

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Žaneta Pohančaniková

**Komparace komunitní péče za doby Alice Garrigue Masarykové a
v období po roce 1989**

**Comparison Of Community Care Between The Era Of Alice Garrigue
Masarykova And After The
Year 1989**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Prošková

Praha 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 4. 2014

Žaneta Pohančaniková

.....

Identifikační záznam:

Pohančaniková, Žaneta. Komparace komunitní péče za doby Alice Garrigue Masarykové a v období po roce 1989. *[Comparison Of Community Care Between The Era Of Alice Garrigue Masarykova And After The Year 1989]*. Praha, 2014, 65 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Prošková, Eva.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Proškové za ochotnou pomoc, vstřícnost a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce.

Dále bych také ráda poděkovala své rodině za veškerou trpělivost a podporu, kterou mi po celou dobu projevovala.

ABSTRAKT:

Teoretická výzkumná bakalářská práce popisuje rozvoj, úroveň a způsoby poskytování komunitní péče ve dvou různých časových obdobích. Sociální a zdravotní péče je popsána v přímých souvislostech dobových událostí první republiky, doby Protektorátu, komunistické vlády a po roce 1989. Poslední kapitola získané informace z období první republiky a po roce 1989 srovnává.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Alice Garrigue Masaryková, komunitní péče, Červený kříž, domácí zdravotní a sociální péče

ABSTRACT :

Theoretical research thesis describes development, level and ways of community care providing in two different time periods. Social and health care is described in direct context of historical events of First Republic, Protectorate, Communistic government and the period after 1989. The last chapter compares information gained from periods of First Republic and after 1989.

KEY WORDS :

Alice Garrigue Masarykova, community care, Red Cross, home medical and social care

OBSAH

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 8 |
| 1. Komunitní péče..... | 9 |
| 1.1 Historie..... | 10 |
| 2. První republika..... | 14 |
| 2.1 Masarykova liga proti tuberkulóze..... | 17 |
| 2.2 Masarykovy domovy..... | 18 |
| 2.3 Alice Garrigue Masaryková..... | 19 |
| 2.3.1 Protialkoholní hnutí..... | 21 |
| 2.3.2 Pedagogická dráha..... | 22 |
| 2.4 Československý Červený kříž..... | 24 |
| 2.4.1 Zahraněční spolupráce..... | 25 |
| 2.4.2 Nově zavedené programy Červeného kříže..... | 28 |
| 3. Nacistická okupace..... | 35 |
| 3.1 Práce Červeného kříže za okupace..... | 36 |
| 3.2 Činnost Masarykovy ligy proti tuberkulóze za německé okupace..... | 36 |
| 4. Komunistická vláda..... | 38 |
| 4.1 Ústavy národního zdraví..... | 39 |
| 4.2 Pečovatelská služba v socialistickém Československu..... | 40 |
| 4.3 Červený kříž po druhé světové válce..... | 41 |
| 5. Změny po roce 1989..... | 43 |
| 5.1 Vývoj pečovatelské služby po roce 1989..... | 44 |
| 5.2 Domácí péče..... | 45 |
| 5.3 Charitní církevní organizace..... | 47 |
| 5.4 Červený kříž po roce 1989..... | 48 |
| 6. Komparace a hodnocení komunitní péče..... | 49 |
| Závěr..... | 56 |
| 7. Seznam použité literatury..... | 57 |
| 8. Seznam citací..... | 60 |
| 9. Seznam obrázků..... | 62 |

| | |
|--------------------------|----|
| 10. Seznam zkratek | 63 |
| Přílohy | 64 |

Úvod

Porovnávání různých historických období je bezesporu nejen důležité z hlediska získávání objektivního náhledu na naši minulost, ale pojmenování chybných kroků je také velmi prospěšné pro budoucnost a vývoj naší společnosti. Právě pro svou zálibu v historii jsem si zvolila jako téma své bakalářské práce komparaci komunitní péče ve dvou významných časových etapách naší země. Cílem této teoreticky výzkumné práce je zhodnocení a porovnání obrazu komunitní péče v období první republiky a po roce 1989. Metodikou mé práce je interpretace, analýza a srovnání. Vzhledem k povaze zvoleného tématu bakalářské práce jsem čerpala z česky psané literatury, která pochází jak z doby vzniku samostatného státu, tak i od současných autorů hodnotících situaci v Československu za první republiky i v období po roce 1989.

Práce je členěna do šesti kapitol, které jsou postupně rozděleny do historicky významných časových období. První kapitola se zabývá pojmem komunitní péče tak, jak byl chápán v historii a jak se postupně vyvíjel. Druhá kapitola nastiňuje ekonomickou, sociální a zdravotní situaci po vzniku Československé republiky. V této kapitole se také zabývá životem a aktivitami Alice Masarykové, jež rozvoj komunitní péče významně ovlivnily. I když jsem se v mé bakalářské práci rozhodla porovnávat především komunitní péče v období první republiky a po roce 1989, nemohla jsem v celkovém přehledu vynechat období protektorátu, kterému se věnuje třetí kapitola. Ve čtvrté kapitole se zmiňuji o komunistické éře, která významně ovlivnila směr a rozvoj komunitní péče v naší republice. V páté kapitole jsem svůj zájem zaměřila na období po roce 1989, kdy díky velké hospodářské transformaci postupně došlo k rozvoji do té doby socialistické komunitní péče. V závěrečné, šesté kapitole jsem shrnula a zhodnotila významné kroky komunitního ošetřovatelství v naší zemi za doby první republiky a po roce 1989.

Doufám, že se mi v mé práci povedlo ukázat na kladná i záporná rozhodnutí, ztráty či objevy, které ovlivnily obraz současné komunitní péče.

1. Komunitní péče

Komunita je společenství živých bytostí, které sdílejí určitou oblast. Charakteristické je jejich vzájemné působení. Popple (1995, s. 19) uvádí, že komunita je nejčastěji vymezována na základě sdílení lokality, zájmu či určitých společenských podmínek nebo problémů. Také vysvětluje, že: *„Cílem komunitní práce je posílit schopnost lidí zvládat znevýhodňující a obtížné situace tím, že získají větší míru kontroly nad těmito okolnostmi života, jimž jsou společně vystaveni.“*

Pojem komunitní péče můžeme chápat v širším slova smyslu jako organizaci zdravotních, sociálních a jiných služeb v lokálních podmínkách jednotlivých územních regionů. V řadě evropských zemí představuje komunitní péče širokou oblast terénních i pobytových ošetrovatelských a sociálních služeb. Přesahuje však klasické chápání těchto služeb. Nejde tedy jen o poskytování samotné zdravotní a sociální péče, ale zahrnuje také péči psychologickou, poradenskou, duchovní atd. Oproti primární péči se liší v tom, že je více orientována na skupinu osob a celé komunity a vychází z jejich specifických potřeb. Je potřeba si uvědomit, že komunitní péči nelze aplikovat bez vzájemné mezioborové spolupráce. Mezi pracovníky, kteří se podílejí na poskytování komunitní péče, lze zařadit komunitní sestry, sociální pracovníky, kněze, rodinné pečovatele a mnoho dalších. Základním kamenem pro úspěšnou aplikaci komunitní péče je především rodina. Stát by měl této složky maximálně využít v programech, kterých se komunitní péče blízce dotýká. Mezi nejvýznamnější a nejnámější program, který podporuje komunitní péči, je strategie Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“. Součástí této strategie je ochrana a podpora zdraví, která je především zaměřena na rozvoj a posilování zdraví jedinců, tak i populace jako celku. Tento projekt není zaměřen pouze na boj s nemocemi, na které se soustřeďuje především klinická medicína, ale je obzvlášť zacílen na primární prevenci. Nelze se zaměřovat pouze na individuální péči, nýbrž je nutné posilovat a upevňovat zdraví všemi možnostmi, které máme k dispozici. Tomu říkáme komunitní (hromadný) přístup. Bylo provedeno mnoho studií, z nichž vyplývá, že nejúčinnější programy jsou ty, které jsou zaměřené na celé skupiny lidí a ne pouze na jednotlivce. Komunitní péče bývá určena rozmanitým populačním skupinám a různým složkám zdravotní péče. (Gladkij,

2002, s. 87-94, Bártlová, 2009, s. 109-114, <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pece-v-ceske-republice-444781>)

Vzhledem k celkovému vývoji komunitní péče se s měnícími potřebami obyvatelstva mění i hlavní myšlenka a náplň práce osob, poskytujících komunitní péči. Nelze opomenout, že na tyto změny měl velký vliv mimo jiné i posun v oblasti medicíny. V minulých dobách se pomoci dostávalo hlavně hladovějícím, chudým, dětem bez domova, postiženým, zmrzačeným apod. Postupem doby se k sociálnímu zaměření přidala i stránka zdravotnická. Mezi skupiny lidí, kterým se poskytuje komunitní péče, můžeme zařadit seniory, osoby s tělesným postižením a smyslovými poruchami, dále také jedince hledající pomoc ze závislosti na návykových látkách. Nepochybně komunitní péči potřebují i ti, co jsou postiženi chronickým degenerativním onemocněním, po operacích či těžkých úrazech. V neposlední řadě, komunitní pracovníci pečují o pacienty v terminálním stádiu onemocnění a o jejich blízké. (Jarošová, 2007, s. 29)

1.1 Historie



Obrázek č. 1

Pečovat o člověka v nelehké životní situaci, jako je například nemoc, hlad, chudoba apod., je od nepaměti přirozenou lidskou vlastností. Velký vliv na poskytování pomoci svým blízkým mělo křesťanství, v němž je zakotvena povinnost podílet se na podpoře potřebných. To souvisí s postojem křesťanství k pojetí individuální odpovědnosti za rodinu a své bližní. (Staňková, 2001, s. 5) Základy organizovaná péče přinesly křesťanské řády, které se o potřeby a zdraví lidí staraly po mnoho let ve špitálech při svých kláštorech. Můžeme jistě říci, že už ve 12. století tím položili základní kámen ošetrovatelství, a to především sociálně komunitnímu.

Ve starověkých dobách se stát choval vůči chudým a sociálně potřebným v lepším případě lhostejně, v horším represivně, či dokonce anti-sociálně. Teprve až středověké myšlení a rozvoj klášterů způsobily změnu obecného povědomí o sociálním myšlení do takové míry, že se začaly dvě největší instituce té doby (církve a šlechta) podílet na sociální politice. (Matoušek, 2012, s. 88)

Na našem území, ale i v jiných krajinách, byl proslulý Johanitský neboli Maltézský řád. V Praze začal působit již před rokem 1169 a sídlil na malostranském břehu. Tento řád zavedl první pravidla hygieny a rovněž první léčebné diety. Zejména v dnešní době je duch tohoto řádu, který se snažil chránit slabé a nemocné, dokladem nadčasovosti a potřebnosti. Nejspolehlivější, nejznámější a nejdéle existující český špitál založila Anežka Česká v roce 1232, kterýžto patřil pod řád klarisek, kterým byla Anežka Česká abatyší. Zasluhou Anežky České bylo také založení špitálního rytířského řádu Křížovníků s červenou hvězdou. Tento řád se dvakrát stěhoval, než se na přelomu čtyřicátých a padesátých let 13. století usídlil na konci Juditina mostu. Strategická poloha byla typická pro umístění středověkého špitálu. Místo poskytovalo nejen dobré hygienické zázemí a zdroj relativně čisté vody, ale i finanční přínos z výběru mostného. Špitál přežil nejen období válek, ale i zesvětštění. Fungoval jako charitativní instituce až do 20. století.

Všechna péče o nemocné se neodehrávala ale pouze za zdmi špitálů. Masivně se začalo rozvíjet ošetrovatelství, které bylo poskytováno v domácím prostředí, a to zejména na konci 13. století. Řeholnice pak vykonávaly opatrovnictví přímo v domě nemocného. Na práci řeholnic dohlížel místní farář. V 15. století prováděly návštěvy u

nemocných diakonky (především starší ženy a vdovy žijící mravným životem), které byly pro tuto práci speciálně školeny. Denně docházely k nemocným do domů, myly je, praly prádlo a všeobecně se zajišťovaly potřeby nemocných. (Buben, 2002, s. 21-151) Organizovaná práce diakonek však postupně zanikla. Znovu začala působit až roku 1903 jako Česká diakonie, evangelický spolek pro ošetřování nemocných a sociální péči. Tento spolek připravoval ženy a dívky bez rodinných závazků, které se dobrovolně rozhodly sloužit potřebným. Česká diakonie provozovala i ústavy sociální péče. Vychovala celkem 143 sester diakonek, které působily nejen ve spolku samotném a v jeho zařízeních, ale též ve veřejných nemocnicích, v církevních sborech a na dalších místech v sociální a zdravotní službě. Velmi aktivní diakonickou práci ale bohužel zasáhla druhá světová válka, která její činnost výrazně omezila. (<http://www.diakonie.cz/o-diakonii/historie-diakonie-cce/>)

Další významnou historickou osobností, jež poskytovala charitativní péči, je Zdislava z Lemberka. Zaměřovala se především na péči o malomocné a chromé. V našich podmínkách patří vedle svaté Anežky České k prototypům středověké charitativní péče, jež pochází z urozených vrstev. Víme, že péči poskytovala ve špitálech, ale bohužel bližších písemností ani archeologických pramenů se mnoho nedochovalo. Můžeme se tedy jen domnívat, jaké bylo vnitřní členění těchto institucí a jak vypadalo zázemí pro chovance či jaké byly počty chovanců a personálu. Dochovaly se pouze podklady z druhé poloviny 13. století a první poloviny 14. století. V této době se počet chovanců pražského křížovnického špitálu pohyboval kolem 85. (Svobodný, 2002, s. 28-29)

Dalo by se říci, že víra byla a stále je nejen inspirací při zakládání podpůrných institucí, ale i významným činitelem v přímé práci nejen s hendikepovanými lidmi. Víra je pro mnoho lidí oporou při zvládání náročných životních situací. Někteří lidé se ovšem k víře přiklání až v těžkých životních situacích. V každém případě, co se týká vzájemné pomoci, je výhodné, pokud se potká víra pomáhajícího a klienta. (Matoušek, 2012, s. 44)

Na našem území byla první represivní opatření vůči chudým lidem upravena v říšském policejním řádu Ferdinanda I. z roku 1552. K dalším významným krokům

v této oblasti došlo také v druhé polovině 18. století. Za vlády Marie Terezie se terénní péče zaměřila na zanedbané děti, kterých bylo v této době velké množství. Pod hrozbou sankce nutila Marie Terezie rodiče, aby své děti posílali do tkalcovských škol, jež nechala vybudovat. Její syn Josef II. své úsilí směřoval naopak spíše do ústavní péče. Vznikla síť zdravotně-sociálních farních ústavů a též nalezince pro opuštěné a nemanželské děti. Jednalo se ovšem spíše o dobrovolnou soukromou iniciativu, nikoli o povinnou veřejnou péči. (Matoušek, 2007, s. 19)

Vítová (2010, s. 20-21) uvádí, že základem nového systému péče o chudé, staré, nemocné či jinak potřebné se stalo roku 1863 tzv. „domovské právo“. Domovská obec měla podle tohoto zákona povinnost se o tyto osoby postarat a zajistit jim nutnou výživu a opatření v nemoci. Pod pojmem nutná výživa se rozuměla nezbytná péče, tedy strava, obuv, ošacení, ubytování, otop a světlo. Jednou z forem pomoci mohlo být také umístění do obecního starobince, chudobince nebo zajištění bydlení v obecním domku, kterému se říkalo pastouška. Obec byla povinna zaopatřit i osoby, jež zde neměly domovské právo, ale byly vystaveny ohrožující nouzi či nemoci. Náklady na poskytnutou pomoc pak byly vymáhány na příslušné domovské obci. Chudinská péče však u nás byla až krajní řešení situace, kdy se o chudého nemohl postarat nikdo z osob, které byly ze zákona povinné pečovat. Tento právní předpis později převzal právní řád Československé republiky zákonem č. 11/1918 Sb. (Matoušek, 2007, s. 21-22)

2. První republika

Odpoutání se od Rakousko-Uherské monarchie nezpůsobilo absolutní odpoutání se od minulosti. Doznívání této politické změny český národ pociťoval ještě dlouho po roce 1918. Ať už to bylo přebudování válečné průmyslové výroby na mírovou, celkové oploštění naddimenzované výroby, posílení a stabilizace československé měny a rovněž pravděpodobně nejnáročnější úkol, a to vyrovnat se s problémy, které přinesla první světová válka.

Nově vzniklá republika se po svém vzniku v roce 1918 taktéž potýkala s nesnadnou situací v zásobování obyvatel potravinami. Mnoho zemědělských produktů vyrobených v roce 1918 zabavil ještě před převrácením rakouský stát, proto nově vzniklá Československá republika byla zcela závislá na dovozu. Aby stát přešel hladomoru i revolučním náladám, které vyplývaly z poválečné radikalizace, rozhodla se vláda investovat stamilióny korun do drahého dovozu potravin, aby byly potraviny dostupné všem vrstvám obyvatel Československé republiky. Jelikož stát neměl dostatek zásob ani na tři měsíce dopředu a dovoz potravin nebyl zcela plynulý z důvodu nedostatku dopravních prostředků, prodej potravin se omezoval přidělováním a návazným hospodařením. (Matoušek, 2012, s. 118-121)



Obrázek č. 2

Jak již bylo řečeno, následky první světové války byly pro obyvatele Československé republiky vážné. Dlouhodobé hladovění po dobu války, nedostatečná hygiena a tím způsobená snížená odolnost vůči nemocem se podepsala na mnoha rodinách. Válka přinesla i další specifické problémy, které nadměru zatížily zdravotnictví. Přibylo více jak 250 000 poválečných invalidů, kteří vytvořili skupinu, potřebující sociální ochranu. (Svobodný, 2004, s. 158) Do této skupiny patřili veteráni, invalidé a pozůstalí členové rodin těch, kteří za války přišli o život. Mnozí z nich byli donuceni žebrot. (Matoušek, 2012, s. 120) V dubnu roku 1919 vznikl zákon, který vysvětloval pojem válečný poškozenec a ukládal povinnost státu o něj pečovat. Péče spočívala v navrácení takové úrovně zdraví, která umožňovala poškozeným stát se opět platným členem společnosti a trvale zabezpečit svou existenci. Jelikož pod pojmem válečný poškozenec bylo definováno mnoho skupin, například lidé s chorobami duševními, s chirurgickými defekty, sirotci, vdovy a mnoho dalších, zaměření péče se rozbíhala do různých směrů. Mezi pomoc státu bylo řazeno například: opatřením protéz, slepcům a jiným těžce postiženým či válečným vdovám stát pronajímal tabáční trafiky a poskytoval bezúročné půjčky k jejich zařízení, některým se zakupovaly domky pod podmínkou vybudování menších hospodářství a řemeslné výroby.

Stát se také potýkal s problémy repatriace a reemigrace. Bylo nezbytné co nejrychleji repatriovat mnoho československých legionářů a válečných zajatců. Taktéž se vraceli dřívější vystěhovalci z důvodu naděje na nový hospodářský rozkvet československých zemí. Následkem toho se stát potýkal s nedostatkem bytových jednotek. (Sociální ústav Československé republiky, 1924, s. 5-10)

Péče státu o obyvatele po vzniku Československé republiky byla ovlivněna politickou, ekonomickou a sociálně zdravotní situací. Toto období významně ovlivnilo vznikající profesionální komunitní ošetřovatelství. Je důležité si uvědomit, že péče o potřebné byla vnímána spíše z pohledu sociálního, proto kořeny komunitního ošetřovatelství nacházíme právě tam. Za velký historický pokrok můžeme v dějinách naší země jistě považovat vznik Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy a rovněž vznik Ministerstva sociální péče. (Svobodný, 2004, s. 161) Oba dva obory se prolínaly a navzájem se ovlivňovaly. Do oblasti působnosti Ministerstva sociální péče patřila například péče o mládež, sociálně-zdravotní poradenství v problematice

tuberkulózy, péče zaměřená proti sociálně patologickým jevům jako byl alkoholismus, prostituce či pohlavní choroby, ochrana matek a dětí. Z předchozích vět je patrné, jak moc k sobě tyto dva obory měly blízko. Ve většině aktivit Ministerstva sociální péče totiž můžeme vidět i problematiku zdravotní. (Matoušek, 2012, s. 121-122) Pro vytvoření objektivního obrazu o rozvíjející se profesi sociálních pracovníků a jejich činnosti i ve zdravotní péči, zde uvádím několik výňatků z knihy Věry Vostřebalové, která ve své publikaci uvádí informace, jež získala na základě dotazníků, které vyplnily její kolegyně ze Svazu spolku sociálních pracovníc v Československé republice. Následující citace jasně ukazuje, že budování prestiže povolání sociálních pracovníc nebylo lehkým úkolem. „*Se sociálními pracovníci se zatím téměř nepočítá v živnostenské inspekci, v sociálním pojištění, ve školní péči, v poradenství pro volbu povolání, v lidovýchovně, v péči ústavní, v péči policejní, soudní, vězeňské. Vůbec u nás neexistují důležité obory, v nichž se v cizině sociální pracovníce velmi dobře uplatňují, ku příkladu sociální péče nemocniční, sociální péče psychiatrická, ženská policie, kontrola porodů, péče bytová, péče průmyslová a mnoho odvětví jiných. Sociální pracovníce v Československu má zatím výběr povolání velmi omezený: buď protituberkulosní dispenzář, nebo úřadovnu Péče o mládež, anebo kojeneckou poradnu. Zřídka kdy co jiného. Existenčně je sociální pracovníce postavena hůře než kterýkoli pracovník s přibližně stejným vzděláním a se stejným počtem pracovních let. U sociální pracovníce se samozřejmě počítá s tím, že plat je jen jakési vyživovací minimum a nikoli odměna úměrná vykonané práci. Tento názor je přežitek z minulého století, kdy sociální péče měla ráz charitativní, a udržel se ku podivu až do dnešní demokratické doby, která za každý hodnotný výkon žádá rovnocennou odměnu.*“ (Vostřebalová, 1935, s. 10, 99-103)

Shrnutí tendence v tomto období můžeme následovně - nově vzniklý stát si byl vědom ničivých následků války a svou sociální politikou se snažil tento stav změnit. Docházelo k převratu v důležitosti sociální péče. Z původně charitativní činnosti sociální práce nabývá podstaty vědní disciplíny s vlastní metodikou a s formálním způsobem výuky. (Matoušek, 2012, s. 123-128)

2.1 Masarykova liga proti tuberkulóze

Jak již bylo řečeno, válka si svou daň vybírala ještě dlouho po svém konci, což dokazoval i počet nemocných tuberkulózou. Sice se nedochovala přesná čísla, protože povinné hlášení této nemoci ještě neexistovalo. Avšak víme, že ročně na tuto zákeřnou nemoc umřelo více než 35 000 osob. Tento fakt si uvědomovali lékaři, kteří pod vedením MUDr. Františka Hamzy přišli s myšlenkou založení organizace, která se tomuto problému bude s nasazením věnovat. Tato organizace dosáhla podpory nejen u ostatních lékařů, ale i politiků a významných činitelů. Spřízněna byla samozřejmě i rodina Masarykových. Tomuto projektu propůjčil prezident nejen své jméno, ale pomáhal i velkorysími finančními dary.

Od vzniku organizace (1919) do roku 1925, hospodařila liga s na tu dobu nemalou částkou 15 000 000 Kč. Tato částka se dělila na sumu, kterou se zajišťoval provoz stanic, a to 3 200 000 Kč, dále na péči o nemocné a provoz léčeben částkou 6 000 000 Kč. Na propagaci činnosti a upozornění na existenci tohoto problému měla organizace k dispozici 2 000 000 Kč a na vlastní provoz zbývalo 2 200 000 Kč. Peníze také putovaly na prázdninové pobyty ohrožených dětí, na přemísťování přímo ohrožených dětí rodičů s tuberkulózou do náhradních venkovských rodin. Jednou ze tří hlavních aktivit této organizace bylo uvědomění veřejnosti o této nemoci. Statisíce korun byly poskytnuty na výrobu propagačních letáků a plakátů. Velmi významný se v boji proti tuberkulóze stal výukový film o tuberkulóze. Liga uspořádala více než 1000 přednášek doprovázených diapozitivy. Nechyběly ani kurzy pro odborné pracovníky, zdravotní sestry a sociální pracovníce. Propagační činnost a spolupráce se světovými organizacemi jen podtrhuje skvěle odvedenou práci, která se v následujících rocích projevila klesající úmrtností. Organizace se též zaměřila na prevenci, která například zajišťovala podávání vitamínů, rybího tuku, kalmetizaci, pobyt dětí v prázdninových osadách. Nejznámější se stala osada ve Vlašimi, která vznikla roku 1928 a kde dlouhodobě pobývaly ohrožené děti. Dále organizace zakládala poradny a léčebny pro lidi postižené tuberkulózou. Již během prvních několika let vzniklo skoro dvě stě poraden-dispenzářů. Poslední a nedílnou součástí byla péče o nemocné v léčebnách. Usilovný boj a snaha pomoc se ale bohužel stala členům této organizace osudným.

Proto se o Masarykově lize ve své práci zmiňují ještě jednou, avšak v kapitole následující týkající se období Protektorátu. (pneumologie.cz/upload/1387202057.pdf)



Obrázek č. 3

2.2 Masarykovy domovy

Otázka řešení problému s chudinstvím byla za První republiky často diskutovaným tématem. Existovala povinná péče v podobě domovského práva, kterou doplňovala péče dobrovolná. Zpravidla byly v obcích zřizovány specializované instituce pro jednotlivé kategorie chudých a nemocných, jako byly sirotčince, chudobince, starobince, blázince, ústavy pro slepce a podobně. Sice se tím usnadňovala aplikace sociální péče, náklady na ni tím však stoupaly. Naopak v Praze Krči roku 1926 vznikl centralizovaný komplex 21 budov, kde pomoc našlo v deseti budovách pro dospělé 1700 chorých či zestárlých. Dále zde byla zbudována dětská zotavovna s lesní školkou pro 200 dětí, dětský chorobinec pro 150 dětí, dětské ozdravovny pro 100 dětí. V objektu se nacházely společné hospodářské budovy, správní, společenské a obřadní budovy. Uvedený domácí řád ukládal chovancům nejen povinnosti týkající se hygieny, údržby

šatstva, ale i spolupráci na veřejných pracích. Naoplátku jim řád poskytoval nárok na stravu, bezplatnou lékařskou péči, na duševní potřeby a rozptýlení, které našli v knihovně, čítárně či kapli. Změnu pro Masarykovy domovy-sociální ústavy hlavního města Prahy přinesla okupace, kdy s dosazením nové německé ředitelky G. Ludwigové nastalo vystěhování chovanců, kteří museli udělat místo pro německé vojáky. Po válce se budovy sociálního ústavu začaly postupně měnit v nemocniční, až nakonec roku 1954 získala nemocnice svůj oficiální název podle doktora Josefa Thomayera. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/masarykovy-domovy-velkorosy-projekt-reseni-socialni-pece-v-hlavn-126339>)



Obrázek č. 4

2.3 Alice Garrigue Masaryková

Jméno této vzdělané, pracovitě, houževnaté a věčně pozitivně naladěné ženy bylo v průběhu historie zasunuto do spodních polic knihoven, nicméně otisk její dlouholeté práce v rodícím se oboru sociálně-zdravotní péče je nezpochybnitelný.



Obrázek č. 5

Alice Garrigue Masaryková se narodila 3. května 1879 ve Vídni jako první dítě Tomáše a Charlotty Garrigue Masarykových. Svou životní cestu za vzděláním začala v takzvané přípravce Vyšší dívčí školy. Z důvodu stěhování rodiny Masarykových musela jejich nejstarší dcera místo svého vzdělávání změnit. Nejdůležitější a nejvýznamnější se stalo pro Alici dívčí gymnázium Minerva, které v této době otevíralo dívkám dveře k univerzitnímu vzdělání. Této příležitosti si velmi vážila a dokazovala to svými skvělými výsledky. Gymnázium Minerva nebylo tehdy považováno za plnohodnotné gymnázium, proto dívky včetně Alice musely maturitní zkoušku složit na pražském Akademickém gymnáziu. Alice Masaryková si od malička přála být lékařkou, proto se po maturitní zkoušce přihlásila na lékařskou fakultu a od roku 1898 také na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy studovala. Tenkrát ženy medicínu studovaly pouze zřídka a její místo na fakultě jí bylo přiznáno pouze coby posluchačce. Namísto zkoušek směla skládat jen tzv. kolektiva. V době, kdy navštěvovala lékařskou fakultu, studovala i na Filozofické fakultě Karlovy univerzity v Praze. Po dvou letech se rozhodla z lékařské fakulty odejít a věnovat se pouze studiu humanitnímu. Její zájem o lékařskou

vědu však nikdy nevyhasl, důkazem toho zůstává její předsednictví v Československém Červeném kříži a mnoho jiných aktivit na poli sociálním. (Masaryková, 1994, s. 66-71, 100-102)

2.3.1 Protialkoholní hnutí

Jeden z důvodů, proč můžeme tvrdit, že Alice Masaryková patří mezi zakladatele komunitního ošetrovatelství v novodobé historii, je energie, čas a odhodlání, se kterým podporovala právě protialkoholní hnutí. Do styku s tímto problémem se dostala už během studií díky zájmu svého otce, který se účastnil i protialkoholního kongresu ve Vídni.

Alkohol byl v této době velkým problémem. Dle výsledků studií byl stav na konci 19. století velmi znepokojivý - přibližně 50 % dětí školou povinných konzumovalo pravidelně alkohol. Opakované požívání alkoholu budoucími rodičkami patřilo k hlavním příčinám vysoké dětské úmrtnosti po porodech, a to až v 66 % případech rodin alkoholiků. Alkohol byl také častou příčinou domácího násilí a nepochybně se alkoholizmus odrážel i na hmotných poměrech domácností. Z těchto důvodů vznikaly protialkoholní spolky, jejichž cílem bylo najít účinné cesty k nápravě uvedené situace.

Alice Masaryková kontaktovala ministra kultury a žádala o zapojení protialkoholního boje do školních osnov. Spolupřádala přednášky především pro rodiče a doufala, že pochopí, jakému nebezpečí své děti vystavují, když jim konzumaci alkoholu umožňují. Bylo jasné, že nejvíce alkoholiků se vyskytuje v dělnické třídě, proto usilovala o zákaz užívání alkoholu během přestávek v pracovní době, na schůzích, demonstracích a při volbách. Nově byly zavedeny Českým abstinenčním svazem tzv. protialkoholní dny. Byl to dvou až třídní program, který se pořádal dvakrát do roka. Jeho cílem bylo ukázat občanům rizika závislosti na alkoholu. Činnosti, které zde probíhaly v boji proti alkoholu, přinesly posun v této problematice, ale v porovnání

například s aktivitami ve Skandinávii, kde uspořádali během jednoho roku sedm set přednášek na toto téma, byly pouze malým krůčkem na dlouhé cestě k úspěchu.

2.3.2 Pedagogická dráha

Profese učitelky nebyla pro Alici Masarykovou nejen otázkou možností, jak si vydělat na živobytí, ale převládala rovněž touha předávat informace a své zkušenosti, mimo jiné získané i v zahraničí, dále ostatním lidem. Při rozhodování o své pracovní budoucnosti si Alice Masaryková velmi dobře uvědomovala, že situace v Československé republice jí neumožní věnovat se sociologii, tak jak by si na základě vzdělání, dovedností a zkušeností představovala. Proto se profese učitelky jevila jako vhodná alternativa.

Její pedagogická kariéra začala v roce 1906 na dívčím lyceu v Českých Budějovicích, kde vyučovala němčinu, historii, zeměpis a věnovala se vychovatelství. I zde se projevovala její láska k sociologii. Svými vědomostmi z psychologie, sociologie či biologie obohacovala své přednášky a stala pro své žákyně velmi oblíbenou. Další dobrovolné přednášky o správné výživě, zdravé sociální hygieně a odívání, nebezpečí alkoholismu, můžeme chápat jako další články přispívající k rozvoji komunitní péče. Skoro by se zdálo, že její angažovanost neměla hranic. V roce 1910 se Alici Masarykové naskytlá příležitost vrátit se zpět do Prahy, kde ve své učitelské praxi pokračovala na Holešovickém lyceu. Zde také pořádala se svými kolegyněmi oslavy dětských dnů. Při těchto sešlostech organizovala peněžní sbírky pro chudé a potřebné protože tvrdila, že i během zábavy člověk nemá zapomínat na utrpení druhých. Výtěžky potom prostřednictvím Zemské komise pro ochranu dětí a péči o mládež předávala dětem ze sociálně slabých rodin.

Její pedagogickým cílem a snem se stala výstavba dosud chybějící sociální školy. Tato mladá socioložka si deficit sociálních pracovníků v českých zemích uvědomovala již při svém pobytu ve Spojených státech amerických, kde rozvoj a vysoká míra specializace v této oblasti proběhla již na začátku 20. století. Síť vzdělaných amerických sociálních pracovníků našla uplatnění ve spoustě odvětví, jako

byla problematika veřejného chudinství, opuštěných a zanedbaných dětí a také přistěhovalectví. Tyto pracovnice se též angažovaly v ústavech pro zpustlou mládež a v otázkách sociálního zákonodárství při vězeňské reformě. Alice Masaryková viděla jejich úspěšně fungující organizaci veřejných hřišť, plováren a lázní. Vzhledem k tomu, že si podobné povolání představovala pro české vzdělané ženy, měla jasnou vizi, jaké vzdělání by tomu mělo předcházet. První její představou bylo čtyřleté učiliště, kde by se propojilo učení praktického ošetrovatelství s výukou sociologickou. Díky usilovné práci získala na svou stranu více lidí, kteří její myšlenku podpořili, a tak roku 1918 vznikla první Vyšší sociální škola.

Alice Masaryková přispěla i ke zbudování stipendijního výboru Florence Nightingalové, v němž se shromažďovaly peněžní prostředky, díky kterým se časem podařilo umístit několik diplomovaných sester do speciálních kurzů na univerzitách v kanadském Torontu a také v Londýně, což posléze napomáhalo zvyšování úrovně zdravotnického personálu v Československu. Stipendijní místa pro československé sestry se také otevřela na mezinárodní škole v Bedford College v Británii, jejíž byla Alice Masaryková spoluzakladatelkou. Z vlastních prostředků poskytla padesát tisíc liber sterlingů a na oplátku za tyto kroky škola přijímala též studentky z naší země.

Po válce oslovila Alice Masaryková pracovníci amerického Červeného kříže Miss Parsonsovou, která ve spolupráci s pedagogy na pražské LF UK připravila zásadní reorganizaci původní ošetrovatelské školy rakouského Červeného kříže v Praze. Ta byla po vzniku republiky převzata státem a svěřena Československému Červenému kříži (ČSČK). Po dlouhou dobu vedla tuto instituci Sylva Macharová, která zde umožnila plný pracovní rozvoj Miss Parsonsové a jejích spolupracovnic. Škola získala nové moderní osnovy a vyučovací skladbu. Absolventky získávaly uplatnění nejen ve státních a soukromých nemocnicích, ale i v oborech komunitní a sociální péče vedených či přímo zřizovaných ČSČK - v dětských výživových a protituberkulózních poradnách, v sociálních a zdravotních ústavech, v protivenerických a zubních ambulancích, v ošetrovatelské službě v rodinách. (Lovčí, 2007, s. 101-131)

2.4 Československý Červený kříž

V únoru 1919 se v pražském Obecním domě konala přípravná schůze ČSČK, které se zúčastnilo mnoho sociálních odborníků, příslušníci armády, ale i osobnosti kulturního života včetně spisovatelů. Po ukončení této schůze byla vyslána zvláštní delegace, vedená dr. Petrem Zenklem, pozdějším pražským primátorem, k prezidentu republiky s žádostí o vyslovení souhlasu se vznikem nového spolku a zvolením Alice Masarykové do předsednické funkce. T. G. Masaryk na tuto žádost odpověděl dopisem v následujícím znění: *„Uznávaje nutnost vybudování ústřední organizace československého ČK a pověřuji, aby ihned vykonala vše, čeho třeba ku organizování této instituce a k tomu, aby Československý ČK mohl bezodkladně zahájit své působení a vejítí ve styk s mezinárodními organizacemi ČK na základě ženevské konvence a dodatečných úmluv mezinárodních T. G. Masaryk.“* (Lovčí, 2007, s. 246-247)



Obrázek č. 6

Již při založení Mezinárodního výboru Červeného kříže v roce 1863 se stal oficiálním znakem červený kříž v bílém poli a to jak v národním tak i mezinárodním měřítku. „*Obrácené barvy švýcarské vlajky symbolizují projev úcty zemi, kde se mezinárodní organizace Červeného kříže zrodila a kde nalezla dodnes své sídlo.*“ (Švejnoha, 1999, s. 42) K tomuto logu měla vřelý vztah i Alice Masaryková, která tvrdila, že: „*Kříž je významným duchovním symbolem. Svislé rameno kříže spojuje nebe se zemí – ušlechtilé zásady se projevují ve skutečích denního života. Vodorovné rameno spojuje východ se západem – trpělivost, význačná vlastnost východu, se spojuje s činorodou vůlí západu. Jako náboženský symbol označuje kříž vítězství pravdy a lásky nad lží a sobectvím.*“ (Švejnoha, 2003, s. 81)

V této době byl ČSČK veden spíše aristokraticky než lidově, i počet českých poboček nebyl uspokojující. V neposlední řadě bylo potřeba změnit válečné zacílení činností na práci v mírových podmínkách. Proto byl jako jeden z prvních a hlavních úkolů zásadní přestavba domácího ČSČK. Zakladatelé nestáli o infiltraci svých nově zvolených představitelů do již existujících rakousko-uherských poboček, trvali na generální výstavbě zcela nové organizace. Místní spolky začaly akceptovat v souladu s československou ústavou jako jednacím řeč češtinu nebo slovenštinu a byly rozděleny do čtyř zemských divizí – české, moravskoslezské, slovenské a podkarpatské. Takové kroky se pochopitelně neseťkaly s valnou podporou jak u vedení rakouského Červeného kříže, tak u členů místních spolků, kde do té doby převažovali Němci. Jejich počáteční nesouhlas a odpor jim však nebyly nic platné.

2.4.1 Zahraniční spolupráce

Je zřejmé, že post předsedkyně ČSČK Alice Masaryková nezískala jen pro svůj zájem o sociální problémy. Jako velký klad nepochybně viděla část zakladatelů její příbuzenský vztah s československým prezidentem. Věřili totiž, že tento fakt přinese nové organizaci větší prestiž a podporu. Bez významu jistě nezůstaly ani její známosti s významnými sociálními pracovníky a odbornými sociology v zahraničí.

Již na jaře roku 1919 začal ČSČK spolupracovat s charitativní organizací severoamerických kvakerů vedenou Herbertem Hooverem, jejíž zástupci velmi brzy zřídili v ČSR síť stravoven, kde se do roku 1921 najedly desetitisíce českých a slovenských dětí.

Americký dorost Červeného kříže poslal do Československa své sociální pracovníky, kteří se nejen finančně podíleli na podpoře tzv. Legie mladých. To byl spolek tří set padesáti chudých dětí z Prahy 7, který začal fungovat v posledním roce první světové války. Za podpory Českého srdce dostal spolek starý hostinec, který se stal oficiálním spolkovým domem Legie mladých. Zástupci amerického Dorostu dům po svém příjezdu generálně opravili a zřídili v něm sprchovací a lázeňské kouty, dílny, knihovnu a hřiště. Nejchudším dětem dokonce z vlastních prostředků obstarali potřebné šatstvo.

Neocenitelné byly i kontakty s Rockefellerovou nadací, která po dlouhá léta poskytovala přímou finanční pomoc řadě sociálních a zdravotnických organizací po celém světě. Československu darovala nadace 23 milionů korun určených k vybudování Státního zdravotního ústavu v Praze. Každoročně financovala několik stipendií umožňujících studium na zahraničních školách pro československé lékaře a zdravotníky. V neposlední řadě nadace pomohla díky svým finančním darům uskutečnit potřebné humanitární akce ČSČK.

Štědrá pomoc přicházela i z dalších zemí. Švýcaři například pohostili ve své zemi na vlastní náklady dvě tisícovky hladovějících československých dětí. Francouzi zase vyslali vyškolené ošetřovatelky do zdravotnického dispenzáře v Chustu na Podkarpatsku a vybudovali dětské jesle na Vinohradech.

V průběhu několika prvních let existence Československého Červeného kříže se díky spolupráci s Kanadou, USA, Velkou Británií, Francií a s mnoha dalšími zeměmi povedlo do naší, válkou postižené vlasti dopravit mnohatunové lodní zásilky potravin, mýdla, rybího tuku, šatstva, léků a zdravotnického materiálu.

V prvních letech své prvorepublikové existence směřoval ČSČK své úsilí téměř výhradně na své území avšak s vědomím čestného dluhu. ČSČK samozřejmě cítil

morální povinnost vyrovnat tento dluh formou pomoci jiným potřebným oblastem. Oblastí volající západ o humanitární zásah bylo Rusko a Ukrajina, kde na začátku 20. let díky suchu a posléze neúrody vypukl krutý hladomor. Zprávy novinářů a sociálních pracovníků byly skoro nepředstavitelné. V nejvíce postižených oblastech lidé často jedli pouze kořínky, kůru ze stromů nebo si vařili polévku z trávy. Výjimkou nebylo ani lidojedství, a to i mezi příbuznými.

ČSČK zahájil rozsáhlé sbírky šatstva a peněz, za které se posléze nakoupily potraviny. Do této akce se také účinně zapojil už dříve zmiňovaný Dorost, který vedl podpůrnou kampaň v několika tisících československých škol. Inspirovat se nechalo i několik dalších československých spolků a organizací, jako byli například legionáři, České srdce či skauti. Aby byla pomoc co nejlépe zkoordinovaná, vzniklo v roce 1922 Ústředí čs. dobrovolné pomoci v Rusku a Ukrajině.

Jenom z Československa bylo díky ČSČK a Ústředí čs. dobrovolné pomoci vypraveno ve 20. letech do Sovětského svazu mnoho desítek železničních vagónů naplněných šatstvem a základními potravinami. Nejčastějšími místy doručení byla ruská Samara, Povolží a Alexejevská volost'. V posledně jmenované oblasti dokonce za finanční pomoci československého státu a ČSČK vznikla pekárna a centrální sklad potravin, což vedlo jak k snížení úmrtnosti z hladu, tak k úspěšné redukci hladového kanibalismu tamějších obyvatel.

Pomoc občanům z východních zemí ČSČK neposkytoval jen v jejich domovině. Nově vzniklá republika zdědila spolu s rakouskými dluhy i stovky ruských válečných zajatců, kterým bylo potřeba věnovat potřebnou péči. Postarat se musela i o mnoho válečných uprchlíků, kteří do Československé republiky utíkali před občanskou válkou. ČSČK s podporou státu zřizoval a obstarával v zajateckých a uprchlických táborech školy, knihovny a menší divadla. Poskytoval jim věcnou, potravinovou a peněžní podporu a pro ty, kteří se rozhodli na našem území trvale zůstat a na živobytí si sami vydělávat, pomáhal zřizovat košíkářské, krejčovské a obuvnické dílny. Nadstandardní pozornost byla věnována ruským a ukrajinským studentům a profesorům, pro které byl v Praze vybudován tzv. Ruský domov, v němž byla čítárna a studovna ruskojazyčných

knih. Alice Masaryková mimoto iniciovala spoustu dobročinných koncertů a divadelních představení, jejichž výtěžek putoval na pomoc ruským uprchlíkům.

ČSČK během své existence nepomohl v nouzi pouze jen Rusku či Ukrajině. Své humanitární zásilky roku 1923 poslal například do Japonska postiženého ničivým zemětřesením. Když koncem 20. let postihla stejná katastrofa Řecko a Bulharsko, ČSČK opět vypomohl. Na sklonku 30. let se do zahraniční pomoci zapojil i Dorost ČSČK, který se snažil pomáhat španělským dětem trpícím válkou. (Lovčí, 2007, s. 247-297)

2.4.2 Nově zavedené programy Červeného kříže

Zajištění hmotných a finančních darů zajistilo ČSČK již od brzkého počátku fungování bez závislosti na Československém státu. Po získání této celkem významné peněžní rezervy mohlo začít budování nových programů. Cílem ČSČK bylo vytvořit centrálu, která bude pomocí různých ministerstev koordinovat činnost všech ostatních sociálních zdravotních a vzdělávacích organizací.

Alice Masaryková považovala za nutné nejprve objektivně zhodnotit tehdejší nelehkou ekonomickou a sociální situaci způsobenou dozvuky války, nedostatkem potravin a celosvětovou krizí, aby výstup této práce mohl posloužit jako základ pro konstrukci připravovaných sociálních programů. Se zprávou o sociální situaci v Praze jí tentokrát pomohla její předválečná učitelka z Chicaga Mary McDowellová, díky které americká organizace YMCA vyslala do Prahy delegaci mladých amerických sociálních pracovníků, mezi nimiž byla například Ruth Crawfordová-Mitchellová či Mary E. Hurlbuttová. Ty okamžitě oslovily výbor vysokých českých a slovenských úředníků, významné odborníky a zástupce dalších amerických organizací působící v Praze. Jejich společný vědecký sociální průzkum započal sestavením seznamu sociálních organizací. Dále pokračoval výzkumem zdravotního stavu obyvatelstva, jednotlivé sociální péče, možnosti rekreací, sociálního vzdělávání a zaměstnanosti žen. Po osmi měsících byla vytvořena zpráva, kterou předaly československé vládě a na kterou navázaly další aktivity. (Skillings, 2001, s. 97)

2.4.2.1 Dorost Červeného kříže

Po vzoru západních zemí se ČSČK rozhodl založit mládežnický spolek s vlastním samosprávným postavením, už od začátku neoficiálně nazývaný jako Mladý Červený kříž. Dorost měl několik zásadních úkolů, mezi jeden z nich patřila například propagace základních hygienických pravidel, která v této době nebyla ještě zcela zažitou samozřejmostí. Šlo kupříkladu o pravidelné mytí rukou, čištění zubů, omývání ovoce nebo přezouvání ve školách. Podíleli se také na pořádání pravidelných zubních prohlídek žáků, platili zubní ošetření chudým dětem a pomáhali zřizovat nové zubní ambulance. Další jejich aktivitou bylo pořádání charitativních sbírek ve prospěch sociálně slabších spolužáků. Hlavní myšlenkou tohoto spolku bylo především rozvíjení sociální empatie u dětí a zušlechťování jejich charakteru. Dorost se dále angažoval ve zřizování sprchových koutů a hřišť ve školách, vysazování stromů a zvelebování okolí škol. Množství jejich aktivit bylo opravdu chvályhodné, jistě to bylo i díky velkému počtu zúčastněných. Již v prvním roce existence se do jeho aktivit zapojilo 150 000 dětí, po patnácti letech do řad Mladého Červeného kříže patřilo dokonce 840 000 členů, a tímto se zařadili do nepočetnějších a nejvýznamnějších spolků v prvorepublikové Československé republice.

2.4.2.2 Samaritánské služby

Myšlenka litomyšlského lékaře MUDr. Bedřicha Welze, který se již od roku 1912 věnoval výcviku první pomoci zdravotníků čet hasičských oddílů, oslovila i představitele ČSČK. Ve vzájemné spolupráci se poté s velkým odhodláním pustili do jejího prosazování v mnohem rozsáhlejší územní měřítku. Hlavním smyslem výcviku bylo zajistit nejnútější ošetření nemocných a zraněných ještě před příchodem lékaře, který byl často velmi daleko a nemohl se k pacientovi dostavit včas.

Už 5. dubna 1919 se v Praze pořádala schůze zástupců hasičstva, vlády, ČSČK a zdravotních spolků. Oficiálně vznikl samaritánský sbor ČSČK. Díky skvělé spolupráci

zmíněných organizací byla vytvořena síť samaritánských stanic nejdříve v horských a těžce přístupných místech, později i na zbytku celého území. Budování samaritánských sborů byl typický příklad mírové činnosti ČSČK a s možností využití samaritánů ve válce se počítalo jen čistě potenciálně. Mimo jiné samaritáni pořádali základní samaritánské kurzy pro členy Sokola, učitele a žáky základních škol, studenty středních škol, pro zaměstnance průmyslových závodů a ostatní dobrovolné zájemce.

2.4.2.3 Prázdninové osady Červeného kříže

Od roku 1923 začal ČSČK pracovat na novém projektu - zapojení se do tzv. prázdninových kolonií. Ty se nakonec staly nedílnou součástí této organizace. Byly pořádány v letních měsících v čistých venkovských oblastech. Obvykle prázdninové osady navštěvovaly děti trpící chudokrevností, podvýživou, křivicí anebo takové, jejichž celkový zdravotní stav by mohla v budoucnosti ohrozit tuberkulóza. Náplní těchto programů byla snaha naučit děti čistotě a ukázat jim klady pobytu v přírodě. Děti podnikaly nejrůznější sportovní, pohybové a zájmové aktivity a součástí samozřejmě byla zdravá kvalitní strava. Zdravotní výchova jim měla ukázat důležitost dodržování pravidel hygieny, pečování o vlastní tělo i duši.

2.4.2.4 Potravinová pomoc

Jak už jsem zmiňovala, první světová válka zanechala mnoho sociálních problémů, se kterými se již od počátku své existence snažil Československý Červený kříž vypořádat. Jedním z hlavních problémů a potažmo úkolů bylo poskytnout potravinovou pomoc hladovějícím lidem. I díky pomoci Petra Zenkla, předsedy Ústředního sociálního odboru hlavního města Prahy a národněsocialistického politika, mohl ČSČK rovněž zakládat na území Prahy stravovací stanice a v kulturních domech a školách provozovat vývařovny pro nejchudší obyvatelstvo a uprchlíky, kteří zde našli pomocnou ruku.

Již během svého učitelského působení v Českých Budějovicích se Alice Masaryková snažila prosadit myšlenku tzv. mléčných akcí. Roku 1924 nad nimi oficiálně převzal patronát ČSČK a v součinnosti s státními orgány zřizoval ve státních školách mléčné stánky a pojízdné vozíky s mlékem. Ve spolupráci s dorostovou organizací ČSČK současně mezi dětmi propagoval zdravotní výhody pití mléka a vedl přednášky o zdravé výživě.

2.4.2.5 Ošetřovatelská služba v rodinách

Dnes bychom tyto služby nazvaly spíše pečovatelské. Od roku 1924, kdy s tímto nápadem ČSČK opět ve spolupráci s Petrem Zenklem přišel, byla poskytována bezplatná lékařská péče pro nemajetné a sociálně slabé rodiny, jimž finanční stav neumožňoval návštěvu u lékaře. Dále se zprostředkovávala pečovatelská pomoc v rodinách, kde onemocněl některý z příslušníků a bylo potřeba jeho úlohu provizorně zastat. Ošetřovatelky pravidelně rodiny navštěvovaly a zajišťovaly v nich veškerou potřebnou péči v oblasti hygieny, úklidu, domácnosti a vaření. Nejdříve těchto pokrokových služeb mohli využít jen lidé v Praze, později se pod hlavičkou ČSČK začaly zavádět i do dalších větších měst Československa. V knize Pečovatelská služba v České republice Vítová (2010, s. 21-22) uvádí, že práce z této výpomoci se postupně vyvinula pečovatelská služba. Do rodin docházely také sestry, které zajišťovali zdravotní péči. Jejich pracovní náplň byla mnohdy opravdu vyčerpávající. Před osmou hodinou se sestry shromáždily, aby vrchní sestře předaly informace z předchozího dne a přijaly instrukce na den aktuální. Kromě odborného zdravotního ošetření zajišťovaly přijetí děti do ozdravoven, radily matkám v otázkách výživy a výchovy dětí a rodinného hospodaření. Byly evidovány případy, kdy sestry za rok v jediné rodině vykonaly 278 návštěv, nebo u jednoho nemocného 443 návštěv. (Kafková, 1992, s. 67-75)

2.4.2.6 Slavnosti velikonočního míru

Zdeněk Deyl (1985, s. 173) situaci po první světové válce viděl takto: „*Vysoká nezaměstnanost a neustálé výkyvy trhu práce ve většině odvětví představovaly ostré třídní konflikty a ovlivňovaly nepříznivě i národní vztahy v ČSR. Vytvářely též živnou půdu pro růst protičeských nálad a vzestup fašistického hnutí.*“

Bylo jasné, že právě hašteřivé chování, neustálé stranické půtky a z nich plynoucí společenská atmosféra nejvíce nahrávala extrémním silám. Nově získaná národní a politická svoboda byla věcí příliš cennou, křehkou a dosud příliš krátce trvající na to, aby mohla být ohrožována vnitřní nejednotou a malichernými sváry. Je velmi pravděpodobné, že se Alice Masaryková nechala inspirovat svým otcem Tomášem Garrigueem Masarykem, který navrhoval pořádání tzv. „mírového dne“ již před první světovou válkou.

Na základě této myšlenky oslovila právě Červený kříž, který navzdory malé účasti německých zástupců a negaci komunistů přece jen nevzbuzoval u zbývajících politických stran odpor a z jejich strany byl vnímán jako organizace národní a nadstranická. Roku 1921 se tedy začal slavit tzv. „velikonoční mír ČSČK“. Oslavy byly situovány do období Velikonoc, trvaly tři dny a to od Bílé soboty po svátek Vzkříšení Páně. Počáteční slavení míru Červeného kříže bylo opravdu skromné. Akce se zprvu zúčastnila jen malá část novinářů, ústředí ČSČK, čs. prezident, někteří spisovatelé a kulturní pracovníci, jež myšlenka nově uvedených velikonočních slavností na rozdíl od politiků oslovila mnohem intenzivněji. U politiků nevzbuzovaly valný zájem a často je doprovázely znatelné rozpaky.

Místem konání se na počátku stalo Národní divadlo, kde se měli občané soustředit na společné téma. Právě společná práce na zvoleném tématu měla pomoc zapomenout alespoň na tři dny na stranické spory a také měla zlepšit zdraví národa. K nejznámějším tématům patřilo například: „V sebekázni ke zdraví a míru“, „Úcta ke stáří“, „Zdraví a mír“ a „Čistota ve všem a všude“. Díky stoupajícímu zájmu se roku 1923 stal místem konání oslav československý parlament, který celou akci spojil se svým slavnostním zasedáním. V Praze lidé slyšeli fanfáry a oslavné salvy, tramvaje

jezdily ozdobené prapory a praporky v barvách ČSČK a Československé republiky. Téměř všechny tiskoviny se dobrovolně zavázaly k tiskovému příměří a slíbily, že budou přinášet jen kladné zprávy. Vzhledem k celkem velké podpoře velikonočních akcí ČSČK v řadách veřejnosti a politiků se třídní mír začal v průběhu 20. let postupně vyhlášovat i v dalších městech a nakonec i v celé zemi. Roku 1928 se k oslavám v jednom dni přidaly ještě dvě minuty pietního ticha na počest padlých.

Velkého triumfu se ČSČK dočkal v dubnu roku 1937, když byly pořady o mírových slavnostech vysílány v rozhlasových stanicích deseti evropských států, do amerického pásma a na Dálný východ. Ve francouzštině měl tehdy proslav představa čs. vlády dr. Milan Hodža (2007, s. 304-305), v němž uvedl: *„Hlásíme se k Vám ze země, jež byla nazvána srdcem Evropy. To jistě nejen proto, že nám Osud nadělil v Evropě místo, které jest jejím středem. Ještě spíše proto, že je naše československá vlast křižovatkou velkých myšlenek hýbajících celým naším dílem světa, křižovatkou, kudy probíhají velké evropské mocenské zájmy. V tomto víru a varu jsme a trvale chceme býti bodem pevným, bodem stabilisace a míru. Neboť je-li srdce Evropy skutečně u nás, pak je důležité také pro celý organismus, aby jeho srdce bylo zdrávo a silno [...]. Kdysi bylo řečeno, kdo je pánem Prahy, je pánem Evropy. Tož vysíláme z této křižovatky Evropy k Vám všem zvěst o svém odhodlání, že vykonáme vše, aby pánem Evropy byl mír a přes Prahu aby mír byl tedy pánem našeho dílu světa.“* (Lovčí, 2007, 304-305)

Do budoucna se počítalo s postupným zapojováním všech kontinentů do mírových akcí. Tyto velkolepé plány však razantně překazily politické události konce třicátých let. Druhá světová válka znamenala pro velikonoční oslavy odmlku. Tradice byla obnovena v roce 1946 s heslem „Důvěrou k míru“. V roce 1948 se pro náboženskou nevhodnost změnil termín konání z Bílé soboty na 8. května na den výročí narození Henriho Dunanta, zakladatele Červeného kříže. Změny se dočkal i název slavností, nově tedy „Světový den Červeného kříže“. Díky politickému tlaku se ráz slavností postupně měnil, až byly roku 1951 jako „neúčinná a nic neříkající akce“ zrušeny.

V meziválečném období dosáhl ČSČK díky svým aktivitám ohlasu nejen ve své zemi, ale i v mezinárodních strukturách. Počet projektů, které tato instituce v počátcích

svého působení uvedla k životu, je opravdu výjimečný. Jak už to tak bývá, nemůže být nic bez „ale“. Vzhledem k politickému napětí této doby se cokoli spjatého se jménem Masaryk či Beneš nezřídka ocitlo pod palbou kritiky ze strany tisku. Nejinak tomu bylo i v případě Alice Masarykové, která byla bulvárním tiskem několikrát napadena, že má z funkce předsedkyně miliónové či stotisícové zisky. I když se vedení ČSČK snažilo tyto pomluvy vyvrátit, štvavá kampaň přinesla své ovoce a Alice Masaryková ve snaze přispět k uklidnění této situace podala 7. prosince 1938 svou demisi. Jejím nástupcem se stal Vladimír Haering. Koncem 30. let se tedy začala stahovat mračna nejen na poli politiky, ale i nad touto organizací. V krizovém roce 1938 byl pod tlakem událostí Československý Červený kříž nucen připravit opatření pro případ války. Byly vytvořeny krizové a pohotovostní scénáře, zřízeny nádražní ošetrovny a zdravotní vlaky a současně organizovány instruktážní střediska branné výchovy pro veřejnost. Pracovníci ČSČK viditelně označovali střechy nemocnic a zdravotnických stanic velkým znakem své organizace a doufali, že v případě útoku Luftwaffe budou Němci respektovat mezinárodní úmluvy o pravidlech vedení války. (Lovčí, 2007, s. 298-316)

3. Nacistická okupace

Období let 1939-1945 je v naší národní historii obdobím krátkým, ale zato však velmi dramatickým. Převratné události se nevyhnuly ani zdravotnictví. Mezi nejdrastičtější zásahy jistě patří smrt statisíců obyvatel v koncentračních táborech či na bojištích druhé světové války, likvidace židovských lékařů, zhoršení životních a zdravotních podmínek. Mezi méně bolestné avšak z dlouhodobého hlediska také významné ztráty, které utrpěl český stát, patří uzavření vysokých škol, omezení vědeckých prací a v neposlední řadě exil množství vzdělaných lidí. Válečné události přinesly tradiční problémy, jako byl hlad a nemoci. Podvýživa, epidemie a tělesné a psychické mučení vězňů v koncentračních táborech byly bezpochyby příčinnou velkého počtu bezprostředních úmrtí. Zachovaná svědectví dokazují provádění nelidských pokusů některých nacistických lékařů na civilistech. Celkové snížení obranyschopnosti organismu u lidské populace v důsledku nekvalitní a nedostatečné stravy přispělo během okupace ke zvýšení nemocnosti a úmrtnosti na tuberkulózu a další infekční choroby, jako byl skvrnitý a břišní tyfus, záškrť, spála a mnoho dalších. Během světové války stoupl počet neurotických a duševních projevů a bezesporu také sebevražd.

Rovněž organizace zdravotnictví musela být podřízena novým státoprávním poměrům říšských úřadů. Zcela novým se stal dohled na „rasovou čistotu“, která vyplývala z německého rasového zákonodárství. Německé soudy rozhodovaly o nucené sterilizaci v případech dědičných zatížení. Obyvatelé Čech a Moravy nebyli ušetřeni ani těch nejextremnějších výstřelků nacistické eugeniky, „pěstování“ a výchova „rasově vysoce hodnotných jedinců“ či dokonce nucená „eutanazie“ nevléčitelně nemocných. Nejvíce se ovšem rasové zákonodárství dotklo židovských spoluobčanů. (Svobodný, 2004, s. 195-199)

3.1 Práce Červeného kříže za okupace

Německé okupaci neunikl ani ČSČK. Gestapo ve spolupráci s členy německé kriminální policie obsadilo 5. srpna 1940 ústředí ČSČK, zabavilo veškerý majetek a zapečetilo její místnosti. Následovalo rozpuštění všech místních spolků a zajištění budov, hmotného i nehmotného majetku, který byl předán do rukou Německého Červeného kříže či německé vojenské zdravotní službě. Mnoho funkcionářů a členů ČSČK bylo zatčeno a uvězněno v koncentračních táborech, včetně předsedy Vladimíra Heringa. Ti, kteří přežili a zůstali na svobodě, se aktivně zapojovali do protifašistického odboje. Snažili se zachraňovat vězně z transportů a pochodů smrti, pomáhali v oblastech postižených bombardováním, při likvidaci epidemie skvrnitého tyfu v Terezíně, ale i na dalších místech.

V září roku 1940 byla v Londýně zřízena nová exilová organizace ČSČK. I přes velkou snahu násilného ukončení činnosti ČSČK tato organizace, i když neoficiálně, pracovala dál a po ukončení války svou činnost obnovila. Povedlo se znovu zavést školení dobrovolných ošetřovatelek a samaritánů i dopravní zdravotní službu. Obrovský úkol čekal na tzv. Pátrací službu ČSČK, která byla zaplavena tisíci žádostmi o pomoc v hledání svých nezvěstných příbuzných. Celkově se ČSČK snažil vrátit k tradicím první republiky, to ale bohužel nadcházející poválečná politická situace neumožnila. (<http://www.cervenyriz.eu/cz/historie.aspx>)

3.2 Činnost Masarykovy ligy proti tuberkulóze za německé okupace

Již ve druhé kapitole jsem zmiňovala významný institut Masarykovy ligy proti tuberkulóze (MLPT). Po ztrátě Slovenska a odtržení pohraničního území v důsledku Mnichovské dohody a zřízení Protektorátu Čechy a Morava, vstoupila Liga již do třetího desetiletí své existence, bohužel se ztrátou T. G. Masaryka ve svém názvu. I tak pokračovali její členové ve svém vytrvalém boji proti tuberkulóze za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví a sociální péče a Ústřední zdravotní pojišťovny. Vzrůstal

počet odborného personálu, poraden i nového vybavení, jako byly například RTG přístroje. První roky okupace byla jejich práce sice do jisté míry omezena, jak tomu bylo i v jiných organizacích, ale i tak jejich aktivity stále pokračovaly.

Velkou zásluhou ústředního vedení i obou zemských vedení bylo, že se podařilo Ligu převést přes hrozivá období okupace. Jejich novým úkolem po válce bylo zejména obnovování a zřizování nových složek v pohraničí a zpětné uvádění do provozu léčeben a poraden poničených nacistickou okupací. Během nelehké práce se zaměřením na obyvatele pohraničních oblastí, bývalé vězně koncentračních táborů a mnoho dalších rizikových skupin se postupně začala ozývat otázka, zda je pokračování Ligy nutné po zavedení všeobecné zdravotní péče.

V roce 1947 vzešel v platnost zákon, kterým bylo nařízeno soustředit všechna poradenská zařízení do nově budovaných Ústavů národního zdraví. Definitivní konec MLPT však přišel až po komunistickém převratu, kdy byl koncem roku 1950 její movitý i nemovitý majetek nuceně převzat Československým Červeným křížem, což v této době byla jediná povolená nevládní dobrovolná organizace. (www.pneumologie.cz/upload/1387202057.pdf)

4. Komunistická vláda

První změny v sociální a zdravotní politice přišly ihned po roce 1945, kdy došlo k první vlně znárodnování majetku osob, které spolupracovaly s fašistickým režimem a k odsunu maďarského a německého obyvatelstva z pohraničních oblastí. (Svobodný, 2004, s. 217) Tato opatření ve spolupráci s první poválečnou peněžní reformou snížila příjmovou a sociální diferenciaci obyvatelstva. Jak počet majetných, tak i počet nejchudších se podstatně snížil, a tím byly položeny základní kameny pro společnost relativně rovnocennou, která si vyžadovala nová sociální opatření. (Matoušek, 2012, s. 139) V důsledku válečných ztrát a poválečného odsunu se počet obyvatel českých zemí v roce 1946 snížil na 8,7 milionu. To bylo o 2,5 milionu méně než v roce 1944. Tento úbytek obyvatelstva i následující politická migrace se jistě také podepsaly na nadcházející reorganizaci zdravotnictví. (Svobodný, 2004, s. 218) Po únoru v roce 1948 byly sociální problémy nově se rodící socialistické společnosti chápány jen jako přežitky kapitalistického systému, které automaticky zaniknou, až se změní ekonomické řízení. V roce 1949 byly státem převzaty všechny charitativní ústavy, domovy odpočinku, dětské domovy, výchovné ústavy. Tyto redukce charitativních a dobrovolných služeb byly často násilné. Za příklad lze uvést uzavírání klášterů, zatýkání mnichů či vyhánění řeholnic. Jediným poskytovatelem zdravotních a sociálních služeb se stal stát řízený Komunistickou stranou Československa (KSČ).

O sociálních i zdravotnických problémech komunistického Československa se nesmělo oficiálně psát ani mluvit. Až sedmdesátá léta 20. století byla nakrátko opět dobou vycházejících článků o přítomnosti sociálních problémů, jako byla například pouliční prostituce, zneužívání dostupných léků jako drog, bídny život cikánského obyvatelstva (tehdejší oficiální označení Romů). Vzhledem k tomu, že pojmenovávání sociálních problémů a upozorňování na ně radikalizovalo postoj obyvatelstva vůči politickému režimu, netrvalo příliš dlouho a tato témata byla opět označena jako nepublikovatelná. Jen díky odvaze některých odborníků se pravdivé údaje dostaly do zahraničních tiskovin nebo byly šířeny samizdatovými časopisy. Obecně se dá říci, že zveřejnění těchto informací v exilových publikacích či v prohlášení Charty 77,

významně ovlivnilo postoj občanů vůči KSČ v následujících letech. (Matoušek, 2012, s. 140-150)

4.1 Ústavy národního zdraví

Nová poválečná vláda vnímala nárok na ochranu zdraví jako jedno ze základních občanských práv. Na základě zákona č. 49/1947 Sb., o poradenské zdravotní péči, byly národními výbory zřizovány v jednotlivých okresech či krajích tak zvané Ústavy národního zdraví (ÚNZ). Jednou z priorit tohoto systému se stal preventivní charakter péče, kterou podtrhovaly zákony o potírání přenosných nemocí, o ochraně proti tuberkulóze či o boji proti pohlavním nemocem. Na základě zákona poskytovaly ÚNZ péči, která měla odborně vyšetřovat a sledovat zdravotní stav občanů a zjišťovat jejich sociálně zdravotní podmínky života. Svou poradenskou činností, výchovou a zprostředkováváním náprav zjištěných sociálně zdravotních problémů měly ústavy přispět k ochraně zdraví.

Poradnám náleželo veškeré zdravotní poradenství, preventivní zdravotní prohlídky obyvatelstva, vedení zdravotní evidence, sociálních a zdravotních výzkumů a statistik. Zprostředkovávaly léčebnou péči v rozsáhlé síti nemocnic a ambulatórií, umožňovaly péči rekreační a podpůrnou.

Výkonným zařízením ÚNZ naopak náleželo organizovat ošetrovatelskou službu v rodinách, sociálně zdravotní pomoc v ošetrovatelských a léčebných ústavech a dále poskytovat pomocnou zdravotní záchrannou službu a ozdravnou péči. Ve spolupráci s obcemi zaváděly hygienická a epidemiologická opatření, a to i v oboru hygieny výživy. Ústavy měly za úkol postarat se o zdraví mládeže, proto po dohodě Ministerstva zdravotnictví s Ministerstvem školství začala fungovat školní zdravotní služba s pravidelnými prohlídkami, koordinované péče o chrup, preventivní očkování a podobně.

Každému ústavu bylo nařízeno vedení poraden pro těhotné ženy, pro matky s dětmi, poradny proti pohlavním nemocem a tuberkulóze. Dále mohla být provozována

poradenská pracoviště pro péči o chrup, předšňátkové, tělovýchovné, pro duševní hygienu a výchovu, pro výživu a dietetiku, dále poradny gynekologické, pro bezdětné manželky, pro boj proti alkoholismu, pro tělesně vadné, pro nemoci stáří a mnoho dalších.

V zájmu prohloubení preventivní a léčebné péče při hospodárnějším provedení přišel nový zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, který nařizoval, aby se všechny nemocnice se svými zdravotními středisky, porodnice, lékařské stanice, ženské poradny, dětské poradny, ošetrovatelské stanice, stanice záchranné služby, noční sanatoria a transfuzní stanice sdružily v okresním ÚNZ, v jehož čele stál ředitel lékař. Tato nařízení umožňovalo zakládání závodních ÚNZ. Obdobou okresních ústavů byly samozřejmě také krajské ÚNZ.

4.2 Pečovatelská služba v socialistickém Československu

V průběhu komunistické vlády začali představitelé této strany pomalu chápat, že všechny stále přítomné sociální problémy už nemohou neustále přičítat předchozímu kapitalisticky vedenému řízení státu. Zjistilo se, že není možné situaci řešit nekonečným zavíráním pacientů za vysoké zdi léčeben. Pozitivním krokem šedesátých let 20. století byl větší zájem o staré lidi, rozvoj geriatric a gerontologie. To se projevilo i v pečovatelské službě, poptávka po těchto službách stoupla. Začaly se objevovat domovy soustředěné na péči o staré lidi, pro práci v terénu byly školeny geriatrické sestry, vznikaly geriatrické ambulance a denní stacionáře. (Matoušek, 2012, s. 144-146)

V sedmdesátých letech 20. století přešlo řízení a provádění pečovatelské služby z odborů sociálního zabezpečení okresních národních výborů do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí a částečně Ministerstva vnitra a spravedlnosti. Poskytování pečovatelské služby se nově řídilo zákonem č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Pečovatelskou službu vykonávaly pečovatelky, jejichž činnost řídila a kontrolovala vrchní sestra pečovatelské služby. Vzhledem k nevyřešené otázce vzdělání vykonávaly toto povolání pečovatelky dobrovolné i pečovatelky z povolání.

Novým projektem této doby byla výstavba domů s pečovatelskou službou, kde byla zajištěna po celou pracovní dobu pečovatelská služba vykonávaná alespoň jednou pečovatelkou z povolání. Jak uvádí Vítová (2010, s. 25), manažerka Asociace poskytovatelů sociálních služeb, bylo během deseti let vybudováno 130 domů s více než 2500 bytovými jednotkami po celé České republice.

Výstavba těchto domů nepolevila ani v osmdesátých letech. Seniorům se také otevřela nová možnost tzv. domovinek. Zde o ně bylo postaráno během doby, kdy rodina, která o ně pečovala, chodila do zaměstnání. Seniori v domovinkách měli zajištěnou stravu a trávili zde svůj volný čas.

Důraz začal být kladen i kvalifikační vzdělání pečovatelek, povinný byl tzv. sanitární kurz v rozsahu nejméně 150 hodin. Vývoj sociálních služeb ovlivnila i nová legislativa, a to zákon č. 100/1988 Sb., o sociálních službách.

4.3 Červený kříž po druhé světové válce

Jak už jsem v předchozí kapitole zmiňovala, ČSČK se po druhé světové válce snažil svou humanitární činnost obnovit. Politický převrat v únoru roku 1948 se však dotknul i této instituce. ČSČK u nás ztratil svou nezávislost a samostatnost, na které po celou dobu své existence tak tvrdě pracoval. Původní charitativní spolek byl zařazen mezi společenské organizace a přidružen k Národní frontě. Svou suverenitu ztratil i Dorost ČSČK, který byl včleněn do jednotné Pionýrské organizace a Československého svazu mládeže.

I přes ztížené podmínky se snažil ČSČK pomáhat lidem. Z jeho seznamu bohužel zmizely některé tradiční charitativní činnosti, ale nahradily je i některé nové. Úplně novým projektem bylo například dobrovolné dárcovství krve. Věnoval se také zakládání Stanic první pomoci, zdravotnických družin, zájmových zdravotnických kroužků. Podílel se na celostátním očkování proti dětské obrně a pořádal dětské tábory pro zdravotně oslabené děti. I když stát převzal veškerou kontrolu nad péčí o zdraví

lidu, sociální zabezpečení, osvětu, výchovu a kulturu, snažil se ČSČK některé oblasti doplňovat. (<http://www.cervenyriz.eu/cz/historie.aspx>)

5. Změny po roce 1989

Po bouřlivých listopadových událostech rozpadající se komunistická vláda předala v prosinci 1989 vedení státu do rukou demokratických sil. Cesta od socialismu k republice uplatňující tržní mechanismy byla pro všechny zcela nová a pro mnohé velmi náročná. Pojmy jako demonopolizace, privatizace, restrukturalizace, ekonomizace se staly náplní mnoha diskuzí na politické úrovni i mezi profesionály mnoha oborů, a to za neutuchajícího zájmu veřejnosti. (Svobodný, 2004, s. 222)

Kritickou situaci v československém zdravotnictví a postupně se zvyšující zaostávání zdravotního stavu českého obyvatelstva za západním standardem si již během osmdesátých let jasně ověřovali jak kritici tohoto systému, tak oficiální představitelé komunistického vedení. České zdravotnictví prošlo po roce 1989 přeměnou od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče mají právě zdravotní pojišťovny.

Jak už jsem v předchozí kapitole uváděla, až do roku 1990 u nás existovala síť zdravotnických zařízení, které jasně respektovaly územní strukturu krajů a okresů, a zodpovídaly se státu. Hned po roce 1989 byly pod vedením Ministerstva zdravotnictví zahájeny práce na vypracování návrhu nového systému zdravotní péče. Ústav zdravotnických informací a statistiky ve své práci Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989 uvádí hlavní principy této koncepce:

- *stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům,*
- *zdravotní péče bude poskytována v konkurenčním prostředí,*
- *občan bude mít právo svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení,*
- *monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno, zdravotní péče pro veřejnost bude poskytována bez ohledu na typ vlastnictví zdravotnického zařízení (státní, obecní, církevní, privátní),*
- *základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou,*

- *těžištěm léčebné péče bude péče ambulantní (zejména primární),*
 - *zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění, prostředky obcí, podniků, obyvatel, atd.),*
 - *nedílnou součástí systému zdravotní péče bude povinné zdravotní pojištění.*
- (Kasalová-Daňková, 2010, s. 28-29)

Tento návrh vláda koncem roku 1990 schválila a v druhé polovině roku 1992, po přijetí zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních, byla zahájena první vlna zdravotnické privatizace se vznikem velkého počtu soukromých ambulantních ordinací, soukromých porodnic, pečovatelské a domácí zdravotní péče. (Kasalová-Daňková, 2010, s. 30)

5.1 Vývoj pečovatelské služby po roce 1989

Pečovatelská služba byla do této doby skoro jedinou terénní sociální službou a nejčastěji poskytovaným úkonem byla donáška nebo dovoz obědů. Po revoluci ji však čekalo mnoho organizačních změn. Zřizovatelem se staly obce a okresní úřady a nově také nestátní neziskové organizace. Svoji činnost obnovili i poskytovatelé církevní. Se zánikem okresních úřadů roku 2002 přešly pečovatelské služby na obce nebo nově vzniklé kraje.

Roku 1991 poskytovatelé sociálních služeb založili Asociaci pro ústavní sociální péči, která se posléze transformovala na Asociaci poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Ta se ve spolupráci s Českou asociací pečovatelské služby snažila aktivně zapojit v rámci připomínkového řízení na vzniku kvalitního zákona o sociálních službách. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. 1. 2007, přinesl mnohé změny. Vítová (2010, s. 31) uvádí, že „*Změny se týkaly celkového pojetí sociálních služeb, jejich druhů, forem a podmínek pro poskytování, změnil se způsob jejich financování. Současné pojetí sociálních služeb, a tedy i pečovatelské služby, je zaměřeno na kvalitu, profesionalitu, individuální přístup k uživatelům, respektování jejich práv a svobodné vůle a prevenci sociálního vyloučení.*“

Podle nové právní úpravy se sociální služby dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zákon také obsahuje dělení forem, v jakých se mohou tyto služby poskytovat. Mohou to být služby pobytové, ambulantní a terénní. (Matoušek, 2007, s. 43)

Pro komplexnější představu o pečovatelské péči uvádím v příloze přehled základních úkonů poskytovaných pečovatelskou službou dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. (příloha č. 1)

Ing. Radka Soukupová (2010, s. 47), předsedkyně Sociální komise Svazu měst a obcí, vidí pečovatelskou službu jako velký krok od sousedské a občanské výpomoci k moderním sociálním službám, jež často pracují s technologiemi na vysoké úrovni. A kdy jsou pro pečovatelky odborné znalosti a dovednosti, empatie a diplomacie jen zlomkem potřebných předpokladů pro možnost pracovat v tomto náročném oboru.

5.2 Domácí péče

Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny, jistými změnami si domácí péče prošla i během první republiky, nacistické okupace a komunistické vlády. V období před rokem 1989 pracovaly v terénu v rámci návštěvní služby zdravotní sestry především ve vazbě s ordinacemi ambulantních lékařů. Vedle sester z pediatrických ambulancí, provádějící například pravidelnou návštěvu novorozenců, to dále byly sestry z ordinací dermatovenerologů či gynekologů. Roku 1991 se ve francouzském Štrasburku konal první evropský kongres domácí péče, kterého se zúčastnily i zástupkyně České republiky. Tento kongres se stal „odrazovým můstkem“ pro spuštění kampaně na podporu domácí péče na území České republiky. Díky článkům, televizním a rozhlasovým pořadům a dalším edukačním programům se podařilo získat podporu jak ze strany laické veřejnosti, tak i ze strany profesionálů. Česká komplexní domácí péče začala být poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, jehož mottem je „pomoc k svépomoci“. (www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece-)

Agentury domácí péče začaly vznikat jako samostatné subjekty zřizované především fyzickými osobami, ale i neziskové subjekty jako například Česká charita, Diakonie, Český Červený kříž a jiné, nebo zřizované státem. Souběžně s těmito změnami došlo k uvolnění velkého počtu zdravotních sester, které v domácí péči našly své uplatnění a seberealizaci. Koncem roku 1995 existovalo v České republice téměř 400 poskytovatelů domácí péče, v druhé polovině devadesátých let však k pokračování dramatického nárůstu nedošlo. (Svět, 2010, s. 147-154).

Vzhledem ke konkurenčnímu boji se agentury snaží poskytovat domácí péči 24 hodin denně 7 dní v týdnu, v co nejvyšší kvalitě a rozsahu nabízené péče. Rozsah zdravotní a sociální péče je dán aktuálně stanovenou diagnózou po vyhodnocení získaných anamnestických dat. Na financování domácí zdravotní péče se v naprosto převažujícím rozsahu podílejí zdravotní pojišťovny. Další možností je financování domácí péče formou přímé platby klientem nebo rodinou, většinou jde o takzvané nadstandardní služby, jako jsou masáže, pedikúra, nákupy, úklid domácnosti a jiné. Též je možné požádat o příspěvek na péči v domácnosti ze státního rozpočtu nebo vyhledat sponzory či požádat o finanční dar.

Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče klientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí. Spolupracuje se přitom s orgány státní správy, samosprávy, subjekty zdravotní a sociální sféry. (Hastingsová, 1997, s. 23)

WHO definovala domácí péči takto: „*Jakákoli forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech.*“ (Jarošová, 2007, s. 60) Avšak všeobecně uznávaná definice byla přijata 1980. Tato definice říká, že pomocí domácí ošetrovatelské péče se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, zdržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů.

Díky medializaci došlo ke spolupráci agentur domácí péče a byla založena Asociace domácí péče v České republice. V roce 1994 bylo založeno Národní centrum domácí péče se sídlem v Praze, které poskytuje informace a zajišťuje koordinaci a

edukaci pro odbornou i laickou veřejnost. (<http://www.adp-cr.cz/>, <http://www.domaci-pece.info/>)

5.3 Charitní církevní organizace

Charita České republiky je součástí římskokatolické církve. Organizování charitativní činnosti započal v našich zemích již v roce 1919 kaplan Ludvík Antonín Kaplan, když začal shromažďovat informace o poskytování pomoci řeholních domů. V průběhu let se stala Charita mohutnou organizací. V průběhu druhé světové války byly její aktivity značně omezeny, své uplatnění opět našla až v pomoci lidem vracející se z koncentračních táborů. Dlouhého trvání se však nedočkala, komunistické zestátnění totiž ukončilo její veřejnou sociální práci. Novým začátkem po roce 1989 se stalo první charitní středisko domácí péče, které zahájilo provoz v březnu 1990. V následujících letech pak bylo zřízeno 26 dalších agentur.

Nabídka sociálních a zdravotních služeb je opravdu obsáhlá. Služby jsou poskytovány například dětem, mládeži, matkám v tísní, lidem v tíživé životní situaci, lidem se zdravotním postižením, seniorům a mnoha dalším. Ve spolupráci se zakladatelkou hospicového hnutí MUDr. Marií Svatošovou byl za podpory Diecézní Charity Hradce Králové roku 1996 zprovozněn první hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Toto zařízení se snaží o důstojné umírání bez zbytečné bolesti, utrpení a strachu. V současnosti je v provozu čtrnáct hospiců, z toho Charita provozuje čtyři a několik dalších služeb, které pomáhají nevléčitelně nemocným a jejich nejbližším. Jedna z nabízených služeb je i domácí hospicová péče. Machová (2009, s. 333-338) ve vědeckém časopisu Kontakt uvádí, že „*Světová zdravotnická organizace klade důraz na rozvoj komunitního ošetrovatelství, což v praxi znamená přesunutí ošetrovatelské péče z nemocnic do domácího prostředí pacienta. V případě terminálně nemocného se jedná o komunitní péči poskytovanou domácí hospicovou péčí.*“ Tato forma péče umožňuje rodině i profesionálnímu ošetrovatelskému personálu uspokojovat potřeby nemocného v jeho přirozeném prostředí. Ošetrovatelská péče je orientována na pacienta jako celek na jeho fyzickou, psychickou, sociální i spirituální oblast. Pacient je

ošetřován profesionálním ošetřovatelským personálem ve svém domácím prostředí. Komunitní tým zajišťující paliativní péči může tvořit ošetřující lékař, sestry agentury domácí péče nebo mobilní hospicové jednotky, pečovatelky, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, zástupce církve, dobrovolníci a v neposlední řadě sám pacient a jeho blízká rodina. (Machová, 2009, s. 333-338, www.charita.cz)

Stejně jako Charita ČR i Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČCE) byla za komunistického vedení našeho státu násilně ukončena a k jejímu znovuoživení došlo po roce 1989. Její projekty se týkají dětí a mládeže, rodin, lidí v nouzi, seniorů, lidí s postižením, umírajícím. Soustředí se také na humanitární pomoc a rozvojovou pomoc v zahraničí. Diakonie se snaží organizovat, zajišťovat a poskytovat sociální, zdravotní, pedagogickou a pastorační péči všem bez rozdílu vyznání. (<http://www.diakonie.cz/o-diakonii/>)

5.4 Červený kříž po roce 1989

I pro ČSČK znamenal konec totality návrat k nezávislosti a samostatnosti, která pro tuto instituci byla vždy velmi cenná. I když byla ČSČK vrácena jen malá část objektů a nemovitostí, snažil se vrátit k základním principům a pokračovat v humanitární pomoci pro potřebné. Roku 1991 uvádí do provozu svou „staronovou“ složku Mládež ČSČK, která pomáhá při výuce první pomoci a dalších zájmových činnostech dětí, vede také projekty o prevenci a šíření HIV/AIDS. V souvislosti rozdělení Československé federace se v roce 1993 rozdělil i ČSČK. Český Červený kříž pokračoval v plnění úkolů v bezpříspěvkovém dárcovství krve, ve výuce a poskytování první pomoci. Mnoho z projektů je aktuálních i v dnešní době, jako například ozdravné a rekondiční pobyty pro zdravotně postižené děti, zřizování geriatrických center, ošacovacích středisek, stravoven pro důchodce a bezdomovce, sociálních domů s bezbariérovými byty pro staré a invalidní občany. Zprostředkovává domácí ošetřovatelskou službu a nadále se také věnuje Pátrací službě. Nemalé zásluhy si Český Červený kříž může připsat i díky velké humanitární pomoci během katastrofálních povodní, které naši zem postihly roku 1997. (www.cervenyriz.eu/cz/historie.aspx)

6. Komparace a hodnocení komunitní péče

Pro srovnání komunitní péče první republiky s obdobím po roce 1989 je nejprve nutné si uvědomit rozdílné i společné prvky ve státní správě obou období, které se podepsaly i na formování zdravotní, ošetrovatelské a sociální péče. Právě státní správa vytváří možnosti a udává podmínky sociální a zdravotní péče, které následně jsou či nejsou společností využity. Na počátku obou těchto období jsme se setkali s nově nastolenou parlamentní demokracií - v prvním případě po pádu rakousko-uherského císařství a v druhém případě po pádu komunistického režimu. Obě období tak byla zpočátku poznamenána řadou některých nejasně či dokonce neexistujících činností státní správy v sociální oblasti. Tento faktor se ukázal mnohem podstatnější po roce 1989, kdy v rámci celkové morální dezorientace společnosti a při pokroucení normálních vzájemných občanských vazeb po předchozí socialistické éře bylo jen velmi obtížné obnovovat původní dobrovolnické organizace. Navíc v rámci nekontrolovaně nastartovaného tržního hospodářství a při neexistenci fungujících kontrolních mechanismů docházelo i k řadě chyb a podvodů i na poli komunitních služeb. Období první republiky mělo z tohoto hlediska nepochybně jednodušší pozici, protože sociální oblast byla v rámci „dobrých mravů“ významně podporována společenskými elitami té doby. Alice Masaryková, Petr Zenkl, Bedřich Welz a řada dalších jsou toho pádným důkazem.

Stejně tak důležité je si uvědomit ekonomickou situaci obou období, která samozřejmě ovlivnila i komunitní péči. Konec první světové války a odloučení se od Rakousko-uherské monarchie znamenalo pro nově se rodící republiku těžké časy. Ekonomickým cílem nového státu bylo přebudování válečné průmyslové výroby na mírovou a celkové oploštění naddimenzované výroby, posílení a stabilizace československé měny. Největším problémem ale bylo zejména zásobování obyvatel potravinami. Aby stát předešel hladomoru, musel investovat velké částky do dovozu potravin. Válka přinesla i mnoho dalších problémů, například přibylo více jak 250 000 poválečných invalidů, kteří vytvořili významnou skupinu potřebující sociální pomoc a ochranu, a kteří nadměru zatížily systém zdravotnictví.

Přestože i po roce 1989 nastaly zcela zásadní ekonomické změny, bylo toto období ve srovnání s poválečným obdobím v podstatě bezproblémové. Velkým krokem byl přechod od socialistického k tržnímu hospodářství, vstup zahraničního kapitálu a vůbec změna majitelské struktury kdysi státních podniků. Nahrazením nefunkční socialistické výroby soukromým podnikáním ale vznikla i velká příležitost pro rozvoj soukromého zdravotního a sociálního sektoru. Přirozeně následoval vzrůst konkurence a tím pádem zvýšení kvality nabízených služeb.

Dostatečně silná ekonomika a fungující státní správa jsou významné, nikoli ale jediné podmínky pro rozvoj zdravotní, sociální a vůbec komunitní péče. Stejně tak důležitá je kvalita odborné péče a další vzdělávání v této oblasti. Pokud se z tohoto pohledu podíváme na éru první republiky, nepochybně můžeme říct, že zdravotní péče byla na relativně dobré úrovni. Bohužel však nákladná a často nedostupná pro chudší vrstvy obyvatelstva. Cílem zdravotní a sociální péče v této době bylo především snížení úmrtnosti obyvatelstva na vážné nemoci a podvýživu, ale i programy na celkové zlepšení zdraví, a nejen při chudobě. I v tomto směru byla situace po roce 1989 mnohem jednodušší. I přes určitou izolaci v důsledku „železné opony“ bylo naše zdravotnictví v porovnání se západními zeměmi na poměrně dobré úrovni. A stejné kvality dosáhlo naše zdravotnictví během jen několika málo následujících let, přičemž tato převážně vysoce nadstandardní péče je nyní dostupná všem občanům bez rozdílu. Jestliže ale v období první republiky bylo jedním z cílů zdravotnictví snížení úmrtnosti na podvýživu, tak v současnosti je to naopak snaha o snížení nemocnosti v důsledku civilizačních nemocí z „blahobytu“. Významné zdravotní projekty jsou tak zaměřeny na snížení obezity, a to již u předškoláků, či zlepšení stravovacích návyků. Pokud prvorepublikové rekreační programy byly zaměřeny na odpočinek a posílení vyčerpaného organismu dětí i dospělých, tak současné programy se snaží naopak jedince všech věkových kategorií odvést od zcela neaktivního způsobu života u počítače a televize.

Jedním z úkolů zdravotnictví po jeho transformaci po roce 1989 bylo zvýšení motivace obyvatel v péči o vlastní zdraví. Již v roce 1990 vláda Petra Pitharta vypracovala projekt obnovy a podpory zdraví, který vychází z filozofie evropské

varianty Zdraví pro všechny do roku 2000. Na základě analýzy zdravotního stavu obyvatelstva se tento projekt soustředil na podporu nekuřáctví, zdravou výživu, zdravá města, zdravé rodiny, zdravé podniky, zdravé školy, ochranu a podporu zdraví a prevenci nemocí. Koordinátorem podobných projektů se stalo Národní centrum podpory zdraví, které vzniklo roku 1989. Ministerstvo zdravotnictví začalo vypisovat výběrová řízení na projekty podpory zdraví, čímž se snažilo zapojit i veřejný a občanský sektor. I díky této zdravotní politice se komunitní péče mohla a nadále může realizovat a rozvíjet. (<http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2012-4-07-full.pdf>)

Pokud se nyní zaměřím na otázku sociální péče, opět najdeme mezi historií a současností řadu odlišností. Sociální programy první republiky se sice zaměřovali z větší části na izolovanou ústavní péči v podobě starobinců, chudobinců či sirotčinců, leč základy pečovatelské a domácí služby vidíme právě v první republice, kdy se o poskytování tohoto druhu služeb pokoušel například ČSČK. Hlavním rysem ale byla především péče zajišťovaná vlastní rodinou, a to jak v případě nemoci, tak i v péči o seniory. Typickým příkladem byl výměnek, venkovský zvykový právní útvar, prostřednictvím něhož se na statek nově nastupující hospodář zavazoval k tomu, že někdejšímu hospodáři, který mu statek předával do užívání a odcházel na odpočinek (tzv. na vejminek, tj. do obydlí většinou v rámci statku nebo v jeho těsném sousedství za tím účelem postaveného), bude doživotně zaručovat ubytování a určité množství nejčastěji naturálních dávek (výjimečně dávek finančních nebo služeb). Odstupujícím hospodářem býval zpravidla otec, který statek předával do užívání svému synu a sám odcházel na vejminek (v českých zemích byl výměnek jako institut zrušen roku 1948 uzákoněním národního pojištění, jímž byl vynuceně nahrazen).

Postupem doby se sociální a technický pokrok přirozeně promítl i pečovatelské této oblasti. O vysoké úrovni poskytování sociální a ošetřovatelské služby v domácím prostředí v dnešní době není asi pochyb. Období posledních let je ale také velmi specifické individuálním a profesionálním přístupem ke starým lidem, kdy se péče vedoucí k pasivnímu „dožití“ přesunula k podpoře, k aktivizaci lidí seniorského věku. Období důchodu tak dnes již není vnímáno jako období pasivní, ale naopak jako aktivní s mnoha možnostmi, na které do té doby nebyl čas. Existuje řada programů

zájmových činností seniorů, cestování, sportovních aktivit i vzdělávání, včetně na půdě univerzit a ostatních vysokých škol.

Jasná pozitiva v období první republiky můžeme také vidět v provázanosti sociální a zdravotní stránky. Do jisté míry nevyhraněnost těchto oborů přinášela pozitiva jejich uživatelům. Tato kombinace služeb jistě vyhovuje i dnešním klientům, avšak kategorizování a regulování sociální a zdravotní práce jejich příslušnými ministerstvy tuto plynulou návaznost značně stěžují. Nutnost blízké spolupráce zmiňuje i Tóthová (2011, s. 129-137). „*Poskytovatelé zdravotnické a sociální péče si uvědomují, že mají před sebou náročné úkoly. Systém poskytování péče je nutné transformovat tak, aby byl vytvořen prostor pro rozvoj komunitní péče, ve které multidisciplinární tým profesionálů zabezpečí holistickou a integrovanou péči individuálním přístupem ke každému jedinci ve všech věkových obdobích jak ve zdraví, tak i v době nemoci, která nevyžaduje nemocniční péči.*“

Dalším důkazem pokrokového individuálního a holistického přístupu je péče o klienty, kterým se hospicová péče snaží zaručit důstojné umírání, pokud možno v kruhu rodiny. Zcela zásadním a klíčovým rozdílem sociálních programů po roce 1989 oproti minulosti je snaha o integraci všech zdravotně, mentálně i sociálně postižených skupin do společnosti.

Řada autorů a pamětníků období první republiky nicméně považují za určitý vrchol pokroku na poli sociální i zdravotní péče. Protože ekonomická i technologická úroveň dnešní doby je nesrovnatelně vyšší, je nutno tento rozdíl hledat především v oblasti morální a společenské. Patřilo k dobrým mravům, že především bohaté vrstvy přispívaly na sociální projekty. Lze předpokládat, že i motivem poskytování komunitních služeb v době první republiky byla především snaha opravdu pomoci lidem v nouzi, která na rozdíl od dnešní doby byla velmi hmatatelná a blízká. Srovnání obou období z hlediska četnosti chudoby je obtížné, protože na rozdíl od první republiky, kdy se jednalo převážně o absolutní chudobu, tak dnes situaci spíše vystihuje chudoba relativní, tj. relace k platným vzorcům spotřeby.

Mému porovnání nemůže uniknout ani ošetřovatelství, které sice velmi blízko obkresluje historii sociální péče, avšak je potřeba zmínit, že na rozdíl od doby první republiky zdravotní sestry v posledních letech mají možnost využívat moderní a často jednorázové pomůcky, které jim práci u klientů usnadňují. Oproti tomu je nezpochybnitelné, že kompetence sester a možnosti provedených výkonů v domácím prostředí má tendenci se zvyšovat. Ošetřovatelská péče proto i tak zůstala časově, fyzicky i psychicky náročnou profesí.

Ve své práci jsem nastínila historii a vývoj ČSČK v naší zemi. Snažila jsem se zmínit významné programy této organizace, které se podílely na vývoji komunitní péče. Domnívám se, že je bohužel velmi nepravděpodobné, že bychom v budoucnosti opět narazili na takovou účast při jakékoliv dobrovolnické organizaci, jak tomu bylo právě za doby první předsedkyně ČSČK, Alice Masarykové. Obávám se, že k negativnímu vnímání dobrovolnické činnosti došlo v období socialismu, kdy se pod tímto pojmem často ukrývala povinná práce na poli budování socialismu. Ve velkém počtu obyvatelstva to zanechalo spíše pocit něčeho vnucovaného než dobrovolného. Nemalou skupinu lidí jistě odrazují od spolupráce s těmito organizacemi opakující se kauzy zneužitých finančních částek a darů, na které nás média poslední dobou často upozorňují. V neposlední řadě také došlo ke změně vnímání charitativních a humanitárních společností, které se pro mnohé potencionální dobrovolníky staly synonymem byrokracie. Čas strávený administrativní činností, propagací svého jména a hromadění prostředků je často veřejností negativně hodnoceno. Avšak pokračování aktivit ČSČK nebo České charity je jistě důkazem, že dobrovolnictví je v naší zemi součástí historické tradice.

I když jsem velkou část své práce věnovala organizaci Červeného kříže, nemůžu opomenout ani jiné aktivity tehdy rozvíjející se komunitní péče. Skvělým příkladem pro aplikaci sociální a komunitní péče za doby první republiky bylo zbudování Masarykových domovů. Byly to nejen první krůčky hromadně organizované pomoci chudým, tělesně postiženým, starým lidem a nezaopatřeným dětem, ale rovněž velkým důkazem, že si je stát vědom své zodpovědnosti, před kterou se nedají zavírat oči. Z dnešního pohledu vidíme vybudování Masarykových domovů jako odvážnou

modernizaci a centralizaci komunitní péče, která ale měla své jasné ekonomické, zdravotní i sociální podklady. Opět zde můžeme cítit velkou výhodu propojenosti zdravotní a sociální stránky, kterou využívali lidé se stejnými problémy na jednom místě. Výhodná finanční stránka ve smyslu provozování jedné velké kuchyně, prádelny, ředitelství vše jen kladně podporovala. Na tuto dobu to byl opravdu velký projekt. To jistě můžeme říct i Masarykově lize proti tuberkulóze. Problém tuberkulózy existoval za první republiky a bohužel přetrvává do dnešních let, nicméně přístup k péči je bezpochyby jiný. Povinné hlášení tuberkulózy z roku 1948 a objevení antituberkulotik zcela změnilo přístup k této nemoci od velmi nespecifické léčby nemocných a ohrožených pomocí „čerstvého vzduchu“. I přes všechny objevy a nové postupy je tato nemoc stále aktuálním tématem. A to hlavně neustálou migraci lidí z oblasti s větším výskytem či přetrváváním sociálních problémů u lidí bez domova.

V předchozích komparacích jsem se snažila upozornit, že období první republiky podle mého názoru poskytovalo dostatečné možnosti pro plynulý vývoj komunitní péče. Stát se snažil postavit čelem k problémům, které přišly v souvislosti s první světovou válkou, osamostatněním a o něco později s hospodářskou krizí a následně krizí sociální. Spolupráce lidí společensky významných s odpovídajícími možnostmi a obyčejných lidí, kteří se zapojovali do charitativních a humanitárních programů, přinesla naší zemi výborné výsledky. Je otázkou, kam a jak rychle by se úroveň komunitní péče posunula, kdyby naší zemi nepoznámaly dva extrémní režimy, neboť na rozvoj této oblasti stejně jako jiné jistě vliv měly.

Ať už to byla doba Protektorátu či komunismu, veškeré aktivity ve smyslu zvyšování úrovně zdravotní, sociální či komunitní péče byly v útlumu. Lidé se sice snažili nenápadně pokračovat ve šlépějích první republiky, a to i přesto, že tato činnost často vedla k ohrožení jejich osobního života a mnohdy k jejich společenské a ekonomické likvidaci. Výzva na znovuobnovení principů položených v prvních desetiletích existence Československého státu přišla po roce 1989.

Myslím si, že nevýznamnějším udavatelem směru po roce 1989 se stala tržní ekonomika, která v neposlední řadě začala korigovat i zdravotní péči. Pacient se změnil v klienta, který má právo si vybírat z nabízených služeb. Díky konkurenčním nabídkám

se podle mého názoru zvýšila i úroveň a rozsah poskytovaných služeb. Jistého pokroku se dočkalo i smýšlení pacientů, kteří jsou o něco svobodnější při rozhodování o své léčbě a péči, než jak tomu bylo za minulého režimu. Škála státních, ale i soukromých zařízení se dle mého mínění celkem rychle blíží západnímu světu.

A není to ekonomická stránka věci, která vedla v posledních letech k rozvoji komunitní péče. Potvrzení, že etická část v otázkách pozitivního vývoje komunitní péče je velmi důležitá vyplývá i z článku profesorky Valerie Tóthové (2011, s. 129-137), který se zabývá názory sester a lékařů na poskytování péče o seniory v domácím prostředí. Odborná veřejnost totiž vidí hlavní výhody poskytování domácí péče hlavně v nestresujícím a známém prostředí pro seniora, lepší komunikaci s rodinou, navázání vztahu se seniorem a jeho rychlejší uzdravení. Je jasné, že i z pohledu pacientů, je snazší bojovat se svou nepříznivou životní situací v prostředí svých rodin, přičemž mají k dispozici veškerou ošetrovatelskou a odbornou pomoc. (Hartl, 1997, s. 156-160)

Závěr

Dlouho dopředu před oficiálním výběrem témat bakalářské práce mi bylo zřejmé, že se chci věnovat historii, jelikož ta vždy patřila k mým oblíbeným tématům, a prostřednictvím ní proniknout hlouběji do zdravotnické minulosti naší země. Nakonec jsem si uvědomila, že bude velmi zajímavé věnovat se otázce komunitní péče, která historické kořeny v naší republice rozhodně má, a posléze na ni nahlédnout s časovým odstupem. Mohu popravdě říct, že když jsem si toto téma zvolila, neměla jsem mnoho informací, od nichž bych se mohla odrazit. Vlastní pohled a názor na tuto problematiku jsem získávala postupně během množství hodin strávených v Národní knihovně.

Během studia materiálů jsem zjistila, že nemůžu zcela jednoznačně hodnotit, která ze dvou zvolených časových etap v mé práci byla pro rozvoj komunitní péče prospěšnější. Odpověď na tuto otázku totiž není vůbec snadná či jasná. Dlouho jsem přemýšlela, jak tuto evaluaci uchopit, nakonec jsem si ale uvědomila, že jestli si můžu dovolit něco posuzovat, jsou to příležitosti, které stát v určitém časovém období a za jistých podmínek mohl v tomto směru nabídnout, a jestli bylo těchto možností dostatečně využito. A právě o to jsem se snažila v šesté kapitole.

Komunitní ošetrovatelství se postupně stalo neodmyslitelnou součástí zdravotní péče. Je to nejen nástroj, jak lidem dopřát určitého nadstandardu ve chvílích nemoci, ale i možnost, jak celé komunity vést správným směrem k podpoře a rozvoji svého zdraví.

Závěrem bych chtěla dodat, že díky této bakalářské práci jsem získala spoustu zajímavých informací a doufám, že jsem čtenářům mé práce umožnila vytvořit si objektivní obraz o historii a vývoji komunitní péče v České republice.

7. Seznam použité literatury

- [1] Asociace domácí péče České republiky [Online, cit. 2014-4-17]
<http://www.adp-cr.cz/>
- [2] BÁRTLOVÁ, S. Ošetřovatelství v systému komunitní péče. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 109-114. ISSN 1804-7122.
- [3] BUBEN, M. Encyklopedie řádů, kongregací a řeholních společností katolické církve v českých zemích. I. díl, Řády rytířské a křížovníci. 1. vyd. Praha: Libri, 2002. 215 s. ISBN 80-7277-085-3.
- [4] Český červený kříž [Online, cit. 2014-4-17]
<http://www.cervenyriz.eu/cz/historie.aspx>
- [5] Diakonie Českobratrské církve evangelické [Online, cit. 2014-4-17]
<http://www.diakonie.cz/>
- [6] GLADKIJ, I., STRNAD, L. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- [7] HARTL, P. Komunita občanská a komunita terapeutická. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. Studijní texty; sv. 14. ISBN 80-85850-45-1.
- [8] HASTINGSOVÁ, D. Domácí sestřička. Praha: Knižní klub, 1997. 224 s. ISBN 80-7176-452-3.
- [9] Charita České republiky [Online, cit. 2014-4-17]
<http://www.charita.cz/>
- [10] JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 99 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [11] KAFKOVÁ, V. Z historie ošetřovatelství. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
- [12] KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Š. a kol. Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. 52 s. ISBN 978-80-7280-900-4.

- [13] KUBÍN, M.: Začátky a konce Masarykovy ligy proti tuberkulóze. [Online, cit. 2014-4-17]
<http://www.pneumologie.cz/upload/1387202057.pdf>
- [14] LOVČÍ, R. Alice Garrigue Masaryková: život ve stínu slavného otce. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta ve vydavatelství Togga, 2007. 485 s. ISBN 978-80-7308-189-8.
- [15] MASARYKOVÁ, A. G. Dětství a mládí: vzpomínky a myšlenky. Vyd. 2. Praha: Ústav T.G. Masaryka, 1994. 115 s., [15] s. obr. příl. ISBN 80-901478-6-0.
- [16] MÁŠOVÁ, H. Masarykovy domovy – velkorysý projekt řešení sociální péče v hlavním městě předválečné ČSR. [Online, cit. 2014-4-17]
<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/masarykovy-domovy-velkorysy-projekt-reseni-socialni-pece-v-hlavn-126339>
- [17] MARKOVÁ, M., MIKULKOVÁ, J. Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v České republice. [Online, cit. 2014-4-17]
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pece-v-ceske-republice-444781>
- [18] MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [19] MATOUŠEK, O. a kol. Základy sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
- [20] Národní centrum domácí péče České republiky. [Online, cit. 2014-4-17]
<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->
- [21] POOPLE, K. Analysing Community Work. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995. 144 s. ISBN 9780335194087
- [22] SKILLING, H. G. Matka a dcera: Charlotta a Alice Masarykovy. Vyd. 1. Praha: Gender Studies, 2001. 157 s. ISBN 80-902367-9-0.
- [23] Sociální ústav Československé republiky, *Sociální politika v Československé republice*. V Praze: 1924. 118 s., [1] l. Publikace Sociálního ústavu; č. 11.

- [24] SOUKUPOVÁ, R. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. Kapitola A.3, Města a obce – nositelé pečovatelské služby v ČR, s. 39-51. ISBN 978-80-904668-0-7.
- [25] STAŇKOVÁ, M. Galerie historických osobností. Vyd. 1. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 86 s. České ošetřovatelství: praktické příručky pro sestry; 7. ISBN 80-7013-329-5.
- [26] SVĚT, L. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. Kapitola A.10, Domácí péče v České republice, s. 145-172. ISBN 978-80-904668-0-7.
- [27] SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. Dějiny lékařství v českých zemích. Praha: Triton, 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.
- [28] TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*, 2011, roč. 13, č. 2, s. 129-137. ISSN 1804-7122.
- [29] TUŠKOVÁ, E.: Vývoj vládní politiky podpory zdraví v České republice v letech 1990-2012. [Online, cit. 2014-4-17]
<http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2012-4-07-full.pdf>
- [30] VÍTOVÁ, M. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. Kapitola A.1, Milníky vývoje terénní péče v ČR do roku 2006, s. 19-28. ISBN 978-80-904668-0-7.
- [31] VÍTOVÁ, M. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. Kapitola A.2, Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR, s. 31-38. ISBN 978-80-904668-0-7.
- [32] VOSTŘEBALOVÁ, V. *Sociální pracovníce v ČSR: výsledky dotazníkové akce Svazu spolků sociálních pracovníků v Československu*. V Praze: Organizace sociálních pracovníků, 1935. 103, [I] s. Knížky sociálních pracovníků; č. 9.

8. Seznam citací

- [1] DEYL, Z. Sociální vývoj Československa 1918-1938. 1. vyd. Praha: Academia, 1985. 221 s., [14] s. fot.
- [2] JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 99 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [3] KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Š. a kol. Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. 52 s. ISBN 978-80-7280-900-4.
- [4] LOVČÍ, R. Alice Garrigue Masaryková: život ve stínu slavného otce. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta ve vydavatelství Togga, 2007. 485 s. ISBN 978-80-7308-189-8.
- [5] MACHOVÁ, A., SEDLÁKOVÁ, G. THÓTOVÁ, V. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2, s. 333-338. ISSN 1804-7122.
- [6] Ministerstvo práce a sociálních věcí [Online, cit. 2014-4-17] (http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlasaka_505-2006.pdf)
- [7] POOPLE, K. *Analysing Community Work*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995. 144 s. ISBN 9780335194087
- [8] ŠVEJNOHA, J. Alice Masaryková. Praha: Český červený kříž, 2003. 107 s. ISBN 80-239-2033-2.
- [9] ŠVEJNOHA, J. Červený kříž a červený půlměsíc. Praha: Český červený kříž, 1999. 55 s. ISBN 80-239-2121-5.
- [10] TÓTHOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S. Uplatnění komunitní sestry v péči o seniory. *Kontakt*, 2010, roč. 12, č. 3, s. 272-280. ISSN 1804-7122.

[11] VÍTOVÁ, M. Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. Kapitola A.2, Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR, s. 31-38. ISBN 978-80-904668-0-7.

[12] VOSTŘEBALOVÁ, V. Sociální pracovníce v ČSR: výsledky dotazníkové akce Svazu spolků sociálních pracovníků v Československu. V Praze: Organizace sociálních pracovníků, 1935. 103, [1] s. Knižky sociálních pracovníků; č. 9.

9. Seznam obrázků

Obrázek č. 1

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/2/2e/St_Agnes_tending_the_sick.jpg/254px-St_Agnes_tending_the_sick.jpg

Obrázek č. 2

<http://www.vodarenstvi.com/media/CR/29.10.1918-prohlaseni-o-vzniku-CSR.jpg>

Obrázek č. 3

http://sechtl-vosecek.ucw.cz/galerie/vystava1929/19_deska2267.jpg

Obrázek č. 4

<http://www.krc-historie.cz/gallery/1354967740.jpg>

Obrázek č. 5

<http://media1.wgz.cz/images/media1:5101649918097.jpg/Alice%20Garrigue%20Masarykov%C3%A1,%20zakladatelka%20%C4%8Ceskoslovensk%C3%A9ho%20%C4%8Derven%C3%A9ho%20k%C5%99%C3%AD%C5%BEe.jpg>

Obrázek č. 6

http://g.denik.cz/19/6b/kv_cerveny_kriz_cck_red_cross_znak_logo_2010_denik-380.jpg

10. Seznam zkratk

ČCE – Českobratrský církev evangelická

ČSČK – Československý Červený kříž

KSČ - Komunistická strana Československa

MLPT – Masarykovi liga proti tuberkulóze

ÚNZ – Ústav národního zdraví

Přílohy

Příloha č. 1

Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.:

a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

- 1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,*
- 2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
- 3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,*
- 4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,*

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
- 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
- 3. pomoc při použití WC,*

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

- 1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,*
- 2. dovoz nebo donáška jídla,*
- 3. pomoc při přípravě jídla a pití,*
- 4. příprava a podání jídla a pití;*

tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4,

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

- 1. běžný úklid a údržba domácnosti,*
- 2. údržba domácích spotřebičů,*
- 3. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,*

4. *donáška vody,*
5. *topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,*
6. *běžné nákupy a pochůzky,*
7. *velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,*
8. *praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,*
9. *praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,*

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. *doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,*
2. *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.*