

VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO STAVU POPULACE PRVNÍ ČESKOSLOVENSKÉ REPUBLIKY VE DVACÁTÝCH LETECH

HLAVNÍ PROBLÉMY A ÚKOLY ČESKOSLOVENSKÉHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

ANDREJ TÓTH – LUKÁŠ NOVOTNÝ – JAKUB DRÁBEK

Úvod

Mezi jednu z nekompatibilních oblastí života nového státu patřila s ohledem na habsburskou monarchii i oblast zdravotnictví, jehož správa státem se musela teprve vybudovat, neboť samostatný resort zdravotnictví neměl ve státní správě žádnou tradici. Až v listopadu 1917, tedy v době, kdy nezbýval do konce světového konfliktu ani rok, totiž souhlasil rakouský císař Karel I. se zřízením ministerstva veřejného zdraví, k samotnému určení kompetencí nového úřadu pak došlo v červenci 1918.¹

O několik měsíců později se ustavil československý stát, resp. vznikla Československá republika, která v jistém ohledu navázala na svého předchůdce, Rakousko-Uherko, resp. na bývalé Předlitavsko. Na počátku listopadu 1918 bylo založeno ministerstvo pro správu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, jehož úkoly spočívaly především v dohledu nad zákony a nařízeními týkajícími se oblasti veřejného zdravotnictví, v dohledu na státní nemocnice, v boji proti infekčním nemocem a, v neposlední řadě, v pokusu o sjednocení norem, jež platily v historických zemích, s tím, co platilo na Slovensku a na Podkarpatské Rusi. Jako další důležitý úkol vyvstala potřeba vybudovat nezbytnou legislativní základnu potřebnou pro fungování moderního zdravotnického systému, která by nejen zajistila solidní péči o zdraví populace nového státu, ale zároveň by sjednotila nejednotnou legislativu z dob habsburské monarchie.²

1 Podrobněji srov. Tóth, Andrej – Novotný, Lukáš: Základy zdravotního systému první Československé republiky s ohledem na zdravotní legislativu, síť zdravotních zařízení a zdravotní stav populace na počátku 20. let 20. století. *Paginae historiae* 30/1, 2022, s. 543–545.

2 Podrobněji srov. tamtéž, s. 545–547. O tom, že se nejednalo o jednoduchou úlohu, svědčí sku-

Navýšení počtu studentů lékařských fakult

Jedním z počátečních důležitých úkolů zdravotnické politiky nového státu bylo zajistit dostatečný počet studentů na lékařských fakultách, resp. navýšit jejich počty, což se podařilo dvěma způsoby – navýšením počtu studentů na lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze³ a jednak založením lékařských fakult na nově ustavených univerzitách v Brně a Bratislavě. V prvních letech po vzniku Československa promovalo ročně na české fakultě zpravidla 250 až 300 lékařů, na německé univerzitě počty kolísaly mezi 140 až 290 novými doktory ročně.⁴

Urgentní dílčí cíl navyšování počtu studentů lékařských fakult spočíval i v postupném vyrovnávání disproporce mezi počtem lékařů v jednotlivých částech republiky, kdy na tom byla samozřejmě nejlépe západní polovina státu, tedy historické země; nicméně snižování této disproporce nebylo otázkou několika let, takže ještě i v polovině dvacátých let můžeme vidět poměrně značný rozdíl v průměrných počtech lékařů připadajících na 10 tisíc obyvatel v jednotlivých zemích, kdy na tom byly samozřejmě nejlépe Čechy a nejhůře nejméně výhodný cíp republiky, Podkarpatská Rus, kde na 10 tisíc obyvatel připadalo o 43 % méně lékařů než v Čechách. Jestli v Čechách připadalo na konci roku 1926 na 10 tisíc obyvatel v průměru 5,4 lékaře, na Moravě se pak jednalo o 4 lékaře, na Podkarpatské Rusi dosahoval ovšem průměr pouze 2,3 na 10 tisíc obyvatel.⁵

Navýšení počtu lůžek

Navyšování počtu lékařů šlo samozřejmě ruku v ruce s potřebou zvyšovat i počty lůžek v nemocničních zařízeních, neboť na počátku dvacátých let 20. století nedosahovaly tyto počty uspokojivé výše. Tento úkol se podařilo splnit poměrně rychle a plynule, jak lze vidět na číslech v následující tabulce.

tečnost, že v období prvního desetiletí existence Československé republiky, resp. v období let 1919 až 1928 bylo v gesci ministerstva zdravotnictví vydáno až 227 legislativních předpisů ve formě zákonů a ministerských nařízení – tj. ročně vstoupilo v prvním desetiletí existence první republiky v platnost v průměru až 22,7 takových zákonů a nařízení, které by bylo možné označit z hlediska nastavení základních mantinelů fungování zdravotnického systému za stěžejní. Štátný archiv v Košiciach, pracoviště Archiv Rožňava, fond Okresný úřad Rožňava, kart. 167, Zoznam zákonov a dôležitých nariadení z Vestníka ministerstva zdravotníctva 1919–1929.

- 3 V únoru 1920 byl přijat zákon o poměru pražských univerzit (tzv. lex Mareš), který stanovil, že pokračovatelkou staroslavné Karlovy univerzity je dosavadní Česká Karlo-Ferdinandova univerzita. O jméno Německé Karlo-Ferdinandovy univerzity měl rozhodnout zvláštní zákon, do roku 1945 se tak však nestalo. Srov. Sběrka zákonů a nařízení státu československého (Sb. z. a. n.), roč. 1920, s. 319–320.
- 4 Svobodný, Petr – Hlaváčková, Ludmila: Dějiny lékařství v českých zemích. Praha 2004, s. 178.
- 5 Národní archiv (NA), fond Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy 1918–1938 (MZd), kart. 369, Mezinárodní zdravotní ročenka, zdravotnický pokrok v roce 1927, s. 118.

Tabulka 1 – zajištění nemocniční péče v letech 1921–1926⁶

	lůžka	lékaři	ošetř. personál	ošetřovací dny
1921	22 987	699	2688	7 010 343
1926	27 538	875	2986	8 790 790

Jak je na první pohled patrné, v první polovině dvacátých let 20. století se podařilo navýšit počet lůžek ve všeobecných veřejných nemocnicích téměř o 5 tisíc (do roku 1930 pak o dalších 5 tisíc). Zároveň se ukazuje, že vyšší počet nemocničních lůžek s sebou přinesl i zvýšení počtu ošetřovacích dnů, jenž se v rozmezí let 1921–1926 rozrostl o téměř dva miliony, do roku 1930 pak o dalších jeden a půl miliónu dnů, což dokazuje potřebu větší kapacity nemocnic. Na druhé straně lze vyzorovat skutečnost, že počet kvalifikovaného ošetřovatelského personálu nebylo možné navyšovat takto výrazně – vidíme, že v uvedeném období stoupl počet ošetřovatelského personálu jen zhruba o 300; tempo zrychlilo až ve druhé polovině dvacátých let. Pokud bychom započítali i soukromé zdravotnické ústavy nemocničního typu, dostali bychom se v roce 1930 na 50 448 lůžek, 1 418 lékařů, 4 782 ošetřovatelského personálu a 14 892 251 ošetřovacích dnů.⁷

Vývoj počtu obyvatelstva v letech 1920–1928 (od r. 1920 již Vitorazsko i Valticko) – střední stav obyvatelstva⁸

Markantním jevem v populačním obrazu ČSR ve dvacátých letech 20. století byla skutečnost, že nejnižší věkové skupiny měly nejvyšší počet obyvatel, což potvrzovalo dopad válečných let, kdy starší ročníky postihla válka. Nejpočetnější skupinu obyvatel tak tvořili lidé ve věkových kategoriích 10–14 let (1 560 784), 15–19 let (1 479 246), 20–24 let (1 325 954) a 25–29 let (1 061 852); vyšší pětiletá věková pásma nedosahovala výše jednoho miliónu.⁹ O věkovém rozvrstvení obyvatelstva lze říct, že čím dále se postupovalo na východ, tím více byly zastoupeny mladší věkové skupiny, méně pak věkové skupiny starší. Znamenalo to tedy, že na západě republiky žilo více obyvatelstva staršího, na východě více obyvatelstva mladšího.

Nicméně je potřeba uvést, že průběžný pohyb do vyšších věkových skupin se odehrával na celém území státu s postupující civilizací a pokrokem veřejného

6 Statistická příručka republiky Československé (SPRČS), III. Praha 1928, s. 350.

7 Tamtéž; SPRČS, IV. Praha 1932, s. 316.

8 Počet obyvatel k 1. červenci kalendářního roku. Pro účely demografických analýz se střední stav obyvatelstva vypočítává matematickou funkcí.

9 NA, MZd, kart. 369, Mezinárodní zdravotní ročenka, zdravotnický pokrok v roce 1927, s. 81; srov. rovněž Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí. Praha 1929, s. 17.

zdravotnictví a že tento pohyb začal ještě před vznikem republiky, jak ukazují data např. pro území Podkarpatské Rusi: v roce 1910 připadalo na 1 000 obyvatel 59,1 osob starších 60 let, v roce 1921, tedy ještě na samém počátku existence nového státu, kdy poměry na Podkarpatské Rusi nebyly ještě zdaleka stabilizované, pak na 1 000 obyvatel připadalo již 65,3 osob starších 60 let. Stejný růst můžeme zaznamenat i v případě Slovenska, v případě historických zemí byl růst počtu staršího obyvatelstva o něco rychlejší, nikoliv však zásadním způsobem oproti východním částem státu.¹⁰

Pohyb obyvatelstva ve dvacátých letech 20. století

Pohyb obyvatelstva v Československé republice vykazoval ve dvacátých letech 20. století pozitivní bilanci, která však přinášela nevyrovnané výsledky, největší přírůstky obyvatel byly v letech 1923 (170 426) a 1921 (154 622), nejnižší naopak v letech 1920 (103 674) a 1927 (104 835). V uvedeném období však ani v jednom roce nedošlo k zápornému pohybu v počtu obyvatelstva.¹¹

Z hlediska vývoje porodnosti se však situace obrátila, a to negativním směrem. V období dvacátých let 20. století zaznamenáváme ve srovnání s předválečnou dobou ve všech zemích republiky poměrně výrazný pokles porodnosti, jenž byl markantnější zejména v historických zemích (rozdíl v porodnosti mezi Podkarpatskou Rusí a Slovenskem dosahoval téměř takové výše jako rozdíl mezi Slovenskem a zemí Moravskoslezskou¹²), ale který na druhé straně celkový počet obyvatel negativně neovlivnil. I když se porodnost ve srovnání s válečnými lety zvýšila, předválečné úrovně již nikdy nedosáhla. Československá republika však v tomto ukazateli nepředstavovala ve srovnání se státy ve střední a západní Evropě výjimku, s poklesy porodnosti se musely vypořádat Německo, Francie, Anglie a další státy.¹³

10 Sčítání lidu v republice Československé ze dne 15. února 1921, s. 100.

11 NA, MZd, kart. 369, Mezinárodní zdravotní ročenka, zdravotnický pokrok v roce 1927, s. 83; Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva, s. 24.

12 Na základě správní reformy z roku 1927 vznikla od 1. prosince 1928 země Moravskoslezská, jež v sobě spojila bývalé země Moravskou a Slezskou. Sb. z. a n., roč. 1927, s. 1451.

13 Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva, s. 32.

Tabulka 2 – vývoj porodnosti v evropském kontextu v letech 1920–1927¹⁴

	Porodnost (počet živě narozených na 10 tisíc obyvatel)				Pokles porodnosti 1910–1927
	1920–1924	1925	1926	1927	
Čechy	22,8	20,7	20,1	19,0	28,6 %
Morava, Slezsko	26,4	24,0	22,9	21,7	29,1 %
Slovensko	35,5	32,4	32,3	30,8	9,4 %
Podk. Rus	42,4	41,6	41,3	39,4	3,0 %
ČSR	27,4	25,1	24,5	23,3	22,1 %
Německo	23,1	20,6	19,5	18,3	35,1 %
Francie	20,1	19,1	18,8	18,1	4,7 %
Anglie	21,3	18,3	17,8	16,7	31,3 %

Při souběžném pohledu na úmrtnost, která může být do jisté míry i měřítkem intenzivnosti zdravotní péče, musíme konstatovat, že se lidský věk začal od poslední čtvrtiny 19. století kontinuálně prodlužovat a že obyvatelstvo v kulturním světě díky zvyšování hygienických opatření stárlo, resp. lidé se dožívali vyššího věku. V roce 1915 dochází ve všech evropských zemích v důsledku války k vzestupu úmrtnosti, což platilo i pro území budoucího československého státu. V roce 1918, kdy válka skončila, však udeřila pandemie španělské chřipky, která údaje o úmrtnosti navýšila.¹⁵

V roce 1919 nastal pokles úmrtnosti, který setrval pouze v historických zemích (nejvýraznější pokles úmrtnosti nastal v zemi Moravskoslezské), na Slovensku a na Podkarpatské Rusi došlo naopak k jejímu novému vzestupu – např. na Podkarpatské Rusi byla úmrtnost výrazně vyšší, což způsobily poválečná krize, hlad a infekční nemoci, které se zároveň staly velkou výzvou pro veřejnou správu a zejména pro resort zdravotnictví. Vyšší úmrtnost ve východní polovině republiky, tj. na Slovensku a Podkarpatské Rusi, byla o to kritičtější, protože, jak je uvedeno výše, zde byly výrazněji zastoupeny mladší věkové skupiny. Lze proto logicky konstatovat, že vysokou úmrtnost v těchto regionech zapříčinily špatné zdravotní poměry mezi kojenci, dětmi a mladými lidmi.¹⁶

14 Tamtéž.

15 Srov. zprávy z denního tisku, např. Večer, 7. 10. 1918, s. 3 nebo Venkov, 17. 10. 1918, s. 6.

16 Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva, s. 36.

Tabulka 3 – vývoj úmrtnosti v evropském kontextu v letech 1920–1927¹⁷

	Úmrtnost (počet zemřelých na 10 tisíc obyvatel)				Pokles úmrtnosti
	1920–1924	1925	1926	1927	1910–1927
Čechy	15,5	14,2	14,3	15,0	21,0 %
Morava, Slezsko	15,9	14,1	14,1	14,5	29,3 %
Slovensko	19,7	17,7	18,6	18,3	17,6 %
Podkarpatská Rus	24,7	19,7	21,8	23,3	5,3 %
ČSR	16,9	15,2	15,6	16,0	21,2 %
Německo	13,9	11,9	11,7	12,0	27,7
Francie	17,5	17,7	17,5	16,5	8,8 %
Anglie	12,2	12,2	11,6	12,3	11,5 %

Z prezentovaných statistických dat k pohybu obyvatelstva vyplývá, že Československo v poválečných letech nikterak nevybočovalo z řady vyspělých států západní Evropy. Tato data, která nebyla z různých aspektů v rámci dotčených statistických kategorií úplně příznivá, však ve výsledku znamenala, že i Československo, stejně jako ostatní uvedené státy, mohlo rovněž vykazovat přirozený přírůstek obyvatelstva, jak to dokladují prezentovaná data za rok 1927 v komparaci s vybranými evropskými státy. Samozřejmě platí, že ve srovnání s obdobím let 1910–1914 byl přirozený přírůstek v roce 1927 negativní, nicméně stejně tomu bylo i ve srovnávaných státech, vyjma Francie, která i v uvedených případech porodnosti a úmrtnosti vybočovala z řady ostatních zemí.

Jak vidíme, Československo mělo z uvedených států nejnižší úbytek přirozeného přírůstku, samozřejmě díky Slovensku a Podkarpatské Rusi; vysoký přirozený přírůstek zde navíc představoval významný růstový potenciál při předpokladu snižování všeobecné úmrtnosti díky zlepšujícím se zdravotním podmínkám.¹⁸

17 Tamtéž, s. 37.

18 Tamtéž, s. 39.

Tabulka 4 – bilance přirozeného přírůstku ve srovnání let 1910–1914 a 1927¹⁹

	Přirozený přírůstek (na 10 tisíc obyvatel)		Změna
	1910–1914	1927	1910–1914 x 1927
Čechy	7,6	4,0	-3,6
Morava, Slezsko	10,1	7,2	-2,9
Slovensko	11,8	12,5	+0,7
Podkarpatská Rus	16,0	16,1	+0,1
ČSR	9,6	7,3	-2,3
Německo	11,6	6,3	-5,3
Francie	0,9	1,6	+0,7
Anglie	10,4	4,4	-6

Nakažlivé choroby

Jak již bylo naznačeno výše, jednu z ústředních výzev poválečného zdravotnictví v nově ustavené Československé republice představoval boj s nakažlivými chorobami, jejichž šíření se v poválečném období ještě zintenzivnilo; zmínit musíme i španělskou chřipku, která v Československu vrcholila na přelomu let 1918 a 1919 a jež doznívala ještě v první čtvrtině dvacátých let 20. století.

Do skupiny hlavních infekčních chorob, které československé zdravotnictví trápilo, patřily zejména pravé neštovice, břišní tyf, skvrnitý tyf, záškrť, spála, spalničky, černý (zajímavý) kašel a chřipka, která se však do seznamu sledovaných nakažlivých nemocí dostala natrvalo až ve druhé polovině dvacátých let 20. století. To, co však bylo z hlediska posilování zdravotního dohledu nad populací významné, byla skutečnost, že v průběhu dvacátých let došlo ke kvalitativní změně v předmětu zájmu československého zdravotnictví, jež posouvala zdravotní péči již směrem k jeho modernímu pojetí péče o celkové zdraví populace. I když počty lidí nakažených infekčními nemocemi ve dvacátých letech 20. století dosahovaly vysokých hodnot, československý zdravotnický systém dokázal infekční nemoci včas podchycovat, pacienty hospitalizovat a v případě potřeby je i izolovat. Lze proto konstatovat, že se boj s akutními infekčními chorobami stával víceméně běžnou rutinou.

Zdravotnictví se v průběhu dvacátých let 20. století začalo stále více zaměřovat na včasné podchycení nemocí, které mohly přecházet do chronických stá-

¹⁹ Tamtéž.

dií a vážně ohrozit zdraví jedince. Do této skupiny sledovaných chorob patřily zejména tuberkulóza, pohlavní nemoci, trachom,²⁰ zhoubné nádory, ale mohli bychom sem zařadit víceméně i alkoholismus, který může způsobit chronické poškození orgánů. Československé zdravotnictví tak ve dvacátých letech přešlo k aktivní preventivní intenzivní činnosti, která způsobila, že se začalo odhalovat více případů hrozících přerůst ve vážné chronické onemocnění, které by jinak zůstaly utajeny. K preventivní činnosti, resp. k preventivnímu podchycování skrytých nemocí však může stát přistoupit až v momentě, kdy již v dané zemi existuje dobře fungující zdravotnický systém, což byl případ Československa ve dvacátých letech 20. století.

Trachom

Zvláštní kategorii tvořila chronická choroba trachom, která postihovala oči a jež postihovala více děti než dospělé. V případě historických zemí byla nejvíce zasaženým územím Morava, kde rozšíření trachomu vrcholilo již roku 1907, kdy ho sem zavlekli dělníci z Uherska. Z toho vyplývá, že trachom představoval po vzniku Československa zdravotní problém spíše pro východní polovinu země, což vyplývalo i ze skutečnosti, že trachomový problém se se zvýšenou intenzitou vyskytoval zejména ve státech, resp. oblastech se zaostalými hygienickými standardy, resp. návyky nejširších lidových vrstev. Lze proto konstatovat, že trachom byl na Slovensku a Podkarpatské Rusi spíše endemickou chorobou, v historických zemích se pak projevoval jako zavlečená nemoc, jejíž význam v důsledku postupující všeobecné modernizace společnosti postupně klesal.²¹

Hlavní problém však trachom představoval především pro Slovensko, a to minimálně do poloviny dvacátých let 20. století, kdy se přistoupilo k jeho soustavnému potírání; můžeme zmínit lokality jako Prievidza, Bánovce, Topolčany. Jen během roku 1925 vzniklo na Slovensku 23 ambulancí pro nemocné trachomem s dalšími 42 pobočnými stanicemi v celé zmíněné oblasti Slovenska, které vedli lékaři a zdravotní sestry, kteří pro tyto účely absolvovali speciální výcvik na bratislavské univerzitě.²²

20 Jedná se o infekční onemocnění oka.

21 Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva, s. 132–133.

22 NA, MZd, kart. 107, dokument s názvem Zpráva III. odboru: pro Ročenku Společnosti národů za rok 1925, část IV. Trachom.

Tabulka 5 – onemocnění trachomem v ČSR v letech 1921–1928²³

	Čechy	Morava a Slezsko	Slovensko	Podkarpatská Rus	ČSR
1921	879	1294	1021	59	3253
1922	674	1027	986	52	2739
1923	530	873	1890	45	3338
1924	603	917	1225	65	2810
1925	695	1052	1419	75	3241
1926	719	984	1694	77	3474
1927	683	811	1192	77	2763
1928	526	705	1303	125	2659

Zhoubné nádory

Ještě vážnější problém a vážnější výzvu představovaly pro československé zdravotnictví zhoubné nádory. Zatímco trachom byl akutnějším problémem východní poloviny republiky, neboť jeho rozšiřování ovlivňovala i nižší sociální a vzdělanostní úroveň obyvatelstva, tak problematika zhoubných nádorů se více dotýkala vyspělé západní části Československa. Příčinu této skutečnosti lze vysledovat v několika rovinách. Zaprvé bylo evidentní, že zdravotní systém v historických zemích byl stále přeci jen mnohem vyspělejší a disponoval lepším vybavením pro diagnostiku zhoubných nádorů, takže je možné konstatovat, že diagnózy byly na západě republiky mnohem spolehlivější než na jejím východě. Úmrtnost zapříčiněná maligními nádory tak ve dvacátých letech 20. století rostla nejen časově, ale také prostorově, tj. od východu k západu (viz tabulka č. 6).

Další příčinu faktu, že maligní nádory byly v hojnější míře diagnostikovány na západě Československé republiky, pak představovala skutečnost, kterou autoři zmínili již výše, a sice, že v západní polovině státu žila ve větším zastoupení starší populace, kterou nádorová onemocnění postihují obvykle častěji než mladší populaci. Úmrtnost na zhoubné nádory tak byla výsledkem pravděpodobně kombinací dvou faktorů: stárnutí populace a zhoršování životní úrovně. Na druhé straně je potřeba uvést, že růst počtu nádorových onemocnění byl typický i pro další evropské státy. Jako příklad může posloužit údaj za rok 1926, kdy v Československu připadalo na 100 tisíc obyvatel 107,7 úmrtí na zhoubné nádory (v Německu to bylo 188 a v Anglii a Walesu 136,2).²⁴

²³ Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva, s. 136.

²⁴ Tamtéž, s. 164.

Tabulka č. 6 – úmrtnost na zhoubné nádory v ČSR v letech 1921–1928 (absolutní čísla / na 100 000 obyvatel)²⁵

	Čechy	Morava a Slezsko	Slovensko	Podkarpatská Rus	ČSR
1921	7352	3274	1113	132	11 871
1922	7597	3359	1132	115	12 203
1923	7789	3441	1161	157	12 548
1924	8391	3756	1270	191	13 608
1925	8477	3907	1484	225	14 093
1926	9102	4128	1922	245	15 397
1927	9168	4165	2019	295	15 647
1928	9375	4312	2151	307	16 145
1921	109,9	97,8	36,9	21,7	86,9
1922	112,9	99,4	37,1	18,6	88,5
1923	114,9	100,8	37,6	24,8	90,2
1924	123,0	108,9	40,6	29,5	96,9
1925	123,5	112,1	46,9	34,0	99,4
1926	131,8	117,5	60,0	36,3	107,7
1927	132,2	117,7	62,4	43,0	108,7
1928	134,7	121,1	66,0	44,2	111,6

Alkoholismus

Vážený problém v tehdejší československé společnosti představoval i znovu se vzrůstající alkoholismus. Na potírání alkoholismu bylo třeba nastavit účinnou soustavnou osvětovou činnost, kterou se zabývaly za výrazné státní podpory různé protialkoholní svazy a sdružení. Ústředním protialkoholním svazem, který hrál roli hlavního spojence státu v boji proti tomuto škodlivému fenoménu, byl *Československý abstinentní svaz v Praze*, který měl své pobočky v Bratislavě a Užhorodě. Svaz vydával za štědré státní finanční podpory řadu letáků, brožur, plakátů, pořádal výstavy, přednášky apod. Zvláště intenzivní pozornost soustředil svaz na osvěto-

²⁵ Tamtéž, s. 163.

vou činnost zejména na Podkarpatské Rusi, kde se její pobočka ustavila v roce 1925. Zároveň dostávala mimořádnou finanční podporu pro vykonávání své osvětové činnosti, kterou intenzivně a systematicky prováděla od roku 1926 v rusínském a maďarském jazyce. V potírání alkoholismu však sehrávaly významnou úlohu, resp. státu napomáhaly i menší dobrovolné svazy, jako byly *Sdružení abstinentů socialistů*, *Abstinentní odbor Volné Myšlenky*, *Boží bojovníci* atd.; mezi německým obyvatelstvem působily hlavně *Německý abstinentní svaz*, *Spolek dělníků-abstinentů*, *Lože dobrých templářů* atd.²⁶

Závěr

Na závěr tak lze konstatovat, že se ve dvacátých letech 20. století dynamizovalo zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, které započalo v důsledku společenského pokroku a zlepšování hygieny již v období před válkou. Infekční choroby již nehrály v tomto období takovou roli v úmrtnosti jako ještě na počátku 20. století, což znamenalo, že význam akutních infekčních chorob ustupoval v rámci zdravotní problematiky do pozadí.

Na druhé straně se však v rámci přetrvávání infekčních chorob proměnil význam některých z nich – např. v rámci úmrtí v důsledku akutních infekčních chorob vystřídala častou úmrtnost na záškrt a spálu postupně častá úmrtnost na spalničky a na zájímavý kašel. Ve dvacátých letech klesl významněji i počet úmrtí na tuberkulózu, jíž však začaly vážněji konkurovat srdeční a cévní nemoci (fenomén vyspělých kulturních států). Na významu v úmrtnosti nabývaly ještě zánět plic, násilné příčiny úmrtí a zhoubné nádory.

Snížení úmrtnosti na akutní infekční choroby umožnilo československému zdravotnictví v polovině dvacátých let 20. století jak zvýšenou orientaci na preventivní činnost, tak v rámci tohoto procesu přesun těžiště pozornosti na skupinu sociálních chorob. Je ovšem potřeba dodat, že toto platilo mnohem více pro západní část republiky, na východě státu dominoval ještě i ve druhé polovině třetí dekády boj s akutními infekčními chorobami – velkou výzvou zůstával např. skvrnitý tyf, který se v historických zemích podařilo významně potlačit. Cíle československého zdravotnického systému se proto lišily podle jednotlivých částí republiky. Zatímco v historických zemích se zvýšil důraz na sociální choroby za současného udržení epidemické pohotovosti (při zachování významu srdečních chorob a zhoubných nádorů), na Slovensku a na Podkarpatské Rusi zůstaly na prvním místě akutní infekční choroby a boj proti nim.

Dalším důležitým fenoménem československého zdravotnictví ve dvacátých letech 20. století pak bylo postupné, byť pomalé vyrovnávání zdravotního stavu

26 NA, MZd, kart. 107, dokument s názvem Zpráva III. odboru: pro Ročenku Společnosti národů za rok 1925, část III. Alkoholismus.

populace v jednotlivých částech republiky a dohánění tzv. kulturních států Evropy tam, kde bylo Československo pozadu.

Tato studie je dílčím výsledkem řešení projektu s registračním číslem 20-09470S „Zdravotní systém první Československé republiky v kontextu národnostního a sociálního složení – centrum vs. periferie“ podporovaného Grantovou agenturou České republiky.

The Development of the Population's Health in the First Czechoslovak Republic during the 1920s – Principal Problems and the Tasks of the Czechoslovak Healthcare System

The article evaluates the health condition of the population in the First Czechoslovak Republic during the first ten years of its independence, primarily during the 1920s, a period of the development of its state administration, stabilisation, and building of the political-economic, political-social, political-educational, and political-healthcare foundations. It was a basic precondition for the successful general development of society within the new state which was affected by significantly incompatible conditions that had to be removed little by little. The study used unpublished and published sources including specialised literature.