

A M. KIR. ORSZÁGOS EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET KÖZLEMÉNYEI
3.-1934

A BETEG FALU

A MAGYAR FALU SZOCIÁLIS ÉS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI RAJZA

DR. KERBOLT LÁSZLÓ

**KÖRORVOS, A MAGYAR ORSZÁGOS ORVOS-SZÖVETSÉG KÖZSÉGI
ÉS KÖRORVOSI SZAKOSZTÁLYÁNAK ELNÖKE**

DR. JOHAN BÉLA
ELŐSZAVÁVAL

1934

DUNÁNTÚL PÉCSI EGYETEMI KÖNYVKIADÓ ÉS NYOMDA R.-T. PÉCSETT

TARTALOM

ELŐSZÓ.

BEVEZETÉS.

I. rész.

A MAGYAR FALU SZOCIÁLIS KÉRDÉSEI.

1. A FALUSI LAKOSSÁG KERESETI VISZONYAI.
2. A FALUSI LAKÁSOK.
3. A FALUSI LAKOSSÁG SZOCIÁLIS BIZTOSÍTÁSA.
4. SZEGÉNYÜGY A FALUN. KARITATIV INTÉZMÉNYEK.

II. rész.

A MAGYAR FALU EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDÉSEI.

1. A FALUSI LAKOSSÁG TÁPLÁLKOZÁSA.
2. A FALU IVÓVIZE.
3. JÁRVÁNYOS BETEGSÉGEK A FALUN. A FERTŐTLENÍTÉS.
4. A FALUSI LAKOSSÁG ORVOSI ELLÁTÁSA.
5. A BÁBAKÉRDÉS FALUN ÉS A SZÜLÉSZETI RENDTARTÁS.
6. A FALUSI ISKOLÁK EGÉSZSÉGÜGYE.
7. AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM A FALUN.
8. AZ EGÉSZSÉGÜGYI PROPAGANDA A FALUN. A FELNŐTTEK OKTATÁSA.
AZ ISKOLÁS GYERMEKEK EGÉSZSÉGÜGYI NEVELÉSE.

IRODALOM.

ELŐSZÓ.

A M. KIR. ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET megalapítása óta munkásságának igen nagy részét arra szentelte, hogy a hatóságok és a társadalom figyelmét felhívja a magyar falu egészségügyi elhanyagoltságára és keresse a módját, miképen lehetne a betegséget megelőző közegészségügyi munka vívmányait és áldásait a falvakba kisugároztatni. Közel nyolc-éves ezirányú munkájában az egészségügyi kormányzat állandó hathatós támogatása mellett. Intézetünk lépésről-lépésre haladt előre e kérdés megoldása felé.

Hogy a falusi munkában eredményeket érhessünk el, először is a falusi munkára jól kiképzett *egészségügyi személyzet*-ről kellett gondoskodnunk. A tisztii orvosi tanfolyam reformja, a tanfolyam hallgatóinak a falusi közegészségügyi munkában künn a falun adott gyakorlati kiképzése, majd a községi és körorvosi tanfolyamok megszervezése útján elértük, hogy a falusi közegészségügyi szolgálat minden ágában jól kiképzett *orvosi kar* kezdhette meg ezt a munkát. Melléje segítőtársul a *zöldkeresztes egészségügyi védőnőt* állítottuk, aki a falusi lakosság egészségügyi és szociális gondozásának nehéz munkáját végzi el.

Ezek a külső munkatársaink sok nehézség közepette szívós munkával, a falusi nép nagy szeretetével és alapos ismeretében fokozatosan kidolgozták a falusi közegészségügyi munkának azt a rendszerét, amely kevés pénzzel a falusi nép ezreinek, sőt most már százezreinek egészségét védi, gondozza, javítja.

Ma már pontosan tudjuk, hogy egy orvos, vagy egy védőnő milyen nagy egészségvédelmi körzet munkáját tudja ellátni. Pontosán ismerjük e szolgálat lebonyolításához szükséges intézmény létesítésének és fenntartásának költségeit. Sikerült a legnagyobb takarékoság szemmeltartásával, kiváló gyakorlati szakemberek bevonásával a falusi egészségvédelmi munka megszervezésének és fenntartásának költségeit annyira leszorítani, hogy ez a falu részére még ma - a mezőgazdasági krízis idején - sem jelent elviselhetetlen anyagi megterhelést. Külső munkatársaink: tisztii főorvosok, járásorvosok, községi és körorvosok és az egészségügyi védőnők sok évi közös munkájának gyümölcse az, hogy az egészségügyi kormányzat ennek a szolgálatnak további kiépítését elhatározta, s az ehhez szükséges anyagi támogatást biztosítja.

Egyik künn dolgozó munkatársunk, e könyv szerzője, - mintegy negyedszázad óta a falusi nép között élő és érte dolgozó körorvos, - a sárbogárdi Egészségvédelmi Körzet vezetője, e könyvbe foglalta össze azokat a tapasztalatait, megfigyeléseit, amelyeket mint falusi orvos gyűjtött. Hozzáfűzte tapasztalataihoz azokat a javaslatait, amelyeket alkalmasnak tart, hogy megvalósításuk esetén a gazdasági cselédség, a mezőgazdasági munkásság s a törpebirtokos osztály mai - sokszor szomorú - szociális és egészségügyi helyzetén segíthessünk. Könyvében nem kerget délibábot, nem akarja utánozni, sem pedig elérni a várost, hanem Intézetünk szellemében a falusi problémáknak olcsó, egyszerű, de eredményes megoldási módját keresi.

Kerbolt könyve hű tükre annak, hogyan él, hogyan lakik, hogyan táplálkozik, hogyan születik és hogyan hal meg az agrár-krízis idején a falu magyarja. Sorai igaz képét mutatják annak is, hogyan küzködik, dolgozik panaszszó nélkül, a falu orvosa. Jól ismeri a gazdasági nyomort, - hiszen gyakran ő is részese és áldozata ennek -, a szegénység ő előtte, az orvos előtt, nem takarja el a sebeit. Ismeri a falusi nép egészségügyének elhanyagoltságát, a javítás, segítség nehézségeit, akadályait és lehetőségeit. Le is írja hüen mindezeket. De egyet kihagyott: hogy ő nem adta fel a reményt, hanem először könyveket szerzett, tanult, majd nyitott szemmel körülnézett, hogy másutt hogyan próbáltak segíteni. Azt sem írta le, hogy azután hogyan

szedte össze befolyását és rábeszélőképességét a falujában, a hatóságoknál, a környék földbir-
tokosainál. A falubeliek szeretik őt, - tehát támogatták törekvéseit, a hatóságok megbecsülték
tudásáért, - s ezért segítették, a népét szerető földesúr megértette jó szándékát és megadta neki
a támogatást, ami biztosította, hogy a zöldkeresztes „Egészségügyi Gondozó”-t a sok
nehézség mellett is fel lehetett állítani. Láttam őt a védőintézetében, melynek minden bútorát,
minden felszerelését ő szerezte meg. De beszéltem községe főjegyzőjével is, aki büszkén
mutatta az anyakönyvben, hogy az új egészségvédelmi szolgálat az orvos és a védőnő
munkájával fél év alatt hány csecsemőt mentett meg az életnek, a nemzetnek.

Meggyőződésem, hogy sokat fognak tanulni e könyvből a tanfolyamaink hallgatói: a leendő
tisztai orvosok, a községi és körorvosok és az egészségügyi védőnőink, akik részére e könyvet
Intézetünk kiadja. De sok érdekes adatot talál majd ebben a könyvben az is, aki a falusi népet,
- nemzetünk éltető gyökerét -, szereti, aki az ő életük, helyzetük iránt érdeklődik, s aki rajtuk
segíteni akar.

Budapest, 1934. február.

Johan Béla.

BEVEZETÉS.

Az elmaradt magyar falunak szociális bajait, panaszait, megoldásra váró közegészségügyi és egészségvédelmi kérdéseit szándékozom ebben a kis munkámban feltárni. Ugy írom azt le, amint huszonötéves községi és körorvosi működésem alatt láttam és tapasztaltam. Nem teszek hozzá a valósághoz semmit sem, de el sem veszek belőle, bemutatom a falu életét, úgy amint az van, minden szépítés és minden túlzás nélkül. Beleveszem a sorok közé a magyar nép lelki világát is, megismertetve szokásait, gondolkodásmódját, jó és rossz tulajdonságait, úgy amint azt láttam az életben, az iskolában és a betegágynál.

Mi volt régebben a falu? Egy gyűjtőmedence, ahonnan az állam az adót és a katonákat kapta, a városok pedig az élelmet. A falu népét csak addig vették figyelembe, amíg ezt megkapták tőle. Igérték neki mindent - főként követválasztáskor - hogy azután semmit sem, vagy csak nagyon keveset teljesítsenek belőle. Amíg fővárosunk és egy-két nagyobb vidéki városunk mérföldes léptekkel haladt a fejlődés útján, addig a falunak csak a csiga lassúsága jutott. Az azelőtt ritkán hozzánk tévedt idegennek magyar büszkeséggel és hiúsággal mutogattuk meg a főváros mintaszerű intézményeit, a falun azonban nem volt mutogatni valónk. Nem túlzás, ha azt állítom, hogy a háború kitörése előtti időig a legtöbb falu a szociális, kulturális és egészségügyi fejlődésnek csaknem azon a fokán állott, ahol volt ötven évvel előbb.

A háborúnak és az utána bekövetkezett összeomlásnak kellett jönnie, hogy az állam és társadalom belássa azt, hogy az ország jövője, fejlődése, állami, nemzeti és társadalmi biztonsága a falu népe kezeibe van letéve. A falunak jóléte az ország jólétét jelenti, a falunak magasabb kulturális színvonala az ország kultúrájának emelkedését mutatja. Elsorvad az ország fővárosa, ha nem tud megélni a falu népe. Egy ország műveltségét nem az jelenti, hogy sok az egyeteme és sok egyetemet végzett és tudós fia van, hanem az, ha az ország apraja-nagyja tud írni, olvasni és nincsen közöttük írástudatlan. Éppen így a jó közegészségügyet sem az jelenti, hogy van a fővárosban és városokban néhány kiváló egészségügyi intézményünk, hanem az, ha az egész országban jók a közegészségügyi viszonyok, melyeket mindenütt megtalálható, népünk sajátosságaihoz és országunk anyagi erejéhez mért intézmények biztosítanak.

A háború óta sok történt a falu érdekében, de még többnek kell történnie, mert a falu elmaradottsága oly nagy, hogy azt pár évtizednek megfeszített munkája, és az ország megfeszített áldozatkészsége tudja majd csak pótolni.

Hogy nem minden történhetett meg a falu érdekében, annak nem kormányzatunk, hanem a nehéz gazdasági helyzet az oka, mely megköti a kormány kezét. Hogy elértük-e a nyomornak mély pontját, azt sem a politikusok, sem a nemzetgazdászok nem tudják megjósolni. Egy azonban bizonyos, hogy az inga leng tovább és a mélypontból előbb, vagy utóbb fel kell emelkedni. Akkor majd megvalósítható lesz a sok terv, ami már elő van készítve, és talán testet ölthet annak a sok eszmének életrevaló része is, amit mi, a magyar falu életével és egészségével foglalkozók, felszínre vetünk.

De nemcsak hazánkban van a falu elmaradva, így van ez a kultúrált és gazdag nyugati államokban is. Ezért foglalkozik a Népszövetség Egészségügyi Bizottsága és egyéb nemzetközi alakulatok a falu egészségügyi problémájával. Nekünk, a magyar falu orvosainak, akik a nép között élünk, s ismerjük annak életét, lelki világát és elmaradottságát, hallatni kell szavunkat. Segítségére kell lennünk a kormányzat egészségügyi vezérkarának, reá kell mutatnunk arra, hogy mit lehet és mit kell megvalósítanunk. Arra kell törekednünk, hogy a tett intézkedések és az alapított intézmények úgy működjenek, hogy azok célját és jelentőségét a nép

felismerje és azokat megszeresse. Közelebb kell hoznunk az embereket is egymáshoz és lelkükbe kell oltanunk azt a kiháló érzést, amelyet úgy hívnak, hogy emberszeretet, felebarátunk önzetlen megsegítése.

* * *

A következőkben először is a falu szociális kérdéseit veszem tárgyalás alá, mert ezek szoros összefüggésben vannak az egészségvédelmi kérdésekkel.

I. rész.
A MAGYAR FALU SZOCIÁLIS KÉRDÉSEI.

1. A FALUSI LAKOSSÁG KERESETI VISZONYAI.

A magyar falu mezőgazdasági munkával foglalkozó lakosságának, a kiscgazdának, a törpe-birtokosnak és a mezőgazdasági munkásnak munkaalkalmát egy *absolut* és egy *relatív munkahiány*, mondjuk *munkanélküliség* szabályozza.

Az *absolut munkanélküliséget* a mezőgazdasági termelésnek téli és kora tavaszi kényszerű szünete idézi elő, a relatív munkahiányt pedig ettől független külső körülmények okozzák. A mezőgazdálkodásnak téli munkaszünete a termelés rendjén és az évszakok változásán alapszik és tartama az időjárástól függ: kezdődik novemberben és tart március közepéig, zord időjárás esetén tovább is. Ezen kényszerű pihenést a gazda az év folyamán felgyülemlett trágya kihordására, állatai gondozására, esetleg hizlalására használja fel és kipiheni a nyári időszak megfeszített munkájának fáradalmait. Bortermő vidékeken a borfejtés és egyéb pincemunkálatokkal telik el az idő. A téli munkák közé tartozik a tengeri szárnak a földekről való hazahordása, fa- és szénfuvarozás, jég-hordás, faásás is. Ha hozzászámítom még a helyenként dívó fonást, tollfosztást, kosárkötést és szövést, akkor a gazdának és családjának téli munkájával végeztünk is.

A mezőgazdasági munkás számára télen alig nyílik kereseti lehetőség. Kivételt képeznek azon községek lakói, melyek közelében télen is üzemben levő gyár, malom, ipartelep, fűrésztelep, bánya, vagy más vállalat van, ahol a munkásság télen is talál munkát és keresetet. Házi iparunk, a kevés kivételt leszámítva, alig van. Történt ugyan a házi ipar meghonosítására a kormányzat részéről több kísérlet téli szövő, fonó, kosárkötő, himző tanfolyamok megszervezése által, de nem nagy eredménnyel. A szövőtanfolyamok iránt főként a háborút követő években mutatkozott élénk érdeklődés, amikor a ruhanemű beszerzése nagy nehézségekbe ütközött. A gyáripar talpraállásával, a szövött árukban fennállott hiány megszűnésével és az áruk olcsóbbodásával, úgy a fonással, mint a szövással csaknem teljesen felhagytak. A kosárkötés elterjedésének a nyersanyag, a kosárfűz, hiánya állja el az útját, és az, hogy népünknek a téli munkához, a házi iparhoz egyelőre sem kedve, sem hajlama nincsen.

Ez az idegenkedés a házi ipartól visszavezethető arra, hogy a nép az iparüzés eddigi módjából még hasznot nem látott, azzal legfeljebb csak saját szükségletét tudta fedezni. A házi ipar tanítását minden faluban intézményesen és rendszeresen kellene megszervezni szaktanítók bevonásával, az állam anyagi támogatása mellett. Meg kellene állapítani, hogy melyik házi ipar üzésére alkalmas a kiszemelt falu, mire van kedve, milyen munkára van hajlama és tehetősége a népnek, milyenek a helyi viszonyok, van-e a házi ipar üzéséhez szükséges nyersanyag a közelben, vagy beszerezhető-e az nehézség nélkül? Házi ipari szövetkezeteket kellene létesíteni, melyek az elkészített iparcikkek reklámjáról, piacáról, exportjáról gondoskodnak. Ha népünk még ma idegenkedik is a téli munkától, beletanulna és megszeretné, ha látná, hogy haszna van belőle. A szövés, a kézimunkák különféle faja, csipkeverés, papucskészítés, kosárkötés, szalma és gyékény munkák, famunkák és fafaragások, edény és cserép munkák, játékszerek készítése és festése stb. volnának azok a háziipari típusok, melyek hazánkban a siker reményével üzhetők volnának. Ezekhez szükséges nyersanyagot itthon elő lehet állítani, nem szorulnánk annak külföldről való behozatalára, ami az egész üzem jövedelmezőségét kérdésessé teszi. Természetesen ennek megszervezéséhez erős akarat, kiváló szervező erő és szaktudás kellene egy csomó pénzen kívül. Hogy milyen eredményeket lehet ezúton elérni, azt megmutatja Németország és Ausztria jól fejlett házi ipara, mely sok ezer családnak ad biztos kenyeret a terméketlen vidékeken. De van reá magyar példa is, a mezőkövesdiek matyó ipara: himzéseik világhírre tettek szert és sok családnak biztosítják megélhetését.

Gyáriparunkat is decentralizálni kellene, hogy ne csak a fővárosban és a nagyobb vidéki városokban, de a falvakban is legyenek gyárak. Ezeknek mezőgazdasági jelleggel kellene bírniok, hogy feldolgozzák országunk nyers állapotban külföldre ma már alig exportálható terményeit és állatait. Cukor-, cukorka-, szesz-, likőr- és rumgyártás, gyümölcs-, főzelék- és húskonzerváló ipar, szövő, fonó, bőr-, gyapjú- és selyemfeldolgozó, műselyem- és festő gyár- ipar volnának azok, melyek nemcsak népünknek adnának télen is keresetet, de talpra állítanák a létért küzdő mezőgazdaságunkat is. Mivel azonban sem házi ipar, sem gyáripar nincsen, a mezőgazdasági munkásság a telet majdnem teljes semmittevésben és kereset nélkül tölti el. Feléli az aratáskor, vagy a summás munkán szerzett gabonáját, adósságot csinál már előre a jövő évi keresetre a boltban, a hentesnél, a malomban, a kocsmában, ha van hitele. De nemcsak anyagi, hanem erkölcsi kár is származik ebből a téli tétlenségből, mert a reáérő, saját és családja sorsával elégedetlen ember könnyebben hallgat a sokat ígérők szavára, veszélyeztetve az ország és társadalom, de végeredményben a saját és családja jövőjét is. Nem elég ez ellen oktatással, felvilágosítással és továbbképzéssel harcolni, több kell ide: télen is munka a népnek és kenyér. A kormányzat télen egyes vidékeken, ahol különösen nagy és fenyegető a nyomor és a munkanélküliség, útépitésekkel és földmunkálatokkal igyekszik a munkanélküliségen segíteni. Ezek a közmunkák azonban nem országosak, csak ott indulnak meg, hol a szükség a legnagyobb, rendszeren későn indulnak meg, amikor is az időjárás megakadályozza azok folytatását és befejezését.

Igen tanulságos az a kis grafikon, melyet Johan professor, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója közölt „A modern közegészségügy céljai, eszközei és eredményei” című, a Népegészségügyben megjelent cikkében. Ez a grafikon a mezőkövesdi mintajárásban a mezőkövesdi és mezőnyárádi, nagyobbbrészt summás munkásokból álló lakosság elfoglaltságát tünteti fel az 1927-ik évben. Megpróbálom a grafikont számokban megközelítőleg kifejezni:

A mezőkövesdi lakosságból dolgozott:	A mezőnyárádi lakosságból dolgozott:
Januárban: 1%,	Januárban: 3%,
Februárban: 5%,	Februárban: 9%,
Márciusban: 20%,	Márciusban: 20%,
Áprilisban: 40%,	Áprilisban: 35%,
Májusban: 98%,	Májusban: 72%,
Júniusban: 92%,	Júniusban: 76%,
Júliusban: 95%,	Júliusban: 80%,
Augusztusban: 99%,	Augusztusban: 75%,
Szeptemberben: 95%,	Szeptemberben: 48%,
Októberben: 89%,	Októberben: 40%,
Novemberben: 15%,	Novemberben: 15%,
Decemberben: 0%.	Decemberben: 0%.

A két község közti eltérés a helyi viszonyokból magyarázható, Mezőnyáradon nagyobb számmal vannak a kisgazdák és törpebirtokosok.

A sárosdi munkás (Fejér megye, sárbogárdi járás) dolgozott az 1930-ik évben:

Januárban:	5%,
Februárban:	10%,
Márciusban:	25%,
Áprilisban:	35%,
Májusban:	90%,
Júniusban:	99%,
Júliusban:	99%,
Augusztusban:	95%,
Szeptemberben:	92%,
Októberben:	90%,
Novemberben:	25%,
Decemberben:	5%.

A sárosdi lakosság elfoglaltságáról szóló kedvezőbb adatok azzal magyarázhatók, hogy községünk nagybirtokokkal van körülvéve, ahol nemcsak a helybeli munkás talál, mint arató és cséplő munkás kenyeret, hanem nagyszámú idegen munkást is foglalkoztatnak. Ezen gazdaságokban igen intenzív cukorrépa és tengeri termelés folyik, miért is a helybeli munkások erre nem elegendők. Az idegenből hozott munkásokat részben hat, részben két hónapra fogadják fel. Sok gazdaság télen is tart a cselédség pótlására és segítségére summás munkásokat, akik a községbeliek közül kerülnek ki. Ezenkívül munkásaink az Államvasutaknak községünkön áthaladó Budapest-Gyékényesi fővonalán is találnak, mint pályamunkások munkaalkalmat. Ezen viszonyok az utóbbi két év alatt sokat romlottak és bizony ma számtalan mezőgazdasági munkás van nyáron is kenyér nélkül. A gazdaságok a legszükségesebbre korlátozzák a munkáslétszámot s ma már idegen munkást alig, vagy csak nagyon keveset hoznak be a községbe. A munkaalkalom pedig szoros összefüggésben van a közegészségügygel. Jól írja Johan professor: „Meglepő-e ezek után, hogy e nép szegény, rosszul táplált, és így szervezete nem ellenálló. Ha itt a közegészségi állapotot akarom javítani, úgy gondoskodnom kell arról, hogy télen valami munkája legyen, amiből keres, mert akkor jobban is fog táplálkozni és akad pénze arra is, hogy földes szobáját deszkával padlóztassa”.

Van azonban *relatív munkahiány* is, mely csak részben függ az időjárástól, részben pedig egyéb körülményektől. Ez beállhat akkor, ha valamely sok kézi napszámot igénylő, főként kapás növényfajta a kedvezőtlen időjárás vagy rovarkár miatt kipusztul. Az előrehaladt idő miatt újra vetni rendszeren már nem lehet, kiszántják és gyorsan fejlődő takarmányféléket vetnek helyébe, mely a levágáson és behordáson kívül semmi más munkát nem igényel.

Munkahiány állhat elő akkor is, ha nem munkaalkalom lesz kevesebb, hanem a munkások száma lesz nagyobb. Ez az eset volt a háborút közvetlen követő időkben, amikor a fővárosban és a városokban az élelmezés nehézségeibe ütközött és sokan falura költöztek. Ugyanekkor sok háborús intézményt megszüntettek és a fölös számú alkalmazottakat elbocsájtották, vagy nyugdíjazták. Ezen intézkedések folytán sokan, akik azelőtt mezőgazdasági munkával foglalkoztak, visszajöttek a falura és szaporították a munkásság számát. A gazdasági konjunktúrában sokan felcsaptak tőke és kellő szakismeretek nélkül is gazdának és amikor a viszonyok rosszabbodtak, belebuktak, otthagyván nem egyszer egész, a gazdaságba fektetett vagyonukat. Egy részük visszament a városba, ahonnan jött, másik része a falun maradt és szaporította a mezőgazdasági munkásság létszámát. A földbirtokreform és a földvagyonyváltság a nagybirto-

kokat lényegesen megkisebbitette, a kisebb birtokon kevesebb cseléd és munkás kellett. Az elhelyezkedni nem tudó gazdasági cselédek is beköltözvén a falvakba, szaporították a mezőgazdasági munkásság számát. A mezőgazdasági válság, mely már évekkel ezelőtt előre vetette árnyékát, nagy mértékben emeli a mezőgazdasági munkanélküliséget is. A munkanélküliség, a kereseti viszonyok csökkenése pedig viszont a közegészségügy rosszabbodására vezethet.

A következőkben fel fogom sorolni, hogy mennyit keres ma falun az arató, a summás munkás és mennyit a gazdasági cseléd. A természetben kapott járandóságokat értékelni az egyre zuhanó terményárak mellett nem lehet.

Az *aratómunkás* nem pénzt kap, hanem egy bizonyos részt a terményből (részes aratók). Az aratási szerződésekben, melyeket a gazdaságok már télen megkötnek a munkásokkal, van ugyan egy pont, mely szerint, ha nagyon silány a termés, vagy elemi kár érte azt, úgyhogy részért azt learatni nem érdemes, ez esetben a rész helyett a szerződésben megszabott napszámot is kérhetik az aratók munkájukért. Az aratórész a gabonatermés „10-ik vagy 11-ik része”. Aratás idejére az aratókat a gazdaság éllelmezi. A legtöbb helyen az arató tengeri bérföldet is kap a gazdaságtól, mely 600-1200 négyzetöl közt változik. A gazdaság megszántatja és elvetteti a tengeri földet, az arató megmunkálja és leszedi; ennek termése teljesen az övé. Ezen föld bére fejében tartozik az arató a tengeri föld nagysága szerint 3-8 hold takarmányt levágni és begyűjteni. Ezen munka ideje alatt reggelit és ebédet kap a gazdaságtól.

Az aratómunkásság nemcsak az aratást végzi el, de a cséplést is a kicséplelt gabona 4%-áért: a cséplő munkák alatt a cséplőgépnél való segédkezést: ú. m. a cséplőgép „etetését”, kazalozást, rostálást, pelyva és szalma elhordását stb. A cséplés tartama alatt a cséplő munkások maguk éllelmezik magukat.

Sok gazdaságban, hol külön summás munkásokat nem alkalmaznak, aratók végzik a többi mezőgazdasági munkát is. Ilyen gazdaságok mind nagyobb számmal vannak, hogy ne pénzt, hanem terményt adhassanak a munkáért, mert a summás munkások pénzt is kapnak (innen elnevezésük, „summát” kapnak). Sok gazdaságban a tengerinek megmunkálása: kapálása, töltése, szedése, fosztása, a tengeri szárának levágása és összegyűjtése szintén az aratók feladata. Ezen munkájukért a tengeritermésnek $\frac{1}{6}$ -a, a szárnak $\frac{1}{3}$ -a az övék. Ott, ahol az aratók a tengerit nem munkálják meg, csak leszedik, megfosztják és a szárát levágják, a tengeri termésnek $\frac{1}{10}$ részét kapják meg munkabér fejében. A tengerivel való munka alatt a gazdaságtól éllelmezést rendszerint nem kapnak. Sok helyen a burgonyát is az aratók művelik meg. A gazda beveti a földet és adja egyúttal a vetőgumót is, a munkások megmunkálják, ha beérett, felszedik, amiért a termés egyharmada az övék.

Ezen javadalmozáson kívül még sok más módja és formája is van az aratók javadalmozásának. Sok helyen a mellékmunkáért pénznapszámot kapnak, mely ma felnőtt férfi részére 0.70-2.20 pengő közt van; nők és gyermekek kevesebbet kapnak. A gazdaság köteles az arató vagy cséplő részt a munkás lakására hazaszállítani, de a marokszedőnek („kettőzőnek”) bére a munkást terheli. A gabonamennyiség, amit egy arató megkeres, változik a termés és az aratók száma szerint. Vannak gazdaságok, melyek nagyobb számú aratót szerződtetnek ugyanazon nagyságú bevetett területre, hogy gyors érés esetén minél gyorsabban és kevesebb szemvesztéssel történhessék meg a gabona levágása és betakarítása. Sok gazdaság hirtelen érés esetén géppel is arat, melynek összegyűjtéséért, képébe és keresztekbe való egyberakásáért csak a termés huszad részét kapják meg az aratók. Sok községben, ahol kevés a nagybirtok és a kiscgazda, sok munkás maradna aratás és így kenyér nélkül is, ha róluk gondoskodás nem történne. A községi előjáróságoknak kötelessége, hogy ezeket valamelyik gazdaság aratói közé beossa. Az aratási szerződésekben az is ki van kötve, hogy mekkora területnek kell esni egy-egy aratóra, melyet ő levág, és amely után neki rész jár. Rendesen 16-18 katasztrális

holdban van ez megszabva. Jégkár esetén a biztosítási összegből kap arányos hányadot az arató, ha pedig a termés nem volt biztosítva, úgy a szerződésben megszabott napszámért vágja le, rész helyett, a gabonát.

Ha ezeket az itt felsorolt feltételeket, amelyek a kereseti lehetőségeket irányítják, számításba vesszük, akkor azt mondhatjuk, hogy az arató rész 8-22, a cséplő rész pedig 4-12 métermázsáig terjedhet. Ennek a fele rendszerint búza, a másik fele pedig rozs, árpa és zab szokott lenni. Jó vagy közepes termés mellett, jó gabonaárak esetén, amikor az iparcikkek ára is ezzel összhangban volt, meg tudott ebből élni az arató. Ma azonban az iparcikkeknek aránytalan magas ára mellett, amikor egy métermázsa rozs fejében legfeljebb csak bakkancsát tudja megtalpaltatni, a mezőgazdasági munkásság megélhetési lehetősége is mindig rosszabb lesz; nagy köztük a szegénység, a nyomor és az elkeseredés. A tengeriföld termése, a burgonyarész értéke szintén a terméstől és a piaci áráktól függ. Az arató munkás egész évi jövedelme ma általában messze a létminimum alatt marad, és nem tesz ki többet 120-200 pengőnél.

A mezőgazdasági munkásságnak az a része, mely mint arató elhelyezkedni nem tud, vagy a nehéz arató munkára testileg nem alkalmas, mint hónapos, summás munkás, vagy mint napszamos próbál kenyérhez jutni. A *summás munkások* javadalmazása vidékenként, sőt gazdaságonként is változó. Alább közlök egy a mi vidékünkön szokásos bérlistát: A férfi summás kap egy hónapra 42 pengő készpénzfizetést, a nő harmincat (sok helyen kevesebbet is). A természetben élvezett járandóságok férfinél és nőnél egyformák. Kapnak egy hónapra személyenként: 20 kg kenyér és 10 kg főző lisztet, 4 kg szalonnát, 4 kg húst (rendesen birkahúst), 4 kg babot, 15 kg burgonyát, másfél kg sót, fél liter ecetet és 50 fillér fűszerpénzt. A főzést rendszerint közösen végzik és a megtakarított terményeket felosztják egymás között. Vannak azonban munkáscsoportok, ahol csak a kenyérsütés történik közösen és este a munka végeztével főz mindenki magának, délben pedig hideget eszik. Keresetük értéke körülbelül megfelel az arató munkásénak.

A mezőgazdasági munkásság egyik külön csoportját képezik a *mezőgazdasági cselédek*. Munkájuk és alkalmazásuk állandó, tehát javadalmazásuk is az és nem függ annyira a termés nagyságától. Bérük és javadalmazásuk vidékenként és gazdaságonként változó. Példaképen közlöm vidékünkéről két gazdaságnak cselédbérlistáját.

A jobban fizetett gazdasági cseléd (rendes cseléd, nem gazda vagy parancsoló ember) kap egy évre: 19 métermázsa szemes gabonát, melyből 7 métermázsa búza, 8 rozs, 4 árpa. Készpénzfizetés helyett kap két métermázsa búzát (még az infláció idejében az ingadozó korona fizetés helyett állapítottatott ez így meg), a kisebb terjedelmű tengeriföld pótlására két métermázsa árpát, a tehéntartás helyett szintén két métermázsa árpát és napi két liter tejet. A tengeriföld 1000, a burgonyaföld 300, a kert 100 négyszögöl. Kapja továbbá két anyadisznó tartását malacaival együtt (t. i. a legeltetés jogát, de otthon és télen a sajátjából tartja el a cseléd), jár még neki szabad lakás (egy szoba, fél konyha, kamara és padlás-részlet), gyógykezelés részére és családjának a törvényben megszabott mértékben.

Nézzünk most oly gazdaságot, ahol kisebb javadalmazást kap a cselédség: áll ez a javadalmazás 17 métermázsa szemes terményből, 1200 négyszögöl tengeri, 300 négyszögöl burgonya és 100 négyszögöl kerti földből, napi egy liter tej, esetleg egy drb. tehéntartás, 16 pengő évi készpénzfizetés, lakás, fűtés, gyógykezelés és két anyasertés tartásából. A gazdasági cselédnek tehát állandóbb a jövedelme, mint a munkásé, de ezt is befolyásolja a tengeriföld termése és az is, hogy nem hullanak-e el sertései valami járványos sertés-betegségben? A kapott gabonát megőrölteti lisztnek, vagy megeteti állatjaival. Rendesen a tengeriföld terméséből, süldőknek vagy hizott sertéseknek eladásából, ha van neki, tudja csak magát és családját felruházni. A cseléd konvenció értéke ma szintén jóval alul marad a létminimumon (a létminimum 960

pengőben van megszabva). Tájékoztatóul megjegyzem, hogy egy cseléd évi bére kb. 12-15 katasztrális hold jövedelmének felel meg.

A törpebirtokos és a kispazda jövedelméről a vagyonuk és egyéb körülményeik különbözősége miatt még megközelítő adatokkal sem tudok szolgálni; ez nem az orvosnak, hanem a nemzetgazdásznak a feladata. Csak azért ismertettem ezen népréteg kereseti viszonyait, mert a kereset és az egészség közt szoros kapcsolat áll fenn. Ha megismertük azt, hogy a mezőgazdasági munkás, a törpebirtokos, sőt a kispazdáknak legnagyobb része sem tudja még a létminimumot sem megkeresni, akkor megértjük azt is, hogy miért táplálkozik rosszul, miért rongyos, miért lakik nedves és földes szobában, miért pusztítja őket a tuberculosis, miért nem fordul betegsége esetén orvoshoz és miért hal meg nálunk egyéves kora előtt annyi csecsemő?

2. A FALUSI LAKÁSOK.

Midőn a falusi lakosság lakásviszonyait ismertetem, akkor elsősorban a kiscgazdának, a munkásnak és gazdasági cselédnek lakásáról fogok képet adni. De nem volna a kép teljes, ha a kisbirtokosok, a falusi intelligencia, iparosság lakásáról is pár szóval meg nem emlékeznék. Meg kell állapítanunk, hogy a házak építésénél határozott javulást láthatunk. A vármegyei építkezési szabályrendeletek már számolnak a közegészségügy követelményeivel, de sajnos, nincsenek szigorúan végrehajtva. Maguk az építetők is tudják, hogy jobban, szebben és egészségesebben is lehetne építkezni, de útját állja az építető szegénysége. A sárból épült saját ház többet ér a falusi embernek a földesúr kastélyánál.

A háború után a házhelyreform és a házhelyparcellázások az építkezésnek egészséges áramlatát indították meg, amit a háború alatt tapasztalt nagy lakásinség mindenképen indokolt. A házhelyreform azonban nem lévén pénzügyileg megfelelően alátámasztva, az új házak roskadoznak a drága és rövidlejárátú bankkölcsonök terhe alatt. Akkor mindenki épített, akár volt reá pénze, akár nem. Ez az oka annak, hogy úgy a falvakban, mint a városokban, már annyi új ház cserélt gazdát. Állami támogatással megalakult ugyan a „FAKSz” (Falusi Kislakásépítő Szövetkezet), amely kényelmes törlesztésre épít házakat, melyek a higiene igényeinek bizonyos fokú szemmel tartásával készülnek (a falak szigetelése, padlós szoba), de a tőke, mely rendelkezésre állott, az igények egy kis részének kielégítésére volt csak elegendő. A FAKSz típus-háza áll: egy elég nagy kétablakos szobából, egy konyhából és kamarából, melyből a padlásfeljárát is nyílik. Az épület alapja kő vagy téglá, mely a föld színe felett szigetelve van. A fal anyaga föld vagy vályog, a szoba padlós, a konyha földes. Az ilyen ház ára 1500 pengő, melyet félévi részletekben húsz év alatt kell letörleszteni.

A falusi lakások általában nedvesek, mert nincsenek a falak szigetelve és nincsenek alapincézve. A szobák a mi vidékünkön leginkább földes padlójuak. Árnyékszék rendesen nincsen. Ez a megállapítás nemcsak a régi házakra vonatkozik, az új házak 70%-a is ezekben a hibákban szenved. A vármegyék építkezési szabályrendeletei nem rosszak, csak az a fő hibájuk, hogy nincsenek szigorúan végrehajtva. Ahol megvan az ellenőrzés, ott is, úgy a községi előljáróság, mint az I. fokú egészségügyi hatóság is - tisztelet a kivételnek -, főként a magánjogi és az építés-technikai rész ellenőrzését tekinti legfőbb feladatának, de az egészségügyi követelményekkel nem sokat törődnek. A községi és körorvos ugyan hivatalból tagja a községi építési bizottságnak, de azért az új épületeket nem nézetik meg vele és véleményét sem kéri ki.

A falusi lakásviszonyokra és a vármegyék építési szabályrendeleteire élénk fényt vet Kovacsics Sándor dr.-nak a Népegészségügyben megjelent „Magyarország vármegyei építési szabályrendeleteinek ismertetése” című tanulmánya. Már az 1876. évi XIV. tc. 11-ik §-a így szól: „Lakóházak építésénél a közegészségügyi feltételek figyelembe veendőek. Az építészeti szabályokat az új építkezéseket illetőleg tekintettel a helyi viszonyokra és a közegészségügyi szempontokra szabályrendelet útján a közegészségügyi bizottmányok meghallgatásával a törvényhatóság állapítja meg.” Sajnos, ez a nagy körültekintéssel és bölcs előrelátással megalkotott kitűnő törvényünk - mint annyi más - csak részben és helyenként van végrehajtva. 23 vármegye építési szabályrendeleteinek áttanulmányozásából az alábbi megállapításra jut Kovacsics: „Általánosságban az építési szabályrendeletekből megállapíthatjuk, hogy igyekeztek a kor követelményeivel, a higiene haladásával lépést tartani. Pótrendeletekkel javígtatták az egészségügyi hiányokat. Beosztásukból, terjedelmükéből látjuk, hogy a hatósági eljárások vázolása, a magánjogi igények kielégítése nagyobb, fontosabb részüket képezi, mint a közegészségügyi rész. De azért örvendetesen leszögezhetjük, hogy az összeállításban szereplő huszonhárom vármegye közül mindössze hét vármegyében nem kötelező az előzetes orvosi

szemle. Kilenc vármegye kifejejtette a telek nagyságának meghatározását, mely a többi vármegyében 100-300 négyszögöl között változik. A szobák ürtartalma általában kielégítő, éppen így az ablakok nagysága is. Az ablakok égtáji irányáról mindössze négy vármegye intézkedik. Öt vármegyében nem kötelező az izoláló réteg alkalmazása ma sem, pedig olyan egészségtelen építkezési anyagoknál, mint a vert föld és a vályog, szükséges volna az izoláló réteg alkalmazásán kívül az alapfalaknak kőből, égetett téglából vagy betonból való építése, a talajnak száraz anyaggal való feltöltése, a falakban szellőző nyílások alkalmazása stb. A legtöbb falusi lakóházat az egészségügyi követelményeknek meg nem felelő építő anyag: a vályog, a vert föld, a ház hibás fekvése s a szakértelem nélküli építkezés teszi nedvessé, nyirkossá, a gümös és más betegségek fészekévé. Nem akad egyetlen vármegye sem, mely expressis verbis, minden körülmények között és mindenütt eltiltaná a vert föld és a vályog használatát. Négy vármegye követeli meg a deszkás padló alkalmazását, a többi csak fakultative magas talajvíz állású telkeken”.

Hogy pedig ilyen *vármegyei építkezési szabályrendeletet* jobban megismerhessünk, közölni fogom alább kivonatosan egyik dunántúli vármegyének 1912-ben hozott és 1923-ban módosított építkezési szabályrendeletét. A szabályrendelet négy részre oszlik. Az első rész az általános határozatokról szól, a második a részletes intézkedéseket tartalmazza, a harmadik a tűzbiztonságiakat, a negyedik pedig a kihágásokról és ezek büntetéséről rendelkezik. Az első rész elrendeli, hogy az építkezések és átalakítások elbírálása céljából minden községben építkezési bizottság alakítandó. A bizottság áll a képviselőtestület által választott hat tagból, azonkívül hivatalból tagjai: a községi jegyző, a községi orvos és a tűzoltó-parancsnok. A bizottság köteles a beérkezett építkezési ügyeket 3 nap alatt, jegyzőkönyv felvétele mellett letárgyalni.

A második részből csak a lakás-hygienerre vonatkozó rendelkezéseket fogom ismertetni. Bádoggal, cseréppel vagy zsindegyel fedett épületek egymáshoz építhetők, ha az épületek tűzfala a tetősíkon legalább 20 cm-re kiemelkedik. Náddal fedett épületek egymástól csak 10 méter távolságra építhetők. Minden lakóház tűzmentes anyagból készült kéménnyel látandó el; faszerkezetű, vesszőből font, vagy nádkémények nem engedhetők meg. Árvíznek kitett területeken, ahol a feltöltés lehetséges, a lakóházak területét a legmagasabb árvíz színe felett 80 cm-rel magasabbra kell előbb feltölteni. A feltöltött területeken az építmények falai, az alapot kivéve, vert falból vagy vályogból is építhetők, de az épület körül egy méter széles padka 1:4 arányú lejtővel létesítendő. Hogy ez a padka a falat meg fogja-e óvni a nedveségtől, az nagyon kérdéses! Árterületeken, ahol a feltöltés valami okból keresztül nem vihető, ott a lakóházak azon falai, melyek a menyezet és tetőzet hordására vétetnek igénybe, 50 cm-re a magas víz felett kőből vagy téglából mészhabarcsba fektetve építendőek fel. Pinceajtókat utcára nyitni, vagy utcára padlásfeljáró lépcsőket tenni, sem új, sem meglévő épületeknél nem szabad.

Előírja a szabályrendelet, hogy minden lakóházban a ház lakóinak közös használatára földpöccgödörrel ellátott árnyékszék építendő. Az árnyékszékek az utca felőli oldalon nem építhetők. Sajnos, a szabályrendeletnek ezen része nincsen végrehajtva, a régi és az új házaknak kb. hetven százaléka nem rendelkezik *árnyékszékkel*. Az csináltat falun árnyékszéket, aki akar, de nem egészségügyi, hanem kényelmi szempontból csináltatják. Áll pedig ez az árnyékszék egy egyszerű földbeásott gödörből, mely fölé deszkából ülőkét építenek. Az ülőke fölé deszkából vagy nádból egy kis házacskó kerül, melynek néha ajtaja is van, de legtöbbször egy régi zsák- vagy ponyvadarab képezi az ajtót, hogy a szeméremérzésnek is elég legyen téve. Az árnyékszéket leginkább csak a felnőttek használják, a gyermekek körülötte vagy az udvarnak vagy a kertnek más helyein végzik el ebbeli szükségleteiket. Téglás pöccgödört, vagy pláne betonból készültet, legfeljebb középületeknél és a középosztály lakásainál talál-

hatunk. Hogy egy faluban azután teljesen modern betonaknás, vízöblítéses klozett hány van, azt újjainkon könnyen összeolvashatjuk. (A nyáron egy budapesti sebész-orvossal utazván, megemlítette, hogy egyik balatoni fürdőhelyen, ahol neki is van villája, csak két vízöblítéses klozett van az egész telepen.) Előírja ezen szabályrendelet azt is, hogy az árnyékszék a kúttól legalább 10 méter távolságra építendő. Ezt a rendelkezést sem tartják be, kis telkeknél nem is igen lehet; annyival inkább kellene megkövetelni különösen ilyen helyeken a betonból vagy a betonhabarcsba rakott téglából épített pöcegödröt.

Az újonnan épített házak padlóját a talaj felszínénél legalább 30 cm-rel magasabbra kell helyezni. A lakóhelyiségek alapfalaira a földszinti padló alatt 15 cm-rel az egész fal szélességében aszfalt szigetelő lemez, vagy egyéb megfelelő, a nedvesség felszívódását megakadályozó réteg helyezendő el. Külső oldalán földdel érintkező falaknak megvédésére forró állapotban alkalmazott természetes aszfalt rakandó fel a föld színe felett félméter magasságig. Sajnos, ezen előírt szigetelése a falaknak csak ritkán történik meg, a legtöbbször egy kátrány-papírlemez tesznek az épület talapzatára, mely a nedves falban előbb-utóbb szétmállik, és átengedi a nedvességet.

A rendelet előírása szerint a földszintes épületek azon falai, melyek a tető és fedél hordására szolgálnak, téglából legalább 38 cm, kőből legalább 50 cm, vályogból vagy vert földből legalább 60 cm vastagságúra építendő. Vályogból vagy vert falból építendő házak főfalainak alapzatai a földszint felett legalább még 50 cm magasságig téglából vagy kőből létesítendő. Az esetben, ha az építési hely és a kiemelt alap teljesen száraz, árvízmentes és tömésfalnak kiválóan alkalmas anyag, vagy igen jó vályog áll rendelkezésre, kevés súlyt hordó kisebb épületeknél a kő vagy téglalap létesítésétől esetről-esetre kikérendő engedély alapján el lehet tekinteni. Az engedélyt az építési bizottság hozhatja javaslatba, mely írásbeli vagy szóbeli bejelentésre megvizsgálja az építés helyét, a felhasználandó vályog vagy tömésfal anyagát és különösen figyelembe veszi azt, vajjon hasonló anyagból vannak-e a közelben régebben épült, jókarban levő épületek. A közmondás szerint a kivétel erősíti a szabályt, itt azonban a kivétel lesz szabállyá és a falusi kislakások legnagyobb része vert földből vagy vályogból *tégla alap nélkül*, minden szigetelés mellőzésével a pusztára épül. A szabályrendelet engedményt tesz a lakás egészséges voltának rovására, pedig inkább épülne fel kevesebb, de egészségesebb lakás, mint sok, nedves odú, mely csak betegséget hoz a benne lakókra. A legegészségesebb és legjobb építkezési anyag a jól kiégetett téglalap. „A vályog fal ugyan szárazabb, mint a vert földből álló fal, de azért még a jól kidolgozott és jól kiszáradt vályog is, ha nedvesség éri, ötször annyi vizet vesz fel magába, mint az égetett téglalap. Egyenlő légáramlási, száradási feltételek mellett is kétszer annyi idő alatt tud csak a nedvességtől megszabadulni, mint a téglalap. Ezt a nedvességet a vályog jobban köti, mert nemcsak a pórusokban van a nedvesség, hanem az anyag kolloidalisan is megköti. Ez az ún. duzzasztó víz, mely a felületet állandóan hűvösen, nyirkosan tartja. A vert földből készült falnál még rosszabbul áll a dolog, mert az építésnél a földhöz sok vizet, szerves anyagokat, szecskát, polyvát tesznek, hogy jobban összetartsa a falat. Ezek a szerves anyagok a nedves falban rothadnak, dohossá és bűzössé teszik a szoba levegőjét”. (Lásd Dr. Kovacsics: „Vályog, vert föld és égetett téglalap” című cikkét a Népegészségügy 1927. évi 14-ik számában.)

Hogy a vármegyei építési szabályrendeletek mégis megengedik a vert föld és a vályog falat, annak az építetők gyenge anyagi helyzetével való kényszerű megalkuvás az oka. A rendeleteknek középutat kellene követniök, hogy legalább a közegészségügyi szempontok valamennyire megóvassanak, ami nemcsak a köznek, de magának az építetőknek is érdeke. Nedves, vagy árvíznek kitétt talajon csak kő vagy téglalap falat szabadna megengedni betonba ágyazott alapzattal és kettős szigeteléssel. Száraz teleknél az alapzat téglalap vagy kő legyen kötelező szigeteléssel és ez a föld színe fölé legalább félméterre érjen. Erre szabadna csak reá

építeni a vert földből vagy vályogból készült falat. Ha a hatóságok a lakhatási engedélyek kiadásában nagyobb körültekintéssel járnának el, akkor időt lehetne adni, hogy az ilyen falak a bevakolás előtt jól kiszáradjanak. A falak nedvességének másik oka még a tetőről lecsurgó csapadék víz is, mely csatornázás hiányában a fal tövébe esik le és azt állandóan nedvesen tartja. Ha az épületnek nemcsak a fala, de az alapzata is vertföldből vagy vályogból készül, el lehet képzelni, hogy milyen akkor az ilyen fal szárazsága és szilárdsága. A fentebbi kívánalmak mellé még a lakószoba kötelező padlózását sorolnám, ami nem okozna elviselhetetlen költségtöbbletet.

A tárgyalt szabályrendelet a szoba legkisebb magasságát 2.5 méterben szabja meg, térfogata pedig lehetőleg (?) olyan legyen, hogy minden benne lakó személyre legalább húsz köbméter levegő jusson. Hogy az újonnan épített lakás szobájában hány egyén fog élni, azt nem tudhatja a vármegyei szabályrendelet, de még az építető sem előre megmondani. A telek utcai vonalán ólat, árnyékszék, vagy köztisztasági és közegészségügyi tekinteteket sértő műhelyeket, vagy egyéb „létesítményeket” építeni tilos. Az új lakóházakat teljes kiszáradás előtt használatba venni tilos. Ez a rendelkezés a valóságban úgy áll, hogy mindenki akkor költözik be az új lakásba, amikor akar. Mi orvosok - betegeket látogatva - gyakran látjuk, hogy a kívülről még nyers, de belül már bevakolt és meszelt épületben, ahol a beteg fekszik, folyik a falról a víz, és ha az ilyen szobát felfűtik, kész a gőzfürdő.

Szemetet, trágyát, vagy bárminemű fertőző tárgyat az utcára vagy az út árkába dobni, vagy a szomszédos épületek tövébe, vagy azok közelébe lerakni tilos. A lakóházak legalább 1 méter magas és 60 cm széles jól zárható és könnyen nyitható ablakkal látandók el. A szomszéd határán álló falakban még a szomszéd beleegyezésével sem szabad ablakot, vagy szelelő nyílást alkalmazni. A lakóházban háziállatot tartani tilos.

Ami a falusi házak beosztását illeti, az csaknem teljesen a régi maradt. Az épületek rendszeren a telek hosszában, az utca tengelyére merőlegesen vannak felépítve. A ház homlokzata vagy az utcáig ér, vagy pedig kis kert van előtte. Ez utóbbi nemcsak szép, hanem bizonyos fokig megvédi a házat az utcai portól is, amely forgalmas országutak melletti házaknál, nem lévén az út sem olajozva, sem öntözve, igen nagy lehet.

A mezőgazdasági munkás és a törpebirtokos lakása a szoba-konyhás ház. Áll ez egy utcai szobából és utána következő konyhából. Hátralj külön bejárattal van egy kamra, melyből esetleg a padlásfeljáró is nyílik, - de lehet ez a ház hátulsó csúcsfalában is elhelyezve. Feljárattal egy állandóan odaépített vagy szükségszerint odatámasztott létra szolgál. A szobának rendszeren egy, néha két ablaka van az utcára, és egy az udvarra; bejáró a konyhán keresztül van. A szoba legtöbbször, a konyha pedig szinte mindig földes. A ház előtt az udvar felől oszlopos folyosó van, melynek tetejét a háztető folytatása alkotja. Az utca felől bejárattal vagy a kerítésen levő, a kapu mellett elhelyezett kis ajtó szolgál, vagy a folyosó végébe beépített díszesebb ajtó, néha mindkettő. Ahol két ajtó van, ott a folyosó végi ajtó csak dísz, melyet sohasem nyitnak ki. Az utcai kerítés rendszeren léc, deszka vagy drótháló, ritkán vert vagy épített fal, nád vagy fonott vessző. A konyha az újabb épületeknél csukott, ú. n. cilinderkéménnyel van ellátva, régi épületekben nyitott nagy kéménnyel, melybe beépített kerestfák a füstöltni való sertéshús felakasztására szolgálnak. Vannak még vidékei hazánkban, ahol a régi házaknál még kémény sincs, hanem az ajtón és a tető hézagain át megy ki a szabadba a füst. Nem egy helyen még régebbiről megmaradt nád és deszka kéményeket is találni.

Ha istálló is van a háznál, akkor ez vagy a főépületben hátul, vagy mellette egy kisebb épületben van elhelyezve. A ház előtt az udvarban nyer elhelyezést a kút. Árnyékszék, ha van, vagy a ház végében, vagy az udvar valamelyik félreeső zugában nyer elhelyezést az ólak között.

Pince a ház alatt nincsen, ezt külön ássák a telek dombosabb részén, ahol nem kell talajvíztől tartani. Kőből vagy téglából épített pince csak módosabbaknál található.

Ha a *kisgazda házat* nézzük és eltekintünk a „nagyobb kisgazdától, akik már „urasan” építetik fel házaikat, úgy hasonló építkezési rendszert találunk, mint a mezőgazdasági munkásságnál. Különbség az, hogy náluk a szobák száma kettő, mindig van istállójuk és magtár céljaira szolgáló nagyobb, kamraszerű helyiségük. A telek is rendszeren nagyobb (egész ház-hely) és lenyúlik vagy a rétre, vagy a szántóföldekig ér. A lakás közepén van a konyha, melyből egy utcai és egy udvari szoba nyílik. A nagyobb és szebb az „első ház”, vagyis az utcai, a kisebb és sötétebb az egyablakos udvari szoba. Ez utóbbi tulajdonképpen a lakószoba. Az utcai szoba rendszeren padlós, az udvari pedig földes. A konyha téglával vagy cement lapokkal van kirakva. Módosabb gazdáknál tulajdonképpen két lakásból áll a ház: elől van az utcai szoba külön konyhával, utána jön az udvari szintén egy konyhával. Mindegyik szobának a bejárata a konyhából van, a két lakás egymástól teljesen elválasztott. Az első lakás a parádés lakás, melyet csak keresztelőn, kézfogón és esküvőkön használnak, a másodikban születnek, élnek és halnak meg az emberek. A hátsó konyha rendszeren nyitott tűzhellyel van építve, az első modern, csempés és csukott.

A *módosabb gazdák* építkezése hasonló a középosztály építkezéséhez, sarokház több szobával, megfelelő komforttal kiállítva, benne a fürdőszoba (igaz, hogy berendezés nélkül) nem tartozik a ritkaságok közé. A falusi építkezési módban tehát, amint láttuk, a multtal szemben mutatkozik némi haladás, de abban, ahogyan ezt a lakást lakják, semmi haladást sem találunk. Ebben nincsen különbség a szegény napszámos és a jobb módú kisgazda között, mert tulajdonképpen egy szobában lakik mindegyik: a napszámos azért, mert több szobája nincsen, a módosabb pedig azért, mert így lakott az apja, az öregapja, tehát ő sem lakhatik másként.

Annak bemutatására, hogy sajnos sokszor milyen a magyar falusi lakás, idézem Dr. Váradi Sándor községi orvosnak „Egy magyar falu egészségügyi rajza” című (megjelent a Népegészségügy 1928. évi 16-17. számában) cikkének néhány sorát: „Nemcsak a testi épségnek, hanem mint családi tűzhely a lélek egészségének is megóvjója és nevelője is a lakás, de nem minálunk, ahol ez a lakás, az otthon, a durvaság melegegágyává lett. Ha még oly gazdag is a paraszt, ha még annyian vannak is a családtagok, egyetlen egy szobában élnek, főznek, szaporodnak és halnak meg. Legyen ott ragályos betegség, tüdőgyulladásos csecsemő, székét, vizeletét maga alá eresztő aggastyán, haldokló, vagy nárszészakás fiatalok, még csak eszükbe sem jut, hogy a másik szobát, az „első” igénybevegyék. Az orvos biztatására kisül, hogy ott nincs is kályha (néha még kémény sem), vagy ha van, be nem gyújtanak, mert árt a bútornak, pedig az igazi ok nem is a bútor, hanem a tüzelőanyag, ezt féltik. Elképzelhetetlen pazarlás volna egyszerre két helyen fűteni! A lakás tisztántartása rendkívül hiányos, abszolút strucc politika érvényesül benne. A sputumot, a baromfítól, háziállattól származott piszkot szétkenik a csizmával és behintik homokkal s akkor - láthatatlan lévén - nem is létezik számukra. Por, sár, miegyéb nem látszik meg a fekete földön, így a seprés is felesleges. A falakat évenként 1-2-szer bemeszelik. Az ágynemű tarka (az nem piszkolódik), hónapokig nem váltják.

A szoba levegőjének tisztátalansága felülmúl minden képzeletet. Telített az széndioxyddal, füsttel, vízgőzzel és minden mással, ami élő lényekre csak káros lehet. Lakóinak szaglóérzéke lázadozás nélkül viseli el ezt a levegőt s csodálatosképpen tüdejük fuldoklás nélkül alkalmazkodik az oxygen-szegény táplálékhoz. Szellőztetés tulajdonképpen nem történik, az ablakok többnyire kinyithatatlanok s az ajtót, ha kitárják (és felcsapják a „firhangot”) néhány percre, legfeljebb a konyhából jön be kevés tisztább levegő, mi azonban nyomtalanul tűnik el a szoba sűrűbb gázkeverékében. A nedves föld, a régi piszkos bútorok, falak és az ágynemű át meg át vannak itatva ettől a „levegőtől” s mint accumulatorok ontják magukból a bűzt akkor is, ha az

emberi kipárolgás és hasonlók szünetelnek is. Ez a gázkeverék az, mely satnyává teszi a csecsemőt, ami beteggé teszi az egészségest és illusoriussá tesz minden egészségügyi rendszabályt és gyógykezelést. Ez a gázkeverék az, mely győzelmes harcot vív a falusi rétek és szántók drága virágillatos levegőjével, mely sorvaszt és gyilkol egy népet, egy jobbra, sőt egészen jóra hívatott népet, amely népnek sorsa, egy országnak sorsa. Ennek a népnek a jövője, problémája, a szellőztetés”. Ami áll Váradi dr. községére, sajnos, áll kevés kivétellel a többire is. A falusi lakosság életviszonyairól még ma is sok téves nézet uralkodik, hol a falusi nép javára, hol a falusi nép kárára. Nem lehet a falut hamisan beállított leírásokból és a néppel való felületes érintkezésből megismerni, hanem velük kell élni.

A falusi „szoba egyke” rendszer nagy szerepet játszik a fertőző betegségek, főként a tuberculosis terjesztésében. Idézem Maixner Ferenc dr. klasszikus leírását „A tuberculosis falun” című cikkéből (megjelent a Népegészségügy 1927-ik évi 18-ik számában): „A lakás áll konyhából, mely azonban sohasem szolgálja ezt a célt; belőle nyílik jobbról és balról egy-egy szoba. Az első ház rendesen fapadlós, kétablakú, tágas, a hátsó egyablakú, földes és szűk szoba. Az elsőben játszódik le a keresztelő, mennyegző, halotti tor, ez a tiszta szoba. A hátsóban zsúfolódik össze az egész család, télen-nyáron kettesével, hármásával egy-egy ágyban. Itt folyik a főzés is embernek, állatnak, úgyhogy télen a falak csepegnek a páráról. A serdülő fiúk alvó helye az istálló és talán paradoxonnak hangzik: ez is egyik oka annak, hogy a férfiak közt kevesebb a tuberculosis, mert elég korán kikerülnek a zsúfolt lakásból, a lakásból, melynek sötét zugában ott ül a végzet: a nagymama. Ő „makk egészséges”, csak éppen tíz-húsz éve minden tavasszal és ősszel köp egy kis vért, állandóan köhéccsel és szórja a halált a gyermekekre és unokákra, el is temeti és meg is siratja őket. Előttünk áll a tuberculosis első oka és az ok mögött a falu borzalmas lelke, mely görcsösen ragaszkodik a hagyományokhoz, mely mindent csak az olcsóság és az anyagi célszerűség szempontjából néz, mert mindenkit csak egy cél vezet, hogyan lehetne ahhoz a húsz hold földhöz még a huszonegyediket, a harminchoz a harmincegyediket is megszerezni?”

Kell, hogy legyen ebből a sötétségből kivezető út; a népjólét emelésének, az egészségvédelem országos megszervezésének gyönyörű feladata, de hosszú és rögös útja lesz ez. Az bizonyos, hogy az a munkás, kinek csak egy szobája van, az nem lakhatik kettőben; de egyben lakik az is, akinek két vagy több szobája is van. Ezen az egészségügyi propaganda, a népnevelés, a lakás és az életmód higiénejeének szinte unalomig való oktatása, a *megszervezett egészségvédelem*, főként az ú. n. *családi egészségvédelem* tud majd idővel segíteni. Hogy célt érjünk, ahhoz az erre való tanítást az elemi iskolákban kell megkezdenünk a kellő ismeretekkel bíró tanítói kar bevonásával.

A mezőgazdasági munkával foglalkozó falusi népréteg másik csoportjának, a *mezőgazdasági cselédeknek*, és az *időszaki*, a *hónapos* vagy *summás munkásoknak lakását* a gazda vagy a munkaadó adja. Ezeknek a lakásoknak a cselédek és munkások csak lakói, de nem tulajdonosai. Hogy milyen lakást tartozik adni a gazda vagy a munkaadó a cselédnek és a munkásnak, azt törvények és rendeletek szabályozzák. A mezőgazdasági cselédség lakásügyét az 1907. évi XLV. törvénycikk rendezi: „a gazda és a gazdasági cseléd közti jogviszony szabályozásáról”. A törvénynek 29. §-a így szól: „A gazda a cselédnek a közegészségügy követelményeinek megfelelő elhelyezéséről gondoskodni köteles”. Ezen törvény életbelépte óta a cselédlakásokat úgy kell építeni, hogy minden nős vagy családos gazdasági cselédnek külön szobája és külön kamrája legyen. A részletes szabályokat a törvényhatóságok szabályrendeletben állapítják meg. A cselédlakások építéséről vagy megfelelő átalakításáról, - ha előbb nem teljesíti, vagy ha azt a törvényhatóságnak már hatályban levő és ezután alkotandó szabályrendelete értelmében előbb teljesíteni nem tartozik -, köteles a gazda úgy gondoskodni, hogy a törvény

életbeléptétől számított legkésőbb tíz év elteltével valamennyi cselédje az előbbi bekezdés szabályainak megfelelő lakásban legyen elhelyezve.

Ezen törvény alapján a vármegyék megalkották a szabályrendeleteket. Alább ismertetem Fejér vármegye 1913-ban 13.834. szám alatt alkotott szabályrendeletét. A rendelet értelmében minden mezőgazdasági munkaadó köteles minden állandó jellegű alkalmazással bíró cselédje és hasonló minőségű alkalmazottja részére egy szobából, megfelelő konyhából és ebben egy tűzhelyből és az élelmiszerek eltartására szolgáló, a szobáktól elkülönített, szellőző nyílással ellátott zárható kamrahelyiségből álló lakást szolgáltatni. A lakószobának legalább 2.75 méter magasnak kell lenni és legalább 45 köbméter légürtért kell tartalmaznia. Minden oly lakásul szolgáló szoba, melyben egy-egy felnőtt részére legalább 10 köbméter, egy-egy gyermek részére pedig legalább öt köbméter légürtér nem jut, túlszűfoltnak minősítendő. A szobáknak legalább 1 méter magas és 65 cm széles, könnyen nyitható és jól záródó téli (kettős) ablakkal és jól fűthető kályhával vagy takaréktűzhellyel kell ellátva lenni. Minden cselédlakásul szolgáló földszintes ház úgy építendő, hogy padlata legalább 30 cm magas legyen a föld színe felett. A ház tűzbiztos kéménnyel látandó el és a munkaadó köteles arról gondoskodni, hogy a csapadék víznek a cselédlakások körül szabad lefolyása legyen. A mezőgazdasági munkaadó az ott lakók számának és a cselédlakások elhelyezésének megfelelőleg pócegödörrel ellátott árnyékszékről, trágya és szemét lerakodó helyről is tartozik gondoskodni. Ezek az épülettől legalább 2, a kúttól legalább tíz méternyi távolságban legyenek. A kutak az épületek falától legalább 3 méternyire helyezendők el. A pócegödörket minden évben legalább egyszer ki kell üríteni: tartalmuk a lakott helyektől legalább száz méterre elhordandó és ott friss földdel befödendő. Állatokat a szobában tartani tilos. Köteles a munkaadó arról is gondoskodni, hogy a gazdasági telep tisztántartott, egészséges vizű kutakkal is el legyen látva. A kutak úgy építendőek, hogy az esővíz, vagy a kihúzott és elöntött víz azokba vissza ne folyhasson.

Ezen törvény kétségtelenül korszakot jelentett a mezőgazdasági cselédség szociális viszonyainak rendezése terén. Addig a mezőgazdasági munkásság lakása kevés kivétellel mindenek volt mondható, csak lakásnak és egészségesnek nem. Jól emlékszem még a földbe ástott pincelakásokra, a putrikra, melynek csak egy előnye volt, hogy meleg volt télen és hűvös volt nyáron, de nedves volt, földes volt és tenyérnyi nagyságú ablakán még tévedésből sem tudott bejutni a napsugár. Ezeket a lakásokat nem annyira a törvény, mint a fejlődő szociális és higiénikus érzés szüntette meg. Közös lakások azonban, ahol négy, öt, sőt hat család is lakott egy nagy, pajtaszerű helyiségben, - legalább is mifelénk -, csak a közelmúltban szüntek meg teljesen. A szoba mindegyik sarka régebben egy-egy családnak volt a lakosztálya. Hogy az ilyen helyiségben, ahol nem egyszer 25-30 személy is lakott együtt, milyen bűz és piszok volt, az elképzelhetetlen. Jól emlékszem, egy ízben egy ilyen négycsaládos szobában beteget látogattam meg: gyermekágyas volt az illető, a másik családnál kis halott volt, a harmadiknál pedig disznóölés; szerencsére a negyediknél nem történt nevezetesebb esemény.

A törvény tíz évben szabta meg azt az időt, mire a meg nem felelő lakásokat át kellett alakítani. Sajnos ennek a tíz évnek három utolsó éve a háború idejére esett, amely parancsoló szavával ennek a törvénynek végrehajtását is felfüggesztette. Pedig még nagy szükség lett volna erre a három évre, mert sok gazda, jó magyar szokás szerint, a régi cselédlakások átalakítását csak halogatta. A háború után a gazdasági konjunktúra idején könnyen ment az építkezés, és aki ekkor épített megfelelő lakásokat cselédeknek, nemcsak velük tett jót, de a papírpénzből aranyat csinált. Ahol a hatóságok helyes szociális érzéssel és okos előrelátással a gazdákat az építésre szorították, ott nem sok már a pótolni való, de ahol ez elmaradt, ott sok a hiány. Sajnos, a gazdasági válság ma éppen úgy felfüggeszti e törvény végrehajtását, mint annak idején a háború. Ha egyszer jobbra fordul sorsunk, akkor ezt a törvényt maradék nélkül végre kell hajtani, sőt módosítani kell, módosítani, javítani a mai szociális kívánalmaknak

megfelelően. Legyen minden cselédnek egy rendes, padlós szobája, külön konyhája, kamrája és elrekesztett padlása. Amit a gazda kiad a jobb lakásért, kárpótolva lesz azáltal, hogy kevesebb lesz a gazdaságban a beteg, és kevesebb az elmulasztott munkanap.

A régebbi külterjes gazdálkodás idejében a gazdaságoknak az arató és cséplő munkások voltak egyúttal a napszámosaik is. A kevésszámú helybeli napszamos hazajárt aludni és reggel megjelent a megbeszélte időben a munkahelyen vagy a munkások gyülekező helyén, ahonnan a gazdaság, ha távol volt a munkahely, kocsin szállíttatta ki őket. Ha véletlenül kint maradtak éjjelre is, akkor valamelyik szomszédos istállóban, nyitott pajtában, vagy jó idő esetén a szabadban töltötték az éjszakát, állandó lakásokra, munkás barakokra nem volt szükség. Amint azonban a gazdaságok rátértek az intenzívebb termelésre, az ipari növények termelésére, a legelőrendszerrel az istálló rendszerre, tehenészetek felállítására, ipari hízalásra, nagyobb számú munkás kézre lett szükségük. Ezek a munkások két-hat hónapig tartózkodván a gazdaságban, elhelyezésükről is kellett gondoskodni. Ez bizony eleinte nagyon primitív volt. Istálló, melyből nyáron az állatokat kitelepítették, nagyjából rendbe hozva, esetleg kimeszelve, szolgált lakásul a munkásoknak. Fekvőhelyül az istálló földjére terített szalma szolgált, itt tartózkodott férfi és nő, felnőtt- és gyermekmunkás együtt.

Az állam is észrevette, hogy ezt a kérdést rendezni kell, hogy gondoskodni kell jó *munkás-lakásokról*, el kell őket látni jó ivóvízzel és gondoskodni kell a lakások mellett megfelelő árnyékszékekről is. A földművelésügyi miniszternek 1930. évi január hó 1-én kelt 85,800-1929. F. M. számú rendelete és a népjóléti miniszternek 36,328-1930. N. M. M. számú körrendelete rendezte ezt a kérdést. E rendeletek nem engedik meg, hogy felhagyott, vagy erre a célra kiürített istállók, - a szükséges átalakítások és megfelelő berendezések nélkül -, használtassanak fel munkások elhelyezésére, vagy hogy a puszta földre terített szalma szolgáljon a munkásoknak hálólakásul. A munkások fekvőhelyül deszkából készült emelvény szolgáljon. Ezt a földtől legalább 30-40 cm-re kell elhelyezni oly módon, hogy egy-egy munkás fekvőhelyének szélessége, valamint az egyes fekvőhelyek közötti távolság legalább egy méter legyen. A deszka emelvényre száraz szalmával frissen töltött tiszta szalmazsákok helyezendők el. Csoport változás esetén mindig, ugyanazon munkás csoportnak huzamosabb ott tartózkodása esetén pedig legalább kétszer hetenként az összes szalmazsákokat a szabad levegőn ki kell porolni és szellőztetni. A szalmazsákokat három-négyheti időközökben ki kell üríteni, ki kell mosni és friss szalmával megtölteni. A munkások szállásait nem szerint el kell különíteni és a munkáscsaládok részére kijelölt szálláshelyeket a gyermekek elhelyezésére megfelelő berendezéssel kell ellátni.

A rendelet kötelezi továbbá a munkaadót, hogy járványos betegségek terjedésének meggátolása végett a munkások elhelyezésére szolgáló épületek közelében, attól oldalt, vagy annak háta megett, lehetőleg nem járt helyen olyan árnyékszékekről gondoskodják, melynek tartalma a környék egészségügyi veszélyeztetése nélkül elszállítható. Erre a célra a rendelet nagy és jó állapotban levő petróleumos hordóknak földbe ásását ajánlja. Az árnyékszékek olyan helyen legyenek, ahol kút nincsen és a talaj nem lejt a kút felé. Minden egyes árnyékszékbe minden nap egyszer száraz oltott mész rétegezendő mintegy 2 cm vastagságban, vagy pedig annyi nyers ásványolaj öntendő, hogy az ürülék felszínét szemmel láthatólag összefüggő rétegben bevonja. Gondot kell fordítani arra, hogy az árnyékszék tartalma kellő időben eltávolíttassék az árnyékszékéből. Az ürülék gyűjtésére külön terület jelölendő ki. Megfelelhet erre a gazdaságnak egy nagyobb, növénytermelésre nem használt mélyedése. Ha ilyen nincsen, a gazdaságnak egy elhagyatottabb része, ahol az ürülék tőzeggel, vagy földdel keverve komposzt trágya előállítására szolgálhat.

Az árnyékszék céljaira szükséges fa petróleumos hordók beszerzése ma nehézségbe ütközik, a gyárak a petróleumot ma már csak vas barellekben szállítják és tartják. A fa petróleumos hordóknak az átjárhatatlansága is kérdéses, a hordóknak kiszállítása csak alkalmat adhat, hogy annak esetleges fertőző tartalmát az úton végig folyassák. Az emberi ürüléknek trágyává való feldolgozását pedig hazánkban eddig nem igen üzik. Az állandó jellegű árnyékszékek tartalmát nálunk a gazdaság félreeső helyén elássák. Ha pedig az árnyékszék csak földbe ásott latrina, akkor egyszerűen beföldelik és mellette másikat ásnak. Célszerű lenne annak elrendelése, hogy azok a gazdaságok, amelyek évről-évre állandóan nagyobb számú munkást foglalkoztatnak, építsenek a munkáslakás mellett betonos pöcegödörrel ellátott állandó jellegű árnyékszéket, mely végeredményben mégis olcsóbb mintha évről-évre kell nekik nem állandót készíttetni.

Megállapítja rendeletében a miniszter, hogy gyakran fordult elő, hogy a summás munkások betegen, hasi hagymázzal fertőzve kerültek haza, vagy jutottak a kórházba. Ismételten megállapította azt, hogy ez szennyezett ivóvíz használatára volt visszavezethető. Azért elrendeltetett, hogy a munkások kifogástalan ivóvízzel látandók el. Minden munkaadó, aki a nyári munkák elvégzésére húsz vagy annál több munkásból álló csapatot kíván szerződtetni, tartozik ebbeli szándékát legkésőbb április hó 1-ig az illetékes elsőfokú egészségügyi hatóságnak bejelenteni. A hatóság pedig az 1908. évi XXXVIII. tc. 9-ik §-ának 10-ik pontja alapján utasítja az illetékes községi (kör) orvost, hogy a munkások vízellátására igénybevenni szándékolt kutak vizét behatóan vizsgálja meg s vegyi és bakteriologiai vizsgálat céljából víz-mintát vegyen és azt a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézetnek, illetőleg a terület szerint illetékes fiókiintézetének küldje be. Ha a kút vize ivásra alkalmatlannak bizonyulna, a kút tulajdonosa köteles a kúton és környékén a szükségesnek talált változtatásokat és vízjavító eljárásokat saját költségén záros határidőn belül végrehajtani. A vizsgálatokat az Intézet és fiókjai díjtalanul végzik el.

Ezen rendelet nincs teljes egészében végrehajtva, felfüggesztette maga a miniszter, amikor 37.744-1930. N. M. M. számú körrendeletében elrendeli, hogy az előző rendeletben körülírt azon intézkedések végrehajtásától, amelyek a gazdaságokra új terhet hárítanak, - a jelenlegi súlyos gazdasági viszonyokra való tekintettel - a hatóságok egyelőre tekintsenek el. A körrendeletet egyébként egész terjedelmében hatályban tartja. Nagyobb befektetést igénylő építési vagy átalakítási munkálatokat (új munkás-szállók építését, új berendezéseket, új kutak létesítését) ne kívánják addig a hatóságok, amíg a gazdasági helyzet észrevehetőleg nem enyhül.

3. A FALUSI LAKOSSÁG SZOCIÁLIS BIZTOSÍTÁSA.

A falusi lakosság szociális biztosítása eddig rendszeresen megszervezve még nincsen. Van ugyan baleseti biztosítás és 1907 óta a gazdasági cselédség betegellátása törvénnyel van rendezve (az 1907. évi XLIV. tc.), de minden mezőgazdasági munkást befogadó intézményünk nincsen. A szociális biztosítás a gazdasági és pénzügyi válságok idején - amint azt napjainkban is látjuk - súlyos krízisen megy át és állami támogatásra szorul. Ha nem is lehet azt ma a gazdasági válság miatt megvalósítani, azért szükséges voltát tagadni sem lehet. Hogy ezeket a jobb időkre előkészíthessük, tanulmányoznunk kell a hasonló külföldi intézményeket, át kell vennünk belőlük azt, ami a mi teherbírásunknak és a magyar viszonyoknak megfelel. Ha nem igyekszünk többet és nagyobbat alkotni a külföldinél, csak olyant, ami erőnknek megfelel, akkor nem kell majd később leépítenünk. Végzetes hiba volna a mezőgazdasági munkásság részére lekopirozni az ipari munkások és egyéb alkalmazottak részére felállított Országos Társadalombiztosító Intézetet. Az ipari munkásnak és a kereskedelmi alkalmazottnak munkaviszonya és létérdeke más, mint a csak nyáron dolgozni tudó mezőgazdasági munkásé, akinek a téli hónapokban alig van munkaalkalma. Az a helyzet állana elő, ami az ipari munkásoknál ma a munkahiány miatt áll fenn, ott ez az állapot minden télen megismétlődne és olyan táppénz éhség nőhetne ki, melynek fedezésére egy pénztár sem képes. Ezen új biztosító intézmény magában foglalná az ország lakosságának negyed részét, azért sem tudna csatlakozni az OTI-hoz, mely intézmény is már túlméretezett. Az Országos Gazdasági Munkáspénztárt kellene egy betegségi ágazattal a baleseti mellett kibővíteni és ennek keretében meg lehetne az orvosok és a betegek közös óhaját, a szabad orvosválasztást is valósítani, ami a baleseti biztosításnál már megvan. A mezőgazdasági munkásnak vagy cselédnek módjában állana ezáltal az egyforma távolságban lakó orvosok közül azt választani, akihez bizalma van s akik a pénztári betegek gyógykezelésére vállalkoznának. Ha pedig ilyen nem akadna, - ami ma alig fordulhat elő -, akkor a községi és körorvos, mint eddig is, tartoznék a betegeket a pénztár által megszabott díjazásért ellátni. A mezőgazdasági munkásbiztosítás kérdése három részből áll: ú. m. az aggkori és rokkantsági, a betegségi és baleseti biztosításból.

A legfontosabb közöttük az *aggkori és rokkantsági biztosítás*, erre van a legnagyobb szükség, ezt kell legelőször megcsinálni. Mi orvosok ismerjük legjobban azt a siralmas helyzetet, ami a beteggé lett, vagy munkájából kiöregedett mezőgazdasági cselédre vagy munkásra vár, ki gyermekei eltartására szorult. Alig mulik el esztendő, hogy ne fordulna elő minden községben egy-egy öreg öngyilkos ember vagy asszony, kiket gyermekeik embertelen bánásmódja vitt a végzetes elhatározásra. Az aggkori és rokkantsági biztosításba nemcsak a mezőgazdasági munkásokat, de a törpebirtokosokat is bele kellene venni, mint akiknek jövője sem vagyonukkal, sem másként biztosítva nincsen. A biztosítási kötelezettség ne legyen feltételes, mert a magyar ember indolens természeténél fogva a saját jövőjéről is csak akkor gondoskodik, ha a törvény ereje kényszeríti erre. A biztosítás megoldaná a községi szegény ügyet is, amely a sok rendelet dacára, ma is csak a papíron van megoldva. A legtöbb községi szegény: megöregedett, megrokkant vagy beteg mezőgazdasági munkás vagy cseléd. Ha ezekről egyszer gondoskodunk, akkor a községnek nem sok szegényt kell majd eltartani és kevesebb lesz jóval a kiadott koldulási engedélyek száma is.

A biztosításnak második része a falusi lakosság (a mezőgazdasági munkások, cselédek és az egyedül dolgozó törpebirtokosok) *betegségi biztosítása*. Ez a rész is két tételre oszlik, egyrészt a mezőgazdasági cselédség, másrészt a mezőgazdasági munkásság és a törpebirtokosság betegségi biztosítására. Az előbbiekről történt már gondoskodás az ú. n. cseléd-törvény keretében, de az utóbbiakról betegségük esetén nincsen gondoskodás.

Szükség van-e a mezőgazdasági munkások és törpebirtokosok betegségi biztosítására? A viszonyokkal ismerős, tárgyilagosan és szociálisan érző ember csak azt felelheti rá: igen! „Az érdekeltek még hallgatnak, de az élesebb szemű megfigyelők már észrevették ennek a hatalmas tömegnek lelke mélyén keletkezőben levő elégtelenséget és nyíltan reá mutatnak a már elavult törvényes rendelkezések repedéseire, amelyekből - ha azokat idejekorán nem javítjuk - nemzeti szempontból nem kívánatos mérges gázok szivárognak a lelkekbe.” (Dr. vitéz Törő István: A mezőgazdasági cselédség és munkásság biztosítása. Népegészségügy 1929-ik évfolyam 22-ik szám.) A háborúban résztvett, idegen országokat is bejárt mezőgazdasági munkásság és cselédség orvosi ellátás szempontjából is nagyobb igényeket támaszt ma, mint háború előtt. A háború megismertette vele az orvosi tudomány nagyfokú haladását, amit azóta is látott és hallott, mindez az ő egészségügyi ismereteit gyarapította és látókörét kiszélesítette. A falusi munkásságnak húzódása a városok felé, munkavállalás a városban, gyárakban, postánál, hajózásnál, vasútnál, mind alkalmat adtak neki, hogy összehasonlításokat tegyen az ő és az ipari munkásság szociális ellátása között. Kezdi érezni, hogy ő e tekintetben nagy hátrányban van az ipari munkássággal szemben. „Eltekintve attól a pénzben ki sem fejezhető nemzeti nyereségtől, amit e tömegeknek a szociális gondozás alá vonása jelentene, emberi kötelességünk és a józan belátás parancsolja, hogy az igazi termőfát, az ország lakosságának egy negyedét kitevő, legnagyobb szaporaságot felmutató, mezőgazdasági munkásságot és cselédségét is részesítsük a mai kor színvonalának megfelelő gondozásban”.

A mezőgazdasági munkások betegségi biztosítását nem lehet, úgy mint a cselédek gyógykezelését törvénnyel rendezni, csak a pénztári ellátás formájában lehet azt megvalósítani. Hogy a megvalósításnak milyen formáját válasszuk, milyen kategóriába soroljuk be majd a munkásokat, az már részletkérdés, melyen még reá érünk vitatkozni. Ezzel a kérdéssel foglalkozók legnagyobb része egyetért abban, hogy a mezőgazdasági munkásbiztosítás megvalósítására szükség van és azt nem lehet egyszerűen az OTI-ról lemásolni. Aki azt állítja, hogy nem kell különbségnek lenni a kétféle biztosítás közt, az nem ismeri a mezőgazdasági munkának az iparitól eltérő jellegét. Hogy mennyire ellentétes dolgokat kell itt mérlegelés tárgyává tenni, annak illusztrálására csak pár kérdést vetek fel. Kik legyenek benne a biztosításban a munkásokon és cselédeken kívül? A törpebirtokosokat és a kisgazdákat milyen censusig kell bevenni? Milyen arányban álljon a tagjárulék a napi keresettel, mikor az annyira változó? Más a keresete a napszámosnak, a summás munkásnak, az aratónak, a cséplőnek, a dohánykertésznek, a szőlő és kerti munkásnak, cselédnek. Más a kereset a napszámnál, más a részmunkánál. A kereset nagysága is változik a termés nagysága és minősége és a világpiaci árak hullámzása szerint.

Ezekután reá térek annak tárgyalására, hogy *milyen esetekben kap ma a mezőgazdasági munkás a fennálló törvényes rendelkezések alapján betegsége esetére gyógykezelést és ellátást?* Csakis akkor, amikor más természetű munkát vállal, melynek folytán vagy az OTI-nak, vagy pedig valamelyik vállalati pénztárnak válik tagjává, pl. ha út, híd, csatornázás, építkezésnél, vasutnál, hajónál, gyárakban, bányákban stb. vállal munkát. Hónapos és summás munkánál rendszeren nyolc napig jár neki a gyógykezelés és ellátás. Ha ez a munkás szerződésében benne nincsen és erre vonatkozó szóbeli megállapodás is hiányzik, akkor az 1898. évi XXI. tc. vagy pedig az 1926. évi 5180. M. E. számú rendelet intézkedései irányadók. Arató és cséplő munkások, ha helybeliek, akkor betegség esetére gyógykezelést nem kapnak, ha vidékiek, akkor nekik is nyolc napi gyógykezelés jár a gazda terhére és költségére. Ha az idegen munkás betegsége nyolc napnál tovább tart, akkor az illetékes községi elöljáróságot tartozik a gazda értesíteni a további intézkedések megtétele végett. (Lásd az 1898. évi II. tc. 33. §-át, az 1900. évi XXVIII. tc. 18. §-át, az 1898. évi XLIV. tc. 7., 15., illetőleg 18. §-ait és az 1913. évi XX. tc. 2. §-ának 4. bekezdését!) Ha az idénymunkás gazdasági cseléd minő-

ségben szolgál, ilyen pótol vagy helyettesít, akkor reá és családjára nézve a cselédtörvény idevágó pontjai irányadók.

Vízársulatoknál, valamint a földművelésügyi miniszter fennhatósága alatt álló hivatalok vezetésével házi kezelésben végzett munkálatoknál, vízi, erdei, magasépítési munkáknál alkalmazott munkások és azok családtagjai betegségük esetére biztosítva vannak. Ingyen kapnak kezelést egyfolytában egy évig, szülés esetén ingyen a szükséges szülészeti támogatást és kezelést. A betegség harmadik napjától kezdve a keresetképtelenség további tartamára, - legfeljebb azonban egy évig, - táppénzt kapnak. Húsz hétig fizetendő a táppénz az esetben is, ha az alkalmazott ragályos betegség folytán elrendelt elkülönítés miatt válik keresetképtelenné. Alkalmazásban álló nőnek terhességi, gyermekágyi és szoptatási segélyre is van igénye. Ha az alkalmazásban álló nő, szoptatási segélyre való igényjogosultságának tartama alatt, csecsemő-jének betegsége miatt, ennek ápolására orvosi rendeletre a munkától tartózkodni kénytelen, erre az időre a szoptatási segélyen felül táppénzre is jogosult. Az alkalmazottal egy háztartásban élő feleség és keresetképtelen családtagok betegség esetén a szükséges ingyen orvosi kezelést, gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket egy évig kapják. A feleség is kap mérsékeltebb összegben terhességi, szülési, gyermekágyi és szoptatási segélyt. Az alkalmazott halála esetén a hátramaradottak temetkezési segélyt kapnak. Az alkalmazott és családtagjainak kórházi gyógykezelésére, a folytatólagos segélyezésre, és egyéb esetekre vonatkozó szabályzataik teljesen megegyeznek az OTI és a vállalati pénztárak szabályaival. A vízársulatok és a munkáltató hivatalok a felsorolt betegségi segélyezés fejében az alkalmazottak fizetéséből vagy béréből 3% betegsegélyezési járulékot vonnak le.

A fent ismertetett rendelkezések példái annak, hogy miként lehet valamely munkáskategória biztosítását külön pénztár és költséges adminisztráció nélkül úgy megvalósítani, hogy a munkás is mindent megkapjon, meglegyen neki a szabad orvosválasztási joga, és az orvos is rendes díjazásért, mint magánbetegét individuálisan kezelhesse.

Lássuk most, hogy miként vannak a mezőgazdasági munkások *baleset esetére* biztosítva? A mezőgazdasági munkásság és cselédség baleseti biztosításáról az Országos Gazdasági Munkáspénztár gondoskodik. A törvények értelmében (1900. évi XVI. - 1902. évi XIV. - 1912. évi VIII. - 1913. évi XX. - 1922. évi II. tc.) biztosításra kötelezett minden gazdasági cseléd (szegődményes iparos és cselédmunkát végző idénymunkás) bármiképen előállott, tehát nem üzemi baleset esetére is, továbbá minden gazdasági gépmunkás. Ujabb rendeletek értelmében a gazdasági idénymunkások, kik minden munkát végeznek, arató és cséplő munkások is kötelezett rendkívüli tagjai a pénztárnak. Azok az idénymunkások, akik csak bizonyos meghatározott munka elvégzésére, hat hétnél nem hosszabb időre vannak leszerződötve, (például tavasszal cukorrépa megmunkálására, ősszel annak felszedésére), nem kötelezett tagjai a pénztárnak. Biztosítva vannak bizonyos veszélyességi táblázat szerint a mezőgazdasági gépekkel foglalkozók is, tekintet nélkül arra, hogy azok állandó alkalmazottjai-e a gazdának vagy nem? A balesetbiztosítások költségeit egészben a munkaadó vagy a gép tulajdonosa viseli. Ha a munkaadó a biztosítást elmulasztja, nemcsak 600 pengőig terjedhető pénzbüntetéssel sújtják az elmulasztott biztosítási díjakon kívül, hanem baleset által megsérült cseléd-jének vagy ezek örökösének (az 1912. évi VIII. tc. 5. és 12. §-ai alapján) teljes kártérítési felelősséggel tartozik.

Minden munkaadó köteles minden egyes biztosított után évenként előre 1 P 44 fillér hozzájárulási díjat befizetni. Ezt a díjat a nevezettnek bérébe betudni, vagy tőle levonni 600 pengőig terjedhető pénzbüntetés terhe alatt tilos (1900. évi XVI. tc. 40. §.). Ha az említett munkavállalókat baleset éri, ingyen gyógykezelést kapnak a pénztár terhére a munkaadó útján. Baleset esetén a munkavállalók egy negyed évig a pénztártól pénzbeli segélyt nem kapnak, de

munkaadójuk köteles nekik bérüket és egyéb járandóságaikat legfeljebb egy negyed évig hiány nélkül kiszolgáltatni és a gyógyíttatásukról gondoskodni, mivel szemben az ötödik héttől a tizenkettedik hét végéig a munkaadó napi 1.20 pengőt és a gyógyítási költségek megtérítését igényelheti a Pénztártól. Ha a munkavállaló munkaképtelensége negyed évnél is tovább tart, akkor évi 288 pengő baleseti járadékot kap a Pénztártól, részleges munkaképesség-csökkenés esetén ennek az összegnek megfelelő részét kapja. Ha a baleset következtében a munkavállaló meghalt, hátramaradott családja a gyermekek száma szerint 320-800 pengőig terjedő haláleseti segélyt kap. Ha családja nem maradt, akkor a temetésre 120 pengő segélyt ad a Pénztár.

Az Országos Gazdasági Munkáspénztár lehetővé teszi a gazdasági foglalkozásúak részére, hogy magukat végleges munkaképtelenség esetére, - legalább tízévi tagság után -, nyugdíjra, haláleseti segélyre önkéntesen biztosíthassák. Nyugdíjcsoporthoz tartozóknak fel lehet venni mindenkit, nőt és férfit egyaránt, aki 14 évesnél idősebb és főkeresete a gazdasági munka. Tagsági díj fejében félévénként 3.20 pengőt kell fizetni mindaddig, amíg a Pénztártól valami címen nyugdíjat nem kap. Ha a tag tízévi tagság után munkaképtelenné válik oly mértékben, hogy egy harmadát sem képes megkeresni annak, amit egy egészséges munkás vagy cseléd megkeres, vagy életének 65-ik évét túlhaladta, nyugdíjat kap. Egy beszámítható tagsági év után évi 2.40 pengő nyugdíjat kap, ha tehát negyven évig volt tag, akkor évi 96 pengő a nyugdíj. Ha a nyugdíj csoportbeli tagot baleset éri, akkor gyógykezelést és egy hétnél tovább tartó munkaképtelenség esetén, legfeljebb hatvan napig, napi 1.20 pengő segélyt kap, halála esetén ugyanazt kapja a családja, mint a rendkívüli tagoknál.

Itt van előttünk embryonális alakban a mezőgazdasági munkások és cselédek aggkori és rokkantsági biztosítása, melyet csak módosítani, felépíteni és fejleszteni kell. De maga a balesetbiztosítás is a változott viszonyoknak és a szociális kívánalmaknak megfelelően módosításra szorul. A biztosított gazdája ne négy hét múlva (mint a cselédekénél) és ne egy hét múlva (mint a munkásoknál) kapja a segélyt, hanem a baleset negyedik napjától kezdve. A segély munkásoknál változzék a kereset nagysága szerint, ehhez kellene szabni természetesen a baleseti járulék nagyságát is. A baleseti biztosítás kötelezettségét mindenféle mezőgazdasági munkásra ki kellene terjeszteni. A szabad orvosválasztásnak mostani rendszere jól bevált, de a fennálló szegényletes orvosi díjak, melyek a békebelieknek csak felét teszik ki, a régi nívóra emelendők. A pénztár valorizálta a tag járulékot, a segélymentes időt pedig a cselédekénél megduplázta (azelőtt két hét volt a mostani négy helyett), évről-évre tetemes feleslegeket mutat ki, tehát úgy a szolgáltatásokat, mint az orvosi díjakat is legalább a régi mértékben kellene megállapítani. A központi igazgatóság átszervezése és decentralizációja volna szükséges, a mostani ügykezelés hosszadalmas és nehézkes. Sem a betegek, sem a kezelő orvosok ellenőrizve nincsenek, nem egyszer az elhasznált gyógy- és kötszerek árát, mint gyógyszer-pazarlást levonják anélkül, hogy a sérültet, annak sérülését, az esetleg fellépett szövődményeket látták volna, ami pedig a kötszerek mennyiségére befolyással van.

A *beteg cseléd* ügyeit az 1907. évi XLV. tc. szabályozza, annak 28. §-a így szól: „Mindaddig, amíg a gazdasági cselédek betegségyezésének kérdése, a törvényhozás által intézményesen szabályoztatik, a cseléd és családtagjainak gyógykezeltetése tekintetében a következő szabályok érvényesek: Ha maga a cseléd vagy az éves, illetőleg az állandóan alkalmazott szegődményes cselédnek vele élő felesége vagy vele egy háztartásban élő 12 éven aluli gyermeke a szolgálatba lépés 15-ik napja után a szolgálati idő alatt megbetegszik, az orvosi gyógykezelés és az orvosszerek költségét, legfeljebb negyvenöt napig, a gazda a sajátjából tartozik fedezni és a szükséges fuvar is ő tartozik adni, kivéve ha betegséget nyilvánvalóan a cseléd hibája, illetőleg a cseléd családtagjainak hibája okozta, vagy ha a cseléd vagy családtagja a betegséget színléli, mely esetben az összes okozott költséget a cseléd tartozik viselni. Az a gazda, ki évi 200 koronánál kevesebb egyenes adóval van megadóztatva, a felét, az a gazda pedig, aki évi

200 koronánál nagyobb egyenes adóval van megadóztatva, egy tizedrészét levonhatja a cseléd béréből annak az összegnek, melyet a cseléd feleségének és tizenkét éven aluli gyermekeinek orvosi gyógykezeléséért és ezek részére kiszolgáltatott orvosszerekért kifizetett. Ha a betegségnek a gazda hibája az oka, az orvosi gyógykezelés és az orvosszerek költsége a betegség egész tartamára a gazdát terheli. A beteg cseléd helyettesítésének költségeit a cseléd béréből levonni tilos, kivéve, ha a betegséget nyilvánvalóan a cseléd hibája okozta. A gazda terhére a cseléd és családja részére szükséges gyógyszereket olyan módon kell rendelni és kiszolgáltatni, mint az országos betegápolási alap terhére.

Ha az éves cseléd, vagy az éves cselédnek vele élő felesége, vagy tizenkét éven aluli gyermeke meghal, az eltemetés költségeihez temetési segély címén, nagykorú elhalálózása esetében hús, kiskorú elhalálózása esetében tíz korona összeggel köteles a gazda hozzájárulni és azon vidék szokásához mérten a fuvarról is ő tartozik gondoskodni (22., 57. §§.).

A cseléd balesetbiztosítására nézve az 1900. évi XVI. és az 1902. évi XIV. tc. fentebb ismertetett rendelkezései az irányadók.

Ha a cseléd felesége, vele egy háztartásban élő gyermeke akkor, amikor a cselédnek szolgálatba kellene lépnie, ragadós betegségben szenved, a gazda a cselédet és családtagjait nem köteles befogadni addig, amíg a fertőzés veszélye fennforog. Ha a fertőzés veszélye egy hónapon túl tart, a gazda a cselédet elfogadni nem köteles (14. §.). Nem köteles a cseléd szolgálatba lépni, ha a gazda által kijelölt lakásban ragályos beteg van (15. §.).

Köteles a gazda ügyelni arra, hogy a cselédet testi erejét meghaladó, vagy egészségét veszélyeztető munka ne terhelje, és hogy a cselédnek éjjeli nyugvásra az azon vidéken általános gazdálkodási szokáshoz képest, az évszaknak megfelelően elég ideje legyen. Ha az éjjeli nyugvásra elháríthatatlan szükség esetében kivételes körülmények miatt elég időt nem lehetne adni, napközben kell a kellő időt a pihenésre hagyni (23. §.). Az éjjeli nyugvásra vonatkozó szabály nem vonatkozik azokra a cselédre, akik olyan szolgálatra szegődtek, amelynél az alkalmazás célja kizárja az ilyen éjjeli nyugvást (éjjeli őr, fejtő, vadőr, csósz). Ezekre nézve a gazda megfelelő szolgálati beosztással úgy köteles intézkedni, hogy az évszaknak megfelelően elegendő idejük maradjon az alvásra (22., 43. és 53. §§.).

Ha a gazda cselédjének élelmezést adni tartozik, köteles az eledeleket elégséges mennyiségben és egészséges minőségben kiadni (24. §.).

Ezen törvénynek 29. §-a a cselédlakásokkal foglalkozik, amit már a lakásról szóló fejezetben tárgyaltam.

Ha nézzük a cseléd törvényt és annak intézkedéseit, ma, huszonhat év elteltével hiányosnak kell mondanunk és még nagyobb a hiány és a különbség, ha a cselédség és a mezőgazdasági munkás szociális ellátását az ipari és kereskedelmi munkásokéval összehasonlítjuk. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy akkor a munkásság szociális kívánalmaival szemben más mentalitás volt, mint most, s hogy még akkor az ipari munkásság sem élvezhette a betegségi és agykori biztosításnak azon előnyeit, amelyeknek ma birtokában van. Ez a törvény, amelyet „deres törvénynek” is csúfoltak, mégis haladást jelentett a múlthoz képest, amikor a gazda csak magát a cselédet tartozott gyógykezelteni, de a családját nem. A család gyógykezelése olyan volt, mint amilyenben részesíti családját ma a mezőgazdasági munkás, ki csak azért hív súlyos beteg gyermekéhez orvost, hogy meg ne büntessék. Ennek a nemtörődömségnek nem a szeretetlenség, vagy a fukarság, vagy a kellő értelmességnek a hiánya az oka, hanem a mezőgazdasági munkásság nagy szegénysége. Attól az embertől, aki megélni sem tud, aki a létminimum alatt keres, nem lehet elvárni, hogy magát és családját kezeltesse. Azért nem lehet rossz néven venni tőle azt sem, hogy keresi az utat és módot, hogy valamiképpen ingyenes

kezelésre és ingyen gyógyszerre szert tegyen. Ha olyan foglalkozást tud kapni, mellyel neki intézményesen biztosított gyógykezelés jár, igyekszik azt illegális módon is kihasználni. Ebből az ellátatlanságból magyarázható a nép soraiból kikerült munkásságnak nagy gyógyszer-éhsége: a soká éhező nem tud hamar betelni. A soká gyógyellátást nem élvezett igyekszik kihasználni mindent, mi neki jár, olyant is követelve, ami neki nem jár. Hiszem, hogy a betegségi biztosítás fejlődésével, az aggkori és rokkantsági biztosítás, és a munkanélküli biztosítás megszervezésével ezek a kóros tünetek: mint pl. a gyógyszer-éhség, a jogtalan táppénz és baleseti járadék igénylés, minden csekély bajjal a kórházba való vágyakozás meg fog szünni és normális mederbe fog térni.

Hogy a mezőgazdasági cselédség és munkásság betegellátása, amit a huszonöt év előtti törvény szabályozott, ma már nem kielégítő, azt látja mindenki, kinek alkalma van a dolgokat közvetlen közletről szemlélni. Látja és érzi ezt a cseléd, de látja ezt a humánusan gondolkodó gazda is, ki ma saját erejéből rajta segíteni nem tud, mert még saját existenciáját sem látja biztosítva.

Ha megbetegszik a cseléd és a törvényben megszabott 45 nap lejárt, mi vár reá és családjára? Ha emberséges gazdája van, az tartja az év végéig és megkapja tőle a teljes járandóságát vagy annak bizonyos részét. Ha azonban szűkkeblű gazdához vitte balsorsa - és ilyenné lett ma sok, a nehéz gazdasági helyzet kényszere által -, akkor elmehet a jelzett idő leteltével, legfeljebb megkapja a negyedév (a fertály) végéig a konvencióját, azután ő is és családja is a nyomornak, a nélkülözésnek van kitéve. Kétségtelen tehát, hogy a mezőgazdasági cselédség és munkásság betegellátása is javításra és módosításra szorul és neki is, - amint a mezőgazdaság helyzete lehetővé teszi -, meg kell kapnia mindazt, amit ezirányú törvényeink az ipari munkásnak biztosítanak. Abban egyetért mindenki, hogy a mezőgazdasági munkásság részére ez csak pénztári formában lehetséges. De mi történjék a cselédséggel, ők is beletartozzanak egy pénztárba, vagy pedig a cseléd törvény megfelelő módosításával lehetséges lesz majd részükre is mindazt biztosítani, amit egy pénztár megadhat? Az érdekeltek véleményét megkérdezni nem lehet, mert ehhez sem kellő szervezetük, sem kellő tapasztalatuk, sem kellő intelligenciájuk nincsen. Azt hiszem, hogy reájuk nézve közömbös is ez a kérdés, fő az, hogy megkaphassák ők is mindazt, amit az ipari munkásságnál látnak. A mezőgazdasági kamarákban van ugyan képvisellete a mezőgazdasági munkásságnak is, sőt a felsőháznak is van egy mezőgazdasági munkás tagja, de ez még nem tekinthető igazi képviseletnek. Az OMGE-ben tömörült gazdák nagy része amellet van, hogy ezt a kérdést nem új pénztár alakításával, hanem a cseléd törvény megfelelő módosításával kell és lehet is rendezni. Nem akarják részben azért, mert félnek a nagy tagjáruléktól, melynek jórészét a pénztári administratio emészti fel, mint az OTI-nél is láthatjuk. Másrészt attól is félnek, hogy a cselédség bizonyos szervezetséget nyervén, kicsúszik a gazda fennhatósága alól. Ezen aggodalmak nem teljesen alaptalanok, de nem is teljesen indokoltak. A biztosítás útján történő betegellátás költsége sem lesz nagyobb, mint annak a gazdának kiadása, aki mindazt megadja cselédjeinek, mit a törvény előír, sőt többet is ad. A gazdaság ma nem tudja pontosan kiszámítani azt az összeget, amibe neki a betegellátás kerül, mert sok ismeretlen tényezővel kell számolnia, míg betegségi biztosításnál, ha adva van a cselédek és munkások száma és minősége, tudja, hogy mit kell fizetnie. Betegségi biztosításnál minden teher és felelősség a tagjárulék befizetésével a gazdáról reáháramlik a Pénztárra és így sok civódás és pereskedés, ami most napirenden van, meg fog szünni, ami mindenesetre hozzá fog járulni ahhoz, hogy a gazda, cseléd és munkás között az együttéléshez és együttműködéshez szükséges harmónia meglegyen. A mai nehéz gazdasági viszonyok, melyek a pénztárakat a szolgáltatások korlátozására utalják, ugyanezt eredményezik a gazdaságokban is. Ma minden üzemnél, - legyen az ipari, kereskedelmi, vagy mezőgazdasági - az üzemi költségek csökkentése a fő feladat. A gazdák előtt a betegek

kezelése, a gyógyszer számla, mindig ilyen improductív kiadás volt már a háborút megelőző időkben is. Legtöbb gazdaság azonnal szót emel, ha a patikai számla magasabb a rendesnél, amiben a gyógyszereknek aránytalan drágasága kétségtelenül szerepet játszik. A gazdaságok eladósodása, a deficit termelés, a kényszerűség nem egyszer kéreggel vonja be a gazda szívét a beteg cseléd, vagy annak beteg családtagja rovására. Nem egyformák az emberek, tehát a gazdák sem azok és így köztünk, - a falu orvosai között -, nem egységes a vélemény arra nézve, hogy a mezőgazdasági betegbiztosítást új pénztár felállítása útján, vagy más módon kellene célszerűen megoldani.

Ezen különböző felfogásnak az az oka, hogy van sok humánusan érző és gondolkodó gazda, kivel szemben a cseléd törvény módosítására sem lenne szükség, de sajnos, van olyan is, a kivel szemben cselédje nagyon is reá szorulna a törvény, vagy Pénztár védelmére és segítségére. Az ismertett viszonyokból tehát megállapíthatjuk azt a tényt, a mezőgazdasági munkások és cselédek betegségi, baleseti, agykori és rokkantsági biztosítása rendezésre szorul, illetőleg azt meg kell teremteni, amint a viszonyok javulása azt lehetőségessé teszi. A mezőgazdasági munkásság részére a biztosítás csak pénztári formában lehetséges, de nem szabad részükre az OTI-t lekopírozni. Hogy a gazdasági cselédek betegségi biztosítását nem pénztári formában is lehetséges lenne-e jól megcsinálni, arra nehéz a felelet. A víztársulatoknál, a vízi és útmunkánál fentebb ismertett szervezet példájára ez sem látszik lehetetlennek. Bármilyen is lesz majd a megoldás, annak nem a szeretetadóomány formáját kell öltenie, hanem jogot és módot kell adni a gyógyuláshoz és az öreg korban való gondtalan megélhetéshez annak a jobb sorsra érdemes társadalmi osztálynak, amely a legnehezebb munkát, a mezőgazdaságit végzi.

4. SZEGÉNYÜGY A FALUN. KARITATIV INTÉZMÉNYEK.

A szegénygondozás nemcsak szociális ügy, de egészségügyi is egyszersmind. A szegénység nemcsak a bűnre való hajlammal, a kétségbeeséssel, a bizonytalanságnak lehet a forrása, ami a társadalom biztonságát veszélyezteti, hanem a betegségé és a járványoké is, ami a közegészségügyre van káros hatással. Aki szegény, az rosszul táplálkozik, nincsen fehérneműje, rendes ruhája, nem tudja azt és magát tisztán tartani, tömeglakásokban él sokadmagával együtt. A piszok jó melegágya a betegségeknek és mikrobáknak. A rosszul táplált, magát az időjárás ellen védeni nem tudó szervezetnek kisebb az ellenállása, mint az olyanoknak, amely magát jó táplálkozással és meleg ruházattal a baktériumok elleni küzdelemre felerősíteni képes.

A szegények közt nemcsak elaggottak, elhagyatottak, munka- és keresetnélküliek vannak, de betegek is, kiket nemcsak táplálni és felruházni, de gyógykezeltetni és ápolni is kell. Így kapcsolódik bele a szegényügy az egészségvédelembe. Az egészségvédelem, az intézményesen megszervezett családvédelem, nemcsak a betegségek, de részben a szegénység megelőzését is szolgálja, mert munkája nemcsak hygienikus, de szociális irányú is.

Ha a szegénység okait vizsgáljuk, azt találjuk, hogy ennek előidézésében több ok játszik közre. A falu szegényei között mindig ott találjuk a falu szegénysorsú krónikus betegeit, akikre már a néphit szerint segítség nincsen, tehát rájuk költeni is kár, majd csak a halál gyógyítja meg őket! Ezt a véleményt legtöbbször a beteg füle hallatára mondják el a betegnek gyengéden érző gyermekei vagy más hozzátartozói; a beteg is csodálatos egykedvűséggel nyugszik bele sorsába, azt tartja ő is, hogy már nem gyógykezelésre való! A legnagyobb százalékat a falu szegényeinek az előregedett emberek teszik ki, akiknek vagy nincsen senkijük, aki eltartsa őket, vagy nem akarják őket eltartani: e téren a nép között hihetetlen rosszindulattal találkozunk. Sokak szegénységének az oka gyengébb elméjűség, iskolázatlanság, írni, olvasni, számolni, előre gondolkodni, a jövőt megalapozni, a pénzzel bánni nem tudás. Nem egyszer sorozatos sorscsapások, a családfőnek, vagy más kenyérkeresőnek korai elhalálása, nagy gyermekáldás, munkaalkalom hiánya lehet oka a szegénységnek. De bármi legyen is oka a szegénységnek, ha gyökeresen segíteni akarunk rajta, nem szabad a karitativ tevékenységnek a szegényeken való segítségben kimerülni, hanem olyan intézkedéseket kell bevezetni, ami a lehetőség szerint a szegénység létrejöttét akadályozza meg.

Állam és társadalom már régen felismerték a szegénységben rejlő veszélyt, ezen ügy rendezésének fontosságát, és hoztak is erre törvényeket és rendeleteket. De míg azelőtt a szegényekről való gondoskodás felekezeti és társadalmi actio volt, addig ma állami és községi feladattá vált. De ez az actio azért igénybe veszi a magánjótékonyság segítségét is. Sajnos, az államnak és a társadalomnak összefogása sem tudja teljesen és kielégítően ezt a kérdést megoldani és főként a falvakban, ahol a nyomor ma már a városokéval vetekszik, a szegényügy nagy része csak papíron van megoldva. Nálunk is már régóta tételes törvények és ezek alapján kibocsátott miniszteri, városi, vármegyei és községi szabályrendeletek igyekeznek rendet teremteni ebben az ügyben.

Hazánkban már az 1886. évi XXII tc., az 1896. évi XXVI. tc., az 1898. évi XXI. tc., az 1924. évi IV. tc. alapján kibocsátott 5180-1926. M. E. számú rendelet, a 72.100-1926. és utoljára 6000-1931. M. E. számú miniszteri rendelet alkotják azoknak a törvényes rendelkezéseknek hosszú sorozatát, melyek a nyilvános betegápolás, az állami gyermekvédelem mellett a szegényügyet is szabályozzák.

Ezek a törvények és rendeletek köteleességévé teszik a községeknek, hogy a talált, valamint hatóságilag elhagyatottnak nyilvánított gyermekeket, kórházi ápolásban nem részesülő betegeket, erre nem alkalmas vagy gyógyíthatatlanokat, nem közveszélyes elmebetegeket, hülyéket, süketnémákat, vakokat és nyomorékokat közsegélyben részesítsék. Ezekről minden év végén törzskönyvet kell készíteni, és az idegen illetékességük illetékességének megállapítása végett a szükséges lépéseket meg kell lenni. Az illetékesség megállapítása volt azelőtt a segélyezésnek legfőbb akadálya. Ha a közsegélyezésre szoruló illetősége vitatható volt, akkor a községek évekig azon veszekedtek, nem nagy előnyére sem a szegényügynek, sem a közsegélyre szorulóknak. Mindegyik község igyekezett a tehertől szabadulni, és azt egy másikra hárítani. A közsegélyre szorultaknak illetősége pedig a legtöbbször kérdéses volt, mert gyakran változtattak lakóhelyet, adót pedig sehol sem fizettek. Már pedig az illetőség elbírálásánál a születésen kívül ez a két adat volt a legfőbb, ami szerint a községek vagy a felsőbb hatóságok döntöttek. Ennek a sok huza-vonának vetett véget a 6000-1931. M. E. számú rendeletnek 17. §-a, mely kimondja, hogy a közsegély nélkül megélni nem tudó szegényeket, az a község (város) segélyezi (látja el), amelynek területén azok a segélyezés szükségének beálltakor tartózkodnak. A tartózkodási hely a segélyezett lakóhelyétől kiadásainak megtérítését követelheti, ha ezeknek az összege a húsz pengőt meghaladja. Megállapítja a rendelet a lakóhely fogalmát is. Lakóhelynek azt a községet kell tekinteni, amelynek területén a szegény a segélyezést megelőzően eltelt öt év alatt egyhuzamban három évig lakott. Három hónapnál nem hosszabb távollét a helyben lakást nem szakítja meg. Ha valaki a segélyezést megelőzően eltelt öt év alatt egyhuzamban három évig sehol sem lakott, lakóhelyének azt a községet (várost) kell tekinteni, amelynek területén az említett ötévi időtartamon belül a leghosszabb időt töltötte.

A község költségvetésébe minden évben fel kell venni egy bizonyos összeget közsegélyezés céljaira és a községi szegényalap esetleges jövedelmét is fel lehet használni. A szegényalap jövedelmét képezi a költségvetésbe felvett említett összegén kívül a községi ebadó tíz százaléka, a községi bírság- és büntetéspénzeknek ötven százaléka. Ha például egy kétezerhatszáz lelket számláló községnek költségvetésébe 150 pengő van e célra beállítva, a szegényalap jövedelme pedig évi 600 pengőt tesz ki, akkor ez a község évi 750 pengőt költhet el a közsegélyezésre. Ha feltesszük, hogy az állandó segélyre szorulóknak száma a lakosságnak két százaléka, akkor ebben a községben kb. 52 a közsegélyre szorulóknak száma, így az erre fordítható összeg elég kevés. A fent idézett legutóbbi miniszteri rendelet szerint e célra és a nyilvános betegápolás költségeihez való hozzájárulás lehetőségére pótdadót vetnek ki.

A közsegélyezésben részesülők gondozásának ellenőrzése a községi elöljáróság feladata. A községi elöljáróságnak valamelyik tagját kell ezzel megbízni, de az erre önként vállalkozó társadalmi alakulatok, jótékony egyesületek segítségét is el kell fogadni. A községi és körorvosnak kötelessége a közsegélyre szorultak felett rendszeres egészségügyi felügyeletet gyakorolni, őket évnegyedenként egyszer megvizsgálni és a vizsgálat eredményét a községi elöljárósággal közölni. A községi és körorvos a közsegélyezésre felvetteket ingyen tartozik gyógykezelni. Ezek névsorát a községi elöljáróság minden év elején megküldi a községi és körorvosnak és egy példányban a gyógyszeres kizsárolgató gyógyszerésznek.

A szegényügy megoldása falun még mindig nem kielégítő: csak az állam és a községek hathatós támogatásával, a társadalmi egyesületekkel és karitatív intézményekkel együttesen oldható meg. A falvakban a magánjótékony intézményesen megszervezve nincsen, pedig erre szükség lenne, mert csak így lehet a nyomor enyhítése terén valamit elérni, csak így lehet megakadályozni azt, hogy a nyomorát hangosan hirdető, üzletszerűen élelmes szegény több oldalról is jut segítséghez, míg a szemérmes nyomorog és éhezik. Csak így lehet elérni azt, hogy minden reá szoruló megkaphassa a szükséges segítséget. Ennek elérésére multhatatlanul szükséges volna pontos szegény-kataszter felállítása, mely csak alapos környezet tanulmányok

után lehetséges. Ha majd meg lesz minden faluban szervezve a család egészségvédelme, akkor a védőnők útján szociális téren is sokat lehet majd elérni. Kisebb vagy közepes nagyságú község egymaga nem elég erős anyagilag ahhoz, hogy szegényházat, menházat, vagy hasonló célú népjóléti intézményt tarthasson fenn szegényei és gyógyíthatatlan betegei részére. Ilyenek pedig nélkülözhetetlenek azok részére, akiknek senki hozzátartozójuk nincsen. Családi ápolásba adni is nehéz őket, mert nem szívesen vállalják. Kórházaink túlszűfolttsága és deficiens üzeme is csak úgy tehermentesíthető, ha a gyógyíthatatlan betegek a drágább kórházi ápolás helyett a jóval olcsóbb menhelyen tarthatók el. Ennek költségeit könnyebben bírja a köz elviselni. Járásonként volna egy ilyen szegény- vagy menház, vagy több község egy központi fekvő helyen közösen tartana fenn ilyent. Nagyobb létszám mellett, úgy a felállítás, mint a fenntartás költségei kevesebbre rúgnak. Erre utal a 6000-1931. M. E. sz. rendeletnek 25-ik §-a is, amikor azt rendeli, hogy a szegényügyi költségek arányosabb elosztása, valamint a közös szegényügyi feladatok megoldása (pl. szegényház vagy népjóléti intézmények felállítása) végett ugyanannak a törvényhatóságnak területén fekvő több község a törvényhatóság jóváhagyása mellett egyesülhet, esetleg a törvényhatóság több községnek, vagy az összes községnek ily egyesülését megengedi.

De nemcsak gyógyítani kell a szegénységet, de meg is kell azt előzni, mert a preventio ezen a téren is sikeresebb és olcsóbb, mint a therapia.

A *szegénység megelőzése* nemcsak községi és társadalmi, de állami feladat is, sőt továbbmenőleg a világgazdasági helyzeten, az általános gazdasági és politikai viszonyokon is múlik.

A pauperitas preventiójának kiépítése Raksányi szerint a következő intézkedések fokozottabb alkalmazásával érhető el:

1. Az ingyenezők betelepítésének megnehezítése.
2. Anya- és csecsemő védelem, tudógondozás, mentőállomás, kórház, nemibeteg-gondozás, alkoholfogyasztás és a közegészségügy rendezésével megakadályozni a betegség okait.
3. A törvényes házasságkötések elősegítése, gyermekszületés propagálása kisebbíti az ellátatlan öregek számát.
4. Az iskolai nevelés tárja fel a szegénység okait, a valláserkölcsös nevelés mutassa ki még az idegen öregek eltartásának szépségeit és előnyeit is, a felmenő és lemenő ágbeliek pedig köteleztessenek az eltartásra és arra reá neveltessenek. Már az iskolás gyermekek áttekintést nyerhessenek a munkaalkalmakról.
5. Elmegyengék ne házasodjanak, intézetbe jutásuk előmozdítandó.
6. A szerencsejáték, merész spekuláció, megbélyegzendő és eltiltandó.
7. Javító intézetek fokozott módon veendő igénybe. A börtönbüntetés mindig munkára neveléssel, foglalkoztatással kapcsoltsák össze. Községi közmunkák létesítendő a dologkerülő és a munkanélküliek állandó foglalkoztatására.
8. A vaksági okok: trachoma, gonorrhoea elleni küzdelem folytatása.
9. A törvénytelen házasság, szabad szerelem üldözése.
10. Betegség, baleset, rokkantság, munkanélküliség elleni és nyugdíjbiztosítások.
11. A kisvagyongképződésnek megfelelő takarékosági propagandával, kedvező adópolitikával való elősegítése.
12. Az agglégénységnek, a gyermektelenségnek, az egykének megadóztatása.

13. A gyermek- és nőtartás kötelezettségének szigorítása, a nőknek kenyérkereső pályákról a házaséletbe való visszatérítése, az elválások megnehezítése.

14. Sokgyermekes családoknak messzemenő segítése, alacsonyabb iskolázásnál segítséssel, adóelengedéssel.

15. Vis major által sújtottak felkarolása, tűzbiztosítás.

16. A munkanélküli segély helyett a foglalkoztatás és közmunkaadás rendszeres kiépítése, ahol csak lehet a géperő emberi erővel pótolandó.

Az itt idézett tizenhat pontnak csak kis részlete valósítható meg ma, de mindenesetre olyan szociális program ez, melynek megvalósítására törekednünk kell és fel kell hozzá használnunk az államnak, a köznek és társadalomnak minden maradék erejét. Ha megvalósulhat egyszer a mezőgazdasági cselédség és munkásság aggkori és rokkantsági biztosítása, melybe a törpebirtokos is bele fog tartozni, akkor a falusi szegényügy nagyjából meg lesz oldva.

Állandóan és rendszeresen működő karitativ intézmények a falvakban nincsenek, a falusi jótékonytársaságok rendszeresen egy-egy jólelkű földesúrnak étkeztetési és felruházó akciója képviseli. A katolikus egyháznál a templomok Szent Antal perselyének gyűjtéséből kapnak időnként élelmiszert vagy ruhát a falu szegényei. Van tehát jótékonytársaság vidéken is, csak még szervezetlen, az adományok szétszórása is az. A könyöradománygyűjtés, a koldulási engedély képezi nem egyszer azt az egyedüli segítséget, amit a község szegényeinek nyújtani képes.

II. rész.
A MAGYAR FALU EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDÉSEI.

1. A FALUSI LAKOSSÁG TÁPLÁLKOZÁSA.

A földműveléssel foglalkozó falusi lakosság táplálkozása vidékenként változó, a helyi étkezési és főzési sajátosságok sem egyformák és anyáról leányra és tovább szállanak. A falusi lakosságnak a városokba való törekvésével, a munkáscsoportoknak az országban való utazgatásával és vándorlásával ezek az étkezési és táplálkozási különbségek lassan elmosódnak. A falusi leányok, mint házi cselédek, szakácsnők az otthonitól eltérő főzőmódot sajátítanak el, melyből az életben sokat elfelejtnek ugyan, de ha férjhez mentek, mégis visznek át ezen főzési tudományukból valami változást az ő falusi életükbe is. Konservatív gondolkodású földműves népünk életrendjében ezen változások azonban csak lassan és hosszú idő elteltével érvényesülnek.

Népünk főtápláléka a kenyér és a tészta. Ezek lisztből készülvén, mindenkinek rendelkezésére állanak. Legfontosabb táplálék a *kenyér*, melynek elkészítéséhez általában jól értenek. A kenyeret legtöbb helyen búza- és rozslisztből készítik, sok helyen tiszta rozskenyeret is esznek. Kukoricalisztet nem kevernek a kenyérbe. Nyáron, hogy a kenyér gyorsan ki ne száradjon, burgonyát vegyítenek a liszt közé, mely nedvdúsabbá és ízletesebbé teszi a kenyeret. A kenyeret élesztővel vagy kovással készítik és rendszeren otthon sütik meg a kemencében. Pékhez csak az intelligencia, a kereskedők és iparosok küldik süttetni a kenyeret. Ha kifogy a házi kenyér, akkor vesznek boltbeli, vagy pék-kenyeret is, zsemlyét és kiflit csak főzéshez használnak, vagy a gyermekek és betegek számára vesznek néha-néha. A kenyér az a táplálék, melyet felnőttek és gyermekek egész nap egyformán fogyasztanak.

A kenyér után legfontosabb táplálékuk a tészta, melyet mint főtt és sült tésztát fogyasztanak. A levesbe való tésztát mint metéltet, vagy kézzel szabálytalan darabokra tépve, mint laskát, csipetkét használják fel. A kifőtt tésztát meghintik túróval, darával, burgonyával, mákkal, káposztával, szóval azzal, ami terem nekik és nem kell érte pénzt adni. Diót a tésztára már nem igen használnak, mert az nem igen terem, tehát, úgy kell venni a boltból, mint a hozzá szükséges cukrot is. Inkább karácsonykor és húsvétkor a kalácsba használják, édesítőül mézet keverve hozzá. A sült tészták közül a pogácsa játsza a legnagyobb szerepet, annak minden formája: töpörtös, hájas, zsíros, krumplis, túrós, továbbá a lekvárral vagy cukros fahajjal édesített élesztős tészta: a bukta. Szeretik a lángost is, melyet a kenyérsütésnél meghagyott tésztából készítene, zsírral és fokhagymával megkennek. A palacsinta különféle töltelékével már ünnepi eledel. Mindennapos étel télen a kukoricalisztből készült prósa, melyet a sütőben vagy kemencében „tepsziben” sütnek meg. Kétféle formában készítik, édesen és sósan, az előbbi a gyermekek, az utóbbi a felnőttek csemegéje. Kukoricalisztből készül a dödölle is, mely darabokba formált, zsírban megsütött és cukros mákkal behintett sűrű kása. A rétesek különféle fajtája is divatos, de csak akkor készül, ha nagy sikértartalmú, rétestésztának alkalmas búzaliszthez jut hozzá a gazdaasszony. Finomabb tésztákat, süteményeket csak lakodalokra és keresztelőkre csinálnak. Készítenek piskótát is betegek számára, annak nehezebb fajtáját, kevesebb cukor és tojással, több liszttel. Húshagyó kedden és a farsangban minden családnál obligát étel a fánk, melyet élesztős tésztából kis tányér nagyságúakra szaggatnak ki és eszik is mindjárt, amint a forró zsírból kiszedték. Lekvárt nem adnak hozzá, inkább cukros fahajjal szórják meg.

A tésztafélékhez tartoznak ugyan, de már átmenetet alkotnak a főzelékhez a *kásás ételek*. Készítenek burgonya, dara, rizs, köles, kukorica, hajdina kását. A leggyakoribb eledele a falusi lakosságnak, - mert legolcsóbb is -, a krumpli kása. A megtisztított és meghámozott burgonyát bő vízben megfőzik, s amikor teljesen szétfőtt, kanállal szétnyomkodják és lisztet főznek hozzá. Ha készen van, egy nagy tálba öntik és bőven leöntik hagymás zsírral. Az egész

család közösen kanalazza a tálból és amikor zsírral és pirított hagymával fűszerezett tetejét leették, akkor újból meghintik és öntözik ezzel, amíg az egész tál el nem fogyott. A másik népszerű kásafajta a disznótoros kása, melynek anyaga kukorica, köles, vagy rizs. A kását az ú. n. abalével (abáló lével) főzik együtt, melyben disznóöléskor a megfőzni való húsokat, májas és véres húrkát, disznósajtot főzik meg. Ez a fűszeres és zsíros lé ízletessé teszi a belefőzött kását is. Nem fejezhetjük be a tésztafélék ismertetését anélkül, hogy meg ne emlékeznénk a főtt tészták egyik fajtájáról, a gombócról, mely szintén a mindennapi eledel közé tartozik, melyet magában is, mint túrós, szilvás, kajszin barackos, tejfölös gombócot esznek, vagy mint tészta, zsemlye, vagy májas gombóc a levesnek képezi tápláló részét.

A *húsfogyasztás* népünkénél nem nagy. A szárnyast inkább eladják; ha levágnak egy-egy tyúkot, abból leves készül, de becsinált levest nem esznek, az szerintük csak betegnek való. A csirkét pörköltnek, paprikásnak, vagy kirántva fogyasztják el, sülve ritkán, aminek az is az oka, hogy ilyen sültnek elkészítéséhez nincsen meg a megfelelő takaréktűzhelyük, vagy sütőjük, a kemencét meg azért befűteni nem érdemes. A hízott baromfit is nem egyben, hanem szétvagdalva lábasban sütik meg. A hízott baromfit leginkább eladják és ez egy fő bevételi forrása az asszonyoknak. Borjut csak lakodalomra vág a jobb gazda, különben eladják. A kinek szöllője van, az vesz tavasszal valamelyik gazdaságban egy-két darab „mustra” bárányt, azt tartja őszig, szüretre levágja, pörköltnek és gulyásnak. A mészárszékből húst rendszeresen csak az „urak” és munkások hordatnak, de a gazda ember nem, legfeljebb nagy ünnepekre hozat egy kis marha húst levesnek. A gazda, de minden valamire való munkás és cseléd is, disznót öl télen, a húsnak nagy részét besózzák és felfüstölik, ebből esznek azután, amíg a készlet tart.

Főzelék alatt népünk a rántással elkészített sűrű, u. n. vastag ételt érti. Így készítik el nyáron a zöld főzelékeket, télen pedig a szárazakat, vagy eltetteket. A zöld főzelékek közül tököt, a zöld babot, a káposztát és a kelkáposztát fogyasztják. A zöld borsót csak levesnek eszik, spenótot nem esznek. Szeretik a savanyított tarló- vagy cukorrépát is. A téli főzelékek közül a burgonya, a bab és a savanyított káposzta a főeledel. Lencsét, száraz borsót, hacsak nem terem, nem vesznek. A káposzta a vasárnapi étel, sok helyen csütörtökön is az szerepel az étlapon. A káposztába füstölt disznóhúst szoktak belefőzni, töltött káposztát disznóöléskor csinálnak, amikor van friss húsup. Ize nem mindig felel meg az ősi hírnevének, mert a töltelékében több a rizskása vagy a kenyér, mint a hús és fűszerezése is hiányos. A gombából levest főznek, vagy eladják a gyerekek, akik azt szedik. Ha ételt készítenek belőle, akkor vagy levesnek készítik el, vagy zsírban tojással megsütik.

A *tejet* népünk nem fogyasztja mind el, inkább eladja a tejcsarnokban. Eladja azért is, mert pénzre van szüksége. Ebből a tejpénzből fedezi apróbb kiadásait, ebből veszi a sót, paprikát, ecetet, petroléumot, gyufát, meg egy kis dohányt is a férfiak számára. A túrot és a tejfelt ételek készítéséhez használják el, a vaját eladják. A túrot nyáron cserép fazékba „legyúrják”, sóval és paprikával megfűszerezik, és „érett” túró lesz belőle, melyet szívesen fogyasztanak el kenyérré kenve. Sajtot nem igen esznek, és nem is készítenek, mert a tejet jobban tudják értékesíteni. Ahol juhászat van, ott készítik a lágy birka sajtot, a gomolyát.

Sajátságos jellemvonása népünknek, hogy a *tojást* nem kedveli, pedig még a legszegényebb embernek is van egy-két tyúkjá. Inkább ételek elkészítéséhez használják, de a tésztákban is ha lehet, mellőzik a tojást. Lány tojást legfeljebb a beteg eszi csak meg az orvos unszolására. Az egészségesek részére inkább rántottát készítenek belőle, szalonnával, tejföllel, hagymával vagy zöld paprikával. Kemény tojást nagy bőjt idején esznek.

Gyümölcsöt keveset fogyaszt népünk, aminek fő oka az, hogy az ország sok vidéke gyümölcs-szegény. A földművelésügyi kormányzat gyümölcsfa ültető, ápoló és nemesítő akciójának már van látható eredménye, és a gyümölcsfogyasztás is kezd lassan fokozódni. Gyümölcs-szegény vidékeinken a dinnye és a szőlő főként az a két gyümölcs, mely nagy keresletnek örvend. Amióta a magyar bor kivitele meg van nehezítve, azóta a szőlősgazdák igyekeznek termésük egy részét, mint szőlőt eladni. Adják pénzért, vagy elcserélik lisztért, babért, tengeriért. Befőttet csak a módosabb gazdák tesznek el, de a paradicsom befőzés, a lekvár készítés almából, szilvából általános.

A *bort*, ha hozzájutnak szívesen megisszák, bortermő vidékeken ez a napszám egy részét is képezi. A pálinkaivás a multhoz képest öröndetesen csökkent, nem tudom, hogy ebben a szesz drágaságának, a bor aránylagos olcsóságának, vagy a rossz kereseti viszonyoknak van-e nagyobb szerepe.

A *cukorfogyasztás* annak drága volta és a rossz kereseti és gazdasági viszonyok miatt csekély; a háború után a gazdasági konjunktúra idején beállott fellendülés a cukorfogyasztás terén megint visszaesett.

Hogy cukorfogyasztás terén mennyire hátul vagyunk a nyugati nemzetek között, azt egy kis statisztikával fogom bizonyítani.

Magyarországon termelt cukor mennyisége métermázsákban:

Fogyasztási cukor legalább 99.3% polarisációval 1929-1930-ban: 2,172.441; 1930-1931-ben: 1,970.379. Nyers cukor 99.3%-on aluli polarisációval 1929-1930-ban: 54.497; 1930-1931-ben: 153.652. Nyers-cukorértékben összesen: 1929-1930-ban: 2,468.320; 1930-1931-ben: 2,342.962.

Évi cukorfogyasztás fejenként kilogrammokban:

Amerikai E. Áll. (1924),	45 kg	Hollandia (1925),	23 kg
Nagy-Britannia (1926),	36 "	Franciaország (1926),	22 "
Svájc (1926),	34 "	Németország (1926),	20 "
Svédország (1924),	30 "	Magyarország (1926),	9 "
Belgium (1925),	30 "	Oroszország (1926),	6 "
Ausztria (1926),	24 "	Olaszország (1926),	5 "

Az étkezések beosztása változik az évszakok, a mezőgazdasági munka és vidékek szerint. Más a földműves nép táplálkozása télen és más nyáron. Télen rendszeren csak kétszer esznek: reggel, amikor felkelnek és délután, estefelé, amikor besötétedik. A mezőgazdasági cselédség étkezési beosztása télen és nyáron is egyforma, mert szolgálata folytonos. *Télen* a gazda, ha felkel iszik egy pohárka pálinkát, meleg bort, vagy egy pohár tejet, amije van. Utána ellátja állatait, majd bemegy a szobába, megmosdik, felöltözik és ekkor kerül a sor a tulajdonképeni reggelire, amint mondják a „frühstükre” vagy „fölostökömrre”. Sokan meleg kávé vagy tejet isznak, mások szalonnát, túrót, kolbászfélét, disznósajtot, töpörtyút, rántottát stb. esznek. Reggeli után megy mindenki a dolgára, a gazda a földre szántani, trágyát, tengeri szárt hordani, fát ásni stb. Az asszony megeteti a baromfiakat, sertéseket, kifeji a tehenet, takarít is egy keveset, sőt még arra is jut ideje, hogy a kapuba kiállva a szomszédokkal és az arramenőkkel beszélgessen és lesi a kanászt, hogy ő is kieresze az ólból a kijáró magdisznókat és süldőket. Dél felé hozzálát a főzéshez, hogy amikor megérkezik a gazda a földről, készen legyen az ebéd, mely vacsora is egyszersmind. Ennek elköltése után lefekszik az egész család. Ez a főétkezés, - nevezhetők estebédnek, - főtt ételből áll: leves, utána tészta vagy háromszor egy héten főzélék hússal vagy anélkül. Több családnak előre meghatározott étrend van a hét minden napján.

Vasárnap délben rendes ebéd van, melyet az istentiszteletről hazajövet fogyasztanak el. A vasárnapi étrend áll: húslevesből, melyet legtöbbször füstölt sertéshúsból főznek, majd káposzta következik, benne főtt vagy esetleg sült hússal és édes tészta. Ha télen a gazda korábban megy el reggel dolga után, vagy a napszámos napszámba, akkor visz valami hideget a tarisznyában és azt eszi meg délben; meleg ételt este kap, amikor hazakerül. Népünk étkezésében főszerepet a leves játszik, mely rendszeren hagymás zsírral elkészített meleg sós víz, melybe tésztát, kenyeret, babot vagy burgonyát főznek bele. Tápértéke tehát csekély, ízetlen és tartalmatlan, tehát nem alkalmas étvágygerjesztőnek. Sok ételt leves módjára híg lével készítenek el, legyen az tészta, főzelék vagy húsétel. Kedvelt levesek: a hagymás vagy kenyérleves, a vízcibere, a korpacibere, a tésztaleves, pergelt leves, lebbencsleves, hamis halászlé, hamis gulyás, rántott bab, káposzta, paradicsom, sóska és húsleves stb.

Nyári időszakban többszörös és kiadósabb az étkezés, de nem annyira tápértékére, inkább csak mennyiségére nézve. Ilyenkor a hajnali felkeléskor eszik az „ember” valamit, ami otthon van, szalonát, túrot, kovászos ugorkát, zöld paprikát, tejet, kávé, gyümölcsöt stb. A reggelit, melynek anyaga az első reggeliéhez hasonló, viszi magával a hozzávaló kenyérrel együtt, és munka közben a reggeli pihenő alatt eszi meg. Ebédet úgy visznek ki utána a földekre, ahol dolgozik; ha arató, akkor a gazda éllelmezi. Az ebéd áll levesből és még egy tál ételből, mely a legtöbbször tészta, néha főzelék és kétszer hetenkint hús. Négy óra tájban van az ozsonna idő, amikor a magával hozott reggelijéhez hasonlóeledelt fogyaszt el. Este a munka végeztével van a meleg vacsora, mely legtöbbször bab, krumpli vagy tésztaleves. A nyári étlapon többször szerepel a húsétel, mely vagy a télről eltett füstölthús, baromfi, vagy a mészáróstól vett sertéshús.

Az étkezési idő ugyanígy van beosztva a summás és időszakos munkásoknál is, kiket a gazdaság éllelmez. Egyik gazdaságban a *munkások heti étlapja* ez volt: Reggeli: három deci tej forralva és kenyér: egy hétre hat kiló kenyeret kap egy felnőtt munkás. Hétfőn ebédre: bableves és darás tészta, vacsorára: paprikás krumpli. Ozsonna nincsen, mindenki vesz valamit a kenyérhez. Kedden délben: gulyáshús és bukta, este: bableves metélt tésztával. Szerdán délben: bableves és krumplis tészta, este: kása. Csütörtökön délben: tésztaleves, birkapörkölt burgonyával, estére: kifőtt tészta. Pénteken délben: bableves és tészta, vacsorára: leves és kása. Szombaton délre: leves tésztával és főzelék, este: kása. Vasárnap ebédre van húsleves tésztával és hússal, kelt tészta, vacsora vasárnap nincsen. A földművelő magyar nép táplálkozása kalóriamennyiség tekintetében nem fedi azt a szükségletet, amire az erős testi munkát végző embernek szüksége volna. Ez az oka annak, hogy a magyar paraszt nagy része idő előtt megvénül. A táplálékban kevés fehérje van, nehezen emészthető, a gyomrot megfekszi, és így kelti a teltség érzését. Kevés főzeléket és gyümölcsöt esznek, miért is székrekedésre és gyomorbetegségekre hajlamosak. Ahhoz, hogy a népet racionálisabb étrendhez szoktassuk, nem elég az oktató előadás, ehhez gyakorlati példa kellene, vidékenként megszervezett népies és ingyenes főzőtanfolyamok a leányok és asszonyok számára. Ilyent több helyen és sikerrel tartott vidéken a Katolikus Háziasszonyok Országos Szövetsége és az Országos Közegészségügyi Intézet. Nem az a cél, hogy olyan ételeket tanuljon meg elkészíteni, amit nem ismer, nem szeret, és előállítani nem tud, hanem meg kell tanítani őket, hogy a meglévő nyersanyagból az eddig is készített ételeket ízletesebben és táplálókban tudják előállítani.

2. A FALU IVÓVIZE.

A falu ivóvíz ellátása még mindig nem megfelelő, mert a lakosság ivóvizét felületesen, fertőzött vagy fertőzésnek kitett kutakból nyeri. Hazánk 3356 községéből csak 500-nak van legalább egy artézi vagy mélyfúrású kútja, a többi aknás kutakból, patakokból, folyókból vagy tavakból iszik (Melly-Zuckermann: „A magyar egészségügyi közigazgatás útmutatója”). Az állam az ivóvízről való gondoskodást a községekre bízta, a törvényhatóság kötelezheti is a községeket kutak létesítésére (1415/1911. sz. B. M. rendelet). A folyókból és tavakból való közvetlen vízivás ma már jórészt megszűnt, az 1911. évben a Duna és Tisza-menti községekben fellépett kolera járvány megtanította a népet és a hatóságot az ilyen ivóvíz veszélyeire. A közkutak és vízvezetékek tisztántartásáról és egészség-rendőri felügyeletéről a hatóság gondoskodik. Az 1908. XXXVIII. tc. 10. §-a értelmében a községi (kör)-orvos tartozik felügyelni a kutakra, vízszolgáltató művekre és forrásokra, éppen úgy az ivóvíz és a gyógy- és mesterséges szén-savas vizek tiszta és ártalmatlan voltának megőrzésére. A közcélra szolgáló vizek vizsgálatával jelenleg az Országos Közegészségügyi Intézet és annak fiókállomásai foglalkoznak. Legrosszabbul ivóvízzel a Dunántúl van ellátva, amihez kedvezőtlen geológiai viszonyai is hozzájárulnak. A háborút követő években sok mélyfúrású és artézi kút létesült a Dunántúlon is állami segítséggel, de ez az egészséges folyamat is a pénzhiány miatt megállt. Ha majd elérhetjük azt, hogy minden ember csak jól védett, kifogástalan aknás vagy mélyfúrású, esetleg artézi kútnak a vizét ihatja, akkor a hasihagymáz végleg el fogja veszíteni járványos jellegét hazánkban.

A jellegzetes falusi kút egy földbe ásott gödör, melyet deszkával, téglával, kővel és újabban betongyűrűkkel raknak ki, nem egészségügyi szempontból, hanem csak azért, hogy a fala be ne dőljön. A környéke feltöltve nincsen, és a fölös víz visszafolyik a kútba, vagy annak környékén baromfiak és sertések fürdőjéül szolgáló pocsolót képez. Közvetlen környékét az itatás céljából odahajtott állatok összetapossák, mert kövezve szomszédsága nincsen. Nem egyszer, - mert így kényelmesebb -, nyáron a kút mellett történik a nagymosás is. Hogy a gyerekek pajkosságából mindenféle szemetet, döglött állatokat dobnak be a kútba, az mindennapos dolog falun, nem egyszer szükségüket is a körül végzik el. Hogy a kútnak ilyen masszív fertőzése mire vezethet, arra gyakorlatomból tudok példát felhozni. Az egyik gazdaságban, ahol addig hasihagymáz megbetegedés nem fordult elő, az egyik, - valószínűleg bacillusgazda -, munkás pajkosságából beledfekált az ivóvizet adó kútba. Két hét múlva hasihagymáz járvány robbant ki 35 megbetegedéssel és három halálozással. A kút azonnali lezárása és a gazdaságban levő vízvezetéknek a cselédlakásokhoz való elvezetésére megszűnt a járvány.

A kút mélysége változó, rendszeren csak pár méter, a terület fekvése és a talajvíz állása szerint. A kis vagy célszerűtlenül beosztott telken sokszor nincsen betartva a kútnak a trágyadombtól vagy a pöcegödörtől előírt tíz méteres távolsága. Tisztítani a kutakat nem igen szokták, a téglák és kövek közti résen jól megláthatók a becsurgás nyomai zöld és barna csíkok alakjában. Az újabb kutak fala már betongyűrűkből áll, de a gyűrűk közti hézagmentes tömeszelést már nem tartják be, félvén, hogy kevés víz lesz a kútban. A régi rossz kutak helyett újakat építeni sem a magánosok, sem a községek nem tudnak. A vízkiemelő szerkezet gémes vagy kerekes, de nyitott; zárt szivattyúszerkezettel csak kevés kút van ellátva. Kint a határban és a gazdaságokban még nagy számmal találhatók az ú. n. beállós kutak, példáját adva az antihigiénikus kutaknak. Hogy az ilyen kutak vize nem egyszer coli bacillussal való fertőzöttséget mutat a vizsgálatkor, azon nem is lehet csodálkozni. Hogy a jó ivóvíznek milyen befolyása van a hasihagymáz leküzdésében, arra székhely községemet hozom fel példának. Községünk a Sárréten fekszik, ahol igen alacsony a talajvíz állása. Amíg nem volt a községben artézi kút,

addig nem akadt ember a faluban, aki hasihagymázon át ne ment volna. Egyik helybeli nagybirtokos 1904-ben a kastélya előtti parkban artézi kutat furatott és megengedte a község lakosságának a vízfordást. A jóízű víz megnyerte a község lakóinak tetszését, és a község 1907-ben a községháza előtt állami segítséggel artézi kutat furatott. Meg is volt rövidesen az eredmény, mert amíg 1908-ban 18, 1909-ben 16 hasihagymáz fordult elő a község belterületén, ez a szám 1910-ben leszállt 6-ra, 1911-ben már egy eset sem fordult elő. A háború alatt volt néhány behurcolt hasihagymáz eset, de utána megint évekig egy sem volt. Az utóbbi öt évben azonban mindig több, ha nem is járványszerű, de szórványos eset fordult elő. Ennek oka az lehet, hogy a házhely reform folytán a község területe a réginek négyszeresére nőtt meg, és a távollevő területekről már nem jönnek el a község központjában levő artézi kútra ivóvízért, újakat létesíteni pedig a gazdasági helyzet miatt nem tudunk. Amíg lehetséges nem lesz a községeknek kifogástalan ivóvízzel való ellátása, addig nekünk orvosoknak toldozó-foltozó munkát kell végeznünk. Reá kell bírni a kutak tulajdonosait, hogy legalább annyit valósítsanak meg a kútvíz hygienéjéből, amit meg lehet. A „jó ivóvíz” jelzésű zöld keresztet táblával ellátott kutak jó propagandát csinálnak az egészséges ivóvíz mellett. Az ilyen kutak tulajdonosai tartoznak évente kétszer a vizet vegyileg és bakteriológiailag megvizsgáltatni, a kutat és annak környékét jó állapotban tartani. Az Országos Közegészségügyi Intézet és Fiókállomásai a hatóságoknak és az orvosoknak rendelkezésére állanak és minden lehetőt megtesznek, hogy a falut jó ivóvízhez juttassák.

3. JÁRVÁNYOS BETEGSÉGEK A FALUN. A FERTŐTLENÍTÉS.

A falu közegészségügyének még mindig sötét foltja a fertőző betegségek kérdése. Az Országos Közegészségügyi Intézet felállítása és a fertőző betegségek elleni küzdelembe való bekapcsolása óta nagy haladás mutatkozik e téren is. De nem túlzok, ha azt állítom, hogy a falun a fertőző betegségek tovaterjedésének megakadályozásában sokszor csak két faktor szerepel: az Istenbe vetett bizalom és a piros cédula kiragasztása. Hogy nem tudunk még ma sem a vidéken a járványok ellen elég erőteljesen és sikerrel védekezni, annak oka, és pedig főoka a gazdasági válságon, a rossz lakásviszonyokon, a vidék rossz ivóvízzel való ellátásán kívül népünk alacsony intelligenciája és nemtörődömsége.

A figyelmeztető piros cédula, amelynek az volna a feladata, hogy a beteg lakásától az egészségeseket és azok hozzátartozóit elriassza, sokszor az ellenkezőt eredményezi. Nem egyszer kell nekünk orvosoknak a ragályos beteg lakásából a szomszédasszonyokat kiugrasztani, akik karjukon gyermekükkel ott társalognak. Azt tartják, hogyha az Isten akarja, úgymint megkapja a gyerek a „vöröst”, ha pedig nem akarja, akkor nem kapja meg. De jobb is, ha megkapja a vöröst, - így nevezvén rendszerint minden exanthemával járó fertőző betegséget -, mert ha nem üt ki rajta, akkor befelé megy a kiütés, és ebbe belepusztul a gyerek. A néphit azt tartja, hogy addig amíg a kiütés ki nem jön a gyermekek, jó melegen kell tartani. Ebből magyarázható az a szokás, hogy a lázas kanyarós gyermeket még kánikulában is dunnákkal, bundákkal takargatják be, hogy meg ne fázzon. Hogy azután pár nap múlva az exanthema elmúltával ugyanezen gyermek kint játszik az egészségesekkel együtt, azon az elmondottak után nem kell csodálkoznunk.

Rendelet a fertőző betegségekről van elég, van miniszteri, vármegyei, városi és községi. Sok igen radikális, - papíron -, a fertőtlenítés elrendelésében túltesz a fővárosi szabályokon is, azért nem is lehet őket végrehajtani. Szigorú fertőtlenítést követel meg nem egy rendelet például kanyarónál, bárányhimlőnél, amely megbetegedéseknél még a fővárosban is csak a fél egyenes kívánságára és költségére végeznek fertőtlenítést, elégnek találván az alapos takarítást és szellőztetést, reabizva a fertőtlenítők bacillusölő munkáját a napsugárra. Megvan ezekben a rendeletekben minden, ami szükséges, és minden, ami felesleges is, azért nem is lehetett azokat teljesen végrehajtani, mert nem számoltak a falusi viszonyokkal, a nép és a községek teherbíró képességével.

Minden járvány elfojtásának lehetősége akkor van meg, ha mindjárt az első eseteket a hatóság tudomására hozzák, és a beteg, illetve hozzátartozói nem titkolják el. Ha az első eseteket azonnal el lehetne különíteni, vagy kórházba szállítani, lakásukat fertőtleníteni, a beteggel érintkezett családtagokat elkülöníteni és megfigyelni, - mennyi élet, munkaerő, pénz maradna meg a magyar jövőnek. Pergessünk le egy filmet minden szépítés nélkül, úgy, ahogyan azt az élet elénk 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. Az egymással való összeházasodás miatt a népen degeneráció észlelhető, lévén külön kis germán sziget a magyar tengerben. 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 vesegyulladás 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 betegeket a piros cédula dacára vigan 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 álszégyenből 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 általa előírt rendszabályok üzletében a tulajdonost korlátozhatják. A járvány terjed, szaporodnak a foudroyans és septikus esetek. Már hívják az orvost, legtöbbször későn, felfigyel az előjáróság is, be kell csukadni az iskolát, ami a szokásos közigazgatási lassúsággal megtörténik. Betegellenőrköt kell kirendelni, kik házról-házra járván az eltitkolt betegeket felkutatják, az elkülönítést ellenőrzik. Erre az intézkedésre nagy a felzudulás a faluban. Mire való ez? Már megint okoskodik a doktor, kevés neki a beteg, több kell neki, hallatszik a sűgás-bűgás. A kiküldött betegellenőrök ki is mennek, hogy a napidíjat felvehessék, de beteget nem találnak, nem is látják meg, mert eszükben sincs a sógort vagy a komát feljelenteni. 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 fürdetése kivihetetlen, valószínűleg irtóznak tőle a szülők. Az a babonás hiedelem van elterjedve a faluban, hogy a megfürösztött gyermek meghal. Elkülöníteni még ott sem lehet, hol 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 tényérből, 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 érzéke ahhoz, hogy kezét megmossa, vagy ruháját fertőtlenítsen? Komoly fertőtlenítő szert ilyen helyen nem lehet hagyni a mérgezés veszélye miatt, de nem is mernek belenyulni azok sem, akiknek kezüket 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 gyengülvén, lassan-lassan, mint az olajnélküli mécs, kialszik. A film lepergett, hogy nem volt mese, azt mutatja az a sok apró friss sírhant künt a temetőben.

Ez a sötét kép, amit rajzoltam, nem a fantázia szüleménye. Az 1910-11-ben lefolyt vörheny-járvány megbetegedéseinek száma 400 volt, a halálozásoké 90. A szokatlanul súlyos járvány miatt az iskolák másfél évig voltak becsukva.

Rendkívül fontos lenne vidéken a fertőző betegségek elleni küzdelemnek, a járványügynek radikális megoldása egy *minden intézkedést egybefoglaló járványtörvény által*.

Az Országos Közegészségügyi Intézet felállításával, melynek a törvényben megszabott egyik fő célja a fertőző betegségek elleni küzdelem, a falun is megindult a rendszeres munka a járványok leküzdésére. Ebben a tekintetben nagy haladást jelent a népjóléti és munkaügyi

miniszternek 1930. október hó 31-én kibocsátott három rendelete. 1. A már említett, a fertőző-betegek kötelező bejelentésének újjászervezése tárgyában kiadott 36.500-1930. N. M. M. számú rendelet. 2. A fertőző betegségekkel kapcsolatban szükséges laboratóriumi vizsgálatok szabályozása tárgyában kiadott 40.700-1930. N. M. M. számú rendelet és 3. A fertőző betegségekkel kapcsolatban előírt laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges tartályoknak a gyógyszerárak által való kötelező tartása tárgyában kiadott 40.701-1930. N. M. M. számú rendelet. Hogy ezekre a rendeletekre milyen nagy szükség volt, arról könnyen meggyőződhetünk, ha figyelemmel kísérjük dr. Scholtz Kornél államtitkár által a budapesti Kir. Orvosegyesületben 1933. október hó 20-án tartott előadásában közölt adatokat.

„Szociálpolitikusok részéről több helyen megnyilvánult az a nézet”, mondja Scholtz államtitkár, „hogy túlzott az erre fordított költség és fáradság, mert ezek a betegségek sokkal kevesebb halálesetet okoznak, mint pl. a tuberculosis.

Igazuk van abban, hogy a tuberculosis és más, ú. n. népbetegségek ellen az eddiginél fokozottabb mértékben kellene eljárunk, de nagyon tévednek a heveny fertőző betegségek jelentőségének megítélésében. Elfeledni látszanak, hogy ezek a betegségek éppen azért követelnek most már aránylag kevés áldozatot, mert az orvostudomány éppen ezek ellen, a régebben hekatombákkal járt pusztító járványok ellen védekezett a legnagyobb sikerrel és hogy nagyon rövid idő alatt kegyetlenül megváltoznék ezeknek úgy a mortalitási, mint a letalitási aránya, ha a nagy tökéletességre fejlesztett és jól bevált védekezés intenzitásában csökkentetnék. Nem gondolnak arra sem, hogy a veszteségeknek nem a halálozási arányszám az egyetlen fokmérője, és hogy a nagyszámú még gyógyulással végződő megbetegedés is költségben, elvesztett munkaidőben nemzetgazdasági szempontból mily nagy veszteséget jelent”.

A typhus és vérhas okozta halálozások száma Csonkamagyarországon 1921-től az 1932-ik évig a következő volt:

	Typhus	Vérhas
1921-1924-ig	1430	1103
1925-1928-ig	1281	409
1929-1932-ig	1687	622
Összesen:	4398	2134

Valamivel kedvezőbb adatokat tüntet fel a kanyaró, vörheny, szamárhurut és diphtheria okozta halálozások táblázata:

	Kanyaró	Vörheny	Szamárhurut	Diphtheria
1921-1924-ig	928	2539	695	855
1925-1928-ig	493	469	556	903
1929-1932-ig	349	181	434	1443
Összesen:	1770	3189	1685	3201

Minden gyakorló orvos előtt már régóta nyilvánvaló volt, hogy a fertőző betegségek ügye rendezésre szorult. A fertőző betegségek kötelező bejelentésére az 1876. évi XIV. tc. alapján kibocsátott miniszteri rendeletek és utasítások csak egyes fertőző betegségekre tartalmaztak intézkedéseket, nem voltak egységesek és átfogók. Amellett ezen rendeletek az idők folyamán elavultak és nem vették figyelembe azokat a kiváló eredményeket, amiket azóta az orvosi tudomány az epidemiológia, bakteriológia és a serologia terén elért. A bejelentés adatai

hézagok és megbízhatatlanok voltak, melyek alapján pontos megbetegedési és halálozási statisztika egybeállítható nem volt. Ez a fentemlített rendelet-trias szabályozza ezen kérdéseket.

A rendeletek ellen a gyakorlattal foglalkozó orvosok részéről azok megjelenésekor aggodalom nyilvánult meg, hogy az életben, különösen falun, a mi viszonyaink között nem lesznek végrehajthatók. A kétéves tapasztalat után azonban bebizonyosodott, hogy beváltak a gyakorlatban is, bár nem kis munkát rónak, főként tömegesebb megbetegedések esetén úgy a kezelő, mint a hatósági orvosokra. A laboratóriumi vizsgálatokkal kapcsolatos rendeletek, az általuk elrendelt bakteriológiai és serologiai vizsgálatok nagyon megkönnyítik az orvos helyzetét úgy a diagnosis felállításában, mint a gyógyulás és fertőzés kérdéseinek elbírálásában. Minden gyakorló orvos tudja ugyan azt, hogy nem egyszer, amikor a klinikai tünetekből kétségtelenül meg lehet állapítani a diagnosist, az elvégzett laboratóriumi vizsgálat negatív eredményt adhat, de ez semmit sem von le az eljárás értékéből. Vannak viszont esetek, amikor a hiányos klinikai tünetek mellett a laboratóriumi vizsgálatok segítenek bennünket a biztos diagnosis-hoz, ami védekezés szempontjából óriási jelentőségű. Ezen intézkedések által vált lehetővé a szükséges vizsgálatoknak díjtalan elvégzése, amíg azelőtt éppen a vizsgálatok díja volt a legtöbb esetben az akadály ezen fontos adatok megszerzésének.

Ezzel a három rendelettel természetesen még csak kezdetén vagyunk a fertőző betegségek ellen megindult nagy munkának, mert velük még a járványügy teljesen megoldva nincsen. A járványügy megoldása vidéken csak akkor lesz teljes és végleges, ha majd a beteget, főként az első eseteket, különösen, ha otthon lakásukban kifogástalanul elkülöníteni nem lehet, azonnal *járványkórházba* szállíthatjuk. Természetesen nem mindenfajta fertőző beteget szállíthatnánk be a kórházba, ez kivihetetlen, felesleges és költséges is volna. A bejelentésre kötelezett fertőző betegek közül otthoni ápolásra alkalmasak volnának a bárányhimlő, kanyaró, szamárhurut, szövődményes influenza, nem fertőző gümőkór, malária, trachoma, gyermekágyi láz és orbáncban szenvedő betegek. Ezeknél is felmerülhetne azonban részben a betegség természete, részben a helyi viszonyok miatt, hogy szintén kórházba kellene őket is szállítani. Feltétlen kórházba szállítandónak tartanám az ázsiai kolerában, pestisben, sárga lázban, leprában, hólyagos himlőben, kiütéses hagymázban, vörhenyben, diphtheriában, nyílt gümőkórban, hasi hagymázban, paratyphusban és ételmérgezésben, vérhasban, visszatérő lázban, járványos agy- és gerinchártyalobban, járványos agyvelőlobban, gyermekbénulásban, lépfenében, takonykórban és veszettségben szenvedő betegeket.

De hol vannak a kórházak, melyek ezeket befogadni tudnák? A 110.000-1911. B. M. számú miniszteri rendelet alapján minden ezer lélekszámnál nagyobb községben kell lenni legalább egy ágyas járványkórháznak, a nagyobbban több ágyszámmal, melyet fel is kell szerelni és járásorvosnak kiszállásai alkalmával meg is kell vizsgálnia. Ez a községi járványkórház iskolapéldája annak, hogy nálunk nem egyszer csak az fontos, hogy a törvény betűinek legyen elég téve, de nem törődünk azzal, hogy az használható-e vagy sem? Van-e gyakorlati haszna, járvány esetén a lakosság egy ezrelékének megfelelő számú ágygal bíró ilyen „kórháznak”? Komoly járvány esetén kit fektessen bele az orvos, mit csináljon, ha a beteg nem akar odafeküdni, ki ápolja és élelmezze a beteget, főként ki viselje ennek költségeit? A faluból vernék ki az olyan orvost, aki oda beteget belefektetve, újabb kiadást okozna a sokféle teherrel már úgyis agyon nyomorított községeknek. Az ilyen járványkórház legfeljebb arra lehet jó, hogy elhelyezhessünk benne egy nyári éjszakára egy beteg vándort, kit valahol a község határában vagy valamelyik gazdaság istállójában betegen találtak meg és nem tudjuk azonnal kórházba szállítani. A falusi járványkórházak tehát nem oldják meg a falu járványügyét.

Kórházaink száma vidéken is szépen szaporodik, még a mai igazán nehéz gazdasági viszonyok mellett is minden évben nyílik meg egy-egy nagyobb szabású gyógyintézet és

kórház, a régieket új osztályokkal bővítik ki, de *járványosztályt* hozzá csak ritkán állítanak fel. A törvényhatósági és megyei jellegű városok nagy részének még mindig nincsen modern járványkórháza. Rendesen a városoknak más célra már nem használható rozzant épülete a járványkórház, kellő felszerelés, elkülönítés és megfelelő ápoló személyzet nélkül. A gyógykezelést rendszeren a városi tiszti főorvos, vagy valamelyik tiszti orvos látja el hivatalból, vagy mellékfoglalkozásként. A betegek a vándorcigányok, csavargók, városi szegények és munkanélküliek közül kerülnek ki rendszerint. A város lakói pedig, ha fertőző betegségben megbetegednek, otthon maradnak, akár elkülöníthetők megfelelően, akár nem. Befogadásukra a kórház nem is rendelkezik elég férő hellyel és a jogalap is, melynek folytán a betegek a kórházi ápolásra kötelezhetők volnának, még bizonytalan. Nem vonom kétségbe annak előnyét, ha a kórházak építésénél vagy kibővítésénél a fülézetnek, szemézetnek, bőrgyógyászatnak stb. jut külön osztály, de közegészségügyi szempontból eminensen fontos lenne, hogy a kórháznak járványosztálya legyen. Nagyobb gócpontoknak már külön járványkórház kellene, ahol nemcsak a város összes betegei - kevés kivétellel - ápolhatók lennének, de elég lenne arra is, hogy a környékből, a vármegyéből az ú. n. komolyabb fertőző betegek betegszállító kocsikon, vagy autókon beszállíthatók legyenek.

Tömegesebben fellépett járványos megbetegedés esetén, amikor a közeli kórház járványosztálya nem volna elegendő a betegek befogadására, szóba jöhetne ott a helyszínen felállítható barak-kórház. Óriási jelentősége lenne a falu egészségügyére nézve, ha az első beteget kórházba lehetne vinni, lakását fertőtleníteni és így a járvány kitörését csirájában elfojtani. Hányszor fordul elő az is, hogy egyik messze vidékről jött summás munkás fertőző betegségben megbetegszik, elkülöníteni a gazdaságban ritkán tudjuk, lakóhelyére szállítani nem lehet. Nagy ritkán tudjuk csak a szomszédos város kórházának, legtöbbször csak házi fertőzések izolálására szolgáló elkülönítő osztályára felvételni. Mivel csak életveszélyes és sürgős műtét miatt a vármegyei tiszti főorvos engedélyével szabad a kórházigazgatóság előzetes beleegyezése mellett a ragályos beteget a kórház fertőző osztályára beszállítani, mennyi kérés, személyes összeköttetés és protekció és a tilalmak közötti tojástánc kell ahhoz, hogy ezt elérhessük. Ha pedig ez nem sikerül, akkor nem egyszer azon vesszük magunkat észre, hogy a summás munkás beteg minden orvosi engedély nélkül hazaszökött a falujába. Az otthon elhívott orvos szintén konstatálja a hasi hagymázt. Erre megy a jelentés a főszolgabíróhoz, aki átír annak a vármegyének alispánjához, ahol a munkás dolgozott és a betegségét is szerezte. Megy is a szigorú rendelet a körorvosnak, hogy ki merészelt a ragályos beteget vasúton hazaküldeni? Ki kell nyomozni, hogy melyik vonattal és melyik szakaszban utazott. Fertőtleníteni is kellene a vasúti kocsit, ha tudnák, melyik is volt az. Jönnek a sürgős, a számonkérő rendeletek az előjárósághoz, az orvoshoz, mennek vissza a jelentések, de a baj már megtörtént. Ha az ilyen beteget be lehetne azonnal kórházba küldeni, akkor nem vihetne így haza a fertőző betegséget. A községi előjáróságnak, a községi és Körorvosnak a beteg beszállítása után már csak a beteggel érintkezettek, esetleges bacillusgazdák megfigyelése és a lakás fertőtlenítése lenne a feladata.

A beteg lakásának fertőtlenítése nagyon nehéz dolog volt a falun ezelőtt. Nagy gondot okozott úgy a községi előjáróságnak, mint az orvosnak egyformán, hogy kivel fertőtleníttessenek, hogyan és mit? A falakat-e, a bútorokat-e, vagy pedig a „miazmás levegőt”? Ellenkezett az, kinek a házánál ezt az illatos procedurát végre kellett hajtani. A falunak a fertőtlenítői leginkább a vályogvető cigányok sorából kerültek ki, csak később szállt reá ez a hivatal a községi kisbírókra. Ahol nem volt orvos, ott rendszerint a közegészségügy egyedüli helyi reprezentánsa, a halottkém volt a fertőtlenítő is. Fertőtlenítőszerűleg inkább a nyers és tömény carbolsavat használták töményen és hígítva. Ezt öntözték a padlóra, a falra, a földre, az árnyékszékbe, nem sajnálva az adagot, s így illata még hónapok múlva is csavargatta az orrát annak,

aki az így fertőtlenített helyiségbe belépett. A frissen oltott meszet, a legkitűnőbb fertőtlenítő szert, nem tartották komoly szernek, mert olcsó volt, könnyen hozzá lehetett jutni és főként, mert nem volt neki semmi rossz szaga. Már pedig átható szag nélkül sem a községi előjáróság, sem a laikus közönség, sőt még az antiseptikus aerában felnevelkedett orvosok sem képzelték el a sikeres fertőtlenítést. A karbolsav után jött a betegszobának kénnel való kifüstölése, melynek hatásosságát vízgőznek egyidejű fejlesztésével is fokozták. Így jutott el lassanként a falu is az étetéssel, kifőzéssel és gőzzel való fertőtlenítéshez.

Az egész országra érvényes *fertőtlenítési törvény* vagy *szabályrendelet* nincsen, minden vármegyének van fertőtlenítési szabályrendelete. Alább ismertetem Fejérvármegye fertőtlenítési szabályrendeletének főbb pontjait. A szabályrendelet a vármegyét 12 *fertőtlenítő körre* osztja be, egy-egy körhöz 6-14 község tartozik. A kör központja annak valamelyik központi fekvésű községe, ahonnan a gőzfertőtlenítő készülék a legkönnyebben elszállítható. Mivel egy körhöz elég nagyszámú község tartozik, megesisik nagyobb járvány esetén, hogy az egy gőzfertőtlenítő gép kevés. A pénzügyi nehézségek miatt osztották fel a vármegye területét ilyen kevésszámú fertőtlenítő körre. Annak idején a gép beszerzési árának felét a népjóléti tárca viselte, felét pedig a községek. Egy-egy gép ára 2500-3000 pengő között volt. A gazdasági helyzet rosszabbodásával ez az állami hozzájárulás megszűnt. A szabályrendelet szerint minden fertőtlenítő körnek kell tartania egy alacsonynyomású gőzfertőtlenítő gépet, egy kis kétkerekű kézikocsit, zománcos és fa vedret, sublimatfecskendőt, két öltözet vászonruhát és vászonköpenyt, törülközőt, törülő ruhákat, suroló kefét, meszelőt, szappant és vegyszereket a fertőtlenítéshez. Több község egy vagy több Bukovszky-féle hydroformal formalingózt párologtató készüléket is szerzett már be.

A fertőtlenítés végrehajtása az előjáróságnak képezi a feladatát. Mindegyik fertőtlenítő körben legalább két, fertőtlenítő tanfolyamot végzett egyénnek kell lenni. Ezek elsősorban a községi és körorvosnak, másodfokon a járási tiszti orvosnak vannak alárendelve. Állandó díjazásuk nem lévén, esetenkénti díjazás jár nekik. Május 1-től szeptember végéig helyben 5, vidéken 6 pengő a díjuk, télen helyben 3, vidéken 4 pengőt kapnak. Vidékre történő kiküldetéskor annak a községnek előjárósága, ahová őket kiküldötték részükre és eszközeik részére kocsit tartozik adni, élelmezésükről és ellátásukról ellenszolgáltatás nélkül gondoskodni és szükség esetén kiegészítő segédszemélyzetet rendelkezésükre bocsátani. A fertőtlenítő gépeket, eszközöket és felszereléseket, a fertőtlenítők ruházatát, a kör községei közösen szerzik be, jókarban tartásukról és megóvásukról a székhelyül kijelölt község tartozik gondoskodni anyagi felelősség terhe mellett. A fertőtlenítéshez szükséges szereket és anyagokat a fertőtlenítő kör közös költségvetése terhére, melyhez mindegyik körbeli község a főszolgabíró megállapítása szerint állami egyenes adója arányában hozzájárul, a székhely község adja, de az anyagok árát és a fertőtlenítő díját a vagyonosok megtéríteni tartoznak. A munka alatt a fertőtlenítőnek enni, inni és dohányozni nem szabad. Oda nem tartozó egyéneket a fertőtlenítendő helyiségbe beengedni nem szabad. A fertőtlenítéshez átvett tárgyak átvételét egy lapon igazolják, mely nekik a tárgyak visszaadásakor a tulajdonos által visszaadandó. A fertőtlenítőknek, mielőtt munkájukat megkezdik, ruhájukat le kell vetni és a fertőtlenítő ruhát felvenni. A fertőtlenítés megtörténte után pedig arcukat, szakállukat, hajukat szappannal és vízzel, kezüket és karjukat pedig sublimátos vízzel megmossák. A levetett ruhát fertőtleníteni és utána kimosatni kell. Működésükről naplót tartoznak vezetni, felelőséggel tartoznak a reájuk bízott gépért, eszközökért és anyagokért, nemkülönben a fertőtlenítő tárgyakért, ha azokban a szakszerűtlen elbánás folytán kárt okoznak. A szakszerű elbánás dacára mutatkozó károkért nem felelősek, azt a község tartozik megtéríteni.

Legtöbb helyen nehézségbe ütközik fertőtlenítőnek alkalmas embert találni. Iparos nem igen vállalkozik rá, mert egyrészt félti a családját, másrészt nem sok jövedelmet ad, hiszen sokszor hónapok is eltelnek, amire a fertőtlenítőre egy-két napig szükség van. A mezőgazdasággal foglalkozó pedig éppen a járványok idején, az aratási és őszi időkben ér rá legkevésbé munkája miatt a fertőtlenítésre. Legcélszerűbb volna, már a gép megfelelő kezelése szempontjából is, mindegyik fertőtlenítő körben egy állandó fixfizetéses fertőtlenítőt alkalmazni, ki kizárólagosan végezné az egész körzetben a fertőtlenítést. Ugyanezt az embert más egészségügyi munkákra, mint *egészségőrt* is fel lehetne használni.

A fertőtlenítésnél nagyjából a Budapesten is érvényes fertőtlenítési szabályokat tartjuk be, amennyire vidéken lehet Vörhenynél és diphtheriánál az egész lakást fertőtlenítjük, hasi hagymáznál, vérhasnál, tuberculosishoz a betegszobát, különös gonddal az ágyat és környékét. Bányahimlőnél, kanyarónál és pertussishoz nem fertőtlenítünk, csak nagytakarítást végzünk. A gyermekágyi láznál a beteg ágyát, annak környékét és a gyermekágyassal érintkezésbe kerülő tárgyakat fertőtlenítjük, a ruhákat kimosatjuk és kifőzetjük. Trachománál az egyéni védekezésre, a külön hálólhelyre, külön mosdóedény és törülköző használatára utasítjuk a beteget. Járványos agy- és gerincgyulladásnál és Heine-Medin betegségnél a legnagyobb gonddal fertőtlenítjük az egész lakást. A falak fertőtlenítésére, - az esetek legnagyobb részében meszelt szobákról lévén szó, - a frissen oltott mézstejet használjuk. Ezzel fertőtlenítjük a padozatlan szobák sárból vert földjét is, de utána legalább 10 cm vastagságban lehordatjuk a felső réteget, azt mélyen elásatjuk, és helyébe nem lakott helyről vett tiszta földet teszünk. A padlós betonos vagy cementlapos helyiséget forró lugos vízzel, sublimát vagy lysol oldattal suroltatjuk és mosatjuk fel. Festett falú szobákat, ahol festés régi és az újból való festés nem okoz anyagi nehézséget, szintén kimeszeltetjük, ahol pedig ezt nem lehet, ott vagy sublimát-oldattal permetezzük be a falakat, vagy pedig ezen kívül még formalin fertőtlenítést is alkalmazunk. A formalint a Bukovszky-féle hydroformal készülékkel gőz alakjában a kulcslyukon keresztül engedjük be a teljesen elzárt szobába, és utána következik a falak, bútorok, ruhaneműek, használati tárgyak stb. fertőtlenítése. Fényezetlen bútorokat forró szappanos vízzel, fényezett és kényesebb festésű darabokat pedig sublimát vagy lysoform oldattal mosatunk le. A ruhaféléket, amit kimosni és kifőzni nem lehet, áramló gőzzel fertőtlenítjük, egyebeket pedig jól kiporoltatunk, sublimát oldatba mártott kefével átkeféltetjük és legalább 24 órára a napfénynek tesszük ki. Van még sok, amin javítani kellene, hogy a fertőtlenítést tökéletesebbé tegyük, de a községek pénztelensége egyelőre útját állja minden javításra irányuló törekvésünknek:

4. A FALUSI LAKOSSÁG ORVOSI ELLÁTÁSA.

A falu orvosa a *községi vagy körorvos*, ki a letelepedett magánorvossal együtt végzi el a lakoságnak nemcsak megelőző, hanem gyógyító orvosi ellátását is. A községi és körorvos helyhatósági orvos, felette a járási főszolgabíró szakközegével a járási tiszti orvossal, másodszorban a vármegye alispánja a vármegyei tiszti főorvossal. A községi orvos végzi községének, a körorvos több, egy orvosi körbe egyesített községnek nemcsak hatósági, hanem gyógyító orvosi teendőit is. A községi egészségügyi törvények értelmében minden legalább ötezer lelket számláló községnek külön községi orvost kell tartania, a kisebb községek pedig körök alakítására vannak kötelezve. Az orvosok létszámának rohamos szaporodása folytán az orvosi körök mindig kisebbek lesznek. Sok nagyobb község kiválik a körből és önállósítja magát, külön községi orvosi állást szervezve. Ezen kiválási processus a lakosság számának növekedése az egészségügyi igények fokozódása révén minden állami beavatkozás nélkül is folyamatban van, és azt az orvosi túlprodukció, az állás nélküli orvosok elhelyezkedési törekvése kívülről is sietteti.

Az orvosi túlprodukció a falu egészségügyének javára szolgált addig, míg az orvosok arányosabb elosztását város és falu között meg nem oldotta. Ha azonban az ország a vidékre letelepedett orvosoknak sem tud már biztos megélhetést adni, akkor az orvosi túlprodukció a közegészségügynek nem javára, hanem kárára szolgál. A sok megélni nem tudó orvos terhére válik a falunak és városnak egyaránt, és az orvosi munkanélküliségből az orvosi sarlatánizmus, a polypragmazia, a gyógyító tevékenységnek üzletté való lealacsonyodása stb. fog kinőni. Ma már régen megszűnt az a helyzet, mikor az orvosi állások 10-20%-a állandóan betöltetlen volt, ma nem az a baj, hogy nem akadna pályázó vidéki orvosi állásokra, hanem az, hogy nincsen állás a sok végzett és legtöbbször jól képzett fiatal orvos számára. Ma már az a sokat hangoztatott és napilapokban is állandóan megírt tétel, hogy a fővárosban és a városokban sok az orvos, de a vidéken kevés, nem állja meg helyét, mert a vidék is már orvosokkal zsúfolva van. Hiszen ez természetes is, mert háború előtt Nagymagyarországnak volt kb. 4500 orvosa, ma a csonkahazának van 9500 orvosa. Magyarországon 1921-ben 4489 orvos volt, 1931-ben 8441, létszámuk tehát tíz év alatt 3952-vel, vagyis 88%-al emelkedett. 100.000 lakosra 1921-ben 56, 1931-ben 96.9 orvos jutott, az emelkedés tehát 40.9 vagyis az 1921-i arányszám 42.2%-a. Az emelkedés maximuma az 1925-1929-ik négy évre esik (21.0), attól kezdve kisebb méretű. „Kétségtelen” írja Scholtz államtitkár az Orvosi Hetilap 1933. évi 43. számában, „hogy a háború előtt Magyarország egyes vidékeinek orvosi ellátottságában nagy hiányok mutatkoztak, s hogy ez a hiány most megszűnt, de kétségtelen az is, hogy az orvosi túlprodukciónak ez a mértéke orvosi proletariátus kialakulására vezet és eltekintve az orvostársadalom itt nem részletezhető katasztrofális helyzetétől, tisztán közegészségügyi szempontból is felettébb káros. Nem vigasztalhat meg bennünket az a tény, hogy a túlszűfoltóság a többi értelmiségi pályákon és a külföldön is megvan. Itt nemcsak egy nagyértékű társadalmi osztály leromlásáról, hanem a nemzet életébe vágó egészségügyi érdekekről is van szó, melyeket minden körülmények között meg kell védeni, ezek az érdekek is megkívánják, hogy az orvosi pályára bocsájtottak száma a jövőben is tovább korlátoztassék.” Amint a fent közölt, legautentikusabb adatokból is megállapítható, a háború óta az orvosoknak a népességhez viszonyított arányszáma felülmulta számos magaskultúrájú államét. Örvendetes jelenség volna ez, ha ugyanakkor népünk gazdasági és kulturális színvonala is felülmulta volna a gazdag és magaskultúrájú nyugati és tengerentúli országokét. Mivel azonban népünk nemcsak alacsonyabb intelligenciájú, de főként hihetetlen szegény is, amit a mindenkit sújtó gazdasági világválság még százszorosan kiélezett, megkapjuk magyarázatát annak, hogy orvosaink miért

tódulnak inkább a városok felé még ma is: ott minden nehézség dacára mégis előbb reménylenek existenciát találni mint falun.

Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi tanár, az orvosi viszonyok alapos ismerője, egyik felsőházi beszédében ezt mondotta: „Felmerült az álláshalmazok kérdése is. Az mondják, hogy egyik-másik orvosnak azért nincsen keresete, mert viszont vannak orvosok, akik egyik állást a másikkra halmozzák, pedig az állások szétosztásával több kartársuknak nyújthatnának megélhetési lehetőséget. Itt ismét disztíngválni kell. Van álláshalmaz papíron olyan értelemben, hogy egyik-másik orvosnak van öt-hat állása, de ha ebből egyet-egyed lecsípnének, akkor ebből az állásból nem élhetne meg egy orvos sem, ellenben tönkremenne annak az orvosnak az existenciája is, aki az öt állásból merít mindössze annyi jövedelmet, melyből éppen csak hogy tengeti életét. Ezzel szemben sokat hangoztatják azt, hogy a legfőbb baj az orvosok praxis nélküli állapotában az, hogy az orvosok nincsenek egyenlően elosztódva az országban. Mi lenne ennek a remediuma? Természetesen el kellene terelni a fővárosból és a vidéki városi centrumokból a felesleges orvosok egy részét a vidékre. Aki azt emlegeti, hogy az orvosok praxishiányának és nyomorúságának ez is egyik oka, annak csak annyiban van igaza, hogy valóban torlódnak az orvosok a kulturális centrumokban és nem akarnak kimenni vidékre. Miért? Elsősorban azért, mert nem kapnak *tisztességes lakást*, másodsorban nem akarnak vidékre menni azért sem, mert nincsen meg a *megélhetési lehetőségük* még olyan mértékben sem, mint amilyen mértékben megvan a nagy városokban a túlprodukciónak mellett is”.

A *községi- és körorvosok* lakásügye a háború óta javult ugyan valamit, de még mindig nem kielégítő. Sok orvos lakik egy- vagy kétszobás rossz kis parasztházban. Aki pedig véletlenül jobb lakást bérelhetne, - aminek rendesen, mint a faluban egyedüli komfortos lakásnak, magas a lakbére -, az azt megfizetni ma nem tudja. Mivel a községi és körorvos a X. fizetési osztályban kezdi meg szolgálatát és végzi a VIII.-ban, mellynél tovább nem juthat, azért a lakbére is ezen fizetési osztályok után igen alacsony. Amíg a községi jegyzők elérhetik a VII. fizetési osztályt, a néptanítók pedig a VI.-at is, addig az egyetemet végzett orvosok a VIII. fizetési osztálynál tovább nem juthatnak. Csonkamagyarországon a községi és körorvosoknak csak 40%-a lakik a község vagy a kör által adott természetbeni lakásban, nem mondom azonban ezzel azt, hogy ezáltal ez a lakás mindig, úgy kulturális, mint egészségügyi igényeknek, sőt a törvény (1908:XXXVIII. tc.) által megszabott minimális feltételeknek is megfelelő volna. Saját háza van 27%-ának, főleg a régieknek, mert az újabb generáció már házat szerezni nem tud magának, 33% pedig bérelt lakásban lakik. Ennek bérösszege minden esetben nagyobb, mint a fizetési osztály után járó lakbér. A községi és körorvos által fizetett lakbér évi 80 pengőtől 2500 pengőig terjed. Ne vegyük azonban a két végletet, amikor az orvos azért fizet évi 80 pengő lakbért, mert hátgerincsorvadásban szenvedő házigazdájának egyúttal ingyenes háziorsosa, sem a másikat, ki egy nagyobb vidéki városban levő komfortos nyolc szobás lakásért évi 2500 pengő bért fizet, ezek kivételek. 400-600 pengőig terjedő lakbért fizet 23%, 600-800-ig terjedőt fizet 30%, 800-1200-ig fizet 40%, 1200 pengőnél nagyobb bért fizet 7%. Ezek a beszédes számok azt bizonyítják, hogy a bérelt lakásban lakó orvosok mind reáfizetnek a lakbérükre, pedig ez a lakás a törvényben megszabott mértéket sem éri el a legtöbbször. Az 1908. évi XXXVIII. tc. előírja, hogy a községi- és körorvosok lakás illeti meg, amely legalább három lakószobából, rendelő- és váróhelyiségből, mellékhelyiségekből és megfelelő nagyságú házikertből álljon. Olyan helyeken, ahol megfelelő lakás nem bérelhető, - és ilyen a községek legnagyobb része -, ott a vármegyei törvényhatósági bizottság kötelezheti a községet lakás építésére. Meg is fog oldódni az orvosok lakásügye, ha ez a törvény végre lesz hajtván. Az orvosnak, - bármely fizetési osztályba is tartozzék -, nagyobb lakásra van szüksége, mint más tisztviselőnek, neki váró és rendelő helyiség is kell. Ez a két helyiség nemcsak az ő magáncélját, az ő magángyakorlatát szolgálja, de ez egyúttal az ő

hivatalos helyisége is, melybe a felek és a szegény betegek is járnak. Téves felfogás a rendelő és váró helyiséget a lakás egyik részének tekinteni, mert ma egy orvos sem használja azt másra fel, hacsak a lakásmizériák arra reá nem kényszerítik, - már csak azért sem, mert abban ragályos betegek is megfordulhatnak, ezek pedig a ragályt családjába is bevihetik. De ne gondoljuk azt, hogy a községek vagy orvosi körök által adott lakások minden tekintetben kifogástalanok. Az orvosi lakások 48%-a kőépület, 52%-a vert- vagy vályogfalú, pince csak az épületek 52%-a alatt van. A törvényben előírt négy szoba és várószobánál többet csak a lakásoknak 20%-a tartalmaz, négy szobás 33%, 47% pedig kevesebb számú szobát foglal magában. A lakásoknak 37%-a van fürdőszobával is ellátva, vízöblítéses closet csak 17%-ánál van. A rendelőknek csak egyharmadát építették eredetileg is rendelőnek, kétharmada azelőtt más volt. Szerepel ezek között konyha, mosókonyha, üzlet, kamra, istálló, raktár, sőt még kecskeól is. A rendelők 32%-ának nincsen várószobája, a legtöbb esetben az csak a folyosónak egy elkerített és nem fűthető része. A várószobák egyharmada egyúttal a lakás előszobája is, másutt a lakószobán, a konyhán vagy fürdőszobán át van a bejárat a rendelőhelyiségbe. Ebből a kis statisztikából, melyet a pécsi kongresszuson adtam elő, láthatjuk, hogy a természetben adott lakás sem mindig megfelelő.

Miért van az egyetemet végzett községi és körorvosnak olyan alacsony fizetése, holott a sokkal kisebb képzettségű községi jegyzőnek és tanítónak magasabb jár? Oka ennek a magánygyakorlat, a praxis, mely a közhit szerint az orvosoknak főjövedelmét képezi. Ez a praxis sajnos ma már csak a laikus közönség és az adókat kivető pénzügyi hatóságok képzeletében van meg, de a valóságban nincsen. A magánygyakorlatot megszüntette az orvosi túlprodukciónak, a betegbiztosítások körének nagyfokú kiterjesztése, népünk nagy szegénysége, rossz kereseti viszonyai, a veszített háború és a gazdasági világválság. Éppen azért törekszik a községi és körorvosi kar arra, hogy megnyitassék számára a VII. fizetési osztály, mert a községi orvosi állások szaporításának is csak ez az egyedüli útja. A vidéknek, a falunak nem sok magánorvosra, hanem sok községi orvosra van szüksége, akik községüket vagy kisebb körzetüket minden megerőltetés nélkül el tudják látni, nemcsak a hivatalos, az egészségügyi teendőiknek tudnak kifogástalanul megfelelni, de lelkiismeretesen elvégezhetik másik tevékenységüket, a gyógyító működést is. A körzetek megosztásával, nagyobb községeknek a körből való kiválásával és önállósításával, nagyobb községekben pedig több községi orvosi állás megszervezésével, nemcsak a közegészségügynek és a betegeknek lehetne nagy szolgáltatásokat tenni, de álláshoz lehetne juttatni azt a sok, a vidéken letelepedett magánorvost is, akik ma csak vegetálnak és költöznek egyik helyről a másikra. A fejlődésnek ez a folyamata halad, de csak lassan. Megfelelő intézkedésekkel és áldozattal ezt gyorsítani is lehetne. Egyedül a lakosság száma nem lehet indok egy kör kettéválasztására. Van olyan körzet, ahol 5-6000 lélek után sem bír megélni az orvos, másutt kisebb lélekszám mellett is talál biztos existenciát. Számításba jön a község vagy kör fekvése, közlekedése, szomszédos forgalma, lakosságának vagyoni és kereseti viszonyai, közelben levő gyárak, ipartelepek, gazdaságok stb. Az orvosi körök szétválasztását úgy kell megcsinálni, hogy az új orvos is megtalálhassa ott a megélhetését, de mellette a régi, a családos se menjen tönkre. Itt kapcsolódik bele az orvosok érdeke a közegészségügyébe, mert a nélkülöző, az anyagi gondokkal küzdő orvostól, sem odaadó hivatalos, sem lelkiismeretes gyógyító munkát kívánni nem lehet.

Nagymagyarországon régen sok orvosi állás volt állandóan betöltetlen, ilyen helyeken a kormány 1200 koronáig terjedhető helyi, és ha még ez is kevés volt, 600 koronáig terjedő személypótlékot is adott. Akkor pedig még az egész világ nyitva állott a fiatal magyar orvos számára, kevés orvosi létszám, jó gazdasági és kereseti viszonyok mellett mindegyik megtalálta boldogulását. Ha az államhatalom nem akarja, hogy a falu orvosa proletárrá váljék, hogy a közegészség ügye posványba süllyedjen, hogy a debreceni eset váljék általánossá,

akkor az állami segélynyújtás útjára kell lépnie. A községi és körorvosok fizetésének és lakbérének egész terhét ma a községek viselik és ezt a terhet nem bírják. Ha az állam átveszi az orvosok fizetésének terhét, ha a községeket hozzásegíti megfelelő orvosi lakások megépítéséhez, ha rendezi az orvosok statusát, úgy, mint ez egyetemi végzettségüknek megfelel, s ahogy a szomszédos államokban is van, akkor a magyar közegészségügyet is biztos alapokra fekteti. A községi és körorvosi állások száma ezidőszere 1200-ra tehető. 1930-ban községi orvosi állás volt: 558, körorvosi: 530. Az ország 3468 községéből 2380, körzetbe volt beosztva és ezek közül 500 volt olyan, hogy lakosainak száma felül volt az ezren. Hogy ezek közül a népesebbeknek állandó községi orvosuk lehessen, azt csak a fentebb vázolt módon lehet elérni. Hogy ezt a kérdést célszerűen a közegészségügynek már évtizedek óta hangoztatott államosítása útján vagy pedig másként lehetne-e megoldani, az sokat vitatott kérdés. A másik nagy kérdés az orvosi túlproductio és az orvosok numerus claususának kérdése, mely már szintén előre veti árnyékát, mely előbb vagy utóbb szintén megoldásra vár.

Az orvos kezében szuverén hatalom van, nem egyszer ő az élet és halál korlátlan sáfárja, bírója pedig legtöbbször csak a lelkiismerete. Az orvos a betegnek a legfőbb jótevője, bizalmasa és barátja kell, hogy legyen, de ha napszámosná lesz az orvos, ha üzlet lesz csak az orvosi tudomány, akkor az az orvos, aki csak a maga megélhetését tartja szem előtt, kifosztója és ellensége lehet a betegnek. Ha a bíró téved, a vesztes fél fellebbezhet, van felsőbb fórum, mely kijavítja a tévedését. Hol nyer azonban jóvátételt az orvos hibája? Itt nincsen appelláta, ha az orvos a bűnözés útjára kényszerült, ha el van véve tőle a tisztességes megélhetés lehetősége (Albusz H. Frigyes dr.-nak a községi és körorvosi szakosztály megbízásából készített memorandum-tervezetéből). Az orvosi túlproductio megszüntetésére az első lépés az egyetemekre felveendő orvostanhallgatók számának radicalis reduktója. Ehhez nem kellene a meglévő négy egyetem közül egyiket sem bezárni, megvan azoknak is a maguk kulturális, szociális és egészségügyi hivatásuk. Amint a bábaképezdék egy részével történt; kettőt hagyjunk meg a tanítás céljaira, kettőt pedig állítsunk be a továbbképzés szolgálatába. Az orvosi továbbképzés terén még nagyon sok teendő van, és az a két egyetem, melyeknek ez volna kizárólag a feladata, nem végezne kisebb értékű és kevésbé eredményes munkát, mint a másik kettő, melyek orvosokat képeznének ki.

De kövessük tovább Albusz dr. adatait! Vegyük fel, hogy falun és kisebb városban 2500 lélek tud eltartani egy orvost, nagy városban pedig 1500. Ha már most vidéken a sok munkanélkülit, napszámost, törpebirtokost, míg városokban szintén a munkanélkülieket és a sok biztosítottat, az alig számbajövő fix fizetésekkel kiegyenlítettnek vesszük, akkor az elosztás a következő volna. Csonkamagyarország lakosságát kerek számban nyolc és fél milliónak véve, kb. hat millió lakik falvakban és kisebb városokban, két és fél millió pedig a nagyobb városokban és a fővárosban, akkor ezen elosztás szerint kb. 4000 orvos található itt megélhetést és elhelyezkedést. Ezzel szemben ezidőszere a gyakorló orvosok száma kb. 8000 (az összes orvosok száma az 1931-es adatok szerint 8441), békében Nagymagyarországon volt összesen 4500 gyakorló orvos. Ma tehát a felesleg kb. 4000 orvos! Ki tartja el ezeket, miből éljenek ezek? Csoda-e, ha sok nemcsak az etikát, de egyik-másik a büntető törvénykönyvet is sutba dobja és él, ahogyan tud és lehet?

Ezekután egybefoglalva azokat a kérdéseket, melyek megoldásával nézetem szerint az új magyar közegészségügyet inaugurálhatnók, amellyel megoldhatnók a falu hygienéjét: szükségesnek látom az *egyetemekre felvehető hallgatók számának korlátozását, az orvosi numerus claususnak behozatalát, a községi és körorvosi kar status-rendezését s az egész közegészségügy államosítását.*

5. A BÁBAKÉRDÉS FALUN ÉS A SZÜLÉSZETI RENDTARTÁS.

A *bábakérdés* ma már csaknem kizárólag a falu kérdése, mivel a városokban a terhes nőknek mindig nagyobb és nagyobb százaléka nem otthon, hanem kórházban, gyógyintézetben szül (Budapesten 1933-ban 93%). A bábák száma 1921-ben 6134 volt; 1932-ben 5715-re szállt le, tehát tíz év alatt 419-el csökkent. Ezt a csökkenést a szülészeti rendtartás bevezetése idézte elő. A bábák létszáma a szükséglethez képest, még nemzetközi viszonylatban is, nagy volt, miáltal a kereset nélkül levő bábák sok helyütt tiltott műveletekkel is foglalkoztak (Lásd: Scholtz Kornél dr.: Magyarország egészségügyi helyzetéről és felkészültségéről).

A falun működő bábák részben községi vagy körbábák, részben magán bábák. Fizetés szempontjából a községi bábák három fizetési osztályba vannak beosztva. Ezen beosztás számol mindenesetre a községek teherviselő képességével, de nem mondható racionálisnak. Mert a nagyobb községben, ahol a magánygyakorlatra is több kilátás van, kapják a nagyobb fizetést, kisebb községben pedig, ahol a szülések száma is kisebb, kevesebbet. Az a bába, aki ezer lakosnál kisebb lélekszámú községben van, kap egy évre háromszáz pengőt, aki ezernél nagyobb, de kétezer léleknél kisebb számú községnek bábája, az kap évi négyszázötven pengőt. Akit pedig jó sorsa kétezer lakosúnál nagyobb községbe vezetett, annak évi hatszáz pengő a fizetése. Megengedi a törvény azt is, hogy több, ezer lakosúnál kisebb község, melyek közel fekszenek egymáshoz, közösen tarthasson egy ú. n. körbábát. Ennek fizetését az összlakosság száma szabja meg. Lakbér, korpótlék, előléptetés, nyugdíj nincsen. Nagy mulasztás történt az állam részéről, amikor az 1908. évi XXXVIII. tc. életbelépett, mely a bábakérdést is valamennyire rendezte, hogy a bábákról ebből a szempontból nem történt gondoskodás. Nem lett részükre nyugdíjintézet felállítva, melynek a magánbábák is önkéntes tagjai lehetnének. Ha nem is történhetik róluk most az állam mai helyzetében messzemenő gondoskodás, de valamiképpen gondoskodni kell róluk, mert nem szabad a több évtized óta gyakorló öreg bábákat odadobni a nyomornak és a nélkülözésnek. Ha ilyen példát látnak maguk előtt a fiatal bábák, akkor igyekezni fognak maguknak pénzt keresni minden módon, ez a mód pedig csak a bűnös abortusok útjára vihet. Hogy a szülészeti rendtartás nem hozta meg azt az eredményt, melyet tőle várhattunk, annak egyik főoka az, hogy nem tudjuk az öreg bábákat nyugdíjba küldeni és őket fiatal és friss erővel pótolni. A bábakérdés rendezésének egyik főcélja az is, hogy intelligensebb, középiskolai végzettséget felmutatni tudó nők menjenek a szülésznői pályára, akiktől többet és jobbat várhatunk. De hogyan menjenek oda, ha a fizetésük ilyen alacsony, ha jövőjükön gondoskodás nem történik, ha a várható magánygyakorlat napról-napra, részben az intézetekben lefolyó szülések, részben a nehéz gazdasági viszonyok, s népünk nagy szegénysége miatt kisebb lesz?

Nézzük meg egy konkrét példából, hogy *mit keres meg a falusi bába?* Köröm három községében négy bába működik. Az 1932. évben a születések száma 211 volt. Egy bábára tehát 52-53 szülés jutna. A valóságban azonban nem így volt, mert ebből a 211 szülésből a körön kívül lakó bábák láttak el, vagy pedig bármi okból kórházban szült 37, maradt a négy bábának 174 szülése. Ebből az egyik bába levezetett 70-et, a második 23-at, a harmadik 46-ot, a negyedik 35-öt. Az első bába, ki községi bába is és évi 450 pengő fizetést is kap (leszámítva a bábák fizetéséből az azóta életbelépett százalékos csökkentést, ami kb. 20%-ot tesz ki) keresett 350 pengőt. Egy szülés levezetési díját öt pengőben állapítom meg, mert ennyi nálunk a vármegyei törvényhatóság által megszabott díjazás, de ennek egyharmada ma nem folyik be, viszont akadnak még, kevés számmal ugyan, mégis szülönők, kik többet fizetnek a bábának. Az első bába keresete tehát 800 pengő volna. Tájékoztatásul megjegyzem, hogy ez a bába fiatal, jólképzett bába, ki egyedül van egy olyan községben, amely a szomszédos bábáktól távoliesik.

A második bába szintén községi bába, keresett évi 600 pengő fizetése mellé 115 pengőt, a harmadik magánbába, kinek fixuma nincsen, keresett 230 pengőt, a negyedik, szintén községi bába, a 600 pengő fizetése mellett keresett 175 pengőt. Hangsúlyozom újból, hogy a bábadijoknak úgy, mint az orvosi honoráriumoknak, egy jó része nem folyik be, sőt be sem hajtható. Ezen számok világosan mutatják, hogy miért nem remélhetjük egyelőre azt, hogy a középosztály leányai a szülésznői pályára menjenek, pedig elhelyezkedni máshol is alig-alig tudnak.

Hogy jó szülészeti rendtartást tudjunk csinálni, ahhoz nemcsak szigorú büntető rendelkezések kellene, hanem a bábák megélhetéséről való gondoskodás is és az öreg bábák felváltása ifjabb erővel. A bába ma is addig szolgál, amíg mozogni bír, állásáról nem mond le, mert élete fogytáig van megválasztva. Ha már annyira megöregedett, hogy praktizálni nem tud, akkor vagy családja tartja el, vagy a köznek kell őt eltartani, mert vagyont szerezni igen kevés tudott. Néha a községek felsőbb nyomásra kegydíjat szavaznak meg elaggott bábájuk részére évi 80-120 pengőt, sokszor még kevesebbet is, amiből a kegydíjas megélni nem tud. Ez az oka annak, hogy az öreg bábák állásukról le nem mondanak, a legtöbbször úgy kell őket a hatóságnak elmozdítani.

A szülészeti rendtartás, melynek munkái 1927-ben indultak meg, és 1932-ben fejeztettek be és terjesztettek ki az egész országra, kétségtelenül nagy lépéssel vitte már eddig előbbre nemcsak a szülönőkről való gondoskodást, de a bábakérdés ügyét is. Az 1932-ik évben a kerületi szülészfőorvosok már 166.808 szülési esetet, tehát az összes szülések 82.9%-át vizsgálták át a beérkezett bábanaplók alapján. Hat év alatt a bábák részére 220 továbbképző tanfolyam tartatott, melyen 3105 bába vett részt, az összes bábák 54.3%-a. A bábáknak egy része kiváló elméleti és gyakorlati tudásról tett a számonkérő vizsga alkalmával tanúságot, ezeknek a továbbképző és ismétlő tanfolyamra szükségük nem volt. Ezeket a Stefánia Szövetség anya- és csecsemővédő intézeteibe osztották be, ahol némi anya- és csecsemővédelmi kiképzést nyertek azzal a céllal, hogy azokon a helyeken, ahol a védelem megszervezve nincsen, ezen teendőket is ellássák. Egy részük pedig részben magas koránál, testi vagy lelki rokkantságánál, betegségénél, büntetett előéleténél fogva nem minősített alkalmasnak a bába mesterség folytatására, ezeket nyugdíjba kell küldeni és újakkal pótolni. Sok helyen ez sikerült is, sok helyen nem, és itt a bába végzi tovább dolgát úgy ahogy tudja és állítja ki a bábanaplót minden egyes szülésről és vetelésről úgy, amint tudja. A mi régi falusi bábáinkat nem tudta megváltoztatni sem az új szülészeti rendtartás, sem a továbbképző tanfolyamok. Azok maradtak olyanok, amilyenek voltak és nem is vetkőzik le soha azt a sok rossz szokást, babonát és tudatlanságot, ami származásuknál, alacsony műveltségüknél és szegénységüknél fogva évtizedeken át hozzájuk tapad. És éppen ez az oka annak, ha a szülészeti rendtartás nem hozhatta meg száz százalékban azt az eredményt, amit várni lehetne tőle. De azért a szülészeti rendtartás nagy lépést jelent a szülések, az abortusok és a bábák ellenőrzése terén. Értékes és érdekes adatok vonhatók majd le belőle a jövőben, amikor nagyobb adathalmaz áll a rendelkezésünkre. Hogy azonban az eredmény teljes legyen, szükség van a falusi bábaügy rendezésére is.

A bábakérdéssel foglalkozva nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt az újabban felvetett tervet, amit úgy az anya- és csecsemővédelem képviselői, mint a hatósági orvosi kar egy része is támogat, hogy a bábákat ki kell képezteni anya- és csecsemővédőnőkké. Meg is fordíthatjuk a dolgot, hogy a védőnőket kell kiképeztetni bábákká! Ahol a vidék még védelem szempontjából megszervezve nincsen, ott a bábák végeznék el ezen teendőket, valamely szomszédos védőintézet felügyelete mellett. Ahol pedig már van védelem, ott segítő társa lenne a bába a védőnőnek és ellátná a terhesnek praen- és postnatalis védelmét, amire most a védőnőnek kell vállalkoznia. Ezáltal meglenne bizonyos összműködés a bába és a védőnő között, ami, sajnos,

az anya- és csecsemővédelem nagy kárára ma a legtöbb helyen a bábák kenyérféltése miatt hiányzik. Kétségtelen, hogy a bábák legnagyobb részének ismeretei az anya- és csecsemővédelem terén nagyon hiányosak, bár a bábaképzés újabban nagy súlyt helyez a bábanövendékek ezirányú kiképzésére is, és az ismétlő tanfolyamokon is oktatták erre őket. A falu lakossága nagyobb bizalommal van a bába iránt, ki rendszeren a nép soraiból kerül ki és legtöbbször a falu szülötte, mint az idegenből jött magasképzettségű védőnő iránt, kiből az „úri nőt” látja. A bábák legnagyobb része nem tudott eddig szakszerű tanácsot adni a hozzáfordulóknak, mert maga sem volt erre kiképezve, amit tanult, azt már régen elfelejtette. A bábaképzésben szerzett tudását összekeverte a falusi babonákkal és nem orvoshoz küldte el a beteg csecsemőt, hanem maga gyógyított és kuruzsolt.

Való igaz, hogy az újszülött további sorsa az első életnapok gondozásától függ, hiszen a csecsemő halálozásnak mintegy 20%-a éppen az újszülött kor első napjaira esik. Ezekben az első életnapokban pedig a legtöbb újszülött a bába és a család gondozása alatt áll, csak elenyésző azok száma, akiket mindjárt a születés után a védőnő vehet gondozása alá. Ennek egyik oka az, hogy az ország legnagyobb részében a védelem még semmiféle formában nincs megszervezve. Másik oka pedig az, hogy a szülés az anyakönyvi hivatal értesítése útján jut a védőnő tudomására és eltelik egy hét vagy kettő is, mire a védőnő az újszülöttet meglátja. Vidéken a távolság, a kocsifuvar hiánya, technikai nehézségek is hozzájárulnak ezen késedelem előidézéséhez. A terheseket minden védelmi formánál, kivált falun, a legnehezebb reábírní arra, hogy egészségvédő tanácsadásokon megjelenjenek. Csecsemőiket elhozzák szívesen, ők maguk is orvoshoz fordulnak akkor, ha az előző szüléseikkel valami baj volt, de egészségesnek érezvén magukat, rendelésre bemenni, hogy mások is lássák, hogy odamentek és falusi szóbeszédre adjanak alkalmat, arra őket reábírní nagyon nehezen lehet. Nálunk kötelező terhes bejelentés nincsen. Aki a faluban a terheseket márcsak „üzleti” szempontból is nyilvántartja, az a bába. De sokszor még ő sem tudja előre, hogy melyik asszony van teherben, mert a községtől távolabb eső gazdaságokban vagy telepeken lakó nő nem egyszer csak akkor küld a bábáért, mikor nála a szülés folyamata már megkezdődött. Hogy a védőnőnek nem jelenti be terhesét a bába, az emberi szempontból megérthető. Ő a védőnőben és annak nagyobb intelligenciájában és tudásában, éppen úgy, mint az orvosban felettest lát, ki az ő működését ellenőrzi, és mindkettőnek hívását saját hiúsága miatt is mellőzi, még akkor is, mikor neki elő van írva, vagy arra szükség volna. Ha nem hívja el az orvost, pedig ezt neki az „Utasítás” kötelezőleg előírja és nem hívását bünteti, hogyan hívná akkor a védőnőt, kit talán a család sem lát szívesen? Félti a védőnőtől a kenyerét, mert mindig azt hallja, hogy ideális szülés csak intézetben lehetséges, és azon kell lennünk, hogy minél több asszony az intézetben szüljön és ne otthon! Ez természetesen a bába keresetének rovására megy és nem lehet csodálkozni azon, hogy rosszul fizetett és rosszul kereső bába a hozzá forduló terhes asszonynak még akkor sem tanácsolja, hogy kórházba menjen, amikor annak szükségessége tényleg felmerül. Ebből magyarázható tehát az az idegenkedés, melyet a bábák minden védőnővel és minden védőintézettel szemben éreznek.

Az volna tehát a cél, hogy a bábáknak ezt az ellenszenvét legyőzzük. Őket az anya- és csecsemővédelem részeseivé kell tenni, ezirányú munkájukat pedig honorálni kellene. Ezt az eszmét fejtegeti Stoll Kálmán dr. a Népegészségügy 1927. évi 19-ik számában „A bába, mint anya- és csecsemővédőnő” címen. Az érdekes és értékes cikknek erre vonatkozó részét idézem: „A bába működése falun egyenesen praedestinál az anya- és csecsemővédőnői teendőik elvégzésére. A bába védőnői működését a gyermekágyi kezelés alatt fejtheti ki a leghatékonyabban, amikor nap-nap után felkeresi az anyát és az újszülöttet, kioktatja a szülőt a gyermek ápolására. Ha háromezer lélekre számíthatunk egy szülész-védőnőt, úgy szülése nincsen minden nap és a gyermekágyi kezelés elmúltával is bőségesen jut idő a védőnői teendőik

elvégzésére. De népünk konservativismusaival is számolnunk kell. A községi bábához már hozzászólt, annak tanácsát kikéri, követi. A bábához fog fordulni akkor is, ha külön csecsemővédőnője lesz a falunak. S ha a kettőnek műveltségi színvonala között nagy a különbség, úgy az alacsony műveltséggel rendelkezőben szövetséges társra talál amaz ellen, megnehezítve a védőnőnek amúgy sem könnyű feladatát. Nem is beszélve a szomszéd községből ritkán átlátogató védőnőről. Még akkor is, ha a szülésznői gyakorlatot nem folytató védőnő helyben lakik, a család a bábában fog megbízni, akit ismer, aki tudásának, szakismeretének a szerencsés lefolyású szülést betudni véli. Most, ha az helytelen tanáccsal szolgál, a védőnő tanítása elkésve jön. Falun tehát a csecsemőhalandóság leküzdésére irányuló törekvés csak akkor fog eredménnyel járnival, ha annak elérésére oly módszert választunk, mely népünk pszichéjének megfelel. Falun csak a szülésznői gyakorlatot folytató védőnő tanítását fogják megszívelni, mert annak tudásáról kézzel fogható eredmények alapján győződnek meg. A szülésznői gyakorlatot nem folytató anya- és csecsemővédő működésének eredménye egy negatívum, mely csak a csecsemőhalandóság statistikájából tűnik ki, melyet azonban a falusi embernek hiába magyaráznánk. Az eredmény tehát az, hogy a védőnőt gyanakvással fogadják, attól félve, hogy a helytelen gyermekápolásért meg fogja őket büntetni”.

Stoll dr. az anya- és csecsemővédelmet a falun a bábákra akarja bízni, főként azokon a helyeken, ahol anya- és csecsemővédő még nem működik. A kérdést tisztán a falu szempontjából nézem, annak a faluénak, ahol anya- és csecsemővédő nem működik. Igazat adok Stoll dr.-nak abban, hogy bábáinknak a csecsemőápolásról és táplálásról, nemkülönben a terhes védelemről kevés ismeretük van. Ami ilyen irányú ismereteket a tanfolyamon, vagy az ismétlő kurzusokon elsajátítottak, az már régen kipárolgott a fejükből, és összekeverik a falusi babonás szokásokkal. A népnek tényleg nagyobb bizalma van a saját soraiból kikerült bábához, mint a nagyobb műveltségű védőnőhöz. A falu népe először talán idegenkedéssel fogadja a védőnőt, mint minden újítást, de ha az megfelelő készültséggel, türelemmel és szeretettel foglalkozik velük, akkor megszokja, megszereti és követi tanácsát. Népünk az egészségügyi ismeretek terén a háború alatt és azóta sokat fejlődött és talán leszámítva a forgalomtól távol eső, egyszerű gondolkodásmódjában megmaradt vidéket, a legtöbb helyen felismerik és értékelik az egészségügyi gondozás célját és elfogadják az orvos és védőnő tanácsait. Mindig lesznek olyanok, főként az öregebbek között, akiken semmiféle tanács nem fog, akik senki szavára nem hajlanak. Azért kell már az elemi iskolában nagy súlyt helyezni az egészségügyi oktatásra, azért kell megszervezni az ismétlőiskolákban az anya- és csecsemővédelem, a csecsemőápolás és táplálás rendszeres oktatását, az első segélynyújtásnak az iskolákban való megismertetését és megszervezését. Ha az így nevelt gyermek felnő, az nem fog már a védőnőben ellenséget látni, ha az nem is a falusi nép soraiból került ki.

Okvetlen szükség volna arra, hogy az újonnan kiképzett bábák, esetleg a bábatanfolyam idejének meghosszabbítása által is, az anya- és csecsemővédelem terén is alaposabb kiképzésben részesüljenek, hogy azon idő alatt, amíg az újszülött a védőnő gondjaiba nem kerül, amíg a család és a baba oltalma és felügyelete alatt áll, már akkor is szakszerű elbánásban legyen része. Hogy pedig a védelem áldásaiban minél előbb részesülhessen, az csak a kötelező terhes bejelentés útján érhető el. Azt hiszem, hogy a baba-védőnő eszme propagálói sem gondolják, hogy a mai bábákból, kiknek a legtöbbször a négy vagy hat elemi iskola az egyedüli előképzettségük, pár hetes tanfolyammal perfektté anya- és csecsemővédőnőket lehessen képezni. Ha a nagy előképzettséggel bíró védőnőknek is három év kell ezen ismeretek elsajátítására, akkor az írni és olvasni alig tudó bábától mit várhatunk a párhetes tanfolyam után? Semmit sem. A sok új dolog összezavarja fejében az eddigi ismereteket és az eddigi üresség helyét semmivel sem többet érő khaosz tölti ki. Járásunkban pl. 32 baba működik, ezek közül a szülészeti rendtartás minősítése alkalmával az A-osztályba került: 3, a B-osztályba: 26, és a

C-osztályba: 3. Tehát a 32 bába közül kiváló szülészeti ismeretet árult el 3, akik anya- és csecsemővédőnői tanfolyamra küldettek. Ezek a fiatalabb, intelligensebb, de azért a nép soraiból kikerült elemi iskolai előképzettséggel bíró szülésznők, akik a párhetes védőnőpótló tanfolyamon valamit el fognak sajátítani. De mi történjék ott, ahol a másik két osztályba besorozott bábák működnek, akik közül hármat el kell távolítani, a 26 pedig úgy alkalmas bábának, ha ismétlő tanfolyamot végez? Ezeket is voltaképpen fiatalabb és képzetesebb erővel kellene kicserélni, ha lehetne. Elvárhatjuk-e most már ezektől, hogy kifogástalan anya- és csecsemő védőnők lesznek? Stoll dr. eszméje tulajdonképpen olyan anya- és csecsemővédőnőkkel volna megvalósítható, kiknek bábaoklevelük is van. Már most itt is felmerülhetne a bizalom hiánya, mert ezek is előképzettséggel bíró művelt nők lehetnének, kisebb képzettséggel el sem tudnák ezt látni. Ha háromezer lakosú községre számítunk egy szülésznő-védőnőt, akkor ennek évenként kb. 70-90 szülése és 30-40 abortusa volna, amelyeknél közreműködnie kellene; ezeknél elláthatná a csecsemők védelmét is, ez kétségtelen, de akkor ki végezné a családlátogatásokat, az iskolás gyermekek, tüdőbetegek védelmét? Külön kellene tehát a szülésznő-csecsemővédő mellett általános védőnőt is alkalmazni, ki a rendeléseken is segédkezne és a többi teendőket is ellátná. Tudna ma az állam egy háromezer lakosú községben, a község vagy a társadalom segítségével is, két védőnőt tartani, amikor egyet sem bír eltartani? Sőt továbbmegyek, van nem egy háromezer lakosú község, mely orvosi körbe tartozik és nincsen külön orvosa! Az eszme tehát így megvalósíthatatlan. *Ehelyett inkább szükség volna minden községi és minden körorvos mellé egy egészségügyi védőnőre*, aki annak a községnek vagy körnek egészségvédelmét ellátja. Szükség volna rajta kívül az *anya- és csecsemővédelem elemeiben jártas bábákra. Törvénnyel el kellene rendeltetni a terhesek kötelező bejelentését*, hogy az újszülött és a terhes minél előbb a védelem felügyelete alá kerülhessen. Ez az amit ma és a jövőben megvalósítani kell és lehet, ehhez is évtizedek szükségesek, addig pedig elégedjünk meg a valósággal és ne kergessünk tarka szivárványt!

Nem fejezhetem be a falusi bábakérdés ismertetését anélkül, hogy fel ne hozzam a *kis szülőotthonok* ügyét, melynek főként a falu szempontjából lenne nagy jelentősége. A vidéken lakó, sokszor a bába-segítséghez is nehezen hozzájutó szülőnőnek nagy jótétemény volna, ha a szülés idejére olyan helyre jutna, ahol ellátás, jó bába és szülész szakorvos is, - ha kell -, rendelkezésre állana. Vidéken a szülések legnagyobb része otthon folyik le, csak 6-8%-ot tesz ki azon szülőnőknek száma, akik valamely okból intézetben szülnek. Pedig nem egyszer, főként télvíz idején, a megközelíthetetlen rossz utak, a szállítás nehézsége, és egyéb okok miatt a szülőnő csak akkor jut megfelelő bábái és orvosi segítséghez, amikor már elkésett. Nem egy az életével fizet azért, mert eldugott faluban a forgalomtól, az országúttól távoleső tanyán, telepen vagy szőlőhegyen lakik. Ez érlelte meg az illetékesekben azt az eszmét, hogy a segítséget a szakértelmet kell kivinni közelebb a szülőnőhöz, ha őt magát nem lehet bevinni a segítséghez. Kis szülőotthonokat kell felállítani a vidéken! Az új szülészeti rendtartás életbeléptetéséről szóló jelentésében Tauffer professor, a szülészeti ügyek miniszteri biztosa ezeket írja: „A kis szülőotthonokról szólva, ki ne tudná elgondolni a szorongatott helyzetet a családban, amikor az anya szegényes otthonában várja szülésének nehéz óráját. A férj, a gyermek, a háznépének elhelyezkedése, a hálóhelyek szűkös volta van ilyenkor felfogatva, nem is szólva a gazdasági cselédekről és zsellérekről, ahol nem egyszer több család lakik egy közös szobában. A vajudó asszony jajveszékelése, a fájdalomkitörések legyőzhetetlen hangos megnyilvánulása, felzavarja a környezetet és a remegő gyermekek idegeit. A bábának a szüléshez való felkészülése felfogatja a lakást és a konyha rendjét, a családtagok és a kíváncsiak sokszor gyengédten tolaikodása mind alkalmas arra, hogy a testileg és lelkileg igénybevett szülőnőt mérhetetlenül felizgassa annál is inkább, mert a sok mindenféle torlódó kellemetlenséggel szemben vajudásának kínjai közepette teljesen tehetetlen. A fehér- és ágynemű kérdése, a készletek előteremtése, edények, mosdó- és fertőtlenítő szerek, télen az

éjjeli fűtés és világítás, a meleg víz készen tartása, ha a kút befagyott, a kiszolgáló személyzet sűrűse-forgása a szűkös lakásban, a sokszor egyetlen szoba, melyet végső esetben még más családdal is meg kell osztani, mind súlyosan esik a mérlegbe. És mindezek mellett, ami a legfontosabb, a szülésnél megkívánható aszeptikus eljárás a kétes minőségű környezetben, ahol talán beteg ápolatott, sőt talán ilyen egyidejűleg ápolatnak is, és végül az elkerülhetetlen költségek: baba, ápolási eszközök, gyógy- és fertőtlenítőszer stb. oly halmazát alkotják a nehézségeknek, melyeknek végiggondolása a palotától a kunyhóig egyaránt kívánatosá teszi, hogy a szülés idejének elérkeztevel az anya olyan helyre vonulhasson vissza, ahol mindentől felmentve, teljes lelki nyugalommal, egészségének védelme mellett végezheti el új-életadó nagy feladatát. Akik a vidéki viszonyokat ismerik, tudják, hogy mindennél még súlyosabb helyzetek sem ritkák, ahol a legkezdetlegesebb szükségletek sem állnak a rendelkezésre és az új ember megszületésének körülményei alig, vagy nem is különböznek az állattól az istállóban”.

A szülészet nagy mesterének ezen klasszikus leírása az életből vett hű képét adja a falusi viszonyoknak. Mi vidéki orvosok, akik szülészeti gyakorlatot is folytatunk, tudjuk csak, hogy mi az a nyomor, és mi az, nyomorban szülni! Vajudni egy szalmás ágyon, melyen nemcsak lepedő nincsen, de még egy piszkos zsákdarab sem. Aszeptikusnak kell lenni, amikor az ütött-kopott, rozsdás mosdótál egy tengericsutkával van bedugva, mert lyukas is, - amikor a szülőnő alá gummilepedő helyett egy piszkos és rossz alsószoknyát tudunk csak tenni.

Milyen lélekjelenlétre, az embereknek és hivatásának mekkora szeretetére van szüksége a magára hagyott falusi orvosnak, akinek kezére és tudományára életek sorsa van bízva, azt csak az tudhatja, ki ezt már végigcsinálta.

Tauffer professor a Stefánia Szövetség falusi védőintézeteivel kapcsolatban óhajt berendezni ilyen falusi szülőszobákat, melyek egyszerűek legyenek, de tiszták, ahol a szülő anya hajlékot és segítséget talál. „Az ilyen egyszerű szülőszobát képes és hajlandó a Stefánia Szövetség legfeljebb egy pár bútordarab beszerzésén kívül a legszükségesebbekkel mindenütt ellátni. Azt a kevés táplálékot pedig, amire egy gyermekágyasnak szüksége van, behozhatja a családja, vagy mindenütt megszerezhető jószívű asszonyok révén, hisz annyi jószívűséget mindenütt találunk még az országban, hogy a bajban levő szülőanya megtalálja az ő életmentő jótévőjét. A szülés körül való segítséget a hatósági szülésznő hivatalból teljesítheti, az orvosi ellátásról pedig szó se essék, hisz mindenki tudja, hogy a magyar orvosi kar a humanus kötelesség ingyen teljesítésében sohasem tagadja meg a nemes tradícióit, mely mindnyájunkat kötelez. Az ilyen kezdeményezés mindenütt visszhangra talál és arra a reményre jogosít, hogy bármely szerény kezdeményezés a jövő fejlődésének alapja, melyből utóbb sokszor a legszebb intézmény fakad.”

Szülőintézetek és anyaotthonok létesítése kétségtelenül nagy hasznára lenne az anya- és csecsemővédelemnek. Tauffer professor előtt nyilván a gödöllői Járási Egészségházzal kapcsolatos, szép, magyaros berendezésű, kitűnő szakérővel ellátott, emelkedő forgalmú szülőotthon képe lebeg. Nem szabad azonban elfelejteni azt, hogy ez egy kiválóan kulturált járásban, kedvelt nyaraló helyen, közel a fővároshoz, minden irányban jó utakkal összekötött vidéken létesült. Központját képezi egy egészségügyi mintajárasnak, gondoskodva van megfelelő élelmezésről és ápolásról, és saját mentőállomással is bír. Ilyenről álmodozni minden faluban, sőt csak minden járásban is, utópia! Ilyen intézményt felállítani és fenntartani, nemcsak most, de még a gazdasági konjunktúra idején sem lehetett volna, még hozzá közadakozásból. Még rosszabb volna, ha ilyenek felállítására a községeket felsőbb rendellett köteleznék. Ugy járnánk ezekkel is, mint a községi járványkórházakkal, melyet minden ezer lakosúnál nagyobb községnek fenntartani kötelessége. A legtöbbször még fertőző beteg

sohasem feküdt és nagy baj lenne, ha azokba ilyent befektetnének, mert a legnagyobb részük erre a célra terjesen alkalmatlan. A községi szülészobának legalább egy szobás-konyhás lakásnak kellene lenni, nagyobbra a legtöbb községnek nem telik. A viszonyok az ilyen helyiségben a szülönőre nézve, ha ugyan hajlandó volna valaki abba egyáltalában szülsége idejére befeküdni, semmivel, vagy nagyon kevéssel volnának kedvezőbbek az otthoni viszonyoknál. A segítség, amit nyújthatunk neki, ugyanaz: a helybeli bábák, a helybeli községi vagy magánorvosok segítsége, mely otthonában éppen úgy díjtalanul rendelkezésére áll, ha szegény. A szülönőt legfeljebb a családja táplálná, ami nekik sokkal nagyobb nehézséget okozna, mintha otthon fekszik gyermekágyat. A jószívű emberek és nők állandó támogatására ma már, - amit Tauffer professor nemes szíve feltételez -, amikor mindenkit sújt a nyomorúság, számítani nem lehet. A községi szülészoba hetekig, sőt hónapokig is üresen állna és nagy zavarba jönnének, ha ott tél idején hirtelen egy szülönőt kellene elhelyezni. A bábán kívül, ki nem lehet ott állandóan a gyermekágyas mellett, egy ápolónőre is szükség volna és még valakire, aki azokat is kiszolgálja és a durvább munkákat is elvégezné. Az orvosi szaksegítség is csak egy gyakorló orvosban volna feltalálható, mert szülész specialista csak nagyobb városokban van. A Stefánia Szövetség által fenntartott szülőotthonok is csak részben vannak kimondott specialista orvosokkal ellátva, sokat egy helybeli ügyesebb gyakorló orvos vezet. A falunak nem jó specialistákra, hanem jó gyakorló orvosokra van még sokáig szüksége, mert a falusi embernek specialistákhoz járkalni sem pénze, sem ideje nincsen. A tapasztalt gyakorló orvos éppen úgy felismeri a bajt és ha azt látja, hogy annak kezelése vagy a bajnak megállapítása meghaladja az ő tudományát és technikai felszerelését, akkor ügyis beküldi a beteget, a szülönőt a kórházba, ahol elhelyezést is és szakértő segítséget is talál.

Minden város, megyei vagy járási kórház legyen ellátva szülészeti osztállyal, mely kellő felszereléssel és szakerőkkel várja a szülő anyákat, akik ott megtalálják mindazt a nyugalmat, kényelmet és segítséget, amit esetleg otthon nélkülözniök kellene. Nagykiterjedésű vármegyékben, ahol a megyei kórház nem elegendő, szóba jöhetne, hogy bizonyos centrumokban, járási székhelyeken is létesüljenek ilyen szülőotthonok. Tudvalevő dolog, hogy minél kisebb ágyszámmal bír egy kórház, annál többbe kerül a felállítása és a fenntartása, tehát benne az ápolás díja annál drágább. Apró kis intézményeket felállítani, ahol nem lehetne a megfelelő szakerőt sem biztosítani, nem sok haszonnal járna, mert az ilyen kis kórház betegszállító mentő állomás nélkül nem felelhetne meg céljának.

A községi szülészoba felállítása helyett inkább arra kellene kötelezni a községeket, hogy minden ezer lakos után tartsanak készenlétben egy jól felszerelt *szülészeti vándorládát* és a szükséges számban *vándor csecsemőkelengyéket*. A gazdasági leromlás által előidézett nagy fehérnemű- és ruhahiány káros hatását a szülségeknél tapasztalhatjuk. Ha pedig egyszer vagy kétszer egy évben akad egy koldus asszony, vándorkomédiásnak vagy köszörűsnek a felesége, akinél a szülsége órája már eljött és nincsen idő, sem mód arra, hogy a legközelebbi intézetbe beszállíthassuk, mindig akad jószívű család, aki őt oltalmába fogadja.

6. A FALUSI ISKOLÁK EGÉSZSÉGÜGYE.

Amidőn a falusi iskolák egészségügyi viszonyait óhajtom tárgyalni, akkor nemcsak az iskolaépületnek és a tantermek felszerelésének, világításának, fűtésének, szellőztetésének kérdéseit kell ismertetnem, hanem foglalkoznom kell a tanulók egészségügyi viszonyaival is, kik fejlődő gyermekkoruk hat évét töltik el az iskola padjai között. A falusi iskolák és a falusi iskolás gyermekek egészségügyi állapotáról sajnos nem tudok teljes és hű képet adni, mert nem állnak rendelkezésemre megfelelő adatok. Azok a nagyszabású és pontos vizsgálatok, melyeket Debrecenben Neuber professor, Hódmezővásárhelyen pedig Szentkirályi főorvos és társai végeztek, igen értékes adatokat szolgáltatnak a városi iskolás gyermekek egészségi és szociális viszonyairól, de nem vehetők egészen zsinórmértékül a falu számára. Nem azért mintha falun jobbak lennének a tanulók egészségi viszonyai, sőt inkább azért nem, mert azok sokkal rosszabbak.

Az iskolaorvosi intézmény, mely útján pontos és megbízható adatokat kaphatunk, csak a fővárosban és nagyobb vidéki városokban van megszervezve, sőt a vidéki városokban is már a mindent elnyelő „leépítési” törekvés a középiskolákban is az egészségtan tanítását is takarékosági okokból laikus tanárookra bízta. A falusi iskolának iskolaorvosa nincsen, mert a hatósági orvos által végzett és neki félévenként előírt iskola-egészségügyi vizsgálatok jelenlegi formájukban nem helyettesíthetik az iskolaorvosi intézményt. Az Országos Közegészségügyi Intézet vezetése alatt álló ú. n. mintajárásokban és egészségvédelmi körzetekben folyó egészségvédelmi munka keretében jutunk csak falusi adatokhoz, melyek igazolják, hogy a városokban talált, sokszor megdöbbentő eredmények a falun sem jobbak, sőt sok tekintetben rosszabbak.

Magyarországon van 6658 elemi iskola 15.743 tanteremmel és 17.673 tanerővel. Ezek közül városi iskola: 525, 2612 tanteremmel és 3048 tanerővel. Amíg tehát az 525 városi iskolára 2612 tanterem jut, addig a 6133 falusi elemi iskolának csak 13.131 tanterme van és 14.628 tanítója. Az iskolaépületeket osztályozni, rendszerbe foglalni nem tudom, mert ahány iskola van, annyiféle annak épülete. Van köztük a háború után épült díszes mintaiskola is, de van köztük düledező kunyhó, egyszerű kis bérelt parasztszoba, ahová a házigazda konyháján keresztül juthatnak be a tanulók. E kettő között vannak az iskolák legkülönbözőbb fajtái, melyek azonban gyakran nem közelítik meg sem az egészséges épület, még kevésbé az egészséges iskola fogalmát. A háború után épített iskolák nagy része egészséges és mint iskola is kifogástalan, mert igen helyesen a kultuszminisztérium által kidolgozott tervek szerint kellett azokat felépíteni, ami érthető is, hiszen az építési költségek legnagyobb részét az állam adta segély címén, amíg a község és a felekezetek rendszeresen az építésnél felmerülő kézi és igás napszámot viselték. Az állam által épített és fenntartott iskolák egészségügyi szempontból jobbak a községek és felekezetek által fenntartott iskoláknál. Fejér-vármegye területén az 1930. évben volt 22 községben 34 egységű állami elemi iskola 87 tanteremmel és 115 tanítóval, míg községi, felekezeti és nyilvános jellegű magán iskola volt: 90 községben 222 egységű iskola 417 tanteremmel és 418 tanerővel.

A falusi *iskolák építkezését* általánosságban tekintve, a terület rendszeresen nem esik kifogás alá, és az egy-egy tanulóra szükséges 10 négyzetméter terület is megvan. Az a követelmény azonban, hogy az iskola a lakott területnek a közepén legyen, hogy a gyermekeknek ne kelljen 2 kilométernél többet gyalogolnia, sajnos, csak ritka esetben van meg. Pusztai és tanyai iskoláknál bizony 4-6 kilométert is kell sárban, fagyban és porban a tanulónak megtenni, amire az iskolába eljut. *Játszóter* az iskola udvarából kerül ki, amely sokszor az igazgató-tanítónak (a kántor-tanítónak) egyúttal gazdasági udvara is. Hogy az ilyen udvar mennyire

tartható tisztán, az elképzelhető. A tanítói lakás bejárata emberek és állatok számára ugyanaz, mint amelyik az iskolába vezet. *Folyosó* legtöbb iskolánál nincsen, az a kis előszoba, melyből esetleg a tanterem nyílnak, nem elegendő a gyermekek befogadására. A gyermekek rossz idő esetén az órákőzti szünet alatt is vagy a rosszlevegőjű és huzatos tanteremben kénytelenek maradni, vagy kimenni a sárba és az esőbe. Az iskola *udvara* kavicsozva nincsen, nyáron nagy a por, télen pedig a szünet alatt bokáig érő sárban futkosnak a gyermekek. Ennek a sárnak legnagyobb része a rosszul letisztított csizmákkal és cipőkkel bekerül a tanterembe, szaporítva az ott már egyéb okokból is meglévő port. Az nem jut eszébe az iskolafenntartónak, hogy az udvart kavicsozni, feltölteni, befásítani és begyepesíteni is lehetne, sőt öntözéssel is lehet port megkötni, hogy be ne szálljon a tanterembe. Nem is gondolnak rá, meg, mint „feleslegesre”, pénz sincs hozzá. Nem egy iskolának *udvara* nincsen, *udvara* az utca, ahol órákőzben futkároznak a gyermekek, testi épségüket az arra haladó kocsik által veszélyeztetve. Az iskola leginkább a falu főutcáján van, ha pedig forgalmas országút vezet át a falun, akkor az arra haladó autók és autóbuszok nem egy elgázolásnak voltak az okozói. Célszerűbb és gazdaságosabb volna, ha az iskolafenntartó a fő útvonalon levő értékes telkét eladná, és mellékutcában vehetne érte nagyobb és alkalmasabb területet, ahol megfelelőbb épületet építhetne és alkalmasabb játszótér jutna a tanulók számára is. Az iskolaudvart az épülettől kissé távolabb eső részén fásítani, gyepesíteni, padokkal és asztalokkal ellátni kellene, ahol jó időben a szabadban való oktatást lehetne megvalósítani. Ehhez nem kell sok költség, egy kis munka és egy kis ambíció a tanító és az iskolafenntartó részéről. Körzetem két pusztai iskolájában két ambiciózus tanítónő ezt megvalósította. Az ilyen kis udvart a kertészeti munkák, a virággondozás bemutatására és megkedveltetésére is fel lehet használni. A falusi iskola-udvaroknak legnagyobb része kietlen, meleg, faszegény, poros terület. Az iskola-udvaroknak másik nagy hibája, amint már előbb érintettem, az, hogy az iskolaudvar közös az iskola épületében lakó vezető tanító vagy kántortanító gazdasági udvarával. A legtöbb felekezeti iskolánál a vezető tanító egyúttal kántor is, mint ilyennek földhaszonélvezete is van. Ezt a földet vagy maga műveli, vagy haszonbérbe vagy feles művelésre kiadja. Ha maga nem is gazdálkodik, de tehenet, sertéseket, baromfiakat mindenesetre tart. Hogy milyen rendet és tisztaságot lehet az ilyen helyen fenntartani, az elképzelhető. Ha pedig fertőző betegség lép fel a vezető tanító családjában, akkor törheti a fejét a hatósági orvos, amíg olyan megoldást tud találni, hogy a fertőző beteg is el legyen különítve, és a tanító is taníthasson, mert az iskolafenntartó hitfelekezet szegény, helyettest nem tud állítani.

Az iskola legfőbb *bútorzata*, az iskolapad az újabb iskoláknál már megfelel az egészségügyi követelményeknek és a tanulók korához és magasságához mérten készült, ha azokat valamely tanszergyárból hozatták vagy hozzáértő városi asztalossal csináltatták meg. Ha azonban valamelyik helybeli asztalosmesternek az alkotása, akkor nincsen itt szó semmiféle egészségügyi követelmény betartásáról, iskolahygiénéről, - legfeljebb ha több padról van szó, készítenek alacsonyabb és magasabb padokat.

A *tanterem világítása* sem mindig megfelelő, mert kisablakú, alacsony és széles tanteremben a fal felől ülő gyermekeknek alig jut valami világosság, főként borus téli délutánokon. Mesterséges világítás csak elvétve található falusi iskolákban, ezt is inkább az iskolaidő után ott tartózkodó ifjúsági egyesület, dalárda stb. használja.

A *fűtés* rendszerint rossz vaskályhakkal történik, és vagy nagyon meleg, vagy nagyon hideg van a tanteremben, a meleg szabályozása legtöbbször lehetetlen. Nem egy iskolában azonban a jobban fűthető és állandóbb meleget tartó cserépkályhát vagy téglakályhát, kemencét találjuk. Csak elvétve találunk a falusi iskolákban olyan kályhát, amellyel a fűtés és a tanterem hőmérséklete jól szabályozható lenne. Melegvíz- vagy gőzfűtés ritkaságszámba megy, és csak nagy és kultúrált helyeken található, teljesen új építkezésű modern iskoláknál.

A tanteremek száma mindenütt kevesebb a tanítók számánál, ami félnapos tanítás bevezetését teszi egyrészt szükségessé, másrészt azt is, hogy egyazon tanteremben délelőtt is és délután is más osztály tanul. A délelőtt járók még a nagyjából kitakarított és kiszellőztetett osztályba mennek, de a délután járó tanulók már piszkos, rossz levegőjű és hideg tantermet találnak. A tanteremek hiánya okozza az iskolák túlszűfoeltságát, és nem egyszer abba az iskolába, melyben negyven-ötven tanuló számára volna csak hely és légtartalom, nyolcvan-száz gyermeket is bepréselnek. A szellőztetés pedig, melynek főként a zsúfolt tanteremben kitűnőnek kellene lenni, nagyon rossz. Sok teremnek nincsenek is felül külön kinyitható ablakai, ha vannak is, rozoga állapotuk miatt ki nem nyithatók, vagy előadás közben nagy légvonatot okoznak, s az ablakhoz közel ülő gyermekek fáznak. Felső döntő ablakok csak a legújabb iskolákban találhatóak.

Az iskola tisztántartása is sok kívánni valót hagy még mindig hátra, bár ma már ritkábban fordul elő az a rendszer, amikor a nagyobb gyermekek takarították az iskolát, és állandóan fizetett és alkalmazott iskolatakarító még nem volt. A puhafa padlós falusi iskoláknál egyedül az olajozás az, amellyel a bejutó tömértelen port valahogyan le tudjuk kötni, ha a padló jó és legalább háromszor egy tanévben fel van surolva és beolajozva. A falak rendszeresen meszelve vannak, de csak egy évben egyszer, a tanév megkezdése előtt; nagy vívmányt könyvelhet el az a községi- és körorvos, aki községe előljáróságánál ki tudja vívni, hogy évközben is egyszer kimeszeljék az iskolát. Az előszobában vas vagy farács a lábak törléséhez még van, de köpödények, hulladékkosarak alig vannak falun. A gyermekek ruhái számára külön ruhatár vagy e célra szolgáló folyosó nincsen, az osztályokban lógnak a ruhák. *Az árnyékszék* az udvar léghátulsó részében a trágyadomb és a vezető tanító istállója és óljai körül vannak. Egyszerű fa- vagy épített árnyékszék, legfeljebb a fiúk számára van egy vizeldének nevezett deszka- vagy bádognályu. Az iskola takarítója rendszeren nem tekinti feladatának az árnyékszék tisztántartását is, és a tanítók sem tartják meg, - tisztelet a kivételnek -, az előírt órák közti ellenőrzést, ami nélkül tisztántartani az árnyékszék nem lehet. A hatósági orvos ezirányú minden ellenőrzése és vesződsége hiábavaló, a neveléssel megbízottak ellenőrző munkáját nem pótolhatja. Az általános egészségvédelem keretében kínálkozik mód az iskolák tisztaságának fokozottabb ellenőrzésére az egészségügyi védőnök útján, akik az iskolákat legalább havonta látogatják, ott tisztasági vizsgálatot tartanak és a gyermekeknek egészségügyi oktatást adnak. Ezeknek a látogatásoknak nagy hatásuk van a tanulókra, azok szüleire, sőt még a tanítókra is, az orvos ellenőrző munkáját pedig megkönnyítik. *Zuhanyfürdőt* sajnos csak a mintaszolgálatok területén levő iskolákban találunk. A legtöbb gyermek otthoni viszonyai miatt fürdőben nem részesülhet, nyáron is csak a tó- és folyómenti helyeken fürödhetnek a szabadban a gyermekek. Mosdó az iskolákban legfeljebb a tanítók számára van, de a tanulóknak nincsen. *Ivóvizet* a legközelebbi kútból isznak, főként ha ez az iskola udvarában van, vagy edényben visznek be vizet az iskolába. Az ivóbögrék vagy az iskoláé, vagy a tanulók hoznak magukkal. Ez utóbbi falun a jobb megoldás, mert a néhány ivópohár kevés a tanulók nagy számának, alkalmas öblítő berendezés pedig nincsen. Az év elején beszerzett iskolai ivópoharak legnagyobb része évközben eltűnik. A falusi iskoláknak a légy is egyik ellensége, mely az udvarban levő trágyadombból, istállóból, konyhából kerül be a tanterembe, becsalja őket az iskolában ebédelő tanulók által eldobott ételmaradékok ingere is.

Felsőbb hatóságaink igyekeznek az iskolafenntartókat a higiéné legelemibb szabályainak betartására reászorítani. Példának közlöm Fejérvármegye alispánjának ma is érvényben levő rendeletét az iskolák közegészségügyi szempontból való rendbentartása és ellenőrzése ügyében. „Miután az iskolai évvárás küszöbön van, és a nyári szünidő a legalkalmasabb az iskolákban észlelt közegészségügyi hiányok pótlására, felhívom főszolgabíró urat, hogy... számú rendeletemből kifolyólag végzett iskolai közegészségügyi vizsgálatok alkalmával észlelt

hiányok pótlását és az ártalmak megszüntetését a legnagyobb eréllyel szorgalmazza, hogy a jövő tanév elején az iskolák rendben legyenek. Az alábbi direktívákat már most közölje a községek előljáróságával és az iskolafenntartókkal, hogy a jövő tanévben minden ezek szerint történjék és senki se mondhassa, hogy nem értesült erről idejekorán. 1. Az iskola tisztántartásáról állandó takarító személy útján kell gondoskodni, aki az iskolatermeket naponta tisztogatja, szellőzteti, az árnyékszéket tisztántartja, azok deszkázatát hetenkint egyszer lesurolja, az ürgödröt időnkint mésszel vagy tőzeggel fertőtleníti. Tanulókat tisztogatási célokra alkalmazni szigorúan tilos. 2. A termeknek hiányos padozata kijavítandó és minden évben háromszor, szeptember, december és április hónapban olajjal beeresztendő. Ahol ez anyagi okokból nem lehetséges, ott hetenkint (szombaton) felsúrolandó. 3. A tanterem felszerelése évente kijavítandó, jókarba helyezendő. 4. Gondoskodni kell jó és gazdaságos kályháról és kellő mennyiségű fűtőanyagról. 5. Ahol nem lenne már meg, gondoskodni kell, hogy az árnyékszékek tiszták legyenek, fiúk és leányok számára elkülönítve, jó ajtóval ellátva, fiúk részére külön vizelde. Az árnyékszékek férőhelyei kellő számban legyenek, 30 fiúra, illetve 15 leányra egy férőhely számítandó. Az árnyékszékek téglából vagy betonból készített és jól fedett pöcögödörrel látandók el, melyek évente legalább egyszer kitisztítandók. 6. A termék falai évente kétszer, a tanév megkezdése előtt és tavasszal kimeszelendők. Gondoskodni kell, hogy a tantermekben kellő számú köpöcsésze legyen, 7. Az iskola udvara és környéke tisztántartandó. 8. Gondoskodni kell, hogy az iskola udvarán jó ivóvízű és fedett kút legyen. Minden tanteremben kézmosáshoz szükséges mosdótál, szappan és törölköző álljon a rendelkezésre. Figyelmeztesse az előljáróságokat és az iskolafenntartókat, hogy ezen rendelkezéseket pontosan tartsák be, mert az ősz folyamán ezt szakközegeimmel szigorúan ellenőriztetni fogom és a mulasztások szigorú megtorlásáról gondoskodni fogok.” Ez a rendelet egyszerű, világos és semmi olyant nem kíván, amit még a mai gazdasági leromlottság mellett is megvalósítani ne lehetne, mégis még ezt a minimumot is alig tudjuk elérni.

Ha a falusi iskolák *tanulóinak egészségi állapotát* kutatom, kevés adatot tudok közölni. Csak az Országos Közegészségügyi Intézet „Évi jelentései” tartalmaznak ilyen adatokat, melyeket az egészségügyi mintaszolgálatokban levő iskolák tanulóinak vizsgálata alapján állítottak egybe. Az egészségvédelmi szolgálat ugyanis ott kiterjed az iskolásgyermekre is, és azok az elemi iskolai tanulmányi idő alatt legalább háromszor, ú. m. az I-ső, a III-ik és a VI-ik osztályokban sorozatosan átvizsgáltnak. Ha azokat az érdekes és értékes számadatokat vizsgáljuk, amiket az egészségügyi mintajárásokban eddig elvégzett különböző iskolaegészségügyi vizsgálatok mutatnak, úgy óriási perspektíva nyílik meg előttünk, hogy mit lehet tenni akkor, amikor majd mindegyik iskolásgyermekről, - kezdve az elemitől, egészen az egyetemig, - lesz egy az összes vizsgálati eredményeket feltüntető egyéni lap. Mivel magam az egészségvédelmi munkának csak kezdetén vagyok és elegendő számú vizsgálattal még nem rendelkezem, és kis körzetem elég nagy számú vizsgálatot nem is tudna adni, azért közlöm az Országos Közegészségügyi Intézet VI. évi jelentéséből a mezőkövesdi mintaszolgálat vezetője, Bielek Tibor dr., járási tisztviselő orvos, vm. tb. főorvos által a járásban lefolyt iskolaegészségügyi munkáról az 1932-ik évben nyert adatokat. Ezen járás lakossága és viszonyai nagyjából megfelelnek a falusi viszonyoknak, és így belőle mindenki a maga községére nézve is következtetést vonhat le.

Orvosilag megvizsgált gyermekek száma:	4536
Fogyatékoság nélküli gyermekek száma	675
Fogyatékosággal bíró gyermekek száma	3861
Ezekben észlelt fogyatékoságok száma	9153

A Pirquet reakciók eredménye az iskolásgyermeknél:

Osztály:	Vizsgálatok száma:	Pirquet pozitív	%
I. oszt., fiú	894	169	18.9
I. oszt., leány	900	203	22.5
III. oszt., fiú	979	375	38.3
III. oszt., leány	894	355	39.7
VI. oszt., fiú	378	192	50.7
VI. oszt., leány	491	182	37.0
Összesen:	4536	1476	32.5

Az észlelt fogyatékoságok:

	számszerint	%-ban
<i>1. Általános jellegű fogyatékoságok:</i>		
Hőmérséklet 37° C-on felül	2735	60.2
Hiányos tápláltság (háromas tápláltsági fok)	1185	26.1
Vérszegénység	722	13.7
Constitutionalis elváltozások	70	1.5
Megnagyobbodott nyaki mirigyek (nem tbc.-és)	355	7.8
Hiányos tisztaság	478	10.5
<i>2. Belgyógyászati fogyatékoságok:</i>		
Tüdőelváltozások (nem tbc.)	128	2.8
Szívelváltozás, organikus	5	0.1
Szívelváltozás, functiós	12	0.2
Idegrendszerbeli elváltozás	25	0.5
Struma	31	0.6
<i>3. Elme és ideggyógyászati fogyatékoságok:</i>		
Szellemi debilitas	81	1.7
Beszédhiba	20	0.4
<i>4. Sebészeti fogyatékoságok:</i>		
Sérv	51	1.1
<i>5. Orthopaediai fogyatékoságok:</i>		
Orthopaed kezelést igénylő defectusok	32	0.6
<i>6. Orr-, torok- és gégefogyatékoságok:</i>		
Torok-, orr- és gégebetegségek	299	6.5
Fülbetegségek	21	0.4
Nagyothallás	15	0.3
<i>7. Szemészeti fogyatékoságok:</i>		
Szembetegségek	122	2.6
Látáshiba	170	3.7

8. Bőrfogyatékoságok:

Nem parasitás bőrbetegség	67	1.4
Parasitás bőrbetegség	17	0.3

9. Tuberculosis:

Tüdő tbc, nyílt	7	0.1
Praetuberculoticus állapot	389	8.5
Ezek között zárt, aktiv folyamatban van	65	1.4
Tbc. más formája	10	0.2

10. Fogbetegségek:

Fogbetegségek	2041	44.9
---------------	------	------

Ha ezen vizsgálati eredményeket nézzük, megdöbbenünk egyrészt a beteg, illetve beteges, másrészt a rosszul táplált tanulók nagy száma felett. De nem elég ezeket a vizsgálatokat elvégezni és az eredményt táblázatokba egybefoglalni, hanem keresnünk kell a módot és az eszközt, hogy azon segíteni is tudjunk. A gazdasági válság elmélyülése miatt ma már azok sem tudnak segíteni, akik tegnap még adakozók voltak. Mégis meg kell mindent mozgatni, hogy azokon, akik még szegényebbek és éheznek, betegek, valahogyan segíteni tudjunk. Csak a megszervezett általános egészségvédelem keretében lehet ezt a szociális munkát tervszerűen elvégezni, mert jól segíteni megfelelő szegény-kataszter és környezet tanulmányok nélkül, nem lehet. A védelem és a szociális munka együtt kell, hogy haladjon, egyik a másik nélkül értéktelen. Hiába adunk tanácsot, tartunk tanácsadó rendeléseket, ha nem tudjuk elérni azt, hogy azok is, akiknek nincsen miből, a tanácsot, - legalább a legszükségesebb részében -, végrehajtani is tudják.

Körzetemben egészségvédelmi tanácsadásokat tartva reájöttünk, hogy az utóbbi időben a nagyobb, az elválasztás előtt álló csecsemők súlya sorozatosan és következetesen csökken. Ennek okát kutatva, reájöttünk, hogy az elválasztás előtt álló csecsemők, akiket anyjuk még egyszer-kétszer az ő elapadásra készülő emlőjéből megszoptat ugyan, már vegyes táplálékon is éltek, kaptak levest, tésztát, burgonyát és más „vastag” ételt, de nem kaptak tejet, mely nélkül pedig ily korú csecsemőt kielégítően táplálni nem lehet. A helybeli birtokosok által felajánlott napi tejmenyiségnek az arra reá szorulóknak között való kiosztása rövidesen meg fogja hozni a kívánt súlygyarapodást. Nehezebb a helyzet a rosszul táplált iskolás gyermekek feltáplálásával kapcsolatban, mert azok egy részének lábbelije és ruhája nem lévén, kivált a téli időben az iskolát vagy nem, vagy csak rendetlenül látogatja. Az iskolásgyermekek pótétkeztetésére a községeknek fedezete nincsen, az egyes uradalmak által adott napi tejmenyiség a csecsemőknek sem elég, tej tehát az iskolásoknak már nem jut. Ennek a célnak elérésére jól beválik a mezőkövesdi járásban meghonosított „egy tányér leves” akció, amikor egyes családok adnak ebédet a téli és kora tavaszi időkben az arra reászoruló tanulóknak. Itt is csak a tanulók átvizsgálása és pontos környezettanulmányok óvnak meg bennünket attól, hogy olyan is kapjon ebédet, akinek otthon is meg van a rendes tápláléka. Az uradalmakban lévő iskolákban az iskolafenntartó földesúr ad több helyen a déli szünet alatt levest és kenyeret, vagy meleg tejet és kenyeret.

Mulhatatlan szükség volna az elemi iskolákban is az *iskolaorvosi állások megszervezésére*, mert az az egészségügyi ellenőrzés, ami alatt az elemi iskolák jelenleg állanak, nem elég. A községi és körorvos tartozik évente négyszer megjelenni az iskolákban, ott egészségügyi vizsgálatot tartani, amelynek az iskolaépületre, annak mellékhelyiségeire, a tanulók tisztaságára, ruházatára és egészségi állapotára kell kiterjednie és ezenkívül évente kétszer szemvizsgálatot

is kell tartania, hogy nincsen-e közöttük ragályos szembeteg. De ezek a vizsgálatok elegendőnek nem tarthatók.

Mi mindent lehetne az iskolában kivizsgálni és mi mindenben lehetne idejében segíteni, ha ahhoz iskolaorvos állana a rendelkezésre? Mennyire fontos lenne az egyéb vizsgálatok mellett a fogaknak, a rágó képességnek és a száj ápolásának vizsgálata, nemkülönben a fogak javítása és pótlása *vándor iskolafogászatok* útján, amint az az egészségügyi mintaszolgálatokban meg van. A fogak rendszeres kezelése gyors és szembetűnő eredményt ad és különösen alkalmas arra, hogy az egészségügyi és szociális kérdések iránt a falu lakosságának érdeklődését felkeltse. Magam is az iskolalátogatásaim alatt már régebben is érdeklődtem, hogy miként ápolják a tanulók szájukat és fogait. Megkértem erre a tanítókat is, akik ezen adatokhoz főként a beszéd és értelem gyakorlati órákon igyekeztek megbízható feleleteket kapni. A kikérdezett 783 tanuló közül 184, vagyis a tanulók 23.5%-a egyáltalában nem mossa a száját, még vízzel sem öblíti ki. Kefével ugyan nem mossa fogait, de vízzel kiöblíti 264 (33.7%), közösen használ fogkefét az egész család 254-nél (32.5%). Külön fogkeféje van 81 tanulónak (10.3%). A szájukat nem ápoló tanulók között sok volt olyan, aki fogkefét még nem is látott.

Ez a kis statisztika is mutatja, hogy mennyire nem törődnek a szülők a gyermekek szájának és fogainak ápolásával. Azok a vizsgálati eredmények, melyeket iskolásgyermekek fogainak rendszeres átvizsgálásánál nyertek, igen szomorú képet adnak. A dunántúli fogorvosok egyesületének titkára, dr. Koronczay József főorvos úr engedélyével és szíveségéből közlöm azon értékes statisztikai adatokat, amelyeket Székesfehérvár törvényhatósági jogú város összes tanulóinak vizsgálata eredményeképpen állított egybe. Ezen statisztika értékes a falusi viszonyok szempontjából is, mert Székesfehérvár agrár jellegű város lévén, a középiskolák és a belvárosi elemi iskolák tanulóinak leszámításával, a külső városrészek tanulói kisgazdák és földműves-munkások gyermekei közül kerülnek ki.

Be volt iratkozva 5946 tanuló, megvizsgáltatott 5388 tanuló, tehát a tanulóknak legnagyobb része. Ép fogsora volt 778-nak (14.4%), tömött fogsora 93-nak (1.7%). Csak a tejfogai voltak rosszak 1075-nek (20.0%), egy rossz állandó foga volt 953-nak (17.7%), két rossz állandó foga volt 961-nek (17.8%), több rossz állandó foga volt 1528-nak (28.4%). A rossz fogakkal bírók százaléka 85.6%, kezelést igénylő állandó fogak százaléka: 63.9%. Ha az egyes iskolákat tekintjük, akkor legtöbb ép fogazatú tanulót a női kereskedelmi iskola tanulói között találtak, a legkevesebbet a kereskedőtanonc iskolában. A többi iskolában a két határérték között változott az arányszám. Az iskolás gyermekek fogainak rendbehozatalára azért is kell olyan súlyt fektetni, mert a fogak épsége és a jó rágóképesség sok betegséget megelőzhet (oral-sepsis, gyomor- és bélbajok, csonthártyalob, stb.). A vándor fogászatok, az iskolafogászatok megszervezésének az egészségügyi mintaszolgálatokban üzött eddigi módja költséges. Az egészségvédelmet vezető községi- és körorvosokat, és az arra vállalkozó magánorvosokat kellene megfelelő gyakorlati irányú tanfolyamokon a konzervatív fogászat technikai fogásaira és főként a fogtömések végzésére kioktatni. A felszerelés az orvosé lenne, így elesik a felszerelésre eső kiadás, csak az elhasznált anyagok díja és az orvosok honorálása terhelné az iskola-fogászatot. A tanulók legnagyobb részének fogait díjmentesen kellene megcsinálni, mert alig egy-két százalékot tenne ki azok száma, akiknek szülei a felhívás alapján gyermekeik fogait magánorvossal tényleg rendbe is hozatnák. Amint az Országos Közegészségügyi Intézet VI. jelentésében olvasom, a gödöllői iskola fogászat területén is a díjtalanul nem kezelhető tanulók több mint felénél a szülők - valószínűleg anyagi okokból - nem csináltatták meg gyermekeik beteg fogait.

Hogy az iskolaegészségügy terén még sok a tennivaló, azt dr. Scholtz Kornél államtitkár is megállapítja Balassa-előadásában, amidőn ezeket mondja: „A magyar gyermekvédelemnek

nagy fogyatékosága, hogy nem általános, azaz nem terjed ki kötelező módon minden gyermekekre. A szociális gondozást intéző tényezőknek egyik fő törekvése, hogy a kötelezően általános gyermekvédelmet egyes nyugati államok példájára megalapozzák. Ennek a keretében lesz megvalósítandó az iskolaegészségügynek, helyesebben az iskolába járó gyermekek egészségügyi gondozásának kérdése is. Ismeretesek annak a nagyszabású kutató munkának eredményei, amelyet Neuber professzor a debreceni tudományegyetem klinikáinak és intézeteinek bevonásával végzett. Ezek az eredmények több vonatkozásban megdöbbentők, mert elszomorító képet nyújtanak arról az elhanyagoltságról, amelyben a nagy városnak iskolás gyermekei szenvednek. Lehet, hogy másutt talán jobb a helyzet, de lehet, hogy rosszabb. Mindenesetre örvendetes, hogy a lelkes kutatónak követői is akadnak - hasonló munkát végeztek Hódmezővásárhelyt az ottani közoktórház jeles orvosai és úgy látszik, hogy más nagyobb városokban is megindul az ily irányú kezdeményezés. A cselekvés terére elsőnek székesfővárosunk egészségügyének vezetői léptek, kitűnően megalapozva a város iskoláinak egészségügyi szolgálatát. Az egészségügyi kormányzat igen nagy súlyt helyez az iskolás gyermekek egészségének gondozására. Az erre vonatkozó ismeretekben, úgy a tisztai orvosi pályára készülő orvosok, mint az egészségügyi védőnők alaposan kiképeztek és mindenütt, ahol az egészségvédelmi munka fokozottabban megindult, ennek a gondozási ágának elsőrendű helyet biztosítottunk. Csak példaképpen említem meg, hogy a gyermekek rendkívül elhanyagolt fogazatának rendbehozatalára az 1930-1931-ik tanévben az ú. n. egészségügyi mintaszolgálatok keretében 14 iskola-fogorvosi rendelőben 18.294 gyermek vizsgáltatott meg és ezek közül 10.717 részesült kezelésben”. „Bármily nehéz is az iskolafenntartó közületeknek anyagi helyzete, nem térhetnek ki az elől, hogy tanulóik egészségi állapotát figyelemmel kísértessék és közreműködjenek abban, hogy eleje vétessék a gyermek egész életére kiható bajoknak és elnyomorodásoknak”.

7. AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM A FALUN.

A városokat kivéve nagy területek vannak az ország minden részén, ahol az egészségvédelem megszervezve még nincsen. Az egészségvédelemnek *két rendszere* ismeretes, az általános, vagy családi egészségvédelem és a speciális, vagy szakvédelem.

Az *általános vagy családi egészségvédelmet* a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet a Népjóléti minisztériumtól nyert megbízatása alapján látja el. Az Intézet e célra szolgáló anyagi forrásai a Rockefeller-alap támogatásából, állami és törvényhatósági hozzájárulásból származnak. Az általános egészségvédelem ezidőszerint a berettyóújfalui, a gesztesi, gödöllői, mezőkövesdi, sziráci és váci járásokban, a sárosdi, a röszei, 3 békésvármegyei orvosi körben és Pécs város egyik kerületében van megszervezve, de megszervezése több körzetben folyamatban van. Az új (1934-35. évi) állami költségvetési évben 30 újabb falusi orvosi körzetben fogják az egészségvédelmi munkát megszervezni, ami ismét kb. 180.000 lakos egészségvédelmi ellátását fogja jelenteni. A felsorolt járásokban folyó egészségvédelmi munkát az Országos Közegészségügyi Intézet Külső Munkák Osztályának irányítása és ellenőrzése mellett a járási tiszti orvosok irányítják a községi és körorvosok és a melléjük beosztott egészségügyi védőnők közreműködésével. Ezeket a védőnőket részben a budapesti M. Kir. Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben képezik ki, amely az Országos Közegészségügyi Intézetnek egyik osztálya, részben pedig a debreceni egyetemi Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben, amely a budapestivel azonos képesítést ad. Nem egy védőnő ezen iskolák tanfolyamán kívül még bábaképezdét is végez. A két és fél, illetve hároméves tanfolyamra ma már csak nyolc középiskolát végzett, vagy tanítónői oklevéllel rendelkező leányok vétetnek fel. Az ezidőszerint működő általános védőnők száma 73. A védelemnek ez a rendszere eddig 122 község 310,596 lakosára terjed ki.

A védelemnek másik rendszerében az *anya- és csecsemőszakvédelmet* az Országos Stefánia Szövetség látja el, 1917 óta belügyminiszteri megbízatás alapján. A Stefánia Szövetség a védelmet a csecsemőkre és kisdedekre, 3 éves korig, és a terhes anyákra korlátozza, amelyet központi irányítás mellett részben szakorvosok, (szülészek, nőgyógyászok és gyermekorvosok), részben kisebb helyeken gyakorló orvosok látnak el az anya- és csecsemővédőnők segítségével. A Stefánia Szövetség védőnőit az általa fenntartott tanfolyamokon („Az Országos Stefánia Szövetség Állami Anya- és Csecsemővédőnőképző Intézete”) képezi ki egyévi gyakorlati próbaszolgálat után. Ezen a tanfolyamon anya- és csecsemővédelmi ismereteken kívül kiképzést kapnak egyéb egészségvédelmi tárgyakkól is, amennyiben azok a szakmájukkal kapcsolatban állanak. A Stefánia Szövetségnek volt 1931 január 1-én: 169 fiókszövetsége, 218 védőintézete, 36 tejkonyhája, 8 anyaothona, 24 bölcsődéje és napközi otthona, 11 szülőotthona, 2 gyermekkórháza, 394 orvosa, 564 védőnője és 89 gondozónője. Ezen adatok az 1932-ik évben némi emelkedést mutattak, természetesen csak annyit, amit a gazdasági viszonyok miatt el lehetett érni.

Nemcsak nálunk, de az egész művelt világon a szakemberek között hosszas és élénk vita folyt arról, hogy *melyik egészségvédelmi rendszer felel meg jobban a falusi viszonyoknak*, a szakvédelmi-e vagy pedig a családvédelmi? Nem tartom magamat kompetensnek arra, hogy erre az egész kérdésre vonatkozólag véleményt mondjak, de saját ezirányú tapasztalatom és hosszú körorvosi működésem alapján, úgy érzem, hogy falusi viszonylatban ehhez hozzászólhatok. Az egészségvédelem alapja kétségtelenül az anya- és csecsemővédelem, ez teszi ki az egészségvédelmi munka 65-70%-át, de a hiányzó 30-35%-ot sem lehet elhanyagolni. Nem szabad elfelejtenünk, hogy az anya és a csecsemő is a családban él és a családnak ők egyik részét képezik; de nem hagyható figyelmen kívül a család többi tagja sem. Ezért az egész-

ségvédelemnek családvédelemnek kell lenni, melynek csak egy részét képezheti az anya- és csecsemővédelem. Beletartozik ezenkívül a családvédelembe a 3-6 éves korú gyermekek, iskolások, a tüdő-, nemi és idegbetegek védelme, a házassági tanácsadás, az egészségügyi szabályokra, a betegápolásra való kioktatás is. Az orvosi tudomány kezdeti stádiumában egységes volt. Az ekkor még szűkebbkörű, fejletlenebb tudomány, és a hozzá megkívánt technikai készség, mely csak egyszerű műszereket, nem pedig költséges berendezéseket és laboratóriumokat igényelt, birtokában és tudásában lehetett egy embernek, a gyakorló orvosnak. A tudomány fejlődésével jött létre az orvoslás specializálódása, születtek meg a különböző kórházi osztályok, gyógyintézetek, laboratóriumok és lettek az „univ. med.”-ből, specialisták. Így van ez az egészségvédelemmel is.

A falu egészségvédelme az általános, a családi egészségvédelem, - a városé a védelem specializálódása: külön anya- és csecsemővédelem, a tüdőbetegek, a nemi betegek külön gondozása, idegbeteg rendelések, házassági tanácsadó, elmebetegek családi gondozása stb. *Szakkvédelmet ott kell berendezni, ahol szakorvosok vannak, mert az egészségvédelemben elsősorban az orvosi munka legfontosabb* és így a szakkvédelemben is a szakorvos a fontos, nem pedig a szakkvédőnő. A Stefánia Szövetség fennállása óta nagy és áldásos működést fejt ki, azt mindenki elismeri. A háború alatt az állam nem vehette kezébe az anya- és csecsemővédelmet, nem ért rá, nem volt ahhoz ideje, amit békés időben maga intézett volna, mint annak idején a gyermekvédelmet. A Stefánia Szövetségnek nagy érdemei vannak az ország csecsemő-halálozásának megjavításában és az is kétségtelen, hogy az anya- és csecsemővédelem megszervezésére mulhatatlanul nagy szükség volt. De ma már nem tarthatnók azt a védelmet teljesnek, ahol elhanyagolnók a serdülő gyermek, az iskolások védelmét. Akiket az anya- és csecsemővédelem fáradozása megmentett az életnek, azok kellő gondozás nélkül áldozatul eshetnének a fertőző betegségeknek, a tuberculosisnak, nemi betegek lehetnének, elmebeteggé tehetnék magukat és utódaikat és az alkoholizmus mámorában keresnének feledést és vigasztalást panaszaikra.

Általános egészségvédelem legyen tehát az olyan községekben, amelyek lélekszáma nem nagyobb, mint amit az orvos mellett egy általános egészségügyi védőnő az anya- és csecsemővédelem, a tuberculosis és iskolaegészségügyi munka szempontjából el tud látni. Tapasztalat szerint egy orvosi körben 5-6000, egy községben pedig 7-8000 lélekszám védelmét tudja jól szolgálni egy védőnő. Ez lehetne tehát az alsó határa a szakkvédelemnek is. Ezen alul nem érdemes szakkvédelmet csinálni. Ha az egészségvédelmi munkának átlagosan 70%-a az anya- és csecsemővédelem, akkor 30% marad a többi munkára. Ezért a 30%-ért még egy védőnőt beállítani - legalábbis a falun - nem lehet, mert munkája és ideje nem használatnók ki. Tekintettel arra, hogy tízezer lakosúnál kisebb községekben szakorvos úgyszólván nincsen, a szakkvédelem sem végezhető ilyen helyeken a munkáját szakorvosokkal. Nagyon helytelen dolog, - ami már nem egyszer előfordult -, hogy az az orvos, akit a szakkvédelem központi szerve párhuzamos továbbképző tanfolyamra rendel, azt hirdeti magáról, hogy ő szakorvos, és a közönség körében is ezt a véleményt kelti.

Az általános egészségvédelmi munka rendszerében a meglévő közegészségügyi közigazgatási szervezet, illetőleg ennek szakértői (a járási tiszti orvos, a községi és körorvos) végzik el az egészségvédelmi munkát. Ezzel szemben a szakkvédelmi rendszerben külön szervezetet építenek fel ennek elvégzésére, mely független az egészségügyi közigazgatástól, ennek legfeljebb bizonyos közvetett ellenőrzési szerepet juttatnak. A „közvetett” alatt azt értem, hogyha pl. egy tiszti főorvos vagy járásorvos valami kifogásolni valót talál egy anya- és csecsemővédő intézetben, vagy más szakrendelőben, kifogását a központtal kell közölnie és az intézkedik azoknak kijavítása ügyében. Az általános egészségvédelemnek Magyarországon bevezetett rendszerében ellenben a tiszti főorvos, járásorvos, illetve a községi és körorvos maga

intézkedik éppen úgy, mint más közegészségügyi közigazgatási kérdésben. Különbség a két rendszer között az is, hogy a szaktvédelem rendszere fokozatos egymásutánban kívánja kiépíteni az egészségvédelmi munka különböző ágazatait: tehát először az anya- és csecsemővédelmet, azután a tuberculosist elleni küzdelmet, majd az iskolaegészségügyi munkát stb. Ez a rendszer nagy városokban lehetséges, de falun nem, mert ha már az anya- és csecsemővédelem megszerveztetett, úgy a többi egészségvédelmi ágra pénz már nem jut. Szóbakerülhetne az, hogy az első védelmi ágazat terjessze ki később munkáját fokozatosan a másik kettőre is. Ennek megint az az akadály, hogy a szakvédők az egészségvédelmi munkának csak egy ágazatában vannak megfelelően kiképezve és így, ha az egészségvédelem többi ágaiban is kívánjuk őket foglalkoztatni, úgy továbbképzésükről kellene gondoskodni. A szaktvédelmi rendszerben nem történik gondoskodás az otthon fekvő akut vagy chronikus betegek ápolásának megszervezéséről (védők sincsenek ebben kiképezve) és a szociális munka racionális kiépítéséről sem.

Ezzel szemben a speciális védelem propagálói azt hozzák fel, hogy az általános egészségügyi védőnőnek *ápolónői alapképzettsége* felesleges és nincsen összhangban annak egészségvédelmi és szociális működésével. Szerintük a védőnőnek csak szociális és preventív feladatai vannak, de nem feladatuk a beteg ápolása, - ezért felesleges, hogy ápolónő is legyen, s mint ilyen, segítőtje és assistense legyen a községi és körorvosnak. Tapasztalatom szerint, ha *az általános egészségügyi védőnőnek nem volna ápolónői alapképzettsége, akkor falun nem tudná eredményesen elvégezni munkáját.* Elengedhetetlen, hogy segítőtje és assistense is legyen az egyedül álló körorvosnak, akinek ilyen esetekben eddig egyedüli, - kétes értékű -, segítsége csak a bába volt. Annak a védőnőnek, aki falun eredményt akar elérni, nem csak jó szívének, nagy tudásának, határtalan türelmének kell lenni, de kell, hogy jó ápolónő is legyen. Ha látogatást végez a családnál és megmutatja, hogy hogyan kell megvetni a beteg ágyát, hogy kényelmesebben feküdjék, ha megtanítja a torokfájós gyermeket, hogy miként öblítse ki a torkát, ha feltesz egy borogatást, ha átköti egy régi felfekvéses beteg sebeit, amikor az orvos nincsen kéznél, ha megmutatja, hogyan kell a betegkosztot elkészíteni, - ezekkel sokkal jobban megnyeri magának az anyát, mintha szakelőadást tartana neki a vitaminokról.

A szaktvédelem falun való elterjedésének nehézsége abban is leli magyarázatát, hogy a védőintézetek felállítása és berendezése a falutól a mai lehetőségeket meghaladó anyagi áldozatokat kíván. Természetesen csakis erre a célra épült egészséges, világos, könnyen tisztítható és jól berendezett rendelőhelyiségek megkönnyítik a munkát és a közönségre is vonzóhatást gyakorolnak, de nem ezek egyedüli feltételei a sikeres védelmi munkának. Egyszerű parasztházban felállított rendelőhelyiségben, mely egyszerű puhafa bútorokkal és a legszükségesebb felszereléssel van csak berendezve, hivatását szerető és a munka célját megértő orvos és védőnő éppen olyan eredményt érhet el, mintha a munka díszes épületben folyna. Országunk sohasem volt és még soká nem lesz abban a helyzetben, hogy minden községben ideális védőintézeteket tudjon létesíteni. Meg kell csinálni állami, törvényhatósági, községi és társadalmi támogatással azt, amit lehet. Ki kell terjesztenünk az egészségvédelmet arra az eldugott legkisebb községre is, amely a védelmet még hírből sem ismeri, ahol dühöng a csecsemőhalandóság, uralkodik a tüdőbaj, előfordulnak a nemi betegségek, ahol szintén jobb sorsra érdemes magyar nép él, akár csak a városokban.

Azt kérdezheti az olvasó, hogy nem színes képzelődés-e az, hogy akkor tárgyalom az egészségvédelemnek az egész országra való kiterjesztését, amikor mindent „leépítenek”. Igaz, hogy ez ma és *egyszerre* nem valósítható meg, de megvalósítható *részletekben*. Épp ezért már ma meg kell állapítanunk, hogy mit és milyen formában váltsunk valóra, amiből az ország lakosságának és a közegészségügynek java és haszna váljék. Egyszerű, kevés pénzzel megvalósítható intézményeket szabad csak alkotnunk, amelyek fenntartása nem költséges, olyanokat,

ahol megvan a természetes továbbfejlődés lehetősége. Építsünk egyszerű, de a célnak megfelelő épületeket, építsük fel minden községben az „Egészség Házát” vagy szenteljünk e célra „Egészségügyi Gondozó”-nak legalább két szobát, melyekből a nemzetmentő munka kiindulhat.

Tárgyalásunkban most elérkeztünk az „Egészségház”-ak vagy „Egészségügyi Gondozók” fogalmához és gondolatához. A járásban folyó munka központja a „Járási Egészségház” lesz. Itt talál majd helyet a járási tiszti orvos hivatala, lesz benne egy vagy több rendelő helyiség, röntgen, kvarc, kisebb laboratórium, a védőnők és a vezető védőnő lakása, kis kézi könyvtár, mentőautó-garage és az iskolások zuhanyfürdője. A *községek Egészségház*-a a járásinak lesz egyszerűsített és kicsinyített mása. De ne gondoljuk azt, hogy járási egészségház nélkül nem lehet egészségvédelmet csinálni és eredményes munkát végezni. Hogy lehet, példa erre a váci járás, ahol járási Egészségház nincsen. Így vagyunk a falusi egészségházakkal is. A mintajárásokban láthatunk díszes egészségházakat, de látunk mellettük máshol egyszerű, zöldkeresztes „Egészségügyi Gondozó”-kat is egy kis bérelt parasztházban, községházán a kisbíró és csendőr szobájában, iskola váróhelyiségében, melyekben eredményes munka folyik. Az ilyen egyszerű „Egészségügyi Gondozó” ellen felhangzik a vád, hogy nem szabad ugyanazon helyiségben anya- és csecsemővédő rendelést tartani, ahol az iskolás gyermekeket gondozzák, vizsgálják, fogaikat kezelik stb. Igaz, hogy jobb volna, ha minden fajta rendelésnek külön-külön rendelő és váró helyisége lenne, de mivel ezt megtenni a közel jövőben, vagy talán sohasem tudjuk, azért hagyjuk abba az egészségvédelmi munkánkat? Még a gazdag Hollandiában is ugyanazon helyiségben végzik a különböző egészségvédelmi gondozó munkát, tehát mi sem gondolhatunk a magyar falvakban két vagy három külön e célra szolgáló tanácsadó helyiségre. A rendelések megfelelő időrendi beosztása, alapos tisztogatás, fertőtlenítés és egy kis elővigyázat elégséges a fertőzés meggátolására, aminek a veszélye védőintézetben mindenestre sokkal kisebb, mint otthon a családban, az iskolában, a templomban, vagy egyéb találkozó helyeken. Az anya- és csecsemővédő rendelésekre is vihetnek ragályos beteget, miről az orvos csak akkor szerez tudomást, ha az eléje kerül. Ha ez a félelem jogosult volna, akkor nem lehetne sem ambulanciákat, sem magánrendeléseket fenntartani.

Nem tudom, mit szólna hozzá falusi népünk, ha most egyszerre az összes szakvédelmet megvalósíthatnánk olyan helyen, ahol eddig még védelem nem volt. Sorban járnának ki és be a családoknál a különböző szakvédőnők. Az egyik az anyát és a csecsemőt látogatná, a másik az iskolás gyermek után érdeklődne, a harmadik a tüdőbeteg leányt gondozná, a negyedik a szélütött öregapát látogatná és így tovább. Konservatív gondolkodású és minden „úri” látogatásból úgymint adókiivetést sejtő népünk, nem tudom, nem tettelegességgel fogadná-e a védőnők ezen invázióját. Hacsak egy védőnő járja a falu házait, annak is sok elfogultsággal, ellen-szenvvel, rosszindulattal kell számolnia, míg a nép belátja, hogy csak jót akar és mindez érte történik. Hasonló a helyzet akkor is, amikor falun a nagy beteghez egy második orvost is hívnak consiliumba. A hozzátartozók attól félnek, hogy a meghívott orvos összebeszél a kezelő orvossal. Így volna ez sok védőnővel is.

Azokban a járásokban, ahol a családvédelem be van vezetve, annak irányítója és vezetője - amint már említettem - a *járási tiszti orvos*. Hogy a járási tiszti orvos minden munkaidejét és energiáját a hivatalos teendőinek és az egészségvédelmi szolgáltatnak szentelhesse, a gyakorlattól el van tiltva és kárpótlásul ezért bizonyos fixumot kap. A járási tiszti orvos a járásban folyó minden egészségvédelmi munkáért és ténykedésért felelős, tehát kell, hogy felügyeleti és *irányítási* joga is legyen minden társadalmi alakulat által fenntartott intézmény és munka felett is. Vezesse a járásában folyó egészségvédelmi munkát, és a járás székhelyén levő rendelések legalább egyikének, ha ez különleges szaktudást nem igényel, illetve ha szaktudása megvan, ő legyen a vezetője. Ez volna a legbiztosabb mód, hogy a gyakorlati

orvosi munkától, a való élettől el ne szakadjon és intézkedései légüres térben ne mozogjanak. Másodfokú főnöke lenne a járás területén működő védőnőknek, ellenőrizné a községi és körorvosok, a községi és körvédőnők munkáját és ebben őt a járási védőnő támogatná. Vezetné az orvosi és védőnői értekezleteket és végezné ezenkívül a járási tisztí orvos mindennapi munkáját.

A községekben és körökben a *községi és körorvos* volna az egészségvédelmi munka vezetője és lebonyolítója a melléje beosztott védőnő segítségével. A községi és körorvosnak egészségvédelmi munkáját díjazni kell éppen úgy, mint a szakorvost is díjazza a szakvédelem. Ennek egyik módja a rendelések esetenkénti díjazása, de mivel az egészségvédelmi munkának a két vagy három hetenként végzett rendelések csak kisebb részét képezik, vele még sok minden más teendő van, a községi és körorvosok régóta ígért és húzódozó (fentebb tárgyalt) status-rendezése volna az az út, mellyel biztos existenciát adhatunk nekik.

Felhozhatnák ezen tervem ellen azt, hogy az egészségvédelem honorálása a községi és körorvosok jövedelmét növelné a magánorvosokkal szemben. Ez csak látszólag van így, éppen az ellenkezője az igazság. Az egészségvédelmi tanácsadásokon egyrészt minden gyógyító működés tiltva van, tanácsadásért pedig ritkán fordul a szülő orvoshoz, ha ezt honorálnia is kell, legfeljebb a jobbmódúak, akik viszont az ingyenes tanácsadást nem is veszik igénybe. Másrészt a községi és körorvos így némi biztosított mellékjövedelemhez jutva, szívesen lemondana a pénztári vagy gazdasági orvosi megbiztatásáról, mely így a magánorvosoknak jutna. A községi és körorvosok status-rendezése, a hetedik fizetési osztály megnyitása volna egyúttal útja a községi és körorvos-állások szaporításának és a sok jobb sorsra érdemes falusi magánorvos elhelyezkedésének is, akik biztos fixum nélkül csak nyomorognak.

Az egészségvédelem intézése - mint említettem - a községben és körben csak a községi, illetve körorvos kezében lehet, mert ő felelős községe, illetve köre minden egészségügyi eseményéért. Eltiltani a gyakorlattól nem szabadna, mert ő a törvényhatóság által megszabott minimális díjért köteles a betegeket gyógyítani, mire a magánorvos nem kötelezhető. Másrészt neki kell gyógyítani a falu szegény betegeit is, kiknek száma ma a fizető betegeket sokszor túlszárnyalja. Nem lehet arra még gondolni sem, hogy minden községnek egy külön hatósági és egy külön gyógyító orvosa legyen és mindkettőt a község fizesse. Épp ezért, hogy a fiatal orvos ne csak gyógyító képzettséggel kerüljön ki a falura, hanem preventív tudással, a közegészségügyi törvényeknek, rendeleteknek és az egészségügyi közigazgatásnak ismeretével is, ezért előbb el kellene végeznie a *Községi és Körorvosi Tanfolyamot*. Ezt a tanfolyamot ebben az évben már másodszor tartotta meg az Országos Közegészségügyi Intézet és az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága és ezentúl rendszeresen évenként hirdetni fogja. Ennek elvégzése után menjen csak ki a fiatal orvos községi, illetőleg körorvosnak és onnan vétessék fel, aki járásorvos akar lenni a Tisztí Orvosi Tanfolyamra. Ennek elvégzése után lehetne belőle járási vagy városi tisztí orvos, és ezekből választassék ki a törvényhatósági tisztí főorvos. *Ne lehessen tisztí főorvos az, aki nem ismeri gyakorlatból a közigazgatást, tehát aki nem volt hatósági orvos.*

A szakvédelem hívei kifogásolják azt, hogy az általános egészségvédelem nem specialistákra bizza az egyes rendeléseket, hanem gyakorló orvosokra, járási tisztí orvosra, községi és körorvosra. Ezzel szemben azt mondják, hogy a szakvédelem a rendelések nagy részét szakorvossal végezteti el. Ez azonban csak a papíron van így, mert a gyakorlatban a vidéken azt látjuk, hogy a szakrendelőben is a védelmi munkát legtöbbsnyire gyakorló orvos látja el. Minél jobban kiterjeszkedik a védelem, annál kevésbbé lesz meg annak lehetősége, hogy a szakorvosok legyenek kizárólag a védelmi munka ellátói. De a gyakorló orvos sem analfabéta sem a nőgyógyászat, sem a csecsemőgyógyászat terén; meg tudja állapítani a rendellenes-

ségeket, tud helyes tanácsot adni. Ha pedig akár a terhes vagy szülő nőnél, akár a csecsemőnél olyan megbetegedés lép fel, amiben ő tájékozatlan, akkor segítségére van a legközelebbi kórház a maga specialistáival.

Azt a tervet sem tartom megvalósíthatónak, hogy 12-18 ezer lelket magukba foglaló falusi körzeteket kellene csinálni, amelyek központjában nyernének elhelyezést a különböző szakvédőintézetek szakorvosokkal és szakvédőnőkkel. Az elgondolás szerint ebbe a központba járnának be az anyák csecsemőikkel és a tuberculotikus, stb. betegek. Innen járnának ki a védőnők. Aki falun él és védelmi munkát vezet és csinál, annak nem kell bővebb magyarázat, hogy ezen elméleti elgondolás miért kivihetetlen. Amikor rossz időben, vagy a nyári munkaidőben még a falusi rendelőbe is csak gyér számmal jönnek be az asszonyok és hozzák be csecsemőiket, hogyan lehetne azt elképzelni, hogy eljőjenek, ha a rendelés tőlük 20-30 kilométerre vagy még messzebb is volna? Ki adna kocsit annak, akinek nincs kocsija, lova, mert nemcsak a lovasgazdák gyermekeire terjed ki a védelem?

Fejtegetéseimnek végére értem, idevágó mondanivalóm egybefoglalása az, hogy a *falusi egészségvédelme mindenesetre a családi egészségvédelem*. Ezt a felfogást képviselte az egészségügyi kormányzat vezetője, Scholtz államtitkár is, amikor Balassa-előadásában ezeket mondja: „Az erők racionalis kihasználása és hatásköri kérdések eliminálása véget a belügyminiszter úr által approbált megállapodás létesült oly értelemben, hogy az egészségvédelmet nagyobb és kulturáltabb községekben, a kellő feltételek fennforgása esetén a speciális célokat szolgáló intézmények (anya- és csecsemővédelmi intézetek, tüdőbeteg-, esetleg nemibeteg-gondozók) végeznék, ott pedig, ahol ilyenek létesítésére nincs meg a lehetőség tehát főképpen kisebb községekben, a védelmi munkát az ezzel megbízott közhatósági orvosok lássák el, általános képzettségű védőnők közreműködésével. Azt reméljük, hogy ennek az utóbb említett szolgálati ágnak fokozatos kiépítésével, az egészségvédelemnek a kis községekben meghonosításával csökkenthető lesz az egyre fokozódó különbség, mely városaink és falvaink egészségügyi kulturájában, a városi kultúra folytonos fejlődése és a falusi elmaradottság miatt mindeddig mutatkozik”.

Ha a családvédelem országunknak minden részében meg lesz szervezve, akkor el fog tűnni az a nagy különbség, ami ma az „egészséges” város és a „beteg” falu között fennáll.

8. AZ EGÉSZSÉGÜGYI PROPAGANDA A FALUN. A FELNŐTTEK OKTATÁSA. AZ ISKOLÁS GYERMEKEK EGÉSZSÉGÜGYI NEVELÉSE.

Szükséges-e a laikus közönség egészségügyi felvilágosítása? Van-e valami haszna? Jobb lesz-e ez úton a közegészségi állapot? Nem nevelünk-e jószándékú felvilágosító munkánkkal képzelődőket, talán kuruzslókat? Meddig szabad elmennünk az egészségügyi oktatás terén? Ezek azok a kérdések, amelyek ma az orvosokat, pedagógusokat és általában mindazokat foglalkoztatják, akiknek feladata felnőttek és tanulók egészségügyi nevelése és gondozása.

Ismét Scholtz államtitkár Balassa-előadásából kell idéznem, mint hazánk mai egészségügyi helyzetének valódi és tárgyilagos képét ismertető kútforrásból. „Az egészségvédelmi ténykedések sikerének nélkülözhetetlen előfeltétele, hogy azok, akiknek érdekében ezek történnek, az egyes intézkedések rendeltetésével tisztában legyenek és azok hasznos voltáról meg legyenek győződve. Szükséges továbbá, hogy minden ember birtokában legyen az egészség értékére és az egészséges élet fenntartásához szükséges követelményekre vonatkozó elemi ismereteknek. Küzdeni kell továbbá a káros népszokások és a nép között elterjedt babonák ellen. A beteg szemnek vizelettel való mosogatása, sebnek pókhálóval, trágáival való beborítása, a csecsemők táplálása és gyógyítása terén fennálló rendkívül ártalmas eljárások és vidékenként változó számtalan más, a köznép meggyőződésében helyenként kiiríthatatlanul begyökeresedett szokás és balhit rendkívül megnehezíti az egészségvédelemmel foglalkozó tényezők munkáját”. „Ebben a (tanító) munkában a fősúlyt a gyermekek egészséges életre nevelésére kell fektetnünk. A felnőttek oktatása mindig nehéz dolog és eredményei kétségesek. A gyermek fogékony lelkébe kell dogmatikus erővel beleplántálnunk ezeket a tudnivalókat. Szép és igazán nem nehéz feladat vár e téren az iskolák tanító személyzetére”.

Ez az oktató és nevelő munka megindult már a faluban is. Mi orvosok, akik a nép egészségügyével foglalkozunk, egészségügyi oktatói is vagyunk a népnek. Hogy a falu népe az egészségügyi ismeretek terén is elmaradt, annak az az oka, hogy nem foglalkoztak vele. A háború vérzivatarának kellett jönni, hogy állam és társadalom belássa azt, hogy a legértékesebb objectum az ember. Ezt nemcsak gyógyítani kell, ha beteg, de meg is kell óvni a betegségektől, meg is kell tanítani a védekezés módjaira.

A városokban már jóval háború előtt egyesületek és intézmények foglalkoztak a *felnőtt közönség egészségügyi oktatásával*, de a falu népének ilyenirányú nevelése terén a háború előtt alig történt valami. Ha volt is falun egy-egy ilyen előadás, nem sok közönsége volt annak, nem is igen hittek benne, az urak kitalálásának tartván az egészet. A háború egészségügyi szempontból nevelő hatással volt a falu népére, nemcsak azokra, akik a fronton voltak, de a mögöttes országrészekben levőkre is. Az egészségügyi ismeretek közül a sok sebesülés és azok kezelése kapcsán főként a sebészet köréből valók terjedtek el először a nép között, amihez a kórházak és a Vörös Kereszt Egyesület által megrendezett ápolónői tanfolyamok is nagyban hozzájárultak. Majd a különböző ragályos megbetegedések és az azok elleni védekezés jutott bele a köztudatba. A közegészségügyi állapotok a háború alatt romlottak, aminek okai a háborúval együttjáró népvándorlás, az elegendő táplálkozás és a tisztaság hiánya, az általános lerongyolódás, a rossz lakásviszonyok, a közérkölcsiség lezüllése, a nemi betegségek elterjedése, és a spanyolnátha voltak. A háború után pedig a lelkeket hatalmába kerítő tömegpsychosis, a munkakerülés és az alkoholizmus kiöltek az emberekből minden nemesebb érzést, ezek között a szélesebb néprétegeknek az egészségügyi kérdések iránt való érdeklődését is. A forradalmak elmúltával kezdett az elalélt élet visszatérni, az egyesületek, teljesen leszegényedve ugyan, de mégis megkezdték működésüket, megindult újra az egészségügyi felvilágosító munka szóban, írásban, képen, filmen és rádión. De mindez nagyobb-

részt csak a városokban történt, a falu vajmi keveset hallott és látott belőle. A Stefánia Szövetség révén azokon a helyeken, ahol védőintézetek vannak, a Falu Szövetség útján szétszórtan az egész országban, az egészségügyi mintaszolgálatok révén az általuk megszervezett helyeken, az orvosok, a különböző ezzel foglalkozó egyesületek kiküldöttei és védőnői útján megindult a felvilágosító munka falun is. A kötelező népművelésre kiadott rendeletek értelmében minden községben a téli és a kora tavaszi hónapokban tartatnak az orvosok, jegyzők, lelkészek, tanítók, gazdatisztek és az intelligencia többi tagjai részéről is oktató, felvilágosító és szórakoztató előadások. Sajnos ezek az előadások csak akkor látogatottak, ha azok műsoros esttel, vetített képekkel, vagy mozgóképek előadásával vannak egybekötve. Az érdeklődés az egyszerű felolvasások vagy előadások iránt igen mérsékelt és ezeknek inkább a gyermekek, a leventék és általában a falu fiatalsága előtt van nagyobb értéke, a már idősebb nemzedék nem sokat hisz el belőle. Épp ezért az oktató és az egészségügyi előadásokat vetített képekkel, ha lehet *filmekkel*, de minden esetre szórakoztató műsorral kell egybekötni. Az előadásnak rövidnek, egyszerűnek, a nép nyelvén előadottnak kell lenni. Magas színvonalú tudományos előadás nem való a faluba. Sajnos a gazdasági viszonyok ma már nem teszik lehetővé, hogy az egészségügyi kormányzat oktató filmeket adjon megfelelő vetítő gépekkel együtt kölcsön. Pedig ezeknek az ügyesen megírt és megfelelő előadással kísért filmeknek igen nagy sikere volt mindenütt, két-háromszor is meg kellett az előadást ismételtetni egy-egy filmmel, annyi volt a kíváncsi közönség.

Hazánkban se szeri, se száma az azonos célú egyesületeknek. Ezek mind külön szervezetbe tartoznak, külön vetnek ki tagdíjakat és verbuválnak tagokat. Például egészségügyi propagandával jelenleg 18 egyesületünk foglalkozik, nagyjából a városokban, de az egész országra kiterjedő rendszeres oktató munkát egyik sem végez. Itt is a munkaközösség, vagy a rokoncélú egyesületek összevonása volna kívánatos.

A röpiratok, ismertető füzetek nem igen válnak be a falun, eredményesebbek a rövid, csak egy lapból álló, a lényegét ismertető, felvilágosító iratok. Ezeket az egészségesek között, előadások után kiosztani teljesen céltalan, mert a legtöbb el sem olvassa, hanem eldobja azt. Ha azonban annak adjuk, aki maga, vagy akinek hozzátartozója, gyermeke beteg, vagy más-ként érdekelt, akkor a felvilágosító, a magyarázó irat elolvasására biztosan számíthatunk. Az ilyen irányú felvilágosítás és oktatás minden népbetegségnél kívánatos volna. A kormányzat bocsátana ilyeneket díjtalanul és kellő mennyiségben a községek útján az orvosok rendelkezésére. Ezen röpiratok megszerkesztésében nem annyira az abszolút szakértelem a fontos, hanem az, hogy olyan valaki írja meg, aki írással foglalkozik, érti a nép nyelvét és ismeri annak értelmi színvonalát és gondolkodásmódját. *A rádió* is kétségtelenül kiváló eszköze a népszerű ismeretterjesztésnek, de ilyen módon az ismereteket a lakosságnak csak kisebb, jobban situált részéhez juttathatjuk el, mivel ők a lakosságnak legfeljebb 4%-át teszik ki.

Ha arra kellene választ adnom, hogy az eddigi egészségügyi nevelés milyen hatással volt a falusi népesség egészségügyi viszonyaira, az orvos és a beteg közötti viszonyra, - úgy azt kellene mondanom, hogy eddig kevés történt e téren ahhoz, hogy belőle következtetést vonhassunk le vagy eredményt láthassunk. Sok év és nagy területen elterjedt nevelő és felvilágosító munka kell ahhoz, hogy észrevehető hatást észlelhessünk. *Az egészségvédelmi munka a legnagyobb egészségügyi propaganda*, melyet ha majd egyszer az egész országban meg tudunk szervezni, akkor az eredmények, amiket általa elérünk, kiválóak lesznek. Akinek alkalmá volt az egészségügyi mintaszolgálatokban folyó munkát tanulmányozni és aki nemcsak a tényleg mintának felépített néhány járási és községi egészségházat látta meg, de látta az egyszerű Egészségügyi Gondozókat is, és látta az ottani szellemet, s megfigyelhette a bennük és mellettük folyó intenzív munkát is, az azt a meggyőződést hozhatta onnan magával, hogy *ez az az út, amelyen tovább haladnunk kell, s amely minden másfajta propagandánál többet ér.*

A tanulóifjúságnak és a leventéknek egészségügyi oktatása a legjobb eredményeket adhatja. Rajtuk keresztül kell megnyernünk a felnőttek zárkózott lelkét is. Már az elemi iskolák tantervében fontos helyet kell hogy kapjon az egészségügyi ismeretek szemléletes és alapos oktatása, elsősorban a tanítók által. Ezt pedig csak úgy érhetjük el, ha a *tanítóképző intézetekben az eddignél nagyobb súlyt fektetnek a tanítójelöltek egészségügyi kiképzésére*. A nyolcosztályos elemi iskola megvalósítása falun csaknem lehetetlen, hiszen már a hatodik osztályos gyermekeket is felhasználják mezőgazdasági munkákra. A sok hiányzó tanuló a tanítás menetét nagyon zavarja. Célszerűbb lenne az első négy osztály részére tíz-, a két utolsó részére pedig csak nyolchónapos tanévet megszabni, de ezt a nyolc hónapot viszont a sok felesleges szünet ne szakítsa meg.

Nézzük most már, hogy az első osztálytól kezdve milyen és mennyi egészségügyi ismeretet kapnak a falusi iskolákban a gyermekek? Az I-ső osztályú olvasókönyvben a következő egészségügyi tárgyú olvasmányok vannak: „Reggel” (vers), mely rendszeres mosdásra hívja fel az iskolába került gyermek figyelmét. „Hogyan eszik a jó gyermek?”, „Szokjunk rendhez!”, szintén ezt a célt szolgálják. Az alkohol elleni küzdelem szolgálatában áll a „Pálinka” című olvasmány. Ezekon kívül a beszéd- és értelemgyakorlati órákra is ír elő az elemi iskolai tanterv egészségügyi tárgyú beszélgetéseket az étkezésről, a tisztaságról, a fürdésről, lakásról, szellőztetésről és a légyről. A II-ik osztály olvasókönyvében a következők olvashatók: „Szegény Ágnes” (mese a táplálkozásról), „Egészséges ember” (napi mosdás), „Legdrágább kincs az egészség”, „Az orvos”, „A gondatlan János” (a sebfertőzésről), „Kórház”. A beszéd- és értelemgyakorlati órákon itt is beszélgetéseket rendel el a tanterv a friss levegőről, szellőztetésről, fűtésről és a világításról. A III-ik osztályban folytatódik az ismeretek megszerzése beszélgetések útján, melyek télen a tornaórák helyett tartatnak meg. Olvasókönyvükben pedig több ügyesen szőtt oktató mesét találunk hygienés oktatási célzattal, ilyenek: „A régi falu, új falu” (az építkezésről), „János bácsi tapasztalatai”, „A szeszes italok”, „Dorottya nővér” (a kórházról), „Egészség-Betegség”. A IV. osztály tantervében a már említett téli beszéd- és értelemgyakorlati órákon kívül a következő egészségügyi olvasmányokat találtam az olvasókönyvben: „Rozsdás szeg”, „Vesztett kutya”. Az V-VI-ik osztályos olvasókönyv már nagy haladást jelent e téren sok szépen megírt egészségügyi célzatú olvasmányával, ezek: „A kisgyermek betegségei”, „Csak egy virágszálat” (tuberculosisról), „Mindnyájunkat érhet baleset”, „Tested-lelked megölője” (az alkoholizmusról), „A baktériumok. Pasteur Lajos”.

Az V-VI-ik osztályban már egészségtani könyvük is van és az egészségtan mint rendes tantárgy szerepel. A falusi felekezeti iskolák, melyeknek tanterve nem sokban tér el az állami elemi iskolák tantervétől, Klinda Károlynak „Elemi Egészségtan” című könyvét használják. A könyvnek a következő főbb fejezetei vannak:

Az első részben: Az emberi test helyes életműködésének fontossága:

I. A mozgás szervei: *a)* csontok, *b)* izmok.

II. A lélekzés szervei és a lélekzés, a levegő milyensége, a lélekző szervek ápolása.

III. A vérkeringés szervei, a vérkeringés szerveinek ápolása.

IV. Az emésztés szervei. Az élelmiszerek szükséges alkotó részei. Az eledel emészthetősége. Az emésztő szervek ápolása. Az ivóvíz.

V. Az idegrendszer. Az idegrendszer ápolása.

VI. Belső szerveink helyes együttes működésének fontossága.

VII. Az érzékszervek.

VIII. A beszéd szerve.

IX. Az egészséges lakás: 1. a telek minősége, 2. az építkezés.

Eddig terjed a könyvben az ötödik osztály tananyaga, utána következik a *második rész*, mely a hatodikosoknak szól, az alábbi beosztással:

I. Betegségek. Betegápolás. A gyakrabban előforduló betegségek.

II. Fertőző betegségek. Küzdelem a fertőző betegségek ellen. A fontosabb fertőző betegségek.

III. A gyermekápolás. A tartózkodási hely, a tisztántartás és a ruházat. A gyermek táplálása, a gyermek foglalkoztatása.

IV. A foglalkozás hatása az egészségre.

V. A községek egészségügye.

VI. Az első segély. A dohány. Az alkohol.

A legnagyobb elismeréssel kell e kiváló paedagogusnak, a könyvecske szerzőjének adóznom. Egy ilyen könyv megírásánál és az elemi iskolai tanterv kidolgozásánál az orvosnak és a paedagogusnak együtt kell dolgoznia. Ha majd az elemi iskolának is lesz iskolaorvosa, akkor ez az együttműködés magától meg fog születni.

Mondanivalóimnak végére értem. Ha az elmondottakkal elértem azt, hogy felhívtam a figyelmet a „beteg falu”-ra, ha sikerült megjelölnöm a falusi szociális és közegészségügyi munka megjavításának még ma is lehetséges útját és módját, és sikerül a kormány támogatását a falu szociális és egészségügyi problémáinak megoldásához az eddiginél intensivebbé tennem, akkor fáradozásom nem volt hiábavaló.

IRODALOM.

Albusz H. Frigyes: Memorandum a községi és körorvosok statusrendezése ügyében. (Előadatott a MOOSz. Községi és Körorvosi Szakosztályának 1933. nov. 18-i ülésén.)

Cholnoky: Földrajzi és statisztikai atlasz. 1929.

Fejérvármegye építési szabályrendelete. 1912. Módosítás 1923. (Vármegyei rendeletek tára.)

Dr. Fekete Sándor: Az egészségügyi személyzet képzéséről orvosi szempontból (Népegészségügy, 1927. 1579. oldal).

Dr. Fekete Sándor: Megjegyzések dr. Johan Béla: Az egészségvédelmi munka egységesítése és racionalizálása c. előadásához. (Népegészségügy, 1929. 711. és 760. oldal.)

Dr. Gortvay György: Az orvos socialis feladatai és az egészségügyi igazgatás új rendszere (Népegészségügy, 1927. 851. oldal).

Dr. Hamar Pál: A fogbetegségekről és az iskolafogorvosi intézményről. (M. kir. Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium. Egészségügyi Propaganda Központ Népszerű Előadásai és Ismertetései. 16. füzet).

Dr. Johan Béla: A modern közegészségügy céljai, eszközei és eredményei. (Népegészségügy. 1928. 603. oldal.)

Dr. Johan Béla: Az ápolónő- és védőnőkérdésről. 1929.

Dr. Johan Béla: Válasz dr. Fekete Sándornak... (Népegészségügy. 1929. 878. oldal.)

Dr. Johan Béla: Meddig terjedjen az állami egészségvédelmi gondozás? (Országos Orvos Szövetség. 1930. 249. oldal.)

Dr. Johan Béla: Az egészségvédelmi rendszerekről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról. (Orvosi hetilap. 1931. 121. oldal.)

Dr. Johan Béla: Az Egészségházak gondolata. (Előadás.)

Dr. Johan Béla: Jelentés a M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet 1932. évben végzett munkájáról. VI. Évi Jelentés.

Keller Lajos: Az Országos Stefánia Szövetség 15 éves működése. (1915-1930). (Orsz. Stefánia Szövetség kiadv. 68. sz.)

Keller Lajos: Az egészségügyi segédszemélyzet képzésének és munkájának egységesítése. (Népegészségügy. 1927. 1211. oldal.)

Keller Lajos: Adalékok az általános egészségügyi védőnőképzés kérdéséhez. (Népegészségügy. 1927. 945. oldal.)

Dr. Kerbolt László: Az orvosok lakásáról. (Előadás a pécsi orvoskongresszuson 1929-ben. Országos Orvos-Szövetség 1929. 18. sz. 302. oldal.)

Dr. Kovacsics Sándor: Magyarország vármegyei építési szabályrendeleteinek rövid ismertetése. (Népegészségügy, 1927. 496. oldal.)

Dr. Kovacsics Sándor: Vályog, vert fal, égetett téglá. (Népegészségügy, 1927. 986. oldal.)

Magyar bábakönyv.

Magyar statisztikai évkönyvek.

Dr. Maixner Ferenc: A tuberkulózis falun. (Népegészségügy, 1927. 1270. oldal.)

Dr. Matusovszky András: A bábaképzés jövő feladatai. (Népegészségügy. 1929. 639. oldal.)

Melly J. és Zuckermann F.: A magyar egészségügyi közigazgatás útmutatója. 1931.

Dr. Pollermann Artur: Egészségügyi propaganda. Egészségügyi nevelés. (Népegészségügy. 1928. 1544. oldal.)

Dr. Raksányi Árpád: Egy nagyközség szegényügyének vizsgálata. (Népegészségügy, 1931. 868. oldal.)

Dr. Scholtz Kornél: Magyarország egészségügyi helyzetéről és felkészültségéről. (Balassa-előadás. Orvosi hetilap. 1933. 957. oldal.)

Dr. Stoll Kálmán: A bába, mint anya- és csecsemővédő. (Népegészségügy. 1927. 1315. oldal.)

Dr. Szél Tivadar: Egészségügyi statisztika. 1930.

Dr. Szénásy József: A praenatalis magzatvédelemről. (Anya- és csecsemővédelem. 1929. 419. oldal.)

Dr. Szénásy József: Az egészségügyi segédszemélyzet kérdéséről. (Országos Orvos-Szövetség. 1930. 153, 180 és 226. oldal.)

Dr. Szénásy József: Reflexiók Dr. Johan Béla: Az egészségvédelmi rendszerekről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról című közleményére. (Országos Orvos-Szövetség. 1931. 170. oldal.)

Dr. Tauffer Vilmos: Utmutató a községi- (kör-) és járásorvos uraknak a Szülészeti Rendtartás ügymenetéről. 1933. Állami nyomda.

vitéz dr. Törő István: A mezőgazdasági munkások és cselédek betegségi biztosítása. (Népegészségügy. 1929. 1090. oldal.)

Dr. Váradi Sándor: Egy magyar falu egészségügyi rajza. (Népegészségügy. 1928. 1209. oldal.)

Az 1907. évi XLV., az 1900. évi XVI. és az 1902. évi XIV. törvénycikkek.