

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Alenka Žagar

**VZORCI TVEGANIH VEDENJ V
ZAPORIH**

MAGISTRSKO DELO

Mentor:
Izr. prof. dr. Vito Flaker

Ljubljana 2008

V spomin na atija

KAZALO

VSEBINA

1. PREDGOVOR.....	7
2. TEORETIČNI DEL.....	11
2.1. ZGODOVINA KAZNOVANJA	11
2.1.1. Tortura in muke	11
2.1.2. Transformacija kazni in rojstvo totalne ustanove	12
2.1.3. Prve karceralne ustanove	13
2.2. ZAPOR IN ZAPORNA KAZEN	15
2.2.1. Absolutna in relativna teorija zaporne kazni	15
2.2.2. Zapor in zaporna kazen kot mehanizma družbene kontrole.....	16
2.2.3. Nameni zaporne kazni	18
2.2.4. Rehabilitacijski potencial zaporne kazni	19
2.3. ZAPOR KOT TOTALNA USTANOVA	21
2.3.1. Opredelitev pojma in vrste totalnih ustanov	21
2.3.2. Bistvene značilnosti delovanja totalnih ustanov	22
2.3.3. Prilagajanje na življenje v totalni ustanovi oziroma zaporu	24
2.3.3.1. Vloga drog pri prilagajanju na življenje v zaporu.....	27
2.4. NEKATERI KRITIČNI VIDIKI ZAPORA IN ŽIVLJENJA V ZAPORU	30
2.4.1. Kritike zapore na pragmatični in ideološki ravni.....	30
2.4.2. Socialna škoda	33
2.4.2.1. Omrtvičene identitete.....	33
2.4.2.2. Stigmatizirane identitete	34
2.4.2.2.1. Predsodki in stereotipi	35
2.4.2.2.2. Nastanek stigme in njena vloga v družbenih interakcijah.....	36
2.4.2.2.3. Soočanje in upravljanje s stigmo	38
2.4.3. Uživanje drog in tveganja z možnostjo povzročitve poškodb zdravja.....	40
2.5. IZHODIŠČA ZA IZBOLJŠANJE ZAPORNIŠKIH RAZMER.....	44
2.5.1. Alternativne kazni.....	44
2.5.2. Pragmatičen odziv na vzorce tveganih vedenj: zmanjševanje škode.....	45
2.5.2.1. Zmanjševanje škode na področju drog	46
2.5.2.2. Zmanjševanje škode zaradi drog v zaporih.....	52
2.5.2.2.1. Priporočila mednarodnih organizacij o ukrepih pomoči uživalcem drog v zaporih	53
2.5.2.2.2. Programi zmanjševanja škode zaradi drog v sistemu izvrševanja kazni zapore v Sloveniji	56
2.5.2.2.3. Programi zamenjave igel v zaporih: primeri dobre prakse iz tujine.....	60
3. EMPIRIČNI DEL: TVEGANA VEDENJA V ZAPORIH	66
3.1. Raziskava o tveganih vedenjih v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapore	66
3.1.1. Uvod	66
3.1.2. Predstavitvev okoliščin in pobuda za začetek raziskave.....	67
3.1.3. Problem.....	68
3.1.4. Hipoteze.....	69
3.1.5. Metodologija.....	70
3.1.5.1. Vrsta raziskave in spremenljivke	70
3.1.5.2. Merski instrument.....	71
3.1.5.3. Populacija	71
3.1.5.4. Sodelujoči v raziskovalnem timu.....	76
3.1.5.5. Zbiranje podatkov (anketiranje).....	77
3.1.5.6. Obdelava in analiza podatkov.....	78
3.1.5.7. Raziskovalna etika	78
3.1.6. Rezultati raziskave.....	79
3.1.6.1. Opisni del.....	79
3.1.6.1.1. Demografski podatki	79

3.1.6.1.2. Zdravstveni status: hepatitis, HIV in spolne bolezni	81
3.1.6.1.3. Spolnost	82
3.1.6.1.4. Nasilje	84
3.1.6.1.5. Tetoviranje	85
3.1.6.1.6. Uživanje drog	86
3.1.6.1.7. Informiranost	88
3.1.6.2. Analitični del	92
3.1.6.2.1. Tvegana vedenja glede na starost in izobrazbo	92
3.1.6.2.1. Tvegana vedenja glede na uživanje drog v zaporu	98
3.1.6.2.2. Informiranost glede na starost, izobrazbo in uživanje drog v zaporu	102
3.1.7. Preverjanje hipotez	103
3.2. Primerjava rezultatov raziskave o tveganih vedenjih v zaporih v Sloveniji z rezultati istovrstne raziskave v Rusiji	105
4. RAZPRAVA	109
4.1. Demografski podatki	109
4.2. Zdravstveni status: hepatitis, HIV in spolne bolezni	110
4.3. Spolnost	113
4.4. Nasilje	114
4.5. Tetoviranje	115
4.6. Uživanje drog v zaporih	116
4.6.1. Vrste in dostopnost drog v zaporih	117
4.6.2. Injiciranje drog v zaporih	118
4.6.3. Souporaba ter metode čiščenja in vzdrževanja pribora za injiciranje drog v zaporih	121
4.7. Informiranost	123
5. SKLEP IN PRIPOROČILA	126
5.1. Priporočila za strokovne rešitve	126
5.2. Priporočila za sistemske rešitve	127
6. ZAKLJUČEK	128
7. SEZNAM LITERATURE	131
8. PRILOGE	138

TABELE IN SLIKE

Tabela 3.1: Število in deleži oseb na prestajanju kazni zapora in sodelujočih v raziskavi	72
Tabela 3. 2: Primerjava števila in deležev oseb na prestajanju kazni zapora s številom in deleži sodelujočih v raziskavi po zavodih	72
Tabela 3. 4: Korelacije med številom oseb na prestajanju kazni zapora in številom udeleženih v raziskavi	74
Tabela 3. 3: Primerjava starostne strukture med celotno populacijo obsojencev v letu 2002 in sodelujočimi v raziskavi.....	75
Slika 3. 5: Starostna struktura anketiranih oseb.....	80
Slika 3. 6: Izobrazbena struktura anketiranih oseb	80
Slika 3. 7: Zakonski stan anketiranih oseb	81
Slika 3. 8: Obolelost s spolnimi boleznimi, okuženost z virusi hepatitisov B in C ter HIV	81
Slika 3. 9: Spolno aktivni v zaporu.....	82
Tabela 3. 10: Struktura odgovorov o uporabi zaščitnih sredstev glede na tiste, ki imajo spolne odnose v zaporu in glede na vse vprašane	83
Slika 3. 11: Dostopnost kondomov v tem zaporu	83
Slika 3. 12: Mnenje o razširjenosti nasilja v zaporu	84
Slika 3. 13: Struktura odgovorov na vprašanje o tem, ali je bil vprašani kdaj žrtev katere od treh oblik nasilja v zaporu.....	85
Slika 3. 14: Tetoviranost.....	85
Slika 3. 15: Prestajanje kazni zapora zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška, povezanega z nedovoljenimi drogami.....	86
Slika 3. 16: Injiciranje drog v zaporu	87
Slika 3. 17: Injiciranje drog v zaporu po posameznih zavodih za prestajanje kazni zapora	88
Tabela 3. 18: Delež pravih odgovorov o dejstvih glede HIV/ aidsa	89
Tabela 3. 19: Mnenja glede preventivnih ukrepov in informiranja o spolnosti in drogah v zaporih	90
Slika 3. 20: Ločevanje okuženih s HIV od ostalih v zaporih.....	90
Slika 3. 21: Vrsta odziva na informacijo o okuženosti drugega(-ih) v zaporu.....	91
Slika 3. 22: Viri informiranja o prenosljivih virusih, boleznih in drogah v zaporih.....	92
Slika 3. 23: Injiciranje drog v zaporu po starostnih skupinah.....	93
Slika 3. 24: Injiciranje drog glede na izobrazbeni skupini.....	93
Slika 3. 25: Struktura spolno aktivnih po uporabi zaščitnih sredstev glede na starostne skupine	94
Slika 3. 26: Struktura spolno aktivnih po uporabi zaščitnih sredstev glede na izobrazbeni skupini.....	94
Slika 3. 27: Žrtve fizičnega nasilja v zaporu po starostnih skupinah.....	95
Slika 3. 28: Žrtve fizičnega nasilja v zaporu po izobrazbenih skupinah.....	96
Slika 3. 29: Žrtve psihičnega nasilja v zaporu po starostnih skupinah	97
Slika 3. 30: Žrtve psihičnega nasilja v zaporu po izobrazbenih skupinah	97
Slika 3. 31: Tetoviranost po starostnih skupinah.....	98
Tabela 3. 32: Tetoviranost po izobrazbenih skupinah	98
Tabela 3. 33: Spolno aktivni v zaporu glede na injiciranje drog v zaporu.....	99
Slika 3. 34: Uporaba kondomov glede na injiciranje drog v zaporu.....	100
Slika 3. 35: Izkušnja fizičnega nasilja v zaporu glede na injiciranje drog v zaporu	101
Slika 3. 36: Izkušnja psihičnega nasilja v zaporu glede na injiciranje drog v zaporu.....	101
Slika 3. 37: Tetoviranost glede na injiciranje drog v zaporu	102
Tabela 3. 38: Podatki o spolni in izobrazbeni strukturi anketiranih ter deleži tveganih vedenjih v zaporih v Sloveniji in Rusiji	105

1. PREGOVOR

Tveganje je trenutno ena najaktualnejših družboslovnih kategorij, predmet različnih strokovnih diskurzov na eni in populističnih besedil na drugi strani. Mnogi ga uporabljajo kot osrednji termin za interpretacijo življenjskih razmer v postmodernejši družbi.

Tudi osrednji pojem raziskave, ki je bistven element tega magistrskega dela, je tveganje, predmet pa vzorci tveganih vedenj v zaporih. Večino dejavnikov, ki lahko prispevajo k povečanju pojavnosti tveganih vedenj v določenem prostoru, najdemo ravno v prostorskih lastnostih in lastnostih delovanja zapora. Ta je relativno majhen, zaprt in izoliran prostor, prenatrpan z ljudmi, ki so tam proti lastni volji, prisiljeni v reducirane vloge kaznjencev in kaznjencev ter so slabšega fizičnega in duševnega zdravja kot splošno prebivalstvo.

V času načrtovanja in izvedbe raziskave (od leta 2001 do 2003) sem svoje poklicno delo opravljala v eni izmed nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode zaradi drog. Raziskovanja tveganih vedenj smo se s sodelavkami in sodelavci lotili v okvirih načrtovanja novega projekta pomoči zaprtim osebam. Mnoge uživalk in uživancev drog, ki so jim bili namenjeni naši programi, so namreč določeno obdobje kariere uživanja drog preživeli v zaporu. Projekt smo začeli načrtovati na osnovi njihove želje po ohranitvi stikov, nadaljnjem sodelovanju in podpori.

Naše poslanstvo v zaporih je poleg tega obsegalo tudi zagovorništvo uvedbe programov zamenjave igel v zapore. Z raziskavo oziroma njenimi izsledki smo želeli ustvariti izhodiščni dokument, na osnovi katerega bi s ključnimi predstavnicami in predstavniki iz strokovne in politične sfere lahko argumentirano vodili pogovore v tej smeri.

Programov zamenjave igel, ki jih v Sloveniji poznamo že več kot desetletje, v slovenskih zaporih žal še vedno ni. Ukrepi zmanjševanja škode zaradi drog, ki so jih mnoge uporabnice in uporabniki naših programov uspešno integrirali v prakso vsakdanjega življenja, so z nastopom kazni zapora ostali brez vsake vrednosti. V nameri promocije programov zamenjave igel v zapore smo izhajali iz prepričanja, da je njihov uspeh zagotovljen le v primeru, če delujejo povsod tam, kjer se v karijeri uživanja drog gibljejo uživalk in uživancev drog.

Pred predstavitevijo omenjenega raziskovalnega projekta in njegovih izsledkov sledimo v prvem, teoretičnem delu magistrskega dela nastanku in razvoju zapora in instituta kazni, kar v največji meri temelji na Foucaultovem diskurzu o nadzorovanju in kaznovanju (1984). Nadalje zapor umestimo v ustroj totalne ustanove (Goffman 1961), s pomočjo katerega analiziramo tudi tvegana vedenja v zaporih. Osredotočimo se na podtalno življenje in strategije preživetja v totalni ustanovi, ki nam pomagajo razumeti načine funkcioniranja zaprtih oseb. Predstavljamo nekatere vrste škode, ki jo povzroča življenje v totalni instituciji oziroma v zaporu ter nadalje govorimo tudi o možnih alternativah za njeno preprečevanje (s posebnim poudarkom na preprečevanju škode, ki jo povzroča uživanje drog).

V empiričnem delu sledi predstavitev prve in do danes edine nacionalne raziskave o tveganih vedenjih v zavodih za prestajanje kazni zapora v Sloveniji. Za vsakega od določenih vzorcev tveganih vedenj smo želeli preveriti, ali v slovenskih zaporih dejansko obstaja in v kolikšni meri oziroma kako intenzivno se pojavlja. Največ pozornosti v raziskavi smo namenili preučevanju pojava uživanja nedovoljenih drog. Poleg tega so bile predmet raziskovanja tudi vse vrste nasilja, prakse tveganega spolnega vedenja in tetoviranje. Preverjali smo še razširjenost okuženosti s spolno prenosljivimi boleznimi, virusi hepatitisa in HIV-om, stališča o ne-/sprejemanju okuženih s HIV-om in/ali obolelih za aidsom ter vire, ki jih zapornice in zaporniki v času prestajanja kazni zapora uporabljajo za širjenje vedenja in informiranosti o drogah, hepatitisu, HIV/aids-u in tuberkulozi.

Na osnovi izsledkov raziskave v zaključku predlagamo nekatere rešitve oziroma uvedbo preventivnih ukrepov, programov pomoči in akcij ciljnega osveščanja v slovenske zavode za prestajanje kazni zapora.

Rezultati naše raziskave temeljijo izključno na odgovorih obsojenk in obsojencev, kar pomeni, da gre predvsem za odraz subjektivne percepcije predmeta raziskovanja. Sekundarnih virov skorajda nismo imeli na voljo, saj smo raziskovali zelo osebna in intimna področja življenja zaprtih oseb. V podporo in ilustracijo rezultatom raziskave predstavlja del empiričnega dela tudi kratka primerjava naših rezultatov z rezultati raziskave iz ruskih zaporov, katere izvorni merski instrument smo pravzaprav uporabili v naši raziskavi. O tveganih vedenjih v zaporu smo neposredno spregovorili tudi z enim od

bivših obsojencev, uživalcem drog. Njegova zgodba je kvantitativnim podatkom iz raziskave pridala še bogat deskriptivni del.

Ocenjujemo, da rezultati raziskave odražajo dobro splošno sliko o tveganih vedenjih med obsojenkami in obsojenci v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora. V raziskavi je sodelovalo nekaj več kot polovica vseh, ki so tedaj prestajali kazen zapora. Poudariti je potrebno, da v raziskavi niso sodelovale priprte osebe, ki bi prav gotovo prispevale k drugačnemu izidu oziroma rezultatom raziskave. Pri zarisovanju dometa raziskave je potrebno tudi upoštevati, da njenih izsledkov nikakor ni mogoče projicirati na nivo posameznih zavodov za prestajanje kazni zapora. Zaradi različnih velikosti, režimov, dolžin kazni in lokacij so razponi posameznih vrednosti (na primer delež oseb, ki uživajo nedovoljene droge) v posameznih zavodih lahko zelo različni. Upoštevati je potrebno pogoje, v katerih so posameznice in posamezniki izpolnjevali vprašalnike in razkrivali tako rekoč nedovoljeno. S tem mislimo predvsem na velikost skupin oziroma zavodov in oddelkov, kjer je potekalo anketiranje.

Dolgujem še eno pomembno pojasnilo. V nadaljnjem besedilu je uporabljena moška slovnična oblika, ki večinoma velja tako za ženske kot za moške (razen v primerih, ko je posebej poudarjeno, da gre za en ali drugi spol). Poleg oguljenega izgovora, da je s tem besedilo krajše in lažje berljivo, je razlog za uporabo enospolne slovnične dikcije predvsem v dejstvu, da so osebe na prestajanju kazni zapora v veliki večini moškega spola. Od vseh anketiranih v naši raziskavi je bilo slabih 4% žensk in 96% moških, kar dobro odraža tudi dejansko spolno strukturo populacije zaprtih oseb.

V zaključku predgovora želim poudariti, da nosi zasluge za nastalo delo več ljudi. Za njihovo strokovno in osebno podporo se jim iskreno zahvaljujem. Posebna zahvala gre vsem obsojenkam in obsojencem, ki so dovolili, da raziščemo njihov svet. Hvala kolegici in kolegoma, s katerimi sem z velikim veseljem in ponosom sodelovala v ožji raziskovalni skupini: Borutu Bahu, Bojani Klančar in odgovornemu nosilcu raziskave Jožetu Hrenu. Hvala kolegici Klari Nahtigal, ki je z iskrenim zanimanjem in zelo temeljito opravila pregled celotnega besedila. In nenazadnje, hvala mentorju prof. dr. Vitu Flakerju za koristne predloge, napotke in smernice ter potrpežljivost ob dolgotrajni pripravi tega magistrskega dela.

V mojem zasebnem življenju so se v času nastajanja tega dela vrstile dosedanje največje življenjske preizkušnje, veliko veselja na eni in globoka žalost na drugi strani.

Doživljala in premagovala sem jih ob podpori in razumevanju svojih najbližjih. Hvala predvsem Emilu, mami in sestri Sonji, ki niste dovolili, da odneham. Razumevajoče in hkrati odločno ste mi stali ob strani, me bodrili in mi nenazadnje s prevzemanjem vsakdanjih obveznosti omogočili ogromno ur nemotenega dela. In tebi, dragi Lev, hvala, ker si.

2. TEORETIČNI DEL

2.1. ZGODOVINA KAZNOVANJA

2.1.1. Tortura in muke

Kaznovanje, ki ga v vsakdanjem življenju najpogosteje razumemo le skozi njegovo sankcijsko plat, v resnici predstavlja pretkano politično taktiko in mehanizem oblasti (Foucault 1984: 28-29). V vsej svoji zgodovini se je nanašalo na človeško telo, ki mora biti osrednje pri proučevanju pojava. Foucault (1984: 30) govori o politični ekonomiji telesa, v katero naj bi bili umeščeni vsi kazenski sistemi. Ne glede na to, ali se ti poslužujejo krutih ali mehkih kazni, vedno gre za telo, za njegovo uporabnost, voljnost in podredivost.

Glavna komponenta kaznovanja v srednjem veku, do uvedbe zaporne kazni, so bile muke. Jaucourt (v Foucault 1984: 38) jih označi za »telesne, boleče, bolj ali manj krute kazni«. Da bi dosegla status kazni, je morala muka povzročati določeno količino in stopnjevanje trpljenja. Smrt v mukah se zgodi skozi »umetnost vzdrževanja življenja v trpljenju, tako, da ga razdeli na tisočero smrti« (Olyffe v Foucault 1984: 38).

Pri inkvizicijskem zaslišanju je šlo »za urejeno prakso, ki se ravna po natančno opredeljeni proceduri; momenti, trajanje, uporabljeno orodje, dolžina vrvi, teža uteži, število zagozd,... vse to je skrbno kodificirano.« V veljavi je bilo tudi pravilo, »da mora magistrat opustiti obtožbe, če obtoženec vzdrži in ne prizna«, kar ga sicer ne odreši krivde, vendar »pridobi vsaj to, da ga ni več mogoče obsoditi na smrt« (Foucault 1984: 44-46).

S povzročanjem muk pri kaznovanju je postala destrukcija telesa del javnega spektakla, vsem na ogled in v opozorilo. Poleg tega je morala imeti javna mučilna ceremonija tudi zastraševalni učinek. Namreč, »ni dovolj, da ljudje vedo, videti morajo na svoje oči« (*Ibid.* 1984: 59-60). Muke skozi javni ceremonial so obnavljale ranjeno suverenost vladarjev. Njihov namen ni bil toliko v vzpostavitvi ponovnega ravnovesja kot v utrditvi in (vsakokratni) uveljavitvi nesorazmerja med vladarjem in podložnikom, ki si je drznil prekršiti zakon (*Ibid.* 1984: 51-52).

V 18. stoletju se je izvrševanje kazni na očeh javnosti odvijalo v luči nekaterih dejanskih in simbolnih vidikov. V tem obdobju krivec postane glasnik svoje lastne obsodbe. Z mučenjem ga privedejo do tega, da obsodbo razglasi in potrdi resničnost tistega, kar mu očitajo. Z uporabo simboličnih muk, ki spominjajo na naravo zločina, z uporabo enakih pripomočkov ali mučenjem na mestu, kjer se je zgodil zločin, se na sam zločin pripne muke in med njima vzpostavi vrsto razmerij. Muke in bolečine se kažejo tudi kot uprizoritev pekla, ki sledi po smrti. Za razliko od inkvizicijskega zasliševanja, kjer si je obtoženec še lahko rešil življenje, je šlo tukaj za gotovo smrt. Muke, trpljenje in bolečine so bile tudi pokora, ki naj bi lajšala onostranske kazni in rešila dušo. (Foucault 1984: 47-50)

Iz današnje perspektive so srednjeveške krute telesne kazni videti barbarske in iracionalne. Ker nam religiozna zamisel o transcendentnem kaznovanju ni več blizu, zavračamo tudi kaznovalna sredstva, ki so mu služila. Za razumevanje različnih praks kaznovanja v zgodovini pa je pomembno, da jih dojamemo v takratnem družbenem kontekstu in ureditvi. V primeru srednjeveških krutih kazni lahko zločin vidimo kot greh, kot »oskrnitev večnega in absolutnega božjega reda...«, namen ritualov kaznovanja pa kot »pomiritev, spravo z Bogom, ki bi se sicer lahko maščeval...«. V tej perspektivi je bilo zmagoslavje Dobrega nad Zlim še večje, če je kaznovalnemu aparatu uspelo iztrgati grešnika iz Satanovega objema (npr. s tem, da je priznal svojo krivdo) in rešiti njegovo dušo pred prekletstvom in mukami v onostranskem svetu. (Kanduč 1996b: 155)

2.1.2. Transformacija kazni in rojstvo totalne ustanove

Ugovori proti kaznovanju z mučenjem so se pojavili v drugi polovici 18. stoletja in se središčili v prepričanju, da je »tudi v najslabšem morilcu vsaj nekaj, kar moramo spoštovati, ko ga kaznujemo: njegova človečnost« (Foucault 1984: 75-76). Pojavile so se težnje po spremembi utečenih praks kaznovanja v smeri uvedbe novih tehnik, uveljavitve novih načel, homogenizacije izvrševanja kazni ter zmanjšanja ekonomskih in političnih stroškov kazni. Z vzpostavitvijo »nove ekonomije in nove tehnologije kaznovalne oblasti« se je med vpletenima strankama formuliral pogodbeni odnos. S tem, ko ga je zločinec prekršil, je bil postavljen v pozicijo nasproti vsem ostalim, celotni družbi, kjer je bila zbrana vsa moč in vse pravice. Postal je izdajalec in sovražnik družbe ter bil kot tak

tudi kaznovan. »Kaznovalna pravica se je od suverenovega maščevanja prestavila k obrambi družbe.« (Foucault 1984: 90)

V 19. stoletju je postal zločinec objekt spreminjanja, ki ga je vršila cela vrsta novo nastalih znanosti in praks. Storilci kaznivih dejanj niso bili več eliminirani, pač pa si jih je družba telesno in duševno prilastila ter izpostavila celi vrsti prevzgojnih metod. Ni se kaznovalo, da bi »zbrisali zločin, temveč, da bi spremenili (dejanskega ali verjetnega) krivca; kazen mora vsebovati določeno korektivno tehniko« (*Ibid.* 1984: 76).

Prilaščanje deviantnih posameznikov je bilo vzpostavljeno s pojavom totalnih ustanov, ob vzponu industrializacije. Totalno zajemanje je takratni družbi postalo temeljno načelo upravljanja z deteritorializiranimi množicami, osvobojenimi fevdalnih spon (Flaker 1998: 115), ena glavnih teženj pa, kako v njih zajete ljudi spremeniti v produktivne.

To je bil čas velikega zapiranja. V 17. stoletju, v času prehoda iz fevdalizma v kapitalizem, z razvojem mest, trgovine, denarnega gospodarstva, industrije in vzpona meščanskega razreda, je postal mistični svet za zidovi dvora privlačen simbol svobode. Množično priseljevanje je privedlo do prenatrpanosti mest ter nevarnega in kaotičnega stanja. Proces velikega zapiranja je zaživel predvsem v funkciji urejanja razmer, to je odstranjevanja beračev in tistih, ki v mestu nimajo kaj početi. Poleg tega je imelo veliko zapiranje tudi funkcijo moralne korekcije, saj ni šlo le za zatiranje potencialnih uporov in nemirov, pač pa tudi za vzpostavljanje urejene javne slike, kjer ni prostora za drugačne in svobodomiselnosti, ki bi s svojim vedenjem lahko koga zmotili ali neprijetno presenetili. Z rojstvom totalnih ustanov je prišlo tudi do premika pomoči, ki je do tedaj potekala tako rekoč doma, na pragu dvora, samostana in mest. Pomoči potreben je takrat postal zapornik v odmaknjeni ustanovi, kjer je bil deležen institucionalizirane karitativnosti. (Foucault v Flaker 1998: 71-76)

2.1.3. Prve karceralne ustanove

Čeprav je zapor kot totalna ustanova za prestajanje kazni nastal šele v novejši zgodovini, ima samo zapiranje ljudi dolgo zgodovino. Funkcija zapiranja v starem in srednjem veku je bila predvsem v preprečevanju pobega oseb, ki so čakale na izrek ali

izvršitev kazni. Odvzem ali omejitev svobode (gibanja) tako ni bila kazen sama, pač pa le zagotovilo za njeno izvršitev. (Kanduč 2000: 295)

Zakonsko reguliran zapor je še pred opredelitvijo v zakonu zarisala ječa, ki naj bi z natančnim obdelovanjem teles naredila ljudi krotke in uporabne. (Foucault, 1984: 227)

Nekaj velikih modelov zapiranja se je izoblikovalo že v klasicizmu (*Ibid.* 1984: 120-126). Karceralne ustanove, predhodnice današnjih zaporov, so zelo hitro zasenčile predloge reformatorjev in se resno uveljavile. Najstarejši in temeljni primer takšne ustanove je amsterdamska Rasphuis, ki so jo odprli leta 1596. V njej je trajanje kazni, vsaj v določenih mejah, na podlagi obsojenčevega vedenja, določala sama uprava. Za delo, ki je bilo obvezno, so obsojenci prejeli mezdno. Obsojenci so bili zajeti v dosleden časovni raspored ter sistem prepovedi in obveznosti. Izpostavljeni so bili celemu aparatu za usmerjanje k dobremu in odvracanju od zla. Bistvena značilnost drugega modela, Ječe v Gentu, je bilo organizirano kazensko delo. Verjelo se je, da vzrok za večino zločinov tiči ravno v brezdelju. Angleški model je delovnemu načelu dodal še osamitev, kot bistven pogoj za korekcijo, preko katere lahko jetnik razišče samega sebe in najde glas dobrega. Zapor, kot aparat za spreminjanje posameznikov oziroma *reformativij*, po Hanwayu, je dobil leta 1779 v Angliji tudi svojo vlogo v zakonu. Ta je kaznovanju v zaporu uvodoma pripisal tri funkcije: strašilen zgled, orodje za spreobrnitev in pogoj za izučitev. Najslavnejši in najdlje trajajoči model karceralne ustanove pa je philadelphijski model oziroma zapor Walnut Street, ki so ga odprli leta 1790. Njegova posebnost je bilo načelo, po katerem se kazni ni več razglašalo javno, preko uličnih spektaklov. Kazen in popoljšanje, ki ju je jetnik moral doseči, sta se dogajali med zapornikom in tistimi, ki so ga nadzorovali. Poleg telesa je tudi duša postala predmet obravnave. Ob vstopu v zapor je bil obsojencu, poleg pravil, predložen še moralno oprt govor o zločinu, povzročeni škodi in možnostih spreobrnjenja. Da bi kar najbolj natančno določili, kaj je potrebno storiti za odstranitev vedenja, ki je privedlo do zločina, si je uprava zapora za vsakega jetnika priskrbela pisno dokumentacijo o storjenem zločinu in z njim povezanimi okoliščinami ter si skrbno beležila vse značilnosti bivanja posameznika v njihovi ustanovi. S tem je ustanova postala *permanentni observatorij*. Po letu 1797 so začeli zapornike tudi razvrščati v štiri ločene razrede. Kriterij za razvrščanje ni bila teža zločina, pač pa verjetna nevarnost, ki se je skrivala v posamezniku. Evidentirana je bila v času, ko je bil ta opazovan.

Medtem ko je bilo v primeru javnega kaznovanja delovanje kaznovalne oblasti porazdeljeno po celotnem družbenem prostoru in navzoče povsod kot spektakel, se pri ustanovi (zaporu) delovanje kaznovalne oblasti institucionalizira, postane kompaktno, avtonomno in ločeno tako od družbenega telesa kakor od pravne oblasti (Foucault 1984: 129).

2.2. ZAPOR IN ZAPORNA KAZEN

2.2.1. Absolutna in relativna teorija zaporne kazni

»Temeljni poudarek moderne penologije je v tem, da je treba prestopnika poboljšati, duhovno vzdigniti, reducirati, resocializirati, normalizirati ali vsaj korigirati njegova neustrezna stališča, vrednotne smernice, delovne navade in vedenjske vzorce, da bo po izteku kazni imel motivacijo in veščine za vključitev v normalno družbeno življenje.« (Kanduč 2003: 46)

Teorije, iz katerih izhajajo in v katerih se utemeljujejo različni modeli kazni, se ločijo v dve večji skupini, ki sta v zgodovini izmenično prevladovali. Prve, absolutne pravijo, da kaznujemo zato, ker je storilec grešil in ne zato, da bi ga spremenili. Namen kazni je v tem primeru povrnitev škode (zato jih imenujemo tudi retributivne), cilj pa vzpostavitev norme, ki je bila porušena s kaznivim dejanjem. Druge, relativne teorije pa trdijo, da je na prestopnika v času kazni zapora potrebno prevzgojno vplivati. Njihova najizrazitejša smer je tretmanska oziroma rehabilitacijska ideologija, ki je naravnana k spodbujanju sprememb posameznikovih vedenjskih vzorcev in prilagoditvi na okolje. Prva skupina teorij se v svojem principu obrača v preteklost, *kaznujemo, ker je bil greh storjen*, druga pa v prihodnost, *kaznujemo, da se greh ne bi več ponovil*. (Petrovec 1998: 11-14)

Zagovorniki absolutističnih idej spregledajo, da čiste kazni ni. Ne glede na to, ali se kazen zapora izvaja z namenom rehabilitacije ali ne, ne more izzveneti brez učinka v prihodnosti. Tudi kazen samice, ki se po svoji vsebini še najbolj približa čisti zaporni kazni, vpliva na ljudi kot svojevrstno sporočilo brez besed. Raziskave celo kažejo, da poskusi senzorne deprivacije vodijo do lakote po dražljajih, motenj v delovanju

možganov ter sprememb v fizioloških, kognitivnih in emocionalnih procesih. (Petrovec 1998: 131, 141-142)

Ne gre le za namerne, pač pa tudi nenamerne učinke kaznovanja. Tako se najustreznejša zdi Williamsova razlaga tretmana, ki pravi, da je tretman vse, kar se dogaja obsojenemu in ne le nekaj, kar po želji dodajamo kaznovanju. (*Ibid.* 1992: 319-320)

Sodobni kazenskoopravni diskurz vidi bistven element kaznovanja prav v komunikaciji, čeprav še ni povsem jasno, katero sporočilo kazni je najvažnejše. Nekateri ga vidijo v občutjih, ki jih družba goji do zločina, nekateri njegov pomen razumejo skozi moralno obsodbo in neodobranje storilca, nekateri vidijo pomen kaznovalne komunikacije v moralni lekciji storilcu, nekateri pa v zastraševalnem efektu sporočila. (Kanduč 2000: 191)

2.2.2. Zapor in zaporna kazen kot mehanizma družbene kontrole

Današnji sistem kaznovanja in kazenskih sankcij se je razvil na podlagi nekaj ključnih elementov. Prvi je sprememba objekta kazni. Namesto telesa to postane duševnost. Pojavita se centraliziran državni aparat za nadzor nad kriminaliteto in aparat za zdravljenje ostalih oblik delikvence. Obravnavane skupine se izrazito tipizirajo in ločijo, za vsako od njih skrbi posebna skupina strokovnjakov, s posebnim ekspertnim znanjem. Deviantni posamezniki so razvrščeni po posameznih zaprtih ustanovah, za kaznovanje in vedenjske spremembe se uporablja zapor. (Mayr 2004: 51)

Mehanizmi družbene kontrole so vse od 60-ih let prejšnjega stoletja naprej v širokem razmahu, razvili so se v različne smeri in postali nevidni. Družbeni nadzor se v moderni družbi vrši skozi stroko (ekspertno znanje), klasifikacijski sistem in strokovni kader, ki je v službi upravljanja z deviantnostjo. Gre za vse oblike organiziranega odziva na kriminaliteto, delikventnost in oblike deviacij, ne glede na to, kdo jih izvršuje in na kakšen način. Tako lahko nadzor izvršuje sama država ali pa katera izmed ostalih družbenih institucij, na primer socialno delo ali psihiatrija; lahko gre za strokovno obravnavo (zdravljenje, svetovanje...), preventivo, kazen ali karkoli drugega. (Cohen v Mayr 2004: 5)

Kazenskopravni sistem tudi danes ostaja nerazložljiv izven družbeno-zgodovinskih razmerij med vladajočimi in (ob)vladanimi, bogatimi in revnimi (Kanduč 2003: 45). Situacijo skokovite rasti zaporniške populacije je možno razložiti v okviru »demontaže socialno-ekonomske države«, ki je, po vzoru ameriškega kapitalizma, privedla do t.i. Darwinistične države. Aparat, ki na eni strani človekove pravice in zmanjševanje neenakosti nadomesti z razvojem tržne družbe, tekmovalnosti in individualne odgovornosti, na drugi strani okrepi zagotavljanje reda in zakonitosti s kazensko pravnim aparatom. V tem okviru opravlja funkcije 1) discipliniranja frakcij delavskega razreda, ki se upirajo novim službam v storitvenem sektorju gospodarstva, 2) nevtralizacije in uskladičenja motečih posameznikov in tistih, ki so postali ekonomsko odvečni ter 3) ponovno potrdi avtoriteto države. (Christie v Kanduč 2003: 41-42)

Sistem kazenskega prava in z njim zaporski sistem pa ne deluje zgolj na represivni, pač pa tudi na ideološki ravni (po Althusser), nekateri celo menijo, da je v sodobni družbi ideološka funkcija kaznovanja prevladujoča (po Reinman). Z družbenim delovanjem kazenskopravnega sistema se (po)ustvarja, (pre)oblikuje, predvsem pa kontinuirano zagotavlja pojmovni okvir za vrednotenje našega ravnanja in ravnanja drugih (npr. prepoznavanje krivde, odgovornosti, nevarnosti, ločnice med prepovedanim in dovoljenim). Ta retorika kazni tako ni zgolj izraz veljavnih vrednot, prevladujočih miselnih (ideoloških) vzorcev in ravni družbene senzibilnosti, ampak tudi njihov dejavni so-oblikovalec in pre-oblikovalec. (v Kanduč 1995: 3-4)

Zaporne kazni v postmoderini družbi tako ne gre razumeti kot pravičen, dosleden, vse vidike upoštevajoč mehanizem ter naprednejši in bolj razvit od vseh dosedanjih. Njen idealnotipski model izhaja iz predpostavke, da je kazen »zakonsko določena, pravična, sorazmerna resnosti prestopka in učinkovita«, ter tako »nagla, verjetna in stroga, da racionalnega posameznika odvrne od storitve kaznivega dejanja«. Kazen ne sme biti barbarska in krvava inscenacija maščevanja nad obsojenčevim telesom, kot je bilo to značilno v preteklosti. Kazen se v post modernih družbi izvrši z odvzemom prostosti, kar obsojenec preživlja v zaporu. Temeljno vprašanje, ki se danes poraja v zvezi z organizacijo zaporniškega režima je, kako zagotoviti čim bolj racionalno, ekonomično in produktivno izvrševanje kazni. (Kanduč 2003: 44-46)

2.2.3. Nameni zaporne kazni

Zdi se, da so današnje strategije reševanja problema kriminalitete in kaznivih dejanj, sicer pod pretvezo vladavine prava, ene najbolj represivnih, temeljijo pa na »naivni veri v magično moč klasičnih kazensko-pravnih sankcij« (Kanduč, 1996a: 228).

Pri kazni se, poleg poprave storilca kaznivega dejanja, omenjajo še pokora, zastraševanje in eliminacija. S pokoro se želi doseči poravnava. »Kazenske izvršitve so v službi kesanja, v službi trpljenja, ki je legalno dovoljeno pod krinko pomirjanja in katarzičnega očiščenja« (Leaute v Morin 1993: 56). Zastraševalni pomen zaporne kazni se v največji meri naslavlja na družbo oziroma njene posameznike, ki naj bi jih kaznovanje določenih vedenj odvrnilo od tega, da tudi sami storijo kaj podobnega (z namenom zastraševanja se na primer izrekajo visoke zaporne kazni). »Kazensko pravosodje je kot palica, ki visi na steni in tudi pridnega otroka opominja, da je oče oče, otrok pa otrok.« (Fromm v Kanduč 1995: 5)

Z namestitvijo obsojenca v zapor družba eliminira svoje travmatične točke (Salecl 1991), odstrani ljudi, ki se zdijo nevarni in bi ji utegnili škodovati. Temeljno predpostavko in cilj zaporne kazni pa lahko razumemo v načelu spreminjanja oziroma korekcije obsojencev, da ti ne bi več storili kaznivega dejanja oziroma kršili zakona. Za uresničitev tega cilja zapor vzpostavi celo vrsto mehanizmov in obravnav obsojenca, ki jih poznamo pod skupnim imenom rehabilitacija.

Zaporna kazen pomeni precej več kot odvzem prostosti, predpisuje namreč rekodiranje življenja, ki poteka v okoliščinah totalnega zajetja posameznika, s pomočjo tehnik prevzgoje: z osamitvijo, kazenskim delom in možnostjo notranje modulacije kazni. Zaporniški aparat ni le izvrševalec obsodbe, pač pa lahko tudi sam razsoja z nagrajevanjem, terpiranjem, svetovanjem, idr. (Foucault 1984: 232-242)

Discipliniranje z zaporno kaznijo ne temelji na prilaščanju telesa, kot je to značilno na primer za sužnjelastništvo. Je mnogo bolj prefinjeno, vendar enako učinkovito. Usmerjeno je v proizvodnjo krotkih teles, s katerimi je mogoče manipulirati, jih oblikovati, dresirati, ki ubogajo in odgovarjajo. Gre za metode, ki »omogočajo podroben nadzor dejavnosti telesa, ki zagotavljajo stalno podložnost njegovih sil in jim vsiljujejo razmerje krotkosti – uporabnosti.« (*Ibid.* 1984: 136-137)

Z namenom spreminjanja se pri obravnavi obsojencev pojavi tudi potreba po njihovem razvrščanju in grupiranju v skupine in oddelke. Kriteriji klasifikacije v zaporu so različni: določene skupne lastnosti storjenega kaznivega dejanja ali kazni (vrsta ali teža storjenega kaznivega dejanja, dolžina trajanja kazni zapora,...), spol, idr. Razvrščanje zapornikov je mogoče zaznati že skozi strukturo oziroma vsebinsko zasnovo Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS 110/2006-UPB1 z dne 26.10.2006), ki posamezne vrste zapornih kazni obravnava v posameznih poglavjih. Zakon znotraj vsakega posameznega poglavja natančno specificira določene segmente zaporniškega življenja (npr. namestitev, prehranjevanje, zdravje, delo, izobraževanje, zbiranje podatkov), kar na podlagi tehtne obravnave posameznih vidikov osebnosti obsojenca, storjenega kaznivega dejanja, določene dolžine kazni, statusa zdravja, dela in izobrazbe, služi kot vodilo za diskvalifikacijo ali uvrstitev obsojenca v določen zaporniški status.

2.2.4. Rehabilitacijski potencial zaporne kazni

Pri obravnavi rehabilitacije v zaporih se znajdemo na zelo obširnem in raznolikem ideološkem področju kaznovanja, kjer se zdi, da vsaka stroka želi svoj delež zase. Poznamo različne metode, s katerimi se želi vplivati na obsojenca: medicinske in kirurške, psihološke in socialne. Vse od naštetih se združujejo v celovit tretmanski program, v katerem obsojenca obravnava multidisciplinarni tim strokovnjakov. (Petrovec 1998: 19-25)

Če naj bi bili temeljni značilnosti prave rehabilitacije (prosto)voljni pristanek v terapevtski odnos in uporaba nekaznovalnih metod, je rehabilitacija v zaporu že v temelju omajana. Rehabilitativni programi v zaporu se namreč izvršujejo v senci kazenske sankcije. Obstaja celo nevarnost, da se z »rabo benevolentnega terapevtskega diskurza prikrijejo določene represivne prakse«. (Kanduč 1996a: 234)

O slabih možnostih rehabilitacije v zaporih govori tudi Knežević (1992), ki v svojem diskurzu izhaja iz temeljnih načel termodinamike in sistemske teorije. Avtor osebo na prestajanju kazni zapora poimenuje »energetska baza zapora«. Zapornike uvršča v skupino oseb z rigidno osebnostno strukturo, ki naj bi jih bilo nemogoče učiti, lahko se jih le še dodatno izčrpava. Nasproti njim naj bi bile osebe s plastično osebnostno

strukturo, ki pa rehabilitacije ne potrebujejo oziroma niso njena ciljna skupina. (Knežević 1992: 309-318)

Rehabilitacija je namenjena osebam, ki spodbujajo potrebo po njenem obstoju, ta se iz njih tudi napaja, ne dosega pa rezultatov v socialno-delavskem smislu (npr. dodajanje moči, opolnomočenje). Vrh napajanja sistema je dosežen z možnostjo spolnih stikov. Preko potešenega zapornika se črpa energija iz družinskih članov. Potencialni vir energije bi lahko bilo tudi osebje zavora. To pa svojih energijskih zalog ne izčrpava – bolj ko je izobraženo, manj daje (v energetskega smislu). Dejstvo je, da ima ravno najbolj izobraženo osebje v zaporu najmanj neposrednih stikov z zaporniki. Največji paradoks je, da zaporu omogoča preživetje »ravno tista skupina ljudi, ki ima od njega največ škode in ki najbolj trpi«. (Knežević 1992: 315)

Učinkov dela na sebi, ki jih predpostavlja rehabilitacijski model, ne gre pričakovati ob dejstvu izčrpavanja že tako precej oslabeledih virov energije in moči. Ne le da so zaporniki vir energije rehabilitaciji kot taki, pač pa celotnemu zaporskemu sistemu. Tudi če bi rehabilitacija kot izoliran model strokovne prakse znotraj zavora lahko funkcionirala v vlogi dodajanja moči in opolnomočenja, ni pričakovati, da bi lahko preglasila mortifikacije jaza (po Goffmanu), osiromašenje identitet in podobnih škodljivih učinkov življenja v totalnih ustanovah. Če odpovedovanje lastnemu jazu z namenom vzdrževanja institucionalnih idealov privede do delovanja na nižjem strukturnem nivoju, lahko izpeljemo, da rehabilitacija v zaporu nima realnih pogojev za doseganje svojih namenov in ciljev. »Zapor v tretmanski usmeritvi ne more uspevati, ker zahteva nemogoče. Zahteva energijo tam, kjer je ni, in kar je še huje, izčrpava že tako omejene energetske zaloge.« (Ibid. 1992: 317)

2.3. ZAPOR KOT TOTALNA USTANOVA

2.3.1. Opredelitev pojma in vrste totalnih ustanov

Totalne ustanove so še danes »eden od prevladujočih načinov obvladovanja obrobni družbenih skupin« (Flaker 1996: 185). Z analizo življenja v velikih zaprtih ustanovah se je največ ukvarjal Erving Goffman, katerega *Azili* (original *Asylums* iz leta 1961) so prva, še danes aktualna sociološka študija o njihovem delovanju in vplivu na organizacijo identitet posameznikov, ki živijo v njej (v Flaker 1998: 13, 17).

Za razliko od ustanov, ki vse na nek način zajemajo čas in zanimanje svojih članov, totalne ustanove zajamejo tako rekoč vse vidike življenja posameznikov, ki v njih prebivajo (delo, zabava, rekreacija, itd.). Pregrade med različnimi sferami življenja, ki v družbi potekajo na različnih mestih, z različnimi soudeleženci in pod različno oblastjo, se v totalni ustanovi rušijo (Flaker 1996: 185). Življenje v ustanovi poteka po enotni shemi in označevalnem režimu, »na večje število potreb se odgovarja z birokratsko organizacijo večjih blokov ljudi, ne glede na to ali je to v dani situaciji učinkovito ali nujno« (Goffman v Flaker 1988: 76-77).

Zapor kot ena od oblik totalnih ustanov je po Foucaultu »formalizirana družbena reakcija« na »vedenje, ki je določeno kot odklonsko, s preseganjem konformnosti kot preseganjem norm« (v Pečar 1988: 17). Gre za nadzorstvo, s katerim so povezani različni kontrolni pojmi kot na primer: opazovanje, zasledovanje, nadzorovanje, sojenje, zastraševanje, prisiljevanje, selekcija, diskrecija, kaznovanje, tretman, popljševanje, diskriminacija, stigmatizacija, segregacija, rehabilitacija (Pečar 1988: 17-18). Zapor je tipična totalna ustanova, saj je »izčrpen disciplinski aparat«, ki zajema vse vidike posameznika, z njegovim fizičnim urjenjem, delovno spretnostjo, vsakdanjim obnašanjem. V nasprotju s specializiranimi ustanovami, kot sta šola ali tovarna, je veliko bolj omnidisciplinski. Na posameznika mora učinkovati nepretrgoma, ne preneha, dokler njegova naloga ni popolnoma končana. (Foucault 1984: 231)

S ciljem spreminjanja se življenje v totalni ustanovi odvija skozi nadzorovanje, discipliniranje in klasifikacijo njenih varovancev. Rekodiranje življenja poteka v okoliščinah totalnega zajetja posameznika. Ustanova postane nekakšen umeten in

prisiljevalen teater, v katerem se posameznike predela od glave do pete. (Foucault 1984: 245)

Totalna ustanova je sistem z namensko koordiniranimi dejavnostmi, načrtovanimi v smeri za doseg eksplisitnih ciljev. Ti so si lahko nasprotujoči. Pogosto so uradni cilji ustanove nepomembni, pomembnejša sta, čeprav nikdar deklarirana kot uradna, cilj preživetja in cilj nadaljnjega obstoja. (Goffman 1961: 161)

Od ostalih entitet družbe se totalne ustanove ločijo predvsem s svojo izven-družbenostjo, tako dejansko kot simbolno. Zajetje vseh vidikov posameznikovega življenja se v totalni ustanovi vzpostavlja v zaprtem, odmaknjenem prostoru, na robu družbe se ustvarja novo, mikro družbo, s kompaktno, pregledno in obvladljivo skupino varovancev. Poleg tega se z izolacijo vzpostavi dialektika med zunaj in znotraj - meja, kjer se ustvarjajo želje notranjih in bojzani zunanjih prebivalcev. (Flaker 1998: 235)

Skupni imenovalec uporabnikov totalnih ustanov je v njihovi travmatičnosti za družbo, pred katero se je potrebno zaščititi, saj predstavlja vir neznanega in neobvladljivega. Travmatičnost zločinca se na primer kaže skozi njegovo ambivalentno dožemanje: hkrati je viden kot najhujše družbeno zlo in junak. Današnje nadzorovalne institucije so s sodobnimi prevzgojnimi tehnikami, normalizacijo in terapanjem le nov način spopada s tem in nekaterimi drugimi »travmatičnimi« objekti. (Salecl 1991: 17-18)

V Goffmanovi klasifikaciji totalnih ustanov (v Flaker 1988: 76) najdemo (1) ustanove, v katere se namešča tiste, ki ne morejo skrbeti zase in so nenevarni (domovi za slepe, ostarele, revne,...), (2) ustanove za tiste, ki ne morejo skrbeti zase, hkrati pa so (nehote) nevarni za skupnost (duševne bolnišnice, tuberkulozne bolnišnice,...), (3) ustanove za zavarovanje skupnosti pred nevarnostmi (zapori, taborišča za vojne ujetnike, koncentracijska taborišča,...), (4) ustanove za izvajanje nekaterih delovnih nalog (ladje, vojašnice, internati, šole internatskega tipa, delovni tabori,...) in (5) ustanove za verski umik (samostani).

2.3.2. Bistvene značilnosti delovanja totalnih ustanov

Uporabniki totalnih ustanov so dvakratno opazovani. Prvič skozi nadzorovanje, drugič skozi spoznavanje sleherne (tudi najgloblje) podrobnosti o njih samih (oblikuje se klinična vednost o varovancih). Varovanec mora biti »izpostavljen nenehnemu pogledu:

vse, kar lahko o njem zapišejo, mora biti registrirano in vknjiženo« (Foucault 1984: 242-243).

Uresničevanje dvojnega pomena opazovanja Foucault prikaže na podlagi Benthamove zamisli *Panopticon* (*Ibid.* 1984: 195-203, Flaker 1998: 149). Gre za arhitekturni ustroj, ki deluje kot laboratorij oblasti, kjer se s pomočjo opazovalnih mehanizmov povečata njegova učinkovitost in zmožnost za prodiranje v obnašanje ljudi. Panoptični dispozitiv ureja prostorske enote, ki omogočajo nenehno videnje in takojšnjo prepoznavo, razdružujejo pa dvojico videti - biti viden. Tistemu, ki nadzoruje oziroma izvršuje oblast, pripada možnost videti, nadzorovanemu pa le biti viden. Po Benthamovemu načelu »oblast mora biti vidna in nepreverljiva«, naj varovanec s tem, ko ima nenehno pred očmi silhueto središčnega stolpa, vidi oblast, nikoli pa ne sme vedeti, ali ga prav v tistem trenutku res opazujejo (čeprav naj bo prepričan, da ga vselej lahko). Panoptičnost najdemo v drobnih, skorajda neopaznih prostorskih in funkcijskih značilnostih totalnih ustanov, kot so stekla na vratih učilnic, kukala v vratih celic, nadzorovanje in normiranje proizvodnje, idr.

Besede v totalni ustanovi nimajo učinka v dejanjih, v praksi so brez teže in postanejo le retorični ornament. V veljavi je osrednji, heteronomen načrt in podrobno izdelana pravila vedenja (Flaker 1998: 236). Življenje v totalni ustanovi temelji na sistemu ugodnosti (privilegijev) in kazni. Slednje se izražajo v odtegnitvi privilegijev, kot posledica neupoštevanja pravil. Kako dolgo in na katerem oddelku ustanove bo nekdo bival in če oziroma kje bo delal, je odvisno ravno od tega, kako uspešno se bo prilagodil sistemu pravil. Ta mu, po začetni razgalitvi, daje nov pojmovni okvir, oporo za osebno reorganizacijo. Sestavljajo ga jasna hišna pravila ter majhno število nagrad in privilegijev (kava, cigareti, pogovor) za primer ubogljivosti. Kultura varovancev se plete ravno okrog privilegijev, ki edini »dajejo slutiti zunanji svet«. (Flaker 1988: 82)

Dnevne aktivnosti se, z namenom doseči uradni cilj ustanove, odvijajo po točno določenem urniku, ki je vsiljen od zgoraj, s formalnimi pravili in telesi osebja ustanove. Aktivnosti se dogajajo vpricho velikega števila enako obravnavanih ljudi, od katerih se zahteva, da delajo isto stvar, skupaj. (Flaker 1996: 185)

Čeprav zgoraj uporabimo pojem mikro družba, raznovrstnost med posamezniki v totalnih ustanovah ni zaželena, z določenimi mehanizmi se jo zatira in hkrati spodbuja ostri razcep na uporabnike in osebje. Deklariran razcep prebivalcev totalnih ustanov na

dve kategoriji ljudi tako strogo posega v naravno značilnost družbene raznolikosti. Tudi drugačnosti v skupini uporabnikov niso zaželeni. Spodbuja se uniformnost, individualnost pa je reducirana na simptom, ki je razlog za bivanje v ustanovi (bolezen, vrsta kaznivega dejanja...).

Osebjem v odnosu do varovancev pripada v naprej podeljena in neprizivna skrbniška oblast (Flaker 1998: 236), kar *a priori* onemogoča tekoč in neobremenjen pretok informacij. Poleg tega ljudje v totalno ustanovo pogosto vstopajo proti svoji volji, globoko osebno in čustveno razdvojeni. Socialni in drugi svetovalni delavci naj bi s posebnimi metodami in tehnikami ne-prostovoljne kliente prepričali v to, da imajo problem in s tem tudi začeli proces njegovega reševanja (Hepworth in Larsen 1993: 348). Pogosto, kot je bilo to značilno za inkvizitorje srednjega veka, osebje mimo potreb in volje varovancev odloča o njihovih življenjih (Guggenbühl – Craig 1997: 16-17).

V totalni ustanovi dominacija osebja oziroma izrazita odvisnost uporabnikov od osebja vedno presega stopnjo odvisnosti, ki bi utegnila biti posledica bolezni, prizadetosti ali stiske. Med obema skupinama obstaja velika, formalno predpisana socialna razdalja. Komunikacija in pretok informacij sta omejena, varovanci so izločeni iz odločanja o svoji usodi, kar omogoča distanco in kontrolo. S tem je omogočen obstoj nasprotujočih si stereotipov, ki jih varovanci in osebje gojijo en o drugem. Dva socialna in kulturna svetova tečeta tesno en ob drugem, z uradnimi stiki, vendar z zelo malo vzajemnosti. (Flaker 1998: 7)

2.3.3. Prilagajanje na življenje v totalni ustanovi oziroma zaporu

Vezi, ki posameznika vežejo na različne socialne entitete (npr. ideologija, narod, družina, so-človek, družbene ustanove,...) vsebujejo obveznost (*commitment*) in navezanost (*attachment*). Urejamo jih lahko v formalnih pogodbah ali pa se vzpostavijo kot element v sosledju življenjskih dogodkov. Čeprav so v pogodbah, kakršne poznamo v zahodnem svetu, te vezi načeloma najbolj transparentne, tudi te v svojih vsebinah skrivajo ne-pogodbene in neizrečene predpostavke o značaju udeležencev. (Goffman 1961: 159-160)

Sprašujemo se, kako se posamezniki prilagajajo formalno izrečeni in latentni vsebini (pogodbenega) odnosa z ustanovo, v kateri prebivajo? Na kakšen način se jim uspe soočati in ukvarjati s širokim spektrom implikacij samih sebe?

Popolno zanemarjanje, distanciranje in ločitev od vezi ter popolno prevzetje pogledov drugih (ko oseba tudi samo sebe čuti in vidi takšno, kot jo vidijo drugi) sta po Goffmanu skrajni možnosti funkcioniranja v totalni ustanovi in vseh ostalih vezeh oziroma pogodbenih odnosih. (v Flaker 1988: 84, 106)

Poznamo nekaj vrst strategij, s pomočjo katerih se posamezniki prilagajajo na življenje v ustanovi: situacijski umik, linija nespravljalnosti, kolonizacija in spreobrnjenje. Pri prvem načinu se posameznik osredotoči le na tisto, kar je v neposredni bližini telesa in s tem minimalizira zanimanje za sistem, pri drugem namenoma izziva z nesodelovanjem (največkrat značilno le za prvo fazo bivanja v ustanovi), pri kolonizaciji si znotraj ustanove poišče zadovoljstva, ki so sicer značilna za zunanji svet, pri spreobrnjenju pa ponotranji pogled osebja nase in igra vzornega člana. Ti vzorci adaptacij se največkrat pojavljajo v kombinaciji, najpogostejša je kombinacija kolonizacije, spreobrnjenja in pristajanja na lojalnost skupini. V totalnih ustanovah posamezniki razvijajo adaptacije predvsem v okviru aktivnosti, s katerimi jih ta nagovarja k določenim prispevkom. Prilagajanje posameznika na življenje v totalni ustanovi je torej možno analizirati skozi njegovo ravnanje z izkazovanjem predanosti organizacijskim dejavnostim. (Goffman 1961: 161-162)

Skozi udejanjanje sistema aktivnosti je v neposredno izraženih zahtevah in pričakovanjih čutiti implicitni govor ustanove, s katerim ta na svoje člane naslavlja pričakovanja in zahteve po ponotranjanju točno določenih, za njeno lastno preživetje potrebnih koncepcij identitet. (*Ibid.* 1961: 170)

Potrebno je upoštevati, da je življenje v totalnih ustanovah precej bolj vidno in izpostavljeno kot življenje v okviru ostalih socialnih entitet. Odvija se na relativno majhnem in očitno od-dvojenem prostoru (mnogokrat z obzidjem ali pa izven zgoščenih naselij). Ob sodelovanju v aktivnostih, skozi katere naj bi mobilizirali svojo pozornost in/ali fizično moč, morajo biti člani ustanove vidni.

Če torej ustanova skozi aktivnosti implicira predpostavke o identiteti svojih članov, je jasno, da mora ta vidik svojega ustroja sistematično dovršiti. Da bi pridobila prispevke svojih članov, kakršne si želi oziroma potrebuje, mora vzpostaviti uradna

merila blagostanja, vrednot, spodbud in kazni. Merila blagostanja govorijo o nivoju življenjskega standarda udeležencev v ustanovi. Ta mora biti nad nivojem golega preživetjem (npr. nivo udobja, zdravja, omejitve napora, pravica do dostojanstva) in je neke vrste, vsaj deklarirano, varovalo pred izkoriščanjem in manipulacijami z udeleženci. Nadalje potrebuje ustanova skupne vrednote, ki naj bi pripomogle k temu, da posameznik, čeprav je bil vanjo nameščen proti lastni volji, sodeluje prosto(in)voljno. Sodelovanje, ki rezultira v doseganju ciljev ustanove, se spodbuja na dva načina: s spodbudami (v obliki materialnih nagrad, pohval in napredovanj po hierarhični lestvici) in kazenskimi sankcijami. Spodbude so namenjene dolgotrajnejši zavzetosti, kazni pa predvsem preprečevanju storitve nezaželenih ravnanj. S takšnim sistemom meril ustanova poseže globoko na osebni nivo svojih članov, saj poleg eksplicitne definicije člana ustanove vzbuja tudi vprašanja osebne identitete, lastne narave in samo-pojmovanja. (Goffman 1961: 162-164)

Prevzemanje re-definiranih koncepcij lastnega jaza je v zaporu, namenjenem spreobrnjenju in izboljšanju posameznikov s preteklo kriminalno izkušnjo, jasno deklariran, celo uraden cilj ustanove. Temelj uspeha rehabilitacije kot osrednje niti zaporne kazni je v sprevidenju lastne zločinske narave in odločitvi o njenem spreminjanju. Vendar pa s tem, ko zapornik privoli v sodelovanje z osebjem zapora in se podvrže rehabilitaciji, še ne zagotavlja, da bo potrdil in ponotranjil tudi njihovo pojmovanje o samem sebi. Pogosto se re-definirana identiteta izkaže za nefunkcionalno v posameznikovem domačem socialnem okolju, v katerega se vrne po prestanem času v ustanovi.

Sodelovanje zapornikov v procesu rehabilitacije mora na eni strani zadostiti potrebam ustanove, na drugi pa potrebam po ohranitvi lastne identitete. Nekaj opore pri ohranjanju lastnega jaza, čeprav je ta vsakič znova eliminiran v procesu rehabilitacije, zapornik dobi z možnostjo posedovanja manjših osebnih predmetov v sobi, kjer biva. Lahko bi rekli, da zapornik čas svojega bivanja v zaporu posveti razvoju strategij, s katerimi se uspe bolj ali manj uspešno izogibati predpisanim implikacijam in obvezi, da postane oseba določenega značaja. (Goffman 1961: 170-171)

Ni nujno, da zapornik s svojim vedenjem odstopa od predstav in pričakovanih zaporniškega sistema, da zmore biti v sebi drugačen. Fizično je v zaporu, predpisane miselne integracije pa ne doseže. Takšne vrste razcepljenosti ter porušeno ravnovesje

duševne in telesne biti posameznika rezultirajo v pojavu omrtničenih identitet, kot zapuščino življenja v totalni ustanovi imenuje Goffman. (v Flaker 1998: 22-28)

Po Kneževiću (1992: 313-314), ki v svojem diskurzu izhaja iz temeljnih načel teorije termodinamike in systemske teorije, se rigidne osebne strukture, med katere uvršča zapornike, na dražljaje odzivajo s celotnim sistemom, saj nimajo v zadostni meri razvitih podsistemov, ki bi jih selektivno aktivirali. »Obsojenci se zelo pogosto odzivajo na zunanje dražljaje s celotnim sistemom, prihaja do psihične napetosti, pogosto so napadalni in samonapadalni, te težave pa se somatizirajo. Veliko redkejša obrambna mehanizma sta intelektualizacija oziroma racionalizacija.« Zanimivi so tudi izsledki raziskave o sistemu vrednot zapornikov, ki so pokazali, da obsojenci, ki menijo, da jim je bila izrečena previsoka kazen, obsojenci, ki so bili v priporu ter tisti z daljšimi kaznimi, uvrščajo vrednost socialnih interakcij bistveno nižje kot ostali obsojenci. Prvi, po interpretaciji avtorjev, »branijo pred razkrojem in pred entropijo lastni telesni in duševni sistem« (v Knežević 1992: 316).

2.3.3.1. Vloga drog pri prilagajanju na življenje v zaporu

Posamezniki se življenju v ustanovi prilagajajo predvsem zato, da bi iz nje prišli čimprej, s čim manj težavami ter psihično in fizično nepoškodovani. Pri vrstah prilagoditev na življenje v ustanovi Goffman loči med *primarno* in *sekundarno* prilagoditvijo (1961: 171-186). O prvi govorimo, »ko posameznik sodeluje in prispeva k organizaciji pod predpisanimi pogoji, podprto z institucionalnimi merili blagostanja, vrednot, spodbud in kazni...« ter »...se spremeni v sodelavca, postane normalen in programiran ali vgrajen član.« (Goffman v Flaker 1988: 106)

Ne glede na to, v kolikšni meri to vključuje njegov jaz in osebno identiteto, daje in prejema, kar je bilo sistematično načrtovano. Pomembna značilnost primarne prilagoditve je v njenem prispevku k stabilnosti ustanove. Posameznik, ki se na življenje v ustanovi prilagaja na ta način, je v njej pripravljen sodelovati, dokler je potrebno in na način, ki ne ogroža, pač pa utrjuje njene uradne cilje.

Sekundarna prilagoditev pa omogoča, da varovanec ohrani del sebe in stik z zunanjim svetom ter hkrati sistema ne izziva neposredno. To je »vsaka habitualna ureditev, s katero član neke organizacije uporabi neavtorizirana sredstva, pride do

neavtoriziranih ciljev ali oboje in se tako izogne predpostavkam organizacije, kaj naj dela in dobi in torej kaj naj bi bil« (Goffman v Flaker 1988: 106). Sekundarna prilagoditev predstavlja način odstopa od vloge in koncepcije jaza, ki sta mu bili podeljeni od organizacije.

Hkrati s tem, ko se v procesu ali posameznih aktih sekundarne prilagoditve oseba otepa predpisanega jaza, vztraja v lastnih, dotedanjih koncepcijah identitete. Pri sekundarnih prilagoditvah gre torej za dvojni cilj: zavračanje vsiljene in zaščito lastne percepcije sebe. Sopomenke sekundarni prilagoditvi bi lahko iskali v socioloških pojmih neformalno in neuradno, vendar sta ta dva lahko tudi element primarne prilagoditve (na primer čas šolskega odmora). Goffman ugotavlja, da je pojem sekundarne prilagoditve precej izmuzljiv. Odvisen je od družbenega in kulturnega konteksta ter organizacije, v kateri živi. Zgodi se, da neke sekundarne prilagoditve sčasoma postanejo povsem legalen element uradne doktrine neke ustanove, spet druge pa lahko delujejo le, če so nepriznane. Organizacije se, z namenom ohranjanja nadzora in suverenosti, prilagajajo sekundarnim prilagoditvam, čeprav pri tem tudi same nekaj izgubijo. (Goffman 1961: 172-173)

Droge razumemo kot eno najbolj prikladnih neavtoriziranih sredstev za ohranjanje lastnih percepcij sebe oziroma ohranjanje stika z lastnim videnjem in doživljanjem samega sebe, ki je oddvojen od tistega, ki ga zaporniku ponuja in vsiljuje institucija. Droge so hkrati način prilagajanja sistemu in ohranjanja stika s samim seboj.

Ker je posameznik pod vplivom določenih psihoaktivnih substanc pomirjen in nemoteč za okolico (alkohol, marihuana in heroin spadajo v skupino sedativov in so najpogosteje uporabljene droge v zaporih), je uživanje drog hkrati tudi prispevek k ohranjanju uradne zaporske doktrine oziroma element za ustvarjanje nemotečega okolja za njeno nadaljevanje.

Sekundarne prilagoditve najdemo v vseh celicah družbe, tako v medosebnem in družinskem življenju kot na nivoju neke mestne skupnosti ali naroda. To pogosto niso le osameli individualni vzorci vedenja, pač pa široka kolektivna gibanja. V tem primeru govorimo o celem naboru tovrstnih prilagoditev, pri katerih, posamično ali kolektivno, vztrajajo, jih vzdržujejo in negujejo vsi člani neke družbene entitete. Na osnovi fenomena podzemlja, ki ga poznamo iz življenja velemest ali (med)narodne skupnosti, govori Goffman, v primeru kolektivnih sekundarnih prilagoditev v totalni ustanovi, o *podtalnem življenju ustanove* (1961: 180). Droge so eden glavnih atributov podtalnega življenja, tudi

zunaj zaporov. Cela veriga ljudi je potrebna, da poskrbi za njihov pretok do končnega porabnika – uživalca drog. Značilnosti scene drog, ki jih bolj ali manj poznamo iz življenja v skupnosti, se v tem primeru razločno preslikavajo v ožji, institucionalni okvir.

Bolj bogato podtalno življenje je pričakovati v ustanovah, kjer svojim članom programirajo veliko časa – torej največ v ustanovah, kjer ljudje bivajo oziroma so v tako imenovani celodnevni oskrbi. »Večja ko je količina programiranega časa, manjša je verjetnost, da bodo aktivnosti uspešno programirane« (Goffman 1961: 182). Ustanove, katerih red predpostavlja celodnevno vključitev svojih varovancev, so v svoji naravi pogosto prisilne. Vanje posamezniki vstopajo neprostoovoljno ali pod prisilo (npr. zapori, vzgojni zavodi za mladoletne, psihiatrične bolnišnice) in se, vsaj ob vstopu, težko identificirajo z uradno verzijo lastne identitete ter lažje vstopajo v ilegalne aktivnosti (*Ibid.* 1961: 182-184).

Upoštevajoč Goffmanovo delitev na disruptivne in vsebovane sekundarne prilagoditve (1961: 180-181) uvrščamo institucionalno podtalno življenje in droge, kot enega njegovih temeljnih atributov, med vsebovane sekundarne prilagoditve. Njihov namen namreč ni v rušenju ali radikalnih spremembah institucionalne strukture (kar je značilnost disruptivnih sekundarnih prilagoditev), pač pa, brez ustvarjanja pritiskov, postavljajo v ospredje predvsem osebne cilje.

Uživanja drog v zaporih torej ne gre jemati v kontekstu teženj po spreminjanju obstoječega kazensko pravnega sistema (razen v primerih vidne, protestne uporabe drog s točno določenimi cilji). Gre za mnogo manj revolucionaren pojav, ki je, bolj kot kaj drugega, odziv in odraz osebnih potreb, želja ter raznovrstnih čustvenih in razpoloženskih stanj zapornikov. Čeprav pojav drog v zaporih sam po sebi nima namena rušiti strukture zaporniškega sistema, pa je zaradi tveganj, ki jih prinaša, zelo resen zdravstveni problem in lahko en glavnih vzgibov za uvajanje sprememb v sistemu izvrševanja kazni zapora (oblikovanje posebnih strategij in uvajanje ukrepov preprečevanja, obvladovanja in zmanjševanja škode, ki jo prinaša pojav uživanja drog, medresorsko usklajevanje, usklajevanje področne zakonodaje)¹.

Na osebni ravni pomeni uživanje drog v zaporu celo paleto možnosti hkrati: odstranitev in vključevanje v odnos z drugimi ter ohranjanje stika s samim seboj.

¹ Vse večja prepoznavnost pojava v stroki, javnosti in medijih je odraz močnih tendenc po kaznovanju vpletenih v verigo oskrbe in uživanja drog ter s tem ogromnega števila zaprtih zaradi drog. Po podatkih različnih raziskav so kazniva dejanja zaradi drog eden najpogostejših razlogov za prestanje kazni zapora.

Odstranitev je omogočena s samim učinkom drog in ni nujno tudi fizična. V zaporih so v obtoku predvsem sedativi, droge, ki pomirjajo in omogočajo bogate notranje občutke lagodja in sproščenosti. Droge, katerih učinki sprožajo pretirano povezanost z drugimi, veselje, socialnost in družabnost (poživila, kot so ekstazi, stimulansi amfetaminskega tipa, kokain,...) v zaporu niso priljubljene. Uživanje drog z učinki introvertiranosti lahko v zaporu poteka manj opazno, podtalno.

Hkrati s simbolnim umikom je z uživanjem drog povezana tudi možnost vključevanja v podtalno življenje ustanove, v katerem droge predstavljajo eno glavnih sredstev tržne menjave. Tukaj posamezniki prevzemajo ali ohranjajo vloge, v katerih jim je vsaj navidezno prepuščeno upravljanje samih sebe in lastnih percepcij (in s tem ohranjanje stika s samim seboj).

2.4. NEKATERI KRITIČNI VIDIKI ZAPORA IN ŽIVLJENJA V ZAPORU

2.4.1. Kritike zapora na pragmatični in ideološki ravni

Kljub temu, da je zapiranje v zelo kratkem času postalo najpomembnejša oblika kazni, je bilo že na samem začetku tarča kritik, češ da »ne more ustrezati specifičnosti zločinov; ne učinkuje na občinstvo; je nekoristno, celo škodljivo za družbo: je drago, obsojence drži v brezdelju, množi njihove napake; izvrševanje takšne kazni je težko nadzorovati in utegne izpostaviti zapornike samovolji paznikov« (Foucault 1984: 115). Zapor se je sicer šele v novem veku »izkristaliziral v trd(n)o jedro, *hard core* kazenskopravnega sistema« (Kanduč 2003: 49). V starem in srednjem veku je namreč veljalo, da zapor še ni kazen, razen v primerih, ko nadomešča kakšno drugo, saj si z njim človeka le zagotovimo, ne pa tudi kaznujemo (Foucault 1984: 119).

Še danes aktualne, ključne slabosti zaporov povzema tudi kritika, ki je nastala že v letih 1820 – 1845: »1) zapori ne zmanjšujejo obsega kriminalnosti; 2) zapiranje povzroča povratništvo; ko pride človek iz zapora, ima več možnosti, da se vanj vrne, kakor prej; 3) zapor neogibno dela prestopnike s svojo specifično vrsto vsiljenega življenja, ki ga zaporniki morajo živeti; 4) zapor spodbuja organiziranje okolja prestopnikov, ki so med seboj solidarni, hierarhizirani in pripravljani za sleherno prihodnje povezovanje; 5) pogoji (stalno bivališče in zaposlitev), ki jih postavlja

strokovno osebje zapornikom ob odhodu, slednje usodno obsojajo na povratništvo; 6) zapor dela prestopnike še posredno - tako, da potisne v bedo zapornikovo družino« (Foucault 1984: 261-264).

Kljub dolgi zgodovini izvrševanja kazenskih sankcij ni opaziti, da bi se trend naraščanja kaznivih dejanj oziroma kriminalitete ustavil ali zmanjšal, nasprotno: čeprav je resnici na ljubo še vedno »sorazmerno redek pojav« (Kanduč 1993: 13), ves čas nezadržno raste. Parsonsova definicija družbene kontrole iz 50-ih let prejšnjega stoletja, ki pravi, »da družbena kontrola zajema tiste prakse v socialnem sistemu, ki v svojem boju zmanjšujejo pojav deviantnih vedenj oziroma namer« (v Mayr 2004: 49), potemtakem ne vzdrži. Izkaže se celo, da ne gre le za neuspeh pri zatiranju in zmanjševanju porasta kriminalitete, zapor celo spodbuja in vodi v deviantno vedenje oziroma v t.i. »sekundarno deviantnost« (v Kanduč 1993: 16). Becker (1963) in Lemert (1967) sta na primer spodbudila izvedbo mnogih raziskav na temo, kako lahko zaposleni v zaporih z etiketiranjem in stigmatiziranjem zapornikov spodbudijo krepitev deviantnega vedenja in identitet (v Mayr 2004: 50). Primer razvoja »sekundarne deviantnosti« so tudi tisti, ki v zaporu začnejo uživati nedovoljene droge (pogosto na najbolj tvegane načine, na primer s souporabo pribora za injiciranje).

Medtem ko se navedene kritike nanašajo na pragmatični nivo kazni, je kritika na račun rehabilitativnega modela, ki predstavlja osrednji, najbolj cenjen penološki pojem in smoter kaznovanja, kritika na ideološki oziroma simbolni ravni. Z napadom na temeljno bistvo kazni, njeno uradno ideologijo, pride do zloma rehabilitativnega modela. (Kanduč 1996: 19-20)

S kritiko tretmana, ki je vrhunec dosegla v začetku 70-ih let prejšnjega stoletja, se je opozarjalo zlasti na zlorabe v imenu znanosti, kršenje človekovih pravic v praksi sojenja in izvrševanja kazni na eni ter slabitev represivnosti in družbene avtoritete na drugi strani, odvisno od tega, kateri ideološko teoretični opciji je pripadal kritik - liberalni ali konservativni (Kanduč 1993: 20). Najbolj znana je Martinsova kritika tretmanske ideologije (v Petrovec 1992: 322-323), ki se staplja v eno samo trditev: nič ne deluje (*nothing works*). Martinson v kritiki tretmana opozori na visoke stroške pravosodnega in kazenskega aparata na eni in nezadržno rast kriminalitete na drugi strani. Posluži se enostavne formule in za kazalec neuspeha tretmana vzame visoko stopnjo povratništva. Predlaga odpravo nedoločene kazni in pogojne obsodbe ter se zavzame za povečanje

zavraščevalne vloge kazenskega prava. Martinsonova kritika je dosegla visoko politično učinkovitost (zlasti pri njenem konservativnem delu) in simpatije v javnosti, v kateri je vedno bolj naraščal strah pred kriminalci in potreba po zaščiti.

Doslej najbolj odklonilno stališče do zapora pa se je razvilo z abolicionizmom (Kanduč 2003, 2000, Swaaningen 1997). Abolicija (lat. *abolitio*) pomeni ukinitvev, odpravitev, npr. sodnega postopka, suženjstva (Veliki slovar tujk, 2002: 3), abolicionizem pa najdoslednejšo izpeljanko antikriminologije (Cohen) iz uporniških 60-ih let prejšnjega stoletja. Abolicionizem predvideva postopno odpravo zapora, vseh kazensko-pravnih institucij in koncepcij ter ocenjuje, da bi kazensko-pravne sankcije postopoma nadomestili z alternativnimi načini odzivanja na problematične dogodke. (Kanduč 2003: 50-51)

Po mnenju abolicionistov se zločina in kriminalitete ne bi smelo obravnavati izven konteksta ostalih nekriminaliziranih socialnih problemov, (družbeni) odziv na pojav pa bi moral biti usmerjen k vključevanju v družbo in ne obratno. Abolicionistom je problematična penalna kontrola, na primer njena hierarhična urejenost, represiven in kaznovalen element ter nefleksibilnost. Abolicionizem v svoji pozitivni noti prinaša nov (alternativni) način razmišljanja in radikalni pristop k reformi kazenskega sistema. V svoji negativni oziroma destruktivni noti (Cohen, 1986) pa abolicionizem razumemo kot odmik oziroma odklon od stroke, institucije in države. (Swaaningen 1997: 117)

V 70-ih letih prejšnjega stoletja se je kritikizem družbene kontrole (in s tem zapora) oprijel marksistične teorije države in nove družbene zgodovine, ki modernih institucij (kot so zapor, azil in družbeni sistem blaginje) ne vidijo kot prijaznih, uporabnikom naklonjenih in naprednih reform, pač pa kot preišljene strategije za podreitev in nazor nižjih družbenih razredov. (Donajgrodzki 1977 in Foucault 1979 v Mayr 2004: 50)

Po Foucaultu (1984: 267-268) se z zaporno kaznijo vzpostavi dosledni sledilni mehanizem, s katerim oblast vzdržuje nadzor nad prestopnikom (tudi po prestani kazni). Avtor trdi, da zapor še vedno vztrajajo zaradi in ne kljub svojim pomanjkljivostim. Za tolikokrat razglašeno penološko neuspešnostjo kazni se namreč skriva »taktika podrejanj«, ki vodi v politični uspeh vladajoče elite. Zapor je na eni strani endemski pojav v »panoptični družbi discipline«, primerljiv z izobraževanjem in zdravstvom, usmerjen v normalizacijo odklonskosti. Po drugi strani pa s svojo disfunkcionalnostjo uresničuje točno določene latentne funkcije: ustvarjanje prestopništva in razkola v točno

določenih segmentih družbe z namenom zbujanja negotovosti in ogorčenja javnosti, kar vladajoči eliti podeljuje mandat za zaostrovanje represije, kaznovanje in s tem utrjevanje oblasti. Torej, če je neka institucija nefunkcionalna na svoji manifestni ravni (skozi deklarirane cilje), mora biti, če se želi obdržati pri življenju, uspešna na prikriti, t. j. latentni ravni. (Foucault v Kanduč 1993: 17-18)

2.4.2. Socialna škoda

2.4.2.1. Omrtvičene identitete

Poškodbe, ki jih na primer v psihiatrični bolnišnici povzroča samo zdravljenje in okoliščine, v katerih se zdravljenje odvija, imenujemo *iatrogene poškodbe* (Lamovec 1995: 34). Kažejo se tako na ravni posameznikovega psihofizičnega stanja (odvisnost od zdravil, znižano samospoštovanje, utrditev lažnega jaza, zatiranje pristinega občutenja in izražanja, izguba ciljev v življenju) kot v njegovih odnosih s pomembnimi drugimi (spremenjeni odnosi z družino, prijatelji in v delovnem okolju, dosmrtna stigmatizacija).

Goffman zapuščino življenja v totalni ustanovi imenuje *omrtvičena identiteta* (v Flaker 1998: 22-28). Avtomatična mortifikacija jaza se zgodi že skozi razlaščenje vlog, »diskulturalizacijo« in »od-učevanje«. Vsak, ki vstopa v življenje v ustanovi, se je prisiljen odpovedati svojim dotedanjim vlogam in prevzeti novo. Nadalje se mortifikacija jaza v totalni ustanovi vrši skozi procese degradacij, poniževanj in profanacij. Poznan je na primer *ritual ponižanja* (Lamovec 1995: 32-33), ki varovanca ob sprejemu v ustanovo popredmeti ter nemalokrat globoko osebno in fizično razvrednoti, razgali (na primer slačenje, dezinfekcija, striženje, pregledovanje intimnih delov telesa, prejem institucionalne obleke, idr.). Proces sprejema v ustanovo pomeni pravo *programiranje*, skozi katerega posameznik izgubi vse, kar mu je lastno (ime, obleko, lastnino, ljube predmete) in kar daje pečat civilne osebe. V zameno za izgubljeno dobi uniformo, ki ga spremeni v popredmeteno figuro, pripravljeno za obdelavo z rutinskimi operacijami.

Varovanec postane vizualno drugačen, njegova drža in gibi postanejo ponižni. Prav tako je v ponižnost prisiljen v komunikaciji z osebjem in ostalimi varovanci. Prisiljen je v izvrševanje mnogokrat nesmiselnih opravil. Izpostavljen je kontaminaciji

lastnega telesa in zasebnosti, saj nima možnosti, da bi se zaščitil, postavil meje in zavaroval lastno samoobčutenje.

Poleg neposrednih napadov Goffman (v Flaker 1998: 26) govori še o posrednem, nerazpoznavnem nivoju vpliva ustanove na varovančevo osebnost, skozi katerega se preoblikuje simbolni potek dogodkov. Varovanec se znajde v situaciji, ko reakcije na nek dogodek niso več pojmovane na način, kot ga je bil vajen v družbi. Nit med dogodkom in reakcijo nanj je pretrgana. Goffman pojav poimenuje *luping*: obramba pred napadom, ki sicer kaže na povsem logično sosledje dogodkov, postane tarča naslednjega napada. Strategija vzdrževanja distance pred mortifikacijo jaza torej ne doseže svojega namena, saj sama postane objekt napada. »Pri lupingu reakcija varovanca na njegovo situacijo zdrsne nazaj v situacijo samo in mu ne dovoli, da bi razločeval med posameznimi fazami dejanja in vplival na ustvarjanje pomena svojih dejanj.« (v Flaker 1998: 27)

Mortifikacija jaza se neposredno vrši tudi skozi ozko določene zapovedi, pravila in birokratizacijo življenja, ki onemogočajo nadaljevanje ustaljenega, individualnega ritma. Osebj varovance mnogokrat nagovarja kot otroke, njihove besede in govor pa so brez vrednosti. »Totalne ustanove prekinjajo in motijo natanko tista dejanja, ki v civilni družbi udeležencu in vsem navzočim dokazujejo, da ima posameznik nekaj oblasti nad svetom, da je oseba z odraslo samodeterminacijo, avtonomijo in svobodo delovanja.« (Goffman v Flaker 1998: 28)

Življenje v totalni ustanovi torej ubija individualnost, občutek samodeterminacije in samopodobe. Mortifikacije jaza v večini institucij pomenijo racionalizacijo naporov, ki so potrebni, za upravljanje s tolikšno maso ljudi na enem mestu, z nizkimi sredstvi. Zaposleni tako lažje nadzorujejo varovance in z manj napori uveljavijo interese ustanove. (Goffman v Flaker 1988: 82)

2.4.2.2. Stigmatizirane identitete

Medtem ko se je v času življenja v ustanovi posameznik prisiljen od-učiti starih in pri-učiti novih načinov funkcioniranja, se po odpustu zopet sooča s prisvajanjem od-učenih vzorcev in vlog, čemur se pridruži še breme stigme.

Stigma sicer pomeni vtisnjeno ali vžgano znamenje, žig, npr. v antiki na sužnjem telesu (Veliki slovar tujk 2002: 1091). V sociološki terminologiji pomeni

stigma sramotno zaznamovanost z nečim, stigmatizacija pa proces, s katerim se nekoga zaznamuje, ožigosa. Bivši uporabniki velikih zaprtih sistemov so zelo prikladni, da se jih stigmatizira, saj, kot ustanove same, predstavljajo rob družbe, s katerim se ta določa in zarisuje.

Za razjasnitev ozadja, iz katerega izhajajo stigma, stigmatizacija in stigmatizirane identitete, moramo začeti s predsodki in stereotipi, ki so s pojmi naše obravnave tesno povezani.

2.4.2.2.1. Predsodki in stereotipi

Izhajajoč iz sociološkega ozadja so *predsodki* produkt specifičnega načina medsebojne zaznave družbenih subjektov, *stereotipi* pa produkt kognitivnega procesa kategorizacije, ki naj bi poenostavljali naše zaznavanje.

Predsodki, »subtilne mikroideologije vsakdanjega sveta«, se na prikrit način kažejo predvsem v zoženi percepciji tolerance, ki jo razvijemo in uporabimo v odnosu do drugih oziroma drugačnih. O njihovi resničnosti, dejanski osnovi, na kateri rastejo in ozadju, iz katerega se krepijo, se ne vprašujemo, kar jim še povečuje moč in vpliv. Skozi naš jezik, predstave, želje in fantazme postanejo predsodki resnice, v katere ne dvomimo. (Nastran Ule 1999a: 7)

S tem, ko sprejmemo predsodke kot same po sebi jasne dele realnosti, je onemogočena jasna refleksija, razsodno razmišljanje in vedenje (Mitscherlich 1999: 15). Začasne sodbe, ki si jih ustvarjamo v vsakodnevnih interakcijah, še niso predsodki. To postanejo tedaj, »ko jih navkljub vplivu novega spoznanja ne moremo opustiti« (Allport v Mitscherlich 1999: 13).

Diskriminatorna percepcija je tudi plod stereotipov. Ti se formirajo na podlagi kognitivne kategorizacije, ki po mnenju nekaterih avtorjev sama po sebi ni pristranska, ne izkrivlja realnosti in nakazuje na »selektivno verodostojno percepcijo spreminjajočih kontekstualnih lastnosti ljudi« (Oakes in drugi 1999: 75). Je »neizbežna značilnost človekovega obstoja«, saj je svet, v katerem živimo, za nas preveč kompleksen prostor, da bi v njem preživali, ne da bi ga pred tem na določen način poenostavili in uredili (Bruner v Brown 1999: 24). Billig (v Nastran Ule 1999b: 309) v nasprotju s tem meni, da bi se ljudje lahko namesto kategorizacije posluževali partikularizacije, skozi katero bi se

določen zaznavni dražljaj pojavil kot nekaj različnega od kake splošne kategorije in od drugih dražljajev, kar bi posledično odpiralo možnosti za razvoj tolerance in strpnosti do razlik.

Vendar pa, če privzamemo in razvijamo dalje prvo stališče, se problematičnost kategoriziranja pojavi, ko to ne služi zgolj poenostavljanju opisovanja realnosti na individualni ravni, pač pa tudi (in morda predvsem) motivacijskim in družbenim funkcijam. Vrednostni sistem, podprt s stereotipi, ki jih lahko v vsakem trenutku, ko pridemo v stik z bolj relevantnimi informacijami ali samim objektom, zavržemo ali zamenjamo, ne producira nujno stigmatizacije. Problematično pa je, ko se, predvsem v zadevah, ki se nas neposredno ne tičejo oziroma nam niso dobro znane, nas trenutno ne zanimajo ali nimajo vpliva na naše življenje, oklepamo določenih predstav, se jim nočemo odreči in jih celo utrjujemo z novimi stereotipi. (Božič 1991: 152-153) S tem postanejo stereotipi ne le selektivni (redukcionistični), pač pa še konstruktivni, vrednostni in motivirani. (Oakes in drugi 1999: 87-88)

2.4.2.2.2. Nastanek stigme in njena vloga v družbenih interakcijah

Ni vsako odstopanje (deviacija) od naših mentalnih kategorij že predmet stigmatizacije. Ta se pojavi, ko objekt presoje s svojimi lastnostmi presega tolerančno območje veljavnega sistema norm in vrednot. Poleg normativnega kriterija za določitev deviantnega, obstajata še reaktivni in vrednostni. Prvi od njiju izhaja iz družbene reakcije na določen pojav. Mnogi so namreč izpostavljeni določeni družbeni kontroli (na primer zdravljenju), čeprav niso prekršili nobene od pomembnejših norm. Vrednostni kriterij za določitev deviantnega je najširši in ima dve komponenti. Prva izhaja iz stopnje cenjenosti določenih pojavov v družbi. Vse tisto, kar ni cenjeno oziroma se ne uvršča med cenjene pojave, je deviantno, tudi če je izven posameznikovih moči, da bi kaj spremenil (na primer brezposelnost). Druga komponenta vrednostnega kriterija se nanaša na pojave, za katere se smatra, da imajo nek univerzalen pomen, izhajajo iz človekovih avtentičnih potreb in njegove narave. V tem primeru se deviantno ne določa na osnovi veljavnega reda, temveč izven njega. Deviantni so tisti pojavi, ki odstopajo od običajnih človekovih vrednot, ne glede na vrednote na nižjem nivoju. (Janković in Pešić 1981: 10-11)

V tem, da stigmatizirani »nosijo breme človeških napak, so grešni kozli in žrtvena jagnjeta za čistost in mirno vest človeštva« (Božič 1991: 149), lahko prepoznamo družbeno konstitutivno funkcijo deviantnega vedenja. Javornik in Šebart (v Stefanoski 1996: 293) pojasnjujeta, da je potrebno za veljavo določenih obrazcev kot normalnih, določiti tisto, kar ni normalno, kar je patološko, noro, deviantno. Deviantna ravnanja so naš temeljni vir informacij o normativnih obrisih družbe, saj se z označevanjem drugačnosti proizvaja normalna družbenost. Torej lahko rečemo, da se normalno definira skozi deviantno.

Stigmatizacija v vsakdanjem življenju predstavlja način, kako se normalni izognejo problematizaciji nastalih odnosov in dejanskim težavam. Stigma namreč »pomeni tudi neko odvezo stopanja v pomembne civilne stike, saj človeka s stigmatiziranjem diskvalificiramo in ga kot nepolnovrednega člana interakcijske skupnosti postavimo v položaj, ko se nam ni treba meniti zanj« (Flaker 2001: 7-8). V odnosu do stigmatiziranega si normalni lahko privoščijo celo paleto vedenjskih vzorcev in reakcij. Pridržujejo si pravico biti nestrpni, nemodri, skratka človeški, medtem ko mora stigmatizirani žrtvovati ta občutja in biti človek vesti. (Božič 1991: 148)

Stigmatizacijo lahko razumemo kot proces z nasprotujočima si učinkoma. Tistim, ki so njen objekt, vsestransko škoduje, postavi jih v podrejen, diskreditabilen položaj in jim odvzame vse potenciale moči. Po drugi strani pa tistim, ki z njo upravljajo, hkrati s položajem nadrejenega ponuja tudi odgovore na neprijetna in zapletena vprašanja o drugačnosti, s katero se potemtakem ni več potrebno konfrontirati. (Flaker 2001: 7)

Izogibanje konfrontaciji z neprijetno, grozečo drugačnostjo je možno tudi takrat, ko te drugačnosti niti ne vidimo. Flaker (2001: 6) v tem primeru govori o aktivnem izogibanju, kjer se nam s tistim, kar spregledamo, ni potrebno ukvarjati. Eden od najpogostejših načinov izražanja sodobnih predsodkov in stigmatizacij je ravno ignoranca.

Po Goffmanu se stigma vzpostavi v odnosu do lastnosti, ki jo že predhodno, skozi stereotipno dojetje, globoko diskreditiramo. Ta zasenči ali celo zelo močno zaznamuje vse ostale attribute, ki jih posameznik ima, ter ga s tem, v odnosu do drugih, postavi v podrejen položaj. O ljudeh, ki posedujejo stigma, se verjame, da »niso popolnoma človeški«. Na tej predpostavki izvajamo različne tipe diskriminatornih praks vedenja, skozi katere uspešno, čeprav morda nenamerno (nezavedno), omejujemo

njegove življenjske možnosti. Da bi se zakrilo sovraštvo, se takšna diskriminacija skuša opravičiti z razlaganjem in utemeljevanjem manjvrednosti in nevarnosti stigmatiziranih. Objekt ali predmet stigmatizacije so lahko deformacije telesa, karakterne hibe ter posamezne rasne, narodnostne, verske in druge skupine. (Goffman 1963: 13-15)

2.4.2.2.3. Soočanje in upravljanje s stigmo

Zavestni ali nezavedni poskusi soočanja posameznika z žigom predstavljajo krepak vpliv na oblikovanje samopodobe, zavesti o sebi in drugih ter ostalih konstitutov identitete. Goffman predpostavlja, da »šele stigmatizirani s svojim vedenjem omogoča stigmatiziranje in s tem tudi kategoriziranje samega sebe kot stigmatiziranega posameznika« (v Nastran Ule 2000: 181). Stigmatizirani te procese na eni strani sicer doživlja kot krivico, saj se mu njegova posebnost ne zdi tako vseobsegajoča, na drugi strani pa tudi sam prevzema tak pogled nase. (Flaker in drugi 2002: 99)

Ustvarjanje stigmatizirane identitete je kompleksen, obojestranski proces - na eni strani produciranja, na drugi pa sprejemanja stigme. Takšna identiteta temelji na ambivalentnem odnosu med lastnim dojetjem samega sebe in dojetjem drugih, ki posamezniku sporočajo, da ni tak, kot misli da je, da jim ni enakovreden. Razcepljenost in dejansko nedoseganje lastnih pričakovanj vodi v sumničavost, depresijo in sovražnost. Goffman pravi, da »strah pred nespoštovanjem drugih, zaradi nečesa kar kaže, pomeni, da je tak posameznik vedno negotov v kontaktih z drugimi ljudmi, ta negotovost pa ne prihaja iz skrivnostnih in zamaskiranih virov, od koder izhaja večji del naših strahov, pač pa iz nečesa, kar ve, da ne more popraviti« (v Božič 1991: 139-140). Prisoten je tudi strah, da bodo manjši spodrseljaj ali naključne neprimernosti v njegovem obnašanju v očeh drugih dokaz njegove nezadostnosti. »Vse tisto, kar je za človeka brez stigme normalno, postane za tistega, ki je bil zaznamovan, le dokaz stigme same« (Zaviršek 1994: 99).

Ko Goffman govori o upravljanju stigme, omenja na eni strani upravljanje napetosti (*managment of tension*), na drugi pa upravljanje informacije (*managment of information*) ali informacijsko kontrolo. Najprej se pred stigmatiziranega posameznika postavi naloga reševanja napetosti socialnih kontaktov in lajšanja predsodkov v času trajanja stigme (npr. v obdobju aktivnega uživanja nedovoljenih drog, v času psihiatrične

hospitalizacije, ...), kasneje, v okviru upravljanja informacije, pa mora paziti, koliko in kaj naj ljudem pove o svoji (stigmatizirani) preteklosti. (v Božič 1991: 142)

Nadalje Goffman v procesu upravljanja stigme loči tudi med skrivanjem (*passing*) in prikrievanjem (*cover*) drugačnosti (v Božič 1991: 143-145). Stigma je namreč skrivnost. »In če ljudje skrivajo običajne skrivnosti, potem je razumljivo, da bodo toliko bolj skrivali neobičajne.« Gre za strategiji, s katerima stigmatizirani preprečuje oziroma uravnava napetosti v socialnih kontaktih, do katerih pride zaradi njegove drugačnosti. Znanju o stigmatizaciji, ki se tiče vedenja o normalnem, o nenormalnem in načinih sprejemanja in razumevanja te nenormalnosti v odnosih z drugimi, se pridruži še znanje, s katerim se stigmatizirani posameznik nauči skrivati oziroma prikrievati svojo drugačnost. Skrivanje (*passing*) drugačnosti je možno, ko ta ni očitno opazna oziroma je nevidna. Posameznik jo lahko dokaj varno drži v skrivnosti ter obenem preizkuša in odkriva meje, do katerih lahko razvije samozavestno ravnanje, brez strahu, da bo skrivnost razkrita. Počuti se varnega, le če mu uspe ohraniti načrtano smer in podobo, ki so si jo na podlagi njegove predstave ustvarili drugi. Nenadno, nenačrtovano razkritje skrivnosti lahko do temeljev zamaje ali celo poruši vse, na čemer je gradil. V situaciji namernega razkritja atributa drugačnosti se posameznik sooči z upravljanjem napetosti v socialnih kontaktih. Znanje in veščine o skrivanju informacije, ki se jih je (na)učil, mu potemtakem ne koristijo več. Lahko pa, da bi sebi in drugim olajšal komunikacijo, svojo drugačnost diskretno prikrije (*cover*). V tem primeru se posameznik nič več ne trudi, da bi pred ostalimi (in včasih celo pred samim seboj) skrival lastnost, katere razkritje bi ga (domnevno) diskreditiralo in stigmatiziralo, pač pa svojo drugačnost priznava in se sprejema takšnega, kot je. Spet pa je v situaciji, ko se mora naučiti ravnati s tem na način, ki bo ostalim čim manj moteč in opazen. Tako razvije tehnike prikrievanja (*cover*) oziroma, lahko jim rečemo tudi tehnike imitacije in približevanja normalnemu poteku stvari.

Ko posamezniki z odkritimi drugačnostmi ne uspejo ali nočejo razviti omenjenih tehnik, je njihova komunikacija z normalnimi ogrožena, pojavi se odtujena interakcija. Stigmatizirani lahko v takem primeru svojo usodo odkrito delijo le še sami med sabo in tako ustvarjajo svoj normalen svet, ki pa jih hkrati dolgočasi, ne nudi pobud za napredek ali jih celo omejuje. (Božič 1991: 140)

Bistvena značilnost sodobnega procesa stigmatizacije je verjetno prav v ustvarjanju pritiska, naj stigmatizirani sprejmejo govorico o njih kot svojo, se sami

postavijo na margino in se prostovoljno izpostavijo različnim vzgojnim, prevzgojnim, nadzornim, zdravstvenim, socialnim in drugim posegom, s katerimi bi njihovo drugačnost izničili ali jih izolirali. (Nastran Ule 1999b: 337)

Goffman (v Nastran Ule 1999b: 333) ugotavlja, da morajo žrtve predsodkov in stigmatizacije, ne glede na to, kako reagirajo na predsodke in stigmatizacijo (z odporom, prilagoditvijo ali ponotranjenjem), »nenehno voditi težavno identitetno politiko in skrbeti za takšno samopodobo, ki bo vendarle še omogočala stike z dominantno skupino. To pa pomeni trajen samo-nadzor in običajno veliko stopnjo samodiscipline«. Družba osebi s stigmo sporoča dvoje hkrati: da je običajno človeško bitje in hkrati da je drugačen, da je normalen in da ni. Govorimo o navidezni sprejetosti (*phantom acceptance*), ki producira navidezno normalnost (*phantom normalcy*). Hkrati z obnašanjem, kot da so sprejeti, pazijo, da ne gredo čez meje navideznega sprejemanja. Goffman pravi, da sta »vsaka medsebojna prilagoditev in odobravanje dveh posameznikov lahko v temeljih omajana, če eden od partnerjev popolnoma sprejema ponudbo, ki jo drugi ponudi zgolj navidezno« (v Božič 1991: 149, 151).

2.4.3. Uživanje drog in tveganja z možnostjo povzročitve poškodb zdravja

Škoda, ki jo lahko posameznikom povzroči življenje v zaporu, je danes v veliki meri povezana tudi z vzorci tveganih vedenj, ki smo jih obravnavali v naši raziskavi. Škoda je zaradi pomanjkanja ustreznih preventivnih ukrepov v zaporih mnogokrat neizbežna, največ pa je verjetno povzroča prav uživanje drog.

Poleg injiciranja drog v skupino tveganih vedenj za poškodbe zdravja v zaporih (predvsem okužbe s krvjo prenosljivimi virusi) štejemo tudi vse vrste nasilja, neprofesionalno tetoviranje in vse vrste nezaščitenih spolnih odnosov.

Na svetu je zaprtih več kot 5 milijonov ljudi (Afrika, daljni vzhod in Južna Amerika so izvzeti). V industrijskih deželah je konstantno zaprte 0,1 odstotka populacije, v Ameriki se ta odstotek povzpne na 0,5 (Nelles in drugi 2000: 27). Coyle (2001: 2) navaja, da je v zaporih po vsem svetu v povprečju 140 posameznikov na 100.000 prebivalcev.

Značilno razmerje zahodnih držav je 50 – 100 zaprtih oseb na 100.000 prebivalcev (WHO 2005b: 2). Pri tem je Slovenija na skrajni spodnji meji, saj v preteklih

nekaj letih velja povprečje 57 zaprtih oseb na 100.000 prebivalcev (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, 2003, 2005, 2006). Razlike med povprečji posameznih držav so lahko zelo velike. Medtem ko je v Veliki Britaniji v zaporih povprečno 125 ljudi na 100.000 prebivalcev, je v Rusiji in ZDA povprečje krepko čez 600 na 100.000 prebivalcev.

Kar 95% zaprte populacije je moškega spola, v starosti med 20 in 40 let. Večina zapornikov prihaja iz nevzpodbudnih okolij in ima nizko stopnjo izobrazbe. (Dolan in drugi 1997: 5)

Zaradi kratkotrajnih zapornih kazni se v zaporih izmenja zelo veliko ljudi, kar rezultira v stalnem mešanju marginaliziranih skupin prebivalstva in nastajanju specifičnih zdravstvenih problemov, ki predstavljajo veliko tveganje za javno zdravstvo (Nelles in drugi 2000: 27-28). Za zapahi se precej verjetno znajdejo ravno posamezniki, ki so zaradi uživanja nedovoljenih drog in/ali ponujanja seksualnih storitev (prostituiranja) še posebej izpostavljeni možnosti za okužbo s HIV (WHO 2005b: 3).

Število okuženih z različnimi prenosljivimi virusi, kot so tuberkuloza, HIV in hepatitis, je v zaporih precej višje od razširjenosti teh okužb v skupnosti (Harding 1990, Thomas in Moerings 1994, Dolan idr. 1995, Crofts idr. 1995, Gostin 1995, v Nelles in drugi 2000: 27). V švicarskih zaporih je na primer HIV-a v zaporih do 60-krat več kot v skupnosti (Nelles 1997: 2). Podatki iz Kanade, kjer programov zamenjave igel v zaporih še ni, kažejo, da je število zapornikov s HIV in hepatitisom C v zadnjih desetih letih drastično naraslo. V federalnih zaporih je bilo leta 1989 znanih 14 primerov HIV/ aidsa, aprila 1994 109 primerov in leta 2002 251 primerov. Danes je HIV pozitiven eden od 50 zapornikov v Kanadi. Razširjenost hepatitisa C je še višja: medtem, ko približno 0,8% Kanadčanov živi s hepatitisom C, je z njim okuženih od 20 do 80 odstotkov zaporniške populacije v Kanadi. (Canadian HIV/ AIDS Legal Network 2004)

Proučevanje obsega in vzorcev rabe drog v zaporih je tako rekoč bistven del vseh dostopnih študij o tveganih vedenjih v zaporih. Videti je, da je zajeten delež zaporniške populacije na prestajanju kazni zapora zaradi drog.

Med najmočnejše miselne modele, ki narekujejo zaznavanje drog, sicer spadajo moralni, medicinski, kazenskoopravni in socialni. Zorni kot pri prvih treh se zoži na ravnanje posameznika, slednji pa upošteva širši kontekst: 1) moralni: uživalci so grešni, zlobni, brezvestni, pokvarjeni, izprijeni, hedonistični, potrebujejo moralno korekcijo; 2) medicinski: uživalci so bolni, zmešani, okuženi, nori, potrebujejo medicinsko pomoč in

obravnava, 3) kazenskopravni: uživalci so kriminalni, slabi, neodgovorni, nesocialni, potrebno jih je kaznovati in 4) socialni: upošteva ekonomske in družbene razmere, uživalce pa prikazuje kot žrtve teh razmer. (MacDonald in Patterson 1991, Kenny in McCabe 1999, Rasmussen 2000, Flaker 2002, v Grebenc 2003: 10-11)

Alexander (1993: 182) primerja razvoj (predvsem kanadske in ameriške) politike do drog z razvojem politike do alkohola. Rabo slednjega so zaznamovale faze popolne družbene sprejemljivosti, nato izrazita prohibistična faza (med I. svetovno vojno) in končno njen zlom in odprava ter uvedba srednje poti, katere bistvo je stalni nadzor in kontrola rabe alkohola. Čeprav ne gre povsem posploševati, je politika do drog še globoko v fazi prohibicije. Zdi se, da poskusi drugačne ureditve oziroma prevzema novih percepcij rabe drog in njenih uživalcev le s težavo prodirajo v javnost ali kot pravi Szasz (1993: 172) »poskusi, da bi analizirali in razumeli ritualno očiščenje družbe preko žrtvenih kozlov, veljajo za nezvestobo ali napad na trdo večino in njene interese.«

Razširjenost uporabe drog med zaprtimi osebami je precej različna. Po oceni Združenih narodov, Svetovne zdravstvene organizacije ter EMCDDA in REITOX², predstavljajo uporabniki drog najvišji odstotek med 350.000 zaprtimi osebami v Evropi. Upoštevajoč visoko število sprejemov v zapore in odpustov iz zaporov, gre skozi zaporniški sistem 180.000 – 600.000 uporabnikov drog letno (Stöver in Ossietzky 2001: 6).

Številne študije nakazujejo, da je heroin poizkusilo že okoli 50%, v nekaterih zaporih tudi več zapornikov. Po nekaterih podatkih je med zaporniško populacijo med 30 in 80% zasvojenih z drogami (Nelles idr. 1995 v Nelles in drugi 2000: 27). V mednarodnih organizacijah (Združeni narodi, Svetovna zdravstvena organizacija) domnevajo, da je približno 30 - 50% zaprtih oseb v Evropskih zaporih že kdaj uporabilo droge na zdravju škodljiv način (Jacob in Stöver 2000b: 326). V Nemčiji na primer ocenjujejo, da je izmed 60.000 zaprtih oseb 10.000 – 20.000 uporabnikov drog oziroma

² Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) je ena od decentraliziranih agencij Evropske Unije. Ustanovljena je bila leta 1993 in ima sedež v Lizboni. EMCDDA koordinira Nacionalne informacijske točke, združene v Evropsko informacijsko mrežo za spremljanje drog in zasvojenosti (*Reseau Europeen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies* - REITOX). Informacijske točke (enote) za droge so vzpostavljene v 27 državah članicah Evropske Unije (tudi Sloveniji), na Norveškem, pri Evropski Komisiji in v državah kandidatkah za vstop v Evropsko Unijo. Glavni namen EMCDDA in REITOX je zbiranje ter zagotavljanje objektivnih, zanesljivih in primerljivih podatkov o problematiki drog na območju Evrope. (vir: <http://www.emcdda.europa.eu/>; <http://www.uradzadroge.gov.si/>)

odvisnikov. Vsak tretji od šestih zapornikov v nemških zaporih uživa ali je do nedavnega užival droge, predvsem tiste, ki se jih injicira. Število uporabnikov drog v nemških zaporih se je med leti 1982 in 1992 podvojilo. (Jacob in Stöver 2000a: 57-58)

Obsežna študija v Torontu, v Kanadi je pokazala, da je vsaj noč v zaporu preživelo že preko 80% v raziskavi sodelujočih uporabnikov nedovoljenih drog, 25% njih pa je v tem času tudi souporabljal pribor za injiciranje (Jürgens, 2000: 3). Poleg tega podatki kažejo, da so uporabniki drog v zaporu preživeli več časa kot v terapevtskih programih (Koch in Ehrenberg 1992, Kleiber in Plant 1996, AMSEL 1991 v Jacob in Stöver 2000a: 59). Hitra ocena narejena decembra 2001 med uporabniki programa zamenjave igel v Aids fundaciji Robert³ v Ljubljani (n = 31) je pokazala, da jih je skoraj 42% že kdaj v življenju prestajalo zaporno kazen.

Večina okuženih s HIV, obolelih za aidsom ali okuženih s katero drugo infekcijsko boleznijo v zaporih je uporabnikov drog. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije 10% vseh okužb s HIV na svetu izvira iz tveganih načinov injiciranja drog (npr. souporaba pribora). HIV, predvsem pa virusa hepatitisa B in C se v zaporih najpogosteje prenašajo preko izmenjave pribora za injiciranje.

Izsledki študije avtorjev Koch in Ehrenberg (1992 v Jacob in Stöver 2000a: 59) glede uporabe drog v zaporih kažejo, da:

- se v zaporu uporabljajo enake droge kot zunaj zaporov;
- pogostost uporabe drog v zaporih variira od nekajkrat dnevno do redkeje kot enkrat mesečno;
- razpoložljivost heroina in kokaina v zaporih ni problematična, je pa situacija lahko zelo različna med posameznimi zapori, celo med oddelki;
- je v zaporu relativno lahko priti do drog, zato se dogaja, da se tisti, ki pred nastopom zaporne kazni niso jemali drog, temu težko izognejo v zaporu;
- je kanabis v zaporih zelo razširjen in v veliki uporabi;
- občasen poostren nadzor lahko povzroči zastoj v dobavi, kar spodbuja uporabo različnih vrst drog oziroma mešanje drog.

Stöver in Ossietzky (2001: 6) navajata, da se v zaporih ne le vzdržuje pojav zlorabe drog, pač pa tudi tiste, ki drog pred zaporom niso uživali, napeljuje k temu, da jih

³ Aids Fondacija Robert je nevladna organizacija, ki je v obdobju od 1995 do 2004 v Ljubljani izvajala programe namenjene zmanjšanju škode zaradi uporabe drog (dnevni center za uživalce drog, terensko delo, iglomati, ipd.).

začno uživati v zaporu. V zaporu so droge v uporabi kot sredstvo za premagovanje stresa, pomanjkanja dela in dolgčasa. Zdi se, da so psihoaktivne substance zelo lahko dostopne v mnogih zaporih, čeprav se pogostost uporabe razlikuje od uporabe drog v skupnosti. Mnogi zaporniki poročajo, da je droga glavna valuta v zaporu. V nekaterih državah je, predvsem med ženskami, zelo razširjena uporaba psihoaktivnih zdravil, ki jih predpišejo zdravniki.

2.5. IZHODIŠČA ZA IZBOLJŠANJE ZAPORNIŠKIH RAZMER

2.5.1. Alternativne kazni

Nove, blage oblike kazni, ki pod določenimi pogoji zamenjujejo ali dopolnjujejo zaporno kazen (trdo obliko kazni), predstavljajo enega najpomembnejših elementov razvoja področja kazenskih sankcij v zadnjih dveh desetletjih. Poznamo jih tudi pod imeni alternativne kazni ali skupnostne sankcije. Kot odziv na nezadržno rast zaporniške populacije, so se začele razvijati v ZDA in Veliki Britaniji, največ se jih je razvilo v 80-ih letih prejšnjega stoletja. (Junger – Tas, 1994: 44)

Alternativna sankcija naj bo kazen, s katero se, ob superviziji in nadzoru v skupnosti, zadovolji potrebi po retribuciji (povračilu škode) in določeni stopnji diskvalifikacije posameznika. Rehabilitacija ni več osrednji namen kazni, včasih je celo povsem irelevantna. Z alternativnimi sankcijami naj bi se hkrati zadostilo tudi nekaterim sistemskim ciljem: zmanjšanje zaporniške populacije, stroškov upravljanja zaporov in povratništva. Te kazni lahko deloma ali v celoti nadomestijo zaporno kazen. V praksi sta, za nadomestitev kazni zapora, krajše od šestih mesecev, v veljavi plačevanje *dnevne globe* (povrnitev škode) in prostovoljno delo v *skupnostnih službah* (kompenzacija škode). Alternative, s katerimi se nadomešča kazen zapora za težje prestopke oziroma storilce kaznivih dejanj, pa so razni *dnevni centri*, *elektronsko spremljanje*, *intenzivni programi supervizije in kampi*. (Junger – Tas 1994: 51-53)

Po preučitvi praks alternativnih kazni v ZDA, Veliki Britaniji in nekaterih drugih zahodnoevropskih državah Junger – Tas (1994: 62-63) pravi, da so alternative sicer cenejše od zaporov, vendar njihova stroškovna učinkovitost še ni tolikšna, kot je bilo pričakovati. Prav tako z njimi ni eliminiran element povratništva – njegova stopnja je

pomembno odvisna od ciljne skupine, ki ji je določena alternativna kazen namenjena. Ponudbo kazenskih sankcij, ki so v mnogih državah še vedno omejene le na zaporno kazen, plačilo in pogojno kazen, bi po mnenju avtorice kazalo dopolniti in popestriti z novimi opcijami kazni. Ne le, da bi se s tem kazni bolj prilegale posameznim kaznivim dejanjem in prestopnikom, pač pa bi tudi lažje kot enovita zaporna kazen dosegale raznolike cilje kazni. Medtem ko je možno z alternativnimi opcijami kazni doseči tako cilj povračila kot zastraševalni učinek, te istočasno odpirajo tudi več možnosti za rehabilitacijo.

Najbližje institutu alternativne kazni je v našem kazensko pravnem sistemu možnost nadomestne kazni, ki jo opredeljuje 13. člen Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS 110/2006-UPB1 z dne 26.10.2006): »(1) Izvrševanje dela v korist humanitarnih organizacij ali lokalne skupnosti, s katerim sodišče nadomesti kazen zapora do treh mesecev, pripravi, vodi in nadzoruje uprava v sodelovanju s centrom za socialno delo (v nadaljnjem besedilu: pristojni center), pristojnim po predpisih o socialnem varstvu. (2) Pristojni center obvesti sodišče, če obsojeni ne izpolnjuje nalog, ki izvirajo iz opravljanja dela v korist humanitarnih organizacij ali lokalne skupnosti.«

Med alternativne kazni lahko štejemo tudi prestajanje zaporne kazni ob vikendih. Iz letnega poročila za leto 2004 Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij pri Ministrstvu za pravosodje (2005: 38) je na primer razvidno, da z izvrševanjem tovrstne kazni ni bilo težav (v letu 2004 so jo prestajali štirje obsojenci): »Vsi obsojenci so bili urejeni in so korektno sodelovali.« Nadomestna kazen v obliki dela v korist humanitarnih organizacij (v letu 2004 so jo prestajali trije obsojenci, in sicer v Ljubljani, Mariboru in Novem mestu) pa pri nas še ni povsem zaživela, saj se, po navedbah pristojnih, ministrstvu za pravosodje ter delo, družino in socialne zadeve še nista uspeli uskladiti o njenih konkretnih nalogah in strategijah izvajanja.

2.5.2. Pragmatičen odziv na vzorce tveganih vedenj: zmanjševanje škode

Grund in Coffin (1997: 17) pravita, da je načelo zmanjševanja škode tako pragmatično in uporabno, da bi lahko postalo eden temeljnih modelov organizacije v naši družbi. Gre za organizacijsko držo ob soočanju z različnimi tveganji v življenju ali rečeno konkretnije: obravnavan pristop je moč uporabiti za zmanjševanje tveganj, ki spremljajo

različna potrebna in želeno vedenja ter tistih nevarnosti, ki se povezujejo z uporabo različnih proizvodov.

Kot primer avtorja navajata motoriziran prevoz, na področju katerega je skozi desetletja obstoja avtomobilov prišlo do velikih sprememb. Zaradi priznavanja uporabnosti in prednosti prometa smo sprejeli z njim povezane nevarnosti, s katerimi se spoprijemamo s pozorno izdelano in nenehno razvijajočo politiko zmanjševanja škode. Praktični elementi dobro sprejete politike, namenjene zmanjševanju škodljivih posledic motoriziranega prevoza so rdeče signalne luči, vozniška dovoljenja, prometni predpisi, varnostni pasovi, ABS zavorni sistem, zračne blazine, ipd. Podobno se tveganja, povezana z uporabo elektrike, zmanjšujejo z varovalkami, ustrezno električno napeljavo, varnostnimi in proizvodnimi standardi, itd. Tudi nekateri športi so povezani z visokim odstotkom poškodb in celo s smrtjo. Zaradi tega niso prepovedani, pač pa so urejeni z združenji, obveznimi pripravami, licencami/ dovoljenji ter varnostnimi standardi za opremo in vodenje.

S tehnologijo, informacijami ter formalnimi in neformalnimi regulacijskimi mehanizmi si prizadevamo zmanjšati neželene posledice, povezane s temi cenjenimi, toda potencialno nevarnimi proizvodi in vedenji. Navedeni primeri kažejo, da smo zmožni sprejemati/ dopuščati in uravnavati tvegana vedenja tudi zunaj kazenske obravnave in hkrati pripravljeno sprejeti neizogibne žrtve tveganih dejavnosti.

Zmanjševanje škode (*harm reduction*) je vse, kar zmanjšuje tveganje poškodb v primeru, kadar se posameznik ni zmožen vzdržati tveganega vedenja. Od utečenih modelov se razlikuje v tem, da ne priganja posameznikov k odstranitvi njihovega osnovnega mehanizma shajanja, vse dokler ne osvojijo novega. Na ta način ustvarja lažji, bolj dosegljiv dostop do zelenih vedenjskih sprememb.

2.5.2.1. Zmanjševanje škode na področju drog

»V kontekstu javnega zdravstva je koncept *zmanjševanja škode* namenjen preprečevanju ali zmanjševanju negativnih zdravstvenih posledic, povezanih z določenimi oblikami vedenja. V povezavi z injiciranjem drog pa pomeni *zmanjševanje škode* skupek intervencij, usmerjenih k preprečevanju prenosa HIV-a in drugih infekcij,

ki se pojavijo ob souporabi nesterilnega pribora in drugih pripomočkov za injiciranje drog.« (WHO, Harm Reduction Approaches to Injecting Drug Use, 27.12.2006)

Paradigma zmanjševanja škode na področju drog se v svojem bistvu nanaša na politike (konceptualne pristope) in praktične programe z namenom zmanjšanja škode, ki nastaja v povezavi z jemanjem (nedovoljenih) drog. Loči različne vrste (socialna, zdravstvena in ekonomska) in različne nivoje škode (individualna, skupnostna in družbena), ob čemer ponuja praktične rešitve v načrtovanju konkretnih intervencij kakor tudi v načrtovanju politik in širših družbenih ukrepov. (Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma 2005a)

Škodljive posledice drog na nivoju posameznika so na primer: 1) posledice doziranja in mešanja drog (npr. predoziranje ali uživanje nevarnih kombinacij drog), 2) neposredne duševne poškodbe (npr. kot posledica zaužitja ali pa kronične posledice dolgotrajnega uživanja), 3) poškodbe, ki izhajajo iz primesi, ki so dodane drogam, 4) poškodbe, ki so posledica načina uživanja (npr. poškodbe pri injiciranju, infekcije na mestih injiciranja, zastrupitev krvi), 5) poškodbe povzročene s prenosom nalezljivih bolezni (okužba s HIV ali hepatitis pri souporabi pribora za injiciranje), 6) življenjske okoliščine (problemi s stanovanjem, neustrezna prehrana), 7) življenjski stil (nasilje, nesreče, kriminal ipd.). (WHO 1998 v Flaker 2004)

Začetki pristopa zmanjševanja škode k pojavu rabe drog (Nadelmann in drugi 1997: 164-168) so znani že iz konca devetnajstega in začetka dvajsetega stoletja, ko so postale dostopne nove različice številnih drog z močnejšim učinkom (vključno s heroinom in kokainom). Poskusi nadzora nad drogo so se takrat usmerili bolj v zagotavljanje kakovosti, čistosti in varnih količinskih odmerkov kot pa v prepovedovanje uporabe drog. Nove droge so nadzorovali, ne pa prepovedali. Obravnava odvisnosti od drog (ko je naposled postala znana) je sprva pogosto vključevala zagotavljanje varnejših različic problematičnih drog zasvojenim pacientom s strani njihovih zdravnikov.

V Veliki Britaniji je vpliven *Rolleston Report* leta 1926 uzakonil prakso, ki je dovoljevala uporabnikom opija, da drogo dobijo pri svojih zdravnikih. Njeni zagovorniki so jo opravičevali z dejstvom, da bi večina odvisnikov uporabljala drogo ne glede na njihovo prepovedanost, ter da je zaradi zdravja, življenjskega sloga in z uporabo nelegalnih drog povezane kriminalne dejavnosti boljše, če odvisniki dobijo čisto drogo po zakoniti poti.

Tudi v ZDA so bili programi morfinskega vzdrževanja na začetku tega stoletja usmerjeni v zmanjševanje škode, prav tako tudi poskusi prepričevanja uporabnikov drog, naj izbirajo varnejše droge. Konec devetnajstega in v začetku dvajsetega stoletja so nekateri zdravniki v ZDA svetovali pacientom alkoholikom, za katere abstinenca ni veljala kot realna možnost, naj z alkohola preidejo na opiate.

Začetke nastanka sodobnega pojma zmanjševanja škode lahko iščemo v poznih sedemdesetih in zgodnjih osemdesetih letih prejšnjega stoletja, z razvojem in oblikovanjem nizozemske politike do drog. Zaslugo, da je ta koncept postal uradna usmeritev politike drog v Veliki Britaniji, Avstraliji, Švici in drugje ima spoznanje, do katerega je svet prišel sredi osemdesetih let, da injiciranje drog s skupno uporabo igle širi HIV. Postalo je jasno, da HIV za javno in posameznikovo zdravje predstavlja večjo nevarnost kot zloraba drog ter da je prizadevanje za preprečevanje aidsa treba vključiti v delovanje proti drogam.

Prve poskuse sistematičnejšega uvajanja modela zmanjševanja škode na področju drog v slovenskem prostoru zasledimo v začetku devetdesetih let, z nastankom Društva Stigma ter raziskovalnim projektom Droge in nasilje, katerega izsledki so predstavljali podlago za razvoj oblik pomoči, ki so presegale okvir konvencionalnih/ institucionalnih načinov obravnavanja uživalcev drog. Deset let po prvih tovrstnih programih v svetu in kot prvi v državah v tranziciji je bil leta 1991 vzpostavljen prvi program zamenjave igel v Sloveniji. (Dekleva in Nolimal 1997)

Leta 1995 je bila s sklepom tedanjega Ministrstva za zdravstvo vzpostavljena mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (mreža metadonskih centrov). V slovenskih strokovnih krogih se je razprava v zvezi z novim pristopom k problematiki drog intenzivirala z izdajo zbornika »Politika droge: zmanjševanje škode« s prispevki o zmanjševanju škode na področju drog (Dekleva, Grund in Nolimal 1997, Mreža drog/ tematska številka, V/ 1997, 2-4), z dvema posvetoma na to temo za socialne delavce (1998 in 1999), 1. Slovensko konferenco o odvisnosti (1999), 13. mednarodno konferenco o zmanjševanju škode (2002) in ter raziskovalnimi projekti Ekstazi in plesne droge (1998), Uporaba amfetamina,

metamfetamina in drugih sintetičnih drog v Sloveniji (2002) ter Podobe uživanja heroina z vidika zmanjševanja škode (1999/2000)⁴. (Fojan 2005: 179-180)

Določbe o programih zmanjševanja škode vsebuje tudi slovenska področna zakonodaja. Tako Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS 98/1999 z dne 3.12.1999) v 13. členu določa, da so »programi, namenjeni zmanjševanju škode, (so) programi razdeljevanja injekcijskih igel, svetovanja o zmanjševanju škode zaradi uporabe prepovedanih drog in drugi programi, namenjeni zmanjševanju škode.« Poleg tega je v zadnjem odstavku istega člena opredeljeno tudi terensko delo, in sicer: »Programi, ki se izvajajo na terenu, so programi razdeljevanja informacijskih gradiv, razdeljevanja medicinskega materiala in drugi programi, ki se izvajajo na terenu.«

Razumeti je, da je zakonodajalec s splošnima določbama »...in drugi programi, namenjeni zmanjševanju škode« oziroma »...in drugi programi, ki se izvajajo na terenu« predvidel nadaljnji razvoj področja zmanjševanja škode in uvedbo novih oblik intervencij (programov), če bi se te v praksi izkazale za uspešne.

Temeljni strokovno-politični dokument, ki opredeljuje mesto zmanjševanja škode v polju pomoči uživalcem drog v Sloveniji pa je nacionalni program za področje drog. Zmanjševanje škode je bilo omenjeno že v prvi nacionalni strategiji, pomembno mesto pa ima predvsem v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (Uradni list RS 28/2004 z dne 25.3.2004), ki izhaja iz 1) načela varovanja človekovih pravic, 2) načela celovitega in sočasnega reševanja problematike drog, 3) načela globalnosti pojava drog in posledično globalnega sodelovanja, 4) načela decentralizacije, 5) načela zagotavljanja varnosti prebivalcev Republike Slovenije, 6) načela prilagojenosti različnim skupinam prebivalstva, 7) načela zagotavljanja možnosti za odgovorno sprejemanje odločitev o neuporabi drog, še posebej med otroki in mladostniki, 8) načela uravnoveženosti pristopov in 9) načela ustavnosti in zakonitosti.

V nasprotju s klasičnimi pristopi k obravnavi uživalcev drog, ki temeljijo na zahtevi po abstinenanju in ozdravitvi, v okviru politike pa na prepovedi in preganjanju, izhaja koncept zmanjševanja škode na eni strani iz pragmatičnega spoznanja, da so droge

⁴ Leta 2005 sta bili izvedeni še dve raziskavi, od tega ena na področju uporabe stimulantov amfetaminskega tipa (SAT) in značilnosti obiskovanja prireditev elektronske glasbe (»Kvantitativna in kvalitativna analiza spreminjanja uporabe sintetičnih drog med mladimi«, Sande), druga pa na področju uporabe kokaina (»Na kokainu«, Fojan, Grebenc, Kvaternik). Več: *Na spidu 2, stanje na področju sintetičnih drog in kokaina v Sloveniji*, Sande (ur.), 2006.

pojav, ki obstaja v vseh civilizacijah in ureditvah in ga ni mogoče povsem odpraviti (celo nasprotno kljub ogromnim sredstvom, ki so jih v zadnjih desetletjih v ta namen uporabili, število uživancev raste), na drugi strani pa iz etične predpostavke, da je uživanje drog stvar osebne odločitve in pravice človeka do lastnega telesa. (Flaker 2004)

Zmanjševanje škode vnaša v koncept zdravstvenih in socialnih intervencij novo širino, predvsem kar se tiče spoštovanja temeljnih človekovih pravic in svobodnega odločanja o lastnem telesu. Uživance drog se obravnava iz vidika stroke javnega zdravstva in ne kazensko pravnega vidika, kar pomeni, da je bolj kot njihovo zapiranje zaradi uživanja drog pomembnejše njihovo zdravje. V nasprotju s pristopi nične tolerance (vsakršna uporaba drog je znak patologije posameznika, edino sprejemljiva je abstinenca) zmanjševanje škode loči med mehкими in trdimi drogami. (Westermeyer, 1994)

Gre za pristop, ki poudarja pragmatizem (merilo resnice je njena praktična vrednost) in upošteva vse vidike. »Politika zmanjševanja škode v bistvu zahteva stališča in odgovore v smislu pragmatizma in ne purizma - možnost, da je morda včasih bolje pričakovati verjetno srebro kot pa možno zlato.« (Strang v Westermeyer 1994)

S programi zmanjševanja škode se večja možnost socialne kompetence uživancev drog in zmanjšuje nevarnost izključevanja, ki v izhodišču tradicionalnega »boja proti drogi« nastane na podlagi vsiljene in zožene izbire. Popolna opustitev drog, sicer najbolj učinkovit vidik zmanjšanja škode, predstavlja le eno od možnih izbir posameznika, zaradi česar ta ne more biti zahtevan predpogoj za vključitev v tovrstne programe. S tem je v družbi dosežen večji nadzor nad dogajanjem, ki ga v primeru skrite populacije, kot posledice izključevanja, ni. (Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma 2005a)

Cilj zmanjševanja škode je tako izboljšanje družbene integracije vseh uživancev drog. Pri tem so spremembe v vedenju odvisnika razumljene kot posamezni koraki v dolgotrajnem procesu, v katerem zadnji korak predstavlja popolna abstinenca (opustitev drog). Zmanjševanje škode destruktivno uporabo loči od rekreativne in kontrolirane uporabe. Prednost daje krepitvi stikov, ki jih imajo problematični uživalci drog s socialnimi in zdravstvenimi službami, službami za obravnavo ter drugimi skupnostnimi službami. Nizkopražna obravnava ima do svojih uporabnikov minimalne zahteve, določena raven nadaljevanja uživanja drog je sprejemljiva, cilj obravnave pa je predvsem zmanjšati količino uporabljenih drog ter preiti na varnejše oblike uživanja.

Intervencijski ukrepi zmanjševanja škode se izvajajo v okviru dobro uveljavljenega in prepoznanega skupnostnega pristopa, na terenu oziroma v okolju, kjer se nahajajo uživalci. To bodisi pomeni, da so prostori, v katerih se izvajajo programi pomoči, prostorsko in časovno dostopni uporabnikom, bodisi, da izvajalci programov odidejo na teren in se z uživalci srečajo na lokacijah, kjer se ti zadržujejo (*outreach work*). Pristopi (programi), ki dokazano prispevajo k zmanjševanju škodljivih posledic individualnih tveganih vzorcev vedenja, povezanih z injiciranjem drog so: (1) zaupno testiranje s svetovanjem pred in po testiranju, (2) javne informativne kampanje (npr. z distribucijo kondomov) (3) individualno informiranje in svetovanje, (4) skupinska edukativna srečanja na temo varnejše uporabe drog in varnejše spolnosti, (5) vrstniško izobraževanje, (6) cepljenje proti virusom, za katera obstaja cepivo (kot na primer cepljenje proti hepatitisu B), (7) svetovanje glede uporabe metod dezinfekcije pribora za injiciranje drog. Nesporno osrednjo vlogo med programi zmanjševanja škode imajo (8) programi zamenjave igel (*needle exchange programmes - NSP*) in (9) substitucijski programi (*drug substitution treatment*). Programi zamenjave igel uživalcem omogočajo (anonimen in brezplačen) dostop do sterilnega pribora (igla, brizga) in ostalih pripomočkov za injiciranje (filter, sterilna voda, *cooker* ali pripomoček za pripravo raztopine, kontejner za uporabljene igle in brizge), služijo pa lahko tudi kot informativne točke za informiranje in nadaljnje stike z uživalci drog⁵. Substitucijski programi (*drug substitution treatment*) pomenijo zdravniško vodeno predpisovanje sintetičnih opiatov (najbolj znan je metadon), katerih prvi namen je vzpostavitev abstinence od nedovoljenih drog. Čeprav mnogim popolne abstinence ne uspe doseči, ti programi nedvomno prispevajo k izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnikov drog in zmanjšanju nevarnih praks injiciranja. (WHO in Council of Europe 2001: 21, WHO, Harm Reduction Approaches to Injecting Drug Use, 27. 12. 2006) Radikalnejše različice programov zmanjševanja škode so še varne sobe za injiciranje in predpisovanje heroína na recept.

⁵ Kjer programov zamenjave igel ni mogoče vzpostaviti, lahko delujejo 'programi za dezinfekcijo'. Ker pa so metode čiščenja oziroma dezinfekcije, ki zagotavljajo popolno varnost, precej zamudne in dolgotrajne, jih v praksi le redko kdo izvaja v popolnosti. Tako je učinkovitost teh metod precej vprašljiva in nedvomno manj zanesljiva kot zamenjava uporabljenega pribora s sterilnim.

2.5.2.2. Zmanjševanje škode zaradi drog v zaporih

Zapor, prevladujoč način formalnega družbenega nadzora nad storilci kaznivih dejanj, je danes visoko rizična ustanova: sooča se s prenatrpanostjo, visoko koncentracijo raznovrstnih virusnih in duševnih obolenj ter tveganji za njihov nastanek oziroma prenos, tako med zaporniki kot osebjem.

Poleg odvzema prostosti pa zaprtih oseb ne bi smeli prikrajšati tudi za ostale človekove pravice, kot je dostop do zdravstvene oskrbe, primerljive s tisto, ki obstaja v skupnosti, ali jih izpostaviti večjim tveganjem za poškodbe zdravja, kot bi jim bili izpostavljeni zunaj zapora (WHO in Council of Europe 2001: 4-5). Zaporni kazni, izrečeni na sodišču, ki v temelju »vključuje (op.: le) izgubo pravice do svobode« (Jürgens, 2000: 20), ne bi smele biti dodane vzporedne kazni v obliki izsiljevanj, pritiskov, nasilja, onemogočanja zaščite zdravja.

Dejanska rešitev vprašanja zagotavljanja bivalnega okolja z ustreznimi mehanizmi za preprečevanje in nadzor nad tveganji, ki lahko škodljivo vplivajo na različne vidike posameznikovega zdravja v času bivanja v zaporu, je en najtežavnejših in obsežnejših projektov trenutnih zaporniških sistemov.

Problemi glede uživanja drog in njenih posledic se v zaporih rešujejo predvsem z uvajanjem ukrepov za zmanjševanje oskrbe in povpraševanja po drogah, kar predvideva poostren nadzor in kontrolo ter dostop do *drug-free* oddelkov in obravnav odvisnosti (Jacob in Stöver 2000b: 326). Z nastopom epidemije aidsa in visokimi odstotki uživalcev drog v zaporih pa se kazenskim sistemom odpirajo nove dimenzije in odgovornosti (Inciardi 1996: 421). Zaradi visoke stopnje raznolikosti in stalne menjave zaporniške populacije, so dolgoročne in točno na določeno skupino oseb osredotočene preventivne strategije neuspešne. Nasproti temu lahko ukrepi zmanjševanja škode (predvsem oskrba s sterilnim priborom za injiciranje), ki dokazano prispevajo k zmanjšanju infekcij s HIV-om v skupini injicirajočih uživalcev drog v skupnosti, pomembno prispevajo k izboljšanju zdravstvenega stanja zaprtih oseb (Nelles in drugi 2000: 28).

2.5.2.2.1. Priporočila mednarodnih organizacij o ukrepih pomoči uživalcem drog v zaporih

Eno temeljnih priporočil za uvedbo ustreznih preventivnih ukrepov za reševanje aktualnih problematičnih razmer v zaporih je priporočilo Sveta Evrope (Council of Europe 1999: 8), ki govori o zagotavljanju ekvivalence skrbi. Politika zdravstvene oskrbe v zaporu naj bi bila sestavni del in usklajena z nacionalno zdravstveno politiko. Primerljivo javni zdravstveni službi bi morala biti tudi zaporniška zdravstvena služba usposobljena nuditi medicinsko, psihiatrično in zobozdravstveno obravnavo ter izvajati programe higiene in preventivne medicinske programe.

Podobna so tudi priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 1993), da imajo »vsi zaporniki pravico do zdravstvenega varstva (vključno s preventivnimi ukrepi), primerljivega javnemu zdravstvu, brez diskriminacij« in da morajo splošna načela nacionalnih programov o aidsu »enakovredno veljati tako v zaporih kot v skupnosti«.

Z vidika omejevanja širjenja virusnih infekcij v zaporih so pomembna predvsem priporočila za uvedbo ukrepov zmanjševanja škode, povezane z uživanjem nedovoljenih drog, ki v skupnosti sicer (dokaj) dobro delujejo. Priporočilo Sveta Evrope številka R (89) 14, z dne 24. oktober 1989 pravi, da moramo, ko vse drugo odpove »intravenoznim uživalcem drog omogočiti dostop do sterilnih igel in brizg« (Council of Europe 1989). Prav tako priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 1993): »V državah, kjer je uživalcem drog v skupnosti na voljo razkužilo ali drugo učinkovito sredstvo in specifična navodila za čiščenje pribora, mora biti to na voljo tudi v zaporih oziroma tudi tam, kjer se pojavlja tetoviranje in prebadanje kože. V državah, kjer so uživalcem drog na voljo čiste igle in brizge v skupnosti, bi jim bilo potrebno zagotoviti pribor tudi med prestajanjem kazni zapora in na izhodih, če to želijo.«

Tudi ugledna strokovna združenja in posamezniki so in še pozivajo k uvedbi programov zamenjave igel v zapore. Združenje Canadian HIV/ AIDS Legal Network z Ralfom Jürgensom na čelu je na primer v poročilu *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*, izdanem leta 2004 pozvalo vse nivoje kanadskih oblasti, da z namenom zaščite zapornikov, zaporniškega osebja in javnosti pred nadaljnjim širjenjem s krvjo prenosljivih virusov, v

roku 18 mesecev vzpostavijo pilotske programe zamenjave igel v vseh kanadskih zaporih (Canadian HIV/ AIDS Legal Network 2004).

Od Splošnih načel za delo z zaprtimi uživalci drog, ki so jih leta 2001 sprejeli predstavniki Svetovne zdravstvene organizacije in Sveta Evrope, so glede uvajanja programov zamenjave igel in drugih ukrepov zmanjševanja škode, povezane z uživanjem drog v zapore pomembna predvsem sledeča:

- *Zloraba drog v zaporih odraža pojav zlorabe drog v širši skupnosti.* Tako v zaporih kot v skupnosti narašča uživanje različnih vrst drog (*poly-drug use*), kar vključuje kanabis, zdravila oziroma medicinske droge, ki se jih ne uporablja z namenom zdravljenja in pod zdravniškim nadzorom, alkohol, idr. Iz tega sledi, da naj bi programi, ki se jih izvaja v zaporih, dopolnjevali tiste, ki so na razpolago zunaj zaporov.
- *Ljudje se gibajo med zapori in skupnostjo*, kar pomeni, da bolezni, ki se razširjajo znotraj zaporov, pogosto izvirajo iz skupnosti in se bodo kasneje, po odpustitvi iz zapora, v njej tudi nadalje širile. Učinkovitost javnega zdravstva v skupnosti je tako odvisna od ustreznosti ukrepov zdravstvenih služb v zaporih.
- *Zaporna kazen se nanaša le na odvzem svobode.* Zapori poleg odvzema prostosti zaprtih oseb ne bi smeli prikrajšati tudi za ostale človekove pravice, kot je dostop do zdravstvene oskrbe, primerljive s tisto, ki obstaja v skupnosti, ali jih izpostaviti večjim tveganjem za poškodbe zdravja, kot bi jim bili izpostavljeni zunaj zapora.
- *Za zmanjšanje pojava poškodb zdravja, povezanih z zlorabo drog je nujna uvedba primernih ukrepov zmanjševanja škode.* Primeri poškodb zdravja, povezanih z zlorabo drog so okužbe s prenosljivimi virusi, kot so HIV in hepatitisi, pa tudi nasilje, izsiljevanja in spolne zlorabe, ki so lahko povezani z ilegalnimi načini trgovanja z drogami v zaporih. Med ukrepi zmanjševanja škode in ostalimi dejavnostmi, s katerimi je zagotovljeno nemoteno upravljanje zaporov, lahko prihaja do napetosti, ki pa jih je moč reševati na različne načine, odvisno od konteksta, v katerem deluje zapor. (WHO in Council of Europe 2001: 4-5)

V nadaljevanju istega dokumenta je, pod naslovom *Specifične potrebe posameznih skupin zaprtih oseb* (*Ibid.* 2001: 20-22), ideja uvedbe ustreznih ukrepov zmanjševanja škode v zapore predstavljena in utemeljena na sledečih dejstvih:

- širjenje prenosljivih virusov (kot so HIV in hepatitis) ima upoštevanja vreden vpliv tako na širšo skupnost kot tudi na zaprte posameznike;
- nasilje, izsiljevanja in spolne zlorabe povezane z ilegalnim trgom drog v zaporih, vplivajo na zdravje posameznikov (predvsem v smislu tveganja prenosa spolno prenosljivih virusov in infekcijskih obolenj);
- tveganje predoziranja;
- tveganje zaužitja kontaminirane droge;
- tveganje stranskih učinkov substanc.

Podpisniki dokumenta se zavedajo napetosti, do katerih lahko prihaja med ukrepi zmanjševanja škode in ostalimi dejavnostmi, s katerimi je zagotovljeno nemoteno upravljanje zaporov. Verjamejo pa, da jih je moč uspešno reševati, predvsem ob upoštevanju (1) razpoložljivih virov (resursov), (2) tipičnih karakteristik skupine vpletenih zaprtih oseb, (3) velikosti ustanove in nivoja varnosti v njej ter (4) zakonodajnega, kulturnega in ekonomskega konteksta, v katerem se nahaja zapor.

Ustrezno ravnovesje bo bolj verjetno doseženo tam, kjer so tisti, ki sprejemajo ključne odločitve (*decision-makers*) in javnost dobro obveščeni tako glede zdravstvene in socialne oskrbe v zaporih in stališč kazenskega sistema do pojava uporabe kot tudi glede razvoja področja zmanjševanja škode, povezane z uživanjem drog, katerega politiko in prakso bi bilo potrebno redno revidirati. (WHO in Council of Europe 2001: 5, 22)

En od tovrstnih dokumentov novejšega datuma, ki so ga družno oblikovali UNODC⁶, Svetovna zdravstvena organizacija in Program Združenih Narodov na področju HIV/ aidsa (UNAIDS), s splošnimi načeli in sto jasno definiranimi akcijami predstavlja jasne smernice zaporskim sistemom za razvoj in vzpostavitev učinkovitih odgovorov za preprečevanje in obravnavo HIV/ aidsa v zaporih. Dokument sicer ponuja mnoga znana dejstva, načela in smernice, ker pa ti resnici na ljubo v praksi (še) niso doživeli pravega razcveta, avtorji v splošnih načelih, iz katerih izhaja celoten dokument, še posebej poudarjeno naslavlajo pristojne, da so zakonodajo s področja izvrševanja kazni zapora in programe za zapornike dolžni razvijati in izvajati konsistentno z mednarodno sprejetimi instrumenti o človekovih pravicah in priporočili za krepitev javnega zdravja. (UNODC in drugi 2006: 1/XIII-X)

⁶ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) je vodilno svetovno združenje na področju boja proti nedovoljenim drogam, mednarodnemu kriminalu in terorizmu. (vir: <http://www.unodc.org/>)

2.5.2.2.2. Programi zmanjševanja škode zaradi drog v sistemu izvrševanja kazni zapora v Sloveniji

Strokovno delo v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora »temelji na socio-terapevtski usmeritvi, to je skupinskih in individualnih oblikah dela, elementih terapevtske skupnosti in usmerjenosti v sodelovanje z zunanjim okoljem v najširšem smislu. Izvajajo ga delavci različnih strok, in sicer socialni pedagogi, pedagogi, socialni delavci, psihologi, sociologi in zdravstveni delavci. Strokovna obravnava poteka po individualnih, skupinskih in skupnostnih programih, njen cilj pa je usposabljanje zaprtih oseb za življenje po odpustu in reintegracijo v družbo« (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2006: 36).

V povprečju je v Slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora hkrati zaprtih dobrih 1100 oseb, v obdobju od leta 2002 do leta 2005 je bilo v povprečju hkrati na prestajanju kazni zapora 1134 oseb (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2006: 15). Skupno je bilo v istem časovnem obdobju obravnavanih v povprečju 4.723,75 oseb letno. Zaradi sprememb zakonodaje o prekrških in posledično manjšega števila upravno kaznovanih oseb to število iz leta v leto upada od 5.615 obravnavanih v letu 2002 na 3.668 obravnavanih v letu 2005 (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2003: 8, 2006: 13-14). Po podatkih Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij (2006: 56) je imelo v obdobju od 2002 do 2005 težave zaradi uživanja nedovoljenih drog v povprečju skoraj 20% zaprtih oseb: leta 2002 13,47 %, leta 2005 pa že 28,03 %.

Uporabniki in odvisni od nedovoljenih drog so v slovenskem sistemu izvrševanja kazni zapora obravnavani v skladu s posebno strategijo. Ta »obsega nizko in visokopražne programe« (Uršič – Perhac 2003) oziroma »medicinski del pomoči, programe izobraževanja in motivacije ter nadgradnjo z visokopražnimi programi« (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2006: 55).

Pravilnik o izvrševanju kazni zapora (Uradni list RS 102/2000, dopolnitve - 127/2006) v prvem in drugem odstavku 53. člena določa, da je »obsojencem, odvisnim od prepovedanih drog treba zagotoviti možnost vključitve v program obravnave odvisnosti, ki omogoča obiskovanje programov edukacije in motivacije, ter nadaljnjo rehabilitacijo v oddelkih brez drog. Obsojencem, ki niso odvisni od drog in ne želijo priti v stik z drogo, je treba zagotoviti bivanje v oddelkih brez drog.«

Eden ključnih pojmov pri obravnavi odvisnosti od nedovoljenih drog v slovenskem sistemu izvrševanja kazni zapora je *drug free* oddelek. Veljavni sistem obravnave najbolje sprejema posameznike, ki so pripravljeni na vzpostavitev abstinence in intenzivno delo v psiho-socialni terapevtski obravnavi. Glavni namen obravnave uživalcev nedovoljenih drog je čutiti iz zaznamka v letnem poročilu 2005: »Obravnavo odvisnih od drog so spremljale tudi težave, in sicer nizka motiviranost zaprtih oseb za spreminjanje življenjskega stila, zanikanje recidiva in odgovornosti zanj, manipuliranje ipd.« (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2006: 57).

Zakon pravi, da so programi zmanjševanja škode v slovenskem sistemu izvrševanja kazni zapora namenjeni tistim, »ki ne zmorejo vključitve v obravnavo« (3. odstavek 56. člena Pravilnika o izvrševanju kazni zapora, Uradni list RS 102/2000, dopolnitve - 127/2006). Trenutno najbolj vidna in izrazita oblika ukrepov zmanjševanja škode v slovenskih zaporih je metadonska terapija⁷, ki spada v medicinski del obravnave odvisnih od nedovoljenih drog.

Temeljna strokovna izhodišča za izvajanje metadonskega programa v slovenskih zaporih so bila oblikovana na medresorskem posvetu v Gozd Martuljku, novembra 1994. Z vzpostavitvijo mreže Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog leta 1995 se je program začel izvajati tudi v zavodih, saj je v pripor ali na prestajanje kazni zapora prihajalo vse več oseb, ki jim je bil metadon predpisan že na prostosti. V zavodih za prestajanje kazni zapora se metadonski program izvaja skupaj s psihosocialnimi programi, pri čemer je poudarek na motiviranju posameznikov, da se ob doseženi abstinenci razvijajo v smeri lastnih sprememb, življenjskega stila in sprejemanja odgovornosti za svoja ravnanja. Pravila oziroma strokovna izhodišča za izvajanje metadonske terapije v zavodih za prestajanje kazni zapora določajo, da se 1) pri posameznikih, ki so bili pred nastopom kazni vključeni v vzdrževalni metadonski program, jemanje metadona nadaljuje tudi v priporu ali na prestajanju kazni zapora, kadar

⁷ Metadon je zelo učinkovito opiatno sredstvo za zdravljenje hudih bolečin, v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja pa so ga začeli uporabljati tudi za zdravljenje odvisnosti od opiatnih snovi, predvsem od heroina. Poudariti je potrebno, da je zdravljenje z metadonom lahko uspešno ob sočasnem izvajanju zelo intenzivne psihosocialne terapije, ki pa je v praksi žal pogosto manjka. V grobem lahko oblike zdravljenja z metadonom delimo na detoksikacijo in vzdrževanje oziroma na zniževalno in vzdrževalno terapijo. V prvem primeru si posameznik z metadonom pomaga k popolni opustitvi vseh drog (pod zdravniškim nadzorom odmerke metadona v enakomernih časovnih intervalih znižuje do prenehanja), v drugem pa si lahko ob kontinuirani, vzdrževalni metadonski terapiji, ob sočasni podpori pri urejanju življenja stabilizira in normalizira vsakdanje življenje (družina, šolanje, zaposlitev,...). (Krek 2006)

pripor ali kazen ne trajata dlje kot en mesec (upoštevajo se tudi individualne posebnosti); 2) kadar sta pripor ali kazen daljša od enega meseca, se odmerek metadona postopno znižuje in ukine praviloma v enem mesecu, izjemoma v času dveh mesecev, upoštevajoč individualne posebnosti; 3) vzdrževalni metadonski program se ne uvaja na novo, če posameznik v tak program ni bil vključen že pred nastopom kazni. Izkazalo se je, da tudi obravnava v zaporih ne more potekati zgolj z zniževalno terapijo, vse več je namreč medicinsko utemeljenih vzdrževalnih in tudi na novo uvedenih metadonskih terapij. (Uršič – Perhac 2003)

Število zaprtih oseb, vključenih v metadonsko terapijo sicer iz leta v leto narašča: 172 vključenih leta 2000, 347 vključenih leta 2001, 222 vključenih leta 2002, 334 vključenih leta 2003, 380 vključenih leta 2004 in 382 vključenih leta 2005 (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2006: 51).

Zmanjševanje škode zaradi drog v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora poteka tudi preko sodelovanja zaporov z nevladnimi organizacijami. Najvidnejši in ustaljen tovrstni program izvajajo strokovni delavci Društva za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma iz Ljubljane. V letu 2005 so Zavod Ljubljana obiskovali dvakrat tedensko in opravili 57 obiskov, spremljali so 18 obsojencev in z njimi izvedli 102 individualna svetovalna razgovora. Svetovalnih srečanj v Zavodu Ig (dvakrat mesečno), so se redno udeleževale štiri obsojenke (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2006: 57).

Osnovni namen projekta, ki ga izvaja *Društvo Stigma v zaporih*, je dopolnitev obstoječe mreže zdravstveno preventivnih in socialno varstvenih programov v zaporih ter ukrepom zmanjševanja škode zaradi drog zagotoviti položaj enakovredne alternative ustaljenim tipom obravnave uživalcev drog v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora. (Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma 2005b)

Zaradi vsebinske naravnosti programa (zmanjševanje škode) oziroma vključevanja posameznikov, ki tudi v zaporu uporabljajo droge, je boljši odziv in učinke programa pričakovati, če ga izvaja zunanja organizacija. Uživanje drog v zaporu namreč pomeni prekršek, pri čemer je osebje zapora kršitelja dolžno kaznovati. V primeru, da bi program izvajalo osebje zapora, je verjetno, da bi se znašlo v kontradiktorni vlogi ali pa program enostavno ne bi zaživel, saj bi obsojenci iz strahu pred izgubo ugodnosti ali pa kaznijo skrivali tisto, kar je sicer eden osrednjih predmetov obravnave v programu (torej

uživanje drog). Zunanje organizacije zaporskemu sistemu niso zavezane, zato je njihov odnos z obsojenci glede uživanja drog lahko bolj zaupljiv in iskren.

Neposredna ciljna skupina programa Društva Stigma so (bivši) obsojenci/-ke, ki so (bili) na prestajanju kazni zapora zaradi kaznivih dejanj, povezanih z nedovoljenimi drogami oziroma so uživalci nedovoljenih drog.

Delo omenjene nevladne organizacije v zavodih za prestajanje kazni zapora poteka v obliki individualnega in skupinskega svetovanja ter edukacije. Srečanja z uporabniki niso strukturirana in vsebinsko določena, pogovori se odvijajo v skladu z vsakokratnimi potrebami uporabnikov. Pogovori z obsojenci, ki v zaporu uživajo droge, so v veliki meri usmerjeni v zmanjševanje škode. Z namenom preprečevanja prenosa različnih virusov, možnosti predoziranja ipd. je poudarek na povečevanju ravni zavedanja o tveganosti določenih vrst vedenja ter spodbujanju sprememb vzorcev vedenja, od bolj k manj tveganim oblikam (npr. prenehanje injiciranja, čiščenje pribora za injiciranje ali tetoviranje). Pri obsojencih, vključenih v zavodsko obravnavo oziroma tistih, ki izrazijo željo po popolnem prenehanju uživanja drog, je svetovanje večinoma usmerjeno v podporo za doseganje oziroma vzdrževanje abstinence ter v informiranje o različnih oblikah in programih za odvajanje od drog (npr. terapevtske skupnosti, komune, detoksikacija v Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog).

Pomemben del programa, ki ga Društvo Stigma izvaja v zaporih, so tudi spremljanja obsojencev na namenske izhode, na katerih obsojenec lahko osebno uredi zadeve, ki jih ni možno urediti brez obiska zunanjih organizacij. Največkrat gre za urejanje osebnih dokumentov (osebna izkaznica, potni list), državljanstva, šolanja, socialnega in zdravstvenega statusa (npr. obisk Centra za socialno delo, nadaljevanje metadonske terapije, zdravljenje hepatitisa C), urejanje nadaljnje obravnave po odpustu iz zapora (npr. srečanja s predstavniki visokopražnih programov in posrednikov za terapevtske skupnosti in komune v tujini)

V povezavi z navedenimi aktivnostmi je tudi v času, ko se z obsojencem ne dela neposredno, potrebno vzdrževati stike z različnimi institucijami (npr. Zavod za zdravstveno zavarovanje, šola, davčni urad) in bližnjimi obsojenca (npr. starši, partnerji, prijatelji). Uporabniki so v program vključeni tudi po prestani kazni. Del programa je namreč namenjen podpori po odpustu iz zapora in uspešni vključitvi v vsakdanje okolje (reintegracija).

Cilji programa Društva Stigma v zaporih so:

- Pomoč in motiviranje zaprtih oseb pri prepoznavanju težav, oceni možnih rešitev in pri sprejemanju osebnih odločitev v smeri reševanja težav;
- Informiranje zaprtih oseb o prenosljivih virusih, infekcijskih boleznih (hepatitisi, HIV/ aids, tuberkuloza) ter možnih načinih zaščite pred okužbami;
- Višanje ravni zavedanja o tveganosti določenih vedenj (injiciranje drog, nasilje, nezaščitena spolnost, tetoviranje) in spodbujanje k manj tveganim oblikam vedenja;
- Informiranje zaprtih oseb o različnih službah s področja zdravstva, socialnega varstva, zaposlovanja, izobraževanja ter spremljanje na njihove naslove;
- Zagovorništvo v zgoraj navedenih organizacijah in po potrebi v odnosih z zaposlenimi v zaporu;
- Spodbujanje medsebojne pomoči v skupini zaprtih oseb (*peer education*);
- Izvedba različnih izobraževanj (za zaprte osebe, zaposlene, prostovoljke in prostovoljce v programu);
- Sodelovanje z Upravo za izvrševanje kazenskih sankcij pri vzpostavitvi in oblikovanju možnosti za pripravo in izvedbo pilotskega projekta zamenjave igel v določenih zavodih za prestajanje kazni zapora (dolgoročni cilj).

Srečanja svetovalnih delavcev z obsojenci niso pogojena in temeljijo na prostovoljni odločitvi za sodelovanje. Uporabniki se v program lahko vključijo na dva načina: (1) z neposrednim kontaktiranjem svetovalnih delavcev Društva Stigma v okviru ostalih aktivnosti (npr. terensko delo, dnevni center) ali (2) s kontaktiranjem svetovalnih delavcev v zavodih za prestajanje kazni zapora.

2.5.2.2.3. Programi zamenjave igel v zaporih: primeri dobre prakse iz tujine

Programi zamenjave igel danes uspešno delujejo že v zelo različnih zaporskih okoljih. Izvajajo jih v preko 50 zaporih v Zahodni in Vzhodni Evropi ter Centralni Aziji. Vodilne po obsegu delujočih programov zamenjave igel v zaporih so Švica, Španija in Kirgizistan, kjer so tovrstni programi v popolnem razmahu, nameravajo pa jih uvesti prav

v vse zapore. Pilotske projekte zamenjave igel v zaporih so izvedli ali pa jih pripravljajo tudi v Ukrajini, Belorusiji, Armeniji, Iranu in na Škotskem. (Lines in drugi 2006: III)

Modeli programov zamenjave igel v zaporih so zelo raznoliki. Tako je na primer v *Centro Penitenciaro de Basauri*, moškem zaporu v Španiji, zamenjava igel možna le preko stika z določenim predstavnikom osebja, ker se s tem ustvarja možnosti za pogovor o drugih zadevah. V ženskem zaporu *Hindelbank*, v Švici in ženskem zaporu *Vechta*, v Nemčiji je z uporabo iglomatov, nameščenih v bivalnih predelih zapora, svetovanje glede drog ločeno od procesa zamenjave igel. V zaporu v Moldovi pa pribor za injiciranje razdeljujejo zaporniki - prostovoljci, ki so vključeni v projekt vrstniške podpore. (WHO in Council of Europe 2001: 21)

Moški **zapor Oberschöngrün v Švici** (povzeto po Nelles in drugi 2000: 30) je manjši zapor, s približno 75 moških zapornikov, po rodu večina švicarske narodnosti. Dolžina kazni znaša od treh mesecev do dvajset let. Kazniva dejanja zapornikov v tem zaporu so povezana z vsemi tipi kriminala. Med zaprtimi osebami je stalno okoli 15 odvisnikov.

Prvi poizkus programa zamenjave igel v zaporu Oberschöngrün je delo zavodskega zdravnika, ki je leta 1993 brez ustreznega dovoljenja nadrejenih začel zapornike v tem zaporu oskrbovati s sterilnim priborom za injiciranje.

Zdravnik v zaporu Oberschöngrün na leto izda okoli 700 injekcijskih igel. Izdaja jih na željo zapornikov, običajno v zameno za že uporabljen pribor. Kot že rečeno, je izdaja sterilnega pribora za injiciranje v tem zaporu na začetku potekala brez dovoljenja ustreznih avtoritet, na lastno odgovornost zdravnika, ki je bil za tovrstno dejavnost uradno pooblaščen šele kasneje.

Razdeljevanje pribora za injiciranje v zaporu Oberschöngrün še vedno poteka. Učinki programa sicer nikdar niso bili znanstveno vrednoteni, znana pa so nekatera neuradna dejstva:

- v zvezi z razdeljevanjem in uporabo injekcijskih igel ni prišlo do nikakršnih incidentov, niti se ni povečalo število predoziranja ali smrtnih primerov, povezanih z drogami;
- ni poročil o novih primerih abscesov, ki bi jih povzročilo injiciranje drog, niti poročil o porastu uporabe drog med zaporniki;

- uporabljene injekcijske brizge niso povzročile nikakršnih poškodb zapornikom ali osebju;
- injekcijske igle niso bile zlorabljene na nikakršen škodljiv način.

V ženskem *zaporu Hindelbank v Švici* (povzeto po Nelles in drugi 2000: 31-38) je nameščenih okoli 100 kaznjenk, različnih nacionalnosti. Zaporne kazni se nanašajo na vse tipe kaznivih dejanj. Dolžina zaporne kazni znaša od nekaj mesecev do doživljenjske kazni.

Pilotski projekt v zaporu Hindelbank je trajal 12 mesecev (od junija 1994 do maja 1995). Preventivne ukrepe (predavanja, diskusije v malih skupinah, individualno socio-medicino svetovanje, razdeljevanje informativnega gradiva, kondomov in sterilnega pribora za injiciranje) in vrednotenje sta opravili dve različni, neodvisni zunanji skupini.

Odstotek uporabe drog in tveganih vedenj povezanih z drogami ter stopnja okuženosti s HIV in hepatitisom je v zaporu Hindelbank primerljiva s situacijo, poznano iz mednarodnih študij.

Rezultati študije ne kažejo na argumente proti uvedbi ustaljenega programa zamenjave igel. Prvotni strahovi, ki so bili izraženi v zvezi s tem (da bo uporaba drog narasla, da se bo injekcijske igle uporabljalo malomarno, neprevidno ali kot orožje, ali da se bo z iglami povzročilo poškodbe) se niso uresničili. V času projekta ni prihajalo do novih abscesnih ran, povezanih z injiciranjem drog, pojav souporabe pribora za injiciranje drog med zapornicami je skorajda izginil, novih okužb s HIV ali hepatitisom ni bilo.

Čeprav znanje (informiranost) ni garancija za manj škodljivo vedenje, lahko služi kot temelj oziroma osnovo, na kateri se začne spremembe vedenja. Osnovno znanje o HIV-u in aidsu je bilo zadovoljivo že pred samim začetkom projekta. Vedenje glede infekcij z virusom hepatitisa je bilo alarmantno nizko tako v skupini zapornic, kot v skupini osebja.

Rezultati študije, skupaj s tistimi iz zapora Oberschöngrün, so pokazali, da je razdeljevanje sterilnega pribora za injiciranje izvedljivo tako v ženskih kot moških zaporih. Avtorji opozarjajo tudi na omejitve veljavnosti teh rezultatov - oba zapora sta namreč relativno majhna. Pozitivni učinki programov zamenjave igel na zmanjševanje škode v zaporih Oberschöngrün in Hindelbank in dejstva, da so uživanje drog, škodljiva

vedenja ter razširjenost infekcij s HIV-om in hepatitisi, realnost zaporniškega življenja, so pripeljali do zaključka, da bi morali programe zamenjave igel kot stalno preventivno aktivnost vpeljati tudi v vse ostale zapore.

V ženskem *zaporu Vechta v Nemčiji* (povzeto po Jacob in Stöver 2000b: 325 – 335) je bil dvoletni pilotski projekt za zamenjavo igel odobren jeseni 1995, začel pa se je 15. aprila 1996. Zaradi pozitivnih izkušenj in podpore ključnih akterjev so se po pilotski fazi projekta odločili za nadaljevanje programa.

V zaporu Vechta je v povprečju nameščenih 170 zapornic. Delež uporabnic drog se je v desetih letih iz 18% leta 1987 povečal na 50-80%. Povečalo se je tudi število okuženih s HIV in hepatitisi. Svetovanje v zvezi z drogami, ki je usmerjeno predvsem v abstinenco, izvajajo socialni delavci, ki prihajajo v zapor od zunaj in deloma interna zavodska služba.

Zapornice so s programom seznanili preko zloženek in osebja oziroma svetovalcev, ki delajo na področju drog. V projekt so se lahko vključile zapornice, za katere se je vedelo, da so uživalke drog, torej tiste, ki so že bile registrirane kot uživalke drog in tiste, za katere je to ugotovilo svetovalno osebje ali zdravnik. Sodelovanje v programu se je evidentiralo v zdravstvenem kartonu. Zapornice na substitucijskem programu v program niso bile vključene.

Prvo iglo so uporabnice dobile pri zdravniku, kasneje pa so pribor menjale na petih iglomatih, nameščenih na lokacijah, ki zagotavljajo anonimnost uporabnic.

V iglomatih so bile poleg igel na voljo tudi alkoholne krpice, askorbinska kislina, filtri, obliži in raztopine z natrijevim kloridom. Polnjenje in praznjenje avtomatov je potekalo v sodelovanju z zdravstveno postajo. Poleg zamenjave igel so bile zapornicam na voljo tudi informacije o tveganjih pri injiciranju, informacije o varnejših načinih uživanja drog in o nevarnostih uživanja drog po odpustu (npr. predoziranje). Za vse zainteresirane so bili organizirani tudi treningi o varnejšem uživanju drog in varnejši spolnosti, ki jih je vodila zunanja organizacija.

Projekt je imel tudi nekaj pravil: igel ni bilo dovoljeno posojati in/ ali prodajati in shranjene so morale biti na točno določenem mestu. Ta ukrep ni bil uveden z namenom nadziranja, pač pa zato, da zaposleni pri preiskavah sob ne bi prišli v kontakt z uporabljenim iglo.

Rezultate evalvacijske študije glede uspešnosti in učinkovitosti projekta zamenjave igel v zaporu Vechta predstavljamo skupaj z rezultati projekta v zaporu Lingen v nadaljevanju.

V moškem *zaporu Lingen v Nemčiji* (povzeto po Jacob in Stöver 2000b: 325 – 335) je bil dvoletni pilotski projekt za zamenjavo igel, skupaj s projektom v zaporu Vechta, odobren jeseni 1995, izvajati pa se je začel 15. julija 1996. Lingen je moški zapor, s kapaciteto 230 zapornikov. Zaradi pozitivnih izkušenj in podpore ključnih akterjev so se tudi v tem primeru po pilotski fazi projekta odločili za nadaljevanje programa. Program zamenjave igel v tem zaporu izvaja svetovalno in zdravstveno osebje, ki uporabnikom drog izdaja sterilni pribor in zbira uporabljenega.

Projekte zamenjave igel v zaporih Vechta in Lingen so vrednotili na Oldenburški Univerzi Carl von Ossietzky. Izsledki kažejo, da v času projekta v nobenem od obeh zaporov ni prišlo do kakršnihkoli izgrediv in napadov na osebje ali konfliktnih situacij med zaporniki/-cami. Nobenega od sodelujočih ni bilo potrebno izključiti iz projekta. Odstotek vrnjenih igel je bil v obeh zaporih visok, kar kaže na visok nivo osveščenosti glede tveganj, povezanih z uživanjem drog, in preventivnih ukrepov.

Pravila projekta so bila kršena v primerih, ko igle niso bile hranjene na v naprej določenih mestih in ko so udeleženci metadonskega programa (čeprav jim v programu ni bilo dovoljeno sodelovati) posedovali igle. V času projekta se kontrola sob ni povečala, prav tako ni bila zasežena večja količina drog. Ni se uresničil strah, da bo razpoložljivost pribora vplivala na povečanje uporabe drog.

Uvedba programa zamenjave igel, kot dela zdravstvene službe v zaporih, nima negativnih posledic na sodelovanje v programih zdravljenja, celo nasprotno - po začetku programa se je število uporabnikov drog, vključenih v različne obravnave celo povečalo.

Po pilotski fazi projektov so se v obeh zaporih lahko odločili, s katerim od modelov oziroma načinov izvedbe programa zamenjave igel bodo nadaljevali. Slabost iglomatov je v možnih tehničnih težavah in manipulacijah zapornikov/-ic. Sicer pa je bilo cilj projekta, t.j. preprečevanje prenosa virusov in infekcijskih bolezni, težje doseči v zaporu Lingen, kjer je pribor za injiciranje razdeljevalo osebje zapora. Čeprav je bila tudi v tem primeru zagotovljena anonimnost, saj je osebje zavezano k molčečnosti, je bilo do programa čutiti večji odpor in nezaupanje.

Priznana strokovno združenje Canadian HIV/AIDS Legal Network je na podlagi dosedanjih analiz pilotskih programov zamenjave igel v zaporih o tovrstni programih oblikovalo sledeče nesporne resnice. Programi zamenjave igel v zaporih:

- so varni;
- ne vodijo k povečani rabi drog;
- ne opravičujejo uživanja drog, niti ne zmanjšujejo (podcenjujejo) pomena programov, ki spodbujajo abstinenco;
- so uspešno uvedeni v mnoga različna zaporska okolja;
- prispevajo k zmanjševanju tveganih vzorcev vedenja, preprečujejo prenos bolezni in virusov in na splošno prispevajo k izboljšanju zdravstvenega stanja zapornikov, ki injicirajo droge;
- so najbolj uspešni, ko jih podpirajo vsi pomembni akterji: zaporska administracija, osebje v zaporu in zaporniki;
- so najbolj uvedeni po izvedenem predhodnem, poskusnem oziroma pilotskem projektu. (Lines in drugi 2006: VI)

Primeri (pilotskih) projektov zamenjave igel v zapore in izsledki njihovega vrednotenja kažejo, da nasprotovanja uvajanju teh programov v zapore nimajo osnove v dejansko dokazanih nevarnostih za zapornike in osebje. Bolj verjetno je razloge proti uvedbi tovrstnih programov iskati v prevladujočih ideologijah, ki bremenijo zapor in področje drog.

3. EMPIRIČNI DEL: TVEGANA VEDENJA V ZAPORIH

3.1. Raziskava o tveganih vedenjih v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora

3.1.1. Uvod

Predmet raziskave, katere izsledki tvorijo jedro tega poglavja, so vzorci tveganih vedenj in situacij, ki so jim v času prestajanja kazni zapora izpostavljeni zaporniki v slovenskih zaporih. *Z vzorci tveganih vedenj* so mišljeni pojav in načini uporabe drog, spolnega vedenja, nasilja in tetoviranja v zaporih ter s tem povezan nivo ogrožanja zdravja, temeljnih človekovih pravic in dostojanstva oseb na prestajanju kazni zapora.

Naj poleg tega opredelimo še nekatere ostale, v nadaljevanju pogosto uporabljene pojme. Z namenom poenostavitve bo, namesto uradnega naziva kazenske ustanove v Sloveniji, t.j. zavoda za prestajanje kazni zapora (ZPKZ), pogosto v uporabi poljudni termin *zapor*. *Zaporniki* so v našem primeru vse osebe na prestajanju kazni zapora, to so obsojenci in obsojenke, osebe, kaznovane v postopku o prekršku ter mladoletniki in mladoletnice, razen pripornikov. *Uporabnika drog v zaporu* smo za potrebe raziskave definirali kot osebo, ki droge injicira. V zaporih so sicer vse droge, razen tobaka, nedovoljene.

Glede na precejšnje število zaprtih oseb, ki večino življenja preživijo med nami in z nami (torej na prostosti), je vprašanje stopnje škodljivosti zaporskega okolja zelo pomembno. Neogrožujoče bivalno okolje je načeloma tisto, kjer so vsem udeleženi brezpogojno na voljo ukrepi preprečevanja ali zaščite pred morebitnimi tveganji oziroma posledično škodo. Dolan s sodelavci (1997: 5) opozarja, da je raziskovanje tveganih vedenj v zaporih pomembno, ker »širjenje HIV-a v zaporih resno ogroža kontrolo HIV-a v skupnosti, ko obsojenci zapustijo zapor«. Iz vidika nadzorovanja in obvladovanja tveganih vedenj ter obolenj in infekcij, za katere je znano, da v zaporih dosegajo večkratnik razširjenosti v skupnosti, je pomembno vedeti, kaj konkretno se dogaja v zaporih ter iskati strokovno in politično podporo za uvajanje na potrebah utemeljenih preventivnih ukrepov in programov pomoči. Prvi korak k identifikaciji dejanskega stanja je izvedba raziskave o pojavu tveganj in nevarnostih, ki so jim v času prestajanja kazni zapora izpostavljeni zaporniki in osebje.

Podatki za analizo vzorcev tveganih vedenj v slovenskih zaporih so bili zbrani z »Raziskavo o tveganih vedenjih v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora«, ki smo jo leta 2001 izvedli sodelavci tedanjega Urada vlade RS za droge⁸, nevladne organizacije Aids fundacije Robert⁹ ter Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij pri Ministrstvu za pravosodje.

3.1.2. Predstavitev okoliščin in pobuda za začetek raziskave

Tvegana vedenja v zaporih, ki smo jih pod drobnogled vzeli v naši raziskavi, so v slovenskem prostoru razmeroma nov in neraziskan pojav. Na voljo so sicer posamezne informacije, ki bi utegnile prispevati k celotni sliki tega segmenta slovenskega zaporniškega življenja, a so bolj plod rednega dela osebja kot neodvisnega in sistematičnega raziskovanja.

Skupino oseb na prestajanju kazni zapora v zadnjih letih uvrščamo med najbolj ogrožene skupine prebivalstva. Zaporni kazni, izrečeni na sodišču, sicer ne bi smele biti dodane vzporedne kazni, vendar se 'dogajajo', v obliki izsiljevanj, pritiskov, nasilja, onemogočanja zaščite zdravja, ipd.

Nekatere študije dokazujejo, da se v zaporih lahko zmanjša uporaba drog (Shewan in drugi 1994 v Dolan in drugi 1997: 6), znana pa so tudi poročila zapornikov o tem, da so z injiciranjem drog in homoseksualnimi aktivnostmi prvič začeli ravno v zaporu (razloge pripisujejo dolgčasu in enospolni ureditvi zaporov) (Taylor in drugi 1995, Dolan 1994 v Dolan in drugi 1997: 6).

Prenatranost zaporov in mnogokrat tudi pomanjkanje ustreznih preventivnih ukrepov omogočata pogoje za nastanek specifičnih zdravstvenih problemov, ki predstavljajo veliko tveganje za javno zdravje. Najbolj pereči problemi tujih zaporniških sistemov so raba drog ter širjenje različnih okužb in infekcijskih obolenj. Število okuženih s HIV-om, tuberkulozo in hepatitisi je v zaporih precej višje kot v skupnosti. Po

⁸ Zakonsko določene naloge Urada vlade RS za droge so bile, z reorganizacijo vladnih služb, dne 01.04.2004 prenešene v pristojnost Ministrstva za zdravje. Urad za droge zdaj deluje v Sektorju za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog pri omenjenem ministrstvu.

⁹ Tedanji sodelavci Aids fundacije Robert, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi raziskave, so leta 2003 ustanovili Društvo Stigma, danes vodilno organizacijo na področju zmanjševanja škode zaradi drog v Sloveniji.

nekaterih podatkih je med zaporniško populacijo med 30 in 80 odstotkov zasvojenih z drogami. (Nelles in drugi 2000: 27-28, Jacob in Stöver 2000b: 326)

Očitno je, da priporočila mednarodnih organizacij ne zadoščajo za ureditev razmer na tem področju. Še vedno smo priča stanju precejšnjega razkoraka med ponudbo pomoči v zaporih in v skupnosti. Večina zaporniške populacije še vedno nima dostopa do sterilnega pribora za injiciranje drog, v primeru, da ga potrebuje. Ponekod tudi ostale oblike pomoči ne dosegajo standardov služb, ki so na voljo prebivalstvu v skupnosti. Pri vsem tem lahko zapore označimo za eno najbolj temnih lis sistema ukrepov preprečevanja in zmanjševanja škode na področju drog.

Pobuda za izvedbo raziskave je nastala ob uvajanju inovativnega projekta za delo z obsojenci. Tega smo leta 1999 začeli izvajati kot odziv na naraščanje večplastne problematike uživalcev nedovoljenih drog, s katerimi smo se srečevali v programih nevladne organizacije Aids fundacije Robert (uporaba drog - kazniva dejanja - vstop v kazensko pravni sistem in sistem izvrševanja kazenskih sankcij oziroma prestajanja kazni zapora). Raziskava naj bi služila kot temeljna podlaga za načrtovanje in uvajanje metod dela in intervencij tega projekta ter drugih preventivnih programov v sistem izvrševanja kazni zapora v Sloveniji.

Na institucionalnem nivoju je začetek raziskave s svojo politiko celovitega, uravnoteženega in multidisciplinarnega pristopa vzpodbudil tedanji Urad vlade RS za droge. Tako pobudnik omenjenega projekta kot iniciator raziskave je bil Jože Hren, svetovalec v omenjeni vladni službi.

3.1.3. Problem

Z raziskavo o tveganih vedenjih v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora smo želeli identificirati pojav in obseg posameznih vzorcev tveganih vedenj in situacij, ki so jim v času prestajanja kazni zapora izpostavljeni obsojenci v slovenskih zaporih. Poleg tega smo v zvezi s tem želeli identificirati tudi najbolj ranljivo skupino.

Rezultati tovrstnih študij iz tujine kažejo, da je razširjenost uživanja drog in okuženosti s prenosljivimi virusi (kot so HIV in hepatitisi) v zaporih neprimerno višja kot v skupnosti. Naša raziskava pomeni prvi korak k identifikaciji dejanskega stanja in k

oblikovanju osnove za promocijo, načrtovanje in uvajanje ustreznih preventivnih programov in informativno-izobraževalnih kampanj v slovenske zapore.

3.1.4. Hipoteze

Potrebno je poudariti, da so rezultati tovrstnih študij bolj kot za opis in presojo odnosov med raziskovanci in raziskovalnimi *out-puti* primerni za natančnejše oblikovanje postavljenih ter načrtovanje novih raziskovalnih hipotez in vprašanj (Hennekens in Buring 1987 v Frost in Tchertkov 2002). Iz tega vidika je smiselno v daljšem časovnem obdobju načrtovati večkratno ponovitev raziskave ter s tem kristalizirati rezultate, prepoznati morebitne ustaljene trende in v skladu s tem načrtovati ustrezne ukrepe. Raziskava o tveganih vedenjih v slovenskih zaporih je bila do tega trenutka izvedena le enkrat, kar pomeni, da s primerjalnimi podatki v daljšem časovnem obdobju ne razpolagamo.

Za ugotavljanje določenega pojava in relacij med spremenljivkami smo izhajali iz tako imenovanih *ničelnih hipotez*, s katerimi predpostavljamo, da pojava/-ov in razlik med spremenljivkami ni oziroma jih ni mogoče dokazati.

A. Prestajanje kazni zapora zaradi drog

H₀ V slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora ni obsojencev zaradi kaznivih dejanj in prekrškov, povezanih z nedovoljenimi drogami.

B. Uživanje drog v zaporu

B.1. Delež uživancev drog, ki droge injicirajo v populaciji zaprtih oseb

H₀ Pojava injiciranja drog v slovenskih zaporih ni mogoče potrditi.

B.2. Souporaba pribora za injiciranje drog v zaporu

H₀ Pojava souporabe pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih ni mogoče potrditi.

B.3. Injiciranje drog v zaporih v primerjavi z injiciranjem drog v splošni populaciji

H₀ Delež uživancev drog, ki droge injicirajo, je v slovenskih zaporih enak deležu v splošni populaciji (razlik ni mogoče potrditi).

C. Tvegana vedenja glede na starost in izobrazbo

C.1. Tvegana vedenja glede na starost

H₀ Mlajši obsojenci (v starosti do 30 let) se v zaporu vedejo enako tvegano kot starejši obsojenci (razlik ni mogoče potrditi).

C.2. Tvegana vedenja glede na izobrazbo

H₀ Obsojenci s končano največ osnovnošolsko izobrazbo se v zaporu vedejo enako tvegano kot obsojenci s končano srednješolsko izobrazbo ali več (razlik ni mogoče potrditi).

D. Tvegana vedenja glede na 'injiciranje drog v zaporu'

H₀ Uživalci drog, ki droge injicirajo v slovenskih zaporih, se v zaporu vedejo enako tvegano kot ostali obsojenci (razlik ni mogoče potrditi).

3.1.5. Metodologija

3.1.5.1. Vrsta raziskave in spremenljivke

Vprašalnik je vseboval zaprta vprašanja, to je vprašanja z vnaprej navedenimi možnimi odgovori. Z namenom nadaljnje obdelave podatkov smo vsako od vprašanj oštevilčili z zaporedno številko, možne odgovore pa šifrirali s številkami (glej Mesec 1996: 167).

Skupino spremenljivk v raziskavi delimo na odvisne in neodvisne. Neodvisni spremenljivki v naši raziskavi sta starost in izobrazba vprašanih, odvisne spremenljivke pa vzorci tveganih vedenj: uživanje drog, nasilje, spolna aktivnost, tetoviranost, informiranost.

V določenih delih analize tudi uživanje oziroma injiciranje drog v zaporu (kot najbolj tvegano prakso uživanja drog) primerjamo z ostalimi odvisnimi spremenljivkami in s tem preverjamo hipoteze glede tveganih vedenj uživalcev drog (poglavje 3.1.4./ D.).

3.1.5.2. Merski instrument

Vprašalnik, ki smo ga uporabili v raziskavi, je prirejena različica vprašalnika, s katerim je bila leta 2000, pod vodstvom ameriške raziskovalke Lizz Frost (sodelovala je v raziskovalni skupini pri Medicins Sans Frontiers v Moskvi), podobna študija izpeljana v Ruskih zaporih¹⁰. Izvirnik vprašalnika, ki smo ga uporabili s privoljenjem omenjene raziskovalke, smo priredili, da je bil smiselno aplikativen tudi v naših razmerah. Tvorijo ga sledeči vsebinski sklopi¹¹:

- (1) Razlog prestajanja kazni zapora,
- (2) Status glede (spolno) prenosljivih boleznih in virusov,
- (3) Uporaba drog v zaporu,
- (4) Spolno vedenje v zaporu,
- (5) Nasilje v zaporu,
- (6) Tetoviranje v zaporu,
- (7) Informiranost glede HIV/ aidsa in mnenja glede ukrepov za varnejšo uporabo drog in varnejšo spolnost,
- (8) Viri informiranja glede HIV/ aidsa, drog, hepatitisov in tuberkuloze,
- (9) Podatki o starosti, izobrazbi in zakonskem stanu izprašanca (demografski podatki).

3.1.5.3. Populacija

S privoljenjem Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij smo k sodelovanju v raziskavi povabili vse zaprte osebe, razen pripornikov. Populacijo naše raziskave torej tvorijo obsojenci in obsojenke, osebe, kaznovane v postopku o prekršku ter mladoletniki in mladoletnice na prestajanju kazni zapora iz vseh Zavodov za prestajanje kazni zapora in njihovih oddelkov ter iz Prevezgojnega doma Radeče, po stanju na dneve anketiranja v obdobju junija in julija 2002¹².

¹⁰ Raziskavo v ruskih zaporih predstavlja serija letnih študij, od katerih je bila bazična oziroma prva opravljena leta 2000.

¹¹ Vprašalnik sledi v prilogi.

¹² Datumi anketiranja v posameznih zavodih so razvidni iz Tabele 3.1. v tem poglavju.

Sodelujočih v raziskavi nismo izbrali s posebnim vzorčenjem. Vsakdo iz populacije je lahko pristopil k sodelovanju. Od 861 oseb, ki so tedaj prestajale kazen zapora, se jih je za sodelovanje v raziskavi odločilo 456 oziroma 53%.

Tabela 3.1: Število in deleži oseb na prestajanju kazni zapora in sodelujočih v raziskavi

Zavodi in oddelki zavodov za prestajanje kazni zapora	Datum anketiranja	Število oseb na prestajanju kazni zapora	Število sodelujočih v raziskavi	Delež sodelujočih glede na število oseb na prestajanju kazni zapora v zavodu
Prevzgojni dom Radeče	17.06.2002	30	25	83,33
ZPKZ Ljubljana - oddelek Radovljica	11.06.2002	20	16	80,00
ZPKZ Celje	10.06.2002	63	44	69,84
ZPKZ Ljubljana - oddelek Novo mesto	12.06.2002	21	12	57,14
ZPKZ Ig	12.06.2002	33	17	51,52
ZPKZ Ljubljana - odprti oddelek Ig	05.06.2002	16	13	81,25
ZPKZ Maribor - odprti oddelek Rogoza	17.06.2002	35	17	48,57
ZPKZ Koper	03.06.2002	30	19	63,33
ZPKZ Ljubljana	04.06.2002	118	51	43,22
ZPKZ Koper - oddelek Nova Gorica	19.06.2002	7	5	71,43
ZPKZ Maribor	01.07.2002	92	32	34,78
ZPKZ Maribor - oddelek Murska Sobota	26.06.2002	16	12	75,00
ZPKZ Dob - PO in OO Slovenska Vas	02.07.2002	51	41	80,39
ZPKZ Dob	09.07.2002	329	152	46,20
Skupaj	/	861	456	52,96

Tabela 3. 2: Primerjava števila in deležev oseb na prestajanju kazni zapora s številom in deleži sodelujočih v raziskavi po zavodih

Zavodi in oddelki zavodov za prestajanje kazni zapora	Osebe na prestajanju kazni zapora		Sodelujoči v raziskavi	
	n	%	n	%
Vsi zavodi in oddelki skupaj	861	100,00	456	100,00
Prevzgojni dom Radeče	30	3,48	25	5,48
ZPKZ Ljubljana - oddelek Radovljica	20	2,32	16	3,51
ZPKZ Celje	63	7,32	44	9,65
ZPKZ Ljubljana - oddelek Novo mesto	21	2,44	12	2,63
ZPKZ Ig	33	3,83	17	3,73
ZPKZ Ljubljana - odprti oddelek Ig	16	1,86	13	2,85
ZPKZ Maribor - odprti oddelek Rogoza	35	4,07	17	3,73
ZPKZ Koper	30	3,48	19	4,17

ZPKZ Ljubljana	118	13,70	51	11,1
ZPKZ Koper - oddelek Nova Gorica	7	0,81	5	1,10
ZPKZ Maribor	92	10,69	32	7,02
ZPKZ Maribor - oddelek Murska Sobota	16	1,86	12	2,63
ZPKZ Dob - PO in OO Slovenska Vas	51	5,92	41	8,99
ZPKZ Dob	329	38,21	152	33,33

Iz tabele 3.2. je razvidna razlika med deležem, ki ga populacija določenega zavoda predstavlja v celotni populaciji obsojencev ($n = 861$) in deležem, ki ga sodelujoči v raziskavi iz posameznega zavoda predstavljajo v celotni populaciji raziskave ($n = 456$). Iz podatkov lahko ocenimo točnost vzorčne ocene, to je razliko med vzorčno oceno (sodelujoči v raziskavi) in pravo vrednostjo oziroma parametrom (obsojenci na prestajanju kazni zopora).

Točnost je velika v polovici primerov (zavodov), saj znašajo razlike med vzorčno oceno in pravo vrednostjo manj kot odstotek. V drugi polovici zavodov razlike v eno ali drugo smer odstopajo za več kot odstotek, kar točnost vzorčne ocene zmanjša.

V primeru desetih zavodov delež sodelujočih v raziskavi iz teh zavodov v povprečju za 1,15% presega delež, ki ga obsojenci posameznega zavoda predstavljajo v celotni populaciji obsojencev. V ostalih štirih zavodih se je anketiranja udeležilo manjši delež obsojencev, kot znaša njihov delež v celotni populaciji obsojencev.

Najbolj očitno odstopanje se pojavi v primerih ZPKZ Ljubljana, ZPKZ Maribor in ZPKZ Dob. V raziskavi so obsojenci iz omenjenih zavodov predstavljali 51,54% celotnega vzorca, kar je za več kot 10 odstotnih točk manj od deleža, ki ga obsojenci iz teh zavodov predstavljajo v celotni populaciji obsojencev, ki so v času anketiranja prestajali kazen zopora in imeli možnost sodelovati v raziskavi (to je 62,60%). Razlike med deležem, ki ga obsojenci posameznega zavoda predstavljajo v celotni populaciji obsojencev in deležem, ki ga sodelujoči v raziskavi iz posameznega zavoda predstavljajo v vzorcu raziskave so: 2,6% v Ljubljani, 3,67% v Mariboru in 4,88% na Dobu.

Glede na predstavljene deleže sodelujočih po zavodih je videti, da je velikost zavoda vplivala na oblikovanje vzorca. Sodelovanju so se lažje in manj opazno izognili tisti, ki so kazen prestajali v večjih zavodih. Lahko tudi domnevamo, da so obsojenci v večjih zavodih pogosteje kot obsojenci v manjših zavodih oziroma oddelkih zavodov vključeni v študije, anketiranja in raziskovalne projekte zunanjih izvajalcev. Za sodelovanje se nato odločajo selektivno, na osnovi interesa in trenutnega razpoloženja.

Tabela 3. 3: Korelacije med številom oseb na prestajanju kazni zapora in številom udeleženih v raziskavi

Zavodi in oddelki zavodov za prestajanje kazni zapora	Spremenljivka x (število oseb na prestajanju kazni zapora)	Ordinalna (rang) lestvica spremenljivke x	Spremenljivka y (število sodelujočih v raziskavi)	Ordinalna (rang) lestvica spremenljivke y	D ²
Prevzgojni dom Radeče	30	6,5	25	9,0	6,25
ZPKZ Ljubljana - oddelek Radovljica	20	4	16	5	1
ZPKZ Celje	63	11	44	12	1
ZPKZ Ljubljana - oddelek Novo mesto	21	5	12	2,5	6,25
ZPKZ Ig	33	8	17	6,5	2,25
ZPKZ Ljubljana - odprti oddelek Ig	16	2,5	13	4	2,25
ZPKZ Maribor - odprti oddelek Rogoza	35	9	17	6,5	6,25
ZPKZ Koper	30	6,5	19	8	2,25
ZPKZ Ljubljana	118	13	51	13	0
ZPKZ Koper - oddelek Nova Gorica	7	1	5	1	0
ZPKZ Maribor	92	12	32	10	4
ZPKZ Maribor - oddelek Murska Sobota	16	2,5	12	2,5	0
ZPKZ Dob - PO in OO Slovenska Vas	51	10	41	11	1
ZPKZ Dob	329	14	152	14	0
Skupaj	861		456		32,5

Obrazec za izračun koeficienta korelacije rangov Spearmanov RHO (ρ):

$$\rho = 1 - (6 \sum D^2 / n (n^2 - 1))$$

pri tem je:

$n = 14$ (število zavodov in oddelkov)

$$D = X_{rang} - Y_{rang}$$

Izračun:

$$\begin{aligned} \rho &= 1 - (6 \sum D^2 / n (n^2 - 1)) = \\ &= 1 - (6 \cdot 32,5 / 14 (196 - 1)) = \\ &= 1 - (195 / 14 \cdot 195) = \\ &= 1 - (195 / 2730) = \\ &= 2535 / 230 = \\ &= 0,93 \end{aligned}$$

Korelacija med obema spremenljivkama (variablama) je tem višja, čim večja je celotna skupinska skladnost med rangoma na eni in drugi variabli oziroma čim manjše so skupne razlike med rangoma, tem višja je korelacija.

Popolna korelacija med rangoma bi povrnila rezultat 1 ($\rho = 1$). V tem primeru bi vedeli, da imajo vsi zavodi na drugi lestvici (y) skoraj enak položaj kot na prvi (x) oziroma, da je v raziskavi sodelovala večina obsojencev, ki je v času anketiranja prestajala kazen zapora v posameznih zavodih.

Naš izračun koeficienta korelacije rangov kaže na visoko splošno skladnost med obema rangoma, na osnovi katerega lahko zavržemo domneve o vplivih velikih zavodov na oblikovanje vzorca.

Tabela 3. 4: Primerjava starostne strukture med celotno populacijo obsojencev v letu 2002 in sodelujočimi v raziskavi

Starostni skupini ¹³	Obsojenci na prestajanju kazni zapora v letu 2002		Sodelujoči v raziskavi	
	n	%	n	%
do 39 oziroma 40 let	1.185	69,83	338	74,12
več kot 39 oziroma od 40 let dalje	512	30,17	118	25,88
Skupaj	1.697	100,00	456	100,00

Iz tabele 3.3. je razvidno, da starostna struktura v vzorcu sodelujočih v raziskavi ni povsem skladna s starostno strukturo obsojencev, ki so leta 2002 prestajali kazen zapora (v posameznem starostnem razredu je razlike za dobre 4 odstotne točke). V večji meri kot znaša njihov delež v celotni zaporski populaciji, so v raziskavi sodelovali obsojenci v starosti do 40 let (obratno velja za starejše od 40 let).

Tvegana vedenja, o katerih smo poizvedovali v raziskavi (predvsem uživanje drog) so, kot to velja v splošni populaciji, bolj domena mlajše generacije. Poleg tega predvidevamo, da se mlajši pogosteje, raje in bolj impulzivno odločajo za sodelovanje v določenih aktivnosti kot pa starejši, katerih življenjske izkušnje in oblikovana osebnostna stališča vplivajo na preudarnjšo presojo in odločitve. Če navedeno drži, je potrebna

¹³ Starostni razredi v viru o starosti obsojencev v letu 2002 (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, 2003) in starostni razredi iz naše študije se nanašajo na različne vrednosti oziroma starosti in so zato neprimerljivi. V primerjavo tako podajamo le dve starostni skupini, ki prav tako ne zajemata povsem identičnih vrednosti, vendar si z manjšo razdrobljenostjo podatkov zagotavljamo bolj zanesljive podatke za primerjavo.

posebna previdnost pri interpretaciji oziroma posploševanju rezultatov raziskave. Lahko da je skupina, ki je ostala zunaj rezultatov raziskave, zmernejša in k rezultatom raziskave ne bi prispevala tolikšnega deleža tveganih vedenj kot skupina, ki je v raziskavi sodelovala.

Vzorec oseb, vključenih v raziskavo, ocenjujemo kot nepristranski, saj so imeli v času anketiranja vsi obsojenci enako možnost sodelovanja. Glede na videne odzive obsojencev je bila odločitev o nesodelovanju v največji meri odvisna od sprejemanja vsebine raziskave oziroma vprašalnika. Nekateri so se že na predhodnih predstavitev ali med samim anketiranjem odločili, da v raziskavi ne bodo sodelovali, ker »s tem nimajo nič«. Predvsem je bilo negodovanje pogosto slišati glede vprašanj o uživanju drog, ki so predstavljala bistven delež vprašalnika. Možno je sklepati, da bi se ob sodelovanju celotne populacije v raziskavi delež oseb, ki se tvegano vedejo, celo za kakšno odstotno točko znižal, kar pa splošne slike (izida) raziskave ne bi bistveno spremenilo.

3.1.5.4. Sodelujoči v raziskovalnem timu

Raziskovalne aktivnosti so potekale v prostorih vseh vpletenih organizacij (Urada za droge, nevladne organizacije Aids fundacije Robert in Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij pri Ministrstvu za pravosodje) ter v zavodih za prestajanje kazni zapora.

Člani ožjega raziskovalnega tima, Jože Hren kot nosilec projekta, Borut Bah, Bojana Klančar in Alenka Žagar (tedanji sodelavci v nevladni organizaciji Aids fundaciji Robert), smo bili v projekt aktivno vpeti ves čas, ostali sodelujoči pa so se v raziskovalno delo vključevali ob različnih priložnostih in fazah projekta.

Za nemoteno komunikacijo med ožjim raziskovalnim timom in Upravo za izvrševanje kazenskih sankcij ter za izvedbo anketiranj je skrbela Olga Perhac, predstavnica Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij pri Ministrstvu za pravosodje. V fazah prirejanja in oblikovanja merskega instrumenta (vprašalnika) ter izvedbe anketiranj sta se članom ožjega raziskovalnega tima pridružila Karmen Mattias in Bojan Perše (tedanja študenta Visoke šole za socialno delo). Pri zbiranju podatkov na terenu so sodelovale tudi Ilonka Feher, Ivanka Stefanović, Mateja Šantelj in Majda Škoberne (tedanje sodelavke v Aids fundaciji Robert) ter Natalija Jeseničnik, Urša Slatenšek, Nejc

Šink in Tina Zupančič (tedanje študentke in študent Visoke šole za socialno delo), v najstrožjem oddelku ZPKZ Dob pa tudi Olga Perhanc (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij pri Ministrstvu za pravosodje).

Metodološke pripombe in predloge glede oblike in vsebine vprašalnika so podali Tanja Rener, Samo Uhan (oba s Fakultete za družbene vede), Vito Flaker (s Fakultete za socialno delo), Evita Leskovšek in Dušan Nolimal (z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije).

Računalniška obdelava podatkov je potekala na Inštitutu za javnomnenjske raziskave pri Fakulteti za družbene vede (Živa Filej in Rebeka Falle), dodatno analizo pa je pripravila Damijana Kastelec z Biotehniške fakultete v Ljubljani.

3.1.5.5. Zbiranje podatkov (anketiranje)

Zbiranje podatkov je potekalo junija in julija 2002 v vseh Zavodih za prestajanje kazni zapora, njihovih oddelkih ter v Prevezgojnim domu Radeče. V nekaterih zavodih smo pred anketiranji izpeljali krajša informativna srečanja in zapornike osebno povabili k sodelovanju, v drugih pa so bili o našem prihodu obveščeni z interno okrožnico Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij.

Sodelovanje v raziskavi ni bilo obvezno, anketirani so se za sodelovanje odločali prostovoljno, po lastni presoji.

Pri promociji projekta med zaporniki ter pri organizacijskih podrobnostih so nam bili v veliko pomoč zaposleni (največkrat svetovalni delavci) v zavodih, medtem ko neposredno pri anketiranju osebje ni sodelovalo.

Anketiranja so potekala v skupinah z zgornjo mejo dvajsetih udeležencev, v vsaki skupini sta sodelovala vsaj dva anketarja.

Nekaj odpora sodelujočih je bilo čutiti glede vsebine vprašanj, ki posegajo v osebna, celo intimna področja življenja posameznikov in sprašujejo po nedovoljenih in sankcioniranih oblikah vedenja v zaporih (droge, spolnost). Vprašalnik je bil preobsežen in na določenih mestih verjetno prezahteven. Posledično so bili pogosti manjkajoči odgovori, zlasti proti koncu vprašalnika.

3.1.5.6. Obdelava in analiza podatkov

Podatki so bili obdelani v računalniškem programu SPSS 11.0. V večini primerov smo podatke interpretirali na osnovi kontingenčnih tabel. Povezanost med posameznimi spremenljivkami smo ugotavljali s pomočjo hi-kvadrat testa.

Pri analizi podatkov so nas zanimala povezave med neodvisnima spremenljivkama starostjo in izobrazbo na eni in tveganimi vedenji (odvisnimi spremenljivkami) na drugi strani ter povezave med uživanjem drog in ostalimi tveganimi vedenji. Korelacij med posameznimi tveganimi praksami vedenja in spolom kot neodvisno spremenljivko nismo ugotavljali (zaradi prevelike razlike med številom anketiranih žensk in številom anketiranih moških).

3.1.5.7. Raziskovalna etika

Raziskovanje obrobnih ali manjšinskih skupin populacije navadno spodbudi celo vrsto etičnih vprašanj in dilem. Zaporniki, ki so izgubili mnoge temeljne civilne pravice, so v tem pogledu še posebno ranljiva skupina. (Dolan 1997: 6)

Naše osnovno vodilo pri raziskavi je bilo, da zaprtim osebam in sodelujočim v raziskavi ne povzročimo nikakršne škode, pač pa rezultate raziskave uporabimo izključno v njihovo korist. Poleg tega je za etiko raziskovanja v zaporih pomembno tudi izogibanje vsakršnim morebitnim vplivom in pritiskom zaporskih oblasti na neodvisne znanstvene interpretacije in perspektive življenja v zaporih (po WHO 1993 v Dolan 1997: 6), kar je bilo v primeru naše raziskave nesporno zagotovljeno.

Posebna pozornost v raziskavi je veljala zaupnosti podatkov. V ta namen so anketiranja potekala le v prisotnosti zunanjih anketarjev, brez osebja. Poleg tega smo kljub možnosti dokazovanja nadaljnjih povezav in natančnejših identifikacij raziskovanih tveganih vedenj analizirali le na višjih ravneh agregirane podatke. Zelo majhno število vprašanih v posameznih zaporih bi namreč lahko posredno napeljevalo na možnost izpostavljanja posameznikov. (Hren in Kastelec 2004)

3.1.6. Rezultati raziskave¹⁴

Rezultate raziskave delimo na opisni in analitični del. Iz prvega dela rezultatov so razvidne demografske značilnosti zaporniške populacije, obseg posameznih vrst tveganih vedenj (uživanje drog, spolnost, nasilje, tetoviranje) ter nivo in viri informiranja. V analitičnem delu sledijo podatki iz naknadno opravljenih povezav (korelacij) med posameznimi spremenljivkami raziskave.

Rezultati so večinoma prikazani v obliki stolpičnih grafov, pri katerih številke na strukturnih stolpcih pomenijo število vprašanih.

3.1.6.1. Opisni del

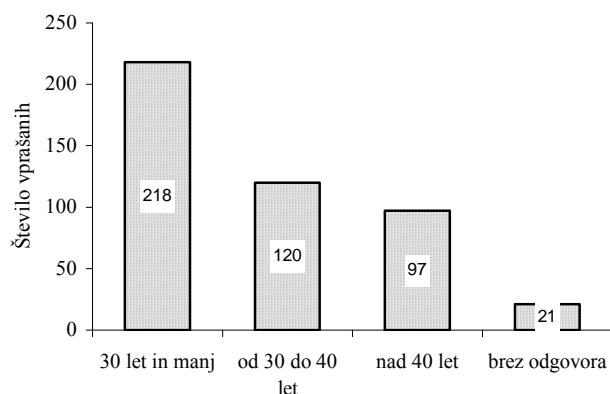
3.1.6.1.1. Demografski podatki

V raziskavi je od 861 oseb, ki so tedaj prestajale kazen zapora (razen pripornikov), sodelovalo 456 oseb (53%). Od teh je bilo 438 (96,1%) moških in 18 (3,9%) žensk (17 v ZPKZ Ig in ena v Prevezgojnem domu Radeče). Delež žensk je bil premajhen, da bi lahko v analizo odgovorov na vprašanja vključili primerjavo med spoloma.

Skoraj polovica (197 oziroma 43,2%) anketiranih je bila starih od 18 do 30 let, dobra četrtina (119 oziroma 26,1%) pa od 30 do 40 let. Manj (73 oziroma 16,0%) je bilo starih od 40 do 50 let, najmanj pa pod 18 (16 oziroma 3,9%) in nad 50 let (24 oziroma 5,3%). V nadaljevanju smo zaradi primernejše številčnosti v večini primerov vprašane razdelili v tri starostne skupine: do 30 let, od 30 do 40 let in nad 40 let.

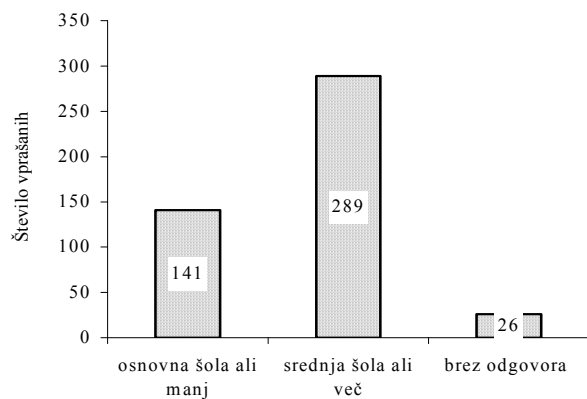
¹⁴ Poglavje je pripravljeno na osnovi *Poročila o raziskavi*, ki smo ga člani raziskovalnega tima pripravili za Upravo za izvrševanje kazenskih sankcij pri Ministrstvu za pravosodje (vir: Hren, J., Žagar, A., Klančar, B., Bah, B., 2003) in strokovnega prispevka *Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora* (vir: Hren, J., Kastelec, D., 2004).

Slika 3. 5: Starostna struktura anketiranih oseb



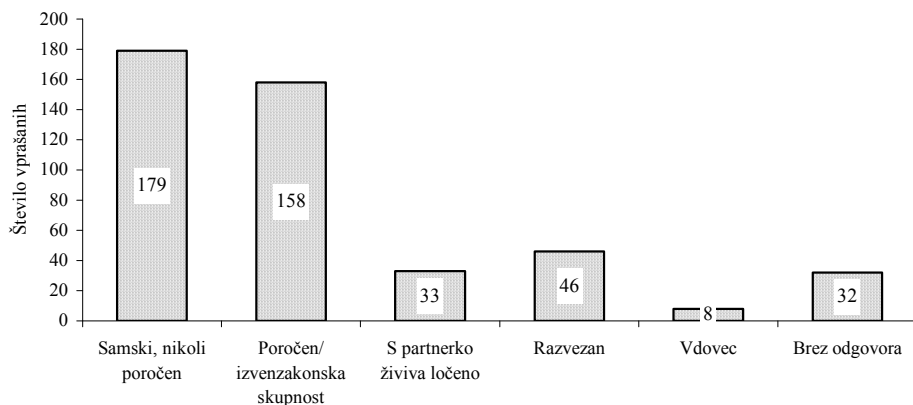
Skoraj dve tretjini (270 oziroma 62,9%) anketiranih je končalo srednjo šolo, slaba četrtnina (106 oziroma 24,7%) pa osnovno šolo. Tistih z nedokončano osnovno šolo in z visokošolsko izobrazbo je malo (35 oziroma 8,2% in 16 oziroma 3,7%), zato smo v nadaljnji analizi upoštevali skupini: dokončana osnovna šola ali manj in dokončana srednja šola ali več.

Slika 3. 6: Izobrazbena struktura anketiranih oseb



Med anketiranimi je slaba polovica (179 oziroma 42,2%) samskih, dobra tretjina (58 oziroma 37,3%) poročenih ali živečih v izvenzakonski skupnosti, ostali ne živijo s partnerji (33 oziroma 7,8%), so razvezani (46, 10,9%) ali ovdoveli (8 oziroma 1,8%).

Slika 3. 7: Zakonski stan anketiranih oseb



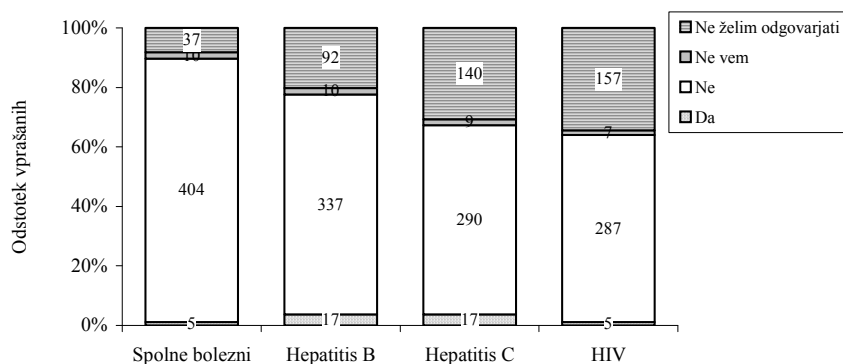
3.1.6.1.2. Zdravstveni status: hepatitisi, HIV in spolne bolezni

Največ sodelujočih v raziskavi je potrdilo okuženost z virusoma hepatitisa B oziroma C (17 oseb oziroma 3,7% v obeh primerih). Tri osebe so potrdile okužbo z obema virusoma. Tistih, ki ne vedo, ali so okuženi z virusoma hepatitisa B in/ ali C je razmeroma malo (2,2% oziroma 2%).

Pet oseb oziroma 1,1% vprašanih je potrdilo okužbo s HIV in prav toliko jih je potrdilo, da prebolevajo katero izmed spolnih bolezni, kot so gonoreja, klamidija, sifilis, genitalni herpes itd.

Iz slike 3.8. je razvidno, da razmeroma velik delež vprašanih na vprašanja o obolelosti in okuženosti ni želelo odgovoriti.

Slika 3. 8: Obolelost s spolnimi boleznimi, okuženost z virusi hepatitisov B in C ter HIV



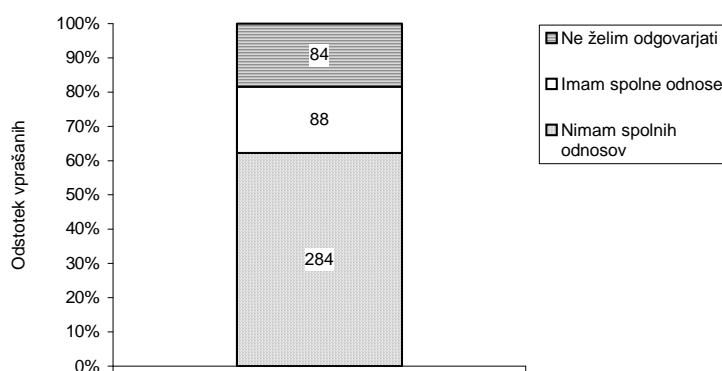
3.1.6.1.3. Spolnost

Po naših podatkih slaba četrtnina (24,1%) zaprtih oseb v slovenskih zavodih meni, da v zaporu spolnosti ni, dobra četrtnina (26,5%) pa, da spolnost v zaporih obstaja. Kar slaba polovica vprašanih (44,7%) pojava spolnosti v zaporih ni znala rangirati in je odgovorila z »ne vem«.

Iz vprašanja o uporabi zaščitnih sredstev pred spolno prenosljivimi boleznimi v zaporu izhaja, da 284 anketiranih (62,3%) nima spolnih odnosov v zaporu, 88 vprašanih (19,3%) ima spolne odnose v zaporu in 84 vprašanih (18,4%) na to vprašanje ni želelo odgovoriti.

Zanimiva je primerjava odgovorov o mnenju glede prisotnosti oziroma pogostosti spolnih aktivnosti v zaporu z odgovori na vprašanje o lastni spolni aktivnosti v zaporu. Približno 16% od spolno aktivnih v zaporu meni, da v zaporu spolnosti ni.

Slika 3. 9: Spolno aktivni v zaporu



Slab odstotek vprašanih (0,9% oziroma 4 osebe) je odgovorilo, da so s spolnimi odnosi v zaporu želeli pridobiti denar, priboljške ali zaščito.

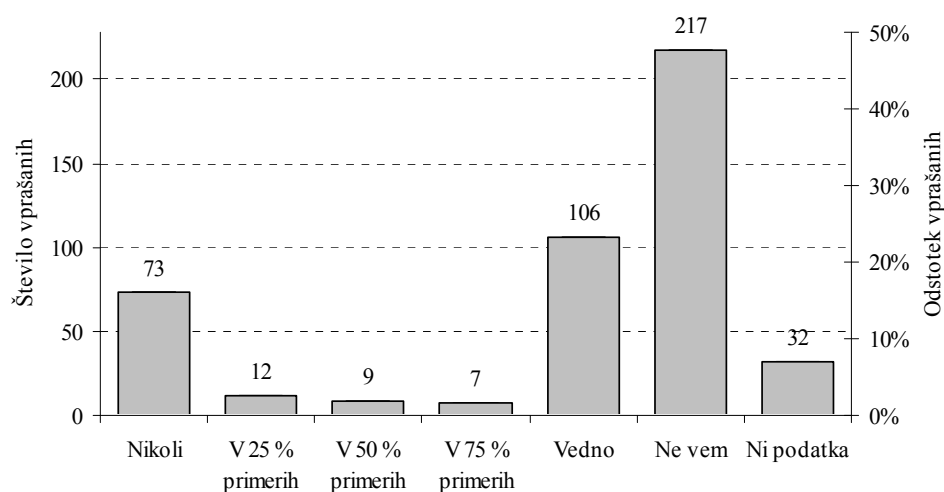
V tabeli 3.10. je prikazana struktura spolno aktivnih v zaporu glede na uporabo zaščitnih sredstev. Od spolno aktivnih v zaporu ($n = 88$) jih 64,8% nikoli ne uporablja kondomov pri spolnih odnosih v zaporu (ta skupina predstavlja 12,5% vseh vprašanih). Redko, včasih in pogosto zaščito pri spolnih odnosih v zaporu uporablja 21,6% spolno aktivnih v zaporu oziroma 4,2% vprašanih, vedno pa 13,6% spolno aktivnih oziroma 2,6% vprašanih.

Tabela 3. 10: Struktura odgovorov o uporabi zaščitnih sredstev glede na tiste, ki imajo spolne odnose v zaporu in glede na vse vprašane

Uporaba zaščitnih sredstev pri spolnih odnosih v zaporu	Odstotek glede na tiste, ki imajo spolne odnose v tem zaporu (88 oseb)	Odstotek glede na vse vprašane (456 oseb)
Nikoli	64,8	12,5
Redko	8,0	1,5
Včasih	9,1	1,8
Pogosto	4,5	0,9
Vedno	13,6	2,6

Kljub temu, da so kondomi v slovenskih zaporih praviloma dostopni, največji delež vprašanih ne ve, ali jih lahko dobi. Slaba četrtina vprašanih (23,2%) je odgovorila, da bi kondome lahko dobila vedno, ko bi jih potrebovala, 16% vprašanih pa nikoli.

Slika 3. 11: Dostopnost kondomov v tem zaporu



Če naj bi dostopnost kondomov oziroma vedenje o tem, ali in kje jih je v zaporu možno dobiti, vplivalo na njihovo uporabo, je smiselno preveriti, koliko spolno aktivnih zapornikov, ki je potrdilo, da lahko vedno dobi kondome v zaporu, te dejansko uporablja.

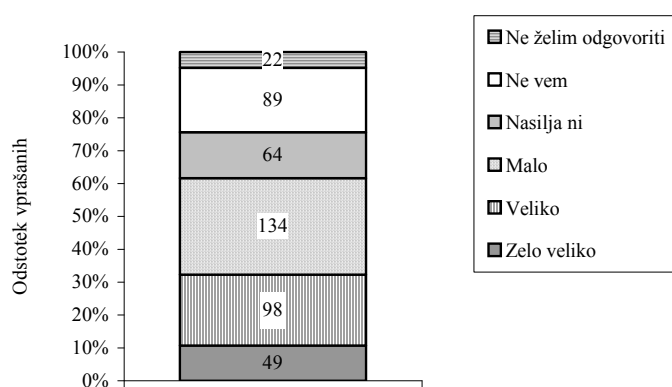
Od spolno aktivnih ($n = 88$), ki so potrdili, da lahko vedno dobijo kondome v zaporu ($n = 27$), kondom pri spolnih odnosih v zaporu vedno uporabijo 4 osebe (14,81% od 27 oseb), redko, včasih in pogosto 7 oseb (25,93% od 27 oseb), nikoli pa kondoma ne uporabi 16 oseb (59,26% od 27 oseb). Delež tistih, ki nikoli ne uporabijo kondoma iz skupine vprašanih, ki so potrdili, da ga vedno lahko dobijo ($n = 27$) in iz celotne skupine

spolno aktivnih (n = 88) je zelo primerljiv (59,26% oziroma 64,8%), kar nakazuje na to, da v zaporih vedenje o dostopnosti kondomov zelo malo vpliva na njihovo uporabo.

3.1.6.1.4. Nasilje

Le 14% vprašanih meni, da nasilja v zaporu ni, 29,4% jih meni, da je nasilja malo, kar 32,2% pa, da je nasilja veliko oziroma zelo veliko.

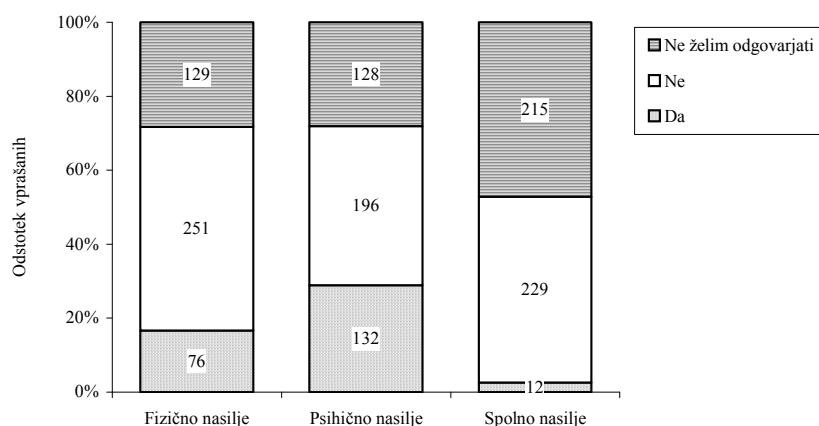
Slika 3. 12: Mnenje o razširjenosti nasilja v zaporu



Od vseh anketiranih jih je 16,7% že bilo žrtev fizičnega nasilja v zaporu, še večji je odstotek žrtev psihičnega nasilja v zaporu (28,9%). Dobra polovica vprašanih je povedala, da še ni bila žrtev fizičnega nasilja in slaba polovica (43%), da še ni bila žrtev psihičnega nasilja v zaporu. Da so bili žrtve spolnega nasilja v zaporu, je potrdilo 2,6% vprašanih (12 oseb).

Glede doživljanja nasilja v zaporu precej velik delež vprašanih ni želelo odgovoriti: glede doživljanja fizičnega in psihičnega nasilja ni želelo odgovoriti slabih 30% vprašanih, glede doživljanja spolnega nasilja v zaporu pa skoraj polovica vprašanih. Delež obsojencev, ki na vprašanje niso želeli odgovoriti, je pri tem vprašanju bistveno večji kot pri vprašanju o oceni obsega nasilja. Videti je, da z globljim poseganjem v intimo posameznika, narašča tudi delež neopredeljenih odgovorov.

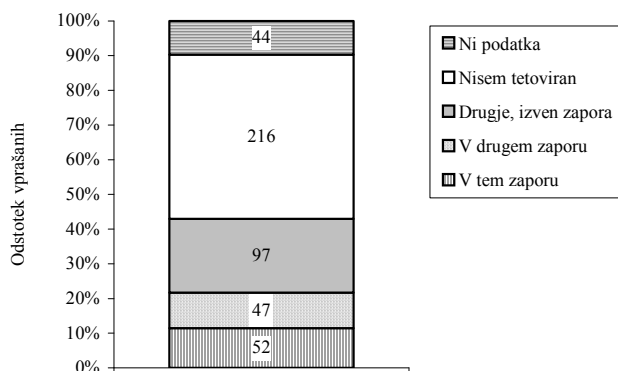
Slika 3. 13: Struktura odgovorov na vprašanje o tem, ali je bil vprašani kdaj žrtev katere od treh oblik nasilja v zaporu



3.1.6.1.5. Tetoviranje

V raziskavi je 43% (n = 196) vprašanih potrdilo, da so tetovirani in 47,4% (n = 216) vprašanih, da niso. Dobra polovica tetoviranih (21,7% od vseh vprašanih oziroma 99 oseb) se je tetovirala v zaporu, ostali pa izven zapora.

Slika 3. 14: Tetoviranost



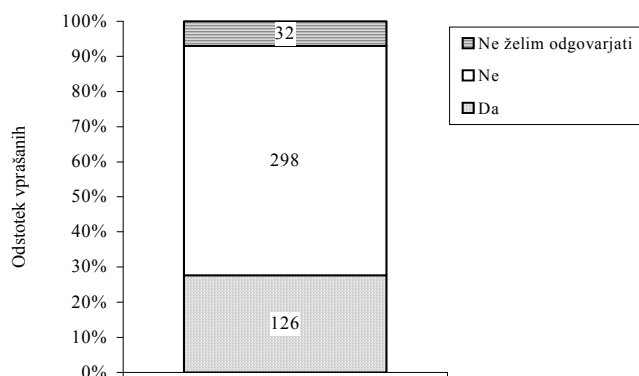
Od tistih, ki so se tetovirali (tudi) med trenutnim prestajanjem kazni (n = 52, kar je 11,4% od celotne populacije oziroma 26,5% od vseh, ki so potrdili, da so tetovirani), je večina potrdila, da je njihova zadnja tetovaža v zaporu nastala z novo oziroma še nikoli uporabljeno iglo (38 oseb oziroma 73,1%). Že uporabljeno in očiščeno iglo je uporabilo 7

oseb (13,46%), 1 oseba (1,92%) je uporabila že uporabljeno in neočiščeno iglo, 1 oseba (1,92%) pa ni vedela, kakšna igla je bila uporabljena. 5 oseb (9,62%) na to vprašanje ni odgovorilo.

3.1.6.1.6. Uživanje drog

Prestajanje kazni zapora zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška povezanega z drogami¹⁵ je potrdilo 27,6% vprašanih (n = 126).

Slika 3. 15: Prestajanje kazni zapora zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška, povezanega z nedovoljenimi drogami.



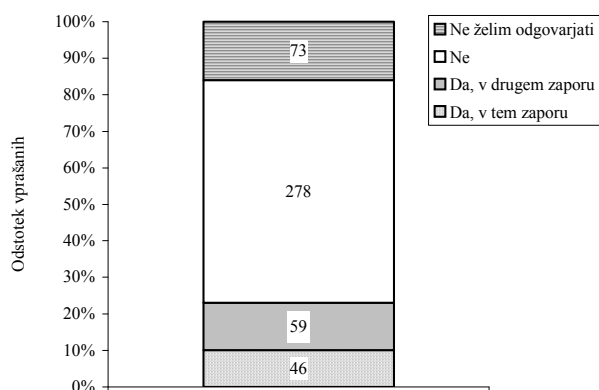
Večina oziroma 60,3% tistih, ki so bili na prestajanju kazni zapora zaradi kaznivih dejanj, povezanih z drogami, je bilo zaprtih zaradi heroina (16,7% od vseh anketiranih).

Ostale vrste drog (kokain in druga poživila, marihuana in halucinogeni) so bile manj pogosto razlog za zaporno kazen oziroma se pojavljajo kot razlog za zaporno kazen tudi v kombinaciji z glavno drogo, heroinom. Skoraj tretjina oziroma 30,2% tistih, ki so bili na prestajanju kazni zapora zaradi drog, je v času aretacije posedovalo drogo za lastno uporabo (8,3% vseh anketiranih).

¹⁵ Kazenski zakonik Republike Slovenije (KZ, Ur.l. RS 95/2004-UPB1, 37/2005 Odl.US: U-I-335/02-20, 17/2006 Odl.US: U-I-192/04-16) loči dvoje kaznivih dejanj v zvezi z nedovoljenimi drogami. Za neupravičeno proizvodnjo in promet z mamili je predvidena zaporna kazen od enega do deset let (196. člen), za omogočanje uživanja pa od treh mesecev do pet let oziroma od enega do desetih let, če je dejanje storjeno proti mladoletniku ali proti več osebam (197. člen). Protizakonito je tudi posedovanje nedovoljenih drog, ki pa ni kaznivo dejanje, pač pa prekršek. Za posedovanje manjše količine drog je predpisana denarna kazen (do 200 €).

Od vseh vprašanih je slaba četrtina (23% oziroma 105 oseb) potrdila, da je že injicirala droge v zaporu, od teh je 46 oseb oziroma 10,1% potrdilo injiciranje drog »v tem zaporu« (t.j. v zaporu, kjer so v času anketiranja prestajali kazen zapora). Injiciranje drog v zaporu je zanimalo 61% vprašanih (278 oseb), 16% oziroma 73 vprašanih pa na vprašanje ni želelo odgovoriti.

Slika 3. 16: Injiciranje drog v zaporu



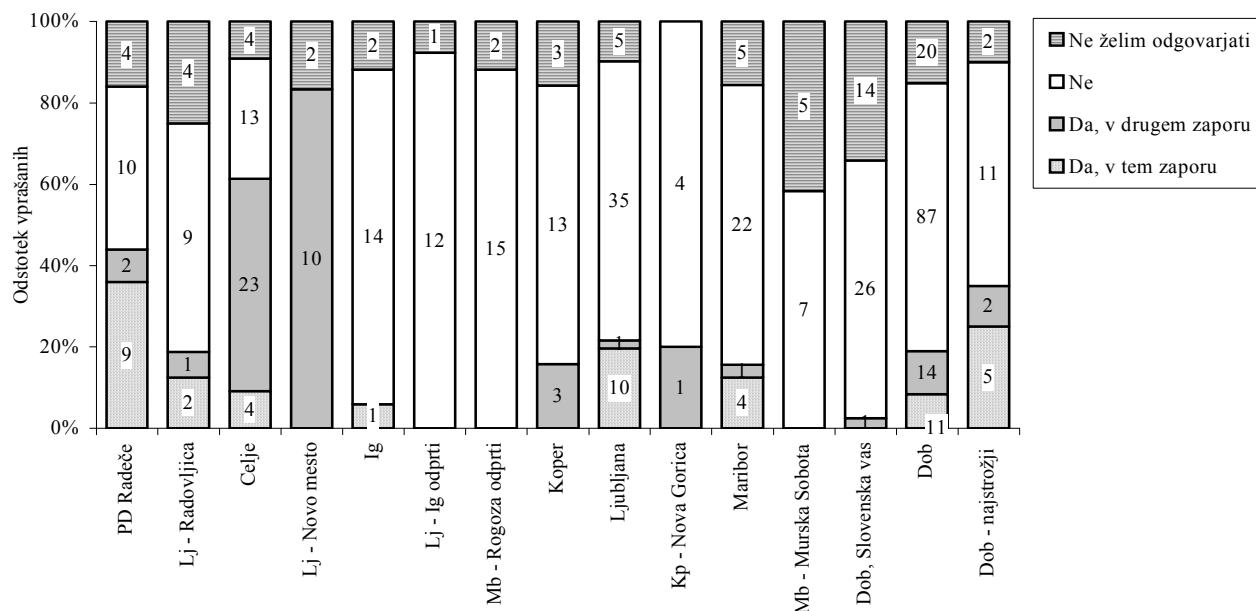
Polovica od tistih, ki injicirajo droge »v tem zaporu« (46 oseb), tudi souporablja pribor za injiciranje drog v zaporu (23 oseb). Glede na to lahko rečemo, da je najmanj 5% zapornikov v Slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora izpostavljenih tveganju prenosa virusov in okužb preko souporabe pribora za injiciranje drog..

Injiciranje drog »v tem zaporu« je potrdil največji odstotek vprašanih v Prevezgojnem domu Radeče (9 oseb oziroma 36% populacije sodelujočih v raziskavi iz tega zavoda). V ZPKZ Ljubljana je injiciranje drog v zaporu potrdilo 19,6% vprašanih (10 oseb), v ZPKZ Maribor in oddelku ZPKZ Ljubljana v Radovljici 12,5% vprašanih, v ZPKZ Dob (zaprti oddelek skupaj z oddelkom z najstrožjim režimom) dobrih 10% vprašanih (v najstrožjem oddelku ZPKZ Dob je injiciranje drog potrdilo 25% vprašanih) in v ZPKZ Celje 9% vprašanih. Ker gre v primeru zavoda z najvišjim odstotkom potrditev injiciranja drog za mlajšo populacijo, katere problematiko je potrebno reševati s posebnimi pristopi in še posebej previdno, tega zavoda v priporočilih ne omenjamo.

V ostalih zavodih je injiciranje drog potrdil manjši delež vprašanih ali pa pojava sploh ni bilo. V ZPKZ Celje in oddelku ZPKZ Ljubljana v Novem mestu je visok

odstotek vprašanih potrdil uporabo drog v drugem zaporu (52,3% oziroma 83,3%). V večini zavodov je bil relativno visok odstotek tistih, ki na vprašanje niso želeli odgovoriti.

Slika 3. 17: Injiciranje drog v zaporu po posameznih zavodih za prestajanje kazni zapora



3.1.6.1.7. Informiranost

Iz tabele 3.18. je razvidno, da so obsojenci pri izbranih trditvah, s katerimi smo preverjali informiranost glede HIV/ aidsa, večinoma izbirali pravilne odgovore. Pri dveh od trinajst navedenih trditvev v tabeli je bil delež pravih odgovorov manjši od deleža nepravilnih, manjkajočih ali »ne vem« odgovorov, pri ostalih enajstih trditvah pa je bil delež pravih odgovorov večji od ostalih. Izmed vseh možnih odgovorov (da, ne, ne vem) in manjkajočega odgovora, je pravih odgovorov v povprečju za 56,53%.

Od vseh, ki so sodelovali v raziskavi, je 6,8% vprašanih (n = 31) pri vseh trditvah iz tabele 3.18. označilo pravilni odgovor. Gre torej za skupino obsojencev, ki ji lahko pripišemo dobro seznanjenost s temeljnimi dejstvi glede HIV/ aidsa.

Tabela 3. 18: Delež pravih odgovorov o dejstvih glede HIV/ aidsa

Trditve	Pravilni odgovori v %	Nepravilni odgovori v %	Ostalo (ne vem, ni odgovora) v %
Virus HIV, ki povzroča bolezen aids, lahko odkrijemo v krvi s pomočjo testa. (V26)	79,82	3,29	16,89
Večina ljudi, ki ima aids, bo zaradi posledic te bolezni umrla.(V27)	75,22	6,36	18,42
Aids lahko dobijo le homoseksualci in uporabniki drog. (V29)	56,14	25,00	18,86
Za preprečevanje bolezni aids obstaja zdravilo/ cepivo. (V30)	54,82	12,94	32,24
Oseba, ki ima virus HIV lahko izgleda popolnoma zdrava. (V31)	54,17	15,35	30,48
Virus HIV se lahko prenaša preko vsakdanjih stikov, kot so objemanje, poljubljanje in rokovanje z osebo, ki ima virus HIV. (V32a)	49,12	16,23	34,65
Virus HIV se lahko prenaša preko nosečnice/ matere na otroka s spočetjem in porodom/ z dojenjem otroka. (V32b)	58,33	6,36	35,31
Virus HIV se lahko prenaša preko nezaščenega (brez kondoma) spolnega odnosa. (V32c)	78,51	2,19	19,30
Virus HIV se lahko prenaša preko souporabe pribora za vbrizgavanje drog in pribora za izdelovanje tetovaž, z osebo, ki ima virus HIV. (V32d)	76,97	2,85	20,18
Virus HIV se lahko prenaša preko souporabe jedilnega pribora, banje, tuša ali straniščne školjke z osebo, ki ima virus HIV. (V32e)	39,25	25,44	35,31
Virus HIV se lahko prenaša preko kašljanja in kihanja osebe, ki ima virus HIV. (V32f)	41,45	17,76	40,79
Virus HIV se lahko prenaša preko dela in življenja z osebo, ki ima virus HIV. (V32g)	48,68	13,38	37,94
Virus HIV se lahko prenaša preko stika nepoškodovane kože z urinom/ blatom/ izbljuvkom/ krvjo osebe, ki ima virus HIV. (V32h)	22,37	44,08	33,55
Skupni povprečni delež posameznih odgovorov (%)	56,53	14,71	28,76

Iz pretežnega dela odgovorov »se ne strinjam« v tabeli 3.19 je razumeti, da obsojenci ne nasprotujejo preventivnim ukrepom in osveščanju obsojencev o varni spolnosti in varnejših načinih uživanja drog oziroma jih v precejšnji meri ne jemljejo kot spodbujevalce posameznih (tveganih) vedenj. Medtem, ko je pri trditvah, ki se nanašajo na splošne učinke določenih ukrepov v zaporih, precejšen tudi delež odgovorov »ne vem, nisem prepričan«, je ta bistveno manjši pri trditvi, s katero smo naslovili posameznike (»Informacije o drogah bi mi vzbudile željo, da jih poizkusim«).

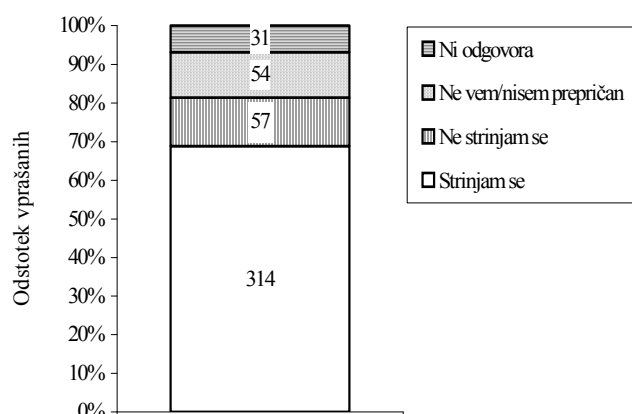
Tabela 3. 19: Mnenja glede preventivnih ukrepov in informiranja o spolnosti in drogah v zaporih

Trditve	Se strinjam v %	Se ne strinjam v %	Ne vem, nisem prepričan v %	Prazen odgovor v %
Kondomi v zaporih pospešujejo seksualno aktivnost. (V34)	8,6	34,9	45,2	11,4
Kondomi v zaporih pospešujejo homoseksualnost. (V35)	11,6	36,0	43,9	8,6
Informacije o varnejši uporabi drog bi pospešile uporabo. (V36)	16,7	43,6	30,7	9,0
Informacije o drogah bi mi vzbudile željo, da jih poizkusim. (V37)	9,2	68,6	12,7	9,4
Skupni povprečni delež posameznih odgovorov (%)	11,5	45,8	33,1	9,6

V analizo smo vključili še dve vprašanji, od katerih se eno nanaša na stališče do ločevanja oseb, ki so okužene s HIV od ostalih zapornikov, drugo pa na način odziva do osebe z aidsom (vprašanji 38 in 39). Odgovori na ti vprašanji odražajo tako znanje kot subjektivno mnenje.

Iz slike 3.20 je razvidno, da se dobri dve tretjini oziroma 68,9% vprašanih strinja s tem, da bi bilo ločevanje okuženih s HIV v zaporih dobro za njihovo varnost in varnost ostalih. Da ločevanje ni potrebno, meni 12,5% vprašanih, 11,8% vprašanih pa o tem nima mnenja.

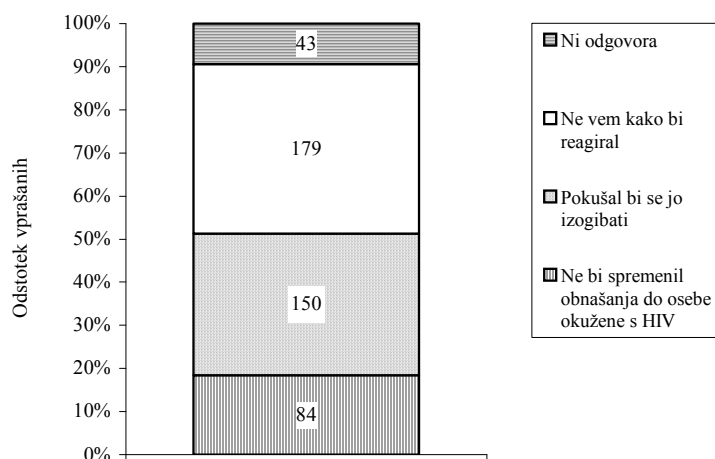
Slika 3. 20: Ločevanje okuženih s HIV od ostalih v zaporih¹⁶



¹⁶ Trditve se je glasila: »Ločevanje oseb v zaporu, okuženih z virusom HIV od ostalih, je dobro za njihovo in našo varnost.« (vprašanje 38)

Odgovori o vrsti odziva na informacijo, da ima bližnja oseba v zaporu HV/ aids (slika 3.21) kažejo sledečo strukturo: tretjina vprašanih bi se obolelega začela izogibati, slaba petina ne bi spremenila obnašanja, 39,3% vprašanih pa glede tega še nima izoblikovanega stališča.

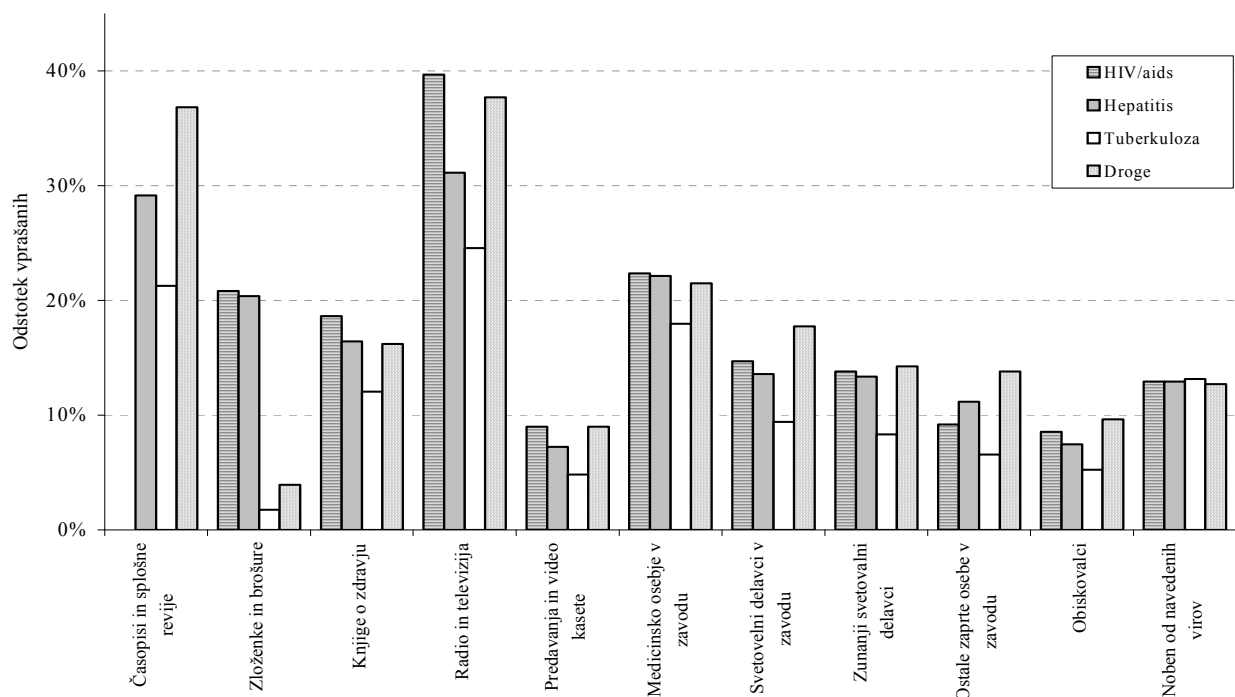
Slika 3. 21: Vrsta odziva na informacijo o okuženosti drugega(-ih) v zaporu



Pri virih informiranja (slika 3.22), ki jih zaporniki uporabljajo v času prestajanja kazni zapora, je večina navedla, da se o prenosljivih boleznih in drogah informirajo iz časopisov in splošnih revij ter radia in televizije. Sledijo medicinsko osebje zavodov, zloženske in brošure ter knjige o zdravju, nato svetovalni delavci zavodov, zunanji svetovalni delavci, informiranje prek obiskovalcev, predavanja in videokasete ter informiranje s strani ostalih zaprtih oseb. Skoraj 15% oseb za informiranje v zaporu ne uporablja nobenega od navedenih virov.

Iz strukture odgovorov na vprašanje o virih informiranja o HIV/ aidsu, hepatitisih, tuberkulozi in drogah je videti, da anketirani dobijo več informacij o HIV/aidsu in drogah, manj pa o hepatitisih in tuberkulozi.

Slika 3. 22: Viri informiranja o prenosljivih virusih, boleznih in drogah v zaporih

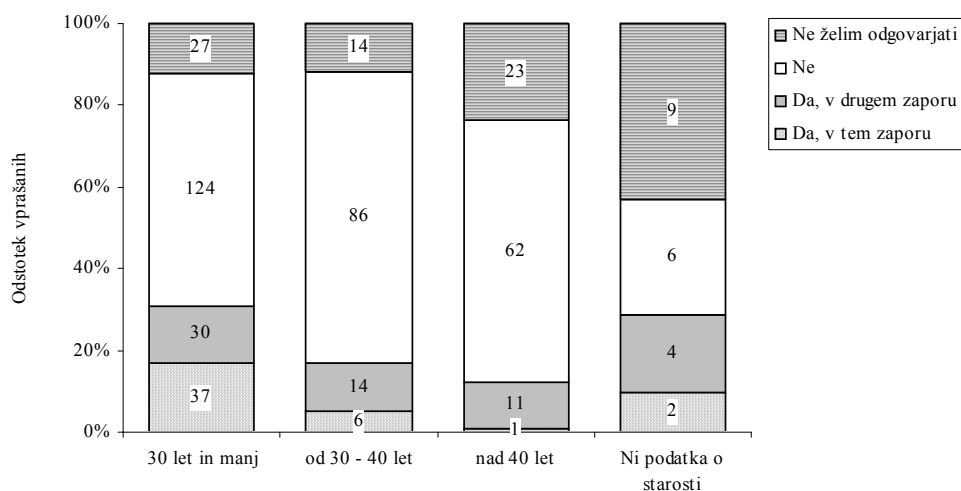


3.1.6.2. Analitični del

3.1.6.2.1. Tvegana vedenja glede na starost in izobrazbo

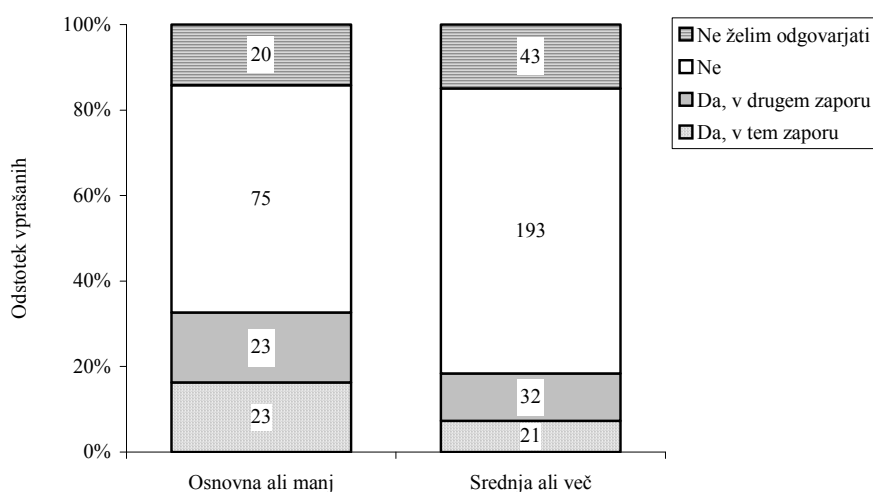
Ugotovili smo statistično značilne razlike med starostnimi skupinami v strukturi odgovorov na vprašanje o injiciranju drog v zaporu ($\chi^2 = 31,2$, $p = 0,000$). Razlika v strukturi se kaže predvsem med starostno skupino 30 let in manj, kjer je odstotek tistih, ki so potrdil injiciranje drog »v tem zaporu« največji (17%), in ostalima dvema starostnima skupinama, kjer je ta odstotek znatno manjši (5% oziroma 1%). V starostni skupini nad 50 let izstopa tudi višji odstotek odgovorov »ne želim odgovarjati« (35,9%).

Slika 3. 23: Injiciranje drog v zaporu po starostnih skupinah



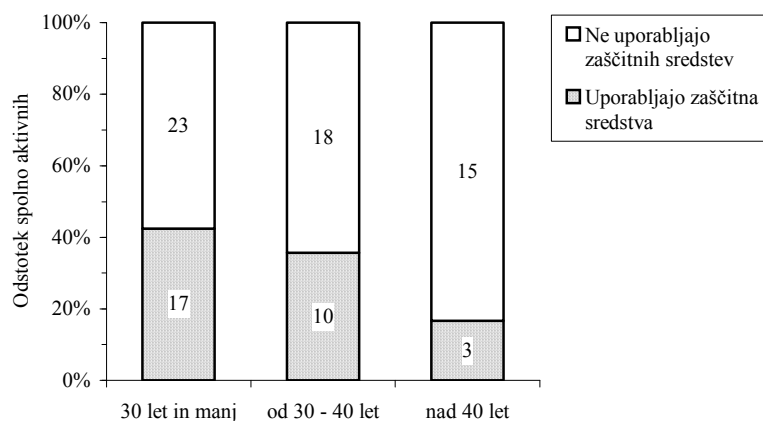
Slika 3.24. prikazuje strukturo odgovorov na vprašanje o injiciranju drog v zaporu v dveh izobrazbenih skupinah (za 27 oseb nimamo podatka o izobrazbi). Strukturi se statistično značilno razlikujeta ($\chi^2 = 12,5, p = 0,006$). Od tistih z osnovnošolsko izobrazbo ali brez izobrazbe si je »v tem zaporu« drogo injiciralo višji odstotek vprašanih (16,3%) kot od tistih s srednješolsko ali višjo izobrazbo (7,3%). Pri odgovoru »ne« je situacija obratna. Drog si ni injiciralo 53,2% vprašanih z osnovnošolsko izobrazbo ali brez izobrazbe ter 66,8% vprašanih z srednješolsko ali višjo izobrazbo.

Slika 3. 24: Injiciranje drog glede na izobrazbeni skupini



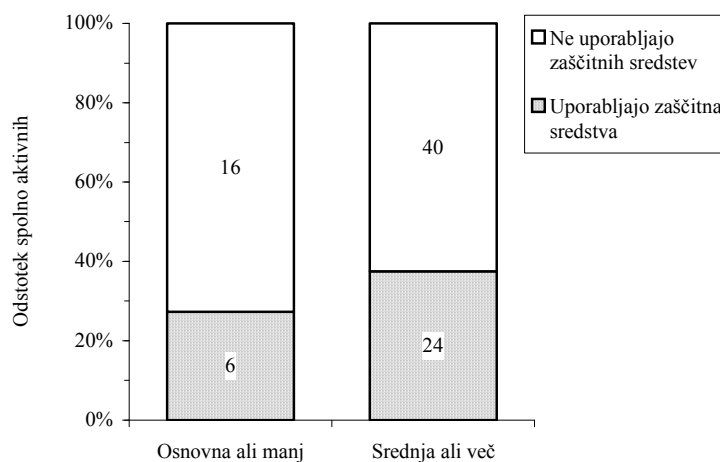
Rezultati raziskave kažejo, da mlajši pogosteje uporabljajo zaščitna sredstva v zaporu kot starejši (Slika 3.25.), vendar povezanost med uporabo zaščitnih sredstev pri spolnem odnosu v zaporu in starostjo vprašanih ni statistično značilna ($\chi^2 = 3,7$, $p = 0,16$).

Slika 3. 25: Struktura spolno aktivnih po uporabi zaščitnih sredstev glede na starostne skupine



Tudi med izobrazbo vprašanih in uporabo zaščitnih sredstev pri spolnem odnosu v zaporu (Slika 3.26.) ni statistično značilne povezanosti ($\chi^2 = 0,75$, $p = 0,39$).

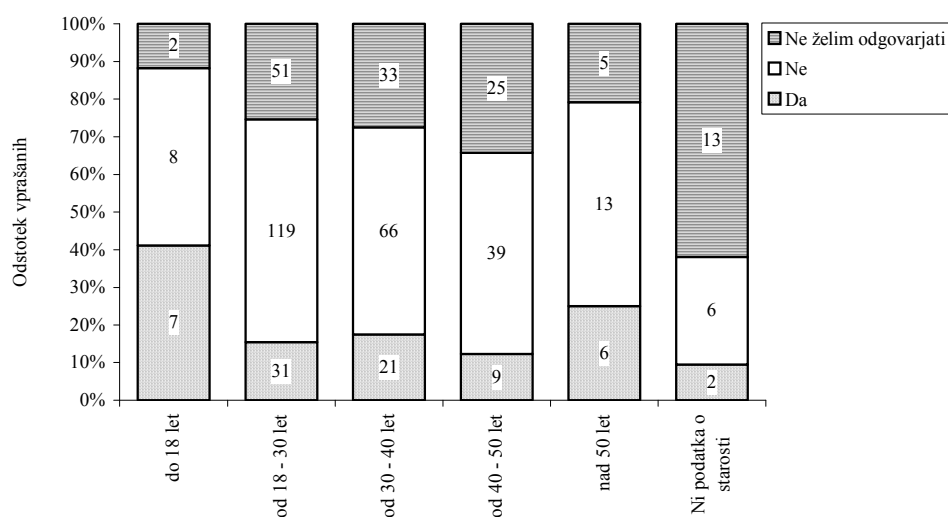
Slika 3. 26: Struktura spolno aktivnih po uporabi zaščitnih sredstev glede na izobrazbeni skupini



Želeli smo ugotoviti, ali obstajajo skupine posameznikov, ki so bolj pogosto žrtve nasilnih situacij glede na starost in izobrazbo. Zaradi specifičnosti odgovorov v starostni skupini »pod 18 let« in izobrazbeni skupini »dokončana osnovna šola« prikazujemo v tem primeru podatke za vseh pet starostnih in pet izobrazbenih skupin, brez statističnega testa zaradi premajhnega števila vprašanih v posameznih skupinah.

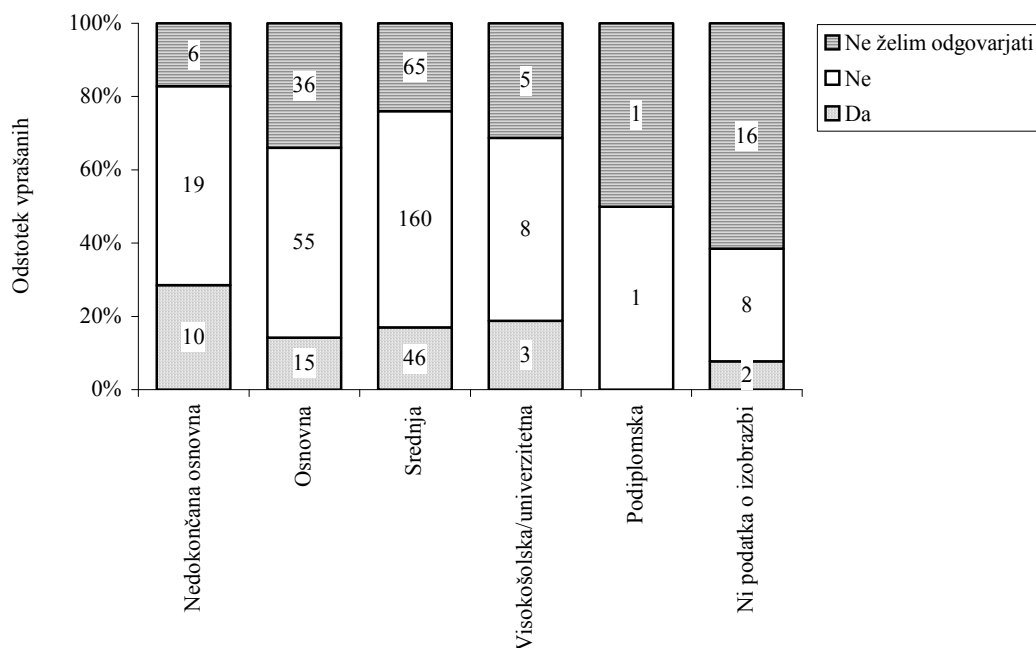
Rezultati kažejo (Slika 3.27.), da je 41,2% vprašanih, starih do 18 let, že bilo žrtev fizičnega nasilja. V skupini, stari nad 50 let je bilo žrtev fizičnega nasilja četrtnina vprašanih (25%). V ostalih starostnih skupinah je bilo žrtev fizičnega nasilja manj (15,4% v skupini od 18 – 30 let, 17,5% v skupini od 30 – 40 let in 12,3% v skupini od 40 – 50 let).

Slika 3. 27: Žrtve fizičnega nasilja v zaporu po starostnih skupinah



Glede na izobrazbo (Slika 3.28) je najvišji odstotek žrtev fizičnega nasilja v zaporu v skupini z nedokončano osnovno šolo (28,6%).

Slika 3. 28: Žrtve fizičnega nasilja v zaporu po izobrazbenih skupinah

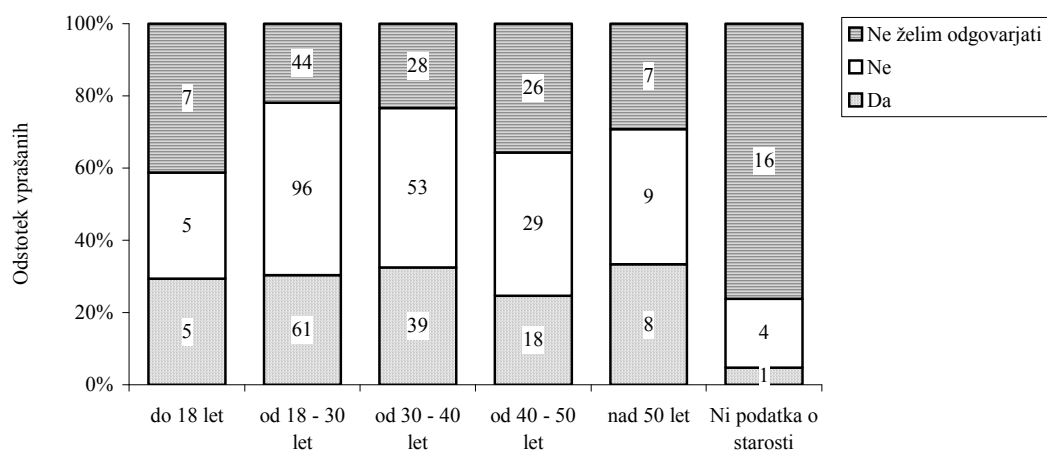


V povprečju je bilo psihičnega nasilja deležnih okoli 30% vprašanih v posameznih starostnih skupinah.

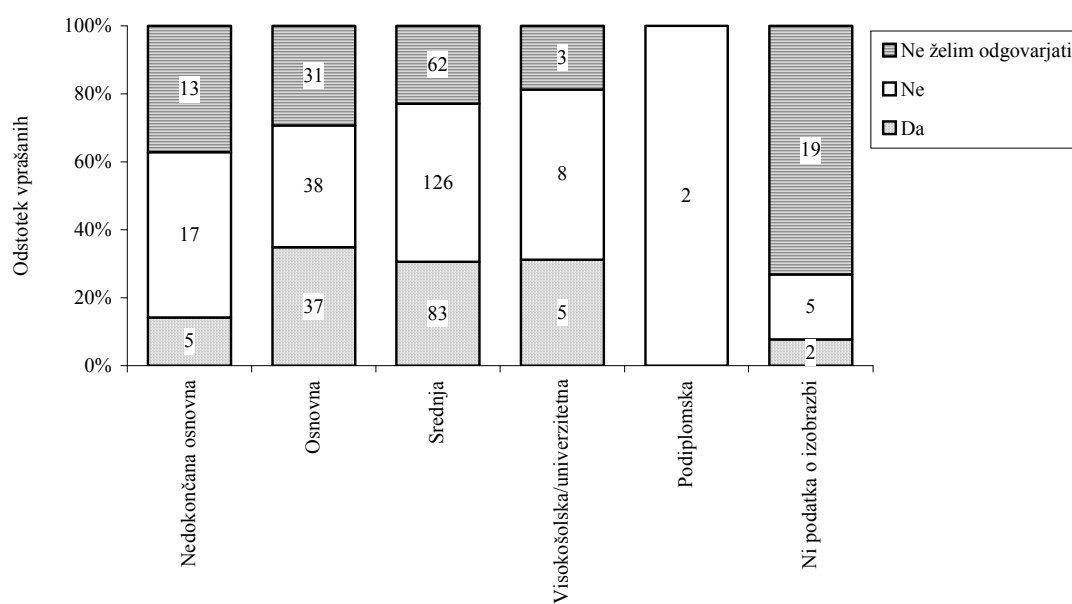
Najvišji odstotek žrtev psihičnega nasilja v zaporu je v skupini z dokončano osnovno šolo (34,9%). V ostalih izobrazbenih skupinah je žrtev psihičnega nasilja v zaporu od 14,3% (v skupini z nedokončano osnovno šolo) do 31,3% (v skupini z visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo) oziroma 30,6% (v skupini z dokončano srednjo šolo) vprašanih.

Povezanost med zaznavanjem fizičnega in psihičnega nasilja je pri vprašanih, ki so odgovorili na obe vprašanji z da ali ne, zelo tesna ($p = 0,000$). 89,4% (42 oseb) vprašanih, ki so občutili fizično nasilje, je potrdilo tudi psihično nasilje, 86,3% (182 oseb) vprašanih pa ni zaznalo niti fizičnega niti psihičnega nasilja.

Slika 3. 29: Žrtve psihičnega nasilja v zaporu po starostnih skupinah

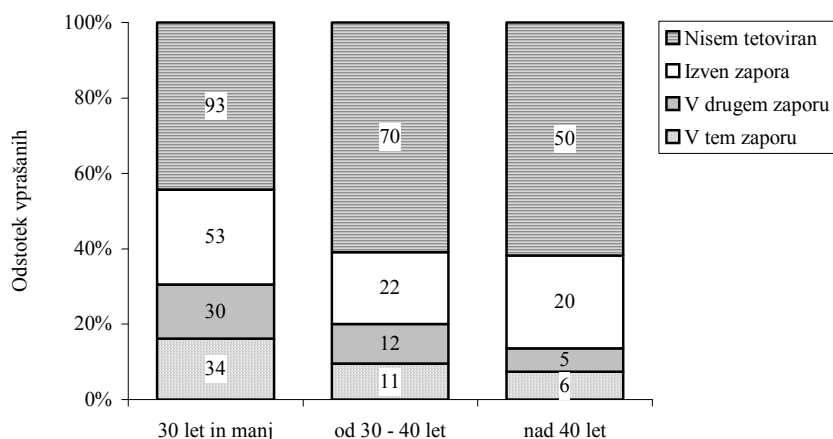


Slika 3. 30: Žrtve psihičnega nasilja v zaporu po izobrazbenih skupinah



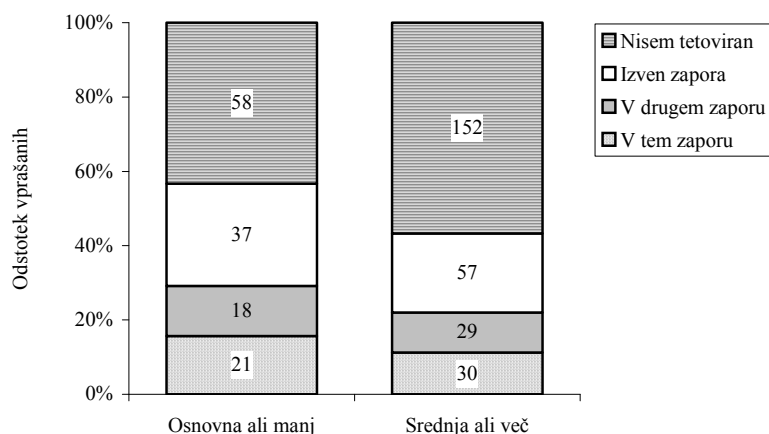
Rezultati tudi kažejo, da starost statistično pomembno vpliva na tetoviranje (Slika 3.31). V starostni skupini 30 let in manj je namreč delež tetoviranih oseb večji kot v ostalih dveh starostnih skupinah ($\chi^2 = 15,1$, $p = 0,020$). Najvišji odstotek tetoviranih v tem zaporu je v starostni skupini 30 let in manj (66,7%), 21,6% tetoviranih je v starostni skupini od 30 do 40 let in 11,8 % tetoviranih v starostni skupini nad 40 let.

Slika 3. 31: Tetoviranost po starostnih skupinah



Izobrazba na tetoviranje vpliva mejno statistično značilno ($\chi^2 = 6,6$, $p = 0,087$), nekoliko več je tetoviranih v skupini z osnovnošolsko izobrazbo ali brez izobrazbe.

Tabela 3. 32: Tetoviranost po izobrazbenih skupinah



3.1.6.2.1. Tvegana vedenja glede na uživanje drog v zaporu

Uživalci drog v naši raziskavi so tisti, ki so potrdili injiciranje drog v zavodu, kjer so v času anketiranja prestajali kazen zavora (tisti, ki so pri vprašanju 9 potrdili injiciranje drog »v tem zaporu«). To je potrdilo 46 oseb, kar je 10,09% celotnega vzorca populacije ($n = 456$). Poleg 46 oseb, ki so potrdile injiciranje drog »v tem zaporu«, je injiciranje drog v katerem drugem zaporu potrdilo še 59 oseb oziroma 12,94% celotnega

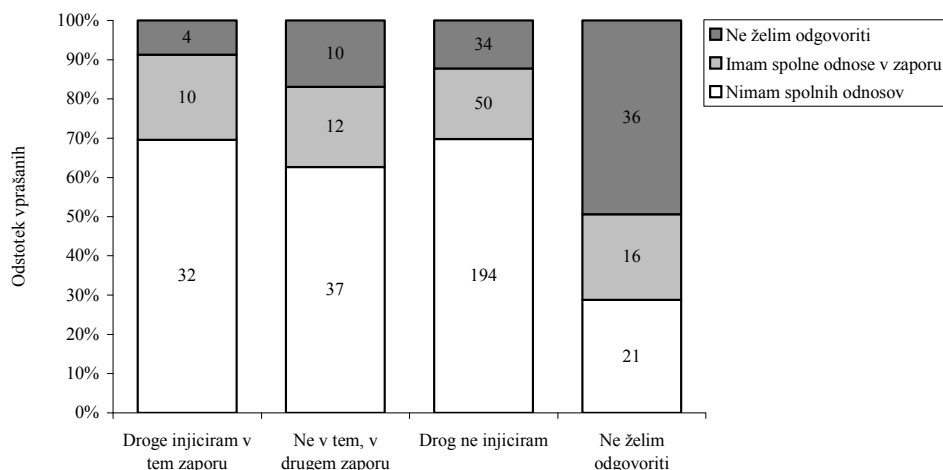
raziskovalnega vzorca. Od vseh vprašanih je droge v zaporih že injiciralo 105 oseb oziroma 23,02% populacije, vključene v raziskavo.

Z virusom hepatitisa B je okuženih 7 oseb (15,2%) izmed tistih, ki so potrdile, da injicirajo droge »v tem zaporu« (46 oseb) in 1 oseba (1,7%), ki je potrdila injiciranje drog v drugem zaporu. Z virusom hepatitisa C je okuženih 5 oseb (10,9%) izmed tistih, ki so potrdile, da injicirajo droge »v tem zaporu« in 2 osebi (3,4%) izmed tistih, ki so potrdile injiciranje drog v drugem zaporu. S HIV je okužena 1 oseba (2,2%) izmed tistih, ki so potrdile injiciranje droge v tem zaporu in 4 osebe izmed tistih, ki na vprašanje glede injiciranja drog v tem zaporu niso želeli odgovoriti. Približno polovica vprašanih, ki so potrdili okuženost z virusoma hepatitisa B in C, je potrdila tudi injiciranje drog. Glede na relativno majhno število obolelih v vzorcu, ne moremo statistično potrditi povezanosti med okužbo in injiciranjem drog.

Na podlagi naše ankete ne moremo trditi, da obstaja povezanost med spolnimi odnosi v zaporu in uživanjem drog v tem zaporu ($p = 0,76$). Približno 20% vprašanih, ki injicirajo droge v tem ali so jih injicirali v drugem zaporu, je spolno aktivnih.

Od tistih, ki so odgovorili, da so s spolnimi odnosi v zaporu (že) želeli pridobiti denar, priboljške ali zaščito (4 osebe), sta dve osebi potrdili injiciranje drog v tem in 1 oseba v drugem zaporu.

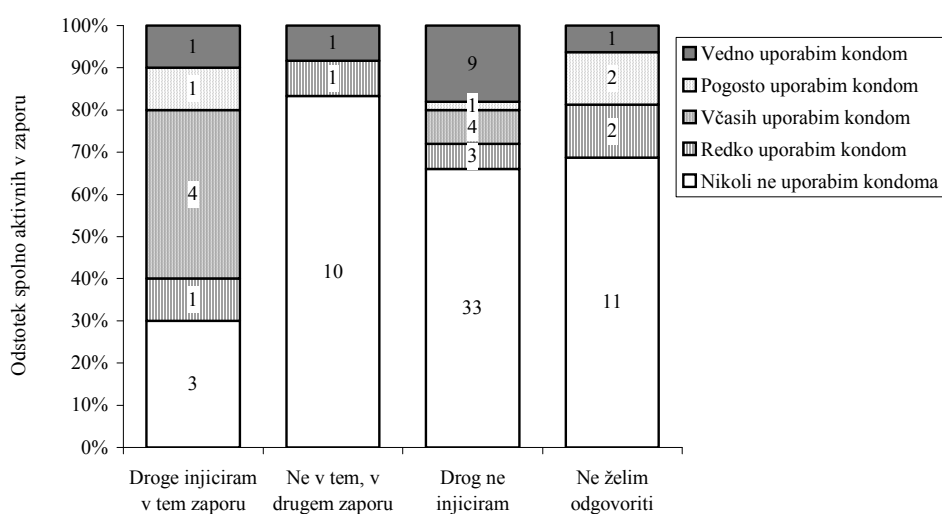
Tabela 3. 33: Spolno aktivni v zaporu glede na injiciranje drog v zaporu



Iz slike 3.34. je razvidno, da je najmanjši delež tistih, ki nikoli ne uporabijo kondoma, v skupini uživancev drog (injiciranje drog »v tem zaporu«, n = 46). To pomeni, da uživalci drog v precejšnjem deležu uporabljajo kondome za zaščito pred spolno prenosljivimi boleznimi v zaporu (največ med njimi kondom uporabi včasih).

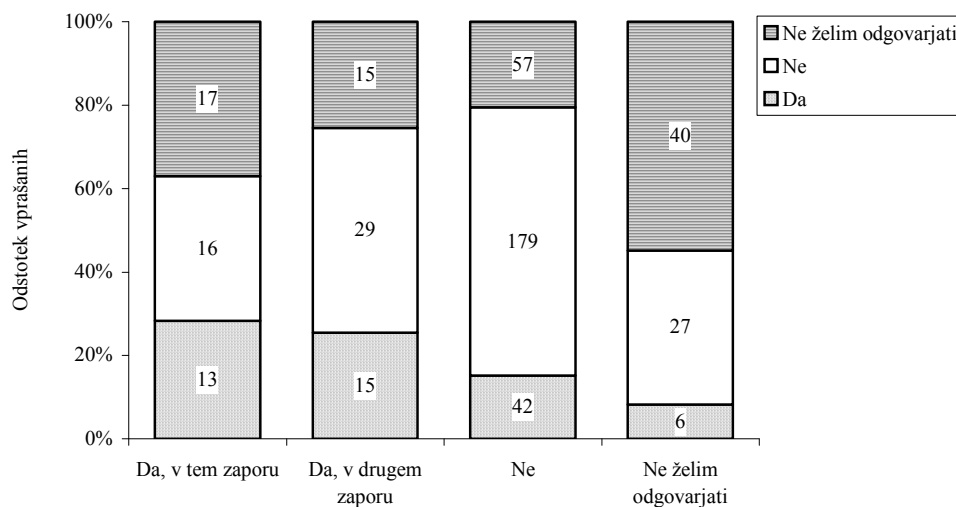
Najvišji delež tistih, ki kondome v zaporu uporabijo vedno, je v skupini, ki injiciranja drog v zaporu ni potrdila (9 oseb).

Slika 3. 34: Uporaba kondomov glede na injiciranje drog v zaporu

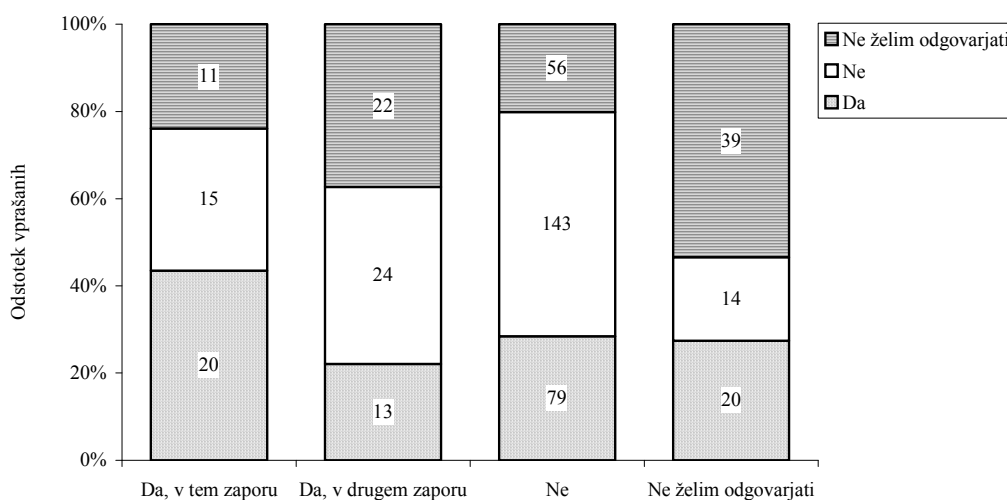


Rezultati raziskave kažejo statistično značilne povezave ($p = 0,000$) med izkušnjo fizičnega in psihičnega nasilja in injiciranjem drog v zaporu. Večja verjetnost je, da bodo uživalci drog hkrati tudi žrtve fizičnega ali psihičnega nasilja. 28,3% tistih, ki so potrdili injiciranje drog v tem zaporu, je že bilo žrtev fizičnega nasilja, še več (43,5%) pa jih je občutilo psihično nasilje. Izmed 12 žrtev spolnega nasilja sta dve osebi potrdili injiciranje drog.

Slika 3. 35: Izkušnja fizičnega nasilja v zaporu glede na injiciranje drog v zaporu

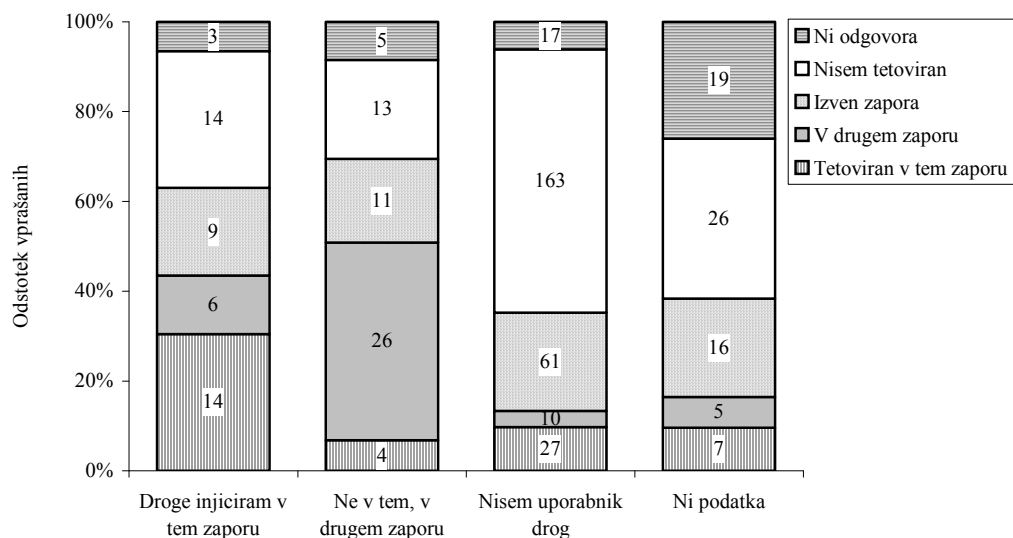


Slika 3. 36: Izkušnja psihičnega nasilja v zaporu glede na injiciranje drog v zaporu



Ugotovili smo tudi statistično značilno povezanost med injiciranjem drog in tetoviranjem ($p = 0,000$). Osebe, ki injicirajo droge v zaporu, so pogosteje tetovirane kot osebe, ki si drog ne injicirajo. Tetovirajo se pogosteje v zaporih kot zunaj zapora. Od tistih, ki so potrdili injiciranje drog v tem zaporu, jih je 43,5% potrdilo, da so se tetovirali (tudi) v tem ali drugem zaporu, medtem ko je izmed tistih, ki drog ne injicirajo v zaporu, tetoviranje v zaporu potrdilo le 13,3% oseb.

Slika 3. 37: Tetoviranost glede na injiciranje drog v zaporu



3.1.6.2.2. Informiranost glede na starost, izobrazbo in uživanje drog v zaporu

Rezultati raziskave kažejo, da je 61,3% v skupini dobro informiranih (n = 31) starih do 30 let, 32,3% iz te skupine je starih med 30 in 40 let, 6,5% (2 osebi) je starejših oziroma nimamo podatkov o starosti. Izrazito populacija mlajših izstopa tudi pri trditvi, v kateri so se obsojenci opredelili, ali bi informacije o drogah v zaporih vzbudile željo, da jih sami poizkusijo (vprašanje 37). Od vseh, ki so se strinjali, da bi se to res zgodilo (n = 42 oziroma 9,2% vseh vprašanih), je kar 64,3% starih do 30 let.

Izmed tistih, ki so pri vseh trditvah iz tabele 3.18. označili pravilne odgovore (n = 31), je imelo 6% (19 oseb) končano osnovno šolo ali manj, 77% (24 oseb) srednjo šolo ali več, 1 oseba pa podatka o izobrazbi ni podala.

Čeprav statistično pomembnih razlik v tem segmentu raziskave nismo ugotavljali, na osnovi odstotkovnih rezultatov sklepamo, da so mlajši in bolj izobraženi obsojenci bolj seznanjeni s temeljnimi dejstvi glede HIV/ aidsa.

Od obsojencev, ki so na vse trditve iz tabele 3.18. odgovorili pravilno (n = 31) je 5 obsojencev, ki so potrdili tudi injiciranje drog v tem zaporu. Delež uživancev drog v skupini dobro informiranih znaša 22,6%. Z vidika skupine uživancev drog v zaporu (n = 46) pa ta podatek pomeni, da je o HIV/ aidsu dobro informiranih le 10,9% uživancev drog

v zaporu. Trditev, da se HIV lahko prenaša »preko souporabe pribora za vbrizgavanje drog in pribora za izdelovanje tetovaž, z osebo, ki ima HIV« (vprašanje 32 d) je kot pravilno označilo 80% tistih, ki so potrdili injiciranje drog v tem in drugem zaporu, skoraj 6% iz te skupine se s trditvijo ni strinjalo, skoraj 2% vprašanih ni vedelo, ali je trditev pravilna ali napačna, dobrih 12% pa odgovora ni podalo.

3.1.7. Preverjanje hipotez

A. Prestajanje kazni zapora zaradi drog

H₀ V slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora ni obsojencev zaradi kaznivih dejanj in prekrškov, povezanih z nedovoljenimi drogami.

Hipotezo zavrnamo. Prestajanje kazni zapora zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška, povezanega z nedovoljenimi drogami je potrdilo 27,6% vprašanih.

B. Uživanje drog v zaporu

B.1. Delež uživancev drog, ki droge injicirajo v populaciji zaprtih oseb

H₀ Pojava injiciranja drog v slovenskih zaporih ni mogoče potrditi.

Hipotezo zavrnamo. Injiciranje drog v zaporu, kjer so v času anketiranja prestajali kazen, je potrdilo 10,1%, injiciranje drog v katerem drugem zaporu pa 12,9% vprašanih (skupaj 23%).

B.2. Souporaba pribora za injiciranje drog v zaporu

H₀ Pojava souporabe pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih ni mogoče potrditi.

Hipotezo zavrnamo. Polovica uživancev drog, ki injicira droge v zaporu, je potrdila, da v zaporu tudi souporablja pribor za injiciranje.

B.3. Injiciranje drog v zaporih v primerjavi z injiciranjem drog v splošni populaciji

H₀ Delež uživancev drog, ki droge injicirajo, je v slovenskih zaporih enak deležu v splošni populaciji (razlik ni mogoče potrditi).

Hipotezo zavrnamo. Na osnovi ene od ocen o številu injicirajočih uživancev heroina v Sloveniji (glej Flaker 2002) znaša njihov delež v splošni populaciji 0,5%, delež injicirajočih uživancev drog v populaciji obsojencev v Sloveniji pa najmanj 10,1%.

C. Tvegana vedenja glede na starost in izobrazbo

C.1. Tvegana vedenja glede na starost

H₀ Mlajši obsojenci (v starosti do 30 let) se v zaporu vedejo enako tvegano kot starejši obsojenci (razlik ni mogoče potrditi).

Hipotezo zavrnamo. Obsojenci v starosti do 30 let v večji meri kot starejši obsojenci injicirajo droge v zaporu, so tetovirani (razlike so statistično značilne) ter so žrtve nasilja. Razlik med starostnimi skupinami glede uporabe zaščitnih sredstev pri spolnih odnosih v zaporu (iz česar bi sklepali o bolj ali manj ogroženih skupinah za prenos spolno prenosljivih virusov in okužb) pa iz rezultatov raziskave ne moremo potrditi.

C.2. Tvegana vedenja glede na izobrazbo

H₀ Obsojenci s končano največ osnovnošolsko izobrazbo se v zaporu vedejo enako tvegano kot obsojenci s končano srednješolsko izobrazbo ali več (razlik ni mogoče potrditi).

Hipotezo zavrnamo. Obsojenci z dokončano osnovnošolsko izobrazbo ali manj v večji meri kot obsojenci s končano srednješolsko izobrazbo ali več injicirajo droge v zaporu (razlike so statistično značilne), so tetovirani (razlike so mejno statistično značilne) in so žrtve nasilja. Razlik med izobrazbenimi skupinami glede uporabe zaščitnih sredstev pri spolnih odnosih v zaporu (iz česar bi sklepali o bolj ali manj ogroženih skupinah za prenos spolno prenosljivih virusov in okužb) pa iz rezultatov raziskave ne moremo potrditi.

D. Tvegana vedenja glede na injiciranje drog v zaporu

H₀ Uživalci drog, ki droge injicirajo v slovenskih zaporih, se v zaporu vedejo enako tvegano kot ostali obsojenci (razlik ni mogoče potrditi).

Hipotezo zavrnamo. Razlike vsaj deloma lahko potrdimo. Obsojenci, ki so potrdili injiciranje drog v zaporu, kjer so v času anketiranja prestajali kazen zapora, so v večjem deležu žrtve nasilja, več je tetoviranih in se pogosteje kot ostali obsojenci tetovirajo v zaporu (razlike so statistično značilne). Razlik med skupino injicirajočih uživalcev drog in ostalimi obsojenci glede spolnih aktivnosti v zaporih iz rezultatov raziskave ne moremo potrditi.

Na osnovi rezultatov raziskave smo vse ničelne hipoteze zavrnil. Dokažemo lahko, da tvegana vedenja, ki smo jih obravnavali v raziskavi, v slovenskih zaporih

dejansko obstajajo, celo v večji meri kot v splošni populaciji. Poleg tega je tudi mogoče dokazati, da se nekatere skupine obsojencev vedejo bolj tvegano od drugih (razlike med spremenljivkami raziskave). Najbolj tvegano se vedejo mladi in manj izobraženi obsojenci ter injicirajoči uživalci drog.

3.2. Primerjava rezultatov raziskave o tveganih vedenjih v zaporih v Sloveniji z rezultati istovrstne raziskave v Rusiji

V oporo in dodatno ilustracijo rezultatom raziskave, narejene v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora, smo pridobljene podatke primerjali z rezultati ruske raziskave, v kateri je bil uporabljen izviren našega vprašalnika¹⁷.

Tabela 3. 38: Podatki o spolni in izobrazbeni strukturi anketiranih ter deleži tveganih vedenjih v zaporih v Sloveniji in Rusiji

Vrsta podatka		Slovenija		Rusija		
Populacija v raziskavi (n, %)	vsi	218	100%	1044	100%	
	moški	211	96,79%	928	88,89%	
	ženske	7	3,21%	116	11,11%	
Stopnja izobrazbe (%)	manj kot osnovna šola	11,7		2,2		
	osnovna šola	29,1		72,0		
	srednja šola ali več	58,7		23,7		
Uživanje drog (%)	v zaporu zaradi drog	39,4		19,9		
	injiciranje drog kdaj v življenju	33,5		41,2		
	injiciranje drog v tem zaporu	delež izmed vseh	17,0		8,6	
		delež izmed tistih, ki so potrdili injiciranje kdaj v življenju	46,6		21,1	
	souporaba pribora za injiciranje (vedno)	5,4		12,0		
Spolno aktivni (%)		18,3		9,7		
Tetoviranje (%)	delež izmed vseh	53,7		51,8		
	tetoviral/a se je (tudi) v zaporu	29,4		25,6		

¹⁷ Rezultati ruske raziskave o tveganih vedenjih v zaporih so povzeti iz strokovnega prispevka z naslovom *Prisoner Risk Taking in the Russian Federation*, avtorjev Lizz Frost in Vladimirja Tchertkov-a (podrobnosti o viru so navedene v seznamu literature).

Ruska raziskava z naslovom *Prisoner 2000* je bila izvedena leta 2000, v osmih zaporskih enotah (kolonijah), od katerih so v dveh nameščene ženske, v ostalih moški zaporniki. Podatki v Sloveniji so bili zbrani v 14 zaporskih enotah (zavodih za prestajanje kazni zapora in njihovih oddelkih), v eni od njih so nameščene ženske, v ostalih moški zaporniki.

Veljavni vzorec v ruski raziskavi šteje 1044 oseb, od tega 928 moških in 116 žensk. V slovenski raziskavi predstavlja veljavni vzorec za primerjavo z rezultati ruske raziskave 218 oseb (od tega 211 moški in 7 žensk), to je 47,8% od vseh anketiranih (n = 456). Zaradi primerljivosti podatkov smo kot veljavni vzorec za primerjavo rezultatov obeh raziskav upoštevali le osebe v starostni skupini do 30 let.¹⁸

Brez formalne izobrazbe je v slovenskih zaporih dobrih 10% populacije stare do 30 let, v ruskih pa le dobra 2%. V obeh primerih je med primerjano populacijo zapornikov največ tistih z dokončano osnovno in dokončano srednjo šolo¹⁹, v povprečju dobrih 90% populacije.

Razporeditev oseb z dokončano osnovno šolo in tistih z dokončano srednjo šolo je ravno obratna: med tem, ko je v slovenskih zaporih osnovno šolo končalo skoraj 30%, srednjo pa skoraj 60% starih do 30 let, je v ruskih zaporih dobrih 70% populacije končalo osnovno stopnjo formalnega izobraževanja, dobrih 20% pa srednjo šolo. Pri tem je potrebno upoštevati, da lahko iz kategorije *basic secondary schooling* (uporabljene v ruski raziskavi), ki jo v primerjavi štejemo pod kategorijo *končana osnovna šola*, izhajajo tudi poklicne stopnje izobrazbe, v slovenski raziskavi sicer štete v kategorijo *končana srednja šola*.

V Sloveniji je prestajanje kazni zapora zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška povezanega z drogami potrdilo skoraj 20% več zaporske populacije, stare do 30 let, kot v Rusiji. V slovenskih zavodih je v času anketiranja kazen zaradi drog prestajalo 39,4%, v Rusiji pa 19,9% anketiranih.

Injiciranje drog kdaj v življenju je potrdilo preko 40% ruske in nekaj več kot 30% (n = 73) slovenske zaporske populacije, stare do 30 let. V povprečju je skoraj 40%

¹⁸ Populacija ruske raziskave *Prisoner 2000* je bila omejena na starostno skupino do 30 let. Od vseh anketiranih je bilo 43 respondentov izločenih, ker so bili starejši od 30 let.

¹⁹ Pri razdelitvi populacije v ruskih zaporih glede na izobrazbo je termin *basic secondary schooling* upoštevan kot osnovna šola in *specialized secondary schooling* kot srednja šola.

zaprorske populacije, stare do 30 let v zaporih v Sloveniji in Rusiji že injiciralo droge kdaj v življenju.

Medtem ko je delež tistih, ki so potrdili injiciranje drog kdaj v življenju, v slovenskih zaporih manjši od deleža teh oseb v ruskih zaporih, je v slovenskih zaporih občutno večji odstotek vprašanih potrdilo injiciranje drog v tem zaporu. V slovenskih zaporih droge injicira 17% vprašanih (n = 37), v ruskih pa 8,6% vprašanih (n = 90).

Skoraj polovica oziroma 46,6% tistih, ki so v slovenski raziskavi potrdili injiciranje drog kdaj v življenju (73 oseb oziroma 33,5% od celotnega upoštevanega vzorca), to počne tudi v zaporu. Delež teh oseb v ruskih zaporih je občutno manjši (21,1%).

Iz razpoložljivih podatkov raziskave v slovenskih zaporih ni mogoče podati števila oziroma deleža oseb, ki so z injiciranjem drog začele v zaporu. V ruski raziskavi so na podlagi posebnega vprašanja (*Ste pred prihodom v zapor kdaj injicirali droge?*) prišli do podatka, da je v zaporu z injiciranjem drog začelo 1,1% celotne populacije oziroma 13,5% tistih, ki so potrdili injiciranje drog v tem zaporu.

Medtem ko je bilo v slovenski raziskavi postavljeno vprašanje o *izmenjavi pribora za injiciranje v zaporu*, so pojav souporabe pribora za injiciranje v ruski raziskavi preverjali z vprašanjem o ponujanju uporabljenega pribora drugim (*passing on*) in vprašanjem o jemanju že uporabljenega pribora od drugih (*taking used injecting equipment*). Za primerjavo smo izbrali podatek, ki izhaja iz odgovorov na drugo vprašanje o uporabi pribora, ki ga je pred tem že uporabila druga oseba (*taking used injecting equipment*). Izmed injicirajočih uživalcev drog v slovenskih zaporih (n = 37) pribora za injiciranje nikoli ne souporablja slaba polovica oziroma 45,9%, v ruskih zaporih pa 34,9% (od n = 90). Ostali pribor za injiciranje souporablja redko, včasih, pogosto ali vedno, kar pomeni izpostavljenost tveganju okužbe s prenosljivimi virusi, kot so HIV in virusi hepatitisa. Medtem ko v slovenskih zaporih vedno souporablja pribor dobrih 5% uživalcev drog, to v ruskih zaporih počne 12% te populacije.

Iz odgovorov na vprašanje o uporabi kondomov pri spolnih odnosih v zaporu sledi, da je v slovenskih zaporih dobrih 18% vprašanih (n = 40), starih do 30 let, spolno aktivnih v zaporu. V ruskih zaporih je spolno aktivnih slabih 10% vprašanih.

V ruskih zaporih kar 70% vprašanih pri zadnjem spolnem odnosu ni uporabilo kondoma. Sicer odgovori ne povedo ničesar o dostopnosti kondomov v času, ko bi ga

anketirani potrebovali, prav tako ne povedo, ali je šlo za spolne odnose v zaporu ali zunaj njega (npr. v času izhoda). Skoraj 60% mladih spolno aktivnih v zaporu nikoli ne uporabi kondoma v zaporu, 10% redko, dobrih 12% včasih, 5% pogosto in 15% vedno.

V slovenskih zaporih je dobra polovica populacije stare do 30 let potrdila, da so tetovirani. Od njih je skoraj 55% potrdilo, da so se tetovirali (tudi) v zaporu (v tem ali drugem zaporu). Tudi v ruski raziskavi jih je izmed vprašanih, ki so potrdili, da so tetovirani (skoraj 52% od vseh vprašanih), skoraj 55% poročalo, da je vsaj eden izmed tatujev nastal v zaporu. Primerljiv je tudi podatek o tetoviranih v zaporu glede na celotno zaporsko populacijo oziroma raziskovalni vzorec: v slovenskih zaporih je skoraj 30% anketiranih potrdilo, da so se tetovirali tudi v zaporu, v ruskih zaporih pa dobrih 25%.

V slovenskih zaporih je v primerjavi z zapori v Rusiji hkrati več mladih brez formalne izobrazbe in več mladih z višjo izobrazbo od osnovne. Občutno večji delež mladih v Sloveniji prestaja kazen zapora zaradi drog. Čeprav je v ruskih zaporih večji delež mladih zapornikov potrdil injiciranje drog kdaj v življenju, so injiciranje drog v zaporu v občutno večjem deležu potrdili mladi v slovenskih zaporih. Souporabo pribora za injiciranje v zaporu so v večjem deležu potrdili injicirajoči uporabniki drog v ruskih zaporih. Spolno aktivnih je več v slovenskih zaporih. Bistven delež spolno aktivnih v obeh primerih ne uporablja zaščitnih sredstev pred spolno prenosljivimi boleznimi, kadar ima spolne odnose v zaporu. V obeh primerih je tetovirano približno polovica mladih zapornikov, od katerih se je približno polovica tetovirala tudi v zaporu.

Medtem, ko je delež tistih, ki so že kdaj injicirali v življenju, precej podoben (nekaj odstotnih točk je večji v Rusiji), se je za injiciranje v zaporu bistveno večji delež izrekel v slovenskih zaporih. Glede na primerljivo izhodišče o injiciranju drog kdaj v življenju bi pričakovali tudi primerljive rezultate glede injiciranja v zaporih. Domnevnih razlogov za razliko je lahko kar nekaj, na primer večja osveščenost populacije zaprtih uživalcev drog v Rusiji, uspešnejši programi preprečevanja uživanja drog in rehabilitacije uživalcev drog v ruskih zaporih, kar pa se zdi manj verjetno. Če pomislimo tudi na možnost, da so odgovori lahko bolj ali manj iskreni, rezultati slovenske raziskave dobijo še dodatno potrditev v zanesljivosti in odražanju dejanskih razmer v naših zaporih.

4. RAZPRAVA

V razpravi sledi interpretacija rezultatov raziskave o tveganih vedenjih v slovenskih zaporih. Neposredne izsledke raziskave v posameznih delih razprave prikažemo v primerjavi s podatki, ki veljajo za splošno prebivalstvo Slovenije in v primerjavi s podatki ruske raziskave.

Ker nas je v raziskavi najbolj zanimal pojav uživanja drog v zaporih, je tej temi namenjen tudi največji del v razpravi. V tem delu smo v interpretacijo vpletli tudi izpoved anonimnega uporabnika drog, ki je leta 2005 prestajal dvomesečno kazen zapora v ZPKZ Ljubljana in nam izčrpno predstavil lasten vidik pojava tveganih vedenj v zaporih.²⁰

4.1. Demografski podatki

Slovenske zapore večinoma zasedajo mladi moški, kar velja kot splošna značilnost svetovne zaporniške populacije (primer Nelles in drugi 2000: 27).

Po starosti in spolni strukturi populacija v zaporih nikakor ne odraža značilnosti splošne populacije. Po podatkih Statističnega urada RS (vir: www.stat.si) je leta 2002, ko je bila opravljena raziskava v zaporih, v Sloveniji živelo 1.721.220 oseb starih 14 let in več (spodnjo starostno mejo upoštevamo, ker bi tudi najmlajši udeleženec v raziskavi lahko imel najmanj 14 let, ko po veljavni zakonodaji posameznik postane kazensko odgovoren - mlajši mladoletnik), od katerih je bilo 48,50% moškega in 51,50% ženskega spola; 5,92% je bilo starih od 14 do vključno 17 let, 20,48% od 18 do vključno 29 let, 17,37% od 30 do vključno 39 let, 18,28% od 40 do vključno 49 let in 37,95% 50 let in več.

Populacija obsojencev se središči v starostni skupini od 18 do 30 let, medtem ko ta skupina v splošni populaciji ni tako izrazita. Glede na znane trende staranja prebivalstva je v splošni populaciji pričakovano najvišji delež starih nad 50 let, v zaporih pa je obsojencev iz te starostne skupine le nekaj odstotkov.

Večina zaprtih oseb ima končano osnovno ali srednjo šolo, kar je precej primerljivo z izobrazbeno strukturo splošne populacije v Sloveniji. Podatki iz popisa

²⁰ Dobesedni zapis intervjuja sledi v prilogi.

prebivalstva leta 2002 o izobrazbeni sestavi prebivalstva Slovenije v starosti 15 let in več kažejo, da je največ osnovno šolo končalo 33% prebivalstva, srednjo ali poklicno šolo je končalo 54,1% prebivalstva in najmanj višjo ali visoko šolo 12,9% prebivalstva (vir: <http://www.sigov.si/zmar/arhiv/og0603/reg.pdf>). Medtem ko je delež tistih z največ osnovno šolo v primerjanih populacijah skoraj identičen (32,9% v zaporski in 33% v splošni populaciji), je v primerjavi s splošno populacijo v zaporih večji delež tistih s končano srednjo šolo in manjši delež tistih s končano višjo ali visoko šolo (povprečje razlike je 9 odstotnih točk). V zaporih je najmanj tistih z nedokončano osnovno šolo in tistih z visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo.

Med obsojenci na prestajanju kazni zapora je skoraj polovica samskih, dobra tretjina poročenih ali živijo v izvenzakonski skupnosti, ostali so razvezani, ovdoveli ali ne živijo skupaj s partnerji. V splošni populaciji starih 15 let in več je 34,54% samskih, 53,53% poročenih, 7,59% ovdovelih in 4,34% razvezanih (Statistični urad Republike Slovenije, Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj 2002, www.stat.si). V primerjavi s splošno populacijo je med obsojenci na prestajanju kazni zapora več samskih in razvezanih (povprečje razlike je dobrih 7 odstotnih točk) ter manj poročenih (razlika znaša preko 16 odstotnih točk) in ovdovelih (razlika znaša skoraj 6 odstotnih točk).

4.2. Zdravstveni status: hepatitis, HIV in spolne bolezni

V raziskavi nas je zanimala slika specifičnih obolenj in poškodb zdravja obsojencev (okuženost z virusi hepatitisa in s HIV ter spolno prenosljive bolezni), do katerih v največji meri prihaja zaradi koncentracije tveganih vedenj in neustreznih zaporskih razmer (na primer prenatalnost in odsotnost ustreznih preventivnih ukrepov). Tuji viri navajajo, da je število okuženih z različnimi prenosljivimi virusi, kot so tuberkuloza, HIV in hepatitis v zaporih precej višje od prevalence v skupnosti (Harding 1990, Thomas, in Moerings 1994, Dolan in drugi 1995, Crofts in drugi 1995, Gostin 1995 v Nelles in drugi 2000: 27-28).

Virus hepatitisa C se najpogosteje prenaša ob neposrednem stiku z okuženo krvjo (intravensko uživanje drog, naključni vbod z okuženo iglo, transfuzija okužene krvi in krvnih pripravkov, neprofesionalno tetoviranje, prebadanje telesa), kar pri 30-50% okuženih pa je način prenosa hepatitisa C nepoznan. Po inkubacijski dobi (ta v povprečju

traja sedem tednov) se akutni hepatitis C pojavi le pri 20% okuženih in ima navadno blag potek. Kar 70-85% pa ostane doživljenjsko okuženih. Ta je večinoma brez simptomov in ga običajno odkrijemo povsem naključno. Hepatitis C lahko poteka kot brezsimptomen kronični hepatitis in ga odkrijemo povsem naključno, lahko pa se odraža s počasi napredujočo boleznijo ali pa s težjo obliko bolezni, ki se po 20 letih razvije v cirozo (v 20%) ali v jetrno celični karcinom (letna incidenca 2-5%) (Društvo študentov medicine, Projekt virus).

Spolne bolezni, hepatitis B in C ter okuženost z virusom HIV je v naši raziskavi potrdilo zelo nizek delež vprašanih (okuženost oziroma obolelost je potrdilo 1%, 3,7%, 3,7% oz. 1,1% vprašanih). Podatki zaporskega vodstva iz istega leta na primer kažejo, da je bilo v precej manjšem vzorcu oseb, ki so se odločile za testiranje (247 oseb), 6,07% okuženih z virusom hepatitisa B in 11,3% okuženih z virusom hepatitisa C (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, 2003: 56). Glede na možnost nespecifičnih znakov in odsotnost kakršnihkoli bolezenskih simptomov, lahko ta podatek upoštevamo kot spodnjo mejo deleža okuženih z virusoma hepatitisa B in C v slovenskih zaporih.

Da naj bi se hepatitis B v večini primerov (60%) pojavil skupaj s hepatitisom C (Hämning 1996 v Jacob in Stöver 2000: 65), v naši raziskavi ni mogoče potrditi, saj so okužbo z obema virusoma potrdile le tri osebe oziroma 17,6% od vseh, ki so potrdili okuženost s katerim od virusov hepatitisa.

Približno polovica vprašanih, ki so potrdili okuženost z virusoma hepatitisa B in C v naši raziskavi, je potrdila tudi injiciranje drog. Glede na relativno majhno število obolelih v vzorcu, ne moremo statistično potrditi povezanosti med okužbo in injiciranjem drog (Hren, Kastelec 2004).

S HIV je bilo po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2005b: 2) konec leta 2006 na svetu okuženih že 39.5 milijona ljudi. V letu 2006 se je okužilo 4.3 milijona ljudi, od tega 2.8 milijona (65%) v Podsaharski Afriki. V istem letu je zaradi z aidsom povezanih obolenj umrlo 2.9 milijona ljudi. Globalno gledano se s HIV vsako minuto okuži novih 10 ljudi. Tudi v Evropi ostaja okužba s HIV eden glavnih javnozdravstvenih problemov. Leta 2005 je bilo iz 48 evropskih držav (brez Italije, Norveške in Španije) prijavljenih skupno 77.553 novo prepoznanih okužb s HIV (104 na 1.000.000 prebivalcev).

V Vzhodni Evropi je glavni način prenosa še vedno souporaba pribora za injiciranje drog, v porastu pa so tudi prenosi z nezaščitenimi heteroseksualnimi spolnimi odnosi. V Centralni in Zahodni Evropi so glavni način prenosa nezaščiteni heteroseksualni spolni odnosi, opaža pa se tudi porast prenosa virusa med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi (UNAIDS v Inštitut za varovanje zdravja 2006).

Delež okuženih s HIV v zaporih je večji v vzhodnih državah: v Estoniji 12% leta 2002, v Ruski Federaciji 4% leta 2002 in v Ukrajini 7% leta 2000. V Rusiji, kjer je prišlo do prave eksplozije epidemije HIV-a²¹, zaporniki v zadnjih nekaj letih predstavljajo približno 15% registrirane HIV populacije. O visokem deležu okuženih s HIV v zaporih poročajo tudi iz določenih zahodnih držav, na primer na Portugalskem je bilo leta 2000 s HIV okuženih kar 11% zaporske populacije. Na drugi strani pa so na primer v Angliji z uspešnimi preventivnimi intervencijami uspeli zadržati število okuženih na zelo nizkem deležu, običajno je tam okuženih zaprtih oseb manj kot odstotek v celotni zaporski populaciji (WHO 2005b: 2).

Visok delež okuženih s HIV med zaporniško populacijo v svetu je povezan z odstotkom zapornikov, ki injicira droge pred nastopom kazni zapora, in odstotkom infekcij s HIV-om med populacijo intravenskih uživalcev drog v skupnosti (Jürgens 2000: 1-2). Večina okuženih s HIV, obolelih za aidsom ali okuženih s katero drugo infekcijsko boleznijo je uživalcev drog. V zaporih se HIV, predvsem pa virus hepatitisa B in C najpogosteje prenašajo preko souporabe pribora za injiciranje. (Jacob in Stöver 2000: 58)

V letu 2002, ko smo izvedli raziskavo v slovenskih zaporih, je po podatkih Inštituta Republike Slovenije za varovanje zdravja v Sloveniji živelo 125 registriranih ljudi okuženih s HIV, od tega 26 bolnikov z aidsom in 99 z diagnosticirano okužbo s HIV (podatki se nanašajo na mesec december 2002). V tem letu se je v Sloveniji na novo okužilo 21 ljudi (14 moških, 6 žensk in ena deklica), kar je bilo glede na pretekla leta, ko so v povprečju na novo diagnosticirali 5 do 6 okužb letno, razmeroma visoka številka. V letu 2002 so zaradi aidsa v Sloveniji umri 3 bolniki (Društvo študentov medicine, Projekt Virus).

²¹ Medtem, ko je bilo še leta 1996 le nekaj več kot 1.000 uradno registriranih primerov okužbe s HIV, je bilo novembra 2001 uradno registriranih že skoraj 170.000 primerov. Preko 90% teh okužb je nastalo zaradi souporabe pribora za injiciranje. Največ okuženih je mladih, predvsem moških v starosti do 30 let (Ministry of Health of the Russian Federation 2001 v Frost, in Tchertkov 2002).

Po poročilu Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij je bilo v letu 2002 na pregled v ambulante za aids napoteni 56 zaprtih oseb v slovenskih zaporih. Pregledanih je bilo 49 moških in 7 žensk. Za testiranje na HIV se je odločilo 140 oseb, pri 4 od njih je bilo ugotovljeno, da so okužene s HIV. (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2003: 55-56)

Potrdimo lahko, da je tudi v Sloveniji delež okuženih s HIV v zaporih občutno višji od deleža teh oseb v splošni populaciji. Medtem ko je delež okuženih s HIV v splošni populaciji pravzaprav zanemarljiv (0,006%²²), je v raziskavi okužbo s HIV potrdilo 1,1% zaprte populacije. Razlog za tolikšen razkorak je lahko tudi v dejstvu, da je, zaradi strožjega nadzora vseh vidikov stanja posameznikov v zaporih, večji delež testiranih, kot to velja zunaj zapora. Še vedno pa je delež okuženih s HIV v slovenskih zaporih med najnižjimi v primerjavi z deležem okuženih v ostalih zaporskih sistemih po svetu.

4.3. Spolnost

Spolni odnosi so poleg souporabe pribora za injiciranje drog najpogostejši način prenosa HIV-a in hepatitisov (Nelles in drugi 2000: 28). Pojav in obseg seksualnih aktivnosti v zaporih je sicer zelo težko ocenjevati, kar se je pokazalo tudi v našem primeru. Heilpern in Egger (1989 v Jürgens 2000: 4) sta ugotovila, da je ocena pojava odvisna od tega ali gre za nastanitev v enoposteljnih ali skupinskih sobah (celicah), od dolžine zaporne kazni, od razporeditve varovanja in obsega obiskov.

Skoraj 20% obsojencev je potrdilo, da imajo spolne odnose v zaporu. Spolnost je v zaporu zaznal tudi naš sogovornik v intervjuju: »Par zapornikov seksa na obisku, v eni takšni sobi. Druge prosijo, naj gredo ven in potem na brzino. To sta dva, trije obsojenci, ki to prakticirajo.« Homoseksualni stiki so, vendar zelo redki in prikriti. Kondomov v prostorih zapora ni opazil, pa »tudi če bi bili, bi bila bruka. Folk bi jih potrgal. Rekli bi, da delajo buzerante iz ljudi. Mislim pa, da bi morali biti v ambulanti na voljo, za tistega, ki bi ga na primer hotel, da bi ga lahko vzel *in cognito*.«

²² Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije je bilo v letu 2002 v Sloveniji 125 oseb z registrirano okužbo s HIV (Društvo študentov medicine, Projekt Virus), kar je 0,0006 % tedanje celotne populacije, ki je štela 1.995.033 prebivalcev (Statistični urad RS, www.stat.si)

Podatki kažejo, da obsojenci, ki imajo spolne odnose v zaporih, pri tem neredno (če sploh) uporabljajo zaščitna sredstva pred spolno prenosljivimi boleznimi. Vedno kondome pri spolnem odnosu v zaporu uporabi le dobrih 13% spolno aktivnih.

Ob tem največji delež obsojencev niti ne ve, da so kondomi v zaporih praviloma dostopni in da jih lahko dobijo. Skoraj polovica vprašanih iz populacije, stare do 30 let je odgovorila, da ne ve, če bi lahko dobili kondome v zaporu, petina mladih v zaporih meni, da kondomov nikoli ne bi mogli dobiti, da bi kondome v zaporu lahko dobili vedno, ko bi jih potrebovali, pa je odgovorila dobra četrtina iz tega vzorca.

Od spolno aktivnih v populaciji stari do 30 let, ki so hkrati potrdili, da lahko vedno dobijo kondome v zaporu, ga le ena oseba vedno uporabi pri spolnih odnosih v zaporu, ena oseba pogosto, dve osebi včasih in kar 6 oseb nikoli. Odstotek tistih, ki nikoli ne uporabijo kondoma, čeprav so potrdili, da bi ga vedno lahko dobili, je enak deležu oseb v skupini spolno aktivnih v zaporu, ki kondomov v zaporu nikoli ne uporabljajo (ne glede na odgovore o dostopnosti kondomov), kar nakazuje na to, da v zaporih vedenje o dostopnosti kondomov zelo malo vpliva na njihovo uporabo.

Statistično značilnih razlik med starostnimi in izobrazbenimi skupinami pri pojavu uporabe zaščitnih sredstev pred spolno prenosljivimi boleznimi ne moremo zanesljivo potrditi.

Kažejo pa se statistično značilne razlike glede spolnih odnosov v zameno za priboljške v zaporu. In sicer se tisti, ki injicirajo droge v zaporu, pogosteje odločajo za tovrstne spolne prakse, kot tisti, ki drog v zaporu ne injicirajo.

4.4. Nasilje

Stereotipno se življenju v zaporih pripisujejo tudi pogosti in intenzivni vzorci nasilnih vedenj, ki prav tako predstavljajo grožnjo fizičnemu in duševnemu zdravju zaporske populacije. Zanimale so nas vse tri oblike nasilnega vedenja: fizična, psihična in spolna ter v kolikšni meri so prisotne.

Glede na precejšnji delež tistih, ki na vprašanja o doživljanju nasilja v zaporu niso želeli odgovoriti (30% pri fizičnem in psihičnem in 50% pri spolnem nasilju), je videti, da nam glede nasilja obsojenci niso želeli podati jasnih sporočil.

Največ obsojencev v zaporu doživlja psihično nasilje (skoraj 30%), sledi fizično (skoraj 17%), najmanj pa je spolnega nasilja (skoraj 3%). Dobra polovica je potrdila, da še ni bila žrtev fizičnega in spolnega nasilja in slaba polovica še ni izkusila psihičnega nasilja v zaporu.

Bolj ali manj izpostavljenih skupin glede nasilja v starostnih in izobrazbenih skupinah ni možno potrditi.

Statistično pomembne razlike pa smo identificirali v povezavi med skupino oseb, ki injicira droge v zaporu, in vpletenostjo v nasilne situacije. Skoraj polovica zapornikov, ki so povedali, da injicirajo droge v zaporu, je namreč že bila žrtev fizičnega nasilja, dobra polovica žrtev psihičnega nasilja in 9% žrtev spolnega nasilja. Med obsojenci, ki ne injicirajo drog, je bilo žrtev fizičnega nasilja dobrih 30%, žrtev psihičnega nasilja 35% in spolnega nasilja 2%.

Neobhodni del vsakdanjega življenja odvisnih uživalcev drog se odvrti v krogu pridobivanja sredstev, nabave in uživanja drog, ki v zaporu postane precej otežen in v mnogih pogledih onemogočen. Pogosteje kot ostali se odvisni uživalci drog zadolžujejo, vpleteni so v situacije izsiljevanj, groženj in nasilja. Poleg tega specifične zaporske razmere, kot so pomanjkanje zasebnosti, stres, manjša socialna podpora, omejenost gibanja in prenatrpanost, potencirajo določene oblike vedenja in omejujejo možnosti reševanja nastalih napetosti, nesoglasij in konfliktov.

4.5. Tetoviranje

Glede na to, da je možnost prenosa virusov in okužb največja ravno ob neposrednem stiku s krvjo okuženega (tipični primer je prebadanje kože s kontaminiranim priborom), gre neprofesionalno tetoviranje šteti za visoko tvegano vedenje. V zaporu tetoviranje ni dovoljeno in poteka v ilegali, kar pomeni, da izdelovalci tatujev v zaporih načeloma nimajo možnosti zagotavljanja varnih in optimalnih higienskih pogojev za njihovo izdelavo. Kljub temu gre za precej pogost pojav, ki ga lahko kategoriziramo kot eno od sekundarnih prilagoditev po Goffmanovi teoriji življenja v totalni ustanovi (1961).

Tetoviranih je dobri dve petini zaprtih oseb (43%). Dobra polovica od tetoviranih oziroma skoraj 22% celotne zaporske populacije se je tetoviralo v zaporu, ostali pa izven

zaporu. Večina tistih, ki so se tetovirali tudi v zaporu, kjer so izpolnjevali vprašalnik (dobra četrtina od tetoviranih), je potrdila, da je njihova zadnja tetovaža v zaporu nastala z novo oziroma še nikoli uporabljeno iglo, skoraj 20% pa je uporabilo oporečen pribor (že uporabljeno, vendar očiščeno oziroma že uporabljeno, vendar neočiščeno iglo) ali pa pribor, za katerega se ni vedelo, ali je že bil uporabljen.

Razlik med starostnimi in izobrazbenimi skupinami tudi glede tetoviranosti ni mogoče potrditi. Lahko pa ponovno potrdimo povezavo med tetoviranjem in injiciranjem drog v zaporu. V skupini tistih, ki so potrdili injiciranje drog v tem zaporu, je slaba polovica potrdila tudi tetoviranje v zaporu, v skupini, ki drog v zaporu ne injicira, pa je tetoviranje v zaporu potrdilo le dobrih 13% vprašanih.

Glede na odgovore o (ne)oporečnosti pribora za tetoviranje v zaporu lahko rečemo, da je najmanj 2% zaprtih oseb v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zaporu izpostavljenih tveganju prenosa virusov in okužb preko neprofesionalnega tetoviranja.

4.6. Uživanje drog v zaporih

V slovenskih zaporih je prestajanje kazni zaporu zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška povezanega z drogami (največ zaradi heroina) potrdila dobra četrtina celotne zaporske populacije in skoraj 40% populacije stare do 30 let. V ruskih zaporih je prestajanje kazni zaporu zaradi drog potrdilo bistveno manj obsojencev (slabih 20% vprašanih, starih do 30 let). Razlogov za tolikšno razliko ni mogoče zanesljivo potrditi brez upoštevanja raznolikosti med državama, dodatne analize kazenskega sistema in stopnje kriminalizacije pojava drog v družbi.

Uživalci drog v naši raziskavi so tisti, ki so potrdili injiciranje drog v zavodu, kjer so v času anketiranja prestajali kazen zaporu (to je potrdilo 10,09% vprašanih). Injiciranje drog v katerem drugem zaporu je potrdilo še 12,94% vprašanih, kar lahko pomeni, da droge v slovenskih zaporih injicira (tudi) preko 20% zaprtih oseb.

4.6.1. Vrste in dostopnost drog v zaporih

Najpogosteje v zaporu uporabljajo droge tisti, ki s tovrstno izkušnjo že vstopajo v zapor (uživalci drog). V rabi so predvsem heroin, marihuana in hašiš, pa tudi alkohol. Uživalci drog v ruskih zaporih so poročali o rabi opija, heroina in maka.

Glede na način uporabe in učinek na psihofizično stanje posameznika je heroin ena najbolj ustreznih substanc za zaporsko okolje. Možno ga je dokaj nemoteče konzumirati (sploh v primeru snifanja), povzroča pa neizzivajoča in nekonfliktna razpoloženska stanja: obrnjenost vase oziroma introvertiranost, intenzivno notranje doživljanje, nemoteče za okolico. Heroin je *»prav arestantska droga, ki te v izi da, napetosti zniža...«* (iz intervjuja). Kajenje marihuane na primer povzroča dim z močno in prepoznavno aromo, težje jo je skriti, *»medtem ko tisti, ki črtico potegne, ta je en, dva, tri...«* (iz intervjuja).

Sicer je v zaporu možno dobiti karkoli, zato je droge glede na dostopnost težko rangirati. Vse poteka po logiki povpraševanja in ponudbe. Najtežje je dobiti droge, po katerih ni povpraševanja, in tiste, pri katerih ponudba težko sledi velikemu povpraševanju.

V skupino drog, po katerih je v zaporih običajno manj povpraševanja, spadajo na primer poživila (kokain, ekstazi,...). Ravno obratno kot heroin so poživila nekompatibilna zaporskemu okolju in težje obvladljiva. Povzročajo močne občutke povezanosti z drugimi, obrnjenost navzven in potrebo po komunikaciji. Po poživilih v zaporu *»ni povpraševanja in potem tudi ni zaslužka s tem. To je droga za zunaj. Ker potem je pa paranoja in kaj boš s tem v sobi blodil, pa klavstrofobija...«* (iz intervjuja).

S tableti je težje, ker je veliko povpraševanja: *»Skoraj ni osebka, ki ne bi jedel, konzumiral tablet. Tablete je še najtežje dobiti, ker jih skoraj vsi jedo«* (iz intervjuja). Uspavala in pomirjevala v zaporu lahko predpiše zdravnik, dostopna pa so tudi na črnem trgu: *»Saj veš, če si v takem okolju, ne moreš spat, ono tretje. In pač uspaval je kar nekaj. In potem takšni, ki nimajo cigaret, si pač prodajo tablete, da imajo za cigarete.«* (iz intervjuja).

4.6.2. Injiciranje drog v zaporih

Iz dosedanjih ugotovitev in interpretacij je videti, da je skupina uživalcev drog, ki droge injicira, ena najbolj ogroženih skupin v zaporih. Identificirali smo namreč statistično pomembne razlike med skupino, ki injicira droge v zaporu, in ostalimi glede doživljanja nasilja, podajanja v spolne odnose v zameno za priboljške in tetoviranja.

Zapor je okolje, ki ne le da vzdržuje pojav zlorabe drog, pač pa tudi tiste, ki drog pred zaporom niso uživali, napeljuje k temu, da jih začno uživati v zaporu (Stöver in Ossietzky 2001: 6). Na vprašanje, če pozna koga, ki je z uživanjem drog začel v zaporu, je naš sogovornik v intervjuju povedal, da *»so to predvsem stari robijaši, ki so prej bolj alko in tablete uporabljali. Zdaj pa tudi že kaj folijo, več ali manj folijo kadijo«* (iz intervjuja).

Kar slaba polovica obsojencev v zaporih zaznava pojav injiciranja drog (slaba polovica od njih celo meni, da si droge v zaporu injicira polovica oziroma veliko ljudi). Domnevamo, da se tisti, ki za pojav ne vedo, v zaporu z njim ne srečujejo oziroma ne soočajo neposredno ali pa o njem ne želijo govoriti. Razpoložljivost drog (ter s tem povezano uživanje in zaznavanje pojava) lahko sicer zelo variira med zapori in celo oddelki (Koch in Ehrenberg 1992 v Jacob in Stöver 2000: 59).

Skoraj 19% vprašanih v slovenskih zaporih je potrdilo injiciranje drog kdaj v življenju. Injiciranje drog v zaporu, kjer so v času anketiranja prestajali kazen zapora, je potrdilo 10% vprašanih, injiciranje drog v zaporu - tem in drugem skupaj - pa je potrdilo 23% vprašanih. Od tistih, ki so potrdili injiciranje drog kdaj v življenju, je skoraj polovica potrdila tudi injiciranje drog v tem zaporu.

Pričakovali bi, da bo ob pritrdilnem odgovoru o injiciranju drog v zaporu pritrdilen tudi odgovor o injiciranju drog kdaj v življenju²³, vendar podatki kažejo drugače. Od vseh, ki so potrdili injiciranje drog v zaporu (tem ali drugem), jih je le dobrih 45% potrdilo tudi injiciranje drog kdaj v življenju, skoraj 42% tistih, ki so potrdili injiciranje drog v zaporu, pa injiciranja drog kdaj v življenju ni potrdilo. Vprašanja o tem, ali je posameznik z injiciranjem drog začel v zaporu, žal nismo eksplicitno postavili (kot na primer v ruski raziskavi), nas pa visok odstotek tistih, ki so potrdili injiciranje drog v zaporu in hkrati zanikali injiciranje drog kdaj v življenju, navaja na sledečo možno

²³ 'Kdaj v življenju' je širši pojem, v katerega spada tudi čas prestajanja kazni zapora.

razlago: če privzamemo, da v zaporu vlada razcepljeno razmišljanje o življenju noter in življenju zunaj, potem nekaj, kar se je zgodilo samo noter, nima veze s tistim, kar je človek počel zunaj. Torej, če človek injicira droge v zaporu, pa tega ni počel prej, potem to ni injiciranje kdaj v življenju, kar je samo po sebi bližje življenju zunaj. Z navedeno razlago bi bilo torej mogoče govoriti o pojavu navajanja na uživanje drog v slovenskih zaporih, nikakor pa ni mogoče določiti obsega te vrste sekundarne delikvence.

Restriktivno zaporsko okolje sicer lahko pomeni tudi pozitivno redukcijo vedenj, ki so potencialno nevarna. Od vseh, ki so potrdili injiciranje drog kdaj v življenju, jih je skoraj 35% zanikalo, da droge injicirajo tudi v zaporu. Domnevamo lahko, da gre za uživalce drog, ki droge v zaporu uporabljajo na manj tvegane načine (kajenje po foliji), uživajo droge, ki se jih ne injicira (alkohol, marihuana, tableti,...) ali pa so z uživanjem drog prekinili in so vključeni v terapevtsko obravnavo odvisnosti.

Vidimo torej, da življenje v zaporu lahko tako napeljuje kot tudi vpliva na zmanjšanje pojava uživanja drog. Poleg tega je tudi jasno, da se s prakticiranjem potencialno tveganih vedenj v zaporu škoda pogloblja, saj se tveganja, ki bi se jim bilo zunaj zapora morda lažje izogniti, v zaporu pogosteje pojavljajo in stopnjujejo (npr. injiciranje drog v zaporu, kjer ni na voljo programov zamenjave igel, poteka praviloma ob souporabi pribora). Rezultati ene od raziskav, narejene na Škotskem, na primer kažejo, da niso vsi zaporniki, za katere je bilo znano, da so droge injicirali pred vstopom v zapor, z injiciranjem drog nadaljevali tudi v zaporu, več od teh, ki so nadaljevali, pa je v zaporu souporabljal pribor (Shewan in drugi 1994 v Frost in Tchertkov 2002).

Spodbuda injiciranju drog v zaporih so tudi določene okoliščine v zvezi s ponudbo in kakovostjo drog v zaporu. Do drog v zaporu je težje priti, so dražje in na voljo v omejenih količinah. Poleg tega si njihovi ponudniki v zaporih (lažje kot zunaj, kjer je konkurenca večja) privoščijo v obtok poslati manj čiste droge. Od vseh načinov uporabe drog je z injiciranjem (neposredno v krvni obtok) dosežen najučinkovitejši izkoristek droge. Na eni strani je za injiciranje potrebna manjša količina droge, učinek na počutje pa mnogo hitrejši in intenzivnejši kot pri ostalih načinih uporabe.

Kot rečeno, je injiciranje drog v slovenskih zaporih (v tem in v drugem zaporu) potrdilo 23% vprašanih, injiciranje drog v tem zaporu pa je potrdilo 10% vprašanih. Slika o injiciranju drog v zaporu je še izrazitejša v skupini mlajših obsojencev (stari do 30 let), pri kateri je tudi prestajanje kazni zapora zelo pogosto povezano z drogami (v 40%). V tej

skupini je injiciranje drog kdaj v življenju potrdila tretjina slovenske²⁴ in dobri dve petini ruske zaporske populacije. Medtem ko je v slovenskih zaporih skoraj polovica teh potrdila tudi injiciranje v tem zaporu, je v ruskih zaporih to potrdila le dobra petina.

V skladu s pridobljenimi rezultati ter ob upoštevanju vseh navedenih podatkov, izhodišč in domnev, lahko pojav injiciranja drog v slovenskih zaporih določimo v razponu od 10 do 23%²⁵. Seveda to nikakor ne velja za posamezne zavode, saj so razlike med njimi zelo velike. Rezultati raziskave celo kažejo, da injiciranja drog v nekaterih zavodih sploh ni oziroma anketirani o njem niso poročali²⁶. Pojav je bil v različnih odstotkih oziroma razponih (do 36% v Prevzgojnem domu Radeče) potrjen v sedmih od štirinajst zavodov in zavodskih oddelkih po Sloveniji. V dveh zavodih, kjer pojav injiciranja drog ni bil potrjen, je bil zelo visok delež odgovorov o injiciranju drog v katerem drugem zaporu.

Za primerjavo deležev uživalcev drog v zaporih in v splošni populaciji vzemimo oceno o številu uživalcev heroina v splošni populaciji iz raziskave o heroinu in uživalcih heroina v Sloveniji, ki je v letih 1998 – 1999 nastala v okviru projekta *Phare Zmanjševanje povpraševanja po drogah*²⁷ (glej Flaker 2002). Po oceni avtorja in sodelavcev omenjene raziskave je v Sloveniji »verjetno več kot 16.000 rednih uživalcev heroina in zanesljivo ne bistveno manj kot 15.000 in ne bistveno več kot 18.000. Od tega jih najmanj 9.000 heroin injicira« (Flaker 2002: 75). Po podatkih Statističnega urada RS (vir: www.stat.si) je leta 1999 (na dan 30. junij) v Sloveniji živel 1.709.233 oseb starih 14 let in več (upoštevamo populacijo v starosti, primerljivi s populacijo obsojencev na prestajanju kazni zapora). Ob upoštevanju ocene iz raziskave o heroinu znaša delež injicirajočih uživalcev heroina v splošni populaciji 0,53% (n = 9.000). Poleg heroina je sicer možno injicirati tudi mnoge druge vrste drog, predvidevamo pa, da injiciranje teh v večini primerov poteka v kombinaciji s heroinom. Precej verjetno je, da večina, ki injicira kaj drugega, injicira tudi heroin.

²⁴ V ZPKZ Ljubljana je injiciranje drog kdaj v življenju potrdilo celo 38 % populacije stare do 30 let.

²⁵ Spodnja in zgornja meja ocene o deležu oseb, ki injicirajo droge v zaporih, sta določeni na podlagi odgovorov na vprašanje o injiciranju drog v tem zaporu in injiciranju drog v drugem zaporu.

²⁶ V posameznih dislociranih oddelkih Zavodov za prestajanje kazni zapora (npr. v Novi Gorici in Novem mestu) je v raziskavi sodelovalo le nekaj oseb. Kljub zagotovitvi o anonimnosti lahko domnevamo, da je v teh primerih, bolj kot v večjih zavodih, na odgovore vprašanih vplival tudi strah pred prepoznavnostjo.

²⁷ Na osnovi omenjene raziskave je nastala obsežna publikacija v dveh delih, ki s sociološke in etnografske perspektive opisuje značilnosti uživalcev heroina in njihovega vsakdanjega življenja v Sloveniji.

Iz primerjave deležev o injicirajočih uživalcih drog v zaporu in v splošni populaciji lahko potrdimo, da je injiciranje drog bistveno bolj razširjeno v zaporih (od 10 do 23%), kot v splošni populaciji Slovenije (0,5%).

4.6.3. Souporaba ter metode čiščenja in vzdrževanja pribora za injiciranje drog v zaporih

Ker velja v slovenskih zaporih posedovanje pribora za injiciranje po trenutno veljavnih zaporskih predpisih za prekršek²⁸, je souporaba pribora za injiciranje v zaporu precej bolj običajen pojav kot zunaj zapora. Ob tem postanejo pomembne metode čiščenja in načinih, s katerimi zaporniki skušajo pribor ohraniti v funkciji. Brizga z iglo, ki je v zdravstvu brezpogojno namenjena enkratni uporabi, postane v primeru injiciranja drog v zaporu večkrat uporabljeno orodje. Tudi če se posameznikom, ki injicirajo droge v zaporu, uspe izogniti souporabi pribora, je skoraj neverjetno, da jim bo uspelo za vsakokratno injiciranje pridobiti sterilni pribor. Ker je tudi vzdrževanje pribora v zaporu onemogočeno (posedovanje pribora za injiciranje drog v zaporu je prekršek, ustreznih dezinfekcijskih sredstev za čiščenje pribora pa ni na voljo), lahko injiciranje drog v zaporu, ne glede na souporabo, označimo za škodljivo in skrajno tvegano vedenje. Medtem so lahko izven zapora, ob vestni uporabi sterilnega pribora za injiciranje in upoštevanju načel varnejšega injiciranja, tveganja za poškodbe zdravja zaradi injiciranja skorajda zanemarljiva.

Uživalci drog, vključeni v program zdravljenja z metadonom, s programom praviloma nadaljujejo tudi v zaporu. Po oceni iz intervjuvanca je bila večina uporabnikov drog v konkretnem zaporu brez metadona: *»Moraš že zunaj piti metadon, da ga lahko dobivaš noter. Drugače pa je več kot pol uporabnikov, ki ne dobiva metadona noter. Ne več kot pol, dve tretjini... Kdor nima metadona, v bistvu kar drastično zmanjša. Ampak, potem pride do kriziranja, rezanja, samopoškodovanja. In več kaj, potem tisti, ki so brez*

²⁸ Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS 22/2000) sicer ne navaja eksplicitno, da je posedovanje pribora za injiciranje drog v zaporu prepovedano, med hujše disciplinske prestopke pa uvršča izdelovanje ali vnašanje predmetov, primernih za napad, pobeg ali za storitev kaznivega dejanja (87. člen). Pravilnik o izvrševanju nalog paznikov (Uradni list RS 78/2001) pa v 17. členu določa, da lahko pazniki zadržijo in zasežejo prepovedane predmete. Konkretni prepovedani predmeti so na podlagi določb zakona in pravilnikov določeni v hišnem redu posameznega zavoda.

metadona, pa ne morejo dobiti, gredo v te rizične sfere. Potem dobijo ene stare injekcije, kakšne že milijon-krat predelane. Potem si kuhajo razno razne zvarke» (iz intervjuja).

Iz podatkov raziskav sledi, da 50% injicirajočih uživalcev drog v slovenskih zaporih in 65% v ruskih zaporih vsaj občasno souporablja pribor za injiciranje oziroma uživa droge na skrajno tvegan način (vedno pribor souporablja dobrih 5% uporabnikov drog v slovenskih in 12% uporabnikov drog v ruskih zaporih).

Velika večina zapornikov, ki droge v zaporu injicira, pribor na nek način poskuša očistiti. Poleg tega, da v zaporih ni na voljo pravih dezinfekcijskih sredstev ali priložnosti za prekuhanje pribora, tudi zaradi naglice in skrivanja ni pričakovati, da bo čiščenje res opravljeno temeljito. V ruskih zaporih je dobrih 88% tistih, ki so že kdaj uporabili rabljen pribor, potrdilo, da ga na nek način očistijo (od njih je največ takih, ki so za čiščenje uporabili kuhano vodo). Da očistijo brizgo z iglo in žlico ter zamenjajo filter in vodo, je potrdilo 28% uživalcev drog v slovenskih zaporih (iz skupine, ki je potrdila injiciranje v tem zaporu). Največji delež oseb očisti brizgo z iglo, manjša pa je osveščenost uporabnikov drog glede potrebe po čiščenju oziroma menjavi ostalih pripomočkov in sestavin za injiciranje drog (mnogokrat se pozablja na žlico, filter in vodo). Glavne metode čiščenja pribora za injiciranje v slovenskih zaporih so: čiščenje pribora s toplo ali vročo vodo iz pipe (37%), čiščenje pribora z vrelo vodo (skoraj 22%), dezinficiranje pribora z medicinskim alkoholom (13%) in dezinficiranje pribora s segrevanjem igle z vžigalicami ali vžigalnikom (skoraj 20%).

Po besedah sogovornika v intervjuju je za čiščenje pribora za injiciranje v zaporu, kjer je prestajal kazen, večina uporabljala le vodo: *»... Edino z vodo, z vodo sprejejo... Tudi kakšna kolonjska, samo to tako ali tako ne zadostuje za uničenje virusov. Čisto tako, za psiho morda« (iz intervjuja).*

Poleg tega, da si uporabniki drog v zaporu ne morejo privoščiti, da bi pribor uporabili le enkrat, je dodatna pazljivost potrebna tudi v primeru temeljitega čiščenja. Agresivna čistilna sredstva, ki naj bi sicer uničila bakterije in viruse, lahko hkrati kvarno vplivajo na sam pribor: *»Gumic pa ne izpostavljajo alkoholu, ker že tako prehitro zaribajo. V končni fazi pa prav na gumici ostane največ« (iz intervjuja).*

Pribor za injiciranje je v zaporu redko in zelo iskano blago. Nekateri si z njegovo izposojjo lahko ustvarijo dodaten vir prihodka. V celotnem obdobju prestajanja kazni je

sogovornik v intervjuju zamenjal tri insulinke²⁹. Ko je dobil novo, je staro prodal. Povedal je še, da je imel tudi insulinko, ki jo je za ustrezno protiplačilo dajal na izposojlo oziroma v najem. Eno injiciranje z najeto insulinko je uporabnika stalo približno 2,10 € (500 nekdanjih tolarjev). Redno si jo je izposojalo 8 ljudi. Sogovornik je, kot pravi, vestno skrbel za vzdrževanje in čiščenje *rentane* insulinke: *»Imel sem to zadevo, za dezinfekcijo stvari. To, kar imajo pazniki za razkuževanje rok... Pač nekdo je to ukradel paznikom v pisarni, ko so čistili.«* (iz intervjuja). Insulinko je vsakič, ko jo je dobil nazaj, očistil. *»To sem delal zaradi tega, ker bi imel slabo vest, če... To bolj zaradi mene, zaradi mojega počutja, ne zato, ker bi mi kdo rekel«* (iz intervjuja). Poleg tega je bilo potrebno pribor tudi vzdrževati, da ga je bilo sploh še možno uporabiti. *»Imel sem šmirgel, toliko, da se igla nabrusi. Mislim, to so grozljivke, kaj se dogaja. Iz enega gana, ko je že vse zamašeno, se kar nekaj topi, pa lepi, delajo se tisti batki, ko se ta gumica obrabi, se delajo iz drugih gum, iz gumijastih stvari, tudi iz podplatov od čevljev, copat.«* (iz intervjuja)

4.7. Informiranost

Z namenom preverjanja informiranosti zapornikov so bila v vprašalnik vključena tudi vprašanja, ki so preverjala mnjenja, stališča in informiranost o HIV/aidsu ter tabela, v kateri so vprašani označili najpogostejše vire informacij o HIV/aidsu, hepatitisu, tuberkulozi in drogah.

Poznavanje temeljnih dejstev glede HIV/aidsa je v okolju, kot je zapor, izrednega pomena. V zasebnem življenju se stvarem, o katerih ne vemo zadosti ali se jih morda bojimo, preprosteje izognemo, kot je to mogoče v zaporu, kjer je obsojencem odvzeta temeljna kontrola nad lastnim življenjem, vsakdan pa določajo in vodijo drugi. Nevednost je v tako reguliranem in nadzorovanem okolju še dodatno breme za posameznika.

V povprečju je bila večina odgovorov na izbrane trditve (13), s katerimi smo preverjali informiranost glede HIV/aidsa, pravih (dobrih 56%). Skoraj 30% je bilo neopredeljenih odgovorov, napačnih pa v povprečju malo manj kot 15%.

²⁹ Insulinka je ime za brizgo z integrirano iglo, ki je med uporabniki drog zelo priljubljena. Ime insulinka se je ohranilo še iz časov, ko so jih za injiciranje inzulina uporabljali sladkorni bolniki. Poleg insulink je za injiciranje mogoče uporabiti tudi brizgo z iglo. V tem primeru se iglo namesti na brizgo in jo je mogoče zamenjati.

Na vse trditve je pravilno odgovorilo le slabih 7% obsojencev (dobro informirani), od katerih je večina mladih, starih do 30 let (61%) in višje izobraženih, s končano srednjo šolo ali več (77%). Uživanci drog v zaporih, ki droge injicirajo, predstavljajo v skupini dobro informiranih dobrih 22%.

Izrazito populacija mlajših izstopa tudi pri trditvi, v kateri so se obsojenci opredelili ali bi informacije o drogah v zaporih vzbudile željo, da jih sami poizkusijo (vprašanje 37). Od vseh, ki so se strinjali, da bi se to res zgodilo, je skoraj 65% starih do 30 let.

Sicer je videti, da obsojenci preventivnih ukrepov in osveščanja o varni spolnosti in varnejših načinih uživanja drog v zaporih večinoma ne jemljejo kot spodbujevalce posameznih (tveganih) vedenj. Glede tega, da kondomi pospešujejo spolno aktivnost in homoseksualnost v zaporih ter da bi informacije o varnejših načinih uživanja drog pospešile porabo drog v zaporih, se obsojenci v največji meri niso strinjali (v povprečju dobrih 45% odgovorov »se ne strinjam«). Pri tem je precej izrazito opazno, da se zaporniki pri trditvah, ki se nanašajo na splošne učinke določenih ukrepov v zaporih, v večji meri odločajo za neopredeljene odgovore, kot je to značilno za trditve, ki se nanašajo na njih osebno.

Dokaj nizek delež dobro informiranih kaže na nujno uvajanje ciljnih akcij osveščanja zaporniške populacije, splošno velik delež neopredeljenih odgovorov pa dobro osnovo za njihovo učinkovitost. Kampanje osveščanja in informiranja so pri pomanjkljivem znanju oziroma odsotnosti opredeljenih stališč bolj verjetno uspešne kot pri napačnem znanju in zakoreninjenih diskriminatornih in stereotipnih stališčih.

Preverjali smo tudi stališča do ločevanja oseb, ki so okužene s HIV od ostalih zapornikov, ter način odziva do osebe z aidsom. Skoraj 70% vprašanih se strinja, da bi bilo ločevanje okuženih s HIV v zaporih dobro za njihovo varnost in varnost ostalih, tretjina pa bi se obolelega za aidsom zagotovo začela izogibati. Kar 40% vprašanih ni vedelo, kako bi se odzvali na informacijo, da je sojetnik obolel za aidsom. Odobravanje ločevanja obolelih z aidsom lahko odraža zavračanje, prikrito stigmatizacijo ter željo po izogibanju konfrontaciji z neprijetno, grozečo drugačnostjo. Poleg tega je možni razlog iskati tudi v nezaupanju do kaznovalnega sistema, da je ta sposoben zagotoviti takšne pogoje sobivanja, v katerih bi se ljudje počutili varne brez fizičnega ločevanja.

Največ informacij obsojenci dobijo o HIV/aidsu in drogah, manj pa o hepatitisih in tuberkulozi, kar glede na glavne vire informacij (mediji), ni presenetljivo. Izmed vseh štirih vsebin se v medijih pogosteje in bolj intenzivno pojavljajo ravno vsebine o HIV/aidsu in drogah. Informacije in vesti o hepatitisih in tuberkulozi se kot samostojne pojavljajo zelo redko. Hepatitis se na primer najpogosteje pojavi v kontekstu prispevkov o drogah in uporabi drog, kar pomeni, da bo prejemnik informacije sporočilo doumel kot govor o drogah in ne nujno tudi o hepatitisu.

Popularni mediji kot najbogatejši vir informacij o HIV/aidsu in drogah za zapornike niso le nepresenetljivo, pač pa tudi zaskrbljujoče dejstvo. Kdaj in katere informacije bodo objavljene, mediji določajo na podlagi uveljavljene uredniške politike, na kar potrebe ljudi nimajo neposrednega vpliva. Tako so na primer informacije o HIV/aidsu zgoščene v tednu pred in po dnevu boja proti aidsu (1. december).

Poleg tega so mediji vse bolj odvisni tudi od trženja svojih vsebin, kar pomeni, da morajo z njimi pritegniti kar najširši krog občinstva. Informacije o uživalcih drog se večinoma pojavljajo na straneh črne kronike. Kriminalistični vidik zlorabe drog je podrobneje obdelan in zato bolj dostopen javnosti kot pa javno-zdravstveni ali na primer sociološki vidik. Tega pa ne gre nujno pripisati le tendenci po senzacionalističnem poročanju medijev, ki naj bi s tem pritegnili bralce. Na to vpliva tudi tisti, ki informacije želi ali jih je dolžan posredovati v javnost. Policija je primer subjekta z urejeno metodologijo poročanja podatkov preko medijev: organizirane so redne tiskovne konference, posredovani podatki pa jasni in nedvoumni (npr. o številu in vrsti kaznivih dejanj). Na drugi strani stroka ne tvori usklajenega pogleda na nedovoljene droge in njihove uživalce, kar pomeni, da novinar za objavo prispevka, v katerem bi bili prikazani tudi drugi vidiki tega področja (ne le kriminološki), težje pridobiva nedvoumne in zanesljive podatke. Poleg tega je v tem primeru potreben večji novinarjev osebni angažma v vlogi raziskovalca (Urad RS za droge 2002: 14-15, iz izjave Lorenčič Mojce, Dnevnik). Odgovornost za predstavitev različnih diskurzov o drogah oziroma vidikov različnih strok na pojav drog in uživalce drog je domena stroke. Ker pa se ta o tem ne zmore dogovoriti, mediji generirajo javno podobo uživalca drog predvsem na podlagi podatkov za prispevke črne kronike (Urad RS za droge 2002: 13, iz izjave Petra Stefanoskega, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve).

5. SKLEP IN PRIPOROČILA

Tvegana vedenja v zaporih ogrožajo in škodo v največji meri povzročajo v skupini mladih in manj izobraženih. V tej skupini se v zaporih statistično značilno pojavlja tudi večji delež uživalcev drog, ki droge injicira. Po izsledkih naše raziskave so prav uživalci drog, ki droge injicirajo, v zaporih najbolj ranljiva skupina. Tveganja, ki so bila predmet našega raziskovanja, so v življenjskem stilu pripadnikov teh skupin (mladi, manj izobraženi, uživalci drog) prisotna v večji meri, kot to velja za populacijo starejših, bolj izobraženih in neuživalcev drog.

Preprečevanje in zmanjševanje škode zaradi izpostavljenosti tveganjem v zaporih je tako odgovornost posameznikov kot odgovornost zaporniškega sistema. Raziskavo o tveganih vedenjih smo člani raziskovalne skupine zaključili z oblikovanjem priporočil za ukrepanje, ki smo jih ob poročilu predložili odgovornim za izvajanje slovenskega sistema izvrševanja kazenskih sankcij. Utemeljena so na rezultatih raziskave, izsledkih podobnih tujih raziskav ter smernicah različnih mednarodnih organizacij. Delijo se na priporočila za strokovne in priporočila za sistemske rešitve.

5.1. Priporočila za strokovne rešitve

Uvajanje programov zamenjave igel v zapore: Predlagamo, da se kot pilotski projekti v zaporih pričnejo izvajati programi zamenjave igel, da bi s tem zmanjšali izkazan nivo tveganih vedenj v zaporih in razkorak med programi pomoči zunaj zaporov s tistimi v zaporih. Predlagani pilotski projekt mora biti skrbno načrtovan, izveden ter spremljan in vrednoten. V vseh omenjenih fazah je potrebno zagotoviti aktivno sodelovanje osebja zaporov (pazniške, svetovalne in zdravstvene službe), uprave zaporov in ključnih akterjev drugih resornih ministrstev, zunanjih strokovnjakov ter po možnosti samih zapornikov. Glede na rezultate raziskave predlagamo, da se tovrstna pilotska projekta izvedeta v ZPKZ Ljubljana in Dob.

Ciljno informiranje: Predlagamo pripravo različnega preventivnega pisnega in avdio-vizualnega gradiva z znanstveno preverjenimi dejstvi glede tveganih vedenj, ki so bila predmet raziskave. Gradiva naj bodo ustrezno prilagojena populaciji v zaporih,

upoštevajoč oba spola, različne starostne skupine, izobrazbene ravni ter jezik ciljne skupine.

Ciljno izobraževanje: Predlagamo, da se posebna pozornost nameni sistematičnemu izobraževanju zaposlenih v zaporih, z namenom zmanjšanja strahu in predsodkov o tveganih vedenjih, obravnavanih v raziskavi.

5.2. Priporočila za sistemske rešitve

Alternativno kaznovanje: Rezultati raziskave kažejo, da je slaba tretjina zapornikov v slovenskih zaporih na prestajanju kazni zapora zaradi kaznivih dejanj ali prekrškov povezanih z drogami. Zaradi nedokazljive učinkovitosti kaznovanja uporabnikov nedovoljenih drog in tudi siceršnje prenatrpanosti zaporov predlagamo, da se v ustrezno podzakonsko regulativo uvede možnost alternativnega kaznovanja storilcev kaznivih dejanj, povezanih z drogami, ki bi namesto kazni zapora (ali po določenem obdobju prestane kazni) lahko izbrali zdravljenje v ustrezni zdravstveni ali socialni obravnavi.

Formaliziranje vloge nevladnih organizacij s področja drog za delo v zaporih: Z namenom izvajanja programov pomoči za uporabnike drog v zaporih predlagamo formaliziranje vloge zunanjih akterjev, predvsem nevladnih organizacij v zaporskem sistemu in ustrezno strukturiranje dialoga s predstavniki zaporov.

6. ZAKLJUČEK

V dobi epidemije aidsa in spremljanja učinkovitosti preventivnih ukrepov za njegovo zajezitev so zapori prepoznani kot ena najbolj ogroženih točk družbe: na eni strani (večinoma) prenatrpani s posamezniki, ki v večjem deležu, kot je značilen za večinsko prebivalstvo, prakticirajo tvegane vedenjske vzorce (npr. injiciranje nedovoljenih drog), na drugi strani pa pomanjkljivi ustrezni preventivni ukrepi, ki sicer v skupnosti že uspešno delujejo (npr. programi zmanjševanja škode zaradi drog).

Kot visoko rizično mesto družbe so zapori v zadnjih desetletjih predmet intenzivne obravnave mnogih mednarodnih institucij, uglednih strokovnih združenj in posameznih vidnih strokovnjakov. Enotno sporočilo vseh je, naj se sodobne kaznovalne ustanove ponovno vrnejo v točko svojega izvirnega namena (to je odvzem prostosti) in dosledno poskrbijo za izvajanje vseh, v skupnosti uveljavljenih ukrepov za vzdrževanje in promocijo javnega zdravja ter temeljnih človekovih pravic.

Priporočila stroke in znanosti pa v praksi le stežka najdejo svoje mesto. Izsledki slovenske raziskave so bili pristojnim za izvrševanje kazni zapora predstavljeni že leta 2003, bistvenih rezultatov pa ni videti. Temeljno priporočilo za izvedbo pilotskega projekta zamenjave igel v določenih zavodih je ostalo na papirju. Strategija obravnave odvisnih od nedovoljenih drog v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora sicer vključuje tudi nizkopražno obravnavo. Njen osrednji del predstavlja terapija z metadonom, obsojencem pa je na voljo tudi svetovalni program, ki ga izvajajo strokovni delavci Društva Stigma³⁰. Usmerjen je v zmanjševanje škode, vendar brez možnosti, da obsojencem zagotovi tudi sterilni pribor za injiciranje, ko/ če ga potrebujejo. Pomembno je izpostaviti, da v primerih, ko strategija zmanjševanja škode zaradi drog ne vključuje tudi temeljnega ukrepa zamenjave pribora za injiciranje, to ni optimalen javno zdravstven ukrep, je celo v nasprotju z mednarodno sprejetimi normami o skrbi za zdravje v zaporih in ne izpolnjuje pogojev za primer dobre prakse (Lines in drugi 2006: 67).

Uvedba programov zamenjave igel v zapore se je izkazala za možno v okoljih, kjer obravnava drog in uporabnikov drog bolj kot politiki sprejemljivim odgovorom sledi

³⁰ Podrobnejša predstavitev programa, ki ga Društvo Stigma izvaja v zaporih je v poglavju 2.5.2.2.2. *Programi zmanjševanja škode zaradi drog v sistemu izvrševanja kazni zapora v Sloveniji*

aktualnim potrebam na terenu in priporočilom stroke (gre za okolja, visoko dovzetna za uresničevanje človekovih pravic) ter v okoljih, kjer dejanska alarmantna prevalenca HIV-a zahteva hitre in konkretne ukrepe. Najdemo jih v zelo različnih zaporskih okoljih: v deželah Zahodne in Vzhodne Evrope ter v Centralni Aziji. Delujejo v dobro financiranih zaporih kot tudi v zaporih, ki delujejo ob pomanjkanju podpore in sredstev. Delujejo tako v civilnih kot vojaških zaporskih sistemih in v ustanovah z drastično različnimi prostorskimi pogoji za zapornike. Delujejo v moških kot ženskih zaporih, v različno varovanih oddelkih in v zaporih vseh velikosti. Delujejo kot posamezni pilotski projekti in kot integrativni deli celotne zaporske politike. In nenazadnje vključujejo zelo različne metode distribucije pribora (neposreden kontakt, iglomati, *peer to peer* metoda,...).

Medtem, ko je možno prepoznati toliko različnosti v okoljih, kjer programi zamenjave igel delujejo, pa so njihovi rezultati izjemno konsistentni. Doseženo je vidno izboljšanje zdravja zapornikov in zmanjšanje pojava souporabe pribora za injiciranje drog. Strah pred povečanjem nasilja, povečano uporabo drog in druge negativne posledice se niso uresničili. Nesporno je, da programi zamenjave igel v zaporih učinkovito in uspešno naslavlajo medsebojno povezan pojav injiciranja drog, HIV-a in hepatitisa v zaporih. (Lines in drugi 2006: 66)

Največja prepreka iniciaciji programov zmanjševanja škode v vsa družbena okolja izhaja iz trdno zakoreninjene ideologije o »družbi brez drog« in politične obremenjenosti področja drog. Odnos liberalnejše opcije oblasti v Sloveniji do pobud na področju zmanjševanja škode zaradi drog je moč označiti kot obliko »represivne tolerance«. Ta dopušča predvsem mašenje lukenj, ki jih povzroča kriminalizacija pojava. Predvsem zaradi nevarnosti širjenja HIV-a, ki se v največji meri prenaša s souporabo injekcijskih igel ter nezaščitenimi spolnimi odnosi, gre v tem primeru za politiko umazanih igel, z vidika oblasti pa za pristajanje na nujno zlo. V takšni situaciji lahko določen program (ali nevladna organizacija, ki ga izvaja) kot paradni konj uteleša toleranco oblasti, realen domet pragmatičnih ukrepov pa je v precejšnji meri še vedno prepuščen stihiji in ljubiteljski dejavnosti posameznih zanesenjakov. Tudi aktualna politična opcija v Sloveniji v zvezi s tem ni zavzela bistveno drugačnih izhodišč in nadaljuje s podporo že vzpostavljenemu minimalnemu obsegu ukrepov zmanjševanja škode, obstaja celo bojazen, da »začne uporabljati tisti diskurz, ki naj bi bil potencialno politično unovčljiv«,

torej ponovno utrjevati ideologijo »boja proti drogi« in povečevati moralno nevprašljive strategije, kot so represija, primarno osveščanje in zdravljenje (Kocmur 2005).

Ob kritiki zadržanosti politike glede uvajanja programov zamenjave igel v zapore se je potrebno zelo trezno zavedati globoko zakoreninjenih ideologij institucij in politike, ki jih je skozi projekte težko spreminjati. Prvo in verjetno najpomembnejše izhodišče, ki lahko doprinese k uspehu, je, da projekt izhaja iz perspektive oseb, ki jim je namenjen oziroma naj bi jim koristil. Že na samem začetku in nato v vseh nadaljnjih fazah morajo v njem sodelovati vsi, katerih institucionalizirane metode, ideologije in/ali vzorci funkcioniranja naj bi se spremenili. Ne le sodelovanje, pomembno je, da se razvijeta tudi zavezanost in pripadnost projektu. Poleg tega mora v tej sredini delovati oseba ali skupina ljudi, ki povsem natančno pozna projekt in ve, kakšen bo videti njegov uspeh. (Stern 2005: 23)

Pri promociji inovativnih projektov (vključno s programi zmanjševanja škode zaradi drog, ki globoko posegajo v zakoreninjene ideologije) v krogih političnih akterjev sklicevanje na njegovo stroškovno učinkovitost ne zadošča. Politika mora začutiti razlog, da se vplete. Etično-filozofska zasnova projekta je v tem primeru močnejša od razlogov, kot sta »je bolj učinkovit« ali »je cenejši« (Ibid. 2005: 24). V tem delu so še vedno najbolj aktivni posamezni zanesenjaki, skupine aktivistov, izvajalci programov ter civilna združenja. In ključna vloga jim bo pri nadaljnjem delu razvojne poti področja zmanjševanja škode zaradi drog pripadla tudi v prihodnje.

7. SEZNAM LITERATURE

- Alexander, B. K. (1993): Alternative vojni proti drogam. V Taradash, M. (ur.): *Cena prohibicije drog: prispevki iz mednarodnega antiprohibističnega foruma*, Bruselj 28.09. – 1.10.1988. Ljubljana: Založba Taxus.
- Božič, D. (1991): Erving Goffman: Stigma. *Časopis za kritiko znanosti*, XIX, 138/139: 137-154.
- Brown, R. (1999): Socialna kategorizacija in predsodek. V Ule Nastran, M. (ur.): *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Canadian HIV/ AIDS Legal Network (2004): Needle exchange programs proven beneficial in prisons outside Canada, urgently needed in Canadian prisons: new report (novinarska konferenca, Ottawa, 27. oktober 2004). Dostopno na: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadDocumentFile.php?ref=482> (1. januar 2007)
- Council of Europe (1989): The ethical issues of HIV infection in the health care and social settings, Recommendation No. R (89) 14 z dne 24. oktober 1989. Dostopno na: [http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/health/recommendations/Rec\(1989\)14.asp](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/health/recommendations/Rec(1989)14.asp) (1. januar 2007)
- Council of Europe (1999): The ethical and organisational aspects of health care in prison, Recommendation No. R (98) 7 z dne 8. april 1998. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Coyle, A. (2001): Prisons and the democratic process (prispevek na mednarodni konferenci *New Initiatives in Penal Reform and Access to Justice*. Hyderabad, Indija, 20. oktober 2001. Dostopno na: www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/prisons_and_the_democratic_process.doc (1. januar 2007)
- Dekleva B., Nolimal D. (1997): Paradigma zmanjševanja škode v Sloveniji. *Mreža drog*, V, 2-4: 5 - 8.
- Department of Health and Human Services (ZDA), Centers for Disease Control and Prevention (2002): Policy Issues and Challenges in Substance Abuse Treatment, februar 2002. Dostopno na: www.cdc.gov/idu/facts/Policy.htm (1. januar 2007)
- Dolan, K. (1997): AIDS, drugs and risk behaviour in prison: state of the art. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 8, 1: 5-17.
- Društvo študentov medicine Slovenije, Projekt Virus. Dostopno na: <http://www.projektvirus.org/> (1. januar 2007)

- Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma (2005a): Predstavitev programa Društva Stigma (iz interne dokumentacije društva, pripravili: Bah, B., Klančar, B., Kocmur, D., Šantelj, M.), tipkopis.
- Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma (2005b): Predstavitev projekta Zapori (iz interne dokumentacije društva, pripravila: Bah, B., Klančar, B.), tipkopis.
- Flaker, V. (1988): Erving Goffman: Azili. V Hrastovski anali za leto 1987. Ljubljana: Društvo »Odbor za družbeno zaščito norosti«.
- Flaker, V. (1996): Rojstvo totalne ustanove in racionalizacija dobrodelnosti v dobi razuma. *Socialno delo*, 35, 3: 185 - 195.
- Flaker, V. (1998): Odpiranje norosti - Vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba/*cf, Ljubljana.
- Flaker, V. (2001): Življenje s heroinom v Sloveniji (delovni naslov), tipkopis.
- Flaker, V. in sodelavci Belin, J., Fojan, D., Grebenc, V., Kastelic, A. (2002): Živeti s heroinom I (Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji). Ljubljana: Založba/*cf.
- Flaker, V. (2004): Zmanjševanje škode – temeljne predpostavke za nacionalni akcijski načrt. Ljubljana: neobjavljen prispevek.
- Fojan, D. (2005): Zmanjševanje škode na področju drog. *Socialna pedagogika*, vol. 9, 2: 177 – 192.
- Foucault, M. (1984): Nadzorovanje in kaznovanje (Nastanek zapora). Ljubljana: Delavska enotnost.
- Frost, L., Tchertkov, V. (2002): Prisoner Risk Taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention*, 14, Supplement B, 7-23, The Guilford Press.
- Goffman, E. (1961): Asylums. Doubleday & Co. (Pelican edition 1968).
- Goffman, E. (1963): Stigma (Notes on the management of Spoiled Identity). New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs.
- Grebenc, V. (2003): Zmanjševanje socialne škode povezane z uživanjem drog in iskanje odgovorov v skupnosti (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Grund, J. - P. C., Coffin, P. O. (1997): Inovativna politika kot odgovor na porajajoče se probleme v zvezi z drogami in AIDS-om v Srednji in Vzhodni Evropi: paradigma zmanjševanja škode. *Mreža drog*, V., 2-4: 8-19.
- Guggenbühl-Craig, A. (1997): Pomoč ali premoč: psihologija in patologija medčloveških odnosov pri delu z ljudmi. Ljubljana: Sophia.

- Hepworth, D. H., Larsen, J. A. (1993): *Direct Social Work Practice (Theory and Skills)*. Pacific Grove, California: Brooks/ Cole Publishing Company.
- Hren, J., Kastelec, D. (2004): Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 55, 2: 127-140.
- Hren, J., Žagar, A., Klančar, B., Bah, B. (2003): Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora (poročilo o raziskavi). Ljubljana: Aids fondacija Robert, Urad Vlade RS za droge in Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, tipkopis.
- Inciardi, J. A. (1996): HIV Risk Reduction and Service Delivery Strategies in Criminal Justice Settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 13, 5: 421-428.
- Inštitut RS za varovanje zdravja (2006): Okužba s HIV v svetu in Evropi, 22. november 2006, Dostopno na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1149> (01. januar 2007)
- Jacob, J., Stöver, H. (2000a): Drug use, drug control and drug services in German prisons: Contradictions, insufficiencies and innovative approaches. V Shewan, D., Davies, J. B. (ur.): *Drug Use and Prisons: An International Perspective*, 57 - 87. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Jacob, J., Stöver, H. (2000b): The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy*, 11: 325 - 335.
- Janković, I., Pešić, V. (1981): *Društvene devijacije - kritika socijalne patologije*. Beograd: Viša škola za socijalne radnike.
- Junger – Tas, J. (1994): Alternative sanctions: myth and reality. *European Journal on Criminal Policy and Research*, Vol. 1-2: 44-66.
- Jürgens, R. (2000): HIV/ aids and drug use in prisons: moral and legal responsibilities of prisons. V Shewan, D., Davies, J. B. (ur.): *Drug Use and Prisons: An International Perspective*, 1 – 26. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Kanduč, Z. (1993): Problematična »problematičnost« zločina in kazni. *Časopis za kritiko znanosti*, XXI, 156/ 157: 13 - 25.
- Kanduč, Z. (1995): Simbolna razsežnost kaznovanja (kazensko pravo kot ideološki aparat države). *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 46, 1: 3 – 15.
- Kanduč, Z. (1996a): Zastráevanje in rehabilitacija: kriminološki pogled. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 47, 3: 228 – 240.
- Kanduč, Z. (1996b): Nameni in upravičevanja kaznovanja in kaznovalnih naprav, Zbornik znanstvenih razprav LVI. letnik, 153 – 175. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta.

- Kanduč, Z. (2000): Abolicionistični pogledi v sodobni kriminologiji. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 51, 3: 187 – 196.
- Kanduč, Z. (2003): Onkraj zločina in kazni. Ljubljana: Študentska založba.
- Knežević, M. (1992): Obsojenec – energetska baza zapora, *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 43, 4: 309 – 318.
- Kocmur, D. (2005): Civilne pobude in 1. nevladna organizacija na področju drog v Sloveniji – Društvo Stigma, primer iz prakse (prispevek). *Civilna družba, svetovalno delo in učinkovitost nevladnih organizacij* (tematska konferenca), Cankarjev dom v Ljubljani, 5. maj 2005. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Urad RS za droge, Zavod Enajsta akademija.
- Krek, M.: Kaj je metadon? (odgovor na spletnem forumu). Dostopno na: http://med.over.net/zasvojenost/faq_zasvojenost_vprodg.htm (25. december 2006)
- Lamovec, T. (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D., Nelles, J. (2006): Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience (Second Edition). Canadian HIV/AIDS Legal Network. Dostopno na: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=184> (27. december 2006)
- Mayr, A. (2004): Prison Discourse: Language as a Means of Control and Resistance. New York: Palgrave Macmillan.
- Mesec, B. (1996): Metodologija raziskovanja v socialnem delu I (študijsko gradivo). Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mitscherlich, A. (1999): K psihologiji predsodkov. V Ule Nastran, M. (ur.): *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Morin, L. (1993): O vzgoji in izobraževanju v zaporih. *Časopis za kritiko znanosti*, XXI, 156/ 157: 43 - 59.
- Nadelmann, E., McNeely, J., Drucker, E. (1997): Mednarodne perspektive. *Mreža drog*, V., 2-4: 164-200.
- Nastran Ule, M. (1999a): *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije – predgovor*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

- Nastran Ule, M. (1999b): Socialna psihologija predsodkov. V Ule Nastran, M. (ur.): *Predsodki in diskriminacije: Izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče
- Nastran Ule, M. (2000): Sodobne identitete v vrtincu diskurzov. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Nelles, J. (1997): The Contradictory Position of HIV Prevention in Prison: Swiss Experiences. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 8, 1: 2-4.
- Nelles, J., Hirsbrunner, H.-P., Fuhrer, A., Dobler - Mikola, A., W. Harding, T. (2000): Reduction of drug and HIV related harm in prison: Breaking taboos and applying public health principles. V Shewan, D., Davies, J. B. (ur.): *Drug Use and Prisons: An International Perspective*, 27 – 43. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Oakes, P. J., Haslam, S. A., Turner, J. C. (1999): Politika, predsodki in mit v preučevanju stereotipov. V Ule Nastran, M. (ur.): *Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Ozebek, N. (2005): Strah pred aidsom vse manjši. *Časopis Dnevnik*, 01.12.2005.
- Pečar, J. (1988): Formalno nadzorstvo: kriminološki in kriminalnopolitični pogledi. Ljubljana: Delavska enotnost.
- Petrovec, D. (1992): O tretmanski ideji. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 43, 4: 319-327.
- Petrovec, D. (1998): Kazen brez zločina: prispevek k ideologijam kaznovanja. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Pravilnik o izvrševanju kazni zapora, Uradni list RS 102/2000, dopolnitve - 127/2006. Dostopen na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2000102&stevilka=4274> (1. januar 2007)
- Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009, Uradni list RS 28/2004 z dne 25.3.2004. Dostopna na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200428&stevilka=1206> (1. januar 2007)
- Salecl, R. (1991): Disciplina kot pogoj svobode. Ljubljana: Založba Krt.
- Statistični urad Republike Slovenije, Dostopno na: <http://www.stat.si> (20. januar 2007)
- Stefanoski, P. (1996): Socialno delo, ki akceptira uživanje drog. *Socialno delo*, 35, 4: 289-300.
- Stern, V. (2005): Prisons and their communities: testing a new approach (an account on the Restorative Prison Project 2000 – 2004). Kings College London: International Centre for Prison Studies. Dostopno na:

<http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/prison-communities.pdf> (1. januar 2007)

Stöver, H., Ossietzky, C. (2001): An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons. Lizbona: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Swaaningen, R. (1997): Critical Criminology: Visions from Europe. London: SAGE Publications.

Szasz, T. S. (1993): Motivacije za prenehanje najdaljše vojne 20. stoletja – vojne proti drogam. V Taradash, M. (ur.): *Cena prohibicije drog: prispevki iz mednarodnega antiprohibističnega foruma*, Bruselj 28.9. – 1.10.1988. Ljubljana: Založba Taxus.

Szasz, T. (1996): Our Right to Drugs: the case for a free market. New York: Syracuse University Press.

UNODC (UN Office on Drugs and Crime), WHO, UN Programme on HIV/AIDS (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings (A Framework for an Effective National Response). New York, Vienna: United Nations. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/prisons> (1. januar 2007)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij (2003): Letno poročilo 2002. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje RS, Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. Dostopno na: http://www.mp.gov.si/si/delovna_podrocja/izvrsevanje_kazenskih_sankcij/ (1. januar 2007)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij (2005): Letno poročilo 2004. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje RS, Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. Dostopno na: http://www.mp.gov.si/si/delovna_podrocja/izvrsevanje_kazenskih_sankcij/ (1. januar 2007)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij (2006): Letno poročilo 2005. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje RS, Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. Dostopno na: http://www.mp.gov.si/si/delovna_podrocja/izvrsevanje_kazenskih_sankcij/ (1. januar 2007)

Urad RS za droge (2002): Okrogla miza: Vpliv medijev na oblikovanje podobe uporabnikov drog v javnosti. *Odmevi* (tematska številka), december 2002.

Uršič - Perhac, O. (2003): Droge in zavodi za prestajanje kazni: Metadonski program kot ena od možnosti. Dostopno na: <http://www.uradzadroge.gov.si/vsrediscu.php?id=6> (1. januar 2006)

Veliki slovar tujk (2002). Ljubljana: Cankarjeva založba.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij, Uradni list RS 59/2002, 113/2005-ZJU-B, 70/2006, 110/2006-UPB1 z dne 26.10.2006. Dostopen na:

<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2006110&stevilka=4665>
<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2006110&stevilka=4665> (1. januar 2007)

Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog, Uradni list RS 98/1999 z dne 3.12.1999, 2/2004-ZPNNVSM.
Dostopen na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199998&stevilka=4619> (1. januar 2007)

Zaviršek, D. (1994): Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo (II). *Socialno delo*, 33, 2: 99-106.

Westermeyer, R. (1994): Reducing Harm: a very good idea. Dostopno na:
<http://www.habitsmart.com/harm.html> (1. januar 2007)

WHO (1993): Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. WHO: Global Programme on AIDS.

WHO (Regional Office for Europe/ Health in Prisons Project), Council of Europe (The Pompidou Group) (2001): Prisons, Drugs and Society: A consensus Statement on Principles, Policies and Practices. Bern (Švica): Alfa Conference Centre, 20. – 22. september 2001.

WHO (2005a): Policy and Programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Genova (Švica): World Health Organization, Department of HIV/AIDS.

WHO (2005b): Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction (sprejet na: WHO International Meeting on Prisons and Health, De Leeuwenhorst, Nizozemska, 22.10.2004). Copenhagen (Danska): World Health Organization, Regional Office for Europe.

WHO (2006): Harm Reduction Approaches to Injecting Drug Use. Dostopno na:
<http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/> (1. januar 2007)

8. PRILOGE

PRILOGA A: Raziskava o tveganih vedenjih v zaporih /vprašalnik/

PRILOGA B: Osebno videnje razmer v zaporu /dobesedni zapis intervjuja z bivšim
obsojencem/

RAZISKAVA O TVEGANIH VEDENJIH V ZAPORIH
/ VPRAŠALNIK /

Pojasnila in navodila za izpolnjevanje vprašalnika:

- Vprašalnik je anonimen, ne zanima nas kdo ste osebno, ampak splošno stanje v zaporu;
- Z izrazom »oseba/-e v zaporu« so mišljeni obsojenci, osebe kaznovane v postopku o prekršku in mladoletniki;
- Prosimo, če pozorno preberete vsako vprašanje in v stolpcu poleg vprašanja obkrožite ustrezen odgovor. Številke v zadnjem stolpcu so namenjene obdelavi podatkov, zato jih mirno spreglejte;
- Pozorni bodite na navodila za preskok na nadaljnja vprašanja (odebeljen tisk!).

1.

1	Ali ste prvič v zaporu?	a) da b) ne c) ne želim odgovarjati	1 2 9
2	Ali ste v zaporu zaradi kaznivega dejanja oziroma prekrška povezanega z nedovoljenimi drogami?	a) da b) ne - nadaljujte z vprašanjem številka 5 c) ne želim odgovarjati	1 2 9
3	Če DA, zaradi katere vrste nedovoljene droge? a) kanabis, hašiš b) heroin, druge opiatne snovi c) kokain, ecstasy, druga poživila d) LSD, drugi halucinogeni	da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati	1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9
4	Ali ste to drogo v času aretacije imeli pri sebi samo za lastno uporabo?	a) da b) ne c) ne vem, se ne spomnim d) ne želim odgovarjati	1 2 8 9

2.

5	Ali trenutno prebolevate katero od spolno prenosljivih bolezni (gonoreja, klamidija, sifilis, genitalni herpes...)?	a) da b) ne c) ne vem d) ne želim odgovarjati	1 2 8 9
6	Ali ste se kdaj okužili z virusi: a) hepatitis B b) hepatitis C c) HIV	da ne ne vem ne želim odgovarjati da ne ne vem ne želim odgovarjati da ne ne vem ne želim odgovarjati	1 2 8 9 1 2 8 9 1 2 8 9

3.

Izraz »droge« se v delu, ki sledi (vključno s TABELO 1), nanaša na vse vrste narkotikov in zdravil, ki jih ne uporabljate z namenom zdravljenja oziroma vam jih ne predpiše zdravnik.

7	Koliko je po vašem mnenju oseb, ki si vbrizgava droge v tem zaporu?	a) nihče b) malo (25 %) c) polovica (50 %) d) veliko (75 %) e) vsi (100 %) f) ne vem	1 2 3 4 5 8
8	Ste si kdaj v življenju vbrizgali drogo?	a) da b) ne c) ne želim odgovarjati	1 2 9
9	Ste si kdaj vbrizgali drogo v tem zaporu?	a) da b) ne v tem, pač pa v drugem zaporu - nadaljujte s TABELO 1 (za vprašanjem številka 15) c) ne – nadaljujte s TABELO 1 (za vprašanjem številka 15) d) ne želim odgovarjati	1 2 3 9

V delu, ki sledi so pod izrazom "pribor za vbrizgavanje" mišljene igle, brizgalke, voda, žlice, filtri in ostali pripomočki.

10	Ali si pribor, s katerim si vbrizgavate droge v tem zaporu izmenjujete z ostalimi osebami v zaporu?	a) nikoli – nadaljujte z vprašanjem številka 13 b) redko (manj kot v 25 %) c) včasih (v 50 %) d) pogosto (več kot v 75 %) e) vedno f) ne želim odgovarjati	1 2 3 4 5 9
11	Ali pribor za vbrizgavanje pred uporabo na kakršenkoli način očistite? Če NE, nadaljujte z vprašanjem 13. a) očistim brizgo z iglo b) očistim žlico c) zamenjam filter d) zamenjam vodo e) ostalo, navedite: _____	da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati	1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9
12	Na kakšen način pred uporabo očistite pribor za vbrizgavanje drog? Obkrožite vse načine, ki jih uporabljate.	a) z mrzlo vodo iz pipe b) s toplo / vročo vodo iz pipe c) z ustekleničeno vodo d) z vrelo vodo e) s krpo	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2

		f) z alkoholno pijačo g) z medicinskim alkoholom (špiritom) h) z varikino i) s peroksidom j) s kolonjsko vodo k) s segrevanjem igle z vžigalicami / vžigalnikom l) ostalo, navedite: <hr/> <hr/>	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2
13	Ali uporabljate tehniko izmenjave droge pri kateri se, v eni brizgi pripravljeno raztopino droge deli na manjše, enake dele v ostale brizge?	a) da b) ne c) ne poznam te tehnike	1 2 3
14	Ali kdaj pripravite raztopino droge v shranjevalno brizgo, da imate drogo za več vbrizganj?	a) da b) ne c) ne poznam te tehnike	1 2 3
15	Ali kdaj pripravite raztopino droge v večji posodi, da bi si tako lahko drogo vbrizgalo več oseb na enkrat?	a) da b) ne c) ne poznam te tehnike	1 2 3

TABELA 1 - NAČINI IN POGOSTOST UPORABE RAZLIČNIH VRST DROG

Navodilo: Za vsako vrsto drog, ki so navedene v prvem stolpcu označite ustrezen odgovor v vrstici, desno od navedene droge.

Št.	DROGA	ALI UPORABLJATE TO DROGO V TEM ZAPORU?	ALI SI TO DROGO V TEM ZAPORU VBRIZGAVATE?	KAKO POGOSTO UPORABLJATE TO DROGO V TEM ZAPORU?	ALI STE TO DROGO UPORABLJALI ŽE PRED PRIHODOM V TA ZAPOR?
1.	HEROIN, DRUGE OPIATNE SNOVI	1. DA 2. NE – nadaljujte pri številki 2 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 2	1. DA 2. NE	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
2.	KOKAIN, ECSTASY IN DRUGA POŽIVILA	1. DA 2. NE - nadaljujte pri številki 3 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 3	1. DA 2. NE	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
3.	POMIRJEVALA, USPAVALA	1. DA 2. NE – nadaljujte pri številki 4 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 4	1. DA 2. NE	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
4.	LSD, DRUGI HALUCINOGENI	1. DA 2. NE - nadaljujte pri številki 5 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 5	1. DA 2. NE	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
5.	KANABIS, HAŠIŠ	1. DA 2. NE – nadaljujte pri številki 6 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 6	/	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
6.	ALKOHOL	1. DA 2. NE – nadaljujte pri številki 7 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 7	1. DA 2. NE	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
7.	HLAPILA	1. DA 2. NE - nadaljujte pri številki 8 3. NE ŽELIM ODGOVARJATI – nadaljujte pri številki 8	/	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE
8.	TOBAK	1. DA 2. NE – z reševanjem tabele lahko zaključite	/	1. VSAK DAN 2. VSAK DRUGI DAN 3. ENKRAT NA TEDEN 4. ENKRAT NA MESEC 5. OBČASNO, ZELO REDKO	1. DA 2. NE

4.

V delu, ki sledi, se izraz »spolni odnos« nanaša na vse vrste spolnih stikov (analni, vaginalni in oralni).

16	Koliko oseb ima po vašem mnenju spolne odnose v prostorih tega zapora?	g) nihče h) malo (25 %) i) polovica (50 %) j) veliko (75 %) k) vsi (100 %) l) ne vem	1 2 3 4 5 8
17	Če bi radi uporabili kondom v tem zaporu, ali ga lahko dobite?	a) nikoli b) redko (v 25 %) c) včasih (v 50 %) d) pogosto (v 75 %) e) vedno f) ne vem	1 2 3 4 5 8
18	Ali uporabljate zaščitna sredstva pred spolno prenosljivimi boleznimi (kondom, folije...), če imate spolne odnose v prostorih/ na območju tega zapora?	a) nimam spolnih odnosov v prostorih/ na območju tega zapora - nadaljujte z vprašanjem številka 20 b) nikoli c) redko (manj kot v 25 %) d) včasih (v 50 %) e) pogosto (več kot v 75 %) f) vedno g) ne želim odgovarjati	1 2 3 4 5 6 9
19	Ste v tem zaporu kdaj imeli spolne odnose v zameno za denar, priboljške, drogo ali zaščito?	a) da b) ne c) ne želim odgovarjati	1 2 9

5.

20	Koliko je po vašem mnenju nasilja (izsiljevanja, groženj, pretefov) v tem zaporu?	a) zelo veliko b) veliko c) malo d) ga ni e) ne vem	1 2 3 4 8
21	Ali ste bili v tem zaporu kdaj žrtev katerega od navedenih vrst nasilja? a) fizično nasilje b) psihično nasilje	da ne ne želim odgovarjati da ne ne želim odgovarjati	1 2 9 1 2 9

	c) spolno nasilje	da ne ne želim odgovarjati	1 2 9
22	Spomnite se zadnje nasilne situacije, ki ste jo doživeli v tem zaporu in opredelite vlogo, ki ste jo imeli:	a) žrtev b) povzročitelj c) opazovalec d) pomirjevalec spora e) ne vem, se ne spomnim	1 2 3 4 8

6.

23	Koliko je po vašem mnenju oseb v tem zaporu, ki so tetovirane?	a) nihče b) malo (25 %) c) polovica (50 %) d) veliko (75 %) e) vsi (100 %) f) ne vem	1 2 3 4 5 8
24	Če ste tetovirani – kje ste se tetovirali?	a) v tem zaporu b) v drugem zaporu - nadaljujte z vprašanjem številka 26 c) drugje, izven zapora – nadaljujte z vprašanjem številka 26 d) nisem tetoviran – nadaljujte z vprašanjem številka 26	1 2 3 4
25	Zadnja vaša tetovaža, ki je nastala v tem zaporu je bila narejena z iglo...	a) novo/ nikoli uporabljeno b) že uporabljeno, vendar očiščeno c) že uporabljeno, neočiščeno d) ne vem, kakšna je bila igla	1 2 3 8

7.

Izrazite svoje mnenje glede naslednjih trditev:

26	Virus HIV, ki povzroča bolezen aids, lahko odkrijemo v krvi s pomočjo testa.	a) da b) ne c) ne vem	1 2 8
27	Večina ljudi, ki ima aids, bo zaradi posledic te bolezni umrla.	a) da b) ne c) ne vem	1 2 8
28	Trenutno ni na voljo nobenega zdravila za aids.	a) da b) ne c) ne vem	1 2 8

29	Aids lahko dobijo le homoseksualci in uporabniki drog.	a) da b) ne c) ne vem	1 2 8
30	Za preprečevanje bolezni aids obstaja zdravilo/ cepivo.	a) da b) ne c) ne vem	1 2 8
31	Oseba, ki ima virus HIV lahko izgleda popolnoma zdrava.	a) da b) ne c) ne vem	1 2 8
32	Virus HIV se lahko prenaša preko: a) vsakdanjih stikov, kot so objemanje, poljubljanje in rokovanje z osebo, ki ima virus HIV; b) nosečnice/ matere na otroka s spočetjem in porodom/ z dojenjem otroka; c) nezaščitene (brez kondoma) spolnega odnosa; d) souporabe pribora za vbrizgavanje drog in pribora za izdelovanje tetovaž, z osebo, ki ima virus HIV; e) souporabe jedilnega pribora, banje, tuša ali straniščne školjke z osebo, ki ima virus HIV; f) kašljanja in kihanja osebe, ki ima virus HIV; g) dela in življenja z osebo, ki ima virus HIV; h) stika nepoškodovane kože z urinom/ blatom/ izbljuvkom/ krvjo osebe, ki ima virus HIV;	da ne ne vem da ne ne vem da ne ne vem da ne ne vem da ne ne vem da ne ne vem da ne ne vem	1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8
33	Zdaj pa vas prosimo, da premislite o svojem vedenju v zaporu. Kolikšne so možnosti, da ste se okužili z virusom HIV oziroma, da imate bolezen aids?	Izberite en odgovor: a) prepričan sem, da nisem okužen (blizu 0 %) b) malo je verjetno, da sem okužen (manj kot 30 %) c) možno je, da sem okužen (30-60 %) d) zelo verjetno je, da sem okužen (več kot 60 %) e) prepričan sem, da sem okužen (blizu 100 %) f) vem, da sem okužen g) ne vem kolikšne so možnosti, da sem okužen	1 2 3 4 5 6 8
34	Kondomi v zaporih pospešujejo seksualno aktivnost.	a) se strinjam	1

		b) se ne strinjam	2
		c) ne vem, nisem prepričan	8
35	Kondomi v zaporih pospešujejo homoseksualnost.	a) se strinjam	1
		b) se ne strinjam	2
		c) ne vem, nisem prepričan	8
36	Informiranje o varnejši uporabi drog bi pospešilo uporabo drog.	a) se strinjam	1
		b) se ne strinjam	2
		c) ne vem, nisem prepričan	8
37	Informacije o drogah bi mi vzbudile željo, da jih poizkusim.	a) se strinjam	1
		b) se ne strinjam	2
		c) ne vem, nisem prepričan	8
38	Ločevanje oseb v zaporu, okuženih z virusom HIV od ostalih, je dobro za njihovo in našo varnost.	a) se strinjam	1
		b) se ne strinjam	2
		c) ne vem, nisem prepričan	8
39	Če bi izvedel, da ima oseba, s katero sem v zaporu aids, bi...	a) ne bi spremenil obnašanja	1
		b) poskušal bi se ga izogibati	2
		c) ne vem kako bi reagiral	8

TABELA 2

Navodilo: V levem stolpcu tabele so navedeni viri, kjer lahko najdete informacije o posameznih boleznih in drogah. S križcem označite, katere vire uporabljate v zaporu, da bi se seznanili o boleznih in drogah, ki jih navajamo v zgornji vrstici tabele.

Št.	VIRI INFORMACIJ O ZDRAVJU	HIV/ AIDS	HEPATITIS	TUBERKULOZA	DROGE
1	Časopisi in splošne revije				
2	Informacijske zloženke in brošure				
3	Knjige o zdravju				
4	Radio in televizija				
5	Predavanja in video kasete				
6	Medicinsko osebje v zaporu (zdravniki, medicinske sestre, psihiatri, ...)				
7	Svetovalni delavci v zaporu (socialni delavci, psihologi, pedagogi)				
8	Zunanji svetovalni delavci (predavatelji, duhovniki, socialni delavci, psihiatri, predstavniki nevladnih organizacij in društev, ...)				
9	Ostale osebe v zaporu (obsojenci, upravno kaznovani, mladoletniki)				
10	Obiskovalci				
11	Ne uporabljam nobenega od navedenih virov				

8.

Ker potrebujemo za dosledno statistično obdelavo tudi nekaj vaših podatkov, vas prosimo, da izpolnite še sledeča vprašanja:

40	Prosimo, označite starostno skupino v katero sodite.	a) do 18 let b) od 18-30 let c) od 30-40 let d) od 40-50 let e) nad 50 let	1 2 3 4 5
41	Kakšna je vaša dokončana izobrazba?	a) nedokončana osnovna šola b) osnovna šola c) srednja šola d) visokošolska/ univerzitetna izobrazba e) podiplomska izobrazba	1 2 3 4 5
42	Kakšen je vaš trenutni zakonski stan?	a) samski, nikoli poročen b) poročen, s partnerjem/-ko živiva v izvenzakonski skupnosti c) s partnerjem/-ko živiva ločeno d) razvezan e) vdovec	1 2 3 4 5

V imenu našega projekta se vam iskreno zahvaljujemo za sodelovanje.

Predloge ali komentarje v zvezi z vprašalnikom lahko navedete spodaj in na hrbtni strani lista!

PRILOGA B

Osebni vidik tveganih vedenj in razmer v zaporu³¹ /dobesedni zapis intervjuja z bivšim obsojencem/

Ljubljana, november 2005

Najprej bi potrebovala nekaj tvojih splošnih podatkov: starost, izobrazba, zakonski stan.

Ja, ja... 40 let, avtomehanic, dvakrat razvezan, trenutno živim s partnerko, brez stanovanja... Tisto, kar sva imela v najemu, je razpadlo... Poglej, kako je to – v zavetišče ne moreš priti, vsaj ne takoj...

Aha... Tvoj zdravstveni status...

... Popolnoma neurejen, nimam niti osnovnega zavarovanja. Zdaj moram v domači kraj³² to rešit... Tako, da niti metadona ne dobivam trenutno.

V času zaporne kazni si ga pa dobival...

Ja, ves čas...

Zavarovanje ti je poteklo, ko si prišel ven, a ne?

Ko sem prišel ven, sem ga dobival še tri dni... Moral bi v domači kraj in ker ni sredstev, da bi šel, sem pač zvisel. Moram pa iti, ker po telefonu mi noče podaljšati, skratka komplicira.

Kako pa si sicer? Imaš kakšne zdravstvene težave?

Razen z zobmi, drugače pa sem zdrav kot riba. Imam hepatitis C, neaktivnega... Pač, okužen sem...

Že dalj časa?

Iz zapora. Iz Doba. Zato, ker sem souporabljal injekcijsko iglo...

No, zdaj sva pa pri tem vprašanju. Se pravi, tokrat nisi bil prvič v zaporu...

Ne...

Kolikokrat si že bil?

Imam 12 let odležanega.

Aha... Koliko kazni je bilo to? Kolikokrat si bil na prestajanju?

Pet kazni...

Petkrat si bil? Od tega tudi na Dobu?

Od tega tudi na Dobu, 4 leta.

³¹ Odgovori intervjuvanca so zapisani v ležečem tisku.

³² Zaradi varovanja osebnih podatkov, imena domačega kraja (kot ga je v pogovoru omenil sogovornik) ne navajam.

Sicer pa na Povšetovi...

Ja, samo na Povšetovi... Nisem bil v drugih slovenskih zaporih.

Zadnja kazen, oziroma lahko pogledava vse dosedanje kazni: zaradi katerih kaznivih dejanj si bil v zaporu?

Nasilništvo in tatvine.

So bila ta kazniva dejanja povezana z drogami?

Ne, tudi ena v bistvu ne....

In ta zadnja, dvomesečna kazen, je bila pa....?

Tablico sem pobral na cesti in mi ni nihče verjel, so rekli, da sem jo ukradel, da sem jo snel... in sem dobil dva meseca... (smeh)... ja, zaradi registrske tablice...

Samo za to si dobil dva meseca ali je bilo v kazni združenih več dejanj?

Ne, dva meseca samo za to. Nisem združeval kazni, ker ni bilo časa.... Drugače bi mi ene štirinajst dni dol padlo, pa že tako sem dobil 108. člen za lepo obnašanje.... In sem bil 14 dni prej odpuščen...

No, če se osredotočiva na to zadnjo kazen, ki si jo prestajal. Se pravi zadnja dva meseca, samo o tem govoriva... Koliko je bilo po tvojem mnenju oziroma oceni v tem času obsojencev na prestajanju kazni na Povšetovi?

Ti bom takoj povedal... (v mislih računa)... 20 pa 15 je 35 sob.... ene 150 ljudi...

... Kar je verjetno prenatrpano...

Ja, ja, preveč.... Absolutno preveč...

Koliko ljudi je povprečju po sobah?

Po 4, 5 ljudi....

S koliko osebami si bil ti v sobi?

S štirimi.

Je bil kdo od tvojih cimrov v zaporu zaradi drog oziroma je bil uživalec drog?

Ja, dva... En je prav zaradi droge sedel, ker je imel preprodajo. Eden je imel pa pač tatvino zaradi pridobitvene dejavnosti.

Si ti nadaljeval z uživanjem drog v zaporu?

Ja...

Katere droge si najpogosteje uporabljal?

Heroin, marihuano in hašiš.

Kako je bilo pa z alkoholom?

Alkohol je....

Tudi dostopen?

Je... Enkrat sem liter vodke in džusa... Drugače je v bistvu...

Kako pogosto si se zadeval? Gledava heroin, pa recimo, če ste se ga zakajali s travo...

Kadili smo kar skoraj redno, trava, hašiš... heroin pa tako recimo vsak tretji dan...

Prej si rekel okoli 150 ljudi... Koliko od teh ljudi je po tvoji oceni v zaporu uporabljalo droge?

Ene 50 komadov...

Pa veš za koga, da bi v zaporu začel? Da prej ni uporabljal, pa je noter začel?

Ja, ja... Ampak to so predvsem ti stari robijaši, ki so prej bolj alko in tablete uporabljali... zdaj pa tudi že kaj folijo, več ali manj folijo kadijo...

Je lažje priti do tega kot do tablet?

V bistvu... kaj pa vem...

Ali zaradi učinka?

Isto je, oboje imaš... Oboje je....

Pa se pač odločijo za heroin...

Heroin je taka, prav arestantska droga, ki te v izi da, napetosti zniža... Tako, mislim, da je to to...

Je najbolj prikladna droga?

Za to okolje, ja...

Bolj kot trava recimo?

Tudi trava je... Samo, recimo trava smrdi.

Vonj izdaja...

Ja, je treba spet bolj skrivat pa kaj vem kaj, te džointe... Medtem ko tisti, ki črtico potegne, ta je en, dva, tri...

Katere droge je bilo po tvojem mnenju v teh dveh mesecih največ v obtoku na Povšetovi? Se to da rangirati? Recimo, da bi rekel, ok, najlažje sem prišel do trave ali najlažje sem prišel do heroina...

Sploh ni... Se ve... Dobi se in trava in heroin in tablete... Čeprav tablete je še najtežje, ker jih skoraj vsi jedo. Skoraj ni osebka, ki ne bi jedel, konzumiral tablet... In to je to...

Ja, ampak te tablete se na recept dobivajo?

Dobivajo se pač prek zdravnika... To so uspavala, pa pomirjevala... Saj veš, če si v takem okolju, ne moreš spat, ono tretje... In pač uspaval je kar nekaj... In potem takšni, ki nimajo cigaret, si pač prodajo tablete, da imajo za cigarete...

Pa je kakšna droga, ki je sploh ne bi mogel dobiti v zaporu, če bi si jo zaželel?

Kokain, ekstazi...

Zakaj misliš, da je tako?

Ni povpraševanja in potem tudi ni zaslužka s tem. Ker to je pa droga, ki je za zunaj. Ker potem je pa paranoja in kaj boš s tem v sobi blodil, pa klavstrofobija...

Aha, ja, neprikladna...

Ja, neprikladna za to okolje.

Kakšne so cene noter?

Cene so pa... To je pa našponano. Recimo iz enega zunanjega šuta, ki je dva jurja, noter narediš pet jurjev... Narediš pet paketkov po 1000 tolarjev (op. 4,17 EUR).

Se kaj dodaja zraven?

Ne, nič se ne dodaja, ampak je tako malo... Takšne količine so. Če se da dobit petko, recimo pet gramov, je pa skoraj tako kot zunaj – med 25 in 35 tisoč (op. 104,32 – 146,05 EUR) se dobi 5 gramov. Ampak to jih pa ne more vsak dobit, moraš pa poznat...

Kako pa se baranta za droge v zaporu? Obstaja kakšen drugi način plačila, kot denar? Ponavadi se plača z denarjem...

S kešem, s kešem... No, dobro, se zamenja oblačila, zlato... Samo, ni pa to pravilo, je bolj izjema kot pravilo...

Kako se folk znajde? Ker to je načeloma kar veliko denarja...

Ja, dobivajo od zunaj, od staršev, partnerjev...

Bi načeloma lahko rekel, na primer, da tisti, ki se zunaj zadevajo (op.: injicirajo), uporabo drog v zaporu zmanjšajo? Ker pač ni, ker ni denarja... Je potem bolj poredko?

Ja, ne vem... Kdor nima metadona, v bistvu kar drastično zmanjša... Ampak, potem pride do kriziranja, rezanja, samopoškodovanja... In veš kaj, potem tisti, ki so brez metadona, pa ne morejo dobiti, gredo v te rizične sfere... Potem dobijo ene stare injekcije, kakšne že milijonkrat predelane... Potem si kuhajo razno razne zvarke...

Pa je veliko takšnih, ki so uporabniki, pa niso na metadonu noter? Ne moreš legalno priti do metadona, če ga zunaj nisi pil?

Ne, ne moreš... Moraš že zunaj piti metadon, da ga lahko dobivaš noter. Drugače pa je več kot pol uporabnikov, ki ne dobiva metadona noter... Ne več kot pol, dve tretjini...

... Tistih, ki noter konzumirajo, pa ne pijejo metadona... Aha... Koliko uporabnikov drog, rekel si, da jih je po tvoji oceni okoli petdeset, droge v zaporu injicira? Da ne kadijo po foliji, da ne snifajo, ampak da injicirajo...

Od petdesetih recimo petnajst ljudi... Ali pa recimo dvajset...

Ti si v tem času injiciral?

Ja, sem. Samo šele po tem, ko sem dobil svojo iglo... Novo... Ko sem kupil novo, sem injiciral.

Kje si dobil to iglo? Jo je kdo noter prišvercal?

Ja, seveda.

Kaj, to si naročil in...

Ja, naročil sem jo in jo dobil.

In to je potrebno skriti...

Ja, seveda. Če ti dobijo, ti vzamejo in potem so obiski za šipo, kao da bi preprečili, da bi tebi lahko kdo prinesel. Samo, saj to je tako: ti ne naročiš svojemu obisku, da si ne zajebeš obiska... Že nekomu naročiš, raje plačaš - ena injekcijska igla je 2000 tolarjev (op. 8,35 EUR)... In raje nekomu naročiš, da ne izpostavljaš svojih... Jaz ne bi partnerici nikoli dovolil, da mi karkoli nosi - ne droge, ne pribora, ker je nočem izpostavljati... Ker to so takoj ovadbe, a veš.

Po kolikšnem času si dobil svojo iglo v zapor? Je dolgo trajalo?

Po enem tednu.

Po enem tednu... Tisti teden si pa kaj? Na druge načine...

Metadon sem pil...

Ti je bilo dovolj?

Ja, seveda.

In potem, ko si jo dobil, si to iglo imel samo zase?

To sem imel samo zase. Imel pa sem še eno, ki sem jo rental, dajal v najem...

Kako? Za enkratno zadevanje? Za en teden?

Ja, enkrat za zadet 500 tolarjev (op. 2,09 EUR).

In potem si jo dobil nazaj... In po tem?

Imel sem to zadevo, za dezinfekcijo stvari. To, kar imajo pazniki za razkuževanje rok...

Kako pa si do tega prišel?

Imajo pazniki... (nasmeh)

In dajo...?

Ne, nič ne dajo... Saj se to dobi... Pač nekdo je to ukradel paznikom v pisarni, ko so čistili...

In to potem skrivaš v sobi?

No, nisem niti skrival... Če ti vzamejo, naj ti pa vzamejo...

In s tem si dezinficiral to iglo, vsakič, ko si jo dobil nazaj?

Ja, pa čeprav mi ne bi bilo treba. To sem delal zaradi tega, ker bi imel slabo vest, če... To bolj zaradi mene, zaradi mojega počutja, ne zato, ker bi mi kdo rekel...

Lahko oceniš koliko ljudi je v tem času rental to tvojo iglo?

Ja, ene osem ljudi je ves čas prihajalo.

Pa po nekem času? Je bila igla še vedno dovolj dobra...?

Imel sem šmirgel, toliko, da se igla nabrusi... Mislil, to so grozljivke, kaj se dogaja... Iz enega gana, ko je že vse zamašeno, se kar nekaj topi, pa lepi, delajo se tisti batki, ko se ta gumica obrabi, se delajo iz drugih gum, iz gumijastih stvari, tudi iz podplatov od čevljev, copat... Če bi to eden normalen videl, bi rekel, da je to grozljivka, kaj se dogaja, kaj si ljudje po žilah spuščajo...

Kako je bilo pri tebi z ostalim priborom: žlička, vatka...? Kako ste injicirali?

Recimo, tam imaš jedilni pribor in si žlico suneš.... Potem jo očistiš, da ni črna...

Si imel svojo ali ste kuhali skupaj z ostalimi?

Ne, ne... Jaz sem sam kuhal...

Tudi zadevanje poteka osamljeno...?

Ja, veš kako je to – tisti WC-jčki so čisto majhni...

In WC je pri sobi?

V sobi... In kaj boš tam? Ne moreš, ni prostora... Dva ok, ampak, da bi jih bilo pa več, pa ne....

Potem to poteka bolj individualno ali ste se družno zadevali?

Recimo, eden gre ven, drugi gre noter in se izmenjamo...

Se pravi, imel si svoj pribor, ki si ga verjetno prav tako s tem sredstvom razkuževal...

Ja, samo z gumico je problem... Tam (op.: v razkuževalnem sredstvu) je malo alkoholne baze in gumica hitro gre. Jaz sem v tem času, ko sem bil noter, tri insulinke zamenjal... Staro sem prodal, noter pa dobil novo...

Torej si v tem času imel tri svoje insulinke...

Stare sem pa prodal... Stare lahko prodaš, si lahko misliš?

Po kakšni ceni?

To daš pa ceneje, za jurja (op. 4,17 EUR). Stara insulinka, ki še deluje, da še batek laufa, to gre, jo lahko še za jurja prodaš...

Koliko od teh ljudi - rekla sva 50 uporabnikov drog, od katerih jih je okoli 20 injiciralo – po tvoji oceni ni tako skrbelo za svoj pribor, kot na primer ti? Da si na primer niso priskrbeli nove igle iz zunaj, ampak so kupili staro, ali pa so rentali?

Večina. Mogoče, da sta dva gledala na to... Pa eden drugemu lažejo, na primer rečejo, da nimajo nič (op.: okužbe s prenosljivimi virusi, predvsem hepatitis C in HIV), samo, da se lahko zraven prišlepajo, da dobijo iglo na uporabo... V bistvu pa imajo... Samo, če bi to povedali, ne bi dobili.

Pa veš še za katere druge načine čiščenja pribora za injiciranje? Na primer, ti si dobil to dezinfekcijsko sredstvo...

Drugače pa sploh ne, sploh ne uporabljajo... Edino z vodo, z vodo sperejo...

Kaj pa kakšna kolonjska?

Ja, dobro, tudi kakšna kolonjska, samo to pa tako ali tako ne zadostuje za uničenje virusov... Čisto tako, za psiho, morda... Gumič pa ne izpostavlja alkoholu, ker že tako prehitro zaribajo... V končni fazi pa prav na gumici ostane največ...

Ali mogoče veš, če se je v tem času, ko si bil v zaporu, prakticiralo različne tehnike priprave in deljenja droge: front in back loading, pa priprava droge v večjo, zbiralno posodo...?

To se vse na žlici pripravi in se iz iste žlice vleče... To so prakticirali.

Aha...

... Ti si verjetno razumela, da vlečejo iz ene žlice vsak s svojo insulinko... Ne, to eden potegne sebi, drugi počaka, da se ta zadane, potem se ta drugi zadane z isto in tako naprej....

Aha, iz iste žlice, z isto iglo...

Ja, ja... Ganov je tako malo, da pride tudi deset ljudi na enega.

Kako pa drugi v bistvu gledajo na te stvari? Razumem te, kot da tega niti ne problematizirajo...

Smotani so... Enostavno se ne znajdejo... Ne znajo priti do insulinke in si jo potem sposojajo.

Si mnenja, da bi lahko nekdo, če bi mu bilo do tega, prišel do sveže igle tudi od zunaj? Da bi se to načeloma dalo?

Težko, ker so varnostni ukrepi zelo ostri in je to težko. In kdor nima dovolj izkušenj, ne bo prišel do nje... In to je svinjarija v teh zaporih, ker če že ne morejo preprečiti, potem naj dajo na uporabo čiste igle. Konec koncev se s tem ne bo razpasla uporaba drog, ker veliko jih skriva pred drugimi, da se sploh drogirajo. Če bi bile čiste igle na razpolago, bi mogoče nekaj takih, kljub temu, da bi se zaradi tega izpostavili določenim sankcijam...

... No, če bi bile igle na voljo, bi bile verjetno tudi sankcije drugačne... To bi vplivalo na cel sistem...

Samo oni bi s tem priznali, da je droga v zaporu, česar pa enostavno ne morejo narediti... Ker oni ne smejo dovoliti, da pride droga noter. Če pa droga je, pa da igle dajejo, se pravi, da niso svojega dela opravili.

Načeloma gre razmišljanje tudi v to smer, da droge so v zaporih, da se jih ne da izkoreniniti – niti v načeloma najbolj varovani inštituciji... Kakšen način razdeljevanja igel pa bi vam, uporabnikom v zaporu, bil najbolj prikladen oziroma najbolj primeren?

Iglomat. Totalno anonimna zadeva, da se ne izpostavlja imen, da se nekoga zaradi tega, ker bi vzel iglo, ne sankcionira. Ker, če bi veljalo, da bo nekdo, ki bo iglo vzel, sankcioniran, je ne bo vzel, ampak bo raje uporabljal tisto na šverc, raje bo reskiral okužbo...

Če igle enkrat bodo, bo moralo biti tudi to drugače urejeno. Zato je to kar precej kompleksna stvar, ne gre le za namestitvev iglomata...

Vem, to je tako zajebano... Jaz sploh ne vidim načina, kako bi se to dalo narediti, ker bi morali ogromno stvari spremeniti oziroma bi se jih moralo spregledati. Enostavno ne bi smeli preveč pozornosti obračati na to, sicer nima nobene funkcije.

Zaključiva sedaj droge... Reciva še kakšno o drugih vrstah tveganih vedenj v zaporih, ki smo jih preverjali tudi v naši raziskavi...

Homoseksualnost je...

Zdaj sva pri spolnosti, ja. Kakšno je po tvojem mnenju spolno življenje obsojencev? Ne mislim le na morebitno homoseksualnost znotraj zapora, mislim tudi na intimne stike z zunanjimi obiskovalci. So ti stiki omogočeni?

Par zapornikov seksa na obisku, v eni takšni sobi... Druge prosijo, naj gredo ven in potem na brzino... To je bil predvsem en cigo... To so dva, trije obsojenci, ki to prakticirajo. Nekateri pač toliko spoštujejo svoje partnerje, da tega ne delajo. Jaz recimo z mojo ne bi mogel seksati tam, ker jo spoštujem in je ne bi poniževal na tak način.

Si imel omogočene kakšne intimne stike z njo?

Ne... No, prišla je na obisk in sva bila tako skupaj, pa v naročju mi je sedela... Nisva pa seksala.

Kaj pa noter? Homoseksualnost, ki si jo omenil?

Redka in se skriva.

Pa se to, misliš, začne noter in gre le za potešitev spolnih potreb ali...?

Mislim, da je to to... mislim, da je predvsem to. Pride pa tudi kakšen že od zunaj, samo ta bo pa skrival, da ga ne bodo šikanirali.

Si kje v prostorih zapora opazil, da bi bili na voljo kondomi? Ne vem, na WC-ju, kopalnici, tako, da jih lahko nemoteno vzameš...

Ne, ne... Tudi če bi bili, bi bila bruka... Folk bi jih potrgal... Rekli bi, da delajo buzerante iz ljudi... Mislim pa, da bi morali biti v ambulanti na voljo, za tistega, ki bi ga na primer hotel, da bi ga lahko vzel inognito.

In so ali niso?

Ne.

V zdravstveni službi kondomov ni na voljo?

Ni jih...

Se pravi, da če bi želel dobiti kondom noter, se ne bi imel na koga obrnit?

Ne.

Kako pa je bilo z nasiljem, ko si bil v zaporu? Govorim o vseh vrstah nasilja: spolnem, fizičnem in psihičnem...

Psihičnega je veliko...

Na primer kaj?

Izživljanje na ta način, da v strahu držijo so-obsojence, zato, da imajo kakšne koristi od tega... Eni imajo obiske, denar, eni nimajo ničesar. In sedaj, če boš ti to dal, boš imel mir pred mano... In v bistvu, zaščito si plačujejo. Kot drugo – napetost je tako ali tako in hitro poči. Dve besedi preveč...

Je prišlo do kakšnih preteпов?

Ja, je. Prihaja ves čas. To je neizbežno.

So kdaj povezani z drogami?

Ne, predvsem je to verbalni delikt, ki preraste v fizično obračunavanje. Kakšna jebem... (op.: kletvica) pade, potem je zamera... Lahko je bila samo beseda, ki ni bila hudo mišljena, je pa pač beseda, ki se je v zaporu ne uporablja...

Lahko govoriva tudi o nasilju paznikov (zaposlenih) nad obsojenci, zaporniki?

Imaš nekaj paznikov, ki se radi izživljajo. Komaj čakajo, da pride do česa, zato ker so potem vsi ramboti. In to potem po njih hodijo, pa brca se, pa čevlje je treba čistit...

Ko se zgodi incident, jim to da pooblastila za njihovo ukrepanje...?

Ja, ja... Si lahko privoščijo veliko več, kot pa bi si po pravilniku lahko.

Fizično?

Ja, ja... In nihče jim ne more nič. Ti lahko narediš prijavo, pa ne boš dosegel nič.

Kako pa je s psihičnim nasiljem z njihove strani? Se pojavlja?

Ne, ne... Verbalno gre za korekten odnos... Vikanje in te zadeve, distanca. Z določenimi celo zelo človeški pogovori, odnosi... Nekateri so taki, nekateri so pa vzvišeni in držijo distanco, nekaj pa jih je, to so tisti, ki se radi fizično izživljajo, so pa provokatorji. Tako kot v vsaki skupini ljudi imaš določene osebe, ki se izpostavljajo, ali v pozitivno ali v negativno smer. Tisti, ki se v pozitivno, dobijo po prstih od sodelavcev, pa tudi zaporniki jih pogosto izkoriščajo. Oni so dobri in jih zaradi tega dobijo po prstih – potem raje ni dober. Se raje drži nazaj, ker sicer bi nasrkal.

Si bil ti v tem času vpleten v kakšno nasilno situacijo? Si bil kdaj žrtev nasilja ali pa...?

Nisem... Dva, tri šamarje sem podelal, ampak to moraš, da obdržiš svojo reputacijo. Ne smeš dovoliti, da bi si en papak dovolil iti besedno igro s tabo, ker če boš to dovolil enemu, si bo to dovolil še drugi, tretji in lahko pride do velikega fajta. Če pa preprečiš v kali, dva, tri šamarje in adijo... in so stvari rešene, imaš mir. Na žalost je to tako, da moraš poseči po fiziki... Ni druge...

Je to tako že od vedno? Si imel takšno izkušnjo že v času prejšnjih kazni?

Vedno, vedno. Vedno kdo pride, ki misli, da si lahko privoščiči več, kot si... ki misli, da je džek, da je mačo in da mu nihče nič ne more... in takega je potrebno prizemljiti.

Koliko nasilja je po tvojem občutku v zaporu? Kaj bi rekel: veliko, malo, zmerno? Kakšno oceno bi dal?

Zunanji bi rekel, da ga je veliko. Meni se ne zdi veliko. Pač nekaj normalnega... Recimo ti pa bi se mogoče zgražala ali pa bi te bilo strah. Nekdo, ki je prvič noter, ga je na začetku verjetno kar strah.

Kaj pa primerjava med zaporom na Dobu in ljubljanskim zaporom? Je kakšna razlika, kar se tega tiče?

Ogromna... Gre za čisto drugačen način prestajanja kazni pri kratkoprogaših in dolgotrajnih... čisto drugačno preživljanje časa. Tukaj, kamor prideš na primer za par mesecev, nimaš časa niti pisem pisati. Ves čas se dogaja... Ne moreš brati... lahko po odlomkih, ne moreš pa se bolj poglobiti. Na Dobu sem recimo 2000 knjig prebral, tukaj pa samo dve, in to po kiticah.

Sva pri tetoviranju, ki se prav tako smatra za rizično vedenje...

Tetoviranje v zaporu je in vedno bo. Je pa prepovedano, kar pomeni, da človek ne more do paznika in ga prosit za sredstvo za dezinfekcijo... Zdaj spet, če je paznik dober, če se da z njim pogovoriti, ti bo dal in ne bo nič narobe. Če boš pa na takega naletel, ki je zatežen, ti bo pa mašinicco vzel in preprečil...

Kako je s temi mašinicami?

To se jih naredi... iz motorčkov, iz takih zadev (pokaže na diktafon), wallkmanov in podobnega. Igla se naredi iz kakšne žice oziroma fedrčka (op.: vzmeti) od kulija (op.: kemičnega svinčnika), se to zravnava in nabrusi.... Ali pa navadna igla za šivanje se na vodilo nalepi s sekundnim lepilom ali pač... naredi se...

Ali to predvsem z namenom, da ta človek zasluži ali...?

Ne... Predvsem, ali da bo sebe tetoviral ali da bo komu naredil uslugo. Pač ve se, da ima določen odstotek ljudi željo po body paintingu in tetoviranju.

Naša raziskava je pokazala, da je polovica zaporniške populacije tetovirane. Če pa pogledamo splošno populacijo, je ta odstotek verjetno precej nižji... Med zaporniško populacijo se zdi tetoviranje zelo popularno...

Ljudje imajo potrebo po tem... Ker pogrešajo svoje bližnje, si dajo tetovirati njihova imena, srčke... To je tisti najbolj osnovni namen. Imaš pa tudi ljudi, ki vidijo na drugih dobre slike in si jih tudi sami zaželi. Včasih pridejo takšni zmazki ven, da je groza, slika je uničena... in to ravno zaradi tega, ker nimajo pravih pripomočkov... Kakšni imajo pa ful nore slike. Je pa tudi res, da vsak hoče tetovirati, tudi tisti, ki ne znajo, se spravijo tetovirati...

To tudi zaradi tega, da se kaj dogaja? Bi se radi tega naučili, pa se kar lotijo?

Predvsem za zapolnit čas in zaradi občutka zapuščenosti... zaradi svojih bližnjih... veš kaj mislim....

... povezanost....

Ja, ja... Zaradi občutka povezanosti. Pa dokazati tistemu, ki prihaja na obisk... pogledaj, kaj imam... Se le ogroženega počutiš, kako zadržati nekoga, ki je zunaj.

Izpostaviti se s tatujem je ena od takih gest, ki naj bi delovala... Dvigne ti samozavest – tebi osebno in bližnjemu se dobro zdi.

Se delajo tetovaže v zaporu na vidna mesta na telesu?

Ja, ja.

Se pravi, da ne gre tolik za intimno zadevo, kot za to, da bi rad, da poslikavo vidijo tudi drugi?

Predvsem za kazati je... Tudi tisti, ki se zunaj tetovirajo, imajo tatuje na vidnih mestih – rame, prsa, hrbet... Ne na intimnih mestih...

Bi lahko rekel, da je bilo tetoviranje pri tvoji zadnji kazni precej aktualno?

Videl sem dva, ki sta si delala slike. Ker pač ni priložnosti, da bi to naredil v enem kosu, zaradi časa, pa zaklepanja, pa ne more biti v drugi sobi, se za to koristi vsakih deset minut, da lahko nekaj naredi... Zato pa več ali manj tudi pride do zamazkov, pa nedokončane slike – ali gre prej ven, ali mu vzamejo mašinicu...

Kako pa je po tvojem mnenju poskrbljeno za higieno pri teh stvareh? Je kakšna dezinfekcija?

Saj pravim, kakor se znajdeš.... Če se ne dobi, če človek ni dovolj picajzlast...

Kdo to? Tisti, ki ima mašinicu ali tisti, ki si da narediti tatu?

Jaz, če bom dal nekomu delat, bom hotel videti, kako bo za to poskrbljeno... Kakšnim je pa vseeno, jih ne briga...

Zdaj sva na koncu. Imam sicer še tri vprašanja, vendar mislim, da sva jih že obdelala. Če te prav razumem, bi bilo po tvojem mnenju glede tveganih vedenj v zaporih veliko za narediti, precej stvari se dogaja...

Malomarno je... Ogromno bi bilo za spremeniti, na kakšen način, ne vem... Glede na to, kako so ti nedovzetni za nasvete...

... Zaporniki misliš?....

Ne, ne... Samo osebje... Nedovzetno za reševanje teh stvari. Oni bi reševali.... Oni bi bili jebeni, a da jim ne udže, če me razumeš (smeh). Stvar bi rešili, ampak, da oni ne bi imeli nič zraven.

Se pravi, kar se tiče igel in tega, se ti zdi dobra rešitev iglomat... V Ljubljani bi bil vsekakor potreben, si predstavljam...

Ja, v manjših ne... Glej, Ljubljana, Dob, Koper, Maribor, Celje... Gorica, Radovljica, Novo Mesto ne... To je premajhno...

V mestnih zaporih torej...

Kjer je sigurno najmanj 10 uporabnikov drog, ki injicirajo.

Imaš občutek, da se veliko ljudi, ki je na drogi, kdaj znajde v zaporu?

99 % te populacije. Pridobivanje sredstev te pač slej ko prej pripelje do kriminala, ker je to pač drago. Zelo malo ljudi lahko s svojo plačo zadosti tem finančnim

potrebam... Imajo za stanovanje in hrano, za drogo pa zmanjka in morajo nekaj drugega narediti.

Mogoče še zadnje vprašanje... Kako v zaporu gledate na te raziskave, ki jih delamo v zaporih? Kako so sprejete raziskave, kot je bila naša, o tveganih vedenjih, kjer se pojavi veliko intimnih vprašanj? So podatki, ki jih dobimo zanesljivi? So ljudje iskreni pri odgovorih?

Ljudje so pripravljene sodelovati in dejansko povedo stvari, takšne kot so. S tem, da marsikdo pretirava, sebe izpostavlja... Ne vem, v čem je fora, da se nekdo dela ne vem kakšen džanki, da uporablja že 20 let, drogira se pa eno leto, a razumeš... Hvalijo se s temi stvarmi, ki so negativne. Mislijo, da so potem večji džeki.

To prav noter opaziš, v zaporu? Tako, na splošno ne, noter pa....

Ne, ne, prav v zaporu je tega ogromno. V določeni situaciji in skupini ljudi se nekateri hočejo izpostaviti s tem, da so že stari džankiji, medtem ko v drugi skupini to skrivajo. Isti ljudje pred drugimi skrivajo, med souporabniki pa hočejo biti džeki, pa kot da so stari džankurji.

Verjetno prav zaradi tega, kar si govoril prej: da si zagotovijo vstop v to skupino, da pridejo do droge, da pridejo do igle...

... Drugače ne pride zraven... Kakšen bo tudi rekel, rabim injekcijo, ampak ni zame, enemu delam uslugo... a razumeš... Pa ko kupujejo drogo, ne kupi zase, ampak za nekoga drugega... Lažejo, eden drugemu lažejo. Nobene iskrenosti ni. Ravno zaradi tega, ker nad vsako od teh stvari visijo sankcije in posledice. Posledice v skupini med zaporniki in pa sankcije s strani osebja. To je to...

Hvala za pogovor.

Prosim. Ni za kaj.