

## A TANYAVILÁG EGÉSZSÉGE

**M**A MÉG NINCS olyan összefoglalás, amely hűen, a helyi viszonyok tekintetbevételével mutatná a tanyavilág közegészségügyének teljes arculatát. Ma csak egyéb, nem közegészségügyi vonatkozású viszonyok felhasználásával tudunk e téren megközelítő következtetéseket levonni és egyes jelenségekre magyarázatot nyerni. Itt persze igen tág tere nyílik a szakszerű adatgyűjtésnek és a megfelelő elvek alapján megindított szakszerű kutatómunka nemcsak újabb világosságot jelenthet, hanem sok tekintetben érthetőbbé tudná tenni a megoldás módozatait, terjedelmüket és időbeli sorrendjüket.

Általánosságban a népmozgalmi adatokat vizsgálva azt látjuk, hogy sokszor lényegesen eltérnek egymástól. Különösen vonatkozik ez az eltérés a születési és a halálozási, illetve a természetes szaporodási, még inkább a csecsemőhalálozási arányszámokra. A Szegedi Kerületi Orvosi Kamara működési területéhez tartozó négy vármegye — Bács-Bodrog, Békés, Csongrád, Csanád-Arad-Torontál — és három törvényhatósági jogú város, Baja, Hódmezővásárhely, Szeged közül Szegeden 1936-ban a természetes szaporodás arányszámát 3.3 ‰-nek, — országos átlag  $5.6/100$  — a csongrádmezei Kistemplomtanyán, amely pedig Szeged határában van, 44‰-nek tüntetik fel a statisztikai adatok. A csecsemőhalálozás arányszáma ugyancsak 1936-ban Szeged-Szentmihályteleken 6.9‰ — országos átlag 15.4‰, — a csongrádmezei Kiskirályságban pedig 31.4‰. Az Alföld egyéb részein is hasonló a helyzet, sőt az eltérés még kirívóbb. Szabolcs megyében a kótaji orvosi körben 1936-ban a csecsemőhalálozás 62.5‰ volt! Ezek az eltérések területi, népsűrűségi, gazdasági, szociális, kulturális és közegészségügyi okokban lelik magyarázatukat.

A TERÜLETI OKOK részben közvetlenül, részben közvetve befolyásolják a tanyai lakosság egészségi állapotát. Közvetlenül azért, mert a terület gazdasági és szociális vonatkozásai döntő hatást gyakorolnak a tulajdonosok egészségére: a nagyobb birtokú tanyai lakosok jobb anyagi helyzetük következtében viszonylag jobb egészségi helyzetben vannak, mint azok, akik apró, sokszor a megélhetéshez sem elég földtulajdonnal rendelkeznek. Sajnos, nem tapasztaljuk a nagyobb birtok kedvező hatását akkor, ha a nagybirtok a kisbirtok rovására túlteng és ennek következtében megnövekedik a földtulajdonnal nem

rendelkezők száma. Hogy ez mennyire így van, csak egy példát szeretnék felemlíteni. Pest vármegyében egymás szomszédságában van a 3500 lakost számláló Sári és az 1117 lakosú Felsődabas. A birtokmegoszlás Sáriban 65% nagybirtok, 35% kisbirtok, Felsődabason 100%-ban törpebirtok. Ezerre számítva a gümőkóros halálozás 1936-ban Sáriban 4.8 volt, Felsődabason 0.0. A csecsemőhalálozás száz élve születettre számítva Sáriban 19.3%, Felsődabason 5%. A népmozgalmi adatok közül a születések és a természetes szaporodás arányszámai már nem alakulnak üyen kedvezően, sőt, mondhatnám, a földtulajdon nagysága fordított arányban áll a születéssel és a természetes szaporodással. A most említett két pestmegyei község közül Sáriban 1936-ban 37.1%, Felsődabason 17-9700 volt a születési arányszám; a természetes szaporodás pedig 14, illetve 7 2, szintén ezer lélekre számítva. A túlnyomórésben kisbirtokos Öcsöd és a községszerű települést mutató Szeged-Röszke természetes szaporodásának arányszámai az országos átlag alá kerültek (1936-ban 3.4, illetve 3.8% viszont az egészen törpebirtokos, földbérlo vagy napszámos lakosságból álló községek természetes szaporodása magasan felette áll az országos átlagnak (Kistelek 12% Nagymágoics 15.4% Tápe 13.4%). A fordított arány keletkezésében minden bizonyly a földtulajdon elaprózódásának veszedelmétől való félelem játssza a főszerepet s a tanyai lakosság gondolkodásának megváltoztatása e téren igen nehéz feladat, éppen a szociális és gazdasági okok következtében.

A területi viszonyoknak a közegészségügyre gyakorolt hatása több körülménytől függ. Elsősorban attól, hogy milyen a tanyavilág területi kiterjedésének és a népsűrűségnek viszonya. Ott, ahol a nagy-kiterjedésű tanyavilágban nagyobb a népsűrűség, szükséges a településnek bizonyos központosítása. E helyeken természetesen előnyösebben alakul a közegészségügy helyzete is. Függ továbbá attól, hogy a tanyavilágban tartózkodik-e állandóan nagyobb számban lakosság, vagy pedig a lakosság túlnyomó része a város, illetve község belterületén bír-e állandó lakással s onnan jár ki naponta vagy több napra földjét művelni. Érthető, hogy egészen más a közegészségügy helyzete és feladata az előbbi, mint az utóbbi esetben. Végül, de nem utolsó sorban, függ a közigazgatási határoktól. Közegészségügyi szempontból is hátrányosnak kell mondani az alföldi városok és községek jórészt óriási kiterjedésű, a gyakorlati életnek meg nem felelő közigazgatási határait, amelyek következtében ma a másfél milliónyi tanyai lakosságból legfeljebb egyharmad kapcsolódhatik be helyesen a nemzeti termelés és fogyasztás vérkeringésébe és elégítheti ki primitív közszükségeit. Sok tekintetben igazat kell adni Weis Istvánnak, amikor a következőket írja: „A városok és községek külterületének lakossága a gyarmati lét sajátágos ismérveit tünteti fel: adózik olyan uralom fenntartásáért, amely a legjobb esetben közömbös, igen gyakran ellenséges vele szemben és nincs befolyása azon közület sorsának irányítására, amelyhez balsorsa csatolta“. Ott, ahol egy bizonyos város vagy község külterületének határa 30—40 km hosszúságba kinyúlik, ahol a külterület sok-sokezemlyi holdat foglal magában, valóban nem lehet kihasználni a tanyai település előnyeit még közegészségügyi szempontból sem.

Lássunk egy pár adatot. Makó megyei város 46.700 kat. hold területű és 35.824 lakosából 6564 lakik külterületen. A város határa hosszúkás alakú, úgy, hogy annak egyik végében van Makó s így orvosi ellátás szempontjából a határnak távolabbi részében lakó tanyaiak más szomszédos községek orvosaira vannak utalva, annyival is inkább, mert ezen a nagykiterjedésű külterületen orvos egyáltalában nem lakik. Battonya 23.521 kat. holdat kitevő külterületén 5702 lakos él orvos nélkül. Hódmezővásárhely több mint 135.000 kat. hold kiterjedésű tanyavilágában két városi és egy magánorvos lakik állandóan, — egy Pusztaközponton, kettő Vásárhelykúton — két városi orvos pedig hetenként két alkalommal jár ki a tanyavilágba, egy Mártélyra, egy Kopáncsra. A tanyavilág többi részei messze a várostól egészen orvos nélkül állnak. Ezen adatok ismeretében nem csodálkozhatunk azon, ha azt halljuk, hogy a tanyai lakosnak beteg gyermekét 12 km-ről kellett talicskával betolni az orvoshoz s hogy a szülő, illetve vetelő asszonynak el kellett véreznie, mire az orvosi segítség megérkezett. Továbbmenve magyarázatot nyerünk bizonyos mértékig arra is, miért magas a csecsemőhalálozás a tanyavilág egyes részein.

Gyökeres változásokra van hát mielőbb szükség. A közigazgatási törvény keretében gondoskodni kellene arról, hogy a nagyobb lélekszámmal bíró, községszerű tanyai központok önálló közigazgatási egységekké alakuljanak át, vagy ha ez az autonómiák erősebb ellenállása folytán belátható időn belül keresztülvihető nem volna, hogy a tanyavilágban a területi és népsűrűségi adottságoknak megfelelően a központok kiépítése a mainál fokozottabb mértékben történjék meg. Nemcsak közigazgatási, de gazdasági szempontból is sok panasznak és támadásnak vehetjük így elejét, közegészségügyileg pedig könnyebbé és racionálisabbá tehetjük a lakosság gondozását, mert hiszen e tanyai központokban megfelelő lakások építésével orvosokat tudunk letelepíteni, s a központok környékén élő lakosság nemcsak a gyógyítás, de az egészségvédelem számára is a mai állapothoz képest összehasonlíthatatlanul jobban hozzáférhetőbbé válik. Örömmel állapíthatjuk meg, hogy az egészségügyi kormányzat maga is elismerte ennek igazát és igyekszik az orvostelepítés gondolatát minél szélesebb körben megvalósítani.

Az ORVOSTELEPÍTÉSNEK, mint azt Johann Béla is kiemelte, három igen fontos feltétele van: megfelelő lakás, a szükséges felszerelés és a megélhetés biztosítása. A lakás kérdését kétféleképpen igyekszik az egészségügyi kormányzat megoldani: egyfelől OTI- vagy MABI-kölcsönt szerez lakásépítés céljára a község, illetve város számára, amely azután az orvos lakáspénzéből törlesztheti a kölcsön egy részét, másfelől a magyar társadalom áldozatkészségéből a falusi közegészségügyi munka rendelkezésére bocsátott három és fél millió pengőből korlátolt keretekben segínyt tud szerezni a nagyon szegény közületeknek orvosi lakásépítés céljára. Megvan tehát a mód az orvosi lakások megépítésére és csupán arra volna szükség, hogy a közületek ne zárkózzanak el a közegészségügyi segítség ezen módjának megvalósítása elől. Az orvosi felszerelés megszerzését megkönnyíti a Nemzeti

önállósítási Alap a berendezkedni óhajtó orvosnak juttatandó kölcsön révén. Ugyancsak ez az Alap segítyt is biztosít azoknak az orvosoknak, akik az Alap által kijelölt helyeken óhajtanak letelepedni. Ezekben a helyeken biztosítva van az orvosok megélhetése is.

Kétségtelen, hogy az egészségügyi kormányzatnak és a Nemzeti Önellósítási Alapnak ez az akciója ösztönzőleg hat a fiatalabb orvosnemzedékre a tanyai letelepedés szempontjából és a közegészségügy vagy az egészségvédelem szempontjából feltétlenül gyakorolni fogja jótékony hatását. Meg vagyok győződve arról, hogy az orvostelepítés első fázisát a fejlődésnek újabb fázisa fogja követni. Arról azonban nem szabad megfeledkezni, hogy korlátlan telepítésről a jövőben sem lehet szó, mert az orvostelepítésnek korlátot szab a községek, illetve tanyarészek lakosságának számbelisége. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy az orvos megélhetése a mai illetmények mellett csak ott van biztosítva, ahol a lakosság száma több mint 2000. A korlátlan telepítés tehát csak abban az esetben volna megvalósítható, ha a letelepedő orvosok számára a maiaknál lényegesen nagyobb illetményeket tudnánk biztosítani. Nagy kérdés, hogy az állam, illetve a városok és községek anyagi helyzete belátható időn belül nyújt-e erre módot?

Az orvostelepítés kérdésével kapcsolatban önkénytelenül is felmerül az a kérdés is, hogy a tanyavilágban milyen képzettségű orvosokat telepítünk. Annak, aki a tanyavilág viszonyait és egészségügyi szükségleteit valóban ismeri, úgy vélem, e tekintetben csak az lehet a felfogása, hogy a tanyavilágba a jó általános orvosi képzettségű egyén való, az a típus, amelyet régen mint a házi orvos típusát ismertük meg. A tanyavilágban a családnak, mint a társadalom legkisebb egységének egészségügyi gondozását csak az orvos tudja kellőképpen elvégezni, aki előtanulmányai során nem merült el túlságosan az orvostudomány részletkérdéseiben, hanem aki jó általános gyakorlati kiképzésre tett szert. Ma már erre megvan a lehetőség azáltal, hogy a közkórházakban az egészségügyi kormányzat lehetővé tette a kiegészítő orvosi állások megszervezését. További gond, hogy ezt a jó általános orvosi képzettséget megtartani igyekezzünk a tanyavilág orvosában akkor is, amikor már hivatása és lekötöttsége folytán megszűnik a közkórházakkal való szorosabb és gyakoribb érintkezése. Szükséges, hogy szerény anyagi eszközökkel is biztosítható legyen időnként az orvosok számára a közkórházakban a gyakorlati továbbképzés lehetősége. A Szegedi Kerületi Orvosi Kamara területén e tekintetben már jelentős haladás mutatkozik.

A tanyavilágban az orvoskérdés mellett igen nagy jelentőséggel bír a bábakérdés. Ezen a téren a tapasztalatok igen elszomorítóak, egyfelől mert a tanyavilág bábaellátása igen hiányos, másfelől, mert a tanyavilág bábáinak a képzettsége majdnem minden esetben hiányos, a tisztasággal és az aszepszis szabályaival hadilábon állnak. Sajnos, amíg a bábák a mai túlalacsony illetményeket kapják munkájuk után a közületektől, nem gondolhatunk komolyan arra, hogy képzett bábák menjenek a tanyák közé. Érdemesnek tartom e helyütt felemlíteni Sajó szegedi tisztí főorvosnak egészen eredeti elgondolású szabályrendelet-tervezetét a bábasegedelem biztosításáról. E tervezet szerint Szegeden a bábateendőket a jövőben nem választott bábák, hanem a polgármester által

ideiglenes hatállyal megbízott magánbábák látnák el, akiknek a részükre kijelölt körzetben kellene lakni. A megbízott magánbábák működésükért évi 300 pengő illetményt, azonkívül a szegény szülők ellátásáért esetenkénti díjazást kapnának a város pénztárából. Így a bábák megélhetése biztosítva volna, szívesen kimennének a tanyavilágba is és minden bizonnyal tökéletesebb és becsületesebb munkát tudnának nyújtani mint ma, amikor nehéz anyagi helyzetükben nem riadnak vissza a tiltott műtétek végzésétől sem. Úgy érzem, e tervezet igen komoly megfontolást érdemel az ország többi törvényhatóságánál is annyival inkább, mert szerintem csak így lehet biztosítani azt, hogy a községekben és a tanyavilágban is megfelelő legyen a szülési segedelem nyújtása.

Súlyos problémát jelent közegészségügyi szempontból is a tanyavilágban a közlekedési utak kérdése. Míg a tanyai utak az év nagy részében még gyalogos számára is alig járhatók, míg legalább azt nem tudjuk elérni, hogy megfelelően kövezett összekötő utak tegyék lehetővé az egyes tanyarészek között a közlekedést, a tanyavilág egészségügyi ellátása bizony nehézkes és fogyatékos lesz.

A TANYAI LAKOSSÁG közegészségügyi helyzetének ismertetésénél igen nagy súllyal esik latba a lakáskérdés. Hogy e problémával tisztában legyünk, idézem Johan Béla statisztikai számait. Hazánkban az 1930. évi statisztikai adatfelvétel 1,467.926 lakóházzal számol be. Ezeknek 73.8%-a vályogból épült és ezek kb. egyharmadának volt csak kő- vagy téglalapja. Van azonban az országnak olyan törvényhatósága is, ahol a lakóházak 93%-a vályogból épült és csak átlag egyötödüknek van kő- vagy téglalapja. Ismerve a tanyavilág lakásviszonyait, mondhatjuk, hogy a községek és a tanyák között a lakáskérdést illetőleg különbségeket nem tapasztalunk, mert a tanyai lakásviszonyok éppen olyan rosszak mint a községiek.

E tény ellenére, véleményem szerint, igen kis gyakorlati haszonnal járna egy olyan propaganda, amely a vályogfalú házakat kivétel nélkül rosszaknak minősítené és már általánosságban állást foglalna a vályogházak építése ellen, mert hiszen a mai kb. 1,000.000 vályogfalú ház átépítésére józanul számítani belátható időn belül nem lehet. De hiba is volna, ha már ab ovo kimondanók, hogy a vályogfalú ház egészségtelen s hogy az ilyen házban való lakás közegészségügyi szempontból káros. Ha az építőanyagul felhasznált vályog teljesen ki van száradva, házépítésre alkalmas és közegészségügyi szempontból nem kifogásolható akkor, ha az ilyenekből készült házak alapjai kőből, téglából vagy betonból készül, ha ez az alap a földből legalább 30—40 cm-re kiemelkedik s a teteje aszfalt-lemezzel jól izolálva van. Gondoskodni kell arról is, hogy az ablakok elég nagyok legyenek. Ne felejtjük el azt se, hogy ez az építési mód még ma is jobban megfelel a községek és a tanyák tradicionális szokásainak és teherbíró képességének. Hazánkban a lakóházaknak 84.2%-a egyáltalában nincs alapincézve s ennek dacára még sem mondhatjuk azt, hogy e házak kivétel nélkül nedvesek és egészségtelenek. Fontosabbnak tartanám közegészségügyi szempontból egyfelől azt, hogy a házon belül ki tudjuk küszöbölni

a földespadlókat, másfelől pedig, hogy megfelelő nevelés révén hozzá tudjuk szoktatni a lakosságot a ház belsősegeinek helyes és egészséges kihasználásához.

Sajnos ma azt kell mondanunk, hogy a 100 holdas gazda és a jobb zsellér, mezőgazdasági munkás között a lakás kihasználása és a lakásban folytatott életmód tekintetében legfeljebb csak árnyalati eltérések vannak. A tehetős gazda épített ugyan többszobás lakást, azt be is rendezi, azonban legtöbbször az történik, hogy a több szobából csak egyetlen helyiségben, télen a konyhában szorong a család aprajánagyja ócska, formátlan bútorokon a földes szoba kikent padlójának gözölgésétől, a pipafüsttől és az ételszagtól áporodott levegőben, mert a lakás szellőztetése, különösen téli időben, nem nagy erénye a mi tanyai lakosságunknak, s bizony nem egyszer megtörténik, hogy az ablakot a meleggél való takarékoskodás érdekében egész télen át ki sem nyitják. Meg lehet érteni, hogy az ilyen helyiségben túbnelegen öltözködő, egyoldalúan táplált és összezsúfolt egyének között miért csökken a szervezet természetes ellenállóképessége, miért annyi a satnya és csenevész gyermek és miért találunk olyan nagyszámban gümőkórosokat. Szakértői megállapítás szerint a gümőkórral fertőzött házak 90%-a földes.

A tanyai házak, illetve lakások kérdésével szorosan összekapcsolódik a közvetlen környezet, a gazdasági udvar higiénije. Sajnos, ma még e téren igen primitív állapotban vagyunk, pedig a gazdasági udvar berendezése nemcsak a gazdálkodás menetére, az egyes termelési ágak jövedelmezőségére bír befolyással, hanem a tulajdonos és családjának, sőt igen sok esetben a szomszédok és a gazdasági termények fogyasztóinak egészségi állapotára is. Ma még a tanyavilág nagyobb részében az igen szűkre méretezett gazdasági udvarban a trágyatelep helyett szemétdombot találunk, ahol nem gondoskodnak a híg ürülék helyes kezeléséről, hanem az a trágyalével együtt folyik szét a gazdasági udvaron. Elképzelhető, mennyire bűzös az ilyen udvar levegője a forró nyári napsütésben. Az udvar végén — igen gyakran a tulajdonos lakásául szolgáló épület folytatásaképpen — találjuk a vertfalú, rogygyant, öklömnyi ablakokkal bíró, szalmafödeles istállót, melynek hepehupás földjén a tócsákban összegyűlt trágyalé orrfacsaró ammóniákibűzzel árasztja el az istálló belsejét. A gondozatlan, kellően nem cserélt alomtól piszkos tehenet sáros munkaruhájában feji a gazda mosdatlan kézzel és anélkül, hogy a tehén tőgyét is előbb megmosta volna. A kifejt tej számára szolgáló fasajtár megbámult és repedezett már, ha pedig zománcból készült, sok helyen lepattant róla a zománc belől is. Fejés közben a tehén a sok legyet farkával hessegeti el, miközben bőségesen sepri le magáról a trágyát és a szennyes szőrszálakat a tejbe, ami fogyasztásra kerülve a különböző betegségek egész sorát okozza. A trágyadomb mellett találjuk az egészen primitív, rozoga fabódéval borított, vagy csak elkerített nyitott árnyékszékét, amelynek bűzét már messziről érezni; környékén rajokban zsong a légy, röpköd ide-oda, viszi az ürülékreszeket az eresz alatt reggelihez vagy ebédhez kikészített edényekre és élelmiszerekre. Az udvar környékén fa alig van, így a síkságon átrohanó szél porral mindent telehord.

Bizony szomorú kép ez; más, mint a szépirodalom rántott-csirkés, tejbén-vajban fürdő idillikus ábrázolása. Tudjuk, hogy itt sok a csecsemőhalál, sok a gümőkór embernél és állatnál egyaránt, sok a fertőzőbetegség, a vérhas, a tífusz, rosszul fejlettek és tápláltak a gyermekek, évről-évre silányabb minőségű az innen kikerülő újonczási emberanyag.

Halaszthatatlan szükség van arra, hogy ezt a leverő, honvédelmi, nemzetgazdasági, népesedési, kulturális, szociális, köz- és állategészségügyi szempontból kiszámíthatatlan károkat jelentő állapotot megszüntessük. Úgy vélem, hogy az építési szabályrendeletek megfelelő átalakításával, propagandisztikus előadások, tanfolyamok tartásával, mintatanyák létesítésével, jutalmazásokkal, kitüntetésekkel, az iskolai neveléssel és az iskolán kívüli népműveléssel sokat tudunk segíteni. Különösen helyesnek és könnyen keresztülvihetőnek tartom a nevelés szempontjából, hogy az iskolákban a gyermekek a szlőjd-oktatás keretén belül maguk építsék meg a helyes gazdasági udvar agyagmodelljét. Meg vagyok győződve arról, hogy ez a játszvatanulás többet ér minden elméleti oktatásnál. A gyermekek játék közben tanulják meg a józan irányelveket s ha kiskezük munkáját hazaviszik, ha a modellen elmagyarázzák a hozzátartozóknak, mit miért tettek: a felnőttek is tanulnak és a példát utánozni fogják.

Nehéz kérdés a tanyavilágban az ivóvízellátás kérdése. Ma a tanyai kutak túlnyomó többsége nyitott, gémes- vagy kerekeskút.

A tanyai kutak többsége egészségügyi szempontból nem megfelelő s a jövőben fokozottabb gondot kell fordítani az ivóvízellátásra úgy, hogy a kutak vizének ellenőrző vizsgálatát még hatályosabbá tesszük és úgy, hogy a kutak építésére, azoknak és azok környékének kiképzésére nagyobb gondot fordítunk. Ma a kifogásolás vagy azért történik, mert a kutak vize colibacillussal fertőzött, vagy mert erősen salétromtartalmú. Ott ugyanis, ahol a trágyalétől és egyéb ürüléktől erősen szennyezett a talaj felső rétege, a legfelsőbb talajvízrétegig leásott, nyitott és kellően ki nem épített kút jó vizet nem adhat.

Nagy közegészségügyi érdekek fűződnek ahhoz, hogy e rossz kutak fokozatosan jókra cseréltessenek át, mert ily módon sok fertőzésnek, sok gyomor- és bélbetegségnek vehetjük elejét. Túlzás volna azonban a mai viszonyok között az artézi kutakkal való ivóvízellátást propagálni. Kétségtelen, hogy egészségügyi szempontból ez a legeszményibb megoldás lenne. Az anyagi nehézségek és a speciális tanyai viszonyok azonban lehetlenné teszik a megoldásnak ezt a módját. £ helyett a tapasztalatok azt mutatják, hogy igen sok, 8—10 méter mélységű, aknás kút vize is jó mindaddig, amíg a kútba szennyezés nem kerül be. Anyagilag óriási különbség van az artézi és az ilyen aknás kútak előállításának költsége között, mert míg az előbbi több ezer pengőt emészt föl, addig az aknás kút 5—600 pengőbe kerül. A tapasztalatok szerint tehát ezeket az aknás kútakat kell szaporítanunk a tanyavilágban már olcsóságuknál fogva is. Ahol pedig akár a közület, akár a tanyai lakosság annyira szegény, hogy még ezt az anyagi megterhelést sem bírja el, gondoskodni kell legalább arról, hogy az ásott kutak 25—30 cm szélességű agyagréteggel körüldöngöl-

tessenek, hogy a kút fala hézagmentes anyaggal burkoltassék, hogy a talaj felszínén összegyűlő szennyvizek, ürülékek be ne csoroghassanak a kútba és végül, hogy a kút fedett legyen.

Az ELMONDOTTAK UTÁN önkénytelenül merül fel a kérdés, hogy milyen munkarendszer mellett tudjuk a tanyavilág közegészségügyének javítását elérni? Úgy vélem, a felelet e kérdésre csak az lehet, hogy az a rendszer a legmegfelelőbb, amelyik a legkisebb anyagi megterhelés mellett aránylag a legtöbbet tudja nyújtani. Ez pedig az általános egészségvédelem, a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat munkarendszere, amelyen belül gondoskodás történik a különböző munkaágazatoknak, az anya- és csecsemővédelemnek, a gümőkórosak és a nemibetegek gondozásának, a szociális gondozásnak, az otthoni betegápolásnak, az egészségügyi és szociális propagandának megszervezéséről és kiépítéséről. Ha tudjuk azt, hogy e szolgálat szervezete idomul a közigazgatási hatóságok szervezetéhez és annak tagozódásához, s ha tudjuk azt, hogy e szervezet a központi szervek és a családok életébe betekintő végrehajtószerv: a védőnő között logikus módon a közvetlen kapcsolatot tart fenn, arra a megállapításra kell jutnunk, hogy e munkarendszer útján tudunk a tanyavilág közegészségügyi helyzetén legjobban segíteni. Ez a munkarendszer nem teszi feleslegessé a helyesen elgondolt és kiépített szakvédelmi gondozást, különösen nem akkor, ha ez a szakvédelmi gondozás a városokból és a nagyobb járási székhelyekből mintegy tanácsadásként és az egészségvédelmi körzetekben működő orvosok és védőnők munkájának kiegészítésként történik meg. Eminens érdeke úgy az államnak, mint a törvényhatóságoknak, hogy ez az egészségvédelmi szolgálat minél jobban kiterjeszkedjék. Meggyőződésem, hogy ha e szolgálat végrehajtó közegei, az orvosok és védőnők reális és harmonikus kapcsolatokat tudnak teremteni munkaterületükön a hatóságokkal, a kulturális és szociális intézményekkel, iskolákkal, iskolán kívüli népműveléssel és egyesületekkel, ha nemzetmentő feladatuk végzése közben valóban felmelegednek a nagy népi problémák iránt, ha a magyar föld egyszerű fiaiban nem munkaegyedeket, de támogatásra szoruló és segítségre érdemes testvérüket látják, akkor a fagy felenged és a tanyai lakosság engedelmesen engedi magát vezetetni jobb jövője felé.

ERNYEI ISTVÁN