

**SLOVENSKÁ SOCIOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ**  
**PRI SLOVENSKEJ AKADÉMII VIED**  
SEKCIA SOCIOLOGIE ZDRAVOTNÍCTVA



**ÚSTAV SOCIÁLNEHO LEKÁRSTVA A LEKÁRSKEJ ETIKY LFUK,**  
**BRATISLAVA**

**SOCIOLOGIA ZDRAVIA A VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO**  
**PROBLÉMY A PERSPEKTÍVY SPOLUPRÁCE**

Zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej dňa 7. novembra 2018  
v Bratislave

Bratislava 2020

**SOCIOLOGIA ZDRAVIA A VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO - PROBLÉMY A PERSPEKTÍVY SPOLUPRÁCE.**  
**Zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej dňa 7. novembra 2018 v Bratislave.**

**Editorská poznámka**

Vedecká konferencia „Sociológia zdravia a verejné zdravotníctvo – problémy a perspektívy spolupráce sa uskutočnila v Bratislave v priestoroch Inštitútu pre výskum práce a rodiny. Konala sa v deň keď uplynulo presne tridsať rokov od začatia konferencie, ktorú zorganizovala naša sekcia v roku 1988 od 7. do 11. novembra v Tatranskej Lomnici pod názvom „Sociológia zdravia – možnosti a perspektívy. Bolo nám milé si toto výročie pripomenúť.

Cieľom konferencie bolo vytvoriť priestor pre výmenu poznatkov medzi sociológmi a odborníkmi z rozličných disciplín, ktorí pôsobia vo verejnom zdravotníctve. Tak ako naše predchádzajúce konferencie, aj táto mala multidisciplinárny charakter a príspevky predniesli sociológovia, lekári i ekonóm. Na konferencii odznelo desať referátov. V zborníku uverejňujeme sedem príspevkov, ktoré nám boli predložené na publikovanie. Príspevky neprešli jazykovou korektúrou.

**Editori:** prof. PhDr. Jozef Matulník, PhD.,

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava*

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.,

*Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave*

**Recenzenti:** MUDr. Michaela Kostičová, PhD., MPH

MUDr. Eva Chandogová, PhD., MPH

© Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV, Bratislava 2020

ISBN 978-80-85447-28-6 (CD-ROM)

EAN 9788085447286 (CD-ROM)

ISBN 978-80-85447-29-3 (online)

EAN 9788085447293 (online)

## Obsah

<b>Výzvy verejného zdravotníctva</b> Mariana MRÁZOVÁ, Andrea MLYNÁROVÁ, Michal MRÁZ	4
<b>Il'ja Jozef Marko a jeho prínos v oblasti výskumu zdravotno-sociálnych nerovností na Slovensku</b> Silvia CAPÍKOVÁ	10
<b>Zdraví ve výběru a výchově průmyslového člověka</b> Martina URBANOVÁ	26
<b>Pracovné úrazy a BOZP u starších pracovníkov</b> Rastislav BEDNÁRIK	37
<b>Henry Ernest Sigerist - vedec a reformátor</b> Silvia CAPÍKOVÁ, Vojtech OZOROVSKÝ	49
<b>K vymedzeniu oblasti sociológie zdravia a choroby</b> Jozef MATULNÍK	57
<b>Najlepší záujem dieťaťa - ako rozlišovacie kritérium pro-rodinnej a proti-rodinnej politiky ( pohľad pediatra )</b> Andrej HRÁDOCKÝ	70

# VÝZVY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

## CHALLENGES OF PUBLIC HEALTH

**Mariana MRÁZOVÁ, Andrea MLYNÁROVÁ, Michal MRÁZ**

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svAlžbety, Bratislava*

### **Abstrakt**

Pozitívne zdravie komunit je možné dosiahnuť iba prostredníctvom vzťahu medzi konvenčným sektorom zdravotníctva a ostatnými rozvojovými odvetvami. Bol to sen, ktorý sa stával skutočnosťou, keď Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) prijala primárnu zdravotnú starostlivosť (PZS) ako hlavný nástroj na dosiahnutie navrhovaného cieľa Zdravie pre všetkých do roku 2000, avšak výsledky nespĺnili očakávanie. V súčasnosti máme miléniové rozvojové ciele (MDG), ktoré stavajú zdravie do centra rozvoja, avšak úspechy v oblasti zdravia zostávajú výzvou (Anish, 2013). V tomto článku sa stručne uvádza záťaž a zložitosť problémov, ktorým čelí súčasné verejné zdravotníctvo.

### **Kľúčové slová**

zdravie, výzvy verejného zdravotníctva, prenosné a neprenosné ochorenia, global health

### **Abstract**

Positive health of the communities could only be brought out through the interrelationship between conventional health sector and other development sectors. It was a dream that came true when World Health Organization (WHO) accepted Primary Health Care (PHC) as the major tool to achieve its proposed goal of Health For All (HFA) by 2000 A.D., but we could not succeed as expected. Now we have the Millennium Development Goals (MDG), which place health at the heart of development but the achievements in health is still challenging (Anish, 2013). The current article briefly narrates the burden and complexities of challenges faced by the present public health.

### **Key words**

health, challenges of public health, communicable and noncommunicable diseases, global health

### **Úvod**

Organizované úsilie ľudstva smerom k zdravým komunitám je rovnako staré ako ľudská civilizácia. Tieto snahy bol sprevádzané úspechmi aj neúspechmi. Svetová zdravotnícka organizácia viedla mnohé aktivity smerom k dosiahnutiu cieľov programu Zdravie pre všetkých do r. 2000. Napriek tomu, že členské štáty formulovali svoju zdravotnú politiku v súlade s týmito cieľmi, kampaň nespĺnila očakávania kvôli nerovnostiam v zdraví na celom svete (McIntyre, 2007).

Miléniové rozvojové ciele vychádzajú z Miléniovej deklarácie, ktorá bola podpísaná v septembri roku 2000 na Miléniovom summite. Jej podpis je výsledkom boja proti chudobe.

Deklaráciu signovali členské štáty OSN. Spoločne sa až 189 krajín, vrátane Slovenskej republiky, zaviazalo venovať pozornosť odstraňovaniu chudoby a udržateľnému rozvoju a podporovať dosiahnutie miléniových rozvojových cieľov. Tieto krajiny sa odhodlali “vytvoriť prostredie – rovnako na národnej i medzinárodnej úrovni – ktoré napomáha rozvoju a odstráneniu chudoby.” (Unicef, 2010). Miléniové rozvojové ciele si kladú za záväzok znížiť chudobu na svete do roku 2015. Tieto ciele predstavujú všeobecne akceptovaný rámec pre meranie pokroku vo svete a pozornosť sveta upriamujú na dosiahnutie významného zlepšenia kvality života ľudí - tak pre rozvojové, ako aj pre bohaté krajiny. Predpokladajú celkové zlepšenie v oblasti zdravia, vzdelávania, odstraňovania chudoby, enviromentálnej udržateľnosti a medzinárodnej spolupráce. Sektor zdravotníctva nemá nezávislú existenciu, je úzko spojený s ostatnými odvetviami.

### **Materská a detská úmrtnosť**

V rozvinutých krajinách je materská úmrtnosť 13 matiek ktoré zomreli v súvislosti s tehotenstvom, pôrodom a šesťnedeľím v prepočte na 100 000 živonarodených detí, v rozvojovom svete je to 440 na 100 000 živonarodených detí. Najčastejšími príčinami sú masívne krvácanie (24%), nepriame príčiny (20%), infekcie (15%), nelegálne potraty (13%), eklampsia (12%), nevhodné pracovné podmienky (8%), iné (8%) (WHO, 2008). Z globálneho pohľadu miera úmrtnosti detí v rozvinutých regiónoch klesá. Avšak v Afrike sa vykazuje o 35% vyššia úmrtnosť detí ako pred 10 rokmi (Moser, 2005). Takmer polovica úmrtí u detí v tomto regióne je vo veku pod 5 rokov a je to dôsledok nedostatočnej prevencie, liečby, zdravotných systémov, socioeconomickej stagnácie kvôli konfliktom, politickej instabilite a HIV/AIDS (Landes, 2012). Na základe doterajších skúseností je potrebná politická vôľa a leadership na zlepšenie zdravia matiek a detí. Je však potrebné skonštatovať, že príčinou väčšiny detských úmrtí sú pneumónia, hnačky, osýpky, malária a malnutrícia (Bryce, 2005) a mnohým z nich je možné predchádzať použitím vhodných intervencií. Neodstatočným očkovaním v detskom veku sú preventabilné ochorenia stále vo veľkej miere problémom krajín tretieho sveta.

### **Výživa a chudoba**

Nedostatočná výživa je stále hlavnou príčinou úmrtia detí mladších ako 15 rokov a chudoba predstavuje hlavný determinant úmrtí. V tejto súvislosti OSN prijala ako jeden z hlavných miléniových cieľov zníženie extrémnej chudoby a hladu. Malnutrícia u detí zvyšuje riziko prenosných ochorení, hlavne pneumónie a hnačkových ochorení a v budúcnosti zvyšuje incidenciu neprenosných ochorení ako diabetes, kardiovaskulárne ochorenia (Montalvo, 2011).

Z toho vyplýva, že situácia miliónov detí, ktoré trpia hladom kvôli ekonomickej deprivácii a politickej instabilite na celom svete, prispieva ku globálnej záťaži ochoreniami v dospelosti. Potravinová bezpečnosť vo svete, najmä v krajinách Afriky a Ázie je opäť ohrozená v kontexte s klimatickými zmenami a extrémami v počasí. Politická instabilita a ekonomická kríza sú dôsledkom hospodárskej krízy v týchto krajinách. Milióny ľudí zápasia o jedno jedlo denne a úmrtia v dôsledku vyhladovania sú stále zaznamenávané z viacerých afrických krajín. Paradoxne sa čoraz viac potravín používa na výrobu energie v rozvinutých krajinách a je hanebné, že potraviny sa využívajú ako palivo v čase, kedy približne 1 miliarda ľudí hladuje a žije v extrémnej chudobe s príjmom 1 \$ na deň.

### **Prenosné ochorenia**

Za posledné dve storočia sme boli svedkami úspechov, ale aj neúspechov v oblasti kontroly infekčných ochorení, ktoré boli predtým hlavnou príčinou smrti. Úspechy boli výsledkom antibiotickej liečby, vakcinácie, zlepšenia v oblasti hygieny, bezpečnosti potravín a výživy. V dôsledku vakcinácie došlo k eradikácii pravých kiahní, čiastočnej eradikácii poliomyelitídy a k eliminácii ďalších infekčných ochorení, ako napr. záškrť, tetanus, osýpky. Naopak objavili sa nové ochorenia – HIV, nové formy chrípky a obnovili výzvy pred svetovou komunitou verejného zdravia. Ďalšími problémami sa stala narastajúca rezistencia na používané antibiotiká a nedostatok vakcín, čo zdôrazňuje potrebu nových vakcín a účinných antibiotík a posilnenie opatrení na kontrolu životného prostredia. Nové poznatky o infekčnom pôvode rakoviny krčka maternice, prečene a žalúdka posilnili snahy o primárnu prevenciu. Tragicky dlhé intervaly pri prijímaní „nových“ a nákladovo efektívnych vakcín spôsobujú každoročne stovky tisíc úmrtí, ktorým sa dá predísť v rozvojových a stredne rozvinutých krajinách. Podarilo sa zvládnuť mnohé tropické ochorenia, avšak malária a tuberkulóza zostávajú naďalej obrovským globálnym problémom. Výskum, získavanie nových poznatkov, komunikácia o rizikách, uplatňovanie v súčasnosti dostupných prostriedkov a spravodlivá distribúcia predstavujú v nadchádzajúcich desaťročiach veľké výzvy pre verejné zdravotníctvo (Schlipkötter, 2010).

Rezistencia na antituberkulotiká a na anti HIV preparáty sa stáva veľkou výzvou (Minion, 2013). Rezistencia na konvenčnú liečbu tuberkulózy je pomerne dobre zdokumentovaná, avšak rozvoj rezistencie na druhú líniu liečby u MDR-TB (Multidrug-Resistant Tuberculosis), XDR-TB (Extra Multidrug-Resistant Tuberculosis) predstavuje ďalšiu výzvu. Malária patrí tiež k výzvam verejného zdravotníctva, pretože polovica svetovej

populácie je v riziku a je príčinou okolo 3000 úmrtí každý deň. Aj tu sa objavuje nárast rezistencie na antimalariká, ale aj na insekticídy.

Geografické zmeny napomáhajú vzniku nových arbovirusových ochorení prenášaných komármi z rodu *Aedes* - pandémie Chikungunya a Dengue. Podmienky pre spomínané nákazy vytvárajú viaceré faktory: zmena podnebia, zvýšená adaptabilita vektorov, pohyb ľudí, nedostatočná sanitácia a pod.

### **Neprenosné ochorenia**

Narastajúca mortalita na neprenosné ochorenia v rozvinutých krajinách reflektuje zmenu životného štýlu. Neprenosné ochorenie, ako napríklad kardiovaskulárne ochorenia, rakovina, chronické respiračné ochorenia a diabetes patria medzi hlavné príčiny zdravotných postihnutí, zlého zdravia, invalidného dôchodku a predčasného úmrtia v EÚ a predstavujú značné spoločenské a hospodárske náklady. Ďalším otvoreným problémom pre verejné zdravotníctvo je pandémie obezity a jej kauzálnej súvislosti s kardiovaskulárnymi ochoreniami a diabetom. Podľa Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) v EÚ každoročne predčasne zomrie v dôsledku neprenosných chorôb približne 550 000 ľudí v produktívnom veku. Tieto choroby sú hlavnou príčinou úmrtí v EÚ. Pripadá na ne väčšina výdavkov na zdravotnú starostlivosť – ekonomiky EÚ ročne stoja 115 miliárd EUR, čo predstavuje 0,8 % HDP (EUROSTAT, 2019).

### **Enviromentálne faktory**

K ovplyvňujúcim determinantom zdravia patria okrem životného štýlu, zdravotnej starostlivosti a socioekonomických faktorov aj faktory životného prostredia. Patria k nim extrémne teploty a znečistenie vzduchu, ďalej povodne, suchá, kontaminovaná voda a následne zvýšené riziko ochorení, klimatické vplyvy na poľnohospodárstvo a s tým súvisiaca podvýživa, extrémne premenlivá klíma, ktorá môže viesť k zničeniu obydľí, komúní, až k hromadným úmrtiam. Záťaž zvyšujú aj narastajúce problémy spojené s urbanizáciou, znečistením ovzdušia, vody, pôdy a využívaním neobnoviteľných zdrojov (WHO, 2011).

### **Etika vo verejnom zdravotníctve**

Etický rozmer verejného zdravia sa vo veľkej miere zakladá na „Utilitárnom princípe“ – „Najväčší úžitok pre najväčší počet“. Avšak „hlas tretieho sveta“, v ktorom je takmer 80% populácie, sa pri plánovaní často zanedbáva. Na lokálnej úrovni sa tiež pri plánovaní

zanedbávajú marginalizované skupiny. Veda a technika sú postavené pred ďalšie etické otázky, ako sú transplantácia orgánov, genetické inžinierstvo a klonovanie, medicínske rozhodnutia nepodložené dôkazmi a často ovplyvnené trhovými hodnotami a v neposlednom rade sú to otázky týkajúce sa klinického skúšania, pričom ľudia z krajín tretieho sveta sú často predmetom klinického skúšania. (Anish, 2013)

## **Záver**

Hlavnou víziou verejného zdravotníctva sú „zdraví ľudia v zdravých komunitách“. Hlavnou misiou je podpora fyzického a mentálneho zdravia, opatrenia zamerané na predchádzanie vzniku ochorení, snahy o predĺženie rokov produktívneho, kvalitného života bez chorôb a iných zdravotných obmedzení, predchádzanie úrazom a invalidite cestou organizovaného úsilia spoločnosti. Významným fenoménom, ktorý stojí pred verejným zdravotníctvom, je globalizácia. Charakterizuje ju narastajúca migrácia obyvateľstva (legálna aj ilegálna), degradácia životného prostredia, demografické zmeny, posun ku konzumnému spôsobu života, ale aj katastrofy zasahujúce rozsiahle kontinentálne oblasti. Globalizácia ekonomiky má svoje výhody pre rozvoj spoločnosti, avšak prináša aj negatívny účinok na zdravie populácie, napr. export tabaku a tabakových výrobkov a toxického odpadu. Teda prioritou verejného zdravotníctva sa v 21. storočí stáva globálne zdravie. Neľahkou úlohou je otázka, ako je možné prekonať najzávažnejší – ekonomický problém globálneho zdravia, keďže 90% svetových zdrojov ide na riešenie problémov zdravia 10% svetovej populácie a naopak, 10% svetových zdrojov zostáva na riešenie problémov zdravia 90% svetovej populácie. (Šulcová, 2012)

Zápas o globálne zdravie v 21. storočí je program, ktorý prekračuje hranice štátov a kontinentov, aby v spolupráci všetkých zainteresovaných v spoločnom úsilí zabezpečoval zdravie populácie.

## **Zoznam bibliografických odkazov:**

1. **ANISH, T. S.; SREELAKSHMI, P. R.:** Revisiting public health challenges in the new millennium. *Annals of medical and health sciences research*, 2013, 3.3: 299-305.
2. **BRYCE, J, BOSHI-PINTO, C, SHIBUYA, KHIBUYA, K, BLACK R.E.:** WHO Child Health epidemiology research group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005, 365:1147-52.
3. EUROSTAT: Štatistika príčin smrti, 2019. [elektronický zdroj] Dostupné z <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>



4. LANDES, M, van LETTOW, M et al.: Mortality and health outcomes of HIV-exposed and unexposed children in a PMTCT cohort in Malawi. *PLoS One*, 2012; 7:e47337.
5. MCINTYRE, E, ECKERMANN, S.: Health for all: Are we there yet? *Aust J Rural Health*, 2007; 15:390.
6. MINION, J., GALLANT, V., WOLFE, J., JAMIESON, F., LONG, R.: Multidrug and extensively drug-resistant tuberculosis in Canada 1997-2008: Demographic and disease characteristics. *PLoS One*, 2013;8:e53466.
7. MONTALVO, W., CAPITULO, M.: Is poverty the root cause of the epidemic of type 2 diabetes mellitus in children? *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2011; 36:8-9.
8. MOSER, K., SHKOLNIKOV, V., LEON, D.A.: World mortality 1950-2000: Divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bull World Health Organ*, 2005; 83:202-9.
9. SCHLIPKÖTER, U., FLAHAULT, A.: Communicable diseases: achievements and challenges for public health. *Public Health Reviews*, 2010, 32,1, 90.
10. ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR, I., FABIANOVÁ, E.: *Verejné zdravotníctvo*. VEDA, - vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2012, s. 21-23.
11. UNICEF (2010): *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. Dostupné z <http://www.unicef.org/mdg/>
12. WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION): *Commission on social determinants of health final report. Closing the gap in a generation*. 2011 [elektronický zdroj] Dostupné z [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf) [Last accessed on 2011 Dec 11].

## Kontakt

prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD, MHA  
 Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety  
 Nám. 1. mája 1  
 811 06 Bratislava  
 E-mail: marianamrazova@gmail.com

# IEJA JOZEF MARKO A JEHO PRÍNOS V OBLASTI VÝSKUMU ZDRAVOTNO-SOCIÁLNYCH NEROVNOSTÍ NA SLOVENSKU\*

IEJA JOZEF MARKO AND HIS CONTRIBUTION TO THE RESEARCH OF HEALTH AND SOCIAL INEQUALITIES IN SLOVAKIA

Silvia CAPÍKOVÁ

*Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave*

## **Abstrakt**

Cieľom príspevku je priblížiť biografiu I.J.Marko a jeho vklad do sociológie zdravia. Hoci Marko nebol graduovaným sociológom, pod jeho menom vyšla monografia s názvom „Dornkappel: Predmestie troch jazykov“, ktorá zachytáva dobovú sociálnu realitu slovom i vo fotografiách. Využil rôzne techniky zberu dát, napr. analýzu rodinných účtov, pozorovanie, rozhovory, analýzu dokumentov, a pod. Publikácia rozsahom aj kvalitou metodológie prekračuje rámec dobovo populárnej sociálnej reportáže, môžeme ju pokladať za jednu z prvých exaktných štúdií sociálnej podmienenosti zdravia a zdravotného správania u nás.

## **Kľúčové slová**

I.J.Marko, sociológia zdravia, sociografia, dejiny sociológie, dejiny medicíny, vizuálna sociológia

## **Abstract**

The main focus of the paper is biography of the writer I.J.Marko and his contribution to sociology of health. Although Marko did not graduated in sociology, he authored the book „Dornkappel: A Suburb of Three Languages“, reflecting the historical and social reality by word and phtographs. He used various methods of data collection, e.g. analysis of family spendings, observation, interview, analysis of documents, etc. His publication by its volume extent and quality of content is ovrarching the limits of popular social reportage and can be considered as one of the first empirical systematic studies of social determination of health and health behavior in Slovakia.

## **Key words**

I.J. Marko, sociology of health, sociography, history of sociology, history of medicine, visual sociology

\*Príspevok bol vypracovaný v rámci riešenia projektu VEGA č. 2/0100/16 „Zdravotníctvo na Slovensku v rokoch 1948-1966“.

## Úvod

V tejto práci chceme predstaviť problematiku zdravia v pozoruhodnej monografii „*Dornkappel: Predmestie troch jazykov*“, jej autor I.J.Marko nebol graduovaným sociológom, napriek tomu táto monografia ktorá vyšla v Prahe v roku 1938 pod jeho menom, vzhľadom na kombináciu rôznych výskumných techník a kvalitu spracovania, môže byť pokladaná nielen za sociografickú štúdiu územného spoločenstva, ale predovšetkým za jednu z významných prác z oblasti sociológie zdravia. Poskytuje zároveň hodnotný historický materiál.

## Životná dráha

I.J.Marko sa narodil v chudobnej rodine 1.2. 1907 v Bánovciach nad Bebravou a zomrel 17. 9. 1980 v Bratislave. Jeho pracovná dráha nezačala ľahko. Bol stavebným robotníkom (1921 – 1923), vyučil sa za čašníka, v rokoch 1923 – 1929 bol čašníkom v hoteli Bláha v Bratislave. Zároveň sa zapájal do literárneho života, udržiaval kontakty s mladými spisovateľmi a umelcami, v roku 1929 mu vyšla prvá z jeho niekoľkých básnických zbierok „Hlas práce“. V rozpätí 1929-1932 bol nezamestnaný. Po ukončení gymnázia 1932 sa zamestnal ako úradník na bratislavskom magistráte, kde pracoval až do roku 1938. (Sedlák, 2017, s.43) Ako pracovník Robotníckej sociálnej poisťovne (1938-1945) (tamtiež) mal príležitosť pracovať s úradnými dokumentmi a štatistikami. História a vývoju verejného poistenia robotníkov na Slovensku, vychádzajúcu z veľkej časti zo štatistických prehľadov, venoval samostatnú analýzu (Marko, 1940a, 1940b), ktorá bola v dvoch častiach publikovaná v oficiálnom publikačnom nástroji – Zprávy mesta Bratislavy.

Po 2. svetovej vojne vystriedal redaktorské miesta viacerých časopisov – Bojovník 1945-1947, ČTK 1947-1951, 1951-1955, Kľúč stavby, Ľudový motorista, Požiarnik a i. V Prahe redigoval časopis Čs. dopravák (1955-1959), Lučebník (1959-1962). Krátko pôsobil ako správca Osvetovej besedy v Petržalke, 1963-1968 bol úradníkom Reštaurácií a jedální, posledným pôsobiskom bola redakcia Autodopraváka v Bratislave (1968-1972). Mal troch synov. (kol., 1990, s. 73-74).

Do povedomia odbornej verejnosti vstúpil ako básnik, novinár, amatérsky fotograf, autor textov k populárnym piesňam medzivojnového obdobia. Je autorom niekoľkých šlágrov z repertoára F. K. Veselého. Ako textár spolupracoval s viacerými hudobnými skladateľmi ako Ernest Generisch, Jankom Matuška a i.

## Diferenciácia územného spoločenstva Bratislavy

Markova jediná monografia nesie podtitul „*Predmestie troch jazykov*“ a jej autor venoval veľa priestoru, aby odlišil nuansy životných podmienok obyvateľov predmestia Dornkappel (dnes súčasť mestskej časti Trnávka patriacej pod II. Bratislavský obvod).

Od 20. rokov 20.storočia dochádzalo k intenzívnej migrácii vidieckeho obyvateľstva, mesto reagovalo pridelovaním lacných parciel v okrajových častiach Bratislavy. Nešlo o sociálne homogénnu komunitu, pre lacné ceny pozemkov tu bývali aj nižší úradníci.

Po r. 1918 Bratislava zaznamenala enormný nárast obyvateľstva, najväčší z piatich najväčších miest vtedajšieho Československa. Bytová situácia sa zhoršovala, nestavalo sa potrebné množstvo lacných malých bytov, čo dokladuje V. Obuchová (1986) z mestských štatistík. V 20. rokoch 20. storočia okrem mestom postavených kolónií (napr. Ružinov) a množstva súkromných domov postavených za pomoci bytových družstiev (napr. Zátíšie – Heimkultur) vznikali a v 30. rokoch sa rozrastali robotnícke kolónie ako Emyháza, Hohenay, Westend, Auliesel, Dornkappel. (Lehotská, Lehotský, 1979) Provizórne príbytky a chatrče oblepené papierom, stavané načierno, sa hojne nachádzajú zachytené slovom a obrazom v dobových tlačovinách ako príklady neznesiteľného bývania robotníkov a nezamestnaných v Bratislave. V rokoch 1929-1938 neutešenú bytovú situáciu ešte zhoršila hospodárska kríza.

Priemyselný potenciál mesta predstavovalo vyše 90 priemyselných podnikov, množstvo dielní, veľký počet obchodov. (Obuchová, 1986, s.23-24) Rozhodujúcim faktorom rozvoja mesta bol najmä rozvoj priemyselnej základne a súvisiace pracovné miesta, stala sa však aj administratívnym a kultúrnym centrom, začalo sa intenzívnejšie rozvíjať i vysoké a stredné školstvo. V danom období bola multikultúrnym a multinárodnostným mestom, „z hľadiska kvality životných podmienok a životných prejavov svojich obyvateľov predstavovala v rámci Slovenska najrozvinutejšie a vzhľadom k ostatným mestám v podstate „veľkomestské“ prostredie.“ (Gajdoš, 1987, s.260)

V rámci mesta dochádza k výraznejšej sociálno-územnej diferenciácii obyvateľstva, pričom jednotlivé lokality obývalo špecifické, sociálne relatívne homogénne mestské spoločenstvo (Gajdoš, 1987, s.262). Obytné prostredie Bratislavy tvorilo historické a nové centrum, prostredie činžových a rodinných domov a prostredie vilových štvrtí. Majetnejšie vrstvy obyvateľstva, tvorené najmä inteligenciou, bývalou aristokraciou a zbohatlíkmi, bývali na Palisádach, nad hradom a v dobre vybavených bytoch v centre mesta. Kým pre obdobie rokov 1873-1918 bytovú otázku prisťahovalcov z vidieka a robotníkov riešili najmä zamestnávateľia, menej filantropi, mesto stavalo činžové mestské domy, v prvej polovici 20.

storočia typické „robotnícke“ štvrte vznikali takmer výlučne svojpomocne - individuálnou alebo družstevnou výstavbou, živelne či núdzovo. (Kovačevičová, 1987, Obuchová, 1986)

Pre dané obdobie je pre Bratislavu charakteristická diferenciácia aj vo vnútri menej majetného obyvateľstva a jeho bytových podmienkach. Na jednej strane to boli v podstate komfortné, vybavené byty, na druhej strane ľudia bývali v preplnených, pivničných či provizórnych obydlíach. Robotnícke kolónie sa postupne vykryštalizovali ako štvrte chudoby: Zuckerman dl, Blumenthal, Tehelné Pole, Dornkappel, továrnska štvrť Grossling, Feribské Ovsište a Petržalka – to bolo 7 okresov Bratislavy, v ktorých v 20. a 30. rokoch 20. storočia bývalo najviac chudobných obyvateľov mesta, kde bola najčastejšie rozdeľovaná podpora nezamestnaným. (Obuchová, 1986, s.25)

V období pred II. svetovou vojnou sa Cukerman dl a Trnávka (tiež zvaná Mexiko) stali strediskami kriminality a Vydrice strediskom prostitúcie. V rastúcom meste bola veľká bytová núdza, spojená s bytovou úžerou. Pristáhovalci, často bez stáleho zamestnania, si nemohli dovoliť prenajať byty v meste, a spolu s nezamestnanými starousadlíkmi svoju bytovú situáciu riešili rôzne – napríklad táborením v stanoch pri Dunaji alebo stavaním barakov z krabíc a dreva na zasypaných močiaroch a nekultivovanej pôde (Elyzeum, Ovsište a pod.), ale aj na bývalom smetisku. (Kovačevičová, 1987, s.273)

Keď sa mesto Bratislava rozhodlo prideľovať stavebné pozemky, na periférii mesta začali vznikať sídliská obývané pristáhovalcami, resp. robotnícke kolónie, ako Slamený vrch, Tehelné Pole, Aulizl, Zaboš, Ružinov, Emyháza, Westend, Masarykova kolónia, Štúrova kolónia, Dornkappel, Zátíšie a iné. (Obuchová, 1986, Kovačevičová, 1987) V 30. rokoch 20.storočia sa najdynamickejšie rozrastala kolónia Dornkappel. Špecifická bola i tým, že do nej mesto pravidelne deložovalo obyvateľov Bratislavy (spravidla starousadlíkov), ktorí neboli schopní splácať nájomné v bytoch postavených mestom v centrálnejšie položených častiach mesta. (Marko, 1938) Tak sa na pomerne malom priestore kumulovali sociálne problémy a patologické javy ako nezamestnanosť, chudoba, alkoholizmus, sociálna deprivácia, kriminalita a zdravotné problémy.

Chudoba, podvýživa, stála neistota, slabá hygiena domácností, nezdravé prostredie, rizikové správanie časti obyvateľov prilo šíreniu infekčných a pohlavných chorôb. Širšie chápané sociálno-zdravotné nerovnosti sa prejavovali vo viacerých oblastiach, napríklad v kvalite bývania, v hygiene, stravovaní, odievaní, spolu s alkoholizmom, fajčením, promiskuitou, prostitúciou, u pracujúcich v kombinácii so zlými pracovnými podmienkami a takmer žiadnou bezpečnosťou práce vytvárali synergický efekt. Sociálno-zdravotnú situáciu hodnotí Marko nasledovne: „Lekári zbytočne bojujú proti chorobám, pretože príčina chorôb je:

bieda a všeobecne nezdravé pomery. Dornkappel je nielen štvrťou biedy, ale ložiskom baktérií v Bratislave.“ (Marko, s.156)

Z dobovej tlače je zrejmé, že Dornkappel priťahoval záujem novinárov a spisovateľov (Milo Urban, Daniel Okáli, a i.). Dva a pol roka (1936-1938) tu býval sám Il'ja J. Marko. Významný lekár a vedec, budúci nestor sociálnej pediatrie Prof. MUDr. A. J. Chura, podnikol na jeseň roku 1938 s poslucháčmi medicíny LF UK v Bratislave exkurziu „do najbiednejších končín bratislavskej periférie na Dornkapli“ s cieľom priblíženia sociálnej podmienosti zdravotnej situácie budúcim lekárom. (MUC. Sý., 1938, s.4)

Hoci osídlenie územia dnešnej mestskej časti Trnávka je podľa historických prameňov staršieho dáta, rozhodujúcim impulzom pre jej vznik bol práve masový prílev vidieckeho obyvateľstva začiatkom 20. storočia do Bratislavy.

Začali sa utvárať družstvá, ktoré pre svojich členov obstarávali pôžičky a poskytovali na úver stavebný materiál. Ako najdôležitejšie družstvo Marko označuje „Svojpomoc“, ktorá postupne rozširovala rozsah svojich aktivít aj na výdaj polievok od novembra 1929 pre chudobných dornkappelčanov v zimnom období a iné charitatívne akcie. Vznik kolónie Dornkappel môžeme podľa oficiálnych zdrojov datovať rokom 1928, kedy mesto Bratislava darovalo družstvu „Svojpomoc“ pozemky, aby si členovia družstva vystavali individuálne domčeky. Podmienkou pridelenia parcely v roku 1928 bolo, že sa na nej začne okamžite stavať. Parcelácia skončila v r.1929 vyčerpaním prídely. (Marko, 1938, s.10)

Obyvateľstvo Dornkaplu nebolo homogénne, Marko charakterizuje prvých obyvateľov nasledovne: „Neviazal ich k sebe spoločný jazyk, spoločná kultúra, spoločný pôvod, myšlienka alebo zážitok... Jeden od druhého rozlišovali sa vo zvykoch, myšlienkach, takže medzi nimi sa klenula hrádza...veľmi menlivý obraz nám ukazuje tiež ich stav vzdelanosti....Tu sa hromadí do Bratislavy vandrujúca chudoba. Česi, Moravia, Slováci, Rusíni, Nemci, Maďari, Srbi, Bulhari, Rumuni, Rusi ba i Čiňania sa tu miešajú... Z prisťahovalcov utvára sa predmestie, ktoré v každom ohľade odzrkadľuje veľké Podunajsko. Dornkappel je predmestie vo veľkom predmestí Východu a Západu: v Podunajsku.“ (Marko, 1938, s.16)

Sociálna diferenciacia obyvateľov vyplývala v počiatkoch z ich národnostného a sociálneho pôvodu, v neskoršom období bola založená najmä na príjmových nerovnostiach. Sociálne nerovnosti sa odrážali aj v prístupe k zdravotnej starostlivosti, ale predovšetkým v zdravotnom stave a zdravotnom vedomí obyvateľov.

## Sociálna diferenciácia obyvateľstva Trnávky

Ako je uvedené vyššie, ťažisko obyvateľstva tvorili prisťahovalci, diferencovaní národnostne, politicky i nábožensky. Z hľadiska zdravotno-sociálnych nerovností určujúcimi charakteristikami bolo vierovyznanie, sociálny pôvod a po určitom období asimilácie aj profesná a príjmová diferenciácia. Pokiaľ ide o sociálny pôvod prisťahovalcov, ako uvádza I.J. Marko, prví prišli z vidieka do mesta remeselníci, ktorí na vidieku tvorili akúsi elitnú vrstvu. Charakterizovala ich otvorenosť, sociabilné schopnosti, remeselná zručnosť. Pre nich sa prisťahovanie spájalo so sociálnou mobilitou, celkovým zlepšením postavenia a životných šancí. Zároveň s nimi prišli osoby, ktoré by sme mohli nazvať „dobrodruhmi“: od usídlenia sa v meste si sľubovali rýchly sociálny vzostup, podľa Marka ich charakterizovala ziskuchtivosť a závišť, nazýva ich „lumpenproletariátom“ a „pochybnými individuami“. Uvádza, že mali prsty v kriminálnych aktivitách, boli najčastejšími vykonávачmi nelegálnych potratov.

O niečo neskôr sa prisťahovali bývalí bíteři, bezzemkovia, panskí sluhovia, ktorí boli najchudobnejšou vidieckou vrstvou, a vďaka nedostatku kvalifikácie pre nich odchod do mesta neznamenal jednoznačnejšie zlepšenie ich postavenia. Ďalší obyvatelia sa na predmestie prisťahovali z Bratislavy, keď ich deložovali z nájomných bytov. Rodení Bratislavčania, najmä mestskí robotníci, sa sem však sťahovali i dobrovoľne, keďže stavebné pozemky „Svojpomoc“ predávala za priaznivú cenu 10,- Kč za m<sup>2</sup>. (Okáli, 1931) Pre porovnanie, r.1923 stál m<sup>2</sup> stavebného pozemku v meste 5-10 tisíc Kč. (Takáč, 1983, s.61)

V prvej polovici 20. storočia bola v sociálnej štruktúre Dornkapplu dominantnou **vrstva nezamestnaných a sezónnych robotníkov**, ktorých príjmy boli najmenšie a zdravotný stav a vedomie najhoršie. V apríli r.1937 bolo na Dornkappli 981 nezamestnaných, z toho 309 slobodných, s deťmi ich bolo 2091. (Marko, 1938, s.147) Z tejto sociálnej kategórie pochádzali podľa Marka vykonávачelia nelegálnych potratov. Ďalšou vrstvou boli **továrenskí robotníci**, ktorí mali síce nevelmi vysoké, ale stále príjmy, ktoré im umožňovali kvalitnejšiu výživu (častejšie a kvalitnejšie mäso). V rámci tejto vrstvy existovala tzv. **robotnícka aristokracia**, tvorilo ju koncom 30.rokov 20.storočia 40-50 ľudí. Boli to kvalifikovaní robotníci, zamestnaní v ťažkom priemysle, až na jednu-dve výnimky boli pôvodom Bratislavčania. Na miestne pomery mali vysoké zárobky. Menej početnou kategóriou boli **obchodníci**, ich životná úroveň však bola kolísavá a často bankrotovali. Relatívne početnou skupinou boli **drobní remeselníci**. Najlepšie zarábajúcimi obyvateľmi boli **úradníci a mestskí zamestnanci**, ich počet bol však nízky: 20-30. Z hľadiska zdravotného stavu, bývania a zdravého životného štýlu na tom boli vo vzťahu k ostatným vyše 6-tisíc obyvateľom najlepšie. (Tamtiež)

Výška zárobku u mužov a žien na Slovensku sa v prvej polovici 20.storočia líšila, priemerná mzda žien v národnom hospodárstve v r.1939 tvorila 55% priemernej mzdy muža, v roku 1944 tvorila 52%. (Klímová, 1960, s.58)

### **Verejná a osobná hygiena**

Všeobecné hygienické podmienky (komunálnu hygienu) determinovala jednak geografická poloha Trnávky, aj tzv. „občianska vybavenosť“, ktorá bola nedostatočná. Dlhو chýbali zdravotné služby, škola, jasle i opatrovňa. V r.1943 na spoločnom zasadnutí rozpočtového, sociálneho a zdravotného výboru snemu dňa 26.3.1943 MUDr. Rosíval kritizoval bytové pomery na Dornkapli a chýbajúcu kanalizáciu, vodovod, poštu i železničnú zastávku. (Klímová, 1960, s.70)

V relatívnej blízkosti Dornkaplu sa nachádzalo aj „robotnícke mestečko“ obklopujúce továrenský komplex Dynamit-Nobel, ktoré postupne rástlo od konca 19. storočia. (Obuchová, 1986) Poloha v blízkosti chemickej tvárne znamenala permanentne znečistené ovzdušie, pretekalo tadiaľ aj odpadový kanál továrne, ktorý znečistil mnoho studní, zo 442 v roku 1937 malo pitnú vodu 370. Trnávka dlho nemala elektrinu ani kanalizáciu, takže aj fekálie zahrabávané do jám pri domoch sa podpísali na tom, že mnoho studní bolo nepoužiteľných dokonca aj na polievanie zeleniny. Na 998 izieb a 6.300 ľudí pripadalo v roku 1937 iba 573 záchodov. (Marko, 1938, s.53) V roku 1929 mesto pre kolonistov postavilo 7 verejných studní napojených na mestský vodovod, k nim bolo v roku 1937 pripojených 92 bytov, iba 8,9% izieb malo vlastný vodovod – išlo o domy „robotníckej aristokracie“ a úradníkov. Prekážkou zriaďovania vodovodu bol fakt, že si ho majiteľ pozemku musel zaplatiť. Nadobúdacie náklady mnohých odrádzali. (Tamže)

Bytová hygiena bola determinovaná kvalitou stavby a počtom obyvateľov. Typická je preplnenosť pomerne malých miestností, na každú obývaciu miestnosť pripadalo v sledovanom období cca 6 ľudí. Kvalita stavby bola podmienená statusom a príjmovými možnosťami. Hmotným výrazom tejto diferenciácie bola zástavba, kde popri kvalitných, podpivničených, tzv. rožných a frontových domoch (cena cca 50 000,- Kč) stáli obytné kuchyne a provizórne domky (provizórny dom zo škváry a odpadových tehál vyšiel na cca 2-3 000,- Kč), ako aj chatrče najchudobnejších (cena cca 250,- Kč). Osoby s vyšším statusom si stavali honosnejšie domy, často sa zadlžili. (Marko, 1938)

Ohľadom možnosti primeraného bývania I.J. Marko napísal: *„Vyše 6 tisíc chudobných ľudí, i keby vedelo aký je zdravý byt, nemá k nemu možnosti. Tu uvedené bytové vyživovacie a ošacovacie pomery nám jasne vysvetľujú, prečo je na Dornkapli dennou chorobou divý*



*kašeľ, tuberkulóza, chudokrvnosť a reumatizmus. Väčšina bytov je celý rok mokrá a plesnivá, drevené budy, pivničné byty, hlinené provizórne domy sú nimi preplnené. Na každú obývaciu miestnosť pripadá 6 ľudí. Výkaly, špinavé vody a odpadky na tejto malej parcele zahrabávajú....Tu sa zhromaždila chudoba a choroby národov, povedal raz kňaz ktorý chodil po predmestí. Uskutočnilo sa nemocenské poistenie. Ale 65% nemôže ani najkaždodennejšie zdravotné požiadavky dodržať. Neprikladajú tomu veľkú váhu, alebo nemajú možnosti.“(Marko, 1938, s.155)*

V oblasti hygieny bývania situácia reflektovala chýbajúce zdravotné uvedomenie, ktoré Marko dáva do súvisu s dôsledkami biedy. *„V domoch sa nestarajú o zdravotné požiadavky, zriedkavo vetrajú, v zime aby neuniklo teplo, v lete aby nevnikal hmyz a priemyselný smrad. Preplnené mokré izby, nevetrané, špinavé. Tretina obyvateľov žije na tom stupni biedy, kde sa cít vyššieho ľudského stavu podlomí. V bytoch nezametajú, prach utierajú len raz do týždňa, riady nechávajú neumyté. V zime pre nedostatok kuriva byty neuschnú...“ (Marko, 1938, s.155)* *„V mnohých rodinách strašný hlad natoľko zlomí rodičov, že ani nemyslia na upratanie svojej izby.“ (Tamže, s.173)*

V oblasti osobnej hygieny situáciu ilustruje spotreba mydla - v r.1937 bol 4004 kg, teda na osobu pripadalo okolo 630 gramov. Zuby si 80% rodičov nikdy neumývalo. Podobne je situácia s umývaním rúk. Ako píše Marko: *„Zo 77 kg mydla predaného za týždeň na nezamestnaných pripadne veľmi málo- každý lekár, ktorý tu ordinuje dosvedčí že vo väčšine rodín nebolo mydlo, aby si lekár umyl ruky.“ (Marko, 1938, s.151)*

## **Stravovanie**

Typickým javom bola podvýživa, a to aj u veľkej časti zamestnaných obyvateľov. Najväčšia časť obyvateľov nedostávala potrebné minimum výživných látok pre udržanie tela. Strava bola nepravidelná, jednotvárna, nemenná, chudobná na vitamíny, tvorili ju najmä zemiaky a chlieb, v lete odpadky zeleniny. Nezamestnaní žili najmä z prídeltov zemiakov, mlieka, masti a cukru. Ak sa im podarilo nájsť si zamestnanie, boli natoľko zoslabnutí že nevládali pracovať, takže o prácu zasa rýchlo prišli. Kvalifikovaní robotníci mali stravu bohatšiu o kvalitnejšie a častejšie pripravované mäso, pili víno a pivo. Úradnícke rodiny jedávali počas dňa častejšie, jedlo bolo pestrejšie, viac používali mlieko a maslo. (Marko, 1938, s.128) Viac ako 1/3 obyvateľstva žila z rozmanitých podpôr (finančných, potravinových, palivových, prídely šatstva, obuvi a pod.) (Marko, 1938, s.147) V roku 1937 bolo v Bratislave okolo 6 tisíc nezamestnaných (s deťmi ešte viac), na ktorých pomoc by mesto potrebovalo 80 miliónov Kč. (Zprávy mesta Bratislavy, 1937, č.8, s.80-81)

Kvalitu a frekvenciu denných jedál determinovala veľkosť rodiny, vo viacpočetných rodinách s nižšími príjmami (sezónni robotníci a nezamestnaní) „*finančný obnos na osobu a deň predstavoval 39 (čo zodpovedalo pol vajička alebo 1,5 rožka) až 200 halierov*“. (Marko, 1938, s.151) Autor zisťoval rozhovormi (autentický prepis zachytáva aj jeho kniha) s deťmi, či sú hladné – podľa jedného z detí, keď od rodičov pýta ďalšie jedlo, povie mu mama že je to maškrtnosť. (Tamtiež)

Najväčšie šance zamestnať sa v priemysle mali mladé dievčatá, ktoré kvôli tomu že museli živiť rodinu, často opúšťali predčasne školu. Veľké továrne ako zamestnávateľia nebrali ohľady na dojčiacie matky ani tehotné ženy a neposkytovali im prestávky na jedlo ani oddych. Prestávky na jedlo boli upierané aj ženám zamestnaným ako sekretárky či úradníčky v súkromných kanceláriách. Problematická bola aj dostupnosť jedla a jeho skladovanie, ak si ho zamestnanec priniesol sám. Iba v niektorých továrňach boli kantíny a za 3,- koruny si zamestnanci mohli kúpiť kvalitný a údajne chutný obed. (Tamže)

Takmer vo všetkých rodinách bola frekventovaným nápojom biela káva, varená najčastejšie vo vode, bez mlieka. Spotreba mlieka bola nízka a mnoho detí ho mohlo dostať len vďaka mliečnym akciám v školách alebo mliečnym prídelom od mesta. Na spotrebe alkoholu sa podieľala prevádzka piatich krčiem a doma vyrobené produkty.

### **Zdravotná starostlivosť a detské poradne**

„*Veľká bieda na Dornkappli bola predmetom diskusií na zasadnutiach rôznych mestských orgánov. V novembri 1929 sa na sociálne oddelenie Mestskej rady dostavila deputácia obyvateľov Dornkapplu, ktorá uviedla, že asi 300 detí z tohto predmestia žije v hroznej biede. Mestská rada sa obrátila o pomoc na Mestskú starostlivosť o matky a kojencov so žiadosťou, aby poslala sociálne sestry na spísanie pomerov v tejto kolónii.*“ (Lehotská, Lehotský, 1979, s.149) V októbri 1931 bola ustanovená „zmluvná mestská pôrodná asistentka pre kolóniu Dornkappel a Tehelné pole“ (ZMB, č. 34, s. 1-2) „*Ešte v roku 1933 A. Kollár v rámci diskusie členov Zastupiteľského zboru o rozpočte mesta Bratislava na rok 1933 zdôrazňuje, že „zdravotná služba nie je dostatočná na osadách Ružinov, Dornkappel, Westend,... Požaduje aj kanalizáciu a výstavbu ciest.*“ (Lehotská, Lehotský, 1979, s. 218)

Organizácia zdravotníctva a zdravotných služieb vyplývala zo zdravotnej politiky štátu. (Falisová, 1999) V Trnávke ju obyvatelia hojne využívali, najmä ak mohli dostávať nemocenské dávky. Do rôznych nemocenských poisťovní v apríli 1937 patrilo 48,5% obyvateľstva Dornkapplu. Tí, čo poistení neboli, mali zadarmo nárok na lekárske ošetrenie. S liekmi, ktoré boli pridelené zadarmo cez nemocenskú poisťovňu, sa obchodovalo. Tak ako

inde na Slovensku, len doplnkovo tu pôsobili organizácie mesta a charitatívne spolky a združenia, napríklad napríklad Charitas, Saleziáni, Svoradov, ČSČK. Vzhľadom na rozsah chudoby a podvýživy nemohli priniesť zásadné zlepšenie. (Marko, 1938)

Zo 100 prezretých chorých je 30 tuberkulózných a chorých na žalúdok. Častou chorobou boli žalúdočné vtedy, u starších rakovina. Každé tretie dieťa bolo chudokrvné. (Marko, 1938, s.153)

Špecifická situácia bola v prípade starostlivosti o dojčatá a matky. V r.1929 sa mesto rozhodlo na Dornkappli postaviť poradňu pre matky a kojencov. Uskutočnila sa až v januári 1931 pričom už v 1.roku bolo prezretých 2487 detí, pričom „na základe nezamestnanosti a pokazených mravov, časť matiek zaujímalo iba koľko podpory peňazí dostanú z titulu návštevy poradne na dieťa... 60% detí sa narodí proti vôli rodičov. 20% sa narodí preto, aby rodičia dostali na ne podpory.“ (Marko, s.164). Podobná bola situácia aj v iných častiach Slovenska. Ako píše Falisová, „veľkým problémom bolo presvedčiť matky, aby do poradní prichádzali k skúsenému lekárovi...v mnohých prípadoch sem prichádzali len kvôli materiálnej výpomoci ...“ pričom naproti tomu v Česku, najmä v mestách, prichádzali matky dobrovoľne aby chránili životy svojich detí, lebo vedeli že „poradňa neslúži na ošatenie alebo potravinové dary.“ (Falisová, 2004b, s.31)

Poradne nemohli zabezpečiť výrazné zlepšenie starostlivosti o deti robotníkov, ak totiž matka pracovala, často sa do práce vrátila do šiestich týždňov po pôrode. To sa dialo i napriek skutočnosti, že zákon o nemocenskom poistení z roku 1924 dával nárok poistenkám na podporu matiek v šestonedelí. Podpora prislúchala vo výške 2/3 mzdy. Ďalšiu 1/3 mzdy tvorila tzv. prémie za dojčenie, ktorá mohla byť vyplácaná dojčiacim matkám po dobu 12 týždňov po pôrode. (A. Falisová, 2004b, s.31) Marko uvádza: „Rodičia pracujú, hľadajú si prácu alebo žobru, takže o deti sa musia starať o niečo málo starší súrodenci, ktorí si na nich nezriedka vybijajú zlosť.“ Údaje o deťoch z rodín úradníčok sa mu nepodarilo zistiť, manželky mestských zamestnancov boli zväčša prípadov v domácnosti. (Marko, 1938, s.172)

V roku 1936 bola úmrtnosť detí do jedného roka v Dornkappli 16,29% (Marko, 1938, s.174). Toto číslo vysoko prekračuje celoslovenský priemer z tohto roka - 149,8 na 1tisíc živonarodených, (Falisová, 2004a, s.370). Porovnateľne nepriaznivé údaje nachádzame v chudobných okresoch Slovenska (A. Falisová, 1999, tiež A. Štefánek, 1945). Dojčenská úmrtnosť je podľa mnohých autorov najspoľahlivejším ukazovateľom hygienických, ale aj sociálnych pomerov obyvateľstva. (Matulník, Imrichovičová, Brukerová, 1999)

Citeľne chýbali jasle, ako aj detská opatrovňa. Pre školské účely mesto poskytlo 2670 štvorcových siah pozemku, avšak škola sa do r. 1937 nevystavala a starostlivosť o matky a kojencov sa dlho realizovala v inej kolónii. (Marko, 1938, s.32)

## **Reprodukčné správanie**

Na základe rozhovorov s obyvateľmi Marko konštatuje trendy typické pre Dornkappel 30. rokov 20. storočia: pokles sobášov a vzrast rozvodov, konkubinátov a počtu nemanželských detí, pokles veku sexuálnej iniciácie (15-16. rok) sprevádzanej promiskuitou mládeže a pôrodmi mladistvých. Vstup do manželstva sa z vekovej hranice 19-24 rokov posunul na 25-28 rokov. Sexuálneho partnera si ľudia hľadajú buď vo svojej vrstve, alebo vo vyšších vrstvách: „Všeobecne platí, že ktorí sa tu hospodársky vyšvihli, tí sa vyšvihli i po sexuálnej stránke,“ píše Marko (1938, s.162).

Konštatoval zjavnú (často so súhlasom rodičov) i skrytú prostitúciu (muži i ženy sa nechávali vydržiavať sexuálnymi partnermi) a pomerne vysoký počet pohlavne chorých. Uvádza 1,37% registrovaných pohlavne chorých (33 mužov a 53 žien), uviedol že mnohí nakazení sa vyhýbajú kontaktu s lekárom. Hlásia sa najčastejšie s kvapavkou. (Marko, 1938, s.153-161)

Používanie prostriedkov na ochranu pred počatím bolo diferencované nábožensky i sociálne. Viac ich využívali príslušníci protestantských cirkví, najmä kalvíni, majetnejší dobre situovaní ľudia, ako aj „lumpenproletariát.“ Tieto sociálne kategórie podľa autora využívali často aj abort, legálnou cestou i nelegálne. Nemocničný zákrok vzhľadom na cenové rozpätie 300-600,- Kč bol finančne dostupný osobám, ktoré boli schopné dosiahnuť nejaké úspory, resp. rodinám kde mali dva príjmy a cca 2 deti. „Ak sa ženám nedostavila perióda, samy sa do nej zamiešali. Cvičili, skákali, opíjali sa vínom, vysilovali sa, robili si vrele kúpele a po nich užívali chinín ako stravy.“ (Marko, 1938, s.159) Autor venoval pozornosť aj mimomanželskej plodnosti, údaje prevzal z oficiálnych zdrojov. K dátumu 1.1.1936 „Pečlivosť o matku a dieťa“ evidovala 59 nemanželských detí na počet 375 detí do 6 rokov, k 1.4.1937 to bolo 74 z počtu 439 detí do 6 rokov. (Marko, 1938, s.165)

## **Diskusia**

Začiatkom 20.storočia sa začínajú na území Slovenska zintenzívňovať procesy modernizácie, ku zmenám však nedochádza na celom území rovnomerne. Pre toto obdobie je typická intenzívna migrácia obyvateľstva, tak vonkajšia ako i vnútorná. Na pozadí týchto

procesov dochádzalo ku zmenám sociálnej štruktúry a prehĺbovaniu diferenciácie obyvateľstva. Týkalo sa to aj oblasti zdravotného stavu obyvateľstva a oblasti zdravotníctva. Špecifická bola situácia miest, ktoré sú územnými spoločenstvami sui generis, medzi nimi Bratislava. Výskum dejín sociologického myslenia u nás potvrdzuje, že už v medzivojnovom období sa sociológia u nás kryštalizovala ako multiparadigmálna veda. (Laiferová, 2017) Sociológovia na Slovensku sa usilovali hľadať adekvátne spôsoby na zachytenie spoločenskej reality. Medzi predchodcov sociológie medicíny u nás patrili predovšetkým lekár Ivan Hálek (1872 – 1945) a lekár Alois Ján Chura (1899 – 1979), zakladateľ sociálnej pediatrie (Matulník, Imrichovičová, Brukkerová, 1999, Mistríková, Laiferová, 2010). O formovanie vedeckých základov poznania slovenskej spoločnosti v prvej polovici 20.storočia sa zaslúžili autori s rôznym inštitucionálnym zázemím a profesijným zameraním, ako napr. kňazi, lekári, neskôr graduovaní sociológovia. Významným medzníkom bol vznik Kabinetu sociológie zdravotníctva na Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Bratislave v r.1967 a založenie Sekcie zdravotníckej sociológie Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV v r.1988. (Mistríková, Laiferová, 2010)

Problematika výskumu sociálnej situácie, sociálnych problémov na Slovensku však zaujala po vzniku samostatného Československa mladú generáciu a najmä ľavicovo orientovaných vysokoškolských študentov pôsobiacich v skupine tzv.“davistov“ a Sarló. Významne sa v tejto oblasti angažoval aj študentský spolok DETVAN pôsobiaci v Prahe. Vysokoškolskí študenti v priebehu 20.rokov 20.storočia realizovali v letnom období tzv. sociografické zájazdy a materiál publikovali najmä formou reportáží v periodikách. (Capíková, Falisová, 2015) Už v začiatkoch formovania sociológie ako vedy môžeme identifikovať práce autorov, ktorí sa venovali otázkam sociologického prístupu k zdraviu v širšom kontexte. Jednu z prvých knižných sociografických monografií, nevelikú rozsahom, vydala v roku 1936 Iva Šmakalová pod názvom „Integrálna dedina. Štúdia slovenskej zemianskej dediny v Turci“. Sociografia bola v období medzi dvoma svetovými vojnami v globálnom meradle veľmi rozšírenou, medzi jej medzinárodne uznávaných protagonistov patril napríklad rumunský sociológ D.Gusti. Na Slovensku sa vďaka pôsobeniu prvého profesora sociológie u nás, Antona Štefánka, sformovala sociografická vedecká škola, ktorej pôsobenie však bolo eliminované po roku 1948 kedy sociológia bola politickým režimom prehlásená za buržoáznou pavedu a jej predstavitelia boli eliminovaní z verejného pôsobenia (Laiferová et al., 2018, tiež Laiferová, 2018) O sociálno – zdravotných nerovnostiach na Slovensku a sociálnom kontexte zdravia (napr. populačná otázka, samovražednosť) z pohľadu sociológie sa zmieňovali aj také

zakladateľské osobnosti sociológie ako S.Š.Osuský („Úvod do sociológie“ z r.1930) a Anton Štefánek („Základy sociografie Slovenska“, 1945).

V porovnaní s uvedenými prácami, Marko detailne zachytil vplyv materiálnej deprivácie na duševné zdravie, „mentalitu“, stratégie zvládania núdze a ťažkostí a celý rad so zdravím súvisiacich fenoménov. Obyvateľstvo robotníckeho predmestia nebolo sociálne homogénne, s čím súviseli rozdielne obytné priestory, stravovanie, reprodukčné správanie, rozdielny prístup k liekom a postoj k liečbe „na poisťovňu“. Publikácia ktorú vydal I.J.Marko okrem textu obsahuje rozsiahly fotografický materiál autora, jedná sa o jeho jediný dokončený cyklus fotografií, ktorý z dnešného pohľadu J.Sedlák hodnotí v kontexte dobových projektov „sociálnej fotografie“ takto: *„Ilja J. Marko bol spoločensky a formálne „outsiderom“, ale vnútorne bol „insiderom“, ktorý v kontextoch doby s otvorenosťou duše a odvahou fotografoval to, čo sám skúsil a prežil.“* (Sedlák, 2017, s.50)

## **Záver**

Začiatok 20. storočia na Slovensku charakterizuje viacero dôležitých historických udalostí. Z hľadiska ústrednej témy tohto referátu to bola najmä 1.svetová vojna, vznik samostatného Československého štátu, modernizácia Slovenska a s tým súvisiace zmeny hospodárskej a zdravotnej politiky, a najmä hospodárska kríza. V období I. ČSR nepostavili žiaden významný podnik, len existujúce znižovali alebo likvidovali výrobu. (Obuchová, 1986, s.23-24) Podpora v nezamestnanosti bola vzhľadom na životné náklady smiešne malá, časť obyvateľov na ňu nemala nárok nakoľko nespĺňala zákonné požiadavky. Prebiehajúca modernizácia agrárnej slovenskej spoločnosti v prvej polovici 20. storočia úzko súvisela s urbanizáciou a migráciou najchudobnejších vrstiev vidieckeho obyvateľstva. Najatraktívnejším mestom pre prisťahovalcov bola Bratislava, kde pod tlakom týchto procesov začalo vznikať viacero priemyselných predmestí – predmestí chudoby.

So zdravím a zdravotným správaním úzko súvisela nezamestnanosť, ale aj druh zamestnania a pracovné podmienky. Medzi jednotlivými vrstvami a skupinami obyvateľstva existovali priepastné rozdiely v oblasti hygieny, bývania, stravovania, odievania, chorobnosti i úmrtnosti. Nie všetky rozdiely bolo možné v tomto texte exaktne uviesť a porovnať. Je však zjavné, že zdravotná otázka bola otázkou sociálnou, a naopak: otázku sociálnu (v dobovej tlači pertraktovanú aj ako mzdovú, robotnícku, resp. roľnícku) nemožno redukovať iba na otázku mzdovú či bytovú, nakoľko je potrebné brať do úvahy aj zdravotné súvislosti.

Publikácia „Dornkappel“ prekračuje metodológiou, rozsahom textového a obrazového materiálu, obsahom aj časovým rámcom zberu materiálu v teréne rámec sociografických

zájazdov mladých komunistov. Neobsahuje ideologický balast, politický jazyk alebo prvky politickej agitácie či propagandy. Kniha nesie silný humanistický náboj, podporený textovo aj fotografickým materiálom. Aj dnes, po 80. rokoch od jej vydania, zostáva veľa otáznikov o pozadí vzniku tejto ojedinelej práce, a žiaľ, problematika sociálnej nerovnosti v zdraví a zdravotných dopadov chudoby je stále aktuálna.

#### **Zoznam bibliografických odkazov:**

1. **CAPÍKOVÁ, Silvia, FALISOVÁ, Anna:** Životný štýl, sociálna determinácia zdravia a životné prostredie v historickej perspektíve. In: *Životný štýl a zdravie* [elektronický zdroj]. Bratislava: Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV, 2015. s. 134-154 [online]. - ISBN 978-80-85447-25-5 URL: <http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
2. **FALISOVÁ, Anna:** Medzivojnové Slovensko z pohľadu zdravotného a sociálneho. In: *Slovensko v Československu 1918-1939*. VEDA, Bratislava, 2004a, s.365-416.
3. **FALISOVÁ, Anna:** Kroky v zdravotno-sociálnej oblasti. In: *História*, 7-8, 2004b, s.30-33.
4. **FALISOVÁ, Anna:** *Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období*. Bratislava, 1999
5. **FALISOVÁ, Anna:** Zdravotno-sociálne aspekty v rodinách na Slovensku 1918-1938. In: Mannová, Elena (ed.): *Meštianstvo a občianska spoločnosť na Slovensku 1900-1989*. Bratislava: Academic Electronic Press, 1998, s.205-216.
6. **GAJDOŠ, Peter:** K problematike demografického vývoja Bratislavy od konca 19. storočia do súčasnosti. In: *Slovenský národopis*, 35, 1987, č.2-3, s.259-266.
7. **KLÍMOVÁ, Klára:** *O zdravotníckej situácii na Slovensku v období národno-oslobodzovacích bojov (1939-1944)*. Vydavateľstvo SAV, Bratislava 1960, 224s.
8. **Kol.:** *Slovenský biografický slovník*, zv. IV., heslo Marko, I. J., s. 73-74, Martin: Matica slovenská, 1990.
9. **KOVAČEVIČOVÁ, Soňa:** Ľudové byty, štvrte a centrá Bratislavy v 19.storočí a v prvej polovici 20.storočia. In: *Slovenský národopis*, 35, 1987, č.2-3, s.267-280.
10. **LAIFEROVÁ, Eva, MISTRÍKOVÁ, Ľudmila, CAPÍKOVÁ, Silvia, LUBELCOVÁ, Gabriela, ECKEROVÁ, Lucia:** *Slovenská sociológia po páde komunizmu : ideové korene, súčasné trendy a osobnosti vedy* . 2.rozšírené vydanie. Bratislava : Univerzita Komenského, 2018. 276s. ISBN 978-80-223-4271-1

11. **LAIFEROVÁ, Eva:** Continuities and ruptures sociology in Slovakia after the second world war. In: *Social sciences in the "other Europe" since 1945*. 1. vyd. Budapešť : Center for historical studies, 2018. - S. 139-156. ISBN 978-615-5547-06-5.
12. **LAIFEROVÁ, Eva:** *Problematika národa v slovenskej sociológii. Formovanie prístupov k téme národa*. Bratislava: STIMUL 2017, 191 s. ISBN 978-80-8127-212-7
13. **LEHOTSKÝ, Vladimír, LEHOTSKÁ, Darina:** *Sociálne zápasy bratislavského robotníctva 1918-1938*. Obzor, Bratislava 1979
14. **MISTRÍKOVÁ Ľudmila, LAIFEROVÁ Eva:** K histórii sociológie medicíny a zdravotníctva na Slovensku. In: *Aktuální otázku české a slovenské společnosti II: Sborník k 45.výročí založení Československé sociologické společnosti: Sociologie zdravotnictví a medicíny*. Brno: Tribun EU s.r.o., 2010, s.9 – 22. ISBN 978 – 80 – 7399 – 964 – 3.
15. **MARKO, Il'ja Jozef.:** *Dornkappel. Predmestie troch jazykov*. Praha, Evropský literární kruh, 214s. 1938
16. **MARKO, Il'ja Jozef:** Okresná sociálna poisťovňa v Bratislave. 1. časť. In: *Zprávy mesta Bratislavy*, 1940a,17, č. 7, s. 1.
17. **MARKO, Il'ja Jozef:** Okresná sociálna poisťovňa v Bratislave. 2. časť. In: *Zprávy mesta Bratislavy*, 1940b, 17, č. 8, s. 1-3.
18. **MATULNÍK, Jozef, IMRICHovičOVÁ, Monika, BRUKKEROVÁ, Darina** (eds.): *Súčasný trendy v sociológii zdravia a choroby: zborník prednášok a vystúpení z vedeckej konferencie venovanej 100. výročiu narodenia Prof. MUDr. A.J. Churu, 30. novembra 1999*. Bratislava: Slovenská sociologická spoločnosť pri SAV, 1999, 99s. ISBN-13: 978-80-88774-65-5
19. **MUC. Sý.:** Sociologické štúdium medikov v Dornkappli. *Slovák*, 20, 13.11.1938, č.259, s.4
20. **OBUCHOVÁ, Viera:** *Vznik a vývoj robotníckych štvrtí v Bratislave 1848-1938*. Školiteľ: V.Butvin. Dizertačná práca FF UK v Bratislave, 1986, strojopis. Fond Univerzitnej knižnice v Bratislave.
21. **OKÁLI, Dano.:** Bieda na Dornkappli a Podhradí. *Nová Bratislava*, 1931, č.2, reprint: Bratislava, roč.5., 1978, č.3, s.44-45
22. **OSUSKÝ, Samuel Štefan:** *Úvod do sociológie*. I., II., Praha: Státní nakladatelství, 1930.
23. **SEDLÁK, Jozef:** Ilja Jozef Marko. *European Journal of Media, Art & Photography*. [elektronický zdroj]. 2017 s.44 – 53. URL: <https://ejmap.sk/ilja-jozef-marko/>



24. **ŠTEFÁNEK, Anton:** *Slovenská Vlastiveda III. Základy sociografie Slovenska.*

Bratislava, 1944

25. **TAKÁČ, František:** Bratislavské záložne. In: *Bratislava*, 10, 1983, č.1, s.61

#### **Tlačoviny:**

1. „Kolonía Dornkappel.“ In: *Zprávy mesta Bratislavy*, 1931, č.2, s.5-6.
2. „Zpráva o stave verejného zdravotníctva v meste Bratislava za mesiac október 1931.“  
In: *Zprávy mesta Bratislavy*, 1931, č.34, s.1-2.
3. Uznesenie Mestského zastupiteľstva o rozpočte pre rok 1937. In: *Zprávy mesta Bratislavy*, 1938, č.8

#### **Kontakt**

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,

Lekárska fakulta Univerzity Komenského

Špitálska 24, 813 72 Bratislava

E-mail: [silvia.capikova@fmed.uniba.sk](mailto:silvia.capikova@fmed.uniba.sk)

# ZDRAVÍ VE VÝBĚRU A VÝCHOVĚ PRŮMYSLOVÉHO ČLOVĚKA<sup>1</sup>

## HEALTH IN THE SELECTION AND EDUCATION OF INDUSTRIAL MAN

**Martina URBANOVÁ**

*Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně, ČR*

### **Abstrakt**

Příspěvek se orientuje na zdraví v moderní společnosti založené na výkonu, kde racionální řád, disciplinace těla a mysli ovládly sociální život. Problematika je vztažena k situaci ve Zlíně, kde baťovská ideologie zcela ojedinělým způsobem ovlivňovala výchovu a vzdělávání svých zaměstnanců, v níž péče o zdraví stála na jednom z čelních míst. Firma Baťa vytvořila koncepci pro udržování tělesného a duševního zdraví zaměstnanců s rozsáhlým systémem prevence, kterou výrazně přeběhla svoji dobu.

### **Klíčová slova**

Zdraví, výchova, Baťa, Ford, průmyslové město, Zlín, racionální řád

### **Abstract**

The paper focuses on the concept that health in a modern society, in which rational order, discipline of body and mind rule social life, is based on performance. This idea is related to the situation in the modern industrial city of Zlín, where Baťa's ideology uniquely influenced education and training of its employees, whose healthcare was a priority. The company Baťa created a system of body and mind care for its employees with an extensive prevention system, which outran its age.

### **Key words**

Health, education, Baťa, Ford, industrial town, Zlín, rational order

### **Úvod**

Starost o zdraví populace byla vždy spojována s racionálními cíli, ať již v podobě vytvoření zdatné armády či ekonomicky výkonné populace. Právě důraz na vytvoření ekonomicky výkonné populace je spojen s nástupem moderní doby, která ve svých začátcích znamenala bouřlivý proces. Nepokoje, násilí a nárůst patologických sociálních jevů včetně kriminality, doprovázely proces urbanizace v Evropě 19. století a ovlivnily formování moderních průmyslových měst v pozdější době, která vznikala jako reakce na špatnou situaci spojenou s nástupem kapitalismu. Cílem nových průmyslových měst bylo rozšířit sociální

---

<sup>1</sup> Příspěvek byl zpracován v rámci grantu „Sociodemografické a environmentální faktory rozvoje a výskytu neinfekčních onemocnění v České republice“ s registračním číslem 2018/013 podpořeného Interní grantovou agenturou Fakulty regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně.

blahobyt a veřejné zdraví. K tvůrcům těchto moderních měst patřil i Tomáš Baťa (1876-1932), který usiloval o vytvoření životního stylu člověka průmyslové civilizace, k němu neodmyslitelně patřil důraz na zdraví všech obyvatel města.

Zlín byl svým rychlým růstem právem přirovnáván k Detroitu nebo k polské Gdyni. Město mělo vyhraněnou a svéráznou uniformitu, kosmopolitní tvář. Bylo provedeno technicky vysoce vyspělou stavební výrobou. Příkladem pro budování Zlína byla myšlenka zahradního města anglického průmyslníka L. O. Cadburyho. Regulační plán pro osmatisícové město vytvořil J. K. Kotěra roku 1918. Ohromný rozmach Zlína dokazuje vzrůst počtu obyvatel. V roce 1900 to bylo 2 976 obyvatel, v roce 1920 4 672 obyvatel, v roce 1925 už 8 092. Obrovský nárůst pak zaznamenalo sčítání v roce 1930, kdy Zlín dosáhl 22 176 obyvatel a rok 1932 s 26 350 obyvateli. Vzrůstu počtu obyvatel odpovídá vzrůst počtu domů ve Zlíně. V roce 1925 to bylo 759 domů, v roce 1930 1 665 domů a v roce 1932 už 2 480 domů. (Pokluda, 2013) (Lehár, 1960) Zlín se stal plně místem, kde racionální řád, disciplína těla a mysli opanovaly sociální život. Baťova škola práce, určená především mladým mužům, vedla studenty sofistikovaně k zdravému životnímu stylu, ve kterém vedle učení a práce, dominoval sport. V celém Zlíně byl důraz na pořádek a čistotu, ne však ve formě zakazujících hesel jako např. „*Vstupovati na trávník je zakázáno*“, ale mravně výchovných „*Člověk má být dobrotivým a laskavým pánem přírody*“. (Erdély, 1990, s.123), Vraťme se však k nástupu moderní společnosti.

## **Nástup moderní společnosti**

Moderní společnost je charakteristická novými technickými vynálezy, novým věděním, novými formami hospodářské a politické moci, které posílily společenskou mobilitu, vyčlenily různé skupiny a nastolily nové životní vzorce a odlišné hodnotové principy. (Keller, 2004) Průmyslová revoluce způsobila obrovský společenský zvrat, přinesla řadu sociálních problémů, které bylo nutné řešit. K tomu přispěly empirické výzkumy vycházející z aktuálních společenských potřeb a z nezbytnosti shromáždit informace pro zdůvodnění sociálních reforem, které měly být reakcí na problémy společnosti v 19. století, tj. na rychlý rozvoj měst, polarizaci bída a bohatství, pauperizaci, růst zločinnosti atd. Z tohoto chaosu rodícího se kapitalismu hledaly východisko liberální a socialistické teorie a celá řada učení, které chtěly poznat příčiny záporných jevů 19. století.

Samotný zakladatel sociologie Auguste Comte byl znepokojen situací, a proto přichází z vizí průmyslové společnosti, která je řízena techniky, schopnými optimalizovat výrobu, a odborníky na organizování sociálních vztahů - sociology. Přítomnost krize byla pro Comta důsledkem toho, že se poznání společnosti dosud nedostalo na pozitivní - vědeckou úroveň. Radikální přeměnu společnosti reflektuje i Herbert Spencer, kdy klade společnost průmyslovou nad společnost vojenskou. Průmyslová společnost je založena na hodnotách autonomie a osobní svobodě svých členů. Soužití lidí je stále více založeno na dobrovolné kooperaci než holém donucení. Změny ve vnímání práce završuje Frederick Winslow Taylor, který přichází s uplatněním vědeckého řízení, znamenající „*úplný duševní převrat k poměru k práci, k spolupracovníkům, zaměstnavatelům a tyž duševní převrat znamená u správy podniku, u dílen*

*vedoucích, ředitele, vlastníka podniku. Bez takové úplné revoluce na obou stranách není vědecké řízení.*“ (Špaček, 1947, s.54) V samotném Zlíně, na který se zaměříme, byl proces modernizace značně opožděn.

## **Město Zlín**

V době na přelomu 19. a 20. století byl Zlín nevelkým řemeslnickým a zemědělským městem, ve kterém průmyslová výroba teprve pomalu zapouštěla kořeny. Město leželo v oblasti značně hospodářsky zaostalé.

Výsledky sčítání lidu provedené v roce 1890 dokládají 539 domovních čísel, z toho 40 zbořenišť a devět neobydlených domů. Celkem sečteno 2 834 obyvatel oproti 2 793 v roce 1880 (ale 2 823 obyvatel v roce 1869) z toho 14 vojáků a 186 nepřítomných (92 mužů a 94 žen). Zlín se potýkal s nedostatkem pracovních příležitostí, lidé, kteří ve Zlíně nenašli obživu, často odcházeli do Vídně nebo jiných větších měst, někteří dokonce i do Ameriky. Sčítání lidu z roku 1900 ukazuje přírůstek obyvatel o 142 osob na celkových 2 976. Ovšem během 10 let přibýlo jenom 8 domů. Během následujících 10 let dochází k dalšímu nárůstu obyvatel dokonce o 582 osob. V roce 1910 má již Zlín 3 557 obyvatel. V té době se začíná měnit na průmyslové centrum, roste počet obyvatel a domů. (Kovaříková, Marek, Puš, 2016, s.162-164). Lze však konstatovat, že industrializace města byla oproti Prostějovsku a Olomoucku stále opožděná.

Po rozvoji firmy Baťa nastává od roku 1910 přeměna Zlína na rušné průmyslové město. Dokonce ani doba první světové války neznamenal pro Zlín úpadek díky armádní zakázce na výrobu bot. Rozvíjí se infrastruktura města, budují silnice, železnice a další. Telegrafní stanice byla ve Zlíně od roku 1886, námět na zřízení telefonu se objevil v roce 1904, zaveden však byl až v roce 1906. Dochází k elektrifikaci a plynofikaci, budování vodovodu a kanalizace.

Proměna ospalého maloměsta vesnického charakteru v centrum obuvnického impéria firmy Baťa nepřichází hned, ovšem je velmi rychlá. Zasloužili se o to kromě firmy Baťa i pokrokoví starostové města Zlína. Počátky modernizace již nastoluje starosta Mikuláš Kašpárek v roce 1871, který zřizuje měšťanskou školu, a snaží se o povznesení města po hmotné i kulturní stránce. Po jeho úmrtí se v 90. letech 18. století Pokroková strana Zlína opět střídá se stranou konzervativní. Až v roce 1908 nový starosta bývalý továrník František Štěpánek dohání, co radnice zmeškala – zavádí telefon, elektřinu, probíhají úpravy městského prostoru zejména dláždění a začíná výstavba nových částí města. Jedná se o zřízení kanalizace a vodovodu. (Kovaříková, Marek, Puš, 2016, s.97) První světová válka mnoho z těchto snažení pozastavila, to však neplatilo pro rozvoj průmyslu. Silná pozice firmy Baťa podpořená válečnými zakázkami pro rakousko-uherskou armádu přináší hospodářský pokrok. Zatímco nově vzniklé Československo bojuje s úpadkem, Zlín po válce nastupuje do své nejslavnější éry. Firma Baťa již v roce 1917 začíná budovat vlastní prodejny, investuje do výstavby továrních budov a nákupu pozemkového vlastnictví. Polní hospodářství dvoru „Cecilka“ zásobuje závodní konzum již téhož roku.

## Baťovy americké zkušenosti

Obrovský zlom v Baťově myšlení tvořily jeho cesty do Ameriky, kde byl delší dobu celkem třikrát (1904-1905, 1911 a 1920). První podnikl v prosinci 1904. Hlavním cílem bylo seznámit se s racionalizačními metodami řízení podniků, s technickým zařízením, výrobní organizací a výkonností dělníků v tamějších obuvnických továrnách. (Urbanová, Dundelová, 2012)

Po návratu z USA začal T. Baťa zavádět ve své továrně nové "americké poměry". Jeho bezprostředním cílem bylo přiblížit pracovní výkonnost dělníků v továrně vysoké výkonnosti dělníků v amerických obuvnických továrnách. Byla provedena řada technickoorganizačních změn, jako účelové rozestavení strojů a uspořádání pracovních operací, doplnění technického zařízení apod. Po vzoru amerických továren zahájila firma Baťa stavbu nové tříetážové budovy. Před první světovou válkou zaujímal firma Baťa významné místo mezi mechanickými obuvnickými továrnami, nikoliv velikostí a počtem zaměstnanců, nýbrž především vysoce produktivní výrobou. První světové války využil Baťa k růstu podniku, který v době válečné konjunktury vyrostl v rozsáhlý kombinovaný velkopodnik. Firma získala pro sebe největší vojenské objednávky, prudce stoupl počet zaměstnanců.

## Intenzita práce

Délka pracovní doby před Baťou byla sice 14 - 16 hodin denně, ale neměla zdaleka takovou intenzitu práce, jakou zavedl Baťa. Volný a pracovní čas nebyl tehdy rozlišen, při práci se často zpívalo a bavilo. Povinností prodávajícího bylo nejen prodat, ale i s každým zákazníkem pohovořit, a zvláště smlouvat na ceně.

Nákup bot byl totiž pro zákazníka takovou událostí, že by se cítil ošizen, kdyby mu švec nevěnoval dostatečnou pozornost. Tehdy při práci i v životě nebylo známo heslo "čas jsou peníze". Nikdo nespěchal, vše zvláště na Zlínsku šlo váhavě i mluva. Baťa do Zlína zavedl americké tempo a ruch. Něco zcela nového bylo Baťovo heslo "Den má 86 400 vteřin". Tehdejší život a práci popisuje Tomáš Baťa na příkladu svého strýce Františka Bati.

*"Byl to první švec, kterého jsem připravil o samostatnost. Před založením naší samostatnosti jsem ho navštívil. Ležel v posteli, zahrabaný ve slámě. Na sobě měl naházeny všechny své šaty, a ačkoliv bylo brzo po poledni, byla v maličké světničce téměř tma, protože okno bylo čímisi ucpáno, aby nefučelo. Byla krutá zima. Ohlížel jsem se po palivu a potravě. Poblíže malých narezavělých železných kamínek nebylo ničeho, co by se hodilo na oheň. Bylo patrné, že již dlouho netopil. Na posteli ležel kus velice tvrdého chleba, okousaného ze všech stran. Strýc vyprostil hlavu z hader, aby si prohlédl návštěvu. Poznal mě ihned. Na moji otázku je-li nemocen, řekl, že se trochu nachladil. Byl ve velkých rozpacích. Omlouval se, jak to u něj vypadá. Řekl jsem, že mu pošlu něco k jídlu, ale strýc odmítl. Ukázal na ohryzaný chléb a řekl, že má ještě čtyři zlatky "na kožu", až bude možno zase něco prodat. Byl hrdý a byl by raději zemřel, než by požádal o sousto. Bylo ho vidět na jarmarku, když stál mezi ostatními. Na bidélku měl nejvýše čtyři páry malých bot a byl šťasten, když prodal dva páry a utržil tři zlatky. Strýc byl sice pomalý, ale nebyl lenoch, také toto přezimování mělo svůj účel. Byl únor a žádná*

*vyhlídka na obchod. Bylo zajisté mnoho takových lidí v našem kraji, kteří se utekli v dobách nejhorších vyhlídek na výdělek do postele, aby uchránili výloh za otop, oděv a částečně i stravu. Takových, kteří nerozsvítili celou zimu, tvrdíce, že se ani na světlo nevydělá, bylo velmi mnoho.*" (Baťa, 1932, s.17)

Zcela odlišné pracovní tempo je patrné z knihy Baťova oslavovatele K. Hlubočka: *"Zastavte se na chvíli u dělnice při šicím stroji s otázkou, kolik vydělá. Sto dvacet, sto třicet korun týdně, zní odpověď. Ale ruce se proto nezastavily, ani zrak se nepozvedl od práce, poněvadž každá minuta i vteřina znamená ušlý zisk."* (Hluboček, 1925, s. 16)

## **Disciplína a společnost**

Jak uvádí Michel Foucault (1975), hlavními továrnami na individua v moderní společnosti byly pro většinu mužské části populace továrny a vojenská kasárna. Typ činností a úkolů, jež tovární práce a vojenská cvičení vyžadovaly, vymezoval ideu silného těla a spolu s ním také standardy síly a slabosti, zdraví a nemoci. Slovy Foucaulta k vytvoření pevného řádu bylo třeba pouze silných stráží, pevných zdí, pracovní povinnosti a školení. To mělo postačit k tomu, aby byli potrestáni nenapravitelní, uhlídání nesvéprávní, zkrocení hříšní a zločinní, zneškodnění podezřelí, aby byli zapřaženi nečinní, zabezpečeni bezmocní, léčeni nemocní, pro kteroukoliv oblast průmyslu pak připraveni ti, kteří jsou ochotní a způsobilí pracovat, a aby byla vychována nová rasa vzdělaných lidí. Michel Foucault poukazuje na to, že přímý dohled a vymezení dozoru jako profesní funkce, která je přidělována specialistům, byl společným rysem jinak velmi odlišných moderních vynálezů jako jsou škola, kasárna, nemocnice, blázinec, chudobinec, sirotčinec, věznice nebo průmyslový podnik. Všechny tyto instituce byly především továrnami na řád. Dochází k formování společnosti dohledu. (Foucault, 2000, s.301 an.)

Disciplína není jen strukturálním faktorem, uplatněním moci v lidském životě a prostoru města, ale stávala se i součástí městské kultury a habitu jeho obyvatel. (Mareš, 2013) Výchova a vzdělávání pracovníků zahrnovalo nejen jejich profesní přípravu, ale přijetí nového životního způsobu, nového pohledu na svět a sebe sama. Výsledkem výchovy měl být „*člověk žijící v jiném myšlenkovém světě než jeho kolegové, nadšený pro společný ideál, s novou pracovní morálkou*“. (Erdély, 1990, s.123).

Potřebě disciplinace byly uzpůsobeny výrobní, ale i administrativní budovy, kde uspořádání prostoru umožňovalo permanentní, rozčleněnou a detailní kontrolu velkého počtu osob. Disciplinace měla i nehmotnou podobu, významnou roli při ní hrály již účast na zisku a vnitřní obchodování s produkcí mezi provozy (korespondující se zdůrazňováním podnikavosti a šetrnosti jako součástmi firemní kultury). Předmětem dozoru a kontroly byl vlastně celý areál továrny, neboť podle pamětníků v něm prakticky nebylo možné přejít v pracovní době z budovy do budovy, aniž byl člověk dotazován na účel své cesty a bylo zjišťováno, zda ho nelze vyřídit telefonicky. (Mareš, 2013)

*„Svět patří ukázněným, těm, kteří se dovedou ovládat. Stálá sebekontrola buduje charakter. Přímé jednání budí v lidech všechny dobré instinkty a náleží, mezi podmínky úspěchu. Kdo si*

*vytkl cíl, souhlasný se zájmem rodiny, obce, státu a lidstva vybojuje si své místo na slunci radosti ze života.“ (Zlínské školství, 1934, s.5)*

Ukázňnosť se vztahovala i ke zdraví, kdy bylo žádoucí se vyhnout všem aktivitám vedoucím k jeho narušení (např. pití alkoholu, kouření, konzumace tučných pokrmů manuálně nepracujícím) a naopak dělat maximum pro jeho udržení a zocelení (sport, otužování, vhodná strava). Baťa se stejně jako Ford staral o mravní blaho, rodinný život, abstinenci zaměstnanců a vytváří celý sociální program, ve kterém je zaměstnanec zachycen. Jedná se až do jisté míry o průmyslovou totalitu, která sahá daleko za tovární zdi. Zaměstnanci se doporučuje trávení volného času tak, aby podporoval ideu výkonnosti, je řízen kulturní i společenský život. Firma vlastnila či měla pod správou sportoviště, čítárny, výstavní síně, koncertní sály, studijní prostory. Správa Baťových závodů zakázala kouření v celém podniku, netrpěla pití alkoholu. Zaměstnanci měli využívat mezd především k obnově pracovní síly, k načerpání energie a nikoliv k takovým výdajům, jenž by dokonce pracovní činnost podlamovaly. (Kasperová, 2014)

## **Zdraví**

Ve společenském vědomí je snad nejpevnější ukotven medicínský pohled na zdraví. Nemocný člověk si uvědomuje své ohrožené zdraví více než člověk zdravý. Tzv. presumpce nemoci založená na přesvědčení, že diagnostikovat neexistující nemoc a případně ji léčit je menší chybou než zanedbat nemoc skrytou, rozšiřuje významně kontrolní možnosti lékařů, podílí na oblasti prevence a nesporně má své místo v ekonomizaci zdraví, kdy zdraví je poměřováno kategorií zisku. Ve společenském kontextu je na zdraví často i nahlíženo jako na zdravotnictví.

Neujasněnost pojmu a definice zdraví dokládají i další jeho vymezení. Ústava světové zdravotnické organizace popisuje zdraví jako stav „úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. (Holčík, 2015) Uvedené vymezení zdraví je významné tím, že připomíná tři základní aspekty zdraví: zdraví duševní, tělesné, ale také sociální.

Zdraví je sociálním jevem, slovy Émile Durkheima (1966) sociálním faktem, existujícím nezávisle na nás a vykonávající na nás nátlak. Zdraví je sociální hodnotou, kdy je patrná její historická a sociální podmíněnost. Zdraví souvisí se společností a jejími hodnotami, které se zrcadlí v životním způsobu a životním stylu. Tyto tendence lze plně vidět v baťovském Zlíně, kde se realizovalo zaměření na zdraví ve všech jeho aspektech (tělesné, duševní, sociální), což dokládají i následující vyjádření.

*„Nechť děti mají všechny podmínky dokonalého tělesného rozvoje! Dosti kyslíku, jídla a pohybu. Síla Těla i ducha budiž naše heslo.“ (Zlínské školství, 1934, s.5)*

*„Vyučování má vycházeti z toho způsobu života, v jakém žáci žijí doma, a směřovat k tomu, aby tento život zlepšilo.“ (Zlínské školství, 1934, s.5)*

Rozvoj sociálního zdraví je patrný nejen v růstu mezd, kdy z řemesla pro chudé se stal špičkový průmyslový obor, ale i z hlásání dobrých mezilidských vztahů v dílně: „*dílna se stala*

*rodinnou a mistr jejím středem. Lidé z jedné dílny měli možnost blízko sebe bydlet, aby si mohli nejen v dílně, ale i v životě vzájemně pomáhat.“ (Pochylý, 1990, s.16) „Zaměstnanec má právo žádat nejen mzdu za vykonanou práci, ale i radu a morální podporu v těžkostech života.“ (Pochylý, 1990, s.17)*

Velký důraz byl kladen také na rozvoj vzdělávání. Do roku 1928 byly ve Zlíně dvě školy obecné a dvě měšťanské. Do roku 1934 dochází velkému růstu škol obecných, měšťanských, živnostenských, závodních, rodinné školy pro dívky, odborných škol a v roce 1932 Vyšší lidové školy Tomáše Bati, která pořádala cykly přednášek o aktuálních problémech veřejného života a zejména jazykové kursy z různých vědních oborů.

Výuka předmětů ve školách byla koncipována jako dovednostní, s aktivním zapojením studentů v rámci výuky a s praxí. Existovaly i školní samosprávy žáků, které každý týden pořádaly společenská shromáždění. (Zlínské školství, 1934, s.8).

Tomáš Baťa podobně jako Henry Ford a další odvrhli podnikatele starého typu, kterému šlo o nejlacinější pracovní sílu, tj. takovou sílu, které nejméně zaplatí. Podnikatele, který se nestará, zda může rodina z tohoto příjmu žít, nestará o zdraví svých zaměstnanců po stránce tělesné, duševní i sociální. Tito podnikatelé podcenili nespokojené dělnictvo, které tvořilo neklidný sociální živel, prosycený nenávistí a vzdorem. V pojmu fordismus (i batismus) je obsažen nejen způsob práce, ale i přenesení všeobecné prosperity na společnost. Je v nich obsažen i nový životní způsob.

## **Životní způsob**

Zatímco životní způsob je systém významných činností, vztahů, životních projevů a zvyklostí, je konkrétnější kategorie životní styl, který se projevuje v sociálních interakcích, celkově ve stylizaci, ať už na úrovni jedince nebo sociální skupiny. (Kubátová, 2010) Právě u sociálních skupin můžeme pozorovat jasné tendence různých životních stylů podle zařazení v rámci sociální stratifikace, v souvislosti s výší sociálního statusu, hodnotových orientací apod. Životní styl je systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických pro určitého jedince. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování. Pojmy životní způsob a životní styl je možné považovat téměř za synonyma. Jaká tedy byla situace u firmy Baťa?

Pracující firmy Baťa byli nastěhováni do na svou dobu velmi moderních baťovských domků, jejichž výstavba započala v roce 1912, v roce 1937 jich bylo postaveno 2 000. Bydlení zaměstnanců se velmi nelišilo od bydlení vedení firmy, vše bylo dokonale standardizováno. Na zaměstnance bylo firmou působeno tak, aby se dostali zcela do měšťáckého života středních vrstev. Zaměstnanec bydlel ve Zlíně v domech firmy, nakupoval v obchodech firmy, jedl v jídelnách a restauracích firmy, léčil se v nemocnici firmy, chodil do kina firmy, prováděl sport v klubu firmy, chodil do školy firmy, chodil do kostela, jehož patronem byla firma, a byl dokonce pohřbíván na hřbitově firmy. Nebylo oblasti hospodářské, kulturní či politické, kterou by firma ve Zlíně neovlivňovala. Zaměstnanec firmy utrácel v zařízeních firmy své výdělky



a i své úspory ukládal u firmy. Vklady zaměstnanců dosáhly v roce 1931 výše 74 milionů Kč. (Jandík, 1938, s.218)

Dělnictvo u Bati pocházelo ve značné míře z venkova a jen malá část z maloměst. Většinu těchto dělníků chyběla průmyslová tradice. Baťa věnoval velkou pozornost výběru zaměstnanců, u kterých důsledně posuzoval přijímací dotazníky. Firma Baťa založila vlastní psychotechnické oddělení a stala se centrem rozvoje psychotechnického testování.

Zlín byl prostorem nového života, který patřil především mladým, silným a přesvědčeným. Mladí bylo využito pro prosazování společensky reformě angažovaných cílů. (Kasperová, 2014) V roce 1934 dosahoval už průměrný věk zaměstnanců firmy Baťa 26 let. 35 % zaměstnanců bylo ve věkové kategorii 14-21 let, 38 % pak v kategorii 22-30 let, 21,1 % v kategorii 31-40 let a pouze 4,6 % v kategorii 41-50 let. (Lehár, 1960, s.209) Tomu odpovídal i životní styl založený na racionálním řádu, disciplíně těla a mysli. Jedinec se vymanil z tradičních pout sociálních útvarů, vazeb a kontroly odpovídající tradiční společnosti. (Keller, 2007)

### **Baťova škola práce**

Firma neustále působila na myšlení svých zaměstnanců, kdy na jedné straně jim ukládala nadměrné povinnosti na druhé slibovala dosažení blahobytu a bohatství.

*„Velikost naší doby je v tom, že i ta nejvyšší místa v republice jsou dostupná chudému muži. Záleží jen na něm a na jeho schopnostech a vytrvalost, aby jich dosáhl. Závody přímo čekají na schopné a zdatné muže, kteří chtějí něčeho dosáhnout. Stačí přijít, přihlásit se, přiložit ruku k dílu a osvědčit se.“* (Baťa, 1932, s.148)

Působení těchto názorů se nemohl vyhnout ani jeden zaměstnanec. Doráželi na něho na každé stránce závodního časopisu „*Chudoba-výmluva, zámožnost-povinnost*“. Nejvýznamněji na mladé lidi působila především Baťovská škola mladých mužů, kde byl patrný americký systém výchovy učňů. Největší vliv měla zřejmě pracovní škola Fordova.

Do „Pracovní školy Henry Forda“ byli zásadně přijímáni chlapci od 12-15 let. Chlapci, kteří poté prošli pracovní školou, byli zařazeni do tzv. seniorských kursů. Žáci a senioři pracovali normálně 8 hodin v dílně a jedenkrát týdně se učili rýsování a matematice. Velká pozornost byla věnována sportu, tělocviku, pořádaly se různé závody. Žáci měli školní orchestr, dramatický kroužek, časopis. Pozornost byla věnována schopnosti chlapců nacházet vylepšené způsoby práce. Žáci byli vedeni k tomu, aby část svých výdělků šetřili a mohli si koupit nějakou akcii. (Dvořáková, 1960)

Baťovi se schopnost vychovávat vlastní dělníky velmi zalíbila. „*Žádná organizace nezaručí závodu budoucnost, jestliže jeho starší zkušení lidé se nepodělí o své zkušenosti s mladými lidmi.*“ (Cekota, 1929, s.181) Tuto zásadu velmi dobře pochopili již ve středověku, kde řemeslné cechy měly přesně upravenou výchovu mladých lidí.

## Baťova nemocnice

Péče o zdraví se stala základním a nejrozšířenějším odvětvím sociální služby zaměstnancům. V roce 1935 uveřejnil docent MUDr. V. Tolar v "Časopise lékařů českých" článek o své cestě do USA. Napsal v něm, že americké pojišťovny mají spočítáno, že dolar vložený do prevence se vrátí dvěma dolary ušetřenými na výplatě pojistného. „*Cílem veškerého dění ve zdravotnictví musí býti pacient.*“ (Baťova nemocnice)

Baťova nemocnice vznikla v roce 1927, do té doby byli na celý Zlín jen 4 praktičtí lékaři. Baťa věnoval 1 000 000 Kč na vybudování nemocnice. Správu a financování vykonával Baťův podpůrný fond. Část zisků nemusela být odvedena do státního rozpočtu a prostředky mohly zůstat v regionu). U každého pacienta existovala ve Zlíně podrobná zdravotní dokumentace, byla zřízena zdravotní matrice, pracující byli pravidelně zvaní do preventivní poradny. Pravidelná lékařská vyšetření se týkala stávajících i nově přijímaných pracovníků. Specializovaného střediska zajišťovala prevenci pracovních úrazů, docházelo ke kontrole pracovních postupů po stránce bezpečnosti práce. Zájem o zdraví zaměstnanců je patrný v slovech Tomáše Bati: „*Aby člověk mohl pracovat a těšit se z výsledků své práce musí být zdravý.*“ (Pochylý, 1990, s.74)

## Závěr

Baťův Zlín plně nesl charakteristiky průmyslového města jako stroje. Bylo vytvořeno moderní fungující město, „vyroben“ nový průmyslový člověk, nový životní styl a model jednání a chování pro firemní město. (Kasperová, 2014) „*Víra v techniku, její moc a sílu byla chápána jako víra v prostředek dosažení vyššího mravního cíle – reformy života i člověka.*“ (Kasperová, 2014, s.16) Velkou roli pak sehrávala i osobnost samotného Tomáše Bati, pro kterou byla typická odvaha, posedlost dosáhnout vytyčených cílů, vnitřní energie, citové zaujetí a touha tvořit. „*Usiloval o vytvoření životního stylu člověka průmyslové civilizace.*“ (Trnka, 1998, s.17) Mnoho lidí mu věřilo, obdivovalo se mu a mělo ho skutečně rádo. Snahou Tomáše Bati bylo vždy svoje rozhodnutí vysvětlit a tím ho legitimizovat. Moderní průmyslové město a moderní průmyslový člověk je úzce spjat se zdravím a zdravým životním stylem, neboť čím zdravější je člověk, tím dokáže intenzivněji pracovat a tím více může přispět k blahu svého okolí – k prosperitě celé společnosti.

## Zoznam bibliografických odkazov:

1. **BAŤA, TOMÁŠ.** *Úvahy a projevy.* Zlín: Tisk, 1932. 319 s.
2. **BAŤOVA NEMOCNICE** [online] [cit. 2018-11-25]. Dostupné z <http://www.staryzlin.cz/batova-nemocnice-dr-bohuslav-albert.php>.
3. **CEKOTA, ANTONÍN.** *Baťa. Myšlenky, činy, život a práce.* Praha: Knihovna Baťovy služby veřejnosti, 1929. 311 s.
4. **DEVINAT, PAUL.** *Příklad racionalizace.* Rukopis, Zlín, bez data.

5. **DURKHEIM, ÉMILE.** *Pravidla sociologické metody.* Praha: VŠP, 1969. 174 s.
6. **ÉRDÉLY, EVŽEN.** *Baťa – švec, který dobyl světa.* Zlín: Archa, 1990. 191 s. ISBN 80-900249-1-2.
7. **FOUCAULT, MICHEL.** *Discipline and Punish. The Birth of Prison.* New York: Random House, 1975. 353 s. ISBN 0-679-75255-2.
8. **FOUCAULT, MICHEL.** *Dohlížet a trestat: Kniha o zrodu vězení.* Praha: Dauphin, 2000, 432 s. ISBN 80-86019-96-9.
9. **HLUBUČEK, KAREL.** *Pravda o Baťovi.* Praha: Kalina a Dolanský, 1925. 89 s.
10. **HODAČ, FRANTIŠEK.** *Tomáš Baťa.* Zlín: rukopis, bez data.
11. **HOLČÍK, JAN.** *Zdraví jako osobní a společenská hodnota* [online]. Inovace studijního programu Všeobecné lékařství, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, [2012] [cit. 2015-02-12]. Dostupné z www: <[http://prakt.upol.cz/zdravi\\_holcik.php](http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php)>.
12. **JANDÍK, STANISLAV.** *Železni tovaryši: Sociologická reportáž o zrození nového věku.* Praha: Volné myšlenky, 1938. 469 s.
13. **KASPEROVÁ, DANA.** *Výchova průmyslového člověka a firma Baťa v meziválečném Zlíně.* Liberec: Technická univerzita, 2014. 162 s. ISBN 978-80-7494-176-4.
14. **KELLER, JAN.** *Dějiny klasické sociologie.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. 529 s. ISBN 80-864-2934-2.
15. **KELLER, JAN.** *Teorie modernizace.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 194 s. ISBN 9788086429663.
16. **KOVAŘÍKOVÁ, TEREZA, MAREK, PAVEL, PUŠ, Ivan.** *Starostové, vůdcové nebo služebníci?* Olomouc: Univerzita Palackého, 2016. 254 s. ISBN 978-80-244-5070-4.
17. **KUBÁTOVÁ, HELENA.** *Sociologie životního způsobu.* Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
18. **LEHÁR, BOHUMIL.** *Dějiny baťova koncernu.* Praha: SNPL, 1960. 299 s.
19. **MAREŠ, PETR.** Sonda do kultury města – Zlín, modelové město modernity. In: *Sociologický časopis.* ISSN 0038-0288, 2013, 49, 5, s. 681-701.
20. **MAŘÍKOVÁ, HANA, PETRUSEK, MILOSLAV, VODÁKOVÁ, ALENA.** *Velký sociologický slovník: II. svazek, P-Ž.* Praha: Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
21. **POKLUDA, ZDENĚK.** *Baťa v kostce.* Zlín: Kniha Zlín, 2013. 112 s. ISBN 978-80-7473-126-6.
22. **POCHYLÝ, JAROSLAV.** *Baťova průmyslová demokracie,* Praha: Utrin, 1990. 134 s. Publikační číslo 59-62890.

23. **ŠPAČEK, STANISLAV.** *Technicko-hospodářské zápisy ze Spojených států amerických.*  
Praha: Práce, 1925.
24. **TRNKA, FRANTIŠEK.** *Zlínští podnikatelé – Tomáš Baťa a František Čuba.* Praha: East Publishing, 1998. 166 s. ISBN 80-7219-005-9.
25. **URBANOVÁ, MARTINA, DUNDELOVÁ, JANA.** Work Culture of the Bata Company. In: *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis.* ISSN 1211-8516, 2012, roč. 7, č. 7, s. 487-493.
26. *Zlínské školství.* Zlín: vydavatelství neuvedeno, 1934. 22 s.

### **Kontakt**

Doc. PhDr. Martina Urbanová, Ph.D.  
Ústav sociálních studií, FRRMS Mendelu  
Tř. Generála Píky 7  
61300 Brno  
Česká republika  
E-Mail: [martina.urban@seznam.cz](mailto:martina.urban@seznam.cz)

# PRACOVNÉ ÚRAZY A BOZP U STARŠÍCH PRACOVNÍKOV

## ACCIDENTS AT WORK AND THE SAFETY AND HEALTH PROTECTION AT WORK OF OLDER WORKERS

**Rastislav BEDNÁRIK**

*Inštitút pre výskum práce a rodiny*

### **Abstrakt**

V príspevku autor podáva súhrnný obraz o aktuálnej situácii a bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci u starších zamestnancov v podnikoch na Slovensku. Na úvod informuje o počte pracovných úrazoch a niektorých rizikových faktoroch práce starších zamestnancov. V ďalšej časti je venovaná pozornosť legislatívnemu vybaveniu BOZP. Napokon je pojednané o vekovom manažmente starších zamestnancov a o aktivitách Európskej únie v oblasti BOZP.

### **Kľúčové slová**

Pracovný úraz, bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci, miera úrazovosti, vekový manažment

### **Abstract**

In the paper, the author presents a summary picture of the current situation and the safety and health protection at work (OSH) of older employees in enterprises in Slovakia. The introduction informs about the number of work injuries and some risk factors of work of older employees. In the next section, attention is paid to the legislative equipment of OSH. Finally, the age management of older workers and the European Union's activities in field of OSH are discussed.

### **Keywords**

Accidents at work, occupational safety and health, accident rates, age management

### **Štatistika pracovných úrazov**

Základnú štatistiku pracovných úrazov predstavuje napočítavanie počtu nahlásených pracovných úrazov, pričom sa posudzuje či ide o pracovné úrazy, o závažné pracovné úrazy, o smrteľné pracovné úrazy. Tiež sa pracovné úrazy kategorizujú podľa toho, koľko dní liečenia si vyžadujú. Posudzovanie rizikovosti práce podľa počtu pracovných úrazov spresňuje štatistika, kde sa prepočítava počet pracovných úrazov na 100 tisíc zamestnancov – v rámci príslušnej posudzovanej skupiny.

Na Slovensku registrujeme v posledných rokoch cca 7300 až 8300 závažných pracovných úrazov s následkami liečenia viac ako 4 dni. Podstatne viac takýchto úrazov postihne mužov než ženy. Údaje v Tabuľke 1. informujú o poklese týchto pracovných úrazov

v rokoch 2010 až 2012, aby následne bol zaznamenaný mierny nárast ich počtu – a to tak v prípade mužov, ako aj žien.

**Tabuľka 1.** Vývoj počtu závažných pracovných úrazov s následkami liečenia 4+ dní na Slovensku

Rok	2008	2010	2012	2014	2016
Muži	7824	5944	5405	5418	5874
Ženy	2774	2158	2064	1947	2477
Spolu	10598	8102	7469	7365	8351

Zdroj: Eurostat

Oveľa vážnejší problém predstavujú smrteľné pracovné úrazy, ktoré však našťastie sa v posledných rokoch počítajú len na niekoľko desiatok prípadov – pozri Tabuľku 2. Napríklad v roku 2016 bolo zaznamenaných spolu 44 smrteľných pracovných úrazov, ktoré postihli 40 mužov a 4 ženy. Z týchto počtov bolo 14 prípadov mužov starších ako 55 rokov a 2 prípady žien starších ako 55 rokov.

**Tabuľka 2.** Vývoj počtu smrteľných pracovných úrazov na Slovensku

Rok	2008	2010	2012	2014	2016
Muži	73	38	49	39	40
Ženy	1	4	0	0	4
Spolu M+Ž	74	42	49	39	44
Muži 55+	x	x	10	9	14
Ženy 55+	x	x	0	0	2

Pozn. Údaje o počte smrteľných pracovných úrazov u osôb starších ako 55 rokov za roky 2008 a 2010 nie sú v Eurostate zverejnené

Zdroj: Eurostat

Drvivá väčšina pracovných úrazov sa na Slovensku stane v priemysle (ročne cca 4000), a súvisí to nielen s rizikovosťou práce v priemysle, ale aj s počtom zamestnancov v tomto odvetví (na Slovensku sa tu zamestná vyše 20% všetkých zamestnancov). Relatívne vysoký počet pracovných úrazov (cca 1000 ročne) sa vyskytuje aj v odvetviach obchod a doprava. Nezanedbateľný je aj počet pracovných úrazov v poľnohospodárstve, stavebníctve, administratívnych činnostiach, zdravotníctve a školstve. Pozri Tabuľku 3.

Miera výskytu pracovných úrazov je však najvyššia v baníctve (v roku 2016 spolu 172 úrazov prepočítaných na hypotetických 100 tisíc baníkov dalo mieru výskytu 1587,55 pracovných úrazov). A táto hodnota je pre Slovensko nie veľmi lichotivá, keď oproti priemeru EÚ je vyššia. Už len v odvetví veda a technika je miera výskytu pracovných úrazov v roku 2016 na Slovensku vyššia (382,22) ako je to za priemer krajín EÚ (345,70). Vo všetkých ostatných odvetviach je miera výskytu pracovných úrazov na Slovensku nižšia ako je priemer krajín EÚ. Miera výskytu pracovných úrazov indikuje rizikovosť práce; a teda na Slovensku sú okrem

baníctva rizikové aj administratívne a bezpečnostné aktivity, aktivity v poľnohospodárstve, dodávka vody, práce v priemysle a doprave. Je zaujímavé, že oproti situácii v iných krajinách EÚ je u nás miera výskytu úrazov v stavebníctve podstatne nižšia.

**Tabuľka 3.** Počty pracovných úrazov, ktoré neskončili úmrtím a miera ich výskytu (počet úrazov na 100 tis. zamestnancov) v jednotlivých odvetviach NH v roku 2016

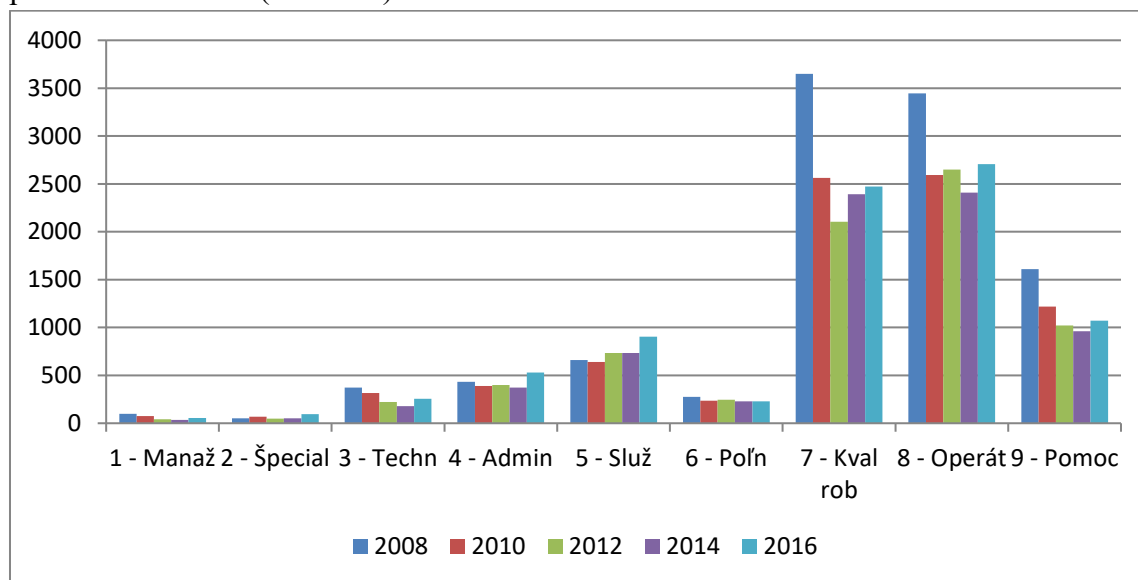
Odvetvie NH	SR – počet PÚ		Miera výskytu PÚ (na 100 tis. zamestn)			
	SR - spolu	SR 55 + rokov	EÚ- spolu	SR- spolu	EÚ 55 + rokov	SR 55 + rokov
A - Poľnohospodár	484	126	2011,09	840,00	1527,66	875,80
B – Baníctvo	172	10	1457,44	1587,55	968,05	599,03
C – Priemysel	3966	464	1952,30	698,25	1915,00	650,10
D - Elektrina, plyn	56	19	602,36	206,14	715,67	318,29
E – Voda	218	50	3085,00	814,34	2631,81	707,60
F – Stavebníctvo	429	94	3010,48	320,09	2619,89	485,79
G – Obchod	1195	127	1443,87	464,48	1353,62	584,56
H – Doprava	921	183	2446,82	620,28	2087,83	846,31
I - Ubytov., reštaur.	183	21	1734,23	187,34	1748,44	204,18
J – Informatika	49	4	276,38	88,19	469,28	168,82
K – Financie	57	5	232,31	171,99	349,22	174,75
L – Reality	69	16	779,95	555,00	764,69	432,73
M - Veda, technika	176	15	345,70	382,22	343,81	262,29
N – Adminis, bezpe	548	55	2204,63	1023,10	1646,62	493,14
O - Verejná správa	293	83	1351,75	131,74	1361,63	217,28
P – Vzdelanie	380	125	500,81	220,97	565,54	288,33
Q – Zdravotníctvo	468	128	1634,18	330,41	1576,17	417,93
R - Umeni, rekreác	91	19	1721,08	341,17	954,06	442,88
S – Ostatné	41	13	806,32	240,31	736,20	614,81
Spolu za všetky odvetvia	9814	1560	1585,66	465,04	1470,11	490,57

Zdroj: Eurostat

Aj miera úrazovosti zamestnancov starších ako 55 rokov je na Slovensku nižšia ako je priemer krajín EÚ. Avšak vo viacerých odvetviach na Slovensku je u starších vyššie riziko úrazov ako u mladších zamestnancov – konkrétne v roku 2016 to bolo v poľnohospodárstve, stavebníctve, obchode, doprave a tiež v zdravotníctve.

Ešte jeden pohľad na pracovné úrazy – optikou vykonávaných povolání. Údaje v Grafe 1. dokladujú, že rizikové sú najmä robotnícke povolania – pracovné úrazy vo vysokom počte postihujú kvalifikovaných robotníkov, operátorov a pomocných pracovníkov.

**Graf 1.** Počty pracovných úrazov s následkami liečenia 4+ dní (v odvetviach A, C - N) – podľa zamestnania (ISCO 08) na Slovensku



Zdroj: Eurostat

### Riziká práce u starších zamestnancov

Vzhľadom na vekom podmienené zhoršenie adaptačných mechanizmov, pomalšie vnímanie a reaktivitu javia sa na prvý pohľad nároky práce pre starších zamestnancov (nad 45 rokov a najmä nad 55 rokov) ako hrozby, ako ohrozenie ich pracovnej spôsobilosti a ako nové zdroje rizika pri práci. Nároky na psychické procesy môžu vytvárať u staršieho zamestnanca vyššiu mentálnu záťaž, ktorá pri dlhodobejšom pôsobení vytvára stres a zdravotné problémy.

Pri obsluhu a údržbe technicky nových druhov zariadení, ktoré by kladli vyššie nároky na spôsobilosť pracovníka, môže dôjsť, vzhľadom na už spomenuté vekové funkčné obmedzenia, aj k úrazu príp. k havárii.

Pri posudzovaní rizika teda je potrebné brať do úvahy navyše - okrem možných zdrojov, generovaných pracovným prostredkom alebo prostredím - aj možné zníženie pracovnej spôsobilosti zapríčinené jeho zníženou funkčnou kapacitou.

Znížená funkčná kapacita, v závislosti na konkrétnych nárokoch pracovnej činnosti a na tom, ktoré zložky funkčnej kapacity sú zapájané do aktivity, môže byť zdrojom neprimeranej, zvýšenej záťaže organizmu, ktorá môže viesť k ohrozeniu zdravia, resp. môže ohroziť aj spoľahlivosť a bezpečnosť technologického procesu.



Najzávažnejšie problémy súvisiace so starnúcou pracovnou silou (podľa Kordošová, Novotný, 2013) sú:

- ručná manipulácia a preprava ťažkých nákladov, musculoskeletálne problémy,
- bolestivé pohyby,
- pád alebo zakopnutie,
- extrémne teploty a pracovné prostredie,
- kontakt s chemickými látkami,
- senzoricky náročné pracovné činnosti,
- pracovná doba,
- psychosociálne problémy.

Najmä nasledujúce faktory predstavujú „hrozby“ pre starších zamestnancov 50+:

- rozmanitosť a zložitosť pracovných požiadaviek a metód,
- učenie sa nových vecí a zvyšovanie osobných zručností ,
- zvýšená dôležitosť kognitívneho myslenia, racionálneho uvažovania a rozhodovania,
- učenie sa nových jazykov a technológií,
- učenie sa nových pracovných postupov a zručností ,
- prísnejšie harmonogramy a zvýšená pracovná záťaž,
- rôznorodosť pracovných zmlúv/dohôd, hrozba prepustenia a nezamestnanosti,
- vzrastajúci význam kognitívnych nárokov na prácu bez ohľadu na zamestnanie.

Najčastejšími príčinami vzniku registrovaných pracovných úrazov vekovej skupiny 50+ za roky 2008 až 2012 boli predovšetkým :

- nedostatky osobných predpokladov na výkon práce v čase úrazu (rôzne indispozície, nepozornosť a pod.) a jestvujúce bežné riziko práce (spolu za 5 rokov 9 348 prípadov - 71,03 %),
- nebezpečné konanie samotných zamestnancov postihnutých pracovným úrazom
- ich nedisciplinovanosť spojená s porušovaním predpisov a pokynov na zaistenie BOZP, s prácou v rozpore s príkazmi riadiacich pracovníkov a pod. (spolu za 5 rokov 737 prípadov – 5,59 %).

Príčiny, ktoré sa kumulujú v tejto skupine, spočívajú napr. v zasahovaní do mechanizmu strojov počas ich chodu za účelom opravy, nastavovania, čistenia alebo inej manipulácie so strojom či zariadením, ďalej zasahovanie či vstupovanie do ohrozeného priestoru strojov či zariadení v činnosti a i.

Zo štruktúry registrovaných pracovných úrazov podľa druhu zranenia a zranenej časti tela vyplýva, že najčastejším druhom zranenia vo vekovej skupine 50+ rokov boli za roky

2008 až 2012 rany a povrchové zranenia (4974 prípadov, 37,79 %); najčastejšie zranenou časťou tela boli horné končatiny (5 895 prípadov, 44,79 %).

## **Legislatíva a politika BOZP na Slovensku**

Aktuálna legislatíva k pracovným úrazom a chorobám z povolania je nasledovná:

- Zákon č. 311/2001 Z.z., Zákonník práce,
- Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení
- Zákon č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca
- Zákon č. 595/2003 Z.z. o dani z príjmov,
- Zákon č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci,
- Zákon č. 437/2004 Z.z. o náhrade za bolesť a náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia,
- Nariadenie vlády č. 392/2006 Z.z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri používaní pracovných prostriedkov,
- Nariadenie vlády č. 391/2006 Z.z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách na pracovisko.
- Zákon č. 355/2007 Z.z. o podpore a rozvoji verejného zdravia
- Vyhláška MZ č. 504/2006 Z.z. o spôsobe hlásenia, registrácie a evidencie choroby z povolania a ohrozenia chorobou z povolania
- Vyhláška MPSVR č. 500/2006 Z. z., ktorou sa ustanovuje vzor záznamu o registrovanom pracovnom úraze

Ďalšie právne akty:

Nariadenie vlády č. 281/2006 Z. z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácii s bremenami, ktoré stanovuje smerné hmotnostné hodnoty bremien v závislosti od veku a pohlavia a zohľadňuje navyše aj podmienky práce, ich priaznivosť alebo nepriaznivosť -poskytuje údaje pre rozhodovanie o prípustnom zaťažovaní zamestnanca pri ručnej manipulácii s bremenom.

Vyhláška MZ SR č.542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci, ktorá ustanovuje o.i. prípustné hodnoty celkovej fyzickej záťaže s ohľadom na pohlavie aj vek v rozpätí od 18 do 65 rokov. Vekové rozpätie je členené na viac skupín, v ktorých je zohľadnený vplyv veku na fyzickú funkčnú kapacitu človeka -stanovenou prípustnou hodnotou energetického výdaja.

Významný dokument v oblasti politiky BOZP v SR je „Stratégia bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v Slovenskej republike do roku 2020“. Stratégia BOZP definuje priority aj v prípade starostlivosti o zamestnancov starších ako 50 rokov. V záujme efektívnej aplikácie opatrení na zaistenie BOZP u zamestnávateľov je potrebné uplatňovať najmä tieto zásady vo vzťahu k 50+ :

- prevencia má prednosť pred odškodňovaním pracovného úrazu a choroby z povolania a pred pracovnou rehabilitáciou na obnovu pracovnej schopnosti po pracovnom úraze alebo pri chorobe z povolania,
- pracovná rehabilitácia má prednosť pred predčasným vyradením zamestnancov z pracovného procesu z dôvodu zdravotnej nespôsobilosti na výkon práce,
- zabezpečovať profesionálny, účinný a efektívny výkon inšpekcie práce, dozoru a odborovej kontroly nad BOZP,
- presadzovať aktívnejšie zapojenie zamestnancov na pracoviskách do problematiky BOZP, najmä do hodnotenia, prevencie a riadenia rizika poškodenia zdravia,
- presadzovať dôslednejšie využívanie dohôd v sociálnom dialógu na účely BOZP,
- venovať pozornosť starším zamestnancom s cieľom podporovať také opatrenia, ktoré pomôžu udržať ich bezpečnosť, zdravie a schopnosť pracovať,
- venovať pozornosť absolventom škôl s cieľom poskytnúť im odborné informácie potrebné na efektívnu aplikáciu opatrení na zaistenie BOZP s dôrazom na prevenciu pracovných úrazov.

Všetky podnikateľské subjekty, právnické ako aj fyzické osoby – podnikatelia, majú podľa zákona č.355/2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia v znení neskorších predpisov povinnosť zabezpečiť zdravotný dohľad pre všetkých svojich zamestnancov diferencovane podľa miery zdravotného rizika vyplývajúceho z pracovných podmienok.

### **Vekový manažment a zdravie**

Samotný výkon práce sa odohráva v podniku, či u zamestnávateľa. Preto je možné považovať opatrenia na úrovni podniku za veľmi dôležité a podstatné a priamo ovplyvňujúce pracovnú schopnosť, funkčnú kapacitu a kultúru práce.

V každodennom riadení v podniku by sa mali zväžiť faktory súvisiace s vekom vrátane pracovných podmienok a individuálnych pracovných úloh, aby sa všetci bez ohľadu na vek cítili dostatočne schopní dosiahnuť svoje vlastné ciele a ciele podniku. Zároveň je potrebné venovať náležitú pozornosť aj mimopracovným resp. voľnočasovým aktivitám zamestnancov.

Publikáciu „Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe)“ vypracovalo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v spolupráci so všetkými relevantnými subjektmi, t.j. s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky, Asociáciou zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky, Konfederáciou odborových zväzov Slovenskej republiky, Republikovou úniou zamestnávateľov, Inštitútom zamestnanosti, Asociáciou priemyselných zväzov, Asociáciou inštitúcií vzdelávania dospelých v Slovenskej republike, Úniou miest Slovenska, so Združením samosprávnych krajov v Slovenskej republike, Združením miest a obcí Slovenska, s občianskym združením Bagar.

Táto publikácia uvádza, že medzi hlavné zásady vekového manažmentu patria predovšetkým:

1. dobré vedomosti o vekovom zložení organizácie;
2. spravodlivé postoje k starnutiu;
3. pochopenie pre individualitu a rozmanitosť;
4. podpora pracovných schopností;
5. uplatňovanie strategického myslenia;
6. dôraz skôr na prevenciu než na riešenie problémov reakciou;
7. zameranie na celý pracovný život a všetky vekové skupiny, nielen na starších zamestnancov;
8. holistický prístup zahŕňajúci všetky dimenzie, ktoré prispievajú k efektívnemu vekovému manažmentu.

V tejto publikácii je deklarovaných osem cieľov riadenia otázok týkajúcich sa veku:

1. lepšia informovanosť o starnutí,
2. spravodlivý postoj k starnutiu;
3. riadenie otázok týkajúcich sa veku, ako hlavná úloha a povinnosť manažérov a nadriadených zamestnancov;
4. riadenie otázok týkajúcich sa veku zahrnuté v politike ľudských zdrojov;
5. podpora pracovnej schopnosti a výkonnosti;
6. celoživotné vzdelávanie vrátane neformálneho celoživotného vzdelávania (napríklad tematická klubová činnosť, odborne vedené pravidelné cykly tematických podujatí, aktivity zamerané na osobnostný rozvoj v kontexte možností a požiadaviek súčasnej doby);
7. pracovné podmienky ústretové k veku;
8. bezpečný a dôstojný prechod do dôchodku.

Publikácia MPSVR SR uvádza tiež jednak Príklady opatrení na podporu pracovnej schopnosti u fyzicky pracujúcich zamestnancov:

- vzdelávacie aktivity zamerané na podporu zdravia a zdravého životného štýlu (s dôrazom na rizikové faktory – fajčenie, alkohol, obezita) a s dôrazom na „hodnotu zdravia“;
- zamestnanecké zdravotné benefity (relaxačné masáže, častejšie zdravotné prehliadky, zdravé stravovanie, pitný režim a podobne)
- analýza pracovného miesta a pracovných činností z hľadiska ergonómie;
- vytvorenie optimálneho ergonomického usporiadania pracovného prostredia a jeho prispôsobenie výkonnostným možnostiam zamestnancov;
- zmeny v organizácii práce a obsahu pracovných činností;
- využívanie flexibilných foriem práce;
- podpora duševného zdravia, motivácie a spokojnosti zamestnancov, diskusia so zamestnancami.

Ale tiež uvádza Príklady opatrení na podporu pracovnej schopnosti u duševne pracujúcich zamestnancov:

- ergonómia pracoviska – vybavenie a umiestnenie kancelárskej a IT techniky;
- vzdelávacie aktivity zamerané na podporu zdravia a zdravého životného štýlu (s dôrazom na rizikové faktory – fajčenie, alkohol, obezita) a s dôrazom na „hodnotu zdravia“;
- možnosť návštevy fyzioterapeuta na pracovisku;
- programy na zvládnutie stresu, „umenie odpočívať“;
- prevencia pred syndrómom vyhorenia;
- time management;
- zlepšenie organizácie práce (prevencia časového stresu a prepracovanosti);
- využívanie flexibilných foriem práce;
- podpora duševného zdravia, motivácie a spokojnosti zamestnancov, diskusia so zamestnancami.

Podľa EU-OSHA, komplexný prístup BOZP k manažmentu veku na pracovisku na podporu trvalo udržateľnej práce a boj proti účinkom starnutia, zahŕňa takú BOZP, ktorá je založená na správnom riadení rizík, na opatreniach na podporu zdravia a na dobre navrhnutých opatreniach na návrat do práce a na rehabilitačných programoch. Avšak, tieto je potrebné kombinovať, ak je to možné, s inými oblasťami. Pružné opatrenia týkajúce sa pracovného času sú napríklad spojené s aktivitami v oblasti ľudských zdrojov a vnútroštátnych predpisov týkajúcich sa odchodu do dôchodku; propagačné opatrenia v oblasti zdravia sú často úspešnejšie, ak sú spojené s programami verejného zdravia; a programy návratu do práce či rehabilitačné programy musia byť podporené nariadeniami na národnej úrovni. (EU-OSHA, 2016b)

## **BOZP – EÚ – starší zamestnanci**

Publikácia EU-OSHA, Cedefop, Eurofound and EIGE (2017): Joint report on Towards age-friendly work in Europe: a life-course perspective on work and ageing from EU Agencies, Publications Office of the European Union, Luxembourg uvádza politické návrhy oblasti BOZP pre zlepšenie trvalej udržateľnosti práce v EÚ v súvislosti so starnúcou pracovnou silou.

### **1. Životný prístup**

Je potrebné zamerať sa na starších pracovníkov ako "zraniteľnú kategóriu pracovníkov". Akákoľvek komplexná politika by mala byť založená na správnom prístupe predchádzania rizikám, ktoré postihujú pracovnú silu počas celého životného cyklu. Aby boli schopní pracovať v takých podmienkach, ktoré im umožňujú udržiavať svoju pracovnú schopnosť do veku odchodu do dôchodku. Správna prevencia rizík je len prvý krok, ktorý je potrebné doplniť poskytnutím primeranej podpory pracovníkom, aby si udržiavali svoje zdravie zdravým životným štýlom a poskytnúť im okamžitú podporu v prípade choroby.

### **2. Stratégie BOZP**

Stratégie BOZP musia zohľadňovať starnúcu pracovnú silu a iné oblasti rôznorodosti a musia odrážať prístup životného cyklu. Preto treba kombinovať podporu znižovania rizika s opatreniami pre jednotlivých pracovníkov - ako napr. zmeny úloh alebo poskytovanie vybavenia. Tiež je potrebné integrovať podporu malých a stredných podnikov do týchto stratégií. Napríklad Stratégie BOZP pre hodnotenie trvalo udržateľnej práce uvádzajú, že je potrebné pripraviť mechanizmy, ktoré by mohli zahŕňať nastavenie "kontextu vhodných" cieľov, ktoré sú merateľné a porovnateľné spolu s pravidelnými a transparentnými mechanizmami podávania správ o dosiahnutom pokroku. Avšak vo vzťahu k veku, práci a zdraviu stále existuje potreba ďalšieho vývoja vhodných ukazovateľov.

### **3. Podpora zdravia**

Je evidentné, že pracovníci strávia väčšinu svojho času na pracovisku, a preto dôležitým prvkom sú také programy, kde všetci pracovníci sú súčasťou komplementárneho prístupu opatrení na ochranu pracovníkov a podporu lepšej BOZP. Opatrenia na podporu zdravia a zdravého správania by mali byť považované za dôležitý prvok politik zdravého a aktívneho starnutia a predĺženia pracovného života (EUOSHA, 2016b). Zamerania opatrení týkajúcich sa

podpory zdravia by mali zohľadňovať rozmanitosť pracovných síl, pohlavie, vek atď. (EU-OSHA, 2012)

#### 4. Rehabilitácia a návrat do práce

Rastúca prevalencia dlhodobých zdravotných problémov u starnúcej pracovnej sile sa musí riešiť rehabilitáciami a opatreniami zameranými na návrat do zamestnania s cieľom zabrániť tomu, aby pracovníci vypadli z trhu práce z dôvodu dlhohodobej choroby a zdravotného postihnutia. Prvky komplexného prístupu k rehabilitácii a návratu do práce zahŕňajú intervenciu začínajúcu už v počiatočnej fáze, aby pracovník odišiel na krátkodobú práceneschopnosť a vyhol sa dlhohodobej, a tiež efektívnu koordináciu multidisciplinárnych služieb na podporu procesu návratu do práce pre jednotlivcov. V tejto súvislosti je potrebné zväžiť a integrovať aspekty verejného zdravia. Napríklad, jednotliví lekári sa musia vrátiť do práce, aby mohli liečiť pacientov.

#### 5. Zvyšovanie povedomia

Kultúrne vnímanie na spoločenskej úrovni a postoje a správanie na úrovni pracoviska je tiež dôležitým faktorom, ktoré vysvetľujú rozdiely medzi krajinami. Kampane na zvyšovanie povedomia a obrázkové kampane môžu pomôcť vyhnúť sa stigmatizácii a môžu tiež motivovať ľudí zostať dlhšie v zamestnaní.

#### 6. Integrované politiky

Analýza správy o politikách a stratégiách EÚ a členských štátov a programy týkajúce sa starnutia obyvateľstva a pracovnej sily (EU-OSHA, 2016a) odhalili, že existuje riziko nedostatku koordinácie naprieč činnosťami, oblasťami politiky a dokonca aj regiónmi. Ukazuje sa, že jeden subjekt by mal riadiť celok procesov v rôznych oblastiach politiky a zabezpečiť tak ich efektívnosť koordináciou rôznych vykonaných opatrení. Príslušné politické iniciatívy často pochádzajú z oblasti zamestnanosti a sociálnych vecí. Zabezpečiť, aby tieto prístupy boli dobre prepojené s paralelnými činnosťami v oblasti správneho riadenia rizík a tým spôsobom aj udržiavanie a zlepšovanie zdravia, blahobytu a zdravia pracovníkov a ich pracovnú schopnosť by znamenalo väčší úspech týchto opatrení vo všetkých oblastiach.

## Zoznam bibliografických odkazov:

1. Databáza Eurostat; <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
2. EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work: *Motivation for employees to participate in workplace health promotion: Literature review*. 2012. Dostupné z [https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/en/publications/literature\\_reviews/motivationemployees-whp/motivation-employees.pdf](https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/en/publications/literature_reviews/motivationemployees-whp/motivation-employees.pdf)
3. EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work (2016a): *Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes on population and work force ageing*. Dostupné z <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/safer-and-healthier-work-any-age-analysis-report-euand-member>
4. EU-OSHA — European Agency for Safety and Health at Work (2016b): *The ageing workforce: Implications for occupational safety and health — A research review*. Dostupné z <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/safer-and-healthier-work-any-age-ageing-workforce-implications-0>
5. EU-OSHA, Cedefop, Eurofound and EIGE (2017): *Joint report on Towards age-friendly work in Europe: a life-course perspective on work and ageing from EU Agencies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. Dostupné z [http://www.cedefop.europa.eu/files/2220\\_en.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/files/2220_en.pdf)
6. **KORDOŠOVÁ, M., NOVOTNÝ, M.**: *BOZP a rizikové faktory zamestnancov 50+*. IVPR: Bratislava, 2013, <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2013/Kordosova/2341.pdf>
7. **MIKULA, J.**: *Zriadenie prevádzky a dokumentácia BOZP*. 2017 Zdroj: Verlag Dashöfer <https://onngas.dashofer.sk/onb/33/zriadenie-prevadzky-a-dokumentacia-bozp-uniqueidmRRWSbk196FPkyDafLfwABMQmPtU2fupHFN-ObvUna70iljD1lqL5A/>
8. MPSVR SR: *Definícia vekového manažmentu a vytvorenie zásad vekového manažmentu pre zamestnávateľov (v súkromnej a verejnej správe)*. Bratislava. 2017. Dostupné z <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/definicia-vekoveho-manazmentu-vytvorenie-zasad.pdf>
9. Právne predpisy uvedené v texte, dostupné z [www.slov-lex.sk](http://www.slov-lex.sk)

## Kontakt

Rastislav Bednárík, doc., PhD., CSc.  
Inštitút pre výskum práce a rodiny  
Župné nám. 5, 812 41 Bratislava  
E-mail: [rastislav.bednarik@ivpr.gov.sk](mailto:rastislav.bednarik@ivpr.gov.sk)



# HENRY ERNEST SIGERIST - VEDEC A REFORMÁTOR\*

HENRY ERNEST SIGERIST – THE SCIENTIST AND REFORMER

Silvia CAPIKOVÁ, Vojtech OZOROVSKÝ

*Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave*

## Abstrakt

Henry E. Sigerist bol všestrannou osobnosťou. Popri rozsiahlej bádateľskej činnosti pôsobil ako vysokoškolský pedagóg, medzinárodný poradca, verejne sa angažoval za zavedenie národného zdravotného poistenia na Severoamerickom kontinente a stál pri zrode reformy verejného zdravotníctva v Kanade. Pokrok v medicíne videl nie iba v technologickom napredovaní diagnostiky a liečby ochorení, ale aj v tom že možnosti liečby a prevencie sa stávajú čoraz dostupnejšími pre obyvateľov. Všeobecná dostupnosť zdravotnej starostlivosti je ideálom, ktorý dlho nebol a žiaľ ani v súčasnosti nie je samozrejímavý pre veľkú časť obyvateľov na svete. Sigeristovo dielo poukazuje na význam vedeckých dôkazov pre rozvoj zdravotníctva a jeho empiricky a argumentačne podložené práce sú aktuálne aj v súčasnosti.

## Kľúčové slová

H.E. Sigerist, sociálne lekárstvo, sociológia zdravotníctva, dejiny medicíny, národné poistenie

## Abstract

Henry E. Sigerist was a versatile figure. Besides enormous research efforts, Sigerist was a university lecturer, international consultant, publicly active in efforts for national health insurance in the Northern America and stood at the birth of Medicare in Canada. The progress of medicine he saw not merely in its technological achievements in diagnostics and treatment of diseases, but also in the availability of these achievements to inhabitants. Universal health coverage is the ideal, which is not taken for granted in many countries until the present. The works of Sigerist emphasize the importance of the scientific evidence for the development of healthcare, and his evidence-based works are still fresh and revealing.

## Keywords

H.E. Sigerist, social medicine, sociology of medicine, history of medicine, national insurance.

**\*Príspevok bol vypracovaný v rámci riešenia projektu VEGA č. 2/0100/16 „Zdravotníctvo na Slovensku v rokoch 1948-1966“.**

## Úvod

Švajčiarsky lekár Henry Ernest Sigerist bol veľmi všestrannou osobnosťou. Začínal ako historik medicíny a v tejto oblasti sa stal svetovo uznávaným odborníkom, avšak jeho celoživotnou snahou bolo umožniť aby výtobytky medicíny, medicínskeho pokroku vrátane prevencie boli dostupné všetkým ľuďom podľa ich zdravotných potrieb, bez ohľadu na to či si to finančne môžu dovoliť. Sigerist popri rozsiahlej bádateľskej činnosti pôsobil ako vysokoškolský pedagóg, medzinárodný poradca, verejne sa angažoval za zavedenie národného

zdravotného poistenia na Severoamerickom kontinente a stál pri zrode reformy verejného zdravotníctva v Kanade. Zasadzoval sa za „socializáciu“ medicíny a príliš technologicky pojatej výučby a praxe medicíny, o.i. zavedením výučby sociálnych vied na lekárske fakultách. Ovplyvnil vývoj niekoľkých vedných odborov, najmä v anglofónnych krajinách.

### **Míľniky vedeckej dráhy a publicistiky**

Henry Ernest Sigerist sa narodil v Paríži 7. 4.1891 a zomrel ako šesťdesiatpäťročný 17.3.1957 v Pure vo Švajčiarskom kantóne Tessin. Narodil sa do zámožnej rodiny podnikateľa s topánkami, ktorá mu umožnila štúdium podľa osobného výberu. Ako desaťročný stratil otca a ovdovelá matka sa s deťmi presťahovala do Švajčiarska. Spočiatku (1909–1912) študoval orientalistiku na univerzitách v Zürichu a Londýne, naučil sa latinčinu, gréčtinu, hebrejčinu, arabčinu, taliančinu a angličtinu, tiež sýrčinu a perzštinu. Čoskoro prešiel na štúdium medicíny ktoré úspešne absolvoval (1912–1917, Mníchov, Zürich). Medzi jeho učiteľov patril významný nemecký historik medicíny Karl Sudhoff, ktorý mu odporúčal využiť jazykové znalosti vo výskume dejín stredovekej medicíny. (Fee, 1996) V tomto období publikoval najmä v nemeckom jazyku, vydal rozsiahle monografie *Einführung in die Medizin* (1931) a *Grosse Ärzte. Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern*. (1932). (Terris, 1975) Habilitoval sa a nastúpil v roku 1925 na Ústav dejín medicíny v Lipsku na pozíciu riaditeľa ktorá sa uvoľnila po K.Sudhoffovi. (Bickel, 2007) Sigerist bol aktívny aj na medzinárodnej úrovni, prednášal na mnohých vedeckých kongresoch, najmä historikov medicíny, využíval možnosti oboznámiť sa s organizáciou zdravotníctva v danej krajine. Udržiaval čulé kontakty s bádateľmi z rôznych krajín sveta. (bližšie Sigerist, 1939, Terris, 1975)

V roku 1932 nastúpil na Ústav dejín medicíny na Johns Hopkins University v Baltimore, USA, kam ho pozval jeho zakladateľ William Henry Welch. Na univerzite vyučoval a intenzívne sa venoval aj výskumnej a publikačnej činnosti, čoskoro začal vydávať časopis *Bulletin of the Institute of the History of Medicine* (1933 – 1938) a ako editor pôsobil až do svojho odchodu do Švajčiarska v roku 1947. (Duffin, Falk, 1996). Časopis rozšíril svoj záber a zmenil názov na *Bulletin of the History of Medicine*, vychádza až do súčasnosti ako publikačný nástroj American Association for the History of Medicine.

Sigerist s manželkou sa v roku 1947 presťahovali do mesta Pura vo Švajčiarsku. Naďalej udržiaval rozsiahlu korešpondenciu a pracoval na svojom životnom projekte 8-zväzkového diela *Dejiny medicíny* (History of Medicine). V roku 1951 publikoval 1.zväzok (Primitive and Archaic Medicine), a American Association for the History of Medicine mu udelila ako prvému ocenenie „William Henry Welch Medal“ za mimoriadne vedecké úspechy. (Kiviat, 2000)

Druhý zväzok (Early Greek, Hindu, and Persian Medicine) vydal Oxford University Press v roku 1961, štyri roky po jeho smrti. Medzitým, v roku 1956, vyšla v rovnakom vydavateľstve jeho monografia *Landmarks in the History of Hygiene*. (Terris, 1975)

Okrem 8-zväzkových dejín medicíny Sigerist plánoval 4-zväzkový opus venovaný sociológii medicíny. Naplneniu týchto ambiciózných cieľov zabránila Sigeristova smrť.

Pre Sigerista história medicíny predstavovala kľúč k pochopeniu súčasnosti a plánovaniu budúcnosti. (Fee, 1996) Od štúdia histórie medicíny v jednotlivých krajinách Sigerist počas svojej životnej dráhy postupne prešiel na skúmanie a porovnávanie aktuálneho stavu starostlivosti o zdravie v rôznych krajinách. Čepal z vlastných pozorovaní a výskumu, L.Falk upozorňuje, že Sigerist sa vo svojich publikáciách neodvolával na diela akademickej sociológie. (Falk, 1958, s.224)

V roku 1940 prednášal na Yale University, prednášky publikoval v nasledujúcom roku knižne pod názvom *Medicine and Human Welfare* (Sigerist, 1941). V tejto knihe sledoval vývoj konceptu zdravia a dobovo odporúčaného zdravého spôsobu života v starovekom Grécku a Ríme, v stredoveku, počas renesancie a reformácie a v ére industrializácie až do súčasnosti. Poukazoval na to, ako sa odporúčania uplatňovali v týchto spoločnostiach v jednotlivých spoločenských vrstvách. (Terris, 1975, s.494 – 495) Význam sociálnych podmienok pre vývoj spektra ochorení, distribúciu ochorení v populačných a sociálnych skupinách analyzoval podrobnejšie v vplyvnej monografii *Civilization and Disease* (Sigerist, 1943) ktorá sa od svojho prvého vydania dočkala niekoľkých reedícií, naposledy v roku 2018, a prekladu do mnohých jazykov.

Desať rokov Sigerist prednášal "Úvod do sociológie a ekonomiky medicíny" poslucháčom Johns Hopkins University Schools of Medicine and Public Health. Na prednášku nadväzovali semináre s názvom "Problémy sociológie a ekonomiky medicíny," ktoré boli zamerané na aktuálne dianie a legislatívne návrhy, ako aj prácu v teréne. (Falk, 1958, s.217)

V 40. rokoch 20. storočia už mal pripravený projekt 4-zväzkového diela o sociológii medicíny, ktorý mal pokrývať niekoľko ťažiskových oblastí: pojem zdravia, incidencia a sociálna distribúcia ochorení, zdravotnícki pracovníci a vybavenie, prevencia, nemocničná starostlivosť, ekonomické náklady ochorení, spôsoby financovania zdravotnej starostlivosti zo súkromných a verejných zdrojov, organizácia zdravotníctva, úloha štátu a profesijných organizácií, vzdelávanie lekárov. (Falk, 1958, 217 – 221) Potrebe a obsahu reformy štúdia medicíny Sigerist venoval samostatnú knihu *The University at the Crossroads*, v ktorej zdôrazňoval o.i. potrebu získavania skúseností zo sociálnej medicíny v teréne formou letnej praxe medikov (fieldwork). (bližšie Falk, 1958, Fee, 1996)

Sigeristove vydané štúdie pripravili krátko po jeho smrti do knižnej podoby jeho žiaci a priaznivci. Štúdie prevažne historického charakteru vyšli pod názvom *Henry E. Sigerist on the History of Medicine* (zostavil Felix Marti-Ibañez). Štúdie prevažne sociologického charakteru vyšli pod názvom *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, zostavil ich Milton I. Roemer a predslov napísal James M. Mackintosh. V knihe je zaradených 31 štúdií, pokrývajúcich rôznorodé témy: Postavenie chorého, Lekár a jeho prostredie, Lekárske spolky, Ekonómia zdravia, Náklady choroby, Zdravotníctvo v ZSSR, Vývoj legislatívy sociálneho zabezpečenia, Nacionalizmus a internacionalizmus v medicíne, atd. Krátko po vyjdení oboch monografií sa objavilo množstvo pozitívnych recenzií v širokom spektre odborných časopisov. Sociológ Robert K. Merton (ktorý sa intenzívne venoval sociológii vedy ale prispel aj do rozvoja sociológie medicíny) vo svojej recenzii oboch kníh poukázal na to, že Sigerist ponímal medicínu jednak ako systém poznatkov, jednak ako systém praxe a vysoko vyzdvihol prínos týchto i ďalších Sigeristových publikácií pre poznanie sociálneho kontextu vedy, medicíny a medicínskeho vzdelávania. (Merton, 1961, s.287)

### **Sigerist a reforma zdravotníctva**

Začiatkom 30. rokov 20.storočia svet čelil ekonomickej kríze, jej prejavy postihli široké masy obyvateľstva v Európe aj v iných častiach sveta. Už počas života v Nemecku bol Sigerist konfrontovaný so sociálnymi dopadmi hospodárskej krízy a zánikom sociálnych istôt obyvateľstva a bol svedkom nástupu autoritárskych režimov. Živo sa zaujímal o aktuálnu problematiku sociálneho zabezpečenia a ekonomiky zdravotníctva. (Fee, 1996) Keď Sigerist prišiel do Baltimoru, aj USA boli zasiahnuté veľkou ekonomickou krízou. Prezidentom bol Franklin D. Roosevelt a národné poistenie bolo horúcou otázkou dňa. (Kiviat, 2000)

Sigerist sa dlhé roky venoval štúdiu a porovnávaníu starovekých a moderných medicínskych kultúr, a už v priebehu 30. rokov prišiel k záveru, že vývoj medicíny speje k nevyhnutnosti etablovania tzv. „socializovanej medicíny“ - tým že spoločnosť sa stáva čoraz komplexnejšou, podľa Sigerista lekárska starostlivosť o jej občanov nemôže byť ponechaná na bedrách jednotlivcov. (Kiviat, 2000)

Sigerist sa stal obhajcom a propagátorom zavedenia národného zdravotníctva, dostupnej zdravotnej starostlivosti garantovanej štátom. Podnikol niekoľko ciest do ZSSR, aj s podporou Rockefellerovej nadácie, a v roku 1937 publikoval knižnú prácu *Socialized Medicine in the Soviet Union*. (Sigerist, 1937) V nej predstavil organizáciu zdravotníctva v ZSSR, jeho riadenie a financovanie. (Fee, 1996). V tejto štúdií Sigerist vyslovil tiež názor, že existujú dve línie pokroku v medicíne – technologický pokrok a sociálny pokrok. Varoval, že medicína

v Severnej Amerike je technologicky rozvinutá, avšak jej dostupnosť pre ľudí je nedostatočná – sociálny pokrok zaostáva za technologickým. Na knihu reagovala odborná verejnosť sčasti pozitívne, sčasti kriticky tak voči osobe Sigerista ako aj voči knihe ktorú označovali za ľavicovú propagandu. (Duffin, 2018)

Sigerist svoje názory opieral o historický výskum a podniknuté študijné pobyty v rôznych krajinách vrátane Južnej Afriky, opakovane absolvoval študijnú cestu do ZSSR. (Fee, 1996) V júli a auguste autom prešiel vyše 10.300 míľ cez 22 štátov USA, aby sa oboznámil so situáciou v oblasti zabezpečenia zdravotnej starostlivosti o obyvateľov a nazbieral materiál pre knihu o sociológii medicíny. (Falk, 1958, s.215) Bol uznávaným historikom medicíny a stal sa na prelome 40. rokov 20. storočia v USA verejne a mediálne známou osobnosťou a vyhľadávaným rečníkom, obhajujúcim povinné národné zdravotné poistenie. Hoci boli jeho názory v určitých politických kruhoch prijímané pozitívne, mal aj mnoho oponentov. Po vypuknutí 2.svetovej vojny a zmene geopolitickej situácie v 40. rokoch 20. storočia otázky zdravotného poistenia ustúpili z verejnej debaty a Sigeristovi verejná mienka aj vládni činitelia v USA vytýkali jeho ľavicové názory a postoje. (Kiviat, 2000, Fee, 1996) Napriek tejto negatívnej skúsenosti Sigerist úspešne pôsobil ako uznávaný konzultant na medzinárodnej úrovni, aj v odborných komisiách pre rozvoj zdravotníctva v Indii a Kanade (Kiviat, 2000).

Priaznivú odozvu na svoje úsilie o dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre obyvateľstvo Sigerist našiel v susednej Kanade. Kanadskí predstavitelia verejného života hľadali už v 30. rokoch 20. storočia spôsob, ako sa vyhnúť nepriaznivým sociálnym dôsledkom ekonomickej krízy a 2.svetovej vojny a neváhali osloviť rôznych odborníkov. V roku 1941 Robert Wallace, rektor Queen's University, pri príležitosti stého výročia vzniku univerzity udelil dva čestné doktoráty, jeden z nich práve H.E.Sigeristovi. Sigerist nadviazal spoluprácu s organizáciou Canadian Association for Medical Students and Interns (CAMSI), ktorá okrem ďalších, najmä vzdelávacích aktivít vydávala svoj časopis, kam Sigerist prispel štúdiami o medicíne ZSSR a o sociálnom lekárstve. Organizácia združovala študentov medicíny a mladých lekárov a presadzovala názor, že dobré zdravie vyplýva jednak z dobrého systému starostlivosti o zdravie, ale tiež od pôsobenia faktorov dnes označovaných ako sociálne determinanty zdravia. (Duffin, 2018)

V rokoch 1941 až 1944 Sigerist podnikol niekoľko pracovných ciest do Kanady. Novozvolený (1944) premiér Saskatchewanu, Tommy Douglas, menoval Sigerista za predsedu odbornej komisie (Health Services Survey Commission), ktorej cieľom bolo preskúmať zdravotné potreby obyvateľov a navrhnúť ich riešenie, preskúmať možnosti zavedenia národného poistenia v provincii. Komisia pod vedením Sigerista realizovala prieskum

zdravotníckych služieb a v septembri 1944 vypracovala správu (Sigerist, 1944), ktorá sa stala základom pre tvorbu zdravotnej politiky nie len v jednej z provincií, ale neskôr v celej Kanade. Novozvolená vláda provincie Saskatchewan uzákonila bezplatnú nemocničnú starostlivosť pre všetkých občanov a jej úhradu z prostriedkov daní. (Duffin, Falk, 1996, s.659) Saskatchewan sa stal vzorom pre Kanadu a severoamerický kontinent v oblasti zdravotnej politiky. Pred zvolením Tommyho Douglasa za premiéra, provincia už mala program mestských lekárov (municipal doctor program) a poskytovala univerzálnu starostlivosť o pacientov s TBC a s rakovinou. Sigerist odporúčal zavedenie obvodového systému, pričom navrhované zdravotné obvody by zahŕňali nemocničnú a lekársku starostlivosť, diagnostiku, verejné zdravotníctvo a domácu starostlivosť. Následne Saskatchewan pre účely plánovania a implementácie Sigeristovej správy zriadil The Health Services Planning Commission, vďaka čomu už 1.1.1946 vznikol the Swift Current Health Region, poskytujúci všeobecne dostupnú nemocničnú a lekársku starostlivosť. V roku 1947 Saskatchewan implementoval všeobecné poistenie nemocničnej starostlivosti (universal hospital insurance) a v roku 1962 aj ďalšiu legislatívu a poistenie lekárskej starostlivosti. Tieto reformy sa stretli s odmietaním zo strany lekárov, ktorí sa obávali o pokles svojich príjmov, a kým akceptovali nový spôsob organizácie zdravotnej starostlivosti uskutočnili sa aj štrajky. Už v priebehu 60. rokov sa však prejavili výsledky v podobe priaznivejších zdravotných ukazovateľov obyvateľov Kanady v porovnaní s USA. (Rachlis, 2007)

Sigerist až do konca svojho života zastával myšlienku národného zdravotného systému a verejného zdravotného poistenia. Po svojom návrate do Švajčiarska sa venoval vedeckej práci. Zanechal tiež objemnú korešpondenciu ktorá dosvedčuje, že naďalej udržiaval kontakty s bývalými žiakmi a spolupracovníkmi a povzbudzoval ich v úsilí o reformu zdravotníctva a zavedenie národného poistenia v USA. (Fee, 1996)

## **Záver**

Henry E. Sigerist bol všestrannou osobnosťou, s nadaním na cudzie jazyky a sociabilitu. Pokrok v medicíne videl nie iba v technologickom napredovaní diagnostiky a liečby ochorení, ale aj v tom že možnosti liečby a prevencie sa stávajú čoraz dostupnejšími pre obyvateľov. Jeho dielo a životné osudy ilustrujú, že veľmi dlho trvalo, kým poznatok o sociálnej podmienenosti ochorení a potrebe určitej miery štátnej regulácie zdravotníctva bol akceptovaný tvorcami i realizátormi zdravotníckych politík.

Všeobecná dostupnosť zdravotnej starostlivosti je ideálom, ktorý dlho nebol a žiaľ ani v súčasnosti nie je samozrejímavý pre veľkú časť obyvateľov na svete. Mnohé krajiny dosiaľ

ponechávají břemeno nákladů za léčbu na svých obyvatelích. Sigeristovo dílo poukazuje na význam vědeckých důkazů pro rozvoj zdravotnictví a jeho empiricky podložené práce sú aktuálne aj v súčasnosti.

#### **Zoznam bibliografických odkazov:**

1. **ACKER, MURRAY:** The Saskatchewan Story: A Review and Prospect. *American Journal of Public Health*, May 1963, Vol. 53, No. 5, pp.717 – 720.
2. **BICKEL, MARCEL H.:** Henry E. Sigerist. Zum 50. Todestag. *Schweizerische Ärztezeitung*. Vol.88, 2007, No11, s.490 – 491.
3. **DUFFIN, JACALYN, FALK, LESLIE A.:** Sigerist in Saskatchewan: the quest for balance in social and technical medicine. *Bulletin of theHistory of Medicine*, Vol.70, No 4, Winter 1996, pp. 658-683.
4. **DUFFIN, JACALYN :** Doctors as stewards of medicare, or not: CAMSI, MRG, CDM, DRHC and the thin alphabet soup of physician support. *Health Economics , Policy and Law*. 2018, No13, 450–474. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133117000470>
5. **FALK, LESLIE A.:** Medical Sociology: The Contributions of Dr. Henry E. Sigerist. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Vol. XIII, No.2, April 1958, Pages 214–228. <https://doi.org/10.1093/jhmas/XIII.2.214>
6. **FEE, ELIZABETH:** The pleasures and perils of prophetic advocacy: Henry E. Sigerist and the politics of medical reform. *American Journal of PublicHealth*, Vol.86, No.11, 1996, pp.1637–1647.
7. **KIVIAT, BARBARA J.:** An early apostle of socialized medicine. *Johns Hopkins Magazine*, April 2000. [elektronický zdroj] Dostupné z: <https://pages.jh.edu/~jhumag/0400web/25.html>
8. **MARTI-IBAÑEZ, FELIX (ed.):** Henry E. Sigerist on theHistory of Medicine. New York: MD Publications, Inc., 1960. 313s.
9. **MERTON, R.K.:** Review. *American Sociological Review*, Vol. 26, No. 2, April 1961, pp. 287-288.
10. **ROEMER, MILTON I. (ed.):** *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. New York: MD Publications, Inc., 1960. xiii, 397s.
11. **RACHLIS, MICHAEL M.:** Completing the Vision: Achieving the Second Stage of Medicare. In: G. Marchildon and B. Campbell (eds.): *Medicare: Facts, Myths, Problems, Promise*. 1.ed. [elektronický zdroj]. Toronto: James Lorimer and Company Ltd. 2007. pp.221 – 243. Dostupné z:

<http://www.michaelrachlis.com/pubs/Rachlis%20Paper%20on%20Second%20Stage%20of%20Medicare%20from%20SOS%20Medicare.pdf>

12. **SIGERIST, H.E.:** *Report of the commissioner*. Regina, Saskatchewan: Health Services Survey Commission. 1944.
13. **SIGERIST, H.E.:** *Civilization and Disease*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1943.
14. **SIGERIST, H.E.:** *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941.
15. **SIGERIST, H.E.:** *Socialized Medicine in the Soviet Union*. 1<sup>st</sup> ed. New York: W.W. Norton, 1937.
16. **SIGERIST, H.E.:** Yugoslavia and the XI-th International Congress of the History of Medicine. In: *Bulletin of the History of Medicine*. Baltimore, Band 7, 1939, S. 99–147.
17. **TERRIS, MILTON:** The contributions of Henry E. Sigerist to health service organization. *MMFQ, Health and Society*, Fall 1975, pp.489 – 530.

## **Kontakt**

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.  
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,  
Lekárska fakulta Univerzity Komenského  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
E-mail: silvia.capikova(at)fmed.uniba.sk

Doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc.  
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,  
Lekárska fakulta Univerzity Komenského  
Špitálska 24, 813 72 Bratislava  
E-mail: vojtech.ozorovsky(at)fmed.uniba.sk



# K VYMEDZENIU OBLASTI SOCIOLOGIE ZDRAVIA A CHOROBY TO THE IDENTIFICATION OF THE FIELD OF SOCIOLOGY OF HEALTH AND ILLNESS

**Jozef MATULNÍK**

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava*

## **Abstrakt**

Cieľom príspevku je charakterizovať oblasť bádania, na ktorú sa v súčasnosti zameriavajú sociológovia zdravia a choroby vo svete i okruh problémov, ktorému sa venujú takto orientovaní sociológovia na Slovensku. Osobitnú pozornosť venujeme súčasnému teoretickému vývoju v americkej sociológii zdravia a choroby a informujeme o týchto teóriách stredného dosahu, ktoré sú zamerané na vplyv sociálnych štruktúr na zdravie: teória základnej príčiny, teória medicinizácie, teória sociálneho kapitálu, teória mestských štvrtí a komunit škodlivých z hľadiska zdravia a teória životného štýlu súvisiaceho so zdravím. Poukazujeme na úsilie o rozvoj novej subdisciplíny v rámci sociológie zdravia a choroby – sociológie choroby v zmysle anglického konceptu *disease*. V závere diskutujeme o viacerých podnetoch, ktoré prináša súčasné sociologické poznanie pre teóriu a prax verejného zdravotníctva.

## **Kľúčové slová**

Sociológia zdravia a choroby, Teórie stredného dosahu zamerané na vplyv sociálnych štruktúr na zdravie

## **Abstract**

The aim of the paper is to characterize the field of research, sociologists of health and disease in the world are currently focused on and the range of problems addressed by such oriented sociologists in Slovakia. We pay special attention to the current theoretical development in the American sociology of health and illness and inform about the following middle-range theories focused on the effects of social structures on health: fundamental cause theory, medicalization theory, social capital theory, neighborhood disadvantage theory, and healthy lifestyle theory. We point out the efforts to develop a new subdiscipline within the sociology of health and illness - the sociology of disease. Finally, we discuss several stimuli the current sociological knowledge brings to the theory and practice of public health.

## **Key words**

Sociology of health and illness, middle-range theories focused on the effects of social structures on health

## Úvod

Sociológia zdravia a choroby predstavuje v súčasnosti dynamicky sa rozvíjajúcu oblasť bádania. Za posledných niekoľko desaťročí získala význačné postavenie medzi odvetvovými sociologickými disciplínami a rozšírila sa v celosvetovom meradle<sup>2</sup>. Uplatňuje sa v riadení zdravotnej starostlivosti i v skúmaní príčin aj dôsledkov ochorení. Je prínosom v rozvoji verejného zdravotníctva, ošetrovateľstva a klinickej medicíny a zameriava sa aj na výskum zdravotnej politiky ( Zimmerman M. K., 2000, Wright E. R., Perry B. L. 2010 ).

V súčasnosti sa v sociológii zdravia rozvíjajú nové teoretické prístupy a na ich základe sa významne prehĺbuje poznanie spoločenských súvislostí zdravia a zdravotnej starostlivosti a prichádzajú nové podnety aj pre teóriu a prax verejného zdravotníctva a pre ďalšie disciplíny pôsobiace v zdravotnej starostlivosti. V sociológii zdravia pôsobia viaceré subdisciplíny a závažnou novou aktivitou v tejto oblasti je aj úsilie rozvíjať sociológiu choroby v zmysle anglického koonceptu *disease*.

### Sociológia zdravia a choroby – široká oblasť štúdia

Pre túto sociologickú disciplínu sa doposiaľ často používa jej tradičný názov *medicínska sociológia* (medical sociology). Viacerí autori to však nepovažujú za vhodné, lebo predmet ich štúdia je oveľa širší a je ním nielen medicína ale aj zdravie, chorobnosť, ďalšie zdravotnícke povolania a inštitúcie i liečba. (Dodajme, že tieto výhrady odznievajú už dlhší čas, pozri napr. Illsley R., 1980, s. 7.) Preto sa dnes stretávame s publikáciami nazvanými napríklad *Sociológia zdravia a choroby*, *Sociológia zdravia a zdravotnej starostlivosti*, *Sociológia zdravia, choroby a liečby*. Takto sú často nazývané i predmety vyučované na univerzitách ako aj rozličné sociologické inštitúcie<sup>3</sup>. Mary K. Zimmermanová takto načrtáva oblasť sociologického štúdia zdravia a zdravotnej starostlivosti:

„(1) *Sociálna epidemiológia, štúdium sociálno-ekonomických, demografických a behaviorálnych faktorov v etiológii choroby a úmrtnosti; (2) Štúdie vývoja a organizačnej dynamiky zdravotníckych povolání a profesií, nemocníc, organizácií zameraných na zachovanie zdravia a organizácií dlhodobej starostlivosti vrátane vzťahov medzi*

---

<sup>2</sup> V USA, Nemecku, Veľkej Británii, Fínsku a v ďalších krajinách sú sociológovia pôsobiaci v tejto oblasti najpočetnejšou alebo jednou z najpočetnejších skupín sociologických špecialistov. Sociológia zdravia a choroby sa rozvíja aj v Južnej Amerike, Ázii i Afrike. (pozri Cockerham, W. 2017).

<sup>3</sup> Napríklad Americká sociologická asociácia má sekciu Medicínskej sociológie, Medzinárodná sociologická asociácia má výskumný výbor Sociológie zdravia a v rámci Európskej sociologickej asociácie sa takto zameraní sociológovia združujú pod názvom Sociológia zdravia a choroby.

*organizáciami, ako aj medziľudských vzťahov, napríklad medzi lekárom a pacientom; (3) reakcie spoločností na ochorenia vrátane kultúrnych významov a normatívnych očakávaní a recipročne, reakcie jednotlivcov pri interpretácii, vyjednávaní, riadení a sociálnom konštruovaní prežívania choroby; (4) sociálne politiky, sociálne hnutia, politika a hospodárske podmienky, ktoré formujú a sú formované zdravím a chorobami v jednotlivých krajinách, ako aj v porovnávacom medzinárodnom kontexte.“ (Zimmerman, M., K., 2000, s. 336).*

Veľký rozsah oblasti štúdia v sociológii zdravia a choroby v USA dokumentujú poznatky, ktoré nachádzame v mimoriadnom vydaní časopisu *Journal of Health and Social Behavior* v roku 2010 uverejnenom k 50. výročiu Sekcie medicínskej sociológie Americkej sociologickej asociácie. Editori uvádzajú, že účelom tejto publikácie bolo vytvoriť priestor pre posúdenie kľúčových zistení za posledných 50 rokov týkajúcich sa jedenástich základných tém, od sociologických štúdií o zdraví a chorobe až po problematiku liečby. Jednotlivé príspevky v tomto čísle opisujú prínos medicínskej sociológie v týchto širokých oblastiach:

1. Rasovo-etnické rozdiely v zdravotnej starostlivosti. 2. Základné príčiny nerovností v zdraví, 3. Stres a zdravie. 4. Sociálne vzťahy a zdravie. 5. Sociálna konštrukcia choroby. 6. Vzťahy medzi pacientmi a poskytovateľmi služieb 7. Sociálna transformácia lekárskeho povolania. 8. Výskum zdravotníckych služieb. 9. Medicínska technológia, 10. Bioetika v zdravotnej starostlivosti. 11. Zdravotná reforma. (Hankin J. R., Wright E. R. 2010, s.10-14).

Širšie spektrum sociálno-zdravotníckej problematiky pokrývajú v súčasnosti aj práce slovenských sociológov zdravia a choroby. Ľudmila Mistríková a Eva Laiferová (2010) vo svojej štúdií venovanej vývoju slovenskej sociológie zdravia choroby, uvádzajú okruh rozmanitých tém, ktorým sa venujú slovenskí sociológovia od 90. rokov. Patrí k nim napríklad demografický vývoj s dôrazom na vývoj pôrodnosti – sociálne faktory a dôsledky, rola lekára - spokojnosť s výkonom profesie, feminizácia profesie, rola pacienta – najmä jeho spokojnosť ako ukazovateľ kvality zdravotníckych služieb, interakcia lekár-pacient, zdravotné správanie, problematika dobrovoľníctva a svojpomoci v zdravotníctve, problémy ľudí so zdravotným postihnutím a starších ľudí, zdravotný stav obyvateľstva a regionálne diferencie, problematika smrti a umierania a ďalšie. (pozri Mistríková Ľ., Laiferová E., 2010, s. 18-19). Obraz o tematike rozvíjanej v súčasnej slovenskej sociológii zdravia a choroby môžeme doplniť, napríklad aj uvedením tém konferencií organizovaných našou sekciou v posledných rokoch: Životný štýl a zdravie, Zdravotnícki pracovníci v systéme zdravotníctva a spoločnosti, Vzdelávanie a zamestnávanie osôb so zdravotným postihnutím, Sociológia zdravia a choroby – nové poznatky a trendy, Rodina a zdravie, Pacient v zdravotnom systéme a v spoločnosti, Sociológia zdravia a verejné zdravotníctvo – problémy a perspektívy spolupráce.

## **Sociológia choroby**

V rámci široko poňatej sociológie zdravia a choroby sa rozvíjajú viaceré subdisciplíny, ktoré významne prispievajú k rozširovaniu a prehĺbovaniu sociologickej reflexie otázok zdravia a zdravotníctva. Z nich sú niektoré známe už dlhšiu dobu, napríklad sociológia mentálneho zdravia a choroby a sociológia zdravotníckych povolání. Novším je úsilie rozvíjať sociológiu choroby v zmysle anglického koonceptu *disease*. Pripomeňme si, že v sociológii zdravia a choroby, nielen anglosaskej proveniencie, sa v spojitosti s chorobou zaužívali tri anglické pojmy: *Disease* –fyziologická porucha, patologické zmeny organizmu, *Illness* – diskomfort, subjektívne prežívanie chorôb a *Sickness* – porucha schopnosti plniť spoločensky očakávané roly. (pozri Sokołowska M., 1986, s.13-26, Twaddle A. C., 2007, s. 4325- 4327) Autori Stefan Timmermans a Steven Haas vysvetľujú, že pod vplyvom Parsonsa sa sociálne štúdium zdravia začalo rozvíjať najprv ako medicínska sociológia a potom sa menilo na sociológiu zdravia a choroby v zmysle *illness* a zameralo sa na sociálne aspekty tém týkajúcich sa zdravia. Autori nespochybňujú prínos takýchto výskumov ale je podľa nich potrebné vytvoriť priestor aj pre sociológiu choroby (*sociology of disease*), venovať sa aj štúdiu špecifických ochorení v ich fyziologických a biologických prejavoch a tak zahrnúť fundamentálne výskumné otázky, ktoré doposiaľ neboli vytýčené. Pozornosť sa má zamerať na „...interakciu medzi spoločenským životom a špecifickými ochoreniami s cieľom preskúmať v širokom meradle, či a ako je spoločenský život dôležitý pre chorobnosť a úmrtnosť a vice versa. Namiesto nazerania, na širokú oblasť zdravia ako na jedinečný prípad sociálnej organizácie, sociálnych síl alebo formovania identity, sa sociológia choroby (*sociology of disease* – pozn.J.M.) zameriava na to, ako sociálne procesy ovplyvňujú závažnosť alebo priebeh chorôb a ako zasa ovplyvňujú konkrétne štádiá choroby spoločenské vzťahy, prácu, komunity a rodinný život.“ (Timmermans S., Haas S., 2008, s. 661)

## **Súčasný trendy v teórii v americkej sociológii zdravia a choroby**

Wiliam C. Cockerham (2014) vysvetľuje, že v americkej sociológii zdravia a choroby v súčasnosti dochádza k zmene paradigmy od metodologického individualizmu (keď je primárnou jednotkou analýzy jednotlivec) k čoraz častejšiemu využívaniu teórií stredného dosahu so štruktúrnou orientáciou. Tento vývoj podporujú výskumné metódy (napr. hierarchické lineárne modelovanie, biomarkery), ktoré umožňujú merať štruktúrne účinky na zdravie jednotlivca. Sociológia zdravia a choroby je dnes užšie spätá so všeobecnou sociológiou ako v minulosti a zároveň sa v jej rámci vytvorili špecifické teórie, z ktorých

niektoré majú svoj základ v perspektívach zdieľaných spolu so všeobecnou sociológiou a iné sú jedinečné svojím predmetom. Autor uvádza tieto teórie stredného dosahu, ktoré sú zamerané na vplyv sociálnych štruktúr na zdravie: (1) Teória základnej príčiny, (2) Teória medicinizácie. (3) Teória sociálneho kapitálu. 4. Teória mestských štvrtí a komunít škodlivých z hľadiska zdravia a (5) Teória zdravého životného štýlu (Cockerham W. C., 2014, s. 1034). Stručne si priblížime tieto teórie.

#### Teória základnej príčiny (Fundamental cause)

Túto teóriu vytvorili americkí sociológovia Bruce G. Link a Jo C. Phelanová s cieľom vysvetliť „...prečo pretrváva súvislosť medzi sociálno-ekonomickým statusom a úmrtnosťou napriek radikálnym zmenám v chorobnosti a zmenám v rizikových faktoroch, ktoré ju spôsobujú. Objasňujú, že táto súvislosť pretrváva preto, lebo sociálno-ekonomický status stelesňuje celý rad zdrojov ako sú peniaze, poznatky, prestíž, moc a užitočné sociálne kontakty, ktoré sú výhodne pre zdravie nezávisle na tom, aké mechanizmy sú v danom čase relevantné“ (Pelán J. C., Link B. G., Tehranifar P., 2010, s.28).

Aby sme mohli kvalifikovať nejakú sociálnu premennú ako základnú príčinu, musí spĺňať tieto štyri predpoklady:

1. Ovplyvňuje viaceré zdravotné dôsledky, čo znamená, že sa neobmedzuje iba na jednu alebo niekoľko chorôb alebo zdravotných problémov.
2. Ovplyvňuje tieto zdravotné dôsledky prostredníctvom početných rizikových faktorov.
3. Zahŕňa v sebe prístup k zdrojom, ktoré sa môžu použiť na predchádzanie riziku alebo na minimalizovanie následkov choroby, keď k nej dôjde.
4. Vzťah medzi základnou príčinou a zdravím sa v priebehu času reprodukuje prostredníctvom nahradzovania intervenčných mechanizmov“ (tamtiež, s S29). Autori uvádzajú empiricky overené údaje, ktoré potvrdzujú, že sociálno-ekonomický status spĺňa tieto podmienky.

Autori uvádzajú poznatky z empirického testovania svojej teórie podľa všetkých týchto štyroch bodov. (tamtiež, s.30 – 34)

Cockerham poukazuje na prínos teórie základnej príčiny, pretože v minulosti väčšina vedcov vnímala sociálno-ekonomický status ako faktor prispievajúci k zlému zdravotnému stavu a k úmrtnosti ale nie ako ich priamu príčinu. (Cockerham W.C., 2014, s, 1034) Takúto rolu plní sociálno-ekonomický status v teórii základnej príčiny.

### Medicinizácia

Medicinizácia je proces v ktorom sa nemedicínske problémy ľudí redefinujú na medicínske a lekári preberajú právomoc nad ich riešením. V minulosti sa štúdium zameriavalo na medicinizáciu deviatného správania, napríklad na závislosti na drogách alebo alkohole. Medicinizácia má dôsledky pre stratégie zamerané na riešenie problémov. Ak je napríklad alkoholizmus definovaný ako choroba, tak dominantným prístupom k riešeniu je liečba individuálneho alkoholika a nie skúmanie sociálnych faktorov podporujúcich abúzus alkoholu a rolu liehovarníckeho priemyslu v podpore alkoholovej závislosti. (Conrad P., Barker K. K., 2010, s. 74-75).

V súčasnosti sa sociológovia zameriavajú na medicinizáciu bežných životných udalostí, rizík a ľuďmi pociťovaných vlastných nedostatkov (napríklad nižšia telesná výška) a túžob zdokonaľiť sa (napríklad zvýšiť svoju sexuálnu výkonnosť). Sociálne sily, ktoré sú v pozadí medicinizácie, expandovali za rámec lekárskeho povolania a zahrňujú v sebe vplyv biotechnológií, farmaceutického priemyslu, konzumizmu a genetiky. Proces medicinizácie tak dnes predstavuje dôležitú oblasť sociologického skúmania. Nastoľujú sa otázky, napríklad o limitoch medicinizácie „... či všetky ľudské problémy a variácie v sociálne želateľných charakteristikách majú byť predmetom medicínskych diagnóz a liečby?“ a otázka: aké budú náklady na skomercializovanú medicínu a prebujnenú medicinizáciu? (tamtiež s. S75).

### Sociálny kapitál

Rôzne teórie sociálneho kapitálu, ktoré sú východiskom pri skúmaní súvislostí sociálneho kapitálu a zdravia, sú súčasnými aplikáciami Durkheimovej teórie samovraždy podľa ktorej sú jednotlivci chránení úzkou integráciou v spoločnosti. (Cockerham, 2014) „Sociálny kapitál možno definovať ako ...súbor neformálnych hodnôt či noriem spoločných pre členov nejakej skupiny, umožňujúci im vzájomnú spoluprácu. Ak členovia skupiny začnú očakávať, že sa ostatní budú správať spoľahlivo a čestne, tak si začnú navzájom dôverovať.“ (Fukuyama F., 2005, s.28). James Coleman skúmal vzťah medzi sociálnym a ľudským kapitálom. Analyzoval vplyv sociálneho kapitálu rodiny a sociálneho kapitálu komunity. Vysvetľuje, že „...ak sa fyzický kapitál vytvára prostredníctvom zmien v materiáloch, ktoré vytvárajú nástroje, ktoré uľahčujú výrobu a ľudský kapitál sa vytvára prostredníctvom zmien v ľuďoch, ktoré prinášajú zručnosti a spôsobilosti, vďaka ktorým sú títo schopní konať novými spôsobmi, tak sociálny kapitál sa vytvára prostredníctvom zmien vo vzťahoch medzi ľuďmi, ktoré im uľahčujú činnosť.“ (Coleman J., 1988, s.100) Skúmal vplyv sociálneho kapitálu rodiny a komunity.

Sociálny kapitál je charakteristikou jednotlivcov aj charakteristikou sociálnych sietí, ktoré môžu prinášať svojim členom rozličné výhody. Súvislosť medzi sociálnym kapitálom a fyzickým a duševným zdravím preukázali početné štúdie. Zistila sa nižšia mortalita i lepšie hodnotenie vlastného zdravotného stavu u ľudí, ktorí sú začlenení v sieťach podporných vzťahov ako u ľudí, ktorým chýba tento zdroj. Výskumy potvrdili pozitívny vplyv sociálneho kapitálu na zdravotné správanie ľudí v podpore fyzickej aktivity, zdravého stravovania a obmedzovania fajčenia. Potvrdila sa súvislosť vplyvu sociálneho kapitálu s nižšou prevalenciou rôznych chorôb, napríklad ischemickej choroby srdca, HIV, depresie a demencie. Štúdie poukazujú na pozitívny vplyv sociálneho kapitálu na chorých ľudí a na väčšiu šancu prežitia pacientov po infarkte myokardu alebo po mozgovej príhode. (pozri Ferlander S., 2007)

Sociálne vzťahy ovplyvňujú zdravie ľudí tým, že pôsobia na ich zdravotné správanie. Niektoré formy správania majú tendenciu podporovať zdravie a predchádzanie chorobám, napríklad pohybová aktivita, konzumácia vyváženej stravy, dodržiavanie režimov liečby podporovanej lekárom a iné formy, napríklad fajčenie alkoholizmus, drogy sú pre zdravie škodlivé. Sociálne vzťahy ovplyvňujú zdravie aj cez viaceré psychosociálne mechanizmy, napr. cez sociálnu podporu, ktorá ľuďom poskytuje pocit, že ich má niekto rád, že si ich vypočuje a pod. (pozri Umberson D., Montez J. K., 2010)

Dôležitým zdrojom sociálneho kapitálu je rodina. Rodina plní aj dôležitú funkciu v ochrane a podpore zdravia. I keď odpradáva rozličné spoločnosti využívali rozmanitých špecialistov, liečiteľov na odvrátenie chorôb, zodpovednosť za zdravie a jeho ochranu mala vždy rodina. I v dnešnej dobe pôsobí rodina naďalej ako spojovací článok medzi jej členmi a odborníkmi a ovplyvňuje telesný a duševný vývoj jednotlivcov a zdravie. Hygienické a stravovacie návyky sa formujú doma. (pozri Cresson G., Pitrou A., 1991)

Výskumy poukazujú na pozitívny vplyv manželstva na telesné a duševné zdravie ľudí. U ľudí v manželstve je vyššia pravdepodobnosť včasnej detekcie symptómov. Chorí sú podnecovaní, aby vyhľadali lekársku pomoc a pomáha sa im pri zotavovaní sa z choroby (porovnaj Stack S., Eshleman J. R., 1998). Americké sociologičky Linda J. Waiteová a Maggie Gallagherová (2000) uvádzajú poznatky z početných štúdií, ktoré dokumentujú priaznivé pôsobenie života v manželstve na telesné a duševné zdravie. Upozorňujú že ľudia, ktorí nežijú v manželstve (vrátane rozvedených, ovdovelých, a single) s oveľa väčšou pravdepodobnosťou zomrú na rozličné ochorenia a osobitne sú vystavení riziku pri príčinách smrti, ktoré majú výraznú behaviorálnu stránku (napríklad rakovina pľúc a cirhóza pečene) alebo tie ktoré zabijajú mladých a dospelých a stredného veku, ako sú samovraždy a úrazy. Ľudia, ktorí žijú v

manželstve, sú viac odrádzaní a od rizikového správania, napr. alkoholizmu a fajčenia a naopak, sú podnecovaní k tomu, aby žili zdravo. Autorky v tejto súvislosti vysvetľujú, že keď mladí muži opúšťajú rodičovské hniezdo, „tak si dožičia“ to, od čoho ich predtým rodičia odrádzali, rozličné formy sebadeštruktívneho správania. Manželstvo toto dramaticky mení. (pozri Waite L. J., Gallagher M., 2000, s.46-48) Manželia sú si citovou oporou, čo im napomáha pri uzdravovaní sa a pri zvládaní problémov spojených s chronickým ochorením. (tamtiež s. 51) Autorky poukazujú na rozdiel medzi životom v manželstve a v kohabitácii. V dobrých manželstvách si manželia uvedomujú, že od nich závisí v mnohom šťastie toho druhého i ich detí. Píšu: „Práve tento zmysel pre zodpovednosť za druhého odlišuje manželstvo od kohabitácie. Kohabitáciu si vyberajú ľudia, ktorí sa chcú vyhnúť (aspoň na čas) závažnému záväzku, ktorý predstavuje manželstvo. Pretože nemajú pocit istoty, že svoj budúci život prežijú spolu so svojím terajším partnerom a keďže nemajú taký pocit zodpovednosti za šťastie svojho partnera, tak milenci, ktorí žijú spolu neprejavujú rovnaké zdravotné správanie ako manželia ... Manželka aj pokarhá svojho manžela keď urobí niečo čo neprospieva jeho zdraviu, čo priateľky tak často nerobia.“ (tamtiež s. 57) Manželia si uvedomujú, že ich životy sú navzájom previazané. Autorky tiež upozorňujú, že rizikové a sebadeštruktívne zdravotné správanie sa často vyskytuje u mladých mužov i žien vo veku od dvadsať do tridsať rokov, ktorí žijú v kohabitácii. (tamtiež, s. 57)

Poznatky z mnohých výskumov ktoré nasvedčujú prospešnému pôsobeniu života v manželstve na zdravie dospelých a detí nachádzame aj v publikácii kolektívu autorov vedenom W. Bradfordom Wilcoxom ktorá bola uverejnená aj u nás (Bradford Wilcox W. a kol. 2015).

### Teória mestských štvrtí a komunit škodlivých z hľadiska zdravia

Cockerham vysvetľuje, že takýto výskum sa zameriava na premenné, ktoré charakterizujú mestské štvrte a nie jednotlivcov. Patria medzi ne faktory fyzikálneho životného prostredia (napr. kvalita bývania, vody, ovzdušie), dostupnosť služieb (napr. banky, polícia, zdravotná starostlivosť) a sociálne a kultúrne faktory, ktoré spôsobujú psychologický distress a tým poškodzujú zdravie ľudí, napr. určité sociálne siete, neúplné rodiny. (Cockerham W. C., 2014 s. 1036) Autori jednej štúdie z tejto oblasti zdôrazňujú, že ak v danej štvrti žijú prevažne ľudia, ktorí majú len malý ekonomický a sociálny kapitál, tak to môže nepriaznivo pôsobiť na zdravie človeka, ktorý tam žije nezávisle na jeho sociálno-ekonomickom statuse. Obyvatelia takýchto štvrtí zažívajú mnoho situácií, ktoré sú ovplyvnené stresujúcim prostredím – obavy o osobnú bezpečnosť a logistické prekážky v službách a doprave a ďalšie. (Pearlin L. I. a kol., 2005, s. 208)



### Teória zdravotného životného štýlu (životného štýlu súvisiaceho so zdravím)

Túto teóriu vytvoril americký sociológ Wiliam C. Cockerham. Zdravotné životné štýly definuje ako „*kolektívne vzorce správania súvisiaceho so zdravím založené na výbere z možností dostupných ľuďom podľa ich životných príležitostí*“ (Cockerham W.C., 2014, s, 1036). Životné príležitosti sú dané pravdepodobnosťami, ktoré má jednotlivec v živote na uskutočnenie svojich volieb. Autor nadväzuje na Webera a Bourdieuho. Poukazuje na Weberovo ponímanie vzťahu medzi životnými príležitosťami a životnými voľbami. Pripomína, že Weber nespájal životné štýly s jednotlivcami, ale so statusovými skupinami, čím preukázal, že sú predovšetkým kolektívnym sociálnym javom. Kľúčový význam v Cockerhamovej teórii má spojenie Weberovho konceptu životného štýlu s poňatím habitusu Bourdieuho. Píše: „*Dispozície, ktoré sú generované habitom, sa buď zameriavajú priamo na zachovanie zdravia, alebo zahŕňajú zdravotné hľadiská, alebo naopak, zdravotné dôsledky zohľadňujú len v malej miere alebo ich vôbec nezohľadňujú a dokonca ich môžu ignorovať, aj keď sú pre zdravie nepochybné. V dôsledku toho sú životné štýly z hľadiska zdravia binárne. To znamená, že obvykle patria do jednej z dvoch kategórii: dobré alebo zlé. Táto binárna charakteristika znamená, že následok vytvorený súhrou možností a príležitostí má buď pozitívne alebo negatívne účinky na zdravie.*“ (Cockerham W.C., 2014, s, 1037)

### **Záver**

Viaceré poznatky uvedené v tomto príspevku môžu byť inšpiratívne pre slovenských sociológov zdravia a choroby i pre iných odborníkov pôsobiacich vo verejnom zdravotníctve. Slovenskí sociológovia v minulosti tvorivo využívali a aj v súčasnosti využívajú impulzy zo svetovej sociológie zdravia a choroby pri spracovávaní rozličných tém. Niektoré uvedené podnety sa týkajú problémov, ktoré v súčasnosti skúmajú aj slovenskí odborníci. Patrí medzi ne napríklad štúdium nerovností v zdraví na ktoré je zameraná teória základnej príčiny (Chandogová E., Kostičová M., Ozorovský V., 2015). Teória základnej príčiny dáva ešte viac do popredia problematiku súvislostí sociálno-ekonomického statusu a zdravia a prináša nové impulzy pre výskum, ktorý môže byť zdrojom dôležitých poznatkov aj pre teória a prax verejného zdravotníctva.

Súvislostiam životného štýlu a zdravia sa v posledných rokoch venovali viacerí naši autori (Capíková S., Falisová A., 2015, Mistríková L., Laiferová E. 2015, Kollár R., Kollárová M., 2015, Dobiášová E, Vojteková I., 2015).

Nové témy skúmania môže u nás podnecovať vývoj v sociológii choroby (sociology of disease). Slovenskí sociológovia v minulosti i v súčasnosti úzko spolupracovali s lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi. Pri riešení týchto nových otázok bude potrebná súčinnosť so zdravotníckymi pracovníkmi naďalej tvorivo rozvíjať. Aj u nás by bolo potrebné zamerať sa na skúmanie problematiky medicinizácie. Videli sme, že tento proces rozmanitým spôsobom ovplyvňuje systém zdravotnej starostlivosti i správanie obyvateľstva. U nás široko diskutovaným prípadom medicinizácie sú umelé potraty vykonávané lekárom na sociálnu indikáciu.

Pozornosť odborníkov z verejného zdravotníctva by sme chceli ešte osobitne upriamiť na Cockerhamovu teóriu zdravotného životného štýlu. Autor upozorňuje, že: „*Štandardný prístup k štúdiu zdravotného správania v oblasti verejného zdravotníctva vníma takéto správanie hlavne ako záležitosť individuálnej voľby a zameriava sa na vzdelávanie jednotlivca, aby zmenil svoje škodlivé zdravotné správanie.*“ (Cockerham W. C., 2007, s.2051-2052) Sociologická perspektíva umožňuje skúmať zdravotné správanie ako sociálny jav, ktorý presahuje psychológiu jednotlivca a ktorého zdrojom môžu byť normy, aktivity a hodnoty sociálnych skupín, sociálnych tried a spoločnosti ako celku (tamtiež s. 2052). V centre sociologického skúmania nie je zdravotné správanie jednotlivca ale je ním jeho agregovaná, resp. kolektívna forma: zdravotný životný štýl. Je zrejmé, že takéto poňatie otvára nové možnosti nielen pre výskum, ale aj pre prax verejného zdravotníctva.

#### **Zoznam bibliografických odkazov:**

1. **CAPÍKOVÁ S., FALISOVÁ A.**, 2015: Životný štýl, sociálna determinácia zdravia a životné prostredie v historickej perspektíve. In: Matulník J., Capíková S. (eds): *Životný štýl a zdravie*. Bratislava: Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV. s. 134-154. [elektronický zdroj] Dostupné z: <http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
2. **COCKERHAM W. C.**, 2007: Health Behavior. In: Ritzer G. /ed/: The Blackwell Encyclopedia of Sociology. Blackwell Publishing, Malden, pp. 2051-2052
3. **COCKERHAM W. C.**, 2017: Medical Sociology. Fourteenth edition, Taylor & Francis, New York
4. **COCKERHAM W. C.**, 2014: The Sociology of Health in the United States: Recent Theoretical contributions. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19, 4, pp. 1031-1039

5. **COLEMAN J. S.** (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure (1988) S95-S120
6. **CONRAD P., BARKER K. K.**, 2010: The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S) S67-S79
7. **CRESSON G., PITROU A.** 1991: The Role of the Family in Creating and Maintaining Healthy Lifestyles. In: Badura B., Kickbusch: Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology, WHO regional Office for Europe, Copenhagen, s. 2013-227.
8. **DOBIÁŠOVÁ E., VOJTEKOVÁ I.**, 2015: Formovanie životného štýlu podporujúceho zdravie detí a dospelých. In: Matulník J., Capíková S. (eds): *Životný štýl a zdravie*. Bratislava: Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV. s. 105-112. [elektronický zdroj] Dostupné z: <http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
9. **FERLANDER S.** 2007: The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica* 2007; 50; 2, 115-128.
10. **FUKUYAMA F.** 2005: *Velký rozvrat. Ludská prirodzenosť a opätovné nastolenie spoločenského poriadku*. Agora Bratislava
11. **HANKIN J. R., WRIGHT E. R.**, 2010: Reflections on Fifty Years of Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S) S10-S14
12. **CHANDOGOVÁ E., KOSTIČOVÁ M., OZOROVSKÝ V.**, 2015: Nové výzvy na zlepšenie kvality zdravia obyvateľstva a na odstránenie nerovnosti v zdraví. In: Matulník J., Capíková S. (eds): *Životný štýl a zdravie*. Bratislava: Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV, s. 18-32. [elektronický zdroj] Dostupné z: <http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
13. **ILLSLEY R.**, 1980: Professional or Public Health? London: *The Nuffield provincial Hospitals Trust*.
14. **KOLLÁR R., KOLLÁROVÁ M.**, 2015: Užívanie návykových látok u mládeže na Slovensku a religiozita. In: Matulník J., Capíková S. (eds): *Životný štýl a zdravie*. Bratislava: Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri

- SAV. s. 124-133. [elektronický zdroj] Dostupné z:<http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
15. **MISTRÍKOVÁ E., LAIFEROVÁ E.,** 2010: K histórii sociológie medicíny a zdravotníctva na Slovensku. In: Bednárík R., Jeřábek H., Smékalová L. (eds): *Aktuální otázky české a slovenské společnosti II. Sborník k 45. Výročí založení Československé sociologické společnosti: Sociologie zdravotnictví a medicíny*. 1. Vyd. Tribun EU, Brno.
  16. **MISTRÍKOVÁ, L., LAIFEROVÁ E.,** 2015: Vzťah k zdraviu v urbanizovanom prostredí – na príklade Bratislavského kraja. . In: Matulník J., Capíková S. (eds): *Životný štýl a zdravie. Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV Bratislava*, s. 5-17. [elektronický zdroj] Dostupné z: <http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
  17. **MOJZEŠOVÁ M.,** 2015: Môže si súčasná spoločnosť dovoliť zanedbávať predkoncepčnú starostlivosť? s. 216-223. In: Matulník J., Capíková S. (eds.): *Životný štýl a zdravie*. Bratislava: Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV. [elektronický zdroj] Dostupné z: <http://www.sociologia.eu.sk/wp-content/uploads/Zbornik-z-konferencie-2014-Zivotny-styl-a-zdravie.pdf>
  18. **PEARLIN L. I., SCHIEMAN S., FAZIO E. M., MEERSMAN S. C.,** 2005: Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, No. 2, s. 205-219
  19. **PELAN J. C., LINK B. G., TEHRANIFAR P.,** 2010: Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S) s.28-S40
  20. **SOKOŁOWSKA M.,** 1986: *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy zakład wydawnictw lekarskich.
  21. **STACK S., ESHLEMAN J. R.,** 1998: Marital Status and Hapinies: An 17-Nation Study, *Journal of Marriage and Family*, 60, s. 527-536
  22. **TIMMERMANS S., HAAS S.,** 2008: Towards a sociology of disease. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30 No. 5, pp. 659-676
  23. **TWADDLE A. C.,** 2007: Sick Role. In: Ritzer G. /ed/: *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Blackwell Publishing, Malden, pp. 4325- 4327
  24. **WAITE, L.J., GALLAGHER, M.,** 2000: *The Case of Marriage*. Broodway Books, New York

25. **WILCOX BRADFORD W.** a kol. 2015: *Prečo na manželstve záleží. Tridsať záverov spoločenskovedných výskumov*. Inštitút pre ľudské práva a sociálnu politiku.
26. **WRIGHT E. R., PERRY L.**, 2010: *Medical Sociology and Health Services Research: Past Accomplishments and Future Policy Challenges*, Journal of Health and Social Behavior, 51(S) S107-S119
27. **ZIMMERMAN M.**, 2000: Medical sociology. In: Borgatta E. F., Montgomery R. J. V. /eds/: *Encyclopaedia of Sociology*, Second Edition, Vol. 3, Macmillan, New York, pp. 1813-1818

### **Kontakt**

Prof. PhDr. Jozef Matulník, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

E-Mail: [matulnik@vssvalzbety.sk](mailto:matulnik@vssvalzbety.sk)

# **NAJLEPŠÍ ZÁUJEM DIEŤAŤA - AKO ROZLIŠOVACIE KRITÉRIUM PRO-RODINNEJ A PROTI-RODINNEJ POLITIKY (POHĽAD PEDIATRA)**

## **THE BEST INTERESTS OF THE CHILD - AS A DISTINGUISHING CRITERION FOR PRO-FAMILY AND ANTI-FAMILY POLICY (PEDIATRICIAN'S VIEW)**

**Andrej HRÁDOCKÝ**

### **Abstrakt**

Cieľom príspevku je charakterizovať faktory, ktoré utvárajú priaznivé podmienky pre vývoj dieťaťa v týchto oblastiach: počatie dieťaťa, tehotenstvo, pôrod dieťaťa, fyzický vývoj dieťaťa, psychický vývoj dieťaťa, psychosociálny vývoj dieťaťa, emocionálny vývoj dieťaťa, vzdelávanie dieťaťa a životné podmienky – materiálne zabezpečenie, bývanie, právna ochrana. Konštatujeme, že funkčné rodiny plnia kľúčovú úlohu vo vytváraní priaznivých podmienok pre vývoj dieťa a v tvorbe sociálneho kapitálu spoločnosti.

### **Kľúčové slová**

Vývoj dieťaťa, funkčná rodina

### **Abstract**

The aim of the paper is to characterize the factors that create favorable conditions for child development in the following areas: conception, pregnancy, childbirth, physical development of the child, mental development of the child, psychosocial development of the child, emotional development of the child, child education and living conditions - material security, quality of living, legal protection. We state that functional families play a key role in creating favorable conditions for the child's development and in creation of social capital of society.

### **Key words**

Child development, functional families

### **Úvod**

Čo je „najlepší záujem dieťaťa“ z pohľadu pediatrie ?

- Najlepší záujem dieťaťa je vytváranie a zabezpečenie najlepších podmienok pre jeho komplexný zdravý vývoj.
- Cieľom je fyzicky, psychicky, psychosociálne, emocionálne a charakterovo zdravý a zrelý dospelý človek.

- Zabezpečenie najlepších podmienok pre jeho počatie, tehotenstvo, pôrod a následný fyzický, psychický, psychosociálny a emocionálny vývoj poskytuje prostredie úplnej, funkčnej rodiny s matkou a otcom v spolupráci s ďalšími zložkami spoločnosti.

### **„Najlepší záujem dieťaťa“ – je skutočne prvoradé kritérium ?**

*Dohovor OSN o právach dieťaťa – prijatý 20. novembra 1989 v čl.3 ods.1 stanovuje:*

*„Najlepší záujem dieťaťa musí byť prvoradým hľadiskom pri akýchkoľvek postupoch týkajúcich sa detí, či už vykonávaných verejnými alebo súkromnými zariadeniami sociálnej starostlivosti, súdmi, správnymi alebo zákonodarnými orgánmi.“*

Otázka: Je „najlepší záujem dieťaťa“ ( vytváranie najlepších podmienok pre jeho vývoj ) skutočne prvoradým hľadiskom / kritériom aj v našich rodinách, školách, v našej spoločnosti a v našom štáte ??? Čo tvorí „najlepšie podmienky pre vývoj dieťaťa“ ?

**„Najlepšie podmienky pre vývoj dieťaťa“** je komplex faktorov

- vzájomne úzko súvisiacich,
- vzájomne sa podmieňujúcich,
- vzájomne sa ovplyvňujúcich
- a vzájomne prepojených, hlavne v oblastiach: **rodina, výchova, zdravotníctvo, školstvo, ekonomika, právo, sociálna sféra.**

V ktorých oblastiach je potrebné zabezpečovať „najlepšie podmienky pre vývoj dieťaťa“ ? Jedná o mnohé faktory hlavne v oblastiach:

- 1) Počatie dieťaťa
- 2) Tehotenstvo
- 3) Pôrod dieťaťa
- 4) Fyzický vývoj dieťaťa
- 5) Psychický vývoj dieťaťa
- 6) Psychosociálny vývoj dieťaťa
- 7) Emocionálny a citový vývoj dieťaťa
- 8) Vzdelávanie dieťaťa
- 9) Životné podmienky – ekonomika, bývanie, právna ochrana, ... a iné

### 1) Počatie - najlepšie podmienky

- Zodpovedná, svedomitá a cieľavedomá príprava na počatie (zdravotná, sociálna, edukačná, ....)
- Úplná rodina muž a žena
- Funkčné manželstvo
- Dobrá anamnéza otca a matky (sociálna, zdravotná, psychosociálna, ..)
- Dobrý zdravotný stav matky
- Dobrý zdravotný stav otca
- Stabilné materiálne podmienky
- Stabilné sociálne podmienky
- Kvalitné hygienické podmienky

### 2) Tehotenstvo - najlepšie podmienky

- Dobré podmienky na donosenie dieťaťa (9 mesiacov)
- Dobrý zdravotný stav matky
- Pravidelná zdravotná kontrola matky a **dieťaťa**
- Správna a vhodná výživa matky a **dieťaťa**
- Vhodná životospráva a životný režim matky a **dieťaťa**
- Dobré sociálne podmienky matky (bývanie, životné prostredie, bez návykových látok)
- Vhodné hygienické podmienky matky a **dieťaťa** (voda, kanalizácia, neinfekčné prostredie – napr. zoonózy, .. )
- Citovo a emočne stabilné prostredie pre matku a **dieťa**

### 3) Pôrod - najlepšie podmienky

- Zdravotné zariadenie všestranne dobre vybavené pre odbornú starostlivosť o matku a **o dieťa**
- Odborne erudovaný zdravotnícky personál pre starostlivosť o matku a **o dieťa**
- Odborné a erudované riešenie možných komplikácií v súvislosti s pôrodom u matky i **u dieťaťa**
- Prijemné prostredie a atmosféra v pôrodnici i na novorodeneckom oddelení („*mother and baby friendly*“) po stránke materiálnej, personálnej, psychologickej i emocionálnej

### 4) Fyzický vývoj dieťaťa - najlepšie podmienky

- Adekvátne starostlivosť o dieťa
- Správna výživa (dojčenie, ... )



- Správna zdravotná starostlivosť (detskí lekári, očkovanie, sledovanie vývoja dieťaťa, vhodná liečba ochorení, prevencia, ...)
- Vhodná životospráva a režim
- Dobré sociálne podmienky (bývanie)
- Dobré hygienické podmienky
- Prítomnosť rodičov pri dieťati

### **5) Psychický vývoj dieťaťa - najlepšie podmienky**

- Funkčná rodina ( otec, matka, „veľká rodina“ )
- Individuálna starostlivosť do 3 rokov veku
- Individuálna práca s dieťaťom
- Podnetné a láskavé prostredie
- Dobré vzory na napodobovanie – mužský a ženský
- Prítomnosť rodičov pri dieťati

### **6) Psychosociálny vývoj dieťaťa - najlepšie podmienky**

- Fenomén „predžívania života“
- Dobré vzory na napodobovanie – mužský a ženský
- Rešpektovanie prirodzenej autority
- Individuálna starostlivosť do 3 rokov veku
- Individuálna práca s dieťaťom
- Podnetné prostredie
- Intenzívna individuálna komunikácia s dieťaťom
- Zapojenie širokej rodiny – starí rodičia, ujovia, tety, bratrance, sesternice, ..
- Postupný a primeraný kontakt s vrstovníkmi (veku primeraná kolektívna výchova)

### **7) Emocionálny a citový vývoj dieťaťa - najlepšie podmienky**

- Fenomén „predžívania života“
- Dobré vzory na napodobovanie – mužský a ženský
- Intenzívna komunikácia s dieťaťom (verbálna, neverbálna, taktilná, zraková, pachová, chuťová, ..)
- Individuálna starostlivosť do 3 rokov dieťaťa
- Funkčná rodina
- Láskavé prostredie
- Určenie „mantinelov“ – vhodné / nevhodné, dobré / zlé

## 8) Vzdelávanie dieťaťa – najlepšie podmienky

- Motivačné prostredie
- Vhodné, adekvátne a včasné „triedenie“ podľa schopností, talentov a predpokladov
- Vhodné predškolské vzdelávanie
- Školské (základné, stredné) vzdelávanie
- Následné vyššie vzdelávanie (nadstavby, špecializácie, univerzity, ...)
- Vhodné osobnostné vzory

## 9) Životné podmienky – ekonomika, bývanie, právna ochrana, ...

- Materiálne zabezpečenie dieťaťa / rodiny (*štátna politika podpory / nepodpory rodín s deťmi*)
- Podmienky na bývanie (*štátna politika podpory / nepodpory rodín s deťmi*)
- Právna ochrana dieťaťa / rodiny (*ochrana pred zneužívaním, zanedbávaním starostlivosti, týraním, nezabezpečením zdravotnej starostlivosti, .. a iné*)

### Deficity v oblasti „najlepších podmienok“

V zabezpečení najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa sa môžu vyskytnúť aj rôzne nedostatky a deficity. Čím väčšie a čím hlbšie sú v detskom a dorastovom veku deficity v zabezpečení najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa, tým väčšie a početnejšie sú následne aj riziká a následky - jednak pre vývoj dieťaťa, jednak pre jeho ďalší život v dospelom veku a tiež pre spoločnosť. Následky v dospelom veku bývajú - trvalé / prechodné a väčšie / menšie poruchy a nedostatky v oblasti fyzickej, psychickej, psychosociálnej, emocionálnej a charakterovej.

Deficity v oblasti „najlepších podmienok“ – náhodné a systémové. Niektoré deficity sú **náhodné**, nedajú sa predvídať. Niektoré deficity sú ale **systémové**, teda objektívne zapríčinené resp. prehľbované priamo i nepriamo nevhodnými zákonmi, nariadeniami a predpismi štátu, verejnej správy, a pod. (hlavne v oblastiach rodinná politika, zdravotníctvo, školstvo, ekonomika a sociálna sféra, ...).

Počet, existencia, pretrvávanie ba dokonca zavádzanie **systémových deficitov** v oblasti „najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa“ – to je **pravdivé kritérium hodnotenia a posudzovania** toho, či je spoločnosť a jej politika pro-rodinná alebo proti-rodinná.

Systémové deficity sa dajú odstrániť skutočným rešpektovaním „*najlepšieho záujmu dieťaťa*“

(najlepších podmienok) v oblasti zákonov, nariadení a predpisov, vid'. **Dohovor OSN o právach dieťaťa (1989):** „*najlepší záujem dieťaťa musí byť prvoradým hľadiskom...*“

### **Rozdelenie rizík deficitov v oblasti „najlepších podmienok „**

Deficity v oblasti najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa ( najlepšieho záujmu dieťaťa ) môžeme rozdeliť na *nízko-, stredne- a vysokorizikové*. Je v skutočnom „najlepšom záujmom dieťaťa“ snažiť sa odstrániť alebo aspoň minimalizovať hlavne tie deficity v oblasti najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa, ktoré sa dajú hodnotiť ako *vysokorizikové*.

#### **„Vysokorizikové“ deficity v oblasti najlepších podmienok:**

- Neúplná alebo nefunkčná rodina (rozvody, voľné zväzky, závislosti, ...)
- Zlý zdravotný stav matky (počatie, tehotenstvo)
- Zlý životný štýl rodičov pred počatím (potraty, promiskuita, dlhodobá antikoncepcia, alkohol, drogy, zlá výživa, infekčné / pohlavné choroby, ..
- Zlý životný štýl počas tehotenstva
- Umelé oplodnenie (predčasne narodené deti, vrodené vývojové chyby, onkologické ochorenia,...)
- Tehotenstvo bez zdravotného sledovania
- Zoonózy ( prenosné choroby zo zvierat )
- Pôrod a popôrodná starostlivosť o dieťa (domáce pôrody, „prírodné“ pôrody, ...)
- Zanedbávanie zdravotnej starostlivosti o dieťa / nefungovanie zdravotnej starostlivosti o dieťa (detské ambulancie, očkovanie, prevencia)
- Zanedbávanie starostlivosti o dieťa (Kaspar Hauser syndrom, detské domovy, nezáujem o dieťa, odkladanie dieťaťa, ..)
- Zlá / nesprávna výživa detí a mládeže
- Chudoba (diskriminácia viacdenných rodín, nevhodné ekonomické a daňové zákony v neprospech rodín)
- Zle fungujúce / nefungujúce vzdelávanie (príčiny ?)
- Neprimeraná kolektívna výchova malých detí
- Nevhodné bývanie (reálna dostupnosť / nedostupnosť vhodného bývania)
- Zlé hygienické podmienky ( voda, vzduch, potraviny, telesná hygiena, .. )
- Nevhodné vzory – mužské a ženské
- Zlé „predžívanie života“
- Iné

Príklad dôsledkov „vysokorizikových deficitov“ uvádza napr. publikácia **J.M. Leving, K.A. Dachman: *Fathers Right, 1997***, kde autori analyzovali zvýšené riziká v dospelom i dorastovom veku pre deti vychovávané bez otca (vrátane rozvodov) v porovnaní s deťmi vyrastajúcimi v úplnej, funkčnej rodine. Riziká sú:

- 20-krát vyššie, že skončia vo väzení
- 33-krát vyššie, že budú zneužití
- 5-krát vyššie, že spáchajú samovraždu
- 20-krát vyššie, že budú mať problémy so správaním
- 73-krát vyššie, že budú zavraždené
- 20-krát vyššie, že niekoho znásilnia
- 32-krát vyššie, že utečú z domu alebo zo školy
- 10-krát vyššie, že budú závislé od drog
- 9-krát vyššie, že sa dostanú do „polepšovne“
- 5-krát vyššie, že skončia v chudobe
- 3-krát vyššie, že porodí bez sobáša
- 2-3-krát vyššie, že budú potrebovať psychiatra
- 2-krát vyššie, že otehotnejú alebo sa budú vydávať ako mladistvé

Podľa uvedených autorov, cca 70-80% detí z rozvedených rodín a neúplných rodín prenáša v dospelosti takýto životný model aj do ďalšej generácie (teda ich deti budú s vysokou pravdepodobnosťou tiež vystavené podobným „vysokorizikovým deficitom v podmienkach vývoja“).

### **„Najlepší záujem dieťaťa“ a spoločnosť**

„*Sociálny kapitál*“ (spoločenský kapitál) sa vníma ako kolektívny statok, založený na permanentnej výmene (materiálnej či symbolickej povahy), ktorý má **veľmi pozitívny vplyv na celú spoločnosť**, produkuje a vytvára **vzájomnú solidaritu, dôveru a vnútroskupinovú súdržnosť členov spoločenstva**. Zahŕňa rôzne zložky – rodinu, tradíciu, vzdelanie, solidaritu, kolektívnu zodpovednosť, občiansku aktivitu, regionálnu, národnú a etnickú identitu, patriotizmus, spoločenské a ľudské väzby.

Veľkosť a množstvo sociálneho kapitálu podmieňujú ekonomický, sociálny i spoločenský vývoj a rast spoločnosti i jednotlivcov (čím je viac sociálneho kapitálu v spoločnosti, tým lepšie, tým pozitívnejšie), obmedzuje radikalizmus, extrémizmus, sociálne a spoločenské konflikty. Porozumenie a pochopenie významu sociálneho kapitálu pre rozvoj celej

spoločnosti je zásadným momentom pre **vytváranie udržateľných komunit a súdržnej, solidárnej a prosperujúcej spoločnosti.**

### **Význam presadzovania „najlepšieho záujmu dieťaťa“ a „sociálny kapitál“**

„Najlepší záujem dieťaťa musí byť prvoradým hľadiskom .... ( OSN, 1989 ).

Presadzovanie „najlepšieho záujmu dieťaťa“, teda vytváranie „najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa“ by malo byť na najvyšších priečkach hodnotového rebríčka každej spoločnosti; je to jednoznačne pozitívne pre spoločnosť ako celok, i pre jej jednotlivých členov, je to historicky osvedčené a je to nutná podmienka pozitívneho spoločenského vývoja. Je to vytváranie všestranného spoločenského bohatstva a všestrannej spoločenskej i individuálnej prosperity práve prostredníctvom tvorby „sociálneho kapitálu“.

### **Záver**

Najväčším producentom i zásobníkom „sociálneho kapitálu“ sú **funkčné rodiny**, pre ktoré je **„najlepší záujem dieťaťa“** prvoradý a realizujú ho prostredníctvom vytvárania **„najlepších podmienok pre vývoj dieťaťa“**. Týmto svojim pôsobením tvoria pre spoločnosť obrovské hodnoty životne nutné pre jej existenciu – dodávajú spoločnosti fyzicky, psychicky, psychosociálne, emocionálne a charakterovo zdravých a zreých ľudí.

Čím lepšie umožňujú zákony, nariadenia a predpisy, vytvárať „najlepšie podmienky pre vývoj dieťaťa“, tým viac a lepšie môžu funkčné rodiny prispieť k rozvoju a prosperite celej spoločnosti. A naopak: Systémové obmedzovania (zlé zákony, nariadenia a predpisy) a zhoršovania možností vytvárať „najlepšie podmienky pre vývoj dieťaťa“ znižujú možnosť tvorby „sociálneho kapitálu“ a tým de facto zhoršujú spoločenské podmienky a obmedzujú a bránia rozvoju a prosperite spoločnosti.

### **Zoznam bibliografických odkazov:**

1. Organizácia spojených národov: Dohovor o právach dieťaťa. Publikovaný v Zbierke zákonov SR pod číslom 104/1991 Zb.
2. J.M.Leving, K.A.Dachman: *Fathers' Rights*. New York: Basic Books, 1997.

### **Kontakt**

MUDr. Andrej Hrádocký

E-mail: [hradocky@nexta.sk](mailto:hradocky@nexta.sk)

Názov: SOCIOLÓGIA ZDRAVIA A VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO - PROBLÉMY A PERSPEKTÍVY  
SPOLUPRÁCE. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej dňa 7. novembra 2018 v Bratislave.

Editori: MATULNÍK Jozef, ČAPÍKOVÁ Silvia

Vydal: © Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV,  
Bratislava

Rok vydania: 2020

Miesto: Bratislava

Počet strán: 77

AH: 4,8

ISBN 978-80-85447-28-6 (CD-ROM)

EAN 9788085447286 (CD-ROM)

ISBN 978-80-85447-29-3 (online)

EAN 9788085447293 (online)