Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2025; 23 (1): 29–35
www.ejournals.eu/czasopismo/zdrowie-publiczne-i-zarzadzanie, doi:10.4467/20842627OZ.25.005.22050

Bezdomność w Polsce. Epidemiologiczne spojrzenie na przyczyny zgonów i implikacje zdrowotne (2015–2022)

Jadwiga Duda[1] https://orcid.org/0009-0008-1190-2348
Igor Popiela[1] https://orcid.org/0009-0009-2602-8814
Karolina Dudzik[1] https://orcid.org/0009-0001-9213-1272
Aleksandra Adamus[1] https://orcid.org/0009-0005-6305-6241
Maciej Przygoda[1] https://orcid.org/0009-0008-4555-2948
Andrzej Kościsz[1] https://orcid.org/0009-0001-5495-0189
Tomasz Konopka[2] https://orcid.org/0000-0001-5930-957X

[1] Studenckie Koło Naukowe Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
[2] Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Jadwiga Duda, Studenckie Koło Naukowe Medycyny Sądowej, jadziaduda5@gmail.com

Abstract

Homeless in Poland. Epidemiological approach to causes of death (2015–2022)

The aim of this study is to better understand homelessness by analysing the most common causes of death, locations where bodies were found, demographic data, and blood alcohol levels.
The study used documentation from the Department of Forensic Medicine in Krakow, examining 335 cases from years 2015 to 2022. Selection criteria included individuals without permanent housing. Causes of death were classified according to the ICD-10 criteria.
At the time of death, in 54% of cases the individuals were under the influence of alcohol, and 75% showed liver steatosis, indicating chronic alcohol abuse. The bodies of homeless individuals were most often found in public spaces such as bus stops, parking lots, sidewalks, and vacant buildings. This study reveals that the most frequent causes of death among homeless individuals were acute alcohol poisoning and pneumonia, which is in contrast with the general population, where the leading causes are cardiovascular diseases and cancers.

Keywords: **alcohol, alcoholism, causes of death, ICD-10, homelessness, pneumonia**

Słowa kluczowe: **alkoholizm, alkohol, bezdomność, ICD-10, przyczyny zgonu, zapalenie płuc**

Wprowadzenie

Osoby bezdomne tworzą specyficzną grupę społeczną, obejmującą ofiary rozpadu rodzin, przemocy, uzależnień, trudnej sytuacji materialnej, chorób psychicznych, bezrobocia oraz eksmisji [1]. Liczne badania międzynarodowe wykazują, że osoby doświadczające długotrwałej bezdomności charakteryzują się wyższą chorobowością i umieralnością w porównaniu do populacji ogólnej. Najczęstszymi schorzeniami wśród bezdomnych są choroby sercowo-naczyniowe, uszkodzenia mózgu, choroby psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i innych substancji. Przyczyniają się one do wzrostu umieralności w tej grupie, której wskaźniki są od dwóch do pięciu razy wyższe niż w ogólnej populacji skorygowanej pod względem wieku [2].

Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 29 lutego 2024 r. w Polsce zdiagnozowano 31 042 osoby w kryzysie bezdomności, z czego 80%

stanowili mężczyźni, a 20% kobiety. Najliczniejszą grupę wśród osób dotkniętych bezdomnością stanowiły osoby w wieku 40–60 lat. Jako główne przyczyny bezdomności badani wskazali: uzależnienie od alkoholu, konflikt rodzinny, eksmisję lub wymeldowanie z mieszkania oraz zły stan zdrowia lub niepełnosprawność [3].

Należy zaznaczyć, że metodologia badania MRPiPS była wielokrotnie krytykowana przez środowiska naukowe i instytucje publiczne. Wskazuje się między innymi na brak systematyczności (badanie jest prowadzone nieregularnie), jego punktowy charakter (realizacja jednorazowa w nocy, co nie oddaje dynamiki zjawiska), a także oparcie na danych instytucjonalnych, co prowadzi do pomijania ukrytych form bezdomności (na przykład tymczasowe przebywanie u znajomych, altanki działkowe, pustostany). Podkreśla się także niską jakość narzędzi badawczych oraz brak udziału osób z doświadczeniem bezdomności, co obniża trafność i wiarygodność wyników [4]. Zastrzeżenia te wielokrotnie zgłaszał również Rzecznik Praw Obywatelskich.

Mimo że są to jedyne ogólnopolskie dane na temat skali bezdomności w Polsce, należy podchodzić do nich ostrożnie. Wciąż brakuje też pogłębionych badań epidemiologicznych analizujących zdrowie i śmiertelność osób bezdomnych z uwzględnieniem płci i wieku.

Celem naszej pracy było wypełnienie tej luki w badaniach naukowych poprzez zgłębienie tematu śmiertelności i chorobowości wśród osób bezdomnych, a także dostarczenie nowych danych i analiz na temat tego zjawiska. Szczególną uwagę poświęciliśmy określeniu przyczyn zgonów, analizie trendów demograficznych oraz zmianom narządowym wśród bezdomnych, porównując je z danymi populacji ogólnej w Polsce. Na tej podstawie chcielibyśmy zaproponować rozwiązania stosowane w innych krajach, które mogą stanowić inspirację do skuteczniejszego przeciwdziałania problemowi bezdomności.

Materiały i metody

W ramach przeprowadzonej analizy zgonów wśród osób bezdomnych z Krakowa wykorzystano protokoły sekcyjne zgromadzone w Zakładzie Medycyny Sądowej w Krakowie. Sądowo-lekarskie sekcje zwłok są wykonywane na zlecenie prokuratur, przede wszystkim prokuratur krakowskich, a w poważniejszych przypadkach także pobliskich prokuratur powiatowych. Prokurator zleca wykonanie badań pośmiertnych w przypadkach zgonów nienaturalnych (zabójstwa, samobójstwa, nieszczęśliwe wypadki), ale także we wszystkich przypadkach, kiedy okoliczności zgonu są niejasne lub zgon nastąpił poza własnym mieszkaniem zmarłego. Analizie poddano 335 przypadków obejmujących lata 2015–2022. Kryterium włączenia do badania branym pod uwagę był brak stałego miejsca zamieszkania. Analizowano dane dotyczące płci, wieku, przyczyny zgonu, zmian narządowych wskazujących na długotrwały alkoholizm, stężenia alkoholu we krwi oraz miejsce znalezienie zwłok.

Wyniki

Przeprowadzone badanie wykazało, że spośród analizowanej populacji 88,7% stanowili mężczyźni (297 przypadków), a 11,3% kobiety (38 przypadków). Średnia wieku w momencie zgonu ogółem wynosiła 52,6 lat (SD ±10,9). Wśród kobiet średnia wieku w chwili zgonu wynosiła 53,2 lata (SD ±10,6), tymczasem u mężczyzn średnia wieku wynosiła 52,6 lat (SD ±11,0). Rozpiętość wieku wynosiła od 24. do 75. r. życia (tab. 1).

Najczęściej zaobserwowaną przyczyną zgonu wśród rozpatrywanej grupy badawczej było ostre zatrucie alkoholem etylowym (46 przypadków) – stwierdzany badaniem chemicznym alkohol przekraczał 4 promile, a nierzadko nawet 5 promili. Kolejnymi według częstości przyczynami zgonu były: zapalenie płuc (44 przypadki) oraz choroby układu krążenia (40 przypadki). Innymi mniej powszechnymi wymienionymi przyczynami były urazy czaszkowo-mózgowe (22), hipotermia (20), urazy wielonarządowe (10), samobójcze powieszenie (10), utonięcie (8). U dużej części (100 osób, 29,9%) przyczyna zgonu nie została jednoznacznie stwierdzona. W przypadkach tych stwierdzano jedynie cechy mogące wskazywać na przewlekły alkoholizm, takie jak stłuszczenie i marskość wątroby czy przewlekłe zapalenie trzustki, mimo stosunkowo niskiego poziomu alkoholu we krwi lub jego braku. W nielicznych przypadkach występowały wylewy krwawe w języku, będące efektem jego przygryzienia, lub ślady zachłyśnięcia treścią żołądkową do dróg oddechowych. Zgony te należy najprawdopodobniej przypisać mechanizmowi padaczki alkoholowej (tab. 2).

Przeanalizowano częstość występowania zmian narządowych charakterystycznych dla wieloletniego nadużywania alkoholu. Najczęściej występującą zmianą narządową w analizowanej grupie było stłuszczenie wątroby, które zidentyfikowano w 74,6% (250 przypadków). W mniejszym stopniu występowały również inne zmiany narządowe, takie jak marskość wątroby oraz zapalenie trzustki. Marskość wątroby odnotowano w 77 przypadkach, co stanowiło 23,0%, natomiast przewlekle zapalenie trzustki przejawiające się na sekcji zwłok jako zwłóknienie miąższu trzustki zdiagnozowano w 66 przypadkach, co odpowiadało 19,7% analizowanych przypadków (tab. 3).

W rozpatrywanej populacji zmarłych obecność alkoholu we krwi stwierdzono w 55% przypadków, co przedstawione jest w Tabeli 4.

Kolejnym analizowanym aspektem była lokalizacja, w której znaleziono zwłoki. Najczęściej odnotowanymi miejscami były przestrzenie publiczne, takie jak przystanek autobusowy, droga, chodnik oraz parking, które stanowiły 24% przypadków. Kolejne lokalizacje występowały w zbliżonych proporcjach: pustostany – 13%, miejsca nieokreślone lub szpital – 12%, apartamenty innych osób, klatki schodowe oraz piwnice – 11%, torowiska, rzeki i lasy – 10%, ogródki działkowe – 10%, altany – 8%, śmietniki i garaże – 7%, schroniska dla bezdomnych – 3%, i namioty – 2%.

Podsumowując, dla porównania, w populacji ogólnej Polski w 2023 r. najczęściej występującymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia (36,9%) oraz

Płeć	Średnia (±SD)	Mediana (IQR)	n
Kobieta	53,2 (±10,6)	55 (9,00)	38
Mężczyzna	52,6 (±11,0)	54 (16,75)	297
Ogółem	52,6 (±10,9)	54 (16)	335

Tabela 1. Wiek w momencie zgonu

Źródło: opracowanie własne na podstawie protokołów sekcyjnych z Zakładu Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum z lat 2015–2022.

Powody zgonów		% (n = 335)
Układ oddechowy		13,1
	Zapalenie płuc (J12-J18)	13,1
Przyczyny zewnętrzne		19,1
	Oparzenia termicznie (T20-T32)	2,1
	Wielonarządowe obrażenia (T00-T07)	3
	Inne wypadkowe utrudnienia oddychania (W75-W84)	0,6
	Otwarta rana nieokreślonej okolicy ciała (T14.1)	0,6
	Hipotermia (X31)	6
	Wypadkowe zanurzenie i utonięcie (W65-W74)	2,4
	Zamierzone samouszkodzenie przez powieszenie (X70)	3
	Toksyczne skutki działania tlenku węgla (T58)	1,5
Zaburzenia psychiczne i behawioralne		14,0
	Zatrucie substancjami psychoaktywnymi (F11-F19)	0,3
	Ostre zatrucie alkoholem etylowym (F10)	13,7
Układ krwionośny		12,2
	Choroby mięśnia sercowego	3,3
	Zawał mięśnia sercowego (I21)	3,9
	Tamponada serca (S26)	0,9
	Pęknięcie tętniaka aorty (I71)	0,6
	Zatorowość płucna (I26)	0,3
	Krwawienie z żylaków przełyku (I85)	0,6
	Krwawienie z wrzodów żołądka i dwunastnicy (I86)	1,2
	Udar mózgu (I63-I64)	1,5
Układ pokarmowy		2,4
	Marskość wątroby (K74)	1,5
	Zapalenie trzustki (K85-K86)	0,3
	Zapalenie otrzewnej (K65)	0,6
Nieustalona przyczyna zgonu (padaczka alkoholowa)		29,9
Inne		9,3
	Zakażenie dróg moczowych (N30-N39)	0,3
	Uraz czaszkowo-mózgowy (S01-S09)	6,6
	Atak padaczki (G40-G41)	1,8
	Zapalenie opon mózgowych (G00-G03)	0,3
	Sepsa (A41)	0,3

Tabela 2. Procentowy rozkład przyczyn zgonów w populacji osób bezdomnych w Krakowie. Kategorie według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10

Źródło: opracowanie własne na podstawie protokołów sekcyjnych z Zakładu Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum z lat 2015–2022.

Zmiana narządowa	n	n [%]
Stłuszczenie wątroby	250	74,6
Marskość wątroby	77	23,0
Przewlekłe zapalenie trzustki	66	19,7

Tabela 3. Zmiany narządowe wskazujące na przewlekłe nadużywanie alkoholu

Źródło: opracowanie własne na podstawie protokołów sekcyjnych z Zakładu Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum z lat 2015–2022.

Stężenie alkoholu we krwi [‰]	n [%]	n
0	44,5	149
0,1–1,0	15,5	52
1,1–2,0	9,3	31
2,1–3,0	12,5	42
3,1–4,0	11,3	38
4,1–5,0	3,0	10
> 5–0	2,4	8
brak możliwości ustalenia	3,9	13

Tabela 4. Stężenie alkoholu we krwi w momencie zgonu

Źródło: opracowanie własne na podstawie protokołów sekcyjnych z Zakładu Medycyny Sądowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum z lat 2015–2022.

nowotwory (26,7%). W analizowanej próbce badawczej głównymi przyczynami zgonów były ostre zatrucie alkoholem etylowym (13,7%) oraz zapalenie płuc (13,1%). Niejednoznaczna grupa 100 osób (29,9%), wykazujących cechy wieloletniego alkoholizmu, bez jednoznacznej przyczyny zgonu, to prawdopodobnie w przeważającej większości zgony wskutek padaczki alkoholowej. Część z tych osób mogła umrzeć z powodu ostrej niewydolności wieńcowej, bo u prawie wszystkich występowała miażdżyca, chociaż zazwyczaj w niewielkim nasileniu. Zaznaczyć jednak należy, że podobne zgony (bez jednoznacznej przyczyny) u osób bez marskości lub stłuszczenia wątroby są kilkukrotnie rzadsze. Do grupy zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu należy też doliczyć śmierć wskutek krwotoku z żylaków przełyku oraz śmierć z rozpoznanej padaczki alkoholowej.

Jeśli chodzi o średni wiek zgonu, wśród kobiet wynosi on 53,2 roku (mediana 55 lat), natomiast wśród mężczyzn 52,6 roku (mediana 54 lata). Dla porównania mediana wieku zgonu w populacji ogólnej wynosi 76,8 roku, 81,9 roku wśród kobiet oraz 72,9 roku wśród mężczyzn [4].

Dyskusja

Bezdomność jest problemem wysoce złożonym, do którego prowadzi ciąg krytycznych zdarzeń w życiu człowieka, a nie jest rezultatem pojedynczej determinanty [1]. Omawiana grupa społeczna zmaga się więc z odmiennymi problemami niż populacja generalna, z czego wynikać może różnica rozkładu przyczyn zgonów w grupie badanej w stosunku do populacji niebezdomnych w Polsce [5] (Główny Urząd Statystyczny). Warto zaznaczyć, że zgodnie z najnowszymi badaniami dotyczącymi bezdomności w państwach skandynawskich odpowiedzialność za to zjawisko nie spoczywa wyłącznie na jednostce, lecz wynika także z szerszych mechanizmów społecznych i systemowych. Jak pokazują analizy prowadzone w Danii, bezdomność dotyczy przede wszystkim osób z poważnymi problemami psychospołecznymi oraz złożonymi potrzebami wsparcia, a jej występowanie jest silnie związane z wielowymiarowym wykluczeniem społecznym, a nie tylko z indywidualnymi niepowodzeniami czy ubóstwem [6]. Co więcej, postrzeganie osób bezdomnych jako wyłącznie odpowiedzialnych za swoją sytuację życiową sprzyja społecznemu przyzwoleniu na ich dyskryminację. Taka percepcja utrudnia dostęp do niezbędnych zasobów i form wsparcia, jednocześnie pogłębiając ich wykluczenie społeczne oraz problemy zdrowotne [7].

Niniejsza praca nie obejmuje analizy przyczyn zgonu wszystkich osób z doświadczeniem bezdomności, gdyż wymagałoby to pełnej ewidencji tej populacji i monitorowania zgonów w jej obrębie. Analiza opiera się na węższym, ale wartościowym materiale – sekcjach sądowych. Na sekcję do Zakładu Medycyny Sądowej kierowane są zwłoki osób zmarłych z przyczyn nienaturalnych (zabójstwo, samobójstwo, nieszczęśliwy wypadek), ale także zwłoki wszystkich osób zmarłych w niejasnych okolicznościach – w miejscach publicznych i miejscach nieprzystosowanych do zamieszkania, zwłoki znalezione bez żadnych informacji

na temat okoliczności zgonu. Do badania włączono tylko te przypadki, w których zmarli nie mieli stałego miejsca zameldowania, zgodnie z danymi zawartymi w karcie zgonu.

Przeprowadzona przez nas analiza ujawniła istotny problem nadużywania alkoholu wśród badanej grupy, a także uzupełniła literaturę o brakujące dane dotyczące zgonów spowodowanych ostrym zatruciem alkoholowym w grupie wysokiego ryzyka, jakim jest bezdomność. Alkoholizm w literaturze wymieniany jest nie tylko w roli przyczyny i skutku bezdomności, ale także jako jedna z barier w procesie wychodzenia z bezdomności [8]. Wśród przyczyn sięgania po alkohol wymienia się ucieczkę od bolesnych wspomnień, sposób radzenia sobie z trudnymi warunkami życia na ulicy, chęć socjalizacji i poczucie przynależności do grupy [9]. Nowakowska w swoim artykule przedstawiła wyniki badań, zgodnie z którymi 31,4% ankietowanych (59/188) codziennie lub prawie codziennie spożywało alkohol, co świadczy o uzależnieniu od tej substancji. Wedle przeprowadzonej przez nas analizy oznaczalne stężenie alkoholu etylowego we krwi stwierdzono aż u 54% zmarłych. Stłuszczenie wątroby – choć może mieć różnorodne przyczyny, w tym metaboliczne – w większości przypadków, zwłaszcza przy współwystępowaniu innych objawów, stanowi następstwo długotrwałego nadużywania alkoholu. Zmiany tego typu odnotowano w 200 przypadkach.

Przewlekłe spożywanie alkoholu nie tylko wywiera negatywny wpływ na zdrowie jednostki, lecz także wywołuje autodestrukcyjne, przemocowe zachowania, nasila anhedonię i brak motywacji oraz umacnia relacje między bezdomnymi, utrudniając tym samym odejście od tej społeczności. Z uwagi na powyższe zrozumiałe jest, że działania mające na celu walkę z uzależnieniem są elementem przeciwdziałania bezdomności [10].

Nadmierna reprezentacja mężczyzn w przeprowadzonym badaniu (88,65%) oraz średnia wieku w momencie śmierci wynosząca 52,6 roku jest zgodna z wynikami uzyskanymi w poprzednich badaniach [11,12]. W przeciętnej populacji w Polsce średnia długość życia mężczyzn wynosi 76,8 roku. Ta znacząca różnica zwraca uwagę na problemy zarówno zdrowotne, jak i społeczno-środowiskowe, z jakimi zmaga się badana grupa, a które doprowadzają do przedwczesnego zgonu w porównaniu do populacji ogólnej.

W naszym badaniu ostre zatrucie alkoholowe (13,7%), zapalenie płuc (13,1%) oraz choroby układu krążenia (12,2%) najczęściej pojawiały się w księgach sekcyjnych jako ustalona przyczyna zgonu. We wcześniejszych badaniach [13–15] choroby układu krążenia były również jedną z najczęstszych przyczyn, zaraz obok nowotworów. W naszej analizie brak zgonów z powodu nowotworów może wynikać z zastosowanej metodologii (osoby obciążone chorobami onkologicznym częściej umierają w szpitalach, gdzie poddawane są leczeniu; w placówkach tych przeprowadzane są osobne sekcje, nie sądowo-lekarskie jak w analizowanym materiale). Zgony z powodu przedawkowania substancji psychoaktywnych są obserwowane z dużą częstością wśród grup badawczych, natomiast rodzaj przedawkowanej substancji istotnie różni się w zależności od regionu – w badaniach przeprowadzonych w Los Angeles i Bostonie w większości oznaczono zatrucie opioidami, natomiast w państwach europejskich zatrucie alkoholem etylowym.

Należy jednak mieć na uwadze, że w sekcjach wykonywanych w Polsce na zlecenie prokuratury w przypadkach osób bezdomnych rzadko zlecane jest pełne badanie toksykologiczne, które z jednej strony jest kosztowne, a z drugiej – dla potrzeb śledztwa wystarczająca jest informacja, że nie stwierdzono udziału osób trzecich. Możliwe jest więc, że część przypadków w analizowanym materiale to zgony z powodu nadużycia innych, nieustalonych substancji psychoaktywnych.

Choroby układu krążenia stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w populacji ogólnej na świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia [16] choroby sercowo-naczyniowe odpowiadają za około 32% wszystkich zgonów globalnie, co czyni je najczęstszą przyczyną śmierci. W Polsce choroby układu krążenia również dominują jako przyczyna zgonów — według *Rocznika Demograficznego Polski* [5] stanowią one około 45% wszystkich zgonów. Czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, otyłość i niewłaściwa dieta, są podobne zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród osób doświadczających bezdomności [17, 18]. Z uwagi na powszechność i zbieżność tych czynników ryzyka w naszym badaniu nie skupiamy się szczegółowo na chorobach układu krążenia, koncentrując się na bardziej specyficznych przyczynach zgonów.

U 29,9% badanych przypadków nie wykazano jednoznacznej przyczyny zgonu. Podobne wyniki uzyskano w analizach przeprowadzonych we Francji – 28% [12] oraz w Los Angeles – 23% [11]. W analizowanych w ramach niniejszej pracy przypadkach, w tych 100 (stanowiących 29,9% badanych), badania pośmiertne wykazały jedynie cechy przewlekłego alkoholizmu, przy braku obrażeń i zmian chorobowych, które jednoznacznie tłumaczyłyby przyczynę zgonu. Niektóre z tych przypadków mogły być związane z zatruciami substancjami psychoaktywnymi lub ostrą niewydolnością wieńcową, jednak większość z nich prawdopodobnie dotyczyła zgonów spowodowanych padaczką alkoholową. Badania naukowe wskazują, że w krajach rozwiniętych nadużywanie alkoholu wśród pacjentów z ostrymi napadami drgawkowymi, czyli takimi, które wymagają natychmiastowej interwencji i hospitalizacji na oddziale ratunkowym, jest wyjątkowo częste i wynosi 41–49%. Śmierć zwykle następuje w wyniku przedłużonego skurczu mięśni odpowiedzialnych za oddychanie lub zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej wywołanych drgawkami. Sekcja zwłok jest w tych przypadkach zupełnie ujemna, jedynie w nielicznej części stwierdzane są niewielkie wylewy krwawe w języku (jako skutek przygryzienia w napadzie drgawek) lub zaaspirowanie do dróg oddechowych treści żołądkowej pochodzącej z wymiotów. W części tych przypadków, w wywiadzie od członków rodziny lub świadków, pojawia się informacja o padaczce alkoholowej lub napadzie drgawek bezpośrednio przed zgonem. Literatura wymienia różne mechanizmy powstawania padaczki alkoholowej. Najczęściej opisywane są tzw. napady padaczkowe z odstawienia alkoholu, związane z nagłym spadkiem stężenia alkoholu w mózgu, spowodowanym zaprzestaniem jego długotrwałego spożywania. W takich przypadkach napad może wystąpić po kilku godzinach – zazwyczaj w przedziale od 6 do 48

godzin po odstawieniu alkoholu. Stan upojenia alkoholowego często prowadzi do utraty równowagi i opóźnienia reakcji, co z kolei może skutkować upadkami. Krwiaki podtwardówkowe, wstrząsy mózgu oraz krwawienia podpajęczynówkowe, spowodowane urazami głowy, często wywołują napady padaczkowe, co stanowi ich dodatkową, potencjalną przyczynę [19].

Na uwagę zasługuje problem zapalenia płuc jako jednej z częstszych przyczyn zgonu wśród rozpatrywanej populacji zmarłych. Pomimo że zapalenie płuc we wcześniejszych badaniach [13, 11, 15] występowało w roli przyczyny zgonu, to nie w tak dużym odsetku (13,1%). Podobne wyniki uzyskano natomiast w analizie przeprowadzonej w Istambule (15,8%) [20]. W porównywaniu proporcji zgonów z powodu określonych przyczyn oraz w wyciąganiu wniosków należy wziąć pod uwagę kontekst społeczny i geograficzny tych krajów. Zauważalna śmiertelność z powodu zapalenia płuc wśród badanej grupy nasuwa pytanie dotyczące sięgania po pomoc medyczną i priorytetyzowania własnego zdrowia przez osoby bezdomne. Według badania przeprowadzonego wśród bezdomnych w Trójmieście zdrowie zajmuje trzecie miejsce w hierarchii wartości, ustępując tym samym miejsca rodzinie i stałemu miejscu zamieszkania. W tym samym badaniu wykazano, że 9,2% badanych bezdomnych nie podejmuje żadnych interwencji w przypadku choroby, czekając na samoistne wyzdrowienie [21], co może mieć tragiczne konsekwencje. Taka postawa może wynikać z różnych powodów, między innymi z braku środków na zakup potrzebnych leków oraz ciągłego przymusu walki o zapewnienie sobie podstawowych potrzeb życiowych, co sprawia, że korzystanie z usług medycznych schodzi na dalszy plan [22]. Ważnym czynnikiem jest również subiektywna opinia osób bezdomnych na temat funkcjonowania systemu zdrowia. W badaniu ankietowym wykazano, że aż 52% badanych bezdomnych uważa, że „właściwą opiekę medyczną otrzymują ci, co mają znajomości oraz pieniądze" [21]. Owe przekonania mogą wynikać ze zjawiska stygmatyzacji i dehumanizacji, jakiej doświadczają osoby bezdomne ze strony pracowników służb zdrowia. Skutkiem tego jest nie tylko unikanie kontaktu z systemem opieki medycznej, ale również otrzymywanie pomocy w sposób powierzchowny, pozbawiony podejścia holistycznego [23]. Przedstawioną zależność zauważyli również inni badacze, według których bezdomni unikają opieki zdrowotnej właśnie z powodu negatywnych doświadczeń z przeszłości [24]. Warto również rozważyć, czy nadużywanie alkoholu bądź też uzależnienie od niego stanowi barierę w dostępie do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście wymagań abstynencyjnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Problem zapalenia płuc wśród osób bezdomnych stanowi istotny element w kontekście działań społeczno-zdrowotnych. Badania przeprowadzone na Alasce, w Stanach Zjednoczonych Ameryki, Kanadzie oraz Francji wskazują, że omawiana grupa społeczna częściej jest nosicielem *Streptococcus pneumoniae* w porównaniu do populacji ogólnej [25]. Biorąc pod uwagę kropelkową drogę transmisji bakterii, osoby bezdomne przebywające w schroniskach i noclegowniach są szczególnie narażone na zakażenie. Populacja ta stanowi więc grupę wysokiego ryzyka w kontekście inwazyjnej choroby pneumokokowej, zwłaszcza w obliczu dodatkowych czynników obciążających, takich jak nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, podeszły wiek oraz obecność schorzeń przewlekłych [26]. W związku z powyższym istnieje konieczność przeprowadzenia dalszych badań dotyczących zakażeń pneumokokami w omawianej grupie społecznej w Polsce oraz wdrożenia odpowiednich interwencji, takich jak wprowadzenie szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom wśród mieszkańców schronisk dla bezdomnych, które zostały zastosowane w Kanadzie od 2008 r. [25].

Wnioski

Przeprowadzone badanie miało na celu zebranie danych dotyczących przyczyn zgonów wśród badanej grupy osób bezdomnych, a także zidentyfikowanie innych cech umożliwiających lepsze poznanie tej kwestii. Według przeprowadzonej analizy najczęstszymi przyczynami zgonów były: ostre zatrucie alkoholowe, zapalenie płuc oraz choroby układu krwionośnego. Wyniki te odzwierciedlają zjawiska psychospołeczne zachodzące wśród osób bezdomnych. Powszechny problem alkoholizmu, zbyt małe priorytetyzowanie własnego zdrowia oraz problem stygmatyzacji ze strony pracowników służby zdrowia, niski poziom higieny osobistej oraz ciężkie warunki mieszkaniowe przekładają się na przedwczesne, w porównaniu z populacją ogólną, zgony, o odmiennej etiologii. Przeprowadzone przez nas badanie dostarczyło nowych informacji, wzbogacając obecną wiedzę na temat problemu bezdomności oraz oferując nowe perspektywy dotyczące interwencji mających na celu walkę z bezdomnością i poprawę jakości życia.

Ograniczenia

Badanie to charakteryzuje się kilkoma istotnymi ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki gromadzenia danych. Zawężenie zakresu geograficznego, polegające na analizie danych wyłącznie z prokuratur krakowskich, sprawia, że badana populacja może nie być reprezentatywna dla danych globalnych. Badanie to ma również charakter przekrojowy, co uniemożliwia analizę zmian zachodzących w czasie w badanej grupie. Warto uwzględnić to ograniczenie przy interpretacji wyników, które odzwierciedlają jedynie stan badanej populacji w momencie zbierania danych. Aby dokładniej zrozumieć mechanizmy leżące u podstaw zaobserwowanych zależności, konieczne byłyby badania o charakterze longitudinalnym, pozwalające na analizę zmian w czasie oraz określenie kierunku związków między zmiennymi. Ze względu na charakter analizowanego materiału nie było możliwe uwzględnienie zaburzeń psychicznych, które, jak wskazują liczne badania, często stanowią istotny czynnik ryzyka bezdomności bądź są jego następstwem, mając znaczący wpływ na stan zdrowia bezdomnych [6]. Możliwe, że część osób bezdomnych celowo spożyła śmiertelną dawkę alkoholu, co mogło być formą samobójstwa. Jednak bez wyraźnych dowodów, takich jak list pożegnalny czy diagnoza psychiatryczna, takie zgony są

zwykle uznawane za przypadkowe zatrucia alkoholem. W efekcie liczba samobójstw wśród osób bezdomnych może być zaniżona. Istotnym ograniczeniem badania jest fakt, że przeprowadzona analiza opiera się wyłącznie na sekcjach sądowo-lekarskich, co oznacza, że nie obejmuje przypadków zgonów osób bezdomnych, które miały miejsce w warunkach szpitalnych i nie wymagały wykonania sekcji sądowej. W związku z tym przedstawiony materiał nie odzwierciedla pełnego obrazu przyczyn zgonów w całej populacji osób bezdomnych.

Piśmiennictwo

1. Dębski M., Pindral A., Mandes S., Sochocki M.J., Olech P., Przewoźnik M., *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty*, Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2010.
2. Fazel S., Geddes J.R., Kushel M., *The Health of Homeless People in High-Income Countries: Descriptive Epidemiology, Health Consequences, and Clinical and Policy Recommendations*, „The Lancet" 2014; 384(9953): 1529–1540.
3. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – Edycja 2024*, Warszawa 2024, https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych---edycja-2024 (dostęp: 10.12.2024).
4. Mostowska M., Szarfenberg R., Kaźmierczak T., Mielczarek-Żejmo A., Nawojski M., Nowak M., Rurarz A., Rybka I., Sierpowska I., Tomaszewska A., *Rekomendacje do ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych*, Fundacja Habitat for Humanity Poland, Warszawa 2023.
5. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny Demographic Yearbook of Poland*, Warszawa 2024.
6. Benjaminsen L., *Homelessness in a Scandinavian Welfare State: The Risk of Shelter Use in the Danish Adult Population*, „Urban Studies" 2016; 53 (10): 2041–2063.
7. Johnstone M., Jetten J., Dingle G.A., Parsell C., Walter Z.C., *Discrimination and Well-Being amongst the Homeless: The Role of Multiple Group Membership*, „Frontiers in Psychology" 2015; 6: Article 739.
8. Nowakowska A., *Problem uzależnienia od alkoholu wśród osób bezdomnych*, [w:] *Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście*, red. M. Dębski, S. Retowski, Wydawnictwo Naukowe, Gdańsk 2008: 353–370.
9. Motta-Ochoa R., Incio-Serra N., Brulotte A., Flores-Aranda J., *Motives for Alcohol Use, Risky Drinking Patterns and Harm Reduction Practices among People Who Experience Homelessness and Alcohol Dependence in Montreal*, „Harm Reduction Journal" 2023; 20 (1): 22.
10. Piechowicz M., *Bezdomność jako problem społeczny i indywidualny – możliwości profilaktyki*, „Polish Journal of Social Rehabilitation" 2012; 3, 327–340.
11. Hawke W., Davis M., Erlenbusch B., *Dying without Dignity: Homeless Deaths in Los Angeles County: 2000–2007 National Homeless Persons' Memorial Day*, https://search.issuelab.org/resource/dying-without-dignity-homeless-deaths-in-los-angeles-county-2000-2007.html (dostęp: 15.12.2024).
12. Vuillermoz C., Aouba A., Grout L., Vandentorren S., Tassin F., Moreno-Betancur M., Jougla É., Rey G., *Mortality among Homeless People in France, 2008–10*, „European Journal of Public Health" 2016; 26 (6): 1028–1033.
13. Aldridge R.W., Menezes D., Lewer D., Cornes M., Evans H., Blackburn R.M., Byng R., Clark M., Denaxas S., Fuller J., Hewett N., Kilmister A., Luchenski S., Manthorpe J., McKee M., Neale J., Story A., Tinelli M., Whiteford M., Wurie F., Hayward A., *Causes of Death among Homeless People: a Population-Based Cross-Sectional Study of Linked Hospitalisation and Mortality Data in England*, „Wellcome Open Research" 2019; 4 (49): 49.
14. Baggett T.P., Hwang S.W., O'Connell J.J., Porneala B.C., Stringfellow E.J., Orav E.J., Singer D.E., Rigotti N.A., *Mortality among Homeless Adults in Boston*, „JAMA Internal Medicine" 2013; 173 (3): 189.
15. Park G.R., Jeong D., Lee S.W., Sohn H., Kang Y.A., Choi H., *Homelessness and Mortality: Gender, Age, and Housing Status Inequity in Korea*, „Epidemiology and Health" 2024; 46: e2024076.
16. World Health Organization, *Cardiovascular Diseases (CVDs) – Fact Sheet*, 2021, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (dostęp: 22.05.2025).
17. Romaszko J., Kuchta R., Opalach C., Bertrand-Bucińska A., Romaszko A.M., Giergielewicz-Januszko B., Buciński A., *Socioeconomic Characteristics, Health Risk Factors and Alcohol Consumption among the Homeless in North-Eastern Part of Poland*, „Central European Journal of Public Health" 2017; 25 (1): 29–34.
18. Kreatsoulas C., Anand S.S., *The Impact of Social Determinants on Cardiovascular Disease*, „The Canadian Journal of Cardiology, 26 Suppl C" 2010; 8C–13C.
19. Hillbom M., Pieninkeroinen I., Leone M., *Seizures in Alcohol-Dependent Patients Epidemiology, Pathophysiology and Management*, „CNS Drugs" 2003; 17 (14), 1013–1030.
20. Altun G., Yilmaz A., Azmak D., *Deaths among Homeless People in Istanbul*, „Forensic Science International" 1999; 143–147.
21. Dębski M., *Kondycja zdrowotna osób bezdomnych*, [w:] *Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście*, red. M. Dębski, S. Retowski, Wydawnictwo Naukowe, Gdańsk 2008: 241.
22. Hwang S.W., *Homelessness and Health*, „CMAJ: Canadian Medical Association Journal" 2001; 164 (2): 229–233.
23. Reilly J., Ho I., Williamson A., *A Systematic Review of the Effect of Stigma on the Health of People Experiencing Homelessness*, „Health & Social Care in the Community" 2022; 30 (6): 2128–2141.
24. Purkey E., MacKenzie M., *Experience of Healthcare among the Homeless and Vulnerably Housed: a Qualitative Study: Opportunities for Equity-Oriented Health Care*, „International Journal for Equity in Health" 2019; 18 (1): 101.
25. Ly T.D.A., Perieres L., Hoang V.T., Dao T.L., Gautret P., *Pneumococcal Infections and Homelessness*, „Journal of Preventive Medicine and Hygiene" 2021; 62 (4): E950–E957.
26. Mosites E., Zulz T., Bruden D., Nolen L., Frick A., Castrodale L., McLaughlin J., Van Beneden C., Hennessy T.W., Bruce M.G., *Risk for Invasive Streptococcal Infections among Adults Experiencing Homelessness, Anchorage, Alaska, USA, 2002–2015*, „Emerging Infectious Diseases" 2019; 25 (10): 1903–1910.