

JERZY FLAGA – LUBLIN

[Recenzja]: Marian Surdacki, *Opieka społeczna w Polsce do końca XVIII wieku*, Lublin, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II [2015], ss. 638 + 4nlb, ISBN 978-83-7306-711-0.

Moje uwagi, czy też rozważania na temat wyżej wymienionej książki, rozpoczną w pewnym sensie od strony mało naukowej, czy wręcz nienaukowej. Otóż pragnę zauważyć, że jest to publikacja o dużej objętości, liczy bowiem aż 640 stron tekstu. Wiem, że są autorzy, którzy nie mają przekonania do opasłych prac naukowych. Tu trzeba jednak od razu dodać, że gdy poznamy treść tej książki, to rozmiary te nie będą stanowić zaskoczenia, ani nie będą nas dziwić. Okaze się, że ta wielkość jest w pełni zrozumiała, posiada swoje uzasadnienie, co powinny wykazać niniejsze rozważania. W tym miejscu należy również dopowiedzieć, że problematyka podjęta w książce nie jest nową w dorobku naukowym Mariana Surdackiego. Prawie 25 lat temu ukazała się drukiem jego rozprawa habilitacyjna poświęcona powyższej problematyce, z tą jednakże różnicą, że tam ograniczył się on do szpitali, czyli do jednego fragmentu tej opieki. Działalność szpitali przedstawił w diecezji poznańskiej obejmującej zachodnie tereny Wielkopolski (*Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku*, Lublin 1992, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, ss. 351). W obecnej pracy interesuje się całym terytorium Polski do końca XVIII wieku (praktycznie do trzeciego rozbioru w 1795 r.), czyli w okresie nazywanym I Rzeczypospolitą.

Na całość książki składają się: wstęp, 13 rozdziałów merytorycznych, zakończenie, summary, wykaz skrótów, bibliografia, indeks osobowy i indeks miejscowości. Na początku wstępu, który jest – trzeba to podkreślić – wyjątkowo obszerny (prawie 30 stron), autor wyjaśnia terminy, jakich użył w pracy, na przykład, jak rozumieć określenie *opieka społeczna*, czy też jaki obszar Rzeczypospolitej jest brany pod uwagę. Odnośnie pierwszej kwestii pisze:

Użyte w tytule pojęcie opieka społeczna ma charakter umowny i roboczy. Z uwagi na w dużym stopniu charakter inicjatyw opiekuńczych (zawsze związanych z kościołem czy kaplicą) przynajmniej do końca średniowiecza, bardziej właściwe wydaje się operowanie pojęciami „miłosierdzie”, „działalność dobroczynna” czy charytatywna, nierozłącznie kojarzonymi z doktryną chrze-

ścijańską. Idea opieki społecznej nad ubogimi z motywów religijnych ma genezę w miłosierdziu głoszonym przez judaizm i chrystianizm. W rozumieniu dzisiejszym termin ten pojawia się u schyłku czasów nowożytnych, dokładniej w Oświeceniu, kiedy opiekę zaczęto pojmować jako czysto socjalny obowiązek państwa w stosunku do swoich obywateli. W tym samym czasie zaczęło funkcjonować pojęcie filantropii, oznaczającej pomoc potrzebującym z motywów humanitarnych i solidarności ludzkiej” (s. 7).

Jeśli chodzi o kwestię drugą, czyli o rozumienie pojęcia Rzeczypospolita, odpowiedzi dostarczają dwa zdania, które brzmią:

Choć praca dotyczy terenów Rzeczypospolitej, to jednak omawianie opieki społecznej na ziemiach polskich prowadzone będzie w nawiązaniu do Europy Zachodniej. Tam bowiem, zwłaszcza w Italii, Francji, a także w Ziemi Świętej, tkwią korzenie i wzorce miłosierdzia, opieki społecznej, pierwszych hospicjów i zakonów dobroczynnych, szpitali zakonnych i biskupich hospicjów oraz wielu innych dzieł charytatywnych, które z czasem przechodziły do cywilizacji północnoeuropejskiej i państw Europy Środkowowschodniej (s. 7).

Dopełnienie tej wiadomości stanowi kolejny passus, który należy tu przywołać. Brzmi on:

Rozległość terytorialna, niejednorodność etniczna, narodowościowa i religijna państwa polskiego wpłynęła na różnorodność form opieki społecznej. Dlatego niezależnie od opieki organizowanej przez Kościół katolicki w pracy przedstawiono również, uwzględniając wielonarodowościową i wielowyznaniową specyfikę Rzeczypospolitej, szpitalnictwo i dobroczynność w innych wyznaniach i religiach: w Kościele protestanckim (luteranie, kalwini, bracia czescy, bracia polscy), Kościele wschodnim (prawosławnym, unickim, ormiańskim) oraz u Żydów (s. 9).

Założeniom tym podporządkowana jest cała treść książki. Jest ona ujęta w postaci rozdziałów, których jest 13. W zależności od potrzeby treść ta jest prezentowana chronologicznie lub rzeczowo. W rozdziale pierwszym autor spojrział na opiekę społeczną przez pryzmat średniowiecznych szpitali zakonnych (*Średniowieczne szpitale zakonne*). Wyodrębnił wśród nich trzy grupy: szpitale zakonów mniszo-eremickich, zakonów kanonicko-szpitalnych i zakonów rycersko-szpitalnych. Do grupy pierwszej zaliczył benedyktynów i cystersów, grupę drugą tworzyli: kanonicy regularni św. Augustyna, bożogrobcy, duchacy, krzyżacy z czerwoną gwiazdą, antonianie i inne zakony i kongregacje, zaś grupę trzecią: joannici, templariusze i krzyżacy. W oddzielnym paragrafie tego rozdziału omówił także charytatywną działalność zakonów żeńskich. W rozdziale drugim autor pozostaje nadal przy zagadnieniu szpitali, chociaż tym razem na pierwszy plan wysuwa chronologię i aspekt ich sieci. Zgodnie z koncepcją pracy, przechodzi do kolejnej epoki historycznej, czyli do stuleci XVI-XVIII (*Sieć szpitali łacińskich w XVI-XVIII wieku*). W ramach tej sieci omawia kolejno trzy szczegółowe kwestie, do których zaliczył: średniowieczne przesłanki kształtowania się sieci szpitali, szpitale na ziemiach etnicznie polskich oraz szpitale na ziemiach wschodnich. Przedmiotem rozdziału trzeciego jest jedna z kategorii szpitali, mianowicie szpitale o charakterze prepozytur (*Szpitalne prepozyturalne*). Autor przywołuje tu całą

serię zagadnień, z tym związanych, które omawia w następującej kolejności: szpitale katedralno-biskupie i kolegiacko-kapitulne, struktura i administracja tychże prepozytur szpitalnych, ich rozwój, procedura powstawania, ich komunalizacja i lokalizacja, następnie analizuje posiadane przez nie wezwania, ich fundatorów i patronat oraz przebywających w nich pensjonariuszy. Rozdział czwarty stanowi od strony systemowej przedłużenie rozdziału trzeciego. Przedmiotem jego są szpitale istniejące przy kościołach parafialnych (*Szpitale parafialne*). Poddaje tutaj analizie siedem różnych kwestii związanych z tą kategorią szpitali. Do kwestii tych zalicza: normatywne podstawy ich tworzenia, uwarunkowania rozwoju, procedurę tworzenia i fundatorów, lokalizację szpitali i ich zabudowania, zarząd i uposażenie, pensjonariuszy oraz kryteria i zasady przyjmowania. W rozdziale piątym i szóstym autor powraca do opieki społecznej realizowanej przez zakony, w pierwszym z nich – przez wspólnoty męskie (*Charytatywne zakony męskie od XVI do XVIII wieku*), w drugim zaś przez zakony żeńskie (*Charytatywne zakony żeńskie od XVI do XVII wieku*). W obu grupach wprowadza rozróżnienie na zakony starego typu i wspólnoty nowożytnie. Do zakonów męskich starego typu należeli: bożogrobcy, duchacy i trynitarze, zaś do nowożytnych: bonifratrzy, filipini, misjonarze i rochici. W odrębnym punkcie wymienia też zakony niecharytatywne. W zakonach żeńskich podział powyższy układał się następująco: stary typ – duchaczki, magdalenki, elżbietanki, zaś wspólnoty nowożytnie to: katarzynki, prezentki, siostry miłosierdzia (szarytki), wizytki, mariawitki. Podobnie jak w przypadku wspólnot męskich, również tutaj oddzielnie uwzględnione są też inne zgromadzenia. Siódmy rozdział jest poświęcony zagadnieniom, które były – nazwijmy to – bezpośrednio związane z opieką społeczną, a mianowicie: zadaniom i funkcjom, jakie szpitale winny pełnić (*Przeznaczenie szpitali*). Owym wszystkim problemom autor przypatruje się poprzez rodzaje szpitali i konkretne zadania przez nie wykonywane. Jak się okazuje było ich niemało, zestaw podany przez autora liczy 12 różnych instytucji i obowiązków z zakresu opieki społecznej. Były nimi: szpitale ogólne i przytułki, szpitale izolatoria, infirmerie lecznicze, szpitale szkolne, szpitale dla kobiet, hospicja dla pielgrzymów, szpitale stanowe, szpitale zawodowe, domy konwertytów, domy korekcyjne i domy pracy oraz szpitale według koncepcji oświeceniowych. W rozdziale ósmym M. Surdacki omawia znaczenie bractw, które realizowały opiekę społeczną w badanym okresie (*Bractwa charytatywne*). Konfraternie klasyfikowane są według klucza merytorycznego i proveniencji autorskiej. Były to bractwa: szpitalne, ubogich, miłosierdzia Piotra Skargi, miłosierdzia Michała Jerzego Poniatowskiego. W dwóch ostatnich punktach analizuje inne bractwa charytatywne oraz działalność charytatywną bractw dewocyjnych. M. Surdacki w swoich badaniach nad opieką społeczną nie ograniczył się wyłącznie do instytucji kościelnych, zainteresował się też instytucjami świeckimi prowadzącymi powyższą działalność. Wyrazem tego jest rozdział dziewiąty pt. *Świeckie stowarzyszenia opiekuńcze*. Jak wynika z jego dociekań, było wiele tego typu instytucji i odpowiednich działań. Należały do nich: opieka w cechach, którą sprawowały szpitale cechowe, samopomoc cechowa i pomoc czeladnicza, Banki Pobożne (*Mons Pietatis*), kasy pożyczkowe i zapomogowe, fundacje stypendialne, bursy akademickie i szkolne, następnie: pomoc w kształce-

niu ubogich dziewcząt oraz fundacje posagowe. Dodajmy, że wymienione instytucje i działania stanowiły pewien znaczący wprawdzie, ale tylko wycinek owej działalności. Dopełnienie obrazu tej opieki jest zawarte w rozdziale dziesiątym pod tytułem *Jałmużna*. Jak się okazuje pod określeniem tym kryło się bardzo wiele form jałmużny. Istniała jałmużna testamentowa, nietestamentowa i pogrzebowa, które należały do szerszej grupy jałmużny prywatno-indywidualnej. Była jeszcze jałmużna instytucjonalna, w skład której wchodziły jałmużna klasztorno-szpitalna, bracka, biskupia, monarsza i miejska oraz jałmużna z kar sądowych. Oddzielne kategorie pomocy zasygnalizowane w rozdziale świadczyły łącznie i akuszerki. Trzy końcowe rozdziały, jakie dopełniają całość pracy, poświęcone są wprawdzie analizie pomocy społecznej, ale realizowanej przez wyznawców innych wyznań i innej religii. W rozdziale jedenastym jest omówiona opieka społeczna w środowiskach protestanckich (*Opieka społeczna u protestantów*). Pod uwagę wzięto wszystkie cztery znane odłamy tych wyznań: luteranów, kalwinów, arian i braci czeskich. Każdemu z nich poświęcono oddzielny paragraf, co zdaje się sugerować, że odpowiednie ustalenia starano się potraktować, jeśli nie wyczerpująco, to na pewno systematycznie i dokładnie. Inny system omówienia przyjęto w rozdziale dwunastym poświęconym Kościołowi wschodniemu (*Opieka społeczna w Kościele Wschodnim*). Tutaj zastosowano opis podobny do przyjętego w poprzednich rozdziałach poświęconych Kościołowi łacińskiemu. Zaprezentowano więc najpierw bractwa cerkiewne, następnie szpitale, potem monasterium i na końcu szpitale ormiańskie. Podobny system, aczkolwiek uwzględniający właściwości religii, przyjęto w rozdziale trzynastym, w którym ukazano opiekę społeczną u Żydów (*Opieka społeczna u Żydów*). Całość rozważań zawarto w czterech następujących paragrafach: szpitale-hakdesze, bractwa dobroczynne, inne formy opieki, lekarze, cyrulicy, chirurdzy.

Tak przedstawiała się w ogólnym zarysie opieka społeczna w Polsce do końca XVIII stulecia według bardzo – jak zaznaczyłem na początku – obszernej książki M. Surdackiego. Od siebie, dla właściwej oceny rozważań, dodam, że ta obszerność wynikała z bogactwa zgromadzonego przez autora materiału faktograficznego. Podkreślałem to stale omawiając poszczególne zagadnienie w kolejnych rozdziałach. (To pozwoliło mi też uznać na wstępie rozmiary pracy za zrozumiałe i uzasadnione). W świetle tego bogatego materiału narzuca się jedno ważne stwierdzenie o charakterze ogólniejszym, które trzeba koniecznie odnotować i które powinna przejąć historiografia. Trzy instytucje: zakony, bractwa religijne, w tym zwłaszcza charytatywne oraz szpitale były w szczególnie sposób i to we wszystkich okresach i we wszystkich wyznaniach, zaangażowane w organizowanie i realizowanie opieki społecznej wobec własnych wyznawców, czy szerzej – wobec całych społeczności. Wszystkie owe instytucje były związane z aktywnością Kościoła, pokazują wyraźnie niekwestionowany jego wkład w kształtowanie się i rozwój opieki społecznej w Polsce w ciągu ośmiu stuleci. Jako zarzut można postawić autorowi nieuwzględnienie opieki społecznej u muzułmanów (Tatarów) mieszkających w dawnej Rzeczypospolitej (Wielkie Księstwo Litewskie). Za słuszną bodajże należy uznać jego obronę, że było to podyktowane małą ich liczebnością. Przywołuje on także drugi ważny argument mówiący o tym, że nie

zorganizowali oni odpowiednich struktur dobroczynnych. Już tylko wymienione stwierdzenia, a można znaleźć ich jeszcze więcej, są tak doniosłe i wartościowe, że pozwalają zaliczyć pracę do dzieł kwalifikowanych jako typ klasyczny. Nie odnoszę się do wykorzystanych źródeł i literatury, ich duża liczba (zwłaszcza opracowań) też świadczy o jakości i wartości pracy. Myślę, że śmiało można powtórzyć (*mutatis mutandis*) tu słowa recenzenta śp. Stanisława Litaka, jakie napisał oceniając wspomnianą rozprawę habilitacyjną autora z 1992 r. Brzmiały one:

Wszechstronność ujmowania zagadnień związanych z rozwojem i funkcjonowaniem szpitali jest jedną z podstawowych, pozytywnych stron rozprawy M. Surdackiego. Pod tym względem jest to najlepsze opracowanie szpitalnictwa w Polsce przedrozbiorowej”

(z fragmentu recenzji zamieszczonego na okładce rozprawy). Powtórzę nic dodać, nic ująć; tym bardziej, że są to słowa napisane przez znanego badacza omawianej problematyki, o uznanym autorytecie w świecie naukowym.