

Rozdział 1. Sytuacja zdrowotna różnych grup społeczeństwa polskiego i jej uwarunkowania. Implikacje penitencjarne

Jednym ze wskaźników rozwoju cywilizacyjnego współczesnego społeczeństwa jest sytuacja zdrowotna różnych jego warstw i grup, zwłaszcza najslabszych, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Wskaźnik ten pokazuje na poziomie makro, na ile zdrowie jest jednym z najważniejszych dóbr ogólnospołecznych, a także w jakim stopniu rozbudzona została świadomość potrzeby jego zachowania przez możliwie długi okres. Przy jego pomocy można także określić sposób i zakres ochrony tego dobra przez państwo.

Wprowadzając do problematyki zdrowia osób pozbawionych wolności jako szczególnej grupy społecznej, należy na początek zarysować nieco ogólniejszy kontekst dalszych analiz w tym zakresie. Polski system penitencjarny, tak zresztą, jak w każdym innym kraju, nie jest społeczną enklawą. Oznacza to, że ujawniające się w nim zjawiska i problemy, stanowią pewien refleks ogólniejszych problemów społecznych. Jednym z nich jest ogólna sytuacja zdrowotna.

Warto zatem na początek podać kilka najważniejszych informacji o niej, wychodząc z założenia, że będą one pomocne dla lepszego uchwycenia problemu ochrony zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych. Charakterystykę tej sytuacji odniosę przy tym do aktualnej stratyfikacji społecznej i stylów życia we współczesnej Polsce, a także dobrze widocznych procesów pauperyzacji niektórych grup społeczeństwa, co wiąże się z trudnym problemem ich wykluczania. Osoby pozbawione wolności, przebywające w jednostkach penitencjarnych, w procesach tych bowiem w wyraźny sposób uczestniczą ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami.

Przyjmuję zatem, że pojęcie sytuacji zdrowotnej można odnosić do dwóch poziomów, tj. społecznego (warstw i grup społecznych) oraz indywidual-

nego (poszczególnych osób). Na poziomie społecznym jest to zatem zespół różnych, obiektywnych symptomów obrazujących stan zdrowia Polaków. Są one względnie trwałe, mają przy tym charakter zewnętrzny, wyraźnie bardziej ogólny w porównaniu z indywidualnymi cechami osobowymi jednostek. Symptomy te mogą być ujmowane bardzo różnie w zależności od potrzeb badawczych, statystycznych i opisowych.

Pomijając analizę różnych ujęć w tym zakresie, jako wychodzącą poza główny wątek tego rozdziału, w dalszym rozważaniach ograniczę się do podania najważniejszych, ogólnych informacji o jej makrowskaźnikach. Chodzi o: długość życia i umieralność, chorobowość hospitalizowaną, obciążenie nowotworami złośliwymi, obciążenie innymi chorobami, zwłaszcza tzw. cywilizacyjnymi oraz sytuację epidemiologiczną. Wskaźników tych, jako obiektywnych, nie należy mylić z subiektywną oceną zdrowia deklarowaną w różnych badaniach¹. Celowe jest jednak ich zestawienie i porównanie. Daje ono bowiem najbardziej miarodajny obraz stanu zdrowia Polaków i związanych z nim problemów, potrzeb i oczekiwań.

Na wskaźniki sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego ma wpływ wiele czynników. Jednym z najważniejszych jest jego sytuacja ekonomiczno-społeczna w pierwszych dekadach XXI w. Ona to bowiem bezpośrednio wpływa na stan zdrowia Polaków, a także sposób rozwiązania problemu jego ochrony przez państwo. Pewnym refleksem tej sytuacji stał się proces pauperyzacji niektórych grup społecznych, który rzutuje na sytuację zdrowotną osób z tych grup.

Jeśli zatem jednym z najważniejszych zadań państwa jest ochrona zdrowia wszystkich grup i warstw społecznych wchodzących w jego skład, to jego znaczenie wzrasta wraz z demokratyzacją życia społecznego. Wiąże się z egalitaryzmem w dostępie do różnych świadczeń z jego strony, w tym także z dostępem do świadczeń zdrowotnych. Jakkolwiek w warunkach europejskich, akceptuje się powszechnie to, że ludzie są sobie równi, to jednak owa równość podlega pewnej relatywizacji w odniesieniu do osób naruszających porządek społeczny, a także będących w trudnej sytuacji ekonomicznej, co często idzie z tym w parze.

Tak więc, chociaż egalitaryzm różnych grup społecznych jest jednym z wyznaczników rozwoju nowoczesnego państwa, to jednak na stopień tego rozwoju wpływa szereg różnych uwarunkowań. Jednym z najważniejszych jest

¹ J. Czapiński, *Zdrowie – objawy psychosomatyczne*, w: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2007, s. 180.

dyferencjacja sytuacji ekonomicznej różnych grup społecznych. Jest ona następstwem zasadniczych zmian strukturalnych i społecznych, jakie nastąpiły w Polsce po 1989 r.² Ich sekwencją są m.in. trwałe różnice w sytuacji społecznej i ekonomicznej różnych grup społeczno-ekonomicznych, skutkujące powstaniem różnic także w ich sytuacji zdrowotnej.

Geneza tych różnic może być uwarunkowana zarówno czynnikami biologicznymi (np. cechy fizyczne człowieka, genotyp³, płeć, naturalny proces starzenia się), jak i społecznymi. Poza tym, determinantą różnic w stanie zdrowia może być przypadek. Niejednokrotnie decyduje on np. o tym, kogo ominie określona choroba zakaźna, a kogo nie.

Występowanie społecznych nierówności w stanie zdrowia jest pochodną nierówności „zwykłych”, a więc naturalnych. Przemiana tych ostatnich w pierwsze, następuje wtedy, kiedy są one trwałe i wynikają z uwarunkowań społecznych⁴.

Charakteryzując pierwszą z tych cech, należy wskazać, że oznacza ona systemowy wzorec występowania różnic w zdrowiu. Chodzi o to, że różnice w zdrowiu pomiędzy różnymi grupami społecznymi nie występują losowo, ale według stałego wzoru. Jednym z najbardziej uderzających przykładów są trwałe różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi. Umieralność i chorobowość zwiększa się np. wraz ze spadkiem pozycji społecznej. Ten społeczny wzór występowania chorób jest uniwersalny, chociaż ich rozmiar i zakres różni się w poszczególnych państwach⁵.

Druga cecha wskazuje na to, że nierówności w zdrowiu są raczej efektem procesów społecznych niż uwarunkowań biologicznych. Nie istnieje bowiem prawo natury, zgodnie z którym wskaźnik umieralności dzieci z ubogich rodzin powinien być dwa razy wyższy w porównaniu ze wskaźnikiem dla dzieci z rodzin bogatych. Nierówność w zdrowiu nie jest zatem cechą niezmienną, rodzajem nieuchronnego *constans*. Oznacza to, że różnice w zdrowiu, wynika-

² J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2013.

³ M. Whitehead, G. Dahlgren, *Pojęcia i zasady przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia*, cz. 1, Centrum Badań nad Społecznymi Uwarunkowaniami Zdrowia Współpracujące ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Uniwersytet w Liverpoolu. Prace na temat społecznych i ekonomicznych uwarunkowań stanu zdrowia społeczeństwa, Nr 2, Warszawa 2010, s. 3.

⁴ M. Marmot, *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London 2004, s. 122.

⁵ Szeroko na ten temat m.in. A. Mesrine, *Les differences de mortalité par milieu social restent fortes*, *Données Sociales* 1999, Nr 3, s. 228–235.

jące z uwarunkowań społecznych w danym państwie, powinny być przez to państwo kompensowane i to na wszystkich poziomach stratyfikacji społecznej. Warto zauważyć, że z badań kryminologicznych wynika, iż z dolnych grup społecznych pochodzi większość sprawców przestępstw kryminalnych, którzy w następstwie kolizji z prawem trafiają do zakładów karnych⁶. Tak więc problem ochrony zdrowia dotyczy także tej grupy osób, zwłaszcza że, jak żadna inna, jest ona w okresie wykonywania kary pozbawienia wolności całkowicie od państwa uzależniona.

W zarysowanym wyżej kontekście warto scharakteryzować najważniejsze cechy aktualnej stratyfikacji społecznej w Polsce. Odnosząc je do społecznych nierówności w zdrowiu i dostępu do świadczeń medycznych, strukturę tę można oprzeć na kryterium ról i pozycji społecznych. Ich wskaźnikami są: dochód i posiadane dobra materialne, władza, prestiż oraz wykształcenie. Najważniejszym wskaźnikiem jest jednak zdrowie. Od niego bowiem zależy stopień dostępu do nich. Choroba, bądź niepełnosprawność ograniczają, a nawet uniemożliwiają uzyskanie bogactwa, prestiżu, władzy itp.

W interesującym mnie tu kontekście wskaźnikiem jest także pewna degradacja społeczna, w następstwie popełnienia przestępstwa, zwłaszcza zaś orzeczenia bezwzględnej kary pozbawienia wolności. Również i w tym przypadku zdrowie może ją stymulować. Choroba, bądź niepełnosprawność możliwość kolizji z prawem karnym mogą bowiem ograniczać, a nawet definitywnie zablokować.

Pomimo upadku komunizmu i kształtowania się stosunków rynkowych, stratyfikacja społeczna w Polsce zmieniła się niewiele. Brak też większych zmian w zakresie wielkości różnych nierówności społecznych (np. edukacyjnych oraz w zdrowiu).

Zdaniem *H. Domańskiego*, zmiana systemu politycznego i ekonomicznego skutkuje jednak częstymi zmianami miejsc pracy, migracjami terytorialnymi, wzrostem bezrobocia, wreszcie degradacjami w hierarchii społecznej. Na pewne zmiany w strukturze społecznej wpłynęły także migracje ekonomiczne, w ramach których setki tysięcy osób wyjechało i wróciło do kraju, wreszcie kilkakrotny wzrost liczby studentów i absolwentów wyższych uczelni⁷.

⁶ Por. np. *L. Tyszkiewicz*, *Kryminologia. Zarys systemu*, Katowice 1986, s. 118 i n.; *L. Wieczorek*, *Zjawiska patologii społecznej i przeciwdziałanie im w mieście średniej wielkości*. Kryminologiczna monografia terenu, Katowice 2013, s. 181–236.

⁷ *H. Domański*, *Stratyfikacja a system społeczny w Polsce*, RPEiS 2009, rok XXXI, Nr 2. Według *H. Domańskiego*, struktura społeczna to zróżnicowanie ról społecznych i przypisanych do nich pozycji. W jej efekcie, oczekiwania, aspiracje i władza jednostek różnią się w zależności np. od

Współczesną strukturę społeczeństwa polskiego tworzą segmenty, powstałe w wyniku oddziaływania takich czynników, jak:

- 1) upadek wielkoprzemysłowej klasy robotniczej;
- 2) pojawienie się nowych zawodów, grup i warstw społecznych;
- 3) wzrost nacisku na zdobywanie wykształcenia;
- 4) wzrost znaczenia grup zawodowych związanych z rozwojem technologii informatycznych;
- 5) zmiany tradycyjnej roli i stereotypu kobiety (samorealizacja nad założeniem rodziny);
- 6) spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym (niski przyrost naturalny)⁸.

Czynniki te wpływają także na nierówności w zdrowiu oraz w dostępie do świadczeń zdrowotnych różnych grup i warstw społecznych.

Socjologicznych typologii tych segmentów oraz różnych prób ich klasyfikacji jest bardzo wiele. Dla dalszych rozważań wykorzystam propozycję *H. Domańskiego*, opartą na kryterium odmienności jednych ludzi od innych, przy jednoczesnej dużej liczbie ludzi bardzo podobnych do siebie⁹.

Pierwszym zatem z segmentów struktury społecznej współczesnej Polski, analizowanych pod kątem sytuacji zdrowotnej i dostępu do świadczeń zdrowotnych jest warstwa panująca. Wyznacznikiem jej panowania staje się realizacja jej interesów przez rząd i jego agendy.

Zaliczyć do niej należy osoby kształtujące strategiczne decyzje rządu, dotyczące gospodarki, polityki wewnętrznej, a także systemu ochrony zdrowia. Warstwa panująca obejmuje dwa segmenty. Pierwszy to elita rządząca, którą tworzą ludzie związani z polityką, członkowie parlamentu, członkowie rządu, wojewodowie itd. Drugim jest tzw. elita bogactwa oraz grupy wielkiego biznesu, a w nich elita biznesu. Według szacunków, w których kryterium bogactwa są aktywa na poziomie 1 mln zł i wyżej, liczebność tej kategorii oceniana jest w Polsce na 15–17 tys. osób.

płci, wieku, zawodu, wykształcenia czy też sytuacji materialnej. Struktura jest więc koniecznym elementem organizacji każdego społeczeństwa. Bez podziałów na mężczyzn i kobiety, rządzących i rządzonych, biednych i bogatych, bez różnych grup zawodowych i wykształcenia, społeczeństwo obejść się nie może. W takim sensie właśnie struktura organizuje społeczeństwo.

⁸ Wg cytowanego już *H. Domańskiego*, pojęcie klasy społecznej wprowadzono po to, by wyjaśnić, dlaczego istnieje hierarchia społeczna, dlaczego jedni ludzie są biedni, a drudzy zamożni. Zaainspirowała to obserwacja, że pewne podziały między ludźmi są ważniejsze od innych. Za najważniejszy z nich uznano podział według kryteriów ekonomicznych, czyli właśnie podział klasowy.

⁹ *H. Domański*, Stratyfikacja a system społeczny w Polsce, s. 389.

Następne warstwy społeczeństwa polskiego to inteligencja (ludzie wykonujący zawody wymagające wyższego wykształcenia, np. lekarze, naukowcy, prawnicy, inżynierowie itp.) oraz właściciele firm, pozostający poza rolnictwem, a także średni i drobny biznes.

Niżej od nich w stratyfikacji społecznej lokuje się warstwa, którą *H. Domański* nazywa kategorią robotników. Wyróżnia w niej robotników wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych¹⁰. Wreszcie na końcu drabiny stratyfikacyjnej społeczeństwa polskiego usytuowane są dwie grupy osób, dość podobne do siebie. Pierwszą, stanowią chłopi albo właściciele gospodarstw rolnych, drugą robotnicy rolni. Są oni pracownikami najemnymi tych gospodarstw. W tych dwóch ostatnich warstwach społecznych lokuje się większość osób bezrobotnych. Jak pokazują bowiem różne analizy ogólnopolskie, zjawisko bezrobocia dotyka najczęściej osoby o najniższych kwalifikacjach zawodowych¹¹. Bezrobocie jest często przyczyną tzw. wykluczenia społecznego, to zaś z kolei prowadzi do ubóstwa, często skrajnego.

Poziom ubóstwa w poszczególnych warstwach społecznych bada się, analizując m.in. sytuację materialną tzw. gospodarstw domowych. Według danych prezentowanych przez *T. Pankę*¹², w marcu/czerwcu 2015 r. poniżej granicy ubóstwa znajdowało się 3,30% zbadanych przez niego gospodarstw domowych (w skali ogólnopolskiej). Nie jest to odsetek wysoki, ponadto wykazuje tendencję spadkową. Najwyższy procent gospodarstw żyjących w ubóstwie ujawnił się w grupie gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł dochodów (31,80%) oraz rolników (33,90%). W grupie badanych przez *T. Pankę* i *J. Czapieńskiego* gospodarstw z bezrobotnymi obiektywny odsetek ubóstwa wyniósł aż 13,80%, podczas gdy w grupie gospodarstw bez bezrobotnych ponad czterokrotnie mniej, a więc 3,30%.

Wyniki badań sondażowych wskazują także na zależność pomiędzy wielkością miejscowości zamieszkania a zasięgiem sfery ubóstwa. Tak więc, odsetek gospodarstw domowych żyjących w ubóstwie w początkach 2015 r. rósł wraz ze spadkiem jej wielkości. Najwyższy poziom ubóstwa stwierdzono na wsi (31,00%), a także w małych miastach, tj. o liczbie mieszkańców od 20 do 100 tysięcy (26,00%).

¹⁰ *Ibidem*, s. 394.

¹¹ Por. *I. Kotowska, I. Grabowska*, Doskonalenie zawodowe i jego wpływ na sytuację na rynku pracy i sytuację dochodową gospodarstw domowych, w: *J. Czapieński, T. Panek* (red.), *Diagnoza społeczna 2014. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2014, s. 118 i n.

¹² Por. *T. Panek, J. Czapieński*, Wykluczenie społeczne. Ubóstwo, w: *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, s. 379–381.

Jak zatem opisana wyżej stratyfikacja społeczeństwa polskiego przekłada się na sytuację zdrowotną Polaków?

Ogólnie można przyjąć, że im niższa warstwa społeczna, tym jest ona gorsza. Brak jednak miarodajnych badań empirycznych, które by jednoznacznie taką zależność potwierdzały. Tak więc, przynależność do warstwy panującej nie przesądza, że stan zdrowia jej członków jest lepszy niż reprezentantów warstw niższych. Niemniej, ich dostęp do świadczeń zdrowotnych i to zarówno w najlepszych ośrodkach krajowych i zagranicznych jest znacznie większy i łatwiejszy w porównaniu do osób z niższych grup społecznych¹³. Stanowi ewidentny, chociaż nieunikniony w żadnym kraju, przykład społecznych nierówności¹⁴.

Warto zauważyć, że brak miarodajnych badań, czy też statystyk urzędowych, które podawałyby szacunkową chociażby liczbę przestępców z tej warstwy. Nazywa się ich często białymi kołnierzykami¹⁵. Jak pokazuje obserwacja praktyki penitencjarnej, w ogólnej populacji takich przestępców jest bardzo mało¹⁶. Składa się na to wiele przyczyn szczegółowo omówionych w pracach kryminologicznych, do których odsyłam Czytelników bardziej zainteresowanych tą problematyką¹⁷.

Podobnie przedstawia się sytuacja w przypadku warstwy inteligencji. Pochodzący z niej osadzeni stanowią wyraźną mniejszość w ogólnej populacji zakładów karnych. Taką ocenę można także odnieść do osadzonych z warstwy właścicieli firm (poza rolnictwem), a także do średniego i drobnego biznesu.

¹³ Według H. Domańskiego mogą na to także wpływać tzw. układy. Jest to pojęcie hybrydowe i oznacza kategorie osób realizujących własne interesy ekonomiczne oraz polityczne, niezgodne z interesem społeczeństwa i państwa, a także kosztem ogółu ludności (nieformalne związki biznesu z politykami, agentami służb specjalnych, ludźmi rządzącymi mediami i innymi prominentnymi osobami, czerpiącymi z tego korzyści). Por. H. Domański, *Stratyfikacja a system społeczny w Polsce*, s. 388.

¹⁴ W warunkach polskich, elitę biznesu (ludzi najbogatszych), od reszty społeczeństwa oddziela ogromny dystans. Nie jest ona jeszcze klasą wyższą, podobną do istniejącej w społeczeństwach najwyżej rozwiniętych (np. USA, Niemczech, Francji).

¹⁵ Na temat przestępczości białych kołnierzyków (*white collar crime*) istnieje bogata literatura, zwłaszcza anglojęzyczna. Por. np. J. Gerber, E.L. Jensen, *Encyclopedia of white-collar crime*, Westport, CT and London 2007; D. Nelken, *White collar and corporate crime*, w: M. Maguire, R. Morgan, R. Reinerf (red.), *Oxford Handbook of Criminology*, Oxford 2012, s. 623–660.

¹⁶ G.B. Szczygieł, Skazani członkowie grup przestępczych w ocenie funkcjonariuszy Służby Więziennej, *Archiwum Kryminologii* 2007–2008, t. XXIX–XXX, s. 729 i n.; Z. Rau, *Przestępczość zorganizowana w Polsce i jej zwalczanie*, Kraków 2002, s. 233 i n.

¹⁷ Szerzej np. W. Mądrzejewski, *Przestępczość zorganizowana. System zwalczania*, Warszawa 2008; E. Pływaczewski (red.), *Przestępczość zorganizowana*, Warszawa 2011; J. Wójcik, *Przeciwdziałanie przestępczości zorganizowanej. Zagadnienia prawne, kryminologiczne i kryminalistyczne*, Warszawa 2011.

Ich stan zdrowia przed osadzeniem w zakładzie karnym był stosunkowo dobry, tak więc jego ochrona w okresie wykonywania kary pozbawienia wolności nie stanowi większego problemu.

W tych warstwach społecznych sytuacja zdrowotna kształtuje się bowiem korzystnie. Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest dość swobodny, chociaż zróżnicowany. Stosunkowo największy mają osoby z górnych warstw inteligencji i średniego biznesu. W tej pierwszej grupie, składa się na to ich wysoki status materialny, wysoka pozycja społeczna oraz idące w ślad za tym tzw. znajomości i powiązania zawodowe bądź towarzyskie, w tym zwłaszcza z lekarzami, a także personelem zarządzającym służbą zdrowia. Z kolei w drugiej grupie, wysoki status materialny pozwala na akcesoryjne bądź nawet alternatywne korzystanie z prywatnego sektora usług zdrowotnych.

Sytuacja zdrowotna w niższych od nich warstwach społecznych, a także dostęp do świadczeń zdrowotnych są już bardziej zróżnicowane. Zależą nie tylko od sytuacji materialnej osób pochodzących z nich, lecz także od wielu innych czynników, np. geograficznego, ubezpieczenia społecznego itd. Stosunkowo najlepiej pod tym względem przedstawia się sytuacja w grupie właścicieli gospodarstw rolnych, którzy są objęci społecznym ubezpieczeniem rolników (KRUS), zapewniającym dostęp do świadczeń na poziomie ogólnopolskim. Część właścicieli jest ponadto dobrze sytuowana materialnie, co pozwala im na korzystanie z alternatywnych świadczeń zdrowotnych sektora niepublicznego. Najgorsza jest natomiast sytuacja pracowników najemnych. Zdarza się, że nie są oni w ogóle ubezpieczeni na wypadek choroby, nie mają także prawa do świadczeń rentowych. Nadto, ich status materialny jest na ogół bardzo niski, co skazuje ich na korzystanie tylko z instytucji Narodowego Funduszu Zdrowia, bądź opieki społecznej, które w powszechnym odczuciu są biedne. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w tej grupie jest więc ograniczony, na co zwłaszcza w środowiskach małomiasteczkowych i wiejskich mają także wpływ czynniki kulturowe, historyczne oraz ogólnocywilizacyjne. Uwidacznia się to w braku dbałości o prozdrowotny tryb życia, systematycznej, wczesnej profilaktyki itp.

Podkreślić należy, że ze wskazanych wyżej, dolnych warstw społecznych, pochodzi zasadnicza część populacji więziennej. Z chwilą osadzenia osób o takiej proveniencji w zakładzie karnym obowiązek zapewnienia im ochrony zdrowia przechodzi na ten zakład. Ściślej na państwo, w imieniu którego kara pozbawienia wolności jest wykonywana.

W zarysowanym wyżej kontekście warto podać najważniejsze informacje o stanie zdrowia ogółu Polaków, ujęte w raporcie pt. Sytuacja zdrowotna lud-

ności Polski i jej uwarunkowania (Warszawa 2016)¹⁸. Wpływa on bowiem na stan zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych.

Tak więc według jego autorów, tj. *B. Wojtyniak, M. Wysockiego i J. Stokwiszewskiego*, stan zdrowia ludności naszego kraju chociaż stopniowo poprawia się, to jednak ciągle jeszcze jest gorszy w porównaniu z ogółem krajów Unii Europejskiej. Po wyraźnym spowolnieniu wzrostu długości życia mężczyzn w latach 2002–2007, w latach następnych przeciętna długość ich życia znacznie się zwiększyła. W przypadku kobiet spowolnienie rocznego tempa wzrostu po 2002 r. było mniejsze niż wśród mężczyzn, jednak utrzymuje się do chwili obecnej. W efekcie, w 2015 r. długość życia mężczyzn wynosiła 73,6 lat, zaś kobiet była o 8 lat dłuższa i wynosiła lat – 81,6. Z szacunków Eurostatu wynika, że mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu, tj. bez ograniczenia sprawności 81% długości życia, zaś kobiety 77%. Osoby w wieku lat 65 mogą oczekiwać, że w zdrowiu przeżyją mniej niż połowę dalszego życia (47%, tj. 3,5 roku, 40%, tj. 6,4 roku).

Jak zatem widać, długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej. W ogólnej populacji mężczyzn o 4,2 roku, w przypadku kobiet o 1,7 roku. Obecna długość życia polskich mężczyzn jest równa tej, którą ogół krajów UE osiągnął w 1999 r. a więc 15 lat temu, a długość życia Polek jest równa tej sprzed około 9 lat.

Warto zaznaczyć, że długość życia jest silnie zróżnicowana w zależności od czynników społecznych. Tak więc, w objętych analizą latach 2012–2013, osoby w wieku 30 lat o wykształceniu wyższym mogły oczekiwać, że będą żyły dłużej niż osoby o wykształceniu gimnazjalnym lub niższym o ok. 12 lat w przypadku mężczyzn i ok. 5 lat w przypadku kobiet.

W Polsce jednak, mężczyźni mający lat 30, z wykształceniem wyższym, mogą oczekiwać, że ich dalsze życie będzie krótsze o 2–3 lata w porównaniu z rówieśnikami o podobnym wykształceniu z Europy zachodniej. W przypadku wykształcenia gimnazjalnego lub podstawowego różnica ta wzrasta do lat 8–11. Widać zatem silną, prostą zależność długości życia z wykształceniem. Można to tłumaczyć m.in. wzrostem ogólnej kultury zdrowotnej w miarę jego wzrostu. Co ciekawe jednak, w ogólnej populacji kobiet zależność ta jest słabsza.

¹⁸ Por. *B. Wojtyniak, M. Wysocki, J. Stokwiszewski*, Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej, w: *B. Wojtyniak, P. Goryński* (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2016, s. 29–49.

Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są nadal najmniejsze miasta (poniżej 5 tys. mieszkańców). Ich mieszkańcy żyją też najkrócej. Najdłużej z kolei żyją mieszkańcy największych miast¹⁹. B. Wojtyński, M. Wysocki i J. Stokwiszewski wskazują jednak, że zróżnicowanie długości życia, związane z wielkością miejscowości zamieszkania, stopniowo ulega zmniejszeniu.

Niezbyt korzystne dla Polski – w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej – są także wskaźniki umieralności. W grupie mężczyzn są one wyższe od przeciętnego dla UE i to we wszystkich grupach wiekowych. Największa różnica występuje wśród mężczyzn w wieku 30–44 lata oraz 45–59 lat. Zagrożenie życia jest tu wyższe o ok. 2/3 niż przeciętne w krajach UE. Wśród kobiet różnice poziomu umieralności w Polsce i UE w grupach wieku są jednak mniejsze niż w przypadku mężczyzn (w grupach wieku 45–59 i 60–74 lata wskaźnik dla Polski wyższy o około 29%).

Autorzy cytowanego opracowania podają, że zdecydowanie największym zagrożeniem dla życia Polaków są od wielu lat choroby układu krążenia. W 2014 r. były one przyczyną 45,1% ogółu zgonów. Chociaż natężenie umieralności z powodu tych chorób systematycznie maleje, to nadal jest ono większe niż przeciętnie w Unii Europejskiej. Choroby układu krążenia są często diagnozowane przez lekarzy więziennych.

Drugą pod względem częstości przyczyną zgonów w Polsce są nowotwory złośliwe (25,4% ogółu zgonów w 2014 r.). Nie wykazuje ona niestety tendencji spadkowej. Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, lecz ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn²⁰. Ogólnie można ocenić, że sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego, mierzona wskaźnikami umieralności z powodu nowotworów złośliwych, jest mniej korzystna w porównaniu z przeciętną sytuacją w innych krajach UE. W mniejszym jednak stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia. Choroby nowotworowe stanowią jednak stosunkowo mniejszy problem dla więziennej służby zdrowia z uwagi na fakt, że chorych leczą się często na zewnątrz zakładów karnych.

¹⁹ Z wyjątkiem Łodzi, której mieszkańcy żyją krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Także w województwie łódzkim mężczyźni żyją najkrócej. W 2015 r. długość ich życia była krótsza o 3,7 roku w porównaniu do mieszkańców najlepszego pod tym względem województwa małopolskiego.

²⁰ Najczęstszym u mężczyzn i kobiet jest rak tchawicy, oskrzeli i płuc. Występuje on częściej niż w innych krajach Unii Europejskiej. Wskaźniki umieralności z jego powodu maleją tylko dla mężczyzn.

Stosunkowo małe znaczenie penitencjarne mają także zgony z przyczyn, których nie udało się dokładnie określić, bądź wręcz nieznanymi. Stanowią one rzadkie przypadki w zakładach karnych, tak więc nie są problemem systemowym.

Niemniej, na zewnątrz zakładów karnych problem ten jest poważny. Świadczy o tym duża liczba takich zgonów w Polsce w 2014 r. (około 7% ogólnej liczby zgonów). Na szczególną uwagę zasługuje bardzo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie częstości takich zgonów. Można je tłumaczyć dużymi różnicami w rozpoznawaniu ich przyczyn w różnych województwach, a także niezadawalającą jakością systemu orzekania o przyczynach zgonów w ogóle.

Podobnie można ocenić inną grupę przyczyn zgonów, tj. przyczyny zewnętrzne. W skali ogólnopolskiej stanowi ona czwartą statystycznie ich częstość (w 2014 r. – 5,7% zgonów). Wykazuje ona systematyczny, obserwowany od dłuższego czasu trend spadkowy. Wciąż jednak ich wskaźniki są wyższe – i to znacznie – od przeciętnego w Unii Europejskiej. Ta grupa przyczyn jest najbardziej widoczna w stosunkowo młodszej grupie wiekowej, o dużej rozpiętości granicach, tj. od 5 do 44 lat. Najważniejsze, zewnętrzne przyczyny zgonów to samobójstwa, upadki (przewrócenia się) oraz wypadki komunikacyjne. Podkreślić należy, że wskutek samobójstw następuje większa utrata potencjalnych lat życia niż w wyniku raka płuca, a nawet wypadków komunikacyjnych. W praktyce penitencjarnej znaczenie tych przyczyn jest marginalne, chociaż niektóre spektakularne przypadki, np. samobójstw, są medialnie nagłościane i budzą duże emocje społeczne.

Dla dalszych analiz i rozważań o sytuacji zdrowotnej osób pozbawionych wolności, umieszczonych w polskich zakładach karnych, przydatne będzie także scharakteryzowanie pokrótce problemu chorób i zaburzeń psychicznych. Ten rodzaj chorób jest tradycyjnie dość typowy dla przestrzeni penitencjarnej. Warto zatem podać kilka informacji o zagrożeniu chorobami i zaburzeniami psychicznymi w ogóle, tj. na zewnątrz zakładów karnych. Sytuacja, jaka uwiadamia się w tym zakresie w polskich więzieniach stanowi bowiem refleks faktów ogólniejszych.

W 2015 r. w systemie psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczono ogółem 1565 mln osób. W okresie 2011–2014 bezwzględna liczba leczonych wzrosła też o 12,9%. Częściej leczą się kobiety (o około 20% więcej niż mężczyźni, zaś w poradniach zdrowia psychicznego aż o 53%). Zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są także leczeni mieszkańcy miast. W 2014 r. było ich aż 92% więcej. Różnica zatem wskazuje

na niejednolity stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w obu tych grupach.

Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem (somatoformiczne), a także zaburzenia nastroju (afektywne). Po 2012 r. wskaźnik osób leczących się z powodu tych dwóch grup zaburzeń znacznie wzrósł (odpowiednio o 24 i 21%).

W latach 2011–2015 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej była jednak dość stabilna. W 2014 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 204 tys. osób. Co charakterystyczne, wskaźnik objęcia leczeniem, obliczony na 100 tys. mieszkańców był dla mężczyzn aż o 94% wyższy w porównaniu z kobietami (odpowiednio 708/100 tys. i 364/100 tys.). Częściej niż mieszkańcy wsi byli też leczeni mieszkańcy miast (odpowiednio 550/100 tys. i 462/100 tys.; różnica o 19%, zatem znacznie mniejsza niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego). Zauważyć należy, iż taki rozkład wskaźników odpowiada do pewnego stopnia statystykom więziennym. Wynika z nich bowiem, że w ogólnej populacji osób osadzonych w polskich jednostkach penitencjarnych zdecydowanie przeważają mężczyźni.

Według danych Rzecznika Praw Obywatelskich, zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w systemie całodobowym były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu. W 2014 r. osób takich było ponad 72 tys., w tym 35 tys. leczono w szpitalu po raz pierwszy²¹. Z ustaleń Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS)²² wynika, że częstość występowania zaburzeń depresyjnych w Polsce na tle danych europejskich jest przeciętna. Istotne czynniki ryzyka to wiek, poziom wykształcenia i płeć. Częstość występowania depresji z jej najcięższymi objawami wśród osób o najniższym poziomie wykształcenia wielokrotnie przekracza poziom średni. Badania pokazują, że bardziej narażone na depresję są kobiety.

Reasumując, opisane wyżej problemy chorób i zaburzeń psychicznych uwiadaczniają się bardzo wyraźnie także w praktyce penitencjarnej. Z uwagi na to, w dalszych częściach pracy podejmę dokładniejszą ich analizę w odniesieniu do polskich zakładów karnych.

²¹ Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki, Raport Komisji Ekspertów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, s. 11.

²² Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015 r.

Ostatnim wreszcie wskaźnikiem sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego w pierwszych dekadach XXI w. są zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze. Warto poświęcić im nieco uwagi, bowiem także i one stanowią poważny problem penitencjarny. Obserwacja rzeczywistości więziennej prowadzi do wniosku, że z tego rodzaju chorobami do zakładów karnych trafiała i trafia nadal spora część skazanych.

Dane zbierane w ramach rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi wskazują jednak, że w makroskali społecznej współczynniki zapadalności na większość chorób nimi objętych mają tendencje spadkowe. Ogólną sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych można też określić jako dobrą i stosunkowo stabilną.

Poważnym problemem pozostają jednak zakażenia HIV oraz choroby przenoszone drogą płciową. W latach 2000–2015, wśród mężczyzn mających kontakty homoseksualne, nastąpił dziesięciokrotny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń tego rodzaju. Sytuacja taka znajduje także odbicie w populacji więziennej, bowiem liczba zakażonych tym wirusem systematycznie w niej rośnie. Z uwagi na to problem profilaktyki i leczenia staje się obecnie jednym z najważniejszych zadań więziennej służby zdrowia. Już tylko na marginesie należy wskazać, że zakażenia wirusem HCV pociągają za sobą wzrost kosztów społecznych. Zwiększa się bowiem umieralność oraz częstotliwość występowania zaawansowanej postaci tej choroby.

Z opisanymi wyżej chorobami i zagrożeniami wiąże się występowanie określonych czynników ryzyka zdrowotnego związanych z tzw. stylem życia. Ogólnie można ocenić, że styl życia jest związany z uczestnictwem w jednej z warstw, bądź grup społecznych opisanych wyżej. Może on wpływać na ukształtowanie się bądź nie postaw prozdrowotnych. Zagadnienie to wiąże się zatem z problematyką ochrony zdrowia w tych grupach, zwłaszcza zaś w szczególnie nas tu interesującej grupie osób pozbawionych wolności. Trzeba bowiem pamiętać, że przychodzą one do zakładu karnego z różnych środowisk i warstw społecznych, na ogół z dolnego segmentu stratyfikacyjnego. Z uwagi na powyższe warto zatem stylom życia poświęcić nieco więcej uwagi.

Analiza stylów życia Polaków wymaga uchwycenia zależności pomiędzy wieloma czynnikami, które występują w różnych środowiskach, czy też warstwach społecznych. Nie jest ona łatwa, bowiem czynniki te mają odmienny charakter, ponadto występują z reguły w postaci skomplikowanych, złożonych syndromów. Z tego powodu, w literaturze, bądź też oficjalnych dokumentach dotyczących sytuacji zdrowotnej Polaków, podaje się najczęściej najbardziej typowe ich wskaźniki (np. nadużywanie alkoholu, palenie papierosów itd.).

Analizę stylów życia oraz ich determinantów można prowadzić na wiele różnych sposobów. Szczególnie przydatne dla dalszych rozważań jest jednak syntetyzujące ujęcie etiologiczne. Wymaga ono badania zachowań człowieka na poziomie indywidualnym, a więc procesu tzw. socjogenezy, czyli jednostkowego mechanizmu prowadzącego człowieka do ukształtowania się określonego stylu życia. Z drugiej jednak strony, powinno to prowadzić do naukowego uogólnienia tak poczynionych ustaleń na poziom zjawisk i faktów społecznych. W tym ostatnim wymiarze można mówić o etiologii zachowań prozdrowotnych w różnych typach środowisk życiowych, w tym także przestępczych.

Połączenie wskazanych poziomów analizy wymaga przyjęcia określonych założeń. Tak więc po pierwsze, należałoby uwzględnić propozycje *T. Sicińskiego*, badającego style życia we współczesnej Polsce, w tym także style życia w rodzinie²³. Autor ten formułuje koncepcję „*homo eligens*” (człowiek wybierający), wykorzystując próbę połączenia teorii socjalizacji i reakcji społecznej, podjętą przez *Ch.E. Frazier*a oraz *J. Włodarkę*²⁴.

Z metodologicznego punktu widzenia, połączenie to daje dobrą podstawę teoretyczną do konstruowania empirycznych modeli badawczych. Można je stosować również do sondażowego pomiaru wskaźników postaw prozdrowotnych, a także ustalenia wpływu, jaki na postawy te mają specyficzne style życia w środowiskach przestępczych.

Konstruując model czynników wpływających na kształtowanie się postaw prozdrowotnych w różnych środowiskach i warstwach społecznych, opisanych powyżej, należy jednak zaznaczyć, że ujęcie w jego strukturze wielu różnych determinant nie przesądza jeszcze, że ich wystąpienie doprowadzi do wykształcenia się określonej postawy. Ma on bowiem charakter ogólnej hipotezy. Niemniej, jej weryfikacja stanowi dobry punkt wyjścia do badań sytuacji zdrowotnej osób pochodzących z różnych warstw i środowisk społecznych, w tym także wchodzących w konflikt z prawem karnym, a więc przestępców.

²³ Por. *T. Siciński* (red.), *Style życia w miastach polskich*. Wrocław 1988; *A. Siciński, A. Wyka* (red.), *Badania „rozumiejące” style życia: narzędzia*, Warszawa 1988.

²⁴ Por. tychże autorów: *Integracja teorii dewiacji. Podejście indukcyjne z zastosowaniem materiału biograficznego*, RPEiS 1981, Nr 4, s. 171 i n.

Wskazanie teoretycznych przesłanek do wspomnianego modelu opiera się na następujących założeniach²⁵:

1. Model musi być wieloczynnikowy. Styl życia jest czynnikiem złożonym, będącym wypadkową nałożenia się na siebie albo jak kto woli interakcji wielu różnych determinant prostych, albo też jednorodzących;
2. Zdefiniowania wymaga samo pojęcie stylu życia. Warto przypomnieć, że badania nad stylem życia prowadził przez wiele lat Zakład Badań nad Stylami Życia Instytutu Filozofii i Socjologii PAN pod kierunkiem prof. A. Sicińskiego²⁶.

Pod pojęciem „styl życia” T. Siciński²⁷ rozumiał „zespół codziennych zachowań, specyficzny dla danej zbiorowości lub jednostki, lub, inaczej mówiąc, charakterystyczny „sposób bycia” odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych”, stanowiący manifestację jej położenia społecznego. Zdaniem tego autora, pojęcie to obejmuje nie tylko same zachowania ludzkie, ale i „psychofizyczne mechanizmy leżące u podstaw owych zachowań: ludzkie motywacje, potrzeby, akceptowane wartości”, a więc ogół czynników, które sprawiają, że „z repertuaru zachowań wyznaczonego daną kulturą wybierane są, w sposób bardziej lub mniej świadomy albo nawet całkiem nieświadomie, zachowania takie a nie inne”²⁸.

Według T. Sicińskiego, najistotniejszymi elementami składowymi stylu życia, ujmowanymi w wymiarze behawioralnym oraz aksjologicznym byłyby:

- 1) budżet czasu człowieka (w tym cykliczność jego zachowań),
- 2) praca,
- 3) konsumpcja dóbr materialnych, w tym także „ogólny stosunek do świata rzeczy”,
- 4) higiena oraz stosunek do zdrowia i choroby,
- 5) potrzeby intelektualne i estetyczne (uczestnictwo w kulturze i oświacie),
- 6) rekreacja,
- 7) uczestnictwo w życiu społeczno-politycznym,

²⁵ Wydaje się, że w takim wymiarze można używać z pewną ostrożnością zamiennego określenia „sfery zagrożenia”, które jest bliższe pedagogice, np. rozbity dom, niepowodzenia szkolne, udział w nieformalnej grupie rówieśniczej, uczestnictwo w subkulturze itp.

²⁶ A. Lipski, Styl życia jako problem zdrowia społecznego, RPEiS 1998, Nr 1.

²⁷ T. Siciński (red.), Styl życia. Koncepcje i propozycje, Warszawa 1976, s. 25.

²⁸ T. Siciński (red.), Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce, s. 155.

- 8) stosunek do religii,
- 9) formy współżycia między ludźmi (w rodzinie, grupach towarzyskich, sąsiedzkich itp.).

Ponadto T. Siciński jako kwestie natury psychospołecznej wyróżnił:

- 1) systemy wartości (odczuwanych i uznawanych) oraz
- 2) samoidentyfikacja jednostki²⁹.

Jak zatem widać, katalog ten jest bardzo rozbudowany. Z punktu widzenia potrzeb niniejszej monografii najważniejszymi wyznacznikami stylu życia są jednak: higiena oraz stosunek do zdrowia i choroby, potrzeby i postawy w tym zakresie, a także rekreacja. Powołana koncepcja może zatem stanowić punkt wyjścia do analizy ewentualnych związków pomiędzy stylem życia osób z różnych środowisk, kształtowaniem się, bądź nie, postaw prozdrowotnych a ich sytuacją zdrowotną.

3. Badania zależności wskazanych wyżej wymagają także uwzględnienia takich czynników, jak: poziom i rodzaj wykształcenia, status ekonomiczny, rodzaj wykonywanej pracy, charakter środowiska pochodzenia i zamieszkania, ponadto – w odniesieniu do grupy przestępców umieszczonych w zakładach karnych – mechanizmu tzw. kryminogenezy, opisywanego m.in. przez L. Tyszkiewicza³⁰;
4. Dla badań nad wpływem postaw wobec własnego zdrowia na indywidualną sytuację zdrowotną przydatna jest koncepcja *homo eligens* (człowieka wybierającego). Na poziomie makrospołecznym, a więc faktów należałoby ją jednak połączyć z integrującym ujęciem teorii socjalizacji i reakcji społecznej Ch.E. Fraziera i J. Włodarka³¹.

Jak z powyższych uwag wynika, badania nad rolą pro- albo kontrazdrowotnych stylów życia osób ze środowisk przestępczych w ich relacji do mechanizmu kryminogenezy wymagają ujęcia wysoce syntetyzującego, o dużym stopniu ogólności. Tym samym, ich podejmowanie jest zadaniem trudnym i ryzykownym o tyle, że tego rodzaju metodologia musi zakładać uzyskanie wyników do pewnego stopnia uproszczonych. Całościowe uchwycenie tak skomplikowanej mapy wzajemnych powiązań oraz interakcji jest jednak – na obecnym etapie rozwoju nauki – zadaniem niewykonalnym.

²⁹ *Ibidem*, s. 156.

³⁰ Należy tu wskazać następujące prace L. Tyszkiewicz, *Od naturalizmu do humanizmu w kryminologii*, Katowice 1991; *tenże*, *Kryminogeneza w ujęciu kryminologii humanistycznej*, Katowice 1997.

³¹ Ch.E. Frazier, J. Włodarek, *Integracja teorii dewiacji. Podejście indukcyjne z zastosowaniem materiału biograficznego*, RPEiS 1981, Nr 4, s. 171 i n.