

Dariusz K. Chojecki  
Szczecin

## Umieralność niemowląt w „polskich” rejencjach Prus na początku XX wieku\*

### Przesłanki badania

Umieralność niemowląt jest zjawiskiem, na którego poziom wpływa wiele czynników, dzięki czemu może ono stanowić „wdzięczne” pole do obserwowania przemian w standardzie i jakości życia. Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Jörga Vögele’a<sup>1</sup>, dla opisywanych czasów<sup>2</sup> da się wyróżnić cztery główne grupy determinant mających wpływ na interesujące nas zjawisko: społeczno-kulturowe (odżywianie, legitymizacja, płodność), instytucjonalne (wykształcenie bądź higiena, opieka), ekonomiczne (praca ojca, praca matki, zdrowie matek, dochody rodzin, warunki mieszkaniowe) i ekologiczne (infrastruktura, zaopatrywanie w mleko). Należy przy tym zwrócić uwagę, że szereg z nich pozostawało w pozytywnym lub negatywnym związku z czynnikiem klimatycznym, przede wszystkim z okresowym występowaniem upałów (warunki mieszkaniowe, odżywianie, zaopatrywanie w mleko, kanalizacja i wodociągi), ówczesnie przyczyniającym się najbardziej do ponadnormatywnego wzrostu umieralności

---

\* Wyniki obliczeń zamieszczone są na platformie wydawniczej (do pobrania jako pliki csv lub txt).

<sup>1</sup> Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*, Berlin 2001, s. 140.

<sup>2</sup> W starszej literaturze przedmiotu pewien opis czynników mających wpływ na umieralność niemowląt można znaleźć u: Georg v. Mayr, *Statistik und Gesellschaftslehre*, zweiter Band: *Bevölkerungsstatistik*, zweite Lieferung: *Statistik der Bevölkerungsbewegung*, Tübingen 1924, s. 435–437.

wśród niemowląt. Już z tego wprowadzenia powinno wynikać, że nadrzędnym celem artykułu będzie próba ukazania roli wybranych czynników w kształtowaniu się umieralności niemowląt w „polskich” rejencjach, które – ale nie wszystkie – w dużej mierze pokrywały się z obszarem zaboru pruskiego i były licznie zamieszkałe przez polsko- czy kaszubskojęzyczną ludność. Przez pryzmat umieralności niemowląt powinniśmy też uchwycić poziom standardu i jakości życia mieszkańców na interesującym nas obszarze i jego zróżnicowanie przestrzenne. Wreszcie, równie ważny cel niniejszego studium to wyeksponowanie uwarunkowań strukturalnych, w tym związanych ze stosunkami etniczno-narodowościowymi, w kształtowaniu się intensywności zgonów wśród najmłodszych dzieci.

Wydawać by się mogło, że w związku z wagą poruszonych zagadnień istnieje szereg publikacji w polskiej literaturze przedmiotu koncentrujących swą uwagę na zgonach dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, szczególnie w dobie wielkich przemian demograficznych, gospodarczych i społecznych dokonujących się na przełomie XIX i XX wieku<sup>3</sup>, kiedy to wydłużanie się życia ludzkiego postępowało przede wszystkim za sprawą polepszającej się sytuacji w grupie najmłodszych osób<sup>4</sup>. Analiza stanu polskich badań po 1945 roku, możliwa dzięki pracom Centrum Badań Struktur Demograficznych i Gospodarczych Przednowoczesnej Europy Środkowo-Wschodniej w Białymstoku<sup>5</sup>, przynosi zaskakujące odkrycie, że właściwie tylko dwa<sup>6</sup> opracowania zostały poświęcone bardziej dogłębnemu rozpatrzeniu zjawiska umieralności niemowląt, ponadto napisane z dwóch różnych perspektyw: antropologiczno-statystycznej<sup>7</sup> oraz

---

<sup>3</sup> Zob. Massimo Livi Bacci, *Europa und seine Menschen. Eine Bevölkerungsgeschichte*, München 1999 (tłumaczenie z włoskiego R. Seuß), s. 165–212; Peter Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt am Main 1984, s. 41–71; Michel Hubert, *Deutschland im Wandel. Geschichte der deutschen Bevölkerung seit 1815*, Stuttgart 1998, s. 103–148.

<sup>4</sup> Por. Dariusz K. Chojecki, *Starzenie się ludności i ludzie starzy w wielkomijskim Szczecinie w dobie transformacji demograficznej w latach 1890–1939. Przekrojowe spojrzenie*, [w:] *Ludzie starzy i starość na ziemiach polskich od XVIII do XXI wieku (na tle porównawczym)*, red. Agnieszka Janiak-Jasińska, Katarzyna Sierakowska, Andrzej Szwarz, t. I: *Metodologia, demografia, instytucje opieki*, Warszawa 2016, s. 191–194.

<sup>5</sup> *Bibliografia polskiej demografii historycznej po 1945 roku*, oprac. Piotr Łozowski, w: *Struktury demograficzne rodziny na ziemiach polskich do połowy XX wieku. Przegląd badań i problemów* (=Prace Centrum Badań Struktur Demograficznych i Gospodarczych Przednowoczesnej Europy Środkowo-Wschodniej, t. 1), red. Piotr Guzowski, Cezary Kukło, Białystok 2014, s. 166–373 (wykaz około 5 tysięcy opracowań). Dostępne w wersji elektronicznej pod adresem: <http://www.homoeconomicus.uwb.edu.pl/materiały> (5.11.2015).

<sup>6</sup> Jest też i trzecie, które jednakże niewiele wnosi: Adam Czabański, *Śmiertelność niemowląt w Poznaniu w perspektywie długookresowej*, „Poznańskie Zeszyty Humanistyczne” 1, 2003, s. 49–57.

<sup>7</sup> Edmund Piasecki, *Umieralność niemowląt w parafii bejskiej w XIX i pierwszej połowie XX w.*, PDP 11, 1979, s. 23–67.

społeczno-przestrzennej<sup>8</sup>. Oczywiście nie oznacza to bynajmniej, że intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci nie była obiektem zainteresowania nauki historycznej; tematyka ta pojawia się na łamach opracowań dotyczących zagadnień demograficznych, tyle że, jak już powiedziano, nie stanowi odrębnego przedmiotu studiów<sup>9</sup>.

Problematyka umieralności niemowląt była przedmiotem niemieckich badań, zarówno starszych<sup>10</sup>, jak i nowszych<sup>11</sup>, których rozległość musi budzić uznanie (stąd i ich subiektywny wybór służący tylko „rozpoznaniu przedpola”). Niemniej jednak studia te nie odnoszą się bezpośrednio do interesujących nas zdarzeń demograficznych zachodzących na obszarze pruskich rejencji zamieszkiwanych licznie przez ludność polsko- czy kaszubskojęzyczną. Sygnalizują jedynie specyfikę procesów ludnościowych na tak zwanym Wielkim Niemieckim Wschodzie,

---

<sup>8</sup> Dariusz K. Chojecki, *Jedno miasto, dwa (różne) światy. Społeczno-przestrzenne zróżnicowanie umieralności niemowląt w Szczecinie w latach 1876–1913*, „Zapiski Historyczne” 75, 2010, z. 1, cz. 1, s. 65–96; tamże, z. 2, cz. 2, s. 103–150.

<sup>9</sup> Z nowszych publikacji warto tu wymienić: Sabina Rejman, *Ludność podmiejska Rzeszowa w latach 1784–1880*, Rzeszów 2006, s. 119–127; Konrad Wnęk, Lidia A. Zyblikiewicz, Ewa Callahan, *Ludność nowoczesnego Lwowa w latach 1857–1938*, Kraków 2006, s. 185–186; Grażyna Liczbińska, *Umieralność i jej uwarunkowania wśród katolickiej i ewangelickiej ludności historycznej [sic!] Poznania*, Poznań 2009, s. 45–53; Agnieszka Zielińska, *Przemiany struktur demograficznych w Toruniu w XIX i na początku XX wieku*, Toruń 2012, s. 214–217; Bartosz Ogórek, *Populacja Krakowa w kontekście długofalowych procesów demograficznych na przełomie XIX i XX wieku*, PDP 32, 2013, s. 44–49 i in.; Dariusz K. Chojecki, *Od społeczeństwa tradycyjnego do nowoczesnego. Demografia i zdrowotność głównych ośrodków miejskich Pomorza Zachodniego w dobie przyspieszonej industrializacji i urbanizacji w Niemczech w latach 1871–1913*, Szczecin 2014, s. 202–207. W grupie starszych publikacji poczesne miejsce zajmuje praca Mieczysława Kędelskiego: *Umieralność i trwanie życia ludności Wielkopolski w XIX wieku*, Poznań 1996, s. 81–89. Wprowadzenie w tematykę umieralności dzieci w dobie przedstatystycznej daje: Cezary Kukło, *Demografia Rzeczypospolitej przedrozbiorowej*, Warszawa 2009, s. 398–405.

<sup>10</sup> Karl Seutemann, *Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsgruppen insbesondere im Preussischen Staate und seinen Provinzen*, Tübingen 1894 (=Beiträge zur Geschichte der Bevölkerung in Deutschland, Bd. 5); Paul Mombert, *Studien zur Bevölkerungsbewegung in Deutschland in den letzten Jahrzehnten mit besonderer Berücksichtigung der ehelichen Fruchtbarkeit*, Karlsruhe 1907, s. 18–28; Gustav Temme, *Die sozialen Ursachen Säuglingssterblichkeit*, Berlin–Schöneberg 1908; Erich Peiper, mitarb. Richard Pauli, *Die Säuglingssterblichkeit in Pommern, ihre Ursachen und Bekämpfung*, „Klinisches Jahrbuch” 23, 1910 (rzadko cytowana, acz godna polecenia praca ze względu na walory naukowe); [Dr.] Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit*, Berlin 1913, s. 43–85 (część II: Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit); G. v. Mayr, *Statistik* [2], s. 435–477; Fritz Rott, *Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit*, [w:] *Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*, hrsg. v. Alfred Grotjahn, Leo Langstein, Fritz Rott, Leipzig 1929, s. 85–134.

<sup>11</sup> Arthur E. Imhof, *Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland 18. bis 20. Jahrhundert – Warum?*, „Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft” 7, 1981, Nr. 3, s. 343–382; Reinhard Spree, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs in Deutschen Kaiserreich*, Göttingen 1981, s. 49–92 (rozdział: *Soziale Ungleichheit im Spiegel der Säuglingssterblichkeit*); J. Vögele, *Sozialgeschichte* [1], s. 130–161, 377–393; Rolf Germann, *Säuglingssterblichkeit in Deutschland im 19. Jahrhundert*, „Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft” 36, 2011, Nr. 4, s. 808–839, DOI: 10.4232/10.CPoS-2011-22de.

nie zagłębiając się w szczegóły, na podstawie których można by ją wyjaśnić. Przeglądowe ustalenia Heinza Rogmanna<sup>12</sup> sprzed kilkudziesięciu lat do dziś stanowią główne kompendium wiedzy na temat stuletniego rozwoju ludności na pruskim Zaelbiu (do 1933 roku).

### Określenie zjawiska, dobór źródeł i zakres terytorialny, metody badań

Umieralność niemowląt pod względem demograficznym jest odniesieniem liczby zgonów dzieci (bez martwych urodzeń), które nie ukończyły pierwszego roku życia, do liczby żywych urodzeń na danym obszarze i w danym okresie czasu, z reguły jednorocznym<sup>13</sup>. W artykule nazywana jest ona wymiennie intensywnością, natężeniem czy częstotliwością zgonów wśród najmłodszych dzieci<sup>14</sup>. Wyniki tej prostej miary demograficznej dają przybliżony obraz umieralności w interesującej nas grupie wiekowej, co wiąże się z tym, że mają na nie pewien wpływ ruchy migracyjne i wahania w czasie liczby zgonów, a przede wszystkim urodzeń, szczególnie na najniższym poziomie agregacji danych, to jest powiatów. W ówczesnej statystyce, rejestrując fakty demograficzne w urzędach stanu cywilnego, posługiwano się kryterium miejsca zdarzenia. Oznacza to, że zarówno urodzenia, zawarte małżeństwa, jak i zgony były przypisywane do tego USC, na którego obszarze wystąpiły, podczas gdy pewna część matek opuszczała granice powiatu ze swoim nowo narodzonym dzieckiem, wskutek czego mogło dojść do pomniejszenia rozmiarów interesującego nas zjawiska w powiecie, z którego wybywała, a powiększenia – w powiecie, do którego przybywała<sup>15</sup>. Mogło, ale nie musiało, gdyż nie można wykluczyć, że w większości małych jednostek terytorialnych tego rodzaju ruchy migracyjne miały niewielkie znaczenie lub wzajemnie

---

<sup>12</sup> Heinz Rogmann, *Die Bevölkerungsentwicklung im preußischen Osten in den letzten hundert Jahren*, Berlin 1937, s. 63–69. W pracy tej wysiłek badawczy autor skierował na omówienie palących zagadnień związanych z ruchami migracyjnymi w kontekście wyludniania się tak zwanego niemieckiego Wschodu.

<sup>13</sup> Ponieważ liczba urodzeń żywych w powiatach w danych okresach rocznych z reguły zawierała się w przedziale od 1 do 2 tysięcy, w obliczeniach za stałą przyjęto 100.

<sup>14</sup> Uwaga badawcza jest skoncentrowana na umieralności niemowląt. Nie są brane pod uwagę takie charakterystyki zgonów, jak: urodzenia martwe, umieralność okołoporodowa, umieralność neonatalna i postneonatalna czy inne.

<sup>15</sup> Ruchy migracyjne, a także nieprzestrzeganie przymusu parafialnego i braki w rejestracji w jeszcze większym stopniu oddziałują zakłócająco na uzyskane wyniki w wypadku analizy danych na podstawie parafialnych ksiąg metrykalnych. Szerzej na temat tego zjawiska w kontekście rozbieżności rejestracji kościelnej i cywilnej w okręgach rejestracyjnych w wybranych miastach angielskich: Chris Galley, *Säuglingssterblichkeit in englischen Städten 1750–1850*, w: *Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*, hrsg. v. Jörg Vögele, Wolfgang Woelke, Berlin 2000, s. 81–90.

się znosiły. Inny problem stanowi niezgodność frakcji, to znaczy fakt, że pewna część dzieci urodzonych w roku  $t$  umierała w następnym roku  $t + 1$ , podobnie jak pewna część dzieci urodzonych w poprzedzającym roku  $t - 1$  umierała w roku  $t$ . Innymi słowy, pewna część zgonów niemowląt nie była związana z urodzeniami w danym roku, co jest „mankamentem” ujęcia poprzecznego – kalendarzowego. Gwoli ścisłości, sytuacja ta miała i ma niewielki wpływ na rzeczywisty poziom umieralności niemowląt w tak zwanych normalnych czasach, gdy liczba urodzeń w następujących po sobie latach nie wykazuje większych odstępstw pod względem swoich rozmiarów<sup>16</sup>. Oczywiście jest możliwe zminimalizowanie opisanego problemu za pomocą formuły zaproponowanej przez Rahtsa, która w przybliżony sposób mierzy intensywność zgonów niemowląt pochodzących z jednego rocznika urodzenia (ujęcie wzdłużne – kohortowe)<sup>17</sup>. Z powodu uwarunkowań źródłowych pozostaniemy jednak przy klasycznej metodzie zalecanej przez ONZ, a stosowanej również w głównym źródle, eliminując znacznie wpływ opisanej niezgodności poprzez zastosowanie uśrednionych wartości umieralności niemowląt, na przykład z lat 1904–1912.

Pierwotne, indywidualne i masowe źródło daje ogromne możliwości badawcze, zważywszy, że w kartach rejestracji urodzeń i zgonów jest cały szereg cech istotnych dla badań prowadzonych w duchu demografii społecznej, między innymi takich, jak: czas i miejsce (geograficzne) zdarzenia, stan rodzinny, wyznanie ojca i matki, pozycja społeczno-zawodowa i profesja ojca lub matki (w wypadku urodzenia pozamałżeńskiego) czy informacja o miejscu urodzenia lub zgonu (na przykład dom – domyślnie, zakład opieki, statek itd.) i przyczynie tego ostatniego<sup>18</sup>. Mając dostęp do tego rodzaju danych indywidualnych, można by odpowiedzieć precyzyjnie na cały szereg wielowymiarowych pytań badawczych i przygotować obszerne studium. W użytych trybie przypuszczającym zawarte jest „pobożne życzenie”<sup>19</sup>. Uwarunkowania źródłowe, a konkretnie mówiąc, korzystanie z „wtórnych” urzędowych materiałów statystycznych, w których interesujące nas dane zostały zagregowane i pogrupowane według przyjętego schematu, niosą ze sobą określone ograniczenia poznawcze, dające znać o sobie w największej mierze w wypadku danych przedstawianych na poziomie

<sup>16</sup> G. v. Mayr, *Statistik* [2], s. 437.

<sup>17</sup> Zob. Jerzy Z. Holzer, *Demografia*, Warszawa 1999, s. 221–222; Mieczysław Kędelski, *Umieralność i trwanie życia*, [w:] Mieczysław Kędelski, Jan Paradysz, *Demografia*, Poznań 2006, s. 110–111.

<sup>18</sup> *Preußische Statistik*, Bd. 190 (1903), s. VII–VIII (Einleitung: A. Inhalt der standesamtlichen Zählkarten und Umfang der Auszählung in Preußen).

<sup>19</sup> Ażeby je urzeczywistnić dla interesującego nas obszaru i czasu, należałoby mieć dostęp, zakładając teoretycznie kompletność danych, do około 2 milionów kart rejestracyjnych zdarzeń demograficznych, których szczegółowe informacje powinny jeszcze być wprowadzone do relatywnej bazy danych.

powiatów. Ze *Statystyki Prus* można wyciągnąć tylko informacje o liczbie zgonów niemowląt małżeńskich i pozamałżeńskich w podziale na miasto i wieś (kryterium administracyjno-prawne). Odnoszenie ich do odpowiedniego strumienia urodzeń jest utrudnione z powodu zastosowanego układu cech i tego, że zgony niemowląt są podawane łącznie z urodzeniami martwymi. Sytuacja ta zmuszała badaczy regionalistów do wykonywania żmudnych obliczeń. W moich badaniach miałem ułatwione zadanie, ponieważ dysponowałem danymi o ogólnej umieralności niemowląt – bez podziału na miasta i wieś czy zgony małżeńskie i pozamałżeńskie – w powiatach w latach 1904–1912 oraz innymi ważnymi informacjami związanymi z analizowanym zjawiskiem (potencjalne czynniki), przedstawionymi dla rejencji, to jest dla większych okręgów administracyjnych państwa pruskiego<sup>20</sup>. Ów pokaźny zbiór zrelatywizowanych danych został przygotowany, a następnie opublikowany w 1913 roku z inicjatywy Zakładu na rzecz Zwalczania Umieralności Niemowląt w Niemczech imienia Cesarzowej Augusty Wiktorii w Charlottenburgu oraz Królewsko-Pruskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Berlinie, by dać badaczom<sup>21</sup> odpowiedni materiał do wyjaśnienia wysokiej umieralności niemowląt na obszarze Prus<sup>22</sup>, gdzie – podobnie jak w innych państwach niemieckich i Austro-Węgrzech, a także Rosji – u progu XX wieku częstotliwość zgonów wśród najmłodszych dzieci była wyższa niż w pozostałych państwach europejskich<sup>23</sup>. Oprócz tego źródła w studium wykorzystano monumentalne wydawnictwa *Statystyki Prus*<sup>24</sup> i *Statystyki Rzeszy Niemieckiej*<sup>25</sup>, by dokonać pewnych uściśleń lub przygotować zestaw określonych zmiennych pośredniczących. Wreszcie nie sposób tu nie wspomnieć o zbiorze sprawozdań

---

<sup>20</sup> Dla lat 1911–1912 w czasopiśmie „Medizinalstatistische Nachrichten” opublikowano także dla powiatów i innych mniejszych jednostek administracyjnych w Rzeszy Niemieckiej wyniki przyczyn zgonów w podziale na główne grupy wiekowe, w tym niemowląt („Medizinalstatistische Nachrichten” 3, 1911/12; 4, 1912/13).

<sup>21</sup> Po zawarte w nim wyniki sięgnął też Kazimierz Wajda. Zob. Kazimierz Wajda, *Stosunki ludnościowe na ziemiach pomorskich w latach 1850–1914*, [w:] *Historia Pomorza*, t. IV: (1850–1918), cz. I: *Ustrój, gospodarka, społeczeństwo*, red. S. Salmanowicz, Toruń 2000, s. 77–78, 111 (tab. 7), 113 (tab. 9).

<sup>22</sup> *Statistische Beiträge für die Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in Preußen unter Benutzung von amtlichen Material*, bearb. v. [dr] Behr-Pinnow gemeinsam mit F. Winkler, Charlottenburg 1913, s. 7, 11.

<sup>23</sup> Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz Berlin-Dalhem, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2784: Denkschrift über Säuglingssterblichkeit, k. 88. W latach 1884–1893 w państwach europejskich umieralność niemowląt kształtowała się następująco (od najniższej do najwyższej): Norwegia (9,51%), Irlandia (9,63%), Szwecja (10,71%), Szkocja (12,23%), Dania (13,42%), Anglia (14,64%), Finlandia (14,91%), Belgia (16,29%), Szwajcaria (16,37), Francja (16,71), Holandia (17,50%), Włochy (19,04%), Hiszpania (19,17), Prusy (20,79), Austro-Węgry (24,91), Wirtembergia (26,14%), Rosja – część europejska (26,79%), Bawaria (27,90%), Saksonia (28,28%).

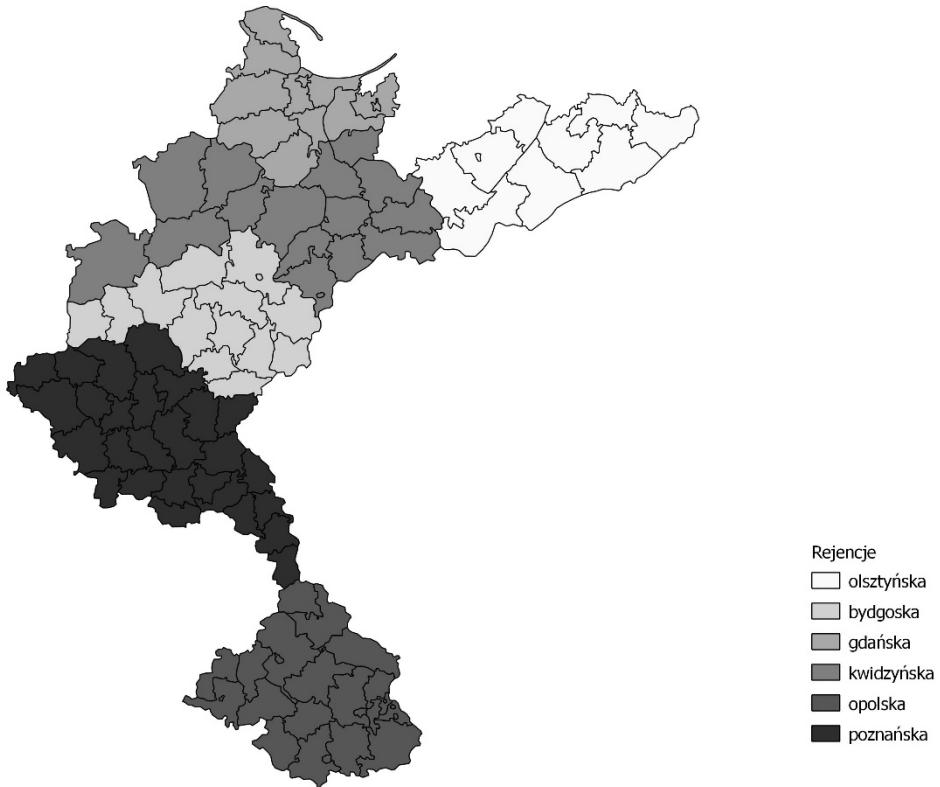
<sup>24</sup> *Preußische Statistik*.

<sup>25</sup> *Statistik des Deutschen Reichs*.



prezesów okręgów rejencyjnych z 1905 roku, przedstawiających pruskiemu Ministerstwu do spraw Wyznania, Nauczania i Medycyny (tzw. Kultusministerium) w Berlinie stan działań prowadzonych pod hasłem zwalczania wysokiej umieralności niemowląt i uwarunkowania tego fenomenu<sup>26</sup>. Zawarte w nim konkluzje są tym bardziej cenne, że syntetycznie odzwierciedlają punkt widzenia lekarzy powiatowych i sygnalizują zjawiska niepoddające się kwantyfikacji.

Rysunek 1. Podział administracyjny „polskich” rejencji Prus w 1910 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Grundriss zur deutschen Verwaltungsgeschichte 1815–1945*, hrsg. von Walther Hubatsch, Marburg/Lahn 1975.

Zakres terytorialny studium obejmuje sześć rejencji wchodzących w skład trzech prowincji państwa pruskiego (rysunek 1), to jest: olsztyńską (Prusy

<sup>26</sup> Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz Berlin-Dalhem, I. HA, Rep. 76: Kultusministerium, VIII B, Nr. 2782 (Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit).

Wschodnie), gdańską i kwidzyńską (Prusy Zachodnie), poznańską i bydgoską (Poznańskie – Wielkopolska) i opolską (Śląsk), na których obszarze liczącym sobie 80 tysięcy km<sup>2</sup> zamieszkiwało 6,55 miliona osób, a wśród nich 3,42 miliona posługiwało się językiem polskim czy kaszubskim (1910 rok)<sup>27</sup>. Większość wymienionych jednostek administracyjnych obejmowała obszary zabrane Rzeczypospolitej przez Prusy w kształcie terytorialnym usankcjonowanym postanowieniami kongresu wiedeńskiego z 1815 roku. Po I wojnie światowej ich przeważająca część weszła w skład odrodzonego państwa polskiego<sup>28</sup>. Wprawdzie powyższego stwierdzenia nie można odnieść do południowego obszaru Prus Wschodnich (rejencja olsztyńska)<sup>29</sup> czy Górnego Śląska (rejencja opolska)<sup>30</sup>, jednakże tam zamieszkiwała licznie ludność posługująca się językiem polskim (kolejno 49,3% i 57,0% w 1910 roku), co przesądziło o tym, że obejmujące te tereny rejencje otrzymały również predykat „polskie”, a zachodzące na ich obszarze zdarzenia demograficzne stały się przedmiotem badania.

Przygotowanie, analiza i wyprowadzanie ogólnych wniosków na podstawie zgromadzonego materiału, głównie statystycznego, nie byłoby możliwe bez posłużenia się kilkoma metodami, które, w moim odczuciu, pozwoliły dokładniej przyjrzeć się badanemu zjawisku. I tak, w wymiarze ilościowym różne aspekty umiERALNOŚCI niemowląt przedstawiono z reguły na podstawie uśrednionych danych, by złagodzić skutki wahań przypadkowych w okresach jednorocznych; do poszukiwania prawidłowości przestrzennych wykorzystano kartograficzne metody prezentacji, głównie mapy tematyczne w formie kartogramu, by ukazać rozkład różnych wielkości względnych; w grupowaniu statystycznym posłużono się medianą i medianowym odchyleniem bezwzględny, by konsekwentnie i obiektywnie klasyfikować zbiory danych i – co ważne – umożliwić obserwację oddalenia poszczególnych grup od przeciętnej (mediany) niepodatnej na wartości skrajne; w porównaniach struktur zastosowano prosty wskaźnik podobieństwa, by zmierzyć oddalenie obiektów przestrzennych (rejencji) względem obiektu przyjętego za wzorzec – punkt odniesienia (rejencja aurichska odznaczająca

<sup>27</sup> *Preußische Statistik*, Bd. 234, 1 (1910), s. 2, 5.

<sup>28</sup> Zob. J. Mück, *Preußen-Atlas. Kartenbildliche Darstellung von Preußens Wachstum mit Erläuterungen und Beilagen*, Leipzig 1915, Karte VI–X; *Statistisches Jahrbuch für Freistaat Preußen*, Bd. 26, s. 30 (Tabelle 5: Die Abtretungsgebiete Preußens nach Fläche, Bevölkerung und jetziger Staatszugehörigkeit auf Grund der Ergebnisse der Volkszählung vom 1. Dezember 1910); Andrzej Gawryszewski, *Ludność Polski w XX wieku*, Warszawa 2005, s. 17–36, 543–546.

<sup>29</sup> Z obszaru Prus Wschodnich do Polski przyłączono jeszcze przed plebiscytem na Warmii, Mazurach i Powiślu tak zwany okręg działdowski.

<sup>30</sup> Górny Śląsk, podobnie jak Prusy Wschodnie, przed rozbiorem nie przynależały do Rzeczypospolitej. Wprawdzie w 1921 roku, po powstaniach śląskich i plebiscycie, Polska decyzją Komisji Sojuszniczej otrzymała znacznie mniejszy obszar od wyznaczonego linią Korfanteo, ale w części Górnego Śląska przyłączonego do odrodzonej Rzeczypospolitej zamieszkiwało aż 40,5% ludności rejencji opolskiej, biorąc pod uwagę dane z 1910 roku.



się najniższą umieralnością niemowląt w Prusach); wreszcie, w poszukiwaniu związku czy związków pomiędzy dobranymi zmiennymi a umieralnością niemowląt wykorzystano jedną z najpopularniejszych metod statystycznych, to jest regresję liniową, by na jej podstawie stworzyć najlepiej dopasowany i „nieprzeuczony” model, pamiętając o tym, że mimo wszystko statystyka nie wyjaśnia istoty zjawiska, a tylko stanowi drogę do jego poznania<sup>31</sup>.

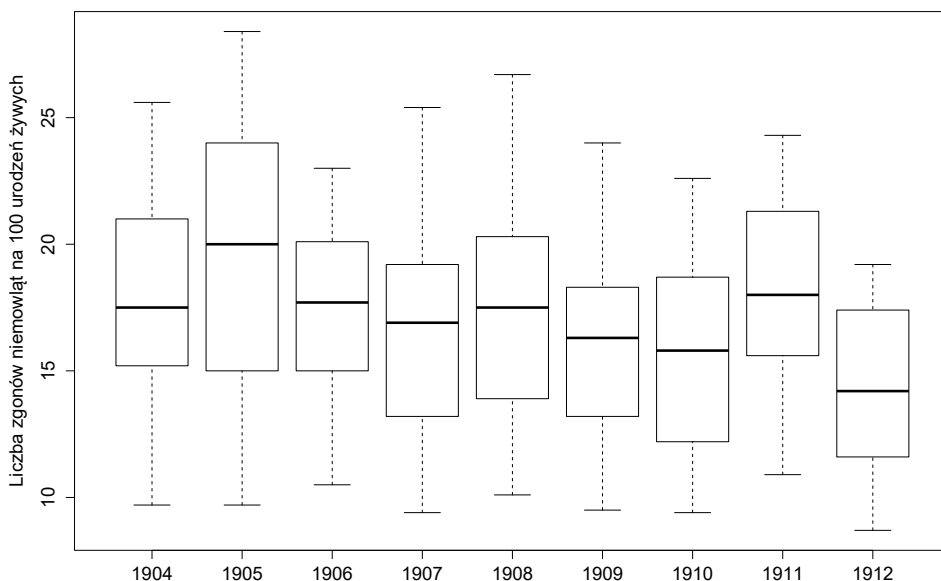
### Przestrzenne aspekty umieralności niemowląt

Na początku XX wieku w rejencjach państwa pruskiego umieralność niemowląt odznaczała się powolną tendencją spadkową, widoczną od 1907 roku (wykres 1). Zarysowany kierunek zmian w czasie zakłócany był cyklicznie występowaniem gorących pór letnich, szczególnie w 1905 roku, kiedy to w połowie okręgów administracyjnych natężenie zgonów niemowląt było większe od 20%, a w połowie mniejsze, oraz w 1911 roku. Tak czy inaczej w latach 1904–1912 to w ostatnim roku wartość środkowa zanotowała najniższy poziom (14,2%). Pozytywnym zmianom w sferze umieralności najmłodszych dzieci towarzyszyło zmniejszanie się przestrzennych różnic, z uwzględnieniem tylko wartości skrajnych. O ile w 1905 roku rozstęp intensywności zgonów niemowlęcych wynosił aż 25,7, o tyle w 1912 roku już tylko 10,5 punktu procentowego, aczkolwiek należy zaznaczyć, że „zrelatywizowana” zmienność zjawiska, rozpatrywana w kontekście wszystkich rejencji, nie wykazywała określonej tendencji; klasyczny współczynnik dyspersji wahał się w przedziale od 20,0% (1906 rok) do 25,7% (1905 rok – wpływ selektywnego oddziaływania upału na umieralność niemowląt, szczególnie odczuwalnego na obszarach wysoce zurbanizowanych). Warto zauważyć, że żadna z rejencji nie odstawiała wybitnie *in plus* czy *in minus* od reszty pod względem poziomu analizowanego zjawiska. Niemniej jednak różnice w jego kształtowaniu się były dość znaczne w świetle rzeczowego współczynnika dyspersji.

---

<sup>31</sup> Sposoby obliczeń i prezentacji danych czy interpretacji wyników można znaleźć w bogatej literaturze przedmiotu. Wymieńmy tu tylko kilka publikacji, które poruszają zagadnienia metodologiczne z reguły w przystępny sposób: Jacek Paślawski, *Kartograficzne metody prezentacji*, [w:] *Wprowadzenie do kartografii i topografii*, red. Jacek Paślawski, Wrocław 2006, s. 203–208, 214–219; Andrzej Młodak, *Analiza taksonomiczna w statystyce regionalnej*, Warszawa 2006, s. 29, 77; Jerzy Runge, *Metody badań w geografii społeczno-ekonomicznej – elementy metodologii, wybrane narzędzia badawcze*, Katowice 2007, s. 516–562; Mieczysław Sobczyk, *Statystyka opisowa*, Warszawa 2010, s. 57–59, 67, 80–81, 97–117, 128–142; Przemysław Biecek, *Przewodnik po pakiecie R*, Wrocław 2011, s. 164, 218–224.

Wykres 1. Umieralność niemowląt w rejencjach państwa Prusy w latach 1904–1912



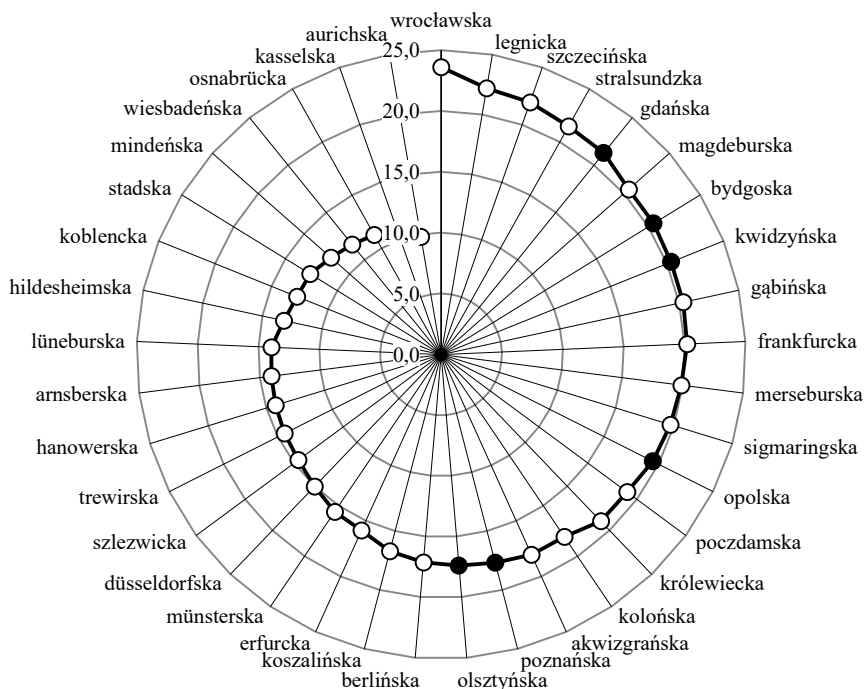
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wymienionych w przypisie 32.

Analiza uśrednionych wielkości natężenia zgonów wśród najmłodszych dzieci dla lat 1904–1912 pozwala stwierdzić<sup>32</sup>, że ani jedna z „polskich” rejencji nie znalazła się w grupie pruskich rejencji, na których obszarze rozpatrywane zjawisko mogłoby pod względem poziomu wartości zostać uznane za niskie lub średnioniskie, biorąc za punkt odniesienia przynależność do pierwszej lub drugiej ćwiartki podziału kwartylowego. Innymi słowy, na początku XX wieku w „polskich” rejencjach poziom umieralności niemowląt był wyższy od mediany – wartości środkowej wyznaczonej na podstawie wszystkich obserwacji (17,25%). Ów czarny obraz należy nieco rozjaśnić, wskazując na bardzo bliskie względem tej przeciętnej sytuowanie się rejencji olsztyńskiej (17,4%) i poznańskiej (17,7%). W pozostałych „polskich” rejencjach rozpatrywane zjawisko już nie wyglądało tak dobrze, to jest w gdańskiej (21,3%), bydgoskiej (20,5%) i kwidzyńskiej

<sup>32</sup> *Statistische Beiträge für die Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in Preußen unter Benutzung von amtlichen Material* (cyt. dalej: SBBSSP), bearb. v. Carl Behr-Pinnow gemeinsam mit F. Winkler, Charlottenburg 1913, s. 13–30 (Übersicht 1: Die Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Kreisen und Regierungsbezirken des preußischen Staates während der Jahre 1904–1912); s. 67–83 (Übersicht 4: Die Säuglingssterblichkeit in den Kreisen und Regierungsbezirken Preußens im dreijährigen Jahresmittel. 1904–1912); s. 85–87 (Übersicht 6: Die Säuglingssterblichkeit, geordnet nach ihrer Höhe in den einzelnen Regierungsbezirken. 1904–1912).

(20,4%) – wszystkie trzy znalazły się w ostatniej ćwiartce, natomiast opolska (19,5%) usytuowała się w trzeciej, przy czym poziom zjawiska był tu zbliżony do obserwowanego w północnej Wielkopolsce i w południowej części Pomorza Nadwiślańskiego (łącznie z Krajną), gdzie w latach 1904–1912 przeciętnie około jednej piątej dzieci nie doczekało swych pierwszych urodzin.

Wykres 2. Przeciętna umieralność niemowląt w rejencjach państwa Prusy w latach 1904–1912



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wymienionych w przypisie 32.

Rozpatrując rozwój natężenia zgonów niemowląt w poszczególnych latach można zauważyć, że na początku XX wieku, przed podjęciem szeroko zakrojonej kampanii na rzecz obniżenia umieralności wśród najmłodszych dzieci, dwie „polskie” rejencje, mianowicie olsztyńska i poznańska, lokowały się w drugiej ćwiartce względnie niskiego natężenia zgonów niemowląt. Pierwsza z nich w latach 1904–1905 i 1908, druga zaś w 1908 roku, a obie w specyficznym 1911 roku. Z czasem „polskie” rejencje zajmowały coraz gorsze miejsce w interesującym nas rankingu. Można to ukazać, śledząc przynależność do czwartej ćwiartki

umieralności niemowląt. O ile w 1904 roku znalazł się w niej tylko jeden okręg administracyjny – rejencja gdańska, o tyle w następnych latach lokowały się tu dwie (dwukrotnie) lub trzy (trzykrotnie) lub cztery (dwukrotnie) „polskie” rejencje, a wśród nich zawsze gdańska, często zaś kwidzyńska i bydgoska. Jest rzeczą znaną, że w 1911 roku żadna z „polskich” rejencji nie znalazła się w czwartej ćwiartce umieralności niemowląt. Owo przejściowe polepszenie się sytuacji należy łączyć z wpływem czynnika klimatycznego, to jest gorącego lata<sup>33</sup>, które wprawdzie w całym państwie przyczyniło się do wzrostu intensywności zgonów wśród najmłodszych dzieci, nad czym – dodajmy – boleli entuzjaści prowadzonych działań na niwie obniżania umieralności niemowląt<sup>34</sup>, ale nie oddziało ono aż z taką siłą na obszary będące w centrum naszego zainteresowania, z reguły słabo zurbanizowane i ze znacznym udziałem ludności wiejskiej. W tym dość wyjątkowym okresie w trzech miesiącach letnich 1911 roku – lipiec, sierpień i wrzesień – ani jedna z „polskich” rejencji nie zanotowała poziomu zjawiska (znaczenie) wyższego od średniego dla całego państwa pruskiego, wynoszącego prawie 30%, natomiast w pozostałych miesiącach – tak, i to wszyskie<sup>35</sup>.

Nie dziwi, że na najniższym poziomie agregacji danych, to jest w powiatach zarówno miejskich (grodzkich), jak i wiejskich (ziemskich), przy silniejszym oddziaływaniu czynnika losowego w poszczególnych latach okresu 1904–1912 analizowane zjawisko wykazywało znaczne fluktuacje w czasie i przestrzeni; od jednej dziesiątej do jednej trzeciej dzieci umierało przed ukończeniem pierwszego roku życia. Mimo to jego przebieg wykazywał określone tendencje. Po pierwsze, z wolna ulegały zatarciu lokalne różnice między sąsiadującymi powiatami (od samego początku najmniejsze w rejencji olsztyńskiej), co szczególnie uwidoczniło się w 1912 roku; po drugie, w zdecydowanej większości powiatów obniżyła się częstotliwość zgonów w grupie najmłodszych dzieci w trzyleciu 1910–1912 w porównaniu z trzyleciem 1904–1906, szczególnie w powiatach miejskich<sup>36</sup> lepiej przygotowanych do walki z wysoką umieralnością niemowląt, wśród których

---

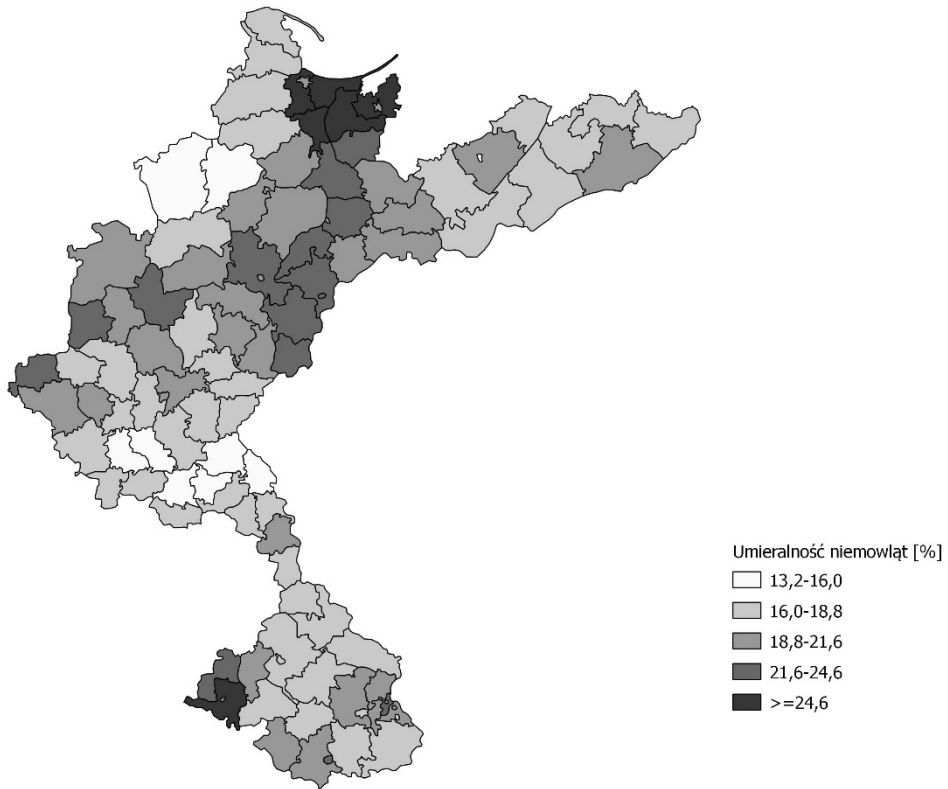
<sup>33</sup> Porównanie spadku przeciętnej maksymalnej temperatury (punkty pomiaru z reguły w stolicach rejencji) ze spadkiem przeciętnej umieralności niemowląt w miesiącach letnich w rejencjach państwa Prusy w 1912 roku względem 1911 roku pozwala stwierdzić istotną statystycznie, dodatnią i umiarkowaną współzależność liniową mierzoną współczynnikiem korelacji Pearsona (0,480;  $R^2 = 0,231$ ). Obliczenia własne na podstawie: SBBSSP, s. 124–125 (*Temperatur-Maxima und -Minima im Monatsmittel und Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten 1911 und 1912*), s. 122–123 (Übersicht 17: *Die Säuglingssterblichkeit nach der Jahreszeit. 1907–1912*).

<sup>34</sup> Por. J. Vögele, *Sozialgeschichte* [1], s. 392.

<sup>35</sup> SBBSSP, s. 122–123 (Übersicht 17: *Die Säuglingssterblichkeit nach der Jahreszeit. 1907–1912*).

<sup>36</sup> W 1907 roku na obszarze „polskich” rejencji tylko w Gdańsku (najwcześniej) i Poznaniu funkcjonowały placówki opieki nad niemowlęciem (Säuglingsfürsorgestelle). Ich liczba z pewnością wzrosła przed I wojną światową. Zob. J. Vögele, *Sozialgeschichte* [1], s. 383, Karte 5.1.

Rysunek 2. Umieralność niemowląt w powiatach „polskich” rejencji Prus w latach 1904–1912



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wymienionych w przypisie 32.

na pierwsze miejsce wysunął się katowicki (spadek o jedną czwartą)<sup>37</sup>; po trzecie, zarysowały się dość stabilne skupiska wysokiej umieralności niemowląt (rysunek 2): na pierwszym miejscu należy tu wymienić małe jednostki administracyjne znajdujące się w części bądź całości w delcie Wisły, następnie te, które były położone w dolinie Wisły lub jej pobliżu w pasie od Torunia do rozwidlenia rzeki

<sup>37</sup> SBBSSP, s. 68–69, 71–74 (Übersicht 4: *Die Säuglingssterblichkeit in den Kreisen und Regierungsbezirken Preußens im dreijährigen Jahresmittel. 1904–1912*). W grupie liderów w spadku umieralności niemowląt znalazły się też wiejskie powiaty. Zaraz po katowickim ułokował się nyski, na którego obszarze występowała wysoka umieralność niemowląt – redukcja o jedną piątą. Po uwzględnieniu jako punktu odniesienia braku zmian lub pogorszenie się sytuacji (11 powiatów w grupie 107) najgorzej wyglądała rzecz w dziele obniżania umieralności niemowląt na terenie rejencji olsztyńskiej (w wiejskich powiatach: piskim, szczycieńskim, reszelskim, nidzickim; miejskim: olsztyńskim).

na dwa ramiona, to jest Wisłę i Nogat, wreszcie powiaty, przez które przebiegała dolina Noteci (najśłabszy stopień regularności). Te w miarę zwarte obszary pod względem wysokiej umieralności niemowląt znajdowały się kolejno na terenie rejencji gdańskiej, kwidzyńskiej i bydgoskiej, a zatem okręgów administracyjnych, które odznaczały się najwyższą intensywnością zgonów niemowląt w grupie „polskich” rejencji. Natomiast najkorzystniej dla niemowląt kształtowała się sytuacja w powiatach położonych w południowej Wielkopolsce, szczególnie w tych, które były skupione wokół przodujących w interesującej nas dziedzinie – śmigielskiego (13,2% – średnia z lat 1904–1912) i gostyńskiego (14,3%), wymienionych tu z powodu ich odstawania z dołu od reszty, biorąc pod uwagę tak zwane ostre kryterium podziału zbioru Helwiga<sup>38</sup> (dwa jednoelementowe zbiory). Na przeciwnym biegunie umieralności niemowląt, z uwzględnieniem tego samego kryterium, sytuowały się kolejno: gdański nizinny (28,1%) i gdański wyżynny (27,6%) – dwuelementowy zbiór; malborski (26,2%), nyski wiejski (25,9%) i elbląski wiejski (25,7%) – trójelementowy; tczewski (24,5%) – jednoelementowy<sup>39</sup>.

Zwraca uwagę fakt, że wymienione obszary, na których występowała wysoka umieralność niemowląt, odznaczały się intensywną gospodarką rolną, a co za tym idzie, i większym udziałem sił najemnych (rysunek 3)<sup>40</sup>. Wniosek ten można wyciągnąć, wspierając się badaniami Kazimierza Wajdy, który wyznaczył „rejonny” społeczno-ekonomiczne w rolnictwie Pomorza Gdańskiego – utożsamianego terytorialnie z zachodniopruską prowincją – dla przełomu XIX i XX wieku. Na początku ich uszeregowanego opisu wskazał on na dwa ekstrema: region Żuław Wiślanych (rejon I) o intensywnej gospodarce oraz Kaszub i Borów Tucholskich – o prymitywnej (rejon VI). Dodajmy, że na obszarze Pradoliny Toruńsko-Eberswaldzkiej warunki naturalne także sprzyjały intensyfikacji rolnictwa (powiaty położone nad Notecią).

Ale nie tylko wspomniane wyżej obszary o bardziej rozwiniętym rolnictwie pokrywały się zadziwiająco z obszarami, na których występowała wysoka umieralność niemowląt, w czym i pewną rolę mógł odgrywać czynnik fizjograficzny (tereny podmokłe i zalewowe). Również rozmieszczenie skupisk ludności robotniczej pozostawało w pewnym związku z intensywnością zgonów wśród najmłodszych dzieci. W Prusach Zachodnich osoby zatrudnione w przemyśle,

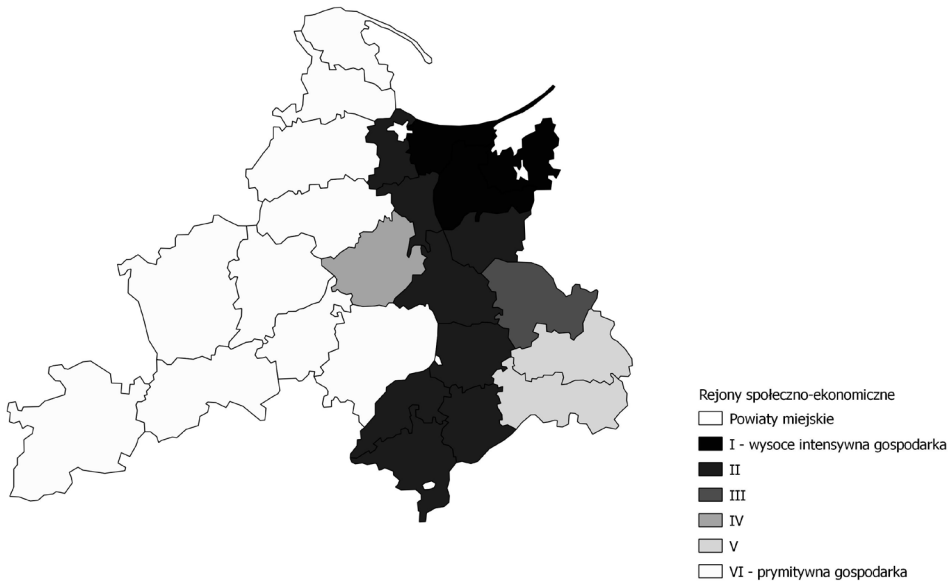
<sup>38</sup> Kryterium delimitacyjne: suma średniej i dwóch odchyłek standardowych (wartości wyliczone z przyrostów absolutnych uporządkowanej rosnąco umieralności niemowląt w powiatach). Zob. J. Runge, *Metody badań* [31], s. 217 i in.; A. Młodak, *Analiza taksonomiczna* [31], s. 77 i in.

<sup>39</sup> SBBSSP, s. 14–15, 17–18, 20 (Übersicht 1: *Die Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Kreisen und Regierungsbezirken des preußischen Staates während der Jahre 1904–1912*); s. 67–83 (Übersicht 4: *Die Säuglingssterblichkeit in den Kreisen und Regierungsbezirken Preußens im dreijährigen Jahresmittel. 1904–1912*).

<sup>40</sup> Kazimierz Wajda, *Wieś pomorska na przełomie XIX i XX wieku. Kwestia rolna na Pomorzu Gdańskim*, Poznań 1964, s. 88–95.



Rysunek 3. Regiony społeczno-ekonomiczne w rolnictwie Prus Zachodnich na przełomie XIX i XX wieku (wg Kazimierza Wajdy)



Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji wymienionej w przypisie 40.

głównie metalowym i maszynowym, oraz mające się różnych zajęć zamieszkiwały najliczniej przedmieścia stolicy prowincji położone na obszarze powiatu gdańskiego wyżynnego, rozwijające się szybko pod względem demograficznym na przełomie XIX i XX wieku (między innymi Orunia i Oliwa). Koncentracją ludności robotniczej odznaczał się też wiejski powiat elbląski (szczególnie Zawada)<sup>41</sup>. Tak w jednej, jak i w drugiej jednostce administracyjnej chodziło przede wszystkim o osoby narodowości niemieckiej, czego nie można powiedzieć w wypadku podtoruńskiego Mokrego<sup>42</sup>, które swój rozwój pierwotnie zawdzięczało

<sup>41</sup> Kazimierz Wajda, *Klasa robotnicza Pomorza Wschodniego w drugiej połowie XIX wieku i początkach XX wieku*, Warszawa 1981, s. 51, 56–57.

<sup>42</sup> Można by zakładać, że plany lokalizacji centralnej mleczarni w Mokrem pod Toruniem mającej dostarczać na rynek dobrej jakości mleko dla dzieci nie były przypadkowe i pozostawały w związku z umieralnością niemowląt na tym robotniczym przedmieściu (GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: Der königliche Regierungs-Präsident an den Herren Minister der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten – dalej cyt. RP an den MGUMA, Marienwerder, den 25. Juli 1905, k. 20v.). Niestety, brakuje dokładnych badań, które mogłyby to potwierdzić. Ustalenia Agnieszki Zielińskiej poczynione dla katolickiej parafii Najświętszej Marii Panny w Toruniu, obejmującej swym zasięgiem także Mokre, dowodzą, że w pierwszym dziesięcioleciu XX wieku intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci była na jej obszarze stosunkowo niska

napływowi ludności polskiej biorącej udział w rozbudowie fortyfikacji twierdzy toruńskiej w latach siedemdziesiątych XIX wieku<sup>43</sup>.

Oczywiście na terenie „polskich” rejencji głównym skupiskiem robotniczym było Zagłębie Górnos Śląskie. Jednakże tu sprawa asocjacji pomiędzy umieralnością niemowląt a rozmieszczeniem ludności robotniczej już nie była tak oczywista, zważywszy, że poziom intensywności zgonów wśród najmłodszych dzieci nie charakteryzował się równomiernością w czasie i przestrzeni (część wysoce zurbanizowanych i uprzemysłowionych powiatów miała niekiedy relatywnie niską umieralność niemowląt), a w rejencji opolskiej na pierwsze miejsce w niechlubnym rankingu wybijały się, ale do czasu, obszary położone nie na jej wschodnich, uprzemysłowionych krańcach, lecz na zachodnich, rolniczych – wiejskie powiaty grodkowski i nyski<sup>44</sup>, gdzie właściwie nie zamieszkiwała ludność posługująca się językiem polskim<sup>45</sup>. Gwoli ścisłości, biorąc pod uwagę średnią z lat 1905–1912, w grupie miejscowości liczących sobie 15 tysięcy i więcej mieszkańców, położonych na obszarze „polskich” rejencji (29 miejscowości), w czwartej ćwiartce relatywnie wysokiej umieralności niemowląt urodzonych w związkach małżeńskich – umieralność ogólna pominięta z uwagi na zaburzający wpływ tak zwanej turystyki porodowej<sup>46</sup> – znalazło się najwięcej miast z Zagłębia Górnos Śląskiego: Świętochłowice, Lipiny (obecnie część Świętochłowic), Królewska Huta (Cho-

---

w porównaniu z innymi pięcioma parafiami, w tym trzema ewangelickimi i wynosiła „tylko” 17,3%, przy czym w latach 1901–1914 udział zgonów niemowląt w ogólnej liczbie zgonów był tu najwyższy i kształtował się na poziomie 38,8%, co autorka słusznie łączy z wysoką rozrodznością (A. Zielińska, *Przemiany struktur demograficznych w Toruniu* [9], s. 214–217, s. 454, tab. 124, s. 457, tab. 127, s. 461, tab. 131, s. 462, tab. 132). Warto zapamiętać ten osobliwy przypadek: ludność w większości polskiego pochodzenia, uboższa, z dużą liczbą dzieci, odznaczająca się relatywnie niską umieralnością niemowląt (zob. końcowe ustalenia).

<sup>43</sup> K. Wajda, *Klasa robotnicza* [41], s. 58.

<sup>44</sup> SBBSSP, s. 20 (Übersicht 1: *Die Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Kreisen und Regierungsbezirken des preußischen Staates während der Jahre 1904–1912*); s. 73–74 (Übersicht 4: *Die Säuglingssterblichkeit in den Kreisen und Regierungsbezirken Preußens im dreijährigen Jahresmittel. 1904–1912*).

<sup>45</sup> Leszek C. Belzyt, *Pruska statystyka językowa (1825–1911) a Polacy zaboru pruskiego, Mazur i Śląska*, Zielona Góra 2013, s. 262, 278.

<sup>46</sup> Problem wartości poznawczej ogólnego współczynnika umieralności niemowląt można najlepiej zilustrować na przykładzie miasta Opola. Tu, zapewne z powodu funkcjonowania zakładu(-ów) położniczego przyjmującego nieodpłatnie kobiety w ciąży będące w większości pannami z Górnego Śląska, był bardzo wysoki udział urodzeń pozamałżeńskich, który w latach 1905–1912 wynosił aż 30,5%. Ponieważ gros kobiet było przyjezdny, to i umieralność niemowląt pozamałżeńskich – wbrew regule – była tu i tylko tu mniejsza (12,1%) od małżeńskiej (17,7%), co wynikało zasadniczo z wyjazdów panien, które zabierały ze sobą nowo narodzone dziecko. Ewentualne zgony tych ostatnich były przypisywane do danej miejscowości, w której się zdarzyły. Sytuacja ta rzutowała na poziom ogólnej umieralności niemowląt, zaniżając jej wynik. Zob. też Elżbieta Kościak, *Przemiany w strukturze społeczno-zawodowej i demograficznej ludności Opola w drugiej połowie XIX i na początku XX wieku na podstawie ksiąg parafialnych i akt USC*, Wrocław 1993, s. 120–124, tab. 83 i 86.

rzów), Zabrze (bez Zaborza) – wszystkie z dużym udziałem ludności polskiej. Mimo że intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci oscylowała tam pomiędzy 21,8% a 20,4%, to jednak szereg miejscowości w Niemczech notowało znacznie wyższy poziom tego współczynnika, zaś Katowice (15,2%) i Gliwice (16,2%) z licniejszą ludnością niemiecką ułożyły się w pierwszej ćwiartce niskiej umieralności niemowląt małżeńskich, i to w grupie „pozytywnych liderów” wespół z takimi miastami, jak Gniezno (16,0%), Olsztyn (14,2%) i Leszno (13,9%)<sup>47</sup>.

### **Determinanty i uwarunkowania strukturalne (wysokiej) umieralności niemowląt**

To, że górnośląskie miasta Gliwice i Katowice przewodziły pod względem niskiej umieralności niemowląt, nie było dziełem przypadku. Tu bowiem stosunkowo wcześniej objęto systematyczną kontrolą, odnoszącą się także do odżywiania i ubioru, nowo narodzone dzieci oddawane pod opiekę obcym osobom, najczęściej narażone na zgon, czym zajmowały się tak zwane *Aufsichtsdame* lub społeczniczki, niemowlęta zaś były okresowo badane przez lekarza dla ubogich (Gliwice) lub lekarza dziecięcego (Katowice), a ich zachorowania zgłaszane do nich na bieżąco przez opiekunki lub kuratorki. Powiadomieniem o urodzeniu dziecka stosownych instytucji związanych z opieką nad niemowlęciem zajmował się dany urząd stanu cywilnego. W razie potrzeby opiekunki dzieci otrzymywały przez dłuższy czas dzienną porcję mleka ze sprawdzonego źródła. Tych kilka informacji, mimo że odnoszących się do kurateli nad dziećmi urodzonymi w większości w związkach pozamałżeńskich, pozwala przypuszczać, że władze samorządowe obu miast i działające tam aktywistki społeczne, zapewne z Patrio-tycznego Stowarzyszenia Kobiet, były mocno wyczulone na problem wysokiej umieralności niemowląt, co po 1905 roku musiało zaowocować objęciem szeroką opieką także dzieci urodzonych w związkach małżeńskich, których rodzice byli w gorszej sytuacji materialnej. U progu nastania zwiększonej aktywności na rzecz przeciwdziałania wysokiej umieralności niemowląt, w grupie miast Zagłębia Górnośląskiego, oprócz wymienionych, tylko w Zabrzu podjęto niestandardową inicjatywę mającą korzystnie wpłynąć na zmianę panującej sytuacji w interesującej nas dziedzinie; lekarz okręgowy uważniej przyglądał się handlowi gorszej jakości mlekiem krowim, które trafiało do rąk uboższych rodziców i było

---

<sup>47</sup> *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes* 30, 1906, s. 1177–1182; 31, 1907, s. 1245–1250; 32, 1908, s. 1011–1016; 33, 1909, s. 1109–1115; 34, 1910, s. 947–953; 35, 1911, s. 907–913; 36, 1912, s. 1087–1093 (obliczenia własne). Dane dla Zabrze za lata 1906–1912; dla Leszna – 1907–1912.

wykorzystywane do karmienia najmłodszych. Tu też powstał nawet Związek na rzecz Hodowli Kóz (saaneńskich), by wspierać zakup tej szwajcarskiej rasy dającej wartościowe mleko wykorzystywane w odżywianiu niemowląt<sup>48</sup>.

Oczywiście w centrum uwagi, zgodnie z wytycznymi ministerialnymi, stało naturalne odżywianie, które winni byli propagować lekarze powiatowi przy okazji szczepień i spotkań z położnymi oraz pracownicy urzędów stanu cywilnego, przekazując świeżo upieczonym matkom stosowne ulotki, z reguły przygotowane przez Patriotyczne Stowarzyszenie Kobiet lub Czerwony Krzyż, na temat zalet karmienia piersią i prawidłowej opieki nad niemowlęciem. W praktyce, na Górnym Śląsku adresatem rzeczonych materiałów i sporadycznych wykładów lekarskich była przede wszystkim ludność niemiecka, gdyż nie przygotowywano ich w języku polskim, mimo że, jak pokazuje przykład działań w Prusach Zachodnich<sup>49</sup> podjętych prawdopodobnie już w 1894 roku<sup>50</sup>, można było to uczynić, aby dotrzeć z informacjami do szerokich rzesz ludności. Ale to właśnie nieznamość języka niemieckiego wśród większości ludności polskiej, szczególnie zamieszkującej obszary wiejskie, zawdzięczamy cenną informację w sprawozdaniu opolskim, że wiedza z ulotek nie była aż tak bardzo potrzebna Polkom, skoro wśród nich „karmienie piersią jest jeszcze powszechną praktyką i przedstawia regułę”<sup>51</sup>. W tym zdaniu skrywa się wyjaśnienie pozwalające w pewnej mierze zrozumieć, dlaczego na Górnym Śląsku, i to mimo gorszych warunków środowiskowych panujących w konurbacji, sytuacja w dziedzinie umieralności niemowląt wyglądała korzystniej, szczególnie w porównaniu z Dolnym Śląskiem. Można śmiało przypuszczać, że istotną rolę odgrywały tu sprawy związane z długością okresu karmienia piersią, jakością innych środków odżywczych oraz roztaczaniem opieki nad niemowlętami. W rejencji poznańskiej, zajmującej stosunkowo dobrą pozycję w rankingu umieralności niemowląt, pierwsza z tych spraw nie stanowiła problemu – by odwołać się tu do kilku opinii lekarzy powiatowych – na przykład we wspomnianym już powiecie gostyńskim (przeciętna umieralność niemowląt z lat 1904–1912 równa 14,3%), gdzie karmienie piersią miało być regułą; w kościańskim (15,0%), gdzie na wsi miano odżywiać dzieci wzorowo (*vorzugsweise*); w ostrowskim (16,5%), gdzie matki miały najczęściej same karmić swoje niemowlęta<sup>52</sup>. Wymienione powiaty były położone w południowej części Wielkopolski, a na ich terenie dominowała ludność katolicka i polskojęzyczna stanowiąca około

<sup>48</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Oppeln, den 23. November 1905, k. 83–86.

<sup>49</sup> Tamże, RP an den MGUMA, Danzig, den 24. Juni 1905, k. 16.

<sup>50</sup> Tamże, RP an den MGUMA, Marienwerder, den 25. Juli 1905, k. 19.

<sup>51</sup> Tamże, RP an den MGUMA, Oppeln, den 23. November 1905, k. 84.

<sup>52</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Posen, den 20. September 1905, k. 60v–61, 65v–66.

90% całej populacji tych jednostek administracyjnych. Podobnie przedstawiała się sytuacja w powiecie śmigielskim, wyodrębnionym z kościańskiego, będącym liderem pod względem niskiej umieralności wśród najmłodszych dzieci, na którego obszarze na początku XX wieku powyższe udziały przekraczały 80%<sup>53</sup>. Co ciekawe, jego ludność nie była objęta jakąś szczególną akcją propagandową: tylko część położnych uczestniczyła w szkoleniach; planowano jedynie prowadzenie corocznych wykładów na temat żywienia i opieki nad niemowlęciem oraz publikowanie w powiatowym dzienniku urzędowym pouczających wiadomości<sup>54</sup>, chyba bardziej po to, by wypełnić pustkę w działaniach i zaspokoić oczekiwania płynące ze strony administracji rządowej. Milczenie źródła zaskakuje również w wypadku sprawozdania opolskiego, w którym nie ma mowy o jakiejś trudnej sytuacji w przemysłowo-górnictwie części Górnego Śląska, o pewnego rodzaju dychotomii, to jest podziale na „dobry” wiejski świat, gdzie regułą miałyby być karmienie piersią, i „skażone” przemysłem fabrycznym miejskie środowisko, gdzie z kolei powszechne miałyby być odstawianie od piersi (jak i panoszące się niedbalstwo lub niewiedza na temat wychowania i opieki nad najmłodszymi), co na przykład można odnaleźć w sprawozdaniach rejencji münsterskiej<sup>55</sup> w uprzemysłowionej Westfalii czy stadckiej w byłym Królestwie Hanoweru<sup>56</sup>.

Niestety interesujące nas sprawozdanie z 1905 roku na temat zwalczania wysokiej umieralności niemowląt nie daje bezpośredniego wglądu w to, co działo się na obszarze rejencji olsztyńskiej, gdyż nie uwzględniono w nim nowego podziału administracyjnego prowincji wschodniopruskiej. Sięgnijmy zatem po informacje zawarte w raportach prezesów rejencji gumbińskiej oraz królewieckiej, obejmujących między innymi swym zasięgiem południowo-wschodnią część Prus Wschodnich, zamieszkałą licznie przez ludność polskojęzyczną. Według lekarzy powiatowych działających na terenie pierwszego z wymienionych okręgów administracyjnych, najbardziej zrastykalizowanego w skali kraju i najdalej wysuniętego na wschód, przyczyn umieralności niemowląt nie należało się doszukiwać w niewłaściwym odżywianiu najmłodszych dzieci, zarówno u niższych, jak i wyższych warstw społecznych. Jeśli już matka dziecka urodzonego w związku małżeńskim nie mogła go karmić piersią, wynikało to z faktu, iż po prostu brakło jej pokarmu, a stan ten u niezamożnych kobiet „traktowany jest jako wielkie nieszczęście, ponieważ przez nabywanie mleka powstają wcale niemałe

<sup>53</sup> L.C. Belzyt, *Pruska statystyka* [45], s. 185–194, 208–213.

<sup>54</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA RP, Posen, den 20. September 1905, k. 65v–66.

<sup>55</sup> Tamże, RP an den MGUMA, Münster, den 10. August 1905, k. 149v.

<sup>56</sup> Tamże, RP an den MGUMA, Stade, den 29. Juli 1905, k. 142–142v.

koszty”<sup>57</sup>. Z kontekstu tej wypowiedzi wynika, że dzieci urodzone w związkach pozamałżeńskich były z reguły częściej narażone na śmierć z powodu (wczesnego) odstawienia od piersi<sup>58</sup>, w czym istotną rolę miał odgrywać czynnik ekonomiczny i psychologiczny, to jest w wielu wypadkach konieczność podjęcia pracy przez samotne matki czy ich stosunek do nowo narodzonych dzieci, kształtowany często przez negatywny społeczny odbiór panien matek i ich potomstwa. Jednak w wymiarze globalnym umieralności niemowląt w „polskich” rejencjach „problem dzieci nieślubnych” miał stosunkowo niewielkie znaczenie, ponieważ udział urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych wyliczony dla lat 1904–1912 kształtował się na ich obszarze na poziomie mniejszym niż 10%, a w rejencji kwidzyńskiej, bydgoskiej, poznańskiej i opolskiej<sup>59</sup> był nawet zbliżony do 5%, szczególnie zaś niski w większych miastach Zagłębia Górnośląskiego (w grupie 14 gmin, które liczyły sobie 15 tysięcy i więcej mieszkańców, aż w 10 udział urodzeń pozamałżeńskich był mniejszy niż 5%)<sup>60</sup>, co bez wątpienia wpływało pozytywnie na rejestrowany tam poziom umieralności niemowląt.

Według sprawozdania królewieckiego, nieszczęściem dla nowo narodzonych dzieci miała być praca kobiet, które zmuszone trudną sytuacją ekonomiczną wieloosobowego gospodarstwa domowego, najmowały się u innych, przekazując często swoje niemowlęta pod opiekę „nieodpowiednich osób”. Wskazano, że do tej sytuacji dochodziło na wsi, „szczególnie w uboższych powiatach i pod względem cywilizacyjnym (*kulturell*) jeszcze niezbyt rozwiniętych”<sup>61</sup>. Co ciekawe, opinia ta nie potwierdza sugerowanego związku pomiędzy wysoką umieralnością niemowląt a intensywnym charakterem gospodarki rolnej, przyjmując, że owe uboższe powiaty odznaczały się słabiej rozwiniętym rolnictwem. Jeśli chodzi o rolę intensywnej gospodarki rolnej, z pewnością jej prowadzenie pozwalało osiągać większe dochody, ale zarazem było okupione większymi nakładami pracy, co także dotyczyło żon gospodarzy i wymagało zatrudnienia obcych sił, to jest mobilnej czeladzi wiejskiej czy robotników rolnych, w tym deputatowych, których warunki materialne, możliwości ożenku i poziom wykształcenia pozostawiały

---

<sup>57</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782, RP an den MGUMA, Gumbinen, den 12. August 1905, k. 14v.

<sup>58</sup> Por. R. Spree, *Soziale Ungleichheit* [11], s. 71.

<sup>59</sup> SBBSSP, s. 84–87 (Übersicht 6: *Die Säuglingssterblichkeit, geordnet nach ihrer Höhe in den einzelnen Regierungsbezirken. 1904–1912*); s. 90–91 (Übersicht 8: *Die Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Reg.-Bezirken nach der Legitimität. 1904–1912*). Obliczenia własne na podstawie danych o umieralności niemowląt ogólnej, małżeńskiej i pozamałżeńskiej.

<sup>60</sup> *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes* 30, 1906, s. 1177–1182; 31, 1907, s. 1245–1250; 32, 1908, s. 1011–1016; 33, 1909, s. 1109–1115; 34, 1910, s. 947–953; 35, 1911, s. 907–913; 36, 1912, s. 1087–1093 (obliczenia własne).

<sup>61</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Königsberg, den 1. November 1905, k. 11v.



wiele do życzenia<sup>62</sup>. Wszystko to musiało negatywnie oddziaływać na poziom umieralności wśród najmłodszych dzieci, dodajmy, mających lepszą opiekę na jesieni i zimą – w martwym sezonie prac polowych. To ostatnie spostrzeżenie zawdzięczam socjaldemokracji, deputowanemu Büchnerowi<sup>63</sup>, sugerującemu, iż rytm pracy na agrarnym wschodzie Niemiec korespondował z określoną w ciągu roku cyklicznością zgonów niemowląt, odmienną w porównaniu z przemysłowymi regionami Rzeszy. Na jakich badaniach oparł on swoją wypowiedź – tego nie wiadomo. Wiadomo natomiast, że powyższa argumentacja odnośnie do wysokiej umieralności niemowląt pozostaje w wyraźnym związku z rozkładem przestrzennym zjawiska na Pomorzu Gdańskim, o czym świadczą następujące wyniki. Otóż w regionie I obejmującym powiaty o najintensywniejszej gospodarce rolnej<sup>64</sup> średnia współczynnika zgonów niemowląt z lat 1904–1912 wyniosła 26,7% ( $N = 3$ ); w regionie II rozpatrywanym razem z IIa – już mniej, bo 23,6% ( $N = 8$ ); zaś w VI (prymitywne rolnictwo) – tylko 17,7% ( $N = 10$ ), kształtując się na przykład w sercu Kaszub, to jest w biednym powiecie kościerskim i kartuskim, kolejno na poziomie 16,7 i 16,4%. W żadnym wypadku w wydzielonych grupach klasyczna zmienność współczynników nie przekroczyła 10%, a w najmniej liczonym regionie I zanotowała tylko 4,9%, co dowodzi jednorodności uzyskanych wyników i wzmacnia ich siłę poznawczą.

Przeprowadzone na podstawie danych za lata 1904–1908 „sondażowe” badanie dla Prus Zachodnich<sup>65</sup>, szczególnie zaś rejencji gdańskiej, na której obszarze występowała najwyższa umieralność niemowląt, pozwala wyprowadzić kilka cennych wniosków wspierających powyższe ustalenia. Zaczniemy od tego, że na Żuławach Wiślanych relatywna liczba urodzeń pozamażeńskich, a więc i dzieci z reguły narażonych dwukrotnie częściej na śmierć w okresie niemowlęcym, należała do najwyższych w regionie, mało tego, w gminach wiejskich i na obszarach dworskich w powiatach ziemskich malborskim (12,9%) i elbląskim (11,6%) przewyższała nieznacznie tę, którą notowały ich gminy miejskie, a w pierwszej z wymienionych jednostek terytorialnych nawet kształtowała się na wyższym poziomie niż w wielkomiejskim Gdańsku (12,0%), do którego – dodajmy – napływały też spoza miasta, zapewne w wielu wypadkach pochodzące z Żuław, niezamężne dziewczyny, by tu wydać na świat swoje dziecko w miarę

<sup>62</sup> K. Seutemann, *Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsgruppen insbesondere im Preussischen Staate* [10], s. 69–80.

<sup>63</sup> *Reichtags-Protokolle* 22 III 1912, s. 941, szp. 1.

<sup>64</sup> Regionalizacja Kazimierza Wajdy. Zob. wcześniejsze uwagi.

<sup>65</sup> *Preußische Statistik*, Bd. 196 (1904), s. 218–219; Bd. 200 (1905), s. 218–219; Bd. 207 (1906), s. 218–219; Bd. 213 (1907), s. 218–219; Bd. 220 (1908), s. 218–219 (obliczenia własne).

godnych warunkach zapewnionych przez instytucje charytatywne i przyuczające do zawodu położnej<sup>66</sup>. Dla porównania w latach 1904–1908 w całej rejencji gdańskiej średnia udziału żywych urodzeń pozamażeńskich w ogólnej liczbie żywych urodzeń wyniosła 7,5%, będąc w głównej mierze kształtowana pod wpływem tego, co się działo w miejskim powiecie gdańskim. Co ciekawe, inaczej rzecz wyglądała na obszarze powiatu gdańskiego wyżynnego (5,6%), gdzie licznie zamieszkiwała ludność robotnicza. Niski poziom tego wskaźnika można wyjaśnić zarówno wspomnianą „turystyką porodową” do stolicy prowincji, jak i – co wydaje się mieć większe znaczenie – wysoką atrakcyjnością małżeństwa na przedmieściach i mniejszą liczbą zamieszkującej tam służby domowej, to jest kobiet w stanie panińskim, w porównaniu z innymi niezamężnymi, wydającej na świat zdecydowaną większość dzieci z nieformalnych związków<sup>67</sup>. Należy jednak zaznaczyć, że dzieci te właśnie na obszarze powiatu gdańskiego wyżynnego miały w skali całego regionu najmniejsze szanse przeżycia; w rozpatrywanym okresie przeciętnie aż 61,5% umierało, nie doczekawszy swych pierwszych urodzin (liczba zapewne zawyżona z powodu wspomnianej „turystyki porodowej”). Kontrapunkt dla tego, co powiedziano, stanowił rozwój interesujących nas zjawisk demograficznych w kaszubskich powiatach kartuskim i kościerskim, na których obszarze na 100 żywych urodzeń przypadało zaledwie 2,8 i 3,8 żywych urodzeń pozamażeńskich. Szczególnie w wypadku pierwszego z nich, jakże kaszubskiego, katolickiego i wiejskiego terenu, możemy mówić o fenomenie nie tylko w skali regionu, lecz również całych Prus. Liczby te, wartoścując, mogą stanowić symptom wysokiej kontroli społecznej, tradycyjnego pojmowania roli małżeństwa, panowania surowych zasad obyczajowych i moralnych w niezamożnej społeczności, niosących ze sobą dobrodziejstwo dla najmłodszych dzieci, zarówno tych urodzonych w małżeństwie (umieralność niemowląt 14,7%; 16,1%), jak i poza nim (25,6%; 26,3%), o ile w tym ostatnim wypadku nie mamy do czynienia z pewnym złudzeniem statystycznym, którego źródło mogłoby tkwić w wywołanej presją społeczną emigracji niezamężnych matek z dziećmi poza obszar powiatu. Tak czy inaczej w rejencji gdańskiej z reguły tam, gdzie występowała wysoka umieralność niemowląt urodzonych w związkach małżeńskich, tam też i była wysoka umieralność niemowląt urodzonych w związkach pozamażeńskich (ważony przeciętną liczbą urodzeń żywych z lat 1904–1908 współczynnik korelacji liniowej Pearsona: 0,897;  $N = 12$ )<sup>68</sup>. Negatywny aspekt tej zależności

<sup>66</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782, RP an den MGUMA, Danzig, den 24. Juni 1905, k. 17v.

<sup>67</sup> Por. D.K. Chojecki, *Od społeczeństwa tradycyjnego do nowoczesnego* [9], s. 92, 147.

<sup>68</sup> Dla powiatów bez gmin miejskich: 0,966;  $N = 10$ . Niewielka liczba jednostek terytorialnych wchodzących w skład badania jest niejako rekompensowana dość znacznymi wagami przypisanymi dla wyników umieralności niemowląt w postaci przeciętnej liczby urodzeń żywych. W latach

daje się najbardziej zaobserwować na obszarach intensywnej gospodarki rolnej, szczególnie na Żuławach, na których około połowa pozamałżeńskich dzieci nie doczekała swoich pierwszych urodzin, najwięcej w powiecie gdańskim nizinym (52,5%)<sup>69</sup>.

Ogólnie rzecz biorąc, sytuacja w dziedzinie umieralności niemowląt nie przedstawiała się dobrze na wschodzie Prus, w tym w „polskich” rejencjach, szczególnie przed wybuchem I wojny światowej. Dlaczego się tak działo? Spróbujmy udzielić odpowiedzi na to pytanie, porównując najpierw pod kątem strukturalnym interesujące nas obszary z wzorcowym, czyli odznaczającym się najniższą intensywnością zgonów wśród najmłodszych dzieci. Jak wiemy, była to położona we Wschodniej Fryzji rejencja aurichska, która w porównaniu z gdańską, kwidzyńską i bydgoską odznaczała się dwukrotnie mniejszą umieralnością niemowląt! Pierwotnie można by zakładać, że ten od dawna korzystnie kształtujący się stan rzeczy był tam spowodowany jakimiś określonymi działaniami, jednak lektura sprawozdania prezesa rejencji nie pozostawia w tej kwestii złudzeń: lekarze powiatowi, tak jak gdzie indziej w Prusach, instruowali zgodnie z treścią ulotek położne i opiekunki, a także członków rodzin i kobiety będące w ciąży lub położu; nawiązywali kontakty z Patriotycznym Stowarzyszeniem Kobiet, którego członkinie, oprócz kolportażu materiałów propagandowych, zajmowały się – ale tylko w dwóch powiatach – zakupem lepszej jakości mleka dla dzieci niekarmionych piersią. Współpraca tego rodzaju nie została w ogóle podjęta w nadmorskim powiecie nordeńskim, ponieważ „warunki żywieniowe niemowląt [były tam] powszechnie tak dobre”, że nie było potrzeby czynienia tego. Innymi słowy, ze sprawozdania przebijał optymizm, o przyczynach umieralności nie rozprawiano, a jeśli już – to w kontekście jakiejś publikacji, która powinna się ukazać w bliżej nieokreślonej przyszłości. Milczenie źródła w interesującej nas kwestii, paradoksalnie, jest pozytywnym, gdyż pozwala zwrócić uwagę na czynniki niebędące efektem odgórných działań<sup>70</sup>.

Na początek warto rozważyć, czy sytuacja finansowa mieszkańców Wschodniej Fryzji mogła współokreślać występującą tam stosunkowo niską umieralność niemowląt. W uproszczeniu można przyjąć, że jej symptomatycznym miernikiem jest wysokość odprowadzanych podatków. Jeśli tak, to ludność rejencji aurichskiej nie należała do najbogatszych w Prusach, skoro pod względem niskiego

---

1904–1908 w powiatach rejencji gdańskiej liczba tych ostatnich wyniosła najmniej 986 (pucki), a najwięcej 5225 (miejski gdański). Oba wyniki współczynnika korelacji Pearsona – podany w tekście i przypisie – są istotne statystycznie przy założonym 5-procentowym marginesie błędu.

<sup>69</sup> *Preußische Statistik*, Bd. 196 (1904), s. 218–219; Bd. 200 (1905), s. 218–219; Bd. 207 (1906), s. 218–219; Bd. 213 (1907), s. 218–219; Bd. 220 (1908), s. 218–219 (obliczenia własne).

<sup>70</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Aurich, den 4. August 1905, k. 146–148v.

relatywnego poziomu odprowadzanych podatków ulokowała się w przedostatniej ćwiartce: tylko 11,8% osób osiągnęło tu roczny dochód przekraczający 900 marek (1911 rok)<sup>71</sup>; innymi słowy, na tym wschodniofryzyjskim obszarze niespełna jedna ósma podatników przekroczyła umowny próg ubóstwa, by się znaleźć w grupie lepiej sytuowanych, podczas gdy w rejencji hanowerskiej należącej do tej samej prowincji – prawie jedna piąta, a na przykład w düsseldorfskiej – aż jedna czwarta. W „polskich” rejencjach sytuacja ta wyglądała jeszcze gorzej niż w aurichskiej; wszystkie znalazły się w ogonie ostatniej ćwiartki niskiego dochodu, w przedziale od 5,6% (rejencja olsztyńska – wartość minimalna – tylko co osiemnasta osoba lepiej sytuowana) do 9,0% (rejencja gdańska – wartość kształtowana pod przemożnym wpływem w miarę bogatej stolicy regionu). Dysproporcje przestrzenne w kształtowaniu się poziomu tego jednego z elementów możliwości w jeszcze większym stopniu uwidaczniają się w kontekście wysokości odprowadzanego podatku *per capita*, zważywszy na wysoką liczbę dzieci wśród polskich, kaszubskich czy mazurskich rodzin. Dla nas istotne znaczenie ma fakt, że we „wzorcowej” rejencji poziom dobrobytu (*Wohlstand*) – operacjonalizowany wysokością odprowadzanego podatku – nie mógł być czynnikiem przesądzającym, że na jej terenie występowała najniższa umieralność niemowląt, co zresztą koresponduje z uwagami na temat kaszubskich i polskich powiatów na Pomorzu Gdańskim i w Wielkopolsce, na których obszarze, w porównaniu z innymi pobliskimi im jednostkami administracyjnymi, opisywane zjawisko wyglądało dość dobrze.

Sytuacja finansowa mieszkańców danego regionu, rozpatrywana w kontekście wysokości odprowadzanych podatków, jest lepiej uchwytna w wypadku społeczeństwa miejskiego niż wiejskiego, a to ostatnie przeważało we wschodnich prowincjach Prus. Można zakładać, że agrarna specyfika, szczegółowiej patrząc, społeczno-zawodowa struktura ojców czy niezamężnych matek nowo narodzonych dzieci, rzutowała w jakiś sposób na zróżnicowane kształtowanie się zjawiska umieralności niemowląt. Ale i w tym wypadku czeka nas niespodzianka badawcza, jeśli pod uwagę weźmiemy osiemnaście kategorii<sup>72</sup> przedstawionych w weberowskim układzie pozycji w zawodzie i przynależności do działu gospodarki

<sup>71</sup> SBBSSP, s. 117 (Übersicht 14: *Säuglingssterblichkeit und Wohlstand*).

<sup>72</sup> Kategorie: Aa, Ab, Ac, Ad, Ba, Bb, Bc, Bd, Ca, Cb, Cc, Cd, D1, D2, E1, E2, E3, F. Objaśnienia: A – rolnictwo; B – przemysł i rzemiosło; C – handel i komunikacja (a – samodzielni i kierownicy firm; b – wykształcony personel techniczny i kupiecki; c – robotnicy wykwalifikowani; d – robotnicy niewykwalifikowani); D – służba domowa i robotnicy dniówkowi (1 – służba domowa łącznie z osobistą; 2 – osoby mające się różnych zajęć); E – wojskowi, urzędnicy, wolne zawody (1 – oficerowie, wyżsi urzędnicy, prawnicy, lekarze, przedstawiciele świata sztuki; 2 – podoficerzy, ogólny personel biurowy i administracyjny; 3 – niższy personel, w tym portierzy, gońcy, obsługa zakładów użyteczności publicznej); F – rentierzy, emeryci, wycużnicy itp.

narodowej (1910 rok)<sup>73</sup>. Porównując bowiem za pomocą względnego wskaźnika podobieństwa<sup>74</sup>, mierzonego w skali od zero (zupełny brak podobieństwa) do jeden (idealne podobieństwo), skład „rodzicielski” wzorcowego okręgu administracyjnego z innymi w państwie pruskim, otrzymujemy wyniki, które nakazują uznać „polskie” rejencje, z wyjątkiem opolskiej, za charakteryzujące się dużym podobieństwem do rejencji aurichskiej, zważywszy na wartość wskaźnika oscylującą pomiędzy 0,696 (rejencja kwidzyńska) a 0,726 (rejencja bydgoska najbardziej podobna w całym kraju!). Siłą rzeczy z uwagi na przemysłowo-górnicy charakter Górnego Śląska rejencja opolska z wynikiem 0,389, który wskazywał na niski stopień podobieństwa, znacznie odbiegała od aurichskiej, sytuując się w pierwszej ćwiartce odmiennych jednostek administracyjnych pod względem składu społeczno-zawodowego rodziców, głównie za sprawą przynajmniej dwukrotnie większego udziału robotników wykwalifikowanych (26,8%) i niewykwalifikowanych (23,7%) zatrudnionych w przemyśle i rzemiośle, a stanowiących prawie połowę wśród ojców lub matek nowo narodzonych dzieci. Jeśli już doszukiwać się jakiejś specyfiki obszaru wschodniofryzyjskiego, to należy wskazać na przynajmniej dwukrotnie większy udział osób zatrudnionych w handlu i transporcie, szczególnie w kategorii prowadzących działalność na własny rachunek, to jest samodzielnych (7,6%), i robotników wykwalifikowanych (6,7%), co zapewne pozostawało w związku z nadmorskim położeniem rejencji, do której także przynależała część wysp wchodzących w skład Archipelagu Fryzyjskiego (żegluga). Oczywiście do analizy samej tylko struktury urodzeń przeprowadzonej pod kątem przynależności rodzica do danej kategorii społeczno-zawodowej można mieć zastrzeżenie, gdyż nie uwzględnia ona możliwości różnego kształtowania się natężenia zgonów niemowląt w obrębie danej kategorii. Gwoli ścisłości, nie chodzi tu wcale o fakt, że w rejencji aurichskiej w porównaniu z „polskimi” rejencjami w poszczególnych kategoriach rodziców umieralność wśród najmłodszych dzieci była niższa, tylko o to, czy udział jakiejś kategorii społeczno-zawodowej w ogólnej umieralności niemowląt przyjętej za całość był znacząco odmienny na danym obszarze. Porównując wskaźniki podobieństwa wyliczone na podstawie danych<sup>75</sup> za lata 1906–1910, można stwierdzić w tej dziedzinie brak znaczących różnic: wszystkie „polskie” rejencje, tak jak i szereg innych, sytuowały się w przedziale

<sup>73</sup> SBBSSP, s. 118–119 (Übersicht 15: *Die Lebendgeborenen nach der Berufsstellung der Eltern*).

<sup>74</sup> Wyraża on stosunek sumy najmniejszych udziałów względnych do sumy największych udziałów względnych dla poszczególnych grup czy kategorii porównywanych obiektów. Zob. M. Sobczyk, *Statystyka* [31], s. 80–81.

<sup>75</sup> SBBSSP, s. 120–121 (Übersicht 16: *Die Säuglingssterblichkeit in den Regierungsbezirken nach der Berufsstellung der Eltern*). Obliczenia własne z uwzględnieniem brakujących danych, których poziom wyznaczono na podstawie różnicy pomiędzy ogólną umieralnością niemowląt a sumą cząstkowej umieralności niemowląt (dziewiętnasta kategoria).

bardzo dużego podobieństwa względem rejencji aurichskiej, najbliższej opolska (0,862), najdalej zaś gdańska (0,810). Jeśli i w tym wypadku doszukiwać się jakiejś specyfiki wschodniofryzyskiego obszaru, to z jednej strony należy zwrócić uwagę na stosunkowo niski wkład w ogólną umieralność niemowląt dzieci służby domowej (8,4%), z drugiej zaś na stosunkowo wysoki wkład w ogólną umieralność niemowląt dzieci osób mających się różnych zajęć (9,6%). Stwierdzenie to ma jednak pomniejsze znaczenie, ponieważ wymienione kategorie, przede wszystkim służba domowa, właśnie w rejencji aurichskiej miały względnie niewielki udział w ogólnej liczbie urodzeń, biorąc za podstawę porównań ten, który notowały „polskie” rejencje, z wyjątkiem opolskiej<sup>76</sup>. Aby jeszcze dobitniej ukazać nieistotność tego czynnika w kształtowaniu się umieralności niemowląt, zauważmy, że drugi obszar w Prusach wyróżniający się najniższą intensywnością zgonów wśród najmłodszych dzieci to rejencja kasselska w Hesji-Nassau notująca wartość wskaźnika równą 0,781. Ustępowała ona pod względem największego oddalenia od rejencji aurichskiej tylko rejencji osnabrückskiej i Berlinowi.

Kluczowe znaczenie dla rozumienia fenomenu wysokiej umieralności niemowląt we wschodnich prowincjach Prus powinna mieć analiza przyczyn zgonów w grupie zmarłych dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia<sup>77</sup>. W słowie „powinna” ukrywa się niedoskonałość materiałów źródłowych wynikająca z faktu niedokładnego w wielu wypadkach lub dość subiektywnego określania przyczyn rozstania się z życiem, szczególnie na obszarach wiejskich, gdzie opieka lekarska z reguły funkcjonowała gorzej lub nie docierała do uboższych osób dotkniętych chorobą. Tu też częściej przyczyna zgonu była podawana przez rodzinę lub innych bliskich (rysunek 4), co przy braku fachowej wiedzy mogło prowadzić do przekłamań<sup>78</sup>. Nawet we „wzorcowej” rejencji aurichskiej przyczyny niepodane lub nieznane stanowiły istotny składnik w ogólnej umieralności niemowląt; w latach<sup>79</sup> 1905–1912 na tysiąc urodzeń żywych przeciętnie przypadało na tę kategorię 12,3 zgonu wśród najmłodszych dzieci, a udział nieustalonej przyczyny w ogólnej liczbie zejść śmiertelnych wśród najmłodszych

---

<sup>76</sup> Najmniejszy udział osób mających się różnych zajęć wśród rodziców nowo narodzonych dzieci.

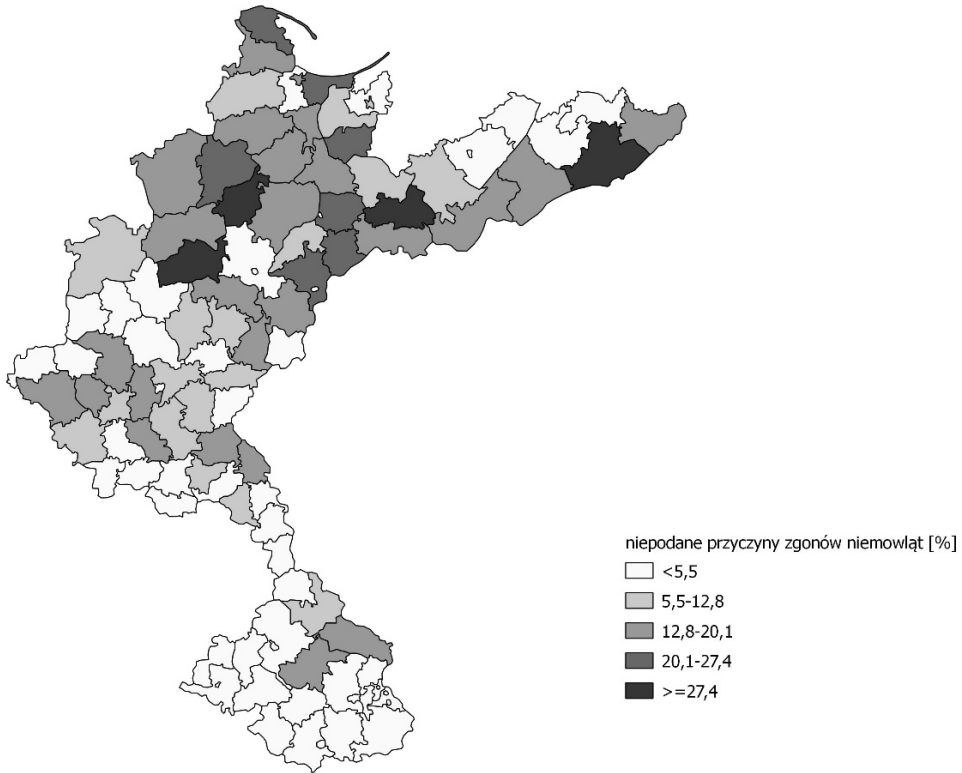
<sup>77</sup> SBBSSP, s. 102–116 (Übersicht 13: *Die Säuglingssterblichkeit in den Regierungsbezirken nach Todesursachen*).

<sup>78</sup> Zob. Albert Guttstadt, *Die Unterlagen der Todesursachenstatistik*, „Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Landesamts” 48, 1908, s. 63–67. Wprowadzenie do analizy głównych przyczyn zgonów niemowląt daje: F. Rott, *Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit* [10], s. 99–122 (w tabeli 5 w pozycji 28 i 29 zamiast „Krankheiten der Kreislauforgane” powinny być: „Krankheiten der Verdauungsorgane”).

<sup>79</sup> SBBSSP, s. 102–116 (Übersicht 13: *Die Säuglingssterblichkeit in den Regierungsbezirken nach Todesursachen*). Brak danych dla rejencji olsztyńskiej w 1904 roku. Dla lat 1905–1912 obliczenia własne cząstkowych współczynników umieralności i udziałów względnych przyczyn zgonów.



Rysunek 4. Procentowy udział przyczyn zgonów nieznanych lub niepodanych w grupie niemowląt w powiatach „polskich” rejencji w 1911 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie „Medizinalstatistische Nachrichten” 4, 1912/13, s. 96–115, 320–333, 243–264.

dzieci wyniósł aż 12,5%, podczas gdy w rejencji opolskiej wielkości te kształtowały się na o wiele niższym poziomie: natężenie zgonów wyniosło 4,6%, a jego wkład osiągnął tylko 2,4%, co nie dziwi, zważywszy na wysoki odsetek ludności miejskiej w większym stopniu korzystającej z opieki medycznej, a ponadto – w wypadku zmarłych – częściej poddanej obowiązkowemu lekarskiemu oglądowi zwłok, w zależności od rozporządzeń samorządowych<sup>80</sup>. Niemniej jednak ów brak danych stanowi zarazem cenną informację na temat rozwoju służby zdrowia, korzystania z jej usług oraz stanu samowiedzy na danym terenie; pozwala skonstatować, że we wspomnianych latach w grupie „polskich” rejencji najgorzej wyglądała sytuacja w okręgu kwidzyńskim, na którego obszarze na tysiąc

<sup>80</sup> J. Vögele, *Sozialgeschichte* [1], s. 63–64, 330.

urodzeń żywych przypadało 43,9 zgonów niemowląt, którym nie przypisano przyczyny śmierci. Udział tej kategorii w grupie dzieci zmarłych przed ukończeniem pierwszego roku życia wyniósł aż 21,3%; innymi słowy, na obszarze rejencji kwidzyńskiej co piąte niemowlę umierało bez jakiegokolwiek diagnozy, co specjalnie nie dziwi, zważywszy na najniższą liczbę hospitalizowanych tam osób<sup>81</sup>, podczas gdy w rejencji opolskiej – tylko co czterdzieste. Pokazuje to regionalne różnice w dostępie do opieki lekarskiej i zarazem pozwala, ale tylko po części, wytłumaczyć, dlaczego na Górnym Śląsku sytuacja w zakresie umieralności niemowląt nie wyglądała tak źle, jakby można było tego oczekiwać, mając na uwadze warunki środowiskowe, które zapewne przyczyniły się do tego, że to właśnie na obszarze rejencji opolskiej był najwyższy udział zgonów niemowląt z powodu niezdolności do życia, wynoszący 31,2% (dla porównania w rejencji aurichskiej: 20,0%). Tu również w panoramie przyczyn śmierci w grupie najmłodszych dzieci wybijało się zapalenie płuc (natężenie 13,8‰; udział 7,1‰), jednakże choroby zakaźne okresu dziecięcego na tym obszarze nie zbierały jakiegos ponadnormatywnego śmiertelnego żniwa.

Spośród osiemnastu przyczyn śmierci<sup>82</sup> najistotniejsze znaczenie w ocenie poziomu umieralności niemowląt mają choroby układu trawiennego, ponieważ ich poziom odzwierciedlał symptomatycznie jakość odżywiania dzieci w ich pierwszym okresie życia, dając też pewne pojęcie o częstotliwości karmienia piersią czy też pewien wgląd w stan sanitarno-higieniczny, który w 1900 roku, biorąc pod uwagę zaopatrywanie ludności w bieżącą wodę, pozostawiał wiele do życzenia we wschodnich rejencjach Prus, szczególnie w kwidzyńskiej (5%), bydgoskiej (7%), gumbińskiej (9%) i poznańskiej (11%); dla porównania w całym kraju dwie piąte mieszkańców miało dostęp do tego udogodnienia (39%)<sup>83</sup>. Jest rzeczą znaną, że w latach 1905–1912 we „wzorcowej” rejencji aurichskiej natężenie zgonów niemowląt zmarłych z powodu chorób układu trawiennego, przede wszystkim biegunek, nieżyty jelit i żołądka, wyniosło przeciętnie tylko 10,9‰ i było przynajmniej trzykrotnie niższe od notowanego w „polskich” rejencjach,

---

<sup>81</sup> W 1913 roku rejencji kwidzyńskiej na 10 tysięcy mieszkańców przypadały 144 osoby hospitalizowane, w olsztyńskiej – 146, w bydgoskiej – 156, w poznańskiej – 180, w opolskiej 208, w gdańskiej – 302; dla porównania w państwie pruskim – 368. Różnice między wschodem a zachodem kraju były bardzo wyraźne. Zob. R. Spree, *Soziale Ungleichheit* [11], s. 185 (Tabelle 19: Anteil der Krankenhauspatienten pro 10000 Einwohner).

<sup>82</sup> To jest: 1 – niezdolność do życia; 2 – odra, płonica, błonica; 3 – koklusz, 4 – tyfus, 5 – róża i zakażenia ran; 6 – gruźlica; 7 – zapalenie płuc; 8 – grypa; 9 – pozostałe zakaźne choroby; 10 – choroby układu oddechowego; 11 – choroby układu krążenia; 12 – choroby układu nerwowego; 13 – choroby układu trawiennego; 14 – choroby układu moczowo-płciowego; 15 – nowotwory; 16 – nagła śmierć; 17 – pozostałe podane przyczyny; 18 – przyczyny niepodane i nieznanne.

<sup>83</sup> R. Spree, *Soziale Ungleichheit* [11], s. 119, 187 [Tabelle 21: Anteil der Bewohner von Ortschaften mit zentralen Wasserversorgung an den Einwohnerzahl der preußischen Regierungsbezirke im Jahre 1900 (in v.H.)].

których większość odznaczała się, powtórzmy, dwukrotnie wyższą ogólną intensywnością zgonów wśród najmłodszych dzieci. W kontekście powyższych uwag nie stanowi zaskoczenia fakt, że to właśnie na obszarze rejencji gdańskiej, przewodzącej w niechlubnej statystyce, umieralność z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu trawiennego (61,6%) była prawie sześciokrotnie wyższa w porównaniu z notowaną we Wschodniej Fryzji, a w strukturze przyczyn zgonów, z wynikiem 29,0%, zajmowała pierwsze miejsce. Wprawdzie w południowej części Pomorza Nadwiślańskiego (łącznie z Krajną) relacje te wyglądały znacznie lepiej (39,3%; 19,1%), ale tak niski wynik był tu najprawdopodobniej skutkiem niepodawania w wielu wypadkach informacji o przyczynie zgonu niemowlęcia. Natomiast pewne jest, że w najbardziej polskim, biorąc pod uwagę wyniki statystyki językowej, okręgu poznańskim (31,0%; 17,5%) i najbiedniejszym w świetle danych statystyki podatkowej okręgu olsztyńskim (35,4%; 20,1%) natężenie rzeczonych i wszystkich zgonów niemowląt było niskie, oczywiście na tle pozostałych „polskich” rejencji, co może wskazywać, iż na tych obszarach w największym stopniu było rozpowszechnione karmienie piersią (przez dłuższy czas) nowo narodzonych dzieci.

W starszej<sup>84</sup> i nowszej<sup>85</sup> literaturze przedmiotu wskazuje się, że prawdopodobieństwo przeżycia pierwszego roku przez noworodka maleje wraz z (dalszą) kolejnością jego urodzenia u matki, co jest w głównej mierze uwarunkowane czynnikiem biologicznym (starzenie się rodziców) oraz materialno-finansowym (możliwość zapewnienia należytej opieki, pokarmu itp. kolejnemu nowo narodzonemu dziecku). Zakładając powszechność tej prawidłowości w czasie i przestrzeni, warto postawić pytanie, czy wysoka umieralność niemowląt we wschodnich prowincjach Prus, w tym na obszarze „polskich” rejencji, nie była uwarunkowana powyższym czynnikiem strukturalnym, to jest rozmiarami dzietności kobiet. Według danych spisowych z 1910 roku<sup>86</sup> w Prusach zamężna lub będąca niegdyś w formalnym związku kobieta wydała na świat średnio

---

<sup>84</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2011: Zeitungsberichte, Drucksachen usw. über den Geburtenrückgang, k. 263–263v. W 1885 roku w czasopiśmie Saksońskiego Biura Statystycznego opublikowano wyniki badań Geißlera o umieralności niemowląt według kolejności przyjścia na świat. Dane odnosiły się do 5236 kobiet, które urodziły 26 429 dzieci. I tak, w grupie niemowląt wydanych na świat jako 1. dziecko intensywność zgonów wyniosła 22,9%; 2. – 20,4%; 3. – 21,2%; 4. – 23,2%; 5. – 26,3%; 6. – 28,9%; 7. – 31,2%; 8. – 33,2%; 9. – 36,1%; 10. – 41,3%; 11. – 51,4%; 12. i więcej – 59,7%.

<sup>85</sup> J.Z. Holzer, *Demografia* [17], s. 228–229.

<sup>86</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2001: Königlich Preussisches Statistisches Landesamt an den Herrn Minister des Innern, Berlin, den 7 Juli 1914 – Tabellen über Herkunft und Geburtenhäufigkeit der verheirateten, verwitweten und geschiedenen Mütter im Preussischen Staate nach der Volkszählung von 1910).

4,24 dziecka, najczęściej dwoje – dominanta<sup>87</sup>. We „wzorcowej” rejencji aurichskiej parametry te były zbliżone do krajowych (4,46; 2). Inaczej rzecz wyglądała w „polskich” rejencjach, na których obszarze symptomatyczna<sup>88</sup> dzietność była wysoka<sup>89</sup>. Urodzone tam kobiety, a spisane w 1910 roku w Prusach, wydały na świat średnio od 4,74 dziecka (okręg gdański) do 5,07 dziecka (okręg opolski)<sup>90</sup>. Mimo to poziom dzietności kobiet pochodzących z „polskich” rejencji nie odbiegał aż tak znacząco od tego, którym charakteryzowały się mieszkanki Prus urodzone we Wschodniej Fryzji, będąc wyższym od tego ostatniego o 6,1–13,6%, co zresztą nie dziwi, zważywszy na dość agrarny charakter rejencji aurichskiej: w 1910 roku prawie połowa rodzących na jej obszarze kobiet była związana bezpośrednio lub pośrednio z pierwszym sektorem gospodarki<sup>91</sup>. Dla przypomnienia, we „wzorcowej” rejencji aurichskiej umieralność niemowląt była dwukrotnie wyższa w porównaniu z przeciętną w „polskich” rejencjach. A zatem rolę tego czynnika strukturalnego należy pomniejszyć, mając też na uwadze fakt, że najwyższą dzietnością kobiet odznaczał się imigracyjny obszar Górnego Śląska<sup>92</sup>, gdzie z kolei umieralność niemowląt nie należała do najwyższych. Budzi to zdziwienie jeszcze z innego powodu. Otóż w rejencji opolskiej w opiece nad najmłodszymi dziećmi – jak można przypuszczać na podstawie danych spisowych z 1910

---

<sup>87</sup> Należy pamiętać, że podawane tu wartości odnoszą się zarówno do kobiet, które wyszły z okresu prokreacji, jak i tych, które dopiero miały wejść na drogę macierzyństwa, nie wspominając już o najliczniejszej grupie „realizujących się” matek. Innymi słowy, mankamentem tych danych z punktu widzenia oceny sytuacji jest brak generacyjnego ujęcia pozwalającego pominąć „niepotrzebne” rodzicielki, na przykład urodzone przed 1850 rokiem. Analizując dzietność na podstawie danych spisowych, należy także mieć na uwadze fakt, że pod względem terytorialnym informacje liczbowe przedstawiono według miejsca urodzenia, nie zaś zamieszkania. Przykładowo w grupie Wielkopolanek znalazły się i te, które zamieszkiwały obszar, dajmy na to, Westfalii, ale urodziły się w Wielkopolsce, nie mamy zaś kobiet, które urodziły się w Westfalii, a przywdędrowały na obszar Wielkopolski (prowincja poznańska).

<sup>88</sup> O dzietności w ścisłym rozumieniu demograficznym można mówić, gdy na przykład posługujemy się wynikami współczynnika dzietności teoretycznej kobiet (TFR), który niestety jest niemożliwy do obliczenia dla rejencji.

<sup>89</sup> Zob. też Stefan Kowal, *Spółczesność Wielkopolski i Pomorza Nadwiślańskiego w latach 1871–1914. Przemiany demograficzne i społeczno-zawodowe*, Poznań 1982, s. 219–227.

<sup>90</sup> Najczęściej urodziły dwoje dzieci.

<sup>91</sup> SBBSSP, s. 118–119 (Übersicht 15: *Die Lebendgeborenen nach der Berufsstellung der Eltern*).

<sup>92</sup> W latach 1904–1912 część gmin miejskich i wiejskich Zagłębia Górnośląskiego, liczących sobie powyżej 15 tysięcy mieszkańców, przede wszystkim wskutek wzmożonego napływu osób młodych notowała przeciętny poziom rozrodczości powyżej 50‰ (Rozbark – część Bytomia, Świętochłowice), a zdecydowana większość od 40‰ do 50‰. Zob. *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes* 29, 1905, s. 1361–1366; 30, 1906, s. 1177–1182; 31, 1907, s. 1245–1250; 32, 1908, s. 1011–1016; 33, 1909, s. 1109–1115; 34, 1910, s. 947–953; 35, 1911, s. 907–913; 36, 1912, s. 1087–1093.

roku<sup>93</sup> – w stosunkowo małym wymiarze uczestniczyli dziadkowie i inni członkowie złożonych rodzin (w rodzinnych gospodarstwach domowych stanowili oni tylko 4% osób); rodzice byli przede wszystkim zdani na siebie lub opiekunki pochodzące spoza kręgu rodzinnego, co zapewne, obok wspomnianych warunków środowiskowych, musiało być czynnikiem negatywnie oddziaływającym na poziom tamtejszej umieralności niemowląt.

Przyczyny wysokiej intensywności zgonów wśród najmłodszych dzieci na obszarze „polskich” rejencji należy też – a nawet przede wszystkim – rozpatrzyć w kontekście narodowościowym. Skoro jest mowa o „polskich” rejencjach, to postawmy śmiałą hipotezę, że wysoka umieralność niemowląt na obszarze sześciu badanych okręgów administracyjnych państwa pruskiego pozostawała w związku z tym, że były one licznie zamieszkałe przez ludność polską czy kaszubską („negatywna” stymulanta). Nie miejsce tu, by opisywać meandry pruskiej statystyki językowej, podstawowego źródła do poznania stosunków narodowościowych na wschodzie Rzeszy. Wystarczy wspomnieć, że przez samych badaczy niemieckich była kwestionowana zasadność wydzielenia języka kaszubskiego, a przede wszystkim „mazurskiego”<sup>94</sup>. W statystyce wśród „mówiących inaczej” matek ukrywały się te, które w zdecydowanej większości jako język ojczysty podały kaszubski (rejencja gdańska) lub mazurski (rejencja olsztyńska).

Śmiałą hipotezę powinien wspierać fakt wyższej dzietności kobiet posługujących się językiem polskim czy kaszubskim. Przyjmując za podstawę względnych porównań średnią dzietność kobiet mówiących wyłącznie po niemiecku, okazuje się, że Polki urodzone w miastach rejencji opolskiej (5,54) w porównaniu z Niemkami (3,89) miały aż o 42,5% wyższą przeciętną liczbę wydanych na świat dzieci. Bez względu na miejsce urodzenia matek – miasto czy wieś – tego rodzaju różnicę można odnotować dla wszystkich „polskich” rejencji. Przyjęła ona najmniejszy rozmiar w grupie Polek, które pochodziły ze wsi położonych w rejencji bydgoskiej (18,6%), co także należy łączyć z powolniejszym tempem przemian modernizacyjnych na obszarach wiejskich. Dodajmy, że Polki, Kaszubki czy Mazurki, które urodziły się na wsi rejencji opolskiej, kwidzyńskiej, gdańskiej i olsztyńskiej, wydały na świat najczęściej sześcioro dzieci<sup>95</sup>, podczas gdy Niemki – tylko dwoje

---

<sup>93</sup> *Preußische Statistik*, Bd. 234, 1 (1910), s. 27. Na poziomie powiatów nie dysponujemy bardziej szczegółowymi ustaleniami odnośnie do form współzamieszkiwania. Tylko dane spisowe z 1885 roku pozwalają wniknąć we wspomnianą materię. Między innymi na ten temat: Mikołaj Szołtysek, Siegfried Gruber, Sebastian Klüsener, Joshua R. Goldstein, *Spatial Variation in Household Structure in Nineteenth-Century Germany*, „Population-E” 69, 2014, No. 1, s. 55–80, DOI: 10.3917/pope.1401.0055.

<sup>94</sup> L.C. Belzyt, *Pruska statystyka* [45], s. 10–26.

<sup>95</sup> W rejencji poznańskiej i bydgoskiej – czworo.

– i to we wszystkich „polskich” rejencjach<sup>96</sup>. Tak wysoka dzietność w grupie rzeczonych kobiet stała się nawet przedmiotem kpin w pruskim Landtagu, w którym padły słowa o *polnische Kaninchen* (o polskich króliczkach)<sup>97</sup>, i wskazywała dobitnie na większe postępy regulacji liczby urodzeń wśród ludności niemieckiej. Te dość odmienne zachowania w dziedzinie prokreacji – powtórzmy – powinny się objawiać zwiększoną umieralnością niemowląt u ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim. Zasadność tego przypuszczenia zweryfikujemy dalej na podstawie innych danych.

W nowszej literaturze przedmiotu za sprawą badaczy anglosaskich przyjął się pogląd, że w dobie transformacji demograficznej, przede wszystkim na początku XX wieku, społeczność ewangelicka w porównaniu z katolicką odznaczała się lepszą kondycją zdrowotną, czego dowodzić miała niższa umieralność niemowląt w grupie dzieci rodziców deklarujących przynależność do pierwszej z wymienionych grup wyznaniowych<sup>98</sup>. Przyczyn tej odmienności doszukiwano się w wyższym poziomie zamożności protestantów, ich większej otwartości na nowinki, a także przykładaniu dużej wagi do spraw życia doczesnego, co mogło czynić rodziców mniej „obojętnymi” na los nowo narodzonych dzieci. Tego rodzaju wyjaśnienia różnic w poziomie umieralności wśród niemowląt nie potwierdzają badania Grażyny Liczbińskiej nad ludnością Poznania w trzeciej kwartcie XIX wieku, z których wynika, chyba ku zdziwieniu samej autorki, iż parametry demograficzne u katolików wcale nie wyglądały gorzej niż u ewangelików, a nawet lepiej, w czym istotną rolę miały ponoć odgrywać sprawy związane z zaopatrywaniem w wodę<sup>99</sup>. Dodajmy, że większość wśród poznańskich katolików stanowili Polacy.

---

<sup>96</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2001: Königlich Preussisches Statistisches Landesamt an den Herrn Minister des Innern, Berlin, den 7 Juli 1914 – Tabellen über Herkunft und Geburtenhäufigkeit der verheirateten, verwitweten und geschiedenen Mütter im Preussischen Staate nach der Volkszählung von 1910 (obliczenia własne średniej dzietności i jej relacji w obrębie grup językowych).

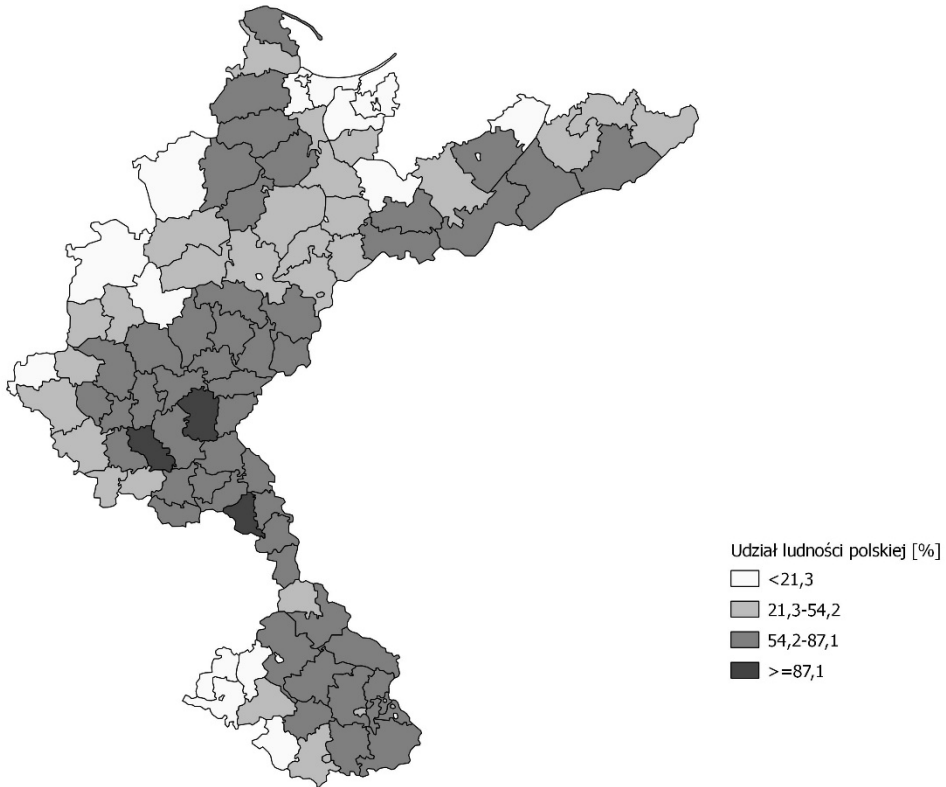
<sup>97</sup> Por. Dariusz K. Chojecki, „*Volk ohne Jugend*”. *Strach przed starością demograficzną narodu niemieckiego (a młodością polskiego) na przykładzie poglądów Friedricha Burgdörfera*, w: *Ludzie starzy i starość na ziemiach polskich od XVIII do XXI wieku (na tle porównawczym)*, red. Agnieszka Janiak-Jasińska, Katarzyna Sierakowska, Andrzej Szwarz, t. II: *Aspekty społeczno-kulturowe*, Warszawa 2016, s. 295–296.

<sup>98</sup> Grażyna Liczbińska, *Umieralność i jej uwarunkowania* [9], s. 12 i in.

<sup>99</sup> Tamże, s. 122–123 (uwagi końcowe). Jednym z symptomów pogorszonych warunków środowiskowych była wysoka zapadalność na tyfus u mieszkańców Poznania. Władze miejskie, mając to na uwadze, planowały wprowadzić system zaopatrywania w dobrej jakości mleko. Przy szczupłości środków finansowych, którymi dysponowało Patriotyczne Stowarzyszenie Kobiet, pomysł ten stał się przewodnim motywem działań zmierzających do ograniczenia rozmiarów umieralności niemowląt (GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Posen, den 5. September 1905, k. 67–67v). Zob. też Waldemar Karolczak, *Miejskie Pijalnie Mleka w latach 1906–1914*, „Kronika Miasta Poznania” 1996, nr 2, s. 275–292.



Rysunek 5. Udział ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim w powiatach „polskich” rejencji Prus w 1910 roku

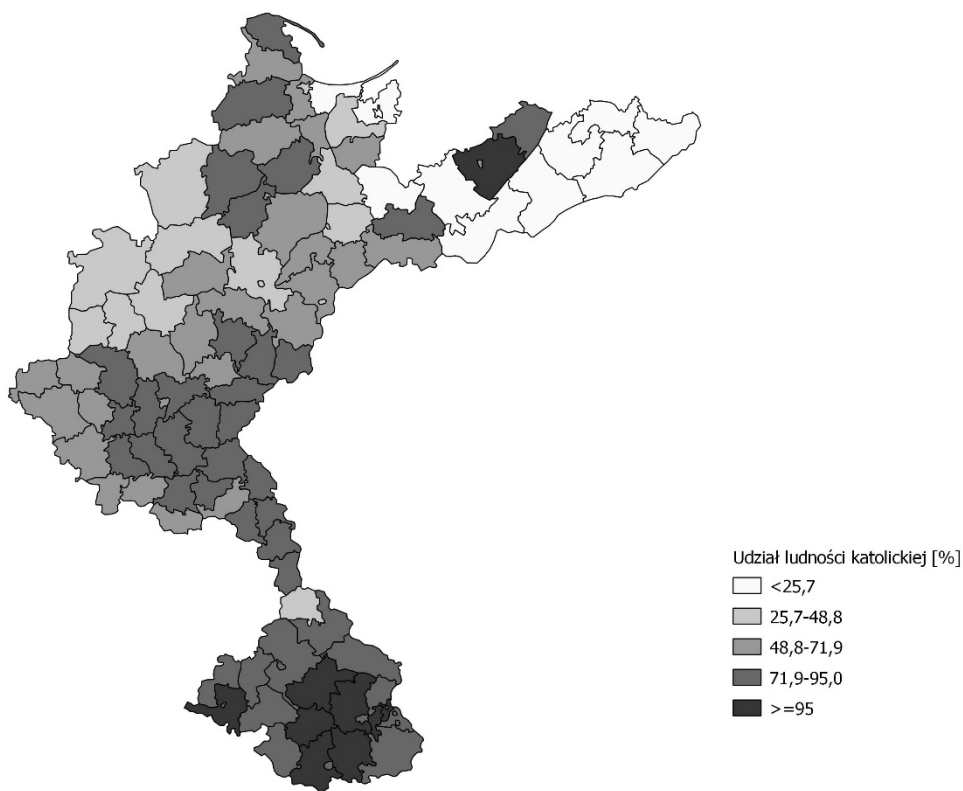


Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji wymienionej w przypisie 102.

Jak już powiedziano, ludność polskojęzyczna w porównaniu z niemieckojęzyczną odznaczała się o wiele większą dzietnością. Dzierność była szczególnie wysoka na wsi. Uzupełnijmy te stwierdzenia faktem, że na początku XX wieku w państwie pruskim ludność katolicka w porównaniu z ewangelicką charakteryzowała się większą rozrodczością i płodnością<sup>100</sup>. Wiedząc o tym, zbadajmy, czy obszary, na których zamieszkiwali licznie Polacy, katolicy i włościanie – nie stanowiący, by użyć skrótu myślowego, awangardy w procesach modernizacji demograficznej – odznaczały się zwiększoną umieralnością niemowląt. Przyjmijmy zatem za nasze zmienne niezależne: „polskość”, „katolickość” i „wiejskość”. Powinny one oddziaływać na zmienną zależną, to jest umieralność niemowląt.

<sup>100</sup> Johannes Forberger, *Geburtenrückgang und Konfession*, Berlin 1914, s. 25–27 i in.

Rysunek 6. Udział ludności deklarującej wyznanie katolickie w powiatach „polskich” rejencji Prus w 1910 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wymienionych w przypisie 103.

Niech zmienne wyjaśniające będą procentowymi udziałami względnymi ludności: posługującej się językiem<sup>101</sup> polskim czy kaszubskim (rysunek 5)<sup>102</sup>; deklarującej przynależność do Kościoła katolickiego (rysunek 6)<sup>103</sup>; spisanej w gminach wiejskich lub miejskich liczących sobie mniej niż 2 tysiące ludności (rysunek 7)<sup>104</sup>. Zważywszy na brak innej statystyki, kryterium językowe jest traktowane jako wyznacznik przynależności do ludności polskiej, co jednak – podkreślmy – nie jest tożsame z przynależnością do narodu polskiego, szczególnie w wypadku części Mazurów, Kaszubów czy Ślązaków. Druga cecha nie wymaga komentarza,

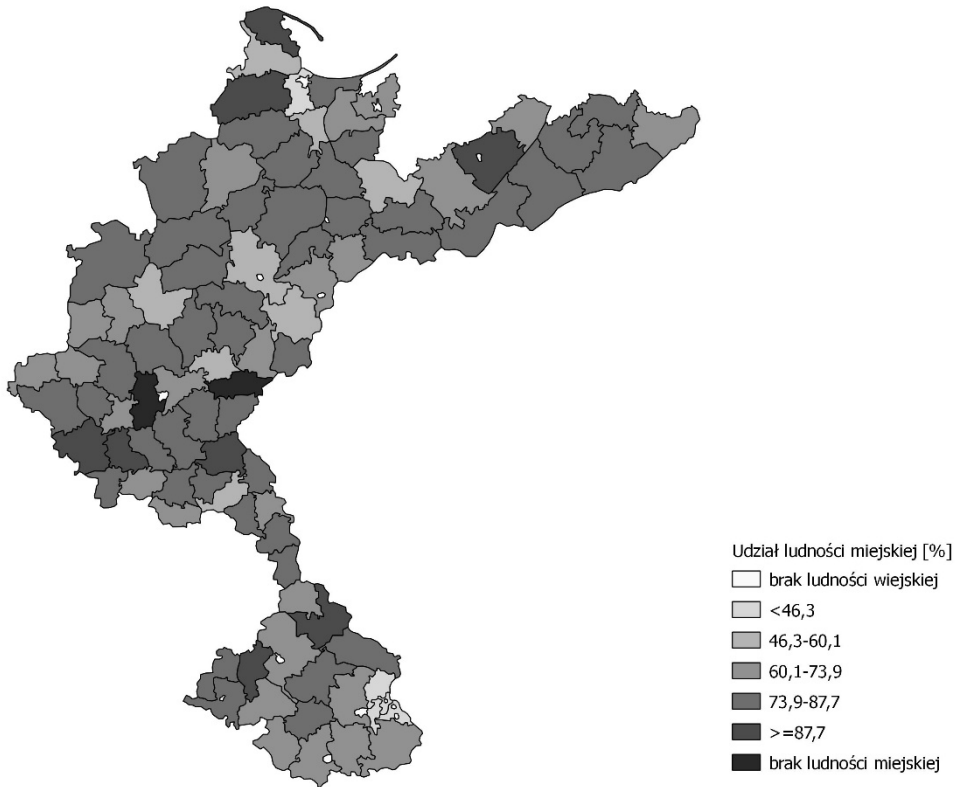
<sup>101</sup> Łącznie z „dwujęzycznymi”. Zob. też uwagi: S. Kowal, *Spoleczeństwo* [89], s. 223.

<sup>102</sup> Na podstawie danych zawartych w pracy: L.C. Belzyt, *Pruska statystyka* [45], wszędzie.

<sup>103</sup> *Preußische Statistik*, Bd. 234, 1 (1910), s. 206–209, 215–218, 222–224 (obliczenia własne).

<sup>104</sup> *Statistik des Deutschen Reichs*, Bd. 240 (1910), s. 14–17, 20–25 (obliczenia własne).

Rysunek 7. Udział ludności w gminach liczących sobie poniżej 2 tysięcy osób w powiatach „polskich” rejencji Prus w 1910 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wymienionych w przypisie 104.

natomiast trzecia – tak. Ponieważ dane językowe (dość rzetelne) i wyznaniowe pochodzą ze spisu z początku grudnia 1910 roku, celem zachowania chronologicznej i przestrzennej spójności zmiennych niezależnych pominięto w doborze dane ze spisu zawodowego z 1907 roku, na których podstawie ową włościańskość można by zoperacjonalizować udziałem względnym ludności utrzymującej się czy utrzymywanej z rolnictwa<sup>105</sup>, przyjęto zaś ogólnoniemieckie kryterium demograficzne, nakazujące zaliczać do ludności wiejskiej także mieszkańców małych gmin posiadających prawa miejskie – miasteczek, często gospodarczo silnie powiązanych ze światem wiejskim. W skład badania weszło 107 powiatów położonych na terenie „polskich” rejencji, dla których została wyznaczona przeciętna

<sup>105</sup> *Statistik des Deutschen Reichs*, Bd. 209 (1907), s. 21–46, 108–135, 172–191.

umieralność niemowląt z lat 1908–1912, by ograniczyć wpływ wahań przypadkowych. W obliczeniach zastosowano wagi w postaci przeciętnej liczby urodzeń z lat 1908–1912. Dla powiatów olsztyńskiego i nyskiego wykonano obliczenia retrospektywne dla lat 1908–1909 (1910), kiedy jeszcze nie były wydzielone z nich miasta na prawach powiatu (Olsztyn i Nysa)<sup>106</sup>.

Po przyjęciu istotności statystycznej<sup>107</sup> na poziomie  $\alpha < 0,05$ , analiza korelacji i regresji liniowej na podstawie wyżej dobranych cech o znacznym stopniu zmienności<sup>108</sup> mieszczącym się w przedziale od 39,0% do 53,3% (zmienna zależna 14,7%)<sup>109</sup> pozwala dowiedzieć, co następuje. We wszystkich wypadkach, wykorzystując miarę korelacji Pearsona, której wartości sytuują się w przedziale od  $-1$  (idealny ujemny związek dwóch cech) do  $1$  (idealny dodatni), obserwuje się ujemną współzależność pomiędzy danymi udziałami ludności a umieralnością niemowląt; nie ma ona istotnego charakteru w odniesieniu do ludności katolickiej ( $-0,177$ ), czego jednak nie można powiedzieć w wypadku osób zamieszkujących na wsi ( $-0,205$ ) bądź posługujących się językiem polskim czy kaszubskim ( $-0,381$ )<sup>110</sup>, w których kategorii korelacja jest dość znaczna jak na rozpatrywane zmienne. Upoważnia nas to do stwierdzenia, że na interesującym nas obszarze – wbrew oczekiwaniom i utartym sądom o tak zwanej wyższości kulturowej ludności niemieckiej – intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci nierzadko była tym niższa, im więcej, relatywnie rzecz biorąc, zamieszkiwało na danym terenie osób posługujących się językiem polskim bądź kaszubskim, w czym pomniejszą rolę odgrywały stosunki wyznaniowe i przestrzenne. Gwoli ścisłości, na poziomie poszczególnych rejencji reguła ta w ogóle nie odnosiła się do mieszkańców Mazur, będących w większości ewangelikami<sup>111</sup>, którzy odznaczali się bardzo wysoką dzietnością, oraz osób zamieszkujących południowe obszary Pomorza Nadwiślańskiego (łącznie z Krajną), gdzie najwięcej niemowląt umierało z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu pokarmowego i prawdopodobnie braku należytej opieki lekarskiej, natomiast najbardziej „pasowała” do

<sup>106</sup> *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes* 33, 1909, s. 1109, 1113; 34, 1910, s. 947, 951; 35, 1910, s. 911; *Preußische Statistik*, Bd. 220 (1908), s. 218–219, 230–231; Bd. 224 (1909), s. 218–219, 230–231; Bd. 229 (1910), s. 218–219, 230–231.

<sup>107</sup> Dla testu t-studenta.

<sup>108</sup> Dla poszczególnych par zmiennych wartość współczynnika korelacji liniowej Pearsona mniejsza od 0,5.

<sup>109</sup> W tym wypadku podano nieważone wyniki klasycznego współczynnika zmienności.

<sup>110</sup> Przedział ufności współczynnika dla  $\alpha 0,95$  od  $-0,471$  do  $-0,291$ .

<sup>111</sup> W 1905 roku w rejencji olsztyńskiej na 100 ewangelików posługujących się wyłącznie językiem niemieckim przypadało 134 ewangelików posługujących się językiem polskim, kaszubskim czy „mazurskim”. W kategorii ludności katolickiej relacja ta dla wymienionych grup kształtowała się na poziomie 78. Obliczenia własne na podstawie *Preußische Statistik*, Bd. 206, 1 (1905), s. 82, 84.

mieszkańców północnej części Pomorza Nadwiślańskiego<sup>112</sup> oraz środkowej i południowej części Wielkopolski<sup>113</sup>, którzy przesądzali o sile i kierunku związku (istotnie statystycznie ważne przeciętną liczbą urodzeń z lat 1908–1912 wartości współczynnika korelacji liniowej Pearsona dla rejencji gdańskiej:  $-0,593$ ; dla rejencji poznańskiej:  $-0,534$ ). Przykład rejencji gdańskiej, na której obszarze opisywana zależność przybrała największą siłę, może stanowić punkt wyjścia do poczynienia uwag na temat jednorodności danych. Otóż tu powiaty z największą umieralnością niemowląt, szczególnie ziemskie obejmujące teren Żuław Wiślanych, odznaczały się znikomym udziałem ludności polskojęzycznej, co silnie oddziaływało na uzyskaną wielkość współczynnika korelacji. Takich czysto niemieckich jednostek administracyjnych w obrębie „polskich” rejencji było więcej, szczególnie w południowo-zachodniej części Śląska Opolskiego.

Z uwagi na niewystępowanie czysto polskich powiatów, dla pewnej równowagi danych pomińmy te jednostki administracyjne, w których udział osób

<sup>112</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Danzig, den 24. Juni 1905, k. 16–18. Z raportu wynika, że w rejencji gdańskiej właściwie tylko w stolicy Pomorza Nadwiślańskiego podjęto wiele inicjatyw oddolno-samorządowych mających przeciwdziałać wysokiej umieralności niemowląt, co było możliwe dzięki posiadaniu tam odpowiednich środków na prowadzenie działań, życzliwości i zrozumienia mieszkańców dla spraw związanych z higieną i opieką nad dziećmi. Wysoką umieralność niemowląt w najbliższych okolicach Gdańska i na jego robotniczych przedmieściach pominięto milczeniem, kończąc sprawozdanie krąglymi słowami, że walka z negatywnym zjawiskiem również postępuje „w mniejszych miastach i na wsi poprzez stopniową edukację [prowadzoną] słowem i pismem” (k. 18). W mieście Gdańsku specjalną opieką otoczono dzieci urodzone w związkach pozamałżeńskich, szczególnie narażone na utratę życia. W tym celu założono Związek na rzecz Opieki nad Dziećmi Wychowywanymi przez Obcych (Haltekinderverein), który w 1903 roku przekształcił się w Związek na rzecz Opieki nad Niemowlętami (Verein für Säuglingsfürsorge). Rozszerzono działania propagandowe, informacyjne, lekarskie i kuratorsko-opiekuńcze. Te ostatnie przyniosły wymierne wyniki w postaci stosunkowo niskiej umieralności niemowląt, które przyszły na świat ze związków nieformalnych (29,6% – przeciętna z lat 1904–1908 dla Gdańska; 39,2% – przeciętna z lat 1904–1908 dla wszystkich powiatów w rejencji gdańskiej [obliczenia własne na podstawie *Preußische Statistik*, Bd. 196 (1904), s. 218–219; Bd. 200 (1905), s. 218–219; Bd. 207 (1906), s. 218–219; Bd. 213 (1907), s. 218–219; Bd. 220 (1908), s. 218–219]). Należy jednak pamiętać, co pokazuje przykład Opola, że wartość ta była zapewne o kilka punktów procentowych zaniżona wskutek zjawiska „turystyki porodowej”, gdyż część matek przybywała do stolicy regionu, by tu urodzić, a następnie wyjeżdżała z dzieckiem, które mogło umrzeć w innym powiecie. Ponadto część kobiet przybyłych wcześniej do miasta, w większości zatrudnionych w charakterze służby domowej, po urodzeniu wracała z dzieckiem do stron rodzinnych.

<sup>113</sup> GStA PK, I. HA, Rep. 76, VIII B, Nr. 2782: RP an den MGUMA, Bromberg, den 6. Oktober 1905, k. 72v. Sygnały o powszechności karmienia piersią niemowląt pojawiły się zarówno w odniesieniu do części powiatów rejencji poznańskiej zamieszkałych bardzo licznie przez ludność polską, o czym już wspomniano, jak i w odniesieniu do mieszkańców wsi w rejencji bydgoskiej, gdzie regułą – zdaniem sprawozdawcy – było naturalne odżywianie, zaś przypadki sztucznego były w odroczynie. Jeśli już stosowano ten ostatni sposób żywienia, to w wypadku, kiedy matki nie mogły opuścić swego miejsca pracy, by karmić swoje dzieci. Dodajmy, że zdecydowana większość ludności polskiej zamieszkiwała na obszarach wiejskich (S. Kowal, *Spoleczeństwo* [89], s. 225–227).

posługujących się językiem polskim wyniósł 11% i mniej, wiedząc, że w powiecie kościańskim osiągnął on maksymalny poziom 89%. Przy zastosowaniu tego kryterium liczba jednostek administracyjnych poddanych badaniu ulega obniżeniu do 95, mimo to porządek otrzymanych wyników jest ten sam: największą ujemną współzależność obserwuje się w wypadku udziału ludności posługującej się językiem polskim bądź kaszubskim ( $-0,305$ )<sup>114</sup>. Wprawdzie jest ona mniejsza od poprzednio otrzymanej, ale należy pamiętać, że na obniżenie się tego wyniku ma też wpływ wyłączenie dwunastu powiatów<sup>115</sup>, na których obszarze intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci kształtowała się na ponadprzeciętnie wysokim poziomie (!), to jest powyżej 18,8%, z wyjątkiem miejskiego powiatu elbląskiego, gdzie była ona równa średniej<sup>116</sup>. O ile w nowym układzie danych zmienna „katolickość” ( $-0,106$ ) również nie ma istotnego znaczenia, o tyle „wiejskość” ( $-0,287$ ) nabiera go, wpływając istotnie na rozwój umieralności niemowląt.

Rozpatrując umieralność niemowląt ( $U$ ) w kontekście różnych układów zmiennych niezależnych:  $P + K + W$ ,  $P + K$ ,  $P + W$ ,  $K + W$ ,  $P$ ,  $K$ ,  $W$  (gdzie  $P$  – procentowy udział osób posługujących się językiem polskim czy kaszubskim;  $K$  – procentowy udział katolików;  $W$  – procentowy udział ludności w gminach liczących sobie poniżej 2 tysięcy mieszkańców), dla których można wyznaczyć siedem równań regresji liniowej – okazuje się, że dla zbiorowości 107 powiatów wchodzących w skład „polskich” rejencji tylko jedno z równań ma spełnione kryterium istotności statystycznej współczynnika (współczynników) regresji modelu, i to w wypadku udziału ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim. Także pomiar prostoty poszczególnych modeli za pomocą kryterium informacyjnego Akaikego (ACI), pozwalającego wskazać na najlepszy wkład zmiennych w wyjaśnienie danego zjawiska – co nie zawsze oznacza redukcję czynników – dowodzi, że model otrzymany na podstawie 107 obserwacji, w którym jest tylko uwzględniony udział ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim, należy do najmniej „przekombinowanych”<sup>117</sup>, aczkolwiek trzeba zaznaczyć, że dopasowanie w nim danych empirycznych do teoretycznych, reprezentowanych przez funkcję liniową, jest niewielkie i – biorąc pod uwagę wartości skorygowanego współczynnika determinacji  $R^2$ , mierzonego w skali od zera (zupełny brak dopasowania) do jeden (idealne dopasowanie) – wynosi tylko 0,137, co również pozostaje w związku ze znacznie różniącym się poziomem zmienności

<sup>114</sup> Przedział ufności współczynnika dla  $\alpha$  0,95 od  $-0,403$  do  $-0,206$ .

<sup>115</sup> Z rejencji gdańskiej – miejski gdański, malborski, niziny gdański, miejski i wiejski elbląski; z rejencji kwidzińskiej – suski i wałecki; z rejencji opolskiej – głubczycki, miejski i wiejski nyski, grodkowski, z rejencji poznańskiej – skwiryński.

<sup>116</sup> Nieważona średnia arytmetyczna.

<sup>117</sup> Najmniejsze wartości AIC: 504,34.



umieralności niemowląt ( $V = 14,7\%$ )<sup>118</sup> i udziału ludności posługującej się językiem polskim bądź kaszubskim ( $V = 53,3\%$ )<sup>119</sup>.

$$U_{(1908-1912)} = 21,01 - 0,0378 \cdot P_{(1910)} \quad (\text{dla 107 obserwacji})$$

Z powyższego równania regresji liniowej wynika, że teoretycznie, bez uwzględnienia wpływu składnika resztowego, w powiatach bez jakiegokolwiek ludności posługującej się wyłącznie językiem niemieckim należałoby się spodziewać, iż na 100 urodzeń żywych powinno przypadać tylko 17,2 zgonów niemowląt, a w powiatach bez jakiegokolwiek ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim – aż 21,0. Jednak szanse na realizację tej nadziei są stosunkowo niewielkie z powodu, powtórzmy, słabego dopasowania danych empirycznych do modelowych i wysokiej wartości błędu standardowego współczynnika kierunkowego (0,00895), wynoszącej relatywnie 23,7%. Jak zauważono, wyeliminowanie powiatów o znikomej liczbie ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim przekłada się na wzrost znaczenia udziału ludności wiejskiej w kształtowaniu się umieralności niemowląt. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w modelu dla 95 wydzielonych jednostek, który wymaga uwzględnienia i tej zmiennej, biorąc pod uwagę kryteria istotności statystycznej współczynników regresji i ACI<sup>120</sup>. Przybiera on następującą postać:

$$U_{(1908-1912)} = 21,43 - 0,0286 \cdot P_{(1910)} - 0,0167 \cdot W_{(1910)} \quad (\text{dla 95 obserwacji})$$

Wprawdzie powyższe równanie nie opisuje zależności dla całego rozpatrywanego obszaru, ale w większej mierze próbuje odzwierciedlić badaną rzeczywistość w wypadku, gdy uwaga ma być skoncentrowana na ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim. Stopień dopasowania danych empirycznych do teoretycznych właściwie nie ulega tu zmianie ( $R^2 = 0,1198$ ). Według tego modelu przed wybuchem I wojny światowej na obszarach czysto słowiańskich i zarazem czysto wiejskich umieralność niemowląt powinna była oscylować około 16,9%. Dokonując kolejnego cięcia, wyeliminujemy ze zbiorowości 107 interesujących nas jednostek administracyjnych powiaty miejskie (średnie i duże miasta w liczbie trzynastu), wiedząc, że w zdecydowanej większości stanowiły one ostoje życia niemieckiego we wschodnich prowincjach Prus. Po przeprowadzeniu tego w grupie analizowanych zmiennych wartość ważonego współczynnika korelacji liniowej Pearsona wzrośnie najbardziej dla udziału ludności posługującej się językiem polskim czy kaszubskim, bo do  $-0,484$  (!), a równanie regresji liniowej ujmujące także „wiejskość” zwiększy swoją moc poznawczą, zważywszy

<sup>118</sup> Dla 95 powiatów nieważony klasyczny współczynnik zmienności wynosi 13,6%.

<sup>119</sup> Jak wyżej – 39,5%.

<sup>120</sup> Najmniejsze wartości AIC: 439,13.

na różniący się tu dość znacznie od poprzednich modeli skorygowany stopień dopasowania danych ( $R^2 = 0,3246$ )<sup>121</sup>:

$$U_{(1908-1912)} = 24,13 - 0,0528 \cdot P_{(1910)} - 0,0321 \cdot W_{(1910)} \quad (\text{dla 94 obserwacji})$$

Dla ważności tego modelu istotny jest fakt, że obie zmienne wyjaśniające ( $P$  i  $W$ ) niemal idealnie nie są ze sobą skorelowane (0,002). Ich łączny wpływ na zjawisko umieralności niemowląt, mierzony współczynnikiem korelacji wielorakiej, wynosi aż  $-0,582$  (!), przy czym, biorąc pod uwagę wyniki korelacji cząstkowej, okazuje się, co nie jest zaskoczeniem, że po wyłączeniu oddziaływania „wiejskości” współzależność pomiędzy umieralnością niemowląt a „polskością czy kaszubskością” rośnie do  $-0,511$ , a po wyłączeniu „polskości czy kaszubskości” korelacja określana „wiejskością” zwiększa swą wartość do poziomu  $-0,371$ .

Różne perspektywy modelowego spojrzenia na umieralność niemowląt w „polskich” rejencjach nakazują przede wszystkim zwrócić uwagę na pozytywne oddziaływanie czynnika etnicznego na badane zjawisko. Wywraca to pewien porządek myślenia i rodzi pytanie, jak to możliwe, że polsko- czy kaszubskojęzyczni rodzice (matki) z reguły zamieszkujący wieś, mniej zamożni<sup>122</sup>, częściej wielodzietni i przynależący w większości do „niereformowanego” wyznania chrześcijańskiego stwarzali swoim nowo narodzonym dzieciom lepsze warunki do życia? Stoi to w ostrej opozycji do wyników otrzymanych dla obszaru Holandii w drugiej połowie XIX, a szczególnie na początku XX wieku<sup>123</sup>, gdzie umieralność niemowląt (ale nie starszych dzieci) była wyższa u rodziców katolików w porównaniu z rodzicami protestantami, w czym istotną rolę odgrywała długość karmienia piersią, natomiast nieistotną – struktura społeczno-zawodowa rodziców rozpatrywana w obrębie obu grup wyznaniowych. Zapewne na interesującym nas obszarze decydującymi, wzajemnie ze sobą powiązanymi, czynnikami, które stwarzały lepsze warunki do życia niemowlętom polsko- czy kaszubskojęzycznych rodziców, były: dłuższe i częstsze karmienie piersią niemowląt<sup>124</sup>, rzadziej postrzegane jako zbędne, niewygodne bądź deformujące biust<sup>125</sup>; mniejsze w czasie obciążenie pracą zarobkową, również w chłopskim obejściu na terenach o bardziej ekstensywnym sposobie gospodarowania; częstsza pomoc ze

<sup>121</sup> AIC: 425,78.

<sup>122</sup> Na temat różnic ekonomicznych: S. Kowal, *Społeczeństwo* [89], s. 227–236.

<sup>123</sup> Zob. konkluzje: Frans van Poppel, Jona Schellkens, Aart C. Liefbroer, *Religious differences in infant and child mortality in Holland, 1855–1912*, „Population Studies” 56, 2002, No. 3, s. 288–289.

<sup>124</sup> Szerzej w kontekście porównawczo-opisowym: Sylwia Silska, *Ewolucja poglądów na temat żywienia niemowląt w XIX i XX wieku*, Poznań 2013 [maszynopis rozprawy doktorskiej, www.wbc.poznan.pl/Content/304349 (12.10.2015)], s. 31–97.

<sup>125</sup> Por. prezentujący lewicowe poglądy: G. Temme, *Die sozialen Ursachen Säuglingssterblichkeit* [10], s. 64.

strony domowników, o ile wchodził w grę model rodziny bardziej rozszerzonej (o babcię, ciotki itp.); rzadsze wydawanie na świat dzieci pozamałżeńskich, co pozostawało w związku z mniejszą mobilnością przestrzenną i silniejszą kontrolą społeczną; wreszcie, patrząc od strony polskiego interesu narodowego, większe pokładanie nadziei w dzieciach – wszystkie elementy pasujące do tradycyjnego społeczeństwa, w którym dawny podział ról płci jeszcze nie uległ aż tak zasadniczym zmianom. Owo „zacofanie” było pewnego rodzaju darem dla najmłodszych dzieci przed nastaniem nowoczesnej, szeroko zinstytucjonalizowanej i osadzonej w regulacjach prawnych opieki nad matką i dzieckiem.

Na przełomie XIX i XX wieku w większości regionów europejskich rozpoczął się proces transformacji demograficznej, którego ważnym składnikiem było obniżanie się umieralności niemowląt. Stanowiła ona czuły wskaźnik przemian cywilizacyjnych. Również na obszarze wschodnich rejencji państwa pruskiego, licznie zamieszkałych przez ludność polską (bydgoska, gdańska, kwidzyńska, olsztyńska, opolska i poznańska), można zaobserwować zaczątki wspomnianego procesu. Jednakże tu przechodzenie od tak zwanej reprodukcji rozrzutnej (wysoka rozrodczość i umieralność) do oszczędnej (niska rozrodczość i umieralność) postępowoło wolniej na początku XX wieku w porównaniu z innymi położonymi na zachód obszarami monarchii pruskiej, czego widowym znakiem było zajmowanie przez „polskie” rejencje coraz to gorszej pozycji w rankingu poziomu umieralności niemowląt.

Intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci w obrębie badanych rejencji była znacznie zróżnicowana przestrzennie. W latach 1904–1912 najwyższą umieralnością niemowląt odznaczały się obszary położone w dolinie Wisły i Nogatu, szczególnie Żuławy Wiślane – powiat gdański nizinny (28,1%) – oraz przedmieścia Gdańska. Rozmiary tego zjawiska pozostawały w związku z intensywną gospodarką rolną, której prowadzenie wymagało większych nakładów pracy i zatrudniania uboższej czeladzi wiejskiej, a także sytuacją materialno-finansową z reguły napływowej ludności robotniczej, głównie utrzymującej się z pracy w przemyśle i zajęć dorywczych. Na przeciwległym biegunie usytuowały się powiaty, które na tle innych pod względem rozwoju ekonomicznego nie wyróżniały się bądź należały do grupy zapóźnionych gospodarczo. Były one zlokalizowane na południu Wielkopolski, a przewodził im powiat śmigieński (13,2%), oraz na Kaszubach. Obszary te odznaczały się wspólną cechą: zamieszkiwała je w zdecydowanej większości ludność posługująca się językiem polskim czy kaszubskim, dalej zaś katolicka i wiejska.

Przyczyn wysokiej umieralności niemowląt w „polskich” rejencjach nie udało się zadawałajaco wyjaśnić takimi czynnikami, jak: wielkością uzyskiwanych

dochodów czy strukturą społeczno-zawodową, biorąc za płaszczyznę odniesienia stosunki panujące we Wschodniej Fryzji (rejencja aurichska), której obszar odznaczał się względnie niskim natężeniem zgonów wśród najmłodszych dzieci (około 10%). Natomiast cenne wnioski przyniosła analiza przyczyn umieralności niemowląt, dając podstawę do stwierdzenia, że w „polskich” rejencjach sytuacja żywieniowa i sanitarna – w mniejszym zaś stopniu dostęp do opieki lekarskiej – odgrywała znaczącą rolę w kształtowaniu się interesującego nas zjawiska. Symptodem tego był ponadnormatywny udział zgonów niemowlęcych z powodu zaburzeń w funkcjonowaniu układu pokarmowego (stosunkowo niski na obszarze rejencji poznańskiej i olsztyńskiej, gdzie też lepiej przedstawiała się sytuacja w dziedzinie umieralności najmłodszych). Należy jednak podkreślić, że raporty lekarskie nie wskazywały na szybkie odstawianie nowo narodzonych dzieci od piersi, a sygnalizowały, że naturalne odżywianie niemowląt było rzeczą powszechną u Polek, które w porównaniu z Niemkami odznaczały się większą dietnością.

Badając wpływ zmiennych niezależnych, roboczo nazwanych „polskością”, „katolickością” i „wiejskością”, na poziom umieralności niemowląt w powiatach „polskich” rejencji, na podstawie analizy związków korelacyjnych oraz modeli regresji liniowej dowiedziono, że intensywność zgonów wśród najmłodszych dzieci w największym stopniu była kształtowana przez „polskość”, przy czym współzależność ta była ujemna. Innymi słowy, wraz ze wzrostem udziału ludności polsko- czy kaszubskojęzycznej na danym obszarze należało częściej oczekiwać obniżenia się umieralności niemowląt niż jej wzrostu (ważony współczynnik korelacji Pearsona dla 107 powiatów:  $-0,381$ ). Stanowi to nie lada niespodziankę badawczą i skłania do postawienia pytania, jak to możliwe, że ludność polska czy kaszubska, słabiej uczestnicząca w nurcie procesów modernizacyjnych, przed nastaniem nowoczesnej opieki nad matką i niemowlęciem potrafiła częściej zapewnić bardziej sprzyjające warunki do (prze)życia nowo narodzonym dzieciom? Jest kilka hipotetycznych wyjaśnień tego fenomenu, mianowicie: częstsze i dłuższe karmienie piersią, mniejsze obciążenie kobiet pracą pozadomową, częstsze korzystanie z pomocy innych osób w opiece nad dzieckiem, dbałość o interes narodowy (w podstawowym wymiarze biologicznym), większa kontrola społeczna i mniejsza mobilność przestrzenna – oddziałujące hamująco na rozwój liczby urodzeń pozamałżeńskich (dzieci narażone dwukrotnie częściej na zgon). Oczywiście wszystkie te „uzasadnienia”, o ile to możliwe, wymagają jeszcze pogłębionej weryfikacji.

## The Infant Mortality Rate in ‘Polish’ Regierungsbezirke of Prussia at the Beginning of the 20<sup>th</sup> Century

### Summary

The article presents the causes and spatial differences of infant mortality in eastern Prussia densely populated by the Polish, and the changes that phenomenon was subject to. The research has been carried out mainly on the numeric data juxtaposed and published by Dr Behr-Pinnow, on official statistical material (Preußische Statistik, Statistik des Deutschen Reichs, Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts) and on unpublished archival material, first of all reports of Regierungsbezirk presidents. Infant mortality has been analysed at three levels of data aggregation: provinces, Regierungsbezirke, counties (Kreise). In the research the following devices have been used: coefficients, averaging of several years, (dis)similarity rates of structures (the reference standard – Regierungsbezirk Aurich), weighted linear regression, cartograms (grouping based on median absolute deviation). The article depicts the tendency for infant mortality in the ‘Polish’ Regierungsbezirke of Prussia, which deteriorated at the beginning of the 20<sup>th</sup> century, and a significant spatial diversification of the phenomenon in question, which was related to the way of farming (especially in the region of Żuławy Wiślane and the Vistula valley); however, the research has not provided any conclusive evidence of a link between a high infant mortality rate in the area in question and the socio-professional structure, the level of affluence or the infrastructure. On the other hand, thanks to linear regression models it has been proved that the intensity of infant mortality in counties depended on the ethnic composition to a significant degree (the faith did not play any role). Parallel to an increase of the Polish- and Kashubian-speaking populations (those populations – it is worth mentioning – usually enjoyed lower socio-economic status compared to their German-speaking neighbours) the infant mortality rate was generally decreasing. It was at the lowest level in Greater Poland, in the counties of Kościan, Gostyn and Śmigiel (where the dominant population was Polish, Catholic and rural). All in all, it is justified to say that the Polish- and Kashubian-speaking populations that were less advanced in demographic transformation compared to their German-speaking neighbours, even before institutionalising social welfare, provided better care for babies and guaranteed a lower infant mortality rate, first of all thanks to the general and longer breastfeeding.

**Keywords:** infant mortality, beginning of the 20<sup>th</sup> century, Prussia, the territory annexed by Prussia, eastern Regierungsbezirke, civilisational changes, the quality of life, the standard of life, Polish population, German population, demography, historical demography, social demography, social history