

Balázs Mihály – Lantos Zsuzsanna

Az egészség és az életmód összefüggései a Veszprém Megyei Bv. Intézet előzetesei körében*

Bevezetés

A hazai és a nemzetközi kutatások eredményei egyértelműen igazolták már az egészségi állapot és az életmód közötti szoros összefüggést. A börtönökben fogvatartottak egészségi állapotával és egészségmagatartásával kapcsolatban is számos nemzetközi kutatási eredmény áll rendelkezésre, azonban a hazai szakirodalomban nagyfokú hiányosságot tapasztaltunk e témában. Zárt intézeti körülmények között – a lehetőségek és az attitűdök speciális volta miatt – egy sajátos egészségmagatartást feltételezhetünk, mely várhatóan az átlag populációtól eltérő egészségi állapotot eredményez.

A börtönbe kerülő személyek közül sokan diagnosztizált, súlyos betegségekkel érkeznek a büntetés-végrehajtási intézetekbe. Gyakran a börtön egészségügyi szakemberei fedeznek fel náluk addig elhanyagolt vagy egyáltalán nem kezelt kórképeket. A fogvatartottak egészségi állapotát nem csak a börtönbe kerülésük előtti életmódjuk, de a börtönbe kerülésükkel együtt fellépő pszichés és egyéb hatások is meghatározzák. A kényszerintézkedés okozta lelki terhelés, a zárt környezet, a rezsimszabályok, bizonyos jogok korlátozása, a családtól való elszakadás, a kapcsolattartás nehézségei erőteljes negatív hatással vannak a pszichés állapotra. A börtön-ápolói munka során gyakran tapasztalható a fogvatartottak kiszolgáltatottság érzése, az egészségi állapotukban végbemenő változásokra történő túlzott reakcióik, valamint az, hogy egy részüknél a vélt egészség-érzés gyakran súlyosabb betegségtudattal párosul, mint azt a valóságos státuszuk indokolná. A legnagyobb felelősség és teher tehát azokat az intézetekre nehezedik, ahol túlnyomó részben előzetes fogvatartottak elhelyezésére kerül sor, hiszen a fogvatartottak jelentős hányada ezekben az intézetekben találkozik először börtönkörülményekkel.

Szakirodalmi háttér

K. Stewart tanulmányában hangsúlyozza, hogy a fogvatartottak körében magas a mentális betegségek és a fertőző betegségek aránya. A rossz szájüregi egészség mellett alacsony a szájüregi kezelésekre való hajlam. Az egészségkárosító szerek, mint az alkohol és a drog használata, a dohányzás, valamint a szénhidrátokban gazdag ételek fogyasztása elterjedt a fogvatartottak körében. A fogvatartottak általánosságban rossznak ítélték meg a szubjektív egészségi állapotukat, melyhez hozzájárult helytelen életmódjuk és egészségmagatartásuk. (Stewart, 2007)

* A tanulmány alapját képező szakdolgozat a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar 2009. évi Tudományos Diákköri Konferenciájának díját nyerte el.

Más szerzők kiemelik, hogy a fogvatartottak úgy gondolják, az egészségügyi ellátás a börtönbüntetés jelentős, fontos eleme, amelyre a börtönbe kerüléstől kezdve a szabadulásig folyamatosan szükség van. Azok a fogvatartottak, akik a börtönbe kerülésük előtt nem megfelelő módon fértek hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez, a börtönben esélyt kaptak a jobb ellátásra. A fogvatartottak felismerték az egészségügyi szolgáltatások jelentőségét, elfogadták és használták a szolgáltatásokat, azokat is, amelyeket a börtön ápolói nyújtottak számukra. Az optimális egészségügyi ellátás és a börtön szabályai azonban ellentétben állhatnak egymással, továbbá az autonómia hiánya jelentősen megnehezíti a fogvatartottak egészségügyi szolgáltatásokhoz való teljes körű hozzáférését. A börtön egészségügyi ellátórendszerének megszervezésekor tehát figyelembe kell venni a fogvatartottak véleményét, szempontjait is. (Condon et al, 2007)

Egy nyíregyházi börtönben készült vizsgálat az előzetes fogvatartottak pszichés állapotát kutatta. A szerző kiindulási problémaként a börtönbe kerüléskor többszörösen fellépő pszichés hatások jelentkezését tárgyalja. Az előzetes letartóztatást még a visszaesők is lelki sokként élik meg. A fogvatartottak különböző módon élik meg a börtönön belüli életet, a börtön okozta lelki ártalmakra különböző válaszokat adnak. Legfontosabb hiányként a családtól való távollétet jelölték meg a válaszadók, de – a felmérés szerint – jelentős pszichés terhet jelentenek a megváltozott életkörülmények, az elhelyezés, a zárkatársak személyisége, az autonómiától való részbeni megfosztottság. A lelki betegségek gondozása általában gyógyszeres ellátással történik, kevés a lehetőség a kiváltó okok feltárására, megoldására. (Lebujos, 2006)

A vizsgálat sajátosságai

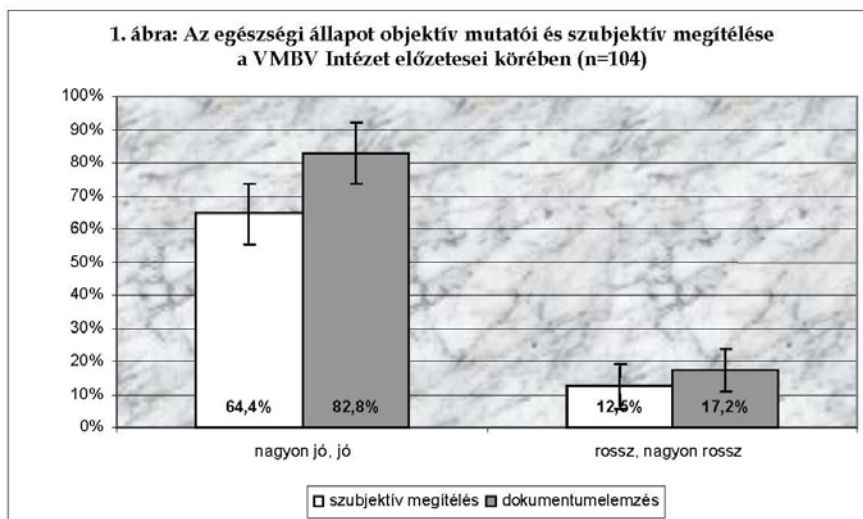
Retrospektív, keresztmetszeti kutatásunk célcsoportja a Veszprém Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet (a továbbiakban: VMBV Intézet) előzetes fogvatartottjai voltak. A vizsgálat – amely 2008 szeptemberében zajlott le – összesen 122 főt érintett. A megkérdezettek között első bűntényes vagy visszaeső férfi, illetve női előzetes fogvatartottak szerepeltek a 14-65 év közötti korcsoportban. Az elítélteket, a megőrzésen a VMBV Intézetben tartózkodó előzeteseket és a szabálysértőket nem vontuk be a felmérésbe. Az alanyokat ún. kényelmi (az elérhető alanyokra korlátozódó) mintavétellel választottuk ki. Fontosnak tartottuk a hazai népesség egészség-mutatóinak és a börtönpopuláció mutatóinak az összehasonlítását, ezért olyan kérdőívet állítottunk össze, amely az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003-ban használt „önkitöltős” és „egyéni” kérdőíveinek részeiből állt, másrészt alkalmaztunk saját szerkesztésű kérdéseket is. További adatokat gyűjtöttünk a fogvatartottak egészségügyi törzslapjából és egészségügyi adataik számítógépes nyilvántartásából. A dokumentumelemzés során az egészségi állapotra vonatkozó orvosi véleményeket, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, továbbá a betegség típusok megjelenésének elemszámát vizsgáltuk. A vizsgálati mintacsoportba végül 104 fő került.

A kutatás célja az volt, hogy felmérjük a vizsgált mintában az életmódbeli szokásokat, sajátosságokat, az egészségi állapot objektív és szubjektív mutatóit, az egészségügyi ellátás igénybevételének alakulását a börtönbe kerülés előtt és után. További célunk volt a többszörösen hátrányos helyzetű előzetes fogvatartottak arányának felmérése a VMBV Intézet előzetesei között, valamint annak kimutatása, hogy a pszichés problémák kialakulása mely fogvatartotti csoport esetében gyakoribb. Végül – de nem utolsó sorban – azt is fontosnak tartottuk, hogy az előzetes fogvatartottaktól begyűjtött adatokat összevegyesük a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2003) eredményeivel. Kutatási céljainknak megfelelően hat hipotézist teszteltünk; az elemzés leíró és matematikai statisztikai módszerekkel (T-próba, Khi-négyzet próba), 5%-os szignifikancia-szinten, Excel program segítségével történt.

Eredmények

Elöljáróban fontos megjegyezni, hogy az egészségi állapot objektív mutatói és szubjektív megítélése között jelentős különbségek lehetnek. Az orvosi diagnózis objektív információk alapján kerül meghatározásra, míg a szubjektív egészség-érzés az egyén saját értékelése az aktuális egészségről; ez utóbbi függhet az egyén korától, nemétől, de a társadalmi, földrajzi és kulturális környezettől is.

Először a fogvatartottak jelenlegi egészségének szubjektív megítélését és a dokumentumok elemzése után kapott objektív mutatók összehasonlítását végeztük el. A dokumentumelemzésben „jó” és „rossz” egészségi állapot került megkülönböztetésre; a rossz egészségi állapotúak közé soroltuk a krónikus, kezelt, gondozott és diétára szoruló betegeket. Érdekes, hogy – várakozásunkkal ellentétben – nem mutatkozott szignifikáns különbség az egészségi állapot szubjektív megítélése és az objektív mutatók között (Khi-négyzet próba, $p=0,98$). (1. ábra)



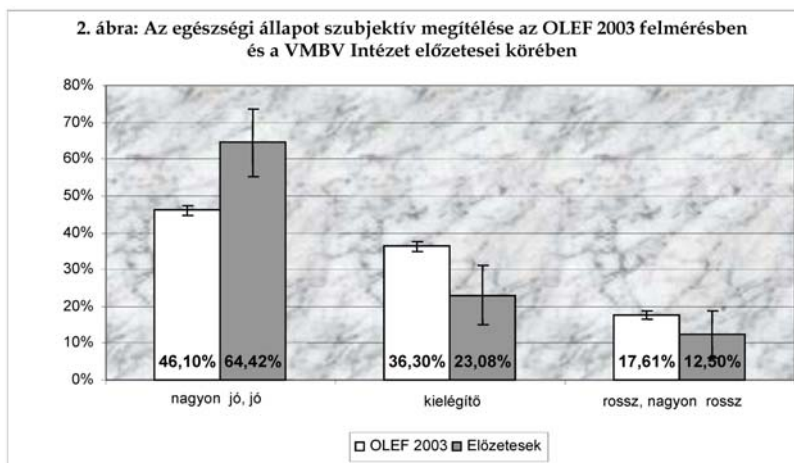
Ezt követően vizsgáltuk a börtönkörülmények hatását az egészségi állapot szubjektív megítélésére. Az öt válaszlehetőség mentén mértük, hogy a fogvatartottak miként vélekednek egészségi állapotukról a börtönbe kerülésük után, majd ezt összevetettük a börtön előtti időszak szubjektív megítélésével. Így felére csökkent azok száma, akik szerint nagyon jó az egészségi állapotuk (15,4%), másfélszeresére emelkedett az egészség „rossz” (14,4%) és „nagyon rossz” (5,8%) megítélése; ugyanakkor majdnem kétszer annyian gondolták kielégítőnek egészségüket (39,4%) börtönbe kerülésük előtti állapotukhoz képest. Összességében a börtönbe kerülés utáni egészségi állapot szubjektív megítélése szignifikánsan (Khi próba, $p=0,0098$) rosszabb lett, mint a bekerülés előtti állapoté.

A VMBV Intézetben fogva tartott előzetesek szubjektív egészségének megítélése meglepően kedvező képet mutat, a börtönbe kerülés előtti időszakra vonatkozó kérdés esetében. (1. táblázat)

1. táblázat: A börtönbe kerülés előtti egészségi állapot szubjektív megítélése

Szubjektív egészség	Megítélés gyakorisága
Nagyon jó	31,7% [MT 22,8-40,7]
Jó	32,7% [MT 23,7-41,7]
Kielégítő	23,1 [MT 14,9-31,2]
Rossz	8,6% [MT 3,2-14,1]
Nagyon rossz	3,9% [MT 0,15-7,5]

Ezeket az eredményeket összehasonlítva a hazai népességével (azonos válasz kategóriákat képezve) arra a – számunkra érdekes – megállapításra jutotunk, hogy a fogvatartottak lényegesen jobbnak ítélik meg egészségi állapotukat a börtön előtti időszakra vonatkozóan, mint az ország lakossága. (2. ábra)



Az egészségkárosító szerek használata

A WHO kimutatása szerint hazánk az Európai Unióban a rendszeres dohányzókat tekintve az elsők között található. (WHO/Europe, 2009) A vizsgált mintánkban is magas volt a dohányzók száma (67,3%), mely az országos átlagot tekintve is kedvezőtlenebb képet mutat; a börtönben kétszer annyian dohányoznak, mint az OLEF 2003 felmérésben résztvevő lakosság. A dohányzási szokások és az iskolai végzettség összefüggéseit elemezve felmérésünkben nem mutatható ki jelentős különbség. Az egészségkárosító szerek használatának gyakoriságában mindhárom szerhasználat esetében (dohány, alkohol, drog) szignifikáns különbségek állapíthatók meg a rendszeres használók és a nem használók körében: míg a dohányzás esetében a dohányzók száma magasabb, addig az alkohol és a kábítószer tekintetében a használatot tagadók vannak többségben, bár feltételezzük, hogy ez utóbbi két kategóriánál nem kaptunk őszinte, valós válaszokat. Ennek ellenére, bevallásuk alapján rendszeres alkoholfogyasztónak számít a fogvatartottak 36,5%-a, amely így is magasabb arányszámot mutat a 2003-as Alkohol- és Drog-epidemiológiai Vizsgálat jelentésében olvasható eredménynél, mely szerint a válaszadók negyedénél többen nyilatkoztak úgy, hogy rendszeresen fogyasztanak alkoholt. (Busa et al, 2004)

Megjegyzendő, hogy igen magas a rendszeres kábítószer-használat gyakorisága is, a vizsgált minta mintegy harmada használ rendszeresen kábítószer; ez négyszer magasabb arányt mutat, mint a hazai populáció körében. (Paksi, 2003)

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

A börtönbe kerülés előtti tizenkét hónapra vonatkozóan vizsgáltuk azt, hogy a fogvatartottak milyen gyakran kerestek fel az orvost (házi orvos, üzemorvos, szakorvos, fogorvos), milyen gyakran találkoztak a házi orvos szakasszisztensével, illetve egyéb egészségügyi szakemberrel. Ezen adatokat vetettük össze – az Egészségügyi Alrendszer számítógépes program adatai alapján (orvosi-, szakorvosi rendeléseken való megjelenések száma, ápolói betegellátások száma) – a börtönbeli egészségügyi szolgálathoz való fordulások számával.

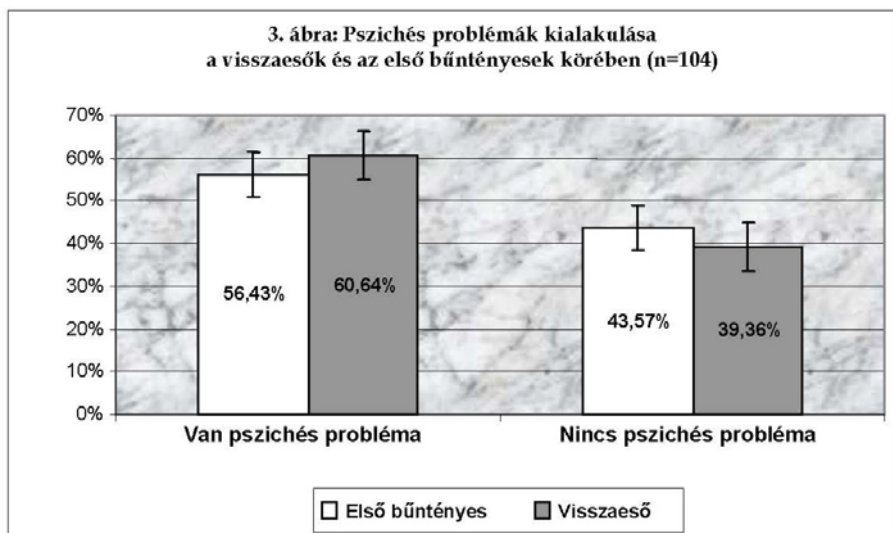
A statisztikák értelmezéséhez fontos adalék, hogy a fogvatartottak a befogadási eljárás keretében kötelező ápolói, majd 72 órán belül orvosi befogadáson esnek át. Így még azok a fogvatartottak is legalább kétszer igénybe vesznek egészségügyi szolgáltatást, akik egyébként nem fordulnának orvoshoz. Megjegyzendő továbbá, hogy az Intézetet valamilyen okból elhagyó fogvatartottak kötelező egészségügyi visszafogadáson esnek át.

Eredményeink alapján az előzetesek börtönbe kerülésük előtti 12 hónapban átlagosan 6,7 esetben [MT 4,62-8,86], a börtönbe kerülés után átlagosan 14,4 esetben [MT 12,53-16,32] vettek igénybe egészségügyi szolgáltatást. A VMBV Intézet előzetesei tehát az elérhető egészségügyi szolgáltatásokat – az átlagosan börtönben töltött öt és fél hónap alatt – kétszer gyakrabban vették igénybe, mint a börtönbe kerülésük előtti 12 hónapban; a különbség szignifikáns (T-próba, $p < 0,01$).

A VMBV Intézetben megemelkedett egészségügyi ellátások igénybevételének egy része abból is adódhat, hogy a kiszolgáltatottabb réteg bízik egészsége javulásában. Ugyanakkor a pszichés problémák is jelentősen megemelkednek az Intézetben tartózkodás ideje alatt, mely szintén növelheti az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének számát.

A pszichés problémák kialakulása

A pszichés problémák kialakulásának gyakoriságát a figyelem, az alvási nehézségek, a feszültség, a problémákkal való megküzdési képesség, a depresszió, lehangoltság és az egyén értéktelenség érzésének dimenzióiban vizsgáltuk. Vizsgálatunkban – az előzetesen fogvatartottak börtönbe kerülésének megoszlását tekintve – 47 fő visszaeső és 57 fő első büntényes fogvatartott vett részt. Nem várt módon a visszaesők között gyakrabban alakult ki valamilyen pszichés teher, mint az első büntényesek esetében, bár a különbség nem tekinthető jelentősnek (Khi-négyzet próba, $p=0,289$). Mindkét csoporton belül azonban jelentősen többen vannak a pszichés problémákkal rendelkezők, a pszichés problémákkal nem rendelkezőkhöz képest. (3. ábra)



Mindkét csoport – első büntényesek, visszaesők – tagjainak kétharmada alvással és depresszióval, lehangoltsággal kapcsolatos problémát jelzett, a visszaesők mintegy 75%-ának jelentett problémát a feszültség érzése.

Depriváció

Több nemzetközi és hazai jelentés, tanulmány megfogalmazta már, hogy a deprivált státusz egészségkárosító hatású. Egy hazai vizsgálat szerint a lehangsúlyosabban egészség-betegség összefüggést befolyásoló tényező a depriváció. A depriváció leginkább a jövedelem és az iskolázottság tekintetében meghatározó. A roma népcsoport az átlagosnál kedvezőtlenebb helyzetben van az egészség-esélyeket illetően. (Kovács, 2006)

Jelen kutatásunkban deprivált státuszúnak tekintettük azon előzeteseket, akiknél a következő kategóriák közül legalább négy fennállt: létminimum alatti jövedelem, szükségellakásban élés vagy hajléktalanság, munkanélküliség, kettő vagy több krónikus betegség, a rendszeres alkoholfogyasztás, dohányzás és kábítószer-használat. Ez alapján deprivált státuszúnak bizonyult a vizsgált minta 44,23%-a. További veszélyeztető faktorként értékeltük a három vagy több gyermeket nevelőket, a falvakban élőket, a legfeljebb 8 általános iskolai végzettségűeket és a szakképesítéssel nem rendelkezőket. Amennyiben az összes felsorolt (11) faktor közül egyszerre legalább négy jelen volt, depriváció által veszélyeztetettnak neveztük az egyént; ez utóbbi kategorizáció alapján az előzetes fogvatartottak 55,8%-a volt ide sorolandó.

Következtetések

Az előzetes fogvatartottak egészségmagatartása összességében kedvezőtlenebb képet mutat, mint a lakosságé, ezért a börtönegészségügy fontos feladata a fogvatartottak egészségének javítása. A fogvatartottak szubjektív egészségi állapotának, életmódjának, szociális háttérének, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeének feltérképezése hozzásegíthet az ellátásuk során felmerülő problémák kezelésére, egységesítésére. Mivel a fogvatartottak jelentős része depriváció által veszélyeztetett, ellátásuk, egészségük megtartása, egészségmagatartásuk fejlesztése kiemelt feladat (kellene, hogy legyen) a börtönökben. A börtönegészségügy feladata tehát a fogvatartottak egészségi állapotának javítása, a további egészségkárosodások megakadályozása, a helyes magatartásformák megismertetése és elsajátíttatása, ezzel is segítve őket a társadalmi visszailleszkedésben. (Moeller et al, 2007)

Kutatásunk eredményeit a gyakorlatban – átlagos börtönkörülmények között – az elsődleges és a másodlagos prevenció területén lehet alkalmazni. A sikeres magatartásbefolyásolás alapos anamnézis-felvételt igényel a fogvatartottak körében. Célzott egészségfejlesztő, egészségnevelő programokkal csökkenteni lehet a káros magatartásformák gyakoriságát. Véleményünk szerint – a különböző egészségre ártalmas szokások, hajlamosító tényezők szétválasztásával – a fogvatartottakat homogén csoportokra osztva hatékonyabban lehet az attitűdjük megváltoztatására készíteni, mint nagy létszámú, heterogén csoportban. Fontos, hogy a programba bevont fogvatartottakat úgy kell irányítani, hogy aktív résztvevői legyenek a foglalkozásoknak. Az egészségmagatartás megfelelő irányba való terelése közben különös figyelemmel kell lenni arra, hogy a fogvatartottak megőrizhessék autonómiájukat, a programot ne tartásák kényszernek, hanem önmaguktól érezzék rá a kíváncsú magatartásformák előnyeire, és sajátítsák el azokat. Az egészségfejlesztésbe a börtön személyzetét és más, külső szakértőket is be kell vonni. A többszörösen hátrányos helyzetű egyének egészségmagatartásának fejlesztése – ha azt megfelelően előkészített és kidolgozott tematika szerint végzik – eredményes lehet a káros te-

vékenységek, ártalmak csökkentésében. (Gyukits, Sándor, 2003) A jól működő börtönegészségügyi szolgálat egyaránt hasznos a társadalom, a fogvatartottak és a személyzet számára. (Moeller et al, 2007)

Irodalomjegyzék

- Busa Csilla et al. (2004): *Drogfogyasztás a populációban*. In: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2004. (Szerk. Nyírády Adrienn, Felvinczi Katalin.) Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest. 32-42.
- Condon, L. et al. (2007): *Users' views of prison health services: a qualitative study*. Journal of Advanced Nursing, Volume 58, Number 3, 216-226.
- Gyukits György – Sándor Imola (2003): *A romák egészségvédelmét szolgáló oktatási program a Dzsumbujban*. Lege Artis Medicinae, 13. 1. 85-87.
- Kovács Katalin (2006): *Egészség-esélyek*. Központi Statisztikai Hivatal Népeségstudományi Kutatóintézete, Budapest. (Műhelytanulmányok 5.)
- Lebujos Imre (2006): *Az előzetesen letartóztatottak pszichés problémái, különös tekintettel a deprivációkra*. Börtönügyi Szemle, XXV. évf. 2. szám, 65-84.
- Moeller, Lars et al. (2007): *Health in prison*. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office Europe.
- Paksi Borbála (2003): *A drogfogyasztás prevalencia értékei*. In: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről, 2003. (Szerk. Ritter Ildikó, Felvinczi Katalin.) Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest. 53-72.
- Stewart, K. (2007): *Oral health of Brixton remand prison*. British Dental Journal, 202. 86-87. WHO/Europe, European HFA Database, January 2009. – <http://data.euro.who.int/hfadbf/> [Letöltés: 2009. március 25.]