



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας & Τεχνολογίας Τροφίμων

Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αξιολόγηση Διατροφικών Συνηθειών,
Φυσικής Δραστηριότητας και Ψυχικής Υγείας
Κρατουμένων σε Καταστήματα Κράτησης**

Η περίπτωση της Κλειστής Φυλακής Αλικαρνασσού

Φοιτητές: *Αλαχούζου Χαριτωμένη*

Σφηναρολάκης Χαρίλαος

Σωμηρά Ιωάννα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: *Μπορμπουδάκη Λένα*

Σητεία 2017



TEI of Crete

Technological Educational Institute of Crete

School of Agricultural and Food Technology

Department of Human Nutrition and Dietetics

ESSAY DISSERTATION

**Evaluation of Nutrition Habits, Physical Activity and
Mental Health of Inmates in Custodial Institutions**

A case of closed prison of Alikarnassos

Students: Alachouzou Charitomeni

Sfinarolakis Charilaos

Somira Ioanna

Supervisor: Borboudaki Lena

Sitia 2017

Υπεύθυνη Δήλωση

Ο/Η Αλαχούζου Χαριτωμένη, Σφηναρολάκης Χαρίλαος, Σωμηρά Ιωάννα

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1) Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.

2) Αποδέχομαι ότι το Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κατ'αρχήν την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Μπορμπουδάκη Λένα που ανέλαβε την εποπτεία αυτής της πτυχιακής εργασίας. Με την καθοδήγησή της και τις συμβουλές της ολοκληρώθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία.

Ιδιαίτερα θερμές ευχαριστίες στον κύριο Δημητροπουλάκη Πέτρο, καθηγητή του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, για τη σημαντική βοήθειά του στην ανάλυση του διατροφικού ερωτηματολογίου με τη χρήση του προγράμματός του (DietSpeak) και στην προθυμία του για να μας την παρέχει.

Ακόμα, ευχαριστούμε θερμά τους τρόφιμους των Φυλακών Νέας Αλικαρνασσού που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που στηρίχτηκε αυτή η πτυχιακή εργασία, καθώς και το προσωπικό των φυλακών και τη διοίκηση αυτού.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ θα θέλαμε να το πούμε στους γονείς, στις οικογένειές μας και τους φίλους μας που όλα αυτά τα χρόνια μας στήριξαν στις σπουδές μας είτε οικονομικά είτε συναισθηματικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ	III
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	III
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VI
ABSTRACT	VII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	IX
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ	1
1.1: ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ	1
1.2 ΜΕΘΟΔΟΙ/ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ	9
1.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΜΕΝΟΥ	11
1.3.1. RATION SCALE.....	11
1.3.2. ΜΕΝΟΥ ΠΡΟ- ΕΠΙΛΟΓΗΣ.....	12
1.3.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ RATION SCALE ΚΑΙ ΜΕΝΟΥ ΠΡΟ- ΕΠΙΛΟΓΗΣ.....	15
1.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ.....	16
1.4.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ	17
1.4.2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ	19
1.5 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ	28
1.5.1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	28
1.5.2 ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	34
2.1 ΆΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ.....	37
2.2 Η ΆΣΚΗΣΗ ΣΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	40
2.2.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΆΣΚΗΣΗΣ ΣΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ.....	40
2.3 ΆΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	41
ΠΛΗΘΟΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝΤΑΙ.....	43
2.5 Η ΆΣΚΗΣΗ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΦΥΛΑΚΙΣΜΕΝΩΝ	50
ΕΝΟΤΗΤΑ 3.1	50
3.1.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥΣ.	53
ΕΝΟΤΗΤΑ 3.1.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (ΜΕΙΖΟΝΑ)	60
ΕΝΟΤΗΤΑ 3.1.3 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	66
3.1.3. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	68
3.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	73
3.2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	74
3.2.3. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	81
3.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	885
4.1: ΣΚΟΠΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ	85
4.2: ΔΕΙΓΜΑ	85
4.3: ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	85
4.3.2: ΔΜΣ	86
4.3.3: ΙΡΑQ.....	86
4.3.4: ΜDΙ.....	86
4.4: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	87
4.5. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	88
5.1: ΜΙΚΡΟ- ΜΑΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	88
5.2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	92
5.3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η φυλακή αποτελεί το μέρος στο οποίο εγκλείονται οι άνθρωποι ως τιμωρία για τα εγκλήματα που έχουν διαπράξει ή τον χώρο όπου αναμένουν τις δίκες τους. Εξυπηρετεί τρεις βασικούς στόχους, την τιμωρία του κρατούμενου μέσω της στέρησης της ελευθερίας, τη διασφάλιση των βασικών ατομικών δικαιωμάτων των κρατουμένων ταυτόχρονα με την ομαλή λειτουργία των σωφρονιστικών καταστημάτων και την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή αποκατάσταση του κρατούμενου.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη των διατροφικών συνηθειών, του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και της κατάστασης της ψυχικής υγείας κρατουμένων ανδρών του Σωφρονιστικού Ιδρύματος Νέας Αλικαρνασσού Ηρακλείου καθώς και πως τα παραπάνω επηρεάζουν και επηρεάζονται το ένα από το άλλο και πως συσχετίζονται με το ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος).

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελούν άνδρες-τρόφιμοι της κλειστής φυλακής Αλικαρνασσού Ηρακλείου Κρήτης. Στην έρευνα συμμετείχαν 34 άτομα, ηλικίας 27 έως 53 ετών, όπου το 50% ήταν κάτω το 36 ετών. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ), το International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) σύντομης φόρμας συμπλήρωσης και το Major Depression Inventory (MDI). Στη συνέχεια αναλύθηκαν και συσχετίστηκαν με υπολογιστικά προγράμματα (DietSpeak for Windows, IBM SPSS Statistics 23.0.0).

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση του FFQ υπολογίστηκε ότι η διαιτητική πρόσληψη των εγκλείστων αντιστοιχεί στις 2300 Kcal/24h και μερικά συστατικά ήταν εκτός ορίων των συστάσεων EAR. Επιπρόσθετα, στην ανάλυση του IPAQ βρέθηκε ότι το 50% των εγκλείστων αντιστοιχούσε σε αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας. Όσο αφορά το MDI, το 64,7% παρουσίασε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση. Συσχετίζοντας ΔΜΣ με IPAQ, παρατηρήθηκε ότι άτομα με αυξημένη μάζα σώματος είχαν πιο έντονη σωματική δραστηριότητα. Η συσχέτιση μεταξύ MDI και FFQ αποδείχθηκε μέτρια αρνητική, η οποία φανερώνει ότι η θετική μεταβολή της μίας μεταβλητής επηρεάζει την άλλη αρνητικά. Το ίδιο ισχύει και για MDI και IPAQ.

Συμπεράσματα: Εφόσον δεν καλύπτονται οι εξατομικευμένες ανάγκες των τροφίμων, είναι απαραίτητη η σύνταξη και η τήρηση ισορροπημένου διαιτολογίου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τον διορισμό διαιτολόγου και με την εκπαίδευση της συμπεριφοράς των κρατουμένων σε σχέση με τη διατροφή.

Λέξεις- Κλειδιά: φυλακή, τρόφιμοι, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, ψυχική υγεία

ABSTRACT

Introduction: A prison is a place where people are held as a punishment for a crime they have committed or while awaiting trial. It serves three main purposes: to punish inmates by depriving them of their freedom, to protect their fundamental individual rights and to ensure the smooth operation of the prison as well as the social, professional and familial rehabilitation of inmates.

Objective: The objective of this research is to examine the eating habits, the level of physical activity and the state of mental health of male inmates of Nea Alikarnassos Heraklion Prison. Moreover, the objective of this research is to examine the way in which all the above affect each other and are related to BMI (Body Mass Index).

Methodology: The sample includes male inmates of the closed prison of Alikarnassos, Heraklion, Crete. In the survey 34 people took part, aged 27 to 53, of whom 50% were under 36 years old. The Food Frequency Questionnaire (FFQ), the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short form as well as the Major Depression Inventory (MDI) were used in order to collect data. Data was then analysed and correlated with computer programmes (DietSpeak for Windows, IBM SPSS Statistics 23.0.0).

Results: From the FFQ analysis it was calculated that dietary intake of the inclusions corresponded to 2300 Kcal / 24h and some components were outside the EAR recommendations. In addition, the IPAQ analysis found that 50% of the enclosures corresponded to increased levels of activity. As for the MDI, 64.7% had a normal psychological state. By correlating BMI with IPAQ, it was observed that individuals with increased body mass had more intense physical activity. The correlation between MDI and FFQ proved to be moderately negative, indicating that the positive change of one variable affects the other negatively. The same applies to MDI and IPAQ.

Conclusions: Unless the individual needs of nutrition are covered, it is necessary to compile and maintain a balanced diet. This can be achieved by appointing a dietician and by educating the behavior of prisoners in relation to diet.

Key words: prison, inmates, nutrition, physical activity, mental health

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φυλακή ως θεσμός είναι ο τρόπος με τον οποίο έχει καθορισθεί σε μια κοινωνία η τιμωρία των παραβατών. Ορίζεται ως το μέρος στο οποίο εγκλείονται οι άνθρωποι ως τιμωρία για τα εγκλήματα που έχουν διαπράξει ή τον χώρο όπου αναμένουν τις δίκες τους. Ιστορικά παρατηρήθηκε ότι ο χώρος περιορισμού ατόμων που είχαν κριθεί ως παραβάτες προϋπήρχε ήδη από την εποχή των πρώτων οργανωμένων κοινωνιών. Η φυλάκιση ως ποινικό μέτρο στέρησης της ελευθερίας και σωφρονισμού είναι γέννημα του 18^{ου} αιώνα και των ιδεών του διαφωτισμού. (Βαρλάγκα, 2011) Κατά το υπουργείο δικαιοσύνης και δημόσιας τάξεως της Κύπρου το τμήμα των φυλακών αποσκοπεί:

1. Στην ασφαλή κράτηση ατόμων που παραπέμπονται σ' αυτό από τα δικαστήρια.
2. Στη διασφάλιση συνθηκών κράτησης που να κατοχυρώνουν το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
3. Στην ίση μεταχείριση των κρατουμένων χωρίς οποιαδήποτε δυσμενή διάκριση λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων των κρατουμένων.
4. Στην ενθάρρυνση του αυτοσεβασμού και την ανάπτυξη του αισθήματος ευθύνης των κρατουμένων με την παροχή σ' αυτούς ευκαιριών εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης, δημιουργικής ψυχαγωγίας, προβληματισμού, αυτοκριτικής και αυτογνωσίας.
5. Στην καθοδήγηση και υποβοήθηση των κρατουμένων για την επανένταξή τους στην κοινωνία. (Coyle, 2002)

Τα σωφρονιστικά καταστήματα εντάσσονται σε ένα ηθικό πλαίσιο το οποίο σέβεται την ανθρώπινη φύση όλων όσοι συνδέονται με τις φυλακές: κρατουμένων, σωφρονιστικού προσωπικού και επισκεπτών. Αυτό το ηθικό πλαίσιο πρέπει να εφαρμόζεται οικουμενικά, και αυτή η οικουμενικότητα εξασφαλίζεται από τα διεθνή κείμενα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σε ορισμένες χώρες οι χώροι κράτησης έχουν διαφορετική οργάνωση. Δηλαδή, αλλάζει ο όρος «φυλακή» ανάλογα με το αν διαμένουν σε αυτή υπόδικοι, κατάδικοι ή έγκλειστοι οι οποίοι υπόκεινται σε διάφορα καθεστώτα ασφαλείας. Στις

Η.Π.Α για παράδειγμα, οι χώροι στους οποίους κρατούνται υπόδικοι που θα δικαστούν σε πλημμελειοδικεία ή κατάδικοι με ποινές σύντομης χρονικής διάρκειας, αναφέρονται συνήθως ως “jails”, ενώ οι χώροι κράτησης καταδίκων κρατουμένων ονομάζονται συχνά “correctional institutions”. Στη Ρωσική Ομοσπονδία είναι λίγοι οι χώροι κράτησης που αποδίδονται με τον όρο “prison”, δεδομένου ότι ο όρος αυτός δηλώνει χώρους κράτησης υψίστης ασφαλείας. Τα καταστήματα κράτησης που προορίζονται για άλλους καταδίκους αναφέρονται συνήθως ως “penal colonies” (ποινικές αποικίες). (Coyle, 2002)

Η φυλακή ως θεσμός αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο και του Ελληνικού Σωφρονιστικού συστήματος και εξυπηρετεί τρεις βασικούς στόχους:

1. Την τιμωρία του κρατούμενου μέσω της στέρησης της ελευθερίας
2. Τη διασφάλιση των βασικών ατομικών δικαιωμάτων των κρατουμένων ταυτόχρονα με την ομαλή λειτουργία των σωφρονιστικών καταστημάτων
3. Την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή αποκατάσταση του κρατούμενου (Ρηγούτσου, 2005)

Με τη βοήθεια επίσημων στατιστικών στοιχείων του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Εκθέσεων Διεθνών Οργανισμών και διάσπαρτων ερευνητικών δεδομένων η φυλακή στην Ελλάδα μπορεί να περιγραφεί ως εξής:

- Λειτουργούν:
 - 20 Γενικά Καταστήματα Κράτησης (6 Κλειστές Φυλακές Ανδρών, 1 Φυλακή Γυναικών και 13 Δικαστικές Φυλακές)
 - 8 Ειδικά Καταστήματα Κράτησης (4 Αγροτικές Φυλακές Ενηλίκων και 4 σωφρονιστικά Καταστήματα Ανηλίκων)
 - 3 Θεραπευτικά καταστήματα (Ρηγούτσου, 2005, Παπατζανάκη κ.α, 2008)
- Η συντριπτική πλειοψηφία των κρατουμένων είναι άνδρες (96%)
- Οι ανήλικοι κρατούμενοι είναι 525
- Οι γυναίκες είναι 592
- Σχεδόν οι μισοί κρατούμενοι είναι αλλοδαποί (45%-47%)

- Πάνω από το 60% των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές είναι ηλικίας μεταξύ 20-30 ετών.
- Όσοι κατηγορούνται ή έχουν καταδικαστεί για παράβαση του Νόμου περί Ναρκωτικών υπερ-εκπροσωπούνται σε σχέση με τους κρατούμενους που βρίσκονται στη φυλακή για άλλα αδικήματα.
- Το ποσοστό υπερπλήρωσης είναι 68.9% (8.150 κρατούμενοι / 4.825 θέσεις, Οκτ. 2000).
- Η αναλογία μεταξύ προσωπικού φύλαξης και κρατουμένων είναι 1/5.
- Παρατηρείται σημαντική έλλειψη μόνιμου ιατρικού προσωπικού, κοινωνικών λειτουργών, ενώ μόλις τα τελευταία χρόνια έχουν προσληφθεί ελάχιστοι ψυχολόγοι.
- Υπάρχει μια δραματική έλλειψη βασικών συνθηκών υγιεινής στις φυλακές. (Ρηγούτσου, 2005, Παπατζανάκη κ.α, 2008)

Οι φυλακές δεν αποτελούν προτεραιότητα των κυβερνήσεων. Ιστορικά η δημόσια χρηματοδότηση χαρακτηρίζεται ανεπαρκής και οι δημόσιοι υπάλληλοι είναι συχνά απρόθυμοι να δαπανήσουν χρήματα για τη φυλακή, εκτός κι αν υποχρεωθούν να το πράξουν. Τα πρότυπα της φυλακής και τα προγράμματα επιθεώρησης μπορούν να επισημάνουν τις ελλείψεις και την επιρροή της χρηματοδότησης με στόχο τη δέσμευση αναγκαίων πόρων των φυλακών. (Martin, 2007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Διατροφή στον Χώρο των Φυλακών

Ένα υγιές πρότυπο διατροφής και μια ισορροπημένη διατροφή καθίστανται ζωτικά για τη διατήρηση της υγείας και ευεξίας. Η υγιεινή διατροφή ωφελεί σχεδόν κάθε πτυχή της υγείας, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. (The Department of Health, 2014) Τα τρόφιμα παρέχουν στο σώμα ενέργεια, πρωτεΐνες, απαραίτητα λιπαρά, βιταμίνες και ανόργανα συστατικά για να ζήσει, να αναπτύσσεται και να λειτουργεί κατάλληλα. Ο ανθρώπινος οργανισμός χρειάζεται μια μεγάλη ποικιλία από διαφορετικά τρόφιμα που να παρέχει τις σωστές ποσότητες των θρεπτικών συστατικών με στόχο την προαγωγή της υγείας. Η υγιεινή διατροφή μπορεί επίσης να είναι μια από τις μεγαλύτερες απολαύσεις της ζωής. Μια ανθυγιεινή διατροφή σχετίζεται με την εμφάνιση διαφόρων σχετικών με τη διατροφή ασθενειών. (NHMRC, 2014) Έτσι, το Ινστιτούτο Φαρμάκων (IOM) δημιούργησε ποσοτικές εκτιμήσεις για την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών που πρέπει να χρησιμοποιούνται για τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση δίαιτας για υγιείς ανθρώπους (DRI's). Τα DRI's αντιπροσωπεύουν την πιο πρόσφατη επιστημονική γνώση των αναγκών σε θρεπτικά συστατικά υγιών πληθυσμών. (NAS, 1998, USDA, 2016)

1.1 Κανονισμοί και πολιτική της διατροφής των κρατούμενων

Μία από τις αρχές λειτουργίας των φυλακών αφορά τη διατροφή των κρατούμενων. Σύμφωνα με αυτή πρέπει να προσφέρονται στους κρατούμενους επαρκή και θρεπτικά γεύματα. Διαιτολόγοι θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι κάθε γεύμα παρέχει στους κρατούμενους μια ισορροπημένη διατροφή κατάλληλη για την ηλικία τους και για τις ιατρικές καταστάσεις. Οι έφηβοι μπορεί να χρειαστούν μια διαφορετική πρόσληψη θερμίδων από ό,τι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία τρόφιμοι. Οι διαβητικοί, οι τρόφιμοι που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και άτομα με τροφικές αλλεργίες, όλοι πρέπει να έχουν ιατρικά εγκεκριμένη και κατάλληλη διατροφή. Οι κρατούμενοι με διαιτητικούς περιορισμούς λόγω θρησκευτικών εθίμων, πρέπει επίσης να περιλαμβάνονται. (Martin, 2007)

Οι Στοιχειώδεις Κανόνες για τη Μεταχείριση των Κρατούμενων των Ηνωμένων Εθνών αναφέρουν ότι στους κρατούμενους πρέπει να παρέχονται τρόφιμα υψηλής διατροφικής αξίας για την προαγωγή της υγείας και της δύναμης, άριστης ποιότητας και καλά προετοιμασμένα και σερβιρισμένα και πόσιμο νερό πρέπει να είναι διαθέσιμο

οποιαδήποτε στιγμή ο τρόφιμος το χρειάζεται. Σχεδόν παρόμοια οι Κανόνες των Ευρωπαϊκών Καταστημάτων Κράτησης όσον αφορά τη σίτιση αναφέρουν ότι:

- Πρέπει να παρέχεται στους φυλακισμένους θρεπτική διατροφή που να λαμβάνει υπόψη την ηλικία, την υγεία, τη φυσική τους κατάσταση και τη φύση της κάθε εργασίας που διεξάγουν.
- Η παρασκευή του φαγητού και το σερβίρισμά του πρέπει να γίνονται με υγιεινό τρόπο.
- Πρέπει να υπάρχουν τρία γεύματα την ημέρα με λογικά διαστήματα μεταξύ τους.
- Καθαρό και πόσιμο νερό πρέπει να είναι διαθέσιμο στους φυλακισμένους ανά πάσα στιγμή.
- Ο ιατρός ή η ειδική νοσοκόμα πρέπει να επισημάνει μια αλλαγή στη διατροφή για ένα συγκεκριμένο κρατούμενο, εφόσον είναι αναγκαία για ιατρικούς λόγους. (Wease, 2016)

Οι παραπάνω Ευρωπαϊκοί κανόνες συμφωνήθηκαν από 47 Ευρωπαϊκές χώρες, μέσα στις οποίες είναι και η Ελλάδα. (Wease, 2016)

Στην Ελλάδα ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας γενικών καταστημάτων κράτησης σχετικά με τη σίτιση- διατροφή αναφέρει:

1. Η διατροφή των κρατουμένων είναι υποχρέωση της πολιτείας.
2. Σε όλους τους κρατούμενους παρέχονται 3 γεύματα (πρωινό, γεύμα και δείπνο) σύμφωνα με το ημερήσιο πρόγραμμα λειτουργίας του καταστήματος. Πρωινό στις 7:30, γεύμα 12 μεσημβρινή και δείπνο μισή ώρα πριν από τη δύση του ηλίου.
3. Τα προγράμματα του συσσιτίου καταρτίζονται στο τέλος κάθε βδομάδας, είναι εναλλασσόμενα και υπογράφονται από τον ιατρό και τα μέλη του Συμβουλίου της Φυλακής. Η τήρηση του προγράμματος και η ποιότητα του συσσιτίου παρακολουθούνται από τον ιατρό και τον διευθυντή του καταστήματος.
4. Στα άτομα που ασθενούν χορηγείται ειδική δίαιτα, η οποία συντάσσεται από τον ιατρό του καταστήματος. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2003)

Σε περίπτωση που αυτό είναι αδύνατο, οι ασθενείς με εισήγηση του ιατρού και με άδεια του Συμβουλίου Φυλακής προμηθεύονται, με δική τους δαπάνη, τρόφιμα από τους συμβεβλημένους προμηθευτές του καταστήματος και παρασκευάζουν το

δαιτητικό τους φαγητό. Ειδικό διαιτολόγιο χορηγείται και για θρησκευτικούς λόγους. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2003)

5. Επιτρέπεται η προμήθεια και άλλων ειδών που γίνεται με δαπάνη των κρατούμενων από το πρατήριο-καντίνα/ κυλικείο που λειτουργεί στο κατάστημα είτε μέσω προμηθευτή που αναδεικνύεται με διαγωνισμό είτε, τέλος, από το ελεύθερο εμπόριο με μέριμνα της υπηρεσίας. Η προμήθεια περιορίζεται σε ποσότητες επαρκείς για την κάλυψη των αναγκών του ατόμου.
6. Δεν επιτρέπεται η παραλαβή φρούτων από τους κρατούμενους κατά το επισκεπτήριο.
7. Όλα τα τρόφιμα (φρούτα, λαχανικά, ψάρια, κρέατα κ.λ.π) ελέγχονται από πλευράς ποιότητας από την αρμόδια επιτροπή παραλαβής.
8. Τα τρόφιμα που προμηθεύονται οι κρατούμενοι και τα είδη που εισάγονται στο κατάστημα γι' αυτούς υπόκεινται σε εξέταση και έρευνα.
9. Επιτρέπεται η χορήγηση ποτών μικρής περιεκτικότητας σε αλκοόλ σε ημέρες εορτών.
10. Η πληρωμή στο πρατήριο – καντίνα/ κυλικείο του καταστήματος γίνεται με μάρκες ή κουπόνια συμψηφιστικά με τη χρήση ατομικών βιβλιαρίων ή καρτελών. Η αγορά επί πιστώσει απαγορεύεται. (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2003)

Σύμφωνα με το Υπουργείο Δικαιοσύνης των Η.Π.Α ο Τομέας Διαχείρισης Τροφίμων πρέπει να συγκροτείται από το εξής προσωπικό:

- I) Διοικητής Υπηρεσίας Τροφίμων
- II) Βοηθός Διοικητή Υπηρεσίας Τροφίμων
- III) Επιβλέπων Μάγειρας Ευθυνών
- IV) Υπάλληλος Υπηρεσίας Τροφίμων
- V) Επιβλέπων Διαχειριστής Υλικών της Υπηρεσίας Τροφίμων
- VI) Διαιτολόγοι
- VII) Προσωπικό Υπηρεσίας Υγείας
- VIII) Εργαζόμενοι Κρατούμενοι (Federal Bureau of Prisons, 2011)

Αναλυτικότερα οι πολιτικές και οι διαδικασίες που αφορούν τη διαχείριση των τροφίμων και της διατροφής στις φυλακές των Η.Π.Α όπως αναγράφονται: (Department of Public Safety, 2013)

- **Τμήμα Οργάνωσης**

Ο σκοπός αυτής της πολιτικής είναι να καθορίσει τη δομή της οργάνωσης του τμήματος Διαχείρισης Τροφίμων και Διατροφής των φυλακών στις Η.Π.Α καθώς και να περιγράψει συνοπτικά τα γενικά καθήκοντα των ακόλουθων θέσεων: Διευθυντής Διαχείρισης Τροφίμων και Διατροφής, Διαιτολόγος Περιφέρειας, Κλινικός Διαιτολόγος, Διαχειριστής Σερβιρίσματος Γευμάτων και Υπεύθυνος Υπηρεσίας Τροφίμων.

- **Επιλογή Προσωπικού**

Είναι η πολιτική του τμήματος Διαχείρισης Τροφίμων και Διατροφής να επιλέγει υποψήφιους με προσόντα με την κατάλληλη εμπειρία που απαιτείται για να συμμορφωθούν με τις καθιερωμένες πολιτικές και διαδικασίες. Το προσωπικό θα πρέπει να επιλέγεται σύμφωνα με τις πολιτικές και τις διαδικασίες που καθορίζονται από το Γραφείο Προσωπικού του κράτους και από το Τμήμα Δημόσιας Ασφάλειας. (Department of Public Safety, 2013)

- **Ανάπτυξη Προσωπικού/ Εκπαίδευση**

Η πολιτική αυτή στοχοποιεί τη διασφάλιση ότι όλοι οι εργαζόμενοι της Διαχείρισης Τροφίμων των φυλακών θα λάβουν τις πιο πρόσφατες γνώσεις και εκπαίδευση, ώστε να μπορέσουν να εκπληρώσουν τα καθήκοντα που τους ανατίθενται για τη δουλειά τους.

- **Προσωπικό Κρατουμένων**

Η συγκεκριμένη πολιτική εστιάζει στην επιλογή των πιο ικανών τροφίμων από το Τμήμα Διαχείρισης Τροφίμων και Διατροφής που είναι διαθέσιμοι, ώστε να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με τις καθιερωμένες πολιτικές και διαδικασίες που διέπουν σε κάθε εγκατάσταση της διαχείρισης τροφίμων. (Department of Public Safety, 2013)

- **Ανάπτυξη του Μενού**

Η πολιτική αυτή έχει ως στόχο τη δημιουργία ενός ανακυκλωμένου μενού που θα σερβίρεται στους τροφίμους. Το συγκεκριμένο μενού θα περιλαμβάνει τακτικό, θεραπευτικό και θρησκευτικό μοτίβο γεύματος σχεδιασμένο για να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες του πληθυσμού των φυλακισμένων. Τα μενού θα συντάσσονται από Εγγεγραμμένους Διαιτολόγους που θα πληρούν τις απαιτήσεις της Επιτροπής Εγγραφής. Οι διατροφικές ανάγκες θα βασίζονται στη Διαιτητική Πρόσληψη Αναφοράς (DRI).

- **Σύστημα Διαχείρισης Τροφίμων (FMS)**

Το FMS είναι ένα διαδικτυακό σύστημα εξυπηρέτησης αυτοματοποιημένης τροφής. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την πρόβλεψη των αναγκών παραγωγής με βάση τις τρέχουσες πληροφορίες της απογραφής.

- **Θεραπευτικές Δίαιτες**

Επικεντρώνεται στη διαθεσιμότητα οδηγιών για τη συνταγογράφηση, την παροχή και τη διαχείριση θεραπευτικών διαιτολογίων για τον πληθυσμό των φυλακισμένων. (Department of Public Safety, 2013)

- **Θρησκευτικό Μενού**

Καθιερώνει και περιγράφει τις διαδικασίες για την παροχή θρησκευτικών μενού που ικανοποιούν τις βασικές διατροφικές ανάγκες των κρατουμένων των οποίων οι θρησκευτικές πεποιθήσεις απαιτούν την τήρηση των θρησκευτικών διατροφικών εθίμων.

- **Σίτιση στην Απομόνωση**

Καθιερώνει ένα αποτελεσματικό σύστημα για την παροχή ασφαλών, θρεπτικών, κατάλληλων και εύγευστων γευμάτων σε τροφίμους που βρίσκονται στην απομόνωση (Department of Public Safety, 2013)

- **Συσκευασμένα Τρόφιμα**

Όλοι οι κρατούμενοι, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που εργάζονται, θα πρέπει να λάβουν τα κατάλληλα θρεπτικά γεύματα σερβιρισμένα κάτω από ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες. Πρέπει να προετοιμάζονται σύμφωνα με τα μενού του FMS.

- **Διαχείριση Διατροφής κρατουμένων που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω αυτό-τραυματισμού**

Καθιερώνει οδηγίες για τη διατροφική διαχείριση των τροφίμων που βρίσκονται σε κίνδυνο για αυτό-βλαπτική συμπεριφορά.

- **Φορολογική Διοίκηση**

Δημιουργία μιας φόρμας στο Τμήμα Διαχείρισης Τροφίμων για την προμήθευση ειδών τροφίμων, προμηθειών και την καταγραφή εμπορευμάτων. (Department of Public Safety, 2013)

- **Κόστος Φαγητού**

Είναι πολιτική του τμήματος Διαχείρισης Τροφίμων και Διατροφής να παράγει σταθερά και να αξιολογεί τις μηνιαίες αναφορές του κόστους των τροφίμων.

- **Παραγωγή Φαγητού**

Για να έχουν ποιοτικό φαγητό προετοιμασμένο σε σωστές ποσότητες, με ελάχιστες πιθανότητες να υπάρχει περίσσειμα, ο Διαχειριστής της Υπηρεσίας Τροφίμων πρέπει να χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους σχεδιασμού, οργάνωσης και ελέγχου. Προκειμένου να διατηρηθεί μια αποτελεσματική διαδικασία, το Σύστημα Διαχείρισης Τροφίμων (FMS) πρέπει να ενσωματωθεί σε όλες τις πτυχές της παραγωγής τροφίμων. (Department of Public Safety, 2013)

- **Ασφάλεια και Υγιεινή Τροφίμων**

Κάθε εγκατάσταση του Τομέα Διαχείρισης Τροφίμων πρέπει να διατηρείται καθαρή, υγειονομική και να ακολουθεί καθιερωμένα πρότυπα για τη διασφάλιση της ασφάλειας των γευμάτων.

- **HACCP (Ανάλυση Κινδύνων και Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου)**
Ο σκοπός αυτής της πολιτικής είναι η θέσπιση κατευθυντήριων γραμμών για την αξιοποίηση του προγράμματος HACCP για την προώθηση της ασφάλειας των τροφίμων και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου τροφικής ασθένειας.
- **Δοκιμαστικοί Δίσκοι/ Δίσκοι Δείγματος**
Πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμοι για έλεγχο από το τοπικό Υπουργείο Υγείας, σε περίπτωση πιθανής μεταδοτικής τροφικής ασθένειας.
- **Σχέδια Έκτακτης Ανάγκης**
Κάθε μονάδα πρέπει να έχει εγγράφως σχέδια έκτακτης ανάγκης που περιλαμβάνουν διαδικασίες διαχείρισης τροφίμων.
- **Εξοπλισμός**
- **Έλεγχος Εργαλείων** (Department of Public Safety, 2013)
- **Μηνιαίες Αναφορές**
Με σκοπό να διευκολύνουν την επικοινωνία και να προάγουν την παροχή απαιτούμενων πληροφοριών, οι μηνιαίες αναφορές θα πρέπει να υποβάλλονται από όλους τους διαιτολόγους, του κλινικούς διαιτολόγους και από τους βασικούς Διαχειριστές Υπηρεσίας Τροφίμων. (Department of Public Safety, 2013)
- **Έλεγχος**
Ένας εμπειριστατωμένος έλεγχος διεξάγεται από την Κεντρική Υπηρεσία Τροφίμων και από το Γραφείο Διαχείρισης Διατροφής. Ο έλεγχος είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για τον καθορισμό του βαθμού της συμμόρφωσης κάθε εγκατάστασης με την καθιερωμένη πολιτική και διαδικασίες.

- **Επιθεώρηση**

Όλες οι εγκαταστάσεις δέχονται επιθεωρήσεις ρουτίνας για να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με τα πρότυπα υγιεινής, τα πρότυπα ασφαλείας και τις φορολογικές διαδικασίες.

- **Πρόγραμμα Διατροφής Παιδιών**

Τα καταστήματα των φυλακών φιλοξενούν και νεαρούς παραβάτες που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Διατροφής Παιδιών. Τα μενού πληρούν τα πρότυπα γευμάτων και διατροφής, όπως περιγράφεται από το Υπουργείο Γεωργίας των Η.Π.Α (USDA, 2016).

- **USDA Προϊόντα**

Πρέπει να τηρούνται όλοι οι νόμοι, οι κανονισμοί και οι πολιτικές του USDA και της Υπηρεσίας του Καταναλωτή προκειμένου να γίνεται παραλαβή προϊόντων. (Department of Public Safety, 2013)

- **Πρόγραμμα Τεχνολογίας Τροφίμων**

Το πρόγραμμα αυτό διδάσκει στους τροφίμους τα βασικά της παραγωγής τροφίμων και της υγειονομίας. Οι τρόφιμοι που φέρνουν σε πέρας αυτό το πρόγραμμα πρέπει να προσλαμβάνονται για δουλειά σε εγκατάσταση του Τομέα Υπηρεσίας Τροφίμων, το οποίο θα βελτιώσει την ποιότητα των κρατούμενων-εργαζομένων στην παραγωγή τροφίμων και θα προσφέρει στους τροφίμους δεξιότητες στο Μάρκετινγκ για την καριέρα του/της μετά τη φυλάκιση. (Department of Public Safety, 2013)

- **Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα**

Οι τρόφιμοι που ολοκληρώνουν αυτό το πρόγραμμα θα λάβουν ένα πιστοποιητικό εμπόρου που είναι ένα εθνικά αναγνωρισμένο πιστοποιητικό απασχόλησης.

- **ServSafe**

Πρέπει να υπάρχει ένας πιστοποιημένος ServSafe εργαζόμενος κατά τη διάρκεια προετοιμασίας των γευμάτων. (Department of Public Safety, 2013)

1.2 Μέθοδοι/ Συστήματα Παραγωγής Γευμάτων

Τα συστήματα υπηρεσίας τροφίμων των φυλακών αποτελούνται από τα προγράμματα τροφοδοσίας τροφίμων (catering), εγκαταστάσεις όπου οι κρατούμενοι μαγειρεύουν το γεύμα τους οι ίδιοι, μαγαζιά στις φυλακές ή κυλικεία, τη δυνατότητα οι τρόφιμοι να μαγειρεύουν και να τρώνε με τους επισκέπτες τους, λαχανόκηπους και την άτυπη προετοιμασία των τροφίμων σε οικιστικές μονάδες, παρά τους θεσμικούς κανόνες που απαγορεύουν τέτοια δραστηριότητα. (WHO, 2015)

- **Τροφοδοσία (catering):** Τα γεύματα μπορεί να προετοιμάζονται στην κουζίνα του ιδρύματος ή να μαγειρεύονται σε άλλη εγκατάσταση και να παραδίδονται στο ίδρυμα για να θερμανθεί και να σερβιριστεί. Τα γεύματα τότε σερβίρονται στους κρατούμενους σε κοινή τραπεζαρία ή παραδίδονται με τρόλει στις οικιστικές μονάδες όπου οι φυλακισμένοι τα καταναλώνουν στο κελί τους. Το προσωπικό που προετοιμάζει και διανέμει τα γεύματα περιλαμβάνει τροφίμους-εργαζόμενους, πολιτικό προσωπικό ή ένα συνδυασμός αυτών. Τα γεύματα μπορεί να περιλαμβάνουν Χαλάλ και κοσέρ γεύματα και άλλα ειδικά μενού για τροφίμους με θρησκευτικές πεποιθήσεις και απαιτήσεις υγείας. (WHO, 2015)
- **Εγκαταστάσεις όπου μαγειρεύουν οι ίδιοι:** Μερικά σωφρονιστικά ιδρύματα προσφέρουν εγκαταστάσεις κουζίνας μέσα στις οικιστικές μονάδες όπου οι τρόφιμοι μπορούν να μαγειρεύουν από μόνοι τους. Αυτές οι εγκαταστάσεις μπορούν να υπάρχουν μαζί με τις υπηρεσίες τροφοδοσίας ή χωρίς. (WHO, 2015)
- **Μαγαζιά Φυλακών:** Στα περισσότερα σωφρονιστικά ιδρύματα της Ευρώπης και των Η.Π.Α οι κρατούμενοι μπορούν να αγοράσουν επιπλέον είδη τροφίμων από εσωτερικά καταστήματα (π.χ κυλικεία). (Johns et al, 2013, Edwards et al, 2001)

Σε καταστήματα φυλάκισης στην Αυστραλία υπάρχει ένας εβδομαδιαίος κατάλογος «buy-up» (περιλαμβάνει είδη τροφής καθώς και προϊόντα περιποίησης, είδη ζαχαροπλαστικής και τσιγάρα), όπου μπορούν να προμηθευτούν είδη τροφών εάν έχουν την οικονομική δυνατότητα . Σύμφωνα με έρευνες σε ιδρύματα της Αυστραλίας τα πιο κοινά είδη τροφής που αγοράζονταν από τους άνδρες ήταν το κρέας, ζυμαρικά και αυγά. Αντίθετα, οι γυναίκες αγόραζαν συνήθως αντικείμενα

όπως τα γλυκά καραμέλες, μπισκότα, κέικ, σοκολάτα και αναψυκτικά. Τα δύο τρίτα των προϊόντων του «buy- up» ήταν σνακ. (Williams et al, 2009)

Πολλοί από τους κρατούμενους προτιμούσαν να αγοράζουν είδη τροφών και να προετοιμάζουν το γεύμα μόνοι τους από το να καταναλώνουν αυτό που τους προσφέρεται. Βέβαια, υπάρχει μία κριτική ότι οι «buy- up» λίστες υπολείπονται ποικιλίας, υγιεινών και φρέσκων επιλογών. Επιπλέον, κατά την έρευνα οι τρόφιμοι από Ασία και οι Μουσουλμάνοι στηρίζονταν σε αυτό τον τρόπο σίτισης και είχαν την επιθυμία να ήταν πιο συχνός καθώς ο κατάλογος ήταν διαθέσιμος μόνο κάθε έξι βδομάδες και μια φορά τον χρόνο αντίστοιχα και τη διαθεσιμότητα περισσότερων Ασιατικών προϊόντων. (Williams et al, 2009) Η συμπλήρωση της δίαιτάς τους αγοράζοντας λιγότερο υγιεινά είδη τροφής, τα οποία είναι πλούσια σε λίπος και σε ζάχαρη, έχει ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση του υγιεινού διαιτολογίου που παρέχεται από τους διαιτολόγους και την κατανάλωση περισσότερων θερμίδων ημερησίως από ό,τι καίνε, με συνέπεια την αύξηση του σωματικού βάρους. (Bourn, 2006, Harwell, 2013, Crawley, 2006)

- **Άτυπη Προετοιμασία Γευμάτων:** Είναι ασυνήθιστο για ανθρώπους που βρίσκονται σε κράτηση να μαγειρεύουν στα κελιά τους ή στις οικιστικές μονάδες χρησιμοποιώντας φαγητό που έχουν αγοράσει από τα μαγαζιά των φυλακών ή έχει σερβιριστεί από το ίδρυμα ή/και το έχουν πάρει από την κεντρική κουζίνα. Μερικές εγκαταστάσεις μπορεί να επιτρέπουν ορισμένους τρόπους μαγειρέματος και παρέχουν στους τροφίμους φούρνο μικροκυμάτων, εστίες μαγειρέματος ή/και καυτό νερό. Άλλα ιδρύματα απαγορεύουν το μαγείρεμα στις οικιστικές μονάδες. (WHO, 2015)

Στις εγκαταστάσεις όπου το άτυπο μαγείρεμα απαγορεύεται οι φυλακισμένοι μπορεί να χρησιμοποιήσουν λαθραία αντικείμενα για να φτιάξουν πηγία θερμότητας ή/και να χρησιμοποιήσουν αντικείμενα/ συσκευές που δεν έχουν σχεδιαστεί για μαγείρεμα όπως είναι το σεσουάρ, σίδερα, σακούλες σκουπιδιών και μαξιλαροθήκες για να προετοιμάσουν φαί. Τρόφιμοι που μπλέκονται με τέτοιες παράνομες δραστηριότητες διατρέχουν κίνδυνο αυστηρής τιμωρίας. (WHO, 2015)

- **Φαγητό Βασισμένο σε Επισκέψεις:** Ανάλογα με τους κανονισμούς και τις εγκαταστάσεις στα ιδρύματα, μπορεί να επιτρέπεται στους κρατούμενους να μοιράζονται φαγητό ή να μαγειρεύουν με τους επισκέπτες τους. Μερικά ιδρύματα προμηθεύουν τον χώρο επίσκεψης με μηχανήματα αυτόματης πώλησης όπου άτομα μπορούν να αγοράσουν σνακ. Φίλοι και οικογένεια μπορεί να επιτρέπεται να φέρνουν φαγητό μαζί τους κατά την επίσκεψη. Μερικές φυλακές διαθέτουν εγκαταστάσεις μαγειρέματος όπου οι επισκέπτες μπορούν να προετοιμάζουν γεύματα μαζί με τους κρατούμενους φίλους τους/ συγγενείς. (WHO,2015)
- **Κήποι και φάρμες Φυλακής:** Άτομα υπό κράτηση μπορεί να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικά προγράμματα απασχόλησης στα οποία καλλιεργούν φρούτα, λαχανικά και βότανα ή εκτρέφουν ζώα που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή γευμάτων ή πωλούνται σε άλλα σωφρονιστικά καταστήματα ή σε μαγαζιά στην κοινωνία. (Minke, 2014)

Οι κρατούμενοι εκφράζουν μεγάλη ευχαρίστηση με το να μαγειρεύουν μόνοι τους τα γεύματά τους. Σε μία έρευνα που έγινε στη Δανία βρέθηκε ότι περίπου το 70% των κρατούμενων ήταν ευχαριστημένο με την ποιότητα του φαγητού. Περίπου το μισό (56%) ήταν ικανοποιημένο με την ποικιλία των προϊόντων στα μαγαζιά των φυλάκων και το 31% ήταν ευχαριστημένο με τις τιμές. Οι φυλακισμένοι εκτιμούν την δυνατότητα να επιλέγουν τι θα τρώνε. (Minke, 2014)

1.3 Συστήματα Σύνταξης Μενού

1.3.1. Ration Scale

Από 1941 τα σωφρονιστικά ιδρύματα χρησιμοποιούσαν την «Κλίμακα Κατανομής Τροφίμων (Ration Scale)», μία μέθοδος κατά την οποία παρέχονταν στους κρατούμενους ένα σύνολο γευμάτων. (Cross & MacDonald, 2009, Johns et al, 2013) Η μέθοδος αυτή τότε περιοριζόνταν στο ψωμί, στη σούπα και στις πατάτες. Είχει γίνει προσπάθεια τροποποίησης της «Κλίμακας Κατανομής Τροφίμων», έτσι ώστε τα γεύματα να ήταν διατροφικά ισορροπημένα και αποδεκτά από τους τροφίμους. Τα τρόφιμα αυτής της κλίμακας ήταν προκαθορισμένα και αυτό επέτρεπε στους υπεύθυνους τροφοδοσίας να παράγουν μερίδες περιορισμένου αριθμού, αλλά ένα διατροφικά ισορροπημένο μενού. (Edwards et al, 2001) Παρόλο που αυτό το σύστημα βοήθησε στην παροχή ισορροπημένης

δίαιτας, υστερούσε στη διαμοίραση όλων των γευμάτων σε όλους τους κρατούμενους λόγω του περιορισμένου αριθμού, καθώς ήταν διαθέσιμα μόνο σε αυτούς που βρίσκονταν στην μπροστινή σειρά. Έτσι, δεν υπήρχε καμία εγγύηση ότι οι κρατούμενοι θα ακολουθούσαν μια πραγματικά ισορροπημένη διατροφή. (Edwards et al, 2001)

1.3.2. Μενού Προ- επιλογής

Το 1997, περίπου το 50 % των φυλακών του Ηνωμένου Βασιλείου υιοθέτησε το σύστημα της προ- επιλογής, όπου επιλέγονται γεύματα, το οποίο επιτρέπει στους κρατούμενους να αποφασίσουν τι θέλουν μια ημέρα ή και άλλες εκ των προτέρων και δίνει στον διαχειριστή της τροφοδοσίας μια ικανοποιητική ένδειξη της επιθυμίας. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 2005, όλες οι φυλακές είχαν υιοθετήσει το προ-επιλογή σύστημα όπου αποδείχθηκε κατάλληλο για την περίπτωση τους. Όλες οι κουζίνες προσέφεραν τουλάχιστον τέσσερις επιλογές σε κάθε κύριο γεύμα, με χορτοφαγικές, αυστηρά χορτοφαγικές και θρησκευτικές επιλογές διατροφής, συμπεριλαμβανομένης τουλάχιστον μίας επιλογής χαρακτηρισμένης ως υγιεινή. (Bouin, 2006) Όταν τα γεύματα συγκεντρώνονται, ένας δεσμοφύλακας φωνάζει το όνομα του κρατούμενου, αφού προηγουμένως επέλεξε το ορεκτικό του· ο τρόφιμος στη συνέχεια πηγαίνει στον πάγκο εξυπηρέτησης όπου οι πατάτες (ή κάποιο άλλο αμυλώδες), τα λαχανικά και οι σάλτσες σερβίρονται και συλλέγει επίσης ένα επιδόρπιο ή φρέσκο φρούτο τα οποία μπορεί να έχουν προ-παραγγελθεί. Φέτες ψωμιού, κυρίως άσπρο και μερικές ολικής αλέσεως, αλοιφές και καρυκεύματα είναι ελεύθερα διαθέσιμα. Οι τρόφιμοι, στη συνέχεια επιστρέφουν στα κελιά τους, όπου καταναλώνουν τα γεύματα. Στις γυναικείες φυλακές, συλλέγουν τα γεύματά τους από τον πάγκο εξυπηρέτησης και στη συνέχεια τρώνε σε μια τραπέζα· ενώ σε ιδρύματα νεαρών παραβατών, οι νεαροί άνδρες κάθονταν σε τραπέζια των τεσσάρων στον κοινόχρηστο χώρο μεταξύ των κελιών. (Edward et al, 2009)

Γεύματα Προ- Επιλεγμένων Μενού

Ημέρα	Πρωινό	Μεσημεριανό	Βραδινό
Πέμπτη	Πακέτο Πρωινού Ημι- αποβουτυρωμένο Γάλα Ψωμάκι	Ψωμί και Σούπα 1 Ζυμαρικά Χορτοφάγων, Βραστές Πατάτες και Ανάμεικτα Λαχανικά 2 Πίτα με Κοτόπουλο και Μανιτάρια, Βραστές Πατάτες και Ανάμεικτα Λαχανικά 3 Χαλάλ Τζαμαϊκανό Μοσχάρι Παπί, Βραστές Πατάτες και Ανάμεικτα Λαχανικά 4 Corned Beef και ρολά Τουρσί με πατατάκια 5 Πατάτα Ψητή και Λαχανοσαλάτα	A Λαχανικά Σουπρέμ, Πουρές Πατάτας και Αρακάς B Κοτόπουλο Σουπρέμ, Πουρές Πατάτας και Αρακάς Γ Χαλάλ Κοτόπουλο Κάρυ, Βραστό Ρύζι και Αρακάς Δ Ψητό Χοιρομέρι, Πουρές Πατάτας και Αρακάς Ε Πίτα με Χοιρινό Κρέας και Σαλάτα ΣΤ Πουτίγκα Η Φρέσκο Φρούτο
Παρασκευή	Πακέτο Πρωινού Ημι- αποβουτυρωμένο Γάλα Ψωμάκι	Ψωμί και Σούπα 1 Ανοιξιάτικα Ρολά Λαχανικών, Τηγανητές Πατάτες και Αρακάς 2 Παναρισμένο Ψάρι, Τηγανητές Πατάτες και Αρακάς 3 Τυρί και Ψητό Κρέας, Τηγανητές Πατάτες και Αρακάς 4 Τυρί και Ρολό Ντομάτας, Πατατάκια 5 Ψητές Πατάτες και Τόνος	A Φασόλια και Λαχανικά Κάρυ, Βραστό Ρύζι και Κουνουπίδι B Κοτόπουλο του Κυνηγού, Βραστό Ρύζι και Κουνουπίδι Γ Χαλάλ Μοσχάρι Κατσαρόλας, Βραστό Ρύζι και Κουνουπίδι Δ Ψάρι με Σάλτσα Μαϊντανού, Βραστό Ρύζι και Κουνουπίδι Ε Κίς Λαχανικών και Σαλάτα ΣΤ Πουτίγκα και Κρέμα Η Φρέσκο Φρούτο
Σάββατο	Πακέτο Πρωινού Ημι- αποβουτυρωμένο Γάλα Ψωμάκι	Ψωμί 1 Δύο Λουκάνικα Λαχανικών, Τηγανητό Αυγό και Δύο Ξεροτηγανίδια 2 Λουκάνικο Κοτόπουλου, Μπέικον, Δύο Ξεροτηγανίδια και Τηγανητό Αυγό 3 Δύο Χαλάλ Λουκάνικα Κοτόπουλου, Δύο Ξεροτηγανίδια και Τηγανητό Αυγό 1,2 & 3 Σερβίρονται με Κονσέρβα Ντομάτας και Τοστ 4 Ρολό Γαλοπούλας με Σαλάτα και Πατατάκια 5 Ψητή Πατάτα και Φασόλια Κάρυ	A Λαζάνια με Σόγια, Ψωμί με Σκόρδο και Σαλάτα B Λαζάνια με Μοσχαρίσιο Κιμά, Ψωμί με Σκόρδο και Σαλάτα Γ Χαλάλ Μοσχάρι Ιταλιάνε, Ψωμί με Σκόρδο και Σαλάτα Δ Ρύζι και Πιπεριές Γεμιστές με Φασόλια και Σαλάτα Ε Σαλάτα Τυριού ΣΤ Πίτα της Σουλτάνας Η Φρέσκο Φρούτο
<p align="center">Η Ψητή πατάτα σερβίρεται χωρίς γέμιση. Τα Πατατάκια πάνε με μόνο με τα μεσημεριανά Ρολά. Γίνεται κράτηση μερίδων Λαζανιών με Σόγια για τους αυστηρά χορτοφάγους και προστίθενται σάλτσα ντομάτας αντί για σάλτσα τυριού. Το ψωμί με το σκόρδο δεν είναι κατάλληλο για αυστηρά χορτοφάγους. Το Σουπρέμ Λαχανικών παρασκευάζεται με γάλα σόγιας και Μαργαρίνη για αυστηρά χορτοφάγους. Προσφέρεται στους αυστηρά χορτοφάγους ένα μέρος μανιταριών αντί για τηγανητό αυγό, το Σάββατο.</p>			

Πίνακας 1.1: Παράδειγμα Προ- Επιλεγμένου Μενού (πηγή Bourn, 2006)

Αυτό το σύστημα έχει πολλά πλεονεκτήματα. Επιτρέπει για παράδειγμα, στους υπεύθυνους τροφοδοσίας να προγραμματίσουν καλύτερα το σύνολο των τροφών και τις απαιτήσεις του γεύματος αποφεύγοντας έτσι την υπερβολική ποσότητα περισσεύματος. Οι κρατούμενοι, ιδιαίτερα εκείνοι στο τέλος της ουράς, είναι σίγουροι για την παραλαβή ενός γεύματος της επιλογής τους αντί να στηρίζονται σε αυτό που απέμεινε. (Edwards et al, 2001)

Σε 8 φυλακές του Ηνωμένου Βασιλείου πραγματοποιήθηκε έρευνα για τη μέτρηση και την αξιολόγηση του διατροφικού περιεχομένου των προ-επιλεγμένων γευμάτων (pre-selected) και ότι πραγματικά καταναλώνεται από τους τροφίμους. Οι φυτικές ίνες, η βιταμίνη D και η μέση διατροφική πρόσληψη υπερέβαιναν τις συστάσεις για την ηλικιακή ομάδα ανδρών 19-59 ετών. Το ποσοστό της ενέργειας που προέρχονταν από υδατάνθρακες ήταν σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τις συστάσεις, η πρωτεΐνη τις ξεπερνούσε και το λίπος ελάχιστα πιο πάνω (Πίνακας 1.2). Ο μέσος όρος περισσευμάτων στη μία φυλακή ήταν 7,8% και στην άλλη 3,6%. Αυτή η χαμηλή απώλεια υποστηρίζει τον ισχυρισμό ότι όταν το φαγητό είναι ελεύθερα διαθέσιμο σε ένα αυστηρό περιβάλλον, οι τρόφιμοι θα επιλέξουν ό,τι θέλουν και η απώλεια θα είναι χαμηλή. Η σπατάλη γευμάτων προκαλείται κυρίως όταν το φαγητό δεν είναι το προσδοκώμενο και δεν είναι αρεστό. (Edwards et al, 2001)

Μέσος Όρος Καθημερινής Διατροφικής Πρόσληψης				
Συστατικά	Μονάδα	Μέσος Όρος	SD	Συστάσεις*
Ενέργεια	Kcal	2561	665	2550
	KJ	10765	2792	10600
Πρωτεΐνη	G	88.0	27.0	55.5
Ολικό Λίπος	G	103.1	33.2	99.2
Υδατάνθρακες	G	341.8	101.7	-
Ποσοστό Ενέργειας από:				
Πρωτεΐνη	%	13.7	-	8.7 [†] (15)
Ολικό Λίπος	%	36.2	-	35.0 [†]
Υδατάνθρακες	%	50	-	50.0 [†]
Φυτικές Ίνες (Englyst)	G	29.6	12.2	30.0 [†]
Φυτικές Ίνες (Southgate)	G	18.4	7.5	18.0 [†]
Βιταμίνες:				
A Ρετινόλη	Mg	1950.2	3896.7	700
B ₁ Θειαμίνη	Mg	2.03	0.84	1.0
B ₂ Ριβοφλαβίνη	Mg	1.94	0.91	1.3
B ₆ Πυριδοξίνη	Mg	2.46	1.14	1.4
C Ασκορβικό Οξύ	Mg	64.6	38.0	40.0
D Καλσιφερόλη	Mg	4.03	2.96	10
Μέταλλα :				
Na Νάτριο	Mg	4096	1286	1600
Ca Ασβέστιο	Mg	908	325	700
Fe Σίδηρος	Mg	15.9	4.9	8.7

* Οι συστάσεις του Department of Health 1991 είναι βασισμένες σε άντρες ηλικίας 19-59 ετών και εκφράζονται ως Μέση Εκτιμώμενη Απαιτήση (EAR), Θρεπτικές Προσλήψεις Αναφοράς (RNI) ή Ασφαλής Πρόσληψη.

[†] Αυτά τα στοιχεία δεν είναι 100% απόλυτα, όπως είναι γενικά αναγνωρισμένο ότι κατά μέσο όρο η πρωτεϊνική πρόσληψη αποτελεί το 15% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης.

Πίνακας 1.2. Μέσος Όρος Καθημερινής Διατροφικής Πρόσληψης (πηγή Edwards et al, 2001)

1.3.3. Σύγκριση Ration Scale και Μενού Προ- επιλογής

Για όλα τα συστατικά το «Ration Scale» σύστημα υπερέβη της πραγματικής πρόσληψης, όπως και στο 1/3 των περισσότερων περιπτώσεων, αλλά έγινε ανάλυση του μενού του «Ration Scale», όχι ό,τι πραγματικά καταναλώθηκε. Δεν υπήρξε βελτίωση της σπατάλης τροφίμων στην προετοιμασία, στην έκταση των μαγειρικών εστιών, το φαγητό έμενε παρητημένο στον πάγκο σερβιρίσματος και κανένα γεύμα δεν καταναλώθηκε από τους φυλακισμένους. Η κατανάλωση μιας θρεπτικά ισορροπημένης διαίτας στις φυλακές μπορεί να επιτευχθεί με την προσφορά ποικιλίας γευμάτων που περιέχουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, με την παρουσίαση ελκυστικών πιάτων τα οποία διεγείρουν την επιλογή και κατανάλωσή τους, αλλά και με τη διάθεση της απαραίτητης γνώσης στους τροφίμους για να καταστεί δυνατή η επιλογή υγιεινού γεύματος. (Edwards et al, 2001) Το «Ration Scales» μπορεί να βοηθήσει το προσωπικό τροφοδοσίας στην προετοιμασία ισορροπημένων μενού αλλά δεν υπάρχει εγγύηση ότι οι τρόφιμοι θα διαλέξουν να καταναλώσουν μια ισορροπημένη διαίτα. Οι προσωπικές προτιμήσεις τροφίμων και το επίπεδο της εκπαίδευσης είναι ο κυρίαρχος παράγοντας της επιλογής τροφίμων σε αυτές τις περιπτώσεις. Η χρήση του συστήματος της προ – επιλογής , το οποίο μπορεί να λειτουργήσει μόνο χωρίς την αγορά ειδών τροφής από τους κρατούμενους, έχει μια σειρά πλεονεκτημάτων. Από ψυχολογική άποψη, το φαγητό «παραγγέλλεται» από τον ίδιο τον κρατούμενο δίνοντάς του την εντύπωση ότι μεταχειρίστηκε σαν μεμονωμένη προσωπικότητα. Δεν χρειάζεται να βασίζεται σε μια περιορισμένη ακολουθία πιάτων και να παίρνει ό,τι έχει μείνει όταν βρίσκεται στο τέλος της σειράς. Πρέπει να υπάρχει ένα μείζων ενδιαφέρον για την εξασφάλιση απαραίτητων γνώσεων στους κρατούμενους έτσι ώστε να μπορούν να κάνουν μια εμπειριστατωμένη επιλογή. (Edwards et al, 2001)

Σύγκριση μεταξύ «Ration Scale» συστήματος και Προ- επιλογής						
Συστατικά	Μονάδα	Ration Scale	Προ- Επιλογή	Τιμή Μεταβολής	%	Συστάσεις
Ενέργεια	Kcal	4255	2561	-1694	-39	2550
	KJ	17800	10765	-7035	-39	10600
Πρωτεΐνη	g	129.6	88.0	- 41.6	-32	55.50
Ολικό Λίπος	g	155.0	103.1	-51.9	-33	99.17
Υδατάνθρακας	g	552.0	341.8	-210.2	-38	-
Βιταμίνες:						
A Ρετινόλη	μg	4578	1950	-2628	-57	700
B ₁ Θειαμίνη	mg	2.6	2.03	-0.57	-22	1.0
B ₂	mg	2.46	1.94	-0.52	-21	1.3
Ριβοφλαβίνη						
C Ασκορβικό Οξύ	mg	69.0	64.60	-4.40	-6	40.0
D	μg	5.62	4.03	-1.59	-28	10
Καλσιφερόλη						
Μέταλλα :						
Ca Ασβέστιο	mg	1418	908	-510	-36	700
Fe Σίδηρος	mg	23.25	15.93	-7.32	-31	8.7

Πίνακας 1.3 Σύγκριση μεταξύ «Ration Scale» συστήματος και Προ- επιλογής (πηγή Edwards et al, 2001)

1.4 Ειδικές Δίαιτες

Η Επιτροπή Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων έχει δηλώσει ότι το δικαίωμα σε επαρκή τροφή είναι ένα θεμελιώδες μέρος της εγγενούς αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Κρατούμενοι που έχουν συγκεκριμένες διατροφικές απαιτήσεις για ιατρικούς ή θρησκευτικούς λόγους μπορεί να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες με τη διατροφή στη φυλακή. (Wease,2016)

Είναι σημαντικό οι υπεύθυνοι τροφοδοσίας να σέβονται τις διατροφικές συνήθειες και τις επιλογές των διαφόρων ομάδων και να κατανοούν τη σημασία της φύλαξης τηγανιών και σκευών μαγειρικής ξεχωριστά και χρήσης κατάλληλων συστατικών σε μικτά γεύματα. Για παράδειγμα, θα πρέπει να δίνεται προσοχή κατά τη χρήση συσκευασμένων προϊόντων ότι δεν περιέχουν ζωικά συστατικά που δεν μπορούν να καταναλωθούν από ορισμένες ομάδες ή ότι τα ζωικά λίπη ή ζελατίνη δεν υπάρχουν σε τρόφιμα που έχουν αγοραστεί. (Crawley, 2006) Μπορεί να είναι απαραίτητο να παραδοθεί αίτηση στις αρχές της φυλακής ή σε γιατρό για διαφορετική διαίτα για ιατρικούς, θρησκευτικούς και ηθικούς λόγους. (Wease, 2016)

1.4.1. Πρόγραμμα Διατροφής Για Θρησκευτικούς Λόγους

Ορισμένες δίαιτες, όπως οι Βουδιστές, καλύπτονται με την παροχή χορτοφαγικών ή αυστηρά χορτοφαγικών επιλογών. Άλλες δίαιτες, όπως οι Μουσουλμανικές και οι Εβραϊκές δίαιτες, απαιτούν ειδικές τροφές και προετοιμασία. (Bourn ,2006) Το εγκεκριμένο μενού των ειδικών διαιτολογίων επανεξετάζεται κάθε χρόνο για το αν ανταποκρίνεται στις διατροφικές προτιμήσεις του κρατούμενου και σε θρεπτικό περιεχόμενο. Πριν και μετά την επανεξέταση, το μενού αναλύεται από Εγγεγραμμένο Διαιτολόγο για την εξακρίβωση της πληρότητας του σε θρεπτικά συστατικά σύμφωνα με τα DRI's. Τα προετοιμασμένα γεύματα σερβίρονται σε σφραγισμένες ατομικές συσκευασίες με την κατάλληλη επισήμανση Πιστοποίησης Θρησκευμάτων. (Issermoyer, 2012)

Ειδικές δίαιτες για θρησκευτικούς/ Εθνικούς/Ηθικούς λόγους:

- **Χορτοφαγία:** Κάθε τρόφιμος με θρησκευτικές, προσωπικές ή ηθικές διατροφικές ανάγκες μπορεί να ζητήσει να συμμετάσχει στο χορτοφαγικό διατροφικό πρόγραμμα. Η συμμετοχή απαιτεί την έγκριση ιερού ιδρύματος. (Marshall R., 2010) Σε φυλακές στην Αριζόνα αναφέρεται ότι το μενού των αρρένων γαλάκτο-χορτοφάγων είναι κατά μέσο όρο 2800 θερμίδες τη μέρα. Το κρέας αντικαθίσταται από τυρί, φυτικόβούτυρο, φασόλια ή όσπρια και συμπεριλαμβάνει γαλακτοκομικά προϊόντα. (Arizona Department of Corrections, 2008)

- **Κοσέρ/ Εβραϊκό Πάσχα:** Ένα Εβραϊκό Κοσέρ διατροφικό πρόγραμμα πρέπει να υπάρχει σε όλα τα ιδρύματα, καθώς και η ύπαρξη εβραίου Ιερέα ή Ραβίνου. (Marshall R., 2010) Στις φυλακές της Αριζόνας εγκρίνεται ανακυκλώσιμο μενού Κοσέρ δύο εβδομάδων (2800 θερμίδες τη μέρα) από τον Ραβίνο και αναλύεται ως προς τα θρεπτικά του συστατικά από Διαιτολόγο. (Arizona Department of Corrections, 2008) Κατά τις οχτώ μέρες του Εβραϊκού Πάσχα προετοιμάζεται ειδικό μενού Κοσέρ βάση των εβραϊκών εθίμων για τη συγκεκριμένη εορτή. (Issermoyer, 2011)
- **Γεύματα Γιορτών:** Δεν επιτρέπεται να υπάρχουν περισσότερες από δύο εκδηλώσεις κάθε χρόνο, λόγω εθιμοτυπικών γευμάτων, τα οποία παρέχονται από το φορέα στη θέση του καθημερινού προγραμματισμένου γεύματος. Αυτά τα γεύματα των εορτών πρέπει να εξακριβώνονται ως ειδικά για τη θρησκευτική εορτή, να εγκρίνονται και να χρηματοδοτούνται από έναν Ιερέα. (Marshall, 2010)
- **Νηστεία:** Οι τρόφιμοι παρέχονται με σακουλάκια ή τάπερ γευμάτων στις ημέρες νηστείας κατά τη διάρκεια της κανονικής ώρας διαμοίρασης γευμάτων. (Issermoyer, 2011)
- **Μουσουλμάνοι/Ραμαζάνι:** Ένα θρησκευτικό Εναλλακτικό Πρόγραμμα Κρέατος , το οποίο θα προσφέρει κρέας που έχει πιστοποιηθεί ως Χαλάλ πρέπει να είναι διαθέσιμο σε όλα τα ιδρύματα. Οι Μουσουλμάνοι κρατούμενοι μπορούν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα, όπως καθορίζεται από Ιμάμη ή Εκπρόσωπο Ιερέα. Κάθε ίδρυμα πρέπει να κάνει μία αξιολογή προσπάθεια να έχει έναν Ιερέα της Μουσουλμανικής θρησκείας μόνιμα. (Marshall, 2010) Κατά τη διάρκεια του Ραμαζανιού, οι τρόφιμοι που έχουν πάρει έγκριση λαμβάνουν τα εγκεκριμένα γεύματα που δεν περιέχουν χοιρινό μετά τη δύση του ηλίου. Κάθε ίδρυμα μπορεί να παρέχει ένα πρωινό σε τάπερ ή σακουλάκι ή να επιτρέπει στους τροφίμους να πηγαίνουν στην Υπηρεσία Τροφίμων για το πρωινό πριν από την αυγή. (Issermoyer, 2011)

1.4.2. Ειδικές Δίαιτες για Ιατρικούς Λόγους

Τα σωφρονιστικά καταστήματα μπορεί να απαιτούν ότι μια διαίτα για λόγους υγείας πρέπει να συνταγογραφηθεί από γιατρό. Παραδείγματα ιατρικών καταστάσεων που μπορεί να απαιτούν μια ειδική διαίτα περιλαμβάνουν τον διαβήτη, Κοιλιοκάκη/Δυσανεξία στη Γλουτένη, καρδιακή νόσο, υψηλή χοληστερόλη και το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου. Τα ελάχιστα Πρότυπα Κανονισμών των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Standards Minimum Rules) και οι Κανονισμοί των Ευρωπαϊκών Φυλακών προβλέπουν ότι οι φυλακισμένοι πρέπει να παρέχονται με θρεπτικά πλήρη διαίτα όπου λαμβάνει υπόψη την ηλικία, την υγεία και τη φυσική κατάσταση. (Wease, 2016) Το μενού του γενικού πληθυσμού είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να διαβεβαιωθεί ότι οι τρόφιμοι διατηρούν ένα επιθυμητό βάρος σώματος, μειώνουν την κατανάλωση του λίπους και των απλών υδατανθράκων και διατηρούν ένα αποδεκτό επίπεδο γλυκόζης και είναι κατάλληλο και για τους δύο τύπους διαβήτη (I + II) και για τρόφιμους με υπογλυκαιμία και μεταβολικό σύνδρομο. Η συγκέντρωση λίπους και νατρίου του γενικού μενού το καθιστά κατάλληλο για τους τροφίμους με θέματα καρδιάς ή υπέρτασης. Ο αυτό – έλεγχος των καταστάσεων όπως η υπέρταση και ο διαβήτης θα πρέπει να ενθαρρύνονται και θα πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση στη διατροφή από το προσωπικό της Υπηρεσίας Υγείας με το να μοιράζονται διατροφικές πληροφορίες. Θα προσφέρεται στον τρόφιμο η ευκαιρία να συμμετάσχει σε μαθήματα για τη διαίτα του/της ή να συναντήσει ένα Εκπαιδευτή Υγείας. Έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην εκπαίδευση των τροφίμων σχετικά με τις κατάλληλες αγορές από τα μαγαζιά των φυλακών. (Arizona Department of Corrections, 2008)

Ειδικές Κλινικές Δίαιτες:

- **Αυτοκτονία/ Ψυχική Υγεία:** Σε κρατούμενους με αυτοκτονικές τάσεις διατίθεται μόνο «finger food» σε χαρτί για όλα τα γεύματα. Απαγορεύονται περιέκτες από φελιζόλ και μαγειρικά σκεύη. (Arizona Department of Corrections, 2008)

Η υπόθεση ότι η διατροφή και οι βιταμίνες μπορεί να χρησιμεύσουν ως παράγοντες αποκατάστασης για ένα μεγάλο αριθμό των κρατουμένων βασίζεται στις ακόλουθες συνθήκες που συνήθως βιώνουν οι κρατούμενοι στη φυλακή:

- ♦ Η κακή διατροφή πριν τον εγκλεισμό επηρεάζει τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική υγεία. Πολλοί είναι τοξικομανείς ή αλκοολικοί, δύο ομάδες οι οποίες είναι γνωστές για φτωχές διατροφικές συνήθειες.
- ♦ Το στρες αυξάνει τις διατροφικές απαιτήσεις. Η σύλληψη, η δίκη και η φυλάκιση αποτελούν στρεσογόνες διαδικασίες. (D'Asaro et al, 1975)

Τα τελευταία χρόνια, έρευνα έχει αποδείξει ότι η βελτίωση του διατροφικού προφίλ των κρατουμένων μέσω συμπληρωμάτων μακροθρεπτικών συστατικών μπορεί να βελτιώσει την αντικοινωνική τους και παραβατική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα μικροθρεπτικά συστατικά μελετήθηκαν σε σχέση με τη διάθεση, τα οποία είναι: ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, φολικό οξύ, ψευδάργυρος, μαγνήσιο και βιταμίνη D. Για κάποια άτομα, το ποσό κατανάλωσης επεξεργασμένων υδατανθράκων, η ώρα των γευμάτων και τα επίπεδα καφεΐνης μπορεί να έχουν επίπτωση στη διάθεση και συμπεριφορά.

- ♦ **Ωμέγα- 3:** Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα έχει βρεθεί ότι έχουν θετική επίδραση στην καταθλιπτική συμπεριφορά, στη μείζονα κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, στο άγχος και στις αυτοκτονικές τάσεις. (Sandwell & Wheatley, 2009)
- ♦ **Φολικό οξύ:** Άτομα με χαμηλά επίπεδα φολικού οξέος είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπεριφορά από τα άτομα με υψηλά επίπεδα.
- ♦ **Ψευδάργυρος:** Μειώνει τα συμπτώματα της Διαταραχής της Αντικοινωνικής Συμπεριφοράς και έχει θετική επίδραση στην καταθλιπτική διάθεση.
- ♦ **Μαγνήσιο:** Δυο μελέτες έχουν δείξει θετική επίδραση μαγνησίου σε γυναίκες με προεμμηνορροϊκό σύνδρομο.
- ♦ **Βιταμίνη D:** Χαμηλά επίπεδα Βιταμίνης D έχουν συσχετισθεί με ψυχιατρικές ασθένειες και με χαμηλή διάθεση σε ηλικιωμένους. (Sandwell & Wheatley, 2009)

- ◆ **Υδατάνθρακες:** Η κατανάλωση γευμάτων με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη οδηγεί σε διακυμάνσεις της διάθεσης, όταν όμως συνδυαστεί με πρωτεΐνη, λίπος και φυτικές ίνες αυτές οι διακυμάνσεις είναι λιγότερες.
- ◆ **Καφεΐνη:** Η καφεΐνη μπορεί να προκαλέσει αγρυπνία. Αυτή η αγρυπνία τα βράδια συσχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα μοναξιάς και απελπισίας. Επίσης, αυξάνει τα επίπεδα άγχους. (Sandwell & Wheatley, 2009)
- **Διαβήτης:** Τα προβλήματα σχετικά με τη φροντίδα του διαβήτη στις φυλακές σχετίζονται με ακατάλληλα γεύματα, ώρες γευμάτων και με μειωμένες ευκαιρίες για άσκηση, αλλά ο γλυκαιμικός έλεγχος μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή εξειδικευμένης ομάδας πάνω στον διαβήτη, η οποία θα είναι ενήμερη σχετικά με την καθημερινότητα της ζωής στη φυλακή. Διαιτολόγοι πρέπει να είναι διαθέσιμοι για γενικές συμβουλές και ατομικές συνεντεύξεις. (Nutrition Subcommittee of the Diabetes Care Advisory Committee of Diabetes UK, 2003) Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τον εκτιμώμενο επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη στον πληθυσμό των φυλακών. Τα στοιχεία αποτελούν συμπέρασμα από τον επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη στον πληθυσμό της κοινωνίας βάση ηλικίας. Κατά αυτά τα δεδομένα αναμένεται ο διαβήτης να επηρεάσει μεταξύ 0,6% και 0,8% του πληθυσμού των φυλακών. Επειδή ο πληθυσμός της φυλακής αποτελείται κυρίως από άτομα νεαρής ηλικίας, ο ινσουλινο-εξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔΤ1) είναι πολύ πιο συχνός από τον μη-ινσουλινο-εξαρτώμενος σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔΤ2). (Marshall et al, 2007)

Εκτιμώμενος Επιπολασμός Σακχαρώδη Διαβήτη Στον Πληθυσμό Της Φυλακής						
Ηλικία	Άντρες			Γυναίκες		
	Πληθυσμός φυλακών	Επιπολασμός ΣΔΤ1	Επιπολασμός ΣΔΤ2	Πληθυσμός φυλακών	Επιπολασμός ΣΔΤ1	Επιπολασμός ΣΔΤ2
16-24	20.583	0,3%	0,0%	951	0,3%	0,0%
25-34	23.015	0,5%	0,1%	1.181	0,4%	0,1%
35-44	10.721	0,6%	0,3%	640	0,5%	0,2%
45-54	4,506	0,6%	1,0%	221	0,5%	0,7%
55-64	1,725	0,9%	2,8%	56	0,8%	2,1%
>64	456	1,1%	4,2%	7	0,9%	3,1%
Σύνολο	61,006	0,5%	0,3%	3,066	0,4%	0,2%

Πίνακας 1.4 Εκτιμώμενος Επιπολασμός Σακχαρώδη Διαβήτη Στον Πληθυσμό Της Φυλακής (πηγή Marshall et al, 2007)

Υπάρχουν λίγες άμεσες εκτιμήσεις του επιπολασμού του διαβήτη στη φυλακή. Σε μία φυλακή αρρένων, το 35% ενός επιλεγμένου πληθυσμού κρατουμένων παρευρέθηκε σε μια κλινική. Οι παρευρισκόμενοι είχαν ηλικία 21-62 ετών (μέση τιμή 32 έτη). Το 8% βρέθηκε να πάσχει από διαβήτη, πολύ πάνω από τον αναμενόμενο επιπολασμό σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Ακόμη και αν θεωρηθεί ότι όλοι οι κρατούμενοι με διαβήτη του παραπάνω πληθυσμού παραβρέθηκαν εθελοντικά σε αυτή την κλινική, αυτό συνεπάγεται με έναν επιπολασμό του 2,7%. Εάν το ποσοστό αυτό είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου του πληθυσμού των φυλακών, αυτό σημαίνει ότι η διάγνωση του διαβήτη είναι δύο έως οκτώ φορές πιο συχνή στους τροφίμους φυλακών όπως και στην κοινωνία. (Marshall et al, 2007) Μία στρατηγική εκπαίδευσης σχεδιάστηκε σε φυλακή στην Ισπανία, που στόχευε στην ενημέρωση και στην παροχή βασικών πληροφοριών σε διαβητικούς κρατούμενους σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη. Στον παρακάτω πίνακα παρίστανται οι πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο μάθησης, οι οποίες συγκεντρώθηκαν μέσω ερωτηματολογίων. (Minchon et al, 2009)

Επίπεδο κατανόησης που αποκτήθηκε δια μέσου της ομιλίας		
Ποιο είδος τροφής πρέπει να αφαιρεθεί από μια διαβητική διαίτα;	Παγωτό, Κέικ και γλυκά	Φρούτα, γαλακτοκομικά προϊόντα και δημητριακά
	22 (81,48%)	5 (18,52%)
Τι άλλο μπορείτε να πιεις εκτός από κανονική κόκα κόλα;	Κόκα κόλα διαίτης ή κόκα κόλα Zero	Κρασί
	25 (92,59%)	2 (7,41%)
Προτείνεται ζάχαρη μαζί με τον καφέ;	Ναι	Όχι
	0 (0,00 %)	27 (100%)
Πόσα γεύματα συστήνονται καθημερινά;	3 γεύματα τη μέρα	5 ή 6 γεύματα τη μέρα
	2 (7,41%)	25 (92,59%)
Είναι το πρωινό κομβικό για έναν διαβητικό ασθενή;	Ναι, πάντα	Όχι
	27 (100%)	0 (0,00%)
Ποια από τα ακόλουθα συστήνονται για διαβητικό πρωινό;	Φρούτα, γαλακτοκομικά προϊόντα και δημητριακά	Γάλα και κάπι γλυκό
	27 (100%)	0 (0,00%)
Πόσα κομμάτια φρούτων συστήνονται τη μέρα;	1 κομμάτι	3 κομμάτια
	2 (7,41%)	25 (92,59%)
Πόσα κομμάτια λαχανικών συστήνονται τη μέρα;	1 κομμάτι	2 κομμάτια
	2 (7,41%)	25 (92,59%)
Ποια από τα ακόλουθα απορροφούνται γρήγορα; (περιστασιακή κατανάλωση)	Φρούτα	Γλυκά και ζάχαρη
	14 (51,85%)	13 (48,15%)
Ποια από τα ακόλουθα απορροφούνται αργά; (καθημερινή κατανάλωση)	Δημητριακά	Κέικ
	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Ποιο είναι το καλύτερο ρόφημα για τον διαβητικό ασθενή;	Αναψυκτικά	Νερό
	27 (100%)	0 (0,00%)
Μπορούν όλοι οι διαβητικοί να ασκούνται;	Ναι	Όχι
	27 (100%)	0 (0,00%)
Υπάρχουν κλειδιά-αρχές για τους διαβητικούς ασθενείς;	Όχι	Δίαιτα-άσκηση- φαρμακευτική θεραπεία (ή ινσουλίνη)
	2 (7,41%)	25 (92,59%)
Συστήνονται υδατάνθρακες πριν την άσκηση;	Ναι	Όχι
	23 (85,19%)	4 (14,81%)
Τι πρέπει να κάνει ο διαβητικός ασθενής όταν έχει πάρει πολύ ινσουλίνη;	Δεν υπάρχει κάτι κακό, δεν είναι σοβαρό	Αύξηση αρτοσκευασμάτων, φρούτα ή γάλα
	2 (7,41%)	25 (92,59%)
Πιστεύετε ότι μελλοντικές επιπλοκές μπορεί να προέρχονται από ανεπαρκή διατροφή;	Ναι	Όχι
	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Πιστεύετε ότι υπάρχει κατάλληλη τροφή για διαβητικούς ασθενείς στα μαγαζιά των φυλακών;	Ναι	Όχι
	3 (11,11%)	24 (88,89%)
Ξέρατε τι ήταν μια κατάλληλη διαίτα πριν από αυτή την παρουσίαση;	Ναι	Όχι
	17 (62,96%)	10 (37,04%)

Πίνακας 1.5 Επίπεδο κατανόησης που αποκτήθηκε δια μέσου της ομιλίας (πηγή Minchon et al, 2009)

Τα αποτελέσματα τα οποία αξίζουν να αναφερθούν είναι ο υψηλός βαθμός μάθησης που επετεύχθη μετά τις συνεδρίες. Υπάρχει μόνο ένα ερώτημα στο οποίο το ποσοστό τίθεται σε κίνδυνο με 51,85% (στο ερώτημα σχετικά με τη γρήγορη απορρόφηση). (Minchon et al, 2009)

Το 88.88% των ερωτήσεων που αποσκοπούν στην αξιολόγηση της γνώσης επιτεύχθηκε με το 80% των συμμετεχόντων να δίνουν σωστές απαντήσεις. Επίσης, ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι η δίαιτα διαβητικών που παρέχεται από το ίδρυμα είναι κατάλληλη. 22 (81,48%) τρόφιμοι απάντησαν πως δεν είναι, σε αντίθεση με 5 (18,52%) που απάντησαν πως είναι κατάλληλη. Η σωστή διαχείριση του διαβήτη προϋποθέτει γνώσεις για την κατάλληλη δίαιτα των ασθενών αυτών και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν κατέχουν την απαραίτητη γνώση. (Minchon et al, 2009)

- **Υπέρταση:** Η διαιτητική προσέγγιση για τους τροφίμους με υπέρταση βασίζεται στο μενού του γενικού πληθυσμού το οποίο συμπεριλαμβάνει τις διατροφικές αρχές για τη διαχείριση της υπέρτασης.
 - ◆ Εάν χρειάζεται , μείωση σωματικού βάρους μέσω μέτριας περιοριστικής θερμιδικά δίαιτας.
 - ◆ Μέτρια κατανάλωση νατρίου.
 - ◆ Αύξηση πρόσληψης καλίου.
 - ◆ Διατήρηση επαρκούς πρόσληψης ασβεστίου και μαγνησίου.
 - ◆ Μείωση λίπους. (Arizona Department of Corrections, 2008)

- **Πρωτόκολλο Καρδιάς:** Οι τρόφιμοι με προβλήματα καρδιάς ακολουθούν την ίδια δίαιτα με τους υπερτασικούς.
 - ◆ Περιορισμός λίπους όχι πάνω από 30% των συνολικών θερμίδων του λίπους και όχι πάνω από 10% των θερμίδων του κορεσμένου λίπους.
 - ◆ Να διατίθενται στο κυλικείο προϊόντα υγιεινά για τις περιπτώσεις καρδιακών προβλημάτων. (Arizona Department of Corrections, 2008)

- **Μαλακή Δίαιτα Δοντιών:** Η μαλακή δίαιτα είναι κατάλληλη για τροφίμους που δυσκολεύονται να μασήσουν λόγω ασθένειας, τραυματισμού, πρόσφατης οδοντιατρικής επέμβασης ή μπορεί να είναι νωδοί. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα τρόφιμα τεμαχίζονται, αλέθονται ή πολτοποιούνται. Αποφεύγονται τα σκληρά τρόφιμα. (Arizona Department of Corrections, 2008)

- **Δίαιτα αιμοκάθαρσης:** Χρησιμοποιείται στη θεραπεία τροφίμων που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικών ασθενειών. Η διαχείριση επικεντρώνεται στον έλεγχο πρόσληψης νατρίου, καλίου, φωσφόρου και υγρών. (Arizona Department of Corrections, 2008)
- **Ελεγχόμενη Πρωτεϊνική Δίαιτα:** Προσφέρεται σε άτομα με οξεία νεφρική ανεπάρκεια και με χρόνια ηπατική νόσο. Παρέχει μια πλήρη συγκέντρωση των συστατικών όπως περιγράφουν τα πρότυπα του RDA (Συνιστώμενες Διαιτητικές Προσλήψεις). Κατά προσέγγιση αποτελείται από 2600 θερμίδες τη μέρα για τους άντρες και 2000 για τις γυναίκες.
- **Καχεξία:** Είναι μια δίαιτα που παρέχει επαρκείς θερμίδες, πρωτεΐνες, βιταμίνες και μέταλλα για τους τροφίμους με καχεξία. Στόχος είναι η αποφυγή απώλειας άλιπης μάζας και προωθεί επαρκή διατροφή για την καταπολέμηση δευτερογενών λοιμώξεων. Η δίαιτα αυτή ειδικεύεται στη θεραπεία ασθενειών όπως είναι ο Καρκίνος ή το AIDS κ.λπ. Το θερμιδικό περιεχόμενό της είναι περίπου 3300 θερμίδες. (Arizona Department of Corrections, 2008)
- **Εγκυμοσύνη:** Για την εξασφάλιση επαρκούς διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έως 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ο ADA (Αμερικάνικη Διαιτητική Εταιρεία) συστήνει την πρόσληψη επιπλέον 300 θερμίδων τη μέρα κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης. Επίσης, στις εγκυμονούσες τροφίμους πρέπει να παρέχονται συμπληρώματα βιταμινών, φολικού οξέος (600-800 μg/ημέρα) και σιδήρου (30 mg/ημέρα). (Arizona Department of Corrections, 2008)
- **Αλλεργίες:** Αποκλείονται από το μενού οι υψηλότερες σε κίνδυνο πρόκλησης αλλεργιών τροφές: αυγά, ψάρια, οστρακοειδή, φιστίκια, καλαμπόκι, γάλα, σιτάρι, καρποί και σόγια. Ο τρόφιμος πρέπει να αποφεύγει τις αλλεργιογόνους τροφές με την κατάλληλη καθοδήγηση:
 - ♦ Ορισμός αλλεργιογόνου-ελεύθερης διαίτας.
 - ♦ Λίστα με κοινά τρόφιμα που περιέχουν το αλλεργιογόνο.
 - ♦ Λίστα τροφίμων που επιτρέπονται στη αλλεργιογόνο-ελεύθερη δίαιτα. (Federal Bureau of Prisons, 2012)

- ♦ Λίστα με θρεπτικά εναλλακτικά τρόφιμα που δεν περιέχουν αλλεργιογόνα.
- ♦ Να μπορεί να διαβάζει τις ετικέτες των τροφίμων και να είναι σε θέση να προσδιορίζει κρυφές πηγές των αλλεργιογόνων. (Federal Bureau of Prisons, 2012)
- ♦ **Κοιλιοκάκη/ Δυσανεξία στη Γλουτένη:** Αποκλεισμός τροφίμων που περιέχουν γλουτένη. Δηλαδή, σιτάρι και παράγωγά του, σίκαλη και παράγωγά της, αρτοσκευάσματα και ξύδι από κριθάρι, δημητριακά, παναρισμένα τρόφιμα, ζυμαρικά και αυξητικοί παράγοντες. (Arizona Department of Corrections, 2008)
- ♦ **Καθαρή Υγρή Δίαιτα:** Αυτή η δίαιτα είναι απαραίτητη για άτομα που χρειάζονται μια πηγή υγρών με θερμιδικό περιεχόμενο και ηλεκτρολύτες κατά τη διάρκεια οξείων ασθενειών, κυρίως σε αυτές με αυξημένη θερμοκρασία, οξείες φλεγμονώδεις καταστάσεις του γαστρεντερικού σωλήνα, προεγχειρητικές καταστάσεις, μετεγχειρητικές ή σε καταστάσεις όπου είναι απαραίτητη η μείωση των κοπράνων στο κόλον. Το θερμιδικό της περιεχόμενο είναι περίπου στις 600 θερμίδες. (Arizona Department of Corrections, 2008)

Πρωινό	Μεσημεριανό	Δείπνο
Χυμός – 8 oz	Ζωμός Βοδινού – 8 oz	Ζωμός Κότας – 8 oz
Ζελέ – 4 oz	Ρόφημα – 16 oz	Ρόφημα – 16 oz
Καφές- 8 oz	Ζελέ – 4 oz	Ζελέ – 4 oz
Φακελάκια Ζάχαρης - 2		

Πίνακας 1.6 : Μενού Καθαρής Υγρής Δίαιτας (Arizona Department of Corrections, 2008)

- ♦ **Πλήρη Υγρή Δίαιτα:** Ειδικεύεται για ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν στερεά τρόφιμα και ως ενδιάμεσο βήμα στη διαδικασία μετάβασης μίας καθαρής υγρής διαίτας σε μία κανονική δίαιτα. Περιλαμβάνει υγρά τρόφιμα ή ρευστοποιημένα στη θερμοκρασία σώματος και είναι 2200 θερμίδες τη μέρα. (Arizona Department of Corrections, 2008)

Πρωινό	Μεσημεριανό	Βραδινό
Χυμός – 8 oz	Στραγγισμένη Σούπα – 8 oz	Στραγγισμένη Σούπα – 8 oz
Κρέμα Δημητριακών – 8 oz	Πουρέ Πατάτας – 8 oz	Πουρέ Πατάτας – 8 oz
Γάλα – 8 oz	Σάλτσα – 3 oz	Σάλτσα – 3 oz
Διατροφικό Συμπλήρωμα – 1 ea	Πουτίγκα – 4 oz	Πουτίγκα – 4 oz
Καφές – 8 oz	Γάλα – 8 oz	Γάλα – 8 oz
Φακελάκι Ζάχαρης - 2	Ρόφημα – 8 oz	Ρόφημα – 8 oz
		Διατροφικό Συμπλήρωμα – 1 ea

Πίνακας 1.7 Μενού Πλήρους Υγρής Δίαιτας (Arizona Department of Corrections, 2008)

1.5 Παχυσαρκία και Υποσιτισμός

1.5.1. Παχύσαρκοι και Υπέρβαροι

Το 2014, ο WHO δήλωσε ότι το 59% των ενηλίκων της Ευρώπης ήταν υπέρβαροι και περίπου το 23% ήταν παχύσαρκοι. Σήμερα, δίαιτες με μεγάλο αριθμό επεξεργασμένων τροφίμων, υψηλές σε υδατάνθρακες, λίπος και νάτριο, μαζί με μειωμένες ευκαιρίες για άσκηση και με συνταγογραφούμενα ψυχοφάρμακα, έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση βάρους στα άτομα υπό κράτηση. (WHO, 2015) Επιπλέον έρευνες έχουν αναφέρει ότι η διαρρύθμιση των εγκαταστάσεων των φυλακών, οι οποίες ελέγχουν την ελευθερία κινήσεων των τροφίμων και οι επιλογές γευμάτων, συνεισφέρουν στην αύξηση βάρους. (Madison & Bradford, 2015) Υπάρχει απόδειξη ότι μερικοί κρατούμενοι, κυρίως γυναίκες, μπορεί να εμφανίσουν μεγαλύτερα ποσοστά να είναι υπέρβαρες και παχύσαρκες σε σύγκριση με δείγματα της κοινωνίας. Για παράδειγμα, μία ανάλυση στις Η.Π.Α έδειξε ότι τα άτομα που βρίσκονται στις φυλακές είναι πιο πιθανό να είναι υπέρβαρα από αυτά που ζουν στην κοινωνία. Παρόμοια, μια συστηματική ανασκόπηση σε πληθυσμούς φυλακών έβγαλε το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες υπό κράτηση είναι πιο πιθανό να είναι παχύσαρκες από τις γυναίκες στην κοινωνία, αλλά οι άντρες υπό κράτηση είναι λιγότερο πιθανό να είναι παχύσαρκοι από τους άντρες στην κοινωνία. (WHO,2015) Εντούτις, μια αναφορά της Στατιστικής Υπηρεσίας Δικαιοσύνης των Η.Π.Α ανέφερε ότι οι γυναίκες- κρατούμενες ήταν λιγότερο πιθανό να είναι υπέρβαρες (35%) από τους άντρες- κρατούμενους (47%), αλλά παρουσίαζαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι παχύσαρκες ή με νοσογόνο παχυσαρκία (43%) από τους άντρες (27%). (Bureau of Justice Statistics, 2015)

Αποτελέσματα του δείκτη μάζας σώματος σε έρευνα φυλακών στην Νιγηρία έδειξαν ότι το 59% είχε φυσιολογικό βάρος, 29% ήταν υπέρβαροι, 6% είχαν παχυσαρκία πρώτου βαθμού, 1% παχυσαρκία δεύτερου βαθμού και μόλις το 4% είχαν χαμηλό βάρος. Τα αποτελέσματα του λόγου Μέσης/Ισχία έδειξε ότι το 64% είχε φυσιολογικό βάρος και 35% ήταν παχύσαρκοι. Η δερματική πτυχή τρικέφαλου υπέδειξε ότι το 85% είχε φυσιολογικό ποσοστό λίπους των μυών. Ο μέσος όρος της προσλαμβανόμενης ενέργειας ήταν 4415 Kcal και ήταν παραπάνω από το επιτρεπτό όριο ενώ ο μέσος όρος της πρωτεϊνικής πρόσληψης (36 ± 75 g/day) ήταν κάτω από το επιτρεπτό όριο. (Akinlotan et al, 2010)

Ανθρωπομετρικοί Δείκτες			
ΔΜΣ (Kg/m ³)	Διατροφική Κατάσταση	Συχνότητες	Ποσοστά
<16	Σοβαρά Ελλιποβαρής	-	-
16.00- 18.49	Ελλιποβαρής	8	4
18.50- 24.99	Φυσιολογικός	111	59
25.0- 29.99	Υπέρβαρος	55	29
30.00- 39.00	Παχυσαρκία 1 ^{ου} Βαθμού	11	6
>40	Παχυσαρκία 2 ^{ου} Βαθμού	2	1
Λόγος Μέση/Ισχία			
<0.95	Κανονικό Βάρος	120	64
0.96- 1	Υπέρβαρος	65	35
>1.0	Υψηλός Κίνδυνος	2	1
Δερματική Πτυχή Τρικέφαλου (MUAC)			
MUAC	<25.3	28	15
MUAC	>25.3	59	85

Πίνακας 1.8. Ανθρωπομετρικοί Δείκτες (Akinlotan et al, 2010)

Μέση Θρεπτική Πρόσληψη		
Θρεπτικό Συστατικό	RDA	Μέση Τιμή
Ενέργεια (Kcal)	2550	4415
Πρωτεΐνη	68	36
Λίπος	NA	41

Πίνακας 1.9 Μέση Θρεπτική Πρόσληψη (Akinlotan et al, 2010)

Ο Madison G. και ο Bradford R. διεξήγαγαν μια μελέτη από το 2005 έως το 2011, όπου μέτρησαν το ύψος και το βάρος των τροφίμων- συμμετεχόντων στην αρχή της έρευνας και το βάρος στο τέλος της έρευνας, με σκοπό να υπολογίσουν το ΔΜΣ στην αρχή (ΔΜΣ_{αρχή}) και τον ΔΜΣ στο τέλος (ΔΜΣ_{τέλος}) και να παρατηρήσουν τη διαφορά του δείκτη μάζας σώματος (ΔΔΜΣ), ανάλογα με την ηλικία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που θα παραστούν στον παρακάτω πίνακα, οι τρόφιμοι εισήλθαν στο σωφρονιστικό κατάστημα υπέρβαροι και υπήρξε μια μέτρια αύξηση του ΔΜΣ στο τέλος της έρευνας. Καθώς υπήρξε θετική διαφορά των δύο μετρήσεων του ΔΜΣ, βγήκε το συμπέρασμα ότι οι κρατούμενοι κέρδισαν βάρος κατά την έκτιση της ποινής τους. (Madison & Bradford, 2015)

Αλλαγές ΔΜΣ κατά τη Φυλάκιση				
	Min	Max	Ενδιάμεση Τιμή	Μέση Τιμή
Ηλικία	22.0	87.0	38.0	39.8
Αρχικό Βάρος (Kg)	48.0	176.0	83.5	85.6
Τελικό Βάρος (Kg)	46.3	155.1	83.9	86.0
Ύψος (m)	1.2	2.1	1.8	1.8
ΔΜΣ αρχή	15.0	60.5	26.5	27.4
ΔΜΣ τέλος	15.7	56.4	26.8	27.5
ΔΔΜΣ (%)	-33.2	86.1	0.7	1.0
Χρόνος Φυλάκισης (ημέρες)	2.9	2935	784.6	752.6

Πίνακας 1.10 Αλλαγές ΔΜΣ κατά τη Φυλάκιση (Madison & Bradford, 2015)

1.5.2. Υποσιτισμός

Το φαγητό παίζει μείζονα ρόλο στη ζωή των φυλακισμένων, φτωχά σχεδιασμένα γεύματα, ανεπαρκείς μερίδες φαγητού, έλλειψη ποικιλίας και φτωχά μαγειρεμένο φαί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές καταστάσεις υγείας. (Akinlotan et al, 2010) Η τροφή παρέχει την ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός για να είναι υγιής. Η ανεπαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες και μέταλλα) οδηγεί σε υποσιτισμό. Αίτια υποσιτισμού:

- ♦ Έλλειψη συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών στη διαίτα. Ακόμα και η απουσία μιας βιταμίνης μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό.
- ♦ Μη ισορροπημένη διαίτα
- ♦ Ορισμένα ιατρικά προβλήματα, όπως το σύνδρομο δυσαπορρόφησης και ο καρκίνος. (NIH, 2015)

Έγινε εισαγωγή δέκα κρατούμενων σε νοσοκομείο της Νιγηρίας μέσα σε ένα χρόνο, από τους οποίους ο ένας πέθανε αμέσως μετά την εισαγωγή λόγω σοβαρής διάρροιας. (Olubodum et al, 2001)

Από τους υπομένοντες, οι έξι ήταν υποσιτισμένοι και οι τρεις είχαν άλλες ασθένειες. Η εμφάνιση των προβλημάτων και των εννιά περιπτώσεων υποδείκνυαν ότι ήταν λόγω ανεπαρκούς σίτισης και υπερπληθυσμού των φυλακών. Οι έξι με υποσιτισμό ήταν καταθλιπτικοί και απαθείς. Από αυτούς, οι τέσσερις είχαν οίδημα στο κάτω μέρος των ποδιών, όλοι είχαν αλλαγές στα μαλλιά και τέσσερις είχαν αλλαγές στο δέρμα και μολύνσεις. Επιπλέον, πέντε είχαν φυματίωση, δύο περιφερική νεφροπάθεια και ένας χρόνια μυελογενή λευχαιμία. Τρεις από τους υποσιτισμένους είχαν σοβαρό υποσιτισμό και οι υπόλοιποι τρεις μέτριο. Σε δύο από τους υποσιτισμένους ο ορός αλβουμίνης ήταν πολύ κάτω από τα επιτρεπτά όρια. Ο παρακάτω πίνακας αναπαριστά τα αποτελέσματα των 6 περιπτώσεων. Εντός τεσσάρων εβδομάδων της θεραπείας, οι υποσιτιζόμενοι ανταποκρίθηκαν ικανοποιητικά , όπως αποδεικνύεται από την αύξηση βάρους. (Olubodum et al, 2001)

Κλινικές λεπτομέρειες και διαγνώσεις των ασθενών- κρατούμενων

Περίπτωση	Ηλικία (χρόνια)	Ύψος (cm)	Βάρος (Kg)*	Πρότυπο Βάρος (Kg)	Πρότυπο Βάρος (%)	Ορός Αλβουμίνης (g/l)*	Χρόνος έκτισης ποινής (μήνες)	Διάγνωση
1	29	174	46 (54)	68.6	67.1 (78.7)	25 (34)	36	Υποσιτισμός, φυματίωση, δερματοφύτωση
2	25	172	36 (47)	67.0	53.7 (70.1)	24 (22)	12	Υποσιτισμός, φυματίωση, δερματοφύτωση, ψωρίαση
3	26	173	41(44)	67.8	60.5 (64.9)	ΔΕ (30)	36	Υποσιτισμός, φυματίωση, δερματοφύτωση, ψωρίαση
4	29	168	33 (55)	62.9	52.5 (87.4)	ΔΕ (39)	6	Υποσιτισμός, χρόνια μυελογενή λευχαιμία
5	22	170	25 (41)	65.0	38.5 (63.1)	ΔΕ (37)	24	Υποσιτισμός, φυματίωση, δερματοφύτωση,
6	35	172	41 (45)	67.0	61.2 (67.2)	22 (ΔΕ)	1.5	Υποσιτισμός, φυματίωση

*Τα στοιχεία στις παρενθέσεις είναι εκτιμήσεις ένα μήνα μετά. ΔΕ= Δεν Εκτιμήθηκε

Πίνακας 1.1. Κλινικές λεπτομέρειες και διαγνώσεις των ασθενών- κρατούμενων (Olubodum et al, 2001)

Οι συγκεκριμένες περιπτώσεις υποσιτισμού φάνηκε να οφείλονταν κυρίως ανεπαρκούς διατροφής και μειωμένης όρεξης. Η φυματίωση μπορεί να προκλήθηκε εξαιτίας του υπερπληθυσμού των φυλακών και ως επακόλουθο του υποσιτισμού. Καθώς και μια φτωχή διατροφή ενισχύει την εξάπλωση της φυματίωσης μεταξύ των κρατούμενων. (Olubodum

et al, 2001) Παρόμοια, σε αναφορά με θέμα σχετικά με τη φυματίωση σε φυλακές στη Σαχάρα της Αφρικής αναφέρθηκε συσχέτιση του υποσιτισμού με τη φυματίωση. (O' Grady et al, 2011)

Σε κατάσταση κράτησης στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, αναφέρθηκε ότι τουλάχιστον 10% των τροφίμων εμφάνισαν συμπτώματα υποσιτισμού μαζί με προβλήματα πένης και διάρροια. Το 2006 τρεις κρατούμενοι πέθαναν από ασθένεια που προκαλείται από υποσιτισμό. Ομοίως, σε φυλακές στη Γουινέα 10% με 15% των τροφίμων υπέφεραν από υποσιτισμό· 7 κρατούμενοι πέθαιναν κάθε μήνα εξαιτίας υποσιτισμού και ασθενειών. (Penal Reform International, 2007) Σε ίδρυμα στην Παπούα Νέας Γουινέας τα γεύματα των κρατούμενων αποτελούνταν από κράκερ και μαύρο τσάι για πρωινό· άσπρο ρύζι με τόνο σε κονσέρβα ή corned beef για μεσημεριανό και βραδινό. Υπήρχαν αναφορές μικρής ποσότητας φρούτων και λαχανικών, δηλαδή το 66% δήλωσε την κατανάλωση λαχανικών και φρούτων σπάνια ή ποτέ και το 91% λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα. Το νερό ήταν διαθέσιμο μέσα στη μέρα. Μερικοί έτρωγαν φαγητό που τους έφερναν οι επισκέπτες τους, αλλά απαγορευόταν να το μοιραστούν με άλλους κρατούμενους. (Gould et al, 2013) Όσο αφορά το νερό, σε φυλακή της Σιέρα Λεόνε συνήθως ήταν διαθέσιμο, όμως υπήρχαν φορές που δεν είχαν νερό. (British High Commission, 2015)

Κεφάλαιο 2: Η Φυσική Δραστηριότητα στα Καταστήματα Κράτησης

Ως φυσική δραστηριότητα ορίζεται κάθε σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μυς που απαιτεί δαπάνη ενέργειας - συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων που έχουν αναληφθεί κατά την εργασία, το παιχνίδι, τη διεξαγωγή δουλειών του σπιτιού, τα ταξίδια και τη συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Ο όρος «σωματική δραστηριότητα» δεν πρέπει να συγχέεται με την "άσκηση", η οποία είναι μια υποκατηγορία της σωματικής δραστηριότητας που έχει προγραμματιστεί, δομηθεί, είναι επαναλαμβανόμενη και έχει ως στόχο να βελτιώσει ή να διατηρήσει ένα ή περισσότερα στοιχεία της φυσικής κατάστασης. Και η μέτρια και η έντονη σε ένταση σωματική δραστηριότητα αποφέρει οφέλη για την υγεία. (WHO, 2008) Τα άτομα που είναι φυσικά δραστήρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι υγιή και παρουσιάζουν χαμηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν κάποια ασθένεια σε σχέση με άτομα που δεν είναι δραστήρια. (Ιωάννου, 2009) Μπορεί να βοηθήσει την ποιότητα ζωής με διάφορους τρόπους:

- ♦ **Έλεγχος του βάρους:** Η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στην αποτροπή της περαιτέρω αύξησης του σωματικού βάρους ή να βοηθήσει στη διατήρηση της απώλειας βάρους. Με τη σωματική δραστηριότητα, ο ανθρώπινος οργανισμός καίει θερμίδες. Όσο πιο έντονη η δραστηριότητα, τόσο περισσότερες θερμίδες καίγονται. (Mayo Clinic, 2014) Η ανάγκη για φυσική δραστηριότητα διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς κάποια άτομα μπορεί να χρειάζεται να είναι πιο δραστήρια από άλλα για τον επιθυμητό στόχο βάρους σώματος. (CDC, 2015)
- ♦ **Μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών υγείας και ασθενειών:** Ανεξάρτητα της κατάστασης του σωματικού βάρους ανθρώπινου οργανισμού, η δραστηριότητα πυροδοτεί την υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL) και μειώνει τα ανθυγιεινά τριγλυκερίδια. Αυτό επιδρά θετικά στη ροή του αίματος και μειώνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η τακτική φυσική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση πολλών επιπλοκών υγείας, όπως εγκεφαλικό, μεταβολικό σύνδρομο, διαβήτη τύπου 2, κατάθλιψη, μερικές μορφές καρκίνου, αρθρίτιδα και τραυματισμούς από πτώση. (Mayo Clinic, 2014)

- ♦ **Βελτιώνει την ψυχική υγεία και διάθεση:** Έρευνες έχουν αποδείξει ότι αεροβική άσκηση ή συνδυασμός αεροβικής και αντοχής 3 με 5 φορές την εβδομάδα για 30 με 50 λεπτά μπορούν να ωφελήσουν την ψυχική υγεία. Η φυσική δραστηριότητα διεγείρει διάφορες χημικές ουσίες του εγκεφάλου, οι οποίες προκαλούν συναισθήματα ευφορίας και χαλάρωσης. Κάνει το άτομο να νιώθει καλύτερα για την εμφάνισή του και τον εαυτό του, το οποίο ενισχύει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση. Επίσης, μειώνει τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Κάποια επιστημονικά στοιχεία απέδειξαν ότι ακόμα και χαμηλή φυσική δραστηριότητα μπορεί να είναι επωφελής. (Mayo Clinic, 2014, CDC, 2015)
- ♦ **Διαθέτει στο άτομο ενέργεια:** Η τακτική φυσική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει τη μυϊκή δύναμη και την αντοχή. Η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα διανέμουν οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στους ιστούς και βοηθούν το καρδιαγγειακό σύστημα να λειτουργεί με καλύτερη απόδοση. Όταν η καρδιά και οι πνεύμονες αποδίδουν περισσότερο, το άτομο έχει περισσότερη ενέργεια για τις καθημερινές του αγγαρείες. (Mayo Clinic, 2014)
- ♦ **Προσφέρει καλύτερο ύπνο:** Η απλή φυσική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει το άτομο να κοιμηθεί πιο γρήγορα και πιο βαθιά. Αλλά πρέπει να αποφεύγεται η άσκηση λίγο πριν την ώρα του ύπνου γιατί μπορεί να προκαλέσει υπερένταση. (Mayo Clinic, 2014)
- ♦ **Βελτιώνει τη σεξουαλική ζωή:** Τα συναισθήματα αυτοπεποίθησης που προκαλούνται από τη φυσική δραστηριότητα μπορεί να έχουν θετική επίδραση στη σεξουαλική ζωή του ατόμου. Επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη διέγερση των γυναικών. Και οι άντρες που ασκούνται είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν στυτική δυσλειτουργία από αυτούς που δεν ασκούνται. (Mayo Clinic, 2014)
- ♦ **Μπορεί να είναι διασκεδαστική:** Η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα μπορεί να είναι ένας διασκεδαστικός τρόπος να περάσει κάποιος την ώρα του. Δίνει ευκαιρίες για χαλάρωση, να απολαύσει κανείς την ύπαιθρο ή απλά η δέσμευση σε δραστηριότητες να προκαλέσει ευφορία. Επιπλέον, βοηθάει στη δημιουργία καλύτερων σχέσεων με οικογένεια και φίλους σε κοινωνικό επίπεδο. (Mayo Clinic, 2014)
- ♦ **Ενδυναμώνει τα οστά και τους μύες:** Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, είναι σημαντικό να προστατεύει τα οστά, τις αρθρώσεις και τους μύες. Όχι μόνο στηρίζουν το σώμα του ανθρώπου και βοηθούν στην κίνηση, αλλά η διατήρηση αυτών σε υγιές επίπεδο μπορεί να βοηθήσει στην εξασφάλιση της εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων και καθιστά το άτομο φυσικά ενεργό. Έρευνες δείχνουν ότι η αερόβια

άσκηση, η άσκηση ενδυνάμωσης μυών και οστών σε τουλάχιστον μέτριας έντασης επίπεδο μπορούν να μειώσουν την απώλεια οστικής πυκνότητας που επέρχεται με την ηλικία. (CDC, 2015)

- ♦ **Βελτιώνει την ικανότητα καθημερινών δραστηριοτήτων και αποτρέπει την πιθανότητα πτώσεων, εάν το άτομο είναι ηλικιωμένο:** Ένας λειτουργικός περιορισμός είναι η απώλεια της ικανότητας εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως το ανέβασμα από τις σκάλες ή ψώνια από το μανάβικο. Οι μεσήλικες και οι ηλικιωμένοι που είναι φυσικά ενεργοί έχουν χαμηλότερο κίνδυνο για λειτουργικούς περιορισμούς από αυτούς που είναι ανενεργοί. Έρευνες δείχνουν ότι ασκήσεις ισορροπίας και ενδυνάμωσης μυών κάθε βδομάδα μαζί με μέτρια σε ένταση αεροβική άσκηση μπορούν να συνεισφέρουν στη μείωση κινδύνου πτώσης λόγω αστάθειας. (CDC, 2015)
- ♦ **Αυξάνει τις πιθανότητες μακροζωίας:** Η επιστήμη δείχνει ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου από κύριες αιτίες θανάτου, όπως ασθένειες της καρδιάς και μερικοί τύποι καρκίνου.
 1. Μόνο λίγες επιλογές του τρόπου ζωής έχουν τόσο μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία και τη σωματική δραστηριότητα. Άτομα που είναι φυσικά ενεργά για 7 ώρες τη βδομάδα έχουν 40% χαμηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν πρόωρα σε σχέση με αυτούς που δραστηριοποιούνται λιγότερο από μισή ώρα τη βδομάδα.
 2. Δεν χρειάζονται πολλές ώρες δραστηριότητας ή δραστηριότητας έντονης έντασης για την μείωση του κινδύνου του πρόωρου θανάτου. Αυτή η μείωση κινδύνου μπορεί να επιτευχθεί με μέτριας έντασης αερόβια δραστηριότητα για τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα. (CDC, 2015)

Αναγνωρίζοντας τη μοναδική ευκαιρία που υπάρχει για να διαμορφώσει και να εφαρμόσει μια αποτελεσματική στρατηγική για την ουσιαστική μείωση των θανάτων και των νοσημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο με τη βελτίωση της διατροφής και την προώθηση της σωματικής άσκησης, ο WHO υιοθέτησε την "Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή, τη Φυσική Δραστηριότητα και την Υγεία". Αυτή η παγκόσμια στρατηγική έχει 4 στόχους:

- Μείωση των παραγόντων κινδύνου για χρόνιες νόσους που πηγάζουν από ανθυγιεινή διατροφή και φυσική δραστηριότητα μέσω δράσεων δημόσιας υγείας.
- Την αύξηση της ευαισθητοποίησης και την κατανόηση των επιδράσεων της διατροφής και της σωματικής άσκησης στην υγεία και του θετικού αντίκτυπου των προληπτικών παρεμβάσεων.

- Ανάπτυξη, ενίσχυση και εφαρμογή παγκόσμιες, περιφερειακές, εθνικές πολιτικές και σχέδια δράσης για τη βελτίωση της διατροφής και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας που είναι βιώσιμα, ολοκληρωμένα και ενεργά δεσμευμένα σε όλους τους τομείς.
- Παρακολούθηση της επιστήμης και προώθηση της έρευνας σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα. (WHO, 2004)

2.1 Άσκηση και Ηλικία

Η έλλειψη σωματικής άσκησης έχει αναγνωριστεί ως ο τέταρτος κύριος παράγοντας κινδύνου για την παγκόσμια θνησιμότητα (6% των θανάτων παγκοσμίως). Οι συστάσεις για άσκηση σύμφωνα με τον WHO είναι:

Παιδιά και έφηβοι ηλικίας 5- 17 ετών

- Πρέπει να κάνουν τουλάχιστον 60 λεπτά μέτριας έως έντονης έντασης άσκηση καθημερινά.
- Φυσική δραστηριότητα για πάνω από 60 λεπτά τη μέρα θα παρέχει επιπρόσθετα οφέλη στην υγεία.
- Πρέπει να περιλαμβάνονται και δραστηριότητες ενδυνάμωσης μυών και οστών, τουλάχιστον 3 φορές τη βδομάδα. (WHO, 2010)

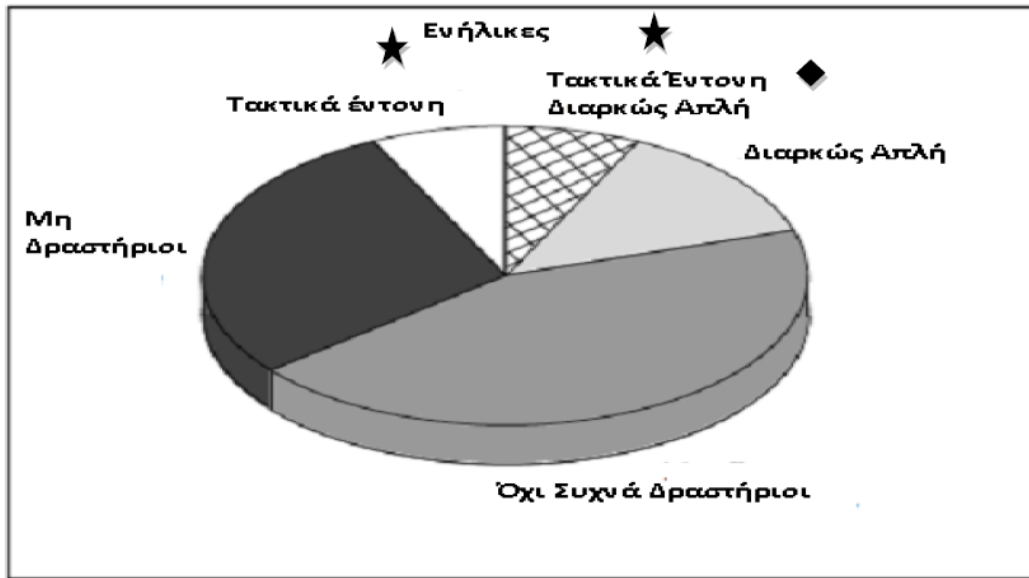
Ενήλικοι 18- 64 ετών

- Πρέπει να πραγματοποιούν τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης άσκηση καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας ή να κάνουν τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης έντασης σωματική άσκηση μέσα στη βδομάδα ή έναν ισοδύναμο συνδυασμό μέτριας και έντονης έντασης άσκηση.
- Για περαιτέρω οφέλη για την υγεία, οι ενήλικοι πρέπει να αυξήσουν την μέτρια σε ένταση άσκηση τους σε 300 λεπτά τη βδομάδα.
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης μυών πρέπει να γίνονται συμπεριλαμβανομένων μεγάλων μυϊκών ομάδων για δύο ή περισσότερες μέρες τη βδομάδα. (WHO, 2010)

Ενήλικοι 65 ετών και πάνω

- Πρέπει να κάνουν το λιγότερο 150 λεπτά μέτρια σε ένταση άσκηση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ή τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης έντασης άσκηση μέσα στην εβδομάδα ή έναν αντίστοιχο συνδυασμό μέτριας και έντονης έντασης άσκηση.
- Για επιπλέον υγιεινά οφέλη, πρέπει να αυξήσουν τη μέτρια σε ένταση άσκηση σε 300 λεπτά τη βδομάδα.
- Τα άτομα με περιορισμένη κινητικότητα θα πρέπει να εκτελέσουν σωματική δραστηριότητα για την ενίσχυση της ισορροπίας και την αποτροπή των πτώσεων, 3 ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα.
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης μυών πρέπει να γίνονται συμπεριλαμβανομένων μεγάλων μυϊκών ομάδων για δύο ή περισσότερες μέρες τη βδομάδα. (WHO, 2010)

Περισσότερο από το 60 τοις εκατό των ενηλίκων δεν επιτυγχάνουν τη σύσταση της τακτικής σωματικής δραστηριότητα. Στην πραγματικότητα, το 25 τοις εκατό όλων των ενηλίκων δεν δραστηριοποιείται καθόλου. Η αποφυγή σωματικής άσκησης αυξάνεται με την ηλικία και είναι πιο κοινή μεταξύ των γυναικών απ' ό,τι στους άνδρες και μεταξύ εκείνων με χαμηλότερο εισόδημα και λιγότερη εκπαίδευση από ό, τι τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα ή με εκπαίδευση. (CDC, 1996)

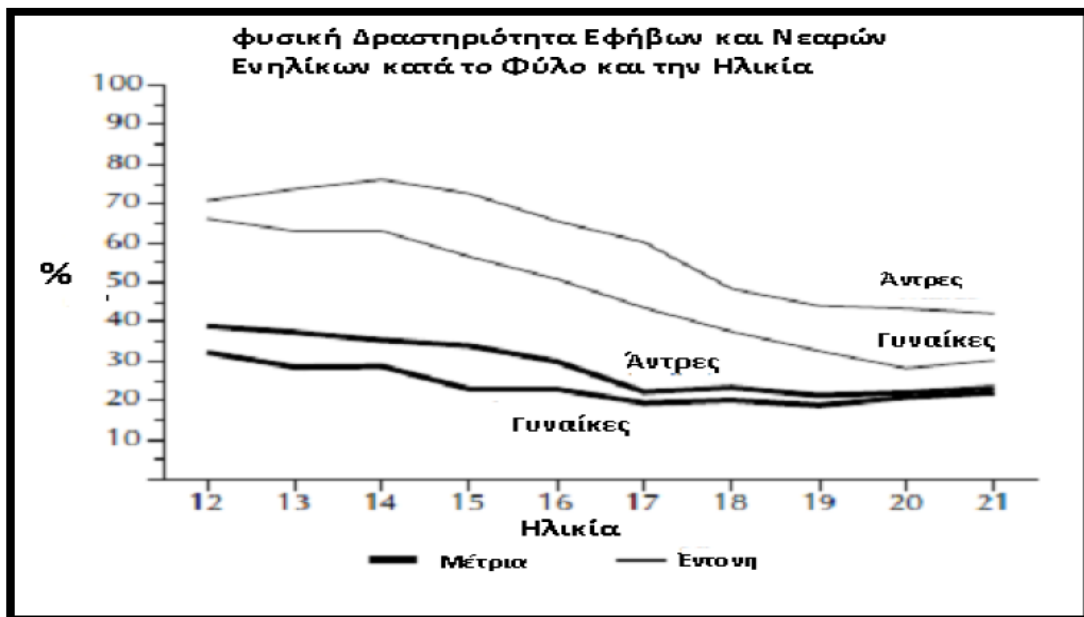


★ 20 λεπτά, 3 μέρες τη βδομάδα έντονης έντασης

◆ 30 λεπτά, 5 φορές τη βδομάδα οποιασδήποτε έντασης

Γράφημα 2.1. Συχνότητα φυσικής δραστηριότητα ενηλίκων (CDC, 1996)

Σχεδόν το ήμισυ των νέων, ηλικίας 12-21ετών δεν δραστηριοποιείται έντονα σε τακτική βάση. Οι έφηβες είναι λιγότερο δραστήριες από τα αγόρια- έφηβους. (CDC, 1996)



Γράφημα 2.2. Φυσική δραστηριότητα εφήβων και νεαρών ενηλίκων κατά φύλο και Ηλικία (CDC, 1996)

2.2 Η Άσκηση στα Σωφρονιστικά Καταστήματα

2.2.1. Η Οργάνωση Άσκησης στα Σωφρονιστικά Ιδρύματα

Σε ένα σωφρονιστικό κατάστημα, οι τρόφιμοι έχουν την ευκαιρία για καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Στις εγκαταστάσεις ενός ιδρύματος της Πολωνίας υπάρχει γήπεδο ποδοσφαίρου, βόλεϊ και μπάσκετ, καθώς και τραπέζι του πινγκ πονγκ. Λόγω των αυστηρών κανονισμών δεν υπάρχει γυμναστήριο, αλλά κάποιοι τρόφιμοι πραγματοποιούν τακτικά άσκηση ενδυνάμωσης, με τρόπο που δεν είναι σύμφωνο με τους κανονισμούς της φυλακής. Τα κελιά ανοίγουν μέρα και απόγευμα, καθώς η αυλή είναι ανοιχτή από τις 8:30 έως τις 12:00 και από τις 14:45 έως τις 16:45 το καλοκαίρι. Αυτές τις ώρες οι τρόφιμοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις προαναφερθέντες αθλητικές εγκαταστάσεις, να περπατήσουν ή να τρέξουν. Τον χειμώνα η αυλή είναι ανοιχτή για μικρότερο χρονικό διάστημα τα απογεύματα, από τις 14: έως τις 15:00. (Wielgus et al, 2013)

Επιπλέον, έχει δημιουργηθεί μια ποδοσφαιρική ομάδα από έναν από τους συμβούλους, καταρτιζόμενη από κρατούμενους και έχουν προπονήσεις έξω από το σωφρονιστικό κατάστημα. (Wielgus et al, 2013)

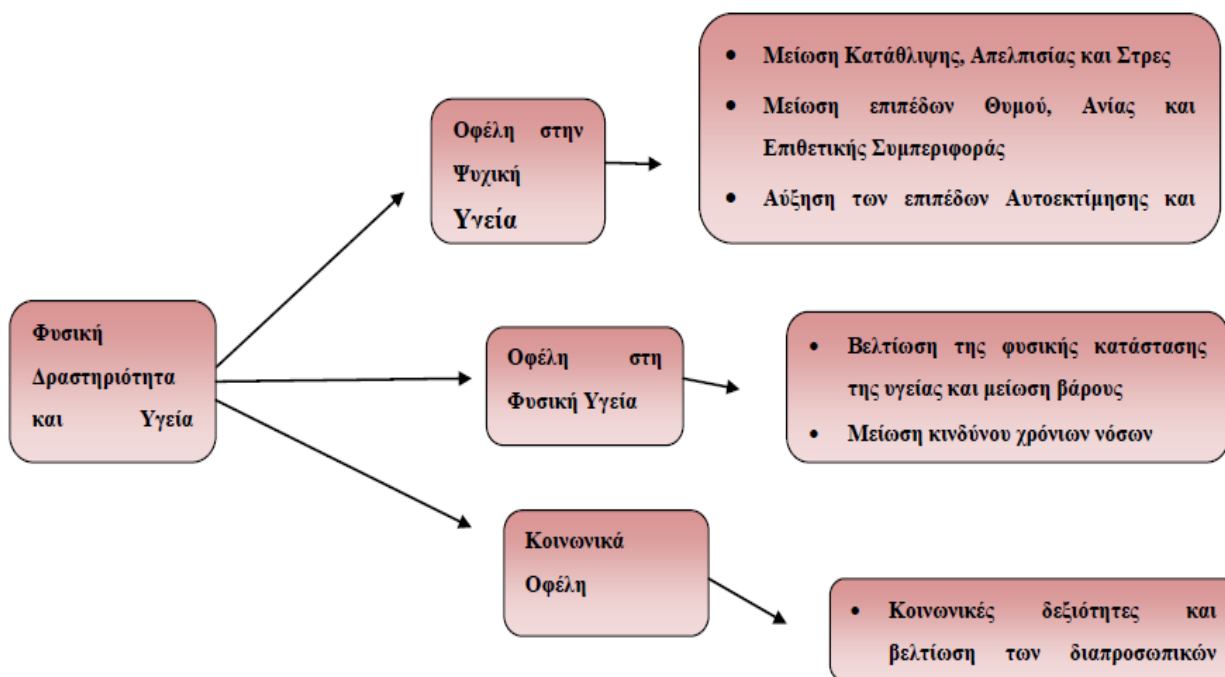
Στην Καλιφόρνια κρατούμενοι επιτρέπεται να ασκούνται 1 ώρα και 30 λεπτά τη μέρα στην αυλή, μόνοι ή με τον συγκάτοικο που μοιράζονται το κελί (εάν έχουν). Δεν υπάρχει διαθέσιμος εξοπλισμός στην αυλή, ούτε καθίσματα, το οποίο είναι ανησυχητικό δεδομένου ότι πολλοί κρατούμενοι είναι ηλικιωμένοι και μερικοί υποφέρουν από αρθρικά προβλήματα. Μερικοί τρόφιμοι δεν κάνουν το διάλειμμά τους πάντα λόγω έλλειψης εγκαταστάσεων ή εξ αιτίας μειωμένου προσωπικού ή άλλων εμποδίων. Επίσης, η αυλή πλημμυρίζει σε περίπτωση βροχόπτωσης. Διεθνή πρότυπα αναφέρουν ότι οι τρόφιμοι που δεν έχουν κάποια απασχόληση σε εξωτερικό χώρο, πρέπει να έχουν τουλάχιστον μία ώρα κατάλληλης άσκησης σ' αυτόν καθημερινά. Οι νεαροί κρατούμενοι και άλλοι κατάλληλης ηλικίας και σωματικής διάπλασης πρέπει η άσκηση που λαμβάνουν να είναι ψυχαγωγική, καθώς και να παρέχεται εξοπλισμός και ο κατάλληλος χώρος για όλους. Η ανάγκη για την επαρκή άσκηση είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού οι κρατούμενοι έχουν αποκοπεί από τις συνήθειες δραστηριότητες και περνούν μεγάλα χρονικά διαστήματα στα κελιά τους και από την άποψη των επιζήμιων επιπτώσεων στην υγεία από την έλλειψη σωματικής άσκησης. (Amnesty International, 2012)

2.3 Άσκηση και Ψυχική Υγεία

Οι αρχές των φυλακών πρέπει να φροντίζουν να παρέχουν στους τροφίμους κατάλληλες ευκαιρίες για επαρκή φυσική δραστηριότητα ως προς όφελος της υγείας τους. Σε πολλές χώρες αυτό δεν συμβαίνει και είναι πιο πιθανό το περιβάλλον των φυλακών να αποτρέπει τους κρατούμενους που θέλουν να ασκηθούν. Υπάρχει ένας αριθμός εμποδίων που οδηγούν σε ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα, όπως ανησυχίες για την ασφάλεια, ο υπερπληθυσμός των φυλακών και το μειωμένο προσωπικό το οποίο κάνει την παρακολούθηση των εξωτερικών δραστηριοτήτων ακόμα πιο δύσκολη. Η άσκηση προάγει την ανακούφιση από τον περιορισμό, την ευκαιρία για κοινωνικοποίηση, την εμφάνιση του συναισθήματος της ευεξίας και βελτιώνει τη σχέση του προσωπικού με τους τροφίμους. Ο υπερπληθυσμός των φυλακών αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα της ανεπαρκούς φυσικής δραστηριότητας. (Plugge et al, 2014)

Σε μερικές φυλακές, στα κελιά μπορεί να έχει τόσο πολλούς κρατούμενους που με το ζόρι μπορούν να κουνηθούν ή είναι δύσκολο να μείνουν μόνοι τους για να μπορέσουν να ασκηθούν. Ένα ευπρεπές σωφρονιστικό ίδρυμα πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα των ανθρώπων και να διαβεβαιώνει την κατάλληλη ενημέρωση των κρατούμενων για τις συστάσεις του WHO που αφορούν την άσκηση. (Plugge et al, 2014)

Ο κύρια αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία των κρατούμενων είναι η απομόνωση και η περιορισμένη δραστηριότητα. Δηλαδή, η απραξία, καμία ψυχική διέγερση και λίγες ευκαιρίες για εκπαίδευση και εκπαίδευση εργασίας. Η φυσική δραστηριότητα συνεισφέρει στη μείωση της αγωνίας και ιδιαίτερα της κατάθλιψης, στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και στη διαχείριση του θυμού. (Mukiza, 2014) Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία των τροφίμων:



Γράφημα 2.3 Φυσική δραστηριότητα και οφέλη στην υγεία των κρατούμενων(Mukiza, 2014)

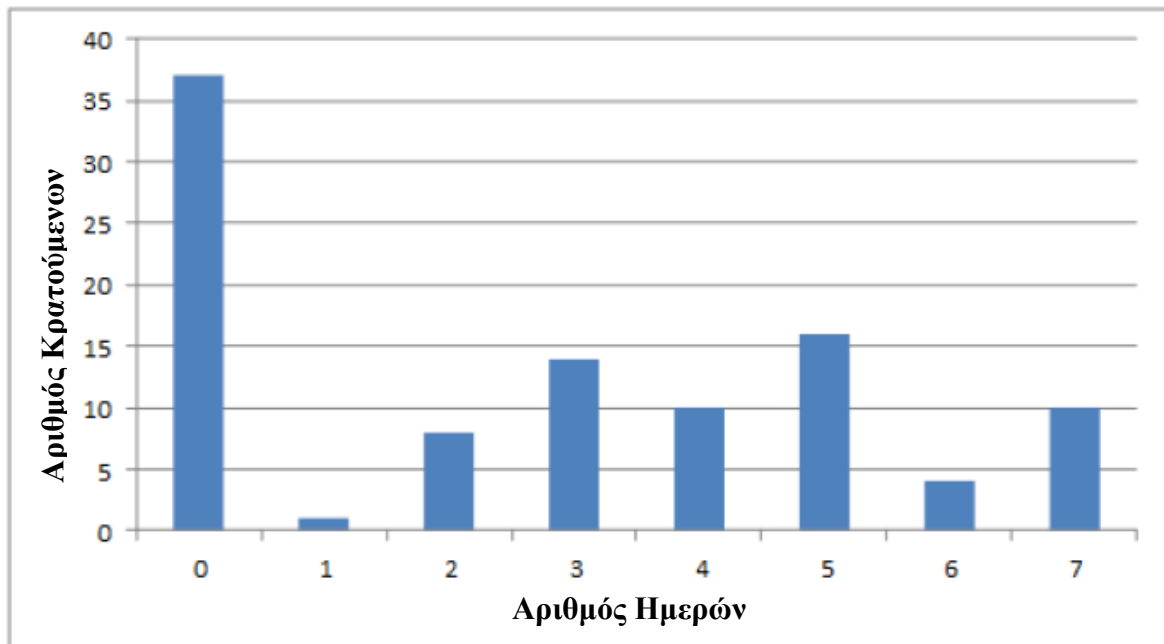
Ένας αριθμός ερευνών με τα αποτελέσματά τους αποδεικνύουν την θετική επίδραση της άσκησης στην ψυχική υγεία των κρατουμένων:

- Το 75% των κρατούμενων παρουσίασε ελάττωση της κατάθλιψης, του στρες και του άγχους, καθώς και βελτίωση στο σχήμα του σώματός τους και στα επίπεδα φυσικής κατάστασης μετά από συμμετοχή σε άσκηση. (Mukiza, 2014)
- Εμφανίστηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και άγχους στους τροφίμους που ασκήθηκαν σε σύγκριση με αυτούς που δεν ασκήθηκαν. (Meek, 2013)
- Μετά από 12 βδομάδων τακτικής αεροβικής άσκησης, μειώθηκαν δραματικά τα συμπτώματα κατάθλιψης. (Mukiza, 2014)

- Τρόφιμοι ανέφεραν ότι με την αύξηση του χρόνου άσκησης, μειώθηκαν τα επίπεδα της απελπισίας. (Mukiza, 2014)
- Σε γυναικοκρατούμενη φυλακή, οι τρόφιμοι ανέφεραν μια μείωση τους στρες (94%) και βελτίωση του ύπνου (81%) μετά από συμμετοχή σε πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή στο πρόγραμμα προσέφερε στις κρατούμενες την ευκαιρία για διασκέδαση και καλοπέραση με αποτέλεσμα της μείωσης του στρες που συσχετίζεται με τον εγκλεισμό. (Plugge et al, 2014)
- Δυο έρευνες βρήκαν την ύπαρξη θετικής επίδρασης της φυσικής δραστηριότητας στη μείωση του θυμού, της ανίας και της επιθετικής συμπεριφοράς, συναισθήματα που βιώνουν οι περισσότεροι κρατούμενοι κατά την έκτιση της ποινής τους. (Mukiza, 2014)
- Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να προσδώσει σημαντικά ψυχολογικά οφέλη και να προωθήσει την επανένταξη στην κοινωνία των κρατουμένων με τη μείωση της παρορμητικής συμπεριφοράς. (Mukiza, 2014)
- Μια ομάδα τροφίμων πήρε μέρος σε άσκηση με βάρη, αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων επιθετικότητας και αύξηση του ηθικού. (Mukiza, 2014)

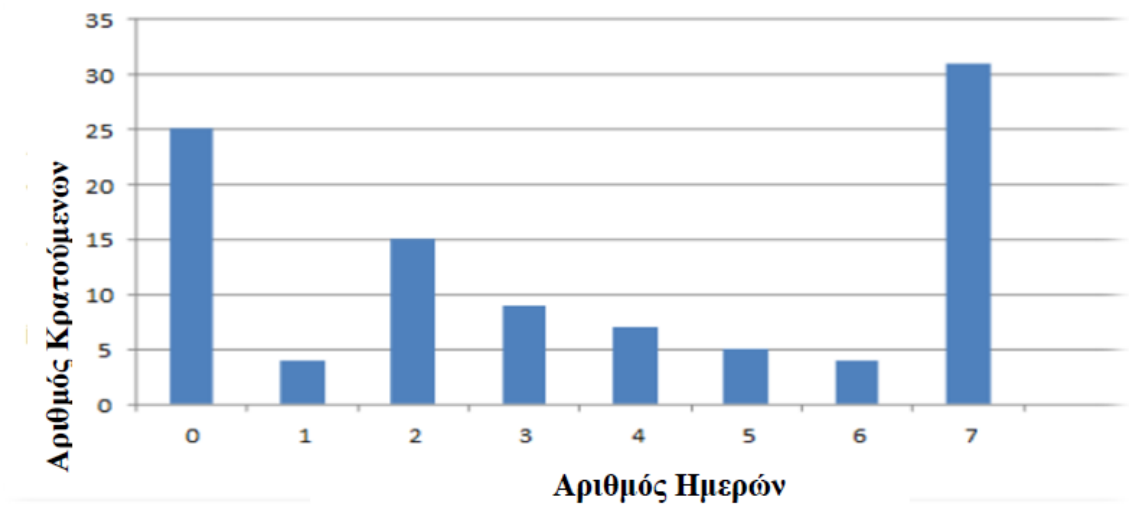
Πλήθος Κρατούμενων που Ασκούνται

Μελέτη στην Πολωνία έδειξε ότι 37% των κρατούμενων δεν πραγματοποιούσε κάποια φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Εντούτοις, το 63% δήλωσε ότι κάνει έντονης έντασης άσκηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Συγκεκριμένα, το 10% εφαρμόζει έντονη σε ένταση άσκηση κάθε μέρα. Το 40% κάνει τέτοιου είδους άσκησης 3 με 5 μέρες τη βδομάδα. Πάνω από το 55% των τροφίμων αφιερώνουν πάνω από 60 λεπτά έντονης φυσικής δραστηριότητας μέσα στη μέρα (Wielgus et al, 2013)



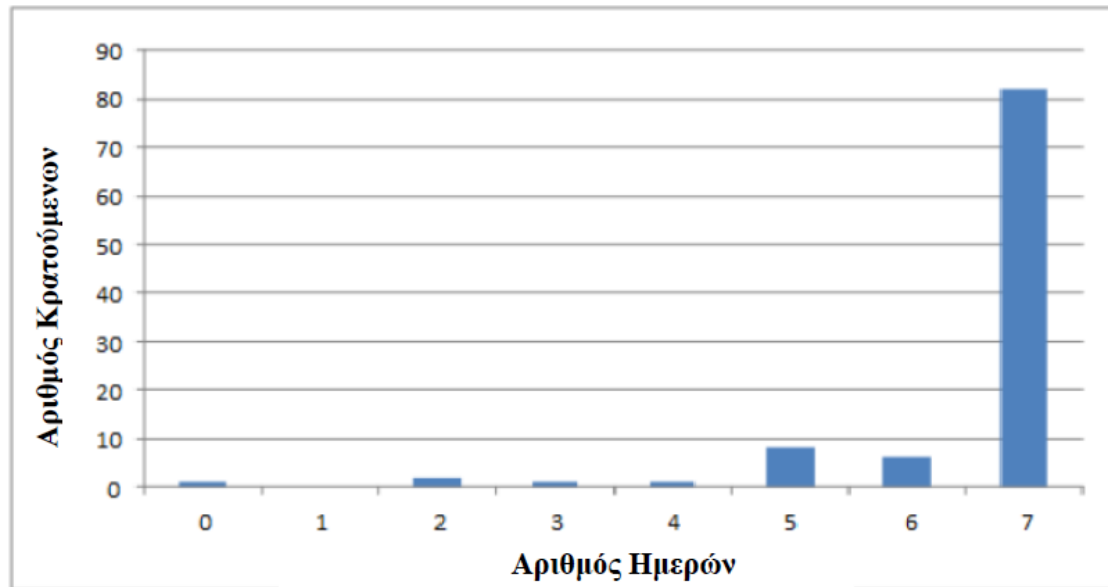
Γράφημα 2.4: Απόδοση της έντασης σωματικών ασκήσεων σε διάστημα μιας εβδομάδας (Wielgus et al, 2013)

Το 75% των τροφίμων πραγματοποιεί άσκηση μέτριας έντασης. Συγκεκριμένα το 31% δήλωσε ότι κάνουν μέτριας έντασης άσκηση 7 φορές τη βδομάδα, το 15% δύο φορές την εβδομάδα, ενώ λιγότερο από 10% 3 με 6 ημέρες τη βδομάδα. (Wielgus et al, 2013)



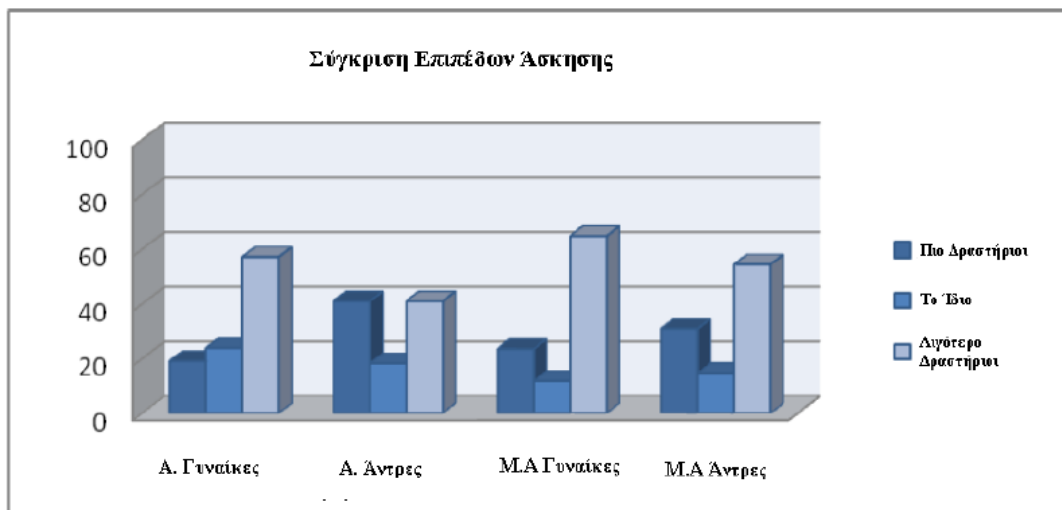
Γράφημα 2.5: Μέτρια σε Ένταση Άσκηση (Wielgus et a., 2013)

Ανάμεσα στους φυλακισμένους ο πιο διαδεδομένος τρόπος άσκησης είναι το απλό περπάτημα. Το 80% επιλέγει αυτόν τον τρόπο, ενώ το 11% το κάνει καθημερινά. (Wielgus et al, 2013)



Γράφημα 2.6: Χαμηλής Έντασης Άσκηση (Wielgus et al, 2013)

Σε μία μελέτη στην Αυστραλία οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συγκρίνουν τα τρέχοντα επίπεδα δραστηριότητας τους με εκείνα πριν από τη φυλάκιση. Πολλοί συμμετέχοντες πίστευαν ότι το τρέχον επίπεδο της δραστηριότητάς τους ήταν χαμηλότερο από ό, τι πριν από τη φυλάκιση. (Kraemer et al, 2009)



Γράφημα 2.7 Σύγκριση επιπέδων άσκησης (Kraemer et al, 2009)

Μετά από αυτά τα αποτελέσματα οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν να εξηγήσουν το λόγο που τα επίπεδα άσκησης τους άλλαξαν. Για αυτούς που τα επίπεδα αυξήθηκαν, εξήγησαν ότι ήταν λόγω:

- Μείωσης χρήσης ναρκωτικών ουσιών
- Η άσκηση είναι ένας καλός τρόπος να χρησιμοποιείται ο ελεύθερος χρόνος
- Περισσότερες εγκαταστάσεις ή χώροι για άσκηση
- Ενεργό άτομο
- Ενεργή απασχόληση στη φυλακή

Για αυτούς που μειώθηκαν οι λόγοι ήταν:

- Μείωση χρήσης ναρκωτικών ουσιών
- Τα καθήκοντα εργασίας παίρνουν πολύ ώρα
- Όχι αρκετές εγκαταστάσεις και χώρος (Kraemer et al, 2009)
- Μη δραστήριο άτομο
- Λιγότερη απασχόληση στη φυλακή
- Συσχέτιση με φαρμακευτική θεραπεία

- Επιλογή του ατόμου- δεν ήθελε
- Συσχέτιση με τραυματισμό ή προβλήματα υγείας
- Μη κατάλληλες εγκαταστάσεις άσκησης για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Kraemer et al, 2009)

2.5 Η Άσκηση Κρατούμενων στην Ελλάδα

Διεξάχθηκε στην Ελλάδα μελέτη όπου σύγκρινε τα επίπεδα, αλλά και τη γνώση που είχαν για την άσκηση μεταξύ φοιτητών ΤΕΦΑΑ και νέων κρατούμενων. Συμμετείχαν 100 φοιτητές και 100 κρατούμενοι, όλοι ηλικίας 18- 23 ετών. Από αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των νέων κρατούμενων και των φοιτητών ΤΕΦΑΑ, ως προς τη φυσική δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο, τις στάσεις, την πληροφόρηση, τις γνώσεις για την άσκηση και τα οφέλη από αυτήν. Μεταξύ της ομάδας νέων κρατουμένων και της ομάδας φοιτητών ΤΕΦΑΑ, υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις τέσσερις εξαρτημένες μεταβλητές, δηλαδή ως προς τις στάσεις, ως προς την άσκηση, την αναζήτηση πληροφόρησης για την άσκηση, την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση για την άσκηση και τα οφέλη της άσκησης. Εξετάζοντας τους μέσους όρους των παραπάνω μεταβλητών για τις δύο ομάδες προκύπτει ότι σε όλες τις περιπτώσεις οι νέοι κρατούμενοι είχαν σαφώς υψηλότερα σκορ από τους φοιτητές ΤΕΦΑΑ. (Καραθάνου & Διγγελίδης, 2013)

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των νέων μαθητών και των φοιτητών φυσικής αγωγής

	Νέοι Κρατούμενοι		Φοιτητές ΤΕΦΑΑ		
	Κ	ΤΑ	Φ	ΤΑ	F
Φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο	46.75	14.08	32.48	13.02	47.17**
Στάσεις προς την άσκηση	6.55	0.46	6.78	0.24	15.04**
Πληροφόρηση για την άσκηση	4.58	0.67	5.23	0.36	59.36**
Γνώσεις για την άσκηση	4.76	1.30	6.33	0.42	108.02**
Οφέλη από την άσκηση	0.77	0.14	0.99	0.02	197.39**
Στάσεις προς το κάπνισμα	2.62	1.00	1.98	0.56	25.60**
Πληροφόρηση για το κάπνισμα	4.16	1.06	5.00	0.47	42.65**
Αντιλαμβανόμενη ενημερότητα για το κάπνισμα	4.76	1.30	6.40	0.47	110.70**
ΔΣΜ	25.19	1.55	25.26	0.75	0.12

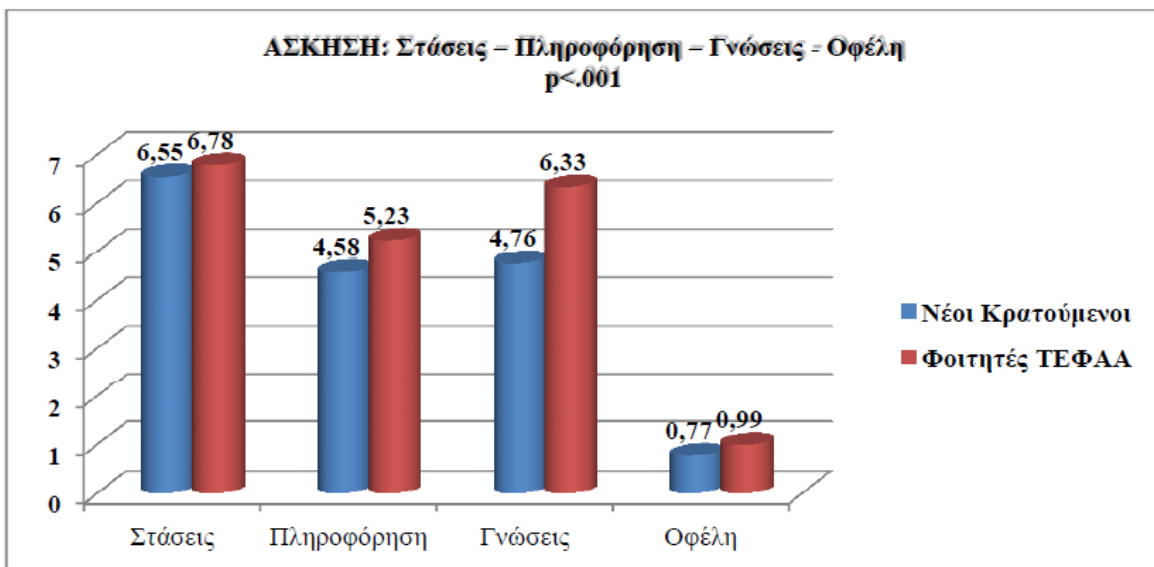
Σημείωση: όπου ** = $p < .001$.

Πίνακας 2.8 Μέσος όρος και τυπική απόκλιση νέων μαθητών /κρατούμενων και φοιτητών ΤΕΦΑΑ (Καραθάνου & Διγγελίδης, 2013)

Οι νέοι κρατούμενοι είχαν υψηλότερα σκορ σε σχέση με τους φοιτητές ΤΕΦΑΑ ως προς τη φυσική δραστηριότητα. Όμως, οι φοιτητές ΤΕΦΑΑ, είχαν υψηλότερα σκορ σε σχέση με τους νέους κρατούμενους, ως προς τις στάσεις, την πληροφόρηση, τις γνώσεις και τα οφέλη της άσκησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο χώρος στον οποίο οι νέοι κρατούμενοι έχουν τη δυνατότητα να ασχοληθούν με κάποια φυσική δραστηριότητα δεν είναι ο χώρος της γειτονιάς ή κάποιος αθλητικός χώρος ελεύθερα προσβάσιμος, αλλά πρόκειται για εκείνον εντός του σωφρονιστικού καταστήματος. (Καραθάνου & Διγγελίδης, 2013)



Γράφημα 2.9 Μέσος Όρος Φυσικής Δραστηριότητας (Καραθάνου & Διγγελίδης, 2013)



Γράφημα 2.10 Μέσοι όροι για στάσεις, πληροφόρηση και γνώσεις ως προς την άσκηση (Καραθάνου & Διγγελίδης, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ψυχική Υγεία Φυλακισμένων

ΕΝΟΤΗΤΑ 3.1

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δεν υπάρχει ένας επίσημος ορισμός της ψυχικής υγείας. Όμως κατά προσέγγιση, ως Ψυχική υγεία ορίζεται η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, δηλαδή η σωματική, η διανοητική, η συναισθηματική και η πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου. Η ψυχική υγεία είναι η ικανότητα του ανθρώπου να απολαμβάνει τη ζωή και να αντιμετωπίζει τις καθημερινές της προκλήσεις. (Centre for Addiction and Mental Health, 2003) Επίσης, είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα επίπεδο γνωστικής και συναισθηματικής ευεξίας, απουσίας μιας ψυχικής διαταραχής. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να προκληθεί είτε από μια χημική ανισορροπία στον εγκέφαλο ή από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το άγχος και η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους. (Ontario Council of Agencies Serving Immigrants, 2016)

Οι κυριότερες ψυχικές διαταραχές αποτελούν οι κλινικές, της προσωπικότητας, η (δια)νοητική καθυστέρηση και οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες. Οι κλινικές διαταραχές περιλαμβάνουν τις ψυχωτικές και σχιζοφρένεια (π.χ ψύχωση), της διάθεσης (π.χ καταθλιπτικές), τις αγχώδεις διαταραχές (π.χ φοβικές), τις σωματόμορφες (π.χ σωματοδυσμορφική) και πολλές άλλες. Με τη σειρά τους κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας είναι η μεταιχμιακή, η σχιζότυπη, η ναρκισσιστική, η παρανοειδής και η αντικοινωνική. Οι προαναφερθέντες και οι μη ψυχικές διαταραχές διαγιγνώσκονται επακριβώς με τη χρήση ενός πολυαξονικού συστήματος, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (4^η έκδοση, DSM-IV), καθώς και οι ψυχοκοινωνικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρέασαν τον ασθενή. (Μάνου, 2008)

Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται σε υψηλά ποσοστά σε όλες τις χώρες του κόσμου. Εκτιμάται ότι τετρακόσια-πενήντα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτές οι διαταραχές είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες σε πληθυσμούς των φυλακών.(WHO, 2005) Συγκεκριμένα στην Ελλάδα τα ποσοστά της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε τροφίμους είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερα από τον γενικό πληθυσμό αρρένων. (Fotiadou et al, 2006) Γενικά, οι πέντε πρώτοι μήνες

του εγκλεισμού θεωρούνται κρίσιμοι, λόγω του ότι κατά την περίοδο αυτή, οι κρατούμενοι έχουν ελάχιστες ευκαιρίες να μιλήσουν, να "δραπετεύσουν" από την κατάσταση ή απλά να περάσουν καλά. Αυτό, σε συνδυασμό με εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. τιμωρίες, είδος φυλακής) αλλά και ενδογενείς παράγοντες (π.χ. προσωπικότητα, γνωστικά σχήματα), μπορεί να κινητοποιήσει δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις. (Serra, 1994)

Κάποιες από αυτές είναι:

- *Διαταραχές στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων*: είναι αποτέλεσμα της μονοτονίας της ζωής στη φυλακή και της έλλειψης ερεθισμάτων. (Cooke et al, 1990)
- *Αγχώδεις διαταραχές*: Οφείλονται στην αυξημένη ένταση που νιώθουν οι κρατούμενοι, οι οποίοι δυσκολεύονται να την ερμηνεύσουν ωθώντας τους σε μη ορθολογικές συμπεριφορές, όπως το να βάλουν τις φωνές σε φύλακα ή σε συγκρατούμενο, να καταστρέψουν το κελί τους, αλλά μέχρι και να αυτοτραυματιστούν. (Cooke et al, 1990)
- *Κατάθλιψη*:
 - *Αγχώδης Κατάθλιψη*: χαρακτηρίζεται από δύσπνοια, ευερεθιστότητα, ένταση και ενοχές
 - *Γνωστική Κατάθλιψη*: διακρίνεται από μη ικανοποίηση, απαξίωση και απελπισία
 - *Κατάθλιψη που σχετίζεται με τη διατροφή*: τα χαρακτηριστικά της είναι η απώλεια όρεξης και ενέργεια και η αυξημένη κόπωση
 - *Ενδογενής Κατάθλιψη*: συνοδεύεται από διακυμάνσεις της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, από πολύ πρωινό ξύπνημα, από απώλεια βάρους, από ευερεθιστότητα και ένταση (Serra, 1994)
- *Απόπειρες αυτοκτονίας/ αυτοτραυματισμοί*: Μπορούν να συμβούν κατά τα πρώτα στάδια του εγκλεισμού και έχουν άμεση συσχέτιση με την κατάθλιψη
- *Ιδρυματισμός*: Είναι η απόλυτη εξάρτηση του ατόμου από τη φυλακή. Ο ιδρυματισμός ακολουθείται από συγκεκριμένες ψυχοδιανοητικές διαταραχές, όπως αποεπένδυση του σώματος, πρώιμο γήρας, διαταραχές της σεξουαλικότητας, αναστολή των

ψυχοκοινωνικών δραστηριοτήτων, συναισθηματική αδιαφορία, έντονη ερεθιστικότητα.
(Serra, 1994)

Συνάμα, από τους εννιά εκατομμύρια έγκλειστους παγκοσμίως, τουλάχιστον ένα εκατομμύριο πάσχουν από σημαντική ψυχική διαταραχή και ακόμη περισσότερο υποφέρουν από κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη και το άγχος.
(WHO,2008)

Υπάρχει συχνά συννοσηρότητα (διπλή διάγνωση), όπως διαταραχή της προσωπικότητας, αλκοολισμό και τοξικομανία. (WHO,2008) Αλλά κυρίως παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ψυχωτικής ασθένειας, μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και διαταραχή προσωπικότητας από τον γενικό πληθυσμό. (Fazel & Danesh, 2002)

Αυτές οι εκδηλώσεις επιπλοκών ψυχικής υγείας συμβαίνουν διότι ο χώρος και η λειτουργία των φυλακών επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία των κρατουμένων. Κάποιοι από τους παράγοντες αυτής της αρνητικής επίδρασης είναι: ο υπερπληθυσμός, οι διάφορες μορφές βίας, η αναγκαστική μοναξιά ή αντίστροφα, η απώλεια της ζωής τους εκτός της φυλακής, οι περιορισμένες έως και οι ανύπαρκτες διαπροσωπικές, συγγενικές σχέσεις, η έλλειψη ουσιαστικών δραστηριοτήτων, η απομόνωση από τα κοινωνικά δίκτυα, η ανασφάλεια για τις μελλοντικές προοπτικές λόγω του στίγματος (απασχόληση, διαπροσωπικές σχέσεις κλπ), ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας, ειδικά υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Mackenzie & Mitchell, 2005, WHO, 2005, Yang et al, 2009). Επιπλέον, διεθνή έρευνα έχει αποδείξει ότι οι φυλακές στην Ευρώπη κατέχουν ένα πολύ υψηλό ποσοστό φυλακισμένων με ψυχικές διαταραχές. Οι λόγοι είναι:

- Πολλοί έγκλειστοι παρουσιάζουν ήδη κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας πριν από την είσοδο τους σε φυλακή. (WHO,2008)
- Το περιβάλλον των φυλακών είναι , από τη φύση του, συνήθως ακατάλληλο για την προστασία ή τη διατήρηση της ψυχικής υγείας των κρατούμενων.
- Πολλοί ευάλωτοι φυλακισμένοι έχουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών πριν την είσοδό τους στο ίδρυμα, αλλά υπάρχει και μεγάλο ποσοστό έγκλειστων που είχαν την πρώτη τους εμπειρία εντός του χώρου της φυλακής.
- Τα προγράμματα εκτροπής πριν και κατά τη στιγμή της καταδίκης είναι συχνά φτωχά ανεπτυγμένα, δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους και η διαχείρισή τους χαρακτηρίζεται κακή.

- Οι φυλακές έχουν καταλήξει να είναι χώροι αποθήκευσης ατόμων που έχουν ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές ευρέος φάσματος. (WHO,2008)

3.1.1. Διάφορες μελέτες και αποτελέσματά τους.

- Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε φυλακές στην Αγγλία και στην Ουαλία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εννιά στους δέκα κρατούμενους είχαν τουλάχιστον μια ψυχιατρική διάγνωση, με τα ποσοστά της νευρωτικής διαταραχής, διαταραχής της προσωπικότητας, της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών να είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, τα ποσοστά της Σοβαρής Ψυχικής Ασθένειας ήταν δυσανάλογα αυξημένα μεταξύ των καταδικασθέντων ανδρών (7%) και των φυλακισμένων γυναικών (14%) που έπασχαν από ψύχωση. (Trends in Urology & Men's Health, 2015)
- Έρευνα στην Τουρκία διερεύνησε την νοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών σε κατάδικους εγκληματίες για ανθρωποκτονία/ απόπειρα ανθρωποκτονίας. Το ποσοστό των καταδίκων με ψυχιατρικές διαταραχές ανήλθε στο 51,4%. Οι πιο συχνά διαγνωσμένες διαταραχές ήταν οι καταθλιπτικές διαταραχές (7,1%), αγχώδεις διαταραχές (5,7%), διαταραχή χρήσης ουσιών (45,7%) και διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας (48,6%). Συνεπώς, διακρίνεται ότι οι διαταραχές της χρήσης ουσιών και η διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας αποτελούν τις επικρατέστερες μεταξύ των καταδίκων εγκληματιών για ανθρωποκτονία/ απόπειρα ανθρωποκτονίας. (Kugu, 2008)
- Στα μέσα του 2005 περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των φυλακισμένων είχαν πρόβλημα ψυχικής υγείας. Αυτό αποδείχθηκε με την ανάλυση δεδομένων που αποκτήθηκαν μέσω προσωπικών συνεντεύξεων με κρατούμενους των κρατικών και ομοσπονδιακών φυλακών το 2004 και με τροφίμους τοπικών φυλακών το 2002 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Οι παρακάτω πίνακες αρύστηκαν από αναφορά, της οποίας τα αποτελέσματα ήταν βασισμένα στα προαναφερθέντα δεδομένα. (Doris & Lauren, 2006)

	Ποσοστό των τροφίμων σε			
	Κρατική φυλακή		Τοπική φυλακή	
Χαρακτηριστικά	Με Ψ.Π*	Χωρίς	Με Ψ.Π*	Χωρίς
Ποινικό μητρώο				
Τρέχον ή προηγούμενο βίαιο αδίκημα	61%	56%	44%	36%
3 ή περισσότερες προηγούμενες φυλακίσεις	25	19	26	20
εξάρτηση από ουσία ή κατάχρηση	74%	56%	76%	53%
Χρήση ναρκωτικών για 1 μήνα πριν από τη σύλληψη	63%	49%	62%	42%
Οικογενειακό υπόβαθρο				
Άστεγος για ένα χρόνο πριν από τη σύλληψη	13%	6%	17%	9%
Σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν	27	10	24	8
Αλκοολικοί ή ναρκομανείς γονείς	39	25	37	19
Απόδοση ευθυνών για παραβίαση κανόνων κράτησης	58%	43%	19%	9%
Σωματική ή λεκτική επίθεση	24	14	8	2
Τραύμα λόγω καυγά μετά την εγκατάσταση	20%	10	9%	3%

*Με Ψ.Π = με ψυχικό πρόβλημα

Πίνακας 3.1.: Συχνότητα των προβλημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των τροφίμων σε κρατικές και τοπικές φυλακές

- ❖ Περίπου το ένα τέταρτο των τροφίμων από τις κρατικές και τις τοπικές φυλακές που είχαν ψυχικό πρόβλημα, σε σύγκριση με το ένα πέμπτο εκείνων που δεν εμφάνιζαν, είχαν φυλακιστεί στο παρελθόν τρεις ή περισσότερες φορές. (Doris & Lauren, 2006)
- ❖ Οι γυναίκες τρώφιμοι είχαν υψηλότερα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας από ό,τι οι άντρες. (κρατικές φυλακές: 73% γυναίκες και 55% άντρες. Τοπικές φυλακές: 75% γυναίκες και 63% άντρες)
- ❖ Σχεδόν το 74% των κρατούμενων των κρατικών φυλακών και το 76% των τοπικών με ψυχικό πρόβλημα ήταν εξαρτημένοι από ουσίες ή έκαναν κατάχρηση.
- ❖ Κατά προσέγγιση το 63% των τροφίμων με ψυχικό πρόβλημα των κρατικών φυλακών και το 62% των τοπικών σε σύγκριση με τον πληθυσμό χωρίς πρόβλημα (49% και 42% αντίστοιχα), είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών ένα μήνα πριν τη σύλληψή τους.
- ❖ Η συχνότητα των εγκλείσεων με ψυχικό πρόβλημα που ήταν άστεγοι ένα χρόνο πριν τη σύλληψή τους, ήταν περίπου δύο φορές μεγαλύτερη από αυτή των τροφίμων που δεν παρουσίαζαν ψυχικό πρόβλημα. (κρατική φυλακή: 13% -6%, τοπική φυλακή: 17% - 9%) (Doris & Lauren, 2006)
- ❖ Το ποσοστό των κρατούμενων με ψυχικό πρόβλημα του τοπικού ιδρύματος σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν, ήταν τριπλάσιο όσο αναφορά τη σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν.
- ❖ Πάνω από ένας στους τρεις τρώφίμους κρατικών φυλακών και ένας στους έξι τοπικών φυλακών που είχαν ψυχικό πρόβλημα είχαν λάβει θεραπεία αφότου είχαν εισέλθει.
- ❖ Το ποσοστό των κρατούμενων με ψυχικό πρόβλημα κρατικών φυλακών που είχαν τραυματιστεί σε συμπλοκή ήταν διπλάσιο από των τροφίμων χωρίς πρόβλημα. (Doris & Lauren, 2006)

Πρόβλημα ψυχικής υγείας	Ποσοστό των τροφίμων σε		
	Κρατική φυλακή	Ομοσπονδιακή φυλακή	Τοπική φυλακή
Οποιοδήποτε πρόβλημα ψυχικής υγείας	56,2%	44,8%	64,2%
Πρόσφατο ιστορικό προβλήματος ψυχικής υγείας	24,3%	13,8%	20,6%
Διαταραχή από διάγνωση επαγγελματία	9,4	5,4	10,9
Διανυκτέρευση σε νοσοκομείο	5,4	2,1	4,9
Χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	18,0	10,3	14,4
Θεραπεία ψυχικής υγείας από επαγγελματία	15,1	8,3	10,3
Συμπτώματα ψυχικής διαταραχής	49,2%	39,8%	60,5%
Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή	23,5	16,0	29,7
Μανιακή διαταραχή	43,2	35,1	54,5
Ψυχωτική διαταραχή	15,4	10,1	23,9

Σημείωση: Περιλαμβάνει τροφίμους που ανέφεραν κάποια δυσλειτουργία εξ αιτίας ψυχικού προβλήματος. Τα δεδομένα είναι βασισμένα στις έρευνες τροφίμων σε κρατικά και ομοσπονδιακά σωφρονιστικά συστήματα το 2004 και σε τοπικές φυλακές το 2002.

Πίνακας 3.2. : Πρόσφατο ιστορικό και συμπτώματα ψυχικών προβλημάτων μεταξύ ομοσπονδιακών, κρατικών και τοπικών φυλακών

Μεταξύ όλων των τροφίμων, οι κρατούμενοι σε κρατικές φυλακές ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν κάποιο πρόσφατο περιστατικό προβλήματος ψυχικής υγείας. Περίπου 24% των κρατούμενων των κρατικών φυλακών είχαν πρόσφατο περιστατικό ενός προβλήματος ψυχικής υγείας, που ακολουθείται από 21% των τροφίμων τοπικών φυλακών και 14% των Ομοσπονδιακών. (Doris & Lauren, 2006)

Ενώ οι τρόφιμοι των τοπικών φυλακών είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό συμπτωμάτων διαταραχής της ψυχικής υγείας (60%), ακολουθούσαν των κρατικών φυλακών (49%) και των ομοσπονδιακών (40%). (Doris & Lauren, 2006)

		Ποσοστό των τροφίμων σε	
Χαρακτηριστικά	Κρατική φυλακή	Ομοσπονδιακή φυλακή	Τοπική φυλακή
Όλοι οι τρόφιμοι	56,2%	44,8%	64,2%
Φύλο			
Αντρας	55,0%	43,6%	62,8%
Γυναίκα	73,1	61,2	75,4
Φυλή			
Λευκός	62,2%	49,6%	71,2%
Μαύρος	54,7	45,9	63,4
Ισπανόφωνος	46,3	36,8	50,7
Άλλο	61,9	50,3	69,5
Ηλικία			
24 ή νεότερος/η	62,6%	57,8%	70,3%
25-34	57,9	48,2	64,8
35-44	55,9	40,1	62,0
45-54	51,3	41,6	52,5
55 ή μεγαλύτερος	39,6	36,1	52,4

Πίνακας 3.3: Τρόφιμοι κρατικών, ομοσπονδιακών και τοπικών φυλακών που είχαν ψυχικό πρόβλημα υγείας με επιλεγμένα χαρακτηριστικά.

Οι γυναίκες τρόφιμοι είχαν πολύ υψηλότερα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας από ό,τι οι άντρες τρόφιμοι σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα, όπως και οι λευκοί σε σύγκριση με Μαύρους, Ισπανόφωνους και άλλους και οι νεότεροι σε ηλικία. (Doris & Lauren, 2006)

Σε έρευνα που έλαβε μέρος στις φυλακές της Κομοτηνής, παρατηρήθηκε ότι 63 (78,7%) κρατούμενοι έπασχαν από ψυχική ασθένεια. Οι κύριες διαγνώσεις ήταν: αγχώδη διαταραχή [30 (37,5%)], μείζων κατάθλιψη [22 (27,5%)], αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας [30 (37,5%)], εξάρτηση από αλκοόλ [21 (26,3%)] και από οπιούχα [22(27,5%)] και σχιζοφρενική ή διπολική διαταραχή [9 (11,2%)]. Ανάμεσα σε εκείνους που παρουσίαζαν αγχώδη διαταραχή, οι δέκα (12,5% του συνολικού δείγματος) είχαν και διαταραχή πανικού. Τα ποσοστά του άγχους και των συναισθηματικών διαταραχών ήταν παρόμοια τόσο στους κατάδικους, όσο και στους προφυλακισμένους. Τρεις από τους προφυλακισμένους διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια και κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης μελέτης αλλά και κατά τη διάρκεια του βίου τους και έξι είχαν διπολική διαταραχή κατά την πορεία της ζωής τους. Είκοσι κρατούμενοι ανέφεραν προηγούμενη ψυχιατρική, ενδονοσοκομειακή θεραπεία και σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά αντικοινωνικής διαταραχής τόσο σε κατάδικους (47,5%), όσο και σε προφυλακισμένους (27,5%). (Fotiadou et al, 2006)

Διάγνωση	Κατάδικοι N=40	Προφυλακισμένοι N=40	Σύνολο N=80
Τρέχοντα ποσοστά			
Συναισθηματική Διαταραχή			
➤ Διπολική Διαταραχή	2 (5%)	0 (0%)	2 (2,5%)
➤ Μείζονα Καταθλιπτική	13 (32,5%)	9 (22,5%)	22 (27,5%)
➤ Δυσθυμία	2 (5%)	3 (7,5%)	5 (6,25%)
Σχιζοφρένεια	3 (7,5%)	0 (0%)	3 (3,75%)
Αγχώδεις και σωματομορφές Διαταραχές ^α	16 (40%)	14 (35%)	30 (37,5%)
Ποσοστά καθ' όλη τη ζωή			
Σχιζοφρένεια	3 (7,5%)	0 (0%)	3 (3,75%)
Διπολική Διαταραχή	4 (10%)	2 (5%)	6 (7,5%)
Διαταραχή πανικού	10 (25%)	5 (12,5%)	15 (18,75%)
Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας	19 (47,5%)	11 (27,5%)	30 (37,5%)
Κατάχρηση ουσιών/ εξάρτηση			
Αλκοόλ	10 (25%)	13 (32,5%)	23 (28,75%)
Ναρκοτικές ουσίες ^β	26 (65%)	21 (52,5%)	47 (58,75%)

α) Περιλαμβάνει συμπτώματα σχετικά με διάγνωση: διαταραχής πανικού, αγοραφοβίας, κοινωνικής φοβίας, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (διάρκεια ενός μήνα). Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος συμπεριλαμβάνει επιπλέον θέμα με αντικείμενο την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (διάρκεια συμπτωμάτων, 6 μήνες).

β) Συμπεριλαμβανομένης της κάνναβης. (M. Fotiadou , M. Livaditis , I. Manou , E. Kaniotou , K. Xenitidis, 2006)

Πίνακας 3.4: Τρέχοντα και καθ' όλης της ζωής ποσοστά ψυχικών διαταραχών, κατάδικων και προφυλακισμένων

Ενότητα 3.1.2. Καταθλιπτικές Διαταραχές (Μείζονα)

Η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές διάθεσης και προκαλεί μια επίμονη αίσθηση θλίψης και έλλειψη ενδιαφέροντος. Μερικές φορές μπορεί να ακολουθείται από δυσκολία περάτωσης καθημερινών δραστηριοτήτων και από την ύπαρξη του δυσάρεστου συναισθήματος ότι «η ζωή δεν αξίζει για να ζεις». (Mayo Clinic, 2015) Υπάρχουν διάφορες αιτίες που συσχετίζονται με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και βιοχημικών παραγόντων. Συνήθως εμφανίζεται μεταξύ δεκαπέντε έως τριάντα ετών και είναι πολύ πιο συχνή στις γυναίκες. (National Institute of Mental Health (NIMH), 2014) Διακρίνεται σε τρεις τύπους καταθλιπτικών διαταραχών, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και συνοδεύονται από πολυάριθμα συμπτώματα και χαρακτηριστικά, τα οποία ομαδοποιούνται στον παρακάτω πίνακα. (Μάνου, 2008) Ταξινομείται σε τέσσερις κατηγορίες: «ουδέν-ελάχιστη», «ήπια», «μέτρια» και «σοβαρή». (Butler & Lucas, 2001)

Συμπτώματα της κατάθλιψης	
Συναίσθημα	Κινητοποίηση
Καταθλιπτική διάθεση Ανηδονία Άγχος	Απώλεια ενδιαφέροντος Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα	Σκέψη- Αντίληψη
Διαταραχή ύπνου Διαταραχή της όρεξης Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας) Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido) Ψυχοκινητική επιβράδυνση Ψυχοκινητική διέγερση	Αισθήματα –σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας Χαμηλή αυτοεκτίμηση Δυσκολία στη συγκέντρωση Ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.)
Σωματικές Ενοχλήσεις	

Πίνακας 3.5 Συμπτώματα της κατάθλιψης (Μάνου, 2008)

Διαταραχή της όρεξης: Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Σπανιότερη είναι η αυξημένη όρεξη που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους. (Μάνου, 2008)

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας: Η πιο αξιοσημείωτη και βλαβερή επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία, καθώς πάνω από το 70% των ατόμων που αυτοκτονούν μπορεί να έχουν κάποια μορφή κατάθλιψης. (Federal Bureau of Prisons, 2014) Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε δώδεκα μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Το ποσοστό των ασθενών που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης ανέρχεται στο 15%. Η περίοδος των έξι έως εννιά μηνών, όπου παρατηρείται συμπτωματική βελτίωση των ασθενών θεωρείται η πιο επικίνδυνη καθώς ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. (Μάνου, 2008)

Μείζονα Καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ή και περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, όπου υπάρχει συνεχή διάχυτη κατάθλιψη, έλλειψη ευχαρίστησης, απάθεια για τουλάχιστον δύο εβδομάδες και συνοδεύονται από δυστυχία και δυσλειτουργία. Επιπροσθέτως, πρέπει να παρουσιάζουν και τέσσερα από τα συμπτώματα του παραπάνω πίνακα. (Μάνου, 2008, Federal Bureau of Prisons, 2014) Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν και άλλα συμπτώματα πέρα από τα προαναφερθέντα, όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενόχληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό νοιάξιμο και στεναχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους ή και προσβολές πανικού. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχει και με άλλες διαταραχές, δηλαδή διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, ψυχογενής ανορεξία ή βουλιμία, μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας και κυρίως δυσθυμική διαταραχή. Επιπλέον, και η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται με αυτοβλαπτικές συμπεριφορές, καθώς τα ποσοστά των αυτοκτονιών σε άτομα με τη συγκεκριμένη νόσο υπολογίζεται στο 15%. (Μάνου, 2008)

Σε μερικούς από τους παραπάνω πίνακες έχει αποδειχθεί η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών σε διάφορους πληθυσμούς φυλακών (Αγγλία, Τουρκία, Ελλάδα κλπ). Οι λόγοι και οι ομάδες κρατουμένων που συμβάλλουν στα υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών είναι το στίγμα, οι πολιτιστικοί παράγοντες, τα ηλικιωμένα άτομα, οι γυναίκες, οι διαταραχές προσωπικότητας, οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, η εγκεφαλική βλάβη, άνοια ή άλλη νοητική δυσλειτουργία. (Federal Bureau of Prisons, 2014, Μάνου, 2008)

Στίγμα: μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Οι τρόφιμοι που λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα πρέπει να ακολουθούν ένα πρόγραμμα όσο αφορά τη χορήγησή τους και έτσι η λήψη φαρμάκων μπορεί να γίνει αντιληπτή από τους άλλους κρατούμενους, με αποτέλεσμα να εκτεθεί σε υποτιμητικούς χαρακτηρισμούς, όπως «τρελός».

Πολιτιστικοί Παράγοντες: μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη θεραπεία, όπως να την καταστήσουν ανεπαρκή. Η εθνικότητα και η κουλτούρα μπορεί να επηρεάσει την έκφραση της ψυχιατρικής ασθένειας καθώς και την αποδοχή του ασθενή για την ασθένειά του. Οι γλωσσικοί φραγμοί μπορούν να περιπλέξουν περαιτέρω τις διαδικασίες τη διάγνωσης και της θεραπείας. (Federal Bureau of Prisons, 2014, Μάνου, 2008)

Ηλικιωμένα Άτομα: παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καταθλιπτική διαταραχή απ' ότι οι νεότεροι σε ηλικία, καθώς και αυξημένη πιθανότητα θανάτων από αυτοκτονία. Ακόμη, η παρουσία καταθλιπτικών διαταραχών σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα προαναγγέλλει την εμφάνιση άνοιας.

Γυναίκες: εμφανίζουν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών από τους άντρες και η κατάθλιψη συχνά παρέπεται από διαταραχές άγχους.

Διαταραχές Προσωπικότητας: τα άτομα αυτής της ομάδας είναι πιο εύκολο να αναπτύξουν καταθλιπτική διαταραχή· έχουν πρόβλημα αυτό-έλεγχου και έτσι πολλαπλασιάζεται ο κίνδυνος αυτό- τραυματισμού ή και άλλων.

Διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών: η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που είναι συμβατά με την κατάθλιψη. Παράλληλα δημιουργεί μια αοριστία όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτών των ατόμων. Περίπου το 25% που πεθαίνουν από αυτοκτονία είναι σε κατάσταση μέθης κατά τη στιγμή του θανάτου τους. (Federal Bureau of Prisons, 2014, Μάνου, 2008)

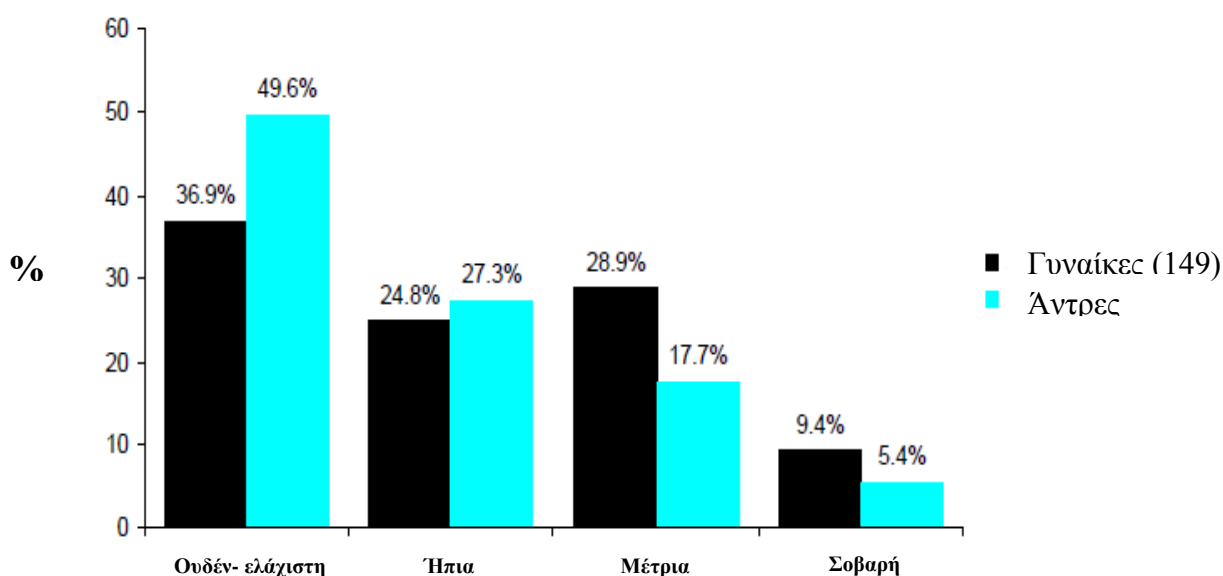
Εγκεφαλική βλάβη, άνοια ή άλλη νοητική δυσλειτουργία: άτομα με νοητική αναπηρία είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές διάθεσης. (Federal Bureau of Prisons, 2014, Μάνου, 2008)

Σχετιζόμενες με την κατάθλιψη σωματικές παθοφυσιολογίες	
Κατηγορία	Καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν ή να παρουσιαστούν ως Κατάθλιψη
Καρδιακή Νόσος	Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
	Ισχαιμική καρδιακή πάθηση
Διαταραχές του συνδετικού ιστού	Ερυθματώδης λύκος
	Μικτή νόσος του συνδετικού ιστού
	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Ενδοκρινής	Νόσο των επινεφριδίων (νόσος Addison ή Cushing)
	Διαβήτης
	Υπερπαραθυρεοειδισμό
	Υπο- ή υπερθυρεοειδισμό
Λοιμώδη Νοσήματα	Ηπατίτιδα
	Λοίμωξη HIV
	Λοιμώδης μονοπυρήνωση
	Πνευμονία
	Τριτογενή σύφιλη
	Τοξοπλάσμωση
Κακοήθειες	Οποιαδήποτε, αλλά κυρίως στην κοιλιακή χώρα και το γαστρεντερικό
	Καρκινομάτωση
	Αιματολογικές
	Παρανεοπλασματικό σύνδρομο
Νευρολογικές Διαταραχές	Όγκος στο ΚΝΣ
	Ανοια
	Κάκωση της κεφαλής
	Πολλαπλή σκλήρυνση
	Νόσος Parkinson
	Επιληπτική διαταραχή
	Διαταραχές του ύπνου
	Εγκεφαλικό
Υποσκληρίδιο αιμάτωμα (χρόνια)	
Διατροφικές Διαταραχές	Υπερβολική πρόσληψη Β-6
	Β12 ή φυλλικού οξέος
	Ανεπάρκεια νιασίνης (πελλάγρα)
	Ανεπάρκεια θειαμίνης
Διάφορα	Αναμία
	Ασθμα / ΧΑΠ / εμφύσημα
	Σύνδρομο χρόνιου πόνου
	Διακοπή του καπνίσματος
	Και χρόνιες ασθένειες

Πίνακας 6: Ιατρικές καταστάσεις που συσχετίζονται με την κατάθλιψη

Κατά τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκληθούν μεταβολές στο βάρος (απώλεια, αύξηση), ανορεξία και παρενέργειες με την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών. (Federal Bureau of Prisons, 2014)

Σύμφωνα με, μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ίδρυμα στην Νέα Νότια Ουαλία της Αυστραλίας το 2001, εκατό (67%) γυναίκες και 308 (44%) άνδρες είχαν κριτήρια που παρέπεμπαν σε μείζονα κατάθλιψη. Βρέθηκε και συσχετισμός καταθλιπτικής συμπεριφοράς με συχνότητα επικοινωνίας με συγγενικά/κοντινά πρόσωπα, καθώς το 37% των κρατούμενων που δεν είχαν κάποια επίσκεψη για πάνω από τέσσερις εβδομάδες ήταν μέτρια έως και σοβαρά καταθλιπτικοί. (Butler & Lucas, 2001)



Βαρύτητα Κατάθλιψης

Γράφημα 3.1: Βαρύτητα Κατάθλιψης σε Άντρες και Γυναίκες

Οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν «μέτρια» ή «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν «ουδέν-ελάχιστη». (Butler & Lucas, 2001)

Το ομοσπονδιακό γραφείο των φυλακών των Η.Π.Α για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης πέρα από φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτική βοήθεια προτείνει την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου διατροφής, επαρκή ύπνο και άσκηση. (Federal Bureau of Prisons, 2014)

Ενότητα 3.1.3. Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας

Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι είδος χρόνιας ψυχικής κατάστασης, στην οποία ο τρόπος σκέψης του ατόμου, η αντίληψή του και το πώς σχετίζεται με άλλα άτομα λειτουργούν ανορθόδοξα και καταστροφικά. (Mayo Clinic, 2013) Τα άτομα που πάσχουν από ΑΔΠ παραβιάζουν και περιφρονούν τα δικαιώματα των άλλων με ανεύθυνη και χωρίς ενοχές συμπεριφορά, αδιαφορούν για το νόμο και συχνά παρανομούν, δεν έχουν σταθερή εργασία, εκμεταλλεύονται και χειραγωγούν τους άλλους για προσωπικό όφελος, εξαπατούν και παρουσιάζουν μια αδυναμία για σταθερές σχέσεις. (Μάνου, 2008) Η ΑΔΠ συνήθως εμφανίζεται και με άλλες ψυχικές ασθένειες (συννοσηρότητα) και έχει αποδειχθεί ότι η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ προκαλεί επιδείνωση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. (Duggan et al, 2010) Λόγω της αποτυχίας τους να συμμορφωθούν με τους κοινωνικούς κανόνες και τον νόμο συχνά καταλήγουν στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Εκτιμάται ότι 30% έως 50% των κρατουμένων στις φυλακές εμφανίζουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. (Hills et al, 2004)

Σε έρευνα που διεξήχθη σε σωφρονιστικό ίδρυμα της Αϊόβα βρέθηκε ότι οι 113 παραβάτες (35,3%) από τους 320 που συμμετείχαν, πληρούσαν τα κριτήρια για ΑΔΠ. Το ποσοστό των ανδρών με ΑΔΠ ήταν μεγαλύτερο από εκείνο για τις γυναίκες (37,1% και 26,8%, αντίστοιχα), αλλά η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων με ΑΔΠ ήταν 29,3 χρόνια και οι περισσότεροι ήταν Καυκάσιοι (71,6%). Το προφίλ της ασθένειας δεν είχε σχέση με τη φυλή /εθνικότητα, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση ή το τρέχον ποινικό αδίκημα. (Black et al, 2010) Η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων θεωρήθηκε ότι διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά (39,8%) και συσχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Όμως, αυτή η αύξηση δεν εξαρτάται μόνο από αυτοκτονικά περιστατικά, αλλά και από απερίσκεπτη συμπεριφορά, όπως κατάχρηση ουσιών και επιθετικότητα. (Black et al, 2010, Duggan et al, 2010)

Ψυχιατρική συννοσηρότητα σε τρόφιμους με και χωρίς ΑΔΠ		
Διαταραχή	Παρουσία ΑΔΠ	Απουσία ΑΔΠ
Διαταραχές Διάθεσης		
Μείζονα Κατάθλιψη	33,6%	17,9%
Δυσθυμία	3,5%	2,9%
Διπολική	65,5%	34,3%
Άλλη διαταραχή διάθεσης	12,4%	6,3%
Οποιαδήποτε διαταραχή διάθεσης	76,1%	42,5%
Διαταραχές Άγχους		
Πανικός	12,4%	5,8%
Αγοραφοβία	34,5%	16,9%
Γενικευμένη διαταραχή άγχους	31,0%	12,6%
Διαταραχή κοινωνικού άγχους	20,4%	4,8%
Συγκεκριμένη φοβία	6,2%	3,9%
Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή	21,2%	3,4%
Διαταραχή μετα-τραυματικού στρες	20,4%	8,2%
Οποιαδήποτε διαταραχή άγχους	61,1%	32,9%
Διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες		
Αλκοολισμός	85%	67,6%
Ναρκοτικές ουσίες	92,95	67,6%
Οποιαδήποτε διαταραχή οφειλόμενη σε ουσίες	98,2%	85%
Ψυχωσικές διαταραχές		
Σχιζοφρένεια/ΜΠΑ	14,2%	5,3%
Ουσία/ ΓΙΚ	42,5%	18,4%
Οποιαδήποτε ψυχωσική διαταραχή	55,8%	23,7%
Διατροφικές διαταραχές		
Ανορεξία	0,0%	0,0%
Βουλιμία	4,4%	1,9%
Οποιαδήποτε διατροφική διαταραχή	4,4%	1,9%
Σωματομορφικές διαταραχές		
Διαταραχή Σωματοποίησης	0,9%	0,0%
Υποχονδρίαση	2,7%	0,5%
Διαταραχή Δυσμορφίας Σώματος	5,3%	2,4%
Διαταραχή Πόνου	3,5%	1,0%
Οποιαδήποτε σωματομορφική διαταραχή	9,7%	3,4%
Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας	44,1%	21,0%
Διαταραχή διαγωγής	96,5%	11,6%
ΔΕΠΥ	33,6%	15,0%
Διαταραχή προσαρμογής	5,3%	3,9%
Οποιαδήποτε «μικρή» διαταραχή	100%	91,8%

ΜΠΑ: μη προσδιοριζόμενη αλλιάς

ΓΙΚ: γενικές ιατρικές καταστάσεις

ΔΕΠΥ: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας

Πίνακας 3.7.: Ψυχιατρική συννοσηρότητα σε τρόφιμους με και χωρίς ΑΔΠ(Black et al, 2010)

3.1.3. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

3.1.3.1 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ

Το άγχος μπορεί να ορισθεί ως η ανταπόκριση του εγκεφάλου σε οποιοδήποτε αίτημα και σχετίζεται με τα συναισθήματα του φόβου και του τρόμου. Πολλά πράγματα μπορούν να προκαλέσουν αυτή την αντίδραση, συμπεριλαμβανομένων της αλλαγής και εκείνα που αντιλαμβάνονται ως «απειλή». Μπορεί να είναι θετική ή αρνητική καθώς και πραγματική ή αντιληπτή. Παραδείγματα πρόκλησης άγχους μπορεί να είναι, η εισαγωγή σε νοσοκομείο, μια δίκη και ο εγκλεισμός σε φυλακή. Επίσης, μπορεί το άτομο να έχει αγχώδη προσωπικότητα. Μπορεί να φανεί χρήσιμο σε κάποιες καταστάσεις όπως κάτω από πίεση ή σε κάποιο επείγον περιστατικό. (Δανδουλάκη κ.α, 2008, National Institute of Mental Health, NHS foundation, 2013)

Περιπτώσεις που το άγχος μπορεί να γίνει αντιπαραγωγικό:

- Συμπτώματα άγχους, που δεν είναι επικίνδυνα, αλλά δυσάρεστα.
- Συμπτώματα που μπορεί να αποβούν τρομακτικά ιδιαίτερα αν το άτομο δεν ξέρει ότι αυτά τα συμπτώματα αποτελούν σημάδια άγχους.
- Μερικές φορές άτομα με συμπτώματα άγχους ανησυχούν ότι κάτι πάει στραβά με αυτούς. Αυτή η ανησυχία μπορεί να προκαλέσει περισσότερα συμπτώματα άγχους, τα οποία αυξάνουν αυτή την ανησυχία.
- Όταν το άγχος είναι σοβαρό και υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε μπορεί να αποτρέψει το άτομο από το να κάνει αυτό που θέλει. (NHS foundation, 2013)

Πολλοί άνθρωποι έχουν βιώσει πρόβλημα άγχους κάποια στιγμή στη ζωή τους, το οποίο πολύ συχνά συνδέεται με το στρες. Το άγχος είναι ένα κοινό πρόβλημα στον πληθυσμό των φυλακισμένων. Ο χώρος των φυλακών προκαλεί πολλές και μεγάλες πιέσεις και συχνά οι κρατούμενοι δύσκολα τα βγάζουν πέρα. (NHS foundation, 2013) Η εμφάνιση άγχους στο χώρο των φυλακών ερμηνεύεται ως εξής:

- Η άφιξη στη φυλακή για πρώτη φορά και η προσαρμογή έχουν περιγραφεί ως δύσκολες και αγχώδεις φάσεις από τους περισσότερους κρατούμενους, καθώς νιώθουν πανικό, φόβο και ευάλωτοι λόγω απώλειας της ιδιωτικής τους ζωής και της συνεχής παρακολούθησης από το προσωπικό και τους συγκρατούμενούς τους. (Viggiani, 2007, Picken, 2012)

- Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι κρατούμενοι που είναι νέοι στη φυλακή, αλλά αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες ποινές φυλάκισης, βιώνουν μεγαλύτερο στρες, σε αντίθεση με αυτούς που έχουν ήδη εκτίσει μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα που βρίσκονται για αρκετό καιρό στη φυλακή έχουν αναπτύξει μια μέθοδο αντιμετώπισης αυτής της εμπειρίας. Το άγχος αυτό δημιουργεί μια αύξηση στην επιθετικότητα, τόσο σωματικά όσο και προφορικά, ως ένας τρόπος αντιμετώπισης. Αυτός ο τρόπος στη συνέχεια εκδίδεται με σκοπό να τονίσει την κυριαρχία τους σε άλλους τροφίμους. (Picken, 2012)
- Ένα άλλο αίτιο παρουσίας του άγχους στον συγκεκριμένο πληθυσμό είναι η σεξουαλική στέρηση. Μια κοινωνία ανδρών δημιουργεί άγχος λόγω της διαταραχής τους αισθήματος της «αρρενωπότητας», η οποία μπορεί να εγείρει μια λανθάνουσα ομοφυλοφιλία, με συνέπεια αισθήματα ενοχής και παραμόρφωσης σε σημαντικό βαθμό της εικόνας του άνδρα-εαυτού, καθώς ο βασικός παράγοντας διαμόρφωσης αυτής της εικόνας, «οι γυναίκες», απουσιάζει. (Ρηγούτσου, 2005)
- Η απομόνωση ατόμων με ψυχική ασθένεια και μη μπορεί να προκαλέσει αύξηση του άγχους και συνεπάγεται με επιδείνωση της υπάρχουσας ψυχικής ασθένειας, καθώς και με δυσπροσαρμοστικότητα. (Picken, 2012, Hills et al, 2004)
- Σε οποιαδήποτε δεδομένη ημέρα οι κρατούμενοι μπορεί να μεταφερθούν:
 - Από μια φυλακή σε ένα κέντρο υποδοχής σε μια φυλακή.
 - Από τη μία φυλακή σε άλλη φυλακή.
 - Από τη μία μονάδα στην άλλη μονάδα μέσα σε μια φυλακή.
 - Από τη φυλακή σε νοσοκομείο.
 - Από μια φυλακή στην κοινότητα. (Hills et al, 2004)

Αυτές οι μεταβάσεις ενδέχεται να είναι πολύ αγχωτικές, κυρίως για άτομα με ψυχικές ασθένειες που χωρίς καλό προγραμματισμό, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση των συμπτωμάτων τους. (Hills et al, 2004)

- Ο υπερπληθυσμός αποτελεί μείζον πρόβλημα, το οποίο τείνει να εγκαθιδρυθεί παρόλο που οδηγεί σε σοβαρή υποβάθμιση των συνθηκών κράτησης και συνεχή αύξηση της έντασης στις σχέσεις των κρατουμένων μεταξύ τους και με το προσωπικό των Φυλακών. (Καμπανελλά & Ονούφριου, 2013)

Συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα στρες, το οποίο φέρει αντίκτυπο στην ευημερία των κρατούμενων και μπορεί να οδηγήσει σε σωματικές και ψυχολογικές επιπλοκές. (Picken, 2012, Haney, 2006) Με βάση μια έρευνα η Ελλάδα κατέχει τα παγκόσμια πρωτεία σε ό,τι αφορά στα ποσοστά πληρότητας των σωφρονιστικών καταστημάτων, με πληρότητα 179% όταν ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων της έρευνας βρίσκεται στο 109%. (Δανδουλάκη κ.α, 2008)

Ημ/νία	Χωρητικότητα φυλακών	Αριθμός κρατουμένων
1/1/1999	4502	7280
1/1/2000	4700	7625
1/1/2001	4825	8295
1/1/2002	5284	8507

Πίνακας 8: Γενικός στατιστικός πίνακας κρατουμένων σε σωφρονιστικά καταστήματα της Ελλάδας (1999-2002) (Δανδουλάκη κ.α, 2008)

3.1.3.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό και ορίζεται ως το άγχος που δημιουργεί πρόβλημα (παθολογικό) στη λειτουργικότητα του ατόμου, στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων του ή στη συναισθηματική του ηρεμία. (Μάνος, 2008) Κατά τις αγχώδεις διαταραχές το άτομο νιώθει κάτι περισσότερο από προσωρινή ανησυχία και φόβο, ενώ το άγχος του τείνει να γίνεται χειρότερο. (National Institute of Mental Health (NIMH, 2016) Ακόμη χαρακτηρίζονται συχνά από κρίσεις πανικού, δηλαδή επαναλαμβανόμενα επεισόδια αιφνίδιου αισθήματος έντονου άγχους και φόβου ή τρόμου, τα οποία κορυφώνονται σε λίγα λεπτά. (Mayo Clinic, 2015) Οι αγχώδεις διαταραχές χωρίζονται στις παρακάτω διαταραχές:

- Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία
- Διαταραχή πανικού Με Αγοραφοβία
- Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού
- Ειδική Φοβία (Μάνος, 2008)

- Κοινωνική Φοβία
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες
- Διαταραχή από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνος, 2008)

Στην περίπτωση των φυλακών, μια μελέτη εκτιμά ότι το 35% των τροφίμων με αγχώδεις διαταραχές παρουσίαζαν σοβαρή δυσλειτουργία, ενώ το 15% μέτρια. Συγκεκριμένα, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή επηρεάζει περίπου το 6% του πληθυσμού των φυλακών, αλλά η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες είναι πιο συνηθισμένη, κυρίως ανάμεσα σε γυναίκες κρατούμενες (34%). Στρεσογόνοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ζωή των κρατούμενων:

- Οι κακές συνθήκες διαβίωσης
- Η έλλειψη ουσιαστικών δραστηριοτήτων
- Βία και σεξουαλική εκμετάλλευση
- Η αποδυνάμωση των τροφίμων επηρεάζει τους συναισθηματικούς δεσμούς
- Η μη επιθυμητή αδράνεια (Hills et al, 2004)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ομοσπονδιακό σωφρονιστικό ίδρυμα του Μπάτνερ, της Νότιας Καρολίνας, οι κρατούμενοι είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ενός μήνα αγχωδών διαταραχών, όπως το γενικευμένο άγχος (4,2%) και η απλή φοβία (30,5%). (Koenig et al, 1995)

<i>Διαταραχή</i>	<i>Ποσοστά ενός μήνα</i>		<i>Ποσοστά όλου του βίου</i>	
	<i>Τρόφιμοι</i>	<i>ΕΛΑ δείγμα</i>	<i>Τρόφιμοι</i>	<i>ΕΛΑ δείγμα</i>
<i>Αγχώδεις διαταραχές</i>				
Πανικός	1,1	0,5	2,1	0,5
Γενικευμένη	4,2	1,2	12,6	4,8
Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική	2,8	0,5	2,8	0,7
Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες	1,1	0,0	5,3	0,5
Απλή Φοβία	30,5	5,9	31,6	10,3
Όλες οι αγχώδεις διαταραχές εκτός από την απλή φοβία	4,2	2,4	16,8	5,9

Πίνακας 3.9: Ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών 95 αντρών τροφίμων ομοσπονδιακών φυλακών και δείγμα ανδρών γενικού πληθυσμού από έρευνα της Επιδημιολογικής Δεκάνης Απορροής (ΕΛΑ) (Koenig H., Johnson S., Bellard J., Denker M & Fenlon R., 1995)

Τέλος, υπάρχει μεγάλη συσχέτιση Αγχωδών διαταραχών με Καταθλιπτικές διαταραχές, καθώς το Ομοσπονδιακό Γραφείο Φυλακών των Η.Π.Α υποστηρίζει ότι ίσαμε 70% των ασθενών με διαταραχές άγχους πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή. (Federal Bureau of Prisons, 2014)

3.2 Αυτοκτονική συμπεριφορά

- **Αυτοκτονία:** Ο θάνατος που προκαλείται από αυτο-κατευθυνόμενη ζημιογόνο συμπεριφορά.
- **Απόπειρα αυτοκτονίας:** Μία μη - θανατηφόρα , αυτο-κατευθυνόμενη , δυνητικά επιζήμια συμπεριφορά με πρόθεση τον θάνατο· μπορεί να μην οδηγήσει σε τραυματισμό.
- **Αυτοκτονικός ιδεασμός:** Η σκέψη και η οργάνωση τρόπου αυτοκτονίας. (CDC, 2015)

Ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις τρεις παραπάνω κατηγορίες. (Μεντή, 2007) Πάνω από 800.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο αυτοκτονώντας και πολλοί περισσότεροι είναι εκείνοι που κάνουν απόπειρα. Το 2012 βρέθηκε να είναι η 2^η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ ατόμων 15 – 29 ετών παγκοσμίως. (WHO, 2016) Αναφέρεται ότι η απόπειρα αυτοκτονίας είναι πιο συχνή στις γυναίκες , αλλά οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες να φέρουν σε πέρας την πράξη της αυτοκτονίας , επειδή συνήθως χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικές μεθόδους , όπως ένα πυροβόλο όπλο. (Mayo Clinic, 2015) Στην αυτοκτονία δεν υπάρχουν διακρίσεις . Άνθρωποι όλων των φύλων , ηλικιών , εθνικοτήτων μπορεί να βρίσκονται σε κίνδυνο για αυτοκτονία . Αλλά οι άνθρωποι που κινδυνεύουν περισσότερο τείνουν να μοιράζονται ορισμένα χαρακτηριστικά. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία είναι:

- Διπολική διαταραχή
- Κατάθλιψη
- Διαταραχή μετα- τραυματικού στρες
- Αγχωτικά ζητήματα ζωής, όπως οικονομικά και ερωτικά προβλήματα
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής ή κατάχρηση ουσιών
- Οικογενειακή βία , συμπεριλαμβανομένης της σωματικής ή
- Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας
- Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών
- Σχιζοφρένεια
- Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας
- Κατοχή όπλου (U.S. National Library of Medicine, 2015, NIMH, 2015)

σεξουαλικής κακοποίησης

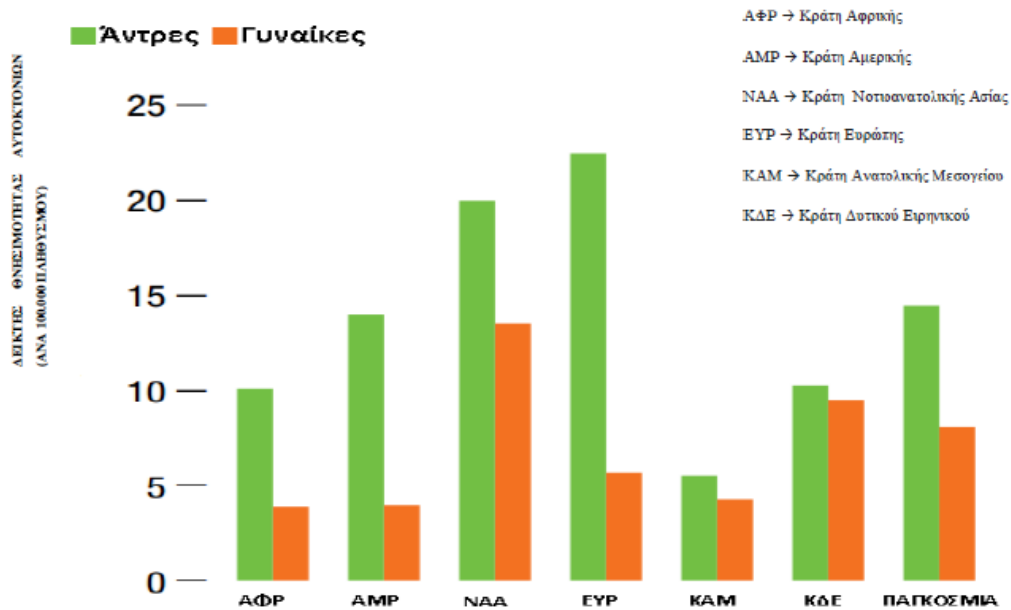
- Φυλακές
- Διπολική διαταραχή
- Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας
- Να εκτεθούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά άλλων , όπως αυτή των μελών της οικογένειας , των συνομηλίκων ή των μέσων μαζικής ενημέρωσης (U.S. National Library of Medicine, 2015, NIMH, 2015)

3.2.1 Επιδημιολογία

Η αυτοκτονία αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Κατά το 2012 το 75% των παγκόσμιων αυτοκτονιών σημειώθηκε σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Το 1,4% όλων των θανάτων παγκοσμίως αφορούσε την αυτοκτονία καθιστώντας την ως την 15^η κύρια αιτία θανάτου στο έτος του 2012. (WHO,2016) Υψηλότεροι δείκτες αυτοκτονιών εμφανίζονται στις βόρειες χώρες της Ευρώπης, ενώ σε χώρες της νοτιοδυτικής Ευρώπης και της Λατινικής Αμερικής είναι χαμηλότεροι. (Μεντή, 2007)

Αριθμοί αυτοκτονιών διαφόρων χωρών ανά φύλο (ανά 100.000 πληθυσμού) από τον WHO				
Χώρα	Έτος	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ηνωμένο Βασίλειο	2009	3313	932	4245
Σουηδία	2010	836	302	1138
Φιλανδία	2009	760	272	1032
Δανία	2006	470	177	647
Γαλλία	2007	7418	2704	10122
Ισπανία	2008	2676	781	3457
Ιταλία	2008	2997	907	3904
Πορτογαλία	2009	803	222	1025
Η.Π.Α	2005	25848	674	32559
Αργεντινή	2008	2455	613	3068
Βραζιλία	2008	7289	1917	9206
Ιαπωνία	2009	22189	8518	30707
Ινδία	2009	81471	45680	127151
Ισραήλ	2007	250	56	306
Αίγυπτος	2009	40	12	52

Πίνακας 10: Αριθμοί αυτοκτονιών διαφόρων χωρών ανά φύλο (ανά 100.000 πληθυσμού) από τον WHO



Γράφημα 3.2: Δείκτες θνησιμότητας αυτοκτονιών , ανά φύλο , ανά περιοχή του WHO και σε παγκόσμιο επίπεδο , 2012

Στην Ελλάδα ο αριθμός των αυτοκτονιών είναι χαμηλότερος σε σύγκριση με των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. (Värnik, 2012) Πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι υπάρχουν ανασταλτικοί παράγοντες, όπως το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον και οι ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η επιδημιολογία διαφέρει όσον αφορά τους δύο πληθυσμούς με ολοκληρωμένη αυτοκτονία και με απόπειρα αυτοκτονίας. Σε αντίθεση με τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες που παραμένουν σταθερές, οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί. Σύμφωνα με έρευνες παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ατόμων που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη, επίσης άτομα που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πιο συγκεκριμένα το 20% των εφήβων και το 35.7% των νέων ενηλίκων έχουν σαφή καταθλιπτική συμπτωματολογία και ιδιαίτερα αυτοί που έχουν αποπειραθεί αυτοκτονία. (Μεντή, 2007)

Πίνακας 11: Αριθμός αυτοκτονιών κατά ηλικία και φύλο από τον WHO. Ελλάδα, 2009.

Αριθμός αυτοκτονιών κατά ηλικία και φύλο από τον WHO.									
Ηλικία	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Άντρες	0	17	56	50	80	53	28	49	333
Γυναίκες	0	2	11	11	9	7	9	9	58
Σύνολο	0	19	67	61	89	60	37	58	391

3.2.2 Αυτοκτονία στο χώρο των φυλακών

Και στον χώρο των φυλακών η αυτοκτονία αποτελεί κύριο αίτιο θανάτου των τροφίμων. Ακόμα και αν ο πραγματικός αριθμός των αυτοκτονιών στις φυλακές είναι αμφιλεγόμενος εκτιμάται ότι ο δείκτης αυτοκτονίας στα σωφρονιστικά καταστήματα είναι 3 με 8 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. (Sarchiarone et al, 2016) Η εμφάνιση της αυτοκτονίας στις φυλακές μπορεί να είναι αποτέλεσμα συσχετισμού ψυχικών διαταραχών, προσωπικών χαρακτηριστικών, παιδικών τραυμάτων, άγχους και βιολογικών πτυχών με τις συνθήκες κράτησης, όπως είναι η απώλεια της ελευθερίας, ο περιορισμός και η έλλειψη επικοινωνίας με οικογένεια και φίλους. (WHO, 2007) Τα παρακάτω χαρακτηριστικά/παράγοντες ενισχύουν την αυτοκτονική συμπεριφορά των τροφίμων:

- Χρονικό διάστημα κράτησης
- Σκληρές πρακτικές ποινής
- Υπερπληθυσμός
- Υγιεινή
- Κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες
- Επιπολασμός του HIV/AIDS
- Επίπεδα του άγχους
- Πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες τόσο υγείας όσο και ψυχικής υγείας
- Φόβος για το άγνωστο
- Απομόνωση από την οικογένεια και τους φίλους
- Ντροπή φυλάκισης
- Ενοχές για την παράβαση
- Πρόσφατη υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή/και χρήση ναρκωτικών ουσιών
- Ύπαρξη ψυχικής ασθένειας (WHO, 2007, Hayes, 1995)

- Προηγούμενο ιστορικό (WHO, 2007, Hayes, 1995)
αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Τα προαναφερθέντα κατά τις πρώτες 24 ώρες της φυλάκισης οξύνονται, όπου και συμβαίνει η πλειοψηφία των αυτοκτονιών. Οι περισσότεροι τρόφιμοι που αποπειρώνται αυτοκτονία είναι υπό την επίδραση αλκοόλ και ναρκωτικών και βρίσκονται σε απομόνωση. (Hayes, 1995) Επιπλέον προφίλ κρατούμενων που διαπράττουν αυτοκτονία είναι υπόδικοι νεαρής ηλικίας (20-25 ετών), άτομα κάτω των 21 ετών που τοποθετούνται με ενήλικες, άτομα με στοιχεία διαφορετικότητας όπως είναι η μεταναστευτική προέλευση, το εθνοπολιτισμικό υπόβαθρο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου. Ο πιο συχνός τρόπος αυτοκτονίας σε χώρους κράτησης είναι ο απαγχονισμός, χρησιμοποιώντας αντικείμενα όπως σεντόνια και ζώνες. (Υπουργείο Δικαιοσύνης και Δημόσιας Τάξεως, 2014) Σε μελέτη που έγινε στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι το 72 % των ανθρώπων που έχασαν τη ζωή τους από αυτοκτονία στη φυλακή είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Και το 57 % είχε συμπτώματα που υποδηλώνουν την ψυχική διαταραχή κατά το χρόνο που μπήκαν στη φυλακή. (Halliwell et al, 2007)

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν έρευνες στις οποίες παρατηρείται μείωση των αποπειρών αυτοκτονίας.

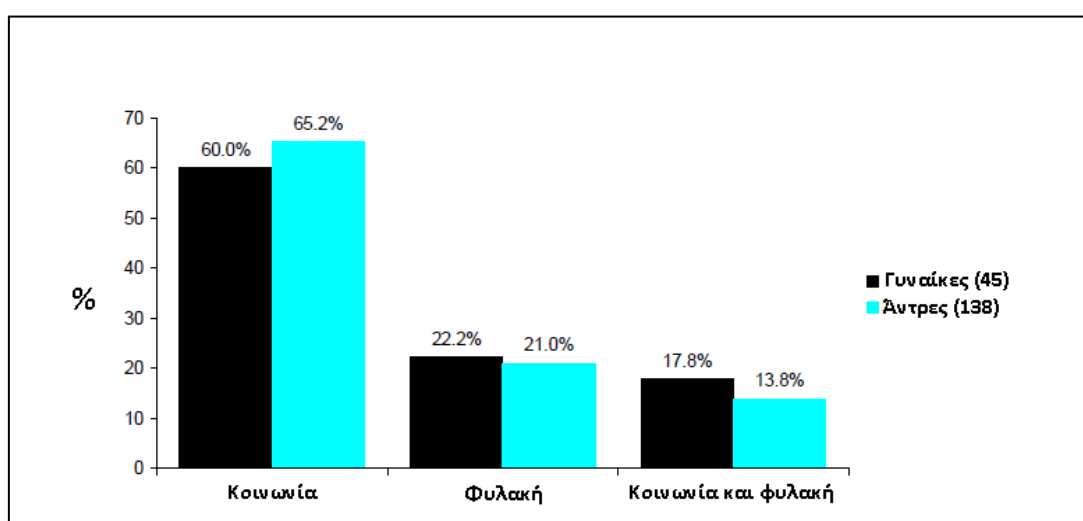
- Στην Αυστραλία όπου άτομα που δεν έχουν κάνει καμία σκέψη για αυτοκτονία πριν τη φυλάκισή τους ερωτήθηκαν εάν οι σκέψεις τους άλλαξαν κατά τον εγκλεισμό τους. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Αυτοκτονικές τάσεις κατά τον εγκλεισμό						
	Αυτόχθονες		Μη Αυτόχθονες		Σύνολο	
	Γυναίκα	Άντρας	Γυναίκα	Άντρας	Σύνολο	%
Μείωση	7	3	5	14	29	43,9
Ίδιο	1	1	5	8	15	22,7
Αύξηση	4	2	9	7	22	33,4
Σύνολο	12	6	19	29	66	100

Πίνακας 3. 12 Αυτοκτονικές τάσεις κατά τον εγκλεισμό(Kraemer et al, 2009)

Δηλαδή, εκτός από τις μη αυτόχθονες γυναίκες, όλες οι άλλες κατηγορίες ανέφεραν ότι οι σκέψεις τους για την αυτοκτονία είχε μειωθεί κατά τη φυλάκιση. (Kraemer et al, 2009)

- Σε μελέτη στην Νέα Νότια Ουαλία της Αυστραλίας, η πλειοψηφία των αποπειρών αυτοκτονίας και στα δύο φύλα ήταν πιο συχνές στην κοινωνία απ' ό,τι στη φυλακή. Από αυτούς που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, 18% των γυναικών και 14% των ανδρών είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν τόσο στην κοινωνία όσο και στις εγκαταστάσεις των φυλακών. (Butler & Milner, 2001)



Γράφημα 3 Αυτοκτονικές τάσεις ανδρών και γυναικών εντός και εκτός φυλακής (Butler & Milner, 2001)

- Μέχρι πρότινος υπήρχε μια σταθερή μείωση των ποσοστών ολοκληρωμένων αυτοκτονιών σε φυλακές στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ουαλία. Όπου το 1999 η αναλογία ήταν 141 ανά 100.000 φυλακισμένους και κατά το 2010 μειώθηκε στους 68 ανά 100.000. Εντούτις, αυτή η πτώση ήρθε σε τέλμα και το ποσοστό μπορεί να αρχίσει να αυξάνεται. Αξιοσημείωτο είναι ότι ακόμα και μετά από αυτή τη μείωση το ποσοστό παραμένει σημαντικά μεγαλύτερο από το γενικό ποσοστό του πληθυσμού των 12 θανάτων ανά 100.000. (Senior, 2015)

3.2.3. Αυτοκτονία στο χώρο των φυλακών στην Ελλάδα

Ο δείκτης αυτοκτονιών στα ελληνικά καταστήματα κράτησης είναι 110 ανά 100.000 εγκλείστου πληθυσμού, ενώ ο αντίστοιχος στο γενικό πληθυσμό είναι 3,68%. Αυτό σημαίνει ότι στη φυλακή αυτοκτονούν 27 φορές περισσότερο από ότι στην κοινωνία, ενώ ο πραγματικός αριθμός αυτοκτονιών υπολογίζεται πως είναι υψηλότερος, καθώς τα καταγεγραμμένα επίσημα στοιχεία υστερούν σε εγκυρότητα και αξιοπιστία. (Δανδουλάκη κ.α, 2008)

Έρευνα στις φυλακές της Κομοτηνής έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

- Η αυτοκτονικότητα σύμφωνα με τα κριτήρια κρίθηκε ότι ήταν μέτρια έως υψηλή για 3 κατάδικους και 10 προφυλακισμένους.
- 7 προφυλακισμένοι και 5 κατάδικοι που είχαν καταδικαστεί ήταν θετικοί σε προηγούμενο εκούσιο αυτοτραυματισμό (15 % του δείγματος). (Fotiadou et al, 2006)
- Από το σύνολο των 12 κρατουμένων που αναφέρθηκαν με εκούσιο αυτοτραυματισμό στη φυλακή, οι 10 ήταν κατάδικοι. Όλοι τους είχαν κάνει κατάχρηση αλκοόλ, ναρκωτικών ή και τα δύο , 10 βρέθηκαν να έχουν μείζονα κατάθλιψη και 2 είχαν σχιζοφρένεια.
- Εννέα κρατούμενοι ανέφεραν προηγούμενες απόπειρες αυτοτραυματισμού.
- Τρόποι αυτοκτονίας που χρησιμοποιήθηκαν ήταν υπερβολική δόση ναρκωτικών, κοπή καρπού και κρέμασμα.
- Μια σημαντική μειονότητα των κρατουμένων παρουσίαζε μέτριο έως υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.
- Ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλότερος για τους κατάδικους από ό, τι για τους προφυλακισμένους. Αυτή ήταν η μόνη διαφορά στη ψυχοπαθολογία των δύο ομάδων των κρατουμένων. (Fotiadou et al, 2006)

3.3 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στα σωφρονιστικά καταστήματα

Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (ΟΗΕ , 1966) αναφέρει ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας. Όταν η αρχή αυτή εφαρμόζεται σε άτομα υπό κράτηση , αποδεικνύει τη σημαντική πρόοδο των κυβερνητικών αρχών της φυλακής ως προς την υγειονομική περίθαλψη. (Hurd, 2014) Όμως, παρά τα υψηλά ποσοστά ψυχικών ασθενειών, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα καταστήματα σωφρονισμού έχουν κριθεί ιστορικά ως αναποτελεσματικές, καθώς δεν ανταποκρίνονται στις κλινικές ανάγκες των πασχόντων, το προσωπικό είναι ανεπαρκώς εκπαιδευμένο για το συγκεκριμένο περιβάλλον και το κόστος είναι μεγαλύτερο από ό,τι στην κοινωνία. (Senior, 2015)

Με αφορμή της αναποτελεσματικής υγειονομικής φροντίδας στα σωφρονιστικά ιδρύματα πραγματοποιήθηκε συνέδριο του WHO που έγινε το 2007 στην πόλη Τρέντιν της Σλοβακίας. Συζητήθηκαν και δηλώθηκαν τα θεμελιώδη διεθνή πρότυπα σχετικά με την ανάγκη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στις φυλακές:

1. Πρέπει να υπάρχει μια σαφής αποδοχή ότι τα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι σπάνια σε θέση να αντιμετωπίζουν και να φροντίζουν κρατούμενους με ψυχικές ασθένειες . Οι εν λόγω κρατούμενοι πρέπει να προσκομιστούν , όποτε είναι δυνατόν σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας πριν τον εγκλεισμό τους. Όσοι είναι ήδη στη φυλακή θα πρέπει να μεταφερθούν σε ειδική ψυχιατρική φροντίδα όσο το δυνατόν συντομότερα.
2. Η ευπάθεια των καινούριων κρατουμένων πρέπει να γίνεται κατανοητή και να αξιολογείται. Η ανάγκη για οργάνωση και διάθεση τακτικών υποδοχής που θα προετοιμάζουν τους κρατούμενους για τη ζωή τους μέσα στις φυλακές είναι σημαντική. Εκτιμήσεις για την υγεία και άλλων αναγκών θα πρέπει να διεξάγεται από εκπαιδευμένο προσωπικό , που θα εργάζεται με διάθεση φροντίδας, και αυτά θα πρέπει να καθορίζονται από τον κυβερνήτη ή τον διευθυντή της φυλακής. (WHO,2007)

3. Θα πρέπει να συντάσσεται ένα πλάνο φροντίδας για τον κάθε τρόφιμο βασισμένο στις αρχικές και στις μετέπειτα εκτιμήσεις των αναγκών του. Σε πολλές περιπτώσεις αυτό μπορεί να είναι απλό, εάν όμως υπάρχουν ψυχικές διαταραχές υγείας τότε το πλάνο θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένα μέσα βοήθειας και υποστήριξης.
4. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και της ευημερίας θα πρέπει να είναι στο επίκεντρο της πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης μιας φυλακής . Αυτό έχει να κάνει με θέματα όπως το γενικό περιβάλλον των φυλακών , ρουτίνα της φυλακής και τα επίπεδα δραστηριότητας του φυλακισμένου , την εκπαίδευση και ευκαιρίες εργασίας , και με τη σχέση προσωπικού – κρατούμενου. (WHO,2007)
5. Οι φυλακές θα πρέπει να στελεχωθούν για να λάβουν τα αναγκαία μέτρα που συνοψίζονται παραπάνω . Σημαντικά είναι η αποτελεσματική ηγεσία από τον διοικητή ή διευθυντή και οι επαρκείς πόροι που να παρέχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο προσωπικού με κατάλληλη αρχική και συνεχή εκπαίδευση.
6. Η υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ σημαντική για τη γενική αποκατάσταση των κρατουμένων : η θεραπεία ατόμων με ψυχική ασθένεια και η προαγωγή της ψυχικής υγείας για όλους τους κρατούμενους αποτελούν κρίσιμα σημεία της υγειονομικής περίθαλψης στις φυλακές . Το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να βασίζεται στις εκτιμώμενες ανάγκες και να είναι ισοδύναμο ως είναι δυνατόν με αυτό της κοινότητας. Η επαφή μεταξύ κρατουμένων και προσωπικού, καθώς και με τον έξω κόσμο, πρέπει να υποστηριχθεί όποτε είναι δυνατόν. (WHO,2007)

Στην Ελλάδα ο θεσμός των Σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας (Σ.Δ.Ε) που πραγματώθηκε αρχικά στις φυλακές της Λάρισας και αργότερα σε διάφορα καταστήματα κράτησης, παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στους κρατούμενους. Αυτή η συμβουλευτική προσέγγιση έχει ως στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου, η οποία μπορεί να έχει επηρεαστεί από την παραμονή του ατόμου στη φυλακή, από εσωτερικές εμπειρίες και περιβαλλοντικές επιδράσεις. Παρατηρήθηκε ότι οι εκπαιδευόμενοι - κρατούμενοι μέσα από τη διαδικασία της συμβουλευτικής βοηθούνται στην ομαλή ένταξή τους στο περιβάλλον του Σ.Δ.Ε., καθώς και στην ασφαλή έκτιση της ποινής τους, ενώ ταυτόχρονα προετοιμάζονται για την ομαλή επανένταξή τους στην κοινωνία. (Δουζένης, 2009)

Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε η έντονη εξέφραση ανάγκης των εκπαιδευόμενων - κρατούμενων για ψυχολογική υποστήριξη και ότι το 67% των εκπαιδευόμενων - κρατούμενων, ήταν πολύ πρόθυμο να συμμετάσχει στις συμβουλευτικές συναντήσεις. (Δουζένης, 2009)

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη των διατροφικών συνηθειών, του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και της κατάστασης της ψυχικής υγείας κρατουμένων ανδρών του Σωφρονιστικού Ιδρύματος Νέας Αλικαρνασσού Ηρακλείου καθώς και πως τα παραπάνω επηρεάζουν και επηρεάζονται το ένα από το άλλο και πως συσχετίζονται με το ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων (FFQ, IPAQ,MDI) και ανάλυσή τους με υπολογιστικά προγράμματα (DietSpeak for Windows, IBM SPSS Statistics 23.0.0).

4.2 Δείγμα

Το δείγμα αποτελούν άνδρες-τρόφιμοι της κλειστής φυλακής Αλικαρνασσού Ηρακλείου Κρήτης. Στην έρευνα συμμετείχαν 34 άτομα, ηλικίας 27 έως 53 ετών, όπου το 50% ήταν κάτω το 36 ετών.

4.3 Μέθοδοι Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ), το International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) σύντομης φόρμας συμπλήρωσης και το Major Depression Inventory (MDI).

4.3.1. FFQ

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε τα ανθρωπομετρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και τα κλινικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά τρόπου ζωής.

- **Ανθρωπομετρικά:** έτος γέννησης, βάρος, ύψος
- **Δημογραφικά:** οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, έγγαμος, διαζύγιο, χήρος), παρουσία παιδιών και αριθμό αυτών, επαγγελματική κατάσταση, συνολικά έτη σπουδών
- **Κλινικά:** χρόνια νοσήματα (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, διαβήτη, καρδιαγγειακά, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνος), φαρμακευτική αγωγή (υπολιπιδαιμικά, αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά, ινσουλίνη)

- **Τρόπου Ζωής:** Σωματική δραστηριότητα βάσει μιας δεκαβάθμιας κλίμακας (1 έως 10), καπνίζοντες ή μη, τσιγάρα ανά ημέρα και έτη καπνίσματος
- Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε ένα εκτενές ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από 65 ερωτήσεις αναφορικά με την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων (αμυλούχα, φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά, κρέας/ψάρι, λιπαρά). Επιπλέον, περιείχε 11 ερωτήσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αξιολόγησης της διατροφής των συμμετεχόντων βάσει διατροφικής συμπεριφοράς. (Μητσοπούλου, 2009)
- Η ανάλυσή του πραγματοποιήθηκε με το διατροφικό πρόγραμμα DietSpeak for Windows και στη συνέχεια έγινε εκτίμηση με τα DRI's (EAR) σύμφωνα με το φύλο και την ηλικία.

4.3.2. ΑΜΣ

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος υπολογίστηκε σύμφωνα με τον τύπο $BMI = \text{Weight (Kg)} / \text{Height(m}^2\text{)}$ και χρησιμοποιήθηκε ως ένας από τους δείκτες διατροφικής κατάστασης.

4.3.3. IPAQ

Το ερωτηματολόγιο IPAQ έχει δύο μορφές, το Short Form IPAQ και το Long Form IPAQ. Με το Short Form μπορούν να υπολογιστούν οι διάμεσες τιμές και το διατεταρτημοριακό εύρος για περπάτημα, μέτριας έντασης δραστηριότητες, έντονης άσκησης δραστηριότητες και ένα συνδυασμό συνολικό σκορ σωματικής δραστηριότητας (Χαμηλή, Μέτρια, Υψηλή). Όλα τα αποτελέσματα εκφράζονται σε MET-minutes/week. (International Physical Activity Questionnaire, 2005) . Στη παρούσα μελέτη επιλέχθηκε το Short Form IPAQ, λόγω πιο εύκολης και γρήγορης συμπλήρωσης.

4.3.4. MDI

Ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο MDI (Major Depression Inventory) για τη διάγνωση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, με γνώμονα τις κατευθυντήριες οδηγίες του WHO για την ταξινόμηση των συμπτωμάτων της μονοπολικής κατάθλιψης (ICD- 10) και της APA (American Psychiatric Association) για τη μείζονα κατάθλιψη (DSM-IV). Το όργανο αυτό αποτελείται από δώδεκα ερωτήσεις και με βάση δύο αλγόριθμους ταξινομεί τους συμμετέχοντες ή σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για μονοπολική κατάθλιψη είτε σε άτομα με κίνδυνο για μείζονα κατάθλιψη. Επίσης, μπορεί να μετρήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 50. Όσο

μεγαλύτερο εμφανίζεται το σκορ τόσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα των συμπτωμάτων. (Thorsen et al, 2013) Στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε ταξινόμηση των συμμετεχόντων με βάση το ICD-10.

4.4 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics 23.0.0. Οι συνεχείς μεταβλητές φαίνονται ως μέσες τιμές (Mean) μαζί με την τυπική απόκλιση (St. Deviation), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως ολικές συχνότητες εκφρασμένες σε ποσοστά (%). Για τη συσχέτιση μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Spearman, ενώ για τις συσχετίσεις μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών, καθώς και μεταξύ ποιοτικών, ο συντελεστής Pearson. Οι τιμές που έχουν p-value <0,05 θεωρούνται στατιστικά σημαντικές.

4.5 Δεοντολογία έρευνας και πρωτόκολλο συνεργασίας με το σωφρονιστικό κατάστημα

Για την υλοποίηση της έρευνας αυτής χρειάστηκε η άδεια του διευθυντή του σωφρονιστικού καταστήματος και του υπουργείου δικαιοσύνης. Ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων έγινε σε δύο επισκέψεις. Η πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια της ψυχολόγου του καταστήματος, όπου οι κρατούμενοι συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια μόνοι τους αφού πρώτα τους είχαν δοθεί οδηγίες. Στη δεύτερη, η ερευνητική ομάδα εισήλθε στο κυλικείο των φυλακών με συνοδεία φυλάκων και ενός μέλους του προσωπικού των φυλακών, όπου βοήθησαν τους κρατούμενους να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Οι κρατούμενοι πρώτα ενημερώθηκαν για τον στόχο της έρευνας και για την προστασία προσωπικών δεδομένων και αφού συμφωνούσαν να συμμετέχουν, τους μοιράζονταν τα ερωτηματολόγια.

Δεν έγινε καμία παρότρυνση κρατούμενου για να συμμετάσχει στην έρευνα. Συμμετείχαν άτομα, τα οποία είχαν καταλάβει τον σκοπό της έρευνας, είχαν δώσει τη συγκατάθεσή τους και πάντα με παρουσία κάποιου μέλους του προσωπικού των φυλακών. Τα δεδομένα της έρευνας δεν θα δημοσιοποιηθούν και δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλες έρευνες. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων έγινε με νόμιμο και δίκαιο τρόπο, για συγκεκριμένους και περιορισμένους λόγους, με ακρίβεια, ασφάλεια και σεβασμό.

Μακροθρεπτικά Συστατικά		Μικροθρεπτικά Συστατικά	
Συστατικό	Πρόσληψη	Συστατικό	Πρόσληψη
Kcal	2300	Vitamin A µg/d	230

Κεφάλαιο 5 Αποτελέσματα

5.1 Μικρο- Μακροθρεπτικά Συστατικά

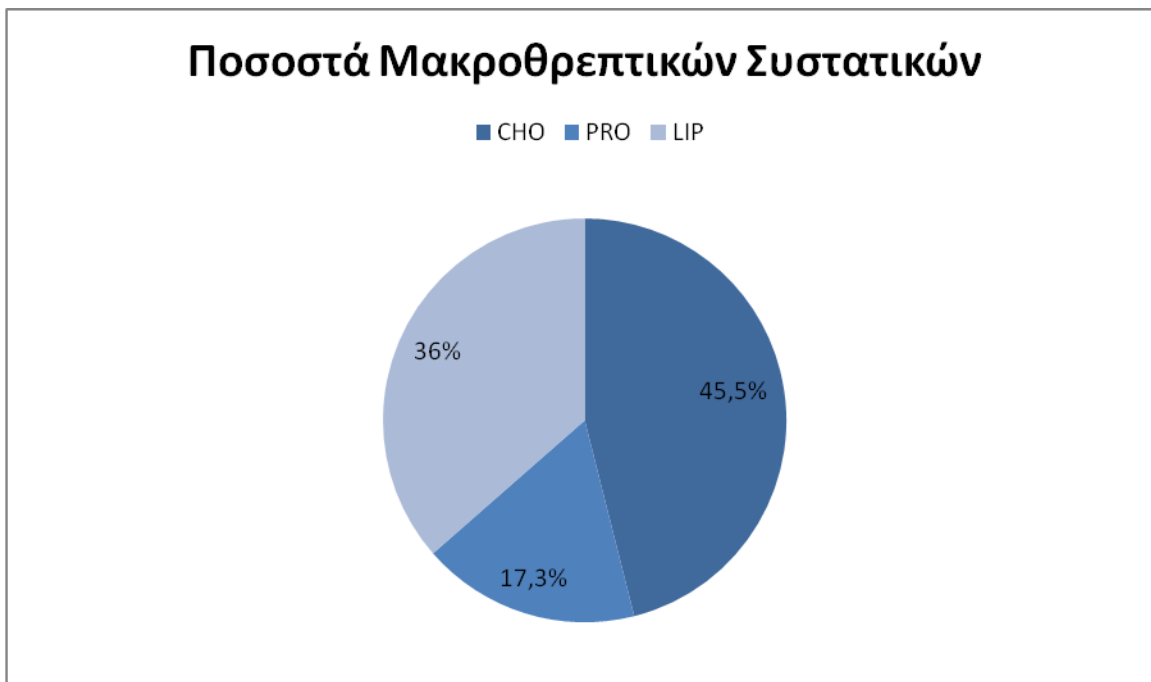
Έγινε ανάλυση του ερωτηματολογίου συχνότητας σχετικά με την κατανάλωση μικροθρεπτικών και μακροθρεπτικών συστατικών καθώς και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τις συνιστώμενες τιμές αναφοράς διαιτητικής πρόσληψης (DRI's 2002, 2005, 2011).

Protein gr/d	100	Thiamin (B1) mg/d	1
Carbohydrates gr/d	262	Riboflavin (B2) mg/d	1
Dietary Fibers gr/d	23	Niacin (B3) mg/d	27
Sugar g/d	84	Folate (B9) µg/d	22
Total Fat gr/d	92	Vitamin B6 mg/d	29
Saturated Fat gr	28	Vitamin B12 µg/d	4
Mono Fat gr	36	Vitamin C mg/d	128
Poly Fat gr	13	Vitamin E mg/d	7
Cholesterol mg	366	Vitamin K µg/d	6
Water g	990	Calcium mg/d	782
		Iron mg/d	16
		Magnesium mg/d	19
		Phosphorus mg/d	2186
		Potassium mg/d	3344
		Selenium µg/d	95
		Sodium mg/d	1211
		Zinc mg/d	10

Πίνακας 5.1 Ανάλυση του Ερωτηματολογίου Συχνότητας Τροφίμων σε Μικρομακροθρεπτικά Συστατικά

Συστατικό	Πρόσληψη	EAR, Άνδρες 19-30	EAR, Άνδρες 31-50	EAR, Άνδρες 51-70
Vitamin A µg/d	230	625	625	625
Thiamin (B1) mg/d	1	1,0	1,0	1,0
Riboflavin (B2) mg/d	1	1,1	1,1	1,1
Niacin (B3) mg/d	27	12	12	12
Folate (B9) µg/d	22	320	320	320
Vitamin B6 mg/d	29	1,1	1,4	1,4
Vitamin B12 µg/d	4	2,0	2,0	2,0
Vitamin C mg/d	128	75	75	75
Vitamin E mg/d	7	12	12	12
Vitamin K µg/d	6	120 AI	120 AI	120 AI
Calcium mg/d	782	800	800	800
Iron mg/d	16	6	6	6
Magnesium mg/d	19	330	350	350
Phosphorus mg/d	2186	580	580	580
Potassium mg/d	3344	4700 AI	4700 AI	4700 AI
Selenium µg/d	95	45	45	45
Sodium mg/d	1211	1500 AI	1500 AI	1300 AI
Zinc mg/d	10	9,4	9,4	9,4

Πίνακας 5.2 Σύγκριση της Πρόσληψης με τις Συνιστώμενες Τιμές Αναφοράς



Γράφημα 5.1: Ποσοστά Μακροθρεπτικών Συστατικών

Οι συνιστώμενες αναλογίες μακροθρεπτικών συστατικών ενός διαιτολογίου σύμφωνα με τα DRI's, 2005 για ενήλικες κυμαίνονται μεταξύ 10-35% πρωτεΐνες, 20-35% λίπος και 45-65% υδατάνθρακες. Άρα όπως φαίνεται και από το παραπάνω γράφημα, οι προσλήψεις υδατανθράκων και πρωτεϊνών καλύπτονται, ενώ του λίπους είναι πάνω από τα όρια των συστάσεων.

Στον πίνακα 5.2 φαίνεται η πρόσληψη για το εκάστοτε μικροθρεπτικό συστατικό, όπως επίσης και το EAR (Estimated Average Requirements) για τους άνδρες 19-30, 31- 50 και 51- 70 ετών. Στις περιπτώσεις της βιταμίνης Κ, Καλίου και Νατρίου που δεν υπάρχουν τιμές EAR, η σύγκριση έγινε με ΑΙ. Σύμφωνα με τις τιμές EAR και ΑΙ υπάρχει πιθανότητα ανεπαρκούς πρόσληψης σε βιταμίνη Α, φολικό οξύ, βιταμίνη Ε, βιταμίνη Κ, ασβέστιο, μαγνήσιο, κάλιο, νάτριο για όλες τις ηλικιακές ομάδες του πίνακα. Σε ό,τι αφορά τις προσλήψεις των υπόλοιπων μικροθρεπτικών συστατικών που περιλαμβάνει ο πίνακας, φαίνεται ότι είναι πάνω από τις συνιστώμενες τιμές. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα επαρκούς πρόσληψης για τις ηλικιακές ομάδες ανδρών ηλικίας 19-30, 31- 50 και 51- 70.

5.2 Αποτελέσματα Στατιστικής Ανάλυσης

Αποτελέσματα	Minimum (ελάχιστη τιμή)	Maximum (μέγιστη τιμή)	Mean (μέσος όρος)	Median (Διάμεσος)	Missing (δεν συμπλη- ρώθηκαν)
Ηλικία (έτη)	27	53	37,19	36	2
Βάρος (kg)	57	100	80,39	80	1
Ύψος (m)	1,50	1,90	1,77	1,77	2

Πίνακας 5.3. Γενικά Χαρακτηριστικά και Δημογραφικά Δεδομένα (N=34)

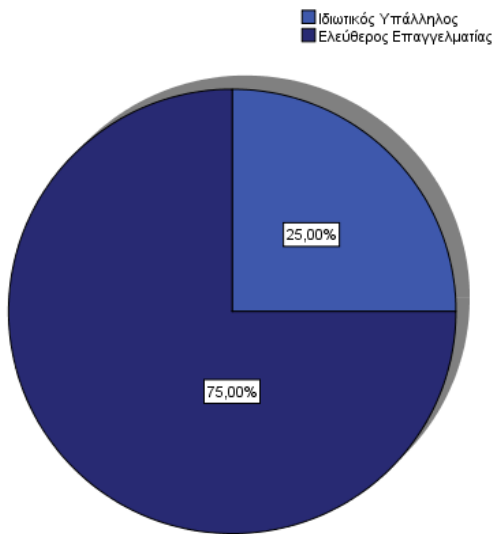
Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα γενικότερα δημογραφικά στοιχεία των 34 ανδρών οι οποίοι έλαβαν μέρος στην έρευνα. Όπως φαίνεται ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι 37,19, με το 50% να είναι μικρότερο από 36 ετών. Το εύρος τιμών αναφορικά στο βάρος ποικίλει από 57kg έως 100kg με μέσο όρο τα 80 περίπου κιλά ενώ, το ύψος του κυμαίνεται από 1,50m έως 1,90m με μέσο όρο τα 1,77m.

Ειδικά Χαρακτηριστικά και Δημογραφικά Δεδομένα

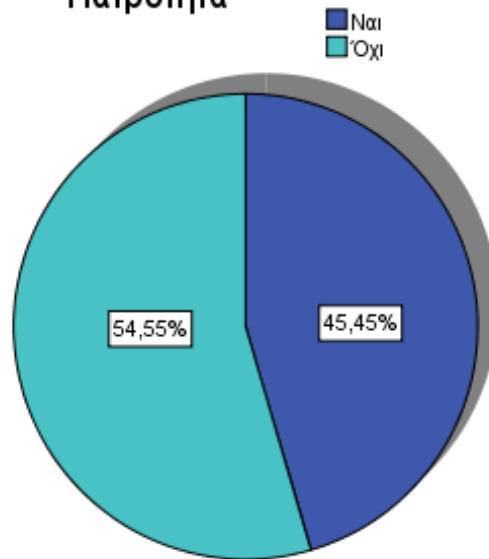
Αποτελέσματα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (N)
Πρότερη Επαγγελματική Κατάσταση		
Κατάσταση		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	25%	3
Ελεύθερος Επαγγελματίας	75%	9
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	55,9%	19
Έγγαμος	29,4%	10
Διαζευγμένος	14,7	5
Πατρότητα		
Ναι	45,5	15
Όχι	54,5	18
Αυτοαναφερόμενη Δραστηριότητα	Σωματική	
Άριστη	7,7%	2
Πολύ καλή	57,7%	15
Καλή	15,4%	4
Μέτρια	3,8%	1
Κακή	15,4%	4
Κάπνισμα		
Ναι	82,4%	28
Όχι	17,6%	6

Πίνακας 5.4 Ειδικά Χαρακτηριστικά και Δημογραφικά Δεδομένα (N=34)

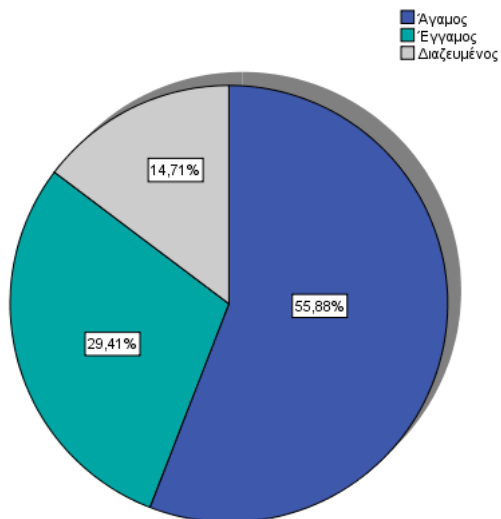
Επάγγελμα



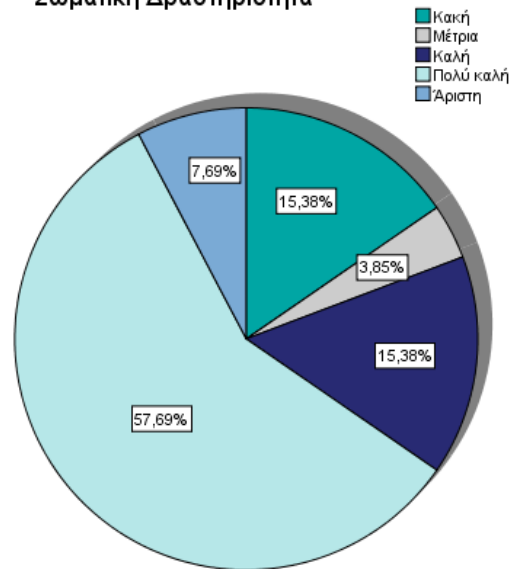
Πατρότητα



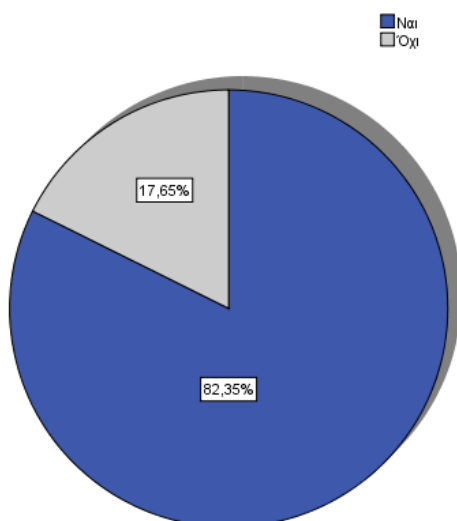
Οικογενειακή Κατάσταση



Σωματική Δραστηριότητα



Καπνιστής



Γραφικές αναπαραστάσεις των στατιστικών αποτελεσμάτων των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 2 απεικονίζονται κάποια πιο ειδικά δημογραφικά στοιχεία όπως επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση. Ο επαγγελματικός προσανατολισμός του δείγματος δεν είναι ξεκαθαρός λόγω χαμηλού ποσοστού ανταπόκρισης (64,71%). Προχωρώντας, η οικογενειακή κατάσταση του μεγαλύτερου μέρους είναι άγαμος και άτεκνος.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δήλωσε ότι έχει πολύ καλή φυσική κατάσταση, το 7,7 % ότι έχει έντονη σωματική δραστηριότητα ενώ το 15,4% ότι έχει κακή φυσική κατάσταση. Τέλος, το 82,35% των ερωτηθέντων είναι καπνιστές από 1 έως 40 χρόνια ενώ η ημερήσια κατανάλωση κυμαίνεται από 5 έως 40 τσιγάρα ημερησίως.

Αποτελέσματα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (N)
▪ Χρόνια Νοσήματα		
Υπέρταση	2,9%	1
Διαβήτης	0%	0
Νεφρική Ανεπάρκεια	5,9%	2
Δυσλιπιδαιμία	0%	0
Καρδιαγγειακά	0%	0
Καρκίνος	2,9%	1
▪ Λήψη Φαρμάκων		
Υπολιπιδαιμικά	1	2,9
Αντιυπερτασικά	1	2,9

Πίνακας 5.5 Ανάλυση Χρόνιων Νοσημάτων Δείγματος (N=34)

Οι επόμενες εισαγωγικές ερωτήσεις αφορούσαν την διάγνωση από κάποια χρόνια ασθένεια καθώς και τη λήψη υπολιπιδαιμικών, αντιυπερτασικών ή αντιδιαβητικών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα σε αυτές τις ερωτήσεις πληροφορούν ότι ένα άτομο από το δείγμα πάσχει από υπέρταση, δύο άτομα από νεφρική ανεπάρκεια και ένα άτομο πάσχει από καρκίνο. Αναφορικά με τη χρήση των παραπάνω φαρμάκων ένα άτομο λαμβάνει υπολιπιδαιμικά και ένα άτομο αντιυπερτασικά.

Μεταβλητές	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
FFQ (Kcal/24h) (Θερμιδική Πρόσληψη)	2257,9	1643,9
ΔΜΣ (Kg/m ²) (Δείκτης Μάζας Σώματος)	25	3,3

Πίνακας 5.6 Ανάλυση Ποσοτικών Μεταβλητών FFQ και ΔΜΣ (N= 34)

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μέση τιμή θερμιδικής πρόσληψης των εγκλείστων είναι περίπου 2257 kcal με τυπική απόκλιση $\sigma = 1643,9$ και η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος είναι 25 kg/m² με $\sigma = 3,3$.

Αποτελέσματα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (N)
✓ MDI		
Φυσιολογική Ψυχολογική κατάσταση	64,7%	22
Ήπια Κατάθλιψη	17,6%	6
Μέτρια Κατάθλιψη	5,9%	2
Σοβαρή Κατάθλιψη	11,8%	4
✓ IPAQ		
Χαμηλή Δραστηριότητα	17,6%	6
Μέτρια Δραστηριότητα	32,4%	11
Υψηλή Δραστηριότητα	50%	17

Πίνακας 5.7 Ανάλυση Ποιοτικών Μεταβλητών MDI και IPAQ

(N= 34)

Όπως παρατηρείται και στον παραπάνω πίνακα τα αποτελέσματα του δείκτη MDI δείχνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φαίνεται να βρίσκεται σε πλήρη ύφεση

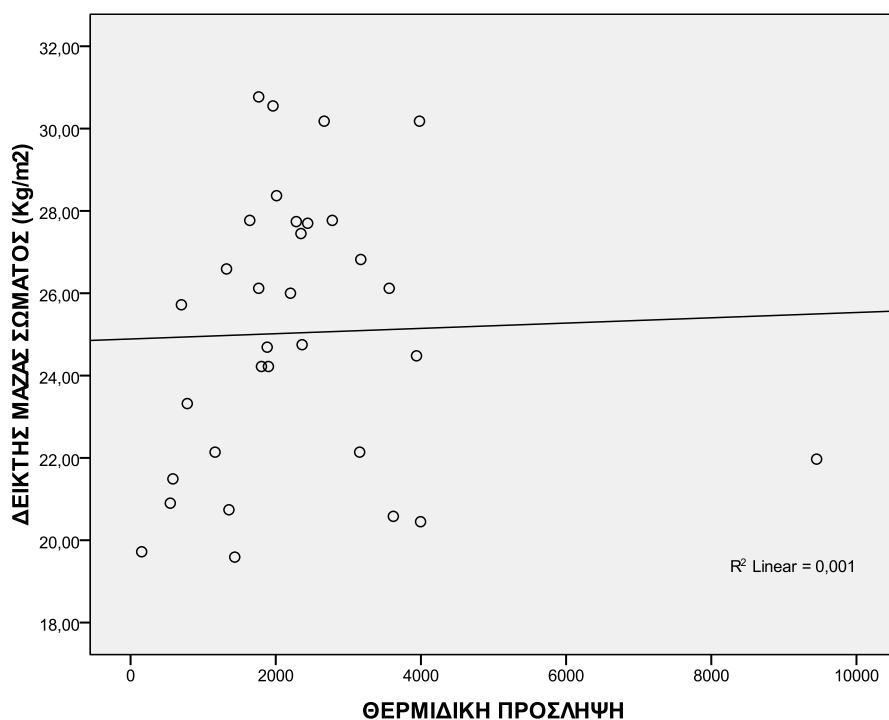
ενώ μόνο το 11,8% ανήκει στην κατηγορία «Σοβαρή Κατάθλιψη». Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φαίνεται να έχει υψηλή δραστηριότητα, σε ποσοστό 50%, ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην κατηγορία της μέτριας δραστηριότητας (32,4%).

5.3 Συσχετίσεις Μεταβλητών

Στον παρακάτω πίνακα αλλά και στο διάγραμμα διασποράς που ακολουθεί αναφέρεται η συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και της θερμιδικής πρόσληψης (FFQ) του δείγματος.

Correlation	Frequency (N)	Pearson Correlation	P value
ΔΜΣ_FFQ	34	0,032	0,862

Πίνακας 5.8 Συσχέτιση μεταξύ δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και της θερμιδικής πρόσληψης του δείγματός μας (FFQ)



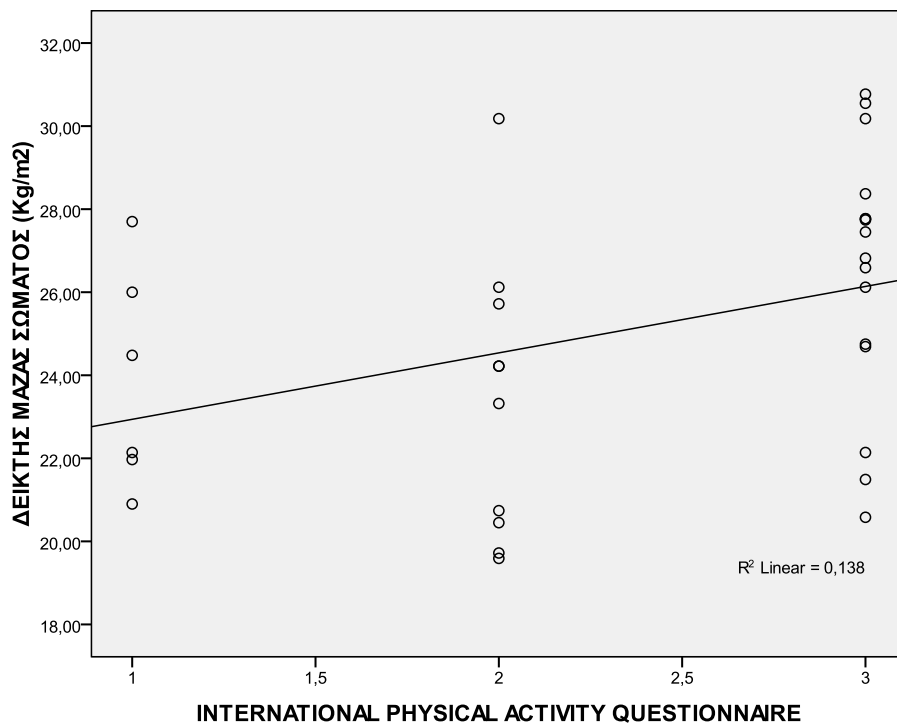
Όπως παρατηρείται δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ($r = 0,032$), η οποία όμως δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική αφού η τιμή του p value (p value = $0,862$) είναι αρκετά μεγάλη ($p > 0,01$ και $p > 0,05$). Το γεγονός επιβεβαιώνεται και από το διάγραμμα διασποράς στο οποίο τα σημεία φαίνεται να είναι σχεδόν “τυχαία” τοποθετημένα γύρω από την ευθεία.

Στην πρώτη συσχέτιση που μελετήθηκε χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson αφού οι μεταβλητές ήταν και οι δύο ποσοτικές. Στη συνέχεια, με τις επόμενες συσχετίσεις γίνεται χρήση του δείκτη Spearman αφού η πλειονότητα των μεταβλητών ορίζονται ως ποιοτικές σε διαβαθμιστική κλίμακα.

Correlation	Frequency (N)	Spearman Correlation	P value
ΔΜΣ_IPAQ	34	0,44	0,013

Πίνακας 5.9 Συσχέτιση μεταξύ δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

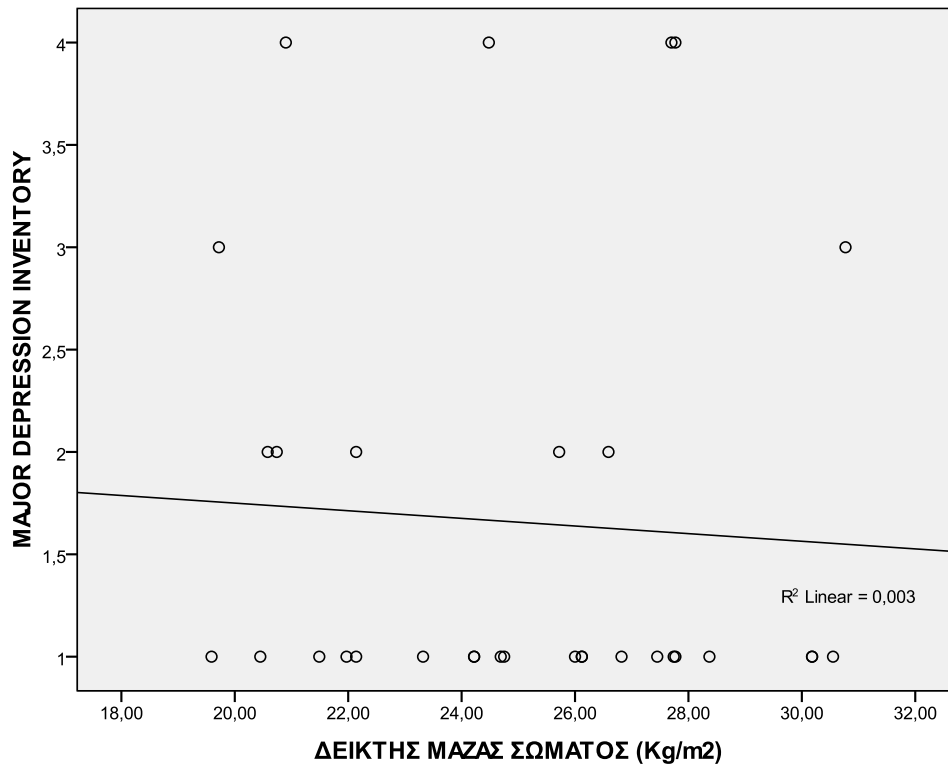
Η συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και της σωματικής δραστηριότητας του δείγματος φαίνεται να είναι μέτρια θετική ($r= 0,44$), άτομα με μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος φαίνεται να έχουν πιο έντονη σωματική δραστηριότητα. Η συσχέτιση που εμφανίζεται ανάμεσα στις δύο μεταβλητές μας είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.



Correlation	Frequency (N)	Spearman Correlation	P value
ΔΜΣ_MDI	34	-0,1	0,58

Πίνακας 5.10 : Συσχέτιση μεταξύ δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και Major Depression Inventory (MDI)

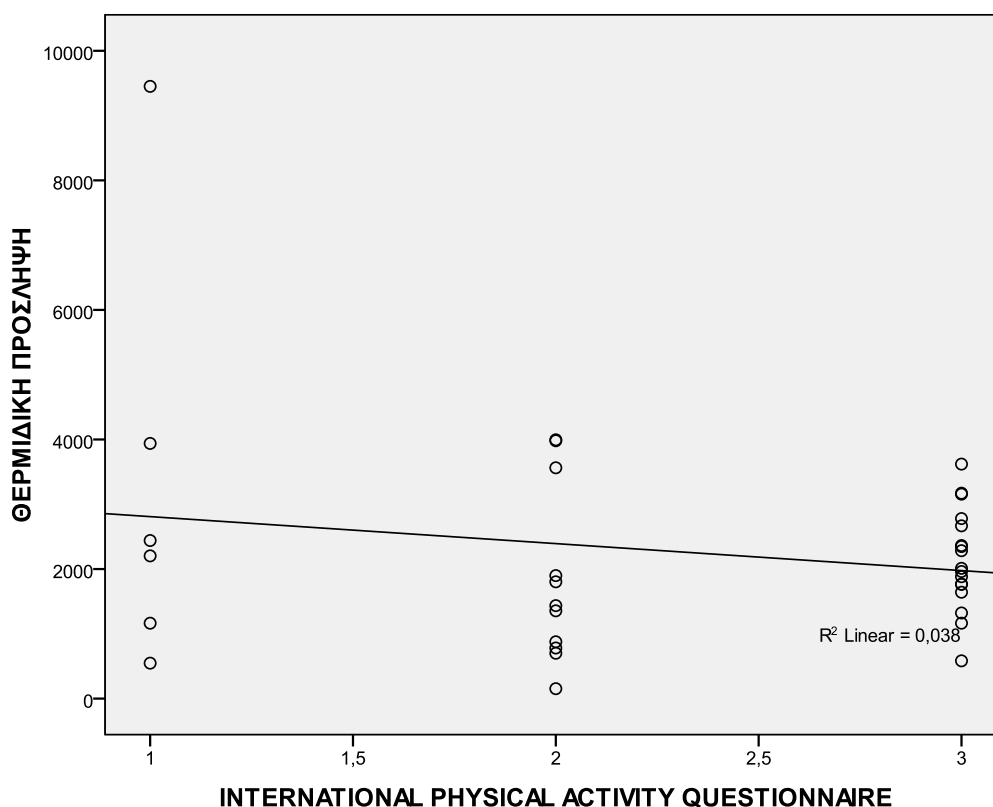
Όπως φαίνεται τόσο στον παραπάνω πίνακά όσο και στο επόμενο γράφημα δεν υπάρχει συσχέτιση ($r = -0,1$) μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και της μεταβλητής MDI.



Παρόμοια εμφανίζονται και τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ της θερμιδικής πρόσληψης (FFQ) και της σωματικής δραστηριότητας (IPAQ) του δείγματος. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όπως και στον προηγούμενο πίνακα η τιμή του p value είναι αρκετά υψηλή γεγονός που δείχνει ότι η σχέση ή η απουσία αυτής δεν αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη μέτρησης, η συσχέτιση δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Correlation	Frequency (N)	Spearman Correlation	P value
FFQ_IPAQ	34	0,037	0,84

Πίνακας 5.11: Συσχέτιση μεταξύ θερμιδικής πρόσληψης (FFQ) και International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

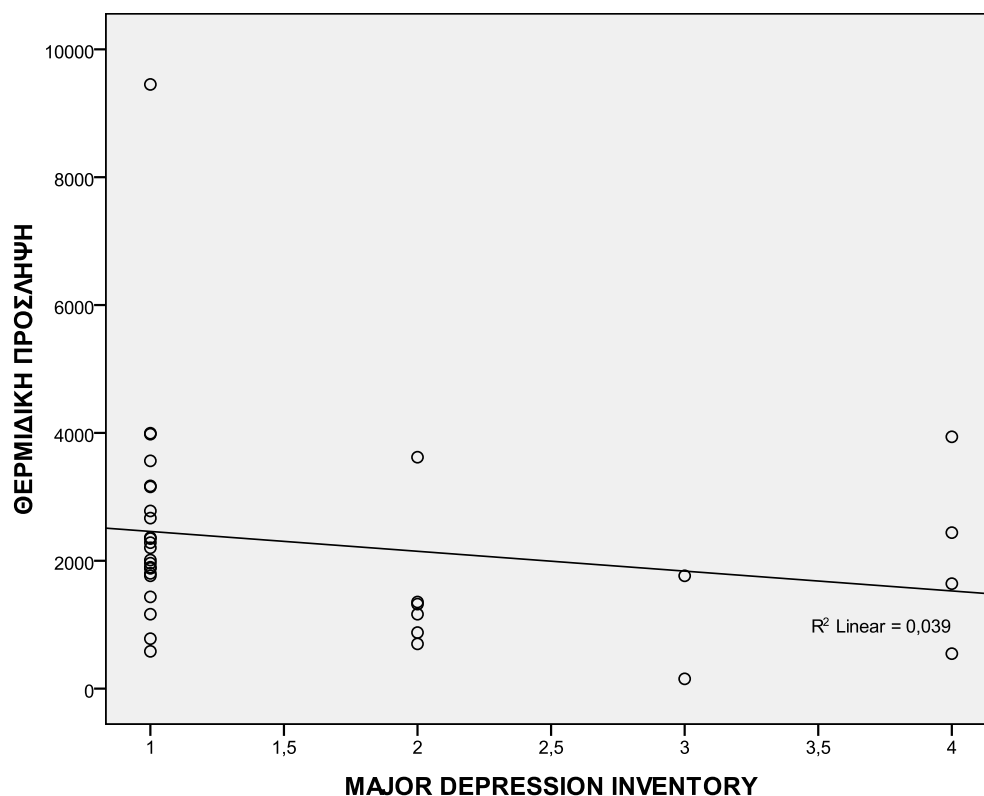


Στον επόμενο πίνακα εμφανίζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ της θερμιδικής πρόσληψης (FFQ) και των περιστατικών κάποιας μορφής κατάθλιψης (MDI) που μπορεί να εμφανίζεται στο δείγμα. Όπως διακρίνεται υπάρχει μία μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r = -0,33$) η οποία φανερώνει ότι η θετική μεταβολή της μίας μεταβλητής επηρεάζει την άλλη αρνητικά, π.χ. έγκλειστοι που εμφανίζουν μικρά ή μηδενικά δείγματα κατάθλιψης καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και το

p value δεν είναι μικρότερο από 0,05 , ώστε να χαρακτηριστεί το αποτέλεσμα της συσχέτισης ως στατιστικά σημαντικό, είναι ωστόσο πολύ κοντά σε αυτή την τιμή (0,053).

Correlation	Frequency (N)	Spearman Correlation	P value
FFQ_MDI	34	-0,33	0,053

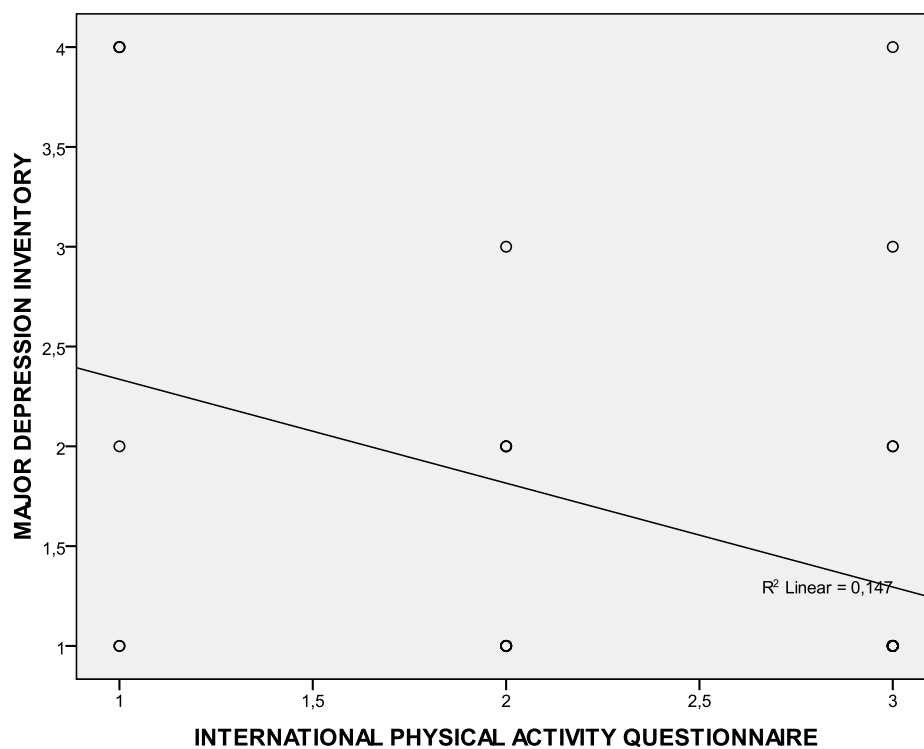
Πίνακας 5.12: Συσχέτιση μεταξύ θερμιδικής πρόσληψης (FFQ) και Major Depression Inventory (MDI)



Η τελευταία συσχέτιση αφορά τις μεταβλητές τα δείγματα κατάθλιψης που εμφανίζονται ή όχι στο δείγμα και τη φυσική δραστηριότητά τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν και σε αυτή την περίπτωση μία μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r = -0,33$) μεταξύ των μεταβλητών με το p value = 0,057.

Correlation	Frequency (N)	Spearman Correlation	P value
MDI_IPAQ	34	-0,33	0,057

***Πίνακας 5.13: Συσχέτιση μεταξύ Major Depression Inventory (MDI)
και International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)***



Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι η πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών των συμμετεχόντων παρουσιάζει αποκλίσεις από την εκτιμώμενη πρόσληψη (EAR). Πιο συγκεκριμένα η βιταμίνη B9 (φολικό οξύ) για παράδειγμα παρουσιάζει απόκλιση 80% σε σχέση με την εκτιμώμενη πρόσληψη. Αντιθέτως, η πρόσληψη σιδήρου είναι αυξημένη κατά τετραπλάσια ποσότητα σε σχέση με την εκτιμώμενη πρόσληψη. Διαπιστώνεται ότι σε γενικές γραμμές, το ακολουθούμενο διατροφικό πρόγραμμα δεν είναι ισορροπημένο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάρτιση του διατροφικού προγράμματος, όπως έχει προαναφερθεί στο γενικό μέρος, ποικίλουν. Στην προκειμένη περίπτωση η απουσία εξειδικευμένου διατροφολόγου από το προσωπικό φυλακής, η ελλιπής εκπαίδευση των κρατούμενων σε διατροφικές συμπεριφορές και η ελευθερία των κρατούμενων να προμηθεύονται τρόφιμα από το κυλικείο εκτός του διατροφικού προγράμματος μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων. (Bourn, 2006, Harwell, 2013, Crawley, 2006, Edwards et al, 2001)

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος συμπεραίνεται ότι ο μέσος όρος της ηλικίας των τροφίμων κατατάσσεται στην κατηγορία της μέσης ηλικίας (>35 ετών). Με τον ΔΜΣ που έχει υπολογισθεί (πίνακας 5.6) διαπιστώνεται ότι οι ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά και η ανισορροπία του διατροφολογίου που ακολουθείται οδηγεί τους συμμετέχοντες στην έρευνα, στην κλίμακα των υπέρβαρων ενήλικων ανδρών. (WHO, 2000, 2004) Το οποίο μπορεί να επηρεάσει και την ψυχική υγεία των κρατουμένων. (Ahmadi et al, 2013) Έχει αποδειχθεί ότι ένα πρότυπο υγιεινής διατροφής συσχετίζεται σημαντικά με μειωμένη πιθανότητα κατάθλιψης. (Lai et al, 2014) Επιπλέον, επειδή $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 25 \text{ Kg/ m}^2$ τότε το μέσο Ιδανικό Βάρος των τροφίμων υπολογίζεται στα 71 κιλά σε σχέση με το μέσο ύψος τους. Άρα το μέσο βάρος τους παρουσιάζει απόκλιση 11,25% σε σχέση με το Ιδανικό, γεγονός το οποίο μπορεί να σχετίζεται με συννοσηρότητες και φυσιοπαθολογίες των συμμετεχόντων (διαγνωσμένες και μη). (WHO, 2000, 2004)

Για τις συννοσηρότητες των συμμετεχόντων που εξαρτώνται ή επηρεάζονται από τις διατροφικές συνήθειές τους δεν μπορεί να βγει ξεκάθαρο συμπέρασμα λόγω της χαμηλής ανταπόκρισης στα ερωτηματολόγια. Αυτό μπορεί να οφείλεται και σε μη διαγνωσμένες παθήσεις των κρατουμένων. Παρόλα αυτά το ποσοστό των διατροφικά σχετιζόμενων

παθήσεων που εντοπίζεται στο ερευνητικό δείγμα είναι αρκετά υψηλό ώστε να θεωρηθεί ότι το διατροφικό πρόγραμμα που ακολουθείται δεν είναι προσαρμοσμένο στις παθολογικές ανάγκες των συμμετεχόντων.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη θερμιδική πρόσληψη και τη συχνότητα σωματικής δραστηριότητας που προκύπτει από τα αποτελέσματα του IPAQ και τις συστάσεις του Department of Health, 1991 εκτιμάται ότι παρόλο που το διατροφικό πρόγραμμα που ακολουθείται παρουσιάζει έλλειψη των θρεπτικών συστατικών, καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες των συμμετεχόντων μολονότι παρουσιάζεται μια μικρή απόκλιση 200 περίπου θερμίδων από τις συστάσεις. Καθώς επίσης, καλύπτεται και ο βασικός μεταβολισμός σε σχέση με το βάρος, το ύψος, την ηλικία των ανδρών υπό κράτηση στην έρευνα αυτή, ο οποίος υπολογίζεται 1826,25 Kcal/24h. (Mifflin & St Jeor, 1990). Όπως είναι γνωστό ο βασικός μεταβολισμός αντιπροσωπεύει την ελάχιστη ενέργεια που απαιτείται προκειμένου να διατηρηθούν όλες οι φυσιολογικές ιστικές, καθώς και υπόλοιπες λειτουργίες του ανθρωπίνου σώματος. (Ζαμπέλας, 2003) Ο ΔΜΣ τους κατατάσσει στους υπέρβαρους, αλλά στην πραγματικότητα τα αποτελέσματα συσχέτισης ΔΜΣ- IPAQ υποδεικνύουν ότι η αύξηση του ΔΜΣ οφείλεται σε αυξημένη μυϊκή μάζα και επομένως παθολογικά υπέρβαροι, άρα δικαιολογείται η συσχέτιση ΔΜΣ- MDI, η οποία δεν δηλώνει καταθλιπτική διαταραχή (Davidson et al, 2012)

Το δείγμα παρουσιάζει 50% αυξημένη δραστηριότητα και 32,4% μέτρια δραστηριότητα και το 64,7% φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί καθώς με την άσκηση παράγονται ενδορφίνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για το αίσθημα ευφορίας και κατ' επέκταση για την απουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης. (Anderson & Shivakumar, 2013)

Από τα αποτελέσματα διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει υψηλή δραστηριότητα. Από αυτό συμπεραίνεται ότι η θερμιδική πρόσληψη που ανακτήθηκε από τα αποτελέσματα δεν συμβαδίζει με τις ενεργειακές ανάγκες (E.A) των συμμετεχόντων, καθώς με τον τύπο $PAL = \frac{\Theta\Pi}{BM}$ υπολογίζεται $PAL = 1,25$, όπου το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας για τους άντρες χαρακτηρίζεται χαμηλό. (Health Department, 1991) Γεγονός που αποδεικνύει ότι το διατροφικό πρόγραμμα δεν ικανοποιεί τις ενεργειακές ανάγκες όλων των συμμετεχόντων.

Η συσχέτιση θερμιδικής πρόσληψης και MDI δείχνει να υπάρχει μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ των ποσοστών θερμιδικής πρόσληψης και των παρουσιαζόμενων καταθλιπτικών περιστατικών. Σύμφωνα με τους Krishman και Nestler (2010) η στέρηση θρεπτικών στοιχείων που συνοδεύει την περιορισμένη θερμιδική πρόσληψη, ενεργοποιεί ψυχοσωματικούς μηχανισμούς που επηρεάζουν την εμφάνιση και αύξηση καταθλιπτικών επεισοδίων. Επίσης, κατά τον Zhang et al (2015) από ένα πλήθος ερευνών διαφαίνεται η αρνητική επίδραση της μακροχρόνιας θερμιδικής στέρησης στην ψυχική υγεία του ανθρώπου.

Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να θεωρηθούν χαμηλής ή μέτριας αξιοπιστίας για μια πληθώρα αιτιών συμπεριλαμβανομένων:

- Μικρός αριθμός δείγματος
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων
- Έλλειψη εκπαίδευσης διατροφικής συμπεριφοράς εξεταζομένων
- Αυτοαναφερόμενα δεδομένα
- Μειωμένη ανταπόκριση από τους συμμετέχοντες στις ερωτήσεις
- Ανεξάρτητη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες χωρίς προηγούμενη καθοδήγηση από τους ερευνητές
- Περιορισμένη επαφή των συμμετεχόντων με τους ερευνητές
- Απουσία ενδεικτικού διατροφικού προγράμματος των εγκλείστων. Θα μπορούσε να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα και ισορροπία των γευμάτων και υποβιβάζει τα αποτελέσματα της έρευνας αφού δεν μπορεί να διαπιστωθεί αν η ανορθόδοξη διατροφή οφείλεται σε προσωπική επιλογή του κρατούμενου ή έλλειψη στο σύστημα.

Παρόλα αυτά αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα της διατροφικής κατάστασης και φυσικής δραστηριότητας των τροφίμων σε σωφρονιστικά καταστήματα στην Ελλάδα, ιδιαιτέρως λόγω της έλλειψης προηγούμενων ερευνών στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

Εφόσον δεν καλύπτονται οι εξατομικευμένες ανάγκες των τροφίμων, είναι απαραίτητη η σύνταξη και τήρηση ισορροπημένου διαιτολογίου για να αποφευχθούν οι ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά με στόχο τη διατήρηση της υγείας και ευεξίας των κρατούμενων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συμμετοχή διαιτολόγου, η οποία κρίζεται απαραίτητη για την κατάρτιση του διατροφικού προγράμματος τόσο στο συγκεκριμένο κατάστημα αλλά και γενικότερα στο ελληνικό σωφρονιστικό σύστημα. Ο διαιτολόγος θα πρέπει να ενημερώνει και να ελέγχει τους υπεύθυνους προετοιμασίας των γευμάτων σχετικά με το διατροφικό πρόγραμμα τόσο στο σύνολο, όσο και σε ιδιαίτερες περιπτώσεις (συννοσηρότητες, δυσανεξίες, χορτοφαγία, θρησκεία κ.α). Επιπλέον, για την επίτευξη της διατήρησης ενός ισορροπημένου διαιτολογίου είναι απαραίτητη η συμπεριφορική διατροφική εκπαίδευση των κρατουμένων. Αυτό θα μπορούσε να έρθει εις πέρας μέσω προσωπικών συναντήσεων με τον διορισμένο διαιτολόγο, μέσω βιωματικών σεμιναρίων διατροφής, όπως επίσης και έμμεσα μέσω της ενθάρρυνσης συμμετοχής σε Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας. Όλα τα παραπάνω μπορούν να έχουν κατ' επέκταση θετική επίδραση στην ψυχική υγεία των κρατουμένων.

Επιπροσθέτως, θα ήταν ορθό να πραγματοποιούνται συχνά οι απαραίτητες εξετάσεις και παρακολουθήσεις από ιατρικό επιστήμονα για τη διάγνωση συννοσηροτήτων σχετιζόμενων με τη διατροφή, καθώς και να παρέχεται η στοιχειώδη περίθαλψη. Η ένταξη ενός ιατρικού κέντρου στο χώρο της φυλακής και ο διορισμός απαραίτητου ιατρικού προσωπικού θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση της ιατρικής μέριμνας.

Ένας άλλος τρόπος παρέμβασης για την κάλυψη των βιοτικών αναγκών των εγκλείστων δεδομένων των μειωμένων οικονομικών πόρων του σωφρονιστικού συστήματος είναι η αποσυμφόρησή του. Η δημιουργία περισσότερων καταστημάτων μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή αύξησης του πληθυσμού του ιδρύματος.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε η ελληνική βιβλιογραφία υστερεί σε παρόμοιες έρευνες. Έτσι, υπάρχει η αναγκαιότητα περαιτέρω μελέτης σε μεγαλύτερο αντιπροσωπευτικό δείγμα αλλά και σε περισσότερες περιοχές της ελληνικής επικράτειας για τη λήψη περισσότερων συμπερασμάτων και για πιο έγκυρα και αποδεκτά αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- Βαρλάγκα, Χ.Α. (2011). Ο θεσμός της φυλακής: Σωφρονισμός ή Αναπαραγωγή του Εγκλήματος; Η Περίπτωση των Φυλακών της Ελλάδος
- Δανδουλάκη, Μ., Κωστέρη, Β., Μηλάκη, Β. (2008). Η Ψυχολογία των Κρατουμένων. Η Περίπτωση των Φυλακών Νέας Αλικαρνασσού
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2003). (2), 6397- 6420
- Ιωάννου, Χ. (2009). Αξιολόγηση του Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας IPAQ στον Ελληνικό Πληθυσμό
- Καμπανελλά, Κ., & Ονουφρίου Ζ. (2013). Έκθεση Αναφορικά με την Επίσκεψη που Διενεργήθηκε στις Κεντρικές Φυλακές από 7 Ιουνίου μέχρι 11 Ιουνίου 2012
- Καραθάνου, Ι., & Διγγελίδης, Ν. (2013). Στάσεις Νέων Κρατούμενων προς την Άσκηση, το Κάπνισμα και η Φυσική τους Δραστηριότητα κατά τον Ελεύθερο Χρόνο. Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό, 11 (1), 32- 41
- Μάνου, Ν., (2008). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής
- Μέντη, Αικατερίνη. (n.d.). Κάπνισμα ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ψυχοπαθολογία και άλλες συναφείς καταστάσεις σε νέους με απόπειρα αυτοκτονίας
- Ρηγούτσου, Ε. (2005). Συμβουλευτική Κρατουμένων
- Υπουργείο Δικαιοσύνης & Δημοσίας Τάξεως. (2014). Κατευθυντήριες Αρχές για την Πρόληψη των Αυτοκτονιών σε Φυλακές και Χώρους Κράτησης

Ξένη Βιβλιογραφία:

- Ahmadi, S. M., Mohammadi, M. R., Mostafavi, S.-A., Keshavarzi, S., Kooshesh, S.-M.-A., Joulaei, H., ... Lankarani, K. B. (2013). Dependence of the Geriatric Depression on Nutritional Status and Anthropometric Indices in Elderly Population. *Iranian Journal of Psychiatry*, 8(2), 92–96.
- Akinlotan, J. V., Nupo, S. S., & Olorode, O. O. (2010). ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS OF INMATES IN OYO STATE, NIGERIA. *Journal of Sciences and Multidisciplinary Research*, 2, 68-75
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 4.
- Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. (2010). Leicester: British Psychological Society
- Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. (2004). *The Lancet*, 363(9403), 157-163.
- Arizona Department of Corrections. (2008). Diet Reference Manual
- Babashola Olubodun, J. O., Jaiyesimi, A. E., Fakoya, E. A., & Olasode, O. A. (1991). Malnutrition in prisoners admitted to a medical ward in a developing community. *BMJ*, 303(6804), 693–694
- Black, D. W. (2010). Antisocial Personality Disorder. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 113-120
- British High Commission Freetown. (2015). Information Pack for British Prisoners in Sierra Leone
- Butler, T., & Milner, L. (2003). The 2001 New South Wales inmate health survey. Matraville, NSW: Corrections Health Service.
- Coyle, A. (2003). A human rights approach to prison management. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(2), 77–80
- Crawley, H. (2006). Nutritional Guidelines for Food Served in Public Institutions(pp. 111-132, Rep.)

- D'Asaro, B., M.N.S., Groesbeck, C., M.A., & Nigro, C. (1975). Diet-Vitamin Program for Jail Inmates. *ORTHOMOLECULAR PSYCHIATRY*, 4(3), 212-222
- De Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29(1), 115–135
- Department of Public Safety. (2013). Prisons. Food and Nutrition Management; Policies and Procedures
- Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility. (1995). *Psychiatric Services*, 46(4), 399–401
- Dietary reference intakes: a risk assessment model for establishing upper intake levels for nutrients. (1998). Washington, D.C.: National Academy Press.
- Edwards, J. S. A., Hartwell, H. J., & Schafheitle, J. (2009). Prison foodservice in England. *Journal of Foodservice*, 20(4), 157–166
- Edwards, J. S., Edwards, A., & Reeve, W. G. (2001). The nutritional content of male prisoners diet in the UK. *Food Service Technology*, 1(1), 25-33.
- Exercise: 7 benefits of regular physical activity. (2016, October 13)
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Federal Bureau of Prisons. (2014). Management of Major Depressive Disorder.
- Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E., & Xenitidis, K. (2006). Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 68–73
- Gates, M. L., & Bradford, R. K. (2015). The Impact of Incarceration on Obesity: Are Prisoners with Chronic Diseases Becoming Overweight and Obese during Their Confinement? *Journal of Obesity*, 2015, 1–7
- Global recommendations on physical activity for health. (2010). Genève: WHO
- Global strategy on diet, physical activity, and health. (2004). Geneva, Switzerland: World Health Organization
- Gould, C., Tousignant, B., Brian, G., McKay, R., Gibson, R., Bailey, K., & Venn, B. J. (2013). Cross-sectional dietary deficiencies among a prison population in Papua New Guinea. *BMC International Health and Human Rights*, 13(1)

- Halliwell, E., Main, L., & Richardson, C. (2007). *The fundamental facts: the latest facts and figures on mental health*. London: Mental Health Foundation.
- Haney, C. (2006). *The Wages of Prison Overcrowding: Harmful Psychological Consequences and Dysfunctional Correctional Reactions*. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22(1), 265-293
- Harwell, S. R. (2013). *INMATE NUTRITION* (pp. 1-6, Rep.)
- HAYES, L. M. (1995). *Prison Suicide: An Overview and a Guide to Prevention*. *The Prison Journal*, 75(4), 431–456
- Health in prisons: realising the right to health. (2007). *Penal Reform International*, 2
- Hills, H., Siegfried, C., & Ickowitz, A. (n.d.). *Effective Prison Mental Effective Prison Mental Health Services: Guidelines To Expand and Improve Treatment*. PsycEXTRA Dataset
- Issermoyer, T. (2011). *Food Service Manual*. U.S Department of Justice
- James, D. J., & Glaze, L. E. (n.d.). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. PsycEXTRA Dataset
- Johns, N., Edwards, J. S. A., & Hartwell, H. J. (2013). *Hungry in hospital, well-fed in prison? A comparative analysis of food service systems*. *Appetite*, 68, 45–50.
- Kjaer Minke, L. (2014). *Cooking in prison – from crook to cook*. *International Journal of Prisoner Health*, 10(4), 228–238
- Kraemer, S., Gately, N., & Kessell, J. (2009). *HoPE (Health of Prisoner Evaluation): pilot study of prisoner physical health and psychological wellbeing*. Joondalup, WA: School of Law & Justice, Edith Cowan University
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2010). *Linking Molecules to Mood: New Insight Into the Biology of Depression*. *The American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1305–1320.
- Kugu, N., Akyuz, G., & Dogan, O. (2008). *Psychiatric morbidity in murder and attempted murder crime convicts: A Turkey study*. *Forensic Science International*, 175(2-3), 107–112
- Lai JS, Hiles S, Bisquera A, Hure AJ, McEvoy M, Attia J. (2014) *A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults*. *Am J Clin Nutr*. 2014 Jan;99(1):181-97.

- Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (2001). Health care needs assessment in prisons: a toolkit. *Journal of Public Health*, 23(3), 198–204
- Marshall. (2010). Food Service. *DOM*, 51
- Meek, R. (2013). *Sport in prison: exploring the role of physical activity in correctional settings*. London: Routledge.
- Mifflin, M. D., S. T. St Jeor, et al. (1990). A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. *Am J Clin Nutr*, 51(2), 24 1-247
- O’Grady, J., Hoelscher, M., Atun, R., Bates, M., Mwaba, P., Kapata, N., ... Zumla, A. (2011). Tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa – the need for improved health services, surveillance and control. *Tuberculosis*, 91(2), 173–178
- PHYSICAL ACTIVITY AND PRISONER’S HEALTH [Review]. (2014, May 1)
- Plugge, E., Martin,, R. E., & Hayton, P. (2014). Noncommunicable diseases and prisoners. *Prisons and health*,81-86.
- Sandwell, H., & Wheatley, M. (2009). Healthy eating advice as part of drug treatment in prisons. *Prison Service Journal*, (182), 15-26
- Schools. (2009). *Nutrition in Institutions*, 1–101.
- Serving time: prisoner diet and exercise. (2006). London: Stationery Office.
- Smoyer, A. B., & Minke, L. K. (2015). *Food systems in correctional settings: a literature review and case study*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- The implementation of nutritional advice for people with diabetes. (2003). *Diabetic Medicine*, 20(10), 786-807
- U.S.A, Federal Bureau of Prisons. (2012). *Management of Food Allergies*
- USA: THE EDGE OF ENDURANCE PRISON CONDITIONS IN CALIFORNIA’S SECURITY HOUSING UNITS(Rep.). (2012). London: Amnesty International.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(12), 760–771

- Wielgus, A., Nowicki, J., & Borek, A. (2013). The physical activity of prisoners in the light of health recommendations. *Journal of Tourism, Recreation & Sport Management*, 1, 43-52.
- Williams, P., Walton, K., & Hannan-Jones, M. (2009). Prison foodservice in Australia - systems, menus and inmate attitudes. *Journal of Foodservice*, 20(4), 167–180
- Zhang, Y., Liu, C., Zhao, Y., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Calorie Restriction in Depression and Potential Mechanisms. *Current Neuropharmacology*, 13(4), 536–542.

Διαδικτυακή βιβλιογραφία:

- Current Issues in Addictions and Mental Health - CAMH: Home. (2003, September). Retrieved April 15, 2016, from https://www.camh.ca/en/hospital/Documents/www.camh.net/Public_policy/Public_policy_papers/current_issues_paper03.pdf.pdf
- Davison KM, Ng E, Chandrasekera U, Seely C, Cairns J, Mailhot-Hall L, Sengmueller E, Jaques M, Palmer J, Grant-Moore J for Dietitians of Canada (2012) . The Role of Nutrition in Mental Health Promotion and Prevention (1). Toronto: Dietitians of Canada, 2012. Access at: www.dietitians.ca/mentalhealth
- Dietary Reference Intakes. (n.d.). Retrieved June 26, 2016, from <https://fnic.nal.usda.gov/dietary-guidance/dietary-reference-intakes>
- Exercise: 7 benefits of regular physical activity. (2016, October 13). Retrieved March 30, 2016, from <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/fitness/in-depth/exercise/art-20048389?pg=1>
- Jail Standards and Inspection Programs. (n.d.). Retrieved June 27, 2016, from <http://www.bing.com/cr?IG=79ECE3F778064DF2A053E91F1662DF04&CID=3206E422B15167C0039EEE8CB0576630&rd=1&h=BtdANg8Q3glinwf4t9TeZcHDeDTMwk-7CcV74cVEIQA&v=1&r=http%3a%2f%2fstatic.nicic.gov%2fLibrary%2f022180.pdf&p=DevEx,5059.1>
- NIH. (2016). Malnutrition. Retrieved April 30, 2016, from <https://medlineplus.gov/malnutrition.html> Nutrition and Healthy Eating. (n.d.). Retrieved June 26, 2017, from <https://medlineplus.gov/malnutrition.html>
- Obesity in Prison: A Gender Difference. (2015). Retrieved June 27, 2016, from <http://community.nicic.gov/blogs/nic/archive/2015/07/28/obesity-in-prison-a-gender-difference.aspx>

Obesity: preventing and managing the global epidemic. (2002). Retrieved April 30, 2017, from http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

Physical Activity and Health. (2015, June 04). Retrieved August 29, 2016, from <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/>

Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. (1996). Retrieved August 28, 2016, from <https://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/ataplan.htm>

Picken, J. (2012). THE COPING STRATEGIES, ADJUSTMENT AND WELL BEING OF MALE INMATES IN THE PRISON ENVIRONMENT. Internet Journal of Criminology. Retrieved April 18, 2016, from www.internetjournalofcriminology.com

Suicide and suicidal behavior. (n.d.). Retrieved February 13, 2016, from <https://medlineplus.gov/ency/article/001554.htm>

Suicide and suicidal thoughts Tests and diagnosis. (2015, August 28). Retrieved February 17, 2016, from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/suicide/basics/tests-diagnosis/con-20033954>

Suicide Prevention. (n.d.). Retrieved February 18, 2016, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>

Trencin statement on prisons and mental health. (2007, October 18). Retrieved May 17, 2016, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2007/trencin-statement-on-prisons-and-mental-health>

Violence Prevention. (2016, August 15). Retrieved February 15, 2016, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>

Wease, N. (n.d.). Adequate food and dietary requirements - Prisoners Abroad. Retrieved April 27, 2016, from <http://www.prisonersabroad.org.uk/wp-content/uploads/2015/07/food-and-diets.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγια

Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ)

Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (IPAQ- short)

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο.

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ό,τι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

1. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, aerobics, γρήγορη ποδηλασία, αγώνας σε γήπεδο (ποδόσφαιρο, basketball-μπάσκετ, volleyball-βόλεϊ, κλπ);

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 3

2. Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

_____ λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις **μέτριες έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **μέτριες έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

3. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10 κιλά), ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 5

4. Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

_____ λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφτείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

5. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά;

_____ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7

6. Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας;

_____ λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

7. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένος/η όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο.

_____ ώρες ανά ημέρα δεν γνωρίζω /δεν είμαι βέβαιος

Τέλος του ερωτηματολογίου. Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (MDI)

Major Depression Inventory (MDI)

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν το πώς έχετε αισθανθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων. Παρακαλώ βάλτε ένα **TIK** στο κουτί που είναι πιο κοντά στο πώς έχετε αισθανθεί.

Πόσο συχνά	Συνέχεια	Τις περισσότερες φορές	Λίγο περισσότερο από τις μισές φορές	Λιγότερο από τις μισές φορές	Μερικές φορές	Καμία φορά
Έχετε νιώσει πεσμένος ή στενοχωρημένος;	5	4	3	2	1	0

Έχετε χάσει ενδιαφέρον για τις καθημερινές δραστηριότητές σας;	5	4	3	2	1	0
Έχετε νιώσει έλλειψη ενέργειας και δύναμης;	5	4	3	2	1	0
Έχετε νιώσει λιγότερη αυτοπεποίθηση;	5	4	3	2	1	0
Έχετε κακή συνείδηση ή ενοχές;	5	4	3	2	1	0
Έχετε νιώσει ότι η ζωή δεν αξίζει;	5	4	3	2	1	0
Έχετε νιώσει δυσκολίες στη συγκέντρωση, π.χ όταν διαβάζετε εφημερίδα ή βλέπετε τηλεόραση;	5	4	3	2	1	0
Έχετε νιώσει πολύ ανήσυχος;	5	4	3	2	1	0
Έχετε νιώσει υποτονικός;	5	4	3	2	1	0
Έχετε πρόβλημα ύπνου τα βράδια;	5	4	3	2	1	0
Έχετε υποφέρει από μειωμένη	5	4	3	2	1	0

όρεξη;							
Έχετε υποφέρει από αυξημένη όρεξη;	5	4	3	2	1	0	

_____ Τελικό σκορ __ __