

Marian S u r d a c k i. *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*. Lublin 1992 ss. 356. Towarzystwo Naukowe KUL.

Cieszące się wciąż dużym zainteresowaniem historyków badania nad historią społeczno-religijną zostały ostatnio wzbogacone o nową publikację, jaką jest rozprawa doktorska Mariana Surdackiego pt. *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*.

Przedmiotem pracy jest problem świadczenia miłosierdzia ludziom potrzebującym pomocy w XVII i XVIII w. Jak wiadomo świadczenie miłosierdzia i spieszenie z pomocą wszystkim potrzebującym stanowiło od początku jego istnienia, domenę Kościoła. Formy świadczenia miłosierdzia i opieki sprawowanej nad potrzebującymi zmieniły się w zależności od czasu i konkretnej sytuacji. Najbardziej rozpowszechnioną formę opieki nad potrzebującymi stanowiło prowadzenie szpitali. Przełomowe zaś znaczenie dla tych ostatnich miał Sobór Trydencki, który podporządkował je całkowicie władzy Kościoła. W myśl postanowień Soboru, to Kościół miał być odpowiedzialny za zakładanie szpitali i za opiekę nad ludźmi potrzebującymi pomocy. Dzięki realizacji zaleceń soborowych nastąpił szybki rozwój nie znanych dotychczas w Polsce szpitali-przytułków, stanowiących swego rodzaju agendy parafii, zarządzane przez plebanów. Temu właśnie procesowi zakładania szpitali w XVII i XVIII stuleciu oraz sprawowanej w nich opiece charytatywnej i religijnej jest poświęcona wymieniona praca.

Cała praca składa się z 6 rozdziałów, które omawiają kolejno następujące zagadnienia: sieć szpitali w XVII i XVIII w. (roz. I), kwestia ludzi ubogich i ich liczebność w szpitalach (II), życie pensjonariuszy w szpitalach (III), budynki szpitalne (IV), podstawy materialne szpitali (V) oraz ich gospodarka i sprawowanie nad nimi zarządu (VI). Do pracy dołączony jest w formie aneksu regulamin bliżej nie określonego szpitala św. Łazarza (*Porządek albo ustawy szpitala ś. Łazarza*). Pracę zamykają indeks nazwisk i miejscowości oraz spis tabel zamieszczonych w tekście pracy (28 tabel).

Usiłując ocenić pracę M. Surdackiego i jej wyniki, pragnę zwrócić uwagę na dwa momenty, które moim zdaniem zasługują w niej na szczególne wyróżnienie. Pierwszym jest problem podstawy źródłowej, jaką Autor wykorzystał do napisania swej rozprawy. Surdacki oparł swoje studium w zasadzie na dwóch podstawowych typach materiałów: kościelnych źródłach normatywnych, do których zaliczane są dekrety soborowe, statuty synodalne, listy pasterskie i inne rozporządzenia kościelne, zwłaszcza biskupie, oraz na aktach wizytacji kościelnych. Zestaw dwu wyżej wymienionych typów źródeł nie jest przypadkowy. Źródła normatywne pozwoliły Autorowi ukazać politykę Kościoła względem ludzi biednych i potrzebujących pomocy oraz uchwycić zalecany przez Niego

model organizacji życia wewnętrznego szpitali, z kolei akta wizytacji – oddać stan faktyczny opieki społecznej, zastany i opisany przez wizytatorów biskupich w XVII i XVIII w. oraz poznać, w jakim stopniu rzeczywisty obraz szpitalnictwa odpowiadał zalecanemu przez Kościół modelowi szpitali, łącznie z ich wewnętrzną organizacją. Akta wizytacji, wykorzystywane systematycznie do opracowania wielu innych zagadnień, stanowią także najważniejsze i niezastąpione źródło przekrojowe do badań nad szpitalami. Ważne było przy tym i to, że dla wielkopolskiej części diecezji poznańskiej zachowało się względnie dużo akt wizytacji, przechowywanych obecnie w Archiwum Archidiecezji w Poznaniu.

Drugim momentem, który wyróżnia pracę Surdackiego pozytywnie, są jej osiągnięcia merytoryczne, zawarte zwłaszcza w dwu pierwszych rozdziałach poświęconych sieci szpitali i liczebności ich pensjonariuszy w XVII i XVIII w. w wielkopolskiej części diecezji poznańskiej (do diecezji bowiem poznańskiej należał ponadto położony na Mazowszu tzw. archidiakoniat warszawski, który nie został objęty badaniami). Surdacki dokonał po raz pierwszy, według wymogów współczesnej nauki historycznej, systematycznego opracowania procesu kształtowania się stanu ilościowego szpitali, ich rozmieszczenia w terenie w ciągu dłuższego (wyjątkowo interesującego pod tym względem) czasu oraz ustalił liczebność pensjonariuszy szpitalnych w różnych przekrojach czasowych. Okazuje się, że w Wielkopolsce następował w okresie potrydenckim bardzo szybki, w porównaniu do innych dzielnic Rzeczypospolitej, rozwój sieci szpitali. Ten dynamiczny proces masowego zakładania szpitali, inspirowany zaleceniami soborowymi i polskim ustawodawstwem kościelnym, przypadł w diecezji poznańskiej na w. XVII, a zwłaszcza na drugą jego połowę. W drugiej połowie XVII w. nastąpiło podwojenie gęstości szpitali w stosunku do początków tego stulecia. Zachodziła jednak istotna różnica pomiędzy rozwojem sieci szpitali w Wielkopolsce a pozostałymi dzielnicami Rzeczypospolitej. Podczas gdy w Wielkopolsce Zachodniej po masowej „eksplozji” szpitali w XVII w., w następnym okresie nastąpił zastój w ich rozwoju, a nawet minimalny regres, to w innych dzielnicach wzrost ten następował wprawdzie wolniej, ale bardziej równomiernie przez cały wiek XVII i częściowo XVIII. Przyczynę pierwszego fenomenu, tzn. dynamicznego rozwoju szpitali w XVII w., upatruje Autor w trzech faktach historycznych: postępującej pauperyzacji społeczeństwa w drugiej połowie XVII w., przewyciężeniu reformacji oraz tzw. zapotrzebowaniu na ubogich przez Kościół. W wyniku ostrego kryzysu gospodarczego, upadku miast i zniszczeń wojennych z lat pięćdziesiątych XVII w. pojawiła się wielka liczba kalek, żebraków, tzw. ludzi luźnych, którzy pozbawieni dachu nad głową byli skazani na życie z jałmużny. To zrodziło zapotrzebowanie na opiekę społeczną i miłosierdzie. Podobnie postępujący z każdym rokiem proces rewindykowania na rzecz katolików zajętych wcześniej przez protestantów parafii stwarzał nowe możliwości do zakładania szpitali. I wreszcie pełnienie przez ubogich różnych funkcji pomocniczych na rzecz Kościoła skłaniało plebanów do zakładania i budowy szpitali na terenie zarządzanych przez nich parafii.

Powód natomiast zjawiska drugiego, tzn. słabego rozwoju sieci szpitali w wieku XVIII widzi Surdacki przede wszystkim w skutkach wojny północnej z lat 1700-1721. W znacznie większym stopniu wyniszczyła ona gospodarkę Wielkopolski niż pozostałych dzielnic Rzeczypospolitej.

W przypadku liczby pensjonariuszy przebywających w szpitalach parafialnych diecezji poznańskiej na uwagę zasługuje fakt, że kształtowały się one odwrotnie do liczby

szpitali. O ile liczba szpitali w miarę oddalenia się od początków wieku XVII wzrastała, to liczba pensjonariuszy, przeciwnie malała. Podczas gdy w pierwszej połowie XVII w. liczba ich dochodziła do 640, to w ostatniej ćwierci tego stulecia nie przekraczała 570, zaś w latach 1737-1744 wynosiła tylko 461. Wyraźnie wzrosła dopiero po pierwszym rozbiorze osiągając wartość 630 osób. Zdaniem Autora duża liczba ubogich w szpitalach w pierwszej połowie XVII w. spowodowana była małą liczbą szpitali, które z konieczności musiały przyjmować więcej biednych. Utrzymywanie natomiast mniejszej liczby pensjonariuszy w szpitalach w XVIII w. pozostawało w ścisłym związku z ogólną dewaluacją uposażenia szpitali. We wszystkich przypadkach jednak udział kobiet w ogólnej strukturze pensjonariuszy szpitalnych był większy niż mężczyzn.

Bardzo typowym i powszechnym zjawiskiem na terenie diecezji poznańskiej było niewłaściwe wykorzystywanie szpitali. Bardzo często współlokatorami w szpitalach byli organiści i prepozyci szpitalni. Nierzadko lokale szpitali były udostępniane również szkołom. Wśród mieszkańców szpitali można było spotkać także komorników, dzwonników, nauczycieli i wikarych, ludzi służących Kościołowi, a nawet Żyda. Wszystkie te okoliczności przyczyniały się do ograniczenia liczby miejsc, a w konsekwencji do wyraźnego zmniejszenia liczby mieszkających w nich pensjonariuszy.

Podkreślając wartość merytoryczną dwu pierwszych rozdziałów pracy, bynajmniej nie chcę przez to powiedzieć, że pozostałe jej partie są mniej udane. Interesujące są zarówno wyniki odnoszące się do budynków szpitalnych, jak też informacje obrazujące problemy związane z zarządzaniem szpitalami. Dowiadujemy się z nich na przykład, że przy wznoszeniu budynków szpitalnych były zaangażowane bardzo różne środowiska społeczne. Szczególną zaś inicjatywę wykazywały pod tym względem szeroko pojęte kręgi kościelne i szlacheckie. Zbyt mały ilościowo był natomiast udział w tworzeniu szpitali mieszczaństwa, zupełnie nielicznie byli reprezentowani parafianie-chłopi. Odnośnie zaś do sposobu zarządzania szpitalami, z badań wynika jednoznacznie, że w XVII i XVIII w. były one instytucją typowo kościelną, nad którą niepodważalnie zwierzchnictwo sprawował Kościół, najczęściej czynił to poprzez osobę miejscowego plebana. Zachodziła jednak pewna różnica pomiędzy szpitalami usytuowanymi na wsiach z jednej strony i szpitalami w miastach i tzw. prepozyturalnymi z drugiej strony. W dwu ostatnich typach szpitali również władze miejskie starały się poprzez możliwość kontrolowania i rozliczania wydatków uczestniczyć realnie w życiu szpitali i wywierać pewien wpływ na ich funkcjonowanie.

Nie mniej interesujące niż powyższe osiągnięcia są również wyniki odnoszące się do uposażenia szpitali i życia religijnego pensjonariuszy. Jednak jako częściej przywoływane w historiografii są one mniej, że się tak wyrażę, odkrywcze, dlatego nie będę ich tutaj przywoływał.

Przedstawione wyżej osiągnięcia pracy, dotyczące zwłaszcza stanu liczbowego szpitali i ich pensjonariuszy, a także uposażenia skłaniają równocześnie do postawienia Autorowi pewnego zarzutu. Wszystkie te tak liczne ustalenia liczbowe stanowią cenny materiał do różnego rodzaju ujęć kartograficzno-atlasowych, mających już swoją pozycję we współczesnych badaniach historycznych i społeczno-religijnych. Tymczasem Autor zamieścił w pracy (nawiasem mówiąc, nie uwidocznione w spisie) tylko dwie skromne mapki, z których jedna obrazuje sieć szpitali w latach 1672-1696, druga – w latach 1777-1787. Jest to, moim zdaniem, stanowczo za mało, tym bardziej, że praca została wydana w serii Biblioteki historii społeczno-religijnej Instytutu Geografii Histo-

rycznej Kościoła w Polsce, który to Instytut specjalizuje się, że tak powiem, w kartograficznym przetwarzaniu tego rodzaju badań.

Nie ulega wątpliwości, że dążąc w przyszłości do stworzenia syntezy opieki społecznej w Polsce przedrozbiorowej należy kontynuować podobne badania dla pozostałych, w zasadzie nie opracowywanych (z małymi wyjątkami) obszarów Rzeczypospolitej. Na pewno też byłoby z wielką korzyścią, zarówno dla wspomnianej syntezy, jak również w ogóle dla nauki historycznej, uzupełnienie pracy o zagadnienia, które Autor świadomie pominął (zachowując równocześnie szerszy tytuł dla pracy – także świadomie – nie przystający do jej treści). Należy do nich problem opieki społecznej w samym Poznaniu, którego opracowanie wymagało poszerzenia bazy źródłowej o akta miejskie. Kwestia modelu i organizacji opieki społecznej we wspólnotach protestanckich, której domaga się historiografia współczesna traktująca zjawiska społeczne w sposób porównawczy. I wreszcie zagadnienie działalności charytatywnej, jaką rozwijały wszelkiego rodzaju bractwa na czele z bractwem miłosierdzia, założonym w tym celu pod koniec XVI w. przez P. Skargę i ponownie reaktywowanym w nieco zmienionej formie w latach siedemdziesiątych XVIII w. przez prymasa Michała Jerzego Poniatowskiego.

Kończąc trzeba powiedzieć, że praca M. Surdackiego nie tylko wnosi wiele nowych i ważnych (niekiedy po raz pierwszy podjętych) elementów do naszej wiedzy o społeczeństwie tamtych czasów, ale prezentuje także dobry warsztat, który dodatkowo podnosi jej walor.

*Jerzy Flaga*