

*Piotr Stępiak* ■

## SYTUACJA ZDROWOTNA I OCHRONA ZDROWIA WIĘŹNIÓW W ZAKŁADACH KARNYCH

### 1. Wprowadzenie. Prawo do ochrony zdrowia. Wskaźniki sytuacji zdrowotnej skazanych

Artykuł jest poświęcony sytuacji zdrowotnej osób odbywających karę pozbawienia wolności w koherencji do ochrony ich zdrowia w zakładach karnych. Pod pojęciem sytuacji zdrowotnej rozumiem ten fragment sytuacji życiowej skazanego na bezwzględną karę pozbawienia wolności, który wyznacza stan jego zdrowia, a także wynikające z tego stanu potrzeby i oczekiwania zdrowotne.

Za K. Obuchowskim przyjmuję, że potrzeba oznacza tyle samo, co stan pewnego braku, który organizm próbuje uzupełnić. Mówiąc inaczej, chodzi tu o sytuację, w której osobnik X bez przedmiotu Y nie może normalnie funkcjonować, tj. uzyskać optymalnej sprawności w zachowaniu siebie i gatunku oraz w zapewnieniu własnego rozwoju<sup>1</sup>. Zaspokajanie potrzeb stanowi zatem cel czynności samoregulacyjnych. Mechanizm samoregulacji to mechanizm zaspokajania potrzeb. Z takiego punktu widzenia można więc analizować, na ile konkretna treść i forma ochrony zdrowia w zakładach karnych wzmacnia, na ile zaś osłabia ten mechanizm.

Oba wskazane wyżej elementy sytuacji zdrowotnej więźnia są komplementarne. Stan zdrowia i potrzeby zdrowotne stanowią bowiem obiektywne wskaźniki tej sytuacji, podczas gdy oczekiwania co do możliwości ich zaspokojenia przez zakład karny – jej wskaźniki subiektywne. Z uwagi na to, w artykule podejmę się opisu obu tych wskaźników łącznie. Spróbuję także wskazać na istniejące pomiędzy

<sup>1</sup> K. Obuchowski, *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa 1983, s. 78.

nimi zależności. Innymi słowy, podejmę próbę oceny, na ile stopień i sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych osadzonych przez zakład karny spełnia ich oczekiwania w tym zakresie. Innymi słowy, chodzi o ocenę, w jakim stopniu przy indywidualizowaniu oddziaływań penitencjarnych, koncentrowaniu się na ich konkretnych, praktycznych formach i sposobach, bierze się pod uwagę potrzeby skazanych oraz ich oczekiwania od zakładu karnego co do pomocy w ich zaspokajaniu.

Należy się jeszcze uwaga, że rozważania stanowiące osnowę niniejszego artykułu oparte są na wynikach przeprowadzonych badań empirycznych. Formułując projekt tych badań, przyjąłem, że wskaźnikami sytuacji zdrowotnej osób pozbawionych wolności są ich choroby i dolegliwości, zróżnicowane w zależności od wieku, faktyczne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia, a także potrzeby i oczekiwania zdrowotne deklarowane przez skazanych.

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych praw człowieka, zagwarantowanym w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.<sup>2</sup>. Źródło tego prawa stanowi przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna godność człowieka. Jej poszanowanie i ochrona jest więc obowiązkiem władz publicznych. Zostało ono zamieszczone w rozdziale II Konstytucji RP, zatytułowanym: „Wolność, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”, w podrozdziale: „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”. Ustawodawca zaliczył je do praw socjalnych. W demokratycznym państwie obowiązek ich realizacji spoczywa na podmiotach publicznych, a w niektórych przypadkach także i na prywatnych (zasada subsydiarności).

Tak więc art. 68 ust. 1 Konstytucji przyznaje prawo do ochrony zdrowia każdemu człowiekowi. Z kolei Reguła 39 Europejskich Reguł Więziennych<sup>3</sup> stanowi, że władze więzienne chronią zdrowie wszystkich więźniów znajdujących się pod ich opieką, zaś zgodnie z Regułą 40.3 więźniowie mają dostęp do służby zdrowia dostępnej w kraju bez dyskryminacji ze względu na ich sytuację prawną.

Ogólną deklarację w Konstytucji RP rozwijają szczegółowo ustawy zwykłe. Wskazać tu zwłaszcza należy: Ustawę o działalności leczniczej<sup>4</sup>, Ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentystry<sup>5</sup>, Ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup>, Ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>7</sup>,

<sup>2</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

<sup>3</sup> *Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych*, w: *Międzynarodowe akty prawne odnoszące się do osób pozbawionych wolności*, Warszawa 2008.

<sup>4</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. Nr 112, poz. 654.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz. U. Nr 277, poz. 1634.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

a także Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>8</sup>. Konsekwencją przyjętych w nich unormowań jest zapewnienie jednostce ochrony zdrowia, w szczególności szerokiego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

W powyższym kontekście warto zwrócić uwagę na art. 32 Konstytucji RP, który wyraża zasadę egalitaryzmu wobec prawa. Z zasady tej wynika zatem nakaz równego traktowania w zakresie ochrony zdrowia także osób pozbawionych wolności<sup>9</sup>. Prawomocny wyrok orzekający karę pozbawienia wolności przenosi więc problem ochrony zdrowia ze środowiska otwartego do środowiska zamkniętego.

Z takiego punktu widzenia pozbawienie więźnia, bądź chociażby tylko ograniczenie mu prawa do ochrony zdrowia podczas odbywania kary, stanowiłoby pogwałcenie norm konstytucyjnych. Sytuacja taka oznaczałaby bowiem pozbawienie skazanego jego praw w zakresie szerszym niż jest to niezbędne dla osiągnięcia celów wykonania kary (por. art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Jeśli więc konsekwencją popełnienia czynu zabronionego jest osadzenie jego sprawcy w zakładzie karnym, to przysługują mu prawa i wolności obywatelskie, które nie zostały odebrane ustawą (np. kodeksem karnym wykonawczym), czy też prawomocnym orzeczeniem sądu. Wynika z tego, że prawo do ochrony zdrowia oraz związane z nimi prawa pacjenta są prawami, których odebrać nie można. Przeciwnie, państwo, biorąc pod uwagę ograniczone możliwości kontaktu ze światem zewnętrznym, jakie ma osadzony w zakładzie karnym, winno w szczególności sposób zadbać o prawidłowe rozpoznanie jego potrzeb zdrowotnych, jak również o właściwe zabezpieczenie możliwości ich zaspokajania. Powinność władzy państwowej w zakresie odpowiedzialności za życie i zdrowie skazanych dotyczy bowiem zdrowia traktowanego nie tylko jako dobro osobiste (por. art. 23 kodeksu cywilnego), lecz także jako dobro publiczne. Osoby pozbawione wolności mają więc konstytucyjnie chronione prawo do niezbędnej opieki zdrowotnej.

Warto wskazać, że problem ochrony zdrowotnej skazanego, jak również świadczenia jemu usług zdrowotnych w okresie wykonywania kary pozbawienia wolności, normują kodeks karny wykonawczy oraz inne, szczegółowe akty prawne z zakresu ochrony zdrowia. Tak więc, zgodnie z treścią art. 102 pkt 1 k.k.w., skazany ma prawo do opieki lekarskiej i sanitarnej. Dokładniej określa to bardzo rozbudowany art. 115 k.k.w. Zobowiązuje on władze państwowe, zajmujące się skazanymi,

<sup>7</sup> Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1993 r., Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

<sup>8</sup> Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 159.

<sup>9</sup> M. Urbaniak, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, w: M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, Poznań 2008, s. 100.

do zapewnienia im bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz bezpłatnego zaopatrzenia w leki, artykuły sanitarne, a w szczególnie uzasadnionych wypadkach – w niezbędne protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze<sup>10</sup>.

Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje jednak prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń, lekarza dentystry oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>11</sup> (§ 1a). W szczególnie uzasadnionych wypadkach może on jednak leczyć się na własny koszt u lekarza, którego wybrał, jak również korzystać z dodatkowych leków i innych środków medycznych (art. 115 § 6 k.k.w.).

Świadczeń zdrowotnych dla skazanych udzielają przede wszystkim podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (§ 4). Wchodzą one w skład więziennej służby zdrowia. Szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania tych świadczeń, jak również organizację i zadania tej służby określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>12</sup>.

Do zakresu działalności więziennej służby zdrowia należy zatem:

1. zapewnienie osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych, profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych, a także badań i terapii psychologicznych;
2. prowadzenie nadzoru nad warunkami zdrowotnymi, sanitarnymi oraz żywnością w jednostkach penitencjarnych;
3. zaopatrzenie medyczne (zwłaszcza w leki, materiały medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną);
4. promocja zdrowia i szerzenie oświaty zdrowotnej;
5. współdziałanie z innymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (zwłaszcza w zakresie zapewnienia osobom pozbawionym wolności świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, których udzielanie w jednostkach penitencjarnych nie jest możliwe);

<sup>10</sup> Warunki i sposób zaopatrzenia osób pozbawionych wolności w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze określił Minister Sprawiedliwości w rozporządzeniu z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz. U. Nr 204, poz. 1986).

<sup>11</sup> Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2011 r., Nr 1, poz. 2, a następnie rozporządzenie z dnia 14 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 738).

6. badanie i leczenie dentystyczne oraz świadczenia protetyczne oraz
7. orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia.

Z więzienną służbą zdrowia mogą współpracować także inne podmioty lecznicze, zwłaszcza, gdy jest to konieczne z uwagi na natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego, przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego, a także zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego (art. 115 § 5 k.k.w.).

Reasumując, problem ochrony zdrowia w warunkach więziennych jest ważny zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i pod względem badawczym. Pomimo to, w polskim piśmiennictwie penitencjarnym nie ma on, jak dotychczas, należytej mu rangi. Problematyka zdrowotna opracowana jest słabo. Przemawia to zatem za jej podejmowaniem. W tym nurcie mieszczą się też rozważania stanowiące osnowę tego artykułu.

## **2. Ochrona zdrowia a paradygmaty oddziaływań penitencjarnych**

Z uwag sformułowanych w poprzednim fragmencie wynika, że ochrona zdrowia skazanych jest jednym z najważniejszych zadań służby więziennej (por. art. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o służbie Więziennej<sup>13</sup>). Powstaje jednak pytanie o jego relację do innych zadań, a także o relację do paradygmatów oddziaływań penitencjarnych.

Próbując na nie odpowiedzieć, wskazać należałoby, że zgodnie z art. 2 pkt 3 Ustawy o Służbie Więziennej, podstawowym zadaniem Służby Więziennej jest jednak prowadzenie oddziaływań penitencjarnych i resocjalizacyjnych wobec osób skazanych na karę pozbawienia wolności, przede wszystkim zaś organizowanie pracy sprzyjającej zdobywaniu kwalifikacji zawodowych, nauczania, zajęć kulturalno-oświatowych, zajęć z zakresu kultury fizycznej i sportu oraz specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych. Oddziaływania tego rodzaju wskazano bowiem na pierwszym miejscu. Takie określenie zadań, jakkolwiek wynika z ogólnej logiki wykonania kary pozbawienia wolności, może budzić pewien niepokój. Praktyka bowiem pokazuje, że skazani przywiązują dużą wagę do świadczenia im usług

<sup>13</sup> Dz.U. z 2010 r., Nr 79, poz. 523 z późn. zmian. Art. 2 pkt 3 ustawy: „zapewnienie osobom skazanym na karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanym, a także osobom, wobec których są wykonywane kary pozbawienia wolności i środki przymusu skutkujące pozbawieniem wolności, przestrzegania ich praw, a zwłaszcza humanitarnych warunków bytowych, poszanowania godności, opieki zdrowotnej i religijnej”.

medycznych. Dotyczą one bowiem ich podstawowych potrzeb życiowych, częściej ważniejszych niż potrzeba uczestnictwa we „wzbudzaniu woli współdziałania w kształtowaniu społecznie pożądanym postaw” (por. art. 67 § 1 k.k.w.).

Powstaje zatem pytanie, czy ochronę zdrowia skazanych można by w jakiś sposób powiązać z paradygmatami oddziaływań penitencjarnych, zwłaszcza o charakterze resocjalizacyjnym. Odpowiedź nie jest łatwa. Jak się wydaje, są to dwie różne sfery albo, jak kto woli, aspekty wykonania kary pozbawienia wolności. Ochrona zdrowia skazanych jest obowiązkiem państwa, niezależnym od stosunku do niej samych skazanych, podczas gdy resocjalizacja penitencjarna stanowi tylko pewnego rodzaju ofertę działań fakultatywnych<sup>14</sup>, z której skazany może skorzystać, bądź nie. Z tego powodu trudno byłoby obie te sfery łączyć. Tym niemniej do rozstrzygnięcia pozostaje kwestia wskazania jakiejś teoretycznej koncepcji zadań więzienia, w paradygmacie której można by umieścić ochronę zdrowia.

Przegląd polskiego piśmiennictwa penitencjarnego pokazuje, że wielkiego wyboru w tym zakresie nie ma. Z tego względu warto zwrócić uwagę na dwie propozycje. Są one jakościowo odmienne, chociaż koncentrują się na oddziaływaaniach pomocowo-wspomagających wobec skazanych. Wychodzą jednak z założeń innych niż założenia klasycznej resocjalizacji, ukierunkowanej na korygowanie osobowości przestępcy.

Pierwszą z nich jest koncepcja resocjalizacji socjalnej P. Stępiaka<sup>15</sup>. Opiera się ona na założeniu, że celem pracy ze skazanym nie jest kształtowanie „dobrego osadzonego”, lecz „dobrego zwalnianego”<sup>16</sup>. W takim ujęciu koncentruje się ona nie na jego poprawie jurydycznej czy też moralnej, lecz na stworzeniu jemu pewnego minimum warunków socjalnych i ekonomicznych, niezbędnych do życia zgodnego z prawem po zwolnieniu z zakładu karnego (zatrudnienie, zakwaterowanie, wsparcie materialne, poradnictwo, odbudowa więzi społecznych itp.).

Tego rodzaju oddziaływania obejmują następującą triadę:

1. wzmocnienie społeczne,
2. terapię oraz
3. wychowanie<sup>17</sup>.

W zależności od potrzeb danego przypadku, elementy te można obudowywać innymi jeszcze działaniami, takimi jak poradnictwo, pomoc prawna w dochodzeniu świadczeń itp.

<sup>14</sup> Nie dotyczy to osób młodocianych (art. 95 § 1 k.k.w.).

<sup>15</sup> Por. P. Stępiak, *Wymiar sprawiedliwości i praca socjalna w krajach Europy Zachodniej*, Poznań 1999, s. 41-190.

<sup>16</sup> Por. J. Languier, *Criminologie et sciences penitentiare*, Paris 2006, s. 187.

<sup>17</sup> P. Stępiak, *op. cit.*, s. 73.

L. Tyszkiewicz<sup>18</sup>, analizując problem relacji pomiędzy modelem resocjalizacji socjalnej a resocjalizacją klasyczną, reprezentowaną m.in. przez Cz. Czapow<sup>19</sup>, stwierdza, że obie koncepcje różnią się istotnie. Pomimo pewnej zbieżności prezentują bowiem różne priorytety oddziaływań, oparte na różnej filozofii. Dla resocjalizacji klasycznej fundamentem jest oddziaływanie wychowawczo-korekcyjne<sup>20</sup>, a więc kształtowanie pożądanых cech osobowości. Dla resocjalizacji socjalnej – zachowanie, odbudowa oraz wzmocnienie więzi społecznych skazanego<sup>21</sup>.

Analizując takie więzi, warto przypomnieć nazwisko T. Hirschiego<sup>22</sup>, najbardziej znanego przedstawiciela kierunku kontroli społecznej<sup>23</sup>. Z punktu widzenia resocjalizacji socjalnej istotne jest to, że jednym z warunków odbudowy więzi społecznych osoby pozbawionej wolności jest względnie dobry stan zdrowia osoby zwalnianej z zakładu karnego. Utrzymanie go jest zatem jednym z warunków powodzenia resocjalizacji socjalnej. Podejmowane w tym zakresie działania tylko ją wspierają. W jakimś stopniu są więc do niej komplementarne. W zależności od potrzeb mogą obejmować profilaktykę zdrowotną, leczenie, rehabilitację, psychoterapię itp.

Jak zatem widać, koncepcja resocjalizacji socjalnej dotyczy innej sfery oddziaływań niż ochrona zdrowia. Z tego powodu dość trudno byłoby ją wykorzystać jako teoretyczny model postępowania, w którym można by umieścić ochronę zdrowia skazanych w zakładach karnych.

Inną koncepcję oddziaływań formułuje Henryk Machel. Wychodzi on z założenia, że więzienie polskie znalazło się w sytuacji braku nowej metodyki korekcyj-

<sup>18</sup> Por. L. Tyszkiewicz, *Spór o resocjalizację i pracę socjalną*, w: W. Ambroziak, P. Stępiak (red.), *Służba więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej*, Poznań-Warszawa-Kalisz 2004.

<sup>19</sup> Por. Cz. Czapów, *Wychowanie resocjalizujące, Elementy metodyki i diagnostyki*, Warszawa 1978.

<sup>20</sup> Szczegółowo i wyczerpująco na ten temat pisze np. Cz. Czapów, *op. cit.*

<sup>21</sup> Por. H. Kołakowska-Przełomieć, *Zapobieganie przestępczości. Studium kryminologiczne*, Warszawa 1984.

<sup>22</sup> T. Hirschi, *Causes of Delinquency*, New York 1969, s. 15.

<sup>23</sup> Uważał on, że istota konformizmu organizującego społeczeństwo polega na uwikłaniu tworzących je jednostek w sieć misternych zależności, powinności i zobowiązań. Tak, aby zmusić te jednostki do przestrzegania norm społecznych. Konformistyczny porządek społeczny sprawia zatem, że interesy większości ludzi byłyby zagrożone, gdyby angażowali się oni w dewiację. Możliwość robienia kariery, odnoszenia sukcesów, zdobywania uznania itd. jest zatem swoistym systemem zabezpieczeń, rodzajem barier chroniących społeczeństwo przed pojawieniem się zachowań sprzecznych z obowiązującymi wzorcami postępowania. W powyższym kontekście T. Hirschi wskazywał, że przyczyną przestępczości jest osłabienie lub zerwanie więzi społecznych, gdyż zmniejsza to gotowość jednostki do przestrzegania norm społecznych. Jako elementy wspomnianych więzi wyróżniał on: przywiązanie (*attachment*), zaangażowanie (*commitment*), zabsorbowanie (*involvement*) oraz przekonanie (*belief*).

nej. Wobec tego stwierdza, że miejsce resocjalizacji zastąpi praca socjalna. Według niego polega ona na procesie obsługi więźniów przez administrację penitencjarną bez nacisku na oddziaływania korekcyjne. Skoncentrowanie się na takiej obsłudze oznacza przyjęcie podejścia egzystencjalnego, stanowiącego dowód wycofania się z poprawczego celu wykonania kary pozbawienia wolności<sup>24</sup>.

Ten bardzo realistyczny punkt widzenia, zauważalny już dziś w polskich więzieniach, daje lepszą argumentację na rzecz wyeksponowania w zadaniach zakładu karnego ochrony zdrowia niż koncepcja resocjalizacji socjalnej. Pozostaje więc do rozstrzygnięcia problem jej kosztów. Mówiąc inaczej, chodzi o to, na jakim poziomie ma ona być zapewniona. Punktem odniesienia jest bowiem ogólny poziom świadczeń medycznych w środowisku otwartym, a więc dla ludzi wolnych.

Koncepcję obsługi socjalnej osób osadzonych w zakładach karnych przyjąłem zatem dla teoretycznego uzasadnienia projektu badawczego, którego fragmenty omawiam w tym artykule.

### **3. Problematyka i metoda badań nad sytuacją zdrowotną oraz ochroną zdrowia osób pozbawionych wolności**

Zarysowany wyżej kontekst teoretyczny, uzasadniający potrzebę oraz założenia badań nad sytuacją zdrowotną oraz ochroną zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych, upoważnił do postawienia następujących pytań.

1. Jaka jest sytuacja zdrowotna osób pozbawionych wolności objętych badaniem, określona przez ich ogólny stan zdrowia, a więc chorobami i dolegliwościami, a także potrzebami i oczekiwaniami w zakresie ochrony zdrowia? Na ile zmienia się ona w zależności od wieku?
2. Jaki sposób ochrony zdrowia skazanych można odtworzyć na podstawie obserwacji oraz analizy praktyki więziennej?
3. Jaki jest stopień jego koherencji do potrzeb i oczekiwań zdrowotnych skazanych? Od czego on w praktyce zależy?

Analiza wskazanej wyżej problematyki wymagała przyjęcia określonych założeń metodologicznych. Tak więc należało określić zakres, teren i czas badań, a także ich metodę.

Jeśli chodzi o teren, wybrałem zakłady karne podlegające Okręgowemu Inspektoratowi Służby Więziennej w Poznaniu. Inspektorat ten jest jednym z 15 w Polsce, a także drugim co do wielkości. W jego skład wchodzi 15 jednostek penitencjarnych, położonych na terenie województwa wielkopolskiego oraz w południowej

<sup>24</sup> H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2003, s. 340.

części województwa lubuskiego (9 aresztów śledczych – w Lesznie, Śremie, Środzie Wielkopolskiej, Szamotułach, Poznaniu, Ostrowie Wielkopolskim, Nowej Soli, Lubsku i Zielonej Górze; oraz 6 zakładów karnych – w Gębarzewie, Koziegłowach, Kaliszu, Rawiczu, Wronkach i Krzywańcu). W tak dużym okręgu jest jednak tylko jeden szpital więzienny. Urządzono go przy Areszcie Śledczym w Poznaniu. Dysponuje on oddziałem internistycznym, psychiatrii sądowej oraz dermatologii<sup>25</sup>.

W okręgu poznańskim osadzonych jest średnio około 7,5 tysiąca osób. Spośród nich prawie trzecią część stanowią tymczasowo aresztowani. W ciągu roku przez wszystkie areszty i zakłady okręgu „przechodzi” ponad 35 tysięcy osób<sup>26</sup>. Powyższe dane pokazują więc, jak poważny problem stanowi zapewnienie im ochrony zdrowia podczas odbywania kary pozbawienia wolności.

Badania, o których mowa, przeprowadziłem w okresie od stycznia 2011 r. do listopada 2012 r. We fragmencie prezentowanym w tym artykule obejmowały one dwa zakresy:

1. analizę oraz egzegezę aktów prawnych dotyczących opieki zdrowotnej nad skazanymi,
2. badania ankietowe i wywiady wśród skazanych oraz personelu więziennego.

Badania w obu zakresach prowadzono równolegle. Spośród aktów prawnych, poddanych analizie, należy wskazać:

1. Kodeks karny wykonawczy z 6 czerwca 1997 r.<sup>27</sup>.
2. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 października 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>28</sup>.
3. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności<sup>29</sup>.
4. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności<sup>30</sup>.

<sup>25</sup> Adres internetowy: <http://www.sw.gov.pl/index.php/zdrowie/1>.

<sup>26</sup> Por. [http://sw.gov.pl/Data/Files/001c169lidz/2013\\_marzec\\_statystyka\\_biezaca.pdf](http://sw.gov.pl/Data/Files/001c169lidz/2013_marzec_statystyka_biezaca.pdf).

<sup>27</sup> Dz. U. Nr 90, poz. 557.

<sup>28</sup> Dz. U. Nr 204, poz. 1984 i 1985.

<sup>29</sup> Dz. U. Nr 171, poz. 1665.

<sup>30</sup> Dz. Urz. M.S. Nr 4, poz. 16.

Drugi zakres badań obejmował ankietę wśród więźniów oraz wychowawców i personelu medycznego, ponadto wywiady ustrukturalizowane z osobami wylosowanymi z tych grup. Przeprowadzono je w trzech z piętnastu zakładów karnych, tj. w Areszcie Śledczym w Poznaniu<sup>31</sup> oraz zakładach karnych w Rawiczu<sup>32</sup> i Wronkach<sup>33</sup>. Wszystkie trzy jednostki są zakładami typu zamkniętego. Wybierając zakłady karne takiego typu, kierowałem się przeświadczeniem, że problematyka ochrony zdrowia skazanych jest w nich szczególnie doniosła z uwagi na odizolowanie więźniów od świata zewnętrznego. Spośród nich szpital więzienny posiadał tylko poznański areszt.

Kwestionariusze ankiet dla skazanych rozprowadziłem za pośrednictwem wychowawców więziennych. Obejmowały one 26 pytań problemowych, z których 16 miało kafeterie odpowiedzi, 10 zaś było otwartych. Pytania dotyczyły stanu zdrowia, potrzeb oraz oczekiwań zdrowotnych. Ponadto kwestionariusze zawierały metryczkę (m.in. wiek, okres pobytu w zakładzie karnym, rodzaj popełnionego przestępstwa).

Ogółem rozdano 400 kwestionariuszy ankiet. Zwrócono 279 nadających się do opracowania. Z tej liczby z Aresztu Śledczego w Poznaniu 132, z Zakładu Karnego w Rawiczu – 79, z Zakładu Karnego we Wronkach – 68 ankiet. Badano wyłącznie mężczyzn, z uwagi na to, że tylko oni byli w tych zakładach osadzeni.

<sup>31</sup> Areszt Śledczy w Poznaniu jest jednostką, w skład której wchodzi: areszt śledczy dla tymczasowo aresztowanych mężczyzn oraz oddział zakładu karnego typu półotwartego dla mężczyzn odbywających karę po raz pierwszy. Ponadto w areszcie osadzane są osoby zakwalifikowane do systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym, osoby wymagające osadzenia w warunkach zapewniających wzmożoną ochronę społeczeństwa oraz bezpieczeństwo zakładu (aresztu), kobiety i mężczyźni podlegający leczeniu szpitalnemu, tymczasowo aresztowani i skazani chorzy na cukrzycę insulinozależną, tymczasowo aresztowani i skazani wymagający całodobowej opieki lekarskiej, wreszcie kobiety i mężczyźni skierowani do ośrodka diagnostycznego, zakwalifikowani do programu substytucji metadonowej. Poznański Areszt Śledczy jest jedyną w okręgu jednostką posiadającą więzienny szpital.

<sup>32</sup> Zakład Karny w Rawiczu jest przeznaczony dla mężczyzn odbywających karę po raz pierwszy oraz skazanych młodocianych. Posiada oddział terapeutyczny przeznaczony dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, w tym objętych programem terapii dla sprawców przestępstw popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych oraz dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych. Jest on jednym z najstarszych i największych tego rodzaju oddziałów w Polsce. W drugim oddziale terapeutycznym osadzono z kolei skazanych uzależnionych od środków odurzających i psychotropowych.

<sup>33</sup> Zakład Karny we Wronkach obejmuje zakład karny typu zamkniętego dla recydywistów penitencjarnych oraz zakład karny typu półotwartego dla recydywistów penitencjarnych. Przeznaczony jest także dla odbywających karę po raz pierwszy. Posiada oddział terapeutyczny dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych i uzależnionych od alkoholu.

Poza ankietą, wśród skazanych przeprowadziłem także wywiady strukturalizowane, którymi objąłem 30 lekarzy<sup>34</sup> oraz 30 wychowawców. Koncentrowały się one wokół zagadnień związanych ze stanem zdrowia oraz potrzebami i oczekiwaniami zdrowotnymi skazanych oraz ochroną zdrowia w badanych zakładach karnych.

Wyniki, uzyskane wskazanymi wyżej metodami albo technikami, zostały poddane opracowaniu merytorycznemu, w tym również statystycznemu (w ujęciu liczbowym i procentowym). Pokazują one opinie badanych, a więc ich poglądy na badane zagadnienia. Weryfikowano je, zestawiając je wg badanych grup.

W dalszych częściach artykułu uzyskane wyniki przedstawię w formie opisowej. Dotyczy to zarówno analizy treści aktów prawnych, jak wyników badań ankietowych. Te ostatnie ująłem w odpowiednich tabelach problemowych.

#### **4. Wiek osadzonych a deklarowany oraz stwierdzony stan ich zdrowia**

Omówienie wyników badań nad sytuacją zdrowotną osób pozbawionych wolności obejmie ustalenia co do stanu ich zdrowia, potrzeb oraz oczekiwań w zakresie jego ochrony w zależności od wieku. Analizę w tym zakresie należy zatem rozpocząć od podania informacji o wieku badanych. Jest on bowiem jednym z czynników wpływających na sytuację zdrowotną człowieka. W literaturze przedmiotu podaje się zwykle, że można wyróżnić kilka faz rozwoju człowieka, przypadających na konkretne przedziały wiekowe. Dla potrzeb prowadzonych badań przyjąłem następującą ich kategoryzację:

1. wczesna dorosłość – obejmująca okres pomiędzy 18.-22. a 35.-40. rokiem życia. W tej fazie dolną granicę wieku określają przywileje związane z przypisaniem jednostce określonych praw i obowiązków obywatelskich, górną zaś osiągnięcie stabilizacji w życiu rodzinnym i zawodowym. Wraz z osiągnięciem górnej granicy pojawiają się także pierwsze sygnały biologicznego starzenia się organizmu<sup>35</sup>.
2. Średnia dorosłość. Obejmuje ona lata pomiędzy 35.-40. a 60.-65. rokiem życia. Okres ten charakteryzuje się zarówno wzrostem i stabilizacją, jak i spadkiem. Obniża się wiele funkcji i sprawności poznawczych, przy jednoczesnej specjalizacji i indywidualizacji inteligencji. Często jest to

<sup>34</sup> Byli to zarówno lekarze zatrudnieni w zakładach karnych objętych badaniem, jak lekarze, którzy w różnych formach z nimi współpracowali.

<sup>35</sup> E. Gurba, *Wczesna dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2011, s. 309-311.

czas największych osiągnięć zawodowych. Pojawiają się jednak zmiany fizyczno-biologiczne polegające na ubytkach w funkcjach sensorycznych i motorycznych. Stopniowo też wzrasta prawdopodobieństwo pojawienia się różnego rodzaju schorzeń i dolegliwości<sup>36</sup>.

3. Wczesna starość, obejmująca lata między 65. a 74. rokiem życia. Charakteryzuje się ona stopniowym wzrostem nasilenia różnych schorzeń i dolegliwości, coraz większymi ubytkami sensorycznymi i motorycznymi.
4. Zaawansowana starość. Jest nią okres od 75. roku życia wzwyż. Schorzenia i dolegliwości są już bardzo wyraźne, chociaż występują z różnym nasileniem. Sprawność intelektualna oraz funkcja poznawcza ulegają zdecydowanemu obniżeniu. Obniża się też wyraźnie sprawność motoryczna<sup>37</sup>.

Przyjęcie za podstawę powyższych przedziałów wiekowych pozwoliło więc na podział osadzonych objętych badaniem na odpowiednie grupy wiekowe. Tak więc spośród 279 skazanych najliczniejszą grupę stanowili więźniowie do 30. roku życia (111 osób, tj. 39,79%), następną skazani pomiędzy 31. a 40. rokiem życia (76 osób, tj. 27,24%), kolejną skazani w wielu 41-65 lat (61 osób, tj. 21,87%), wreszcie w wieku powyżej 65. roku życia było 31 osób (11,12%).

Wyraźnie zatem widać, że w badanej grupie przeważały osoby będące w okresie wczesnej dorosłości. Łączny odsetek tych osób oraz osób w wieku pomiędzy 31. a 40. rokiem życia, a więc wchodzących w dorosłość średnią, wyniósł 67,03%. Można więc ocenić, że wiek tej grupy skazanych, analizowany pod kątem jego ewentualnego wpływu na stan fizyczny i biologiczny skazanych, był korzystny. Skazani byli jeszcze stosunkowo młodzi. Przystępując do dalszych etapów badań można więc było założyć, że różnego rodzaju schorzenia i dolegliwości nie powinny występować z większym nasileniem. Konsekwencją tego powinien także być względnie niski poziom odczuwania potrzeb zdrowotnych i, co się zaś z tym wiąże – względnie mała roszczeniowość pod adresem więziennej służby zdrowia.

Należy jednak zauważyć, że co trzeci skazany miał więcej niż 41 lat (ogółem 92 osoby, 32,99%). Z tej liczby w wieku powyżej 65. roku życia pozostawał co dziesiąty (31 osób, tj. 11,12% całej badanej grupy). Można zatem było oczekiwać, że w tej podgrupie stan zdrowia będzie gorszy niż w podgrupach skazanych młodszych.

Koniecznym zatem stało się jego zdiagnozowanie. W tym celu poprosiłem najpierw skazanych podzielonych na odpowiednie grupy wiekowe, aby ocenili

<sup>36</sup> M. Olejnik, *Średnia dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2011, s. 312, 323-325.

<sup>37</sup> Por. M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2011, s. 327, 347-350.

swoj stan zdrowia po osadzeniu w zakładzie karnym, ściślej zaś w okresie badań. Statystyczny rozkład uzyskanych w tym zakresie odpowiedzi pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Stan zdrowia w ocenie więźniów w zależności od ich wieku

Ocena stanu zdrowia	Wiek skazanych w latach							
	do 30 lat		31-40 lat		41-65 lat		powyżej 65 r.ż.	
	I. wsk.	%	I. wsk.	%	I. wsk.	%	I. wsk.	%
1. dobry	22	19,98	9	11,85	6	9,84	2	6,46
2. względnie dobry	21	18,92	17	22,37	9	16,23	4	12,91
3. zadowalający	44	39,64	20	26,32	10	16,40	4	12,91
4. niezadowalający	17	15,32	17	22,37	21	34,43	11	35,49
5. zły	7	6,14	13	17,09	15	23,10	10	32,35
Razem	111	100,00	76	100,00	61	100,00	31	100,00

*Źródło:* badania i obliczenia własne.

Analizując dane z tabeli, można stwierdzić wyraźną zależność pomiędzy wiekiem skazanych a deklarowanym przez nich stanem zdrowia. Im skazany młodszy, tym jego ocena korzystniejsza i na odwrót. Jak ustalono, zależność pomiędzy wiekiem a stanem zdrowia ma charakter statystycznie istotny, o dużej sile ( $p > 0,001$ ,  $\chi^2 = 23, 245$ ). Jeśli zsumować odsetki dla ocen od stanu dobrego do zadowalającego w grupie wiekowej do 30 lat, to poziom ich osiągnięć aż 70,83%. Analogiczny wskaźnik dla grupy wiekowej powyżej 65. roku życia wynosi już tylko 32,38%. Jest zatem prawie 2,5 razy niższy. Z kolei w tej ostatniej grupie osób objętych badaniem ocenę swojego stanu zdrowia jako zły bądź niezadowalający sformułowało aż 67,84% osób, podczas gdy w grupie badanych najmłodszych (do 30. roku życia) tylko 21,46%, a więc ponad trzy razy mniej.

Przytaczając powyższe dane warto je skonfrontować z opiniami skazanych o stanie zdrowia przed osadzeniem w zakładzie karnym. I tak na 279 opracowanych ankiet, w 142 respondenci ocenili, że był on dobry (50,90%), zaś w 69 – bardzo dobry (24,74%). Znamienne jest także to, iż 112 ankietowanych oceniło, że stan ich zdrowia pogorszył się po osadzeniu w zakładzie (40,15% ogółu grupy). Z tej grupy lekarze więzienni zdiagnozowali jednak chorobę tylko u 41 osób (14,70%). Kolejnych 221 badanych odpowiedziało, że „choruje ogólnie” (79,22%). Farmakologicznie leczyło się 126 osadzonych (45,17%). Wreszcie 81 ankietowanych podało, że zmian w stanie zdrowia nie odczuwa (29,04%).

Z powyższych wskaźników wynika więc wniosek, że co drugi skazany z podanych badania ocenił, iż osadzenie przyczyniło się do pogorszenia stanu jego

zdrowia. To subiektywne odczucie wyraźnie zatem kontrastuje ze stosunkowo niskim wskaźnikiem chorób stwierdzonych po osadzeniu. Na jego wysokość mogło wpłynąć zresztą i to, że choroba rozwijała się jeszcze przed osadzeniem, natomiast stwierdzono ją po osadzeniu. Paradoksalnie więc, gdyby nie osadzenie, rozwijałaby się nadal, zaś sam skazany o tym nie wiedziałby.

Warto jeszcze dodać, że spośród 112 osób, które oceniły, że stan ich zdrowia pogorszył się po osadzeniu, 53 – było w wieku od 41 do 65 lat (47,33% tej podgrupy), zaś 23 w wieku powyżej 65 lat (20,54%). Pozostali – były to osoby mające mniej niż 41 lat (36 skazanych, tj. 32,13%). Bardziej miarodajny jest jednak procentowy wskaźnik obliczony dla odpowiedniej grupy wiekowej. Tak więc w pierwszym przypadku było to 86,89%, w drugim – 74,20%, zaś w trzecim – 21,93%.

Ze wskazywanych obliczeń wynika zatem, że na związek pomiędzy osadzeniem a pogorszeniem się stanu zdrowia najwyraźniej wskazują skazani w wieku tzw. średniej dorosłości (41-65 lat). Takiego wyniku należało jednak oczekiwać. Jest to bowiem okres przejściowy pomiędzy dorosłością wczesną, w której problemy zdrowotne zasadniczo jeszcze nie ujawniają się, a wczesną starością, w której większość chorób jest już zdiagnozowana. Jak podawałem wcześniej, w okresie średniej dorosłości pojawiają się pierwsze poważniejsze zmiany fizyczno-biologiczne, polegające na ubytkach w funkcjach sensorycznych i motorycznych. Wzrasta też prawdopodobieństwo pojawienia się różnego rodzaju schorzeń i dolegliwości. Taka sytuacja zdrowotna skazanego nakłada się więc na stres wynikający z osadzenia. Sprzyja to wyolbrzymianiu problemów ze zdrowiem.

W uzupełnieniu dotychczasowej prezentacji wyników badań nad stanem zdrowia osadzonych należy jeszcze podać informacje o dolegliwościach oraz chorobach wskazywanych przez skazanych w okresie osadzenia w zależności od ich wieku (tabela 2).

Jak wynika z tabeli, wśród różnych dolegliwości i chorób, wskazywanych przez więźniów, przeważają łuszczyca i brak snu. Co ciekawe jednak, wskaźniki dla łuszczycy maleją wraz z narastaniem wieku osadzonych (od 28,83% w grupie do 30 lat do 19,36% w grupie powyżej 65. roku życia). Odwrotnie, wraz z narastaniem wieku rośnie natomiast ilość wskazań na zaburzenia snu (od 18,02% w grupie do 30 lat do 25,81% w grupie skazanych najstarszych, tj. powyżej 65. roku życia).

Powyższą prawidłowość w pierwszym przypadku dość trudno wytłumaczyć. Wydaje się, że zmniejszanie się ilości wskazań na łuszczycę przez osoby starsze może mieć związek z tym, że mogła wystąpić wcześniej. Była więc leczona, stąd jej objawy nie utrzymywały się wraz z narastaniem wieku. W przypadku braku snu zwiększanie się liczby wskazań wraz z wiekiem badanych można tłumaczyć narastaniem stresu związanego z izolacją i procesem prizonizacji. Dużą rolę może tu odgrywać oderwanie od naturalnego środowiska, pozbawienie kontaktów z najbliższymi

oraz związana z tym deprywacja szeregu potrzeb. Czynniki te są źródłem nerwicy oraz zaburzeń reaktywnych. Dodatkowo narastaniu zaburzeń snu może sprzyjać osadzenie w wieloosobowych celach oraz bezczynność. Warto zwrócić uwagę, że wśród wskazań na dolegliwości inne, ujęte w pkt. 5 tabeli, zdecydowanie przeważają wskazania na nerwice, co koresponduje z tymi wnioskami (w grupie osób w wieku od 31 do 40 lat stanowią one aż 35,00% dolegliwości określanych jako inne)<sup>38</sup>.

Tabela 2. Dolegliwości i choroby wskazywane przez osadzonych w zależności od ich wieku

Rodzaj dolegliwości, choroby	Wiek skazanych w latach							
	do 30 lat		31-40 lat		41-65 lat		powyżej 65 r.ż.	
	l. wsk.	%	l. wsk.	%	l. wsk.	%	l. wsk.	%
1. zaburzenia snu	20	18,02	15	9,74	14	22,95	8	25,81
2. układu pokarmowego	19	17,21	10	13,16	7	11,48	4	12,91
3. układu krążenia i serca	9	8,11	11	14,48	9	14,76	4	12,91
4. łuszczyca	32	28,83	20	26,32	14	22,95	6	19,36
5. inne, w tym:	31	27,93	20	26,32	17	27,87	9	29,04
– cukrzyca	1	3,23	1	5,00	3	17,65	2	22,23
– wrzody żołądka	6	19,36	3	15,00	3	17,65	2	22,23
– wątrobowe	4	12,91	2	10,00	1	5,89	0	0,00
– układu kostnego i kręgosłupa	3	9,68	2	10,00	2	11,77	2	22,23
– jelitowe	5	16,13	2	10,00	1	5,89	0	0,00
– gruźlica	3	9,68	2	10,00	1	5,89	0	0,00
– jaskra	0	0,00	1	5,00	2	11,77	1	11,12
– nerwice	9	29,01	7	35,00	4	23,49	2	22,23
Razem	111	100,00	76	100,00	61	100,00	31	100,00

Źródło: badania i obliczenia własne.

Z tabeli wynika ponadto, że wśród dolegliwości i chorób wskazywanych przez osoby objęte badaniem, częstymi były dolegliwości układu pokarmowego,

<sup>38</sup> Dość podobnych ustaleń dokonano w badaniach nad stanem zdrowia więźniów, przeprowadzonych w roku 1997 przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Por. M. Kiryluk, *Opinie lekarzy więziennych o problemach zdrowotnych osób pozbawionych wolności*, w: *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, część III, Warszawa 1998. W badaniach tych stwierdzono m.in., że ważnym czynnikiem, wpływającym pośrednio na pogarszanie się stanu zdrowia osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych, jest brak zajęcia i związana z tym bezczynność.

zaburzenia gastryczne oraz układu krążenia i serca. Nie stwierdzono jednak jakiejś wyraźniejszej zależności ich nasilenia od wieku. Zwracają jednak uwagę stosunkowo wyższe wskaźniki procentowe dla tych chorób w grupach wiekowych 31-40 oraz 41-65 lat, a więc w okresie dorosłości średniej. Ogólnie też zwracają uwagę stosunkowo wyższe wskazania na takie choroby, jak cukrzyca, wrzody żołądka, a także dolegliwości układu kostnego i kręgosłupa w grupie więźniów najstarszych w porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi. Świadczy to o tym, że wraz z wiekiem ogólny stan zdrowia osadzonych, mierzony kumulowaniem się kilku dolegliwości oraz chorób – według ich własnych ocen – pogarszał się.

Warto dodać, że badani, zapytani wprost o zmiany w swoim stanie zdrowia po osadzeniu ich w zakładzie karnym bądź areszcie śledczym, w 157 przypadkach podali, że pogorszył się on (56,28% całej grupy), w kolejnych 83, że nie dostrzegają zmian (29,75%), zaś 39 stwierdziło, że jest on lepszy (13,97%). Jako dobry oceniło stan swojego zdrowia 29 osadzonych (10,04% badanej grupy), względnie dobry – 39 (13,98%), zadowolający – 54 (19,36%), niezadowolający – 99 (35,49%), wreszcie zły – 58 (20,79%).

Uznając, że oceny stanu zdrowia, uzyskane od skazanych, mogą być w dużej mierze subiektywne, sformułowano je bowiem pod wpływem specyficznej sytuacji życiowo-osobistej związanej z osadzeniem w zakładzie karnym, w dalszym etapie badań skonfrontowano je z opiniami lekarzy więziennych zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych objętych badaniem. Badania polegały na wypełnieniu przez nich specjalnie przygotowanego kwestionariusza, zawierającego szereg pytań dotyczących zdrowia osadzonych, analogicznie do pytań w kwestionariuszu ankiety dla skazanych. Ankietą objętych zostało 27 lekarzy zatrudnionych w jednostkach penitencjarnych, zarówno w charakterze funkcjonariuszy, jak i pracowników cywilnych. Spośród nich 21 pracowało jednocześnie w placówkach powszechnej służby zdrowia (77,78%). Badani lekarze byli specjalistami z różnych dziedzin medycyny. Przeważali interniści – 12 (32,34%), 6 było chirurgami (22,23%), a 4 psychiatrami (14,82%). W badanej grupie znaleźli się ponadto dermatolog, laryngolog, neurolog oraz 2 anestezjologów.

Zbiorcze zestawienie informacji uzyskanych od lekarzy zawiera tabela 3. Wynika z niej, że ocenili oni stan zdrowia osób pozbawionych wolności lepiej niż sami osadzeni. Na „niezadowolający” i „zły” stan zdrowia wskazało bowiem ogółem 11 lekarzy (40,74% wobec 56,28% wskazań w grupie osadzonych). Jako dobry i względnie dobry oceniło stan zdrowia więźniów 10 lekarzy (odpowiednio 33,36% wobec 24,02%). Wyraźnie zatem widać, że niekorzystne oceny stanu zdrowia, sformułowane przez osadzonych, nie są w pełni uzasadnione z medycznego punktu widzenia.

Tabela 3. Stan zdrowia skazanych w ocenie lekarzy więziennych

Ocena stanu zdrowia skazanych w jednostce penitencjarnej	Liczba wskazań	%
1. dobry	3	11,12
2. względnie dobry	6	22,24
3. zadowalający	7	25,93
4. niezadowalający	7	25,93
5. zły	4	14,82
Razem ocen:	27	100,00

Źródło: badania własne.

Na dalszym etapie diagnozowania stanu zdrowia osób pozbawionych wolności, zbadałem jeszcze, jakie rodzaje chorób osadzonych wskazują lekarze. Biorąc zatem za podstawę ich rozpoznania, sporządziłem listę tych chorób, która pokazuje tabela 4<sup>39</sup>.

Tabela 4. Choroby osadzonych wskazywane przez lekarzy

Rodzaj choroby (dolegliwości)	Liczba wskazań	% N (N = 27)
1. układu krążenia oraz serca (nadciśnieniowa, niedokrwienność, inne choroby serca)	8	29,63
2. układu pokarmowego, żołądka, dwunastnicy i wątroby	10	37,04
4. wzroku i słuchu	7	25,93
5. nowotworowe	4	14,82
6. układu oddechowego	7	25,93
7. narządów ruchu i kręgosłupa	4	14,82
8. dermatologiczne, w tym łuszczyca	6	22,23
9. nerwice i zaburzenia snu	8	29,63
10. inne, w tym zaburzenia psychiczne	7	25,93

Źródło: badania i obliczenia własne.

Uwagi – odsetki nie sumują się do 100 z uwagi na możliwość wielokrotnego wskazywania

Analiza wyników zestawionych w powyższej tabeli prowadzi do wniosku, że wśród chorób i dolegliwości skazanych zdiagnozowanych przez lekarzy przeważały choroby układu pokarmowego, żołądka, dwunastnicy i wątroby, nerwice oraz zaburzenia snu, a także choroby układu oddechowego.

<sup>39</sup> Przy jej ustalaniu kierowałem się także listą chorób wskazaną przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, w Biuletynie nr 34 z 1998 r., poświęconym stanowi i węzłowym problemom polskiego więziennictwa. Por. M. Kiryluk, *op. cit.*

Jest to zatem tylko częściowo zgodne z tym, co podali sami osadzeni. Wg nich bowiem najbardziej dokuczały im zaburzenia snu oraz choroby dermatologiczne. Nerwice, choroby przewodu pokarmowego oraz układu kostnego i kręgosłupa były natomiast wskazywane stosunkowo mniej często, chociaż w grupie oznaczonej jako inne wyraźnie dominowały.

Ogólnie zatem można ocenić, że skazani nie do końca trafnie rozpoznają dolegające im choroby (np. cukrzycę, łuszczycę i jaskrę), nastawieni są bowiem na deklarowanie możliwie dużej ilości stanów chorobowych. Tym niemniej, stan zdrowia większości osadzonych można uznać za co najmniej niezadowolający. Wynika stąd wniosek, że potrzeby zdrowotne osadzonych są duże. Mogą zatem stanowić istotną barierę dla podejmowania oddziaływań z zakresu tzw. resocjalizacji penitencjarnej. Niedostrzeżenie tej bariery może skutkować podejmowaniem i prowadzeniem oddziaływań pozornych. Trudno bowiem mówić o racjonalności i priorytecie dla korygowania osobowości osadzonych w celu wzbudzenia w nich woli współdziałania w kształtowaniu ich społecznie pożądaných postaw, w sytuacji, kiedy znacznie bardziej potrzebują oni leczenia.

Wobec powyższych ustaleń, w następnym etapie badań należało skoncentrować się na zdiagnozowaniu czynników wpływających na stan zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności oraz ich potrzeb zdrowotnych na tle ich potrzeb w ogóle w okresie osadzenia w zakładzie karnym.

## **5. Determinanty stanu zdrowia w warunkach izolacji więziennej**

Omówione do tej pory wyniki badań nad potrzebami i oczekiwaniami osadzonych, zwłaszcza wynikające z ich sytuacji zdrowotnej, wskazują na to, że są one jedną z najważniejszych determinant określających sposób i treść pracy penitencjarnej.

Warto podkreślić, że sytuacja uwięzienia, ujmowana jako sytuacja trudna, uruchamia mechanizm negatywnego upodmiotowienia człowieka, którego konsekwencje widoczne są również w ocenie swojego zdrowia, zwłaszcza zaś zmian, jakie w nim zachodzą. Sytuacja ta pozbawia człowieka wpływu na bieg jego życia oraz podstawowe sprawy życiowe, w tym również na własne zdrowie. Paradoksalnie, bardzo znaczne ograniczenie własnej aktywności życiowej skazanych może powodować koncentrowanie jej właśnie na problemach zdrowotnych. Towarzyszy temu skłonność do instrumentalnego ich wykorzystywania, czemu sprzyja przekazanie problemów ochrony zdrowia skazanych więziennemu personelowi medycznemu, w szerszym zaś kontekście administracji penitencjarnej. Może to stanowić poważną

barierę dla podejmowania resocjalizacji penitencjarnej jako oddziaływań nieadekwatnych do takiego stanu rzeczy.

Mając zatem na uwadze powyższe, w dalszym etapie badań skoncentrowano się na zdiagnozowaniu czynników wpływających korzystnie i niekorzystnie na sytuację zdrowotną osadzonych, objętych badaniem. Rozważając różne możliwości ich ustalenia, uznałem, że najbardziej miarodajne będą w tym zakresie oceny lekarzy więziennych. Ujęto je w zbiorczych zestawieniach tabel 5 i 6. Należy zaznaczyć, że poszczególne wskaźniki nie sumują się w nich do 100,00% z uwagi na wielokrotność wskazań.

Jak wynika z tabeli 5, czynnikiem zdecydowanie najbardziej niekorzystnie wpływającym na stan zdrowia badanych osadzonych, był więzienny stres. Na jego negatywną rolę wskazało aż 17 lekarzy (tj. 62,97% całej grupy lekarzy więziennych objętych badaniem). Znamienne jest również to, że aż co czwarty lekarz wskazał na złe warunki bytowe i sanitarne w zakładzie karnym (25,93%). Taki sam wskaźnik uzyskano dla innego czynnika, tj. nikotynizmu wśród osadzonych. Ten ostatni jednak jest zasadniczo zależny tylko od samych skazanych. Świadczy on o tym, że duża część z nich w warunkach zakładu karnego przyjmuje zachowania antyzdrowotne. Takim rodzajem zachowań osadzonych są też wskazywane często samouszkodzenia (wskazane przez 22,23% badanych lekarzy), a także nadużywanie mocnej kawy i herbaty (odpowiednio 11,12%).

Od skazanych nie zależy natomiast wskazywana przez lekarzy wysokokaloryczna dieta (14,82%). Ten niekorzystny czynnik ma charakter systemowy. Co warto podkreślić, jego negatywny wpływ na stan zdrowia osadzonych jest – w opinii lekarzy – większy niż powszechnie wskazywane w literaturze przedmiotu inne czynniki systemowe, takie jak przeludnienie oraz złe stosunki w celach.

Czynniki wpływające korzystnie na stan zdrowia, wskazywane przez lekarzy, pokazuje tabela 6. Pierwszy wniosek, jak nasuwa się z jej analizy, to ten, że lekarze więzienni takich czynników dostrzegają równie dużo, jak czynników niekorzystnych. Wśród nich zdecydowanie najczęściej wskazywano na bezpłatność świadczeń medycznych dla osób pozbawionych wolności (81,49% wskazań). Wyraźnie rzadziej, chociaż bardzo często, wskazywano także na łatwy dostęp do nich w zakładzie karnym (51,86%).

Jako inny czynnik korzystny dla zdrowia skazanych, rodzajowo odmienny od wskazanych powyżej, lekarze wymienili regularne odżywianie (74,08%) oraz prawo do ośmiogodzinnego snu (lekarze 85,19%). Pozytywna ocena poziomu tych dwóch wskaźników wymaga jednak pewnej ostrożności. Analiza więziennych diet wskazuje bowiem na to, że skazani otrzymują posiłki zbyt kaloryczne, bogate w węglowodany i tłuszcze, natomiast stosunkowo ubogie w witaminy oraz różne minerały znajdujące się w warzywach i owocach. W połączeniu z brakiem ruchu

skutkuje to dość często wzrostem wagi osadzonych. Powszechnie wiadomo, że otyłość czynnikiem prozdrowotnym nie jest.

Tabela 5. Czynniki wpływające niekorzystnie na stan zdrowia osób pozbawionych wolności w opinii lekarzy więziennych

Rodzaj czynnika	Liczba wskazań przez lekarzy więziennych	% (N = 30)
1. stres więzienny	17	62,97
2. złe warunki bytowe i sanitarne	7	25,93
3. bezczynność i brak ruchu na świeżym powietrzu	5	18,52
4. nikotynizm	7	25,93
5. nadużywanie mocnej kawy i herbaty	3	11,12
6. samouszkodzenia	6	22,23
7. manipulacja własnym zdrowiem	4	14,82
8. wysokokaloryczna dieta	4	14,82
9. inne (przeludnienie, złe stosunki w celi, zależność od procedur regulaminowych, rzadki kontakt z wychowawcą i strażnikami itp.)	3	11,12
10. brak	3	11,12

Źródło: badania i obliczenia własne.

Tabela 6. Czynniki wpływające korzystnie na stan zdrowia osadzonych w opinii lekarzy więziennych

Rodzaj czynnika	Liczba wskazań	%
1. regularne odżywianie	20	74,08
2. łatwy dostęp do pomocy medycznej	14	51,86
3. bezpłatność świadczeń	22	81,49
4. zajęcia sportowe	4	14,82
5. praca	5	18,52
6. 8-godzinny sen	23	85,19
7. inne (np. przepustki odwiedzin itp.)	12	44,45
8. brak	4	14,82

Źródło: badania i obliczenia własne.

Jeśli ponadto brać pod uwagę brak ruchu związany z pobytem w celi, a także przeludnienie cel, to można również kontestować jakość snu, jak również to, czy w warunkach badanej rzeczywistości penitencjarnej, określonej przez cechy instytucji totalnej, skazani prawo do snu wykorzystują, czy też nie. Osobny, nie podjęty jednak przeze mnie problem stanowi to, w jaki sposób to prawo jest przez nich wykorzystywane.

Reasumując, analiza bilansu czynników niekorzystnie i korzystnie wpływających na stan zdrowia osadzonych prowadzi do wniosków niepokojących. Wyraźnie widać, że w warunkach zakładów karnych objętych badaniem czynników wyraźnie prozdrowotnych nie było wiele.

## **6. Potrzeby i oczekiwania w zakresie ochrony zdrowia na tle innych potrzeb i oczekiwań od zakładu karnego**

Kolejną zmienną określającą sytuację zdrowotną skazanych objętych badaniem, były ich potrzeby zdrowotne oraz oczekiwania od zakładu karnego co do ich zaspokojenia. Jak wskazywałem wcześniej, czynniki te mogły wpływać na rodzaj podejmowanych oddziaływań penitencjarnych, zwłaszcza zaś na intensywność oddziaływań związanych z ochroną zdrowia w okresie uwięzienia.

Podejmując badania, należało więc najpierw rozpoznać potrzeby i oczekiwania zdrowotne osadzonych na tle ich potrzeb oraz oczekiwań w ogóle. W poszczególnych okresach życia są one odmienne i zależą m.in. od wieku. Biorąc całkowitą odpowiedzialność za skazanych w okresie osadzenia w zakładzie karnym, zakład ten bierze także na siebie starania o zaspokajanie ogółu ich podstawowych potrzeb życiowych w tym okresie. Tak więc optymalny dobór środków i metod oddziaływań penitencjarnych (np. pomocowych, wychowawczych, terapeutycznych i innych) powinien być w miarę możliwości adekwatny do wieku, potrzeb oraz oczekiwań skazanych. W takim kontekście oddziaływania prozdrowotne wpisują się w całość oddziaływań penitencjarnych, stanowiąc mniej lub bardziej ważny ich fragment.

W piśmiennictwie penitencjarnym, dość zgodnie podaje się, że negatywnym skutkiem odbywania kary pozbawienia wolności jest deprivacja potrzeb skazanych, w tym również potrzeb zdrowotnych. Dochodzi do niej dlatego, że w warunkach penitencjarnych na drodze do ich zaspokojenia stają przeszkody niemożliwe do ominięcia lub pokonania<sup>40</sup>. Deprivacja potrzeb obejmuje wartości biologiczne,

<sup>40</sup> B. Waligóra, *Deprivacja potrzeb u osób pozbawionych wolności*, w: B. Hołyst (red.), *Problemy współczesnej penitencjarystyki w Polsce*, Warszawa 1984, s. 56.

sensoryczno-informacyjne oraz emocjonalne. J. Sikora ocenia jednak, że w warunkach izolacji więziennej jest ona ściśle zaprogramowana i dozowana przez ustawodawcę oraz organy wykonujące karę pozbawienia wolności<sup>41</sup>. Z uwagi na to, poznanie potrzeb osób odbywających karę pozbawienia wolności pozwala określić, jaki powinien być sposób pracy penitencjarnej z nimi, jakie jego elementy służą zaspokojeniu albo deprywacji tych potrzeb. Zgodność oddziaływań penitencjarnych w zakładzie karnym z potrzebami i oczekiwaniami skazanych odbywających w nim karę powinna być zatem uwzględniana w ocenie jego funkcjonowania.

Mając powyższe na uwadze, w dalszym etapie badań diagnozowano najważniejsze potrzeby osadzonych podczas wykonywania kary pozbawienia wolności. Uzyskane odpowiedzi zestawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Potrzeby i oczekiwania od zakładu karnego wskazywane przez osadzonych, a ich wiek

Rodzaj potrzeby	Wiek osadzonych				Ogółem (N = 279)	
	Do 65 lat (N = 248)		Powyżej 65 lat (N = 31)		liczba wskazań	%
	liczba wskazań	%	liczba wskazań	%		
Wolności	115	46,35	7	22,58	122	43,73
Ochrony zdrowia	63	25,41	10	32,25	73	26,17
Aktywności: kulturalnej, sportowo-ruchowej, intelektualnej	41	16,54	5	16,13	46	16,49
Kontaktów z bliskimi, ze światem zewnętrznym	20	8,07	3	9,68	23	8,25
Wychowania resocjalizacyjnego, pomocy w poprawie	57	22,99	0	0,00	57	20,43
Załatwienia spraw administracyjno-urzędowych	52	20,97	2	6,46	54	19,36
Inne	9	3,63	6	19,36	15	5,36

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych z tabeli prowadzi do wniosku, że w grupie osadzonych powyżej 65. roku życia najczęściej wskazywano na potrzebę wolności oraz dobrego zdrowia (odpowiednio 46,35% oraz 25,41% ogółu wskazań). Wyraźnie rzadziej więźniowie w tym wieku podawali potrzebę aktywności kulturalnej, intelektualnej

<sup>41</sup> J. Sikora, *Środowisko więzienne...*, s. 24.

oraz sportowo-ruchowej (16,54% wszystkich wskazań). Stosunkowo niski odsetek tych wskazań musi więc niepokoić, bowiem tego rodzaju aktywność pomaga w zachowaniu kondycji fizycznej, higieny psychicznej i sprawności umysłowej osób w okresie późnej dorosłości. Pokazuje on, że osadzeni dobre zdrowie chcieli zachować w sposób bierny, bez własnego zaangażowania.

Z drugiej strony ograniczone możliwości zakładów karnych objętych badaniem, duża selektywność skazanych do obejmowania poszczególnymi metodami oddziaływań penitencjarnych, ograniczały dostępność do takich właśnie form aktywności, z niektórych eliminując ich nawet całkowicie (np. praca, kursy, sport).

Zaskakuje także bardzo niski odsetek wskazań na potrzebę kontaktu z osobami bliskimi (8,07%). Może on dowodzić, że skazani w okresie późnej starości mają mocno zniszczone więzi społeczne. Paradoksalnie więc, pobyt w zakładzie karnym zapewnia im względną stabilizację życiową.

Na inne potrzeby badani powyżej 65. roku życia wskazywali bardzo rzadko (3,63% ogółu wskazań). Potrzeby te dotyczyły na ogół codziennych, mocno odczuwanych w warunkach izolacji penitencjarnej deficytów (papierosy, kawa, drobne rzeczy materialne codziennego użytku, gazety, spotkania informacyjne, porady prawne oraz dobre jedzenie).

Reasumując, można zatem ocenić, że w okresie późnej starości osadzeni objęci badaniem najsilniej odczuwali te potrzeby, które ze swej natury nie mogą być zaspokajane poprzez resocjalizację penitencjarną (wolność, zdrowie). Jako adekwatny rodzaj oddziaływań można by więc wskazać to, co H. Machel nazywa obsługą socjalną skazanych. W jej ramach podejmuje się opiekę zdrowotną nad osadzonymi.

Odmienne od tego kształtowały się potrzeby deklarowane przez osadzonych w wieku poniżej 65 lat. W tej grupie badanych wskazywano najczęściej na dwa rodzaje potrzeb, tj. kontaktów z rodziną oraz bliskimi, a także aktywności w różnych formach (po 32,25% ogólnej liczby wskazań w tej grupie). Stosunkowo często w tej grupie wiekowej wskazywano na potrzebę wolności (19,36%). Wyraźnie słabiej natomiast była odczuwana potrzeba dobrego zdrowia (12,91% wskazań).

Komentując uzyskane wyniki, należy ocenić, że różnice w odczuwaniu potrzeb zdrowotnych w obydwu grupach skazanych wynikają z ich wieku oraz stanu zdrowia. Dla młodszych skazanych zdrowie nie ma jeszcze tak dużego znaczenia, gdyż na ogół nie mają z nim większych problemów. Z kolei u osadzonych starszych ujawnia się wiele schorzeń i dolegliwości związanych z procesami starzenia się oraz większą podatnością na zachorowania.

Z różnym nasileniem odczuwania potrzeb zdrowotnych przez skazanych seniorów i osadzonych młodszych wiążą się też różnice w odczuwaniu potrzeby różnego rodzaju aktywności. Skazani z grup młodszych wiekowo są zdrowsi, silniejsi

i sprawniejsi od skazanych starszych. Bardziej dolegliwie odczuwają też brak możliwości udziału w zajęciach sportowo-ruchowych.

W podsumowaniu wszystkiego, co powiedziano powyżej na temat potrzeb i oczekiwań deklarowanych przez osoby pozbawione wolności, ujmowanych jako determinanty wpływające na rodzaj podejmowanych oddziaływań penitencjarnych, warto jeszcze podać, że istnieje silna zależność statystyczna pomiędzy wiekiem skazanych a odczuwanymi przez nich potrzebami wolności, zdrowia oraz innymi. Na potrzebę dobrego zdrowia częściej wskazywali osadzeni w wieku powyżej 65 lat ( $\chi^2 = 63,71$  przy  $p < 0,000001$ ), częściej także na potrzebę wolności ( $\chi^2 = 130,04$ , przy  $p < 0,000001$ ). Z kolei na potrzebę kontaktu z bliskimi oraz światem zewnętrznym częściej wskazywali osadzeni młodsi ( $\chi^2 = 7,56$  przy  $p = 0,005957$ ).

Oceny, sformułowane przez osadzonych objętych badaniem, wymagały weryfikacji z ocenami hierarchii i specyfiki ich potrzeb, wyrażanymi przez wychowawców więziennych. Interesujące było zwłaszcza ustalenie, czy dostrzegają specyfikę potrzeb i oczekiwań więźniów seniorów (okres wczesnej i późnej starości), a także czy biorą ją pod uwagę przy doborze odpowiednich środków i metod oddziaływań penitencjarnych. W ten sposób grupa wychowawców więziennych stała się swoistą grupą kontrolną. Z uwagi na to ich oceny, zebrane w tabeli 8, zestawiono z ocenami samych osadzonych. Należy się jeszcze uwaga, że ze względu na małe liczebności ujętych w niej grup, podane wskaźniki należy traktować jako przybliżone, a więc tylko szacunkowe z uwagi na ryzyko pewnych błędów statystycznych. Autor artykułu dysponuje jednak tylko takimi.

Ogólnie można ocenić, że ich porównawcze zestawienie wskazuje na rozbieżności pomiędzy potrzebami podawanymi przez skazanych a potrzebami skazanych określanymi przez wychowawców więziennych. Niestety, chociaż mogą tu występować zależności statystyczne, zwłaszcza w przypadku potrzeby wolności, aktywności oraz kontaktów z bliskimi, nie można ich było obliczyć z uwagi na małą liczebność grup objętych badaniem. Tym niemniej różnice w rozkładzie statystycznym są uderzające.

Spośród wszystkich potrzeb, wskazywanych przez seniorów oraz wychowawców, podobnie postrzegane był zaledwie dwie. Chodzi tu o potrzebę ochrony zdrowia (odpowiednio 30,00% wychowawców i 32,25% seniorów) oraz kontaktów z osobami bliskimi i światem zewnętrznym (6,67% wychowawców oraz 9,68% więźniów seniorów). Porównywalna jest jeszcze częstotliwość wskazań w obu grupach na potrzebę pomocy w załatwieniu różnych spraw administracyjnych (odpowiednio 13,34% wychowawcy oraz 6,46% skazani).

Resumując, powyższe ustalenia upoważniają do wniosku, że trudności w prawidłowym zdiagnozowaniu potrzeb i oczekiwań zdrowotnych osadzonych na różnych etapach ich życia, a więc specyficznych dla zmieniającego się ich wieku,

mogą skutkować niezbyt adekwatną do nich ochroną zdrowia skazanych w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. Prowadzą bowiem do jej standaryzacji kosztem indywidualizacji.

Tabela 8. Potrzeby i oczekiwania skazanych w opiniach wychowawców i skazanych seniorów (więźniowie powyżej 65 lat)

Rodzaj potrzeby i oczekiwań	Wychowawcy		Seniorzy	
	liczba wskazań	%	liczba wskazań	%
Wolności	2	6,67	7	22,58
Ochrona zdrowia	9	30,00	10	32,25
Aktywności: kulturalnej, sportowo-ruchowej, intelektualnej, duchowej	1	3,33	5	16,13
Kontaktów z bliskimi, ze światem zewnętrznym	2	6,67	3	9,68
Pomocy, rozmowy	9	33,33	2	6,46
Wychowania resocjalizującego	2	6,67	0	0,00
Załatwiania spraw administracyjno-formalnych	4	13,34	2	6,46
Inne	0	0,00	2	6,46
Ogółem	30	100,00	31	100,00

Źródło: badania i obliczenia własne.

Widać to szczególnie przy porównywaniu osadzonych powyżej 65. roku życia oraz z młodszymi grupami wiekowymi. Na problem ten wskazują ostatnio także inni badacze. Może on zatem być jednym z poważniejszych problemów systemowych<sup>42</sup>.

## 7. Możliwości zaspokajania potrzeb i oczekiwań zdrowotnych więźniów

Wobec opisanych wyżej ustaleń, interesujące były także opinie o możliwościach zaspokajania potrzeb i oczekiwań zdrowotnych przez zakłady karne objęte badaniem, zwłaszcza w ich konfrontacji z możliwościami zaspokajania innych potrzeb i oczekiwań. Takie porównanie bowiem może być wskaźnikiem wagi albo rangi, jaką do świadczeń zdrowotnych przywiązywano w zakładach karnych objętych badaniem.

<sup>42</sup> Por. np.: M. Gołębiowski, *op. cit.*; S. Grzesiak, *Praca penitencjarna z więźniami seniorami*, Wrocław 2013.

W dalszym etapie badań zapytano więc wychowawców więziennych oraz samych osadzonych o te możliwości. Skonfrontowanie ocen wyrażanych w obu grupach miało na celu większą obiektywizację ustaleń w tym zakresie.

Sumaryczne ich zestawienia pokazuje tabela 9. Ujęto w niej tylko te potrzeby, na których doniosłość wskazywano względnie zgodnie w obu badanych grupach, nadto na te, które są istotne z punktu widzenia problematyki opracowania. Tak więc były to: potrzeba ochrony zdrowia, kontaktów z osobami bliskimi i światem zewnętrznym, różnych form aktywności, pomocy i rozmowy oraz wychowania resocjalizującego.

Z danych w tabeli wynika kilka ważnych wniosków. Po pierwsze więc, ogólne możliwości zaspokajania różnych potrzeb skazanych przez zakłady karne objęte badaniem, wyraźnie korzystniej oceniają zatrudnieni w nich wychowawcy więzienni. Zwraca uwagę wysoka częstotliwość wskazań z ich strony na wystarczające możliwości oddziaływań z zakresu ochrony zdrowia (60% ocen jako wystarczający)<sup>43</sup>.

Po wtóre, znacznie bardziej krytyczni byli w swoich ocenach skazani. Krytycyzm ten narastał wraz z wiekiem osadzonych. W grupie do 65. roku życia możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych jako wystarczające oceniło 46,78% badanych z tej grupy wiekowej wobec 29,04% w grupie powyżej 65 lat (zależność statystycznie istotna –  $\chi^2 = 21,42$ ,  $p > 0,00004$ ,  $df = 1$ ). O tym jednak, że potrzeb tych zakład karny nie potrafi zaspokoić na takim poziomie przekonanych było aż 70,96% seniorów wobec 58,06% osadzonych młodszych.

Jeśli z kolei wziąć pod uwagę ogólną liczbę wskazań, a więc przez wszystkie osoby objęte badaniem, wówczas okaże się, że jako wystarczające możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych ocenia łącznie 42,40%. Pozostała część ankietowanych postrzega je krytycznie. Wskaźnik taki musi więc niepokoić. Jeśli bowiem zakład karny ponad połowie skazanych nie potrafi zapewnić potrzebnej im opieki zdrowotnej, względnie jej poziom jest oceniany krytycznie, to – pomijając pozostałe cechy zakładu jako instytucji totalnej – czynnik ten musi stanowić poważną barierę dla realizacji minimum warunków osadzenia wskazywanych w Europejskich Regulach Więziennych<sup>44</sup>.

Niejako na marginesie wypada zauważyć, że trudno o jakieś efektywniejsze wzbudzanie w osadzonych woli współdziałania w kształtowaniu ich postaw

<sup>43</sup> Jeszcze wyższy odsetek odnotowano dla wskazań na wystarczające możliwości zaspokajania potrzeby kontaktu z osobami najbliższymi oraz światem zewnętrznym (70,00% ankietowanych wychowawców). Wydaje się jednak, że wpływ na jego wysokość mogą mieć możliwości formalne. Chodzi tu o widzenia regulaminowe, korespondencję, łączność telefoniczną ze światem zewnętrznym oraz przepustki.

<sup>44</sup> Por. *Zalecenia Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Regul Więziennych*.

Tabela 9. Możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych przez zakłady karne na tle innych potrzeb osadzonych

Możliwości zaspokajania potrzeb różnego rodzaju	Wskazania w poszczególnych grupach badanych						Ogółem badanych l. wskaz. (N = 309)	%
	Wychowawcy		Osadzeni					
	I. wskaz. (N = 30)	%	Powyżej 65 lat l. wskaz. (N = 31)	%	Do 65 lat l. wskaz. (N = 248)	%		
<b>Ochrony zdrowia</b>								
- wystarczające	18	60,00	9	29,04	104	41,94	131	42,40
- niewystarczające	9	30,00	17	54,84	116	46,78	142	45,96
- brak możliwości	3	10,00	5	16,12	28	11,28	36	11,65
<b>Kontaktów z osobami bliskimi i światem zewnętrznym</b>								
- wystarczające	21	70,00	16	51,61	55	22,17	92	29,78
- niewystarczające	7	23,34	11	35,48	142	57,27	160	51,78
- brak	2	6,66	4	12,91	51	20,56	57	18,44
<b>Różnych form aktywności</b>								
- wystarczające	16	53,34	19	61,29	91	36,70	126	40,77
- niewystarczające	12	40,00	7	22,57	104	41,93	123	39,81
- brak	2	6,66	5	16,14	53	21,37	60	19,42
<b>Pomocy i rozmowy</b>								
- wystarczające	8	26,66	4	12,91	24	9,87	36	11,65
- niewystarczające	19	63,34	20	64,52	122	49,20	161	52,11
- brak	3	10,00	7	22,57	102	41,13	112	36,25
<b>Wychowania resocjalizującego</b>								
- wystarczające	11	36,67	3	9,68	25	10,08	39	12,64
- niewystarczające	15	50,00	9	29,04	119	47,99	143	46,29
- brak	4	13,33	19	61,29	104	41,93	127	39,07

Źródło: badania i obliczenia własne.

pożądanych społecznie w sytuacji, kiedy niezadowolający stan usług medycznych, wobec wskazywanego wcześniej również niezadowolającego stanu zdrowia poważnej części osadzonych osłabia motywację do takiego współdziałania. Ich uwaga, energia i aktywność koncentrują się bowiem wokół problemów zupełnie innego rodzaju<sup>45</sup>.

W uzupełnieniu uwag przedstawionych wyżej warto więc podać kilka przykładów konkretnych możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych więźniów w zakładach karnych objętych badaniem. Przykłady takich możliwości wskazywali zarówno lekarze z tych zakładów, jak i wychowawcy więzienni. Usługi zdrowotne są bowiem jednym z podstawowych zadań więziennej służby zdrowia. Ich świadczenie jest zatem ważnym fragmentem szeroko rozumianych oddziaływań penitencjarnych.

I tak, lekarze wskazywali na:

1. świadczenia medyczne z Funduszu Pomocy Postpenitencjarnej, protezownia i ambulatorium (lekarz nr 4, 5 lat w służbie więziennej),
2. izbę chorych w zakładzie, w której przyjmowali lekarze różnych specjalności (lekarz nr 22, 17 lat stażu w służbie więziennej).

Z kolei w wypowiedziach wychowawców wskazywano na pewne ograniczenia w zaspokajaniu potrzeb skazanych, które wynikały m.in. z odpłatności za sprzęt rehabilitacyjny oraz niektóre świadczenia medyczne, nadto ograniczonego czasu pracy lekarzy w zakładzie karnym (ograniczony dostęp do lekarza – wychowawca nr 7, 5 lat w służbie; małą częstotliwość kontaktów z lekarzem – wychowawca nr 24, 19 lat w służbie). Jeden z badanych wychowawców stwierdził wprost: „jeśli skazany posiada środki własne, może sobie kupić potrzebne lekarstwa; może też posiadać w celu np. kule lub inne przedmioty umożliwiające mu poruszanie się; w miarę potrzeby wprowadzane są osoby, które pomagają mu w poruszaniu się, np. znoszą go po schodach” (wychowawca nr 10, 12 lat w służbie).

Wypada więc ocenić, że sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych więźniów w badanych zakładach karnych obejmował tylko działania podstawowe. Analizując czynniki wpływające na taki stan rzeczy, wskazać należy na przepisy wewnątrzzakładowe, określające czas, formę i dostępność skazanych do określonych danych miejsc, jednak w kierunku jej ograniczania. Nadto, w przypadku

<sup>45</sup> Jak wynika z tabeli 9, sytuację pogarsza fakt, że z powyższymi ustaleniami koresponduje niski poziom wskazań na wiarę w możliwości zaspokajania oczekiwań resocjalizacyjnych przez zakład karny jako taki, tj. instytucję o dużej koncentracji negatywnych czynników funkcjonalnych. Uwidacznia się on zarówno w opiniach wyrażanych przez wychowawców więziennych, którzy z natury rzeczy powinni być w tym zakresie optymistami, jak również – i to w stopniu jeszcze większym – samych osadzonych. Warto zauważyć, że pedagogiczne koncepcje oddziaływań korygujących na skazanych nie biorą pod uwagę albo wręcz ignorują taką sytuację.

skazanych schorowanych bądź niepełnosprawnych pojawiały się także trudności, które można by określić jako infrastrukturalno-architektoniczne. Ich przykładem mogą być takie przeszkody w poruszaniu się, jak schody, wysokie stopnie, brak windy i podjazdów, zbyt wąskie drzwi, zbyt wiele pięter w zakładzie, usytuowanie ambulatoriów w dużej odległości od cel. Przeszkody te skutecznie ograniczały lub nawet uniemożliwiały przemieszczanie się skazanych mniej sprawnych fizycznie, poruszających się o kulach czy na wózkach inwalidzkich, po zakładzie karnym<sup>46</sup>.

Z większości wypowiedzi skazanych objętych badaniem wynika przy tym, że ich dolegliwość wzrastała wraz z wiekiem (203 ankietowanych, tj. 72,26% ogółu grupy).

Diagnostując poziom i sposób łagodzenia tej dolegliwości, poproszono skazanych o ocenę stosowanych bądź też nie stosowanych w zakładzie karnym udogodnień architektonicznych. Przypomnieć należy, że jak wynika z danych podanych we wcześniejszych fragmentach artykułu, aż 11 lekarzy (tj. 36,67% całej badanej grupy) oceniło stan zdrowia skazanych z jednostek penitencjarnych objętych badaniem jako niezadowolający bądź wręcz zły (por. tabela 3). Jako najczęstsze dolegliwości i choroby osadzonych wskazywali oni m.in.:

1. choroby układu krążenia oraz serca (8 lekarzy, tj. 29,63% badanej ich grupy),
2. choroby wzroku i słuchu (7 lekarzy, tj. 25,93%),
3. choroby układu oddechowego (7 lekarzy; 25,93%),
4. choroby narządów ruchu i kręgosłupa (4 lekarzy; 14,82%).

Wymienione dolegliwości musiały więc ograniczać sprawność fizyczno-ruchową osadzonych. Oceny udogodnień architektonicznych sformułowane przez nich pokazuje tabela 10.

Analizując dane ujęte w tabeli, stwierdzić należy, że częstotliwość wskazań na istnienie udogodnień architektonicznych wzrasta wraz z wiekiem skazanych objętych ankietą (zależność statystycznie istotna;  $\chi^2 = 73,54$ ,  $p < 0,001$ ,  $df = 3$ ). Tak więc większość osadzonych po 65. roku życia wskazała, że ich zakład karny udogodnienia takie posiadał (58,07%). Skazani młodsi wiekiem ich istnienie dostrzegali jednak znacznie rzadziej (34,68% wskazań badanych z tej grupy). Być może jest to związane z faktem, że osoby młodsze nie zwracały na nie uwagi, bowiem nie miały takiej potrzeby.

<sup>46</sup> Na problem przeszkód architektonicznych w polskiej literaturze penitencjarnej zwracają także uwagę: A. Szećówka, K. Krzyżanowska, *Humanizacja odbywania kary pozbawienia wolności przez kobiety z dziećmi. Aspekty penitencjarno-architektoniczne*, w: W. Ambroziak, H. Machel, P. Sępnia (red.), *Misja Służby Więziennej a jej zadania wobec aktualnej polityki karnej i oczekiwań społecznych*, Poznań-Gdańsk-Warszawa-Kalisz 2008, s. 245-254.

Inny czynnik, który wpłynął na wysokość wskazanych wyżej odsetek, to sposób rozmieszczenia skazanych starszych w badanych zakładach karnych. Osoby powyżej 65. roku życia przebywały z reguły w celach mieszczących się na parterze lub piętrze. Ograniczało to zdecydowanie problemy z chodzeniem po schodach, zadyszką, a także konieczność częstego przystawania przy poruszaniu się. Jednocześnie skracało czas wyjścia na spacer oraz umożliwiało stosowanie podeścień, ułatwiających pokonanie niewielkich schodów bądź też progów.

Na powyższe udogodnienia architektoniczne wskazywały także często osoby, które swój stan zdrowia oceniły jako niezadowolający oraz zły (w grupie seniorów 17 na 21 o takim stanie zdrowia, tj. 80,96% tej podgrupy; w grupie osadzonych młodszych 21 na 65, tj. 32,31%). Na taki rozkład odsetek mają wpływ czynniki wskazane przed chwilą.

Poza udogodnieniami architektonicznymi osadzeni objęci badaniem wskazywali także na inne jeszcze ułatwienia w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. Wśród nich osoby w wielu powyżej 65. roku życia, bądź też młodsze, jednak schorowane, wskazywały także na diety (23, tj. 74,20% badanych seniorów; 44 skazanych młodszych na 65 z niezadowolającym bądź złym stanem zdrowia, tj. 67,70% tej podgrupy badanych). Ponadto podawano, że umieszczano ich na parterze lub w budynku o niskiej zabudowie (4 seniorów, tj. 12,91%; 7 młodszych, tj. 19,77%), zajmowanie dolnego łóżka w celi (odpowiednio 4 i 12,91% oraz 5 i 7,70%), dodatkowy spacer oraz łaźnię (odpowiednio 2 i 6,67% oraz 3 i 4,62% wskazań). Ponadto badani z obu podgrup podawali, że umożliwiano im trzymanie w celach kul, osadzano w celach cieplejszych, nie frontowych lub celach dla inwalidów, nadto w bliskiej odległości od ambulatoriów, spacerniaków, świetlic, pokoju wychowawców itp.

Tabela 10. Udogodnienia architektoniczne w zakładach karnych wg ocen skazanych w zależności od ich wieku

Treść oceny	Wiek osadzonych				Razem i (N = 279) l. wskazań	%
	Powyżej 65 lat (N = 31) l. wskazań	%	Do 65 lat (N = 248) l. wskazań	%		
Udogodnienia są	18	58,07	86	34,68	104	37,28
Brak udogodnień	10	32,26	102	41,13	112	40,15
Brak odpowiedzi	3	9,67	60	24,19	63	22,57
Ogółem	31	100,00	248	100,00	279	100,00

Źródło: badania i obliczenia własne.

Reasumując, można więc ocenić, że organizacja przestrzeni zakładów karnych objętych badaniem, z punktu widzenia ułatwień dla osób starszych oraz mających kłopoty ze stanem zdrowia, była stosunkowo nieźle dostosowana do ich potrzeb zdrowotnych<sup>47</sup>.

## 8. Próba syntezy i uogólnienia uzyskanych wyników

W tej części artykułu dotychczas omówione wyniki badań przedstawię w sposób bardziej ogólny, syntetyzujący. Celem takiej syntezy jest próba oceny rangi ochrony zdrowia skazanych w zakładach karnych w odniesieniu do różnych związanych z nią czynników i uwarunkowań, zwłaszcza zaś do potrzeb zdrowotnych oraz oczekiwań co do ich zaspokajania przez zakład karny. Rangę zadań z zakresu ochrony zdrowia można określić poprzez zestawienie jej ze wskazaniami na inne zadania zakładów objętych badaniem (por. tabela 11).

Jak wynika z danych ujętych w tabeli, w praktyce dominuje koncentrowanie się na dwóch zadaniach albo też priorytetach:

1. zapewnieniu minimum warunków osadzenia i obsłudze socjalnej bez nacisku na oddziaływania korekcyjne (średni odsetek wskazań dla wszystkich podgrup 60,24%),
2. utrzymywaniu rygoru i porządku więziennego, oddziaływania regulaminowo-porządkowe (odpowiednio, średni odsetek – 60,20%).

W tym zakresie panuje dość duża zgodność pomiędzy wskazaniami wychowawców więziennych a osadzonymi i to bez względu na zróżnicowanie wieku tych ostatnich (ponad połowa wskazań we wszystkich grupach badanych). Taki stan rzeczy potwierdza więc duże znaczenie praktyczne paradygmatu obsługi socjalnej skazanych, sformułowanego przez H. Machela<sup>48</sup>.

Znacznie już rzadziej wskazywano na podejmowanie oddziaływań z zakresu opieki zdrowotnej i leczenia (33,34% ogólnej liczby wskazań wychowawców; od

<sup>47</sup> Ocenę taką wzmacnia to, że powyższym ułatwieniom towarzyszyły także działania pomocowo-administracyjne, np. pomoc w zakresie uzyskania renty inwalidzkiej lub chorobowej (wychowawca nr 26, 16 lat w służbie więziennej), a także w uzyskaniu świadectwa o stopniu niepełnosprawności (wychowawca nr 18, 9 lat stażu w służbie).

<sup>48</sup> Zwracają uwagę relatywnie niskie wskaźniki dla resocjalizacji i to nawet formalnourzędowej (26,67% ogólnej liczby wskazań wychowawców; od 28,35% dla osadzonych w wieku do 40 lat do 6,46% dla osadzonych powyżej 65. roku życia). Jak widać, odsetek wskazań na podejmowanie oddziaływań resocjalizacyjnych przez wychowawców więziennych maleje wraz z narastaniem wieku badanych. Im starsi, tym wskazań mniej (zależność statystycznie istotna na poziomie wysokim:  $\chi^2 = 25,764$ ,  $p < 0,001$ ). Wynika z tego, że znaczenie oddziaływań resocjalizacyjnych maleje wraz z wiekiem.

14,44% wskazań w grupie osadzonych do 40. roku życia do 32,26% w grupie powyżej 65 lat).

Tabela 11. Ochrona zdrowia na tle innych zadań zakładu karnego wg wskazań personelu więziennego i osadzonych

Rodzaj oddziaływań penitencjarnych	Wychowawcy więzienni (N = 30) liczba wskazań	%	Osadzeni w wieku					
			do 40 lat (N = 187) liczba wskazań	%	41-65 lat (N = 61) liczba wskazań	%	powyżej 65 lat (N = 31) liczba wskazań	%
Opieka zdrowotna i leczenie	10	33,34	27	14,44	15	24,59	10	32,26
Zapewnienie minimum warunków osadzenia i obsługa socjalna bez nacisku na oddziaływania korekcyjne	20	66,67	104	55,62	35	57,38	19	61,29
Utrzymywanie rygoru i porządku więziennego, oddziaływania regulaminowo – porządkowe	19	63,34	110	58,83	33	54,10	20	64,54
Inne, w tym resocjalizacja, pomoc i wsparcie społeczne, budowa lub podtrzymywanie więzi na zewnątrz zakładu, np. z rodziną	22	73,43	124	63,31	30	49,18	8	25,81

Źródło: badania i obliczenia własne.

Zwraca jednak uwagę, że na takie oddziaływania wyraźnie częściej niż osadzeni wskazują wychowawcy więzienni. Wynika z tego, że osadzeni odczuwają swoisty niedosyt w zaspokajaniu ich potrzeb zdrowotnych. Może to być związane z narastaniem postaw roszczeniowych wraz z upływem okresu wykonywania kary pozbawienia wolności. Nadto częstotliwość wskazań na opiekę zdrowotną wzrasta wraz z wiekiem, czego zresztą można się było spodziewać<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> Warto zauważyć, że zależność ta jest odwrotna do zależności pomiędzy wiekiem badanych a częstotliwością wskazań na podejmowanie resocjalizacji.

Mając zatem na uwadze ustalenia opisane powyżej, warto jeszcze przeanalizować rodzaje praktycznych działań, ujmowanych w stosunku do konkretnych potrzeb i oczekiwań skazanych. W celu ich określenia poproszono o odpowiedź na odpowiednie pytania ankiety zarówno samych osadzonych objętych badaniem, jak i ich wychowawców.

Z danych w tabeli wynika, że w odpowiedzi na potrzebę ochrony zdrowia w zakładach karnych podejmowano działania mocno zróżnicowane. Jeśliby zatem określić ich hierarchię wg częstotliwości wskazań na poszczególne z nich, ich częstotliwość byłaby następująca:

1. utrzymanie rygoru i porządku więziennego, oddziaływania regulaminowe (ogółem 27,28% wszystkich wskazań w tej kolumnie),
2. zapewnienie minimum warunków osadzenia, obsługa socjalna (odpowiednio 24,00%)
3. opieka zdrowotna i leczenie (18,19%),
4. inne<sup>50</sup> (30,53%), w tym formalnourzędowa resocjalizacja (11,19%).

Jak zatem widać, opiekę zdrowotną i leczenie jako zadanie zakładu karnego osoby objęte badaniem wskazały dopiero na 3. miejscu. Działania z tego zakresu stanowiły tylko stosunkowo niewielki fragment sposobu postępowania z osobami będącymi w niezadowolającej sytuacji zdrowotnej.

Wynika to zapewne ze specyfiki zakładu karnego, w którym najważniejszym zadaniem jego personelu jest zapewnienie porządku i bezpieczeństwa, w drugiej kolejności zaś minimum warunków osadzenia zgodnie ze standardami wskazanymi w Europejskich Regułach Więziennych. W takiej sytuacji, ochrona zdrowia skazanych schodzi na drugi plan. Taki wniosek potwierdzają też wyniki badań innych autorów<sup>51</sup>.

Reasumując, można więc ocenić, że wobec skazanych deklarujących jako priorytetową potrzebę ochrony zdrowia, w praktyce penitencjarnej podejmowano przede wszystkim działania zabezpieczające porządek i bezpieczeństwo, następnie zapewniające minimum warunków egzystencji (zminimalizowana obsługa socjalna). Opieka zdrowotna schodziła niestety na plan dalszy, miała charakter wspomagający działania pierwszego rodzaju. W pewnym sensie stanowiła nadbudowę nad instytucjonalno-systemową bazą.

Podsumowując wszystko, co powiedziano w tej części artykułu o ochronie zdrowia osadzonych, w oparciu o wyniki omówionych badań można wskazać różne moduły postępowania z osadzonymi. Skategoryzowano je wg częstotliwości wskazań na 4 najważniejsze ich elementy podane poniżej. Moduły te pokazują

<sup>50</sup> Pomoc i wsparcie społeczne, zapewnienie bezpieczeństwa itd.

<sup>51</sup> Por. M. Gołębiowski, *op. cit.*; S. Grzesiak, *op. cit.*; M. Kiryluk, *op. cit.*

różne nasilenie ochrony zdrowia (opieki zdrowotnej), ujętej w na tle hierarchicznego uszeregowania tych elementów. Są one następujące:

Tabela 12. Potrzeby zdrowotne i oczekiwania skazanych co do ich zaspokojenia w ocenach ich własnych oraz wychowawców więziennych

Rodzaj działań podejmowanych w praktyce	Potrzeba ochrony zdrowia liczba wskazań	%
Resocjalizacja formalnourzędowa – wychowawcy – skazani – razem	7 21 28	11,19
<b>Opieka zdrowotna i leczenie</b> – wychowawcy – skazani – razem	8 42 50	18,19
Pomoc i wsparcie społeczne, budowa lub podtrzymywanie więzi na zewnątrz zakładu, np. z rodziną, bez nacisku na wychowywanie – wychowawcy – skazani – razem	5 26 31	11,28
Zapewnienie minimum warunków osadzenia i obsługa socjalna bez nacisku na oddziaływania korekcyjne – wychowawcy – skazani – razem	5 61 66	24,00
Utrzymywanie rygoru i porządku więziennego, oddziaływania regulaminowo – porządkowe – wychowawcy – skazani – razem	8 67 75	27,28
Inne, w tym zapewnienie bezpieczeństwa – wychowawcy – skazani – razem	3 21 25	8,06
Ogółem wszystkich wskazań	275	100,00

Źródło: badania i obliczenia własne.

Tabela 13. Poziomy opieki zdrowotnej nad skazanymi w różnych modułach postępowania ze skazanymi a ustawowe systemy wykonawcze

Wskazania w badanych grupach										
Określenie poziomu opieki zdrowotnej w różnych modułach postępowania ze skazanymi	Wychowawcy więzienni l. wsk.	%	Osadzeni wg określonego przez nich systemu wykonania kary						Razem wskazań na moduł l. wsk.	%
			Programowan. oddziaływania l. wsk.	%	Zwykły l. wsk.	%	Nie wiem jaki l. wsk.	%		
<b>Opieka ponadstandardowa</b> (M. zabezpieczająco- -kontrolny: a. socjalno- prozdrowotny)	12	21,82	32	26,45	37	20,91	9	17,31	90	22,23
<b>Podstawowa opieka zdrowotna</b> (M. zabezpieczająco- -kontrolny: b. socjalny)	20	36,36	42	34,70	75	42,36	25	48,07	162	40,00
<b>Opieka doraźna</b> (M. zabezpieczająco- -resocjalizacyjny)	23	41,82	47	38,85	65	36,73	18	34,62	153	37,78
Ogółem wskazań	55	100,00	121	100,00	177	100,00	52	100,00	405	100,00

Źródło: badania własne.

1. zabezpieczająco-kontrolny, w praktyce, w zakładach karnych objętych badaniem, miał on dwie formy:
  - a. socjalno-prozdrowotną (zapewnienie bezpieczeństwa i porządku, regulaminowa kontrola skazanych, obsługa socjalna i ponadstandardowa opieka zdrowotna),
  - b. socjalną (zapewnienie bezpieczeństwa i porządku, regulaminowa kontrola skazanych, obsługa socjalna i podstawowa opieka zdrowotna);
2. zabezpieczająco-resocjalizacyjny (najważniejsze elementy w hierarchii: zapewnienie bezpieczeństwa i porządku, zapewnienie minimum obsługi socjalnej, doraźna, podstawowa opieka zdrowotna, resocjalizacja).

Wskazane moduły postępowania realizowano zarówno w systemie programowanego oddziaływania, jak i zwykłym<sup>52</sup>. Statystyczną dyspersję wskazanych modułów na tle tych systemów pokazuje tabela 13. Należy się jeszcze uwaga, że liczby w poszczególnych rubrykach tabeli, jak również liczby łączne, nie pokazują ilości osób objętych badaniem, lecz ilość wskazań zsumowaną dla poszczególnych podgrup badanych, wyróżnionych powyżej wg kryterium deklarowanych potrzeb i oczekiwań w okresie wykonania kary pozbawienia wolności.

Pierwszy wniosek, jaki nasuwa się przy analizie danych z tabeli, dotyczy znajomości ustawowego systemu wykonania kary przez objętych nim skazanych. Jest on niepokojący, bowiem 12,84% objętych badaniem nie potrafiło określić, jaki to system. Na tym tle zdecydowanie lepiej wypadło wskazanie elementów poszczególnych modułów postępowania z osadzonymi. Wśród nich, socjalno-prozdrowotny jest stosunkowo najrzadszy (22,23% łącznej liczby wskazań). Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że, jak podawano wcześniej, na 279 osadzonych objętych badaniem aż 248 było w okresie wczesnej i średniej dorosłości (tj. do 65. roku życia), to takiego poziomu wskazań można było oczekiwać. W grupie skazanych młodszych ochrona zdrowia nie stanowiła bowiem jeszcze poważniejszego problemu. Warto więc

<sup>52</sup> Badaniem nie objęto systemu terapeutycznego. Zgodnie bowiem z treścią art. 96 § 1 k.k.w. w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej. Ponadto § 2 tego przepisu klasyfikuje także do tego systemu skazanych, o których mowa w art. 95 § 1 kodeksu karnego. Jeśli zatem wziąć pod uwagę powyższe, a także i to, że karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji (§ 4), to z badania należało system ten wyłączyć jako specyficzny, mało reprezentatywny z punktu widzenia przyjętej problematyki badawczej.

przypomnieć dane z tabeli 9, z których wynika, że wskaźniki dla potrzeby ochrony zdrowia wznoszą się wraz z wiekiem, tak, aby w grupie osadzonych po 65. roku życia osiągnąć poziom 32,25%, przy ocenach co do wystarczających możliwości ich zaspokojenia na poziomie 42,40%<sup>53</sup>. Z powyższych powodów wartość tego odsetka, obliczona dla ogółu osadzonych objętych badaniem, nie jest w pełni miarodajna<sup>54</sup>.

Stosunkowo najczęściej socjalno-prozdrowotny moduł postępowania z osadzonymi stosuje się w ramach systemu programowanego oddziaływania (26,45% wszystkich wskazań na ten sposób wobec odpowiednio 20,91% wskazań przy systemie zwykłym oraz 17,31% wskazań przez badanych, którzy nie wiedzieli, jakim systemem są objęci). Można zatem postawić wniosek, że taki moduł daje największe i najlepsze możliwości podejmowania działań z zakresu ponadstandardowej ochrony zdrowia osadzonych. Przemawiałoby to zatem za jego możliwie szerokim stosowaniem w pracy penitencjarnej.

Powyższe ustalenia warto odnieść do omawianych wcześniej wskaźników pokazujących potrzeby i oczekiwania zdrowotne skazanych na tle innych potrzeb i oczekiwań (tabela 14).

Jak wynika z analizy danych ujętych w tabeli, najkorzystniejszą sytuację stwierdzono w zakresie możliwości realizacji potrzeb zdrowotnych. Badani ocenili bowiem, że skazanych zgłaszających potrzebę ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej najczęściej obejmowano socjalno-prozdrowotnym modułem postępowania (łącznie 45,21% skazanych, którzy deklarowali takie potrzeby oraz wychowawców). Jest to więc sytuacja korzystna, zwłaszcza jeśli przypomnieć wcześniejsze uwagi o stanie zdrowia osadzonych. Podawałem już, że lekarze więzienni ocenili go lepiej niż sami osadzeni (por. tabela 3)<sup>55</sup>. Z tego powodu podany odsetek można by nawet skorygować nieco „w górę”.

Wyraźnie mniejszą wagę do ochrony zdrowia przywiązywano w grupie osadzonych deklarujących potrzebę oddziaływań korekcyjnych i resocjalizacji.

<sup>53</sup> Ogółem w tym wieku było tylko 31 osób, co musiało wpłynąć na zaniżenie analizowanego wskaźnika.

<sup>54</sup> Z podobnych powodów nie w pełni miarodajna jest także wartość ogólnego odsetka wyliczonego dla sposobu określanego jako zabezpieczająco-resocjalizacyjny (37,78% wszystkich wskazań). Jak bowiem podawano wcześniej znaczenie oddziaływań resocjalizacyjnych maleje wraz z narastaniem wieku badanych.

<sup>55</sup> Na „niezadowolający” i „zły” stan zdrowia wskazało ogółem 11 lekarzy (40,74% wobec 56,28% wskazań w grupie osadzonych). Jako dobry i względnie dobry oceniło stan zdrowia więźniów 10 lekarzy (odpowiednio 33,36% wobec 24,02%). Niekorzystne oceny stanu zdrowia formułowane przez osadzonych – z medycznego punktu widzenia – nie były więc w pełni uzasadnione. Osadzeni także nie do końca trafnie rozpoznawali dolegające im choroby (np. cukrzycę, łuszczycę i jaskrę). Można zatem ocenić, że deklarując możliwie dużą ilość stanów chorobowych, mogli oni traktować zdrowie instrumentalnie.

Z tą grupą badanych najczęściej pracowano w sposób zabezpieczająco-kontrolny, zapewniający jedynie obsługę socjalną oraz doraźną opiekę medyczną (łącznie 53,17% wskazań w kolumnie 3)<sup>56</sup>. Jest to jednak zrozumiałe wobec braku wskazań na wzmożone potrzeby zdrowotne ze strony samych osadzonych i świadczy o swoim istym pragmatyzmie praktyki.

Reasumując, można więc ocenić, że moduły postępowania ze skazanymi lepiej uwzględniają ich potrzeby zdrowotne niż potrzeby w zakresie poprawy moralnej oraz resocjalizacji.

Tabela 14. Wybrane potrzeby i oczekiwania osadzonych od zakładu karnego a moduł postępowania z nimi

Rodzaj modułu	Rodzaj potrzeby i oczekiwań osadzonych			
	Ochrony zdrowia oraz pomocy medycznej l. wskazań	%	Poprawy i resocjalizacji l. wskazań	%
Zabezpieczająco-resocjalizacyjny <b>z doraźną opieką zdrowotną</b> – wychowawcy – skazani – razem	9 30 39	  17,81	9 51 60	  37,97
Zabezpieczająco-kontrolny z obsługą socjalną i <b>ponadstandardową opieką zdrowotną</b> – wychowawcy – skazani – razem	10 89 99	  45,21	3 11 14	  8,86
Zabezpieczająco-kontrolny z obsługą socjalną i <b>podstawową opieką zdrowotną</b> – wychowawcy – skazani – razem	8 73 81	  36,98	9 75 84	  53,17
Ogółem – wychowawcy – skazani – razem	27 192 219	  100,00	21 137 158	  100,00

Źródło: badania własne.

<sup>56</sup> Na zabezpieczająco-resocjalizacyjny sposób pracy wobec zadeklarowania potrzeby poprawy i resocjalizacji wskazało łącznie 37,97% badanych. Nie jest to zatem odsetek wysoki, zwłaszcza jeśli zważyć, że pedagogika resocjalizacyjna przypisuje więzieniu przede wszystkim funkcję wychowawczą.

Tabela 15. Potrzeby oraz oczekiwania osadzonych w zakresie ochrony zdrowia w zależności od wieku a możliwości ich zaspokajania w różnych modułach postępowania penitencyjnego

Nazwa modułu postępowania	Rodzaj potrzeb i oczekiwań osadzonych oraz ocena możliwości ich zaspokajania według wskazań osób objętych badaniem (w nawiasach częstotliwość wskazań na określony sposób)											
	Ochrony zdrowia i pomocy medycznej Grupy badanych Skazani					Poprawy i resocjalizacji Grupy badanych Skazani					Łącznie wszystkich wskazań	
	Seniorzy l. wsk.	Młodszy l. wsk.	Wychowaw. l. wsk.	Razem		Seniorzy l. wsk.	Młodszy l. wsk.	Wychowaw. l. wsk.	Razem		Lb. bezwzgl.	%
				l. wsk.	%				l. wsk.	%		
1					2					1 + 2		
Zabezpieczająco- -resocjalizacyjny <b>doraźna opieka zdrowotna</b> – możliwości wystarczające	1	5	4	10	(17,81) 7,63	3	16	7	<u>26</u>	(37,97) <u>66,67</u>	36	21,18
Zabezpieczająco- -kontrolny z <b>ponadstandard. opieką zdrowotną</b> i obsługą socjalną – możliwości wystarczające	6	<b>68</b>	<b>9</b>	<b>83</b>	(45,21) <b>63,36</b>	0	5	2	7	(8,86) 17,96	90	52,9
Zabezpieczająco- -kontrolny z obsługą socjalną <b>podstawowa opieka zdrowotna</b> – możliwości wystarczające	2	31	5	38	(36,98) 29,01	0	4	2	6	(53,17) 15,37	44	25,87
<i>Ogółem wskazań na modele</i> Razem	9	104	18	131	(100,00) 100,00	3	25	11	36	(100,00) 100,00	170	100,00

Źródło: Badania i obliczenia Autora.

Ostatnie wreszcie zestawienie, sumujące całość przedstawionych w tym artykule analiz, zawiera tabela 15. Pokazuje ona omówione wyżej trzy podstawowe sposoby oddziaływań penitencjarnych w relacji do potrzeby ochrony zdrowia, nadto w zależności od innych jeszcze zmiennych, analizowanych i omówionych we wcześniejszych częściach artykułu.

Wskaźniki ujęte w tabeli potwierdzają, że wśród różnych modułów postępowania ze skazanymi, najbardziej adekwatne do ich potrzeb i oczekiwań analizowanych w kontekście realnych możliwości ich zaspokajania przez zakłady karne są dwa:

1. do potrzeb zdrowotnych: zabezpieczająco-kontrolny z ponadstandardową opieką zdrowotną i obsługą socjalną, a więc w skrócie socjalno-prozdrowotny (63,36% ogółu wskazań ujętych w tabeli) oraz
2. do potrzeb korekcyjnych: zabezpieczająco-resocjalizacyjny, tj. w skrócie resocjalizacyjny (odpowiednio 66,67%).

Pierwszy z tych sposobów daje najpełniejsze możliwości uwzględniania w oddziaływaniach penitencjarnych problematyki ochrony zdrowia, drugi paradygmatu resocjalizacji.

Należy jednak ocenić, że znaczenie obu tych sposobów dla praktyki penitencjarnej jest stosunkowo ograniczone, bowiem – jak podano wyżej – przeważa w niej bardziej oportunistyczny sposób pracy, tj. zabezpieczająco-kontrolny z elementami obsługi socjalnej i podstawowej opieki zdrowotnej.

Niejako na marginesie warto zauważyć, że oba ze wskazanych wyżej sposobów pracy penitencjarnej są typowe dla programowanego systemu wykonania kary pozbawienia wolności. Skoro więc ten właśnie system stwarza najlepsze możliwości dla aplikowania takich właśnie sposobów pracy z osadzonymi, to pomimo jego wad, a także różnych wypaczeń przy realizacji<sup>57</sup>, warto go upowszechnić w praktyce.

Zaznaczyć ponadto trzeba, że znaczenie wskazanych wyżej w pkt 1 i 2 obu modułów postępowania z osadzonymi może zależeć od ich wieku, chociaż w różnym stopniu. Zależność ta jest wyraźnie słabsza w przypadku modułu socjalno-prozdrowotnego, silniejsza dla sposobu resocjalizacyjnego.

Aczkolwiek trudno tu w pełni miarodajnie porównać częstotliwość wskazań na pierwszy z tych modułów przez więźniów młodszych i starszych z uwagi na zbyt małą liczebność tej ostatniej grupy, to wydaje się on mieć duże znaczenie dla osadzonych z mniej korzystną sytuacją zdrowotną w obu tych grupach. Tym niemniej, w grupie skazanych młodszych zawyżony, jak się wydaje, poziom pozytywnych

<sup>57</sup> Szeroko na ten temat np.: P. Stępiak, *System programowanego oddziaływania w opiniach więźniów*, „Archiwum Kryminologii” 2009, tom XXXI.

ocen jego adekwatności do potrzeb prozdrowotnych oraz instytucjonalnych możliwości realizacji mógł wynikać ze stosunkowo lepszego stanu ich zdrowia. W praktyce z osadzonymi młodszymi pracowano rzadziej w ten sposób. Rzadziej przeto dostrzegali oni niedomogi w ochronie zdrowia w praktyce więziennej. Z tego powodu wskaźnik ten należałoby odpowiednio skorygować w dół.

Z danych w tabeli 15 znacznie wyraźniej natomiast wynika, że wraz ze wzrostem wieku osadzonych maleje znaczenie resocjalizacyjnego modułu postępowania z osadzonymi. Jest to jednak oczywiste. W grupie osadzonych seniorów, tj. osób po 65. roku życia jest ono znikome i to w zasadzie niezależnie od systemu wykonania kary.

## Dyskusja i wnioski końcowe

Przeprowadzone badania, których wyniki zostały omówione w tym artykule, dają dobry punkt wyjścia do dyskusji nad praktycznymi paradygmatami postępowania z osobami odbywającymi karę pozbawienia wolności w zakładach karnych.

1. Jak wskazywałem we wstępie artykułu, ochrona zdrowia skazanych jest jednym z najważniejszych, ustawowych zadań służby więziennej (art. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej<sup>58</sup>). Wynika ona z obowiązków państwa wobec osób całkowicie poddanych pod jego nadzór.
2. Można oczekiwać, że wobec powszechnie sygnalizowanego przez badaczy kryzysu resocjalizacji penitencjarnej, a także prezentowanych w tym artykule wyników badań nad sytuacją zdrowotną osób osadzonych w zakładach karnych, znaczenie ochrony ich zdrowia będzie rosło. Wiąże się to bowiem z upowszechnianiem się w praktyce „nieresocjalizacyjnych” modułów postępowania ze skazanymi. Skazani stosunkowo niezbyt często deklarowali potrzebę poprawy moralnej. Nie jest ona dominująca w ich wskazaniach.

Z drugiej strony resocjalizacja stała się tylko rodzajem oferty ze strony zakładu karnego. W konsekwencji więc uczestniczy w niej co prawda około 58,00% osadzonych, lecz jeśliby uwzględnić obowiązkową resocjalizację osób młodocianych, z których część jej nie chce, to odsetek ten należałoby skorygować w dół.

---

<sup>58</sup> Dz.U. z 2010 r., Nr 79, poz. 523 z późn. zmian. Art. 2 pkt 3 ustawy ma treść: „zapewnienie osobom skazanym na karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanym, a także osobom, wobec których są wykonywane kary pozbawienia wolności i środki przymusu skutkujące pozbawieniem wolności, przestrzegania ich praw, a zwłaszcza humanitarnych warunków bytowych, poszanowania godności, opieki zdrowotnej i religijnej”.

Wynika z tego, że ochrona zdrowia, obok zapewnienia odpowiednich warunków bytowych oraz obsługi socjalnej, na którą wskazuje H. Machel, może stać się częścią dobrej praktyki penitencjarnej.

3. Ochrona zdrowia, a ściślej opieka medyczna i usługi zdrowotne dla skazanych muszą jednak być adekwatne do ich rzeczywistych potrzeb w tym zakresie. Ogólnie rzecz biorąc badania pokazały, że obiektywny stan zdrowia badanych osadzonych był lepszy od deklarowanego przez nich. Tym niemniej, ich sytuacja zdrowotna była zróżnicowana, przede wszystkim w zależności od wieku. Największe potrzeby zdrowotne deklarowali skazani seniorzy, ich oczekiwania w zakresie ochrony zdrowia i pomocy medycznej ze strony zakładu karnego były też największe. Praktyczny moduł postępowania ze skazanymi w zakresie ochrony ich zdrowia musi to zatem uwzględniać.
4. Jak pokazują badania, z ochroną zdrowia w wielkopolskich zakładach karnych nie jest najgorzej. Tym niemniej, obserwacja praktyki penitencjarnej prowadzi do wniosku, że przeważają w niej moduły postępowania ze skazanymi, w których ochrona zdrowia zapewniana jest tylko na poziomie podstawowym. Wpływ na taki stan rzeczy ma nie tylko stosunkowo skromna baza więziennictwa, lecz także limitowane środki budżetowe. Wydaje się jednak, że poziom opieki zdrowotnej w zakładach karnych objętych badaniem nie odbiegał w jakimś rażąco stopniu od poziomu opieki zdrowotnej w środowisku otwartym regionu wielkopolskiego. Nie dotyczy to jednak skazanych seniorów, którzy mogli liczyć na opiekę ponadstandardową. Paradoksalnie, pobyt w zakładzie karnym mógł stawiać ich pod tym względem w sytuacji lepszej, niż gdyby pozostawali na wolności. Świadczą o tym stosunkowo wysokie wskaźniki chorób i dolegliwości powstałych przed osadzeniem w zakładzie karnym.
5. Wobec obserwowanych powszechnie procesów starzenia się społeczeństw europejskich, w tym także polskiego, znaczenie ochrony zdrowia w zakładach karnych będzie rosło. Tak więc z uwagi na potrzebę jego ochrony współczesna przestrzeń penitencjarna wymagać będzie pewnej reorganizacji przez rozbudowę struktur więziennej służby zdrowia. Być może będzie to w przyszłości zadaniem pilniejszym od rozbudowy personelu penitencjarnego, ściślej zaś wychowawczego.
6. W niniejszym artykule starałem się pokazać, że przydatne do naukowego uogólniania dobrych praktyk penitencjarnych mogą być także nauki o zdrowiu. Otwiera to nowe, ciekawe obszary badawcze, w które wkracza problematyka tego artykułu.

Funkcja ochronna zakładu karnego w zakresie opieki zdrowotnej nad skazanymi w nim osadzonymi jest bowiem równie ważna, o ile nawet nie ważniejsza, od przypisywanej im tradycyjnie funkcji resocjalizacyjnej.

Jakie zatem schematy dobrych praktyk w zakresie ochrony zdrowia skazanych, nadające się do pewnych uogólnień, można odtworzyć w oparciu o przedstawione w tym artykule wyniki badań empirycznych?

Wskazać należy co najmniej jeden! Próba jego teoretycznego uogólnienia musi uwzględniać to, że priorytetem w zadaniach zakładu karnego jest jednak zapewnienie bezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego. Stanowi ono swoistą bazę. Dopiero po jej zapewnieniu można dodać coś więcej. Dobra praktyka zatem to taka, która ma solidną bazę (bezpieczeństwo i porządek w zakładzie karnym, odpowiednie warunki socjalne<sup>59</sup>). Nadbudową dla takiej bazy są podejmowane w zależności od potrzeb oddziaływania z zakresu ochrony zdrowia.

Moduł dobrej praktyki penitencjarnej w zakresie ochrony zdrowia można by zatem nazwać zabezpieczająco-kontrolno-prozdrowotnym. Obejmuje on takie działania, jak: zapewnienie bezpieczeństwa zakładowi karnemu oraz osadzonym, jak również porządku; ponadto ponadstandardową opiekę zdrowotną oraz obsługę socjalną wg zaleceń ERW.

Niejako na marginesie warto by jeszcze wskazać na inny moduł, tj. zabezpieczająco-kontrolno-resocjalizacyjny. W praktyce bowiem, przynajmniej formalnie wg danych uzyskanych w badaniach, przeważa on. Jego elementami są: zapewnienie bezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego w zakładzie karnym, utrzymanie porządku, obsługa socjalna skazanych, podstawowa opieka zdrowotna oraz resocjalizacja penitencjarna.

Jak z tego widać, dobra praktyka musi mieć charakter eklektyczny. Ważne miejsce w niej stanowią ochrona zdrowia oraz opieka medyczna nad osadzonymi. Jej poziom powinien być uzależniony od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych – od doraźnej, podstawowej, do ponadstandardowej. Z takiego punktu widzenia przeprowadzone badania dają zróżnicowany obraz rzeczywistości penitencjarnej. Ogólnie jednak jest on względnie pozytywny.

---

<sup>59</sup> Przeludnienie w zakładzie karnym skutecznie ogranicza możliwości ich zapewnienia.