



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Επίπεδο υγείας και χρήση των υπηρεσιών υγείας στους
κρατούμενους του Καταστήματος Κράτησης Τρικάλων»**

Σπουδάστρια: Γιουβρή Αικατερίνη

Επισκέπτρια Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής
Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : Χατζόγλου Χρυσή, Καθηγήτρια
Ιατρικής Φυσιολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : Καρέτση Ελένη, Επιμελήτρια Β',
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ

Σεπτέμβριος 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



“Prisoners’ health level and use of health services at the Trikala Detention Center”

Key words: Prison, Health, Health Services, Disease, Prevalence

<<Ο πολιτισμός μιας χώρας φαίνεται από το επίπεδο διαβίωσης των φυλακισμένων της>>*

*Φιοντόρ Ντοστογιέφσκι 1821-1881

«Λένε ότι κανείς δεν γνωρίζει πραγματικά μια χώρα, αν δεν βρεθεί πρώτα στις φυλακές της. Μια χώρα πρέπει να κρίνεται με βάση την μεταχείριση την οποία επιφυλάσσει όχι στους πλέον ευυπόληπτους πολίτες της, αλλά στους πλέον ανυπόληπτους»*

*Nelson Mandela, πρώην κρατούμενος και πρώην

Πρόεδρος της Νοτίου Αφρικής

Η υγεία των κρατουμένων αποτελεί μια από τις μείζονες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας:

<< Υγεία δεν είναι απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας, αλλά μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας>>

(Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία,2001)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί τη Μεταπτυχιακή μου εργασία στα πλαίσια των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Γουργουλιάνη Κωνσταντίνου, στον οποίο οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες τόσο για την εμπιστοσύνη, τη συνολική καθοδήγηση, την κατανόηση, τις εύστοχες παρατηρήσεις και την ουσιαστική συμβολή στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας, όσο και για τη γενικότερη συμβολή του στην επαγγελματική μου σταδιοδρομία. Επίσης ευχαριστώ τα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ.κ. Χατζόγλου Χρυσή, Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας και Καρέτση Ελένη, Επιμελήτρια Β της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

Το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στο σύζυγο μου Αθανάσιο, του οποίου η πίστη στις δυνατότητές μου, στάθηκε κινητήριο δύναμη σε όλους τους στόχους και τα όνειρά μου. Την εργασία μου την αφιερώνω σε αυτόν, καθώς και στους δύο γιούς μου Διονύσιο και Γεώργιο, με την ευχή να μην σταματήσουν ποτέ το ταξίδι στον κόσμο της γνώσης. Επίσης, ευχαριστώ ολόψυχα τους γονείς μου για την αμέριστη στήριξη τους, όχι μόνο κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας, αλλά καθ' όλο το διάστημα των μεταπτυχιακών μου χρόνων.

Η διπλωματική αυτή εργασία δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς τη συνδρομή κάποιων σημαντικών ανθρώπων και συνεργατών, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και τους ευχαριστώ θερμά.

Πρέπει να ευχαριστήσω τον τέως Διοικητή του Νοσοκομείου Τρικάλων, κ. Δημήτριο Παρθένη, Ιατρό Αγγειοχειρουργό M.D., MSc, PhD, για την ηθική συμπαράστασή του στο πρόσωπό μου, καθώς και για την υποστήριξή του στις μεταπτυχιακές μου σπουδές.

Ευχαριστώ την κ. Κυριακή Παγδάτογλου, Ιατρό Πνευμονολόγο M.D., Διευθύντρια ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, για την άψογη συνεργασία και βοήθεια που μου προσέφερε στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Πολλά ευχαριστώ πρέπει να εκφράσω στην κ. Λύτσιου Μαρία, Νομικό ΠΕ, Διευθύντρια του Καταστήματος Κράτησης Τρικάλων, διότι με την υποστήριξη, την υπομονή και την αμέριστη και συνεχή ενθάρρυνση, εμπιστοσύνη και βοήθειά της, από την αρχή έως το τέλος, κατάφερα να φέρω σε πέρας αυτή την απαιτητική έρευνα.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ πρέπει να εκφράσω και στον κ. Απόστολο Κατσαρό, Αρχιφύλακα του Καταστήματος Κράτησης Τρικάλων, που με την άριστη διαχείριση του υπηρεσιακού του καθήκοντος και παρά τις καθημερινές του ανειλημμένες υποχρεώσεις, με την καθοδήγησή του στα ενδότερα της φυλακής ολοκλήρωσα επιτυχώς την έρευνά μου. Επίσης ένα ευχαριστώ ανήκει στους κρατούμενους, για την φιλική τους συμμετοχή και συνεργασία, την κατανόησή τους και την αντίστοιχη βοήθειά τους στην ολοκλήρωση του έργου μου.

Ακόμη, ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στους συναδέλφους μου Επισκέπτες Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, κ. Νταιλιάνη Χρήστο, κ. Νταλαμπίρα Χριστίνα, κ. Αργυρίου Αγορίτσα και κ. Λύχου Αναστασία, για την συναδελφικότητα και αγάπη που επέδειξαν στο πρόσωπό μου, την άριστη συμπεριφορά και το ήθος από πλευράς τους, καθώς και την συμβολή τους στην παρούσα έρευνα, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την αρμόδια Διεύθυνση Σωφρονιστικής και Εγκληματικής Πολιτικής, η οποία, κατανοώντας την ανάγκη μελέτης και ανάδειξης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι στον ευαίσθητο τομέα της υγείας, έδωσε την άδεια εισόδου στο Κατάστημα Κράτησης Τρικάλων, καθώς και στατιστικά δεδομένα και άλλες χρήσιμες πληροφορίες για το ελληνικό σωφρονιστικό σύστημα.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
Εισαγωγή	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ	11
1.1 Ιστορική Αναδρομή του θεσμού της φυλακής και του Ελληνικού Σωφρονιστικού Συστήματος	11
1.2 Η υγεία των κρατουμένων	13
1.3 Σωματική υγεία	17
1.4 Ψυχική Υγεία	18
1.5 Παράγοντες κινδύνου	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ	22
2.1 Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	23
2.2 Προβλήματα κατά την πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις φυλακές	24
2.2.1 Ηθικά διλήμματα	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	28
3.1 Δείγμα της μελέτης και διαδικασία	28
Στατιστική ανάλυση	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	63

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ιδιαίτερες ανάγκες υγείας των κρατούμενων προκαλούν υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στον τομέα αυτό παρατηρείται κενό στην ελληνική βιβλιογραφία, ενώ είναι μέγιστης σημασίας η παροχή υπηρεσιών υγείας και η προαγωγή υγείας στους πληθυσμούς κρατούμενων ώστε να βελτιωθεί το βιοτικό τους επίπεδο.

Σκοπός: Η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας των κρατούμενων στο σωφρονιστικό κατάστημα των φυλακών Τρικάλων και των αναγκών φροντίδας υγείας τους.

Υλικό-μέθοδος: Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση τυποποιημένης δομημένης συνέντευξης με ερωτήσεις κλειστού τύπου, που πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο έως τον Αύγουστο 2017 στον χώρο του σωφρονιστικού ιδρύματος αρρένων Τρικάλων και συμμετείχαν 151 από τους 500 κρατούμενους φυλακών. Οι συνεντεύξεις δε συνοδεύονταν από ιατρική γνωμάτευση. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τα λογισμικά Excel-Access 2010.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 39 έτη. Ισοβίτες κρατούμενοι ήταν το 11%, ενώ το 51% εξέτιε ποινή μέχρι και 15 έτη. Το 23,17% του υπό μελέτη πληθυσμού αναφέρει «κακή υγεία» και το 34% ότι δεν έγινε εκτίμηση από ιατρό κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης. Η επικράτηση των λοιμωδών νοσημάτων ανέρχεται στο 22,5%. Στο 44,1% των κρατούμενων αναφέρθηκε κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Διαπιστώνεται αναντιστοιχία ανάμεσα στη συχνότητα και τη βαρύτητα των διαφόρων παθήσεων και την προσφερόμενη φροντίδα. Η συχνότητα του καπνίσματος ανέρχεται στο 74,83%.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα των ψυχιατρικών και λοιμωδών νοσημάτων, όπως και του καπνίσματος είναι πολλαπλάσια μεγαλύτερη εκείνης που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό. Η κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία.

Λέξεις κλειδιά: Φυλακή, Υγεία, Υπηρεσίες Υγείας, Ασθένεια, Επιπολασμός

ABSTRACT

Introduction: Prisoners' particular health needs are posing high demands for health care services. There is a gap in the Greek literature in this area, while it is of utmost importance to provide health services and promote health to inmates in order to improve their standard of living.

Aim: To investigate the health status of detainees at the Trikala Prison and their health care needs.

Material-Methods: Data were collected using a standardized structured interview with closed-type questions, conducted from February to August 2017 at the Male Trikala Prison and involved 151 of the 500 prison inmates. Interviews were not accompanied by medical reports. Statistical analysis was performed using Excel 2010 Access software.

Results: The mean age of the sample was 39 years; 11% were sentenced for life and 51% to serve up to 15 years; 23.17% of the population under study reported "poor health" and 34% reported that they were not assessed by a physician when entering the detention facility. The prevalence of infectious diseases was 22.5% and 44.1% of prisoners reported a psychiatric illness. A discrepancy between the frequency and severity of the various conditions and the care provided was observed. The smoking rate was 74.83%.

Conclusions: The incidence of psychiatric and infectious diseases, as well as smoking, is considerably higher than that seen in the general population. Meeting the emerging needs of prisoners is a public health challenge.

Key words: Prison, Health, Health Services, Disease, Prevalence

Εισαγωγή

Τα σωφρονιστικά καταστήματα αποτελούν τους τόπους έκτισης ποινής, για όσους έχουν διαπράξει αδικήματα. Έτσι, ο δράστης με τον εγκλεισμό του, στερείται ενός θεμελιώδους και αναφαίρετου δικαιώματός του, που είναι η ελευθερία. Σκοπός της ύπαρξης των φυλακών ήταν, και συνεχίζει να είναι, πρωταρχικά ο εκφοβισμός των εγκλείστων, έτσι ώστε και στο μέλλον να μην παραβούν ξανά τους νόμους. Μ' αυτόν τον τρόπο η φυλακή λειτουργεί αποτρεπτικά για τον ίδιο το δράστη και εκφοβιστικά για όσους τυχόν σκέφτονται να παραβούν τους νόμους.

Ο τρόπος που διοικείται ένα σωφρονιστικό κατάστημα συνδέεται άμεσα και με την πολιτική μιας χώρας, καθώς υπάρχει διαφορετικός τρόπος αντιμετώπισης των κρατουμένων σε μια δημοκρατική χώρα και διαφορετικός σε μια δικτατορική. Σήμερα, βέβαια, καθώς καλλιεργείται και εξελίσσεται το ανθρώπινο ιδεώδες και οι ανθρωπιστικές επιστήμες δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην προστασία και προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο κάθε άνθρωπος έστω κι αν έχει διαπράξει ένα έγκλημα και βρίσκεται στη φυλακή, έχει θεμελιώδη δικαιώματα, που το κράτος οφείλει να σεβαστεί και να μην επιτρέπει να καταπατούνται. Ως συνέπεια όλων αυτών, οι εγκλειστοί δικαιούνται να ζουν σ' ένα αξιοπρεπές περιβάλλον, να έχουν επικοινωνία με τους δικούς τους, να παίρνουν άδειες και εν γένει να τυγχάνουν δίκαιης και ανθρώπινης μεταχείρισης, κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους.

Η υγεία των κρατουμένων αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία, ιδίως επειδή τα αυξανόμενα ποσοστά φυλάκισης έχουν άμεσο αντίκτυπο στη γενική κατάσταση της υγείας των κρατουμένων. Έχει αναφερθεί ότι οι κρατούμενοι αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας που σχετίζονται με το περιβάλλον των φυλακών, το οποίο χαρακτηρίζεται από απομόνωση, κοινωνική ζωή, βία, ανασφάλεια, απειλή και υπερπληθυσμό. Η υψηλή επικράτηση των προβλημάτων που συνδέονται με την υγεία των κρατουμένων φαίνεται να οφείλεται σε πολυάριθμα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως η φτώχεια, τα χαμηλά εισοδήματα και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Επιπλέον, τα εμπειρικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι οι κρατούμενοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας στις φυλακές 3 έως 4 φορές συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό, κυρίως λόγω των υψηλών επιπέδων νοσηρότητας, που συνδέονται με την επιδείνωση της κατάστασης σωματικής και ψυχικής υγείας τους, καθώς και την καθημερινή ζωή στη φυλακή. Η κατάσταση της υγείας των φυλακισμένων, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση που συνδέεται με την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, είναι θέματα που έχουν προσελκύσει την προσοχή των

ερευνητών διεθνώς. Έχει αναφερθεί ευρέως ότι οι κρατούμενοι έχουν γενικά κακή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και συνήθως δεν λαμβάνουν την κατάλληλη περίθαλψη.

Τα υψηλά ποσοστά χρόνιων και ψυχικών διαταραχών, καθώς και ο υψηλός βαθμός εξάπλωσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών κατά τη διάρκεια της φυλάκισης, είναι σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας που απαιτούν μέτρα που στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης των φυλακισμένων στις υπηρεσίες υγείας.

Στην Ελλάδα, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των κρατουμένων και της πρόσβασής τους στην υγειονομική περίθαλψη είναι περιορισμένη. Η ανάγκη για μια τέτοια μελέτη θεωρήθηκε επιτακτική, δεδομένου ότι ο εγκλεισμός στο Σωφρονιστικό Κατάστημα, επηρεάζει αρνητικά τη γενική κατάσταση της υγείας τους, το οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και την καθημερινή τους ζωή μετά την αποφυλάκιση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

1.1 Ιστορική Αναδρομή του θεσμού της φυλακής και του Ελληνικού Σωφρονιστικού Συστήματος

Με τον όρο «Σωφρονιστικό Σύστημα», εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένο το σύστημα λειτουργίας των φυλακών και αφορά στον τρόπο μεταχείρισης και διαβίωσης των κρατουμένων (Μαματσόπουλος, 2012). Το άρθρο 10 του σωφρονιστικού κώδικα της Ελλάδος ορίζει την έννοια του σωφρονισμού ως εξής: «Οι στερούμενοι της προσωπικής αυτών ελευθερίας κρατούνται, αναλόγως του σκοπού και της διάρκειας της κρατήσεως».

Ενώ η στέρηση της ελευθερίας και ο περιορισμός μέσω του εγκλεισμού των ατόμων, που διαπράττουν έγκλημα, συναντάται ακόμη κι από την ελληνική αρχαιότητα, η φυλακή ως τόπος εκτέλεσης της θεσμοθετημένης τιμωρίας είναι πρόσφατο σχετικά φαινόμενο. Μέχρι τον Μεσαίωνα τα άτομα κρατούνταν μέχρι να δικαστούν.

Η πρώτη φυλακή, το πρώτο «σωφρονιστήριο», ιδρύθηκε στο Λονδίνο το 1557 και ακολούθησαν άλλα δύο στο Άμστερνταμ το 1596 και αργότερα στη Γερμανία και την Ελβετία. Στην Ελλάδα οι πρώτες φυλακές δημιουργήθηκαν περίπου το 1887, ενώ πριν από αυτές το στόχο αυτό εξυπηρετούσαν τα σχετικά φρούρια (Αλεξιάδης 1993, Χάϊδου, 2002).

Κατά τον Τσαλίκोगλου (1989), τα σωφρονιστήρια αυτά είχαν χαρακτήρα φύλαξης των εγκληματιών, μέχρι την παραπομπή τους σε δίκη και τον ορισμό της ποινής. Με τις αρχές της γαλλικής επανάστασης ορίζεται η ελευθερία ως το ύψιστο αγαθό του ανθρώπου με αποτέλεσμα η αφαίρεσή της να συνιστά από μόνη της τιμωρία. Τα βασανιστήρια ή η καταδίκη σε θάνατο προκαλούν την αντίδραση των οπαδών του Διαφωτισμού, που προβλέπει πια στην ανθρωπιστική αντιμετώπιση του εγκληματία. Έτσι τον 18^ο αιώνα η φυλακή αναλαμβάνει και το ρόλο της ηθικής καλυτέρευσης, μέσω της πειθαρχικής και θρησκευτικής πίστης.

Τα σωφρονιστικά συστήματα μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες: 1. Ανοικτής και 2. Κλειστής μεταχείρισης. Τα συστήματα κλειστής μεταχείρισης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: το κοινοβιακό, το απομονωτικό ή πενσυλβανικό, το μικτό ή ωβούρνειο και το προοδευτικό ή ιρλανδικό σύστημα (Αλεξιάδης, 1993, Χάϊδου 2002).

Μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο δόθηκε έμφαση στην εξατομικευμένη μεταχείριση των κρατουμένων. Αρχισαν, λοιπόν, να εμφανίζονται νέες μέθοδοι οργάνωσης των φυλακών και αντιμετώπισης των εγκλείστων. Σήμερα υπάρχουν πλέον φυλακές με διαφορετικούς κανόνες λειτουργίας και σκοπούς όπως φυλακές ανδρών, γυναικών, ανηλίκων ή ψυχικά διαταραγμένων

ατόμων, όπου κάθε κρατούμενος αντιμετωπίζεται και με διαφορετικό τρόπο. Εδώ ανήκουν και τα σωφρονιστικά συστήματα ανοικτής μεταχείρισης, όπου οι έγκλειστοι εργάζονται είτε στο ύπαιθρο, είτε σε βιομηχανικές εγκαταστάσεις μακριά από τα κτίρια της κυρίως φυλακής.

Σίγουρα η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των εγκλείστων, η οργάνωση της διοικητικής σωφρονιστικής υπηρεσίας και η ίδρυση των αγροτικών φυλακών με τον ευεργετικό υπολογισμό των ημερών εργασίας, είναι βασικές εξελίξεις που διέπουν την περίοδο των αρχών του 20^{ου} αιώνα. Από τα μέσα του ίδιου αιώνα επιχειρήθηκε η αναθεώρηση της νομοθεσίας, η οποία κατέληξε στην εκπόνηση του Σωφρονιστικού Κώδικα του 1967, ο οποίος στόχευε στην κοινωνική αναπροσαρμογή των κρατουμένων μέσω της αγωγής τους. Ο μεταγενέστερος κώδικας βασικών κανόνων για τη μεταχείριση των κρατουμένων του 1989 συνυπήρξε με τον προγενέστερο, γιατί οι διατάξεις του για την αμοιβή και ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων κρατουμένων και η ημιελεύθερη διαβίωση των εγκλείστων δεν τέθηκαν ποτέ σε ισχύ. Και σ' αυτόν τον κώδικα η έκτιση των ποινών είχε ως στόχο την αγωγή και κοινωνική επανένταξη των κρατουμένων.

Η οργάνωση του Σωφρονιστικού Συστήματος της Ελλάδος βασίζεται στις γενικές αρχές που τίθενται από το Σύνταγμα, τις διεθνείς συμβάσεις, τους νόμους και τα προεδρικά διατάγματα, καθώς και τις κανονιστικές πράξεις κατ' εξουσιοδότησή τους, με θεμελιώδη νόμο τον ισχύοντα Σωφρονιστικό Κώδικα (Νόμος 2776/1999). Στο Σωφρονιστικό Κώδικα περιγράφονται τα όργανα της άσκησης της σωφρονιστικής πολιτικής, που είναι το Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο Φυλακών, η Κεντρική Επιτροπή Μεταγωγών και τα Συμβούλια της Φυλακής. Το Συμβούλιο Φυλακής απαρτίζεται από το Διευθυντή του Καταστήματος ως Πρόεδρο, από τον αρχαιότερο Κοινωνικό Λειτουργό και από Ειδικό Επιστήμονα (νομικό, ψυχολόγο, εκπαιδευτικό κλπ.), ως μέλη. Στα καταστήματα κράτησης εφαρμόζεται, εκτός από τον Σωφρονιστικό Κώδικα και ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Καταστημάτων Κράτησης.

Οι κρατούμενοι διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με τη νομική ή πραγματική της κατάσταση. Η νομική κατάσταση αναφέρεται στον ισχύοντα λόγο κράτησης σύμφωνα με τον οποίο οι έγκλειστοι διακρίνονται σε: 1) υπόδικους, 2) κατάδικους, 3) οφειλέτες, 4) αλλοδαπούς υπό απέλαση, και 5) υπό έκδοση ή παράδοση. Η πραγματική κατάσταση αναφέρεται στο φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εθνικότητα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τη σωματική, όπως και την ψυχική υγεία. Έτσι οι κρατούμενοι διακρίνονται σε άντρες, γυναίκες, ανήλικους, ενήλικες και υπερήλικες, έγγαμους (και όσοι έχουν υπογράψει σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης), άγαμους, γονείς και μη, μητέρες που έχουν μαζί τα βρέφη τους, ημεδαπούς, αλλοδαπούς, ομόθρησκους, ετερόθρησκους, υγιείς, ασθενείς, πάσχοντες από χρόνια και μεταδοτικά νοσήματα, ψυχικά ασθενείς και εξαρτημένους.

Ακόμη, στον ίδιο Κώδικα καθορίζονται η διαβίωση των κρατουμένων, η εφαρμογή προγραμμάτων και η διάθεση του ελεύθερου χρόνου τους, ο ευεργετικός υπολογισμός ημερών ποινής, λόγω εργασίας

και η επικοινωνία με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Συγχρόνως περιγράφονται οι εναλλακτικές μορφές έκτισης των ποινών, ο τρόπος μεταγωγών των κρατουμένων, ο τρόπος λήξης ποινών και η μετασφρονιστική μέριμνα, η εποπτεία της εφαρμογής του και τα όργανα που την ασκούν.

Η εποπτεία της οργάνωσης και λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος ασκείται από τη Γενική Διεύθυνση Σωφρονιστικής Πολιτικής του Υπουργείου Δικαιοσύνης και τις υπαγόμενες σ' αυτή Διευθύνσεις : α) Πρόληψης Εγκληματικότητας και Σωφρονιστικής Αγωγής Ανηλίκων β) Σωφρονιστικής αγωγής ενηλίκων γ) Λειτουργία Ειδικών Θεραπευτικών Καταστημάτων δ) Επιθεώρησης Σωφρονιστικών Καταστημάτων και Ειδικών Καταστημάτων Κράτησης Νέων και ε) Εξωτερικής Φρούρησης Φυλακών και λοιπών Καταστημάτων.

Στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν 34 φυλακές, οι οποίες διακρίνονται σε: 1. Γενικά Καταστήματα (Α' και Β' τύπου) 2. Ειδικά Θεραπευτικά Καταστήματα (Νοσοκομείο Κρατουμένων Κορυδαλλού, Ψυχιατρείο Κορυδαλλού και ΚΑΤΚ Ελεώνα Θηβών «Επιλογή») 3. Ειδικά Καταστήματα (Αγροτικές, ΚΑΥΦ, Καταστήματα Νέων). Αρχικά οι κρατούμενοι κρατούνται σε δικαστικές και μετέπειτα γίνεται η μεταγωγή τους στα υπόλοιπα Καταστήματα Κράτησης. Ο συνολικός αριθμός των κρατουμένων ανέρχεται στους 12.500 περίπου.¹

Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως μεγάλο πρόβλημα σε κάθε σωφρονιστικό κατάστημα αποτελεί ο υπερπληθυσμός. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που εξέδωσε το Συμβούλιο της Ευρώπης για το 2005, η Ελλάδα είναι η δεύτερη σε κατάταξη χώρα υπερφόρτωσης των φυλακών. Απ' όλα αυτά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο υπάρχουν δυνατότητες για άσκηση σωφρονιστικής πολιτικής μέσα στις φυλακές. Γιατί βέβαια, υπάρχει σωφρονιστικό σύστημα αλλά δεν λειτουργεί, καθώς γίνεται μόνο φύλαξη και όχι σωφρονισμός των κρατουμένων. Η έλλειψη υποδομών και προσωπικού, κυρίως όμως η ελλιπής εκπαίδευση των σωφρονιστικών υπαλλήλων, αλλά και το μεγάλο οικονομικό κόστος εφαρμογής των σωφρονιστικών προγραμμάτων, που δεν καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, είναι σίγουρα ανασταλτικοί παράγοντες. Η προετοιμασία για την αποφυλάκιση του κρατουμένου θα πρέπει να ξεκινάει από τη στιγμή του εγκλεισμού του και ως στόχο θα πρέπει να έχει την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξή του. Η δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου, η απόκτηση νέων δεξιοτήτων, η επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία (π.χ. Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας των Φυλακών) επιδρούν ευεργετικά στην προσωπικότητα των κρατουμένων και βοηθούν στην ομαλή κοινωνική και επαγγελματική επανένταξή τους.

1.2 Η υγεία των κρατουμένων

Οι κρατούμενοι σε ένα σωφρονιστικό κατάστημα αποτελούν ένα σύνολο κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων, με ανομοιογενή κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. (Van den Bergh et al., 2011). Οι περισσότεροι προέρχονται από ενδεείς και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, χωρίς την

¹ <http://www.sofron.gov.gr/statistika-stichia-sistimatou-kratisis>

απαραίτητη εκπαίδευση και κατάρτιση. Συνήθως έχουν μεγαλώσει εκτός οικογένειας και είναι άνεργοι. Έχουν προβλήματα αναφαβητισμού και παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαμηλό δείκτη νοημοσύνης σε σχέση με το γενικό μέσο όρο. (Her Majesty's Inspectorate of Prisons, 1997; Singleton et al., 1997; Her Majesty's Inspectorate of Prison, 2000). Ιδιαίτερες όμως και αυξημένες είναι οι ανάγκες υγείας και φροντίδας των κρατουμένων. Η υγεία τους επηρεάζεται τόσο από θεσμικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς παράγοντες όσο και από τη σωματική και ψυχική κατάσταση των ίδιων των κρατουμένων. (de Viggiani, 2007). Η διατήρηση λοιπόν, της υγείας τους σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο την περίοδο του εγκλεισμού τους, θα συμβάλλει στην προάσπιση της υγείας στην κοινότητα, καθώς στόχος είναι η επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο μετά την έκτιση της ποινής τους. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας τους είναι πολύ χαμηλό και αυτό οφείλεται στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών. (Rutherford & Duggan, 2009; Fazel & Ballargeon, 2011). Επίσης, αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες, ψυχικές διαταραχές πολλές φορές με ιστορικό αυτοτραυματισμών και έχουν βιώσει πιο συχνά σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. (Barry et al., 2010).

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να παρέχεται στους κρατούμενους καθορίζεται από διεθνείς οδηγίες και συνθήκες. Πρώτον, η διάταξη του άρθρου 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (Ηνωμένα Έθνη, 1966) καθιερώνει «το δικαίωμα όλων να απολαμβάνουν την καλύτερη δυνατή κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας». Αυτό ισχύει για τους κρατούμενους, ακριβώς όπως και για κάθε άλλο ανθρώπινο ον. Οι φυλακισμένοι διατηρούν το θεμελιώδες δικαίωμά τους να απολαμβάνουν καλή σωματική και ψυχική υγεία και να διατηρούν το δικαίωμά τους σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, τουλάχιστον ισοδύναμο, με αυτό που παρέχεται στην ευρύτερη κοινότητα. Τα Ηνωμένα Έθνη (1990) έχουν διατυπώσει τις βασικές αρχές για τη μεταχείριση των κρατουμένων και υποδεικνύουν το πώς πρέπει να παρέχεται το δικαίωμα των κρατουμένων στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης: «Οι φυλακισμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση στις διαθέσιμες υγειονομικές υπηρεσίες στη χώρα χωρίς διακρίσεις λόγω της νομικής τους κατάστασης (αρχή 9). Με άλλα λόγια, το γεγονός ότι οι άνθρωποι βρίσκονται στη φυλακή δεν σημαίνει ότι έχουν μειωμένο δικαίωμα στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη. Αντιθέτως, το αντίθετο πρέπει να συμβαίνει. Όταν ένα κράτος στερεί τους ανθρώπους από την ελευθερία τους, αναλαμβάνει την ευθύνη να φροντίζει για την υγεία τους, τόσο ως προς τους όρους υπό τους οποίους τις κρατά και της ατομικής θεραπείας που μπορεί να είναι απαραίτητη. Οι διοικήσεις των φυλακών έχουν την ευθύνη όχι απλώς να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη, αλλά και να δημιουργούν συνθήκες που προάγουν την ευημερία, τόσο των κρατουμένων, όσο και του προσωπικού των σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Οι κρατούμενοι δεν πρέπει να αφήνουν τη φυλακή σε χειρότερη

κατάσταση από ό, τι όταν μπήκαν. Η αρχή αυτή ενισχύεται με τη σύσταση αριθ. R (98) 7 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (1998), σχετικά με τις ηθικές και οργανωτικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης στις φυλακές και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, για την πρόληψη των βασανιστηρίων και την απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία (CPT), ιδιαίτερα στην *τρίτη γενική έκθεσή του* (Συμβούλιο της Ευρώπης, 1993). Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων παράγει επίσης ένα αυξανόμενο σύνολο νομολογίας, που επιβεβαιώνει την υποχρέωση των κρατών να προστατεύουν την υγεία των φυλακισμένων, που τους φροντίζουν.

Υπάρχει το επιχείρημα, ότι τα κράτη δεν μπορούν να παρέχουν επαρκή υγειονομική περίθαλψη στους κρατούμενους, λόγω έλλειψης πόρων. Στην 11η γενική έκθεση για τις δραστηριότητές της (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2001), η CPT υπογράμμισε τις υποχρεώσεις των κυβερνήσεων στις φυλακές, ακόμη και σε περιόδους οικονομικής δυσκολίας: Η CPT γνωρίζει ότι σε περιόδους οικονομικών δυσχερειών «... πρέπει να γίνουν θυσίες, ακόμη και σε σωφρονιστικά ιδρύματα». Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε κάθε δεδομένη στιγμή, η πράξη στέρησης ενός ατόμου της ελευθερίας του συνεπάγεται πάντοτε καθήκον φροντίδας, που απαιτεί αποτελεσματικές μεθόδους πρόληψης, προσυμπτωματικού ελέγχου και θεραπείας. Η τήρηση αυτού του καθήκοντος από τις δημόσιες αρχές είναι ακόμη πιο σημαντική, όταν πρόκειται για φροντίδα που απαιτείται για τη θεραπεία ασθενειών, που απειλούν τη ζωή. Όσον αφορά την υποχρέωση παροχής επαρκούς υγειονομικής περίθαλψης στους κρατούμενους, υπάρχουν δύο βασικά ζητήματα. Το ένα αφορά τη σχέση μεταξύ του φυλακισμένου και του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης, και το άλλο αφορά την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης στις φυλακές.

Ευρωπαϊκοί Κανόνες Φυλακών

Όλες οι χώρες που είναι μέλη του Προγράμματος «Υγείας στην Φυλακή» του WHO, είναι επίσης μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (1973) ενέκρινε τους ευρωπαϊκούς πρότυπους ελάχιστους κανόνες για τη θεραπεία των κρατούμενων, οι οποίοι υιοθετήθηκαν από τους πρότυπους ελάχιστους κανόνες για τη μεταχείριση των κρατούμενων, που υιοθετήθηκαν από τα Ηνωμένα Έθνη (Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών Επίτροπος για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, 1957). Το 1973, το Συμβούλιο της Ευρώπης είχε 15 μέλη. Στις αρχές του 1987, το Συμβούλιο είχε επεκταθεί σε 21 μέλη και η Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (1987) ενέκρινε ένα νέο σύνολο Ευρωπαϊκών Κανόνων Φυλακών. Εκείνη την εποχή, η Επιτροπή των Υπουργών επεσήμανε ότι «οι σημαντικές κοινωνικές τάσεις και αλλαγές όσον αφορά τη θεραπεία και τη διαχείριση των φυλακών κατέστησαν αναγκαία την αναδιατύπωση των Ελάχιστων Τυπικών Κανόνων» για τη θεραπεία των κρατούμενων, που καταρτίστηκαν από το Συμβούλιο της Ευρώπης (ψήφισμα 73) 5) ώστε να υποστηριχθούν και να ενθαρρυνθούν αυτές οι εξελίξεις και να προσφερθεί περιθώριο για μελλοντική πρόοδο». Η συμμετοχή του Συμβουλίου της

Ευρώπης επεκτάθηκε περαιτέρω σε 46 κράτη το 2005. Για το λόγο αυτό, το Συμβούλιο της Ευρώπης αποφάσισε να αναθεωρήσει τους ευρωπαϊκούς Κανόνες Φυλακών του 1987.

Οι αναθεωρημένοι ευρωπαϊκοί κανόνες περί φυλακών, που εγκρίθηκαν στις 11 Ιανουαρίου 2006 από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (2006), περιέχουν ένα σημαντικό διευρυμένο τμήμα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη στη φυλακή. Για πρώτη φορά, οι ευρωπαϊκοί Κανόνες Φυλακών αναφέρουν συγκεκριμένα την υποχρέωση των σωφρονιστικών αρχών να προστατεύουν την υγεία όλων των κρατουμένων (§ 39), και την ανάγκη να οργανώνονται ιατρικές υπηρεσίες φυλακών, σε στενή σχέση με τη γενική δημόσια υγεία (§ 40). Κάθε φυλακή συνιστάται να έχει τις υπηρεσίες τουλάχιστον ενός εξειδικευμένου γενικού ιατρού και να διαθέτει άλλο προσωπικό κατάλληλα εκπαιδευμένο στην υγειονομική περίθαλψη (§ 41). Οι ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της υγειονομικής περίθαλψης αρχίζουν στο σημείο της πρώτης υποδοχής, όταν οι κρατούμενοι δικαιούνται ιατρική εξέταση (§ 42) και συνεχίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της κράτησης (§ 43). Το σχόλιο στους ευρωπαϊκούς Κανόνες Φυλακών αναφέρεται σε ορισμένες πρόσφατες εξελίξεις στη φυλάκιση, με επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Το ένα είναι η αυξανόμενη τάση των δικαστηρίων να επιβάλλουν πολύ μεγάλες ποινές, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα οι παλιοί φυλακισμένοι να πεθάνουν στη φυλακή. Σχετικά με αυτό, είναι η ανάγκη να δοθεί κατάλληλη και ανθρώπινη μεταχείριση σε οποιονδήποτε κρατούμενο, που είναι τελικά άρρωστος. Το Συμβούλιο της Ευρώπης (1998) έχει επίσης κάνει μια σύσταση για τη μεταχείριση των κρατουμένων που βρίσκονται σε απεργία πείνας. Εκτός από την αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των μεμονωμένων κρατουμένων, συνιστάται στους υπεύθυνους για την υγεία των φυλακών να επιθεωρούν τους γενικούς όρους κράτησης, συμπεριλαμβανομένων των τροφίμων, του νερού, της υγιεινής, της θέρμανσης, του φωτισμού και του εξαιρισμού, καθώς και την καταλληλότητα και καθαριότητα των κρατουμένων, όπως και τα ρούχα και κλινοσκεπάσματα (§ 44). Οι ευρωπαϊκοί Κανόνες Φυλακών έχουν επίσης πρόβλεψη για τους κρατουμένους, που απαιτούν εξειδικευμένη θεραπεία (§ 46), και σε όσους έχουν ανάγκες ψυχικής υγείας (§ 47).

Οι ευρωπαϊκοί Κανόνες Φυλακών του 1987 προέβλεπαν ότι, οι σωφρονιστικές αρχές θα μπορούσαν να επιβάλλουν μόνο « τιμωρία με πειθαρχικό περιορισμό και οποιαδήποτε άλλη τιμωρία, που θα μπορούσε να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική ή ψυχική υγεία του φυλακισμένου » υπό την προϋπόθεση, ότι ο ιατρός το πιστοποιήσει γραπτώς, ότι ο φυλακισμένος είναι κατάλληλος να υποστεί τέτοια τιμωρία. Αυτό οδήγησε σε ανησυχίες ότι, με την παροχή αυτής της πιστοποίησης, ο γιατρός εξουσιοδότησε στην πράξη την επιβολή ποινής, σε αντίθεση με τον όρκο του Ιπποκράτη. Οι αναθεωρημένοι ευρωπαϊκοί Κανόνες Φυλακών αφαιρούν αυτή την απαίτηση.

Οι διοικήσεις των φυλακών θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι οι περισσότεροι κρατούμενοι χρειάζονται σημαντική υγειονομική περίθαλψη. Θα πρέπει να αφιερωθούν επαρκείς πόροι στην υγειονομική περίθαλψη των φυλακών, ώστε να παρέχεται στους φυλακισμένους ένα πρότυπο

υγειονομικής περίθαλψης, τουλάχιστον ισοδύναμο με εκείνο που παρέχεται στην έξωθεν κοινότητα . Περαιτέρω, αξιοποιώντας την ευκαιρία που αντιπροσωπεύει η φυλάκιση για τους κρατούμενους είναι σημαντική. Πολλοί προέρχονται από περιθωριοποιημένες και φτωχές κοινότητες και έχουν κακή υγεία. Επειδή η υγεία των φυλακών ανήκει και αυτή στη δημόσια υγεία, η καλή υγειονομική περίθαλψη στη φυλακή, μειώνει τελικά τους κινδύνους για την υγεία, για τους ανθρώπους στην κοινότητα. Όλα τα συστήματα φυλακών λαμβάνουν ανθρώπους που είναι περιθωριοποιημένοι, φτωχοί, άστεγοι ή άνεργοι, με προβλήματα ψυχικής υγείας και εξάρτησης, που διήγαγαν σε χαοτική ζωή, χωρίς πρόσβαση σε σωστή και τακτική υγειονομική περίθαλψη και με πολλά συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας και έχουν ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, που απαιτούν ειδικούς από διάφορους κλάδους, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής, της ψυχολογίας, της οπτομετρίας και της φαρμακοποιίας. Η παροχή επαρκούς πρωτοβάθμιας φροντίδας στις φυλακές οδηγεί ιδανικά σε μείωση του χάσματος υγείας και προαγωγή της ισότητας στην υγεία, παρέχοντας στους κρατούμενους πρόσβαση στην περίθαλψη για γνωστές συνθήκες, που διαφορετικά δεν είναι διαθέσιμες σε αυτούς στην κοινότητα (όπως η φροντίδα ψυχικής υγείας, οδοντιατρική φροντίδα και διαχείριση μακροπρόθεσμων συνθηκών) · και προσφέροντας την ευκαιρία για αξιολόγηση, ανίχνευση και θεραπεία σοβαρών ασθενειών, ιδίως ψυχικής υγείας, λοιμώξεων και προβλημάτων εξάρτησης.

1.3 Σωματική υγεία

Οι κρατούμενοι εμφανίζουν υψηλό ποσοστό νοσηρότητας από οργανικές παθήσεις κατά την είσοδό τους στο σωφρονιστικό κατάστημα , ειδικά για χρόνιες παθήσεις, μεταδοτικές ασθένειες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα .(Macalino et al. 2005; Aerts et al., 2006; Thomas et al., 2008; Gupta & Altice, 2009). Τα ποσοστά εμφάνισης του ιού ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), της ηπατίτιδας Β και C και της φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των εγκλείστων, και σε σχέση με τον ιό HIV, τα ποσοστά μόλυνσης υπερβαίνουν εκείνα του γενικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες, αν και ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Έτσι, κάποιες χώρες δεν αναφέρουν καμία περίπτωση μόλυνσης από HIV, αλλά σε άλλες το ποσοστό ξεπερνά το 10%, σύμφωνα με σχετική ανασκόπηση σε φυλακές 75 αναπτυσσόμενων χωρών (Dolan et al., 2007). Το ποσοστό HIV λοίμωξης ποικίλλει σε σημαντικό βαθμό και στις φυλακές των αναπτυγμένων χωρών. Γι' αυτό και ο επιπολασμός του ιού HIV για παράδειγμα στους κρατούμενους των φυλακών της Ιταλίας, κινείται μεταξύ 5-7% ,ενώ σ' αυτές της Δανίας αγγίζει το μηδέν (Christensen et al., 2000). Επίσης, τα ποσοστά λοίμωξης των κρατούμενων από ηπατίτιδα Β, κυμαίνονται από 2% έως 58%, πράγμα που δείχνει μεγάλη διαφορά, η οποία μπορεί να εξαρτάται και από τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην κάθε χώρα (Vescio et al., 2008). Κοινή θεωρείται και η εμφάνιση της ηπατίτιδας C στον πληθυσμό των εγκλείστων, ενώ ο κίνδυνος προσβολής από φυματίωση είναι τουλάχιστον δέκα φορές υψηλότερος, από ότι στο γενικό πληθυσμό (Baussano et al., 2010). Τα υψηλά ποσοστά οφείλονται σε παράγοντες κινδύνου, όπως η

HIV λοίμωξη, η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ο υπερπληθυσμός, ο κακός εξαερισμός των καταστημάτων κράτησης, αλλά και ο υποσιτισμός, η έλλειψη στέγης και η αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας πριν τη φυλάκιση (Bone et al., 2000; MacNeil et al., 2005; Dara et al., 2009).

1.4 Ψυχική Υγεία

Ψυχική υγεία δε θεωρείται «η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας», αλλά μάλλον «η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» (WHO, 2001). Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα και αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία νοσηρότητας στις φυλακές (Holley et al., 1995; Brinded et al., 2001; Birmingham, 2003; Brugha et al., 2005; Fazel & Seewald, 2012). Οι φυλακισμένοι ζουν σε μια κατάσταση στέρησης και δεν έχουν ελευθερία κίνησης και έκφρασης. Αδυνατούν να αναπτύξουν τα ενδιαφέροντα και τη δημιουργικότητά τους. Τους λείπει η ιδιωτική τους ζωή, ο προσωπικός τους χώρος και χρόνος και το πρόγραμμά τους εξαρτάται εξ ολοκλήρου από το κατάστημα κράτησης. Αυτό όμως αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ή επιδείνωσης ψυχολογικών διαταραχών στους κρατούμενους, σε σχέση με το χρόνο παραμονής τους στα σωφρονιστικά ιδρύματα. Άρα, το θέμα της ψυχικής υγείας προκαλεί πολλές ανησυχίες και προβληματισμούς, καθώς ένα ποσοστό των εγκλείστων παρουσιάζει ήδη κάποια ψυχική διαταραχή, που το κάνει να αισθάνεται έντονο άγχος, κατάθλιψη και αντιδρά με περισσότερη οργή. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό, που παρόλο που δεν παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή, υποφέρει όμως ψυχικά, εξαιτίας των αισθημάτων του, των σκέψεων και των εμπειριών του στη φυλακή. Γι' αυτό και τα άτομα αυτά, διατηρούν το θεμελιώδες δικαίωμα καλής ψυχικής υγείας «μέσα σ' ένα ηθικό πλαίσιο, που χωρίς αυτό, η αποδοτικότητα της διοίκησης στις φυλακές μπορεί τελικά να καταλήξει στις βαρβαρότητες των στρατοπέδων συγκεντρώσεως και των γκουλάγκ» (Coyle, 2012). Διαφορετικά αυξάνεται ο κίνδυνος διάπραξης εγκλήματος, καθώς και η υποτροπή μετά την αποφυλάκιση εξαιτίας της ψυχικής ασθένειας (Wallace et al., 1998; Fazel et al., 2009; Fazel & Yu, 2011). Αντίθετα, η παροχή ψυχολογικής στήριξης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εκ νέου παραβατικής συμπεριφοράς (de Viggiani, 2007; Sirdifield et al., 2009).

Άλλοι παράγοντες που έχουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία των κρατουμένων είναι: ο υπερπληθυσμός, ο υπερσυνωστισμός, οι διάφορες μορφές βίας, η κατάλυση του προσωπικού χώρου, η έλλειψη ουσιαστικής δραστηριότητας, η απομόνωση από τα κοινωνικά δίκτυα, η αποκοπή από το οικογενειακό περιβάλλον των εγκλείστων και σίγουρα οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας (Nurse et al., 2003; WHO & ICRC, 2005). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, βρέθηκε ότι τα μεγάλα χρονικά διαστήματα απομόνωσης στις φυλακές, επιδρούν επιβαρυντικά στην υγεία, δημιουργώντας έντονα αισθήματα θυμού, απογοήτευσης και άγχους (Nurse et al., 2003). Το τελευταίο επιβαρύνεται και από τις σχέσεις μεταξύ του προσωπικού των φυλακών και των κρατουμένων (Medlock, 2008). Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζουν τα ευρήματα από την ανασκόπηση 62 ερευνών από 12 χώρες (Αυστραλία, Καναδά, Ηνωμένες Πολιτείες, Δανία, Φιλανδία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νέα

Ζηλανδία, Ισπανία, Νορβηγία, Σουηδία, και Μεγάλη Βρετανία), όπου συμμετείχαν 22.790 άνδρες και γυναίκες κρατούμενοι (Fazel & Danesh, 2002).

Πίνακας 1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ 12 ΧΩΡΕΣ

Ψυχική Διαταραχή	Άνδρες	Γυναίκες
Μείζων Κατάθλιψη	9,0% - 11,0%	11,0% - 14,0%
Διαταραχή Προσωπικότητας	61,0% - 68,0%	38,0% - 45,0%
Ψυχωτική Συνδρομή	3,0% - 7,0%	3,2% - 5,1%

Πηγή : Fazel & Danesh, 2002

Από τον πληθυσμό των εγκλείστων η πιο επιβαρυνόμενη ομάδα είναι αυτή των γυναικών (Τέντης, 2003). Οι εγκλειστές γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, σε ποσοστό υψηλότερο συγκριτικά τόσο με τις γυναίκες στην κοινότητα, όσο και με τους άνδρες στη φυλακή (Singleton et al., 2003; James & Glaze, 2006; Bastic & Townhead, 2008; Binswanger et al., 2010). Η αυτοκτονία αποτελεί την κύρια θανάτου των φυλακισμένων και ευθύνεται για το μισό περίπου του συνόλου των θανάτων στις φυλακές (Fazel & Baillargeon, 2011). Οι περισσότεροι θάνατοι από αυτοκτονία συμβαίνουν με απαγχονισμό, κατά τους πρώτους κυρίως μήνες του εγκλεισμού (Birmingham, 2003). Συγχρόνως οι αυτοτραυματισμοί κατά τη διάρκεια της φυλάκισης συντελούν στον αυξημένο αριθμό εμφάνισης αυτοκτονιών (Hawton et al., 2014). Επίσης, σχετίζονται με το άγχος, την κατάχρηση ουσιών, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, διαταραχή προσωπικότητας. Σημαντικός θεωρείται και ο ρόλος του προσωπικού των φυλακών, που πρέπει να είναι καταλυτικός, ώστε με την κατάλληλη εκπαίδευση, να ενθαρρύνουν τους κρατούμενους να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Konrad et al., 2007), καθώς φαίνεται ότι η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και τους άλλους κρατούμενους, συνδέεται άμεσα με τον αριθμό των αυτοκτονιών.

1.5 Παράγοντες κινδύνου

Αρνητικές επιδράσεις στην κατάσταση της υγείας των κρατουμένων επιφέρει το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ (Shewan et al., 1995; Koulirakis et al., 2000; Butler et al., 2003; Fazel et al., 2006; Richmond et al., 2012). Μάλιστα η εξάρτηση από ουσίες είναι έως και 10 φορές πιο διαδεδομένη μεταξύ των κρατουμένων (Fazel et al., 2006). Εκτιμάται ότι σχεδόν το 80% των εγκλείστων διεθνώς έκανε χρήση καπνού πριν τη σύλληψη, ενώ αντίστοιχα το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται περίπου στο 20% ως 30% (Hayton & Boyington, 2006; Kauffman et al., 2011). Το άγχος, λόγω του εγκλεισμού και της έλλειψης ελευθερίας, όπως και ο αποχωρισμός από το οικογενειακό περιβάλλον, αποτελούν τους κυριότερους λόγους χρήσης καπνού. Εντύπωση, όμως, μας κάνει το γεγονός ότι οι περισσότεροι των καπνιστών επιθυμούσαν παρέμβαση για τη διακοπή του

καπνίσματος, επειδή αγωνιούσαν για την εξέλιξη της υγείας τους. Αντίθετα, οι κρατούμενοι που είχαν ξαναβρεθεί στη φυλακή ενδιαφέρονταν πολύ λιγότερο να σταματήσουν το κάπνισμα, γεγονός που τονίζει τη σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των προηγούμενων φυλακίσεων και της επιθυμίας διακοπής καπνίσματος (Nijhawan et al., 2010). Σημαντικά υψηλότερη είναι και η χρήση αλκοόλ από κρατούμενους, σε σχέση με εκείνη του γενικού πληθυσμού (Prison Reform Trust, 2004). Σύμφωνα μάλιστα με διεθνείς μελέτες, έχει υπολογιστεί πως πάνω από το ένα τρίτο των εγκλείστων παρουσίαζε πρόβλημα αλκοολισμού τον τελευταίο χρόνο, πριν την είσοδό του στο σωφρονιστικό κατάστημα (Lukasiewicz et al., 2007). Οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών (νεύρωση, ψύχωση και διαταραχή προσωπικότητας) και χρήζουν θεραπείας προκειμένου να επιτευχθεί η ομαλή κοινωνική τους επανένταξη (Prison Reform Trust, 2004). Συνήθως όμως, οι περισσότεροι εγκλείστοι δεν ακολουθούν την κατάλληλη θεραπεία κατά την διάρκεια της φυλάκισής τους. Εξάλλου, το αλκοόλ αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα, που μπορεί να σχετίζεται με το έγκλημα (Prison Reform Trust, 2004., Parkes et al., 2011), καθώς αναφέρεται ως παράγοντας που οδήγησε στο έγκλημα το 40% των περιπτώσεων (Parkes et al., 2011).

Ακόμη, ο εγκλεισμός στη φυλακή και ο τρόπος ζωής μέσα σ' αυτή συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών (Strang et al., 2006; QCEA, 2007; Public Health England, 2014). Από ανασκόπηση μελετών βρέθηκε πως το 10-48% των ανδρών και το 30-60% των γυναικών εγκλείστων είχαν προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικά (Fazel et al., 2006). Και ενώ στην Καλιφόρνια περίπου τα δύο τρίτα των κρατουμένων ανέφεραν προβλήματα εξάρτησης, μόνο το ένα πέμπτο αυτών δήλωσε ότι είχε λάβει θεραπεία για την αντιμετώπισή τους (RAND, 2009). Κίνδυνο για την εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών αποτελεί η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών (Public Health England, 2014). Η κοινή χρήση συριγγών ανάμεσα στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών, το τρύπημα για δημιουργία τατουάζ και η σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, αυξάνει τον κίνδυνο εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών.

Έρευνα σε 10 φυλακές στον Καναδά σχετικά με τα κίνητρα των κρατουμένων για τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ πριν και μετά τη φυλάκιση, κατέδειξε ότι, ενώ για το αλκοόλ ήταν η ευχαρίστηση (41%) και η αποφυγή σκέψεων (27%) πριν και κατά τη διάρκεια εγκλεισμού, για τα ναρκωτικά, η βασική επιδίωξη ήταν η χαλάρωση (61%) κατά τη διάρκεια της φυλάκισης και η αποφυγή σκέψεων (38%) πριν από αυτή (Plourde & Brochu, 2002). Και ενώ η χρήση ναρκωτικών μειώνεται μέσα στη φυλακή λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας, περίπου το 50% των κρατουμένων που δεν έκανε χρήση πριν, την άρχισε κατά τη διάρκεια έκτισης της ποινής του (Swann & James 1998).

Σαφή εικόνα για τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των εγκλείστων με τα προβλήματα εξάρτησης δεν μπορούμε να έχουμε, γιατί είναι σπάνιες οι πληροφορίες στη διεθνή βιβλιογραφία (Vandam, 2009). Σύμφωνα όμως με κάποια δεδομένα, οι κρατούμενοι που ξεκινούν θεραπεία

απεξάρτησης από ουσίες κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους, προέρχονται από φτωχές οικογένειες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, με προβλήματα ανεργίας και στέγασης πριν τη φυλάκιση, και με περιστατικά βίας και σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης στο παρελθόν (Ronco et al., 2011). Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης στο αλκοόλ ή τα ναρκωτικά είναι πολύ περισσότερες από τους άντρες (QCEA, 2007). Επίσης, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άντρες να νοσήσουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ως αποτέλεσμα παρελθοντικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, όπως οι σεξουαλικές σχέσεις επί πληρωμή (Fickenscher et al., 2001; WHO, 2009; van den Bergh, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

Προκειμένου να διατηρηθεί η υγεία των κρατουμένων σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο και να αποφευχθεί η εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών, θα πρέπει να εξασφαλιστούν οι απαραίτητες συνθήκες κράτησης (Nembrini, 2005). Ο υπερπληθυσμός μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες στη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία των κρατουμένων (Fruehwald et al., 2002; Leese et al., 2006; Preti & Cascio, 2006; Anselmi & Mirigliani, 2010; McCay, 2010; EMCDDA, 2012). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ο συνωστισμός αποτελεί αιτία αυτοτραυματισμών, ενώ ο αριθμός αυτοκτονιών είναι 10 φορές υψηλότερος και παρατηρείται βίαιη συμπεριφορά μεταξύ των συγκρατουμένων, αλλά και απέναντι στο προσωπικό (Fruehwald et al., 2002; Leese et al., 2006; Preti & Cascio, 2006; Anselmi & Mirigliani, 2010; McCay, 2010; Virtanen et al., 2011; EMCDDA, 2012). Επίσης, όταν υπάρχει έλλειψη κατάλληλου αερισμού και φωτισμού και περιορισμένος χρόνος και τόπος προαυλισμού, αυξάνονται οι μολυσματικές ασθένειες και οι αναπνευστικές διαταραχές (Hussain et al., 2003; Shah et al., 2003;Vieira et al., 2010; Todrys et al., 2011; Garcia-Guerrero & Marco, 2012). Οι ανθυγιεινές συνθήκες κράτησης οδηγούν στην εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών, που ενισχύονται από την κοινή χρήση ειδών ατομικής υγιεινής (Penal Reform International, 2007; WHO, 2014; ICRC, 2015). Η έλλειψη καθαριότητας αυξάνει την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων καταχρήσεων, εξαιτίας του άγχους των κρατουμένων που επιδεινώνεται (Douglas et al., 2009; EMCDDA, 2012; WHO, 2014).

Ωστόσο, η ανεπαρκής διατροφή στα σωφρονιστικά ιδρύματα μπορεί να επιδεινώσει προβλήματα υγείας, που προϋπάρχουν, αλλά και να εμφανίσει νέα σε προηγούμεως υγιή άτομα (Vallas, 2016). Υπάρχουν βέβαια και οι κρατούμενοι, που λόγω χρόνιων προβλημάτων υγείας έχουν ανάγκη ειδικού διαιτολογίου, που δεν μπορούν να τους το εξασφαλίσουν τα σωφρονιστικά ιδρύματα. Υπάρχει περιορισμένη δυνατότητα επιλογής του είδους και της ποσότητας του φαγητού τους, και αυτός ο περιορισμός δημιουργεί αισθήματα απογοήτευσης και σχετίζεται με την αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά των κρατουμένων (National Audit Office, 2006). Αντίθετα, η καθιέρωση υγιεινής διατροφής μπορεί να διατηρήσει έναν υγιή τρόπο ζωής μετά την αποφυλάκιση (Her Majesty's Inspectorate of Prisons; 2016), σε συνδυασμό μάλιστα με τη σωματική δραστηριότητα και άσκηση που μπορεί να θεραπεύσει διάφορες σωματικές και ψυχικές ασθένειες. Η φυσική δραστηριότητα μειώνει τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Battaglia et al., 2013; Mukiza, 2014), αποτρέπει την αντικοινωνική συμπεριφορά και βοηθάει τους κρατούμενους να επανενταχθούν ομαλά στην κοινωνία (Ross, 2012; Mukiza, 2014). Προς αυτό το σημείο μπορούν να οδηγήσουν και οι διάφορες εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Αυτές μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων των κρατουμένων, στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και της ομαδικής

συνεργασίας (Frey & Delaney, 1996; Carter & Russell, 2005). Μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να μειωθεί η υποτροπή, να επιτευχθεί η εξασφάλιση εργασίας μετά την αποφυλάκιση, εφόσον φυσικά ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες των κρατουμένων (Vacca, 2004).

2.1 Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Οι ιδιαίτερες ανάγκες υγείας των κρατουμένων προκαλούν υψηλή ζήτηση για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στις φυλακές (Condon et al., 2007). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ορισμένες χώρες να έχουν προχωρήσει σε αναδιοργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να καλύψουν αποτελεσματικότερα αυτές τις ανάγκες. Για παράδειγμα, η Αγγλία και η Ουαλία έχουν μεταφέρει τις υπηρεσίες υγείας των φυλακών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στις φυλακές εστιάζει όλο και περισσότερο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Hayton & Boyington, 2006; Condon et al., 2007; EMCDDA, 2012).

Δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες που να σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας που παρέχεται στους έγκλειστους των φυλακών. Σίγουρο πάντως είναι πως οι υπηρεσίες υγείας είναι πιο φτωχές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες στην κοινότητα (Stover et al., 2008), αν και οι κρατούμενοι κάνουν χρήση αυτών συχνότερα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Lindquist & Lindquist, 1999; Baillargeon et al., 2000; Marshall et al., 2001; RAND, 2009).. Έτσι για παράδειγμα, δε θεωρείται αναγκαία η αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης των κρατουμένων, κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους, με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών (Fotiadou et al., 2006; Alevizopoulos et al., 2007)..

Σ' αυτό, βέβαια, συντελούν και η έλλειψη προσυμπτωματικού ελέγχου και η ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού για τον έγκαιρο εντοπισμό τους (Roesch et al., 1995; Reed & Lyne, 1997). Και ενώ σε μια έρευνα του 1996 το ιατρικό προσωπικό της φυλακής διέγνωσε προβλήματα ψυχικής υγείας, μόνο στο 9% των κρατουμένων, μέσω συνεντεύξεων εντοπίστηκε η παρουσία μιας τουλάχιστον ψυχικής διαταραχής στο 23% των κρατουμένων (Birmingham et al., 1996). Οι έγκλειστοι δεν υποβάλλονται στον αναγκαίο διαγνωστικό έλεγχο (Wilper et al., 2009), και οι γυναίκες κρατούμενες αναφέρονται συχνά στην έλλειψη τακτικών γυναικολογικών εξετάσεων (Braithwaite et al., 2005), καθώς έχουν πιο ειδικά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και ζητούν συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας απ' ότι οι άνδρες. Συγχρόνως δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες για τις πολιτικές που εφαρμόζονται από διάφορες χώρες, σε σχέση με τον έλεγχο των έγκλειστων για μολυσματικές ασθένειες.

2.2 Προβλήματα κατά την πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις φυλακές

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στις φυλακές καλείται να αντιμετωπίσει ένα πολύ ευρύ φάσμα κοινών προβλημάτων. Οι φυλακισμένοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν σχεδόν οποιοδήποτε κλινικό πρόβλημα, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Οι συνθήκες δεν είναι μοναδικές για τη φυλακή, αλλά οι περισσότερες συνθήκες είναι πιο διαδεδομένες στη φυλακή. Οι υπηρεσίες υγείας στη φυλακή, πρέπει να είναι σε θέση να ασχοληθούν με τους ακόλουθους τέσσερις τομείς προτεραιότητας: πρωτοβάθμια περίθαλψη, ψυχική υγεία, λοιμώξεις - ειδικά φυματίωση, ιογενείς ιοί, συμπεριλαμβανομένου του HIV και των δερματικών παθήσεων και εξάρτηση, ιδιαίτερα στα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να θεραπεύουν μια σειρά χρόνιων παθήσεων. Οι κοινές καταστάσεις μεταξύ του πληθυσμού κρατουμένων περιλαμβάνουν επιληψία, πνευμονικές και καρδιακές διαταραχές και ασθένειες και διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος για τις γυναίκες. Όλες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διαθέτουν επαρκή γνώση ή να έχουν εύκολη πρόσβαση σε ειδικούς στην ψυχική υγεία και στην εξάρτηση από τα ναρκωτικά.

Οι γιατροί που εργάζονται σε μια φυλακή συχνά αντιμετωπίζουν διλήμματα. Το πρωταρχικό καθήκον τους είναι να προστατεύουν και να προάγουν την υγεία των κρατουμένων και να εξασφαλίζουν, ότι οι κρατούμενοι λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Ωστόσο, αυτό το καθήκον μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με άλλες προτεραιότητες, ιδίως εκείνες της διοίκησης των σωφρονιστικών καταστημάτων. Στην πράξη, η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης συχνά υποχρεούται, παρά την επιφυλακτικότητά της, να λαμβάνει υπόψη τα ζητήματα της τάξης και της ασφάλειας. Αντίστροφα, το προσωπικό ασφαλείας μπορεί να δυσκολεύεται να δεχτεί στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης, που αντιλαμβάνονται ότι έρχονται σε σύγκρουση με τους κανόνες και τους κανονισμούς των φυλακών. Παρόλο που δεν συνιστάται, ο γιατρός των φυλακών μερικές φορές λειτουργεί επίσης ως θεράπων ιατρός για το προσωπικό ασφαλείας (και μερικές φορές ακόμη και για τις οικογένειές τους). Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, η θέση των ιατρών είναι εξαιρετικά περίπλοκη, δεδομένου ότι είναι καθήκον τους να φροντίσουν ταυτόχρονα ανθρώπους, οι οποίοι είναι σχεδόν αντίθετοι, αν δεν βρίσκονται σε σύγκρουση. Αυτή η μόνιμη κατάσταση έντασης μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με τακτικές συναντήσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών φορέων, κατά τις οποίες μπορούν να γίνουν οι αναγκαίες αναπροσαρμογές. Σε μεγάλο ποσοστό των εγκαταστάσεων, η έντονη έλλειψη προσωπικού στον τομέα της υγείας, μπορεί να αναγκάσει τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους να μεταβιβάσουν ορισμένα καθήκοντα που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, στο προσωπικό ασφαλείας. Ανεξάρτητα από τις περιστάσεις, ο τελικός στόχος που πρέπει να ακολουθήσει το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι, η ευημερία και η αξιοπρέπεια των ασθενών. Θα πρέπει να καταστεί

σαφές προς τους ασθενείς, το προσωπικό, και στον διευθυντή των φυλακών ότι, κύρια αποστολή είναι η φροντίδα της υγείας των κρατουμένων και ότι όλες οι εργασίες πραγματοποιούνται με βάση τις αυστηρές ιατρικές και ηθικές αρχές του επαγγελματισμού, της υγειονομικής περίθαλψης, της ανεξαρτησίας και της ισοδυναμίας και της εμπιστευτικότητας της περίθαλψης. (United Nations, 1982, NMA 2004).

2.2.1 Ηθικά διλήμματα

Ένας επαγγελματίας υγείας που εργάζεται σε φυλακές μπορεί να κληθεί να εκτελέσει δύο αντίθετους ρόλους. Πρώτον, εκείνος του θεράποντος του κρατουμένου ως ασθενούς και, δεύτερον, εκείνος του ανεξάρτητου εμπειρογνώμονα, που θα του ζητηθεί να παράσχει ιατρικά στοιχεία σχετικά με τον ασθενή σε δικαστήριο ή άλλη δικαστική διαδικασία. Ενώ ο φροντιστής ασχολείται με την ευημερία του συγκεκριμένου ασθενούς, ο γιατρός που ενεργεί ως ιατρός εμπειρογνώμονας καλείται να αποκαλύψει ιατρικές πληροφορίες, που διαφορετικά θα ήταν εμπιστευτικές, προς το συμφέρον της δικαιοσύνης και στην υπηρεσία της κοινότητας. Οι κοινές δεοντολογικές αρχές ορίζουν ότι ένας είναι ο γιατρός ή ο άλλος. Μόνο σε περιπτώσεις κρίσεων ή καταστάσεων έκτακτης ανάγκης είναι ανεκτό για το άτομο να συνδυάσει αυτές τις δύο λειτουργίες. Ωστόσο, στην πράξη, η ποινική πραγματικότητα συχνά υποχρεώνει τους γιατρούς να αποχωρούν από τον αυστηρό ρόλο τους, ως θεραπευτές. Για παράδειγμα, οι δικαστικές ή σωφρονιστικές αρχές μπορούν να ζητήσουν από τους γιατρούς να εγγυηθούν, ότι η φυσική κατάσταση ενός ατόμου επιτρέπει τη φυλάκισή του, ή να ετοιμάσουν ιατροδικαστικές εκθέσεις, σε περιπτώσεις καταγγελιών για κακομεταχείριση. Στην ιδανική περίπτωση, τα καθήκοντα αυτά πρέπει να εκτελούνται από ανεξάρτητο γιατρό, εκτός του συστήματος φυλακών. Αν όμως ο ιατρός της φυλακής πρέπει να εκτελέσει ένα τέτοιο καθήκον, ο γιατρός που είναι επιφορτισμένος με την εξέταση ενός κρατούμενου, πρέπει να ενημερώνει σαφώς τον ασθενή κατά την έναρξη της διαβούλευσης, ότι το ιατρικό απόρρητο δεν θα ισχύει για τα αποτελέσματα της ιατρικής εξέτασης, προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση αυτών των δύο ρόλων. Μπορεί να ζητηθεί από ιατρό του σωφρονιστικού ιδρύματος να αξιολογήσει την απειλή για την κοινωνία που ο κρατούμενος θέτει. Σε τέτοιες καταστάσεις, ο γιατρός πρέπει να απαντήσει με μεγάλη προσοχή και να καταστήσει σαφές, ότι η γνώμη του, μπορεί να βασιστεί μόνο στην τρέχουσα αξιολόγηση και δεν πρέπει να θεωρηθεί οριστική ή προβλεπτική της μελλοντικής συμπεριφοράς. Σε τέτοιες περιπτώσεις, δεδομένου ότι ο φυλακισμένος μπορεί να δει τον γιατρό της φυλακής να διαδραματίζει αποτελεσματικό ρόλο στην απελευθέρωσή του ή στη συνεχιζόμενη κράτηση, η σχέση ιατρού-ασθενούς μπορεί να επηρεαστεί και έτσι, πάλι, θα ήταν καλύτερο να υπάρχει μια ανεξάρτητη ιατρική γνωμάτευση.

Όλα τα μέλη του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης, που εργάζονται στις φυλακές, πρέπει πάντα να θυμούνται το πρώτο τους καθήκον, σε οποιονδήποτε κρατούμενο-ασθενή. Αυτό υπογραμμίζεται στην πρώτη αρχή των Ηνωμένων Εθνών (1982) για τις αρχές της

ιατρικής δεοντολογίας, σχετικά με το ρόλο του προσωπικού υγείας, ιδίως των ιατρών, στην προστασία των κρατουμένων, και των κρατουμένων κατά των βασανιστηρίων και άλλων μορφών σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας. : Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα οι ιατροί, που είναι επιφορτισμένοι με την ιατρική περίθαλψη των κρατουμένων, έχουν ως καθήκον να τους παρασχεθεί προστασία της σωματικής και ψυχικής τους υγείας και θεραπείας ασθενειών ίδιας ποιότητας και προτύπων, με αυτούς που δεν είναι φυλακισμένοι. Για παράδειγμα, το προσωπικό ασφαλείας μπορεί να ζητήσει από τον ιατρό να χορηγήσει κατασταλτικά στους φυλακισμένους που είναι βίαιοι για τον εαυτό τους, για άλλους κρατούμενους ή για το προσωπικό. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι διοικήσεις των σωφρονιστικών καταστημάτων, μπορεί να απαιτήσουν από τους γιατρούς να τους παρέχουν εμπιστευτικές πληροφορίες, σχετικά με το καθεστώς του ατόμου για το HIV. Οι γιατροί δεν θα πρέπει ποτέ να αγνοήσουν το γεγονός, ότι η σχέση τους με κάθε φυλακισμένο, πρέπει να είναι πρώτα απ' όλα μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Ένας γιατρός δεν πρέπει ποτέ να κάνει τίποτα για τους ασθενείς ή να προκαλέσει κάτι που δεν είναι προς το καλύτερο κλινικό τους συμφέρον. Ομοίως, όπως και με όλους τους άλλους ασθενείς, οι γιατροί πρέπει πάντα να ζητούν συγκατάθεση από τον ασθενή πριν από τη λήψη οποιασδήποτε κλινικής δράσης, εκτός εάν ο ασθενής δεν είναι ικανός για κλινικούς λόγους να δώσει αυτή τη συγκατάθεση. Ένα διαδικτυακό ενημερωτικό δελτίο με τίτλο «Οι γιατροί που εργάζονται στη φυλακή: τα ανθρώπινα δικαιώματα και τα ηθικά διλήμματα που παρέχονται δωρεάν στο Διαδίκτυο από τη νορβηγική ιατρική ένωση (2004) για λογαριασμό της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, εστιάζει σε πολλά από αυτά τα θέματα.

Αυτό το πρωταρχικό καθήκον αντιμετώπισης των κρατουμένων ως ασθενών, ισχύει εξίσου για το λοιπό προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές χώρες, οι νοσηλευτές εκτελούν πολλές βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την πραγματοποίηση προκαταρκτικών εκτιμήσεων, για την υγεία των νεοεμφανιζόμενων κρατουμένων, την έκδοση φαρμάκων ή την εφαρμογή θεραπειών που έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό ή είναι το πρώτο σημείο επαφής των κρατουμένων, που ενδιαφέρονται για την υγεία τους. Οι νοσηλευτές που εκτελούν αυτά τα καθήκοντα, θα πρέπει να έχουν τα κατάλληλα προσόντα για αυτό που κάνουν, και θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τα άτομα πρωτίστως ως ασθενείς, παρά ως κρατούμενους κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (1998) δημοσίευσε δήλωση, που ανέφερε, μεταξύ άλλων, ότι οι εθνικές ενώσεις νοσηλευτών θα πρέπει να παρέχουν πρόσβαση σε εμπιστευτικές συμβουλές και υποστήριξη για τους νοσηλευτές των σωφρονιστικών καταστημάτων. Ο ΠΟΥ συστήνει έντονα τη στενή διασύνδεση της φυλακής με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Στη διακήρυξη της Μόσχας για την υγεία των φυλακών (Περιφερειακό Γραφείο της Ευρώπης για την Ευρώπη, 2003) αναφέρονται ορισμένοι από τους λόγους για τους οποίους η διασύνδεση αυτή είναι τόσο σημαντική: α) Οι πληθυσμοί των σωφρονιστικών καταστημάτων εμφανίζουν υπερβολική

παρουσία των μελών των περιθωριοποιημένων ομάδων στην κοινωνία, των ατόμων με κακή υγεία και χρόνιων ανεπαρκώς αντιμετωπιζόμενων συνθηκών, των χρηστών ναρκωτικών, των ευάλωτων ατόμων και εκείνων που εμπλέκονται σε επικίνδυνες δραστηριότητες, όπως η διακίνηση ναρκωτικών και η εμπορευματοποίηση της σεξουαλικής εργασίας.

β) Η μετακίνηση ανθρώπων που έχουν ήδη προσβληθεί ή που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο νόσου, στα σωφρονιστικά καταστήματα και επιστρέφουν στην κοινωνία των πολιτών, χωρίς αποτελεσματική θεραπεία και παρακολούθηση, δημιουργεί τον κίνδυνο διάδοσης μεταδοτικών ασθενειών. Οι δράσεις πρόληψης και θεραπείας πρέπει να βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία και στις αρχές δημόσιας υγείας, με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και του πληγέντος πληθυσμού.

γ) Οι συνθήκες διαβίωσης στις περισσότερες φυλακές του κόσμου είναι ανθυγιεινές. Ο συνωστισμός, η βία, η έλλειψη φωτός, ο καθαρός αέρας και το καθαρό νερό, οι κακές διατροφικές δραστηριότητες και οι δραστηριότητες διάδοσης λοιμώξεων, όπως το τατουάζ είναι κοινές. Η συχνότητα μόλυνσης από τη φυματίωση, τον ιό HIV και την ηπατίτιδα, είναι πολύ υψηλότεροι από ό, τι στο γενικό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας των κρατούμενων στο σωφρονιστικό κατάστημα των φυλακών Τρικάλων και των πιθανών αναγκών φροντίδας τους. Στόχος ήταν να καταγραφεί η άποψη και γνώση των ίδιων των κρατουμένων για την υγεία τους.

3.1 Δείγμα της μελέτης και διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Επισκέπτες Υγείας του Γ.Ν. Τρικάλων, με επικεφαλής την ερευνήτρια. Από το σύνολο των 34 Καταστημάτων Κράτησης που υπάρχουν στην Ελλάδα, επιλέχθηκε το Κατάστημα Κράτησης Τρικάλων, καθώς φιλοξενεί αρκετά μεγάλο αριθμό τροφίμων, με αρκετούς από αυτούς να εκτίουν ποινές κάθειρξης, ακόμη και ισόβιας, και φυσικά είναι η πόλη όπου δραστηριοποιείται η ερευνητική μας ομάδα. Πληθυσμός της μελέτης αποτέλεσαν οι κρατούμενοι του Καταστήματος Κράτησης Τρικάλων, ο αριθμός των οποίων κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας και σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Διοίκησης των Φυλακών ανερχόταν σε 500 άτομα. Οι κρατούμενοι ενημερώθηκαν σχετικά με την έρευνα από την Διευθύντρια και τον Αρχιφύλακα. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι 151 κρατούμενοι, που τελικά δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Αυτοί καταγράφηκαν σε χειρόγραφη λίστα, και κατόπιν συνεννόησης των ερευνητών με τη Διοίκηση των Φυλακών και τους κρατουμένους, αποφαιζόταν η ημέρα και η ώρα διεξαγωγής της. Η συλλογή των στοιχείων έγινε από το Φεβρουάριο έως τον Αύγουστο του 2017.

Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που δημιουργήθηκε ειδικά για το σκοπό αυτό, από την ερευνητική ομάδα, μετά από ενδελεχή μελέτη αντίστοιχων εργαλείων, που έχουν χρησιμοποιηθεί στην Αλλοδαπή και επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Περιελάμβανε τις εξής ενότητες: α. Δημογραφικά στοιχεία, β. Λοιμώδη νοσήματα, γ. Ιστορικό υγείας-χρόνια νοσήματα, δ. Στοματική υγεία, ε. Καταχρήσεις, στ. Κλινικά συμπτώματα, η. Εμβολιαστική κάλυψη, θ. Σχέση με το σύστημα υγείας, ι. Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας τους.

Προηγήθηκε συνεννόηση με την Διοίκηση των Φυλακών, όπως και με αυτή του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην οποία τέθηκε το ζήτημα της διερεύνησης της περίθαλψης που τυγχάνουν οι κρατούμενοι, των οποίων η ανταπόκριση υπήρξε θετική. Επίσης, υπήρξε συνεννόηση και με την Διευθύντρια του Καταστήματος Κράτησης και τον Αρχιφύλακα, για την προσέγγιση των φυλακισμένων ως προς την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα. Δόθηκαν οι υπ' αριθμ. 9944/03-02-2017 και 931/43^{ης}/28-12-2016 άδειες από το Υπουργείο Δικαιοσύνης Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τη Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων αντίστοιχα, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα.

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο γραφείο του ιερέα, που βρίσκεται στον ευρύτερο χώρο του Υπαρχιφυλακείου. Πρόκειται για ειδικό χώρο αναμονής των εγκλείστων για ακρόαση, ενώ σε ορισμένους αλλοδαπούς κρατουμένους, η συνέντευξη γινόταν παρουσία διερμηνέα του ΟΗΕ. Η συνέντευξη δινόταν πάντοτε με την παρουσία δεσμοφύλακα σε κοντινή απόσταση από την πόρτα, ενώ

τα στοιχεία ποινών και τα ονοματεπώνυμα διασταυρώνονταν με εκείνα του αρχείου των Φυλακών. Για τους αραβόφωνες η συνέντευξη έγινε με πιστοποιημένους διερμηνείς του ΟΗΕ. Οι υπόλοιποι αλλοδαποί μιλούσανε πολύ καλά ελληνικά και αγγλικά. Τα πρωτόκολλα συμπληρώθηκαν κατά προφορική δήλωση των ίδιων των κρατούμενων και ως εκ τούτου στερούνται αντικειμενικής κλινικής εξέτασης και συνεπώς ιατρικής διάγνωσης.

Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε τα λογισμικά προγράμματα Excel και Access 2010.

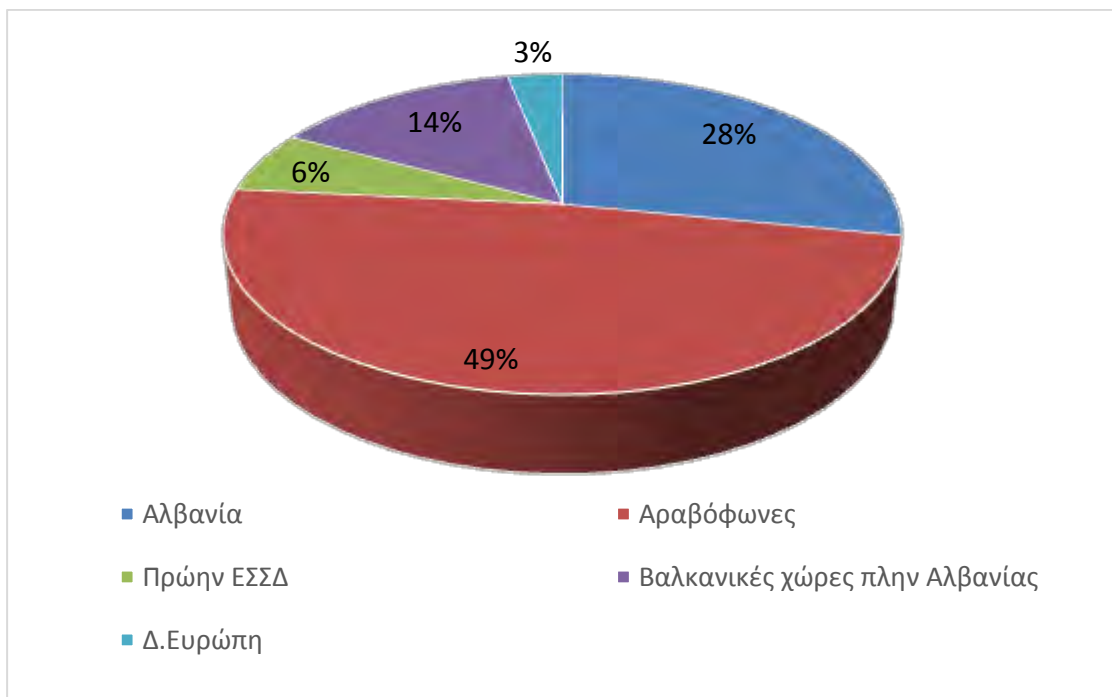
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ακολουθούν γενικά στοιχεία σχετικά με το σωφρονισμό των κρατουμένων και κατόπιν παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τις υγειονομικές τους ανάγκες. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 39 έτη (ηλικιακό εύρος 22-72 ετών). Το 54% των κρατουμένων ήταν ημεδαποί. Το 49% των αλλοδαπών κρατουμένων προέρχονται από αραβόφωνες χώρες και το 28% από την Αλβανία.(Γραφ.1 & 2)

Γράφημα 1. Εθνικότητα κρατουμένων



Γράφημα 2. Χώρα καταγωγής των αλλοδαπών κρατουμένων



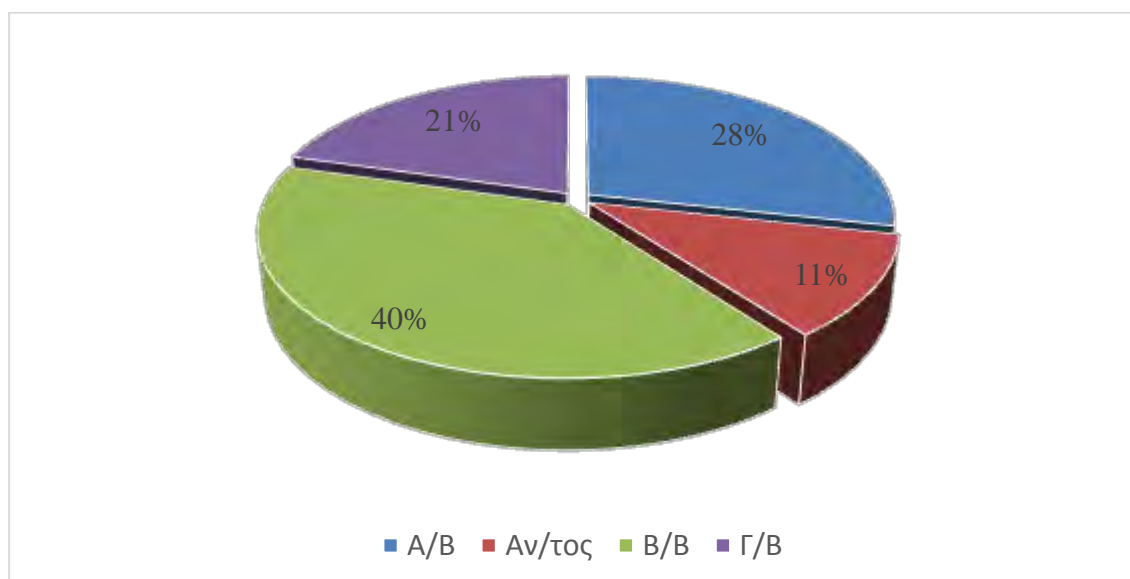
Το 45% των κρατουμένων ήταν έγγαμοι και το 10% διαζευγμένοι. Άγαμοι ήταν το 44%.

Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση των κρατουμένων



Το 11% των κρατουμένων δήλωσαν αναλφάβητοι, το 28% απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 40% δευτεροβάθμιας. Το 21% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Γράφημα 4. Επίπεδο εκπαίδευσης



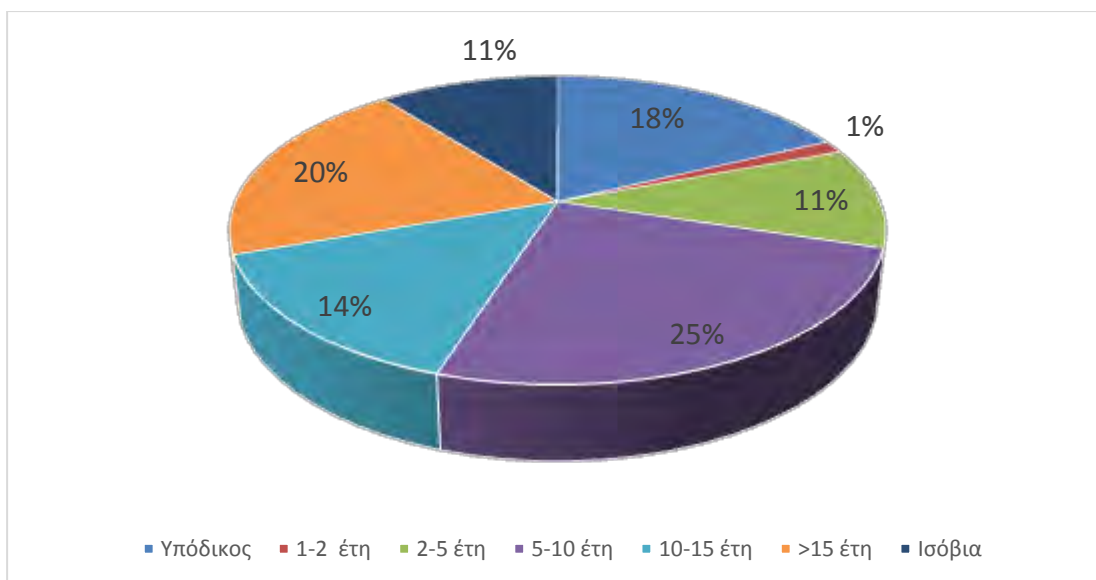
Το 52% των κρατουμένων, είχε διάρκεια παραμονής μικρότερη του έτους, στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων, ενώ παραμονή από 6-10 έτη ανέφερε το 2%.

Γράφημα 5. Διάρκεια παραμονής στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων.



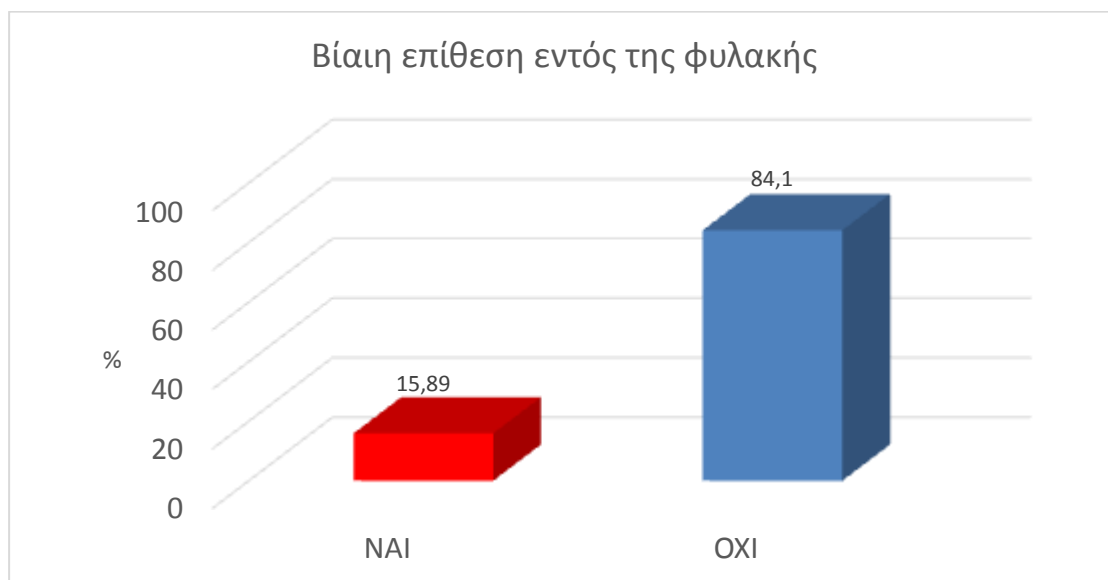
Ισοβίτες κρατούμενοι ήταν το 11%, ενώ το 51% εξέτιε ποινή μέχρι και 15 έτη.

Γράφημα 6. Διάρκεια ποινής



Το 16% περίπου των κρατουμένων, ανέφερε μία τουλάχιστον βίαιη επίθεση εναντίον τους, μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα.

Γράφημα 7. Ιστορικό βίαιων επιθέσεων εντός φυλακής



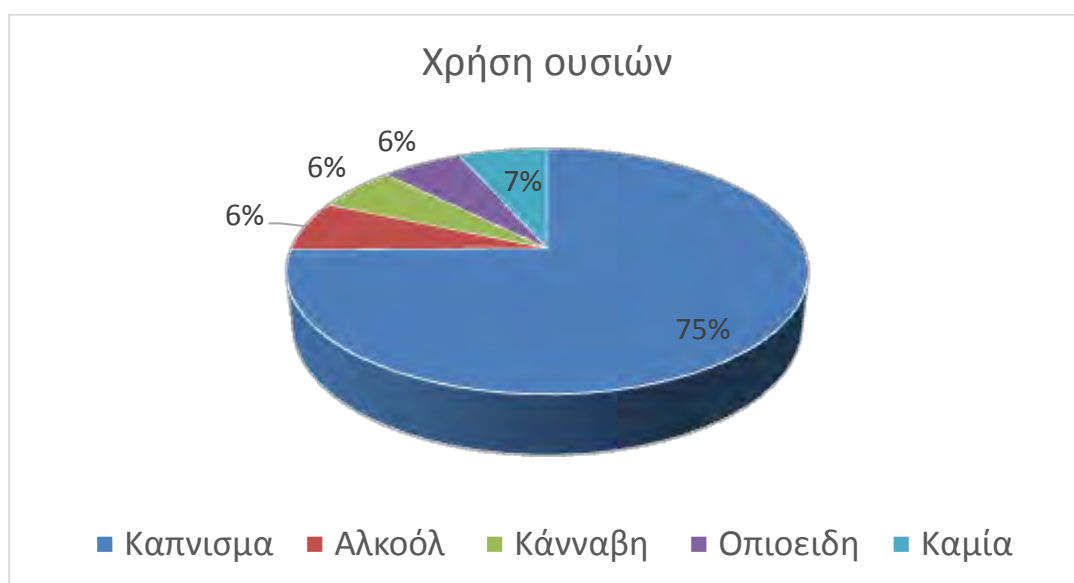
Εμπειρία προηγούμενου εγκλεισμού στη φυλακή είχε το 35% των κρατουμένων

Γράφημα 8. Ιστορικό σωφρονισμού



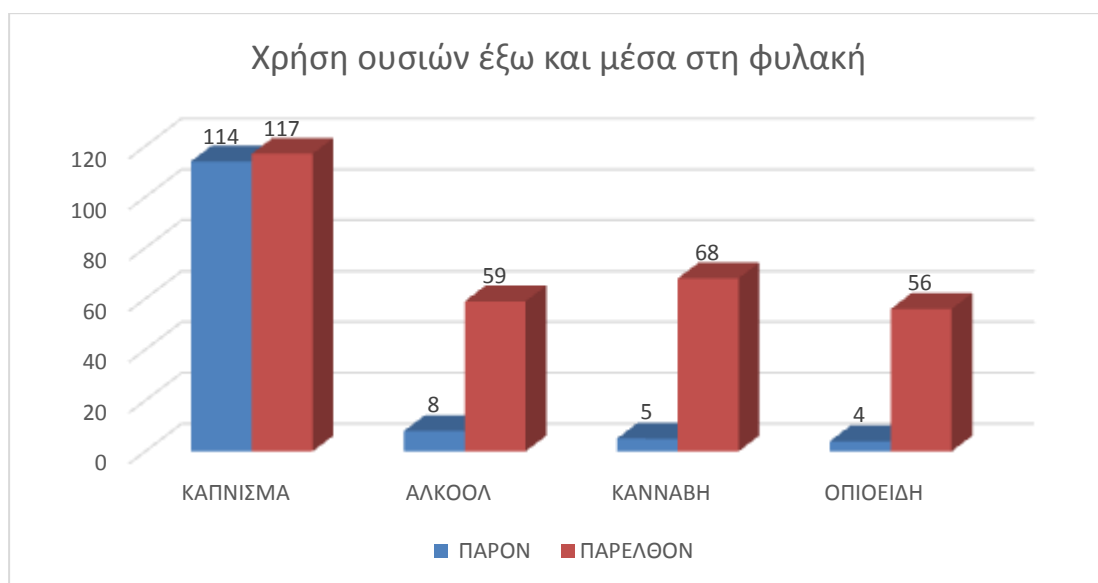
Καπνιστές ήταν το 75%, ενώ χρήση αλκοόλ, κάνναβης και οπιοειδών αναφέρθηκαν από το 6% των κρατουμένων. Το 7% ανέφερε ότι δεν χρησιμοποιούσε καθόλου ουσίες.

Γράφημα 9. Χρήσης ουσιών εντός φυλακής



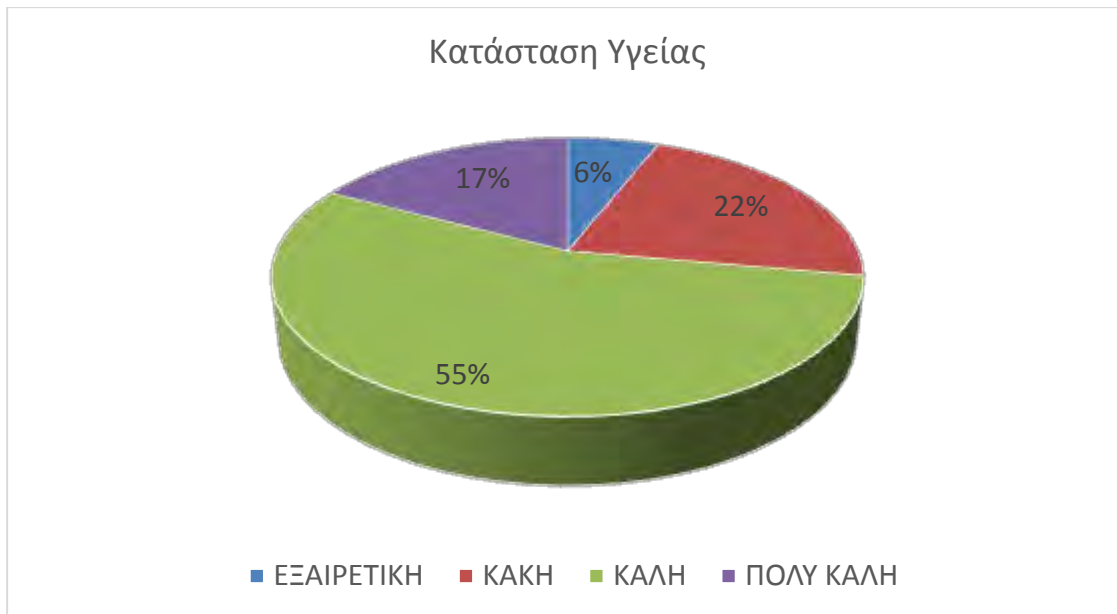
Ο ίδιος περίπου αριθμός κρατουμένων που κάπνιζε και στο παρελθόν (117 άτομα) συνεχίζει να καπνίζει και μέσα στη φυλακή (117 άτομα). Οι χρήστες αλκοόλ, κάνναβης και οπιοειδών έχουν κατά πολύ ελαττωθεί, σύμφωνα με τις αναφορές των ιδίων μέσα στη φυλακή.

Γραφημα 10. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εντός και εκτός φυλακής



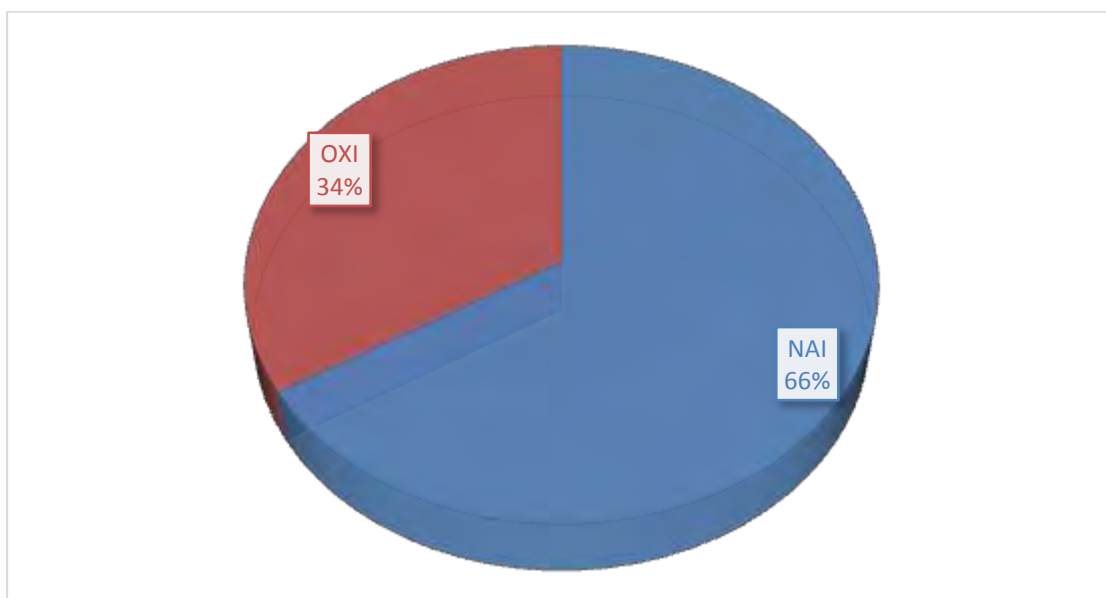
Το 55% των κρατουμένων χαρακτηρίζει την υγεία του ως «καλή», το 17% ως «πολύ καλή» και το 6% «εξαιρετική». Το 22% θεωρεί την υγεία του «κακή».

Γράφημα 11. Άποψη των κρατουμένων για την κατάσταση της υγείας τους.



Το 66% ανέφερε ότι εξετάστηκε από ιατρό κατά την είσοδο του στο σωφρονιστικό κατάστημα.

Γράφημα 12. Ιατρική εκτίμηση κατά την είσοδο στο σωφρονιστικό κατάστημα



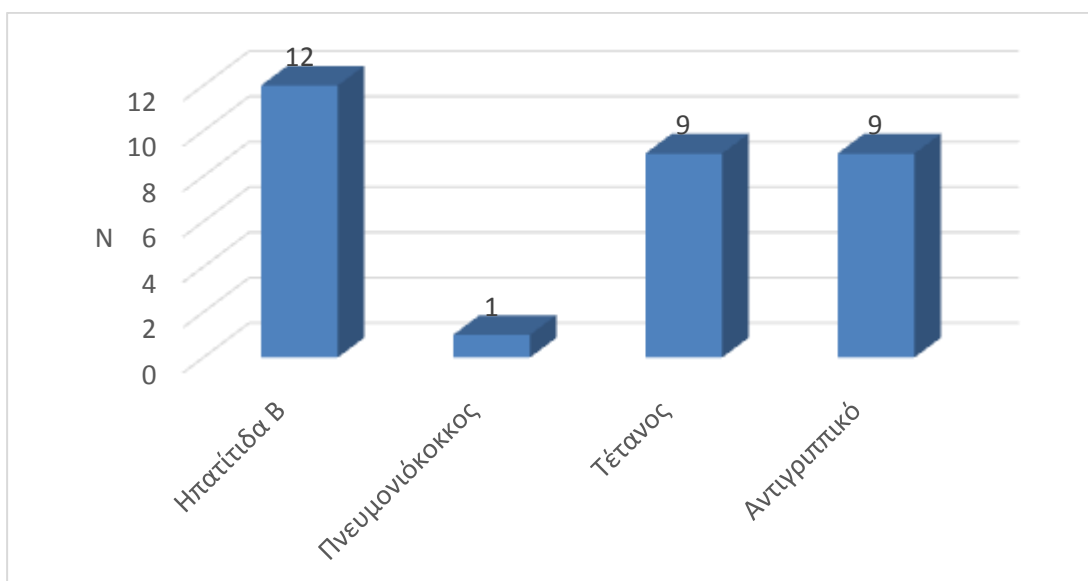
Το 52% των κρατουμένων που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσε ότι αισθάνεται υγειονομικά ασφαλές.

Γράφημα 13. Αίσθηση υγειονομικής ασφάλειας των κρατουμένων στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων



Μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων, 12 άτομα είχαν εμβολιαστεί για HBV, ένα άτομο για πνευμονιόκοκκο, 9 άτομα για τέτανο και 9 πραγματοποιήσαν αντιγριπικό εμβολιασμό.

Γράφημα 14. Εμβολιαστική κάλυψη εντός του σωφρονιστικού καταστήματος.



Αναφορικά με την ανάγκη χρησιμοποίησης ιατρικών υπηρεσιών στη φυλακή, «ποτέ» και «δεν χρειάστηκε» απάντησαν 54 κρατούμενοι (35,7%), ενώ «περισσότερες από 5 φορές» απάντησαν 8 κρατούμενοι (5,3%). Η πλειονότητα των κρατουμένων (54,3%, 82 κρατούμενοι)

Γράφημα 15. Συχνότητα χρήσης ιατρικών υπηρεσιών στο σωφρονιστικό κατάστημα



Οδοντιατρικά προβλήματα ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν 104 κρατούμενοι και χρόνια μη ψυχιατρικά νοσήματα 99 κρατούμενοι. Έπονται τα ψυχιατρικά και τα λοιμώδη (63 και 34 κρατούμενοι αντίστοιχα).

Γράφημα 16. Αδρή κατηγοριοποίηση των νοσημάτων των κρατουμένων στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων



Αναφορικά με την ταξινόμηση των χρόνιων νοσημάτων των κρατουμένων στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων, η πλειονότητα αφορά σε χειρουργικές παθήσεις (γενικής χειρουργικής, ουρολογικές), ακολουθούν τα καρδιαγγειακά, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι αλλεργίες και τα δερματικά νοσήματα. Αναπηρίες αναφέρθηκαν από 18 άτομα.

Γράφημα 17. Ταξινόμηση των χρόνιων νοσημάτων των κρατουμένων στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων.



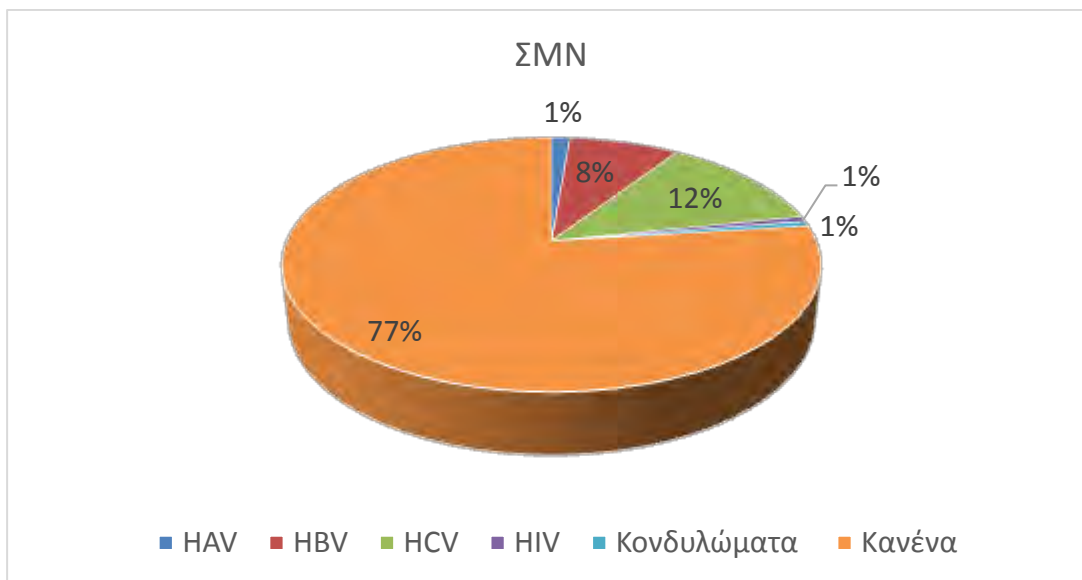
Στο 44,1% των κρατουμένων αναφέρθηκε κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, ενώ σχετική φαρμακευτική αγωγή ελάμβανε το 24,5%. Παρακολούθηση από ειδικό ιατρό αναφέρθηκε από το 18,5% των κρατουμένων, ενώ αυτοκτονικός ιδεασμός καταγράφηκε στο 29,8%.

Γράφημα 18. Ψυχιατρική νοσηρότητα των κρατουμένων



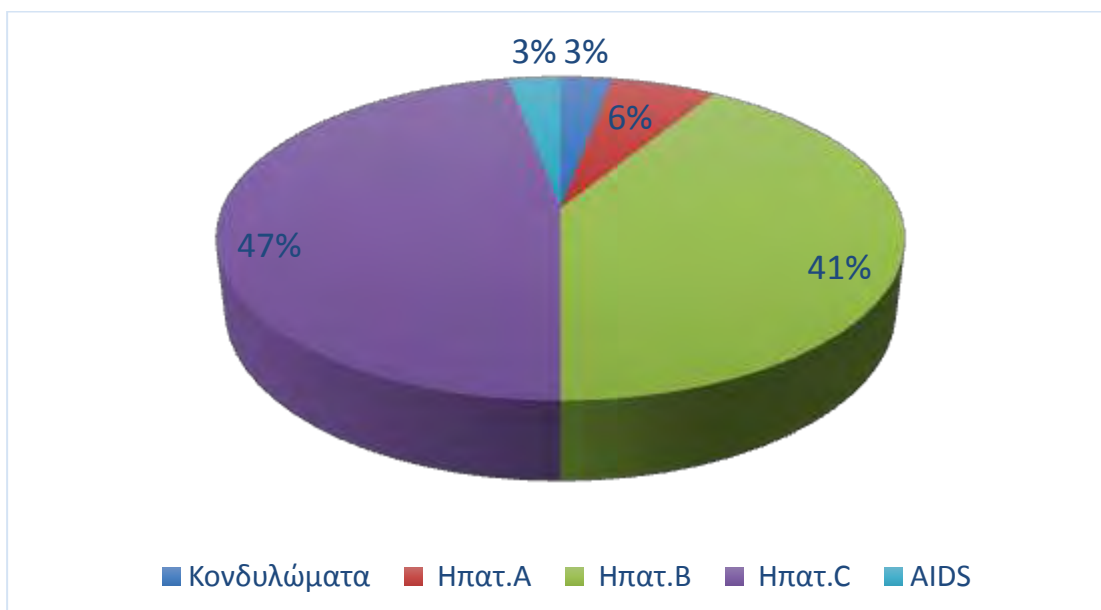
Το 77% δεν ανέφερε κανένα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ), ενώ από το 8% των κρατουμένων αναφέρθηκε η ηπατίτιδα Β (HBV), σε ποσοστό 12% η ηπατίτιδα C (HCV) ενώ η συχνότητα της Ηπατίτιδας Α (HAV) και των κονδυλωμάτων εκτιμήθηκε στο 1%, όπως και του AIDS.

Γράφημα 19. Κατανομή των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων



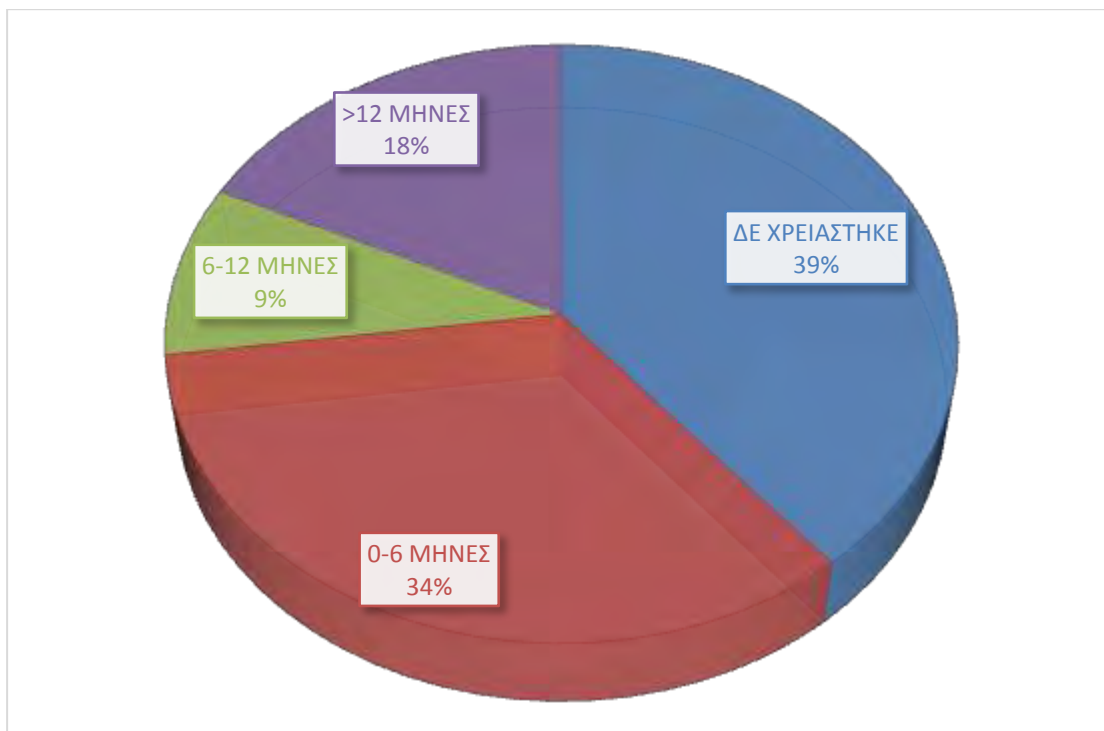
Εστιάζοντας περαιτέρω στο σύνολο των λοιμωδών νοσημάτων, φαίνεται ότι HBV και HCV συνιστούν από κοινού το 88% αυτών, ήτοι τα λοιμώδη νοσήματα του ήπατος είναι το σημαντικότερο πρόβλημα στον πληθυσμό των κρατουμένων.

Γράφημα 20. Κατανομή των λοιμωδών νοσημάτων.



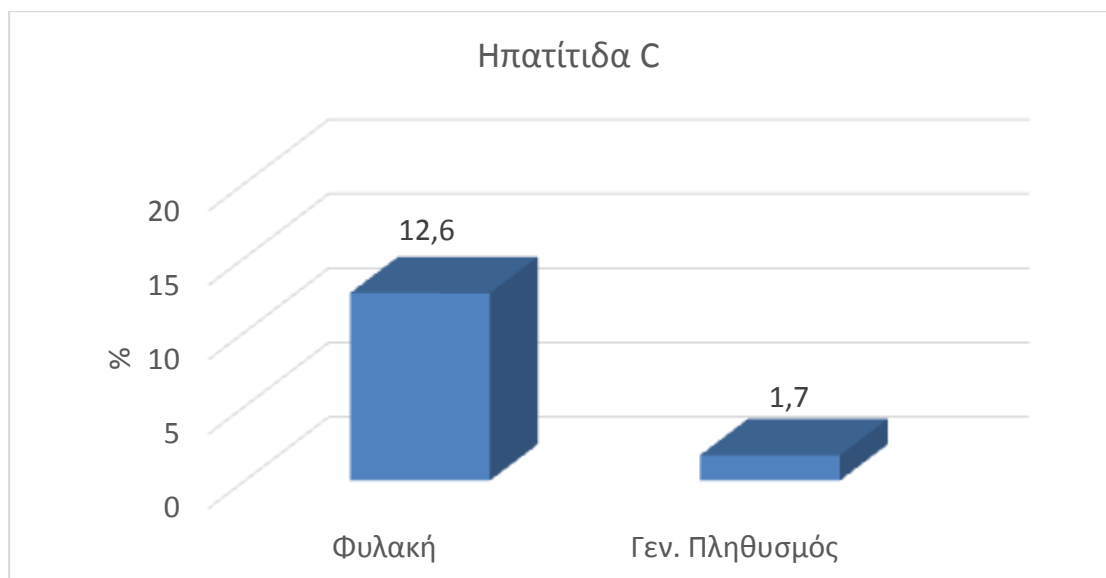
Το 39% των κρατουμένων δεν χρειάστηκε οδοντιατρική φροντίδα, ενώ το 34% χρειάζεται οδοντιατρικές υπηρεσίες ανά εξάμηνο, το 9% ανά 6-12 μήνες και το 18% πέραν του έτους.

Γράφημα 21. Οδοντιατρική κάλυψη εντός της φυλακής

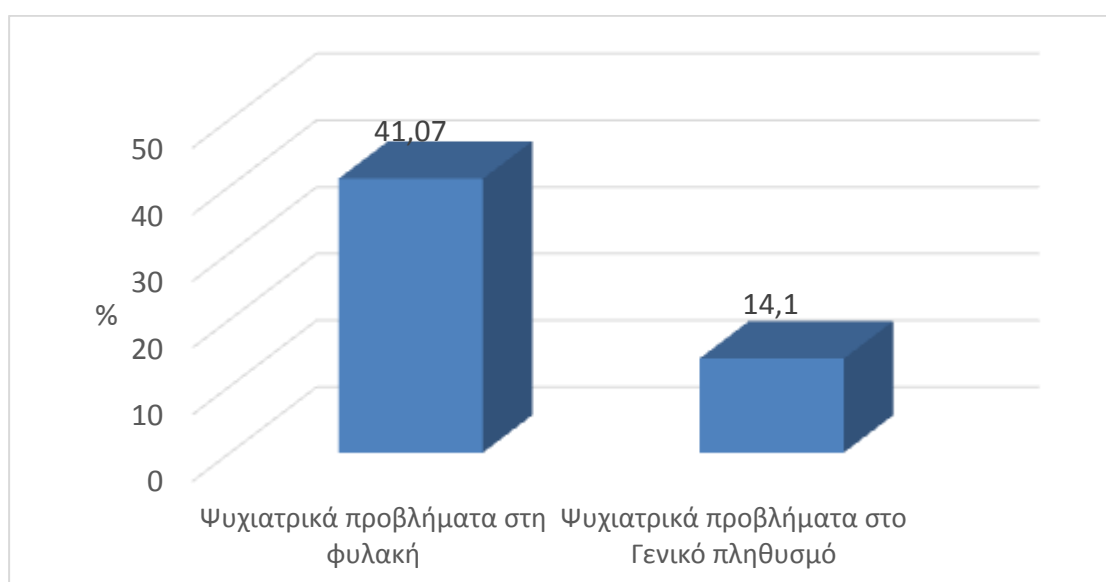


Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ του 2014, η συχνότητα της ηπατίτιδας C στο γενικό πληθυσμό ήταν 1,7%, των ψυχιατρικών προβλημάτων 14,1% και του καπνίσματος 33% .Τα αντίστοιχα ποσοστά στην παρούσα μελέτη ήταν 12,6%, 41,07% και 74,83%, πολλαπλάσια εκείνων του γενικού πληθυσμού.

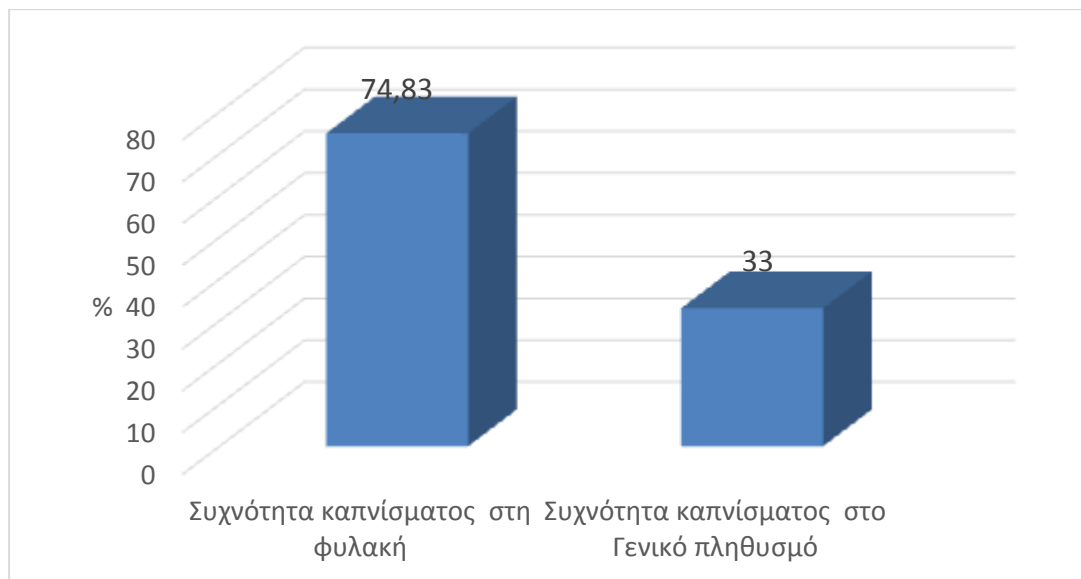
Γράφημα 22. Συγκριτική παρουσίαση της συχνότητας της ηπατίτιδας C εντός του σωφρονιστικού καταστήματος και στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας.



Γράφημα 23. Συγκριτική παρουσίαση της συχνότητας των ψυχιατρικών προβλημάτων εντός του σωφρονιστικού καταστήματος και στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας

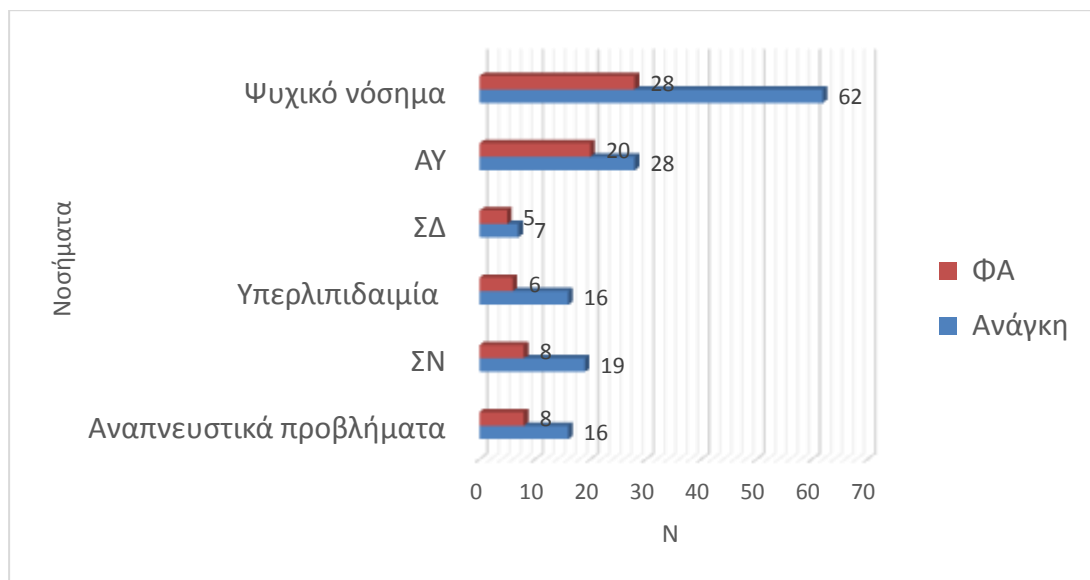


Γράφημα 24. Συγκριτική παρουσίαση της συχνότητας του καπνίσματος εντός του σωφρονιστικού καταστήματος και στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας



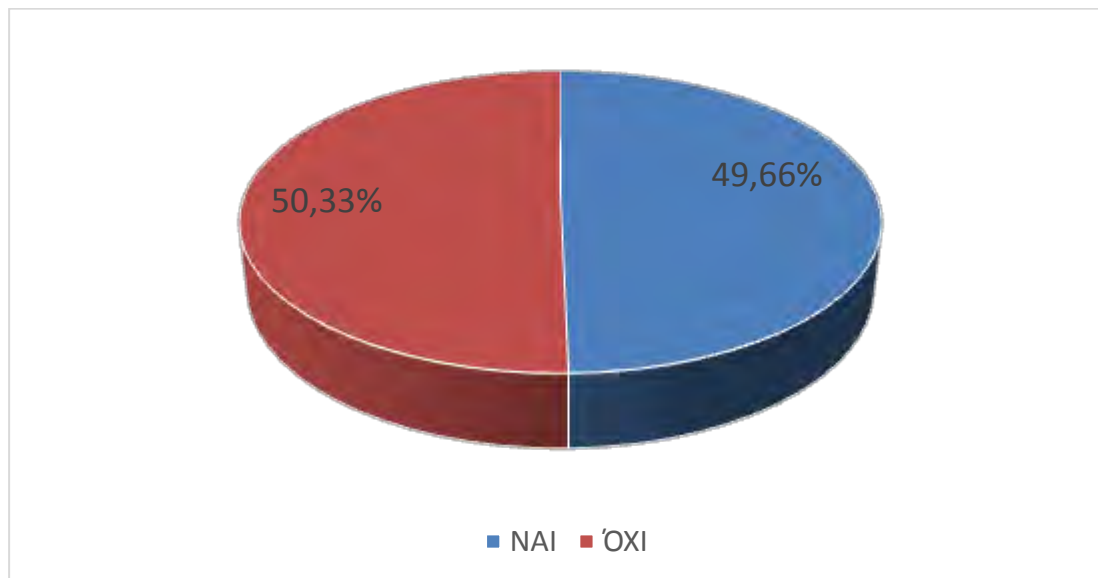
Με εξαίρεση την αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), όπου η πλειονότητα των κρατουμένων ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή, οι πάσχοντες από αναπνευστικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές και υπερλιπιδαιμία ελάμβαναν αγωγή σε ποσοστό μικρότερο του 50% .

Γράφημα 25. Αναντιστοιχία νοσημάτων και φαρμακευτικής αγωγής



Το ήμισυ των κρατουμένων δήλωσε ότι είχε ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης.

Γράφημα 26. Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης των κρατουμένων στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι υγειονομικές ανάγκες των φυλακισμένων είναι ιδιαίτερα αυξημένες, ενώ η κάλυψη τους υπολείπεται σημαντικά των απαιτήσεων. Τα χρόνια νοσήματα με το μεγαλύτερο ποσοστό επικράτησης ήταν η αρτηριακή υπέρταση, τα ψυχιατρικά προβλήματα, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι αλλεργίες και οι αναπηρίες, ενώ οι τρόφιμοι διατείνονται ότι για τα περισσότερα δεν έχουν την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Το ποσοστό επικράτησης των ψυχιατρικών προβλημάτων και του καπνίσματος είναι μεγαλύτερο από εκείνο που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό, όπως και το ποσοστό επικράτησης της Ηπατίτιδας C. Είναι ωστόσο ενθαρρυντικό, ότι στην παρούσα έρευνα, δεν διαπιστώθηκε κανένα κρούσμα φυματίωσης.

Η φτωχή κατάσταση υγείας των κρατουμένων σε σύγκριση με την κατάσταση πριν από την κράτηση, καθώς και ο υψηλός βαθμός ψυχικών διαταραχών, αποτελούν κοινό εύρημα σε διάφορες μελέτες (Fazel & Danesh 2002, kariminia et al., 2007, Nobile et al., 2011). Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό σοβαρών ψυχικών ασθενειών μεταξύ των κρατουμένων έχουν αναφερθεί ότι είναι 3 έως 5 φορές υψηλότερες, από αυτές του γενικού πληθυσμού. Οι φυλακισμένοι έχουν 7 φορές περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν, από όσους έχουν ελεύθερη ζωή. Οι νέοι στη φυλακή είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και είναι 18 φορές πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν, σε σχέση με την εξωτερική κοινότητα. (National GAINS Center 1997).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Geitona & Milioni (2016) στην Ελλάδα (γυναίκες φυλακές Κορυδαλλού, Αθήνα), περίπου τα δύο τρίτα ανέφεραν ότι η κατάσταση της υγείας τους και ιδιαίτερα η ψυχική τους υγεία επιδεινώθηκε, κατά τη διάρκεια της φυλάκισης. Οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες σε εκείνη τη μελέτη, ανέφεραν ότι, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν κάλυπτε τις ανάγκες τους και η ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης στη φυλακή, ήταν κακή.

Παρά το γεγονός ότι οι διαγνωστικές εξετάσεις είναι υποχρεωτικές για τους κρατούμενους σύμφωνα με τον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα (1999), μόνο το 40% των ερωτηθέντων έχει εξεταστεί για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κατά τη διάρκεια της κράτησης. Παρόμοια ευρήματα έχουν επίσης αναφερθεί και σε άλλες έρευνες, υπογραμμίζοντας τον αυξημένο κίνδυνο εξάπλωσης αυτών των ασθενειών σε άλλους κρατούμενους και στην κοινότητα μετά την αποφυλάκιση. (Nijhawan et al., 2010, Geitona & Milioni 2016).

Η συστηματική ανασκόπηση των Hickey et al. (2014) έδειξε, ότι οι προγνωστικοί παράγοντες της χειρότερης κατάστασης υγείας στους κρατουμένους ήταν οι εξής : μεγαλύτερη ηλικία, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, συχνή εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων, απόπειρα αυτοκτονίας στη φυλακή και αναφερόμενα προβλήματα υγείας, κατά την είσοδο στη

φυλακή. Επίσης, η ίδια μελέτη έδειξε ότι οι πρώην φυλακισμένοι χρήστες ναρκωτικών ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερο όφελος, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας ενώ βρίσκονταν στη φυλακή, σε σύγκριση με τους μη χρήστες ναρκωτικών, ενώ όλοι οι κρατούμενοι ανέφεραν φτωχότερη αντιληπτή υγεία συγκριτικά με τους μη φυλακισμένους ομολόγους τους. Ομοίως, στη μελέτη των Goncalves et al. (2014) βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία, τα γενικά σωματικά συμπτώματα, καθώς και προηγούμενη ψυχιατρική θεραπεία, ήταν οι ισχυρότεροι προγνωστικοί δείκτες της χρησιμοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ νευρολογικά προβλήματα, κατάχρηση ουσιών, ή η μεγάλη ποινή, βρέθηκαν να έχουν μέτρια επίδραση στην υγειονομική περίθαλψη.

Προβλήματα στον έλεγχο των λοιμώξεων δημιουργούν η ανεπαρκής υποδομή των σωφρονιστικών καταστημάτων, αλλά και η παραμέληση πληθυσμών, που είναι δύσκολο να προσεγγιστούν (π.χ. γυναίκες και/ή ξένοι κρατούμενοι) και οι οποίοι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν βία, διακρίσεις ή γλωσσικά εμπόδια. Η μείωση της κατάχρησης ουσιών στους κρατούμενους είναι μια πιθανή μέθοδος, για την πρόληψη της ανάπτυξης και της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων, στις φυλακές. Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του HIV/HCV, τα οποία μπορούν να αυξήσουν τους παράγοντες κινδύνου για άλλες μολυσματικές ασθένειες, όπως η TB. Τα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό HIV και ηπατίτιδας C είναι πολύ υψηλότερα στους φυλακισμένους, από ό, τι στους ανθρώπους που ζουν στην εξωτερική κοινότητα. Υπολογίζεται ότι το 10% των ανδρών κρατουμένων και το 33% των φυλακισμένων γυναικών έχουν HIV. (WHO 2013). Η εισαγωγή περισσότερων προγραμμάτων θεραπείας για κατάχρηση ουσιών, θα μπορούσε να αποτελέσει βιώσιμη επιλογή, για τη μείωση της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών, βελτιώνοντας τη γενική υγεία των φυλακών. Μια μελέτη από τους Vandeveldt et al, (2011), ανέφερε ότι το 90,2% των φυλακισμένων που εμπλέκονται σε ναρκωτικά ανέφεραν θετική στάση, απέναντι στη φυλακή κατά τη συνέντευξη. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι κρατούμενοι μπορεί να είναι επιρρεπείς σε περισσότερες θεραπευτικές επιλογές, που μπορούν να ωφελήσουν τη γενική τους υγεία.

Αναφορικά με τα αυξημένα οδοντιατρικά προβλήματα που διαπιστώνονται και στην παρούσα μελέτη, μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός της οδοντικής τερηδόνας και της περιοδοντικής νόσου είναι υψηλότερος μεταξύ των χρηστών ουσιών, από ό, τι στο γενικό πληθυσμό (Anderson & Farrow 1998). Μια μελέτη νεαρών παραβατών στις Ηνωμένες Πολιτείες διαπίστωσε ότι ο συνηθέστερος λόγος για επισκέψεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ήταν για οδοντιατρικά προβλήματα (Osborn et al., 2003), ενώ τα αποτελέσματα μιας αυστραλιανής μελέτης αποκάλυψαν ότι οι κρατούμενοι προσέφυγαν σε οδοντιατρικές υπηρεσίες στη φυλακή σε μεγαλύτερο βαθμό, από ό,τι πριν φυλακιστούν (Gray 2002).

Η επίπτωση και ο επιπολασμός ειδικά της φυματίωσης στα σωφρονιστικά καταστήματα είναι υψηλότερες από στο γενικό πληθυσμό, παρόλο που τα ακριβή ποσοστά ποικίλουν στη βιβλιογραφία,

λόγω ορισμένων μεταβλητών παραγόντων (έτος της μελέτης, χώρες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση, τεχνική δειγματοληψίας, μέθοδοι διάγνωσης, ασυνεπής αναφορά). Οι συνθήκες της φυλακής, όπως ο υπερπληθυσμός και ο ανεπαρκής αερισμός, ευνοούν την εξάπλωση της φυματίωσης. Ειδικότερα, υπάρχει ανησυχία για την ανάπτυξη φυματίωσης ανθεκτικής σε πολλαπλά φάρμακα, ενώ με την αλληλεπίδραση κρατουμένων με το προσωπικό των φυλακών και τους πολιτικούς επισκέπτες, υπάρχει δυνατότητα εξάπλωσης της νόσου στο ευρύτερο κοινό. Στην παρούσα μελέτη, το γεγονός ότι δεν βρέθηκε ούτε ένα κρούσμα φυματίωσης μπορεί να αποδοθεί αφενός στη μικρή συμμετοχή των κρατουμένων στη μελέτη και στην απουσία διασταύρωσης από το ιατρικό αρχείο του ασθενούς της σχετικής πληροφορίας, αλλά και στην απρόσκοπτη συνεργασία των υγειονομικών αρχών της πόλης των Τρικάλων με το σωφρονιστικό κατάστημα, η οποία επιτρέπει τον έγκαιρο εντοπισμό ύποπτων κρουσμάτων και τον αντιμετώπισή τους στο πνευμονολογικό-αντιφυματικό ιατρείο του νοσοκομείου της πόλης (πχ. συχνή ενημέρωση με επισκέψεις από τον αρμόδιο πνευμονολόγο και τους επισκέπτες υγείας στο σωφρονιστικό κατάστημα, ευαισθητοποίηση της διοίκησης). Όταν στο σωφρονιστικό Κατάστημα Κράτησης, είτε δια του ενδιαφερόμενου αιτούμενου ασθενούς, είτε δια μέσου των υπολοίπων συγκρατουμένων του, είτε κατόπιν εξέτασης από τον ιατρό του Καταστήματος διαπιστωθεί ύποπτο κρούσμα φυματίωσης, τότε με εντολή της Διεύθυνσης των φυλακών παραπέμπεται στο αντίστοιχο αντιφυματικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, όπου γίνεται ο ενδεδειγμένος έλεγχος και όπου απαιτείται εφαρμόζεται αποτελεσματική θεραπεία.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πολύ πιο διαδεδομένα στους φυλακισμένους, απ' ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός των διαταραχών κατάχρησης ουσιών είναι επίσης πολύ υψηλότερος στους κρατουμένους, απ' ό, τι στον γενικό πληθυσμό. Οι Sirdifield et al.,(2009) ανέφεραν πολύ υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας ψυχικής υγείας και / ή διαταραχών χρήσης ουσιών στον πληθυσμό των φυλακών. Αναφέρονται υψηλά ποσοστά διανοητικής αναπηρίας, διαταραχή υπερκινητικότητας, έλλειψης προσοχής (ADHD), ψυχωτικές διαταραχές, διπολικές διαταραχές, κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, διαταραχές που σχετίζονται με τραύματα και στρες, διαταραχές ύπνου-αφύπνισης, διαταραχές προσωπικότητας, αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρες αυτοκτονίας.

Μεταξύ 60% και 90% των κρατουμένων καπνίζουν. Η προώθηση της διακοπής του καπνίσματος στη φυλακή χαρακτηρίζεται ως μοναδική πρόκληση, λόγω της κουλτούρας της φυλακής και του καθιερωμένου ρόλου του καπνού στην κοινωνία των φυλακών. Επιπλέον, η διαθεσιμότητα καπνού και η έλλειψη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων αναφέρθηκαν ως εμπόδια, που καθιστούν δύσκολη την διακοπή του καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της φυλάκισης, ενώ η εκστρατεία κατά του καπνίσματος υπολείπεται, σε προτεραιότητα άλλων ζητημάτων, που θεωρούνται

πιο σημαντικά, όπως είναι πιο σημαντικά (π.χ. κατάχρηση ναρκωτικών, έλεγχος των λοιμώξεων, ψυχική υγεία).(Spaulding et al.,2018)

Ο υπερπληθυσμός, συνιστά βασική και κοινή αιτία διαφόρων προβλημάτων υγειονομικής περίθαλψης για κρατούμενους. Ο υπερπληθυσμός μπορεί να οδηγήσει σε θέματα ψυχικής υγείας, εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών και πιθανόν ακόμα να μειώσει την αποτελεσματικότητα του προσωπικού των φυλακών, επειδή δεν υπάρχει η δυνατότητα εξυπηρέτησης για έναν τόσο μεγάλο πληθυσμό. Δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές για τους ψυχικώς πάσχοντες, με αποτέλεσμα την τοποθέτηση τους σε γενικές φυλακές. Χρειάζεται λοιπόν αύξηση της χωρητικότητας, τόσο στις γενικές φυλακές, όσο και στις εξειδικευμένες κλινικές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι, η αύξηση της διαθεσιμότητας χώρων σε εξειδικευμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, μπορεί να μειώσει τον αριθμό των ασθενών, που φιλοξενούνται στις γενικές φυλακές.

Περιορισμοί

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί στην παρούσα μελέτη. Ο πρώτος περιορισμός αναφέρεται στην έλλειψη τυποποιημένου ερωτηματολογίου. Παρόλα αυτά, το εργαλείο που αναπτύχθηκε για τη συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση και καλύπτει ζητήματα υγείας, που διερευνώνται διεθνώς στους κρατούμενους. Επρόκειτο για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, χωρίς παράλληλη διασταύρωση της παρεχόμενης πληροφορίας από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς, στο αρχείο του σωφρονιστικού καταστήματος. Επίσης, τα δεδομένα αφορούν σε 151 κρατούμενους, από τους 500 συνολικά του σωφρονιστικού καταστήματος Τρικάλων. Το γεγονός επιτρέπει μόνο μια αδρή εκτίμηση της συχνότητας των διερευνώμενων νοσημάτων, καθώς οι κρατούμενοι που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μπορεί να εμφάνιζαν υψηλότερη ή χαμηλότερη επικράτηση ενός νοσήματος, γεγονός που θα μπορούσε να έχει κρίσιμη σημασία για νοσήματα όπως η φυματίωση. Δεν μπορούσε επιπλέον να ελεγχθεί η αναγκαιότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής, όπως αυτή προβαλλόταν από τους ίδιους τους κρατούμενους και τις αιτιώμενες παθήσεις. Περισσότεροι από τους μισούς κρατούμενους είχαν διάρκεια παραμονής στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων μικρότερη του έτους, οπότε οι αναφορές τους μπορεί να αντανakλούν και εμπειρίες άλλων σωφρονιστικών ιδρυμάτων, αλλά και μην έχουν ακόμα σχηματίσει πλήρη εικόνα για την κατάσταση στο παρόν κατάστημα, συνεπώς οι αναφορές τους πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη και τυχόν γενίκευση των αποτελεσμάτων για το σύνολο των σωφρονιστικών καταστημάτων της επικράτειας κρίνεται παρακινδυνευμένη. Επιπλέον, υπάρχει η πιθανότητα σφάλματος κατά την ανάκληση της σχετικής πληροφορίας από το ατομικό αναμνηστικό του κρατούμενου, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας του κρατούμενου, αλλά και η πιθανότητα κάποιες απαντήσεις, όπως αυτές για τη χρήση ουσιών, να μην ήταν απολύτως ειλικρινείς.

Συμπεράσματα-προτάσεις

Συμπερασματικά, τα μεταδοτικά νοσήματα, ιδίως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα και οι ψυχικές διαταραχές, συνιστούν μείζονα προβλήματα υγείας για τους φυλακισμένους. Τα νοσήματα αυτά συνήθως προϋπάρχουν, αλλά η πλημμελής τους αντιμετώπιση εγκυμονεί κινδύνους, τόσο για τους ίδιους τους φυλακισμένους, όσο και για το γενικό πληθυσμό.

Η σχετική έρευνα στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη. Τα λίγα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η υγειονομική υπηρεσία στις φυλακές είναι ένας από τους πιο προβληματικούς τομείς της φυλακής, όπως δείχνουν διάφορες αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Οι αποφάσεις αυτές καταδικάζουν την Ελλάδα για παραβιάσεις του δικαιώματος των κρατούμενων σε σωστή ιατρική περίθαλψη, δηλαδή για παραβιάσεις του άρθρου 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Παρά τον γενικό κανόνα σύμφωνα με τον οποίο οι κρατούμενοι πρέπει να απολαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρόμοιες με αυτές που υπάρχουν για το ευρύ κοινό, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, οι κρατούμενοι και οι υποστηρικτές τους αναγνωρίζουν ή ισχυρίζονται ότι δεν συμβαίνει αυτό.

Στις περισσότερες φυλακές, συνήθως τα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται με την επίσκεψη ιατρών, ενώ τα νοσηλευτικά καθήκοντα εκτελούνται από ανειδίκευτο προσωπικό, που πολλές φορές συνεπικουρείται στο έργο του από φυλακισμένους, που έχουν ανατεθεί στο έργο της νοσηλευτικής αρωγής, στο πλαίσιο της εργασίας των κρατούμενων, λόγω έλλειψης επαγγελματιών νοσηλευτών.

Στις περισσότερες φυλακές δεν υπάρχει καν ένας μόνιμος ιατρός οιασδήποτε ειδικότητας. Οι φυλακισμένοι εξετάζονται από επισκέπτες ιατρούς, που συνήθως προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για δύο ώρες κάθε εβδομάδα. Οι κρατούμενοι έχουν επίσης το δικαίωμα να καλέσουν έναν ιδιώτη ιατρό να τους επισκεφθεί και να τους εξετάσει με χρέωση τους. Πρόσφατα καταβάλλονται προσπάθειες για την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των κρατούμενων

Ο υπερπληθυσμός, συνιστά βασική και κοινή αιτία διαφόρων προβλημάτων υγειονομικής περίθαλψης για κρατούμενους. Ο υπερπληθυσμός μπορεί να οδηγήσει σε θέματα ψυχικής υγείας, εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών και πιθανόν ακόμα να μειώσει την αποτελεσματικότητα του προσωπικού των φυλακών, επειδή δεν υπάρχει η δυνατότητα εξυπηρέτησης για έναν τόσο μεγάλο πληθυσμό. Δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές για τους ψυχικώς πάσχοντες, με αποτέλεσμα την τοποθέτηση τους σε γενικές φυλακές. Χρειάζεται λοιπόν αύξηση της χωρητικότητας, τόσο στις γενικές φυλακές, όσο και στις εξειδικευμένες κλινικές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αύξηση της διαθεσιμότητας χώρων σε εξειδικευμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, μπορεί να μειώσει τον αριθμό των ασθενών, που φιλοξενούνται στις γενικές φυλακές.

Η φυλάκιση συνδέεται με την επιδείνωση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας και με περιορισμούς στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να κινητοποιήσει τους υπευθύνους λήψης αποφάσεων, όσον αφορά την παροχή και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα συμπεράσματά μας θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφετηρία για περαιτέρω έρευνα, προκειμένου να περιοριστούν οι επιπτώσεις της φυλάκισης στην υγεία των κρατουμένων και να εισαχθούν πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις, με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών τους στην υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aerts, A., Habouzit, M., Mschiladze, L., Malakmadze, N., Sadradze, N., Menteshashvili, O., Portaels, F. & Sudre, P. (2000). Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex-USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates. *Int J Tuberc Lung Dis*, 4(12): 1104-1110.

Alevizopoulos, G., Skondras, M. & Papadourakis, A. (2007). Greece. In Salize H.J., Dressing H. & Kief C. (Eds.), *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)*, Final Report (pp. 161-166). Mannheim: Central Institute of Mental Health.

Andersen, H.S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R. & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand*, 102(1): 19-25.

Anderson, B. & Farrow, J. (1998) Incarcerated adolescents in Washington State. Health services and utilisation. *Journal of Adolescent Health*, 22:363–367.

Anselmi, N. & Mirigliani, A. (2010). Personality disorders self-inflicted woundings in detention. *Riv Psichiatri*, 45(1): 58-60. Arditti, J. & Few, A. (2008). Maternal distress and women's reentry into family and community life. *Fam Process*, 47(3): 303-321.

Baillargeon, J., Black, S.A., Pulvino, J. & Dunn, K. (2000). The disease profile for Texas prison inmates. *Ann. Epidemiol*, 10(2): 74-80.

Bastick, M. & Townhead, L. (2008). *Women in prison: a commentary on the United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*. Geneva: Quaker United Nations Office.

Battaglia, C., di Cagno, A., Fiorilli, G., Giombini, A., Fagnani, F., Borrione, P., Marchetti, M. & Pigozzi, F. (2013). Benefits of selected physical exercise programs in detention: A randomized controlled study. *Int J Environ Res Public Health*, 10(11): 5683-5696.

Baussano, I., Williams, B.G., Nunn, P., Beggiato, M., Fedeli, U. & Scano, F. (2010). Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med*, 7(12): e1000381.

Binswanger, I.A., Merrill, J.O., Krueger, P.M., White, M.C., Booth, R.E. & Elmore, J.G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *Am J Public Health*, 100(3): 476-482.

Birmingham, L. (2003). The mental health of prisoners. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3): 191-199. Birmingham, L., Mason, D. & Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ*, 313(7071): 1521-1524.

Bone, A., Aerts, A., Grzemska, M., Kimerling, M., Kluge, H., Levy, M., Portaels, F., Raviglione, M. & Varaine, F. (2000). *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*. Copenhagen: World Health Organization, Geneva: International Committee of the Red Cross.

Braithwaite, R.I., Treadwell, H.M. & Arriola, K.R.J. (2005). Health disparities and incarcerated women: A population ignored. *Am J Public Health*, 95(10): 1679-1681.

Brinded, P.M., Simpson, A.I., Laidlaw, T.M., Fairley, N. & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(2): 166-173.

Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Meltzer, D. & Lewis, G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*, 162(4):774-780.

Butler, T., Allnutt, S., Cain, D., Owens, D. & Muller, C. (2005). Mental disorder in the New South Wales prisoner population. *Aust N Z J Psychiatry*, 39(5): 407-413.

Butler, T., Belcher, J.M., Champion, U., Kenny, D., Allerton, M. & Fasher, M. (2008). The physical health status of young Australian offenders. *Aust N Z J Public Health*, 32(1): 73-80.

Carter, M.J. & Russell, K.J. (2005). What is the Perceived Worth of Recreation? Results from a County Jail Study. *Correct Today*, 67(3): 80-83.

Christensen, P.B., Krarup, H.B., Niesters, H.G., Norder, H. & Georgsen, J. (2000). Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *Eur J Epidemiol*, 16(11): 1043-1049

Condon, L., Gill, H. & Harris, F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *J Clin Nurs*, 16(7): 1201-1209.

Dara, M., Grzemska, M., Kimerling, M.E., Reyes, H. & Zagorskiy, A. (2009). Guidelines for control of tuberculosis in prisons. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. Geneva: International Committee of the Red Cross.

de Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociol Health Illn*, 29(1): 115-135.

Douglas, N. & Plugge, E. (2006). A Health Needs Assessment for Young Women in Young Offender Institutions. London: Youth Justice Board for England and Wales.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769): 956-965.

Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306): 545-550.

Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *Br J Psychiatry*, 200(5): 364-373.

Fazel, S. & Yu, R. (2011). Psychotic disorders and repeat off ending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 37(4): 800-810.

Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2): 181-191.

Feron, J.M., Paulus, D., Tonglet, R., Lorant, V.& Pestiaux, D.(2005) Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health*. 59:651-5.

Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E. & Xenitidis, K. (2006). Prevalence of mental disorders and delibetate self-harm in Greek male prisoners. *Int J Law Psychiatry*, 29(1): 68-73.

Frey, J.H. & Delaney, T. (1996). The Role of Leisure Participation in Prison: A Report from Consumers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 23(1-2): 79-89.

Fruehwald, S., Frottier, P., Ritter, K., Eher, R. & Gutierrez, K. (2002). Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody experiences in Austria, 1967-1996. *Int J Law Psychiatry*, 25(2): 119-128.

Garcia-Guerrero, J. & Marco, A. (2012). Overcrowding in prisons and its impact on health. *Rev Esp Sanid Penit*, 14(3): 106-113.

Geitona, M. & Milioni, S.O. (2016). Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*, 16:243.

Gray, R.(2002) Survey of oral health status of methadone clients in ERHA. Cork, University College Cork

Goncalves, L.C., Goncalves, R.A., Martins, C.& Dirkzwager, A.J.(2014) Predicting infractions and health care utilization in prison: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*.41:921-42.

Gupta, S. & Altice, F.L. (2009). Hepatitis B virus infection in US correctional facilities: a review of diagnosis, management and public health implications. *J Urban Health*, 86(2): 263-279.

Hayton, P. & Boyington, J. (2006). Prisons and health reforms in England and Wales. *Am J Public Health*, 96(10): 1730-1733.

Her Majesty's Inspectorate of Prisons. (1997). *Young Prisoners: A Thematic Review* by HM Chief Inspector of Prisons for England and Wales. London: Home Office.

Her Majesty's Inspectorate of Prisons. (1999). *Suicide is Everyone's Concern: A Thematic Review* by HM Chief Inspector of Prisons for England and Wales. London: Home Office.

Her Majesty's Inspectorate of Prisons. (2000). *Unjust Deserts: a Thematic Review* by HM Chief Inspector of Prisons of the Treatment and Conditions for Unsented Prisoners in England and Wales. London: Home Office.

Her Majesty's Inspectorate of Prisons. (2014). *Resettlement provision for adult offenders: Accommodation and education, training and employment*. London: Her Majesty's Inspectorate of Prisons.

Her Majesty's Inspectorate of Prisons. (2016). *Life in prison: Food. A findings paper*. London: Home Office.

Hickey, K., Kerber, C., Astroth, K.S., Kim, M.& Schlenker E.(2014) Perceived health and gambling behavior of inmates: a review of the literature. *Nurs Forum*. 49:247-58

Holley, H.L., Arboleda-Florez, J. & Love, E. (1995). Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 39(3): 191-209.

Hussain, H., Akthar, S. & Nanani, D. (2003). Prevalence of and risk factors associated with Mycobacterium Tuberculosis infection in prisoners. Nor West Frontier Province. Pakistan. *Int J Epidemiol*, 32(5): 794-799.

International Committee of the Red Cross (ICRC). (2015). Health care in detention. A practical guide. Geneva: International Committee of the Red Cross

James, D. & Glaze, L. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.

Kariminia, A., Law, M.G., Butler, T.G., Levy, M.H., Corben, S.P., Kaldor, J.M. & Grant L.(2007) Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia. MJA. 187:387–90.

Kauffman, R.M., Ferketich, A.K., Murray, D.M., Bellair, P.E. & Wewers, M.E. (2011). Tobacco use by male prisoners under an indoor smoking ban. Nicotine Tob Res, 13(6): 449-456.

Konrad, N., Diagle, M., Daniel, A., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., Kerkhof, A., Liebling, A. & Sarchiapone, M. (2007). Preventing Suicide in prisons, Part I: Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on suicide in prisons. Crisis, 28(3): 113-121.

Koulierakis, G., Gnardellis, C., Agrafiotis, D. & Power, K.G. (2000). HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. Addiction, 95(8): 1207-1216.

Kouyoumdjian F, Schuler A, Matheson FI, Hwang SW. Health status of prisoners in Canada Narrative review. Can. Fam. Phys. 2016;62(3):215-22.

Leese, M., Thomas, S. & Snow, L. (2006). An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. Int J Law Psychiatry, 29(5): 355-360.

Lindquist, C.H. & Lindquist, C.A. (1999). Health behind bars: Utilization and evaluation of medical care among jail inmates. J Community Health, 24(4): 285-303.

Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M. & Gasquet, I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Subst Abuse Treat Prev Policy, 2: 1.

Marshall, T., Simpson, S. & Stevens, A. (2001). Use of health services by prison inmates: Comparisons with the community. J Epidemiol Community Health, 55(5): 364-365.

McCay, V. (2010). The horror of being deaf and in prison. *Am Ann Deaf*, 155(3): 311-321.

Milioni,O., & Geitona,M. (2017). The Impact of Incarceration on Greek Female Prisoners' Self-reported Health Status. *Journal of Womens Health Care*. 06. 10.4172/2167-0420.1000386

Mukiza, F. (2014). Physical activity and prisoner's health. A qualitative systematic review. Tromso: The Arctic University of Norway.

National Audit Office. (2006). Serving time: Prisoner diet and exercise – report by the Comptroller and Auditor General. London: National Audit Office.

Nembrini, P.G. (2005). Water, sanitation, hygiene and habitat in prisons. Geneva: International Committee of the Red Cross.

Nijhawan, A.E., Salloway, R., Nunn, A.S., Poshkus, M. & Clarke, J.G. (2010). Preventive healthcare for underserved women: results of a prison survey. *J Womens Health (Larchmt)*, 19(1): 17-22.

Nobile, C., Flotta, D., Nicotera, G., Pileggi, C.& Angelillo I.(2011) Self-reported healthstatus and access to health services in a sample of prisoners in Italy. *BMC Public Health*.11:529.

Νόμος 2776/1999.

<http://www.ministryofjustice.gr/site/Default.aspx?alias=www.ministryofjustice.gr/site/kodikis>

Nurse, J., Woodcock, P. & Ormsby, J. (2003). Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*, 327: 480.

Osborn, M., Butler, T.& Barnard P.(2003) Oral health status of prison inmates, New South Wales, Australia.*Australian Dental Journal*, 48:34–38.

Parkes, T., MacAskill, S., Brooks, O., Jepson, R., Atherton, I., Doi, L., McGhee, S. & Eadie, D. (2011). Prison health needs assessment for alcohol problems. Edinburgh: NHS Health Scotland.

Plourde, C. & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: a break in the pathway. *Subst Use Misuse*, 37(1): 47-63.

President of the Hellenic Republic.(1999) Greek Penal Code. Hellenic Government Newspaper;291(A):5123–5145.

Prison Reform Trust. (2004). Alcohol and Re-offending – Who Cares? London: Prison Reform Trust.

Prison Reform Trust. (2012). Women in prison. London: Prison Reform Trust.

Prison Reform Trust. (2016). Bromley Briefings Prison Factfile. London: Prison Reform Trust.

Public Health England. (2014). Health and Justice Health Needs Assessment Template: Adult Prisons. London: Public Health England.

RAND. (2009). Assessing Parolees' Health Care Needs and Potential Access to Health Care Services in California. Santa Monica, California: RAND.

Reed, J. & Lyne, M. (1997). The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. *BMJ*, 315(7120): 1420-1424.

Richmond, R.L., Butler, T.G., Indig, D., Wilhelm, K.A., Archer, V.A. & Wodak, A.D. (2012). The challenges of reducing tobacco use among prisoners. *Drug Alcohol Rev*, 31(5): 625-630.

Roesch, R., Ogloff, J.R. & Eaves, D. (1995). Mental health research in the criminal justice system: The need for common approaches and international perspectives. *Int J Law Psychiatry*, 18(1): 1-14.

Ronco, D., Scamdurra, A. & Torrente, G. (2011). *Le prigionieri malati: ottavo rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione in Italia*. Rome: Edizioni dell'Asino.

Ross, M.W. (2012). *Health and health promotion in prisons*. London: Routledge.

Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prison. *Public Health*, 123(6): 415-418.

Shah, S.A., Mujeeb, S.A., Mirza, A., Nabi, K.G. & Siddiqui, Q. (2003). Prevalence of pulmonary tuberculosis in Karachi juvenile jail, Pakistan. *East Mediterr Health J*, 9(4): 667-674.

Singleton, N., Farrell, M., & Meltzer, H. (2003). Substance misuse among prisoners in England and Wales. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 150-152.

Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. & Deasy, D. (1997). *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. London: Office for National Statistics.

Sirdifield, C., Gjkovic, D., Brooker, C. & Ferriter, M. (2009). A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: a summary of findings. *J Forensic Psychi Ps*, 20 Suppl 1: S78-101.

Spaulding, A. C., Eldridge, G. D., Chico, C. E., Morisseau, N., Drobeniuc, A., Fils-Aime, R., ... & Dolan, K. A. (2018). Smoking in Correctional Settings Worldwide: Prevalence, Bans, and Interventions. *Epidemiologic reviews*, 40, 82–95. doi:10.1093/epirev/mxy005.

Strang, J., Gossop, M., Heuston, J., Green, J., Whiteley, C. & Maden, A. (2006). Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug use, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison. *Addiction*, 101(8): 1125-1132.

Swann, R. & James, P. (1998). The effect of the prison environment upon inmate drug taking behaviour. *Howard J Crim Justice*, 37(3): 252-265.

Thomas, J.C., Levandowski, B.A., Isler, M.R., Torrone, E. & Wilson, G. (2008). Incarceration and sexually transmitted infections: a neighborhood perspective. *J Urban Health*, 85(1): 90-99.

Todrys, K. (2010). Health consequences of pre-trial detention in Zambian prisons. *HIV AIDS Policy Law Rev*, 15(1): 53-55.

United Nations (1982) Principles of medical ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York, NY (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>, accessed 7 Αυγούστου 2019).

Vacca, J.S. (2004). Educated Prisoners are less likely to Return to Prison. *Journal of Correctional Education*, 55(4): 297-305.

Vallas, R. (2016). *Disabled Behind Bars: The Mass Incarceration of People With Disabilities in America's Jails and Prisons*. Washington, DC: Center for American Progress

van den Bergh, B.J., Gatherer, A., Fraser, A. & Moller, L. (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bull World Health Organ*, 89: 689-694.

Vandeveldt S, Soye V, Vander Beken T, De Smet S, Boers A, Broekaert E. Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34(1):71-8.

Vescio, M.F., Longo, B., Babudieri, S., Starnini, G., Carbonara, S., Rezza, G. & Monarca, R. (2008) Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 62(4): 305-313.

Vieira, A.A., Ribeiro, S.A., de Siqueira A.M., Galesi, V.M.N., dos Santos, L.A.R. & Golub, J.E. (2010). Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, 13(4): 641-650.

Wilper, A.P., Woolhandler, S., Boyd, J.W., Lasser, K.E., McCormick, D., Bor, D.H. & Himmelstein, D.U. (2009). The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health*, 99(4): 666-672.

World Health Organization (WHO) & International Committee of the Red Cross (ICRC). (2005). *Information sheet on mental health and prisons*. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, International Committee of the Red Cross.

World Health Organization (WHO). (2014). *Prisons and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe. *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health 2013*.

Αλεξιάδου, Σ. (2001). Σωφρονιστική. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Μαματσόπουλος, Λ. (2012). Θεωρητικές προσεγγίσεις του εγκλήματος - Η μεταχείριση του εγκληματία. Η φυλακή ως θεσμός σωφρονισμού και καταστολής. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών. Θεσσαλονίκη, Ελλάδα.

Τσαλίκου, Φ. (1989). Μυθολογίες Βίας και Καταστολής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Χαίδου, Α. (2002). Το Σωφρονιστικό Σύστημα: Ζητήματα Θεωρίας και Πρακτικής. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ				
1.1 Επώνυμο:	Όνομα:	Όνομα πατρός:	Όνομα μητρός:	
1.2 Ημ. Γέννησης:	1.3 Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Τέκνα: <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χηρεία <input type="checkbox"/>			
1.4 Εθνικότητα:	1.5 Θρήσκευμα:	1.6 Εκπαίδευση: Α/Β <input type="checkbox"/> Β/Β <input type="checkbox"/> Γ/Β <input type="checkbox"/> Αν/τος <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Εγγεγραμμένο <input type="checkbox"/> Εργός	
1.7 Έναρξη κράτησης	1.9 Ημ. Εισόδου στο σωφρονιστικό κατάστημα Τρικάλων	1.10 Προηγούμενα σωφρονιστικά καταστήματα	1.11 Πτέρυγα	
1.8 Διάρκεια ποινής				
2. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ				
2.1 Ενεργός φυματίωση: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Φαρμακευτική Αγωγή: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
.....				
α/α θώρακος: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Μαντουχ: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
2.2 Ηπατίτιδα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	HAV <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/>	Φαρμακευτική Αγωγή: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
2.3 HIV Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Φαρμακευτική Αγωγή: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
2.4 Κονδυλώματα	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2.5 Σύφιλη	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	2.6 Βλεννόρροια
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2.11 Άλλα Σ. Μ. Ν. Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
2.12 Άλλα λοιμώδη νοσήματα :				
3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ				
3.1 Σακχαρώδης Διαβήτης: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Φαρμακευτική Αγωγή: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
3.2 Αναπνευστικά προβλήματα Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
3.2.1 ΧΑΠ <input type="checkbox"/>	3.2.2 Βρογχικό άσθμα <input type="checkbox"/>	3.2.3 Χρόνια βρογχίτιδα <input type="checkbox"/>	Φαρμακευτική Αγωγή: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3.3 Στεφανιαία νόσος:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Φαρμακευτική Αγωγή:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3.4 Υπερλιπιδαιμία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Φαρμακευτική Αγωγή:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3.5 Υπέρταση:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Φαρμακευτική Αγωγή:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3.6 Καρκίνοι:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εντόπιση:	
3.7 Δερματοπάθειες:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Φαρμακευτική Αγωγή:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3.8 Αλλεργίες:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εντόπιση:	

61

7. Άλλα προβλήματα υγείας:

.....

.....

.....

8.ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

8.1 Προαιρετικά εμβόλια:

- 8.1.1 Ηπατίτιδα Β (HepB) Ναι ☐ Όχι ☐
- 8.1.2 Πνευμονιόκοκκος (PPSV23) Ναι ☐ Όχι ☐
- 8.1.3 Τέτανος (D.T) Ναι ☐ Όχι ☐
- 8.1.4 Αντιγρυπτικός εμβολιασμός Ναι ☐ Όχι ☐

9. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

- 9.1 Εκτίμηση από γιατρό κατά την είσοδό σας στη φυλακή Ναι ☐ Όχι ☐
- 9.2 Πόσες φορές το τελευταίο έτος σας είδε γιατρός στην φυλακή; ☐
- 9.3 Πόσες φορές το τελευταίο έτος κάνατε επίσκεψη σε Νοσοκομείο; ☐
- 9.4 Πόσες φορές το τελευταίο έτος κάνατε εισαγωγή σε Νοσοκομείο; ☐
- 9.5 Είστε ενήμεροι για τον εσωτερικό κανονισμό του καταστήματος και τι προβλέπει αυτός για τις παροχές υγείας σας; Ναι ☐ Όχι ☐

10. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ

- 10.1 Πως εκτιμάτε την κατάσταση υγείας σας;
- Εξαιρετική ☐ Πολύ καλή ☐ Καλή ☐ Κακή ☐
- 10.2 Αισθάνεστε << ασφαλής >> για την υγεία σας Ναι ☐ Όχι ☐

11. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Παρατηρήσεις:

.....

.....

.....

.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ, ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΦΥΛΑΚΗΣ
(άρθρο 10 Ν. 2776/1999)

Α Π Ο Φ Α Σ Η ΑΡΙΘ. 1682

Στα Τρίκαλα και στο Κατάστημα Κράτησης Τρικάλων σήμερα την 24-12-2018, ημέρα της εβδομάδος Δευτέρα και ώρα 11.45' συνεδρίασε εκτάκτως το Συμβούλιο της Φυλακής, αποτελούμενο από:

- 1) Λύτσιου Μαρία - Προϊσταμένη Δ/σης του Καταστήματος Κράτησης Τρικάλων
- 2) Αγγελίνη Ιοκάστη - Κοινωνική Λειτουργό Κ.Κ. Τρικάλων και
- 3) Τσιρώνά Στέφανο - υπάλληλο κλάδου ΔΕ-Δ/Α, ως τρίτο μέλος, παρουσία και της εκτελούσης χρέη Γραμματέως Θεοχάρη Δημήτρη - υπαλλήλου ΔΕ-Δ/Α, αφού λάβαμε υπ' όψιν:
 - 1) την αριθ. πρωτ. 20297/20-12-2018 αίτηση της κας Αικατερίνης Γιουβρή, υπαλλήλου του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, κλάδου ΤΕ Επισκέπτριας Υγείας, με την οποία ζητά άδεια να χρησιμοποιήσει στοιχεία της έρευνας που πραγματοποίησε στο Κατάστημά μας από τον Φεβρουάριο έως τον Αύγουστο 2017 σχετικά με το επίπεδο και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στο Κατάστημα Κράτησης Τρικάλων, στο πλαίσιο μεταπτυχιακών σπουδών
 - 2) τα συνημμένα στην αίτηση έγγραφα
 - 3) το γεγονός ότι η έρευνα αυτή, τα αποτελέσματά της οποίας σας κοινοποιήθηκαν με το αριθ. 5472/13-04-2018 έγγραφό μας, συνιστά πνευματικό δημιούργημα της αιτούσας, η οποία δεσμεύεται για την τήρηση των διατάξεων της νομοθεσίας περί προστασίας προσωπικών δεδομένων
 - 4) τις διατάξεις των άρθρων 10 του Ν. 2776/99 και του άρθρου 27 του Εσωτερικού Κανονισμού Καταστημάτων Κράτησης Α' και Β' Τύπου

α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε ο μ ό φ ω ν α

και προτείνουμε να γίνει δεκτό το αίτημα της κας Αικατερίνης Γιουβρή και να της χορηγηθεί άδεια για χρήση των στοιχείων της έρευνας που πραγματοποίησε στο Κατάστημά μας στη διπλωματική της εργασία με τίτλο: "Επίπεδο υγείας και χρήση των υπηρεσιών υγείας στους κρατούμενους του Καταστήματος Κράτησης Τρικάλων".

Απόφ' συντάχθηκε η παρούσα, αναγνώστηκε, βεβαιώθηκε και υπογράφεται:



Τ α Μ έ λ η

1)

Η Γραμματέας