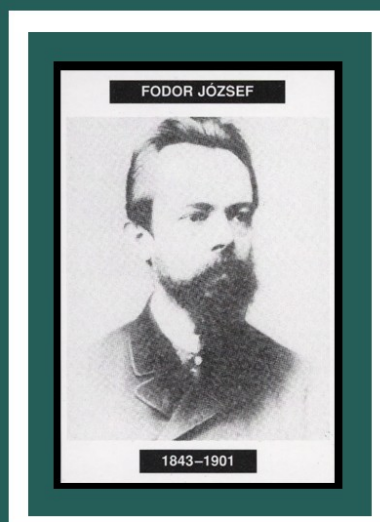


Egészségtudomány



KÖZEGÉSZSÉGÜGYI-JÁRVÁNYÜGYI SZAKLAP

LIII. évfolyam 2009 * 1-138 OLDAL

4

**A MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGA TUDOMÁNYOS ÉS TOVÁBBKÉPZŐ
FOLYÓIRATA**

A szerkesztőbizottság elnöke és főszerkesztő: Dr. Páldy Anna

Felelős szerkesztő: Prof. Dr. med. habil. Dr. techn. Dési Illés

Nemzetközi szerkesztőbizottság:

Prof. Descotes, Jacques Georges, Poison Center & Pharmacovigilance Unit, Lyon

Prof. McKee, Martin, European Centre on Health of Societies in Transition

London School of Hygiene and Tropical Medicine, London

Prof. Sixl, Wolf, Institut für Hygiene, Medizinische Universität, Graz

Hazai szerkesztőbizottság:

Prof. Dr. Balázs Péter PhD. SOTE Közegészségtani Intézet,
Prof. Dr. Eckhardt Sándor akadémikus, az MTA Megelőző Orvostudományi Tudományos
Bizottságának tiszteletbeli elnöke,

Dr. Bordás Imre mb. főigazgató, Kémiai Biztonsági Intézet,

Dr. Falus Ferenc országos tisztifőorvos,

Dr. Melles Márta OEK főigazgató,

Dr. Ongrádi József PhD egyetemi docens, SOTE Közegészségtani Intézet,

Dr. Turai István PhD, OSKI igazgató,

Dr. Vezér Tünde PhD, egyetemi docens. Népegészségtani Intézet SzTE

LIII. ÉVFOLYAM, BUDAPEST, 2009 4. SZÁM

ÚTMUTATÓ AZ EGÉSZSÉGTUDOMÁNY SZERZŐI SZÁMÁRA

A lap célja: hazai és külföldi eredeti tudományos munkák; összefoglalók, továbbképző közlemények; esetismertetések; a MHT életéről szóló hírek publikálása. Közli a Fodor--Fenyvessy előadások szövegét; a Higiénikus Kongresszusokon elhangzott előadások összefoglalóit és egyes előadások teljes szövegét; az Ifjúsági Higiénikus Kongresszusok előadásainak tartalmi kivonatát, illetve legjobb előadásait.

Közread továbbá beszámolókat az MHT történetéről, kiemelkedő tagjainak életéről, munkásságáról; folyóirat-referátumokat, könyvismertetéseket, beszámolókat; egészségügyi témájú híreket a nagyvilágból, a szerkesztőségnek írott leveleket, valamint tájékoztat a népegészségügy fontos kérdéseiről.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának a joga a szerkesztőséget, illetve a szerkesztőbizottságot illeti. Ebben a munkában a szerkesztőséget felkért bírálók segítik.

A szerkesztőség fenntartja a jogot, hogy a kézirat szövegében a lap stílusához igazodva javításokat végezzen, ezek azonban nem érinthetik a munka tartalmát.

A szerzőket kérjük, hogy törekedjenek világos, tömör fogalmazásra. Ha valamely szakszóra megfelelő magyar kifejezés létezik, kérjük annak a használatát. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak magyar helyesírás szerint is írhatók.

Humánbiológiai vagy állatkísérletes vizsgálatnak minősülő munka esetén kérjük mellékelni az illetékes szakmai etikai bizottság hozzájárulását, ez szerepeljen a módszertani részben.

A kéziratokat e-mailben az egeszsegtudomany@gmail.com címre kérjük, a mellékelt állományokat, valamint technikai kérdéseket és kéréseket a webmester@higienikus.hu emailcímre is. A kézirat érkezhetsz Microsoft Word (DOC) formátumban, Rich Text Formárumban (RTF), amennyiben egyéb formátumot kíván a szerző használni, előzetesen kérjük érdeklődni a webmester@higienikus.hu emailcímen.

Kérjük az alábbi információkat közölni a cikk elején: a közlemény címe; a szerzők teljes neve (dr. nélkül); a szerzők munkahelye, városnévvel, több szerző esetén jelöléssel, ki melyik munkahelyen dolgozik. Összefoglalás. 3-5 kulcsszó, az első szerző postai címe, telefonja, faxa, e-mailje.

Az IRODALOM összeállítása: A hivatkozások sorrendjében kérjük felsorolni, a szövegben az utalás (zárójelben arab számmal, normál méretben, nem indexben). Lehetőleg ne legyen több 25 hivatkozásnál, kivéve összefoglaló közleményt.

A hivatkozásban: szerzők neve háromnál több esetén és tsa., illetve et al. kiegészítéssel. A cikk vagy a könyvfejezet címe, a folyóirat nemzetközi rövidítése, évszám. kötetszám. cikk első és utolsó oldalszáma. Könyv esetén a fejezet szerzője, a fejezet címe, a könyv címe, (szerk., illetve ed., a könyv szerzője), kiadója, városa, évszám, első-utolsó oldalszám.

Példa: Parsons P.A.: Hormones J. Appl. Toxicol.2000. 20. 103--112

Ludván M., Nagy I.: Egyéni védőeszközök. In: Munkaegészségtan (szerk: Ungváry György) Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2004. pp. 176—201

Az angol összefoglaláshoz: szerzők neve (keresztnev, vezetéknev), munkahelye angolul, phone, fax, e-mail. Title, Abstract, keywords

A szöveg szerkesztése nem szükséges, a végleges forma a technikai szerkesztés folyamán minták, sablonok alapján fog kialakulni.

Az ábrákat – képeket, diagramokat, grafikákat, táblázatok stb. – a szöveg után, sorban kérjük beilleszteni. Amennyiben megoldható, erősen javasolt az ábrákat külön állományban is

elküldeni, egyesével elkülönítve, a forrásdokumentum mellékelésével (pl. Microsoft Excelben készült diagramot XLS formátumban, CorelDraw rajzot CDR formátumban, stb.).

Lehetőség van, igény szerint az ábrák, grafikák kép formátumban történő fogadására is, JPG, BMP formátumokban (ebben az esetben minimálisan 300 DPI felbontás javasolt), illetőleg Adobe Photoshop, illetve CorelDRAW állományok is küldhetőek. Egyéb állományok esetén emailben - webmester@higienikus.hu - kérjük előzetesen érdeklődni.

Kérjük a szövegben megjelölni az ábra kívánt helyét számozással, az ábra/táblázat cím, magyarázat magyarul és angolul szükséges, a mellékelt ábra is fentieknek megfelelően, egyértelműen legyen megnevezve (pl. 1. ábra <Az ábra címe>, IV. táblázat <A táblázat címe>).

Fotók, képek, egyéb grafikák szkennelése is a fenti minimum 300 DPI felbontással történjen, lehetőleg az eredeti példány alkalmazásával. Külön kérésre a szkennelés megoldható, ilyen igényeket a webmester@higienikus.hu emailcímen kérjük jelezzék.

**LIII. ÉVFOLYAM, BUDAPEST, 2009. 4 szám
TARTALOM**

Útmutató Egészségtudomány szerzői számára.....	3
A SZERKESZTŐSÉG ÜNNEPI JÓKÍVÁNSÁGAI.....	9
A MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGÁNAK KÖZGYŰLÉSE 2009. október 6	
PÁLDY ANNA: Elnöki beszámoló.....	11
A vándorgyűlés fényképei.....	14
A MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGA „A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” CÍMŰ PÁLYÁZATA	
PÁLDY ANNA: A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása: eddigi eredményeink és a további javasolt lépések.....	16
A PÁLYÁZATON DÍJAT NYERT MUNKÁK	
NAGY CSILLA, JUHÁSZ ATTILA: Tempora mutantur... et nos mutamur in illis (Az idők változnak...s velük változunk mi is?).....	19
SUJBERT LÁSZLÓ: A közegészségügy, mint a higiéné gyakorlata.....	29
KOVÁCS ARANKA: A közegészségügy: egy gyakorlatban dolgozó szakember szemével...35	
BÍRÁLATOK ÉS VÉLEMÉNYEK A PÁLYÁZATOKRÓL	
AMBERGER ERZSÉBET.....	46
BERENCSI GYÖRGY.....	52
KÖZLEMÉNYEK A KÖZEGÉSZSÉGÜGY FOGALMÁRÓL – JELEN ÉS MŰLT	
BÍRÓ GYÖRGY: A közösség egészsége – a múlt és a hogyan tovább.....	55
ONGRÁDI JÓZSEF, VÉRTES LÁSZLÓ, KÖVESDI VALÉRIA, HORVÁTH IMRE (UGRON GÁBOR): A közegészségügy reformjáról a XX. század első felében.....	66
A VÉDŐOLTÁSOK KÉRDÉSE	
BERENCSI GYÖRGY, YOUNES ALI SALEH, SZOMOR KATALIN, TAKÁCS MÁRIA: Miért van szükség védőoltásokra? Válaszok a virológus szemével.....	74
NAGY MAGYAR HIGIÉNIKUSOK VIII	
ONGRÁDI JÓZSEF, VÉRTES LÁSZLÓ, KÖVESDI VALÉRIA, HORVÁTH IMRE: Kun Lajos közegészségtan professzorról születése 105. évfordulóján.....	81

EREDETI KÖZLEMÉNY

LUKÁCS ANITA, NAGY ÁGNES, VEZÉR TÜNDE, PAULIK EDIT: Szociodemográfiai jellemzők szerepe az allergiás betegségek prevenciójában óvodás korú gyermekek körében. 93

ORVOSTÖRTÉNELEM

MINKER EMIL: Az államorvostantól az államorvostanig (A Szegedi Tudományegyetem Közegészségtani intézetének története napjainkig:) II. rész.....108

MÖSE, JOSEF RICHARD: Longer life – the triumph of our time, yet a pressing problem for our public health care systems and politics.....120

KONGRESSZUS

VEZÉR TÜNDE: TOX'2009 Tudományos Konferencia, Galyatető, 2009. október 14-16...130

HÍREK

Németország kitiltja a 18 éven aluliakat a szoláriumokból.....133

KSH: Népmozgalom 2009 január-augusztus.....134

APEH 1% adófelajánlás felhasználása, 2008.136

A MEGJELENT ÍRÁSOK TARTALMÁÉRT A SZERZŐK A FELELŐSEK ÉS AZ ÍRÁSOK NEM MINDEN ESETBEN TÜKRÖZIK A SZERKESZTŐSÉG ÁLLÁSPONTJÁT

CONTENTS

SEASON'S GREETINGS.....	9
THE 39TH CONGRESS OF THE SOCIETY OF THE HUNGARIAN HYGIENISTS	
PÁLDY, ANNA: Report of the activity of the Society of the Hungarian of Hygienists.....	11
Photos from theCongress.....	14
COMPETITION ESSAYS SET BY THE SOCIETY OF THE HUNGARIAN HYGIENISTS. „STANDARDISED DEFINITION OF PUBLIC HEALTH”	
PÁLDY, ANNA: Definition of the concept of hygiene/public health – results and future steps.....	16
PRIZEWINNING WORKS OF THE COMPETITION	
JUHÁSZ, ATTILA, NAGY, CSILLA:Tempora mutantur... et nos mutamur in illis? (The times are changing...and we are changing with the times?).....	19
SUJBERT. LÁSZLÓ: The concept of a common definition of public health.....	29
KOVÁCS,ARANKA: Public health by the eye of a professional working in the practice.....	35
CRITICISMS AND OPINIONS ABOUT THE ESSAYS	
AMBERGER, ERZSÉBET.....	46
BERENCSI, GYÖRGY.....	52
OPINIONS ON THE CONCEPT OF PUBLIC HEALTH – PRESENT AND PAST	
BÍRÓ, GYÖRGY: The health of community – the past and how any longer.....	55
ONGRÁDI, JÓZSEF , VÉRTES, LÁSZLÓ, KÖVESDI, VALÉRIA, HORVÁTH, IMRE (UGRON GÁBOR): About the reform of the public health in the first half of XX. century's	66
THE PROBLEM OF VACCINATIONS	
BERENCSI GYÖRGY, YOUNES ALI SALEH, , SZOMOR KATALIN,. TAKÁCS MÁRIA, Why are preventive vaccines required? Answers by virologists.....	74
GREAT HUNGARIAN HYGIENISTS	
ONGRÁDI, JÓZSEF , VÉRTES, LÁSZLÓ, KÖVESDI, VALÉRIA, HORVÁTH, IMRE Professor Lajos Kun of the public health, on the 105. anniversary of his birth.....	81
ORIGINAL ARTICLE	
LUKÁCS ANITA, NAGY ÁGNES, VEZÉR TÜNDE, PAULIK EDIT: Socio-demographic risk factors in the prevention of allergic diseases at early childhood.....	93

MEDICAL HISTORY

MINKER. EMIL: The history of university discipline of governmental medicine up to that of governmental medicine 2. part.....108

MÖSE, JOSEF RICHARD: Longer life – the triumph of our time, yet a pressing problem for our public health care systems and politics.....120

CONGRESS

VEZÉR TÜNDE: TOX'2009 Scientific Conference.....130

NEWS

Germany prohibits solariums for youths.....133

CENTRAL OFFICE OF STATISTICS: Demographical statistics January-August 2009.....134

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK

NAGYON KELLEMESES ÜNNEPEKET

&

IGEN BOLDOG ÚJÉVET

KÍVÁN

A SZERKESZTŐSÉG



WISHING TO ALL OF OUR READERS

A MERRY XMAS

&

A VERY HAPPY AND PROSPEROUS NEW YEAR

THE EDITOR



A MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGÁNAK KÖZGYŰLÉSE
2009. október 6

Elnöki beszámoló

PÁLDY ANNA

A Magyar Higiénikusok Társágának Elnöke

Összefoglalás: A Társaság elnöke ismerteti a társaság és az elnökség tevékenységét.

Négy tagtársunk Fodor illetve Fenyvessy emlékelőadások tartást tartott. A köz/népegészségügy definíciójának meghatározásáról esszé írására adtak ki felhívást, amelyre három pályamunka érkezett. A legjobb esszé 100 ezer Ft pénzjutalomban és valamennyi esszé az Egészségtudományban való megjelenésben részesül. A Fialat Higiénikusok Fórumát május 14-16-án tartották Egerben. Az előadások összefoglalói megjelentek az Egészségtudományban. A Társaság 39. kongresszusát október 6-8-án tartják Balatonvilágoson. Az Egészségtudomány rendszeresen megjelenik, közeljövőben elkészül az új honlap

Kulcsszavak: emlékelőadások, higiéné definíciója, FH Fórum, kongresszus. Egészségtudomány, honlap

Egészségtudomány 53/4 11-13 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. október 29-én
Elfogadva: 2009. október 30-án

Dr. PÁLDY ANNA PhD
Országos Környezetegészségügyi Intézet
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.
tel: 476-1215
fax: 476-1215
e-mail: paldy.anna@oki.antsz.hu

Tisztelt Közgyűlés!

Kedves Tagtársak!

A Magyar Higiénikusok Társasága elnökeként legutóbb 2009. április 29-én, a Fodor-Fenyvessy emlékünnepe előtt tartott közgyűlésen számoltam be az elmúlt időszak eseményeiről. Most az azóta eltelt félévről szeretnék rövid tájékoztatót tartani.

2009-ben dr. Torondy Márta és dr. Csohán Ágnes Fodor József emlékérmét, dr. Böröcz Karolina és dr. Krisztalovics Katalin Fenyvessy Béla emlékérmét kapott. Örömmel adunk tájékoztatást arról, hogy az Egészségtudomány számaint rendszeresen meg tudtuk jelentetni az interneten. A jövőben változtatni kívánunk a cikkek tördelésén. Több olvasónk jelezte, hogy a képernyőn való olvasást nehezíti a két hasábos tördelés, úgyhogy áttérünk az egy hasábos megjelenítésre. Szép számmal érkeznek közlésre szánt anyagok, természetesen továbbra is várjuk a közlendő cikkeket. Az első félév során változás történt a szerkesztőbizottságban: Prof. Dr. Ember István lemondta tagságát, ami miatt ezúton is kifejezem sajnálatomat. Öröndetes azonban, hogy Balázs Péter és Eckhardt Sándor professzor urak örömmel tettek eleget felkérésemnek, és már be is kapcsolódtak a szerkesztőbizottság munkájába.

Örömmel tudatom, hogy az ez évben újjáalakult Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Szakmai Kollégiumban a Magyar Higiénikusok Társaságát képviselem.

A Fiatal Higiénikusok V. Fóruma. az idén május 14-16. között került megrendezésre Egerben – erről részletes beszámolót fogunk hallani.

A tavalyi közgyűlési határozat értelmében esszé pályázatot hirdettünk meg "A KÖZEGÉSZSÉGÜGY FOGALMÁNAK EGYSÉGES MEGHATÁROZÁSA" címmel. A vitaindító cikk az Egészségtudomány ez évi első számában jelent meg dr. Ócsai Lajos tollából. A pályázat kiírásával lehetőséget kívántunk biztosítani arra, hogy mindazok, akik szeretnék előmozdítani, hogy egységesíteni lehessen a fogalom használatát, teret és lehetőséget kapjanak gondolataik kifejtésére.

A pályázati felhívásra három pályamű érkezett. A dolgozatokat kilenctagú szakmai zsűri értékeli a Vezetőség által kidolgozott szempontok alapján. A legjobbnak ítélt pályamű nyertese hazai vagy külföldi szakmai rendezvényen, konferencián való részvétel támogatását nyeri 100 000 Ft értékben. A legjobb dolgozat alkotója (vagy alkotói) továbbá meghívást kap(nak) az MHT 2009. október 6-8 között Balatonvilágoson megrendezésre kerülő vándorgyűlésére. A legjobb esszét publikáljuk az Egészségtudomány c. folyóiratban. Beküldési határidő: 2009. augusztus 31.

Az MHT XXXIX. Vándorgyűlésére több mint 100 fő jelentkezett. A vándorgyűlés két fő témája „Esély-egyenlőség Magyarországon a köz/népegészségügy területén” és „Bizonyítékokon alapuló köz-népegészségügy”. 30 előadás és 16 poszter került bemutatásra. Az előadások nagy száma miatt párhuzamos szekciókat is kellett szerveznünk. Új ötletként rendezzük meg a „Térinformatika gyakorlati alkalmazásának lehetőségei az ÁNTSZ-ben” című munkaértekezlet jellegű szekciót, ahol részletesen bemutatjuk a „Gyors kockázatértékelő szoftver” széleskörű alkalmazási lehetőségeit, és ahol a jelenlegi és jövőbeli felhasználók kaphatnak részletes tájékoztatást a módszer alkalmazásának széleskörű lehetőségeiről és korlátairól. Szeretnénk, ha a módszer a közeljövőben alkalmazásra kerülne az ÁNTSZ összes regionális intézetében, és így megvalósulna az egységes, nemzetközi szinten is összehasonlítható, magas szintű térinformatikai alapú adatfeldolgozás.

Meg kell jegyeznem, hogy sajnálattal tölt el, hogy a jelen vándorgyűlésen nincsen mindegyik szakterület kellő súllyal képviselve. Ezt részint magyarázza az új influenza

járvánnyal kapcsolatos aktuális feladatok ellátási kötelezettsége. Szeretném, és remélem, hogy a jövőben egyre többen használják ki azt a szakmai-továbbképzési lehetőséget (mind a gyakorlati közegészségügy, mind az országos intézetek, mind az egyetemek részéről), melyet a szakma legrégibb tudományos társaságának éves rendezvényei nyújtanak.

Elégedettséggel jelenthetem, hogy a XXXIX. Vándorgyűlést négy szponzor támogatta, felajánlásait ezúton is köszönjük.

A Társaság honlapjának fejlesztése sajnos nem a várt ütemben haladt. Bízunk benne, hogy sikerül a közeljövőben ezt a lemaradásunkat kijavítani és a közeljövőben elkészül a korszerű igényeknek megfelelő új, dinamikus honlap.

Azt is szeretném megemlíteni, hogy a MOTESZ körlevélben jelezte, hogy a szövetségi tagsági díjat évi 50 000 Ft-ra kívánja emelni. A Vezetőség döntése alapján levélben fordultam a MOTESZ elnökéhez, amelyben kértem az MHT részére a tagdíj mérséklését, mivel sajnos társaságunk kis létszámú és tagjaink jelentős része kedvezményes tagdíjat fizet.

Az elhangzottakban kívántam összefoglalni Elnökségünk 2009. évben végzett tevékenységét, amelyről készített beszámolómat ezennel a Közgyűlés elé vitára bocsátom.

Budapest, 2009. október 6.

Dr. Páldy Anna
MHT elnöke

ANNA PÁLDY MD, PhD
President of the Society of the Hungarian Hygienists
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.
tel: (36-1)-476-1215
fax: (36-1)-476-1215
e-mail: paldy.anna@oki.antsz.hu

Report of the activity of the Society of the Hungarian of Hygienists

Abstract: The president of the society summarized the activity of the society in the last year. Four members of the society were given Fodor and Fenyvessy memorial plackets. The journal of the society was published regularly. More original publications are welcome in the future. There was a change in the board of editors of the journal, the two new members have already started their activity.

The Forum of the Young Hygienists was organised with great success for the fourth time in this year. Detailed report is available.

The Society announced an appeal for essay competition to define the concept of hygiene /public health. The essays are published also in this issue.

The 39th Annual meeting of the society was organised at Balatonvilágos, (6-8th, Oct, 2009). 30 oral presentations were held and 16 posters displayed. In the future more experts are welcome from the field of epidemiology and other branches of hygiene.

In the near future the update of the web page of the society will be finished. We hope that the members of the society and everybody, interested in the discipline will find timely information on the page.

Key words: memorial lectures, the definition of hygiene, Forum of Young hygienists, hygiene congress, the journal „Egészségtudomány” home page.

A vándorgyűlés fényképei





A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása: eddigi eredményeink és a további javasolt lépések

PÁLDY ANNA

A Magyar Higiénikusok Társágának Elnöke

Összefoglalás: A MHT elnöksége esszé pályázatot írt ki a közegészségügy fogalmának egységes meghatározására. Három pályamunka érkezett, amelyeket teljes terjedelmükben közöl a jelen lapszám, együtt az újabb elképzeléseket felvető bírálatokkal, prof. Bíró György gondolataival, valamint egy 1926 évi belügyminiszteri reform javaslatával.

A Társaság a közegészségügy fogalmának definiálására konszenzus konferenciát kíván szervezni

Kulcsszavak: esszé pályázat, pályamunkák, bírálatok, prof. Bíró gondolatai, a belügyminiszter elképzelései 1926-ban, konszenzus konferencia.

Egészségtudomány 53/4 16-18 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. október 29-én
Elfogadva: 2009. október 30-án

Dr. PÁLDY ANNA PhD
Országos Környezetegészségügyi Intézet
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.
tel: 476-1215
fax: 476-1215
e-mail: paldy.anna@oki.antsz.hu

Az MHT 2008. IX. 30-i közgyűlése határozata alapján a *Magyar Higiénikusok Társasága* úgy döntött, hogy elfogadja a dr. Ócsai Lajos által előterjesztett kezdeményezést, a közegészségügy-járványügy-népegészségügy jelenlegi helyzetének összefoglalására, a fogalmak meghatározására; összeállítja a jövőre vonatkozó javaslatokat.

Ennek alapján 2009. áprilisában pályázati felhívás került kiírásra a közegészségügy fogalmának egységes meghatározásáról. A kiírásban szerepelt, hogy az Egészségtudomány c. folyóirat szerkesztősége közölni fogja a legjobbnak ítélt pályaműveket.

A pályázati felhívásra három pályamű érkezett, a pályázatok elbírálásának szempontjait a Magyar Higiénikusok Társaságnak vezetőség értékelte az előzetesen elfogadott szempontok szerint. Az eredményhirdetésre az MHT 39. Vándorgyűlésén került sor.

I. helyezett: „Tempora mutantur .. et nos mutamur in illis?” szerzők: *Nagy Csilla, Juhász Attila*, ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete

II. helyezett: A közegészségügy mint a higiénie gyakorlata: szerző: *Prof. dr. Sujbert László*

III. helyezett: A közegészségügy egy gyakorlatban dolgozó szakember szemével, szerző: *dr. Kovács Aranka Katalin* ÁNTSZ VIII.-IX. ker. Intézete

A bíráló bizottság megjegyezte, hogy a pályaművek a közegészségügy fogalmát annak hazai előzményei alapján kívánták meghatározni. Kívánatos lenne a globális fejlődés új kihívásainak is megfelelő fogalom meghatározás.

Az MHT 38. Vándorgyűlésén. *Ócsai Lajos* a következő gondolatokat vetette fel:

„Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat tevékenységének 2007-ben és 2008-ban bekövetkezett változásai késztettek arra, hogy elgondolkodjak a szolgálatunkban használatos kifejezések tartalmán és azok megfelelőségén a mindennapi gyakorlatban, többek között a mindennapi jogalkalmazásban”.

„A közegészségügy, népegészségügy fogalmak sajnos a jelenleg hatályos joganyagban is többféle értelmezésben vannak jelen, ami súlyos következményekkel jár(hat) a szolgálat működésében, szervezeti átalakításában”.

„A közegészségügy és rokonfogalmainak nincs egységes, mindenki által elfogadott, értelmezése még elméleti szinten sem, ami rontja az ÁNTSZ gyakorlati tevékenységének megítélését is. A szolgálat megújulásának elengedhetetlen feltétele a fogalmak egységes értelmezése”.

Ócsai dr. ezen gondolatai alapján írta ki a Társaság a „Közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” című pályázatot. A tárgykörben *Bíró György* professzor is megfogalmazta gondolatait, amelyeket szintén ebben a lapszámban teszünk közzé. Érdekességként közzétesszük *Ugron Gábor* belügyminiszternek 1926-ban készült írását a közegészségügyről és annak az általa javasolt reformjától. Az olvasó sok hasonlóságot ismerhet fel a mai helyzettel.

A pályaművek különböző módon határozták meg a közegészségügy fogalmát. A III. díjat nyert pályázó a gyakorlati közegészségügyi szakember szemszögéből fejt ki gondolatait. A népegészségügyet szűkebb fogalomnak tarja, mint a közegészségügyet. A népegészségügyben véleménye szerint a tudományos szerep, a közegészségügyben a hálózati tevékenység a hangsúlyos.

A II. díjas pályamű szerzője a következőképpen határozta meg a fogalmakat „*az egészségtudomány (higiéné) olyan specifikus orvostudományi diszciplína, amely általában a kuratív klinikai diszciplína nélkül, specifikus elméleti és gyakorlati tevékenységet folytat. A*

közegészségügy (public health) pedig az egészségtudomány gyakorlati intézkedéseinek, tevékenységeinek összessége.”

Az első díjat nyer pályamű szerzői végigvezetik a fogalom fejlődését, véleményük megegyezik a nemzetközi fogalomhasználattal. A közegészségügy fogalmát „klasszikus közegészségügy”-ként írják le, mint a környezet-egészségügyet, járványügyet, munkaegészségügyet élelmezés- és táplálkozás-egészségügyet is magába foglaló diszciplínát.

A pályaművek tehát a fogalom egy-egy elemét domborították ki, amelyeket azonban tovább lehet és kell bővíteni. Ki kell térni az új kihívásokra való felkészülésre (mint pl. a globális felmelegedés helyi következményei, az ivóvízhiány; talajszennyeződés, stb. a várható átlagos életkor következtében fellépő megnyújtott káros hatások; a repülés következtében fellépő fokozott sugárterhelés; az elővigyázatosság elvének alkalmazása).

A Vezetőség egyúttal leközli azokat a bírálatokat is, amelyek újabb gondolatokat fogalmaztak meg a közegészségügy/népegészségügy fogalom meghatározása, a feladatok és a célkitűzések területén.

Mindezek alapján a Magyar Higiénikusok Társasága továbbra is fenntartja szándékát a közegészségügy fogalmának definiálására, ennek érdekében vitát indít az **Egészségtudomány** hasábjain. Várjuk a „definíció tervezeteket”, melyeket a következő év folyamán, egy konszenzus konferencián kívánunk egységes meghatározássá ötvözni. Meggyőződésünk, hogy a közegészségügy egységes, korszerű megfogalmazása elősegíti mind az elméleti, mind a gyakorlati munka és a kapcsolódó szakmapolitika célkitűzéseinek pontosabb meghatározását.

ANNA PÁLDY MD, PhD

President of the Society of the Hungarian Hygienists

1097 Budapest, Gyáli út 2-6.

tel: (36-1)-476-1215

fax: (36-1)-476-1215

e-mail: paldy.anna@oki.antsz.hu

Definition of the concept of hygiene/public health – results and future steps

Abstract: The resolution of the General Assembly of the Society of Hungarian Hygienists adopted a decision about an appeal for a competition to create a common definition for hygiene/public health. Three essays were submitted and evaluated by the Leading Board of the Society. Each essay was evaluated and considered to be worth publishing in the journal of Epidemiology (Egészségtudomány). One of the essays was written by an expert working in the field of practical hygiene, she described hygiene as the practical work and public health as scientific discipline. The author of the other essay characterized hygiene as a specific theoretical and practical preventive activity without any curative clinical discipline. The authors of the third essay described the development of the concept, emphasising that „hygiene” contains such „sub”disciplines like environmental-, occupational health, food- and nutrition.

The Leading Board took a further decision to open a discussion forum in Egészségtudomány to continue the elaboration of a common, comprehensive definition of hygiene. The decision should be taken at a consensus conference during 2010. The common definition of hygiene/public health should help the theoretical and practical work of the experts and help the formation of specific policies in the future.

Key words: definitions for public health, essays written for, further discussion to be held, consensus conference

A MAGYAR HIGIÉNIKUS TÁRSASÁG „A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” CÍMŰ PÁLYÁZATA

I. DÍJAT NYERT MUNKA

**Tempora mutantur... et nos mutamur in illis”
(Az idők változnak... s velük változunk mi is?)**

Jelige: Cow & Chicken

NAGY CSILLA, JUHÁSZ ATTILA

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Közép-magyarországi
Regionális Intézete, Budapest

Összefoglalás: Mára egyértelmű, hogy a felgyorsult világ, és annak változásai senkit és semmit nem hagytak változatlan formában; továbbá tapasztaltuk, hogy az elmúlt évek kifejezetten nem kedveztek „szakmánk” kiteljesedéséhez. Várható és belátható volt az is, hogy az előttünk álló évek valószínűleg még nehezebbek lesznek a „szakma” szempontjából. Nem véletlen az sem, hogy a tudományág különböző szakterületein – így a Szerzők szűkebb szakterületén is -- megfigyelhető fejlődés és lehetőségek ellenére a „szakma” éppen most próbálja (a mai, olykor kaotikus körülmények között) meghatározni „önmagát”. Ez mindenképpen örvendetes, hiszen az egységes fogalom-használat kialakításának célja a szakma hatékonyabb érdekképviselete, kommunikációja.

A Szerzők a tanulmány elkészítésének elsődleges céljaul a jelenlegi közegészségügy/népegészségügy meghatározások felkutatását, áttekintését és összehasonlítását tűzték ki, valamint azt, hogy a tudományág történeti háttérébe ágyazottan tekintik át a jelenlegi meghatározásokat.

Nem véletlenül választották mottóul: „Tempora mutantur et nos mutamur in illis. - Az idők változnak, s változunk mi is velük”. Vallják: amennyiben a fejlődéssel nem vagyunk képesek lépést tartani, úgy a „világ” továbbhalad mellettünk és nem veszi figyelembe még azon szakterületek eredményeit sem, melyek - a hagyományokat tiszteletben tartva, azokat beépítve – de megújulásra nyitottan, a mindennapi munka során folyamatosan „változtak az időkkel”.

Ezen esszé Szerzőit gondolataik kifejtésére elsősorban Fodor József néhány publikációjának alapos tanulmányozása készítette és bátorította, éppen ezért fontosnak tartották, hogy a szakma tekintélyeinek, köztisztelőben álló elméleti és gyakorlati képviselőinek gondolatait ne hagyják figyelmen kívül. Mindezek mellett leszögezték, hogy a harmadik évezred első évtizedében az idő már kétségtelenül elérkezett – a tudományág eddigi eredményeit, értékeit megtartó, azonban – a modern ismereteket beépíteni tudó, nemzetközileg ismert és elismert módszertannal rendelkező, bizonyítékokon alapuló népegészségügy kiszélesedéséhez.

Kulcsszavak: közegészségügy, népegészségügy, meghatározás, fogalom-használat, fogalom-tartalom

Bevezetés

A tudományban a fogalmak definiálása precíz és egyértelmű. Már a múlt század elejétől ez igaz a közegészségtan esetében is, a közegészségtan/közegészségügy definíciója az 1800-as évek második felétől rendelkezésünkre állt([1, 2).

E tanulmány elkészítésének célja elsősorban az volt, hogy a közegészségtan időbeli változásán keresztül áttekintse a „közegészségügy” fogalom- és a meghatározás-használatát hazánkban. Megkerülhetetlen volt azonban néhány nemzetközi és hazai történeti tény rövid, összegző említése. Elsőként, hogy a közegészségügy, mint mozgalom Angliában a Szegénytörvényt kiegészítő, 1834-ben hozott Módosító Törvény által elindított változások nyomán jött létre. Ezen „változások” irányítására és összefogására Edwin Chadwickot kérték fel. Chadwick szinte tevékenysége megkezdése után felismerte, hogy a szegénység és a betegség összefüggnek egymással (3). Felismerése következményeként megalkotta és közzétette „sanitary idea” néven higiénés elméletét, amely Angliában a nemzeti közegészségügyi szolgálat kezdetét jelentette, illetve előzménynek tekinthető az első (1848-as) közegészségügyi törvény magalkotásában (4).

Másodsorban megemlítenéd, hogy ugyan az ókor óta ismert volt a környezet állapota és az egészség közötti néhány összefüggés, mégis nemzetközi szinten a közegészségügy vonatkozásában a következő jelentős lépés Münchenben (1865-ben) következett be, amikor Max Pettenkofer megalapította a világ első közegészségtani tanszékét (5-15).

A múlt század elejétől nemcsak az orvostudomány, hanem a közegészségtan fejlődése kapcsán hatalmas ismeretanyag halmozódott fel és a század közepére a fejlett kapitalista országokban a hangsúly a fertőző betegségekkel szemben a krónikus, nem fertőző betegségekre helyeződött. Az 1970-es években a közegészségtan fejlődése tovább gyorsult, míg nem a '80-as évekre tehetően nemcsak az elmélet (közegészségtan), de alapvetően a gyakorlat (közegészségügy) is megváltozott, ezért új -- New Public Health -- névvel illették, új közegészségügynek, vagy népegészségügynek nevezték (4, 11-15).

A XIX. században Magyarországnak a közegészségtan és a közegészségügy terén igazán nem volt szégyellni valója, azaz egyáltalán nem volt hazánk „lemaradásban” a fejlett nyugat-európai országokhoz képest. Kiemelést érdemel Markusovszky Lajos személye és szerepe, elsősorban azért, mert – sok más mellett - nevéhez fűződik a higiénia hazai oktatásának kezdeményezése. Az alábbi idézet áttekintése után megfogalmazható, hogy Markusovszky világosan látta már az 1880-as évek végén a közegészségtan helyzetét és feladatait: „Az új természettudományi alapra állított közegészségtudomány már lényegesen más feladatok előtt áll, mint egykor a rendőrségi orvostan, és most már nem csupán orvosi, hanem közügy, országos ügy. A közhigiénia feladata felfedezni és megállapítani a természetrajz és földrajz, a kóros élet vegytana és élettana, az orvosi statisztika és népgazdaszat segítségével, azokat a mindennapi és köztényezőket, amelyek a közösségek életére és egészségére befolyással vannak, kifürkészni azoknak okozatos összefüggését, mindezek nyomán megállapítani a közegészség törvényeit, és elvégre azokat a szabályokat, amelyekhez a közületeknek magát tartani kell, ha a maga és nemzedéke számára ép és egészséges létet és fejlődést akar biztosítani.” (16). Továbbá Markusovszky állandó baráti és szakmai támogatást nyújtott a magyar közegészségügy legnagyobb alakjának, Fodor Józsefnek, aki Pettenkofernél tanult és 1874-ben már a pesti egyetem önálló – a világon első - Közegészségtani Intézetének professzora volt. Már az 1860-as évektől tevékenyen működött a szakterületen és vált a közegészségtan/ügy történetének – nemcsak hazai, de világviszonylatban is – egyik legnagyobb alakjává(1).

Ezen esszé Szerzőit gondolataik kifejtésére elsősorban Fodor József néhány publikációjának, munkájának alapos tanulmányozása készítette és bátorította, éppen ezért

álljon itt a Bevezetés rész végén az ő általa 1898-ban írt (ma is aktuálisnak tekinthető) néhány sor (2):

" Az egészségtan új tudomány, és mégis, pár évtized alatt óriási haladást tett, - terjedelmes és alapos tudományos szakmává nőtt. [...]

Az egészségtan fejlődésének sokáig útjában állott az a régi, elfogult vélekedés, hogy az csupán alkalmazása a physiológiának és chemiának. E téves nézet folytán mindig mostohán bántak általában – sőt bánnak még most is – az egészségtan tudományos fejlesztésének, de sőt tanításának támogatásában, szemben más, régibb tudományokkal. És mégis az egészségtudomány, úgy a felkarolt ismeretek széles köre, mint ezeknek alapos tanulmányozása tekintetében, méltó társa lett immár a többi, régibb tudományos szakmáknak.

A mai egészségtudomány egészen más tudással rendelkezik az emberre, a társadalomra károsan ható közegészségi tényezőket illetőleg, más és gazdagabb eszközökkel és a közegészségügy ápolására és megoltalmazására, mint az alig múlt időknek orvosi rendszete."

Eredmények

(a definíciók fogalmi/tartalmi, valamint a tárgykörök/részterületek változásai)

A világon, így hazánkban is, a természet- és a társadalomtudomány gyors fejlődése nem hagyta érintetlenül a közegészségtan tudományát sem. A „közegészségügy” - mint a közegészségtan gyakorlata – az elmélethez hasonlóan fejlődött és formálódott az adott időszakokban, a kor kihívásaira megfelelően.

A XX. század első feléig elsősorban a fertőző betegségekkel, járványokkal, valamint azok megelőzésével kapcsolatos kutatások jelentették döntő részét a közegészségtannak, a szakmán belül a járványügyi kutatások élveztek prioritást, így a közegészségügyi intézkedések az említett terület intézkedéssorozatai voltak elsősorban. E tekintetben Fodor József (1. ábra) „A tisztiorvos kiképzés és minősítés reformja” műve 3-4. oldalán, az egészségtudomány által tanulmányozott területek közül elsőként tárgyalja a fertőző betegségek, járványok megelőzését: „Pettenkofer kutatásai a cholera és typhus elterjedését illetőleg utat mutattak a járványtani buvárokra, és rávezettek ama sokféle és hatalmas tényezők fölismerésére, - habár még korántsem teljes megismerésére,- amelyek a járványok támadását és elterjedését befolyásolják. [...]Az egészségtudomány a kompetens felvilágosító és tanácsadó az emberiségnek a járványok ellen való küzdelmében, védekezésében.”.



1. ábra: Fodor József (1843-1901)

Fig. 1. József Fodor (1843-1901)

A XIX. második felében és a XX. század fordulóján nyilvánvalóvá vált, hogy a környezet állapota rendkívüli módon befolyásolja az ember egészségét (elsősorban a fertőző betegségek, járványok kialakulását) így a közegészségügyi intézkedések - és beavatkozások is - alapvetően az egészségi állapotot meghatározó környezeti infrastruktúrákra irányultak. Számos intézkedés látott napvilágot az ivóvízellátás, csatornázás, hulladék-kezelés, temetkezés stb. vonatkozásában, ebből eredően a kor tudósai a közegészségtan tudományág tárgyköreit is elsősorban a környezet egészségi állapotot befolyásoló tényezőivel kapcsolatos kutatások mentén határozták meg (I. táblázat).

A táplálkozás egészségi állapotot befolyásoló hatása már a XIX. század elején nyilvánvaló volt számos orvos, kutató előtt. Így a modern értelemben vett táplálkozás-tudományi vizsgálatok ekkor kezdődtek, azonban ezek eredményei csak a század végére kerültek hasznosításra az élelmezés-egészségtan számára. A közegészségügy tárgyköre között a XIX. század végétől már szerepelt az élelmezés-, táplálkozás-egészségügy (I. táblázat).

A XIX. század végén a XX. század elején az is világossá vált, hogy a társadalmi környezet, a társadalmi kockázati tényezők is fontos szerepet játszanak a betegségek kialakulásában és egészségi állapotuk tekintetében léteznek különösen érzékeny, veszélyeztetett lakosságcsoportok, rétegek. A közegészségtan ezeknek a veszélyeztetett csoportoknak az azonosítása, feltérképezése érdekében a szociológia vizsgáló módszereit is igénybe vette, és e csoportok egészségnek védelme már aktív, össztársadalmi tevékenységet tett szükségessé, így kialakult a társadalom-egészségtan. Már a Darányi által leírt tárgykörök között egyértelműen megfigyelhető volt a „társadalomhygiéne” kifejezés, amely a „környezeti és szociális hygiéne” részből tevődött össze (I. táblázat).

A XX. század második felétől az orvoslás látószögébe került, hogy a „beteg” mint pszichoszociálisan is meghatározott egyén jeleníthető meg. E változások háttérében egy gondolatbeli átalakulás is elindult, a megváltozott elméleti háttérrel szinte egy időben megjelent az egészségfejlesztés, amely bekerült az orvostudomány és a közegészségügy érdeklődési körébe.

A fejlett nyugat-európai országokban a megelőzés súlypontja a fertőző betegségek megelőzéséről a krónikus, nem fertőző betegségek irányába kezdett áthelyeződni. Az 1970-es évektől kezdődően új, alapvető összefüggések tisztázódtak az életmód és az egészségi állapot összefüggése között. A lakosság egészségi állapotát jellemző összetevők a halálozás és a megbetegedések háttérében a szociális egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló társadalmi, egészségpolitikai törekvések kerültek előtérbe, melyekre a „klasszikus közegészségtan” birtokában nem igazán volt már hatékony módszer. Az előzőekben felsorolt, több jelentős változás következtében a '80-as évektől a közegészségtan alapvetően változott meg, új tudományággá fejlődve - Angliában „new public health”- a '90-es évek elejétől hazánkban népegészségtan néven vált ismertté (I. táblázat).

**„Mi a népegészségügy?”
Konszenzus Konferencia,
1992.október 21-22., Debrecen
Az itt elfogadott definíció:**

„A népegészségügy multidiszciplináris és interszektoralis szemlélet és gyakorlat. Célja a népesség egészségének elősegítése, a betegségek megelőzése, az emberhez méltó élet meghosszabbítása. Mindezt a társadalom szervezett erőfeszítésével, anyagi és szellemi erőforrásainak és az egyéni kezdeményezések mobilizálásával és hatékony felhasználásával valósítja meg. A népegészségügy a közösségben keletkező aktuális egészségügyi problémákra törekszik választ adni. A népegészségtan a népegészségügy alapját képező tudomány.”

„A népegészségügy célja a lakosság egészségi állapotának javítása a társadalom szervezett tevékenysége és közösségi erőforrások révén. A hatékony népegészségügy konkrét feladatai mindenkor a lakosság egészségi állapotából és az azt befolyásoló tényezőkből vezethetők le. A népegészségügyi feladatok a népegészségügy működési ciklusában szervesen épülnek egymásra”
(V.Hajdú Piroska-Boján Ferenc: *Demográfiai és epidemiológiai módszerek a népegészségügyben*, Literatura Medica Kk., 1996.,3.)



Képforrás: Magyar Epidemiológia, 2006, 3. fedélborító

2. ábra: Mi a „New Public Health”?

Konszenzus konferencia Debrecen 1992. október 21-22.

Fig. 2.: What is the „New Public Health”?

Consensus Conference, 21-22 October 1992. Debrecen

A „new public health” mozgalom - mintegy 10 éves késéssel - gyűrűzött be hazánkba, első eredményeként feltétlenül meg kell említeni azt a kezdeményezést, mely Boján Ferenc nevéhez és személyéhez kötődik. Ez az esemény pedig az 1992. október 21-22-én a Debrecenben megrendezett, a népegészségügy egységes meghatározását célul kitűző konszenzus konferencia. A 2. ábrán olvasható az itt elfogadott népegészségügy definíció és ugyanitt alább találhatóak - Boján Ferenc által - a népegészségügy céljaként és feladataiként megfogalmazottak.

A népegészségtan, a meghatározások szerint, tehát elméleti alapot szolgáltat -- néhány társadalom-tudományi terület tudásanyagát használva és magába foglalva a „klasszikus közegészségtan” szakterületeit – a népegészségügyi tevékenységhez, mint gyakorlathoz. A „népegészségügy” nemcsak ösztársadalmi, hanem egészségpolitikai felfogásnak is tekinthető, mely tárgykörei a „klasszikus közegészségügy” tárgykörein, részfeladatain kívül a nem fertőző betegségek epidemiológiájával, az egészségfejlesztéssel, az egészségpolitikával, és az egészségügyi ellátás rendszerének tanulmányozásával egészültek ki (I. táblázat).

Név	Időpont	Fogalomhasználat	Meghatározás, tartalom	Tárgykörök, részterületek
Fodor József	1873	közegésztan- egésztudomány (elmélet), közegésztügy (gyakorlat)	"...kutatja miképp lehet megismerni úgy az egyes ember, mint a népesség betegsége, vagy egészsége okát, kutatja továbbá azon erőket, amelyek az egyesekre, valamint a népességre előnyösen hatnak; a végre kutatja azon okokat, amelyek okán az előnyös terjeszthető a melyek által a hátrányos kikerülhető, vagy megszüntethető." (ennek gyakorlata a közegésztügy)	a járványok és azok támadását, elterjedését befolyásoló tényezők kutatása, továbbá az építkezés, lakások, ivóvíz, csatornázás, élelmezés, élelmiszerek, életkor és foglalkozás egészségtana, része a modern egészségtani statisztika, a betegségek okait kutatja és azok megelőzését, elhárításának módjait
Rigler Gusztáv	1910	közegésztan	"...az a tudomány, a mely az emberiség egészségének megvédésére tanít bennünket."	a levegő, a talaj, a víz, a vízjavítás, a víz szolgáltatás, a lakás, a szellőztetés, a világosság és megvilágítás, a hulladékanyagok eltávolítása, a temetkezés és a temetők, a városok egészségügye, a ruházkodás, a táplálkozás, iskola egészségügye, a börtönök egészségügye, a kórházak egészségügye, ipar egészségtana, munkajöletli intézmények
Darányi Gyula	1939	egésztan/közegésztan, hygiene közegésztügy	"... az egészségtan vagy hygiene a tudomány, melynek feladata azoknak a módoknak a tanulmányozása és ismertetése, melyek úgy az egyes emberek, mint az egész népesség betegségektől való megóvására, továbbá egészsége megtartására és javítására irányulnak... A közegésztügy adminisztratív teendő. Tulajdonképp gyakorlati, hivatalos alkalmazása az orvostudománynak és az egészségtannak. A tudomány tehát egészségtan, míg a megelőző és egyéb orvostudomány adminisztratív alkalmazása közegésztügy."	nemcsak a megelőzés, hanem a betegellátás is benne "foglaltatik", foglalkozik a járványtannal, a társadalomhygiénnel (melynek van környezeti és szociális hygiene része)
Bakács Tibor, Jeney Endre	1960	hygiene, közegésztan/egésztudomány, közegésztügy	"A közegésztan az a tudományág, mely az ember egészsége megőrzésének, megvédésének és fokozásának feltételeit kutatja; tanulmányozza a környezetnek az emberre gyakorolt hatását és az egészséges életmód követelményeit. Az egészségtudomány fogalmi értéke azonos a közegésztannal. A közegésztügy a közegésztan, vagyis az egészségtudomány elméleti megállapításainak gyakorlati alkalmazása, a megvalósításra irányuló intézkedések összessége. A hygiene magába foglalja a közegésztan és a közegésztügy tartalmát."	környezet-hygiene, településegésztan, személy-hygiene és népbetegségek/táplálkozás-tudomány és élelmezés-hygiene, munkaegésztan, általános járványtan
Kertai Pál	1982	közegésztan/egésztudomány közegésztügy, hygiene	"A közegésztan (egésztudomány), az elméleti és a társadalom-orvostudományok mellett az egyetemes orvostan negyedik nagy ága, amelynek meghatározott célja, tárgykörei és módszertani fegyvertára van...Az az orvosi és társadalmi tevékenység, amely a közegésztan tudományának eredményeit a mindennapi gyakorlatba bevezeti és annak végrehajtását ellenőrzi közegésztügynek nevezzük. (hygiene: elmélet+gyakorlat együtt). ...nem egyénekkel, hanem tömegekkel foglalkozik, nem gyógyít, hanem megelőz."	járványtan, munkaegésztan, környezet-egésztan, táplálkozás-egésztan, társadalom-egésztan, epidemiológiai módszerek, labor, kísérletes közegésztan,

I. TÁBLÁZAT: „Közegésztügy” fogalom használata és tartalmi meghatározásai Magyarországon, 1873-2007. között

TABLE I.: Definitions of concept and concept-usage of „Public Health” in Hungary, 1873-2007

Név	Időpont	Fogalomhasználat	Meghatározás, tartalom	Tárgykörök, részterületek
Morava Endre	1995	népegészségtan, népegészségügy	"A népegészségtan a lakosság egészségének a megőrzésével és a betegségek megelőzésével foglalkozó tudomány és gyakorlat. Elnevezése változott az utóbbi időben. Régebben közegészségtan, majd közegészségtan-járványtanak neveztük, 1991 óta hívjuk népegészségtannak...A népegészségtan gyakorlati része, tudományos eredmények alapján végzett mindennapi gyakorlati tevékenység, a betegség megelőzés, az egészségpromóció, az egészségpolitikával és a jogi szabályozással kapcsolatos cselekvés, a népegészségügy."	járványtan, munkaegészségtan, környezet-egészségtan, ételmezés és táplálkozás-egészségtan, társadalom-egészségtan,
Forgács Iván, Paksy András, Pauka Tibor	1995	népegészségtan, új népegészségtan/new public health, klasszikus népegészségügy/köz egészségügy	"A klasszikus népegészségügy (közegészségügy) virágzása a XIX. Században kezdődött, fő célpontja a fertőző betegségek járványos terjedésének kutatása, megakadályozása volt. Később kiterjedt az emberi tevékenység által befolyásolt környezetre is (pl. táplálkozás-, iskola-, munkahigiéné, víz, levegő, talaj-higiéné stb.). Az új népegészségtan (new public health) elsősorban vizsgálati módszereiben különbözik a klasszikustól."	egészségpolitika, egészségügyi rendszer kutatás, egészségügyi szolgálat szervezete, egészségügyi ellátás, irányítás, igazgatás az egészségügyben, egészségügyi gazdálkodás, egészségügyi munkaerőgazdálkodás, orvosi demográfia, epidemiológia, orvosi szociológia, közösségi orvoslás, egészségnevelés, prevenció, promóció
Kertai Pál	1999	népegészségügy, közegészségügy	"A megelőző orvostan a lakosság egészségének a megőrzésével, fejlesztésével és a betegségek megelőzésével foglalkozó tudomány, amelynek gyakorlata a népegészségügy.megelőző orvostan továbbra is az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének és mindezekből következően az élet meghosszabbításának tudománya maradt...Didaktikai okokból, valamint gyakorlati megfontolásokból a környezet-egészségtant, a táplálkozás és ételmezés-egészségtant és a munkaegészségtant a továbbiakban közegészségtan ...néven foglaljuk össze."	öröklés-egészségtan, környezet-egészségtan, munkaegészségtan, táplálkozás- és ételmezés-egészségtan, magatartás-egészségtan, a nem fertőző betegségek járványtana, a fertőző betegségek járványtana, társadalom-egészségtan
Ádány Róza	2006	népegészségtan, népegészségügy	"A megelőző orvostan az orvostudomány azon ismeretanyagának összessége, amely elméleti alapul szolgál a lakosság, ill. meghatározott közösségek egészségének védelmét és fejlesztését, a betegség és foglalkozás megelőzését, ill. azok manifestációjának késleltetését célzó szakmai tevékenységekhez....A megelőző orvostan egyéb egészség tudományi szakterületek, valamint a biostatisztika, az epidemiológia, az egészségügyi menedzsment, az egészségpolitika, az egészség-gazdaságtan, a jogtudomány, a szociológia, a környezet-egészségtan és a magatartástudomány releváns ismeretanyagával - a népegészségügyi tevékenység elméleti alapját jelentő- népegészségtanná ötvöződik."	nemfertőző betegségek epidemiológiája, fertőző betegségek epidemiológiája, környezet-egészségtan, munkaegészségtan, egészségfejlesztés, táplálkozás és ételmezés egészség, egészségpolitika, egészségügyi ellátás rendszere
Ember István	2007	népegészségtan, népegészségügy	"(A népegészségügyi orvostan) A lakosság egészségének megőrzésével, egészségfejlesztésével, a betegségek megelőzésével foglalkozó tudomány, amelynek vannak társadalom-tudományi és természet-tudományi oldalai. Elmélete a népegészségtan, gyakorlata a népegészségügy."	demográfia, apidemiológia, fertőző betegségek epidemiológiája, környezet-egészségtan, természet-egészségtan, társadalom-egészségtan, történelem-egészségtan, foglalkozás- és munkaegészségtan, táplálkozás-egészségtan

I. TÁBLÁZAT: „Közegészségügy” fogalom használata és tartalmi meghatározásai Magyarországon, 1873-2007. között

TABLE I.: Definitions of concept and concept-usage of „Public Health” in Hungary, 1873-2007 (folytatás)

Megbeszélés

Mára hazánkban szükségszerűvé vált a „közegészségügy” fogalom jelentésének, tartalmának tisztázása, valamint a fogalomhasználat egységesítése. Azonban tényként lehetett megállapítani azt is, hogy tanulmány elkészítésekor ismert volt, hogy a fogalom szűkebb értelemben vett, tudományos igényű meghatározásai már léteztek (5-15). Továbbá a „közegészségügy” fogalom tisztázásakor – nemzetközi és hazai tudományos jelentőségük és elfogadottságuk mellett, a tekintélyelv és a hagyomány tisztelete miatt is - kétségkívül figyelembe kellett venni a már létező, jól ismert tudományos meghatározásokat (5-15).

A definíciók – Fodortól napjainkig – több hasonló elemet rendre tartalmaztak, miszerint a tudományág nem az egyénnel, hanem a lakossággal/meghatározott népességgel és annak egészség-védelmével, -megőrzésével, -fejlesztésével, valamint a betegségek megelőzésével foglalkozik (5-15). Amint azt Markusovszky még 1866-ban a Magyar Tudományos Akadémián és az Orvosi Hetilapban kifejtette „A közegészségtudomány gondoskodásának tárgya mindenekelőtt a községnek, a népességnek, a nemzetnek, úgy tekintve az okot, mint egészszet, ép, egészséges léte és gyarapodása. [...] A gondoskodás fő tárgyát nem is a betegek képezik, hanem éppen az egészségesek, a nép zöme, a nagy szám, mert ezekben fekszik lényegében a nemzet gazdasága és ereje s ezektől függ fennállásának és haladásának lényege” (16).

Óhatatlan volt kikerülni és szóvá kell tenni, hogy az 1992. októberi Konszenzus Konferenciát kivéve – melyen a népegészségügy egységes meghatározását elfogadták (17) - alig, vagy egyáltalán nem volt lehetőség, a fogalomhasználat egyeztetésére, egységesítésére.

Ismert és ismeretlen háttértényezők által befolyásoltan a különböző fogalmak ma is egymással párhuzamosan léteznek hazánkban. E tény - a jelenlegi fogalomhasználati és az abból eredő meghatározásbeli-sokszínűség által is - teljesen nyilvánvalóvá teszi szakmánk kulcsfontosságú szereplőinek széthúzását. E tanulmány Szerzői a tudományág ismert hazai referenciáinak áttekintése után törekedtek a meghatározások közös tartalmi elemeit megragadni. Arra kívántak rámutatni, hogy ma Magyarországon tartalmában a „közegészségügy” fogalom tulajdonképpen a „klasszikus közegészségügyet” (környezet-egészségügy, járványügy, munkaegészségügy, ételmezés- és táplálkozás-egészségügy) fedi le. Továbbá - a hagyományokat nem félresöpörve - utalni kívántak arra is, hogy a Fodor József által használt „közegészségügy” fogalom tartalmában alapvető egyezések voltak láthatóak az 1995. óta megfogalmazott és közzétett definíciók mindegyikében használt, a tudományágat népegészségtannak, a gyakorlatot, pedig népegészségügynek nevezett új diszciplína fogalomtartalmával (8,11-17).

A szakma jövője felé tekintve, a Szerzők elgondolkodtatónak tartják, hogy az utóbbi mintegy 20 évben a tudományág elméleti képviselői, oktatói által megfogalmazott definíciók miért is nem kerültek át a gyakorlatba. Figyelemfelkeltő volt számukra az a folyamat, mely szerint az elmúlt két évtizedben, mintha az elmélet, a tudományos tevékenység és a gyakorlati, területi munka folyamatosan eltávolodott volna egymástól. Ez utóbbira lehetséges magyarázat talán az is, hogy a kommunikáció és a találkozási pontok (továbbképzések, konferenciák, stb...) az említett két terület között egyre ritkábbak, holott mind a két oldalnak támaszkodnia kellene egymásra, az egyik nem létezik a másik nélkül, tulajdonképpen olyan ez, mint egy pénzérme két oldala.

Továbbgondolásra ad okot az is, hogy a szakterület gyakorlati képviselője (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, továbbiakban: ANTSz), gyakorlója a területen miért tudott csak nagyon nehezen, vagy alig megküzdeni a közgondolkodásban a „KÖJÁL” szellemével. Sajnálatosan úgy tűnik, hogy a szolgálatnak a mai napig sem sikerült integrálnia

megfelelő módon a Tisztiorvosi Törvény szerint elvárt komplexebb látásmódot és az ehhez kapcsolódó új (rég) feladatokat.

A Szerzők nem véletlenül választották ezen esszé mottójául: „Tempora mutantur et nos mutamur in illis. - Az idők változnak, s változunk mi is velük.”. Ha a fejlődéssel nem vagyunk képesek lépést tartani, nem tudunk változni, akkor a „világ” egyszerűen elhalad mellettünk, kihívásaira nemhogy reagálni, de azokat – az észlelésen túl – megfogalmazni sem leszünk képesek. Sajnálatos tény, hogy ebben az esetben a szakmán belül már azon szakterületek ismereteit, eredményeit, tapasztalatait sem veszik majd figyelembe, amelyek -- a hagyományokat tiszteletben tartva, munkájukba azokat beépítve – megújulásra nyitottan, mindennapi munkájuk során képesek voltak változni az idővel. Összességében célszerű belátni, hogy az idő már kétségtelenül megért a -- tudományág eddigi eredményeit, értékeit megtartó, ugyanakkor -- modern ismereteket beépíteni tudó, nemzetközileg ismert és elismert módszertannal rendelkező, a bizonyítékokon alapuló népegészségügy kiszélesedéséhez.

IRODALOM

1. *Hahn G., Melly J.:* Fodor József élete és munkássága. Akadémiai kiadó, Budapest, 1965
2. *Fodor J.:* A tisztiorvosi kiképzés és minősítés reformja tekintettel az egészségügy és a közegészségügy igényeire. Eggenberger, Budapest, 1898.
3. *Chadwick, E.:* Report to H.M.'s Principal Secretary of State for the House Department from the Poor Law Commissioners, on an Inquire into Sanitary Condition of the Labouring Population of Great-Britain; with Appendices. London, 1842. 369.
4. *Bunton, R., Macdonald, G. (szerk):* Health promotion. Disciplines and diversity. Chapter 1: Health promotion. Routledge, London, 1992. 10-11.
5. *Fodor J.:* Közegészségügy Angolországban tekintettel az orvosi ügyre, valamint a hazai viszonyokra. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1873
6. *Rigler G.:* Közegészségtan és a fertőző betegségek. Orvosok, gyógyszerészek, építészek és közigazgatási tisztviselők számára. Kolozsvár, 1910.
7. *Darányi Gy.:* Közegészségtan. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1939.
8. *Jeney E.:* Bevezetés. In: Bakács T., Jenei E. (szerk): A higiéné tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1960. 19-21.
9. *Vilmon Gy.:* A higiéné történeti áttekintése. In: Bakács T., Jenei E. (szerk): A higiéné tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1960., 25-26.
10. *Kertai P.:* Közegészségtan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1982.
11. *Forgács I.:* A népegészségtan In.: Forgács I., Paksy A., Pauka T. (szerk): Népegészségtan. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Budapest, 1995. 9-10.
12. *Morava E.:* A népegészségtan módszerei, rövid története, felosztása. In.: Dési I. (szerk): Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1995. 19-28.
13. *Kertai P.:* Megelőző orvostan (A népegészségügy elméleti alapjai). Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1999.
14. *Ádány Róza (szerk):* Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2006.
15. *Ember I. (szerk):* Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2007.
16. *Markusovszky L.:* A közegészségtudomány mai állása és feladatai. Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan, Orvosi Hetilap melléklete, 1886. 6.
17. *Ajkay Z.:* Mi a népegészségügy? A debreceni Konszenzus Konferenciáról szóló beszámoló LAM, 1992, 2 (12), 1198-1199

Köszönetnyilvánítás

Az Országos Epidemiológiai Központ könyvtáros munkatársainak a Szerzők - munkájukhoz nyújtott segítségükért - ezúton mondanak köszönetet.

ATTILA JUHÁSZ MSc, CSILLA NAGY MSc

**Tempora mutantur... et nos mutamur in illis?
(The times are changing...and we are changing with the times?)**

CSILLA NAGY MSc

Central Hungarian Regional Institute of the National Public Health & Medical
Officer' Service

Budapest, 1138, Váci street 172-174.

Hungary

Phone/Fax: +36-1-465-3808

E-mail: nagy.csilla@fovaros.antsz.hu

Abstract: It's becoming evident that the accelerated word has an influence on everyone. The recent years were not so favourable for the development of our profession. The immediate future probably will be full of problems in respect of public health. It is not by chance that the definition of our profession is being redefined in spite of its recent growth and opportunity. It has some benefit, because a common application of a standard concept is a more effective assertion of the professional interest and communication. The primary objective of the study is to seek, review and compare the existing definitions of public health and hygiene, and to provide an historical overview of these definitions. The selection of the motto wasn't accidental: „Tempora mutantur et nos mutamur in illis. – The times are changing and we are changing with the times”. The authors declare their belief that if we are not able to keep up with the trends of development, the world will rush by, not even acknowledging the results of our profession produced by the everyday work based on one hand on the traditions and on the other hand by opening a window towards renewal.

The authors were encouraged to express their opinions inspired by the works of József Fodor. They took into consideration the thoughts of highly respected theoretical and practical members of the field of hygiene.

The authors make it clear that the moment has now come to broadening the concept of public health which is based on modern, internationally known and acknowledged methods, applying the results and values of the discipline.

Key words: public health, new public health, definition, concept-usage, concept

A MAGYAR HIGIÉNIKUS TÁRSASÁG „A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” CÍMŰ PÁLYÁZATA

II. DÍJAT NYERT MUNKA

A közegészségügy, mint a higiéné gyakorlata

Jelige: Mens sana in corpore sano

PROF. SUJBERT LÁSZLÓ

Összefoglalás: A tanulmány ismertetést ad a közegészségügy karakterisztikumáról. A kifejezés alkalmazását európai, amerikai és hazai higiénikusok munkásságának ismertetésén keresztül, a tudományterületen elért eredményeket, mint illusztrációkat felhasználva mutatja be. A magyar és a külföldi szakirodalom a XX. század derekáig a higiéné és a közegészségügy kifejezéseket alkalmazta, a népegészségügy kifejezés újabban hódított tért. A közegészségügy és a népegészségügy szavak mind tartalmi, mind formai értelmezés alapján szinonimák. A két kifejezés közül a közegészségügy használatát tekinthetjük régóta megalapozottnak, a nemzetközi gyakorlatban a higiéné, public health kifejezések elfogadottak és régóta használatosak. A közegészségügy, mint az egészségtudomány gyakorlati intézkedéseinek, tevékenységeinek összessége definiálható.

Kulcsszavak: egészségtudomány, higiéné, közegészségügy, népegészségügy, prevenció, surveillance, Pettenkofer, Fodor

Történeti áttekintés

Az emberiség közegészségügyének kérdései régóta foglalkoztatják az egyént és a közösséget. Kezdetben spontán, önvédelemből szerveződtek az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése érdekében. Ez a tevékenység akkor még tapasztalatokon, szokásokon, jóslatokon, feltételezéseken alapult; a táplálékszükséglet, a friss levegő igénye, a hulladékeltávolítás, az elhunytak temetése miatt vetődött fel. Rendkívüli esetekben a járványosan előforduló fertőző betegségek terjedésének, halmozódásának idején került előtérbe. Ezen kívül árvizek, viharok, vulkánkitörések, háborúk, népvándorlások stb. idején is meg kellett oldani az egészségvédelmet.

A XIX. század közepétől a közegészségügy tudományos alapokra épül. Max von Pettenkofer lefektette az egészségtudomány alapelveit. Az egészségtudományt az egészségről szóló tanításnak tekintette. A diszciplína kialakításához felhasznált a fizika, a kémia, a biológia, a mikrobiológia, valamint az élettan és a statisztika tudományos ismeretanyagából minden olyan elvet, amely az emberi egészséggel összefügg. Az összefüggések vizsgálatával, elemzésével, és a vizsgált jellemző egészségre való hatásának becslésével alakította ki az egészségi állapotra vonatkozó értékrendjét ([1]).

E tanulmány szempontjából kiemelkedő jelentőségű Max von Pettenkofer gyakorlati közegészségügyi munkássága, amelyet az asszanáció érdekében fejtett ki a közegészségügyi viszonyok javítása érdekében. A maga korában új tevékenység, amelyet az egészségügyi mérnökség intézményrendszere valósít meg az ivóvíz, a szennyvíz és a hulladék kezelésében (2).

A higiéné elméleti paradigmáját Fodor József Budapest környezet-egészségügyi viszonyainak tanulmányozása során alkalmazta. A budapesti talaj-, víz- és levegővizsgálatai során fizikai, kémiai, biológiai, mikrobiológiai és epidemiológiai jellegű kutatásokat végzett. A fertőző betegségek, mint pl. a hasi hagymáz, a kolera, a bélhurut előfordulását és morbiditási, letalitási adatait statisztikai módszerekkel elemezte és értékelte. Többek között a fertőző betegségek megelőzésének, leküzdésének lehetőségeit fogalmazta meg. A korabeli tudományos szinten megállapított eredményeket közegészségügyi gyakorlatban hasznosította. (Pl. a fertőző betegségek megelőzésében, megszüntetésében egyidejűleg több profilaktikus lehetőség alkalmazására van szükség.) A maga idejében jelentősnek tartotta az emberi szervezet védettségi állapotát is a „specifikus gerjjel” szemben (3).

A XX. század jelentős közegészségügyi feladatainak megoldása néhány példa segítségével illusztrálható. A példák az 1900 – 1999 időszakra és az Amerikai Egyesült Államokra (USA) vonatkoznak. Az USA Betegségmegelőzési Központjának (CDC) adataiból válogatták (4). Az USA közegészségügyi tevékenységét eredményesnek tekintették a következő területeken:

A fertőző betegségek megelőzésének és leküzdésének specifikus eljárása a védőoltás. A himlő elleni védőoltás a himlő eradikációját eredményezte a világon. A poliomyelitis vakcina a járványos gyermekbénulás eliminálását jelentette az USA-ban. A védőoltás, valamint az egészséges vízellátás a kanyaró, a rózsahimlő, a tetanusz, a diftéria és egyéb más fertőző betegség kontrollját tette lehetővé nemcsak az USA-ban, hanem több más államban is.

A gépjármű-közlekedés nagyobb biztonságát eredményezte a műszaki fejlesztés, a gyorsforgalmi autósútrádák építése, biztonsági ülések és egyéb biztonsági berendezések egyre gyakoribb használata, valamint az egyre jobban bevált közlekedési kontrollálás. A leírtak eredményeként a gépjármű okozta balesetszám és a súlyos egészségkárosodások száma csökkent, különösen az ittassággal összefüggésbe hozhatóké. Mindezek következményeként csökkent a gépjármű-közlekedés során bekövetkezett halálos balesetek száma is.

A munkahely biztonságával összefüggő egészségügyi kérdésekben is jelentős eredmények születtek. Pl. a szénpor okozta pneumokoniózis vagy a SiO₂ tartalmú por okozta tüdőkárosodás, halálozás a munkahelyi technológia és a transzport változása miatt jelentősen csökkent.

A szívkoszorúér megbetegedései, illetve a stroke okozta halálozás a kockázati tényezők változásával (pl. dohányzás abbahagyása, a vérnyomás kontrollja) jelentősen, 1972 óta 51%-kal csökkent.

A dohányzás egészségkockázatának felismerése, az ellene folyó kampányok a dohányzás szociális értékelésének megváltozását eredményezték.

Az élelmiszer-biztonság 1900 óta jelentősen növekedett, az élelmiszerek szennyezettségének csökkenésével, valamint (véltetően) az élelmiszerprogramok révén a hiánybetegségek (pl. golyva) csökkenésével.

Az ivóvíz fluorizálása 1945-ben kezdődött és 1999-ben az USA-ban 144 millió embert érintett. A fluoros vízkomplettálás biztonságos preventív módszer a gyermekek és a felnőttek számára egyaránt, jelentős szerepe van a fogvesztés csökkenésében, becslések szerint 40-60% eredménnyel.

Az anya- és csecsemővédelem területén is óriási a fejlődés. A megfelelő táplálkozás, az antibiotikumok alkalmazása révén az újszülött-mortalitás 1900 óta 90%-kal, az anyai halálozás pedig 99%-kal csökkent.

A családtervezés a nők szociális és gazdasági helyzete szerint változott. A családtervezést a család jóléti helyzete, a gyermekek születése közötti leghosszabb időintervallum, a contraceptív eljárások alkalmazása befolyásolja. A fogamzásgátlás alkalmazásával csökken a gyermekszám, valamint az anyai halálozás.

A fogalmak értelmezése

A következő magyar, illetve angol szavak, kifejezések használata alapján értelmezhető a közegészségügy szó tartalma: egészség tudomány (higiéné, hygiene), public health, közegészségügy, népegészségügy (1,5,6).

Az egészség tudomány specifikus orvostudományi diszciplína, amely a kuratív klinikai tudományág nélkül, döntően specifikus elméleti és gyakorlati tevékenységet folytat. Az egészség tudomány multidiszciplináris; egyéb orvostudományi szakokkal (pl. orvosi pszichológia, orvosi szociológia), valamint más tudomány szakokkal, jogi, gazdasági, ökológiai és műszaki tudományokkal kollaborál.

Az egészség tudományt humán ökológiának is nevezik (1). Ennek a tudománynak az értelmezése az alábbi: Az ember a környezetével kölcsönhatásban fejti ki élettevékenységét. Az ember környezete dinamikusan és folyamatosan változó rendszer. Ezen rendszer és az ember egészségi állapota közötti kölcsönhatás az emberi közösség meghatározó, túlnyomó többségében nem okoz egészségreleváns hatást.

A pettenkoferi higiéné szó értelmezése: a higiéné gyakorlata, vagyis a higiéné elvi alapjain tevékenykedő gyakorlati egészségvédelem (egészség promóció, betegség prevenció). Ez a gyakorlati tevékenység az individuum, a közösség esetében jut érvényre. A higiénés gyakorlat szakterületeinek teljes spektrumában megvalósul. A megvalósulás biztonságát a közegészségügyi hatósági és államigazgatási szolgálat működése, a szolgálatok kollaborációja biztosítja.

A higiéné tudományos elmélete és gyakorlata – Max von Pettenkofer idején, de napjainkban is – egymást kölcsönösen feltételezi, és egymással kölcsönhatásban van. Például vízjárványok esetében nem elégséges csak a specifikus kórokozó ellen intézkedést hozni

(védőoltás), az aspecifikus megelőzési eljárásokat is alkalmazni kell (fertőtlenítés, víztisztítás, a vízfogyasztás korlátozása, asszanáció stb.).

Az egészségtudomány (higiéné) a pettenkoferi értelmezésben, valamint a mai értelmezésben is, az elmélet és a gyakorlat dialektikus egységében működik, fejt ki elméleti és gyakorlati munkáját. Az egészségtudomány gyakorlati intézkedéseinek, tevékenységeinek összessége a közegészségügy (1 – 3).

A közegészségügy (public health): „A betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának, az egészség fejlesztésének tudománya és művészete a szervezett és informált társadalmi közösségek révén, valamint a magánszervezetek, a magánközösségek és az egyének útján”(7).

A közegészségügy szakmai megfogalmazásban az egészségtudomány szakmai alapjain nyugvó gyakorlati tevékenység. Ennek a tevékenységnek fő célkitűzése:

1. az egyén és a közösség egészségének megőrzése, illetve fejlesztése;

2 az egyén és a közösség betegségének megelőzése, a betegség leküzdése.

A közegészségügy specifikus jellemzője, hogy döntően preventív tevékenység. Ezt az aktivitást a klinikai gyógyító tevékenység (kuráció) helyett gyakorlati intézkedések megszervezésével és megvalósításával végzi. Így: védőoltás alkalmazása, epidemiológiai surveillance, fertőtlenítés, izolálás, ellenőrzés, felügyelet, egészségügyi felvilágosítás, jogi szabályozás stb. A gyakorlati tevékenység igen széles spektruma hatósági, államigazgatási rendszerben valósul meg. A multidiszciplináris közegészségügyi tevékenység igényli a klinikai orvostudománnyal való együttműködést, de esetenként jogtudományi, környezetvédelmi, műszaki, állatorvos-tudományi, közgazdaságtudományi stb. szakemberek együttműködését is.

Tehát a közegészségügy specifikus aspektusa egyfelől inkább a prevenció, mint a kuráció. A megelőzést inkább a surveillance, mint a kuratív módszerek alkalmazásával szolgálja. Másfelől, bár az egészségtudomány mind az egyén, mind a közösség körében felvetődő kérdésekkel foglalkozik, a közegészségügy tevékenysége inkább a populáció szintjén nyilvánul meg, mint az individuum szintjén.

A Magyar Értelmező Kéziszótár leírása szerint a közegészségügy: „Az egészségvédelem gyakorlati kérdéseinek összessége, illetve az erre irányuló tevékenység” (8).

A magyar szakmai gyakorlatban a XIX. század óta a leggyakrabban a közegészségügy szót használják. Az összetett szó, különösen Fodor József angliai tanulmányútja után írt szakkönyve óta széles körben elterjedt. Az angliai tanulmányút tapasztalatait összefoglaló írásos munka: „A közegészségügy Angolországban, tekintettel az orvosügyre, orvosrendészetre, a törvényszéki orvos ügyre, valamint a hazai viszonyokra” (9). A könyv megírása idején elismerést aratott, érdeklődéssel fogadták. A monográfia többek között járványügy, egészségügy, táplálék-egészségügy, gyár- és iparegészségügy, temető-egészségügy fejezeteket tartalmaz.

A magyar szakmai közéletben, a jogszabályokban, az egyetemi oktató-nevelő munkában dominánsan helyet kapott a népegészségügy elnevezés is. A Magyar Értelmező Kéziszótár leírása szerint a népegészségügy: „valamely ország lakosságának egészségvédelme, illetve egészségügyi helyzete.” (8). Az 1997. évi CLIV. törvény szerint „a népegészségügy a társadalom egészének szervezett tevékenysége, amelynek célja a lakosság egészségi állapotának javítása az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése révén”(11).

Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvényben a közegészségügy és a népegészségügy szó is megtalálható (10). A törvény a járványügyet, az egészségfejlesztést és a közegészségügyet együttesen nevezi népegészségügynek.

Az Országgyűlés 2003-ban meghirdette az „Egészség évtizedének nemzeti programját” t (12). A program a magyar lakosság egészségi állapota, a magyar közegészségügyi viszonyok javítására irányul. A program prioritásai a következők:

- a dohányzás visszaszorítása;
- az alkohol- és drog prevenció;
- az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése;
- az élelmiszerbiztonság fejlesztése;
- az aktív testmozgás elterjesztése;
- a közegészségügyi és járványügyi biztonság fokozása;
- az egészséges fizikai környezet kialakítása.

A határozat szerint lépéseket kell tenni az idő előtti és elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoságok megelőzése területén is. Ezen belül prioritást élvez:

- a koszorúér- és agyérbetegségek okozta halálozások visszaszorítása;
- a daganatos halálozás növekedési trendjének megállítása, illetve visszafordítása
- a lelki egészségvédelem megerősítése;
- a mozgásszervi betegségek és az azokból eredő szövődmények csökkentése;
- az AIDS és más szexuális úton terjedő betegségek megelőzése.

A program bevezetőjében a népegészségügy kifejezést használja, ezzel összhangban van a fent említett jogszabályokban használt kifejezéssel.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat közzétette éves népegészségügyi jelentését (13). A felmérés 2007. szeptember – december hónapokban készült. Nyolc kistérségben 18 éven felüli lakosokat vontak be a kérdőíves felmérésbe. A kérdések többek között demográfiai jellemzőkre, anyagi helyzetre, daganatos betegségekre, fertőző és nem fertőző betegségekre, életmód tényezőkre, sporttevékenységre, táplálkozásra vonatkoztak. A jelentés fejezetei: demográfia, mortalitás, morbiditás, egészségfelmérés, gyermekegészségügy.

Az említett országgyűlési program célkitűzései és a népegészségügyi jelentés fejezetei, bár tartalmukban és arányaikban – az elmúlt több mint száz esztendő óriási fejlődésének köszönhetően – eltérők, de alapvetően megegyeznek a történelmileg a közegészségügy tárgykörébe sorolt témakörökkel.

Konkluzió

Tanulmányomban ismertetést adtam a közegészségügy karakterisztikumáról. A kifejezés alkalmazását európai, amerikai és hazai higiénikusok munkásságának ismertetésén keresztül, a tudományterületen elért eredményeket, mint illusztrációkat felhasználva bemutattam. A magyar és a külföldi szakirodalom a XX. század derekáig a higiéné és a közegészségügy kifejezéseket alkalmazta. Ezeket alkalmanként, a részterületek hangsúlyozásaként egészítette ki más kifejezés (pl. járványügy) is. A népegészségügy kifejezés a közegészségügy területén erőteljesebb hangsúlyt kapott aspektusok, illetve újabb, vagy újabban hangsúlyos megbetegedések megjelenésével hódított tért.

Fentiek alapján a közegészségügy és a népegészségügy szavak mind tartalmi, mind formai értelmezés alapján szinonimák. A két kifejezés közül a közegészségügy használatát tekinthetjük régóta megalapozottnak. Hazánkban már a XIX. század óta szakmánkban elfogadott és használatos, és lefedi a népegészségügy által megcélzott területeket – így a járványügyet is. A nemzetközi gyakorlatban a higiéné, public health kifejezések elfogadottak és régóta használatosak. A jogi szabályozásban érdemes lenne a szövegeket átvizsgálni, az esetlegesen szükséges korrekciókat megtenni.

Összefoglalva: az egészségtudomány (higiéné) olyan specifikus orvostudományi diszciplína, amely általában a kuratív klinikai diszciplína nélkül, specifikus elméleti és gyakorlati tevékenységet folytat. A közegészségügy (public health) pedig az egészségtudomány gyakorlati intézkedéseinek, tevékenységeinek összessége.

IRODALOM

1. *Klosterkötter, W.*, „Hygiene als Umweltwissenschaft”, Zbl. Bakt. Hyg., I. Abt. Orig. B 158, pp. 495-506.
2. *Pettenkofer, M.*, „Voträge über Kanalisation und Abfuhr”, Verlag Finsterlein, München, 1876.
3. *Melly J.*, „Fodor József, a magyar egészségtudomány megalapítója”, Orvosi Hetilap, 1998. 22.. 584-591.
4. <http://www.cdc.gov/>
5. <http://www.medterms.com/>
6. http://en.wikipedia.org/wiki/Public_health
7. *Winslow, C.E.A.*: Camp W.: Healthy living, CE Merill Co. 1920.
8. Magyar értelmező kéziszótár, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003.
9. *Fodor, J.*: A közegészségügy Angolországban, tekintettel az orvosügyre, orvosrendészetre, a törvényszéki orvos ügyre, valamint a hazai viszonyokra, Budapest, 1873.
10. 1991. évi XI. törvény az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, www.maote.hu
11. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, www.maote.hu
12. 46/2003. (IV. 16.) sz. Országgyűlési határozat az Egészség évtizedének Johan Béla nemzeti programjáról
13. Népegészségügyi jelentés 2008., Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi

Prof. LÁSZLÓ SUJBERT

tel:1-370-9082.

Abstract: The paper gives a survey about the characteristics of public health. The use of the expression is introduced by the description of the works of great Hungarian, European and American scientists. Their results serve as illustrations in the paper. The Hungarian and international literature dealt solely with the words “hygiene” and “public health” up to the second half of the 20th century, the expression “people’s health” appeared recently. The expressions “public health” and “people’s health” can be treated as synonyms, in any sense. Considering the two expressions, public health has been established for a long while, along with hygiene it is frequently used in the international literature. Public health can be defined as the integration of practical arrangements and activities of hygiene.

Keywords: hygiene, public health, people’s health, prevention, surveillance, Pettenkofer, Fodor

A MAGYAR HIGIÉNIKUS TÁRSASÁG „A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” CÍMŰ PÁLYÁZATA

III. DÍJAT NYERT MUNKA

A közegészségügy: egy gyakorlatban dolgozó szakember szemével

Jelige: Goldie

KOVÁCS ARANKA

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Budapest VIII-IX. Kerületi
Intézete, Budapest

Összefoglalás: A pályamunka a jelenlegi magyarországi közegészségügyi helyzetet jellemzi, elsősorban a közegészségügyi hatóság szempontjai, és tevékenységi lehetőségeinek elemzésén keresztül. A jelen állapot hiányosságai és erősségei segítségével kísérli meg meghatározni, mi is az a közegészségügy, és mivel is kellene foglalkozni ennek keretében. A dolgozat részei éppen ezért a közegészségügyi hatóság tevékenységi ágazatainak megfelelően tagozódnak, figyelembe véve a jövőben beépítendő tudományos eredmények létét is.

Kulcsszavak: Közegészségügy, hatósági tevékenység, természetes környezet, járványügy, épített környezet, kémiai Biztonság, higiéné, egészségnevelés

Egészségtudomány 53/4 35-45 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. szeptember 9-én
Elfogadva: 2009. szeptember 28-án

Dr. KOVÁCS ARANKA
1084 Budapest, Nagyfaluvaros u.18.
tel.: 1- 313-9894,
fax: 06-1-313-9894
e-mail: goldie19@t-online.hu;

Bevezető

Magyarországon kétféle névvel illetik az. angolszász nyelvterületeken public health nevű tudományágat és annak gyakorlati alkalmazását. Már arról is viták vannak, hogy helyesebb-e népegészségügyről, vagy inkább közegészségügyről beszélni. Számomra, a gyakorlatban dolgozó szakember számára, mindez polémia. Hiszen a népesség egészségi állapotát vizsgáló, javító, fejlesztő alkalmazott tudományágról van szó, mely közös ügyünk, tehát közegészségügy. A magyarban mindkét szónak (köz-, nép-) van egy kicsit lenéző és egy magasztos jelentése, de, ha elfogadjuk a magasztosabb közügy, népesség eredetet a köz, nép, mint plebs jelentés helyett, kevesebb kifogásunk lehet ez irányban. A magam részéről a népegészségügyet kissé szűkebb fogalomnak látom, mint a közegészségügyet, illetve az előbbiben a dolog tudományosabb, leíróbb, általánosítóbb részét utóbbiban, pedig a hatósági, a közigazgatásban vállalt szerepet érzem a másikkal szemben hangsúlyosabbnak. Szívesebben teszem le a voksot a közegészségügy szó mellett a hozzá fűződő hagyomány miatt, tiszteletadásul az előttünk járó szakmai nagyságok előtt.

Háttér

Egy népesség egészségét 23-30%-ban a genetikai anyag, 25-30%-ban a környezeti hatás, 25-40%-ban a szociális helyzet az életmód, iskolázottság, család, 9-15-20%-ban az egészségügyi ellátás határozza meg. Az egyes egyének számára a fenti arányok betegségenként, személyenként különböznek és lényegesen más módszerekkel vizsgálандók, írandók le, amelyek elsősorban a klinikus, másodsorban a szűrésekben segédkező prevenciók szakember kompetenciái.

A népességi szintű egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők leírása, vizsgálata, értékelése, a lehetséges beavatkozási módok kidolgozása a közegészségügyi hatóság mögött álló, egyetemi és országos szintű tudományos intézetek feladata. Ezek vizsgálják a mortalitást, morbiditást, többlethalálózást, elkerülhető halálózást, elveszített potenciális életéveket, egészségesen leélt életéveket, tehát az egészségi állapotot a társadalomban. Megállapítják, hogy milyen a jelenlegi állapot, milyen hatások érik, hogyan hatottak az elmúlt tényezők, és hogyan hatnak a tervezettek.

Fentiek hatósági szintű alkalmazása az engedélyezés és az ellenőrzés szintjén, illetve a gyors beavatkozási lehetőségek kézbe tartása jelenti számomra a közegészségügyet. Az ügyben szereplők részben azok, akiknek az egészségi állapota érintett, tehát minden ember, bár néhányan helyzetüknél fogva védettebb vagy éppen védtelenebb pozíciót foglalnak el, részben azok, akik felelősek a befolyásoló tényezők alakulásában, tehát vonatkozik minden személyre (jogi, természetes), de itt is nagy különbségek vannak a tudatosság, a tenni akarás és a tenni tudás szintjén. Mindenesetre botor dolog lenne feltételezni, hogy hatósági beavatkozás hiányában, központi akarat híján, és kikényszerítő erő nélkül akár szinten tartásig eljuthatunk.

Genetikai anyag

Helyzetértékelés

A korábbi elképzelés, hogy ez a terület nem alkalmas arra, hogy a preventív medicinában alkalmazzuk, régen megdőlt. Természetesen, továbbra is etikátlan az a beavatkozás, hogy nem szerint, vagy bármilyen vonatkozásban szelektáljunk, genetikailag módosítsunk, vagy klónozzunk emberi magzatokat. Ugyanakkor azok a kezdeményezések, melyek korábban empirikus alapon bizonyították, hogy javítani lehet a genetikai, genomikai eredetű betegségek megjelenésének gyakoriságán, mára már tudományos magyarázatra leltek, és átlépni látszanak

a gyakorlati világba. Természetesen a széles körben való alkalmazás nem érhető el, de nem is mindig kívánatos, a válogatott, fokozottan rizikós csoportokban lehet felhasználni, illetve a tapasztalatokat akár népesség szinten is.

Azok a hatások, amelyek a népesség morbiditását és mortalitását döntően befolyásolják genomikai szinten, kétféle szintéren jelölhetők meg. Az egyik: azok a csoportok, amelyek koruknál, nemüknél, foglalkozásuknál fogva veszélyeztetettebbek. A kor, nem szerinti (gyermek és fogamzóképes illetve várandós nők) monitorizálásának és egészség nevelésének megfelelő személyi eszközrendszere a védőnői és iskola-egészségügyi hálózat, melynek presztízse a korábbiakhoz képest erősen romlott.

A másik ilyen jelentős csoport a veszélyes anyagokkal, fizikai hatásokkal dolgozók csoportja, akikről a foglalkozás-egészségügyi hálózat szakmai ellenőrzése révén lehetnek információink, illetve beavatkozási lehetőségünk. Jelenleg a közegészségügy művelőitől ezen szolgálatok részben vagy teljesen függetlenek, jelentési kötelezettséggel sem tartoznak minden vonatkozásban.

A másik szintér: általában azoknak az élő és élettelen kórokozónak a monitorizálása, amelyek minden ember számára környezeti kóroki tényezőkként szerepelhetnek. Ezek részletezésére a következő részben térnek ki.

Talán nem utópia, hogy anamnézis és később genomikai térkép alapján kiemelhetjük a lakosságnak azt a részét, akik bizonyos meghatározott hatások kerülésével, szorosabb követéssel időben menthetőek lehetnek azoktól a súlyos betegségektől, melyek korai halálozást vagy rokkantságot okozhatnak. Mindez bizonyos biomarkerek monitorizálása révén; kockázat azonosítás, kockázatbecslés révén lehetséges. Nyilván, ennek tárgyi feltételei valahol az egészségügyi ellátó rendszerben működtethetőek, de az odairányítás, a szervezés a közegészségügy része kell, legyen.

Következtetések

Fontos tehát azoknak az ismereteknek a folyamatos bővítése, hogy milyen hatások játszanak szerepet a daganatok, vagy egyéb betegségek keletkezésében, kifejlődésében. Ezek környezeti jelenlétének monitorizálása, befolyásolása, ha kell hatósági intézkedésekkel, fontos befolyásolója a népesség egészségi állapotának. Bizonyos protektív befolyásoló tényezők bevezetésére és hatásának ellenőrzésére is volt már példa, melynek letéteményese csakis a közegészségügyet felelősen képviselő grémium lehet. Alkalmanként egy-egy ilyen (megalapozott, és gazdaságilag is kivihető) akciónak óriási népegészségügyi hatása lehet. Mindent összevetve ennek eredményes működtetéséhez nemcsak a tudomány fejlődése kell majd, hanem az is, hogy a most „szétszedett” hatáskörök beszélő viszonyban legyenek egymással, vagy ugyanabban a központban egyesüljenek.

Környezeti hatások

Helyzetértékelés

Természetes környezet

Mindazon hatások, melyek a természetes környezetből érik és befolyásolják az emberek egészségi állapotát monitorizálандók a közegészségügy részéről, de a riasztáson, informáláson túli befolyásolás olyan beavatkozást igényel mely helyi vagy kormány szintű közigazgatási feladat. Sokszor a konkrét kivitelezés olyan összehangolást igényel, mely igénybe veszi a közrendvédelmi, de akár a katonai szerveket is. Ennek a közigazgatási garanciája a Védelmi Bizottság, melynek a helyi szintű közegészségügyi hatóság is része. A jelenlegi legfontosabb szintek a hőségriadó, klímaváltozással kapcsolatos teendők, a

szmogriadók, általában a levegőben lévő egészségre ártalmas szennyeződésekkel kapcsolatos teendők, ideértve az allergizáló tényezőket is. Úgy tűnik, hogy presztízs és pénzügyi okok miatt ez a terület (is) erősen csonkolásra került, amely tény az információ kezelésének nehezítő tényezője.

„Békeidőben” viszonylag kevés ponton van szükség a közegészségügyi hatóság személyes jelenlétére, ellenőrzésre. Ezek azok a természetes helyek, amelyek szabadidőeltöltés vagy egyéb emberi tevékenységet érintenek. (játsszótér, strand) Az élelmiszertermelésre használt talajnak és magának a tevékenységnek az ellenőrzése hagyományosan az állategészségügyi hatóság feladata. A két hatóság immáron mesterségesen felszított ellentéte illetve a dolog természetéből adódó érdekellentét (az a tárca ellenőríz, aki a főbb szennyezésért felelős) továbbra is fenn fogja tartani azt a jelenséget, hogy csakis akkor szerzünk tudomást valamilyen talajszennyeződésről, vagy élelmiszer/víz szennyeződésről, ha az ipari eredetű, látványos, vagy már emberi egészségkárosodást okozott.

Épített környezet

Az épített környezet kialakításakor elkészített hatástanulmány közegészségügyi szempontjai sajnos csak elvi lehetőségként szoktak érvényesülni. Jelenleg a már kialakított városkép erős korlátokat teremt a további közegészségügyi javításokra, ezért a közegészségügy részvétele csupán elméleti, egy-egy elvi engedélyezésnél a hatóság beavatkozása sokszor formális. Szerencsére a korábban városok közepén kialakított (vagy inkább körbeépített) ipari központok egyéb szempontok miatt megszűnnek. Ez a spontán változás, és a korábbi, a szocialista időszakban más hasonló országokra nem éppen jellemző közegészségügyi szemlélet hatása még látszik, de a jelenleg várostervezés nem vesz igénybe ilyen irányú szaktanácsadást. Egy-egy botránnyos eset, inkább a lakók felháborodását és a nyilvánosságot gerjesztve jut el csak a közegészségügyi szemlélet érvényesítéséhez (mélygarázs kialakítás stb.).

A jogi szabályozás tovább csonkította mindezt, hiszen a csak lakóépületek kialakításában megszűnt a szakhatósági véleményezés joga. Pedig a belső terekben sokféle kialakításbeli közegészségügyi vonatkozás lehet, mégis, bár ennek tudományos, elméleti hátterét már sokkal korábban megalapozták a közegészségügy elméleti szakemberei, ennek a hatósági munkában egyre kevesebb hatása van.

A különböző fizikai, kémiai, hatások a nap egy harmadában a munkahelyén érik az embert. Ennek a közvetlen ellenőrzése kikerült az egészségügyi hatóság hatásköréből, súlyos hiányt hagyva maga után. Ugyanakkor, a szintúgy metodikai szakértelmet igénylő szakhatósági véleményadás az új kialakításokhoz megmaradt, hiszen az OMMF nem rendelkezik, hatáskörrel, de ami, fontosabb, személyi feltételekkel sem ennek a feladatnak a végrehajtásához. Ennek hosszú távú következménye, sajnos, az lesz, hogy a szakhatósági véleményezések konkrét visszajelzések hiányában mechanikusak, rugalmatlanok lesznek.

Hulladék kezelés

Érinti mind a mesterséges, mind az épített környezetek, valamint a kémiai biztonságot, és létfontosságú lenne a részvételünk a hibák feltárásában, és kisküszöbölésében. Valójában a dolog egyre inkább senki földjévé válik.

Kémiai Biztonság

Mivel fentiek, és a további kiüresedőben lévő hatásköri jogszabályaink konkrét intézkedést nem tesznek lehetővé, sokszor ehhez a területhez nyúlunk, ha nem tudunk más kikényszerítő lehetőséget. Megítélésem szerint ez a terület még nem nyerte el a megfelelő helyet a tevékenységünkben, hiszen pontosan azokon a területeken vannak fehér foltok, amelyek a legnagyobb veszélyt hordozhatják. A riasztási és a hatósági tevékenység fejlesztésében az infrastrukturális háttér fejlesztése elengedhetetlen lenne.

Járványügy

A közegészségügy hagyományos része, melynek egy gyors reagálása, akár katasztrófa-helyzethez való alkalmazkodás, valamint egy állandó monitorizálási, jelentési rendszer az alapja. Klasszikusan a fertőző betegségekkel kapcsolatos tevékenység a legkörülírta, legkonkrétabb, legelvitathatatlanabb része, mégis, megmaradt különállónak (a közegészségügy és járványügy fogalomban). Nem hagyható ki semmilyen olyan kórkép terjedési módjának ellenőrzése, amely megbetegedéssel fenyegeti az embert. A fertőzések forrása egy igen jelentékeny csoportban a haszonállat, forrását hagyományosan az állategészségügy ellenőrzi, de az élelmiszer-higiéné terén az egyik főbb közvetítő, az élelmiszer, az étel, az általános közegészségügyi feltételek vizsgálata, a kéz, a személyi higiéné, a fertőtlenítés, a tárolási és ételkészítés higiénés feltételei, a hulladék-kezelés; ezek, közegészségügyi feltételek. Az esetleges étel eredetű fertőzés kivizsgálásának metódusában fontos tudni mindezt, illetve a prevenció intézkedések között szerepelni kell mindezeknek a szakhatósági és ellenőrző tevékenységben.

Higiéné

A legtágabban, és a legszűkebben is értelmezhetnénk. Erre a helyre mégis az kíváncsnak, ami a fentiekben nem kapott kellő hangsúlyt. Vannak az ember tevékenysége során olyan kiemelt helyek, melyekben fokozott veszélynek van kitéve vagy védtelenebb a szokásosnál. Ilyenek az iskolák, óvodák, szociális ellátó helyek, az étel, élelmiszer kiszolgáló helyek, a különböző közösségek által használt tartózkodási helyek, lakások. És ilyen az egészségügy, melyről később lesz szó.

Ebbe a sorba tartozik azonban a senki által nem szívesen felvállalt, nehezen kezelhető alapkövetelmény, hogy a fenti helyeken és úgy általában a környezetünkben milyennek kell lennie az embertársaink egészségét nem veszélyeztető, és szokványos életét negatívan nem befolyásoló személyi és tárgyi környezet higiénés viszonyainak. Erről szólnak azok a bejelentések, amelyeket végső elkeseredésként segítségkérésként ma is megkapunk, és már minden blöff intézkedést végig próbálva, egyre kevesebb hatékonysággal próbálunk orvosolni.

Következtetések

A közegészségügy riasztási időszakban vállalt szerepe: a döntéshozó közvetlen tanácsadója, a nem egész kistérséget vagy régiót érintő járvány (veszély) esetén: döntéshozó. Fontos szerep még, hogy kialakult katasztrófa vagy krízis helyzet esetén az egészségügyi háttér megteremtésében hatékonyabban tudunk fellépni, feltéve, ha igénybe is veszik a munkánkat.

A természetes és épített környezet szempontjából részben a jogszabályi háttér, részben a hatóság belső és külső készítetési hiányoznak. Ugyanakkor a különböző közterületi és lakóházbeli panaszok, bejelentések szaporodnak, amelyek részben a régi, elavult, „átbuherált” kialakításoknak, részben az új igénytelen lakásépítéseknek köszönhetőek. A hulladék kezelés

és kémiai biztonság területe nem kellően indokolt módon különül el az ember egészségét befolyásoló tényezőktől.

A szűkebb és tágabb értelemben vett higiéné ellenőrzése, mindenképpen a közegészségügytől elvárt követelmény, mégis vannak olyan törekvések, amelyek csak a nehezen értelmezhető, kellemetlen feladatokat kívánják beleérteni, és ez által azok orvoslása is lehetetlenné válik.

Szociális helyzet az életmód, iskolázottság, család

Helyzetértékelés

Életmód, szociális helyzet

Az életmód tekintetében meghatározó szerepe van az iskolázottságnak a szociális helyzetnek, és mindannak, amelyek az előző fejezetben szerepelnek. Egyáltalán, az, hogy milyen fontosnak tartjuk, azt hogy egészségesek vagyunk-e, milyen az egyéni felelősségvállalásunk ebben a kérdésben az jórészt a családtól, és valamelyest az oktatástól függ. Paradox módon azonban a család életmódbeli szokásait leginkább a gyermekeken keresztül, vagy a kisgyerekes anyán, várandós anyán keresztül lehet befolyásolni. Ezért az egészségnevelésnek legnagyobb jelentősége és hatékonysága a gyermekintézményekben van. A szociális helyzet és az iskolázottság befolyásolása társadalmi méretű mozgásokat igényel, nem szűkíthető le a közegészségügy feladatává, csupán azt vállalhatjuk fel, hogy az adott helyzeten belül próbáljuk pozitívan befolyásolni a lakosság egészség tudatos magatartását. Ezen a helyen a szenvedélybetegségek és káros magatartások mellőzését, helyes stressz kezelést, és a táplálkozásbeli eltéréseket kell feltétlenül megemlíteni. Ez lehet fő tárgya az egészségnevelésnek.

Egészségnevelés

Különös kettősség, hogy a feladat maga állami, kormányzati szintű lenne, a hálózat (védőnői, oktatási) pedig helyi önkormányzati tulajdonú, így a feladat adekvat körvonalazója nem egyezik a finanszírozó, munkáltató személyével. (ha a két vélemény között van eltérés, természetesen a közelebbi, nagyobb veszélyt vállaló munkáltató győz). Ennél is távolabbi a kapcsolat az oktatás felé, pedig kézenfekvő, hogy a sokat emlegetett egészség tudatos magatartás tananyagba való beépítése hatékonyabb lenne. Ugyanakkor még a személyi higiénés kérdések említése is csak a pedagógus személyes részvállalásától függ, a felelős hatóságot pedig idegenként utasítja el az iskolák többsége.

Abszolút skizofrén állapot, hogy az egészségügyi oktatás ellenőrzésének sincsen köze az egészségügyhöz, annyira, hogy akkreditálni lehet egészségügyi oktatást megfelelő egészségügy képzettség nélkül is. Azokon a helyeken, ahol a védőnő, vagy egyéb elhivatottságot érző és tapasztalt egészségnevelő tud részt venni az iskola munkájában, és az iskola vezetése is elfogadja ezt a tevékenységet, lehetőség nyílik akár személyes krízismegoldásra, tanácsadásra is. Ezek az apró, egymásra épülő jelenlétek az egészségmegőrzés, és egészséges életmódra nevelés alapjai. Mivel a legfontosabb a közvetítő hitelessége, fontos lenne, hogy először azokat a személyeket keressük meg, és segítsük munkájukat, akik már amúgy is végeznek ilyen feladatot. Csak a tudásanyag bővítésével, esetleg módszertani tréninggel, de semmiképpen sem kész programokkal kellene bombáznunk.

Következtetések

A tárgyi feltételek kialakításában nagyobb szerepet kellene adni a közegészségügyi, higiénés szempontoknak.

Az egészségnevelést a kistérségi szintre kell levinni, de a közegészségügyi hatóságon belül, megteremtve annak finansziális és jogszabályi alapját is. Fontos lenne érzékelni azt, hogy azok a helyi erők, akiknek már volt ilyen tevékenységük, jogosan érzik visszalépésnek, a külső szabályozást, mert ezt csak helyi szinten lehet kezelni. A kistérségnek viszont semmilyen támogató háttere nincs arra, hogy a helyi folyamatokat kézben tudja tartani.

Egészségügyi ellátás

Helyzetértékelés

Az arányokat tekintve is nagyon eltérő megítélések jellemzik, de szinte mindenki egyetért abban, hogy a másik három tényezőhöz képest nem olyan jelentős az egészségi állapot befolyásolásában, mint ahogyan azt a laikusok megítélik. Egy európai szintű egészségügyi ellátás, ha nem működik extrém rosszul, nem fogja a mérhető halálozási mutatókat feltűnően befolyásolni. Ám ha összehasonlítjuk azokkal az országokkal, ahol pl. az ayurvedikus orvoslás a hivatalosan elfogadott, és kórház-higiénéről még csak hallomásból sem tudnak, bizonyos technikák egyáltalán nem elérhetőek, nincsen járványügyi munka, ott az egészségügyi ellátás hiányosságai miatt számos életet veszítenek.

Természetesen, az evidenciákon alapuló medicinában is igen sokat lehet elérni egy-egy betegségcsoport akut ellátásának vagy akár rehabilitációjának megszervezésével, egy adequat technika protokollizált ellátásának utasításával (az orvosnak azt kell igazolnia, miért nem követte a kiadott algoritmust, nem begyűjteni a kontraindikációkat), de ez csak az adott betegségcsoportban már megbetegedettek túlélési viszonyait javítja, amely a populációsintű mortalitási adatokat csak csekély mértékben befolyásolja. Nyilván az infrastruktúra, a hatékony szervezés lényeges javulást hoz, vagy, inkább mutatja, hogy ezek hiánya komoly problémát okoz az egyén számára.

Egészségügyi igazgatás - Kórházhigéne:

Ez az egészségügyben alkalmazott eljárások megfelelőségének ellenőrzése tárgyi, személyi, szakmai, és higiénés szempontból. A tárgyi feltételek ellenőrzése arról szól, hogy, egyrészt megvannak-e szükséges szakmai feltételek, másrészt teljesülnek-e azok a járványügyi feltételek, amelyek minimalizálják a nozokomiális fertőzés veszélyét.

Igen csekély hatósági lehetőség van, kikényszeríteni mindezeket. A leghumánusabb lehetőségként adódna a kialakítás, engedélyezés folyamatába beleszólni. A rossz jogszabálykövetés, az ellátási érdekre való hivatkozás és a gyenge finansziális lehetőségek, változó körülmények, gyors pályázati határidők, és személyes presszió gyakran kész helyzet elé állít, az elkészült kialakítás láttán. A jogszabályok is időben folyton változóan, és gyakran szétválasztva adják meg a hatáskört ezekre a tevékenységekre (gyakran más az első fok az engedélyezésben illetve a közegészségügyi feltételekben) ez a szétválasztás a két, egymással nem feltétlenül beszélő hatósági szint egymás elleni kijátszásának lehetőségét is magában hordja.

Ellátásszervezés:

Mivel az egészségügyi ellátások nagy részét OEP finanszírozott, önkormányzati, vagy túlsúlyal önkormányzati tulajdonú ellátók végzik, valahogy átcúszott ezeknek a

szabályozása az OEP-re, időnként a minisztérium is magához veszi. Ez lehetőséget biztosít egy-egy szakterület rendeletszerűen való szabályozására, pl. stroke, akut kardiovaszkuláris ügyelet, baleseti ellátás, ugyanakkor teljesen kiveszi a valódi hatóság irányító szerepét és átteszi ezt egy quázi-hatóság kezébe.

Az országos ellátás ugyanakkor igen lomhán szerveződik, nem alkalmazkodik az aktuális igényekhez, hacsak a felsőbb körökben sikeresen lobbizókat nem tekintjük ennek. Azok az információk, melyek visszajelzést jelentenének, nem jutnak el a szervezéshez, az nem is rendelkezik azzal a tudásanyaggal, amivel valóban működő-képesen tudná szabályozni.

A megfelelő információkat még mindig az ÁNTSz hálózatán szedik be, sokszor szakszerűtlenül feltett kérdésekkel, mindenképpen irreálisan megszabott határidőkkel, így aztán a kapott adatok is megfelelő torzítással érkeznek. Mivel a spontán kiskapukeresés, találás művelete mögött jó rutinnak rendelkezik az ország nagy része, a centralizáló törekvések komoly ellenállásba ütköznek, ha azt a szakmai és finanszírozási érdekek kívánják, illetve engedik.

A legfőbb irányító a pénz, tehát az OEP finanszírozás hatóságként működik, szemben a gyenge, vagy inkább gyengített valódi hatósággal szemben. A gyors reagálás biztos alapja az, hogy az ügyelet szervezése régiós szinten megoldható legyen. Nem elhanyagolható, specifikusan magyar probléma, hogy az ellátáshoz kialakított infrastrukturális háttér meglétének, illetve a bejelentett személyi és egyéb feltétel hiányának következmény nélküli tudomásulvétele.

Szakmai felügyelet:

A több biztosítós rendszer létrehozása kapcsán, vagy inkább ürügyén létrejött egy olyan hatóság, a Biztosítás Felügyelet, amely az OEP finanszírozott intézmények felett rendelkezik minden fenti és még egyéb körben körbeírt hatósági jogkörrel, de fentiekkel szemben pontos szankcionálási lehetőséggel is, tehát komoly kikényszerítő ereje van. (eredetileg a biztosítók működését lett volna hivatott ellenőrizni) Az OEP szerződéssel nem rendelkező ellátókkal azonban csak nagyon gyenge kikényszerítő ereje van az ÁNTSz-nek. Az utóbbi rendelkezik viszont, szakemberi gárdával, mennyiségben és minőségben megfelelő apparátussal.

Az ÁNTSz-hez tartozik, bár ösztönösen autonómiára törekszik a Szakfelügyelet, amely a saját adatkéréseken első-, másod-, harmadfok meglétén keresztül, háttérbe szorítja a valódi tisztiorvosi szolgálatot, amely a végső döntést lenne hivatott kiadni. Ilyen módon úgy tűnik, (lassan igaz is lesz), hogy az apparátusra már nincs is szükség, hiszen csak a folyamatokat lassítja. A szakfelügyelet önjáró módon foglal állást komoly munkát jelentő ellenőrzési metódusokban, melyeket, ha végrehajtnak is, valószínűleg nem követ semmilyen intézkedés. Mivel a szakmai kollégiumok dolgozzák ki a szakmai protokollokat, a bonyolult ellenőrzési módszer újbóli létrehozása nem is látszik túlságosan szükségesnek.

A szakfelügyelők önállósága miatt, illetve a (nagy tisztelet a kivételnek) határidők nem betartása, a nem a konkrét kérdés megválaszolásából fakadó nehézségek, valamint a nem komplex jogi gondolkodásuk miatt inkább ellenérzést és nem együttműködést váltanak ki az apparátus dolgozóiból. Gyakran fordul elő az a szituáció, amikor az illetékes szakfelügyelő nem hajlandó kommunikálni a megfelelő ügyben és konzultánsként részt venni az ügy megoldásában a tisztifőorvossal, de elvárja, hogy az apparátus a rendelkezésre álló kapcsolatain és szűkös anyagi lehetőségeivel szedje be az adatokat a területről. Eredmény, a tényleges kapcsolat rövid idő alatt formálissá válik, bármikor szétszakítható, lényegében szükségtelen. Slussz poénként a Biztosítás Felügyelet, az ÁNTSz-től kér szakvéleményt, meghatározva, hogy vegye a szakfelügyelőt igénybe, és a köztes véleményt, ne a végső, saját összegzését adja át számára.

Következtetések

A magyar egészségügyi ellátás alulszervezett, és a sok hatóság közötti egyedi lobby-érdekek miatt egyre inkább az. A centralizált „kézivezérlés” képes arra, hogy az ellátás egy-egy mozzanatát látványosan hatékonyra tegye, eredményes, jól publikálható halálozási mutatókkal is, de nem is veszi észre, hogy ez csak azért ilyen látványos, mert az általános alulszervezettségben és megosztottságban végre sikerült egy kórkép számára járható ösvényt vágni. Szükséges lenne, hogy minden kórkép vonatkozásában meg lehessen teremteni a szakmai monitorizálást, a hatékonyság ellenőrzését, annak kikerülésével, hogy az ellátók a megfelelő finanszírozás érdekében áladatokat közöljenek, vagy ennek megfelelően „válogassanak”

A rendszer „darabolása” oda vezet, hogy követhetetlen, irányíthatatlan hajtások nőnek ki. Lehet, hogy később, a piaci viszonyok, de nem a valós igények és népegészségügyi szempontok hatására, ezeknek a vadhajtásoknak egy része el fog halni, de ez a lehető legkölségesebb, legnagyobb veszteséggel járó formája a fejlődésnek. A szakmai ellenőrzés is feldarabolódott, erősen keveredett a finanszírozási rendszerrel, utóbbi egyértelműen befolyásolja az előbbit.

Mivel a magyar egészségügy régen túl van azon a korszakon, amelyben még a fertőző betegségek, és az akut ellátás hiánya komoly életév veszteséget okoz, nem az egészségügyi ellátás javítása a fő csapásirány a mortalitási arányok javításában. A szinten tartás, a iatrogénia, az esélyegyenlőség terén azonban nagy szerepe lenne egy objektív, protektív jellegű ellenőrzésnek.

Joghézag, a hatóság tapasztalatának és sokszor hozzáértésének hiányossága, de főleg nagyfokú rugalmatlansága eredményeként a különböző egészségügyi vagy álegészségügyi vállalkozások gombamód szaporodnak. Ezek nem törődnek a hatóság szakmakód rendszerbe és/vagy szakfelügyeleti rendszerbe, élelmiszer/táplálékkiegészítő/gyógyszer/kozmetikum kategóriákban való gondolkodásával, hanem a „tisztá, egyetlen gyógyító igazság” hirdetésével hódítják el a betegeket az ellenőrzött, szakmai evidenciákon, de legalábbis ellenőrzött személyi, képzési, tárgyi minimumfeltételeken alapuló medicinától.

Mi is a közegészségügy ?

A népesség egészségi állapotának felmérése, nyomon követése befolyásolása. A demográfiai, epidemiológiai elemzések, és a belőlük levont következtetések alapuljanak pontos szakmai elveken. Az ezekre épülő hatástanulmányok teremtik meg a közegészségügyi szempontok érvényesülését a társadalom minden területén.

A szakmailag elfogadható egészség felmérés – betegség szűrések, melyek után további vizsgálathoz vagy ellátáshoz juttatjuk a kiszűrteket, fontos része lehet ennek a munkának, bár nem ez a lényege. Nem elhanyagolható hozománya azonban a szűrésekkel járó társadalmi elismertséghez való hozzáférés sem.

Kémiai, vagy járvány veszélyben és másodlagosan ilyen állapotokhoz vezető krízis helyzetekben a helyi vagy regionális (országos) közigazgatási team elsődleges szakmai tanácsadójaként, az egészségügyi ellátás gazdaságos és hatékony szervezőjeként kell fellépni, mintegy kiszolgálva a központi intézkedőt. Ennek letéteményese a jelenlegi ÁNTSZ apparátus, ügyeleti és riasztási rendszer.

Az épített és természetes környezet tekintetében prevencióként, a szakhatósági véleményezésben a jogszabályi változások, belső szakmai válság miatt a szakhatósági véleményezés sokszor formálissá vált, szükséges ez irányban a jogszabályok konkretizálása, és a szakember gárda képzése, továbbképzése a régi értékek megmentésével. A különböző,

régen is külön nevesített, és újonnan jelentkező témák, mint a hulladék kezelés és a kémiai biztonság kérdése teljesen önállóan futnak, holott egy keretjogszabály, vagy módszertani levél módján be kellene építeni a prevenció tevékenységbe.

A klasszikus járványügyi tevékenység akár a fertőzések, akár az oltási rendszer monitorizálása. Járvány veszélye, vagy már bekövetkezettnek a kivizsgálása esetén az elsődleges hatóság a közegészségügyi, ezért rendelkeznie kell minden olyan információval, és hatáskörrel, amely segítségével megakadályozhatja a járvány továbbterjedését, illetve biztosíthatja a már megbetegedettek ellátását. Mindezek alapján a járványok kialakulásának kérdése, a fertőzés tekintetében legalább a terjedési mód és a fertőzés által érintett emberek, azok fogékonyágbeli státusza feltétlenül megismerendő.

A járványügy azonban nemcsak a baj elhárítása, hanem a prevenció is, tehát, járvány (veszély) nélkül is ezeket ellenőrizni és eltérés esetén befolyásolni kell. Ez a szűkebben, de akár tágabban értelmezett higiéné, melynek kritikus pontjai mindazon helyek, ahol közösségek, emberek, laknak, tartózkodnak, dolgoznak, étkeznek, tisztálkodnak stb. Sajnos, amúgy is hiányos jogszabályi háttér megdőlni látszik. Mindenesetre, akárhogy értelmezzük, higiéné csak egyfajta van az üzleti vállalkozásokban és a magánéletben is, hiszen a járványos betegségek ugyanúgy figyelmen kívül hagyják az összes társadalmi határt és hovatartozást.

Az egészségnevelés terén mind az oktatásban, mind a családban, mind kisebb nagyobb közösségekben helyi szinten kell jelen lennünk, ehhez elméleti, információs, jogszabályi és pénzügyi támogatást kellene adni a kistérségi ÁNTSZ-eknek, hogy szakmailag megfelelően és hatékonyan tudjanak beavatkozni, ráépülni a már kialakult folyamatokra.

Az egészségügyi ellátórendszer higiéniai, képzési, személyi, tárgyi feltételeinek a tevékenységhez alkalmazott kialakítása és annak monitorizálása szükséges, ideértve a szakmailag nem megfelelő ellátók radikális kizárását. Nagyon fontos, hogy konkrét, rövid és hosszú távú beavatkozási lehetősége legyen a közegészségügyi hatóságnak, melynek szigorúan szakmai alapokon és hatástanulmányokon kell nyugodnia.

Mindebből látható, hogy a közegészségügyi tevékenység elsősorban protektív, és másodsorban szankcionáló, kikényszerítő hatású munka, mely mögött a preventív medicina és vele határos egyéb interdiszciplináris tudományág eredményein alapuló, másoktól független tudományos team áll. Függetlenül kell működnie minden aktuális politikai és egyéb nem szakmai befolyástól, hiszen prevenció tevékenysége az eljövendő nemzedékre is kihat. Bár a végrehajtó tevékenység subsidiaritást igényel, az irányok megadása, azok jelentősége miatt, mégis nemzeti, vagy nemzetközi szintű. Az apparátusnak rendelkeznie kell egy olyan gyors reagálási rendszerrel, melyben katonai pontossággal riasztható, és megfelelő szinteken ütőképes, hatáskörrel és alkalmas tudásszinttel rendelkező szakemberek tudják a helyzetnek megfelelően segíteni egy fenyegető vagy kialakult katasztrófahelyzet vagy havaria esetén az emberek életének megmentését, és a további veszélyek kialakulását.

IRODALOM:

1. *Kertai P.*: Megelőző orvostan. A népegészségügy elméleti alapjai
2. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999.
3. *Ádány Róza* (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.
4. *Ádány Róza*: A daganatos betegségekkel szembeni genetikai fogékonyság népegészségügyi megközelítésben. Magyar Tudomány, 2005 8 981-988
5. *V.Hajdú Piroška, Boján F*: A családi állapot szerepe az idő előtti halandóság alakulásában. Lege Artis Medicinae, 1994. 4(6). 530-535.
6. *Ember .I.* (szerk.): Népegészségügyi orvostan
7. Dialóg Campus Könyvkiadó, Budapest, 2007.
8. *Ember I.* (szerk.): Környezet-egészségtan. Dialóg Campus Könyvkiadó, Budapest, 2007.
9. *Klinger: A.* (szerk.): Demográfia. KSH, Budapest, 1996
10. *Józan P.*: A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980-1983.
11. Demográfia, 1986. 29: 193-240.

ARANKA KOVÁCS MD

18. Nagyfuváros str. Budapest, H-1084

Phone: (36-1)-313-9894, Fax: (36-1)-313-9894

e-mail: goldie19@t-online.hu;

Public health by the eye of a professional working in the practice

Abstract: The application analyses the current Hungarian public health situation mainly through an examination of the official and activity aspects of the public health authority. This paper will try to define the term 'public health', and areas of expertise of public health by review of deficiencies and strengths of the current status. The structure of application is based on the public health official activity considering the results of scientific research to be incorporated in the future.

Keywords: public health, official activities, epidemiology, natural environment, built environment, chemical safety, hygiene, promotion of health education

BÍRÁLATOK ÉS VÉLEMÉNYEK A PÁLYÁZATOKRÓL

„A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” című pályázatokról

1. bíráló

AMBERGER ERZSÉBET

ÁNTSZ Sopron-Fertődi Kistérségi Intézete

Összefoglalás: Az Egészségtudomány LIII. Évfolyam, 2009. 1. számában dr. Ócsai Lajos felvetésére a MHT a „közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” című pályázatot hirdetett.

A pályaművek bírálata kapcsán foglalkoztam a fogalom tisztázásának kérdésével és magával a lehetséges fogalommal.

Ráműtöttem arra, hogy mára a közegészségügy az állami feladat rendszerben sokszereplőssé vált, ezért elveszik az állam felelőssége az ember egészségével közvetlenül összefüggő közegészségügyi kérdésekben.

A közegészségügy fogalmát konszenzus alapján kell meghatározni.

Kulcs szavak: közegészségügy fogalma, állami feladat rendszer, állami felelősség

Egészségtudomány 53/4 46-51 (2009)

Közlésre érkezett: 2009. október 9-én

Elfogadva: 2009. október 12-én

Dr. AMBERGER ERZSÉBET

kistérségi tisztifőorvos

400 Sopron Fő tér 5

tel: 99-338-937

e-mail: amberger.erzsabet@nydr.antsz.hu

Tisztelt Elnök Asszony!

Áttanulmányoztam a MHT által kiírt; „A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” című pályázatra beérkezett és megküldött munkákat.

Szomorúsággal tölt el, hogy mindössze 3 pályamű érkezett. Igazán egyiknek sem sikerült, a mai kor szelleméhez igazítottan, eredetinek, újszerűnek mondható módon definiálni a közegészségügy fogalmát. Mindez nem von le semmit az érdemeikből, hogy igenis vették a fáradságot, hogy a kérdéssel foglalkozzanak, hogy pályázatot írjanak, hogy a témát igen alaposan elemezzék, ami egyértelmű bizonyítéka annak, hogy számukra igen fontos a kérdés. Ezért mind hármójuknak köszönetet kell mondanunk.

Úgy gondolom, hogy az Egészségtudomány, LIII. Évfolyam, 2009. 1. sz.-ban dr. Ócsai Lajos a „Fogalmak az ÁNTSZ mindennapi tevékenységében” című írásában nem kért mást, mint a „közegészségügy” fogalmának meghatározását, illetve a fogalom pontosítását. Egyik indok, hogy „... a szolgálaton belül is eltérő értelmezések alapján születnek döntések az államigazgatási eljárások keretein belül. A szolgálat külső megítélését tovább ronthatja a nem egységes jogalkalmazás.”

Ócsai dr. írásának kulcsszavai között azonban megjelenik a „népegészségügy”, majd szöveg szinten a „megelőző orvostan”, sőt az „új népegészségügy” fogalma is. Tehát amikor vesszük a fáradságot megkísérelni a rendrakást, akkor e fogalmak érintésével fókuszálni, magára a közegészségügyre kell. A pályázók ugyan érzékelték ezt, foglalkoztak is vele, szakirodalmi forrásokat jelöltek meg, utaltak a nemzetközi fogalomhasználatokra, de a közegészségügy fogalmát meggyőzően meghatározni nem sikerült.

Hazánkban, a mindennapi gyakorlatban a használt fogalmak közül leginkább a „közegészségügy”, és „népegészségügy” kifejezéseket vagyunk hajlamosak összemosni, pedig biztos vagyok abban, hogy tudatunk gondolati szinten ezeket a fogalmakat, kifejezéseket külön-külön jól kezeli, vagyis mindkét szó jól fejezi ki azt a fogalomkört, amire ténylegesen való.

A MHT-nak az esszé pályázatban, a közegészségügy fogalmának definiálására irányuló szándéka tiszteletre méltó, de talán előbbre jutunk, ha az alábbi kérdésekre is választ keresünk:

Miért jutottunk oda, hogy a kérdést fel kell tenni?

Elegendő indok-e a szóba jöhető fogalmak nem megfelelő használata egy több mint 200 éves gyakorlatnak, a közegészségügynek a definiálására vagy újra definiálására?

Leszűkíthető-e e fogalom egy szervezet tevékenységére?

Ez a mód a „közegészségügy” fogalmának meghatározására? Mi is lehet a definíció?

Nem arról van-e szó, hogy a közegészségügy művelése multiszektoriálissá vált, de az ember egészsége szektor semleges, amely e tevékenységek feltétlen összhangját kívánja. Ki a mára sokszereplős közegészségügyben az a szerv, amely ezt az állami felelőséget viseli?

A „Cow & Chicken” jeligés pályázó (Nagy Csilla és Juhász Attila. Szerk.) pályázatának címe: „Tempora mutantur...et nos mutamur in illis?”, vagyis „Az idők változnak, s változunk mi is velük.” jól érzékelteti ennek a felvetésnek a jogosságát. Azt is gondolom, hogy emberi kötelességünk megemlékezni nagy elődeinkről, akik örökségének köszönhetjük, a magyar közegészségügy nemzetközileg is elfogadott dicső múltját, a közegészségügy általunk is megélt több évtizedes magas presztízsét, de e feladat; vagyis a közegészségügy fogalmának definiálása során a kezelhető múltig nyúljunk vissza, hiszen a megoldást elsősorban ennek ismeretében kell megtalálnunk.

1991-ben a Tisztiorvosi Törvény megszületésekor a tisztiorvosi kar számára legnagyobb kihívást a hagyományos közegészségügytől a népegészségügy felé vezető út megtalálása jelentette. A törvény kellő nyomatékkel érzékeltette, hogy a közegészségügy a népegészségügyi tevékenység része, tehát a népegészségügyi tevékenység komplexebb, tartalmában több mint közegészségügy.

1992-ben konszenzus alapján született meg a „népegészségügy” magyarországi definíciója, amelyet egyik pályázó sem említ, de valamilyen formában tartalmilag érint, ami nem más, mint:

„A népegészségügy multidiszciplináris és interszektoriális szemlélet és gyakorlat. Célja a népesség egészségének elősegítése, a betegségek megelőzése, az emberhez méltó élet meghosszabbítása. Mindezt a társadalom szervezett erőfeszítéseivel, anyagi és szellemi erőforrásainak és az egyéni kezdeményezések mobilizálásával és hatékony felhasználásával valósítja meg. A népegészségügy a közösségben keletkező aktuális egészségügyi problémákra törekszik választ adni. A népegészségtan a népegészségügy alapját képező tudomány.”

Ebben a definícióban a népegészség gyakorlata; a népegészségügy hangsúlyos.

A „közegészség” vonatkozásában szakmánk jeles képviselőinek általunk is forgatott tankönyveiben (1960 – Bakács Tibor és Jeney Endre, 1975 – Fodor Ferenc és Vedres István, 1982 – Kertai Pál, 1999 – Kertai Pál /Megelőző orvostan/) inkább a közegészségtan, mint elmélet van definiálva, és érintőlegesen a közegészségügy fogalma, igaz, nem konszenzus szintjén.

Úgy gondolom, hogy ezt a „hiányt” kellene pótolni, (ha egyáltalán hiánynak kell mondani) aminek azonban az esszépályázatban is megnyilvánuló véleményalkotás, csak az előkészítő fázisa lehet.

A közegészségtan - az általam említett tankönyvi források szerint - azokat a törvényszerűségeket, szabályszerűségeket igyekszik feltárni, megismerni, célszerűen rendszerezni és felhasználni, amelyek kulcsot jelentenek az emberi szervezet biológiai követelményeihez igazodó optimális környezeti feltételek meghatározásához, amelyek aztán higiénés (közegészségügyi) normatívákban összegződnek és a közegészségügy társadalmi és állami rendszerében valósulnak meg, a társadalmi berendezkedéstől függően különböző módon és mértékben.

Igen fontos tankönyvi üzenet olvasható a Fodor Ferenc és Vedres István által szerkesztett, 1975-ben kiadott tankönyv 22. oldalán, ami szerint „A feladatok egy része (a környezet egészségkárosító tényezőinek feltárása, a közegészségügyi-, járványügyi követelmények meghatározása stb.) közvetlenül az egészségügyi szaktevékenységet ellátó intézményrendszer speciális szakmai munkáját igényli. A feladatok más része (a közegészségügyi követelmények megvalósítása) egyéb népgazdasági ágazatok és az egész társadalom célszerű, tervszerű és összehangolt munkájának eredményeként valósulhat csak meg.” Azt is mondhatnánk akár, hogy vannak olyan feladatok, amelyeket az állami munkamegosztásban más végez.

Egy másnak szóló tankönyvi üzenet pedig, az 1982-es Kertai tankönyv 16 oldalán olvasható: „A közegészségügyi gyakorlatot valamennyi fejlett országban a közegészségügyi szervek és hatóságok szervezett keretek között, jogszabályokban rögzített előírások szerint végzik.

„Hazánkban a közegészségügy és járványügy feladatainak gyakorlati megvalósításáért az egészségügyi miniszter felelős, aki ezt a tevékenységet a közegészségügyi és járványügyi szakhálózat szervei ... útján gyakorolja.”

A közegészségügyi feladatok ellátása tehát egy centralizált közegészségügyi közigazgatás keretében valósult meg.

Ez volt a közelmúltig kialakult és megszokott gyakorlat hazánkban, annak minden, vállalható és vállalhatatlan felelősségével együtt.

A széles skálán mozgó közegészségügyi szakkérdések az idők folyamán azonban, szakmai szervezetünk tevékenységének is köszönhetően, beépültek más népgazdasági ágazatok szabályai közé, nem igényelve többé a speciális szakmai szervezet munkáját. Ha ez nem így történt volna, a szakmai munkánk eredménye és értelme lenne megkérdőjelezhető, arról nem is beszélve, hogy nincs bizonyítékunk arra, hogy mindez kevésbé hatékony lenne az egyén vagy a populáció szempontjából.

Ez is indokolja, hogy a „közegészségügy” sematikus fogalmát; mi szerint a közegészségügy nem más, mint a közegészségtan gyakorlati megvalósulása, az élethez igazítsuk és definiáljuk.

A közegészségügy fogalmát megítélésem szerint nem az zavarja, hogy különböző jogszabályok „közegészségügyi követelmény”, „közegészségügyi előírások”, vagy „közegészségügyi ellenőrzések” szófordulatokkal élnek. A lényeg az, hogy „közegészségügyről” szólnak, amibe beletartoznak a 11. Tv. 1.§. /1/-ben felsorolt szakmai területek; a környezet- és település-, az ételmezés- és táplálkozás-, a gyermek-és ifjúság-, illetőleg a sugáregészségügy, kémiai biztonság.

Valljuk be; zavart az okoz, hogy olyan új kompetens hatóságok léptek a közegészségügy színpadára, akik az ételmezebiztonság és munkaegészségügy égisze alatt azokat a tradicionális közegészségügyi feladatokat is jogszerűen gyakorolják, vagy gyakorolni akarják, amelyek már közvetlenül az ember egészségével kapcsolatosak.

1951-től 1991-ig szervezetünk elnevezése pontosan arról szólt, amit az állami feladatrendszerben ráosztottak; a közegészségügyi előírások meglétének vizsgálatáról és érvényesítéséről, valljuk be nem egyszer elvéve vagy átfedve más, kompetensebb hatóság feladatkörébe jobban illő tevékenységet. Ne gondoljunk másra, mint pl. a szakosított szarvasmarha telepek higiénés felügyeletére.

Ez a közegészségügyi tevékenység főleg fizikai, technológiai és csak áttételesen humán biológiai szemlélet mentén folyt, az akkori társadalmi szükséglet szerint erősen közigazgatási aspektusból.

Az 1991. évi XI. Törvény címében szervezetünk elnevezése még mindig utal, - természetesen az új stratégiához igazítva - arra a feladatra, amire létrehozták. A közegészségügyi + járványügyi + egészségvédelmi = népegészségügyi feladatokra, hozzáteve az egészségügyi ellátás felügyeletét.

Időközben a rólunk szóló törvény címe: „az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről” lett, nem korrelálva a szolgálat elnevezésével. Ez azt a látszatot keltheti, hogy tevékenységünkben nincs meghatározó ereje azoknak a fogalmaknak, amelyeket definiáltunk vagy definiálni akarunk; vagyis sem a közegészségügynek, sem a népegészségügynek.

A hangsúly sajnos a ránk vonatkozó törvényben nem az „ember” egészségének védelmére helyeződik, hanem egy közigazgatási feladatra, háttérbe szorítva tevékenységünk máig felülírhatatlan érdemét, hogy az ember (-ek) érdekében történik.

Ezért dicsérendő és fontos, hogy a MHT kísérletet tett első körben, hogy valaki (-kik) meghatározza (-zák) a „közegészségügy” mai fogalmát. Ez szerintem, ahogy korábban már utaltam rá, nem sikerült, mert a pályázatok főleg azt részletezik, elemzik, mi minden tartozhat a közegészségügy tevékenységi körébe és konklúzióként csak kísérletet tesznek a definícióra.

A szándékot fenn kell tartani, és a kérdésben a szakmának konszenzusra kell jutni és röviden, világosan definiálni; mi a közegészségügy.

Ha a MHT változatlanul fenntartja szándékát a közegészségügy fogalmának definiálására, azt én a MHT vezetőségi tagjaként úgy képzelném, hogy gyűjtsük be a „definíció tervezeteket” és egy konszenzus konferencián jussunk e kérdésben konszenzusra. (Az orvostudományi társaságok életében ez ismert gyakorlat) Ez akár lehet a jövő évi őszi konferenciánk is.

A pályázatokban fellelhető definíciók legyenek az elsők, amennyiben a MHT Elnöksége egyetért a javaslatommal:

Jelige: „Mens sana in corpore sano” (Sujbert László. Szerk)

„A közegészségügy (public health)... az egészségtudomány gyakorlati intézkedéseinek, tevékenységeinek összessége.”

Jelige: „Goldie”(Kovács Aranka. Szerk.)

„Az egészségügyi ellátórendszer higiéniai, képzési, személyi, tárgyi feltételeinek a tevékenységhez alkalmazott kialakítása és annak monitorizálása...”

Jelige: „Cow & Chicken”

nincs fogalom, de szerintem ez felel meg leginkább a megjelölt szempontoknak, kár, hogy a pályázó nem kísérelte meg meghatározni a fogalmat, illetve a végén pálcát tört a népegészségügy mellett.

Javaslatom komolyságát szeretném azzal nyomatékosá tenni, hogy a következő tervezetet magam javaslom, annak előrebocsátásával, hogy a ma nemzetközileg elfogadott elővigyázatossági elv-et legjobban és legmarkánsabban a mi szakmai szervezetünk tudná képviselni, ami emlékeztet bennünket arra az időre, amikor a rólunk szóló jogszabályba – nagyon helyesen – belefoglalták, hogy:

„Ha az észlelt közegészségügyi-járványügyi körülmény súlyos vagy tömeges egészségromlást okozhat, a Felügyelet szerve ennek elhárítása érdekében megteheti mindazokat az intézkedéseket, amelyek az egészségtudomány szerint az adott esetben a közegészségügyi-járványügyi veszély elhárítása érdekében szükségesek.” Ezt akkor nem nevezte senki elővigyázatossági elvnek, pedig az volt. Ma csak azt tehetjük meg, amit jogszabály konkrétan a hatáskörünkbe utal.

4. dr. Amberger Erzsébet:

A közegészségügy a megelőző (preventív) és az elővigyázatossági elv szerint végzett multiszektoriális tevékenységek összessége.

Feladata az emberre, a lakosságra ható természetes és technológiai környezet elemeinek vizsgálata (kontrollja),

a károsan ható környezeti elemek kockázatainak azonosítása, becslése, hatásának gyakorlati

intézkedésekkel történő minimalizálása, és kommunikációja.

A tevékenység koordinálója, az ember egészségét (közvetlenül ?) érintő kérdésekben az egészségügyi hatóság.

ERZSÉBET AMBERGER
Chief Medical Officer of Sopron

H-9400 Sopron Fő tér 5

tel: 36-99-338-937

e-mail: amberger.erszebet@nydr.antsz.hu

Abstract: Based on an idea by Dr. Lajos Ócsay the journal entitled Egészségtudomány (Health Science) (Volume LIII, No.1, 2009) invited applications on "the uniform definition of the concept of public health". While reviewing the applications I dealt with the issue of clarifying the concept and also with the possible concept itself.

In my review it has been pointed out that public health as such has become a multi-stakeholder issue in the state task system as a result of which state responsibility disappears in the public health issues interconnected to man's health.

The concept of public health should be defined on consensus.

Keywords: concept of public health, state task system, state responsibility

BÍRÁLATOK ÉS VÉLEMÉNYEK A PÁLYÁZATOKRÓL

„A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” című pályázatokról

2. bírálat

PROF. BERENCSI GYÖRGY

Országos Epidemiológiai Központ

Összefoglalás: A pályázatok a közegészségügyet hazai előzményei alapján definiálták. Szükséges a globális fejlődésnek és a bekövetkező változásoknak megfelelő fogalom. Javaslat: Köz- vagy népegészségügy helyett. megelőző egészségtudomány és irányítás. A környezetszennyezéssel kapcsolatos döntéseket az új, korszerűsített közegészségügynek kellene meghozni.

Kulcsszavak: globális problémák , új fogalom, korszerűsített közegészségügy

Egészségtudomány 54/4 52-54 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. október 2-án
Elfogadva: 2009. október 12-én

Prof. BERENCSI GYÖRGY
Országos Epidemiológiai Központ
1097 Budapest Gyáli u 2-6
tel: 1-476-1265
e-mail: berencsi.gyorgy@oek.antsz.hu

Igen tisztelt MHT Vezetőség

Goldie (Kovács Aranka. Szerk) pályázata a közegészségügy több problémáját analizálja. Diszkutálja a genetikus anyag, a környezeti hatások, a szociális körülmények (életvitel, nevelés, és család), és az egészségügyi szolgálat szerepét.

„Tempora mutantur et nos mutamur in illis” (Nagy Csilla és Juhász Attila. Szerk) a következő munka mottója. Ez igen találó mondat a Szolgálat működésének a jellemzésére. A csatolt táblázat pedig összegzi a szakma régebbi magyar személyiségeit.

A „mens sana in corpore sano”(Sujbert László. Szerk.) című esszé kiváló történeti összefoglalója a magyar közegészségügyi/népegészségügyi szabályozás és gyakorlat fejlődésének.

Mindegyik esszé a közegészségügy fogalmát annak hazai előzményei alapján kívánta definiálni. Véleményem szerint szükséges lenne a globális fejlődésnek és a bekövetkező változásoknak megfelelő fogalom meghatározást alkotni.

Olyan fogalom meghatározásra van szükség, amelyik magába foglalja:

- a globális problémák kihatásait az egészségre a környezetre és egészségügyre;
- az új helyzetet, ami az Európai Unióba történő belépés eredményezett;
- a tudományos technikai fejlődés által megnyitott lehetőségeket az egészség nyomonkövetéses vizsgálata és betegség megelőzés szempontjából;
- a globális felmelegedés helyi következményeit pl. az ivóvízhiány; talajszennyeződés, stb.
- a várható átlagos életkor következtében fellépő megnyújtott káros hatások jelentőségét;
- a tömegméretüvé vált repülés következtében fellépő fokozott sugárterhelést;
- az általános és középiskolai valamint a pedagógusképzés egészségneveléssel kapcsolatos és egészségmegőrzéssel kapcsolatos tananyagainak a kialakítását.

A környezetszennyezéssel kapcsolatos döntéseket nem a civil szervezeteknek és a helyi önkormányzatoknak kellene meghozni, hanem az új, korszerűsített közegészségügynek;

Ha nekem kellene új fogalom meghatározást alkotni, Kertai professzor úr megfogalmazását módosítanám: „Köz- vagy Népegészségügy” helyett „Megelőző egészségügy és irányítás” lenne a javaslatom a. A „Köz- vagy Népegészségtan helyett pedig a „Megelőző egészségügy”, amely Kertai Pál könyvében szerepel.

Véleményem szerint ha ma választunk definíciót a megelőző élettudományok számára, akkor ennek előremutatónak, a globális felmelegedés, az informatika és a modern élet problémáinak a lefedésére is alkalmasnak kell lennie.

Felhívom a figyelmet a „Health Protection Agency” alapító szövegére:

„The Health Protection Agency is an independent UK organisation that was set up by the government in 2003 to protect the public from threats to their health from infectious diseases and environmental hazards. It does this by providing advice and information to the general public, to health professionals such as doctors and nurses, and to national and local governments.”

Prof. GYÖRGY BERENCSI
National Center for Epidemiology

1097 Budapest Gyáli u 2-6

Phone: 36-1-476-1265

e-mail: berencsi.gyorgy@oek.antsz.hu

Abstract: The new definition should cover new problems of long term and short term health protection including the contemporary methodology of prevention.

„Goldie” has analysed several problems of public health. The role of genetic material, environmental traits, social circumstances (life style, education and family), health service are discussed.

The motto of the second work is „Tempora mutantur et nos mutamur in illis”. This is an excellent sentence. The many attachments and the table enclosed summarise the past Hungarian personalities of the profession.

The work entitled „mens sana in corpore sano” is an excellent historical summary of the development of the Hungarian public health regulations and practice.

Key words: global problems, new definition, modernized public health

KÖZLEMÉNYEK A KÖZEGÉSZSÉGÜGY FOGALMÁRÓL – JELEN ÉS MÚLT

A közösség egészsége – a múlt és a hogyan tovább

PROF BÍRÓ GYÖRGY

Összefoglalás: A szerző a higiéné magyarországi tankönyveinek anyagát felhasználva mutatja be, hogyan változott a szakterület elnevezése, hogyan formálódott és alakult a befogadott témakör. Hangsúlyozza a higiéné szoros szociális kapcsolatát, amelynek következtében a társadalomban lezajló változások hatnak a higiénére is, olyannyira, hogy az elmúlt század utolsó éveitől kezdődően már következetesen „népegészségtan”, „népegészségügyi orvostan”, „megelőző orvostan” kifejezést használnak. Ennek feladatkörében változatlanul megjelennek a higiéné kialakulása során akvirált elemek (környezet-, település-, munka-, foglalkozás-, táplálkozás-, élelmezéshigiéné, gyermek- és ifjúság higiéné, személyi higiéné, epidemiológia), de fokozott hangsúlyt kap a társadalom-egészségtan, a prevenciót szolgáló programok, az egészségügyi ellátási rendszer, a demográfia, a nem fertőző krónikus betegségek epidemiológiája, a gyógyszerügy, a humán genetikai struktúra és ennek környezeti kölcsönhatása, a katasztrófa helyzetek és más közegészségügyi krízisek higiénéje. A higiéné feladata, hogy hozzájáruljon a közösség egészségéhez az egészségügyi igények és az egészségi állapot meghatározásával, higiénés intézkedések kialakításával, megvalósításával és az egészségügyi ellátási rendszer hozzáférhetőségének szavatolásával. A higiéné szilárd alapját képezi a ragaszkodás a tényekhez (bizonyítékok, számszerű adatok stb.), a készség az együttes működéshez, szövetségesek keresése, a gondos előkészítés, a hosszú távú előrelátás, átfogó tervezés, az előrehaladás kis lépésekkel, de folyamatosan, a hozzáértés állandó fejlesztése, szakértői tudás az egyes részletekben. Ezért értékes partnerként jelenik meg mindenütt és mindenki számára, ahol az egészségről van szó.

Kulcsszavak: a higiéné szakterülete, változásai, szociális kapcsolata, egészségügyi ellátási rendszer.

Egészségtudomány 53/4 55-65 (2009)
Közlésre érkezett: 2009.február 5-én
Elfogadva: 2009 február 17-én

Prof. BÍRÓ GYÖRGY
1135 Budapest
Lehel u24/C
e-mail:h7639bir@ella.hu

Bevezetesként némi szemantika

A nehézségek már az elnevezéssel kezdődnek, és az ortográfiával folytatódnak. A klasszikusnak nevezhető múltban a *hygiene* avagy *egészségtan* viselte annak a tudományterületnek a címét, „amelynek feladata azoknak a módoknak a tanulmányozása és ismertetése, melyek úgy az egyes emberek, mint az egész népesség betegségektől való megóvására, továbbá egészsége megtartására és javítására irányulnak” (1).

Fodor József, aki 1874-ben lett az első hazai (és Európában második) higiéné tanszék egyetemi tanára a „*hygienia*” szót használja: „A *hygienia* azon tudomány, amely kutatja, mikép lehet megismerni úgy az egyes ember, mint a népesség betegsége, vagy egészsége okát, kutatja továbbá azon erőket, amelyek az egyesekre, valamint a népességre előnyösen hatnak; s végre kutatja azon okokat, amelyek által az előnyös terjeszhető s melyek által a hátrányos kikerülhető, vagy megszüntethető” (2). Azonban már ekkor is használatosak voltak a „megelőző orvostudomány”, „a betegség megelőzés tudománya”, „közegészségtan”, „közegészségügy” kifejezések is, hasonló tartalommal.

A „*Higiéné tankönyve*” a címében is jelzett formában használják a szót a szerzők, Bakács és munkatársai, és egyenlőségjelet tesznek a „közegészségtan”, valamint az „egészségtudomány” közé (2). (Volt valaha egy „Egészségtudományi Egyetem”, alapvetően klinikai profilokkal... Ennyit a fogalmak szabatos alkalmazásáról.) A „közegészségügy” a „közegészségtan” elméletének gyakorlati alkalmazása, a „higiéné” e kettő foglalat.

A számos kiadásban megjelent „*Közegészségtan*” tankönyv, szerzője Kertai (3), ugyancsak azonos fogalomként kezeli a „közegészségtan”-t és az „egészségtudomány”-t, amelyet az elméleti, klinikai és társadalom-orvostudományhoz csatlakozóan az egyetemes orvostan negyedik nagy ágaként mutat be: „Célja tudományos kutatások végzése annak érdekében, hogy az eredményeket felhasználva megóvja az emberiség testi, szellemi, és szociális jólétét a betegségekkel és nyomorúságokkal szemben”. Hangsúlyozza az eltéréseket a klinikai orvostudománytól: nem egyénnel, hanem csoportokkal foglalkozik, és nem gyógyít, hanem megelőz.

A jelenlegi magyar értelmező szótár a „higiéné”, illetve „higiénia” formát fogadja el, ez elsőt orvosi szakkifejezésnek tekinti, utóbbit az „egészségtan” szinonimájaként kezeli, és meglehetősen sajátosan degradálva, „az egészség megőrzéséhez szükséges tisztaság (követelménye)” formulával magyarázza (4). Ugyanezt veszi át betű szerint a *Magyar Larousse enciklopédia* is (5).

A múlt század kilencvenes éveiben fogalomváltás következett be, és az addig általánosan elfogadott fogalmak helyébe a *népegészségtan*, a *megelőző orvostan*, illetve a *népegészségügyi orvostan* lépett. Teljesen egységes definíció azonban még nem alakult ki. „A *megelőző orvostan* a lakosság egészségnek megőrzésével, fejlesztésével és a betegségek megelőzését szolgáló tudomány, amelynek gyakorlata a *népegészségügy*” – olvashatjuk Kertai 1999-ben megjelent könyvének első oldalain (6).

Egy másik munka, Dési tollából, a népegészségügyet, mint az egészség megőrzésével, a betegségek megelőzésével foglalkozó tudományt és gyakorlatot jellemzi, azonosnak tekinti az 1991 előtti közegészségtannal (7).

Ádány (8) szerint a megelőző orvostan mindazon orvostudományi ismeretanyagot jelenti, amely a lakosság, egyes közösségek egészségének védelmét, fejlesztését, a betegség, a fogyatékosság megelőzésének elméleti alapját képezi. A megelőző orvostan ötvöződve más egészségtudományi és ezen kívül eső tudományterületek (gazdaságtan, jog, szociológia stb.) anyagával, népegészségtanná szintetizálódik. A népegészségügy – az ott idézett megfogalmazás szerint – „... interszektoriális, a társadalom valamennyi szférájára és rétegére

építő tevékenység az egészség védelme és fejlesztése, a betegségek, sérülések és rokkantság megelőzése érdekében”.

Ember (9) a „népegészségügyi orvostan” kifejezést tartja korrektnek, kiemelve ezzel az orvostudományhoz tartozást.

A higiéné fogalmának körüljárására érdemes idézni néhány külföldi szakmai és közhasználatú lexikonban található definíciót. Az *Oxford Concise Medical Dictionary* (10) szerint a higiéné az egészség és ennek megőrzésének útjait vizsgáló tudomány, különösen a tisztaság elősegítésével¹.

A lényegét jobban megközelítőnek tűnik a *Melloni's Pocket Medical Dictionary* (11) szócikke, amely szerint a higiéné a jó egészséget megvalósító, vagy fenntartó módszerekkel foglalkozó tudomány².

A *Roche Lexikon Medizin* (12) részletesebb kifejtést tartalmaz a higiénéről, mint az ember és környezete egészséges állapotban történő megtartásának, az erre szolgáló rendszabályoknak a tanáról. Hangsúlyozza a környezeti orvostan beilleszkedését a higiéné egészébe (klímafaktorok, sugárzás, károsító és idegen anyagok). A higiéné módszereket dolgoz ki a károsító hatások megismerésére, kimutatására, megítélésére és elkerülésére, továbbá az ember jólétének és teljesítőképességének előmozdítására³.

A már meglehetősen korossá vált *Új magyar lexikon* (13) is a tisztasággal magyarázza a „higiénia”-t, amely (köznapi értelemben) „a fertőzés megelőzését és az egészség megőrzését biztosító tisztaság”, de leszögezi, hogy ez orvosi vonatkozásban azonos az egészségtudománnyal. A vonatkozó szöveg szerint az egészségtudomány (higiénia) nem más, mint az orvostudomány egyik ága. Ennek feladata, hogy „vizsgálja a környezet, az élet-, és munkakörülmények hatását az emberi szervezetre. „...Megjelöli a... követelményeket, amelyek a környezetnek az egészségre kedvező hatását biztosíthatják, ártalmas hatásait kiküszöbölhetik.”

A 2000-ben kiadott *Universal Lexikon* (14) „Hygiene”-t (egészségtudomány, megelőző orvostudomány) mint a betegségek és egészségi ártalmak elkerülésére szolgáló rendszabályok és törekvések összességét jellemzi⁴. Az igen népszerű *Petit Larousse illustré* (15) 1989-es kiadásában a higiéné az orvostudomány egy részeként jelenik meg, amely tanulmányozza az egészség megőrzését, vagy előmozdítását célzó elmélet és gyakorlat egyéni és kollektív módjait⁵.

Etimológiáját tekintve a higiéné szó görög eredetű, az „egészség”, illetve „egészséges”⁶ szavakból származik. Kapcsolódik a görög mitológiában Asklepiosnak, a gyógyítás istenének lányához, Hygieia-hoz, akinek nővére Panakea, az utópisztikus mindent-gyógyító szer, a *panacea* névadója. Így kapcsolták egy család egységébe a megelőzést és a gyógyítást már az ókori görögök, ami egyben azt is jelenti, hogy felismerték e tevékenységek fontosságát, és azokat a gyakorlatba is átültették.

¹ „The science of health and the study of ways of preserving it, particularly by promoting cleanliness”.

² „The science concerned with the method of achieving or maintaining good health”.

³ „Lehre von der Gesunderhaltung des Menschen u. seiner Umwelt und den dazu dienenden Maßnahmen. Zusammen mit der Umweltmedizin, ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Erhaltung u. Förderung der Gesundheit u. den Auswirkungen von Klimafaktoren, Strahlung, Schad-, u. Fremdstoffen in Umwelt u. Nahrung auf die Gesundheit sowie die Verhütung u. Bekämpfung der dadurch entstehenden Krankheiten befasst. Die Hygiene entwickelt Methoden zum Erkennen, Erfassen, Beurteilen u. Vermeiden schädlicher Einflüsse sowie Maßnahmen, die Wohlergehen u. Leistungsfähigkeit des Menschen fördern”.

⁴ „Hygiene, Gesundheitslehre, die vorbeugende Med., d.h. die Gesamtheit aller Bestrebungen u. Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten u. Gesundheitsschäden“.

⁵ „Partie de la médecine étudiant les moyens individuels ou collectifs, les principes et les pratiques qui visent a préserver ou favoriser la santé“.

⁶ ὑγιεινός, vagy ὑγιής, illetve ὑγίεια, vagy ὑγιείη

A higiéné tartalma, szakterületei – múlt

Az előzőekből kiderül, hogy az ezen a területen használt szavak jelentésében, értelmezésében vannak disszonáns akkordok, de ugyanakkor határozott kongruencia is megfigyelhető. Érdeemes tehát megvizsgálni, hogy a múltban hogyan változott a tartalom, és milyen következtetések vonhatók le ebből a jövőre nézve.

Egy jelenség kétségtelennek látszik: a higiéné – remélhetően olvasói konszenzussal találkozunk ennek a kifejezésnek a használata, mint az elmélet és gyakorlat egységét magában foglaló fogalomé – a társadalomban élő emberekkel, emberek csoportjaival foglalkozik, és ezért működését, megvalósulási formáit, lehetőségeit befolyásolják a társadalomban lezajló változások. Az epheszoszi Hérakleitosz bölcséletének egyik alaptétele, a *panta rhei*, minden mindig változik, a folyók vizéhez hasonlóan, itt is érvényes

Tulajdonképpen *Pettenkofer*nek, a higiéné tudománya megalapítójának elvei alapján épült fel *Darányi* 1942-ben kiadott négykötetes „*Közegészségtan*” könyve (1), amely a higiéné vonzáskörébe tartozónak tekint minden olyan orvostudományi tevékenységet, amely megelőzést jelent. Így kizárja a kórházi ellátás kérdéseit (kivéve a fertőző betegségeket), a veleszületett rendellenességgel élők, a rokkantak ügyeit⁷. A feladatkörök felsorolása „*terhes-, anya-, csecsemő-, kisgyermekvédelem*”, valamint „*iskolaegészségügy*” cím alatt tulajdonképpen a gyermek- és ifjúság higiénéjével indul. A „*keresőkor egészségтана*” a munkahelyi ártalmakkal, azaz foglalkozás-egészségügyi problémákkal foglalkozik. A következőkben szó van az öregedő kor higiénéjéről, a szervek és szervrendszerek egészségtanáról. Az utóbbinál egyes *személyi higiénés*, illetve sportolási kérdéseket tárgyal. A *táplálkozás* higiénéjében együtt jelenik meg a táplálkozástan és az élelmezés-higiéné. Ide sorolódott az élvezeti szerek kivételével a dohányzás, az alkohol és a kábítószer (morfín, kokain, hasis, marihuána). A *környezeti higiéné*-ről szóló fejezetbe került be a légkör, a talaj, a közlekedés (utak, közlekedési eszközök), a lakóhely (világítás, fűtés, hűtés, szellőztetés is), a vízellátás, a szennyvíz és ürülék, a személtávolítás és a temetkezés higiénéje. A *fertőző- és népbetegségek* kötetében találjuk az élő kórokozók okozta betegségeket általában, a légutakon át terjedő, a „táplálkozási” fertőző betegségeket, a kültakarón át fertőző, az ízeltlábúak közvetítette, az állati eredetű kórképeket. Itt tárgyalja a sterilizálást, a dezinfekciót, a dezinszekciót, deratizációt. A népbetegségek közé sorolja a gümőkört, a nemi betegségeket, a rosszindulatú daganatokat és – sajátos módon – a leprát.

Érdeemes még bepillantani a *vizsgáló eljárások* gyűjteményébe, mivel ez is jelzi a kompetenciát. A sor az egészségvizsgálatokkal indul (antropológiai, képesség-, belgyógyászati, ideggyógyászati vizsgálatok, az érzékszervek működése), a laboratóriumi analízisekkel folytatódik (vizelet, vér, széklet, gyomortartalom). Az élelmiszervizsgálatok főként a romlásra és a hamisításra irányulnak. Részletesen bemutatja a víz, a légkör vizsgálatát és a környezet-higiénés vizsgálatokat. A járványtani vizsgálatok a baktériumok tenyésztését, mikroszkópos tanulmányozását, állatkísérleteket, a fertőtlenítő hatás tanulmányozását foglalják magukban, továbbá immunológiai módszereket. Az egyes betegségeknél alkalmazott speciális vizsgáló eljárások után a statisztikai módszerekkel zárul a kötet.

„*A higiéné tankönyve*”, *Bakács* és munkatársai könyve, 1960-ban jelent meg (2). A munka „a higiéné szakágai”-t egy állandó bővülési folyamat részeként látja, mivel az élet- és munkakörülmények minél kedvezőbb kialakításának egyre növekvő igénye a higiéné feladatkörét jelentősen kibővítette, és egyben differenciáltabbá tette. A „*környezet-higiéné*” a bioszféra (a légkör fizikai és kémiai tulajdonságai, környezeti sugárzások, továbbá a

⁷ A feladatok közé sorolja ezzel szemben az *eugenikát*, amellyel éppen azokban az években súlyosan visszaéltek; tekintsük ezt rossz időben, rossz helyen megjelent véleménynek, hibának, avagy bűnnek, és menten felejtjük el.

klimatikus jelenségek), a geoszféra (talaj), a hidroszféra (víz biológiája és kémiája, ásvány- és gyógyvizek) humán hatásait, következményeit tanulmányozza. A *település-egészségtan* az ember által létrehozott mesterséges környezet problémáit igyekszik feltárni és gyakorlati következtetéseket levonni. Ide sorolják a települések kialakulásának történetét, a települések levegő-egészségügyét, vízellátását, a csatornázást, a szennyvizek kezelését és végleges elhelyezését, a hulladékok gyűjtését, kezelését, ártalmatlanítását, a lakások higiéniáját (tervezés, tájolás, lakóhelyiségek, lakóházak, lakófelület), a települések kialakítását, ideértve a települések szerkezetét, a lakóépületek higiéniás követelményeit, a világítást, fűtést, szellőztetést, belső vízellátást, csatornázást. Itt jelenik meg az egészségügyi intézmények higiéniája is, epidemiológiai vonatkozások nélkül. A feladatkör végül a temetkezés és az állati tetemek kezelésének higiéniájával zárul.

Az élelmezés és a táplálkozás mennyiségi és minőségi feltételeinek megállapítására, a követelmények meghatározására jött létre az *élelmezés-egészségtan*. Manapság ezt a fogalmat nem szoktuk ilyen komplex értelemben használni, különválasztjuk az élelmezést és a táplálkozást. Tulajdonképpen a tankönyv is ezt teszi a részletes tárgyalásnál, ahol a vonatkozó rész „*Táplálkozástudomány és élelmezés- higiéné*” címet visel. Ezen belül kerül ismertetésre a tápanyagszükséglet, a helyes táplálkozás, valamint az élelmiszerekben előforduló káros anyagok, az élőlények által okozott károsodások (rágcsálók, ízeltlábúak, mikroorganizmusok), az élelmiszeripar és élelmiszerforgalom higiéniája. A *munkaegészségtan* kereteiben szerepel az üzemek, munkahelyek telepítése, az egyéni védőeszközök, a szűkebb értelemben vett munkaegészségtan (fizikai munka, hőmunka, hiperbarikus munka), továbbá a vibráció, zaj, foglalkozási porártalmak, foglalkozási mérgezések, az ionizáló sugárzás. A „*személyi higiéné*” tartalmazza a helyes életmód alapjait, a test, az érzékszervek gondozásától a szellemi élet higiéniájéig (alkoholizmus, izgató- és kábítószerek).

Kitér a tankönyv a *népbetegségek*-re is: rák, tuberkulózis, reumás betegségek, dohányzás, cukorbetegség, golyva. A *járványtan*-i rész – sajátos módon – csak a fertőző betegségek általános járványtanát tartalmazza, részletes járványtanról nincs szó. Ezt a könyv az előszóban jelzi is, utal más szakkönyvre ebben a témában, valamint az ugyancsak hiányzó *gyermek- és ifjúság-egészségügy* vonatkozásában is. A szerzők tehát ezt a két feladatkört is a higiéniáé tekintik. Jelzik a higiéniás vizsgálati módszerek bemutatásának hiányát is.

A következő átfogó művet Fodor és Vedres írta, és „*A közegészségtan és járványtan alapjai*” címmel jelent meg, két kiadásban, a második kiadás éve 1975 (16). A kötet *közegészségtani* részében megismerkedhetünk a *levegő higiéniával* (a légkör fizikai jellemzői, szennyeződések), a *ruházkodás*, az *ivóvíz*, a *talaj*, a *szennyvíz*, a *hulladékok eltávolításának* higiéniájával, a *temető*kkal kapcsolatos közegészségügyi követelményekkel. Egy fejezetben kapott helyet a *települések*, *lakóépületek*, *lakások*, valamint a *gyógyító-megelőző intézmények* higiéniája. „*Táplálkozás- és élelmezés higiéné*” cím alatt foglalják össze a tápanyagok, élelmi anyagok, a táplálkozási ártalmak, továbbá az élelmiszer- higiéné, az ételfertőzések és bakteriális ételmérgezések, az élelmiszerekben előforduló toxikus anyagok elméleti és gyakorlati kérdéseit. Egy-egy fejezet szól a szeszesitalok fogyasztásának, a dohányzásnak, élvezeti anyagoknak és a fűszereknek (!) népegészségügyi vonatkozásairól (holott az utóbbi egyértelműen a táplálkozás- és élelmezés higiéné egyik eleme).

Következnek a *munkaegészségtan* (munkaélettani alapok, mikroklíma, fokozott légnomás, vibráció, zaj, ultrahang, rádió- és mikrohullámok, optikai sugárzás, kémiai anyagok, por), az *ionizáló sugárzások* és végül a *gyermek-és ifjúkor* higiéniájának (szomatopszichés fejlődés, gyermek és ifjúsági intézmények a bölcsődétől a tanintézetekig, oktatás-nevelés pszicho-higiéniája, gyermekek, ifjak életmódja) fejezetei. A *járványtani* rész áttekinti az *általános járványtant*, ideértve a sterilizést, fertőtlenítést, rovar- és rágcsálóirtást, továbbá az iatrogén fertőzéseket és ezek megelőzését. A *részletes járványtan* fejezete megismerteti az

olvasót az enterális, a légúti, a haematogen és a kültakaró fertőző kórképeivel, nemkülönben a helminthosisokkal és protozoon fertőzésekkel.

A kötethez kapcsolódó, de külön életet élő „*Közegészségtan-járványtani gyakorlatok és bemutatások*” öt kiadást ért meg 1981-ig (17). A szerzők itt adnak információt a közegészségügy szervezetéről, a fertőző betegségek bejelentéséről, a fertőző betegségeknél végzett laboratóriumi vizsgálatokról, a védőoltásokról, a sterilizálás, dezinfekció, dezinszekció, deratizáció gyakorlatáról. Útmutatást adnak a helyszíni szemlékhez (betegellátó intézmények, vízművek, csatornázási üzemek, közétkeztetés, étrend, élelmiszerek ellenőrzése, piacok, vásárcsarnokok, vágóhidak, húsfeldolgozó üzemek, ipari létesítmények, mezőgazdasági üzemek, gyermek- és ifjúsági intézmények, fodrászat, közfürdő, mosoda). Nem hiányoznak a helyszíni, illetve laboratóriumi vizsgálati módszerek sem (ivóvíz, élelmiszerek, munkahely, radiohigiénés mérések, mikroklíma). Itt található a higiénés tevékenység elősegítését szolgáló egészségnevelési gondolatok is.

Kertai 1989-es kiadású „*Közegészségtan*”-a lényegében hasonló tartalmú (3). A könyv azonban a *járványtani* résszel indul (alapfogalmak, infekció, immunitás, laboratóriumi diagnosztika, a járványfolyamat, a védekezés útjai, a gyomor-bélcsatorna fertőző betegségei, toxikoinfekciók, légúti, haematogén, limfogén, kültakarón keresztül terjedő fertőző betegségek, nemi betegségek, iatrogén fertőzések, anthropolozoonosisok). Megjelennek lassú vírusok, onkogén vírusok okozta fertőzések, a genetikai manipuláció járványtani veszélyei, továbbá a nem fertőző betegségek járványtana (cardiovascularis betegségek, daganatok, elmebetegségek).

A második rész foglalja össze a *munkaegészségtani* tudnivalókat (alapfogalmak, élettan, hő, nagy légnomás, vibráció, zaj, nem ionizáló és ionizáló sugárzások, por, toxikológia). A *környezet-egészségtan-e* rész magában foglalja a humánökológia alapjait, a levegő, a víz, a talaj szennyeződésének hatásait, a települések, épületek, lakások egészségtanát. A *táplálkozás- és ételmezés-egészségtan* felvázolja a táplálkozástudomány alapjait, kitér a tápanyagok jelentőségére, az éhezésre, a túltáplálásra, a vitaminok és ásványi anyagok szerepére, az élelmiszerek kémiai és mikrobás szennyezettségére. Külön feladatkörként jelenik meg a *társadalom-egészségtan*, amely foglalkozik az egészségi állapotot jellemző statisztikai adatokkal, a humángenetika közegészségtani vonatkozásaival, a nők, anyák, csecsemők, gyermekek, ifjak egészségvédelmével és az öregedés, öregkor egészségtanával.

A megelőző orvostan, népegészségtan, népegészségügy tartalma – a jelen

A *népegészségtan* és rokon fogalmainak megjelenése határozott inspirációt is jelentett az e területen tevékenykedők számára: a kilencvenes évek óta, főképpen az ezredforduló után, számos könyv jelent meg az előzőekben már idézett egyik, vagy másik címmel, esetleg kettővel is. Az ismeretanyag bemutatásában lényeges szemléletváltozás következett be. Jóllehet a higiéné évszázados története során kialakult elvek és gyakorlatok tovább élnek, alapvetővé vált, hogy mindenkor a lakosság, vagy egyes lakosságcsoportok egészségi állapotát kell mindennek előtt megismerni, felhasználva erre valamennyi lehetőséget és megszereshető adatot.

Ennek bizonyítására érdemes áttekinteni a megjelent oktatási célokat szolgáló könyvek közül néhányat az anyagát. *Kertai* (6) a történeti rész után a népesség egészségi állapotának jellemzésére alkalmas eszköztárt mutatja be, a demográfiai és epidemiológiai módszereket, foglalkozik az etikai kérdésekkel, majd részletesen tárgyalja a humángenetika ilyen vonatkozásait. A hagyományosnak tekinthető higiénés fejezeteknél is mindig kitér arra, hogy az adott elem (pl. levegő, talaj, munkahely) mit jelent az ott jelenlévő ember egészsége szempontjából. Részletezi a nem fertőző betegségek járványtanát, az egyéni magatartás

egészségi következményeit (dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer, agresszió stb.) amelyek már korábban is megjelentek a higiéné tárgykörében, de nem ilyen súllyal.

Dési (7) könyvében kitér a népegészségügy szervezetére, az egészségügyi ellátás működésére, a katasztrófhelyzetek népegészségügyi ellátására, a gyógyszerügy higiéniéjére is. Foglalkozik továbbá a magyar lakosság egészségi helyzetével, összehasonlítva a világ más országaiban megfigyelttel.

A demográfiai, egészségfejlesztési kérdésekkel indul *Tompa* (18) összeállítása és az előzőekhez képest új elem a kockázatanalízis, a genotoxikus és immuntoxikus hatások a karcinogenezisben.

Ádány (8) kifejti a megelőző orvostan és a népegészségtan tárgyát, majd az epidemiológiai, demográfiai módszereket, felhasználásukat, az adatbázisokat. A következő fejezetekben sor kerül a nem fertőző, a fertőző betegségek epidemiológiájára, a környezet-egészségtanra, a munkaegészségtanra, a szocio-ökonómiai helyzet és az életmód hatásaira, a táplálkozás- és élelmezés-egészségtanra és végül az egészségpolitika, az egészségügyi ellátás rendszerének felvázolására.

Ember (9) könyvéből az olvasó részletes tájékoztatást kap a hazai egészségügyi helyzetről, különös tekintettel a cardiovascularis megbetegedésekre. A továbbiakban részletezi az egyes népcsoportok közötti egészségi állapotbeli különbségek genetikai hátterét, új témaként vezeti elő az egészségföldrajz, a molekuláris és prediktív epidemiológia, a genomikai epidemiológia, genetika/genomika népegészségügyi jellemzőit és értékeit. Külön fejezetet kapott a kemoprevenció, a fertőző és nem fertőző betegségek járványtanán belül a bioterrorizmus. A környezet-egészségtan az ökológiával párban jelenik meg, itt is szó van a genetikai kölcsönhatásokról. A környezetvédelem, természet-egészségtan, balneoprevenció után következik a szociális medicina, társadalom-egészségtan, egészségpolitika, minőségbiztosítás az egészségügyben. Foglalkozás- és munkahigiénés, táplálkozástani és élelmiszerbiztonsági fejezetekkel zárul a munka, amelyhez – függelékben – gyakorlati útmutatás kapcsolódik a fertőző betegségek körüli tennivalókról, a katasztrófákról, a gyógyszerügyről, a nosocomialis fertőzésekről, a népegészségügyi szervezetről, az egészségügyi ellátás rendszeréről.

A perspektíva: tabula rasa, vagy újjászületés?

A higiéné – illessük is bármilyen névvel – úgy tűnik, az orvostudomány megingathatatlan része, amely képes követni a társadalom mozgásának változásait, fönix madárként tudja önmagát újra és újra felépíteni. Ehhez mindenkor felhasználja a múlt örökségét, nem simítja le az előzmények viasztáblájára felvett jeleket, hanem azokból építkezik. Eközben egyre kifejezettebbé válik szoros kapcsolata a szociológiával, a műszaki tudományokkal, a statisztika tudásanyagával és természetesen az orvostudomány valamennyi ágával. Mindezekből a higiéné kohójában egy még értékesebb anyag keletkezik. A higiéné megteremti a tudomány elért fejlettségi szintjén kötelezőnek tekinthető holisztikus szemléleti módot, az egyes elemeknél magasabb szinten álló szintézist.

Az utóbbi évtizedekben határozottan megújult az érdeklődés a higiéné örök igazságai iránt, a betegségek megelőzése, a fertőző és nem fertőző betegségek megfékezése, az egészség megtartása és előmozdítása érdekében. Ez részben annak az egyre világosabbá váló felismerésnek következménye, miszerint a klinikai ellátás, gondozás fejlesztése a befektetésekhez viszonyítva egyre kisebb egészségi haszonnal jár, másrészt kiderült, hogy a higiéné közel másfél évszázados tevékenységének eredményei értékelhető és érzékelhető kedvező nyomot hagytak az egész lakosság, vagy egyes kiemelten fontos lakosságcsoportok egészségi állapotában. A higiéné határozottan sikeresen működött.

Nem kétséges, hogy a higiéné a 21. században is kiemelten fontos, megkerülhetetlen hatóerő marad a lakosság egészségi állapotának megítélésében, az egészségügyi igények ebből következő meghatározásában, a szükséges intézkedések kidolgozásában, az egészségügyi ellátás működésében, fejlesztésében. Ebben a vonatkozásban nem lehet, és nem is szabad fontossági sorrendet felállítani a higiéné egyes szakterületei között, inkább a kiegyensúlyozott, egyenletes fejlesztést kell hangsúlyoznunk.

Különös kihívást jelent a higiéné művelői számára olyan probléma-megoldások keresése, amelyek lehetővé teszik a közösség egészségét szolgáló, esetleg egymással ütköző prioritások közül a szakmailag eredményes és egyben költséghatékony megoldások kiválasztását. Ugyanakkor tudomásul kell venni, hogy ritkán, olykor egyáltalán nem lehet ideális megoldást találni, illetve minden megoldás további problémákat vethet fel. Minthogy a higiéné feladatkörében egyre újabb, kihívásként jelentkező ismeretek jelennek meg (mint pl. a genetika ilyen vonatkozású eredményei, vagy a fertőző betegségek reneszánsza), egy-egy szakember már nem tudja kellő mélységben és teljességgel megragadni az azonosításra, analízisra, vagy leküzdésre váró problémákat, széleskörű együttműködés kialakítása szükséges a különböző szakterületek szakértőivel.

A higiéné sikeres tevékenységének előkészítő fázisában elsőként a teendőket kell tisztázni, és a felmerülő új, nemkülönben az aktiválódó régi feladatoknál a következő alapokat lerakni:

- mit tudunk jelenleg az adott problémáról,
- mit akarunk elérni,
- miért kell most ezzel foglalkozni,
- milyen más szakterületek érintettek, kiket kell megnyerni, kikkel kell együttműködni,
- melyek a vitatható területek,
- milyen szociális, kulturális, esetleg politikai vetületek lehetnek,
- minek kell rendelkezésre állni a munka megkezdéséhez, milyen forrásaink vannak, vagy feltehetően lehetnek,
- milyen részek állnak már jelenleg is kellő irányítás alatt,
- melyek a várható akadályok,
- melyek a stratégiaileg legjobban megközelíthető intervenciós pontok,
- prioritások kiválasztása,
- határozott döntés.

Mindezek adják meg annak előfeltételét, hogy a higiénés problémák megválaszolható, objektív és reális kérdésekké legyenek alakíthatók. Kétségtelen, hogy a realitás magában foglalja a körültekintő és mégis rugalmas kompromisszum-készséget. Határozott tudatában kell lenni annak, hogy a lakosság igényei az egészségügy (és így a higiéné) területén folyamatosan változnak, az adott pillanatban hozott döntés egy pillanatfelvételt jelent, amely után újból és újból visszatér a módosuló helyzet analízisének követelménye: az innováció folyamatosan legyen jelen, sablonokkal nem lehet érdemi eredményt elérni, a higiéné nem a dogmák tana.

A következő sarokpont az *epidemiológiai szemlélet*, amely érvényesüljön a kockázati tényezők és betegségek folyamatos megfigyelésénél, a változások regisztrálásánál, meghatározott csoportok vizsgálatánál, az egészségi állapot becslésénél. Különös gondosságot igényel az egészségi állapot egyenlőtlensége mértékének, okainak feltárása (milyen paramétereket használunk ennek kiderítésére, milyen indexeket alkalmazunk, relatív, vagy abszolút az egyenlőtlenség, tényleges az egyenlőtlenség, vagy más okból kedvezőtlen az egészségi állapot, esetleg nélkülözésről van szó), az egészségügyi ellátás (szolgálat, lehetőségek) egyenlősége, a lakosság szükségletének való megfelelése.

Az értékelhető eredmények mindig tudományos bizonyítékokon alapulnak, ehhez viszont mindenkor a megfelelő módszert kell választani. Így pl. a hatékonysághoz random, kontrollcsoportos vizsgálat, az etiológiához eset-kontroll tanulmány, a veszélyhez és a prognózishoz csoport (cohors) megfigyelése, de szükséges lehet költség-hatékonysági, vagy költség-haszonelemzés is.

Sajátos kötelezettség a megszerzett adatok korrekt továbbítása a szakemberekhez és a döntéshozókhöz. Utóbbiak sokszor nem várnak bizonyítékot, csak adatokat. Ezzel szemben a szakemberek – kellő odafigyelés híján – gyakran tesznek ismertté eredményeket, bizonyítékokat anélkül, hogy meghallgatnák a felhasználókat, akik meg tudják mondani, mire van szükségük: adatok, bizonyítékok, vagy éppen gyakorlati útmutatás.

Gondolni kell arra, hogy az információkban a definíciók következetesek legyenek, a közlések idejében álljanak a felhasználók rendelkezésére. Az egyes adatok környezetükből kiragadva, netán összehasonlítható értékek nélkül általában használhatatlanok, emellett hiányozhat határozott állásfoglalás a veszély, a jótékony következmény és a költségek egyensúlya között. A döntéshozók befolyásolása a higiénés problémák megoldása érdekében igényli a szabályozás mechanizmusának megértését, valamennyi érdekelt fél együttműködését.

A vonatkozó jogi fegyvertár értékét semmiképpen nem lehet alábecsülni: ezek hozzájárulnak az egyének és közösségek, intézmények, igazgatási szervek magatartásának megváltoztatásához, és így jótékonyan hatnak a lakosság egészségi állapotára. Természetesen az intézkedéseket a szakembereknek kell lefordítani célokra, indikátorokra és higiénés akciókra, amelyek alkalmasak a visszacsatolásra és a közérthető értékelésre.

Az eredmények kommunikálásában, a közösségek, nemkülönben a döntéshozók meggyőzésére a média különböző formái hatékonyan felhasználhatók. A higiénének nyilvánvalóan globális perspektívája van, a tevékenységek és eredmények nemzetközi szinten is megjelennek. A higiéné magas színvonalú művelése a helyi, országos, regionális és globális megközelítés kombinációjával lehetséges, ezáltal az egyes akciók komplexebbé válnak, realitásuk megtartása mellett. Az egészségre gyakorolt hatás egyébként sohasem helyi, vagy globális, hanem egyszerre mindkettő, ezért az intézmények nemzetközi együttműködése nélkülözhetetlen.

Továbbra is változatlanul a higiéné kompetenciájába tartozik a fertőző betegségek epidemiológiája, a környezet (ideértve a munkahelyeket is) egyensúlyának megőrzése az egészség védelmében, az élelmiszerek, az élelmezés egészségügye és a táplálkozás, továbbá a katasztrófahelyzetek, egészségügyi krízisek higiénés kezelése. Indokolt a higiénés intézmények bekapcsolódása az ilyen irányú társadalmi programokba (szegénység: családtervezés, gyermekvédelmi programok, anyák oktatása; pszichoszociális stressz, táplálkozás, lakóköörülmények, közlekedés: gyaloglás, kerékpározás, biztonság).

Következő témakör a különböző szűrővizsgálatok elősegítése, az emberek megnyerésétől a szervezésben történő részvételig. Ehhez csatlakozik a közreműködés az idült nem fertőző betegségek megelőzésében, mint a koszorúér betegség, stroke, hipertónia, csökkent

pajzsmirigyműködés, cukorbetegség, mentális problémák, idült obstruktív tüdőbetegség, asztma, rák.

Ha átfogóan jellemezni kívánjuk a higiéniét, azt mondhatjuk, ennek feladata, hogy hozzájáruljon a közösség egészségéhez az egészségügyi igények és az egészségi állapot meghatározásával, a higiénés intézkedések kialakításával, megvalósításával és az egészségügyi ellátási rendszer hozzáférhetőségének szavatolásával.

A higiéné szilárd alapját képezi a ragaszkodás a tényekhez (bizonyítékok, számszerű adatok stb.), a készség az együttműködéshez, szövetségesek keresése, a gondos előkészítés, a hosszú távú előrelátás, átfogó tervezés, az előrehaladás kis lépésekkel, de folyamatosan, a hozzáértés állandó fejlesztése, szakértői tudás az egyes részletekben. Ezért értékes partnerként jelenik meg mindenütt, ahol szükség van rá. És remélhetően ide lesz sorolható az is, hogy képes tanulni hibáiból.

IRODALOM

1. *Darányi Gy.*: Közegészségtan. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest. 1939.
2. *Bakács T., Jeney E., Tarján R., és mtsai.*: A higiéné tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 1960.
3. *Kertai P.*: Közegészségtan. 3. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 1989.
4. *Juhász J., Szóke I., G. Nagy G., és mtsai.*: (szerk.): Magyar értelmező szótár. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1972.
5. Magyar Larousse enciklopédia. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1991.
6. *Kertai P.*: Megelőző orvostan. A népegészségügy elméleti alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 1999.
7. *Dési I.* (szerk.): Népegészségtan. 5. kiadás. Semmelweis Kiadó, Budapest. 2001.
8. *Ádány Róza* (szerk.): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2006.
9. *Ember I.*: Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, Pécs. 2007.
10. Oxford concise medical dictionary. 6th edition. Oxford University Press, Oxford. 2003.
11. *Melloni, J.L., Dox, I.G., Melloni B.J., et al.*: Melloni's pocket medical dictionary illustrated. The Parthenon Publishing Group, Boca Raton, London, New York, Washington D.C. 2004.
12. Roche Lexikon Medizin. 5. Auflage. Urban & Fischer, München, Jena. 2003.
13. Új magyar lexikon. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1959-1962; 1972.
14. Universal Lexikon. Bertelsmann Lexikon Verlag GmbH, Gütersloh, München. 2000.
15. Petit Larousse illustré 1989. Librairie Larousse, Paris. 1988.
16. *Fodor F., Vedres I.* (szerk.): A közegészségtan és járványtan alapjai. 2. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 1975.
17. *Fodor F., Vedres I.* (szerk.): Közegészségtani és járványtani gyakorlatok és bemutatások. 5. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 1981.
18. *Tompa A.* (szerk.): Megelőző orvostan. Népegészségtan. Foglalkozási Ártalmak Megelőzése Alapítvány, Budapest. 2005.

Prof. GYÖRGY BÍRÓ

1135 Budapest

Lehel u24/C

e-mail:h7639bir@ella.hu

The health of community – the past and how any longer

Abstract: By the aid of Hungarian textbooks of hygiene the author demonstrates the changes in the naming of this special field, the formation and development of included subject matters. There is emphasized the close relationship between hygiene and social problems, due which the social changes influence also the hygiene. As a consequence of this, from the last years of the previous century a new naming is used in Hungary: “national health”, “public health medicine”, and “preventive medicine”. In its scope there are invariably shown the items acquired earlier (environmental, settlement, labour, occupational, nutritional, food and food supply, child, youth, and personal hygiene, epidemiology), however, it is laid a great stress on social medicine, preventive programmes, health care system, demography, epidemiology of non-communicable chronic diseases, pharmaceutical policy, human genetic structure, environmental exposures interacting with genetic factors, hygienic management of disasters and other public health crises. The responsibility of hygiene is to contribute to the health of the public through assessment of health needs and health status, policy formulation and implementation in the field of hygiene, and assurance of the availability of health services. The hygiene has a solid basis, which consists of following items: insistence on the facts (evidences, quantification etc.), readiness to the joint activity, seek out allies, look long term, comprehensive planning, progress foot by foot but without cease, continuous development of skill, specialized knowledge in details. Therefore the hygiene seems to be a valuable partner anywhere and for anybody who may be concerned in the health business.

Key words: the social field of hygiene, the changing of hygiene, social connections, health care systems

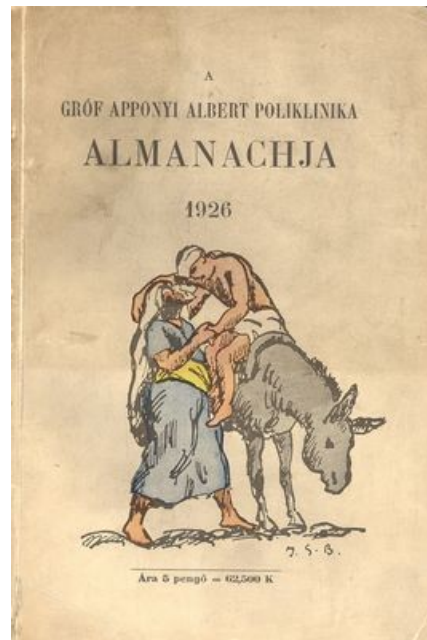
A közegészségügy reformjáról a XX. század első felében

ONGRÁDI JÓZSEF *, VÉRTES LÁSZLÓ**, KÖVESDI VALÉRIA*,
HORVÁTH IMRE**

*Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet, Budapest
**, Magyar Orvostörténelmi Társaság.

Összefoglalás: Mielőtt tehát a közegészségügy reformátora útnak indul, állapítsa meg szabatosan a kiindulás pontjának földrajzi helyzetét és jöjjön tisztába azzal, hogy időben és térben mivel kell számolnia. Az általános népegészségügyi feladatok számára továbbra is nélkülözhetetlen emberi segítő erőt, intézményt és anyagot követel az újabban felbukkanó pusztító gyilkos veszedelmek következményeinek elhárítása ...

Kulcsszavak: közegészségügy, az állam érdeke, Dr. Ugron Gábor, Poliklinika Almanachja, gyermekvédelem, jó ivóvíz, lakáskérdés, fertőző betegségek leküzdése, járványkórházak, védőoltások, tuberkulózis, tüdőbeteg gondozók, közegészségügyi szolgálat, kórházfejlesztő program, elmebetegügy, ásványvizek, gyógyvizek, új fürdőtörvény, bábaképzés, mentésügy



Egészségtudomány 53/4 66-73 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. május 23-án
Elfogadva: 2009. június 22-én

ONGRÁDI JÓZSEF
1089, Budapest, Nagyvárad tér 4.
tel: 1-210-2933/56183
fax: 1-210-2954
e-mail: ongjozs@net.sote.hu,
ongjos@hotmail.com

Közegészségtani-történeti kutatásaink során találtuk a „Poliklinika” Almanachját, amelyet 1926-ban adtak ki. Az ország egyik legismertebb kórháza, rendelője volt. Kitűnő igazgatók, osztályvezető főorvosok működtek, többen egyetemi tanárok lettek. Az intézmény később Szövetség utcai kórház lett, jelenleg a Budapest Fővárosi Péterffy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet része.

Az Almanach egyik fejezete (a 33-40. oldalon: „A közegészségügy reformjai” Elolvastuk, érdemesnek tartjuk az Egészségtudomány tisztelt olvasói elé tárni.

A szerző Dr. Ugron Gábor magyar királyi belügyminiszter. Életrajzi adatait több lexikon adatai alapján vázoljuk – az egyik (1) még életében látott napvilágot, a másik (2) halála után csaknem 50 évvel.

Id. Ugron Gábor, az édesapa (Szombatfalva, 1847. április 15 – Budapest. 1911. január 22.) és fia előneve ábrahámfalvi volt, mindketten politikusként tevékenykedtek.

Ugron Gábor Marosvásárhelyt született 1880. január 8-án, Bakonybélben halt meg 1960. október 27-én (1951-ben Budapestről kitelepítették oda). 1897-től a lipcsei, majd a genfi és a budapesti egyetemen tanult, 1901-ben a budapesti egyetem államtudományok doktori oklevelet szerzett.

Különböző igazgatási, politikai vezetői állásokat töltött be, országgyűlési képviselő, belügyminiszter volt. Egyházi és művészeti feladatkörei jól jellemzik sokoldalú érdeklődését: az Országos Irodalmi és Művészeti Tanács elnöke (1935-től). A Magyar Képzőművészek Országos Szövetsége díszelnöke és tiszteletbeli tagja (1944-ig). Budapest székesfőváros törvényhatósági bizottságának örökös tagja (1925-44). A Dunántúli Közművelődési Egyesület tiszteletbeli társelnöke. A marosvásárhelyi római katolikus egyházközösség főgondnoka, az Erdélyi Katolikus Státus igazgatótanácsának tagja. Az Országos Takarékosági Bizottság, az Országos Irodalmi és Képzőművészeti Tanács, s az Országos Stefánia Szövetség elnöke. Valóságos belső titkos tanácsos (1918).

Az alábbiakban adjuk közre az írását (megjegyzéseinket zárójelben közöljük).

Mielőtt arról elmélnénk, hogy a közegészségügy korszerű újjáalkotását milyen alapon és minő mértékben oldjuk meg, nézzünk körül az országban. Minden nagyszabású reform sikerének első feltétele az, hogy a megalkotói a tényleges szükséglet mértékét ismerjék. A félrendszerű kárbavesztett erőlködés és kidobott pénz. Ami öt év előtt korszakos haladást jelentett volna, az ma talán már csak tökéletlen foltozás lenne. Mielőtt tehát a közegészségügy reformátora útnak indul, állapítsa meg szabatosan a kiindulás pontjának földrajzi helyzetét és jöjjön tisztába azzal, hogy időben és térben mivel kell számolnia.

A nagy idők világrengető eseményei olyan mélységesen felkavarják az országok beltengereinek hullámaikat is, hogy ahol addig törekeny csónak is megtette, ma már csak páncélos derekú gőzhajó tud megküzdeni a habokkal. Az apró reformmocsok és az egyéni hiúság céljainak szolgálata helyébe a nagy feladatok mérhetetlen arányához hozzánövekedő egységes kormányzati és társadalmi munka vár reánk a magyar közegészségügy terén. Milliók — a legjobb emberanyagból — pusztultak el fegyvertől, gyilkoló kórtól s a háborús közviszonyok visszahatása következtében az összes hadviselő államokban, — nálunk sajnos nem kevésbé, mint egyebütt. A milliós tömegek megmozdulása, vándorlása előtérbe állított és égetővé tett sok olyan népegészségügyi feladatot, amelynek megoldása eddig csak «kívánatos» volt. Emberanyagban, javakban, intézményekben, berendezésekben tengernyi a pusztulás. A háború nyomán betegség, járvány, ezerféle baj terjedt el az ország minden részében. A harctéren pusztító gyilkos veszedelmek következményeinek elhárítása és a szenvedések enyhítése nagy mértékben köti le — még a háború után is hosszú időre — az általános népegészségügyi feladatok számára továbbra is nélkülözhetetlen emberi segítő erőt,

intézményt és anyagot. (Sajnos, azóta lezajlott a II. világháború, még irtózatossabb tragédiákat okozva. A közegészségügy számára számos új, alapvető feladatot teremtett.)

Sokszor halljak, hogy a közegészségügy fejlesztése az állam feladata. Én kevésbé helyeznék súlyt erre a tételre, mint arra a gyakorlati igazságra, hogy a közegészség ügyének korszerű fejlesztése: az állam érdeke. Az állam ereje népének ereje, a milliók termelő államfenntartó képessége. (Igen, hangsúlyozzuk, hogy a köz egészségügye az állam érdeke!)

Az embervédelem terén nagyszabásuan kiépített szervezetével az állami gyermekvédelem vezet ezidőszert. Az állami gyermekvédelem eddigi működését szervesen fogja kiegészíteni az anya- és csecsemővédelem, amelyet az állam erőteljes támogatása mellett a Stefánia Szövetség hatalmas lendülettel szervez országszerte. A szövetség az embervédelem terén már eddig is nagyjelentőségű munkásságot fejtett ki.

Ismételten rámutattam már arra, hogy a gyermekhalandóság legelső sorban nem orvosi, hanem szociális kérdés. A csecsemők legnagyobb részét nem velük született betegség öli meg, hanem olyan betegség, amelyet helytelen táplálás, rossz gondozás, tudatlanság, zsúfolt, szennyes lakás okoz. A helyes felismerés mutatja meg egyúttal a baj orvoslásának útját is. Ha sikerül az anyákat felvilágosítani: hogy a lakás szellőzése és tisztántartása, a testápolás és az észszerű táplálás megóvjá a csecsemőt igen sok betegségtől, akkor a csecsemő-halandóságnak egyéb beavatkozás nélkül is le kell szállnia. (Valóban már akkoriban helyesen állapította meg a szerző, hogy többek között a csecsemő- és gyermekellátásban az egészségügy csak az egyik tényező, széles körű állami, társadalmi aktivitás szükséges.)

A felvilágosító és tanítási akciót állami feladatnak tartom, de a megvalósításába a társadalmat is be kell vonni, mert a társadalom nagyobb mozgékonyága igazán értékes munkát végezhet e téren. Be kell hálózni az egész országot, szervezetet kell teremteni, mely a legkisebb községtől a fővárosig minden csecsemőt figyelemmel kísér. Ennek a szervezetnek a megalkotására különösen alkalmas a Stefánia, amely gróf Apponyi Albert és Szerényi József vezetése mellett már is számottevő munkásságot fejt ki.

Ez a Szövetség önkéntes és hivatásos anya- és csecsemővédőnőket képez ki, akik kiképzésük után vidékre kerülnek egy-egy községbe s ott folytatják működésüket. Munkásságukat a törvényhatósági védőnő és a törvényhatósági biztos ellenőrzik. Ezek viszont az országos biztosok és fővédőnők irányítása szerint járnak el.

Mint hogy a Szövetség saját erejéből a tanfolyamok költségeit, az alkalmazott védőnők és biztosok díjazását nem fedezheti és mert ezeket a költségeket különben is az államkincstárnak kellene viselnie, — az állam a szövetséget igen tetemes támogatásban részesíti.

A munkásosztály gyermekeinek nyaralásáról is igen széles körben kellene gondoskodni. Az a pár hét, amit a külvárosi bérkaszárnya gőzkörében felnövekedő gyermek nyáron isten szabad ege alatt, jó levegőben, egészséges környezetben, jó táplálkozás mellett tölt el, kamatos kamatokkal téríti meg a jövő nemzedék életerejének fokozódásában az erre a célra fordított készpénzeket. (Az ország különböző településein fiatalok és idősök számára tartott egészségfejlesztő előadásainkon, konzultációinkon gyakran érdeklődünk: nyílt-e lehetőségük balatoni nyaralásra. A válaszok döntő többsége szomorúan hangzik: soha.)

Az állami gyermekvédelem terén is állandóan kell továbbfejleszteni a meglévő intézményeket. Ezt a továbbfejlesztést új telepek létesítésével és a kihelyezett gyermekek fölötti felügyelet intenzívebbé tételével kellene mélyíteni. A telepfelügyelőnői intézmény ugyanis jól bevált s a háború előtt, amikor az állami gyermekmenhelyek kellő orvosi személyzettel el voltak látva az ellenőrzés is sikeres volt.

A csecsemőhalandóság elleni küzdelem egyik fontos fegyvere, hogy azokban a gyárakban, amelyekben szoptatóanyák is alkalmazva vannak, olyan helyiség bocsáttassék az anyák

rendelkezésére, ahol gyermekeiket megszoptathatják. (A bekezdés a szerző rendkívüli empátiáját igazolja.)

A jó ivóvíz s a lakott helyek tisztaságának biztosítása is nagy gondot igényel. Gondoskodni kell arról, hogy minden város és község el legyen látva jó ivóvízzel (vízvezetékek). A mocsarak, pocsolyák lecsapolásáról, a szennyvizek elvezetéséről, a talajfertőzés megakadályozásáról (csatornázás) szintén gondoskodni kell. Ennek törvényes feltételei az 1876 : XIV., az 1885 : XXVIII. és 1912 : LVIII. törvénycikkekben készen állanak. Csak arra van szükség még pedig halaszthatatlanul, hogy a törvény — tervszerű akcióval — az egész vonalon végrehajtsák. Sorra kell venni a városokat, községeket, amelyekben akár jó ivóvízről, akár csatornázásról, akár mocsarak lecsapolásáról kell gondoskodni és intézkedni kell a szükséges munkálatok haladéktalan végrehajtása iránt. Ahol komoly pénzügyi akadályok vannak, állami támogatással kell a tervek keresztülvitelét lehetővé tenni, amint ez különben — a fölmerült egyes esetekben — eddig is megtörtént.

Az élelmiszerekkel összefüggő egészségügyi kérdések nem kevésbé fontosak.

A lakáskérdésnek oly sok egészségügyi vonatkozása van, hogy szociálpolitikai jellege mellett is elsőrangú higiénikus feladat marad. Itt nemcsak az építési szabályrendeletek revíziójáról és szigorú végrehajtásáról van szó, hanem különösen a cselédlakások megfelelő építésének keresztülviteléről, higiénikus munkás- és tömeglakások létesítéséről. Az egészségügyi politika feladata ellenőrizni a lakásépítési egészségügyi követelményeknek ilymódon való teljesítését és az erre vonatkozó törvényes rendelkezések kérelmelhetlen végrehajtását. Megfontolás tárgyává kell tenni, hogy nem volna-e szükséges úgy az építési szabályok, mint a munkás- és tömeglakások építésének alapelveit — természetesen a helyi viszonyokkal is számolva — törvényhozás útján újból megállapítani. (Napjainkban is bőséges megjegyzéseket és intézkedési kérelmeket fogalmazhatnak meg!)

A fertőző betegségek leküzdése egyik legfontosabb fejezete a közegészségügyi politikának. A világháború szembetűnően bebizonyította, hogy a fertőző betegségek ellen a védekezés egyik legbiztosabb fegyvere a fertőző betegség gyors felismerése és megakadályozása annak, hogy a fertőző anyag továbbhurcoltassék.

A fertőző betegségek leküzdésére vonatkozólag, a törvény rendelkezése mellett, a kormány a legutóbbi években kiadott rendeletekben jóformán kimerítette mindazt, amit a tudomány mai állása mellett a védekezés módjaira nézve tudni kell. (Szabadjon e helyen azon költői kérdést feltenni, hogy a 2009. tavaszán megjelent és különböző nevekkkel ellátott kórfolyamatot illetően minden megtörtént a további terjedés megakadályozására?)

Hogy a védekezés terén az országban még mindig kedvezőtlen állapotok vannak, ez a végrehajtás hiányán, vagy tökéletlenségén múlik. Az elkülönítés nem történik meg, mert hiányzanak a feltételei. A községi járványkórházak rendszere nem vált be. Gondoskodni kell, hogy a járványkórház élő intézmény legyen: állandóan működésben levő kórház, teljesen modern felszereléssel, külön orvossal (orvosokkal) és jól kiképzett ápolószeméllyel. Ilyen járvány kórházakat megfelelő kisebb-nagyobb centrumokban kell berendezni, amelyeknek beteganyagát fölvenni és ellátni képes.

A védőoltások ügyét is revideálni kell

A népeiséget tömegesen pusztító betegségek elleni védekezés egymaga külön fejezete a közegészségügyi védelmi harcnak.

A tuberkulózis elleni küzdelemnek minden irányra kiterjedő országos megszervezése szükségessé teszi olyan intézmények felállítását, melyek hathatós ténybeli közreműködésükkel a remélt siker elérésére biztos alapot nyújtanak. Az egyéni és általános egészségügynek és szociális életviszonyoknak állandó javítása mellett szükség van olyan speciális berendezésekre is, melyek bizonyos meghatározott asszanálandó területen a

tuberkulózis elleni küzdelem eszközét alkalmazni és azokat állandó működésben tartani képesek.

Ilyen intézmények elsősorban a tüdőbeteg gondozók (dispensairek), melyek nálunk kiforrott szervezetüknél fogva arra hivatják, hogy egy-egy megszabott területnek a tuberkulózis elleni védekezést minden irányban vezető és intéző helyi központjai legyenek. Ezek teljesítik a betegfelkutatás, nyilvántartás és ellenőrzés feladatát, ezek asszanálják a tüdőbeteg lakását, gondozzák tanácsadással, orvosi és anyagi segélynyújtással úgy a beteget, mint ennek családját, ezek közvetítik a betegnek szanatóriumi, kórházi vagy üdülőtelepi elhelyezését, ezek mosatják és fertőtlenítik a beteg ruháját és lakását, ezek eszközlik ki a helybeli jótékony intézmények és egyesületek segítségét stb., szóval ezek végzik a prophylaxis és a társadalmi gondozás munkáját, egyúttal azonban a gondozók a jelentkező alkalmas tüdőbetegek gyógyításával is foglalkoznak, amely célból az országos betegápolási alap terhére gyógyszerrendelési joggal is felruháztatnak. (A fertőző tüdőbetegek ellátása jelentős gond. Voltak nem is olyan régen olyan hivatalos közlések, hogy az ellátandók száma jelentősen csökken. Az utóbbi időben viszont nagyobb előfordulást regisztrálnak. A szűrővizsgálatok terén e tárgykörben is hallhattunk a személyiségi jogokról – lehetnek ilyenek fertőző, azaz mindenkire veszélyes betegségek esetén?!)

Hozzáértő lelkiismeretes kezelés mellett tehát ezektől az aránylag legolcsóbb intézményektől lehet a legnagyobb eredményt várni. A sikert azonban csakis ezen intézményeknek állandó és folytonos működése tudja biztosítani, ami viszont csakis az állam pénzügyi támogatásával válik lehetővé. Be kell tehát hálózni az ország egész területét ilyen tüdőbeteg gondozókkal, melyeknek fenntartásához hozzájárulnak az érdekelt helyi hatóságok, társadalmi körök, a munkásbetegsegélyző és balesetbiztosító pénztárak is, de létalapjukat, ha mindjárt szerény keretekben is, csak az államsegély tudja állandóan biztosítani. (Ez is teljesen igaz!)

A fertőzési alkalom kevesebbítését és a fertőző csírák pusztítását célzó intézkedéseknél a tüdővész leküzdésére irányuló küzdelemben semmivel sincs kisebb fontossága annak a törekvésnek, mely az esetleges fertőzést az emberi szervezet ellentálló erejének növelésével óhajtja ellensúlyozni. Különösen a gyermekkorban bír ez roppant fontossággal, mert a gümős fertőzés rendszerint ebben a korban következik be. A tüdővész áldozatainak számát kevesebbíteni igyekvő mozgalomnak tehát rendkívül fontos feladata a fenyegetett gyermeket a veszélyes környezetből kiragadni és számára olyan tartózkodási helyet biztosítani, ahol nemcsak újabb fertőzések veszedelmét kerüli el, de ahol testi ellentálló képessége az állandó friss levegőn való tartózkodással, rendszeres mosdás, testedzés, testgyakorlás stb. által lényegesen megnövekszik s a gyermeket a betegség legyőzésére képessé teszi.

Az ilyen célt szolgáló tengeri, illetőleg tóparti hospice-ok erdei, vagy általában szabadlevegőn tanító iskolák, nappali és éjjeli szabadlevegős üdülőhelyek, szünidei gyermektelepek és otthonok, mind olyan intézmények, melyeket a lehető legelterjedtebb mértékben kell felállítani. (Érvényes ma is!) Ezekre kell alapítani tulajdonképpen az okszerű tüdővész elleni küzdelmet. Ilyen intézetekben a fertőzés jeleit már mutató, de relatíve még egészséges és megmenthető gyermekek, idejében elhelyezve gyógyulást találnak. Ilyen intézményeket minden városnak fel kellene állítania. Addig is azonban, míg ezek a berendezések mérhetetlen fontosságú jelentősége átmegy a köztudatba, az államnak kötelessége ezen a téren is megindítani a tettekkel való védekezést.

Lényeges kiegészítő része az eddig ismertett védekezési tényezőknek az otthonukban fertőző nyílt tüdőbetegeknek az izolálása alkalmas kórházi pavillonokban. Ezek nélkül pedig a tüdőbeteg gondozók működésének egy része is béna marad. A tuberkulózis pavillonok építése tehát a kórházügy rendezésének nemcsak egyik legfontosabb, de határozottan a legsürgősebb feladata, mert nemcsak az egyénnek, hanem a köznek is javát szolgálja.

A súlyos tüdőbetegek rendkívül megnövekedett számára való tekintettel azonban nem várhatjuk meg, míg a kórházi pavillonok felépülnek, hanem sürgősen gondoskodnunk kell egyszerű berendezésű olyan intézményekről, amelyek egyszerre nagyszámú tüdőbeteget képesek befogadni.

Az alkoholizmus leküzdésére is céltudatos tevékenység van folyamatban.

A nemibetegségek pusztítása ellen most már annál nagyobb eréllyel kell minden rendelkezésre álló eszközzel küzdeni, mert a háború ezen a téren az eddig is kedvezőtlen helyzetet még lényegesen rosszabbá tette.

Sürgősen szükséges megelőző intézményekről gondoskodni.

Céltudatos kórházfejlesztő programra van szükség, ha kell, akár erőteljes rendszerváltozással is. Ezen a téren a merev államosítás nem volna sem helyes, sem indokolt, hanem ott, ahol az önkormányzat vagy a társadalom egymaga tud megfelelni a feladatnak, az állam egyáltalában ne avatkozzék bele s ahol e tényezők eredményt csak külső támogatás mellett érhetnek el, ott az állam segélye csupán ebben a keretben mozogjon. Ahol azonban sem az önkormányzati tényezők, sem a társadalom nem tudnak a kórházfejlesztési szempontoknak megfelelő intézményt létesíteni, vagy fenntartani, ott ilyennek létesítéséről az államnak kell gondoskodnia. Így képezem el a kórházfejlesztés terén a helyes munkafőlosztást.

Általában pedig szükségesnek tartom a kórházak személyi és gazdasági viszonyainak alapos revízió alá vételét, hogy életképességük, szakszerű vezetésük és zavartalan, sikeres működésük hosszú időre biztosítható legyen. (Magyarország morbiditási adatai igazolják a kórházfejlesztések szükségességét és egyetértünk a szakszerű vezetés hangsúlyozásával is.)

Az elmebetegügy szintén messzemenő intézkedésekre szorul. Lényegesen szaporítani kell az elmebetegek számára rendelkezésre álló férőhelyek számát (ezt a mai helyzet is indokolja) és tovább kell fejleszteni a jól bevált családi ápolás rendszerét.

A hülyék, nehézkezesek, alkoholisták ügye szintén fokozottabb gondozást kíván. A gyógyfürdők, üdülőtelepek, ásványvizek érdekében szükséges reformokat új fürdőtörvény keretében kell megvalósítani.

Ez alkalommal is rámutatni kívánok arra, hogy megfelelő eredményre a népfelnevelés politikájában csak akkor várhatunk, ha e kérdések részleteinek megoldását széles rétegekre kiterjedő általános népbiztosítás támasztja alá. Elsősorban a betegség elleni kötelező biztosítást és ennek keretében az anyasági biztosítást tartom kiterjesztendőnek, általában minden rétegre olyan dolgozóknak, akiknek jövedelme nem éri el azt a fokot, hogy belőle a saját és családjuk védelmére kellő módon áldozhassanak.

A népbiztosítás, sőt már maga a betegség elleni kötelező általános biztosítás is, keretében az anyasági biztosítással, a néperő egyetemleges fejlesztésének biztos alapja. Védelembe vonja a már ma szaporodásra és munkára képes korban levő, védelemre szoruló emberek összességét. Ez az általános népbiztosítás hatalmas eszköze a csecsemőhalandóság csökkentésének. De megoldja az egész vonalon az anyasági biztosítás minden kérdését, a gyermekágyi és szoptatási segélyt is beleszámítva. Rendkívül jótékonyan hat az összhalandóság csökkentésére, a természetes szaporodásra és meghosszabbítja, amint azt német adatok bizonyítják, az általános életkort. De az orvoskérdésnek, az orvoshiány megoldásának is egyik legbiztosabb és legegyszerűbb útja.

A teendőik sorában a legfontosabb helyet foglalja el a közegészségügyi szolgálat újjászervezésének kérdése.

A múlt tapasztalatai alapján kétségtelen, hogy a közegészségügy tapasztalatait sikeresen megoldani csakis jól képzett, jól fizetett, szolgálati jogviszonyaiban kellően biztosított, állami

orvosi szervezettel lehet. (Németh László is hangsúlyozta, hogy az orvosnak „jól fizetett”-nek kell lennie!)

Az államosítás keretében mindenekelőtt újból meg kell állapítani a különböző célok szolgálatába állítandó orvosok feladatát és hatáskörét.

Ebből a szempontból az orvosi szolgálatot bizonyos mértékben ketté kell választani, és míg az alsóbb fokon annak az orvosnak, aki a községben fog szolgálatot teljesíteni, hatósági orvosi teendőit redukálni kell és főhivatásául a gyógyítást kell kitűzni, addig azoknak az orvosoknak, akik a közegészségügyi preventív szolgálatot, a felügyeletet és ellenőrző irányítást lesznek hivatva teljesíteni, hatósági — tiszti — orvosi teendőket kell a hatáskörükbe utalni, a magángyakorlat kizárása mellett.

Ez természetesen maga után vonja az állami orvosok szolgálati viszonyainak megfelelő megállapítását is.

Az államosítással mindenekelőtt biztosítani lehet azt, hogy az ország a mai helyzettel szemben sokkal több orvossal legyen ellátva, mert jobb megélhetést, biztosabb egzisztenciát, megfelelőbb előmenetelt biztosít. (Ez ma is így van?) Az orvosképzés megfelelő reformjával, ösztöndíjak létesítésével az orvosi pályát keresettebbé lehetne tenni és az ifjúság nagyobb tömegét ösztönözhetnék az orvosi pálya választására.

Elsőrangú feladat a bábaképzés kérdésének helyes és megfelelő megoldása is. A népesedés, a szaporodás kérdésének egyik legfontosabb része az országnak jól képzett, lelkiismeretes, hivatásuk magaslatán álló bábákkal való ellátása.

A magzatelhajtások megakadályozása, a csecsemőhalandóság csökkentése attól függ, hogy milyen bábákkal rendelkezünk.

Az eddigi rendszerrel szemben, amikor a községi bábái állás csak mellékfoglalkozás számba megy, amelyet jól, rosszul a községből kikerült bábák láttak el, jól fizetett, olyan bábákra kell bízni, akik minden idejüket az egészségügyi szolgálatnak szenteljék.

Az egészségügyi szolgálat csak akkor lesz teljes, ha gondoskodás történik arról, hogy mindenütt jól képzett fertőtlenítők, betegápolók álljanak rendelkezésre, tehát elsősorban ezeknek kiképzéséről, másodsorban pedig megfelelő foglalkoztatásukról és alkalmaztatásukról kell gondoskodni.

Ez a feladat a háború után annál könnyebben lett volna megoldható, mert a világháború szerencsétlen sebesültjeinek, rokkantjainak ápolása és a katonai egészségügyi szolgálat keretében a férfiaknak és a nőknek egész tömege nyert a betegápolásban, fertőtlenítésben kellő oktatást és bizonyos mértékben kedvet arra, hogy polgári hivatásába visszatérve, továbbra is ezeknek a feladatoknak szentelje magát. Ez meg fogja könnyíteni a mentésügy annyira szükséges országos szervezését is.

Ezek a közegészség reformjának legfontosabb feladatai és erre pénzt előteremtteni — nemzeti kötelesség. (Köszönjük ezen örökérvényű megjegyzést.)

IRODALOM

1. Tolnai új világlexikona, tizenkettedik kötet. Budapest. 1930. pp. 181.
2. Új magyar életrajzi lexikon, Budapest, 2007. pp.935.
3. *Dr. József Ongrádi* Semmelweis University, Institute of Public Health, Budapest,
4. *Valéria Kövesdi*, Semmelweis University, Institute of Public Health.
5. *Dr. László Vértes*, Hungarian Society for the History of Medicine.
6. *Dr. Imre Horváth*, Hungarian Society for the History of Medicine

From the reform of the public health in the first half of XX. century's

Dr. JÓZSEF ONGRÁDI

H-1089, Budapest, Nagyvárad tér 4. Hungary.

Phone: +36 1 210 2933/56183 ext,

fax: +36 1 210-2954

E-mail: ongjos@hotmail.com .

Abstract: Almanach of the Polyclinic at 1926.Its statements: Before so the reformer of the public health sets out, let the start establish the geographical situation of his dot correctly and let him get into clear one with it, what has to reckon with in time and space. The general national health cannot be missed in the future for him, an institution given up and a substance is required in the newer one emerging the averting of the consequences of destructive murderous dangers ...

Keywords: public health, the state's interest, Dr. Gábor Ugron, , child protection, good drinking water, housing problem, overcoming infectious diseases, contagious hospitals, vaccinations, tuberculosis, tubercular caretakers, public health service, hospital developer program, mental patient case, mineral waters, new bath law, midwife training, rescue case

A VÉDŐOLTÁSOK KÉRDÉSE

**Miért van szükség védőoltásokra?
Válaszok a virológus szemével**

(Járóbeteg szakellátási konferencia, Balatonfüred, 2009)

BERENCSI GYÖRGY, TUDOMÁNYOS TANÁCSADÓ,
YOUNES ALI SALEH, PHD HALLGATÓ,
SZOMOR KATALIN, OSZTÁLYVEZETŐ,
TAKÁCS MÁRIA, FŐOSZTÁLYVEZETŐ

Országos Epidemiológiai Központ, Virologiai Főosztály, Budapest

Összefoglalás: Mindig elcsodálkozik az ember, hogy egyesek küzdenek a megelőző orvostudomány leghatékonyabb eljárása, azaz a megelőző védőoltások ellen. A védőoltásokat megelőző időben (1931-1940) Magyarországon 543.800 (hastífusz, torokgyík, szamárköhögés, kanyaró, gyermekkénulás és fertőző agyhártyagyulladás) megbetegedést jelentettek be. 1996 és 2005 között, az említett kórokozók által okozott megbetegedést, kevesebb, mint 250-et, azaz évente 25-öt észleltek. A WHO adatai, - amelyet a vad gyermekkénulás felszámolásával kapcsolatos program keretében közöltek, - aláhúzzák a védőoltások pontos beadásának a fontosságát. Utóbbi az Európában időnként visszatérő kanyarójárványok is megerősítik. Az influenza vírusok inter-pandémiás antigén módosulása (drift) szintén alátámasztja a szezonális védőoltások fokozott alkalmazását. Az ártalmatlan papillomavírus védőoltások alkalmazását az indokolja, hogy a hazai papillomavírusok által elindított malignomáknak több mint a felét a 16-os genotípus okozza, ami mindkét jelenleg kapható oltóanyagban benne van.

Kulcsszavak: védőoltások, megelőzés, s poliomyelitis, veszettség, himlő, influenza, papillomavírus

Egészségtudomány 54/4 74-80 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. október 6-án
Elfogadva: 2009. október 12-én

Prof. BERENCSI GYÖRGY
Országos Epidemiológiai Központ
1097 Budapest Gyáli u 2-6
tel: 1-476-1265
e-mail: berencsi.gyorgy@oek.antsz.hu

Mindig elcsodálkozik az ember egy ilyen kérdésen.

Az Országos Közegészségügyi Intézet megalapítását követően működni kezdett a fertőző betegségek bejelentési rendszere. A rögzített adatokból meg lehet tudni, hogy a védőoltások bevezetése előtt hány olyan fertőző betegség fordult elő, amelyeket ma védőoltásokkal meg lehet előzni. Egy-egy évtized adatait az 1. táblázat foglalja össze:

I.TÁBLÁZAT: A védőoltással megelőzhető fertőző betegségek száma a védőoltások bevezetése előtt és után (1931-1940/1996-2005)

TABLE I.: The number of vaccine preventable infectious diseases before and after the introduction of mandatory vaccination (1931-1940 and 1996-2005)

Évek Years	Hastífusz Typhus	Torokgyík Diphtheria	Szamárhögés Pertussis	Kanyaró Measles	Gyermekbénulás poliomyelitis	Járványos agyhártyagyulladás Epidemic meningitis
1931-40 (1)	95.500*	105.000**	80.000	285.000***	5.000	3.300****
1996-2005 (2)	0	0	< 100	< 50	0	< 100*****

* A betegség halálos kimenetele 50 % körül volt; lethality: 50%

** A betegség halálos kimenetele 25 és 40 % volt; lethality 25-5-40%

*** Az immunrendszer károsodása miatt a betegséget követő három hónapon belül bakteriális tüdőgyulladások, agyhártyagyulladások és a tuberkulózis betegítette meg a gyermekeket; by three months the children were affected by pneumonia, meningitis, tbc

**** A *N. meningitidis* B szerocsoportja 1939 és 1941 között érkezett Magyarországra;

N. meningitidis serogrup B arrived to Hungary between 1939-1941

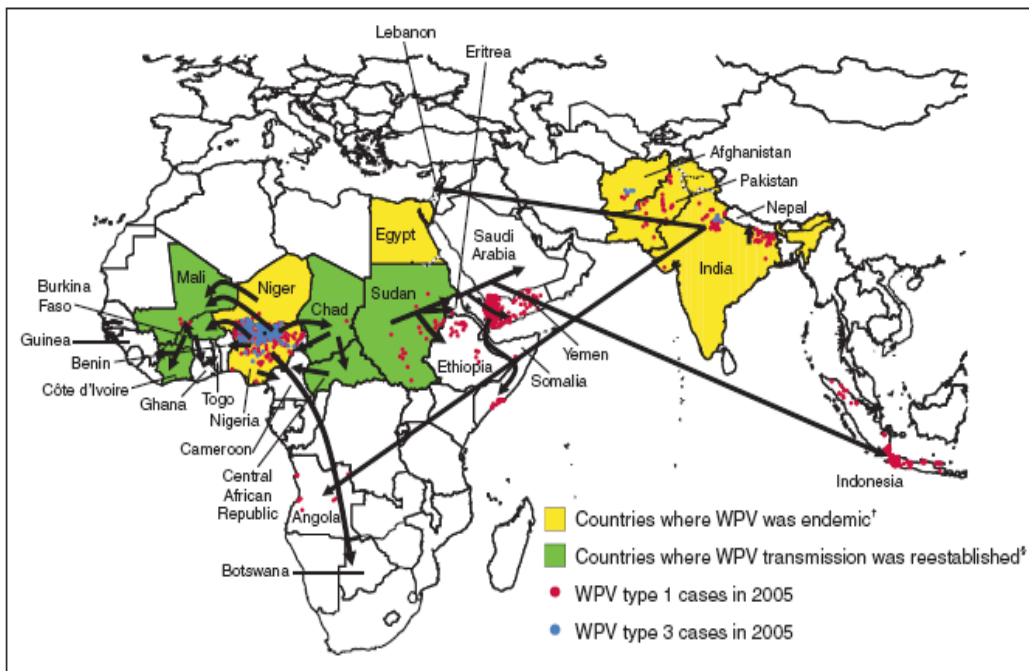
***** A vizsgálati időszakban négy új szerocsoport került behurcolásra a magyar lakosságba. A baktériumok genetikai tulajdonságai valamint a rifampicin prevenció eredményezte az alacsony halálozást. Low lethality was due to genetical qualities of bacteria & rifampicin prevention

A védőoltás végrehajtásának a fegyelme létfontosságú az eredmény fenntartása érdekében. Két eseménysorozat bizonyítja, hogy ez milyen alapvetően szükséges. Az Egészségügyi Világszervezet évtizedek óta folytatja a gyermekbénulás világméretű felszámolásának a programját. Amerika 1992-ben, Európa 2002-ben vált mentessé a vad poliomyelitis vírustól. Ma már csak 5 országban endémiás a betegség (India, Pakisztán, Afganisztán, Egyiptom és Nigéria). 2005-ben mégis 1020 importált gyermekbénulás fordult elő 53 országban behurcolás következtében. Csádban, Maliban és Szudánban járványok is keletkeztek. 1430 poliovírus megbetegedés alapján számítva, a megelőző intézkedések és a járványok felszámolása megbetegedésenként 312,000 US Dollárba kerültek (1. ábra). A nyilak jelzik, hogy egyedi megbetegedések mely országokban fordultak elő 2002 és 2005 között (3).

Amennyiben a védőoltásokat nem végzik el megbízhatóan, akkor a fogékony lakosságban visszavadulhatnak a gyengített Sabin vírusok, szabályos járványokat okozva (2. ábra). Ez az oka annak, hogy Magyarországon és Európa legtöbb országában is 2007-től áttértek az elölt vakcina alkalmazására.

Hasonló események zajlottak le a kanyaróvírussal kapcsolatban is. Magyarországon 1984-ben és 1988/1989-ben zajlottak le országos járványok. Ezeknek a bekövetkeztét a védőoltási rendszer módosításával meg lehetett előzni (4, 5). A világ számos részén azonban élnek olyan lakosságcsoportok, akiknek az átoltását nem lehet biztosítani a vándor-életmód miatt. Ilyen kanyarójárvány tört ki Olaszországban 2006-ban (6). A „nomád” lakosság csoportról később áttekintjük a letelepedett, de nem kellő alaposággal átoltott lakosság csoportokra is (3. ábra).

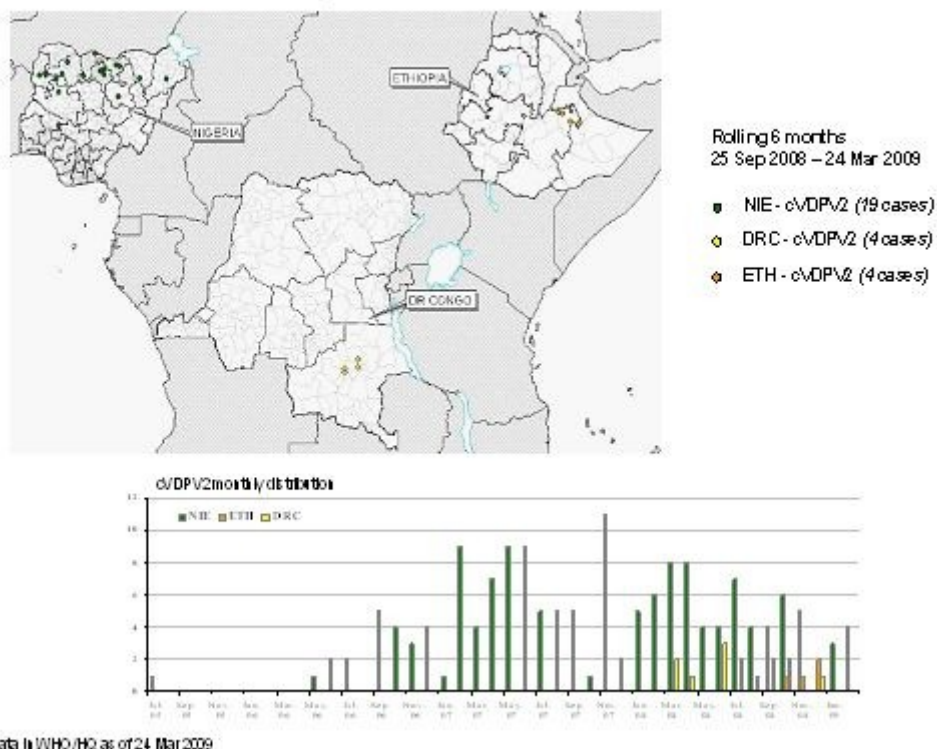
FIGURE. Wild poliovirus (WPV) cases in 2005 and WPV importation routes* during 2002–2005 — worldwide



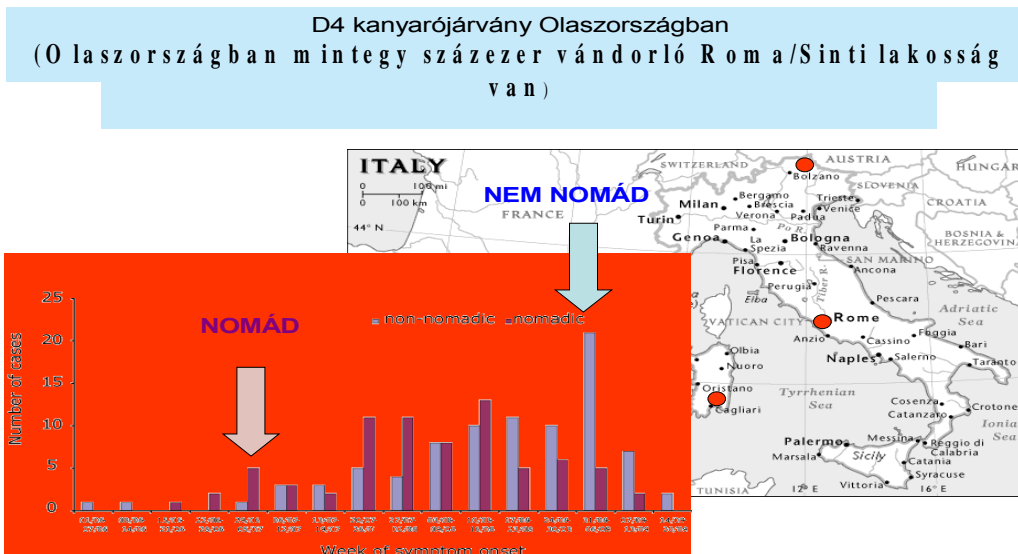
* Routes (not all importation events) indicated by arrows.
 † As of February 1, 2006, Niger and Egypt were considered no longer endemic for WPV because neither country had indigenous transmission during the preceding 12 months.
 ‡ Countries were considered to have reestablished transmission if WPV was detected for >1 year after importation. The majority of these countries have not experienced WPV type 1 transmission since July 2005.

1. ábra: Vad poliovírus megbetegedések 2005-ben (pontok) és az importálás útjai 2002-től 2005-ig (nyilak)

Circulating Vaccine-derived Polioviruses



2. ábra. A vakcina eredetű vírustörzsek (cirkuláló vakcina-eredetű poliovírusok) által okozott bénulások Nigériában, Kongóban és Etiópiában 2006 és 2008 között.



3. ábra. Az alacsony arányban védőoltásban részesült, vándorló roma/sinti lakosság által elindított kanyarójárvány, amelyet a D4 genomcsoportba sorolható vírus behurcolása eredményezett (6).

Figure 3. The vaccination coverage of the migrating Roma/Sinti inhabitants resulted an outbreak of the D4 genotype of measles virus in 2006 which spread later on to the settled inhabitants of the country (6).

Régi és új védőoltások.

A himlőoltásokat az egész világon 1982-ben befejezték. Ennek az lett a következménye, hogy az egyéb poxvírusok ellen nincs a fiatalabb generációknak semmilyen védettsége, így a fürdőcsomó (*Molluscum contagiosum*) valamint a majomhimlő járványokat okozhat az emberekben.

A veszettség oltások Európában átkerültek az állatorvosok kezébe. A diagnosztikát eddig is ők végezték az emberi megbetegedések gyanúja esetén is. Évek óta azonban a rókák (és más húsevő ragadozók) védőoltása minimálisra csökkentette a veszett állatok számát valamint az emberi védőoltások gyakoriságát is. A veszett háziállatok előfordulása is minimálisra csökkent.

Az influenza védőoltás az, amit a vírusok változékonysága miatt évente újra kell termelni és beadni. A világjárványok közötti időben is bekövetkeznek antigén módosulások (4. ábra), aminek a következtében szezonális (interpandémiás) járványok keletkezhetnek. Az antigén módosulások időpontjait a 4. ábra „B” oszlopa tünteti fel. Időnként (1986 óta) egyidejűleg 2-3 influenza A/H3N2 módosulat is járta a világot (7, 8).

2009 májusában egy új influenza A/H1N1variáns vírus jelent meg Mexikóban. Ez ellen senkinek sincs védettsége, ezért mindenkit, aki valamilyen kockázati tényezővel rendelkezik, be kell oltani.

Az új, világjárványt okozó vírus génjei madár, emberi, amerikai és eurázsiai sertések génjeiből adódtak össze. Ezért az emberiség korábbi immunitása csak a 65 éven felüli lakosságban jelent bizonyos védelmet.

Új vírusvakcinákat is bevezettek az elmúlt években Magyarországon is. Az új élő rotavírus vakcina a 6 leggyakoribb szerotípust tartalmazza. A csecsemőknek 2, 3 és 4 hónapos korban

kell beadni az oltóanyagot, mindig az adott évben érvényes védőoltási ajánlásoknak megfelelően.

A védőoltást azért engedélyezték, mert a korábban felmerült gyanút sikerült kizárni, miszerint a bél-begyűrődés (intussusceptio) a védőoltások következménye lett volna.

A génebérszet lehetővé tette, hogy a nem tenyészhető *szemölcsvírusok* legmagasabb rákkeltő képességgel rendelkező típusait megtermeljék élesztő sejtekben (az egyik gyár) valamint baculovírus - selyemhernyó sejt-rendszerben.

A vírusok magyarországi előfordulását az 5. ábra mutatja. Magyarországon a rosszindulatú daganatok legnagyobb részét a 16-os papillomavírus típus okozza, ami mindkét védőoltásban benne van.

A védőoltások teljesen ártalmatlanok, mert a *hepatitis B* elleni védőoltással 2002 óta már több mint 600 ezer nyolcadikos gyereket oltottak be, - mellékhatások nélkül, - amely ugyanabban az élesztősejt rendszerben készül, mint az egyik papillomavírus védőoltás.

A papillomavírus vakcina mintegy 95 %-át kivédi a rosszindulatú méhszáj daganatoknak, de csak akkor, ha az asszonyok továbbra is eljárnak nőgyógyászati szűrésre és elvégzik két évente a mikroszkópos sejtvizsgálatot is. A maradék daganatokat az a 16 papillomavírus típus okoz, amelyik jelenleg még nincs benne a védőoltásokban.

A papillomavírus fertőzés bekövetkezhetik magzati korban, és a szülés közben is. A fertőzés fő módja azonban a szexuális út, amit az óvszer használata nem akadályoz meg (9) szemben a HIV/AIDS fertőzés kockázatának a csökkentésével.

A védőoltások ellenzőinek nő a tábora

A védőoltások már több évszázada óvják az emberiséget a legrettegettebb betegségektől. A ma élő embereknek fogalma sincs arról, hogy Amerika felfedezését követően a himlő, a kanyaró és az influenza irtotta ki a szó szoros értelmében az őslakosságot. Ugyanez történhetett Ausztráliában és Óceániában is, csak az utóbbiak nem zajlottak olyan látványosan.

Az ellenkezés fő oka az ismeretek hiánya. Élő vakcinákkal nem szabad immunhiányos egyéneket oltani. Előlt oltóanyagokkal azonban még az AIDS-ben szenvedő és a szervátültetésben részesült egyéneket is lehet, sőt kell oltani. Ugyanez érvényes a lépirtott egyénekre is. Nem tartalmaznak élő kórokozókat: a gyermekbénulás, hepatitis B, papillomavírus, influenza, kullancs agyvelőgyulladás, diftéria, tetanus és szamárköhögés, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* védőoltások, amelyeket rendszeresen alkalmazunk.

Sajnos a tiltakozók egy része a védőoltásokban lévő határfokozó és konzerváló anyagok miatt ellenzi a védőoltásokat.

Van valódi kontraindikációja (ellenjavallata) is a védőoltásoknak, ez azonban az allergia, amely minden oltóanyagon pontosan fel van tüntetve.

Az ellenzők nagyobbik része azonban anyagi, szektás vagy vallási elgondolások miatt szeretné megfosztani embertársait a leghatékonyabb eszköztől, amely az emberiséget a járványos fertőző betegségektől meg tudja védeni.

Megjegyzés és köszönetnyilvánítás

Az 1., 2. és 4. ábrát az Egészségügyi Világszervezet vad poliovírus felszámolási programja keretében az Európai Központ munkatársai készítették, Kopenhágában.

IRODALOM

1. *Johan B., Tomcsik J.*: Az országos Közegészségügyi Intézet évkönyvei: 1931-1940
2. *Pápay D., Straub Ilona, Melles Márta*: Az Országos Közegészségügyi Intézet és az Országos Epidemiológiai Központ évkönyvei: 1996 – 2005.
3. Morbidity Mortality Weekly report (MMWR) 2006. február 17.
4. A WHO 2009. márciusában kiadott adatai.
5. *Agócs M.M., Markowitz L.E., Straub Ilona, Dömök I.*: The 1988-1989 measles epidemic in Hungary: assessment of vaccine failure. *Int J Epidemiol.* 1992. 5. 1007-13.
6. *Filia A., Curtale F., Kreidl P. et al.*: Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population, Italy, June-September 2006. *Euro Surveill.* 2006;11(10) [cited 2007. Nov 1]. Available from <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061012.asp#2>
7. *Smith D.J., Lapedes A.S., de Jong J.C., et al.*. Mapping the antigenic and genetic evolution of influenza virus. *Science.* 2004;305(5682). 371-6.
8. *Nagy K.* (szerk): Az influenza vírus: a természet hamiskártyása. Semmelweis Kiadó, Budapest, (megjelenés alatt), 2010.
9. *Younes S.A., Csire M., Palyi B., Berencsi G, et al.*: Endotoxins do not influence transplacental transmission of lymphotropic human herpesviruses and human papillomaviruses into amniotic fluid taken from healthy mothers before parturition in Hungary. *Acta Microbiol Immunol Hung.* 2007. 54(3).279-303.
10. *Csoma E., Bacsi A., Liu X.*: Human herpesvirus 6 variant *a* infects human term syncytiotrophoblasts in vitro and induces replication of human immunodeficiency virus type 1 in dually infected cells. *J Med Virol.* 2002. 67: 67-87.
11. *Czegledy J., Gergely L., Endródi I.*: Detection of human papillomavirus desoxyribonucleic acid by filter in situ hybridization during pregnancy. *J. Med. Virol.*, 1989. 28: 250-4.
12. *Czegledy J., Szarka K.*: Detection of high-risk HPV DNA in semen and its association with the quality of semen. *Int J STD AIDS.* 2006. 17. 211-2; author reply.
13. *Czegledy J.*: Sexual and non-sexual transmission of human papillomavirus. *Acta Microbiol Immunol Hung.* 2001. 48. 511-7. Review.
14. *Czegledy J.* Human papilloma viruses in non-melanoma skin cancers. (A short review). *Acta Microbiol Immunol Hung.* 1997. 44. 223-7. Review.
15. *Fule T., Mathe M., Suba Z et al.*: The presence of human papillomavirus 16 in neural structures and vascular endothelial cells. *Virology.* 2006. 348. 289-96.
16. *Fule T., Csapo Z., Mathe M., et al.*: Prognostic significance of high-risk HPV status in advanced cervical cancers and pelvic lymph nodes. *Gynecol Oncol.* 2006. 100: 570-578.
17. *Kónya J., Veress Gy., Juhász A., et al.*: Additional human papillomavirus types detected by the hybrid capture tube test among samples from women with cytological and colposcopic atypia. *J. Clin Microbiol.* 2000. 38. 408-11.
18. *Major T, Szarka, K, Sziklai I, et al.*: The characteristics of human papillomavirus DNA in head and neck cancers and papilloma. *J. Clin. Pathol.* 2005. 58: 51-55.
19. *Szentirmay Z., Szanto I., Balint I, et al.*: Causal association between human papilloma virus infection and head and neck and esophageal squamous cell carcinoma. [Article in Hungarian] *Magy Onkol.*, (2002. 46. 35-41.
20. *Szentirmay Z, Cseh J, Pulay T, et al.*: Human papillomavirus and cervical cancer: genetic background of the neoplastic process. [Article in Hungarian] *Orv Hetil.*, 2001. 142. 1429-36.
21. *Pete I., Szirmai K., Csapo Z., et al.*: Detection of high-risk HPV (16, 18, 33) in situ cancer of the cervix by PCR technique. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002. 23. 74-78.
22. *Poka R., Czegledy J.*: HPV- and node status in cervical cancer long-term results. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997. 71. 169-172.
23. *Veress G., Konya J., Csiky-Meszaros T., et al.*: Human papillomavirus DNA and anti-HPV secretory IgA antibodies in cytologically normal cervical specimens.
24. *J. med. Virol.* 1994. 43. 201-207.
25. *Veress G., Csiky-Meszaros T., Konya J et al.*: Follow-up of human papillomavirus (HPV) DNA and local anti-HPV antibodies in cytologically normal pregnant women. *Med. Microbiol. Immunol (Berlin)*, 1996. 185. 139-44.

Why are preventive vaccines required? Answers by virologists

Prof. Berencsi, György, Scientific Advisor,
dr. Younnes Ali Saleh, PhD Student,
Szomor, Katalin, Head of Department,
dr. Takács, Mária, Head of Division,
National Center for Epidemiology, Division of Virology, Budapest

Prof. BERENCSI, GYÖRGY
National Center for Epidemiology
1097 Budapest Gyáli u 2-6
Phone: 36-1-476-1265
e-mail: berencsi.gyorgy@oek.antsz.hu

Abstract: It is astonishing, that some people fight against the most effective preventive procedure of health protection i.e. the preventive vaccination. Before the vaccination periode (1931-1940) 543,800 illnesses have been registered in Hungary (Typhus, Diphtheria, Pertussis, Measles, Epidemic Meningitis and Poliomyelitis). Less the 250 illnesses of the same etiology were observed (i.e.) 25 patient per year between 1996 and 2005. The precise uptake of the vaccines are emphasised by the data published by the WHO in connection with the eradication programme of wild poliomyelitis and by the measles epidemics reappearing in Europe. The interpandemic antigenic drift of the influenza virus argues for the necessity of the increased uptake of the interpandemic vaccines, too. The importance of the innocuous new papillomavirus vaccines is emphasised by the fact, that more than the half of the Hungarian malignancies associated to the virus have been initiated by type 16, which is present in both vaccines available.

Key words: vaccines, preventive vaccination, poliomyelitis, measles, influenza, papillomavirus

NAGY MAGYAR HIGIÉNIKUSOK VIII.

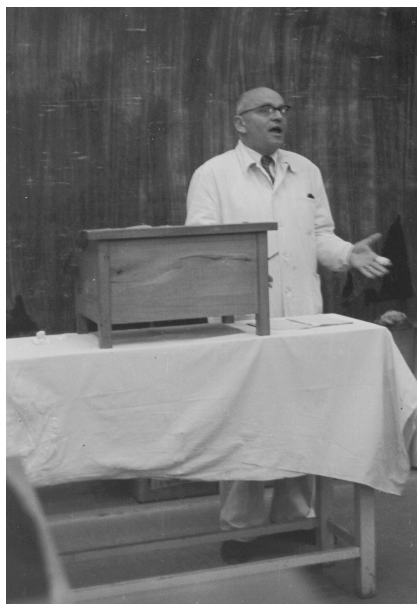
**Kun Lajos közegészségtan professzorról
Születése 105. évfordulóján**

ONGRÁDI JÓZSEF *, VÉRTES LÁSZLÓ**, KÖVESDI VALÉRIA*,
HORVÁTH IMRE**

* Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet, Budapest
**, Magyar Orvostörténelmi Társaság.

Összefoglalás: Kun Lajos (Mezőtúr, 1904. július 10. – Budapest, 1967. január 3.) orvos, egyetemi tanár, az orvostudomány kandidátusa (1952). 1930-ban a pécsi orvosi karon szerezte meg orvosi oklevelét. 1926–1931-ben a pécsi Közegészségtani Intézetben, 1931–1935-ben az OKI pécsi fiókállomásán dolgozott. 1935–1936-ban pécsi járási tiszti főorvos, 1936–1939-ben Pécssett körzeti orvos. 1937-ben magántanár, 1939–1942-ben Ungváron az OKI kirendeltségének vezetője, 1942–1947-ben uo. az oltóanyag termelési részleget vezette. 1947-ben hazatért. 1947–1948-ban az OKI szerológiai laboratórium vezetője, 1948–1951-ben ugyanott a járványtani laboratórium vezetője. 1951–1961-ben a pécsi orvosi karon a közegészségtan rendes tanára. 1953–1956-ban dékánhelyettes, elsősorban környezeti higiénéiával, település-egészségüggyel, az influenza-vírussal, a kiütéses tífusz elleni szérum kutatásával foglalkozott. (<http://www.tankonyvtar.hu/altalanos-orvostudomany/magyar-orvoseletrajzi-080905-17>)

Kulcsszavak: Mezőtúr, Pécs, Komló, Ungvár, közegészségtan, népegészségügy, typhus elleni oltóanyag, meningitis cerebrospinalis epidemica, laboratóriumi hálózat



1.ábra: *Dr. Kun Lajos professzor fényképe*
Készítette Kiss József. Adományozta Kövesdi Vali
Figure 1.: *A photo of Prof. Dr. Lajos Kun*
The picture was taken by Jozsef Kiss

Egészségtudomány 53/4 81-92 (2009)
Közlésre érkezett: 2009. június 18-án
Elfogadva: 2009. június 22-én

ONGRÁDI JÓZSEF
1089, Budapest, Nagyvárad tér 4.
tel:1-210-2933/56183
fax: 1-210-2954

Prof. Dr. Dési Illés „Népegészségtan” című egyetemi tankönyvében (1) az egyik fejezet – „A közegészségtan és a közegészségügy kialakulása Magyarországon” **Morava Andre** tollából.--említi a közegészségtan, a közegészségügy néhány, hazai kiválóságát; ott így szerepel „Kun Lajos (1904-1966)”.

Idézzük **Páter János** professzor által írt necrológot (2). Becsülő, tisztelő sorok:

„A magyar higiéné terebélyesedő fájáról a sors kíméletlen vihara megint letört egy ágat. Elment közülünk Dr. Kun Lajos, akinek életútja, küzdelme, célkitűzése, pályafutása megérdemli, hogy megemlékezzünk róla.

Mezőtúron született 1904-ben, mint munkásgyermek, hihetetlen akaraterővel és energiával küzdött meg az akkori társadalmi nehézségekkel. 1930-ban avatták orvosdoktorrá a Pécsi Erzsébet Tudományegyetemen. A magyar nép fia a magyar nép egészségét kívánta szolgálni. Már 1926 óta tagja a Pécsi Egyetem Közegészségtani Intézetének. 1931-től az OKI pécsi fiókállomásának a vezetője. 1933-ban elvégezte a tisztiorvosi tanfolyamot. 1935-től a Pécsi Járás tisztiorvosa. 1936-tól a Pécsvidéki 272. sz. Stefánia Védőintézet vezető orvosa. 1937-ben a Pécsi Orvostudományi Egyetem magántanárrá habilitálta: „A közegészségtani vizsgáló módszerek” című tárgy körből. 1939-től az OKI Ungvári Közegészségügyi Állomásának a szervezője és vezetője. 1942-ben megszervezi a kiütéses typhus oltóanyagtermelő intézetet. A háború zivatarában is helyén marad. A kievi egészségügyi miniszter 1945-ben az újjászervezett Ungvári Közegészségügyi Intézet Igazgatójává nevezte ki.

1947-ben visszatér Magyarországra és az OKI Szerológiai Osztályának a vezetője lesz, majd 1948-tól az OKI Laboratóriumi és Járványügyi Csoportjának vezetésével bízzák meg. 1951-től 1961-ig a Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézetének a tanára volt, majd utána az Országos Munkaegészségügyi Intézet Mezőgazdasági Egészségügyi Osztályának megszervezésére kapott megbízást, itt dolgozott haláláig. Kun professzor kiváló érzékkel megáldott laboratóriumi kutató volt. Munkabírása, akaraterője, jó laboratóriumi érzéke tükröződik tudományos munkásságában. Fél száz dolgozata, szakkönyvei bizonyítják ezt. Fenyvessy professzor (*elődje. a szerk.*) influenza vizsgálataiban, majd a Pécs-környéki bányák élelmezés-egészségügyi és morbiditási vizsgálataiban a modern higiénikus szemlélet tükröződik. Mesterével együtt vallotta a higiénés munkában és kutatásokban a fiziológiás szemlélet szükségességét. A Tudományos Minősítő Bizottság 1952-ben az orvostudományok kandidátusává, majd később az orvostudományok doktorává minősítette. A Pécsi Orvostudományi Egyetem vezetésében 1953-1956-ig mint dékánhelyettes működött. 1955-ben kiváló orvos lett. Feleségén és 2 gyerekén kívül a magyar higiénikusok nagy tábora gyászolja és búcsúzik Dr. Kun Lajos professzortól, akinek küzdelmes élete és munkássága példamutató lehet minden magyar higiénikus részére.”

A Pécsi Orvostudományi Egyetem ünnepi Évkönyve a Közegészségtani Intézetet bemutató fejezetben *Kun Lajos*ról és nem könnyű helyzetéről ad összefoglalást (3).

„1951-ben a Kormány rendeletére a Közegészségtani Intézetet szétválasztották Közegészségtani Intézetre és Mikrobiológiai Intézetre. A megürült Közegészségtani Intézet vezetésére Kun Lajos professzor kapott megbízást. Ezt a megbízatást Pécsről való távozásáig, 1961-ig töltötte be.

Amint már említettük 1951-ben a Kormány a Közegészségtani Intézetet megosztotta és létrehozta a külön Mikrobiológiai Intézetet. A Közegészségtani Intézet helyiségei és teljes berendezése teljes egészében a Mikrobiológiai Intézet tulajdonába ment át. Kun Lajos professzornak újra kellett kezdenie a Közegészségtani Intézet szervezését és berendezését. 1951-től 1954-ig az Egyetemi Közegészségtani Intézet egy közös laboratóriumi helyiséget kapott a Mikrobiológiai Intézetben, azonkívül az intézet melletti régi nővérszállás épületében

két szobából álló részleget kaptak, amelyben statisztikai munkákat végeztek. Az intézet személyzete: 1 professzor, 4 vagy 5 szigorló orvos volt, azonkívül 1 kémiai asszisztensnő.

1954-ben a Közegészségtani Intézet átköltözhetett a Kossuth tér 3/a szám alatt volt bírósági épületbe, melynek alagsorát és földszintjét a Közegészségtani Intézet, emeletét a Kóréletani Intézet foglalta el. Az épület alagsorában a Közegészségtani Intézet két pinchehelyiséget kapott laboratóriumi célokra, egy szűk vegyszerraktárral és egy alig nagyobb helyiséggel. Az alagsor tágasabb helyiségeit a közegészségügyi fiókállomás foglalta el, táptalajkonyha céljára. Az alagsorban kapott még a Közegészségtani Intézet egy 20 személyes oktató helyiséget, személyzeti öltözőt, fürdőt és étkezőt. A magasföldszinten a Kossuth téri fronton helyezték el az intézet könyvtárát. Az intézet kapott ezenkívül egy utcára néző szűk kémiai laborhelyiséget. A Fürdő utcai fronton az intézet kapott egy tanársegédi szobát, egy irodahelyiséget, egy professzori szobát, az udvari részben pedig egy sötétkamrát. Ugyanitt kapott egy szűk helyiséget mérlegszoba céljaira, melyet szintén közösen használ a Közegészségügyi Állomással.

Az intézet mikrobiológiai és kémiai munkalehetősége minimális volt. Műszerezettsége nagyon szegényes és nem tett lehetővé egy átütő erejű hygénés kutatómunkát. 1961-ig a személyzeti állomány felfejlődött: 1 professzor, 3 tanársegéd, 2 gyakornok, 1 vegyész, 2 asszisztensnő, 1 titkárnő, 2 takarítónő, 1 hivatalsegéd, 1 részfoglalkozású kisegítő. Tehát 4 laboratóriumi helyiség és egy statisztikai dolgozó helyiséghez volt 14 főnyi személyzet. Kun professzor 1961. végén Budapestre távozott.”

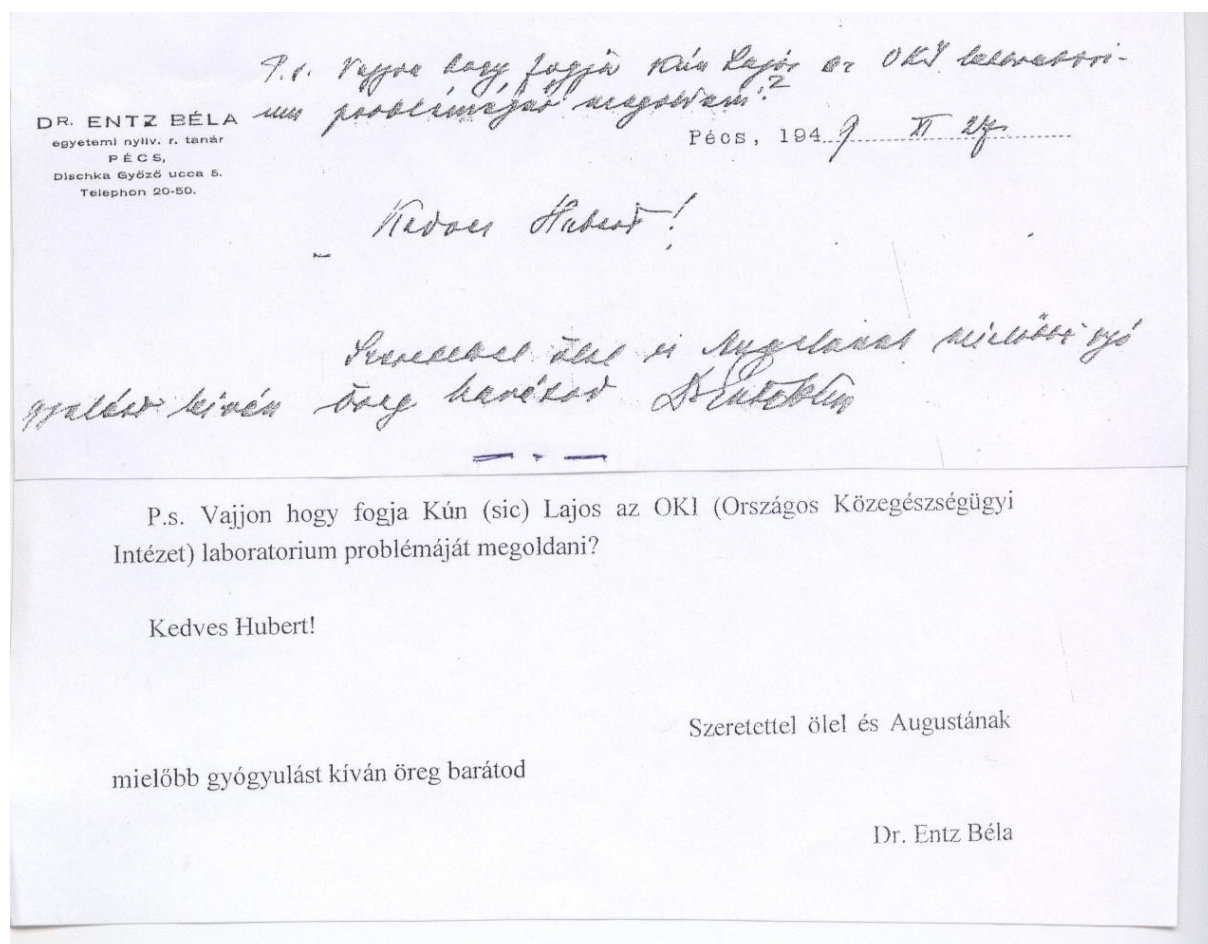
Kun Lajosról több helyen is emlékezik az egyetemtörténész (4). Az egészségügyi miniszter 1951. augusztus 29-én nevezte ki nyilvános, rendes tanárnak. (Egyidejűleg a világhírűvé vált *Romhányi Györgyöt* is).

Fontos tények 1954-ből: „A nevelés kérdését kidolgozó Kun Lajos vezette bizottság állásfoglalásából néhány pont. „Az orvosi etika kérdéseiben való nevelésre lehetőség főleg a III. éves klinikai tárgyaknál és betegviziteken adódik. Nagyon fontos a kórtermekben való orvosi magatartás, a betegekkel való érintkezés alapvető szabályaira felhívni a figyelmet. Különösképpen a betegek vetköztetésével kapcsolatos tapintatos eljárás, testi kvalitásaival és ezek különbözőségeivel kapcsolatos magatartás, mindezekre is elsősorban kiterjedő kötelező titoktartás tekintetében kell nevelő hatással beavatkozni. A hallgatóságnak a gyakorlatban is látnia kell, hogy a beteg nem „egy kázu”, hanem elsősorban szenvedő embertársunk, aki bizalommal fordul orvoshoz és klinikához. Annak is kevésbé magyarozatból, mint inkább példamutatásból leszűrt tapasztalatnak kell lennie, hogy orvosnak lenni elsősorban életforma és nem jól jövedelmező hivatás. El kell oszlatni azt a tévhiedelmet, hogy van speciális orvosi etika, mint egy külön szakmai kaszt erkölce, hanem rá kell mutatni, hogy az általános emberi erkölcsi elveknek kell érvényesülniök az orvos minden eljárásában...”

Hazafias és társadalmi nevelés. Ennek egyik legfőbb eszköze hazánk haladó hagyományainak, alkotó elméink eredményeinek megfelelő beillesztése az oktatásba. Itt is minden általános frázisnál fontosabb, hogy a tanár egész magatartásából kitűnjön, hogy hisz a szociális haladásban és szilárd meggyőződése, hogy meg kell és lehet adni mindenkinek a lehetőséget arra, hogy képességei szerint fejlődhessék, és igényei szerint rendezhesse be életkörülményeit. A tanszékeknek igyekezniök kell tudatosítani, hogy mi az orvosnak az egész társadalommal szembeni kötelessége és organikusan az egyén előrehaladása és felemelkedése csak a társadalom emelkedésével egyetemben mehet végbe. Becsületes munkával és kizárólag ezzel érheti el minden ember azokat a körülményeket, amelyeket az élettől jogosan várhat. A társadalmi nevelés fontos része a magasabb beosztásúak eljárása alárendeltjeikkel szemben, mely téren sok jó, de sajnos rossz példa adására van még lehetőség...”

Hír: „Az 1961/62-es tanév első tanácsulását 1961. szeptember 20-án tartották”, a rektor „ismertette, hogy 1961. novemberében áthelyezték Kun professzort „magasabb népgazdasági érdekből.” (Bizonyára elírás van – szeptemberi ülésen azt közölték, hogy mi történt novemberben?!)

Korábbi időből származó érdekes dokumentumot kapott egyikünk (V. L.). *Dr. Csermely Anna* kitűnő pathologustól, akinek édesapja, az elismert pathologus *Csermely Hubert* Pécssett *Entz Béla* professzor tanítványa, majd munkatársa volt. *Entz Béla* fejléces levélpapírján Pécsről, 1949. november 27-én keltezve (5): *Kun Lajost* említi (3. ábra).



2. ábra: Entz Béla Csermely Huberthez írt levelének részlete
 Figure 2.: The detail of Béla Entz letter written to Hubert Csermely

Az életrajzból

Először a szülőváros, **Mezőtúr** életrajzi lexikonát néztük meg. Tartalmilag és nyelvtanilag is hibás a szöveg (6): „Kun Péter (1866-1942?) cipésmester: Mezőtúron született, régi gazdálkodócsaládból. 1883-ban szabadult fel, Budapesten volt segéd, 1891-től önálló cipésmester. A debreceni kiállításon női cipőieért oklevelet kapott. Felesége: Csicsó Mária, gyermekei: Kun Zsigmond (titkár), Péter és Ferenc (OTI orvos), Lajos (pécsi egyetemi tanársegéd) és Margit (Szibrov Gáborné)” Szomorú és érthetetlen, hogy a professzor miért egyetemi tanársegédként szerepel.

A Biológiai lexikon (7) rövid, szűkszavú bemutatása: „higiénikus, az orvostudományok doktora, egyetemi tanár. A *Haemophilus influenzae* kórokozó hatására vonatkozó kutatásai

mellett a bányászok táplálkozáshigiéniájára, megbetegedési viszonyaira vonatkozó vizsgálatokkal foglalkozott.”

62 2006 SZ.

Kivonat

XV. számú anyakönyvből, az 1904 évről

a mezőtúri református egyház szülöttek és megkeresztelték Efezus IV. r. 5. v. „EGY AZ ÚR, EGY A HIT, EGY A KERESZTSÉG”

Sorszám	Eve, hónapja és napja		A megkeresztelt		A szülők		A keresztszülők		Keresztelő lelkipásztor neve	Jegyzet
	a születésnek	a keresztelésnek	neve	neme fi nő	neve, születéshelye, vallása, foglalkozása, lakóhelye, utca, házszám	neve, vallása, foglalkozása és lakóhelye				
170 395	1904. július 10.	1904. aug. 27.	Lajos	1 -	Kun Peter ref. orvos Csiszó Mária ref. utas A.r. 239.	Szerb Sándor nagyfelfelügyelő Csiszó Endre utas			Gergely István	

Ez a kivonat az eredeti anyakönyvi bejegyzéssel szó szerint tartalmilag megegyezik.

Kiírta s hivatali pecséttel megerősítve kiadta Mezőtúr, 2006. évi 02. hó 23. napján.

református lelkipásztor

MEZŐTÚRI REFORMÁTUS EGYZHÁZ SZÜLŐKÖNYV
P. H.

szarvasprint - P. Kft.

3. ábra: A születési anyakönyv
Figure 3.: The birth certificate

Három forrás (2, 8, 9) alapján vázoljuk a személyi adatokat. Kun Lajos 1904 július 10-én született Mezőtúron. Elemi és középiskolai tanulmányait szülővárosában folytatta. Pécsett az Erzsébet Tudományegyetem orvosi karára iratkozott be. 1930 júniusában kapta orvosi oklevelét. A méltán hírneves Fenyvessy Béla professzor mellett a Közegészségtani Intézetben egyetemista gyakornok, tanársegéd. 1931-től 1935-ig az Országos Közegészségtani Intézet pécsi fiókállomásán orvos. 1933-ban tisztiorvosi tanfolyamot végzett, képesítést nyert. 1935. július 1-től a pécsi járás tisztiorvosává nevezték ki. 1936-1939-ben a Pécs Vidéki Stefánia Védőintézeti Körzet vezető orvosa. Közben 1937. áprilisában „A közegészségtani vizsgáló módszerek” tárgykörben magántanárrá képesítették. Kárpátalja visszacsatolás után 1939. július 15-től az ungvári közegészségügyi állomás szervezésével, vezetésével bízták meg. 1945-ben a kijevei egészségügyi miniszter igazgatóvá nevezte ki.

1947 szeptember 1-én jött haza, az Országos Közegészségügyi Intézet szerológiai osztályára. 1948-tól 1951-ig a laboratóriumi és járványügyi csoport vezetője. 1951. szeptember 1-től a Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézetének egyetemi tanára, igazgatója. 1951 és 1954 között rektori jogú dékánhelyettes.

A Tudományos Minősítő Bizottság 1952-ben az orvostudományok kandidátusává minősítette. 1960-ban az orvostudomány doktora lett - ezt sajnos nem említi a lexikon (9).

A tudományos munkáról

Néhány szakmai közlést választottunk ki, ezek igazolják a sokrétű érdeklődését, gondolkozását, a közvetlen gyakorlat szolgálatát.

1939. Népegészségügy: A szociálhygiénés problémák néprajzi vonatkozásban (a Magyar Hygienikusok Társasága szegedi vándorgyűlésén tartott előadása alapján). Már a cím is jelzi a szerző empátiáját. Baranya vármegye 4 községének adatait kapjuk – demográfia, analfabéták népmozgalom, tuberculosis, járványok. Lényegi alapok: gazdasági, anyanyelvi, kulturális tényezők.

1940., Népegészségügy: A járványtan módszerei a gyakorlatban. (az említett szegedi vándorgyűlés anyagából). Kiemeli a korai észlelés, a klinikum jelentőségét. Gyakorlati tapasztalatai alapján elsősorban a typhus-szal foglalkozik.

1941., Népegészségügy: Adatok a meningitis cerebrospinalis epidemica járványtanához nagyobb számú gazdakutató vizsgálat alapján. (Ungvárról) 1940. téli és tavaszi járványról esik szó.

1949. Népegészségügy: Az országos laboratóriumi hálózat megszervezése. A szerző kitűnő összegzése – ma is helytálló:

„1. a laboratórium közelebb kerül a lakossághoz, a vizsgálati anyagok hosszas szállítási idő alatt bekövetkező romlása, amely a vizsgálat eredményét megsemmisíti, kevésbé történhetik, a vizsgálati eredmények gyorsabban jutnak el a félhez és így a lakosság jobb kiszolgálása válik lehetővé,

2. az egységes táptalaj használata, a munkamódszerek szabványosítása a laboratóriumi munka egyöntetűségét, megfelelő szinten való tartását és a tudomány állásával mindenkori együttthaladását biztosítja,

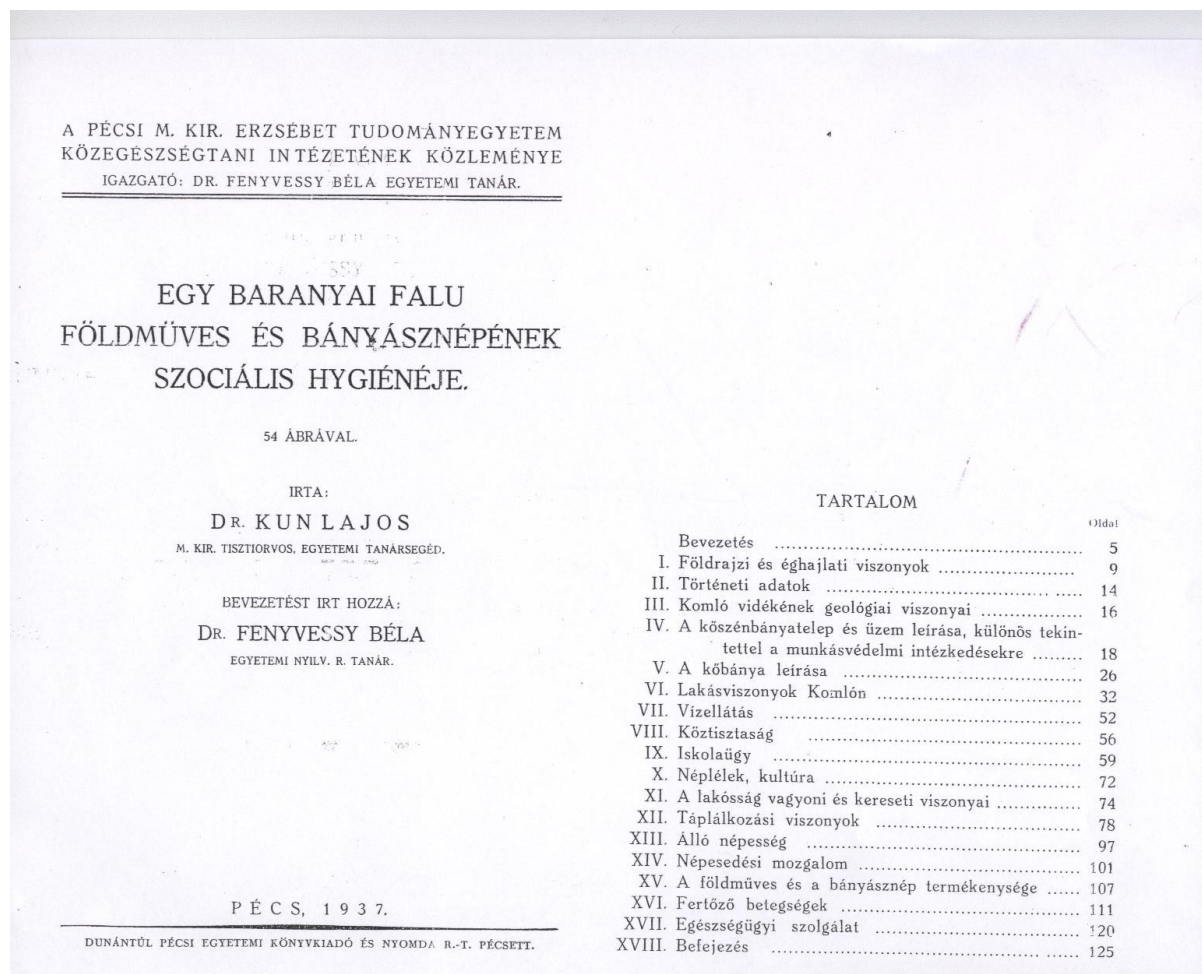
3. az egyes tájegységek járványtani és egyéb közegészségügyi problémáival való beható foglalkozásra a közegészségügyi állomások előtt lehetőség nyílik,

4. a laboratóriumi szakorvos és segédszemélyzet képzésében a szükséglettel együtt az állandó továbbfejlődés lehetősége jobban van biztosítva,

5. a vizsgáló laboratóriumok szaporítása a kórházfejlesztés vonalának integráns része és a kórházi fertőző osztályok működésének hathatós támasza”.

1950. Népegészségügy: Adatok a magyarországi tetanusz járványtanához. Ez a tanulmány is hatalmas adatgyűjtésen alapul, gondos feldolgozásban. Jellemző e helyen is a gyakorlati nézőpont: az „elméleti” tudós a kor kiemelkedő sebészei – *Bakay, Klinkó, Hüttl, Milkó* – közléseit vázolja.

Kun Lajos egyik kötete Komló szociális higiénéjével foglalkozik. A címdalt és a tartalomjegyzéket a 4. ábrán mutatjuk be. Széleskörű, alapos, lelkiismeretes összeállítás, az értékes tartalom mellett jó stílusa is megjegyzendő.



4. ábra: Kötet címlapja, tartalomjegyzék
Figure 4.: The front page of a volume, table of contents

Családi adatokból

Kissné Mikes Éva, Mezőtúr jeles lokálpatriótája (10) fejezetet szentel *Kun Zsuzsának*, az egyetemes balettművészet egyik kiemelkedő prímabalerinájának, akinek az apja Kun Lajos testvére volt. Egyikünk (V. L.), ismerve a művésznőt, beszélt vele *Kun Lajosról* (11): „édesapám testvére a professzor, hasi-bél-daganat miatt operálták. Újabb műtét lehetősége merült fel. Meghalt, a Farkasréti temetőben temették el” (Budapesten). Sikerült beszélni másik rokonnal is, *Lambling Jánosnéval* (12): a professzor „édesapám első unokatestvére, az Országos Közegészségügyi Intézetben lakott, majd a József Attila utcában, fia és leánya közül az utóbbi még édesapja életében meghalt.

2007-ben emlékülést rendeztünk, az imént említett *Kissné Mikes Éva* és az ugyancsak rendkívül értékes helytörténeti munkássággal rendelkező *Tóth Boldizsárné* tanárnő lelkes szervezésében. A meghívó oldalait bemutatjuk: egy település polgárainak az előd iránti emlékező összefogásának fontos bizonyítéka! (5. ábra).

„Hosszú életemnek az a titka, hogy két igen egyszerű szabályt követtem: Egész életemben szerettem a tisztaságot és sohasem ettem többet, mint amennyire szükségem volt.”

Kossuth Lajos

MEGHÍVÓ

Tisztelettel meghívjuk Önt, kedves Családtagjait, ismerőseit a

„Dr. KUN LAJOS, Mezőtúr szülötte, pécsi egyetemi tanár” című emlékülésre, amelyet az orvosprofesszor halálának 40. évfordulóján rendezünk.



Időpont: 2007. március 22., 14 óra

Helyszín: Mezőtúr, Szabadság tér 17.

Móricz Zsigmond Könyvtár és Közösségi Ház

Az emlékülés kezdeményezője, összeállítója, vezetője:

Dr. VÉRTES LÁSZLÓ

főorvos, pécsi egyetemi oktató, a

Magyar Orvostörténelmi Társaság vezetőségi tagja

Rendezők:

Henry Dunant Klub

Móricz Zsigmond Könyvtár és Közösségi Ház

Közreműködők:

A Henry Dunant Klub tagjai

A Református Idősek Otthonának lakói

5. ábra: Ünnepi emlékülés meghívója

Figure 5.: The invitation of festive remembrance

Az előadás meghívójának 4-ik oldalára elhelyeztünk két idézetet *Kun Lajos* munkáiból – jól tükrözik szakmai hozzáértését:

„A falu urbanizálása, az orvosi ellátás javítása, az egészségügyi kultúra és az általános kultúra, valamint az általános életszínvonal emelkedése mind hozzájárulnak a tetanusz megbetegedések csökkentéséhez (a sérülések korai kezeltetése és szakszerű ellátása).”

„A járványtani kutatás célja részben tudományos, részben gyakorlati. Az előbbi szempontból a kutatás kiterjed azokra a körülményekre, amelyek a járványos betegségek megismerését elősegíthetik, beleértve az egyes fertőző betegségek okának tisztázását, terjedésük módját és az ellenük való védekezés elvi alapjait. A járványtani gyakorlati kutatás konkrét esetekben a felmerült járvány elfojtásához szükséges ismeretek, adatok megszerzését célozza.

Az utak és módok, amelyeket egyik és másik esetben követünk, lényegében nem különböznek egymástól, legfeljebb annyiban, hogy a gyakorlati munka – már az elméleti kutatás eredményeit az általánosságban ismerve – a konkrét helyzet tisztázására szorítkozhatik. Ezeket a munkákat, vagyis a fertőző betegségek állásának állandó szemmel tartását, a felmerült veszedelem korai és biztos felismerését, járványos betegségek fellépésének állandó intézkedésekkel való megelőzését, konkrét esetekben a felmerült fertőző megbetegedések tovaterjedésének korlátozását a fennálló törvényes rendelkezések a hatóságok feladatává teszik és végrehajtásuk a hatósági orvosok feladatköréhez tartozik. A lényeg mindig az, hogy a fertőző betegségek eseteit jókor és biztosan felismerjük, vagyis, hogy a fertőzés első forrásait kiderítsük. Ott, ahol pedig az esetek halmozódnak vagy időnként megismétlődnek, tehát a továbbterjedésre több forrás áll rendelkezésre, ezeket egyenként és egymással való összefüggésükben kell megvizsgálnunk.”

Sajnos, szomorúság, csalódás is akadt. Emléktábla iránti kérelmünket a polgármester elutasította. Csatoljuk a javasolt szöveget – talán egy új városvezetés majd megbecsüli szülöttjét:

DR. KUN LAJOS (1904-1967)

MEZŐTÚR SZÜLÖTTE

ORVOS, TANSZÉKVEZETŐ EGYETEMI TANÁR,

IGAZGATÓ

EMLÉKÉRE ÁLLÍTOTTA

MEZŐTÚR VÁROS ÖNKORMÁNYZATA

ÉS POLGÁRMESTERI HIVATALA

2006. MÁJUS

Kun Lajos 1960-ban a Magyar Hygienikus Társaság Dél-dunántúli Szakcsoportjában több szervezettel közösen „Az iskoláskor egészségügye” címmel előadássorozatot szervezett. A megnyitót mint a Szakcsoport elnöke tartotta. Szövegét érdemes idéznünk, mert kitűnő, a gyakorlati ifjúság-higiéniés tárgykör tartalmi és stiláris összeállítása is példás

„Mai szemléletünkben, az iskola-egészségügy központjában az iskolásgyermek és annak gondozása áll, de hangsúlyozzuk, hogy magára az iskolaépület higiénéjére mindenkor a legkörülményesebb gondossággal kell lennünk (légtérfogat, megvilágítás, pad-típusok stb.) hiszen a családi környezet mellett az iskola a gyermek számára a legfontosabb környezeti tényező. Az iskoláskor -, amelyet átlag általában a 6-15 éves korcsoportra értenek - az ország népesedési mozgalmában igen fontos helyet foglal el. Az említett korcsoport ugyanis az ország lakosságának 1/6-át, vagy 1/5-ét képezi. Tehát egyrészt ez a szempont másrészt, mivel a testi- és szellemi kifejlődés ebben a korban megy végbe és bizonyos ártalmak - psychés és somatikus behatások – a kölcsönhatás elve alapján mindkét irányban nemkívánatos kóros

manifesztációban nyilvánulhatnak meg, e korcsoport egészségügyi problémáinak nagy fontosságát különösen hangsúlyozzák.

Mint, ahogy a szellemi nevelésnek ebben a korban van legnagyobb befolyása az összes korcsoportok között, épp úgy a megfelelő testi nevelés, ártalmaktól való megóvás ebben a korban van leginkább kihatással az egész életre. Szükséges, hogy az iskola a gyermekeket ne csak megóvja a testi ártalmaktól, hanem a szellemi fejlődés mellett a testi fejlődést is lehetőleg előmozdítsa.. A statisztikák szerint az összes korcsoportok között a mortalitás százaléka az iskoláskorban a legalacsonyabb, s a különböző betegségeket tekintve az iskoláskor mutatja a különféle ártalmakkal szemben a legnagyobb ellenálló képességet.

Ha a legkisebb halálozást mutatja is az iskoláskor, ez nem jelenti, hogy itt volna legkisebb teendő. Utalnék e kérdéssel kapcsolatban a különböző tömegvizsgálatok átlageredményeiből egy pár az iskolás gyermekek között nagyobb gyakorisággal előforduló pathológiás állapotokra. Hogy az iskoláskorú gyermekek rendszeres szűrővizsgálatának milyen nagy jelentősége van a megelőzés szempontjából, mutatják a budapesti szűrővizsgálatok adatai (*Karossa-Pfeiffer*). 1953-1954. tanévben 264 000 óvodás, iskoláskorú gyermek szűrővizsgálati adataiból: látszólagos vérszegénység 24%, gerincferdülések 10%, rachitises elváltozások 19%, lábboltozat hiba 24%, pajzsmirigy megnagyobbodás 22%, menstruációs zavarok 1,5%, torokmandula megbetegedések 20%, refractios hibák 6%, neurosisok 5%, inaktív tbc. 8%, aktív tbc. 0,13%, organikus és anorganikus szívelváltozások 9,5%. E pár adattal csak hangsúlyozni kívánom e korcsoportnak fokozott gondozására való ráutaltságát.

Az iskoláskorúakra vonatkozó orvosi vizsgálatok, azok rendszeres gyűjtése és statisztikai értékelése bepillantást engednek a pedagógusoknak is az iskolában tömegesen együttélő tanulóknál elég gyakran észlelhető olyan testi és szellemi elváltozásokba, amelyek ismerete nemcsak a gyermek szellemi továbbfejlődése, hanem a maguk hivatásbeli mindennapi munkájuk érdekében sem nélkülözhető. Az iskoláskorúakra vonatkozó rendszeres vizsgálat és kutató munka eredményeinek megismerése adja az alapot arra, hogy hol szükséges a javítás és melyek azok az eszközök, melyekkel mód van az iskola-egészségügy fejlődését szolgáló meglévő intézményeinket helyes irányban befolyásolni. Az iskoláskor egészségügye tehát orvos-pedagógus feladatot jelent, s e korcsoport egészségügyének előbbrevitelét nyilván csak az orvos és pedagógus együttes munkája biztosíthatja, mint ahogy pl. a munka-egészségügy általában és részleteiben is orvosi- műszaki feladatot jelent.

Hangsúlyozni kívánnék még egy igen lényeges szempontot és pedig azt, hogy az orvos és pedagógus együttes munkája a kedvező tulajdonságokat erősíteni, a károsakat elnyomni, a hiányokat pótolni igyekszik. A nevelés, a tanítás, az életben szerzett tapasztalatok a gyermek öröklött és testi tulajdonságaira olyan erős behatással lehetnek, hogy azokat mind pozitív, mind negatív irányban lényegesen megváltoztathatják. Ismétlem, hogy az iskola, ebben a korban a szülői környezet mellett a legfontosabb környezeti tényező.

Fodor József nagy magyar higiénikus már annak idején felismerte és e felismerés alapján kidolgozta az iskolaorvosi intézmény szervezetét. 1885-ben *Fodor József* szervezte meg az első iskolaorvosi és egészségügyi tanfolyamot és azt 16 éven át, egészen haláláig vezette. *Fodor József* kezdeményezésével és az intézmény rendszeresítésével annak idején megelőztük a külföldet, majd a Fodor által kidolgozott rendszert több országban meghonosították. Amikor *Fodor József* emlékét idézzük, megállapíthatjuk, hogy az iskoláskor egészségügyének problémái orvosaink érdeklődésének előterében áll és mai szemléletünkben továbbfejleszteni kívánva e nagyhorderejű kérdést, a pedagógusokkal szoros együttműködésben végezzük e tudományos ülés keretében is munkánkat. Meggyőződésünk, hogy kölcsönhatás folytán mind az orvosok, mind a pedagógusok szemléletének és munkájának továbbfejlesztését jelenti ez az együttműködés.”

Köszönetnyilvánítás

A szerzők e helyen is köszönik Prof. Dr. Tompa Anna tanszékvezető egyetemi tanár, intézetigazgató, a MTA doktora, Dr. Benke József, a történelemtudomány kandidátusa, valamint a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Orvostörténeti Múzeumának, később a Pécsi Tudományegyetem Egyetemtörténeti Múzeumának igazgatója, Dr. Csermely Anna osztályvezető főorvos, Dr. Kapronczay Katalin Ph.D. főkönyvtáros, Garai Judit osztályvezető főkönyvtáros, Bérczy Ildikó, Lázár Péterné, Zólyomi Margit könyvtárvezetők, Kölnei Livia, Robotkáné Sütő Katalin, Szabó Ferencné szakkönyvtárosok és Stercz Balázs asszisztens értékes segítségét.

IRODALOM

1. *Morava E.*: A közegészségtan és a közegészségügy kialakulása Magyarországon in: Dési I.: (szerk.) Népegészségtan. Egyetemi tankönyv. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1998.. p. 33.
2. *Páter J.*: Prof. Dr. Kun Lajos, 1904-1966. Egészségtudomány, 1967. 11. p. 287.
3. Pécsi Orvostudományi Egyetem Ünnepi Évkönyve, 1367-1967. Pécs, 1967. p. 66.
4. *Benke J.*: A Pécsi Tudományegyetem története, Pécs, 1992., pp. 194-223
5. *Csermely Anna*: Személyes levélbeli közlések, dokumentumok átadása, Budapest, 2007.
6. *Bodorik S.*: Mezőtúri életrajzi lexikon A-tól Z-ig. Mezőtúri Helytörténeti Füzetek, 16. Mezőtúr, 1999. p. 97.
7. Biológiai Lexikon, harmadik kötet. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1975. p. 533.
8. Kis arcképcsarnok: Pécs, 2000. p. 66.
9. Új Magyar Életrajzi Lexikon, 111., Magyar Könyvklub, Budapest, 2002. p. 1248.
10. *Kissné Mikes Éva*: Kun Zsigmond és Mezőtúr. Mezőtúri Helytörténeti Füzetek, 11. Mezőtúr, 1993. pp. 50.
11. *Kun Zsuzsa*: Személyes közlés. Budapest, 2006. január 21
12. *Lambling Jánosné*: Személyes közlés. Budapest. 2006. január 20

JÓZSEF ONGRÁDI, VALÉRIA KÖVESDI, Dr. LÁSZLÓ VÉRTES, Dr. IMRE HORVÁTH

Professor Lajos Kun of the public health, on the 105. anniversary of his birth

Dr. JÓZSEF ONGRÁDI,

H-1089, Budapest, Nagyvárad tér 4. Hungary.

Phone: +36 1 210 2933/56183 ext,

fax: +36 1 210-2954

E-mail: ongjios@hotmail.com .

Abstract: *Lajos Kun* (Mezőtúr, 10. July 1904. – 3. Januar 1967, Budapest) medical doctor, PhD. (1952). He acquired the medical diploma on the Medical University of Pécs in 1930. He worked in the Institute of Public Health in Pécs from 1926 to 1931. 1931-1935 he worked in the branch institute of National Institute of Public Health. 1935-1936 he was chief medical officier in Pécs, 1936-1939 district doctor. He was university reader in 1937, he was the head of the agency of the National Institute of Public Health in Ungvár and from 1942 to 1947 he controlled here the vaccine producer section. He went back to Hungary in 1947. In the Institute of Public Health he was from 1947-1948 the head of serological laboratory and from 1948 to 1951 head of the epidemiological laboratory. From 1951 to 1961 he was university professor on the Medical University of Pécs. From 1953 to 1956 he was dean. He was employed with environmental hygiene, settlement public health, influenza virus and the research of the serum against typhus exanthemicus.(<http://www.tankonyvtar.hu/altalanos-orvostudomany/magyar-orvoseletrajzi-080905-17>)

Keywords: Mezőtúr, Pécs, Komló, Ungvár, public health, national health, serum against typhus, meningitis cerebrosppinalis epidemica, laboratory network

EREDETI KÖZLEMÉNY

**Szociodemográfiai jellemzők szerepe az allergiás betegségek
prevenciójában óvodás korú gyermekek körében***

LUKÁCS ANITA, NAGY ÁGNES, VEZÉR TÜNDE, PAULIK EDIT

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,
Népegészségtani Intézet, Szeged

Összefoglalás: Az allergiás betegek száma az elmúlt évtizedekben világszerte drámai módon nőtt mind a gyermek-, mind a felnőtt lakosság körében; ez – a betegek életminőség-romlása, munkából való kiesése, a gyógyszeres kezelés költsége miatt – napjaink egyik legnagyobb népegészségügyi kihívásává lett, s szükségessé tette az élet minél korábbi szakaszában elkezdett primer prevenciót. A megelőzés elsődleges célcsoportját a csecsemők, a kisgyermek, sőt már a magzat képezik, mert ők a jövő generáció felnőttjei. A vizsgálat célja: feltárni, hogyan érvényesülnek a szülők iskolai végzettségétől függően óvodás korú gyermekek körében az allergiás megbetegedésekre hajlamosító rizikótényezők kiküszöbölésére vonatkozó primer prevenciók elve.

Az önkitöltős kérdőíves módszerrel végzett keresztmetszeti vizsgálatban az édesanyák nyilatkoztak saját, illetve gyermekük szociodemográfiai, a gyermekvállalás előtti és alatti életmódbeli, táplálkozási, valamint a lakókörnyezeti jellemzőiről.

Az eredmények alapján azokban a családokban, ahol igyekeztek kiküszöbölni az allergiás megbetegedések befolyásolható kockázati tényezőit – a terhesség idején a dohányzás és alkoholfogyasztás mellőzése, 6 hónapig tartó kizárólagos anyatejes táplálás, allergénszegény lakókörnyezet megteremtése révén – szignifikánsan nagyobb arányban voltak a szülők magasabb iskolai végzettségűek.

Megállapítható, hogy a felnövekvő generáció egészségvédelme szempontjából elsősorban a kevésbé iskolázott társadalmi rétegeket érintő, célzott, hatékony és folyamatos felvilágosító tevékenységre van szükség, amelyben a szakterület egészségügyi dolgozóinak aktív részvétele elengedhetetlenül szükséges.

Kulcsszavak: allergia, keresztmetszeti vizsgálat, primer prevenció, iskolázottság

Egészségtudomány 53/4 93-107 (2009)

Közlésre érkezett: 2009. március 19-én

Elfogadva: 2009. április 10-én

PAULIK EDIT

Szegedi Tudományegyetem

Általános Orvostudományi Kar,

Népegészségtani Intézet, Szeged

6720, Szeged, Dóm tér 10.

tel: 06-62-545-119

fax: 06-62-545-120

e-mail: paulik@puhe.szote.u-szeged.hu

Bevezetés

A gyermek- és a felnőtt lakosságot egyaránt érintő allergiás megbetegedések világszerte az elmúlt évtizedek legdinamikusabban növekvő betegségecsoportjává váltak, s napjainkban – az országtól/régiótól függően – a lakosság 15-25%-át is érinthetik (1, 2).

Az allergiás betegek száma hazánkban is számottevően nőtt az utóbbi évtizedekben; a statisztikai adatok szerint a magyar népesség több mint 30%-a szenved valamilyen allergiában (3). A betegség drámai terjedését jól mutatja, hogy hazánkban a leggyakoribb allergiás betegséggel, az allergiás rhinitisszel újonnan diagnosztizált betegek aránya évek óta 10-15%-os növekedést mutat az előző évhez képest (4). Az évtizedeken át fennálló kórkép jelentős életminőség-romlást eredményez, amely kihat a tanulásra, a munkavégzésre, a kezelések költsége pedig terhet ró a családra és az egészségügyre is.

Napjainkban az allergiás betegségek költségghatékony megelőzésének középpontjába került a primer prevenció, melynek célja a megbetegedés kialakulásának minél korábbi megakadályozása. Így a megelőzés elsődleges célcsoportjának a csecsemők és kisgyermektek tekintendők, mivel a gyermekkori allergia gyakorisága különösen fontos előrejelzője a lakosság későbbi megbetegedéseinek (5).

Régóta ismeretes, hogy az allergiák kialakulásában a nem befolyásolható tényezők között a genetikaiak is szerepet játszanak, bár maga a betegség nem, csak a hajlama öröklődik. Az utóbbi években azonban olyan ütemben emelkedett ezen kórfelműk száma, hogy ez kizárólag örökletes tényezőkkel nem magyarázható. Így feltételezhető, hogy a külső, befolyásolható faktoroknak meghatározó szerepük van abban, hogy allergiás betegségben szenvedő szülők esetén a gyermekben valóban manifesztálódik-e a betegség.

A gyermekek későbbi egészségkilátása szempontjából meghatározó a fogantatástól a megszületésig tartó, sőt már az azt megelőző időszak is. Az anya gyermekvállalás alatti helytelen életmódja – a várandós anyák dohányzása, alkoholfogyasztása – az allergiás betegségek kialakulása szempontjából is jelentős szerepet játszik. A dohányosok gyermekei gyakran szenvednek krónikus hörgőgyulladásban (6), emellett, egy kérdőíves felmérés eredményei szerint, a terhesség alatti dohányzás másfélszeresére növeli annak kockázatát, hogy a születendő gyermekben élete első öt évében asthma fejlődjen ki (7). A dohányzás (8, 9) és az alkoholfogyasztás (9, 10) okozta alacsony (2500 gramm alatti) születési testtömeg nem csak csecsemő- és gyermekkorban tesz hajlamossá a különböző betegségekre, hanem megnöveli az allergia felnőttkori megjelenésének esélyét is (11). Egy keresztmetszeti vizsgálat 60-79 éves brit nők körében, pozitív összefüggést talált a születési testtömeg és a tüdő felnőttkori légzésfunkciója (FEV₁ érték – a forszírozott kilégzés első másodpercére eső volumen) között (12).

A gyermeket váró nők gyakran vas- és folsav komplementációra szorulnak. A vitaminokat, valamint a különféle nyomelemeket tartalmazó étrend kiegészítő termékek orvos által javasolt és ellenőrzött szedését ajánlatos már a várható teherbeesés előtt legalább egy hónappal megkezdeni és a terhesség alatt is folytatni. Meg kell azonban jegyezni, hogy egy újabb kutatás eredménye szerint, a magzatvédő vitaminok egyik fontos összetevője, a folsav kísérleti egerek utódaiban megnövelte a légcsövek érzékenységét, a gyulladással kapcsolatos reakciók kialakulásának valószínűségét, valamint az immunglobulin-E vérben mérhető koncentrációját is (13). Megfigyelték, hogy az antioxidáns hatású vitaminok – az A-, E- és C-vitamin – nélkülözhetetlenek a tüdő védelméhez, fogyasztásuk esetén ritkábban alakul ki nehézlégzés. Valószínűsíthető azonban, hogy a friss gyümölcsökben és zöldségekben az antioxidáns hatású vitaminok mellett még más védőanyag is lehet, mert csak vitaminadással nem érhető el olyan jó eredmény, mint természetes bevitel esetén (14).

A gyermekkori allergiás megbetegedések kialakulásában az életmódi tényezők mellett döntő jelentősége van a csecsemő táplálásának és a kisgyermek étrendjének is (5). Számos tanulmány bizonyítja, hogy a csecsemő 6 hónapos koráig tartó kizárólagos anyatejes táplálása késleltetheti vagy megelőzheti a gyermekkori allergia kialakulását (15), ami egyrészt az anyatejben található immunanyagok hatásának tulajdonítható, másrészt pedig annak köszönhető, hogy ebben az esetben az első hónapokban nem kap fajidegen fehérjét (16). Az Egészségügyi Világszervezet jelenlegi állásfoglalása alapján a csecsemőt 6 hónapos koráig kizárólagos anyatejes táplálásban kell részesíteni (17), fél éves kor után – mivel ekkor az anyatej már nem fedezi a csecsemő energia- és tápanyagszükségleteit – a szoptatás mellett egyéb, kiegészítő táplálékra is szükség van (18). Fontos azonban, hogy a csecsemők 1 éves korukig ne kapjanak erősen allergén aktivitású ételeket (állati tej, tojás, szója, mogyoró, dió, csokoládé, apró magvas gyümölcsök stb.), mert a bennük előforduló fajidegen fehérje ellen az érzékeny babák immunrendszere ellenanyagot termel, amely allergiás tüneteket okozhat (19). Külön kiemelendő a 12 hónapos korig tartó tehéntejmentes étrend, ugyanis a tehéntejfehérje allergia fordul elő a leggyakrabban (19).

Az embert körülvevő környezet is jelentősen befolyásolja a lakosság egészségi állapotát és életkilátásait. Magyarországon a betegségek 15-20%-a hozható összefüggésbe a lakókörnyezetből eredő ártalmakkal. A vizsgálatok igazolták, hogy a lakáson belüli dohányzás fontos környezeti tényező a légúti allergiás megbetegedések kialakulásában (20). A dohányosokkal egy háztartásban élő gyermekeknél gyakrabban fordul elő hörgő hiperreaktivitás, sokkal nagyobb az esélyük arra, hogy felső légúti fertőzéseik legyenek, vagy, hogy asthma alakuljon ki náluk (21).

A lakások belterébe a korszerűtlen fűtési technológiából adódóan is bekerülhetnek szennyező anyagok. A parapet konvektorok nitrogén-dioxidból és szén-monoxidból álló égéstermékének egy része visszaáramlik a lakásba, s az ott lakók körében allergiás, asthmás tüneteket okozhat. A padlófűtés, különösen padlószőnyeggel együtt, szintén problémákat okozhat, mert a port a felfelé szálló meleg levegő felkavarja. Sokan pótolják a nem megfelelő fűtést a földgáz konyhai égetésével. A konyhai gáztűzhelyek nitrogén-dioxiddal szennyezik a levegőt; ha azokat fűtésre is használják, a magas nitrogén-dioxid koncentráció miatt a gyermekeknél több mint hatszorosára nő a felső légúti hurutos és az asthmás, allergiás megbetegedések kialakulásának esélye (22).

Az allergiás betegségek kialakulásának további meghatározó tényezőjét jelenti a lakás típusa. A panelházak ablak nélküli fürdőszobáiban gyorsan megjelenik a penészgomba, emellett a rossz szigetelés is kedvez a nedvesedésnek. A penész azonban sok új építésű ingatlannál is előfordul, visszás módon sokszor épp a „túl jó” szigetelésű nyílászárók miatt. A nedvesedés, a penész növeli az asthma, illetve az allergiás bőrbetegségek kialakulásának veszélyét (23), gyermekekben pedig egyértelmű kockázati tényezője a bronchiális hiperreaktivitás és egyéb, asthma-val összefüggő légúti tünetek megjelenésének (24).

A penészgombák mellett a poratka is – amely szintén gyakori kiváltó oka az allergiának – a magasabb páratartalmat kedveli, több mint 65%-os páratartalomnál szaporodik (25), s az ágyak és a kárpitozott bútorok mellett a padlószőnyegek is kedvező életfeltételeket biztosítanak számukra. A lakásban tartott hobby állatok – különösen a macska – az első két életévben növelhetik a szenzitizációt és jelenlétük összefügg az asthma súlyosságával (26), de más prémes állatok, valamint madarak is kiválthatnak allergiás reakciót.

Irodalmi adatok szerint az allergiás betegségek csecsemőkorban fellelhető kockázati tényezőinek előfordulási gyakorisága összefügg a szülők szociodemográfiai helyzetével, ezen belül is főként azok iskolai végzettségével (27).

Jelen vizsgálat célkitűzése az allergiás betegségek kialakulásában szerepet játszó befolyásolható életmódbeli, táplálási/táplálkozási és lakókörnyezeti rizikótényezők

jelenlétének feltárása, valamint a hajlamosító tényezők eliminálására vonatkozó primer prevenciók elvek megvalósulásának felmérése volt óvodás korú, szegedi gyermekek körében az anya és az apa iskolai végzettsége szerint.

Anyag és módszer

A retrospektív epidemiológiai felmérést óvodás korú (3--7 éves) gyermekek körében végeztük, Szeged 30 önkormányzati üzemeltetésű óvodájában, amelyek a belváros, a régi, illetve az új építésű lakótelepek, valamint a külső területek óvodáit egyaránt reprezentálták.

Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőíves módszerrel történt; a kérdőíveket az édesanyák (n=1122) töltötték ki a saját, illetve a gyermekük szociodemográfiai, a gyermekvállalás előtti és alatti életmódbeli, táplálkozási és lakókörnyezeti jellemzőire vonatkozóan. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt.

A szülők, illetve a család társadalmi helyzetét az apa és az anya iskolai végzettsége alapján határoztuk meg. A magasabb végzettségű szülő figyelembevételével négy csoportot alakítottunk ki: (1) mindkét szülő nyolc általánossal rendelkezett; (2) legalább az egyik – vagy mindkét – szülő szakmunkásképzőt végzett; (3) legalább az egyik – vagy mindkét – szülő gimnáziumi vagy szakközépiskolai végzettségű; (4) legalább az egyik – vagy mindkét – szülő főiskolai vagy egyetemi diplomát szerzett.

Az adatfeldolgozás SPSS 15.0 for Windows statisztikai programmal történt, χ^2 -próba segítségével. Az eredményeket $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak.

A vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásait Bizottsága engedélyezte.

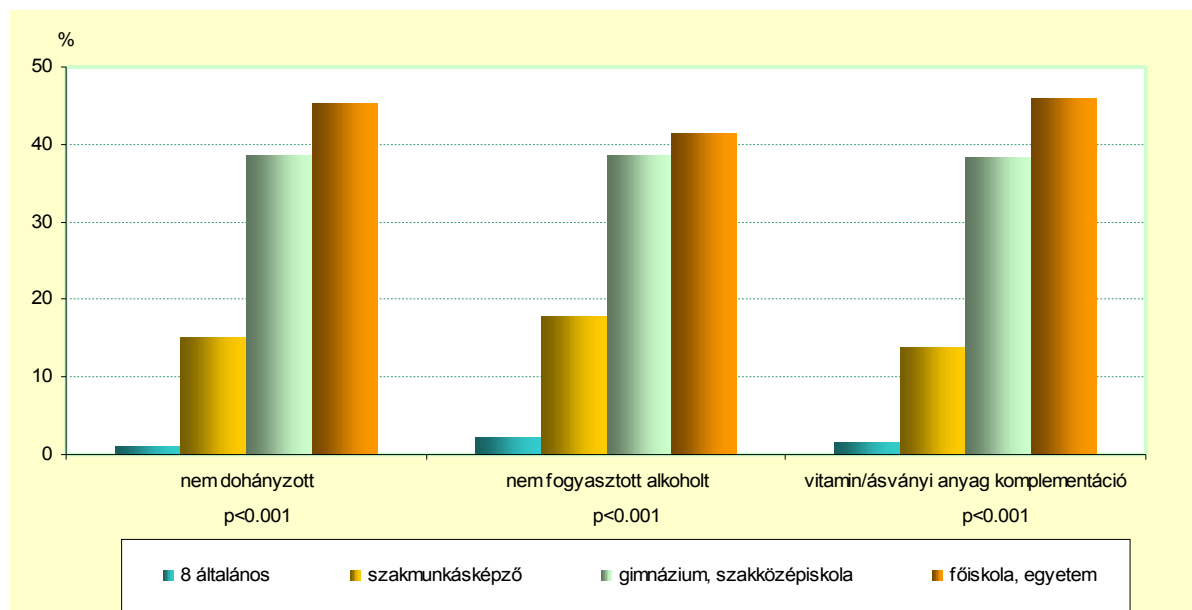
Eredmények

A vizsgálatban részt vevő szülők iskolázottsága: 461 családban (42,4%) legalább az egyik szülő felsőfokú végzettséggel rendelkezett. 412 gyermek esetében (37,8%) gimnáziumot vagy szakközépiskolát, 192 főnél (17,6%) szakmunkásképzőt végzett legalább az egyik vagy mindkét szülő. 23 (2,1%) család esetében pedig az apa és az anya is alacsony végzettségű volt.

A gyermekvállalás alatti életmódbeli tényezők

Az allergiás betegségek szempontjából vizsgált mindhárom kockázati tényező – a dohányzás, az alkohol- és a vitamin/ásványi anyag fogyasztás – tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott a szülők iskolai végzettsége szerint (1. ábra). Minél magasabb volt az iskolázottság, annál inkább érvényesültek a primer prevencióra vonatkozó elvek. A nemdohányzó anyák esetén a szülők 1,1%-a alacsony, 15,1%-a szakmunkás végzettséggel rendelkezett, 38,6%-a pedig az érettségizettek köréből került ki. Azok között, akik nem gyújtottak rá a terhességük alatt, 45,3%-os gyakorisággal fordultak elő a diplomás szülők. Tehát azokban a családokban, ahol az anyák nem dohányoztak a várandósság időszakában, nagyobb gyakorisággal fordultak elő magasabb iskolai végzettségűek, amely összefüggés szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,001$).

Szignifikáns kapcsolatot találtunk az alkoholfogyasztási szokások ($p < 0,001$), illetve a vitamin és/vagy ásványi anyag komplementáció ($p < 0,001$) tekintetében is; az alkoholt nem fogyasztó, valamint a magzatvédő vitamint szedő anyák szignifikánsan nagyobb arányban kerültek ki a magasabb iskolai végzettségű szülők köréből.



1. ábra: Az anya várandósság alatti életmódja – dohányzás és alkoholfogyasztás mellőzésének; vitamin/ásványi anyag fogyasztásának gyakorisága – a szülők iskolai végzettsége szerint.

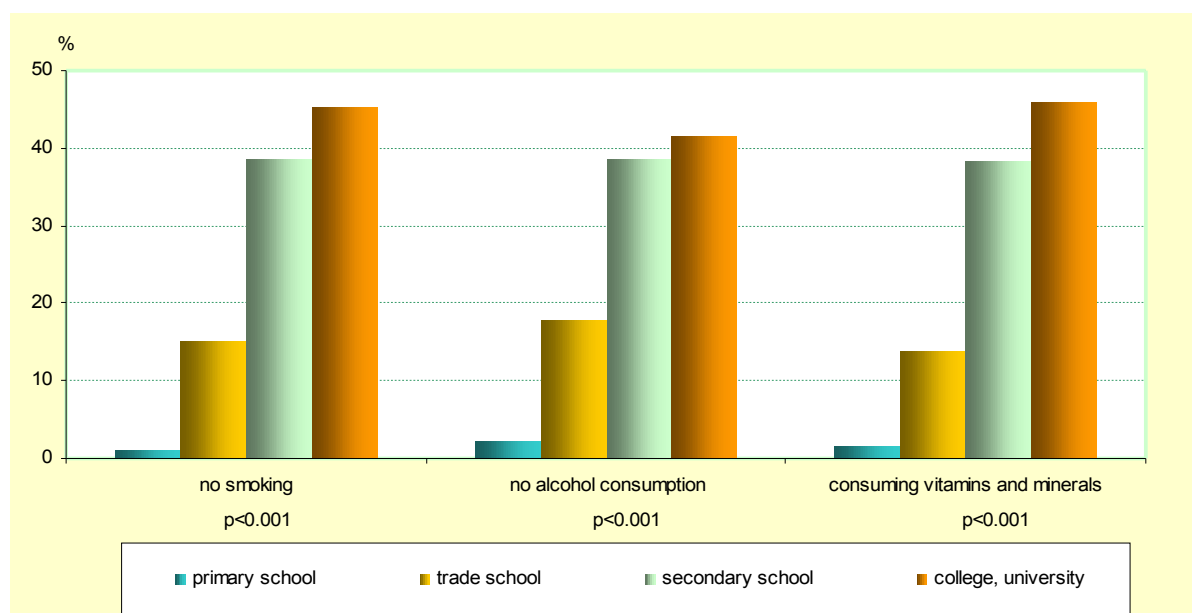
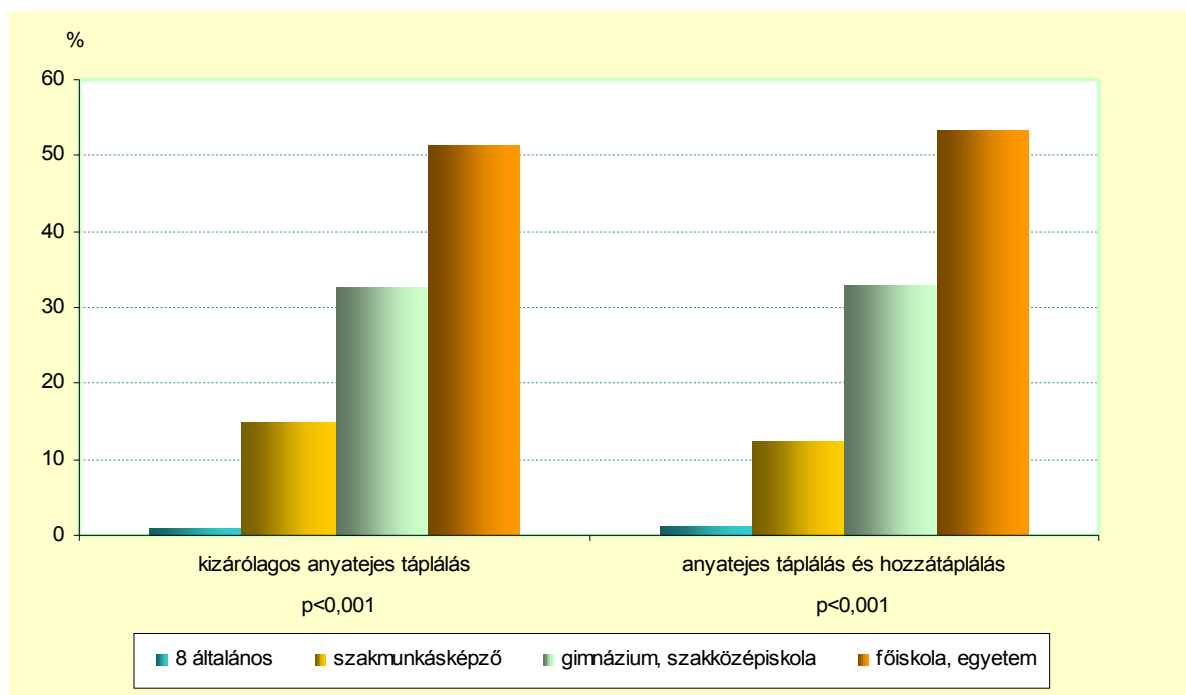


Figure 1: Lifestyle habits of the mother during pregnancy – the frequency of avoided smoking, alcohol consumption and vitamin/mineral substance consumption – according to the education of the parents.

Táplálási/táplálkozási tényezők

A kizárólagos anyatejes táplálás szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggést mutatott az iskolázottsággal (2. ábra): a felsőfokú végzettséggel rendelkező családok körében volt a legnagyobb – több mint a szülők fele –, míg az alacsonyabb iskolázottságúak közül, mindössze 1,1% volt a legalább 6 hónapos korig szoptatott csecsemők aránya.

A 9 hónapnál hosszabb ideig történő szoptatás és kiegészítő táplálás gyakorisága hasonló összefüggést mutatott, a szülők között legnagyobb arányban (53,3%) fordultak elő diplomások, míg szignifikánsan ($p < 0,001$) kevesebben voltak az alacsonyabb iskolai végzettségűek (2. ábra).



2. ábra: Legalább 6 hónapig tartó kizárólagos anyatejes táplálás, valamint a 9 hónapnál hosszabb ideig tartó anyatejes táplálás és hozzátáplálás gyakorisága a szülők iskolai végzettsége szerint.

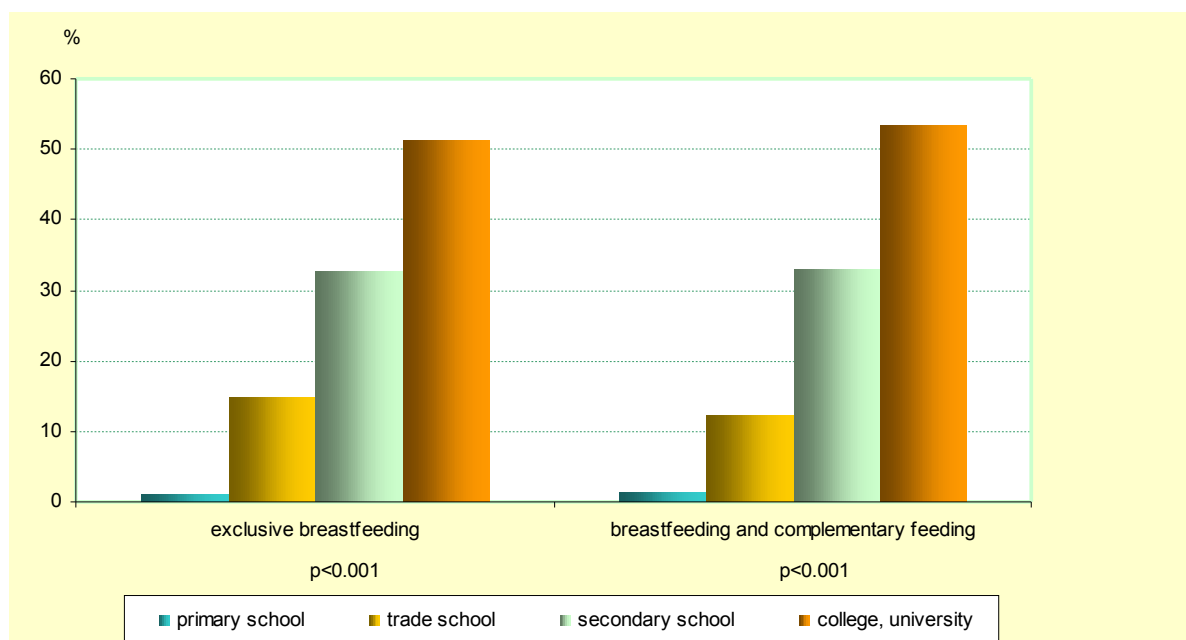
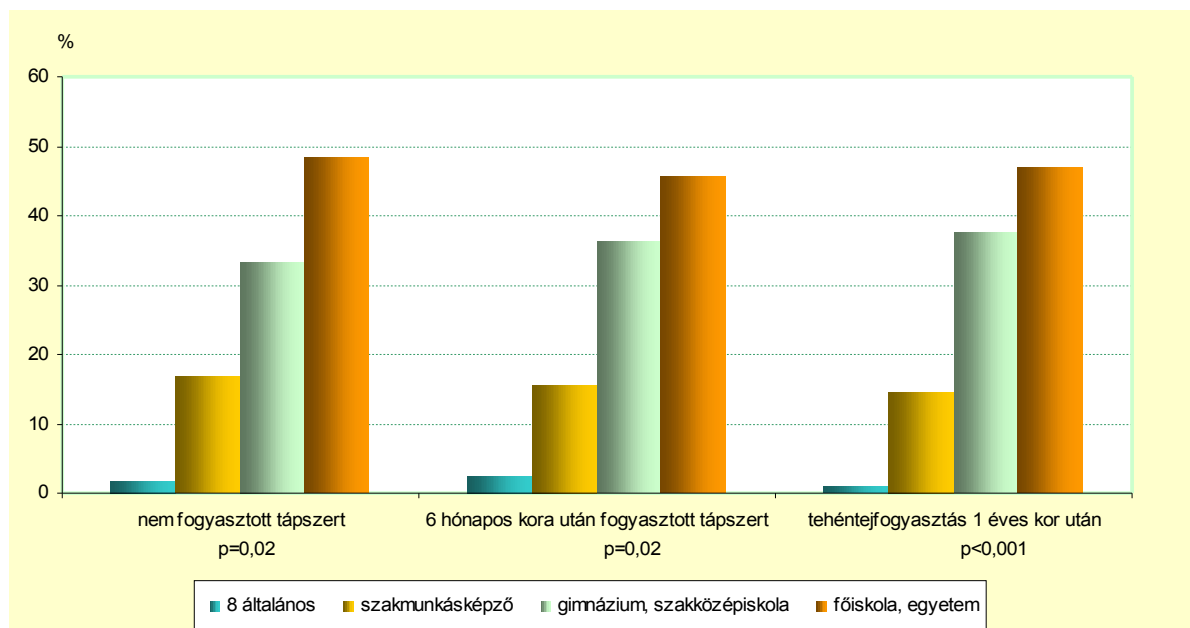


Figure 2: The frequency of exclusive breastfeeding for at least 6 months; breastfeeding and complementary feeding later than 9 months illustrated according to the education of the parents.

A tápszert egyáltalán nem ($p=0,020$), vagy csak 6 hónapos koruk után fogyasztó csecsemők aránya ($p=0,020$), valamint a csak 1 éves kor utáni tehéntejes táplálás gyakorisága ($p<0,001$) szignifikánsan nagyobb volt a magasabb iskolai végzettségűek körében (3. ábra).



3. ábra: Tápszertfogyasztás, valamint az 1 éves kor után történő tehéntejfogyasztás gyakorisága a szülők iskolai végzettsége szerint.

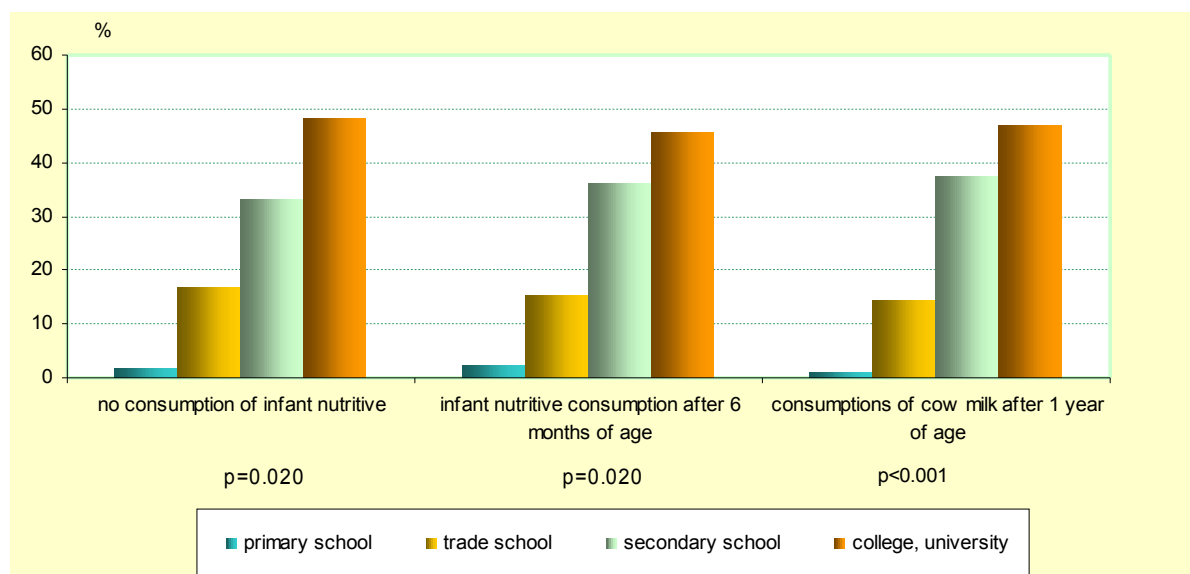


Figure 3: The frequency of the consumption of infant nutrition and consumption of cow milk after 1 year of age represented in accordance with the education of the parents.

A gyermekek vizsgálat alatti táplálkozási szokásait a hazai ajánlások alapján vizsgáltuk (28). A táplálkozási ajánlásoknak megfelelő gyakorisággal barna kenyeret, müzlit, baromfit, tejtermékeket, zöldségeket, gyümölcsöket, olajos magvakat, hüvelyeseket és halat fogyasztó gyermekek szülei körében szignifikánsan nagyobb volt a magasabb iskolai végzettségűek aránya; az alacsony iskolázottak aránya egyik ételmező esetében sem érte el az 5,0%-ot (1. táblázat).

I. TÁBLÁZAT: A biológiailag értékesebb élelmiszerek javasolt fogyasztásának (28) gyakorisága (%) a szülők iskolai végzettsége szerint

Élelmiszerek	A szülők iskolai végzettsége				p-érték
	Nyolc általános	Szaktanárs- képző	Gimnázium, szakközép-iskola	Főiskola, egyetem	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Barna kenyér ¹	1 (1,2)	6 (7,0)	30 (34,9)	49 (57,0)	p<0,001
Müzli ¹	2 (4,4)	11 (23,9)	16 (34,8)	17 (37,0)	p=0,003
Baromfi ¹	1 (4,8)	4 (19,1)	8 (38,1)	8 (38,1)	p<0,001
Tejtermékek ¹	13 (2,3)	82 (14,2)	219 (37,9)	264 (45,7)	p=0,025
Zöldség, főzelék ¹	2 (1,5)	12 (8,9)	45 (33,3)	76 (56,3)	p<0,001
Gyümölcs ¹	10 (2,6)	52 (13,4)	154 (39,7)	172 (44,3)	p=0,033
Olajos magvak ²	1 (1,9)	6 (11,1)	22 (40,7)	25 (46,3)	p=0,001
Hüvelyesek ³	4 (1,3)	47 (14,8)	123 (38,7)	144 (45,3)	p=0,041
Hal ⁴	3 (0,9)	47 (13,6)	122 (35,4)	173 (50,1)	p<0,001

¹naponta többször; ²naponta egyszer; ³hetente többször; ⁴hetente egyszer

TABLE I.: The frequency (%) of the suggested consumption of biologically valuable foods (28) illustrated according to the education of the parents

Foods	Educational level of parents				p-value
	Primary school	Trade school	Secondary school	University, college	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Brown bread ¹	1 (1.2)	6 (7.0)	30 (34.9)	49 (57.0)	p<0.001
Musli ¹	2 (4.4)	11 (23.9)	16 (34.8)	17 (37.0)	p=0.003
Poultry ¹	1 (4.8)	4 (19.1)	8 (38.1)	8 (38.1)	p<0.001
Milk products ¹	13 (2.3)	82 (14.2)	219 (37.9)	264 (45.7)	p=0.025
Vegetable ¹	2 (1.5)	12 (8.9)	45 (33.3)	76 (56.3)	p<0.001
Fruit ¹	10 (2.6)	52 (13.4)	154 (39.7)	172 (44.3)	p=0.033
Nuts ²	1 (1.9)	6 (11.1)	22 (40.7)	25 (46.3)	p=0.001
Beans, peas ³	4 (1.3)	47 (14.8)	123 (38.7)	144 (45.3)	p=0.041
Fish ⁴	3 (0.9)	47 (13.6)	122 (35.4)	173 (50.1)	p<0.001

¹several times per day; ²once a day; ³several times per week; ⁴once a week

A biológiailag kedvezőtlenebb élelmiszerek – fehér kenyér, sertéshús, sült burgonya, csokoládé, sütemények, chips, ropi, tojás – esetén is szignifikánsnak bizonyult az összefüggés a táplálkozási ajánlásban javasolt fogyasztási gyakoriság és a szülők iskolai végzettsége között (II. táblázat).

II. TÁBLÁZAT: A biológiailag kedvezőtlenebb élelmiszerek javasolt fogyasztásának (28) gyakorisága (%) a szülők iskolai végzettsége szerint

Élelmiszerek	A szülők iskolai végzettsége				p-érték
	Nyolc általános	Szakmunkás-képző	Gimnázium, szakközép-iskola	Főiskola, egyetem	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Fehér kenyér ¹	1 (4,8)	1 (4,8)	8 (38,1)	11 (52,4)	p=0,023
Sertéshús ¹	1 (0,8)	18 (14,3)	43 (34,1)	64 (50,8)	p<0,001
Sült burgonya ¹	2 (0,9)	24 (10,3)	69 (29,6)	138 (59,2)	p<0,001
Csokoládé, sütemények ¹	0 (0,0)	7 (20,0)	14 (40,0)	14 (40,0)	p<0,001
Chips, ropi ¹	3 (0,7)	46 (11,1)	129 (31,2)	235 (56,9)	p<0,001
Tojás ²	6 (1,5)	67 (16,7)	152 (37,9)	176 (43,9)	p=0,001

¹havonta vagy ritkábban; ²hetente többször

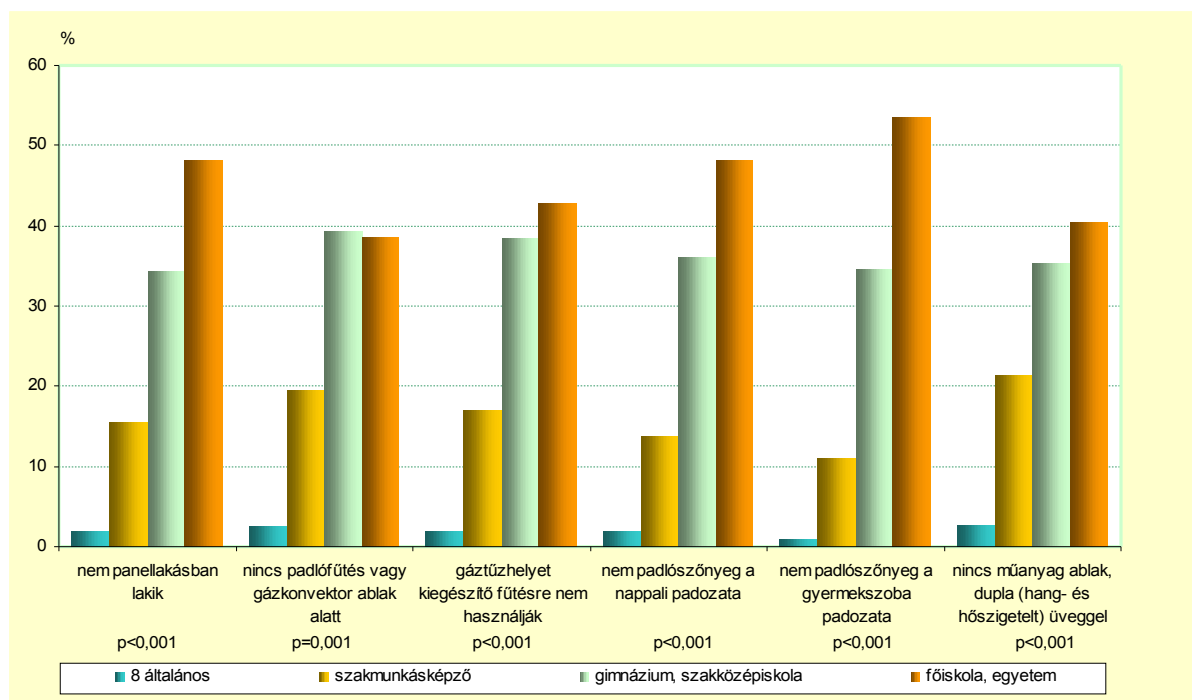
TABLE II.: The frequency (%) of the suggested consumption of biologically unfavourable foods (28) illustrated according to the education of the parents

Foods	Educational level of parents				p-value
	Primary school	Trade school	Secondary school	University, college	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
White bread ¹	1 (4,8)	1 (4,8)	8 (38,1)	11 (52,4)	p=0,023
Pork ¹	1 (0,8)	18 (14,3)	43 (34,1)	64 (50,8)	p<0,001
Fried potatoes ¹	2 (0,9)	24 (10,3)	69 (29,6)	138 (59,2)	p<0,001
Chocolate, cakes ¹	0 (0,0)	7 (20,0)	14 (40,0)	14 (40,0)	p<0,001
Chips, crisps ¹	3 (0,7)	46 (11,1)	129 (31,2)	235 (56,9)	p<0,001
Egg ²	6 (1,5)	67 (16,7)	152 (37,9)	176 (43,9)	p=0,001

¹once a month or rarely; ²several times per week

Lakókörnyezeti tényezők

Az allergiás betegségek kialakulása szempontjából lényeges, a lakásban előforduló legfontosabb kockázati tényezők – a lakás, a fűtés típusa, a szobák padlózata, a lakóépületen belüli állattartás, a tollpárna használata, a lakás szigetelése, penészesedése és a lakáson belüli dohányzás – is összefüggést mutatott a szülők iskolai végzettségével. Megállapítható volt, hogy azoknál a családoknál, ahol allergénszegény környezet megteremtésére törekedtek – korszerű volt a lakás és a fűtés típusa, kerültek a padlószőnyeg használatát (4. ábra), nem használtak tollpárnát, a lakáson belül nem tartottak állatot és nem dohányoztak (5. ábra) – szignifikánsan nagyobb volt a magasabb iskolázottsággal rendelkező szülők aránya.



4. ábra: Allergénszegény lakókörnyezet megteremtése – a lakás, a fűtés típusa, a szobák padozata, és a lakás szigetelése vonatkozásában – a szülők iskolai végzettsége szerint.

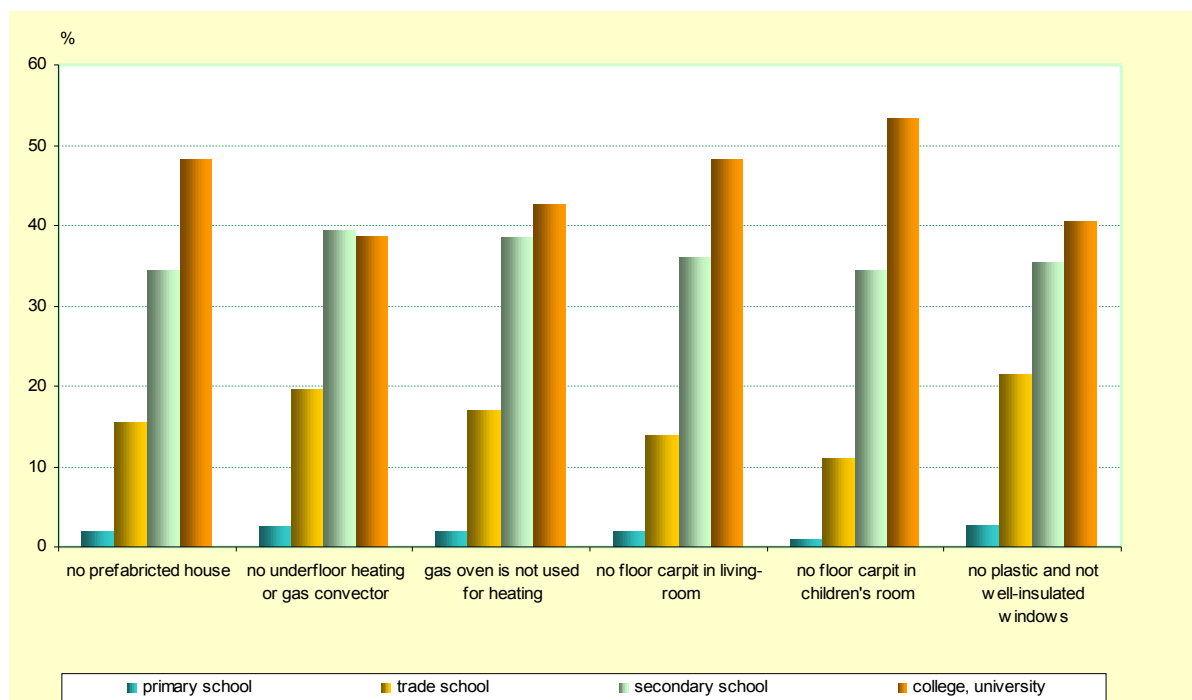
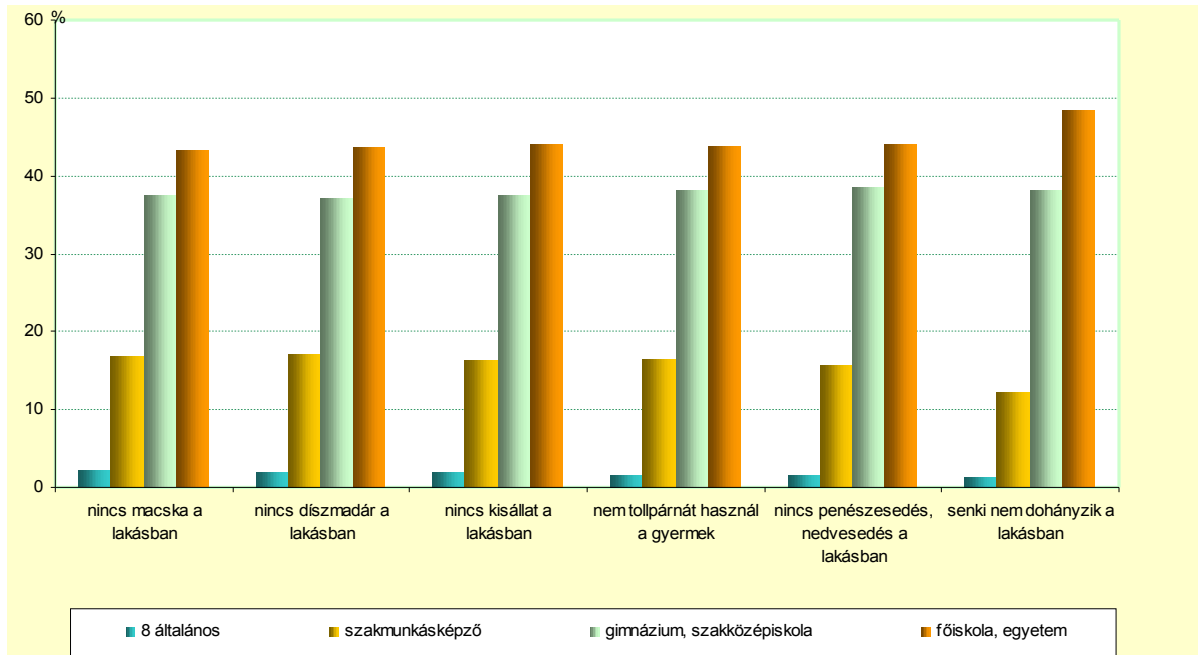


Figure 4: Avoid of allergens in microenvironment – the type of the house and heating; flooring of the rooms; and the insulation of the house – described according to the education of the parents.



5. ábra: Allergénmegteremtés lakókörnyezet megteremtése – a lakáson belüli állattartás, tollpárna használata, a lakáson belüli penészesedés, és a dohányzás vonatkozásában – a szülők iskolai végzettsége szerint.

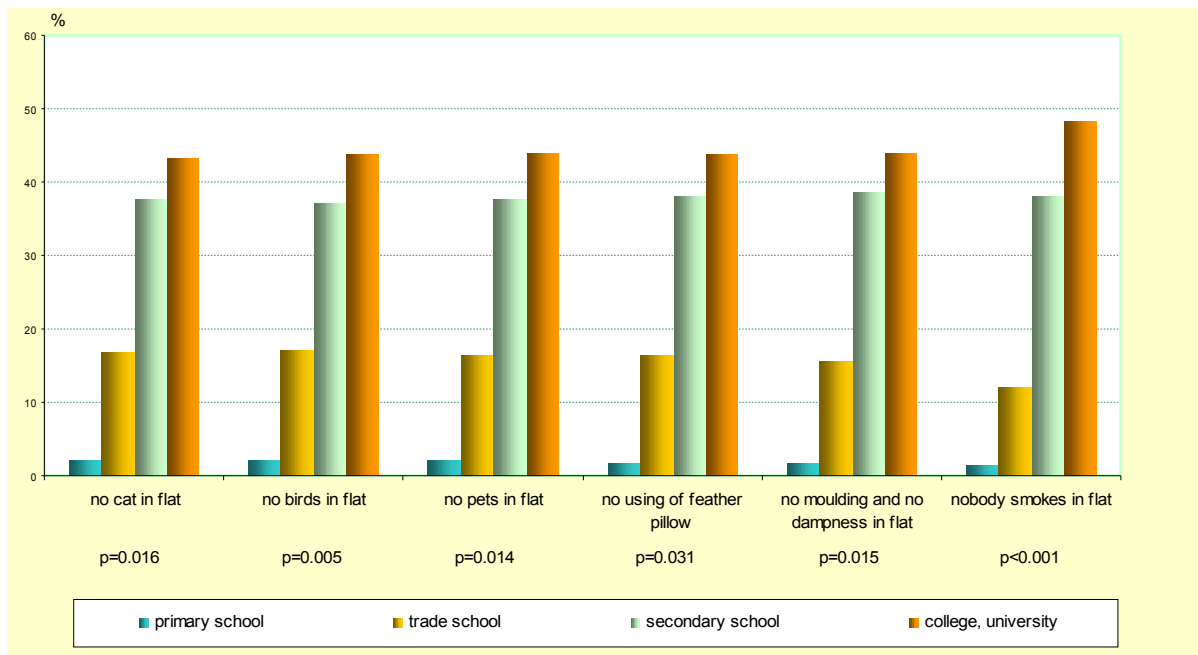


Figure 5.: Avoid of allergens in microenvironment – animals in the house; using of feather pillow; dampness and smoking in the house – in accordance with the education of the parents.

Megbeszélés

Vizsgálatunk annak feltárására irányult, hogy a szülők társadalmi helyzete mennyiben határozza meg az allergiás megbetegedések kockázati tényezőinek eliminálását. Az allergiás betegségek kialakulásában nagy valószínűséggel szerepet játszó életmódbeli tényezők – a terhesség alatti dohányzás és alkoholfogyasztás – könnyedén kiküszöbölhetőek lennének. Felmérésünk eredményei szerint ennek megvalósulása szoros, pozitív összefüggést mutat a szülők iskolai végzettségével. A társadalmi különbségekből adódó esélyegyenlőtlenségek csökkentésében fontos a primer prevenció egészségügyi team munkája. A várandósság előtti és alatti preventív elvek érvényesítésében fontos szerepe kell, hogy legyen a védőnőknek, a házi orvosoknak és a terhesgondozást végző szakorvosoknak. Lényeges, hogy a lehető legkorábban kell kivédeni az egészségre gyakorolt negatív hatásokat, hiszen azok alapvetően meghatározzák a felnövekvő generáció életkilátásait (29).

A helyes csecsemőtáplálási elvek – a gyermek legalább 6 hónapos koráig történő kizárólagos anyatejes táplálása, valamint a kiegészítő táplálására vonatkozó ajánlások – érvényesülése szintén szignifikáns összefüggést mutatott a család társadalmi helyzetével. A várandós és a frissen szült anyának és partnerének teljes, pontos és érthető csecsemőtáplálási információt kell kapnia, aminek része az útmutatás a kiegészítő táplálékok biztonságos, kellő időben történő, megfelelő bevezetése is. Az Egészségügyi Világszervezet ajánlásait elfogadva a magyar szakembereknek is a fél éves korig tartó kizárólagos szoptatást kell propagálniuk (30), hangsúlyozva, hogy egy éves korig az anyatej (annak hiányában a tápszer) legyen a csecsemő fő tápláléka, továbbá támogatniuk kell a kisgyermek 2 éves koráig történő szoptatását is. Kiemelten fontos az is, hogy az igen erős allergéneket (tojás, mogyoró, hal) csak 2-3 éves kor körül vezessék be a gyermek étrendjébe (31).

Eredményeink szerint nemcsak a csecsemőkori, hanem a későbbi táplálkozási szokások alakulásában is jelentős szerepe van a szülők iskolai végzettségének, ha az alacsonyabb volt, akkor az óvodáskorú gyermekek nagyobb arányban táplálkoztak egészségtelenül. Ez későbbi életük során is meghatározó szerepet tölthet be nemcsak az allergiás, hanem más krónikus nem fertőző betegségeik kialakulásában is.

A lakáson belüli allergiára hajlamosító tényezők lehető legalacsonyabb szintre való csökkentése szintén az iskolázottabbak körében volt jellemző. Az allergiás légúti betegségek megelőzését szolgálja a panaszokat kiváltó ágenseknek a környezetből való kiiktatása (32). Az allergén expozíció csökkentésének vagy megszüntetésének egyáltalán nem kell költségesnek lennie. Így például, ha nincs lehetőség fűtőkorszerűsítésre, akkor a konvektorok rendszeres karbantartásával és gyakori szellőztetéssel csökkenthető a veszély, vagy ha nincs mód arra, hogy a konyhában a gáztűzhely helyett elektromos tűzhelyet használjanak, a gyakori szellőztetés szintén segít. A rendszeres takarítás, portalanítás, a szőnyegek, kárpitozott bútorok eltávolítása, valamint a dohányzás mellőzése a lakásban egyszerűen megvalósítható. Ahol a gyermek allergiás, nem javasolt a lakóépületen belül állatot tartani.

Az allergiás betegségek kialakulásában szerepet játszó nem genetikai rizikótényezők jelentős része eliminálható lenne. Az allergiás betegségek számának az utóbbi évtizedekben megfigyelhető folyamatos növekedése azonban arra utal, hogy a fentiekben javasolt kritikus életszakaszban nem eléggé hatékony, részletes és széleskörű a felvilágosító, egészségnevelő tevékenység. A szakterület egészségügyi dolgozóinak, a pedagógusoknak, az egészségmegőrzés területén tevékenykedő civil szervezeteknek nem sikerült megfelelően kommunikálniuk a primer prevenció elveket a társadalom, és különösképpen az alacsonyabb iskolai végzettségűek számára (33). Az elsődleges megelőzés szempontjából kiemelkedően fontos az allergiás betegségek kialakulásában szerepet játszó genetikai, életmódbeli, táplálkozási és környezeti kockázati tényezők azonosítása, valamint a szülők felvilágosítása

annak érdekében, hogy megtörténhessen e betegségek kiküszöbölése, illetve előfordulásuk lehető legkisebb számra csökkentése.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy az allergiás betegségek szempontjából a kedvezőtlenebb társadalmi környezetben felnövő gyermekek veszélyeztetettsége nagyobb, mint a jobb körülmények között élőké. Ezért a jövőben a primer prevenciók tevékenységei – az egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenység, az információátadás, a preventív célú allergia-tanácsadás és az oktatás – hatékonyabbá tételére kell törekedni, különösen az alacsonyabb társadalmi helyzetű családok körében. Ezekben a családokban – bizonyos helyzetekben már a gyermekvállalás tervezésekor – korai és jól célzott beavatkozásokra van szükség, amelyben kulcsfontosságú szerepet kell betölteniük a megfelelően képzett és továbbképzett házi gyermekorvosok, a szakorvosok és a védőnők mellett a pedagógusoknak is.

IRODALOM

1. *Hutás I.*: A fejlett világ járványa az allergia. Magyar Tudomány 2000. 10. 1242-1251.
2. *Tóta J.*: Rhinitis allergica. Hippocrates 2003. 5. 158-162.
3. *Polyák É., Mester K., Szabó Sz., és tsa.*: Élelmiszer-ipari adalékanyagok által kiváltott allergiás reakciók. Új Diéta 2007. 6. 2-4.
4. *Hutás I., Márk Zs.*: A rhinitis allergica-ról. Allergológia és Klinikai Immunológia 1999. 2. 56-62.
5. *Polgár M.*: Az allergia prevenció új szemlélete. Hippocrates 2005. 7. 33-40.
6. *Márton H., Szövetes M., Páll G. és tsai.*: Az anyai dohányzás és hatása a magzat és a csecsemő egészségére. Gyermekgyógyászat 2004. 55. 37-42.
7. *Li Y.F., Langholz B., Salam M.T. et al.*: Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. Chest. 2005. 127. 1232-1241.
8. *Nijjati K., Satoh K., Otani K. et al.*: Regression analysis of maternal smoking effect on birth weight. Hiroshima J. Med. Sci. 2008. 57. 61-67.
9. *King J.C., Fabro S.*: Alcohol consumption and cigarette smoking: effect on pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol. 1983. 26. 437-448.
10. *Abel E.L.*: Prenatal effects of alcohol. Drug Alcohol Depen. 1984. 1. 1-10.
11. *Berta Gy.*: A szellemi környezetszennyezés lehetséges szerepe az allergiás betegségek gyakoribb előfordulásában. Hippocrates 2006. 8. 193-196.
12. *Lawlor D.A., Ebrahim S., Davey Smith G.*: Association of birth weight with adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study and a meta-analysis. Thorax 2005. 60. 851-858.
13. *Hollingsworth J.W., Maruoka S., Boon K. et al.*: In utero supplementation with methyl donors enhances allergic airway disease in mice. J. Clin. Invest. 2008. 118. 3462-3469.
14. *Endre L.*: Ételek lehetséges – védő és kiváltó – szerepe az allergiás betegségekben. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Életmód program.
15. http://www.oefi.hu/regiweb/nepegeszsegugy/etelek_lehetseges_vedo_es_kivalto_szerepe_az_allergias_betegsegekben.pdf
16. *Greer F.R., Sicherer S.H., Burks A.W.*: Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Pediatrics 2008. 121. 183-191.
17. *Arató A., Várkonyi Á.*: Az egészség csecsemő táplálása. Gyermekgyógyászat 2003. Különszám, 117-137.
18. *Kramer M.S., Kakuma R.*: The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv. Exp. Med. Biol. 2004. 554. 63-77.
19. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2001.
20. *Barkó P.*: A táplálkozással összefüggő, allergiában szenvedő gyermekek étkezési tanácsai. Hippocrates 2006. 8. 200-202.
21. *Stick S.M., Burton P.R., Gurrin L. et al.*: Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. Lancet 1996. 348. 1060-1064.

22. *Gold D.R.*: Environmental tobacco smoke, indoor allergens, and childhood asthma. *Environ. Health Persp.* 2000. 108. 643-651.
23. *Endre L., Láng S., Vámos A. és tsai.*: A gyermekkori asztma prevalenciájának növekedése Budapesten 1995 és 2003 között a (változatlan) légszennyezettségi és pollen adatok tükrében. *Orvosi Hetilap* 2007. 148. 211-216.
24. *Sahakian N.M., Park J.H., Cox-Ganser J.M.*: Dampness and mold in the indoor environment: implications for asthma. *Immunol. Allergy Clin. North. Am.* 2008. 28. 485-505.
25. *Nicolai T., Illi S., von Mutius E.*: Effect of dampness at home in childhood on bronchial hyperreactivity in adolescence. *Thorax* 1998. 53. 1035-1040.
26. *Eaton M., Kells S.A.*: Use of vapor pressure deficit to predict humidity and temperature effects on the mortality of mold mites, *Tyrophagus putrescentiae*. *Exp. Appl. Acarol.* 2008. (Epub)
27. *Melen E., Wickman M., Nordvall S.L. et al.*: Influence of early and current environmental exposure factors on sensitisation and outcome of asthma in pre-school children. *Allergy* 2001. 56. 646-652.
28. *Szabó G., Müller A., Belec B. és tsai.*: Krónikus nem fertőző betegségek primer prevenciójának társadalmi meghatározottsága. *Gyermekgyógyászat* 2005. 56. 209-217.
29. *Rodler I.*: Táplálkozási ajánlások a felnőtt magyarországi lakosság számára, 2001.
30. *Rácz J.*: Közös kincsünk a gyermek. Nemzeti Csecsemő és Gyermek egészségügyi Program. Budapest, 2005.
31. *Polyák É.*: Szoptató anya táplálkozása. *Új Diéta* 2007. 6. 28-30.
32. *Szalai Zs.*: Az ekcéma serdülőkori „arca”. *Gyermekorvos Továbbképzés, Termékismertető*, 2007. 5. 81-83.
33. *Süttő Z.*: Allergén mentesítés. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 1996. 1. 186-188.
34. *Nékám K.*: Az allergiás társadalom. *Magyar Tudomány* 2001. 9. 1041-1049

ANITA LUKÁCS, ÁGNES NAGY, TÜNDE VEZÉR, EDIT PAULIK

Socio-demographic risk factors in the prevention of allergic diseases at early childhood

Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Szeged,
Szeged

EDIT PAULIK

Department of Public Health,
Faculty of Medicine, University of Szeged

Dóm tér 10.

H-6720 Szeged, Hungary

Phone: +36-62-545-119

Fax: +36-62-545-120

e-mail: paulik@puhe.szote.u-szeged.hu

Abstract: The number of allergic diseases increased dramatically in children and adult people in the last decades. This nowadays poses one of the greatest challenges in the public health with emphasizing the necessity of primary prevention, because of the deterioration of quality of life, break of employment, and the cost of the medication treatment. The primary target groups of prevention are the infants and children – moreover the foetuses – as fundamentally they determine the health state of the future population. The aim of the study was to reveal the primary prevention strategies directed towards eliminating the risk factors of allergy occurring at early childhood according to the education of the parents.

This cross-sectional study was carried out by self-administered questionnaires. Mothers were asked to declare about their own lifestyle features before and during pregnancy, and about their child's and own socio-demographic situation, eating habits and environmental characteristics.

Results show that at those families, where the risk factors of allergic diseases were tried to eliminate – avoiding smoking and alcohol consumption during pregnancy, exclusive breastfeeding in the first 6 months, allergen-free environment – the education level of the parents was significantly higher.

It can be concluded, that targeted, effective and continuous information must be provided in order to health protection of the future generation – primarily the less educated social classes – of which the active participation of health care personnel is essential.

Key words: allergy, cross-sectional study, primary prevention, education

ORVOSTÖRTÉNELEM

**Az államorvostantól az államorvostanig
(A Szegei Tudományegyetem Közegészségtani intézetének
története napjainkig: egyetemtörténeti tanulmány)**

II. rész

PROF. MINKER EMIL

Szegei Tudományegyetem Gyógyszerhatástani és Biofarmáciai Intézet, Szeged

Összefoglalás: I. rész_ A történelmi Magyarország korai újkorában a jezsuita rend kezelésében három egyetem alakult bölcséleti és teológiai karral. Időrendben: 1581-ben a Báthory István alapította kolozsvári, 1635-ben a Pázmány Péter alapította nagyszombati, valamint 1657-ben Kassán, Kisdí Benedek által létrehozott egyetem. Mindháromnak ismert az alapítólevele, továbbá rendelkeztek szabályszerű uralkodói jóváhagyással. Történetük szorosan kapcsolódott nemcsak az akkori Erdély és Magyarország, hanem a jezsuita rend történetéhez is, melynek megfelelően 1810 körül bevezette törvényszéki sebészet néven az államorvostan fogalomkörébe tartozó képzést. Kolozsvárott ez a képzés törvényszéki orvostan néven is szerepelt a Tanintézet történetében megszűnéséig, 1872-ig.

Nagyszombatból Budára, majd Pestre költöztetett egyetemen az államorvostan oktatása – a Habsburg birodalomban elsőként – 1793-ban kezdődött. (Lásd: Egészségtudomány 2009. 53/2 69-75 old.)

II. rész: Közegészségtan tanszék a pesti egyetemen. Markusovszky, Fodor. A kolozsvári egyetem. Államorvostan Kolozsváron. Rózsahegy Aladár. Rigler Gusztáv. Liebermann Budapesten. A közegészségtan története a szegei egyetemen. Az államorvostantól az államorvostanig

Kulcsszavak: Korai újkor magyar egyetemei, orvosi rendészet, törvényszéki orvostan, államorvostan, Közegészségtan

Egészségtudomány 53/4 108-119 (2009)

Közlésre érkezett: 2008. június 16-án

Elfogadva: 2008. június 28-án Intézet

Prof. Minker Emil

SZTE Gyógyszerhatástani és Biofarmáciai

6720 Szeged, Eötvös u 6

e-mail: minker@pharm.u-szeged.hu

A közegészségtan tanszékének létrehozása a pesti egyetemen

Markusovszky 1872-ben időszerűnek látta egy önálló közegészségtan tanszék létrehozását két okból. Egyrészt Max Pettenkofer munkásságával megszületett a közegészségtan, mint tudomány, valamint a közegészségügy országos közüggé lett. Már Fodor József (1843–1901) személyében jelelt is volt az újonnan létesítendő tanszékre.

Így figyelt föl ez a szombat esténként összejező asztaltársaság a rendkívüli tehetséggel megáldott Fodor József (1843–1901), akinek indulását ettől fogva pártfogói gondosan előkészítették. Fodor azzal, hogy a pesti egyetem 1869-ben 26 évesen magántanárrá habilitálta, kiérdemelte pártfogói figyelmét és a kétéves (1871–72) külföldi ösztöndíját.

Fodor első lépésként Münchenbe ment Pettenkofer előadásait hallgatni. Beutazta a teljes művelt nyugatot, közben Németország hírességeit (Liebig, Vollhardt, Recklinghausen és Hilger) útba ejtve, Angliába ment. Útja során a laboratóriumi munka mellett mindenütt a nagyvárosok közegészségügyi helyzetét tanulmányozta. Hazatérve megírta az Orvosi könyvkiadó-társaság gondozásában 1873-ban megjelent és 507 lapnyi terjedelmű munkáját A közegészségügy Angolországban, tekintettel a hazai viszonyokra címmel.

Gondot jelentett viszont Markusovszkynak, hogy miként lehetne az új közegészségtan tanszék vezetésére kiírandó pályázat körüli önjelölt törtetők sorát megkerülni.

Némi fejtörés és szombat esti tanácskozás után Markusovszky már pontosan tudta, hogy mi lesz és miért éppen az lesz a következő lépés.

Pauler Tivadar (1816–1886) kultuszminiszter 1872. júl. 12-én – nyilván Markusovszky sugallatára –felszólította a pesti egyetem orvostudományi karát, hogy tegyen javaslatot az államorvostan tanszék szétválasztására.

A kar pedig taktikusan halogatta a döntést, a halogatást sugalmazó taktikus pedig a nagy tekintélynek örvendő Balogh Kálmán, a kar jegyzője lehetett. Tehát a kar várt valamire. Arra várt ugyanis, hogy az államorvostan tanszék szétválasztást akkor tehessék meg, amikor már – remény szerint – megnyílt a kolozsvári egyetem, ahova Fodor biztos nyilvános rendes tanári kinevezést kap. Ha már viszont Fodor kinevezése megtörtént, a pesti egyetem – mint a Kolozsvárra kinevezett tanárral – meghívás útján töltheti be az új tanszéket. Ezzel a lépéssel elkerülhető lesz a hivatlan önjelöltek intrikus harca az új tanszékért.

Valóban az történt, ami várható volt, de még hiányzott a kolozsvári egyetem megnyitása.

A kolozsvári egyetem megnyitása

Amikor még Eötvös életében elindította az egyetem újbóli megnyitására vonatkozó javaslatát, a parlament egyáltalán nem mutatott különösebb támogató hajlandóságot az egyetem ügyében. Amikor Eötvös 1869. szeptember 21-én meglátogatta Kolozsvárt, a város képviselői némi türelmetlenségről tettek tanúbizonyságot az egyetem ügyében, mire Eötvös konkrét ígéretet tett az egyetem megnyitására. Azonban 1871. február 2-án meghalt Eötvös, és helyébe – az általános várakozással szemben – nem Trefort Ágoston, hanem a jogtudós Pauler Tivadar lépett. A parlamentben több képviselő indítványozta, hogy rendkívüli ülésen határozzanak a kolozsvári egyetem megnyitásának ügyében. A parlament azonban ezt a javaslatot elvetette.

Csak jóval később Erdélyi László (1868–1947; 12), egyetemünk történésze tette szóvá, hogy a király – elunva a parlamenti civódást és obstrukciót – 1872. április 16-án berekesztette a parlamentet. Ezután quasi alkotmányos módon (a parlament utólagos beleegyezését remélve) felhatalmazta Pauler Tivadar kultuszminisztert, hogy írja ki az akkor formálisan még nem is létező egyetemre az állaspályázatokat (1872. május 29.), valamint arra utasította

miniszterét, hogy gondoskodjék a szükséges épületekről, valamint arról, mely szerint az 1872/73. egyetemi tanévet Kolozsvárott nyitassa meg.

A nyári szabadság alatt a parlamentnek volt ideje átgondolni a dolgokat. Miután a szeptember 1-jén újra összeült a parlament, a király szeptember 4-én elmondott trónbeszédében bejelentette a nyári intézkedéseit, valamint Pauler fölmentésével kinevezte kultuszminiszterré Trefort Ágostont, ő pedig szeptember 17-én benyújtotta Eötvös eredeti tervezetét. Miután a tervezetet mindkét Ház elfogadta, a király október 12-én aláírta az 1872. évi XIX. és XX. törvénycikket, a kinevezett tanárok pedig október 19-én gróf Mikó Imre előtt letették a hivatali esküt.

Ezzel az évekig húzódó ügy, gyorsan lezárult.

A kolozsvári egyetem négy, mégpedig állam- és jogtudományi, orvostudományi, bölcsélet-, nyelv- és történettudományi, valamint természettudományi karral megalakult. Az egyetem 1872. november 10-én Berde Áron rektornak, a jogakadémia korábbi tanárának beszédével ünnepélyesen megnyílt. Az egyetem első rektora Berde Áron (1819–1892), a korábbi jogakadémia tanára lett, kinek megnyitó beszédéből kiragadott – különösen manapság sokak által emlegetett – mondása szerint: „Uraim! Egy egyetem megalapítása áll előttünk. Önök tudják, hogy az egyetemet nem a néma falak, hanem a tanárok szellemi ereje alapítja meg jó hírnévben, áldásos működésben.”

Az ünneplésbe azonban némi aggodalom is vegyült, melynek ugyanitt hangot is adott: „Kétségbe kellene esnem a harmadik kolozsvári tudományegyetem küszöbénél, ha előre hinném, hogy a történelmi tények oly következetesen ismétlik útjokat, mint a bolygók napjaik körül és hogy azt elődei sorsa fenyegeti.”

Berde nagyon világosan fogalmazott. A harmadik kolozsvári tudományegyetemnek két elődje volt, az első a Báthory-egyetem, a második Mária-Terézia által újjászervezett teljes, négykarúvá alakított egyeteme.

Ma már tudjuk, hogy a Berde által hangoztatott sejtések egyike sem volt alaptalan. Az egyetem sorsa 1919-ben beteljesült: a falak ugyan Kolozsvárott maradtak, de az elűzött szellem 1921-től Szeged falai közé költözött, s ott él tovább.

Az orvostudományi karra kinevezett tanárok között volt természetesen

Fodor József, az államorvostan ny. r. tanára.

Tehát a tervnek megfelelően Fodor József ny. r. tanári kinevezést kapott.

Alig telt el egy év, a pesti egyetem 1873. január 4-én meghívhatta Fodor Józsefet az újonnan szervezett közegészségtani tanszékre.

A kör pedig sikeresen bezárult.

A pesti egyetemre került Fodor József pályafutását számosan feldolgozták, minek következtében jól ismerjük azt, ezért méltatásától ezen a helyen eltekintünk. Arra azonban kitérhetünk, hogy milyen hatalmas ugrást jelentett Fodor fellépte és a Rupp által őrzött kor között.

Jellemző a korra, hogy az 1845-ben hét pályázó közül kinevezett Rupp N. János (1818 - 1881) királyi tanácsos úr tanszéket mindvégig úgy töltötte be, hogy orvosdoktori értekezésén kívül egyetlen tudományos dolgot sem írt. A doktori értekezést 1831-ben az a bizonyos Rupp N. János doktorandus készítette, aki "a cholera NEM ragadós voltáról" értekezett. Életútja, mai szemmel legalábbis a tehetségtelenség és az arra alapozott érvényesülés kimagasló rekordjának számítana! Rupp haláláig még a Stifft-korszak kövületeként létezett. A 48-as forradalom ugyan elsodorta a hozzá hasonlókat, de a megtorlás időszakában még visszakapaszkodtak a pozícióba és a hatalomba. A Virozsil-féle igazoló bizottság Ruppot a

szabadságharc alatti tevékenysége és „az udvarhoz való hűsége” alapján a fedhetetlenek I. osztályába sorolta.

Az államorvostan c. tantárgy alakulása Kolozsvárott

Amint Fodor Józsefet meghívták Pestre, a Kolozsvárott elsőként kinevezettek között a kórtan és gyógyszer-tan tanára, Ajtai K. Sándor (1845–1917) kérte áthelyezését az államorvostani tanszékre. Ő az eredeti tantárgyát, kórtant és gyógyszer-tant Hőgyes Endre (1847–1906) kinevezéséig helyettesként ellátta.

Amint a későbbi történések igazolták, Kolozsvárról mind többen igyekeztek Pestre.

Miért ez a nagy igyekezet?

Talán több okból is érthető volt.

1872-ben, Pest, Buda és Óbuda egyesüléséből keletkezett Budapest kezdett világvárossá alakulni. Eközben Kolozsvár (az 1869–70. évi népszámlálás szerint) 26 551 főnyi lakosával, rendezetlen közegészségügyi viszonyaival iskolái, állandó színháza, hírlapjai és iskolái ellenére kisváros maradt. Rendezetlen volt a város víz és csatorna ellátottsága. Az első tanévet is a kolera járvány miatt hamarabb kellett befejezni. A mocsaras Szamos miatt állandó volt a malária, a tifusz. Egyetemünk egykori nagysága, id. Jancsó Miklós felesége és 1903-ban született kisfia is megbetegedett a fertőzött tej okozta tifuszban. Az anya 1904. dec. 12-én meghalt, ifj Jancsó Miklós egész életében viselte betegségének következményét, mely végül is 63 évesen korai halálát okozta. Kolozsvár és egyeteme annak ellenére, hogy a századfordulóra európai színvonalú egyetemmé vált, járványoktól sújtott kisváros maradt a pestiénél kevesebb fizetéssel.

1883-ban végre Kolozsvárott is kivált az államorvostanból a közegészségtan.

A megmaradó törvényszéki orvostanra kinevezték a Miskolcon született Belky Jánost (1851–1892), 1883. január 1-jével kivált közegészségtan tanszékre pedig a Fodor tanítvány Rózsahegyi Aladárt (1855–1896). A Nagykállóban született Rózsahegyi Aladár orvosi tanulmányait a pesti egyetemen végezte. 1877-ben még orvostanhallgatóként lett tanársegéd a Fodor József által vezetett közegészségtani tanszéken. 1878-ban orvos- és sebészdoktor a pesti egyetemen, 1879-ben szülésmester. 26 évesen, 1881-ben magántanárságot szerzett az ipari és gyári egészség-tan c. tárgykörből. Még 1882-ben kinevezték Kolozsvárra 1883. január 1-jei hatállyal, hiszen ugyanezen napon alakult meg a kolozsvári egyetem közegészségtani intézete.

A közegészségtan hallgatása kezdetben csak az orvosnövendékek számára volt kötelező mindössze egy féléven át, heti 5 órában. Gyógyszerészek számára az 1893-94. tanévben lett kötelezően hallgató tárgy, mégpedig a II. évfolyam első felében, heti 3 órában.

Itt említjük meg, hogy már 1872-ben az általános kórtan és gyógyszer-tanra kinevezett első tanára, Ajtai K. Sándor feladata volt a kórtan, a gyógyszerismeret (régiesen gyógyszerisme = pharmacognosia), a gyógyszerhatástan mellett a gyógyszerekre vonatkozó törvények ismeretének előadása is.

Erről sem szabad megfeledkezni!

Szerepelt a közegészségtani intézet oktatási rendjében egy "ipari egészség-tan és mentés-tan", melyet kezdetben meghívott szaktanár adott elő.

Valaki nyugodtan kérdezhetné, hogy miért csak ekkor? Miért kellett erre Pestet követően majd évtizednyit várni?

Megpróbáltuk felderíteni.

Rózsahegy Aladár

Rózsahegy pályája Fodor József mellett szépen indult Pesten. Jutalma a kolozsvári kinevezés lett. A tanszéke a főkörmányzóság egykori szolgaszemélyzetének lakásában kapott helyet. Aki figyelmesen olvasta a kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem történetét, tudja, hogy ezen a helyen volt korábban a kémia tanszék, melynek első tanára Fleischer Antal (1845–1877) lett. Ez az elhelyezés mindennek alkalmas lehetett, kivéve laboratóriumi munkára. A depresszióra egyéként is hajlamos, sokkal jobb sorsra érdemes Fleischer minden erejével küzdött a jobb elhelyezésért, de tifuszban megbetegedve, önkívületi állapotában önkézével vetett véget életének. Ezt a helyet örökölte 1878. június 30-i kinevezéssel Fabinyi Rudolf (1849–1920), akinek működését már nemcsak sokkal több szerencse kísérte, hanem tehetsége folytán nemcsak a kolozsvári egyetem, hanem az egész magyar vegyészet egyik meghatározó személyisége lett (34). Fabinyi kieszközölte az új vegytani épület felépítését. Az alapkövét 1881. október 17-én helyezték el, s az épület maga 1883-ra készült el. Az előadások már 1883. február 15-én megkezdődtek az új épületben, de hivatalosan a miniszter elfoglaltsága miatt csak 1884. október 31-én nyitották meg Trefort Ágoston és az előkelőségek jelenlétében. Az előkelőségek között helyet foglalt Markusovszky Lajos is.

Látható, hogy Rózsahegy közegészségtani tanszéke akkor jöhetett létre 1883. január 1-jével, amikor a régi jezsuita kolostor, majd főkörmányzósági épület (gubernium) „szolga személyzet lakásaiból” kialakított kémia tanszék helye felszabadult. Kezdetben nemcsak a közegészségtan elhelyezés volt siralmas, de a felszerelés is. Ezen feltételek között töltött el Rózsahegy nyolc esztendőt, várva a jobb jövőt. .

Nézzük egy kicsit megint a sorok és a dátumok mögé.

1881-ben a Balassa-kör szellemi vezetője, Trefort Ágoston minisztériumának egyetemi ügyekben fő tanácsadója, Markusovszky Lajos volt.

Fabinyi Rudolf édesanyját pedig Markusovszky Herminának hívták (34).

Mindenki arra gondol, amire akar.

Markusovszkynak sok ellensége (véletlenül sem ellenfele!) Volt, akik őt mindenáron lehetetlenné kívánták tenni. Elsősorban azok, akik szombat esténként Balassa, majd annak halála után Markusovszky szellemi vezetése alatt a fehér asztal mellett összejöttek köréből kimaradtak.

- Miért?
- Mert őket nem hívták meg.

Rigler Gusztáv, Kolozsvár és a közegészségügy

Visszatérve Kolozsvárra, a kémia épület után felépült az anatómia épület és 1886-ban hozzákezdtek az élettan-közegészségtan épületének felhúzásához is. Ez utóbbi ugyan 1889-re elkészült, de csak 1891-ben adták át. Bizonyára azért, mert első változatában nem volt egy ipartörténeti remekmű!

Kolozsvár addigra már nyert a nagyszerű kémia és az anatómia épületek mellett az új épületben egy új tanszéket. Igaz, hogy egy kicsit később, mint a pesti, de annál sokkal külön közegészségtani intézetet!

Ime, Markusovszky ezután is gondolt Kolozsvárra.

Rózsahegy sorsa az új intézetben szerencsétlenül folytatódott. Betegsége miatt egy év szabadságot kért, majd újrakezdte előadásait, de röviddel ezután, 1896-ban meghalt.

Rózsahegy Aladár halála utáni három év helyettesítésekkel telt el.

A közegészségtani előadásokat Purjesz Zsigmond, Kenyeres Balázs és Hoór Károly adta elő a tárgyat.

Ezt a Rózsahegy halálát követő nagy szünetet az indokolta, hogy akkor még nem volt alkalmas személy a kolozsvári közegészségtani tanszék betöltésére. A láthatáron volt ugyan a szintén Fodor tanítvány Rigler Gusztáv (1868–1930), akit pesti egyetem csak 1897-ben habilitálta "Az egészségügyi vizsgálatok módszerei, különös tekintettel a tisztiorvosi vizsgálatokra" c. tárgykörből. Csakis ettől kezdve jöhetett egyáltalán szóba Rigler kinevezése. Amint azonban a habilitáció megtörtént, a király 1899. szept. 12-én valóban kinevezte Rigler Gusztávot Kolozsvárra.

Álljunk meg egy pillanatra, s tekintsük át a várható helyzetet.

Rigler kolozsvári kinevezésétől Fodor József haláláig (1899. szeptember 12-től 1901. márc. 10-ig) alig 18 hónap telt el. Ezt a szomorú, de valós helyzetet Győry Tibor akként jellemezte, hogy 1901. március 10-én sok kínos szenvedés és hosszas agónia után mindössze 57 éves korában meghalt Fodor József.

Nem kellett jövőbelátónak lenni ahhoz, hogy elképzelhető legyen Fodor betegsége és a pesti egyetem közegészségtan tanszékének várható sorsa közötti összefüggés.

A Fodor József halálával megüresedett pesti tanszékre kiírt pályázatot 1901. november 12-én tárgyalta meg a kar. A pályázaton Rigler Gusztáv mellett még két másik magántanár, nevezetesen a kórtanról Székely Ágoston, továbbá m. kir. Közegészségügyi felügyelő, Frank Ödön vett részt. A kar a pályázatok megtárgyalása figyelembe vette, hogy nem pályázott ugyan, de a közegészségügy területén rendkívül sok érdemet szerzett Liebermann Leót is figyelembe kell venni.

Liebermann Leó (1852–826) orvosi, természettudományi és kémiai tanulmányait a bécsi egyetemen, valamint a József nádor műszaki főiskolán végezte. 1874-ben az innsbrucki egyetem az orvosi kémia tanszékén tanársegéd, 1875-ben ugyancsak Innsbruckban, majd később a pesti egyetemen is magántanári képesítést szerzett alkalmazott orvosi vegytan tárgykörből. 1879-ben lett a pesti állatorvosi főiskola ny. rk. tanára, majd 1881-ben az újonnan fölállított m. kir. Kémiai és vegykísérleti állomás igazgatója. 1887/88. tanévben a pesti orvostudományi kar törvényszéki és orvosrendőri vegytanból is magántanárrá képesítette. A kar hangsúlyozta, hogy Liebermann mindemellett számos külföldi és hazai tudományos társaság tagja és magas cím birtokosa (18).

Tehát érdemei bőven voltak.

Mindezek után a kar meghívással első helyen jelölte Liebermann Leó ny. rk. tanárt, az állatorvosi akadémia tanárát. Rigler második helye, különösen Székellyel együtt (aequo loco) több mint reménytelen volt. Frank harmadik helyezést kapott.

Így tehát Rigler maradt Kolozsvárott.

- Ki járt jobban?

Liebermann hosszú, negyedszázados tanársága alatt számos javaslattal élt, de ezekből alig néhány teljesült.

Az 1903-as kolozsvári Emlékkönyvben (10) Rigler Gusztáv ismertette a közegészségtani intézet viszonyait. Már ebből a leírásból is egyértelműen látszik, hogy Rigler kolozsvári működése alatt lényegesen jobb viszonyok közé került, mintha a pesti egyetemre került volna. Átéltte Kolozsvárott a boldog ferencjózsefi békeéveket. Kolozsvárott dékán volt az

1907/1908, valamint az 1914/1915. tanévben, rektorként vezette az egyetemet 1917–18-ban. De a boldog kolozsvári éveket követően átélte a száműzetés éveit, a Szegedre település nehéz pillanatait.

Ezeket a pillanatokot megemlítve nem lehet megfedkezni Berde Áron 1872-es prófétai szavairól!

Liebermann halála utáni évek Pesten

Amikor Liebermann Leó 1926-ban meghalt, a pesti kar Rigler meghívását tervezte Szegedről Riglert, de Klebelsberg Kuno (1875–1932) kultuszminiszter ragaszkodott a pályázathoz. A pesti kar első helyen egyedül Riglert jelölte, így az 1927. aug. 14-én Szegedről távozó Rigler Gusztáv 59 évesen visszakerült Pestre. Csak rövid ideig örvendhetett a fővárosi létnek, mert 1930. aug. 30-án meghalt.

Rigler után Szegeden

Ugyancsak érdemes a Rigler Gusztáv Szegedről való távozása utáni évek három fontos személyiségéről, Tomcsik Józsefről, Jeney Andrásról és Lőrincz Ferencről említést tenni.

Az 1927. év során két érdekelt tanszék is megürült, ugyanis Rigler Budapestre távozta mellett Lőte József (1856–1938) az általános kór- és gyógytan (röviden kórtan) tanára pedig 71 évesen nyugdíjba vonult.

Amikor Rigler Gusztáv Szegedről eltávozott, utódjaként 1928. aug. 7-i hatállyal Darányi Gyulát (1888–1958) nevezték ki. Rigler halála után Darányit rövid szegedi működése után a budapesti közegészségtani intézetbe helyezték át. Darányi utódja Szegeden Tomcsik József (1898–1964) lett.

Lássuk ki is volt Tomcsik József és ki volt Darányi Gyula.

Darányi Gyula a – kezdetben betegsége miatt – Gömbös Gyulát helyettesítő, később miniszterelnökké előlépő Darányi Kálmán (1886–1939) testvére volt. Darányi Gyulát közismert politikai beállítottsága miatt 1945-ben nyugdíjazták, és haláláig rendelőintézeti orvosként dolgozott.

Ami pedig Tomcsik Józsefet illeti, Péter H. Mária könyvében (35) olvasható, mely szerint az erdélyi gyógyszerészek közül többen viselték a Tomcsik nevet. Közülük az egyik, Tomcsik József 1853. szeptember 12-én született Kolozsvárott. Középiskoláit szülővárosában, de egyetemi tanulmányait Pesten végezte, ahol 1874-ben kapott gyógyszerész oklevelet. Ezután 21 évesen visszament Kolozsvárra, és az akkor már két éve működő kolozsvári tudományegyetem vegytani tanszékén Fleischer Antal (1845–1877) professzor mellett tanársegéd lett. Az ifjú tanársegéd közben elkészítette doktori értekezését is, mivel a kolozsvári egyetem megnyitáskor a pesti tanulmányi rend lépett érvénybe, így számára is lehetővé vált a doktori cím megszerzése. Közel egyidejűleg két jelölt élt a lehetőséggel. A kolozsvári tudományegyetem gyógyszerésztudori szigorlatok 1876/77. évi jegyzőkönyve szerint a huszonhat éves, máramarosszigeti születésű Ember Bogdán 1877. június 6-án tette le doktori szigorlatát kitűnő eredménnyel. Őt követte ugyanazon év június 9-én a huszonnégy éves Tomcsik József, szintén kitűnő eredménnyel. Mindkettőjük hivatalos felavatása 1877. június 9-én történt.

Miután Fleischer Antal professzor 1877. november 27-én váratlanul, tragikus körülmények között elhunyt, a vegytani tanszék vezetésére pályázatot írtak ki, melyre tizenheten jelentkeztek az ország minden tájáról.

Dr. Tomcsik József is a pályázók között volt.

A meghirdetett állásra azonban – a fentebb már említett – Fabinyi Rudolfot nevezték ki. Ekkor Tomcsik József csalódottan távozott nemcsak a tanszékről, de Kolozsvárról is. Végül Aranyosgyéresre költözött, ahol 1883-ban megnyitotta és haláláig (1911) vezette az Isteni Gondviselés nevű gyógyszertárát.

Dr. Tomcsik Józsefnek ugyancsak a József nevet viselő fia 1898. május 19-én született Aranyosgyéresen. 1918-ban orvosi tanulmányokat kezdett Kolozsvárott, melyet 1920 és 1922 között a pesti egyetemen folytatott. 1922-ben avatták orvosdoktorrá és ugyancsak a pesti egyetem habilitálta 1931-ben magántanárrá. 1932. szeptember 17-i hatállyal nevezték ki Szegedre, a Közegészségtani intézet élére. Onnan 1936-ban távozott Budapestre, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatói székébe. 1943-ban meghívták a bázeli egyetem Közegészségtani és Bakteriológiai Intézetébe, ahol 1964. december 30-án bekövetkezett haláláig egyetemi tanárként dolgozott.

Löte József 1927-es nyugdíjazása után örökébe Jeney Endre (1891–1970) lépett, aki 1927 és 1934 között állt a szegedi kórtani intézet élén, mert 1934-ben Debrecenbe távozott.

Lássuk Tomcsik József után Jeney Endre pályafutását és kapcsolatát Erdéllyel, Kolozsvárral, Szegeddel!

Jeney Endre az erdélyi Radnóton született 1891-ben és a kolozsvári Ferenc József Tudományegyetemen végezte tanulmányait 1909–1914 években. Már 1913-ban gyakornok Kolozsvárott az Élet- és kórvegytani intézetben. 1914-ben behívták katonai szolgálatra, ahol járványkórházi orvos, kórházparancsok, majd hadtest-higiénikus. 1918-ban az Ált. kór- és gyógytani intézethez csatlakozott. 1919-ben Debrecenbe ment, ahol a közkórházi fertőző osztály vezetőjeként dolgozott. Amint azonban az elűzött kolozsvári egyetem ügye rendeződött, Szegedre ment Löte József Ált. kór- és gyógytani (röviden kórtani) intézetéhez. 1922–25 között számos nyugati országban ösztöndíjasként utazott. 1925-ben magántanárrá habilitálták A baktériumtan c. tárgykörből. 1926-ban lett adjunktus. 1927–28-ban Löte távoztával megbízott tanszékvezető, 1928-tól a kórtan nyilvános rendes tanára.

1931-re elkészült a szegedi Tisza parton kialakított klinika telep és a festői szépségű Dóm tér az áhítatot keltő Nemzeti Emlékcsarnokkal. Az 1921-ben szükségből szétszórtan elhelyezett elméleti intézetek és klinikák egy része az új épületekbe költözött. A Kálvária tér és a Rigó utca által határolt épületegyüttesből a mai Dóm tér keleti szárnyába, a mai 10. szám alatti részbe költözött az élettan mellett a közegészségtani és a kórtani intézet.

Jeney Endrét pályázat útján 1934. július 18-án kinevezték Debrecenbe az egyesített Közegészségtani és gyógyszertani intézet élére.

1934-től Jeney Endre távoztával megüresedett kórtan, valamint a Tomcsik József vezette közegészségtan funkcionálisan egyesült. Az egyetem 1934–36 évekre kiadott Évkönyve 74 és 75. lapján ugyanis az Általános kór- és gyógytani intézet, valamint a Közegészségtani intézet igazgatójaként egyaránt Tomcsik József neve szerepel, és mindkét intézet telefon száma is azonos, 15–33.

Amikor Tomcsik József 1936-ban Budapestre, az Országos Közegészségtani Intézet igazgatói székébe távozott, helyébe az ugyancsak erdélyi származású, Bálványosváralján született (Szolnok–Doboka vármegye), tanulmányait a kolozsvári Ferenc József tudományegyetemen 1919-ben végzett Lőrincz Ferenc (1898–1986) került.

Amikor 1940-ben a második bécsi döntés során Kolozsvár visszakerült Magyarországhoz, a szegedi orvostudományi karról Miskolczy Dezső mellett Lőrincz Ferenc ment önként vissza Kolozsvárra. 1936–1940 között a Közegészségtani és kórtani intézetet igazgató Lőrincz Ferencet 1980-ban Szegedi Orvostudományi Egyetem honoris causa doktorává választotta.

A Szegedi Horthy Miklós Tudományegyetem 1940. évi megalakulásakor a kórtan és a közegészségtan formailag is különvált. 1940. okt. 19-én Kanyó Bélát (1898–1964) a

Közegészségtani intézet, Ivánovics Györgyöt (1904–1980) pedig az Általános kórtani és bakteriológiai intézet igazgatójának nevezte ki a kormányzó. A különválás a telefonszámok alakulásából is kitűnt, amennyiben a közegészségtan 1940-ben is megtartotta 15–33-as telefonszámot, az Általános kórtani és bakteriológiai intézet új telefonszámot kapott: 22–17.

Kanyó halála után 1965-től 1984-ig Berencsi György (1913-1986) Közegészségtani és Járványtani Intézet, majd 1984-től 1996-ig Dési Illés (1931-) Népegészségtani Intézet néven vezette az Intézetet.

Ezzel elérkeztünk a kortársi emlékezés távolságába. .

Ezzel kapcsolatban okvetlenül meg kell említenem még azt is, hogy emlékezetem szerint határozat született – éppen Kanyó Béla kezdeményezésére – 1950-es években az orvoskari, akkor már orvosegyetemi intézetek történetének megírásáról. A hallgatóságot is felszólították, hogy pályamunka formájában írják meg egy-egy intézet történetét. Legalább öt ilyen pályamunkát láttam az egykori orvoskari könyvtár raktárában. Magam 20 éves tanszékvezető működésem alatt minden esztendőben ajánlottam többek között a vezetésem alatt álló intézet történetének pályamunka formájában való feldolgozását.

Sajnos, egy sem érkezett.

Epilógus

Kolozsvárott 1872-ben Államorvostan elnevezéssel alapított tanszék – mint láttuk – két tárgyat foglalt magába. A két tárgy 1883-ban valóban kétfelé, mégpedig az akkori idők követelményének megfelelően törvényszéki orvostanra és közegészségtanra oszlott.

A vesztés első világháborút követő események a Kolozsvári egyetemet Szegedre sodorta.

Szegeden azonban helyileg egymás mellett települt és 1927-ben egyidejűleg megürült kórtan és közegészségtan közül a kórtan 1928–34 között Jeney Endre, a közegészségtan pedig 1918–31 között Darányi Gyula tanszékvezetésével működött. A közegészségtanra Darányi távoztával 1932-ben Tomcsik József kapott kinevezést, 1934-től Jeney távoztával pedig Tomcsik vezetése alatt funkcionálisan egyesült a két intézet. Tomcsik 1936-os Budapestre távoztával 1940-ig Lőrincz József vezetésével működött tovább a két intézet. 1940-től a Szegedi Ferenc József Tudományegyetem Kolozsvárra való részbeni visszaköltözésével és a Horthy Miklós Tudományegyetem megalakulásával a két intézet szervezetileg is szétvált közegészségtanra és kórtan-bakteriológiai intézetre. Ebben a struktúrában érkeztünk el történetünkben 1951-ig.

Az önálló Szegedi Orvostudományi Egyetem fél évszázados története külön fejezetet kíván.

Jelen munkánk az államorvostanból kialakult közegészségtani intézet történetét a következőkkel zárjuk. Az 1990-es rendszerváltozással a szegedi felsőoktatás történetében alapvető egységesítési törekvések indultak, amelyek 2000-ben a – a ma már tucatnyi karral működő – régi-új Szegedi Tudományegyetem megalakulásához vezetett. A Szegedi Tudományegyetem első évtizede ugyancsak külön fejezetet érdemel egyetlen figyelemre méltó megjegyzéssel. 2008-ra felvetődött a törvényszéki orvostan és a közegészségtan szigorlat tárgyának összevonása, amely alapján az államorvostan koncepcióját tükrözi.

Hosszú történetünk során tehát az államorvostantól ismét eljutottunk az államorvostanig?

IRODALOM

1. A Pallas Nagy Lexikona. Az összes ismeretek enciklopediája tizenhat kötetben. Pallas Irodalmi és Nyomdai Részvénytársaság. Bp., 1895.
2. A Pesti Hírlap Lexikona. A Pesti Hírlap kiadása. Bp., 1937.
3. . *Szentirmai L., Ráczné Mojzes Katalin* (szerk.): A Szegedi Tudományegyetem múltja és jelene 1921 - 1998. József Attila Tudományegyetem kiadása, Szeged, 1999.
4. *Bikfalvi G.*: Akolozsvári jezsuita egyetem rövid története 1581 és 1603 között. "Párbeszéd" 2006.10. 20.
5. *Bikfalvi G.*: A magyar jezsuiták közép- és felsőfokú tanintézetének alapítólevelei a XVI-XVIII. Században. „Párbeszéd” 2007.08. 03.
6. Csongrád Megyei Levéltár anyaga. A szegedi Ferenc József Tudományegyetem Egyetemi Tanács jegyzőkönyvei VIII.1 - 8 doboz, 1920-tól.
7. *Demkó K.*: A magyar orvosi rend története tekintettel a gyógyászati intézmények fejlődésére Magyarországon a 18. század végéig. A szerző saját kiadása. Bp., 1894.
8. *Devich A.*: Szegedi Tudományegyetem története. 1921 - 1944.
9. *Udránszky L., Szabó D.* (szerk): Emlékkönyv a Kolozsvári Magyar Királyi Ferenc József Tudományegyetem és különösen ennek orvosi és természettudományi intézetei a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XXXII. Vándorgyűlése tagjai részére. Kiadta a V.K.M. költségén a Kolozsvári Egyetem Orvosi Kara. Kolozsvár, 1903.
10. *Bisztray Gy., Szabó T.A, Tamás L* (szerk): Erdély magyar egyeteme. Az Erdélyi Tudományos Egyesület kiadása. Kolozsvár, 1941.
11. *Erdélyi K.*: A kolozsvári r. kath. főgymnasium története 1579 - 1898. A kegyes tanítórendiek vezetése alatt álló kolozsvári r. kath. főgymnasium értesítője az 1897-8 tanévről. Kolozsvár, 1898. 5. 141. .
12. *Erdélyi L.*: A legalkotmányosabb egyetemalapító. Emlékbeszéd I. Ferenc József király születése századik évében a szegedi egyetem tanévnyitó közgyűlésén 1930.szept. 28 - án. Beszámoló a Szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem 1930-31. évi működéséről. 68-76l.
13. Évkönyv. A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem évkönyve az 1934/35. és 1935/36. tanévről. Szeged Városi Nyomda és Könyvkiadó RT Szeged, 1936.
14. *Gaal Gy.*: Egyetem a Farkas utcában. A kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem előzményei, korszakai és vonzatai. Erdélyi Magyar Műszaki Tudományos Társaság, Kolozsvár, 2001.
15. *Gortvay Gy.*: Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története. 1. kötet. Akadémiai Kiadó, Bp., 1953.
16. *Gyenis A S. J*: Régi jezsuita rendházak: Központi rendi kormányzat. Vác, 1941. 91 p.
17. *Győry T.*: A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem története. 3. kötet. Az orvostudományi kar története 1770 – 1935. Az egyetem 300 éves fennállásának ünnepe alkalmából kiadja a Pázmány Péter Tudományegyetem. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda. Bp., 1936.
18. *Hőgyes E.*: Emlékkönyv a budapesti kir. m. tudományegyetem orvosi karának múltjáról és jelenéről. Magyarország ezredéves fennállásának ünneplése alkalmával. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. Budapest, 1896.
19. *Hermann R., Zakar P.* (szerk.): A források bővületében. kiadó. Szeged, 2007.
20. *Jakab E.*: Kolozsvár története III. kötetben. I. kötet Budán, 1870.; II. kötet Budapest, 1888.; III. kötet Budapest, 1888. Kiadja Szab. Kir. Kolozsvár Város Közönsége.
21. *Jakó Zs.*: Négy évszázad a művelődés szolgálatában. A kolozsvári Báthori István iskola jubileuma. Társadalom, egyház, művelődés. Tanulmányok Erdély történelméhez. Magyar Egyháztörténeti Munkaközösség. Budapest, 1997.
22. *Klaniczay T.*: Egyetem Magyarországon Mátyás korában. Stílus, nemzet és civilizáció. Balassi Kiadó. Bp., 2001. 105. 160..
23. Kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem almanachjai 1872-től.
24. Kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem tanrendjei 1872-től.
25. *Kristó Gy., Barta J., Gergely J.*: Magyarország története előidőktől 2000-ig. Pannonica kiadó, 2002.
26. Magyar életrajzi lexikon. Főszerk. Kenyeres Ágnes. Akadémiai Kiadó. Bp., 1981.

27. *Maizner J.*: A kolozsvári orvos – sebészi tanintézet történeti vázlata 1775 - 1872. Ajtai K. Albert könyvnyomdája. Kolozsvár, 1890.
28. *Margitai A.*: A budapesti királyi magyar Pázmány Péter tudományegyetem szervezete. A budapesti királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem almanachja az MCMXXIV - MCMXXV. tanévre. Budapest, 1925. Függelék 124–158. .
29. *Márki S.*: A Ferenc József Tudományegyetem története 1872 – 1922. Szeged, 1922.
30. *Martonyi J.*: A Szegedi Tudományegyetem története. A József Attila Tudományegyetem beszámolója. 1948 – 1967. Szerk. Martonyi János, Csukás István, Ketskeméty István, Devich Andor. Szeged, 1968. 7. – 17
31. *Mészáros R.*: Rektori köszöntő a Szegedi Tudományegyetem Napja alkalmából 2002. november 11-én. Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Hírlevelével XIII. évfolyam 7–8. szám. 2002. október - november.
32. *Minker E.*: A Szegedi Tudományegyetem történetének kolozsvári szakasza. A Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinikájának története. Szerk. Lonovics János, Fazekas Tamás, Varró Vince. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2003. 13–43.
33. *Minerva Jahrbuch der gelehrten Welt. Abteilung Universitäten und Fachhochschulen. I. Band, Europe. Fünfunddreissigster Jahrgang.* Herausg. Werner Schuder. Walter de Gruyter & Co. Berlin, 1966.
34. *Móra L.*: Fabinyi Rudolf élete és kora. Technika Alapítvány kiadása. Bp., 1999.
35. *Péter H. Mária*: Az erdélyi gyógyszerészet magyar vonatkozásai Az Erdélyi Múzeum-Egyesület kiadása. Kolozsvár, 2002.
36. *Pusztai Virág*: A szegedi egyetem gyökerei. Beszélgetés dr. Szögi Lászlóval az ELTE könyvtárának főigazgatójával. Hökkentő – a szegedi hallgatók lapja. 13. évf. 10. szám, 2007. december. 8–9..
37. *Révai Nagy Lexikona.* Az ismeretek enciklopédiája. Révai Testvérek Irodalmi Intézet RT. Bp., 1911. Hasonmás kiadás. Szépirodalmi és Babits könyvkiadó, 1989.
38. *Romsics I.*: Magyarország története a XX. században. Harmadik javított és bővített kiadás. Osiris kiadó. Bp., 2003.
39. *Ruszoly J.*: A Szegedi Tudományegyetem rövid története. A Szegedi Tudományegyetem múltja és jelene 1921 - 1998. Szerk. Szentirmai László és Ráczné Mojzes Katalin. A József Attila Tudományegyetem kiadása. Szeged, 1999.
40. *Rüegg W.*: Geschichte der Universität in Europa. 2. Band, Verlag C.H. Beck, München, 1996.
41. *Szabó T., Zallár A.*: A kolozsvári magyar egyetem négyszáz éve. A Ferenc József Tudományegyetem alapításának 120. évfordulóján. Szeged /folyóirat/ 1992. május,június.
42. *Szabó T., Zallár A.*: A m. kir. Ferencz József Tudományegyetem előtörténete /1581–1872/. Szegedi Akadémiai Bizottság (SZAB) pályamunka. Szeged, 1990. Gépírat.
43. *Szabó T., Zallár A.*: A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem története. 1. rész Orvostudományi Kar 1921–1944. A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem kiadása. Szeged, 1992.
44. *Szabó T.*: A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem története. 2. rész Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi Kar 1944–1951. 3. rész Szegedi Orvostudományi Egyetem (Egy karral) 1951–58. A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem kiadása. Szeged, 1999.
45. *Lisztes L., Zallár A (szerk.)*: Szegedi Egyetemi Almanach 1921–1970. Szerk.. JATE és SZOTE közös kiadása. Szeged, 1971.
46. *Szentirmai L., Iványi-Szabó Éva, Ráczné Mojzes Katalin (szerk.)*: Szegedi egyetemi almanach. 1. K. Szerk., JATE kiadása. Szeged, 1996.
47. Szegedi egyetemi almanach (1921–1996). 2. K. Szerk.. SZOTE kiadása. Szeged, 1997.
48. *Szilas L.S.J.*: A Jézus Társasága Magyarországon. Internet.
49. *Szögi L.*: Mindentudás Egyeteme. Szeged, 2007. október
50. Új Magyar Lexikon. Akadémiai Kiadó. Bp. 1960.
51. *Varga Júlia* : A kolozsvári jezsuita gimnázium és akadémia hallgatósága 1641 – 1773 (1784). Az MTA Egyetemtörténeti Munkabizottsága és az ELTE Levéltára kiadása. Bp., 2007.
52. *Veress E.*: A kolozsvári Báthory-egyetem története lerombolásáig, 1603-ig. Erdélyi Múzeum 1906. 169–193, 249–263 l.

PROF. EMIL MINKER

Department of Biopharmacy

University of Szeged

6720 Szeged, Hungary

Eötvös u .

e-mail:minker@pharm.u-szeged.hu

The history of university discipline of governmental medicine up to that of governmental medicine

Abstract: 1st part: Three Jesuit university with faculty of philosophy and theology has been established in the early Modern Age of the historical Hungary. In order of time the Transylvanian voivode and Polish-Lithuanian ruler Stephan Báthory founded the first one at Kolozsvár in 1581, followed by archbishop Péter Pázmány in 1635 at Nagyszombat (Trnava) and finally by bishop Benedek Kisdi in 1657 at Kassa (Kosice). The foundation charter of all three mentioned universities is known, and all of them obtained royal deed of foundation, too. The fate of all three referred universities has been jointed not only to the history of Hungarian state (including Transylvania) but also to that of the Jesuit order.

From the university of Kolozsvár conducted medical faculty of Royal Academic Lyceum – from 1817 taking up meantime the name of Medical-Surgery Institute – about 1810 has been introduced the teaching of so called forensic surgery and later mentioned as forensic medicine up to 1872. At the opening the renewed Kolozsvár University József Fodor was simultaneously appointed as professor ordinarius of police medicine (politia medica). In 1883 has been the discipline of public health derived from the police medicine obtained as independent chair. Its history has been deduced up to 1951, the foundation of the University Medical School of Szeged.

The university of archbishop Pázmány has been in 1777 moved from Nagyszombat to Buda, later to Pest and the teaching of politic medicine has been introduced at the Pest-University in 1769, the first occasion among the universities of Habsburg Empire. The chair of public health derived in 1874 year from the political medicine with the leading of József Fodor invited from university of Kolozsvár.

In 1769 the medical course has been initiated at episcopal school removed from Kassa to Eger but this attempt failed in few years. The organizer of this attempt of medical training was Ferenc Markhot, whose name is borne present by the County Hospital of Eger.

2nd part: Department of Hygiene at the University of Pest. Professors Markusovszky and Fodor. The Kolozsvár University. Governmental medicine at Kolozsvár. Professors Rózsahégyi, Rigler and Liebermann. The history of public health and hygiene at the Szeged University. From governmental medicine up to governmental medicine

Key words: Early Hungarian universities in modern times, governmentbtal medicine, forewnsic medicine, public health and hygiene

Longer life – the triumph of our time, yet a pressing problem for our public health care systems and politics

PROF. JOSEF RICHARD MÖSE

Emeritus Director
Institute of Hygiene University of Graz

Abstract: With the discovery of infectious agents in the last quarter of the 19th century, with the later developments in all levels of medicine and with numerous great social accomplishments, life expectancy began to steadily increase like never before in the history of human development. The important details for this will be presented based on the situation in Austria. The consequences of this entirely positive development, which are as a result of the increase in old age, will be discussed and the urgent need for lasting solutions presented.

Keywords: aging, health care, life, life expectancy, politics

Egészségtudomány 53/4 120-129 (2009)
(Health Science)
Közlésre érkezett: 2009. február 11-én
Sent in for publication: 11 Februar 2009.
Elfogadva: 2009. április 18-án
Accepted: 18 April 2008

Prof. JOSEF RICHARD MÖSE
Emeritus Director
of the Institute of Hygiene University of Graz
Universitätsplatz 4
Graz, A- 8010 Austria
Tel 0043 316 380 7700
Personal: 8043 Graz, Kaltenbrunn-gasse 6
Tel 0043 316-324-073

It has now been thirty years since we carried out an oral survey campaign among the local people on the street. This survey ran over a number of weeks, had no pre-defined target group and the only question was: “What do you see as the greatest progress of our time?” The result: not one of the those asked even mentioned that every newborn nowadays has considerably higher chances of reaching old age than was the case just three or four generations ago. Was this a disappointing result? No! We have all simply gotten used to these new times, drifting along with the current of today. We take for granted all of these new technical, scientific and industrial triumphs around us, triumphs that have radically changed everyday life and allow us, on average, to live to be much older than our forefathers. This is the first time since man came into being that such progress has been achieved, and we know exactly what started the ball rolling – the fundamentally new medical research discoveries around 1875.

The facts: About two million years ago, when our ancestors were still using stone tools, and much later, when they learned how to make and use fire, the life expectancy of a newborn must have been approximately twenty five years (1). This very plausible figure is based on the analysis of skeletal remains and takes into account the circumstances in which these people lived: the daily fight for survival, with its extreme dangers and stress, the ever-present threats presented by nature and hunger and the resulting diseases.

The later development of “language” transcended communication through sounds and gestures; a clear intellectual revolution in the broader development of man began, seen in the many cave paintings, jewellery, figures and burial rites that have since been uncovered. With the beginning of agricultural and livestock farming, with the move to settlements, with the establishment of the larger settlements, cities, kingdoms (c. 10,000 BC) everything changed. These changes even caused a considerably increase in the life expectancy of a newborn, although it was simultaneously decreased by the new dangers that this way of life brought with it. As a result of so many people living in such small spaces, the time of the epidemic, the king of all infections, began.

The life expectancy of a newborn at the time of the first great civilization stood at 35 years. This average time span of a human life from the date of birth *did not change* until the middle of our eventful modern times, the nineteenth century, an entire thousand years later. However, epidemics and infections were still among us and had remained almost unchanged. Cholera, for example, was one such mass-epidemic which was rampant in nineteenth century Europe.

It was then, in the nineteenth century, that two particular scientists critically influenced the further development of medicine and, as a result, life expectancy in all developed countries. In his work which he had started in Paris in 1856, *Louis Pasteur* discovered that certain microorganisms cause fermentation and decomposition; something that we cannot even see with the naked eye can be so significant. Among other work, he later developed a vaccination against rabies. *Robert Koch*'s research on “infections”, published in 1876, proved that anthrax bacillus taken from infected animals, isolated and cultivated in an artificial medium could infect healthy animals. It all sounds so simple today, but yet this research changed the world. This new knowledge changed medicine completely over the course of the following years; the possibility to identify infections, to fight infections and prevent infections. This paved the way for the longer life we live today. Fighting epidemics and infections, early recognition, prevention and, later, direct treatment.

The serum therapy for diphtheria, introduced by *Emil von Behring*, was one of the first major successes in the treatment of a disease which, until then, had been deadly for so many children. Surgery flourished with the new concepts of disinfection, sterilisation and “sterile” working conditions on and around the operating table. *Theodor Billroth* in Vienna, *Ernst von*

Bergmann in Berlin and an entire new generation of surgeons laid the groundwork, in a very short space of time, for the modern surgery of today.

The knowledge that created “modern” medicine had far-reaching effects on all aspects of medicine, stretching beyond the boundaries of problems with infection. At the same time, the revolutionary success of social change must be highlighted within this context. The following graphics and numerical data clearly show the trends in relation to today’s life expectancy. To start, a general introduction to the term: “life expectancy” deals with statistics on the expected number of years between a certain point in a person’s life and their death. This is generally calculated using a life table, based on empirical data of death rates for the past, and on model assumptions for predictions of future mortality rates. In principle, any point of a person’s life can be chosen from which the remaining number of years can be ascertained, but normally it is taken from birth. The most commonly given life expectancy is, therefore, that at the *point of entry into life*, the average life expectancy at birth (2).

The calculated figures are therefore average values, which, in relation to the life expectancy of an individual, could be higher or lower depending on that individual’s fate. (Fig. 1)

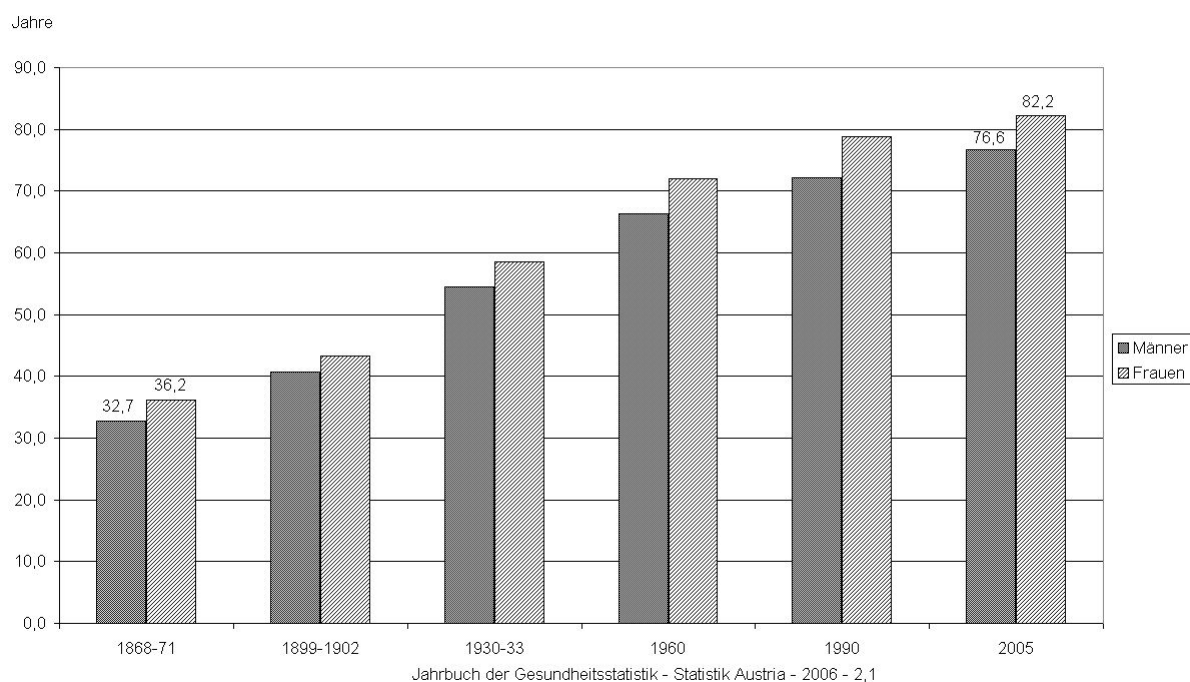


Figure 1.: Life expectancy at birth in Austria
1. ábra: Várható életartam születéskor Ausztriában

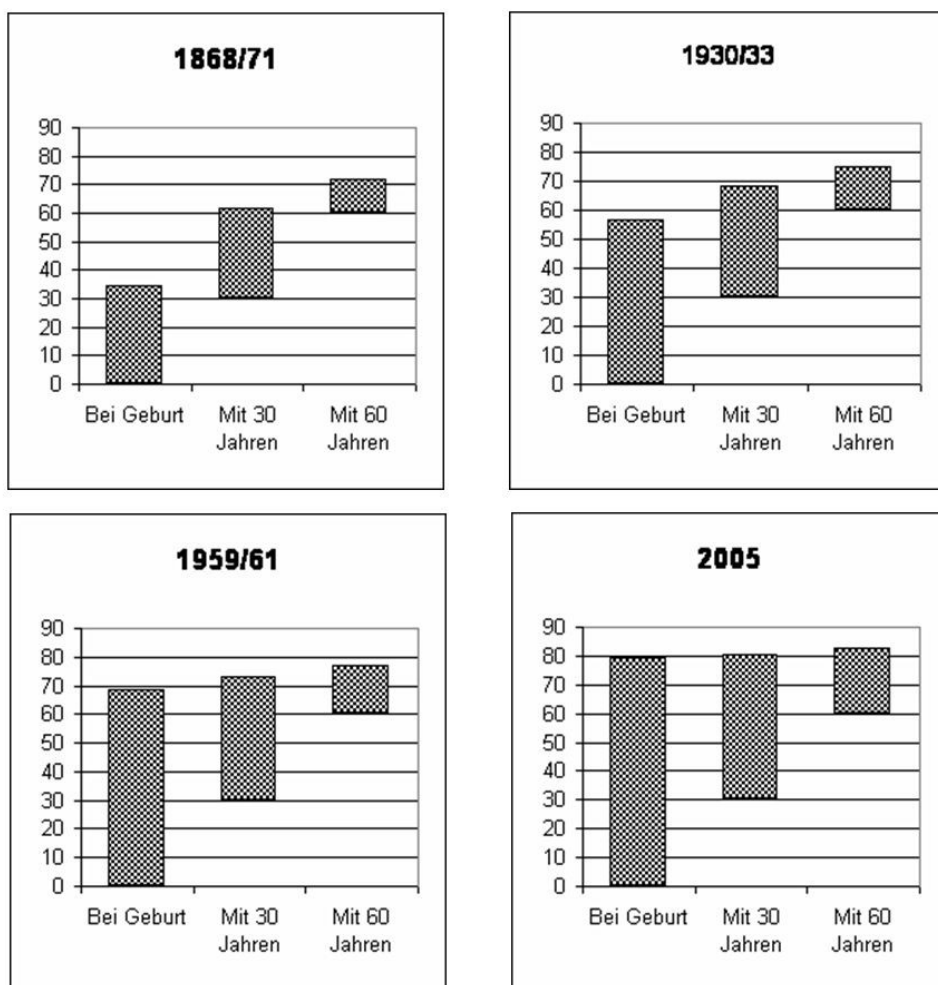


Figure 2.: *Contrasts between average life expectancy at birth, at the age of 30 and at the age of 60, showing what life expectancy a person who has survived early life and is now 30 or 60 years old can expect at these points in life*

2. ábra: *Összehasonlítás az átlagos élettartam kilátások között születéskor, 30, és 60 éves korban, bemutatóva milyen élettartam kilátása van annak aki élte a korai életkort és most 30, illetve 60 éves, mit remélhet ezen életkorokban*

These results clearly show that the cause of low life expectancy at birth lay in the first, or at least the early, years of life. When people survived these early years, their life expectancy increased, even around 1870. It goes without saying that, even then, there were old and very old people, although the great difference between then and now is that there were much fewer older people than now; in the past, few people lived to old age, but nowadays our chances of living to old age are incredibly high. The following set of statistics provides evidence of this, showing in which age bracket the most fatalities occur, expressed in terms of the percentage of all those who died in that particular year (4). (Table I, II)

I. TÁBLÁZAT: **A halálozások száma Stájerországban 1887-ben 36,254**

TABLE I: **Number of deaths in Styria in 1887: 36,254,**
of which:

33.8%	died between birth and the 5 th birthday
4.2%	died between the 5 th and 15 th birthdays
5.7%	died between the 15 th and 30 th birthdays

As the figures show, 43.7% of all deaths occurred under the age of 30 and the number of deaths under five years of age accounted for approximately one third of all deaths in 1887.

If one compares these figures to the same calculations for 2005, based on figures provided in (2), one sees the following:

II. TÁBLÁZAT: **A halálozások száma Stájerországban 2005-ben 75.199**

TABLE II: **Number of deaths in Styria in 2005: 75,199**
of which:

0.52%	died between birth and 5 th birthday
0.15%	died between 5 th and 15 th birthdays
1.11%	died between 15 th and 30 th birthdays

The drastic positive change between these two sets of data is the drop in the death rate in early life. This is the main reason why we can estimate life expectancy for all ages, as early as at birth, today: in comparison to earlier times, it doesn't change much at 30 or 60 years of age. These figures should, however, be seen as sound probability which depends on the personal fate of the individual, rather than a certainty.

The next set of tables provides an overview of the causes of death in the year 1872 in Styria. The figures are taken from the publication cited above (4, p.20). They are not exactly comparable to today's statistics, but their main results are very interesting. Of particular note are the details about manner of death published by the medical officer. These precise details are certainly useful for a comparison.

III: TÁBLÁZAT: **Halálozások száma Stájerországban 1872-ben**

TABLE III.: **The number of deaths in Styria in 1872**

Based on 100,000 inhabitants, there were 2,342 deaths in Styria in 1872. The following information shows the given cause of death (in percentage)

Debilitas vitae, infectious disease	together: 50.4%
Tuberculosis	
Inflammatory disease of the respiratory system	

The figures clearly show that death rate before or during birth, along with disease, for which Robert Koch found the key just a few years later, were extremely significant because around 40% of all deaths were caused by infectious diseases. If we add to this the "debilitas vitae of newborns" (10%), these two causes of death add up to over 50%.

When this data is compared to exact data from 2005, we see the following (3)

IV. TÁBLÁZAT: **Halálozások száma Ausztriában 2005-ben**

TABLE IV: **The number of deaths in Austria in 2005**

Based on 100,000 inhabitants, there were 913.23 deaths in Austria. Cause of death as a percentage of all deaths:

Infectious and parasitic diseases	
Pneumonia	together: 2.8%
The most common of other causes of death:	
Cardiovascular disease	43.3%
Malignancies	25.4%

Infectious disease as a cause of death has sunk to a minimum. Today's main causes of death (cardiovascular disease and malignancies, 68%) perhaps signal an end to the series of causes of death we have experienced throughout the years. Though consistent prevention and the invention of new cures will improve this figure, this particular cause of death will remain present. Death is a biological fact; there will always be "causes".

To finish up, a brief look at infant mortality in Austria (3)

V. TÁBLÁZAT: **Csecsemőhalálozás Ausztriában**

TABLE V: **Infant mortality in Austria**

Infant mortality in Austria, based on 1,000 live births

1871/75	287.2
2005	4.2

These figures hardly need to be explained. The fact that infant mortality has so drastically changed for the good, is the main reason that we have managed with the pension system we have had up to now, despite today's considerably lower birth rate. We owe this progress to the gynaecologists and paediatricians, the efforts in the premature babies wards and immensely improved care for pregnant women and children (see "Mutter-Kind-Pass in Österreich seit 1975" (5)).

One such positive development was certainly not achieved globally, however. Many countries simply did not have the facilities to achieve these standards because of factors such as: lack of hygiene, unclean drinking water, insufficient nutrition and a lack of medical care. This was the case here in Austria in pre-industrial times and is still the case today in many parts of the Third World (2). According to a survey on life expectancy in the EU in 2006 (6), Austria stood in sixth position, with a life expectancy of 80 at birth for both men and women.

The steps which have led us to where we are today followed the same basic trends as in all successful countries: first, the decisive victory over epidemics and infections – surgery broke all of its previous boundaries; later, preventative vaccinations, the discovery of new medicines and treatment methods – the time of the antibiotic begins; and finally, the successes of intensive prevention, increased health checks and new treatment methods for patients in their later years (see also 7).

The bitter core of this immensely positive development, where life is, on average, much longer than before, lies in a series of facts, which are becoming increasingly relevant. A few of the more important are listed in brief here, but are then explained in more detail:

The normal, physiological changes in bodily constitution in later years are coming more to the fore for a lot of people because people are living longer.

Diseases which are more common in later years are becoming more frequent for the same reason.

The drastically changed situation in relation to health in later years (i.e. after occupational activity) means that a swift change in social legislation is necessary. Doctors, hospitals and health insurance companies also need to adjust sufficiently to this new situation.

The influence of this change on the general idea of “family” must be kept in mind when formulating these new plans

1. We have known about these normal anatomical and physiological changes for quite some time. *Prof Walter Krause* was professor for topographical anatomy at what was then known as the Vienna Faculty of Medicine. He held a series of lectures on the themes of age and ageing in 1977 (8) which gave an overview of and summarized these changes. He also provided preliminary clarification that the normal changes in the body in relation to age are therefore entirely “physiological”. The changes and occurrence of degeneration can, to a certain degree, be influenced, if not completely stopped, through individual positive disposition, a “healthy lifestyle” and by making use of the available preventative examinations from an early age and continuing into old age.
2. Over 43% of all causes of death today are related to cardiovascular disease, which, for its part, stems mostly from arteriosclerotic problems (see Table 4). We can really only begin to truly appreciate life when we take a look at the system that sustains life itself. The main requirement for life is a functioning permanent and adequate supply to all organs and parts of the body, and this can only be achieved when the heart’s pumping capacity is functioning and when a system of elastic blood vessels running through all parts of the body sustains every minute of our life. As well as this, there are the various symptoms caused by lack of supply to the central organ controlling every action in our day-to-day lives: the brain. The symptoms caused by lack of supply make it necessary for many people to go into care. Although one can have excellent, clearly life-prolonging results in preventing the development of arteriosclerosis and cardiovascular diseases simply through a generally healthy lifestyle, a lot of movement, sensible eating and drinking habits etc. and preventative examinations, this doesn’t change anything in relation to basic meaning of this group of diseases except to postpone death.

Figure 3 shows that today’s second most common cause of death, cancer, does not reach its peak value in old age, but rather in later middle age. The fight against cancer today is primarily based on avoiding everything which has been shown to be, or is thought to be, carcinogenic. The earlier this disease is diagnosed, the better the chances for successful treatment. However, new developments can certainly be expected (9).

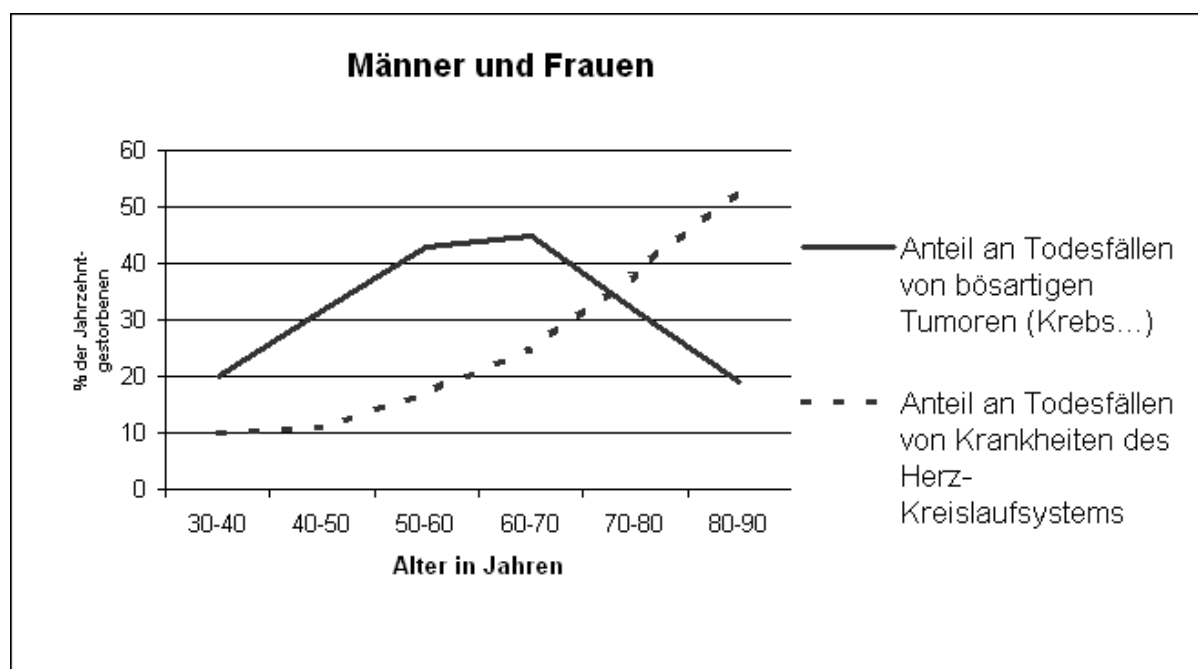


Figure 3.: *Distribution of cancer and cardiovascular diseases during the life span*
3. ábra: Rák és keringési betegségek eloszlása az élet folyamán

Of particular importance in today's care of the elderly problems are the degenerative diseases of the brain, which have become more frequent over the last number of decades. However, these are in no way new diseases; they have been known about for quite some time. The German psychiatrist, *Alois Alzheimer*, for example, published his research of many years on the subject of senile dementia in 1906, while a paper on Parkinson's disease by surgeon *James Parkinson* was published in London in 1817.

The treatment options for Alzheimer's today are very unsatisfying and those who have the disease often live for many years with the slow, ever-increasing deficits. Despite this, the personal bond between people remains in some form, often only recognizable to those closest to the person. A particularly interesting aspect of long-term, full care with this disease, which transcends practical problems with food and hygiene etc. is close emotional contact, or in the case of close family members, the word "love" is perhaps more suitable.

From the point of view of care for sick elderly people, today's circumstances are not even comparable to those in earlier times. That's not to say that such typical diseases of aging didn't exist before, but the number they affected was considerably lower because of the lower life expectancy. Familial relationships were also considerably different, though that doesn't necessarily mean that they were better. In any case, the problem of care for our elderly fellow citizens has today become a key socio-political issue.

3. Everything that we do today to create a secure retirement for the ever-growing social stratum of citizens at pension age is based on the main features of the excellent social accomplishments of more than 100 years ago: a working population with a wide base paying steadily into a pension system over a long period of time provides the retired worker with a pension. The reasons that this doesn't function as well today as it did then are quite easy to explain. The base of young citizens has become increasingly smaller, the payment time is shorter, the number of people insured to retire earlier has dramatically increased and the average length of time for receiving a pension has become much longer! These ratios show, without the use of long drawn-out calculations, precisely what today's problems are.

In addition to this, although expenditure on the health sector in these last 100 years has skyrocketed, the issue of “care for the elderly”, to the extent in which it is present today, simply did not yet exist. All in all, this is an issue which puts every politician today in the difficult situation of trying to free up expenditure that is extremely difficult to free up. Young people want to live well and have good employment opportunities, without always having to think about age and aging. The later years come in due time and one wants to make the most of this time, fresh and adventurous, free and without daily commitments. But unfortunately it cannot continue to be this way without changing the system to suit today’s needs. Politically, this is, without doubt, an unpopular obligation of our time, also because no matter how one approaches the problem, changes in today’s habits will bring new, unforeseen aspects to the problem. This is an issue which demands immediate action!

This is an issue which transcends everyday politics and it is necessary to make the people aware of the very heart of the problem, even though there will possibly be opposition to the idea. There is no magician who can simply brush this under the carpet; these facts are simple and compelling and the public needs to be made aware of them and their consequences. When we see these consequences as the “bitter core” of today’s life progress, then the bitter part of it only remains bitter if we fail to see where we stand today.

4. When we think that, not so long ago, caring for older relatives was more or less the responsibility of extended family in many countries, we see quite clearly what has changed. Long ago, when retirement benefits were still rarities, when women were dependant on their husband’s job, when health insurance as we know it today did not exist – that was when support in old age was simply a necessity. There is, however, no need for us to return to those days (10, 11)). We can forget the myth of the “good old days”; today we have a totally different set of developments and the problems that they bring.

Over the last century, women have broken boundaries in their careers, in their independence and in making their own decisions about their life, in particular about their life as a “woman”. It has now become reality that both sexes are (finally) equal on all levels. What remains, however, are the basics of human biology in relation to procreation. We must do everything possible to facilitate women and ensure that they are not at a disadvantage in the job market when it comes to the topic of “pregnancy”. There are now laws in almost every country, but the code of practice still seems to differ from job to job sometimes with hindered career progress, little appreciation, a lack of help particularly during the child’s first years etc. Despite this, there will never be complete equality between men and women in relation to “life processes”, even in the distant future. Yet this is something wonderful for both sexes: The woman as an equal partner is, without doubt, a truly long overdue advancement of today’s society, however, the ability to develop a new person in the mother’s body is, and will remain, reserved for women.

When we speak of state help in overcoming the problems brought on by an aging population, we can’t forget that it is necessary to further improve the basics. The aforementioned changes over the last century have shifted the idea of “family” as we knew it in the past. Young people want to go after the best job opportunities. Contact, even in the best situations, is becoming more difficult because of distance. The consequences of the modern idea of the family will become more visible in the future with the problems of care for the elderly.

Conclusion

We have determined that today, for the very first time since man has existed, we can generally expect a much higher life expectancy than people two or three generations ago. New territory in medical research in the last third of the nineteenth century, an entirely changed social

lifeworld and incredible developments, have made this first-time success possible. This trend can certainly continue in the future but, from the current point of view, the highest limit, 120 years, will stay the same and will be reached by very few.

We need to find a solution for the negative aspects and the new problems brought on by increased life expectancy in a modern state in today's lifestyle. The group of people in old age in relation to the population as a whole has steadily increased, and with that, the number of people who need care. The social structure has changed. The basic family institution has changed. Women's position in society has changed. Raising children has changed. The requirements of the state have changed. The notion of an age to which it is worth living has changed. What we used to associate, in a narrower view, with the state's public health system, has changed and developed with this new situation. Care in old age has become a pressing issue of our time. The politicians who plan and implement effective changes for now and for the future have become the hope of the future. They certainly don't have it easy, but this fundamental progress simply cannot be ignored.

PROF. EMER. JOSEPH RICHARD MÖSE

Grazi Egyetem

Közegészségtani Intézet

8010 Graz Universitaetsplatz 4

Tel:0043-316-380-700

Otthoni: 0043-315-324-1073

Összefoglalás: A fertőző agensek felfedezése a XIX. század utolsó negyedében, az orvostudomány minden szinten történő későbbi fejlődése és számos nagy szociális eredmény révén, az élettartam folyamatosan nőtt, úgy, mint soha azelőtt az emberi fejlődés történetében. Ennek a lényeges részleteit mutatja be a szerző Ausztria példáján. Tárgyalja e teljesen pozitív fejlődésnek az öregkor meghosszabbodásában mutatkozó következményeit, és tartós megoldás szükségességét sürgeti.

Kulcsszavak: öregedés, egészségvédelem, élet, élettartam, politika

(Szerk :Prof Möse a Grazi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézetének az emeritus igazgatója. Szakmai életéről és működéséről az Egészségtudomány LII évf. 2. számában a 74. oldalon adtunk összefoglalót)

KONGRESSZUS

TOX'2009 Tudományos Konferencia, Galyatető, 2009. október 14-16.

(ismertetés)

VEZÉR TÜNDE

SZTE ÁOK Népegészségtani Intézet, Szeged

Összefoglalás: A szerző összefoglalja az európai, illetve a világ toxikológusait tömörítő nemzetközi szervezetek (European Union of Toxicology, EUROTOX és International Union of Toxicology, IUTOX) tagjaként nyilvántartott Magyar Toxikológusok Társasága (MTT) 2009. október közepén, Galyatetőn megrendezett TOX'2009 tudományos konferencia fontosabb eseményeit. Az ismertetőben a három napos rendezvény során az ökotoxikológiai, a toxikokinetikai, a vegyi anyagok engedélyeztetési rendszere, a poszter és a minőségbiztosítási szekciókban elhangzott (előadás és poszter) prezentációk témaköreinek, valamint a Társaság elmúlt évben elért lényeges eredményeinek rövid bemutatására is sor kerül.

Kulcsszavak: Magyar Toxikológusok Társasága, TOX'2009 tudományos konferencia, kongresszusi ismertetés

Egészségtudomány 53/4 130-132 (2009)

Közlésre érkezett: 2009. október 20-án

Elfogadva: 2009. október 24-én

DR. VEZÉR TÜNDE PhD

egyetemi docens

tel: 62-319-260

e-mail: vezer@puhe.szote.u-szeged.hu

A Magyar Toxikológusok Társasága által 2009. október 14-16. között Galyatetőn szervezett három napos TOX'2009 Konferencián, a több mint száz résztvevő a toxikológia tudományának széles palettájáról kapott tudományos ízelítőt rangos szakmai előadások, aktuális témaköröket érintő poszter prezentációk tartása és megvitatása során.

Hirka Gábor elnöki megnyitóját követő „english hour” kongresszusi bevezetőben *Mátyus Péter*, *Balogh Balázs* és *David Esdail* előadásaiban a gyógyszerkutatás és genomika területén végbement forradalmi változások által életre hívott in silico toxikológiai metodikák gyakorlati alkalmazásáról, előnyeiről esett szó. Továbbá beszéltek a hatóanyag tervezésben a számítógépes modellezési módszerek és a hatóanyag kémiai struktúrája alapján toxicitást becsülő DEREK szoftver rendszer bevezetésének szükségességéről

Az ökotoxikológiai ülésen elhangzottak felhívták a jelenlévők figyelmét az üledékvizsgálat – mint új kísérleti módszer – alkalmazásának fontosságára a Nemzeti Víztechnológiai Platform munkájában. Ismertették a növédelmi hatóanyagok ökotoxikológiai vizsgálatainak lehetőségeit. Tájékoztatást adtak továbbá a balatoni anatoxin-a termelő cianobaktériumok neurotoxikus membránhatásainak azonosításáról, valamint az EU-ban természetesen engedélyezett GM kukorica talajállatokra gyakorolt hatásainak kutatásáról *Törő Gábor Gáty Szabolcs*, *Fetter Éva*, *Vehovszky Ágnes*, *Bakonyi Gábor* színvonalas előadásaiban.

A *Vereczkey László* és *Monostory Katalin* elnökletével levezetett toxikokinetikai szekció újabb ismereteket nyújtott a foszforolitikus-arszenolitikus enzimek működéséről, a hepatobiliáris transzporter-gyógyszer interakciókról és következményeiről, a gyógyszer-metabolizáló képesség meghatározás diagnosztikai eljárásáról, valamint a farmakológiai gyógyszer-interakciók experimentális megközelítéséről *Gregus Zoltán*, *Jemnitz Katalin*, *Monostory Katalin*, *Vastag Mónika* előadásaiban. A 3D Histech Kft. „digitális mikroszkópia lehetőségei” című cégbemutató zárta a Konferencia kezdő napját.

A második nap délelőttjén a vegyi anyagok engedélyeztetési rendszere témakörökben a Mezőgazdasági Szakigazgatási Hivatal Központ két Igazgatóságáról *Sólyáné Speidl Szilvia*, *Horváth Györgyi* és *Kovács Magdolna* tartott ismertetést az állatgyógyászati készítmények és termékek, a biocid hatóanyagok és termékek, valamint a növényvédő szerek EU-ban és hazánkban hatályos engedélyeztetési eljárásairól.

A növényvédőszer hatóanyagok Unió szintű adatszolgáltatási kötelezettségéről és az engedélyezés környezeti hatásairól *Sebestyén István* és *Csató Attila* adtak információt. *Huszár András* előadásában a gyógyszerhamisítás aktuális kérdéseit taglalta és széleskörű terjedésének veszélyeit hangsúlyozta. A szekciót *Urbanics Rudolf* nano-liposzómák alkalmazását követő „komplement mediált pseudo-allergiás reakció vizsgálat sertésben és kutyában” című orális prezentációja zárta.

Az ezt követő, két párhuzamosan futó délutáni poszter szekció a kiskorúak gyógyszer abúza, alkohol, kábítószer és pszichotróp anyagok Csongrád megyei fogyasztási gyakorisága, öko-, genotoxikológia, nanotechnológia, -toxikológia témakörű kísérletes munkákat ölelte fel.

A nap végén került sor a Cholnoky díj átadására és *Elek Sándor* emlékelőadásának megtartására, végül az MTT Közgyűlésen a Társaság 2008. évi (pénzügyi, oktatási) eredményeinek értékelése és az év folyamán kérelmét benyújtó 15 új tag megválasztása következett.

A képzési beszámoló kapcsán került bejelentésre, hogy az országban egyedül a Szent István Egyetem Mezőgazdasági és Környezettudományi Kar Állattani és Állatökológiai Tanszékén (Gödöllőn) 2010. februárjától ökotoxikológus MSc (MSc in Ecotoxicology) szak indul. Az államilag támogatott és költségtérítéssel szakképzésre 2009. október 15 -november

közepéig várják az érdeklődő jelentkezőket (információk az okleveles ökotoxikológus képzésről: www.mkk.szie.hu/dep/zoo/hun).

A rendezvény utolsó napján *Hermann Ildikó* és *Gungl Erzsébet* elnökletével megtartott a - legfiatalabbnak számító - minőségbiztosítási munkacsoport ülésén a Franciaországban (*Laurent Bouillot*) és hazánkban (*Vezér Tünde*) nyilvántartott GLP elveknek és követelményeknek megfelelő minősítéssel működő vizsgálóhelyek tapasztalatairól, a GLP harmonizációról (*Hermann Ildikó*), valamint a növényvédőszer hatóanyagok (*Sebestyén István*) és az állatgyógyászati termékek GLP ártalmatlansági vizsgálatok végzéséről (*Péter Klára*), illetve a bioanalitikai vizsgálatok minőségügyi követelményeiről (*Tóth Katalin*) esett szó. A szekció elmúlt évi megalakulásának és aktív munkájának fontosságát és szükségességét a következő évtizedben a kémiai biztonság megteremtésében a GLP vizsgálóhelyekre háruló feladatok jelentősége adja meg. A konferencia a GLP külső oktatásnak minősülő ülés dokumentációinak kiosztásával zárult.

A rendezvény előszóiban elhangzott előadási szekcióival kiváló szellemi táplálékot, a Mátra hólepte tájképével csodálatos esztétikai élményt, a wellness szolgáltatás pedig nagyszerű kapcsolódási lehetőséget nyújtott. Az ülések szüneteiben baráti hangvételű kötetlen szakmai megbeszélésekre és munkakapcsolatok kialakítására, nem utolsósorban hazai és nemzetközi ismeretségek megkötésére is alkalom kínálkozott.

Tünde Vezér MD, PhD

tel:36- 62-319-260

e-mail: [vez@puhe,szote.u-szeged.hu](mailto:vez@puhe.szote.u-szeged.hu)

TOX'2009 Scientific Conference

(Congress review)

Abstract: This paper describes the main episodes of the TOX'2009 Scientific Conference, held by the Society of Hungarian Toxicologists, a member of the European Union of Toxicology (EUROTOX) and the International Union of Toxicology (IUTOX) in Galyatető, Hungary in mid-October, 2009. Oral and poster presentations in the sections on ecotoxicology, toxicokinetics, chemicals registration systems, and quality assurance are summarized here, as well as the principal achievements of the Association from the last year.

Key words: Society of Hungarian Toxicologists, TOX'2009 Scientific Conference, congress review

HÍREK

Németország kitiltja a 18 éven aluliakat a szoláriumokból



A német parlament alsóháza elfogadta azt a törvényt, amely a bőrrák kockázata miatt megtiltja a 18 éven aluliaknak, hogy szoláriumba járjanak.

A Német Bőrgyógyászok Szövetsége (ADP) szerint az országban körülbelül négymillió 18 év alatti fiatal jár rendszeresen szoláriumba, néhányan már 10 éves kortól. „Ha a 35 éven aluliak rendszeresen járnak szoláriumba, 75 százalékkal megnő náluk a melanóma, a harmadik legveszélyesebb daganat kialakulásának kockázata” – mondta el az AFP-nek a szövetség tagja, Eckhard Breitbart professzor. „Minél fiatalabb valaki, annál magasabb a kockázat.”

Németországban évente 90 ezer embernél alakul ki bazalióma, körülbelül 30 ezer embernél laphámrák (a második leggyakoribb bőrráktípus) és 20 ezernél melanóma, a bőrrákok között a legveszélyesebb fajta. A törvényt nagy többséggel szavazták meg. A szoláriumba járás nagy népszerűségnek örvend Németországban, az ADP és a Német Onkológiai Segélyszervezet egy 2008-as felmérése szerint mintegy 14 millió 18 és 45 év közötti ember látogatja rendszeresen őket.

Medipress

The German lower house of parliament adopted a law which prohibits those younger of 18 years of age because of the cancer risk to attend a solarium.

Népmozgalom, 2009. január–augusztus

Előzetes adatok szerint 2009 első nyolc hónapjában 64 417 gyermek született, 2,3 százalékkal kevesebb, mint egy évvel korábban. A halálozások száma 86 942 volt, a 2008. január–augusztuséhoz képest 0,5 százalékkal magasabb. A természetes fogyás mértéke 22 525 fő, 1932-vel több az egy évvel korábbinál. A nemzetközi vándorlás figyelembevételével becsült népességszám az időszak végén 10 millió 19 ezer fő volt.

Előzetes adatok alapján 2009 első nyolc hónapjában kevesebb gyermek született és több lakos hunyt el, mint 2008 azonos időszakában. Hét hónapban csökkent, egy hónapban (márciusban) kismértékben nőtt a születésszám. Összességében az előző év azonos időszakához viszonyítva 1484-gyel (2,3 százalékkal) kevesebb gyermek jött világra. A halálozások száma négy hónapban meghaladta az egy évvel korábbit, a többi hónapban viszont kevesebb, vagy ugyanannyi halálozást regisztráltak, mint 2008 azonos hónapjaiban. Összességében 448-cal (0,5 százalékkal) több lakos hunyt el 2008. január–augusztushoz képest.

A házasságkötések száma öt hónapban az előző évihez hasonló alacsony szinten stagnált, márciusban, júliusban és augusztusban viszont az egy évvel korábbihoz viszonyítva jelentősen visszaesett. Hosszú évek óta augusztusban kötik a legtöbb házasságot; ez ebben az évben is így történt, ám az augusztusi házasságkötések száma közel 18 százalékkal elmaradt az előző évitől. Összességében 2009 első nyolc hónapjában 27 046 házasságot kötöttek, 2253-mal (7,7 százalékkal) kevesebbet, mint 2008 azonos időszakában.

Ezer lakosra 9,7 élveszületés és 13,0 halálozás jutott. Előbbi 0,1 ezrelékponttal alacsonyabb, utóbbi 0,1 ezrelékponttal magasabb az egy évvel korábbinál. A házasságkötési arányszám 4,1 ezrelékes értéke 0,3 ezrelékponttal maradt el az előző évitől. A természetes fogyás mértéke a 2008. január–augusztusi 3,1 ezrelékről 3,4 ezrelékre emelkedett. 2009 első nyolc hónapjában ezer élveszületésre 5,1 csecsemőhalálozás jutott, ez 0,6 ezrelékponttal alacsonyabb, mint egy éve.

A születésszám csökkenése és a halálozások emelkedése következtében a természetes fogyás a 2008. január–augusztusi 20 593-mal szemben 2009 első nyolc hónapjában 22 525 fő volt. A nemzetközi vándorlás becsült értékeinek pozitív egyenlege folytán az ország lakossága ténylegesen ennél kisebb mértékben, mintegy 12 000 fővel csökkent. A népesség lélekszáma az időszak végén 10 millió 19 ezer fő.

A természetes népmozgalom főbb adatai
Main data of vital events

Év, hónap	Házas- ság- kötés	Élveszü- letés	Halálo- zás	Természe- tes szapo- rodás, fogyás(-)	1 éven aluli meghalt	Házas- ság- kötés	Élveszü- letés	Halálo- zás	Természe- tes szapo- rodás, fogyás(-)	1000 élve- szülötthez jutó 1 éven aluli meghalt
<i>Year, month</i>	<i>Marri- age</i>	<i>Live birth</i>	<i>Death</i>	<i>Natural increase or dec- rease (-)</i>	<i>Deceased under 1 year of age</i>	<i>Marri- age</i>	<i>Live birth</i>	<i>Death</i>	<i>Natural increase or dec- rease (-)</i>	<i>Deceased under 1 year of age per thousand live-born</i>
ezer lakosra – per thousand population										
1960	88 566	146 461	101 525	44 936	6 976	8.9	14.7	10.2	4.5	47.6
1970	96 612	151 819	120 197	31 622	5 449	9.3	14.7	11.6	3.1	35.9
1980	80 331	148 673	145 355	3 318	3 443	7.5	13.9	13.6	0.3	23.2
1990	66 405	125 679	145 660	-19,981	1 863	6.4	12.1	14.0	-1.9	14.8
2001	43 583	97 047	132 183	-35,136	789	4.3	9.5	13.0	-3.4	8.1
2002	46 008	96 804	132 833	-36,029	693	4.5	9.5	13.1	-3.5	7.2
2003	45 398	94 647	135 823	-41,176	690	4.5	9.3	13.4	-4.1	7.3
2004	43 791	95 137	132 492	-37,355	628	4.3	9.4	13.1	-3.7	6.6
2005	44 234	97 496	135 732	-38,236	607	4.4	9.7	13.5	-3.8	6.2
2006	44 528	99 871	131 603	-31,732	571	4.4	9.9	13.1	-3.2	5.7
2007	40 842	97 613	132 938	-35,325	577	4.1	9.7	13.2	-3.5	5.9
2008	40 105	99 149	130 027	-30,878	553	4.0	9.9	13.0	-3.1	5.6
2008. J	1 057	8 560	11 947	-3,387	59	1.2	10.1	14.0	-4.0	6.9
F	1 469	7 722	10 997	-3,275	44	1.8	9.7	13.8	-4.1	5.7
M	2 370	7 747	11 576	-3,829	46	2.8	9.1	13.6	-4.5	5.9
Á	2 513	7 838	11 022	-3,184	43	3.1	9.5	13.4	-3.9	5.5
Mj	5 431	7 857	10 558	-2,701	47	6.4	9.2	12.4	-3.2	6.0
Jú	4 109	8 264	10 231	-1,967	37	5.0	10.0	12.4	-2.4	4.5
Jl	4 802	9 295	10 041	-746	51	5.6	10.9	11.8	-0.9	5.5
A	7 548	8 618	10 122	-1,504	49	8.9	10.1	11.9	-1.8	5.7
Sz	4 639	8 803	10 251	-1,448	41	5.6	10.7	12.5	-1.8	4.7
O	2 471	8 319	10 959	-2,640	39	2.9	9.8	12.9	-3.1	4.7
N	1 777	7 859	10 650	-2,791	43	2.2	9.6	12.9	-3.4	5.5
D	1 919	8 267	11 673	-3,406	54	2.3	9.7	13.7	-4.0	6.5
2009. +/J	1 079	8 400	12 404	-4,004	47	1.3	9.9	14.6	-4.7	5.6
F	1 504	7 354	11 083	-3,729	32	2.0	9.6	14.4	-4.8	4.4
M	1 889	7 916	12 127	-4,211	41	2.2	9.3	14.2	-4.9	5.2
Á	2 588	7 632	10 647	-3,015	41	3.1	9.3	12.9	-3.7	5.4
Mj	5 418	7 775	10 558	-2,783	43	6.4	9.1	12.4	-3.3	5.5
Jú	4 012	8 063	9 902	-1,839	37	4.9	9.8	12.0	-2.2	4.6
Jl	4 393	8 957	10 308	-1,351	48	5.2	10.5	12.1	-1.6	5.4
A	6 163	8 320	9 913	-1,593	40	7.2	9.8	11.6	-1.9	4.8
2008. J–A	29 299	65 901	86 494	-20,593	376	4.4	9.8	12.9	-3.1	5.7
2009. +/J–A	27 046	64 417	86 942	-22,525	329	4.1	9.7	13.0	-3.4	5.1

Előző év azonos időszakára = 100,0

Corresponding period of the previous year = 100.0

2009. +/J–A	92.3	97.7	100.5	109.4	87.5	92.6	98.0	100.8	109.7	89.5
-------------	------	------	-------	-------	------	------	------	-------	-------	------

+/ Előzetes, részben becslést tartalmazó adatok. – Preliminary, partly estimated data.

Megjegyzés: a százalékos és viszonyítási számok kiszámítása kerekítés nélküli adatok alapján történt.

Note: percentages and rates have been calculated on the basis of unrounded figures.

APEH 1% adófelajánlás felhasználása, 2008.

 <p>Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal</p>	<p>08KOZ</p> <p>Közlemény az adózó rendelkezése szerint a kedvezményezett részére átutalt összeg felhasználásáról</p> <p>[A személyi jövedelemadó meghatározott részének az adózó rendelkezése szerinti felhasználásáról szóló 1996. évi CXXVI. törvény 6. § (3) bekezdése alapján]</p>
<p>A kedvezményezett azonosító adatai</p>	
<p>AZONOSÍTÁS (A-1)</p>	<p>Kedvezményezett szervezet adószáma: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> - <input type="text" value="1"/> - <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/></p> <p>Neve: MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGA</p> <p>Székhelye: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="7"/> Budapest, Gyáli út 2-6.</p>
<p>AZONOSÍTÁS (A-2)</p>	<p>Szervezeti formája: <input type="text" value="1"/></p> <p>Bírósági nyilvántartási száma: 512</p> <p>Bírósági határozat jogerőre emelkedésének dátuma: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> - <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/></p> <p>Képviselője: Dr Páldy Anna</p> <p>Létesítő okirat vagy jogszabály szerinti közcélú, közérdekű, közhasznú célja:</p> <p>01. tudományos tevékenység, kutatás</p> <p>02. nevelés és oktatás, képességfejlesztés, ismeretterjesztés</p> <p>03. euroatlanti integráció elősegítése</p> <p>04.</p>
<p>AZONOSÍTÁS (B)</p>	<p>Kizárólag a személyi jövedelemadó meghatározott részének az adózó rendelkezése szerinti felhasználásáról szóló 1996. évi CXXVI. törvény 4. § (1) bekezdés a) pontja szerinti szervezetek esetében kell kitölteni, abban az esetben, ha a szervezet rendelkezik közhasznúsági fokozattal</p> <p>Közhasznúsági fokozata: <input type="text" value="1"/></p> <p>Közhasznúsági jogállást megállapító bírósági végzés jogerőre emelkedésének dátuma: <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> - <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/></p>

08KOZ-01	Közlemény az adózó rendelkezése szerint a kedvezményezett részére átutalt összeg felhasználásáról
Kedvezményezett szervezet neve: MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGA	
Adószáma: 1 9 0 0 0 2 0 4 – 1 – 4 3	
Az átutalt összeg tárgyévi* felhasználására vonatkozó adatok	
*Tárgyévnek a rendelkező évet követő naptári évet kell tekinteni. Ugyanakkor a táblázat kitöltése során figyelembe kell venni azt az összeget is, ami a rendelkező évben már felhasználásra került az akkor átutalt összegből. (Az adatokat forintban kell megadni)	
01. (A) A rendelkező évben juttatott összeg:	79 165 forint
02. (A1) Ebből a tárgyévben működésre fordítható összeg (A*0,3):	23 750 forint
03. (A2) Ebből a tárgyévben működésre felhasznált összeg (A2<=A1):	0 forint
04. (A3) Ebből a tárgyévben cél szerinti tevékenységre felhasznált összeg:	79 165 forint
05. (A4) Ebből tartalékolt összeg (A-A2-A3):	0 forint
06. (A5) A tartalékolás célja:	
07.	
08.	
09.	
10. (A6) A tartalékolás időtartama:	<input type="checkbox"/> év
11. (B) A tárgyévet megelőző évben tartalékolt összeg:	forint
12. (B1) Ebből a tárgyévben működésre fordítható összeg:	forint
13. (B2) Ebből a tárgyévben működésre felhasznált összeg (B2<=B1):	forint
14. (B3) Ebből a tárgyévben cél szerinti tevékenységre felhasznált összeg:	forint
15. (B4) Ebből tovább tartalékolt összeg (B-B2-B3):	forint
16. (B5) A tartalékolás célja:	
17.	
18.	
19.	
20. (B6) A továbbtartalékolás időtartama:	<input type="checkbox"/> év
21. (C) A tárgyévet megelőző második évben tartalékolt, tárgyévben felhasználható összeg:	forint
22. (C1) Ebből a tárgyévben működésre fordítható összeg:	forint
23. (C2) Ebből a tárgyévben működésre felhasznált összeg (C2<=C1):	forint
24. (C3) Ebből a tárgyévben cél szerinti tevékenységre felhasznált összeg:	forint
25. (C4) Ebből tovább tartalékolt összeg (C-C2-C3):	forint
26. (C5) A tartalékolás célja:	
27.	
28.	
29.	
30. (C6) A továbbtartalékolás időtartama:	<input type="checkbox"/> év

08KOZ-02 **Közlemény**
az adózó rendelkezése szerint a kedvezményezett
részére átutalt összeg felhasználásáról

Kedvezményezett szervezet neve:
MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGA

Adószáma: **1 9 0 0 0 2 0 4 - 1 - 4 3**

Az átutalt összeg tárgyévi* felhasználására vonatkozó adatok

*Tárgyévnek a rendelkező évet követő naptári évet kell tekinteni. Ugyanakkor a táblázat kitöltése során figyelembe kell venni azt az összeget is, ami a rendelkező évben már felhasználásra került az akkor átutalt összegből.

(Az adatokat forintban kell megadni)

31.	(D)	A tárgyévet megelőző harmadik évben tartalékoltt, tárgyévben felhasználható összeg:		forint
32.	(D1)	Ebből a tárgyévben működésre fordítható összeg:		forint
33.	(D2)	Ebből a tárgyévben működésre felhasznált összeg (D2<=D1):		forint
34.	(D3)	Ebből a tárgyévben cél szerinti tevékenységre felhasznált összeg:		forint
35.	(D4)	Ebből fel nem használt összeg (D-D2-D3):		forint
36.	E	A tárgyévben felhasználható teljes összeg (A+B+C+D):	79 165	forint
37.	(E1)	Ebből a tárgyévben működésre fordítható teljes összeg (A1+B1+C1+D1):	23 750	forint
38.	(F)	A tárgyévben felhasznált teljes összeg:	79 165	forint
39.	(F1)	A tárgyévben működésre felhasznált teljes összeg (A2+B2+C2+D2):	0	forint
40.	(F2)	A tárgyévben cél szerinti tevékenységre felhasznált teljes összeg (A3+B3+C3+D3):	79 165	forint
41.	(F3)	A tartalékoltt teljes összeg (A4+B4+C4):	0	forint
42.	(F4)	Már fel nem használható összeg (D4):		forint

Az átutalt összeg felhasználásának szöveges ismertetése

(max. 800 karakter)

01. Az MHT XXXIX. Vándorgyűlésén megtartott előadások szöveges tartalmáról
02. készült összefoglaló nyomdai költségét fedezte az átutalt összeg.
03. Az előadások keretén belül a kutatók és gyakorlati szakemberek tájékoztatást
04. adtak ill. kaptak a nemzetközi szakmai élet legfontosabb kihívásairól,
05. eseményeiről, a hazai legújabb kutatási eredményekről és a gyakorlati
06. közegészségügyi-járványügyi munka aktuális feladatairól, a felmerülő
07. kérdések megoldásáról.
08. _____
09. _____
10. _____