

CZ. I

Zdrowie w więzieniu

- badanie postaw, zachowań i wiedzy
personelu więziennego
oraz ludzi pozbawionych wolności
na temat chorób zakaźnych
w wytypowanych polskich
jednostkach penitencjarnych

Raport końcowy i analiza wyników

Marzena Ksel, Halina Strzelecka, Wojciech Rudalski

**Europejska Sieć Współpracy na Rzecz
Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcjom w Więzieniach (ENDIPP)**

Warszawa, luty 2007

Projekt badawczy został zrealizowany dzięki uprzejmości następujących osób i firm, którym w tym miejscu składamy gorące podziękowania:

- dr Caren Weilandt z WIAD oraz prof. Heino Stöver z Uniwersytetu w Bremie, którzy zaproponowali realizację projektu w Polsce oraz przyczynili się do jego ostatecznego kształtu
- płk dr Jacek Pomiankiewicz, Dyrektor Generalny Służby Więziennej, który wyraził zgodę na realizację projektu oraz zdecydował o jego współfinansowaniu ze środków Centralnego Zarządu Służby Więziennej
- Magdalena Ruszkowska – Cieślak i Grzegorz Król z ENDIPP tworzący wsparcie w chwilach zwątpienia i będący łącznikami z instytucjami europejskimi
- dr Zbigniew Laskowski z Pointe Scientific, który nieodpłatnie wypożyczył sprzęt laboratoryjny do badania próbek krwi oraz znacząco obniżył ceny testów
- Zbigniew Strzelecki, który zadbał o obsługę informatyczną projektu i czuwał nad prawidłowością obliczeń

Szczególne podziękowania autorzy analizy składają wymienionym niżej partnerom, bez wsparcia których wykonanie programu nie byłoby możliwe:



Kontakty

Marzena Ksel

Biuro Służby Zdrowia
Centralny Zarząd Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37a
02 – 521 Warszawa

Telefon: (+48) 022 640 8421
Fax: (+48) 022 640 8422
E-mail: mksel@czsw.gov.pl

Halina Strzelecka

Biuro Służby Zdrowia
Centralny Zarząd Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37a
02 – 521 Warszawa

Telefon: (+48) 022 640 8424
Fax: (+48) 022 640 8422
E-mail: halina_strzelecka@wp.pl

Wojciech Rudalski

Biuro Służby Zdrowia
Centralny Zarząd Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37a
02 – 521 Warszawa

Telefon: (+48) 022 640 8428
Fax: (+48) 022 640 8422
E-mail: rudalski@poczta.onet.pl



Biuro Służby Zdrowia
Centralny Zarząd Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37a
02 – 521 Warszawa

Telefon: (+48) 022 640 8428
Fax: (+48) 022 640 8422
E-mail: bsz@sw.gov.pl



Oddział Terenowy w Warszawie
Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej
ul. Wiśniowa 50
02 – 520 Warszawa

Telefon: (+48) 022 640 8428
Fax: (+48) 022 640 8422

Spis treści

Wstęp	100
1. Streszczenie	
2. Struktura więziennictwa i charakterystyka systemu wykonywania kar w Polsce	
2.1 Kontrola legalności i prawidłowości wykonywania kary pozbawienia wolności	
2.2 Systemy wykonywania kary pozbawienia wolności	
2.3 Przestrzeganie Europejskich Zasad Więziennictwa i praw człowieka	
2.4 Główne problemy polskiego systemu penitencjarnego	
2.5 Informacja statystyczna o wykonywaniu kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania – stan na 31.12.2006 roku	
3. Aktualna sytuacja epidemiologiczna w Polsce w odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych przenoszonych przez krew	
3.1 Wybrane wskaźniki i tendencje demograficzne	
3.2 Dynamika sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce w latach 1985 – 2005	
3.3 Wybrane zagadnienia sytuacji epidemiologicznej WZW B i C w Polsce	
3.4 .Informacja statystyczna dotycząca występowania niektórych chorób zakaźnych u osób pozbawionych wolności w 2006 roku	
4. Ewolucja poglądów i zasad traktowania osób zakażonych HIV i chorych na AIDS	
5. Specyfika środowiska osób pozbawionych wolności w Polsce.....	
6. Struktura i zadania więziennej służby zdrowia w Polsce.....	
6.1 Personel medyczny służby więziennej.....	
6.2 Zasady finansowania więziennej służby zdrowia.....	
6.3 Procedura przyjęcia osadzonego do jednostki penitencjarnej.....	
6.4 Redukcja szkód oraz problematyka HIV/AIDS w jednostkach penitencjarnych.....	
6.5 Bieżące trendy epidemiologiczne w zakresie niektórych chorób przenoszonych drogą krwi	
6.6 Badania epidemiologiczne w polskich więzieniach.....	
7. Badanie ankietowe personelu służby więziennej oraz osób pozbawionych wolności.....	
7.1 Anonimowa ankieta dotycząca chorób zakaźnych oraz zachowań stwarzających ryzyko wśród polskich więźniów	
7.2 Wiedza, podejście i zachowanie polskiego personelu więziennego w zakresie chorób zakaźnych i narkotyków	
7.3 Cel i zadania projektu	
7.4 Metody	
7.5 Organizacja i miejsce badań	
7.6 Personel projektu	
7.7 System kodowania ankiet i próbek krwi	

7.8	Frekwencja	
7.9	Narzędzia do zbierania informacji	
7.10	Pobieranie próbek krwi	
7.11	Testy laboratoryjne	
7.12	Rezultaty	
7.12.1	Wyniki dotyczące osób pozbawionych wolności	
7.12.1.1	Charakterystyka badanej grupy	
7.12.1.2	Wiedza badanej grupy na temat HIV/AIDS	
7.12.1.3	Deklarowane zachowania wobec ludzi zakażonych HIV	
7.12.1.4	Zachowania ryzykowne związane z chorobami zakaźnymi przenoszonymi przez krew	
7.12.1.5	Wiedza badanej grupy na temat zażywania narkotyków w jednostkach penitencjarnych	
7.12.1.6	Doświadczenia własne związane z zażywaniem narkotyków	
7.12.1.7	Zachowania ryzykowne związane z zażywaniem narkotyków	
7.12.1.8	Opinie badanych dotyczące przemocy wśród osób pozbawionych wolności	
7.12.1.9	Świadomość zakażenia – wyniki testów laboratoryjnych	
7.12.1.10	Zachowanie ryzykowne osadzonych zakażonych WZW B i C	
7.12.1.11	Ocena jakości opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności	
7.12.2	W odniesieniu do populacji personelu SW.....	
7.12.2.1	Charakterystyka badanej grupy	
7.12.2.2	Problemy dostrzegane w jednostce penitencjarnej	
7.12.2.3	Ocena ryzyka zakażenia i poczucia bezpieczeństwa w związku z wykonywaną pracą w jednostce penitencjarnej	
7.12.2.4	Formy aktywności seksualnej wśród osób pozbawionych wolności	
7.12.2.5	Opinie badanych dotyczące przemocy w więzieniu	
7.12.2.6	Wiedza badanej grupy na temat HIV/AIDS i WZW typu B, C	
7.12.2.7	Wiedza badanej grupy dotycząca zażywania narkotyków w jednostkach penitencjarnych	
7.12.2.8	Choroby zakaźne w relacjach indywidualnych	
7.12.2.9	Opinie badanych dotyczące osób zakażonych wirusem HIV, WZW typu B, C i zażywających narkotyki	
7.12.2.10	Strategie przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych w więzieniu	
7.12.2.11	Dostępność materiałów oświatowo – zdrowotnych i profilaktyka	
7.12.2.12	Wybrane wyniki w oparciu o grupy zawodowe	
8	Podsumowanie.....	

8.1	Postawy, wiedza i zachowania osób pozbawionych wolności	
8.2	Postawy, wiedza i zachowania personelu jednostek penitencjarnych	
9.	Wnioski	
10	Zalecenia	
	Załączniki	101

Wstęp

Utrzymujące się w polskich jednostkach penitencjarnych od wielu miesięcy przełudnienie, niedofinansowanie, rosnące braki kadrowe w penitencjarnej służbie zdrowia, z jednej strony, z drugiej zaś niehigieniczny tryb życia, brak właściwych nawyków żywieniowych, nałogi u osób pozbawionych wolności, powodują, że pobyt w więzieniu niesie ze sobą ryzyko kontaktu z całym szeregiem niebezpiecznych chorób zakaźnych, w tym również przeniesionych drogą krwi . W związku z tym pracownicy Biura Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej postanowili stworzyć i zrealizować program badawczy, który oszacowałby skalę zagrożenia zakażenia wirusem HIV, rozmiary istniejących zakażeń wirusami WZW typu A i B wśród więźniów oraz dostarczyłby danych na temat postaw, zachowań i wiedzy zarówno osadzonych, jak i personelu Służby Więziennej.

Oddział Terenowy w Warszawie Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej, organizacja pozarządowa działająca w obrębie służby więziennej, w oparciu o umowę z dnia 1 czerwca 2006 roku, z niemieckim instytutem naukowym WIAD, we współpracy z Więzienną Służbą Zdrowia, Centralnym Zarządem Służby Więziennej oraz Europejską Siecią Przeciwdziałania Narkomanii I Infekcjom w Zakładach Karnych (ENDIPP), a także dzięki uprzejmości całego szeregu partnerów, przeprowadził badanie „Zdrowie w więzieniu”, którego wyniki przyczynią się do określenia poziomu występowania chorób zakaźnych w polskich jednostkach penitencjarnych oraz do opracowania adekwatnych procedur profilaktycznych. Badanie miało charakter ankietowy; dotyczyło zarówno personelu jednostek, jak i osadzonych w nich osób pozbawionych wolności. Dodatkowo od tych ostatnich, po uzyskaniu pisemnej zgody, pobrano krew, na obecność antygenów HbS i przeciwciał A-HCV (wirusowego zapalenia wątroby typu B i C). Udział w badaniu był całkowicie anonimowy i nieobowiązkowy.

1. Streszczenie

Niniejsze opracowanie dotyczy powstania, realizacji, analizy i wniosków wpływających z programu „Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, wiedzy i zachowań personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych” Do przeprowadzenia programu wylosowano po trzy jednostki zlokalizowane na terenie sześciu okręgów (cztery jednostki w okręgu opolskim), jednostek strukturalnych polskiego więziennictwa. Do każdej z nich przepustkę otrzymał, zaangażowany przez Oddział Terenowy w Warszawie Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej, ankieter spoza(!) Służby Więziennej, który przeprowadzał badanie ankietowe z osadzonymi metodą „face to face”. Krew do badań jednorazowym sprzętem systemu S-Monovette firmy Sarstedt pobierała pielęgniarka z jednostki. Dodatkowo zajmowała się także dystrybucją ankiety wśród załogi. Próbkę krwi przesyłano niezwłocznie do laboratorium Aresztu Śledczego w Warszawie Mokotowie, gdzie przeprowadzono ich badania metodą Elisa, testami SP – NANBASE C – 96 3.0 oraz SURASE B -96 (TMB) firmy

General Biological Inc., przy użyciu sprzętu firm Awariness Technology Inc., Rayto i HTM. Wymieniony sprzęt został wypożyczony na czas trwania programu przez firmę Pointe Scientific Polska Sp. z o.o, Zwrócono się do dyrektorów okręgowych o pomoc niezbędną do sprawnego przeprowadzenia badania. Poproszono o zobowiązanie załóg jednostek oraz podległych służb do współpracy z personelem projektu. Koordynatorzy okręgowi zorganizowali spotkania, na które zaprosili dyrektorów okręgowych oraz dyrektorów jednostek wytypowanych do badań. Przedstawili ideę i zasady badań; omówili również szczegóły techniczne dotyczące rozpropagowania idei i zasad badań wśród personelu jednostek i osadzonych, wejścia na teren jednostek i poruszania się po nich ankieterów, udostępnienia odpowiednich pomieszczeń do pracy ankieterów, pomieszczeń do pobierania krwi, spraw związanych ze sprawnym doprowadzaniem osadzonych do badań i zapewnieniem transportu do laboratorium w Warszawie. Dyrektorzy okręgowi zobowiązali wszystkie służby jednostek do współpracy z personelem projektu i udzielenia mu niezbędnej pomocy przy jego realizacji. Personel projektu stanowili lekarze, pielęgniarki i laboranci więziennej służby zdrowia oraz zatrudnieni w charakterze ankieterów studenci. Ze względu na brak czytników kodu prążkowego i trudności z ich wypożyczeniem, opracowano system kodowania próbek krwi, w celu powiązania ich z konkretnymi ankietami. Program przeprowadzono w drugiej i trzeciej dekadzie listopada 2006 roku. Badania próbek krwi zakończono w pierwszej dekadzie grudnia 2006 i następnie przystąpiono do opracowywania i analizowania uzyskanych danych. Analizę ukończono w I kwartale 2007 roku.

2. Struktura więziennictwa i charakterystyka systemu wykonywania kar w Polsce.

System więziennictwa w Polsce jest jednolity i ukształtowany przez ustawę Kodeks Karny Wykonawczy, Ustawę o Służbie Więziennej oraz wydane na ich podstawie szczegółowe akty wykonawcze.

W polskim systemie więziennictwa istnieją dwie podstawowe formy więzień:

- Areszt Śledczy (AŚ)
- Zakład Karny (ZK)

Karę pozbawienia wolności wykonuje się w:

- zakładach karnych dla młodocianych (skazani, którzy nie ukończyli 21 roku życia)
- zakładach karnych dla odbywających karę po raz pierwszy,
- zakładach karnych dla recydywistów penitencjarnych (dorośli skazani za przestępstwo umyślne na karę pozbawienia wolności oraz ukarani za wykroczenia umyślne zasadniczą karą aresztu, którzy uprzednio już odbywali takie kary),
- zakładach karnych dla odbywających karę aresztu wojskowego.

Każdy z typów zakładów karnych wymienionych powyżej może mieć formę:

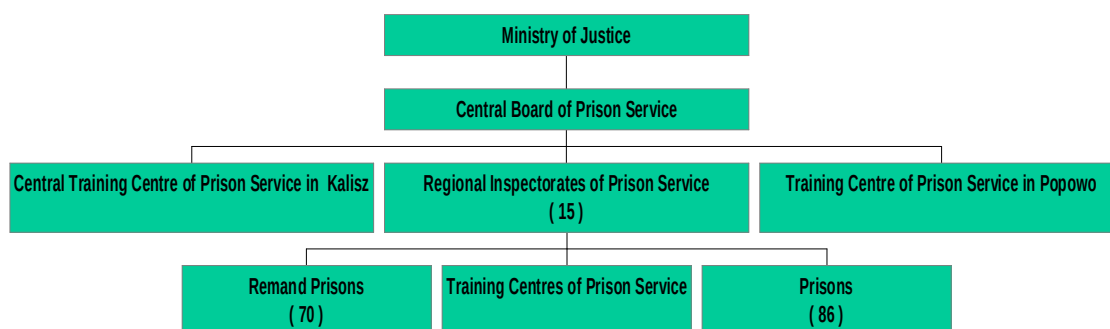
- zamkniętą,
- półotwartą,

- otwartą.

Zakłady karne typu zamkniętego różnią się od pozostałych w szczególności stopniem zabezpieczenia, izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie poruszania się w zakładzie i poza jego obrębem. Dostępne są również zakłady o maksymalnym stopniu zabezpieczenia (około 16 jednostek) dla więźniów zakwalifikowanych jako „wymagający osadzenia w wyznaczonym oddziale lub celi aresztu śledczego lub zakładu karnego typu zamkniętego w warunkach zapewniających wzmożoną ochronę społeczeństwa i bezpieczeństwo aresztu lub zakładu”. Dotyczy to więźniów „skazanych za przestępstwo popełnione w zorganizowanej grupie albo związku mającym na celu popełnianie przestępstw, oraz skazanych stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu”.

Zakłady karne podlegają Ministrowi Sprawiedliwości i mogą być tworzone jako samodzielne zakłady lub jako wyodrębnione oddziały zakładów karnych i aresztów śledczych (oddziały zewnętrzne). Kilka zakładów może posiadać wspólną administrację bądź wydzielone służby. W części zakładów mieszczą się ośrodki szkolenia i doskonalenia kadr służby więziennej.

Służbą Więzienną kieruje Dyrektor Generalny Służby Więziennej podległy Ministrowi Sprawiedliwości, powoływany i odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek Ministra Sprawiedliwości. Dyrektor Generalny Służby Więziennej określa przeznaczenie zakładów karnych. Jego siedzibą jest Centralny Zarząd Służby Więziennej w Warszawie. Dyrektorowi Generalnemu podlega 15 dyrektorów okręgowych Służby Więziennej, stojących na czele Okręgowych Inspektoratów Służby Więziennej. Dyrektor Generalny mianuje ich spośród oficerów Służby Więziennej; zwalnia zaś ze stanowiska Minister Sprawiedliwości. Dyrektorów zakładów karnych i aresztów śledczych mianuje, spośród oficerów Służby Więziennej, i zwalnia ze stanowiska Dyrektor Generalny Służby Więziennej na wniosek właściwego dyrektora okręgowego Służby Więziennej.



Schemat 1 - Struktura polskiego więziennictwa.

W jednostkach organizacyjnych pełnią służbę funkcjonariusze oraz mogą być zatrudnieni pracownicy. Zakres zajmowanych stanowisk, pełnionych funkcji i posiadanych kwalifikacji jest

różny dla obu tych kategorii i jest definiowany przez Radę Ministrów i Ministra Sprawiedliwości. Funkcjonariusze i pracownicy zakładu karnego są, w zakresie wykonywanych przez nich czynności służbowych, przełożonymi skazanego.

2.1 Kontrola legalności i prawidłowości wykonywania kary pozbawienia wolności.

Wewnątrz jednostek penitencjarnych działają i nadzór sprawują komisje penitencjarne. Podlegają one sądowi penitencjarnemu. Sędzia penitencjarny przewodniczy sądowi penitencjarnemu. Kontroluje on legalność i prawidłowość wykonywania kary pozbawienia wolności, kary aresztu, tymczasowego aresztowania, zatrzymania oraz środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym, a także kar porządkowych i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności. Może także zlecić wykonanie badania psychiatrycznego bez zgody skazanego. Sąd penitencjarny może uchylać decyzje komisji penitencjarnej. W jej skład dyrektor zakładu karnego powołuje funkcjonariuszy i pracowników tego zakładu. Do udziału w pracach komisji, z głosem doradczym, dyrektor może zapraszać także inne osoby godne zaufania, zwłaszcza przedstawicieli stowarzyszeń, fundacji, organizacji i instytucji, oraz kościołów i innych związków wyznaniowych.

Do zakresu działania komisji penitencjarnej należy itp.:

- kierowanie skazanego do właściwego zakładu karnego i systemu odbywania kary, jeżeli nie określił tego sąd w wyroku,
- ustalanie indywidualnych programów oddziaływań na skazanego i dokonywanie ocen ich wykonywania oraz postępów w resocjalizacji,
- kwalifikowanie skazanych do nauczania w szkołach i na kursach,
- kwalifikowanie skazanego do zakładów o maksymalnym zabezpieczeniu oraz dokonywanie, co najmniej raz na 3 miesiące, weryfikacji tych decyzji,
- weryfikowanie indywidualnych programów oddziaływania albo indywidualnych programów terapeutycznych, a także kierowanie i wycofywanie skazanych z oddziałów terapeutycznych,
- wyrażanie opinii w sprawach przyznania skazanemu przepustki oraz nagrody.

Polskie więzienia są także regularnie kontrolowane przez organizacje międzynarodowe, itp. przez European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Na przestrzeni ostatnich kilku lat miały miejsce trzy takie kontrole.

2.2 Systemy wykonywania kary pozbawienia wolności.

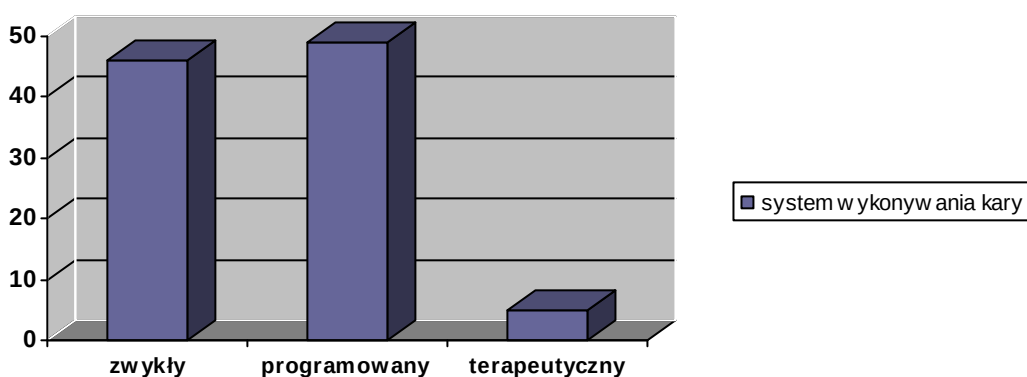
Karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie:

- programowanego oddziaływania – przeznaczone dla skazanych młodocianych i skazanych dorosłych, którzy po zapoznaniu się z projektem programu wyrażą zgodę na współudział w jego opracowaniu i realizacji; oddziaływania nastawione są na przygotowanie skazanych do powrotu do społeczeństwa.

- terapeutycznym – przeznaczone dla skazanych wymagających specjalistycznego oddziaływania psychologicznego, lekarskiego i rehabilitacyjnego, w szczególności dotyczy to skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzonych umysłowo, uzależnionych od alkoholu lub innych środków odurzających i psychotropowych, niepełnosprawnych fizycznie; karę pozbawienia wolności wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji. W postępowaniu ze skazanymi uwzględnia się w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia. Wykonywanie kary dostosowuje się do potrzeb w zakresie leczenia, zatrudnienia, nauczania i wymagań higieniczno-sanitarnych.
- zwykłym – dla pozostałych więźniów, także tych niewymagających już pobytu w systemie terapeutycznym; 11nkiecie mogą korzystać z dostępnego w zakładzie karnym zatrudnienia, nauczania oraz zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych.

Kobiety odbywają karę pozbawienia wolności oddzielnie od mężczyzn, przede wszystkim w zakładzie karnym typu półotwartego, chyba że stopień demoralizacji lub względy bezpieczeństwa przemawiają za odbywaniem kary w zakładzie karnym innego typu. Kobiety ciężarne lub karmiące mają zapewnioną opiekę specjalistyczną. W celu umożliwienia matce pozbawionej wolności sprawowania opieki nad dzieckiem, przy dwóch zakładach karnych istnieją domy dla matki i dziecka, w których dziecko może przebywać na życzenie matki do ukończenia trzeciego roku życia.

Wykres 1 - Skazani i ukarani wg systemu wykonywania kary (%).



2.3. Przestrzeganie Europejskich Zasad Więziennictwa i praw człowieka.

Europejskie Reguły Minimalne są generalnie przestrzegane w polskich więzieniach. Największym problemem jednak pozostaje zapewnienie osadzonym normy przestrzennej przypadającej na jednego więźnia. Wynika to z przeludnienia jednostek penitencjarnych (itp. 120%). W tym

zakresie nie są także spełnione normy określone w Kodeksie Karnym Wykonawczym. Znalazło to odzwierciedlenie w dwóch ostatnich raportach CPT.

Funkcjonowanie więziennictwa, w tym także opieki zdrowotnej zapewnianej osobom pozbawionym wolności podlega ocenie wielu niezależnych instytucji. Więzienia są regularnie kontrolowane przez sędziów penitencjarnych, przez przedstawicieli Rzecznika Praw Obywatelskich (Commissioner for Civil Rights Protection), właśnie ten aspekt, praw człowieka, podlega szczególnej ocenie. Ponadto organ Rady Europy, jakim jest CPT (Komitet Przeciwdziałania Torturom i Nieludzkemu Traktowaniu), trzykrotnie wizytował polskie więzienia (w odstępach czteroletnich). Po każdej wizycie publikowany jest protokół szczegółowo odnoszący się do kwestii przestrzegania praw człowieka, w tym chorych psychicznie. Dotychczasowa ocena CPT dla Polski jest w zasadzie pozytywna, choć były pewne zastrzeżenia.

2.4 Główne problemy polskiego systemu penitencjarnego.

- Przeludnienie (wzrost populacji więźniów o 50% w ciągu 5 lat: 1999-2004) utrzymujące się od kilku lat,
- Wzrost liczby sprawców najpoważniejszych przestępstw i członków zorganizowanych grup przestępczych,
- Niedobory kadrowe (wzrost liczby funkcjonariuszy zaledwie o 2,6% w ciągu 5 lat: 1999 -2004), przy wzroście populacji osób pozbawionych wolności z itp. 130 tys. w 1999 roku, do itp. 170 tys. w 2004 roku.
- Niedofinansowanie systemu,
- Przestarzała baza lokalowa (tylko 23% bazy zakładów karnych i aresztów śledczych powstało po II Wojnie Światowej)
- Niska dopuszczalna norma powierzchni mieszkalnej ($<3\text{m}^2/\text{osoba}$),
- Trudności z zapewnieniem odpowiednich standardów izolacji przestępców (wyniki kontroli międzynarodowych instytucji monitorujących systemy penitencjarne),
- Budżet więziennej służby zdrowia nie pozwalający na modernizację bazy sprzętowej,
- Wzrost zagrożeń epidemiologicznych zakażeniami wszczepiennymi (HIV, HCV, HBV) wśród więźniów (dożylne przyjmowanie środków psychotropowych i narkotyków).
- Przeludnienie więzień pogarszające jakość świadczeń medycznych i prowadzące do przeciążenia pracą personelu medycznego.
- Brak adekwatnej współpracy pomiędzy wymiarem sprawiedliwości a cywilną służbą zdrowia, szczególnie w zakresie przenoszenia sprawców niepoczytalnych ze szpitali więziennych do odpowiednich jednostek cywilnych.
- Niedobory personelu medycznego spowodowane niskimi uposażeniami

2.5 Informacja statystyczna o wykonywaniu kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania – stan na 31.12.2006 roku.

W ostatnim dniu 2006 roku ogólna ilość miejsc w polskich jednostkach penitencjarnych wynosiła 75550 miejsc. Osadzonych było 88647 osób, co oznaczało przełudnienie sięgające 118,5 %. Wśród osadzonych 14415 stanowiły osoby tymczasowo aresztowane, a 74232 osoby skazane i ukarane. Największe przełudnienie zanotowano w okręgu katowickim – 129,6 %, najmniejsze w okręgu koszalińskim – 108,9 %. W populacji osadzonych znakomitą większość stanowili mężczyźni – 85979 osób, z tego dorośli 80773 i młodociani 5206. Kobiet było 2668, z czego 118 młodocianych.

Tabela 1 – Zaludnienie w jednostkach penitencjarnych poszczególnych okręgów – wg stanu na 31.12.2006 roku.

Nazwa jednostki	Pojemność	Liczba ewidencyjna osadzonych	W tym		% zaludnienia
			13nkie. Areszt	Skazani ukarani	
okręg białostocki	2803	3119	522	2597	110,8%
okręg bydgoski	6475	7350	665	6685	113,3%
okręg gdański	4335	4958	779	4179	114,2%
okręg katowicki	7416	9467	2576	6891	129,6%
okręg koszaliński	3941	4270	378	3892	108,9%
okręg krakowski	4942	6064	1184	4880	122,6%
okręg lubelski	3710	4128	820	3308	111,1%
okręg łódzki	5612	6968	1316	5652	124,1%
okręg olsztyński	4183	4911	499	4412	117,6%
okręg opolski	4055	4577	209	4368	112,8%
okręg poznański	6127	7607	1014	6593	123,7%
okręg rzeszowski	3743	4276	293	3983	113,8%
okręg szczeciński	4252	4800	636	4164	120,5%
okręg warszawski	6581	7725	2292	5433	120,4%
okręg wrocławski	7375	8427	1232	7195	118,7%
ogółem	75550	88647	14415	74232	118,5%

Tabela 2 – Młodociani i dorośli w populacji osadzonych w 2006 roku.

Wyszczególnienie	Ogółem	Tymczasowo	Skazani	Ukarani
			aresztowani	
ogółem	88647	14415	73914	318
Mężczyźni	85979	13732	71956	291
-młodociani	5206	2087	3093	26

-dorośli	80773	11645	68863	265
Kobiety	2668	683	1958	27
-młodociane	118	55	63	0
-dorosłe	2550	628	1895	27

We wszystkich jednostkach penitencjarnych przebywało ogółem 659 cudzoziemców; największą grupę stanowili obywatele Ukrainy – 189, Rosji – 59 i Białorusi – 50. W 2006 roku przez polskie jednostki penitencjarne przewinęła się populacja 179707 osób

3. Aktualna sytuacja epidemiologiczna w Polsce w odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych przenoszonych przez krew.

Wybrane wskaźniki i tendencje demograficzne.

Liczba ludności Polski według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 38 157 tys. osób. Obecnie notowany jest spadek liczebności populacji. Tempo wzrostu liczby ludności od kilku lat maleje (od przełomu lat 80. i 90.), zaś od roku 1999 obserwuje się bezwzględny spadek liczby ludności, co jest głównie wynikiem zmniejszającej się liczby urodzin. W 2006 roku po raz ósmy z kolei odnotowano w Polsce ubytek rzeczywisty ludności. Jednocześnie, po raz pierwszy od 2002 roku liczba urodzeń była wyższa niż liczba zgonów, co oznacza dodatni przyrost naturalny. Szacuje się, że w końcu 2006 roku liczba ludności Polski wynosiła 38 122 tys. osób, tj. o itp. 35 tys. mniej niż w końcu 2005 r. (w 2005 r. liczba ludności zmniejszyła się o 17 tys.).

3.2 Dynamika sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce w latach 1985 – 2005.

Początek epidemii HIV/AIDS w Polsce miał miejsce w drugiej połowie lat 80. ubiegłego wieku. Pierwsze zakażenia zgłoszono bowiem w roku 1985. Na przełomie lat 80. i 90. wirus HIV zaczął szybko rozprzestrzeniać się w środowiskach osób wstrzykujących narkotyki, co spowodowało gwałtowny wzrost liczby wykrywanych zakażeń. W pierwszej połowie lat 90. nastąpił spadek zakażeń do około 400 nowo wykrywanych rocznie, a następnie w latach 2004–2005 powolny wzrost do około 650 (17 na 1 mln ludności) Najwyższy wskaźnik (ponad 40 na 1 mln. Ludności), zakażeń HIV obserwuje się w ostatnich latach na terenie obecnego województwa dolnośląskiego. Pierwsze zachorowania na AIDS w Polsce zgłoszono w 1986 roku. W 2004 roku zgłoszono ich 171, a w 2005 roku 187. Zachorowania na AIDS dotyczą najczęściej osób zakażonych poprzez wstrzykiwanie narkotyków, przez kontakty hetero – lub homoseksualne W grupie osób uzależnionych wstrzykujących narkotyki doszło do wybuchu epidemii HIV na przełomie lat 80. i 90., kiedy stanowili oni ponad 80% wszystkich osób, u których rozpoznawano zakażenie HIV.

Najprawdopodobniej dzięki szybkiemu wprowadzeniu programów redukcji szkód, działań edukacyjnych, a także zmieniającemu się wzorcowi przyjmowania narkotyków sytuacja uległa poprawie i na początku lat 90. zaobserwowano znaczny spadek wykrywania nowych zakażeń wśród osób wstrzykujących narkotyki. Osoby zakażone poprzez wstrzykiwanie narkotyku stanowią nadal około połowę wszystkich rejestrowanych przypadków AIDS (w 2004 r. 45%, w 2005 r. 52%). Roczna liczba zachorowań jest stabilna, bez tendencji spadkowej. Od tego czasu odsetek zakażeń poprzez kontakty homoseksualne wahał się w granicach 10%. W Polsce do końca marca 2006 zgłoszono 92 zakażenia wertykalne.

Od początku epidemii do końca stycznia 2007 roku w Polsce u 10637 osób stwierdzono zakażenie wirusem HIV. Z grupy tej co najmniej 5388 osób zakażyło się w związku z używaniem narkotyków. Stwierdzono również 1853 zachorowania na AIDS oraz 838 zgonów.

3.3 Wybrane zagadnienia sytuacji epidemiologicznej WZW B i C w Polsce.

Zachorowania na WZW B są zgłaszane i rejestrowane w Polsce od 1979 roku. Jednakże do końca 1996 roku zgłaszano łącznie zachorowania na WZW B i WZW nie-B to jest, takie u których nie rozpoznano WZW B.

W latach 1979 a 1985 zapadalność na 100 000 wynosiła od 42,0 do 45,2. Między rokiem 1985 a 1986 spadła od 45,1 do 38,9, co można wiązać z poprawą warunków sterylizacji sprzętu i materiałów medycznych w zakładach służby zdrowia. Między rokiem 1990 a 1991 doszło do kolejnego spadku liczby zachorowań i zapadalności (od 39,7 do 35,6), który wywołany był objęciem szczepieniami pierwszych grup ludności (1989 i 1990). Kolejny spadek został zanotowany od roku 1993, kiedy przystąpiono do intensywnego programu zapobiegania i zwalczania tej choroby (zapadalność od 34,6 do 10,5). Obecnie przewiduje się zmniejszenie tempa spadku liczby zachorowań i zapadalności. Osiągnięcie zapadalności występującej w krajach zachodnioeuropejskich na poziomie około 5,0 na 100 000 powinno zostać osiągnięte w okresie 5-6 lat.

Jednym z ważniejszych problemów epidemiologicznych naszego kraju, a także i świata, są zakażenia wirusami hepatotropowymi HBV i HCV. Wzrost liczby niektórych usług inwazyjnych, rozwój nowych technik diagnostycznych i zabiegowych zwiększył ryzyko zakażeń szpitalnych, szczególnie wirusowych, oraz wymagania wobec standardów higienicznych. Polska zaliczana jest do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV, gdyż przewlekła obecność HbsAg stwierdzana jest u 1,5% populacji. Po wprowadzeniu szczepień i upowszechnieniu sprzętu jednorazowego użytku nastąpił znaczący spadek liczby świeżych zakażeń. Współczynnik zapadalności na WZW typu B w latach 80. wynosił 42-45/100 tys. ludności, pod koniec lat 90. (1997 r.) już 12,5/100 tys. mieszkańców, a w 2002 roku 8-9-krotne mniej niż przed ich wprowadzeniem i wynosił 5,02/100 tys. W miejsce obniżającej się liczby zakażeń HBV obserwuje się stały wzrost liczby osób zakażonych wirusem typu C zapalenia wątroby (HCV). Wg danych

Państwowego Zakładu Higieny i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, uznawanych przez WHO, w Polsce zakażenie HCV dotyczy około 1,4% populacji, a liczba nowo wykrywanych infekcji zwiększa się.

3.4 Informacja statystyczna dotycząca występowania niektórych chorób zakaźnych u osób pozbawionych wolności w 2006 roku

W 2006 roku u osób pozbawionych wolności w polskich jednostkach penitencjarnych stwierdzono 1228 przypadków infekcji wirusem HIV, z czego 89 stanowiły przypadki nowo wykryte – 433 osoby zakażone HIV przebywały w aresztach śledczych i więzieniach w dniu 31 grudnia. Z tej grupy leczenie ARV (antiretroviral therapy), otrzymywało 181 osób.

Antygeny HbsAg wirusowego zapalenia wątroby typu B posiadało 455 osób, z czego 82 były przypadkami nowo wykrytymi; przeciwciała (antibody) A-HCV wirusowego zapalenia wątroby typu C posiadały 1643 osoby, z czego 280 stanowiły nowo wykryte przypadki.

W 2006 roku przez polskie jednostki penitencjarne przewinęła się populacja 179707 osób. 0,9% z nich miało styczność z wirusem Hepatitis C, a 0,25% z wirusem Hepatitis B.

Tabela 3 – Ilość przypadków wirusowych zapaleń wątroby oraz zakażeń HIV wśród osób pozbawionych wolności – stan na 31 grudnia 2006 roku.

		Ogółem w okresie sprawozdawczym	z kolumny 1 przypadki nowo wykryte	według stanu w dniu 31.12
Wirusowe zapalenie wątroby	typu A	0	0	0
	typu B	455	82*	175
	typu C	1643	280*	621
	inne	12	0	0
HIV		1228	89	433

* w większości są to przypadki ujawnione po wystąpieniu objawów klinicznych, leczone w Oddziale hepatologicznym w Potulicach

4. Ewolucja poglądów i zasad traktowania osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Wiedza na temat wirusa HIV w 1986 roku, kiedy to odnotowano w polskich więzieniach pierwszy przypadek nosicielstwa HIV nie była duża, nawet wśród personelu medycznego. Nie istniały żadne procedury. Atmosferę niepewności podsycaly jeszcze katastroficzne doniesienia prasowe. Najszybciej z nowym zagrożeniem oswoili się pracownicy medyczni. Z pewnością przyczynił się do tego głęboko zakorzeniony nawyk traktowania każdego pacjenta jak źródło potencjalnego zakażenia oraz inny, równie cenny w tej sytuacji nawyk kształcenia ustawicznego. Lawinowo rosnąca liczba doniesień naukowych na temat wirusa HIV pozwoliła na wypracowanie bezpiecznych procedur i zasad postępowania z tego rodzaju pacjentami.

Już w roku 1989 ówczesny Centralny Zarząd Zakładów Karnych (CZZK) wobec problemu zwiększającej się liczby ujawnianych w kraju, zwłaszcza wśród narkomanów, homoseksualistów

i prostytutek, żyjących z HIV, zwanych dawniej nosicielami wirusa HIV, opracował wytyczne dla jednostek penitencjarnych w zakresie wdrożenia profilaktyki HIV wśród osób pozbawionych wolności. Uznano, że na działania zapobiegawcze powinny polegać przede wszystkim na organizowaniu szkoleń personelu więziennego, na informowaniu osadzonych o zasadach zmniejszania zagrożeń, na podnoszeniu poziomu sanitarnego zakładów, przestrzeganiu obowiązujących zasad postępowania wobec zakażonych i podejrzanych o zakażenie, a w końcu na rozszerzeniu jakości i ilości badań diagnostycznych.

Wytyczne te zawierały szereg poleceń dotyczących między innymi:

- konieczności ustalenia ewentualnych wcześniejszych kontaktów osadzonego z żyjącymi z HIV oraz informacji o wykonanych w przeszłości badaniach,
- przeprowadzania badań testowych wobec osób z grup tzw. zwiększonego ryzyka,
- zgłaszania odpowiednim organom więziennej służby zdrowia informacji o osobach z zespołem AIDS wymagających hospitalizacji,
- zapoznawania osadzonych przy przyjęciu do zakładu z materiałami informacyjno – edukacyjnymi;
- wnikliwego analizowania nastrojów wśród osadzonych związanych z ujawnianiem przypadków nosicielstwa HIV i podejmowania działań profilaktycznych.

Dużym postępowaniem było opracowanie zasad przeciwdziałania zachowaniom zmierzającym do wymuszenia przez osadzonych zakażonych różnego rodzaju ustępstw ze strony administracji, a także położenie dużego nacisku na edukację personelu i kształtowanie właściwej atmosfery wobec problemu AIDS.

W 1990 roku odnotowano pierwsze przypadki „handlu” zakażoną krwią i umyślnego zainfekowania się wirusem HIV, jak można sądzić, w celu uzyskania przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, uchylenia postanowienia o tymczasowym aresztowaniu czy też innych doraźnych korzyści.

W odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie utworzono w szpitalach więziennych, w ramach oddziałów chorób wewnętrznych, pododdziały przeznaczone dla tymczasowo aresztowanych, skazanych i ukaranych żyjących z HIV wymagających szpitalnej opieki medycznej. Powstały w szpitalach aresztów śledczych w Gdańsku, Poznaniu i Warszawie – Mokotowie. Nieco później, w 1991 roku, dokonano zróżnicowania populacji zakażonych wirusem HIV na trzy grupy: zakażonych HIV, u których stwierdzono uzależnienie od środków odurzających lub psychotropowych; zakażonych HIV z odchyleniami od normy psychicznej i pozostałych zakażonych tym wirusem. Fundamentalne założenie programu przeciwdziałania zakażeniom HIV w zakładach penitencjarnych dotyczące izolowania osób zakażonych stało się obiektem krytyki. Jednym z postulatów zgłoszonych na konferencji służby więziennej w 1993 roku w Centralnym Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu było zlikwidowanie odrębnych zakładów dla osób

zakażonych HIV, „gdyż stają się one gettami, do których – by znaleźć się w lepszych warunkach – za pomocą samozakażeń starają się dostać niektórzy zdesperowani więźniowie. Sami zaś zakażeni wirusem usiłują wymusić jeszcze lepsze warunki różnymi sposobami szantażu i buntami”. Jednym z ważniejszych zadań, które realizowane było przez więziennictwo w 1997 roku, a wynikało z Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS było „promowanie tolerancji i akceptacji poprzez odstępowanie od oddzielnego osadzania nosicieli HIV i chorych na AIDS”. Na podstawie uzyskanych informacji i przeprowadzonych analiz, CZZZK dokonał ogólnej oceny sytuacji osadzonych zakażonych HIV / AIDS. Uznano, że nie stwarzają oni poważniejszych problemów medycznych, ochronnych i penitencjarnych. Z reguły nie powodują także celowych zagrożeń dla pozostałych osób pozbawionych wolności oraz dla personelu penitencjarnego. Zaobserwowano, że relacje między osadzonymi zakażonymi HIV a pozostałymi osadzonymi i personelem penitencjarnym uległy znacznej poprawie. Zakażeni przestali wywoływać u pozostałych osób irracjonalny lęk; ustały spowodowane nim żądania izolowania. Powszechnie zaczęto umieszczać ich w wielu jednostkach wspólnie z innymi osadzonymi, świadomymi faktu, iż w ich gronie znajdują się żyjący z HIV. „Otwarcie się” polskiego więziennictwa na świat, spowodowało dokonanie jakościowego przełomu w filozofii i sposobie podejścia do osadzonych żyjących z HIV. Liczne kontakty z systemami penitencjarnymi całego świata, szczególnie Unii Europejskiej, staże, udział w międzynarodowych konferencjach naukowych przyniosły poważne i oczekiwane efekty. Całkowicie zrezygnowano z izolacji i stygmatyzacji osadzonych żyjących z HIV. Wszyscy nowoprzybyli do zakładów poddawani są oddziaływaniom informacyjno – edukacyjnym, w tym z zakresu problematyki HIV / AIDS. Osadzonym deklarującym ryzykowne zachowania w przeszłości, proponuje się wykonanie testu z pełnym zachowaniem tajemnicy lekarskiej. Natomiast, jeżeli zakażony jest jednocześnie uzależniony od narkotyków i wymaga detoksykacji, wówczas kierowany jest do szpitalnego pododdziału detoksykacyjnego. Większość zakażonych przebywa w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych nie ze względu na zakażenie, lecz na uzależnienie narkotyczne. Resort więziennictwa od 1996 roku jest jednym z podmiotów realizujących Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS. Ważnym celem tego programu jest zapewnienie równego dostępu do metod profilaktyki AIDS i leczenia antyretrowirusowego dla wszystkich żyjących z HIV i chorych na AIDS, a więc także tymczasowo aresztowanych i skazanych.

W roku 2003 w CZSW opracowano „Strategię działań Służby Więziennej na lata 2004-2006 w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS”. Jako pierwszy z głównych celów strategii wymieniono ograniczenie rozprzestrzeniania zakażenia HIV. Do jego realizacji wdrożono zasadę rutynowego proponowania badań w kierunku HIV osobom osadzonym w zakładach penitencjarnych z zachowaniem pełnej dobrowolności i poufności oraz zabezpieczeniem systemu poradnictwa przed i po wykonanym teście. W trakcie wstępnych badań lekarskich i rozmów z wychowawcami każdy nowoosadzony

informowany jest o ryzyku zakażenia HIV, o praktycznych sposobach jego zapobiegania, o ryzykownych zachowaniach i ich ewentualnych następstwach. Wprowadzono monitorowanie przestrzegania praw skazanych żyjących z HIV i chorych na AIDS w realizacji specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych oraz zjawisk związanych z HIV/AIDS w jednostkach penitencjarnych. Kilka razy do roku podobnie jak w latach minionych organizowane będą szkolenia personelu więziennej służby zdrowia z zakresu najnowszych doniesień o problemach HIV/AIDS, ze szczególnym naciskiem na kształtowanie właściwych nawyków pracy. Wprowadzono nowoczesne zasady kontroli bezpieczeństwa postępowania medycznego i laboratoryjnego w placówkach więziennej służby zdrowia. Do programu szkoleń niemedycznych pracowników więziennictwa w Centralnym Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu wprowadzono cały szereg zagadnień z zakresu profilaktyki HIV/AIDS. Podjęto także w szerokim zakresie edukację osadzonych, ze szczególnym uwzględnieniem grupy młodocianych, z zakresu HIV/AIDS – poprzez programy zawierające prelekcje, filmy i literaturę fachową. Dzięki pozyskiwaniu przez więziennictwo bezpłatnych materiałów edukacyjnych i profilaktycznych o tematyce HIV/AIDS od organizacji społecznych i pozarządowych. Zapewniono osadzonym dostęp aktualnej wiedzy. Za szczególnie ważną uznano kontynuację współpracy z Krajowym Centrum itp. AIDS, Głównym Inspektoratem Sanitarnym oraz innymi organizacjami rządowymi i pozarządowymi w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, a także w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki HIV/AIDS ze Światową Organizacją Zdrowia.

Drugi główny cel *Strategii* to poprawa jakości opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, poprzez doskonalenie istniejącego penitencjarnego systemu opieki zdrowotnej. Zapewniono dostęp osadzonym do najnowszych metod profilaktyki AIDS, leczenia antyretrowirusowego oraz leczenia zakażeń oportunistycznych, nowotworów i innych chorób zakaźnych związanych z zakażeniem HIV. Nadal kontynuowany jest program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce*”, dzięki któremu osadzeni mają zapewnione bezpłatne leki ARV oraz możliwość wykonywania stosownych testów diagnostycznych. W ramach programu redukcji szkód, w miarę możliwości finansowych, dążyć się będzie do powszechnej dostępności prezerwatyw. Realizując zasadę respektowania praw człowieka w odniesieniu do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS informuje się ich o możliwości zgłaszania przypadków łamania prawa do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

5. Specyfika środowiska osób pozbawionych wolności w Polsce.

Zasadniczym celem pobytu osoby pozbawionej wolności w warunkach zakładu penitencjarnego jest odbywanie kary pozbawienia wolności (skazanie wyrokiem sądowym) oraz izolowanie od społeczeństwa w przypadku prowadzonych czynności procesowych (tymczasowy areszt) w kierunku podejrzenia dokonania przestępstwa. Osadzony w zakładzie penitencjarnym zobligowany jest do przestrzegania regulaminu odbywania kary pozbawienia wolności lub regulaminu tymczasowego aresztowania. Zachowania niezgodne z nakazami i zakazami określonymi przez te przepisy, podlegają regulaminowym sankcjom. Przepisy określają rytm

i porządek dnia w oddziałach: pory otwierania i zamykania cel, posiłków, spacerów, odwiedzin i innych ważnych dla osadzonych spraw.

Pobyt w więzieniu dla osób pozbawionych wolności rodzi sytuację niezadowolenia i napięcia. Ogranicza im swobodę decydowania o sobie i zaspakajania podstawowych potrzeb psychospołecznych: bezpieczeństwa, pełnienia ról społecznych, akceptacji, samorealizacji. Stwarza także sytuację zagrożenia i lęku. Znaczącym elementem specyfiki więziennej jest funkcjonowanie „drugiego życia” skazanych, które określa bardzo dokładnie zasady postępowania „grypsujących” wobec innych skazanych oraz funkcjonariuszy itp. zakaz podawania rąk osobom spoza grupy „grypsujących”, jakiegokolwiek dotykania się, mówienia o swoich słabościach. Większość osadzonych cechuje wysoki poziom nieufności w stosunku do personelu („klawiszy”) i do innych osób. Wynika to ze świadomości przymusowej izolacji w środowisku więziennym z dobrze funkcjonującym przepływem informacji poza więzienny mur. W związku z tym z trudnością ujawniają oni informacje na swój temat. Osadzeni funkcjonują w wykreowanym przez siebie wizerunku „twardziela”, „grypsera” lub „złodzieja”. Wydaje im się to bezpieczne i dużo prostsze. Czarno – biały wizerunek świata, podział na „my – oni”, ułatwia podejmowanie decyzji i ocenę własnych oraz cudzych zachowań.

Większość osób pozbawionych wolności charakteryzuje się poważnymi zaburzeniami osobowości – najczęściej o charakterze antisocjalnym. Ten typ zaburzeń określany jest często jako psychopatia lub socjopatia. Najczęściej wymienia się następujące cechy:

- impulsywność reakcji;
- traktowanie innych ludzi instrumentalnie (skrajny egocentryzm);
- niezdolność kochania innych ludzi;
- częste, niekontrolowane wyładowania agresji;
- znaczne ograniczenie umiejętności przewidywania skutków własnych zachowań;
- deficyt lęku;
- brak poczucia winy i wyrzutów sumienia;
- niezdolność do wyciągania wniosków z dotychczasowych doświadczeń (mała skuteczność kary);
- demencja semantyczna (nieprzypisywanie wagi do wypowiedzianych sądów i obietnic);
- mała stałość seksualna i gwałtowny przebieg zachowań seksualnych;
- funkcjonowanie według zasady przyjemności i natychmiastowego zaspokajania potrzeb.

Wśród osadzonych, którzy po raz kolejny odbywają karę pozbawienia wolności dość powszechnie występuje uzależnienie od dokonywania przestępstw i od przestępczego stylu życia. Charakteryzują się obsesyjnym myśleniem o dokonaniu przestępstwa, nieodpartą chęcią zrealizowania tego zamiaru, doznaniem podniecenia, napięcia, ulgi, radości przed, w czasie i po dokonaniu przestępstwa. Jest to potrzeba doznawania silnych wrażeń i dla niektórych jest to tak mocno satysfakcjonujący stan, że dla niego samego dokonują przestępstw. Dodatkową gratyfikacją jest wzrost pozycji w hierarchii przestępczej, co znacznie umacnia i zwiększa kompetencje w tejże

grupie. Ich sfera duchowa jest bardzo uboga. Jest to spowodowane wpływem patologicznego środowiska rodzinnego i przestępczego stylu życia.

Większość populacji więziennej wykazuje tendencję do zachowań agresywnych. Często manipulują agresją i samoagresją w celu regulacji napięcia lub uzyskania doraźnych korzyści. Zachowania agresywne są trudne do zmiany, bowiem z punktu widzenia więźniów są pożądane. Dla większości zło jest receptą na życie i nie pozwala na łatwe wejście we własną duchowość. Osadzeni generalnie mają trudności z akceptacją nowych, pozytywnych norm zachowań, itp. Asertywność kojarzą z utratą godności, słabością, uległością, a nawet poniżeniem. Posiadają wizję świata opartego na sprycie, przemocy, braku szacunku. Skazani, którzy mają wieloletnie doświadczenia izolacji charakteryzują się małą aktywnością, biernością, spowolnieniem. Jest to efekt przystosowania się do warunków więzienia, nadmiaru wolnego czasu, braku bodźców i regularnych zajęć. Przesypianie i „niemyślenie”, koncentracja na zaspokojeniu codziennych, najprostszych potrzeb nie sprzyjają refleksji nad swoim dotychczasowym życiem. Doświadczenia szkolne i zawodowe osadzonych są bardzo zubożone. W znikomym procencie mają wykształcenie średnie, przeważa wykształcenie zawodowe i podstawowe (zasadnicze szkoły zawodowe mogą kończyć w szkołach więziennych w trakcie odbywania kolejnych wyroków).

U osób pozbawionych wolności wychowanie w patologicznych środowiskach, długoletnia izolacja więzienna, wieloletnie nadużywanie alkoholu i narkotyków kształtuje postawę wyuczonej bezradności. Występują u nich poważne deficyty podstawowych umiejętności życiowych: komunikacji, nawiązywania i utrzymywania relacji, pełnienia podstawowych ról społecznych, funkcjonowania w życiu społecznym.

Większość populacji więziennej pochodzi ze środowisk o znacznym poziomie patologii (przemoc fizyczna, psychiczna, przestępczy styl życia, alkoholizm, narkomania), dlatego też większość z nich to alkoholicy i narkomani. Lata pobytu w zakładach karnych, nadużywania alkoholu i narkotyków często całkowicie niszczą ich relacje z bliskimi. Czasami nie mają miejsca, żadnej osoby, do której mogą wrócić, po wyjściu na wolność. Brak im zdrowego wsparcia społecznego, które mogłoby dać szansę powrotu do normalnego życia. Nie posiadają żadnego zabezpieczenia materialnego po opuszczeniu zakładu penitencjarnego, prawa do świadczeń emerytalnych i rentowych, ani zasiłku dla bezrobotnych z powodu panującego w więzieniach bezrobocia. Znaczna część jest dodatkowo obciążona dużymi zadłużeniami alimentacyjnymi. Ze względu na istniejący problem narkomanii i alkoholizmu w zakładach penitencjarnych kilka lat temu utworzono oddziały terapeutyczne dla narkomanów i alkoholików (pierwszy – dla alkoholików w 1993r. w Areszcie Mokotów w Warszawie). Zdecydowana większość pacjentów takich oddziałów posiada negatywne doświadczenia życiowe dzieci alkoholików. Są oni często ofiarami przemocy w rodzinie i jednocześnie sprawcami wobec bliskich w swym dorosłym życiu. Niektórzy stają się jej ofiarami przemocy, w tym seksualnej, w zakładzie penitencjarnym. Powrót do społeczeństwa jest trudną drogą bez wsparcia rodzinnego i społecznego. Alkoholicy — więźniowie niechętnie szukają na wolności pomocy w stacjonarnych placówkach leczenia odwykowego. Boją się miejsc, które mogłyby ograniczać ich wolność. Czują się niepewnie, odczuwają brak zaufania, lęk do innych

ludzi. Mają poczucie bycia gorszym, innym z powodu deficytów swoich umiejętności psychospołecznych. Problemy akceptacji, wsparcia rodzinnego, społecznego, podjęcia pracy zawodowej, dotyczą w pewnym stopniu również pozostałej populacji skazanych opuszczających mury więzienia. Zubożenie tej sfery jest postrzegane przez nich jako źródło lęku, braku kompetencji wyzwalającej agresję. Prawie zawsze wracają oni do tych samych środowisk patologicznych, w których popełnili przestępstwo. Stają się znowu ofiarami narkotyków, alkoholu i w efekcie tego dokonują ponownie przestępstwa. Ci, którzy otrzymują pomoc z zakładu penitencjarnego związaną z zabezpieczeniem podstawowych potrzeb po jego opuszczeniu (finansową, nawiązanie kontaktu z pomocą społeczną, instytucjami i organizacjami ustawowo zobowiązanymi do pomocy więźniom i byłym więźniom), zwykle nie potrafią jej dobrze wykorzystać.

Inną charakterystyczną grupą osób pozbawionych wolności są encefalopaci o zabarwieniu neurastenicznym. Ich częste problemy to zaburzenia snu, trudności ze świeżą pamięcią, trudności ze skupieniem uwagi, przewlekły stan irytacji. W ich przeszłości miały miejsce samouszkodzenia i próby samobójcze. Występowały one w trakcie picia lub po odstawieniu alkoholu. Z czasem samouszkodzenia stawały się wyzwalaczem dla przeżycia ulgi i obniżenia napięcia emocjonalnego.

6. Struktura i zadania więziennej służby zdrowia w Polsce.

Więzienna służba zdrowia zapewnia opiekę zdrowotną osobom pozbawionym wolności na podstawie zapisów Kodeksu Karnego Wykonawczego. Ustawodawca w sposób jednoznaczny określił, że skazany ma prawo w szczególności do odpowiedniego, ze względu na zachowanie zdrowia, wyżywienia, odzieży, warunków bytowych, pomieszczeń oraz świadczeń zdrowotnych i odpowiednich warunków higieny. (Itp. 102 KKW). Skazanemu zapewnia się także bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne (itp. 115 §1)..

Do zakresu działalności więziennej służby zdrowia należy w szczególności:

- zapewnienie osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych, profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych, a także badań i terapii psychologicznych;
- prowadzenie nadzoru nad warunkami zdrowotnymi, sanitarnymi oraz żywieniem w jednostkach penitencjarnych;
- zaopatrzenie medyczne (zwłaszcza w leki, materiały medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną);
- promocja zdrowia i szerzenie oświaty zdrowotnej;
- 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).
- badanie i leczenie dentystyczne oraz świadczenia protetyczne
- orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia

- opieka nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem;

Działalność więziennej służby zdrowia organizuje, koordynuje i nadzoruje w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej Naczelny Lekarz Więziennictwa wraz z zespołem specjalistów. W każdym z 15 okręgowych inspektoratów zatrudniony jest Naczelny Lekarz Inspektoratu, który odpowiada za funkcjonowanie więziennej służby zdrowia na swoim terenie. Świadczenia zdrowotne zapewnia się osadzonym w zakładach opieki zdrowotnej, wchodzących w skład struktury organizacyjnej jednostek penitencjarnych. Są nimi: ambulatoria wraz z izbami chorych, szpitale więzienne, pracownie diagnostyczne, gabinety dentystyczne, pracownie protetyczne, gabinety rehabilitacji oraz fizykoterapii. W strukturze każdej jednostki penitencjarnej w Polsce funkcjonuje publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczący usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Ogółem działa 157 ambulatoriów wraz z izbami chorych o łącznej liczbie łóżek 863. Ponadto więzienna służba zdrowia dysponuje 13 szpitalami z 42 oddziałami o różnym profilu o łącznej liczbie łóżek 1247. Są one publicznymi zoz-ami ale nie mają samodzielności, nie posiadają własnej administracji i księgowości i w całości podlegają jednostce penitencjarnej, przy której się znajdują. W uzasadnionym przypadku świadczenia medyczne mogą być udzielane przez pozawięzienne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Obowiązek współdziałania pozawięziennych zakładów opieki zdrowotnej z więzienną służbą zdrowia nakłada art. 115 Kodeksu Karnego Wykonawczego, według którego „skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne, świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej współdziałają ze służbą zdrowia w zakładach karnych w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności:

- natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego,
- przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego,
- zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego”.

Szczegółowe zasady, zakres i tryb współdziałania więziennej i pozawięziennej służby zdrowia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. (Dz. U. Nr 171, poz. 1665).

Tabela 4 - Ilość porad ambulatoryjnych udzielonych osobom pozbawionym wolności w 2006 r.

		Ambulatorium własne	Publiczne ZOZ (poza więzieniem)
Lekarz ambulatorium (ogólny)		1307317	3697
Stomatolog		247677	918
Specjalista	Chirurg	23659	2295

	Chorób zakaźnych	1362	495
	Internista	49659	609
	Dermatolog	17708	940
	Ftyzjatra	5374	781
	Ginekolog	7279	74
	Kardiolog	1776	399
	Laryngolog	19017	1306
	Okulista	24353	2920
	Ortopeda	9286	1202
	Neurolog	20272	622
	Psychiatra	58500	1054
	Urolog	2739	620
	Inny	9187	4364
Ogółem		1805165	22296

6.1 Personel medyczny służby więziennej.

Do więziennej służby zdrowia przyjmuje się osoby z wykształceniem wyższym (lekarze, psychologowie i przełożone pielęgniarek) i średnim (pielęgniarki). Kandydaci są sprawdzani itp. pod kątem kwalifikacji zawodowych, niekaralności oraz cech osobowości (pożądane są takie cechy, jak: odporność na stres, dobrze rozwinięte zdolności adaptacyjne, zdolność kontroli emocji, umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych, zdolność do prawidłowego reagowania w sytuacjach trudnych).

Tabela 5 – Personel medyczny więziennej służby zdrowia (dane na dzień 31.12.2005 r. na podstawie informacji Biura Kadr CZSW).

Personel więziennej służby zdrowia	Etaty – wykonanie (faktycznie zatrudnieni)	W tym kobiety	W tym funkcjonariusze
Lekarz	646* (1 203)	502	226
w tym psychiatra	59* (116)	51	13
Inny wyższy med.	69* (90)	66	41
Pielęgniarka	827	745	785
Inny średni med.	102	83	70
Pozostali	67	61	43
Razem	1711	1457	1165

* wielu lekarzy (nie będących funkcjonariuszami SW) zatrudnionych jest na częściowych etatach, a więc nie są dostępni codziennie i/lub w pełnym wymiarze godzin. Dla wielu z nich podstawowym miejscem pracy jest cywilna jednostka medyczna. Oznacza to, że rzeczywista liczba lekarzy i innego wyższego personelu medycznego pracującego w służbie więziennej jest większa niż liczba etatów.

Pracownicy medyczni zajmujący stanowiska kierownicze w więziennej opiece medycznej (lekarze, psycholodzy, pielęgniarki) muszą posiadać kwalifikacje zawodowe oficera, chorążego lub podoficera. Warunkiem ich jest ukończenie odpowiedniej szkoły Służby Więziennej.

Za równoznaczne ze spełnieniem tego warunku uznawane jest złożenie egzaminu na oficera, chorążego albo podoficera. Wymagany jest także odpowiedniej długości staż pracy w służbie więziennej, tym dłuższy, im wyższego stanowiska dotyczy.

6.2 Zasady finansowania więziennej służby zdrowia.

Reforma publicznej służby zdrowia z 1999 r., która wprowadziła system ubezpieczeniowy finansowania jednostek podległych Ministerstwu Zdrowia nie objęła więziennych zakładów opieki zdrowotnej, dlatego są one nadal finansowane z budżetu państwa. Oznacza to, że potrzeby finansowe tych zakładów są zaspakajane przez dyrektora danej jednostki penitencjarnej, w której się znajdują, a nie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podobnie jest w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom pozbawionym wolności przez pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej. Świadczenia takie są także finansowane z budżetu państwa, w części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości. Sposób i tryb finansowania udzielonych świadczeń zostały określone w: rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. (Dz. U. Nr 281, poz. 2789). Płatnikiem świadczeń udzielonych od dnia 01.01.2005 r. jest jednostka penitencjarna kierująca osobę pozbawioną wolności do pozawięziennego zakładu opieki zdrowotnej.

Wyodrębnione z budżetu Służby Więziennej są:

- zakup leków, materiałów opatrunkowych i środków medycznych (w roku 2005 wydatkowano ogółem 16 750 000 PLN = 4 187 500 €),
- zakup świadczeń zdrowotnych dla osób nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (osadzonych) w pozawięziennych placówkach (w roku 2005 wydatkowano 7 450 000 PLN = 1 862 500 €)

Zakup leków antyretrowirusowych, które osadzeni otrzymują w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia leczenia osób żyjących z HIV (itp. 7 000 000 PLN = 1 750 000 €) jest finansowany spoza budżetu Służby Więziennej.

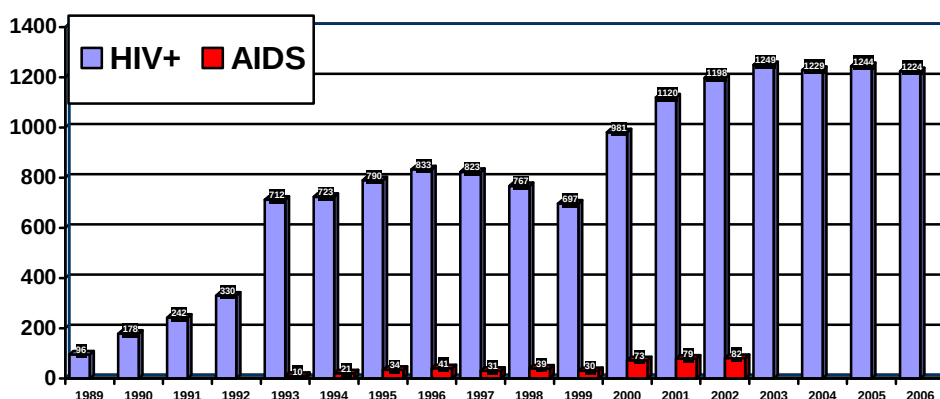
6.3 Procedura przyjęcia osadzonego do jednostki penitencjarnej.

Każdego skazanego przyjętego do zakładu karnego umieszcza się w celi przejściowej na okres do 14 dni w celu poddania go wstępnym badaniom lekarskim, zabiegom sanitarnym i wstępnym badaniom osobopoznawczym oraz zapoznania z podstawowymi aktami prawnymi dotyczącymi wykonywania kary pozbawienia wolności i porządkiem wewnętrznym zakładu karnego. Wstępne badania lekarskie wykonywane są przez lekarzy ogólnych, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia. Składają się na nie: badanie podmiotowe (wywiad chorobowy) i przedmiotowe (fizykalne). W terminie do 14 dni od dnia przyjęcia wykonuje się ponadto: radiologiczne badanie klatki piersiowej oraz badanie stanu uzębienia. Lekarz więzienny może zlecić przeprowadzenie badań dodatkowych, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia osoby pozbawionej wolności. W trakcie pobytu w jednostce penitencjarnej skazany podlega badaniom okresowym i kontrolnym. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są na podstawie skierowania od lekarza więziennego lub lekarza cywilnego.

6.4 Redukcja szkód oraz problematyka HIV/AIDS w jednostkach penitencjarnych.

Obecność osadzonych żyjących z wirusem HIV wśród osób pozbawionych wolności notuje się od 1989 roku. Większość z nich, (ok. 70%), to narkomanii.

Wykres 2 - HIV i AIDS u osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych w latach 1990-2006.



W związku z tym, że osadzeni żyjący z HIV to najczęściej narkomanii, koniecznością stało się wprowadzenie do jednostek penitencjarnych metod z zakresu redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków. W 2003 roku uruchomiono pierwszy program substytucji metadonowej w Areszcie Śledczym w Krakowie, obecnie podobne programy prowadzone są również w jednostkach penitencjarnych w Warszawie, Poznaniu oraz we wszystkich jednostkach penitencjarnych okręgu lubelskiego. Stanowią poszerzenie oferty świadczeń zdrowotnych mających za zadanie z jednej strony uzyskanie stabilizacji psychicznej umożliwiającej leczenie zarówno infekcji HIV i innych ciężkich schorzeń, z drugiej zaś są ważnym elementem w zapobieganiu szerzeniu się infekcji przenoszonych drogą krwi. Osadzeni żyjący z HIV mają dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych realizowanych w jednostkach penitencjarnych lub poradniach pozawięziennych. Od 2001 roku, dzięki dużej pomocy i przychylności Krajowego Centrum ds. AIDS, osadzeni mają zapewniony taki sam standard leczenia jak inni chorzy. Więziennictwo jest jednym z realizatorów programu polityki zdrowotnej ministra zdrowia *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce*. Oznacza to dostęp więźniów do terapii antyretrowirusowej na takich samych zasadach, jak pacjentów poza murami więziennymi. Początkowo w latach 2001-2002 grupa osadzonych leczonych ARV wynosiła około 70 osób – obecnie, na początku roku 2007 leczonych jest ich 180. Cechą charakterystyczną tej grupy jest jej duża zmienność, pacjenci leczeni w ośrodkach pozawięziennych trafiają do aresztu czasami na 3 miesiące lub nawet na krótszy okres i często zdarza się, że wychodząc na rozprawę, w ogóle nie wracają do jednostki penitencjarnej. W razie

potrzeby są hospitalizowani w oddziałach szpitali więziennych. Gdy istnieje konieczność wdrożenia leczenia wyspecjalistycznego niemożliwego do realizowania przez więzienną służbę zdrowia, na wniosek lekarzy otrzymują przerwę w wykonywaniu kary pozbawienia wolności lub uchylenie tymczasowego aresztowania i są kierowani do placówek pozawięziennych.

6.5 Bieżące trendy epidemiologiczne w zakresie niektórych chorób przenoszonych drogą krwi.

Biuro Służby Zdrowia CZSW monitoruje zachorowalność i zapadalność tylko w odniesieniu do chorób zakaźnych takich jak gruźlica, HIV czy WZW. Trendy w odniesieniu do gruźlicy wykazują tendencję spadkową. W przypadku HIV i AIDS ilość więźniów żyjących z HIV jest stabilna i wynosi itp. 1250 rocznie (uwzględniając znacząco rotację osadzonych), zwiększa się natomiast ilość osób wymagających leczenia lekami antyretrowirusowymi. W przypadku wirusowego zapalenia wątroby, zwłaszcza typu C, od paru lat obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób zakażonych.

6.6 Badania epidemiologiczne w polskich więzieniach.

Bardzo niewiele jest w Polsce badań epidemiologicznych dotyczących populacji osób pozbawionych wolności. W związku ze stale zwiększającą się liczbą osób pozbawionych wolności i uzależnionych od środków odurzających, w latach 2000-2003 Instytut Psychiatrii i Neurologii realizował projekt badawczy finansowany przez Komitet Badań Naukowych poświęcony narkomanii w jednostkach penitencjarnych. Badania Sierosławskiego prowadzone w polskich więzieniach w latach 2000 – 2001 miały pozwolić na ocenę rozmiarów i charakteru problemu narkomanii i skali używania narkotyków w jednostkach penitencjarnych. Objęto nimi osadzonych w oddziałach terapeutycznych oraz ogólną populację osadzonych. Przebadano losową i reprezentatywną grupę 1 186 mężczyzn. Wyniki pokazały, że w polskich zakładach penitencjarnych, podobnie jak na całym świecie, są narkotyki. („Nigdzie na świecie zakłady karne nie są w 100% szczelne” - (Rolicy and all 2000)):

- 19,5% wszystkich osadzonych to osoby, które przed aresztowaniem okazjonalnie używały narkotyków (w grupie wiekowej 17-24 lata to 30%).
- Najpopularniejszym narkotykiem przed pozbawieniem wolności wśród osadzonych były przetwory konopi, amfetamina, ecstazy, kokaina.
- Rozpowszechnienie używania narkotyków w warunkach pobytu w zakładzie penitencjarnym jest znaczne – 22,5% osadzonych ma za sobą takie doświadczenia (w grupie wiekowej 20-24 lata ponad 33%).
- Wśród substancji przyjmowanych w czasie pozbawienia wolności dominują leki uspokajające i nasenne używane bez przepisu lekarza, przetwory konopi oraz amfetamina.
- Używanie narkotyków w iniekcjach w zakładzie karnym potwierdziło 3,3% osadzonych, w tym 1% przyznało się do używania do zastrzyków wspólnych igieł i strzykawek.

- Wedle ocen i doświadczeń badanych narkotyki są dostępne w zakładach penitencjarnych i to w stopniu większym niż również zakazane napoje alkoholowe.

Wieloletnie doświadczenie więźniaków dowodzi niezbicie, że wszelkie oddziaływania o charakterze oświatowo – zdrowotnym skierowane do osób przebywających w zakładach penitencjarnych, mają szanse powodzenia właśnie w trakcie odbywania kary. Więzienna nuda, nadmiar wolnego czasu, brak pracy, konieczność przystosowania się do określonego regulaminu, czasem ciekawość powodują, że dobrze napisane i zorganizowane oddziaływania programowe cieszą się dużym powodzeniem. Badania Sierosławskiego potwierdziły, że przebywają w więzieniach narkomani przyjmujący narkotyki dożylnie, używając do tego celu wspólnych igieł i strzykawek, co jest najbardziej ryzykowne z punktu widzenia rozprzestrzeniania się HIV oraz WZW.

7. Badanie ankietowe personelu służby więziennej oraz osób pozbawionych wolności.

7.1 Anonimowa ankieta dotycząca chorób zakaźnych oraz zachowań stwarzających ryzyko wśród polskich więźniów.

Ankieta dla osadzonych zawierała 27 pytań. Dotyczyły one wiedzy i poglądów na temat chorób zakaźnych, dostępności narkotyków w warunkach pozbawienia wolności, zachowań i postaw w czasie pobytu w jednostce penitencjarnej i poza nią itp.

7.2 Wiedza, opinie, podejście i zachowania polskiego personelu więziennego w zakresie chorób zakaźnych i narkotyków

Ankieta dla personelu zawierała 31 pytań o podobnej tematyce jak w stosunku do osób pozbawionych wolności. Dodatkowo dotyczyły one znajomości zjawisk występujących w populacji osób pozbawionych wolności.

7.3 Cel i zadania projektu

Celem badania więźniów było określenie związków pomiędzy ich wiedzą na temat chorób zakaźnych przenoszonych drogą krwi, takich jak WZW typu B i C oraz HIV/AIDS, postawami i zachowaniami, a wskaźnikami dotyczącymi występowania tych chorób w populacji więziennej.

Główne zadania projektu:

- Określenie wskaźnika występowania WZW typu B i C w oparciu o badanie krwi metodą Elisa
- Zidentyfikowanie i określenie skali wpływu zachowań ryzykownych na wskaźnik występowania WZW typu B i C
- Oszacowanie w oparciu o posiadane dane epidemiologiczne wskaźnika występowania zakażenia wirusem HIV w populacji osób pozbawionych wolności

- Porównanie uzyskanych wyników ze wskaźnikami dotyczącymi populacji ludności Polski

7.4 Metody

Dla osiągnięcia zdefiniowanych celów wybrano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem ankiety, czyli techniki gromadzenia informacji, polegającej na wypełnianiu specjalnych kwestionariuszy, na ogół o wysokim stopniu standaryzacji: samodzielnego, bez obecności ankietera w przypadku pracowników służby więziennej i przez ankietera w przypadku osadzonych. Ankieter czytał pytania i zaznaczał udzielane przez więźniów odpowiedzi. Chodziło bowiem o uniknięcie błędów.

7.5 Organizacja i miejsce badań.

Do przeprowadzenia badania wylosowano po trzy jednostki zlokalizowane na terenie sześciu okręgów, jednostek strukturalnych polskiego więziennictwa. Dodatkowo wylosowano czwartą jednostkę z okręgu opolskiego. Do każdej z nich przepustkę otrzymał, zaangażowany przez Oddział Terenowy w Warszawie Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej, ankieter spoza(!) Służby Więziennej, który przeprowadzał badanie ankietowe z osadzonymi metodą „face to face”.

7.6 Personel projektu

Personel projektu stanowili:

1. Koordynatorzy programu: mgr Halina Strzelecka i lek. Wojciech Rudalski
2. Konsultant więzienny: lek. Marzena Ksel
3. Okręg opolski:
 - koordynator regionalny: lek. Jadwiga Bernaś – Ude
 - ankieterzy: Diana Ude i Paweł Kochanek
 - pielęgniarki: piel. dyp. Mirosława Pająk, piel. dyp. Marzena Stachowicz i piel. dyp. Leon Pindel
4. Okręg wrocławski
 - koordynator regionalny: lek. Anna Sołtyszewska
 - ankieterzy: Katarzyna Rzepecka, Agnieszka Sterchaluk i Arkadiusz Nawrocki
 - pielęgniarki: piel. dyp. Maria Sikora, piel. dyp. Maria Garnowska i piel. dyp. Wojciech Dziuba
5. Okręg olsztyński
 - koordynator regionalny: lek. Irena Zdrojewska - Suszkiewicz
 - ankieterzy: Agnieszka Rychlik, Agnieszka Bałdyga i Witold Syniec
 - pielęgniarki: piel. dyp. Janina Elżbieta Bołdowska, piel. dyp. Janina Makarewicz i piel. dyp. Barbara Kubiłowicz
6. Okręg łódzki
 - koordynator regionalny: lek. Andrzej Janaszewski

- ankieterzy: Anna Katarzyna Bobrzyk, Anna Grabka i Katarzyna Sosińska
- pielęgniarki: piel. dyp. Joanna Napieraj piel. dyp. Marzena Woźniak i piel. dyp. Jarosław Skwarciak

7. Okręg lubelski

- koordynator regionalny: lek. Feliks Świrszcz
- ankieterzy: Ewelina Cholewa, Marcin Świrszcz i Łukasz Świrszcz
- pielęgniarki: piel. dyp. Bożena Sławek, piel. dyp. Iwona Nesterowicz i piel. dyp. Beata Wójcik

8. Okręg warszawski

- koordynator regionalny: lek. Ryszard Derfla
- ankieter: Izabela Ciwantuch
- pielęgniarki: piel. dyp. Alicja Oraszek, piel. dyp. Iwona Bandurska i piel. dyp. Agnieszka Filipka

9. Tłumacz – mgr Aleksandra Rogowska

10. Laboranci – mgr Mieczysława Lament i mgr Ewa Bogrodzka - Szeroki

7.7 System kodowania ankiet i próbek krwi.

Ze względu na brak czytników kodu prążkowego i trudności z ich wypożyczeniem, opracowano system kodowania próbek krwi, w celu powiązania ich z konkretnymi ankietami (tym samym kodem oznaczano ankiety). Kod składał się z trzech liter oznaczających nazwę okręgu, cyfry oznaczającej jednostkę w konkretnym okręgu, cyfry oznaczającej kolejny numer ankiety w danej jednostce oraz litery oznaczającej płeć (K – żeńska, M – męska).

Zastosowano następujące kody okręgów:

Okręg	Kod okręgu	Jednostki okręgu z kodami			
opolski	OPO	OPO -1 ZK Strzelce Opolskie nr 1	OPO – 2 ZK Nysa	OPO – 3 AŚ Opole	OPO – 4 ZK Opole
wrocławski	WRO	WRO – 1 ZK nr 1 Wrocław	WRO -2 ZK nr 1 Wrocław	WRO – 3 AŚ Wrocław	
olsztyński	OLS	OLS – 1 AŚ Olsztyn	OLS -2 ZK Barczewo	OLS – 3 ZK Iława	
warszawski	WAR	WAR – 1 AŚ Mokotów	WAR -2 AŚ Grochów	WAR – 3 AŚ Służewiec	
lubelski	LUB	LUB – 1 AŚ Lublin	LUB -2 ZK Chełm	LUB – 3 ZK Włodawa	
łódzki	ŁÓD	ŁÓD – 1 ZK r 1 Łódź	ŁÓD -2 ZK Nr 2 Łódź	ŁÓD – 3 ZK Nr 3 Łódź	

Przykładowe oznaczenie WRO-1-24-M dotyczyło próbki z okręgu wrocławskiego, z Zakładu Karnego nr 1, powiązanej z ankietą nr 24, którą wypełnił mężczyzna.

7.8 Frekwencja.

Program przeprowadzono w drugiej i trzeciej dekadzie listopada bieżącego roku. Uzyskano następujące ilości ankiet i próbek z poszczególnych jednostek:

OKRĘG WROCŁAWSKI	WRO – 1 ZK nr 1 Wrocław	WRO -2 ZK nr 2 Wrocław	WRO – 3 AŚ Wrocław
Liczba ankietowanych osadzonych	38 – M 76 – K	111	108
Liczba ankietowanych pracowników	51	47	51
Liczba próbek krwi osadzonych	114	103	98

OKRĘG LUBELSKI	LUB – 1 AŚ Lublin	LUB -2 ZK Chełm	LUB – 3 ZK Włodawa
Liczba ankietowanych osadzonych	112	115	112
Liczba ankietowanych pracowników	50	50	50
Liczba próbek krwi osadzonych	112	115	112

OKRĘG OLSZTYŃSKI	OLS – 1 AŚ Olsztyn	OLS -2 ZK Barczewo	OLS – 3 ZK Iława
Liczba ankietowanych osadzonych	103	112	112
Liczba ankietowanych pracowników	32	50	52
Liczba próbek krwi osadzonych	66	42	25

OKRĘG WARSZAWSKI	WAR – 1 AŚ Mokotów	WAR -2 AŚ Grochów	WAR – 3 AŚ Służewiec
Liczba ankietowanych osadzonych	111	111	111
Liczba ankietowanych pracowników	45	21	50
Liczba próbek krwi osadzonych	98	111	110

OKRĘG ŁÓDZKI	ŁÓD – 1 ZK nr 1 Łódź	ŁÓD -2 ZK Nr 2 Łódź	ŁÓD – 3 ZK Nr 3 Łódź
Liczba ankietowanych osadzonych	111	111	111
Liczba ankietowanych pracowników	52	52	52

Liczba próbek krwi osadzonych	111	111	111
-------------------------------	-----	-----	-----

	OPO – 1 ZK Strzelce Opolskie nr 1	OPO -2 ZK Nysa	OPO – 3 AŚ Opole	OPO – 4 ZK Opole
OKRĘG OPOLSKI				
Liczba ankietowanych osadzonych	111	37	21 – K 92 – M	74
Liczba ankietowanych pracowników	47	36	53	-
Liczba próbek krwi osadzonych	89	28	83	53

7.9 Narzędzia do zbierania informacji

Narzędziem do zbierania informacji o postawach, wiedzy i zachowaniach personelu więziennego oraz osób pozbawionych wolności w odniesieniu do chorób zakaźnych przenoszonych przez krew, były ankiety.

7.10 Pobieranie próbek krwi

Krew do badań jednorazowym sprzętem systemu S-Monovette firmy Sarstedt pobierała pielęgniarka z jednostki. Dodatkowo zajmowała się także dystrybucją ankiety wśród załogi. Spośród badanych około 200 osób odmówiło zgody na pobranie krwi do badania. Problem ten, zgodnie z resztą z przewidywaniami, dotyczył młodocianych mężczyzn.

7.11 Testy laboratoryjne

Próbki krwi przesyłano niezwłocznie do laboratorium Aresztu Śledczego w Warszawie Mokotowie, gdzie przeprowadzono ich badania metodą Elisa, testami SP – NANBASE C – 96 3.0 oraz SURASE B -96 (TMB) firmy General Biological Inc., przy użyciu sprzętu firm Awareness Technology Inc., Rayto i HTM. Wymieniony sprzęt został wypożyczony na czas trwania programu przez firmę Pointe Scientific Polska Sp. z o.o,

7.12 Rezultaty

Wyniki ankiet opracowano w sposób jakościowy i ilościowy i poddano analizie, która umożliwiła na koniec sformułowanie wniosków, mogących stanowić wskazówki dla władz i personelu Służby Więziennej.

7.12.1 Wyniki dotyczące populacji osób pozbawionych wolności.

7.12.1.1 Charakterystyka badanej grupy

Analiza pierwszej grupy tematycznej dotyczy wieku, długości aktualnie odbywanego wyroku, czasu aktualnego pobytu, czasu spędzonego w jednostce penitencjarnej w ciągu ostatnich 10 lat.

Poniższe zestawienie ukazuje wartości odpowiadające kategoriom wieku.

Tabela 6. Wiek respondentów

Wiek	Ogółem (%); N=2009; (N-liczebność badanej populacji)
17 – 25	25,9
26 – 39	41,4
40 – 54	26,6
55 – 80	5,4
brak odpowiedzi	0,7
Razem	100

Źródło: badania własne

Analiza wieku badanej grupy pozwala stwierdzić, że znaczną część tj. 41,4% stanowią osoby w przedziale wiekowym 26 – 39.

Kolejne zestawienie ukazuje wartości odpowiadające kategoriom długości aktualnie odbywanego wyroku, czasu aktualnego pobytu i czasu spędzonego w jednostce penitencjarnej w ciągu ostatnich 10 lat.

Tabela 7. Długość aktualnie odbywanego wyroku, czas aktualnego pobytu i czas spędzony w jednostce penitencjarnej w ciągu ostatnich 10 lat.

Długość aktualnie odbywanego wyroku	Ogółem (%); N=2009
- areszt	13,3
- 3 miesiące lub mniej	3,5
- więcej niż 3 lecz mniej niż 12 m-cy	9,7
- 1 do 3 lat	29,2
- więcej niż 3 lata	44

- brak odpowiedzi	0,3
Razem	100,0
Czas aktualnego pobytu	
- 1 miesiąc lub mniej	7,3
- więcej niż 1 lecz mniej niż 3 m-ce	11,6
- więcej niż 3 lecz mniej niż 12 m-cy	27,7
- 1 do 3 lat	30,0
- więcej niż 3 lata	23,0
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Czas spędzony w jednostce penitencjarnej w ciągu ostatnich 10 lat	
- 3 miesiące lub mniej	15,6
- pomiędzy 3 a 12 m-cy	18,7
- 1 do 3 lat	25,4
- więcej niż 3 lata	39,8
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Dokonana analiza długości aktualnie odbywanego wyroku pozwala wnioskować, że znaczna część ogółu badanej grupy (29,2%) odbywa wyrok w przedziale 1 – 3 lata. Natomiast największy procent stanowią osoby odbywające karę w przedziale do 3 lat (30%). Zdecydowana większość badanych (39,8%) w ciągu ostatnich 10 lat spędziła powyżej 3 lat w jednostkach penitencjarnych.

Podsumowując charakterystykę badanej grupy można stwierdzić, że większość grupy stanowią osoby w przedziale wiekowym 26 – 39. Wśród ogółu badanych znaczna część odbywa wyrok od 1 roku do 3 lat (29,2%), natomiast największy odsetek to osoby odbywające karę w przedziale do 3 lat (30%). Zdecydowana większość badanych (39,8%) w ciągu ostatnich 10 lat spędziła powyżej 3 lat w jednostkach penitencjarnych.

7.12.1.2 Wiedza badanej grupy na temat HIV/AIDS.

Analizę przeprowadzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez respondentów na pytanie dotyczące możliwości zakażenia HIV.

Poniższe zestawienie przedstawia analizę udzielonych odpowiedzi.

Tabela 8. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy do zakażenia wirusem HIV może dojść.....?”

Poziom wiedzy	Ogółem (%); N=2009
W czasie kontaktów seksualnych bez prezerwatywy	
- tak	85,3
- nie	9,0
- nie wiem	5,5
- brak odpowiedzi	0,2
Razem	100,0
Przez kontakt z deską sedesową	
- tak	19,7
- nie	63,7
- nie wiem	15,3
- brak odpowiedzi	1,3
Razem	100,0
Przez picie ze szklanki używanej przez osobę zakażoną HIV	
- tak	23,6
- nie	65,4
- nie wiem	9,8
- brak odpowiedzi	1,2
Razem	100,0
Przez ślinę osoby zakażonej HIV (np. plucie, całowanie)	
- tak	42,3
- nie	45,5
- nie wiem	11,0
- brak odpowiedzi	1,2
Razem	100,0
Przez ukąszenie komara	

- tak	39,0
- nie	44,8
- nie wiem	14,7
- brak odpowiedzi	1,5
Razem	100,0
W czasie wykonywania zastrzyku	
- tak	91,2
- nie	6,5
- nie wiem	1,7
- brak odpowiedzi	0,6
Razem	100,0
Przez użycie maszynki do golenia osoby zakażonej HIV	
- tak	84,3
- nie	10,6
- nie wiem	4,4
- brak odpowiedzi	0,7
Razem	100,0
Przez tatuowanie	
- tak	92,8
- nie	4,1
- nie wiem	2,4
- brak odpowiedzi	0,7
Razem	100,0
Przez użyczenie krwi/przez „braterstwo krwi”	
- tak	93,3
- nie	4,0
- nie wiem	2,1
- brak odpowiedzi	0,6

Razem	100,0
Przez podanie ręki osobie zakażonej wirusem HIV	
- tak	4,3
- nie	92,5
- nie wiem	2,1
- brak odpowiedzi	1,1
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Na podstawie przeprowadzonej analizy można określić poziom wiedzy badanej populacji. Zdecydowana większość badanych trafnie oceniała drogi zakażenia HIV. Oznacza to, że większość posiada informacje o HIV/AIDS poparte ogólną wiedzą o drogach przenoszenia wirusa. Jednakże analizując odpowiedzi odnoszące się do poszczególnych pytań można stwierdzić, że jakość tej wiedzy budzi wiele wątpliwości. W przypadku oceny roli komarów w przenoszeniu wirusa HIV, aż 39% zadeklarowało, że jest to droga przenoszenia wirusa. Również wysoki odsetek (42,3%) odpowiedzi pozytywnych pojawił się przy ocenie możliwości zakażenia przez ślinę. 23,6% jest zdania, że można zakażać się przez picie ze szklanki używanej przez osobę zakażoną, a 19,7% przez kontakt z deską sedesową.

Analiza odpowiedzi badanej populacji prowadzi do wniosku, że w wielu obszarach wiedza badanych nie pochodzi z rzetelnych źródeł lub zwyczajnie jej brak.

7.12.1.3 Deklarowane zachowania wobec ludzi zakażonych HIV.

Kolejne zestawienie przedstawia analizę deklarowanych zachowań wobec osób żyjących z HIV .

Tabela 9. Deklarowane zachowania wobec osób zakażonych HIV.

Deklaracje		Ogółem (%); N = 2009
Wspólna praca	- tak	80,0
	- nie	19,9
	- brak odpowiedzi	0,5
Wspólne spożywanie posiłków	- tak	73,2
	- nie	26,3

	- brak odpowiedzi	0,6
Kontynuacja związku	-tak	42,85
	- nie	54,6
	- brak odpowiedzi	1,9
Wspólna celi	- tak	53,0
	- nie	45,5
	- brak odpowiedzi	0,6

Źródło: badania własne

Większość ankietowanych deklaruje pozytywne zachowania wobec osób żyjących z HIV - nie ma obaw przed wspólną pracą (80.0%) i wspólnym spożywaniem posiłków (73.2%). Natomiast znaczny odsetek badanych deklaruje negatywne zachowania w przypadku kontynuacji związku (42,8%) i przebywania we wspólnej celi (53,0%).

7.12.1.4 Zachowania ryzykowne związane z chorobami zakaźnymi przenoszonymi przez krew.

Poniższe zestawienia dotyczą informacji o zachowaniach seksualnych, używaniu prezerwatyw, pożyczaniu przedmiotów osobistego użytku i wykonywaniu zabiegów (tatuaż, kolczyk) w warunkach więziennych. Analizując tego typu zjawiska należy pamiętać, że respondenci odpowiadając na pytania szczególnie drażliwe dotyczące zachowań seksualnych mogą na nie odpowiadać przez pryzmat zapominania, awersji i samoobrony. Do najtrudniejszych pytań należą te, które dotyczą kontaktów homoseksualnych. Przy nich to szczególnie ważny jest odsetek braku danych czy też negatywnych odpowiedzi.

Tabela 10. Odpowiedzi respondentów na pytanie: - „Czy w ciągu 12 m-cy przed przyjściem do jednostki penitencjarnej miałeś stosunki płciowe z kobietami?”

Kontakt seksualny	Ogółem (%); N=1791
- tak	80,8
- nie	18,4
- brak odpowiedzi	0,8
Razem	100,0
Ilość partnerek	

- jedna	40,8
- dwie	8,9
- trzy i więcej	29,9
- To nie dotyczy mnie	18,1
- brak odpowiedzi	2,3
Razem	100,0
Używanie prezerwatyw	
- nigdy	40,8
- czasem	30,8
- zawsze	11,0
- to mnie nie dotyczy	16,7
- brak odpowiedzi	0,7
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Zdecydowana większość badanych mężczyzn (80,8%) miała stosunek płciowy z kobietą w ciągu 12 m-cy przed przyjściem do jednostki penitencjarnej. Z tego, aż 29,9% miało trzy i więcej partnerek. Natomiast prezerwatywy używane były „zawsze” tylko przez 11% ankietowanych.

Kolejne zestawienie przedstawia analizę zachowań homoseksualnych wśród badanych mężczyzn i zachowań seksualnych u badanych kobiet oraz używania prezerwatyw.

Tabela 11. Odpowiedzi respondentów na pytanie: - „Czy miałeś (-aś) kiedykolwiek kontakty seksualne z penetracją z mężczyzną przed przyjściem do jednostki penitencjarnej?”

Kontakt seksualny	Ogółem (%) N=2009	Mężczyźni (%) N=1791	Kobiety (%) N=218
- tak	80,8	0,5	87,6
- nie	18,4	99,45	11,9
- brak odpowiedzi	0,8	0,05	0,5
Ilość partnerów			
- jeden	2,8	0,5	25,2

- dwóch i więcej	6,4	0,1	57,8
- to mnie nie dotyczy	90,4	99,35	14,2
- brak odpowiedzi	0,4	0,05	2,8
Używanie prezerwatyw			
- nigdy	7,1	2,5	44
- czasem	3,6	0,2	31,7
- zawsze	1,2	0,05	11
- to mnie nie dotyczy	87,9	97,15	11,1
- brak odpowiedzi	0,2	0,1	2,2
Kontakt seksualny wbrew woli			
- nigdy	10,5	2,6	74,6
- czasem	1,1	0,05	9,1
- zawsze	0,05	0,05	0
- to mnie nie dotyczy	88,15	97,2	14,1
- brak odpowiedzi	0,2	0,1	2,2

Źródło: badania własne

Wśród badanej populacji mężczyzn, 0,5% deklarowało, że miało kontakt seksualny z mężczyzną przed przyjściem do jednostki penitencjarnej. Z tego 0,5% miało jednego partnera, a 0,1% dwóch i więcej. 2, 5 % nigdy nie używało prezerwatyw, natomiast kontakt seksualny wbrew woli „zawsze” i „czasem” miało 0,05%.

Wśród badanej populacji kobiet, 87,6% deklaruje, że miało kontakt seksualny z mężczyzną przed przyjściem do jednostki penitencjarnej. Z tego 25,2% miało jednego partnera, a ogromny odsetek (57,8%) dwóch i więcej. 44 % nigdy nie używało prezerwatywy, natomiast „czasem” tylko 11%. Kontakt seksualny wbrew woli „czasem” miało 9,1%. badanych kobiet.

Poniższa tabela dotyczy zachowań homoseksualnych wśród mężczyzn i zachowań seksualnych wśród kobiet przebywających w jednostce penitencjarnej.

Tabela 12. Odpowiedzi respondentów na pytanie: - „Czy miałeś (-aś) kiedykolwiek kontakty seksualne z penetracją z mężczyzną podczas pobytu w jednostce penitencjarnej?”

Kontakt seksualny	Ogółem(%) N=2009	Mężczyźni(%) N=1791	Kobiety(%) N=218
-------------------	----------------------	------------------------	----------------------

- tak	0,4	0,1	3,2
- nie	99,4	99,8	96,3
- brak odpowiedzi	0,2	0,1	0,5
Ilość partnerów			
- jeden	0,4	0,1	3,2
- dwóch i więcej	0	0	0
- to mnie nie dotyczy	99,4	99,8	96,3
- brak odpowiedzi	0,2	0,1	0,5
Używanie prezerwatyw			
- nigdy	0,3	0,1	1,8
- czasem	0,1	0	0,9
- zawsze	0,05	0	0,5
- to mnie nie dotyczy	99,3	99,75	96,6
- brak odpowiedzi	0,25	0,15	0,2
Kontakt seksualny wbrew woli			
- nigdy	0,4	0,05	3,2
- czasem	0	0	0
- zawsze	0,1	0,05	0,5
- to mnie nie dotyczy	99,3	99,7	95,8
- brak odpowiedzi	0,2	0,2	0,5

Źródło: badania własne

Wśród badanej populacji mężczyzn, 0,1% deklaruje, że miało kontakt seksualny z mężczyzną w jednostce penitencjarnej. Z tego 0,1% miało jednego partnera, a 0, 1 % nigdy nie używało prezerwatyw, natomiast kontakt seksualny wbrew woli „zawsze” miało 0,05%. Wśród badanej populacji kobiet, 3,2% deklaruje, że miało kontakt seksualny z mężczyzną w jednostce penitencjarnej. Z tego 3,2% miało jednego partnera, a 1,8 % nigdy nie używało prezerwatyw, natomiast kontakt seksualny wbrew woli „zawsze” miało 0,5%.

Podsumowując analizę zachowań seksualnych na wolności i po osadzeniu w jednostce penitencjarnej, można stwierdzić, iż zjawisko deklarowanych kontaktów seksualnych mężczyzn z mężczyznami, kobiet z mężczyznami, nieużywania prezerwatyw i kontaktu seksualnego wbrew woli dotyczy również osób przebywających w warunkach pozbawienia wolności.

Kolejne zestawienie dotyczy analizy występowania zjawiska seksu komercyjnego w warunkach pozbawienia wolności.

Tabela 13. Odpowiedzi respondentów na pytanie: - „Czy kiedykolwiek płaciłeś (-aś) za seks pieniędzmi lub rzeczami podczas pobytu w jednostce penitencjarnej?”

Seks za pieniądze	Ogółem (%); N=2009
- tak	0,05
- nie	99,7
- brak odpowiedzi	0,25
Razem	100

Źródło: badania własne

Wśród badanej populacji 1 osoba podała (0,05%), że płaciła za seks podczas pobytu w jednostce penitencjarnej. 0,25% badanych nie udzieliło odpowiedzi.

Tabela 14. Pożyczanie przedmiotów osobistego użytku podczas pobytu w jednostce penitencjarnej.

Pożyczanie osobistych przedmiotów		Ogółem (%); N=2009
Maszynka do golenia	- tak	5,1
	- nie	94,4
	- brak odpowiedzi	0,5
	Razem	100
Szczoteczka do zębów	- tak	1,0
	- nie	98,8
	- brak odpowiedzi	0,2
	Razem	100

Źródło: badania własne

Jak wynika z powyższej analizy 5,1% respondentów podało, że pożyczali maszynkę do golenia, natomiast 1,0% szczotczkę do zębów.

Ostatnie dwa zestawienia analizy ryzykownych zachowań, dotyczą wykonywania tatuaży i zakładania kolczyków w warunkach pozbawienia wolności.

Tabela 15. Odpowiedzi respondentów na pytanie: - „Czy kiedykolwiek podczas pobytu w jednostce penitencjarnej miałeś zrobiony tatuaż?”

Tatuaż	Ogółem (%);N=2009
- tak	40,4
- nie	59,1
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100

Źródło: badania własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że duża grupa badanych (40,4%) miała wykonany tatuaż w jednostce penitencjarnej.

Tabela 16. Odpowiedzi respondentów na pytanie: - „Czy kiedykolwiek podczas pobytu w jednostce penitencjarnej miałeś założony kolczyk ?”

Kolczyk	Ogółem (%); N=2009
- tak	2,8
- nie	96,7
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100

Źródło: badania własne

Jak wynika z powyższej analizy zjawisko zakładania kolczyków dotyczy również osób pozbawionych wolności (2,8%).

7.12.1.5 Wiedza badanej grupy dotycząca zażywania narkotyków w jednostkach penitencjarnych.

Analiza kolejnej grupy tematycznej niezbędna jest do dokonania oceny poziomu wiedzy osadzonych na temat występowania zjawiska zażywania narkotyków w jednostkach penitencjarnych. Zbadanie wskaźników poziomu wiedzy, pozwoli na zebranie informacji ilościowych, które konieczne będą do sformułowania wniosków i zaleceń w końcowej części pracy. Przeprowadzoną analizę przedstawiają poniższe zestawienia.

Tabela 17. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Ilu osadzonych używa, Twoim zdaniem, w jednostce penitencjarnej, jednego lub więcej wymienionych niżej narkotyków?”

Odsetek osadzonych używających narkotyków	Ogółem (%); N=2009
Marihuana / Haszysz	
- 0%	18,8
- 1 - 25%	12,4
- 26 -50%	13,5
- 51 - 75%	5,1
- 76 - 100%	5,0
- nie wiem	44,6
- brak odpowiedzi	0,6
Razem	100,0
Alkohol	
- 0%	33,5
- 1 - 25%	14,6
- 26 -50%	6,3
- 51 - 75%	1,2
- 76 - 100%	3,4
- nie wiem	40,6
- brak odpowiedzi	0,3
Razem	100,0
Heroina / Opiaty	
- 0%	35,5
- 1 - 25%	11,5
- 26 -50%	5,3
- 51 - 75%	0,4
- 76 - 100%	0,7
- nie wiem	46,2

- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Tabletki	
- 0%	23,4
- 1 - 25%	10,7
- 26 -50%	12,7
- 51 - 75%	4,7
- 76 - 100%	5,8
- nie wiem	42,4
- brak odpowiedzi	0,3
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Znaczny procent badanej populacji uważa, że 1 – 25% osadzonych używa marihuany, 1 – 25% alkoholu, 1 – 25% heroiny, 26 – 50% tabletek. Znacznie większy procent ankietowanych podaje, że osadzeni w ogóle nie używają narkotyków, natomiast zdecydowanie duży procent nie posiada wiedzy na ten temat.

Tabela 18. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Ilu osadzonych używa, Twoim zdaniem, w jednostce penitencjarnej, narkotyków w postaci zastrzyków ?”

Odsetek osadzonych wstrzykujących narkotyki	Ogółem (%); N=2009
- 0%	36,9
- 1 - 25%	11,3
- 26 -50%	3,1
- 51 - 75%	0,7
- 76 - 100%	0,3
- nie wiem	47,3
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Znaczny odsetek ankietowanych (36,9%) uważa, że osadzeni w ogóle nie używają narkotyków w postaci zastrzyków. 11,3% podaje, że 1 – 25% używa narkotyków w zastrzykach.

Podsumowując należy stwierdzić, że zdecydowanie duży odsetek ankietowanych nie posiada wiedzy dotyczącej zażywania narkotyków w jednostkach penitencjarnych. Znaczny odsetek podaje, że osadzeni w ogóle nie zażywają narkotyków w zastrzykach.

7.5.1.6 Doświadczenia związane z zażywaniem narkotyków.

Aby wyodrębnić grupę badanych, którzy używali kiedykolwiek narkotyków i przedstawić występowanie tego zjawiska w jednostkach penitencjarnych, przeprowadzono analizę odpowiedzi według czterech wskaźników, które zawierają poniższe zestawienia.

Tabela 19. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy używałeś, któregoś z niżej wymienionych narkotyków ?”

Używanie narkotyku	Ogółem (%); N=2009
Marihuana / Haszysz	
- w jednostce penitencjarnej lub poza nią	7,7
- tylko poza jednostką penitencjarną	29,0
- tylko w jednostce penitencjarnej	0,7
- nigdy nie używałem	61,7
- brak odpowiedzi	0,9
Razem	100,0
Alkohol	
- w jednostce penitencjarnej lub poza nią	4,6
- tylko poza jednostką penitencjarną	76,5
- tylko w jednostce penitencjarnej	0,4
- nigdy nie używałem	17,6
- brak odpowiedzi	0,9
Razem	100,0
Heroina / Opiaty	
- w jednostce penitencjarnej lub poza nią	1,1
- tylko poza jednostką penitencjarną	6,3

- tylko w jednostce penitencjarnej	0,4
- nigdy nie używałem	90,0
- brak odpowiedzi	2,2
Razem	100,0
Tabletki	
- w jednostce penitencjarnej lub poza nią	3,9
- tylko poza jednostką penitencjarną	13,7
- tylko w jednostce penitencjarnej	1,0
- nigdy nie używałem	80,0
- brak odpowiedzi	1,4
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Duży odsetek badanych nie przyznaje się do zażywania narkotyków. Znaczna część używała narkotyków tylko poza jednostką penitencjarną. W większym procencie dotyczyło to alkoholu (76,5%) i marihuany (29,5). Tylko w jednostce penitencjarnej wymienionych narkotyków zażywa średnio 0,6% ankietowanych. W jednostce penitencjarnej lub poza nią największy odsetek dotyczy marihuany (7,7%).

Tabela 20. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy kiedykolwiek użyłeś narkotyku w zastrzyku ?”

Używanie narkotyku w zastrzyku	Ogółem (%); N=2009
- tak	6,1
- nie	93,4
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Wśród ankietowanych 6,1% zażywało narkotyku w zastrzyku, natomiast znakomita większość (93,4%) udzieliła odpowiedzi negatywnej.

Tabela 21. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Ile razy wstrzyknąłeś narkotyk w ubiegłym miesiącu ?”

Częstość wstrzyknięć	Ogółem (%); N=2009
- zero	4,3
- jeden raz	0,2
- trzy razy	0,1
- dwadzieścia razy	0,05
- sześćdziesiąt razy	0,05
- to mnie nie dotyczy	95,0
- brak odpowiedzi	0,3
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Jak wynika z powyższej analizy 0,2 % zażyło narkotyk w zastrzyku jeden raz, natomiast trzy razy 0,1%.

Tabela 22. Wiek i miejsce inicjacji narkotykowej.

Wiek	Ogółem (%); N=2009
- 8 – 17 r. ż	2,3
- 18 – 25 r. ż	2,8
- powyżej 25 r. ż.	0,8
- to mnie nie dotyczy	93,8
- brak odpowiedzi	0,3
Razem	100,0
Jednostka Penitencjarna	
- tak	0,2
- nie	5,7
- to mnie nie dotyczy	93,7
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Największa grupa ankietowanych zażyła narkotyk w przedziale wiekowym 18 – 25 r. ż. 0,2% ankietowanych pierwszy raz zażyło narkotyk w jednostce penitencjarnej.

Tabela 23. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Kiedy ostatni raz wstrzyknąłeś narkotyk przed przyjściem do jednostki penitencjarnej?”

Wiek	Ogółem (%); N=2009
- na dzień przed przyjściem do jednostki penit.	2,2
- na tydzień przed	0,6
- na miesiąc przed	0,5
- na rok przed	1,0
- ponad rok przed	1,3
- to mnie nie dotyczy	93,7
- brak odpowiedzi	0,7
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Na dzień przed przyjściem do jednostki penitencjarnej 2,2% badanej populacji zażyło narkotyk w zastrzyku.

Podsumowując dział dotyczący doświadczeń związanych z przyjmowaniem narkotyków, należy podkreślić, że w badanej populacji można wyodrębnić grupy osób, wśród których znaczna część zażywała narkotyków tylko poza jednostką penitencjarną. W większym procencie dotyczyło to alkoholu (76,5%) i marihuany (29,5). Tylko w jednostce penitencjarnej wymienionych narkotyków zażywa średnio 0,6% ankietowanych. W jednostce penitencjarnej lub poza nią największy odsetek dotyczy marihuany (7,7%). Jeden raz zażyło narkotyk w zastrzyku 0,2 % ankietowanych, natomiast trzy razy 0,1%. Największy odsetek zażył narkotyk w przedziale wiekowym 18 – 25 r. ż. W jednostce penitencjarnej pierwszy raz - 0,2%.

7.12.1.7 Zachowania ryzykowne związane z zażywaniem narkotyków.

Analiza kolejnej grupy tematycznej niezbędna jest do znalezienia odpowiedzi na pytanie: jaki odsetek badanej populacji wykazuje zachowania, które mogą narażać na ryzyko zakażenia HIV czy WZW typu B i C.

Analizę przeprowadzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez respondentów na przedstawione pytania, które są tytułami poniższych zestawień.

Tabela 24. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy **przed** **przyjściem** do jednostki penitencjarnej korzystałeś z cudzych lub pożyczałeś swoje igły, strzykawki, inny sprzęt do zastrzyków?”

Korzystanie z cudzego lub pożyczanie swojego sprzętu do iniekcji „na wolności”	Ogółem (%); N=2009
Igły	
- zawsze	0,1
- czasem	1,0
- nigdy	17,6
- to mnie nie dotyczy	80,9
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Strzykawki	
- zawsze	0,1
- czasem	1,0
- nigdy	17,4
- to mnie nie dotyczy	81,1
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Inny sprzęt do zastrzyków	
- zawsze	0,1
- czasem	1,2
- nigdy	17,3
- to mnie nie dotyczy	80,8
- brak odpowiedzi	0,6
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Tabela 25. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy **podczas pobytu** w jednostce penitencjarnej korzystałeś z cudzych lub pożyczałeś swoje igły, strzykawki, inny sprzęt do zastrzyków?”

Korzystanie z cudzego lub pożyczanie swojego sprzętu do iniekcji w jednostce penitencjarnej	Ogółem (%); N=2009
Igły	
- zawsze	0,1
- czasem	0,5
- nigdy	17,6
- to mnie nie dotyczy	81,4
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Strzykawki	
- zawsze	0,1
- czasem	0,5
- nigdy	17,5
- to mnie nie dotyczy	81,5
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Inny sprzęt do zastrzyków	
- zawsze	0,1
- czasem	0,4
- nigdy	17,6
- to mnie nie dotyczy	81,4
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Tabela 26. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy **podczas pobytu** w jednostce penitencjarnej używałeś narkotyków w zastrzykach ?”

Używanie narkotyków w zastrzykach w jednostce penitencjarnej	Ogółem (%); N=2009
- tak	0,3
- nie	17,4
- to mnie nie dotyczy	81,1
- brak odpowiedzi	0,6
Razem	100,0

Źródło: badania własne

W oparciu o uzyskane dane można stwierdzić, że zdecydowana większość osadzonych uznała, że problem korzystania z cudzych igieł (80,9%), strzykawek (81,1%) i innego sprzętu do iniekcji (80,8%) ich nie dotyczy. Niewielki procent badanych potwierdziło pożyczanie sprzętu na wolności: **zawsze** 0,1%, **czasami** 1,0% - 1,2%. Sytuacja ta wygląda bardzo podobnie jeżeli chodzi o pobyt w jednostce penitencjarnej. Zdecydowana większość osadzonych uznała, że problem korzystania z cudzych igieł (81,4%), strzykawek (81,5%) i innego sprzętu do iniekcji (81,4%) ich nie dotyczy, ale niewielki procent badanych potwierdził pożyczanie sprzętu w więzieniu: **zawsze** 0,1%, **czasami** 0,4 - 0,5%. Biorąc pod uwagę, że obecnie w jednostkach penitencjarnych przebywa ponad 89 tys. osadzonych, zjawisko to dotyczy znacznej liczby osób.

7.12.1.8 Opinie badanych dotyczące przemocy wśród osób pozbawionych wolności.

Jednym z ważniejszych problemów, który udało się poruszyć w tym badaniu była przemoc wśród osadzonych. Wydaje się, że wykracza on poza problematykę HIV/AIDS czy WZW, ale należy pamiętać, że każdy rodzaj przemocy rodzi ryzykowne sytuacje i zachowania, co jest szczególnie groźne w warunkach pozbawienia wolności.

Poniższe zestawienie przedstawia analizę udzielonych odpowiedzi.

Tabela 27. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy uważasz, że dochodzi do przemocy pomiędzy osadzonymi w tej jednostce penitencjarnej?”

Przemoc	Ogółem (%); N=2009
Seksualna	
- tak	12,4
- nie	67,2

- nie wiem	19,8
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
Fizyczna	
- tak	41,1
- nie	46,3
- nie wiem	11,8
- brak odpowiedzi	0,8
Razem	100,0
Psychiczna	
- tak	48,4
- nie	38,7
- nie wiem	12,3
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić, że połowa badanych (48,4%) uważa, że pomiędzy osadzonymi w jednostce, w której obecnie przebywają, występuje problem przemocy psychicznej, natomiast 41,1% wskazuje na przemoc fizyczną. Znaczny procent badanych (67,2%) twierdzi, że w jednostce, w której przebywa nie występuje wśród osadzonych przemoc seksualna.

7.12.1.9 Świadomość zakażenia – wyniki testów laboratoryjnych.

Analiza świadomości zakażenia wśród badanych w porównaniu z wynikami wykonanych testów laboratoryjnych pozwoli na ustalenie faktycznej ilości osób zakażonych WZW typu B i C. W kolejnej części badania przedstawione będą ryzykowne zachowania ankietowanych podających, że są zakażeni i tych, u których stwierdzono zakażenie na podstawie wykonanych testów.

Tabela 28. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy jesteś zakażony następującymi chorobami?”

HIV	Ogółem (%); N=2009
- tak	0,6

- nie	92,5
- nie wiem	6,4
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0
Gruźlica	
- tak	1,2
- nie	95,2
- nie wiem	3,2
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
WZW B	
- tak	1,5
- nie	89,8
- nie wiem	8,3
- brak odpowiedzi	0,4
Razem	100,0
WZW C	
- tak	2,7
- nie	88,1
- nie wiem	8,7
- brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Wśród badanej grupy największy odsetek osadzonych (2,7%) podaje, że jest zakażony wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

Poniższe zestawienie ukazuje faktyczną grupę badanych zakażonych wirusem WZW typu B i C.

Tabela 29. Ilość osób zakażonych wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C na podstawie wykonanych testów laboratoryjnych.

WZW	Ogółem (%); N=2009
WZW B	1,7
WZW C	6,1
- nie zakażeni	92,2
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Na podstawie dokonanej analizy stwierdza się, że większy odsetek w porównaniu z zakażonymi WZW typu B (1,7%), stanowią zakażeni wirusem WZW typu C (6,1%).

Spośród 54, którzy podali, że są zakażeni u 35 osoby potwierdziły ten fakt. Wśród 123 osób, u których zakażenie WZW typu C potwierdziły testy laboratoryjne – 77 jest nieświadomych zakażenia.

7.12.1.10 Zachowania ryzykowne osadzonych zakażonych WZW B i C.

Zakażeni WZW typu B: (34)

- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 1 osoba używała narkotyków w iniekcjach;
- ▶ 27 osób miało w sumie 82 partnerów seksualnych;
- ▶ spośród wskazanych 27 osób, 13 **nigdy** nie używało prezerwatyw, 11 **czasami**;
- ▶ 1 mężczyzna miał 8 partnerów i używał prezerwatyw **czasami**;
- ▶ 18 osób w jednostce penitencjarnej zrobiło tatuaż.

Zakażeni WZW typu C: (123)

- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 11 osób **czasem** korzystało lub pożyczało swoje igły do iniekcji;
- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 11 osób **czasem** korzystało z cudzych lub pożyczało swoje strzykawki;
- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 13 osób **czasem** korzystało z cudzego lub pożyczało inny sprzęt do iniekcji;
- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 6 osób zażywało narkotyków w iniekcjach;
- ▶ 91 osób miało w sumie 409 partnerów seksualnych;

- ▶ z powyższej grupy 48 osób **nigdy** nie używało prezerwatyw , a 30 osób **czasami**;
- ▶ 23 kobiety miały w sumie 52 partnerów seksualnych:
- ▶ z powyższej grupy 9 osób **nigdy** nie używało prezerwatywy, 12 **czasami**, a tylko 4 **zawsze**;
- ▶ 20 kobiet odbywało stosunki seksualne wbrew ich woli;
- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 7 osób pożyczało maszynkę do golenia, 2 osoby szczoteczkę do zębów;
- ▶ 71 osób w jednostce penitencjarnej zrobiło tatuaż;
- ▶ podczas pobytu w jednostce penitencjarnej 8 osób założyło kolczyk.

Spośród osób, które podały, że są zakażone wirusem HIV (12), 2 miały 1-2 partnerów seksualnych i **czasami** używały prezerwatyw , natomiast 2 osoby miały 5 partnerów i **nigdy** nie używały prezerwatyw.

7.12.1.11 Ocena jakości opieki zdrowotnej wobec osób pozbawionych wolności.

Tabela 30. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Jak oceniasz jakość opieki zdrowotnej dla osadzonych w tej jednostce penitencjarnej?”

Opieka Zdrowotna	Ogółem (%); N=100
- Bardzo dobrze	18,5
- raczej dobrze	45,7
- raczej źle	21,6
- bardzo źle	13,3
- brak odpowiedzi	0,9
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Przeprowadzona analiza ukazuje, że większość badanych – 64,2%, dobrze ocenia opiekę zdrowotną w jednostce w której przebywa.

7.12.2 Wyniki dotyczące populacji personelu SW.

7.12.2.1 Charakterystyka badanej grupy.

Analiza pierwszej grupy tematycznej dotyczy wieku, stażu pracy w służbie więziennej, poziomu wykształcenia, wykonywanego zawodu i miejsca pracy w jednostce penitencjarnej. Poniższe zestawienie ukazuje wartości odpowiadające kategoriom wieku i stażu pracy w SW.

Tabela 31. Wiek

Wiek	Ogółem (%); N=836
21 – 30	23,8
31 – 40	44,4
41 – 58	24,8
brak odpowiedzi	7
Razem	100,0
Staż w służbie więziennej	
3 miesiące – 1 rok	6,7
2 – 10 lat	45,6
11 – 20 lat	34,1
21 – 30 lat	5,3
Brak odpowiedzi	8,3
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Analiza wieku badanej grupy pozwala stwierdzić, że znaczną część tj. 44,4% stanowią osoby w przedziale wiekowym 31 - 40. Natomiast 45,6% pracuje w służbie więziennej w przedziale od 2 do 10 lat.

Kolejne zestawienie ukazuje wartości odpowiadające kategoriom poziomu wykształcenia, wykonywanego zawodu i miejsca pracy w jednostce penitencjarnej.

Tabela 32. Wykształcenie, wykonywany zawód i miejsce pracy w jednostce penitencjarnej.

Wykształcenie	Ogółem (%); N=836
- brak kwalifikacji	1,1

- jedynie przeszkolenie wstępne	10,4
- ukończone szkolenie zawodowe	53,4
- wysokie kwalifikacje	30,2
- brak odpowiedzi	4,9
Razem	100,0
Wykonywany zawód	
- pracownik administracyjny	21,3
- strażnik	38,5
- psycholog	2,2
- pracownik socjalny	1,3
- pielęgniarka/pielęgniarz	9,9
- lekarz	3,9
- inny	18,7
- brak odpowiedzi	4,2
Razem	100,0
Miejsce pracy w jedn. penitencjarnej	
- administracja	27,6
- oddziały ogólne	55,3
- oddziały izolacyjne	4,1
- ambulatorium/szpital	19,9
- brak odpowiedzi	3,1

Źródło: badania własne

Analiza poziomu wykształcenia badanej grupy pozwala stwierdzić, że znaczna część tj. 53,4% posiada ukończone szkolenie zawodowe, natomiast 30,2% ma wysokie kwalifikacje. Największy procent (38,5%) wykonuje zawód strażnika, 55,3% większość swojego czasu pracy spędza w oddziałach ogólnych.

Kolejne zestawienie ukazuje wartości odpowiadające kategoriom liczby pobyków w jednostkach penitencjarnych i długości pozbawienia wolności.

7.12.2.2 Problemy dostrzegane w jednostce penitencjarnej.

Analiza kolejnej grupy tematycznej pozwoliła na zebranie informacji ilościowych, dotyczących aktualnych problemów, z którymi boryka się personel jednostek penitencjarnych.

Tabela 33. Odpowiedzi respondentów na pytanie: „Czy następujące problemy występują w Twojej jednostce...?”

Problemy w jednostce penitencjarnej	Ogółem (%); N=836
Zły stan sanitarny jednostki	
- tak	30,3
- nie	56,5
- nie wiem	8,8
- brak odpowiedzi	4,4
Razem	100,0
Braki kadrowe	
- tak	66,0
- nie	22,9
- nie wiem	8,8
- brak odpowiedzi	2,3
Brak poczucia bezpieczeństwa	
- tak	30,4
- nie	57,4
- nie wiem	7,4
- brak odpowiedzi	4,8
Razem	100,0
Braki w zakresie wyposażenia sanitarnego	
- tak	30,0
- nie	56,5
- nie wiem	9,6

- brak odpowiedzi	3,9
Razem	100,0
Przeludnienie	
- tak	87,4
- nie	7,4
- nie wiem	3,6
- brak odpowiedzi	1,6
Razem	100,0
Brak informacji o chorobach zakaźnych	
- tak	53,7
- nie	35,7
- nie wiem	7,5
- brak odpowiedzi	3,1
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Największym problemem dla personelu w jednostce penitencjarnej jest przeludnienie (87,4%) i braki kadrowe (66,0%). Natomiast 30,4% odczuwa brak osobistego bezpieczeństwa – poczucie zagrożenia. Dla 30,3% badanych problem w jednostce stanowi zły stan sanitarny. Znaczny odsetek ankietowanych (53,7%) twierdzi, że w jednostce brak jest informacji o chorobach zakaźnych. Można przypuszczać, iż opinie takie wynikają z braku zainteresowania tą problematyką, ponieważ ryzyko zakażenia jest prawdopodobnie traktowane jako problem jedynie „innych”. Nie jest brane pod uwagę przez ankietowanych w ocenie ich własnych zachowań.

7.12.2.3 Ocena ryzyka zakażenia i poczucia bezpieczeństwa w związku z wykonywaną pracą w jednostce penitencjarnej.

Przedstawiona analiza dotyczy oceny ryzyka zakażenia chorobami w związku z pracą w jednostce penitencjarnej i występowania sytuacji, które spowodowały obawę przed zakażeniem. Poniższe zestawienia ukazują wartości odpowiadające kategoriom wymienionych zmiennych.

Tabela 34. Odpowiedzi respondentów na pytanie: „Jak oceniasz ryzyko zakażenia następującymi chorobami w związku z pracą w jednostce penitencjarnej?”

Ocena ryzyka zakażenia	Ogółem (%); N=836
HIV / AIDS	
- brak ryzyka	4,4
- niskie ryzyko	35,1
- wysokie ryzyko	54,5
- nie wiem	5,1
- brak odpowiedzi	0,9
Razem	100,0
Gruźlica	
- brak ryzyka	4,0
- niskie ryzyko	29,9
- wysokie ryzyko	57,3
- nie wiem	7,6
- brak odpowiedzi	1,2
Razem	100,0
Wirusowe Zapalenie Wątroby B/C	
- brak ryzyka	4,0
- niskie ryzyko	32,1
- wysokie ryzyko	52,4
- nie wiem	10,7
- brak odpowiedzi	0,8
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Analiza odpowiedzi badanych prowadzi do wniosku, iż znaczna część uważa, że ryzyko zakażenia wirusem HIV, Gruźlicą i WZW B/C w związku z pracą w jednostce penitencjarnej jest wysokie (HIV – 54,5%, Gruźlica – 57,3%, WZW B/C – 52,4%).

Tabela 35. Odpowiedzi respondentów na pytanie: „Czy w czasie pracy w jednostce penitencjarnej zetknąłeś się z sytuacją, która spowodowała, że boisz się zakażenia następującymi chorobami...?”

Obawy przed zakażeniem	Ogółem (%); N=836
HIV / AIDS	
- tak	56,0
- nie	42,2
- brak odpowiedzi	1,8
Razem	100,0
Gruźlica	
- tak	49,8
- nie	48,1
- brak odpowiedzi	2,1
Razem	100,0
Wirusowe Zapalenie Wątroby B/C	
- tak	49,0
- nie	49,5
- brak odpowiedzi	1,5
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Większość ankietowanych (56%) w czasie pracy zetknęła się z sytuacją, która spowodowała, że boją się zakażenia wirusem HIV. W przybliżonym procencie sytuacja ta dotyczy również Gruźlicy i WZW B/C.

7.12.2.4 Formy aktywności seksualnej wśród osób pozbawionych wolności.

Kolejne zestawienie przedstawia analizę wiedzy personelu dotyczącą form kontaktów seksualnych wśród osób pozbawionych.

Tabela 36. Odpowiedzi respondentów na pytanie: „Jakie formy kontaktów seksualnych osób pozbawionych wolności mają miejsce w Twojej jednostce ?”

Aktywność seksualna	Ogółem (%); N=836
Intymne widzenia z żoną/partnerem/partnerką/przyjaciółką	
- tak	56,0
- nie	26,3
- nie wiem	17,0
- brak odpowiedzi	0,7
Razem	100,0
Współżycie seksualne pomiędzy osadzonymi za obustronna zgodą	
- tak	21,7
- nie	21,6
- nie wiem	55,5
- brak odpowiedzi	1,2
Razem	100,0
Gwałt	
- tak	27,8
- nie	23,0
- nie wiem	47,8
- brak odpowiedzi	1,4
Razem	100,0
Współżycie seksualne pomiędzy osadzonymi jako forma płatności za rzeczy lub usługi	
- tak	18,1
- nie	19,9
- nie wiem	61,1
- brak odpowiedzi	0,9
Razem	100,0

Źródło: badania własne

Respondenci uważają, że w jednostce penitencjarnej wśród osób pozbawionych wolności mają miejsce wszystkie wymienione w ankiecie formy kontaktów seksualnych. 27,8 ankietowanych twierdzi, że jedną z form kontaktów seksualnych jest gwałt, 21,7% wskazuje na współżycie seksualne pomiędzy osadzonymi za obustronną zgodą, 18,1% twierdzi, że w jednostce ma miejsce współżycie seksualne pomiędzy osadzonymi jako forma płatności za rzeczy lub usługi. Największy procent odnosi się do widzeń intymnych z żoną/partnerem/partnerką/przyjaciółką.

7.12.2.5 Opinie badanych dotyczące przemocy w więzieniu.

Poniższe zestawienia przedstawiają analizę udzielonych odpowiedzi.

Tabela 37. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy uważasz, że dochodzi do przemocy pomiędzy osadzonymi w tej jednostce penitencjarnej?”

Przemoc	Ogółem (%); N=836
Seksualna	
- tak	47,7
- nie	15,7
- nie wiem	35,3
- brak odpowiedzi	1,3
Razem	100,0
Fizyczna	
- tak	66,5
- nie	12,9
- nie wiem	19,4
- brak odpowiedzi	1,2
Razem	100,0
Psychiczna	
- tak	78,5
- nie	5,1
- nie wiem	15,1
- brak odpowiedzi	1,3
Razem	100,0

Źródło: badania własne