

REALITA V OBLASTI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI O DETI NA SLOVENSKU V MEDZIVOJNOVOM OBDOBÍ

Anna FALISOVÁ – Eva MOROVICSOVÁ

Historický ústav Slovenskej akadémie vied v Bratislave, Klemensova 2522/19,
811 09 Bratislava – Staré Mesto, histfali@savba.sk
Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Odborárske námestie,
811 08 Bratislava-Staré Mesto, eva.morovicsova@fmed.uniba.sk

FALISOVÁ, Anna – MOROVICSOVÁ, Eva. **The reality of healthcare provision for children in interwar Slovakia.** In the field of medico-social care children require special attention. After the World War I. infant mortality reached a high value and solution to this problem had gained more and more to its timeliness. In the postwar period the International Red Cross in cooperation with the Czechoslovak government has provided important support for children. American Red Cross began the preventive examinations of children and health education work. Gradually based co-unselling, which provided care for mothers and children, records of children sick with tuberculosis and other infectious diseases. These consultations formed the basis of socio-medical care for children.

Kľúčové slová: Slovensko; deti; dojčenská úmrtnosť; zdravotná starostlivosť; Červený kríž;

Keywords: Slovakia; children; infant mortality; health care; Red Cross;

Zdravotný stav detskej populácie

V období vzniku prvej Československej republiky bola na Slovensku vysoká natalita, ktorá dosiahla svoj vrchol v roku 1921.¹ V rokoch 1922 – 1923 klesla o 3,4 %, v období rokov 1923 – 1928 o 10,3 %, v rokoch 1928 – 1933 o 14,7 %.²

Dôležitým indexom zdravotných a zdravotno-sociálnych pomerov krajiny je dojčenská úmrtnosť. Dojčenská úmrtnosť predstavuje pomer počtu zomretých vo veku do jedného roka k 1000 živonarodeným. Ešte koncom 19. storočia presahovala 250 promile. Hodnoty pod 150 promile dosahovala až v roku 1937. Na jej pomalom poklese sa podieľala nízka verejná a osobná hygiena, neznalosť potrieb detského organizmu, nedostupnosť kvalifikovanej lekárskej starostlivosti a neutešený stav hospodárskych a sociálnych pomerov prevažnej väčšiny obyvateľstva.

¹ Podľa sčítania obyvateľstva v roku 1921 žilo na Slovensku 2 993 859 obyvateľov. Prírodný prírastok bol 182 440, skutočný prírastok predstavoval 77 202 osôb. In BOKESOVÁ-UHEROVÁ, Mária: Dejiny zdravotníctva na Slovensku. Martin : Osveta, 1989, s. 219.

² BENIAK, Milan: Ivan Stodola lekár. Martin : Osveta, 1988, s. 52.

Priemerný počet zomrelých na tisíc živonarodených na Slovensku bol nasledujúci:

- 1920 – 185,9,
- 1930 – 161,4,
- 1937 – 149,8.

Vo výške dojčenskej úmrtnosti existovali veľké rozdiely nielen medzi jednotlivými okresmi, ale aj v rámci jednotlivých sociálnych tried. Koncom 20. rokov minulého storočia dosahovala dojčenská úmrtnosť v okresoch Považská Bystrica, Dolný Kubín, Púchov, Trstená, Žilina, Ružomberok hodnoty nad 200 promile. Priaznivejšie sociálne pomery a kvalitatívne odlišný životný štýl určitých sociálnych skupín mali výrazný vplyv na zníženie dojčenskej úmrtnosti. Napríklad v 30. rokoch minulého storočia úmrtnosť dojčiat v roľníckych rodinách dosahovala 163,6 promile, ale v rodinách úradníkov len 57,6 promile, teda hlboko pod celoslovenský priemer. Vysoká úmrtnosť dojčiat v roľníckych rodinách súvisela s nadmerným zaťažením žien v gravidite (väčšina z nich ťažko pracovala až do pôrodu), nedostatočnou opaterou dieťaťa, nedodržiavaním hygienických zásad a ťažkou dostupnosťou lekárskej pomoci. Najvyššia dojčenská úmrtnosť bola v prípade nemanželských detí. Priemerne v rokoch 1921 – 1930 z tisíc živonarodených detí bolo nemanželských v Čechách 130,6, na Morave a v Sliezsku 99,9, na Slovensku 76,1, na Podkarpatskej Rusi 81,9, celkovo v ČSR 103,8.³ Počet nemanželských pôrodov v republike pribúdala smerom z východu na západ. Dojčenská úmrtnosť u nemanželských detí za celé medzivojnové obdobie sa udržiavala nad 200 promile. Prežitím prvých dní a prvého roku, v ktorom ešte doznievala úmrtnosť na endogénne ochorenia, sa zvyšovali šance na dožitie sa vyššieho veku. V roku 1937 tvoril podiel dojčenských a detských úmrtí jednu tretinu všetkých zomretých.

Reálny obraz života detskej populácie

Obraz o reálnom živote detskej populácie v medzivojnovom období podávajú závery sociologického výskumu, ktorý odborne zastrelil profesor Alojz Ján Chura.⁴ Výskum sa realizoval v prvej polovici februára roku 1933 po vykonaní polročnej klasifikácie, keď sa predpokladali vhodné podmienky na jeho uskutočnenie. Priebeh výskumu zabezpečil Pedologický ústav pre Slovensko pri Klinike pre detské choroby v Bratislave v rámci Krajinského ústredia starostlivosti o mládež za výraznej podpory Slovenskej pedagogickej spoločnosti. Celkovo 130 000 dotazníkov v slovenskom, maďarskom a nemeckom jazyku bolo prostredníctvom školského referátu a príslušných školských inšpektorátov rozoslaných na ľudové a čiastočne aj meštianske školy.⁵ Z celkového počtu 130 000 dotazníkov sa na

³ NECHAMKIS, Josef: K otázce nemanželských dětí u nás. In *Sociální problémy*, 1932, roč. 2, s. 196.

⁴ CHURA, Alojz Ján: Slovensko bez dorastu? Sociálne-paediatrické štúdium. Diel druhý, časť 1. Bratislava : Roľnícka osвета, 1938, s. 10 – 11.

⁵ Údaje týkajúce sa spôsobu života vyplňovali deti spoločne s rodičmi a učiteľmi, klasifikačné údaje učiteľia. Vyplnené dotazníky jednotlivé školy zaslali na príslušné úrady koncom februára.

štatistické spracovanie použilo 114 053 dotazníkov.⁶ Závěry výskumu sa stali východiskom pre budovanie starostlivosti o dieťa na Slovensku a podnetom pre ďalší sociologický výskum. Z jednotlivých aspektov spôsobu života detí vzhľadom na zameranie práce prezentujeme údaje vzťahujúce sa na bytové pomery, osobnú hygienu, stravovanie a podávanie alkoholu deťom.⁷

Bytové pomery školských detí a ich rodín

Pri posudzovaní bytovej situácie školopovinných detí⁸ sa pozornosť venovala zisteniu bytových priestorov a počtu osôb, ktoré spávali spoločne s deťmi v jednej miestnosti. Na základe analýzy údajov hlavným bytovým typom na Slovensku bola obývacia kuchyňa a kuchyňa s jednou izbou, čo potvrdilo 54,49 % opýtaných detí a rodičov. V sledovanom období jednu rodinu tvorilo priemerne 6 osôb. Údaje o bytových pomeroch približuje nasledujúca tabuľka.

Tabuľka č. 1 Bytové pomery školských detí
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 33)

Počet miestností					
Typ bytu	Obývacia kuchyňa	Kuchyňa + 1 izba	Kuchyňa + 2 izby	Kuchyňa + 3 izby	Kuchyňa + 4 izby
% zastúpenie rodín	14,44%	54,49%	25,12%	3,97%	1,77%

Najmenej priaznivé bytové pomery boli v okresoch Čadca, Kysucké Nové Mesto, Veľká Bytča a Považská Bystrica.⁹

Hustota nočného obsadenia (obležania) miestností na spanie

Pri monitorovaní hustoty nočného obsadenia miestností školské deti odpovedali na otázku: „Koľko Vás spí v jednej miestnosti s tebou?“ Keďže sa prieskum realizoval vo februári, výsledky priniesli obraz bývania a podmienok pre nočný odpočinok v zimnom období. Za vhodné podmienky na spánok autori považovali prítomnosť maximálne dvoch osôb okrem dieťaťa v jednej miestnosti. Podrobnejšiu analýzu obložnosti miestností na nočný odpočinok približuje tabuľka č. 2.

⁶ Štatistické spracovanie dotazníkov bolo z ekonomického hľadiska náročné, preto sa najprv začalo s ich ručným vyhodnocovaním. Napokon však údaje za finančnej podpory Roľníckej osvety v Bratislave spracoval Štátny štatistický úrad v Prahe. Dotazníky zoradil podľa politických okresov a zoskupil do 7 krajov podľa vtedajšieho členenia.

⁷ Prezentované údaje podávajú celkový pohľad na detskú populáciu v sledovanom období. Dôležité je však vidieť rozdielnosť prezentovaných údajov jednotlivých detí vo vzťahu k sociálnej triede príslušnej rodiny, charakteru povolania a postavenia rodičov v povolani, počtu detí v rodine, lokalite bývania, prípadne aj k iným faktorom.

⁸ Školopovinné deti boli vo veku 6 – 14 rokov, navštevovali ľudové a meštianske školy.

⁹ Z 23 439 školských detí a ich rodín 18 114 (77,28 %) bývalo iba v kuchyni, pričom mali k dispozícii 1 izbu, zriedkavo 2, málokedy viac.

Tabuľka č. 2 Počet osôb v izbe počas nočného odpočinku
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 57)

Počet osôb v izbe	% zastúpenie detí
Dieťa spí samé	0,99%
Dieťa + 1 osoba	6,30%
Dieťa + 2 osoby	12,53%
Dieťa + 3 osoby	20,09%
Dieťa + 4-5 osôb	35,92%
Dieťa + 6-7 osôb	17,66%
Dieťa + 8-9 osôb	4,74%
Dieťa + 10-15 osôb	0,96%

Súhrne možno konštatovať, že 80 % všetkých školopovinných detí malo nevhodné, nepriaznivé a veľmi zlé podmienky na nočný odpočinok; spávali v miestnostiach, kde sa okrem nich pohyboval počet osôb od 3 do 15. Zlé bytové pomery, preplnenosť bytov, miestností na spanie, zvlášť prevaha kuchynských bytov, boli závažnou príčinou dojčenskej a detskej chorobnosti, duševných a telesných porúch.

Hygiena rúk

Pri posudzovaní úrovne dodržiavania osobnej hygieny sa výskum zameriaval na zistenie frekvencie a spôsobu umývania rúk: *Kolko ráz denne a čím si umývajú deti ruky?* Závěry realizovanej štúdie v oblasti frekvencie umývania rúk priniesli tieto zistenia. Možnosť umývať si ruky pravidelne pred hlavným jedlom uviedlo 27,6 % opýtaných detí, čo môžeme považovať za veľmi nepriaznivý stav. Bližšie údaje o frekvencii umývania rúk približuje nasledujúci prehľad.

Tabuľka č. 3 Frekvencia umývania rúk u detí
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 113)

Frekvencia umývania rúk	% zastúpenie detí
1 x denne	24,2%
2 x denne	28,1%
3 x denne	27,6%
4 x denne	6,0%
5 a viac krát denne	6,7%
Neuviedli	6,7%
Neodpovedali	0,7%

Podobné zistenia potvrdilo aj porovnanie odpovedí detí z hľadiska spôsobu umývania rúk. Umývanie rúk mydlom pred hlavným jedlom uviedlo 17,6 % detí

a umývanie rúk pred hlavným jedlom iba vodou 10,0 % školopovinných detí. Porovnanie všetkých odpovedí uvádzame v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 4 Porovnanie frekvencie umývania rúk mydlom a vodou
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 113)

Umývanie rúk mydlom		Umývanie rúk vodou		Celkové % zastúpenie
Frekvencia	% zastúpenie	Frekvencia	% zastúpenie	
1 x denne	12,3%	1 x denne	11,9%	24,2%
2 x denne	16,6%	2 x denne	11,5%	28,1%
3 x denne	17,6%	3 x denne	10,0%	27,6%
4 x denne	4,3%	4 x denne	1,7%	6,0%
5-9 x denne	4,8%	5-9 x denne	1,9%	6,7%
Neuviedli	3,4%	Neuviedli	3,3%	6,7%
Neodpovedali				0,7%

Zistené údaje poukázali na nedostatočný stav v dodržiavaní hygieny rúk. Sotva jedna tretina detí sa učila a pravidelne aj dodržiavala zásadu umývať si ruky pred hlavným jedlom, rovnaký počet detí malo možnosť umývať si ruky pred jedením. Pritom jednotlivé položky dotazníka neskúmali dodržiavanie hygieny rúk po defekácii a pred spaním. Otázna bola aj pravdivosť odpovedí detí. Nepriaznivá až závažná bola v tomto smere situácia predovšetkým na vidieku, na čo upozornil aj profesor Chura: „Pritom predpokladám, že časť detí z ľudskej slabosti hádam udalo radšej väčší počet umývaní než menší. Menej umývaní rúk asi sotva ktoré dieťa udalo a takto podmienky a možnosti osobnej čistoty u 114 053 školských detí nie sú zvlášť vysoko vyvinuté. Najmä na dedinách neumývajú si deti ruky ani pred jedlom, ba, ako na to I. Hálek poukazuje, ani medzi dospelými nie je zvykom. Ako vidieť, po tejto stránke o pokrok nebolo a nie je moc postarané.“¹⁰

Stravovanie detí

Pri monitorovaní stravovania detí sa pozornosť venovala zisteniu, koľkokrát denne deti prijímali jedlo a aké bolo zastúpenie bielkovín v potrave. Z hľadiska frekvencie (*Koľko ráz jedávajú deti denne?*) sa zistilo, že 97,65 % detí prijímalo stravu 3- až 5× denne, ako to vyplýva z údajov v tabuľke č. 5.

¹⁰ CHURA, ref. 4, s. 113.

Tabuľka č. 5 Frekvencia stravovania u detí
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 119)

Frekvencia príjmu potravy	% zastúpenie detí
1 x denne	0,05%
2 x denne	1,14%
3 x denne	35,68%
4 x denne	19,32%
5 x denne	42,65%
5 a viac krát denne	1,13%
Neuviedli	0,03%

Pri rozbere zloženia prijímanej stravy sa venovala pozornosť príjmu mäsových a mliečnych výrobkov. Vyhodnotenie položky *Kolko ráz jedávajú deti týždenne mäso v zime?* prinieslo obraz o stravovaní detí v zime.¹¹ Porovnanie zistených skutočností je uvedené v tabuľke č. 6.

Tabuľka č. 6 Frekvencia príjmu mäsa u detí za týždeň
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 127)

Frekvencia príjmu	% zastúpenie detí
1 x týždenne	33,08%
2 x týždenne	19,15%
3 x týždenne	15,72%
4 x týždenne	6,50%
5 x týždenne	2,88%
6 x týždenne	1,03%
7 x týždenne	0,81%
Viac ráz do týždňa	6,80%
Neuviedli	1,66%
Nejedávali mäso	12,37%

Zistené údaje poukázali na nedostatočný príjem mäsových výrobkov v zime (1- až 2× týždenne), a teda nevyhovujúci spôsob výživy pre rastúci organizmus. Situácia v príjme mäsových výrobkov bola v letnom období ešte nepriaznivejšia.¹²

Druhou sledovanou zložkou v potrave bolo mlieko. Otázky sa týkali denného množstva vypitého mlieka, prípadne mlieka v káve. Negatívny jav potvrdilo

¹¹ V zimnom období sa jedávalo mäso a mäsové výrobky viac ako v lete, pretože sa ľahšie uchovávali aj na dedinách a v skromnejších podmienkach.

¹² CHURA, ref. 4, s. 127.

12,09 % detí, ktoré nepili mlieko vôbec. V tomto smere sa vynárala otázka, či v danom súbore detí sú tie isté, ktoré ani raz v týždni nejedli mäso.

Rozbor odpovedí detí, ktoré uviedli príjem mlieka, poukázal na nasledujúce skutočnosti.

Tabuľka č. 7 Denný príjem mlieka u detí
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 138)

	Množstvo vypitého mlieka denne					
	¼ l mlieka	½ l mlieka	¾ l mlieka	1 l mlieka	> 1 l mlieka	2 l mlieka
Frekvencia	Percentuálne zastúpenie detí					
Pravidelne	28,59%	40,35%	3,92%	11,55%	1,13%	0,68%
Iba v škole	0,16%	0,06%	6 detí	9 detí		
Občas	0,58%	0,16%	6 detí	37 detí		
Nie	12,09%					
Neuviedli	0,77%					

Záver štúdie poukázali na to, že deti na Slovensku v sledovanom období prijímali mlieko v priemere nedostatočne a pomerne vysoké percento detí (12,09 %) mlieko nepilo vôbec. Príčiny videl profesor Chura práve v chudobe: „*Veľmi často chýba dostatok mlieka pre chudobu, rodičia nemôžu zadovážiť pre svoje deti dostatočné množstvo mlieka, iní rodičia majú kravu i mlieko, ale jeho odpredaj alebo odpredaj mliečnych výrobkov je jedným zo súkromných zdrojov príjmu a tak sa vlastnému dieťaťu nedostane, ale sú i také rodiny, v ktorých i pri dostatku mlieka nekladie sa dostatočný dôraz, aby deti požívali primerané množstvo mlieka, ba, ako som už spomenul, príhodí sa i to, že deti odmietajú piť mlieko, mliečnu kávu alebo podobné.*“¹³

Požívanie alkoholu u detí

Dôležitým faktorom, ktorý ovplyvňoval kvalitu života detí, bolo požívanie alkoholu už v detskom veku. Táto skutočnosť súvisela s presvedčením a vierou širokých vrstiev obyvateľstva, že alkohol posilňuje detský organizmus a dodáva mu určitú odolnosť voči chorobám. Podávanie alkoholu deťom v najútlejšom veku bolo veľmi rozšírené a v lekárskejších kruhoch vzbudzovalo vážne obavy. Detí, ktoré dostávali pravidelne alkohol v najrôznejších formách a pod rôznymi zámienkami, trpeli neskôr na rôzne telesné a duševné choroby. Svedčili o tom aj bohaté skúsenosti detských lekárov a psychiatrov. K tejto problematike sa veľmi rázne a varujúco vyjadril jeden z významných odborníkov v oblasti medicíny K. Kraepelin, profesor psychiatrie na univerzite v Mníchove, keď vyhlásil, že podávanie alkoholu deťom vplýva negatívne na ich psychiku a spôsobuje vysoké

¹³ Tamže, s. 150.

percento mentálnych porúch. Toto konštatovanie bolo podložené dlhoročnými odbornými skúsenosťami.¹⁴

Pri sledovaní požívania alkoholu deti odpovedali na otázku, „či dostávajú vypiť si pivo, vína, pálenky a iného“. Vzhľadom na to, že sa alkohol často dával do čaju, dotazník obsahoval aj otázku „či dostávajú do čaju víno, rum, pálenku alebo iné“¹⁵.

Z celkového počtu 114 053 detí nedostávalo žiadne alkoholické nápoje 81,34 % z nich. Podľa analýzy odpovedí alkohol v čaji nedostávalo 70,03 % detí. Z prezentovaných údajov teda vyplýva, že 30 % detí sa v rodine alkohol podával.

Z hľadiska typu podávaného alkoholického nápoja dominovalo víno alebo pivo, ako to vyplýva z nasledujúceho prehľadu.

Tabuľka č. 8 Príjem alkoholických nápojov deťmi
(Spracované podľa: Chura, 1938, s. 152)

Druh alkoholu	% zastúpenie detí
Víno	12,32%
Pivo	3,05%
Rum	0,20%
Pálenka	0,43%
Neurčený druh	2,19%
Neodpovedali	0,47
Nedostáva alkohol vôbec	81,34%
Nedostáva alkohol v čaji	70,03%

Zaujímavé bolo aj národnostné členenie. Z výsledkov vyplynulo, že najhoršie na tom boli deti slovenskej národnosti, tie konzumovali alkohol až v 41,96 %, a najlepšie deti židovskej národnosti. U nich bolo zaznamenané podávanie alkoholu v minimálnej miere. Veľké rozdiely v užívaní alkoholu v tejto vekovej kategórii sa vyskytovali v jednotlivých regiónoch. K okresom v nepriaznivom svetle patrili Kysucké Nové Mesto, Veľká Bytča, Považská Bystrica, kde deti pili najmä pálenku. V južných okresoch rodičia svojim deťom podávali víno. Najvyššia konzumácia, až 40,2 %, bola zaznamenaná u detí v okresoch Levice a Želiezovce.

Tieto výskumy jednoznačne potvrdzujú, že užívanie alkoholu v detskom veku bolo aj na Slovensku veľmi rozšírené. Podávanie alkoholu deťom a zmena názoru

¹⁴ Alkohol má veľmi negatívny vplyv na celkový vývin dieťaťa, špeciálne na vývin mozgu, spôsobuje spomalenie rastu, nepriaznivo ovplyvňuje pohybový vývin a prejavy dieťaťa; i keď spočiatku môže byť prítomný nárast svalovej sily, zakrátko sa však stráca presnosť a jemnosť pohybov, klesá svalová sila a zvyšuje sa únava. Nepriaznivý je aj vplyv v psychickej oblasti. K častým negatívnym prejavom patrí pokles schopnosti sústredenia sa a spracovania vnemov, znižuje sa chápanosť, schopnosť počítať a učiť sa. Do popredia sa v správaní dostáva pudová zložka, čo môže viesť k prejavom podráždenosti, ba až agresivity.

¹⁵ Na prvú otázku zo 114 053 školských detí neodpovedalo 0,24 %, na druhú 0,38 % detí.

verejnosti na túto otázku zostala veľkým problémom zdravotníckej politiky ešte dlhé obdobie.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti deťom

Poradne pre matku a dieťa

Prvá poradňa pre matky a deti na Slovensku bola založená v Bratislave v posledných rokoch prvej svetovej vojny. Poradňa za finančnej podpory mesta fungovala v detskej nemocnici.¹⁶ Nová etapa v starostlivosti o matku a dieťa sa začala po skončení prvej svetovej vojny. Roky biedy, nedostatku, podvýživa, znížená odolnosť organizmu, to všetko sa podpísalo pod vzostup chorobnosti a úmrtnosti obyvateľstva. Najcitlivejšie však reagovala detská populácia. Starostlivosť o dieťa mala v budúcnosti patriť medzi priority zdravotníckej politiky. K posunu v problematike ochrany materstva v medzinárodnom meradle prispeli aj závery Washingtonskej konvencie z roku 1919, ktoré uvádzali, že ženy zamestnané v živnostiach a obchodoch nesmeli pracovať po dobu šiestich týždňov po pôrode. Šesť týždňov pred pôrodom a šesť týždňov po pôrode mali mať nárok na potrebnú podporu zaistenú buď z verejných fondov, alebo z poistenia. Rovnako mali nárok na lekársku starostlivosť a pomoc pôrodnej asistentky. Aj keď sa lekár v určení termínu pôrodu zmýlil, rodička mala právo na podporu, odkedy prestala pracovať na základe lekárskej správy až do doby pôrodu. Ak matka dieťa dojčila, prislúchal jej nárok na dve polhodinové prestávky, aby mohla nakrmiť dieťa. V období šiestich týždňov pred pôrodom a šesť týždňov po pôrode, poprípade aj neskôr, ak bola žena chorá v dôsledku tehotenstva, nemal zamestnávateľ právo vypovedať ju z práce.¹⁷ Otázkam starostlivosti o matku a dieťa a vysokej dojčenskej úmrtnosti venovala pozornosť aj Zdravotnícka organizácia Spoločnosti národov so sídlom v Ženeve.¹⁸

Na poli legislatívy boli aj u nás prijaté opatrenia súvisiace s ochranou matiek a detí. Zákon o nemocenskom poistení zamestnancov č. 221/1924 dával poisťovníkam nárok na podporu matiek v šestonedelí. Podpora vo výške dvoch tretín mzdy vyplácaná počas šiestich týždňov matkám, ak nevykonávali námezdnú prácu, umožňovala, aby sa mohli starať o svoje dieťa v dobe, keď to bolo najviac žiaduce. Doplnujúcimi úpravami boli tzv. prémie za dojčenie. Predstavovali jednu tretinu mzdy a vyplácali sa po dobu 12 týždňov po pôrode len matkám, ktoré svoje deti dojčili. Toto ustanovenie dávalo poisťovníkam možnosť kontroly dojčenia. Podporu mali nemocenské poisťovne vyplácať len vtedy, ak matka predložila potvrdenie z poradne. Realita bola však iná a prémie sa vyplácali bez akejkoľvek kontroly, a to často aj matkám, ktorých detí boli na umelej výžive kravským mliekom. Ak žena pri pôrode zomrela, nevybrané dávky v materstve

¹⁶ BRDLÍK Jiří: Dětské lékařství v minulosti a jak jsem je prožíval. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1957, s. 166.

¹⁷ Národní archiv Praha (ďalej NAP), fond (f.) Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy (ďalej MVZTV), k. 797.

¹⁸ Věstník Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy (ďalej VMVZTV) 1930, 2, s. 46 – 47.

vrátane prémiei za dojčenie prislúchali osobe zodpovednej za výživu dieťaťa.¹⁹ Obmedzením námezdného dojčenia sa zaoberal zákon č. 171 z roku 1924, ktorý určil, že matka žijúceho dieťaťa mladšieho ako 6 mesiacov bola prijatá za dojku len vtedy, ak mohla pravidelne dojčiť aj svoje vlastné dieťa. Dojčenie oboch detí nesmeli však ublížiť ani dieťaťu, ani matke. Za dojky mohli byť prijímané len zdravé osoby, ktoré sa museli preukázať lekársym osvedčením.²⁰ Pri priestupkoch mohli byť udelené pokuty vo výške od sto do desaťtisíc korún alebo väzbu od jedného dňa do dvoch týždňov. Ustanovenie zákona sa nevzťahovalo na dojky v sirotincoch, ústavoch pre dojčatá, na klinikách a v liečebných ústavoch vôbec.

Základným pilierom preventívnej starostlivosti o deti sa mali stať poradne pre matku a dieťa vedené odbornými lekármi. Dôležitú úlohu pri ich zakladaní u nás zohrali medzinárodné organizácie – Americký a Anglický Červený kríž. Prvé poradne založila anglická misia pod vedením Dr. Smitha a lady Muriel Pagetovej. Kým za pomoci lady Muriel Pagetovej z anglickej misie už koncom roku 1919 začali vznikať poradne pre matky a deti v oblastiach severného a východného Slovenska, teda v regiónoch s najvyššou dojčenskou úmrtnosťou, Americký červený kríž sa sústreďoval na väčšie mestá a priemyselné strediská. Misie prispeli i veľkou materiálnou pomocou a uskutočnili rozsiahle akcie zamerané na preventívne prehliadky detí. Po ich odchode v budovaní a usmerňovaní činnosti poradní pokračovalo Ústredie ČSČK. Zriaďovanie poradní pre matku a dieťa nebolo na Slovensku rovnomerné. Spočiatku sa poradne zriaďovali iba v okresných mestách, neskôr aj na dedinách. Preto sa väčšia pozornosť venovala starostlivosti o deti z miest v porovnaní s vidiekom. Činnosť poradní bola zameraná nielen na poskytovanie starostlivosti o dojčatá a deti do 6 rokov, ale aj o matky a deti od 6 do 14 rokov.²¹ Nárast počtu poradní pre matku a dieťa nastal až koncom 20. rokov a v prvej polovici 30. rokov minulého storočia, keď existovali takmer v polovici zdravotných obvodov na Slovensku. V roku 1933 Červený kríž spravoval v celej republike 87 poradní pre matky a deti.²² V poradniach sa poskytovala preventívna, diagnostická a terapeutická starostlivosť, ktorú zabezpečoval lekár v spolupráci so skúsenou ošetrovatelkou. Asistovala pri preventívnych prehliadkach, podávala matkám dôležité informácie o starostlivosti o dieťa a jeho ošetrovaní počas choroby.²³

Profesor J. Brdlík už koncom novembra 1919 žiadal ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy o dotáciu na otvorenie poradne. Myšlienku zriadenia poradne v Bratislave podporil aj Dr. I. Hálek, vedúci zdravotného referátu ministerstva s plnou mocou pre správu Slovenska. V liste adresovanom ministerstvu zdravotníctva zdôrazňoval, že v Bratislave existovala poradňa založená

¹⁹ PELC, Hynek: Sociální lékařství. Praha : Melantrich, a. s., 1937, s. 112.

²⁰ NAP, f. MVZTV, k. 797, Zpráva Dr. I. Hálek v zdravotním výboru o návrhu zákona o částečném zákazu námezdného kojení.

²¹ FALISOVÁ, Anna: Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období. Bratislava : Veda, 1999, s. 107.

²² KAFKOVÁ, Vlastimila: Z historie ošetrovatelství. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, s. 72.

²³ FALISOVÁ, ref. 21, s. 107.

za predchádzajúceho režimu, ale pre matky slovenskej národnosti rovnaké zariadenie neexistovalo.²⁴ Založiť a prevádzkovať poradňu bez štátnej podpory nebolo možné. Ministerstvo zdravotníctva poukázalo na uvedený účel sumu 50 tisíc korún a poradňa začala svoju činnosť v druhej polovici roku 1921. Do marca 1922 nemala síce dostatok sestier a prevažná väčšina z nich bola bez požadovanej kvalifikácie, napriek tomu návštevnosť matiek s deťmi stúpala. Takmer pol roka odbornú službu striedavo zabezpečovali lekári z detskej kliniky. V januári 1922 začal v poradni stabilne pôsobiť asistent detskej kliniky Lekárskej fakulty UK, ktorý zároveň viedol i dojčenské oddelenie v nemocnici. V poradni mu asistovali tri sociálne sestry, jedna z nich diplomovaná, ordinovalo sa dvakrát týždenne. Súčasťou poradenskej praxe bola aj materiálna pomoc. Evidencia detí a ich odborné ošetrovanie a liečenie boli zvlášť dôležité u detí zo sociálne slabších rodín. Najviac detí navštevujúcich poradne v Bratislave pochádzalo najmä zo sociálne slabších vrstiev, pričom z celkového počtu detí ošetrovaných v poradni až 10 % bolo nemanželských. Lekár počas ordinačných hodín vyšetroval zdravotný stav detí a poskytoval matkám pokyny, ako postupovať pri ošetrovaní dieťaťa. Osobitnú pozornosť venoval dojčatám na umelej výžive. Diétne predpisy podával sám alebo nadiktoval sestre.²⁵ Sestra mala primeranou formou a zrozumiteľne vysvetliť pokyny lekára aj jednoduchým ženám s minimálnymi znalosťami zo zdravotvedy. Lekár sa podieľal na zdravotnoosvetovej práci v okrsku poradne, kontroloval mesačné správy a pripájal k nim svoje poznámky a návrhy.²⁶

Poradne Naším deťom

Významný prínos v starostlivosti o deti predstavovali poradne Naším deťom, ktoré vznikali od roku 1921 za podpory Amerického Červeného kríža. V roku 1921 založil Americký ČK v spolupráci s ministerstvom verejného zdravotníctva a telesnej výchovy (MVZTV) a miestnymi orgánmi v celej ČSR vo väčších mestách a priemyselných strediskách 21 detských poradní „Naším deťom.“ Tieto poradne prešli po roku úspešnej činnosti do správy miestnych kuratórií a ministerstva verejného zdravotníctva.²⁷ V roku 1922 prešli pod správny zbor poradní Naším deťom pri MVZTV. V tejto forme boli poradne vedené až do roku 1937, v roku 1938 prešli pod priamu správu ministerstva verejného zdravotníctva

²⁴ SNA, f. E MVZTV, k. 4.

²⁵ Špeciálnu oblasť starostlivosti o dojčatá predstavovala otázka výživy dieťaťa. Zaujímavý bol názor na výživu dojčaťa v radoch pediatrickej obce. Pri pohľade na riešenie tejto otázky prevládala nejednotnosť. Niektoré známe klinické pracoviská presadzovali, aby dojča už v 4. mesiaci bolo prikrmované krupičnou kašou alebo suchármi, v 5. mesiaci zeleninovou polievkou a zeleninou, iní zase odporúčali mäso už v 8. mesiaci. Veľa pediatrov zastávalo názor, že matky majú svoje deti dojiť čo najdlhšie, pričom upozorňovali, že je to najzdravší spôsob výživy dieťaťa. Ako uvádza profesor A. J. Chura, tieto tvrdenia viedli k chaosu nielen v odbornej, ale aj laickej verejnosti a navodzovali presvedčenie, že pediatria ešte aj v polovici 30. rokov bola nevykryštalizovaným odborom. CHURA, Alojz Ján – KIZLINK, Karol: Slovensko bez dorastu? Diel druhý, 2. časť. Bratislava : Roľnícka osveta, 1939, s. 897 – 898.

²⁶ SNA, f. E MVZTV, k. 4. Prozatímní stanovy a instrukce poraden „Naším dětem“.

²⁷ Na základe rozhodnutia ministra verejného zdravotníctva L. P. Procházku bolo povolené Americkému ČK, aby v ČSR zriadil a na svoje náklady do 1. júla 1922 viedol detské zdravotné poradne, medzi ktoré patrila aj poradňa v Bratislave. SNA, f. E MVZTV, k. 4.

a telesnej výchovy. Od svojho vzniku poskytovali sociálnu a zdravotnú starostlivosť deťom od narodenia do 14 rokov.²⁸

V novembri 1921 bola Americkým ČK založená v Bratislave poradňa „Naším deťom“. Magistrát poskytol 5 miestností vo vlastnej budove a hradil výdavky za osvetlenie, vodu, kúrenie. Americký ČK poradňu zariadil z vlastných prostriedkov a platil lekára a ošetrovateľský personál. Keď misia Amerického Červeného kríža v ČSR končila svoju činnosť, jej zástupca Dr. Eversole v roku 1922 na jednej z porad prejavil ochotu darovať zariadenie poradne MVZTV vrátane liekov a ostatného zdravotníckeho materiálu pod podmienkou, že zariadenie bude aj naďalej slúžiť pre deti z mesta a najbližšieho okolia. Mestská rada s tým súhlasila.²⁹

Činnosť poradní sa zameriavala najmä na prevenciu. U rodičov i detí sa usilovala vzbudiť záujem o zdravie a dôležitosť preventívnej starostlivosti. Jej snahou bolo poskytnúť čo najviac informácií o tom, ako sa pred chorobami brániť, odstraňovať nevedomosť a ľahkovážnosť, aby sa obyvateľstvo začalo zaujímať o svoje zdravie skôr, ako ho stratí. Deti s pozitívnym nálezom poradňa odporúčala na liečbu k príslušným lekárom – pokladničným, mestským, súkromným alebo do ústavov. Prípady, ktoré si vyžadovali hmotnú alebo sociálnu pomoc, sa riešili priamo v poradni alebo sa odkazovali na príslušné organizácie a spolky.³⁰ Udeľovanie hmotnej podpory nebolo hlavným cieľom poradní. Pri návštevách ošetrovateliek v rodinách mal byť zdôrazňovaný poradný a výchovný význam zariadenia. Veľký dôraz pri návštevách sociálnych sestier v rodinách bol kladený na správnu výživu. Matkám bolo neustále zdôrazňované, že materské mlieko je pre dojčatá jedinou správnu výživou, ktorá obsahuje všetky základné látky potrebné pre normálny vývoj dieťaťa. Pri správnom dojčení sa predchádzalo mnohým ochoreniam. Ak matky nemohli dojčiť svoje deti, žiadali ich, aby nechodili po rady k príbuzným a bylinkárkam, ale aby sa obrátili o pomoc na poradne, kde im skúsený lekár poskytne všetky informácie a inštrukcie.³¹

Počet poradní sa postupne zvyšoval, zriaďovali sa nové poradne v okresných mestách a na obvodných strediskách.³² V roku 1937 na území Československej republiky pôsobilo 24 poradní Naším deťom s 88 pobočkami.³³ O rok neskôr sa tento počet znížil o 7 okresných poradní, na Slovensku zanikla poradňa Naším deťom v Bratislave a v Banskej Bystrici.³⁴

Činnosť poradní Naším deťom sa zameriavala na nasledujúce oblasti:

²⁸ ANZENBACHEROVÁ, Marie: Zpráva o činnosti poraden „Naším dětem“ v r. 1938. In *Diplomovaná sestra*, 1939, roč. 3, č. 4, s. 45 – 47.

²⁹ V poradni pôsobil Dr. A. Korman s mesačným platom 1500 korún, hlavná zdravotná sestra, 3 zdravotné pracovníčky a jedna pomocná sila. Od marca 1928 sa vedúcou lekárkou v poradni stala Dr. M. Krčméryová, externá lekárka z Detskej kliniky Lekárskej fakulty UK.

³⁰ SNA, f. E MVZTV, k. 4. Prozatímní stanovy a instrukce poraden „Naším dětem“.

³¹ ŠVEJCAR, Josef: Aktuální otázky výživy kojenců. In *Sociálně zdravotní revue*, 1935, roč. 4, s. 78 – 79.

³² RYBNÍČKOVÁ, A: Působení diplomovaných sester v sociálně zdravotní péči na Slovensku. In *Československá nemocnice*, 1937, roč. 7, č. 3, s. 115 – 116.

³³ KAFKOVÁ, ref. 22, s. 66.

³⁴ ANZENBACHEROVÁ, ref. 28, s. 45.

Odborná a preventívna starostlivosť v poradniach

V poradniach pracovali lekári a diplomované sestry.³⁵ Podieľali sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, väčší priestor bol vytvorený aj pre poradenskú a výchovnú prácu. Sestry zabezpečovali prípravu dieťaťa na vyšetrenie, získavali dôležité informácie o dieťati od matiek pred lekárskymi prehliadkami, podieľali sa na jeho príprave na vyšetrenie, poskytovali psychologickú starostlivosť dieťaťu počas vyšetrenia a po ňom, vykonávali základné meranie a váženie dieťaťa, asistovali pri lekárskom vyšetrení, podávali lekárovi dôležité informácie o zdravotnom stave ostatných členov rodiny, o sociálno-ekonomických pomeroch v rodine a pod.³⁶ Zabezpečovali plynulú a hygienickú prevádzku ordinácie. V rámci poradenskej a výchovnej práce sestry poskytovali matkám dôležité informácie o primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii.³⁷ Vykonávali aj dozor pri dodržiavaní a zabezpečovaní lekárskeho odporúčania a profylaktických prostriedkov chorým deťom, napr. pri zabezpečovaní pravidelného očkovania, odoslania detí do nemocnice, výchovných ústavov, sociálnych poradní.³⁸

V začiatkoch pôsobenia poradní výrazný prínos znamenala sekundárna prevencia zameraná na zachytenie skupiny rizikových detí, ktoré si vyžadovali ďalšiu starostlivosť a sledovanie. Do februára 1924 bolo na území celej republiky v rámci poradní podchytených 98 912 detí, z ktorých bolo 65 835 silne podvyživených, rachitických, ohrozených tuberkulózou.³⁹

Významnou zložkou činnosti sestier bola aj návštevna služba v prirodzenom prostredí dieťaťa. Vytvárala priestor na posúdenie fyzikálnych, psychologických a sociálnych podmienok prostredia, v ktorom dieťa vyrastalo, a tým aj rizikových faktorov, ktoré mohli nepriaznivo vplyvať na psychický vývin dieťaťa. Súčasne boli sestry pre matky aj poradcami v sociálnych, výchovných a zdravotných otázkach.⁴⁰ Pri domácich návštevách taktne upozorňovali matky, na chyby, ktorých sa pri starostlivosti o deti dopúšťali, a poučali ich v otázkach ošetrovania dieťaťa. Dbali, aby matky správne pochopili lekárske pokyny. Ak to bolo nutné, zaučili matky do prípravy jedla pre dieťa, nesmeli však udeľovať lekárske rady. O výsledkoch návštev informovali lekára. O činnosti poradne sa každý mesiac viedli správy.

³⁵ Poradne Našim deťom boli prvými pracoviskami, kde postupne nachádzali svoje uplatnenie diplomované sestry. V spolupráci s lekárom sa podieľali nielen na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale aj na zdravotno-osvetovej práci.

³⁶ STRUŠKOVÁ, R.: Působení diplomovaných sester a jejich snahy v sociálně-zdravotní práci na venkově. In Československá nemocnice, 1936, roč. 6, č. 8, s. 259 – 261.

³⁷ Informácie sa týkali starostlivosti o dojčatá, staršie deti, postupu pri ošetrovaní chorých detí v domácom prostredí a pod.

³⁸ Pripravovali program zdravotno-výchovnej práce, zostavovali mesačné správy a podľa možnosti získavali dobrovoľné pracovníčky pre pomoc v poradni.

³⁹ KAFKOVÁ, ref. 22, s. 61.

⁴⁰ MOROVICSOVÁ, Eva – FALISOVÁ, Anna: Community Child care in the first Czechoslovak republic. In Nursing of the 21st century in the process of changes 2013. Nitra : Faculty of Social Sciences and Health care Constantine the Philosopher University in Nitra, 2013, s. 233 – 239.

Očkovanie detí

Poradne Naším deťom pôsobili ako okresné strediská aj pri vykonávaní profylaktického očkovania detí proti záškrtu, ktoré odporúčalo MVZTV výnosom č. 1989 v roku 1929.⁴¹ Profylaktické očkovanie sa začalo v roku 1934.⁴² Podľa výnosu MVZTV č. 28797 z roku 1935 bolo očkovanie proti záškrtu dobrovoľné.⁴³ Výnos súčasne obsahoval podrobné direktívy pre lekárov, ktorí vykonávali očkovanie.⁴⁴ V rokoch 1934 – 1938 bolo zaočkovaných 37 822 detí.⁴⁵

Aktivity realizované v školskej hygiene

Významný prínos poradní bol v odbore školskej hygieny, kde sa lekári a sestry podieľali na riešení týchto úloh:

Presadzovanie kolektívnej a individuálnej zdravotnej a sociálnej výchovy sa realizovalo viacerými spôsobmi, napr. získaním učiteľov pre spoluprácu v šírení zdravotnej výchovy a preventívnych opatrení, realizáciou prednášok a kurzov pre rodičovské združenia, pre deti, predovšetkým však pre dospelávajúce dievčatá a chlapcov. Prednášky zabezpečovali lekári a sestry nielen v školách, poradniach, ale aj na verejných zhromaždeniach. Zameriavali sa na šírenie základných hygienických zásad a opatrení, správnu výchovu detí, organizáciu domácej starostlivosti a pod.⁴⁶

Ďalšou formou bola *realizácia kurzov prvej pomoci, prednášok zameraných na mentálnu hygienu, starostlivosť o chrup*, ale aj na poskytnutie informácií pri vykonávaní starostlivosti o svojich mladších súrodencov, o uplatňovaní hygienických zásad a pod. V tomto smere boli prínosné pravidelné kurzy zamerané na starostlivosť o dojčatá a malé deti pre žiačky meštianskych škôl podľa nariadenia ministerstva školstva a národnej osvety z roku 1925. Kurzy boli doplnené aj praktickými demonštráciami a cvičeniami a žiačky mali možnosť navštíviť poradne a tak získať skúsenosti priamo v praxi.⁴⁷

Poradne spolupracovali so školou aj pri zabezpečovaní preventívnych prehliadok. Úzka spolupráca bola s poradňami pre voľbu povolania⁴⁸, čo bolo prínosom predovšetkým pre choré alebo znevýhodnené deti.

⁴¹ Výnos obsahoval aj poučenie o očkovacej látke a jej aplikácii. In BOKESOVÁ-UHEROVÁ, ref. 1, s. 227.

⁴² KAFKOVÁ, ref. 22, s. 66.

⁴³ Za najúspešnejšie sa pokladalo očkovanie u detí v predškolskom veku, minimálne 1 až 2-ročných.

⁴⁴ BOKESOVÁ-UHEROVÁ, ref. 1, s. 228.

⁴⁵ ANZENBACHEROVÁ, ref. 28, s. 45.

⁴⁶ ŠINDLEROVÁ, Marta Anna: Referát o pôsobení diplomovaných sester v lidovýchov. In Československá nemocnice, 1936, roč. 6, č. 8, s. 261 – 262.

⁴⁷ ANZENBACHEROVÁ, Marie: Výročná zpráva o činnosti poraden Naším dětem za rok 1937. In Československá nemocnice, 1938, roč. 8, č. 2, s. 135 – 136.

⁴⁸ ANZENBACHEROVÁ, Marie: O poradnách Naším dětem. In Zprávy Čs. Červeného kříže, 1923, 3, s. 126. Pozri tiež: ROUŠAROVÁ, Jarmila: Práce a snahy diplomovaných sester ve školní hygieně. In Československá nemocnice, 1937, roč. 7, č. 3, s. 113 – 115.

Spolupráca pri realizácii ozdravných akcií

Sestry sa podieľali na výbere detí pre štátne ozdravovacie akcie a štátne akcie proti rachitíde. Zároveň v rámci tejto činnosti vykonávali zdravotné prehliadky detí, sociálny prieskum v rodinách a ich výber na prázdninové pobyty.⁴⁹

Zdravotná starostlivosť a dozor v rodinách

V zmysle zákona č. 256 z 30. 6. 1921 Zb. z. a vládneho nariadenia č. 29 z roku 1930 o ochrane detí zverených do starostlivosti inej osoby a ochrane nemanželských detí vykonávali sestry zdravotnú starostlivosť a dozor v tých rodinách, kde boli deti zverené do starostlivosti inej osoby. Sestry boli vymenované do funkcie tzv. „dozorčí dôverynice“.⁵⁰ Dozor v rodinách mal predovšetkým preventívny charakter a bol zameraný na kontrolu prostredia, v ktorom dieťa vyrastalo, posúdenie jeho psychického vývinu a odhaľovanie prejavov prípadného zanedbávania alebo týrania dieťaťa.

V prípade potreby sprostredkovala poradňa nemanželským a opusteným deťom, ale aj sirotám pomoc poručenských úradov. Personál poradne mal byť oboznámený so zdravotno-sociálnymi pomermi svojho okrsku (napríklad počet obyvateľstva, celková úmrtnosť, dojčenská úmrtnosť, výskyt tuberkulózy, infekčných chorôb, zamestnanosť obyvateľstva atď.). Ak ústavy, sirotince, školy a internáty nemali svojich lekárov, dohodli sa konkrétne termíny, kedy deti z týchto inštitúcií absolvujú zdravotnú prehliadku v poradni. V stanovách poradní „Naším deťom“ sa uvádzala nutnosť dodržiavania ordinačných hodín, ošetrovateľský personál musel prichádzať zavčas, aby deti včas pripravil na lekársku prehliadku. Hmotná pomoc sa mohla poskytovať len pre nemajetných, a to s odporúčaním lekára.⁵¹

Detské opatrovne

Dôležitú úlohu pri starostlivosti o deti plnili aj detské opatrovne. Opatrovne prijímali deti od troch rokov, ktorých rodičia boli zamestnaní. Napríklad v roku 1936 fungovalo v Bratislave 7 opatrovní. Okrem opatrovní v správe mesta fungovala aj detská opatrovňa kláštora uršulínok na Klobučnickej ulici.⁵² Dôležitý záchytný bod pre matky v núdzi predstavoval aj azyl pre matky a dojčatá na Radlinského ulici, kde sa nachádzal tiež azyl pre siroty a opustené deti.⁵³

Ošetrovateľská a zdravotná starostlivosť v rodinách

Návštevné ošetrovanie v rodinách sa začalo v roku 1920 v Prahe pod vedením americkej ošetrovateľky Miss P. V. Besomovej a neskôr sa rozšírilo aj do ďalších

⁴⁹ ANZENBACHEROVÁ, ref. 47, s. 135 – 136.

⁵⁰ ANZENBACHEROVÁ, ref. 28, s. 46.

⁵¹ SNA, f. E MVZTV, k. 4. Prozatímní stanovy a instrukce poraden „Naším dětem“.

⁵² KULHÁNEK, František: Přehľad sociálních, sociálně-zdravotných spolkov a zariadení na Slovensku. Bratislava : Zemský sváz sociálních a sociálně-zdravotných spolkov a zariadení na Slovensku, 1936, s. 77.

⁵³ SNA, f. E MVZTV, k. 4.

miest. Ošetrovateľská a zdravotná starostlivosť v rodinách sa poskytovala na základe žiadosti, ktorú rodina podala na referát spolku ČSČK. Boli to predovšetkým nemajetné viacčlenné rodiny. V jednej miestnosti žilo až 10 – 12 ľudí vo veľmi nevyhovujúcich hygienických podmienkach (predovšetkým pre deti). Návštevne ošetrovanie spočívalo v preskúmaní pomerov v rodine a v zhodnotení jej celkovej situácie. Zameriavalo sa na posúdenie vývoja detí a zdravotného stavu členov rodiny, sledovanie sociálnych príčin rôznych defektov a v tejto súvislosti aj na naplánovanie ďalšej vhodnej pomoci. V niektorých prípadoch postačovala len jedna návšteva v rodine, keď sestra po vyšetrení pomerov usúdila, že charakter daného problému si vyžaduje iba usmernenie členov rodiny a poskytnutie vhodných informácií. V prevažnej miere si riešenie problémov konkrétnych rodín vyžadovalo ešte ďalšiu starostlivosť a poskytovanie rôznych foriem pomoci. Starostlivosť bola náročná a sestry a sociálne pracovníčky často narážali na mnohé problémy a nepochopenie práve zo strany členov rodín.⁵⁴ Návštevne ošetrovateľstvo bolo náročné na čas a svojím rozsahom sa stávalo nezvládnuteľným. Ako organizovaná činnosť sa udržalo do roku 1925 a pre nedostatok sestier postupne zanikalo.

Dôsledky hospodárskej krízy v roku 1929 viedli k zvýšeniu chorobnosti, a to predovšetkým v prípade sociálne slabších vrstiev. Preto ČSČK v roku 1929 opäť uviedol do činnosti ošetrovateľskú a zdravotnú službu v rodinách, ktorá poskytovala starostlivosť výhradne nemajetným rodinám. Prácu ošetrovateľskej a zdravotnej služby v rodinách viedlo kuratórium ústrednej sociálnej poisťovne sociálneho úradu hl. mesta Prahy spolu s ČSČK. Bezplatná ošetrovateľská a zdravotná starostlivosť v rodinách sa postupne rozšírila z Prahy do ďalších miest.⁵⁵ V roku 1930 bola aktivovaná v Brne, Olomouci, Moravskej Ostrave, od roku 1931 v Plzni, neskôr aj v ďalších mestách, napr. v Opave (1934), Českých Budějoviach (1935), Pardubiciach, Jihlave a Přerove (1936). Na Slovensku sa zdravotná a ošetrovateľská služba v rodinách zaviedla do praxe od roku 1932 v Bratislave, o rok neskôr v Košiciach a v roku 1936 v Turčianskom Svätom Martine, Banskej Bystrici a Nitre.⁵⁶

Návštevne ošetrovanie bolo náročné, riešenie problémov si v mnohých prípadoch vyžiadalo spoluprácu sestier s inými odborníkmi. Bez zapojenia rodiny a jej aktívnej účasti na starostlivosti o svojho člena sa pozitívne výsledky dosahovali len veľmi ťažko.⁵⁷

⁵⁴ CHUDĚJOVÁ, [?]. Sociální služba v Praze VII. In Zprávy Čs. Červeného kříže, 1921, 1, s. 157 – 158.

⁵⁵ Sestry spolupracovali s poradňami, nemocnicami a inými sociálno-zdravotnými inštitúciami. Aj naďalej zápasili s mnohými sociálnymi a ekonomickými problémami, ktoré sa v konkrétnej rodine opakovali. Často narážali na odmietavý postoj voči navrhovaným opatreniam práve zo strany samotných rodín.

⁵⁶ MÁNKOVÁ, Anna: Ošetrovateľská a zdravotní služba v rodinách. In Československá nemocnice, 1936, roč. 6, č. 2, s. 62 – 65.

⁵⁷ Ako príklad môžeme uviesť poskytovanie starostlivosti o 12-ročného ochrnutého chlapca s hydrocefalom. Do štyroch rokov bol zabaľovaný do perinky, rozvoj reči nebol oneskorený, rozprávať začal v prvom roku života. V šiestich rokoch boli u chlapca vykonané nápravné operácie, postaviť sa dokázal ako 9-ročný. Dosahoval priemernú inteligenciu, ale vzhľadom na svoje postihnutie nenavštevoval školu. Základné exekutívne funkcie ako počítanie a čítanie získal od rodičov, avšak rozvoj ďalších schopností bol zanedbaný. Rodina odmietla umiestnenie chlapca do

Zriaďovanie zdravotných staníc ČSČK

Starostlivosť o deti zabezpečovali aj zdravotné stanice ČSČK, ktoré začali svoju činnosť v roku 1921, keď bolo otvorených 21 zdravotných staníc, z toho v Čechách 12, na Morave 5, na Slovensku 2 a v Podkarpatskej Rusi 2.⁵⁸ Hlavnou náplňou zdravotných staníc bola zdravotná výchova a preventívna starostlivosť o jednotlivé skupiny obyvateľstva. Stanice so zameraním na detskú populáciu organizovali kurzy tematicky orientované na starostlivosť o dieťa, poskytovanie prvej pomoci, poskytovanie starostlivosti chorým deťom v domácnostiach a iné. Pre deti boli zriaďované zdravotné kolónie, dispenzárne, zubné ambulatóriá. Slúžili predovšetkým nemajetným a spravidla boli súčasne dispenzárom aj pre ľudí postihnutých tuberkulózou, poradňou pre mladých ľudí, poradňou pre ochranu matiek a dojčiat; neskôr boli rozšírené o poradňu pre tehotné ženy a o školskú zubnú poradňu. Na riešení sociálnej a zdravotnej otázky sa podieľala aj cirkev. Vo viacerých mestách katolíckej diecézy zriadili detské jasle a útulky pre batolátá, kde starostlivosť deťom poskytovali rehoľné sestry. Pri prijímaní detí do týchto zariadení sa nezohľadňovala náboženská príslušnosť, rozhodujúcim faktorom bola možnosť prijatia podmienená kapacitou voľných miest.⁵⁹

Starostlivosť o deti postihnuté tuberkulózou

Osobitnú pozornosť si vyžadovali deti postihnuté tuberkulózou. Nepriaznivé zdravotné pomery a vysoký počet pacientov infikovaných tuberkulózou mali negatívny vplyv aj na vzostup detskej tuberkulózy. Na tento problém spomína aj Dr. I. Stodola.⁶⁰ Ambulancia pre tuberkulózou postihnuté detí začala fungovať 1. mája 1922 na Internej klinike Lekárskej fakulty UK v Bratislave. Ordinovalo sa trikrát do týždňa, raz týždenne sa uskutočňovali röntgenové vyšetrenia. V lete

ústavnej starostlivosti. Počas poskytovania návštevnej starostlivosti, ktorá trvala tri roky, sa podarilo v spolupráci s učiteľkou obecnej školy a súkromnou učiteľkou hudby rozvinúť vedomosti a záujmy chlapca. Rodina vhodne prispôsobila prostredie motorickému vývoju chlapca, ktorý sa postupne naučil pohybovať s pomocou barlí. Aj napriek nepriaznivej prognóze sa z neho stal milý a veselý chlapec. In MÁNKOVÁ, Anna. Ošetrovateľská a zdravotní služba v rodinách. In Československá nemocnice, 1937, roč. 7, č. 3, s. 112.

⁵⁸ RYBNÍČKOVÁ, ref. 32, s. 115 – 116.

⁵⁹ KAFKOVÁ, ref. 22, s. 57.

⁶⁰ „Na hlas umieračika, ktorý sa ozýval bojzливо, ale prenikavo, spomínam si aj po rokoch. V tých časoch, v čase mojej mladosti, sa umieračik u nás na dedine rozoznieval akosi často. A vždy oznamoval bôľ, žalosť, stratu v rodine, zavŕšenie utrpenia. Potom z domca, na ktorom visela šarlátovočervená ceduľa, putoval neraz iba rozvíjajúci sa život za rozváľané múry starého cintorína. [...] Do pamäti sa mi nezmazateľne vryla i Františka Mokrá. Mala tri deti. S tým najmladším, Ondříkom, som preskakoval kaluže, preliezal ploty, krmil sýkorky. Ondřík býval akýsi bledší ako ostatní šarvanci. Vedel krásne hrať na gitaru, a tak bol pre nás všetkých Ondříkom gitaristom. Potom Ondřík prestal medzi nás chodiť. Povedali nám, že ochorel, a my sme ho nesmeli navštíviť. Dostal suchoty. [...] A potom raz opäť zvonil umieračik... Pohreb som preplakal v komôrke. Pred očami sa mi nástojčivo vynárala izbietka u Mokrých, kde sme sa toľko hrávali. Okienka iba voľačo väčšie ako dlaň, zem posýpaná žitnými plevami. Všade páchlo potuchlinou. Na stole sem-tam demikát alebo ošítká zemiakov. Chleba vždy málo. Strýko Mokrý plietol z vrbového prútia opálky a chodil ich predávať po okolitých dedinách, aby aspoň koľko-toľko prizarobil na požíveň pre rodinu. Po Ondříkovom pohrebe domček Mokrých obchádzala celá dedina...“ In BENIAK, ref. 2, s. 11.

umiestňoval dispenzár deti v prázdninových kolóniách a ozdravovniach. Na hygienické pomery v rodinách dozerali sociálne sestry ČSČK. Zároveň sa začalo s očkovaním. Do polovice decembra 1922 bolo zaočkovaných 2500 detí na troch najväčších bratislavských školách. Výsledok akcie ukázal veľkú naliehavosť systematickej starostlivosti o tuberkulózne deti, pretože až 29 % diagnostických skúšok malo pozitívny výsledok. Počet evidovaných detí v poradniach z roka na rok stúpал.⁶¹ Napríklad za rok 1926 bolo uskutočnených 3425 lekárskeho prehliadok. Mnoho z nich odporučil dispenzár do sanatórií, letných detských osád, preventórií ČSČK. Pre deti z chudobných rodín boli lieky zaobstarané zdarma. ČSČK vypomáhal distribúciou potravín. Poradňa pravidelne vydávala poukážky na mlieko, obnosené šatstvo, plienky, uteráky, prikrývky, drevo, ale i peňažnú výpomoc.⁶² V prípade potreby odporúčala pobyt detí v tatranských liečebniach, prázdninových kolóniách, pri akútnych stavoch hospitalizáciu na klinike. Sociálne sestry pravidelne navštevovali rodiny s dojčatami.

Špecifickým problémom bola záchrana tých dojčiat, ktorých jeden alebo obidvaja rodičia trpeli aktívnou tuberkulózou. Ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v novembri 1926 súhlasilo so zriadením protituberkulózneho preventória pre dojčatá a malé deti s kapacitou 10 lôžok. Otvorenie protituberkulózneho preventória pre dojčatá a malé deti v kláštore rádu sestier Božského Spasiteľa v Bratislave sa konalo 3. marca 1927. Zariadenie prijímalo len zdravé dojčatá, resp. deti do 4 rokov z tuberkulózných rodín, a ak boli voľné lôžka, tak aj deti z iných rizikových rodín. Deti vopred absolvovali lekársku prehliadku a deti staršie ako jeden rok museli byť zaočkované proti kiahňam.⁶³ Ak chovanci v preventóriu ochoreli, zvlášť na infekčnú chorobu, hospitalizovali ich v príslušnej nemocnici. Zariadenie viedol lekár schválený expozitúrou ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy.⁶⁴ Od ošetrovateľského personálu sa vyžadovalo absolvovanie kurzu ošetrovania dojčiat a detí. Začiatok činnosti preventória, prvého tohto druhu v republike, predstavoval prvý krok k záchrane zdravých detí žijúcich v rizikovom prostredí.⁶⁵

Zamedzením tuberkulózy na školách sa zaoberalo nariadenie z roku 1905.⁶⁶ Učiteľ mal poučať žiakov, aby si pri kašli dávali ruku alebo vreckovku pred ústa, aby vreckovky často vymieňali a pľuvali nie na zem, ale do „*plúvatok*“. Deti podozrivé z infikovania tuberkulózou mali ohlásiť lekárovi, a ak sa nákaza potvrdila, museli byť zo školy dočasne vylúčené. Triedy sa mali dvakrát do roka vybieliť, pričom stará vrstva maľovky na stenách sa mala najprv zoškrabať a zakopať a až

⁶¹ SNA, f. E MVZTV, k. 4.

⁶² O rozsahu činnosti poradne poskytovala reálny obraz aj správa za prvý štvrtrok 1928, keď sa prehliadke podrobilo 1324 detí, uskutočnili sa röntgenologické a ďalšie potrebné vyšetrenia. Pacienti po dovŕšení 14. roku boli preradení do poradne pre dospelých.

⁶³ Aj personál sa musel preukázať vysvedčením o očkovaní proti kiahňam. SNA, f. E MVZTV, k. 4.

⁶⁴ Bol zodpovedný za správny výber chovancov, viedol pravidelné záznamy o zdravotnom stave každého dieťaťa. SNA, f. E MVZTV, k. 4.

⁶⁵ V novootvorenom zariadení boli dojčatá pod stálym lekárskeho dozorom, v peknom počasí ich ošetrovateľky vyniesli v košoch do záhrady alebo ich vyložili na slnkom prežiarený balkón. Denné výdavky na jedno dieťa predstavovali sumu 13 korún a hradila ich nemocenská pokladnica a miestny spolok Masarykovej ligy proti tbc.

⁶⁶ Podrobné inštrukcie prinášalo nariadenie ministerstva kultu a výučby č. 56000/1905.

potom sa malo pristúpiť k samotnému vybieleniu tried. Podlahy v triedach mali byť natreté lakom alebo napustené olejom, aby sa neprášilo, nesmelo sa zametať nasucho, aby sa nevíril prach. Po každej hodine sa malo vetrať, dokonca aj v „najtuhšej zime“, a deti sa mali počas prestávok pohybovať na čerstvom vzduchu. Učiteľ mal dôsledne oboznámiť najmä starších žiakov o tuberkulóze a o spôsobe ochrany, o tom, ako vyhľadať lekársku pomoc, pričom, ako sa uvádzalo, „nesmel ich nastrašiť“, ale povzbudiť, že tuberkulózu je možné liečiť a vyliečiť, ako aj o nutnosti dodržiavať preventívne hygienické opatrenia.

Protitrachómové poradne

Dôležitá úloha pri potláčaní trachómu⁶⁷ bola pripisovaná lekárske prehlídkam školopovinných detí. Štátni obvodní lekári za prítomnosti správcu školy mali pravidelne prehliadnuť deti v každej triede a nakoniec vyhotoviť výkaz. Napríklad Okresný úrad v Žiline 11. mája 1926 zaslal Župnému úradu v Martine zápisnice o prehliadkach školopovinných detí v rámci daného regiónu. Hlásil, že rodičia trachómom postihnutých detí boli vyzvaní, aby dvakrát týždenne navštívili príslušného obvodného lekára a dodržiavali všetky pokyny. Pravidelné prehliadky nesmeli vynechávať. Realita bola však úplne iná. Napríklad obvodný lekár vo Varíne hlásil Okresnému úradu v Žiline, že prehliadka školských detí sa konala v októbri 1925. Táto prehliadka bola zapísaná v školskom denníku, pretože osobitné zdravotné zápisnice neboli založené v žiadnej škole. Správcovia škôl však boli o tom upovedomení. „Trachomatózne deti boli vyzvané, aby 2 krát do týždňa chodili ku mne, ale nechodia, len 2 krát do mesiaca.“⁶⁸ Podobná situácia bola aj v ďalších regiónoch.

Celkovo bolo v roku 1927 na Slovensku 89 protitrachómových staníc. Ambulatóriá umožňovali liečbu každému chorému a oboznamovali ho s dodržiavaním hygienických zásad. Preventívnu prácu v nich začali uskutočňovať zdravotné tajomníčky.

Zdravotnoosvetová činnosť

Dôležitá úloha v oblasti starostlivosti o dieťa bola pripisovaná aj zdravotnoosvetovej práci v poradniach pre matky a deti. Ako súčasť zdravotnovýchovných aktivít začala v januári 1923 na Slovensku pôsobiť tzv. „Zdravotná výchovná jednotka ČSČK“, ktorá premietala filmy s problematikou boja proti tuberkulóze, starostlivosti o dieťa, hygieny a i. Filmy boli sprevádzané poučnými prednáškami pre deti a dospelých v rôznych regiónoch Slovenska.⁶⁹ V roku 1926 ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy zapožičiavalo viaceré zdravotnoosvetové filmy.⁷⁰

⁶⁷ Trachóm – chronický zápal očných spojoviek a rohovky – sa na Slovensku vyskytoval sporadicky od napoleonských vojen. Príčinou masového šírenia choroby bola nedostatočná zdravotná starostlivosť, minimálna osвета medzi obyvateľstvom, nedostatočná hygiena a i. Choroba zasiahla takmer celé územie Slovenska.

⁶⁸ SNA, f. E MVZTV, k. 92.

⁶⁹ SNA, f. Inštruktor Ministerstva sociálnej starostlivosti, k. 10.

⁷⁰ K novému zdraví (film o boji proti tuberkulóze); Bud' pripraven (skautský film); Boj proti epidé-

Centrálne orgány prízvukovali: „Lekári okresní, obvodní a mestský nech sú upozornení na tieto filmy a vyzvaní, aby pri programe miestnych filmových predstavení uplatňovali podľa možnosti svoj vplyv v tom smere, aby menované filmy ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy boli premietané. Doporučuje sa použiť ich k zvláštnym odborným prednáškam filmovým, organizovaným miestnymi zdravotno-sociálnymi organizáciami alebo inštitúciami.“⁷¹ Mestský magistrát vo Zvolene v súvislosti so šírením zdravotnoosvetovej práce medzi obyvateľstvom konštatoval: „Je ťažko bojovať s informovanosťou nášho obecnstva ohľadom podstaty a spôsobu ochrany proti nákazlivým chorobám. Žiaduce by bolo, keby sa cestou brožúrok, taktiež oznamov, obrazov poučiť mohlo obecnstvo. Najvhodnejším spôsobom sa núka ale poučenie cestou kinematografických obrazov.“⁷²

Expozitúra ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v roku 1926 informovala okresné úrady na Slovensku o dôležitosti zdravotnoosvetovej práce a zdôrazňovala: „Plagáty majú byť pomôckou k poučovaniu ľudu a treba ich použiť k prednáškam, alebo pre výstavy... Okresné úrady nech upovedomia o tom všetkých obvodných lekárov, ev. spolky, ktoré sa zaoberajú otázkami zdravotníckymi. Plagáty stoja k dispozícii okresným úradom a budú im na požiadanie tunajším úradom zapožičané.“⁷³ Expozitúra ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy zaslala po 50 textoch výkladov k sériám obrazov o tbc a o starostlivosti o dojčatá. „Nech sú použité k doplneniu obrazových sérií, ktoré by boli dané k dispozícii tamojším úradom jednak ako návod ku krátkym prednáškam o tbc pre ľud a pre školy.“⁷⁴ Od okresných náčelníkov z celého Slovenska potom prichádzali hlásenia organizácii o priebehu zdravotnoosvetových podujatí.

Prínos aktivít na zlepšenie zdravotného stavu detí

Jednotlivé formy a aktivity, ktoré zastrešovali MVZTV, ČSČK, cirkev a spolky, mali široký záber. Vďaka ich realizácii sa podarilo podchytiť niektoré rizikové skupiny detskej populácie, ktorým sa následne venovala starostlivosť. Významná bola odborná starostlivosť a realizácia mnohých preventívnych opatrení. Aj napriek počiatočnému odmietaniu, nedôvere a pretrvávaniu zažitých povier a spôsobu života sa podarilo zapojiť matky do starostlivosti o svoje deti, pripravovať na rolu matky aj mladé dievčatá, zvyšovať záujem o zdravie a v pozitívnom smere aj meniť spôsob života. Musíme však konštatovať, že aj naďalej pretrvávali rozdiely medzi mestom a vidiekom, ako i rozdiely v spoločenských skupinách,

miám na Podkarpatskej Rusi (z činnosti epidemickej autokolóny); Mléko – nejdokonalejší potravin; Telovýchova (ľahká atletika); Fysiologie srdce. SNA, f. E MVZTV, k. 106.

⁷¹ SNA, f. E MVZTV, k. 106.

⁷² SNA, f. E MVZTV, k. 106.

⁷³ „Plagáty boli zapožičané a po skončení prednášok boli vrátené. Plagáty boli zaslané svojho času podľa poradia, ako okresné úrady urobili prihlášky, najskôr okresnému úradu v Kr. Chlmci, ten okresnému úradu vo Veľkých Kapušanoch. Ostatné okresné úrady zatiaľ prihlášky neurobili, každý okresný úrad keď podstúpi plagáty nasledujúcemu okresnému úradu, oznámi to tiež župnému úradu, aby župný úrad mal vedomosť, kde sa obrazy nachádzajú.“ SNA, f. E MVZTV, k. 106.

⁷⁴ SNA, f. Krajský úrad, administratívne oddelenia, 13. oddelenie – 1928, k. 67.

profesiách, rodinách a pod. Presentované údaje však naznačujú záujem štátu, rôznych organizácií a odborníkov o riešenie aktuálnej situácie.

V medzivojnovom období sa podarilo vybudovať funkčný systém poradní pre matku a dieťa, vďaka ktorým sa začala preventívna starostlivosť o najmladšiu generáciu. Poradne evidovali čoraz viac matiek a detí a trpezlivou prácou lekárov a sociálnych pracovníkov sa postupne darilo odstraňovať nevedomosť, poverry, čeliť veľkej zaostalosti, zvyšovať zdravotnícku osvetu najmä medzi sociálne slabšími vrstvami obyvateľstva. Práve tam bola táto pomoc najviac potrebná.