

## Wiedza na temat gruźlicy wśród beneficjentów jadłodajni, noclegowni oraz schronisk dla osób bezdomnych w Katowicach

### Knowledge about tuberculosis among beneficiaries of homeless shelters and eating houses for poor people located in Katowice

Dominka Myśliwiec<sup>1 (a, b)</sup>, Agata Wypych-Ślusarska<sup>2 (c, d, e)</sup>, Joanna Kasznia-Kocot<sup>2 (f)</sup>

<sup>1</sup> Absolwentka Wydziału Zdrowia Publicznego, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Bytom

<sup>2</sup> Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Epidemiologii, Bytom  
Kierownik Zakładu Epidemiologii, WZP: dr hab. n. med. J. Słowiński

(a) zebranie i analiza danych

(b) opracowanie tematu

(c) pomysłodawca tematu

(d) opieka nad merytorycznym przygotowaniem pracy

(e) opracowanie dyskusji pod kątem zagadnień społecznych

(f) konsultacja w zakresie problemów związanych z gruźlicą

#### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Gruźlica to wciąż aktualny i poważny problem zdrowotny społeczeństwa XXI wieku. Szczególną grupą narażoną na zakażenie prątkami są osoby bezdomne oraz ubogie. **Cel pracy.** Celem pracy była analiza stanu wiedzy dotyczącej gruźlicy wśród beneficjentów jadłodajni, noclegowni oraz schronisk na terenie miasta Katowice. **Materiał i metoda.** Badanie objęło grupę 175 osób, (69,7% mężczyzn i 30,3% kobiet) i zostało przeprowadzone w lutym 2011 w sześciu placówkach świadczących pomoc osobom bezdomnym i znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej. Osoby zakwalifikowane do badania wypełniały autorską ankietę dotyczącą warunków życia oraz wiedzy o gruźlicy. Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o program statystyczny Statistica 8.0, przyjmując poziom znamienności statystycznej  $p=0,05$ . **Wyniki.** Większość badanych to osoby do 60 r.ż. (68,0%), bezdomne (66,9%), bezrobotne (54,9%), legitymujące się wykształceniem podstawowym i zawodowym (69,1%). Na gruźlicę chorowało 8,0% badanych. Choroba ta była znana większości badanych (96,6%), a wiedza na jej temat najczęściej pochodziła od rodziny (43,2%) i znajomych (45,6%). Respondenci w większości prawidłowo wskazywali na charakterystyczne objawy gruźlicy oraz czynniki ryzyka i drogi szerzenia się zakażeń. W badaniach profilaktycznych oraz zajęciach edukacyjnych nie uczestniczyło 82,3% ankietowanych. **Wnioski.** Podstawowa wiedza uczestników badania jest na dość dobrym poziomie, jednak im bardziej szczegółowe i dokładniejsze pytania, tym więcej kłopotu sprawiały respondentom. Istnieje ogromny deficyt programów zdrowotnych, których celem byłaby profilaktyka i edukacja tych osób.

**Słowa kluczowe:** bezdomność, gruźlica, edukacja zdrowotna, profilaktyka.

#### SUMMARY

**Introduction.** Tuberculosis (TB) is still an important and serious health problem of the XXI century. A group of people that are particularly at risk are the homeless and the poor. **Objective.** The main objective of this paper was the assessment of knowledge regarding TB of the poor from soup kitchens, homeless emergency shelter, hostels, in the Katowice city. **Materials and methods.** The examination covered 175 individuals (69.7% men and 30.3% women) and was conducted in February 2011 in six institutions which are involved in helping the homeless and those who are in a difficult financial situation. Questionnaire was completed by qualified for the examination subjects on their current life conditions and knowledge regarding TB. Statistical analysis was based on statistical programme Statistica 8.0. assuming that the level of statistical significance was  $p=0.05$ . **Results.** The majority of the examined individuals were in their early 60's (68.0%), homeless (66.9%), unemployed (54.9%) with preliminary and vocational background. From TB suffered 8,0%. Most of the subjects (96.6%) were aware of this disease and the main information sources on TB have come from families (43.2%) and friends (45.6%). Mostly the characteristic symptoms of tuberculosis and the risk factors were defined correctly. In the prophylactic research and the educational programme did not participate 82,3% of subjects. **Conclusion.** The subjects' basic knowledge is fairly good, however the more detailed and accurate questions were asked, the more difficult it was for them to answer. There is a significant shortage of health programmes, which aim at prevention and education of the interested parties.

**Key words:** homeless, tuberculosis, health education, prevention.

## WSTĘP

Już od stuleci człowiek miał styczność z gruźlicą. Do niedawna utożsamiana ona była z niedożywieniem, biedą, czy też z wojną. Teraz z gruźlicą kojarzą się źle klimatyzowane biurowce oraz egzotyczne podróże samolotem w czasie których można zarazić się tą chorobą. Fachowa literatura podkreśla fakt istnienia czynników ryzyka, które sprzyjają rozprzestrzenianiu się gruźlicy. Wśród nich wymienić można: głód, biedę i brak odpowiednich warunków mieszkaniowych. Coraz większe znaczenie ma również alkoholizm i narkomania. Ważną rolę odgrywa populacja osób zakażona wirusem HIV. Z wyżej wymienionymi problemami borykają się zarówno kraje wysoko rozwinięte, jak i rozwijające się [1].

Szczególnie ważną grupą z punktu widzenia ryzyka zachorowania na gruźlicę są osoby bezdomne oraz o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Wynika to przede wszystkim z kumulacji dużej liczby czynników ryzyka w tej grupie tj. niedożywienie, ubóstwo, czy złe warunki mieszkaniowe [2]. Dodatkowo dochodzą również specyficzne, ryzykowne zachowania tj. nadużywanie alkoholu, palenie papierosów oraz nieutrzymywanie higieny osobistej. Osoby bezdomne oraz ubogie z racji częstego braku dochodów nie mogą korzystać z pełnego koszyka świadczeń medycznych. W związku z tymi barierami, często w ogóle nie zapisują się na wizyty, a z pomocy lekarza korzystają tylko w ostateczności, gdy sytuacja zagraża już ich życiu [1, 3]. Uważa się, że aż 1/3 osób bezdomnych, bądź pozostających bez stałego miejsca zamieszkania, chorowała lub choruje na gruźlicę. W tej chwili sytuacja ta dotyka nawet najbogatsze państwa naszego globu, a nie, jak mogłoby się wydawać – tylko kraje trzeciego świata [4]. Gruźlica wśród osób bezdomnych to również aktualny problem w Polsce. Wielu ludzi błędnie uważa, że to „choroba przeszłości”, bądź „choroba wojny”. Ten punkt widzenia nie jest jednak zgodny z prawdą. Pogorszenie wskaźników epidemiologicznych w Polsce w przeciągu ostatnich dekad jest wynikiem narastających nierówności w zakresie dochodu pomiędzy najbogatszymi, a najbiedniejszymi ludźmi w kraju. Nierówności prowadzą do różnic w standardzie życia mieszkańców różnych miast w Polsce. Ubóstwem i biedą zagrożonych jest coraz więcej ludzi, co z kolei przekłada się na stan ich zdrowia [5, 6]. Coraz bardziej alarmujące wskaźniki dotyczą w szczególności województwa śląskiego – okazuje się, że z roku na rok rośnie trend zapadalności na gruźlicę [7].

Niekorzystnym zjawiskiem jest również malejąca wiedza na temat możliwości zarażenia się gruźlicą w Polsce oraz w innych krajach świata, szczególnie wśród grup ryzyka. W latach 80., gdy wskaźniki epi-

demiologiczne zapadalności i umieralności na gruźlicę uległy poprawie, zaczęto wycofywać programy zdrowotne oraz profilaktyczne dotyczące tego problemu, zaś lekarze podstawowej opieki zdrowotnej stali się coraz mniej czujni i często bagatelizowali pierwsze objawy świadczące o chorobie u swoich pacjentów [8, 9]. Taki stan rzeczy utwierdził całe społeczeństwo w przekonaniu, że gruźlica to choroba, która nie zagraża całej populacji, bo nie jest już poważnym problemem zdrowotnym. Dzisiaj wiadomo jednak, że samo zaszczepienie oraz leki nie wystarczą. Pojawiają się nowe szczepy lekoopornej gruźlicy, którą trudno zdiagnozować, a później leczyć [10].

Odpowiednia profilaktyka oraz edukacja zdrowotna powinna stanowić trzon wszystkich działań ochrony zdrowia, które miałyby ograniczyć liczbę zachorowań [11, 12]. Wydaje się więc koniecznym, by prowadzić badania, mające na celu ocenę stanu wiedzy osób z grup ryzyka. Badania te w przyszłości mogą posłużyć do ewentualnej implementacji nowych programów zdrowotnych w tym zakresie.

W związku z tym, jako cel główny niniejszej pracy przyjęto ocenę wiedzy dotyczącej gruźlicy u osób korzystających z jadłodajni, noclegowni oraz schronisk na terenie Katowic.

## MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone w lutym 2011 roku na terenie miasta Katowice i objęło sześć placówek, które zajmują się organizacją różnych form pomocy dla osób bezdomnych oraz ubogich, tj. jadłodajnie, noclegownie oraz schroniska. Do ośrodków tych zaliczono m.in. trzy Zgromadzenia Klasztorne tj. Klasztor Sióstr Służebniczek NMP, Zgromadzenie Sióstr Misjonarek Miłości i Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety w Katowicach, a także Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Caritas Archidiecezji Katowickiej oraz Górnośląskie Towarzystwo Charytatywne. Po wyrażeniu zgody (przez Dyrektorów lub Siostry Przełożone poszczególnych placówek) na przeprowadzenie badania, wśród osób korzystających z pomocy powyższych ośrodków, rozprowadzono anonimowe ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz składał się z 29 pytań, dotyczących sytuacji społeczno-ekonomicznej badanych, zaspakajania podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych, stanu zdrowia oraz wiedzy dotyczącej gruźlicy. W badaniu wzięło udział 175 spośród 180 zaproszonych respondentów, co oznacza wysoki poziom partycypacji, wynoszący 97,2%. Analizą zostały objęte osoby dorosłe, zarówno bezdomne, jak i posiadające stałe miejsce zamieszkania, które korzystają z pomocy placówek tj. jad-

łodajnie, noclegownie, czy schroniska na terenie Katowic.

Ze względu na specyfikę badanej grupy, oprócz poznania stanu wiedzy dotyczącej gruźlicy skupiono się również na społeczno-ekonomicznych determinantach mogących wpływać na poziom tej wiedzy.

Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o procedury dostępne w pakiecie Statistica 8.0. Dla oceny różnic pomiędzy zmiennymi jakościowymi zastosowano test chi-kwadrat, przyjmując statystyczną znamienność różnic na poziomie  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

Badanie objęło 175 osób: 122 mężczyzn (69,7%) i 53 kobiety (30,3%). Większość badanych to osoby w wieku 30–59 lat (68,0%), legitymujące się wykształceniem podstawowym lub zawodowym (69,1%), bezrobotne (54,9%), samotne (panna – 32,1%; kawaler

– 45,9%, wdowa/rozwódka – 20,7%; wdowiec/rozwodnik – 44,3%). Spośród wszystkich badanych 58 osób (33,1%) posiadało stałe miejsce zamieszkania, natomiast 117 osób było bezdomnymi (66,9%). Respondentów posiadających stałe miejsce zamieszkania zapytano o warunki mieszkaniowe. Prawie jedna czwarta badanych deklarowała, że ich mieszkania są ciemne (24,1%), chłodne (44,8%), wilgotne (37,9%) i przeludnione (8,6%).

Grupę badaną zapytano również o stopień zaspokajania ich podstawowych potrzeb życiowych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Za najbardziej niezaspokojoną potrzebę fizyczną badani wskazywali brak właściwych warunków mieszkaniowych (dla kategorii „prawie cały czas”: 45,1% dla wszystkich badanych), natomiast w przypadku potrzeb psychicznych najczęściej wymieniali strach o zdrowie własne lub najbliższych (dla kategorii „prawie cały czas”: 37,7% dla wszystkich badanych). Szczegółowe wyniki analiz przedstawione zostały w tabeli I.

Tab. I. Zaspokajanie podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych

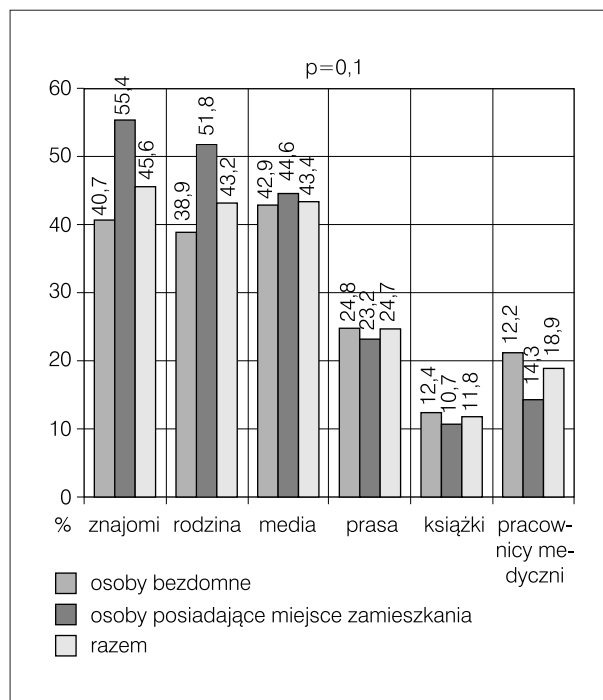
Tab. I. Meeting the basic physical and mental needs

		Osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania n (%)	Osoby bezdomne n (%)	Razem n (%)	Wartość „p”
ZASPOKOJENIE PODSTAWOWYCH POTRZEB FIZYCZNYCH					
Głód	Nigdy	15 (25,9%)	44 (37,6%)	59 (33,7%)	p = 0,3
	Od czasu do czasu	32 (55,2%)	58 (49,6%)	90 (51,4%)	
	Prawie cały czas	11 (19,0%)	15 (12,8%)	26 (14,9%)	
Pragnienie	Nigdy	15 (25,9%)	39 (33,3%)	54 (30,9%)	p = 0,6
	Od czasu do czasu	32 (55,2%)	59 (50,4%)	91 (52,0%)	
	Prawie cały czas	11 (19,0%)	19 (16,2%)	30 (17,4%)	
Brak właściwego odzienia	Nigdy	19 (32,7%)	51 (43,6%)	70 (40,0%)	p = 0,2
	Od czasu do czasu	28 (48,3%)	54 (46,1%)	82 (46,9%)	
	Prawie cały czas	11 (19,0%)	12 (10,3%)	23 (13,1%)	
Brak dobrych warunków mieszkaniowych	Nigdy	17 (29,3%)	16 (13,7%)	33 (18,9%)	p = 0,1
	Od czasu do czasu	18 (31,0%)	45 (38,5%)	63 (36,0%)	
	Prawie cały czas	23 (39,7%)	56 (47,9%)	79 (45,1%)	
ZASPOKOJENIE PODSTAWOWYCH POTRZEB PSYCHICZNYCH					
Osamotnienie, wyobcowanie	Nigdy	26 (27,6%)	29 (24,8%)	45 (25,7%)	p = 0,5
	Od czasu do czasu	22 (37,9%)	55 (47,0%)	77 (44,0%)	
	Prawie cały czas	20 (34,5%)	33 (28,2%)	53 (30,3%)	
Brak bezpieczeństwa	Nigdy	32 (55,2%)	71 (60,7%)	103 (58,9%)	p = 0,8
	Od czasu do czasu	12 (20,7%)	21 (17,9%)	33 (18,9%)	
	Prawie cały czas	14 (24,1%)	25 (21,4%)	39 (22,3%)	
Brak zrozumienia ze strony innych	Nigdy	25 (43,1%)	38 (32,5%)	63 (36,0%)	p = 0,4
	Od czasu do czasu	19 (32,8%)	49 (41,9%)	68 (38,9%)	
	Prawie cały czas	14 (24,1%)	30 (25,6%)	44 (25,1%)	
Strach o zdrowie swoje lub swoich najbliższych	Nigdy	22 (37,9%)	51 (43,6%)	73 (41,7%)	p = 0,7
	Od czasu do czasu	14 (24,1%)	22 (18,8%)	36 (20,6%)	
	Prawie cały czas	22 (37,9%)	44 (37,6%)	66 (37,7%)	

Badani zostali poproszeni o subiektywną ocenę swojego stanu zdrowia. Najwięcej badanych (40,6%) deklaroowało dobry stan zdrowia (w tym 34,5% osób mających miejsce zamieszkania i 43,6% bezdomnych). Dostateczny stan zdrowia został odnotowany u 26,9% respondentów (w tym 24,1% osób mających miejsce zamieszkania i 28,2% bezdomnych), zły u prawie 19% (odpowiednio: 19,0% i 18,8%).

Kluczowe pytania w kwestionariuszu dotyczyły wiedzy badanych na temat gruźlicy. O gruźlicy służyło 169 osób uczestniczących w badaniu – co stanowiło 96,6%. Respondenci najczęściej dowiadywali się o gruźlicy od rodziny i znajomych (odpowiednio 43,2% i 45,6%), a także za pośrednictwem mediów (43,4%). Pracownicy medyczni częściej byli źródłem informacji na temat gruźlicy dla osób bezdomnych, niż dla posiadających stałe miejsce zamieszkania. Jednak zaobserwowane różnice między grupami nie okazały się statystycznie znamienne, co przedstawiono na rycinie 1.

Na gruźlicę chorowało 14 badanych, co stanowi 8% badanej grupy. Najczęściej badani wskazywali, że czynnikiem wywołującym gruźlicę jest wirus lub grzyb (30,8%), następnie bakteria (27,8%) a 41,4% nie znało odpowiedzi na to pytanie. Osoby bezdomne częściej zakreślały poprawną odpowiedź, niż osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania. Różnice między grupami okazały się statystycznie znamienne ( $p = 0,03$ ). Kolejne pytania dotyczyły dróg szerzenia się zakażeń.



Ryc. 1. Źródła wiedzy o gruźlicy

Fig. 1. Sources of knowledge about tuberculosis

Największy odsetek badanych wskazał na drogę kropelkową (78,7%) i pokarmową (52,1%). W tabeli II przedstawiono szczegółowe wyniki opisanych powyżej analiz.

Tab. II. Wiedza na temat czynnika wywołującego gruźlicę oraz dróg szerzenia się choroby

Tab. II. Knowledge of the agent causing tuberculosis and its transmission modes

	Osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania n (%)	Osoby bezdomne n (%)	Razem n (%)	Wartość „p”
CZYNNIK WYWOŁUJĄCY GRUŻLICĘ				
Bakteria	12 (21,4%)	35 (31,0%)	47 (27,8%)	p = 0,03
Wirus lub grzyb	13 (23,2%)	39 (34,5%)	52 (30,8%)	
Nie wiem	31 (55,4%)	39 (34,5%)	70 (41,4%)	
DROGI SZERZENIA SIĘ GRUŻLICY				
Droga kropelkowa	41 (73,2%)	92 (81,4%)	133 (78,7%)	p = 0,2
Droga pokarmowa	28 (50,0%)	60 (53,1%)	88 (52,1%)	p = 0,7
Skóra i błony śluzowe	11 (19,6%)	25 (22,1%)	36 (21,3%)	p = 0,7

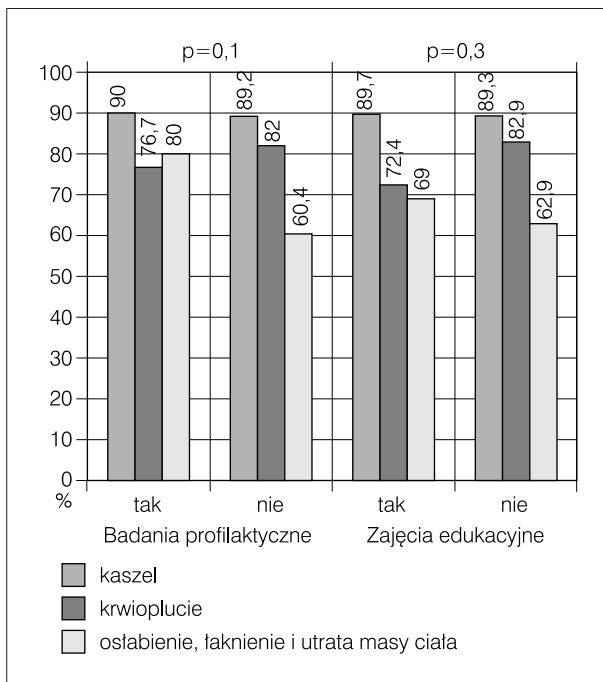
Za główne objawy pojawiające się podczas zachorowania na gruźlicę osoby deklarujące znajomość problemu gruźlicy uznawały najczęściej kaszel trwający dłużej, niż 3 tygodnie (89,3%), krwiotłucie (81,1%) oraz osłabienie łaknienia i utrata masy ciała (63,9%). Ponad 67% badanych uważało, że gruźlica jest wyleczalna. Takie zdanie częściej miały osoby bezdomne

(71,7%) niż osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania (58,9%), jednak zaobserwowane różnice nie okazały się statystycznie znamienne. Ponad połowa badanych wiedziała, że istnieje szczepionka przeciwko gruźlicy (60,4%), jednak co czwarty respondent nie potrafił odpowiedzieć na pytanie dotyczące możliwości szczepień przeciwko tej chorobie (25,4%). Interesującą

obserwacja dotyczy faktu, że znowu częściej osoby bezdomne były świadome możliwości szczepień przeciwko gruźlicy niż posiadające stałe miejsce zamieszkania (odpowiednio 63,7% vs. 53,6%), ale różnice pomiędzy grupami nie okazały się znamienne statystycznie.

Kolejną kwestią, o którą zapytano respondentów był udział w badaniach profilaktycznych oraz w zajęciach edukacyjnych dotyczących gruźlicy. Większość badanych nie uczestniczyła w badaniach profilaktycznych (82,3%), bądź takie badania nie były organizowane na terenie ośrodków. Natomiast w zajęciach edukacyjnych dotyczących gruźlicy wzięło udział jedynie 31 badanych (17,7%). Spośród 119 osób korzystających z poradni lekarskich jedynie 16 (13,4%) zostało powiadomionych przez lekarza o podwyższonym ryzyku zachorowania na gruźlicę.

Osoby, które brały udział w badaniach profilaktycznych częściej niż osoby w nich nieuczestniczące wskazywały na objaw kaszlu i osłabienie łaknienia oraz utraty masy ciała, jako jednego z objawów gruźlicy. Krwioplucie natomiast częściej wskazywane było przez osoby niebiorące udziału w badaniach profilaktycznych, jako jeden z objawów omawianej choroby. W odniesieniu do udziału w zajęciach edukacyjnych zaobserwowano podobne zależności, jednak w obu przypadkach nie okazały się one statystycznie znamienne. Dokładne analizy przedstawiono na rycinie 2.



Ryc. 2. Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych i zajęciach edukacyjnych, a znajomość objawów gruźlicy

Fig. 2. Participation in preventive examination and educational activities and knowledge of TB symptoms

## DYSKUSJA

Głównym celem niniejszego badania była ocena wiedzy dotyczącej gruźlicy wśród beneficjentów jadłodajni, noclegowni oraz schronisk na terenie miasta Katowice. Osoby, które zostały zakwalifikowane do badania to ludzie o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w większości przypadków bezdomni.

W kontekście przytoczonego celu, problem ten wydaje się niezwykle istotny. Wiele doniesień oraz publikacji wskazuje właśnie na tę grupę, jako jedną z najbardziej zagrożonych deprivacją społeczną. Wykluczenie z życia społecznego, ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, niezaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych niesie za sobą wiele innych, negatywnych skutków. Będą się one wyrażać m.in. w słabszym zdrowiu, gorszej wiedzy i świadomości zdrowotnej. Fakt ten potwierdza wiele badań, wskazując, że stan zdrowia oraz poziom wiedzy dotyczący różnych aspektów szeroko pojętej profilaktyki zdrowotnej u takich osób jest gorszy, w porównaniu do grup o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym [13, 14]. Chcąc właściwie ocenić świadomość i wiedzę na temat gruźlicy oraz pewne zachowania profilaktyczne u analizowanej grupy, nie można rozpatrywać ich bez odniesienia do zmiennych tj. wykształcenie, czy posiadanie pracy. Niski poziom wykształcenia oraz brak pracy jest powiązany z niskim stanem wiedzy w różnych sferach życia człowieka. Poziom wiedzy u takich osób często bazuje tylko i wyłącznie na własnych doświadczeniach oraz przeżyciach, co z kolei wpływa na gorszą świadomość, zarówno zdrowotną, jak i dotyczącą innych aspektów egzystencji człowieka [14, 15]. Prawidłowość ta została potwierdzona naukowo.

Dla przykładu niskie wykształcenie i bezrobocie u kobiet w ciąży wpływa na zwiększone ryzyko wystąpienia niedowagi u ich dzieci, zaś u mężczyzn niski status społeczno-ekonomiczny wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wylewu lub raka żołądka w późniejszym okresie ich życia [16]. Dodatkowo polskie badania wskazują, że niski stan wiedzy u osób bezrobotnych i słabo wykształconych wiąże się z niską aktywnością zawodową i obywatelską, utrudnia rozwój osobowości człowieka, poza tym może również doprowadzić do marginalizacji i wykluczenia społecznego [17].

Większość ankietowanych w niniejszym badaniu to osoby bezrobotne, posiadające niskie wykształcenie: podstawowe lub zawodowe (69,14%). Niski poziom edukacji i wykształcenia oraz bezrobocie są również czynnikami ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego. Osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, przyzwyczajone do swojej sytuacji, nie widzą potrzeby

dbania o własne zdrowie. Często mają również utrudniony dostęp do fachowej pomocy medycznej. Badając świadomość i wiedzę w grupie osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym trzeba odnieść się do tego problemu wieloaspektowo. Różnorakie czynniki mogą bowiem wpłynąć na posiadanie wiedzy lub jej brak u tych osób.

Tą część respondentów, która posiadała stałe miejsce zamieszkania zapytano o warunki mieszkaniowe, w których żyją. Prawie jedna trzecia ankietowanych uważała, że ich mieszkania są ciemne, chłodne i wilgotne. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stworzyła wykaz głównych determinantów zdrowia, wśród których znajdują się odpowiednie warunki mieszkaniowe [18]. Determinanta ta w znacznym stopniu może wpływać na zdrowie osób żyjących w skrajnie złych warunkach mieszkaniowych. Powszechnie wiadomo, że złe warunki mieszkaniowe mają ogromny wpływ na zwiększone ryzyko zachorowania w przypadku gruźlicy. Prawdopodobieństwo zakażenia gruźlicą jest wyższe w przypadku osób mieszkających w pojedynczych, przeludnionych pomieszczeniach, gdzie nie ma właściwego przepływu powietrza (zła klimatyzacja). Dodatkowo ryzyko to może być pogębiane, jeżeli pomieszczenia mieszkalne są wilgotne, zagrzybione oraz nieodpowiednio opalane [19]. Nie tylko badania amerykańskie podkreślają tę zależność. Badania polskie wskazują, że nieodpowiednie warunki mieszkaniowe są jedną z głównych przyczyn rozwinienia się choroby u osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym [15].

Wyniki badania wskazały, że zaspokojenie potrzeb fizycznych oraz psychicznych znajduje się na bardzo niskim poziomie. Zgodnie z Piramidą Potrzeb Masłowa – potrzeby wyższego rzędu nie mogą być u tych osób zaspokojone, jeżeli wcześniej nie zostaną spełnione potrzeby niższego rzędu. Do tzw. potrzeb niższego rzędu zaliczamy m.in.: potrzeby fizjologiczne (pożywienie, sen, higiena osobista) oraz potrzeby bezpieczeństwa (stabilizacja, sprawiedliwość, porządek, eliminacja zagrożeń). Z kolei do tzw. potrzeb wyższego rzędu zaliczamy: potrzeby afiliacji (miłość, akceptacja, przywiązanie), potrzeby szacunku i uznania oraz potrzeby samorealizacji (zaspokojenie własnych ambicji życiowych) [20]. Wiedzę na temat gruźlicy można odnieść do potrzeb wyższego rzędu (samorealizacji). Niezaspokojenie potrzeb niższego rzędu rzadziej deklarowały osoby bezdomne. Sytuacja odwrotna występowała w przypadku osób posiadających stałe miejsce zamieszkania. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych było dla nich bardziej dokuczliwe. Przeprowadzono również analizy związane z zaspokojeniem potrzeb psychicznych u respondentów. Okazało się, że najwięcej z nich borykało się ze strachem o własne

zdrowie lub zdrowie najbliższych, następnie problemem było osamotnienie oraz poczucie braku zrozumienia ze strony innych ludzi. Wydaje się, że osoby bezdomne przyzwyczajone są do życia na marginesie społeczeństwa. Osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania mogą żyć, jakby „w zawieszaniu” – pomiędzy marginesem, a głównym nurtem życia społecznego, dlatego według wyników badania czują się bardziej osamotnione, niż bezdomni. Być może wynika to z faktu, że często mieszkają obok prawidłowo funkcjonujących osób (tzn. posiadających pracę, stałe dochody, godne warunki mieszkaniowe itp.) i to tym bardziej podkreśla ich złe położenie. Stąd też częściej mogli wskazywać na samotność i brak bezpieczeństwa niż bezdomni, którzy przywykli do swojej sytuacji życiowej. Z drugiej jednak strony różnice między analizowanymi grupami nie są zbyt duże. Respondenci częściej wskazywali na brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, więc można wnioskować, że brak zaspokojenia tych potrzeb jest bardziej dotkliwy, niż niezaspokojenie potrzeb fizycznych. Łatwiej można znieść „cierpienie” fizyczne od psychicznego [21]. Z dywagacji tych wynika, że wiedza na temat gruźlicy powinna być na niskim poziomie u badanych osób, ponieważ skupiają się oni przede wszystkim na realizacji swoich potrzeb niższego rzędu. Pomimo tego, ankietowani dość dobrze identyfikowali podstawowe objawy i czynniki ryzyka gruźlicy.

W odniesieniu do gruźlicy wskaźniki występowania tej choroby są niższe w badaniu własnym, niż w populacji generalnej Polski. Wyniki badania pokazały, że na gruźlicę chorowało 14 ankietowanych, co stanowiło 8%. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego z 2010 roku mówi o ponad 7500 przypadków gruźlicy, przy wskaźniku zapadalności równym 19,7/100 tys. ludności. Niepokój budzi również fakt wzrastającej liczby przypadków gruźlicy na Śląsku. Współczynnik zapadalności wzrósł o 5,8 % w stosunku do roku 2009 i jest jednym z najwyższych w Polsce, tuż obok województwa łódzkiego i lubelskiego [22].

W niniejszym badaniu przeprowadzono również analizę programów profilaktycznych oraz ocenę edukacji zdrowotnej w kwestii gruźlicy dla beneficjentów ośrodków biorących udział w badaniu. Uwidacznia się tutaj ogólny brak programów profilaktycznych i edukacyjnych w ośrodkach pomocy dla osób bezdomnych. Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Gdańskiego podkreśla w swoich pracach istotę edukacji, która wydaje się być podstawowym instrumentem walki z ubóstwem i marginalizacją społeczną [23, 24].

Jak się okazuje – większość ankietowanych posiada dość dobrą, lecz bardzo ogólną i mało szczegółową wiedzę dotyczącą gruźlicy. Osoby bezdomne częściej uczestniczyły w programach edukacyjnych i profilak-

tycznych, niż posiadające miejsce zamieszkania. Przebywanie w schroniskach, czy noclegowniach stawia osoby bezdomne w lepszej sytuacji. W takich miejscach łatwiej można skupić różnych profesjonalistów, którzy leczą, edukują oraz służą pomocą. Posiadanie mieszkania w tym przypadku jest czynnikiem, który nie sprzyja zachowaniom zdrowotnym. Problemem jest nie tylko istnienie deficytu programów edukacyjnych, czy profilaktycznych związanych z gruźlicą, ale i również małe zaangażowanie lekarzy na poziomie podstawowej opieki lekarskiej. Lekarze bardzo rzadko informują pacjentów z grupy ryzyka o ewentualnych czynnikach usposabiających do gruźlicy, czy też jej skutkach. Takiej informacji udzielono jedynie 16 ankietowanym (9,1%), którzy korzystali z porady lekarskiej w ciągu ostatniego roku. Jak wskazują badania przeprowadzone przez Uniwersytet Gdański, osoby ubogie z racji swojego wykluczenia społecznego, rzadko są edukowane przez lekarzy w jakichkolwiek kwestiach zdrowotnych. Brak takich informacji pogłębia z kolei już i tak ich złą sytuację zdrowotną [24]. Okazało się, że pracownicy medyczni byli najrzadziej wskazywani przez respondentów, jako źródło informacji na temat gruźlicy (18,9%). Jeszcze rzadziej wykorzystywanym źródłem informacji okazały się książki (11,8%), ale biorąc pod uwagę, jaki odsetek spośród tych osób czyta książki, bądź w ogóle nie posiada tej zdolności, można założyć, że to właśnie pracownicy medyczni znajdują się na ostatniej pozycji. Nie może to być powodem zadowolenia. Należy więc zadać sobie pytanie o rolę edukacji zdrowotnej w życiu każdej osoby bezdomnej. Wydaje się, że jest to kluczowy element, by móc uchronić ich od wszelakich chorób, poprawić ogólną sytuację zdrowotną i kształtować dobre zachowania zdrowotne. Badania Uniwersytetu Toronto w Kanadzie potwierdzają tę hipotezę. Według nich podstawowym ogniwem zapewniającym dostęp do wiedzy oraz edukacji osób ubogich i bezdomnych są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z tą teorią, w Kanadzie organizowanych jest wiele programów edukacyjnych i profilaktycznych, kierowanych bezpośrednio do bezdomnych.

To dzięki nim takie osoby prowadzą zdrowsze, bardziej świadome życie, jednocześnie zmniejsza się również ich stopień wykluczenia ze społeczeństwa [25]. Efektywność prowadzenia badań profilaktycznych oraz zajęć edukacyjnych widać na przykładzie następnego pytania analizowanego w badaniu. Respondenci twierdzili, że czynnikiem, który doprowadza do pojawienia się gruźlicy jest wirus lub grzyb (30,77%). Bezdomni, którzy jednocześnie częściej brali udział w programach edukacyjnych, niż osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania, wskazywali na bakterie, które są prawdziwym czynnikiem wywołującym gruźlicę.

Podobnie było w przypadku określania podstawowych dróg szerzenia się gruźlicy. To właśnie bezdomni częściej określali zarówno drogę kropelkową, drogę pokarmową oraz błony śluzowe. Ich wiedza w tym zakresie okazała się znacznie szersza, niż pozostałych osób.

Nasuwa się więc wniosek, że ogólna wiedza respondentów na temat gruźlicy w badaniu jest dość dobra. Może to być efektem tego, że analizowana grupa należy do szczególnej grupy ryzyka zachorowania na gruźlicę [3]. Osoby te obracają się wśród innych bezdomnych, którzy chorowali lub chorują i dzięki temu posiadają podstawową wiedzę w tym zakresie.

Podsumowując – wyniki niniejszego badania wskazują, że udział w badaniach, czy zajęciach edukacyjnych nie wpływał na wiedzę, bo osoby nie biorące czynnego udziału w edukacji, czy profilaktyce, miały podobny poziom wiedzy.

## WNIOSKI

1. Stan ogólnej wiedzy beneficjentów jadłodajni, noclegowni oraz schronisk jest dość dobry. Ankietowani posiadają podstawową wiedzę z zakresu znajomości problemu gruźlicy, jednak im bardziej szczegółowe pytania, tym mocniej uwidacznia się wybiórczość posiadanej przez nich wiedzy.

2. Ciężkie warunki socjoekonomiczne, w których żyje analizowana grupa badawcza warunkują stopień zaspokojenia podstawowych potrzeb fizjologicznych oraz psychologicznych. To z kolei może wpływać na stan wiedzy dotyczącej gruźlicy.

3. Istnieje deficyt programów profilaktycznych oraz edukacyjnych o tematyce gruźlicy dla grupy osób szczególnego ryzyka.

---

Badanie finansowane ze środków własnych mgr Dominiki Myśliwiec

## PIŚMIENNICTWO

1. Zielonka T.: Gruźlica w Polsce, Europie i na świecie. Część I – zapadalność. *Pol Merkuriusz Lek* 2006; 123: 243–252.
2. Rowińska-Zakrzewska E.: Gruźlica w praktyce lekarskiej. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2000: 186–200.
3. Kwiatkowska S., Grzelewska-Rzymowska I.: Gruźlica w Polsce i na świecie. *Alergia* 2008; 2: 41–44.
4. Moss A., Hahn J., Tulsy J. i wsp.: Tuberculosis in the homeless. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 460–464.
5. Wygnańska J.: Polskie dane o bezdomności i wykluczeniu mieszkaniowym. Aktualizacja 2006. *Europejskie Obserwatorium Bezdomności – FEANTSA* 2006: 6–11.
6. Stychler A.: Zasady udzielania pomocy lekarskiej osobom bezdomnym. *Forum Med Rodz* 2009; 1: 77–79.

7. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Oddział Analiz i Statystyki Medycznej: Gruźlica ciągle groźna. Śląski Urząd Wojewódzki, Katowice 2010: 2–6.
8. Zielonka T.: Gruźlica w Polsce, Europie i na świecie. Część II – umieralność, lekooporność i zakażenie HIV. Pol Merkuriusz Lek 2006; 123: 253–261.
9. Hewett N., Halligan A.: Homelessness is a healthcare issue. J. R. Soc. Med. 2010, 103, 306–307.
10. Korzeniowska-Koseła M.: Gruźlica w Polsce – czynniki sukcesu leczenia. Pneumon Alergol Pol 2007; 75: 1–7.
11. Frankish C., Hwang S., Quantz D.: The relationship between homelessness and health: An overview of research in Canada. University of Toronto 2009: 1–12.
12. Roy A., Abubakar I., Yates S. i wsp.: Evaluating knowledge gain from TB leaflets for prison and homeless sector staff: the National Knowledge Service TB pilot. Eur J Pub Health 2008; 6:600–603.
13. Estrela E.: Reducing health inequalities in the EU. The Magazine of FEANTSA – Homeless in Europe 2011: 18–19.
14. Hall J., Story A.: An authentic voice – TB peer educators. The Magazine of FEANTSA – Homeless in Europe 2009: 20–22.
15. Rydzewska N., Wieczorek D., Król I. i wsp.: Czynniki społeczno-bytowe w ocenie zachorowań na gruźlicę płuc w Kaliszu w latach 1991–2000. Wiad Lek 2006: 7–8: 492–496.
16. Komisja Unii Europejskiej: Zmniejszenie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej. Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2011: 7–13.
17. Solarczyk-Szwec H.: Wykształcenie, jako czynnik włączenia i wyłączenia społecznego. Kapitał Ludzki – Narodowa Strategia Spójności. Europejski Fundusz Społeczny, Toruń 2010: 1–15.
18. WHO: Health Impact Assessment. The determinants of health. Informacje dostępne na: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index4.html>. Stan na dzień 21.01.2013.
19. Shetty N., Shemko M., Vaz M. i wsp.: An epidemiological evaluation of risk factors for tuberculosis in South India: a matched case control study. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10: 80–86
20. Poston B.: Maslow's Hierarchy of Needs. The Surgical Technologist 2009; 8: 347–353.
21. Kinal A.: Bezdomność, jako wyzwanie dla społeczności lokalnej. Rocznik Lubuski 2003; Tom XXIX, cz.1: 193–206.
22. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego: Stan sanitarny kraju w roku 2010, Państwowa Inspekcja Sanitarna 2011: 6–7.
23. Popow M., Kowzan P., Zielińska M i wsp.: Oblicza biedy we współczesnej Polsce. Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Gdańskiego, Wydawca Doktoranckie Koło Naukowe „Na styku”, Gdańsk 2009: 159–174.
24. Dębski M.: Socjodemograficzny portret zbiorowości ludzi bezdomnych województwa pomorskiego, Uniwersytet Gdański 2005/2006: 58–65
25. Frankish C., Hwang S., Quantz D.: The relationship between homelessness and health: An overview of research in Canada, University of Toronto 2009: 1–12.

*Adres do korespondencji:*

*Dominka Myśliwiec  
os. J. Kochanowskiego 18/6  
43-190 Mikołów  
tel. 519 875 748  
e-mail: dominikamarta@yahoo.com*