

G. Liczbińska

Katolicy i ewangelicy w dziewiętnastowiecznym Poznaniu — analiza umiERALNOŚCI

Przegląd Historyczny 100/4, 781-794

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

GRAŻYNA LICZBIŃSKA
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Wydział Biologii
Instytut Antropologii

Katolicy i ewangelicy w dziewiętnastowiecznym Poznaniu — analiza umieralności

W odniesieniu do populacji historycznych badacze niejednokrotnie podkreślali istnienie związku pomiędzy wyznaniem a miernikami demograficznymi¹. Religie poprzez normy, zasady, nakazy, zakazy i wartości rzutowały na sposób życia swych wyznawców, odgrywały bardzo ważną rolę w kształtowaniu właściwego dla siebie stylu życia, co ostatecznie przekładało się na mierniki demograficzne.

Wielu badaczy europejskich podkreśla, że dziewiętnastowieczni katolicy byli, w porównaniu z wyznawcami innych religii, np. ewangelikami i żydami, bardziej konserwatywni i zdystansowani do nowoczesności. Wspólnoty katolickie, zda-

¹ G. A. Condran, E. A. Kramarow, *Child mortality among Jewish immigrants to the United States*, „Journal of Interdisciplinary History”, t. XXII, 1991, s. 223–254; R. Derosas, *Watch Out for the Children. Differential Infant Mortality of Jews and Catholics in Nineteenth-Century Venice*, „Historical Methods”, t. XXXVI, z. 6, 2003, s. 109–128; A. Goldstein, S. C. Watkins, A. R. Spector, *Childhood health-care practices among Italians and Jews in the United States*, „Health Transition Review”, t. IV, 1994, s. 52–62; A. Kemkes-Grottenthaler, *More than a Leap of Faith: The Impact of Biological and Religious Correlates on Reproductive Behaviour*, „Human Biology”, t. LXXV, 2003, z. 5, s. 705–727; idem, *God, Faith and Death: The impact of Biological and Religious Correlates on Mortality*, „Human Biology”, t. LXXV, 2003, z. 6, s. 897–915; K. McQuillan, *Culture, Religion, and Demographic Behaviour: Catholics and Lutherans in Alsace, 1750–1870*, London–Ithaca 1999; A. Reid, *Locality or class? Spatial and social differentials in infant and child mortality in England and Wales, 1895–1911*, [w:] *The Decline of Infant and Child Mortality: The European Experience 1750–1990*, C. A. Corsini, P. P. Viazzo, The Hague 1997, s. 129–154; F. van Poppel, *Religion and Health: Catholicism and Regional Mortality Differences in Nineteenth-Century Netherlands*, „Social History of Medicine”, t. V, 1992, s. 229–253; F. van Poppel, J. Schellekens, A. Liefbroer, *Religious differentials in infant and child mortality in Holland, 1855–1912*, „Population Studies”, t. LVI, 2002, s. 277–289; J. Schellekens, F. van Poppel, *Religious differentials in marital fertility in The Hague (Netherlands) 1860–1909*, „Population Studies”, t. LX, 2006, s. 23–38; U. O. Schmelz, *Infant and early child mortality among the Jews of the diaspora*, Jerusalem 1971.

niem wielu autorów², były nieufne wobec nowych pomysłów i nowinek z różnych dziedzin, w tym z zakresu medycyny i higieny. Ewangelicy, przeciwnie, podejmowali wszelkie formy aktywności w trosce o życie i zdrowie³. Dbali o higienę ciała, czystość pomieszczeń, chętnie korzystali z pomocy lekarzy, kobiety zaś z usług akuszerok⁴.

Wydaje się, że najsurowsze zasady dotyczące sposobu życia funkcjonowały w judaizmie⁵. Wyznawców religii mojżeszowej obowiązywało przestrzeganie dbałości o higienę ciała. Myto zatem ręce przed i po posiłku, obcinano paznokcie u rąk i nóg, a kobiety, przynajmniej raz w miesiącu, musiały się dokładnie umyć. Surowe rygory dotyczyły też diety, rodzaju spożywanych posiłków, a przestrzeganie higieny podczas ich przyrządzania wiązało się z myciem rąk i naczyń. Kobiety zachęcane były do jak najdłuższego karmienia piersią. Żydzi bardzo dbali o dzieci i ich wykształcenie. Matki żydowskie zwykle nie podejmowały prac zarobkowych, lecz opiekowały się dziećmi⁶.

Reid⁷ badając umieralność wśród Żydów i katolików w Anglii i Walii drugiej połowy XIX i początku XX w., uzyskał niższe mierniki umieralności dla dzieci żydowskich w porównaniu z ich katolickimi rówieśnikami. Stwierdził, że owych różnic nie da się wytłumaczyć tylko i wyłącznie zróżnicowaniem w statusie społeczno-ekonomicznym wyznawców tych religii, ale również religijnymi. Van Poppel i współpracownicy⁸ wykazali dla dziewiętnastowiecznej Hagi wyższe ryzyko zgonów niemowląt i małych dzieci z rodzin katolickich, a nawet protestanckich, w porównaniu z żydowskimi. Ponadto odnotowali oni nadwyżkę zgonów postneonatalnych (od pierwszego miesiąca do pierwszego roku życia) wśród katolików i protestantów w miesiącach od sierpnia do września, spowodowaną schorzeniami jelitowo-żołądkowymi, w tym biegunkami, wynikającymi głównie z wcześniejszego niż u Żydów odstawienia niemowląt od piersi. W grupie dzieci żydowskich

² Np. van Poppel, op. cit.; J. H. Wolleswinkel–van den Bosch, F. W. A. van Poppel, C. W. N. Looman, J. P. Mackenbach, *Determinants of infant and early childhood mortality levels and their decline in The Netherlands in the late nineteenth century*, „International Journal of Epidemiology” t. XXIX, 2000, s. 1031–1040; idem, *The role of cultural and economic determinants in mortality decline in The Netherlands, 1875/1879–1920/1924: a regional analysis*, „Social Science & Medicine”, t. LIII, 2001, s. 1439–1453.

³ G. B. Ferngren, *The Evangelical–Fundamentalist Tradition*, [w:] *Caring and Curing: Health and Medicine in the Western Religious Traditions*, R. L. Numbers, D. W. Amundsen, New York 1986, s. 486–451; C. Lindberg, *The Lutheran Tradition*, [w:] *Caring and Curing*, s. 173–203.

⁴ A. Kemkes–Grottenthaler, *God, Faith and Death*; K. McQuillan, op. cit.

⁵ E. N. Dorff, *The Jewish Tradition*, [w:] *Caring and Curing*, s. 5–39.

⁶ R. Derosas, op. cit.; van Poppel, op. cit.; F. van Poppel, J. Schellekens, A. Liefbroer, op. cit.

⁷ A. Reid, op. cit.

⁸ F. van Poppel, J. Schellekens, A. Liefbroer, op. cit.

letnia nadwyżka zgonów nie wystąpiła. Z kolei Derosas⁹ badał umieralność ludności żydowskiej, zamieszkującej getto w dziewiętnastowiecznej Wenecji oraz wśród pozostałych mieszkańców miasta. Autor wykazał istotne różnice w wartościach surowych współczynników zgonów, współczynników umieralności niemowląt, a nawet w odsetkach martwych urodzeń między badanymi grupami ludności na korzyść Żydów. Ponadto wartości parametrów tablic wymieralności, takie jak: oczekiwane dalsze trwanie życia noworodka oraz prawdopodobieństwo zgonów, były korzystniejsze dla weneckich Żydów niż dla ogółu ludności. Biorąc pod uwagę warunki panujące w dziewiętnastowiecznym weneckim getcie żydowskim, związane — między innymi — z dużym zagęszczeniem ludności, a w związku z tym z wysokim zagrożeniem wybuchu epidemii chorób zakaźnych, uzyskane wyniki zaskakują. Autor tłumaczył je przede wszystkim stylem życia, na który olbrzymi wpływ miała religia.

Podobne różnice w miernikach demograficznych odnotowano dla katolików i protestantów. Mc Quillan¹⁰ badając dynamikę demograficzną wśród luteranów i katolików z Alzacji w latach 1750–1870, wykazał niższe wartości współczynników zgonów neonatalnych i postneonatalnych wśród protestantów w porównaniu z katolikami. Również płodność kobiet ze wspólnot luteranckich była niższa niż w populacjach katolickich, gdyż ewangeliczki stosowały środki i metody kontroli urodzeń. Autor podtrzymuje, że uzyskane różnice w dynamice demograficznej między obiema grupami wynikały raczej ze stylu życia dyktowanego przez wyznanie, w mniejszym zaś stopniu z różnic społeczno-ekonomicznych. Generalnie w katolickich populacjach z Europy drugiej połowy XIX w. obserwowano wolniejsze spadki umieralności w czasie, niż we wspólnotach ewangelickich¹¹.

Celem niniejszego opracowania jest zweryfikowanie, czy wśród poznańskich katolików i ewangelików z drugiej połowy XIX w. istniały, podobnie jak w katolickich i protestanckich populacjach z Europy tego okresu, różnice w miernikach umieralności i przyczynach zgonów.

ŹRÓDŁA

Materiały wykorzystane w niniejszej pracy pochodziły z parafialnych ksiąg zgonów („Libri mortuorum”) za lata 1855–1874, zdeponowanych w Archiwum Państwowym w Poznaniu. Wykorzystano wypisy dla dwóch rzymsko-katolickich parafii:

⁹ R. Derosas, op. cit.

¹⁰ K. McQuillan, op. cit.

¹¹ J. Wolleswinkel, van der Bosch, F. W. A. van Poppel, C. W. N. Loomay, J. P. Mackenbach, *Determinants*; iidem, *The role*.

1. św. Marii Magdaleny, zlokalizowanej w zamożniejszym Śródmieściu, charakteryzującej się wyższym standardem życia (N= 6893 zgonów),
2. św. Małgorzaty, zlokalizowanej na prawym brzegu Warty, obejmującej Chwaliszewo i Śródkę — jedne z najbiedniejszych, wyjątkowo zaniedbane i niedoinwestowane dzielnice Poznania (N = 4859 zgonów)

Ewangelików reprezentuje parafia św. Krzyża (N = 7589 zgonów). W XVIII w. w zamieszkiwanej głównie przez ewangelików części Śródmieścia, zwanej Groblą, rozpoczęto budowę kościoła parafialnego pod wezwaniem św. Krzyża¹². Wydarzenie to zmieniło oblicze Grobli, która stała się dzielnicą bardzo atrakcyjną. Wokół zboru jeszcze na początku wieku XIX osiedlały się bardzo bogate rodziny ewangelickie. Pod koniec XIX i w początkach XX w. w nowych dzielnicach Poznania powstawały kolejne zbory. Wówczas zamożniejsi wierni opuszczali zagęszczone centrum i przenosili się do nowych, oferujących lepsze warunki, dzielnic Poznania¹³.

Z metrykalnych ksiąg zgonów zebrano informacje o dacie, miejscu, wieku zgonu oraz przyczynie zgonu katolików i ewangelików.

OCENA RZETELNOŚCI MATERIAŁÓW METRYKALNYCH

Wspólną cechą rejestracji historycznych jest zawsze zaniżona liczba zapisów w stosunku do rzeczywistej liczby odpowiadających im faktów. Taki stan rzeczy miał swoje źródło tak w świadomym unikaniu rejestracji, jak i w niedbalstwie urzędników oraz w niesprawności aparatu administracyjnego na szczeblu regionalnym bądź państwowym. Na zaburzenia w sporządzaniu rejestrów wpłynęły także klęski żywiołowe i wojny¹⁴. Ściąganie przez duchowieństwo opłat za śluby, chrzty i pogrzeby powodowało rezygnację bądź opieszałość w rejestracji. Literatura przedmiotu podaje, że braki w rejestracji, o ile zdarzały się, dotyczyły w największym stopniu zgonów niemowląt i małych dzieci¹⁵. Najprostszym testem wiarygodności zapisów jest odsetek zgonów w pierwszym roku życia, który na początku XIX w. wynosił najmniej 30% ogólnej umieralności, zaś w kategorii

¹² I. Błaszczuk, *Dawny zbor Świętego Krzyża na Grobli*, Poznań 2001; M. Kędelski, *Stosunki ludnościowe w latach 1815–1918*, [w:] *Dzieje Poznania, 1793–1918*, J. Topolski, L. Trzeciakowski, t. II, Warszawa–Poznań 1994, s. 222–270; R. Marciniak, *Kroniczka gminy ewangelickiej w Poznaniu*, Poznań 2002.

¹³ J. Błaszczuk, op. cit.

¹⁴ I. Gieysztorowa, *Niebezpieczeństwa metodyczne polskich badań metrykalnych XVII–XVIII wieku*, KHKM, t. XIX, 1971, z. 4, s. 557–603.

¹⁵ Np. A. Budnik, *Uwarunkowania stanu i dynamiki biologicznej populacji kaszubskich w Polsce. Studium antropologiczne*, Poznań 2005; A. Budnik, G. Liczbińska, *Urban and Rural Differences in Mortality and Causes of Death in Historical Poland*, „American Journal of Physical Anthropology” t. CXXIX, 2006, s. 294–304; I. Gieysztorowa, *Badania demograficzne na podstawie metryk para-*

od 0 do 5 lat — 50%¹⁶. W niniejszym opracowaniu odpowiednie procenty zgonów w kategoriach 0–1 i 0–5 lat w parafii św. Małgorzaty, św. Marii Magdaleny i św. Krzyża przedstawiają się następująco: 40% i 61%, 30% i 43%, 37% i 53%.

Martwe urodzenia stanowią również wyznacznik kompletności rejestracji zgonów. W świetle literatury, w wieku XIX odsetek martwych urodzeń stanowił od 3% do 7% ogólnej liczby urodzeń¹⁷. W analizowanym materiale odsetki martwych urodzeń mieszczą się w tym przedziale (w parafii św. Małgorzaty, św. Marii Magdaleny i św. Krzyża wynoszą odpowiednio: 3,7%, 6,4%, 5,0%).

Jako najbardziej wiarygodne spośród wszystkich rejestrów metrykalnych traktuje się rejestracje małżeństw. Przywiązywano do niej ogromną wagę w trosce o legalność potomstwa. Przy założeniu względnej kompletności rejestrów ślubów, najprostszym sposobem kontroli rejestracji urodzeń i zgonów jest wskaźnik relacji liczby urodzeń do liczby zawartych małżeństw (U/M) oraz liczby zgonów do liczby małżeństw (Z/M). Gieysztorowa¹⁸ na podstawie badań polskich i francuskich przyjmuje, że stosunek liczby urodzeń do liczby zawartych małżeństw winien kształtować się na poziomie 5, a nawet, w XIX w. wartość tę przekraczać. Natomiast stosunek liczby zgonów do liczby małżeństw winien oscylować wokół wartości 3¹⁹. Odpowiednie wskaźniki U/M i Z/M dla badanych populacji, obliczone na podstawie rejestrów metrykalnych, w parafiach katolickich i ewangelickiej wydają się również poprawne (w parafii św. Małgorzaty: 4,5 i 5,0; w parafii św. Marii Magdaleny: 4,6 i 5,4; w parafii św. Krzyża: 4,4 i 3,5). Na podstawie powyższych ocen wykorzystywanych w pracy źródeł metrykalnych uznano, że spełniają one wymogi rzetelności i wiarygodności.

fialnych, KHKM, t. X (z. 1–2), 1962, s. 103–121; eadem, *Niebezpieczeństwa metodyczne*; eadem, *Wstęp do demografii staropolskiej*, Warszawa 1976; Z. Sułowski, *O właściwą metodę wykorzystywania metryk kościelnych dla badań demograficznych*, KHKM, t. X (z. 1–2), 1962, s. 81–101.

¹⁶ I. Gieysztorowa, *Badania demograficzne*; eadem, *Wstęp do demografii*; Z. Sułowski, op. cit.

¹⁷ S. Borowski, *Zgony i wiek zmarłych w Wielkopolsce w latach 1806–1914*, „Przeszłość Demograficzna Polski” t. I, 1967, s. 111–130; A. Budnik, op. cit.; A. Budnik, G. Liczbińska, op. cit.; J. Gieysztorowa, *Wstęp do demografii*; M. Henneberg, *Ocena dynamiki biologicznej wielkopolskiej dziewiętnastowiecznej populacji wiejskiej*, I. *Ogólna charakterystyka demograficzna*, „Przełęcz Antropologiczny”, t. XLIII, 1977, s. 67–89; Z. Klotzke, *Ludność obwodu Urzędu Stanu Cywilnego Luzino w latach 1874–1918*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, t. XII, 1980, s. 65–104; T. Ładogórski, *Ruch naturalny ludności Śląska w latach 1816–1849*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, t. IV, 1971, s. 61–100.

¹⁸ J. Gieysztorowa, *Badania demograficzne*; eadem, *Niebezpieczeństwa metodyczne*; eadem, *Wstęp do demografii*.

¹⁹ Według Z. Sułowskiego (op. cit.) stosunek liczby zgonów do liczby zawartych małżeństw zawierał się nawet w przedziale od 2,5 do 4,2.

METODY

Na podstawie scharakteryzowanych danych o umieralności w pierwszej kolejności obliczono mierniki demograficzne. Podstawowym parametrem charakteryzującym umieralność niemowląt jest współczynnik zgonów niemowląt (W_{ZN}), wyrażający umieralność dzieci poniżej pierwszego roku życia do liczby żywych urodzeń w badanym okresie. Ma on dwie składowe: umieralność neonatalną i postneonatalną. Współczynnik umieralności neonatalnej (W_{ZNN}) wyraża stosunek liczby zgonów niemowląt do 30 dnia życia do ogólnej liczby żywych urodzeń. Umieralność neonatalna odpowiada tak zwanej umieralności endogenicznej, spowodowanej wadami wrodzonymi dziecka, wrodzoną wątlnością, wcześniactwem, uszkodzeniami przy porodzie. Współczynnik umieralności postneonatalnej (W_{ZPN}) to liczba zgonów niemowląt liczących więcej niż 30 dni, ale nie więcej niż rok, odniesiona do liczby żywych urodzeń. Umieralność postneonatalna do pewnego stopnia odpowiada umieralności egzogenicznej, która z kolei ma swoje źródło w styczności niemowląt z otoczeniem i jest spowodowana chorobami zakaźnymi, brakiem higieny, wypadkami, zatruciami pokarmowymi itp.²⁰

Znacznie pełniejszy statystyczny obraz umieralności dają tablice wymieralności. Ich podstawą jest odtworzony rozkład zmarłych w badanych parafiach, na podstawie obliczonych z ksiąg parafialnych liczb zmarłych w poszczególnych kategoriach wieku. Tablice wymieralności skonstruowano dla dwóch założeń modelowych. Pierwszym był model populacji zastojowej, zakładający istnienie zerowego przyrostu naturalnego, co oznacza, że w badanej populacji urodzenia i zgony równoważą się oraz nie zmienia się w czasie płodność, wymieralność, a także struktura płci i wieku. W tym przypadku posłużono się klasyczną metodą Halley'a²¹. Drugi to model populacji ustabilizowanej, w którym przed przystąpieniem do obliczeń parametrów tablic wymieralności, odtworzono nowe rozkłady zmarłych wprowadzając poprawkę na wartość przyrostu naturalnego. Współczynnik przyrostu naturalnego obliczono jako różnicę między liczbami urodzeń i zgonów ustandaryzowaną na liczbę ludności żyjącej w danym czasie²². Dodajmy, że tablice dla modelu populacji zastojowej są daleko idącym uproszczeniem. Stanowią jednak punkt wyjścia do zbudowania tablic dla modelu populacji ustabilizowanej. Te ostatnie są zdecydowanie lepszym przybliżeniem rzeczywistości. Stąd w niniejszym opracowaniu skoncentrowano się głównie na nich. Scharakteryzowano następujące parametry tablic wymieralności: d_x — odsetek zmarłych w danej klasie wieku (spośród wszystkich zmarłych), l_x — odsetek dożywających początku danej klasy wieku, e_x — oczekiwane dalsze trwanie życia osoby w wieku x lat; ten ostatni jest najbardziej znanym i najczęściej wykorzystywanym parametrem tablic wymieralności.

²⁰ J. Z. Holzer, *Demografia*, Warszawa 2003.

²¹ Gy. Acsádi, J. Nemeskéri, *History of Human Life Span and Mortality*, Budapest 1970.

²² J. Z. Holzer, op. cit.

Wyraża on w syntetyczny sposób stosunki umieralności panujące w danej populacji i informuje, ile lat — w danych warunkach wymieralności — ma jeszcze przeciętnie do przeżycia osoba w wieku x lat z tej populacji. Międzygrupowe różnice w wartościach e_x w parafiach katolickich i ewangelickiej oceniono za pomocą nomogramów i tabel błędów standardowych tych wartości²³.

W dalszej kolejności dokonano jakościowej i ilościowej oceny przyczyn zgonów. Liczby zgonów z danej przyczyny odnoszono do liczby wszystkich zmarłych. Istotność różnic w częstościach zgonów z analizowanych przyczyn między badanymi parafiami oceniono testem u ²⁴, przyjmując jeden poziom istotności $p=0.05$. W pracy wykorzystano oryginalne dziewiętnastowieczne nazewnictwo przyczyn zgonów.

WYNIKI I DYSKUSJA

W Poznaniu drugiej połowy XIX wieku umieralność niemowląt zamykała się w przedziale od 250‰ do 270‰, a w niektórych latach osiągała poziom nawet 300‰²⁵. W innych miastach w podobnym okresie W_{ZN} osiągał równie wysoką wartość. Np. w Szczecinie kształtował się na poziomie 283 zgonów niemowląt na każde 1000 żywo urodzonych, we Wrocławiu — 259,4‰²⁶, a w portowym Gdańsku sporadycznie dochodził do poziomu nawet 306‰²⁷. W poznańskiej ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty prawie 390 niemowląt na 1000 żywo urodzonych nie dożywało pierwszego roku. Szczególnie wysoka była tam umieralność postneonatalna: prawie 2,5 razy wyższa od neonatalnej. Jak już wspomniano, zgony postneonatalne mają swoje źródło w warunkach ekologicznych, z którymi stykał się organizm niemowlęcia, a te były w parafii dramatycznie złe. Parafia św. Małgorzaty obejmowała bowiem najuboższe i najbardziej niedoinwestowane robotnicze dzielnice: Chwaliszewo i Śródkę, charakteryzujące się fatalnymi warunkami mieszka-

²³ M. Henneberg, J. Strzałko, *Wiarygodność oszacowania dalszego przeciętnego trwania życia w badaniach antropologicznych*, „Przegląd Antropologiczny”, t. XLI, 1975, z. 2, s. 295–309.

²⁴ W. Oktaba, *Elementy statystyki matematycznej i metodyka doświadczalności*, Warszawa 1976.

²⁵ A. Budnik, G. Liczbińska, *Ecological causes of health status and mortality among the inhabitants of historical Poland*, [w:] *Wszystkich rzeczy miarą jest człowiek*, Gdańsk 2005, s. 565–569; iidem, *Urban and Rural Differences*; C. Łuczak, *Przemysł Wielkopolski w latach 1815–1870*, Warszawa 1959; M. Kędelski, op. cit.; M. Trzeciakowska, L. Trzeciakowski, *W dziewiętnastowiecznym Poznaniu*, Poznań, 1987.

²⁶ M. Kędelski, op. cit.

²⁷ A. Budnik, G. Liczbińska, *Mortality in the populations of Danzig and the District of Danzig (Regierungsbezirk Danzig) in the second half of the nineteenth century*, „Anthropological Review”, t. LX, 1997, s.13–24.

niowymi²⁸. Równie źle było tam pod względem sanitarno–epidemiologicznym. Na Chwaliszewie czerpano wodę prosto z Warty, fosy, czy też z płytkich studzien, do których przedostawały się nieczystości. Z kolei na Śródcie funkcjonowały prymitywne rynsztoki bez odpływu, a w okresie wiosenno–letnim mieszkańcy prali ubrania w pobliskiej rzeczce Cybinie, skąd następnie czerpali wodę do picia²⁹.

Takich zagrożeń pozbawiona była zlokalizowana w zamożniejszym Śródmieściu parafia św. Marii Magdaleny (parafia farna), stąd też pod względem poziomu umieralności niemowląt wypadła ona najkorzystniej na tle dwóch pozostałych parafii: 265 niemowląt na 1000 żywo urodzonych nie dożywało tu pierwszego roku życia. Tereny parafii św. Marii Magdaleny były miejscem uprzywilejowanym pod względem infrastruktury. Od XVI w. funkcjonowały na Rynku i na podwórzu kolegium jezuickiego studnie i fontanny, które ujmowały czyste i źródlane wody, doprowadzane rurami spoza miasta. W roku 1832 wybudowano drewniany wodociąg, którym doprowadzano wodę w okolice Rynku (dokładnie do Placu Bernardyńskiego). Parafianie mieli zapewne lepszy dostęp do opieki medycznej. W rejonie Rynku działały dwa szpitale. Pierwszy powstał już w latach dwudziestych XIX stulecia w byłym klasztorze bernardynek i był prowadzony przez zakonnice. Drugi to szpital miejski przy ulicy Szkolnej, który funkcjonował od roku 1854³⁰. Dodajmy, że w szpitalach tych przychodziło na świat nie tylko potomstwo parafian, ale i osób spoza parafii farnej, co zawiązało w parafii św. Marii Magdaleny poziom urodzeń, a ten — jak wiemy — wpływał na wartości współczynników zgonów niemowląt³¹.

Tymczasem w ewangelickiej parafii św. Krzyża współczynnik umieralności dzieci do pierwszego roku życia kształtował się na poziomie 293 zgonów na 1000 żywych urodzeń, czyli mniej niż w ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty, ale zdecydowanie więcej niż w parafii św. Marii Magdaleny ze Śródmieścia. Fakt ten dziwi o tyle, że wśród ewangelików z historycznej Europy, z tradycjami dotyczącymi zdrowego stylu życia i przestrzegania czystości i higieny, odnotowano zdecydowanie niższą umieralność dzieci do pierwszego roku życia, aniżeli wśród katolików³². Wydaje się, że na ów wysoki poziom umieralności niemowląt z parafii św. Krzyża wpłynęły zróżnicowane warunki ekologiczne w parafii, na które przede wszystkim były wrażliwe niemowlęta powyżej pierwszego miesiąca życia. Zarówno ewangelicy rozproszeni po całym mieście, jak i mieszkańcy podpoznań-

²⁸ W. Karolczak, *Chwaliszewo przelomu XIX/XX wieku. Przemiany oblicza dzielnicy*, „Kronika Miasta Poznania”, 1997, z. 1, s. 100–137; idem, *Życie codzienne mieszkańców Śródki w XIX i na początku XX wieku*, „Kronika Miasta Poznania”, 1997, z. 1, s. 160–186.

²⁹ A. Kaniecki, *Poznań. Dzieje miasta wodą pisane*, Poznań, 2004; W. Karolczak, *Chwaliszewo*; W. Karolczak, *Życie codzienne*.

³⁰ A. Kaniecki, op. cit.

³¹ K. Makowski, *Rodzina poznańska w I połowie XIX wieku*, Poznań 1992.

³² A. Kemkes–Grotenthaler, *God, Faith and Death*; K. McQuillan, op. cit.; F. van Poppel, *Religion and Health*; F. van Poppel, op. cit.

skich wsi i miasteczek, mieli bardzo nierównomierny dostęp do ujęć czystej wody; jedynie ci z okolic Rynku korzystali ze studzien z nieskażoną nieczystościami wodą, pozostali zaś z zanieczyszczonych akwenów zlokalizowanych w pobliżu swoich domostw³³. Poziom umieralności neonatalnej, która — jak już wspomniano w podrozdziale „Metody” — wynikała z wewnętrznej kondycji płodu i noworodka, a w mniejszym stopniu zależała od warunków ekologicznych, był podobny w parafiach ewangelickiej i farnej.

Bardziej wnikliwych informacji o poziomie umieralności dostarczają parametry tablic wymieralności. Zdecydowanie najgorszy obraz umieralności odnotowano w ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty, co nie powinno dziwić, biorąc pod uwagę scharakteryzowaną wcześniej dramatycznie złą sytuacją mieszkaniową i sanitarno–epidemiologiczną. Wartość oczekiwanego dalszego trwania życia noworodka e_0 wynosiła w tam jedynie 16 lat. Na tak zły stan biologiczny parafii złożyła się wykazana wcześniej bardzo wysoka umieralność niemowląt i — jak się wydaje — starszych dzieci: prawie 63% dzieci nie dożywało 5 roku (inny parametr tablic wymieralności: d_x — oznacza frakcję zmarłych w danej klasie wieku), a tylko 31% dożywało początków reprodukcji (umownie 15 lat)³⁴. Osoba dorosła mogła oczekiwać przeżycia zaledwie 27,4 lat (e_{20}), zaś starość dożywało jedynie 7% populacji (umownie 60 lat — parametr l_{60}). Teoretycznie, przy tak wysokiej umieralności niemowląt i małych dzieci, parafia nie miała szans na odtwarzanie kolejnych pokoleń i — automatycznie — na przetrwanie. W rzeczywistości dynamizującym ją czynnikiem był napływ migracyjny.

Znacznie korzystniejszym obrazem umieralności wyróżniała się parafia św. Marii Magdaleny. Przeciętny parafianin w momencie narodzin mógł oczekiwać przeżycia jeszcze 24,6 lat (e_0), czyli o 8 lat więcej niż mieszkaniec ubogiej parafii św. Małgorzaty, a jedynie o 4 lata mniej niż w ewangelickiej parafii św. Krzyża. Osoba dorosła miała szansę żyć jeszcze 26,7 lat. Okresu reprodukcji nie dożywało w parafii farnej 49% populacji, czyli o 20% mniej niż w ubogiej parafii św. Małgorzaty i jedynie 2% więcej niż w ewangelickiej parafii św. Krzyża. Zdecydowanie lepsze warunki ekologiczne, w tym sanitarno–epidemiologiczne oraz dostęp do ujęć czystej wody, pozwalały w pewnym stopniu ograniczyć umieralność niemowląt i małych dzieci, za to zaznaczył się tam znacznie wyższy poziom umieralności osób dorosłych: odsetek zgonów w kategorii wieku 20–55 lat wynosił w parafii farnej przeszło 38%, czyli prawie o 20% więcej niż w ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty i o 15% więcej niż w ewangelickiej parafii św. Krzyża. Wydaje się, że wysokie odsetki zgonów osób dorosłych wynikały m.in. z faktu, że na terenie parafii działały szpitale, w których — jak już wspomniano wcześniej — hospitalizowano nie tylko parafian, ale i mieszkańców innych dzielnic miasta.

³³ A. Kaniecki, op. cit.

³⁴ Dokładnie frakcję dożywających opisuje parametr tablic wymieralności oznaczony jako l_x , w przypadku frakcji dożywających okresu reprodukcji jest to l_{15} .

W naszych badaniach osoby hospitalizowane stanowiły 41% wszystkich odnotowanych zmarłych w parafii. Po ich usunięciu z materiału, wartość oczekiwanego dalszego trwania życia poprawiła się o 4 lata i zbliżyła parafię farną pod względem tego miernika do ewangelickiej parafii św. Krzyża. W tej ostatniej wartości e_0 przekroczyła 28 lat. Było to o 12 lat więcej niż w ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty. Osoba dorosła miała szansę żyć jeszcze 32 lata. Prawie połowa parafian umierała przed osiągnięciem okresu reprodukcji. Początku starości dożywało w parafii ewangelickiej 18% populacji, czyli o 8% więcej niż w parafii św. Marii Magdaleny i aż o 16% więcej niż w parafii św. Małgorzaty. Na lepsze wartości parametrów tablic wymieralności w parafii ewangelickiej mogła wpłynąć mniejsza, niż w parafiach katolickich śmiertelność starszych dzieci (powyżej pierwszego roku życia) oraz osób dorosłych.

Jakkolwiek wartość oczekiwanego dalszego trwania życia noworodka kształtowała się w parafii św. Krzyża na wyższym poziomie niż w populacjach katolickich, to i tak była ona zdecydowanie niższa od e_0 uzyskanego dla innych miastach Polski i Europy. Na przykład, w Gdańsku w drugiej połowie XIX i na początku XX w. wartość oczekiwanego dalszego trwania życia noworodka wynosiła 34,2 lata³⁵, w Londynie 37 lat³⁶, zaś Hamburgu — nawet 41 lat³⁷.

Obraz umieralności w omawianych parafiach był w dużej mierze kształtowany przez zgony na choroby zakaźne, zwłaszcza wieku dziecięcego, choroby zakaźne przewodu pokarmowego oraz gruźlicę. Rycina 1 (s. 171) pokazuje częstości zgonów z wybranych przyczyn w badanych populacjach. Jak widać, we wszystkich przypadkach wysokie żniwo zbierały wówczas choroby zakaźne, takie jak: odra, ospa, szkarlatyna, dyfteryt, krztusiec i żarnica³⁸. Szczególnie silnie zaznaczyły się one wśród niemowląt powyżej pierwszego miesiąca życia i starszych dzieci (Rycina 2, s. 172). Jednakże rozkład zgonów z powodu chorób zakaźnych nie był identyczny: najwyższe odsetki odnotowano w ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty oraz ewangelickiej parafii św. Krzyża, na co złożyły się omówione

³⁵ A. Budnik, G. Liczbińska, *Ecological causes*; iidem, *Urban and Rural Differences*.

³⁶ J. Burnett, *Housing and the Decline Mortality*, [w:] *The Decline of Mortality in Europe*, red. R. Shofield, D. Reher, A. Bideau, Oxford, 1991, s. 158–176; M. R. Haines, H. J. Kintner, *The Mortality Transition in Germany, 1860–1935*, „Historical Methods” t. XXXIII, 2000, z. 2, s. 83–104; S. H. Preston, E. van de Walle, *Urban French Mortality in the Nineteenth Century*, „Population Studies”, t. XXXII, 1981, z. 2, s. 275–297.

³⁷ B. Bogin, *Rural — to — Urban Migration*, [w:] *Biological aspects of human migration*, red. C. G. N. Mascie-Taylor, G. W. Laser, Cambridge 1988, s. 90–129; J. Burnett, op. cit.; S. H. Preston, M. R. Haines, E. Panuk, *Effects of industrialization and urbanization on mortality in developed countries*. *International Population Conference in Manila 1981*, „Proceedings”, t. II, 1981, s. 233–253.

³⁸ Żarnica, po łacinie *rubella*; terminem tym określano w dziewiętnastowiecznej Wielkopolsce wysypkę, której towarzyszyła gorączka, z kolei w Małopolsce i na Litwie chorobę tę nazywano po prostu odrą za: F. Giedroyć, *Polski Słownik Lekarski*, t. II, Warszawa 1933, wyd. IV Warszawa 1997.

wcześniej warunki sanitarno–epidemiologiczne oraz brak dostępu do ujęć czystej wody w tych parafiach. Zła kondycja ekologiczna przełożyła się również na wysoką umieralność na choroby zakaźne przewodu pokarmowego (biegunki, dyzenterie „gorączki gastryczne”, „wymioty”). Szczególnie często zapadały na nie niemowlęta i dzieci powyżej pierwszego roku życia. Zgony z „przyczyn pokarmowych” mogły być także skutkiem wcześniejszego odstawienia dzieci od piersi. Badacze podkreślają, że w rodzinach katolickich kobiety, z powodu nieuzasadnionego wstydu (*shame complex*), karmiły piersią bardzo krótko, co — niestety — przekładało się na wysoką umieralność niemowląt i dzieci, głównie na biegunki, spowodowane zmianą diety³⁹. W naszych badaniach zgony z „przyczyn pokarmowych” pojawiły się we wszystkich badanych parafiach. Z jednej strony mogły być one skutkiem wcześniejszego zaniechania karmienia piersią przez matki z ubogich katolickich rodzin, podejmujące prace zarobkowe, czy też ewangeliczki z podpoznańskich wsi, zaangażowane w prace gospodarcze. Z drugiej zaś strony, częste zgony na biegunki i dyzenterie wynikały zapewne z nieprzestrzegania higieny, używania zanieczyszczonej wody i braku wiedzy o regułach pielęgnowania dziecka, zwłaszcza wśród ewangelików z podpoznańskich wsi. Badacze podkreślają, że ludność wiejska zaniedbywała podstawowe zasady higieny podczas przygotowywania i spożywania posiłków⁴⁰. Częste zgony na biegunki pokarmowe, głównie wśród starszych dzieci spoza Poznania, mogły być skutkiem letnio–jesiennych zatruc pokarmowych, powodowanych prawdopodobnie nagminnym spożywaniem niedojrzałych owoców i jarzyn. Dzieci wiejskie nie potrafiły także rozróżniać roślin trujących i myliły je z powszechnie spożywanymi⁴¹.

Badanych parafii nie ominęły epidemie cholery. W latach 1855–1874 odnotowano dwie takie epidemie: w 1855 i 1866 r. Szczególnie niebezpieczna była ta ostatnia, przywleczona do Poznania przez szczecińskich flisaków, zakwaterowanych w jednej z działających przy Rynku karczm. Na terenie parafii św. Małgorzaty liczba zmarłych rosła z dnia na dzień, gdyż mieszkańcy nie przestrzegali podstawowych zasad higieny i wylewali wypróżnienia chorych na cholere prosto do rynsztoków⁴². Epidemia zebrała wówczas na Chwaliszewie, Śródcie i Zawadach ponad 50% wszystkich zgonów w tym roku. Niewiele lepiej było w zamożniejszej parafii św. Marii Magdaleny ze Śródmieścia oraz ewangelickiej parafii św. Krzyża:

³⁹ A. Kemkes–Grottenthaler, *God, Faith and Death*; idem, *More than a Leap*; F. van Poppel, op. cit.; J. H. Wolleswinkel–van den Bosch, F. W. A. van Poppel, C. W. N. Looman, J. P. Mackenbach, op. cit.

⁴⁰ P. Huck, *Infant mortality in nine industrial parishes in Northern England, 1813–1836*, „Population Studies”, t. XLVIII, 1994, s. 513–526; D. Żołądź–Strzelczyk, *Dziecko w dawnej Polsce*, Poznań 2002.

⁴¹ Z. Kuchowicz, *Wpływ odżywiania na stan zdrowotny społeczeństwa polskiego w XVIII wieku*, Łódź 1966, s. 109–289.

⁴² W. Karolczak, *Chwaliszewo*; idem, *Życie codzienne*; M. Trzeciakowska, L. Trzeciakowski, *W dziewiętnastowiecznym Poznaniu*.

od czerwca do października 1866 r. zmarli na cholereę stanowili prawie 50% wśród wszystkich zmarłych w tych parafiach. Pojawienie się epidemii wśród zamożniejszej ludności obaliło błędne przekonanie, że cholera atakowała wyłącznie warstwy najuboższe.

W parafii św. Małgorzaty, skupiającej głównie ludność proletariacką, często niedożywną i obciążoną pracą w fatalnych warunkach, zamieszkującą wilgotne, ciasne i przeludnione pomieszczenia na Chwaliszewie, Śródcie i Zawadach, zaobserwowano też wysoką umieralność z powodu gruźlicy. Zgony na gruźlicę (*phthisis*, suchoty) stanowiły tam około 15% wszystkich zgonów, czyli prawie tyle, co w parafii farnej, natomiast istotnie więcej niż w ewangelickiej parafii św. Krzyża. Na odnotowaną w parafii farnej wysoką frekwencję zmarłych na suchoty mógł wpłynąć fakt występowania tam szpitali, w których leczyli się nie tylko parafianie, ale i mieszkańcy innych dzielnic Poznania. Po usunięciu z materiału osób zmarłych na gruźlicę w tych szpitalach, częstość zgonów na suchoty w parafii farnej spadła o połowę (z około 16% do 8%). Zgony na gruźlicę w ewangelickiej parafii św. Krzyża, rejestrowane w księgach zgonów jako *Auszehrung* (gruźlica, suchoty), *Abzehrung* (suchoty, wyniszczenie suchotami), *Tuberkuloze* (gruźlica), *Schwindsucht* (suchoty) kształtowały się na poziomie 13%. Uprzywilejowani ekonomicznie ewangelicy żyli w lepszych warunkach mieszkaniowych, lepiej się odżywiali oraz wykonywali zawody, które w mniejszym stopniu stwarzały zagrożenie zachorowania na suchoty (np. urzędnicy, lekarze, kupcy)⁴³.

PODSUMOWANIE

1. Scharakteryzowane w niniejszej pracy współczynniki zgonów niemowląt oraz parametry tablic wymieralności wskazywały na złą kondycję biologiczną i ogólnie wysoką umieralność wyznawców obydwu religii. Ów niekorzystny obraz umieralności katolików i ewangelików, na który złożyła się wysoka śmiertelność niemowląt i małych dzieci, odbijał — przede wszystkim — szeroko rozumiane warunki ekologiczne, wśród których główną rolę odegrała woda.

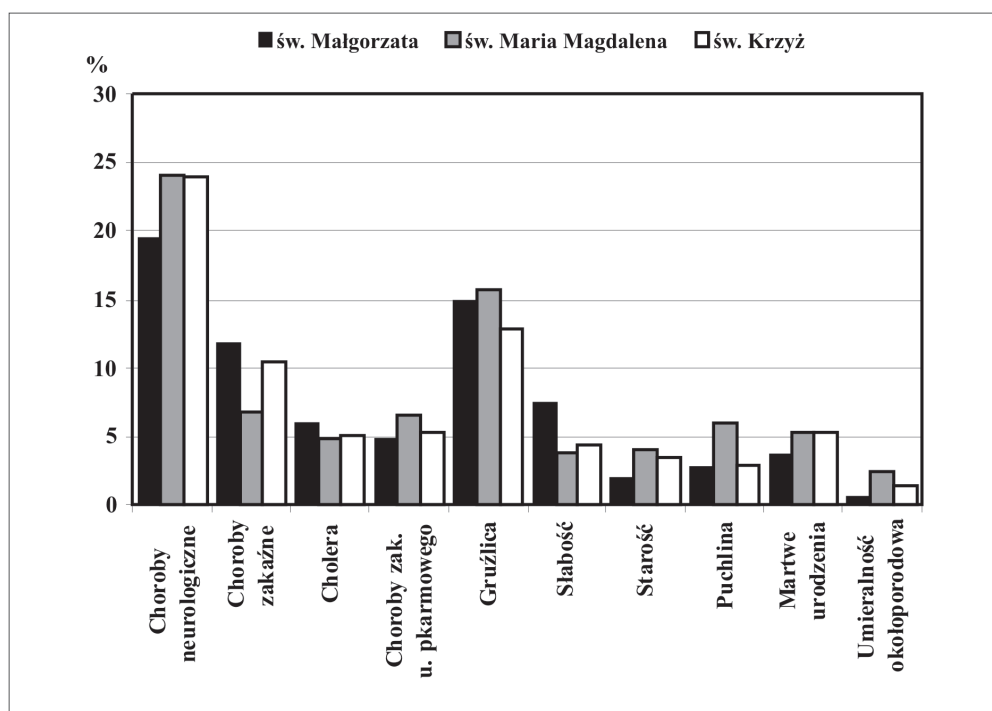
2. Czynniki wyznania, z którym wiązały się różnice w jakości i stylu życia, działał w naszych badaniach poprzez zmienne społeczno-ekonomiczne. W Poznaniu drugiej połowy XIX w. pozycja ekonomiczna i społeczna ewangelików była — na tle katolików — bardzo uprzywilejowana. Wynikała ona z polityki osiedleńczej

⁴³ W ewangelickiej parafii św. Krzyża robotnicy i najemnicy stanowili zaledwie 11,5% wśród wszystkich zmarłych powyżej 15 roku życia, dla porównania, w katolickiej parafii św. Małgorzaty — prawie 40%. Z kolei posiadacze wszelkiego rodzaju dóbr ziemskich i nieruchomości w ewangelickiej parafii św. Krzyża i ubogiej katolickiej parafii św. Małgorzaty stanowili odpowiednio: 5% i 1% wszystkich zmarłych dorosłych; G. Liczbińska, *Umieralność i jej uwarunkowania wśród katolickiej i ewangelickiej ludności historycznego Poznania*, Poznań 2009.

i germanizacyjnej zaborey, gwarantującej przybyzszom z Niemiec intratne posady i ulgi przy osiedlaniu, co automatycznie przekładało się na lepszy standard życia ewangelików.

3. Wyposażenie kulturowe, jakim dysponowali katolicy i ewangelicy z Poznania drugiej połowy XIX w. okazało się wówczas niewystarczające, aby poprawić ich kondycję biologiczną i — ostatecznie — ograniczyć wysoką umieralność, zwłaszcza na choroby zakaźne.

Rycina 1. Wybrane przyczyny zgonów w parafiach katolickich św. Małgorzaty i św. Marii Magdaleny oraz ewangelickiej parafii św. Krzyża z Poznania drugiej połowy XIX w.



Rycina 2. Częstości zgonów na choroby zakaźne (pierwsza grupa kolumn) oraz biegunki i dyzenterie (druga grupa kolumn) wśród dzieci w kategoriach wieku: 1 miesiąc — 1 rok życia i 2 lata — 14 lat w parafiach katolickich św. Małgorzaty i św. Marii Magdaleny oraz ewangelickiej parafii św. Krzyża z Poznania drugiej połowy XIX w.

