

Lietuvos gyventojų mirtingumas ir epidemiologinis perėjimas 1849–1921 metais

Dovilė Bugienė

Lietuvos socialinių mokslų centro Sociologijos institutas
Institute of Sociology at the Lithuanian Centre for Social Sciences
dovile.bugiene@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2303-2710>

Santrauka. Modernėjant visuomenėms, mirtingumas yra vienas iš esminių veiksnių gyventojų kaitos procese. Mirtingumas po XX a. vidurio Lietuvoje mokslininkų plačiai ištyrinėtas įvairiais aspektais, tačiau ankstesnis istorinis laikotarpis šiuo atžvilgiu vis dar mažai nagrinėtas ir duomenų apie Lietuvos mirtingumo raidos pokyčius beveik neturime. Šiame straipsnyje pristatomas tyrimas, kuriame naudoti bažnyčių mirties metrikų aktų knygų duomenys siekiant rekonstruoti 1849–1921 m. Lietuvos gyventojų mirčių priežasčių struktūrą, jos skirtumus mieste ir kaime bei sąsajas su A. R. Omrano pasiūlyta epidemiologinio perėjimo teorija. Duomenys leidžia daryti prielaidą, kad epidemiologinis perėjimas Lietuvoje prasidėjo XIX a. pabaigoje–XX a. pradžioje, ir kelti klausimą apie gyvenamosios vietovės tipo – miesto ir kaimo – įtaką pokyčių tempui.

Pagrindiniai žodžiai: epidemiologinis perėjimas, demografija, mirties priežastys, mirtingumas, bažnyčių mirties metrikų aktų knygos.

Mortality and Epidemiological Transition of the Lithuanian Population in 1849–1921

Abstract. With the modernization of societies, mortality is one of the key factors in the process of population change. Mortality since the middle of the 20th century in Lithuania has been widely studied in various aspects. However, the previous historical period in this field is still little studied and data on the changes in the development of Lithuanian mortality are almost unavailable. This article presents a study on the basis of the information from Roman Catholic churches death records books to reconstruct the structure of causes of death in the Lithuanian population in 1849–1921, its differences between urban and rural areas, and the links with A. R. Omran's theory of epidemiological transition. The data of death records suggests the epidemiological transition in Lithuania began at the end of the 19th century – the beginning of the 20th century and displays the influence of the type of place of residence on the pace of mortality change.

Keywords: epidemiological transition, demography, causes of death, mortality, parish registers, death records.

Įvadas

Paskutiniai du šimtmečiai žmonijos raidos istorijoje pažymėti reikšmingomis permainingomis įvairiose srityse. Prasidėjusi pramoninė raida, mokslo ir technologijų plėtra buvo paskata visuomenės perėjimui nuo agrarinės prie industrinės visuomenės. Sykiu keitėsi ir

Received: 30/09/2021. Accepted: 08/11/2021.

Copyright © 2021 Dovilė Bugienė. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Licence, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

demografinių procesų struktūra – labai didelį ir svyruojantį mirtingumą keitė mažas, lėtai kintantis mirtingumas, ilgėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Lietuvoje vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sparčiausiai ilgėjo XX a. ir nuo XX a. trečiojo dešimtmečio iki šių dienų pailgėjo beveik trimis dešimtmečiais – 1925–1926 m. vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 48,6 m., moterų – 51,9 m. (Merčaitis 1973), o 2020 m. – vyrų 70,09 m., o moterų – 80,06 m.¹ Savo ruožtu vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimas daugiausia priklauso nuo gyventojų sergamumo ir mirtį lemiančių priežasčių. Dabartiniais laikais mirties priežastims ir jų įtakai vidutinei tikėtinai gyvenimo trukmei Lietuvoje yra skiriama daug mokslininkų bendruomenės dėmesio (Stankūnienė ir Jasilionis 2011; Našlėnė ir Gurevičius 2016; Jasilionis 2003; Kalėdienė et al. 2010), tačiau išsamesnių mirtingumo ankstesniais istoriniais laikotarpiais tyrimų nėra daug.

Šio straipsnio tikslas – rekonstruoti 1849–1921 m. laikotarpio Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų mirčių priežasčių struktūrą, įvertinti jos skirtumus ir aptarti sąsajas su 1971 m. paskelbta A. R. Omrano (1971) epidemiologinio perėjimo teorija. Epidemiologinio perėjimo teorija apibūdina ilgalaikę mirtingumo raidą vertindama pasikeitimus mirties priežasčių struktūroje, kai aukštą mirtingumo lygį, vyraujant mirtims nuo infekcinių ligų, keičia žemas ir nuosekliai žemėjantis mirtingumo nuo degeneracinių ligų lygis. Epidemiologinis perėjimas apima tris pagrindinius epidemiologinių pokyčių komponentus trijų etapų procese. Taigi straipsnyje ieškoma atsakymo, kada gi mūsų šalyje prasidėjo epidemiologinio perėjimo teorijoje apibūdinami pokyčiai, ir keliama prielaida, kad tikėtina epidemiologinio perėjimo pradžia Lietuvoje buvo apie XIX a. vidurį. Galbūt kaitos proceso tempas skiriasi pagal vietovės tipą, ir vienur šie procesai buvo prasidėję anksčiau, o kitur – vėliau? Ar miesto ir kaimo gyventojai mirdavo dėl tų pačių priežasčių? Ieškant atsakymų į išsikeltus klausimus naudotasi bažnyčių mirties metrikų aktų knygų duomenimis. Tokie duomenys istoriniam Lietuvos epidemiologinio perėjimo procesų vertinimui panaudoti pirmą kartą.

Statistiniai Lietuvos gyventojų mirtingumo duomenys pagal mirties priežastis pateikiami 1924–1926 m. ir vėlesnių metų Lietuvos statistikos metraščiuose (Centralinis statistikos biuras 1927). Duomenų apie Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūrą XIX a. viduryje–XX a. pradžioje nėra surinkta. Taip pat stokojama mirties priežasčių struktūros Lietuvoje tyrimų ar istorinių demografinių studijų, kurios remtųsi epidemiologinio perėjimo teorija ar naudotų bažnytinių mirties metrikų aktų knygų duomenis. Pažymėtina, kad bažnyčių metrikų aktų knygos yra vertingas informacijos šaltinis Lietuvos istorinės demografijos tyrimams, nes iki 1940 m., kai buvo įvesta civilinė metrikacija, bažnyčių metrikų aktų knygos buvo faktiškai vieninteliai oficialūs gyventojų registracijos dokumentai. Juose fiksuoti svarbiausi žmonių gyvenimo faktai – gimimas, krikštas, santuoka, mirtis, kartu pateikiama nemažai papildomos informacijos, susijusios su asmeniu. Nepaisant to, Lietuvoje bažnyčių metrikų aktų knygų panaudojimas tyrimuose dar tik žengia pirmuosius žingsnius (Sarcevičienė 2013). Galbūt to priežastis yra tai, kad šaltiniai iš dalies fragmentuoti ir nepilnai išlikę, ilgą laiką buvę sunkiai

¹ Lietuvos statistikos duomenų bazė. Prieiga internetu: <https://osp.stat.gov.lt>

prieinami, saugomi skirtingų institucijų archyvų fonduose. Be to, nėra sistemingo katalogo, nurodančio, kur galima rasti tam tikros bažnyčios archyvą ar atskiras jo dalis (Garliauskas 2012). Taigi, atsižvelgiant į turimus negausius istorinius mirtingumo duomenis, šis tyrimas yra svarbus ir aktualus istoriniam Lietuvos mirtingumo raidos vertinimui ir patikslinantis iki šiol turėtą informaciją.

Straipsnyje pirmiausia trumpai apžvelgiama epidemiologinio perėjimo teorija ir turima informacija apie epidemiologinį perėjimą Lietuvoje, pristatoma Lietuvos sveikatos sistema XIX a. viduryje–XX a. pradžioje. Kita straipsnio dalis skiriama empirinės tyrimo medžiagos ir metodologijos aptarimui bei gautų rezultatų analizei.

Epidemiologinio perėjimo teorijos apžvalga

Straipsnyje pristatomo tyrimo teorinis pagrindas yra epidemiologinio perėjimo teorija, paskelbta 1971 m. A. R. Omrano (1971), kuri tiek demografiniu, tiek epidemiologiniu požiūriu bene išsamiausiai apibendrina mirtingumo proceso kaitą ilgalaikėje perspektyvoje. A. R. Omrano epidemiologinio perėjimo teorija buvo pirmoji sistemingai apžvelgianti stebėtiną sveikatos priežiūros pažangą, padarytą pramoninėse šalyse nuo XVIII a. (Vallin and Mesle 2004).

Epidemiologinio perėjimo teorijos požiūriu, modernizacijos procese visuomenės išgyvena tris kaitos etapus. Pirmasis etapas, A. R. Omrano pavadintas maro ir badmečių amžiumi (angl. *the age of pestilence and famine*), apima didžiąją dalį žmonijos gyvavimo istorijos ir išsivysčiusiose Vakarų valstybėse tęsėsi iki XVIII a. pabaigos–XIX a. pradžios. Šiuo etapu mirtingumo lygis, ypač kūdikių, vaikų ir reprodukcinio amžiaus moterų, buvo labai aukštas. Jam būdingi dažni ir didelės amplitudės svyravimai bei sezoniskumas dėl epidemijų, karų ir bado. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė gimus buvo trumpa, svyruojanti nuo 20 iki 40 m. Antrasis etapas – atsitraukiančių pandemijų amžius (angl. *the age of receding pandemics*), kurio pradžioje mirtingumo lygis vis dar aukštas, tačiau nebėra tokių didelių svyravimų. Vėliau mirtingumas pradeda po truputį nuosekliai mažėti. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė gimus ilgėja nuo maždaug 30 iki 50 metų. Mažėja kūdikių ir vaikų bei reprodukcinio amžiaus moterų mirtingumas. Tačiau, kaip ir pirmajame etape, pagrindinės mirties priežastys vis dar yra infekcinės ligos. Antrojo etapo pabaigoje daugėja susirgimų širdies ir kraujagyslių ligomis, vėžiu, tai keičia mirties priežasčių struktūrą, o mirtingumas „pasislenka“ į vis vyresnes amžiaus grupes. Demografiniu požiūriu šiame etape įvyko du reikšmingi pasikeitimai – spartus gyventojų skaičiaus didėjimas ir gyventojų senėjimas (Olshansky et al. 1998). Antrasis etapas daugumoje išsivysčiusių šalių prasidėjo XVIII a. pabaigoje–XIX a. pradžioje ir baigėsi iki XX a. vidurio. Mūsų tyrime bene svarbiausias yra būtent antrasis epidemiologinio perėjimo etapas. Trečiasis, degeneracinių ir žmogaus sukeltų ligų amžiumi (angl. *the age of degenerative and man-made diseases*) pavadintas etapas, pasižymi tolygiu mirtingumo lygio žemėjimu, kuris galiausiai stabilizuojasi būdamas santykinai žemas. Atitinkamai ilgėja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė gimus – nuo 50 iki 75 m. Daugėja susirgimų širdies ir kraujagyslių ligomis, vėžiu, diabetu, žmogaus sukeltomis ligomis, susijusiomis su pramone, aplinkos tarša, motorinių transporto priemonių avarijomis,

kancerogenų poveikiu. Taip pat vis daugiau atsiranda streso sukeltų ligų, tokių kaip depresija ir kiti psichikos sveikatos sutrikimai, priklausomybių (Omran 1998). Keičiasi pagrindinės mirties priežastys – infekcinės ligos išstumia degeneracinės ir žmogaus sukeltos ligos, o mirties amžius slenkasi iš jaunų į vyresnio amžiaus grupes.

A. R. Omranas savo paskelbtoje teorijoje nenumatė tolesnio mirtingumo lygio žemėjimo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimo. Tuo metu, XX a. aštuntojo dešimtmečio pradžioje, gana stabilūs mirtingumo lygio ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai pagrįstai leido manyti, kad septynių dešimtmečių gyvenimo trukmė yra arti biologinės gyvenimo ribos (Olshansky and Ault 1986). XX a. septintajame–devintajame dešimtmečiuose įvykę netikėti pokyčiai, kai pradėjo sparčiai mažėti mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, o mirties amžius pasislinko į dar vyresnį amžių, privertė permąstyti A. R. Omrano epidemiologinio perėjimo teoriją. XX a. devintajame dešimtmetyje mokslininkai pasiūlė A. R. Omrano pateiktus etapus papildyti ketvirtuoju – vėluojančių degeneracinių ligų amžiumi (angl. *the age of delayed degenerative diseases*) (Olshansky and Ault 1986; Rogers and Hackenberg 1987), kurio pagrindinis skiriamasis bruožas nuo A. R. Omrano trečiojo etapo yra mirštamumo amžiaus pokytis – mirštama pasiekus 80 m. ir vyresnį amžių, nors pagrindinė mirties priežastis tebėra degeneracinės ligos. Reikia paminėti, kad ir pats teorijos autorius savo 1998 m. išleistame darbe sutiko, kad pradinė epidemiologinio perėjimo teorija galėtų būti papildyta ketvirtuoju etapu (Omran 1998), ir jį pavadino mažėjančio mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų, senėjimo, gyvenimo būdo keitimo, atsirandančių ir atsinaujinančių ligų amžiumi (angl. *age of declining cardiovascular mortality, ageing, lifestyles modification, emerging and resurgent diseases*). Jis pasižymi širdies ir kraujagyslių ligų, taip pat kai kurių vėžio formų mažėjimu, tačiau jos išlieka pagrindinės mirties priežastys. Taip pat jam būdingas gyvenimo trukmės ilgėjimas, kai vidutiniškai mirštama sulaukus 80–85 m. ir daugiau.

Taigi, modernėjant visuomenėms, mirtingumo mažėjimas, nors ir veikiamas skirtingų veiksnių, yra tarsi katalizatorius tolesniems demografiniams visuomenės kaitos procesams, nors pokyčių laikas ir greitis skirtingose šalyse ar regionuose, atsižvelgiant į jų ekonominį, socialinį, politinį ir kultūrinį kontekstą, skiriasi.

Epidemiologinis perėjimas Lietuvoje

Ankstyvieji epidemiologinio perėjimo etapai Lietuvoje mokslininkų analizuoti labai nedaug, tai galbūt sietina su ribotu duomenų prieinamumu. Iki XIX a. vidurio duomenų apie Lietuvos gyventojų mirtis galima gauti tik iš istorinių dokumentinių šaltinių – parapijų registrų. Deja, jie prieinami ne iš visų vietovių ir ne visų metų. Po trečiojo Lietuvos ir Lenkijos padalijimo, didžiąją Lietuvos dalį įtraukus į Rusijos imperijos sudėtį, pirmieji bendri mirtingumo duomenys pagal Rusijos imperijos gubernijas (įskaitant Kauno ir Vilniaus gubernijas) prieinami nuo XIX a. antros pusės (Vallin et al. 2017). Remiantis J. Vallino ir jo kolegų publikacijoje pateiktais duomenimis, Vilniaus ir Kauno gubernijų gyventojų bendras mirčių skaičius 1861 m. buvo apie 26–28/1000 gyventojų ir iki 1913 m. nuosaikiai mažėjo apytikriai iki 18/1000

gyventojų (ten pat). Mokslininkų pastebėjimu, šios tendencijos gali būti nevisiškai patikimos dėl fragmentiškos kūdikių (iki 1 m.) mirčių ir gyvų gimimų registracijos. Vaikų nuo 1 iki 4 m. mirtingumas laikotarpiu nuo 1867 m. iki 1910 m. Vilniaus gubernijoje nuosekliai mažėjo, o Kauno gubernijoje šis mažėjimas vyko lėčiau. Kūdikių mirtingumas Vilniaus gubernijoje didėjo, Kauno gubernijoje laikotarpio viduryje – gerokai padidėjo, o laikotarpio pabaigoje pradėjo mažėti. Šie prieštaringi kūdikių ir vaikų mirtingumo lygio pokyčiai gali būti susiję su pagerėjusia demografinių įvykių registracija, o ne ryškesniais demografiniais virsmis (ten pat).

Tarpukario laikotarpiu Lietuvoje pradėtas leisti *Lietuvos statistikos metraštis*, kurio pirmasis leidimas apėmė 1924–1926 m. Lietuvos statistinius duomenis. Jame pateikiami ir išsamūs mirtingumo rodikliai: bendras mirtingumas, mirtingumas pagal amžių, lytį, mirties mėnesį, mirties priežastis remiantis tarptautine ligų klasifikacija ir kt. (Centralinis statistikos biuras 1927). Tuometinis Lietuvos Centralinis statistikos biuras vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės neskaičiavo arba neskembė (Norkus 2017). Todėl apie XX a. pradžios tikėtiną gyvenimo trukmę Lietuvoje galima sužinoti tik iš 1973 m. A. Merčaičio parengtos mirtingumo 1925–1926 m. laikotarpiu lentelės (Merčaitis 1973). Lentelės duomenimis, to laikotarpio vyrų tikėtina gyvenimo trukmė buvo 48,6 m., o moterų – 51,9 m.

Iš šių negausių Lietuvos duomenų galima daryti prielaidą, kad XIX a. antroje pusėje–XX a. pradžioje Lietuva jau buvo įžengusi į epidemiologinio perėjimo antrojo etapo pradžią, nes mirtingumo lygis vis dar nebuvo pernelyg nutolęs nuo A. R. Omrano pateikto mirtingumo rodiklio, kurį jis siejo su pradiniam perėjimo etapui būdingomis demografinėmis tendencijomis (Omran 1971). Vėlesni duomenys ir moksliniai tyrimai rodo, kad Lietuvoje trečiasis epidemiologinio perėjimo etapas prasidėjo apie XX a. šeštojo dešimtmečio vidurį (Jasilionis 2003). 1956 m. Lietuvoje pradėjo vyrauti mirtys nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų bei vėžio, kurios bendrai sudarė apie 33 proc., o mirčių nuo infekcinių ligų buvo sąlyginai nedaug – tik 7,4 proc. visų mirčių. Pasak Domanto Jasilionio, XX a. šeštąjį dešimtmetį galima laikyti trečiojo epidemiologinio perėjimo etapo Lietuvoje pradžia, kai sparčiai daugėja mirčių nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų ir jos vėlesniais dešimtmečiais įsivyrėja.

Sveikatos sistema Lietuvoje XIX a. viduryje–XX a. pradžioje

Lietuva, kaip savarankiška valstybė, XIX a. viduryje neegzistavo. Po 1795 m. įvykusio trečiojo Abiejų Tautų Respublikos padalijimo Lietuva buvo prijungta prie Rusijos imperijos, ir jos sudėtyje išliko iki 1915 m. pabaigos, kai beveik visą dabartinės Lietuvos teritoriją užėmė vokiečių kariuomenė ir kraštą ėmė administruoti Vokietija.

Iki XIX a. vidurio antros pusės Lietuvoje dar buvo nepanaikinta baudžiava. Nors pati sistema po truputį buvo pradėjusi irti ir mezgėsi kapitalistiniu gamybos ūkiu grįsti santykiai, tačiau oficialiai baudžios panaikinimo reforma įvyko tik 1861 m. Ši situacija padarė didelę įtaką valstiečių materialinei padėčiai ir tiesiogiai veikė jų kasdienį gyvenimą, socialinius santykius ar netgi supratimą apie higieną. Vis dėlto dar iki baudžios panaikinimo išliko ir feodalinės žemės rentos klausimas. Intensyvinant ūkį, daliai valstiečių buvo didinamas lažas, kita dalis

buvo verčiama mokėti piniginę rentą. Vakarų Lietuvoje tradiciškai daugiau valstiečių mokėjo rentą vietoj lažo, o tai atvėrė jiems daugiau galimybių, intensyvinu jų ūkinę veiklą, leido naudoti samdomąjį darbą. Paskutiniame baudžios etape Kauno gubernijoje – Žemaitijoje, palyginti su Rytų Lietuva, valstiečių činšininkų (mokančių rentą) buvo gerokai daugiau, po truputį gerėjo jų finansinė situacija ir savo padėtimi jie ėmė skirtis nuo lažų einančių valstiečių. Šiuo laikotarpiu valstiečių ūkiuose atsiranda iki tol nebūdingas reiškinys – samdomasis darbas (Jučas 1972), tai paskatino Lietuvos kaimo susiskaldymą į bežemius ir turtingus valstiečius. Panaikinus baudžios priklausymą tam tikram luomui susiniveliavo, kai kuriais atvejais priklausymą tam tikram luomui paversdamas tik „popieriniu“ skirtumu.

Straipsnyje nagrinėjamos keturių skirtingų gyvenviečių (Vilniaus, Kėdainių, Alizavos, Jiezno), priklausiusių dviem tuometinėms Rusijos imperijos gubernijoms – Vilniaus ir Kauno – mirties metrikų aktų knygos. Atkreiptinas dėmesys, kad Kauno gubernija XIX a. viduryje buvo gana naujas administracinis vienetas, įkurtas 1842 m. gruodžio 18 d. Rusijos caro Nikolajaus I įsakymu iš septynių Vilniaus gubernijos apskričių. Vilniaus gubernija po 1843 m. užėmė tik rytinę dabartinės Lietuvos teritorijos dalį, prasiplėsdama į rytus, kur apėmė tuometines lietuvių etnines žemes Baltarusijoje. Kauno gubernija apėmė didžiąją likusią dabartinės Lietuvos teritorijos dalį, išskyrus Užnemunę, priskirtą Suvalkų gubernijai, kuri tuo metu priklausė Lenkijos karalystei, ir Klaipėdos kraštą, iki 1871 m. buvusį Prūsijos karalystės, o vėliau – Vokietijos imperijos dalimi.

Rusijos imperijos vyriausybė gyventojų sveikatai daug dėmesio neskyrė, kova su epidemijomis taip pat buvo silpna ir nepakankama. Tačiau nuolat pasikartojančios epidemijos buvo kliūtis žemvaldžiams vykdyti valstybinius įsipareigojimus (eksportuoti duoną į Rusiją) (Kasperavičienė 2006), todėl XIX a. antroje pusėje pradėta teikti nemokama medicinos pagalba kaimo gyventojams valstybinėse kaimo ligoninėse ir ambulatorijose, vadinamoji kaimo medicina. J. Meškauskas nurodo, kad Vilniaus gubernijoje kaimo medicinos tinklą sudarė 14 ligoninių, 28 ambulatorijos ir 21 felčerių punktas; Kauno gubernijos – tiek pat ligoninių ir ambulatorijų bei 96 felčerių punktai. Ši sistema vėliau buvo pakeista ir iki Pirmojo pasaulinio karo administracinio suskirstymo principu sveikatos ir sanitarijos reikalais rūpinosi Vyriausiojo medicinos inspektoriaus valdyba. J. Meškauskas rašo, kad „apskritys buvo padalintos į 3 rajonus. Rajonas turėjo 10–15 ar 20 lovų ligoninę ir ambulatoriją, kuriose buvo gydytojas, akušerė ir 2–5 medicinos felčeriai“ (Meškauskas 1987; 285). Karo metais padėtis pasikeitė, didelė dalis gydymo įstaigų buvo uždarytos dėl finansinių sunkumų ir kitų su karu susijusių aplinkybių. Lietuvai paskelbus nepriklausomybę nuo 1918 m. sveikatos reikalai pavesti kuruoti Sveikatos komisijai, vėliau pavadintai Sveikatos departamentu, kuris buvo pavaldus Vidaus reikalų ministerijai. Sveikatos priežiūros paslaugos organizuotos administracinio paskirstymo principu. Į kiekvieną apskritį buvo skiriamas gydytojas. Jų veiklos sfera buvo plati: rūpinosi visų toje apskrityje veikusiu gydymo įstaigų, vaistinių ir medicinos personalo darbu, organizavo gyventojų apsaugą nuo infekcinių ligų, prižiūrėjo maisto produktų laikymo ir prekybos jais higienos sąlygas ir vykdė kitas funkcijas (ten pat). Pokariu situacija buvo itin sudėtinga, trūko ne tik lėšų, bet ir gydytojų bei kito medicinos personalo. Kiek XX a. pradžioje Lietuvoje buvo

gydytojų ir kito medicinos personalo, tikslių duomenų nėra, medicinos personalo registracija nebuvo išsami. J. Meškausko pateiktais duomenimis iš Prekybos ir pramonės ministerijos 1919 m. bendros statistikos leidinio *Statistinės žinios apie Lietuvą ligi 1914 m. karo*, Kauno gubernijoje 1912 m. buvo 198 gydytojai, 115 akušerių, 222 gydytojo padėjėjai. Vilniaus gubernijoje tais pačiais metais būta 258 gydytojų, 251 akušerės ir 384 gydytojo padėjėjų. Kaip ir minėta, pokariu medicinos personalo Lietuvoje labai trūko. J. Meškausko pateikiamais skirtingų šaltinių duomenimis, 1920–1921 m. Lietuvoje buvo 207–214 gydytojų ir 160–163 felčeriai. Kitais metais tiek gydytojų, tiek felčerių skaičius didėjo ir 1925 m. jau buvo atitinkamai 448 gydytojai ir 308 felčeriai. Nemaža gydytojų dalis buvo užsieniečiai, gyvenę ir praktikavę su laikiniais pažymėjimais, pavyzdžiui, 1921 m. Jiezne praktikavo ukrainietis Petras Sokalskis (ten pat). Gydytojų skaičius sparčiau didėti pradėjo tik po Pirmojo pasaulinio karo atnaujinus Medicinos fakulteto veiklą, paruošus naujų specialistų.

Lietuva XIX a. antroje pusėje–XX a. pirmaisiais dešimtmečiais išgyveno sudėtingą politinių transformacijų laikotarpį. Nepaisant to, sykiu vyko visuomenės ekonominio, kultūrinio, socialinio gyvenimo modernizacijos procesas, palaipsniui gerinęs gyventojų gyvenimo sąlygas, sveikatos priežiūrą, kėlęs švietimo lygį. Lietuvoje buvo skleidžiamos naujausios medicinos mokslo žinios, diegiami nauji ligų diagnostikos ir gydymo būdai, vykdoma sveikatos žinių sklaida visuomenėje. Paskelbus nepriklausomybę Lietuvos raida atsigavo. Nepaisant pokario nepriteklių, Lietuvos valdžia įdėjo daug pastangų, kad būtų nuosekliai vystoma sveikatos priežiūra ir socialinis aprūpinimas ir šiose srityse neatsiliko nuo Vakarų Europos (ten pat).

Empirinė medžiaga ir metodologija

Tyrimas atliktas naudojant kiekybinę antrinių dokumentinių šaltinių turinio analizę. Duomenų šaltiniai – suskaitmenintos Romos katalikų bažnytinės mirties metrikų aktų knygos. Renkant tyrimo duomenis naudoti Lietuvos skaitmeninto kultūros paveldo portale *epaveldas.lt* viešai skelbiamų skaitmeninio dokumentinio paveldo – bažnytinių mirties metrikų aktų knygų – įrašai.

Mirties metrikų aktų knygose mirties faktas buvo registruojamas įrašu, kuriame nurodoma ši informacija: mirusiojo vardas ir pavardė (vaikų dažniausiai tik vardas, kai kuriuose įrašuose ir tėvavardis), amžius, mirties data ir vieta, mirties priežastis, ar buvo priėmęs Šventuosius sakramentus. Taip pat nurodoma mirusiojo socialinė priklausomybė, šeimyninė padėtis, likusio našliu (-e) sutuoktinio vardas ir pavardė (moters dažniausiai mergautinė), jeigu mirusysis turėjo vaikų, surašomi jų vardai. Be to, nurodoma, kokiais papirijai mirusysis priklausė, kur palaidotas, kas ir kada jį palaidojo.

Tyrimo medžiaga apima 73 metų laikotarpį, nuo 1849 m. iki 1921 m. įskaitytinai. Laikotarpis pasirinktas atsižvelgiant į anksčiausiai prieinamas Romos katalikų bažnytinėse mirties metrikų aktų knygose nurodomas mirties priežastis ir anksčiausiai prieinamus Lietuvos statistinius mirtingumo duomenis.

Dokumentinių duomenų šaltinių atranka tyrimui atlikta naudojantis Lietuvos valstybės istorijos archyvo interneto svetainėje skelbiamu Romos katalikų bažnyčių, kurių skaitmenin-

tos metrikų aktų knygos paskelbtos portale www.epaveldas.lt², sąrašu. Tyrimas nėra visuminė Lietuvos apžvalga. Atsižvelgiant į fragmentišką duomenų šaltinių pobūdį pasirinkti tokie atrankos kriterijai: gyvenamosios vietovės geografinis išsidėstymas, gyvenvietės dydis, mirties metrikų aktų knygų chronologinės ribos, mirties priežasties įrašo buvimas. Papildomai atsižvelgta į rankraščio įskaitomumą. Duomenys susisteminti ir analizuoti *Microsoft Office Excel* programa. Tyrimui atlikti sudaryta duomenų matrica, į kurią buvo suvedami duomenys pagal šiuos kintamuosius: lytis, amžius, mirties metai ir mėnuo, mirties priežastis, gyvenamoji vietovė (miestas / miestelis ir kaimas), parapija.

Straipsnyje nagrinėjamos keturių parapijų (Vilniaus, Kėdainių, Jiezno³, Alizavos), priklausiusių dviem tuometinėms Rusijos imperijos gubernijoms – Vilniaus ir Kauno – bažnyčių mirties metrikų aktų knygos. Iš viso tyrimo imtį sudaro 28 511 mirties atvejų, išrinktų iš 35 bažnyčių mirties metrikų aktų knygų.

Empiriniai ribotumai: tyrime remiamasi tik Romos katalikų bažnyčių mirties metrikais, informacijos apie kitų konfesijų tikinčiuosius (protestantus, stačiatikius ir kt.) neturima. Nėra galimybės analizuoti ir laikotarpio iki XIX a. vidurio, nes ne visose Romos katalikų bažnyčių mirties metrikų aktų knygose ankstesniu laikotarpiu nurodomos mirties priežastys. Daug bažnyčių mirties metrikų aktų knygų nėra išlikusios, todėl sudėtinga rasti bažnyčias, kuriose išlikusios viso analizuojamo laikotarpio mirties metrikų aktų knygos. Analizuojami dokumentiniai šaltiniai yra rankraščiai, rašyti rusų, lenkų, lotynų, vokiečių ir lietuvių kalbomis, tai priklausė nuo istorinio Lietuvos konteksto konkrečiais metais, todėl susiduriama su įrašų įskaitomumo problema, kas tai taip pat lėmė konkrečių šaltinių pasirinkimą analizei. Duomenys apie mirties priežastis gali būti netikslūs, nes tiriamaoju laikotarpiu oficialiosios statistikos duomenys nebuvo renkami, o mirties priežastį dažnu atveju nustatydavo ne gydytojai, bet kunigai ar mirusiojo artimieji, ypač kaimo vietovėse (Meškauskas 1987). Nepaisant to, bažnyčių metrikų aktų knygose pateikiama informacija yra vertingas duomenų šaltinis istorinės demografijos tyrimams ir faktiškai vieninteliai oficialūs gyventojų registracijos dokumentai, kuriuose prieinami (nors nepilnai išlikę) socialiniai ir demografiniai duomenys apie gyventojus (Paukštytė 1999).

Siekiant įvertinti mirties priežasčių struktūros sąsajas su epidemiologinio perėjimo teorija, surinkti duomenys analizei buvo sugrupuoti į keturias reikšmines grupes (bendrais bruožais bus aptartos toliau) pagal nurodomą mirties priežastį: 1) infekcinės kilmės ligos, 2) senatvė ir lėtinės ligos, 3) išorinės mirties priežastys ir 4) visos kitos mirties priežastys. Tyrimo metu analizuoti mirties priežasčių struktūros skirtumai pagal gyvenamosios vietovės (miestas / kaimas) tipą. Nors mirties metrikų aktų knygose nurodoma tik velionio mirties vieta (pavyzdžiui, Pelėdnagių kaimas, Jiezno miestelis ir pan.), o duomenų apie mirusiųjų gyvenamąją vietą neturima, vis dėlto galima pagrįstai manyti, kad dažniausiai mirties ir gyvenamoji vietovė turėtų sutapti.

² Prieiga internetu: https://www.archyvai.lt/lt/skaitmeninimas_1286.html (žiūrėta 2020-02-15).

³ Trūkstanti Jiezno 1920 m. ir 1921 m. duomenys papildyti geografiškai šalia esančios Stakliškių parapijos duomenimis.

Atsižvelgiant į tai, kad nagrinėjamo proceso pokyčiai vyksta palaipsniui, mirties priežasčių struktūros pokyčių laike vertinimui planuota tiriamąjį 73 m. laikotarpį suskirstyti į periodus, apimančius 10 m. Tačiau, siekiant užtikrinti maksimaliai vienodą metų skaičių periode, pasirinktas tiriamojo laikotarpio suskirstymas į šiek tiek trumpesnius periodus. Kiekvieną periodą sudaro iš eilės einantys 9 m., išskyrus paskutinį periodą (1912–1921 m.), kuris apima 10 metų. Kiekvienas periodas apima atitinkamus visų į jį patenkančių metų duomenis.

Siekta įvertinti mirties priežasčių struktūros skirtumus ir pagal gyvenamosios vietovės, kuri mirties įrašuose nurodyta kaip mirties vietovė, tipą. Vietovės tipai analizuoti suskirstius jas į dvi stambias grupes – kaimą ir miestą. Duomenų analizei atlikti miesto grupei buvo priskirtos ne tik tos mirtys, kurios duomenų šaltinyje nurodomos kaip įvykusios mieste (šiuo atveju tik Vilniuje), bet ir „miesteliu“ įvardytose vietovėse – Jiezne, Kėdainiuose, Alizavoje. Šios grupės toliau bus įvardijamos kaip „kaimas“ ir „miestas“. Tyrimo imtį sudaro 18 972 mirties atvejai kaime ir 9 490 mirties atvejų mieste. 49 įrašuose mirties vieta nenurodyta.

Lietuvos gyventojų mirties priežastys

Europoje, kartu ir Lietuvoje, tiek iki XIX a. pradžios, tiek vėlesniu, tyrime analizuojamu laikotarpiu viena iš svarbių visuomenės problemų buvo epidemijos. Dažnai kylančių epidemijų bangos sutapdavo su kitomis nepalankiomis situacijomis – karais, nederliaus metais ir pan. Lietuvoje, kaip ir kitur Europoje, siautė raupai, difterija, kokliušas, skarlatina, šiltinės, dizenterija ir kitos infekcinės ligos, o nuo 1831 m. prisidėjo ir cholera (Miežutavičiūtė 2001). Epidemijų būta ir didelių, pavyzdžiui, po karų, ir mažesnių, lokalinių. Nors, istorinių šaltinių duomenimis, XVI–XVIII a. Lietuvoje būta 81 epidemijos ir 61 bado metų, galima manyti, kad jų buvo kur kas daugiau nei aprašyta (Andriušis 2006). Užkrečiamosios infekcinės ligos vadintos „limpamomis“ ligomis (Centralinis statistikos biuras 1927).

Be abejonės, lietuviai sirgo ne tik infekcinėmis ligomis. Nemažai susirgimų buvo susiję su nevisaverte mityba arba tiesiog žmogus mirė nuo išsekimo. Žmonės taip pat sirgo odos ir venerinėmis ligomis, ypač sifiliu, virškinimo sistemos, kvėpavimo takų sistemos, širdies, onkologinėmis ligomis, psichikos sutrikimais. Plačiai paplitusios buvo helmintozės ir kiti parazitai (utėlės, blusos). Svarbu paminėti ir kaltūno ligą, XIX a. paplitusią tarp visų luomų – tiek miesto, tiek kaimo gyventojų (Sakalauskaitė-Juodeikienė 2020).

Atsižvelgiant į tai, kad šiame tyrime atskirų ligų paplitimas nėra aktualus, analizei išskirtos keturios stambesnės reikšminės ligų grupės.

I grupė. Infekcinės kilmės ligos

Pagrindinės mirties priežastys XIX a. – įvairios infekcinės kilmės ligos. Modernizacijos sukelti visuomenės pokyčiai (pramonės plėtra, urbanizacija) ir gyventojų migracija turėjo įtakos ir infekcinių ligų plitimui. Iki XIX a. pradžios choleros Lietuvoje nebuvo. Pirmoji epidemijos banga, kilusi 1817 m. Indijoje, pasiekė Kiniją, Japoniją ir Rytų Afrikos pakrantę, nuslopo Anatolijoje ir Kaukaze (Evans 1988; Lee and Dodgson 2000). Lietuvą ji pasiekė su antrąja 1826–1832 m.

Europos pandemija, kurios metu cholera išplito ir Lietuvoje. Remiantis V. J. Miežutavičiūte (2001), Lietuvoje būta kelių choleros epidemijų (1848, 1853, 1866, 1893 m.). Mūsų tyrimo metu surinkti duomenys leidžia manyti, kad ne visus Lietuvos regionus choleros epidemija buvo apėmusi vienodai. Įdomu, kad galbūt dėl geografinės padėties, sėšlesnio žmonių gyvenimo būdo (ar kitų tyrėjui nežinomų priežasčių) Alizavos ir jos apylinkių gyventojų cholera faktiškai nepalietė, fiksuoti tik pavieniai mirčių nuo choleros atvejai. Taip pat nė vienoje iš mūsų nagrinėtų parapijų nebuvo didelio mirtingumo nuo šios ligos ir 1866 m. bei 1893 m., išskyrus Vilniaus miestą, kurio gyventojai labiausiai nukentėjo nuo 1893 m. epidemijos.

Didelė visuomenės problema buvo tuberkuliozė, tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos šalyse XIX a.–XX a. pradžioje nusinešdavusi tūkstančius gyvybių (Miežutavičiūtė 2001). Tai liudija ir mūsų tyrimo metu surinkti duomenys – tuberkuliozė buvo viena iš dominuojančių mirties priežasčių visose amžiaus grupėse.

Paplitusios buvo ir kitos ligos. Raupai (lot. *variola*) – viena iš seniausiai žinomų ligų žmonijos istorijoje. Lietuvoje raupai paplito apie XVI a. Epidemijų metu mirdavo kas penktas–septintas ligonis. Pagal mirties metrikų aktų knygų įrašus galima spręsti, kad vietinės raupų epidemijos buvo problema iki pat XX a. pradžios. Skirtingai nuo kitų nagrinėtų parapijų, Vilniaus mieste visu tiriamuoju laikotarpiu fiksuoti tik pavieniai mirties nuo raupų atvejai, o tai akivaizdžiai rodo Vilniuje nuo XIX a. pradėtos vakcinacijos poveikį epidemijų valdymui. V. J. Miežutavičiūtės (2001) duomenimis, 1889 m. Vilniaus gubernijoje nuo raupų buvo paskiepyti 24 837 asmenys, vėliau vakcinacijos apimtys didėjo ir 1910 m. paskiepyti jau 82 146 asmenys.

XIX a. antroje pusėje Lietuvoje šiltinės (vidurių ir dėmėtoji) buvo vadinamos bendru karštligių pavadinimu, o oficialiame leidinyje vidurių šiltinė paminėta 1886 m. (Miežutavičiūtė 2001). Apskritai nagrinėtų parapijų mirties metrikų aktų knygose įrašų apie mirtis nuo šiltinės (lot. *typhus*, rus. *тиф*) atsiranda XIX a. aštuntajame dešimtmetyje. O mirtingumas nuo jų ypač padidėja pokario metais (daugiausia 1918–1919 m.). Vidurių šiltinė (pilvinės šiltinės, rus. *брюшной тиф, брюшная горячка*, lenk. *tyfus brzuszny*) ir dėmėtoji šiltinė (lot. *typhus exanthematicus*, rus. *сытний тиф, пятнистый тиф, крапивная горячка*, lenk. *tyfus plamisty, tyfus wysypkowy*) kaip mirties priežastis nurodomos retais atvejais.

Kita ūminė infekcinė žarnyno liga, ilgą laiką kamavusi Lietuvos gyventojus, buvo dizenterija arba šigeliozė (kruvinoji liga, kruvinasis viduriavimas, žvatinės, rus. *кروавый понос*, lot. *dysenteria*, lenk. *krwawka*). Dizenterijai būdingas aiškus sezoniškumas šiltuoju metų laiku (gegužės–spalio mėnesiais), o kitu metų laiku pasitaikydavo tik pavienių šios ligos atvejų.

XIX a. viduryje–XX a. pradžioje didelis buvo ir vaikų, ypač iki penkerių metų, mirtingumas. Nemažai 1–7 m. vaikų gyvybių nusinešusios ligos – difterija ir krupas (laikytas vienu iš difterijos požymių) (Miežutavičiūtė 2001). Nagrinėtų parapijų mirties metrikų aktų knygų įrašai liudija, kad vaikų mirčių nuo difterijos ir krupo XIX a. viduryje–XX a. pradžioje būta daug. Kita tarp vaikų paplitusi infekcinė liga buvo skarlatina (lot. *scarlatina*). Sergamumas, atitinkamai ir mirtingumas, skarlatina, kaip ir kitomis infekcinėmis ligomis, buvo didelis, o Vilniaus gubernijoje nuo XX a. pradžios iki Pirmojo pasaulinio karo nuolat didėjo (Miežuta-

vičiūtė 2001). Visu tiriamuoju laikotarpiu didelis vaikų mirtingumas taip pat buvo nuo tymų (jėdra, lot. *morbilli*, rus. *корь, отпа*, lenk. *odra*) bei kokliušo.

Atkreiptinas dėmesys į dar vieną labai dažnai nurodomą mirties priežastį – karštinę / karščiavimą (rus. *горячка*). Mirties priežastis nėra aiški, o nurodomas terminas labiau apibūdina ne ligą, o jos simptomą – karščiavimą, kuris gali pasireikšti sergant įvairios etiologijos ligomis, tačiau analizuojamo laikotarpio kontekste greičiausiai sąlygotas infekcinės kilmės veiksmų. Atsižvelgiant į tai, šios mirties priežastys priskirtos prie infekcinių ligų grupės.

Nemažą dalį infekcinių ligų sudarė ne tik paminėtos, bet ir kitos infekcinės kilmės ligos, tokios kaip įvairūs pūliniai (abscesai, furunkulai, karbunkulai), kraujo užkrėtimai ir kt., sietini su nevisaverte mityba, prastomis sanitarinėmis sąlygomis ir asmeninės higienos stoka. Šie negalavimai, kaip matyti iš mirties metrikų aktų knygų įrašų, taip pat dažnu atveju pasibaigdavo mirtimi.

Apibendrinant galima pasakyti, kad sergamumas užkrečiamosiomis infekcinėmis ligomis XIX a. viduryje–XX a. pradžioje buvo didelis, faktiškai kasmet kildavo lokalinės vienos ar kitos, o kartais ir kelių ligų epidemijos, nusinešdavusios ne vieno gyventojų gyvybę. Gerėjant gyvenimo sąlygoms ir asmens higienos igūdžiams, taip pat medicinos mokslui atrandant ligų sukėlėjus, naujų kovos su jais būdų ir tobulėjant diagnostikos metodams, kai kurių ligų epidemijos mažėja ir nyksta, tačiau sergamumas kai kuriomis infekcinėmis ligomis, pavyzdžiui, tuberkulioze, ir toliau lieka didelis.

II grupė. Senatvė ir lėtinės ligos

Šiai grupei priskiriamos mirtys nuo senatvės, taip pat 60 m. ir vyresnio amžiaus grupės asmenų mirties priežastys, susijusios su lėtinėmis ir degeneracinėmis ligomis bei nenustatytomis priežastimis. Senatvė kaip mirties priežastis nurodoma labai dažnai. Tačiau dėl nediferencijuotų ligų, apibrėžiant mirties priežastį kaip senatvę, sunku įvertinti tikrąsias mirties priežastis. Šios mirties priežastys galėtų būti siejamos su degeneracinėmis ligomis pagal A. R. Omrano teoriją ir yra svarbios vertinant mirtingumo kaitą pereinant nuo infekcinių prie degeneracinių ligų. Kaip nurodo Hallie J. Kintner, mirtingumas nuo senatvės sumažėjo didėjant mirtingumui nuo širdies ligų ir vėžio, o tai rodo sąsajas tarp senatvės ir širdies ligų bei vėžio (Kintner 1999). Šiai grupei priskirtos ir širdies ligos, kai kurios kvėpavimo organų ligos, vėžys. Iš širdies ligų mirties metrikų aktų knygoje dažniausiai nurodoma mirties priežastis yra širdies yda (lot. *Vitium cordis*, rus. *нопок cepдуа*, lenk. *wada serca*). Manytina, kad dėl menkų diferencinės diagnostikos galimybių ši mirties priežastis apima kur kas platesnį širdies ligų spektrą. Iš kitų širdies ligų, nuo kurių mirė žmonės, nurodoma stenokardija, miokarditas, širdies paralyžius, degeneracija, skausmas arba tiesiog „širdies liga“. Vyresnio amžiaus suaugusiųjų mirties priežastimi dažnai nurodomas ir dusulys, kuris nėra atskira liga, bet gali būti įvairių širdies ir kvėpavimo organų ligų simptomas (Jurjonas ir kt. 2003). Dusulys yra būdingas simptomas ir sergant širdies (Urbonas 2014), ne tik kvėpavimo sistemos ligomis (pavyzdžiui, astma), todėl šios mirties priežastys galėtų būti priskiriamos prie degeneracinių ligų ar širdies ligų. Vėžys kaip mirties

priežastis tiriamuoju laikotarpiu nėra labai dažnas atvejis, tai būtų galima sieti su ribotomis to meto onkologinių ligų diagnostikos galimybėmis, taip pat su kvalifikuotų medicinos gydytojų trūkumu, ypač mažesnėse gyvenvietėse (Meškauskas 1987). Dažniausiai nagrinėtų parapijų mirties metrikų aktų knygoje kaip mirties priežastis nurodoma tiesiog vėžys, nepatikslinant lokalizacijos.

Pažymėtina, kad Vilnius šiame kontekste išsiskiria iš kitų nagrinėtų parapijų. Prie nagrinėtų Vilniaus Šv. Apaštalo Pilypo ir Jokūbo bažnyčios veikė Šv. Jokūbo ligoninė, kurioje dirbo aukštos kvalifikacijos gydytojai. Prie nemažos dalies Vilniaus Šv. Apaštalo Pilypo ir Jokūbo bažnyčioje registruotų mirties aktų įrašų pažymėta, kad asmuo mirė šioje ligoninėje. Surinkti Vilniaus miesto duomenys atskleidžia, kad Vilniuje ligų, kartu ir vėžio, diagnozės yra tikslesnės, dažnai nurodoma ir vėžio lokalizacija. Dažniausiai pasitaikančios – skrandžio ir (ar) žarnyno bei gimdos vėžys, taip pat yra plaučių, krūties, žandikaulio, kepenų vėžio atvejų. Kitos mirties priežastys, kurios gali būti onkologinės kilmės, minimos kaip augliai (rus. *от опухоли, от опухоли лёгких, от опухоли шеи* ir kt.), dažniausiai nurodoma tiesiog „auglys“.

III grupė. Išorinės mirties priežastys (traumos, smurtinės mirtys, savižudybės ir kita)

Smurtinių ir kitų išorinių mirties priežasčių spektras gana platus. Nemažai gyventojų nukentėdavo nuo įvairių išorinių veiksnių ir traumų buityje ar ūkyje (pavyzdžiui, užmuštas arklio, nukrito nuo stogo, užkrito medis, nutrenkė žaibas, įkrito į šulinį, užspringo, įkando šuo ir kt.), patirdavo terminių traumų, ypač nudegimų (rus. *от обжога, от угара, от нечаянного впадения в купальницу воду* ir kt.), rečiau nušalimų (rus. *от отморожения ноги, от отморожения*, lot. *pernio* ir kt.). Dažniausia išorinė vaikų mirties priežastis – paskendimai įvairiuose vandens telkiniuose. Nemažą dalį išorinių mirties priežasčių sudaro smurtinės mirtys, tokios kaip nužudymas, mirtinas sumušimas, plėšikų užpuolimas ir kita (rus. *от нанесённых увечий, от огнестрельной раны, от убийства удара палкой по голове, убит старшим братом Матвеем* ir kt.). Be to, būta ir apsinuodijimų įvairiomis cheminėmis medžiagomis (lenk. *samozatrucie esencja octowa, otrucie sublimatet*, rus. *от отравления фосфором* ir kt.), maistu (lenk. *zatrucie rybami*, rus. *от отравления грибами* ir kt.) ar alkoholiu (rus. *скоропостижно от горячего вина, от пьянства, отравился спиритом* ir kt.). Pirmojo pasaulinio karo metais fiksuotos mirtys nuo sužeidimų ar žūtys mūšiuose, taip pat mirties bausmės. Įdomu paminėti, kad nemaža to meto problema buvo organizuotų plėšikų gaujų, kurios užsiėmė įvairiais plėšimais, veikla. Didelė dalis plėšimų buvo smurtiniai, aukos būdavo sumušamos, sunkiai sužalojamos, įvairiai kankinamos. Patys plėšikai būdavo ginkluoti kirviais, pistoletais, kuokomis (Praspaliauskienė 2000). Plėšikų padarytus nusikaltimus patvirtina ir nagrinėtų parapijų mirties metrikų aktų knygų įrašai, kuriuose nurodoma, kad buvo užmušti plėšikų (pavyzdžiui, rus. *от боя и обжога нанесённых разбойниками, от отравы разбойниками, убит разбойниками*). Savižudybių tiriamuoju laikotarpiu būta labai nedaug. Iš surinktų duomenų matosi, kad dažniausia savižu-

dybės forma yra pasikorimas, rečiau nurodoma, kad nusišovė, nusinuodijo ar nusiskandino. Tai, kad savižudybių pasitaikydavo retai, galbūt gali būti siejama su stipria krikščionybės įtaka, nes savižudybė laikoma mirtina nuodėme, pasmerkiančia mirusįjį amžinoms kančioms. Kad visuomenėje savižudybės buvo nepriimtinos ir sunkiai suprantamos, matome ir iš kai kurių įrašų, kai nurodoma, jog žmogus prieš save ranką pakėlė „netekęs proto“ (rus. *повесился в припадке ума уступления, утопился от умопомешательства*).

IV grupė. Visos kitos mirties priežastys

Remdamiesi mirties metrikų aktų knygų duomenimis matome, kad XIX a. viduryje–XX a. pradžioje jau nemažai nusimanyta medicinoje diagnozuojant ligas. Tai liudija iš kitų nagrinėtų parapijų ypač išsiskiriantys Vilniaus Šv. Apaštalo Pilypo ir Jokūbo parapijos mirties metrikų aktų knygų įrašai, susiję su mirtimis Šv. Jokūbo ligoninėje.

Šiai grupei priskiriamos visos mirties priežastys, nepatenkančios į kitas išskirtas grupes. Ligų spektras yra itin platus, apimantis įvairių organų ir jų sistemų ligas, pavyzdžiui:

- inkstų ligos (rus. *от нефрита, от камня почек, от задержания мочи, от водянки правой почки, от острого катара почек*, lenk. *ot choroby nerek*, lot. *morbus Brightii*);
- psichikos sutrikimai (rus. *от слабоумия, от сумасшествия, из мании*, lot. *delirium tremens*, lenk. *obląkanie* ir kt.);
- diferencijuoti ir nediferencijuoti uždegimai (rus. *от воспаления, от воспаления лимфатических желез, от воспаления костного мозга, от воспаления мозговой оболочки, от воспаления позвоночного столба*, lenk. *zapalenie stawu kolana*);
- nervų sistemos ligos (pavyzdžiui, „sirgusi nervų liga“, „nuo priemečio“, rus. *от надучей болезни, от конвулсий, от болезни Св. Валента*);
- ginekologinės ligos (rus. *от неправильности женских периодов, от женской болезни*, lot. *metrorrhagia, prolapsus uteri* ir kt.);
- įvairios kitos ligos ar sutrikimai (pavyzdžiui, „iš dantų dygimo priežasties“, rus. *от малокровия, от ревматизма, от грыжи, от водяной опухоли, от цынги, от гангрены, от водяной болезни, от боли головы*, lot. *apoplexia, anasarca, hydrops*, lenk. *cukrzyca* ir kt.).

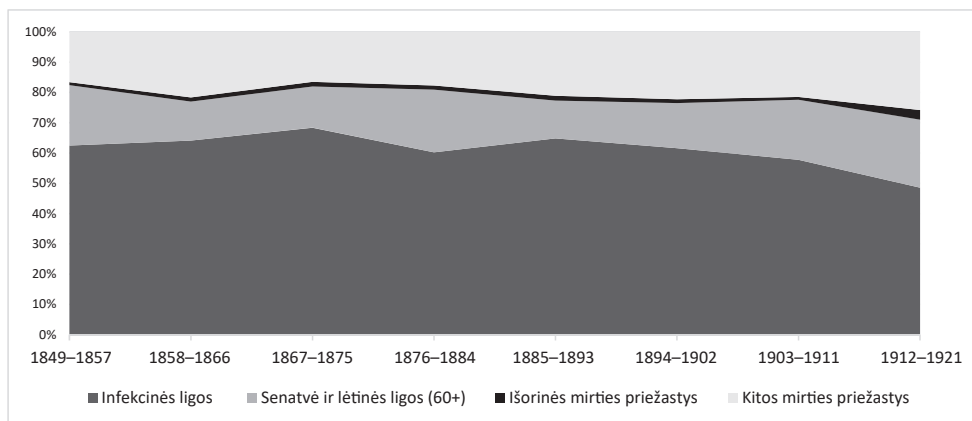
Ne visada buvo žinoma mirtį lėmusi liga ar būklė, todėl neretai mirties priežastis nurodoma bendru terminu – liga, vidaus liga, vaikiška liga, nežinoma liga, nenustatyta liga ir pan.

Apskritai mirties metrikų aktų knygose nurodomos mirties priežastys atskleidžia gana ribotą ligų diferencinę diagnostiką XIX a. viduryje–XX a. pradžioje Lietuvoje. Šios aplinkybės glaudžiai siejasi su nepakankama ir dėl skirtingų priežasčių neprieinama kvalifikuota medicinos pagalba susirgus, ypač kaimo žmonėms. Dažnu atveju mirties priežastį, remdamiesi savo žiniomis ir turima patirtimi, nustatydavo patys mirusiojo artimieji, o ne medicinos gydytojas. Tą priežastį kunigas ir įrašydavo registruodamas mirties faktą (Meškauskas 1987). Iš kitos pusės, Vilniaus miesto situacija, remiantis prie Šv. Jokūbo ligoninės esančios bažnyčios įrašais, atskleidžia ir to meto medicinos mokslo pažangą bei ligų diagnostikos žinias.

Apibendrinant galima teigti, kad diagnozuojant ligą, o prireikus – nurodant mirties priežastį, būta ryškios takoskyros tarp Vilniaus ir kitų gyvenviečių, susijusios su kvalifikuotos medicinos pagalbos prieinamumu, taip pat finansiniais, kultūriniais ir kitais veiksniais⁴.

Mirtingumo struktūra pagal mirties priežastis

Vienas pagrindinių A. R. Omrano epidemiologinio perėjimo teorijos bruožų yra mirties priežasčių struktūros kaita ilgalaikėje perspektyvoje, kai vyraujančias mirties priežastis nuo infekcinės kilmės ligų palaipsniui keičia priežastys nuo lėtinės ir degeneracinės ligos, kurios perėjimo pabaigoje tampa dominuojančios mirtingumo struktūroje. Atsižvelgiant į tai, svarbiausia šio tyrimo užduotis buvo įvertinti būtent šių mirties priežasčių kaitą 1849–1921 m. laikotarpiu nagrinėtose parapijose.



1 pav. Mirties priežasčių struktūra pagal ligų grupes 1849–1921 m. (proc.)⁵

Šaltinis. Romos katalikų bažnyčių mirties metrikų aktų knygos.

Mirties priežasčių struktūros kaitos 1849–1921 m. laikotarpiu analizės rezultatus visose analizuotose parapijose pagal išskirtas ligų grupes atvaizduoja 1 pav. Visu analizuotu laikotarpiu akivaizdžiai vyrauja mirtys nuo infekcinės kilmės ligų. Laikotarpio pradžioje šios mirties

⁴ Kiek plačiai XIX a. viduryje–XX a. pradžioje Lietuvoje buvo naudotasi gydytojų paslaugomis, nėra tiksliai žinoma. Jonas Tilvikas (2017) nurodo, kad XX a. pradžioje oficialiosios medicinos gydytojai lietuvininkams buvo žinomi ir jų paslaugomis naudotasi, tačiau skirtingos socialinės ir ekonominės aplinkybės ne visiems leido kreiptis į gydytoją kai šis buvo reikalingas. Finansinis aspektas, lemiantis liaudies medicinos, kaip gydymo praktikos, pasirinkimą vietoj oficialaus gydytojo paslaugų, minimas ir kituose darbuose (Balsevičiūtė 2019; Trimakas 2001a). Iš dalies pirmenybė liaudies medicinai buvo teikiama ne tik dėl finansinių priežasčių. Svarbus vaidmuo tenka ir per šimtmečius visuomenėje susiformavusioms vertybėms ir praktikoms, kai žmonės kiek galėjo savo išgalėmis gydėsi namuose, o į gydytoją kreipdavosi tik sudėtingais atvejais (Tilvikas 2017).

⁵ Visos nagrinėtos parapijos.

priežastys sukelia daugiau kaip tris penktadalius visų mirčių ir su nedideliais svyravimais ši tendencija išsilaiko iki pat XX a. pradžios. Toliau mirčių nuo infekcinių ligų dalis nuosaikiai mažėja ir XX a. antrajame dešimtmetyje šios priežastys sukelia jau mažiau nei pusę visų mirčių.

Senatvė ir lėtinės ligos (mirtys, priskirtos antrai reikšminei grupei, aprašyti ankstesniame skyriuje) vidutiniškai lėmė kiek mažiau nei penktadalį visų mirčių. Didesnis šių mirties priežasčių dalies didėjimas pastebimas 1876–1884 m. laikotarpiu, atitinkamai šiuo laikotarpiu mažėja mirčių nuo infekcinių ligų. Išorinių mirties priežasčių ir kitų mirties priežasčių dalis išlieka stabili. Remiantis turima informacija šį didėjimą paaiškinti sunku, galbūt tai galėtų paaiškinti išsamesni konkrečios vietovės istoriniai tyrimai. Nuo XX a. pradžios matomas laipsniškas mirčių nuo šios grupės ligų dalies didėjimas, atitinkamai mažėjant infekcinių ligų daliai.

Panašias tendencijas rodo ir ketvirtai reikšminei grupei priskiriamų mirties priežasčių analizės rezultatai. Tokių mirties priežasčių dalis visą laikotarpį vidutiniškai sudaro apie penktadalį visų mirties priežasčių. Laikotarpio pradžioje išryškėja kitų mirties priežasčių dalies padidėjimas 1858–1866 m., atitinkamai mažėjant mirčių nuo senatvės ir lėtinėlių ligų daliai. Tačiau teigti, kad minėtu laikotarpiu sumažėjo mirtingumas pastarojoje grupėje, ko gero, nebūtų teisinga. Kitų mirties priežasčių grupė apima visas amžiaus grupes. Dalis 60 m. ir vyresnių asmenų mirčių, nesujusių su senatve, lėtinėmis ir degeneracinėmis ligomis, taip pat patenka į šią grupę. Bendrai vertinant kitų mirties priežasčių kaitą tiriamuoju laikotarpiu, matoma nuosaikios didėjimo tendencija, o ryškesnis padidėjimas yra tik XX a. antrajame dešimtmetyje, kai mirtys dėl kitų priežasčių sudaro beveik 26 proc. visų mirčių.

Santykinai mažiausia dalis yra išorinių mirties priežasčių, kuri sudaro tik apie 2 proc. visų mirties atvejų bendroje mirtingumo struktūroje. Mirčių dėl išorinių priežasčių XIX a. antroje pusėje ir XX a. pirmą dešimtmetį procentinė dalis išlieka stabili. Tik XX a. antrajame dešimtmetyje šios mirties priežasčių grupės dalis gerokai padidėja – daugiau kaip du kartus, palyginti su visu praėjusiu laikotarpiu nuo 1849 iki 1913 m. Labiausiai tikėtina, kad šis išorinių mirties priežasčių dalies didėjimas nulemtas Pirmojo pasaulinio karo ir jo padarinių pokario metais. Tai patvirtina ir surinkti duomenys, kurie atskleidžia, kad daugiausia mirčių dėl išorinių priežasčių registruota 1915 ir 1917 m. Didesnis mirtingumas išlieka ir pokario metais. Intensyvesni mūšiai Lietuvos teritorijoje vyko fronto linijai judant į rytus. 1914 m. kovos vyko liepos pabaigoje netoli Kėdainių, kur generolo Frydricho fon Ezebeko (Friedrich von Ezebeck) grupė, persikėlus per Dubysą, žygiavo Kėdainių link. Tų pačių metų rugpjūčio pabaigoje intensyvus vokiečių kariuomenės judėjimas vyko ir prie Nemuno kilpos ties Prienais (apie 10 km į vakarus nuo Jiezno), kur į dešinę upės krantą rengėsi keltis 31-oji pėstininkų divizija. Stipriausi kariaujančiųjų pusių susišaudymai užfiksuoti Vilniaus apylinkėse paskutinėmis rugpjūčio ir pirmosiomis rugsėjo dienomis. Kova dėl paties Vilniaus buvo pralaimėta rugsėjo 17 d., kai 10-osios Rusijos armijos vadas įsakė iš kovos veiksmų zonos atitraukti dvi pėstininkų divizijas (Pečiulis 2011). Analizuojant surinktus duomenis reikėtų turėti omenyje, kad mirties aktų metrikų įrašai neatspindi viso kovų intensyvumo tam tikrame regione, o labiau parodo, kiek ši situacija paveikė vietinių gyventojų mirtingumą, nes bažnyčių mirties metrikų aktų knygos registruotos konkrečios parapijos gyventojų mirtys.

Gyvenamosios vietovės įtaka mirties priežasčių struktūrai

Kiek gi svarbus mirtingumo struktūrai gyvenamosios vietovės tipas? Visu analizuojamu laikotarpiu kaime vyraujančios mirties priežastys yra infekcinės kilmės ligos (1 lentelė). 1849–1875 m. laikotarpiu mirtingumas nuo infekcinių ligų sudaro daugiau kaip 70 proc. visų mirčių. Vėlesniais metais šių mirčių dalis svyruodama nuosaikiai mažėja ir laikotarpio pabaigoje sudaro kiek daugiau nei 50 proc. Taigi per septynis dešimtmečius mirčių dalis nuo infekcinės kilmės ligų sumažėja 20 proc.

1 lentelė. Mirčių dalis kaime pagal ligų grupes ir laikotarpius, proc.

| Ligų grupė | 1849–1857 m. | 1858–1866 m. | 1867–1875 m. | 1876–1884 m. | 1885–1893 m. | 1894–1902 m. | 1903–1911 m. | 1912–1921 m. |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Infekcinės ligos | 74,9 | 71,6 | 72,8 | 62,6 | 67,3 | 65,3 | 58,6 | 52,2 |
| senatvė ir lėtinės ligos (60+) | 15,6 | 12,0 | 14,2 | 23,7 | 12,3 | 15,2 | 19,0 | 24,0 |
| išorinės mirties priežastys | 0,5 | 1,2 | 1,3 | 1,2 | 1,3 | 0,9 | 0,7 | 1,7 |
| kitos mirties priežastys | 9,0 | 15,3 | 11,7 | 12,5 | 19,1 | 18,7 | 21,7 | 22,1 |

Mirčių dalis nuo senatvės ir lėtinių ligų laikotarpio pradžioje nėra didelė, sudaro apie 15 proc. visų mirčių. Tokių mirčių kiekybinio pokyčio kryptis siejasi su mirčių nuo infekcinių ligų kaitos tendencijomis. Šioms ilgalaikėje perspektyvoje mažėjant, didėja mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų dalis. XX a. antrajame dešimtmetyje šios mirties priežastys sudaro penktadalį visų mirties priežasčių. Kaimo mirčių struktūroje išryškėja padidėjęs mirtingumas nuo senatvės ir lėtinių ligų 60 m. ir vyresnių amžiaus grupėje 1876–1884 m. laikotarpiu.

Labai panašios tendencijos aptinkamos ir kitų mirties priežasčių grupėje. Analizuojamo laikotarpio pradžioje šių mirties priežasčių dalis yra santykinai nedidelė ir nesiekia 10 proc., o laikotarpio pabaigoje sudaro jau daugiau kaip 22 proc. Kitų mirties priežasčių dalis analizuojamu laikotarpiu nuosekliai, be žymesnių svyravimų didėja, tačiau pokyčio mastas didesnis nei mirčių dalis senatvės ir lėtinių ligų grupėje.

Mirtys dėl išorinių priežasčių užima pačią mažiausią dalį bendroje mirtingumo struktūroje. Kaime mirtingumo dalis dėl išorinių priežasčių visą analizuojamą laikotarpį išliko stabili (tarp 0,5 ir 1,7 proc.) ir reikšmingų pokyčių nėra. Svarbu pažymėti ir tai, kad bendroje mirties priežasčių struktūroje išryškėjęs išorinių mirties priežasčių šoktelėjimas Pirmojo pasaulinio karo ir pokario metais kaime ypač neatsispindi. Matyti tik nedidelis padidėjimas, nesiekiantis 1 proc. Tai galbūt sietina su palankesnėmis gyvenimo sąlygomis kaime karo metais, taip pat mirties metrikų aktų knygose galėjo būti neregistruotos karo mūšių metu žuvusiųjų mirtys.

Reziumuodami mirties priežasčių struktūros kaitą kaime, galime teigti, kad analizės duomenys atskleidžia, jog XIX a. antroje pusėje–XX a. pradžioje pastebimos teigiamų pokyčių tendencijos mirties priežasčių struktūroje, kai, mažėjant mirčių nuo infekcinių ligų daliai, atitinkamai didėjo mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų bei kitų priežasčių dalys. Matomi mirties priežasčių struktūros pokyčiai kaime atitinka epidemiologinio perėjimo teorijos prielaidas. Gauti rezultatai analizuotose Lietuvos kaimo parapijose leidžia užčiuopti pereinamojo laikotarpio pradžią nuo XIX a. šeštojo dešimtmečio.

Miestas, skirtingai nuo kaimo, daug sudėtingesnis ir kompleksiškesnis gyvenvietės tipas, iš kitų gyvenviečių tipų išsiskiriantis gyventojų skaičiumi ir tankumu. Miesto mirties priežasčių struktūroje, panašiai kaip kaimo vietovėse, visu tiriamuoju laikotarpiu vyraujančios mirties priežastys yra infekcinės kilmės ligos. Tokios mirtys sudaro pusę visų mirčių. Vertinant infekcinių ligų kaitą ilgalaikėje perspektyvoje analizės rezultatai atskleidžia, kad nuo tiriamojo laikotarpio pradžios jų dalis po truputį didėjo, o pasiekusi piką 1885–1893 m. laikotarpiu, vėlesniais metais palengva mažėjo. Mirčių dalis nuo infekcinių ligų XX a. antrajame dešimtmetyje nukrito iki 45 proc. lygio, bet vis dar išliko didesnė nei laikotarpio pradžioje.

2 lentelė. **Mirčių dalis mieste pagal ligų grupes ir laikotarpius, proc.**

| Ligų grupė | 1849–1857 m. | 1858–1866 m. | 1867–1875 m. | 1876–1884 m. | 1885–1893 m. | 1894–1902 m. | 1903–1911 m. | 1912–1921 m. |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Infekcinės ligos | 43,9 | 49,5 | 55,2 | 55,3 | 57,3 | 50,1 | 54,8 | 45,1 |
| senatvė ir lėtinės ligos (60+) | 26,6 | 14,6 | 12,1 | 14,4 | 13,2 | 14,1 | 22,7 | 21,1 |
| išorinės mirties priežastys | 1,6 | 1,7 | 2,1 | 1,8 | 2,3 | 2,4 | 2,1 | 4,5 |
| kitos mirties priežastys | 28,0 | 34,2 | 30,6 | 28,5 | 27,2 | 33,4 | 20,4 | 29,2 |

Miestas išsiskiria ir skaičiumi mirčių dėl kitų priežasčių, kurių dalis yra santykinai didesnė ir sudaro apie 30 proc. visų mirčių. Mirtingumas dėl kitų priežasčių tiriamuoju laikotarpiu ypač nekito ir daugiau ar mažiau svyruodamas išsilaikė panašiam lygyje.

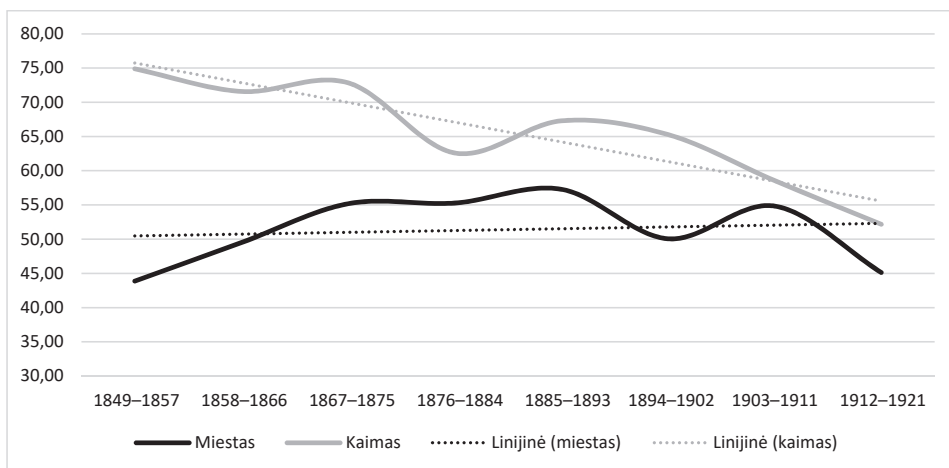
Mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų dalis yra mažesnė nei dėl kitų mirties priežasčių. Šioje mirties priežasčių grupėje matome didesnius svyravimus, kurie siejasi su kitų mirties priežasčių dalies svyravimais – mažėjant vienu daliai, kitų dalis didėja. Ši tendencija būdinga visu analizuojamu laikotarpiu, išskyrus laikotarpio pradžią, kai pradiniam taške šių abiejų mirties priežasčių grupių dalis yra apylygė, apie 27 proc. Laikotarpio pabaigoje skirtumas po truputį mažėja, tačiau kitų mirties priežasčių dalis išlieka šiek tiek didesnė nei mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų dalis.

Mažiausią mirčių dalį sudaro mirtys dėl išorinių priežasčių, vidutiniškai apie 2 proc. Tačiau, kaip rodo analizės duomenys, mieste mirčių dėl išorinių priežasčių būta daugiau nei kaime. Pirmojo pasaulinio karo ir pokario metais išorinių mirties priežasčių dalis padidėja dvigubai. Šis pokytis, kaip jau aptarta anksčiau, tikėtina, siejasi su padidėjusiu smurtinių mirčių skaičiumi karo ir pokario metais.

Taigi, apibendrinant miesto mirties priežasčių struktūros analizės rezultatus, tampa aišku, kad mieste vyraujančios mirties priežastys yra infekcinės kilmės ligos, tačiau jos sudaro mažesnę dalį mirčių negu kaime. Nemažą dalį mirčių sudaro kitų mirties priežasčių grupei priskiriamos mirtys ir šiek tiek mažesnė dalis tenka senatvės ir lėtinių ligų sukeltoms mirtims. Mažiausias mirtingumas yra dėl išorinių priežasčių, kurių dalis XX a. antrą dešimtmetį gerokai padidėja.

Miesto mirčių priežasčių struktūroje A. R. Omrano epidemiologinio perėjimo teorijos apibūdinamus pokyčius galima įžvelgti tik XX a. antrajame dešimtmetyje. Tada po truputį mažėja mirčių nuo infekcinių ligų dalis ir šiek tiek padidėja kitų mirties priežasčių ir mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų dalis. Atsižvelgiant į tai, kad tyrime nėra analizuojami atitinkami vėlesnio laikotarpio duomenys, negalima pasakyti, ar matomos pokyčių tendencijos, atitinkančios epidemiologinį perėjimą, būdingos ir vėlesniais metais.

Apskritai, lyginant miesto ir kaimo mirties priežasčių struktūrą, skirtumų matyti visose analizuotose mirties priežasčių grupėse.



2 pav. Mirtys nuo infekcinės kilmės ligų 1849–1921 m. (procentinė dalis bendroje mirtingumo struktūroje)

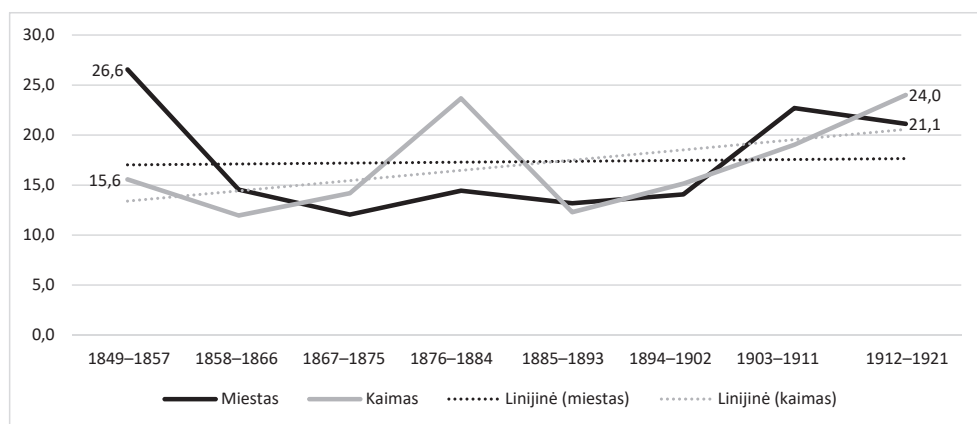
Šaltinis. Romos katalikų bažnyčių mirties metrikų aktų knygos.

Pirma mirties priežasčių grupė apima įvairias infekcinės kilmės ligas ar negalavimus. Visu nagrinėjamu laikotarpiu šios mirties priežastys vyrauja tiek tarp miesto, tiek tarp kaimo gyventojų ir pareikalauja daugiausia gyvybių, ypač vaikų iki penkerių metų grupėje. Nors mirtingumo nuo infekcinių ligų lygis itin aukštas, lyginant miesto ir kaimo mirčių dalis šioje ligų grupėje nuo

visų mirčių, išryškėja, kad kaime 1849–1921 m. laikotarpiu dažniau mirštama nuo infekcinių ligų nei mieste. Laikotarpio pradžioje mirtingumas nuo infekcinių ligų kaimo vietovėse gerokai lenkia miesto rodiklius, skirtumas sudaro daugiau kaip 30 proc. (2 pav.). Mirtingumo nuo infekcinių ligų dalis kaime ilgalaikėje perspektyvoje, daugiau ar mažiau svyruodama, išlaiko mažėjimo tendencijas ir atitinka epidemiologinio perėjimo teorijoje apibūdinamus pokyčius.

Tačiau situacija mieste visai kita. XIX a. viduryje mieste, palyginti su kaimu, būta santykinai mažesnio mirtingumo nuo infekcinių ligų. Mieste mirčių nuo infekcinės kilmės ligų dalis sudarė 44 proc., o kaime net 75 proc. Vėlesniais metais mieste išryškėja įdomi tendencija. Pagal epidemiologinio perėjimo dėsningumus mirtingumas nuo infekcinių ligų, užuot mažėjęs, ima didėti, piką (57 proc.) pasiekdamas apytikriai XIX a. devintajame dešimtmetyje ir svyruodamas mažėti pradeda tik XIX a. pabaigoje.

Šią, epidemiologinio perėjimo teorijai prieštaraujančią, mirtingumo nuo infekcinių ligų mieste dinamiką galbūt galima sieti su analizei naudotu duomenų šaltiniu – Vilniaus Šv. Apaštalo Pilypo ir Jokūbo Romos katalikų bažnyčios mirties metrikų aktų knygomis. Surinkti duomenys atskleidė minėto duomenų šaltinio savitumą, nes paaiškėjo, kad prie šios bažnyčios veikė Šv. Jokūbo ligoninė ir nemaža dalis šioje ligoninėje mirusių asmenų mirčių registruotos būtent šioje bažnyčioje. Kadangi ligoninėje dirbo išsilavinę medicinos daktarai, išmanę ligų diagnostiką, fiksuota daug įvairių kitų ligų, lėmusių pacientų mirtis, kurios priskirtos kitų mirties priežasčių grupei. Kitas svarbus aspektas, galbūt taip pat iš dalies susijęs su veikusia ligonine, yra palyginti mažas minėtoje Vilniaus bažnyčioje registruotų kūdikių ir vaikų iki penkerių metų mirčių, kurios daugiausia buvo susijusios su sergamumu įvairiausiomis infekcinėmis ligomis, skaičius. Taigi, lygindami kaimo ir miesto gyventojų mirtingumą nuo infekcinių ligų matome, kad atotrūkis tarp miesto ir kaimo, nors ir gerokai sumažėjęs, išlieka visą analizuojamą laikotarpį. Tačiau kaime, priešingai nei mieste, mirčių nuo infekcinių ligų mažėjimo tendencija ryški visą analizuojamą laikotarpį.



3 pav. Mirtys nuo senatvės ir lėtinių ligų 1849–1921 m. (procentinė dalis bendroje mirtingumo struktūroje)

Šaltinis. Romos katalikų bažnyčių mirties metrikų aktų knygos.

Antra ligų grupė apima senatvę, nenustatytas mirties priežastis ir mirtis nuo lėtinių ligų 60 m. ir vyresnių amžiaus grupėje, toliau įvardijama kaip senatvės ir lėtinių ligų grupė. Analizės rezultatai atskleidžia (3 pav.), kad mirtingumo nuo senatvės ir lėtinių ligų 60 m. ir vyresnių amžiaus grupėje tokių didelių skirtumų, kaip prieš tai aptartoje ligų grupėje, mieste ir kaime nėra.

Didesnis atotrūkis yra laikotarpio pradžioje, kai mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų mieste apie 10 proc. daugiau nei kaime. Vėlesniais metais šių mirčių dalis mieste mažėja ir pasiekia kaimo lygį, sudarydama apie 14 proc. visų mirčių ir panašiam lygmenyje stabilizuojasi iki XX a. pradžios. Toliau mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų dalis mieste vėl didėja. Tačiau bendrai vertinant šios grupės mirčių pokytį mieste matyti, kad esminių pokyčių nagrinėjamu laikotarpiu neįvyko, didėjimo tendencija neišryškėja. Skirtingai nuo miesto, kaime išryškėja nuosaiki mirčių nuo senatvės ir lėtinių ligų dalies didėjimo tendencija, nors analizuojamu laikotarpiu yra gana netolygus šių mirties priežasčių pasiskirstymas. Ypač išsiskiria mirčių pikas kaime 1876–1884 m., tačiau, kaip buvo aptarta anksčiau, pagal turimą informaciją sunku įvertinti tai lėmusias priežastis.

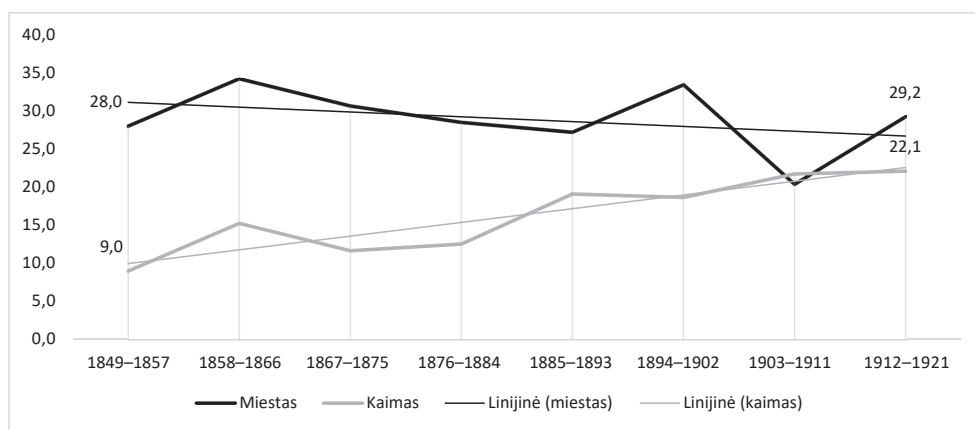
Trečioji grupė apima išorines mirties priežastis. Į šią grupę patenka smurtinės mirtys, traumos, skendimai, apsinuodijimai, savižudybės. Analizė atskleidžia mirtingumo dėl išorinių priežasčių skirtumus tarp miesto ir kaimo. Apskritai tiek mieste, tiek kaime mirtingumas dėl išorinių priežasčių sudaro labai nedidelę dalį visų mirčių. Tačiau visą analizuojamą laikotarpį išorinių priežasčių nulemtas mirtingumas buvo didesnis mieste nei kaime. Kaime šių mirties priežasčių dalis vidutiniškai svyravo apie 1 proc., mieste – apie 2 proc. Iki XIX a. pabaigos tokia mirčių dalis išliko gana stabili, tačiau mieste matyti, nors ir svyruojantis, bet laipsniškas didėjimas. Kaime atvirkščiai – XIX a. paskutiniais dešimtmečiais šių mirčių skaičius šiek tiek mažėjo. Vėlesniais metais išryškėja staigus išorinių mirties priežasčių dalies padidėjimas du kartus mieste, pasiekęs 4,5 proc. visų mirčių. Kaime šiuo laikotarpiu išorinių priežasčių nulemtų mirčių taip pat daugėja, tačiau mažesniu mastu. Tokį staigų išorinių mirties priežasčių daugėjimą 1912–1921 m. laikotarpiu galima sieti su Pirmojo pasaulinio karo ir pokario padariniais. Fiksuotas didelis skaičius smurtinių mirčių, nužudymų, mirties bausmių, savižudybių.

Įdomu, kad miestas ir kaimas skiriasi ne tik išorinių mirčių priežasčių skaičiumi, bet ir jų pobūdžiu. Kaime santykinai nedaug būta smurtinių mirčių, o pagrindinė mirties priežastis išorinių ligų grupėje yra skendimai, ypač vaikų. Taip pat nemažą dalį sudaro įvairios buityje ar ūkio darbuose patirtos nelaimės, pavyzdžiui, nukrito nuo stogo, užvirto medis, įkrito į šulinį, nutrenkė žaibas, užmušė arklys ar bulius. Mieste didesnis smurtinių mirčių (muštynės, mirtys nuo šaunamųjų ginklų, sužalojimai peiliu ir pan.) skaičius nei kaime. Taip pat nemaža dalis yra terminių traumų, tarp kurių daugiau nudegimų, tačiau yra ir ne vienas nušalimas. Kaip minėta, miestas išsiskiria ir savižudybių skaičiumi. Nors bendrai vertinant, savižudybių skaičius, remiantis surinktais duomenimis, yra labai mažas, nesiekia 1 proc. visų mirčių, tačiau daugiau jų būta mieste. Daugiausia fiksuota pasikorusiųjų, taip pat pasitaikė nusinuodijimų, nusiskandinimų ir nusišovimų. Dar vienas dėmesį patraukiantis aspektas yra tai, kad mirčių, susijusių su apsinuodijimu alkoholiu ar alkoholio vartojimu, užfiksuota vos 7, iš jų 4 mieste ir 3 kaime. Tačiau galima manyti, kad mirčių, susijusių su alkoholio vartojimo pasekmėmis, būta

tikrai daugiau. Neretu atveju dėl negebėjimo diagnozuoti ligą alkoholio vartojimo sukeltos ligos tiesiog liko nenustatytos, taip pat didelis skaičius smurtinių mirčių mieste leidžia daryti prielaidą, kad alkoholis turėjo įtakos šių mirties priežasčių skaičiui.

Paskutinę, ketvirtąją ligų grupę sudaro visos kitos mirties priežastys, apimančios platų spektrą įvairių ligų ir kitų negalavimų (pavyzdžiui, virškinimo organų ligos, nervų ligos, kitos vidaus ligos, epilepsija, reumatizmas, artritizmas, mažakraujystė, gimdymas, išgąstis, išsekimas, rachitas ir daug kitų). Atlikus šios grupės mirčių analizę pagal gyvenvietės tipą nuo pat nagrinėjamo laikotarpio pradžios išryškėja nemažas skirtumas tarp miesto ir kaimo. Kaime šių mirčių fiksuota kur kas mažiau negu mieste, vos 9 proc., o mieste šių mirčių dalis siekė beveik 30 proc. Panašus atotrūkis, daugiau ar mažiau svyruodamas, išsilaikė iki XIX a. devintojo dešimtmečio, kai matyti nedidelis kitų mirties priežasčių mažėjimas mieste ir atitinkamai jų daugėjimas kaime, vėliau jų vėl šiek tiek daugėja mieste⁶.

Esminis pokytis kitų mirties priežasčių dinamikoje mieste išryškėja XX a. pradžioje (4 pav.). Šios grupės mirčių dalis staiga mažėja 13 proc. ir 1903–1911 m. laikotarpiu, sudarydama 20 proc., pasiekia kaimo lygį. XX a. antrajame dešimtmetyje kitų priežasčių sukeltų mirčių dalis mieste vėl pradeda didėti.



4 pav. Mirtys dėl kitų priežasčių 1849–1921 m. (procentinė dalis bendroje mirtingumo struktūroje)
Šaltinis. Romos katalikų bažnyčių mirties metrikų aktų knygos.

Toks staigus kitų mirties priežasčių dalies sumažėjimas mieste paaiškinamas tuo, kad Vilniaus Šv. Apaštalo Pilypo ir Jokūbo Romos katalikų bažnyčios mirties metrikų aktų knygos laikotarpiu nuo 1904 iki 1914 m. nebuvo įrašų arba kai kurių metų vos pavieniai įrašai. Todėl, siekiant užpildyti trūkstamų metų duomenų spragą, buvo pasirinkta papildoma Vilniaus miesto

⁶ Šis miesto atotrūkis sietinas su jau aptarta Vilniaus Šv. Apaštalo Pilypo ir Jokūbo Romos katalikų bažnyčios specifika dėl šalia veikusios Šv. Jokūbo ligoninės ir dar kartą patvirtina ligų diferencinės diagnostikos įtaką mirčių pasiskirstymui senatvės ir lėtinių ligų bei kitų mirties priežasčių pasiskirstymui bendroje mirties priežasčių struktūroje.

bažnyčia⁷, iš kurios mirties metrikų aktų knygų surinkti duomenys trūkstamiems metams užpildyti. Šios bažnyčios mirties metrikų aktų knygų įrašai liudija, kad joje nebuvo sistemingai registruojamos mirtys ligoninėse ir, reikia pasakyti, įrašai buvo panašūs į kitų parapijų mirties įrašus 1904–1914 m. laikotarpiu. Šis faktas patvirtina kvalifikuotų medicinos gydytojų ir ligų diferencinės diagnostikos svarbą mirtingumo struktūrai.

Bendrai tariant kitų mirties priežasčių grupės dalies pokytį kaime matyti didėjimo tendencija, o tai galbūt liudija gerėjančią medicinos priežiūrą ir prieinamumą kaime. Mieste bendra tendencija juda mažėjimo kryptimi. Tačiau, atsižvelgiant į aptartą ligoninės aspektą, šią tendenciją reikėtų vertinti kritiškai ir galima pagrįstai manyti, kad bendrai kitų mirties priežasčių dalis mieste išliko gana stabili visą analizuojamą laikotarpį.

Žvelgiant į miesto ir kaimo duomenų sugretinimą, galima teigti, kad mirties priežasčių struktūra skyrėsi pagal gyvenvietės tipą. Tačiau surinkti duomenys nėra pakankami, kad užtikrintai įvertintume mirtingumo struktūros kaitos proceso tempą skirtingose vietovėse ar padarytume išvadą, kad vieno tipo gyvenamojoje vietovėje šie procesai buvo prasidėję anksčiau, o kito – vėliau. Gauti rezultatai išryškina gyvenamosios vietovės tipo kaip struktūrinio dėmens reikšmę, o sykiu ir tolesnių tyrimų šioje srityje poreikį.

Apibendrinami mirties priežasčių struktūrą nagrinėtose Lietuvos parapijose 1849–1921 m. laikotarpiu galime teigti, kad vyraujančios mirties priežastys yra infekcinės ligos, kurių dalis analizuojamu laikotarpiu bendroje mirčių priežasčių struktūroje išlaiko laipsniško mažėjimo tendenciją, o mirčių nuo senatvės, lėtinių ligų ir kitų priežasčių dalis atitinkamai nuosaikiai didėja. Šios tendencijos akivaizdžiai atliepia A. R. Omrano epidemiologinio perėjimo teorijoje apibūdinamus procesus.

Išvados

Bažnyčių mirties metrikų aktų knygos yra unikalūs duomenų šaltiniai. Šis šaltinis pirmą kartą panaudotas istoriniam mirtingumo raidos Lietuvoje vertinimui. Tyrimo metu gauti rezultatai ne tik parodo mirtingumo struktūros pokyčius nagrinėtose Lietuvos parapijose 1849–1921 m. laikotarpiu, bet ir leidžia pagrįstai teigti, kad epidemiologinio perėjimo antrojo etapo pradžia Lietuvoje galėtų būti saistoma su XX a. pradžia. Remiantis gautais duomenimis galima kelti ir labiau apibendrinto pobūdžio hipotezę, kad pereinamasis laikotarpis panašiu metu prasidėjo ir visoje Lietuvoje.

Kiek gi svarbus mirtingumo struktūrai gyvenamosios vietovės tipas? Tiek miesto, tiek kaimo gyventojų mirtis daugiausia lėmė infekcinės kilmės ligos, o mirties priežasčių struktūros kaita tiriamuoju laikotarpiu išlaikė panašias tendencijas. Tačiau analizės rezultatai atskleidė, kad mirčių dalis pagal išskirtas ligų grupes bendroje mirčių struktūroje skiriasi tarp skirtingų gyvenviečių tipų, o gyvenvietės tipas turi įtakos mirties priežasčių struktūrai. Šiuos skirtumus galbūt lemia gyventojų skaičius, tankumas, gyvenimo ir higienos sąlygos, visuomenės sveikatos politikos plėtra, nevienodas medicinos pagalbos lygis ir prieinamumas.

⁷ Vilniaus Visų Šventųjų Romos katalikų bažnyčia.

Nepaisant išryškėjusių skirtumų pagal gyvenvietės tipą, tvirtai teigti, kad vienur šie procesai buvo prasidėję anksčiau, o kitur – vėliau, ir daryti išvadą, kad skirtingose vietovėse skiriasi mirties priežasčių struktūros kaitos proceso tempas, surinktų duomenų nepakanka.

Reziumuojant galima teigti, kad bažnyčių metrikų aktų knygos yra vertingas duomenų šaltinis istorinės demografijos tyrimams, nors tenka apgailestauti, iki šiol nepakankamai išnaudotas. Atlikto tyrimo rezultatai praskleidžia istorinės mirtingumo raidos Lietuvos parapajose šydą ir gali būti pagrindas tolesniems tyrimams ieškant atsakymų į iškeltus klausimus.

Literatūra

- Andriušis, Aurimas. 2006. *Lietuvos medicinos istorijos apybraiža*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Evans, Richard J. 1988. „Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth-Century Europe“, *Past & Present* 120 (1): 123–146. <https://doi.org/10.1093/past/120.1.123>
- Garliauskas, Vytautas. 2012. „Lietuvos katalikų bažnyčių metrikų knygų tyrimo gairės“, *Bibliotheca Litwana* 2: 66–105. <https://doi.org/10.15388/BiblLita.2012.2.15581>
- Jasilionis, Domantas. 2003. „Lietuvos gyventojų mirtingumo raida – epidemiologinio perėjimo teorijos išimtis“, *Filosofija. Sociologija* 2: 63–67.
- Jučas, Mečislovas. 1972. *Baudžios irimas Lietuvoje*. Vilnius: Mintis.
- Jurjonas, Nidas; Kavoliūnienė, Aušra; Vėbrienė, Jolita; Bandzaitienė, Regina; Kušleikaitė, Neda. 2003. „Progresuojančio dusulio diferencinė diagnostika“, *Medicina* 39 (8): 756–760.
- Kalėdienė, Ramunė; Starkuvienė, Skirmantė; Petrauskienė, Jadvyga; Kaselienė, Snieguolė. 2010. „Lietuvos vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės netolygumai bei juos lemiančios mirties priežastys“, *Medicina* 46 (11): 774–780.
- Kasperavičienė, Audronė. 2006. *Kėdainių medicinos istorija*. Kaunas: Lututė.
- Kintner, Hallie J. 1999. „Recording the Epidemiologic Transition in Germany, 1816–1934“, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 54 (2): 167–189. <https://doi.org/10.1093/jhmas/54.2.167>
- Lee, Kelley; Dodgson, Richard. 2000. „Globalisation and Cholera: Implications for Global Governance“, *Global Governance* 6 (2): 213–236. <https://doi.org/10.1163/19426720-00602004>
- Centralinis statistikos biuras. 1927. *Lietuvos statistikos metraštis. 1924–1926*. Kaunas: Valstybės spaustuvė.
- Merčaitis, Antanas. 1973. „Ar sensta Lietuvos gyventojai?“, *Mokslas ir gyvenimas* 6: 28–30.
- Meškauskas, Juozas. 1987. *Lietuvos medicinos istorija*. Chicago: Draugas.
- Miežutavičiūtė, Vitalija Janina. 2001. *Vilniaus medicinos draugija ir jos kova su infekcinėmis ligomis (1805–1939)*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
- Našlėnė, Žilvinė; Gurevičius, Romualdas. 2016. „Suaugusiųjų sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje 2012–2014 m.“, *Visuomenės sveikata* 4 (75): 31–37.
- Norkus, Zenonas. 2017. „Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė tarpukario Lietuvoje“, *STEPP: socialinė teorija, empirija, politika ir praktika* 15: 120–145. <https://doi.org/10.15388/STEPP.2017.15.10813>
- Olshansky, Stuart Jay; Ault, Brian. 1986. „The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases“, *The Milbank Quarterly* 64 (3): 355–391.
- Olshansky, Stuart Jay; Carnes, Bruce A.; Rogers, Richard G.; Smith, Leonard R. 1998. „Emerging Infectious Diseases: The Fifth Stage of the Epidemiologic Transition?“, *World Health Statistics Quarterly* 51 (2–3–4): 207–217.
- Omran, Abdel R. 1971. „The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change“, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49 (4): 509–538. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

- Omran, Abel R. 1998. „The Epidemiologic Transition Theory Revisited Thirty Years Later“, *World Health Statistics Quarterly* 51: 99–119.
- Pečiulis, Marius. 2011. „Pirmojo pasaulinio karo veiksmai Vakarų Lietuvoje – Vokietijos ir Rusijos pasienyje – 1915 m. pradžioje“, *Karo archyvas* 26: 29–97.
- Praspaliauskienė, Rima. 2000. *Nereikalingi ir pavojingi: XVIII a. pabaigos – XIX a. pirmosios pusės elgetos, valkatos ir plėšikai Lietuvoje*. Vilnius: Žara.
- Rogers, Richard G.; Hackenberg, Robert. 1987. „Extending Epidemiologic Transition Theory: A New Stage“, *Social Biology* 34 (3–4): 234–243. <https://doi.org/10.1080/19485565.1987.9988678>
- Sakalauskaitė-Juodeikienė, Eglė. 2020. „Plica Polonica through Centuries: the Most “Horrible, Incurable, & Unsightly”“, *World Neurology. The Official News Letter of the World Federation of Neurology* 35 (1): 6–7.
- Sarcevičienė, Jolita. 2013. „Krikštas – tai ne gimimas, o laidotuvės – tai ne mirtis“: papapijų metrikų knygos istorinės demografijos ir šeimos tyrimų kontekste“ kn. Zigmantas Kiaupa, Jolita Sarcevičienė (sud.) *Ministri Historiae. Pagalbiniai istorijos mokslai Lietuvos Didžiosios Kunigaikštystės tyrimuose*. Vilnius: Lietuvos istorijos instituto leidykla: 451–471.
- Stankūnienė, Vladislava; Jasilionis, Domantas. 2011. „Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai“, *Filosofija. Sociologija* 22 (4): 334–347.
- Trimakas, Ramūnas. 2001a. „Lietuvos kaimo vaistininystės tradicijos XIX a. pabaigoje – XX a. pirmojoje pusėje“, *Liaudies kultūra* 3 (78): 18–27.
- Trimakas, Ramūnas. 2001b. „Ligų etiologija lietuvių sakmėse“, *Tautosakos darbai* XXII: 200–221.
- Urbanas, Gediminas. 2014. „Dūstantis pacientas: šeimos gydytojo praktika“, *Pulmonologija, imunologija ir alergologija* 14 (1): 33–34.
- Vallin, Jacques; Mesle, France. 2004. „Convergences and Divergences in Mortality. A New Approach to Health Transition“, *Demographic Research Special Collection* 2: 11–44. <https://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2004.S2.2>
- Vallin, Jacques; Jasilionis, Domantas; Meslé, France. 2017. „Does a Turbulent History Lead to Turbulent Life Expectancy Trends? Evidence from the Baltic States“, *Historical Methods: A Journal of Quantitative and Interdisciplinary History* 50 (4): 191–209. <https://doi.org/10.1080/01615440.2017.1338977>
- Zemlevičiūtė, Palmira. 2014. „Gydytojas Mikalojus Kuprevičius lietuvių medicinos terminologijos baruose“, *Lituanistica* 3 (60): 180–197. <https://doi.org/10.6001/lituanistica.v60i3.2985>

Šaltinių sąrašas

1. Alizavos Šv. Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1848–1871 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1333%2F1%2F2> (žiūrėta 2021-05-10).
2. Alizavos Šv. Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1871–1909 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1333%2F1%2F4> (žiūrėta 2021-05-10).
3. Alizavos Šv. Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1909–1920 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1333%2F1%2F8> (žiūrėta 2021-05-10).
4. Alizavos Šv. Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1921–1932 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1333%2F1%2F11> (žiūrėta 2021-05-10).
5. Jiezno Šv. Arkangelo Mykolo ir Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1848–1861 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1049%2F1%2F6> (žiūrėta 2021-05-10).
6. Jiezno Šv. Arkangelo Mykolo ir Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1862–1882 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1049%2F1%2F8> (žiūrėta 2021-05-10).
7. Jiezno Šv. Arkangelo Mykolo ir Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1882–1897 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1049%2F1%2F13> (žiūrėta 2021-05-10).

8. Jiezno Šv. Arkangelo Mykolo ir Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1897–1912 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1049%2F1%2F17> (žiūrėta 2021-05-10).
9. Jiezno Šv. Arkangelo Mykolo ir Jono Krikštytojo RKB mirties metrikų knyga. 1913–1921 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1049%2F1%2F33> (žiūrėta 2021-05-10).
10. Kėdainių Šv. Jurgio RKB mirties metrikų knyga. 1848–1858 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1424%2F1%2F11> (žiūrėta 2021-05-10).
11. Kėdainių Šv. Jurgio RKB ir Nociūnų RKB mirties metrikų knyga. 1858–1886 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1424%2F1%2F16> (žiūrėta 2021-05-10).
12. Kėdainių Šv. Jurgio RKB mirties metrikų knyga. 1886–1907 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1424%2F1%2F22> (žiūrėta 2021-05-10).
13. Kėdainių Šv. Jurgio RKB mirties metrikų knyga. 1907–1921 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1424%2F1%2F27> (žiūrėta 2021-05-10).
14. Stakliškių Šv. Trejybės RKB mirties metrikų knyga. 1914–1926 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1042%2F1%2F21> (žiūrėta 2021-05-10).
15. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1848–1869 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F47> (žiūrėta 2021-05-10).
16. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1869–1886 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F6> (žiūrėta 2021-05-10).
17. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1887–1905 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F7> (žiūrėta 2021-05-10).
18. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1905–1916 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F26> (žiūrėta 2021-05-10).
19. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1917 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F29> (žiūrėta 2021-05-10).
20. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1917–1919 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F30> (žiūrėta 2021-05-10).
21. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1918–1919 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F33> (žiūrėta 2021-05-10).
22. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1919–1920 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F34> (žiūrėta 2021-05-10).
23. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1919–1921 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F35> (žiūrėta 2021-05-10).
24. Vilniaus Šv. Apaštalų Pilypo ir Jokūbo RKB mirties metrikų knyga. 1921–1922 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1507%2F1%2F40> (žiūrėta 2021-05-10).
25. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1856–1865 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F76> (žiūrėta 2021-05-10).
26. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1865–1882 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F19> (žiūrėta 2021-05-10).
27. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1882–1889 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F20> (žiūrėta 2021-05-10).
28. Vilniaus Visų Šventųjų RKB gimimo, santuokos ir mirties metrikų knyga. 1893 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F13> (žiūrėta 2021-05-10).
29. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1889–1899 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F23> (žiūrėta 2021-05-10).
30. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1899–1911 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F30> (žiūrėta 2021-05-10).
31. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1911–1915 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F54> (žiūrėta 2021-05-10).

32. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1915–1917 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F57> (žiūrėta 2021-05-10).
33. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1918 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F61> (žiūrėta 2021-05-10).
34. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1919–1920 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F64> (žiūrėta 2021-05-10).
35. Vilniaus Visų Šventųjų RKB mirties metrikų knyga. 1920–1921 m. Prieiga internetu: <https://www.epaveldas.lt/preview?id=1668%2F1%2F66> (žiūrėta 2021-05-10).