

Anna Gucwa

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

PORÓWNAWCZA ANALIZA UMIERALNOŚCI W PARAFII ZAGÓRZANY
(POW. GORLIICKI) W LATACH 1880–1914
POCZĄTKI TRANSFORMACJI DEMOGRAFICZNEJ

WSTĘP

Teoria transformacji demograficznej narodziła się na początku XX wieku¹ i zakłada, że w dłuższym okresie efektem unowocześnienia obyczajowości człowieka, nazywanego też modernizacją, są zmiany zachodzące w obrębie zjawisk demograficznych, takich jak wzrost lub spadek przyrostu naturalnego czy zmiany wielkości współczynnika zgonów. Niniejsze badanie zostanie oparte na czterofazowej wersji². W której to pierwsza faza (początkowa) charakteryzuje się względnie niskim, ale przeważnie dodatnim przyrostem naturalnym, na który wpływa bardzo wysoka stopa urodzeń i bardzo wysoka stopa zgonów. Ta faza typowa jest dla krajów zacofanych, najbardziej prymitywnych, w których medycyna stoi na bardzo niskim poziomie, ludzie umierają często z błahych powodów, ponadto szerzą się epidemie różnych chorób zakaźnych. Po tym następują fazy przejściowe (II i III) stanowiące właściwą transformację demograficzną. Na tym etapie ma miejsce destabilizacja prostych mechanizmów regulujących rozwój populacji – czyli współczynnika urodzeń i zgonów. W fazie II współczynnik rodności ma podobną wartość jak w fazie I, natomiast jednocześnie następuje mocny spadek stopy zgonów. Faza III charakteryzuje się znacznym spadkiem współczynnika rodności, przy wolniejszym (w porównaniu do poprzedniej fazy) spadku stopy zgonów. Końcowe, IV stadium (stabilizacyjne) cechuje się równowagą pomiędzy śmiertelnością a rodnością, zaznaczając, że obie te wartości znajdują się na niskim poziomie. Ta faza jest charakterystyczna dla krajów rozwiniętych i tzw. społeczeństw pouniwersyteckich. Jednak zdaniem geografa i autora studiów z dziedziny demografii – Piotra Eberhardta często trudnym zadaniem jest określenie jednoznacznej granicy między poszczególnymi fazami, „a także

¹ K. Zamorski, *Transformacja demograficzna w Galicji na tle przemian ludnościowych innych krajów Europy Środkowej w drugiej połowie XIX i na początku XX w.*, Kraków 1991, s. 8.

² E. Stańczyk, *Rodność i umieralność na ziemiach polskich w kontekście teorii przejścia demograficznego*, „Wiadomości Statystyczne” 2009, nr 9, s. 17–18.

sama liczba faz przejścia demograficznego jest kwestią dyskusyjną. Występują okresy przejściowe, które mogą trwać dłużej lub krócej”³. Niemniej zawsze następują pewne zmiany strukturalne w ruchu naturalnym ludności, które prowadzą do przemian zarówno demograficznych, jak i społecznych⁴.

Z pojęciem transformacji demograficznej wiąże się również zjawisko przejścia epidemiologicznego, które jest stałym procesem konsekwentnie zachodzącym we wszystkich krajach w wyniku rozwoju społeczno-ekonomicznego. Proces ten niesie za sobą głębokie zmiany w obrębie czynników warunkujących zdrowie społeczeństw, a w efekcie przedłużanie przeciętnego trwania życia. Wyróżniamy cztery fazy przejścia: 1) dominacja chorób zakaźnych jako głównej przyczyny chorób i zgonów; 2) nasilenie występowania wypadków i urazów w miarę stopniowej poprawy statusu społeczno-ekonomicznego ludności; 3) nasilenie się zjawiska chorób cywilizacyjnych (m.in. cukrzyca, chorób układu krążenia, nowotworów); 4) pojawienie się nowych zagrożeń zdrowia (nowych chorób), takich jak AIDS, gorączka krwotoczna Ebola i tym podobnych. Zasadniczo, cały proces transformacji epidemiologicznej sprowadza się do zmniejszenia liczby zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi na rzecz chorób degeneracyjnych, związanych z przekształceniami społeczeństw oraz ogólnym rozwojem gospodarki światowej⁵.

Proces transformacji demograficznej na ziemiach polskich⁶ wzbudził zainteresowanie wśród demografów historycznych. Powstało na ten temat wiele prac badających i jednocześnie próbujących wyjaśnić to zjawisko⁷. Kwestią trudną do ustalenia było stwierdzenie, kiedy właściwie nastąpił początek przejścia demograficznego na tym obszarze. Na to pytanie jako pierwszy podjął próbę odpowiedzi Stefan Szulc⁸. W oparciu o dane traktujące o ruchu naturalnym ludności Europy spostrzegł, iż ewolucja demograficzna ludności polskiej była dalece opóźniona w porównaniu do ludów Europy Zachodniej. Biorąc pod uwagę zmniejszenie rodności, na ziemiach polskich ten etap rozpoczął

³ P. Eberhardt, *Fazy rozwoju demograficznego Polski*, „Roczniki Nauk Społecznych”, T. 6: 2014, nr 2, s. 138.

⁴ B. Ogórek, *Niezatarte piętno? Wpływ I wojny światowej na ludność miasta Krakowa*, Kraków, 2018, s. 63–78; tenże, *Transformacja demograficzna ludności Krakowa w latach 1859–2010*, „Małopolska”, T. 15: 2013, s. 105–112.

⁵ B. Ogórek, *Populacja Krakowa w kontekście długofalowych procesów demograficznych na przełomie XIX i XX wieku*, „Przeszł. Demogr. Pol.”, T. 32: 2013, s. 71, 78; M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, *Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska”, T. 19: 2011, nr 1, s. 40–46.

⁶ To określenie użyte w niniejszej rozprawie dotyczy terenów późniejszej II Rzeczypospolitej.

⁷ Wspomniane w dalszej części pracy badania nie obejmowały mniejszości narodowych zamieszkujących ziemie polskie.

⁸ S. Szulc, *Ruch naturalny ludności w Polsce w latach 1895–1935* [w:] *Zagadnienia demograficzne Polski*, red. E. Szturm de Sztrem, Warszawa 1936, s. 37 (Statystyka Polski. Seria C, z. 41).

się minimum 20 lat później (w 1903 roku). Również w kwestii obniżenia się stopy zgonów liczba ta jest podobna, ponieważ mogło to być niewiele mniej niż 20 lat (na ziemiach polskich był to rok 1890). Sam autor badania, tak ocenił sytuację terenów II Rzeczypospolitej: „Wysokim [w]spółczynnikom urodzeń zawsze odpowiadają wysokie [w]spółczynniki zgonów. Jeśli uwzględnić tę okoliczność, obraz Polski nie będzie zły: [w]spółczynniki zgonów w Polsce należą do wysokich w porównaniu z innymi państwami, lecz bynajmniej nie do najwyższych. W okresie początkowym, przed spadkiem [w]spółczynników zgonów, co najmniej 6 państw miało umieralność wyższą niż Polska”⁹.

Z podobną tezą odnośnie do początku przejścia demograficznego możemy się spotkać w pracach Ładogórskiego, który wnikliwie zbadał ruch naturalny na terenie Śląska, Wielkopolski i Pomorza. Jego zdaniem, we wszystkich trzech regionach spadek umieralności nastąpił około roku 1886, natomiast zmniejszenie rodności miało swoje miejsce w latach 1898–1904¹⁰. Jak widać, lata te w większym stopniu są przybliżone do tych przedstawionych przez Szulca. Warto wspomnieć również o pracy Krzysztofa Zamorskiego¹¹, który przeprowadził dogłębną analizę struktury i ruchu naturalnego ludności Galicji w drugiej połowie XIX wieku i w początkach XX wieku. Zamorski swoje badania oparł na materiałach demograficznych austriackich spisów powszechnych oraz bieżących statystyk ludnościowych w austriackich i galicyjskich wydawnictwach statystycznych. Na podstawie tych źródeł określił datę nagłego spadku umieralności (II fazę przejścia) na rok 1880, natomiast III fazę (polegającą na obniżeniu się rodności) umiejscowił w pierwszej dekadzie XX wieku. Należy podkreślić, iż te dane odnoszą się wyłącznie do terenów Galicji. W temacie ziem polskich objętych granicami późniejszej II Rzeczypospolitej, Zamorski określił moment wejścia w proces transformacji na lata 1895–1900¹². Jako kolejna podjęła próbę zbadania okresów występowania poszczególnych faz transformacji demograficznej na ziemiach polskich Elżbieta Stańczyk¹³. Jej zdaniem, właściwe przejście demograficzne, zaczynające się od fazy II miało miejsce w 1885 roku, natomiast kilka lat później, bo około 1903 roku, nastąpiła III faza. Autorka podkreśliła, iż są to daty orientacyjne, jednakże zauważalne jest podobieństwo do tez Szulca, Ładogórskiego czy Zamorskiego. Podkreślił to również Bartosz Ogórek¹⁴,

⁹ Tamże, s. 39.

¹⁰ T. Ładogórski, *Periodyzacja rozwoju demograficznego ludności polskich ziem zachodnich i północnych w latach 1816–1914*, „Przeszł. Demogr. Pol.”, T. 5: 1972, s. 114–115.

¹¹ K. Zamorski, dz. cyt., s. 21–23.

¹² Tenże, *Początki przejścia demograficznego w Polsce*, „Studia Demograficzne”, 1993, 2 (112), s. 17.

¹³ E. Stańczyk, dz. cyt., s. 16–32.

¹⁴ B. Ogórek, *Transformacja demograficzna ludności...*, s. 105–127; tenże, *Populacja Krakowa w kontekście...*, s. 25–87.

biorąc pod uwagę różnice w poglądach wspomnianych badaczy przyjął, że: „wśród ludności Galicji, początki spadku umieralności przypadają na dekadę 1870–1880, zaś redukcja rodności rozpoczęła się między rokiem 1900 a 1910”. Autor zauważył, że w przypadku ziem polskich, „mamy do czynienia z dwoma schematami transformacji demograficznej – zachodnio-południowym i centralno-wschodnim”.

Wymienione wyżej badania koncentrują się na różnicach między zaborami (wyjątkiem jest praca Ogórka), bądź na całości ziem polskich, przez co rozumie się tereny późniejszej II Rzeczypospolitej. Dlatego też warto wspomnieć o pracach w skali lokalnej. Mam między innymi na myśli dzieło Stanisława Borowskiego¹⁵, w którym dogłębnie został zbadany mikroregion Czacz w kontekście zjawisk i przemian demograficznych. Borowski przedstawił jak przebiegały wieloletnie trendy małżeństw, urodzeń i zgonów w tej lokalności i jakie czynniki nimi kierowały. Autor szczególnie zwrócił uwagę na wpływ środowiska geograficznego i społeczno-ekonomicznego. Ponadto, została poruszona kwestia migracji ludności tego mikroregionu oraz zaprezentowano prognozy rozwoju demograficznego w Czaczu. Kolejną pracą, skupiającą się na głębokiej analizie jednego, mniejszego regionu jest badanie Edmunda Piaseckiego na temat parafii bejskiej¹⁶. W tym badaniu szczególnie szeroko została przedstawiona problematyka płodności i umieralności, które do tamtej pory nie były przedmiotem analizy w takim zakresie. Opracowane również zostały zmiany w zaludnieniu parafii, strukturach wieku, migracje ludności oraz sezonowość urodzeń, małżeństw i zgonów. Należy podkreślić, iż całość badań powstała w oparciu o metryki parafialne tej miejscowości.

Biorąc pod uwagę wspomniane badania i dominację tych skupiających się na analizowaniu całych ziem polskich pojawia się główne pytanie badawcze – czy podobne trendy możemy zaobserwować w skali lokalnej? Czy spadek umieralności wyznaczający początek przejścia demograficznego w wybranych lokalnościach był zbieżny z tendencją w danym zaborze? Celem weryfikacji hipotezy wykorzystane zostaną dane z metryk parafialnych wsi Zagórzany oraz wspomniane już wcześniej prace regionalne Borowskiego i Piaseckiego. W związku z procesem transformacji epidemiologicznej nasuwa się jeszcze jedno pytanie – czy oprócz zmian natężenia zgonów możemy zaobserwować zmianę jakościową, czyli ewolucję przyczyn zgonów? Ta analiza zostanie przeprowadzona wyłącznie na podstawie przyczyn zgonów zapisanych w metrykach parafialnych Zagórzan.

¹⁵ S. Borowski, *Procesy demograficzne w mikroregionie Czacz w latach 1598–1975*, „Przeszł. Demogr. Pol.”, T. 9: 1976, s. 95–191.

¹⁶ E. Piasecki, *Ludność parafii bejskiej (woj. kieleckie) w świetle ksiąg metrykalnych z XVIII–XX w. Studium demograficzne*, Warszawa–Wrocław, 1990.

PARAFIA ZAGÓRZANY

Parafia Zagórzany jest położona w północnej części powiatu gorlickiego i graniczy z Gorlicami od północnego zachodu. Początek jej sięga XIII wieku, kiedy to Zagórzany stanowiły własność Opactwa Benedyktynów w Tyńcu. Po kasacji dóbr klasztornych przez Austriaków (dekret z 1782 r.) wieś ta stała się własnością rodziny Wielopolskich, a następnie Skrzyńskich¹⁷, po których został ślad do dnia dzisiejszego w postaci ruin zamku oraz monumentalnego mauzoleum. Parafia ta nie obejmowała swoim zasięgiem innych wiosek poza Zagórzanami. W Zagórzanach w 1891 roku liczba katolików wynosiła 1406, natomiast żydów 70¹⁸. W badanym okresie miejscowość ta, według artykułu Ireny Homoli¹⁹, utrzymywała się głównie z gospodarki hodowlanej oraz zbożowej. W hodowli przeważało bydło rogate, sprzedawane handlarzom i pędzone na rzeź do Krakowa, a nawet do Wiednia. Na drugim miejscu była hodowla drobiu. Jednakże w Zagórzanach dominowały gospodarstwa karłowate i małorolne, które na ogół zajmowały się gospodarką zbożową. Ze zbóż uprawiano głównie pszenicę, żyto, owies a także jęczmień. Ponadto siał się również grykę, groch, bób, sadziło kapustę, ziemniaki i karpiele. Uprawiano też w dużych ilościach len i konopie, przez co wśród rzemiosł w rejonie gorlickim przeważało tkactwo, a z nasion tych roślin robiono olej, na który był duży popyt ze względu na rygorystyczne przestrzeganie postów kościelnych.

Duże ilości jęczmienia i innych zbóż zużywano do wyrobu piwa i wódki w okolicznych gorzelniach. Według Andrzeja Ćmiecha²⁰, w II połowie XIX wieku, rolnictwo w powiecie gorlickim było zacofane. Jego rozwój nastąpił dopiero na początku XX wieku, kiedy to zaczęto używać młocarni benzynowych i naftowych, a także wprowadzono takie maszyny jak żniwiarki i siewniki. Innym zajęciem ludności powiatu gorlickiego, w tym mieszkańców Zagórzan oprócz rolnictwa, była praca w rozwiniętym na tamtych terenach w II połowie XIX wieku górnictwie naftowym²¹. Robotnicy rekrutowali się z uboższych włościan, komorników, którzy nie mogąc żyć z roli, pomagali sobie zarabkowaniem przy wydobywaniu ropy. Niektórzy dorabiali sobie poprzez przewożenie ropy w beczkach na wozach do oddalonych miejscowości, czy też wyrób smarów z odpadów destylarni.

¹⁷ SGKP, T. 14, red. B. Chlebowski, 1895, s. 263–264.

¹⁸ „Schematismus Universi Venerabilis Cleri Saecularis et Regularis Dioeceseos Ritus Latini Premisliensis”, 1891, s. 67.

¹⁹ I. Homola, *Gorlice i region gorlicki w latach 1772–1914* [w:] *Nad rzeką Ropą*, [Cz. 3] *Szkice historyczne*, red. Z. Żarnecka, Kraków 1968, s. 501–516.

²⁰ A. Ćmiech, *Ziemia Gorlicka i jej dzieje*, Gorlice 2017, s. 147–150.

²¹ I. Homola, dz. cyt.

Należy również wspomnieć o świadomości higieny ówczesnej ludności, która znajdowała się na bardzo niskim poziomie. Piotr Franaszek podaje²², że w galicyjskiej wsi woda była czerpana ze strumieni, rzek i źródeł oraz z drewnianych studni (według Elżbiety Dolaty²³ często przypominających dołek, z którego każdy czerpał wodę konewką). Zdaniem autora, woda z wymienionych źródeł nierzadko była mocno zanieczyszczona: „często do naturalnych zasobów odprowadzano ścieki z dołów kloacalnych i ze stajni, zaś studnie kopano przy gnojowiskach, z których przenikała gnojówka”²⁴. Ponadto mieszkańcy wsi nie przestrzegali podstawowych zasad higieny, albowiem pobierali wodę z miejsc służących do pojenia bydła lub prania używając przy tym brudnych naczyń, przeznaczonych do prac typowo gospodarczych, a nie spożywczych.

Znacznie szerszy obraz ówczesnej higieny mamy na temat miast²⁵ i wiele prac szeroko omawia warunki życia mieszczan. Na przykład Łukasz Połomski podkreślił problem słabej promocji edukacji zdrowotnej „przez najbardziej wpływowe środowiska, czyli duchowieństwo wszystkich religii”²⁶. Zdaniem badacza, główną przyczyną niedbałości w zakresie higieny był brak profilaktyki. W XIX wieku i na początku XX leczono skutki choroby natomiast nie szukano przyczyn. Stan ulic miast pozostawiał wiele do życzenia, rynsztokiem płynęły nieczystości, które potem wywoływały epidemie, na przykład duru brzuszego w 1895 roku w Nowym Sączu²⁷. Z książki Połomskiego wynika, że „w okolicach Rynku chłopci załatwiali swoje sprawy fizjologiczne, toteż często skarżono się na cuchnącą woń z zakamarków fary”²⁸. Trudno się dziwić, że w następstwie wybuchały epidemie.

Temat higieny oraz stanu sanitarnego w XIX wieku poruszony został w pracy Aleksandra Łupienko²⁹. Badacz zauważył korelację pomiędzy wilgocią panującą w pomieszczeniach a rozprzestrzenianiem się chorób. Na przełomie XIX i XX wieku odkryto mikroskopijne formy grzybów rozwijające się

²² P. Franaszek, *Dieta chłopów galicyjskich na przełomie XIX i XX wieku*, „RDŚG”, T. 76: 2016, s. 300.

²³ E. Dolata, *Troski i radości chłopskiej rodziny galicyjskiej na przełomie XIX i XX wieku w świetle źródeł pamiętnikarskich*, „Wychowanie w Rodzinie”, T. 14: 2016, s. 287.

²⁴ P. Franaszek, dz. cyt., s. 300.

²⁵ Opisując warunki sanitarne występujące w XIX-wiecznej wsi, należy nadmienić, iż powstało niewiele prac poruszających ten temat. Badacze skupili się na warunkach panujących w miastach z prostego powodu – większej ilości źródeł pisanych.

²⁶ Ł. Połomski, *Między zacofaniem a nowoczesnością. Społeczeństwo Nowego Sącza w latach 1867–1939*, Kraków, 2017, s. 458.

²⁷ Tamże, s. 460.

²⁸ Ł. Połomski, dz. cyt., s. 461.

²⁹ A. Łupienko, *Przełom higieniczny w projektowaniu mieszkań w Warszawie w 2 poł. XIX wieku [w:] Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz, 2016, s. 92.

w wilgotnym środowisku, które powodowały śmiertelne choroby. Niestety ludzie nie zwracali uwagi na problem wilgotności pomieszczeń, jak pisze Łupienko: „duże mieszkania również potrafiły być z różnych powodów wilgotne, ale jak zauważano – wybierano je z powodu dobrej lokalizacji domu, nie licząc się ze zdrowotnością”³⁰.

Problem chorób zakaźnych omówiła Anna Marek twierdząc, że stanowiły one duży problem w XIX wieku, i nie tylko ze względu na ich powszechne występowanie, słabe diagnozowanie czy leczenie: „problemem była również armia ozdrowieńców, którzy nie mogli przebywać w przepełnionych szpitalach, ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia inną chorobą zakaźną oraz brak świeżego powietrza. Powrót do domu także nie gwarantował odpowiednich warunków. Rekonwalescenci powracali do wilgotnych, ciemnych pomieszczeń, niedojadali bądź spożywali niewłaściwe pokarmy a nawet zmuszeni byli do podjęcia pracy zawodowej”³¹. Należy również wspomnieć, iż nie tylko brak podstawowej wiedzy medycznej i higieny osobistej stanowił duży problem w XIX wieku. Robert Fogel³² zauważył również inne czynniki wpływające na dużą śmiertelność ludzi w tym okresie, między innymi był to niedobór witamin, na przykład takich jak niacyna, tiamina czy witamina D. Fogel podkreślił również, że bardzo śmiertelny dla człowieka był chroniczny niedobór żywności. Badacz zwrócił uwagę nie tylko na sam fakt małej ilości pożywienia w XVIII i XIX wieku, ale też na jego złą jakość. Udział kalorii zdobytych ze spożywania produktów pochodzenia zwierzęcego w Europie był o połowę mniejszy niż obecnie. Organizmy niedożywione, zaopatrzone w niedostateczną ilość składników mineralnych i witamin nie potrafiły „bronić się” przez wirusami i bakteriami, co w efekcie prowadziło do poważnych chorób, a nawet śmierci.

ŹRÓDŁA I METODY

Głównym źródłem badań jest księga *Liber Mortuorum* z lat 1876–1915, która znajduje się w Archiwum Kancelarii parafii Zagórzany³³. Należy zwrócić uwagę, że to właśnie w zaborze austriackim najwcześniej zostały wprowadzone przepisy prawne w zakresie rejestracji metrykalnej. W wyniku reformy józefińskiej, 15 marca 1782 roku proboszczowie stali się równocześnie urzędnikami stanu cywilnego. Dwa lata później, w wyniku kolejnego patentu cesarskiego Józefa II ustalono formularz metryk oraz narzucono obowiązek prowadzenia trzech osobnych ksiąg (ślubów, urodzeń i zgonów) w języku łacińskim. Wpisy do metryk

³⁰ Tamże, s. 92–93.

³¹ A. Marek, *Zagadnienia higieny publicznej na łamach krakowskiego czasopisma „Przewodnik Higieniczny” 1889–1895* [w:] *Czystość i brud...*, s. 164–165.

³² R.W. Fogel, *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100 Europe, America, and the Third World*, Nowy Jork, 2004, s. 3–7.

³³ Archiwum Kancelarii parafii Zagórzany, *Liber Mortuorum* z lat 1876–1915.

miały być uzupełniane przez duchownego, który udzielił sakramentu. Wszelkie pomyłki mogły zostać skorygowane dopiero po otrzymaniu pisemnej zgody władz gubernialnych. Za różnego rodzaju fałszerstwa czy inne uchybienia odpowiedzialność ponosili proboszczowie³⁴. Zakres badanych lat to 1880–1914, czyli okres, w którym już od ponad 100 lat funkcjonowały wspomniane wyżej regulacje prawne. Sama księga *Liber Mortuorum* w całości posiadała wydrukowane, gotowe formularze, na które składały się kolejne rubryki:

1. Numer pozycji w księdze,
2. Dzień, miesiąc śmierci oraz pogrzebu,
3. Numer domu zmarłego,
4. Imię, nazwisko i status społeczny (zawód) zmarłego – również imiona dzieci, imiona i nazwiska rodziców (nawet zmarłych),
5. Religia (katolicka/lub inne),
6. Płeć,
7. Dni życia (wiek zmarłego),
8. Choroba/przyczyna zgonu,
9. Adnotacje (kto udzielił spowiedzi i namaszczenia oraz numer i data rozpoznania/obdukcji medycznej)³⁵.

Jak widać powyżej, formularz metryki był szczegółowy, jednakże nie wszystkie informacje były tak skrupulatnie uzupełniane, często pomijano datę obdukcji medycznej, w efekcie czego w rubryce „Adnotatio” widniało tylko imię i nazwisko księdza udzielającego sakramentów spowiedzi i ostatniego namaszczenia.

W tym czasie następowały zmiany wśród księży służących w tej parafii. Począwszy od 1880 roku księgę zgonów uzupełniał ks. Walenty Pelinczak. Jego wpisy charakteryzowały się polskimi wtrąceniami oraz ciężko czytelnym pismem, ponadto przyczyny zgonów były mało zróżnicowane, co może sugerować wąską wiedzę medyczną księdza. W okresie od lutego 1882 roku, do kwietnia tego samego roku wpisy do księgi były wprowadzane przez ks. Józefa Wojnara, ich charakterystykę można porównać do tych wcześniejszych. Następnie pojawiły się metryki asygnowane przez ks. Mikołaja Tarczyńskiego, które cechowały się pięknym pismem, były czytelne i starannie uzupełniane. Ksiądz Tarczyński, podobnie jak jego poprzednicy nie opisywał zbyt szczegółowo przyczyn zgonów ani też nie pojawiało się wśród nich wiele „nowych” chorób. Dopiero od czerwca 1909 roku, kiedy to posługę przejął ks. Jan Liszkiewicz można zauważyć bardziej sprecyzowane przyczyny, niekiedy nawet obficie opisane. Jedynym utrudnieniem dla badacza w tym przypadku było nieczytelne pismo duchownego.

³⁴ B. Kumor, *Przepisy państwowe i kościelne dotyczące metryk kościelnych w zaborze austriackim*, „Przesł. Demogr. Pol.”, 1975, nr 7, s. 93–103; P. Rachwał, *Księgi metrykalne z czasów zaboru austriackiego w archiwach parafialnych w Lubelskiem – regulacje prawne, stan zachowania*, „Rocznik Lubelskiego Towarzystwa Genealogicznego”, T. 6: 2014, s. 306–312.

³⁵ *Liber Mortuorum...*

Kolejnym źródłem, dzięki któremu możliwe było uzyskanie liczby mieszkańców Zagórzan w poszczególnych latach, co było niezbędne do obliczenia współczynników zgonów, były „Schematyzmy Diecezji Przemyskiej”³⁶ – roczniki urzędowe duchowieństwa pisane w języku łacińskim (od 1938 roku również w języku polskim). Księgi te zawierają na początku chronologiczny wykaz biskupów od początku istnienia diecezji, następnie znajduje się opis personalny konsystorza i stanowisk urzędowych obsadzonych przez kapłanów przy siedzibie biskupa diecezjalnego. Największą część rocznika zajmują wykazy dekanatów wraz z parafiami. Każda parafia posiada swój opis, w którym można odnaleźć informacje takie jak: nazwisko, imię a czasem bardziej szczegółowe dane na temat proboszcza oraz wikarych, statystyki ludności parafii (z uwzględnieniem również grekokatolików i żydów) oraz ogólne zarysy historii danego probostwa. Na końcu rocznika znajdują się różne dodatkowe informacje, takie jak spisy imienne zakonników i zakonnic w klasztorach czy też spisy zmarłych duchownych. Schematyzm kończy się indeksem parafii i osób duchownych. Niestety, jakość danych demograficznych zawartych w schematyzmach może zostać poddana w wątpliwość, ponieważ nie są one oficjalnymi statystykami ludnościowymi oraz czasami zawierają różnego rodzaju defekty, np. luki w danych czy też powtórzenia wartości w kolejnych latach³⁷. Dlatego też, zdecydowano się na porównanie ich z danymi z urzędowych spisów powszechnych, wydawanych przez c.k. centralną komisję statystyczną³⁸.

Tabela 1. Liczba ludności Zagórzan na podstawie danych z urzędowych spisów powszechnych

Rok	1880	1890	1900	1910
Rzymscy katolicy	1470	1733	1924	–
Ludność wszystkich wyznań	1498	1769	1958	1897

Źródło: badanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisie 38

³⁶ „Schematismus Universi Venerabilis...”, 1885–1886, 1891, 1893, 1894–1912, s. 61.

³⁷ S. Rejman, *Zgony i ich uwarunkowania w parafii farnej w Rzeszowie w latach 1876–1913 w kontekście pierwszego przejścia demograficznego*, „Przeszł. Demogr. Pol.”, T. 40: 2018, s. 250.

³⁸ *Special-Orts-Repertorium von Galizien / Wykaz szczegółowy miejsc w Galicji*, Bd. 12, Galizien, Wien 1886, s. 123–124; *Special-Orts-Repertorium von Galizien / Wykaz szczegółowy miejscowości w Galicji*, Bd. 12, Galizien, Wien 1893, s. 160–161; *Gemeindelexikon der im Reichsrath vertretenen Königreiche und Länder*, Bd. 12, Galizien, Wien 1907, s. 184; J. Bigo, *Najnowszy skorowidz wszystkich miejscowości z przysiółkami w Królestwie Galicji, Wielkiem Księstwie Krakowskiem i Księstwie Bukowińskiem z uwzględnieniem wszystkich dotąd zaszłych zmian terytoryalnych kraju*, Lwów 1914, s. 214.

Tabela 2. Średnia liczba ludności w miejscowości Zagórzany na podstawie danych z Schematyzmów

Liczba	Średnia liczba ludności wg danych z Schematyzmów
1880-1889	1406
1890-1899	1706
1900-1909	1870
1910-1919	1883

Źródło: badanie własne na podstawie „Schematismus Universi Venerabilis Cleri Saecularis et Regularis Dioeceseos Ritus Latini Premisliensis”, 1885–1886, 1891, 1893, 1894–1912, s. 61

Tabela 3. Procentowy przyrost liczby ludności w miejscowości Zagórzany

Lata	Procentowy przyrost liczby ludności	
	wg danych ze spisów powszechnych	wg danych z Schematyzmów
1880–1890	15,3%	17,6%
1890–1900	9,7%	8,8%
1900–1910	-3,2%	0,7%

Źródło: badanie własne na podstawie źródeł wymienionych w przypisach 36 i 38

Analizując dane z pierwszych dwóch tabel, można zauważyć drobne rozbieżności liczb pomiędzy tymi zawartymi w schematyzmach a tymi przedstawionymi w spisach powszechnych. Rozbieżności te mogą być podyktowane ewentualnymi różnicami między zasięgiem miejscowości i parafii, a także wspomnianymi powyżej mankamentami schematyzmów. Zważywszy na niewielki rozmiar różnic między oboma źródłami oraz na fakt, iż celem badania jest nie tyle precyzyjne ustalenie wymiaru współczynników umieralności dla poszczególnych lat, a raczej prześledzenie ich zmian w czasie, wykorzystanie danych z schematyzmów wydaje się w pełni uzasadnione. Przekonanie to potwierdza również analiza zawartych w tabeli 3 procentowych przyrostów liczby ludności w kolejnych dziesięcioleciach uzyskanych na podstawie dwóch omawianych kategorii źródeł.

Jak już zostało wcześniej wspomniane, badanie oparte jest na cztero-fazowym modelu transformacji demograficznej. Głównym zadaniem jest

zbadań, kiedy właściwie nastąpił moment wejścia parafii Zagórzany w proces przejścia demograficznego. W tym celu stosowane są proste współczynniki umieralności, obliczone na podstawie danych uzyskanych ze wspomnianej już powyżej książki *Liber Mortuorum* z lat 1876–1915 oraz Schematyzmów Diecezji Przemyskiej. Ze względu na brak danych dla kilku lat, liczby ludności zostały uśrednione w pięcioletnich okresach. Ponadto, artykuł ten został poszerzony o analizę przyczyn zgonów w parafii Zagórzany i odszukanie korelacji pomiędzy częstotliwością występowania poszczególnych grup przyczyn a ogólną liczbą zgonów w tym probostwie. Poniżej znajduje się klasyfikacja chorób, według której zostały pogrupowane poszczególne przyczyny. Posłużyła do tego Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10³⁹, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia. Na potrzeby tego artykułu wybrane zostały jedynie grupy, do których zaliczały się przyczyny w metrykach parafii Zagórzany.

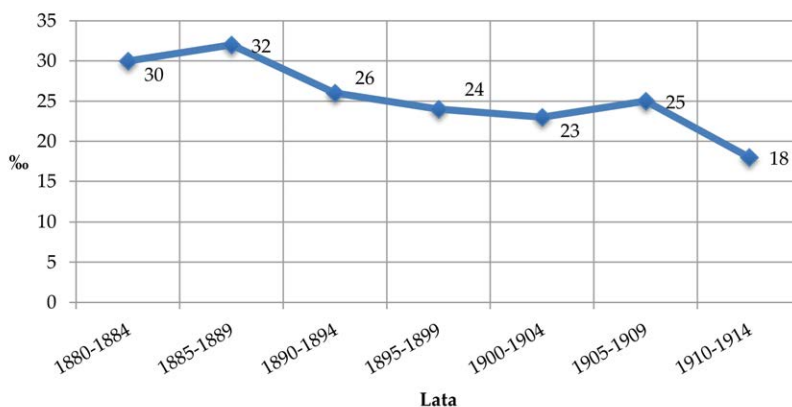
- A – Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze,
- C – Nowotwory,
- D – Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych,
- F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- G – Choroby układu nerwowego,
- I – Choroby układu krążenia,
- J – Choroby układu oddechowego,
- K – Choroby układu pokarmowego,
- M – Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej,
- N – Choroby układu moczowo-płciowego,
- O – Ciąża, poród i okres połogu,
- Q – Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe,
- R – Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej,
- S – Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych,
- V – Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu.

Niektóre oznaczenia zostały zmodyfikowane w celu uproszczenia, a w efekcie jednoznacznego odczytu danych. Oznaczenie chorób zakaźnych i pasożytniczych do symbolu A, podczas gdy w ICD można używać litery A lub B, biorąc pod uwagę już bardziej szczegółowe objawy. Podobna sytuacja ma miejsce przy urazach, zatruciach i innych określonych skutkach działania czynników zewnętrznych (symbole S lub T) oraz przy ostatniej grupie, czyli zewnętrznych przyczynach zachorowań i zgonów, które mogą być oznaczane takimi literami, jak: V, W, X, Y.

³⁹ WHO: *International Classification of Diseases, Version 2016*, online: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> (dostęp: 8.07.2018).

WYNIKI

Wykres 1. Współczynnik zgonów parafii Zagórzany w latach 1880–1914



Źródło: badanie własne na podstawie Liber Mortuorum z lat 1876–1915 parafii Zagórzany

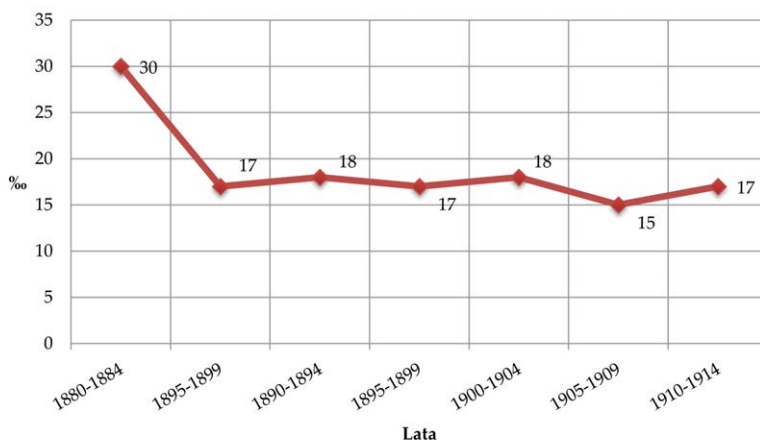
Stopa zgonów w parafii Zagórzany miała charakter rosnący do roku 1889, od tego momentu miał miejsce stopniowy spadek aż do 1904 roku. Warto dodać, że w pierwszym badanym przeze mnie dziesięcioleciu współczynnik zgonów wynosił w powiecie gorlickim 26‰, przy czym w całej Galicji wynosił on 33‰, co jest bardzo zbliżone do wartości występującej w parafii Zagórzany⁴⁰. W latach 1905–1909 obserwujemy delikatny wzrost wartości współczynnika, jednakże jest to różnica rzędu 2 punktów promilowych, która mogła być spowodowana losowymi zdarzeniami, takimi jak klęska nieurodzaju czy epidemia choroby zakaźnej. To nieznaczne zwiększenie stopy zgonów w tym czasie ma swoją przyczynę w niespodziewanie wysokiej liczbie zgonów w roku 1908, która wynosiła 65. Dla porównania, w 1904 roku było ich o prawie połowie mniej, bo 33. Po weryfikacji najczęstszych przyczyn zgonów można jasno stwierdzić, że rok 1908 charakteryzował się dużą liczbą zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi, głównie szkarlatyną i błonicą.

Analizując wykres dalej, poczynawszy od roku 1909 obserwujemy znaczny spadek wartości stopy zgonów, być może spowodowany poszerzeniem w pewnym stopniu wiedzy medycznej mieszkańców Zagórzan lub samego proboszcza, który uzupełniał te metryki. Przypuszczenia ponownie zostają oparte na obserwacji źródeł zgonów, ponieważ na przełomie lat 1908/1909 przyczyny były o wiele bardziej sprecyzowane. Zaczęły

⁴⁰ „Rocznik Statystyki Galicyi”, R. 5: 1894–1897, s. 26–27.

pojawiać się nazwy chorób takich jak: rak szpiku kostnego, rak przełyku, zapalenie opłucnej czy zapalenie otrzewnej. Powyższa analiza przynosi następujące wnioski: w latach 1880–1914 w parafii Zagórzany prawdopodobnie miał miejsce początek zjawiska transformacji demograficznej. Wyraźnie widać stadium przedtransytoryjne, charakteryzujące się wysoką stopą zgonów. Mniej więcej od 1889 roku mógł nastąpić początek fazy II, w której wystąpił nagły spadek współczynnika zgonów, utrzymujący się na podobnym poziomie aż do roku 1909. W ostatnim badanym przedziale czasowym miało miejsce kolejne zmniejszenie wartości stopy zgonów o 28% w stosunku do 1909 roku. Sugeruje to, że nawet pod koniec badanego okresu prawdopodobnie wciąż występowało stadium transytoryjne (II i III faza).

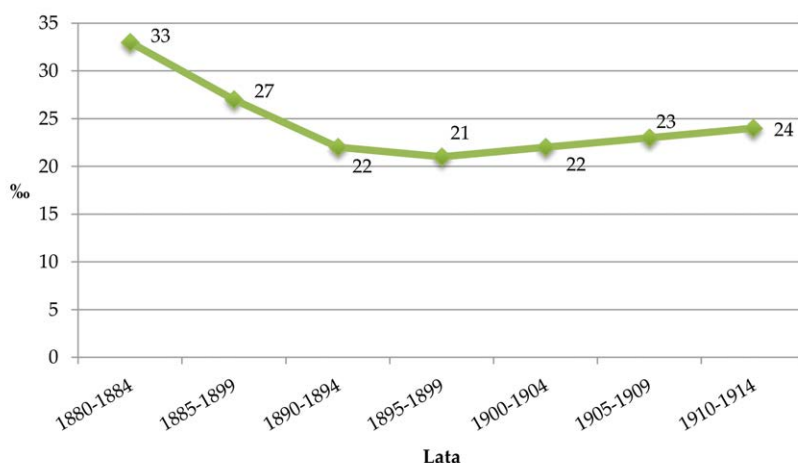
Wykres 2. Współczynnik zgonów w mikroregionie Czacz w latach 1880–1914



Źródło: S. Borowski, *Procesy demograficzne w mikroregionie Czacz w latach 1598–1975*, „Przeszł. Demogr. Pol.”, T. 9: 1976, s. 100–114

W pierwszym badanym okresie stopa zgonów wynosiła 30‰. Można snuć domysły, że poprzednie lata również cechowały się wysoką wartością tego wskaźnika. Sugerowałoby to pierwsze stadium transformacji demograficznej. Do roku 1899 miał miejsce spadek wartości współczynnika zgonów o 43%, wskazujący na drugi etap tego zjawiska. Następnie w pozostałych badanych latach wskaźnik ten utrzymywał się na podobnym poziomie, co sugeruje pewną stabilizację i jednocześnie trwanie trzeciej fazy. Między rokiem 1905 a 1909 zauważamy ponowny spadek, ale jest on subtelny i wynosi jedynie 16%, więc może jeszcze zaliczać się do przedostatniego etapu przejścia demograficznego.

Wykres 3. Współczynnik zgonów w parafii Bejsce w latach 1880–1914



Źródło: E. Piasecki, *Ludność parafii bejskiej (woj. kieleckie) w świetle ksiąg metrykalnych z XVIII–XX w.*, Warszawa 1990, s. 89

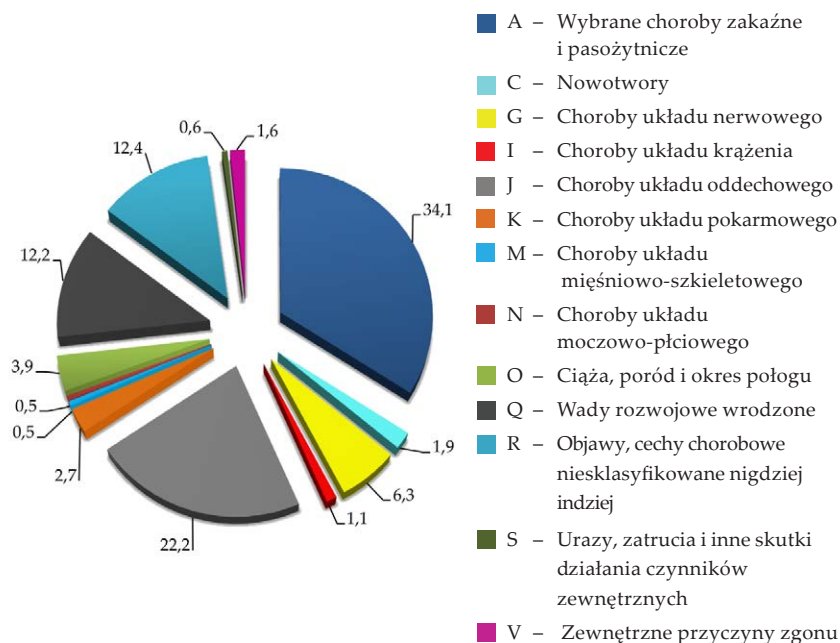
Podobnie jak w poprzednio badanej parafii, począwszy od 1880 roku, ma miejsce spadek wartości współczynnika zgonów. Tutaj również można jedynie snuć domysły, że do tego momentu stopa zgonów utrzymywała się cały czas na wysokim poziomie, czyli mogła mieć miejsce faza I przejścia demograficznego. Między 1880 a 1899 rokiem wielkość stopy zgonów spadła o 36%, co sugeruje pojawienie się drugiej fazy transformacji. Okres lat 1895–1899 charakteryzuje się najniższą wartością współczynnika i od tego momentu następuje jego stopniowy wzrost. Być może nastąpiła stabilizacja tej niskiej wartości stopy zgonów i w dalszych okresach utrzymywała się na poziomie 23–24‰.

Na wykresie 4. można łatwo zauważyć, że najliczniejszą grupę (34,1%) stanowią choroby zakaźne i pasożytnicze (A). Wynik ten nie jest zadziwiający, ponieważ jak powszechnie wiadomo, na przełomie XIX i XX wieku społeczeństwo, zwłaszcza warstwa chłopska, często nie miało nawet podstawowej wiedzy medycznej. Jako przykład może posłużyć historia przytoczona przez Jana Wnęka⁴¹, który w jednej z ludowych gazet odnalazł zdarzenie w okolic Lublina, kiedy to siedmioletnia dziewczynka została dotkliwie pogryziona przez wściekłego psa, a jej ojciec nie udał się z dzieckiem do lekarza lecz do znachorki, żeby „zażegnała wściekliznę”. Taka postawa ojca mogła być również spowodowana niechęcią chłopów do lekarzy – ludność wiejska nie wykazywała cierpliwości w leczeniu, w efekcie, gdy zalecone lekarstwa nie

⁴¹ J. Wnęk, *Problemy higieny i opieki zdrowotnej na wsi na łamach polskiej prasy ludowej z przełomu XIX i XX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, T. 78: 2015, s. 8–15.

wskazywały na poprawę zdrowia, chłopci wnioskowali z tego, że „doktor na właściwe lekarstwo nie trafił – z nieświadomości albo przez złe wyrachowanie, żeby wziąć więcej pieniędzy za leczenie”⁴².

Wykres 4. Struktura procentowa przyczyn zgonów w parafii Zagórzany występujących w latach 1880–1914



Źródło: badanie własne na podstawie Liber Mortuorum z lat 1876–1915 parafii Zagórzany

Dużą przeszkodą, pomijając już niechętny stosunek do lekarzy, było z pewnością dotarcie doktora na czas, gdyż zazwyczaj byli oni wożeni wożami zaprzęgniętymi do koni, a pomiędzy centrum Gorlic a centrum Zagórzany jest odległość około 10 kilometrów, więc można sobie wyobrazić, ile trzeba było nieraz czekać na pomoc. Ponadto w 1889 roku w powiecie gorlickim, na jednego doktora medycyny przypadało 9239 osób, czyli potencjalnych pacjentów⁴³. Oczywiście jest, że jedna osoba nie była w stanie pomóc na czas wszystkim potrzebującym. Do „popularności” chorób zakaźnych i pasożytniczych z pewnością przyczynił się niski poziom higieny osobistej mieszkańców Zagórzany. Zapewne korzystali oni z płynącego wzdłuż wsi potoku Moszczanki. Poziom sanitarny budynków mieszkalnych również nie był

⁴² J. Wnęk, dz. cyt., s. 10.

⁴³ „Rocznik Statystyki Galicyi”, 1889–1891, s. 23.

z pewnością zbyt wysoki, biorąc pod uwagę, że bardzo często dzielono izby mieszkalne ze zwierzętami domowymi, na przykład krowami⁴⁴. Istotną rolę odgrywa tutaj również wiara. Mieszkańcy wsi wierzyli, że choroba i śmierć to rezultat woli Boskiej czy też braku religijności⁴⁵ – w efekcie nie walczono z tym, ponieważ „tak chciał Bóg”.

Pośród chorób zakaźnych, najczęściej występowały suchoty, szkarlatyna i ospa prawdziwa. Wśród dzieci do 2. roku życia dominował krztusiec i błonica. Wracając do wykresu, na drugim miejscu pod względem liczby występowania były choroby układu oddechowego (J), wśród których zdecydowanie dominowała angina, astma oraz zapalenie płuc. Podobnym udziałem, oscylującym wokół 12%, charakteryzują się dwie grupy: cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (R) oraz wady rozwojowe wrodzone (Q). Pierwsza występuje w stosunkowo dużej ilości z prostej przyczyny – do tej grupy zaliczyłam uwięź starczy, co było najczęstszą przyczyną śmierci osób starszych. W tej klasie znalazła się również puchlina wodna, na którą umierały głównie osoby będące w okresie przekwitania. Druga grupa (Q) składa się wyłącznie z jednej przyczyny – osłabienia wrodzonego, które było najczęściej podawaną przyczyną wśród zgonów noworodków i niemowląt do 1. roku życia. Na kolejnym miejscu, pod względem wielkości udziału w strukturze grup chorobowych są choroby układu nerwowego (G), które w pierwszych 10–15 latach okresu przeze mnie badanego pojawiały się bardzo rzadko ze względu ich nierozpoznawalność. Najczęściej występowała padaczka i udar mózgu, a także zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Kolejną grupą, stanowiącą 3,9% całości, jest ciąża, poród i okres połogu (O). Zaliczyłam do niej poronienia, martwe urodzenia oraz śmierć matki po porodzie. Dzieci, które urodziły się żywe, ale nie przeżyły czasem nawet dwóch dni, zaliczane były do wcześniej wspomnianego już osłabienia wrodzonego.

Choroby układu pokarmowego miały w całości grup chorobowych udział wynoszący 2,7%. Najczęściej występującymi była biegunka i zapalenie jelit, ale pojawiało się również zapalenie żołądka oraz skręt jelit. Grupę wynoszącą 1,9% stanowiły nowotwory. Często pisano samo słowo „cancer” lecz z czasem pojawiały się konkretne odmiany, takie jak rak żołądka, szpiku kostnego czy piersi. W okolicach jednego procenta znajdowały się dwie grupy: zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V) oraz choroby układu krążenia (I). Te pierwsze, często były podawane jako śmierć tragiczna, bez konkretnego sprecyzowania. Stosunkowo często pojawiały się również takie wypadki jak utonięcie, śmierć pod pociągami (ponieważ od 1884 istniała kolej podkarpaska ze stacją w Zagórzanach⁴⁶) lub śmierć w pożarze. Do tej grupy zaliczone zostały również samobójstwa, które zdarzyły się jedynie 6 razy

⁴⁴ E. Dolata, dz. cyt., s. 285–287.

⁴⁵ J. Wnęk, dz. cyt., s. 9.

⁴⁶ I. Homola, dz. cyt., s. 501–516.

w ciągu całego badanego okresu. Jedynymi chorobami układu krążenia, jakie można było napotkać w metrykach tej parafii, był zawał serca i zapalenie mięśnia sercowego. Pozostałe cztery grupy, nie przekroczyły jednego procenta. Wśród chorób krwi (D) wystąpiła tylko anemia jako przyczyna zgonu. Zostały jeszcze dwie grupy, które miały 0,5% udziału w strukturze przyczyn zgonów. Były to choroby układu moczowo-płciowego (N), a dokładnie zapalenie nerek i zapalenie macicy, oraz choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, do których zaliczony został reumatyzm.

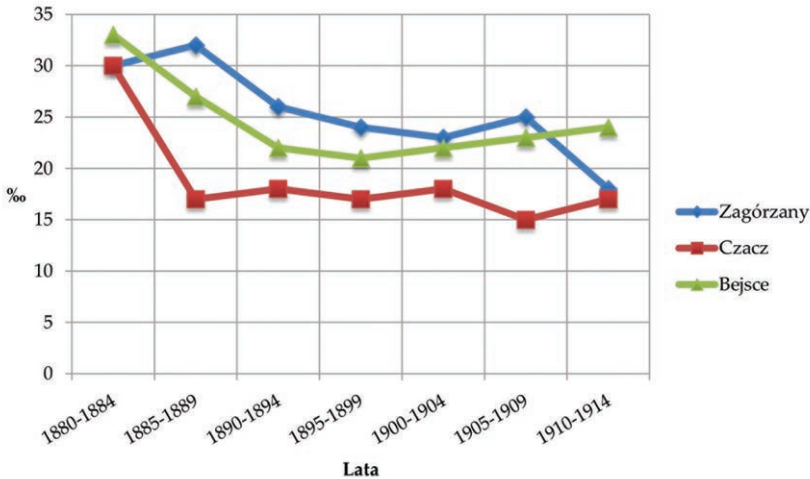
WNIOSKI

Tabela 4. Współczynniki zgonów na wybranych ziemiach polskich w poszczególnych okresach lat

Lata	Wartość współczynnika zgonów		
	Królestwo Kongresowe	Prowincja Poznańska	Galicja i Bukowina
1879/82	26,9	26,1	35,1
1889/92	27,0	23,3	31,1
1899/02	25,0	22,0	27,3
1909/12	21,0	17,9	24,4

Źródło: S. Szulc, dz. cyt., s. 37

Wykres 5. Zestawienie współczynników zgonów w parafii Zagórzany, Czacz oraz Bejsce w latach 1880–1914



Źródła: badanie własne na podstawie Liber Mortuorum z lat 1876–1915 parafii Zagórzany; E. Piasecki, *Ludność parafii bejskiej...*, s. 89; S. Borowski, *Procesy demograficzne w mikroregionie Czacz...*, s. 100–114

W parafii bejskiej należącej do Królestwa Kongresowego zaobserwowany został spadek wartości tego współczynnika już po 1884 roku o 6 punktów promilowych. Jest to już wyraźny sygnał początku II fazy przejścia demograficznego. Natomiast patrząc na powyższą tabelę, zauważalny spadek współczynnika występuje dopiero w latach 1899–1902. Oznacza to, że parafia bejska wstąpiła we właściwy etap transformacji o kilka lat wcześniej niż całe Królestwo Kongresowe. Może to być związane z położeniem tego probostwa, ponieważ oddalone było jedynie paręnaście kilometrów od zaboru austriackiego, gdzie jak widać proces ten zapoczątkowany był nieco wcześniej.

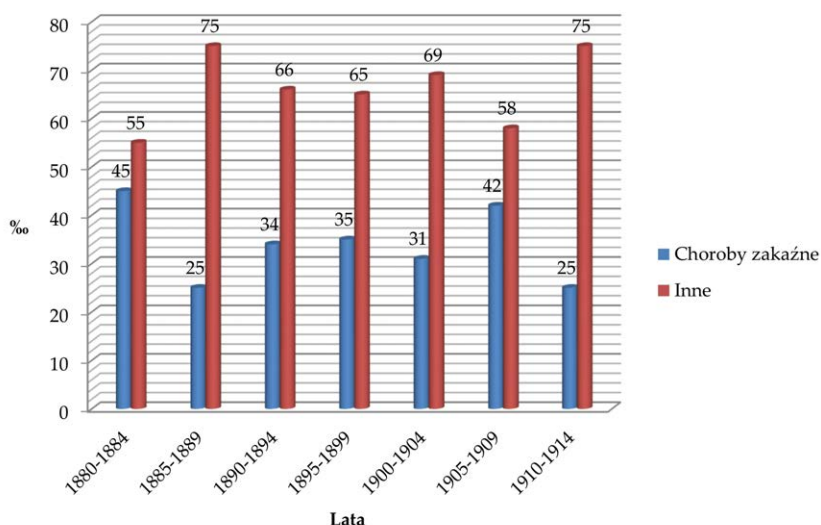
Idąc dalej, mikroregion Czacz należał do Prowincji Poznańskiej, czyli innymi słowy do zaboru pruskiego. Łatwo dostrzec, że występowały tam najniższe wartości stopy zgonów. Według moich obliczeń w Czacz, podobnie z resztą jak w Bejskach, zmniejszenie wartości współczynnika zgonów nastąpiło już po 1884 roku. Był to drastyczny spadek, bo aż o 13 punktów promilowych. Później wartość stopy utrzymywała się na podobnej wysokości. Ponownie wartości dotyczące mikroregionu nie pokrywają się z tymi odnoszącymi się do większego obszaru. W Prowincji Poznańskiej spadek współczynnika zgonów następował bardziej stopniowo i delikatnie. Natomiast w tym przypadku nastąpiła zgodność pod względem momentu rozpoczęcia procesu przejścia demograficznego, oczywiście mając na uwadze, iż wartości współczynników przypisane są do okresów – a nie konkretnych lat, w związku z czym wnioski są oparte na przybliżeniach. Różnica może sięgać pięciu lat (ok. 1884 r. – Czacz, ok. 1889 r. – cała prowincja).

Parafia Zagórzany należała do zaboru austriackiego. Z tabeli można wnioskować, iż proces transformacji w Galicji rozpoczął się tuż po 1889 roku i miał charakter stopniowy. Patrząc na wykres stopy zgonów dla tej miejscowości można zaobserwować pewną analogię, albowiem po roku 1889 następuje również stopniowy spadek wartości współczynnika zgonów. W tym przypadku informacje dotyczące całego kraju (Galicji) pokrywają się w tymi odnoszącymi się wyłącznie do jednej, małej lokalności (Zagórzan). Tak więc spadek umieralności wyznaczający początek przejścia demograficznego w wybranych regionach nie zawsze jest zbieżny z tendencją w danym zaborze.

Analizując wykres 6 można stwierdzić, że w pierwszym badanym okresie, czyli latach 1880–1884, choroby zakaźne stanowiły około 45% wszystkich przyczyn, natomiast w ostatnim przedziale, czyli latach 1910–1914 wielkość ta zmieniła się do wartości 25%, co znakomicie pokazuje stopniowe wzrastanie świadomości medycznej ludności, a co za tym idzie, zmniejszanie się wielkości współczynnika zgonów. Takie zjawisko sugeruje jednocześnie początek transformacji epidemiologicznej, która – jak już wcześniej zostało wspomniane – charakteryzuje się głównie spadkiem umieralności z przyczyn chorób zakaźnych. Być może ludzie szybciej

rozpoznawali choroby po ich objawach i w porę zapobiegali ich rozprzestrzenianiu się. Przyczynić mógł się do tego rozwój prasy lokalnej, w której często popularyzowano podstawowe informacje związane z higieną oraz chorobami zakaźnymi. Wspomniany już wcześniej Jan Wnęk pisał: „W gazetach ludowych krytykowano zwyczaj prania bielizny w stawach, twierdząc, że zanieczyszczona woda może być źródłem zakażeń cholera i tyfusem. Podkreślano potrzebę budowy studni gminnych dających czystą wodę, zaprzestania zwyczaju mycia się w tej samej, brudnej wodzie wszystkich domowników lub też unikania kąpeli”⁴⁷.

Wykres 6. Podział na choroby zakaźne i inne występujące w parafii Zagórzany w latach 1880–1914



Źródło: badanie własne na podstawie Liber Mortuorum z lat 1876–1915 parafii Zagórzany

Mówiąc o lokalnej prasie, należy wspomnieć, iż znaczna liczba osób nie była w stanie samodzielnie zapoznać się z treścią czasopism. Choć w Zagórzanych założona została jednoklasowa szkoła parafialna prawdopodobnie już w 1856 roku, a z pewnością istniała już w 1862 roku⁴⁸, to poziom analfabetyzmu był wciąż wysoki. Zdaniem Andrzeja Ćmiecha, na przełomie XIX i XX wieku w samych Gorlicach analfabeci stanowili 42% ludności⁴⁹.

⁴⁷ J. Wnęk, dz. cyt., s. 10.

⁴⁸ „Szematyzm Szkół Ludowych i ich Nauczycieli pod Kierunkiem Konsystorza Przemyskiego Obr[ządku] Łacińskiego] na rok 1862”, s. 21.

⁴⁹ A. Ćmiech, dz. cyt., s. 146.

Przy czym należy dodać, że ustalenia dotyczące poziomu analfabetyzmu na tych ziemiach są dosyć problematyczne, ponieważ na ten temat można odnaleźć różne dane. Na przykład według informacji zawartych w „Roczniku Statystyki Galicji” z 1886 roku, w powiecie gorlickim osoby niepotrafiące czytać ani pisać stanowiły aż 70% ludności⁵⁰. Dlatego też należy ostrożnie podchodzić do tych danych, co nie oznacza, że nie można próbować wyciągnąć z nich pewnych ogólnych wniosków, a mianowicie, że analfabetyzm stanowił duży problem wśród mieszkańców powiatu gorlickiego, do którego zaliczają się również Zagórzany. Dopiero reforma oświatowa⁵¹ przeprowadzona po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku i wprowadzeniu obowiązkowej 7-klasowej szkoły powszechnej doprowadziła do stopniowego zmniejszania się tego zjawiska na ziemi gorlickiej.

Wysoki procent analfabetów należy również skojarzyć z niską świadomością ochrony zdrowia mieszkańców powiatu gorlickiego, co za tym idzie, dużą liczbą zgonów spowodowaną brakiem podstawowej wiedzy medycznej. O tym, że świadomość mieszkańców Zagórzan powoli wzrastała, świadczy to, że w innych grupach przyczyn (niezakaźnych) nie zostało zauważone zmniejszanie się wielkości zjawiska ich występowania. Wyjątkiem są grupy chorób, takie jak choroby układu moczowo-płciowego oraz choroby układu krążenia, które w pierwszych latach badania praktycznie w ogóle nie występowały. Mogło to jednak być spowodowane ich nierozpoznawalnością. Zjawisko stopniowego zmniejszania się liczby występowania chorób zakaźnych oraz ogólnego spadku umieralności mogło mieć również związek z uruchomieniem w 1898 roku Szpitala im. cesarza Franciszka Józefa w Gorlicach⁵². Instytucja powstała dzięki darowiźnie Henryka Klimontowicza prawdopodobnie również przyczyniła się do stopniowego poszerzania wiedzy o podstawach medycyny oraz higieny przez mieszkańców Gorlic i ich okolic.

Reasumując, w zakresie momentu rozpoczęcia się przejścia demograficznego w poszczególnych regionach ciężko jest podać jednoznaczną i konkretną datę. Nie zawsze też badania dotyczące całej prowincji lub kraju pokrywają się z wynikami pomniejszych lokalności. Jedynie tendencje występujące w Zagórzanach pokryły się niemalże idealnie z tymi ukazanymi w Galicji. Można pokusić się również o stwierdzenie, że oprócz zmian natężenia umieralności możemy zaobserwować zmianę jakościową, czyli ewolucję przyczyn zgonów w postaci transformacji epidemiologicznej, której początki wyraźnie widać.

⁵⁰ „Rocznik Statystyki Galicji”, 1887, s. 21.

⁵¹ Ustawa z dnia 11 marca 1932 r. o ustroju szkolnictwa, Dz.U. 1932 Nr 38 poz. 389, art. 6.

⁵² A. Ćmiech, *Gorlice. Dzieje miasta*, Gorlice 2015, s. 80.

BIBLIOGRAFIA

ŹRÓDŁA

AKTY PRAWNE

Ustawa z dnia 11 marca 1932 r. o ustroju szkolnictwa, Dz.U. 1932 Nr 38 poz. 389, art. 6

MATERIAŁY ARCHIWALNE

Archiwum Kancelarii parafii Zagórzany, *Liber Mortuorum* z lat 1876–1915

ŹRÓDŁA DRUKOWANE

J. Bigo, *Najnowszy skorowidz wszystkich miejscowości z przysiółkami w Królestwie Galicyi, Wielkiem Księstwie Krakowskiem i Księstwie Bukowińskiem z uwzględnieniem wszystkich dotąd zaszłych zmian terytorialnych kraju*, Lwów 1914

Gemeindelexikon der im Reichsrath vertretenen Königreiche und Länder, Bd. 12, Galizien, Wien 1907

„Rocznik Statystyki Galicyi” 1887, 1889–1891, 1894–1897

„Schematismus Universi Venerabilis Cleri Saecularis et Regularis Dioeceseos Ritus Latini Premisliensis”, 1885–1886, 1891, 1893, 1894–1912

Special-Orts-Repertorium von Galizien, Bd. 12, Galizien, Wien 1886; 1893

„Szematyzm Szkół Ludowych i ich Nauczycieli pod kierunkiem Konsystorza Przemyskiego Obrządku Łacińskiego na rok 1862 ”

OPRACOWANIA

S. Borowski, *Procesy demograficzne w mikroregionie Czacz w latach 1598–1975*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, T. 9: 1976, s. 95–191

M. Bryła, I. Maniecka-Bryła, *Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska”, T. 19: 2011, nr 1, s. 40–46

A. Ćmiech, *Gorlice. Dzieje miasta*, Gorlice 2015

A. Ćmiech, *Ziemia Gorlicka i jej dzieje*, Gorlice 2017

E. Dolata, *Troski i radości chłopskiej rodziny galicyjskiej na przełomie XIX i XX wieku w świetle źródeł pamiętnikarskich*, „Wychowanie w Rodzinie”, T. 15: 2016, s. 281–305

P. Eberhardt, *Fazy rozwoju demograficznego Polski*, „Roczniki Nauk Społecznych”, T. 6: 2014, nr 2, s. 135–160

R.W. Fogel, *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100 Europe, America, and the Third World*, Nowy Jork, 2004

P. Franaszek, *Dieta chłopów galicyjskich na przełomie XIX i XX wieku*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych”, T. 76: 2016, s. 289–313

I. Homola, *Gorlice i region gorlicki w latach 1772–1914 [w:] Nad rzeką Ropą*, [Cz. 3] *Szkice historyczne*, red. Z. Żarnecka, Kraków 1968

- B. Kumor, *Przepisy państwowe i kościelne dotyczące metryk kościelnych w zaborze austriackim*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, T. 7: 1975, s. 93–103
- A. Łupienko, *Przełom higieniczny w projektowaniu mieszkań w Warszawie w 2 poł. XIX wieku* [w:] *Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska i W. Ślusarczyk, Bydgoszcz, 2016, s. 81–94
- A. Marek, *Zagadnienia higieny publicznej na łamach krakowskiego czasopisma „Przewodnik Higieniczny” 1889–1895* [w:] *Czystość i brud...*, s. 164–165
- B. Ogórek, *Niezatarte piętno? Wpływ I wojny światowej na ludność miasta Krakowa*, Kraków, 2018
- B. Ogórek, *Transformacja demograficzna ludności Krakowa w latach 1859–2010*, „Małopolska”, T. 15: 2013, s. 105–127
- B. Ogórek, *Populacja Krakowa w kontekście długofalowych procesów demograficznych na przełomie XIX i XX wieku*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, T. 32: 2013, s. 25–88
- E. Piasecki, *Ludność parafii bejskiej (woj. kieleckie) w świetle ksiąg metrykalnych z XVIII–XX w.*, Warszawa 1990
- Ł. Połomski, *Między zacofaniem a nowoczesnością. Społeczeństwo Nowego Sącza w latach 1867–1939*, Kraków, 2017
- P. Rachwał, *Księgi metrykalne z czasów zaboru austriackiego w archiwach parafialnych w Lubelskiem – regulacje prawne, stan zachowania*, „Rocznik Lubelskiego Towarzystwa Genealogicznego”, T. 6: 2014, s. 306–325
- S. Rejman, *Zgony i ich uwarunkowania w parafii farnej w Rzeszowie w latach 1876–1913 w kontekście pierwszego przejścia demograficznego*, „Przeszłość Demograficzna Polski”, T. 40: 2018, s. 245–272
- Słownik geograficzny Królestwa Polskiego i innych krajów słowiańskich*, T. 14, Warszawa, 1895
- E. Stańczyk, *Rodność i umieralność na ziemiach polskich w kontekście teorii przejścia demograficznego*, „Wiadomości Statystyczne” 2009, nr 9, s. 16–32
- S. Szulc, *Ruch naturalny ludności w Polsce w latach 1895–1935* [w:] *Zagadnienia demograficzne Polski*, red. E. Szturm de Sztrem, Warszawa 1936 (Statystyka Polski. Seria C, z. 41)
- WHO: *International Classification of Diseases, Version 2016*, online: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> (dostęp: 8.07.2018)
- J. Wnęk, *Problemy higieny i opieki zdrowotnej na wsi na łamach polskiej prasy ludowej z przełomu XIX i XX wieku*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, T. 78: 2015, s. 8–15
- K. Zamorski, *Początki przejścia demograficznego w Polsce*, „Studia Demograficzne”, 1993, 2 (112), s. 15–22
- K. Zamorski, *Transformacja demograficzna w Galicji na tle przemian ludnościowych innych krajów Europy Środkowej w drugiej połowie XIX i na początku XX wieku*, Kraków 1991

SUMMARY

Anna Gucwa

A COMPARATIVE STUDY OF MORTALITY IN THE PARISH OF ZAGÓRZANY (GORLICE DISTRICT) IN THE YEARS 1880–1914

THE BEGINNINGS OF A DEMOGRAPHIC TRANSFORMATION

The article raises the matter of a demographic and epidemiological transformation phenomenon on the territory of the Second Polish Republic. The aim of the study is to find out if the decrease of death rate which designated the beginning of the demographic transition in some localities was converging with the tendency in the Partition region. To verify the hypothesis, information from the parish registers of the village of Zagórzany and research papers on demographic analysis in the microregion of Czacz and in the village of Bejsce were used. The author of the study proves that the tendency which occurred in the particular Partition was not always reflected in the smaller localities. Galicia was the only region where the first year of the demographic transition was converging with the same process in the village of Zagórzany. The author of the article, basing her research on the causes of death registered in the parish archives of the village, makes also an effort to find out if, apart from changes in the quantity of deaths, there was a qualitative change as well, so their evolution in the parish of Zagórzany. On the basis of the parish registers, a gradual decline of a domination of contagious diseases is shown, which implies the beginning of the second stage of the demographic transition.

KEY WORDS: DEMOGRAPHIC TRANSITION, EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION, MORTALITY, ZAGÓRZANY, BEJSCE, CZACZ, COMPARATIVE STUDY, DEATH REASONS, 19TH CENTURY, 20TH CENTURY, AUSTRIAN PARTITION, PRUSSIAN PARTITION, RUSSIAN PARTITION, HISTORICAL DEMOGRAPHICS, PARISH REGISTERS, SCHEMATISMS, INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS ICD-10, MORTALITY RATE