

Małgorzata Pasek¹, Urszula Kowal²

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

BADANIA SYTUACJI ZDROWOTNEJ BEZDOMNYCH MĘŻCZYŹN Z POWIATU TARNOWSKIEGO

adres korespondencyjny:

Małgorzata Pasek, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków

e-mail: malgorzata_pasek@wp.pl

Streszczenie: Celem badań było poznanie sytuacji zdrowotnej bezdomnych mężczyzn z terenów powiatu tarnowskiego. Grupę badawczą stanowiło 70 mężczyzn przebywających w Domu dla Bezdomnych Mężczyzn w Tarnowie. Do realizacji wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Czas pozostawania w bezdomności wpływa na pogłębienie niepożądanych postaw, które powodują zmianę w sytuacji życiowej, statusie i pozycji społecznej. Przeprowadzone badania wskazały, że bezdomność i jej skutki mają charakter złożony, mogą oddziaływać wielokierunkowo. Do najczęstszych przyczyn bezdomności należały alkoholizm i rozwód (po 20%). Blisko połowa ankietowanych (47%) deklarowała, że ich stan zdrowia był ani dobry, ani zły. Aż 31% badanych określiło swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły. Aż 83% ankietowanych uznało, że bezdomność wpłynęła na pogorszenie ich stanu zdrowia (częściowo lub całkowicie). Najczęściej występującymi schorzeniami były: nadciśnienie tętnicze, choroby skóry, marskość wątroby i choroby oczu. Aż 63% badanych nie przyjmowało systematycznie leków, a 37% stwierdziło, że bierze je regularnie.

słowa kluczowe: bezdomność, zdrowie

Wprowadzenie

Bezdomność to taka sytuacja życiowa, w której występuje zanegowanie jednego z najbardziej fundamentalnych praw osoby ludzkiej – prawa do posiadania trwałego i bezpiecznego miejsca, egzystencji. Miejsca te dają poczucie bezpieczeństwa oraz stanowią podstawę realizacji człowieka do życia we wspólnocie [1]. Bezdomność jest różnie przedstawiana i ma wiele form. Na wielopostaciowość bezdomności zwraca uwagę Piotr Legutko: „pisząc o bezdomności, trzeba zawsze uściślić, o co konkretnie chodzi – czy o formalny brak dachu nad głową (meldunku, samodzielnego mieszkania), czy o trwałe wykorzenienie ze swego środowiska. Pierwsze niekoniecznie oznacza drugie” [2]. W pierwszym przypadku chodzi o pewną sytuację materialną, która tworzy dom, mieszkanie dla człowieka, w którym wzrasta, rozwija się i tworzy. Natomiast trwałe wykorzenienie ze środowiska ma charakter bardziej psychiczny lub duchowy. Może nie oznaczać utraty mieszkania czy domu, ale przez utratę bliskich – rodziny, ktoś może czuć się wyobcowany, wykorzeniony [3]. Nasuwa się tutaj spostrzeżenie Matki Teresy z Kalkuty, która mówiła, że „bezdomność to nie tylko brak wybudowanego z kamienia schroniska, ale także brak osoby, którą można by nazwać swoim bliskim” [4: 15]. Każdy człowiek rodzi się w ludzkiej społeczności, wzrasta w niej, przynależy do niej i wpływa na jej rozwój przez ukształtowane postawy moralne, zdobytą wiedzę i kulturę, którą przez twórczość i pracę wnosi w społeczeństwo [3]. Bezdomni niejednokrotnie doświadczają różnego rodzaju zaburzeń. Często nie mają zapewnionej opieki socjalnej, godziwych warunków mieszkaniowych, pracy zarobkowej czy jakichkolwiek źródeł utrzymania.

Uwarunkowania bezdomności są różne, a jej postaci rozmaite. J. Śledziński wyróżnił sporadycznie zdarzającą się bezdomność „z wyboru” oraz powszechną bezdomność „z konieczności”. Do pierwszej grupy zaliczył osoby, dla których bezdomność to styl życia. Są to wieczni tułacze i włóczędzy, wędrowcy, którzy odrzucili normy współżycia społecznego. O wiele liczniejsze są osoby, które utraciły dach nad głową w wyniku niesprzyjających okoliczności. Z nich rekrutują się bezdomni „z konieczności” [5,6]. Natomiast A. Duracz-Walczak w oparciu o opracowanie Stowarzyszenia Pomocy Bezdomnym wymienia dwie kategorie: bezdomnych z przymusu (nieakceptujących własnej sytuacji życiowej i roli społecznej, jaką im los narzucił) oraz bezdomnych z wyboru (uznających i akceptujących swój status osoby bezdomnej). Zarówno w jednej, jak i drugiej kategorii wyróżnione zostały osoby zdolne i niezdolne do samodzielności życiowej, w jakiej się znaleźli [7].

Wobec tak rozbieżnych kryteriów kwalifikowania zjawiska bezdomności można podzielić ten problem na dwie kategorie. Jedną z nich stanowią osoby bezdomne *sensu stricto* – czyli takie, które nie mają własnego mieszkania i jednocześnie żadnego innego, możliwie stałego, w którym mogłyby zamieszkać. Osoby te przebywają najczęściej w schroniskach, placówkach pomocy doraźnej,

w trakcie tułaczki lub zamieszkują u znajomych, jednak bez żadnej gwarancji stabilizacji. Drugą kategorią są osoby bezdomne *sensu largo* – które aktualnie zamieszkują w godziwych warunkach, ale grozi im nieuchronna utrata tego lokalu. Najczęściej są to lokatorzy mieszkań najemnych, wobec których orzeczono wyrok o eksmisję, część absolwentów domów dziecka i zakładów karnych, osoby mieszkające „kątem” u rodziny bez zgody na zameldowanie [8]. Przyczyny problemu bezdomności przedstawiają Bartosz i Błażej wskazując na jej przyczyny:

- społeczne: sytuacja społeczno-ekonomiczna kraju; bezrobocie; brak miejsc w domach pomocy społecznej, szpitalach dla osób starszych, z zaburzeniami psychicznymi czy osób upośledzonych wymagających stałej bądź czasowej opieki, dla byłych wychowanków domów dziecka; brak środków dla osób zarażonych wirusem HIV;
- związane z patologią i chorobami: alkoholizm, przestępczość, odrzucenie lub brak opieki ze strony osób najbliższych, rozwód, prostytutka, przemoc w rodzinie, schorzenia somatyczne i psychiatryczne, niepełnosprawność;
- natury psychologicznej: wybór innego stylu życia oraz systemu wartości i norm;
- natury prawnej wynikające z eksmitowania zajmowanego mieszkania za długi i zaległości w opłatach czynszu [7,9].

Według Duracz-Walczak, do wymienionych wyżej przyczyn należy dodać: utratę mieszkania na skutek jego spalenia, zburzenia, śmierć bliskiej osoby połączona z bezradnością wobec zaistniałej sytuacji [7,10]. Skutki bezdomności dotyczą sfery życia zarówno osobistej, społecznej, psychicznej, jak i zdrowotnej. Szczególnie mocno wiążą się z wyeliminowaniem osoby bezdomnej ze społeczeństwa (zjawisko tak zwanej śmierci społecznej), z formalnym i nieformalnym uzależnieniem od innych, desocjalizacją, z rozpadem życia rodzinnego, z zakłóceniami w postrzeganiu siebie i rzeczywistości [7].

Skutkami trwania w bezdomności mogą być zaburzenia psychiczne, do których wystąpienia przyczyniają się choroby somatyczne (infekcja HIV i AIDS, gruźlica, zakażenia, nielezione choroby układu krążenia i przewodu pokarmowego), zatrucia, długotrwałe i znaczne niedożywienie, brak snu, hipotermia, napięcie emocjonalne, nieustanne zagrożenie egzystencji, nędza, osamotnienie, izolacja społeczna i deprywacja wielu potrzeb [6]. Celem badań było poznanie sytuacji zdrowotnej bezdomnych mężczyzn z terenów powiatu tarnowskiego.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2012 r. w Domu dla Bezdomnych Mężczyzn w Tarnowie, prowadzonym przez Caritas Diecezji Tarnowskiej. Jest on całodobową placówką opiekuńczo-wychowawczą, której celem jest udzielenie czasowego schronienia i podstawowych środków do życia bezdomnym mężczyznom. Realizuje swoje zadania, między innymi, poprzez: zapewnienie kom-

pleksowej, całodobowej opieki osobom będącym w sytuacji kryzysowej, w tym osobom bezdomnym, godnych warunków życia, podstawowej opieki medycznej, psychologicznej i psychiatrycznej, udzielenie schronienia, całodobowego wyżywienia, zakup środków higieny osobistej, środków czystości i leków, odzieży i obuwia.

Do realizacji celu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, przygotowany na potrzeby tego badania. Składał się z 38 pytań o charakterze społeczno-demograficznym oraz obecnej sytuacji badanych związanej z bezdomnością i wynikających z tym stanem zdrowia. Ankieta była anonimowa, a udział w niej był dobrowolny. Grupę badawczą stanowiło 70 mężczyzn przebywających w Domu dla Bezdomnych Mężczyzn w Tarnowie. Dane demograficzne przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanej grupy

	n=70	%
WIEK (w latach)		
20–29	2	3
30–39	9	13
40–49	14	20
50–59	19	27
60–69	24	34
70–79	2	3
STAN CYWILNY		
kawaler	20	29
żonaty	10	14
wdowiec	10	14
rozwidziony	27	39
inne	3	4
WYKSZTAŁCENIE		
wyższe	1	1
średnie	13	19
zawodowe	14	20
podstawowe	42	60
ŹRÓDŁO UTRZYMANIA		
praca	2	3
zasiłki dla bezdomnych	26	37
renta	17	24
emerytura	6	9
brak środków	15	21
inne	4	6

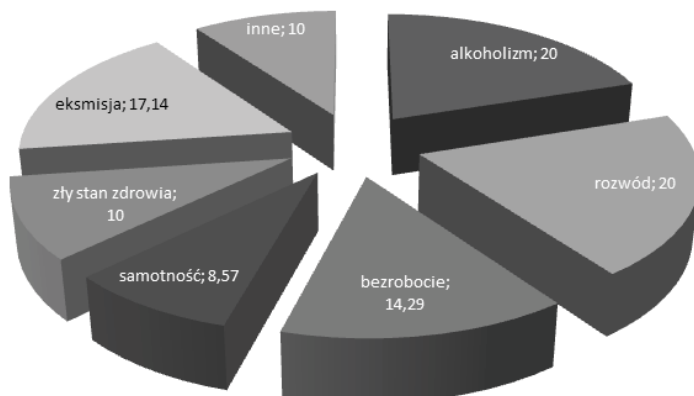
Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowili bezdomni w przedziale wiekowym 50–69 lat (61%). Zdecydowana większość badanych – 60%, posiadała wykształcenie podstawowe, a jeden badany miał wykształcenie wyższe. Aż

82% badanych mężczyzn deklaroowało, że jest stanu wolnego. Dla 37% bezdomnych mężczyzn źródłem utrzymania były zasiłki z pomocy społecznej, dla 24% renta. Natomiast 21% badanych osób nie miało stałego dochodu. Tylko 3% ankietowanych podejmowało pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie.

Wyniki

Czas pozostawania w bezdomności wpływa na pogłębienie niepożądanych postaw, które powodują zmianę w sytuacji życiowej, statusie i pozycji społecznej. Przeprowadzone badania wskazały, że bezdomność i jej skutki mają charakter złożony, mogą oddziaływać wielokierunkowo (zob. ryc. 1, tab. 2–3).

Do najczęstszych przyczyn bezdomności należały alkoholizm i rozwód (po 20%). Kolejną przyczyną była eksmisja – u 17% badanych, bezrobocie 14% i zły stan zdrowia 10%. Z badań wynika, że większość badanych (58%) nie utrzymywała kontaktu z rodziną. Zdecydowana większość respondentów miała rodzeństwo 83%, a także dzieci – 71%. Największą grupę stanowili badani (36%), których czas trwania bezdomności wynosił od roku do pięciu lat – 36%. Przed okresem bezdomności 71% badanych mieszkało w mieście, a 29% na wsi.



Rycina 1. Przyczyny bezdomności wskazane przez ankietowanych (%)

Tabela 2. Relacje rodzinne badanych bezdomnych

RODZINA	n badanych		RAZEM	% badanych		RAZEM
	TAK	NIE		TAK	NIE	
Rodzice	20	50	70	29	71	100
Rodzeństwo	58	12	70	83	17	100
Dzieci	50	20	70	71	29	100
Kontakty z rodziną	34	36	70	42	58	100

Tabela 3. Czas trwania bezdomności w badanej grupie

przedział czasu	n badanych	% badanych
do jednego miesiąca	2	3
od jednego miesiąca do jednego roku	12	17
od roku do pięciu lat	25	36
od sześciu do dziesięciu lat	15	21
od jedenastu do piętnastu lat	7	10
od szesnastu do dwudziestu lat	8	12
ponad dwadzieścia lat	1	1
RAZEM	70	100

Ocenę sytuacji zdrowotnej respondentów przedstawiono w tabelach 4–5 i rycinach 2–4. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Uzyskane wyniki wskazują, że najczęściej wymienianymi schorzeniami były: nadciśnienie tętnicze (30%), choroby skóry (21%), marskość wątroby (20%) i choroby oczu (17%). Badania wykazały, że 63% badanych nie przyjmowało systematycznie leków, a 37% stwierdziło, że bierze je regularnie. Blisko połowa ankietowanych (47%) deklarowała, że ich stan zdrowia był ani dobry, ani zły. Aż 31% badanych określiło swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły. Aż 83% ankietowanych uznało, że bezdomność wpłynęła na pogorszenie ich stanu zdrowia (częściowo lub całkowicie).

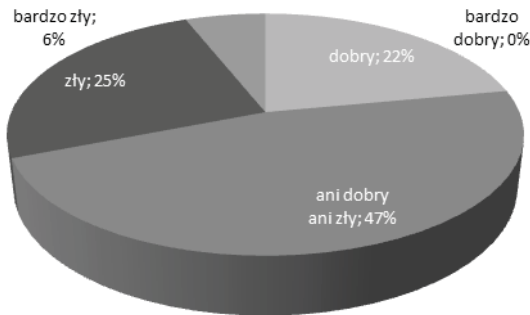
Tabela 4. Przebyte i aktualne choroby respondentów

RODZAJE CHORÓB	Choroby występujące przed przybyciem*		Aktualnie występujące choroby*	
	n badanych	% badanych	n badanych	% badanych
Anemia	4	6	7	10
Cukrzyca	6	9	8	11
Choroby oczu	10	14	12	17
Choroby układu moczowego	5	7	6	9
Choroby skóry – owrzodzenia	12	17	15	21
Marskość wątroby	9	13	14	20
Miażdżycza	6	9	10	14
Nadciśnienie tętnicze	15	22	21	30
Niewydolność nerek	8	11	7	10
Nowotwór	0	0	1	1
Odmrożenia	6	9	6	9
Udar mózgu	0	0	3	4
Inne (WZW typu B, C; zapalenie trzustki, padaczka, nerwica, wrzody żołądka, złamania, zapalenie płuc)	23	33	28	40

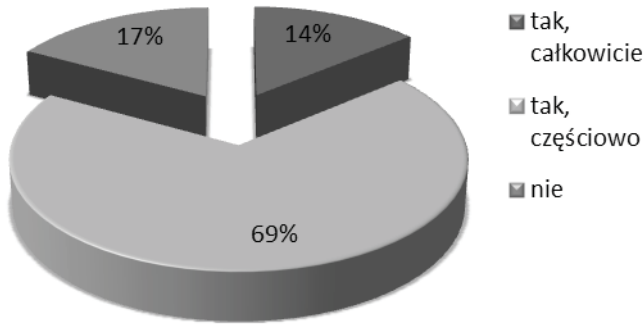
* respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Tabela 5. Korzystanie z opieki medycznej przez badanych

Rodzaj opieki medycznej	n badanych		RAZEM	% badanych		RAZEM
	TAK	NIE		TAK	NIE	
Lekarz rodzinny	54	16	70	77	23	100
Lekarz specjalista	46	24	70	66	34	100
Pielęgniarka środowiskowa	38	32	70	54	46	100
Leczenie psychiatryczne	18	52	70	26	74	100
Leczenie odwykowe	17	53	70	24	76	100
Szpital	34	36	70	49	51	100



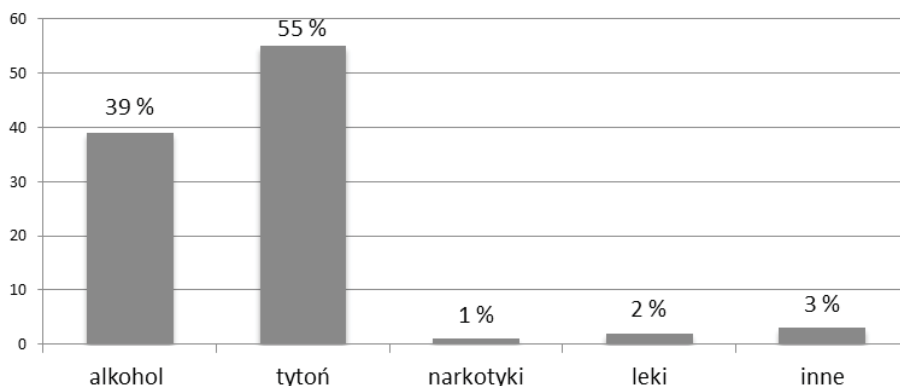
Rycina 2. Opinia badanych na temat własnego zdrowia



Rycina 3. Wpływ bezdomności na pogorszenie zdrowia w opinii ankietowanych

Z przeprowadzonych badań wynika, że 77% respondentów korzystało z pomocy lekarza rodzinnego, 66% lekarza specjalisty, a 54% pielęgniarki środowiskowej. Większość badanych była uzależniona od tytoniu (55%) i alkoholu (39%). Respondenci wypowiedzieli się w pytaniu otwartym na temat preferowanych wartości w życiu. Badania wykazały, że najbardziej cenili sobie dach nad głową (19 badanych), systematyczność posiłków (19), pomoc innych ludzi

(8 osób), zdrowie (4), budowę nowego domu dla bezdomnych (3) oraz samodzielność (3). Poza tym ankietowani wymienili (pojedyncze odpowiedzi): uczciwość, szczerść, modlitwę, kontynuację leczenia, codzienną toaletę, rodzinę.



Rycina 4. Substancje uzależniające przyjmowane przez badanych

Dyskusja

Współczesna bezdomność to niewątpliwie zjawisko masowe. Bezdomny XXI w. nie odpowiada istniejącemu do niedawna stereotypowi „żebraka z wózkiem”. Owszem, zdarzają się i takie postaci, ale coraz częściej bezdomny nie ma charakterystycznego wyglądu i nie różni się od reszty społeczeństwa: jest umyty i schludnie ubrany. Ma rodzinę, staż pracy, niezłe wykształcenie. Oczywiście nie są to osoby dominujące w populacji bezdomnych. Przytoczone przykłady mają na celu ukazanie sytuacji, że te, które mogą doprowadzić do bezdomności, są realne. Utrata pracy, pogorszenie stanu zdrowia (przewlekła choroba, niepełnosprawność czy choroba psychiczna), przemoc i kłótnie w rodzinie, uzależnienia – wszystko to jest udziałem codziennego życia i dotyka wiele osób [19]. Analizując wypowiedzi respondentów można zauważyć, że rozpad rodziny wpłynął na obecną sytuację bezdomnych. Pośród tych wielu dróg rodzina jest drogą pierwszą i z wielu względów najważniejszą. Jest drogą powszechną, pozostając za każdym razem drogą szczególną, jedyna i niepowtarzalną, tak jak niepowtarzalny jest każdy człowiek. Rodzina jest drogą, od której nie może on się odłączyć. Z badań wynika, że najwięcej 39% mężczyzn było rozwiedzionych. Ponadto 29% badanych było stanu wolnego, 14% żonatych i 14% wdowców. Ponad połowa mężczyzn 58% nie utrzymuje kontaktów z rodziną, 71% ma dzieci, a 83% posiada rodzeństwo. Zaledwie 29% bezdomnych miało rodziców. Głównymi przyczynami bezdomności były rozwód i alkoholizm, stanowiło to w jednym i drugim przypadku po 20% ankietowanych. Potwierdzają to badania prowadzone wśród

bezdomych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, gdzie konflikt rodzinny był wskazany jako najczęstsza przyczyna bezdomności [11]. Najkrótszy czas trwania w bezdomności do czterech tygodni (dla 3% badanych), natomiast najdłuższy ponad dwadzieścia lat (1%). Największa grupa mężczyzn, tj. 36%, trwała w bezdomności od dwóch do pięciu lat, 21% – od sześciu do dziesięciu lat, a od miesiąca do roku 17% badanych.

Czas pozostawania w bezdomności miał wpływ na pogorszenie stanu zdrowia bezdomnych. Dla 69% ankietowanych bezdomność doprowadziła do częściowej utraty zdrowia, natomiast dla 14% do całkowitej. Badania prowadzone przez Miejski Ośrodek Polityki Społecznej również potwierdziły wpływ bezdomności na zdrowie bezdomnych, wskazując jednocześnie wpływa fazy bezdomności. W fazie ostrzegawczej i chronicznej prawie wszyscy chorowali, natomiast w fazie adaptacyjnej respondenci nie chorowali na żadne choroby [12].

Z wypowiedzi ankietowanych wynika, że nie tylko czas trwania w bezdomności przyczynił się do utraty zdrowia, ale także substancje uzależniające. Ponad połowa mężczyzn, 55%, była uzależniona od tytoniu, 39% od alkoholu, 2% od leków i 1% od narkotyków. Analizując wyniki badań stwierdza się aktualnie występujące problemy zdrowotne bezdomnych: nadciśnienie tętnicze u 30% badanych, choroby skóry – owrzodzenia – 21%, marskość wątroby – 20%, choroby oczu – 17%, cukrzyca – 11%, anemia – 10%, niewydolność nerek – 10%, odmrożenia – 9%. Wymieniano również inne choroby: WZW typu B, C, zapalenie trzustki, nerwica, wrzody żołądka, złamania kończyn, zapalenie płuc, gruźlica, osłabienie. Z pomocy lekarza w szpitalu korzystało 77% badanych, u lekarza specjalisty leczyło 66% respondentów, a z usług pielęgniarki 54%. Z dalszej analizy wynika, że stan zdrowia bezdomnych był zły, ponieważ leczeniem szpitalnym było objętych 49%, leczeniem psychiatrycznym 26% i leczeniem odwykowym 24%. Z wypowiedzi wynika, że respondenci mają zapewnioną opiekę medyczną. Potwierdza to odpowiedź respondentów odnośnie do funkcjonowania placówki pod względem zdrowotnym, gdzie 59% oceniło, jako dobrze, 24% ani dobrze, ani źle i 7% bardzo dobrze. Natomiast źle oceniło 9% badanych i bardzo źle 1%. Bezdomni nie mają stałych dochodów. Dla 37% badanych źródłem utrzymania była pomoc społeczna, 24% respondentów miało rentę i 9% emeryturę. Tylko 3% badanych podejmuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie. Wśród odpowiedzi inne 6% badanych wymieniło pojedynczo, między innymi sprzedaż złomu. Natomiast 21% bezdomnych nie ma stałego źródła utrzymania.

Z odpowiedzi ankietowanych wynika, że 63% badanych nie zażywa systematycznie leków, a 37% zażywa systematycznie. Pensjonariusze Domu dla Bezdomnych Mężczyzn w Tarnowie mają zapewnioną opiekę medyczną i są otoczeni troską o zdrowie i życie. Często jednak brak środków materialnych nie pozwala bezdomnym na zakup leków. Ważnym elementem pracy z bezdomnymi jest ciągle szukanie sposobu, jak zapewnić skuteczniej pomoc medyczną i pielęgniarską. Istotna jest większa współpraca z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Spo-

łecznej, a także z pracodawcami, z którymi bezdomni mogliby pracować. Jednak większym problem do rozwiązania jest mobilizacja bezdomnych do zmiany dotychczasowego stylu ich życia. Ukazuje to odpowiedź, jakie wartości cenią sobie najbardziej w życiu. Podstawową wartością jest dach nad głową 19 badanych, systematyczne posiłki 19 mężczyzn i zdrowie 4 osoby. Wartości takie, jak rodzina, uczciwość, szczerowość modlitwa, kontynuacja leczenia codzienna toaleta zostały wymienione tylko przez pojedyncze osoby.

Wnioski

1. Rozpad rodziny i inne trudne sytuacje życiowe (eksmisja, bezrobocie, samotność) przyczyniły się do bezdomności badanych. Potwierdza to, że ponad połowa mężczyzn (58%) nie utrzymywała kontaktów z rodziną, a 39% badanych było rozwiedzionych.
2. Długi czas pozostawania w bezdomności doprowadził do częściowej utraty zdrowia u 68% badanych. Na całkowitą utratę zdrowia bezdomność wpłynęła u 14% ankietowanych.
3. Do utraty zdrowia bezdomnych przyczyniły się uzależnienia: u 55% od tytoniu, 39% od alkoholu, 2% od leków i 1% od narkotyków.
4. Bezdomni korzystali z opieki lekarza rodzinnego 77% badanych, lekarza specjalisty 66%, z usług pielęgniarki 55% respondentów. Pozostali nie korzystali z opieki medycznej.
5. Bezdomni mający problemy ze zdrowiem nie zażywają leków systematycznie – 63% badanych. Związane jest to z brakiem stałego źródła utrzymania 21% badanych.

Bibliografia

1. Kamieński T. *Wokół pojęcia bezdomności*. [w:] Kamieński T (red.). *Roczniki naukowe Caritas – bezdomność*. Wydawnictwo Fundacja Pro Caritae, Warszawa 1997: 14–27.
2. Legutko P. *Nie bezdomni, lecz wykorzeniani*. Warszawa 2001.
3. Śledzianowski J. *Zdrowie bezdomnych*. Wydawnictwo Akademia Świętokrzyska, Kielce 2006.
4. Żurowska M. *Droga Krzyżowa – Matka Teresa, br. Roger, kard. Stefan Wyszyński*. Wydawnictwo Michalineum, Marki 1998.
5. Śledzianowski J. *Towarzystwo pomocy im. Św. Brata Alberta a bezdomność*. Wydawnictwo Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Wrocław 1995.
6. Sidorowicz S. *Psychologiczne aspekty bezdomności*. [w:] Kamieński T. (red.) *Roczniki naukowe Caritas – bezdomność*. Wydawnictwo Fundacja Pro Caritae, Warszawa 1997: 103–117.

7. *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.
8. Słowik S. *Informator o placówkach pomagających osobom bezdomnym*. Wydawnictwo Caritas Diecezji Kieleckiej, Kielce 2008.
9. Błażej E, Bartosz B. *O doświadczeniu bezdomności*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1995.
10. Duracz-Walczak A. *Bezdomni*. Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996.
11. Raport z badania osób bezdomnych przebywających w Lublinie. www.bip.mops.lublin.pl/datadir/doc/bip_1362985652.pdf [20.07.2014].
12. *Socjodemograficzny portret zbiorowości ludzi bezdomnych województwa podlaskiego*. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. www.rops-bialystok.pl/downloads/Socjodemograficzny%20portret%20bezdomnosci%202012.pdf [20.07.2014].

Evaluation of health status of homeless men from Tarnow district

Abstract: The aim of this study was to determine the health status of homeless men from Tarnow district. The study included 70 men, residents of the Reception Center for Homeless Men in Tarnów. We conducted a diagnostic survey with originally designed questionnaire. Longer duration of homelessness is reflected by the enhancement of undesirable attitudes; this leads to changes in life situation, social status, and social position. Our study revealed that homelessness and its consequences have complex and multidirectional character. The most frequent causes of homelessness included alcoholism and divorces (20% each). Nearly one half of the respondents (47%) declared that their health status is neither good nor poor, and 31% of the homeless men characterized their health as poor or very poor. As many as 83% of the respondents believed that homelessness contributed to (partial or complete) deterioration of their health. Arterial hypertension, dermatological conditions, liver cirrhosis, and ophthalmological disorders turned out to be the most prevalent diseases in the study group. As many as 63% of the homeless men did not use any prescription medications systematically, and 37% declared taking them regularly.

Key words: homelessness, health