

Streszczenie

W Polsce ponad 70 tysięcy osadzonych odbywa każdego roku karę pozbawienia wolności w zakładach karnych oraz aresztach śledczych. Odizolowanie od świata zewnętrznego, przymusowy pobyt na niewielkiej przestrzeni, ograniczenie ruchu, kontakt prawie wyłącznie z osobami tej samej płci, często również z przeszłością przestępczą powodują pogorszenie samopoczucia i stanu zdrowia. Więźniowie skarżą się na liczne dolegliwości, najczęściej bóle głowy lub problemy ze snem. Poza tymi typowymi skargami występują również dużo poważniejsze choroby, takie jak przewlekłe choroby niezakaźne, zakaźne czy zaburzenia neurologiczne i psychiczne. W przypadku chorób onkologicznych lekarze wnioskuje o przerwy w karze oraz zwolnienia warunkowe. W pozostałych więziennych służbach zdrowia prowadzi leczenie skazanych w ramach ambulatorium, na więziennych oddziałach szpitalnych lub w razie konieczności w szpitalach poza więziennymi.

Celem głównym pracy była analiza sytuacji epidemiologicznej przewlekłych chorób niezakaźnych oraz chorób zakaźnych w populacji osadzonych w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze, a celami szczegółowymi ocena częstości występowania poszczególnych chorób i zaburzeń w zależności od wieku więźniów, ich klasyfikacji, typu zakładu karnego, długości dotychczasowej kary pozbawienia wolności, aktywności zawodowej oraz czasu postawienia diagnozy. Oszacowano także wzrost liczby chorób w zależności od wieku i długości pobytu skazanych w zakładzie karnym oraz zjawisko współwystępowania chorób w populacji osadzonych. W przeprowadzonym epidemiologicznym badaniu opisowym wykorzystano wyłącznie wtórne źródła informacji, dokumentację medyczną 635 osadzonych mężczyzn w Zakładzie Karnym w Czerwonym Borze, znajdującym się na terenie województwa podlaskiego. Analizie poddano 3 grupy chorób przewlekłe choroby niezakaźne, oddzielnie wyodrębnione z przewlekłych chorób niezakaźnych zaburzenia neurologiczne i psychiczne oraz choroby zakaźne. Ogólną charakterystykę populacji oraz częstość występowania chorób przedstawiono w licznosciach i procentach. Analizę statystyczną wykonano przy pomocy jedno- i wielowymiarowego modelu regresji logistycznej w korekcji o wiek osadzonych, nieparametrycznego testu Manna-Whitneya, testu niezależności chi-kwadrat lub poprawki Yeatesa tego testu jak też testu Jonckheere-Terpstra dla trendu oraz współczynnika Spearmana. W analizach statystycznych zastosowano program PQStat v1.6.6, z przyjętym poziom istotności 0,05. Wśród osadzonych dominowały zaburzenia neurologiczne i psychiczne (27,2% badanych), następnie stwierdzono przewlekłe choroby niezakaźne (18,6%), a najrzadziej choroby zakaźne (4,7%). W przypadku chorych na przewlekłe choroby niezakaźne, z wyjątkiem astmy oskrzelowej, łuszczycy oraz cukrzycy typu 1 wiek osadzonych był istotnie wyższy niż niechorujących. Istotne różnice pomiędzy wiekiem chorych a więźniami, którzy nie chorowali stwierdzono także dla padaczki, depresji, zespołu zależności alkoholowej oraz gruźlicy ($p < 0,05$). Wśród recydywistów penitencjarnych częściej niż u mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy obserwowano padaczkę oraz wirusowe zapalenie wątroby typu C. Szansa zakażenia HCV wśród recydywistów przekraczała ponad sześciokrotnie szansę tego zakażenia wśród osadzonych pierwszorazowo, niezależnie od wieku (OR [95%CI] = 6,2 [1,7 ; 22,3], $p = 0,0052$), szansa wystąpienia padaczki była prawie dwukrotnie większa, również niezależnie od wieku badanych (OR [95%CI] = 1,9 [1,0 ; 3,5], $p = 0,0439$). Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania poszczególnych przewlekłych chorób niezakaźnych i chorób zakaźnych wśród osadzonych w zależności od typu zakładu ($p > 0,05$), wyjątek stanowiło wirusowe zapalenie wątroby typu C. Szansa na wystąpienie zaburzeń osobowości i zaburzeń lękowych u więźniów odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie typu zamkniętego była ponad 3 razy wyższa, a zespołu zależności alkoholowej 2 krotnie wyższa niż u więźniów osadzonych w zakładzie karnym półotwartym i otwartym łącznie, niezależnie od wieku. Wszystkie zaburzenia osobowości zdecydowanie częściej diagnozowano w trakcie pobytu badanych w więzieniu (np. 86,4% zaburzeń lękowych, 70,2% zaburzeń osobowości). W przypadku przewlekłej niewydolności żyłnej kończyn dolnych, astmy oskrzelowej zaburzeń osobowości i zaburzeń lękowych stwierdzono wzrost częstości występowania wraz z upływem czasu spędzonego w zakładzie karnym, nie stwierdzono jednak istotnych zależności pomiędzy rozpowszechnieniem tych chorób a długością dotychczasowej kary 109 ($p > 0,05$). Natomiast z każdym rokiem przebywania w zakładzie karnym szansa wystąpienia depresji wzrastała u skazanych około 1,1 krotnie (OR[95%CI] = 1,1 [1,01 ; 1,3], $p = 0,0297$).

Liczba więźniów aktywnych zawodowo i niepracujących w badanej populacji była podobna. W przypadku żadnej z przewlekłych chorób niezakaźnych, a także zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych, depresji oraz zależności alkoholowej nie stwierdzono istotnych różnic w częstości ich występowania w obu grupach badanych ($p > 0,05$). Wśród więźniów pracujących zawodowo padaczkę stwierdzono u 16 mężczyzn (5%), wśród nieaktywnych zawodowo u 29 (9,3%). Szansa na wystąpienie padaczki była wśród pracujących mężczyzn dwukrotnie mniejsza ($OR[95\%CI] = 0,5 [0,3 ; 1,0]$, $p = 0,0377$) wyłącznie w jednowymiarowym modelu regresji logistycznej. Powyższe badania wykazały w populacji badanych dominację zaburzeń neurologicznych i psychicznych, na drugim miejscu występowały inne przewlekłe choroby niezakaźne. Częstość występowania większości przewlekłych chorób niezakaźnych, tak jak w ogólnej polskiej populacji, wzrastała wraz z wiekiem chorych. Szansa na wystąpienie zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych oraz zespołu zależności alkoholowej u recydywistów penitencjarnych oraz więźniów odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie typu zamkniętego była istotnie wyższa niż u więźniów odbywających karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym półotwartym i otwartym łącznie. W przypadku pozostałych chorób nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania poszczególnych przewlekłych chorób niezakaźnych i chorób zakaźnych wśród osadzonych w zależności od typu zakładu i klasyfikacji więźniów (wyjątek wirusowe zapalenie wątroby typu C). Wszystkie zaburzenia osobowości zdecydowanie częściej diagnozowano w trakcie pobytu badanych w więzieniu, większość pozostałych chorób została rozpoznana u badanych mężczyzn przed osadzeniem. Z wyjątkiem padaczki nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania innych chorób i zaburzeń wśród pracujących i nieaktywnych zawodowo więźniów. Wraz ze wzrostem wieku badanych oraz długością pobytu w zakładzie karnym obserwowano trend narastania liczby chorób wśród osadzonych. Zależność pomiędzy wiekiem a liczbą chorób wśród badanych była silniejsza. Tylko w przypadku chorujących na nadciśnienie tętnicze szanse zachorowania na cukrzycę typu II oraz u osób z zespołem zależności alkoholowej na rozwój padaczki były istotnie wyższe. Specyfika badanej populacji miała wpływ na rodzaj najczęściej diagnozowanych schorzeń, a niższa średnia wieku badanych ograniczała możliwość porównania częstości występowania, zwłaszcza chorób przewlekłych pomiędzy osadzonymi a ogólną populacją Polski oraz pomiędzy badanymi a więźniami w niektórych krajach. Ze względu na niewielką liczbę badań opisujących sytuację zdrowotną więźniów w Polsce wskazane jest prowadzenie dalszych badań epidemiologicznych, które oceniając stan zdrowia osadzonych określą rodzaj i częstość rozpowszechnienia chorób tym samym określając zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną. Mimo wdrażania elektronicznego systemu zbierania danych ich jakość, rzutująca na wyniki badań wymaga dalszej, zdecydowanej poprawy.