 10.000 elveszülöttre .....	7'4
	39	Diftéria oltás (I) 100 elveszülöttre .....	106'7
	40	Védőnői látogatás fertőző betegeknél .....	3.725
IX.	41	Élelmiszerral segélyezettek .....	22.153
	42	Egyébbel segélyezettek .....	10.354
	43	Védőnői látogatás szociális munka kapcsán .....	18.216
X.	44	Orvosi egészségügyi előadás .....	1.483
	45	Védőnői egészségügyi előadás .....	7.074
	46	Védőnői családlátogatás összesen .....	285.652

*Stouman dr.* a fentebb említett felvétel adatait összehasonlította a Rockefeller Alapítványnak itteni megbízottja, a fiatalon elhunyt *Mitchell dr.* által 1927-ben gyűjtött adatokkal. Így módja nyílt arra, hogy megállapítsa, hogy a *mezőkovesdi járásban körülbelül 10 éven át folyó Zöldkeresztes Egészségvédelmi munka milyen eredményeket tudott elérni.* Stouman jelentéséből veszem az alábbi erre vonatkozó fontosabb összehasonlító adatokat:

Élveszületés 1000 lakosra .....	1928:....	31'6
	1936:....	21'8
Halvaszületés 1000 születésre .....	1926—1928:....	18'0
	1936:....	24'9
Csecsemőhalálozás 1000 élveszülöttre ....	1920—1924:....	224'9
	1925—1929:....	219'4
	1930—1932:....	172'3
	1933—1935:....	144'5
	1936:....	169'4
Anyai halálozás 1000 szülésre .....	1926—1929:....	2'1
	1930—1933:....	1'7
	1934—1936:....	1'0
Gyermekágyi láz 1000 szülésre .....	1926—1929:....	0'9
	1930—1933:....	0'6
	1934—1936:....	0'6

#### Halálozási arányszám 1000 lakosra:

	1—2 évig	2—6 évig	6 éves és 6 éven felül
1925—1929 .....	54'4	10'7	12'86
1930—1932 .....	51'9	8'0	15'05
1933—1935 .....	36'3	7'1	10'38

#### Néhány halálok 100.000 lakosra:

	1926—1929	1930—1933	1934—1936
Hastífusz .....	27'0	30'0	16'3
Diftéria .....	11'9	15'7	3'6
Tuberkulózis .....	273'4	193'1	149'0
Tüdőgyulladás .....	218'5	188'9	167'1
Balesetek .....	22'4	15'7	16'7
Öngyilkosság .....	12'3	15'7	16'7

Stouman dr. a fenti számokhoz a következő megjegyzéseket fűzi:

„. . . a születések gyakorisága különösen a férjzett nőknél csökken, ami más vidékeken is tapasztalható. A csökkenés olyan nagyarányú, hogy a mezőkövesdi járás születési arányszáma valószínűleg rövidesen az országos átlag alá fog süllyedni.” „A születés csökkenésének kétségtelenül több oka van, de ilyen hirtelen bekövetkezett nagymértékű csökkenés feltétlenül a gazdasági helyzet romlásával magyarázható.” „A halvaszülöttek száma a normálisnak mondható . . . e téren is kétségtelen rosszabbodás állapítható meg. Lehetséges, hogy ezt az emelkedést a jobb és tökéletesebb bejelentés okozza.”

„Ezzel szemben a csecsemőhalálozás görbéje igen nagy javulást mutat, amióta a zöldkeresztes tanácsadók megkezdték működésüket. A csökkenés 1925 — 1929-től, 1933 — 1935-ig 341%, ami ilyen rövid idő alatt nagyszerű eredménynek mondható. Az országos átlag ezalatt 17%-kai javult. 1936-ban rosszabbodás mutatkozott ugyan, azonban ilyen primitív körülmények között elkerülhetetlen, hogy időnkint egy-egy kedvezőtlenebb esztendő következék. Igaz, hogy a csecsemőhalálozás javulása összeesett a születési görbe hanyatlásával, ez azonban nem von le semmit az eredmény értékéből.”

„A gyermekágyal kapcsolatos halálozások terén a helyzet teljes mértékben kielégítő. úgy a szülés alatt, mint a gyermekágyi halálozás lényegesen csökkent. Az utolsó három év alatt hihetetlenül alacsonyra süllyedt. . .”

„. . . az 1—2 éves gyermekek csoportjában az ezerre számított halálozási arányszám 54.5-ről 39.3-ra esett, ami 33.3% csökkenésnek felel meg. A 2—6 évesek csoportjában ez az arányszám 107-ről 7.1-re változott, ami 33,6% javulást jelent. Ez a javulás megegyezik az ugyanazon idő alatt a csecsemőhalálozás terén elért javulással.”

„Ezt azért kell megemlíteni, mivel a 2—6 évesek korcsoportjában mutatkozó halálozás-csökkenés nem függ össze a születési arányszám csökkenésével, ami esetleg feltételezhető a csecsemőhalálozás terén beállott javulásról. Ha az látjuk, hogy ez idő alatt a járásban az általános helyzet nem változott, a megélhetési viszonyok semmit sem javultak, sőt a búzaárak nagyfokú esésével inkább rosszabbodtak, azt kell mondani, hogy gyorsabb és eredményesebb munkát az egészségvédelmi szolgálattól kívánni nem lehetett volna.”

„A hatévesek és hat éven felüliek csoportjának halálozási arányszáma ugyanezen idő alatt szintén csökkent, mégpedig 12.86-ról 10.38-ra (1000 ugyanezen korcsoportba tartozóra számítva), ami 193% csökkenésnek felel meg. A 6—15 évesek halálozásának a fenti arányszámok kialakulásában nincs nagy szerepe, sokkal inkább a felnőttek halálozásának. Mivel ez utóbbi meglehetősen állandó, kétségtelen, hogy a fiatalabb korcsoportoknál a javulás sokkal

nagyobbmértékű volt, mint azt a fenti halálzási arány mutatja. Az általános halálzási arányszám csökkenése 22%-ot tett ki. Az egész országra vonatkozólag ez a csökkenés 14.5 %-os volt.”

### A MEZŐKÖVESDI MINTAJÁRÁS EGÉSZSÉG- VÉDELMI INTÉZMÉNYEI.



124. A mezőkövesdi mintajárás egészségvédelmi intézményei.

„A mezőkövesdi járás példája bebizonyította, hogy a csecsemők, gyermekek és serdülők halálzási aránya, szegény és kevésbé fejlett, földműveléssel foglalkozó vidéken néhány év alatt harmadával csökkenthető, ha erre a munkára szerény anyagi eszközökkel rendelkező, de jól képzett, odaadó és nem is nagyszámú személyzet áll rendelkezésre.”

zésre; ezt az eredményt évenként és fejenként számított 10 cent\* költséggel lehetett elérni.”

„Tekintetbe véve, hogy a halálozási arányszám csökkenése — miután más magyarázata nincs — az egészségvédelmi munka bevezetésének köszönhető, ez azt jelenti, hogy Mezőkövesden egy emberélet megóvása 12.20\*\* dollárba kerül.”

„A hastífusz okozta halálozás még mindig elég magas, jóllehet 1926—1929 óta 40%-kal csökkent, mialatt az egész országra vonatkozóan a csökkenés csak 31% volt.\*\*\* Az arányszám azonban még így is az országos átlag felett van. A diftéria halálozási arányszáma 70%-kal csökkent, ugyanezen idő alatt az országos csökkenés 32% volt. Nagyon fontos, hogy a tuberkulózis halálozási aránya 45.5%-kal esett az említett idő alatt, ez feltétlenül az egészségvédelmi munka eredménye.”

„A balesetek okozta halálozás elenyésző... Az öngyilkosságból eredő halálozás azonban 36%-kal növekedett. Ennek magyarázata nehezebb feladat, nagyrészt kétségtelenül a súlyos gazdasági viszonyokkal függ össze. Az öngyilkosok száma a legtöbb országban emelkedik, azonban itt az emelkedés nagyobb mértékű.”

„. . . Meg kell még emlékeznünk az egészségvédelmi szolgálat nagy nevelő értékéről. Az 1927-ben készült egészségügyi felvétel éppen úgy, mint az 1931-ben készült tífusztanulmány is megemlíti a lakosság bizalmatlan és tartózkodó magatartását. Egyszerű népnél ez érthető, mivel minden új intézmény létesítésekor újabb adóktól vagy másféle zaklatástól félnek. E tanulmány szerzője ennek már nyomát sem találta.”

„A Zöldkeresztes Szolgálat orvosainak és védőnőinek már sikerült népszerűsíteni ezt a munkát, amely mindig segítséget és jó tanácsot ad. Az eredményes munkának pedig nélkülözhetetlen feltétele a lakosság megértése és bizalma.”

\*Körülbelül 50 fillér.

\*\*Körülbelül 61 pengő.

\*\*\*A mezőkövesdi járásban 1933—1936-ig 12.355 gyermeket oltottak diftéria ellen. Ez idő alatt az egy éven aluliak száma 6266 volt.

Igazat adok azoknak, akik elolvasás után azzal teszik le e könyvet, hogy még sok, nagyon sok munkára van szükség falusi népünk egészségügyének javítása érdekében. Ők többet használnak ennek az ügynek, mint azok, akiket kielégít az, ami eddig történt.

Talán lesznek, akik csalódottan teszik félre e könyvet, mert csodákat vártak e tizenkétévi munkától s ehelyett csak szerény emberi erővel, a feladat nagyságához képest szerény anyagi eszközökkel végrehajtott munkáról és ennek eredményeiről olvastak. Mások talán csúcsteljesítményeket vártak. Ezek is csalódtak. Mi nem arra törekedtünk, hogy kis területen, néhány községben, luxusos „csúcsteljesítményeket” produkáljunk, hanem megkíséreltük, hogy az egészségügyi kultúra áldásait minél szélesebb néprétegeknek tegyük hozzáférhetővé. Nem fektettünk bele sok pénzt az épületekbe. Szerény és egyszerű a falusi intézményeink berendezése is: a gondot az épületekben, az intézményekben folyó és az onnan kisugárzó munkára fordítottuk.

Tudom lesznek — elsősorban a faluért dolgozó munkatársaim serege és a falut ismerők és a falusi népet szeretők közt sokan — akik *megnyugvással és bizakodással* csukják be e könyvet. *Megnyugvással* — mert úgy látják, hogy már kialakult a falusi közegészségügyi munkának bizonyos eredményeket is felmutató rendszere, — hogy már megindult ennek fokozatos kiépítése az egész országban, és végrehajtottuk az 1934-ben megállapított terv szerint, a tízéves falusi egészségvédelmi programnak az első öt évre eső részét. És *bizakodással* néznek a falu jövője elé, mert hallják a közvéleménynek sürgetését, hogy a falun segítsünk és látják a kormány tetteiben megnyilvánuló elhatározását, hogy a falu közegészségügyét javítsa. De a legbiztatóbb jel talán mégis az, hogy a falu ma már maga kéri, sőt néha szinte követeli, hogy védjük asszo-

nyait, csecsemőit, gyermekeit; a falu ma egészségházat, napközi otthont, iskolafogászatot, zuhanyfürdőt, főzőtanfolyamot, pormentes utat, egészséges ivóvizet kér, és ma már ezt mindig több és több falu meg is kapja.

Ha ezt látjuk, talán nem vagyunk optimistábbak, mint amennyire minden orvosnak optimistának lennie szabad, sőt lennie kell, ha azt mondjuk, hogyha lassan is, de *gyógyul a magyar falu!*



# TARTALOMJEGYZÉK.

Bevezetés .....	3
A magyar közigazgatás szervezete.....	7
A közigazgatási szervek .....	7
A közegészségügyi igazgatás szervezete .....	10
Közegészségügyi szolgálat a községben (faluban) .....	11
A város és a falu népessége — statisztikai megvilágításban —.....	17
A közegészségügyi személyzet .....	31
M. kir. tiszti főorvos .....	31
M. kir. tisztiorvos .....	43
Községi orvos és körorvos .....	49
Egészségügyi védőnő .....	62
Községi bába .....	71
Fertőtlenítő, egészségőr .....	75
Húsvizsgáló .....	79
Halottkém .....	80
A közegészségügyi személyzet képzése .....	82
Tisztiorvosok képzése .....	82
Községi- és körorvosok képzése .....	89
Egészségügyi védőnők képzése .....	92
Bábák képzése .....	95
Fertőtlenítők (egészségőrök) képzése .....	98
Húsvizsgálók képzése .....	99
Halottképek képzése .....	100
A közegészségügy intézményei falun .....	101
Egészségház .....	101
Óvoda.....	121
Gyógyszertár .....	130
Betegellátás .....	132
Az ember környezetének higiéniéje .....	136
Népelelmezés .....	149
Ivóvízellátás .....	170
Fertőző betegségek elleni küzdelem .....	184
Hastífusz .....	194
Diftéria .....	210
Vörheny .....	217
Trachoma.....	220
Malária.....	223
Veszétség.....	227

	Oldal
Tuberkulózis.....	229
Nemi betegségek.....	243
Egészségvédelem.....	249
Egészségügyi propaganda .....	267
Szociális gondozás.....	278
A közegészségügyi munkának és a munka eredményeinek mérése.....	285
Zárószó .....	293

Kiadásért felelős: Dr. Johan Béla.

31.988. — Királyi Magyar Egyetemi Nyomda (F.: Thiering Richárd.)