



Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

**Akademia Wychowania Fizycznego
w Poznaniu**

Wydział Wychowania Fizycznego, Sportu i Rehabilitacji

ROZPRAWA DOKTORSKA

Dariusz Czekan

Temat:

**Jakość życia i ryzyko zachowań zdrowotnych w populacji
osób niedostosowanych społecznie**

Promotor:

dr hab. prof. AWF Aleksander Barinow–Wojewódzki

Poznań 2022

Spis treści

1. Wstęp	4
2. Przegląd literatury	6
2.1. Założenia psychologiczne badań nad systemem penitencjarnym	6
2.2. Podstawy socjologiczne badań nad systemem penitencjarnym	13
2.3. Problem subkultury więziennej	14
2.4. Autoagresja w subkulturze więziennej	28
2.5. Zachowania ryzykowne	31
2.5.1. Teorie i definicje – zachowania ryzykowne, czynniki ryzyka, grupy ryzyka.....	31
2.5.1.1. Teorie uczenia się zachowań ryzykownych - modelowanie wg A. Bandury	36
2.5.1.2. Podejście ekologiczne U. Bronfenbrennera oraz koncepcja Sallisa i Nadera	37
2.5.1.3. Podejście „problemowe” wg Jessorów	37
2.5.1.4. Klasyfikacja nowszych ujęć motywacyjnych, inicjacyjnych i wielofazowych ..	38
2.5.1.5. Czynniki socjodemograficzne w warunkach penitencjarnych	40
2.5.2. Programy zdrowotne i resocjalizacyjne w systemie penitencjarnym	42
2.5.3. Szacowanie ryzyka zdrowotnego	45
2.6. Badania nad jakością życia	49
2.6.1. Określenie psychospołeczne „jakości życia” - stan badań	49
2.6.2. Badania nad zdrowiem publicznym a narzędzia pomiaru „jakości życia	54
2.6.3. Jakość życia w warunkach penitencjarnych – specyfika więzienna. Studia przypadków	55
3. Cel badań i założenia	63
3.1. Cel badań	63
3.2. Problemy badawcze	63
3.3. Hipotezy badawcze	63
4. Materiał i metody badań	64
4.1. Materiał badawczy	64
4.2. Metody badań	65
4.3. Miejsce przeprowadzania badań	67
4.4. Opracowanie i analiza danych	67
4.5. Skala jakości życia SF-36	68

4.6. Kwestionariusz środowiskowy	68
4.7. Test zachowań ryzykownych	69
4.8. Inwentarz zachowań zdrowotnych	69
5. Wyniki badań	71
5.1. Kwestionariusz wywiadu środowiskowego	71
5.2. Test Zachowań Ryzykownych TZR	90
5.3. Inwentarz zachowań zdrowotnych	93
5.4. Badanie jakości życia SF-36	95
5.5. Korelacje pomiędzy kwestionariuszami	97
6. Dyskusja	106
7. Wnioski	118
9. Podsumowanie	120
9. Bibliografia	124
10. Streszczenie	132
11. Summary	134
12. Aneks	136
12.1. Licencja na użycie kwestionariusza SF-36v.2	136
12.2. Formularz kwestionariusza SF-36v.2	142
12.3. Test zachowań ryzykownych TZR	163
12.4. Inwentarz zachowań zdrowotnych wg. autorstwa Juczyńskiego	164
12.5. Formularz kwestionariusza wywiadu środowiskowego	165
12.6. Informacje dla osób biorących udział w badaniach	167
12.7. Oświadczenie Badanego – zgoda na udział w badaniach	168
13. Spis tabel	169

1. Wstęp

Znaczącym problemem dla zdrowia publicznego są nasilające się patologie życia społecznego, prowadzące m.in. do spadku poczucia bezpieczeństwa osobistego, takie jak: osłabienie więzi rodzinnych, wzrost przestępczości, wzrost problemów zdrowotnych i społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu i przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Liczne badania wykazały, że zachowania ryzykowne najczęściej ze sobą współwystępują. Jedno zachowanie pociąga za sobą inne, np. picie alkoholu, czy odurzanie się narkotykami często współwystępują z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi i wczesną aktywnością seksualną.

Osoby przebywające w warunkach penitencjarnych stanowią grupę wysokiego ryzyka, u których zachowania ryzykowne są głęboko utrwalone i które odczuwają i przejawiają poważne negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne tych zachowań. Ważne jest zatem budowanie strategii redukcji szkód zdrowotnych i społecznych w tej grupie osób. Strategie zmniejszania szkód przewidziane są głównie dla potrzeb profilaktyki trzeciorzędowej dla osób, wobec których zawiodła wczesna profilaktyka, interwencje, terapia, resocjalizacja. Są to narkomani, alkoholicy z dużym stażem, prostytutki, recydywiści, którzy z różnych względów nie chcą lub nie mogą wycofać się z ryzykownych zachowań. Stają się oni zagrożeniem nie tylko dla siebie ale także dla społeczeństwa.

Zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji społecznej i osobistej jednostek i grup społecznych w zakresie samodzielnego działania na rzecz zdrowia. Wśród młodocianych przestępców umieszczonych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, zamkniętych w zakładach poprawczych czy też ośrodkach adaptacji społecznej istnieje wiele nieprawidłowości w zakresie zachowań zdrowotnych. Przebywająca w tych ośrodkach młodzież wykazuje bardzo wiele cech zachowań anty-zdrowotnych, które mogą wynikać z sytuacji rodzinnej i wykształcenia rodziców, wiedzy o zdrowiu i ich świadomości zdrowotnej, patologii społecznej itp. Przyjmuje się, że różnorodne czynniki mogą mieć wpływ na przygotowanie młodzieży i na jej wychowanie zdrowotne - wraz z wiekiem nasila się częstość zachowań niekorzystnych dla zdrowia, w tym zwłaszcza ryzykownych zdrowotnie.

Przedmiotem pracy było oszacowanie ryzyka zachowań zdrowotnych (*health risk assessment*) w aspekcie oceny jakości życia, i co bardzo ważne, w otoczeniu systemu penitencjarnego. Wprawdzie polityka karna, zwłaszcza w zakresie prawa karnego wykonawczego, nie jest ulubionym tematem specjalistów w zakresie zdrowia publicznego, to jednak należy zauważyć wagę społeczną i moralną tego zagadnienia, jeśli nie chcemy w warunkach "uwięziennienia" (*prisonisation*) hodować krwawych i żądnych zemsty na społeczeństwie

recydywistów. Tak postawiony problem jest w zasadzie nowy, gdyż zajmowano się programami resocjalizacyjnymi w kontekście alkoholizmu i narkomanii, niedostosowaniem społecznym nieletnich i związanymi z nim zachowaniami antyzdrowotnymi, natomiast brak jest publikacji na temat zależności percepcji jakości życia od zachowań ryzykownych w specyficznym kontekście penitencjarnym. Praca jest nowatorska i dążyła do opisanie i wyjaśnienia reguł gry panujących w zakładzie penitencjarnym oraz do ich wpływu na zachowania ryzykowne w związku z samooceną i subiektywnym poczuciem jakości życia. Związek pomiędzy pozostawaniem w systemie penitencjarnym a zachowaniami ryzykownymi stanowi istotny czynnik zasięgu i intensywności zachowań zdrowotnych i ich odniesienia do oceny jakości życia.

Praca zajmuje się obszarem jasno określonym jako nauki o zdrowiu ale jest powiązana w integralnej całości a zagadnieniami medycyny, zarządzania i nauk społecznych takich jak psychologii, socjologii, pedagogiki (edukacja zdrowotna i resocjalizacja) oraz nauki prawne (polityka karna i penitencjarna). Ważne było zatem, usytuowanie tematu pracy wśród tego zespołu nauk, nie tracąc w interdyscyplinarnym podejściu jedności i wyjątkowości przedmiotu badań. Jednakże należało ująć problem pracy dostatecznie szeroko, w powiązaniu z określonymi odpowiednio precyzyjnie charakterystykami zachowania ludzkiego w ogóle, zachowań ryzykownych w aspekcie szeroko rozumianego ryzyka, zachowań ryzykownych zdrowotnie i czynników ryzyka, pod względem ogólnego pojęcia zdrowia.

2. Przegląd literatury

2.1. Założenia psychologiczne badań nad systemem penitencjarnym

Rozważania rozpoczęto od uzasadnionego wieloma badaniami kryminologicznymi i dość oczywistego intuicyjnie przekonania, że w każdej grupie, także tej znajdującej się w warunkach penitencjarnych, mamy do czynienia z wieloma typowymi mechanizmami psychologicznymi i socjologicznymi, które wpływają na zachowania zdrowotne. Z drugiej strony ugruntowane zachowania zdrowotne, zgodnie z teorią „dysonansu poznawczego” Leona Festingera oraz teoria „autopercepcji” Daryla Bema skłaniają do przypuszczenia, iż zgodnie z obserwowanymi u siebie zachowaniami znajduje się w zgodności nie tylko cały system przekonań zdrowotnych na temat „self”, ale także cały zespół silnych przekonań na temat własnych cech osobowości i reakcji wzorcowych na sytuację – silne jednostki potrafią zbuntować się wobec poniżających często godność więźnia reguł, narzucanych przez towarzyszy niedoli, tworzących subkulturę więzienną, oraz przez strażników, wychowawców i administrację więzienia. Sytuacja osadzonego prowadzi go często do ryzykownych zdrowotnie zachowań: konformizm wobec norm grupowych i wpływ kognitywny są często tak duże, iż skłaniają do palenia, picia przemycanego alkoholu i spożywania nielegalnych narkotyków, do ryzykownych zachowań seksualnych (gwałty seksualne lub wykorzystywanie zgody), do agresji i autoagresji samouszkodzenia i próby samobójcze, często udane).

Warto przypomnieć znany eksperyment Philipa Zimbardo (Stanford Prison Experiment - SPE) z 1972 roku, który pokazał efekty nadmiernego utożsamienia się z rolą strażników i więźniów, odgrywanych po połowie przez losowo wybranych do swoich ról 24 studentów – zwykłych, normalnych ludzi (Zimbardo 1972a, 1972b, Zimbardo i in. 2001). Jak się pokazało, sytuacja wymusiła zgodne z rolami zachowanie, brutalizację „strażników” i uległość oraz bunt „więźniów”, czyli, inaczej mówiąc, mieliśmy do czynienia powstawaniem dewiacji społecznej, reaktancji i norm grupowych. Wniosek Zimbardo był dość prosty: wchodzenie w specyficzne role społeczne może kształtować osobowość jednostki i jej sytuację normatywną, zwłaszcza gdy zachodzi sytuacja w której nie może ona zrezygnować ze schematu roli, lub gdy rola ta nie pozwala na margines swobody postępowania. Eksperyment przerwano już po sześciu dniach, zamiast planowanych dwóch tygodni ze względu na brutalne zachowania osób, które przyjęły role strażników. Kłania się nam tutaj teoria Kurta Levina, że: $B = f(S+P)$, gdzie B oznacza zachowanie - „behaviour”, S to „situation”, a P to „personality” - zatem zachowanie jest dla niego funkcją

wzajemnego oddziaływania sytuacji i osobowości¹. Jest to ważne, ponieważ agresja i auto-agresja są w warunkach penitencjarnych powszechnym zagrożeniem zdrowotnym – dlatego ludzie są agresywni, jest na ten temat wiele teorii (np. ich omówienie w Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002: 487-540).

Ważnym problemem jest zagęszczenie społeczne: w pewnym badaniu na 1.400 więźniach z sześciu federalnych zakładów karnych, co do których sprawdzano skargi, wykroczenia, naruszenia dyscypliny, ciśnienie krwi, sen, wskaźniki śmiertelności, samobójstwa, zaburzenia psychiatryczne, samookaleczenia, kwestionariusze i samoopisowe dane biograficzne. Badacze doszli do wniosku, że istnieją znaczne różnice indywidualne w odpowiedzi na przeludnienie, jak również różnice w grupach rasowych i etnicznych. Stwierdzono również, że zarówno liczba osób przebywających w pomieszczeniach mieszkaniowych (social density) jest ważnym czynnikiem wzrostu agresji, lęku² – co więcej w niektórych badaniach³ ustalono, że nawet sama antycypacja znalezienia się w warunkach dużego zagęszczenia społecznego wywołuje negatywny nastrój. Co bardzo ciekawe, w kilku badaniach⁴ stwierdzono, że mężczyźni doświadczają bardziej negatywnego nastroju w warunkach wysokiego niż niskiego poziomu zagęszczenia przestrzennego, natomiast wśród kobiet zachodzi zależność odwrotna: potrzeba przestrzeni osobistej jest większa u mężczyzn niż u kobiet, jak się zdaje, podobnie jak ich zdolność do afiliacji i kooperacji.

Z drugiej strony badania⁵ na zwierzętach i ludziach co do zatłoczenia (*crowding*) nie są zawsze tak jednoznaczne: wiąże się z tą kwestią problemu negatywnej atrakcyjności, wycofania, zmniejszenia zachowań prospołecznych, zwiększonej agresji, a ponadto nadmiernego kontaktu społecznego; zbyt wiele stymulacji społecznej, ograniczona swoboda działania, niedobór zasobów, naruszenie przestrzeni osobistej plus trafne atrybucje, nadmierny, niekontrolowany lub niepożądany kontakt z innymi, przerwanie lub zablokowanie zachowania ukierunkowanego na cel, niezdolność do

¹ Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002: 49-51: 1. Różne sytuacje aktywizują różne części Ja. 2. Każda sytuacja ma różne

² *Social density* – manipulacje, które przy zachowaniu tej samej przestrzeni zmieniają wielkość grupy, zob. G. McCain, V.C. Cox, P.B. Paulus (1980), „Effect of prison crowding on inmate behavior”, University of Texas. Por. także Saegert, S., MacIntosh, E., West, S. (1975), „Two studies of crowding in urban public spaces”, *Environment and Behavior*, 1, s. 159-184.

³ Baum, A., Greenberg, C.I. (1975), „Waiting for the crowd: The behavioral and perceptual effects of anticipated crowding”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, s. 1078-1089.

⁴ Np. Freedman, J.L., Levy, A.S., Buchanan, R., Price, J. (1972), „Crowding and human aggressiveness”, *Journal of Experimental Social Psychology*, 8, s. 528-548.

⁵ Bell, P.A., Greene, Th.C., Fisher, J.D., Baum, A. (2004), „Psychologia środowiskowa”, GWP, Gdańsk: 376-413, zob. hasło „zatłoczenie”(crowding) w: „Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna”, Antony S.R. Manstead, Miles Hewstone i in., wstęp J.Czapiński, Jacek Santorski&CO, Warszawa 1996, hasło: „zatłoczenie (crowding)”, Susan, D. Boon: 749-757.

utrzymania pożądanego poziomu prywatności. Innym aspektem funkcjonalnym „zagęszczenia społecznego” jest zjawisko z zakresu komunikacji niewerbalnej, czyli „proksemika”⁶, obejmująca (podobnie jak w aspekcie globalnym – geopolityka) zachowania związane z lokalizacją przestrzenną („terytorium”), bada ona wzajemne umiejscowienie uczestników komunikacji i jego wpływ na przebieg kontaktów – jeśli grupa posiada wyznaczone terytorium (zakład karny, zakład poprawczy), to łatwiej jej budować spójność wewnętrzną (*internal group consistency* – czyli siła więzi łączących członków grupy): „Przydzielenie grupie w wyłączne użytkowanie jakiegoś obszaru jest prostym i pożytecznym zabiegiem pozwalającym wykorzystać czynniki niewerbalne do budowania spójności grupy. Dzięki temu pojawia się w niej większa gotowość do współpracy i więcej energii skierowane zostaje na wykonanie zadania niż na rozstrzygnięcie kwestii społecznych”⁷.

Tak jak grupy mają własny obszar, tak też jednostki mają swoje kulturowo-etnicznie ukształtowane „terytorium” (Hall 1959): 1) Dystans intymny obejmuje najmniejszy krąg i najściślej otacza nasze ciało jego przekroczenie stanowi dla nas groźbę, o ile z naruszcicielem nie łączą nas ściśle, pozytywne relacje emocjonalne. 2) Dystans osobowy to przestrzeń w której kontaktujemy się z przyjaciółmi i bliskimi znajomymi (interakcje grupowe). 3) Dystans społeczny zaś, to następny pierścień przekraczający granice naszego dotyku, dla kontaktów służbowych. Wreszcie 4) to dystans publiczny, najszerszy. Ekologia przestrzenna grupy jest sposobem ustrukturywania i organizacji przestrzeni wokół jednostki (układ cel, mebli itd.): wyróżniamy tutaj 1) organizację społecznie dośrodkową (wprowadzenie okrągłego stołu lub ustawienie krzeseł i stołów w okręgu oraz 2) organizację społecznie odśrodkową, zniechęcającą do komunikowania się ludzi ze sobą – np. monolog w sali konferencyjnej do ustawionych równolegle, zwróconych w jedną stronę rzędów (por. Oyster (2002): 131-2: mowa ciała (kinezyjetyka), „paralingwistyka”, czyli, „styl przemawiania, artykulacja, intensywność, frazeologia i ekspresja interpretacyjna” (Baird, Weinberg 1981:46), które wpływają, razem wszystkie, na naszą zdolność przesyłania i rozumienia komunikatów).

W placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz zakładach karnych istnieją procesy grupowe, z którymi spotykamy się prawie zawsze i prawie wszędzie, a na które nakładają się zjawiska wpływu społecznego, poszukiwania spójności i samo-percepcji (wspomniane już: teoria dysonansu poznawczego Leona Festingera i teoria „self-perception” Daryla Bema), reaktancji, czyli oporu wobec komunikatów perswazyjnych, zjawisko występowania norm grupowych, fenomen

⁶ Carol, K. Oyster, (2002), „Grupy”, przeł. A. Bezwińska-Walerjan, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań: 129-131.

⁷ Baird, J.E., Jr., Weinberg, S.B. (1981), „Communication: The essence of group synergy”, (2 wyd.), Dubuque, IA: Wm. C. Brown: 42. Cyt. za Oyster (2002): 129.

psychospołecznego modelowania zachowań i postaw (Albert Bandura) i wiele innych procesów i zjawisk z zakresu psychologii społecznej i socjologii.

Teoria „dysonansu poznawczego” Leona Festingera⁸ i teoria „autopercepcji” Daryla Bema - te dwie teorie są być może najsubtelniejszym w psychologii społecznej wyjaśnieniem faktu, że osoby świadome ryzyka zachowań zdrowotnych, podejmują je jednak. „Teoria dysonansu poznawczego”(cognitive dissonance theory) Festingera⁹ twierdzi, że dostrzeżenie niezgodności dwóch lub więcej przekonań rodzi wewnętrzny stan dysonansu, odczuwany jako nieprzyjemny, podobnie jak stan głodu czy pragnienia. Dysonans poznawczy można nazwać zespołem popędowym, gdyż jego wpływ na zachowanie jest taki, jak podstawowych popędów człowieka: wywołuje ogólną mobilizację organizmu, motywuje do zachowań, których celem jest zmniejszenia napięcia, oraz wywołuje antycypacyjne unikanie (czyli uczenie się reakcji na impulsy skojarzone z pojawieniem się dysonansu). Zauważono np., że prawie wszyscy niepalący zgadzają się z tym, że palenie jest szkodliwe, a wśród osób palących zgadza się z tym tylko połowa badanych¹⁰. „Gdy wzbudzony zostaje dysonans, dana osoba motywowana jest do jego redukcji i przywrócenia zgodności między sprzecznymi informacjami. Może to być osiągnięte przez: zmianę jednego z elementów będących ze sobą w kolizji: palacz, który dowiaduje się, że jest to szkodliwe, może rzucić palenie lub odrzucić informację o szkodliwości palenia (albo unikać myślenia o niej). Przeformułowanie znaczenia jednego z elementów, które są ze sobą niezgodne. Na przykład palacz może twierdzić, że pali, ale tylko papierosy *light*, co nie jest szkodliwe. Bądź też, że „Życie też jest szkodliwe dla zdrowia, nie tylko papierosy” – właściwie wszystko jest szkodliwe, cukier, sól, brak cukru, nadmiar witamin itp., przez co zmienia znaczenie słowa „szkodliwe”. Dodanie nowego elementu poznawczego, którego zadaniem jest zredukowanie sprzeczności między dotychczasowymi elementami. Palacz może twierdzić, że palenie go uspokaja i rozluźnia (czyli jest zdrowe). Może zacząć uprawiać sport lub twierdzić, że zawsze wchodzi na siódme piętro piechotą, a te jego wysiłki niwelują szkodliwość palenia. (...) Dysonans poznawczy może upośledzać myślenie racjonalne. Antycypacja napięcia dysonansowego prowadzi do unikania myślenia o pewnych kwestiach, bowiem mogłoby to doprowadzić do pojawienia się „nieprzyjemnych” wniosków. Na przykład palacze zwykle są przekonani, że palą mniej niż rzeczywiście palą, a nieleczący się alkoholicy

⁸ Festinger, L. 1957 (2007), „Teoria dysonansu poznawczego”, Redakcja naukowa: Stanisław Mika, Julitta Rydlewska, PWN, Warszawa: 125-126.

⁹ „Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna”, Antony S.R. Manstead, Miles Hewstone i in., wstęp J.Czapiński, Jacek Santorski&CO, Warszawa 1996. Hasło: Teoria dysonansu poznawczego, ss. 636-641, Joel Cooper.

¹⁰ Eiser J.R., Sutton S.R., Wober M. (1979) „Smoking, seat-belts, and beliefs about health”. Addict Behav. 1979;4(4), 331–338.

uważają, że nie mają rzeczywistego problemu z piciem.(...) Festinger pierwotnie definiował dysonans jako niezgodność „między dwoma elementami poznawczymi”, z milczącym założeniem, że nie jest istotne, czego dotyczą owe „elementy poznawcze”. Do wzbudzenia dysonansu wystarczała sama niezgodność poznawcza. (...) Dzisiaj wiadomo, że tak nie jest. Ludzie posiadają różne elementy poznawcze, które logicznie nie są ze sobą zgodne, a mimo to nie wzbudzają dysonansu. Na przykład ktoś może uważać, że jest punktualną osobą, ale spóźnia się zwykle do kościoła itp.”¹¹. Nie chodzi więc tu o niezgodność w sensie logicznym. Dysonans wzbudzany jest także przez twierdzenia, które w sensie logicznym nie muszą być w sprzeczności (nie są w logicznej sprzeczności twierdzenia: „Palenie jest szkodliwe” i „Palę papierosy”). Obecnie definiuje się „niezgodność poznawczą” nie w sensie logicznym, ale psychologicznym – czyli jest to posiadanie takich twierdzeń czy elementów poznawczych na temat danej kwestii, z których wynikają sprzeczne zachowania lub oceny. Szybko okazało się także, że dysonans wzbudzany jest przede wszystkim wtedy, gdy niezgodność dotyczy w jakimś stopniu obrazu własnej osoby (jako pierwszy badania na ten temat prowadził Andrzej Malewski (1962). Dysonans rośnie wraz ze wzrostem ważności niezgodnych przekonań. Płodne badania nad redukowaniem dysonansu w sytuacji swobodnego wyboru zostały przeprowadzone przez Brehma (1956). Przewidywał on, że zmiany sposobu myślenia o alternatywnych możliwościach po podjęciu decyzji sprowadzają się do podwyższenia subiektywnej atrakcyjności możliwości wybranej, a obniżenia – możliwości odrzucone¹².

Z kolei Daryl Bem¹³ twierdzi, że mechanizmy wewnętrzne, które uruchamiane są w wyżej opisanej sytuacji są o wiele prostsze. Otóż ludzie przyglądają się swojemu działaniu, tak jakby obserwowali kogoś innego i logicznie, racjonalnie wnioskuje (a nie irracjonalnie, tak jak to postulował Festinger) (i oceniają własne przekonania i emocje na podstawie obserwacji własnego zachowania). O innych ludziach myślimy: „Jeśli ktoś pisze esej za duże pieniądze, to robi to dla pieniędzy. Jeśli ktoś dobrowolnie pisze esej za grosze, to widocznie pisze to co lubi, w co wierzy lub co uważa za słuszne”. Tak samo badani wnioskuje na swój temat i dlatego gdy mało się im zapłaci, to dochodzą do wniosku, że to co piszą odzwierciedla ich prawdziwe przekonania, a gdy płacimy im

¹¹ http://pl.wikipedia.org/wiki/Dysonans_poznawczy

¹² „Blackwella. Psychologia społeczna”, Antony S.R. Manstead, Miles Hewstone i in., wstęp J. Czapiński, Jacek Santorski&CO, Warszawa 1996. Hasło: Teoria dysonansu poznawczego, s. 637, Joel Cooper. Zob. Brehm, J. W. „Post-decision changes in desirability of alternatives”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52 (1956), s. 384-389.

¹³ Bem, D. J. (1967), “Self-Perception: An Alternative Interpretation of Cognitive Dissonance Phenomena”. *Psychological Review*, 74, 183-200. Bem, D. J. (1972). *Self-Perception Theory*. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 6, pp.1-62). New York: Academic Press.

dużo, to dochodzą do wniosku, że napisali to dla pieniędzy i pozostają przy swoich pierwotnych przekonaniach”. Koncepcje te łączy wiele z różnymi „teoriami równowagi¹⁴” i teoriami „zgodności poznawczej¹⁵”.

Kolejnym problemem jest tzw. „podstawowy błąd atrybucji” (Lee Ross 1977), czyli tendencja do przeceniania czynników wewnętrznych przynależnych do dyspozycji, a niedoceniając roli sytuacji: eksperyment Zimbardo pokazuje nam jak spostrzeganie innych i siebie zależy od atrybucji (por. Heider 1958). Teoria atrybucji to określenie sposobu, w jaki ludzie wyjaśniają przyczyny tak swego zachowania, jak i zachowania innych ludzi. Atrybucja wewnętrzna to wnioskowanie, że jakaś osoba zachowała się w określony sposób zarówno ze względu na swe właściwości, jak i postawy, charakter czy osobowość. Atrybucja zewnętrzna natomiast to wnioskowanie, iż jakaś osoba zachowała się w określony sposób ze względu na właściwości sytuacji, w której się znalazła; zakłada się tu, że w tej sytuacji większość ludzi reagowałaby w ten sam sposób (Aronson, Wilson, Akert 1997: 187). Kwestia ta¹⁶ ma dość oczywisty związek z przypisywanym sobie samemu i sobie przez innych określonych stylów atrybucyjnych, co wiąże się także z tzw. „ukrytymi teoriami kompetencji”¹⁷, które można podzielić na „zdobywcze, zwycięskie” i „zachowawcze”.

Najważniejszy jednak dla predykcji zachowań protekcyjnych i antyzdrowotnych jest „negatywny styl atrybucyjny”: „Negatywny styl atrybucyjny wyraża się w spostrzeganiu przyczyn niepowodzeń jako ulokowanych wewnątrznie (tkwiących w jednostce), stałych (istniejących w przeszłości i oczekiwanych w przyszłości) oraz uogólnionych (obejmujących różnorodne sfery życia jednostki)”¹⁸. Zarzucanie lub podtrzymywanie zachowań anty-zdrowotnych przez osadzonych, zależy od różnic w stylu atrybucyjnym: „negatywny styl atrybucyjny” skłania do pasywności i popadnięcia w apatię i nihilizm, skojarzony także z zasadą w socjologii stratyfikacji, że osadzeni, z których większość pochodzi z klas niższych, nie potrafią odroczyć gratyfikacji (horacjańskie: „Carpe diem”), co łatwiej przychodzi ludziom z klasy średniej, co do których obowiązują jeszcze

¹⁴ Kenrick, D.T., Neuberg, S.L., Cialdini, R.B. „Psychologia społeczna”, GWP, Gdańsk 2002: 261-2:

Wedle teorii Fritza Heidera (1946, 1958) wszyscy dążymy do równowagi poznawczej: lubimy rzeczy, które robią lubiani przez nas ludzie. Podobnie twierdzi teoria zgodności poznawczej.

¹⁵ „Blackwella. Psychologia społeczna”, Antony S.R. Manstead, Miles Hewstone i in., wstęp J. Czapiński, Jacek Santorski&CO, Warszawa 1996. Hasło: Zgodność afektywno-poznawcza, ss. 765-70, Joel Cooper.

¹⁶ W. Wosińska, (2004), „Psychologia życia społecznego”, GWP, Gdańsk: s. 541. Zob. o „modelu przekonania zdrowotnych” – Kaplan, P.M., Sallis, J.F. Jr. Patterson, T.L. (1993), „Health and human behavior”, New York: McGraw-Hill, a zwłaszcza: Sweeney, L.T., Anderson, K., Bailey, S. (1986), „Attributional style in depression: meta-analytic review”, Journal of Personality and Social Psychology, 50, s. 947-991.

¹⁷ Zob. Robert E. Frankena, (2005), „Psychologia motywacji”, GWP, Gdańsk: s. 519-522.

¹⁸ Wosińska (2004): 541.

zasada kumulatywnych korzyści, czyli Mertona „efekt Mateusza” - „Albowiem temu, kto ma, będzie dane i obfitować będzie, a temu, kto ni ma i to, co ma, będzie”: NT, Matth.13, 12.

Jedną z dziedzin poznania społecznego jest atrybucja odpowiedzialności (*attribution of responsibility*), która odnosi się do przypisywania moralnej odpowiedzialności osobie, która dopuściła się nieakceptowanego społecznie czynu. Rozróżnienie między przyczynowością (atrybucja przyczynowości) a atrybucją jest ważna w świetle prawa karnego, jednakże sposób myślenia osób osadzonych skupia się przede wszystkim na atrybucji przyczynowości: osiągnięciem Heidera (1958) była analiza tendencji do dokonywania wewnętrznych atrybucji kosztem atrybucji zewnętrznych. „Mimo że każdy z tych typów atrybucji jest zwykle możliwy, Heider zauważył, że mamy skłonność do szukania przyczyn czyjegoś zachowania w tej właśnie osobie. Jesteśmy spostrzeżeniowo skoncentrowani na ludziach – są takimi, jakimi ich spostrzegamy – sytuacja zaś, która jest często trudna do zaobserwowania i trudna do określenia, może zostać niedoceniona¹⁹” odgrywają tutaj rolę zgodność informacji, jej wybiórczość oraz spójność (model współzmienności: koncepcja, według której dokonujemy atrybucji przyczynowych dotyczących zachowania jakiejś osoby na podstawie obserwacji faktów, które zmieniają się wraz z jej zachowaniem: Kelley²⁰) Żywimy także często oczekiwania: oparte na kategorii, dokonywane na podstawie przynależności grupowej oraz oczekiwania oparte na obiekcie na podstawie wcześniejszych działań danej osoby²¹. Niezwykle ważne dla zrozumienia osadzonych jest zjawisko różnicy pomiędzy aktorem a obserwatorem: czyli tendencji do spostrzegania zachowań innych ludzi jako następstwa ich dyspozycji, podczas gdy swoje własne zachowania tłumaczy się wpływem czynników sytuacyjnych²². Podobnie jest z atrybucjami w służbie ego: wyjaśnieniami, które przypisują sukcesy czynnikom wewnętrznym zależnym od dyspozycji, za niepowodzenia zaś obwiniają czynniki zewnętrzne należące do sytuacji; atrybucjami obronnymi: wyjaśnieniami zachowania, które pozwalają tłumaczyć świadomość tego, że jest się śmiertelnym i podatnym na zranienia, czy też z nierealistycznym optymizmem: formą obronnej atrybucji polegającą na przeświadczeniu ludzi, że rzeczy dobre przydarzają się im raczej niż ich partnerom, a złe spotkają raczej innych niż ich samych, a tym co w ogóle, paradoksalnie, pozwala przeżyć w więzieniu jest wiara w sprawiedliwy świat, czyli forma obronnej atrybucji, gdzie

¹⁹ Aronson, Wilson, Akert 1997: 188.

²⁰ Kelley, H.H., (1967), „Attribution theory in social psychology”, w: D. Levine (red.), Nebraska symposium on motivation (Vol. 15: 192-239). Lincoln: University of Nebraska.

²¹ Jones, E.E., McGillis, D. (1976), „Correspondent inferences and the attribution cube: A comparative reappraisal”, w: J.H. Harvey, W.J. Ickes, R.F. Kidd (red.) New directions in attribution research (Vol. 1: 389-420). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

²² Aronson, Wilson, Akert 1997: 201-202.

zakłada się, że zło dotyka złych ludzi, natomiast dobro spotyka dobrych²³ (czyli nas, osadzonych – poezja, nostalgiczne wspomnienia, piosenki więźniów pełne są takiej atrybucji). Podobnie jest też ze zjawiskiem bezradności i depresji, gdzie styl atrybucyjny jest czynnikiem ryzyka depresji: Abramson i współpracownicy (1978)²⁴ przyjmują, że „dyspozycja (styl atrybucyjny), która wiąże się ze stosowaniem wewnętrznych, stałych i globalnych atrybucji przyczynowych w odniesieniu do negatywnych zdarzeń, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia u danej osoby depresji i bezradności pod wpływem zdarzeń”.

Wydaje się, że pokrewną myśl zawiera koncepcja „lokalizacji miejsca kontroli” (*locus of control*) J.B. Rottera (1966)²⁵, który przyjmuje, iż na zachowania ludzi wpływa w znacznym stopniu ich spostrzeganie czynników zewnętrznych i wewnętrznych oraz czy mają oni poczucie kierowania z „wewnątrz”, czy z „zewnątrz”. Przy wewnętrznym umiejscowieniu kontroli badani uważają, że rezultaty ich działań zależą od nich samych, traktują świat jako przewidywalny, są aktywni i odporni na wpływ społeczny; natomiast przy zewnętrznym umiejscowieniu uważają, że wyniki ich działań zależą nie od nich samych, lecz od czynników zewnętrznych, a świat jest w ich poczuciu nieprzewidywalny i są podatni na wpływ społeczny. W warunkach penitencjarnych jednostki mają uzasadnione jeszcze dodatkowo i obiektywnie „zewnętrzne umiejscowienie kontroli” - w instytucji totalnej prawie wszystko zależy od personelu i jego decyzji²⁶.

2.2. Podstawy socjologiczne badań nad systemem penitencjarnym

Nauka socjologii wskazuje na wiele aspektów, w których widać mechanizmy już nie tyle psychologiczne, co społeczne, chociaż problem delimitacji między psychologią społeczną a socjologią jest od dawna kwestią sporną. Istnieją w systemie penitencjarnym wyraźne czynniki o charakterze socjologicznym: placówka opiekuńczo-wychowawcza (określamy tym mianem schroniska dla nieletnich, zakłady poprawcze, czy młodzieżowe ośrodki adaptacji społecznej) oraz zakład karny jest, jak to nazwał Erving Goffman, „instytucją totalną”, w której istnieją szczególnie nasilone warunki nadzoru i przymusu²⁷, składa się z organizacji biurokratycznej (administracja,

²³ Aronson, Wilson, Akert 1997: 204-207.

²⁴ Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.D. (1978), „Learned helplessness in humans”, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

²⁵ Rotter, J.B., (1966), „Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement”, *Psychological Monographs*, 1, s. 1-28.

²⁶ Do pomiaru umiejscowienia kontroli zdrowia używa się „Multidimensional Health Locus of Control Scale” K.A. Wallstona – polska wersja w: Juczyński 2001.

²⁷ U Michela Foucaulta istnieją „cztery systemy wykluczeń”. Jak pisze Szacki 2004: 909: „Pierwszy tworzą wykluczenia w związku z pracą i produkcją ekonomiczną”; drugi – wykluczenia z procesu reprodukcji; trzeci – wykluczenia z dyskursu i produkcji symboli; czwarty – wykluczenia z działalności o charakterze ludycznym”. Por. Foucault, M. (1998), „Nadzorować i karać. Narodziny więzienia”, przeł. T. Komendant, Aletheia, Warszawa.

wychowawcy, strażnicy i inni pracownicy) oraz zawiera przynajmniej kilka grup społecznych składających się z wychowanków – jest zatem, jak by to określił Jacek Szmata²⁸, „mikrostrukturą społeczną”, która posiada własny, emergentny (tj. wychodzący poza właściwości elementów grupy) charakter wpływający na mocy sprzężenia zwrotnego na samych jej członków oraz na procesy przywództwa, polaryzacji postaw, facylitacji społecznej zachodzące w mikrostrukturze. Wszystkie te zjawiska i czynniki, swoiste dla tej mikrostruktury, oddziałują na postawy i zachowania członków grupy (grup)²⁹. Musimy także zwrócić uwagę na dewiacyjny charakter zachowań anty-zdrowotnych u wychowanków takich ośrodków, na zjawisko autostereotypu i samo-naznaczenia (auto-stygmetyzacji), które wydaje się dobrym predyktorem (prognostykiem) konkretnych zachowań – o ile bowiem nikotynizm nie jest zazwyczaj uważany przez tzw. „ogół społeczeństwa” za zachowanie dewiacyjne, to zażywanie amfetaminy, marihuany czy picie w tej kategorii wiekowej alkoholu jest traktowane jako zachowanie dewiacyjne poprzez nie tylko skutek zdrowotny (nawet „niewinne” palenie papierosów, o ile obowiązuje ustawowy zakaz w danym miejscu, jest dewiacją), ale istotny związek z zachowaniami przestępczymi, czasami opisywanymi i definiowanymi w teoriach „subkultur”³⁰, co jeszcze bardziej komplikuje pole badawcze.

2.3. Problem subkultury więziennej

Subkultura więzienna może być zdefiniowana na dwa sposoby: statyczny – w którym określa się ją jako grupę ludzi podzielających te same wartości i/lub wzorce zachowań; lub wreszcie dynamicznie – jako te właśnie systemy wartości i wzorce zachowań, o ile są one przez kogoś wyznawane/podzielane.

Ważne jest widoczne w zjawisku typowym dla subkultury więziennej, tj. w tym wypadku - „grypsery”, zjawisko reaktancji: „teoria reaktancji, teoria oporu psychicznego” – jest to teoria psychologiczna stworzona przez Jacka Brehma w 1966 r. Jej fundamentem jest twierdzenie o tym, że ludzie reagują oporem na odebranie im swobody działania lub możliwości. Opór ten jest tym silniejszy im: 1) ważniejsza możliwość działania jest nam odebrana; 2) więcej jest zablokowanych,

²⁸ Szmata 2008.

²⁹ Należy zwrócić uwagę na proces tworzenia norm grupowych we wspomnianych warunkach, tj. zjawisko podkultury więziennej, której tylko jednym z wielu przejawów jest „grypsera”, zob. Ciosek 2001: rozdz. XIII, „Podkultura więzienna i jej przejawy”: s. 232-51. System penitencjarny - termin używany na określenie: 1) ogółu zakładów karnych i ich organizacji; 2) systemu odbywania kary pozbawienia wolności w danym państwie. Kajetan Dubiel, (2009), Kraków: Impuls: „Krótka historia resocjalizacji penitencjarnej”: ss. 27-33, w: M. Marczak (red.), „Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez służbę więzienną w Polsce” przedstawia wyidealizowany obraz zasad polskiego systemu penitencjarnego: 1) zasada humanitaryzmu, 2) zasada indywidualizacji, 3) zasada odpowiedzialności, 4) zasada wolnej progresji (uzależnienie warunków odbywania kary od postawy skazanego), 5) zasada udziału społeczeństwa w wykonywaniu orzeczeń oraz w świadczeniu pomocy społecznej i readaptacji skazanych, 6) zasada ochrony społeczeństwa i bezpieczeństwa skazanych w zakładach karnych.

³⁰ Siemaszko 1993.

odebranych możliwości; 3) bardziej nieoczekiwana jest blokada; 4) większe jest zagrożenie swobody działania. To czego się nam zakazuje staje się bardziej atrakcyjne – tak tłumaczy się zainteresowanie ludzi ocenianymi treściami, co można używać np. w zwiększaniu zainteresowania ludzi produktami. Podobnie zakazy rodziców rozgrzewają miłość nastolatków. Jednocześnie pojawia się niechęć wobec źródła przeszkód oraz motywacja do przywrócenia stanu swobody, wolności”³¹. Reakcja związana jest z wpływem perswazyjnym: grypsujący stawiają się w sytuacji ukrytego lub jawnego konfliktu wobec administracji i strażników, ten, kto donosi zwany jest przez „ludzi, git ludzi” np. „frajerem” lub „kablem”.

W warunkach penitencjarnych powstają subkulturowe normy grupowe: „Wypracowane na drodze porozumienia standardy, które precyzują, jak należy, a jak nie należy zachowywać się w danej sytuacji, są nazywane normami społecznymi”³². „Wszystkie grupy wypracowują systemy norm, które określają granice zachowań akceptowalnych i nieakceptowalnych. Normy pomagają jednostce odnaleźć porządek w środowisku i umożliwiają przewidywanie, są także środkiem regulacji zachowania grupy. Ułatwiają osiągnięcie celów grupy i wyrażanie tożsamości grupowej. Granice wyznaczone przez normy są zmienne, zależnie od ważności danej sprawy dla grupy oraz od statusu członka grupy. Normy mogą się zmieniać zależnie od okoliczności, ale też pozostawać stabilne przez wiele lat” (Brown 2006: 69). Wiele danych na temat gangów młodzieżowych zebrali Sherif i Sherif (1964): tatuaże, obyczaje seksualne, karanie niesubordynacji i donosicielstwa. Normy subkulturowe w warunkach penitencjarnych krzyżują się, a często stoją w sprzeczności z normami administracji (regulaminy wewnętrzne, pragmatyka zawodowa).

Istnieje także ważne kwestie związane z wpływem społecznym, czyli zmianą w zachowaniu, spowodowaną prawdziwym lub wyobrażonym naciskiem ze strony innych osób³³, konformizmem, czyli zmianą zachowania polegającą na upodobnieniu go do działań innych osób, uległością, czyli zmianą zachowania wynikającą z bezpośredniego życzenia lub prośby innej osoby, czy też posłuszeństwem, czyli reakcją na polecenie wydane przez osobę będącą autorytetem³⁴. Trzeba jednak zauważyć, że: „Wpływ społeczny definiujemy jako zmianę w zachowaniu

³¹ http://pl.wikipedia.org/wiki/Teoria_reaktancji

³² „Blackwell. Psychologia społeczna”, Antony S.R. Manstead, Miles Hewstone i in., wstęp J. Czapiński, Jacek Santorski&CO, Warszawa 1996. Hasło: Normy, s. 305, Donelson R. Forsyth.

³³ Nie należy bezpośrednio utożsamiać wpływu społecznego z pojęciem władzy: “Władza (Macht) oznacza szansę przeprowadzenia swej woli, także wbrew oporowi, w ramach pewnego stosunku społecznego, bez względu na to, na czym ta szansa polega. Panowaniem (Herrschaft) nazywamy szansę posłuszeństwa pewnych osób wobec rozkazu o określonej treści; dyscypliną nazywamy szansę natychmiastowego, automatycznego i schematycznego posłuszeństwa wobec rozkazu ze strony wielu ludzi, wynikającą z wyćwiczonego nastawienia” (Weber, M. “Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej”, Przeł. i wstępem opatrzyła Dorota Lachowska”, PWN, Warszawa 2002: 39-40).”, Antony S.R. Manstead, Miles Hewstone i in., wstęp J. Czapiński, Jacek Santorski&CO, Warszawa 1996. Hasło: Władza – SIK HUNG NG; 704-5.

³⁴ Kenrick, D.T., Neuberg, S.L., Cialdini, R.B. „Psychologia społeczna”, GWP, Gdańsk 2002: 286.

spowodowaną przez rzeczywisty lub wyobrażony nacisk ze strony innych ludzi. W odróżnieniu od perswazji, która dotyczy osobistych przekonań i postaw, wpływ społeczny odnosi się jedynie do zewnętrznych zachowań” (Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002: 330).

Wszystkie te zjawiska władzy, która posiada legitymizację: tradycyjną, legalistyczną oraz charyzmatyczną są oparte na autorytecie (authority). Aronson, Wilson i Akert³⁵ przedstawili eksperyment nad uległością wobec autorytetu Stanleya Milgrama z roku 1963, gdy osoby badane pod naciskiem eksperymentatora zadawały wstrząsy elektryczne w „naukowych badaniach nad pamięcią” - 62,5% badanych zastosowało szok o najwyższym natężeniu (prawie śmiertelnym) 450 woltów. W badaniach Solomona Asha przeprowadzono serię klasycznych eksperymentów analizujących różne cechy normatywnego wpływu społecznego – np. pokazywano trzy równej długości odcinki, co do których współpracownicy eksperymentatora sugerowali, iż jeden z nich jest dłuższy – 76% badanych w przynajmniej jednej próbie zachowało się konformistycznie (Aronson, Wilson, Akert 1997: 278-82). W „organizacjach totalnych” istnieje także ważne zjawisko „facylitacji społecznej” (*social facilitation*), to jest „napięcie wynikające z obecności innych osób i możliwości oceny naszego działania, czego rezultatem jest lepsze wykonywanie łatwiejszych zadań, lecz gorsze wykonanie zadań trudniejszych”. A także uspokojenie i wynikające z wtopienia się w grupę (deindywiduacja) słabe działanie w prostych zadaniach oraz lepsze działanie w trudnych zadaniach (Aronson, Wilson, Akert 1997: 358-65) w „próżniactwie społecznym” (*social loafing*)³⁶. Odwrotną reakcją do ulegania wpływowi jest autoprezentacja³⁷, zwana czasem manipulowaniem wrażeniem wywieranym na innych. Jej celem jest zazwyczaj wzbudzanie sympatii, uchodzenie za osobę kompetentną, dowiedzenie swego wysokiego statusu i władzy w perspektywie dramatycznej, zgodnie z którą większość interakcji społecznych można porównać do spektaklu teatralnego (na który składają się aktorzy, występy-skrypty, scenografia, scenariusz, rekwizyty, role itp.)

W podobny sposób możemy traktować wyłanianie się norm grupowych (subkultura przestępcza i więzienna, „język złodziejski”), reaktancję, czyli opór wobec komunikatów perswazyjnych jako Mertonowski „bunt”(rebellion) w kategoriach teorii dewiacji – chodzi nam jednak o to, że niektóre normy związane z „grypserą” nie uwzględniają w ogóle norm zachowań pro i anty-zdrowotnych. W grupach osadzonych (bowiem takie podziały występują także w warunkach

³⁵ Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M., „Psychologia społeczna. Serce i umysł”, Zysk i S-ka 1997: 299-306.

³⁶ Nowacki (2010): 17: „Wpływ grupy na pojedynczego człowieka można wyrazić jako funkcję iloczynu: siły, z jaką grupa przekonuje tę osobę; bliskości wobec osoby i liczby osób, które wywierają wpływ, co można wyrazić wzorem: $W=f(S,i,N)$ gdzie: przez W oznaczono wielkość wpływu, przez S – siłę przekonywania, i – odległość osoby od grupy, N – liczbę osób wywierających wpływ (za: J. Grzelak, A. Nowak (2002), „Wpływ społeczny”, w: J. Strelau (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3, GWP, Gdańsk: s. 194).

³⁷ Leary, M. (2001), Kenrick, Neuberg, Cialdini (2002).

penitencjarnych) możemy zauważyć pewne uniwersalne reguły wpływu: techniki te mogą przyjmować wiele form, ale większość z nich można zakwalifikować do jednej z 6 podstawowych kategorii opartych na regułach psychologicznych kierujących przebiegiem ludzkiego zachowania: 1) wzajemność – ludzie obdarowani czują się zobowiązani do wdzięczności, 2) zaangażowanie i konsekwencja – jeśli ludzie angażują się w jakieś działanie, które uznają za swoje, to dalej postępują konsekwentnie, 3) społeczny dowód słuszności – to, jak zachowują się inni jest często podstawą naszej własnej decyzji, 4) lubienie i sympatia – ludzie mówią „tak” tym osobom, które lubią i znają; sympatie potęgują harmonijny wygląd i wspólne cechy, 5) autorytet – ludzie lubią podążać za autorytetami, 6) niedostępność – tego, czego nie możemy mieć a pragniemy najbardziej³⁸.

Możemy zauważyć przejaw rytualizmu w sytuacji, gdy więzień, który palił poza zakładem karnym nagle, w zakładzie domaga się respektowania norm zachowań prozdrowotnych, czyli np. domaga odszkodowania za przebywanie w celi („pod celą”) z osobami palącymi.

Grupy, jak dowodzi np. Granovetter (1973)³⁹, tworzą sieci stosunków społecznych, charakteryzowane przez 1) gęstość: procentowy stosunek związków, które powstały do wszystkich możliwych interakcji w grupie; 2) dostępność: liczba związków między dwiema dowolnymi osobami w danej sieci: im większa gęstość, tym większa dostępność; 3) zasięg: liczba bezpośrednich kontaktów każdej jednostki w konkretnej sieci; 4) siła więzi: zależy ona od „ilości czasu, natężenia emocjonalnego, wzajemnego zaufania i wzajemnie świadczonych usług, jakie charakteryzują więź”. Wbrew oczekiwaniom silne więzi niekoniecznie muszą być lepsze od słabych: słabe więzi dają więcej wolności działania niż silne, natomiast silne tworzą znaczne społeczne naciski i w pewnym sensie ograniczają jednostkę („subkultura więzienna”, „grypsera”) - nawet silne więzi w ramach fragmentów sieci (klika) mogą ograniczać integrację wspólnoty jako całości (bi-polarna mikrostruktura penitencjarna: funkcjonariusze i więźniowie) i sprzyjać jej fragmentacji. Sieci stosunków (interakcji) społecznych są skomplikowanymi układami społecznymi pomiędzy poziomami makro- i mikroanalizy: sieci mikro- składają się na sieci makro-poziomów. W każdym razie, należy zauważyć iż osadzeni rozdzieleni przez cele, a łączeni (w zakładach półotwartych i otwartych) przez korytarz i spacerniak, są umiejscowieni w sieci niezwykle gęstej, dostępnej, podlegającej rozległemu zasięgowi i opierającemu się na silnej więzi – relacje są „twarz w twarz” i „każdego z każdym” oraz są podstawą subkultury więziennej.

³⁸ Zob. Nowacki(2010): 18-20. Por. Cialdini 2001.

³⁹ Granovetter, M.S. (1973), „The Strength of Weak Ties”, *American Journal of Sociology*, 77, 1360-1380.

Turner (2004: 325-44): 365-93, 604-14) przedstawia różne koncepcje parametrów sieci, także jako sieci wymian⁴⁰, które rozdają nagrody i kary, symbole władzy i upokorzenia, wartości materialne i moralno-estetyczne oraz emocje. Dla Talcotta Parsonsa (Parsons 1969⁴¹), jego koncepcja symbolicznej władzy pieniądza jako odpowiednika władzy w ogóle: władza jako dokonująca się w ramach gry o sumie nie-zerovej (Parsons, Lovaglia 2006⁴²), czy też nie, jest zasobem ograniczonym o naturze, jak możemy prawomocnie się domyślać, substancjalnej, w ogólnym sensie rozważanym powyżej. Przyrównanie władzy politycznej do pieniądza polega u Parsonsa na podkreśleniu paralelizmu między funkcjonowaniem pieniężnego medium a działaniem władzy politycznej. Abstrakcyjny pieniądz opiera się bowiem na żądaniu legitymizacji podobnie jak władza polityczna; jest poza tym obdarzony siłą organizowania ludzkiej pracy i wysiłku oraz podobnie jak władza krąży pomiędzy swoimi podmiotami dopełniając efektywności subsystemu „osiągania celów” (goal-attainment), tak pieniądz z kredytu cyrkuluje na wolnym rynku. Główny zarzut wobec teorii owej, polegający na przyznaniu mniejszej płynności władzy w porównaniu z płynnością pieniądza, został sformułowany przez Martina (Martin 1994: 92).

Podobnie ujmuje się ten problem w teoriach wymiany (Homans, Blau i inni), gdy wzmocnienie pozytywne i negatywne traktuje się jako równy lub nierówny podział puli nagród (lub kar): władza jawi się zatem jako rodzaj przedmiotu wymiany (Bacharach, Lawler 1981, por. Turner 2004: 376-81; Lawler i Yoon (Thye, Yoon, Lawler 2002, cyt. za Turner 2004) wprowadzają w stosunku do władzy pojęcie „obiektyzacji” - władza może krążyć w sieciach w stosunku przechodnim lub nieprzechodnim: wyróżnia się jej monopole, sieci i cykle.

Mamy także do czynienia z polaryzacją grupową wśród osadzonych: „grypsujący, ludzie” celowo nie dbają o zachowania prozdrowotne (jeśli nie liczyć spacerów i ćwiczeń na siłowni – jednakże ich funkcja jest odmienna od prozdrowotnej, a polega na autoprezentacji siebie jako „silnego, twardego” i „męskiego”): polaryzacja grupowa to, mówiąc krótko, zjawisko polegające na tym, że podczas dyskusji członkowie „grypsującej grupy” przyjmują bardziej radykalną wersję stanowiska akceptowanego przez większość, np. bardziej upokarzają „frajerów”, „cweli”,

⁴⁰ Np. Richard M. Emerson: „Exchange Theory, Part I: A Psychological Basis for Social Exchange Theory, Part II: Exchange Relations and Network Structures”, w: *Sociological Theories in Progress*, J. Berger, M. Zelditch, Jr., b. Anderson (red.), New York 1972, Houghton, Mifflin: 38-87.

⁴¹ Parsons 1969 – Parsons, T. „On the Concept of Political Power”, w: R. Bell, D.V. Edwards, R. Harrison Wagner (eds.), „Political Power: A Reader in Theory and Research”, New York : Free Press, 1969, s. 251-284.

⁴² Lovaglia, M.J. „Sieciowa teoria wymiany”, tłum. J. Heidtman, w: A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), „Współczesne teorie socjologiczne”, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006, t. 1, s. 107-130.

„kapusiów” i pedofilów i zachowują negatywny, spójny stosunek do administracji, pomimo tego, że czasami administracja utrzymuje porządek wewnętrzny w grupie osadzonych, obdarowując ograniczonym zaufaniem i pewnymi przywilejami „przywódców”. Ale również mniejszość ma wpływ na większość, o ile trzyma się swych przekonań trwale, początkowo podziela poglądy większości, jest gotowa do pewnych kompromisów, ma przynajmniej pewne poparcie ze strony innych, nie ma na celu żadnych osobistych korzyści, przedstawia swoje poglądy jako „w zasadzie” zgodne z poglądami większości, tylko nieco je wyprzedzające, a także odbiorcom zależy na podjęciu słusznej decyzji⁴³.

Trzeba jednak pamiętać, że siła sytuacji to także siła przynależności grupowej: „Henri Tajfel i jego współpracownicy (1971) stworzyli taką właśnie sytuację i umieścili w niej grupę brytyjskich nastolatków. Zaprojektowane przez siebie badanie określili mianem „metody minimalnej sytuacji grupowej”, ponieważ obie grupy (jedna – z tendencją do przeszacowywania – i druga – ze skłonnością do niedoszacowywania liczby kropek) powstały na zasadzie doboru losowego, były sztuczne i nietrwałe, a ich członkowie nie kontaktowali się ze sobą. Czy uczestnicy będą przyznawali więcej pieniędzy członkom własnej grupy niż członkom grupy obcej? Okazało się, że tak. Zatem nawet kiedy grupy są zdefiniowane w minimalnym stopniu, ludzie mają skłonność do faworyzowania własnej grupy, przyznając jej członkom większe korzyści niż osobom z innych grup(np. Brewer 1979, Mullen, Browni Smith 1992, Tajfel 1982)”⁴⁴. Grupa społeczna, którą tworzą wychowankowie placówki opiekuńczo-wychowawczej i osadzeni w zakładzie karnym, jest zbliżona do opisywanej przez Charlesa H. Cooleya „grupy pierwotnej”⁴⁵ czyli zamkniętego zespołu powiązanych ze sobą bezpośrednimi interakcjami jednostek (Szmatka 2008: 67-70), które mogą jednakże tworzyć socjometryczne sieci (subgrupy) sympatii i antypatii (J. Moreno)⁴⁶ oraz wymiany nagród i kar (G. Homans)⁴⁷. Z drugiej strony „instytucja totalna” jaką jest taka instytucja (a instytucję w ogóle definiujemy tutaj jako ciąg powtarzających się wzorców interakcyjnych, które tworzą mniej lub bardziej trwałe stosunek społeczny) powoduje dodatkowe skutki: z jednej strony rozbięcie grupy na mniejsze diady i triady, które, wedle Georga Simmla⁴⁸, posiadają już własne charakterystyki rozpadu (diada) i względnej trwałości (triada); z drugiej tworzenie subkultury („grypsera”, „nowicjusze – absolwenci”) podatnej na oddziaływanie norm grupowych i reaktancję,

⁴³ Kenrick, Neuberg, Cialdini (2002): s. 627-628.

⁴⁴ Kenrick, Neuberg, Cialdini (2002): s. 553-554.

⁴⁵ „Grupa wtórna” to taka, która jest względnie większa i w związku z tym relacje w niej są bardziej bezosobowe i sformalizowane (instytucje i organizacje biurokratyczne).

⁴⁶ Szmatka 2008: 96-108.

⁴⁷ Szmatka 2008: 117-125.

⁴⁸ Szmatka 2008: 62-65.

czyli opór wobec komunikatów perswazyjnych generowanych przez członków lokalnej biurokracji (administracja, strażnicy, wychowawcy). Jak pisze Giddens 2004: 372-3: „Goffman starał się zrozumieć funkcjonowanie instytucji totalnych za pośrednictwem doświadczeń jednostek, które w nich przebywały. Do instytucji totalnych należą szpitale psychiatryczne, Więzienia, obozy wojskowe i zakony, które narzucają swoim podopiecznym, kompletnie odizolowanym od świata zewnętrznego, rygorystycznie uregulowany tryb życia. Goffman szczególnie interesował się dogłębnymi zmianami, jakim w tych warunkach ulegało poczucie własnego 'ja' jednostek. Instytucje totalne można uznać za przykład wyrafinowanych biurokracji, których złożone i surowe procedury obowiązują wszystkich ich członków. Rzeczywistość instytucji totalnych jest ściśle uporządkowana, precyzyjnie zaplanowana i starannie nadzorowana. Goffman stwierdził, że różne typy tych instytucji mają pewne cechy wspólne. W każdej z nich nowi członkowie są 'odzierani' z dotychczasowego 'poczucia własnego <<ja>>' i tożsamości osobistej i 'odbudowywani' zgodnie z zasadami danej instytucji. Zabiera im się ich rzeczy osobiste, a cechy osobiste neutralizuje się. Zamiast własnych ubrań dostają standardowe uniformy, zostają podobnie ostrzyżeni, otrzymują nowe imię lub numer identyfikacyjny, zostają odcięci od świata zewnętrznego, w tym od kontaktów z rodziną i przyjaciółmi. Jednostkom na wszelkie sposoby przypomina się, że nie są już tym, kim były, i że stając się członkiem danej instytucji, nabyły nową tożsamość. Między członkami a personelem instytucji totalnych istnieje wyraźna granica. Pracownicy instytucji planują i nadzorują codzienne czynności i mają prawo karać członków instytucji za nieposłuszeństwo lub nagradzać za posłuszeństwo. Ten proces podporządkowywania członków instytucji jest częściowo realizowany za pomocą, jak to określał Goffman, *umartwiania 'ja'*. Nowi członkowie są systematycznie upokarzani i poniżani wobec swoich przełożonych i współtowarzyszy, aż zostanie złamane ich dotychczasowe 'ja'. Takiemu umartwieniu 'ja' mogą służyć różne środki, w tym badania lekarskie, rewizje osobiste, przydzielanie ciężkich prac, pobieranie odcisków palców, całkowite pozbawienie prywatności i konieczność uzyskania pozwolenia na każdą czynność. Goffman wyróżnił pięć typów reakcji członków instytucji totalnych – od całkowitego wycofania, poprzez otwarty sprzeciw, dostosowanie i 'wczucie się w rolę'.” Trzeba jednak zaznaczyć, iż obecnie powoli odchodzi się w światowym i polskim więziennictwie od standardów „instytucji totalnej” w kierunku humanizacji i personalizacji interakcji społecznych pomiędzy funkcjonariuszami więziennymi i wychowawcami a osadzonymi i wychowankami. Widoczne jest to nie tylko w literaturze prawniczej, lecz także np. w roli i wymogach regulaminów.

Socjologią penitencjarną zajmował się również Brunon Hołyst, znakomity kryminolog, który dał krótki opis historii więziennictwa w różnych krajach⁴⁹ i zarys socjologicznej struktury więzienia⁵⁰: Hołyst powołuje się tutaj na opracowania Clemmera 1958, Ohlina 1966 i Sykesa 1966: 65-78, dochodząc do wniosku o uniwersalnym mimo pewnych różnic charakterze mikrostruktury, którą są zakłady tego typu: „Porównanie literatury penitencjarnej z wielu krajów pozwalało stwierdzić dużą zbieżność procesów i zjawisk, jakie zachodzą w zakładach karnych, niezależnie od lokalnych warunków, w jakich one istniały. G. Sykes wymieniał pięć głównych dolegliwości więzienia: pozbawienie wolności, pozbawienie udogodnień materialnych i usługowych, pozbawienie kontaktów heteroseksualnych, pozbawienie autonomii i wreszcie pozbawienie poczucia bezpieczeństwa. Pozbawienie jest najbardziej oczywistą dolegliwością doświadczaną przez więźnia. Jest to sytuacja deprywacji (Merton), która w zasadniczej większości wypadków zmniejsza wskaźniki jakości życia oraz stanowi istotną przeszkodę w osiągnięciu szczęścia, poprzez bezpośrednie i pośrednie zmniejszenie czynników szczęścia, natomiast istotne zwiększenie przeszkód na drodze do jego osiągnięcia. Przy czym swoboda jego ograniczona jest podwójnie – nie tylko do określonego terenu zamkniętego murami, lecz także wewnątrz tego terenu poprzez system przepustek i krat. Innym aspektem utraty wolności jest moralne odrzucenie więźnia przez wolne społeczeństwo. Mówiąc ogólnie, mury więzienia stanowią dla skazanego ustawiczne zagrożenie obrazu własnego 'ja', kształtującego się w człowieku pod wpływem osądów i opinii innych o nim samym („etykietowanie” H. S. Becker 1963: 9, „stygmatyzacja (i „auto-stygmatyzacja”) w koncepcji E. Goffmana). Zagrożenie to przypomina o sobie na każdym kroku, poprzez wiele zdarzeń w życiu więźnia wykazujących mu, że musi być trzymany z dala od tzw. porządnym ludzi⁵¹”(co jest zasadniczo dysfunkcjonalne dla samej idei resocjalizacji⁵²). Życie więźnia jest nie tylko pełne deprywacji⁵³, ale także, zgodnie z koncepcją Goffmana „instytucji totalnej”, regulowane przez prawo karne wykonawcze⁵⁴ i różne regulaminy porządkowe oraz normy zwyczajowe lub wręcz

⁴⁹ Hołyst 2007 (T. 2): 453-486.

⁵⁰ Hołyst 2007 (T. 1): 992-1016.

⁵¹ Hołyst 2007 (T. 1): 992).

⁵² J. Morawski, „Z badań skuteczności resocjalizacji młodocianych w rygorze obostrzonym”, *Przegląd Penitencjarny* 1969, nr 4(24), s. 25-41.

⁵³ Hołyst 2007(T.1): 992: „W społeczeństwach Zachodu, gdzie posiadanie jest symbolem statusu społecznego, więzień pozbawiony prawa do posiadania najprostszych rzeczy musi odczuwać to jako dodatkowe podkreślenie jego degradacji społecznej. (...) Pozbawienie kontaktów heteroseksualnych jest kolejną właściwością”. Por. „depriwacja relatywna (relative deprivation): poczucie jednostki (albo grupy społecznej), że posiada mniej niż zasługuje lub mniej niż pozwolono jej oczekiwać, lub też mniej niż posiadają ludzie do niej podobni”: Aronson, Wilson, Akert 1997: 676.

⁵⁴ Kodeks karny wykonawczy - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Z 1997r. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.; Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania kary pozbawienia wolności - rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. (Dz. U. Z 2003 r. Nr 152, poz.1493; Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania tymczasowego aresztowania - rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. (Dz. U. Z 2003 r. Nr 152, poz. 1494)). Zob. Hołda J., Hołda Z. „Prawo karne wykonawcze”, wyd. 2, Zakamycze 2004.

subkulturowe. Istnieje biurokratyczno-hierarchiczna struktura służby więziennej, a polecenia idące z góry tej organizacji są często całkowicie niezrozumiałe dla więźniów: „wszystko to stawia więźnia w sytuacji bezwolnego i bezsilnego przedmiotu oddziaływań innych, uniemożliwia ćwiczenie i tak już ograniczonej umiejętności brania na siebie odpowiedzialności za swoje postępowanie”⁵⁵. Sytuacja taka umiejscawia ośrodek kontroli zachowania poza osobą więźnia, co utrudnia autentyczną, skuteczną, ponowną socjalizację ze względu na opór bierny i reaktancję (opór wobec komunikatów perswazyjnych) oraz kształtowanie prawidłowych wzorców kulturowych na rzecz oddziaływania subkultury więziennej, ponieważ bliskość, bezpośredniość, intymność oraz dostępność poznawcza⁵⁶ tej subkultury jest dla osadzonego większa niż odległe regulaminy i zarządzenia oraz często niezrozumiałe polecenia strażników oraz administracji więziennej – jedynym naturalnym łącznikiem, wyrażającym kompromis między administracją a osadzonymi, są nieformalne przywileje dla niektórych więźniów oraz instytucja „starszego celi”, określona lakonicznie w języku prawnym.

Co do sytuacji w zakładach dla nieletnich i młodocianych w aspekcie wprowadzania regulaminów: także Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich. Dz. U. Z 2001r. Nr 124 poz.1359 (Dziennik Ustaw z dnia 26 października 2001 r.): § 57. 1. Wychowankowi w trakcie pobytu w zakładzie zapewnia się: 1) poszanowanie godności osobistej, 2) ochronę przed przemocą fizyczną, psychiczną, wyzyskiem i nadużyciami oraz wszelkimi przejawami okrucieństwa, 3) dostęp do informacji o obowiązującym w zakładzie regulaminie, nagrodach i środkach dyscyplinarnych, ofercie resocjalizacyjnej zakładu. 4) informację o przebiegu procesu resocjalizacyjnego, 5) wyżywienie dostosowane do potrzeb rozwojowych, 6) odzież, bieliznę, obuwie, materiały szkolne i podręczniki, sprzęt i środki czystości, 7) dostęp do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych, w tym w szczególności wychowawce w ciąży, w czasie porodu i po porodzie, 8) ochronę więzi rodzinnych, 9) wysyłanie i doręczanie korespondencji, z ograniczeniami wynikającymi z przepisów prawa, 10) możliwość kontaktu z obrońcą lub pełnomocnikiem wychowanka, na terenie zakładu bez

⁵⁵ Hołyst 2007 (T.1): 993.

⁵⁶ W ramach heurystyki dostępności, mechanizmu spostrzegania innych, opisaney we wszystkich podręcznikach psychologii społecznej co do tego, co jest akceptowane lub dozwolone: Aronson, Wilson, Akert 1997:147-153, Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002: 136-41: heurystyka dostępności: „upraszczająca strategia umysłowa polegająca na tym, że ludzie oceniają prawdopodobieństwo wystąpienia jakiegoś zdarzenia na podstawie tego, z jaką łatwością przychodzi im na myśl przykłady tego wydarzenia”; heurystyka reprezentatywności: „upraszczająca strategia umysłowa polegająca na klasyfikowaniu jakiegoś zjawiska do danej kategorii na podstawie tego, że przypomina ona typowy przykład z tej kategorii”; heurystyka zakotwiczenia i dostosowania: „upraszczająca strategia umysłowa polegająca na tym, że ludzie najpierw ogólnie oceniają sytuację, a następnie dostosowują tę ocenę, biorąc pod uwagę szczególne cechy danej sytuacji”.

udziału innych osób, 11) opiekę i pomoc psychologiczną, 12) możliwość składania skarg, próśb i wniosków. Paragraf 61 mówi nam: Wychowanek zakładu w czasie pobytu w zakładzie powinien: 1) przestrzegać regulaminu i rozkładu zajęć w zakładzie, 2) przestrzegać zasad bezpieczeństwa i powiadamiać przełożonych o zagrożeniach dla bezpieczeństwa osób, dla porządku, środowiska, zdrowia lub mienia, 3) uczestniczyć w procesie resocjalizacji, 4) wykonywać polecenia przełożonych, 5) odnosić się do wychowanków oraz innych osób z poszanowaniem ich godności, 6) dbać o stan zdrowia i higienę osobistą, (np. jak jest to ustalone w interesującym nas przypadku MOAS-u w Koszalinie, za nie palenie papierosów przyznaje się nagrodę w wys. 10 punktów w 100-punktowej skali), 7) dbać o schludny wygląd i kulturę słowa, 8) utrzymywać czystość i porządek w pomieszczeniach, w których przebywa, 9) przekazać do depozytu przedmioty, których posiadanie jest niezgodne z regulaminem, 10) wykonywać prace pomocnicze o charakterze porządkowym związane z funkcjonowaniem zakładu, dokumenty i przedmioty wartościowe, 11) uzyskać zgodę dyrektora zakładu na czasowe opuszczenie zakładu, 12) powracać z urlopów i przepustek w terminie ustalonym przez dyrektora zakładu.

W zakładzie penitencjarnym trwa cały czas „walka o przeżycie”: „W towarzystwie złodziei, bandytów, gwałcicieli i agresywnych homoseksualistów, więzień żyje w ciągłym napięciu, wiedząc, że prędzej czy później zostanie wystawiony na próbę przez któregoś ze współtowarzyszy, aby określić jego determinację w obronie bezpieczeństwa własnej osoby i swego mienia. Jeśli z którejś z tych prób wyjdzie pokonany, to stanie się ofiara innych więźniów i obiektem ustawicznych ataków. Jeśli wyjdzie z niej zwycięsko – obawiać się musi ataku ze strony innego więźnia, który chce wspiąć się wyżej w hierarchii więziennej i zdobyć prestiż”⁵⁷. Powstające w więzieniu grupy nieformalne stanowią o procesach grupowych⁵⁸. Wyróżnia się trzy rodzaje takich grup: grupy pierwotne, grupy pół-pierwotne oraz niezrzeszeni, w ramach których czasem tylko rozkwita autentyczna przyjaźń⁵⁹. Istnieje także nieformalny kodeks postępowania więźniów stanowiący centralny element subkultury więziennej, czyli zespołu norm i reguł oraz rytuałów i akceptowanych wzorców zachowania jakiejś grupy wyodrębnionej poprzez przebywanie w warunkach penitencjarnych⁶⁰, której jedną z funkcji jest stworzenie oraz utrzymywanie obrazu „ja”, jako przeciwstawionego innym osadzonemu i administracji: odmowa jakiegokolwiek współpracy i pomocy administracji więzienia oraz solidarność i wzajemna pomoc między więźniami, nakaz „bycia

⁵⁷ Hołyst 2007 (T.1): 993.

⁵⁸ G.M. Sykes, S.K. Messinger, „Inmate Social System”, w: Theoretical Studies in the Social Organization of the Prison, Social Science Research Council Pamphlet, New York 1960, nr 15, s. 5-11, 14-19.

⁵⁹ B. Jarzębowska-Baziak, „Praca wychowawcza w zakładzie karnym dla młodocianych”, Warszawa 1972.

⁶⁰ Przybyliński, S., (2005), „Podkultura więzienna - wielowymiarowość rzeczywistości penitencjarnej”, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

twardym” i „niebycia naiwniakiem”, spójność w grupie więźniów i solidarność, dająca możliwość wzajemnego oparcia, umożliwienie prowadzenia nielegalnego handlu i przemytu na teren więzienia zabronionych towarów i przedmiotów, wreszcie możliwość okazania się mężczyzną poprzez demonstrację siły i agresywność. „Stwierdza się, że zaostrenie represyjnego sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności wpływa na intensyfikację zjawisk subkulturowych wśród więźniów”⁶¹. „Agresja jako skutek deprivacji więziennej kierować się może łatwo z funkcjonariuszy na współwięźniów zgodnie ze znanym w psychologii prawem przemieszczania agresji na obiekt zastępczy, gdy nie ma możliwości wyładowania jej w inny sposób. Skierowanie agresywnych tendencji więźniów na osobników oznaczonych piętnem inności lub mniejszej wartości („frajerów” itp.) chroni jednocześnie przywódcę więźniów przed wrogością ze strony współtowarzyszy, a nawet może zwiększać pozytywne emocje wyrażane w stosunku do niego. Tak więc agresja wśród więźniów, nakazywana ich kodeksem postępowania, znacznie wzmacnia frustrujący na wielu płaszczyznach charakter sytuacji więziennej: kanalizowana i kierowana przez przywódców na niższych statusem członków społeczności wytwarza w grupie więźniów stratyfikację społeczną”⁶². Jedną z funkcji tej stratyfikacji jest pozycjonowanie w grupie oraz dostarczanie heurystycznie wytworzonych schematów „ja”.

„Służba więzienna i skazani stanowią w zakładzie karnym dwie oddziałujące na siebie społeczności o różnej strukturze wewnętrznej. Na służbie więziennej spoczywa obowiązek wykonywania w stosunku do skazanych funkcji: ochronnych (zapewnienie izolacji), wychowawczych i porządkowych (w zakładach karnych częste są bójk i pobicia). Na skazanych ciąży obowiązek zastosowania się do wymagań ochrony, które są konieczne, choć uciążliwe, poddania się wpływom wychowawczym, dostosowania się do wymagań dyscypliny drobiazgowo unormowanej w regulaminie więziennym. Zasadniczy typ więzi społecznej łączącej te dwie grupy osób to nadrzędność-podporządkowanie, przy czym podporządkowanie to ma charakter przymusu, ponieważ jedna grupa podporządkowuje swoim celom drugą. W związku z tym powstaje problem, czy tak ostro zarysowana przeciwstawność pozycji nie wywołuje u skazanych niejako automatycznie negatywnych postaw w stosunku do funkcjonariuszy. Byłoby to zjawisko niepożądane, ponieważ bariera taka w znacznym stopniu utrudniałaby lub uniemożliwiała pracownikom zakładu realizowanie funkcji oddziaływania wychowawczego na skazanych”⁶³. Giddens (2004): 233-235, 258-261, przedstawia teorie konfliktu w socjologii penitencjarnej oraz podważa resocjalizacyjną rolę więzień. Teoretycy „nowej kryminologii” ujmują swoje rozważania przestępczości i dewiacji

⁶¹ Hołyst 2007 (T. 1): 994.

⁶² Hołyst 2007 (T. 1): 995.

⁶³ Hołyst 2007 (T.1): 997. Por. Przybyliński, S. (2005): 171-176.

w kategoriach struktury społecznej i dążenia klas panujących do zachowania władzy. „Ich zdaniem w miarę pogłębiania się nierówności między klasą panującą a klasą pracującą prawo staje się coraz ważniejszym instrumentem władzy służącym utrzymaniu porządku. Dynamika ta jest widoczna w funkcjonowaniu wymiaru sprawiedliwości, który coraz bardziej gnębi „złoczyńców” z klasy robotniczej, a także w prawie podatkowym, które niewspółmiernie faworyzuje ludzi zamożnych. Ta nierównowaga władzy nie ogranicza się jednak do tworzenia prawa. Ludzie, którzy mają władzę, też łamią prawo, ale rzadko są pociągani do odpowiedzialności. Ich przestępstwa mają na ogół poważniejsze konsekwencje niż zwykle przestępstwa i wykroczenia, o których najczęściej się mówi. Jednakże organy ścigania obawiają się skutków, jakie może za sobą pociągnąć walka z przestępczością białych kołnierzyków, więc skupiają swoje wysiłki na zwalczaniu przestępczości słabszych członków społeczeństwa, jak prostytutki, narkomani i drobni złodzieje. Życie w takich warunkach tj. penitencjarnych, nie pomaga więźniom w przystosowaniu się do norm obowiązujących w społeczeństwie, ale przeciwnie, stawia między nimi a społeczeństwem mur. Więźniowie muszą nauczyć się funkcjonować w środowisku, które różni się od świata „na zewnątrz”, a zwyczaje i postawy, jakich nabywają w więzieniu, są często wprost przeciwne do tych, jakich powinni się uczyć”. Stąd powstaje idea sprawiedliwości już nie retribucyjnej (odpłata), czy prewencyjnej (odstraszenie), ale już „sprawiedliwości naprawczej” (*restorative justice*), która polegałaby na dążeniu do naprawienia wyrządzonej krzywdy lub popełnionego przestępstwa. Sensem programów i praktyk sprawiedliwości naprawczej jest zaangażowanie i współpraca wszystkich osób, w których interesie leży rozwiązanie danego problemu⁶⁴.

Jak wskazuje Hołyst, istotnym problemem w więzieniach są dobrze zorganizowane grupy przestępcze, co do których administracja ma często dwojaki stosunek: z jednej strony zwalcza to zjawisko, z drugiej zaś wykorzystuje hierarchię w takich grupach do zaprowadzenia (pozornego i dysfunkcjonalnego resocjalizacyjnie) porządku – w związku z tym przymyka się oczy na tzw. kontrabandę, często bardzo przemyślną, nie tylko telefonów komórkowych, aparatów fotograficznych, urządzeń podsłuchowych, fałszywych pieniędzy, ale przede wszystkim alkoholu, narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (często wykorzystuje się więźniów powracających z przepustki lub zaufanych, czy też przekupionych, strażników). Zjawisko to musi wpływać na analizę samych warunków, w których więzień może dokonywać wyboru pomiędzy zachowaniami protekcyjnymi a ryzykownymi zdrowotnie. Pojawia się tutaj problem oceny skali zjawiska kontrabandy: trudno ją zmierzyć ze względu na jej ukryty i nielegalny charakter – można się jedynie

⁶⁴ Mediacja – C. W. Moore, „Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów”, Warszawa 2009, „Mediacje. Teoria i praktyka”, pod red. E. Gmurzyńska, R. Morek, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2009).

domyślać, że ma ona inny wyraz w zakładach karnych typu zamkniętego, półotwartego, otwartego, zakładach poprawczych i w schroniskach dla nieletnich. Trudno liczyć tutaj na współpracę w ustalaniu rzeczywistego stanu spraw, zarówno w odniesieniu do administracji (która czasami jest nieefektywna, lub wręcz skorumpowana), jak i do nawet anonimowych kwestionariuszy skierowanych do osób osadzonych, które mogą bać się, że zostaną ujawnione.

Problematyka zachowań zdrowotnych jest wielorako związana z kwestią definicji i teorii socjologii dewiacji społecznej. Jednym z pierwszych przedstawicieli nauk społecznych, którzy podejmowali problem odstępstw od norm, był Émile Durkheim, który w pracy: „Zasady metody socjologicznej” poświęcił jeden rozdział na kwestię odróżniania faktów normalnych i patologicznych, gdzie pisał, że „o fakcie społecznym nie można tedy powiedzieć, że jest normalny dla określonego rodzaju społecznego, jeżeli się nie doda, jaką równie określoną fazę rozwojową mamy na myśli. W rezultacie, aby wiedzieć, czy faktowi przysługuje ta nazwa, nie wystarczy obserwować, w jakiej fazie występuje u większości społeczeństw danego rodzaju, lecz trzeba również brać pod uwagę odpowiednią fazę ich ewolucji”. Przy określaniu normalności nie podkreślał też aspektu moralnego: „Przede wszystkim zbrodnia jest normalna, ponieważ społeczeństwo bez zbrodni jest niemożliwe”. É. Durkheim, „Zasady metody socjologicznej”, Warszawa, (2000), PWN, s. 89-90, 101. Zob. ważne rozróżnienie w Giddens 2004: 224: „Dewiację można zdefiniować jako nieprzestrzeganie zespołu norm przyjętych przez członków danej społeczności lub społeczeństwa. Jak już podkreślaliśmy, żadnego społeczeństwa nie da się po prostu podzielić na ludzi przestrzegających norm i odbiegających od nich. Większość z nas od czasu do czasu przekracza ogólnie uznane reguły zachowań, czy to dopuszczając się drobnych kradzieży z półek sklepowych lub wynosząc coś z pracy, choćby ołówek czy długopis, przekraczając ograniczenia prędkości, robiąc dowcipy telefoniczne, czy też paląc marihuanę. Dewiacja i przestępczość to nie to samo, chociaż często się zazębiają. Pojęcie dewiacji jest dużo szersze niż pojęcie przestępstwa, oznaczające postępowanie nonkonformistyczne, które jest jednoznaczne ze złamaniem prawa. Wiele zachowań dewiacyjnych nie jest prawnie sankcjonowane. Zatem badania dewiacji mogą obejmować zjawiska tak różnorodne, jak naturyzm (nudyzm), kultura *rave* i New Age”⁶⁵.

Według Roberta K. Mertona (1982) alkoholizm i narkomania, włóczęgostwo i bycie hippisem, mogą być uznane za przykłady pewnego typu adaptacji społecznej, wśród wymienionych:

⁶⁵ Por. M. Binczycka-Anholcer, (1996), „Przemoc w zakładach karnych” w: B. Hołyst, S. Redo (red.), Problemy więziennictwa u progu XXI wieku, Warszawa-Wiedeń- Kalisz, s. 290-6, teźże, (1998), „Violence in a penitentiary closed institutions”, w: B. Hołyst (red.), „EuroCriminology”, Łódź, vol. 12, 107-116.

konformizmu, innowacji, rytualizmu, wycofania i buntu, możemy się skupić na dwóch ostatnich pozycjach: wycofanie polega na odrzuceniu zarówno celów wyznaczanych przez kulturę, jak i instytucjonalnych środków służących do realizacji tych celów. Jak pisze Andrzej Siemaszko (1993: 43): „Reakcja wycofania jest prawdopodobna wówczas, gdy jednostka głęboko zinternalizuje zarówno cele kulturowe, jak i zinstytucjonalizowane środki służące do ich realizacji, jednakże jej pozycja w strukturze społecznej jest taka, że nie ma ona szans na realizację wymogów kulturowych. Internalizacja norm uniemożliwia tej jednostce sięgnięcie po środki nonkonformistyczne. Wówczas konflikt jest rozwiązywany przez jednoczesne odrzucenie obydwu elementów struktury kulturowej – i celów, i środków. 'Ucieczka jest całkowita, konflikt wyeliminowany i jednostka staje się człowiekiem odspołecznionym' (Merton 1982: 217)”. Reakcja buntownicza zakłada odrzucenie zarówno dotychczasowych celów kulturowych, a także zinstytucjonalizowanych środków służących do ich realizacji, a zamiast tego wprowadzenie nowych celów kulturowych i nowych norm instytucjonalnych – powstaje pytanie, czy w warunkach penitencjarnych mamy do czynienia ze wszystkimi typami adaptacji społecznej wymienionymi przez Mertona, czy tylko z dwoma ostatnimi? Istnienie subkultury więziennej (wycofanie, „grypsera”) jako przykładu rytualizmu (odrzucenie celów i (nadmierna) akceptacja środków), buntu czy wycofania mogą sugerować, że w warunkach penitencjarnych mamy do czynienia z oddziaływaniem dwóch kultur: kultury oficjalnej i subkultury, z ich wpływem społecznym, poprzez normy grupowe, na osadzonych. W teorii zróżnicowanych powiązań Edwina H. Sutherlanda⁶⁶ stawia się tezę, iż zachowanie dewiacyjne jest wyuczone co stanowiło w latach 30-tych XX wieku nowość wobec teorii biologicznych, widzących przede wszystkim rolę dziedziczności (np. Cesare Lombroso). W koncepcji Howarda S. Beckera⁶⁷, „w dotychczasowych rozważaniach nad dewiacją przyjmowano założenie, że zachowanie dewiacyjne stanowi naruszenie jakiegoś zbioru reguł. Ustalano następnie, kto regułę naruszył, i badano, jakie cechy łączą owych nonkonformistów, wyróżniając ich spośród reszty 'zdrowego' społeczeństwa (na przykład warunki rodzinne, inteligencja, osobowość). W podejściu takim kryło się milczące założenie, że osoby naruszające dany rodzaj norm społecznych stanowią zbiorowość homogeniczną, innymi słowy, że sam fakt naruszania norm odróżnia dewiantów od konformistów. Becker zanegował ów pogląd twierdząc, że sam fakt istnienia określonej grupy ludzi, nie przesądza o jeszcze o jednorodności tej zbiorowości. Jego rozumowanie było następujące: 'Dewiację tworzą grupy społeczne przez ustanawianie reguł, których naruszenie stanowi dewiację, a także przez stosowanie tych reguł wobec poszczególnych ludzi i etykietowanie ich jako outsiderów. Z tego punktu widzenia dewiacja nie jest cechą czynu popełnianego przez

⁶⁶ Siemaszko 1993: 88-131.

⁶⁷ Siemaszko 1993: 299-322.

jednostkę, lecz jest raczej skutkiem stosowania przez innych reguł i sankcji wobec <<winowajcy>>. Dewiantem jest ten, komu ta etykieta została skutecznie przyczepiona; zachowaniem dewiacyjnym jest zachowanie, które ludzie za takie uważają' (Becker 1963: 9)" (Siemaszko 1993: 299-300).

Becker widział dewiacyjność zachowania w dwóch płaszczyznach: stosunku do reguł (postępowanie zgodne lub sprzeczne z regułami) oraz percepcji społecznej (zachowanie postrzegane lub nie postrzegane jako dewiacyjne przez „dewiantów” i „normalne” otoczenie). Dewiacja czysta to zachowanie, które stanowi naruszenie reguł i jest tak odbierane przez widzów – takie właśnie są np. alkoholizm i narkomania osób, które wcześniej były takie na wolności, a teraz znajdują się w warunkach penitencjarnych. Status dewianta oznacza, iż widzowie społeczni mają tendencję do postrzegania w ramach stereotypu całej osoby dewianta. Zachodzi tutaj także zjawisko „samospełniającego się proroctwa” - osoby takie posiadają autostereotyp pogłębiający dewiację. Podobny charakter ma teoria naznaczenia (stygmatyzacji) i samo-naznaczenia Ervinga Goffmana (Siemaszko 1993:331-47), która przynajmniej niektóre zachowania anty-zdrowotne (alkoholicy, narkomani, niedoszli samobójcy) traktuje jako widoczne stygmaty, ułatwiające „karierę dewiacyjną”.

2.4. Autoagresja w subkulturze więziennej

Kenrick, Neuberg, Cialdini⁶⁸ (2002): 495-497 oraz Barbara Krahe⁶⁹, przedstawiają wiele oryginalnych badań nad agresją, dzieląc te wyjaśnienia na teorie: I. Biologiczne: 1) pogląd etologiczny: że w organizmie kumuluje się ciągle agresywna energia (Konrad Lorenz 1974), 2) pogląd socjobiologiczny: agresja jako adaptacyjny wytwór ewolucji, 3) genetyka behawioralna: dziedziczenie agresji; II. Wyjaśnienia psychologiczne: 1) Siegmund Freud: agresja jako destrukcyjny instynkt, 2) hipoteza frustracji-agresji (Dollard, Berkowitz), 3) neosocjacionizm poznawczy: rola afektu negatywnego, 4) teoria transferu pobudzenia: gniew a atrybucja pobudzenia, 5) podejście społeczno-poznawcze: agresywne skrypty a przetwarzanie informacji społecznych, 6) uczenie się agresji (A. Bandura): rola wzmocnienia i naśladownictwa, 7) model interakcjonizmu społecznego: agresja jako przymuszający wpływ społeczny. Istnieje także zwłaszcza w warunkach penitencjarnych zjawisko autoagresji – działanie mające na celu spowodowanie sobie psychicznej albo fizycznej szkody. Typy autoagresji: 1) bezpośrednia – gdy dochodzi do samookaleczenia, samooskarżania, 2) pośrednia – gdy jednostka prowokuje i poddaje się agresji innych oraz:

⁶⁸ Kenrick, Neuberg, Cialdini (2002): 495-497.

⁶⁹ Barbara Krahe (2005), „Agresja”, przeł. J. Suchecki, GWP, Gdańsk.

3) werbalna – polega na zaniżaniu samooceny, krytykę siebie i swojego zachowania, 4) niewerbalna – to samookaleczenia, uszkodzanie ciała. Zachowania autoagresywne: samouszkodzenia, samookaleczenia – działania skierowane na uszkodzenie ciała, niezagrażające życiu⁷⁰: **próby samobójcze / samobójstwa dokonane działanie autodestrukcyjne, którego rezultatem jest pozbawienie siebie życia.** Celem agresji⁷¹ jest zazwyczaj rozładowywanie napięcia (hipoteza frustracji-agresji, zgodnie z którą każda nieprzyjemna sytuacja prowadzi do agresji emocjonalnej, jeżeli wywołuje przykre uczucia), osiąganie korzyści materialnych i społecznych, zdobycie lub utrzymanie wysokiej pozycji społecznej w więziennej subkulturze, obrona siebie lub innych.

Wśród autoagresywnych zachowań ryzykownych naczelną rolę zajmuje samobójstwo⁷². Jak najkrócej, a jednak ściśle można je zdefiniować? Nasuwa się tutaj rozwiązanie Durkheima: „*Samobójstwem nazywamy każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z pozytywnego lub negatywnego działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat.*”

Próba samobójcza to natomiast tak określone działanie, które zostało powstrzymane, zanim wynikła z niego śmierć⁷³. Jest sprawą dyskusyjną, czy istnieją autodestrukcyjne inklinacje jednostki⁷⁴, ale odpowiednia myśl w psychologii ewolucyjnej może stanowić, bardziej niż „Thanatos (instynkt śmierci)” u Freuda, wyjaśnienie tego faktu: Denys de Catanzaro⁷⁵ postawił hipotezę, że

⁷⁰ Por. K. Linowski, I. Wysocki, „Agresja, autoagresja a przemoc w życiu człowieka. Przyczyny, przejawy, przeciwdziałanie i resocjalizacja”, Radom 2012, s. 92. Por. Hansen, E. „Przestępstwa więźniów w okresie izolacji penitencjarnej”, Warszawa: PWN, 1982; Ciosek, M. „Izolacja więzienna: wybrane aspekty izolacji więziennej w percepcji więźniów i personelu”, Gdańsk 1993.

⁷¹ Agresję definiujemy tutaj jako celowe zachowanie mające na celu wyrządzenie krzywdy innej osobie: wyróżniamy „agresję pośrednią” (zachowanie mające na celu wyrządzenie komuś krzywdy jednak bez konfrontacji „twarzą w twarz”), „a. bezpośrednią” (zachowanie mające na celu wyrządzenie komuś krzywdy w trakcie bezpośredniej konfrontacji „twarzą w twarz”), „a. emocjonalną” (działanie na czyjąś szkodę powodowane uczuciem złości), „a. instrumentalną” (działanie na czyjąś szkodę zmierzające do osiągnięcia jakiegoś nieagresywnego celu, innego niż skrzywdzenie tej osoby – tutaj należą tzw. przestępstwa białych kołnierzyków, etc.).

⁷² Way, B.; Miraglia, R.; Sawyer, D.; Beer, R.; Eddy, J. (2005). „Factors related to suicide in New York state prisons”, *International Journal of Law and Psychiatry* 28 (3): 207–221; I. Suto, G.L.Y. Arnaut, (2010), „Suicide in Prison: A Qualitative Study”, *The Prison Journal*, 90(3): 288-312; Hołyst, B. , (2002), „Suicydologia”, LexisNexis, Warszawa: 34: „W latach dziewięćdziesiątych pojawiło się pojęcie 'samobójczości'. Samobójczość oznacza sumę wszystkich myśli i zachowań ludzi, którzy dążą w myślach, przez aktywne działania, pasywne zaniechanie albo przez zezwolenie na działania do własnej śmierci lub biora ją pod uwagę jako możliwy wynik działań”. Por. Wolfersdorf, „Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens”, w: M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (red.), „Suizidalität – Die biologische Dimension”, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1995: 1-16. Mówi się także o „suizidale Persönlichkeit”. Medyczne podejście do samobójstwa przedstawione jest w: M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, „Psychopatologia”, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003: 314-321.

⁷³ Durkheim, É. „Samobójstwo. Studium z socjologii”, przeł. K. Wakar, przedm. A. Sulek, red. nauk. E. Tarkowska, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006. („Le Suicide. Étude de Sociologie”, Alcan, Paris 1897): 51.

⁷⁴ Menninger, K. A. (1938), „Man against himself”, New York 1938.

⁷⁵ de Catanzaro, D., (1991), „Evolutionary limits to self-preservation”, *Ethology and Sociobiology*, 12, 13-28; de Catanzaro, D. (1995), „Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and highrisk group”, *Ethology and Sociobiology*, 16, 385-394.

prawdopodobieństwo samobójstwa zwiększa się, gdy człowiek traci możliwość działania na rzecz dostosowania łącznego, rozumianego jako dobrobyt własny oraz reprodukcja osobnicza i krewniacza, zwłaszcza gdy wiąże się to z nad-regulacją stosunków społecznych⁷⁶.

Jednakże, zdaniem Stengla⁷⁷, rzadko występują sprawcy zamachów samobójczych przewidujący absolutną nieuchronność śmierci (działający więc niejako z zamiarem bezpośrednim). Najczęściej jest to przewidywanie jedynie możliwości zgonu (zamiar ewentualny). Trzeba także odróżnić udany zamach samobójczy od jego usiłowania, a także myśli samobójcze, przekazy samobójcze, groźby samobójcze i obiektywne ryzyko samobójstwa: „Jest to ocena innej osoby, często specjalisty, który szacuje prawdopodobieństwo odebrania sobie życia przez daną osobę na podstawie znajomości sytuacji życiowej, patologicznych cech, danych statystycznych oraz reakcji otoczenia tej osoby”⁷⁸. Hołyst⁷⁹ analizuje samobójstwa osób pod wpływem alkoholu (wśród alkoholików samobójstwa są znacznie częstsze niż wśród całej populacji)⁸⁰ i narkotyków: obniżone poczucie sensu życia (które jest jednym z predyktorów ryzyka samobójczego) stwierdzono m. in. w badaniach neurotyków, narkomanów⁸¹, alkoholików⁸² i, co ważne dla nas, osadzonych młodocianych przestępców⁸³. Alkoholem jako czynnikiem ryzyka suicydalnego obszernie zajmuje się Hołyst, także samobójstwami i samouszkodzeniami⁸⁴ osób osadzonych w zakładach karnych: „Wśród samobójców w aresztach i więzieniach dominują osoby w wieku 21-40 lat. Z ogólnych ustaleń kryminologii wynika, że jest to grupa wiekowa najbardziej aktywna wśród przestępców” najliczniejszą grupę wśród samobójców stanowili kawalerowie, stosunkowo duży procent

⁷⁶ Buss, D.M., (2001), „Psychologia ewolucyjna”, przeł. M. Orski, GWP, Gdańsk: 121-122, można tu zauważyć ogólne, biorące się ze wspólnego biologicznego, „stadnego” podłoża, podobieństwo do analizy funkcji samobójstwa u Bronisława Malinowskiego (i samobójstwa fatalistycznego u Durkheima), zob. „Zwyczaj i zbrodnia”, w: „Dzieła”, t. 2, PWN 1984: 7-607: 74-75.

⁷⁷ Stengel, E. (1972), „Definitions and classifications of suicidal acts”, w: Proceedings of the 6-th International Conference for Suicide Prevention, R.E.Litman (red.), Michigan 1972. Por. definicja WHO (1986): „Samobójstwo jest aktem o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością i oczekiwaniem takiego skutku sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądanых (i upragnionych)”.

⁷⁸ Hołyst 2002: 44.

⁷⁹ Hołyst 2002: 344- 348.

⁸⁰ Goodwin, pw., (1973), „Alcohol in homicide and suicide”, Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, 33, 144-56

⁸¹ Cekiera, C. (1985), „Toksykomania”, Warszawa; Gaś, Z. (1986), „Umiejętność działania konstruktywnego a poczucie sensu życia”, w: B. Pilecka (red.), Osobowościowe i środowiskowe determinanty poczucia sensu życia, Rzeszów.

⁸² Szymanowska, A. (1992), „Psychospołeczne uwarunkowania poczucia sensu życia”, Studia z Psychologii, Warszawa.

⁸³ Szymanowska, A. (1991), „Resocjalizacja młodocianych skazanych na karę pozbawienia wolności”, w: L. Malinowski, J. Stochmiłek (red.), Aktywność społeczno-zawodowa młodzieży niepełnosprawnej i niedostosowanej społecznie, Warszawa.

⁸⁴ Wrona, S. (1967), „Samobójstwo tymczasowo aresztowanych i skazanych”, Przegląd Więziennictwa Polskiego, nr 16-17: 47-67; Kolarczyk, T. (1987), „Usiłowania samobójcze tymczasowo aresztowanych i skazanych na karę pozbawienia wolności”, Przegląd Penitencjarny i Kryminologiczny, nr 12-13, 40-68; tegoż, (1997), Samobójstwa tymczasowo aresztowanych i skazanych”, Przegląd Więziennictwa Polskiego, nr 16-17, 53 nn.; Moczydłowski, P. (1993), „Zapobieganie samobójstwom osób pozbawionych wolności”, Warszawa.

samobójców to osoby rozwiedzione; poza tym samobójcy mieli w zasadzie wykształcenie podstawowe (50,7%) lub zasadnicze zawodowe (29,2%). Spośród badanych 8 (7,9%) w dzieciństwie przebywało w zakładzie wychowawczym, 13 (12,9%) sędownie zostało skazanych na pobyt w zakładach poprawczych. „Zachowania destrukcyjne, patologiczne to istotne elementy osobowościowe odróżniające osobnika aspołecznego od normy społecznej. Szczególnie ludzie działający destrukcyjnie, w sposób wyniszczający własny organizm są podejrzewani, że zamierzają pozbawić się życia. Powtarzalność zachowań destrukcyjnych, sięganie do coraz bardziej drastycznych form takiego zachowania może w efekcie prowadzić do skutku śmiertelnego. Takimi zachowaniami są alkoholizm (nadużywanie alkoholu) (tymczasowo aresztowani i skazani razem – 70,3%), narkomania (razem: 13,9% - musi dziwić tak niski wynik) i autoagresja (razem: 60,4%). Najczęściej samobójcy wybierali celę mieszkalną do wykonania zamachu samobójczego. Podobnie jak na wolności, również w zakładach karnych 81,6% samobójców wybrało powieszenie jako sposób odebrania sobie życia. Inne sposoby to: zażycie środków nasennych (6,1%) i przecięcie naczyń tętniczo-żylnych (6,1%). Największą grupę stanowili skazani niewierzący (39,6%), natomiast wierzący nie praktykujący – 13,9% oraz wierzący praktykujący różnych wyznań – 18,7%. Przynależność do podkultury więziennej deklarowało aż 66,3% osadzonych”. Wielu samobójców było leczonych psychiatrycznie⁸⁵.

2.5. Zachowania ryzykowne zdrowotnie

2.5.1. Teorie i definicje – zachowania ryzykowne i czynniki ryzyka, grupy ryzyka

Celem niniejszej pracy jest analiza zachowań ryzykownych zdrowotnie w przypadku osób, a zwłaszcza młodzieży⁸⁶, w warunkach penitencjarnych i ich wpływ na jakość życia. Taki cel narzuca interdyscyplinarne rozumienie metodologii i przedmiotu pracy – chodzi bowiem nie tylko o zachowania anty-zdrowotne młodzieży, ale również o wpływ czynników socjologicznych i psychologicznych na to wysoce specyficzne otoczenie, w którym znajdują się wychowankowie

⁸⁵ Hołyst 2002: 522-528, 624-633.

⁸⁶ Por. Raport IPiN, „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: kl. I-II”, K. Ostaszewski, A. Rustecka-Krawczyk, M. Wójcik, Warszawa 2009: 9-10. „Wychowankowie drugich klas młodzieżowych ośrodków wychowawczych i socjoterapeutycznych rzadziej niż w pierwszych klasach przejawiali zachowania związane z przemocą, rzadziej popełniali wykroczenia oraz przejawiali problemy szkolne, częściej natomiast używali substancji psychoaktywnych (alkoholu, papierosów, narkotyków). Zmniejszenie się rozmiarów niektórych zachowań problemowych u wychowanków jest prawdopodobnie wynikiem nakładania się kilku czynników: w tym przede wszystkim pracy wychowawczej i korekcyjnej tych ośrodków. Rozmiary wszystkich zachowań problemowych wśród wychowanków młodzieżowych ośrodków były od kilku do kilkunastu razy większe niż wśród uczniów uczęszczających do gimnazjów publicznych i niepublicznych”.

i osadzeni w systemie penitencjarnym⁸⁷. Zachowania zdrowotne (health behaviour) to takie, które „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne”: („Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego”, A. Gniazdowski (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990). Przyjmuje się także standardową, psychologiczną koncepcję tego, czym jest zachowanie w teoriach uczenia się: „Zachowanie, o którym mowa, to zachowanie sprawcze, a więc polegające na wykonywaniu przez organizm pewnych operacji czy manipulacji na otoczeniu. W warunkowaniu klasycznym przedmiotem warunkowania są często mimowolne reakcje, w rodzaju ślinienia się czy mrugania powieką. Natomiast w warunkowaniu sprawczym obiektem warunkowania są reakcje dowolne, w rodzaju dziobania w jakiś cel, naciskania na dźwignie czy różnych czynności niezbędnych na przykład do gry w tenisa lub pływania. Organizmy same angażują się w takie zachowania, gdyż mogą one prowadzić do pożądanых konsekwencji, takich jak jedzenie, przytulenie przez kogoś, zdanie egzaminu na piątkę czy pochwała ze strony innych. Wiele dzieci uczy się przestrzegać norm społecznych, dzięki czemu zyskują uwagę i aprobatę rodziców i nauczycieli. Inne dzieci mogą jednak – paradoksalnie- wyuczać się 'złych' zachowań, ponieważ one również zwracają na siebie uwagę otoczenia, szczególnie w warunkach, w których 'dobre' zachowanie jest rutynowo ignorowane”⁸⁸. W teoriach osobowości krytykuje się często takie ujęcie jako jednostronne: „Po pierwsze, zachowanie musi być wyjaśniane w kategoriach przyczynowego wpływu środowiska na osobę. Porównajmy to stwierdzenie z innymi teoriami. Teorie omawiane w naszym podręczniku dotyczą przede wszystkim tego, co jest 'w głowie' osoby (struktur psychodynamicznych, cech itp.) Koncentrują się na tym, w jaki sposób wewnętrzne czynniki osobowości oddziałują na ludzkie doświadczenia i działania. Natomiast w behawioryzmie chodzi przede wszystkim o to, co dzieje się w środowisku. Behawioryści próbują ustalić, w jaki sposób czynniki środowiskowe przyczynowo determinują zachowanie człowieka. Drugie założenie dotyczy

⁸⁷ Zrozumiałe jest, że powinniśmy określić pojęcie ryzyka, terminu użytego w tytule, a w szczególności ryzyka zdrowotnego: wg „Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English”, (1997), A.S. Hornby, VIIth Edition, Oxford University Press:1313: „risk - the possibility of sth bad happening at some time in the future; a situation that could be dangerous or have a bad result: *Smoking can increase the risk of developing heart disease*”. A „choroba” (disease, illness, disorder, infection, condition, ailment, bug) jest to „an illness affecting humans, animals or plants, often caused by infection”(ibid. 436). Ryzyko oznacza jakąś miarę/ocenę zagrożenia czy niebezpieczeństwa wynikającego albo z prawdopodobnych zdarzeń od nas niezależnych, albo z możliwych konsekwencji podjęcia decyzji - jest ono proporcjonalne do prawdopodobieństwa wystąpienia tego zdarzenia i do wielkości strat, które może spowodować. Ryzyko jest w teorii decyzji sumą iloczynów prawdopodobieństwa zajścia niepożądanego zdarzenia i oczekiwanej straty. Por. „Social Theories of Risk”, red.: S. Krinsky i D. Golding, Westport 1992. Ryzyko zdrowotne jest zależne od wielu czynników, m. in. : charakterystyki demograficznej (wiek, płeć), styl życia – dieta, palenie, alkohol itd., osobista i rodzinna historia medyczna, dane fizjologiczne – waga, wzrost, ciśnienie krwi, poziom lipidów, postawa gotowości do zmiany zachowania na prozdrowotne.

⁸⁸ Spencer A. Rathus: „Psychologia współczesna”, przekł. B. Wojciszke, GWP, Gdańsk 2004: 307-308.

rozumienia człowieka, które powinno opierać się całkowicie na badaniach laboratoryjnych z udziałem ludzi lub zwierząt. Ponownie, porównajmy to założenie z innymi teoriami. Przedstawiciele innych ujęć teoretycznych byli zgodni co do tego, że kiedy formułuje się teorie osobowości, istotami badanymi powinny być osoby. Natomiast behawioryści formułują teorię osobowości, bazując w większości na danych z badań nad zwierzętami”⁸⁹.

Podajmy poręczną definicję ze znakomitego raportu na temat zachowań chroniących (protekcyjnych) i ryzykownych u współczesnej, polskiej młodzieży⁹⁰: „Przez czynniki ryzyka rozumiemy właściwości indywidualne, cechy środowiska społecznego i efekty ich interakcji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powstania nieprawidłowości, zaburzeń, chorób lub przedwczesnej śmierci. W sensie statystycznym czynniki ryzyka to korelaty (właściwości, które współwystępują z nieprawidłowym zachowaniem lub chorobą) lub predyktory, czyli właściwości, które poprzedzają w czasie powstawanie nieprawidłowych zachowań, zaburzeń, lub chorób. Na podstawie wiedzyo czynnikach ryzyka możemy przewidywać wystąpienie niepożądanych zjawisk, np. zachowań problemowych młodzieży, ale czynniki ryzyka nie są przyczynami w ścisłym znaczeniu tego słowa. Pojawienie się czynników ryzyka nie musi nieuchronnie prowadzić do negatywnych konsekwencji, ale wyraźnie zwiększa ryzyko ich wystąpienia”⁹¹. Jest to definicja powstała na gruncie biomedycznego modelu zdrowia - teorii Talcotta Parsonsa, panującej w socjologii od co najmniej kilku dziesięcioleci⁹². Jak podsumowuje to A. Giddens⁹³, istnieją cztery założenia tego modelu: 1) „Choroba jest fizyczną usterką organizmu, spowodowaną przez konkretny czynnik biologiczny”, 2) „W procesie terapii pacjent nie ma do odegrania żadnej roli, a jego 'chore ciało' można leczyć w oderwaniu od umysłu”, 3) „Lekarze mają 'wiedzę specjalistyczną' i oferują jedynie prawomocną terapię”, 4) „Właściwym miejscem leczenia jest

⁸⁹ Cervone, Pervin (2011): 438-439.

⁹⁰ „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-II”. K. Ostaszewski, A. Rustecka-Krawczyk, M. Wójcik, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego. Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa 2009, s. 13.

⁹¹ Zob. HRA (Health Risk Appraisal): Yen, L, McDonald, T, Hirschland, D, Edington, D.W. (October 2003). “Association between wellness score from a health risk appraisal and prospective medical claims costs”. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45 (10): 1049–1057. Gazmararian, J.A., Foxman, B., Yen, L.T., Morgenstern, H., Edington, D.W. (October 1991). “Comparing the predictive accuracy of health risk appraisal: the Centers for Disease Control versus Carter Center program”. *American Journal of Public Health* 81 (10): 1296–1301. Alexander, G. (2000). “Health risk appraisal”. *The International Electronic Journal of Health Education* 3 (Special): 133–137.

⁹² Warto zwrócić uwagę, że np. Beck 2004 obszernie buduje teorię „społeczeństwa ryzyka”, które ma do czynienia z globalizującym się ryzykiem, nieograniczonymi przestrzennie, czasowo i społecznie zagrożeniami. Por. Giddens 2004: 696-7: „Znika tradycyjne społeczeństwo przemysłowe, a jego miejsce zajmuje 'społeczeństwo ryzyka'. Tam gdzie postmoderniści widzą chaos lub brak porządku, Beck dostrzega ryzyko i niepewność. Porządek globalny to przede wszystkim kontrola ryzyka”.

⁹³ Giddens 2004: 178.

szpital, który dysponuje techniką i personelem medycznym”. Dopiero obecnie, jak zauważa Giddens, model ten ulega przewartościowaniu w kierunku pojęć zdrowia, społeczności, profilaktyki, kontroli, opieki i osoby zamiast pacjenta. Jednakże por. *votum separatum* i obszernie rozważania Chrisa Shilinga, (2008), „Kultura, „rola chorego” i konsumpcja zdrowia”, przeł. M. Korzewski, „Socjologia codzienności”, (red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Wydawnictwo Znak, Kraków: 733-755: 752: „Dlatego też dość utopijna wydaje się propozycja Giddensa, iżby rozprzestrzenianie informacji związanej ze zdrowiem mogło uświadomionym 'zdrowotnie' jednostkom służyć jako środek masowego 'zawodowego' przekwalifikowania laików w relacjach ze specjalistami. W przeciwieństwie do sugestii Giddensa, twierdzenie Parsonsa przyjmujące, iż na trwale zakorzenione w obrębie praktyki medycznej wartości – jakkolwiek przyjmować mogą odmienne formy manifestacji w odniesieniu do różnych ról społecznych – nastawione są na maksymalizację funkcjonalnej sprawności. To twierdzenie nadal daje do myślenia, a to dlatego właśnie, że wzbudza w nas większą ostrożność co do rezultatów takiego stanu rzeczy. Niezależnie od bieżących ograniczeń, jakie krępują 'nie-specjalistyczne' zachowanie, coraz większa liczba ludzi przejawia potrzebę i chęć działania z maksymalnie możliwą funkcjonalną efektywnością w warunkach narastającej konkurencji rynkowej i w ramach kultury konsumpcyjnej, która wyposaża ich w nieograniczone wręcz możliwości rozwoju osobowości. W tym zaś kontekście naukowe dokonania Parsonsa nadal okazują się dostarczać poważnego materiału analitycznego”.

W literaturze odróżnia się zachowania ryzykowne od czynników (predyktorów, czyli cech lub grup ludzi, których przynależność do takiej grupy lub posiadanie takich cech, predysponuje do zachowań ryzykownych): czynniki ryzyka (Okulicz-Kozaryn, Ostaszewski (1999): 377-378) dzieli się na czynniki fizjologiczne, środowiskowe, indywidualne oraz makrospołeczne⁹⁴. Wyróżnia się także, za epidemiologią, grupy ryzyka, czyli kategorie populacji szczególnie narażone na występowanie zachowań ryzykownych. Pojęcie to należy jednak raczej do epidemiologii i ekonomii zdrowia publicznego.

⁹⁴ „Czynniki fizjologiczne obejmują cechy neurofizjologiczne i procesy biochemiczne, które zwiększają osobniczą podatność na działanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz na uzależnienie się od nich. Czynniki środowiskowe obejmują wzory zachowań, wartości i normy najbliższego środowiska, głównie rodzinnego i rówieśniczego. W badaniach nad czynnikami środowiskowymi uwzględnia się między innymi wzory używania substancji psychoaktywnych przez rodziców, praktyki wychowawcze rodziców, klimat emocjonalny rodziny, a także styl życia, normy i zachowania przyjaciół i rówieśników. Na czynniki indywidualne składają się umiejętności osobiste i społeczne, indywidualne postawy, przekonania, oczekiwania, intencje dotyczące używania substancji psychoaktywnych, zachowania problemowe wieku dojrzewania, jak również cechy osobowościowe, które wiążą się z większym ryzykiem wystąpienia problemów alkoholowych lub/i narkotykowych, takie jak: buntowniczność, impulsywność, poszukiwanie stymulacji, skłonność do zachowań ryzykownych, wysoki poziom lęku lub depresyjność. Wśród czynników makrospołecznych wymienia się, oddziaływanie mediów i reklam, uregulowania prawne, dostępność substancji, warunki życia, stopień przestępczości, bezrobocie, poziom szkolnictwa itp.”

Znamienne jest określenie przez World Health Organization (1946, 1984) zdrowia, nie w opozycji do choroby, ale niezależnie: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)⁹⁵”. Jak uważa Juczyński (Juczyński 2009: 12-21), można wyróżnić kilka ujęć zdrowia: a) holistyczne ujęcie zdrowia, b) poznawczo-behawioralne podejście do promocji zdrowia i c) kompetencyjny model zmiany zachowań zdrowotnych. W koncepcji holistycznej traktuje się zdrowie jako zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska (Słońska 1994), lub jest pojmowane jako proces poszukiwania i utrzymywania ciągle naruszanej równowagi (Sęk 1997: 51), a także uważa się, iż zdrowie jest wynikiem integracji między procesami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, kulturowymi i cywilizacyjnymi (Heszen-Niejodek 2000). W ujęciu poznawczo-behawioralnym zachowanie i poznanie traktuje się integratywnie (Bishop 2000): zwłaszcza w teorii społecznego uczenia się i teorii atrybucji, które zwracają uwagę na umiejscowienie kontroli behawioralnej i poznawczej (Norman i Bennet 1996). Kompetencyjny model, stosowany przez samego Juczyńskiego, jest w zamiarze, połączeniem teorii społecznego uczenia się, teorii atrybucji, modelu umiejscowienia kontroli i teorii własnej skuteczności (A. Bandura) oraz procesualnego ujęcia Schwarzera i teorii woli Kuhla (1985).

Szczególnie ważna jest koncepcja T. Parsonsa⁹⁶, że zdrowie jest to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. Pogląd Parsonsa umiejscawia nas w perspektywie nie tylko socjologicznej „małej struktury społecznej” jaką jest placówka opiekuńczo-wychowawcza oraz zakład karny, ale także w aspekcie pojęcia „samoregulacji” stosowanego w psychologii społecznej i psychologii motywacji. Rozdział ten omawia najbardziej wpływowe w nurcie edukacji zdrowotnej koncepcje ryzyka zdrowotnego u młodzieży, która stanowi połowę próby badanej i połowę próby kontrolnej w naszym badaniu. Wyniki te odnoszą się jednak nie tylko do nieletnich, lecz także do wszystkich dorosłych – teorie poniższe tłumaczą bowiem uniwersalne mechanizmy nabywania zachowań ryzykownych vs protekcyjnych. Ulubionym przedmiotem badań wspomnianych teoretyków jest młodzież, ponieważ badane zjawiska występują w postaci nie zakłóconej nabytymi i utrwalonymi u dorosłych przekonaniami i zachowaniami.

⁹⁵ Potocznie termin „uzależnienie” jest stosowany głównie do osób, które nadużywają narkotyków (narkomania), leków (lekomania), alkoholu (alkoholizm), czy papierosów. Szerzej może odnosić się do wielu innych zachowań, np. gier hazardowych, oglądania telewizji, internetu, czy seksu. Są to uzależnienia często mniej znane i opisane, nie zawsze nawet określane w oficjalnych klasyfikacjach chorób, ICD-10 i DSM IV, jako zaburzenie.

⁹⁶ Parsons 1969: 340.

2.5.1.1. Teorie uczenia się zachowań ryzykownych - modelowanie wg A. Bandury

Pierwszą ważną koncepcją jest teoria społecznego uczenia się Alberta Bandury⁹⁷, wedle której można wyróżnić dwa główne źródła zachowania jednostek: uczenie się przez konsekwencje zachowania i uczenie się przez modelowanie. Klasyczna teoria uczenia się opiera się na pierwszym źródle, natomiast koncepcja społecznego uczenia się *sensu stricto* wynika z uczenia się przez modelowanie dzięki obserwowaniu zachowań innych i następstw (nagradzania lub karania). Modelowanie jest podstawową formą uczenia się człowieka. „W uczeniu tym pośredniczą procesy uwagi, przechowywania informacji w pamięci, przekształcania symbolicznych reprezentacji zapamiętanego zachowania w program własnego działania oraz procesy motywacyjne”⁹⁸. Jest to ważne o tyle, że dla Bandury ogromną rolę pełnią oczekiwania dotyczące własnej skuteczności (Bandura 1977) oraz transmisja międzypokoleniowa za pośrednictwem rodziny pierwotnej (Płopa 2005). Prowadzono również w tej koncepcji dociekania nad rodzinnymi uwarunkowaniami picia młodzieży (Lowe i in. 2000).

Jednakże to, co jest najważniejsze, to jeden z najczęściej eksplorowanych obszarów badawczych teorii społeczno-poznawczej, czyli związek między przekonaniem na temat własnej skuteczności i zdrowiem (Bandura 1997⁹⁹). „Silne, pozytywne przekonania na temat własnej skuteczności są korzystne dla zdrowia, natomiast negatywne przekonania na temat własnej skuteczności są dla zdrowia niekorzystne (Schwarzer 1992¹⁰⁰). (...) Aby wzmocnić przekonania na temat własnej skuteczności i tym samym zredukować występowanie zachowań ryzykownych, zastosowano różne techniki, między innymi modelowanie oraz wytyczanie celów (O’Leary 1992)¹⁰¹”. Trzeba także zauważyć, iż istnieją w procesie modelowania wg Bandury wyraźne cele: 1) kształtowanie nowych umiejętności; 2) zmiana w obrębie zahamowań w wyrażaniu siebie; 3) stymulowanie istniejących wcześniej wzorców zachowania; 4) ukształtowanie bardziej realistycznych standardów oceniania własnego wykonania (Rosenthal i Bandura 1978: 622)¹⁰².

⁹⁷ Bandura 2007.

⁹⁸ Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011: 46.

⁹⁹ Bandura, A. (1997), „Self-Efficacy: the Exercise of Control”, Freeman, New York.

¹⁰⁰ Schwarzer, R. (1992), „Self-Efficacy: Thought Control of Action, Washington, DC:Hemisphere.

¹⁰¹ Cervone, Pervin 2011: 610. Ibid.

¹⁰² Rosenthal, T., Bandura, A. (1978), „Psychological Modeling: Theory and Practice”, w: S.I. Garfield, A.E. Bergin (red.) Handbook of Psychotherapy and Behaviour (s. 621-58), Wiley, New York. Polska wersja kwestionariusza do badania własnej skuteczności - „Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) w : Juczyński 2001: 93-98.

2.5.1.2. Podejście ekologiczne U. Bronfenbrennera oraz koncepcja Sallisa i Nadera

Kolejne podejście to teoria systemów ekologicznych Urie Bronfenbrennera¹⁰³, która analizuje zachowania jednostki w jej „naturalnym” środowisku (obejmującym, jak można zakładać, także warunki penitencjarne). Środowisko to składa się z osób, obiektów i symboli tworzących szereg powiązanych ze sobą warstw – w centrum znajduje się osoba (czynniki biologiczno-fizjologiczne, obraz siebie i świata, reakcje i indywidualne czynności); druga warstwa to mikrosystem, czyli rodzina, szkoła, rówieśnicy, kościół, teren zabaw i pracy itp. - jest to wzór aktywności i stosunków interpersonalnych. Mezosystem obejmuje związki elementów mikrosystemu, natomiast egzosystem obejmuje środowiska, których nie jest się aktywnym uczestnikiem, ale oddziałuje on na bezpośrednie środowisko osoby – mass media, władze lokalne itp. Makrosystem to kultura i podkultura (czy także „podkultura więzienna”, czyli wzorce zachowań osadzonych i akceptowanych przez nich, dobrowolnie lub w wyniku działania perswazji czy przymusu grupowego?), w których jednostka żyje: systemy te są dwustronnie powiązane (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 2006). Podejście to zastosowali Riesch i inn. (2006) jako podstawę dla oceny różnorodnych czynników ryzyka i czynników protekcyjnych (por. Neumark-Sztainer 1999, Piechaczek-Ogierman 2009).

Następne podejście wzmiankowane to stanowisko Sallisa i Nadera (Sallis, Nader 1988) opierające się na założeniach teorii społeczno-poznawczej i teorii uczenia się Skinnera (Skinner 1971). „Koncepcja koncentruje się na wewnętrznych mechanizmach oddziaływania rodziny, choć na system rodzinny oddziałują czynniki zewnętrzne, takie jak społeczność lokalna, społeczne środowisko szkoły i pracy, grupy rówieśnicze członków rodziny a w szerszym kontekście także ekonomia, polityka rządu, media” (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011: 49). Nie jest to model przydatny dla analizy warunków penitencjarnych, ale dla porządku wspomnieliśmy o nim.

2.5.1.3. Podejście „problemowe” wg Jessorów

Ważną koncepcję przedstawiają Richard i Shirley Jessorowie (zob. Bibliografia) - w jej świetle zachowania ludzkie są wynikiem złożonej interakcji pomiędzy osoba a środowiskiem: jest to więc teza znana, ale autorzy używają do jej przedstawienia socjobiologicznych teorii kontroli, koncepcji rozwojowych, psychologii osobowości, podejść poznawczego i behawioralnego (Ostaszewski 2005). Zachowania ryzykowne (dla zdrowia i prawidłowego rozwoju), wedle nich, to: „używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesna aktywność seksualna, zachowania agresywne, stosowanie przemocy, znęcanie się nad rówieśnikami, drobne przestępstwa,

¹⁰³ Bronfenbrenner (1979), Bronfenbrenner, Morris (2006).

wykroczenia, czyny chuligańskie, wandalizm, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, wagary, nieukończenie szkoły, kłamstwa i ucieczki z domu, inne zachowania wskazujące na nieprawidłowy przebieg rozwoju, np. próby samobójcze i inne zachowania wynikające z zaburzeń depresyjnych, nieprawidłowe wywiązywanie się z ról społecznych (np. brak zaangażowania w naukę w szkole) oraz niewłaściwe wybory zdrowotne (np. nieprawidłowa dieta, niski poziom aktywności fizycznej) (Jessor 1998)” (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011: 52-53). Zachowania problemowe kontrastują na zasadzie dewiacji społecznej, jak od siebie moglibyśmy wtrącić, z zachowaniami konwencjonalnymi – co więcej tworzą one pewne synergiczne zespoły, które się wewnętrznie i zewnętrznie warunkują przyczynowo (Jessor 1987, Stępień 1996, Frączek, Stępień 1997, Jarczyńska 2009).

Powyższe uwagi stanowią tło dla badań i analiz pomiaru za pomocą kwestionariuszy i studium kilku przypadków zachowań i postaw wobec tychże zachowań z punktu widzenia wybranej do tego celu „problemowej” perspektywy badawczej Richarda Jessora (zob. Bibliografia), która uzyskała, zresztą chyba zupełnie słusznie, pozycję wiodącą wśród teoretyków. Tym bardziej, że pojawiły się badania (np. Collins, R.L., Ellickson, P.L. 2004), sugerujące współwystępowanie i fazowość (następczość)¹⁰⁴ zachowań anty-zdrowotnych u młodzieży – także na gruncie polskim¹⁰⁵. Koncepcje te służą tutaj jedynie jako oś opisu, a nie wyjaśniania, które potrzebuje złożonych narzędzi psychologicznych, socjologicznych i socjodemograficznych (w przypadku tych ostatnich, musimy określić wiek, płeć i pochodzenie społeczne w ramach jakiejś ogólnie przyjętej teorii stratyfikacji społecznej i „wykluczenia społecznego” - „od dołu” przede wszystkim, ale także „od góry” (tzw. „przestępstwa białych kołnierzyków”). Ważne zastosowanie analiz Jessora na gruncie polskim, do badań zachowań zdrowotnych młodzieży, podały Oblacińska, Woynarowska 2006¹⁰⁶.

2.5.1.4. Klasyfikacja nowszych ujęć motywacyjnych, inicjacyjnych i wielofazowych

Istnieją także modele modyfikacji zachowań zdrowotnych, kompleksowych mechanizmów podejmowania i utrzymywania celowych zachowań zdrowotnych, wykorzystujące także dorobek

¹⁰⁴ Przyjmuje się, że picie alkoholu i palenie papierosów „toruje” drogę dla prób z narkotykami - DuPont 1989; Kandel, Yamaguchi i Chen 1992.

¹⁰⁵ Jessor 1987, Stępień i Frączek 1992, Stępień 1999, Okulicz-Kozaryn i Ostaszewski 1999, Mazur, Woynarowska i Kowalewska 2000; zauważono, że dobrym predyktorem palenia przez młodą osobę jest fakt posiadania palących przyjaciół, zob. podobne wnioski co do uodporniania na perswazję palących rówieśników: McAlister i in., Chassin, Presson, Sherman 1990, Falck, Craig 1988, Killen 1985.

¹⁰⁶ Powyższe teorie przebadali empirycznie, na przykładzie palenia papierosów, Collins i Ellickson 2004 – dochodząc do wniosku, że są one dobrym predyktorem zachowań antyzdrowotnych w przeciągu najbliższych 3 lat.

psychologii społecznej (Heszen-Niejodek 2000). Modele te można podzielić na trzy grupy (Armitage, Conner 2000):

A) Modele motywacyjne – wyjaśniają przed-decyzyjną fazę rozpoczęcia zachowania zdrowotnego: model przekonań zdrowotnych (Rosenstock 1966, Becker 1974, za: Schwarzer 1997), model motywacji do ochrony (Rogers 1975, za: Schwarzer 1997), teoria własnej skuteczności (Bandura 1977), teoria uzasadnionego działania i planowanego zachowania (Ajzen, Fishbein 1980, Ajzen 1991, za: Heszen, Sęk 2007). Motywacja, którą się tutaj uwzględnia, obejmuje spostrzegane ryzyko zachorowania, oczekiwania odnośnie skutku zachowania i własnej skuteczności, intencja zachowania zdrowotnego, ale przede wszystkim postawy, normy, poczucie własnej skuteczności, intencję, umiejętności i zdolności, kontekst społeczny, schematy poznawcze „Ja”, emocje i ukryte teorie osobowości i motywacji. Modele te posiadają widoczną wadę: nie wyjaśniają przyczyny bezpośredniej przejścia od intencji do zachowania.

B) Modele wyjaśniające rozpoczęcie zachowania – skupiają się na fazie po-decyzyjnej, ale jeszcze przed-działaniowej i podkreślają strategię kontroli działania w przekształcaniu intencji w działanie, poznawczej, emocjonalnej i wolicjonalnej: teoria celów Bagozziego (1992, 1993, za: Armitage, Conner 2000), a także koncepcja urzeczywistniania zamiaru Gollwitzera (1993, za: Armitage, Conner 2000).

C) Wielofazowe modele zachowań zdrowotnych – ujmują porządek czasowo-przyczynowy fazy przed-decyzyjnej i przed-działaniowej, wyrastają z różnych podejść teoretycznych – psychologii zdrowia, psychologii poznawczej i praktyki klinicznej: procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzera (1997), transteoretyczny model zachowania (Prochaska, Di Clemente 1992, za: Heszen, Sęk 2007), teoria kontroli działania Kuhla (1981, 1985, za: Marszał-Wiśniewska 1999), model przekraczania Rubikonu Hecknausena (1991, za: Armitage, Conner 2000), proces wyboru zabezpieczeń (Wienstein, Sandman 1992, za: Armitage, Conner 2000). Podstawowe założenie to teza, że rozpoczęcie zachowania zdrowotnego i jego udane zakończenie jest wielofazowym procesem motywacyjno-wolicjonalnym. Wszystkie te modele znane są na gruncie polskim (Dolińska-Zygmunt 2000, 2001; Łuszczynska 2004, Ziarko 2006, Heszen, Sęk 2007). Wydaje się także, iż nie docenia się w tych modelach ważnego zjawiska wpływu społecznego, na co wskazują Górnik-Durose (1995), Puchalski (1999), Sęk (1999), Ziarko (2006).

W badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi ważną rolę odgrywa wprowadzone przez Alberta Bandurę (1977) pojęcie własnej skuteczności (self-efficacy)¹⁰⁷, czyli przekonania osoby, że jest zdolna do osiągnięcia celu zamierzonego w danej sytuacji. „Według Bandury, aby doszło do zaangażowania w różne zachowania, muszą zostać spełnione trzy warunki: 1) przekonanie, że spodziewana zmiana zachowania przedstawia dla danej osoby wartość; 2) że zachowując się w określony sposób osiągnie cel oraz 3) że potrafi z powodzeniem zachować się w określony sposób”¹⁰⁸. Owo poczucie skuteczności jest nabywane bezpośrednio (obserwowalna skuteczność działania powoduje większe zaufanie we własne siły), pośrednio (w postaci obserwacji nagradzanej lub karanej skuteczności innych – modelowanie) i symbolicznie (przykład i perswazja innych wobec mnie samego). Zachowania zdrowotne zależą wprost od badanego poczucia własnej skuteczności (Schwarzer 1997, Schwarzer, Renner 2000, Juczyński 2001). Poczucie to okazało się także predyktorem zachowań zdrowotnych amerykańskiej młodzieży (von Ah i in. 2004, zob. Klein-Hessling i in. 2005 o niemieckiej młodzieży, podobne polskie badania Łuszczynska 2004). Jako najczęściej wymieniana zmienna, konstrukt własnej skuteczności pojawia się w badaniach - Juczyński 1997, 1998, 2003, Spear, Kulbok 2001, Dolińska-Zygmunt 2000 i Łuczak 2007.

2.5.1.5. Czynniki socjodemograficzne w warunkach penitencjarnych

Do ważnych przesłanek zachowania zdrowia należą warunki społeczno-ekonomiczne. Istnieją także przejrzyste korelacje zachowań zdrowotnych z socjodemograficznymi i kulturowymi uwarunkowaniami (podobnie jak w przypadku samobójstwa wg Durkheima): narodowością, strukturą, funkcją (i dysfunkcją) rodzinną, płcią, wiekiem, statusem socjoekonomicznym, poziomem wykształcenia i rasą (Spear, Kulbok 2001). W badaniach Dolińskiej-Zygmunt (2000) wskazano na większą preferencję zachowań prozdrowotnych u kobiet niż u mężczyzn, podobnie inne badania sugerują na większy nacisk na zachowania prozdrowotne u dziewcząt i młodych kobiet niż u chłopców i młodych mężczyzn (Frączek, Stępień 1997, Jelonkiewicz, Kosińska-Dec 2002, Juczyński i in. 2006, Ogińska-Bulik 2006, Jarczyńska 2009) – być może, jak wskazuje Mandal 2000, mamy tu do czynienia ze stereotypami związanymi

¹⁰⁷ Pokrewnym pojęciem jest „sense of coherence” - „poczucie koherencji” A. Antonovsky'ego (1995, 1997): 1995: 34: definiuje się ten termin: „(...) jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturywany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”. Co ciekawe, w grupie dorosłych pacjentów uzależnionych od alkoholu po okresie terapii stwierdzono istotny wzrost poczucia koherencji. Ważne dla badań są także „umiejscowienie kontroli zdrowia (Rotter 1966, 1990): wewnętrzne (związane z zachowaniami prozdrowotnymi) lub zewnętrzne (wpływ społeczny i przypadek); związane korelacją pozytywną z zachowaniami prozdrowotnymi poczucie własnej wartości i optymizm: Zadworna- Cieślak, Ogińska-Bulik 2011: 93-97.

¹⁰⁸ Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011: 91.

z płcią, które każą kobietom bardziej dbać o zdrowie. U osób w wieku 11-15 lat, badania HBSC (Woynarowska, Kołło 2003) wskazują, że z wiekiem zwiększa się częstość zachowań ryzykownych (por. Oblacińska, Woynarowska 2006). Natomiast rola statusu socjoekonomicznego jest niejednoznaczna, np. konsumpcja mocnych alkoholi była większa u kobiet bardziej wykształconych i lepiej zarabiających, ale aktywność fizyczna była większa u mężczyzn z wysokimi dochodami (Stelmach i in. 2004). Co do zmiennej poziomu wykształcenia to można zaobserwować tendencję do unikania zachowań antyzdrowotnych w miarę wzrostu poziomu edukacji (Piwowarska-Pościk 1999, Ziarko 2006, Ostrowska 1997). Stan cywilny i struktura rodziny również mają wpływ na zachowania zdrowotne: osoby pozostające w małżeństwie są zazwyczaj bardziej wrażliwe na problem zdrowia, a dzieci z rodzin pełnych wykazują więcej zachowań pozytywnych (Łuczak 2007).

Tak samo można wyrazić opinię co do miejsca zamieszkania (miasto lub wieś), że osoby w otoczeniu bardziej zurbanizowanym wykazują więcej zachowań prozdrowotnych niż inne (Bergman i in. 2009, ale niejednoznaczne ustalenia: Mrowicka 2008). Istnieją także doniesienia i analizy wpływu mediów na zachowania prozdrowotne (Woynarowska 2008), a także wskazuje się na wpływ religii i tradycji na promocję zachowań prozdrowotnych (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2011: 84-85).

Ważne badania na temat determinant socjodemograficznych osób znajdujących się w polskich zakładach karnych przedstawia Tadeusz Sakowicz (Sakowicz 2009: 129-164). W roku 2005 liczba osadzonych wynosiła 82 955 osób, a tego 80 596 mężczyzn i, co ciekawe, tylko 2359 kobiet – chociaż należy zapewne przychylić się do poglądu, że: „Odpowiedź wydaje się zależeć od przyjętej przez badaczy definicji agresji. Jeśli badacze lekceważą różnicowanie między różnymi formami agresji i rozpatrują zarówno akty przemocy fizycznej, takie jak zabójstwa, jak i pomówienia, zniewagi słowne oraz odczuwanie zazdrości, to różnice się zacierają. Kobiety rzeczywiście wpadają w złość, bywają zazdrosne, a nawet uciekają się do przemocy fizycznej. W napiętych sytuacjach bywa, że to mężczyzna wykazuje więcej opanowania – przynajmniej na początku (Ramirez 1993)”¹⁰⁹. Wskazuje to na zdecydowane pierwszeństwo w dewiacji społecznej osadzonych mężczyzn (97, 2%)¹¹⁰. Sakowicz (2009): 161-4, podsumowuje swoje badania statusu socjodemograficznego osadzonych. Kobiety stanowią 2,8% ogólnopolskiej populacji więziennej w roku 2005: średnia wieku badanych kobiet wynosiła 36, 50 lat, natomiast średnia mężczyzn to 33,

¹⁰⁹ Kenrick, Neuberg, Cialdini (2002): 491; Ramirez, J.M. (1993), „Acceptability of aggression in four Spanish regions and a comparison with other European countries”, *Aggressive Behavior*, 19, 185-197.

¹¹⁰ Istnieje także ważny problem przeludnienia zakładów zamkniętych: J. Jasiński (1997), „Problem przeludnienia zakładów karnych”, *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 15, s. 3-25.

09. Badane osoby charakteryzowały się stosunkowo niskim wykształceniem. Badane osoby w aspekcie stanu cywilnego to najczęściej osoby bezżenne (39,0%), osoby pozostające w związku to 29,0%, osoby rozwiedzione 18,6%, natomiast wysoki odsetek osób stanu wolnego – prawie 50%, wynika zapewne z faktu, iż większość badanych nie przekroczyła 30, roku życia. Większość z nich urodziło się w dużym mieście (34,3%), w mieście średniej wielkości (30,4%), w miasteczku (18,6%) i na wsi (15,8%). Pochodzili najczęściej z rodzin robotniczych (71,2%), z rodzin inteligenckich (20,3%) i rolniczych (8,5%).

2.5.2. Programy zdrowotne i resocjalizacyjne w systemie penitencjarnym

Zacznijmy od ogólnej panoramy stanu zdrowia polskiej populacji według Narodowego Programu Zdrowia. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-15 (15.05.2007) uważa się, że podstawą obecnej, podobnie jak poprzednich, wersji Narodowego Programu Zdrowia jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986), definiującą promocję zdrowia jako: *proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu*. Przytoczmy te spostrzeżenia. Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: **styl życia** (ok. 50% „udziału”), **środowisko fizyczne** (naturalne oraz stworzone przez człowieka) **i społeczne życia, pracy, nauki** (ok. 20%), **czynniki genetyczne** (ok. 20%), **działania służby zdrowia** (ok. 10%). Natomiast największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia. Priorytetami są: 1. Rozwój metod i technologii na potrzeby powszechnej edukacji prozdrowotnej; 2. Budowa programów ustawicznego kształtowania świadomości żywieniowej i racjonalizacji nawyków żywieniowych społeczeństwa, 3. Rozwój opieki perinatalnej, wczesnego wykrywania wad genetycznych i rozwojowych; 5. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób zakaźnych i zakażeń ważnych z punktu widzenia zdrowia publicznego; 6. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób psychicznych oraz uzależnień, o dużym znaczeniu społecznym; 7. Rozwój metod i technik ergonomicznego kształtowania warunków życia i pracy, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku podeszłym i niepełnosprawnych; 8. Rozwój metod i technik profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób związanych z podeszłym wiekiem; 10. Budowa efektywnych systemów badań przesiewowych, 11. Rozwój systemów telemedycyny; 18. Rozwój metod i technik ratownictwa medycznego. W ciągu ostatnich 13 lat przeciętna długość życia wzrosła o 4,6 roku w przypadku mężczyzn i o 4 lata w przypadku kobiet. W 2004 roku wynosiła 70,7 lat dla mężczyzn i 79,2 lat dla kobiet. Generalnie jednak należy stwierdzić, że stan zdrowia Polaków jest gorszy niż mieszkańców pozostałych krajów Unii Europejskiej. Długość życia w Polsce jest wyraźnie krótsza niż przeciętna

dla wszystkich 25 krajów Unii Europejskiej – o 4,6 lat dla mężczyzn i o 2,5 lat dla kobiet (dane za 2003 rok). Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku, Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 65,8 lat (63,1 mężczyźni i 68,5 lat kobiety), a więc około 4,9 lat krócej niż przeciętnie mieszkańcy krajów Unii Europejskiej, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu Szwedów wynosi 7,5 lat. Wskaźnik umieralności w Polsce jest wyższy od przeciętnego w krajach UE we wszystkich grupach wiekowych z wyjątkiem młodych kobiet w wieku 15-29 lat. W najbardziej niekorzystnej sytuacji są mężczyźni w wieku 30-59 lat. Także dzieci poniżej 15 roku życia mają o 40% większe ryzyko zgonu niż ich rówieśnicy z innych krajów UE. Palenie tytoniu zostało uznane za jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków. Mimo osiągnięcia pewnych sukcesów w ograniczeniu palenia tytoniu w Polsce w latach 90. i wynikających z tego korzyści zdrowotnych, należy pamiętać, że w większym stopniu dotyczyły one mężczyzn niż kobiet, a także lepiej wykształconych (i bogatszych) niż niewykształconych (i biedniejszych) warstw społeczeństwa. Duże różnice w częstości palenia mężczyzn i kobiet, zaczynają się powoli zacierać, zwłaszcza w ośrodkach wielkomiejskich. Wśród starszej młodzieży oraz młodych dorosłych coraz powszechniejsze staje się używanie nie tylko wyciągów z konopi, ale także narkotyków syntetycznych, zwłaszcza amfetaminy i ecstasy. Zwiększa się również popularność heroiny przeznaczonej do palenia. Coraz większego znaczenia nabierają problemy zdrowotne będące wynikiem okazjonalnego używania narkotyków. Biorąc pod uwagę rosnące rozpowszechnienie używania narkotyków syntetycznych, można spodziewać się trendu wzrostowego zjawiska narkomanii i dalszych zmian obrazu problemów zdrowotnych z nim związanych (w tym wzrostu zakażeń HIV/AIDS). Wymaga to rozbudowy ofert pomocy zarówno leczniczej, jak i socjalnej. Bardzo istotne w tym zakresie jest zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, jako że pod tym względem Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Istnieje również potrzeba intensyfikacji działań w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, szczególnie wśród okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz osób używających ich problemowo. Co jednak jest ważne dla nas brak w Narodowym Programie Zdrowia w jakimkolwiek stopniu odniesienia do sytuacji osób w systemie penitencjarnym.

Natomiast resort więziennictwa Ministerstwa Sprawiedliwości zajmuje się, w odpowiednich ramach prawnych, stanem zdrowia osadzonych. Istnieje czternaście szpitali więziennych z oddziałami: wewnętrznym, chirurgicznym, laryngologicznym, ginekologiczno-położniczym, detoksykacyjnym, okulistycznym, wewnętrznym dla przewlekle chorych, neurologicznym, przeciwgruźliczym, psychiatrycznym, hepatologicznym, rehabilitacji leczniczej i ortopedycznym.

W dwudziestu trzech ośrodkach prowadzony jest program substytucji metadonowej (2008 r. - 86 osób, 2009 r. -106 osób). Służba Więzienna realizuje także ogólnopolskie programy:

1. Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce;
2. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Programów Alkoholowych;
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii;
4. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia "Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce";
5. Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV.

Więzienna służba zdrowia współpracuje ze Światową Organizacją Zdrowia za pośrednictwem Biura WHO w Polsce oraz uczestniczy w działalności Partnerstwa Wymiaru Północnego w Zakresie Zdrowia i Opieki Społecznej (NDPHS), w sposób szczególnie traktującego opiekę zdrowotną osób pozbawionych wolności na tle zagadnień zdrowia publicznego, w tym przede wszystkim w zakresie chorób zakaźnych.

Dane dotyczące stanu zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa, w części omawiającej młodzież gimnazjalną – raport ten był już cytowany, ale przede wszystkim są one zawarte w bardzo gruntownym materiale raportu opartego na zrandomizowanej próbie 10.000 osób w wieku 18-64 lat, które to badania uzyskały tytuł: „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Red. J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, IPiN w Warszawie 2012: 243-266.

Sytuacja w polskim systemie penitencjarnym została skrótowo, ale wnikliwie z naszego punktu widzenia, przedstawiona w raporcie „Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych. Raport końcowy i analiza wyników: M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski, Europejska Sieć Współpracy na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii i Infekjom w Więzieniach (ENDIPP)”, Warszawa, luty 2007. Raport zawiera przybliżone wobec całej polskiej populacji osadzonych dane na temat infekcji (w tym HIV/AIDS, gruźlica, WZW i inne), aktywności seksualnej (kontakty homoseksualne dobrowolne i wymuszone), wiedzy o zakażeniach, a także sytuacji epidemiologicznej itp..

Tak nakreślony przedmiot i cel pracy wymaga także odrębnego spojrzenia z zakresu pedagogiki resocjalizacyjnej, stawiającej nacisk na profilaktykę oraz zwłaszcza na powtórny, częściową socjalizację poprzez np. wpływ społeczny w formie psychoterapii lub inne mechanizmy –

nie jest to jednakże nasze główne zamierzenie¹¹¹. Należy zwrócić wreszcie uwagę na programy resocjalizacyjne w środowisku penitencjarnym. Resocjalizacja polega na wykorzenieniu i restrukturyzacji podstawowych wartości, postaw, czy tożsamości. Rozróżnia się resocjalizację dobrowolną i przymusową: z resocjalizacją dobrowolną spotykamy się na przykład w przypadku konwersji religijnej lub dobrowolnemu poddaniu się psychoterapii; jej celem jest zmiana tożsamości na nową oraz zmiana istniejących wartości i wzorców zachowania. Resocjalizacja przymusowa ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym lub, co jest dla nas ważne, w więzieniu, w warunkach „instytucji totalnej”. Jeśli chodzi o resocjalizacyjną zmianę zachowań zdrowotnych, to mamy do czynienia w Polsce z licznymi penitencjarnymi programami resocjalizacyjnymi¹¹², których zadaniem jest oddziaływanie redukujące deficyty wychowawcze, wzmacnianie ról społecznych, aktywizacja zawodowa, profilaktyka agresji i autoagresji, profilaktyka przemocy w rodzinie, profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych, programy z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowia czy oddziaływanie przez kulturę i sport. Rzadko jednak są one analizowane w aspekcie ich podstaw behawioralnych, poznawczych i kompetencyjnych (teoria umiejscowienia kontroli, koncepcja ukrytych teorii osobowości i motywacji).

2.5.3. Szacowanie ryzyka zdrowotnego

Ryzyko jest to teoretycznie i praktycznie wszechobecna możliwość (prawdopodobieństwo), że wybrane działanie lub działalność (w tym także zaniechanie) doprowadzi do niepożądanego skutku (zagrożenia) – oczywiście, niektóre zachowania są mniej lub bardziej ryzykowne. Wedle Niklasa Luhmana ten neologizm pojawił się w dyskursie teoretycznym i ekonomicznym z chwilą przejścia od społeczeństwa tradycyjnego do nowoczesnego¹¹³. Ulrich Beck w książce pod znamienym tytułem „Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności” (1986 – wyd. pol. 2004)¹¹⁴, analizując współczesne społeczeństwo jako przeładowane ryzykiem i niepewnością, zajmuje się także „subpolityką medycyny”, określając jej dyskurs jako typowy dla późnej nowoczesności. Ryzyko jest, jak już wspominałem, wszechobejmujące: rodzina, praca, władza polityczna

¹¹¹ Zadanie to wypełnia w dużej mierze praca M. Marczak (red.), (2009), „Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez służbę więzienną w Polsce”, Kraków: Impuls, a zjawisko socjalizacji poprzez wpływ społeczny analizuje subtelnie praca Zbigniewa Nowackiego (2010), „Wywieranie wpływu społecznego w warunkach izolacji więziennej”, Kraków: Impuls, który opiera się w znacznym stopniu na oryginalnie zastosowanej teorii R.B. Cialdiniego (2001).

¹¹² „Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce”, M. Marczak (red.) Impuls, Kraków 2009.

¹¹³ Luhmann, N. „Modern Society Shocked by its Risks” (= University of Hong Kong, Department of Sociology Occasional Papers 17), Hong Kong 1996:3.

¹¹⁴ Beck, U. „Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności”, przeł. S. Cieśla, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004: 304-315.

i społeczna oraz zdrowie są współcześnie zależne od dużych obszarów niepewności. Ryzyko należy zdefiniować jako iloczyn prawdopodobieństwa zdarzenia i wagi straty.

W dziedzinie osobistego lub społecznego zdrowia można zmniejszyć je poprzez zastosowanie prewencji (np. profilaktyka). Zdrowie, bezpieczeństwo i ochrona środowiska są to osobne obszary praktyki, jednak często są one ze sobą powiązane, choć w różnych skalach czasowych. Może być owo ryzyko akceptowalne lub nie do przyjęcia – jest to pojęcie stosowane także w teorii decyzji (gdzie pojawiają się pojęcia “strach” (fear), “lęk” (anxiety)). Należy tutaj rozważyć nastawienie poznawcze i kulturowe uprzedzenia oraz na przykład tzw. “ryzyko myślenia grupowego” (np. błędne decyzje administracji amerykańskiej w czasie kryzysu kubańskiego, co jednak nie wiąże się tyle z ryzykiem zdrowotnym, co z konformizmem decyzyjnym).

Istnieje, z uwagi na bogactwo znaczeniowe terminu, wiele formalnych metod stosowanych do mierzenia ryzyka (związek ze statystyką – całkowite ryzyko jest sumą ryzyka dla każdego poszczególnego wypadku, pod warunkiem, że wyniki są w ogóle porównywalne). Uważa się, że pozytywne emocje, takie jak radość, są związane z bardziej optymistycznym szacowaniem ryzyka, natomiast np. gniew może odpowiadać za bardziej pesymistyczną ocenę. Postrzeganie braku kontroli i niższa skłonność do udziału w ryzykownym podejmowaniu decyzji wiąże się właśnie ze stosunkowo wysokim poziomem lęku¹¹⁵.

Możemy wprowadzić za Hanssonem następujące definicje:

1. Ryzyko = niepożądane zdarzenie, które może być lub może nie występować: “Rak płuc jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka, które wpływają na palaczy”;
2. Ryzyko = przyczyna niepożądanego zdarzenia, które może wystąpić lub nie: “Palenie jest zdecydowanie najważniejszym zagrożeniem dla zdrowia w krajach uprzemysłowionych”- są to (1 i 2) znaczenia jakościowe
3. Ryzyko = prawdopodobieństwo niepożądanego zdarzenia, które może wystąpić lub nie: “Ryzyko, że życie palacza jest skrócone przez choroby związane z paleniem jest większe o 50%”;
4. Ryzyko = wartość statystyczna oczekiwania niechcianego zdarzenia, które może wystąpić lub nie;
5. Ryzyko = fakt, że decyzja została podjęta w warunkach znanych prawdopodobieństw

¹¹⁵ Joseph I. Constans, “Worry propensity and the perception of risk”, Behaviour Research and Therapy, Volume 39, Issue 6, June 2001: 721-729.

(“decyzja w warunkach ryzyka”, w przeciwieństwie do “decyzji w warunkach niepewności”).

Jedną z najbardziej popularnych teorii opisowych, która stara się uchwycić rzeczywiste zachowanie w warunkach ryzyka jest teoria perspektywy (prospect theory), która została opracowana przez Daniela Kahnemana i Amosa Tversky'ego około 1980¹¹⁶. Wprowadza się w niej rozróżnienie na dwa etapy w procesie decyzyjnym. W pierwszej fazie, zyski i straty z różnych opcji są dopiero określane. Są one odniesione do jakiegoś neutralnego punktu referencji, który jest zwykle obecny jako pozycja aktywów. W drugiej fazie, w fazie oceny, opcje są oceniane w sposób, który przypomina analizy użyteczności¹¹⁷. Kwantyfikacja ryzyka jest często trudna i niepewna. Ryzyko pojawia się tam, gdzie nie ma zabezpieczenia na wypadek zaistnienia (negatywnych) skutków. Nie zawsze bowiem można przewidzieć wszystkie istotne konsekwencje danej decyzji. Istnieją różne “poziomy niepewności”, które są szacowaniem prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnych konsekwencji. Indywidualnymi zachowaniami ryzykownymi zajmuje się psychologia podejmowania decyzji (decision making) i wspomniana teoria perspektywy (prospect theory), która wyjaśnia wpływ przyjętych założeń na preferencję ryzykownych vs. ostrożnych opcji w wyborze danej decyzji. Indywidualne zachowania ryzykowne analizowane są często w kontekście zagrożenia zdrowia jednostki. Postrzeganie ryzyka zawiera jako swój problem to, że ludzie mają trudności w rozumieniu procesów probabilistycznych – niepewność bywa ignorowana, a często wykazuje się nadmierne zaufanie do subiektywnych ocen. Jedną z głównych, zauważonych przez Kahnemana i Tversky'ego, cech sytuacji niepewności jest tendencja do większej skłonności akceptacji ryzyka związanego z działaniami “dobrowolnymi” niż “narzuconymi”. “Gotowi są zaakceptować (spoznać jako tak samo akceptowalne) tysiącrotnie nawet większe ryzyko podejmowane dobrowolnie niż narzucone, przy podobnym poziomie możliwych zysków”¹¹⁸. Doświadczenie pokazuje, że szacunki prawdopodobieństwa są w przybliżeniu trafne, ale same oceny ryzyka są systematycznie zniekształcane¹¹⁹ - stosuje się względnie spójnie subiektywne skale częstości występowania zjawisk, które korelują z dość wysoko z obiektywnymi statystykami. “Jednak odpowiedzi na pytania stawiane przez badaczy ukazują słabe strony dokonywanej przez ludzi oceny ryzyka. Pierwszą z nich jest to, że różnica pomiędzy subiektywnymi ocenami prawdopodobieństwa

¹¹⁶ Tversky, A., D. Kahneman, 1986, “Rational Choice and the Framing of Decisions”, *Journal of Business*, 59: 251–278.

¹¹⁷ <http://plato.stanford.edu/entries/risk/> - Sven Ove Hansson, 2011.

¹¹⁸ Joop Van Der Pligt: hasło „Ryzyko” w: A.S.R. Manstead, Miles Hewstone, red. polska J. Czapiński: *Psychologia społeczna. Encyklopedia Blackwella* 1996: 519.

¹¹⁹ Fischhoff, B., Lichtenstein, S., Slovic, P., Derby, S.L., Keeney, R.L. „Acceptable risk”, Cambridge: Cambridge University Press 1981.

najczęstszych i najrzadszych zjawisk jest znacznie niższa od wynikającej ze statystyk różnicy obiektywnej, tj. ludzie nie doceniają wysokiego ryzyka, a przeceniają małe. Drugim powszechnym błędem powodującym znaczne różnice pomiędzy subiektywnie szacowanym a obiektywnym prawdopodobieństwem zajścia pewnych zjawisk jest uleganie tendencji do korzystania z heurystyki dostępności poznawczej. Ludzie stosujący tę heurystykę oceniają dane zjawisko jako powszechne lub prawdopodobne, jeżeli mogą sobie łatwo przypomnieć lub wyobrazić jego przykłady. Zjawiska częste przychodzą na myśl łatwiej niż rzadkie, zatem czasami dostępność jest właściwą wskazówką. Jednakże na poznawczą dostępność wpływa wiele dodatkowych czynników nie związanych z częstością jego występowania. (...) Podsumowując, można powiedzieć, że ludzie są zdolni do zbudowania hierarchii prawdopodobieństw zajścia różnych wypadków zgodnej z obiektywnymi statystykami, jednak owe oceny ryzyka związane są z innymi cechami tych wydarzeń, takimi jak dramatyzm i medialność, które powodują wzrost ich psychologicznej dostępności”¹²⁰.

Częstym sposobem zwiększenia dostępności poznawczej (i zmiany postaw) są komunikaty wzbudzające strach. Czy jest to strategia skuteczna? “Jedną z dróg rozwiązania tego problemu jest wykorzystanie modelu wypracowywania prawdopodobieństw. Jak stwierdziliśmy, zmiana długotrwała jest najbardziej prawdopodobna, gdy ludzie zmieniają swoją postawę dzięki zastosowaniu strategii centralnej, a ta z kolei się dokonuje, jeżeli argumenty są uważnie analizowane. Zmiana krótkotrwała zaistnieje, gdy ludzie będą po prostu kierować się wskazówkami peryferycznymi, na przykład informacjami w gazetach, bez uważnego analizowania treści komunikatu. Zatem sprawą kluczową jest to, czy wzbudzony strach ułatwia czy utrudnia zmianę wskutek strategii centralnej”¹²¹.

¹²⁰ Joop Van Der Pligt, op.cit. 520. 521: „Dla badań nad zachowaniami związanymi ze zdrowiem zaproponowano kilkanaście modeli teoretycznych, z reguły opartych na ogólniejszych teoriach podejmowania decyzji i działań ryzykownych. Innym źródłem tych modeli jest „teoria przemyślanego działania”. We wszystkich modelach obecne jest pojęcie spostrzeganego ryzyka. Na przykład model przekonanych zdrowotnych (Janz, N.K., Becker, M.H. (1984), „The health belief model: A decade later”, *Health Education Quarterly*, 11: 1-47) zakłada, że podjęcie przez jednostkę działań zaradczych będzie funkcją trzech czynników: postrzeganej przez nią dotkliwości zagrożeń, korzyści wynikających z podjęcia działań zdrowotnych i przeszkód na drodze do podjęcia takich zachowań. Teoria motywacji ochronnej (Rogers, R.W. (1975), „A protection motivation theory of fear appeals and attitude change”, *Journal of Psychology*, 91: 93-114; Rogers, R.W. (1983), „Cognitive and physiological processes fear appeals and attitude change: A revised theory of protection-motivation”, w: J.T. Cacioppo, R.E. Petty (red.) „Social psychophysiology, a source-book” (153-176), New York: Guilford Press) koncentruje się na poznawczych procesach oceniania wzbudzonych przez informacje o generującym lęk ryzyku zdrowotnym. W teorii tej dodatkowo brane są pod uwagę takie czynniki, jak spostrzegana waga zagrożenia zdrowia i spostrzegana wrażliwość czy podatność jednostki na zagrożenie”.

¹²¹ Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. „Psychologia społeczna. Serce i umysł”, Zysk i S-ka Wydawnictwo 1997: 326. 320: „model wypracowania prawdopodobieństw: teoria, w której zakłada się, że istnieją dwa sposoby zmiany postaw za pośrednictwem komunikatów perswazyjnych; centralna strategia pojawia się, gdy ludzie mają motywacje i zdolność do skupienia uwagi na argumentach zawartych w komunikacie; peryferyczna strategia występuje, gdy ludzie nie skupiają swojej uwagi na argumentach, lecz są pod wpływem charakterystyk powierzchniowych (np. kto jest nadawcą)”.

Ocena ryzyka zdrowotnego (Health Risk Assessment) jest jedną z najczęściej stosowanych metod badań przesiewowych w zakresie promocji zdrowia¹²². Nie omawiamy tutaj i nie przytaczamy jakiegokolwiek jednej wersji tej metody. HRA jest kwestionariuszem sporządzanym dla szacowania ryzyka zdrowotnych (i, w związku z tym, także jakości życia)¹²³. Zazwyczaj HRA zawiera trzy kluczowe elementy – sam kwestionariusz, rachunek ryzyka oraz zwrotny raport (zazwyczaj online: jest na świecie około 50 takich firm, które oferują, najczęściej płatne i przeznaczone dla pracodawców, kwestionariusze). HRA stawia sobie za cel ocenę stanu zdrowia, oszacowanie poziomu ryzyka zdrowotnego, a także motywację do ewentualnej zmiany zachowań (ogólnie: *lifestyle*) w celu zmniejszenia zagrożenia – stosuje się te metody zwłaszcza w USA, ale także w Europie i Azji dla lepszego zarządzania jakością, obniżenia kosztów administracyjnych oraz oceny skuteczności i zwrotu z inwestycji w “strategiczną” działalność firmy. Istnieją również aktualne dowody na to, że samo szacowanie może mieć pozytywny wpływ na zmianę zachowań zdrowotnych i poprawę stanu zdrowia¹²⁴. Zapewnia ono pracownikom skale punktowe istotne dla rzeczywistego stanu zdrowia, monitoruje go, dostarcza pracownikom (i pracodawcy) konkretnych informacji korzystnych dla zmiany stylu życia (- odpowiedni trening), pozwala konstruować specjalne programy zdrowotne. Metody te posiadają jednak także pewne braki, ponieważ nie zawsze diagnozują choroby i wymagają same odpowiedniej konsultacji lekarza jako “specjalisty od zdrowia”.

2.6. Badania nad jakością życia

2.6.1. Określenie psychospołeczne „jakości życia” - stan badań

Jednym z motywów jest przedstawienie potocznej, ale raczej ogólnie przyjętej, teorii jakości życia (*quality of life (-index)*) według koncepcji przyjętej przez World Health Organization (WHO 1991): jakość życia to spostrzeganie przez jednostkę jej osobistej, własnej pozycji w życiu w kontekście kultury i jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań. Wyodrębnia się

¹²² Yen L, McDonald T, Hirschland D, Edington DW (October 2003), “Association between wellness score from a health risk appraisal and prospective medical claims costs”. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45 (10): 1049–1057; Gazmararian JA, Foxman B, Yen LT, Morgenstern H, Edington DW (October 1991). [“Comparing the predictive accuracy of health risk appraisal: the Centers for Disease Control versus Carter Center program”](#), *American Journal of Public Health* 81 (10): 1296–301; Alexander G (2000). “Health risk appraisal”. *The International Electronic Journal of Health Education* 3 (Special): 133–137.

¹²³ Baker, K., DeJoy, D., and Wilson, M. “Using online health risk assessment”, *The Journal of Employee Assistance*, April 2007.

¹²⁴ Ozminkowski, R.J., Dunn, R.L., Goetzel, R.Z., R.I. Cantor, Murnane, J., Harrison, M. (1999). “A return on investment evaluation of the Citibank, NA, health management program”, *American Journal of Health Promotion* 14 (1): 31–43; Ozminkowski, R.J., Goetzel, R.Z., Wang, F., *et al.* (November 2006), “The savings gained from participation in health promotion programs for Medicare beneficiaries”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 48 (11): 1125–1132. Zob. M. Goszczyńska, „Człowiek wobec zagrożeń. Uwarunkowania oceny i akceptacji ryzyka”, Warszawa 1997; „Social Theories of Risk”, red.: S. Krimsky i D. Golding, Westport 1992.

6 podstawowych wymiarów dotyczących jakości życia: I. Wymiar fizyczny: ból i dyskomfort, energia i zmęczenie, aktywność seksualna, sen i odpoczynek, funkcje sensoryczne; II. Wymiar psychologiczny: uczucia pozytywne, uczucia negatywne, procesy umysłowe, obraz ciała, samoocena; III. Niezależność: niezależność ruchowa, aktywność na co dzień, brak uzależnienia od środków medycznych lub innych, zdolność porozumienia się, zdolność do pracy; IV. Relacje społeczne: osobiste więzi, wsparcie społeczne, zachowania wspierające innych; V. Środowisko: środowisko domowe, wolność i bezpieczeństwo fizyczne, zadowolenie z pracy, zasoby finansowe, opieka zdrowotna i socjalna, możliwość wypoczynku; VI. Wymiar duchowy/przekonania osobiste – najczęściej przekonania i praktyki religijne. Oczywiście tylko niektóre parametry są w niniejszej pracy obecne, tzn. te, które wiążą się z szeroko rozumianym zdrowiem fizycznym i psychicznym jednostek i małych struktur społecznych jakie tworzą osoby osadzone w zakładach systemu penitencjarnego w porównaniu do kontrolne, bo „większościowej” populacji globalnej w skali Polski, Unii Europejskiej i innych krajów tzw. Zachodu – bowiem szersze ujęcie międzykulturowe przedmiotu wykracza zdecydowanie poza ramy pracy, i wydaje się niezbyt tutaj potrzebne.

Z tego powodu, chociaż już Durkheim dowiódł w swojej pracy statystycznej o tak intymnym zdarzeniu jakim jest samobójstwo (zob. niżej), że wypełnia ono schematy poznawcze sytuacji opisywanej z punktu widzenia socjologii (jako odrębnego, emergentnego poziomu rzeczywistości *sui generis*, jaką jest uniwersalny zbiór faktów społecznych), musimy doprecyzować lokalne, jednostkowo-sytuacyjne determinanty „jakości życia” w postaci innych ważnych pojęć pokrewnych w konotacji (sensie) i denotacji (zakresie) do wspomnianego przed chwilą terminu, jakimi są „zdrowie”¹²⁵ i niemodne już dzisiaj określenie: „szczęście”, lub bardziej aktualne, czyli „dobrostan” (*well-being*). Naszym zadaniem jest zwięźle prześledzenie podobieństw i różnic oraz związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy desygnatami tych terminów.

„Szczęście” jest wedle stanu badań krótko ujętego przez Julię Annas¹²⁶, autorkę książki „The Morality of Happiness (Moralność szczęścia)”(Oxford University Press 1995) na temat struktury starożytnej teorii etycznej, „bezdyskusyjnie [przyjmuje się], że szczęście jest 'subiektywne', że jest radością bądź przyjemnością, i że należy badać je 'empirycznie'. Filozofia jest w związku z tym

¹²⁵ Ciekawy jest pogląd Davida Halperna (2008): 683, że „dla uzyskania wyważonego obrazu należałoby zauważyć, że nie wszystkie stosunki osobiste mają powszechnie pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne. Bliskie stosunki z osobami agresywnymi, depresyjnymi, niezrównoważonymi mogą często posiadać niszczący wpływ na zdrowie psychiczne. Podobnie gdy wsparcie stopniowo zamienia się w zależność, może wywołać poczucie bezradności i resentment”: Halpern, D. (2008), „Zdrowie i dobre samopoczucie”, przeł. M. Lubaś, w: „Socjologia codzienności”, (red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska), Wydawnictwo Znak, Kraków: 676-719.

¹²⁶ J. Annas, (2008), „Szczęście jako osiągnięcie”, przeł. K. Gadowska, w: „Socjologia codzienności” (red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska”, Wydawnictwo Znak, Kraków: 961-969.

wyszydzana z powodu niepowodzeń w 'operacjonalizacji' szczęścia i w utworzeniu stosownych jego 'miar'. (...) Ów mały eksperyment myślowy (polegający na dostarczeniu respondentom maksymalnej ilości pieniędzy, co do których nie twierdzą oni jednocześnie, że dały im one szczęście) pokazuje, iż nie wyobrażali sobie naprawdę, że dobra materialne, rzecz, uczyniłyby ich życie szczęśliwym. Myśleli raczej o szczęśliwym życiu, jako takim, w którym zarobili swoje pieniądze, uczynili coś ze swego życia, tak by owe rzeczy stanowiły odpowiednią nagrodę za ich starania, ambicje i osiągnięcia. Samo posiadanie tych rzeczy nie było wszystkim, czego pragnęli(...). Nie jesteśmy zatem tak daleko, jak mogłoby się nam wydawać, od starożytnej myśli, że szczęście jest osiągnięciem, nawet biorąc pod uwagę fakt, że nasze myśli uległy pomieszaniu z powodu powiązania szczęścia z odczuciami. Mamy wyobrażenie, że szczęście wypływa z życia w taki a nie inny sposób, że nie jest to coś, co mogą dać nam inni, ani ofiarowując nam rzeczy, ani też wprawiając nas w określony stan. Zbyt często nauki społeczne ignorowały te refleksje, i jest to coś, czego należy żałować i co w dużej mierze stanowi źródło niezadowolającego stanu badań nad szczęściem w tej dziedzinie. (...) Wykazanie, że eudajmonizm jest odpowiednią formą, jaką może przyjąć teoria etyczna, wymagałoby głębszej argumentacji niż ta, jaką mogę w tym miejscu zaprezentować, mam jednak nadzieję, iż wykazałam przynajmniej, że pojęcie szczęścia jako osiągnięcia (*achievement*), które stanowi jądro takich teorii, jest już częścią naszego życia refleksyjnego”. Jeśli tak, to uwagi Julii Annas nie są specjalnie odkrywczycze – o wiele przenikliwszy obraz daje nam świetna praca Władysława Tatarkiewicza „O szczęściu”¹²⁷, która pokazuje głębiej problemy w definiowaniu szczęścia. Należy zauważyć, iż podział pomiędzy hedonistyczną teorią szczęścia, a jego koncepcją, pochodzącą od Arystotelesa, że szczęście jest trwałym zadowoleniem z całego życia działa w pracach psychologicznych Janusza Czapińskiego, rozwijającego tzw. „cebulową” teorię szczęścia, która uzależnia dobrostan psychiczny od uwzględnienia przede wszystkim wskaźników genetycznych dążeń, jako podstawowych¹²⁸ – przypomina to teorię wartości Abrahama Maslowa.

¹²⁷ Tatarkiewicz, W. (1962), „O szczęściu” . Wyd. 6, przejrzone i poprawione, PWN:Warszawa: „To, co chcemy tu nazwać 'szczęściem' i co nie jest identyczne z 'pomyślnością' ani z 'wielką radością', ani z 'posiadaniem wielkich dóbr' – to ma być teraz zdefiniowane. (...) Zadowolenie z poszczególnych rzeczy, nawet bardzo ważnych, ze zdrowia czy spokojnego sumienia, z powodzenia czy stanowiska, nie jest jeszcze szczęściem, jeśli mu nie towarzyszą inne zadowolenia. Do szczęścia potrzebne jest zadowolenie z życia w całości” (s. 30).

¹²⁸ Czapiński J. (2001a). Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (wyd. 2, s. 266-306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. Czapiński J. (2004a). Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 13-17). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. Czapiński J. (2004b). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 51-103). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. Czapiński J. (2004c). Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego. W: T. Tyszka (red.), *Psychologia ekonomiczna* (s. 192- 242). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Czapiński J. (2011a). Dynamika dobrostanu

Jak widać „jakość życia”, „zdrowie” i „szczęście” odnoszą się do trochę innych rzeczy: różne są warunki przedmiotowe (behawioralne jako czynniki obiektywne, fizyczne w zachowaniu) i podmiotowe (osobowościowe) - moglibyśmy powiedzieć, że łączy je coś w rodzaju podobieństwa rodzinnego (*family resemblance*). Pojęcia te nie są ani skorelowane przyczynowo, jak dowodzą liczne badania na temat „*well-being*” i „*happiness*”, ani ich własności deskryptywne nie pokrywają się: jest to związane przede wszystkim z tym, iż pojęcia te zawierają, obok obiektywnych elementów, mierzalny wprawdzie, ale niewytłumaczalny właściwie, element subiektywnej postawy: „zadowolenie z całości życia” nie musi być bowiem równoznaczne z „odczuwaniem przyjemności” tu i teraz; co więcej, życie pełne cierpienia może być przy jego końcu uznane za satysfakcjonujące, jak to jest u stoików (Epiktet, Marek Aureliusz). Antropolog Marshall Sahlins (1972)¹²⁹ pisał nawet o „zamożnym społeczeństwie ludzi pierwotnych”, ponieważ żyli na luzie, a czasu wolnego mieli więcej niż pracy – podobnie teraz badania nad zamożnością ekonomiczną, mierzona w GDP na 1 mieszkańca, i dobrostanem psychicznym (*well-being*), a także szczęściem, wskazują na ich względną niezależność.

Campbell (1976) uważa, iż na jakość życia wpływa szereg czynników: małżeństwo i życie rodzinne, zdrowie fizyczne i mentalne, znajomi i sąsiedzi, dom, praca zawodowa, życie w bogatym lub biednym kraju o określonej kulturze i cywilizacji, posiadane wykształcenie i standard życia (por. Tomaszewski 1984, który dodaje: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość, współuczestnictwo w życiu społecznym, por. Flanagan 1978, 1980, Cantor 1991, Ratajczak 1993, Michalos 1986, Kowalik 1999, podsumowanie dyskusji i odniesienia bibliograficzne: Stolarska, Zielińska 2000, Brzezińska, Stolarska, Zielińska 2001¹³⁰). Określenie „jakość życia” pojawiło się w amerykańskim piśmiennictwie medycznym w latach 40-tych dwudziestego wieku – wtedy oznaczało dobre życie w sensie wartości potocznych, potem zostało rozszerzone na obszar wartości postmaterialistycznych, poprzez wprowadzenia nowych kryteriów:

psychicznego: rola «atraktora szczęścia» i wydarzeń życiowych. W: D. Doliński, W. Błaszczak (red.), *Dynamika emocji. Teoria i praktyka* (s. 283-302). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. «Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport». (red. J. Czapiński, T. Panek), Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego: 30.09.2011.

¹²⁹ Barnard, A. (1983). “Contemporary Hunter-Gatherers: Current Theoretical Issues in Ecology and Social Organization”, *Annual Review of Anthropology* 12 pp. 193-214. Sahlins, M. (1968). “Notes on the Original Affluent Society”, *Man the Hunter*. R.B. Lee and I. DeVore (New York: Aldine Publishing Company) pp. 85-89. Kaplan, D. (2000), “The Darker Side of the *Original Affluent Society*”, *Journal of Anthropological Research* 56(3) pp. 301-324. Lee, R. B. (1965). *Subsistence Ecology of !Kung Bushmen*. PhD Dissertation, * University of California, Berkeley. Lee, R. B. (1979). *The !Kung San: Men, Women and Work in a Foraging Society*. (Cambridge and New York: Cambridge University Press).

¹³⁰ Brzezińska, A., Stolarska, M., Zielińska, J. (2001). „Poczucie jakości życia w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości”. W: K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości* (s. 103-126). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

edukacji, wolności, zdrowia i szczęścia jako przedmiotu zdolności człowieka do zaspokojenia swoich potrzeb. Potem zaś „jakość” życia została umieszczona jako element ewaluacji konsekwencji stanów chorobowych oraz oceniania medycznych i pozamedycznych efektów opieki zdrowotnej i interwencji lekarskich. Ma być jednak powiększona o postrzeganie zdrowia i ogólnego samopoczucia dokonywanego przez osobę chorą w stosunku do stanu uważanego za idealny. Jakość życia jest zatem konstrukcją znacznie szerszą niż stan zdrowia. Jakość życia podlega stałej subiektywnej ocenie jednostki jako całość czynników wewnętrznych i zewnętrznych: wiąże się nierozzerwalnie z pojęciem położenia życiowego, które jest pojęciem relacyjnym aplikowanym poprzez porównanie ze wzorcem zbudowanym na podstawie własnych doświadczeń i przyjętego systemu wartości lub przez porównanie z sytuacją innych osób.

Można się posłużyć bogatszym treściowo ujęciem „jakości życia”, a mianowicie: „Tworząc syntetyczne miary jakości życia staramy się zachować równowagę między wskaźnikami obiektywnymi i subiektywnymi, a także uwzględnić możliwie największe spektrum różnorodnych aspektów. Wyróżniliśmy 8 treściowo niezależnych z założenia wymiarów, które posłużyły do skonstruowania syntetycznego, ogólnego wskaźnika jakości życia:

kapitał społeczny — aktywność na rzecz środowiska lokalnego, udział w wyborach samorządowych w 2010 r. (w 2009 r. udział w wyborach parlamentarnych w 2007 r., w 2007 r. udział w wyborach samorządowych a w 2005 r. udział w referendum unijnym), udział w nieobowiązkowych zebraniach, pozytywny stosunek do demokracji, przynależność do organizacji i pełnienie w nich funkcji, przekonanie, że większości ludzi można ufać;

dobrostan psychiczny — poczucie szczęścia, ocena całego dotychczasowego życia, nasilenie objawów depresji psychicznej, ocena minionego roku;

dobrostan fizyczny — natężenie symptomów somatycznych, poważna choroba w minionym roku, stopień niepełnosprawności, natężenie stresu związanego ze zdrowiem;

dobrostan społeczny — brak poczucia osamotnienia, poczucie, że jest się kochanym i szanowanym, liczba przyjaciół;

poziom cywilizacyjny — poziom wykształcenia, posiadanie nowoczesnych urządzeń komunikacyjnych i obycie z nimi (televizja satelitarna lub kablowa, laptop, komputer stacjonarny, tel. komórkowy, podłączenie do internetu, posługiwanie się komputerem, korzystanie z internetu), czynna znajomość języków obcych, posiadanie prawa jazdy;

dobrobyt materialny — dochód gospodarstwa domowego na jednostkę ekwiwalentną, liczba posiadanych przez gospodarstwo dóbr i urządzeń od pralki automatycznej po łódź motorową i dom letniskowy (z wyłączeniem urządzeń wchodzących w skład wskaźnika poziomu cywilizacyjnego);

stres życiowy — suma 6 kategorii stresu mierzonego doświadczeniami w zakresie: finansów, pracy, kontaktów z urzędami, wychowania dzieci, relacji w małżeństwie, ekologii (mieszkanie, okolica);

patologie — nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków, palenie papierosów, wizyty u psychiatry lub psychologa, bycie sprawcą lub ofiarą łamania prawa (włamania, napady, kradzieże)”.
.

2.6.2. Badania nad zdrowiem publicznym a narzędzia pomiaru „jakości życia”

W naukach o zdrowiu nastąpiła operacjonalizacja pojęcia jakości życia. Jest to „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” – HRQOL (Health Related Quality of Life). Pojęcie to zostało wprowadzone przez Schipperera w 1990 roku i zdefiniowane jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, odbierany i przeżywany przez pacjenta. W stanie choroby dochodzi do zmniejszenia lub nawet utraty jakości życia, utraty sił fizycznych, braku poczucia bezpieczeństwa, niezdolności do jakichkolwiek działań, niemożności dostrzegania i nadania swojemu życiu jakiegokolwiek sensu – por. Heyland¹³¹ (54). Wynikiem tych badań było stworzenie narzędzi kwestionariuszowych:

- Skala SF-36 (Short Form): Medical Center Hospitals w Bostonie. Umożliwia badania ogólnej jakości życia, ocenę stanu fizycznego, emocjonalnego i bólu. Ankieta ta jest zwięzła i prosta, a jej polska wersja, autorstwa prof. Jana Tyłki, jest używana w niniejszej pracy.

- Skala SIP (Sickness Impact Profile).

Skala opracowana w Stanach Zjednoczonych w 1972 roku. Umożliwia samoocenę stanu zdrowia oraz wpływ choroby na funkcjonowanie fizyczne, psychospołeczne i kategorię czynności niezależnych. Skala zawiera 136 pytań, podzielonych na 12 kategorii, a wyniki wyrażone są w punktacji od 1 do 100.

- Wskaźnik Jakości Życia Spitzera (Spitzer’s Quality of Life Index).

Skonstruowany w latach 80 minionego wieku i używany potem jako skala samooceny do wypełniania przez samych chorych. Wskaźnik ten dobrze różnicuje pacjentów z różnymi rodzajami schorzeń. Istotną bardzo ważną zaletą tej metody jest jej prostota i szybkość wykonania.

- Profil Zdrowia Nottingham (Nottingham Health Profile -NHP).

¹³¹ Heyland, D.K., Guyatt, G., Cook, D., Rah, J., Meade, M., Juniper, E., Cronin, L., Gafni, A. „Frequency and methodologic rigor of quality of life assessments in the critical care literature”. Crit Care Med. 1998; 26: 3.

Twórcami tej metody byli Hunt i McEwan (1986). Autorzy przeprowadzili szereg badań nad jej rzetelnością i trafnością. NHP podzielony jest na dwie części. Część pierwsza zawiera 38 danych dotyczących sześciu głównych obszarów takich jak: energia życiowa, praca zawodowa, ból, reakcje emocjonalne, sen, społeczna izolacja i fizyczna aktywność. Część druga zawiera dane dotyczące prac domowych, życia społecznego, osobistych związków, życia seksualnego, zainteresowań i sposobu spędzenia świąt i wolnych dni.

- Kwestionariusz WHOQOL-100 (World Health Organisation Quality of Life -100).

Kwestionariusz ten został stworzony na początku lat 90-tych minionego wieku przez zespół powołany przez Światową Organizację Zdrowia. Obejmuje on 6 dziedzin: zdrowie fizyczne, psychiczne, aspekty funkcjonowania, samodzielność, relacje społeczne, środowisko i religię oraz globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia. Na podstawie kwestionariusza WHOQOL-100 skonstruowano później skróconą wersję skali, WHOQOL-Bref. WHOQOL-Bref zawiera 26 pytań analizuje 4 dziedziny oraz globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia. Narzędzia te zostały zaadaptowane do warunków polskich pod względem językowo-kulturowym i psychometrycznym przez Wołowicką i Jaracz¹³².

2.6.3. Jakość życia w warunkach penitencjarnych – specyfika więzienna. Studia przypadków.

Przedmiotem tego podrozdziału było bardziej jakościowe niż ilościowe podejście do problemu psychologii zdrowia w warunkach więziennych poprzez analizę czterech osobnych przypadków, które kontrastują odmienne, ale jednak w czymś podobne, warunki penitencjarne i wolnościowe. Jest to wstęp do dalszych badań ważnych z punktu widzenia metod statystycznych. Metoda interpretacyjna pozwala na uchwycenie ważnych szczegółów oraz zarysowanie jakiejś początkowej teorii, dotyczącej nie tylko korelacji ilościowych, ale także relacji przyczynowo-skutkowych.

„Case study” w psychologii i ogólnie w naukach społecznych odnosi się do stosowania podejścia opisowego w badaniach w celu uzyskania szczegółowej analizy danej osoby, grupy lub zjawiska. Mogą być tutaj stosowane różnorodne techniki, w tym wywiady indywidualne, bezpośrednia obserwacja, testy psychometryczne, i zapisy archiwalne. W przypadku badań psychologicznych najczęściej stosowane są w badaniach klinicznych do opisanie rzadkich zdarzeń i warunków, które są sprzeczne z ugruntowanymi zasadami w dziedzinie psychologii. Studia

¹³² Wołowicka, L. (red.), „Jakość życia w naukach medycznych”, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001.

przypadków są, ogólnie rzecz biorąc, zazwyczaj pojedyncze, ale również mogą być wielokrotnie stosowane. Podobnie jak w innych metodach badawczych w ramach psychologii, studia przypadku muszą przedstawiać ważne i wiarygodne wyniki, aby być przydatnymi dla rozwoju dalszych badań¹³³. Cel „studium przypadku” może być eksploracyjny (*exploratory*), opisowy (*descriptive*), jak i wyjaśniający (*explanatory*).

Eugene Gilliom (1977)¹³⁴ wyróżnia następujące główne typy (wzorce) studiów przypadku:

1. Epizody otwarte (*open-ended episodes*) - przewidywanie konsekwencji znajdujących się w opisie wydarzeń – analiza możliwych do podjęcia w danej sytuacji decyzji i wybór najlepszej.
2. Eseje (*interpretive essays*) - główną cechą tego rodzaju case'ów jest tendencyjność i manipulacja informacją – pokazują one techniki wpływania na nasze myślenie i w jaki sposób interpretacja faktów zależy od sposobu ich prezentowania.
3. „Cases” oparte o dokumenty - ten typ „case'ów” predominuje w analizach naukowych - raporty, listy, biuletyny, protokoły, schematy, rozkazy, jak i dokumenty organizacyjne, takie jak zamówienia, raporty, wnioski kontrolne i regulaminy¹³⁵ (patrz Yin, 1984).
4. Pamiętniki - jako rejestracja faktów, wydarzeń i decyzji - zawierają także oceny, oczekiwania i interpretacje dokonywane przez autora.
5. Kroniki – jako formalny, chronologiczny zapis faktów, wydarzeń i decyzji (umożliwia rekonstrukcję przebiegu wydarzeń i wnioski dotyczące zależności przyczynowo-skutkowych).
6. Zeznania świadków (*eyewitness accounts*).
7. Dokumentacja sądowa (*court cases*).
8. Opisy (*narratives*) jako częściowo fikcyjna „literatura faktu”.
9. Winiетки (*vignettes*) prezentują epizody lub osoby, a opisy nie pretendują do tego, aby dać wyczerpujący opis. Dramatyzują one rzeczywistość, a także skupiają się one na najważniejszych aspektach opisywanego zjawiska.

¹³³ Bent Flyvbjerg, 2011, „Case Study”, in Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln, eds., *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4th Edition (Thousand Oaks, CA: Sage), ss. 301-316. Robert K. Yin. „Case Study Research: Design and Methods”. Fourth Edition. SAGE Publications. California, 2009. G. Thomas, (2011), „Typology for the case study in social science following a review of definition, discourse and structure”. *Qualitative Inquiry*, 17, 6, 511-521.

¹³⁴ Gilliom, M. Eugene *et al.*, „Practical methods for the social studies”, Belmont, Calif. : Wadsworth Pub. Co., 1977.

¹³⁵ Yin, R. K. (1984), „Case study research: Design and methods”, Newbury Park, CA: Sage. Powyżej podaję czwarte wydanie z roku 2009.

Warto jednak zauważyć, jak robią to niektórzy, iż „studium przypadku może zasugerować dowolną liczbę interesujących możliwości, które możemy później badać za pomocą dokładniejszych metod, nie daje jednak pewności co do związków przyczynowo-skutkowych. (...) Inny problem to generalizowalność, czyli stopień, w jakim rezultaty poszczególnych badań odnoszą się do innych, podobnych sytuacji. Po zbadaniu tylko jednego przypadku nie jesteśmy w stanie określić, które jego cechy można generalizować i odnosić do innych podobnych przypadków”¹³⁶. Z pozycji interpretyzmu, wspomnianego we Wstępie, należy jednak zauważyć istotne zalety metody „case study”: umożliwia ona tzw. przez Clifforda Geertza „gęsty opis” (*thick description*)¹³⁷: „(...) człowiek jest stworzeniem zawieszonym wśród sieci znaczeń, które sam utkał. „Gęsty opis” odnosi się do „przeplatających się warstw wspólnych znaczeń leżących u podstaw tego, co mówią i robią ludzie z danej grupy”¹³⁸. Teoria „gęstego opisu” jest przykładem epistemologicznego kontekstualizmu: jest to pogląd, że wypowiedziany sąd w zdaniu o wiedzy ('S wie, że p'; 'S nie wie, że p') zależy od kontekstu, w którym jest wyrażona: „kontekst” odnosi się tutaj nie do pewnych cech domniemanego przedmiotu wiedzy (jego / jej dokumenty, historia, inne przekonania, itp.) lub jego / jej sytuacji obiektywnej, lecz do indeksowalnych (np. „tu”, „teraz”, „ja”, „ty”) cech. W wyniku takich zależności od kontekstu, wypowiedzi danego zdania, wykonane w różnych kontekstach, mogą różnić się co do wartości logicznej. „Gęsty opis”, podobnie jak „case study” odnosi się do sfery znaczeń (sądów i emocji, a także dużej części zjawisk rozumianych jako „spozosteganie zmysłowe (*perception*)”) i nie wyklucza, ale raczej zachęca do porównywania podobnych lub odmiennych przypadków.

Zawarte „studia przypadku” ograniczone są do analizy pojedynczych osób, badanych w kontekście ryzykownych zdrowotnie zachowań, i zawierają odpowiedzi nie tylko na pytania w czterech użytych w pracy kwestionariuszach, ale także odnoszą się do bardzo szczegółowego wywiadu, w którym poruszano „zachowania problemowe” - bowiem pokazała się w nich ilustracja dla ogólnych wniosków wynikających ze statystycznych badań próby. I chociaż także tutaj nie staramy się udzielić odpowiedzi o przyczynowe relacje w życiorysach badanych osób, to pozwalają one jednak na sformułowanie licznych hipotez przyczynowych. Są owe przypadki odniesione do faktu, że w części dotyczącej badań ilościowych (kwestionariusze), wyróżniliśmy pewne typy prób: mianowicie próby dorosłych i młodocianych¹³⁹ w warunkach wolnościowych, oraz dorosłych

¹³⁶ Kenrick, D.T., Neuberg, S.L., Cialdini, R.B. „Psychologia społeczna”, GWP, Gdańsk 2002: 55.

¹³⁷ Geertz, C. „Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture”, w: „The Interpretation of Cultures”, New York: Basic Books 1973: 3-30, zwł. 5.

¹³⁸ Griffin, E., „Podstawy komunikacji społecznej”, przeł. Olga i Wojciech Kubińscy, GWP, Gdańsk 2003: 279.

¹³⁹ **Młodociany** – w polski prawie karnym osoba, która w chwili popełnienia czynu zabronionego nie osiągnęła 21 roku życia i w chwili orzekania przed sądem pierwszej instancji nie osiągnęła 24 roku życia (art. 115 § 10 k.k.);

i młodocianych w warunkach penitencjarnych – są to jednak w naszym ujęciu „case study” pewne „typy idealne” (w koncepcji Maxa Webera)¹⁴⁰, które zostały specjalnie wybrane ze względu na ich częste występowanie, pomimo że u Webera są to tylko abstrakcyjne pojęcia. Owe wzorcowe przypadki, raczej wbrew samemu Weberowi, są heurystyczną ilustracją ogólniejszych zjawisk, jako potwierdzone przez badania kwestionariuszowe.

Przypadek 1. Dorosły, na wolności. „Jim”.

Osoba ta wybrała przydomek „Jim” ze względu na Jimmy'ego Hendrixa i Jima Morrisona. Kawaler, lat 35, chory na schizotypowe zaburzenia osobowości, hospitalizowany raz, w wieku 23 lat, zalicza się mentalnie sam do pokolenia hipisów. Bez zawodu (brak matury). Zachowuje czasową abstynencję od substancji psychoaktywnych – zaczynał w wieku 14 lat od piwa, marihuany, potem amfetamina i LSD oraz grzyby halucynogenne (w podanej kolejności). Pojawiły się u niego urojenia prześladowcze (Szatan jako władca świata - „mania religiosa”?), popadał czasami

w „Kodeksie karnym wykonawczym” nie występuje pojęcie 'młodocianego', a tylko definicja zakładu karnego dla młodocianych, w świetle której w zakładzie karnym dla młodocianych odbywają karę skazani, którzy nie ukończyli 21 roku życia; w uzasadnionych wypadkach skazany może odbywać karę w tym zakładzie po ukończeniu 21 roku życia (art. 84 k.k.w.). Definicję taką oraz zasady procedowania organów wymiaru sprawiedliwości w stosunku do młodocianych, regulują przepisy „Kodeksu karnego”. Przepis art. 84 k.k.w. wskazuje jedynie, na podstawie jakich kryteriów należy kierować skazanych na karę pozbawienia wolności do zakładów karnych tego rodzaju. Pojęcie młodocianego występuje także na gruncie prawa pracy. **Młodocianym** według „Kodeksu pracy” jest osoba, która ukończyła 16 lat, a nie ukończyła 18 lat z uwagi na szczególną ochronę pracy młodocianych (art. 190-206 „Kodeksu pracy”). Z powodu niepełnego jeszcze ukształtowania psychiki młodocianych sprawców przestępstw, dużej podatności na wpływy otoczenia uwarunkowanych ich młodym wiekiem, przepis art. 54 §1 „Kodeksu karnego” wprowadza ogólną dyrektywę, że wymierzając karę młodocianemu, sąd kieruje się przede wszystkim względami wychowawczymi. Z tych samych powodów, jeżeli przemawiają za tym względy wychowawcze, sąd może zastosować w stosunku do młodocianego nadzwyczajne złagodzenie kary (art. 60 §1 kk). Powyższe powody uzasadniają szersze stosowanie wobec młodocianych środków probacyjnych, poprzez ustalenie dłuższego okresu próby przy warunkowym zawieszeniu wykonania kary pozbawienia wolności na nie krótszy niż 3 lata (wobec pozostałych sprawców – nie krótszy niż 2 lata, w obu przypadkach maksymalny okres to 5 lat – art. 70 kk). W przypadku warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności wobec młodocianego sprawcy przestępstwa umyślnego, obowiązkowy jest dozór kuratora (art. 73 §2 kk). Zob. „Pohl, Ł. „Prawo karne. Wykład części ogólnej”, Lexisnexis, 2013, *passim*; „Kodeks karny wykonawczy Komentarz”, wyd. 3, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2010; „Prawo pracy. Podręcznik dla studentów prawa”, U. Jackowiak, W. Uziak, A. Wypych-Żywicka, Wydawnictwo: Wolters-Kluwer Polska-LEX 2012.

¹⁴⁰ zob. Paweł Załęski, „Typy idealne w socjologii religii Maxa Webera: Analiza struktury kategoryzującej pole religijne”, Kultura i Społeczeństwo nr 224, Warszawa 2003. Max Weber, „Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej”, przeł. i wstępem opatrzyła D. Lachowska, PWN, Warszawa 2003: 158-60. Oraz: Weber, M. „The Methodology of the Social Sciences”, E. Shils, H. Finch (red.), New York: Free Press: „Typ idealny tworzy się przez jednostronne spotęgowanie jednego lub kilku punktów widzenia oraz przez złączenie w jednym wewnętrznym spójnym myślowym obrazie całego bogactwa rozproszonych i z trudem zauważalnych, ówdzie liczniejszych, ówdzie mniej licznych, miejscami w ogóle nieobecnych jednostkowych zjawisk, które dobrze pasują do owych jednostronnie uwypuklonych punktów widzenia. W swej pojęciowej czystości ten idealny obraz nigdzie w rzeczywistości nie występuje” (za: George Ritzer, „Klasyczna teoria socjologiczna”, przeł. H. Jankowska, Zysk i S-ka, Poznań 2004: 156). Por. złożone interpretacje teorii Webera w: Drysdale, J. „How Are Social-Scientific Concepts Formed? A Reconstruction of Max Weber's Theory of Concept Formation”, *Sociological Theory*, 14 (1996): 71-88; Hekman, S. „Weber, The Ideal Type, and Contemporary Social Theory” Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press, 1983; Lindbeck, T., „The Weberian Ideal-Type: Development and Continuities”, *Acta Sociologica* 35(1992): 285-97; McKinney, J.C., „Constructive Typology and Social Theory”, New York: Appleton-Century-Crofts, 1966.

w konflikt z prawem (ostatnia karta sądowa - 200 godzin pracy społecznej za jazdę po pijanemu rowerem), brak potwierdzenia dla infekcji HIV, HCV i gruźlicy. Jako dziecko spokojny i posłuszny; przekonany, że wszyscy ludzie kłamią i że świat jest iluzją. Nieśmiały (fobia społeczna), brak samokrytycyzmu, dysonans poznawczy („Tylu ludzi pali, a tylko niewielu z nich choruje na raka” - Jim pali sporadycznie), chęć normalnego życia (konformizm poznawczy i decyzyjny) i harmonii z naturą („dzieci kwiaty”). Złe stosunki z ojcem (kompleks Edypa wg Freuda?). Przez zaledwie 2 miesiące przebywał w ośrodku „Monaru”, przymuszony przez rodziców. Brak aktywności seksualnej i słaba kondycja psychofizyczna. Generalnie „zadowolony z życia” - istnienie „negatywnego stylu atrybucyjnego”: „Negatywny styl atrybucyjny wyraża się w spostrzeganiu przyczyn niepowodzeń jako ulokowanych wewnątrznie (tkwiących w jednostce), stałych (istniejących w przeszłości i oczekiwanych w przyszłości) oraz uogólnionych (obejmujących różnorodne sfery życia jednostki)”¹⁴¹: „Wprawdzie istnieje Bóg i natura, ale ludzie są wolni, chociaż zazwyczaj zaślepieni”. Unika przepracowania i dba o prawidłowe odżywianie, ale „Bardzo często podejmuje ryzyko, gdy chce poprawić swoje samopoczucie” (pytanie z kwestionariusza). Nieumiejętność „odraczania przyjemności”, chociaż skłonność do zwlekania (odraczania) w sferze ważnych życiowo decyzji¹⁴². Zaniżona samoocena, a jednak także duma z osiągniętej wolności.

Przypadek 2. Młodociany, na wolności. „Mateusz”.

Kawaler (co dość oczywiste w świetle prawa), lat 18. Licealista, po maturze i pomyślnych egzaminach na medycynę. Gej, czyta Dantego i Szekspira. Od dwóch lat uzależniony od „Tramalu”(silny lek przeciwbólowy, dający także euforię). Pali incydentalnie, ale raczej rzadko. Pojedyncze stosunki homoseksualne z prezerwatywą – bardzo boi się infekcji HIV. Oczytany, znajomość (w różnym stopniu) kilku języków, zamiłowany w prozie Tolkiena. Marzyciel z powołania i wyboru. Silna atrybucja wewnętrzna - „Jestem wolny i robię zazwyczaj to co mi się podoba” („Wybieram ryzykowne rozwiązania, aby doznać przyjemnych wrażeń” - maksymalna ilość punktów w skali kwestionariusza). Pełna świadomość podejmowanego ryzyka. Zdolność do odraczania przyjemności (gratyfikacji), oraz brak tendencji odraczania ważnych decyzji w ogóle. Prawidłowo się odżywia – próbował zostać wegetarianinem („jak Adolf Hitler”). Miewa częste nastroje samobójcze. Dobra kondycja psychofizyczna (wysokie wyniki w SF-36). Silne wewnętrzne umiejscowienie kontroli: badany uważa, że rezultaty jego działań zależą od niego samego, traktuje

¹⁴¹ Wosińska (2004): 541.

¹⁴² Prokrastynacja (z łac. procrastinatio – odroczenie, zwłoka) - tendencja do nieustannego odkładania pewnych czynności na później - dopiero niedawno uznano, że jest ona zaburzeniem psychicznym.

świat jako przewidywalny, jest aktywny i odporny na wpływ społeczny – nie zauważa w ogóle różnicy pomiędzy aktorem a obserwatorem: czyli tendencji do spostrzegania zachowań innych ludzi jako następstwa ich dyspozycji, podczas gdy swoje własne zachowania tłumaczy się wpływem czynników sytuacyjnych¹⁴³. Jest przekonany ateistą i wrogiem Kościoła („jestem urodzonym liberałem”), i uważa, podobnie jak Tolkien w „Silmarillionie”, że świat powstał z ducha muzyki. Rozważa życie jako „poważną zabawę”, a śmierć jest ostatnim akordem życia. Przeczuwa jednak, że on sam jest nieśmiertelny. Ubolewa nad swoim uzależnieniem od „Tramalu” - próbował zerwać z nim, ale „ma słabą wolę”. Nie używa alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Mówi o sobie jako zupełnie zdrowym psychicznie i fizycznie – brak pobytu w szpitalu psychiatrycznym (brak także innych chorób). Wysportowany – lubi tenis. W miarę dojrzały intelektualnie i dostosowany społecznie – ale indywidualista i nonkonformista. Aktywny politycznie w ramach jednej z partii liberalnych - „Wprawdzie politycy są skorumpowani, ale ci, którzy ich krytykują najczęściej zachowaliby się na ich miejscu jeszcze gorzej”. Świadom tego, że jego uzależnienie jest złe samo w sobie, bo ogranicza wolność. Równowaga między ekstrawertyzmem, a introwertyzmem, otwartość na świat i cudze poglądy.

Przypadek 3. Dorosły, w warunkach penitencjarnych. „Jacek”.

Kawaler, lat 36. Obecnie w przerwie w odbywaniu kary, skazany za udział w zorganizowanej grupie przestępczej i wymuszenia rozbójnicze (łącznie 8 lat kary pozbawienia wolności). Opanowany i spokojny, w dobrym nastroju. Brak cech psychotycznych, osobowość bez zaburzeń (wg „Diagnostic and Statistical Manual” - DSM-IV). Pałący, kilka razy na detoksykacji i leczeniu odwykowym (alkohol). Zaczynał od piwa i wina (w wieku lat 13-tu), po których przeszedł do picia wódki. Silnie uzależniony od alkoholu (palimpsesty pamięciowe, „leczenie” kaca następną butelką piwa lub szklanką wódki). Niechętny stosunek do używania narkotyków, w więzieniu alkohol kupował od strażników. Dobra kondycja psychofizyczna – wysokie oceny w SF-36. Przykłada wagę do prawidłowego odżywiania się, ale w praktyce odżywia się, jak sam twierdzi, „czym popadnie” (dysonans poznawczy).

Przez pewien czas pracował jako „chłopak do towarzystwa” dla dojrzałych kobiet – zawsze stosował prezerwatywę. W więzieniu zaliczony do „ludzi”¹⁴⁴, grypsował, ale nigdy nie przewodził

¹⁴³ Aronson, Wilson, Akert 1997: 201-202.

¹⁴⁴ Hołyst 2007, t. 2: 1001: „Recydywiści dzielą siebie na: - ludzi: są to członkowie dominującej, nieformalnej grupy grypsujących, - frajerów, czyli niegrypsujących, - kapusiów: schwytanych na zdradzie lub ujawnieniu tajemnic grupy poszkodowanych (cwełi): najniżej stojących w hierarchii więziennej”.

w celi, kilka razy brał czynny udział w przymuszaniu do homoseksualnego seksu, wysokie oceny w skali zachowań ryzykownych Juczyńskiego („Podejmuje ryzyko, aby przetestować swoją sprawność”). Nigdy nie miał myśli samobójczych, natomiast często postanawiał sobie rzucić picie i palenie. Niezadowolony ze swego życia, ale przypisuje swoje niepowodzenia życiowe sytuacji i losowi, ewentualnie „zbiegowi przypadków”, natomiast nie własnym cechom osobowości (negatywny styl atrybucyjny). Mimo wszystko, raczej pogodzony z życiem (z widocznym poczuciem rezygnacji), znajduje się, w swej własnej ocenie, jeszcze przed okresem tzw. „kryzysu wieku średniego”. Uważa, że w grupie lepiej się wypełnia zadania, ale trudniejsze osiągnięcia zawdzięcza się własnemu trudowi (facylitacja społeczna). Postrzega sam siebie jako zwyczajnego człowieka, ale z silną osobowością (skłonność do nonkonformizmu i odporność na wpływ społeczny) – myśli, że kwestia rzucenia nałogów jest w gruncie rzeczy „prostą sprawą”, zależną tylko od silnej woli. Mimo że w zakładzie karnym grypsuje, to nie ceni i pogardliwie wypowiada się na temat subkultury więziennej.

Przypadek 4. Młodociany, w warunkach penitencjarnych. „Mariusz”.

Kawaler, lat 21. Po długim pobycie w zakładzie poprawczym (za pobicie oraz kradzieże „szczególnie zuchwałe”), obecnie w ośrodku „Monaru” i na oddziale psychiatrycznym. Pałący od 15-go roku życia (również pałaca matka), ale przede wszystkim silnie uzależniony od amfetaminy (psychoza ponarkotykowa, leczona w szpitalu). Zależny od marihuany i alkoholu (pierwsze piwo w wieku lat 13-tu, w tym czasie inicjacja narkotykowa i seksualna). Nie zwraca uwagi na zasady prawidłowego odżywiania się. Agresywny wobec innych pacjentów i personelu - „Robię rzeczy, o których wiem, że są niebezpieczne” oraz „Choć wiem, co mi szkodzi, to nie unikam tego”. Brał udział w buncie osadzonych w zakładzie poprawczym, choć nie był jego przywódcą. Więcej czasu spędza biorąc narkotyki, niż poświęca go aktywności heteroseksualnej (kiedy uprawia seks, robi to bez zabezpieczenia w postaci prezerwatywy). Pochodzi z rodziny niepełnej (brak ojca). Nie ma przyjaciół, nietolerancyjny (homofob i antysemita) – bliski faszyzującym ruchom. Aktualnie w szpitalu psychiatrycznym z powodu psychozy ponarkotykowej. Wie, że narkotyki są szkodliwe, ale twierdzi, że papierosy są jeszcze bardziej szkodliwe (dysonans poznawczy). Nie poddaje się łatwo wpływowi komunikatów perswazyjnych (reaktancja). Ostrzeżenia przed szkodliwością narkotyków zbywa twierdzeniem, że „i tak na coś trzeba umrzeć”. W jego osobowości uderza pesymizm i rozżalenie: „Nie prosiłem się na świat”. Halucynacje na tle psychozy wprowadzają go w zły nastrój, ale uważa, że ma to, na co zasłużył (silne atrybucje wewnętrzne – uważa, że jest on

wolny¹⁴⁵ i niezależny od losu: „świat w ogóle jest chaosem i nie jest przewidywalny”, „każdy odpowiada za to, co robi”). Częste myśli samobójcze oraz nieudana próba dokonania tego czynu (drastyczna, bo polegająca na poderżnięciu sobie gardła – ale jest on dumny z blizn, które powstały w wyniku tego). Bardzo niskie oceny w SF-36 (niska ocena jakości życia) i bardzo wysokie w teście ryzykownych zachowań Juczyńskiego (b. wysoka skłonność do zachowań ryzykownych).

Jak widać, rezultaty są niejednoznaczne i wymagają badań statystycznych (ilościowych) w celu potwierdzenia lub zaprzeczenia tezie o związku między niską jakością życia a dużą skłonnością do ryzyka, odnoszącej się do warunków penitencjarnych. Pod tym względem trudno wybrać intuicyjnie pomiędzy zachowaniami „Jacka” i „Mariusza” - dlatego musimy zweryfikować hipotezę o tej zależności za pomocą badań kwestionariuszowych na dostatecznie dużej próbie (choć, jak się wydaje, nie zachodzi tu potrzeba zbyt dużej grupy).

¹⁴⁵ „Z atrybucyjnej analizy wyuczonej bezradności i depresji wynika, że po doświadczeniu braku możliwości kontroli ludzie dokonują atrybucji odnoszących się do niepowodzenia w kontrolowaniu danego zdarzenia. Wewnętrzność (*internality*) atrybucji decyduje o tym, czy pojawią się problemy związane z poczuciem własnej wartości, stałość wpływa na długotrwałość deficytów depresyjnych, globalność zaś decyduje o stopniu deficytów związanych z bezradnością. Również zachowania związane z samotnością, zdrowiem i chorobą bada się z atrybucyjnego punktu widzenia. Wykazano, że stałe atrybucje dotyczące niepożądanych okoliczności (takich jak samotność, niepowodzenia w kolejnych próbach rzucenia palenia) hamują ukierunkowane na cel zachowanie (tzn. utrwalają samotność i powstrzymują jednostkę od powzięcia zamiaru zerwania z nałogiem palenia)” (Försterling, F., „Atrybucje. Podstawowe teorie, badania i zastosowania”, GWP, Gdańsk 2005: 152-3).

3. Cel badań i założenia

3.1. Cel badań

Celem badań była ocena występowania sytuacji zdrowotnej osób przebywających w warunkach penitencjarnych ze szczególnym uwzględnieniem współwystępowania zespołu zależności od substancji psychoaktywnych i wpływ tych zachowań na jakość życia wśród osób przebywających w warunkach penitencjarnych, przeprowadzona na dwóch grupach kontrolnych: młodocianych, którzy osiągnęli pełnoletniość i dorosłych w warunkach wolnościowych, oraz dwóch grupach: osadzonych młodocianych w wieku osiemnastu lat i osadzonych dorosłych.

3.2. Problemy badawcze

Do realizacji celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy istnieje zależność pomiędzy grupami osób osadzonych i na wolności w kontekście zachowań ryzykownych ?
2. Która z badanych grup wykazuje najryzykowniejsze zachowania zdrowotne ?
3. Czy można wykazać związki pomiędzy zachowaniami ryzykownymi i ich wpływem na ogólną jakość życia ?
4. Czy istnieje zależność pomiędzy zachowaniami ryzykownymi a ich wpływem na fizyczną jakość życia ?
5. Czy istnieje zależność pomiędzy zachowaniami ryzykownymi a ich wpływem na mentalną jakość życia ?

3.3. Hipotezy badawcze

Sformułowane hipotezy badawcze przedstawiają się następująco:

1. Istnieje zależność pomiędzy badanymi grupami w kontekście zachowań ryzykownych pomiędzy grupami młodzieży osadzonej i na wolności.
2. Najryzykowniejsze zachowania zdrowotne prezentuje młodzież przebywająca na wolności.
3. Zachodzą związki pomiędzy zachowaniami ryzykownymi i ich wpływem na ogólną jakość życia dla grup młodzieży i dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych.
4. Istnieje zależność pomiędzy zachowaniami ryzykownymi a ich wpływem na fizyczną jakość życia dla dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych.

5. Istnieje zależność pomiędzy zachowaniami ryzykownymi a ich wpływem na mentalną jakość życia dla młodzieży przebywającej w warunkach penitencjarnych.

4. Materiał i metody badań

4.1. Materiał badawczy

Materiał do badań stanowiły dane uzyskane od grupy 200 osób płci męskiej, z czego 100 osób to osoby przebywające w warunkach penitencjarnych podzielone na dwie podgrupy po 50 osób każda oraz 100 osób stanowiące grupę kontrolną, przebywającą w warunkach wolnościowych również podzieloną na dwie podgrupy po 50 osób każda. Grupa 1 to dorośli mężczyźni osadzeni w warunkach penitencjarnych, grupa 2 to młodociani przestępcy, pełnoletni w wieku 18 lat, również przebywający w warunkach penitencjarnych. Grupę 3 stanowią również osoby młodociane w wieku 18 lat, przebywające w warunkach wolnościowych oraz grupa 4 to osoby dorosłe przebywające na wolności. Młodzież pełnoletnia w wieku 18 lat osadzona jak przebywająca na wolności została wybrana celowo w ramach badań z uwagi na konieczność bycia osobą pełnoletnią. Zarówno do grupy 2 (młodzież pełnoletnia w warunkach penitencjarnych) jak i do grupy 3 (młodzież na wolności), nie było problemu z wyselekcjonowaniem mężczyzn do przeprowadzenia badań osób takich, które uzyskały pełnoletniość a jednocześnie nie mają więcej niż 19 lat. Wyselekcjonowanie takiej grupy podyktowane było obowiązkiem posiadania zgody na badanie dla osób niepełnoletnich od ich opiekunów prawnych, co w przypadku warunków penitencjarnych wiązało się wręcz z niemożliwością ich uzyskania wynikającą albo z odległości przebywania prawnych opiekunów tych osób i częstotliwością ich pojawiania się w zakładzie a także z problemami natury prawnej polegające na fakcie, iż nad niektórymi wychowankami opiekę prawną sprawuje sąd bądź inne osoby niż rodzice, od których możliwość uzyskania zgody byłaby praktycznie niemożliwa lub też utrudniona proceduralnie. Wybrano więc grupę pełnoletnią ale nie przekraczającą 19 lat i z uwagi na to dobrano grupę wolnościową spośród uczniów szkoły średniej również pełnoletnich ale nie przekraczających wieku 19 lat co akurat nie stanowiło większego problemu.

4.2. Metody badań

Metodą wybraną do badań była metoda sondażu diagnostycznego, technika ankieta. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety autorstwa własnego dotyczący wieku, wykształcenia, sytuacji rodzinnej, zachowań ryzykownych czy aktywności fizycznej, składający się z 28 pytań (aneks – załącznik 12.5).

Kolejnym narzędziem w grupie badanej i kontrolnej przeprowadzone zostały badania przy użyciu metody sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi tj.: Testu

Zachowań Ryzykownych, Inwentarza Zachowań Ryzykownych w opracowaniu Juczyńskiego i kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 w wersji polskiej.

Dla uzyskania wiarygodnych danych kwestionariusze w ośrodkach penitencjarnych były wypełniane dodatkowo w obecności wychowawców, których obecność w trakcie wypełniania powodowała poważne podejście do tematu. Kwestionariusze osób przebywających w warunkach wolnościowych wypełniane były w obecności wychowawców klas, natomiast osób dorosłych tylko bezpośrednio w mojej obecności. Wzory wszystkich kwestionariuszy użytych w badaniach zawarte zostały w pracy i stanowią załączniki do rozprawy.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Dla zmiennych kategoriycznych zastosowano wskaźniki struktury określające udział (w %) części zbiorowości do całej zbiorowości (n). Zastosowanie wskaźników struktury było dozwolone. Spełniony został bowiem warunek liczebności badanych grup ($n \geq 30$). Dla zmiennych ciągłych o rozkładzie zbliżonym do normalnego podano wartości średniej, mediany, minimalnych i maksymalnych wartości zmiennej oraz odchylenia standardowego. Do większości porównań statystycznych badanych grup wykorzystano test niezależności Chi-kwadrat. Za jego pomocą zweryfikowano hipotezę zerową zakładającą niezależność dwóch analizowanych zmiennych. Hipoteza alternatywna stanowiąc zaprzeczenie zerowej stwierdzała występowanie statystycznie istotnych zależności między nimi. W celu potwierdzenia wyników badań posłużono się testami chi-kwadrat Pearsona i chi kwadrat największej wiarygodności. Oba rodzaje dochodzenia statystycznego zwykle przyjmują zbliżone wartości, co pozwala na jednakowe wnioskowanie. Uzyskane wyniki badań są przedstawiane w tabelach, w których uwzględnione zostały liczba stopni swobody (df) i obliczone prawdopodobieństwo testowe (p). Siłę związku między zmiennymi określano za pomocą współczynnika zbieżności Czuprowa. W przypadku porównywania zmiennych o rozkładzie innym niż normalny posłużono się testem U Manna-Whitney'a. Za jego pomocą zweryfikowano hipotezę zerową zakładającą jednakowy poziom badanej zmiennej w dwóch analizowanych grupach pacjentów. Hipoteza alternatywna stanowiąc zaprzeczenie zerowej stwierdzała występowanie statystycznie istotnych różnic między dwiema grupami pod względem badanej zmiennej. Przy pomocy współczynnika korelacji liniowej Pearsona badano występowanie korelacji między dwiema mierzalnymi cechami. O występowaniu statystycznie istotnej zależności między nimi, świadczyło prawdopodobieństwo testowe p wyznaczone dla obliczonego współczynnika mniejsze od poziomu istotności. W analizie statystycznej wykorzystano również test dla dwóch wskaźników struktury. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności α równy 0,05.

4.3. Miejsce przeprowadzania badań

Jako miejsce prowadzenia badań dla osób młodocianych będących pełnoletnimi wybrano Młodzieżowy Ośrodek Adaptacji Społecznej w Koszalinie przy ul. 4-go marca 36. Do zbadania osób dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych wybrano Areszt Śledczy z oddziałami zakładu karnego w Choszcznie przy ulicy Wolności 12. Osoby dorosłe przebywające w warunkach wolnościowych to osoby mieszkające i pracujące w Szczecinie oraz okolicach tj. Mierzyn, Warzymice, Przeclaw, Bezrzecze, natomiast na potrzeby zbadania osób młodocianych przebywających w warunkach wolnościowych wybrany został Zespół Szkół Łączności przy ul. Ku Słońcu 27/30 w Szczecinie.

4.4. Opracowanie i analiza danych

We wszystkich naukach, tak matematyczno-przyrodniczych jak i humanistyczno-społecznych, rozróżniamy dwa podejścia do badanych kwestii: podejście ilościowe i jakościowe. Badania ilościowe polegają na opisie i analizie badanych faktów, procesów i zjawisk w sposób ilościowy, czyli w postaci pewnych zapisów matematycznych, obliczeń i zestawień statystycznych. Istotą badań jakościowych natomiast jest analizowanie badanych zjawisk w celu wyodrębnienia w nich części składowych i wykryciu zależności i związków jakie zachodzą między tymi składowymi.

Opierając się na posiadanych standaryzowanych narzędziach oraz kwestionariuszu wywiadu środowiskowego pracę rozpoczęto od zebrania danych wśród osób przebywających w warunkach penitencjarnych. Z uwagi na specyfikę tego typu placówek konieczne było uzyskanie zgody właściwych osób na możliwość przeprowadzenia badania z osobami osadzonym w tych placówkach. Potem kontynuowano pracę zbierania danych wśród osób przebywających w warunkach wolnościowych.

Kolejnym krokiem było dokonanie wstępnej selekcji zgromadzonej dokumentacji oraz zbudowanie komputerowej bazy danych i poddanie ocenie statystycznej uzyskanych wyników badań.

4.5. Skala jakości życia SF-36

W niniejszym badaniu podstawę oceny jakości życia stanowił formularz Medical Outcomes Study 36 - the Short Form czyli SF-36. Na stosowanie formularza SF-36 dla celów niniejszej pracy uzyskano od firmy QualityMetric licencję numer QM017408.

Do badania jakości życia zastosowano w badanych grupach polską wersję kwestionariusza /Quality of life SF-36 questionnaire – the Polish version/. Kwestionariusz jest przeznaczony do subiektywnej oceny stanu zdrowia. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwalają określić 8 elementów tj.: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne i zdrowie psychiczne. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 skal jakości życia i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Według polskiej wersji kwestionariusza najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa oznacza najwyższy poziom jakości życia.

4.6. Kwestionariusz środowiskowy

Badanie ankietowe za pomocą „kwestionariuszem wywiadu środowiskowego” zostało przeprowadzone na grupie 200 osób płci męskiej, z czego 100 osób to osoby przebywające w warunkach penitencjarnych podzielone na dwie podgrupy po 50 osób każda oraz 100 osób stanowiące grupę kontrolną, przebywającą w warunkach wolnościowych również podzieloną na dwie podgrupy po 50 osób każda. Grupa 1 to dorośli mężczyźni osadzeni w warunkach penitencjarnych, grupa 2 to młodociani przestępcy, pełnoletni w wieku 18 lat, również przebywający w warunkach penitencjarnych. Grupę 3 stanowią również osoby młodociane w wieku 18 lat, przebywające w warunkach wolnościowych oraz grupa 4 to osoby dorosłe przebywające na wolności. Młodzież pełnoletnia w wieku 18 lat osadzona jak przebywająca na wolności została wybrana celowo w ramach badań z uwagi na konieczność bycia osobą pełnoletnią. Zarówno do grupy 2 (młodzież pełnoletnia w warunkach penitencjarnych) jak i do grupy 3 (młodzież na wolności), nie było problemu z wyselekcjonowaniem mężczyzn do przeprowadzenia badań osób takich, które uzyskały pełnoletniość a jednocześnie nie mają więcej niż 19 lat. Wyselekcjonowanie takiej grupy podyktowane było obowiązkiem posiadania zgody na badanie dla osób niepełnoletnich od ich opiekunów prawnych, co w przypadku warunków penitencjarnych wiązało się wręcz z niemożliwością ich uzyskania wynikającą albo z odległości przebywania prawnych opiekunów tych osób i częstotliwością ich pojawiania się w zakładzie a także z problemami natury prawnej

polegające na fakcie, iż nad niektórymi wychowankami opiekę prawną sprawuje sąd bądź inne osoby niż rodzice, od których możliwość uzyskania zgody byłaby praktycznie niemożliwa lub też utrudniona proceduralnie. Wybrano więc grupę pełnoletnią ale nie przekraczającą 19 lat i z uwagi na to dobrano grupę wolnościową spośród uczniów szkoły średniej również pełnoletnich ale nie przekraczających wieku 19 lat co akurat nie stanowiło większego problemu.

4.7. Test zachowań ryzykownych TZR

Test zachowań ryzykownych składa się z 25 ogólnych stwierdzeń przedstawiających czynności ryzykowne lub motywy podejmowania zachowań ryzykownych. Test jest przydatnym narzędziem do diagnozowania indywidualnej skłonności do ryzyka na podstawie samooceny częstości podejmowania zachowań ryzykownych i satysfakcji doznawanej wskutek takich zachowań. Maksymalna liczba punktów w każdym pytaniu wynosiła 4 a minimalna 0. Teoretyczna rozpiętość wyników w teście wynosi od 0 do 100 punktów. Indywidualne wyniki pomiarów oblicza się jako sumę punktów uzyskanych we wszystkich pytaniach testu. Wśród wszystkich badanych grup, zarówno przebywających w warunkach penitencjarnych jak i na wolności przeprowadzono Test Zachowań Ryzykownych.

4.8. Inwentarz zachowań zdrowotnych

Do badania zachowań zdrowotnych wykorzystano narzędzie kwestionariuszowe wg Zygryda Juczyńskiego tj. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Czynnikiem najbardziej mobilizującym do podejmowania zachowań zdrowotnych jest wartość jaką przypisuje się zdrowiu. Kwestionariusz składa się z 25 pytań, co do których badane osoby wskazywały jak często wykonują podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej udzielanych odpowiedzi:

- 1- Prawie nigdy
- 2- Rzadko
- 3- Od czasu do czasu
- 4- Często
- 5- Prawie zawsze

Zaznaczone przez osoby badane wartości liczbowe zostały następnie zliczone celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższe wyniki tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych.

Następnie uzyskane wyniki zostały przekształcone stosownie do skali STENowej wg klucza. Wyniki w granicach od 1 do 4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, zaś wyniki w granicach od 7 do stena jako wysokie. Natomiast wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne. Wśród wszystkich badanych grup, zarówno przebywających w warunkach penitencjarnych jak i na wolności przeprowadzono badanie kwestionariuszem inwentarza zachowań zdrowotnych.

5. Wyniki badań

5.1. Kwestionariusz wywiadu środowiskowego

Wiek osób badanych

Badanie ankietowe „kwestionariuszem wywiadu środowiskowego” zostało przeprowadzone na grupie 200 osób płci męskiej. Grupa 1 to dorośli mężczyźni osadzeni w warunkach penitencjarnych, grupa 2 to młodociani przestępcy, pełnoletni w wieku 18 lat, również przebywający w warunkach penitencjarnych. Grupę 3 stanowią również osoby młodociane w wieku 18 lat, przebywające w warunkach wolnościowych oraz grupa 4 to osoby dorosłe przebywające na wolności. Rozkład wieku osób biorących udział w badaniu zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka rozkładu wieku (lata) czterech grup.

Charakterystyka rozkładu	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
min – max	22 - 61	wszyscy badani	wszyscy badani	20 - 63
Q ₁ – Q ₃	24 - 39	byli w wieku	byli w wieku	27 - 41
mediana	28,5	18 lat	18 lat	35
\bar{x} (SD)	32,5(10,0)			35,9(10,4)

Tabela 2. Charakterystyka rozkładu wieku dla wszystkich badanych osób.

	N
n	200
min – max	18-63
Q ₁ – Q ₃	18-31
mediana	19
\bar{x} (SD)	26,1(10,9)
Dominanta	18
Częstość (%)	100 (50%)

Mediana wieku 200 osób wyniosła 19 lat, najmłodszy badany mężczyzna miał 18 lat a najstarszy badany mężczyzna miał 63 lata. Najlicniejszą podgrupę wiekową stanowiły osoby w wieku 18 lat co stanowi 50% wszystkich badanych czyli 100 osób. Rozkład struktury wieku przedstawiono w tabeli 2.

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice statystycznie istotne, pomiędzy wiekiem osób w parze grup 1 i 4 tj. pomiędzy osobami dorosłymi, przebywającymi w warunkach penitencjarnych jak i osobami dorosłymi przebywającymi na wolności. Mediana wieku grupy 4 wyniosła 35 lat i była statystycznie istotna ($p=0,04$) - wyższa od mediany grupy 1, która wyniosła 28,5 lat. Różnica median wyniosła 6,5 lat. Natomiast wiek grupy 1 i grupy 4 różnił się

statystycznie istotnie od wieku grupy 2 i grupy 3 (Każdy mężczyzna grupy 1 miał co najmniej 22 lata a mężczyzna z grupy 4 miał co najmniej 20 lat.

Wykształcenie osób badanych

Na pytanie o poziom wykształcenia 40 % badanych zadeklarowało fakt posiadania wykształcenia podstawowego w grupie osadzonych dorosłych oraz 50 % wśród osadzonej młodzieży. Wykształcenie podstawowe było najczęściej zgłaszanym wśród osadzonych zarówno w grupie dorosłych jak i młodzieży. W grupie kontrolnej przebywającej na wolności wśród młodzieży aż 49 % posiada wykształcenie gimnazjalne a wśród dorosłych 38 % przyznaje się do posiadania wykształcenia wyższego. Wyraźne różnice odnotowano w przypadku wyższego wykształcenia, przy czym dorośli na wolności okazali się grupą najlepiej wykształconą. Struktura badanych wyznaczana parametrami wykształcenia została przedstawiona w tabeli 3.

Tabela 3. Struktura wykształcenia w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
brak wyksz.	2	4	1	2				
podstawowe	20	40	25	50	1	2		
gimnazjalne	4	8	20	40	49	98	1	2
zawodowe	20	40	4	8			1	2
licealne	2	4					9	18
technikum	2	4					1	2
wyższe							38	76
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

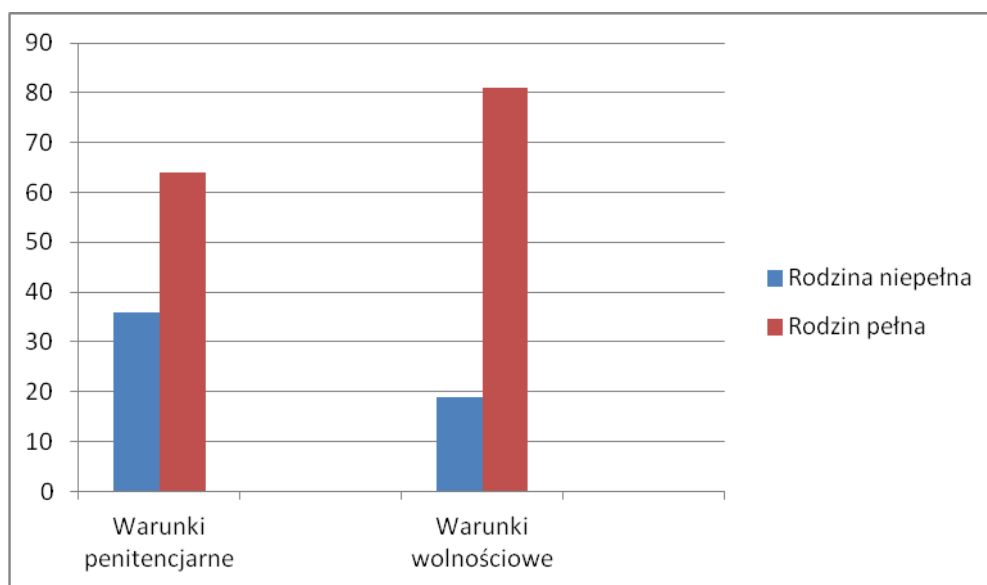
Sytuacja rodzinna - pochodzenie osób badanych

W pytaniu tym wszystkie osoby badane udzielały odpowiedzi o pochodzeniu z rodziny z jakiej się wywodzą. Pochodzenie dotyczyło wskazania czy wychowywali się w rodzinie pełnej składającej się z obojga rodziców czy też nie. Spośród wszystkich badanych 55 osób pochodzi z rodziny niepełnej a 145 osób z rodziny pełnej. Obrazując badane grupy w kontekście osób przebywających w warunkach penitencjarnych i warunkach wolnościowych widać, iż większa liczba osób pochodzi z rodzin niepełnych, która przebywa w warunkach penitencjarnych - 36 osób. Osoby przebywające w warunkach wolnościowych w większej liczbie wywodzą się z rodzin pełnych - 81 osób. Strukturę badanych ze względu na rozkład pochodzenia rodzinnego przedstawiono w tabeli 4 i rycinie 1.

Tabela 4. Charakterystyka rozkładu pochodzenia rodzinnego w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
Rodzina niepełna	13	26	23	46	14	28	5	10
Rodzina pełna	37	74	27	54	36	72	45	90
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Rycina 1. Charakterystyka rozkładu pochodzenia rodzinnego w grupie osadzonych i na wolności.



Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, badanych osób w poszczególnych grupach wg Grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 3 tj. osób dorosłych osadzonych oraz młodzieży na wolności i pary grup 2 i 3 tj. osób młodych przebywających w warunkach penitencjarnych oraz na wolności. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Poziom istotności pomiędzy badanymi osobami w zależności od pochodzenia rodzinnego.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	p=0,04	-	p=0,037	-	p=0,0001	p=0,02

Sytuacja rodzinna – posiadanie rodzeństwa przez osoby badane

Kolejnym ocenianym parametrem było ustalenie posiadania rodzeństwa przez osoby badane. Zdecydowanie wśród wszystkich badanych grup przejawia się zdecydowanie posiadanie rodzeństwa.

Zarówno w grupach penitencjarnych jak i przebywających na wolności osoby posiadają rodzeństwo. Struktura badanych osób posiadających rodzeństwo została przedstawiona w tabeli 6. Na podstawie otrzymanych danych nie stwierdzono pomiędzy grupami zależności istotnych statystycznie.

Tabela 6. Charakterystyka posiadania rodzeństwa w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
nie posiada	5	10	9	18	7	14	10	10
posiada	45	90	41	82	43	86	40	90
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Sytuacja rodzinna – posiadanie dzieci przez osoby badane

Wśród osób badanych 44 % osób zarówno w grupie osadzonych dorosłych jak i na wolności przyznaje się do posiadania dzieci. Również młodzież osadzona w niewielkim co prawda stopniu bo 6 % przyznaje się do posiadania potomstwa. Zdecydowanie brak dzieci wskazała grupa młodzieży funkcjonująca w warunkach wolnościowych. Struktura badanych osób posiadających dzieci została przedstawiona w tabeli 7.

Tabela 7. Charakterystyka posiadania dzieci w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
nie posiada	22	44	46	94	50	100	22	44
posiada	28	56	3	6			28	56
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy badanymi grupami. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 4 tj. osoby dorosłe zarówno osadzone jak i na wolności oraz pary grup 2 i 3 tj. młodzieży przebywających w warunkach penitencjarnych oraz na wolności. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Poziom istotności pomiędzy grupami w których osoby posiadają dzieci.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	p<0,0001	p<0,0001	-	-	p<0,0001	p<0,0001

Posiadanie dzieci we wszystkich grupach, które wskazały na posiadanie przejawia się

zdecydowaną tendencją wskazującą na posiadanie jednego potomka bo aż 42,9% w grupie dorosłych osadzonych oraz 60,7% w grupie dorosłych na wolności. Młodzież posiadająca dzieci przyznaje się do posiadania potomstwa w liczbie jednego dziecka. Obraz rozkładu ilościowego posiadania dzieci został przedstawiony w tabeli 9.

Tabela 9. Rozkład ilości dzieci w badanych grupach.

		Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
Liczba posiadanych dzieci	1	12	42,9	3	100			17	60,7
	2	8	28,6					8	28,6
	3	6	21,4					3	10,7
	4	2	7,1						
Σ		28	100	3	100	-	-	50	100

Przebywanie w związku partnerskim przez osoby badane

W kolejnym pytaniu kwestionariusza osoby badane musiały udzielić odpowiedzi na pytanie czy przebywają w stałym związku partnerskim. W uzyskanych odpowiedziach stwierdzić można, iż tylko grupa dorosłych przebywających na wolności wykazuje tendencję do przebywania w stałym związku partnerskim tj. 39 osób (78%) potwierdziło ten fakt. Wyraźnym trendem zauważalnym w obydwóch grupach osadzonych w warunkach penitencjarnych jest fakt braku stałego związku partnerskiego. W grupie dorosłych osadzonych to aż 74% a w grupie młodych osadzonych to 62%. Zdecydowanie największym wskaźnikiem procentowym odznacza się grupa młodzieży na wolności, która nie ma stałych związków partnerskich, to aż 86%. Struktura badanych osób przebywających w stałym związku partnerskim została przedstawiona w tabeli 10.

Tabela 10. Charakterystyka przebywania w stałych związkach partnerskich osób z badanych grup.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
nie jest	37	74	31	62	43	86	11	22
jest w związku	13	26	19	38	7	14	39	78
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy badanymi grupami. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 2 tj. osoby osadzone dorosłe jak i osadzona młodzież oraz pary grup 1 i 3 tj. osadzeni dorośli i młodzież przebywająca na wolności. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami w stałych związkach partnerskich.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p<0,0001	p=0,006	p=0,0001	p<0,0001

Rozpoczęcie aktywności seksualnej

Osoby badane na pytanie „Czy rozpoczęłeś aktywność seksualną” w 100% potwierdziły ten fakt w grupach osób dorosłych zarówno osadzonych jak i na wolności. Inaczej rozkładają się odpowiedzi wśród grup młodzieżowych. Zdecydowanie większa liczba młodzieży rozpoczęła aktywność seksualną, która przebywa w warunkach penitencjarnych 41 osób (82%) niż w warunkach wolnościowych 23 osoby (46%). Struktura rozkładu badanych osób, która rozpoczęła aktywność seksualną została przedstawiona w tabeli 12.

Tabela 12. Charakterystyka aktywności seksualnej w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE			9	18	27	54		
TAK	50	100	41	82	23	46	50	100
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy badanymi grupami. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 4 tj. osoby osadzone dorosłe jak i na wolności z uwagi na wystąpienie zgodności. Ta sama liczba osób w tych dwóch grupach odpowiedziała pozytywnie na postawione pytanie. Różnica istotna statystycznie pomiędzy pozostałymi grupami została zamieszczona w tabeli 13.

Tabela 13. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami z rozpoczętą aktywnością seksualną.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	p=0,005(Y)	p<0,0001	-	p=0,0002	p=0,0005	p<0,0001

Zachowania ryzykowne seksualnie

W kolejnym etapie udzielania odpowiedzi przez badane osoby, wszystkie grupy musiały wypowiedzieć się na temat ewentualnego podjęcia ryzykownych zachowań seksualnych w postaci np. przygodnego seksu z nieznaną bądź też uprawiania seksu bez zabezpieczeń itp. Rozkład

udzielonych odpowiedzi wskazuje, iż skłonność do zachowań ryzykownych zdecydowanie wykazują osoby osadzone zarówno dorośli 80% jak i młodzież 48%. Najmniejsze skłonności do tego typu zachowań ma młodzież przebywająca na wolności bo tylko 8%. Umiarkowanie wygląda ta sytuacja wśród dorosłych przebywających na wolności. Struktura rozkładu badanych osób, została przedstawiona w tabeli 14.

Tabela 14. Charakterystyka rozkładu ryzykownych zachowań seksualnych w badanych grupach.

		Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	0	10	20	26	52	46	92	27	54
TAK	1	40	80	24	48	4	8	23	46
Σ		50	100%	50	100%	50	100%	50	100%

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy badanymi grupami. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 2 i 4 tj. osadzona młodzież jak i osoby dorosłe na wolności. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Poziom istotności pomiędzy grupami, z osobami, które podjęły ryzykowne zachowania seksualne.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	p=0,0009	p<0,0001	p=0,0004	p<0,0001	-	p<0,0001

W kolejnym pytaniu „Czy kiedykolwiek zmuszany byłeś do seksu.” w uzyskanych odpowiedziach zauważyć możemy, iż takie przypadki miały miejsce w każdej z badanych grup, jednak ich wielkość nie jest znacząca. Najwięcej osób dorosłych przyznało się do tego z osób osadzonych w warunkach penitencjarnych 16%. Struktura rozkładu badanych osób, zmuszonych do seksu została przedstawiona w tabeli 16.

Tabela 16. Charakterystyka rozkładu osób zmuszanych do seksu w badanych grupach.

		Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE		42	84	49	98	49	98	46	92
TAK		8	16	1	2	1	2	4	8
Σ		50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych różnica istotna statystycznie wystąpiła tylko pomiędzy, dwoma grupami. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami zmuszanymi do seksu.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	p=0,04	p=0,004	-	-	-	-

Zatrzymanie – oskarżenie – ukaranie

W kolejnym postawionym pytaniu, osoby musiały odpowiedzieć na pytanie „Czy kiedykolwiek byłeś zatrzymany, lub ukarany.” Z faktu, iż badania przeprowadzone są na grupie osób osadzonych, ich obecność w zakładach penitencjarnych wynika z faktu, które stawiane jest w pytaniu, natomiast zasadne było poznanie jak kształtuje się ten wątek wśród osób przebywających w warunkach wolnościowych. Wynik dla obydwóch podgrup wyszedł bardzo podobny, ponieważ młodzież przyznała się w 16% osób badanej grupy a wśród osób dorosłych wynik ten kształtuje się na poziomie 14%. Wskazania do których przyznają się osoby z grup wolnościowych nie były jednak zdarzeniami podlegającymi prawomocnym wyrokom, po których osoby musiałyby podlegać sankcjom karnym. Rozkład wyników tego badania przedstawiony został w tabeli 18.

Tabela 18. Charakterystyka rozkładu osób zatrzymanych, oskarżonych lub ukaranych w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE					42	84	43	86
TAK	50	100	50	100	8	16	7	14
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

W pytaniu „Czy obecnie toczy się lub kiedykolwiek toczyło się wobec Ciebie postępowanie sądowe administracyjne lub inne?”, w stosunku do osób osadzonych możliwe jest trwanie nowego postępowania za nowe wykroczenia dokonane np. podczas przepustki, w trakcie zwolnienia warunkowego itp., naturalnym było założenie, iż procent ten będzie zdecydowanie większy wśród osób osadzonych ale celem było poznanie jak rozkłada się wynik odpowiedzi wśród grup wolnościowych. Wynik bardzo zbliżony wyszedł dla obydwóch grup na wolności. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 19.

Tabela 19. Charakterystyka rozkładu osób wobec których toczy się obecnie lub toczyło się postępowanie sądowe administracyjne lub inne w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	7	14	1	2	49	98	48	96
TAK	43	86	49	98	1	2	2	4
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Zasadnym stało się zadanie pytania osobom przebywającym w warunkach wolnościowych czy kiedykolwiek przebywali w ośrodku, zakładzie poprawczym, schronisku więziennym czy domu dziecka. Charakterystyka rozkładu tego pytania została przedstawiona w tabeli 20. Z racji, iż osoby osadzone przebywają w warunkach penitencjarnych zadaliśmy pytanie w jakiego typu placówkach wcześniej przebywali lub jeśli przebywają pierwszy raz, żeby wskazali obecny status placówki. Obraz rozkładu struktury tego pytania zobrazowany został w tabeli 21.

Tabela 20. Charakterystyka rozkładu osób które przebywały/przebywają w zakładzie, schronisku/ ośrodku czy więzieniu w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	50	100	50	100	50	100	50	100
TAK	50	100	50	100	50	100	50	100
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Tabela 21. Struktura rozkładu typu placówek w jakich przebywają lub przebywały osoby w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
areszt	19	38						
Zakład karny	17	34						
więzienie	10	20						
MOAS/poppr.	4	8	24	48				
schronisko			23	46				
dom dziecka			3	6				
Σ	50	100	50	100	-	-	-	-

Wyniki jednoznacznie pokazały, iż żadna z osób przebywających w warunkach wolnościowych nie przebywała wcześniej w żadnej innej placówce, natomiast wśród osób osadzonych zauważyć można, iż dorośli w większej jednak liczbie bezpośrednio trafiali od razu do placówek penitencjarnych dla dorosłych co wynikać może z faktu, że w momencie popełnienia czynu karalnego byli osobami pełnoletnimi, natomiast wyniki w grupie osadzonej młodzieży

pokazują bardzo zbliżony jest rozkład odpowiedzi zarówno dla zakładu poprawczego 48% jak i schroniska dla nieletnich 46%. Tylko 6% osób przebywało wcześniej w domu dziecka. Żadna z osób dorosłych przebywająca w warunkach penitencjarnych nie przebywała wcześniej w domu dziecka.

W pytaniu „Czy należysz lub należałeś do jakiejś organizacji, grupy, stowarzyszenia ?” badane osoby wskazać miały przynależność do kół zainteresowań prowadzonych np. w więzieniach, klubów, formalnie działających organizacji czy stowarzyszeń. Widać, iż najmniejsze zainteresowanie jakąkolwiek działalnością inną wykazują dorosłe osoby osadzone 86%, niestety brak zainteresowań widoczny jest również wśród młodzieży zarówno osadzonej 78% i na wolności 76%. Rozkład odpowiedzi w grupie dorosłych na wolności jest prawie równomierny bo aż 52% osób dorosłych wskazała na przynależność do grup czy stowarzyszeń. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 22.

Tabela 22. Charakterystyka rozkładu osób należących do organizacji w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	43	86	39	78	38	76	24	48
TAK	7	14	11	22	12	24	26	52
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Różnica istotna statystycznie wystąpiła pomiędzy parami trzech grup tj. 1-4 oraz 2-4 a także 3-4. Zależności zobrazowano w tabeli 23.

Tabela 23. Poziom istotności pomiędzy grupami osób wykazującymi przynależność do organizacji.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p=0,0001	-	p=0,002	p=0,004

Myśli samobójcze

Kolejnym pytaniem postawionym osobom w poszczególnych grupach było pytanie „ Czy miałeś myśli samobójcze.” Z otrzymanych wyników możemy zauważyć , iż procent osób mających myśli samobójcze jest bardzo zbliżony do siebie gdyż dla osób osadzonych dla obu grup wynosi 24% a dla młodzieży przebywającej na wolności 26%. Najmniejszy wskaźnik osób mających myśli

samobójcze jest wśród osób dorosłych przebywających na wolności 4%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 24.

Tabela 24. Charakterystyka rozkładu osób mających myśli samobójcze w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	38	76	38	76	37	74	48	96
TAK	12	24	12	24	13	26	2	4
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Różnica istotna statystycznie wystąpiła pomiędzy parami trzech grup tj. 1-4 oraz 2-4 a także 3-4. Zależności zobrazowano w tabeli 25.

Tabela 25. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami mającymi myśli samobójcze.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p=0,004	-	p=0,004	p=0,002

Papierosy

Bardzo istotnym elementem, wręcz nieodzownym w środowisku penitencjarnym są papierosy. Stąd też postawiono osobom badanym dwa pytania dotyczące papierosów a mianowicie czy sami palą papierosy oraz drugie pytanie czy w ich rodzinie pali się papierosy. Zdecydowanie do palenia przyznaje się 84% dorosłych osadzonych i 78% osadzonej młodzieży, natomiast zdecydowanie niższy jest wskaźnik w grupach na wolności bo 30% wśród młodzieży i 10% osób dorosłych. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 26.

Tabela 26. Charakterystyka rozkładu osób palących papierosy w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	8	16	11	22	35	70	45	90
TAK	42	84	39	78	15	30	5	10
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy badanymi grupami. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary

grup 1 i 2 tj. osadzona młodzież jak i osadzeni dorośli. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami palącymi papierosy.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p=0,012

W odniesieniu do charakterystyki rodzin badanych osób, w których pali się papierosy zauważyć możemy, że wśród osób przebywających na wolności, zdecydowanie większy procent palących występuje w stosunku do nich samych, rodziny młodzieży 62% a dorosłych 42%. W odniesieniu do osób osadzonych, porównanie rodzin w których się pali osób osadzonych nie różni się w sposób znaczący. I tak dla osób dorosłych wynosi 72% a dla młodzieży osadzonej wynosi 78%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 28.

Tabela 28. Charakterystyka rozkładu osób u których pali się w rodzinie papierosy w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	14	28	11	22	19	38	29	58
TAK	36	72	39	78	31	62	21	42
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 2 oraz 1-3 a także 2-3. Zależności istotne statystycznie pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 29.

Tabela 29. Poziom istotności pomiędzy grupami osób u których pali się w rodzinie papierosy.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p=0,002	-	p=0,0002	p=0,045

Alkohol

Na pytanie odnośnie spożywania alkoholu przez osoby badane oraz podobnie jak w przypadku papierosów czy w ich rodzinach spożywa się alkohol wynika, że najwięcej alkoholu spożywają dorośli na wolności 88%, potem młodzież na wolności 74%. Niewiele mniej procent osób

niż na wolności spożywa alkohol w warunkach penitencjarnych. Przyznaje się do tego 66% osadzonej młodzieży i 64% osadzonych dorosłych. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 30.

Tabela 30. Charakterystyka rozkładu spożywających alkohol w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	18	36	17	34	13	26	6	12
TAK	32	64	33	66	37	74	44	88
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy dwoma parami badanych grup tj. 1-4 oraz 2-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 31.

Tabela 31. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami spożywającymi alkohol.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p=0,005	-	p=0,009	-

W przypadku rodzin osób przebywających na wolności wynik ten jest zbliżony do wyniku spożywanego przez nich alkoholu Itak dla dorosłych wynosi 84% a dla młodzieży 74%. Co do rodzin osób osadzonych wynosi on 48% dla grupy dorosłych i 30% dla grupy młodzieży. Zauważyć możemy, że rodziny osób osadzonych obydwoch grup spożywają mniej alkoholu niż oni sami. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 32.

Tabela 32. Charakterystyka rozkładu osób u których w rodzinie spożywa się alkohol w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	26	52	35	70	14	28	8	16
TAK	24	48	15	30	36	72	42	84
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1-2 oraz 3-4. Zależności pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 33.

Tabela 33. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami u których w rodzinie spożywa się alkohol.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	p=0,014	p=0,0001	p<0,0001	p<0,0001	-

Narkotyki i środki psychoaktywne, sterydy i lekarstwa

Kluczowym pytaniem postawionym osobom badanym było pytanie „Czy w swoim życiu próbowałeś narkotyków lub środków psychoaktywnych ?” Do próbowania narkotyków lub też substancji psychoaktywnych przyznają się w udzielonych odpowiedziach osoby z każdej badanej podgrupy. Najwięcej osób wskazało ten fakt z grupy osadzonej młodzieży 68% a najmniej z grupy młodzieży na wolności 34%. Widać tutaj aż 50-cio procentową różnicę w uzyskanym wyniku. Jeśli chodzi o osoby dorosłe to w przypadku osób osadzonych do próbowania narkotyków przyznaje się 50% badanych a z grupy osób dorosłych na wolności 44% osób. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 34.

Tabela 34. Charakterystyka rozkładu osób które próbowały narkotyków i środków psychoaktywnych w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	25	50	16	32	33	66	28	56
TAK	25	50	34	68	17	34	22	44
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy dwoma parami badanych grup tj. 2-3 oraz 2-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Zależności pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 35.

Tabela 35. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami które próbowały narkotyków i środków psychoaktywnych.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	-	p=0,0007	p=0,02	-

Na pytanie dotyczące nadużywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych najczęściej osób przyznało się do tego faktu z osób w grupach osadzonych zarówno dorosłych 50%

i młodzieży 48%, natomiast najmniej osób wskazało na takie nadużywanie w grupach na wolności tj. młodzieży 30% i dorosłych 38%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 36.

Tabela 36. Charakterystyka rozkładu osób które nadużywały alkoholu lub innych środków psychoaktywnych w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	25	50	26	52	35	70	31	62
TAK	25	50	24	48	15	30	19	38
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzi różnica istotna statystycznie, pomiędzy tylko jedną parą badanych grup tj. 1-3 czyli osadzeni dorośli oraz młodzież na wolności. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 37.

Tabela 37. Poziom istotności pomiędzy grupami które nadużywały alkoholu lub innych środków psychoaktywnych.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	p=0,041	-	-	-	-

Kolejnym istotnym pytaniem było pytanie „Czy w swoim życiu wachałeś klej, wdychałeś zawartość puszek aerozolowych farb lub sprejów”. Po rozkładzie otrzymanych wyników tego badania zauważyć możemy, iż we wszystkich badanych grupach ponad $\frac{3}{4}$ osób nie przyznaje się do tego typu zachowań. Na takie zachowania najwięcej osób wskazało z grup młodzieżowych tj. osadzonych 24% i na wolności 16%. Najmniej tego typu zachowanie wykazują dorośli bo w grupie osadzonych 10% a w grupie na wolności tylko 2%. Możemy z całą pewnością powiedzieć, że taka forma zachowań nie jest popularna i nie przeważa w żadnej z badanych grup. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 38.

Tabela 38. Charakterystyka rozkładu osób które w ciągu swojego życia wachały klej, wdychały zawartość puszek aerozolowych farb lub sprejów w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	45	90	38	76	42	84	49	98
TAK	5	10	12	24	8	16	1	2
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy dwoma parami badanych grup tj. 2-4 oraz 3-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 39.

Tabela 39. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które w ciągu swojego życia wachały klej, wdychały zawartość puszek aerozolowych farb lub sprejów.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	-	-	p=0,001	p=0,036(Y)

„Czy w swoim życiu zażywałeś sterydy lub inne wspomagacze bez recepty”, to kolejne pytanie dotyczące zażywania środków odurzających wśród badanych osób. Podobnie jak w poprzednim pytaniu w żadnej grupie te zachowania nie są przeważającymi zachowaniami. Zdecydowanie nie wskazali na ich używanie młodzi na wolności. Do ich zażywania przyznaje się 8% dorosłych na wolności. W grupach penitencjarnych wśród dorosłych przyznaje się do tego 18% a wśród młodzieży 24%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 40.

Tabela 40. Charakterystyka rozkładu osób które zażywały sterydy lub inne wspomagacze bez recepty w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	41	82	38	76	50	100	46	92
TAK	9	18	12	24	-	-	4	8
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 2 oraz 1-4 a także 3-4. Obraz zależności istotnych statystycznie

przedstawiono w tabeli 41.

Tabela 41. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które zażywały sterydy lub inne wspomagacze bez recepty.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	p=0,005(Y)	-	p=0,005(Y)	p=0,03	-

Na pytanie dotyczące zażywania leków bez recepty, które sprzedawane są wyłącznie na receptę takie jak np. OxyContin, Percocet, Vicodin, Xanax, najmniejszy wskaźnik pozytywnych odpowiedzi wyszedł w grupach na wolności tj. młodzieży 4% i dorosłych 2%. Większy procent osób przyznaje się do tego typu zachowań z grup osadzonych tj. dorośli 20% i młodzież 14%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 42.

Tabela 42. Charakterystyka rozkładu osób które zażywały bez recepty lek sprzedawany wyłącznie na receptę w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	40	80	43	86	48	96	49	98
TAK	10	20	7	14	2	4	1	2
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy dwoma parami badanych grup tj. 1-3 oraz 1-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Obraz zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli 43.

Tabela 43. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które zażywały bez recepty lek sprzedawany wyłącznie na receptę.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	p=0,01	p=0,004	-	-	-

Kolejnym pytaniem było pytanie dotyczące użycia użył się igły aby wstrzyknąć sobie nielegalny narkotyk. W otrzymanych wynikach tego badania zdecydowanie zauważyć można, iż ponad 90% osób nigdy nie użyło igły do wstrzyknięcia sobie narkotyku. W grupie dorosłych na wolności taki przypadek nie zdarzył się ani razu, natomiast wśród młodzieży na wolności przyznało się do takiej próby 2% osób. W przypadku osób osadzonych do takiego zachowania przyznaje się

4% osób, które zrobiło to dwukrotnie lub więcej niż dwukrotnie oraz 2% osób, które zrobiło to tylko raz, natomiast wśród osób osadzonych młodych przynajmniej się do takiego zachowania 2% osób, które zrobiły to więcej niż dwa razy. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 44. Nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie pomiędzy grupami.

Tabela 44. Charakterystyka rozkładu osób które w ciągu swojego życia użyły igły aby wstrzyknąć sobie nielegalnie narkotyk w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	47	94	49	98	49	98	50	100
1 raz	1	2	-	-	1	2	-	-
2 lub więcej	2	4	1	2	-	-	-	-
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Aktywność fizyczna, zadowolenie z życia i odpowiedzialność.

Ostatnie pytania z kwestionariusza wywiadu środowiskowego zadane osobom badanym dotyczyły codziennej aktywności fizycznej, ogólnego zadowolenia z życia oraz odpowiedzi czy dana osoba uważa się za osobę odpowiedzialną.

Czy starasz się być aktywnym fizycznie na co dzień ? W pytaniu tym najczęściej osób wskazuje na to z grup osadzonych. Dorośli osadzeni przynajmniej się do tego stanu w 92% a młodzież w 96%. Dużą mniejszą aktywność wykazują młodzi rówieśnicy przebywający na wolności 66%, natomiast osoby dorosłe na wolności wskazują na 88% aktywność fizyczną. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 45.

Tabela 45. Charakterystyka rozkładu osób które starają się być aktywne na co dzień w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	4	8	2	4	17	34	6	12
TAK	46	92	48	96	33	66	44	88
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 2 oraz 1-4 a także 2-4. Zależności istotne statystycznie pomiędzy grupami

zostały przedstawione w tabeli 46.

Tabela 46. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które starają się być aktywne.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	p=0,001		p=0,0001	-	p=0,009

Czy jesteś ogólnie zadowolony ze swoje życia ? Na to postawione pytanie najczęściej twierdzących odpowiedzi wykazał grupa dorosłych przebywających na wolności 96% a najmniej dorośli osadzeni 62%. W przypadku grup młodzieży wyniki są zbliżone. Młodzież na wolności wykazuje zadowolenie z życia w72% a młodzież osadzona w 70%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 47.

Tabela 47. Charakterystyka rozkładu osób które ogólnie są zadowolone ze swoje życia w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	19	38	15	30	14	28	2	4
TAK	31	62	35	70	36	72	48	96
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy niektórymi z badanych grup. Poszczególne grupy różnią się statystycznie pomiędzy sobą za wyjątkiem pary grup 1 i 2 oraz 1-3 a także 2-3. Zależności istotne statystycznie pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 48.

Tabela 48. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które ogólnie są zadowolone z życia.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p<0,0001	-	p=0,0005	p=0,001

Wszystkim osobom zostało postawione pytanie czy uważają się za osobę odpowiedzialną. Największą liczbę osób twierdzących pozytywnie wyszła dla grupy osób dorosłych na wolności 98% a najmniejsza dla młodzieży osadzonej 78%. Młodzież na wolności wskazała, że uważa się odpowiedzialna w licznie 86% a dorośli osadzeni w liczbie 82%. Struktura rozkładu wyników wśród badanych osób, została przedstawiona w tabeli 49.

Tabela 49. Charakterystyka rozkładu osób które uważają się za osoby odpowiedzialne w badanych grupach.

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
NIE	9	18	11	22	7	14	1	2
TAK	41	82	39	78	43	86	49	98
Σ	50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych zachodzą różnice istotne statystycznie, pomiędzy dwoma parami badanych grup tj. 1-4 oraz 2-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Zależności istotne statystycznie pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 50.

Tabela 50. Poziom istotności pomiędzy grupami w których osoby uważają się za osoby odpowiedzialne.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p=0,008	-	p=0,002	-

5.2. Test zachowań ryzykownych TZR

Wśród badanych średnia wysokość uzyskanych wyników w grupie dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych wyniosła 36,6 z odchyleniem standardowym $\pm 26,2$ (minimum 1; maksimum 94). Średnia wartość wszystkich 50 badanych młodych osób przebywających w warunkach penitencjarnych wyniosła $48,6 \pm 25,8$ (minimum 0; maksimum 98), a mężczyzn do 18 roku życia na wolności $36,1 \pm 21,7$ (minimum 0; maksimum 82), natomiast mężczyzn dorosłych na wolności $31,5 \pm 20,7$ (minimum 0; maksimum 89). Mediana dla grup młodzieżowych osadzonych wyniosła 52 a dla przebywających na wolności 33,5, natomiast wśród osób dorosłych mediana wyniosła dla osadzonych 32 a dla przebywających dorosłych na wolności wartość mediany wyniosła 30. Charakterystykę rozkładu struktury badanych osób za pomocą TZR zawarto w tabeli 51.

Tabela 51. Charakterystyka rozkładu sumy punktowej uzyskanej dla poszczególnych osób za pomocą testu TZR w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
min – max	1-94	0-98	0-82	0-89
Q ₁ – Q ₃	16-50	29-70	18-51	16-46
mediana	32	52	33,5	30
\bar{x} (SD)	36,6(26,2)	48,6(25,8)	36,1(21,7)	31,5(20,7)
N	-	+	+	+

Do oceny wyników stenowych sporządzono normy stenowe. Sten 10 oznacza bardzo mocne preferowanie zachowań ryzykownych i bardzo silną skłonność do ryzyka. Wyniki w granicach 8 i 9 stenu charakteryzują silną skłonność do ryzyka. Steny od do 7 wyrażają przeciętną skłonność do ryzyka, od 2 do 3 niską a sten 1 wyraża bardzo niską skłonność do ryzyka. Charakterystykę rozkładu struktury uzyskanych STENÓW dla testu TZR zawarto w tabeli 52. Możemy zauważyć, że dwie wartości nie wystąpiły w ogóle w uzyskanych wynikach, tj. sten 9 dla grupy osadzonych dorosłych oraz sten 10 dla młodzieży przebywającej na wolności.

Tabela 52. Charakterystyka rozkładu STENU uzyskanych dla testu TZR w badanych grupach.

STEN	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1	2	4	1	2	4	8	4	8
2	6	12	5	10	6	12	5	10
3	6	12	5	10	7	14	7	14
4	9	18	8	16	9	18	5	10
5	5	10	2	4	6	12	8	16
6	7	14	8	16	10	20	7	14
7	5	10	6	12	3	6	7	14
8	3	6	8	16	3	6	3	6
9	-	-	4	8	2	4	1	2
10	7	14	3	6	-	-	3	6
Razem	50	100	50	100	50	100	50	100
Mediana	5		6		4		5	

Charakterystyka STENÓW uzyskanych dla przeprowadzonego testu wg klucza odpowiedzi została przedstawiona w tabeli 53.

Tabela 53. Rozkład STENów wg klucza dla wyników testu TZR.

STEN	Skłonność do ryzyka	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1	bardzo niska	2	4	1	2	4	8	4	8
2,3	niska	12	24	10	20	13	26	12	24
4,5,6,7	przeciętna	26	52	24	48	28	56	27	54
8,9	silna	3	6	12	24	5	10	4	8
10	bardzo mocne	7	14	3	6	-	-	3	6
Razem		50	100	50	100	50	100	50	100

Na podstawie powyższych danych stwierdzamy, że zachodzi różnica istotna statystycznie pomiędzy tylko jedną parą badanych grup tj. 2-3. Są to grupy osób młodych zarówno na wolności jak i osadzonych w warunkach penitencjarnych. Mediana osób młodych osadzonych wynosi 52 a młodzieży na wolności 33,5. Współczynnik istotności według testu U Manna-Whitneya wyniósł $p=0,013$. Oznacza to, że większą skłonnością do zachowań ryzykownych odznaczają się osoby młode przebywające w warunkach penitencjarnych niż ich rówieśnicy przebywający na wolności. Zależność taka nie wystąpiła w badanych grupach osób dorosłych. Pomędzy pozostałymi badanymi grupami nie zachodzi różnica istotna statystycznie.

Charakterystykę poziomu istotności przedstawiono w tabeli 54.

Tabela 54. Poziom poziomu istotności zachowań ryzykownych pomiędzy grupami.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	-	$p=0,013$	-	-

5.3. Inwentarz zachowań zdrowotnych

Wśród badanych w grupie dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych średnia wysokość uzyskanych wyników wyniosła 75,6 z odchyleniem standardowym $\pm 14,4$ (minimum 40; maksimum 108). Średnia wartość wszystkich 50 badanych młodych osób przebywających w warunkach penitencjarnych wyniosła $70,2 \pm 13,8$ (minimum 43; maksimum 106), a młodzieży na wolności $68,5 \pm 12,5$ (minimum 36; maksimum 95), natomiast mężczyzn dorosłych na wolności $77,0 \pm 18,0$ (minimum 41; maksimum 108). Mediana dla grup młodzieżowych osadzonych wyniosła 69,5 a dla przebywających na wolności 69, natomiast wśród osób dorosłych mediana wyniosła dla osadzonych 75,5 a dla przebywających dorosłych na wolności wartość mediany wyniosła 78. Charakterystykę rozkładu struktury badanych osób za pomocą IZZ Juczyńskiego zawarto w tabeli 55.

Tabela 55. Charakterystyka rozkładu uzyskanej sumy punktów dla poszczególnych osób z IZZ Juczyńskiego w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
min – max	40-108	43-106	36-95	41-108
Q ₁ – Q ₃	65-85	61-78	62-77	63-93
mediana	75,5	69,5	69	78
\bar{x} (SD)	75,6(14,4)	70,2(13,8)	68,5(12,5)	77,0(18,0)
N	-	+	+	+

Normy stenowe opracowane dla potrzeb Inwentarza zachowań zdrowotnych w kontekście uzyskanych wyników zostały przedstawione w tabeli 56 zamieszczonej poniżej.

Tabela 56. STEN dla wyników testu Juczyńskiego – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych.

STEN	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1	2	4	4	8	4	8	3	6
2	4	8	4	8	5	10	6	12
3	7	14	12	24	10	20	7	14
4	6	12	6	12	12	24	7	14
5	9	18	11	22	10	20	3	6
6	10	20	8	16	5	10	6	12
7	7	14	2	4	3	6	8	16
8	4	8	2	4	1	2	6	12
9	1	2	1	2	-	-	4	8
10	-	-	-	-	-	-	-	-
Razem	50	100	50	100	50	100	50	100
Mediana	5		4		4		5	

Charakterystyka STENÓW uzyskanych dla przeprowadzonego testu wg klucza odpowiedzi została przedstawiona w tabeli 57.

Tabela 57. Rozkład STENów dla wyników testu IZZ Juczyńskiego wg klucza.

STEN	zachowania zdrowotne	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4	
		ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1-4	niskie	19	38	26	52	31	62	23	46
5-6	przeciętne	19	38	19	38	15	30	9	18
7-10	wysokie	12	24	5	10	4	8	18	36
Razem		50	100	50	100	50	100	50	100

Patrząc na wyniki zawarte w tabeli 35 można powiedzieć, że wysokie zachowania zdrowotne prezentują dorośli przebywający na wolności 36% badanych osób w grupie, potem dorośli osadzeni w warunkach penitencjarnych 24% badanych osób. Natomiast najwyższą wartość niskich zachowań zdrowotnych prezentuje młodzież w warunkach wolnościowych 62% oraz młodzież osadzona 52%. Na podstawie powyższych danych stwierdzamy, że zachodzą różnice istotne statystycznie. Według testu mediany współczynnik $p=0,003$ a ogólna mediana wyniosła 5. wg testu Kruskala Wallisa współczynnik istotności $p=0,028$. Pomiedzy badanymi grupami różnica istotna statystycznie zachodzi jedyni pomiedzy dwoma parami badanych grup tj. 1-3 oraz 3-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiedzy sobą. Zależności istotne statystycznie pomiedzy grupami zostały przedstawione w tabeli 58.

Tabela 58. Poziom istotności pomiedzy grupami z osobami o różnym nasileniu zachowań zdrowotnych.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	$p=0,01$	-	-	-	$p=0,03$
Test mediany	$p=0,003$					
Mediana	5					
Test Kruskala Wallisa	$p=0,028$					

5.4. Badanie jakości życia SF-36

Wśród badanych w grupie dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych średnia wysokość uzyskanych wyników wyniosła 2435,5 z odchyleniem standardowym ± 650 (minimum 660; maksimum 3190). Średnia wartość wszystkich 50 badanych młodych osób przebywających w warunkach penitencjarnych wyniosła 2538 ± 497 (minimum 1395; maksimum 3230), a młodzieży na wolności 2556 ± 410 (minimum 1540; maksimum 3180), natomiast mężczyzn dorosłych na wolności 2748 ± 380 (minimum 1685; maksimum 3450). Mediana dla grupy młodzieży osadzonej wyniosła 2565, a dla młodzieży przebywającej na wolności 2593, natomiast wśród osób dorosłych mediana wyniosła dla osadzonych 2518 a dla przebywających dorosłych na wolności wartość mediany wyniosła 2803. Charakterystykę rozkładu badanych osób za pomocą testu SF-36 zawarto w tabeli 59.

Tabela 59. Charakterystyka rozkładu wyników uzyskanych dla poszczególnych osób wg testu SF-36 w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
min – max	660 - 3190	1395 - 3230	1540 - 3180	1685 - 3450
Q ₁ – Q ₃	2055 - 2990	2200 - 2965	2365 - 2885	2485 - 3030
mediana	2518	2565	2593	2803
\bar{x} (SD)	2435(650)	2538(497)	2556(410)	2748(380)
N	-	-	+	+

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że zachodzą różnice istotne statystycznie. Pomiędzy badanymi grupami różnica istotna statystycznie zachodzi pomiędzy parami badanych grup tj. 1-4 oraz 2-4 a także 3-4. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Zależności istotne statystycznie pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 60.

Tabela 60. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami o różnej jakości życia.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	p=0,032	-	p=0,044	p=0,025

Dla potrzeb badania uzyskano na podstawie zebranych wyników dwie skale testu: skalę wymiaru fizycznego jakości życia /PH/ oraz skalę wymiaru mentalnego jakości życia /MH/. Charakterystykę rozkładu uzyskanych wyników w badanych grupach przedstawiono stosownie w poszczególnych tabelach tj. 61 i 63.

Tabela 61. Charakterystyka rozkładu skali wymiaru fizycznego jakości życia w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
min – max	320 - 2215	800 - 2175	1330 - 2165	1215 - 2250
Q ₁ – Q ₃	1390 - 2065	1505 - 2015	1640 - 1975	1780 - 2080
mediana	1795	1808	1798	1933
dominanta moda	Wielokr.	Wielokr.	1995	2080
liczność	2	2	3	3

Mediana wymiaru fizycznego jakości życia grupie dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych wyniosła 1795. Mediana dla grupy młodzieży osadzonej wyniosła 1808, a dla młodzieży przebywającej na wolności 1798, natomiast wśród osób dorosłych przebywających na wolności wartość mediany wyniosła 1933.

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że zachodzą różnice istotne statystycznie. Pomiedzy badanymi grupami różnica istotna statystycznie zachodzi pomiędzy parami badanych grup tj. 1-4 oraz 2-4 a także 3-4. $p=0,009$. A więc lepsza jakość wymiaru wskaźnika fizycznego życia występuje w grupie dorosłych na wolności a gorsza w grupie dorosłych osadzonych w warunkach penitencjarnych. Pozostałe grupy nie różnią się statystycznie pomiędzy sobą. Zależności istotne statystycznie pomiędzy grupami zostały przedstawione w tabeli 62.

Tabela 62. Poziom istotności pomiędzy grupami skali fizycznej jakości życia /PH/.

Grupy	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
istotność(p)	-	-	$p=0,009$	-	$p=0,006$	$p=0,002$

Drugim współczynnikiem jest skala mentalnej jakości życia /MH/.

Tabela 63. Charakterystyka rozkładu skali wymiaru mentalnego jakości życia w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
min – max	185 - 1020	150 - 1040	210 - 1010	210 - 1100
Q ₁ – Q ₃	670 - 900	690 - 880	570 - 895	670 - 915
Mediana	795	773	778	810
dominanta moda	Wielokr.	960	Wielokr.	1000
liczność	3	3	3	4

Mediana wyniku wymiaru mentalnego jakości życia grupie dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych wyniosła 795 natomiast mężczyzn dorosłych na wolności 810. Mediana dla grupy młodzieży osadzonej wyniosła 773, a dla młodzieży przebywającej na wolności 778. Pomędzy poszczególnymi grupami nie występowała różnica statystycznie istotna dla żadnej z nich.

5.5. Korelacje pomiędzy kwestionariuszami

Dla potrzeb prowadzonych badań postanowiono zweryfikować ewentualne zależności pomiędzy poszczególnymi kwestionariuszami użytymi w badaniach.

Test zachowań ryzykownych i ogólny wymiar jakości życia SF-36

Tabela 64. Charakterystyka zależności wyników TZR do wyników ogólnego wymiaru jakości życia SF-36 /test Rang Spearmana/

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
N	50	50	50	50
r_s	0,309	-0,340	-0,056	0,50
p	0,029	0,016	0,70	0,73
Zależność	Istotna	Istotna	NS	NS

W przypadku porównywania tych dwóch testów użyliśmy testu rang Spearmana. Zależność wystąpiła w grupach osób przebywających w warunkach penitencjarnych zarówno dorosłych jak i młodzieży. Wg testu Spearmana współczynnik korelacji rangowej wynosi dla grupy osadzonych dorosłych 0,309 a dla grupy osadzonych młodych -0,340. Dla obydwu grup współczynnik istotności korelacji p wyniósł odpowiednio: 0,029 oraz 0,016. Możemy powiedzieć, że osoby przebywające w warunkach penitencjarnych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się niższą jakością życia, mają większe skłonności do zachowań ryzykownych. W pozostałych grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badani przedstawiona została w tabeli 64.

Test zachowań ryzykownych a wymiar fizyczny jakości życia SF-36

Tabela 65. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku wymiaru fizycznego jakości życia. /test Rang Spearmana/

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
N	50	50	50	50
r_s	0,341	-0,253	0,007	0,075
p	0,015	0,08	0,96	0,60
Zależność	Istotna	NS	NS	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła jedynie w grupie osób dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych. Wg testu Spearmana współczynnik korelacji rangowej wyniósł $r_s = 0,341$ a współczynnik istotności korelacji p wyniósł 0,015. Możemy powiedzieć, że osoby dorosłe przebywające w warunkach penitencjarnych charakteryzujące się niską wartością fizycznego wymiaru jakości życia, mają większe skłonności do zachowań ryzykownych. W pozostałych grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badania przedstawiona została w tabeli 65.

Test zachowań ryzykownych a wymiar mentalny jakości życia SF-36

Tabela 66. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku mentalnego wymiaru jakości życia. /test Rang Spearmana/

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
N	50	50	50	50
r_s	0,212	-0,335	-0,080	0,036
p	0,14	0,018	0,58	0,80
Zależność	NS	Istotna	NS	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie młodzieży przebywającej w warunkach penitencjarnych. Wg testu Spearmana współczynnik korelacji rangowej wyniósł $r_s = -0,335$ a współczynnik istotności korelacji p wyniósł 0,018. Możemy powiedzieć, że osoby młode przebywające w warunkach penitencjarnych charakteryzujące się niską wartością mentalnego wymiaru jakości życia, mają większe skłonności do zachowań ryzykownych. W pozostałych

grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badania przedstawiona została w tabeli 66.

Inwentarz zachowań zdrowotnych Juczyńskiego i jakość życia SF-36

W przypadku porównywania tych dwóch testów użyliśmy testu rang Spearmana. Porównanie zostało zrobione pomiędzy wynikami uzyskanymi dla ogólnej jakości życia z uzyskanymi wynikami testu zachowań zdrowotnych wg Juczyńskiego oraz uzyskanych dwóch skal, tj. fizycznej oraz mentalnej jakości życia z zachowaniami zdrowotnymi wg Juczyńskiego. Zestawienia uzyskanych zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabelach poniżej.

Ogólny wymiar jakości życia SF36 – IZZ Juczyńskiego

Tabela 67. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań zdrowotnych wg Juczyńskiego do wyniku ogólnego wymiaru jakości życia. /test Rang Spearmana/

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
N	50	50	50	50
r_s	-0,040	0,135	0,338	0,421
p	0,78	0,35	0,02	0,002
Zależność	NS	NS	Istotna	Istotna

Zależność wystąpiła w grupach osób przebywających na wolności zarówno dorosłych jak i młodzieży. wg testu Spearmana współczynnik korelacji rangowej wynosi dla grupy dorosłych na wolności 0,421 a dla grupy młodych 0,338. Możemy zatem powiedzieć, że osoby przebywające w warunkach wolnościowych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się wyższymi wartościami dotyczącymi skali jakości życia, mają większe wyniki zachowań zdrowotnych. Czyli wyższa jakość życia oznacza większe zachowania zdrowotne i odwrotnie. W pozostałych grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badani przedstawiona została w tabeli 67.

Fizyczny wymiar jakości życia SF36 – IZZ Juczyńskiego

Tabela 68. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku wymiaru fizycznego jakości życia. /test Rang Spearmana/

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
N	50	50	50	50
r_s	-0,011	0,193	0,297	0,416
p	0,94	0,18	0,04	0,003
Zależność	NS	NS	Istotna	Istotna

Zależność wystąpiła w grupach osób przebywających na wolności zarówno dorosłych jak i młodzieży. Wg testu Spearmana współczynnik korelacji rangowej wynosi dla grupy dorosłych na wolności 0,416 a dla grupy młodzieży 0,297. Możemy zatem powiedzieć, że osoby przebywające w warunkach wolnościowych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się wyższymi wartościami dotyczącymi skali fizycznej jakości życia, mają większe wyniki zachowań zdrowotnych. Czyli wyższa fizyczna jakości życia oznacza większe wartości zachowań zdrowotnych i odwrotnie. W pozostałych grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badania przedstawiona została w tabeli 68.

Mentalny wymiar jakości życia SF36 – IZZ Juczyńskiego

Tabela 69. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku wymiaru fizycznego jakości życia. /test Rang Spearmana/

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
N	50	50	50	50
r_s	-0,122	-0,067	0,299	0,347
p	0,40	0,64	0,035	0,013
Zależność	NS	NS	Istotna	Istotna

Zależność wystąpiła w grupach osób przebywających na wolności zarówno dorosłych jak i młodzieży. Wg testu Spearmana współczynnik korelacji rangowej wynosi dla grupy dorosłych na wolności 0,347 a dla grupy młodzieży 0,299. Możemy zatem powiedzieć, że osoby przebywające w warunkach wolnościowych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się wyższymi

wartościami dotyczącymi skali mentalnej jakości życia, mają większe wyniki zachowań zdrowotnych. Czyli wyższa mentalność jakości oznacza większe wartości zachowań zdrowotnych i odwrotnie. W pozostałych grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badani przedstawiona została w tabeli 69.

Pytanie kwestionariuszowe: czy palisz papierosy - do wyników testu zachowań ryzykownych TZR

Tabela 70. Charakterystyka zależności pomiędzy paleniem papierosów przez osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,66	0,74	0,003	0,70
Zależność	NS	NS	Istotna	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie osób młodych do 18 roku życia na wolności. Współczynnik istotności p wynosi 0,003. Oznacza, że osoby palące – młodociane na wolności mają większą skłonność do zachowań ryzykownych niż inne osoby w badanych grupach. W pozostałych grupach taka zależność nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 70. W przypadku rodzin badanych osób, w których pali się papierosy taka zależność istotna statystycznie nie wystąpiła w żadnej z grup.

Pytanie kwestionariuszowe: czy spożywasz alkohol - do wyników testu zachowań ryzykownych TZR

Tabela 71. Charakterystyka zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu przez osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	nie	0,02	0,11	0,44
Zależność	NS	Istotna	NS	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie młodocianych osadzonych. Współczynnik istotności p wynosi 0,02. Oznacza to, że osoby młodociane przebywające w warunkach penitencjarnych, spożywające alkohol, odznaczają się większą tendencją do zachowań ryzykownych niż inne osoby z pozostałych grup. W pozostałych grupach taka zależność istotna statystycznie nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 71.

Pytanie kwestionariuszowe: czy w Twojej rodzinie spożywa się alkohol - do wyników testu zachowań ryzykownych TZR

Tabela 72. Charakterystyka zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu w rodzinie badanej osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,03	0,45	0,65	0,98
Zależność	Istotna	NS	NS	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie osób dorosłych osadzonych. Współczynnik istotności p dla tej grupy wynosi 0,03. Oznacza to, że większe zachowania ryzykowne występują u osób dorosłych przebywających w warunkach penitencjarnych u których w rodzinie spożywa się alkohol. W pozostałych grupach taka zależność istotna statystycznie nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 72.

Pytanie kwestionariuszowe: czy w swoim życiu próbowałeś narkotyków i środków psychoaktywnych - do wyników testu zachowań ryzykownych TZR

Tabela 73. Charakterystyka zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu w rodzinie badanej osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,007	0,02	0,42	0,73
Zależność	Istotna	NS	NS	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie dorosłych osadzonych przebywających w warunkach penitencjarnych. Współczynnik istotności p wynosi 0,007. Oznacza to, że osoby które próbowały narkotyków w swoim życiu lub innych środków psychoaktywnych mają większą skłonność do zachowań ryzykownych niż inne osoby z badanych grup. W pozostałych grupach taka zależność statystycznie istotna nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 73.

Pytanie kwestionariuszowe: czy zdarzało Ci się nadużywać alkoholu lub innych środków psychoaktywnych - do wyników testu zachowań ryzykownych TZR

Tabela 74. Charakterystyka zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,39	0,0009	0,17	0,59
Zależność	NS	Istotna	NS	NS

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie osób młodych osadzonych. Współczynnik istotności p wynosi 0,0009. Oznacza to, że większe zachowania ryzykowne występują u osób młodocianych przebywających w warunkach penitencjarnych którym zdarzyło się lub zdarza się nadużywać alkoholu lub innych środków psychoaktywnych. W pozostałych grupach taka zależność istotna statystycznie nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 74. Możemy powiedzieć również inaczej, że osoby młodociane przebywające w warunkach penitencjarnych, którym zdarzało się nadużywać alkoholu lub innych środków psychoaktywnych mają większą skłonność do zachowań ryzykownych zdrowotnie niż inne osoby z badanych grup.

Pytanie kwestionariuszowe: czy jesteś ogólnie zadowolony ze swojego życia - do wyników ogólnej jakości życia SF-36

Tabela 75. Charakterystyka zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,08	0,03	0,004	-
Zależność	NS	Istotna	Istotna	NS 2 przypadki tylko

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w obydwu grupach młodzieży, zarówno osadzonej i na wolności. Współczynnik istotności p wynosi 0,03 dla młodzieży osadzonej a dla młodzieży przebywającej na wolności 0,004. Oznacza to, że większe zadowolenie oraz ogólna jakość życia występują u osób młodocianych przebywających w warunkach penitencjarnych i na wolności. W pozostałych grupach taka zależność istotna statystycznie nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 75.

Pytanie kwestionariuszowe: czy jesteś ogólnie zadowolony ze swojego życia - do wyników fizycznego wymiaru jakości życia SF-36

Tabela 76. Charakterystyka zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,08	0,03	0,004	-
Zależność	NS	Istotna	Istotna	NS 2 przypadki tylko

Wyniki tego badania wyszły identycznie jak dla ogólnej wartości jakości życia. Dla poprawności sprawdzenia uzyskanych wyników badanie przeprowadzono dwukrotnie. Wyniki wyszły identyczne. Zależność istotna statystycznie wystąpiła w obydwu grupach młodzieży, zarówno osadzonej i na wolności. Współczynnik istotności p wynosi 0,03 dla młodzieży osadzonej a dla młodzieży przebywającej na wolności 0,004. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 76.

Pytanie kwestionariuszowe: czy jesteś ogólnie zadowolony ze swojego życia - do wyników mentalnego wymiaru jakości życia SF-36

Tabela 77. Charakterystyka zależności ogólnym zadowoleniem z życia.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
n	50	50	50	50
p	0,27	0,07	0,018	-
Zależność	NS	NS	Istotna	NS 2 przypadki tylko

Zależność istotna statystycznie wystąpiła w grupie młodzieży przebywającej na wolności. Współczynnik istotności p wyniósł 0,018. Oznacza to, że mentalną jakość życia w zestawieniu z ogólnym zadowoleniem ze swojego życia najlepsza jest u młodzieży przebywającej na wolności. W pozostałych grupach taka zależność istotna statystycznie nie wystąpiła. Charakterystyka badania zamieszczona została w tabeli 77.

6. Dyskusja

Celem niniejszego opracowania była ocena występowania sytuacji zdrowotnej osób przebywających w warunkach penitencjarnych ze szczególnym uwzględnieniem współwystępowania zespołu zależności od substancji psychoaktywnych i wpływ tych zachowań na jakość życia wśród osób przebywających w warunkach penitencjarnych.

Poddając analizie zgromadzoną literaturę przedmiotu i porównując wyniki badań z innymi świadectwami i opracowaniami na temat ryzyka zdrowotnego w warunkach penitencjarnych, może my powiedzieć, że takich opracowań ewidentnie brakuje¹⁴⁶. Na gruncie polskim takim przykładowym, ale stanowczo zbyt skrótowym, tekstem jest raport (bardziej urzędowy niż naukowy): „Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytbyłoypowanych polskich jednostkach penitencjarnych. Raport końcowy i analiza wyników: M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski, Europejska Sieć Współpracy na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii i Infekjom w Więzieniach (ENDIPP)”, Warszawa, luty 2007 . Na temat dewiacji społecznej pisze się w: „Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport”. (red. J. Czapiński, T. Panek), Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego: 30.09.2011: są tu zawarte istotne dane socjologiczno-statystyczne na temat zachowań autodestrukcyjnych¹⁴⁷: nikotynizm, używanie narkotyków i alkoholu, oraz wskaźniki przestępczości i wiktyimizacji w Polsce: wnioski pokrywają się w zupełności z przeprowadzonymi w niniejszej pracy badaniami.

Istnieje również bardzo ciekawy raport „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań 'Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska’”. Red. J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, IPiN w Warszawie 2012: 243-66

146. Lukę tę wypełnia w zasadzie przede wszystkim raport WHO: „Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health”, 2007, (red. Lars Møller, Heino Stöver, Ralf Jürgens, Alex Gatherer i Haik Nikogosian). Inne pozycje to np.: Coyle, A., Stern, V., (2004), „Captive populations: prison health care”, w: Healy, J., McKee, M., (red.), „Accessing health care”, Oxford: Oxford University Press; Tomaszewski, K., (1992), „Prison health: international standards and national practices in Europe”, Helsinki, HEUNI; Wool, R., Pont, J., (2006), „Prison health. A guide for health care practitioners in prisons”, London, Quay Books; WHO Regional Office for Europe (1999), „Mental health promotion in prisons: a consensus statement. In: Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting”, The Hague, the Netherlands, 18–21 November 1998. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 15 September 2006). Szczególnie interesująca jest metaanaliza w: Fazel, S., Bains, P., Doll, H. „Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review”, *Addiction* 2006, 101(2): 181-91; Fazel, S., Danesh, J.: „Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys”, *Lancet* 2002, 359: 545-50; por. wspomniany we Wstępie artykuł: Por. E. Plugge, N. Douglas, R. Fitzpatrick, „Changes in health-related quality of life following imprisonment in 92 women in England: a three month follow-up study”, *International Journal for Equity in Health* 2011: 10 -21, tamże relewantna bibliografia.

147. Termin „autodestrukcja” nie doczekał się właściwie ścisłej definicji naukowej, może poza Freudem (S. Freud, „Poza zasadą przyjemności”, Warszawa: PWN 2000: o Erosie (instynkt życia) i Thanatosie (instynkt śmierci) i zwłaszcza Erichem Frommem („Anatomia ludzkiej destrukcyjności”, Rebis: 1998:o nekrofilii i zachowaniach pokrewnych).

o zachowaniach samobójczych, tytoniu, alkoholu i narkotykach: również tutaj zauważalna jest zbieżność z przedstawionymi w pracy opisami statystycznymi.

Brakuje natomiast polskich opracowań jakości życia w warunkach penitencjarnych, spełniających wymogi naukowości. Niniejsza praca stara się tę lukę, przynajmniej fragmentarycznie, wypełnić analizą na podstawie standardowych, powszechnie używanych, ze względu na ich wypróbowaną trafność i rzetelność, kwestionariuszy i wywiadu (studia przypadków - w mniejszym stopniu).

Dlaczego młodzież wykazuje zachowania ryzykowne? Dlaczego młodzi sięgają po narkotyki? Oni sami deklarują różne przyczyny. Wśród nich najczęściej (i coraz częściej) wskazywana jest ciekawość i przyjemne doznania, presja rówieśników, poszukiwanie silnych wrażeń, nieco rzadziej problemy w domu, w pracy, szkole, samotność czy szersze społeczne i gospodarcze problemy. Badacze odkrywają dodatkowe przyczyny. Podkreślają, że wzrostowi zachowań ryzykownych sprzyja niski status lokalnego otoczenia i deprivacja potrzeb społeczności lokalnej. Bardzo duże znaczenie ma dostępność narkotyków. W opinii młodzieży (badania Eurobarometr 2004) ich zakup jest możliwy wszędzie tam, gdzie młodzi wychodzą wieczorem: na przyjęciach (79% potwierdzeń), w pubach i klubach (76%), blisko domu (63%), a nawet blisko szkoły (57%). Potwierdzają to polskie badania¹⁴⁸. Z używaniem substancji psychoaktywnych korelują czynniki związane ze statusem społeczno-ekonomicznym – nierówności w wykształceniu i pozycji społecznej, w statusie materialnym rodzin, przy czym nie ma tu prostych, a zwłaszcza liniowych zależności. Narkotykom sprzyja bieda, ale równie znaczącym predykatorem negatywnych zachowań w zakresie inicjacji narkotykowej jest wysoki poziom zamożności rodziny. Dalece ważniejsza jest tu subiektywna ocena warunków życia młodzieży – jej poczucie życia w komforcie lub biedzie, aniżeli obiektywnie zła czy dobra sytuacja materialna rodziny. Chociaż rodziny wiejskie są mniej zamożne niż miejskie, wiele negatywnych zjawisk częściej obserwuje się w miastach. Decyduje o tym zarówno większy poziom dezorganizacji rodziny (większa liczba rodzin niepełnych), jak i gorsza jakość relacji rodzinnych (brak poczucia wsparcia ze strony najbliższych, brak zrozumienia problemów dziecka itp.).

W przypadku przeprowadzonych badań w niniejszej pracy zaobserwowano że większe zadowolenie oraz ogólna jakość życia wystąpiła u osób młodocianych przebywających w warunkach penitencjarnych i na wolności. Czyli młode osoby wyrażają zadowolenie większe niż osoby dorosłe bez znaczenia na otoczenie w którym przebywają.

148. B. Fatyga, J. Sierosławski, Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i o narkotykach, ISP, Warszawa 1999, s. 89.

W przypadku sytuacji rodzinnej badanych osób, dotyczyło to pochodzenia z rodziny z jakiej się wywodzą. Pochodzenie dotyczyło wskazania czy wychowywali się w rodzinie pełnej składającej się z obojga rodziców czy też nie. Spośród wszystkich badanych, 55 osób pochodziło z rodziny niepełnej a 145 osób z rodziny pełnej. Obrazując badane grupy w kontekście osób przebywających w warunkach penitencjarnych i warunkach wolnościowych widać, iż większa liczba osób, która pochodzi z rodzin niepełnych przebywa w warunkach penitencjarnych - 36 osób. Osoby przebywające w warunkach wolnościowych w większej liczbie wywodzą się z rodzin pełnych - 81 osób. Możemy zatem powiedzieć i zauważyć zbieżność z innymi wynikami badań, że osoby, które trafiają do zakładów, ośrodków i więzień to w większej liczbie osoby z rodzin niepełnych.

Propagowanie w środkach masowego przekazu wolna miłość, seks, rozwoły godzą w trwałość małżeństwa i rodziny. Etos rodziny uległ wyraźnemu zachwianiu. W wielu rodzinach polskich obserwuje się wyzbywanie się tradycji religijnych, kulturowych, patriotycznych. Słaba jest więź między rodzicami i dziećmi. Powierzchowność kontaktów, życie dla przyjemności, konflikty w rodzinie prowadzą do poważniejszych zagrożeń, takich jak narkomania, alkoholizm czy lekomania¹⁴⁹. Obecny kryzys rodziny, osłabienie więzi między jej członkami, zapracowani rodzice, nie mający czasu dla swoich dzieci i pozbawieni autorytetu, wysoki poziom bezrobocia ściśle koreluje z sytuacją gospodarczą w naszym kraju. Sytuacja taka niekorzystnie wpływa na stopień zaspokajania różnych potrzeb dzieci¹⁵⁰. Młody człowiek może popaść w uzależnienie wówczas, gdy jego rodzice zaniedbywali go, maltretowali w dzieciństwie, odmawiali mu miłości i wsparcia, byli nadopiekuńczy, u dziecka wytworzyła się pustka emocjonalna z powodu tragedii rodzinnej, kłopotów zdrowotnych, zawodu miłosnego¹⁵¹. Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych często szukają łatwych sposobów na rozwiązywanie problemu wszechobecnej, według ich subiektywnego odczucia, wewnętrznej pustki. Wiele z nich wpada w nałóg – sięga po alkohol, ulega lekomanii lub narkomanii, przejawia rozwiązłość, nawiązuje krótkotrwałe, powierzchowne związki¹⁵².

Przyczyną używania środków psychoaktywnych może być nadmiernie wymagająca postawa rodziców wobec dziecka, którą cechuje rygorizm, brak tolerancji, odrzucenie uczuciowe. Dziecko nie otrzymuje wówczas uczucia, którego pragnie. Buntuje się wobec całego świata, a zwłaszcza przeciw wymaganiom stawianym przez dorosłych. Z jednej strony pragnie ono uczuć

149. Cz. Cekiera, I. Niewiadomska, *profilaktyka uzależnień drogą do wolności człowieka*, Lublin 1999, s. 20

150. Tamże, s. 216

151. Tamże, s. 218

152. Tamże, s. 268

macierzyńskich, z drugiej odczuwa złość wobec rodziców z powodu uczuciowego odtrącenia. Wówczas środek psychoaktywny, deformując realia, stwarza złudę poczucia miłości, które w normalnych warunkach zapewniają rodzice¹⁵³.

Kluczowym pytaniem postawionym osobom badanym w niemiejszej pracy było pytanie „Czy w swoim życiu próbowałeś narkotyków lub środków psychoaktywnych ?” Do próbowania narkotyków lub też substancji psychoaktywnych przyznało się w udzielonych odpowiedziach osoby z każdej badanej podgrupy. Najwięcej osób wskazało ten fakt z grupy osadzonej młodzieży 68% a najmniej z grupy młodzieży na wolności 34%. Widać tutaj aż 50-cio procentową różnicę w uzyskanym wyniku. Jeśli chodzi o osoby dorosłe to w przypadku osób osadzonych do próbowania narkotyków przyznało się 50% badanych a z grupy osób dorosłych na wolności 44% osób. Kolejnym istotnym pytaniem było pytanie „Czy w swoim życiu wachałeś klej, wdychałeś zawartość puszek aerozolowych farb lub sprejów”. Z otrzymanych wyników tego badania zaobserwowano, iż we wszystkich badanych grupach ponad $\frac{3}{4}$ osób nie przyznała się do tego typu zachowań. Na takie zachowania najczęściej osób wskazało z grup młodzieżowych tj. osadzonych 24% i na wolności 16%. Najmniej tego typu zachowanie wykazują dorośli bo w grupie osadzonych 10% a w grupie na wolności tylko 2%. Możemy z całą pewnością powiedzieć, że taka forma zachowań nie jest popularna i nie przeważa w żadnej z badanych grup. „Czy w swoim życiu zażywałeś sterydy lub inne wspomagacze bez recepty”, to kolejne pytanie dotyczące zażywania środków odurzających wśród badanych osób. Podobnie w tym przypadku w żadnej grupie te zachowania nie są przeważającymi zachowaniami. Zdecydowanie nie wskazali na ich używanie młodzi na wolności. Do ich zażywania przyznało się 8% dorosłych na wolności. W grupach penitencjarnych wśród dorosłych przyznało się do tego 18% a wśród młodzieży 24%.

Na pytanie dotyczące zażywania leków bez recepty, które sprzedawane są wyłącznie na receptę takie jak np. OxyContin, Percocet, Vicodin, Xanax, najmniejszy wskaźnik pozytywnych odpowiedzi wyszedł w grupach na wolności tj. młodzieży 4% i dorosłych 2%. Większy procent osób przyznało się do tego typu zachowań z grup osadzonych tj. dorośli 20% i młodzież 14%. Kolejnym pytaniem było pytanie dotyczące użycia igły aby wstrzyknąć sobie nielegalny narkotyk. W otrzymanych wynikach tego badania zdecydowanie zauważyć można, iż ponad 90% osób nigdy nie użyło igły do wstrzyknięcia sobie narkotyku. W grupie dorosłych na wolności taki przypadek nie zdarzył się ani razu, natomiast wśród młodzieży na wolności przyznało się do takiej próby 2% osób. W przypadku osób osadzonych do takiego zachowania przyznało się 4% osób, które zrobiło to dwukrotnie lub więcej niż dwukrotnie oraz 2% osób, które zrobiło to tylko raz, natomiast wśród

153. S. Górski, *Uwaga rodzice – narkomania*, Warszawa 1985, s. 28

osób osadzonych młodych przyznało się do takiego zachowania 2% osób, które zrobiły to więcej niż dwa razy.

Młodzieńcza potrzeba buntu jest także ważnym czynnikiem skłaniającym do sięgania po narkotyki. Młodzież chce robić rzeczy, które spotykają się z aprobatą rówieśników, zwłaszcza gdy jednocześnie doprowadzają rodziców do wściekłości. Od lat pięćdziesiątych nastolatkom udaje się realizować swój cel za pomocą głośnej muzyki, awangardowych ubrań i fryzur. W latach sześćdziesiątych młodzież odkryła, że narkotyki są jeszcze skuteczniejszym wyzwaniem rzuconym systemowi wartości starszego pokolenia.

Niezależnie od tego czyjemu i jakiemu wpływowi ulega młody człowiek sięgając po narkotyki, niebezpieczeństwo tkwi w tym, iż używanie ich łatwo wymyka się spod kontroli. Dziecko w wieku szkolnym na ogół spędza więcej czasu z rówieśnikami niż z rodzicami. Jeśli koledzy biorą narkotyki, pójdzie w ich ślady. A przerwanie tego później bywa praktycznie niemożliwe bez porzucenia dotychczasowego towarzystwa, co jest ostatnią rzeczą, jakiej dziecko mogłoby sobie życzyć¹⁵⁴.

Stosunkowo mało miejsca poświęca się w literaturze przedmiotu, środowisku szkolnemu, które może wywierać patogeniczny wpływ na rozwój osobowości dzieci i młodzieży. Środowisko szkolne jest dla wielu uczniów w wysokim stopniu stresogenne, wywołuje przewlekłe stany frustracji, prowadzące do niekorzystnych zmian osobowościowych, takich jak: poczucie mniejszej wartości, obniżenie samooceny i poziomu aspiracji, pesymizm życiowy, niechęć do aktywności intelektualnej, ograniczenie potrzeb poznawczych, negatywny stosunek do innych ludzi i życia społecznego. Takie postawy życiowe sprzyjają natomiast niewątpliwie powstawaniu uzależnień¹⁵⁵. Trudno jest przecenić rolę, jaką odgrywa szkolna edukacja w rozwoju ludzkiej jednostki. Społeczeństwa współczesne są kulturami, gdzie istnieje obowiązek powszechnej edukacji. Młoda osoba musi spędzić w szkole przynajmniej osiem lat swojego życia i to w okresie niezwykle istotnym dla formowania osobowości oraz ważnych postaw życiowych. Faktycznie liczba lat, które przypadają na edukację w szkolnych murach sięga średnio dwunastu lat. Współczesna szkoła dzieli blaski i cienie cywilizacji konsumpcyjno-postindustrialnej Stanowi w pewnym sensie jej lustrzane odbicie, jak również czynnik, który przygotowuje młodego człowieka do udziału w „społecznej grze” i w „wyścigu szczurów”.

154. Tamże, s. 70

155. H. Spionek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1973, s. 64

Zjawisko nadmiernego picia alkoholu jest wielkim społecznym złem, które prowadzi przede wszystkim do absencji w pracy, do bezrobocia, ale również do wzrostu przestępczości. Mam tutaj głównie na myśli morderstwa, rozboje, włamania, kradzieże czy gwałty. Społeczne skutki alkoholizmu ujawniają się też w ilości wypadków drogowych, które jeśli dokonane są pod wpływem alkoholu, traktowane są jako przestępstwo. Zwraca uwagę znaczny odsetek alkoholików wśród skazanych recydywistów, skierowanych do ośrodków odosobnienia społecznego. Z badań S. Szelhausa wynika to, że 70 - 80% przebywających tam skazanych, to alkoholicy lub osoby nadużywające alkoholu w dużych ilościach. Są to ludzie jeszcze młodzi (do 30 lat), prowadzący ze względu na nałóg niestabilizowane życie i wykazujący negatywny stosunek do pracy.¹⁵⁶ Prawo karne nie usprawiedliwia nikogo z tego powodu, że osoba dopuściła się przestępstwa pod wpływem alkoholu. Wręcz odwrotnie, ta okoliczność powoduje bardziej surowe potraktowanie sprawcy, a w wypadku popełnienia wykroczenia, stan nietrzeźwy sprawcy jest zawsze okolicznością obciążającą.

W przypadku badanych osób w niniejszej pracy na pytanie odnośnie spożywania alkoholu oraz czy w ich rodzinach spożywa się alkohol wynika, że najwięcej alkoholu spożywają dorośli na wolności 88%, potem młodzież na wolności 74%. Niewiele mniej procent osób niż na wolności spożywa alkohol w warunkach penitencjarnych. Przyznaje się do tego 66% osadzonej młodzieży i 64% osadzonych dorosłych. W przypadku rodzin osób przebywających na wolności wynik ten jest zbliżony do wyniku spożywanego przez nich alkoholu i tak dla dorosłych wynosi 84% a dla młodzieży 74%. Co do rodzin osób osadzonych wynosi on 48% dla grupy dorosłych i 30% dla grupy młodzieży. Zauważyć możemy, że rodziny osób osadzonych obydwóch grup spożywają mniej alkoholu niż oni sami.

Najczęściej pod wpływem alkoholu popełniane są przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu, przeciwko funkcjonariuszom publicznym (czynna napaść i znieważenie) i przeciwko rodzinie (znęcanie się), przestępstwa w komunikacji.

Jak wynika z badań, alkohol stanowił impuls do popełnienia przestępstwa w sprawach karnych o charakterze chuligańskim w trzech wypadkach na cztery, ponad połowa zabójców systematycznie nadużywała alkoholu, a około 65% z nich dokonało zbrodni w stanie nietrzeźwości. Wśród recydywistów, prawie 90% nadużywało systematycznie alkoholu w dużych ilościach, a co drugi był alkoholiem nałogowym. W różnych badaniach wykazywane są różne wielkości procentowe popełnionych przestępstw pod wpływem alkoholu lub wskutek choroby alkoholowej.

156. Ratajczak A., Alkoholizm a przestępczość., W-wa 1975 s. 138

Zawsze jednak są one bardzo wysokie.¹⁵⁷ O tym, jaką rolę odgrywa alkohol w genezie przestępczości, mogą świadczyć także odsetki podejrzanych, którzy w chwili popełnienia czynu przestępczego byli w stanie nietrzeźwym. Dane dotyczące niektórych kategorii przestępstw przedstawiają się następująco w tabeli 78.

Tabela 78. Charakterystyka kategorii przestępstw.

Rodzaj przestępstwa	Odsetki podejrzanych w stanie nietrzeźwości (w %)
Zabójstwo	57,4
Uszkodzenie ciała	53,7
Udział w bójce lub pobiciu	58,9
Gwałt	55,3
Znęcanie się nad członkami rodziny	76,7
Rozbój, kradzież rozbójnicza	61,7
Czynna napaść na funkcjonariusza publicznego	63,6

Źródło: A. A. Dobrzyński, *Do dna*, Warszawa 2001, str. 18

A. Ratajczak podkreśla, że związek alkoholizmu z przestępczością ma wieloraki charakter. W jednych wypadkach może występować jako okoliczność podtrzymująca uprzednio powzięty zamiar popełnienia przestępstwa, w innych - doprowadzić do popełnienia przestępstwa przez sprawcę, który w stanie trzeźwości zachowałby się poprawnie. Związek pomiędzy alkoholizmem a przestępczością może wyrażać się również w tym, że osoby nietrzeźwe stają się często ofiarami przestępstw.¹⁵⁸ Ich stan, wskazujący na spożycie alkoholu, ułatwia działanie sprawców i dlatego osoby nietrzeźwe często są okradane lub dokonywany jest rozbój na ich szkodę. Wpływ alkoholu na przestępczość nie ogranicza się do jego działania na sprawcę w chwili czynu. Wiadomo, bowiem, że nadużywanie alkoholu może powodować pogorszenie ogólnej sytuacji ekonomicznej danej osoby, wskutek czego stara się o zdobycie środków w sposób nielegalny. Regiony o wyższym, niż przeciętne spożycie alkoholu są z reguły także regionami

157. Kamiński J., Miłewski S., op.cit, s.67

158. Ratajczak A., op.cit, s.12

o szczególnie dużym nasileniu przestępczości. Te dwa przejawy patologii społecznej występują łącznie. Alkoholizm przynosi szereg ujemnych następstw dla jednostek, a także dla społeczeństwa działa destruktywnie. Szerzenie się alkoholizmu wywiera niekorzystny wpływ na trwałość rodziny, powoduje hamowanie rozwoju gospodarczego i kulturalnego kraju.¹⁵⁹

Jednym z podstawowych typów przestępstw pod wpływem alkoholu, dokonanych przez alkoholików, to przestępstwa przeciwko rodzinie; zresztą prawie cała przestępczość przeciwko rodzinie, jest działaniem osób systematycznie nadużywających alkoholu. Alkoholicy popełniają dwie główne kategorie przestępstw: znęcanie się nad rodziną i przestępstwo nie-alimentacji. Ze statystyk wynika, że corocznie kilkanaście tysięcy osób, głównie mężczyzn jest skazanych za te przestępstwa; zmalał odsetek kar zawieszonych. Wśród sprawców przestępstwa nie-alimentacji większość stanowią jednostki nie tylko nadużywające alkoholu, ale porzucające pracę i nie pracujące lub ciągle zmieniające miejsce zatrudnienia. Osoby te cechuje postawa niechęci do rodziny i społeczeństwa, do jakichkolwiek obowiązków; jest to typowa desocjalizacja. Występuje też częsta zbieżność przestępstwa nie-alimentacji, z przestępstwem znęcania się nad członkami rodziny; na ogół też łączy się z tym trudna sytuacja materialna i mieszkaniowa rodziny.

Badania nad sprawcami zabójstw wykazują, że do chwili dokonania zabójstwa systematycznie urządza awantury w rodzinie, używali niecenzuralnych słów, znieważali, grozili zabójstwem członków rodziny, bliskim krewnym lub sąsiadom. Niektórzy z nich, będąc w stanie nietrzeźwym, systematycznie dręczyli swoje żony, w wielu przypadkach bili innych członków rodziny i znajomych, niejednokrotnie przebywali w izbie wytrzeźwień, poddawani byli środkom administracyjnego i społecznego oddziaływania.¹⁶⁰ Mimo, że alkoholicy najczęściej popełniają przestępstwa przeciwko rodzinie, nie zawsze można liczyć na to, że właśnie najbliższa rodzina pomoże rozpoznać sytuację. Dręczone żony z różnych względów starają się ukryć alkoholizm ze strachu, wstydu przed otoczeniem. Zdarza się, że w chwili stwierdzenia przez lekarzy bardzo zaawansowanego, przewlekłego alkoholizmu członkowie rodziny, nie uważali ich za alkoholików. Takie określenia, jak: „piją przy okazji w towarzystwie”, „piją nie tak dużo” mogą być wieloznaczne, zależnie od stopnia tolerancji określonego środowiska społecznego. Dzieci w takich rodzinach są z reguły niedożywione, zastraszone, mają poważne braki w ubiorze i są zaniedbane wychowawczo. W tego typu rodzinach, rodzice zwykle pozbawieni są władzy rodzicielskiej, a dzieci umieszczane na koszt państwa lub rzadziej za niewielką odpłatnością, w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Sytuacje takie - choć w mniej skrajnej postaci - zdarzają się bardzo często.

159. Kamiński J., Miłewski S., op.cit, s.68

160. Kamiński J., Miłewski S., op.cit, s.75

Alkoholicy skazani za przestępstwa przeciwko rodzinie, za znęcanie się fizyczne i moralne po odbyciu kary, niejednokrotnie „odgrywają się”.

Bardzo często alkoholizm określany jest jako tzw. „choroba rodziny”. Nazwa ta ma zwrócić uwagę na niezwykle silny wpływ, jaki wywierają alkoholicy na swoje otoczenie. Rodzina w żaden sposób nie jest w stanie uciec od problemu, jakim jest pijący. Członkowie rodziny, bowiem w trakcie codziennych kontaktów stykają się z zachowaniem alkoholowym, dlatego w rodzinie takiej pojawia się zakłopotanie, gniew czy lęk. Początkowo upicie traktowane jest jako efekt przemęczenia, ucieczki od zmartwień, nerwowość lub po prostu zły dzień. Jest to w zasadzie wiarygodne usprawiedliwienie wczesnej fazy rozwoju choroby alkoholowej. Jednakże wówczas, gdy sytuacja zaczyna wymykać się spod kontroli, gdy dawki wypitego alkoholu zwiększają się, rodzina zaczyna się orientować, że picie ich członka nie jest normalne i podejmuje próbę wsparcia na niego nacisku, aby pił ostrożnie lub ograniczał picie, albo przestał pić. Od momentu, gdy członkowie rodziny nie potrafią już dłużej udawać, że wszystko jest w porządku, dochodzi do zaburzenia równowagi w rodzinie. Występuje zjawisko popadania z jednego kryzysu w drugi. Nierzadko powiedziałyby bardzo często pojawiają się problemy finansowe. Rezultatem rosnącej niechęci do alkoholika ze strony najbliższego otoczenia jest to, że często bywa pijany, jego zachowanie jest grubiańskie i agresywne, jest nieodpowiedzialny. Istotnym i bardzo delikatnym problemem są dzieci w rodzinach alkoholowych. Zasługują one na szczególną uwagę, gdyż to właśnie one potrzebują rodzinnego ciepła, bezpieczeństwa, a także zwykłej rodzinnej opieki, która w atmosferze konfliktu, napięcia i niepewności łatwo może zostać niezaspokojona. Tak więc alkoholizm przyczynia się do powstania wielu trudności nie tylko w życiu poszczególnych alkoholików i ich rodzin, ale również w życiu społecznym.

Bardzo istotnym elementem, wręcz nieodzownym w środowisku penitencjarnym są papierosy. Stąd też postawiono osobom badanym dwa pytania dotyczące papierosów a mianowicie czy sami palą papierosy oraz drugie pytanie czy w ich rodzinie pali się papierosy. Zdecydowanie do palenia przyznało się 84% dorosłych osadzonych i 78% osadzonej młodzieży, natomiast zdecydowanie niższy jest wskaźnik w grupach na wolności bo 30% wśród młodzieży i 10% osób dorosłych.

W odniesieniu do charakterystyki rodzin badanych osób, w których pali się papierosy zaobserwowano, że wśród osób przebywających na wolności, zdecydowanie większy procent palących występuje w stosunku do nich samych, rodziny młodzieży 62% a dorosłych 42%. W odniesieniu do osób osadzonych, porównanie rodzin w których się pali osób osadzonych nie różni

się w sposób znaczący. I tak dla osób dorosłych wynosi 72% a dla młodzieży osadzonej wynosi 78%.

Z otrzymanych wyników dotyczących spożywania alkoholu wynika, że najwięcej alkoholu spożywają dorośli przebywający na wolności 88%, potem młodzież przebywająca na wolności 74%. Niewiele mniej procent osób niż na wolności spożywa alkohol w warunkach penitencjarnych. Przyznaje się do tego 66% osadzonej młodzieży i 64% osadzonych dorosłych.

Zdecydowanie rzadziej zaznaczyło się uzależnienie od narkotyków - 4,1% ogółu badanych. Stwierdzono istotną zależność pomiędzy uzależnieniem od nikotyny i narkotyków, a przynależnością do danej grupy przestępców. Zależności tej nie stwierdzono w odniesieniu do alkoholu i innych substancji uzależniających.

Do próbowania narkotyków lub też substancji psychoaktywnych przyznały się w przeprowadzonych przez mnie badaniach osoby z każdej badanej podgrupy. Najwięcej osób wskazało ten fakt z grupy osadzonej młodzieży 68% a najmniej z grupy młodzieży na wolności 34%. Widać tutaj aż 50-cio procentową różnicę w uzyskanym wyniku. Jeśli chodzi o osoby dorosłe to w przypadku osób osadzonych do próbowania narkotyków przyznaje się 50% badanych a z grupy osób dorosłych na wolności 44% osób.

Koncepcja Richarda Jessor¹⁶¹, która zdominowała badania amerykańskie w zakresie badań nad ryzykiem zdrowotnym, teoria „zachowań problemowych” jest systematyczną, włączającą w syntetyczny sposób, wielowymiarową koncepcją opartą na badaniach Rottera¹⁶² na temat społecznego uczenia się i pojęciu anomiiu Mertona¹⁶³. Jej głównym przedmiotem jest relacja „osoba-otoczenie”, analizowana także przez Kurta Lewina w jego „teorii pola (field theory)”¹⁶⁴. Została ona przystosowana do podłużnego badania kohort nastolatków, tak, aby ująć etap wczesnej dorosłości¹⁶⁵ (życie rodzinne, praca, przyjaciele, stres i satysfakcja) - rozdziela ona czynniki ryzyka od czynników chroniących (protective factors). Zdaje się, że ujmuje ona cały kontekst społecznej ekologii. W pierwotnej wersji zawarte były trzy systemy zmiennych: percepcja otoczenia, system osobowości oraz system zachowań- określa się w ten sposób stopień podatności na zachowania problemowe jako przypadek chwiejności i równowagi systemów. Pojęcie zmiennej percepcyjnej

161. „*Problem Behavior Theory*”: John E. Donovan: „*Encyclopedia of Applied Developmental Science*” (Vol. 2), C.B. Fisher, R.M. Lerner, (red.), Thousand Oaks, California: Sage, 2005, 872-877.

162. Rotter, J. B., „*Social learning and clinical psychology*”, New York: Prentice-Hall 1954; Rotter, J. B., „*The development and application of social learning theory: Selected papers*”, New York: Praeger 1982

163. Merton, R. K., „*Social theory and social structure*” (rev. ed.), New York: Free Press 1957

164. Lewin, K., „*Field theory in social science: Selected theoretical papers*”, New York: Harper & Row 1951

165. Jessor, R., Donovan, J. E., Costa, F. M. „*Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*”, New York: Cambridge University Press 1991

obejmuje kontrolę społeczną, modele oraz wsparcie ze strony otoczenia (bezpośrednie lub pośrednie). Zmienne proksymalne (np. modele rówieśniczego spożywania alkoholu i narkotyków) włączają konkretne, bezpośrednie zachowanie, tymczasem zmienne odległe (np. wsparcie ze strony rodziców) jako dalsze ogniwa ciągu przyczynowego, wymagają wyjaśnienia teoretycznego. Niewielka dezaprobatą rodziców, wysoka akceptacja rówieśników, nieskuteczna kontrola oraz kontrola rówieśnicza owocują zachowaniami problemowymi. Pojęcia, które odnoszą się do systemu osobowości to zestaw wzorców (stosunkowo trwałe), wartości, oczekiwań, postaw i orientacji wobec siebie i społeczeństwa w całości, odzwierciedlających społeczne uczenie się i rozwój doświadczeń życiowych. System zachowań problemowych obejmuje mniejszy nacisk na edukację, większą wartość niezależności, społeczną krytykę, większą alienację, niższe poczucie własnej wartości, większą tolerancję dewiacji społecznej oraz malejącą religijność. Zachowania problemowe i konwencjonalne dotyczą rozmaitych ujęć stosunku do m. in. używania alkoholu, palenia papierosów oraz marihuany, innych nielegalnych narkotyków, ryzykownej jazdy a także przedwczesnej inicjacji seksualnej.

Kluczem do zrozumienia tej koncepcji, leżącym zresztą u podstaw niniejszej pracy, jest to, że zaangażowanie w jedno zachowanie ryzykowne zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych (współwystępowanie¹⁶⁶), ze względu na społeczną ekologię - typowe zachowania są społecznie zaakceptowane, normatywnie oczekiwane, skodyfikowane i zinstytucjonalizowane jako odpowiednie dla młodzieży (chodzenie do kościoła, praca, nauka i osiągnięcia jako przykłady socjalizacji). Teoria Jessora dotyczy także konsekwencji w zakresie zmiany zachowań, które są sprzeczne ze stanem prawa karnego (a także innych dziedzin ustawodawstwa i praktyki sądowej). Warto zauważyć, iż niektóre zachowania dewiacyjne są dozwolone dorosłym (np. nadmierne picie), a nawet oczekiwane (aktywność seksualna prowadząca do prokreacji). Podatność na zachowania problemowe dotyczy przede wszystkim „skłonności okresu przejściowego” (transition proneness). Osobowość i zmienne środowiskowe przewidują potwierdzoną również niniejszymi badaniami wariancję zachowań od 30% do 50%. Istnieje „syndrom” zarówno dla inicjacji narkotykowej, seksualnej (czynniki ryzyka) czy dotyczącej np. prawidłowego odżywiania się (czynniki protekcyjne). W dalszym rozwoju teorii Jessora został położony nacisk przede wszystkim na

166. Chodkiewicz, J., Juczyński, Z., „Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. Badania uczniów szkół łódzkich”, *Alkoholizm i Narkomania* 2002, 15/4: 409-20: 418: „Obserwuje się współwystępowanie zachowań ryzykownych. U 23% badanych współwystępuje palenie tytoniu, picie alkoholu i używanie środków narkotycznych. Palenie tytoniu jest więc powiązane z piciem alkoholu nie tylko u osób już uzależnionych od alkoholu, ale i wśród młodzieży próbującej picia (26,3%). Tymczasem palenie papierosów należy do najbardziej tolerowanych społecznie zachowań ryzykownych i na ogół nie dostrzega się inicjującej roli palenia, które może prowadzić do innych zachowań ryzykownych, tj. picia alkoholu i zażywania środków narkotycznych”.

dziedzinę zachowań zdrowotnych (także tych zdelegalizowanych). Odejście od normy zdrowotnej jest określone jako dewiacyjne, niezgodne z oczekiwaniami społeczeństwa.

Na gruncie polskim zwraca uwagę ciekawy artykuł Katarzyny Okulicz-Kozaryn i Krzysztofa Ostaszewskiego¹⁶⁷, którego autorzy, raczej za Jessorem, analizują „trzy grupy czynników: (1) czynniki rówieśnicze, czyli podatność na proalkoholowe wpływy środowiska rówieśniczego, na którą składają się: podatność na presję ze strony rówieśników, gotowość do ulegania namowom do picia alkoholu w sytuacjach towarzyskich, częstość uczestniczenia w alkoholowych prywatkach i posiadanie pijących przyjaciół; (2) czynniki rodzinne uwzględniające porozumiewanie się z rodzicami, w tym na tematy związane z pićm alkoholu, zasady rodzinne oraz występowanie problemu alkoholowego w rodzinie; (3) czynniki indywidualne, które uwzględniały: postawę proalkoholową, intencję picia, wcześniejsze picie alkoholu, palenie papierosów, nieumiejętność odmawiania oraz sposoby radzenia sobie z negatywnymi uczuciami”(op. cit. 380). Wiele można by napisać o konkretnych podobieństwach pomiędzy przedstawioną pracą, a różnymi badaniami, w tym polskimi, ale wycinkowy charakter pracy – specyficzne otoczenie więzienne jest tak wyjątkowe, iż trudno byłoby pokusić się o statystyczną metaanalizę. Ogólnie rzecz biorąc jednak, możemy zauważyć iż wersja teorii zachowań „problemowych”, znajduje w nich mocne wsparcie, sama będąc ich potwierdzeniem.

Analizując różne sfery życia ludzi młodych podnosząc różne ich ważne i dla nich ważne sprawy. Wartość zdrowia jest tak oczywista, że przywoływanie jakiegoś szczególnego uzasadnienia może wydawać się rzeczą zbędną. Tak jednak nie jest. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę, jak bardzo społeczeństwo, w którym żyjemy stanowi system naczyń ze sobą ściśle połączonych. Jak bardzo to co obiektywne łączy się z tym co subiektywne, osobiste ze społecznym a biologiczne z kulturowym czy ekonomicznym. Kwestie dotyczące zdrowia doskonale te powiązania ilustrują. Zdrowie ma wartość indywidualną i społeczną. Jest warunkiem udanego życia, pozwala czuć się przydatnym i niezależnym, odnosić sukcesy i nie być ciężarem dla innych. Zdrowe społeczeństwo to nie tylko sprawniej funkcjonujący organizm zbiorowy, to również jakość życia mierzona poziomem satysfakcji, szczęścia ludzi, ich poczuciem spełnienia. Wszystko to sprawia, że zdrowie jest jedną z najbardziej newralgicznych sfer życia społecznego i jedną z ważniejszych sfer regulacji prawnych.

167. Okulicz-Kozaryn, Ostaszewski, K. „Czynniki związane z pićm alkoholu przez młodzież w wieku 13-14 lat”, *Alkoholizm i Narkomania* 3/36/1999: 377-96

7. Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej zgromadzonego materiału badawczego oraz otrzymanych wyników badań, opracowano następujące wnioski, będące odpowiedzią na sformułowane problemy i hipotezy badawcze niniejszego opracowania.

1. Zaobserwowano, że w przypadku testu zachowań ryzykownych, większą skłonnością do zachowań ryzykownych odznaczają się osoby młode przebywające w warunkach penitencjarnych niż ich rówieśnicy przebywający na wolności. Zależność taka nie wystąpiła w tym przypadku w badanych grupach osób dorosłych.
2. Zaobserwowano, że najryzykowniejsze zachowania zdrowotne prezentuje młodzież przebywająca w warunkach wolnościowych, nawet w stosunku do grupy młodzieży przebywającej w zamknięciu. Natomiast wysokie zachowania zdrowotne prezentują dorośli przebywający na wolności a potem dorośli osadzeni w warunkach penitencjarnych.
3. Możemy powiedzieć, że osoby przebywające w warunkach penitencjarnych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się niższą jakością życia, mają większe skłonności do zachowań ryzykownych. Oznacza to, że osoby przebywające w warunkach wolnościowych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się wyższymi wartościami dotyczącymi skali jakości życia, mają większe skłonności do zachowań zdrowotnych. Czyli wyższa jakość życia oznacza większe zachowania zdrowotne.
4. Zaobserwowano, że lepsza jakość wymiaru wskaźnika fizycznego życia występuje w grupie dorosłych przebywających na wolności a gorsza w grupie dorosłych osadzonych w warunkach penitencjarnych. Pozostałe grupy nie różniły się statystycznie pomiędzy sobą, co oznaczałoby, że młodzieży zarówno przebywającej w warunkach penitencjarnych jak na wolności fizyczna jakość życia nie ma większego znaczenia. Natomiast w zestawieniu z inwentarzem zachowań zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego zaobserwowano, że osoby przebywające w warunkach wolnościowych zarówno dorośli jak młodzież charakteryzujący się wyższymi wartościami dotyczącymi skali fizycznej jakości życia, mają większe wyniki zachowań zdrowotnych. Czyli wyższa fizyczna jakość życia oznacza większe wartości zachowań zdrowotnych.

5. Zaobserwowano, że nie wystąpiła zależność pomiędzy poszczególnymi grupami dla mentalnego wymiaru jakości życia ani dla osób przebywającej w warunkach penitencjarnych ani dla osób będących w warunkach wolnościowych. Natomiast w zestawieniu z inwentarzem zachowań zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego zaobserwowano, że wyższa mentalność jakości życia oznacza większe wartości zachowań zdrowotnych i odwrotnie. Zależność ta wystąpiła w grupach osób przebywających na wolności zarówno dorosłych jak i młodzieży.

8. Podsumowanie

Powszechnie wiadomo, że stosowanie środków psychoaktywnych wywołuje wiele różnych następstw, zarówno społecznych, ekonomicznych, kryminalnych, jak i zdrowotnych. Coraz powszechniejsza świadomość zagrożeń, jakie niesie za sobą spożywanie substancji psychoaktywnych stwarza bardziej sprzyjające warunki dla skuteczniejszego zwalczania tego zjawiska. Powszechność zjawiska spożywania przez młodzież substancji psychoaktywnych w połączeniu z niskim poziomem wiedzy na temat środków uzależniających, potwierdza konieczność podjęcia przez rodziców, szkołę, policję, służbę zdrowia, organizacje pozarządowe, szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, w celu zapobieżenia narastającej fali spożywania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi, a także uświadomienia ich o rzeczywistym działaniu tego typu używek.

Dostępność tychże środków oraz używek powoduje zwiększone występowanie zachowań ryzykownych zdrowotnie wśród młodzieży jak i dorosłych. Kluczem do przeciwdziałania temu zjawisku, a więc do działań profilaktycznych, powinno być: dostarczenie młodym ludziom ale też i dorosłym wiarygodnych informacji, wpływających na zmianę ich przekonań dotyczących narkotyków, a także informacji pozwalających dostrzec negatywne skutki spożywania substancji psychoaktywnych, np. zagrożenia zdrowotne, zniszczenie więzi z osobami najbliższymi, konsekwencje prawne¹⁶⁸.

Istnieje zauważalna potrzeba aktualizacji wiedzy nt. narkotyków – identyfikacja czynników ryzyka i czynników ochronnych bezpośrednio związanych z narkotykami. Charakterystyka tzw. „sceny narkotykowej” jest głównym źródłem czynników, które mogą sprzyjać lub ograniczać zarówno inicjację używania narkotyków jak i dalsze doświadczenia w tym zakresie. Główne aspekty tej charakterystyki to przede wszystkim szeroko rozumiane wiedza, postawy i przekonania dotyczące narkotyków zarówno własne – indywidualnie zróżnicowane, jak i spostrzegane w otoczeniu społecznym. Większość tych aspektów podlega niekiedy dość dynamicznym przemianom w perspektywie czasowej (np. pojawiają się nowe substancje, nowe wzory („mody”) używania, nowe źródła dostępu, itp.). Częstokroć owa nowość i towarzyszące jej przekonania, sama w sobie może sprzyjać użyciu narkotyków.

Szczególnego potraktowania wymaga obszar bezpośrednio i przedmiotowo związany narkotykami tzn. dotyczący wiedzy postaw i przekonań młodzieży o narkotykach. Wszystkie dotychczasowe badania krajowe i zagraniczne wskazują na istotny związek tego aspektu

¹⁶⁸ B. Fatyga, J. Rogala-Obłękowska, *Style życia a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, Warszawa 2002, s. 319.

psychospołecznego funkcjonowania z inicjacją w zakresie używania i ewentualnym późniejszym sięganiem po narkotyki.

Uzależnione od wielu czynników, w tym zwłaszcza od materialnych warunków życia, jest zasobem, do którego nie wszyscy mają równy dostęp. Zaniedbane we wczesnym okresie życia, odbija się później na gorszych szansach życiowych, pozycji społecznej, powraca jako problem dla pracodawców i jako problem społeczny generujący wysokie wydatki na służbę zdrowia. W Polsce jedna trzecia dzieci i młodzieży żyje w niekorzystnych warunkach materialnych. To ich przede wszystkim odnajdujemy później w statystykach rejestrujących przypadki różnego typu zachorowań wymagających leczenia, wsparcia socjalnego czy uczestniczenia w programach prewencyjnych i terapeutycznych, pomagających przywrócić sprawność i zdrowie. To oni mają częściej problemy ze znalezieniem lub utrzymaniem pracy, partnera czy mieszkania. To oni również statystycznie częściej uciekają się do zachowań ryzykownych i mają problemy w radzeniu sobie z samym sobą. Młodzi ludzie generalnie lepiej niż dorośli znoszą niedogodności życia – są wyraźnie bardziej zadowoleni, mają w sobie więcej energii. Sprawia to młodzieńczy optymizm, w jaki wyposażyła ich natura, ale też fakt, że są produktem kultury optymizmu społeczeństwa konsumpcyjnego, nakazującej wierzyć w nieograniczony ekonomiczny wzrost i pomyślną przyszłość. Są też dziećmi ponowoczesności – socjalizowani do kultury ryzyka i ćwiczeni w strategii „zrób-to-sam” potrafią sprawniej poruszać się w otaczającej ich rzeczywistości. Generalnie tak jest, niemniej jest coraz większy odsetek młodzieży, która nie daje sobie rady z własnymi problemami. Wzrosły również w ostatnich latach przypadki samobójstw i niektóre wskaźniki sięgania po substancje psychoaktywne, w tym zwłaszcza po tzw. „dopalacze”. Polską specyfiką – wyróżniającą nas na tle całej Europy – jest poziom przyjmowania przez młodzież niektórych leków, jako substytutu środków psychoaktywnych. Są sygnały, że po okresie spadku ponownie wzrasta spożycie alkoholu wśród biedniejszej młodzieży. Wszystko to upoważnia do stwierdzenia, że w Polsce mamy do czynienia z dobrze od lat znanym na zachodzie efektem „psycho-fali” – zjawiskiem, które ilustruje bardzo duże problemy egzystencjalne i adaptacyjne młodych ludzi w świecie, w którym realizacja życiowych potrzeb jest bardzo trudna i który ich obarcza odpowiedzialnością za własny los i biografię. Niedobrze wyglądają wskaźniki dotyczące zdrowia fizycznego młodzieży. Złe nawyki dietetyczne, zaniedbania w higienie jamy ustnej, siedzący, mało aktywny tryb życia, zniekształcenia sylwetki, nadwaga są najczęściej diagnozowane. Są one przyczyną wielu poważnych schorzeń (serca, układu krążenia, cukrzycy, nowotworów), które wytrącają życie z normalnego rytmu. Przyczyna tego stanu rzeczy tkwi zarówno w niewłaściwych zachowaniach zdrowotnych samej młodzieży, w złych warunkach życia rodzin, jak i w dalece niedoskonałej opiece medycznej.

Istotne wydaje się podjęcie działań prowadzonych równoległe w trzech kierunkach. Po pierwsze, niezbędne jest rozszerzenie działań profilaktyki zdrowotnej, edukacji prozdrowotnej młodzieży, a właściwie już dzieci, by wyeliminować wiele negatywnych zjawisk zdrowotnych młodego pokolenia. Po drugie, nieustająco należy zabiegać o dobre wyposażenie placówek służby zdrowia w sprzęt umożliwiający dobrą i szybką diagnostykę lekarską. Działania WOSP i zaangażowanie Jurka Owsiaka jest nie do przecenienia. Równie poważnym wyzwaniem staje się redukcja międzypokoleniowych transferów ubóstwa i choroby oraz związanych z nimi stylów życia. Stan zdrowia ludzi młodych w Polsce i problemy zdrowotne mają swoją społeczną topografię. Mają też swoją geografię – najmniej korzystna sytuacja ma miejsce w województwach Polski północno-zachodniej i w województwie lubelskim, relatywnie najlepsza w mazowieckim, dolnośląskim i opolskim. Regiony te różni ogólny cywilizacyjny poziom rozwoju i perspektywy rozwoju, skład społeczny ludności, stan infrastruktury medycznej i wiele innych czynników, które sprawiają, że zarówno zdrowie fizyczne, jak psychiczna kondycja młodzieży jest w tych regionach różna. Znaczenie podstawowe ma jednak – podobnie jak w wielu innych kwestiach – czynnik ekonomiczny, który jest kluczem zarówno do poziomu, jaki jakości życia ludzi. Przywrócenie życia w regionach, które wydają się obumierać (ściana wschodnia, ale i coraz wyraźniej północno-zachodnia) zyskuje dodatkową, mocną przesłankę w postaci argumentu zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży. Bardzo trudnym obszarem regulacji są zachowania ryzykowne młodzieży, zwłaszcza dotyczące spożywania nielegalnych substancji psychoaktywnych (narkotyków). Ścierają się tutaj dwa stanowiska – zwolenników punitywizmu (restrykcyjnie działającego prawa) i permissywizmu (postawy przyzwalającej, miękkiej, tolerancyjnej). Racje są po jednej i po drugiej stronie. Z jednej strony nie można – w imię wolności handlu – przymykać oczu na praktyki wprowadzania w obieg środków o destrukcyjnym działaniu, zwłaszcza gdy ich głównym odbiorcą jest młodzież. Z drugiej jednak nie można – z tego samego powodu – wprowadzać tych zakazów zbyt nonszalancko, z pominięciem elementarnej psychologicznej i socjologicznej wiedzy. Młodość to czas przekory i eksperymentowania. Ta okoliczność jest nader dobrze znana specjalistom od wpływu społecznego, którzy przy okazji różnego rodzaju oddziaływań przestrzegają przed możliwością pojawienia się efektu odwrotnego do zamierzonego. Pojawia się on zarówno wtedy, gdy nakłanianie ludzi do określonych zachowań (tu: stronięcia od narkotyków) odbywa się w zbyt nachalny sposób, drastycznie ograniczając ich wolność wyboru (co rodzi opór psychiczny i chęć demonstrowania zachowań przeciwnych do oczekiwanych), jak i wtedy, gdy działania te eksponują nieistotne (zewnątrzne) uzasadnienia (zagrożenie karą, kłopoty życiowe itp.). W przypadku młodzieży działania tego rodzaju mają tym słabsze szanse powodzenia, że „atakują” prawa natury

(kompulsywną w młodzieńczej fazie życia potrzebę eksperymentowania, wolności, autonomii) i lansowane kulturowe wzory życia (akcentujące elementy przyjemności, niezwykłości, silnych wrażeń).

9. Bibliografia

1. Ah von, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., Duck-Hee, K. (2004), „Predictors of health behaviours in college students”, *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), s. 463-474.
2. Antonovsky, A. (1995), „Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować”, Wydawnictwo Fundacja IPiN, Warszawa.
3. Antonovsky, A. (1997), „Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia”, w: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206-231), PWN, Warszawa.
4. Armitage, Ch. J., Conner, M. (2000), „Social Cognition Models and Health Behavior: A Structured Review”, *Psychology and Health*, 15, s. 173-189.
5. Bacharach, S. B., Lawler, E.J. (1981), „Bargaining, Power, Tactics, and Outcomes”, San Francisco: Jossey-Bass.
6. Bandura, A. (1977), „Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change”, *Psychological Review*, 84, s. 191-215.
7. Bandura, A. (2007), „Teoria społecznego uczenia się”, przeł. J. Kowalczywska, J. Radzicki, wstęp M. Kofta, PWN, Warszawa. „Social Learning Theory”, Prentice Hall. Inc.. A Pearson Education Company 1977.
8. Beck, U. (2004), „Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności”, przeł. S. Cieśla, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa. „Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne”, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1986.
9. Becker, H.S. (1963), „Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance”, The Free Press, New York.
10. Bergman, P., Grjibovski, A.M., Hagströmer, M., Sallis, J.F., Sjöström, M. (2009), „The association between health enhancing physical activity and neighbourhood environment among Swedish adults – a population-based cross-sectional study”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:8: <http://www.ijbnpa.org/content/6/1/8>
11. Bourdieu, P. (2005), "Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądowniczej" Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
12. Brehm, J. (1966), „A Theory of psychological reactance”. New York: Academic Press.
13. Brewer, M.B. (1979), „In-group bias in the minimal intergroup situation: A cognitive-motivational analysis”, *Psychological Bulletin*, 86, s. 307-24.
14. Bronfenbrenner, U. (1979), „The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design”, Cambridge: Harvard University Press.
15. Bronfenbrenner, U., Morris, P.A. (2006), „The ecology of developmental processes”, w: W. Damon, R.M. Lerner (red.), *Handbook of Child Psychology, Vol. I: Theoretical Models of Human Development, Sixth Edition* (s. 993-1028), New York: John Wiley&Sons.
16. Brown, R. (2006), „Procesy grupowe. Dynamika wewnątrzgrupowa i międzygrupowa”, przekł. J. Suchecki, GWP, Gdańsk.

17. Cervone, D., Pervin, L. A. (2011), „Osobowość. Teoria i badania”, przeł. B. Majczyna, M. Majczyna, K. Sikora, K. Krzyżewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
18. „Personality: Theory and Research”, 10th Edition John Wiley&Sons, Inc. 2008.
19. Cialdini, R.B. (2001), „Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka”, GWP, Gdańsk.
20. Chassin, L., Presson, C.G., Sherman, S.J. (1990), „Social psychological contributions to the understanding and prevention of adolescent cigarette smoking”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, s. 133-151.
21. Ciosek, M., (2001), „Psychologia sądowa i penitencjarna”, Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa.
22. Clemmer, D. (1958), „The Prison Community”, New York.
23. Collins, R.L., Ellickson, P.L. (2004), „Integrating Four Theories of Adolescent Smoking”, *Substance Use& Misuse*, 39 (2), s. 179-209.
24. Dolińska-Zygmunt, G. (2000), „Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie”, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
25. Dolińska-Zygmunt, G. (2001), „Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne”, w: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 9-16). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
26. DuPont, R. (red.) (1989), „Stopping alcohol and other drugs use before it starts: The future of prevention”, OSAP Prevention Monograph-1. Office for Substance Abuse Prevention, Rockville, Maryland, s. 1-10.
27. Evans, R.I., Smith, C.K., Raines, B.E. (1984), „Deterring cigarette smoking in adolescents: A psycho-social-behavioral analysis of an intervention strategy”, w: A. Baum, J. Singer, S. Taylor (red.) *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health*, vol. 4, Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
28. Falck, R., Craig, R. (1988), „Classroom-oriented, primary prevention programming for drug abuse”, *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, s. 403-408.
29. Flay, B.R., Ryan, K.B., Best, J.A. Brown, K.S., Kersell, M.W., d'Avernas, J.R., Zanna, M.P. (1985), „Are social-psychological smoking prevention programs effective? The Waterloo study.”, *Journal of Behavioral Medicine*, 8, s. 37-59.
30. Foucault, M. (1998), „Nadzorować i karać. Narodziny więzienia”, przeł. T. Komendant, Aletheia, Warszawa.
31. Frączek, A., Stępień, E. (1997), „Zachowania związane ze zdrowiem wśród dorastających a promocja zdrowia”, w: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń* (s. 70-76). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
32. Giddens, A. (2004), „Socjologia”, przeł. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

33. Górnik-Durose, M. (1995), „Przydatność modeli wpływu społecznego dla promocji zdrowia”, *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, II (5-6), s. 22-39.
34. Hall, E.T. (1959), „The silent language”, Garden City, NY: Doubleday. Wyd. pol.: (1987), „Bezgłówny język”, tłum. R. Zimand, A. Skarbińska, PIW, Warszawa.
35. Hołyst, B. (2007), „Socjologia kryminalistyczna”, t. 1, 2, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa.
36. Heider, F. (1946), „Attitudes and cognitive organization”, *Journal of Psychology*, 21, s. 358-374.
37. Heider, F. (1958), „The psychology of interpersonal relations”. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
38. Heszen-Niejodek, I. (2000), „Psychologia zdrowia”, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3 (s. 456-63), GWP, Gdańsk.
39. Heszen, I. Sęk, H. (2007), „Psychologia zdrowia”, PWN, Warszawa.
40. Jarczyńska, J. (2009), „Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym”. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA-MEDIA.
41. Jelonkiewicz, I., Kosińska-Dec, K. (2002), „Rodzinne właściwości a picie alkoholu przez dorastających”, *Alkoholizm i Narkomania*, 15(4), s. 421-423.
42. Jessor, R. (1987), „Problem-Behaviour Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking”, *British Journal of Addiction*, 82, s. 331-342.
43. Jessor, R. (1998), „New Perspectives on adolescent risk behaviour”, w: R. Jessor (red.), *New Perspectives on adolescent risk behaviour* (s.1-10). Cambridge: Cambridge University Press.
44. Jessor, R., Van Den Bos, J. Costa, F.M., Vanderryn, J., Turbin, M. (1995), „Protective factors in adolescent problem behaviour: moderator effects and developmental change”, *Developmental Psychology*, 31(6), s. 923-933.
45. Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M. (1998), „Protective factors in adolescent health behaviour”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (3), s. 788-800.
46. Juczyński, Z. (1997), „Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych”, w: J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (s. 258-91), Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław.
47. Juczyński, Z. (1998), „Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych”, *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, s. 54-63.
48. Juczyński, Z. (2003), „Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem”, w: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
49. Juczyński, Z. (2009), „Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia”, *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa.

50. Juczyński, Z., Chodkiewicz, J., Pisarski, A., Juczyński, A. (2006), „Od próbowania do zażywania środków psychoaktywnych. Badania dzieci i młodzieży ze środowiska wielkomiejskiego”, w: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży* (s. 9-23), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.
51. Kandel, D., Yamaguchi, K., Chen, K. (1992), „Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the Gateway Theory”, *Journal of Studies on Alcohol* 53, s. 447-57.
52. Kenrick, D.T., Neuberg, S.L., Cialdini, R.B. „Psychologia społeczna”, GWP, Gdańsk 2002.
53. Killen, J.D. (1985), „Prevention of adolescent tobacco smoking: The social pressure resistance training approach”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, s. 7-15.
54. Klein-Hessling, J., Lohaus, A., Ball, J. (2005), „Psychological predictors of health-related behaviour in children”, *Psychology, Health and Medicine*, 10(1), s. 31-43.
55. Leary, M. (2001), „Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji”, GWP, Gdańsk.
56. Lowe, G., Foxcroft, D.R., Sibley, D. (2000), „Picie młodzieży a style życia w rodzinie”, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
57. Łuczak, J. (2007), „Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży”. Niepublikowana rozprawa doktorska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
58. Łuszczyńska, A. (2004), „Zmiana zachowań zdrowotnych”, GWP, Gdańsk.
59. Malewski A. (1962), „Pozytywny i negatywny obraz własnej osoby a proces podejmowania decyzji”, *Studia Socjologiczne*, 2, 237-248.
60. Mandal, E. (2000), „Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią”, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
61. Marszał-Wiśniewska, M. (1999), „Siła woli a temperament”, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
62. Mazur, J., Woynarowska, B., Kowalewska, A. (2000), „Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu”, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 20-29.
63. McAlister, A., Perry, C., Killen, J., Slinkard, L.A., Maccoby, N. (1980), „Pilot Study of smoking, alcohol and drug abuse prevention”, *American Journal of Public Health*, 70, s. 719-721.
64. McGuire, W.J. (1964), „Inducing resistance to persuasion”, w: L. Berkowitz, „Advances in experimental social psychology”, (Vol. 1, s. 192-229). New York: Academic Press.
65. Merton, R.K. (1982), „Teoria socjologiczna i struktura społeczna”, PWN, Warszawa.
66. Mrowicka, B. (2008), „Wpływ urbanizacji na zachowania zdrowotne”, w: J.B. Karski (red.), *Kulturowe uwarunkowania zdrowia* (s. 78-83), Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa.

67. Mullen, B., Brown, R., Smith, C. (1992), „Ingroup bias as a function of salience, relevance, and status: An integration”, *European Journal of Social Psychology*, 22, s. 103-122.
68. Neumark-Sztainer, D. (1999), „The social environments of adolescents: associations between socioenvironmental factors and health during adolescence”, *Adolescent Medicine*, 10(1), s. 41-55.
69. Norman, P., Bennet, P. (1996), „Health locus of control”. W: M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour*, Buckingham: Open University Press, 62-94.
70. Oblacińska, A., Woynarowska, B. (red.) (2006), „Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa: http://www.imid.med.pl/klient/file/zaklad08/zdro_01.pdf
71. Ohlin, L.C. (1966), „Sociology and the Field of Corrections”, New York.
72. Ogińska-Bulik, N. (2006), „Zażywanie środków narkotycznych przez studentów uczelni łódzkich”, w: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży* (s. 109-125), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.
73. Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, K. (1999), „Czynniki związane z piciem alkoholu przez młodzież w wieku 13-14 lat”, *Alkoholizm i Narkomania* 36(3), s. 377-397.
74. O'Leary, K.D. (1992), „Self-Efficacy and Health: Behavioral and Stress-Physiological Mediation”, *Cognitive Therapy and Research*, 16, s. 229-245.
75. Ostaszewski, K. (2005), „Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych”, w: Deptuła, M. (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 111-137). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
76. Ostrowska, A. (1997), „Prozdrowotne style życia”, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 4(10-11), s. 7-24.
77. Parsons, T. (1969), „Struktura społeczna a osobowość”, przeł. M. Tabin, Warszawa PWN
78. Piechaczek-Ogierman, G. (2009), „Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania”, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
79. Piwowarska-Pościk, L. (1999), „Liderzy oraz outsiderzy na tle próby reprezentacyjnej”, w: K. Puchalski, E. Korzeniowska, L. Piwowarska-Pościk (red.), „Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna” (s. 29-33), Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź.
80. Platon - „Państwo”, przeł. wstępem i objaśnieniami opatrzył W. Witwicki, PWN, Warszawa 1958.
81. Plopa, M. (2005), „Psychologia rodziny: teoria i badania”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
82. Przetacznik-Gierowska, M., Tyszkowa, M. (2006), „Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne”, t. 1, PWN, Warszawa.
83. Przewoźniak, L. (2001), „Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny”, w: A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 2 (s. 57-101). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.

84. Puchalski, K. (1999), „Czynniki wyzwalające prozdrowotne działanie”, w: K. Puchalski, E. Korzeniowska, L. Piwowarska-Pościk (red.), *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna* (s. 35-48), Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź.
85. Riesch, S.K., Anderson, L.S., Krueger, H.A. (2006), „Parent-Child Communication Processes: Preventing Children's Health-Risk Behavior”, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11(1), s. 41-56.
86. Ross, L. (1977), „The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process”, w: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (Vol.10, s. 173-220). Orlando, FL: Academic Press.
87. Rotter, J.B. (1966), „Generalized Expectancies for Internal and External Control of Reinforcement” *Psychological Monographs: General Applied*, 80, s. 1-28.
88. Rotter, J.B. (1990), „Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień”, *Nowiny Psychologiczne*, 5-6, s. 59-70.
89. Sakowicz, T. (2009), „Wybrane aspekty środowiska rodzinnego w percepcji i ocenie osób osadzonych w polskich zakładach karnych”, *Impuls*, Kraków.
90. Sallis, J.F., Nader, P.R. (1988), „Family Determinants of Health Behaviors”, w: D.S. Gochman (red.), *Health behavior: emerging research perspectives* (s. 107-124). New York: Plenum Press.
91. Schwarzer, R. (1997), „Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście terapeutyczne i nowy model”, w: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). PWN, Warszawa.
92. Schwarzer, R., Renner, B. (2000), „Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy”, *Health Psychology*, 19(5), s. 487-495.
93. Sęk, H. (1999), „Teoria wpływu społecznego a promocja zdrowia: problemy i dylematy aplikacji”, w: H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych* (s. 157-69), Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
94. Sherif, M., Sherif, C.W. (1964), „Reference groups”, New York: Harper&Row .
95. Siemaszko, A. (1993), „Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych”, PWN, Warszawa.
96. Skinner, B. (1971), „Beyond freedom and dignity”, New York: Knopf.
97. Spear, H.J., Kulbok, P.A. (2001), „Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review”, *Public Health Nursing*, 18(2), s. 82-93.
98. Stelmach, W., Kaczmarczyk-Chałas, K., Bielecki, W., Drygas, W. (2004), „The impact of income, education and health on lifestyle in a large urban population of Poland (CINDI programme), *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 17(3), s. 331-343.
99. Stępień, E. (1996), „Ocena własnych relacji z rodziną a picie alkoholu przez dorastających”, *Alkoholizm i Narkomania*, 15(3), s. 327-337.

100. Stępień, E. (1999), „Intensywność picia alkoholu a niektóre aspekty stylu życia młodzieży polskiej i włoskiej”, *Alkoholizm i Narkomania* 37(4), s. 535-545.
101. Stępień, E. Frączek, A. (1992), „Palenie i picie a inne zachowania związane ze zdrowiem i antynormatywne wśród dorastających”, *Nowiny Psychologiczne* 1, s. 29-36.
102. Strzembosz, A. (1984), „Postępowanie w sprawach nieletnich w prawie polskim”, Lublin: Wydawnictwo KUL.
103. Sykes, G.M. (1963), „Crime and Society”, New York.
104. Szacki, J. (2004), „Historia myśli socjologicznej. Wydanie nowe”, PWN, Warszawa.
105. Szmatka, J. (2008), „Małe struktury społeczne. Wstęp do mikrosocjologii strukturalnej”, PWN, Warszawa.
106. Tajfel, H., Billig, M.G., Bundy, R.P., Flament, C. (1971), „Social categorization and intergroup behavior”, *Journal of Social Psychology*, 1, s. 1-39.
107. Tajfel, H. (1982), „Social Psychology of intergroup relations”, *Annual Review of Psychology* 33, s. 1-39.
108. Turner, J.H. (2004), „Struktura teorii socjologicznej. Wydanie nowe”, PWN, Warszawa.
109. Woynarowska, B., Kołło, H. (2003), „Samoocena zdrowia, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów”, w: B. Woynarowska (red.), „Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
110. Woynarowska, B. (2008), „Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne”, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki* (s. 294-324), PWN, Warszawa.
111. Zadworna-Cieslak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011), „Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne”, Difin SA, Warszawa.
112. Ziarko, M. (2006), „Zachowania zdrowotne młodych dorosłych -uwarunkowania psychologiczne”, Wydawnictwo Naukowe Bogucki, Poznań.
113. Zimbardo, Ph. (1972), „Stanford prison experiment: A simulation study of the psychology of imprisonment”, Philip G. Zimbardo, Inc.
114. Zimbardo, Ph. (1972b), “The psychology of imprisonment: privation, power and pathology”, Stanford University Press.
115. Zimbardo, Ph., Haney, C., Banks, C. (2001), “Więźniowie i strażnicy – badanie w symulowanym więzieniu”, w: E. Aronson (red.), (2001), “Człowiek – istota społeczna. Wybór tekstów”, PWN, Warszawa, s. 83-101. “Readings About the Social Animal”, 8th Edition, Worth Publishers, Inc. 1999.
116. Campbell, A., Converse, Ph.E., Rodgers, W.L., „The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations, and Satisfaction” Russell Sage Foundations 1976.

117. Flanagan, J.C., „A research approach to improving our quality of life”, *American Psychologist*, 1978, 33, 138-147.
118. Kowalik, S., „Jakość życia pacjentów w procesie leczenia”, w: Waligóra B. (red.), „Elementy psychologii klinicznej”, tom 4, Poznań. UAM 1994; 24-45.
119. Ratajczak Z., „W pogoni za jakością życia. O psychologicznych kosztach radzenia sobie w sytuacjach kryzysu ekonomicznego”, *Kolokwia Psychologiczne*, 2 (1993). Michalos, A.C. „Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life: A review and a preview”, w: F.M. Andrews (red.) „Research on the Quality of Life”, Ann Arbor: University of Michigan Press, 1986: 57-83 Thye, S.R., Yoon, J., Lawler, E.J. „The theory of relational cohesion: Review of a research program”, *Advances in Group Processes* 19 (2002): 139-166 .
120. Turner 2004 – Turner, J. H. “Struktura teorii socjologicznej. Wydanie nowe”, przekł. zbiorowy, PWN, Warszawa 2004.
121. Tomaszewski, T.: „Ślady i wzorce”, Warszawa 1984.
122. Komisja Europejska (2007), Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie realizacji zalecenia Rady z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od narkotyków (Dz.U. L 165 z 3.7.2003, s. 31).
123. Sprawozdanie roczne 2009: stan problemu narkotykowego w Europie. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Urząd Publikacji Unii Europejskiej Luksemburg 2009.

10. Streszczenie

Znaczącym problemem dla zdrowia publicznego są nasilające się patologie życia społecznego, prowadzące m.in. do spadku poczucia bezpieczeństwa osobistego, takie jak: osłabienie więzi rodzinnych, wzrost przestępczości, pojawienie się nieznanego dotąd zjawiska terroryzmu kryminalnego, wzrost problemów zdrowotnych i społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu i przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Liczne badania wykazały, że zachowania ryzykowne najczęściej ze sobą współwystępują. Jedno zachowanie pociąga za sobą inne, np. picie alkoholu, czy odurzanie się narkotykami często współwystępujące z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi i wczesną aktywnością seksualną. Do czynników ryzyka należą zaburzenia więzi (zwłaszcza uczuciowej) między rodzicami i dziećmi, wysoki poziom konfliktów w rodzinie, w tym pomiędzy rodzicami prowadzący często do rozpadu rodzin, zaburzenia w pełnieniu ról ojca i matki, niejasny system wymagań stawianych dziecku, brak dyscypliny i kontroli lub nadmiernie surowe wymogi, niekonsekwencja w wychowaniu, tolerancja wobec zachowań ryzykownych dzieci. Osoby przebywające w warunkach penitencjarnych stanowią grupę wysokiego ryzyka, u których zachowania ryzykowne są głęboko utrwalone i które odczuwają i przejawiają poważne, negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne tych zachowań. Ważne jest zatem budowanie strategii redukcji szkód zdrowotnych i społecznych w tej grupie osób. Strategie zmniejszenia szkód przewidziane są głównie dla potrzeb profilaktyki trzeciorzędnej dla osób, wobec których zawiodła wczesna profilaktyka, interwencje, terapia, resocjalizacja. Są to narkomani, alkoholicy, z dużym stażem, prostytutki, recydywiści, którzy z różnych względów nie chcą lub nie mogą wycofać się z ryzykownych zachowań. Staje się on zagrożeniem nie tylko dla siebie ale także dla społeczeństwa.

Celem pracy była ocena występowania sytuacji zdrowotnej osób przebywających w warunkach penitencjarnych ze szczególnym uwzględnieniem współwystępowania zespołu zależności od substancji psychoaktywnych i wpływ tych zachowań na jakość życia wśród osób przebywających w warunkach penitencjarnych. Badaniem objęto 100 osób przebywających w warunkach penitencjarnych. Wszystkie osoby badane to byli mężczyźni. Grupa badana została podzielona na 2 podgrupy tj.: 50 osób byli to dorośli mężczyźni, przebywający w warunkach penitencjarnych. Druga grupa, 50 osób była to młodzież przebywająca w warunkach penitencjarnych w wieku 18 lat, która w danej chwili badania była pełnoletnia. Grupę kontrolną stanowiło 100 osób żyjących w warunkach wolnościowych. Grupa kontrolna podzielona została również na dwie podgrupy tj. młodzież w wieku 18 lat oraz dorośli powyżej 18 roku życia. Wszystkie osoby z grupy badanej oraz kontrolnej byli to mężczyźni. W grupie badanej i kontrolnej

przeprowadzono badania przy użyciu metody sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi tj.: Testu Zachowań Ryzykownych, Inwentarza Zachowań Ryzykownych w opracowaniu Juczyńskiego i kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 w wersji polskiej. Dodatkowo na potrzeby badania został opracowany kwestionariusz wywiadu środowiskowego. Miejscem prowadzenia badań był Młodzieżowy Ośrodek Adaptacji Społecznej w Koszalinie w którym przebywał młodzież pełnoletnia. Do zbadania osób dorosłych powyżej 18 roku życia przebywających w warunkach penitencjarnych wybrany został Areszt Śledczy z oddziałami zakładu karnego w Choszcznie. Osoby dorosłe przebywające w warunkach wolnościowych były to osoby mieszkające i pracujące w Szczecinie oraz okolicach tj. Mierzyn, Przeclaw, Bezzecze, natomiast na potrzeby zbadania młodzieży pełnoletniej przebywającej w warunkach wolnościowych wybrano Zespół Szkół Łączności w Szczecinie.

11. Summary

Pathologies of social life are themselves significant problem for public health intensifying, leading among others to fall of feeling of personal safety, such as: weakness of family tie, height of crimes, appear oneself unknown hitherto phenomenon of criminal terrorism, height of wholesome problems and social connected with abuse of liquor and accepting of substance. Numerous investigations showed, that risky maintenance often with itself. One behaviors attracts behind itself different, e.g. drinking of liquor, whether intoxicating oneself drugs often with aggressive maintenances, criminal and early sexual activity. To factors of risk disorders of tie belong (especially emotional) between parents and children, high leading of conflicts in family, in this among parents level often to break-up of families, disorders in fulfilling of father and mothers, unclear system of placed requirements child, lack of disciplines and control or excessively raw requirements, inconsistency in education, tolerance in the face of behaviors of risky children. Spending persons in penal conditions make up group of high risk, at which of risky maintenance they are deeply strenghten and which they feel and they manifest serious, negative wholesome consequences and social this maintenances. Most important is building of strategy of reduction of wholesome damages and social in this group of persons. Strategies of provide for of damages decrease are mainly for needs of third-rate prophylaxis for persons, in the face of which early prophylaxis, interventions, therapy, rehabilitation disappointed. They are this drug addicts, alcoholics, with large practice, prostitute, recidivists, which from from different regards they do not want or they can not resign from risky maintenances. He stands up threat not only for itself but also for society.

Opinion of occurrence of wholesome situation of spending persons was aim of work in penal conditions with special regard of of team of dependence from substance and of this maintenances onto quality of life among spending persons in penal conditions. Investigation 100 spending persons were hugged in penal conditions. They were all persons this men. Studied group became divided onto 2 subgroups i.e. : they were 50 persons this adult men, spending in penal conditions. Second group, she was 50 persons this spending youth in penal conditions in age of 18 years, which in given moment of investigation was of age . Supervisory group it made up 100 living persons in independences' conditions. Supervisory divided group became youth in age of 18 years as well as they grew 18 year of life above also onto two subgroups i.e. . All person from studied group as well as supervisory were this men. In studied group and supervisory investigations were moved at use of method of diagnostic at use of standard tools i.e. : Test of Risky Maintenances, Inventory of Risky Maintenances in study Juczyńskiego and questionnaire of opinion of quality of life SF-36 in Polish

version. Additionally onto needs of investigation work out questionnaire of environmental interview became. Youth Centre of Social Adaptation was place of leadership of investigations in Koszalin in which he spent of age youth. To examining of adult persons above 18 spending in conditions penal choose of life year Inquiry Detention became with squads of penal institution in Choszczno. Adult spending persons in independences' conditions were this of living person and working in Stettin as well as neighbourhoods i.e. Mierzyn, Przeclaw, Bezrzecze, however onto needs of examining of of age spending youth in independences' conditions Team of Schools of Contact was chosen in Stettin.

12. Aneks

12.1. Licencja na użycie kwestionariusza SF-36v. 2



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM017408
Effective Date: January 28, 2013
Licensee Name: Dariusz Czekan
Licensee Address: Ostoja 39/2, Przedław, 72-005 PL
Approved Purpose: Non-commercial academic research and/or thesis -- Unfunded Student License Program
Study Name: Opinion of occurrence of risky maintenances and them onto quality of life of spending persons in penal conditions
Study Type: Thesis / Dissertation
Therapeutic Area: Mental Health and Behavior
Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose
Other Definitions: As indicated on Appendix B "License Agreement – Details", including without limitation: Licensed Surveys, Modes, Fees, Administrations, Services, Approved Languages and (if applicable) License Term

Licensee accepts and agrees to the terms of this Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) of OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("OptumInsight") as of the Effective Date.

Subject to the terms of this Agreement, including the OptumInsight Non-Commercial License Terms and Conditions attached as Appendix A: OptumInsight grants to Licensee, and Licensee accepts, a non-exclusive, non-transferable, non-assignable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the License Term, the Licensed Surveys in the authorized Modes and Approved Languages indicated on Appendix B and to administer the Licensed Surveys only up to the approved number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages and Modes and to use any related software provided by OptumInsight.

Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them above, or in Appendices A and B attached hereto. Appendices A and B attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

EXECUTED, as of the Effective Date, by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.
[OptumInsight]

Dariusz Czekan
[Licensee]

Signature: Michelle White

Signature: [Handwritten Signature]

Name: Michelle White

Name: CZEKAN DARIUSZ

Title: Director of Consulting Science

Title: magister

Date: 14 MAR 2013

Date: 04 03 2013 r



APPENDIX A

OPTUMINSIGHT NON-COMMERCIAL LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Attached to and Incorporated into License No. QM017408

1. **No Commercial Use of Data** - Licensee agrees to use the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys only in connection with the Approved Purpose set forth on Page 1 of this Agreement. Licensee agrees that it shall not use such data for any other purpose, or provide such data to any commercial or non-commercial entity (including without limitation any university or university hospital) for any commercial purpose.
2. **License Term and Termination** - This Agreement shall be effective until end of the License Term reflected in Appendix B, after which this Agreement and the licenses granted here under shall terminate. Notwithstanding the foregoing, OptumInsight may terminate this Agreement at any time upon in the event of a material breach by Licensee or its personnel of this Agreement that is not cured within thirty (30) days following notice to Licensee.
3. **Administration by Third Parties** - A third party service provider may administer the Licensed Surveys on behalf of Licensee, subject to such third party's execution of OptumInsight's Acknowledgement By Agent form, available by request. However, in all such cases, Licensee shall not be relieved of its obligations, and Licensee shall be responsible for any breach hereof by such student or third party.
4. **Trademark and Copyright Notices** - Licensee agrees to reproduce the copyright and trademark notices included with the Licensed Surveys on all reproductions of the Licensed Surveys permitted hereunder, including electronic reproductions and representations. Licensee shall not alter the wording or order of the items or any other part of the Licensed Surveys. Licensee shall not create any derivative work from the Survey Materials (as defined in Section 7(a)).
5. **Records** - Licensee shall maintain accurate records, in all material respects, containing information sufficient to verify Licensee's compliance with this Agreement, including as applicable, but not limited to, records of the number of reproductions of the Licensed Survey(s) made, the location of and/or confirmation of the destruction of such reproductions, the number of administrations of the Licensed Surveys performed, and the use(s) made of the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys.
6. **Proprietary Rights** -
 - a. Licensee acknowledges that the Licensed Surveys, copyright in all publications purchased, Software, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), shall be and remain at all times the property of OptumInsight. Licensee shall have no right, title or interest in the Survey Materials except for the limited license described herein. Licensee shall not use, modify, reproduce, or transmit any of the Survey Materials except as expressly provided hereunder in connection with the Approved Purpose. If the Approved Purpose includes administration of the Licensed Surveys in physical form, Licensee is authorized to make exact reproductions of the Licensed Survey(s) sufficient to support such administrations.
 - b. Licensee acknowledges and agrees that the Mode of survey administration reflected in Appendix B is the only manner in which Licensee may administer the Licensed Surveys. By way of example, if the Mode reflected in Appendix B is "paper", the Licensed Survey(s) shall be used, distributed, and administered via paper only, and shall not be used, distributed, displayed, or administered via any electronic means.
 - c. Licensee acknowledges and agrees that any translations of the Licensed Surveys into any language must be performed by OptumInsight, and OptumInsight retains ownership of any and all translations.
7. **Ownership of Survey Results Data** - Notwithstanding the foregoing, the parties agree that all results of Licensee's administration of the Licensed Survey(s) shall be the property of Licensee.
8. **Confidentiality; Injunctive Relief** - Licensee acknowledges that the Survey Materials are valuable assets of OptumInsight and that the value of the Survey Materials would be significantly impaired by the unauthorized



QualityMetric

an OptumInsight company

distribution or use of them. Licensee shall ensure that the Survey Materials are not used for unauthorized purposes or by unauthorized persons, and shall promptly report any such unauthorized use to OptumInsight. Licensee acknowledges that, in the event of any material breach of this paragraph by the Licensee, money damages would not be a sufficient remedy, and that OptumInsight shall, to the extent permitted by applicable law, be entitled to equitable relief, including injunction. Such relief shall be in addition to all other remedies available at law or in equity.

9. Disclaimer of Warranty – Licensee understands and acknowledges that complex and sophisticated products such as the Survey Materials are inherently subject to undiscovered defects. OptumInsight cannot and does not represent or warrant to Licensee that the Survey Materials are free from such defects, that operation of the Survey Materials will be uninterrupted or error free, or that its results will be effective or suitable with respect to any particular application. SURVEY MATERIALS PROVIDED HEREUNDER ARE PROVIDED AS-IS, AND OPTUMINSIGHT MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, ARISING BY LAW OR OTHERWISE WITH RESPECT TO SUCH SURVEY MATERIALS OR THIS AGREEMENT, AND DISCLAIMS ALL WARRANTIES INCLUDING WITHOUT LIMITATION ANY REPRESENTATIONS OR WARRANTIES AS TO MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NON-INFRINGEMENT OR OTHERWISE.

10. Compliance with Law – OptumInsight and Licensee agree that in performing their respective obligations under this Agreement, each shall conduct business in conformance with sound ethical standards of integrity and honesty and in compliance with all applicable laws, rules and regulations.

11. LIMITATION OF LIABILITY –IN NO EVENT SHALL OPTUMINSIGHT BE LIABLE TO LICENSEE OR ANY THIRD PARTY FOR ANY SPECIAL, PUNITIVE, INCIDENTAL, INDIRECT, OR CONSEQUENTIAL DAMAGES, ARISING FROM ANY CLAIMED BREACH OF WARRANTY, BREACH OF CONTRACT, NEGLIGENCE, STRICT LIABILITY IN TORT, OR ANY OTHER LEGAL THEORY, EVEN IF OPTUMINSIGHT HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. SUCH EXCLUDED DAMAGES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO, LOST PROFITS, COST OF ANY SUBSTITUTE GOODS OR SERVICES, LOST BUSINESS INFORMATION AND DATA, AND BUSINESS INTERRUPTION.

12. Additional Terms for Use of OptumInsight Software – The following additional terms apply to any software provided by OptumInsight to Licensee in connection with this Agreement (“Software”). Licensee may install and use one copy of the Software on a single computer, and except for making one back-up copy of the Software, may not otherwise copy the Software. The Software may not be shared or used concurrently on different computers. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the Software, nor attempt in any other manner to obtain the source code. The Software and the algorithms it contains are proprietary information of OptumInsight. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the Software that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the Software to any other person.

13. Form Review – If Licensee will administer the Licensed Surveys on an electronic device Licensee acknowledges that this provision shall be applicable to Licensee’s use of the Licensed Surveys. Licensee is required to submit screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language to OptumInsight. OptumInsight shall perform an initial form review to determine whether the Licensed Surveys have been appropriately migrated to electronic format (the “Initial Review”). OptumInsight will complete its Initial Review of the Licensed Surveys for each Approved Language within two (2) weeks from OptumInsight’s receipt of screen shots or website link from Licensee. Upon OptumInsight’s completion of the Initial Review, OptumInsight will provide Licensee with a detailed list of revisions that will need to be made before OptumInsight can approve the electronic format. Licensee is required to submit subsequent screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language incorporating any changes required by OptumInsight until OptumInsight provides its final approval of the electronic format. The parties acknowledge and agree that multiple rounds of review and revisions may be necessary prior to OptumInsight being able to provide final approval of the electronic format. Licensee is solely responsible for the electronic creation of the Licensed Surveys. Licensee does not obtain any rights in the Licensed Surveys not otherwise granted in this Agreement due to the administration and/or use of the Licensed Surveys. Nothing in this Agreement prohibits OptumInsight from creating its own electronic forms of Licensed Survey administration. The Licensed Surveys cannot be used in electronic format except as allowed pursuant to the terms and conditions of this Agreement. Licensee acknowledges that there may be response differences due to effects from use of electronic

format compared to a static Mode of administration such as paper/pencil. Licensee assumes any and all risk of differential effects resulting from the use of electronic format.

14. Miscellaneous –

a. This Agreement constitutes the entire and exclusive agreement between the parties and supersedes all previous communications or agreements, either oral or written, with respect to the subject matter hereof. This Agreement may not be modified or amended except by an instrument in writing signed by both parties. The Appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

b. Notices, copies of notices or other communications shall be sent to a party at the address set forth on the first page of this Agreement. All notices shall be effective upon delivery of the notice at such address.

c. Any waiver of any breach or default under this Agreement must be in writing and shall not be deemed a waiver of any other or subsequent breach or waiver. Failure to delay by either party to enforce compliance with any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of such term or condition.

d. If any provision in this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, the remaining provisions of this Agreement shall not be affected thereby and shall be binding upon the parties hereto, and shall be enforceable, as though the invalid or unenforceable provision were not contained herein.

e. In the event a Licensed Survey or associated OptumInsight intellectual property is exported by Licensee outside of the country in which Licensee is located, both parties agree that Licensee is obligated and solely responsible for ensuring compliance with all applicable import and export laws and regulations of the United States of America and/or any applicable foreign jurisdictions. Licensee shall indemnify, defend and hold harmless OptumInsight (including payment of all reasonable costs, fees, settlements and damages) with respect to any suits or proceedings brought against OptumInsight arising from Licensee's export of a Licensed Survey.

f. This Agreement and performance hereunder shall be governed in accordance with the laws of the State of New York, but excluding New York choice of law principles. With respect to any dispute arising in connection with this Agreement, Licensee consents to the exclusive jurisdiction and venue in the state and federal courts located in New York City, New York.

g. This Agreement may be executed in multiple counterparts, each of which shall be deemed an original and all of which shall be deemed the same agreement



Very Important - Please Read

NO formatting or editing changes to the survey

In order to obtain licensing from Licensor no changes can be made to the survey forms. Any format and/or language changes have the potential to affect the survey data received. Therefore, to maintain the validation and integrity of the SF Health Surveys, no language or formatting changes allowed. The format of the survey is scientifically engineered to facilitate accurate and unbiased data, as well as keeping the SF Health Survey in a visual format that is comprehensible to the patient/participant, including those who may be impaired and/or elderly. **You should administer the survey in the exact format you will receive it in. The only item Licensee may add is a header with patient identification and / or administration information. If you do wish to add a header please ask for a sample copy of the survey to edit and then submit this to your Account Representative for review prior to signing this License Agreement.** Once the licensing process is completed, you will receive a clean set of Survey Forms in a word and .pdf. file. These are the forms you will administer. Please do not use any forms you may already have access to as the ones we send you are the most current versions.

* * *



APPENDIX B



LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Pomeranian Medical University
 Dariusz Czekan
 Ostoja 39/2
 72-005 Przecław
 Poland

License Number: QM017408
 Amendment to: N/A
 License Term: 01/28/13 to 01/27/14

Master License
 Term: N/A

Approved Purpose
 Opinion of occurrence of risky maintenances and
 them onto quality of life of spending persons in
 penal conditions

Study Name:
 Protocol:
 Govt. ID: UNFUNDED STUDENT
 Study Type: Thesis / Dissertation
 Clients Reference:

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity	Fees
PROJ01	License Fee	Paper	1	
ES0230	SF-36v2, Acute Recall	Paper	1	

Approved Languages:

Poland (Polish)

ADM012	Patients Enrolled		200	
ADMINS	Administrations (200 @ 1 admin)		200	
SS075	Scoring Software v4.5		1	
SS080	SF-36v2: Score 8 Domains & 2 Summary Measures		200	
SS997	MSE/MDE: Missing Data Estimator		200	
EM020	SF-36v2 Clinical Trial Guide		1	

Approved Languages:

United States (English)

Qualified under OGSR Unfunded Student

License Program. All fees waived.

Quote good for 30 days, until

Feb 18, 2013.

Twoje zdrowie i samopoczucie

Poniżej znajdują się pytania dotyczące tego, jak postrzegasz stan swojego zdrowia. Udzielenie odpowiedzi pomoże zorientować się jak się czujesz i jak dobrze potrafisz wykonywać zwykle czynności. *Dziękujemy za wypełnienie całej ankiety!*

Dla każdego z poniższych pytań proszę zaznaczyć w kratce pod odpowiedzią, która wydaje Ci się najbardziej trafna.

1. Czy ogólnie powiedział(a)byś, że Twoje zdrowie jest:

Doskonałe	Bardzo dobre	Dobre	Niezbyt dobre	Złe
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. W porównaniu do okresu przed tygodniem, jakbyś ocenił/a obecnie swoje zdrowie?

Obecnie dużo lepsze niż przed tygodniem	Obecnie nieco lepsze niż przed tygodniem	Prawie takie samo jak przed tygodniem	Obecnie nieco gorsze niż przed tygodniem	Obecnie znacznie gorsze niż przed tygodniem
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Poniższe pytania dotyczą czynności, które mógłbyś/mogłabyś wykonać w ciągu zwykłego dnia. Czy Twój stan zdrowia obecnie ogranicza Cię w wykonywaniu tych czynności? Jeżeli tak, to w jakim stopniu?

Tak, bardzo ogranicza	Tak, nieco ogranicza	Nie, nie ogranicza
▼	▼	▼

- a Czynności wymagające intensywnego wysiłku, np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, męczące zajęcia sportowe 1 2 3
- b Umiarkowane czynności, np. przestawianie stołu, odkurzanie, pływanie, lekkie prace w ogródku..... 1 2 3
- c Podnoszenie lub noszenie zakupów 1 2 3
- d Wchodzenie po schodach na kilka pięter 1 2 3
- e Wchodzenie po schodach na jedno piętro 1 2 3
- f Schyłanie się lub klękanie 1 2 3
- g Przejście ponad 1 kilometra 1 2 3
- h Przejście kilkuset metrów 1 2 3
- i Przejście odległości 100 metrów..... 1 2 3
- j Mycie się lub ubieranie 1 2 3

4. Czy w ciągu ostatniego tygodnia z powodu Twoich kłopotów ze zdrowiem fizycznym wystąpił któryś z poniższych problemów w Twojej pracy lub codziennych zajęciach, a jeżeli tak to jak często?

	Cały czas ▼	Większość czasu ▼	Czasami ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
a Skrócenie <u>ilości czasu</u> spędzanego na pracy lub innych czynnościach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Osiągnięcie mniej niż</u> by się chciało.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Ograniczenie <u>rodzaju</u> wykonywanej pracy lub innych czynności.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Miałeś/aś trudności w wykonaniu pracy lub innych czynności (np. wymagało to zwiększonego wysiłku).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Czy w ciągu ostatniego tygodnia z powodu Twoich problemów emocjonalnych (np. depresji, lęku) wystąpił któryś z poniższych problemów w Twojej pracy lub codziennych czynnościach, a jeżeli tak, to jak często?

	Cały czas ▼	Większość czasu ▼	Czasami ▼	Rzadko ▼	Nigdy ▼
a Skrócenie <u>ilości czasu</u> spędzanego na pracy lub innych czynnościach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Osiągnięcie mniej niż</u> by się chciało.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Wykonywałeś/aś pracę lub inne czynności <u>mniej starannie</u> niż zwykle.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. W jakim stopniu, w ciągu ostatniego tygodnia Twoje zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpływały na Twoją normalną aktywność towarzyską w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów, lub innych grup?

Wcale	Nieznacznie	Średnio	W znacznej mierze	Bardzo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Jak bardzo odczuwałeś/aś w ciągu ostatniego tygodnia ból fizyczny?

Żadnego	Bardzo łagodny	Łagodny	Średni	Silny	Bardzo silny
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia ból przeszkadzał Ci w normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu)?

Wcale	Nieznacznie	Średnio	W znacznej mierze	Bardzo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Poniższe pytania dotyczą tego jak się czujesz i jak Ci się wiodło w ciągu ostatniego tygodnia. Proszę podać dla każdego pytania jedną odpowiedź, która najlepiej określa jak się czuleś/czulaś. Przez jaki okres w ciągu ostatniego tygodnia...

	Cały czas	Większość czasu	Czasami	Rzadko	Nigdy
a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Przez jaki okres w ciągu ostatniego tygodnia Twoje zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne przeszkadzały Ci w aktywności towarzyskiej (jak np. wizyty u przyjaciół, krewnych itp)?

Cały czas	Większość czasu	Czasami	Rzadko	Nigdy
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Jak PRAWDZIWE lub FAŁSZYWE jest dla Państwa każde z poniższych stwierdzeń?

	Zdecydowanie prawdziwe	Przeważnie prawdziwe	Nie wiem	Przeważnie fałszywe	Zdecydowanie fałszywe
a Wydadę się ulegać chorobom łatwiej niż inni ludzie.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Jestem tak samo zdrowa/y jak inne znane mi osoby.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Oczekuję pogorszenia mego zdrowia.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Moje zdrowie jest doskonałe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Dziękujemy za odpowiedzi na pytania!

12.3. Test zachowań ryzykownych TZR

Test Zachowań Ryzykownych

Data _____ Wiek _____ Płeć: K M

Niniejszy kwestionariusz dotyczy Twojego stosunku do trudnych lub niebezpiecznych zadań. Nie zawiera on stwierdzeń ani dobrych, ani złych. Twój stosunek do zagrożeń jest Twoją osobistą sprawą. Możesz preferować podejmowanie ryzyka albo cenić bezpieczeństwo i ostrożne postępowanie.

Przeczytaj uważnie każde stwierdzenie i zakreśl kółkiem liczbę oznaczającą częstość podejmowanych przez Ciebie wymienionych zachowań.

Poszczególne liczby oznaczają: 4 – bardzo często, 3 – często, 2 – czasem, 1 – rzadko, 0 – bardzo rzadko lub nigdy.

1. Zdarza się, że wybieram drogę na niebezpieczne skróty	4	3	2	1	0
2. Biorę udział w trudnych i niebezpiecznych przedsięwzięciach	4	3	2	1	0
3. Podejmuję zachowania na krawędzi ryzyka	4	3	2	1	0
4. Robię rzeczy niebezpieczne, aby przeżyć dreszczyk emocji	4	3	2	1	0
5. Postępuję bardziej ryzykownie od innych	4	3	2	1	0
6. Uczestniczę w sytuacjach, w których moje życie lub zdrowie są zagrożone	4	3	2	1	0
7. Robię rzeczy, o których wiem, że są niebezpieczne	4	3	2	1	0
8. Podejmuję ryzykowne zachowania wymagające dużej sprawności	4	3	2	1	0
9. Odstępuję od przepisów bezpieczeństwa, jeśli mogę coś zrobić szybciej, taniej lub z mniejszym wysiłkiem	4	3	2	1	0
10. Zdarza się, że podejmuję ryzyko, pomimo że nie jest to konieczne	4	3	2	1	0
11. Stawiam sobie cele wymagające podjęcia ryzyka	4	3	2	1	0
12. Poprzez ryzykowanie wiele się uczę	4	3	2	1	0
13. Choć wiem, co mi szkodzi, to nie unikam tego	4	3	2	1	0
14. Zdarza się, że podejmuję ryzyko, aby zdobyć satysfakcjonujące doświadczenie	4	3	2	1	0
15. Jeżeli ktoś zrobi coś ryzykownego, to mam ochotę zrobić coś podobnego	4	3	2	1	0
16. Realizuję bardziej ryzykowne cele niż inni	4	3	2	1	0
17. Podejmuję ryzyko, aby przetestować swoją sprawność	4	3	2	1	0
18. Wolę ryzykowne rozwiązania niż ostrożne	4	3	2	1	0
19. Ryzykuję, aby wzbogacić swoje doświadczenie	4	3	2	1	0
20. Ryzykuję, aby pokazać innym, że mam „fart”	4	3	2	1	0
21. Odczuwam potrzebę zrobienia czegoś ryzykownego	4	3	2	1	0
22. Podejmuję ryzyko, gdy chcę poprawić swoje samopoczucie	4	3	2	1	0
23. Moje cele wymagają ryzykownego postępowania	4	3	2	1	0
24. Nie mam pewności, czy moje postępowanie zakończy się sukcesem czy porażką	4	3	2	1	0
25. Wybieram ryzykowne rozwiązania, aby doznać przyjemnych wrażeń	4	3	2	1	0

12.4. Inwentarz zachowań zdrowotnych w opracowaniu Juczyńskiego.

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?

- 1 - prawie nigdy;
2 - rzadko;
3 - od czasu do czasu;
4 - często;
5 - prawie zawsze

-
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
20. Ograniczam palenie tytoniu
21. Jem pieczywo pełnoziarniste
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. Myślę pozytywnie
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. Inne, jakie?
-

ZZ	sten	PN	ZP	PN	PZ

12.5. Formularz kwestionariusza wywiadu środowiskowego

KWESTIONARIUSZ WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

Data: _____

KOD badanej grupy:

--	--	--	--

1. Ile masz lat?

2. Jakiej jesteś płci ?
A. Mężczyzna
B. Kobieta
3. Wykształcenie/zawód ?

4. Z jakiej pochodzisz z rodziny ?
A. Pełnej
B. Niepełnej
5. Czy posiadasz rodzeństwo ?
A. Tak
B. Nie
6. Czy masz dziecko/dzieci ?
A. Tak/ile.....
B. Nie
7. Czy jesteś w stałym związku partnerskim ?
A. Tak
B. Nie
8. Czy rozpoczęłeś aktywność seksualną ?
A. Tak
B. Nie
9. Czy podjąłeś kiedykolwiek ryzykowne zachowania seksualne ? /seks z nieznaną osobą, bez zabezpieczeń itp./
A. Tak
B. Nie
10. Czy kiedykolwiek zostałeś zmuszony do uprawiania seksu?
A. Tak
B. Nie
11. Czy byłeś kiedykolwiek zatrzymany, oskarżony lub ukarany ?
A. Tak
B. Nie
12. Czy obecnie toczy się lub kiedykolwiek rozpoczęto w stosunku do Ciebie postępowanie sądowe, skarbowe, administracyjne lub inne ?
A. Tak
B. Nie
13. Czy przebywałeś/przebywasz w schronisku/zakładzie/ośrodku/ więzieniu ?
A. Tak
B. Nie
Typ: _____
14. Czy należysz/należałeś do jakiejś organizacji, grupy, stowarzyszenia?
A. Tak
B. Nie
15. Czy miewasz/miałeś myśli samobójcze?
C. Tak
D. Nie
16. Czy palisz papierosy ?
A. Tak
B. Nie
17. Czy w Twojej rodzinie pali się papierosy?
A. Tak
B. Nie

18. Czy spożywasz alkohol?
A. Tak
B. Nie
19. Czy w Twojej rodzinie spożywa się alkohol?
A. Tak
B. Nie
20. Czy w swoim życiu próbowałeś narkotyków/środków psychoaktywnych ?
A. Tak
B. Nie
21. Czy zdarzało Ci się nadużywać alkoholu lub innych środków psychoaktywnych ?
A. Tak
B. Nie
22. Czy w ciągu swojego życia, wąchałeś klej, wdychałeś zawartość puszek aerozolowych, farb lub sprejów?
A. Tak
B. Nie
23. Czy w ciągu swojego życia zażywałeś sterydy lub wspomagacze zakupione bez recepty?
A. Tak
B. Nie
24. Czy w ciągu swojego życia zażywałeś bez recepty lek sprzedawany wyłącznie na receptę (np. OxyContin, Percocet, Vicodin, kodeinę, Adderall, Ritalin, Xanax)?
A. Tak
B. Nie
25. Czy w ciągu swojego życia użyłeś igły, aby wstrzyknąć sobie nielegalny narkotyk?
A. nigdy
B. 1 raz
C. dwa lub więcej razy
26. Czy starasz się być aktywny fizycznie na co dzień ?
/sport, ruch, spacer lub inne/
A. Tak
B. Nie
27. Czy jesteś ogólnie zadowolony ze swojego życia ?
A. Tak
B. Nie
28. Czy uważasz się za osobę odpowiedzialną ?
A. Tak
B. Nie

Koniec ankiety.

Uprzejmie dziękuję za wypełnienie i za pomoc.

12.6. Informacje dla osób biorących udział w badaniach

Załącznik nr 1

Informacje dla osób biorących udział w badaniach

Tytuł badania: Ocena występowania zachowań ryzykownych i ich wpływ na jakość życia osób przebywających w warunkach penitencjarnych.

Badanie, do którego zostaliście Państwo zaproszeni ma na celu ocenę sytuacji zdrowotnej osób przebywających w warunkach penitencjarnych ze szczególnym uwzględnieniem współwystępowania zespołu zależności od substancji psychoaktywnych.

Zapewniam, że badanie ma charakter anonimowy. Udział w badaniu jest całkowicie dobrowolny i istnieje nieograniczona możliwość rezygnacji z dalszego udziału w każdym jego stadium. Badanie jest bezpłatne, a po jego zakończeniu wyniki będą wykorzystane do celów naukowych. Badanie składa się z części ankietowej obejmującej 4 kwestionariusze, między innymi zawierające pytania dotyczące jakości życia, zachowań ryzykownych, posiadanych kompetencji społecznych, inwentarza zachowań zdrowotnych i aktualnej sytuacji socjoekonomicznej.

W razie jakichkolwiek wątpliwości, pytań dotyczących udziału w badaniu, mogą Państwo w każdej chwili zwrócić się do osoby prowadzącej projekt - mgra Dariusza Czekana, tel. 789 206 955.

12.7. Oświadczenie Badanego – zgoda na udział w badaniach

Załącznik nr 2

Oświadczenie Badanego – zgoda na udział w badaniach

Nazwisko i imię osoby badanej

Temat: **Ocena występowania zachowań ryzykownych i ich wpływ na jakość życia osób przebywających w warunkach penitencjarnych.**

Oświadczam, że zostałem szczegółowo poinformowany o sposobie przeprowadzenia badania i o moim udziale w badaniu. Rozumiem na czym polega badanie i do czego potrzebna jest moja zgoda. Zostałem w jasny sposób poinformowany, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w dowolnym momencie i bez konieczności podania przyczyny.

Wyrażam świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Data.....

Data.....

.....
podpis badacza

.....
podpis osoby badanej

13. Spis tabel

- Tabela 1. Charakterystyka rozkładu wieku (lata) czterech grup
- Tabela 2. Charakterystyka rozkładu wieku dla wszystkich badanych osób
- Tabela 3. Struktura wykształcenia w badanych grupach
- Tabela 4. Charakterystyka rozkładu pochodzenia rodzinnego w badanych grupach
- Tabela 5. Poziom istotności pomiędzy badanymi w zależności od pochodzenia rodzinnego
- Tabela 6. Charakterystyka posiadania rodzeństwa w badanych grupach
- Tabela 7. Charakterystyka posiadania dzieci w badanych grupach
- Tabela 8. Poziom istotności pomiędzy grupami w których osoby posiadają dzieci
- Tabela 9. Rozkład ilości dzieci w badanych grupach
- Tabela 10. Charakterystyka przebywania w stałych związkach partnerskich osób badanych
- Tabela 11. Poziom istotności pomiędzy grupami osób w stałych związkach partnerskich
- Tabela 12. Charakterystyka aktywności seksualnej w badanych grupach
- Tabela 13. Poziom istotności pomiędzy grupami osób z rozpoczętą aktywnością seksualną
- Tabela 14. Charakterystyka rozkładu ryzykownych zachowań seksualnych w grupach
- Tabela 15. Poziom istotności pomiędzy grupami osób które podjęły ryzykowne zachowania seksualne
- Tabela 16. Charakterystyka rozkładu osób zmuszanych do seksu w badanych grupach
- Tabela 17. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami zmuszanymi do seksu
- Tabela 18. Charakterystyka rozkładu osób zatrzymanych, oskarżonych lub ukaranych w badanych grupach
- Tabela 19. Charakterystyka rozkładu osób wobec których toczy się obecnie lub toczyło się postępowanie sądowe administracyjne lub inne w badanych grupach
- Tabela 20. Charakterystyka rozkładu osób które przebywały/przebywają w zakładzie, schronisku/ośrodku czy więzieniu w badanych grupach
- Tabela 21. Struktura rozkładu typu placówek w jakich przebywają lub przebywały osoby w badanych grupach
- Tabela 22. Charakterystyka rozkładu osób należących do organizacji w badanych grupach
- Tabela 23. Poziom istotności pomiędzy grupami osób wykazującymi przynależność do organizacji
- Tabela 24. Charakterystyka rozkładu osób mających myśli samobójcze w badanych grupach
- Tabela 25. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami mającymi myśli samobójcze
- Tabela 26. Charakterystyka rozkładu osób palących papierosy w badanych grupach
- Tabela 27. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami palącymi papierosy
- Tabela 28. Charakterystyka rozkładu osób u których pali się w rodzinie papierosy w badanych grupach
- Tabela 29. Poziom istotności pomiędzy grupami osób u których pali się w rodzinie papierosy
- Tabela 30. Charakterystyka rozkładu spożywających alkohol w badanych grupach
- Tabela 31. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami spożywającymi alkohol
- Tabela 32. Charakterystyka rozkładu osób u których w rodzinie spożywa się alkohol w badanych grupach

- Tabela 33. Poziom istotności pomiędzy grupami osób u których w rodzinie spożywa się alkohol
- Tabela 34. Charakterystyka rozkładu osób które próbowały narkotyków i środków psychoaktywnych w badanych grupach
- Tabela 35. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami które próbowały narkotyków i środków psychoaktywnych
- Tabela 36. Charakterystyka rozkładu osób które nadużywały alkoholu lub innych środków psychoaktywnych w badanych grupach
- Tabela 37. Poziom istotności pomiędzy grupami które nadużywały alkoholu lub innych środków psychoaktywnych
- Tabela 38. Charakterystyka rozkładu osób które w ciągu swojego życia wachały klej, wdychały zawartość puszek aerozolowych farb lub sprejów w badanych grupach
- Tabela 39. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które w ciągu swojego życia wachały klej, wdychały zawartość puszek aerozolowych farb lub sprejów
- Tabela 40. Charakterystyka rozkładu osób które zażywały sterydy lub inne wspomagacze bez recepty w badanych grupach
- Tabela 41. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które zażywały sterydy lub inne wspomagacze bez recepty
- Tabela 42. Charakterystyka rozkładu osób które zażywały bez recepty lek sprzedawany wyłącznie na receptę w badanych grupach
- Tabela 43. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które zażywały bez recepty lek sprzedawany wyłącznie na receptę
- Tabela 44. Charakterystyka rozkładu osób które w ciągu swojego życia użyły igły aby wstrzyknąć sobie nielegalnie narkotyk w badanych grupach
- Tabela 45. Charakterystyka rozkładu osób które starają się być aktywne na co dzień w badanych grupach
- Tabela 46. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami, które starają się być aktywne
- Tabela 47. Charakterystyka rozkładu osób które ogólnie są zadowolone ze swoje życia w badanych grupach
- Tabela 48. Poziom istotności pomiędzy grupami osób, które ogólnie są zadowolone z życia
- Tabela 49. Charakterystyka rozkładu osób które uważają się za osoby odpowiedzialne w badanych grupach
- Tabela 50. Poziom istotności pomiędzy grupami w których osoby uważają się za osoby odpowiedzialne
- Tabela 51. Charakterystyka rozkładu sumy punktowej uzyskanej dla poszczególnych osób za pomocą testu TZR w badanych grupach
- Tabela 52. Charakterystyka rozkładu STENU uzyskanych dla testu TZR w badanych grupach
- Tabela 53. Rozkład STENów wg klucza dla wyników testu TZR
- Tabela 54. Poziom poziomu istotności zachowań ryzykownych pomiędzy grupami
- Tabela 55. Charakterystyka rozkładu uzyskanej sumy punktów dla poszczególnych osób z IZZ Juczyńskiego w badanych grupach
- Tabela 56. STEN dla wyników testu Juczyńskiego – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
- Tabela 57. Rozkład STENów dla wyników testu IZZ Juczyńskiego wg klucza

- Tabela 58. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami o różnym nasileniu zachowań zdrowotnych
- Tabela 59. Charakterystyka rozkładu wyników uzyskanych dla poszczególnych osób wg testu SF-36 w badanych grupach
- Tabela 60. Poziom istotności pomiędzy grupami z osobami o różnej jakości życia
- Tabela 61. Charakterystyka rozkładu skali wymiaru fizycznego jakości życia w badanych grupach
- Tabela 62. Poziom istotności pomiędzy grupami skali fizycznej jakości życia /PH/.
- Tabela 63. Charakterystyka rozkładu skali wymiaru mentalnego jakości życia w badanych grupach
- Tabela 64. Charakterystyka zależności wyników TZR do wyników ogólnego wymiaru jakości życia SF-36 /test Rang Spearmana/
- Tabela 65. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku wymiaru fizycznego jakości życia. /test Rang Spearmana/
- Tabela 66. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku mentalnego wymiaru jakości życia. /test Rang Spearmana/
- Tabela 67. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań zdrowotnych wg Juczyńskiego do wyniku ogólnego wymiaru jakości życia. /test Rang Spearmana/
- Tabela 68. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku wymiaru fizycznego jakości życia. /test Rang Spearmana/
- Tabela 69. Charakterystyka zależności wyniku testu zachowań ryzykownych do wyniku wymiaru fizycznego jakości życia. /test Rang Spearmana/
- Tabela 70. Charakterystyka zależności pomiędzy paleniem papierosów przez osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 71. Charakterystyka zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu przez osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 72. Charakterystyka zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu w rodzinie badanej osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 73. Charakterystyka zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu w rodzinie badanej osoby a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 74. Charakterystyka zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 75. Charakterystyka zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 76. Charakterystyka zależności pomiędzy nadużywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych a zachowaniami ryzykownymi w badanych grupach
- Tabela 77. Charakterystyka zależności ogólnym zadowoleniem z życia
- Tabela 78. Charakterystyka kategorii przestępstw