

MARIAN SURDACKI

KOŚCIELNA OPIEKA SPOŁECZNA  
W WIELKOPOLSKIEJ CZĘŚCI DIECEZJI POZNAŃSKIEJ  
W OKRESIE POTRYDENCKIM

Miłosierdzie i opieka nad ludźmi chorymi, starymi, biednymi, włóczęgami, kalekami, bezdomnymi, ułomnymi oraz dotkniętymi innymi nieszczęściami stanowiły od najdawniejszych czasów stale aktualny, drażliwy i trudny do rozwiązania problem społeczny. Formy świadczenia miłosierdzia ludziom potrzebującym pomocy zmieniały się w zależności od czasu i konkretnej sytuacji. W średniowieczu inicjatywa w zakresie organizowania dobroczynności należała w pierwszym rzędzie do Kościoła. Już od momentu wprowadzenia chrześcijaństwa działalność charytatywną prowadził Kościół na bazie zakładanych przez siebie szpitali, które pełniły w średniowieczu, a także w okresie XVI-XVIII w., przede wszystkim funkcje przytułku, a nie lecznicy. Chorzy stanowili tylko jedną z kategorii pensjonariuszy, którzy mieli dostęp do szpitali. W świadomości ludzi średniowiecza traktowano chorych i żebraków jako szczególny stan "pauperes Christi" cieszący się w społeczeństwie dużym szacunkiem, zarówno ze strony świeckich, jak i Kościoła. Ubóstwo i starość, oprócz choroby, uprawniały do korzystania z miłosierdzia i schronienia w organizowanych w średniowiecznych miastach szpitalach. Średniowieczne szpitale zależne były prawie całkowicie od władz miejskich.

Przełomowe znaczenie dla rozwoju dobroczynności miał Sobór Trydencki, który podporządkował całkowicie szpitale władzy Kościoła, czyniąc go odpowiedzialnym za ich zakładanie i opiekę nad potrzebującymi pomocy. Zmiana form i struktur opieki społecznej w okresie potrydenckim szła w parze z pewnymi przeobrażeniami stosunku społeczeństwa i Kościoła do ubogich. Władze kościelne próbują ustawicznie oddzielić "fałszywych biednych" i "prawdziwych ubogich", tylko tym

ostatnim przyznając prawo do opieki i wsparcia ze strony szpitali oraz do jałmużny. Chodzi tu o ludzi starych, nie posiadających żadnych środków utrzymania i niezdolnych do pracy oraz o chorych.

Nowe spojrzenie na kwestię szpitali przyniosło oświecenie, kiedy to zaczął się rozpowszechniać pogląd, że szpitale powinny być instytucjami świeckimi. Od chwili wstąpienia na tron S. A. Poniatowskiego zajęto się powszechnie i energicznie szpitalami, dążąc do ich reformy i poddania pod kontrolę państwa. Koniec wieku XVIII stanowi więc cenzurę przejściową między kościelnymi szpitalami potrydenckimi, specjalizującymi się w opiece nad biednymi, a szpitalami nowego typu poddanymi zarządowi państwowemu, których główną funkcją było leczenie. Z tego względu okres XVII i XVIII w. stanowi pewną zamkniętą epokę w rozwoju instytucji szpitalnych na przestrzeni dziejów.

+

W wieku XVII ziemie Rzeczypospolitej dotknął wyraźny kryzys społeczno-gospodarczy przejawiający się w upadku miast, powiększeniu się niedoli chłopów i ogólnej pauperyzacji społeczeństwa. Wraz z pogłębianiem się nędzy wśród drobnej mieszczaństwa i chłopów zaistniały szczególnie sprzyjające warunki do wytworzenia się wielkiej rzeszy żebraków. Rosnące zbiegostwo, później zaś także chaos lat wojennych w połowie stulecia pomnożyły szeregi ludzi marginesu społecznego - włóczęgów, którzy w ówczesnych warunkach w Polsce w znikomym jedynie stopniu mogli znaleźć pracę najemną<sup>1</sup>. W wyniku wojen prowadzonych przez Rzeczpospolitą oraz w następstwie klęsk żywiołowych i kryzysu gospodarczego pojawili się w wielkich ilościach wędrujący po kraju, nie mający żadnego stałego zatrudnienia "ludzie luźni"<sup>2</sup>. Zastępy snujących się drogami nędzarzy powiększali mieszkańcy zniszczonych przez wojsko wsi i miast, starzy pozbawieni opieki, sieroty, żołnierze-inwalidzi, dezernerzy i imigranci.

W Rzeczypospolitej czynniki świeckie czy państwowe w przeciwieństwie do Zachodu /np. Francji/ nie odgrywały jednak w tym czasie poważniejszej roli w rozwiązywaniu narastającego zwłaszcza w XVII w. doniosłego społecznie problemu żebractwa, ubóstwa i włóczęgostwa. Konieczność zorganizowania akcji dobroczynnej dla ludzi biednych dostrzegał z całą powagą Kościół. Zgodnie z zaleceniami Soboru Trydenckiego jako jedyny na tak wielką

skalę rozpoczął on organizowanie akcji charytatywnej w ramach diecezji czy parafii. Podczas synodów poszczególni biskupi informowali o wielkich rzeszach biednych na terenie swoich diecezji, dając jednocześnie pewne wskazówki mające na celu zlikwidowanie lub zmniejszenie tego zjawiska. Jako pierwszy poruszył ten problem biskup krakowski Bernard Maciejowski na synodzie diecezjalnym w 1601 r. Wspominając o wielkich, stale powiększających się rzeszach "pauperes" zwrócił się do rządców parafii, aby otaczali ojcowską opieką ubogich, a także zachęcali swoich parafian do miłosierdzia nad nimi. Na synodzie tym przeprowadzono ponadto gruntowną analizę przyczyn istniejącej we wsiach i masteczkach nędzy ludzkiej. Stwierdzono, że korzenie ubóstwa tkwią w ucisku poddanych przez szlachtę i duchowieństwo, a także nadmiernej wyniosłości życia prowadzonego przez te warstwy społeczne. Uważano, że jeśli nie zlikwiduje się przyczyn powstawania nędzy ludzkiej, problemu żebractwa nie będzie w stanie rozwiązać nawet wyraźne zwiększenie liczby szpitali. W związku z tym synod przypomniał wszystkim prałatom by w stosunku do chłopów w dobrach kościelnych, jak i do innej służby w swoich dobrach, odnosili się z wielką dobrocią i łaskawością. Wszystkim duszpasterzom polecono, aby przy okazji kazań i spowiedzi napominali szlachtę, aby ta zaprzestała tak bardzo i tak często krzywdzić i uciskać swych poddanych poprzez nadmierne obciążanie ich pracą i podatkami.

Zadanie zabezpieczenia opieki społecznej nad szerokimi rzeszami żebraków spoczywało na parafiach i ich duszpasterzach. Świadczą o tym ustawy synodalne nakazujące poszczególnym plebanom utrzymywanie wszystkich ubogich swojej parafii, aby nie przechodzili do innych miejscowości i nie dezorganizowali tam życia i porządku. Ubodzy, którzy nie znajdowali w parafiach żadnej opieki, wałęsający się od drzwi do drzwi, jak np. w Kopanicy w 1778 r., stanowili przecież dużą uciążliwość dla mieszkańców wielu miast i wsi.

Zalecane przez biskupów na synodach pozainstytucjonalne formy świadczenia pomocy ubogim nie były w stanie całkowicie rozwiązać problemu nędzy i żebractwa. Podejmowane kroki miały jedynie charakter doraźny, zastępczy, gdyż drogą miłosierdzia można było jedynie nieść pomoc ubogim i łagodzić zjawisko wólczygostwa tam, gdzie nie istniały specjalnie powołane do tego celu placówki opiekuńcze - szpitale.

W pierwszym trzydziestoleciu XVII w. zaledwie co piąta parafia /21%/ diecezji poznańskiej miała na swoim terenie szpital. Jeśli chodzi o parafie z siedzibą w mieście, to szpitale istniały w ok. 60% tego typu parafii. W parafiach wiejskich natomiast szpital w tym okresie był jeszcze zjawiskiem marginalnym. Dysponowało nim zaledwie 7% tego typu parafii<sup>3</sup>.

Wraz z upływem czasu w wieku XVII daje się zaobserwować zjawisko stałego wzrostu liczby parafii prowadzących szpitale. Ukształtowana na samym początku tego stulecia rzadka sieć szpitali w diecezji poznańskiej wykazywała jednak aż do końca pierwszego półwiecza tendencje rozwojowe. W latach 1638-1641 odsetek parafii ze szpitalami w archidiakonacie pszczymskim i poznańskim wynosił 22,8%, a więc był niewiele wyższy niż w okresie o 10 lat wcześniejszym.

Przełomowymi dla rozwoju szpitali okazały się wojny z przełomu I i II połowy XVII w. Wizytacje z lat 1660-1667 wykazały, że na terenie dekanatów: bukowskiego, czarnkowskiego, średzkiego, krobkiego i śremskiego 47,2% parafii posiadało szpitale, wobec 35% w pierwszym trzydziestoleciu tego stulecia. Intensywny proces zakładania nowych szpitali kontynuowany był przez całą drugą połowę XVII stulecia. W latach 1672-1685 ponad połowa parafii archidiakonatu śremskiego /55,6%/ posiadało własny szpital, natomiast w latach 1695-1696 szpitale istniały w 42,5% ogółu parafii archidiakonatu poznańskiego. W archidiakonacie śremskim aż 96,8% parafii miejskich i 43,1% wiejskich dysponowało szpitalami. W archidiakonacie poznańskim odsetek parafii miejskich i wiejskich ze szpitalami wynosił odpowiednio 77,8 oraz 26,7. Generalnie więc, szpital na wsi w osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych latach XVII stulecia nie był już, w przeciwieństwie do pierwszej połowy tego wieku, zjawiskiem bardzo rzadkim, natomiast w miastach stanowił on zjawisko niemalże powszechne.

Na podstawie wizytacji generalnej z lat 1724-1728 ustalono, że szpital posiadało 43,9% ogółu parafii diecezji. W latach 1724-1728 80% parafii z siedzibą w mieście oraz 30,4% parafii wiejskich posiadało szpital. W latach 1737-1744 szpitale działały w 42,6% parafii diecezji poznańskiej. W stosunku do lat 1724-1728 parafii ze szpitalami było mniej o 1,3%.

Akta wizytacji generalnej diecezji poznańskiej z lat 1777-1787 wykazały, że szpitale posiadało 41% ogółu parafii. Po I rozbiórce Polski nastąpił dalszy, minimalny spadek liczby

parafii ze szpitalami. Tak więc wszystkie kolejno po sobie następujące wizytacje osiemnastowieczne tej diecezji wykazały na tym terenie nieistotne wprawdzie statystycznie, ale stałe zmniejszanie się gęstości parafii ze szpitalem.

Pomimo, że począwszy od końca XVI w. liczba szpitali we wszystkich prowincjach Rzeczypospolitej stała się zwiększała, to jednak i tak nie były one w stanie zagwarantować opieki dla wszystkich ubogich i żebraków. W tej sytuacji niezbędną koniecznością stało się dokonanie właściwej selekcji biednych przyjmowanych do szpitali. Z jednej strony chodziło o zaspokojenie w pierwszym rzędzie opieki najbardziej potrzebującym, z drugiej zaś starano się w ten sposób zwalczać tzw. "fałszywych ubogich" - ludzi zdrowych i silnych, a żebrzących pod pozorem ubóstwa i zarabiających w ten sposób na życie. Z akt fundamentalnego dla sprawy szpitalnictwa synodu biskupa Maciejowskiego z 1607 r. oraz równocześnie ogłoszonego z nim listu pasterskiego wynika, że schronienie w szpitalach mogli otrzymać tylko najbardziej potrzebujący, a więc: niezdolni do pracy, chorzy, starcy i kalecy - przede wszystkim z własnej parafii.

W dobrach prywatnych o kryterium przyjmowania do szpitala w wielu wypadkach decydował właściciel miejscowości. Szpitale fundowane i budowane przez możnych panów wyłącznie dla swoich poddanych istniały w Jaraczewie, Zakrzewie i Rąbnie<sup>4</sup>. Dla mieszczan i miejscowych poddanych założony został także szpital w Krzywiniu, o czym informują akta wizytacji tej parafii z 1778 r.<sup>5</sup> Ciekawa wzmianka znajduje się w protokole parafii Żerków z 1742 r., mówiąca że w dawnym, nie istniejącym już w czasie wizytacji szpitalu odpoczywali tak ubodzy mieszczanie, jak i mieszkańcy wsi w podeszłym wieku i doprowadzeni do nędzy należący do zamku i dworu żerkowskiego<sup>6</sup>.

Pochodzące z różnych dziesięcioleci XVII w. akta wizytacji wykazały, że w pierwszej połowie tego stulecia we wszystkich szpitalach diecezji poznańskiej mogło przebywać jednocześnie około 641 pensjonariuszy. W ostatniej ćwierci XVII w. we wszystkich szpitalach diecezji mieszkało w przybliżeniu 569 ubogich. W pierwszej połowie XVIII w. ogólna liczba ubogich szpitalnych ulega nadal nieznacznemu zmniejszeniu. W latach 1724-1728 wynosiła ona 567 osób, natomiast w latach 1737-1744 - tylko 461 osób. Liczebność pensjonariuszy szpitalnych

w diecezji poznańskiej wyraźnie wzrosła po I rozbiorze osiągając wartość 630 osób. Bardzo charakterystycznym zjawiskiem było sukcesywne zmniejszanie przeciętnej liczby pensjonariuszy przypadającej na szpital. W latach 1603-1607 w szpitalach archidiakonatu pszczyńskiego przebywało średnio 11,6 osób, w latach 1610-1619 w szpitalach archidiakonatu śremskiego - 10,8, natomiast w latach 1638-1641 w szpitalach archidiakonatu poznańskiego - 8,6. W latach 1672-1685 w szpitalach archidiakonatu śremskiego przeciętna liczebność pensjonariuszy w szpitalu wynosiła 5,2 osoby, zaś w latach 1695-1696 w szpitalach archidiakonatu poznańskiego przebywało 5 osób. W latach 1724-1728 przeciętnie w skali diecezji w jednym szpitalu znajdowało się około 5,1 ubogich, natomiast w latach 1737-1744 - 4,8. Średnia liczba osób w szpitalach zwiększyła się do 5,6 osób dopiero w okresie wizytacji Młodziejowskiego /1777-1787/.

Godne podkreślenia jest to, że przeciętna liczba osób przebywających w "biednych", utrzymujących się na ogół z jałmużn szpitalach wiejskich, niewiele odbiegała od średniej liczebności pensjonariuszy mieszkających w bardzo dobrze wyposażonych szpitalach miejskich, zwłaszcza prepozyturalnych, dysponujących również lepszymi warunkami lokalowymi. Przyczyną dużej liczebności ubogich w szpitalach w pierwszej połowie XVII w. należy widzieć w małej liczbie szpitali, wobec czego musiały one z konieczności koncentrować w swoich wnętrzach większą liczbę biednych. Mniejsza liczba pensjonariuszy utrzymywanych w XVIII w. w szpitalach związana była również z ogólną dewaluacją uposażenia wielu szpitali. Z reguły udział kobiet w ogólnej strukturze pensjonariuszy szpitalnych w ciągu badanych stuleci wahał się od 65 do 80%.

Na pewno rzeczywista liczba ludności ubogiej i zebrzącej w diecezji była daleko większa niż liczba pensjonariuszy w szpitalach. Ze względu jednak na luki w źródłach nie można ustalić dokładnej liczby żebraków i biednych pozostających poza szpitalami. Sporadycznie jednak w aktach wizytacji spotyka się wzmianki świadczące o tym, że ogólna liczebność ludności ubogiej czasami wyraźnie przekraczała możliwości przyjęcia jej przez istniejące szpitale. Tak np. w 1663 r. w szpitalu w Wałczu mieszkało tylko 8 ubogich, natomiast pozostałych 5 z powodu braku miejsca wałęsało się po mieście. W okresie wizytacji Młodziejowskiego w parafii Brody, po zniszczeniu szpitala, ubogie kobiety potrzebujące pomocy tużały się po prywatnych do-

mach; podobnie było w parafii Kębłów - biedni wobec braku szpitala znajdowali schronienie w "kryjówkach" miłosiernych ludzi<sup>7</sup>. W parafii Oporowo w roku 1737, z powodu braku szpitala, jedną biedną kobietę urzymywał miejscowy "Curatus".

Wymienione przykłady dowodzą, że ogólna liczba ludności ubogiej potrzebującej pomocy i opieki była zarówno na przestrzeni XVII jak i XVIII w. zawsze wyższa niż liczebność pensjonariuszy znajdujących schronienie w szpitalach. Charakterystyczne jest to, że obecność ubogich przebywających poza szpitalami najczęściej potwierdzana jest przez wzmianki źródłowe pochodzące z XVIII w., a więc z okresu, w którym sieć szpitali była już ukształtowana i ustabilizowana i nie przejawiała tendencji rozwojowych. Wynika z tego, że w diecezji poznańskiej szpitale nigdy całkowicie nie zaspokoiły faktycznego zapotrzebowania na opiekę społeczną. Rzesze biednych i żebraków, pomimo częściowej likwidacji tego zjawiska w Wielkopolsce w XVIII w., były zawsze większe niż liczba miejsc w szpitalach.

Życie pensjonariuszy szpitalnych określone i normowane było ściśle przez władze kościelne. Ubogi przekraczając progi szpitala zobowiązany był do zachowywania i przestrzegania regulaminów, a także do wykonywania różnego rodzaju obowiązków określanych zarówno przez ustawodawstwo ogólnokościelne, jak też fundatorów i dobroczyńców szpitali oraz ich przełożonych i opiekunów. W omawianym okresie szczególną wagę przywiązywano do zachowania moralno-etycznych norm życia wewnętrznego pensjonariuszy szpitalnych. Przeprowadzone analizy wykazały, że pensjonariusze płci męskiej i żeńskiej zamieszkiwali w szpitalach pod wspólnym dachem. W owym czasie nieznaną była w zasadzie forma specjalizacji szpitali ze względu na płeć. Problem koegzystencji mężczyzn i kobiet w szpitalach od początku rozwoju szpitalnictwa zmuszał władze kościelne do wydawania regulaminów i ścisłego określania warunków ich wspólnego pobytu. Po Soborze Trydenckim problem ten dyskutowany był na większości synodów wypowiadających się w ogóle na temat szpitali. Po raz pierwszy zagadnienie to poruszył w liście pasterskim w 1601 r. biskup B. Maciejowski. Zalecił on, aby we wszystkich bez wyjątku szpitalach izby i pokoje w których mieszkają mężczyźni i kobiety były od siebie oddzielone. Jednocześnie zabronił im nawet wspólnego przebywania z sobą<sup>8</sup>.

Prawdziwy ubogi w ówczesnej opinii i mentalności społecznej nadal postrzegany był, ze względu na swoje ubóstwo, jako "żywy obraz Chrystusa" i "godny jego naśladowca", dla którego domagano się współczucia, ale jednocześnie i szacunku. Szpitale zaś jako miejsce jego przebywania uznawane były za instytucje po części sakralne, w których nie godziło się rozpowszechniać zgorzenia i złych obyczajów. Zasada izolowania pensjonariuszek od pensjonariuszy, poprzez przydzielenie oddzielnych pomieszczeń, nie była w pełni przestrzegana. Stosowanie w praktyce nakazów separowania mężczyzn od kobiet w szpitalach uwarunkowane było w największym stopniu możliwościami lokalowymi szpitali. Mogły sobie na to pozwolić tylko szpitale dysponujące kilkoma odrębnymi pomieszczeniami.

Szpital w omawianym okresie stanowił instytucję, której głównym celem i powołaniem była opieka społeczna nad żebrakami, ludźmi ubogimi i starymi. Dopiero drugorzędną jego funkcję stanowiło niesienie pomocy dla osób chorych. Z wyjątkiem poznańskiego szpitala św. Krzyża, przeznaczonego dla trędowatych, na terenie diecezji poznańskiej nie było zresztą szpitali o profilu całkowicie infirmeryczno-leczniczym. Nie znaczy to oczywiście, że w tzw. szpitalach-przytułkach oprócz "personae pauperes" lub "personae mendicae" nie było także osób chorych. Wśród podopiecznych szpitalnych można więc było wyróżnić jakby 2 kategorie osób: pierwszą - dotkniętych ubóstwem i starością, drugą - dotkniętych chorobą. Obie te grupy stanowiły pewną odrębność i miały swoje określone miejsce w szpitalach. Ustalenie norm wzajemnego współżycia tych kategorii osób stało się, podobnie jak w wypadku ubogich kobiet i ubogich mężczyzn, przedmiotem zainteresowania ustawodawstwa kościelnego zajmującego się problemem szpitalnictwa. Jako pierwszy poruszył to zagadnienie w "Pastoralnej" B. Maciejowski. Zalecił on, aby cierpiący na jakąś chorobę zakaźną, a tym samym mogący zarazić innych, zostali odseparowani od pozostałej wspólnoty szpitalnej poprzez przydzielenie im odrębnego pomieszczenia<sup>9</sup>. Izolowanie chorych od zdrowych stosowano w szpitalach nie tylko z obawy przed zarażeniem się pozostałych współpensjonariuszy, ale także dla obopólnej wygody jednych i drugich. Dzięki separacji i odosobnieniu chorzy zyskiwali potrzebny im spokój, z kolei zdrowi unikali wszelkiego rodzaju uciążliwości, jakie wiążą się zawsze z obecnością chorego czy cierpiącego.



W wieku XVII i XVIII przeważnie wszyscy wizytatorzy wymieniając pensjonariuszy szpitalnych używali nazwy "pauperes" - biedni, rzadziej zaś "personae mendicae", co również oznaczało, że są to osoby biedne, ubogie lub żebrzące. Spośród sporadycznie występujących terminów wymienić można: "mulieres pauperes", "faeminae mendicae", "mendici viri", "mendici".

Wszystkie wymienione określenia charakteryzują pensjonariuszy szpitalnych od strony pozycji materialnej i zamożności, wskazując na ich ubóstwo, nędzę i żebraczy tryb życia. Nie ulega wątpliwości, że pensjonariusze ci wywodzili się z najniższych i najuboższych warstw społecznych ludności. Czasami ich ubóstwo było przez wizytatorów jeszcze bardziej dobitnie wyrażane, jakby podwójone przez określenia: "pauperes mendicae", "pauperes degentes" - ubodzy żyjący w niedostatku, "degentes egem" - cierpiący niedostatek, "egentes et pauper". Zdarzało się niekiedy w XVIII w., że wizytatorzy używając określeń świadczących o ubóstwie i nędzy pensjonariuszy podawali jednocześnie informacje pozwalające w przybliżeniu określić ich wiek. W 1738 r. w szpitalu w Bledzewie przebywało np. 6 ubogich /"pauperes"/, w tym 5 staruszek /"vetulae"/ i 1 dziad /"avus"/<sup>10</sup>. Z kolei w aktach parafii Koźmin spotyka się zapis: "personae mendicae 4, unus mus reliquun avis tres"<sup>11</sup>. Wynika z tego, że wśród biednych pensjonariuszy znajdował się jeden silny mężczyzna oraz 3 dziadów /czytaj: sterców/. W 1778 r. wizytator określił pensjonariuszy szpitala w Wielichowie jako "pauperes provectae", czyli biednych w podeszłym wieku<sup>12</sup>. W aktach wizytacji archidiaconatu poznańskiego z lat 1777-1784 zdarzało się, że wizytator wymieniając liczbę "szpitalników" nie mówił nic na temat ubóstwa, charakteryzował ich natomiast ze względu na wiek. Według informacji F. Rydzyńskiego z 1778 r. w szpitalu w Kaźmierzu przebywał "unus seniculus et quinque vetulae"<sup>13</sup>. Pensjonariuszami tego szpitala byli więc mężczyźni w podeszłym wieku i 5 staruszek. Podobnych pensjonariuszy można spotkać w tym okresie również w szpitalach w Murowanej Goślinie i w Sęszewie oraz w Wonieści, gdzie według protokołu wizytacyjnego "inhabitant ad praesens anus 4" /babeł 4/<sup>14</sup>. Tego typu informacje pozwalają stwierdzić, że podopieczni wymienionych szpitali byli ludźmi starymi, nie wiadomo jednak, czy podobnie jak zdecydowana większość innych pensjonariuszy należeli oni jednocześnie do grupy "pauperes".

Żadnych bezpośrednich informacji nie przekazują wizytyacje na temat pochodzenia terytorialnego i społecznego podopiecznych szpitalnych. W świetle uchwał synodalnych, zakazujących przyjmowania do szpitali obcych ubogich, można przypuszczać, że w zdecydowanej większości byli to pensjonariusze wywodzący się z miejscowych parafii wsi i miast. Wspomniano już także, że terminy, jakimi określano pensjonariuszy, wskazują na ich przynależność do najniższych i najbiedniejszych warstw społeczeństwa. Tylko raz w aktach parafii Krzywina z 1667 r. podopieczny szpitala św. Ducha określony był jako "pauper Civis"<sup>15</sup>, co wskazuje na jego bardziej nobilitowany stan i pochodzenie.

Nic nie wiadomo też o kwalifikacjach i zawodach pensjonariuszy. W kilku wypadkach podano natomiast informacje o ich stanie cywilnym. W latach 1777-1787 w szpitalu w Bonikowie i Domachowie mieszkała "vir cum uxore"<sup>16</sup>. W 1781 r. w poznańskim szpitalu św. Wawrzyńca przebywało 5 kobiet, z których jedna mieszkała ze starym mężem<sup>17</sup>. Jak widać w szpitalach tych przebywały również małżeństwa. Obecność małżeństw wśród pensjonariuszy w latach 1777-1787 stwierdzili również wizytatorzy w szpitalach Św. Trójcy w Borku, Mórce i Wonieści<sup>18</sup>.

W omawianym okresie szpital, jako instytucja pozostająca w bardzo dużym stopniu pod zarządem kościelnym, był miejscem w którym szczególnie troszczono się o życie religijne podopiecznych. Jak twierdzi w liście pasterskim z 1737 r. J. Lipski, placówki szpitalne zostały powołane nie tylko dla uniknięcia żebractwa, ale także w celu pobudzenia pobożności ubogich<sup>19</sup>. Zgodnie z nauką Kościoła większą uwagę przywiązywano więc do zbawienia duszy ubogiego chorego niż do jego wyleczenia. Ten styl myślenia znalazł potwierdzenie podczas synodu diecezjalnego włocławskiego z 1586 r., w czasie którego zabroniono wzywania do chorych lekarzy ciał /"medici corporum"/ przed wcześniejszym przybyciem lekarza dusz czyli księdza /"medici animarum"/<sup>20</sup>. Zgodnie z postanowieniami synodalnymi diecezji kijowskiej z 1762 r. spowiednicy po odbyciu spowiedzi przez chorego powinni pozostawić pisemne jej świadectwo lekarzom. Tym ostatnim zaś nakazano, aby przed przystąpieniem do leczenia pouczyli chorych o konieczności wyspowiedzenia się oraz nie powracali do nich bez otrzymania pisemnego zaświadczenia odbytej spowiedzi<sup>21</sup>. Według uchwał synodu warmińskiego z 1610 r. zabroniono przyjmowania do szpi-

tali osób, których pleban nie przeegzaminował wcześniej z podstawowych zasad wiary i którzy nie dopełnili najpierw warunków spowiedzi i sakramentu Eucharystii<sup>22</sup>. Zalecenia te jeszcze bardziej szczegółowo rozwinięto na synodzie żmudzkiem w 1752 r. Oprócz wyżej wymienionych nakazów zobowiązano także przełożonych szpitali do kontrolowania zaświadczeń małżeństwa. W wypadku nieznanomości podstawowych prawd wiary, po wcześniejszym skarceniu, mieli oni być zmuszeni tak długo pozostawać w szpitalu pod czujną uwagą i opieką pozostałych ubogich, aż gruntownie się ich nauczą<sup>23</sup>. Na katechizację pensjonariuszy, szczególnie chorych, zwrócono uwagę na synodzie krakowskim z 1621 r.<sup>24</sup> Wynika z tego, że szpitale miały pełnić nie tylko funkcje opiekuńcze i w pewnym stopniu lecznicze, ale także edukacyjno-duszpasterskie. Znajomość katechizmu stanowiła wstępny i decydujący warunek przyjęcia do szpitala a zarazem pierwszy krok w rozwoju życia religijnego ubogich na terenie szpitala. Życie pensjonariuszy szpitalnych miało być intensywnie wypełnione modlitwami i praktykami religijnymi. Po raz pierwszy poruszyła ten problem "Pastoralna" Maciejowskiego, która przypominała ubogim o konieczności modlitwy oraz o obowiązku odbywania co jakiś czas spowiedzi i przystępowaniu do Komunii Św., aby w ten sposób lecząc ciało nie zaniedbywać duszy. Zwraca się też ona do plebanów i prepozytów szpitalnych, aby wdrażali podopiecznym cnotę cierpliwości i pouczali o rzeczach potrzebnych do zbawienia<sup>25</sup>. Życie pensjonariuszy szpitalnych miało być utrzymane w duchu gorliwości religijnej i pobożności. Nieprzestrzeganie praktyk religijnych, a szczególnie życia sakramentalnego, groziło wydaleniem ze szpitala. Przestrzegano przed tym w postanowieniu na diecezję chełmińską z 1683 r. oraz podczas synodu żmudzkiego w 1752 r., mówiąc że ubodzy nie stosujący się do wspomnianych zaleceń pozbawieni zostaną miejsca w szpitalu<sup>26</sup>. Pobożne życie stanowiło jeden z podstawowych warunków zachowania miejsca w szpitalu, natomiast praktyki religijne były podstawowym, stałym i najważniejszym obowiązkiem ubogich przebywających w szpitalach. Nie oznacza to jednak, że zakres zajęć i obowiązków pensjonariuszy ograniczał się jedynie do sfery życia duchowo-religijnego. Według uchwał synodu diecezjalnego płockiego z 1733 r. podopieczni szpitalni zobowiązani byli również do pomocniczej posługi w kościołach. Mieli oni przede wszystkim zajmować się czyszczeniem posadzek w kościołach

oraz strzeżeniem kościoła aż do momentu jego zamknięcia. Jednocześnie zakazano pod groźbą surowych kar wykorzystywania pensjonariuszy do innych prac, chyba że tylko w koniecznych sytuacjach, za godziwym wynagrodzeniem<sup>27</sup>.

Wizytujący w 1777 r. parafię Iłowiec J. Rogaliński zapisał, że tamtejszy szpital wzniesiony został "pro commodo pauperum villarum et obsequio Ecclesiae", zaś w rok później w aktach parafii Rąbin "Hospitalium aedificatum pro Subditis hujus villae qui obsequia Ecclesiae praestare debent"<sup>28</sup>. Zapisy te świadczą, że już w założeniach fundacyjnych jako jeden z głównych celów szpitali, obok opieki nad biednymi swoich miejscowości, zakładano świadczenie przez pensjonariuszy posług i pomocy kościołowi. Jako służących Kościołowi określał wspomniany wizytator także podopiecznych szpitali w: Książu, Gołębiniu i Czaczu<sup>29</sup>.

Nieliczne wzmianki w aktach wizytacji wykazują, że pensjonariusze szpitalni, oprócz różnego typu prac pomocniczych i usługowych na rzecz kościoła, wykonywali także szereg innych prac fizycznych, przede wszystkim polnych. W 1777 r. w aktach parafii Poniec J. Rokossowski zanotował, że biedni szpitala Św. Ducha samodzielnie uprawiają i obsiewają wszystkie pola szpitalne, jak również zbierają z łąk siano<sup>30</sup>. Sami pensjonariusze uprawiali także w 1695 r. pola należące do szpitala w Pile<sup>31</sup>. Wydaje się, że wyższe władze kościelne inaczej patrzyły na zajęcia fizyczne pensjonariuszy szpitalnych wynikające z konieczności zarabiania na swoje utrzymanie, inaczej zaś na sytuacje, w których byli oni nieprawnie wykorzystywani przez przełożonych. Nadużycia w tym względzie spotykały się na ogół z krytyką wizytatorów. W 1742 r. wizytator wydał prepozytowi szpitala Św. Ducha w Krobi zakaz dręczenia pensjonariuszy pracami oraz obciążania ich tkactwem<sup>32</sup>.

Jak wiadomo podstawą utrzymania pensjonariuszy szpitalnych oprócz stałego uposażenia i dochodów zagwarantowanych na mocy fundacji i innych zapisów były jałmużny. Te ostatnie dzieliły się na dwa rodzaje: pierwszy stanowiły różnego typu daniny składane dobrowolnie przez wiernych, parafian, duchowieństwo, kolatorów, właścicieli dóbr oraz innych dobroczyńców, na drugi rodzaj jałmużn składały się wszelkie daniny i ofiary uzyskane osobiście przez bieżących w drodze żebrania.

Metody i sposób zbierania jałmużn przez ubogich szpitalnych musiały nastroczać władzom świeckim i duchownym oraz

miejscowej ludności wiele kłopotów i trudności, skoro problem ten stał się bardzo częstym przedmiotem obrad synodalnych. W ogóle po raz pierwszy na ten temat wypowiedział się w "Pastoralnej" B. Maciejowski. Zachęcając wiernych do składania codziennych jałmużn "szpitalnikom" zalecił przekazywanie ich siedzącym koło bramy kościoła żebrakom /"mendicantes"/ lub składania do zamkniętych skrzynek /puszek/ trzymanyh przez upoważnionych do tego zbieraczy<sup>33</sup>. Identyczne zalecenie widnieje w dekretach synodu warmińskiego z 1610 r.<sup>34</sup> Bardzo szczegółowo określili miejsce i procedurę zbierania przez pensjonariuszy jałmużn synod krakowski z 1621 r. Zalecił on przełożonym szpitali zwracanie uwagi na to, aby żebracy siedzący przed drzwiami kościoła i proszący o jałmużnę wysłuchiwali odczytywanej mszy świętej. W trakcie kazania wszyscy ubodzy zobowiązani byli wejść do świątyni w celu jego wysłuchania. Na synodzie zaznaczono bowiem, że duża część żebraków jest niewychowana i wyczekując jedynie jałmużny pod drzwiami kościoła nie słucha mszy, przez co lekceważy podstawowe zasady wiary. Dopiero po zakończeniu mszy, stojąc spokojnie pod drzwiami, mogli oni oczekiwać jałmużny od przechodzących osób. Nakazano jednocześnie, aby żebracy prosili o jałmużnę w należyty sposób i nie kręcili się po kościele i jego obejściu<sup>35</sup>.

Na podstawie uchwał synodalnych wiadać wyraźnie, że żebractwo pensjonariuszy szpitalnych, oficjalnie dozwolone, często dezorganizowało porządek i życie lokalnej społeczności parafialnej. Ubodzy w zbyt gorliwym dążeniu do jałmużn i zysku zakłócali uroczystości i nabożeństwa kościelne. Żebrząc przed kościołem i w kościele podczas mszy nie tylko zaniedbywali obowiązków aktywnego uczestnictwa w nabożeństwach, ale także przeszkadzali pozostałym wiernym. Z pewnością też nie zawsze z godnością i delikatnością wykonywali swój żebraczy zawód, skoro synody często nawoływały ich do umiarkowania w proszeniu o jałmużnę.

Rewiry żebrania ubogich były o wiele rozleglejsze niż zalecane podczas synodów, nakazujących wyczekiwanie na jałmużnę przede wszystkim u bram lub w obrębie kościoła. Zbieranie w taki sposób danin można określić mianem "żebrania biernego", w trakcie którego biedni zdani byli wyłącznie na dobrą wolę przechodzących osób. Akta wizytacji wykazały natomiast, że ubodzy wykraczali wyraźnie poza rejon kościoła, zbierając jałmużny na ulicach, przedmieściach miasta, w okolicznych

miejsowościach, a także w drodze samodzielnego wypraszenia podczas chodzenia od domu do domu. Czasami w takich wypadkach potrzebne było, jak to miało miejsce np. w 1667 r. w Miejskiej Górcie, zezwolenie wspólnoty miejskiej<sup>36</sup>. Na uwagę zasługuje również to, że w trosce o zachowanie spokoju życia miejscowej ludności bardzo często do zbierania jałmużny delegowano tylko jednego przedstawiciela ubogich przebywających w szpitalu.

Szpital był miejscem gromadzącym i "skazującym" na wspólne ze sobą przebywanie ludzi często przypadkowych i o różnych charakterach. Uregulowanie zasad wzajemnego ich współżycia było podstawowym warunkiem gwarantującym zachowanie porządku i dobrej atmosfery na terenie szpitala. Najszerszej problem zachowania ubogich w szpitalach poruszono na synodzie żmudzkim z 1752 r. Życie pensjonariuszy szpitalnych na terenie tej diecezji musiało budzić wiele zastrzeżeń władz kościelnych i odbiegać negatywnie od zalecanego i określanego w regulaminach, skoro synod nakazał plebanom czuwanie nad tym, aby nie "nadużywali oni żebraczego chleba" nieumiarkowanym "opilstwem" /"ebritatis comparantes"/ oraz aby nie zakłócali spokoju szpitali: krzykami, sporami, przekleństwami, wzajemnymi obelgami, złorzeczeniami i uderzeniami. Takich porywczych i namiętnych wichrzycieli pokoju /"pacis turbatores"/ nakazano wydalać oraz zabrać im przebywania i zebrania w granicach swojej parafii<sup>37</sup>.

Z wymienionych zaleceń wynika, że w wielu szpitalach sposób życia i wzajemne stosunki między biednymi były bardzo naganne. Ich życie upływało często na różnych ekscesach, pijaństwie i marnotrawstwie zebranych jałmużn, co szczególnie kontrastowało z ideą ubóstwa i pobożności ówczesnych szpitali.

W ówczesnych szpitalach pełniących przede wszystkim funkcję przytułku zdecydowanie najliczniejszą kategorię pensjonariuszy stanowili ludzie ubodzy w zaawansowanym wieku. Z całą pewnością można stwierdzić, że szpital stanowił miejsce "dożycia" dla niekwestionowanej większości przebywających w nim pensjonariuszy. Z reguły ubogi, który raz przekroczył progi szpitala, pozostawał w nim aż do końca swojego życia.

## PRZYPISY

- <sup>1</sup> A. M ą c z a k. Problemy gospodarcze w Polsce XVII w. W: Polska XVII wieku. Państwo, społeczeństwo, kultura. Pod red. J. Tazbira. Warszawa 1974 s. 109-110.
- <sup>2</sup> N. A s s o r o d o b r a j. Początki klasy robotniczej. Problem rąk robotniczych w przemyśle polskim epoki staniskawowskiej. Warszawa 1946 s. 49 nn.; S. S r e n i o w s k i. Zbiegostwo chłopów w dawnej Polsce jako zagadnienie ustroju społecznego. Warszawa 1948 s. 91.
- <sup>3</sup> Bardzo dokładne analizy na temat liczby i sieci szpitali oraz liczby pensjonariuszy patrz: M. S u r d a c k i. Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII-XVIII w. Lublin 1987 /maszynopis w Bibliotece KUL - praca doktorska/.
- <sup>4</sup> AV 33 s. 331, 521 v.; AV 32 s. 909.
- <sup>5</sup> AB 32 s. 909.
- <sup>6</sup> AV 29 s. 783.
- <sup>7</sup> AV 34 s. 251 v.; AV 31 s. 1306.
- <sup>8</sup> B. M a c i e j o w s k i. Epistola Pastoralis /.../  
1601.
- <sup>9</sup> Tamże.
- <sup>10</sup> AV 25 s. 31.
- <sup>11</sup> AV 20 s. 95 v.
- <sup>12</sup> AV 34 s. 215.
- <sup>13</sup> AV 21 s. 1030.
- <sup>14</sup> Tamże s. 774, 1607; AV 32 s. 1154.
- <sup>15</sup> AV 16 s. 100 v.
- <sup>16</sup> AV 32 s. 356, 1371.
- <sup>17</sup> Visitatio Generalis Decanatus Posnaniensis auctoritate Antonii de Okęcie Okęcki Episcopi Posnaniensis et Varsoviensis consummata per Josephum Łodzia Rogaliński /.../. Delegatum Visitatorem 1781. Wydawnictwo Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. Wydział Teologiczny. Seria 1. Poszyt 2/3. Materiały. Poznań 1918 s. 307.
- <sup>18</sup> AV 32 s. 127, 332, 1154.
- <sup>19</sup> J. A. L i p s k i. Epistola Pastoralis /.../ 1337.
- <sup>20</sup> Synodus Dioeciesana Vladislaviensis /.../. H. Rozrażewski /.../ 1586 s. 112.
- <sup>21</sup> Statuta Synodalia Dioecesis Orthodoxae Kijoviensis /.../. J. A. Załuski /.../ 1762 s. 191.
- <sup>22</sup> Constitutiones Synodales Dioecesis Varmiensis /.../  
1610.
- <sup>23</sup> Synodus Dioeciesana Mednicensis /.../ 1752 s. 97.
- <sup>24</sup> Reformationes Generales /.../ 1621.
- <sup>25</sup> B. M a c i e j o w s k i. Epistola Pastoralis /.../  
1601.

- 26 Ordinatio Dioecesis Pomevaniensis /.../ 1683 s. 259.  
 Synodus Dioecesis Mednicensis /.../ 1752 s. 96.
- 27 Constitutiones et Decreta /.../ 1733 s. 118.
- 28 AV 32 s. 1028, 1136.
- 29 Tamże s. 999, 1099, 1222.
- 30 AV 33 s. 468.
- 31 AV 18 s. 574 v.
- 32 AV 29 s. 223.
- 33 B. M a c i e j o w s k i. Epistola Pastoralis /.../  
 1601.
- 34 Constitutiones Synodales Dioecesis Warmiensis /.../  
 1610.
- 35 Reformationes Generales /.../ 1621.
- 36 AV 16 s. 210.
- 37 Synodus Dioecesis Mednicensis /.../ 1752 s. 99.

Uwaga. Sygnatura AV oznacza poszczególne księgi wizytacji kościelnych znajdujące się w Archiwum Archidiecezjalnym w Poznaniu.

#### THE CHURCH SOCIAL CARE IN THE WIELKOPOLSKA REGION OF THE POZNAŃ DIOCESE DURING THE POST-TRIDENTINE PERIOD

##### S u m m a r y

From the very moment of the introduction of Christianity, the Church's charitable activity was concerned with the running of the hospitals which it had established. In the period of the 16th and 17th centuries, as well as in the Middle Ages, they functioned primarily as almshouses but not infirmaries. In the first thirty years of the 17th century only one parish in five of the Poznań diocese had its own hospital. By the end of the 17th century, though, there were hospitals in about half of the diocesan parishes. The number of hospitals at work in the last quarter of the 17th century did not essentially change throughout the whole 18th century. Over the period of the 17th and 18th centuries the number of the poor increased from 460 to 640 in all hospitals of the Wielkopolska Region of the Poznań diocese. Basically, the percentage of women among inmates ranged from 65 to 80 per cent. In the hospitals, particular care was taken of the religious life of the people staying there. In keeping with the Church's teaching more attention was paid to the redemption of a patient's soul than to his or her treatment. The daily routine of the patients consisted of: regular attendance at mass, prayers for the founder and benefactors of the hospital and frequent reception of the Holy Sacraments. Those who did not comply with the above rules were in danger of being discharged from the hospital. Any poor man who disobeyed the rules governing the life at a hospital or behaved disgracefully was also likely to be discharged. The rules defined in detail the districts and principles of alms-collecting by the poor from a hospital. One of the patients' main occupations, apart from prayer and church services, was begging.

Translated by Jan Kłos