

„Megyei szintű felzárkózás-politikai együttműködések támogatása a helyi esélyegyenlőségi programokhoz kapcsolódóan Hajdú-Bihar megyében”
című projekt megvalósításához kapcsolódó szenvedélybetegségről szóló tanulmány

EFOP-1.6.3-17-2017-00018

Országos Tranzitfoglalkoztatási Egyesület

Debrecen, 2021. június 25.

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Tartalomjegyzék

| | |
|---|-----|
| Vezetői összefoglaló | 2 |
| Bevezetés..... | 5 |
| I. Felzárkózási adatok feldolgozása, elemzése..... | 8 |
| II. Az egyéni interjúk eredményei..... | 47 |
| III. Az addikciós problémák megjelenésének, elterjedésének okai | 78 |
| IV. A felzárkózási adatok alapján beazonosított szolgáltatási hiányok | 83 |
| V. A fókuszcsoportos interjúk feldolgozása | 88 |
| VI. Javaslatok, lehetőségek a szenvedélybetegségek ártalmainak helyi szintű mérséklése tekintetében a megnevezett településeken..... | 94 |
| Felhasznált irodalom | 108 |
| Irodalomjegyzék..... | 110 |
| Hivatkozások jegyzéke..... | 111 |

Vezetői összefoglaló

Jelen tanulmány a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat EFOP-1.6.3-17 kódszámú felhívásra „Megyei szintű felzárkózás-politikai együttműködések támogatása a helyi esélyegyenlőségi programokhoz kapcsolódóan Hajdú-Bihar megyében” című projekt keretében végzett kutatás, mely a 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet alapján társadalmi-gazdasági és infrastrukturális, valamint jelentős munkanélküliséggel sújtott szempontból kedvezményezett, továbbá a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján szegregátummal rendelkező Hajdú-Bihar megyei 22 településen a településen élők függőségi problémáit tárja fel, valamint javaslatokat fogalmaz meg a szenvedélybetegségek ártalmainak helyi szintű mérséklésére.

A kutatás főbb szempontjai, megállapításai az alábbi pontokban foglalhatók össze:

Előzmények

Az EFOP-1.6.3-17-2017-00018 „Megyei szintű felzárkózás-politikai együttműködések támogatása a helyi esélyegyenlőségi programokhoz kapcsolódóan Hajdú-Bihar megyében” elnevezésű projektben elkészült Szolgáltatási Út Térkép szenvedélybetegséggel foglalkozó fejezete megállapítja, hogy a Hajdú-Bihar megyében működő a szenvedélybetegeket ellátó nappali ellátásban működő intézmények túltelítettek, illetve beazonosítottak hiányos szolgáltatásnyújtó területeket is.

A projektben a településvezetőkkel készült fókuszcsoportos interjúk feldolgozásának eredményeképpen megállapítható, hogy több településen problémaként jelentkeznek az alkoholfogyasztás és a dohányzás mellett a kábítószer-fogyasztás, valamint a női szenvedélybetegség, melyet leginkább a polidrog használat jellemez.

Megállapításra került továbbá, hogy jelenleg nincs olyan szervezet, mely megyei szinten kezeli a szenvedélybetegek helyzetét, valamint hiányzik a meglévő szervezetek munkájának koordinációja.

Szükségessé vált egy olyan problématerkép elkészítése, mely településenként tartalmazza a kábítószer-fogyasztás helyzetét, a prevenció és a rehabilitáció lehetőségét.

Célok

A szenvedélybetegséggel kapcsolatos települési szintű felzárkózási adatok, dokumentumok gyűjtése, elemzése;

A felzárkózási adatok alapján a szolgáltatási hiányok beazonosítása;

A vizsgált településeken a szenvedélybetegségek megjelenése és elterjedése;

A vizsgált településeken a szenvedélybetegségek megjelenésének és elterjedése okainak feltárása;

Javaslatok, lehetőségek megfogalmazása a szenvedélybetegségek ártalmainak helyi szintű mérséklése tekintetében.

Módszerek

A kutatás célcsoportja a Hajdú-Bihar megyében található Álmosd, Bagamér, Berekböszörmény, Biharnagybajom, Bojt, Fülöp, Hajdúhadház, Hajdúszovát, Hencida, Hosszúpályi, Kokad, Konyár, Nyírábrány, Nyírmártonfalva, Pocsaj, Sáp, Sárrétudvari, Szerep, Tiszacsege, Told, Újléta, Zsáka települések.

A kutatásban bevont településekhez kapcsolódó adatok, dokumentumok elemzése.

A fenti települések szenvedélybetegekkel leginkább érintkező szereplői a polgármester, a családsegítő szolgálat munkatársa, a védőnő, a házi orvos vagy a gyógyszerész, az egyház vagy civil szervezet munkatársa, a körzeti megbízott vagy a polgárőr. Egyéni interjúk keretében a kulcsszereplők telefonos lekérdezése félig strukturált interjúvázlat segítségével. Az interjú három témakört ölelt fel, az addikcióval kapcsolatos szolgáltatások igénybevételi lehetőségei, az adott munkakörhöz kapcsolódó specifikus kérdések, valamint a helyi ellátórendszer jellemzői.

A településvezetők fókuszcsoportos interjú keretében vitatták meg a szenvedélybetegség okait, az ellátórendszer hiányosságait, illetve tettek javaslatokat az addikciók ártalmának helyi szintű mérséklése érdekében.

Összesen 41 egyéni és 2 fókuszcsoportos interjú készült el, ebből 14 településvezetővel, 17 szociális munkással, a helyi családsegítő szolgálat munkatársával, 5 civil vagy egyházi szervezet képviselőivel, 5 pedig házi orvosokkal és védőnőkkel.

A kutatásunk során a Csák Róbert – Magyar Éva – Márványkövi Ferenc – Szécsi Judit – Rác József szerzők, Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége című 2020. évi kutatásban meghatározott addikciós problémákat okozó szerek megjelenését és elterjedését vizsgáltuk a 22 településen. Így került sor a hagyományosnak mondható kábítószeres és az új pszichoaktív szerek mellett a legális szerek (alkohol, dohányzás, visszaélészerű gyógyszerhasználat) és a polidroghasználat vizsgálatára, melyet kiegészítettünk a viselkedési addikciókkal és az energiatal fogyasztással.

A kutatás 2021. május 11. – 2021. június 25. között zajlott.

Eredmények

Az új pszichoaktív szerek használatának megítélése változó volt, a válaszadók nem tudták megítélni egyértelműen a probléma súlyosságát. A hagyományos kábítószeres fogyasztása nem jellemző a településeken.

Az alkoholfogyasztást és a dohányzást ítélték meg a válaszadók a legsúlyosabb problémának.

A válaszadók szerint nincs szignifikáns különbség a település teljes lakossága, illetve a szegregátumban élők legális szerfogyasztása között.

A legális szerek esetében már az általános iskola felső tagozatában megjelenik a szerhasználata.

A legális és az illegális szerek beszerzése nem ütközik akadályba a településeken.

Elsődleges megoldási stratégia a településeken az iskolai drogvédelmi foglalkozások.

A szakemberek nincsenek felkészülve, és nincsenek eszközeik a szerhasználat, a szenvedélybetegségek kezelésére.

Következtetések

További kutatások szükségesek annak érdekében, hogy megtudjuk mekkora problémát jelent a településeken a szenvedélybetegség. Vizsgálni szükséges, hogy a cigaretta és az alkoholfogyasztás mennyire elfogadott, mennyire van beépülve a szerhasználók életébe.

Felmerült a szegregátumban élők szerfogyasztási érintettsége, szerfogyasztási preferenciája felmérésének szükségessége.

Segítséget kell nyújtani a településeknek abban, hogy a helyi együttműködésekben rejlő potenciált ki tudják használni.

A válaszadók összességében kevés információval rendelkeztek a szenvedélybetegségeket okozó szerekkel, használatukkal, elterjedtségével, ellátórendszer működésével kapcsolatban, ezért képzsük elengedhetetlen.

A szociális szakemberek száma kevés, túlterheltség jellemző, nem tudnak minőségi szolgáltatást nyújtani a szenvedélybetegséggel küzdők számára.

Az addikciós problémákat a válaszadók jellegzetesen szegregátumi, roma problémának tartják.

Megállapítható, hogy az addiktológiai ellátás hiánya jellemző a településeken.

Az addikciós intézmények tervezése során rövid távon a szegregátumi léthez, a szegregátumban élők életviteléhez illeszkedő programok létrehozása az elsődleges.

Tartós változásokat nem lehet csak a magára a problémára koncentráló beavatkozásokkal elérni, komplex programokra, társadalompolitikai eszközökre van szükség.

Bevezetés

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Közgyűlése 151/2017. (X. 27.) MÖK határozatával hagyta jóvá az EFOP-1.6.3-17 kódszámú pályázat benyújtását. A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat 2017. szeptember 15-én nyújtott be támogatási kérelmet az EFOP-1.6.3-17 kódszámú felhívásra „Megyei szintű felzárkózás-politikai együttműködések támogatása a helyi esélyegyenlőségi programokhoz kapcsolódóan Hajdú-Bihar megyében” címen. A pályázat 56.725.745 Ft támogatásban részesült. A támogatási szerződés 2017. december 14-én lépett hatályba, a projekt azonosító száma: EFOP-1.6.3-17-2017-00018. A projekt megvalósításának kezdési időpontja 2018. január 1.

Az EFOP-1.6.3-17 „Megyei szintű felzárkózás-politikai együttműködések támogatása a helyi esélyegyenlőségi programokhoz kapcsolódóan megyei önkormányzatok részére” című felhívás célja a megyei szintű együttműködési modellek kialakítása a tartós szegénységben élők, romák felzárkózása, valamint a velük foglalkozó szervezetek hatékonyabb beavatkozásait segítő fejlesztések érdekében a konvergencia régiókban. A helyi esélyegyenlőségi programok (HEP) elkészítésének szabályairól és az esélyegyenlőségi mentorokról szóló 321/2011. (XII. 27.) Korm. rendelet értelmében hátrányos helyzetű társadalmi csoportok különösen a mélyszegénységben élők, romák, gyermekek, nők, idősek, fogyatékkal élők.

A projekt eredményeképpen a megvalósítás 24. hónapjára elkészült a Szolgáltatási Út Térkép, amelynek középpontjában a helyi szinten hiányzó szolgáltatások feltárása, illetve azok megoldási javaslatai állnak. A tanulmányban feltárt, megyei felzárkóztatási mutatók leírásában problémaként beazonosításra került a 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet alapján a kedvezményezett települések között a kedvezményezett megyei települések helyzete. A KSH 2011-es népszámlálási adatai szerint megállapításra került, hogy társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból kedvezményezett 47 település (57%), jelentős munkanélküliséggel sújtott települések száma 40 (48%), mindkét szempontból kedvezményezett 30 település (36%). A mindkét szempontból kedvezményezett települések mindegyikében található szegregátum vagy szegregációval veszélyeztetett településrész.¹

A Szolgáltatási Út Térkép szenvedélybetegséggel foglalkozó fejezete megállapítja, hogy a Hajdú-Bihar megyében működő a szenvedélybetegeket ellátó nappali ellátásban működő intézmények túltelítettek, illetve beazonosítottak hiányos szolgáltatásnyújtó területet is. A településvezetői visszajelzések alapján több településen problémaként jelentkezik az alkoholfogyasztás és a dohányzás mellett a kábítószerfogyasztás, valamint a női szenvedélybetegség, melyet leginkább a polidrog használat jellemez.

Megállapításra került továbbá, hogy jelenleg nincs olyan szervezet, mely megyei szinten kezeli a szenvedélybetegek helyzetét, valamint hiányzik a meglévő szervezetek munkájának koordinációja.

Szükségessé vált egy olyan problématerkép elkészítése, mely településenként tartalmazza a kábítószerfogyasztás helyzetét, a prevenció és a rehabilitáció lehetőségét.

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat a projekt keretei között az Országos Tranzitfoglalkoztatási Egyesületet bízta meg azzal, hogy a 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet alapján társadalmi-gazdasági és infrastrukturális, valamint jelentős munkanélküliséggel sújtott szempontból kedvezményezett, továbbá a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján

¹ Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szolgáltatási Út Térkép, Debrecen, 2019. december 10.

szegregátummal rendelkező Hajdú-Bihar megyei 22 településen a településen élők függőségi problémáit tárja fel, tegyen javaslatot a szenvedélybetegségek ártalmainak helyi szintű mérséklésére.

A 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet alapján társadalmi-gazdasági és infrastrukturális, valamint jelentős munkanélküliséggel sújtott szempontból kedvezményezett, továbbá a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján szegregátummal rendelkező Hajdú-Bihar megyei 22 településen a szenvedélybetegséggel kapcsolatos felzárkózási adatok elemzése.

A tanulmányban vizsgált települések: Álmosd, Bagamér, Berekböszörmény, Biharnagybajom, Bojt, Fülöp, Hajdúhadház, Hajdúszovát, Hencida, Hosszúpályi, Kokad, Konyár, Nyírábrány, Nyírmártonfalva, Pocsaj, Sáp, Sárrétudvari, Szerep, Tiszacsege, Told, Újléta, Zsáka.

A kutatás módszertana

A kutatásba azokat a szereplőket vontuk be, akik az egyes települések lakosaival, az őket érintő szolgáltatásokkal, intézkedésekkel kapcsolatban releváns és mély ismeretekkel rendelkeznek, képesek átfogó, illetve helyi sajátosságokat is figyelembe vevő javaslatokat megfogalmazni a helyzet javítása érdekében. A lekérdezés telefonos interjú formájában zajlott.

A kutatásra viszonylag rövid idő állt rendelkezésre (2021. május 11. – 2021. június 25.), amely idő alatt a leghatékonyabb módszer az adatelemzés, illetve a települések kulcsszereplőinek direkt lekérdezése volt, egyéni és fókuszcsoportos interjúk keretei között.

Ami miatt nem direktben a szegregátumi, illetve a szegregátumon kívüli lakosságot kerestük fel, az volt, hogy a témában korábban elkészült kutatások, elemzések többször kiemelték, hogy bár helyileg eltérés van az egyes szerhasználati trendek között, a szerhasználatot kiváltó stresszorok között nincs jelentős különbség.²

A megkérdezettek között a kiválasztott települések vezetői, a településen dolgozó orvosok, és/vagy gyógyszerészek, védőnők elérhetőség szerint, a családsegítő szolgálatok munkatársai, a helyi egyházak és civil szervezetek, illetve a településhez tartozó rendőrkapitányságok munkatársai szerepeltek eredetileg, a lekérdezések során a kiválasztottak válaszadási hajlandósága vagy leterheltsége miatt később arra törekedtünk, hogy az egyes településeken a polgármester, a családsegítő szolgálat munkatársa és egy háziorvos meg legyen kérdezve, a helyi civilek, egyházak abban az esetben, ha a kutatás szempontjából releváns tevékenységet végeznek. A körzeti megbízottak esetében az egyes rendőrkapitányságok nem támogatták a telefonos interjút, így csak statisztikai adatokat sikerült kikérnünk. Polgárőrökkel olyan településeken készült interjú, ahol különösen aktívak voltak.

A kérdéssort minden esetben előre megkapták a kérdezettek, de a kérdezőbiztosok segédlete tartalmazott olyan kiegészítő információkat, melyek célja a lekérdezés elősegítése volt azokban az esetekben, ahol bővebb, kifejtős válasza volt szükség. Például a helyi ellátórendszert érintő kérdések esetében a megkérdezettek csak a kérdést kapták meg, a kérdezőbiztosok előtt viszont voltak a kérdéshez kapcsolódó támpontok, melyekkel mélyíthették a kapott válaszokat.

A kérdéssor tartalmazott olyan kérdéseket, melyeket általánosan mindenkitől megkérdeztünk, és olyanokat is, melyeket csak az adott beosztásban, munkakörben dolgozóktól kérdeztünk

² Csák Róbert – Magyar Éva – Márványkövi Ferenc – Szécsi Judit – Rácz József: Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége in. Esély vol. 31. no. 1. (2020), 53. o.

meg. A kérdőívek szerkezetileg három részre tagolódtak: az első rész a településről kérdezt, ezt mindenkitől megkérdeztük; a második részben találhatóak a szakmaspecifikus kérdések, majd a harmadik részben ismét olyan kérdések szerepelnek (elsősorban a fókuszcsoporthos interjú előkészítése érdekében), melyeket szintén mindenkinek feltettek a kérdezőbiztosok.

A kérdőívek részletesen a mellékletekben találhatóak.

A kutatás négy szakaszban zajlott: a tanulmány elkészítését szolgáló adatforrások során elemzésre kerültek a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat, mint ajánlatkérő által átadott, a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat által megvalósított EFOP-1.6.3-17-2017-00018 számú "Megyei szintű felzárkózás-politikai együttműködések támogatása a helyi esélyegyenlőségi programokhoz kapcsolódóan Hajdú-Bihar megyében" elnevezésű projekt keretében szervezett polgármesterekkel készült fókuszcsoporthos interjú eredményei, a szintén ebben a projektben készült Szolgáltatási Út Térkép adatai, valamint a települések helyi esélyegyenlőségi programjai (HEP), a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat adatai, KSH adatok, összegyűjtésre kerültek a 2013-2020. programozási időszakban elnyert települési pályázati támogatások, az Integrált Településfejlesztési Stratégiák adatai, az érintett települések honlapjain található dokumentumok, a TeIR (Települési Információs Rendszer), az ENyÜBS, PRE-STAT adatai, illetve a Hajdú-Bihar Megyei Rendőr-főkapitányság és az Országos Mentőszolgálat munkatársai által rendelkezésünkre bocsátott statisztikai adatok.

A második szakaszban a települési szakértőkkel folytatott telefonos egyéni interjúk készültek el, míg a harmadik szakaszban a vizsgált települések vezetőit kértük fel egy-egy fókuszcsoporthos interjú elkészítésére, melyek során javaslatokat beszéltek meg a felmerülő problémák megoldásával kapcsolatban.

A negyedik szakaszban pedig a szegregátumokban élő szenvedélybetegségek enyhítését, csökkentését szolgáló kutatások javaslatait gyűjtöttük össze, majd a kutatási eredményekből következő javaslatokat, lehetőségeket fogalmaztuk meg.

Településekre lebontott ajánlásokat a kutatás során több okból nem tudtunk meghatározni:

- az egyes településeken csak kis elemszámú interjú volt lefolytatható, illetve volt olyan település, amely teljes mértékben elzárkózott a résztvételtől, míg más helyeken nyilatkozott pl. a polgármester, de a családsegítő szolgálat és a házi orvos már nem;
- a nyilatkozók tapasztalatai és az általuk hiányolt szolgáltatások, intézkedések nagyfokú átfedést mutatnak;
- az egyes települések földrajzi szempontból közel helyezkednek el egymáshoz és a hiányolt intézkedések többsége nem igényel állandó jelenlétet minden településen, így az egyes ajánlások összeadódnak.

I. Felzárkózási adatok feldolgozása, elemzése

Elhelyezkedés, tömegközlekedés

1. ábra A kutatásba bevont települések elhelyezkedése Hajdú-Bihar megyében



Forrás: saját szerkesztés

A fenti térképen megfigyelhető, hogy a vizsgált települések a keleti és déli megyehatárhoz közel helyezkednek el, Hajdúszovát és Hajdúhadház kivételével Debrecentől minimum 30 km-re, ezért megvizsgáltuk, hogy a megyeszékhely milyen távolságra esik az adott településtől, milyen tömegközlekedési eszközzel érhető el, az adott településről melyik munkarend vállalható el és a főként Debrecenben található egészségügyi szolgáltatások igénybevétele miatt egy felnőtt számára milyen anyagi terhet jelent egy egyirányú utazás.

A gyűjtés azért fontos, mert általában a megyeszékhelyen érhető el a legtöbb munkahely, szintén Debrecenben található az addikciós szakellátások, egészségügyi szakrendelések, így a rugalmas megközelíthetőségük fontos a kedvezményezett települések lakói számára. Feltételezzük, hogy a kedvezményezett települések lakói inkább utaznak tömegközlekedéssel, mint saját gépjárművel és inkább tudnak vállalni az alacsonyabb iskolai végzettséghez kötött három műszakos munkarendet.

2. ábra Tömegközlekedés a vizsgált települések és a megyeszékhely között

| | Távolság/ km | Debrecen távolsági busz/ perc | első buszjárat a településről/ óra | utolsó buszjárat Debrecenből / óra | járatszámszám átállítás vagy egy átállítás munkanapokon Debrecen felé/ darab | jegyár /egy útra/ Ft | első vonatj árat a településről/ óra | utolsó vonat Debrecenből / óra | járatszámszám/ db |
|-----------------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------|---|-----------------------------------|----------------------|
| Álmosd | 38.9 | 70 | 4.05 | 22.40 | 13 | 745 | --- | | |
| Bagamér | 34 | 60 | 4.14 | 22.40 | 12 | 650 | --- | | |
| Berekböszörmény | 67 | 105 | 4.50 | 16.10 | 4 | 1300 | --- | | |
| Biharnagybajom | 64.5 | 127 | 5.45 | 16.05 | 6 | 1305 | --- | | |
| Bojt | 62 | 90 | 6.45 | 15.44 | 4 | 1210 | --- | | |
| Fülöp | 40 | 60 | 3.56 | 22.40 | 9 | 745 | --- | | |
| Hajdúhadház | 20 | 31 | 4.30 | 22.40 | 36 | 370 | 4.35 | 17.03 | 6 |
| Hajdúszovát | 19.5 | 28 | 4.40 | 22.40 | 11 | 370 | --- | | |
| Hencida | 52.5 | 80 | 8.25 | 18.25 | 3 | 1115 | --- | | |
| Hosszúpályi | 22.6 | 42 | 4.13 | 22.40 | 37 | 465 | --- | | |
| Kokad | 41 | 73 | 3.45 | 22.40 | 11 | 840 | --- | | |
| Konyár | 31.5 | 60 | 6.52 | 16.00 | 1 | 650 | 5.59 | 20.26 | 3 |
| Nyírábrány | 32.6 | 47 | 4.09 | 22.40 | 9 | 650 | 15.18 | 19.59 | 3 |

| | | | | | | | | | |
|------------------|------|-----|------|-------|----|------|------|-------|---|
| Nyírmárt onfalva | 28.7 | 45 | 4.14 | 22.40 | 23 | 650 | --- | | |
| Pocsaj | 34.6 | 68 | 6.10 | 17.20 | 8 | 650 | 5.43 | 20.26 | 2 |
| Sáp | 39 | 60 | 4.01 | 16.05 | 2 | 745 | 6.14 | 16.10 | 2 |
| Sárrétud vari | 69.5 | 110 | 9.10 | 15.10 | 6 | 1395 | --- | | |
| Szerep | 60 | 60 | 9.38 | 10.50 | 1 | 1490 | --- | | |
| Tiszacse ge | 54.6 | 99 | 5.06 | 17.30 | 10 | 1120 | --- | | |
| Told | 82.5 | 155 | 5.55 | 15.40 | 1 | 1740 | --- | | |
| Újléta | 30 | 50 | 4.05 | 15.00 | 2 | 715 | --- | | |
| Zsáka | 53 | 92 | 5.55 | 18.44 | 9 | 1115 | --- | | |

Forrás: menetrendek.hu

A 22 település nagy része távolsági busszal megközelíthető, 9 település van messzebb, mint 50 km Debrecentől. Legmesszebb Told található, mely közúton 82.5 km távolságra fekszik. 13 település pedig Debrecentől 50 km-es körben helyezkedik el, legközelebb Hajdúszovát, amely 19.5 km-re található. A menetjegyárak nagysága arányosan nő a megyeszékhelytől való távolsághoz képest, Hajdúszovátról a teljesárú egyirányú jegy ára 370 Ft, míg Toldról már 1740 Ft-ot kell fizetni. Természetesen ez az ár megkétszereződik, ha valaki valamilyen szolgáltatást szeretne igénybe venni Debrecenben, melyhez hozzá kell számolni a debreceni tömegközlekedés díját is, egy vonaljegy elővételben 350 Ft. Ha valaki munkavállalás céljából utazik, annak lehetősége van havi bérletet venni, a napi jegyek helyett, mely esetben az ár összességében csökken, valamint figyelembe kell venni a munkaadói útiköltség hozzájárulást, valamint a néhány munkaadó által szervezett céges buszos szállítást is.

A táblázat második oszlopa tartalmazza az utazási időt, mely a távolsághoz képest jelentős időt vesz el az utasoktól a megállók száma miatt, illetve az átszállásokra fordított idő és a települések közötti kitérők tovább növelik a menetidőt. Az egy órás, vagy annál több menetidő 16 településre jellemző, Toldról 155 perc alatt, Biharnagybajomról 127 perc alatt ér be a távolsági autóbusz Debrecenbe. Természetesen a legközelebb fekvő Hajdúszovátról érnek be a lakosok leghamarabb Debrecenbe, de itt is közel 30 perc kell a 20 km-es út megtételéhez.

A táblázat harmadik oszlopa tartalmazza az első járat indulási időpontját, mely munkanapokon indul és maximum egy átszállással közlekedik. Azt tapasztalhatjuk, hogy a 22 településről a reggel 6 órai debreceni munkakezdés 12 település esetében érhető el, de csak 9 település az, amelyikre a 22 óra utáni munka befejezéssel el lehet jutni. A vonatközlekedés sem segíti ebben az esetekben a három műszakos munkavállalást.

A munkavállalási szándék mellett a megyeszékhelyen található addikciós, egészségügyi szolgáltatások igénybevételét megnehezíti, hogy munkanapokon maximum egy átszállással hány tömegközlekedési járat indul az adott településről. Azt tapasztalhatjuk, hogy míg néhány település esetében kiváló a járatsűrűség (Nyírmártonfalva, Hajdúhadház), addig néhány település esetében szinte lehetetlen Debrecenbe, valamint a járásközpontba észszerű keretek között eljutni (Told, Szerep, Sáp), melyet tovább nehezít a magas jegyár.

Foglalkoztatási helyzet

A foglalkoztatási helyzet bemutatása azért szükséges, mert a vizsgált települések többségében az önkormányzat a legnagyobb foglalkoztató, jelentős a településeken a munkanélküliség, ezen belül a tartós munkanélküliség aránya, melyet az önkormányzatok közmunkaprogramokkal próbálnak csökkenteni, alacsony szintű megélhetéshez juttatva a lakosságot. A település népességmegtartó ereje függ a munkahelyteremtéstől, a megfelelő munkahely kínálattól. A munkahelyteremtő vállalkozások betelepülésének ugyanakkor fontos előfeltétele a helyben meglévő munkaerő rendelkezésre állása és megfelelő képzettségi szintje. A vizsgált településeken jól mutatja a helyben elérhető humán-erőforrás problémákat a munkaképes korú lakosság alacsony iskolai végzettsége. Kiemelten fontos az álláskereső, illetve a foglalkoztatásba bevonhatók (inaktív) fejlesztése, munkavégző képességének, kompetenciáinak fejlesztése, az álláskereső a piaci igényekhez illeszkedő át- és továbbképzése, mellyel a munkaerő-piaci kereslet és kínálat nagyobb összhangja valósul meg. Tapasztalatok szerint ezek lehetőleg helyben megvalósított felnőttképzési programokat jelentenek, valamint több dokumentumban említik az általános iskola befejezését elősegítő programok szükségességét. A vizsgált települések mindegyikén szerveznek közfoglalkoztatási programot az önkormányzatok. Elemzésre kerül a vizsgálatba bevont településeken élő munkanélküliek száma, közülük a tartósan munkanélküliek aránya, az ellátásban részesülők száma, valamint a relatív mutató, mely a nyilvántartott álláskereső munkavállaló korú népességhez viszonyított arányát jelenti.

3. ábra A Nemzeti Munkaügyi Hivatal 2021. április 20-i adatai alapján a nyilvántartott álláskereső száma tartózkodási helyük szerint

| | Álláskeresőként nyilvántartottak száma (fő) | 365 napnál hosszabban nyilvántartottak száma (fő) | 365 napnál hosszabban nyilvántartottak aránya (%) | Munkavállalási korú népesség száma (fő) | Relatív mutató % | Ellátásban részesülők száma (fő) | Ellátásban részesülők aránya (%) |
|---------------------------|---|---|---|---|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Hajdú-Bihar megyei adatok | 22 455 | 7 762 | 34.57 | 349 484 | 6.43 | 11 947 | 53.2 |
| Álmosd | 128 | 47 | 36.72 | 1 126 | 11.37 | 71 | 55.47 |
| Bagamér | 347 | 63 | 18.16 | 1 590 | 21.82 | 219 | 63.11 |
| Berekböszörmény | 227 | 87 | 38.33 | 1 215 | 18.68 | 132 | 58.15 |
| Biharnagybajom | 122 | 57 | 46.72 | 1 677 | 7.27 | 90 | 73.77 |
| Bojt | 68 | 33 | 48.53 | 380 | 17.89 | 41 | 60.29 |
| Fülöp | 92 | 41 | 44.57 | 1 117 | 8.24 | 56 | 60.87 |
| Hajdúhadház | 1 144 | 425 | 37.15 | 8 387 | 13.64 | 711 | 62.15 |
| Hajdúszovát | 332 | 211 | 63.55 | 1 952 | 17.01 | 237 | 71.39 |
| Hencida | 110 | 37 | 33.64 | 706 | 15.58 | 55 | 50.00 |
| Hosszúpályi | 337 | 112 | 33.23 | 3 687 | 9.14 | 204 | 60.53 |
| Kokad | 22 | 8 | 36.36 | 416 | 5.29 | 15 | 68.18 |

| | | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-------|-------|-------|-----|-------|
| Konyár | 146 | 68 | 46.58 | 1 398 | 10.44 | 101 | 69.18 |
| Nyírábrány | 231 | 93 | 40.26 | 2 516 | 9.18 | 132 | 57.14 |
| Nyírmártonfalva | 137 | 39 | 28.47 | 1 397 | 9.81 | 81 | 59.12 |
| Pocsaj | 162 | 31 | 19.14 | 1 615 | 10.03 | 95 | 58.64 |
| Sáp | 35 | 18 | 51.43 | 268 | 6.16 | 23 | 65.71 |
| Sárrétudvari | 93 | 42 | 45.16 | 1 862 | 4.99 | 55 | 59.14 |
| Szerep | 69 | 24 | 34.78 | 1 009 | 6.84 | 35 | 50.72 |
| Tiszacsege | 332 | 100 | 30.12 | 2 971 | 11.17 | 171 | 51.51 |
| Told | 31 | 2 | 6.45 | 178 | 17.42 | 11 | 35.48 |
| Újléta | 83 | 40 | 48.19 | 787 | 10.55 | 59 | 71.08 |
| Zsáka | 113 | 42 | 37.17 | 1 016 | 11.12 | 62 | 54.87 |

Forrás: munka.hu

A Hajdú-Bihar megyei 6.43% relatív mutató átlaghoz látható, hogy a vizsgált települések közül 3 településen kisebb a mutató értéke, Kokadon (5.29%), Sápon (6.16%) és Sárrétudvariban (4.99%). Szerepen (6.48%) pedig közel azonos, mint a megyei átlag. A többi 18 településen mindenhol magasabb a relatív mutató értéke. Legnagyobb eltérést Bagamérban találhatunk, ahol a nyilvántartott álláskeresők a munkavállaló korú népességhez viszonyított aránya 21.82%. Szintén nagyon magas a berekböszörményi arány, 18.68%.

A fenti táblázat adataiból jól látszik a nyilvántartott álláskeresők közül azok száma, akik több mint egy éve regisztráltak a Nemzeti Munkaügyi szolgálatnál és azóta sem találtak munkahelyet. A Hajdú-Bihar megyei átlaghoz (34.57%) képest kiemelkedően a legrosszabb mutatóval Hajdúszovát rendelkezik (63.55%), pedig ez a település van legközelebb a megyeszékhelyhez, Sápon (51.43%), ezen kívül Bojton és Újlétán találkozhatunk 48% fölötti mutatóval, további 11 település haladja meg kisebb-nagyobb mértékben a megyei átlagot, és csupán 7 településen kisebb a megyei átlagnál az arány. A legjobb mutatója Told községnek van 6.45%-kal. Ezek a mutatók valószínűleg emelkedni fognak a közfoglalkoztatási programok volumenének csökkenése, az egyre szigorodó részvételi feltételek, valamint a rendelkezésre álló humán erőforrás munkára kész állapotának csökkenése miatt.

Ez év áprilisi adatok mutatják még, hogy a regisztrált álláskeresők közül milyen arányban kapnak valamilyen ellátást. Ez lehet álláskeresési járadék, álláskeresési segély, valamint foglalkoztatást helyettesítő támogatás (FHT). A megyei átlag a 53.2%, a legmagasabb értéket Biharnagybajomban 73.77%, Hajdúszováton 71.39%, és Újlétán 71.08%, 60% feletti értéket 8 településen találtak. Átlag alatti értékekkel 4 település rendelkezik, a legalacsonyabb mutató Toldon található 35.48%.

Nevelési-oktatási intézmények

A fentiekén túl, főképp a nők munkába állását befolyásolja, hogy a településen milyen nevelési-oktatási intézmények érhetőek el, milyen feltételekkel, milyen nyitvatartással tudják vállalni a gyermekek elhelyezését. Megvizsgáltuk, hogy a településeken van-e lehetőség bölcsődei, óvodai és általános iskolai oktatási intézményekbe beíratni a gyerekeket, van-e hátránykompenzáló más szolgáltatás a településen, mint például tanoda, Biztos Kezdet Gyerekház.

4. ábra Nevelési oktatási intézmények a vizsgált településeken

| | Bölcsőde | Óvoda | Általános iskola | Biztos Kezdet Gyerekház | Tanoda |
|-----------------|--|-------|-----------------------------|--|---|
| Álmosd | bölcsőde épül | van | 8 osztály | - | Roma Láng Egyesület - Kölcsey Tanoda |
| Bagamér | Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti társulás útján a bölcsődei ellátást biztosítja | van | 8 osztály | Bagamér Nagyközség Önkormányzata - Bagaméri Biztos Kezdet Gyerekház | Roma Láng Egyesület - Bagaméri Start Tanoda |
| Berekböszörmény | bölcsőde épül | van | 1-2 összevont és 7. osztály | - | Humán, Racionális, Innovatív Alapítvány - Illa berek |
| Biharnagybajom | van | van | 8 osztály | Biharnagybajom Község Önkormányzata - Napsugár Biztos Kezdet Gyerekház | Iskolatáska Oktatásfejlesztő Közalapítvány Biharnagybajomi Tanoda |
| Bojt | - | van | 1-4 osztály | - | - |
| Fülöp | bölcsőde épül | van | 8 osztály | Fülöp Község Önkormányzata - Hétszínvirág Biztos Kezdet Gyerekház | - |
| Hajdúhadház | van | van | 8 osztály | - | - |
| Hajdúszovát | bölcsőde épül | van | 8 osztály | Hajdúszovát Község Önkormányzata - Fénysugár Biztos Kezdet | Sansz Hátrányos Helyzetben Élők Jövőjéért Egyesület - Hajdúszovát |

| | | | | | |
|-----------------|------------------|-----|--|---|--|
| | | | | Gyerekház | i Tanoda |
| Hencida | - | van | 8 osztály | - | - |
| Hosszúpályi | bölcsőde épül | van | 8 osztály | - | - |
| Kokad | - | van | 1-3. illetve 2-4. összevont osztályok | - | - |
| Konyár | bölcsőde épül | van | 8 osztály | - | - |
| Nyírábrány | van | van | 8 osztály | - | - |
| Nyírmártonfalva | - | van | 8 osztály | | Perspektíva és Stúdió Alapítvány - Aranyhíd Tanoda |
| Pocsaj | - | van | 8 osztály | - | - |
| Sáp | - | van | 8 osztály | - | Szimpátia Alapítvány Tanoda |
| Sárrétudvari | bölcsőde épül | van | 8 osztály | - | - |
| Szerep | bölcsőde épül | van | 8 osztály | - | - |
| Tiszacsege | van | van | 8 osztály | - | - |
| Told | - | van | - | - | Igazgyöngy Alapítvány – Tanoda |
| Újléta | bölcsőde épül | van | 8 osztály | Újléta Község Önkormány zat-Újlétai Csodavár Biztos Kezdet Gyerekház | - |
| Zsáka | bölcsőde épül | van | 8 osztály | Zsáka Nagyközség i Önkormány zat - BokrétaBizt os Kezdet Gyerekház | Humán Racionális Innovatív Alapítvány – Vackor Tanoda |

Forrás: települési HEP, honlapok, www.palyazat.gov.hu

A fenti településeken bölcsődei ellátás 14 településen biztosított vagy épülőben van, az óvodai ellátás minden településen elérhető. 18 településen működik 8 osztályos általános iskola, Kokadon és Bojton csak alsó tagozat, Berekböszörményben 1-2. összevont és 7. osztállyal működik az alapfokú oktatás, csak Toldon nem található általános iskola.

Hajdúhadházon középiskola is működik, Berettyóújfalui Szakképzési Centrum Szilágyi Dániel Szakképző Iskola néven.

A *Biztos Kezdet Gyerekház* alap gondolata az esélyek megteremtése, illetve a képességek kibontakoztatásának biztosítása. Prevenációs program, amelynek segítségével reális lehetőség nyílik az eltérő élethelyzetből induló 0-5 éves csecsemők és kisgyerekek számára a lehető legkorábban történő probléma-felismerésre, a korai, célzott képesség fejlesztésre, a nagyon korán jelentkező hátrányok mérséklésére, a lemaradás, kirekesztődés elkerülésére. A helyi Biztos Kezdet programok a fenti célok elérése érdekében szervezik meg a helyi szükségletektől függően, a helyi szakemberek és szülők együttműködésével a szolgáltatásokat, ill. azokat a feltételeket, amelyek lehetővé teszik a szolgáltatásokhoz való hozzáférést.³ A települések közül hat község: Bagamér, Biharnagybajom, Fülöp, Hajdúszóvár, Újléta, Zsáka rendelkezik pályázati forrásból támogatott Gyerekházzal.

A *tanoda* program azzal a céllal jött létre, hogy segítse azokat a tanulókat, akik számára önmagában sem a család, sem az iskola nem tud megfelelő feltételeket biztosítani a sikeres iskolai előrehaladáshoz, a továbbtanuláshoz. Amelyik szülő megteheti, külön szolgáltatást vásárol gyermekének, de sok tanuló esetében erre nincs lehetőség, sikertelen az iskolában, a kudarcok lemorzsolódáshoz, alacsony iskolai végzettséghez vezetnek. E gyerekek legtöbbször szegény családból érkeznek, elsősorban nekik segíthetnek a tanodák. A nehézségek jelentős része megfelelő pedagógiai, szociális támogatással, a hátrányok kompenzálását célzó fejlesztésekkel kiküszöbölhető – a tanoda ezt kívánja elősegíteni. A tanoda, mint az inkluzív nevelés szemlélete mentén kialakított és alkalmazott extrakurrikuláris pedagógiai tevékenységek rendszere hozzájárul ahhoz, hogy az alap- és középfokú köznevelési intézményekben tanuló, különböző társadalmi helyzetű, kulturális hovatartozású és egyéni adottságú tanulók tanulmányaikban sikeresen haladjanak előre az iskolában és ezen keresztül megvalósuljon társadalmi mobilitásuk.⁴ Tanoda 9 településen működött, 8 tanoda EFOP forrásból valósult meg, a Toldi Tanoda az Igazgyöngy Alapítvány fenntartásában működik.

Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 67/A. §-a határozza meg a Hátrányos helyzetű (HH) és a Halmozottan hátrányos helyzetű (HHH) gyermek fogalmát. Eszerint:

Hátrányos helyzetű (HH) az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, aki esetében az alábbi körülmények közül egy fennáll:

a) a szülő vagy a családbafogadó gyám alacsony iskolai végzettségű, ha a gyermeket együtt nevelő mindkét szülőről, a gyermeket egyedül nevelő szülőről vagy a családbafogadó gyámról – önkéntes nyilatkozata alapján – megállapítható, hogy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény igénylésekor legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezik,

b) a szülő vagy a családbafogadó gyám alacsony foglalkoztatottságú, ha a gyermeket nevelő szülők bármelyikéről vagy a családbafogadó gyámról megállapítható, hogy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény igénylésekor a Szt. 33. §-a (A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló többször módosított 1993. évi III. törvény) szerinti aktív korúak ellátására jogosult vagy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény igénylésének időpontját megelőző 16 hónapon belül legalább 12 hónapig álláskeresőként nyilvántartott személy,

³www.palyazat.gov.hu Letöltés ideje: 2021.06.07.

⁴www.palyazat.gov.hu Letöltés ideje: 2021.06.07.

c) a gyermek lakókörnyezete elégtelen, illetve lakáskörülményei, ha megállapítható, hogy a gyermek a településre vonatkozó integrált településfejlesztési stratégiában szegregátumnak nyilvánított lakókörnyezetben vagy félkomfortos, komfort nélküli vagy szükséglakásban, illetve olyan lakáskörülmények között él, ahol korlátozottan biztosítottak az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek.

Halmazottan hátrányos helyzetű (HHH)

a) az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, aki esetében az (1) bekezdés a)-c) pontjaiban meghatározott körülmények közül legalább kettő fennáll,

b) a nevelésbe vett gyermek,

c) az utógondozói ellátásban részesülő és tanulói vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt.⁵

5. ábra A vizsgálatba bevont települések óvodai és általános iskolai HH és HHH tanulói

| | óvodások létszáma | óvodák HH (fő) | HH (%) | óvodák HHH (fő) | HHH (%) | iskolások létszáma | iskolák HH (fő) | HH (%) | iskolák HHH (fő) | HHH (%) |
|-----------------|-------------------|----------------|--------|-----------------|---------|--------------------|-----------------|--------|------------------|---------|
| Álmosd | 60 | 29 | 48 | 5 | 8 | 153 | 59 | 39 | 19 | 12 |
| Bagamér | 107 | 28 | 26 | 67 | 63 | 262 | 50 | 19 | 183 | 70 |
| Berekböszörmény | 63 | 37 | 59 | 5 | 8 | 112 | 62 | 55 | 29 | 26 |
| Biharnagybajom | 114 | 20 | 18 | 18 | 16 | 181 | 37 | 20 | 53 | 29 |
| Bojt | 27 | 16 | 59 | 6 | 22 | 23 | 12 | 52 | 6 | 26 |
| Fülöp | 49 | 32 | 65 | 6 | 12 | 123 | 63 | 51 | 27 | 22 |
| Hajdúhadház | 629 | 12 | 2 | 365 | 58 | 1319 | 26 | 2 | 899 | 68 |
| Hajdúszovát | 128 | 50 | 39 | 32 | 25 | 204 | 94 | 46 | 76 | 37 |
| Hencida | 54 | 7 | 13 | 41 | 76 | 96 | 12 | 13 | 82 | 85 |
| Hosszúpályi | 229 | 102 | 45 | 15 | 7 | 436 | 212 | 49 | 38 | 9 |
| Kokad | 12 | 0 | 0 | 5 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Konyár | 76 | 44 | 58 | 2 | 3 | 158 | 92 | 58 | 9 | 6 |
| Nyírábrány | 118 | 1 | 1 | 13 | 11 | 227 | 30 | 13 | 27 | 12 |
| Nyírmártonfalva | 56 | 10 | 18 | 3 | 5 | 117 | 12 | 10 | 13 | 11 |
| Pocsaj | 116 | 34 | 29 | 54 | 47 | 225 | 65 | 29 | 127 | 56 |
| Sáp | 27 | 0 | 0 | 16 | 59 | 55 | 0 | 0 | 49 | 89 |
| Sárrétudvari | 120 | 23 | 19 | 10 | 8 | 258 | 45 | 17 | 54 | 21 |
| Szerep | 67 | 22 | 33 | 23 | 34 | 128 | 30 | 23 | 65 | 51 |
| Tiszacsege | 163 | 51 | 31 | 16 | 10 | 334 | 122 | 37 | 56 | 17 |
| Told | 26 | 23 | 88 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Újléta | 46 | 15 | 33 | 25 | 54 | 83 | 17 | 20 | 59 | 71 |
| Zsáka | 45 | 10 | 22 | 16 | 36 | 106 | 17 | 16 | 48 | 45 |

Forrás: KIR, 2020. október

⁵<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv>

A fenti adatok megmutatják településenként az óvodai és az általános iskolai létszámhoz viszonyított HH és HHH arányokat. A táblázat adatai illeszkednek a foglalkoztatási helyzetet bemutató táblázat adataihoz, mivel a hátrányos helyzet megállapításának egyik mutatója az alacsony iskolai végzettséghez társítható tartós munkanélküliség, és az ebből következő alacsony színvonalú lakhatási körülmények. A foglalkoztatási helyzet vizsgálata során a legmagasabb munkanélküliségi ráta Bagamért, Berekböszörményt és Bojtot jellemezte.

Az óvodás gyerekek esetében hátrányos helyzetűek legnagyobb arányban Toldon fordulnak elő (88%), Fülöpön (65%), valamint Berekböszörményben és Bojton található 59-59 %-os, Konyáron 58%-os aránnyal. Jellemző, hogy ezekhez a magas adatokhoz alacsonyabb HHH arány társul. Fordított a helyzet azonban Hajdúhadházon, ahol az óvodások HH aránya alacsony (2%), viszont 58% halmozottan hátrányos helyzetű gyerek. Több, mint a háromnegyede az óvodás gyerekeknek halmozottan hátrányos helyzetű Hencidán, de magas értéket találunk Bagamérban (63%), valamint 50% feletti értéket Hajdúhadházon, Sápon és Újlétán is.

Az általános iskolai tanulók esetében ismét a fenti települések érték el a legmagasabb értéket, Konyár (58%), Berekböszörmény (55%), Bojt (52%) és Fülöp (51%) a hátrányos helyzetű tanulók arányában. Ebben az esetben is jellemző az, hogy a magas hátrányos helyzetű tanulókkal rendelkező településeken viszonylag alacsonyabb HHH-s tanulók élnek. Míg az óvodás gyerekek esetében 5 település ért el 50% feletti HHH-s értéket, addig az általános iskolai HHH-s tanulók esetében már 7 települést érint az 50% feletti mutató, sokkal rosszabb értékekkel, mint az óvodáskorúak esetében. Legsúlyosabb a helyzet Sápon, ahol 89% és Hencida, ahol 85%-os az aránya a HHH tanulóknak. Újlétán 71% Bagamérban 70%-a, Hajdúhadházon 68%-a az iskolásoknak HHH, 50%-os mutató felett van még Pocsaj és Szerep.

Lakónépesség, lakóépületek komfortfokozata

Ahhoz, hogy pontos képet alkothassunk a vizsgált településekről, tudnunk kell, hogy mekkora a település lakosság száma, valamint a településeken lévő lakások száma, jellemzői.

6. ábra A települések lakónépessége, a lakóépületek komfortfokozata

| | lakosság szám (fő) 2021. január 1-i KSH adatok szerint | lakások száma (darab) 2011. KSH adatok szerint | új építésű lakások aránya (%) 2018-as TEIR adatok szerint | összkomfortos, komfortos lakások száma (darab) 2011. KSH adatok szerint | félkomfortos, komfort nélküli, szükség- és egyéb lakások száma (darab) 2011. KSH adatok szerint | a félkomfortos, komfort nélküli, szükség- és egyéb lakások aránya a lakások számához (%) |
|-----------------|--|--|---|---|---|--|
| Álmosd | 1 838 | 704 | 0,14 | 545 | 159 | 22,59 |
| Bagamér | 2 515 | 971 | 0,1 | 631 | 340 | 35,02 |
| Berekböszörmény | 2 000 | 765 | 0 | 596 | 169 | 22,09 |
| Biharnagybaj | 2 689 | 1 123 | 0 | 869 | 254 | 22,62 |

| | | | | | | |
|-----------------|--------|--------|--------------|--------|-------|-------|
| om | | | | | | |
| Bojt | 595 | 207 | 0 | 119 | 88 | 42,51 |
| Fülöp | 1 725 | 720 | 0,14 | 550 | 170 | 23,61 |
| Hajdúhadház | 13 447 | 4 217 | 0,21 | 3318 | 899 | 21,32 |
| Hajdúszovát | 3 115 | 1 106 | 0 | 818 | 288 | 26,04 |
| Hencida | 1 208 | 441 | 0 | 307 | 134 | 30,39 |
| Hosszúpályi | 5 904 | 2 059 | 0,15 | 1623 | 436 | 21,18 |
| Kokad | 684 | 282 | 0 | 172 | 110 | 39,01 |
| Konyár | 2 244 | 837 | 0,12 | 677 | 160 | 19,12 |
| Nyírábrány | 3 882 | 1 503 | 0 | 1185 | 318 | 21,16 |
| Nyírmártonfalva | 1 996 | 806 | 0,12 | 663 | 143 | 17,74 |
| Pocsaj | 2 776 | 997 | 0 | 724 | 273 | 27,38 |
| Sáp | 939 | 379 | 0 | 253 | 126 | 33,25 |
| Sárrétudvari | 2 950 | 1 219 | 0 | 945 | 274 | 22,48 |
| Szerep | 1 542 | 533 | 0 | 344 | 189 | 35,46 |
| Tiszacsege | 4 629 | 2 090 | 0,05 | 1619 | 471 | 22,54 |
| Told | 395 | 130 | 0 | 54 | 76 | 58,46 |
| Újléta | 1 150 | 428 | 0 | 302 | 126 | 29,44 |
| Zsáka | 1 571 | 735 | 0 | 549 | 186 | 25,31 |
| összesen | 59 794 | 22 252 | Nem releváns | 16 863 | 5 389 | 24,22 |

forrás: KSH, TEIR

Hajdú-Bihar megye lakossága 539 771 fő, a vizsgált 22 település összlakosság száma 59 794 fő, így a lakosság 11,07%-a él a kedvezményezett településeken. A vizsgált 22 településen 22 252 db lakás található, melyből 5 389 db félkomfortos, komfort nélküli, szükség- és egyéb lakás, tehát a településeken található lakások 24,22%-a alacsony komfortfokozatú. Az összes lakáshoz viszonyított félkomfortos, komfort nélküli, szükség- és egyéb lakás aránya az átlaghoz (24,22%) magasabb hét településen, melyből kiugróan magas Toldon (58,46%), és Bojton (42,51%).

A fenti táblázat harmadik oszlopának adatai alapján látszik, hogy alig épülnek új lakások a vizsgált településeken. Az adatok alapján nem tudjuk pontosan az újonnan épült lakások számát, de értéket találhatunk a két városban Hajdúhadházon és Tiszacsegén, valamint Nyírmártonfalván, Konyáron, Hosszúpályiban, Fülöpön, Bagamérban és Álmosdon.

A KSH 2011. évi népszámlálási adatai szerint a 22 településen a lakások és lakott üdülők építési éve szerint 1990 után megtorpant az új lakások építése, ettől az időszaktól kezdve jelentősen esett az új lakások építésének száma.

A két városban 1971-1990 között épült a legtöbb új lakás, Hajdúhadházon 1931 lakás, Tiszacsegén pedig 851 lakás.

Bagamér, Berekböszörmény, Biharnagybajom, Bojt, Hajdúszovát, Hencida, Konyár, Sáp, Sárrétudvari, Zsáka, Szerep településekre az jellemző, hogy 1946 előtt épült a legtöbb új ház, utána folyamatosan egyre kevesebb ház épült.

Álmosd, Fülöp, Hosszúpályi, Kokad, Nyírábrány, Nyírmártonfalva és Újléta új lakásai pedig 1946 és 1990 között épültek.

Toldon 1946 és 1960 között épült a legtöbb új lakás, ezen kívül 1946 előtt és 1961-1970 között épültek nagyobb számban lakások. Pocsajra is az jellemző, hogy 1946 és 1960 között és 1946 előtt épült a legtöbb új lakás, de a csökkenés elhúzódott 1990-ig.

2006-2011 között épült a legkevesebb lakás, 21 település esetében csökkent 2001-2005. évhez képest, Bojton mindkét időszakban 1-1 lakás épült. 2006-2011 között épült a legtöbb lakás (179 db) Hajdúhadházon, valamint Hosszúpályiban (96 db). Ugyanebben az időszakban a már említett Bojt, Sáp 1-1 lakás, míg Toldon 2 lakás épült.

Szegregátumok, szegregációval veszélyeztetett területek

Az alacsonyan képzettek és a kedvezőtlen gazdasági aktivitással jellemezhető háztartások aránynövekedése a társadalmi és gazdasági hátrányok koncentrálódásához és térbeli leképeződéséhez vezet az egyes településeken. A vizsgált 22 településen már kialakult egy vagy több szegregátum és/vagy szegregációval veszélyeztetett terület, mely a hátrányos helyzetű népesség térbeli elkülönülését eredményezte. A szegregátumokban, szegregációval veszélyeztetett területeken általában magas a roma nemzetiségű lakosság aránya is, így a társadalom egységének megőrzése szempontjából is különösen fontos feladat, hogy ezen területek ne váljanak tartósan szegregátumokká és célzott fejlesztésükkel mielőbb integrálódnak a településekbe.

A településfejlesztési koncepcióról, az integrált településfejlesztési stratégiáról és a településrendezési eszközökről, valamint egyes településrendezési sajátos jogintézményekről szóló 314/2012 (XI.8.)-as Kormányrendeletben foglaltak 2. § 8.szerint a *szegregált vagy szegregációval veszélyeztetett terület*: szegregációs mutatóval lehatárolt olyan egybefüggő terület, amelyen az alacsony társadalmi státuszú családok koncentráltan élnek együtt vagy a társadalmi státuszcsökkenés jelei tapasztalhatók, ezért a területen közösségi beavatkozás szükséges; szegregált vagy szegregációval veszélyeztetett terület lehet egy önálló településrész, de részét képezheti egy vagy több településrésznek is.

A rendelet 10. melléklete szerint a szegregátum lehatárolása a szegregációs mutató alapján történik.

A mutató: legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők és munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya az aktív korúakon (15-59 év) belül.

A mutató számítása: a település területén belül olyan területileg egybefüggő tömbök kiválasztása, amelyekre együttesen jellemző, hogy a szegregációs mutató határértékének megfelelnek. A tömb népszámlálási célra létrehozott, általában közterületek és/vagy természetes és mesterséges tereptárgyak (pl. vasútvonal, autópálya nyomvonala, vízfolyás partja), valamint rácshálós térinformatikai megoldás eredményeképpen kialakított, településen belüli kisterületi egység.

A szegregációs mutató határértékei településtípusokként eltérők, a szegregációs mutató a 2011-es népszámlálási adatokból állítható elő.

| Településtípus | Szegregált terület, amelynél a szegregációs mutató értéke | Szegregációval veszélyeztetett terület, amelynél a szegregációs mutató értéke |
|---------------------------|---|---|
| Járásszékhely város | nagyobb egyenlő, mint 35% | nagyobb egyenlő mint 30%, de kisebb mint 35% |
| 2000 főnél népesebb város | nagyobb egyenlő, mint 35% | nagyobb egyenlő mint 30%, |

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--|
| és község | | de kisebb mint 35% |
| 2000 főnél kisebb város és község | nagyobb egyenlő, mint 50% | nagyobb egyenlő mint 40%, de kisebb mint 50% |

200 főnél népesebb települések esetében szegregátumnak, illetve szegregációval veszélyeztetett területnek azok az egybefüggő területek tekintendők, melyek megfelelnek a fenti mutatóknak, és a terület lakónépességének száma eléri az 50 főt. 200 főnél kisebb települések esetében a település egészére kell meghatározni a szegregációs mutató értékét.⁶

Országosan 709 szegregátummal rendelkező és 246 szegregációval veszélyeztetett település került beazonosításra. A 2011. évi népszámlálás és a KSH adatai alapján Hajdú-Bihar megye 82 településből 50-ben található szegregátum, 5 településen pedig szegregációval veszélyeztetett településrész.⁷

A táblázat a Hajdú-Bihar megyei 10 járásban mutatja meg a kedvezményezett települések megoszlását:

7. ábra Mindkét szempontból kedvezményezett, szegregátummal rendelkező települések járásonként⁸

| Járás neve | Járás száma | település | Mindkét szempontból kedvezményezett települések aránya járásban | Szegregátummal rendelkező települések száma a járásban |
|------------------|-------------|-----------|---|--|
| Balmazújvárosi | 5 | | 20% | 4 |
| Berettyóújfalui | 25 | | 44% | 8 |
| Debreceni | 2 | | 0% | 2 |
| Derecskei | 13 | | 30% | 11 |
| Hajdúböszörményi | 2 | | 0% | 2 |
| Hajdúhadházi | 3 | | 33% | 2 |
| Hajdúnánási | 6 | | 0% | 1 |
| Hajdúszoboszlói | 5 | | 20% | 3 |
| Nyíradonyi | 9 | | 66% | 9 |
| Püspökladányi | 12 | | 50% | 8 |

forrás: KSH 2011.

A SZÚT adatai alapján megyei szinten a legtöbb szegregált településrészrel Hajdúhadház (8), Bagamér (4), Hajdúböszörmény (4), Hajdúsámson (4), Nyírábrány (4) és Pocsaj (4) rendelkezik.

A felsorolt hat településből 4 a vizsgált települések közé tartozik: Hajdúhadház, Bagamér, Nyírábrány és Pocsaj.

A Hajdú-Bihar megyében található 10 járásból a vizsgált települések 7 járásban találhatók meg a következők szerint:

Nyíradonyi járás: Álmosd, Bagamér, Fülöp, Nyírábrány, Nyírmártonfalva, Újléta

Berettyóújfalui járás: Berekböszörmény, Bojt, Hencida, Told, Zsáka

⁶<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200314.kor> letöltés dátuma: 2021. június 8.

⁷ Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szolgáltatási Út Térkép, Debrecen, 2019. december 10.

⁸ Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szolgáltatási Út Térkép, Debrecen, 2019. december 10.

Püspökladányi járás: Biharnagybajom, Sáp, Sárrétudvari, Szerep

Derecskei járás: Hosszúpályi, Kokad, Konyár, Pocsaj

Hajdúhadházi járás: Hajdúhadház

Hajdúszoboszlói járás: Hajdúszovát

Balmazújvárosi járás: Tiszacsege

A járások közül a Nyíradonyi (6) és a Berettyóújfalui (5) járásban található a legtöbb kedvezményezett település. A Püspökladányi és a Derecskei járásban 4-4, a Hajdúhadházi, a Hajdúszoboszlói, valamint a Balmazújvárosi járásban pedig 1-1 település.

A KSH 2011. népszámlálási adatai szerint mindegyik településen található szegregátum, de azt nem tartalmazza, hogy hány szegregátum ill. szegregációval veszélyeztetett terület található az adott településen. Ezért megvizsgáltuk, hogy a Helyi Esélyegyenlőségi Programokban, illetve a fókuszcsoportos interjúkban megjelenik-e a szegregátum leírása, amennyiben igen, akkor lehatárolásra kerülnek-e ezek a területek.

Az alábbi ábra tartalmazza, hogy a vizsgált településeken mit tartalmaz a HEP, az EFOP-1.6.3-17 projektben korábban készített fókuszcsoportos beszélgetésben a szegregátummal kapcsolatban elhangzottakat, illetve hogy a településen van-e a szegregált élethelyzetek felszámolását segítő program.

8. ábra Szegregátum és szegregációval veszélyeztetett területek megjelenítése, kezelése

| | Helyi Esélyegyenlőségi program | Fókuszcsoportos interjú | Támogatott EFOP 1.6.2. vagy TOP-4.3.1-16 pályázat |
|-----------------|--|--------------------------------|---|
| Álmosd | A településen három olyan elkülönült terület van, melynek a szegregációs mutatója 40% feletti, valamint egy területen mutatható ki 50% feletti szegregációs mutató. | Van szegregátum | - |
| Bagamér | A KSH mérése szerint Bagamérban négy szegregátum található, melyekben a szegregációs mutató meghaladja a 35%-ot, ezen kívül három olyan kisebb terület van, mely szegregációval fenyegetett településrész. | Az egész település szegregátum | - |
| Berekböszörmény | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | - |
| Biharnagybajom | Spontán szegregátum alakult | Van szegregátum | - |

| | | | |
|-------------|--|-------------------------------|---|
| | ki, nincs mesterségesen kialakított szegregált településrész. | | |
| Bojt | 1 szegregátum található, lehatárolással | 5 család él külterületen | - |
| Fülöp | Nincs szegregátum | Nincsszegregátum | - |
| Hajdúhadház | Nyolc szegregátumot jelöltek meg, de ebből az alacsony lakosságszám miatt (50 fő alatt) több nem valódi szegregátum. A szegregátumok a város déli, délnyugati részén (4 db) és a keleti, északkeleti területeken (3 db) találhatóak, 1 db a város észak-nyugati részén helyezkedik el. | Nem említik | - |
| Hajdúszovát | Három szegregátum található lehatárolással. | Három szegregátum | - |
| Hencida | Nincs szegregátum | A szegregátumban 10 család él | - |
| Hosszúpályi | A HEP szerint nincs meghatározása a szegregátumnak, így az EFOP pályázati felhívásból olvasták ki a definíciót. 5 területet különítettek el ennek megfelelően. | Nincs szegregátum | - |
| Kokad | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | - |
| Konyár | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | - |
| Nyírábrány | A településen 4 db szegregátumot és 4 veszélyeztetett területet azonosítottak a belterületen. A külterületeken is vannak a | 4 szegregátum | - |

| | | | |
|-----------------|---|-------------------------|--------------|
| | szegregációs jellemzőket mutató területek, de ott az alacsony lakosságszám miatt nem azonosították szegregátumként. | | |
| Nyírmártonfalva | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | - |
| Pocsaj | 4 szegregátumot (35%-) és 5 veszélyeztetett területet (30-35%) azonosított be, a település szélein található. | 4 szegregátum | EFOP 1.6.2. |
| Sáp | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | - |
| Sárrétudvari | A KSH 2017. év elejei adatszolgáltatása alapján 1 szegregátum és 1 szegregációval veszélyeztetett terület | 2 szegregátum | - |
| Szerep | Nincs szegregátum | 2 szegregátum | EFOP 1.6.2. |
| Tiszacsege | 2 szegregátum, lehatárolással | 2 szegregátum | TOP-4.3.1-16 |
| Told | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | |
| Újléta | 1 szegregátum található, 31 lakással, a község északkeleti részén | 1 szegregátum található | EFOP 1.6.2. |
| Zsáka | Nincs szegregátum | Nincs szegregátum | - |

Forrás: HEP, fókuszcsoporthoz interjú, www.palyazat.gov.hu

A HEP-ben leírtak alapján arra lehet következtetni, hogy a dokumentum készítői vagy nem ismerik a szegregáció pontos fogalmát, vagy nem a 2011-es adatok alapján dolgoztak, illetve nem kérték ki a KSH-tól a szegregációs dokumentumokat. Jelentős eltérés mutatkozik a KSH és a HEP, valamint a fókuszcsoporthoz szegregációra vonatkozó adatai között is. A HEP-ek összesítése szerint 10 településen nincs szegregátum.

A SZÚT adatgyűjtése szerint jelenleg az EFOP 1.6.2-16 „Szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal” című pályázatnak megyei szinten 6 település (Nagyrabé, Nyíraczád, Sáránd, Pocsaj, Szerep, Újléta) a kedvezményezettje. A TOP-4.3.1-16 (Leromlott városi területek rehabilitációja) intézkedésben, melynek célja az a leszakadó vagy leszakadással veszélyeztetett városrészek koncentráltan megnyilvánuló társadalmi-fizikai-gazdasági problémák komplex módon való kezelése a területen élők társadalmi integrációjának elősegítése érdekében, 11 (Balmazújváros, Berettyóújfalú, Derecske,

Hajdúdorog, Hajdúsámson, Komádi, Nádudvar, Nyíradony, Püspökladány, Tiszacsege, Vámospércs) városi jogállású helyi önkormányzat érintett a megyében.⁹

A megyei pályázatok közül EFOP 1.6.2-16 támogatott projekt 3 településen valósult meg, Pocsajon, Szerepen és Újlétán, TOP-4.3.1-16 projekt pedig csak Tiszacsegen.

Egészségügyi ellátórendszer működése

Az egészségügyi intézményrendszer elemzése esetében megvizsgáltuk, hogy milyen ellátások vehetők igénybe a településeken, valamint azt, hogy hogyan alakul az éves betegforgalom a lakosságszámhoz képest. Az egészségügyi szolgáltatások esetében a szolgáltatásnyújtás megléte nem jelenti azt, hogy munkanapokon minden nap elérhetők, ez a település nagysága, lakosságszáma szerint változik. Ez jelenthet heti egy napot, de heti egy órát is. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy néhány település esetében betöltetlenek a háziorvosi praxisok, védőnői körzetek, itt helyettesítéssel oldják meg az ellátást.

9. ábra A bevont települések egészségügyi ellátásának jellemzői

| | háziorvos | gyerekorvos | betegforgalom (fő) (TEIR, 2018) | betegforgalom és a lakosság aránya | fogorvos | védőnő | gyógyszertár |
|-----------------|-----------|-------------|---------------------------------|------------------------------------|----------|--------|--------------------------|
| Álmosd | van | - | 16219 | 8,82 | van | van | van |
| Bagamér | van | - | 21255 | 8,45 | van | van | van |
| Berekböszörmény | van | - | 13854 | 6,93 | - | van | van |
| Biharnagybajom | van | - | 18604 | 6,92 | van | van | van |
| Bojt | van | - | nincs adat | nincs adat | - | van | - |
| Fülöp | van | - | 17955 | 10,41 | - | van | van |
| Hajdúhadház | van | van | 63622 | 4,73 | van | van | van |
| Hajdúszovát | van | - | 29274 | 9,40 | van | van | van |
| Hencida | van | - | 7527 | 6,23 | - | van | van |
| Hosszúpályi | van | - | 36808 | 6,23 | van | van | van |
| Kokad | van | - | 4895 | 7,16 | - | van | van(kézi gyógyszerertár) |
| Konyár | van | - | 22304 | 9,94 | van | van | van |
| Nyírábrány | van | - | 31093 | 8,01 | van | van | van |
| Nyírmártónfalva | van | - | 13282 | 6,65 | van | van | van |
| Pocsaj | van | - | 13822 | 4,98 | van | van | van |
| Sáp | van | - | 8079 | 8,60 | - | van | van(fiókgyógyszertár) |

⁹ Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szolgáltatási Út Térkép, Debrecen, 2019. december 10.

| | | | | | | | |
|--------------|-----|-----|------------|------------|-----|-----|--------|
| | | | | | | | ertár) |
| Sárrétudvari | van | - | 27373 | 9,28 | van | van | van |
| Szerep | van | - | 13105 | 8,50 | | van | van |
| Tiszacsege | van | van | 33623 | 7,26 | van | van | van |
| Told | van | - | nincs adat | nincs adat | - | van | - |
| Újléta | van | - | 13441 | 11,69 | - | van | van |
| Zsáka | van | - | 17933 | 11,42 | van | van | van |

forrás: TEIR, HEP, települési honlapok

Felnőtt háziiorvosi és védőnői ellátás minden településen elérhető, gyermekorvosi rendelés csak a két városi rangú településen, Hajdúhadházon és Tiszacsegén. Több településen a védőnő helyettesítésben látja el feladatait. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2021 júniusi adatai szerint 7 betöltetlen háziiorvosi praxis van, melyek Biharnagybajom, Hencida, Kokad, Sáp, Szerep, Tiszacsege, Zsáka településeken található. Fogorvos 13, gyógyszerár pedig 20 településen működik.

A Helyi Esélyegyenlőségi Programok többségében, valamint a fókuszcsoportos interjúkban kiemelésre került a különböző szűrések elérhetőségének, megszervezésének fontossága. Több önkormányzat jelezte, hogy problémái vannak a helyi szűrések finanszírozásával, a szervezéssel, illetve a szolgáltatás helyi igénybevétele esetében a lakosság alacsony részvételével. 5 esetben csak a szűrések fontosságát említették, 8 esetben említették konkrétan a tüdőszűrő, 4 alkalommal a mammográfiai szűrés, 3 esetben a nőgyógyászat, valamint 1-1 esetben a vastagbélrák és a szemészeti szűrés szükségességét.

A 22 település Helyi Esélyegyenlőségi Programjában, valamint a fókuszcsoportos interjú során megnéztük, hogy hány esetben említették az függőségek jelenlétét a településeken. Az addikciók közül csak három típus jelenik meg a dokumentumokban, a drogfogyasztás, az alkohol és a dohányzás. A Helyi Esélyegyenlőségi Programokban három helyen található a drogprobléma megjelenítése (Bagamér, Fülöp, Hajdúhadház), Tiszacsegén az alkoholon kívül a dohányzást is kiemelik. A fókuszcsoportos interjúban Hajdúhadház és Bagamér szintén említi a drogproblémát, emellett Biharnagybajom, Bojt, Nyírmártonfalva, Pocsaj, Sárrétudvari, Tiszacsege, Újléta, Zsáka is problémának tartja a drogfogyasztást a településen. Szerepen a drog mellett az alkoholt is említik, Toldon pedig csak az alkoholt. Tehát a kedvezményezett települések 50%-ban megjelenik a drogfogyasztás, mint probléma.

A TEIR 2018. évi adatai alapján a betegforgalom a lakosságszámhoz viszonyított arányát a fenti táblázat harmadik és negyedik oszlopa mutatja meg. Ez az arány azt mutatja, hogy egy települési lakos átlagosan 2018-ban hány alkalommal keresi fel a háziorvost. Kiugróan magas szám 9 fölötti érték található Hajdúszováton, Konyáron és Sárrétudvariban, 10 feletti érték pedig Fülöpön, Újlétán és Zsákán. Érdekes, hogy a legalacsonyabb értékek (5 alatt) a legnagyobb településen Hajdúhadházon és Pocsajban láthatók. Az adatbázist nem frissítették és nem tartalmaz olyan adatokat, melyből következtethetünk arra, hogy ez az egy lakosra jutó orvos felkeresések számát településeként milyen tényezők befolyásolják.

Addiktológiai ellátás Hajdú-Bihar megyében

Jelenleg nem áll rendelkezésre olyan adatbázis, mely naprakészen, teljeskörűen bemutatja Hajdú-Bihar megye, ezen belül Debrecen addiktológiai ellátórendszerét, így ennek feltárása a jövő feladata lesz. Az adatbázis elkészítése elengedhetetlen a függőségek hatékony kezelése érdekében, a szakembereknek ismerniük kell, hogy az egyes szolgáltatások milyen jellegű

segítséget nyújtanak, hol, mikor lehet ezeket igénybe venni, hogy ügyfelei igényéhez, szükségletéhez a leginkább illeszkedőt tudja javasolni.

Jelen tanulmány csak az ellátórendszer felépítését írja le egy 2011. évi elemzés segítségével¹⁰, ahol rendelkezésre állnak adatok, azok bemutatásra kerülnek.

Alacsonyküszöbű szolgáltatás

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások klienskörét a rejtőzködő/ kezelést nem igénylő drogfogyasztó populáció, valamint a peremhelyzetben lévő/ marginalizált csoportok alkotják.

Az alacsonyküszöbű tevékenység egyik része a szenvedélyproblémás kliensek megtalálása, a másik része az ártalomcsökkentő szolgáltatások biztosítása, felajánlása és a kliensek további kezelése felé terelése.

Szolgáltatások fajtái az alacsonyküszöbű ellátásokban:

Utcai és lakótelepi megkereső munka

Drop-in ellátás

Party Service Szolgáltatás

Pláza program

Egészségügyi és szociális ambuláns ellátás

Drogambulancia (Debrecen)

Az intézmény 1990-ben alakult, a Kenézy Gyula Kórház Gyermek-pszichiátria részeként. Egy pszichológus és egy egészségnevelő alkotta az akkori stábot. A klienskör főleg lakótelepi szipós fiatalokból állt, akik a Pszichiátria szabályaihoz nehezen tudtak alkalmazkodni, illetve az osztály nem erre az ellátási formára jött létre. A 80-as évek vége felé már lehetett beszélni a narkomániáról, mint létező problémáról, így megfogalmazódhatott a Drogambulancia iránti igény és elkezdődhetett az intézmény feltételeinek megteremtése. A célcsoport ebben az időben a drogfüggő 18 év alatti korosztály volt. Később azonban nagy számban fordultak hozzájuk segítségért felnőttek alkoholproblémával. Az intézmény a nappali ellátás területén működik. Kábítószer, alkohol, gyógyszer, szerves oldószer, játékszenvedély problémával hozzájuk forduló klienseket vállalják fel elsősorban. Beutaló nélkül is fogadnak klienseket, alapelv az anonimitás.

Addiktológiai Szakrendelés és Gondozó (Debrecen)

Debrecen város az Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. által működteti az addiktológiai szakrendelést, amely leginkább gyógyszeres kezelést jelent. Gyakran jelent nehézséget a kettős diagnózisú betegek ellátása is. Megfigyelhető jelenség, hogy többszöri elvonó kezelés után sem tartják sikeresnek a hozzátartozók a kezelést és ennek fő oka, hogy a családtagok nincsenek felkészítve a drogmentes életre. Ilyenkor újra meg kell, hogy tanuljanak kommunikálni egymással és a szenvedélybetegségből kilábalni akaró helyét is újra meg kell találni a családi rendszerben.

¹⁰ Berényi András-Juhász Béla Szilárd: Helyi kockázat-elemzés a szükséglet-meghatározási és értékelési eszköztár működését veszélyeztető és bizonytalaná tevő hatások azonosítása Debrecen város kezelő-ellátó intézményrendszerének elemzésével, 2011.

Közösségi szenvedélybeteg ellátás

A közösségi ellátás talán széleskörű gondozási feladataiból kifolyólag, heterogén klienskört vonz magához. Az általuk ellátott kliensek életkora, szerfogyasztása, egzisztenciája, iskolázottsága, kapcsolati rendszere rendkívül különböző. A tapasztalat azt mutatja, hogy az addiktológiai osztályról elbocsátott betegek szociális problémái a kikerülésük után is fennmaradnak. A pszichés függőség, illetve a szociális és családi rendszer problémáinak kezelésére a hagyományos ellátási formák (egészségügyi intézmény ambuláns ellátás) túlterheltségük miatt képtelenek komplex módon ezeket a feladatokat kezelni. Gondot jelent, hogy az ellátás után a betegek nem kapnak pszicho-szociális támogatást. Ez a jelenség gyakran hozzájárul a betegségek kiújulásához. A közösségi szenvedélybeteg ellátás célja, hogy a gondozott szenvedélybetegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve reintegrálódjanak a közösségbe.

Egészségügyi szakellátás

A Nemzeti Népegészségügyi Központ Egészségügyi Szolgáltatók Kapacitás Nyilvántartásából származó adatok szerint Hajdú-Bihar megyében egészségügyi szakellátás a Debreceni Egyetem Klinikai Központban, és a Berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórházban vehető igénybe. A Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház fenntartásában működik egy 30 ágyas Addiktológia osztály.¹¹

10. ábra Addiktológiai rehabilitációs intézmények Hajdú-Bihar megyében¹²

| | | | |
|------------------------------------|--|---|-----------------|
| szenvedélybetegek nappali ellátása | Tevékeny Szeretet közössége | nappali ellátás szenvedélybetegek részére; közösségi ellátás (pszichiátriai és szenvedélybeteg) | Hajdúböszörmény |
| | A Tevékeny Szeretet Közössége Balmazújvárosi Közösségi Ellátások | nappali ellátás szenvedélybetegek részére; házi segítségnyújtás | Balmazújváros |
| | A Tevékeny Szeretet Közössége Derecskei Közösségi Ellátások | nappali ellátás szenvedélybetegek részére; közösségi ellátás (pszichiátriai és szenvedélybeteg); házi segítségnyújtás | Derecske |
| | Álmosd-Derecske-Létavértes Kistérségi Református Egyházközség | nappali ellátás szenvedélybetegek részére; nappali ellátás időskorúak | Álmosd |

¹¹https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/242/Hajdu_F_2021_05_25.pdf letöltés ideje: 2021. június 7.

¹²<http://drogproblema.hu/category/21-hajdu-bihar-megye> letöltés ideje: 2021. június 7.

| | | | |
|------------------------------|--|--|----------------|
| | | részére | |
| | A Tevékeny Szeretet Közössége Püspökladányi Közösségi Ellátások | nappali ellátás szenvedélybetegek részére; házi segítségnyújtás | Püspökladány |
| | Balmazújváros Kistérség Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat | nappali ellátás szenvedélybetegek részére; közösségi ellátás (pszichiátriai és szenvedélybeteg); támogató szolgálat | Balmazújváros |
| | Hajdú Gondoskodó Szociális Szolgáltató Központ | nappali ellátás szenvedélybetegek részére | Hajdúhadház |
| | Tevékeny Szeretet Közössége | nappali ellátás szenvedélybetegek részére | Hajdúnánás |
| szenvedélybetegek otthona | Bihari Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft. Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona Bárándi Központ | fogyatékos személyek otthona; szenvedélybetegek otthona; pszichiátriai betegek otthona | Báránd |
| | Fordulópont Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézménye | szenvedélybetegek otthona | Nagyhegyes |
| | Önfenntartás Közalapítvány | szenvedélybetegek otthona | Berettyóújfalú |

forrás: www.drogproblemak.hu

A fenti táblázat adatai alapján a vizsgált települések közül kettőben található addiktológiai ellátás, Álmosdon az Álmosd-Derecske-Létavértes Kistérségi Református Egyházközség fenntartásában, valamint Hajdúhadházon a Hajdú Gondoskodó Szociális Szolgáltató Központ fenntartásában egy-egy nappali ellátás szenvedélybetegek részére.

Önsegítő csoportok

Nagyon fontos szerepet töltenek be a társadalmi visszaillesztés elősegítésében és az absztinencia fenntartásában az önsegítő csoportok.

Alkohol, drog és gyógyszermérgeзések

Az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) adatai megmutatják, hogy 2018-2020 teljes év és 2021. május 31-ig településeként hány esetben hívták a mentőszolgálatot mérgeзéses esetekhez. Képet kaphatunk arról, hogy a településen élő lakosság hány százalékát érinti a mérgeзéses esetekhez való mentőhívás. Kigyűjtésre került az alkohol-, drog- és gyógyszermérgeзések száma, a férfi-nő arány, valamint az életkori megoszlás is.

11. ábra Mérgeзéses esetek az Országos Mentőszolgálat adatai alapján

| | Esetszám | Lakosságszám | % | Év | | | | Alkohol | Drog | Gyógyszer | Nem | | Korosztály | | | |
|-----------------|----------|--------------|-------|------|------|------|------|---------|------|-----------|-------|-----|------------|-------|-------|-----|
| | | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | | | | Férfi | Nő | 0-14 | 15-30 | 31-65 | 65+ |
| Álmosd | 40 | 1838 | 2,18% | 2 | 16 | 18 | 4 | 33 | 0 | 5 | 22 | 18 | 0 | 5 | 33 | 2 |
| Bagamér | 136 | 2515 | 5,41% | 7 | 63 | 49 | 17 | 113 | 4 | 13 | 109 | 25 | 7 | 51 | 69 | 9 |
| Berekbőszörmény | 46 | 2000 | 2,30% | 3 | 10 | 18 | 7 | 38 | 3 | 3 | 36 | 8 | 1 | 14 | 26 | 5 |
| Biharmagybajom | 75 | 2689 | 2,79% | 7 | 35 | 28 | 10 | 52 | 4 | 7 | 53 | 20 | 5 | 24 | 41 | 5 |
| Bojt | 20 | 595 | 3,36% | 1 | 12 | 3 | 3 | 18 | 1 | 1 | 17 | 2 | 1 | 1 | 13 | 5 |
| Fülöp | 42 | 1725 | 2,43% | 6 | 11 | 16 | 11 | 35 | 1 | 6 | 26 | 14 | 2 | 8 | 29 | 3 |
| Hajdúhadház | 594 | 13447 | 4,42% | 70 | 219 | 282 | 70 | 422 | 45 | 70 | 391 | 157 | 29 | 187 | 345 | 32 |
| Hajdúszovát | 75 | 3115 | 2,41% | 21 | 24 | 32 | 13 | 53 | 2 | 21 | 45 | 18 | 3 | 10 | 57 | 6 |
| Hencida | 47 | 1208 | 3,89% | 3 | 23 | 16 | 4 | 38 | 1 | 3 | 37 | 6 | 2 | 20 | 25 | 0 |
| Hosszúpályi | 370 | 5904 | 6,27% | 47 | 160 | 133 | 59 | 277 | 20 | 47 | 259 | 94 | 32 | 97 | 225 | 15 |
| Kokad | 31 | 684 | 4,53% | 3 | 16 | 10 | 4 | 28 | 0 | 3 | 27 | 4 | 1 | 7 | 22 | 1 |
| Konyár | 125 | 2244 | 5,57% | 14 | 48 | 55 | 18 | 88 | 8 | 14 | 77 | 28 | 3 | 45 | 68 | 9 |
| Nyírábrány | 121 | 3882 | 3,12% | 12 | 49 | 43 | 25 | 96 | 6 | 12 | 90 | 24 | 3 | 45 | 67 | 6 |
| Nyírmártonfalva | 36 | 1996 | 1,80% | 4 | 15 | 16 | 5 | 30 | 1 | 4 | 25 | 9 | 0 | 12 | 21 | 3 |
| Pocsaj | 108 | 2776 | 3,89% | 25 | 50 | 38 | 16 | 76 | 5 | 25 | 79 | 28 | 2 | 34 | 63 | 9 |
| Sáp | 14 | 939 | 1,49% | 1 | 6 | 3 | 5 | 13 | 1 | 1 | 9 | 4 | 0 | 5 | 8 | 1 |
| Sárrétudvari | 68 | 2950 | 2,31% | 5 | 24 | 32 | 8 | 58 | 1 | 5 | 56 | 11 | 1 | 8 | 53 | 3 |
| Szerep | 52 | 1542 | 3,37% | 8 | 29 | 15 | 6 | 38 | 2 | 8 | 38 | 14 | 3 | 20 | 21 | 8 |
| Tiszacsege | 107 | 4629 | 2,31% | 9 | 42 | 35 | 24 | 87 | 1 | 9 | 77 | 30 | 0 | 28 | 64 | 15 |
| Told | 18 | 395 | 4,56% | 3 | 6 | 8 | 1 | 14 | 0 | 3 | 11 | 6 | 1 | 8 | 8 | 1 |
| Újléta | 56 | 1150 | 4,87% | 6 | 25 | 15 | 12 | 41 | 2 | 6 | 32 | 21 | 1 | 18 | 32 | 4 |
| Zsáka | 66 | 1571 | 4,20% | 8 | 20 | 28 | 9 | 53 | 3 | 8 | 51 | 12 | 2 | 13 | 38 | 12 |
| Összesen | 2247 | 59794 | 3,76% | 265 | 903 | 893 | 331 | 1701 | 111 | 274 | 1567 | 553 | 99 | 660 | 1328 | 154 |

Forrás: OMSZ, 2021.

Az egyes települések esetszámait megvizsgálva látható, hogy 2018. január 1-2021. május 31. között összesen 2247 alkalommal láttak el mérgeзéses eseteket a 22 településen. A táblázatból látható, hogy a lakosság hány százalékban volt érintve mérgeзéses esetekben. Messze a legnagyobb értéket Hosszúpályiban (6,27%) találhatunk az átlag 3,76% felett. 5% feletti arányt Bagamérban (5,41%) és Konyáron (5,57%) találhatunk. Legalacsonyabb értékeket pedig Sápon (1,49%) és Nyírmártonfalván (1,80%).

Szembetűnőn megugrik az esetszám 2018. évről a vizsgált két következő évhez képest. A 2019. és a 2020. év kiegyenlítősebb képet mutat. A változás okait az adatokból nem lehet megállapítani.

A táblázatban külön tüntették fel az alkohol-, a drog- és a gyógyszermérgeзések számát szintén a három teljes és a 2021. törtév viszonylatában. Megállapítható, hogy az alkoholmérgeзéses esetek fordultak elő a legnagyobb számban, ezt követte a gyógyszermérgeзés, majd a drogtúladagolás. Feltűnő, hogy Hajdúhadházon és Hosszúpályiban minden mutató kiemelten magas a többi vizsgált településhez képest.

Alkoholmérgeзés Hajdúhadházon 422, míg Hosszúpályiban 277, Bagamérban 113 esetben fordult elő. A többi településsel együtt 1701 esetben kellett mentőt hívni az alkoholmérgeзéses esetekhez. A gyógyszermérgeзéses esetek kiemelten Hajdúhadházon voltak a legmagasabbak, 70 hívással, melyet 47 esettel Hosszúpályi követ. A többi településen ez a szám jóval alacsonyabb, összesen 274 hívás történt. A gyógyszermérgeзéses adatokhoz viszonyítva ebben az esetben is Hajdúhadházon és Hosszúpályiban regisztrálták a legtöbb hívást 45, illetve 20, összesen 111 esetben.

Nincs adat arra vonatkozóan, hogy az egyes mérgezés típusok esetében hogyan oszlik meg nemenkénti bontásban, de összességében látható, hogy 1567 férfi és csak 553 nő szerepel az adatbázisban.

A táblázat utolsó oszlopa tartalmazza a korosztályos bontást, mely azt mutatja, hogy a legérzékenyebbek a 31-65 év közöttiek 1328 fővel, feleannyian 660 fővel a 15-30 évesek, majd a 65 év fölöttiek következnek 154 fővel és végül a 15 év alatti 99 gyerek. A gyerekek esetében Hosszúpályiban hívták legtöbbször a mentőket 32 esetben, míg Hajdúhadházon 29 alkalommal. Az ezt követő esetszámok jóval alacsonyabbak, a legmagasabb érték is 7 eset Bagamérban. A többi korosztályban is Hajdúhadház, Hosszúpályiban találhatunk kiemelkedő értékeket.

Kigyűjtésre került a 15 év alatti gyerekek eseteinek tartalma, miszerint alkohommérgezést 7 esetben, drogmérgezést 6 esetben, gyógyszermérgezést 7 esetben és nikotinnmérgezést egy esetben regisztráltak.

Hajdú-Bihar megyében mentőállomás működik Debrecenen kívül Balmazújváros, Berettyóújfalu, Biharkeresztes, Derecske, Egyek, Hajdúböszörmény, Hajdúnánás, Hajdúszoboszló, Komádi, Létavértes, Nyírábrány, Polgár, Püspökladány településen.¹³

Szociális ellátórendszer

A szociális ellátórendszer működése feltétlenül fontos annak érdekében, hogy a hátrányos helyzetben lévő emberek helyben kapjanak segítséget problémáik megoldásában. Minden településen működik szociális alapszolgáltatás, családsegítő és gyermekjóléti szolgálat saját vagy társulások formájában.

A családsegítő szolgálatok többsége túlterhelt, csak a kötelező feladatokat tudják ellátni, nagy az adminisztrációs teher. Igény lenne több munkatársra, tevékenységek bővítésére, továbbképzésre, több helyen helyettesítéssel dolgoznak. Több település jelezte, hogy szüksége lenne különböző tárgyi adományokra (ruha, élelmiszer stb.).

Állami segítséggel szociális bérlakás építésének szükségességét négy település jelezte (Berekböszörmény, Hajdúhadház, Nyírmártonfalva és Tiszacsege).

A falugondnoki szolgálat, az idősek nappali ellátásának létrehozása, az idősek bentlakásos otthonának építése, valamint a jelzőrendszeres segítségnyújtás bevezetése javítana az idősek életminőségén és új munkahelyeket hozna létre a településen.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) olyan helyi szintű szakmai konzultációs munkacsoportok, melyeket a helyi önkormányzatok elkötelezettsége, a kábítószer-probléma kezelését célzó helyi szakmai összefogás hívott életre.

A KEF-ek feladata, hogy összehangolják a droprobléma visszaszorításban szerepet játszó intézményeinek munkáját. Ennek érdekében a KEF-ek a lokális helyzetfelmérés eredményeire támaszkodva helyi stratégiát dolgoznak ki a kábítószer-probléma visszaszorítására. Egységes szakmai és módszertani szemléletmód megvalósítására törekednek, továbbá arra, hogy összehangolják és ésszerűsítsék a helyi szinten zajló kábítószer-fogyasztást megelőző, valamint kezelő tevékenységeket. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjai a

¹³http://www.vital.hu/mentoallomasok_orzagos_listaja?page=0%2C8 letöltés ideje: 2021. június 7.

drogprobléma kezelésben fontos szerepet játszó állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői.¹⁴

Az Országos KEF adatbázis szerint 2021-ben Hajdú-Bihar megyében 6 településen, Debrecenben, Hajdúböszörményben, Hajdúsámsonban, Hajdúnánáson, Hajdúszoboszlón és Hajdúhadházon működik Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. A települések közül a Hajdúhadház tartozik a vizsgált települések közé.

Közösségi élet, civil szervezetek

A fentiekén túl a népességmegtartó erő nemcsak a településvezetés munkahelyteremtő, vállalkozásvonzó képességének függvénye, hanem fontos eleme az is, hogy milyen a településen elérhető életminőség, a településen élők hogyan érzik magukat a településen, mennyire aktív és összetartó az itt élő, tevékenykedő helyi közösség. A település vezetése mennyire támogatja a hagyományteremtő- és fenntartó rendezvényeket, a nemzeti ünnepeken tartott megemlékezéseket, mennyire vonja be a helyi társadalmi szerepet vállaló civil szervezeteket a rendezvények szervezésébe.

A települési HEP és több települési honlap tartalmazza azokat a civil szervezeteket, melyek aktívan részt vesznek a helyi közélet szervezésében. Az adatgyűjtés során ezeket a tartalmak összehasonlításra kerültek a civil szervezeteket nyilvántartó bíróság honlapján található adatokkal. A bíróság honlapján sokkal több civil szervezet található, mint az egyéb honlapokon. Az alábbi táblázatban bemutatásra kerül településenként a civil szervezetek száma, valamint a fő tevékenységi területük.

12. ábra Civil szervezetek száma és fő tevékenysége a vizsgált településeken

| | civil szervezetek száma | szociális | nyugdíjas | közbiztonság | egészségügy | sport, kultúra | oktatás | tűzvédelem | környezetvédelem | érdekvédelem |
|-----------------|-------------------------|-----------|-----------|--------------|-------------|----------------|---------|------------|------------------|--------------|
| Álmosd | 11 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Bagamér | 16 | 1 | 0 | 1 | 0 | 7 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| Berekböszörmény | 9 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Biharnagybajom | 19 | 0 | 0 | 1 | 0 | 14 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Bojt | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Fülöp | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Hajdúhadház | 50 | 2 | 0 | 1 | 4 | 27 | 10 | 0 | 2 | 4 |
| Hajdúszovát | 25 | 1 | 0 | 1 | 0 | 10 | 5 | 1 | 0 | 7 |
| Hencida | 7 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hosszúpályi | 24 | 3 | 1 | 1 | 1 | 12 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Kokad | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Konyár | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |

¹⁴<http://www.kef.hu/main/tartalom/dokumentumok-15> letöltés ideje: 2021. 06. 18.

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----|----|---|----|---|-----|----|----|----|----|
| Nyírábrány | 12 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Nyírmártónfalva | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Pocsaj | 12 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Sáp | 10 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Sárrétudvari | 25 | 2 | 0 | 1 | 0 | 15 | 4 | 1 | 0 | 2 |
| Szerep | 8 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Tiszacsege | 23 | 1 | 1 | 2 | 0 | 11 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| Told | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Újléta | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Zsáka | 10 | 2 | 0 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| összesen | 296 | 18 | 4 | 19 | 8 | 148 | 39 | 13 | 12 | 34 |

Forrás: <https://birosag.hu/civil-szervezetek-nevjegyzeke>

A HEP, a települési honlapok, a pályázati források kedvezményezettjei, valamint a civil szervezetek nyilvántartása szerint megjelenő civil szervezetek fő tevékenysége vizsgálatának célja az is volt, hogy képet kaphassunk a működő szervezetek között milyen arányban található egészségvédelemmel, egészségmegőrzéssel, prevencióval foglalkozó szervezeteket. Az e területeken működő civilek ismeretség útján könnyebben el tudják érni a településen élő függőségekkel élőket, hatékonyan tudnak bekapcsolódni a prevenció munkába.

Mint a táblázat negyedik oszlopában látható, hogy a 22 településen fő tevékenységnek csak 4 szervezet jelölte be az egészségügy területét és 18 szervezet tevékenykedik a szociális területen. A rendelkezésre álló dokumentumok alapján nem lehet tudni, hogy ezek a szervezetek mennyire aktívak, mennyire szívesen vállalnának szerepet a függőségek kezelésével kapcsolatban. A rendelkezésre álló dokumentumok alapján kb. 10 civil szervezet lehet alkalmas a dropprevenció tevékenységek ellátására.

A vizsgált településeken 2021 júniusában összesen 296 szervezet van nyilvántartásba véve, melyből az említett 18 szervezet szociális, 4 nyugdíjas, 19 polgárőr szervezet. 8 szervezet működik az egészségügy területén. A legnépszerűbb kategória a sport és/vagy a kultúra, mely 148 szervezetnek a fő tevékenységi területe. 39 szervezet jelölte meg fő céljának az oktatási célt, mely főként az iskolai, óvodai alapítványokat jeleníti meg. 13 önkéntes tűzoltó egyesület működik és 12 kifejezetten környezetvédelmi célú civil szervezetet tartalmaz az adatbázis. Végül 34 olyan szervezet működik az érdekképviselő területén, mely valamilyen csoportot képvisel, mint pl. a gazdakör, romák érdekképviselője.

Kiemelkedően a legmagasabb a civil szervezetek száma Hajdúhadházon (50), majd követi Sárrétudvari (25), Tiszacsege (23), valamint Hosszúpályi (24). Csak Toldon nincs bejegyzve civil szervezet.

A közösségi élet szervezését, a résztvevők számát meghatározza, hogy a településen található-e közösségi tér, mely helyet ad a rendezvényeknek, közösségeknek. Több HEP tartalmazza, hogy miután az iskola fenntartása átkerült a tankerületi központokhoz, nincs lehetőség az addig igénybe vett aula, sportpálya térítésmentes használatára.

A rendezvények átkerültek a települési sportpályára, és ahol rendelkezésre áll, ott a művelődési házba, könyvtárba. A rendelkezésre álló terek jellege, felszereltsége, mérete, nyitvatartása, a munkatársak rendelkezésre állása meghatározza, hogy milyen rendezvények

kerülhetnek megtartásra. A rendezvények megtartásához szükséges források előteremtésében nagy szerepet vállalnak a civil szervezetek.

Művelődési Ház 5 településen nem áll rendelkezésre: Álmosd, Bagamér, Hajdúszovát, Pocsaj, Told. Könyvtár nem található Álmoson, Berekböszörményben, Szerepen, Fülöpön, Nyírmártonfalván, és Pocsajban. Sportpálya, sportcsarnok található 6 településen. Álmosd rendelkezik ugyan több közösségi térnek alkalmas épülettel, de azok jelenleg nem alkalmasak ellátni a funkciójukat.

Roma Nemzetiségi Önkormányzat

A Helyi Esélyegyenlőségi Program elkészítésének szempontrendszerében szerepel a Roma Nemzetiségi Önkormányzat (RNÖ) működése tapasztalatainak bemutatása. Ebben a fejezetben bemutatásra kerül, hogy az adott településen működik-e RNÖ, melyek a fő tevékenységeik.

A vizsgált települések közül Biharnagybajomban, Hencidán, Kokadon és Konyáron nem működik Roma Nemzetiségi Önkormányzat.¹⁵

A Roma Nemzetiségi Önkormányzatok által ellátott fő tevékenységek

A 16 HEP adatainak elemzése szerint 8 esetben említették, hogy az RNÖ-k egyik fő tevékenysége a települési önkormányzatokkal együtt a roma kultúra, hagyomány, identitás őrzése érdekében különböző közösségi rendezvények szervezése. 7 esetben említették a települési önkormányzatokkal való együttműködést, kapcsolattartást, a romák érdekképviseletét. Szintén 7 esetben vállalták azt, hogy tárgyutalmakkal, adományokkal, ösztöndíjjal, kirándulásokkal, táborokkal támogatják a helyi óvodásokat, iskolásokat. 5 alkalommal található a tevékenységek között a romák munkaerőpaci elhelyezkedését elősegítő tevékenységek ellátása, képzések, tanfolyamok szervezése. 4 nemzetiségi önkormányzat aktívan ír és valósít meg különböző pályázatokat, 5 esetben található a dokumentumokban a társadalmi esélyegyenlőséget, élethelyzeteket elősegítő, családlátogatásokat, ügyintézésben való segítségnyújtást megvalósító tevékenység, valamint 2 esetben konkrét nevelési-oktatási programok kezdeményezése, támogatása.

Pályázati támogatások

Összegyűjtésre kerültek a vizsgált települések felzárkózását, a lakosság életvitelét, életminőségét az esélyegyenlőséget elősegítő pályázati támogatások a 2013-2020. programozási időszakban. Az egyes konstrukciókhoz tartozó támogatott projektek projektgazdái, a támogatási összeg, a konstrukció száma, a projekt rövid célja és a szerződéskötés dátuma is meghatározásra kerül a fejezetben.

¹⁵www.emet.gov.hu, EMET/816-2/2021. A Települési és területi roma nemzetiségi önkormányzatok 2021. évi működési költségvetési támogatása. letöltés ideje: 2021. 06. 15.

Az általunk vizsgált településeken az alábbi projektek valósultak, valósulnak meg, főpályázók szerint:

Álmosd

Álmosd Község Önkormányzata:

- TOP-1.4.1-15-HB1, 200 000 000 Ft - óvoda építés (2017)
- KEHOP-5.4.1-16, 4 180 000 Ft - energiatudatosság, szemléletmód elterjesztése (2018)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 96 959 143 Ft - bölcsőde építése (2020)

Rónaőrző Természetvédelmi Egyesület:

- EFOP-3.3.2-16, 25 000 000 Ft – környezeti kultúra népszerűsítése (2018)

Roma Láng Egyesület:

- EFOP-3.3.1-15, 26 037 600 Ft - tanoda programok támogatása (2016)
- EFOP-1.3.7-17, 49 999 354 Ft - esélyegyenlőség, szemléletformálás, konfliktuskezelés, közösségi tér kialakítás (2017)
- EFOP-1.3.4-16, 49 805 902 Ft - szabadidős, hagyományőrző programok (2018)

Álmosdi Görögkatolikus Egyházközség:

- EFOP-1.3.7-17, 49 322 500 Ft - közösségfejlesztés, konfliktuskezelés, hátránykompenzáció (2017)
- EFOP-1.3.5-16, 19 130 822 Ft - közösségfejlesztés, önkéntesség (2017)

Bagamér

Bagamér Nagyközség Önkormányzata:

- EFOP-2.1.2-16, 15 000 000 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház infrastrukturális háttére (2018)
- EFOP-1.4.3-16, 40 000 000 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház (2017)
- Magyar Falu Program, 4 997 450 Ft - óvoda udvar fejlesztése (2019)
- Magyar Falu Program, 2 998 598 Ft - orvosi eszköz beszerzés (2020)

Debreceni Tankerületi Központ:

- EFOP-3.3.5-17, 224 831 370 Ft - tanulás hatékonyságának és eredményességének növelése (2018)
- EFOP-4.1.3-17, 26 660 823 Ft - iskolai infrastruktúra fejlesztése (2017)

Roma Láng Egyesület:

- EFOP-3.3.5-17, 30 000 000 Ft - tanoda program megvalósítása (2017)

Munkanélküliséget Kezelő Alapítvány:

- EFOP-1.2.1-15, 38 578 020 Ft - életvezetés, életmód tanácsadás (2017)

Berekböszörmény

Berekböszörmény Község Önkormányzata:

- TOP-4.2.1-15-HB1, 50 000 000 Ft - idősek nappali ellátásának fejlesztése (2017)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 210 748 387 Ft - bölcsőde építés (2020)

Humán, Racionális, Innovatív Alapítvány:

- EFOP-3.3.1-15, 28 500 000 Ft - tanoda program támogatása (2016)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-1.3.9-17, 50 000 000 Ft - szabadidő hasznos eltöltése (2017)

Biharnagybajom

Biharnagybajom Községi Önkormányzat:

- TOP-4.1.1-15-HB1, 91 950 000 Ft - egészségház kialakítása (2017)
- EFOP-3.3.2-16, 25 000 000 Ft - óvodások tudásgyarapításának kompetenciafejlesztésének támogatása (2018)
- EFOP-1.4.3-16, 40 000 000 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház (2017)

Iskolatáska Oktatásfejlesztő Közalapítvány:

- EFOP-3.3.1-16, 18 849 960 Ft - tanoda programok támogatása (2018)

Bojt

Biharkeresztes város Önkormányzata:

- EFOP-1.5.3-16, 250 000 000 Ft - humán szolgáltatások fejlesztése, közösségfejlesztés (2019)

Fülöp

Fülöpi Önkormányzat:

- TOP-1.4.1-19-HB1, 54 286 210 Ft - bölcsődei férőhelyek kialakítása (2020)
- EFOP-1.4.3-16, 40 000 000 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház (2017)

Örömhír Média Alapítvány és a Fülöpi Római Katolikus Egyházközség:

- EFOP-1.3.7-17, 36 216 770 Ft - közösségfejlesztés, családtervezés, életvezetés, médiaműhely, prevenciók kerekasztal (2017)

Hajdúhadház

Hajdúhadház Város Önkormányzata:

- TOP-5.2.1-15-HB1, 150 000 000 Ft - komplex telepprogram, szociális munka, képzések, tanácsadások, klubok (2021)
- TOP-4.3.1-16-HB1, 500 000 000 Ft - komplex telepprogram, szegregáció megállítása, megfordítása, a terület státuszának emelése, életkörülmények javítása (2021)
- TOP-4.1.1-15-HB1, 88 111 095 Ft - orvosi rendelők korszerűsítése (2017)
- TOP-2.1.2-15, 290 000 000 Ft - a lakosság gazdasági lehetőségek elősegítése, életkörülményeik javítása, kulturális és szabadidő hasznos eltöltése (2017)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 223 039 999 Ft - bölcsőde bővítése (2020)
- TOP-1.4.1-15-HB1, 32 672 528 Ft - óvoda fejlesztése (2017)
- TOP-1.4.1-15-HB1, 30 975 031 Ft - óvoda fejlesztése (2017)

HAJDÚ GONDOSKODÓ Szervező, Ellátó Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság:

- TOP-4.2.1-15-HB1, 83 423 033 Ft - szenvedélybetegek nappali ellátásának fejlesztése (2017)

Hajdúszovát

Hajdúszovát Község Önkormányzat:

- TOP-4.1.1-15-HB1, 100 000 000 Ft - egészségház fejlesztése, eszközök beszerzése (2017)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 93 420 000 Ft - bölcsődei férőhelyek kialakítása (2020)
- EFOP-1.4.3-16, 38 849 743 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház (2017)
- TOP-4.2.1-15, 50 000 000 Ft - szociális szolgáltatás fejlesztése (2017)

Sansz Hátrányos Helyzetben Élők Jövőjéért Egyesület:

- EFOP-3.3.1-16, 18 749 792 Ft – tanoda program megvalósítása (2017)
- EFOP-1.2.1-15, 39 869 200 Ft hátrányos helyzetűek számára hátránykompenzáció (2016)

Hajdúszováti Hagyományőrző Turisztikai Egyesület:

- EFOP-1.3.5-16, 24 858 971 Ft – közösségfejlesztés (2017)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-3.11.1-17, 60 000 000 Ft - korai iskolaelhagyás csökkentése (2017)

Hencida

Hencida Község Önkormányzata:

- Magyar Falu Program, 1 407 982 Ft - védőnői szolgálat fejlesztése (2019)

Magyar Pütkösdi Egyház Országos Cigánymisszió:

- EFOP-1.1.3-17, 21 282 399 Ft - roma nők felzárkóztatása, egyéni életutak megváltoztatása (2017)

Hosszúpályi

Hosszúpályi Nagyközség Önkormányzata:

- TOP-1.4.1-19-HB1, 198 735 203 Ft - bölcsőde építése (2020)
- TOP-1.4.1-15-HB1, 100 000 000 Ft - óvoda felújítás, bővítés (2017)
- TOP-1.2.1-15-HB1, 50 000 000 Ft - közösségi tér létrehozása (2017)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-4.1.3-17, 71 115 000 Ft – iskolafejlesztés (2017)

Kokad

Kokadi Görögkatolikus Egyházközség:

- EFOP-1.4.4-17, 30 000 000 Ft - roma lányok esélynövelése, érzékenyítés, mentorálás (2017)

Konyár

Konyár Község Önkormányzata:

- TOP-4.2.1-15-HB1, 15 322 486 Ft - Konyári Családsegítő és Gyermejjóléti Szolgálat fejlesztése (2017)
- TOP-4.1.1-15-HB1, 43 390 820 Ft - egészségügyi alapellátás fejlesztése (2017)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 242 635 342 Ft - bölcsőde építése (2020)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-4.1.3-17, 21 115 000 Ft – iskolafejlesztés (2017)

Nyírábrány

Nyírábrány Nagyközség Önkormányzat:

- EFOP-4.1.7-16, 19 963 384 Ft - közösségi szintér felújítása (2017)
- TOP-1.4.1-15-HB1, 149 500 000 Ft - óvoda építése, iskola bővítése (2017)
- EFOP-3.7.3-16, 28 986 160 Ft - oktatási, tanulási programok, szakkörök működtetése (2018)

Nyírmártonfalva

Nyírmártonfalva Községi Önkormányzat:

- TOP-1.4.1-15-HB1, 120 000 000 Ft - óvodafelújítás, bővítés (2017)

Debreceni Tankerületi Központ:

- EFOP-4.1.3-17, 28 984 853 Ft - mindennapos testneveléshez szükséges infrastruktúra fejlesztése (2017)

Perspektíva és Stúdium Alapítvány:

- EFOP-3.3.1-15, 30 000 000 Ft – tanoda program megvalósítása (2016)

Pocsaj

Pocsaj Nagyközség Önkormányzata:

- EFOP-2.4.1-16, 200 000 000 Ft - komplex telepprogram, szegregátum lakhatási feltételeinek javítása (2018)
- EFOP-1.6.2-16, 199 536 200 Ft - komplex telepprogram, életkörülmény, képzés, munkavállalás, közösségi ház (2017)

Sáp

Sáp Községi Önkormányzat:

- TOP-4.2.1-15-HB1, 80 000 000 Ft - Tamasz Szociális Alapszolgáltatási Központ felújítása, eszközbeszerzés (2017)

Debreceni Egyetem Különleges Orvos és Mentőcsoport Egyesület:

- EFOP-1.2.1-15, 40 000 000 Ft - családi életre nevelés (2016)
- EFOP-1.3.5-16, 25 000 000 Ft - közösségfejlesztés, önkéntesség (2017)

Szimpátia Alapítvány A Speciális Fejlesztést Igénylő Ifjúságért:

- EFOP-3.3.1-16, 18 850 000 Ft - tanoda programok támogatása (2017)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-1.3.9-17, 49 696 970 Ft - közösségfejlesztés, szabadidő hasznos eltöltése (2017)

Megyei Népfióiskolai Egyesület Debrecen:

- EFOP-1.3.5-16, 25 000 000 Ft - közösségfejlesztés, önkéntesség (2017)

Sárrétudvari

Sárrétudvari Nagyközség Önkormányzata:

- TOP-3.2.1-15-HB1, 229 480 480 Ft - iskola felújítása (2017)
- TOP-1.4.1-15-HB1, 55 708 097 Ft - bölcsőde és óvoda fejlesztése (2017)
- TOP-4.2.1-15-HB1, 68 064 709 Ft - melegítő konyha felújítása (2017)
- Magyar Falu Program, 8 898 053 Ft - orvosi rendelő fejlesztése (2020)
- Magyar Falu Program, 1 467 084 Ft - orvosi eszközbeszerzés (2020)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-4.1.3-17, 20 000 000 Ft - iskolai eszközbeszerzés (2017)
- EFOP-1.3.9-17, 49 596 060 Ft - közösségi programok szervezése (2017)

Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság:

- EFOP-2.2.2-17, 864 000 000 Ft - fogyatékos személyek otthonainak építése (2017)

Sárrétudvari Általános Iskolás Gyermekekért Alapítvány:

- EFOP-1.8.5-17, 18 530 583 Ft - egészséges életvitel, életmód, szemléletformálás (2017)

Szerep

Szerep Községi Önkormányzat:

- TOP-4.1.1-15-HB1, 60 575 116 Ft - orvosi rendelő és a védőnői szolgálat kialakítása (2017)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 63 706 143 Ft – bölcsőde- és óvodafejlesztés (2020)
- EFOP-1.6.2-16, 192 822 282 Ft - komplex telepprogram egyéni és családi fejlesztés, képzés, egészségügyi szűrések, szolgáltató pont, és a Szolgáltatóház létrehozása, prevenció, tanácsadások (2018)

Berettyóújfalui Tankerületi Központ:

- EFOP-4.1.3-17, 21 615 000 Ft - iskola felújítás, eszközbeszerzés (2017)
- EFOP-1.3.9-17, 49 972 450 Ft - közösségi programok szervezése (2017)

Balassi Ferenc Kulturális és Közösségfejlesztő Egyesület:

- EFOP-1.3.5-16, 25 000 000 Ft - közösségfejlesztés, önkéntesség (2017)

Tiszacsege

Tiszacsege Város Önkormányzata:

- TOP-3.2.1-15-HB1, 91 885 209 Ft - iskola komplex energetikai felújítása (2017)

- TOP-2.1.2-15-HB1, 249 993 875 Ft - park, piac, kondipark, szolgáltató ház építése (2017)
- Magyar Falu Program, 4 971 897 Ft - óvoda udvar fejlesztése (2020)

Hajdúböszörményi Tankerületi Központ:

- EFOP-4.1.2-17, 837 368 788 Ft - általános iskola infrastrukturális fejlesztése (2017)

Családok a Családokért Egyesület:

- EFOP-1.4.4-17, 29 999 948 Ft - roma lányok esélyjavítása, mentorálás, érzékenyítés (2017)
- EFOP-1.2.1-15, 37 696 400 Ft - mentorálás, tanácsadások, klubok, táborok, közösségi rendezvények a családi közösségek számára (2016)

"Életminőség" Segélyező Felvilágosító és Megelőző Alapítvány:

- EFOP-1.2.1-15, 39 978 230 Ft - családi értékek átadása képzésekkel tanácsadással (2017)
- EFOP-1.2.9-17, 199 985 724 Ft - képzés, tanácsadások nők számára (2017)

Told: nincs olyan, a jelen ciklusban futó vagy megvalósított projekt, amely illeszkedik a kutatáshoz

Újléta

Újléta Község Önkormányzata:

- EFOP-1.4.3-16, 40 000 000 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház (2017)
- TOP-1.4.1-15-HB1, 48 500 000 - bölcsőde, óvoda felújítása (2017)
- EFOP-2.4.1-16 (ERFA), 193 089 999 Ft - komplex telepprogram, csillagpont, szociális bérlakások építése, felújítása (2019)
- EFOP-2.1.2-16, 15 000 000 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház infrastruktúrája (2018)
- EFOP-1.6.2-16, 121 249 401 Ft - komplex telepprogram képzés, prevenció, tréningek, klubok, egészségügyi szűrések (2018)

Zsáka:

Zsáka Nagyközségi Önkormányzat:

- EFOP-1.4.3-16, 38 873 743 Ft - Biztos Kezdet Gyerekház (2017)
- TOP-1.4.1-19-HB1, 95 958 359 Ft - bölcsőde kialakítása (2020)

Humán, Racionális, Innovatív Alapítvány:

- EFOP-3.3.1-15, 28 500 000 Ft - tanoda program támogatása (2016)

A fenti projektek csoportosíthatók céljuk szerint, mely alapján a legnépszerűbb a bölcsőde, iskola, óvoda építése, fejlesztése kategória, itt 11-11 bölcsőde és iskola és 11 óvoda fejlesztése történt meg, vagy van folyamatban. Emellett 6 egészségügyi, 3 családsegítő szolgálat épülete újult meg és 2 közösségi tér alakulhatott ki. Orvosi eszköz pályázat két településen valósult meg, Hencidán pedig a védőnői szolgáltatást fejlesztették. Mindkét város eredményesen pályázott a zöld város programban.

Az iskolafelújítás mellett 5 településen valósulhatott meg olyan program, mely a tanulás segítését, a lemorzsolódás csökkentését tűzte ki célul.

11 olyan projekt valósult meg, melynek központjában a közösségfejlesztés áll, mely hozzájárul a helyi társadalom összetartozásának erősítéséhez, valamint 7 olyan projekt, melynek központjában az életvezetés, életmód, családi közösség támogatása állt. 3 projekt célja az esélynövelés, hátránykompenzáció, felzárkózás volt. 2-2 projekt foglalkozott a szabadidő, hagyományápolással, valamint a szemléletformálással. 3 olyan projektet valósítottak meg, mely valamelyik speciális célcsoport lakhatását, nappali ellátását valósította meg.

Az elmúlt tervezési ciklusban 8 tanoda program került támogatásra európai uniós forrásból, melyek aztán átkerültek hazai finanszírozásba. A hat Biztos Kezdet Gyerekház a 0-5 éves korú hátrányos helyzetű gyerekek fejlesztését szolgálja. Míg a Biztos Kezdet Gyerekházak fenntartói a helyi önkormányzatok, a tanodáké civil szervezetek. Ha a településen mindkét szolgáltatás működik, az együttműködés eredményeképpen a gyerekek segítése, fejlesztése, hátránykezelése az oktatási rendszer mellett az általános iskola végéig biztosítva van, olyan módon, hogy a szülők közvetlenül, napi szinten be vannak vonva a folyamatba.

A vizsgált időszakban négy telepési projekt valósult meg, melyekben konkrétan foglalkoztak a drogprevencióval, függőségek kezelésével.

A fenti táblázat adatai alapján 58 projektet valósítottak meg a helyi önkormányzatok, 23 projektet civil szervezetek, 13 projektet tankerületek, 4 projektet egyházak, illetve 1 projektet gazdasági és egyet állami szervezet.

A civil szervezetek esetében érdemes megfigyelni azt, hogy azok nem minden esetben helyi kötődésűek, vagy több projektjük fut egy településen, vagy egy témát (tanoda) valósítanak meg több településen, projektmegvalósítóként elköteleződtek egy-egy település problémáinak megoldása, csökkentése érdekében.

Csak az álmosdi HEP-ben jelent meg, hogy megalakult az Álmosdi Civil Kerekasztal, mely során a szervezetek főként pályázatok megvalósítása miatt egyeztetnek egymással, működése még nem kiforrott.

Esélyegyenlőségi területek

A Helyi Esélyegyenlőségi Programokból és jelen projektben elkészült Szolgáltatási Út Térképből kigyűjtésre kerültek az esélyegyenlőségi célcsoportok közül a kutatás témájához illeszkedő mélyszegénységben élők-romák, nők, gyerekeket érintő problémák, fejlesztési lehetőségek.

A romák, mélyszegénységben élők helyzetével kapcsolatban a legnagyobb gond a célcsoport munkanélkülisége. A legtöbb önkormányzat a helyi munkahelyteremtést (7 HEP-ben) vagy a közfoglalkoztatást (8) preferálja, két önkormányzat említi, hogy vállalkozásbarát környezetet hoz létre a települési munkahelybővítés érdekében. A másik probléma a célcsoport alacsony

iskolai végzettsége. 14 HEP tartalmazza OKJ-s felnőttképzési programok megvalósítását, mely kiegészül számítógépes ismeretek, álláskeresési ismeretek, általános iskola befejezésére irányuló képzések, önismeret, motiváció, szemléletformáló tréningek nyújtásával.

Az önkormányzatok pénzbeli segélyek (2) mellett igyekeznek természetbeni juttatásokat (5) adni a rászorulóknak. Emellett 3 településen szociális bérlakásokat építenének a veszélyes állapotban lévő házak lakóinak. 6 önkormányzat programjában szerepel az alacsony komfortfokozatú lakásokban élők, szegregátumok komplex fejlesztése, melyeket felzárkóztatási fejlesztési programokkal segítenének. A komplex települési programok egyik eleme a szociális munka fejlesztése, melyet a programokban közösségi szociális munka, családsegítés fejlesztése, adósságkezelési tanácsadásként említettek. Egy alkalommal jelent meg az addikció, melyet prevenciós tevékenységekkel, tájékoztatással kívánják csökkenteni. Emellett felmerült az egészségügy területén az egészségügyi szűrőprogramok szükségessége (4), a helyi szakorvosi ellátás biztosítása, az egészséges életmód propagálása (2), valamint az egészségügyi tanácsadás, ismeretterjesztés és a roma kulturális rendezvények fontossága is.

Az önkormányzatok kiemelték az infrastrukturális fejlesztéseket, mely közvetett módon járul hozzá a romák, mélyszegénységben élők fejlesztéséhez, önkormányzati épület felújítás, ügyfélbaráttá tétele, közösségi terek létrehozása (4), csatornahálózat, útkarbantartás, kerékpárút építés (4), vásártér építés (2) szerepel a tervek között. Két önkormányzat említett egy esélyegyenlőségi munkatárs és egy falugondnok alkalmazását a fenti problémák csökkentése érdekében.

A gyerekek problémáival és fejlesztési lehetőségeivel kapcsolatban a legtöbben (17) az infrastrukturális feltételek megteremtését említették, itt bölcsőde, óvoda, tanulási helyiségek, játszótér, konyha felújítását, építését szeretnék, emellett 3 önkormányzat az intézményekbe eszközöket vásárolna. Konkrétan a gyerekek számára a legtöbben (14) az iskolán kívüli szabadidős tevékenységeket, táborokat, szakköröket, sportolási lehetőségeket stb. fejlesztené. A tanulást segítő programok 3 alkalommal jelentek meg, emellett különböző szakemberek segítsége is megjelenik a hátránykompenzálás érdekében, mint pl. pszichológus, logopédus. 2 HEP-ben jelenik meg a pályaválasztás, valamint a tehetség gondozás. 5 program kiemelt figyelmet szentel a gyerekek korai iskolai lemorzsolódásának, melyeket különböző módszerekkel kívánják megelőzni, mint pl. az ösztöndíjrendszer, mentorálás, tanácsadás, hatékony jelzőrendszeri működés. Egy-egy esetben jelenik meg a fiatalkori szenvedélybetegség kialakulása, mint probléma az új pszichoaktív szerek használata, melyet prevenciós tevékenységgel, felvilágosítással, érzékenyítéssel csökkentenek. A másik eset a fiatalkori bűnözés megjelenése, melyet rendőri előadásokkal, iskolarendőri jelenléttel orvosolnak. Ezen kívül 3 esetben említik, hogy olyan programokat kell szervezni, melyeken az egész család részt tud venni. Egészségügy fejlesztésében a gyerekorvos hiányát és az egészségügyi szűrést említették 1-1 esetben.

A nők esetében nem található nagy eltérés a romák, mélyszegénységben élők problémáihoz, megoldásaihoz képest. Munkavállaláshoz kapcsolódóan 5 önkormányzat említette a közfoglalkoztatás fejlesztését abba az irányba, hogy több nőt lehessen foglalkoztatni. Egy esetben a nők vállalkozóvá válásának elősegítését említették, valamint OKJ-s képzésekkel kívánják a női munkaerőt fejleszteni, melyet egy esetben kompetenciafejlesztéssel egészítenének ki. A nők munkába állásának fontos elősegítője, hogy legyen a településen bölcsőde, óvoda, mely rugalmas nyitvatartást biztosít.

A fentiek mellett a HEP-ekben említésre került a korai iskolaelhagyás problémája, melynek egyik oka, a korai gyermekvállalás. A kisgyermek elhelyezése és az alacsony iskolai végzettség megnehezíti a munkavállalást. Az önkormányzatok 10 programban foglalkoznak

ezzel a területtel, életmód, életvitel, tudatos gyermekvállalás, felvilágosítás szerepel a megoldási javaslatok között. A HEP-ek nagy részében hivatkoztak a készítőik adathiányra, mely a nők és a romák problémáinak leírásakor jelentkezett. Nehéz mérni a családon belüli erőszakot, a krízishelyzetet, 6 önkormányzat jelezte ezt a problémát, melyre krízisotthon, családok átmeneti otthona építése került válaszként megfogalmazásra. Ezenkívül 2 HEP-ben szerepelt szintén a nők egészségügyi szűrésének fontossága.

Rendőrségi adatok

Az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikában (ENyÜBS) fellelhető megyei adatok alapján 2013. január és 2018. június között 3 esetben regisztráltak új pszichoaktív szerrel való visszaélést (2014-ben 2, 2017-ben 1 alkalommal); 2018 júliusától kezdve ez a szám 97-re emelkedett.

A kábítószer birtoklása a 2013. január – 2018. júniusi időszakban 665 esetben bukkan fel a statisztikában, 2015-től hirtelen emelkedéssel (2013-ban 3, 2014-ben 48, 2015-ben 150, 2016-ban 182, 2017-ben 158, 2018 első félévben 124 eset fordult elő), 2018. júliustól kezdve ez a szám 353 darab.

A kábítószer-birtoklás mellett eltörpül a kábítószer kereskedelem statisztikája, 2013-ban nem volt ilyen eset, 2014-ben 9, 2015-ben 23, 2016-ban 19, 2017-ben 39 (illetve egy esetben kábítószer készítés elősegítése) 2018 első félévében 13, 2018 második félévtől 47 eset fordult elő.

A PRE-STAT adatbázisban az alábbi mutatókra szűrtünk: összes elkövetett bűncselekmény, járművezetés bódult állapotban, járművezetés ittas állapotban, kábítószer kereskedelem, illetve új pszichoaktív anyaggal visszaélés terjesztői magatartása. Látható, hogy ezen adatok nem a kábítószer, pszichoaktív szer használatára, hanem a használat (is) összeköthető egyéb bűncselekményekre irányulnak. A településsoros adatokon az látszik, hogy a szerhasználattal kapcsolatos esetek csak elvétve találhatóak meg a statisztikában, ezek közül is többször (habár évente csak néhány alkalommal) jelenik meg bódult vagy ittas állapotban vezetés, az általunk vizsgált településeken nem a szerhasználattal kapcsolatos esetek dominálnak. Ott, ahol találtunk létező esetet, többnyire 2012-14 között fordultak elő, ami egybeesik az új pszichoaktív szerek tömeges megjelenésével a vidéki településeken.

A Hajdú-Bihar Megyei Főkapitányság adatai alapján az alábbi táblázat tartalmazza a településenként a bűncselekmény megnevezését, valamint 2018-2020. évek között a bűncselekmények számát.

13. ábra Rendőri eljárásban egyes bűncselekményekben¹ regisztrált elkövetők² és elkövetések³ száma az egyes települések⁴ tekintetében az ENyÜBS⁵ 2018-2020. évi adatai alapján

| Elkövetés helye (település) | Bűncselekmény megnevezése | 2018. I-VI. hó ² | 2018. VII-XII. hó ³ | 2019. év ³ | 2020. év ³ |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Álmosd | Garázdaság | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Bagamér | Garázdaság | 3 | 0 | 2 | 4 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 3 | 0 | 1 | 2 |

| | | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|----|----|----|----|
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | Új pszichoaktív anyaggal visszaélés | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Berekböszörmény | Garázdaság | 5 | 2 | 11 | 1 |
| | Járművezetés bódult állapotban | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 2 | 3 | 3 |
| | Kábítószer birtoklása | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Biharnagybajom | Garázdaság | 0 | 3 | 0 | 13 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 0 | 2 | 3 |
| Bojt | Garázdaság | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Fülöp | Garázdaság | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 3 | 1 | 1 | 2 |
| Hajdúhadház | Garázdaság | 6 | 8 | 9 | 8 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 8 | 10 | 20 | 17 |
| | Kábítószer birtoklása | 2 | 0 | 0 | 3 |
| | Új pszichoaktív anyaggal visszaélés | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Hajdúszovát | Garázdaság | 0 | 1 | 1 | 3 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Járművezetés bódult állapotban | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 0 | 7 | 7 |
| | Kábítószer birtoklása | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Hencida | Garázdaság | 5 | 9 | 16 | 11 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 3 | 2 | 1 | 5 |
| | Járművezetés bódult állapotban | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 0 | 1 | 5 |
| Hosszúpályi | Garázdaság | 5 | 18 | 12 | 11 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 1 | 7 | 2 | 1 |
| | Járművezetés bódult állapotban | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 3 | 2 | 1 |
| | Kábítószer birtoklása | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Kokad | Garázdaság | 2 | 0 | 2 | 2 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Konyár | Garázdaság | 12 | 2 | 12 | 7 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 5 | 2 | 1 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | Kábítószer birtoklása | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Nyírábrány | Garázdaság | 3 | 0 | 7 | 0 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 13 | 3 | 10 | 7 |
| | Kábítószer birtoklása | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Nyírmártonfalva | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 0 | 1 | 5 |
| | Kábítószer birtoklása | 3 | 0 | 1 | 0 |
| Pocsaj | Garázdaság | 4 | 0 | 11 | 10 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 3 | 0 | 4 | 4 |

| | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| | Járművezetés bódult állapotban | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Sáp | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 0 | 4 | 2 |
| | Kábítószer birtoklása | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Sárrétudvari | Garázdaság | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 1 | 6 | 4 |
| | Kábítószer birtoklása | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Szerep | Garázdaság | 2 | 0 | 7 | 0 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 1 | 2 | 2 |
| Tiszacsege | Garázdaság | 0 | 1 | 15 | 1 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 0 | 4 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 3 | 9 | 8 | 5 |
| Told | Garázdaság | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Újléta | Garázdaság | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Zsáka | Garázdaság | 3 | 0 | 1 | 1 |
| | <i>alkohol hatása</i> | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | Járművezetés ittas állapotban | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Összesen: | | 99 | 81 | 192 | 178 |
| Garázdaság alkohol hatása alatt összesen: | | 18 | 13 | 21 | 18 |

forrás: Hajdú-Bihar Megyei Főkapitányság

¹A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény szerinti bűncselekmények: visszaélés új pszichoaktív anyaggal 283/B. §; visszaélés kábítószerrel 282. (1)-(2) és (3) a) és (4)-(5) §, 282/B. (1) és (3)-(4) és (6)-(7) §; visszaélés kábítószerrel 282/B. (5) §; járművezetés ittas vagy bódult állapotban 188. §; garázdaság 271. § és a 2012. évi C. törvény szerinti bűncselekmények: új pszichoaktív anyaggal visszaélés 184. §; kábítószer birtoklása 178-180. §; kóros szenvedélykeltés 181. §; járművezetés ittas állapotban 236. §; járművezetés bódult állapotban 237. §; garázdaság 339. §.

² Regisztrált bűnelkövetők és azok, akikkel szemben büntethetőséget kizáró ok miatt elutasították a feljelentést, vagy megszüntették a nyomozást.

³ Elkövetések száma: "a bűncselekmény elkövetői azok a természetes személyek, akiknek legalább egy elkövetett cselekménye regisztrált bűncselekmény, olyan módon, hogy egy eljárásban egy elkövető az általa elkövetett regisztrált bűncselekmények számától függően többször is elszámolásra kerülhet."

⁴ Álmosd, Bagamér, Berekböszörmény, Biharnagybajom, Bojt, Fülöp, Hajdúhadház, Hajdúszovát, Hencida, Hosszúpályi, Kokad, Konyár, Nyírábrány, Nyírmártonfalva, Pocsaj, Sáp, Sárrétudvari, Szerep, Tiszacsege, Told, Újléta, Zsáka

⁵ A Belügyminisztérium által üzemeltetett <https://enyubs.bm.hu/> honlapon szereplő adatok alapján.

A táblázat összes bűncselekményt tartalmazó sora nem mutat kiugróan magas értékeket, mindhárom évben hasonló az elkövetők száma. A táblázat másik összesítő sorából látszik, hogy az elmúlt három év során 2018-ban volt a legtöbb elkövetett garázdaság alkohol hatása alatt, összesen 31 alkalommal, majd ez a szám fokozatosan csökkent 2019-ben 21, illetve

2020-ban 18 alkalomra.

A táblázat adatai alapján háromféle bűncselekményt lehet elkülöníteni, a garázdaságot, ezen belül meg lehet különböztetni azokat, melyeket alkohol hatására követtek el. A következő kategória az ittas vagy bódult állapotban való vezetés, harmadik kategória a kábítószerhez kapcsolódó bűncselekmények.

A táblázat adataiból kitűnik, hogy az alkoholos befolyásoltságban elkövetett bűncselekmények száma sokkal magasabb, mint a kábítószerhez köthető bűncselekményeké. Az összes települést figyelembe véve a három év során összesen 70 olyan garázdaság történt, melyben szerepet játszott az alkoholos befolyásoltság. Elenyésző azon esetek száma, ahol a garázdaság elkövetéséhez nem társul alkohol. Három településen kiugróan magas azon esetek száma, ahol a garázdaságot alkohol hatása alatt követték el, ez Hencida, Hosszúpályi és Pocsaj, ahol a három évben összesen 11-11 eset történt. 7 olyan település is szerepel a táblázatban, ahol egyáltalán nem, 4 helyen pedig csak 1-1 eset történt ilyen eset az elmúlt három évben.

Szembevetendő, hogy az ittas vezetések száma a legmagasabb értékekkel szerepel a táblázatban. Az összes települést számítva az elmúlt 3 évben 212 ilyen esetre derült fény, csak Toldon nem fordult elő, illetve Álmosdon és Kokadon 1-1 esetben fordult elő ittas vezetés az elmúlt három évben. A két városi rangú településen viszont kiugróan magas az ilyen esetek száma, Hajdúhadházon 55, Tiszacsegén pedig 25 alkalommal derült fény ittas vezetésre. Emellett magas értéket találunk Nyírábrányban is (33).

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények több kategóriára oszthatók: kábítószerrel való visszaélés található 6 esetben, járművezetés bódult állapotban fordult elő 6 alkalommal és kábítószer birtoklása szerepel 30-szor, összesen 42 eset található a táblázatban az elmúlt három évben a vizsgált településeken. Magas értéket találunk Berekböszörményben, ahol 9 esetben kábítószer birtoklása, 2 esetben bódult állapotban való vezetést regisztráltak, Hajdúhadházon, ahol 5 esetben kábítószer birtoklása és 3 esetben kábítószerrel való visszaélés található és Hajdúszováton, ahol 1 esetben járművezetés bódult állapotban és 6 alkalommal kábítószer birtoklása szerepel. 10 településen nem volt, 5 településen pedig csak 1 kábítószerhez köthető bűncselekmény volt.

II. Az egyéni interjúk eredményei

Az addikció szó eredetileg függést jelentett a rabszolgaság értelmében, azokra az eladósodott hitelkérelmezőkre használták, akik tartozásukat csak saját maguk rabszolgaságba adásával, függő viszony létesítésével tudták törleszteni.¹⁶ A ma használatos értelemben megkülönböztetjük a szerhasználati és a viselkedési addikciókat; előbbi csoporthoz tartoznak a valamilyen anyag használatához köthetően kialakult függőségek (alkohol, nikotin, kábítószer, energiaital stb.), míg utóbbiba a kényszeres viselkedési formák.

Klasszikus értelemben minden függőségnek két fő tulajdonsága van: a sóvárgás az adott dolog iránt, és a használat okozta kontrollvesztés. Az, hogy mit tekintünk aktuálisan addikciónak, folyamatosan változik, különösen a viselkedési addikciók esetében. A WHO jelenlegi állásfoglalása alapján (szerhasználati) addikciónak tekintendő, ha az egyén 12 hónapon keresztül legalább három állítást egyidőben igaznak talál az alábbi kritériumból:

- erős készletelés vagy vágy a szer iránt
- gondok a szerhasználat kontrollálásával
- pszichés elvonási tünetek, a szer elhagyása vagy az adag csökkentése után, illetve szerhasználat azért, hogy ezeket a tüneteket elkerülje
- tolerancia kialakulása, azaz egyre nagyobb és nagyobb adagra van szükség a kezdetben kevesebb mennyiséggel is elérhető állapotért
- más, alternatív örömforrások vagy érdeklődési területek elhanyagolása a szerhasználat miatt, megnövekedett idő szükséges a szer megszerzéséhez, elfogyasztásához, illetve a használat utáni felépüléshez
- a szerhasználat folytatása annak ellenére, hogy egyértelműen káros következményekkel jár a fogyasztóra, mind egészségügyi, mind társas értelemben.¹⁷

A viselkedési függőségek hasonló jellegzetességekkel rendelkeznek, itt azonban nem valamilyen kémiai hatóanyagtól, hanem egy bizonyos típusú viselkedéstől várja az egyén a jutalmat. Ilyen viselkedési függőség forrása lehet a túlzott internethasználat, a szerencsejáték, a videójátékok, a vásárlás, de a túlzásba vitt munka is.¹⁸

Jelen kutatásban nem tettünk különbséget a viselkedési függőségek között abban a tekintetben, hogy klinikai szempontból is függőségként van nyilvántartva (szerencsejáték-függőség) vagy kényszeres viselkedészavar (OCD) lehetséges megjelenéseként (telefon-, internet-, testezésfüggőség stb.), esetleg más pszichés zavar kategóriájába alá van besorolva.

A kutatást megelőző előzetes elképzeléseink szerint a pszichoaktív szerhasználatlal elsősorban a fiatalok érintettek.

Egy 2015-ben végzett ESPAD kutatás kimutatta, hogy a 14-16 éves fiatalok közel harmada fogyasztott már valamilyen drogot, a nemek közötti eltérés elhanyagolható volt, leggyakrabban marihuánát vagy valamilyen szintetikus kannabinoidot.¹⁹ A drogokat ezen

¹⁶ Dr. Kapitány-Fövény Máté: Ezerarcú függőség. HVG Könyvek, Bp. 2019.

¹⁷https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

¹⁸ Petrov Boglárka: Normalizált függőség. Munkavállalói szocializáció és a teljesítményalapú társadalom. Szakdolgozat, Miskolci Egyetem, Miskolc, 2020.

¹⁹ ESPAD, 2015.

felmérés eredményei szerint rekreációs jelleggel fogyasztják és elsősorban a problémákról való elfelejtkezés, az unalom és a magány elűzésére használják.²⁰

Tovább súlyosbítja a helyzetet, ha a fiatal család nélkül vagy a gyermekvédelemben nő fel. Ebben az esetben érzelmi intelligenciája, önképe jelentősen sérül, a kortárs csoport nagyobb befolyással bír a döntéseire, és jellemző a számkivetettség, a sehova sem tartozás érzése.²¹

Az, hogy az addikció miért alakul ki, számos okra vezethető vissza, melyek lehetnek:

- genetikai
- környezeti
- pszichológiai okok.

A függőségre való örökletes hajlam kemény drogoknál (kokain) 72, alkoholnál 56, gyógyszerhasználat esetében 51, kannabisznál 48, amfetamin és más stimulánsok esetében 40%.²² Ugyanakkor nem elsősorban a választott szer, hanem maga a habitus az, ami öröklődik, gyakran az egyes generációk a függőség tárgyát változtatják, magát az addikciót nem (pl. gyakori az alkoholista szülőnél az absztinens, de munkamániás gyerek, akinek a gyermekénél az elhanyagolás elősegíti az alkoholizmus visszatérését a családba).

Az addikcióra való hajlam tehát csak részben genetikailag kódolt, amelyre a környezet és a különféle hatások az életút során kockázati tényezőt vagy védelmi faktort tudnak gyakorolni. A csecsemőkorban kialakult kötődés minősége, a szülők nevelési stílusa, a társadalmi helyzet, a környezetben megtalálható kémiai anyagok, az életben szerzett traumák és stresszélmények mind befolyásolják azt, mekkora valószínűséggel alakul ki bármilyen addikció az egyén életében.²³

A kutatás során a kötődést nem vizsgáltuk, ehhez nagymintás, egyéni adatfelvétel vagy főként védőnőkkel folytatott beszélgetésekre lett volna szükség, a nevelési stílussal kapcsolatban ugyanakkor tudtunk érdeklődni a családsegítő szolgálatok munkatársainál.

A nevelési stílus, mint befolyásoló tényező azért is különösen fontos, mert addikció nem csak az érzelmileg és/vagy fizikailag bántalmazó családokban, hanem a fojtogatón szerető és az engedékeny szülők keze alatt is ugyanúgy kialakulhat.

Kapitány-Fövény Máté a nevelési stílus és az addikció vonatkozásában a következőket mondja:²⁴

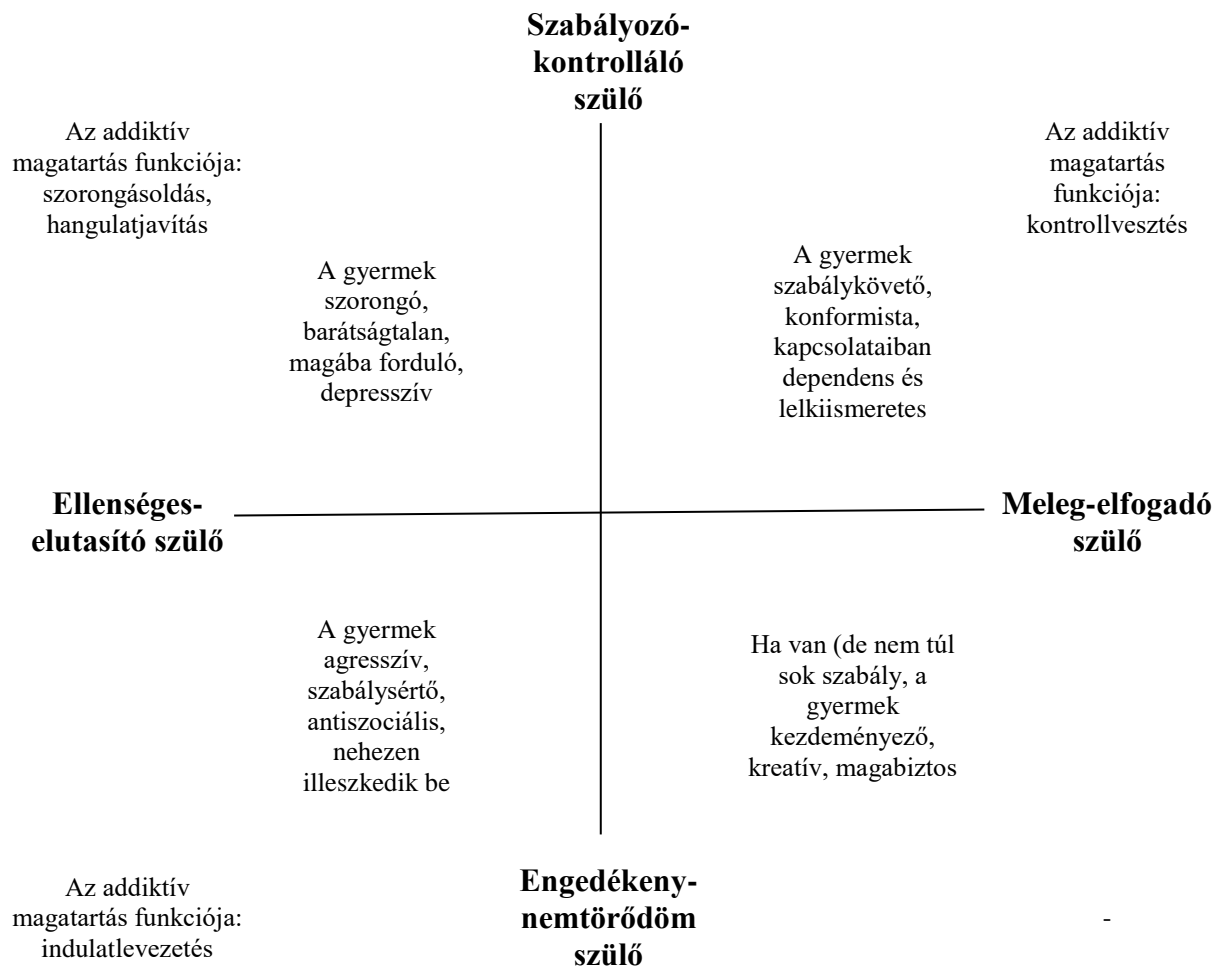
²⁰ Uo.

²¹ Uo.

²² Kapitány-Fövény.

²³ Uo.

²⁴ Uo.



A fent felsoroltak esetében az engedékeny-elfogadó nevelési stílus az, amely kereteket állít fel ugyan, de hagyja a gyermeket, fiatalot saját döntéseket hozni, próbálkozni, így a szerhasználat kvázi okafogyottá válik. Minden más esetben a nevelési stílus szorongást kelt a gyermekben, a nevelési stílustól függően pedig az addikció szorongásoldó, kontrollvesztő vagy dühkezelési funkciót fog betölteni.

A kutatásunk során, ismerve a potenciális szerhasználói réteget, azt feltételeztük, hogy a családok és a nevelt gyermekek esetének túlnyomó többségében engedékeny/nemtörődöm szülőkkel fogunk találkozni.

A perspektíva hiányát, a jövőre irányuló irreális „tervek”, álmodozások jelenlétét szintén feltételeztük, mint hajlamosító tényezőt, elsősorban a szegregátumban élő, hátrányos helyzetű csoportok esetében.

Az interjúk kérdések indokoltsága

A kutatás kvalitatív részéhez az interjúkhoz használt vázlatok 5 fajtáját készítettük el, igazodva a megkérdezett foglalkozásához. Az interjúk három fő részből álltak: az első részt pozíciótól függetlenül mindenkitől megkérdeztük, ezek a kérdések az igénybe vehető szolgáltatások elérhetőségét és a helyi szerhasználati helyzetet hivatottak felmérni. A második részben szakmaspecifikus kérdések következtek 5 különböző változatban (településvezető, szociális munkás, egészségügyi dolgozó, rendőr, civil/egyházi szervezet). Végül a harmadik részben a helyi ellátórendszer jellemzőiről kérdeztük az interjúalanyokat, foglalkozásuktól függetlenül.

Az első kérdésblokkban a településen található szerhasználati trendekről, szokásokról, a probléma megjelenéséről és súlyosságáról kérdeztük a válaszadókat. Itt elsősorban nem egzakt adatokra voltunk kíváncsiak, ezeket a probléma nagyfokú látenciája miatt nem is vártuk el; azt szerettük volna felmérni, mekkora rálátása van az egyes pozíciókban dolgozóknak a lakosság addikciós problémáira.

Ennek érdekében megkérdeztük, mit jelent számukra a függőség (észreveszik-e az apróbb jeleket), mit gondolnak arról, mik a leggyakoribb problémák a településen, továbbá az illegális, legális szerhasználat, polidroghasználat és viselkedési függőségek esetében melyek a legérintettebb korcsoportok, van-e eltérés a teljes lakosság és a szegregátumban élők tendenciái között, illetve mely korban kezdik el használni ezeket a szereket az érintettek.

Ezt követően megkértük az interjúalanyokat, hogy nemenként is osszák fel az érintettek körét; itt sem konkrét adatokra voltunk kíváncsiak, hanem arra, nagyjából hogyan látják az érintettséget a településen.

Megkérdeztük azt is, mikor és milyen helyzetben találkoztak először a településen a függőséggel, mint problémával. Az esetmesélés segített időben behatárolni a probléma kezdetét és azt is, a függőség mely szakasza az, ahol a kulcspozíciókban lévők is szembesülnek a problémával. Rákérdeztünk arra, látnak-e eltérést a teljes lakosság és a szegregátum érintettsége között, és igyekeztünk felmérni, nagyjából hányan lehetnek érintettek a szegregátumokon belül.

Ezt követő kérdésünk arra vonatkozott, a megkérdezett szervezete tett-e valamit, és ha igen, konkrétan mit a függőségi problémákkal kapcsolatban. Rákérdeztünk arra is, szerintük milyen problémákat okozhat az egyén szintjén a függőség, illetve hogy a településen mennyire súlyosnak ítélik meg a jelenséget különböző aspektusokból.

A szakmaspecifikus kérdések között az adott szakmában, pozícióban dolgozók és szerhasználattal érintettek, illetve a szegregátumban élők kapcsolatát igyekeztünk feltárni, amellett, hogy tovább mélyítettük a látókörükbe kerülő szerhasználatra vonatkozó ismereteket.

Az utolsó, harmadik részben végül arra voltunk kíváncsiak, mit gondolnak a megkérdezettek arról, milyen okokra vezethető vissza a szenvedélybetegségek kialakulása, illetve mi hiányzik, mire lenne szükségük a településen ahhoz, hogy javítani lehessen a helyzeten. A harmadik rész kérdései a településvezetők számára előkészítette a fókuszcsoportos interjút is, ahol szintén ezen kérdések mentén gondolkodtak a fejlesztési lehetőségekről.

Az interjúk eredményei

A kutatás kvalitatív részében összesen 41 interjú készült el, ebből 14 településvezetővel, 17 szociális munkással, a helyi családsegítő szolgálat munkatársával, 5 civil vagy egyházi szervezet képviselőivel, 5 pedig házi orvosokkal és védőnőkkel.

Az interjúkérdések közül az első mindenkinél egységesen az volt, mit jelent a függőség, mint fogalom a lekérdezett szóhasználatában. Nem arra voltunk kíváncsiak, ismeri-e a hivatalos definíciót (nincs is ilyen egységes leírás), hanem arra, mi az a pont, amit saját maguk is addikcióként definiálnak, illetve képesek-e felismerni a függőség korai jeleit, amely a prevencióban különösen fontos.

A válaszadók az addikció fogalma alatt túlnyomórészt kémiai dependenciára, azaz valamilyen szerrel kapcsolatos fizikai és pszichés függőségre gondoltak. Gyakran említették az ehhez kapcsolódó kényszerességet, a mindennapi élet és kapcsolatok felett elvesztett kontrollt (a szer határozza meg a kapcsolatokat), illetve azt is, hogy a függő a káros hatások ellenére is kötődik, ragaszkodik függősége tárgyához. Egy fő említette az addikció jutalmazó jellegét („ha nagyon stresszes a napom és az egy kapaszkodó, hogy otthon iszok egy sört, az már lehet függőség”). Az elvonási tüneteket szintén egy fő említette.

Főleg a családsegítőkre és a civil, illetve egyházi szervezetek munkatársaira volt jellemző, hogy megemlítették a szerhasználaton túl a viselkedési függőségeket, az interjúkból később kiderült, hogy sokuknak kell társfüggő ügyfelekkel foglalkozni munkájuk során.

A válaszadók közül szinte mindenki negatív töltetű fogalomként használta a függőséget, néhányan azonban értéksemlegesnek ítélték meg és a függőség tárgya szerint különböztettek meg negatív és pozitív addikciókat, mely utóbbiakra inkább a szenvedély szót használták.

Volt olyan is, aki egyszerűen káros szokásként definiálta a függőséget, nem téve különbséget az addikció szintjei között, és volt olyan is, aki inkább csak olyan szereket sorolt fel, amelyek függőséget okozhatnak.

A megkérdezettek munkaköre és az addikció definiálása között nem találtunk számottevő összefüggést, mind az egészségügyi, szociális, civil szférában és a közigazgatásban dolgozók hasonló módon fogalmaztak, de a fogalom magyarázatakor a szociális és egészségügyi dolgozók a kényszerességre és a kontrollvesztésre, míg más foglalkozások képviselői inkább a szerhez való ragaszkodásra és hozzászokásra helyezték a hangsúlyt.

Ennek értelmében feltételeztük, hogy a megkérdezettek akkor gyanakodnak függőségre, ha a környezetükben valaki ismétlődő jelleggel fogyaszt vagy tesz valamit, ennek pedig látható jelei vannak a viselkedésében is (pl. remegés, szélsőséges reakciók stb.). Az interjú további kérdései ezt a feltételezést ugyanakkor csak részben erősítették meg.

A fogalom tisztázását követően megkértük az interjúalanyokat, hogy probléma nagyság szerint tegyék sorrendbe az alábbi addikció típusokat:

- új pszichoaktív szerek fogyasztása (ÚPSZ)
- alkoholfogyasztás
- energiatartalmú fogyasztás
- egyéb kábítószer
- cigaretta
- recept nélkül (visszaélészerűen) használt nyugtató/altatóhasználat
- polidrog használat (gyógyszer, kábítószer fogyasztása alkohollal, energiatartalommal stb.)
- viselkedési függőségek

A kategóriákat más, hasonló kutatásokban használt módszertan alapján alakítottuk ki, hogy lehetőség szerint az egyes kutatások eredményei összevethetőek legyenek.

Az interjúalanyoktól minden esetben megkérdeztük, mit értenek az egyes fogalmak alatt, hogy elkerüljük a félreértéseket (különösen az új pszichoaktív szerek és egyéb kábítószer közötti különbségek tisztázása, illetve a viselkedési függőségek kategorizálása miatt).

Az általános tapasztalat az volt, hogy a válaszadóknak nincsenek ismereteik az egyes szerekről (kivéve alkohol, cigaretta, energiaital); az új típusú pszichoaktív szereket és a hagyományos drogokat vagy nem ismerik, vagy nem jól ismerik, még a családsegítő szolgálatok munkatársai sem. Hasonló tapasztalataink volt a viselkedési függőségek és a viselkedési zavarok fogalmainak keveredéséről, így mindenképp hasznos lenne a helyi szakemberek számára a témában tudásbővítést, képzést nyújtani.

A válaszadók közül többen nem állítottak fel sorrendet, mert nem voltak pontos adataik a problémákat illetően, illetve több esetről csak mások elbeszélése alapján értesültek és nem tudták, mennyire valós a probléma helyben. Annak érdekében, hogy ne torzuljanak a kapott eredmények, az említések érték nélkül külön kódot kaptak, így a nem megfelelő formában adott válaszok sem vesztek el az összesítésből.

Az új pszichoaktív szereket 26 interjúalany említette, mint problémát a 41 válaszadóból, a fennmaradó 15 válaszadó vagy nem adott választ erre a kérdésre, vagy egyáltalán nem találkozott a problémával a településen. A probléma súlyosságának megítélése változó, összességében a 4. helyen végzett az addikciós problémák besorolása közül, ugyanakkor ez volt az egyik kategória, ahol több szélsőérték is felmerült. Az új pszichoaktív szerek elterjedtsége a településeken mindenképp külön kutatást igényelne, mert annak ellenére, hogy a jelenség létező probléma, súlyosságát egyik interjúalanyunk sem tudta megítélni.

Az alkoholfogyasztást minden válaszadó az első három helyre sorolta, emiatt a legsúlyosabb problémát jelenti a településeken. Ennek oka, ahogy majd a korosztályi megoszlásban is látni fogjuk az, hogy míg a drogzó probléma a 2010-es években jelent meg az új típusú pszichoaktív szerek terjedésével és elsősorban a fiatalokra jellemző, addig az alkoholizmus generációs probléma, amely az egészen fiatal tizenévesektől az idősekig terjed.

Az energiaital-fogyasztás a harmadik helyen végzett, annak ellenére, hogy ez kifejezetten az iskolás-középiszkolás korosztályra jellemző. A válaszadók szinte mindegyike az első három helyre sorolta a problémát, és csak elenyésző volt azok száma, akik szerint ez nem jelent gondot a településen.

Egyéb kábítószeresek szinte egyáltalán nem jelennek meg a vizsgált településeken, mindössze két válaszadó mondta, hogy ilyenről hallott a helyiektől, de a beszélgetés során az egyikről kiderült, hogy herbálról volt szó, amit így az új típusú pszichoaktív szerekhez soroltunk. Egy esetben fordult elő amfetamin-használat.

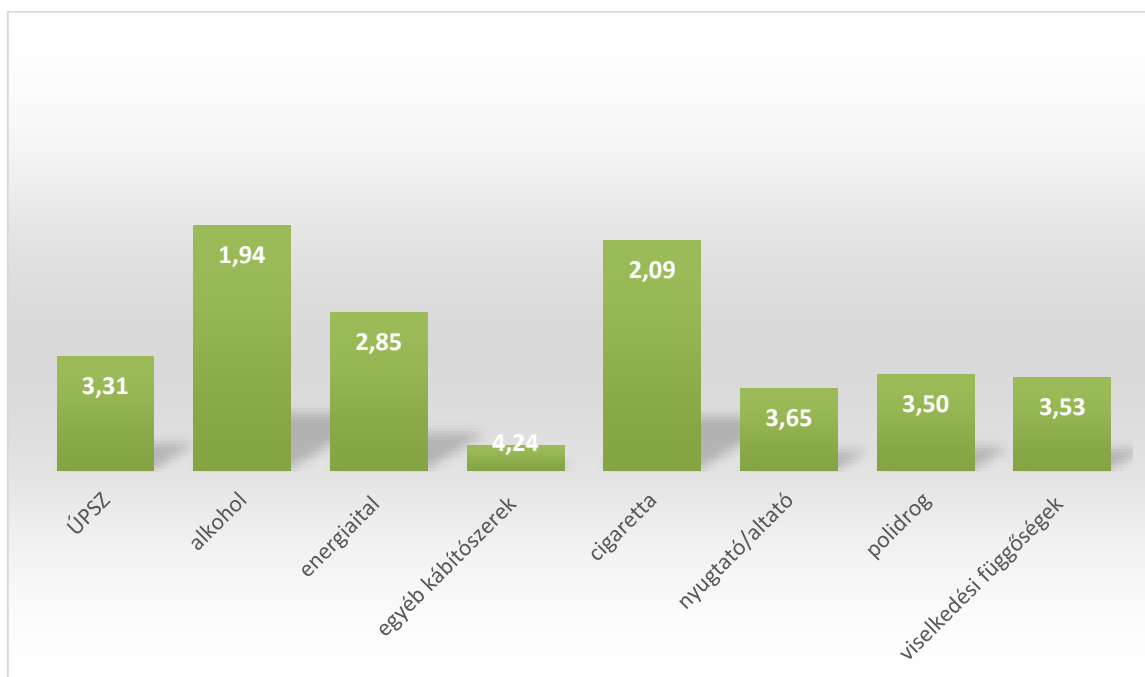
A cigarettázás, hasonló okokból, mint az alkoholproblémák, a második helyen végzett a felmérésben. A cigaretta szintén jelen van már egészen fiatal kortól, és nemtől függetlenül elterjedt a településeken.

A recept nélkül, visszaélés-szerűen használt gyógyszerekről (elsősorban altatók, nyugtatók) a megkérdezettek nem vagy csak elvétve hallottak, ez a kategória a hetedik helyen végzett. Az egészségügyi dolgozók láttak rá a megkérdezettek közül a leginkább a helyi lakosok gyógyszerhasználati szokásaira, közülük egy fő említette, hogy tudomása van visszaélészerű gyógyszer-kereskedelemtől (azt viszont nem tudta megmondani, ezek a kedvezményesen közgyógyellátásra felíratott, majd felárral továbbadott nyugtatók hány fő között oszlanak el), illetve egy fő jelezte, hogy az iskolások között fordult elő, hogy a szülők receptre felírt nyugtatóit vitték be az iskolába, majd alkohol mellé fogyasztották.

Az ötödik helyen végzett a polidrog használat, ilyen esetről leginkább a szociális munkások tudtak nyilatkozni. A legtöbb esetbeszámolóban halmozott traumák következménye több szer együttes használata. Kezdetben arra számítottunk, hogy a fiatalok lesznek leginkább

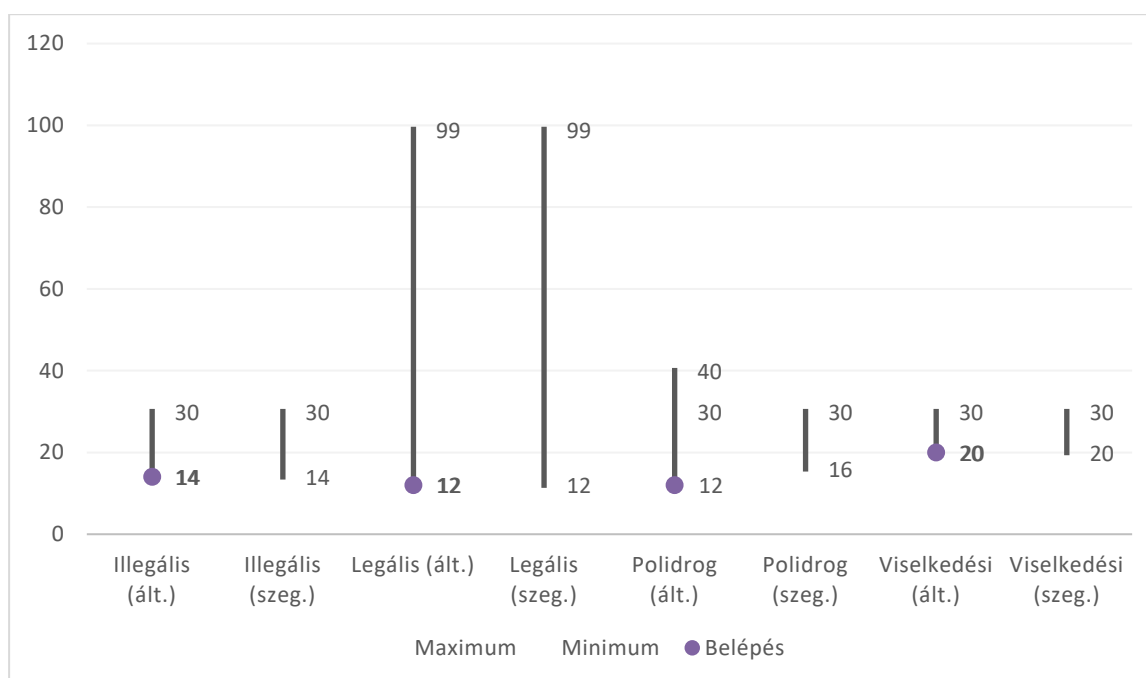
érintettek, és bár valóban jelen van az alkohol és a gyógyszer együttes használata az ő köreikben is, az ebbe a kategóriába esők többnyire olyan felnőttek, akiknek halmozott traumákkal kell megküzdeniük (válás, haláleset miatt fellépő megélhetési problémák stb.). Súlyosbító tényező, ha az érintettek pszichiátriai ellátásban részesülnek (habár több említett esetben maga a bekövetkező trauma tette szükségessé az ellátásba kerülést). Azok, akik a fiatalok polidrog használatát is említették, szinte kizárólag hallomásból értesültek az esetekről, de nem tudják, mennyire igazak ezek a híresztelések.

Végezetül a viselkedési függőségek a hatodik helyen végeztek a problémák súlyosságát tekintve. Ebben a kategóriában elsősorban telefon- és internetfüggőségről beszélhetünk, túlnyomó többségben a fiatalok, egy-egy beszámoló esetében fiatal anyukák azok, akik nem tudnak elszakadni az infokommunikációs eszközeiktől. Egy fő említette, hogy az iskoláskorú gyerekek esetében felmerülhet gyorsételekkel kapcsolatos függőség (tanórán és szünetben is egész nap rágsálnak valamit), de nem volt biztos abban, hogy ez addikciónak tekinthető-e. Szerencsejáték-függőségről elenyésző beszámoló érkezett, ezek pedig többnyire az alkoholhoz is kötődnek (alkoholista családtag elissza vagy eljátssza a havi fizetést hazafele menet). Alapvetően a megkérdezetteknek nem igazán van tudomása a településeken szerencsejáték-függőségről, sok esetben azért, mert helyben erre nincs lehetőség (nincs kocsmá a településen), vagy otthon, interneten játszanak, így a probléma rejtve marad.



14. ábra: Szerhasználati szokások elterjedtsége és súlyozása a vizsgált településeken (az alacsonyabb érték súlyosabb problémát jelez)

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy az illegális, legális szerek, a polidrog használat, illetve a viselkedési függőségek esetében melyek a legérintettebb korosztályok, melyik az a legalacsonyabb kor, amikor az adott probléma már megjelenik, illetve látnak-e különbséget a település teljes lakossága, illetve a szegregátumban élők szokásai között.



15. ábra: A településeken található addikciók korosztályi megoszlása

A táblázatban jól látható, hogy szignifikáns különbség nincs a település teljes lakossága, illetve a szegregátumban élők szokásai között (illetve több esetben megjegyezték, hogy a probléma eleve a szegregátumra jellemző). Egyedül a polidrog használat az, ahol a szegregátumban élők alkotnak szűkebb érintettségi csoportot. Ennek oka, hogy ebben a közegben a pszichoaktív szer + alkohol/energiaital kombináció elterjedtebb, az új pszichoaktív szereket pedig elsősorban a fiatalok használják. A szegregátumon kívül élők esetében inkább az alkohol + gyógyszer kombináció dominál, ahol a gyógyszerhasználók a 30-40-es korcsoportból kerülnek ki, de a 12 éves belépési kor jelzi, hogy eseti jelleggel a fiatalok is kipróbálják az alkohol és gyógyszerek együttes használatát (további kutatást igényelne, hogy ezek a fiatalok családon belülről szerzik-e be a gyógyszereket, vagy nincs összefüggés a két csoport között).

Látható az is, hogy a legális szerek esetében már az általános iskola felső tagozatában megjelenik a szerhasználat, és élethosszig tart a településeken. A kategórián belül az alkohol, cigaretta, nyugtató/altató és energiaital fogyasztásra együttesen kérdeztünk rá, emiatt feltételeztük, hogy lesznek eltérő alkategóriák a csoporton belül.

Az alkoholfogyasztás esetében átlagosan 12 éves korban kóstolják meg először a fiatalok a különböző italokat (nem kérdeztünk rá külön arra, hogy mit fogyasztanak), de érdemes megjegyezni, hogy az első italt akár már 10 éves korban is megkapják, többnyire szülőtől, rokonoktól, és legkésőbb 14 – 15 éves korban jutnak hozzá először alkoholos italhoz, különösen azok, akik a kisteleplésről kollégiumba költöznek középiskolai tanulmányaik miatt. Abúzusszerűen szintén a középiskolás korosztálytól felfele használnak alkoholt, de az alkoholizmust, mint problémát inkább a 30-40-es korosztályhoz és attól felfele kötik.

„Ez a szülő és a nagykorúak felelőssége, mert sokszor a szülő a gyümölcsös söröket, a kisebb alkoholtartalmú italokat odaadja a gyerek kezébe már 10 éves kor fölött. Alig éri el a 10 éves kort és visszahallottam már, hogy a gyümölcsös sört, azt fogyasztják.”

A cigaretta hasonlóan oszlik el, általános iskola felső tagozatában próbálják ki legtöbbször, és bár változó, hogy ki szokik rá, alapvető problémát jelent a településeken. A

szegregátumok esetében a megkérdezettek mindig kiemelték, hogy szinte mindenki dohányzik, de a jelenség hasonló mértékben megfigyelhető a teljes lakosság körében is.

A gyógyszerhasználat elsősorban a harmincas-negyvenes korosztályra jellemző, de változó, hogy mit és milyen mértékben fogyasztanak. A nyugtatókat nagymértékben használják a szegregátumban élők (nem visszaélés-szerűen is), a visszaélésekre kevés kézzelfogható bizonyíték van. Két településen jegyezték meg, hogy tudnak gyógyszerkereskedelemről, ahol a receptre felírt gyógyszereket haszonnal adják tovább (egy helyen iskolásoknak is árulták a nyugtatókat), illetve egy településen merült fel, hogy a helyben felírt nyugtatók, altatók mennyisége a megkérdezett szerint nagyon magas, de ez személyes véleménye volt az interjúalanyoknak.

Fontos megjegyezni, hogy a gyógyszerrel való visszaélést szinte alig észlelik a településeken megkérdezettek, gyógyszerkereskedelemről a vizsgált települések közül csak városban kaptunk említést, a községekben egy-két elhatárolt esetről vagy arról sem számoltak be a megkérdezettek. Érdekes ezzel a szemmel is végignézni az előző, adatelemzéses fejezetben közölt táblázatot a településeken történt mérgezéses esetek számáról, hiszen ott jól látható, hogy ezek az esetek közel sem elenyészőek és biztosan nem csak egy családot érintenek a településen. Az OMSZ adatait vizsgálva az is kiderült, hogy elhanyagolható esetszámban kerültek véletlen mérgezéses esetek a statisztikába (ezek a 0-3 éves korosztályra jellemzőek, véletlenül kint hagyott tisztítószer, egyéb mérgező anyagok lenyelése), 10 éves kortól már szerhasználati jelleggel tűnnek fel az esetek.

Jól érzékelhető problémát okoz ugyanakkor az energiatalok fogyasztása a fiatalok körében. Annak ellenére, hogy a megkérdezettek elmondása szerint több helyen az iskolából is kitiltották, a gyerekek az iskolán kívül fogyasztják ezeket, ami egy védőnévelő véleménye szerint negatív irányba befolyásolja iskolai teljesítményüket is. A probléma már általános iskolában megjelenik, de középiskolában válik jelentőssé. Néhány kistélepülésről megjegyezték, hogy a felnőtt lakosság is rendszeres fogyasztónak számít, különösen a szegregátumban élők körében, van olyan, aki reggeli helyett is energiatalt fogyaszt a munkanap előtt.

A viselkedési függőségek esetében – csakúgy, mint az illegális és legális szerek esetében – nem tettünk különbséget az egyes változatok között, összesítve kérdeztük meg az interjúalanyokat. Ennek értelmében a kiemelten érintett korosztály a 20 és 30 év közöttiek, de korcsoportos megnevezés nélkül a megkérdezettek többsége említette az iskolások internet- és telefonfüggőségét is. A 20-30 éveseknél szintén ez utóbbi jellemző, és bár a megkérdezettek elmondása szerint a kocsimák megszűnésével és a játékgépek központi ellenőrzés alá vonásával a nyilvános helyen történő játékszenvedély drasztikusan visszaszorult, a többségnek pedig nincs rálátása az otthon történő játékfüggőségre, több interjúalany megjegyezte, hogy otthoni környezetben továbbra is népszerű az online szerencsejáték, a tippmix, illetve a videójátékok.

Egy esetben érkezett beszámoló falcolásról, mint elterjedt viselkedési formáról az iskolások körében, ezt bizonyos szempontból (feszültség oldása vagdosással, kényszeresség) tekinthetjük addikciónak, de elsősorban viselkedési zavarról van szó. Szintén viselkedési zavarként említette két fő az étkezéssel kapcsolatos zavarokat (egyikük a folyamatos mennyiségi evést és minőségi éhezést, másikuk a testképzavar miatt kialakult evési problémákat), szintén egy fő a fiatalok körében elterjedt kleptomániát és ugyanő a szintén a fiatalok körében zavart okozó pornófüggőséget.

Az illegális szerek (itt egyben vizsgáltuk a pszichoaktív szereket és a hagyományos kábítószereket) a 14-30 éves korosztályra jellemzőek, 14 éves kor környékén próbálják ki

ezeket, intenzívebben pedig felnőtt korban használják az interjúalanyok szerint. Konkrét szerekre nem kérdeztünk rá, a megkérdezettek többsége nem is nagyon tudta, miket használhatnak az érintettek, különösen, hogy az információik itt is leginkább hallomásból és nem közvetlenül jutottak el hozzájuk. A legtöbb településen a szegregátumban élők problémájának tekintik a szerhasználatot, általában itt jellemző a fogyasztásuk, ott, ahol nem tettek különbséget szegregátumi és nem szegregátumi szokások között inkább azt mondták jellemzően, hogy a szegregátumban élő gyerekek, fiatalok 1-2 évvel korábban jutnak hozzá ezekhez az anyagokhoz. Tehát pl. ha a településen a fiataloknál lakóhelytől függetlenül előfordul például a herbál használata, és ezt átlagosan 14-15 évesen próbálják ki, akkor a szegregátumban élő fiatalok már 12-13 éves korban hozzájutnak ezekhez.

Egy interjúalany megjegyezte, hogy az iskola óriási védőfaktort jelent a prevencióban, a településükön jellemzően az iskolából lemorzsolódottak tartoznak az igazán veszélyeztetett csoportba. Ezt más válaszadók is megerősítették, a legérintettebbek az iskolából kimaradók vagy a túlkoros, feltételezhetően a továbbtanulásra motiválatlan iskolába járók, akik aztán negatív mintát mutatnak a fiatalabb osztálytársaiknak.

A szerhasználat feltérképezése érdekében megkérdeztük azt is, hogy a válaszadók mikor és hogyan szereztek először tudomást az addikciós problémák megjelenéséről a településeken. Az alapvető tapasztalat az, hogy az alkohol és cigaretta okozta gondokkal mindegyikük abban a pillanatban találkozott, ahogy elfoglalta a pozícióját a településen, ezek generációk óta jelen lévő problémák. A kábítószerrel kapcsolatos problémák 2015-2016 között jelentek meg, közterületeken és az iskolákban egyaránt találkoztak velük. A gyógyszerhasználattal kapcsolatos gondok 2011-2016 között bukkantak fel eseti jelleggel. Ketten említettek amfetamin használatból eredő esetet, ez 2017-ben történt. Az energiatal 4-5 éve okoz komoly gondot az iskolákban.

Az egyik válaszadó említette, hogy a koronavírus időszak alatti lezárásokban sok pornófelvétel készült otthon, emiatt a gyerekeknél fokozott szükség lesz pszichológusok segítségére (az nem derült ki, a gyerekek szemtanúként vagy résztvevőként voltak-e érintettek).

Többen megjegyezték, hogy közvetlenül ritkán szereznek tudomást ezekről az esetekről, a rendőrség éves jelentésében gyakran nem szerepelnek szerhasználattal összefüggő adatok. Ezt többen a jelzőrendszer hibájának gondolták, egy válaszadó ugyanakkor azzal tisztázta a helyzetet, hogy a hálózat felderítése érdekében ezeket az adatokat nem közlik, nem akarják, hogy tudják, hol tart a terjesztői útvonalak felderítése.

Azzal kapcsolatban, hogy szerintük hogyan kerültek a különböző kábítószeresek a településre, a megkérdezettek jelentős része eltávolodott a helyi lakosságtól, a szereket máshonnan érkező betelepülők, rokonok, munkásbrigádok, barátok stb. hozták be, vagy a más városokban szórakozó fiatalok találkoztak a szerekkal a településen kívül, és rajtuk keresztül került be a használat a településre. Volt, aki elmondta, hogy a távolsági buszokkal hozzák a terjesztők a kábítószeret, de olyan település is van, ahol a tollfelvásárló volt a díler.

Egy településről nyilatkozták, hogy a fiatalok maguk kísérleteznek az anyagokkal, általában különböző, új ingereket keresnek a szórakozásra.

Ezután megkértük az interjúalanyokat, hogy becsüljék meg, körülbelül hogyan oszlik meg az egyes addikciós viselkedés jelenléte a nemek között.

| | férfi | nő |
|---|-------|------|
| kábítószer fogyasztás | 75,5 | 24,5 |
| alkoholfogyasztás | 66,4 | 33,6 |
| recept nélkül használt nyugtató/altatóhasználat | 27,5 | 72,5 |
| cigarettaázás | 50,9 | 49,1 |
| polidroghasználat | 65,3 | 34,7 |
| viselkedési függőségek | 52,3 | 47,7 |

16. ábra Az egyes addikciók megoszlása nemek szerint

A válaszadók szerint a kábítószer fogyasztás elsősorban a férfiakra jellemző, itt a megkérdezettek közül 19-en adtak konkrét számbeli elosztást, a két szélsőérték 50 és 95 % volt. Előbbi nem tapasztalt eltérést a két nem szerhasználata között, míg utóbbi szerint a probléma a szegregátumban élő romákra terjed ki leginkább, akik nem engedik a nőket kábítószereket használni.

Az alkoholfogyasztást szintén inkább férfiakra jellemzőnek látják, alkoholista nők elvéve vannak csak a településeken, ha jelen is van a probléma, az részükről inkább rejtetten, otthoni közegben történik. Itt 22 fő adott választ, a szélsőértékek a férfiaknál 50-90 % voltak.

A recept nélküli nyugtatóhasználatnál egyértelműen a nők kerültek többségbe, annak ellenére, hogy itt volt a legnagyobb eltérés a két szélsőérték között (nőknél előfordulás esetében 10 és 95 %). A kapott válaszok alapján míg a férfiak hajlamosak alkoholhoz nyúlni problémák esetén, a nők inkább gyógyszert szednek, esetenként alkohollal együtt, de ezek esetszámát elenyészőnek tartották. A közgyógyellátásra felírt nyugtatók nagyobb részét is nők íratják fel.

A cigarettaázásban alig tapasztaltak eltérést a megkérdezettek, itt közel fele-fele arányban érkezett válasz a férfiakra és a nőkre (21 válasz, szélsőértékek 50-60 %).

A polidrog-használatra 17 esetben érkezett számszerűsíthető válasz, itt a férfiaknál adott szélsőértékek 40 és 90 % voltak, de több esetben gondolták azt, hogy inkább férfiakra jellemző a jelenség, elsősorban energiaital vagy alkohol és valamilyen kábítószer keverésével.

Végül a viselkedési addikcióknál kértük, hogy a válaszadók sorolják be a nemek közötti érintettséget, itt szintén 17 válaszból 52,3%-ot kaptak a férfiak (szélsőértékeik 10 és 90 %). A férfiak esetében többnyire szerencsejátékokra és társfüggőségekre gondoltak a válaszadók, a nőknél említették a vásárlási függőséget, az étkezési zavarokat, és enyhén férfiak felé hajolva az internet- és videójáték-függőségeket. A telefonfüggőség szerintük egyenlő arányban jellemző mindkét nemre.

Következő kérdésünk a lakosság érintettségére vonatkozott. A válaszadókat megkértük, hogy a település teljes lakosságára gondolva becsüljék meg az érintettek számát, majd ugyanezt tegyék meg csak a szegregátumra vonatkozóan. Az interjúk kérdései közül ez volt az egyik sarkalatos kérdés, ahol problémákba ütköztünk.

Az első probléma ennél a kérdésnél az volt, hogy – hasonlóan a különböző függőségek súlyosságának megítélésénél – a megkérdezetteknek nem voltak ismereteik az érintettek köréről. Becslés és egyéni tapasztalat alapján próbálták meghatározni, hány család lehet érintett, de pontos információik nem voltak.

A másik probléma a szegregátumok meghatározása volt.

A kutatás kezdetén a KSH által meghatározott listából kerültek ki a vizsgált települések, amelyek közül mindegyikben megállapítottak legalább egy szegregátumot a 2011-es népszámlálási adatok alapján. A szegregátum „a település területén belül olyan területileg egybefüggő tömbök kiválasztása, amelyekre együttesen jellemző, hogy a szegregációs mutató határértékének megfelelnek. A tömb népszámlálási célra létrehozott, általában közterületek és/vagy természetes és mesterséges tereptárgyak (pl. vasútvonal, autópálya nyomvonala, vízfolyás partja), valamint rácshálós térinformatikai megoldás eredményeképpen kialakított, településen belüli kisterületi egység.

A szegregációs mutató a „legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők és munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya az aktív korúakon (15-59 év) belül.”²⁵

Azaz a kutatás során olyan területeket kerestünk, ahol az aktív korú népességben belül az adott mértéken felüli az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők és álláskereső aránya. A megkérdezettek ugyanakkor nem statisztikai mutatókban gondolkodtak, túlnyomó többségben nem tudtak arról, hogy a KSH ilyen területeket meghatározott volna a településen. Többen voltak, akik szegregátum alatt az elkülönítetten élő roma lakosságot értették, így ahol a romák és nem romák vegyesen éltek egymás mellett, saját maguk nem azonosítottak szegregált településrészt. Volt olyan is, aki szerint a szegregátum ugyanezen okokból önmagát számolta fel, mikor a roma családok közül többen elköltöztek vagy beköltöztek más utcákba.

Ahhoz, hogy könnyebben be tudják azonosítani a szegregátumban élőket, megkértük őket, hogy gondoljanak a településen mélyszegénységben élő vagy hátrányos helyzetű, többnyire roma lakosokra, így már könnyebben nyilatkoztak a területről.

Ennek ellenére nehezen összehasonlítható és erősen szélsőséges adatokról beszélhetünk. Volt olyan, aki szerint a függőséggel érintettek száma a településen csak 15-20 fő, mások szerint a lakosság legalább 80%-a, de akár egésze is érintett lehet.

Ennek oka több forrásból fakad: egyrészt a megkérdezettek nem voltak birtokában egzakt adatoknak, légből kapott számokat pedig nem szerettek volna mondani, emiatt azokat az eseteket számolták össze, amelyekről biztosan tudomásuk van, munkájuk során találkoztak velük.

A második ok a szerhasználat elterjedtségére vezethető vissza: többen mondták, hogy valamilyen függőségtől mindenki szenved a településükön, de lényeges különbség van aközött, hogy valaki pszichoaktív szerhasználó vagy rendszeresen dohányzik. Ők nem bontották le kategóriákra a becsült számot, hanem összesítettek. Mások csak a szerhasználatban kapcsolatban mondtak adatokat. Ezek a számok így nehezen összehasonlíthatók, de bizonyos trendeket mutatnak.

Az egyik ilyen trend, hogy az addikciós problémákat jellegzetesen a szegregátumok problémájának tartják. Ez egyrészt adódik abból, hogy a megkérdezettek többsége velük találkozik napi szinten, nagyobb rálátása van az ő életükre, másrészt ezen a ponton feltételeztük, hogy csakúgy, mint a kívülről érkező dílerek esetében, ez könnyebbé teszi annak elfogadását, hogy a jelenség bizonyos körülményekhez, okokhoz köthető és nem fordulhat elő bárkivel. Az interjúk későbbi részei ezt a feltevést tovább árnyalták.

A másik trend, hogy ahol a településen a szegregátumon kívül is megjelennek az addikciós problémák, a szegregátum lakói továbbra is nagyobb mértékben érintettek. A kapott válaszok

²⁵ Uo.

alapján átlagosan 10-15%-kal számoltak be magasabb érintettségről, de volt olyan település is, ahol a lakosság 35%-ban, a szegregátum azonban 85%-ban volt érintett.

Legtöbb válaszadónk beszámolt a jelenség óriási látenciájáról is. Az elemzés későbbi részében látni fogjuk, hogy a helyben dolgozó szakemberek, vezetők akkor sem tudnak kapcsolatba kerülni a potenciális érintettekkel, ha szeretnének, ennek a településeken eltérő okai vannak.

Az interjúalanyoktól megkérdeztük azt is, mit tettek, tesznek az addikciós problémák ellen. A válaszadók közül mindössze öt fő jelezte, hogy munkahelye nem foglalkozik ezekkel, ebből három fő polgármester, akik munkakörébe ez nem tartozik bele közvetlenül, kettő pedig családsegítő szolgálat munkatársa, akik azt mondták, mivel őket nem keresik meg ilyen problémákkal, nem intézkedhetnek, csak egyéni esetkezelést tudnak ajánlani, ha az ügyfél saját akaratából jelenik meg náluk.

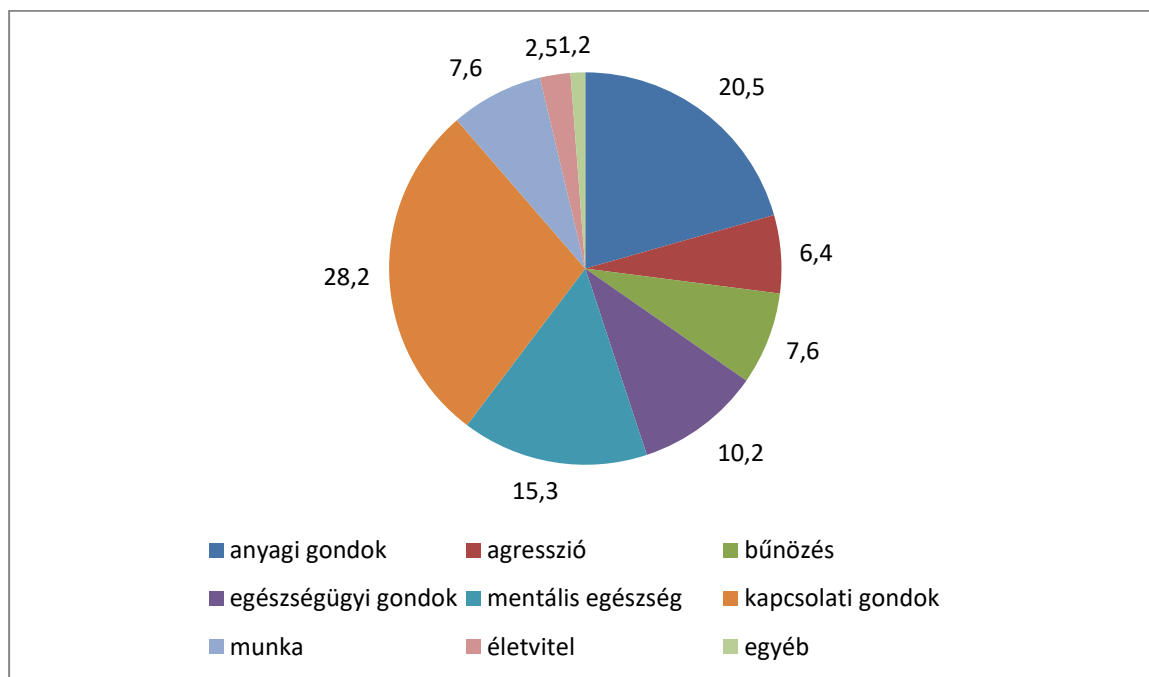
Azok, akiknek a munkahelye tett valamit a megoldás érdekében, a következőkről számoltak be:

- a polgármesterek jellemzően hazai és uniós forrású pályázatok keretében igyekeznek minél több szolgáltatást a településekre vonni, melyek keretében gyakoriak a preventív előadások, egészségtudatosságot fejlesztő foglalkozások, az életminőség javítására irányuló programok, események;
- a családsegítő szolgálatok munkatársai elsősorban a preventívban tudnak részt venni, illetve a jelzőrendszeri jelzések alapján felvenni az érintett családokkal a kapcsolatot, egyéni esetkezelést felajánlani, illetve segíteni eljutni szakellátásba, ha szükséges;
- az iskolai szociális munkások, védőnők szintén a jelzőrendszer részeként tudnak belépni a megoldási folyamatba, gyakran tartanak preventív előadásokat, egészségnapot az iskolásoknak és esetenként szüleiknek;
- a háziorvosok a rendelési időben tudják felmérni az ügyfelek egészségi állapotát, itt veszik észre a tartós szerhasználatra utaló jeleket, súlyosbító tényezőket, ezután szintén szakrendelésre tudják irányítani az ügyfeleket;
- a civil és egyházi szervezetek vagy maguk is valósítanak meg nappali szenvedélybeteg ellátást, vagy a településen működő pályázatok megvalósítói, amelyek tartalmazzak többek között preventív előadásokat is;
- rendőrrel készített interjúnk nem született, de a családsegítő szolgálatok munkatársaitól tudjuk, hogy a jelzőrendszer tagjaként nekik is éves jelentést kell írniuk a településen történt esetekről, illetve preventív előadásokat tartanak az iskolásoknak.

Látható, hogy ez elsődleges megoldási stratégia a preventív, melyre az iskolai kereteken kívül elsősorban pályázati forrásokon keresztül van lehetőség. Problémát jelent ugyanakkor, hogy hiába kiépült a jelzőrendszer a településen, hiába jó az együttműködés, írásos jelzés, illetve az érintett együttműködése nélkül a bevonható szolgálatok nem tudnak segítséget nyújtani, ezek az esetek kívül esnek a hatáskörükön. A helyi szakemberek általánosságban sincsenek felkészítve az ilyen esetek kezelésére, fel tudják mérni a problémát, de tovább kell irányítaniuk az ügyfelet szakellátásba, amely az ügyfelek mentális állapota miatt is több, mint akadályoztatott. A polgármesteri hivatalok gyakran számoltak be arról, hogy a családsegítő szolgálattal együttesen szokták támogatni az ilyen ügyfelek kezelésbe jutását (költségtérítés az utazáshoz, időpontfoglalás, papírok intézése stb.), de az önkéntesen leszokni vágyó nagyon ritka, nem ismerik fel, nem ismerik el, hogy problémájuk van.

A beszámoló tanúsága szerint a kistelepüléseken tűzoltás folyik, egyéni eseteket tudnak kezelni, átfogó intézkedéscsomag nincs a kezükben.

Megkérdeztük az interjúalanyoktól azt is, mit látnak, gondolnak, milyen következményei vannak egyéni szinten a függőségeknek.



17. ábra: Az addikció következtében megjelenő problémák (%)

A megkérdezettek összesen 78 következményt jelöltek meg, melyet kilenc kategóriába tudtunk sorolni. A legtöbb említést (22 db) a kapcsolatok romlása kapta, ide soroltak családi, baráti, párkapcsolati gondokat, ezen kapcsolatok fokozatos romlását és végül elvesztését, majd az elmagányosodást. Ezt követte 16 említéssel az anyagi gondok megjelenése, ide az elszegényedést, az addikció tárgyára irányuló túlzott költsékezést és más forrásokból való elvételét, átcsoportosítását sorolták.

12 esetben említették a mentálhigiénés állapot romlását, ide a kontrollvesztést, a személyiség torzulását, depressziót, az addikció tárgyának és a másoknak való kiszolgáltatottságot sorolták. A fizikai egészségi állapot romlása 8 esetben fordult elő.

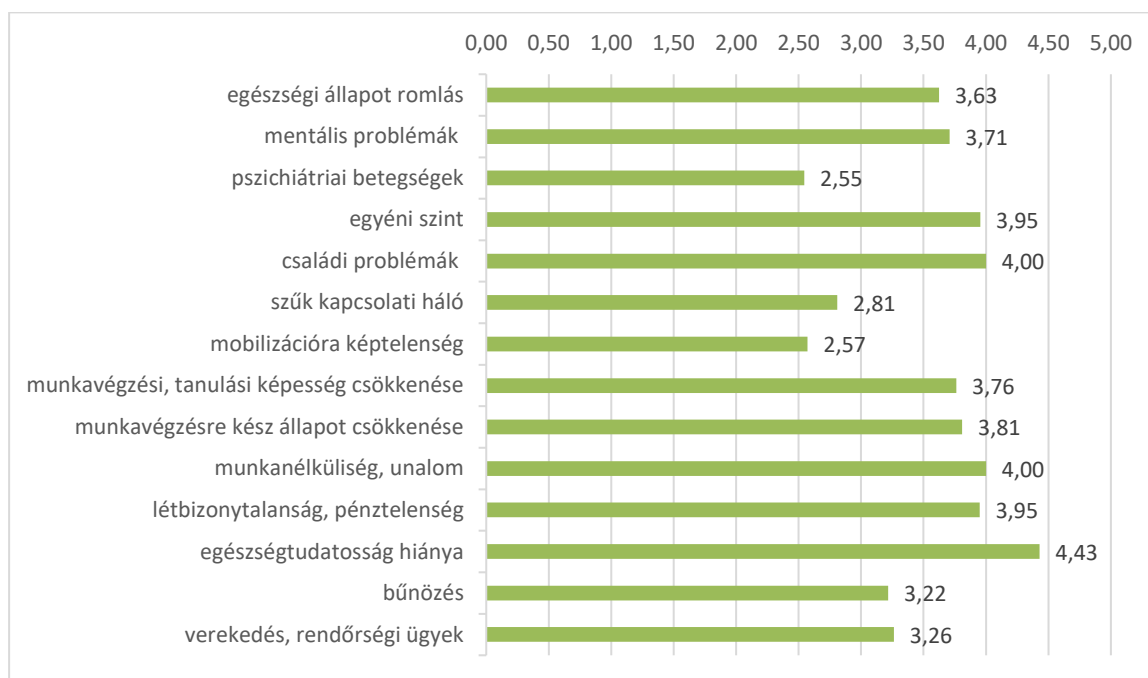
Öt válaszadó említette az agresszió megjelenését mások felé, amely a közeli kapcsolatokról terjed ki fokozatosan a tágabb környezet felé, így ide sorolták a kapcsolaton belüli erőszakot, legyen szó a házastársról, élettársról vagy a család más tagjairól. Ehhez kapcsolódóan 6 esetben említették a bűnözést és rendőrségi ügyeket, mint felmerülő következményt, ahogy egyik interjúalanyunk mondta: „Nagyon kevés a csendes örült, inkább a hangos balhésok vannak jelen.”

Szintén hat említést kapott a munkával kapcsolatos gondok megjelenése, akár a munkahely elvesztéséről, akár a munkára való képtelenségről volt szó. Az életvitelben beálló változásokat (rutin, szokások stb.) két esetben említették.

Egy válaszadó mondta a jövő tervezésének elvesztését, a perspektíva beszűkülését, ezt az egyéb kategóriába soroltuk.

Az első kérdésblokk utolsó kérdése az volt, hogy interjúalanyaink jelölik meg egy 1-5-ig terjedő Likert-skálán, mennyire gondolják súlyos problémának a településen a következő jelenségeket:

- egészségi állapot romlása (egészségkárosodás, injekálás esetében közös túhasználat)
- mentális problémák (stressz, szorongás, depresszió, reménytelenség, erőszak, közömbösség, álmodozás, csodavárás, magány)
- pszichiátriai betegségek
- egyéni szinten megjelenő gondok (motiváltság csökkenése, érzelmi instabilitás, passzív, demoralizáló viselkedés, magatartás-konfliktus, önagresszió)
- családi problémák (anyagi problémák, függő életmód, minta-átörökítés, agresszió, többszöri és/vagy korai családalapítás, magas gyerekszám, kaotikus életvitel, védekezés nélküli szexuális együttlét)
- szűk kapcsolati háló
- mobilizációra való képtelenség
- munkavégzési, tanulási képesség csökkenése
- munkavégzésre kész állapot csökkenése
- munkanélküliség, unalom
- létbizonytalanság, pénztelenség (uzsora, ellátásoktól való függőség, éhezés, lakhatási problémák, közüzemi tartozás)
- a használók nem tudják felmérni, hogy milyen hatással van rájuk a szerhasználat, nem akarják abbahagyni (a jövő kontrollnélküliségének érzése, jelenorientált életvitel, túlélésre koncentrálnak)
- bűnözés
- verekedés, rendőrségi ügyek
- egyéb.....



18. ábra: Az addikció okozta problémák súlyossága a településen

A vizsgált településeken összesítve a legsúlyosabb problémának az egészségtudatosság hiányát jelölték meg a megkérdezettek, azt, hogy nem tudják felmérni a szerhasználat vagy

viselkedési addikció következményeit az érintettek. Ez abból a szempontból is fontos, hogy a megkérdezettek bevallása szerint szinte mindegyikük munkahelye részt vesz prevenciós tevékenységekben, de a legveszélyeztetettebb csoportokra nem tudnak hatni, ez az interjúk későbbi kérdéseiből is kiderül.

Ezt követi holtversenyben a családi problémák és a munkanélküliség, unalom következtében folytatott addikciós viselkedés, harmadik helyen, szintén holtversenyben pedig az egyéni szint problémáit és a létbizonytalanságot említették a megkérdezettek. A szegénységi szerhasználat és addikció súlyozása összhangban áll az interjú más pontjain adott válaszokkal, és elsősorban a hátrányos helyzetűeket érinti a településeken.

A negyedik legsúlyosabb probléma a munkavégzésre kész állapot csökkenése, több helyen számoltak be arról, hogy az érintett réteg a függőség nélkül is hátrányos helyzetben van a munkaerőpiacon, egyrészt az alacsony iskolai végzettségük, másrészt a munkára való hiányos szocializáció miatt.

Az ötödik legsúlyosabb gondként a munkavégzési, tanulási képesség csökkenését értékelték, itt szintén visszaköszönnek a korábbi nyilatkozatok, amely az iskolából lemorzsolódást emelte ki, mint az egyik legnagyobb rizikófaktort a szerhasználatban, de ide tartoznak a tartós álláskereső is, akik egyre kevésbé válnak alkalmassá, sőt, egyáltalán motiválttá az ismételt munkába állásra.

Hatodik helyen végeztek a mentális, hetedik helyen pedig az egészségügyi problémák. Az alacsony iskolai végzettség és a motivátlanság mellett halmazati problémaként jelenik meg pl. a depresszió, szorongás, letargia, agresszió, katatonia, fókuszvesztés, csodavárás stb. és a fokozatosan leépülő egészség.

A nyolcadik és kilencedik helyen közepesen súlyosnak ítélték meg a verekedést, rendőrségi ügyeket és a bűnözést. Itt az addikcióval jobban érintett települések súlyosabbnak jelölték a problémát, máshol elhanyagolhatónak mondták, esetleg munkájuk során nem találkoztak vele közvetlenül.

A kapcsolati háló leszűkülését nem ítélték meg súlyosnak, ennek okait nem vizsgáltuk, de feltételezhető, hogy mivel a megkérdezettek többsége szegregátumi problémának tartja a szerhasználatot, ahol jellemző a kiterjedt társasági élet, illetve a fiatalok barátaikkal együtt használják a vizsgált szereket, így a kapcsolatok mennyiségének leépülését nem tapasztalják látványosan.

A mobilizációra való képtelenséget, illetve a pszichiátriai betegségek súlyosságát az utolsó helyekre sorolták. Előbbi oka, hogy bár súlyosnak tartják a mentális és fizikai leépülést az érintetteknek, munkalehetőséget tudnának szerezni, általában a településen és a közelebbi településeken is tudnának jól fizető, az alacsony iskolai végzettséget nem problémának tekintő pozíciókat. Érdekes ellentmondás és a szerhasználat, esetleg a szegregátumban élőkkel kapcsolatos attitűdöt jelezheti, hogy „aki akar, az dolgozhat”.

A pszichiátriai betegségek, bár jelen vannak a településeken, a megkérdezettek elenyésző számban számoltak be ezekről, őket sikerül időben szakellátásba irányítani, így helyben kevésbé okoz gondot a probléma.

Településvezetők

A kutatás során összesen 14 településvezetővel sikerült interjút készítenünk. A hozzájuk intézett specifikus kérdések elsősorban a település adottságaira, a fejlesztési lehetőségekre, a hivatal és a lakosság kapcsolatára, illetve a településvezető addikciós problémákkal kapcsolatos ismereteire kérdeztünk rá.

Az általunk vizsgált 22 település adottságai változatosak: vannak szinte teljesen elzárt települések, ahova tömegközlekedéssel is csak kétszer lehet eljutni egy nap és vannak olyanok, amelyek közelsége a főúthoz, autópályához kedvező helyzetet teremt közlekedési szempontból.

A helyben elérhető munkahelyek tekintetében ugyanakkor már egységesebb a helyzet: a városokat leszámítva mindenhol az önkormányzat a legnagyobb foglalkoztató, itt elsősorban közfoglalkoztatásban tudnak munkahelyet biztosítani. Rajtuk kívül a nagyobb községekben találhatóak nagyobb munkaerőt felszívó vállalkozások, a kisebb településeken családi vállalkozások és egyéni vállalkozások dominálnak. Azokon a településeken, ahol jelentős a mezőgazdasági munka, a helyi társadalom leginkább földtulajdonos gazdálkodókra és napszámosokra bomlik.

Azok, akik nem helyben dolgoznak, rendszerint a közeli városokba ingáznak, három településvezető említette, hogy jelen vannak olyan foglalkoztatók a közelben, amelyek céges busszal viszik a helyieket a telephelyre. Egy településvezető azt mondta, a férfiak egy része munkásbrigádokkal jár a Dunántúlra, ők heti rendszerességgel ingáznak.

Jellemző a vizsgált településekre, hogy helyben csak a nők és a piaci körülmények közötti munkavégzésre alkalmatlanok maradnak, de ők sem mind csatornázhatóak a közmunkaprogramba. Az egyik kistelepülés vezetője elmondta, hogy náluk a faluban mindössze 11 munkavállaló van, akik a szomszédos városban dolgoznak, a többiek főállású anyák, egyesek lévők, közfoglalkoztatottak, nyugdíjasok, illetve gyerekek.

A szórakozási lehetőségek is nagyjából egységes képet alkotnak a településeken, ezek megítélése viszont változatos. A települések nagy részén található művelődési ház vagy nagyobb közösségi tér, ahol a települési rendezvényeket, előadásokat, projekteket találhatók programokat szerveznek. Szinte mindenhol van könyvtár is, amely internetpontként is funkcionál, és a legtöbb helyen van sportpálya, amely a település teljes lakossága számára nyitott.

A települések kisebb részében áll rendelkezésre konditerem, kondipark, játszótér, vagy akár rekreációs célú közterület; szórakozóhely csak a városokban található. A fiatalok más közeli városok szórakozóhelyeire vagy Debrecenbe járnak kikapcsolódni.

A foglalkozások, programok legnagyobb része mindenhol a gyerekekre irányul, az óvodák, iskolák biztosítanak különböző eseményeket vagy táborokat, a köznevelési intézményeken kívül ők is akkor jutnak plusz programokhoz, ha a településen működik pl. tanoda vagy ilyen irányú civil szervezet, ezekből akad kevesebb.

Volt olyan nyilatkozó, akik szerint ezek a programok elégségesek, sok szórakozási lehetőség áll rendelkezésre az érdeklődők számára, mások ugyanezekkel a lehetőségekkel kapcsolatban azt mondták, nagyon kevesek ahhoz, hogy megfelelő mennyiségű programot kínáljanak a lakosság, kiemelten az általános iskolát elhagyó fiatalok számára. Több településen kocsma sem működik, ahol összegyűlhetnének és beszélgethetnének.

Arra a kérdésre, milyenek a településen lévő szegregátumok adottságai, eltérő válaszokat kaptunk. Ahogy az első kérdésblokk ismertetésénél is írtuk, a vizsgált településeken sok esetben nem tudnak a szegregátumok létezéséről, olyan területekre gondolnak, ahol a romák a lakosságtól elkülönülve élnek.

Ott, ahol tudtak szegregátum létezéséről a településen, általában pontos adatokkal rendelkeztek a demográfiai és foglalkoztatási adatokat illetően, de többen tudtak beszámolni körülbelüli adatokról is.

A szegregátumban élők életkörülményeivel kapcsolatban minden interjúalany ugyanúgy nyilatkozott, nem találtunk eltérést az egyes települések között. Az itt élők jellemzően hátrányos helyzetűek, többnyire komfortos vagy félkomfortos házakban élnek, közműhasználatuk részleges és időleges. A lakók túlnyomó része alacsony iskolai végzettségű, a továbbtanulásra nem motivált, elsősorban közfoglalkoztatásban vagy különböző idénymunkákban dolgoznak, az elsődleges munkaerőpiacra ritkán jutnak ki, onnan gyorsan visszakerülnek.

A válaszadók elmondása szerint minden lehetséges ellátást és segítséget igénybe vesznek, gyermeknevelési támogatást, ingyenes vagy kedvezményes étkeztetést, tankönyveket, rendkívüli települési támogatásokat, lakásfenntartási támogatást, születési és temetési segélyeket, egyszeri és rendszeres támogatásokat, ezen felül gyakran részesülnek ruha- és élelmiszeradományokban is. Négy településen említettek naposcsibe és vetőmag-osztást a lakosságnak, hogy elősegítsék a háztáji gazdálkodást és az önellátást.

Jellemző szolgáltatások még a lakossági tűzifa-ellátás, gyógyszer-támogatás, a falugondnoki szolgálat segítségével ügyintézés (pl. városi szakrendelésbe jutás segítéséhez), időseknek házi segítségnyújtás.

Az egyik interjúalany elmondta, hogy a településükön nagy a szociális keret, amit maximálisan kihasználnak az ellátottak, pl. a házasságkötések száma alacsony náluk, hogy a jövedelmek hivatalosan is egy háztartásba csatornázásával ne essenek el a támogatásoktól.

Az önkormányzat és a település lakossága közötti kapcsolatot változónak írták le a településvezetők. Alapvetően az látszik, hogy az önkormányzatok különféle csatornákon (települési facebook, szórólapok, helyi újság, tévé, hangosbemondó) igyekeznek elérni a lakosságot, a szegregátum lakói ugyanakkor nagyon aktívak a személyes megkeresésben.

A szegregátum lakossága elsősorban ügyfélfogadási időben, fogadóórákon keresi fel a hivatalt, de az utcán is odamennek a településvezetőkhez. Elsősorban hivatali ügyeket intéznek, különböző segélyekért folyamodnak vagy a közfoglalkoztatásba szeretnének bekerülni.

A kisebbségi önkormányzatok szerepe a település életében ellentmondásos, több helyen már nem működnek, vagy a polgármester szerint áthárítják a felelősséget az önkormányzatra, nem igazán töltik be a szerepüket, máshol viszont nagyon jó az együttműködés. A lakosság ugyanakkor jobban szeret közvetlenül a településvezetőhöz fordulni problémáival, ennek konkrét okaira nem derült fény.

A kutatás során vizsgált településeken található fejlesztésekkel kapcsolatban az előző fejezetben foglalkoztunk részletesen, az interjúk pedig megerősítették, hogy az egyes települések igyekeznek teljes mértékben kihasználni a fellelhető forrásokat.

A projektek nagyobb része infrastrukturális jellegű, energiahatékonyság növelését, leromlott épületek felújítását, korszerűsítését, új épületek, területek létesítését (sportpálya, mini

bölcsőde, óvoda stb.) fedik le, de jelen vannak a szolgáltatás jellegű projektek (tanoda, Biztos Kezdet Gyerekház, szegregált élethelyzetek felszámolása) is, igaz, ezek közül többhöz mind szolgáltatási, mind infrastrukturális rész is kapcsolódik.

Ami az adatelemzésen túl érdekesség volt, hogy csak nagyon kevés településvezető vállalta azt, hogy EFOP-1.6.2-16 pályázatot valósít meg a településen (Szegregált élethelyzetek felszámolása), többek elmondása szerint olyan programokat keresnek, amelyek mindenki javára válnak, nem akarnak csak a romáknak kedvezni. Az interjúk során nem mondták ki, de érződött, hogy a szegregátumba csatornázott pénzek politikai kockázatot is jelentenek, ami a településen lappangó társadalmi feszültségekre utal.

Azokon a településeken, ahol már lezárultak fejlesztési projektek, a fenntartási időszak zajlik, a kötelezően fenntartandó szolgáltatások még zajlanak, de egy településvezető azt mondta, ha vége a projektnek, önerőből nem tudják fenntartani a szolgáltatásokat, egy újabb pályázati körrel kell majd újrakezdeni a folyamatokat. Ott, ahol volt telepes pályázat, még működnek a szolgáltató pontok, szociális bérlakások, közösségi terek.

Új szociális ellátásokat ugyanakkor kevesen vezetnék be, szerintük a helyi szükségleteket kielégítik a most elérhető szolgáltatások; ahol szeretnék, ott népkonyhát, nappali és bentlakásos szolgáltatásokat szeretnék létrehozni.

Az egyik interjúalanyunk nem infrastrukturális, hanem szociális fejlesztésben gondolkodva a következőket jegyezte meg:

„Az óvodákban a gyerekek több, mint 98%-a hh-s vagy hhh-s. [...] az óvodai beszoktatást az alapoktól kell kezdeni. Sok gyermek itt találkozik először angol wc-vel, vagy olyan szabályokkal, amit egy 3 éves gyereknek már tudnia kellene az alapvető higiénéről, testtudatról, az önálló feladatokról. Ezt a terhet viszik magukkal az általános iskolába, középiskolába is. Nagyon szép eredményeket érünk el az óvodában, a ballagásra elérjük az országos átlagot teljesítményben, és aztán a 3-4. osztályban elveszítik a kapcsolatot mind a gyermek, mind a család az oktatási intézménnyel, 6-7. osztályra szinte kezelhetetlenné válik a nagy többségük. Azt, hogy itt meghúzódik-e drog, kábítószer, nem tudjuk. Azt látjuk, hogy a kamasz gyerekektől gyakran a saját szülei is tartanak, elhatárolódnak, mert nem találnak eszközt a rendszabályozásukra.”

A vizsgált településeken csak kettőben található olyan szerhasználattal kapcsolatos szolgáltatás, melyet a helyiek igénybe tudnak venni, a többi településről tovább kell irányítani az érintetteket. Általában az első állomás a legközelebbi város egészségügyi szakrendelése, kórháza, de szerhasználat esetén rögtön Debrecenbe küldik őket az addiktológiai ellátásba. Az egészségügyi ellátásokon kívül nem ismernek más szolgáltatót, de úgy gondolják, ez nem is hatáskörüik. Elmondták ugyanakkor, hogy ha valaki ilyen irányú kéréssel keresné fel őket, útiköltséget tudnának téríteni, illetve a falugondnoki szolgálat tudná bevinni őket szakrendelésre.

A településeken a szerhasználattal kapcsolatban elsősorban a prevencióra koncentrálnak, az iskolákban minden évben van legalább egy prevenció előadás, különböző korcsoportokban. Jellemzően a 7-8. osztályos célcsoport van a fókuszban, de többen említették, hogy az alsós osztályokban és a középiskolásoknak is szerveznek ilyen napokat. A felnőtt lakosság általában akkor vonható be ilyen jellegű tevékenységekbe, ha valamilyen, gyerekeiket is érintő projektben biztosítják ezeket, pl. Biztos Kezdet Gyerekház előadásai, tanodai programok, egyéb más módon szinte elérhetetlenek.

A szerhasználati csatornák esetében a településvezetők mindegyike tisztában van azzal, hogy az alkoholt, cigarettát, energiáitalkat honnan szerzi be a lakosság: ahol kocsmá nem üzemel, bögrecsárdákban, a helyi boltban, dohányboltban vagy háztól hozzák el a különböző italokat, szereket. A pszichoaktív szerekkel kapcsolatban azonban kettős jelenség figyelhető meg: többnyire házra pontosan tudják, hol folyik szerhasználat, de teljesen tehetetlenek a jelenséggel szemben.

A kérdőív első részében megkérdezett „hogyan kerültek a különböző szerek a településre” kérdéshez képest itt már árnyaltabb válaszokat kaptunk: habár a többség fenntartotta a más helyeken szerzik be, illetve a más településről hozzák be a terjesztők válaszokat, több említés is érkezett azzal kapcsolatban, hogy a szerhasználók maguk veszik meg az alapanyagokat a boltban, otthon kísérletezik ki a különböző kombinációkat, illetve a településen élők maguk is terjesztenek, „de senki nem akarja beköpní a neppert”. Olyan is gyakran előfordul, hogy a hazatérő vagy látogató rokonok hozzák magukkal a szereket.

Az önkormányzatok rendszerint rendőrségi hatáskörnek ítélik a problémát, és ha tennének is valamit a helyzettel, a rendőrök nem intézkedhetnek addig, amíg az adott szer tiltólistára nem kerül. Az egyik polgármester elmondta, hogy a beszerzési és terjesztési csatornák folyamatosan változnak, amint felderítenek egyet, kiépül egy másik.

A szerhasználat helyszíne is kettős: az alkoholt túlnyomó többségen köztereken fogyasztják, annak ellenére, hogy ezt büntetik. Több polgármester is beszámolt arról, hogy ahol nincs kocsmá, a bolt előtti lépcsőn, az útpadkán vagy padokon ülve fogyasztanak, ez a helyi lakosokat több szempontból is zavarja (dülöngélnék az utcán, szemetelnek, hangoskodnak), de az alkoholproblémákkal szemben sokkal megengedőbbek, mint a szerhasználattal kapcsolatban.

Ez a stigmatizáció a fogyasztási helyszíneken is meglátszik: a 14 nyilatkozó közül mindenki azt válaszolta, hogy a drogfogyasztás otthonra korlátozódik, nincs szem előtt; mindössze 4 fő nyilatkozta, hogy az otthoni használat mellett más helyszíneken is jellemző a szerhasználat. Ők is többnyire elhagyott területekről számoltak be (elhagyott lakóépületek, a két települést összekötő út melletti földeken, a település mellett lévő erdő), egy fő mondta, hogy a helyi közparkban is jelen van a szerhasználat.

Több településvezető is elmondta, hogy önmagában a szerhasználat, mivel nincs szem előtt, otthon zajlik, nem okoz zavart a település életében, mások ugyanakkor beszámoltak arról, hogy pl. a hétfégi családi rendezvények után a gyerekek kezelhetetlenné válnak az iskolában, óvodában, akkor is, ha „csak” alkoholt fogyasztanak.

„Főleg a nők maradtak itthon gyereket nevelni. Nagyon hiányzik a hétköznapiokból ennek köszönhetően a férfi energia, és mikor hazaérnek hétfégén a családfők, óriási buli és parti van, hétfő-kedden pedig kezelhetetlenek a gyerekek. Nem biztosított a hétfégi pihenés.”

Más településvezetők elmondták, hogy komoly gond van a szerhasználók tudatosságával is; volt, aki beszámolt arról, hogy a használók akkor sem rendültek meg a szerhasználatot illetően, amikor körükben haláleset is történt. A településvezetőnek arról számoltak be, hogy ha jól akarják érezni magukat, akkor az alkohol 15-20 ezer forintba kerülne a társaságnak, a pszichoaktív szerekkel meg 5 ezerből kijönnek, így inkább ezt választják.

Összességében az látszik, hogy a településvezetők jól ismerik a szegregált településrészt és az ott lakókat, akkor is, ha nem tudják, hogy ez a terület statisztikai szempontból szegregátumnak minősül. A helyi fejlesztésekkel és intézkedésekkel kapcsolatban ugyanakkor bizonytalan a helyzetük, kezelniük kell a helyi társadalmi törésvonalak mentén feszülő

konfliktusokat, miközben eszköztelennek érzik magukat a probléma tényleges megoldásával kapcsolatban.

Szociális munkások

A településvezetők után a települések családsegítő szolgálatainak munkatársaival vettük fel a kapcsolatot, összesen 17 fővel beszéltünk a 22 településen, ahol egy fő egy másik, általunk vizsgált településen is helyettesítést vállalt; így összességében 18 települést tudtunk lefedni ebben a szekcióban. A rájuk vonatkozó kérdések között szintén érdeklődtünk a szervezeti felépítés és leterheltség (hányan vannak a településen, csak egy településen dolgoznak-e vagy több is hozzájuk tartozik), és a helyi családok helyzete iránt.

Megkérdeztük, milyenek a szegregátumban élő gyerekek adottságai, elsősorban azért, hogy feltérképezzük, milyen kitörési lehetőséget tud nyújtani a település az ott élő fiataloknak, hogyan segíti elő, hogy a fiatalok sikeresen tudjanak közép-, illetve felsőoktatásba kerülni, vagy végzettséget igénylő pozícióban elhelyezkedni. A kitörési lehetőségek megléte ugyanis elősegíti a prevenciót, ha a fiatal generációk már gyerekkorban látják azt, hogy van értelme továbbtanulni, célul tűzni ki nagyobb távlati célokat, ez erős visszatartó erő lesz a szerhasználatban is.

Hasonló megfontolásból kérdeztük meg a gyerekek és családjaik kapcsolatát a szegregátumban, kiindulási pontunk itt az volt, hogy az elhanyagoló és a megengedő nevelési stílus bizonyítottan hozzájárulnak az addikciós viselkedés későbbi kialakulásához.

Fontos volt rákérdeznünk a családsegítő szolgálat, illetve a szegregátumban élő családok kapcsolatára is, melyek alapvetően befolyásolják a szolgáltatás hatékonyságát, illetve azt is, milyen problémákkal fordulnak hozzájuk az ügyfelek. Kíváncsiak voltunk arra is, ezeknek a problémáknak van-e köze valamilyen függőséghez, illetve volt-e olyan eset, akit sikerült szakellátásba juttatni. Ez a kérdés azért is volt szükséges, hogy felmérhessük, milyen információk mentén tudnak továbbirányítani olyan ügyfeleket, akiknek speciális ellátásra van szükségük.

Végül arra voltunk kíváncsiak, milyen a kapcsolatuk a jelzőrendszer más tagjaival, hogyan értékelik a rendszer működését, illetve hogyan tudták beilleszteni munkájukba az iskolai szociális segítő munkáját.

Ami a specifikus kérdések elején azonnal kiderült, és ezt az interjúk többi része is megerősítette, a családsegítő szolgálat munkatársai rendkívül leterheltek, volt, ahol két és félszeres leterheltségről számoltak be. Átlagosan 1-5 fő látja el a település és a hozzá tartozó kisebb községek feladatait, szinte mindenhol ingáznak lakóhelyük, telephelyük és a családsegítő szolgálat központja között.

Elmondták, hogy papíron nem vállalnak többet, mint amennyit a jogszabályi felső határ megenged, sok esetben nincs is ennyi ügyfél, ugyanakkor a napi eseti ügyfelek száma rendkívül magas. Ez összefügg azzal, hogy a családsegítőt jellemzően a szegregátumban élő, vagy azon kívül lakó, de hátrányos helyzetű családok keresik fel, akiknek túlnyomó része alacsony iskolai végzettségű; a családsegítőt a legtöbbször adminisztrációs kérésekkel keresi fel.

„Az ügyfeleink nagy része analfabéta vagy funkcionális analfabéta, ami 2021-ben nonszensz. A munka többnyire abból áll, hogy segítünk nekik kérelmeket kitölteni, időpontot foglalni, beutalót kérni, minden, de a módszerünk az, hogy nem csináljuk meg helyettük a dolgokat. Segítünk, de látom, hogy nem értik. Most is a saját ügyfélkapumról kértem már ötször

időpontot ugyanannak az ügyfélnek, aztán mindig hívnak, hogy most se ment el, most se ment el... Nem mehetek el helyette. [...] Nem is érdekli őket szerintem, megbeszéljük az időpontot, mert nagyon fontos a dolog, aztán nem jön el, mert esik az eső, nincs kedve. Vagy nem érti, hogy a beutaló az nem orvosi igazolás, azért el kell menni a szakrendelésre, de oda nem mernek, vagy nem tudom. És akkor nem változik semmi, mert nem történik semmi.”

A fenti beszélgetésrész tartalmát a többi szociális munkás is megerősítette, a leterheltséget az adminisztratív munka és az ügyfelek ügyintézésének segítése teszi ki. Néhányan ezt rosszul élik meg, mert szerintük így az érdemi munkára nem marad idő, pont a fontos, komplex esetekben érintett ügyfelek azok, akiktől az időt veszik el.

A szegregátumban élő családokról apróbb eltérésekkel, de hasonló képet kaptunk. Az itt élők szerény anyagi körülmények között élnek, lakókörnyezetük ellátottsága ugyan változó (a legtöbb helyre a közművek részleges hiánya és/vagy kártyás rendszer jellemző), de az elhanyagoltság mindenhol megjelenik. A települések nagyobb részében komfortos vagy félkomfortos házak a jellemzőek, de ott, ahol külterületeken helyezkedik el a szegregátum, a komfort nélküli és kényszerlakások is sűrűbben előfordulnak.

A lakóegységek tulajdonjoga is változó, de erről az aspektusról kevés válaszadó nyilatkozott, így nem tudjuk, ez mennyire reprezentatív. Az egyik interjúalany elmondta, hogy náluk nagy segítség volt a CSOK bevezetése, mert így a romák közül is többen igénybe tudták venni a támogatást, beköltöztek a faluba, saját házhoz jutottak. Egy másik ugyanakkor elmondta, hogy náluk szinte elérhetetlen a saját lakáshoz jutás, bérlakásokban, rokonoknál, ismerősöknél bejelentve élnek (illegális lakásfoglalásokról, hajléktalanságról nem esett szó).

Volt olyan is, aki elmondta, hogy már nagyon kevesen élnek tényleg rossz lakáskörülmények között, inkább a ház, udvar elhanyagolása a gond. Mások ugyanezt az életformát rossznak, kimondottan igénytelennek gondolták.

A kapcsolati hálójuk rendezetlen, a szociális munkások, mint többnyire külső szemlélők azt tapasztalják, hogy a közösségi hálót a rokonság, a szomszédság jelenti, de folyamatos a fluktuáció, nincsenek biztos pontok, a változások mindennaposak. Erre a megfigyelésükre egy későbbi pontban még visszatérünk.

„Többnyire együtt nevelik párok a gyerekeket. Házasság vagy élettársi kapcsolatban nem volt szembetűnő, de többen házasodnak a juttatások miatt. Tavalyi évben és januárban még a veszélyhelyzet ellenére is négyszeresre növekedett a házasságok száma az elmúlt évekhez képest. Látjuk azt is, hogy a fiatalok is a szakellátásból kiakarnak kerülni, akkor ők is vállalják a házasságot, hogy nagykorúvá váljon [a fiatal]. A gyámügy szerencsére nem partner ebben, hogy a 16-17 éves lány házasságot kössön egy 20 évessel. Vannak olyanok, akik együtt élnek a párjukkal, de a juttatások miatt egyedülállónak mondja magát. Van olyan család, ahol egyik hónapban együtt vannak, másikban nincsenek, és a nyilatkozatot is elfelejti, az érdek dolog miatt. Hamar felbomlanak a kapcsolatok, főleg mióta a közösségi háló megjelent, könnyebben szerelembe esnek és hamarabb ott hagyják a családokat. Sok probléma volt ebből. Például anyuka elment, apukára 3 gyereket itt hagyott. „

A megkérdezettek elmondták, hogy a szegregátumi lakosság egyetlen kitörési lehetősége a tanulás lenne, de ez számukra nem érték, illetve nem látják maguk előtt az előrelépési lehetőségeket. Többen is elmondták, hogy óriási problémát jelent számukra az, hogy már az egészen kicsi iskolások is közmunkások szeretnének lenni, ha felnőttek lesznek, nem akarnak se szakmát, se érettségit szerezni. A szülők többsége nem végzi el a nyolc osztályt sem, a mostani iskolások között is sok a túlkoros, ami további problémákat szül az osztályokban.

„A tanulás lenne a kitörési pont, csak az a baj, hogy a szülők sem látják ezt a problémát. Ha az iskola jelez, hogy baj van, akkor még a szülő lázad fel, hogy nem igaz, mert otthon nincs semmi baj a gyerekekkel. Csak azon tudunk segíteni, aki akarja. Otthon nem tanulnak, az iskolatáskát sem viszik haza. Inkább a romákra jellemző, hogy nem tartják fontosnak a tanulást, sokan még a nyolc osztályt sem végzik el.”

A megkérdezettek elmondták, hogy a probléma alsó tagozaton még nem jelenik meg, 12-13 éves kortól kezdődnek a gondok.

Ez a probléma nagymértékben visszavezethető a szülők nevelési stílusára. Mindegyik válaszadó elmondta, hogy a szegregátumban élők teljesen engedékenyek a gyerekeikkel szemben, nincsenek következetes nevelési elvek, a gyerek irányít mindent.

„Egy éves korig általában kézben van a gyerek, szerintük a roma gyerek nem sírhat, addig nincs is gond, de kb. három éves korától kicsit szabadjára van engedve, 12-13 éves korban pedig már nem is tekintik gyerekeknek.”

Volt olyan is, aki szerint a 2-3 éves gyerek nemhogy szabadjára van engedve, hanem konkrétan ő irányít, minden az ő akarata köré van koncentráva.

A családsegítő szolgálatok munkatársai ezt a laissez-faire nevelési stílust eltérően értékelik. Volt olyan válaszadónk, aki szerint az ügyfelei nagyon szeretik a gyerekeket, gyermekbántalmazást egyáltalán nem tapasztal a településeken, mások ugyanezt elhanyagolásként, „ridegtartásként” definiálták.

„A családok és gyermekek vonatkozásában a ridegtartás kifejezés lenne a legjobb. A szülők általában nem rendelkeznek információval arról, hogy a gyermekeik hol tartózkodnak, ez igaz az iskolaidőre és az iskolán kívüli időre is. Napirendjükben, életükben nincs rendszer, családi, személyhez kötődő ünnepeket anyagi lehetőségeik függvényében ünnepelnek, de a jelentősebb szakrális ünnepeket megünnepelik.”

Az egyik válaszadónk ugyanakkor ezt a nevelési stílust úgy értékelte, hogy „nincs erős, szeretetteljes, harmonikus kötődés a családtagok, illetve a szülők és a gyermekek között.”

Tovább mélyíti a problémát, hogy a gyerekszám is jellemzően magas ezekben a családokban, az életkori különbség pedig kicsi a gyerekek között, így mindig van olyan kisgyermek, csecsemő, aki a szülők teljes figyelmét leköti, a nagyobb gyerekekre már nem jut elég idő és figyelem, amelyet azonban ők igényelnének. Mivel itt hiány lép fel, a feszültség magatartásproblémákban, kezelhetetlenségben jelenik meg, melyet gyakran az iskolában vezetnek le.

A viselkedési zavarok, figyelemhiány fenntartásához sokszor a szülők is hozzájárulnak, nincsenek eszközeik a fegyelmezésre, nem is tudnak kellő időt fordítani a gyerekekre, inkább az a cél, hogy „ne legyenek láb alatt”. Emiatt a gyerekekre jellemző a csavargás, a bandázás, volt, aki az elkövetett bűncselekményeket is erre az okra vezette vissza (figyelemfelkeltés, ingerkeresés, unatkozás).

„A gyermekek maximálisan szabadjára vannak engedve. Nincsenek szigorú nevelési normák. A fiatalok azt csinálnak nagyjából, legalábbis sok esetben, amit csak akarnak. Ha a szülő otthon tartja őket és nem engedi őket csavarogni, akkor telefont dug a kezébe és azzal kötik le magukat a fiatalok.”

A telefonfüggőség kialakításához jelen esetben tehát a szülők is hozzájárulnak, más eszköz nincs a kezükben, amellyel megoldhatnák a problémát.

További gond, hogy a 12-13 éves tinédzsereket a szegregátumban élők már nem tekintik gyerekeknek. Ez az élet számos területén okoz problémákat, jellegzetesen:

- tanulási hajlandóság
- fegyelem, autoritással kapcsolatos ellenérzések, engedetlenség
- családban betöltött szerepek átalakulása
- jövőkép

A felnőttnek tekintett gyerekek 12-13 évesen (6-7. osztály) otthon felnőtt szerepben élnek, azt tesznek, amit akarnak, a szülők nem szólnak bele az életvitelükbe, döntéseikbe, cselekedeteikbe. Az iskolában azonban még jócskán gyerekként vannak kezelve, amely feszültséget szül a tanuló és az iskola között, amúgy is alacsony tanulási motivációja így, feszültségekkel terheltén tovább csökken, „csak azért sem” fog tanulni.

Az iskolai gondok a tanulmányi eredmények romlásában is megmutatkoznak, gyakoriak a bukások, évfolyamisméltlések, a lassan túlkorossá váló fiatalok pedig problémáikat beviszik a fiatalabb osztálytársaik közé, akikhez így legyűrűzik a deviáns viselkedés (ezt több faktor is erősíti, sokaknak imponál pl. az idősebb barát, akiért bármit megtennének, erősödik a csoporthatás pl. a legális, de akár az illegális szerek kipróbálására is).

Több településről jelezték, hogy gyakoriak náluk a lopások, betörések, melyeket kimondottan fiatalok követnek el (itt konkrétan negyedik osztályosokról volt szó, de nem derült ki, hogy itt is túlkoros fiatalokról volt-e szó, vagy már ebben a korban súlyos problémák jelentkeznek ennél a csoportnál). A polgárőrökkel folytatott interjúból is látni fogjuk, és több szociális munkás is megerősítette, hogy a közbiztonságra, illetve a helyi lakosság biztonságérzetére is negatív hatással van az, hogy a szabadjára engedett, esetenként bűnelkövető fiatalok, fiatal felnőttek az utcákon csatangolnak, bandáznak.

Az egyik válaszadónk azt mesélte, hogy náluk rendszeres problémát jelent az, hogy nemcsak a szülők eszköztelensége, hanem a felelősségérzetük hiánya is szerepet játszik a fennálló helyzet megoldatlanságában.

„Van, hogy nem is mi megyünk a családhoz, hogy gond van a gyerekekkel, hanem már a család jön hozzánk, hogy ők nem tudnak vele mit kezdeni, vigyük el tőlük, őrájuk nem hallgat.”

Ezeknek a fiataloknak az életében a 12 éves kor betöltésével családi szerepeik is átalakulnak. Mivel a sokgyermekes családokban minden figyelem a csecsemőkre és kisgyermekre irányul, a nagyobb óvodás korú és kisiskolás testvérekre a már felnőttnek számító nagyobb testvér vigyáz, különösen a lányok esetében. A lánygyermek egyébként is teljes mértékben be vannak vonva a háztartási feladatokba, főznek, takarítanak, így az otthoni tanulás nem csak a túlsúfoltság, a tanulásához szükséges környezet hiánya vagy a motiválatlanság miatt van akadályoztatva, hanem azért is, mert ezeknek a gyerekeknek gyerekelügyeletet, házimunkát kell végezniük.

„Jellemző, hogy 12 éves kor után se a lányok, se a fiúk nem fogadnak szót. A szülők nem tudják, mit kezdjenek velük. A gyerek átveszi az irányítást a szülő felett. Az együttműködés sincs meg, makacs, öntörvényű, mi az, hogy neki iskolába kell járni. Mikor a szülőnek jelzik, hogy az ő felelőssége [a tankötelezettség teljesítése], akkor a szülő azt mondja, hogy ő nem tud vele mit csinálni, mert nem fogad szót. Az is jellemző a szegregátumokban, hogy a nagy gyerekek vigyáznak a kicsikre. A szülő vagy elmegy dolgozni, vagy nem tudom, csak rábízza a gyereket. Azt gondolják, hogy azzal, hogy ők vigyáznak a kisebb gyerekekre, takarítanak, főznek, mosnak, azzal ők felnőtt szerepben vannak. Ez elég nagy problémát okoz számunkra.”

Gyakori az is, hogy már 16 éves koruk előtt napszámában dolgoznak, ahogy lehet, az interjúk során nem boncoltuk, hogy ez hogyan lehetséges (valószínűleg mindenkit feketén foglalkoztatnak), de tény, hogy ezekre a gyerekekre, ha nem is családfenntartói, de hozzájárulási kötelezettség hárul, emiatt a 16 éves kor betöltésekor gyakori, hogy lemorzsolódnak az iskolából és beállnak a közfoglalkoztatásba vagy a helyben elérhető idénymunkákba.

Ennek kissé ellentmondanak azok a beszámolók, ahol a motivátlanságot emelik ki inkább, mint a lemorzsolódást elősegítő tényezőket.

„A tanulás nem érték, nem is akarnak többet elérni, megelégszenek azzal, ami van. Amint lejár a tanköteles kor, már nem járnak iskolába, csak az a baj, hogy nem is dolgoznak, csak lődörögnek, nem csinálnak semmit.”

Ez a félig felnőtt szerep jelenik meg a korai házasságkötésekben (amely mögött a saját család iránti vágy mellett a szülői házból való elszakadás, menekülési vágy is meghúzódik), a családi minták követésében (továbbörökített nevelési stílus, jövőkép, motivátlanság), a perspektíva nélküli, jelenorientált mindennapokban.

A településeken egyébként lenne lehetőség a fejlődésre, majdnem mindegyik településen biztosítottak az iskolai szakkörök, kézműves foglalkozások, sport, tanodák, gyerekház programok közül legalább egy. A legtöbb helyen művészeti és zenei tehetséggondozás is folyik, az általános tehetséggondozás mellett. Az iskolák, de a családsegítő szolgálatok, illetve ha vannak, helyben működő civil szervezetek is szerveznek nyári táborokat, napközis foglalkozásokat.

Mindezek ellenére a szolgálat és a szegregátumi lakosság viszonya jónak mondható, különösen azok együttműködőek, ahol a gyermekvédelem is belép a folyamatba, nem szeretnék elveszíteni a gyerekeiket. A szülők sok helyen maguk viszik iskolába a gyerekeket, itt tudnak beszélni a pedagógusokkal, de szülői értekezletre jellemzően nem járnak. A családsegítő szolgálat munkatársainak a legtöbb helyen magas a megbecsültsége, tartós bizalmi kapcsolatot sikerült kialakítani a lakosság tagjaival.

A családsegítő szolgálat az adminisztratív segítségnyújtás mellett komplex esetekkel is foglalkozik, változó annak mértéke, hogy ezeknek mekkora mértékben van köztük addiktív problémákhoz. Jellemzően a szerhasználók maguk nem fordulnak segítségért, az ilyen esetekben más családtagok keresik fel a szolgálatot, hogy mit lehetne kezdeni, de önkéntes hozzájárulás nélkül a családsegítőnek nincs eszköze az ellátásra szoruló megfelelő kezelésbe juttatni.

Elmondásuk szerint az esetek legfeljebb 20%-ában, szinte kizárólag közvetett módon van jelen valamilyen függőség az eseteik között, ez is elsősorban alkoholproblémák hatásaiban jelenik meg. Nagyon ritka az, hogy a függő maga jelentkezik segítségért, ha ez megtörténik, közeli gondoskodó szolgálathoz, háziorvoshoz vagy Debrecenbe tudják irányítani. Más helyekre akkor tudják eljuttatni az érintetteket, ha a szolgálat munkatársának személyes szakmai ismertségei vannak, amiken keresztül akár a Dunántúlra is el tudnak helyezni ügyfeleket.

Volt olyan település ugyanakkor, ahol a családsegítő szolgálat munkatársai még sosem találkoztak addiktív esettel, nem volt tudomásuk helyben a szerhasználatról, ugyanazon a településen a polgármester viszont tisztában volt azzal is, hogy nagyjából hány fős csoport, mit és hol fogyaszt a településen. Ennek okát a leterheltségben és a szolgálat működésében véltük felfedezni: a szolgálat munkatársai ugyanis hivatalos jelzés nélkül nem mennek ki

családhoz, napjaik nagy részét adminisztrációval, vagy az ügyfelek segítségével, az irodában töltik. Többen nem munkavégzésük helyén laknak, így a munkaidőn kívüli eseményekről nincs tudomásuk.

Amennyiben szükség van rá, a szolgálat munkatársai az időpontfoglalástól a szolgáltatásba való eljutásig mindenben segítenek, de nagy szükség van arra, hogy a segítséget kérő maga is le akarjon szokni, ennek hiányában minden ilyen irányú intézkedés hatástalan.

Rákérdeztünk arra is, milyenek értékelik a jelzőrendszer működését, illetve kiemelten az iskolai szociális segítő munkát, az erre kapott válaszok szélsőségesnek mondhatóak.

A települések kisebbik része az, ahol a jelzőrendszer működését kimondottan aktívnak, sőt, proaktívnek írták le, itt az önkormányzat, a családsegítő szolgálat és az iskola, esetenként a polgárőrök között szoros a kapcsolat. Ott, ahol tanoda és Biztos Kezdet Gyerekház működik, a megvalósítók, mint jelzőrendszeri tagok aktív szerepet vállalnak az együttműködésben.

A legtöbb helyen a jelzőrendszer „működik”. Ez azt jelenti, hogy a kötelező számú üléseket megtartják, esetenként jelzés is érkezik, de ezek vagy nem írásosak, vagy ha igen, a jelzést adók gyakran kivonják magukat a folyamatból (nem akarnak konfliktust, nem tudják, mit kell tenniük). A legtöbb ilyen helyen a tagok nem aktívak.

Néhány helyen előfordult, hogy a jelzőrendszer tagjai között konfliktus merült fel (pl. a rendőrség egyáltalán nem vett részt az együttműködésben, a nemzetiségi önkormányzat inkább generálta a konfliktusokat, mint segítette volna a megoldást). Általános tapasztalat, hogy a legkevésbé aktív tagok a házi orvosok.

Az iskolai szociális segítő pozíciójának bevezetését nagyon jónak tartják (a segítő a családsegítő szolgálat munkatársa, aki az iskolában teljesít szolgálatot, de nem az iskola alkalmazottja), néhány helyet leszámítva nagyon jó és aktív az együttműködés.

A pozícióval kapcsolatban két főbb problémát emeltek ki: az egyik, hogy a segítő körzeteit aránytalanul alakították ki, van, ahol három településen 1000 gyerek tartozik hozzá, így folyamatosan ingázik, néhány órát tud jelen lenni az egyes helyszíneken. A másik fő probléma, hogy a segítőket az iskolák vagy saját alkalmazottaiknak tekintik és olyan feladatokba igyekeznek őket bevonni, ami nem hozzájuk tartozna, vagy úgy gondolják, azért vannak ott, hogy levegyék a vállukról a jelzőrendszeri kötelezettségeiket.

Nem kérdeztünk rá külön, de mindegyik interjúban felmerült az adományok kérdése. Ez interjúalanyainknak különösen fájó pontja volt, főleg amiatt, mert rengeteg szervezést és erőforrást igényel az, hogy ezek a csomagok egyáltalán megszülessenek és eljussanak a rászorulókhoz, mégis, pont ők azok, akik igényei kiszámíthatatlanok.

„Azt látom, hogy mindenféle adománnyal és juttatással nem feltétlenül a legjobbat tesszük ezekkel a családokkal. Nekem valahogy ez az öngondoskodás része hiányzik. Mi is élelmiszert osztunk, meg bútoradományt, meg mindent és akkor azt kapod, hogy én csak ennyiért kellett, hogy idejöjjenek? A 0-3 éves gyerekeknek kb. 13.000 Ft értékű élelmiszercsomagot osztunk, minden hónapban. A jogosultak száma 280 fő körüli és rendszeresen visszavisznek 70-80 csomagot, hogy ezért nem jöttek el.”

Az adományok visszautasítása, lekicsinylése más interjúkban is megjelent.

„A Máltai rendszeresen hoz nekünk ruhákat, bútorokat, hogy osszuk szét. És akkor válogatnak, hogy ez ócska, ez nem kell, meg mindig jönnek újért, mert az előző már koszos és ő kidobta. De nem csak azt, hanem volt, hogy hoztak mosógépet, jó, nem újat, de egy

rozsdafolton kívül nem volt más baja. És azt mondta az anyuka, hogy neki ilyen rossz nem kell, inkább vesz teljesen újat részletre. Ugyanezt eljátszották egy autóval, az egyik családnak felajánlotta valaki a saját használtját, hogy el tudjanak járni rendesen, és akkor nem jöttek érte, mert ez nem kell. [...] Szóval én azt gondolom, hogy lehet, hogy ezek az emberek nem annyira rászorulók, mint amennyire mi gondoljuk.”

Az adakozási kultúra hiányáról már sok tanulmány született, ahol az adományozó és az adományozott közötti konfliktusokat is vizsgálták (mint itteni példáinkban is láttuk, az egyik oldalon az adakozó, illetve az adományozást szervező önértékelése sérül, amiért a felajánlott tárgyakat, csomagokat visszautasítják, a másik oldalon az adományozott méltósága áll ezzel szemben, pl. nem vagyunk lerakat, az adományozás nem lomtalanítás stb.). A kutatásban nem vizsgáltuk mélyebben ezt a jelenséget, de mindenképp érdemes lenne egy erre irányuló vizsgálatot lefolytatni.

Az interjúalanyok alapvetően úgy érzik, tűzoltás folyik, jogszabályilag sincs meg a lehetőségük arra, hogy közbelépjenek. Csak akkor intézkedhetnek, ha a jelzőrendszer részéről írásos jelzés érkezik, vagy ha egy érintett maga keresi fel őket; önhatalmúlag, illetve hatáskörükön kívül akkor sem tehetnek semmit, ha egyébként látják a problémát.

„A település részéről az akarat megvan, van itt minden, csak a fogadó oldalról hiányzik a szándék.”

Egészségügyi dolgozók

Az interjúk lekérdezések időtartama során az oltási rend miatt az egészségügyi dolgozók csak elvétve tudtak rendelkezésünkre állni, így az ebben a kategóriában érkezett válaszok nem reprezentatívak. A településeken előforduló szerhasználati esetekkel kapcsolatban részletes információkat az előző fejezetben ismertettük, az Országos Mentőszolgálat által rendelkezésünkre bocsájtott adatokból lehet kinyerni.

A válaszoló 5 fő egészségügyi dolgozó között háziorvost és védőnőt is találhatunk, gyógyszerésszel sajnos nem volt lehetőségünk interjút készíteni. A nyilatkozó háziorvosok közül 2 városban, 1 kistelepülésen rendel, a védőnők közül mindketten városban dolgoznak.

A megkérdezettek napi betegforgalma változó, a háziorvosoknál 50-85, de akár napi 100 fő is lehet, a védőnőknél ennél kevesebb. A leggyakoribb betegségeknek a településeken a megfázást, a különböző fájdalmakat, daganatos betegségeket jelölték meg, volt, aki a keringési és vérnyomásproblémákat emelte ki. Egy háziorvos jelezte, hogy nála magas a rekreálódási célú táppénzek igénye.

Az egyik védőnő felhívta a figyelmet az iskolás korú gyerekek vérnyomásproblémáira és elhízására, a magas vérnyomást kimondottan az energiatalok fogyasztásának és a cigarettázásnak a következménye, akár extrém mértéket is ölthet (előfordult 150-200-as pulzus is a praxisában).

Egy háziorvos szerint az urbanizált területeken felértékelődnek a problémák, a betegek a hypochondria határát súrolják sokszor, miközben vidéken szinte teljesen figyelmen kívül hagyják a testük jelzéseit, nem foglalkoznak ezekkel. Ezt az átoltottságban is megfigyelte, nála alig érte el az 50%-ot, miközben városi körzetekben a 75% is gyorsan összejött.

Arra a kérdésre, hogy milyenek értékelik a lakosság általános egészségi állapotát a településen, a megkérdezettek átlagosan 3,1-re értékelték egy 5-fokú Likert-skálán, volt, aki az általános állapotot 3-ra, a szegregátumban élőkét 2-re értékelte. Egy másik házi orvos megjegyezte, hogy ez alapvetően a lakosság tudásbeli színvonalának a mértéke is, jellemző az általános tudatlanság az egészséggel kapcsolatban, továbbá félelmek vannak a gyógyítással, segítségkéréssel kapcsolatban is, nem annyira motiváltak segítséget kérni, inkább nem foglalkoznak a kezdeti jelekkel, csak ha már nagy a baj.

Ugyanő említette, hogy az alacsony iskolázottság a szegregátumban élők esetében a problémamegoldó képességüket is gyengíti, a félelem az ismeretlentől emeli a rendelő felkeresésének számát. Egy másik szakember szintén kiemelte, hogy a szegregátumban élők alacsony iskolai végzettsége, illetve az ismeretlentől való félelem megakadályozza az ellátásba jutást, háziorvoshoz még elmennek, de szakrendelésre már csak alig, ezt a szociális munkások is megerősítették korábban.

A megkérdezettek tapasztalata az, hogy aki igényli a figyelmet, az eljár szűrésekre, de az önkormányzat által biztosított vizsgálatok, mint pl. éves tüdőszűrés források hiányában megszűntek, ezt az egyik településen dolgozó a határ közelsége és a határ két oldalán folyamatos munkaerő-csere miatt különösen aggasztónak tartja (Romániában még most is magas a tüdőgümőkóros fertőzések száma).

A függőség jeleit általában jól tudják detektálni, de az érintettek nem együttműködők. Az egyik házi orvos a függőség következményeiben, illetve a szerhasználat akadályoztatása során tudja felfedezni az addikció jeleit; elmondása szerint a legmarkánsabb észrevehető jel az agresszivitás, ha pl. nem akar erős gyógyszert felírni a betegnek, bár azt a korábban ott praktizáló megtette. Az alkohol és cigaretta súlyosbodó hatásait pedig a településen megtalálható asztmások, COPD-s, fulladó betegek és a tüdőtumorral diagnosztizáltak számában tudja felfedezni.

Egyházi és civil szervezetek

A kutatás során a vizsgált települések közül elvétve találtunk olyat, ahol a kutatás profiljába illeszkedő, aktív civil szervezet vagy egyház működik. Az elkészült interjúk között roma érdekvédelmi szervezettel, szociális szolgáltató kft. munkatársaival, illetve egy lelkészrel beszélgettünk. Néhány településen olyan civil szervezetek valósítanak meg programokat, melyek nem helyi illetőségűek, a legtöbb ilyen debreceni székhelyű, de őket nem sikerült elérnünk.

Az egyházi szolgáltatásokat képviselőknél, illetve a civil szervezetek munkatársainak a következő szakmaspecifikus kérdéseket tettük fel:

- Milyen a családok helyzete a településen?
- Fordulnak-e a helyi lelkészhez, paphoz, civil szervezetek munkatársaihoz a hívek függőséggel kapcsolatos problémákkal?
- Hol szórakoznak a szegregátumban élők, milyen a közösségi élet?
- Milyen a szegregátum lakóinak a kapcsolata az egyházzal/civil szervezettel, milyen kapcsolódási pontok vannak?

A kérdések megfogalmazásakor a kiindulási pontunk az volt, hogy azokon a településeken, ahol vagy aminek környékén sem érhető el semmilyen szenvedélybeteg-ellátó szolgáltatás, a

családsegítőn és a háziorvoson túl a helyi egyházakhoz, illetve civil szervezetek képviselőihez fordulhatnak a segítséget igénylők; utóbbi kettő különösen fontos a mentálhigiénés szolgáltatások terén.

A településen élő családok helyzetét hasonlóan látták a civilek és az egyházi dolgozók is. Működési helyükön alapvető szakadékokat látnak a településen lakók és a szegregátumban élők között, hiányolják a középosztály jelenlétét a településeken. Mindannyian elmondták, hogy a településen két réteg él egymás mellett, a többtíz hektáros földekkel rendelkező tehetősek, illetve a jellemzően alacsony iskolai végzettséggel rendelkező, leginkább közmunkát vagy a földeken alkalmi munkát vállaló, mélyszegénységben élő réteg. Utóbbi teszi ki a települések nagyobb részét, ezt az általuk kiosztott segélycsomagok, adományok mennyisége, a naponta náluk megfordulók száma alapján gondolják.

A mélyszegénység a velük kapcsolatban álló családok életének minden aspektusában fellelhető: a lakókörnyezet elhanyagolt, alapvető felújításokra sincs pénz, az ezen rétegben élők ruházata hiányos, elhasznált; jellemzően alacsony iskolai végzettségük miatt többen évtizedek óta munkanélküliek, amely már önmagában drasztikusan csökkenti az újabb munkába állást, ha időközben valamilyen addikció is kialakul, a tartós elhelyezkedés esélye elhanyagolható.

Elmondásuk szerint néhány családnak sikerült igénybe venni a CSOK-ot, de nem munkaviszony, hanem a gyermekek, családtagok után járó ápolási díj miatt. A többség ugyanakkor megelégszik a kevéssel, a folyamatosan érkező, újabb és újabb nehézségek, változások ellehetetlenítik a minőségi élet megteremtését. „A pénztelenség lüktet a faluban.” – nyilatkozta az egyik interjúalanyunk.

Az egyik válaszadónk kiemelte, hogy az egész közeg, amiben ezek az emberek élnek, erodálja a normákat, ezt a szerhasználat csak megerősíti. Nem tartják a szavukat, nem érzik a kötelességeiket. Elmondása szerint később már szégyellik a fiatalkori ballépéseket, mint a drogkereskedelem, prostituáltak frekventált látogatása a település mellett elvezető úton, de pont ez az időszak kritikus a jövőbeli perspektívák kialakításához. (Megj.: beszédes, hogy a válaszadó tapasztalata szerint ezeket az elkövetők mindössze ballépésnek tekintik).

Jellegzetes probléma, hogy a település nem képes kitermelni a saját értelmiségét, a diplomások már nem költöznek haza, Debrecenben vagy más városokban maradnak; helyben nem is igazán tudnának elhelyezkedni végzettségüknek megfelelő munkakörben. Az egyik interjúalany azt is megemlítette, hogy a helyiek se fogadják vissza a felsőfokú végzettséggel rendelkezőket, különösen akkor, ha az illető roma vagy hátrányos helyzetű, szegényebb családból származik. A probléma jól ismert a sikeres romák életútját kutató vizsgálatokban, Székelyi Mária, Örkény Antal és Csepeli György 2001-ben végzett kutatása három fajta kitörési modellt vázolt fel, melyek közül az egyik az általuk Sorel-típusnak nevezett, kívülálló életút. Az ebbe a modellbe tartozók már nem tudják teljes mértékben elfogadtatni magukat azzal környezettel, amelyben felnőttek, de a magasabb társadalmi csoportokhoz tartozókkal sem, egyikbe se tudnak maradéktalanul beilleszkedni.²⁶

Ebből kifolyólag nem csak az okoz gondot, hogy a helyi értelmiség elvándorol, hanem az is, hogy a nevelői, pedagógiai pozíciókat is olyanok töltik be, akik más városokból ingáznak, amely miatt ezekben a pozíciókban nagyon magas a fluktuáció. Az alsó tagozatos pedagógusok esetében kiemelte a nyilatkozó, hogy érezhető hátrányba kerülnek a gyerekek amiatt, hogy nincs kihez kötődniük az iskolában, nem alakul ki bizalmi kapcsolat a gyerekek

²⁶Bartl Ágnes: Sikeres cigányok Esztergomban és térségében in. Asszimiláció, szegregáció, integráció. Párhuzamos értelmezések és modellek a kisebbségkutatásban, Argumentum 2011.

és az osztályfőnök, de a szülők és a tanárok között sem, hiszen volt, hogy évente más tanári gárda volt jelen az iskolában. A nyilatkozó véleménye szerint ez kihatott a gyerekek iskolával kapcsolatos attitűdjére, amely később a pályaválasztás, foglalkoztatás területén is hátrányt fog jelenteni.

Az életkörülmények azt is befolyásolják, milyen problémákkal keresik meg őket. A legtöbb a munkanélküliséggel kapcsolatos, van, aki adományt, van, aki munkát kér. Sokaknak nincs jogosítványa vagy nem tudják megoldani az átjárást más városokba, helyben pedig nem tudnak elhelyezkedni. Az addikciókkal kapcsolatosan gyakoribb, hogy a házastárs keresi fel a szervezetet, hogy jelezze a problémát, de az érintett ritkán ismeri el, hogy gondjai vannak a függőségével.

Az érintetteket az évek alatt kialakult szakmai kapcsolatok mentén tudják továbbküldeni szakellátásba, de a függőséggel érintettek viselkedésének velejárója a folyamatos visszaesés, melyet helyben nehezen tudnak kezelni, különösen, ha az érintett nem együttműködő. A függőséggel érintettek jellemzője a mélyszegénység, az életteretlen lakókörnyezet, a pénztelenség. A kevésbé súlyos esetekben is jellegzetes probléma, hogy nem a családon belüli erőszakban jelenik meg a függőség hatása, hanem pl. abban, hogy a férj a havi fizetésével már nem ér haza, hanem útközben elissza. Az egyik interjúalany elmondta, hogy az ő településükön a gyászfeldolgozásban is hajlamosak alkoholhoz nyúlni az emberek.

A helyiek közösségi életét hasonlóan látják, alapvetően nincs sok lehetőség a szórakozásra, a programokat helyben pedig többnyire pályázati pénzből vagy a szervezeti normatívából tudják fedezni. Azok a szervezetek, amelyek népkonyhát is üzemeltetnek, arról számoltak be, hogy a szenvedélybetegek és a szociális étkeztetésben résztvevők, illetve a rászorulóknak között nagy az átfedés. A programokat is érdekesebb inkább a főzés, kirándulások köré szervezni, mert azok bevonzzák őket, az előadások egyáltalán nem, más típusú szakkörök pedig néhány hét után, a kezdeti lelkesedést követően elhalnak.

A szegregátum lakóinak kapcsolata a helyi egyházzal, civil szervezetekkel változó, inkább az érdektelenség jellemzi, a nagyobb programokat, eseményeket leszámítva. A megkérdezett gyülekezeti vezető elmondta, hogy az ottani emberek alapvetően nem a vallásba kapaszkodnak, az általuk szervezett programokon megjelennek, de templomba a nők havonta, a férfiak átlagosan kéthavonta, ha eljárnak.

Rendőrök, polgárőrök

A kutatás tervezésekor a vizsgált települések körzeti megbízottaival szeretnénk volna telefonos interjút készíteni, de a megyében található rendőrkapitányságok végül nem engedélyezték a telefonos interjú elkészítését, a közérdekű adatok igénylését végül a Hajdú-Bihar Megyei Rendőrfőkapitányságnál tettük meg. A beérkezett adatok elemzése az előző fejezetben található.

Telefonos interjút ugyanakkor sikerült készítenünk 2 fő polgárőrrel. Mivel nekik nincs hozzáférésük a rendőrségi nyilvántartásokhoz, statisztikákhoz, ezért tőlük is a civil szervezeti kérdőív releváns kérdéseit kérdeztük meg.

A családok helyzetét tekintve elmondták, hogy a településükön élők között a nyugdíjas korosztály csendes, elvonultan élnek, leginkább a harmincas korosztállyal van gond, ők azok, akiket leginkább érint a munkanélküliség. További probléma, hogy a tankötelezettség megszűnésekor a fiatalok lemorzsolódnak az iskolából, de nem helyezkednek el, a korai szülővé válás miatt pedig a helyzetük tovább romlik.

Szórakozási lehetőségek helyben nem igazán vannak, a fiatalok leginkább csavarognak, leülelnek az utcán, az üzletek lépcsőjén és ott bandáznak. Ez a helyeket zavarja, többször hívják a polgárőroket, nem értik, hogy miért nem valaki házában gyűlnek össze inkább az utca helyett.

Ezt eseti jelleggel be lehetne tudni a különböző világszemléletek konfliktusának, ugyanakkor interjúalanyaink említették, hogy náluk helyben sok az éjszakai lopás, a fiatalok csatangolását ezért többen gyanakvással szemlélik, nem tudják sok esetben, kik a potenciális elkövetők. A polgárőrök segítenek kamerákat beszerezni az érintett háztartásokban, rendszeresen járják a települést éjszaka is, saját jelrendszerük van a lakókkal, így az idősek tudják, hogy nem kell félniük, ha esetleg megjelennek a kapuban.

A köztéri biztonsági rendszerek kiépítését ugyanakkor nem tudja finanszírozni az önkormányzat, az idős lakosság gyakran kéri a polgárőrök segítségét, ha például el kell menniük otthonról (ballagás, temetés stb.), hogy vigyázzanak a házra távollétükben.

III. Az addikciós problémák megjelenésének, elterjedésének okai

A szenvedélybetegségek kialakulásának okai a szegregátumokban a vonatkozó szakirodalom alapján

Ahhoz, hogy pontosabb képet kapjunk a szenvedélybetegségek kialakulásáról a szegregátumokban, meg kell ismerni más, hasonló témában készült kutatási eredményeket is. Ebben a fejezetben a teljesség igénye nélkül felvillantunk néhány lehetséges magyarázatot. A témában készült korábbi kutatások elsősorban a szerhasználat háttérében meghúzódó társadalmi okok szerepét, felerősödését emelik ki.

A tanulmányok eredményei szerint a droghasználatot az egyéni frusztrációk, hiányos problémamegoldó stratégiák, az átélt tragédiákkal és traumákkal való megküzdés hiánya mellett, a droghasználat legfőbb okaként egyértelműen a társadalmi kirekesztést és a szegregátumokban élőkre jellemző élethelyzetet, szegénységet, nélkülözést, kilátástalanságot jelölik meg.

A szerhasználat a túlélési stratégia részét képezi, a valóságból való kilépés, a lelki problémáktól, a szegénységtől, a nyomortól való menekülés, illetve jövőkép hiánya miatti stressz kezelésének eszközeként jelenik meg.

Ez többszörösen összefüggő viszonyt képez az életvitel kaotikusságával, a létbizonytalansággal és a jelenorientációval, valamint az éhezéssel (mint ami a létbizonytalanság egy igen brutális jellemzője). A stressz következményei egy további körben a stressz okaiként is megjelennek (és fordítva). Ugyanígy a testi és lelki betegségek. A közösségek szintjén zárt, kirekesztett, atomizált közösségekről van szó; ez részben az állami-önkormányzati, segítő és egyéb intézménynélküliség következménye.²⁷

Egy másik magyarázat szerint a legális és illegális szerek használatának oka a szegregátumokban élők számára a mindennapi élet eredményes életvitele érdekében történik, mely során főként alkohollal és szedatívumokkal élnek.

Az ÚPSZ-ek könnyű beszerezhetősége és alacsony ára miatt különösen erőteljes előretörés detektálható egyrészt az iskoláskorúak, de főként a mélyszegénységben, leszakadt társadalmi rétegek körében, akik számára az ÚPSZ használat az egyetlen kézzelfogható eszköz mindennapi problémáik kezelésében, a "valósággal" történő megbirkózásban.

Az új pszichoaktív szerek használata inkább a valóságtól való menekülés okaként került meghatározásra.

Legritkábban a rekreáció, élményszerzés miatt használják, ez esetben minden szer érintett.

Az alacsony ár miatt már kevésbé vásárlóképes körben is megéri terjeszteni ezeket. Az alacsony ár, a többnyire rövid, de intenzív hatás miatt elég kis mennyiségeket venni: ezt azonban gyakran kell. Ez a vásárlási mintázat (sokszor, keveset, olcsón) illeszkedik a szegregátumbeli vásárlási szokásokhoz.

A kiszámíthatatlanság, ami az ÚPSZ-ek jellemzője (összetétel, tisztaság, hatás tartama, összetevői) ebben a közegben inkább előnyös tulajdonságnak tűnik: mivel a használó „idézi elő” a kiszámíthatatlan hatást, így az a kontroll érzését nyújthatja – ha egyáltalán szükség van

²⁷ Csák Róbert – Magyar Éva – Márványkövi Ferenc – Szécsi Judit – Rác József, Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége. *Esély*, Vol. 31. (2020) No. 1

erre az érzésre. A kiszámíthatatlanság inkább egy újabb illeszkedés a szegregátumbeli élet kaotikusságához.

Tovább vizsgálva az ÚPSZ-ek használatának okait megállapítható, hogy a használóknál a menekülés az alábbi dimenziókra terjed ki: lelki problémáktól, a „fájdalomtól” (mint lelki problémától), a jövőkép hiánya miatt, a szegénységtől, a nyomortól történő menekülés miatt. Ilyen módon a szerek használata beépül az mélyszegénységben élők túlélési stratégiájába.²⁸

A több generáción átívelő magas arányú munkanélküliség, a változásokban nem bízó kilátástalanság magával hívja az elvagyódást.

Sok fiatal és idősebb is tervezi az elköltözést a szegregátumból, ezeknek a terveknek azonban nincs realitása, ami tovább növeli a frusztrációt. A munkanélküliség, a szegénység és a társadalmi kirekesztettség súlyos pszichés tüneteket okozhat, a kiváltott frusztráció és kilátástalanság pedig magával hívja a drogok fogyasztását, amely ezen érzések elnyomását segíti.

A gyerekek kitörési lehetősége szinte lehetetlen, ahol esély sincs a munkaerőpiacon elhelyezkedni, a közmunka jelenti az egyetlen munkalehetőséget, és ahol ennyire jellemző a nélkülözés és jövőnélküliség, mint ezeken a településrészeken, ott az olcsó, gyorsan ható szerek játszva teret nyernek.

Minderre ráerősít a szegregáció és a helyi társadalomban meglévő bűnbakképzés, ami mindennapos kirekesztésben és diszkriminációban is jelentkezik, mellyel az itt élők nap mint nap kénytelenek szembesülni.²⁹

A mélyszegénységben élők számára az egészség önmagában nehezen érhető el, mert a szegregátumban élők számára nemhogy nem érték, hanem esetenként nagyobb áldozatot jelent, mint a szerhasználat vagy más, nem „egészséges” életvitelbeli kérdés.

E tértlenség („punnyadás”) ellenpólusaként rendre megjelenik egy felfokozott állapot („pörgés”). A felfokozottság érzését kiválthatja valamely közösségen belüli történés (például személyek, csoportok vagy családok konfliktusa), a fiatalok bizonyos akciói (viták, verekedések, csoportos rongálások), vagy éppen a külső környezettel (idegenekkel, rendőrséggel) való összeütközés.

A „pörgés” érzelmi állapota megszünteti a mindennapok ürességét, egyhangúságát – ha időlegesen is –, az erő, a hatalom, a saját sorsuk feletti kontroll illúzióját biztosítja. Mivel a felnövekvő gyermekek és fiatal felnőttek iskolai, közösségi aktivitásaik során csak elvéve találkoznak a sikerélmény érzésével, így idővel rabjaivá válnak az ingerkeresésnek. A „pörgés” állapotához a tinédzserkor kezdetétől egyre gyakrabban kapcsolódik alkohol-, illetve drogfogyasztás. A stimuláns hatású dizájner drogok szerepe főleg a csoportos verekedések esetén érhető tetten.

A szintetikus kábítószeres használói azonban az elérhető anyagok minőségromlása miatt a módosult tudatállapot sokszor kontrollvesztésbe, néha pszichózisba csaphat át.

A kiszámíthatatlanság, a váratlanság érzése illeszkedik a teleti élet mindennapjaihoz, így ez nem visszatartó erő a fogyasztásban.

A társadalmon kívüli szegénységben nevelkedő fiatalok korai szerhasználatát nem csupán az őket körülvevő felnőttvilág intenzív függőségei bátorítják, hanem az érzelmi életüket meghatározó sivárság, reménytelenség és magárahagyottság.

²⁸ Csák Róbert Márványkövi Ferenc Rác József, Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban, EMMI, 2017.

²⁹ Felvinczi Katalin, VÁLTOZÓ KÉPLETEK – ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK, Budapest, 2017.

Ez megjelenhet egyrészt a magányosság, kirekesztettség érzésében, így a vágy felerősödik a szereket használók közösségéhez való tartozásban, másrészt a főként fiatalok által használt ÚPSZ hatásaival kapcsolatos kíváncsiságban.³⁰

„A mentális állapotok figyelembevételének – egyben a szegénység csapda jellegének – másik megközelítése a „tanult tehetetlenség” jelensége, amelyet számos társadalmi probléma (depresszió, különböző függőségek, családon belüli erőszak vagy a szegénység) interpretálására is alkalmaztak. A jelenség lényege, hogy az általunk nem befolyásolható negatív események sorozata növeli az abbéli várakozásunkat, hogy a jövő eseményei szintén befolyásolhatatlanul következnek majd be. Ebben az állapotban a motiváltság csökkenése, érzelmi instabilitás, passzív, demoralizáló viselkedés figyelhető meg, amelyben az egyén nem tesz lépéseket, hogy elkerülje a negatív következményeket, még akkor sem, ha az módjában állna...”³¹

Kutatási tapasztalatok szerint a telepi élet egyik velejárója a nyitottság, mely az általános családi és életesemények mellett a droghasználatra is kiterjed. A közösség a szerhasználat kipróbálásában, folytatódásában, ugyanakkor a változtatásban, a droghasználat felhagyásában is jelentős szerepet játszik. A szerfogyasztás a gyerekek előtt zajlik, a kilenc-tíz évesek is ismerik a szerek neveit, részletesen el tudják mesélni, hogyan néznek ki, hogyan használják, és milyen hatásokat váltanak ki az egyes anyagok. A legális szerek nyílt használata, a családi eseményeken történő együttes alkoholhasználat, a fiatalkorúak bevonása az italozásba egyrészt mintát ad, másrészt a szülők droghasználattal kapcsolatos elfogadó attitűdjét közvetíti a gyerekek felé.³²

Az egyéni interjúk tapasztalatai

Arra a kérdésre, mi lehet az oka a településeken élő szenvedélybetegek addikciójának hátterében, a válaszadók eltérő, ugyanakkor egymással összefüggő válaszokat adtak. A válaszadók összesen 78 indokot sorolt fel, a kapott válaszokat 11 kategóriába tudtuk sorolni:

- családi minta
- munkanélküliség
- kilátástalanság
- csoportthatás
- magánéleti problémák
- menekülés, túlélési stratégia
- unalom, motiválatlanság
- nevelés, szocializáció
- szegénység
- élménykeresés, pörgetés
- egyéb

A családi minta kategóriába kerültek azok a válaszok, amelyek a függőségek kialakulását a szülők által átörökített szokásokban, életszemléletben látják, azokat az attitűdöket, melyeket a

³⁰ BALÁZS ANDRÁS, Az új típusú droghasználat szerepe és megjelenése a társadalom periferiáján élő fővárosi roma közösségekben, METSZETEK Vol. 4 (2015) No. 4.

³¹ Csák Róbert Márványkői Ferenc Rác Zoltán, Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban, EMMI, 2017.

³² Felvinczi Katalin, VÁLTOZÓ KÉPLETEK – ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK, Budapest, 2017.

felnövő gyerekek is elsajátítanak. A családi örökletes mintákat a településvezetők és a családsegítők közül 5, illetve 6 fő említette, továbbá egy egyéb típusú szervezet munkatársa. A teljes mintában ez az ok vezette a listát 12 említéssel.

A második helyen az egyéb kategóriába sorolt indokok kerültek, összesen 10 említéssel. Itt a településvezetők nem említettek indokot, a családsegítők 6, egészségügyi dolgozótól 2, egyéb szervezettől szintén 2 esetben érkezett válasz. A családsegítők munkatársai közül 1 fő a genetikai hajlamot, 3 fő a szabadidő hasznos eltöltésének lehetőségeinek hiányát, 1 fő az atomizálódott roma társadalmat, 1 fő pedig a kíváncsiságot jelölte meg, mint kiváltó okot. Az egészségügyi dolgozók 2 esetben említették az alacsony iskolai végzettséget, mint kiváltó okot.

A harmadik helyen 9 említéssel szerepelt a munkanélküliség, ezt a polgármesterek 4, a családsegítők 5 alkalommal említették. A munkanélküliség kategóriája helyenként átfedést mutatott a motiválatlansággal, a kilátástalansággal, illetve a munkára való alkalmatlansággal is, az viszont nem derült ki, ezek közül mi az ok és mi az okozat, esetleg egymásra ható tényezőkről van-e szó.

Három esetben 8 említést kapott a kilátástalanság, a csoportthatás és az unalom. A kilátástalanságot 4 esetben településvezető, 3 esetben családsegítő, 1 esetben egészségügyi dolgozó említette. A válaszadók itt a távlati célok hiányára, a megfelelő munkalehetőség szűkösségére egyaránt utaltak, kiemelve, hogy az érintettek többnyire alacsony iskolai végzettségűek, akiket szinte kizárólag az önkormányzat képes közfoglalkoztatásban alkalmazni, más lehetőségük esetleg az időnymunkák lehetnek.

Szintén 8 említés érkezett a csoportthatásra, elsősorban a fiatal szerhasználók esetében használták gyakran, a kipróbálást is ide kötötték; 2 alkalommal a településvezetők, 3 alkalommal a családsegítő szolgálat munkatársai, 2 alkalommal egészségügyi dolgozó, 1 alkalommal egyéb szervezet említette.

Az unalmat, motiválatlanságot összesen szintén 8 esetben, egy településvezető, 4 családsegítő munkatárs, 2 egészségügyi dolgozó és 1 egyéb szervezet képviselője említette, itt elsősorban általános letargiáról, céltalanságról, a jövőkép teljes hiányáról beszéltek a válaszadók.

A továbbiakban három kategória is 6-6 említést kapott: a menekülést, a nevelést, illetve a magánéleti problémákat 6-6 alkalommal adták meg indokként.

A függőséget, mint menekülést, túlélési stratégiát 2 esetben jelölte meg magyarázatként polgármester, 4 esetben családsegítő. A párkapcsolati problémákat, mint kiváltó okot 2 esetben említette településvezető, 4 esetben családsegítő, de a többi interjúból is kiderült, hogy különösen az alkohol esetében gyakori, hogy a gyász, a magánéleti, családi kudarcok feldolgozását ezen keresztül próbálják megoldani az érintettek.

Szintén 6 esetben említették a rossz szocializációt, nevelést, mint az addikció okát, 2 esetben településvezető, 3 esetben családsegítő, 1 esetben egészségügyi dolgozó. A nevelés említésekor minden esetben kiemelték a megengedő nevelési stílust, azt, hogy ezekben a családokban anyagi helyzetől függetlenül a gyerek irányít, a szülők félnek következetes nevelést alkalmazni. A szocializáció említésekor szintén erre a túlzottan engedékeny stílusra, az értékek hiányára, vagy a rossz szocializációs mintákra gondoltak, de egy fő ezalatt a szeretet hiányát is említette, ami nem volt jellemző a minta többi tagjára.

Végezetül 5 alkalommal (2 polgármester, 3 családsegítő) említették a szegénységet, az elégtelen lakáskörülményeket, mint kiváltó okot, amely összefüggésben áll a helyben és a

környéken elérhető munkalehetőségekkel, az érintettek anyagi helyzetével, kitörési lehetőségeivel is.

A válaszokat tekintve mind a településvezetők, mind a családsegítő és egyéb szervezetek munkatársai hasonlóan látják a problémákat, egy-egy településen belül azonban előfordulnak markáns eltérések ugyanúgy, mint például a szegregátummal kapcsolatos kérdés esetében. Ritka volt az olyan település, ahol a polgármester és a családsegítő hasonlóan gondolkodott volna, általában gyenge átfedések fordultak elő (főleg a munkanélküliség, kilátástalanság esetében), de voltak olyan települések is, ahol a településvezető elsősorban a munkaerőpiac szempontjából közelítette meg a kérdést (nem tudnak/akarnak dolgozni, motiválatlanok, unatkoznak), a családsegítő munkatársa pedig inkább szociális szempontból közelített a problémához (értékek hiánya, rossz szocializáció, megengedő nevelési stílus). Ez persze munkaköri eltérésekből is adódik, de a fejlesztések szempontjából mindenképp érdemes helyileg vizsgálni az együttműködési lehetőségeket, az eltérő szempontok kiegyenlítését.

IV. A felzárkózási adatok alapján beazonosított szolgáltatási hiányok

A kutatás tervezése során a hiányterületeket hat csoportba soroltuk, az interjúk lekérdezése során csak a megnevezésüket ismertettük annak érdekében, hogy a válaszadókat ne befolyásolják a kutatási eredmények. A projekt során elkészült Szolgáltatási Út Térkép adatai, valamint a szintén a projektben a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat által készített fókuszcsoportos interjúk összefoglalója alapján a hat beazonosított terület a következő:

- Beavatkozási területek megtervezése
- Szakemberek fejlesztése
- Intézményfejlesztés
- Közbiztonság
- Infrastruktúra
- Szolgáltatások a függőséggel érintettek számára

Beavatkozási területek megtervezése

A Helyi Esélyegyenlőségi Programokban bemutatott szegregátum fogalmak, területek nem egyértelműek, pontosak. 10 település dokumentumai nem tartalmaznak a szegregátumokra vonatkozó adatokat.

Csak négy HEP-ben jelenik meg problémaként a függőség. A fókuszcsoportos interjúkban, pedig csak a települések vezetőinek a fele említi, mint probléma. Fontos felmérni, hogy a település életében mekkora problémát jelent az addikció, mi a helyi társadalom viszonya ehhez a problémához, akarnak-e ezzel foglalkozni, változtatni rajta.

A településeken nem készült felmérés az addikcióval érintett lakosságról, csak becült adatok állnak rendelkezésre. Nem ismert a szerfogyasztási preferencia sem.

A települések nem rendelkeznek stratégiával azzal kapcsolatban, hogy a hogyan kezeljék az addikciós problémát a településen, milyen helyi és külső szervezeteket vonjanak be, milyen szakembereket kérjenek fel, milyen szolgáltatásokat szervezzenek a probléma mérséklése érdekében.

Nem készült felmérés az egészséges életvitel hiányainak okairól a bevont településeken

Szakemberek fejlesztése

A rendelkezésre álló dokumentumok szerint a családsegítő szolgálatok is munkaerőhiánnyal küzdenek, gyakran helyettesítésre kerül sor, mely nem kedvez a segítő-kliens kapcsolatnak. A munkatársak leterheltek, túlzó adminisztráció, a kötelező feladatellátás a jellemző. Indokolt a szociális szakemberek létszámának növelése.

A szociális területen dolgozó munkatársak nem rendelkeznek információval az addikcióval, szerhasználattal, szenvedélybetegségekkel, szerekkel kapcsolatban. Kevés az ismeretük a szenvedélybetegeket ellátó intézményrendszer működésével, feladataival kapcsolatban is. A családsegítő szolgálatok munkatársainak nem minden esetben vannak naprakész tudása arról, hogy hová kell a függőséggel küzdő embereket irányítani.

Nincs megszervezve a rendszeres együttműködés, a tapasztalatcsere lehetősége, a szakemberek képzése, továbbképzése, érzékenyítése a problémával érintett szakemberek, intézmények között.

Intézményfejlesztés

Amennyiben a megfelelő szakemberlétszám rendelkezésre áll a családsegítő szolgálatoknál, meg kell vizsgálni, hogy helyben milyen szükségletek maradnak ellátatlanul, majd az eredmények birtokában a családi és gyermekjóléti szolgáltatások bővítésre kerülhetnek (pl. utcai szociális munka, krízisintervenció, csoportmunka), úgy, hogy azok bizalmi kapcsolaton alapuló, stigmatizáció-mentes ellátórendszert alkothassanak.

A családsegítő szolgálatnál alkalmazott szakembereken kívül szükség lehet speciálisan képzett szakemberek jelenlétére is, akiknek szakterülete az addikció (pl. mentális alapellátás).

A HEP szociális ellátórendszer fejezetében a jelzőrendszer működésének bemutatása során (a nemzetiségi önkormányzattal való együttműködés kapcsán is) többször előfordul a jól és hatékonyan működő együttműködés említése. Azonban nem derül ki, hogy ez miben nyilvánul meg, a hatékonyság milyen mutatókkal mérhető.

Minden vizsgált településen biztosított az egészségügyi alapellátás (házi orvos), de gyakori a betöltetlen praxis, a helyettesítés. A szolgáltatás általában vegyes praxis, ahol a felnőtt és a gyermekgyógyászatot ugyanaz az orvos látja el, van olyan település (Told) ahol a rendelkezésre állás heti egy alkalommal egy óra. Hasonló a helyzet a védőnői, gyógyszerészeti ellátás területén is.

Igény merült fel az egészségügy fejlesztése területén a helyben elérhető szakorvosi ellátásra is, pl. a pszichiátriai betegek számára. A 22 vizsgált település közül csak Álmosdon és Hajdúhadházon található szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezet.

Jelen kutatásban kevésbé sikerült megszólítani az orvosokat, gyógyszerészeket, így az ő kapcsolataikat, tevékenységüket nem tudtuk felmérni az addikcióval érintett lakosság ellátásával kapcsolatban. Nem tudtuk meg, hogy hány beteget sikerült szakellátásba küldeni, milyenek voltak a körülmények, milyen eredmények születtek.

A szűrővizsgálatok hiánya feltűnik a SZÚT-ban és a csoportos interjúkban is, a dokumentumok alapján megjelenik benne az információhiány, a nem megfelelő tájékoztatás a szűrés protokolljáról, továbbá a pénzhiány a szűrések finanszírozásáról, valamint a szűrésekre való eljutásról. Ennek ellenére általános jelenség, hogy a helyi szűrővizsgálatokon alacsony a részvételi arány, ez a mutató még kisebb a nők körében.

Szinte minden településen felmerült az egészségvédelemmel, egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek hiánya. Prevenációs tevékenység az iskolán kívül elvétve fordul elő, melyre jellemző, hogy egy alkalmas, többnyire elrettentő hatású.

Mivel jellemzően az ÚPSZ használók erősen marginalizáltak, mélyszegény körülmények között élnek, kiemelkedő fontosságú mind az egészségügyi, mind pedig a szociális szolgáltatásokhoz való (rendszeres) hozzáférésük.

A kutatási adatok azonban arra engednek következtetni, hogy az ellátórendszer nem, vagy csak 1-1 okból kifolyólag tudja elérni ezt a célcsoportot: leginkább az általános házi orvosi rendelők felkeresése a tipikus (de nem szerhasználatból fakadóan), míg a szociális munkással és főként a családsegítővel történő találkozás nem, vagy csak kevésbé jellemző. A kifejezetten szerhasználókat érintő szolgáltatás, a drogambulancia látogatása is csak keveseket érint, az is leginkább elterelés miatt. A hivatkozott kutatás során a szerhasználókkal készített interjúk

rávilágítottak arra, hogy az aktív ÚPSZ használók segítséget csak saját köreiktől remélnék, a szakmai segítséget vagy nem ismerik, vagy arról rossz tapasztalatokkal rendelkeznek.³³

A településeken meg kell teremteni annak lehetőségét, hogy a helyi intézmények, a települési szintű ellátórendszer szakembereinek, valamint civil szervezetek, egyházak munkatársainak szakmai összefogása megvalósulhasson a témában. pl. település szintű önszervező klubok működtetése (AA), gyógyult szenvedélybetegek rendszeres meghívása.

Jelenleg nincs olyan szervezet a térségben, amely ezeket a feladatokat koordinálná, szervezné.

Az önkormányzatok többsége még nem ismerte fel a civil szervezetek, egyházak, roma kisebbségi önkormányzatok forrásteremtő képességében rejlő potenciált, a feladatellátás átvállalásának lehetőségét, ezzel a szociális háló erősítését, a projektek megvalósítása eredményeképpen a helyi munkahelyteremtő szerepét.

Az önkormányzatok fókuszában inkább a kulturális, sport, szabadidős civil szervezetek tevékenysége áll. Nincs naprakész tudásuk arról, hogy a településükön milyen tevékenységeket, szolgáltatásokat végeznek az egészségügyi, szociális célú civil szervezetek, az egyházaknak milyen karitatív tevékenységei vannak. Az ezen a téren működő civil szervezetek, egyház munkájának megismerése és támogatása (családok megerősítése, tanácsadások, tanárok képzése, sorstárs prevenciók) megkönnyíti az önkormányzat feladatellátási tevékenységét.

Közbiztonság

A lakosság, főként az idősek, igénylik a rendszeres rendőrségi jelenlétet, a rendőrségnek van jogosultsága, hogy büntetést szabjon ki a szerhasználókkal, terjesztőkkel szemben. A COVID – 19 járvány egyik hatása, hogy nagyrészt a települési kocsmák végleg bezártak. Községi terek nem minden településen állnak rendelkezésre, így az élet kitolódott az utcára. Meg kell vizsgálni szükséges-e a közterületen való viselkedés helyi szintű szabályozása. Szintén a biztonságérzetet növelheti a polgárőrség által alkalmazott, a főként időseknél lévő jelzőkészülék, mely riasztása esetén kivonulnak a helyszínre.

Infrastruktúra fejlesztése

Közösségi közlekedés fejlesztése, buszjáratok számának növelése, a munkakezdéshez illeszkedő járatok indítása a lakóhelytől távol eső munkahelyek, valamint az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének megközelíthetősége miatt.

A telepi körülmények között élők lakhatási körülményeinek fejlesztésének vizsgálata (szociális bérlakás, telepes program), belterületi utak, járdák fejlesztése, a közintézmények akadálymentesítés megközelíthetősége.

Több önkormányzat jelezte, hogy nem áll rendelkezésre a településen közösségi tér, így nem valósulhatnak meg a lakosság és a gyerekek számára a szabadidő hasznos eltöltését elősegítő rendszeres programok, iskola időn túli elfoglaltságok.

³³ Csák Róbert Márványkövi Ferenc Rác József, Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban, EMMI, 2017.

Függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások

A szegregátumokban élő szenvedélybetegek nem rendelkeznek információkkal arról, hogy problémájukkal hová fordulhatnak.

Szerhasználattal, függőséggel, leszokással foglalkozó szolgáltatások a településeken nem jellemzők, ezek csak Debrecenben érhetőek el.

Szükség van helyi szintű ártalomcsökkentésre, prevenciós programokra, szemléletformálásra.

A szegregátumban élők komplex problémáinak feltárása, megoldási stratégiák kidolgozása (munka, lakhatás, függőség kezelése stb.)

Az egyéni interjúk eredményei

A kérdőív ezen részében a másik kérdésünk arra irányult, milyen fejlesztési lehetőségekre lenne szüksége a megkérdezetteknek a településen, hogy sikeresen tudják kezelni a helyben fellelhető addikciókat. Ez a kérdés előkészítette a fókuszcsoportos interjúkat is, előzetesen felmérte, mik azok az irányvonalak, melyek mentén a megkérdezettek gondolkodnak.

A megkérdezettek összesen 76 választ adtak meg 7+1 kategóriában. A kategóriákat előzetesen láthatták a megkérdezettek, a kérdés félig nyitott volt. A +1 kategóriába soroltuk azokat, akik megítélése szerint minden adott a településen, nincs szükség fejlesztésre, közülük 1 településvezető, 2 pedig a családsegítő szolgálat munkatársa volt.

A válaszadási kategóriák a következők voltak:

- beavatkozási területek megtervezése
- szakemberek fejlesztése
- intézményfejlesztés
- közbiztonság
- infrastruktúra
- függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások
- egyéb

A válaszadásoknál jellemző volt, hogy a polgármesterek kevesebb kategóriát jelöltek meg, míg a családsegítők akár az összes kategórián belül javasoltak fejlesztési pontokat; a településvezetők részéről így összesen 24, a családsegítők részéről 43, az egészségügyi dolgozók részéről 2, az egyéb szervezetek képviselőitől pedig 7 javaslat érkezett.

A legtöbben (7 esetben településvezető, 10 esetben családsegítő, 2 esetben egészségügyi dolgozó, 2 esetben egyéb) a szakemberek fejlesztését javasolták, itt a legtöbben a helyben dolgozó szakemberek számának növelését, speciális képzéssel rendelkező szakember helyben való elérhetőségét, a már ott dolgozók tudásbővítését szeretnék elérni.

Ezt szorosan követte az intézményfejlesztéssel kapcsolatos igények jelzése, ezt a kategóriát összesen 6 alkalommal jelölte meg polgármester, 5 alkalommal családsegítő és 3 alkalommal egyéb szervezet munkatársa. Az intézményfejlesztésen belül elsősorban közösségi tér kialakítását említették, ahol a helyiek aktívan és hasznosan tölthetik el szabadidejüket, de ide sorolták a helyi civil szervezetek aktívabb bevonását is a közösségi programok szervezésébe, illetve a településen megvalósítandó, hosszú távú fejlesztéseket is.

A harmadik leggyakrabban adott válasz a függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások voltak (3 esetben polgármester, 9 esetben családsegítő, 1 esetben egyéb

szervezet) említette ezek szükségességét, ugyanakkor 2 választ leszámítva mindegyik a prevenciós előadásokat szorgalmazta, a már szenvedélybetegek esetében az ártalomcsökkentést, illetve a leszokással kapcsolatos segítséget csak két fő említette.

A következő leggyakoribb válaszkategória az infrastrukturális fejlesztések voltak, ezt 3 esetben polgármester, 5 esetben családsegítő jelölte meg. A családsegítők közül nem igazán részletezték ezt a kategóriát, a településvezetők viszont az utak fejlesztését, a lakhatási körülmények javítását, a helyközi közlekedési lehetőségek bővítését tartották itt fontosnak. Volt, aki a lakhatási körülményeken túl a szegregátumi lakókörnyezetet is szeretné fejleszteni, elsősorban tisztálkodási, mosási lehetőség biztosításával.

Hat-hat javaslat érkezett a beavatkozási területek megtervezése és a közbiztonság kategóriákban. Előbbit csak a családsegítő szolgálatok munkatársai említették, kiemelve, hogy a településeiken nem vagy csak ritkán érkeznek a szenvedélybetegséghez köthető írásos jelzés a jelzőrendszer tagjaitól, az érintettek maguk pedig még nem érzik problémának saját szenvedélybetegségüket, így az ellátórendszer nem tud időben közbelépni. A közbiztonság fejlesztését ugyanakkora arányban említették polgármesterek, mint családsegítők (3-3 alkalom), de eltérő irányultságból: a településvezetők a köztéri kamerarendszerek kiépítését szorgalmazták, míg a családsegítők inkább a napi, terepen végzett munkájukhoz igényeltek volna segítséget. (Nem feltétlenül rendőrségi beavatkozást, inkább egy olyan személyt, akinek tekintélye van az ügyfelek között.)

Az egyéb kategóriában 1 településvezető, 3 családsegítő és 1 egyéb szervezeti munkatárs tett javaslatokat, itt felmerült a klasszikus roma foglalkozások és a lovári nyelv oktatása, a 8 osztály megszerzésének támogatása felnőttoktatás keretein belül, hatósági jogkör adása a családsegítő szolgálat munkatársainak (összhangban a közbiztonsági javaslatokban elhangzottakkal), a segélyrendszer megszüntetése („munkára kényszerítés”), az ellátórendszer munkájának összehangolása, illetve a közösségi pozitív minta kialakulásának segítése, közösség-szervezés.

A válaszadók közül ugyanakkor többen megjegyezték, hogy az érintettek nincsenek munkára kész állapotban, megelégszenek a közmunkával akkor is, ha helyben, vagy más településen magas fizetésű pozícióban tudnának dolgozni, a fásultságukkal, érdektelenségükkel kellene elsősorban foglalkozni, addig a többség motiválatlan marad a helyi fejlesztések igénybevételére is (pl. Biztos Kezdet Gyerekház, Tanoda stb.).

V. A fókuszcsoporthos interjúk feldolgozása

A kutatás során két alkalommal fókuszcsoporthos interjút szerveztünk a bevont 22 település vezetői számára. A megye déli részéhez közelebb eső települések vezetőinek Berettyóújfaluban, az innen északra eső települések vezetőinek pedig Debrecenben. Módszertanilag a csoportbontást a potenciális résztvevők magas száma indokolta.

A fókuszcsoporthos interjú célja az volt, hogy a polgármesterek részletesebben kifejhessék a véleményüket a kérdőívekben is feltett témákban. A résztvevők véleményét, attitűdjét szerettük volna megtudni az addikcióval kapcsolatban, valamint azt, hogy hogyan tudnak kapcsolódni, reflektálni egymás véleményére.

A fókuszcsoporthos interjú időtartamát 1.5 órára terveztük, a meghívókat az esemény előtt egy héttel e-mailben kiküldtük, visszajelzést kérve a részvételtől. Elfoglaltság esetén felajánlottuk, hogy szívesen látjuk a problémát ismerő más települési szakember jelenlétét is. A csoportos interjú előtti napon telefonon is felhívtuk a településvezetőket a részvételi szándékkal kapcsolatban.

A fókuszcsoporthos interjú Berettyóújfaluban 4 település, Debrecenben 3 település vezetője jött el az alkalomra, mely a meghívott résztvevők 30%-a. A résztvevő települések: Álmosd, Berekböszörmény, Bojt, Hajdúszovát, Sáp, Tiszacsege és Told.

A három kérdés a következő volt:

1. Mi lehet az oka a szegregátumban élők szenvedélybetegségének kialakulásának?
2. Mire lenne leginkább szükség, mi az, ami hiányzik?
3. Mit lehet tenni? Javaslatok, lehetőségek megfogalmazása a szenvedélybetegségek ártalmainak helyi szintű mérséklése tekintetében

A következőkben a fókuszcsoporthos elhangzottak összefoglalását írjuk le. A válaszadóknak a fókuszcsoporthos módszereinek, kereteinek az ismertetése után elmondtuk, hogy nincsenek jó és rossz válaszok, a véleményükre vagyunk kíváncsiak. A közös értelmezési keret érdekében még egyszer ismertetésre kerültek a kutatás során a szenvedélybetegségek kategóriái (illegális szerek, legális szerek, viselkedésfüggőség). Tapasztalatunk szerint az előbeszédben, az egymásra való reagálás miatt nehezebb tartani a fókuszot, ezért a témák között néhány helyen átfedés, keveredés alakult ki.

A szenvedélybetegség kialakulásának okai

Mindkét csoportos beszélgetésen felmerült az elmúlt 30 évben jellemző munkaerőpiac gyökeres megváltozásának hatása az emberek életére. A rendszerváltás előtt mindenkinek dolgoznia kellett. Az alacsony iskolai végzettségű munkaerő is el tudott, illetve el kellett helyezkedjen vagy a mezőgazdaságban, vagy a munkásszállóknak köszönhetően a nagyvárosokban. A rendszerváltás utáni munkaerőpiaci helyzet megváltozása elsőként pont ezt a réteget érintette, ők veszítették el elsőként a munkahelyeiket. Az ellátórendszer nem volt felkészülve a tömeges munkaerőpiaci integrációra, így ez a réteg hirtelen magára maradt, nem tudott mit kezdeni a szabadságával, ellátást, munkalehetőséget az államtól várt. Nem volt eszköze arra, hogy felelősséggel kezelje a saját sorsát, ezt inkább teherként élte meg. A jelen állapothoz képest akkoriban viszonylag magas összegű, hosszú ideig járó munkanélküli ellátás arra szocializálta ezt a réteget, hogy munkavégzés nélkül lehet ellátáshoz jutni.

A válaszadó polgármesterek szerint a településükön a szenvedélybetegség az alacsony iskolai végzettségű, 14-30 év közötti, munkanélküli, ezáltal szegénységben élő, roma fiatalokra jellemző leginkább.

Az azóta eltelt időszakban már kialakult a többgenerációs munkanélküliség, amelyet néha az idénymunkák és az önkormányzat által szervezett közmunka szakít meg. Az eltelt évtizedek alatt a munkavállalók igény szintje egyre csökkent, alkalmazkodott a munkanélküliség, közmunka, idénymunka ciklushoz. A mélyszegénységben élők nem rendelkeznek perspektívával, életszéméletükre a jelenorientáltság jellemző. Ez az életmód jelentős belső feszültséget generál, a kilátástalanság érzése az oka különböző szerek fogyasztásának.

A csoportos interjú résztvevő településvezetők Tiszacsege kivételével viszonylag kis településről érkezett, így többnyire személyesen ismerik a település lakóit. A mélyszegénységben élők általános célja a közfoglalkoztatási programban való részvétel lett. Minden polgármester egyetértett abban, hogy az emberekre nem jellemző az önálló munkavégzés, a tartós koncentráció képessége, folyamatosan törődésre, odafigyelésre, irányításra, felügyeletre szorulnak. A munkavezetők úgy érenek cél, ha következetesek, valamint apró lépésenként vezetik a foglalkoztatottakat a munkafolyamatokban, minden pozitívumot megerősítenek. Folyamatosan szükséges a határok tisztázása, jellemző az egymás felbízása miatti konfliktushelyzetek kialakulása. A kisebbségi érzés, a feszültség levezetés eszköze lehet a szerhasználat (elsősorban alkohol), mely bátorságot ad a konfliktushelyzetekben.

Általános vélekedés, hogy ennek a rétegnek a túlnyomó része nem tud, nem bír napi 8 órát dolgozni, nincsenek munkára kész állapotban, nem tudnának tartósan beilleszkedni az elsődleges munkaerőpiacra. A helyben elérhető, kis létszámú foglalkoztató munkahelyek pedig elsősorban nem ebből a rétegből alkalmaznak munkaerőt.

A közfoglalkoztatási programokban hallgatólagosan elfogadott, hogy nincsenek igazi, mérhető eredmények, az elvégzett munkára nem jellemző az igényesség, így a résztvevőknek nem is fejlődnek a munkavégzéshez szükséges kompetenciái.

Az elsődleges munkaerőpiaci elvárásoknak nem megfelelő emberek a helyzetükből fakadó kilátástalanság miatt nem is próbálkoznak kitörni a közmunkás létből és próbálnak elhelyezkedni az elsődleges munkaerőpiacon, nem is akarnak többet elérni a közmunkás létől. Sőt félnek is elhagyni a viszonylagos társadalmi, gazdasági biztonságot nyújtó közmunkaprogramot, mert az esetleges sikertelenség esetén nem biztos, hogy van a közmunkaprogramban szabad státusz, nem garantált, hogy vissza tudnak oda térni. A fentebb leírt tartós feszültségérzet pszichés problémákat generálhat, melyben jelen van a szándék a változtatásra, de a szerhasználati hiányállapot miatt akkor sem munkaképes állapotú, ha pl. iszik, és akkor sem, ha nem iszik, az elvonási tüneteket pedig csak a szerhasználat tudja enyhíteni. Példaként egy alacsony iskolai végzettségű, tartósan munkanélküli személy esete hangzott el, akinek hosszú idő után először nyílt lehetősége tartósan, közmunkán kívül elhelyezkedni; a helyzet azonban akkora stresszt váltott ki belőle, hogy már az állásinterjú előtt innia kellett egy felest, hogy az izgatottságát enyhítse.

A közfoglalkoztatásban való részvételért kapott fizetést az önkormányzatok több részletben adják, mert a fent említett jelenorientáltság miatt a pénzbeosztás nehezen tartható. A jövőkép hiánya miatt gyakran az egész fizetést különböző szerekre költik, nem tudatosul bennük, hogy mennyire káros a szervezetükre, milyen szinten rombolja az egészségüket. Jellemző például, hogy a reggelit energiáikkal helyettesítik.

Az új pszichoaktív szerek térhódítását azzal magyarázták, hogy beszerzési ára jóval alacsonyabb, mint pl. az alkoholé, a hozzájutás pedig helyben nem jelent gondot. Az új pszichoaktív szerektől érzett kiütéses állapot elérése a kevesebb, mint a felébe kerül az alkohol árának. Tiszacsegén nemrég történt egy haláleset ÚPSZ (bika) túladagolás miatt, ahol az együtt szórakozó társaság egyértelműen az ár miatt választotta az ismeretlen eredetű, hatású szert.

A rendőri intézkedést befolyásolja, hogy a településen előállított ÚPSZ még nincs rajta a tiltólistán. A cél, hogy jól érezzék magukat, illetve unalomból, időtöltés céljából fogyasztják. Az új pszichoaktív szerek egészségkárosító hatása sokkal nagyobb, mint más szereké, egyrészt nagyon hamar kialakul a függés, másrészt hamar rombolja, leépíti az egészséget, mentális problémákat, pszichózist okozhat. A fogyasztók korábban kérnek segítséget, fizikailag rossz állapotban vannak, sok esetben szövődményekkel küzdenek.

Az egyik településvezető megfogalmazta, hogy igyekeznek minden segítséget megadni a mélyszegénységben élőknek a helyzetük javítása érdekében, de a változást nekik is akarni kell. A motiváció megtalálása és a közöny oldása az egyik legnehezebb feladat. Szintén a közöny és a konfliktuskerülés okozza azt, hogy nem merik vagy nem akarják feljelenteni a számunkra ismertté vált drogterjesztőket, illetve függnek is a dílerektől.

A gyerekek iskolai teljesítményét, motivációját befolyásolja, hogy naponta megtapasztalják, hogy a családból a felnőttek nem készülődnek reggel munkába, csak a gyerekek mennek iskolába, bár a család részéről a tanulás, a továbbtanulás nem érték, szemben azzal, hogy a szülők az idénymunkák elvállalását preferálják a gyerekek részéről. A szülők, bár otthon vannak, a ház körüli teendőket elhanyagolják, a kertet nem művelik. Az egyik válaszadó szerint a kulcsszó a szemléletváltás. Fontos, hogy a gyerekek ki tudjanak lépni a szüleik kilátástalan helyzetéből, nagy a nyomás az iskolán, hogy a szülők helyett megerősített szocializációs színtérként funkcionáljon, tudja pótolni a szülők nevelési hiányosságait. Megfogalmazásra került, hogy a kollégiumi nevelési forma hatékony lehet úgy, hogy közben a családot is be kell vonni a tanulási folyamatba, hogy érezzék azt, hogy megéri tanulni. Olyan módszert kell keresni, amivel meg lehet változtatni az igénytelenséget, érdektelenséget, perspektívát adni a fiatalok számára. Ez azért is jelent nehézséget, mert az iskola felelőssége egyre nő, viszont a jogai egyre kevesebbek.

Az iskolában a gyerekek gyakran küzdenek magatartási, beilleszkedési, tanulási zavarral. Amennyiben az iskolában elérhető speciális szakember, pl. pszichológus segítségét a szülők gyakran nem támogatják, nem fogadják el a lehetőségét annak, hogy a gyerek részt vegyen a foglalkozásokon, mert azt tartják, hogy a gyereket ebben az esetben hátrányos megkülönböztetés éri. Az ebbe a társadalmi rétegbe tartozóknak a szakembertől való segítségkérés nem tartozik bele az értékrendjébe, emiatt idegenkednek tőle.

A speciális segítségnyújtás mellett a válaszadók fontosnak tartották, hogy már egészen kicsi korban (óvoda, általános iskola alsó tagozata) biztosítani kell a fiatalok számára az iskolaidőn kívüli programokat, hogy megszokják a lekötöttséget. Fontos, hogy a gyerekeknek legyenek céljaik, felelősségtudatuk alakuljon ki.

A gyerekekre jellemző az a családi, szülői minta is, hogy nem becsülik meg azokat a dolgokat, amelyeket kapnak. Példaként említésre került, hogy a településen élők közül mindenkinek főznek a népkonyhán, de pont a mélyszegénységben élők válogatnak az ételek között.

Több válaszadó is csodálkozását fejezte ki, hogy a rendkívül alacsony közmunkabér mellett hogyan tudnak ezek a családok legális és illegális szerekre költeni, okostelefont,

számítógépet, márkás ruházati cikkeket beszerezni. A helyi közösségek elfogadják, ha a jövedelem nem legális körülmények között keletkezett, a pénz, a gazdagság az érték.

Egy válaszadó említette, hogy a településen élő romák mélyen beágyazódtak a helyi társadalomba, egyfajta tevékenység végzéséből jól megélték. Ez vonzóvá vált a távoli településeken élő rokonoknak, barátoknak, házakat vettek a településen, betelepültek, teljesen más nem szabálykövető viselkedési mintáik vannak, mint a régóta ott élő romáknak.

Hiányterületek beazonosítása

Az érintetteket képessé kell tenni az elsődleges munkaerőpiaci beilleszkedésre, amihez jó eszköz az önkormányzat által szervezett közfoglalkoztatás. A munkavégzés során egyéni szinten folyamatos kontroll, kézfogás szükséges, nem lehet őket magukra hagyni. Az alacsony iskolai végzettség pótlására biztosítani kell az alapfokú oktatás befejezését, valamint a szakmaszerzés lehetőségét. Folyamatos elfoglaltságot kell biztosítani számukra. Az addikcióval kapcsolatban a saját akaraton kívül szakemberekre van szükség, valamint a család segítségére. A legnehezebb az, hogy az érintettek nem akarnak változtatni a sorsukon.

A szegregátumban lakó gyerekek rossz mintát látnak maguk előtt, nem tud kialakulni a felelősségvállalás a gyerekekben. A társadalom részéről megszűnt az elvárás, a család pedig nem érzi a felelősséget és nincs szégyenérzete azért, mert a gyerekek nem szerzik meg az alapfokú végzettséget, vagy hogy a lakókörnyezet nincs rendben.

A fentebb említett feszültségérzést fokozza, hogy az okoseszközök elterjedése miatt túl sok információhoz jutnak a szegregátumban élők, melynek feldolgozásához nincsen megfelelő eszköztáruk, nem rendelkeznek forráskritikával. A TV-ben látott, gyakran roma származású celebek világa és a saját életkörülményeik, vágyaik között óriási a szakadék, túl nagy a kontraszt. Az irreális vágyak megjelenése egyfajta menekülés a valóságból.

Egy válaszadó kiemelte, hogy míg régen volt lehetőség olyan rendezvényeken részt venni, ahol a településen széles társadalmi réteg képviseltette magát, a középosztály mintát adott a viselkedésével, a mai világban már ilyen alkalmak nincsenek, túl nagy a távolság a társadalmi rétegek között, illetve az értelmiség elköltözött a településről, a szakemberek a városból munkavégzés céljából utaznak a településre, nem integrálódtak a helyi közösségbe, így életviteli mintaként nem szolgálhatnak a helyi társadalom számára.

Javaslatok, lehetőségek

Az addikcióval érintettek motiválása a változtatásra, szembesítésük a függőségükkel és következményeivel.

Mint ahogy korábban is felmerült, az alkalmakhoz kötött programokon kívül, meg kell szervezni a folyamatos, rendszeres elfoglaltságot biztosító, az érdeklődési körhöz igazított klubjellegű foglalkozásokat. A települések nagy részében már nem működik kocsmák, mely közösségi szintként is működött. Ezért a településeknek biztosítani kell a közösségi teret, mely teret adhat a közösségi jellegű tevékenységekhez, mint pl. a teke, kártya, asztalitenisz.

A másik ilyen terület lehet a rendszeres sportolási lehetőség biztosítása, mely az egészségfejlesztő hatása mellett kulcskompetenciafejlesztő hatású is. A futball sokak kedvenc sportja, fejleszti a kitartást, az életvitelben a rendszerességet, az együttműködést, a szabálytudatot és a felelősségtudatot.

A településen működő egyházak bevonása a szabadidő szervezésébe, valamint az addikció kezelésébe. Álmosd községben a Derecske-Létavértes Kistérségi Álmosd Református Egyházközség működteti az 50 férőhelyes Idősek Klubját, az 50 fős Szenvedélybeteg Ellátást, valamint a népkonyhát.

Tapasztalat szerint a településen nincs elég információ az addikciós intézményrendszer tagjairól, működéséről.

Létszámban és szakmailag meg kell erősíteni, alkalmassá kell tenni a szociális területet, valamint a háziiorvosi szolgáltatást, hogy a függőséggel rendelkezők komplex problémáikkal helyben fordulhassanak szakemberekhez. Emellett biztosítani kell, hogy a szenvedélybetegek egyéni szintű, személyre szabott szolgáltatásban, tanácsadásban részesüljenek szakellátás keretei között.

A településeken népszerűsíteni kell a helyben elérhető alacsony küszöbű addikciós ellátás normatíva alapú indítását.

A kistelepülések polgármesterei egyedül érzik magukat, a település összes problémájával meg kell küzdeniük, szükség lenne külső szakemberek rendszeres jelenlétére.

A szegregátumban, mélyszegénységben élőkre jellemző a korai iskolai lemorzsolódás, a személyiségfejlődés befejeződése előtti korai gyermekvállalás, a családi tervezés hiánya miatt létrejövő nagycsalád, így a védőnő és a családsegítő szolgálat kiemelt támogatása szükséges.

Meg kell találni azokat a preventív formákat, melyekkel fel lehet a függőségekben szenvedők érdeklődését kelteni a téma iránt. Tapasztalat, hogy az előadások iránt jellegzetesen alacsony a helyiek érdeklődése.

A gyerekház és a tanoda szolgáltatás népszerűsítése a fiatal anyák és a gyerekek fejlesztése, szocializációja érdekében.

Helyi munkahelyteremtés, szakképzettség biztosítása a tovább nem tanuló fiatalok számára. Segíteni kell közösségbe való beilleszkedést, a helyi közösségben elfogadott szabályok, normák betartását. A reális jövőkép kialakítása, rövid és hosszútávú célok és az azokhoz vezető feladatok megtervezése.

Az elsődleges munkaerőpiaci elhelyezkedés mentális és anyagi támogatása, a potenciális munkavállalók felkészítése a munkavállalásra, a munka megtartására, a közfoglalkoztatásba visszatérés lehetőségének biztosítása.

A fiatal felnőtteken kívül a kisgyerekek számára is az iskolarendszer keretei között, a tananyagba ágyazottan kell megtanítani a társadalmi együttélés írott és íratlan szabályait. Ezeket a területeket nem kellene osztályozni.

Tovább kell szűkíteni azokat az ellátásokat, melyeket alanyi jogon járnak, helyette munkaviszonyhoz kötött ellátásokat kell biztosítani, mert a nagycsaládosoknak járó családi pótlék, GYES összege, egyéb kedvezmények és a közmunkabér összege nem segíti elő a munkavállalási hajlandóságot. Így lehetne csökkenteni azoknak a gyerekeknek a számát, akik azért születnek, hogy eltartsák a szüleiket.

A most induló Felzárkózó Települések (FETE) kezdeményezést a polgármesterek jónak tartják, mentorok fogják segíteni a hátrányos helyzetű településen élő gyerekeket, ennek egyik eleme lehetne a szülők függőségének kezelése.

Összefoglalva a fókuszcsoportos interjú eredményeit, a jelenlévő polgármesterek jól ismerik a függőséggel együtt élőket, sajátosságaikat, problémáikat. Aktívan részt vesznek a település életének szervezésében. A polgármesterek az addikciót elsősorban a telepi körülmények között élő romákkal azonosítják. A saját kompetenciájuknak megfelelően az alacsony iskolai végzettség és a szakképzettség megszerzését, a közmunka biztosítását, illetve a helyi munkahelyteremtést látják az elsődleges megoldásnak a függőség visszaszorítása terén. Segítséget szakirányú végzettségű új szakemberektől várnak, a településeken munkát vállaló szociális, egészségügyi dolgozók túlterheltsége, a munkakörök betöltetlensége, a gyakori helyettesítések miatt.

Szinte minden résztvevő kiemelte - mint segítségnyújtást - a közmunkában résztvevők egyéni szinten való szabályozását, felügyeletét.

Az addikcióra adott okok, a javasolt fejlesztések mindegyike besorolható az eddig jelzett megoldási javaslatok közé, a témában folytatott korábbi kutatások, elemzések hasonló jellegzetességeket és megoldási stratégiákat vetettek fel.

VI. Javaslatok, lehetőségek a szenvedélybetegségek ártalmainak helyi szintű mérséklése tekintetében a megnevezett településeken

Ebben a fejezetben elsőként a témában készült tanulmányoknak, kutatásoknak az ajánlásait gyűjtöttük össze annak érdekében, hogy megkönnyítsük a későbbiekben az addikciós ellátórendszer lehetséges fejlesztési lehetőségeinek és irányainak meghatározását, majd a jelen kutatás során felmerült javaslatok, lehetőségek leírása következik.

A kutatási tanulmányban még egy helyen jelennek meg javaslatok, a kutatás során lebonyolított fókuszcsoporthoz interjú összefoglalójában, ahol a polgármesterek javaslatait gyűjtöttük össze. Természetesen ezek között előfordulhatnak átfedések, melyek erősítik egymás hatását.

A szegregátumi addikciók témában készült kutatások releváns javaslatai

Az addikció jellemzőinek összefoglalása

Ahhoz, hogy a szegregátumban, mélyszegénységben élők igényeihez, szükségleteihez leginkább illeszkedő ellátórendszer kerüljön megtervezésre, néhány mondatban össze kell foglalni azokat a jellemzőket, melyeket a telepeken élő szenvedélybetegek átélnek.

Nem csak a pszichoaktív anyagok használatától válnak függővé a használók, hanem a saját szükségleteiktől. Mivel ezek kielégítése nem lehetséges, ez a „függőség” alapvetően meghatározza életstratégiáikat. Így van ez az egészséggel is, mely nem pusztán luxus, hanem az olyan áldozat, ami végső soron pusztítóbb, mint a szerhasználat. Így válik érthetővé a „medikalizáció” is, a testi-lelki problémák betegségként való értelmezése, a „gyógyszerek” használata.

Ez még mindig adaptívabb alkalmazkodást és túlélést biztosít, mint a stressz/krisis/szorongás elviselése. Ha az emberek alapvető szükségleteiket nem tudják kielégíteni, akkor – a vágyak, itt: az érzelmek, érzések – áramlása, megélése miatt pszichoaktív szerekhez fordulnak, hogy ezeket az érzéseket mégis átéljék. Kialakulhat az a helyzet, hogy erre a célra szűkös forrásaikból többet költenek, mert ez szolgálja az életben maradásukat, önmaguk megélését, még annak árán is, hogy még jobban nélkülöznek, szükségleteiket még kevésbé tudják kielégíteni.

A külső szemlélőben felmerülhet a kérdés, hogy miért nem „osztják be” jobban a pénzüket, miért költik „élvezeti cikkekre”. A mélyszegénység vizsgálatával kapcsolatos tapasztalatok alapján szó sincs „élvezetekről”: A pszichoaktív szerek – a dohányzás is – a túlélést, a körülmények elviselését, kibírását szolgálják, így „életmentő” szerepük van, minden károsnak tekinthető hatásuk és következményeik ellenére. Ezeket a kockázatokat ráadásul a szerhasználók látják is (akár még a dohányzás esetében is).

Az egészség önmagában nehezen érhető el, mert a szegregátumban élők számára nemhogy nem érték, hanem esetenként nagyobb áldozatot jelent, mint a szerhasználat vagy más, nem „egészséges” életvitelbeli kérdés.

Azok a beavatkozások eredményesek, amelyek a szegregátumban élők számára elfogadhatók és átélhetőek, azok az intervenciók, amelyek illeszkednek a szegregátumbeli élet jellemzőihez.

Ilyen az utcai munka, az ártalomcsökkentés (adni valami kézzelfogható és nem az absztinenciát vagy az egészséget célnak kitűzni), a peer-eket bevonó megkereső munka. Ezek

a túlélési stratégiákat javítják, összhangban állnak a jelenorientációval is, mivel sem tervezést, sem hosszabb tanulást nem igényelnek. A várható eredményük is illeszkedik a beavatkozásokhoz: a túlélés elősegítése. (A józsefvárosi mikroszegregátumbeli tapasztalatok is azt igazolják, hogy az ártalomcsökkentésen és a krízismenedzselésen túli célokat csak a kockázati környezet makro- és mezo-szintű jellemzőinek megváltoztatásával lehet elérni.) A nagyobb ívű célok csak komplex beavatkozásokkal, a teljes szegregátumbeli élet megváltoztatását kitűző beavatkozásoktól várható: irányzott szegénységpolitikával és telepfelszámolással.³⁴

A szegénység és nélkülözés, a kilátástalanság, valamint a többségi társadalomtól elszenvedett kitisztottság az itt élő emberek lelki és fizikai egészségét is felemészti. A számos veszélyeztető tényező mellett a protektív, a droghasználattól védő tényezők is hiányoznak.

Sem a pozitív önértékelés és az énhatékonyság alapjául szolgáló feladatteljesítés, kihívás, sem pedig az ezek kibontakoztatásához szükséges lehetőségekhez, erőforrásokhoz való hozzáférés nem biztosított.

A droghasználat egyéni döntés, ugyanakkor látélete a társadalmi állapotoknak. A kistelepüléseken az alacsony társadalmi státuszhoz köthető droghasználat tehát elsősorban nem drogprobléma és nem egyéni élethelyzetekre visszavezethető probléma, hanem súlyos társadalmi probléma, melynek megoldása, enyhítése kizárólag komplex, az élet valamennyi területére kiterjedő, közösségépítő beavatkozások tervezése mentén képzelhető el.³⁵

A fenti megállapításokat támasztja alá egy Szécsi Judittal készült interjú, aki több éve szegregátumi terepmunkát koordináló tanársegéd az ELTE-n. Véleménye szerint a helyi ellátórendszer munkatársai keveset tudnak az addikcióról, mind a szociális, mind az oktatási területen is, a kapacitásuk kicsi, emellett túlterheltek, nem is tudnak ezzel a problémával foglalkozni, inkább a klasszikus segítségnyújtás területén tevékenykednek, mint a munkakeresés, az anyagi gondok enyhítése, ügyintézésben való segítségnyújtás.

Az addikciós ellátóhelyek messze vannak a településektől. Azok, akik alacsony jövedelemmel rendelkeznek, nem tudnak heti rendszerességgel ezekbe az intézményekbe bejárni. Az eljutást megnehezíti a tömegközlekedési helyzet szervezetlensége, a helyismeret hiánya, a szakemberek leterheltsége miatt kialakuló hosszú várólista.

Így a gond a helyi közösségben marad, tudnak egymás problémáiról, így elsősorban egymáshoz fordulnak segítségért. Ha pedig nem boldogulnak a saját köreiken belül, akkor mentőt hívnak.

Amennyiben az addiktológiai ellátást biztosítani tudnák vidéken is, lokális szinten, az sem változtatna sokat. Azért, mert ez a fajta droghasználat- kábulatfüggőség- és kiváltó okai a társadalmi pozícióval a kilátástalansággal és súlyos nyomorral függnek össze. Azoknak, akik legnagyobb elzártságban és szegénységben élnek, igazából mindegy, hogy mihez jutnak hozzá, a lényeg az, hogy „kiüsse” őket. A kábulatfüggőség lényege az, hogy az érintett a valóságból kiszállhasson és ne gondoljon arra, amiben él. Így ez a jelenség önmagában nem drogprobléma, hanem társadalmi probléma: annak a fajta szétszakadásnak és dezintegrációnak a következménye, mely évek óta jelen van ezeken a területeken.

³⁴ Csák Róbert Márványkövi Ferenc Rác József, Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban, EMMI, 2017.

³⁵ Felvinczi Katalin, VÁLTOZÓ KÉPLETEK – ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK, Budapest, 2017.

A probléma nem kezelhető pusztán addiktológiai ellátással, ahogy kizárólag szociálisan sem. A felelősséget eltolni az egészségügyi ellátás és az addiktológia felé, teljesen értelmetlen. Amíg az általános kilátástalanság nem változik, addig továbbra is csak az lesz a cél, hogy az érintett szerek segítségével "kiszálljanak". Az általános rossz fizikai és mentális állapot pedig a droghasználat melegágya. Hogy erre a problémára többek között a média felhívta a figyelmet, csak arra volt jó, hogy újra megindult a bűnbakkeresés. És azt sem szabad elfelejteni, hogy a droghasználat nincs összefüggésben a különböző etnikai vagy kulturális csoportokkal a droghasználat a mélyszegénységben élő emberek kilátástalanságra adott egyik válasza.³⁶

A 2017. évi szegregátum kutatás szintén megerősíti azt a véleményt, hogy az ellátórendszer tervezésénél rövid távon nem az addikciós intézményfejlesztésre van szükség.

Kutatásuk szerint a testi, lelki betegségek egyfajta medikalizációt jelentenek, a gyógyszerhasználattal, a rosszulletekkel (mentőhívás). Könnyen alakulnak ki súlyos testi-lelki betegségek, rosszulletek, illetve egyes érzelmi-mentális állapotok is így címkéződnek – egyfajta passzív elviselésként, amit szintén egy túlélési stratégia részeként írhatunk le. Az „akut” probléma, az „azonnali” rosszullet, a rövid távú, a személyes környezetet érintő hatás összeillik a szegregátumbeli élet jelenorientációjával, az alkalmazott túlélési stratégiáival.

Az ellátórendszer igénybevételét – vagy a proaktív ellátásokat a fentiek figyelembevételével lehet tervezni: azaz ezektől rövid-közép távon nem várható eredmény, mert nem illeszkednek a szegregátumbeli élet sajátosságaihoz. A szakmailag segített, intézményes „leállásnak” nincs esélye (lásd a legtöbb esetben ambivalencia a leállással kapcsolatban, intézménynélküliség, intézményellenesség, stigmatizáció, zárt közösség).³⁷

A fenti kutatás, melyet a Magyar Addiktológiai Társaság 2017. évben készített „Drogfogyasztás és kezelésének lehetőségei a községekben, különös tekintettel a szegregált élethelyzetek felszámolása komplex programokkal elnevezésű pályázatban (EFOP-1.6.2–16) résztvevő települések szegregátumaira” elnevezésű kutatás főbb megállapításai a következők voltak a szegregátumi függőségekkel kapcsolatban:

- A szerhasználat nem elszigetelt jelenség, hanem jelen van az ország szegregátumaiban
- A legális szerek elterjedtsége, a kapcsolódó problémás szerhasználat aránya nagyon magas (dohányzás, az alkoholfogyasztás és a gyógyszerek)
- A „klasszikus” kábítószeres kipróbálásnak gyakorisága alacsony, de a szintetikus kannabinoidok és katinonok előfordulása jelentős
- Nagy arányban vannak, akiknek több szerrel kapcsolatban is van szerhasználati problémájuk
- Az addikciós intézmények leterheltek, hosszú várólisták jellemzők
- Halmozott hátrányt ad a szegregátumban élés, az ellátórendszer hiányos, az szakellátás a megyeközpontokban elérhetőek, a rendszeres megjelenés anyagilag korlátozott, az érintettek nem jól igazodnak el az ismeretlen helyen, intézményben.
- A kiilleszkedés megjelenik a szegregátumokban élők szerhasználati problémái, illetve az ezek kapcsán keletkező ellátási igényeknek megfelelő szolgáltatások elérésének nehézségei kapcsán is. Kapcsolataik nagyon sok szinten szakadtak meg a társadalommal, egyrészt fizikailag is távol vannak az ellátórendszer megfelelő szolgáltatásaitól, másrészt a szolgáltatások használatát nehezíti a társas

³⁶ <https://www.elte.hu/content/atalakulo-drogfogyasztas-uj-kihivasok.t.13588> letöltés ideje: 2021. június 22.

³⁷ Csák Róbert Márványkövi Ferenc Rác József, Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban, EMMI, 2017.

kapcsolatokban való elszeparálódás, a társadalmi tőke hiánya. Nem csak az anyagi lehetőségeik korlátozzák az eljutást a megfelelő szolgáltatásba, de az ezek használatához szükséges közlekedési eszköz és a tudás sem áll rendelkezésre, illetve döntő részben a kapcsolat sincs meg ahhoz, hogy megszerezzék a szükséges információkat.

Következtetések, megoldási javaslatok

- A beavatkozások tervezésénél az ÚPSZ mellett a legális szerek használatát is figyelembe kell venni
- A prevenció mellett az ártalomcsökkentés, és kezelési lehetőségét is vizsgálni kell a tervezés során
- A szerhasználat a túlélési stratégia részét alkotja a szegregátumban élők számára, tehát nem lehet csupán egy-egy problémás szerre koncentrálni, viselkedési mintázat megváltoztatását érdemes célul kitűzni
- Nem lehet csak szenvedélybetegségekre koncentrálnó beavatkozásokkal kezelni, társadalompolitikai eszközökre van szükség
- Javasolt egy szegregátumi betegutak kutatás megvalósítása
- Szakemberek képzése, érzékenyítése (addiktológiáról, szolgáltatásokról)
- Szolgáltatások helyben, utazás nélküli elérésének biztosítása
- A közösséget célzó beavatkozások jelenlét alapú szociális munka, alacsonyküszöbű szolgáltatások³⁸
- Mobil programok, melyet Topolánszky Ákos szociálpolitikus ismertetett először. A cselekvési terv lényege, hogy első lépésként 100 szegregátumot elérni képes, a guruló boltok és buszkönyvtárak mintájára létrehozott, gyors reagálású ambulanciahálózat létrehozása. Az addiktológusból, általános orvosból, szociális munkásból, családsegítőből álló, alkalmanként pedagógussal és pályaválasztási szakemberrel is kiegészülő stáb heti rendszerességgel keresné fel a telepeket, ahol egy-egy helyi véleményvezér támogatásával, integrált megoldásokkal pár év alatt konszolidálhatnák az egyre durvább állapotokat. A rendszeres jelenlét nem csak a telepek jelenleg alig ismert egészségügyi és szociális kockázatait tárná fel, de lehetőséget adna társadalomtudományi mélyfúrásokra is, amelyek közelebb vihetnének az akkut probléma megoldásához.³⁹ mobil programok szervezése (drogprevenció, egészség edukációs program) (megelőzhető a várólista, útiköltség miatti problémák)

A család, közösség szerepe a szenvedélybeteg életében

Az eredményesség szempontjából a szenvedélybeteg megsegítése nem történhet csak a beteg személyre fókuszálva.

A rendszertani szemlélet alapján alapelv, hogy a szenvedélybetegségek kialakulásában, fenntartásában és kezelésében a családtagoknak is szerepe, feladata van. A családtagok viselkedése, nem megfelelő megoldáskeresése hozzájárulhat az addiktív viselkedés fenntartásához.

A közösségi ellátás a kliensre és a családi, kapcsolati hálójára mozgósítható kapcsolati erőforrásként tekint, melynek megfelelő működése segítheti a klienst saját normál

³⁸ Csák Róbert – Magyar Éva – Márványkövi Ferenc – Szécsi Judit – Rác József, Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége. *Esély*, Vol. 31. (2020) No. 1

³⁹ <https://qubit.hu/2019/03/02/magukra-hagytak-a-kamasz-droghasznalokat-a-37-gyerekszihiater-orzagaban> letöltés ideje: 2021. június 22.

működésének visszaállítását, illetve új viselkedésformák kialakítását. Emellett megfigyelhető a belső értékrend megváltozása és az egzisztenciális (spirituális) elbizonytalanodás, amely egyik oka és okozata is lehet a szenvedélybetegség kialakulásának. A kliensek támogatása során a szenvedélybetegség kialakulásának, fennmaradásának mindegyik aspektusát figyelembe kell venni az ellátás biztosítása során. A biológiai szempontból a szomatikus és fiziológiai tünetek, elvonási hiányállapotok, egészségkárosodások orvosi kezelése elengedhetetlen. A pszichés állapot javítása érdekében lényeges a motiváció és a személyiség erősítése, az érzelmek tudatosítása, (mentalizáció) megküzdési stratégiák kialakítása és a személyes kompetenciák gyakorlása. A szociális, társas kapcsolatok területén a kommunikációs készségek és a társas kapcsolatok során szükséges kompetenciák elsajátítására és az egyén szociális helyzetével kapcsolatos feladatokra kell figyelmet fordítani. A spirituális támogatás keretén belül az élet értelmére vonatkozó kérdés egyéni megválaszolásának segítése vezet az értékek megtalálásához, az egyéni életcél megfogalmazásához, mely a képesség erősítését segíti. A közösségi ellátásban fontos szempont a gyógyítás elősegítésén túl, a társadalmi reintegráció, a rehabilitáció elősegítése, továbbá a felépült állapot megtartásának támogatása is.

A közösség nemcsak az egyén integrálódását segítő társas környezet, hanem szociális védőháló is, melynek megtartó erejét, eszközrendszerét használni kell a szenvedélybetegek ellátásában is. Ismert, hogy az intézményi ellátás hatékonysága csökken azáltal, hogy a kezelés alatt kiemljük a klienst a szociális környezetéből, miközben a stressz keletkezésének helyszínén a hozzátartozók semmilyen segítséget, támogatást nem kapnak a kívánt változás megvalósulása érdekében, a kliens pedig ritkán tanulja meg az intézményben az otthoni stressz kezelésében hatékony eszközöket. A hatékonyságot csak komplex, integrált módon, az ellátott családjának és környezetének bevonásával lehet növelni. A közösségi alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését. A szolgáltatás keretében a bio-pszicho-szociális, spirituális dimenziók figyelembe vételével, a házi és a kezelőorvossal való kapcsolattartás, együttműködés mentén, biztosítani kell a kliens állapotának folyamatos figyelemmel kísérését a családtagokkal és a szociális környezettel együttműködve. A gondozás fogalmában benne van az a felismerés, hogy a szenvedélybetegek egyensúlyban tartása, megfelelő kezelése fontos a beteg állapotának javítása szempontjából. Nem lehet tehát megelégedni azzal, hogy az ellátás és a kliens találkozását csupán a kliensek panaszai és tünetei szabályozzák, hanem az igénybevevők motiválásával, lehetőleg a saját otthonukban, lakókörnyezetükben – szükségük és igényük szerint – fel kell kínálni számukra mindazon segítő lehetőségeket, melyek elősegítik állapotuk javítását, az addikciók nélküli, teljesebb élethez jutás elérését, a felépült állapot megtartását. Az alapszolgáltatás lehetőséget ad arra, hogy egy olyan hálózatot hozzunk létre a kliens érdekében, amely az intézményesített formák mellett preventív, illetve rehabilitációs céllal nyújt szolgáltatást, a kezelésben való részvételt segíti elő az ellátott számára. Így lehetőség nyílik otthon közeli szolgáltatások igénybevételére, csökkentve azon kliensek arányát, akik a bentlakásos intézményekben kerülnek elhelyezésre.⁴⁰

Három fontos megállapítást tehetünk a szakirodalom alapján, az egyik az, hogy a szenvedélybeteg környezetét nem szabad figyelmen kívül hagyni a beavatkozások tervezése során, a bevont településeken vizsgálni kell a közösségi ellátás létrehozásának feltételeit, a másik, hogy az addikciós intézmények tervezése során rövid távon a szegregátumi léthez, a szegregátumban élők életviteléhez illeszkedő programok létrehozása az elsődleges, amelyek a túlélést szolgálják. Csak közép és hosszútávon lehet tervezni a helyben elérhető közösségi

⁴⁰ Berényi András Darabosné Bíró Virág Siposné Koháry Szilvia, SZAKMAI AJÁNLÁS – SZENVEDÉLYBETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA, EMMI 2018.

ellátás igénybevételét, majd a nagyobb távolságra lévő addikciós intézmények felkeresését. Végül a szakirodalomban egyöntetű az a vélekedés, hogy a szenvedélybetegséget önmagában kezelni nem elégséges, komplex társadalompolitikai intézkedésekre van szükség.

A Magyar Addiktológiai Társaság által 2018-ban megfogalmazott ajánlásai a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítése, elterjesztése érdekében. Az általános és specifikus ajánláson kívül, külön ajánlásokat fogalmaztak meg a szociális alap- és szakellátást nyújtó intézmények, valamint az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények, szervezetek számára.

Általános ajánlások

Addiktológiai alapismeretek erősítése. Az egészségügyi és szociális szakmacsoport képviselői, akik szakterületük révén nagy eséllyel kapcsolatba kerülhetnek addiktológiai problémákkal küzdő kliensekkel, rendelkezzenek alapos tudással a kockázati csoportokról, a különböző pszichoaktív szerekéről, a szerhasználat jellemzőiről, az addiktológiai problémákról és azok kezeléséről, valamint az addiktológiai szakellátást nyújtó intézményrendszeréről.

Alapismeretek megszerzése a korai kezelésbevételről és a módszerek alkalmazása. Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakember rendelkezzen alapismeretekkel a korai kezelésbevétel szemléletéről, annak előnyeiről, lehetőségeiről, valamint ismerje annak legfontosabb eszközeit, az azok nyújtotta lehetőségeket, és a kliens jellemzői, tünetei, körülményei ismeretében alkalmazza a tudásának legmegfelelőbbet.

Támogató, bizalmi légkör kialakítása a klienssel. Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek az orvosi vizit és az esetvitel során támogató, bizalmi légkör kialakításával növeljék a betegekkel és a kliensekkel a szerhasználati problémákról folytatott kommunikáció lehetőségét, és fokozzák annak hatékonyságát.

Hosszú távú együttműködés kialakítása a szakellátásba irányított klienssel. Az egészségügyi és szociális alapellátásban, valamint a gyermekvédelemben dolgozó szakember alakítson ki hosszú távú együttműködést a súlyosabb szerhasználati probléma gyanúja miatt szakirányú ellátásba továbbirányított betegeivel, klienseivel.

Hatékony intézményközi együttműködések kialakítása. Valósuljon meg hatékony kommunikáció és együttműködés a különböző típusú szolgáltató intézmények között.

A lakosság támogatása az ellátó intézményekről való ismeretszerzésben és a szolgáltatások igénybevételében. Az egészségügyi és szociális ellátás szakemberei segítsék elő, hogy a társadalom tagjai kapcsolódni tudjanak az intézményeikhez, így ismerjék annak ellátási formáit, szolgáltatásait, az azok nyújtotta lehetőségeket, hogy szükség esetén igénybe vegyék azokat.

Specifikus ajánlások

Ezek az ajánlások a szakmai tartalomra, továbbá szakmai-etikai irányelvekre vonatkoznak, elősegítve és/vagy megerősítve az egészségügyi és szociális intézményeken belül dolgozó szakemberek korai kezelésbevétel területén végzett munkáját és magának a korai kezelésbevételnek a fontosságát.

Szakmai ajánlások a nem addiktológiai fókuszú egészségügyi ellátást nyújtó intézmények számára. Az egészségügyi intézmények számára megfogalmazott ajánlások az orvos-beteg kapcsolat, valamint a családdal való együttműködés szintjein, továbbá a házi orvosok tágabb közösségeikben való részvételére vonatkozóan határozzák meg a követendő szemléletet, a legfontosabb teendőket, kiterjesztve a hagyományos orvos-beteg kapcsolatot oly módon, hogy az segítse az addiktológiai problémák felismerését, az arról való kommunikációt.

Teljes körű kivizsgálás addiktológiai probléma gyanúja esetén. Addiktológiai probléma gyanújának felmerülésekor a házi orvos a lehetőségekhez mérten végezzen teljes körű kivizsgálást, szükség esetén speciális kivizsgálást. Ehhez ismerje a rendelkezésre álló szűrővizsgálatokat, melyek alkalmasak mind az alkohol, mind az illegális szerek okozta akut és krónikus fizikai elváltozások mérésére.

Népegészségügyi szemlélet alkalmazása. A házi orvos és házi gyermekorvos erőteljes közösségi szerepvállalással erősítse a korszerű népegészségügyi szemlélet alkalmazását a praxisában.

Szakmai ajánlások a szociális alap- és szakellátást nyújtó intézmények számára

A szociális és gyermekvédelmi intézmények számára megfogalmazott specifikus ajánlások a szociális ellátórendszer szakemberei számára fogalmazzák meg javaslatokat abból a célból, hogy ezen intézménytípusok szerepe erősödjön az addiktológiai problémával küzdő kliensek korai kezelésbevételében. Az ajánlások az érintett intézmények közötti együttműködésekre és kapcsolódó szociális szolgáltatások fejlesztésére vonatkoznak.

Együttműködések kialakítása és erősítése az oktatás és egészségügy területén. A szociális intézmények alakítsanak ki és erősítsék meg a speciális együttműködések az egészségügyi alapellátás, valamint az oktatás területével a még hatékonyabb esetvitel céljából.

Új típusú szolgáltatások fejlesztése. A szociális szféra a nem addiktológiai fókuszú szociális ellátásokon belül fejlesszen új típusú szolgáltatásokat addiktológiai szakemberek bevonásával, melyek célzott segítséget tudnak nyújtani az addiktológiai problémák indukálta szükségletekre.

Szakmai ajánlások az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények, szervezetek számára

Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények részére megfogalmazott ajánlások az addiktológiai szakemberek és az általuk képviselt intézmények kulcsszerepére hívja fel a figyelmet a hazai addiktológiai problémák hatékony képviselésében és kezelésében.

Az addiktológiai kérdésekre irányuló szakpolitikai tervezésben való részvétel, a szakmai közéletben való aktív szerepvállalás, az addiktológiai területhez kapcsolódó érdekérvényesítő munka akár nemzeti, akár helyi szinten a terület minden szakemberének a felelőssége és feladata.

Az addiktológiai terület folyamatos kapacitáshiányokkal küzd, miközben az ellátási szükséglet kimagaslóan nagy. A terület érdekképviselése, érdekérvényesítése ebből adódóan is kulcsfontosságú.

A korai kezelésbevétel egy jövőbe mutató szemlélet és egyben módszer, kiterjesztve az ellátási láncot, mely a terület fejlődését és így a kliens érdekeit szolgálja. Azonban a korai kezelésbevétel elterjesztése és megerősítése, párhuzamosan új szereplők bevonásával,

nagymértékben függ az addiktológiai szakemberek általi elfogadottságától, az új partnerek felé történő nyitásától, szakmai támogatásától és egyben proaktív fellépésétől.

Integrált addiktológiai ellátórendszer fejlesztése. Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények támogassák a korai kezelésbevitel szempontjából is kulcsfontosságú integrált addiktológiai ellátórendszer fejlesztését és megerősítését.

Aktív részvétel a szakmai közéletben. Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények szakembereik révén vegyenek részt aktívan az országos szakmai közéletben, és váljanak az addiktológiai kérdések és problémák hatékony megoldásának szószólóivá.

Részvétel a drogpolitika kialakításában. Az addiktológiai ellátást nyújtó intézmények vegyenek részt aktívan a helyi és országos drogpolitika kialakításában és megvalósításában.⁴¹

A jelen kutatás során tapasztalt hiányosságok feltárására alapuló javaslatok, lehetőségek

A Helyi Esélyegyenlőségi Programok elemzésének tapasztalatai

A dokumentumelemzés, valamint az interjúk tapasztalatai alapján a megkérdezettek nincsenek tisztában a szegregátum fogalmával, információik hiányosak, félreértéseken alapulnak, esetleg vélt ellenérdekeltség miatt, vagy a probléma távolítása érdekében nem jelenítik meg a dokumentumokban, vagy tagadják a szegregátum létezését a településen. A KSH által előállított települési szegregációs térkép díjkötelesen kérhető ki, elképzelhető, hogy az önkormányzatok a szűkös költségvetési keret miatt nem kéri ki a dokumentumokat. Javasoljuk, hogy a vizsgált településeket a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat tájékoztassa és a hozzáférésüket biztosítsa a dokumentumokhoz. Ez több szempontból is előnyös, egyrészt segíti a probléma felismerését, másrészt a megyei, települési szintű stratégiai tervezésbe bekerülhet az operatív programokban megjelenő szegregátumokra kiírt pályázatok tervezése, megvalósítása.

Javasoljuk, hogy a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat jelezze a KSH felé, hogy amennyiben a népszámlálási adatok feldolgozása során szegregációval érintett területet észlel, térítésmentesen tájékoztassa arról az adott települést. Az eddig elkészült szegregációs térképek legyenek kereshetők, térítésmentesen elérhetők.

A Helyi Esélyegyenlőségi Programok dokumentumelemzése során tapasztaltuk, hogy eltérő minőséget képviselnek. Ahhoz, hogy releváns adatok kerüljenek bele a megadott szempontrendszer szerint és a HEP ne csak egy kötelező dokumentum legyen, hanem használható terv, az önkormányzatok munkatársai módszertani segítségre szorulnak. Nagyon sokszor találkoztunk azzal a válasszal, hogy az önkormányzat nem gyűjt adatokat a témában vagy nem friss adatokból dolgoztak. Ki kell dolgozni azokat a módszereket, amelyekkel releváns adatok gyűjthetők a témában, a terv készítőit fel kell készíteni arra, hogy a különböző adatbázisokhoz hogyan férhetnek hozzá. A szegregátum megjelenítése a HEP-ben új tartalmakat, feladatokat generálhat.

A települési HEP-ben több helyen nagyon általános megfogalmazásokat találtunk, mint pl. hogy jó a kapcsolat az önkormányzat és a Roma Nemzetiségi Önkormányzat között, vagy a jelzőrendszer jól működik. Mivel a két terület kulcsfontosságú a felzárkóztatás területén, így

⁴¹ MAGYAR ADDIKTOLÓGIAI TÁRSASÁG, Korai kezelésbevitel az addiktológiai problémákkal küzdők körében, 2018.

javasoljuk, hogy ezeknek és a más beazonosított jól működő rendszereknek a megismerése, disszeminálása a többi település felé rendszeres műhelymunkák keretében valósuljon meg a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat koordinálásával.

A Helyi Esélyegyenlőségi Programokban említett hasonló problémákra adott megoldási lehetőségekre adott válaszok, megoldások alapján érdekes lehet egy jó gyakorlat gyűjtemény elkészítése, konferenciák, workshopok tartása az adott szakmacsoporton belül (családsegítő szolgálat), problématerületenként (iskolai lemorzsolódás) vagy szolgáltatáson belül (Biztos Kezdet Gyerekház). Megyei szintű szervezés esetén ez rendszeressé válhat, így biztosítva a tudásmegosztást.

A HEP-ek elemzése és a települési interjúk elkészítése során szembesültünk azzal a problémával, hogy a bizonyos ellátásokat, segélyeket a kormányhivatalok állapítanak meg, az önkormányzatoknak így csökkent a rálátásuk a településen lakók problémáira. Ez azért jelentős probléma, mert főként kis településekről van szó, a személyes ismeretség döntő fontosságú, főként a közmunkához való hozzáférés és az önkormányzati segélyek elbírálása miatt.

A másik problémaként érzékelt terület az, hogy az iskolák is kikerültek az önkormányzat fenntartásából. Egyrészt felmerül, hogy a KLIK-nek milyen kapcsolata van a településsel, mennyire rugalmas, vagy bürokratikus, milyen projekteket (prevenciós programokat) hoz a települési iskolába, másrészt az önkormányzatoknak a rendelkezésre álló kevés közösségi tér ellenére bérleti díjat kell fizetni az iskola területén lévő infrastruktúráért.

De előfordult az az eset is, hogy a nagyon kevés számú önkormányzati bérlakás, mely szolgálati lakásnak épült az iskola területén, átkerült a KLIK-hez.

A fenti intézkedések miatt az önkormányzat munkatársainak jelentősen csökkent az információja a segélyekre, ellátásokra szorulókról, a gyerekekről, valamint az iskolában szervezett programokról. Azt tapasztaltuk, hogy ez azt eredményezte, hogy ezzel el is távolodnak ezektől a problémáktól, a közösségi programok megvalósíthatósága jelentősen szűkült.

Gyerekekre irányuló fejlesztések

A vizsgált települések közül több településen működik Biztos Kezdet Gyerekház és/vagy tanoda program. Ezek a programok nagy mértékben hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a településeken és a szegregátumokban élő gyerekek, szülők komplex problémáit mérsékelje. Hozzájárul a gyerekek szocializációjához, az iskolai teljesítményük javulásához, a lemorzsolódás csökkentéséhez, a sikeres szakmaszerzéshez, olyan szabadidős tevékenységekben való részvételhez, melyeket a szülők - anyagi lehetőségeik miatt - nem tudnak biztosítani gyermekeik számára. Mindkét intézménytípus célja, hogy a szülőket bevonva, velük folyamatosan együttműködve fejlődjenek a gyerekek (indirekt módon a szülők is). Mindkét intézmény jelenléte esetén a hátrányos helyzetű gyerekek így születésüktől kezdve, legalább az általános iskola befejezéséig az iskolarendszer mellett külön támogatásban részesülnek. A tanoda projektek hozzájárulhatnak a civil szervezetek, egyházak társadalmi beágyazódásához. A civil fenntartásban működő tanodák elmélyíthetik az önkormányzat és az iskola kapcsolatát. A gyerekház fenntartója az önkormányzat, mely jelentős terhet vállalhat át a települési intézményektől. Mindkét szolgáltatás a jelzőrendszer tagja, így hozzájárul a szociális háló erősödéséhez.

Javasoljuk, hogy a települési önkormányzatok kapjanak meghívást a Társadalmi Esélyteremtési Főigazgatóság (TEF), mint a projekteket koordináló szerv pályázati

lehetőségekről szóló tájékoztatójára, tanulmányút keretében ismerjenek meg jól működő tanodákat, Biztos Kezdet Gyerekházakat. Pályázati lehetőség esetén kapjanak módszertani, pályázati segitséget mindkét projekt megtervezéséhez. A TEF mentorrendszert működtet a projektek megvalósítása során, így a szakmai segitség adottá válik. A két projekt előnye, hogy normatíva jellegű a finanszírozás, így hosszú távon fennmaradhatnak az eredmények, helyi munkahelyteremtő hatású, valamint a Biztos Kezdet Gyerekház kialakításához szintén kérhető támogatás.

Az adatelemzés rávilágított arra, hogy a vizsgált településeken nagyon magas a hátrányos helyzetű, valamint a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek száma.

Javasoljuk, hogy a KLIK vizsgálja meg, hogy hogyan lehetne növelni a gyerekek fejlesztésével, hátrányaik leküzdésével foglalkozó szakemberek számát, jelenlétüket az iskolában. Ki kell dolgozni azokat a módszereket, hogy a szülők tájékoztatást kaphassanak a gyerekek iskolai előrehaladásáról, a külön foglalkozások tartalmáról, hogy ne idegenkedjenek az igénybevételtől.

Javasoljuk az iskola utáni, valamint az iskolai szünetekre vonatkozó elfoglaltságok és a rendszeres étkezés megvalósíthatóságának vizsgálatát.

Külföldi tapasztalatok azt mutatják, hogy a hátrányos helyzetű gyerekek számára iskolaidőn kívül, délután is szabadidős és non-formális tanulási programokat szerveznek, így a gyerekek szabadideje le van kötve, a tevékenységek végzése által fejlődnek. Hétvégén pedig besegítenek különféle szabadidős programok, helyi rendezvények megvalósításába, kisebb-nagyobb jutalmakért cserébe. Ezzel egyrészt fejlődnek a készségeik, másrészt felügyelet alatt, közösségben vannak és ellátást is kapnak. A szakemberek mindig együtt vannak a gyerekekkel, közösen tervezik meg a tevékenységeket, a megvalósítást is közösen végzik és a szabadidős tevékenységeken is együtt vannak, így viselkedésük mintaként szolgálhat. A nyitott iskola igazi közösségi helyként működik, teret ad a szórakozásnak is, csak éjszakára zár be.

A fenti programban résztvevő fiatalokból középtávú célként létrejöhet a település szintű kortárssegítés, akik olyan fiatalok csoportja, akik a velük egykorú partnerek között a már meglévő azonosulási képességet mozgósítva, mellérendelt szerepből igyekeznek segitséget nyújtani társaiknak akár a drog területén is. A szerepük sokszor a fiatalok és a szakemberek közötti szakadék csökkentése.

Szegregátumokra irányuló fejlesztések

A szegregátumban élő szerhasználóknak, szenvedélybetegeknek vélhetően nem a szerhasználat az egyetlen problémájuk, hanem az ahhoz kötődő, azzal szoros kapcsolatban álló társadalmi beágyazatlanság, ami - többek közt - elsősorban az alacsony iskolai végzettségből, a rossz munkaerőpiaci helyzetükből fakad, amely további szociális (lakhatási körülmények) és egészségi (rossz egészségi állapot, szenvedélybetegségek kialakulása) problémákhoz vezet. Ebből következik, hogy egy olyan, kutatási adatokon nyugvó, szakterületen átívelő stratégiára lenne szükség, amely pragmatikus megközelítést biztosít a szakmában dolgozó szakemberek számára az alábbiakra vonatkozóan:

1. Szegregátumokban élő marginalizált társadalmi csoportok integrációja, felzárkóztatása
2. A szegregátumokban élők legális és illegális szerhasználatának csökkentése

3. A szegregátumokban élő szerhasználók és szenvedélybetegek ellátórendszerbe történő segítése, vagy kapcsolatok kialakítása

4. A helyi ellátórendszer lehetséges fejlesztési lehetőségeinek és irányainak meghatározása.⁴²

A 2021-2027 tervezési ciklusban meg kell vizsgálni milyen jellegű pályázatok lesznek kiírva a szegregált élethelyzetek felszámolása, ill. leromlott városi területek rehabilitációja projektek folytatására. A projektek megvalósítása rendszerszinten hozzájárulhat a településen élő lakosság életszínvonalának javításához. Olyan komplex beavatkozásokat kínál, mellyel egyrészt orvosolható a szociális szakemberek hiánya, mivel a jelenléti szociális munka elvárás, valamint egy szolgáltató ház építése, házvásárlás, felújítás mely megkönnyíti a szegregátum lakóinak életét. A kutatás során készült interjúk kiemelt témaként kezelt különböző tréningek, kompetenciafejlesztések, felnőttképzések és a foglalkoztatás elősegítése is szerepel a projektek között. A településprogram része a drogreprevenációs és további felvilágosító és megelőzési programok, valamint a dohányzásról való leszokást, alkohol és drog problémák megoldását segítő programok megvalósítása is, így projekten belül is kialakíthatók a helyi addikciós ellátórendszer alapjai.

Fel kell mérni az iskolai prevenciós foglalkozásokat, gyakorlatokat (téma, célcsoport, gyakoriság), erre építeni a helyi ártalomcsökkentő, szemléletformáló programokat.

A helyi problémákra, szükségletekre reagáló, alaposan megtervezett projekt hozzájárul a szegregátumban élők viselkedési mintázatának megváltozásához.

Javasoljuk, hogy a települések vezetői látogassanak meg jól működő, az eredményeket a projekt megvalósítása után is fenntartó telepési projekteket, tapasztalatszerzés céljából. A települések kapjanak szakmaspecifikus segítséget a projekt tervezéséhez, megírásához, valamint a megvalósítás során is rendszeresen konzultáljanak egymással a megvalósításban érintett szakmacsoportok.

A szegregált telepési programok hatásvizsgálata még nem történt meg, annak ellenére, hogy 2005 óta folyamatosan fut Magyarországon a program. Javasoljuk, hogy a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat kezdeményezze a program hatásvizsgálatát, hogy a pályázati kiírás követhesse a társadalmi, gazdasági változásokat, az eredmények tükrében jó minőségű, hatékony projekteket lehessen végrehajtani.

Civil szervezetek fejlesztése

Az adatelemzés során talált dokumentumok alapján kb. tíz civil szervezetet találtunk, amelyek tevékenységeik, céljuk alapján alkalmasak lehetnek drogreprevenációs tevékenységek ellátására.

Javasoljuk, hogy a Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum keressen pályázati forrást arra, hogy megismerje a megyében található potenciális civil és más szervezeteket, igény szerint készítse fel őket a tevékenység ellátására, majd teremtse meg a megyei hálózat működéséhez szükséges feltételeket.

Célszerű lenne egy kutatás keretei között megvizsgálni a civil szervezetek, egyházak együttműködésének kérdéseit, mind a harmadik szektoron belül, mind pedig az önkormányzatokkal, piaci szereplőkkel. Javasoljuk a helyi önkormányzatok számára, hogy segítse elő annak a lehetőségét, hogy a helyi intézmények, civil szervezetek, egyházak, Roma

⁴²Csák Róbert Márványkövi Ferenc Rácz József, Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban, EMMI, 2017.

Kisebbségi Önkormányzatok stratégiai együttműködése, partnersége kialakulhasson, hosszú távú együttműködéseket alakíthassanak ki.

Javasoljuk továbbá, hogy a településükön működő civil szervezetek céljait, működését ismerjék meg, azokat integrálják a települési stratégiába.

Szervezetfejlesztéssel, képzésekkel képessé lehet tenni civil szervezetek tagjait, az egyházak munkatársait hazai és nemzetközi pályázatok írására, lebonyolítására. Az adatelemzésből látható, hogy mind a civil szféra, mind az egyház jelentős forrásokat tudott mozgósítani a hátrányos helyzetű csoportok esélyegyenlőségének növelése érdekében.

Az önkormányzatok mellett egyes civil szervezetek rendelkeznek európai uniós projekt megvalósításához erőforrásokkal, melyek települési, járási szinten erősíthetik egymást, emellett az önkormányzatok mellett megjelenhetnek, mint helyi foglalkoztató szervezetek.

Az adatelemzés során több olyan civil szervezetet találtunk, akik nem helyi kötődésűek, de több éve hajtanak végre projekteket az adott településeken. Ilyen a Debreceni Egyetem Különleges Orvos és Mentőcsoport Egyesület, az "Életminőség" Segélyező Felvilágosító és Megelőző Alapítvány, a Roma Láng Egyesület, valamint az Igazgyöngy Alapítvány. Javasoljuk, hogy a települési önkormányzatok ezeket a szervezetek vonják be a stratégiai tervezésbe.

Szenvedélybetegségek ártalmainak csökkentése a mélyszegénységben élők számára

A mélyszegénységben élők számára információnyújtás a függőségekről, a függőséget okozó szerek hatásairól, valamint az addikciós ellátórendszerrel (A szerek használói nincsenek tisztában a szerhasználati következményekkel, azok súlyosságával kapcsolatban sem) (intravénás használat esetén kifejezetten magas közegészségügyi kockázati tényezőnek tekinthető nem csak a túmegosztás, de az ÚPSZ-ek gyakoribb injekciós igénye viszonylatában a korábbiakhoz képest, míg a heroint az aktív szerhasználók napi 2-3 alkalommal injekciót kaptak, addig az ÚPSZ-eket 2-3 óránként. Ismeretlen összetételű és hatású anyagok injekciós használata, fertőzésveszély kialakulása és megjelenése).

A témában végzett kutatások megállapításának figyelembevételével, addikciós szakértők javaslatai és helyi szükségletfelmérések alapján meg kell tervezni azoknak az alacsonyküszöbű szolgáltatásoknak, tervezését, megszervezését, szakembereknek alkalmazását, melyek hozzájárulnak a probléma mérsékléséhez. Az intézménynélküli állapotát oldhatja a helyben elérhető szenvedélybeteg nappali ellátásának kiépítése, hogy a betegeknek ne kelljen utaznia, információk és helyismeret nélkül. Az ellátási forma megkönnyíti a betegek családjának az életét is. A szenvedélybetegnek pedig nem kell szembesülni a szakemberhez való bejutás hosszú várólistájával, az ellátórendszerben tetten érhető diszkriminációval, valamint a szerhasználat stigmatizáló hatásával.

A felvilágosító és alacsonyküszöbű programok sürgős megszervezése kiemelt felelősségű ezeken a településeken. Az egészségügyi szűrések (HIV, hepatitis) és a korai kezelésbe vétel (egészségügyi intézmények megerősítése, szenvedélybeteg ellátóhelyeinek támogatása), valamint a helyi segítő szakemberek megtámogatása elengedhetetlen.⁴³

⁴³ Felvinczi Katalin, VÁLTOZÓ KÉPLETEK – ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK, Budapest, 2017.

Családsegítő szolgálatra irányuló fejlesztések

A családsegítő szolgálat munkatársai számára meg kell szervezni a tájékoztatást, képzést a megyében igénybe vehető addikciós szolgáltatásokkal kapcsolatban. Személyes kapcsolatok kialakítása az intézmények munkatársai között. A szakembereknek ismerni kell az addiktológiai ellátási formákat, tartalmukat, elérhetőségüket, protokollokat.

A Családsegítő- és Gyermekjóléti Szolgálat munkatársainak bővítése (mentor), (a gyámhivatalok esetmenedzserei a túlterheltség és „hivatalos”, „hatalmi” szerepük, az általános elképzelés velük kapcsolatban a telepeken az, hogy védeni kell tőlük a gyerekeket, hazudni a körülményekről és a problémákról). Emiatt sokszor nem tudják megteremteni azt a bizalmi kapcsolatot, ami a gyerekek kiemelése után szükséges ahhoz, hogy az adott családdal tovább lehessen fejlesztő, segítő munkát végezni.

„A mélyszegénységben szegregáltan élő emberek életében kiemelten meghatározó a közösség szerepe, melynek jelentőségével nekünk is számolnunk kell, érdemes tehát megérteni működését. Az adatgyűjtés során mindvégig meghatározó volt a „kint és bent élménye”, ami esetünkben a közösségben elfoglalt helyünket jelentette. A szegregátumban élő emberek tapasztalatai szerint a kívülről hozzájuk érkező idegenek elsősorban rendőrök, a gyámhatóság munkatársai és olyan, a társadalmi elvárásokat közvetítő segítők (gyermekjóléti szolgálat család gondozói, orvosok stb.), akiknek leginkább ellenőrző, rendszabályozó szándékuk érzékelhető. Így az itt élők a településen belül elkülönült, a külvilág felé zárt közösséget alkotnak, és gyanakodva fogadják az idegeneket, akikkel eleinte nem szívesen osztják meg életük egyes részleteit.”⁴⁴

A komplex telepprogram megvalósítása lehetővé teszi a szociális szakemberek állandó jelenlétét a szegregátumban (jelenléti szociális munka). Fő feladatai közé tartozhatnak az egyéni fejlesztési tervek, szükségletek alapján utcai szociális munka, krízisintervenció, csoportmunka, közüzemi tartozások, életvezetés, pénzügyi tudatosság növelése, gyermeknevelési tanácsadás, információnyújtás, addikció stb.

Javasoljuk, hogy a családsegítő szolgálat munkatársai rendszeresen találkozzanak egymással, hogy tapasztalatot cserélhessenek a szegregátumban tapasztalt problémákkal, azok kezelési módjával kapcsolatban. Képzések, továbbképzések, érzékenyítő programok szervezése a problémával érintett szakemberek számára, a családsegítő szolgálatok között.

Egészségügy fejlesztése

Háziorvosi szolgáltatás fejlesztése (Mivel ez az a szolgáltatás, amit a kutatások felmérése során a szenvedélybetegek kiemelkedően nagy arányban vesznek igénybe (61%) ebben a körben, megfontolandó (hosszú távon) bevonnani valamilyen módon a háziorvosokat a szerhasználati problémák kezelésébe.)

Egy külön vizsgálatban fel kell deríteni, hogy szükséges-e a háziorvosi, védőnői, gyógyszerári szolgáltatások hozzáféréseinek bővítése, szükséges-e szakorvosi ellátás biztosítása, valamint az adatelemzésben leírtak figyelembevételével annak kivizsgálása, hogy egyes településeken, miért kiugróan magas az orvosi látogatások száma.

⁴⁴ Felvinczi Katalin, VÁLTOZÓ KÉPLETEK – ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK, Budapest, 2017.

A témában készült és a jelen kutatásban kiemelt terület volt a rendszeres prevenciós szűrések biztosítása, melynek szervezése az önkormányzatok részéről anyagi, szervezési nehézségekbe ütközött, javasoljuk, hogy ezen okokat a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat tárja fel és keressen megoldási javaslatokat a problémára. Helyben pedig meg kell keresni azokat a motiváló tevékenységeket, amelyekkel a szűréseken résztvevők arányát növelik.

Javasoljuk, hogy az egészségügyi és a szociális és az oktatási szakemberek hangolják össze és tervezzék meg az egészséges életmód, egészségvédelem ismeretek átadását település szinten.

Beavatkozási területek megtervezése

Ahhoz, hogy a fenti tervek hatékonyan megvalósulhassanak, elsősorban szükség van bizonyos területek felmérésére, vizsgálatára. A következőkben azoknak a kutatási területeknek felsorolása következik, mely a jelen kutatás során információhiányként azonosítottunk.

- Az egészséges életvitel hiánya okainak feltárása a szegregátumokban, egészséges életmód, egészségvédelem ismeretek célcsoportonkénti megtervezése a kutatási eredmények alapján
- Az addikció csökkentésével kapcsolatos hazai és nemzetközi jó gyakorlatok megosztása, megismerése, települési szintű adaptálhatóságának vizsgálata
- A szenvedélybetegek ellátórendszerbe történő segítése lehetőségeinek összegyűjtése, vizsgálata
- Helyi szintű addikciók feltárása, településszintű rövid és hosszútávú enyhítési, megoldási stratégia elkészítése, mivel a HEP-ben alig jelenik meg a függőség, mint probléma
- Települési szintű addikcióval érintett lakosság felmérés, szerfogyasztási preferencia, az addikciós ellátórendszer feltárása, működésének vizsgálata, szolgáltatások fejlesztési lehetőségeinek meghatározása

Felhasznált irodalom

- Ascher, Michael – Levounis, Petros: Viselkedésfüggőségek. Oriold és Társai. Kiadó, Bp. é.n.
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és fiatalkorúak kóros szerhasználatához és viselkedési addikcióihoz. 2019. EüK 10. szám EMMI szakmai irányelv, hatályos: 2019.07.02 –
- BALÁZS ANDRÁS, Az új típusú droghasználat szerepe és megjelenése a társadalom perifériáján élő fővárosi roma közösségekben, METSZETEK Vol. 4 (2015) No. 4.
- Bartl Ágnes: Sikeres cigányok Esztergomban és térségében in. Asszimiláció, szegregáció, integráció. Párhuzamos értelmezések és modellek a kisebbségkutatásban, Argumentum 2011.
- Berényi András - Darabosné Bíró Virág - Siposné Koháry Szilvia: Szakmai ajánlás – Szenvedélybetegek közösségi ellátása. EMMI 2018.
- Berényi András-Juhász Béla Szilárd: Helyi kockázat-elemzés a szükséglet-meghatározási és értékelési eszköztár működését veszélyeztető és bizonytalanná tevő hatások azonosítása Debrecen város kezelő-ellátó intézményrendszerének elemzésével, 2011.
- Civil társadalmi jelentés a Nemzeti Roma Integrációs Stratégiák megvalósulásáról Magyarországon. 2018 szeptember
- Csák Róbert – Magyar Éva – Márványkövi Ferenc – Szécsi Judit – Rácz József: Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználatára és a segítség lehetősége in. Esély vol. 31. no. 1. (2020)
- Csák Róbert - Márványkövi Ferenc- Rácz József: Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban. EMMI, 2017.
- Dr. Kapitány-Fövény Máté: Ezerarcú függőség. HVG Könyvek, Bp. 2019.
- ESPAD, 2015.
- Felvinczi Katalin: Változó képletek – új(abb) szerek: Kihívások, mintázatok. Budapest, 2017.
- Forward, Susan: Mérgező szülők. Háttér Kiadó, Budapest, 2014.
- Gerevich József – Bácskai Erika (szerk.): Agresszió, öngyilkosság, addikció. Noran Libro, Budapest, 2017.
- Haddad, Fadi – Gerson, Ruth (szerk.): Hogyan segítsünk a krízisben levő gyermekeknek? Oriold és Társai Kiadó, Budapest, é.n.
- Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szolgáltatási Út Térkép, Debrecen, 2019. december 10.
- KÁBÍTÓSZERÜGYI HELYZETKÉP MAGYARORSZÁG 2017 Nemzeti Drog Fókuszpont, 2017
- Kadét Ernő – Varró Gabriella: A roma lakosság hozzáférése az uniós fejlesztési forrásokhoz Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. TASZ, Bp. 2010.
- Magyar Addiktológiai Társaság: Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében, 2018.
- Petrov Boglárka: Normalizált függőség. Munkavállalói szocializáció és a teljesítményalapú társadalom. Szakdolgozat, Miskolci Egyetem, Miskolc, 2020.
- Révai Gábor: Beszélgetések a függőségről. Libri Kiadó, Bp. 2016.

- Tóth Janka – Méreiné Berki Boglárka – Málovics György – Juhász Judit – Boros Lajos: „Ha csak úgy kiköltöztetjük az embereket, egymás nélkül elvesznek.” Erőforrások, korlátok és ezek térbelisége a roma szegregátumokban lakók számára: egy hazai város példája . - In: Tér és társadalom, 2017. (31. év.) 3. sz.
- van der Kolk, Bessel: A test mindent számotart. Ursus Libris, Budapest, 2020.

Irodalomjegyzék

- BALÁZS ANDRÁS, Az új típusú droghasználat szerepe és megjelenése a társadalom perifériáján élő fővárosi roma közösségekben, METSZETEK Vol. 4 (2015) No. 4.
- Bartl Ágnes: Sikeres cigányok Esztergomban és térségében in. Asszimiláció, szegregáció, integráció. Párhuzamos értelmezések és modellek a kisebbségkutatásban, Argumentum 2011.
- Berényi András - Darabosné Bíró Virág - Siposné Koháry Szilvia: Szakmai ajánlás – Szenvedélybeteg közösségi ellátása. EMMI 2018.
- Berényi András-Juhász Béla Szilárd: Helyi kockázat-elemzés a szükséglet-meghatározási és értékelési eszköztár működését veszélyeztető és bizonytalanra tevő hatások azonosítása Debrecen város kezelő-ellátó intézményrendszerének elemzésével, 2011.
- Csák Róbert – Magyar Éva – Márványkövi Ferenc – Szécsi Judit – Rác József: Vidéki szegregátumokban élők pszichoaktív szerhasználata és a segítség lehetősége in. Esély vol. 31. no. 1. (2020)
- Csák Róbert - Márványkövi Ferenc- Rác József: Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban. EMMI, 2017.
- Dr. Kapitány-Fövény Máté: Ezerarcú függőség. HVG Könyvek, Bp. 2019.
- ESPAD, 2015.
- Felvinczi Katalin: Változó képletek – új(abb) szerek: Kihívások, mintázatok. Budapest, 2017.
- Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szolgáltatási Út Térkép, Debrecen, 2019. december 10.
- Magyar Addiktológiai Társaság: Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében, 2018.
- Petrov Boglárka: Normalizált függőség. Munkavállalói szocializáció és a teljesítményalapú társadalom. Szakdolgozat, Miskolci Egyetem, Miskolc, 2020.

Hivatkozások jegyzéke

- www.palyazat.gov.hu Letöltés ideje: 2021.06.07.
- www.emet.gov.hu, EMET/816-2/2021. A Települési és területi roma nemzetiségi önkormányzatok 2021. évi működési költségvetési támogatása. letöltés ideje: 2021. 06. 15.
- <http://drogproblema.hu/category/21-hajdu-bihar-megye> letöltés ideje: 2021. június 7.
- <http://www.kef.hu/main/tartalom/dokumentumok-15> letöltés ideje: 2021. 06. 18.
- http://www.vital.hu/mentoallomasok_orzagos_listaja?page=0%2C8 letöltés ideje: 2021. június 7.
- <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv>
- <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200314.kor> letöltés dátuma: 2021. június 8.
- <https://qubit.hu/2019/03/02/magukra-hagytak-a-kamasz-droghasznalokat-a-37-gyerekpszichiater-orzagaban>) letöltés ideje: 2021. június 22.
- <https://www.elte.hu/content/atalakulo-drogfogyasztas-uj-kihivasok.t.13588> letöltés ideje: 2021. június 22.
- https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/242/Hajdu_F_2021_05_25.pdf letöltés ideje: 2021. június 7.
- https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

Polgármesteri interjúkérdések

I. A szolgáltatás igénybevételének lehetősége a településen

1. Mit jelent a függőség az ön szóhasználatában?

2. Kérem, hogy rakja sorrendbe, hogy ön szerint mennyire jelentenek gondot a településen lévő szegregátumban a következő függőséggel kapcsolatos problémák:

- új pszichoaktív szerek fogyasztása (UPSZ)
- alkoholfogyasztás
- energiaital fogyasztás
- egyéb kábítószer
- cigaretta
- recept nélkül (visszaélésszerűen) használt nyugtató/altatóhasználat
- polidrog használat (gyógyszer, kábítószer fogyasztása alkohollal, energiaitalal stb.)
- viselkedési függőségek

2.1. A településen élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegálisszerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.2. A szegregátumban élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg az illegális szerek használata (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.4. Hogyan, milyen körülmények között jelent meg az illegális szerek fogyasztása a településen?

3.1. A településen élők közül melyik korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.2. A szegregátumban élők közül melyik a korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a legális szerek használata? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

4.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a polidroghasználat?

- 5.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a viselkedésfüggőség?

6. Megítélése alapján hogyan oszlanak meg a nemek között az alábbi függőségi problémák?

| | férfi | nő |
|---|-------|----|
| kábítószer fogyasztás | | |
| alkoholfogyasztás | | |
| recept nélkül használt nyugtató/altatóhasználat | | |
| cigarettafüggőség | | |
| polidroghasználat | | |
| viselkedési függőségek | | |

7. Melyik évben, milyen helyzetben találkozott először a településen a függőséggel, mint problémával?
 8. Mekkora a településen, ezen belül a szegregátumban a függőséggel való érintettség, hány főt érint?
 9. Foglalkozott-e, tett-e valamit az ön szervezete, munkahelye a függőségi problémákkal?
 10. Ön szerint milyen problémákat okoz a függőség egyéni szinten?

II: Specifikus kérdések

1. **Települési adottságok:** szórakozási, közösségi lehetőségek, iskolán kívüli programok, helyszínek
 2. **Szegregátum(ok) adottságai** (száma, lehatárolása, elhelyezkedés, lakások száma, állapota, lakosság szám, korösszetétel, jövedelmi adatok, van-e a függőség szempontjából lényegi különbség a szegregátumok között stb.) Ezek a szegregátumok KSH vagy saját besorolásúak?

3. **Családok helyzete szegregátumban és a településen (hány hh-s, hhh-s, szegregátum lakói milyen körülmények között élnek, hány segélyezett, milyen típusúak a segélyek, ellátások, pl. tűzifa, közmunka)**
4. **A település és különösen a szegregátum lakóival milyen a hivatal kapcsolata, milyen kommunikációs csatornákon érik el őket, mennyire hatékony ez?**
5. **Milyen problémákkal fordulnak az önkormányzathoz?**
6. **Milyen problémákkal keresik meg a kisebbségi önkormányzatot? Van-e szerepe a kisebbségi önkormányzatnak a függőségek enyhítésében, kezelésében?**
7. **Volt-e a település fejlesztést, a felzárkózást, a lakosság életvitelét, életminőségét az esélyegyenlőséget, elősegítő pályázat?**
8. **Mi az a szolgáltatás, fejlesztés, ami működik a projekt befejezése után is?**
9. **Volt-e a szegregátum fejlesztését, a felzárkózást, a lakosság életvitelét, életminőségét, esélyegyenlőségét előmozdító pályázat?**
10. **Mi az a szolgáltatás, fejlesztés, ami működik a projekt befejezése után is?**
11. **Terveznek-e a közeljövőben a fenti témában pályázatot benyújtani? (szegregált élethelyzetek felszámolása, komplex telepprogramokkal, Leromlott városi területek rehabilitációja, biztos kezdet gyerekház, tanoda stb)**
12. **Terveznek-e új szociális ellátás bevezetését a közeljövőben a településen?**
13. **A településen melyik szervezet nyújt szerhasználattal, függőséggel, leszokással foglalkozó szolgáltatásokat? Milyen szolgáltatást nyújtanak? Elérhetőség?**
14. **Hol lehet a szerhasználattal kapcsolatos szolgáltatást igénybe venni legközelebb? Milyen jellegű szolgáltatás ez? Ha utazni kell, tudnak-e útiköltség támogatást biztosítani?**
15. **Volt-e a közelmúltban iskolai drogrevenió? Ha igen, milyen rendszerességgel, mi a tartalma? Ki volt a célcsoport?**
16. **Véleménye szerint a település lakói elsődlegesen honnan szerzik be az alkoholt? Milyen módon jutnak kábítószerhez?**
17. **Jellemzően hol történik az alkohol és a kábítószer fogyasztás a településen? Okoz-e zavart a település életében?**

III. A helyi ellátórendszer jellemzői

- 1. Mi lehet az oka a településen élők szenvedélybetegségének kialakulásának? Van-e olyan ok, amely főként a szegregátumban élőkre jellemző?**
- 2. Mire lenne leginkább szükség, mi az, ami hiányzik?**
 - **beavatkozási területek megtervezése**
 - **szakemberek fejlesztése**
 - **intézményfejlesztés**
 - **közbiztonság**
 - **infrastruktúra**
 - **függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások**
 - **egyéb.....**

Szociális munkás interjúkérdések

I. A szolgáltatás igénybevételének lehetősége a településen

1. Mit jelent a függőség az ön szóhasználatában?

2. Kérem, hogy rakja sorrendbe, hogy ön szerint mennyire jelentenek gondot a településen lévő szegregátumban a következő függőséggel kapcsolatos problémák:

- új pszichoaktív szerek fogyasztása(UPSZ)
- alkoholfogyasztás
- energiaital fogyasztás
- egyéb kábítószer
- cigaretta
- recept nélkül (visszaélésszerűen) használt nyugtató/altatóhasználat
- polidrog használat (gyógyszer, kábítószer fogyasztása alkohollal, energiaitalal stb.)
- viselkedési függőségek

2.1.A településen élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegálisszerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.2. A szegregátumban élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.3.A településen élők között hány éves korban jelenik meg az illegális szerek használata (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.4. Hogyan, milyen körülmények között jelent meg az illegális szerek fogyasztása a településen?

3.1. A településen élők közül melyik korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.2. A szegregátumban élők közül melyik a korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a legális szerek használata? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

4.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a polidroghasználat?

- 5.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a viselkedésfüggőség?

6. Megítélése alapján hogyan oszlanak meg a nemek között az alábbi függőségi problémák?

| | férfi | nő |
|---|-------|----|
| kábítószer fogyasztás | | |
| alkoholfogyasztás | | |
| recept nélkül használt nyugtató/altatóhasználat | | |
| cigarettafüggőség | | |
| polidroghasználat | | |
| viselkedési függőségek | | |

7. Melyik évben, milyen helyzetben találkozott először a településen a függőséggel, mint problémával?
 8. Mekkora a településen, ezen belül a szegregátumban a függőséggel való érintettség, hány főt érint?
 9. Foglalkozott-e, tett-e valamit az ön szervezete, munkahelye a függőségi problémákkal?
 10. Ön szerint milyen problémákat okoz a függőség egyéni szinten?

II: Specifikus kérdések

1. Cím? Nyitva tartás, elérhetőség? Létszám? Szakképzettség? Leterheltség (esetszám)? Feladatok?
 2. Családok helyzete helyi és szegregátumban (anyagi, lakhatási körülmények, szűk és tágabb közösségi hálójuk, munkalehetőségek, kitörési lehetőségek)
 3. Szegregátumi gyerekek adottságai (tehetség gondozás van-e, iskolán kívüli foglalkozások, hol szórakoznak, miket csinálnak, hány hidas, diszes stb. van, elkülönülnek-e abban az iskolában, ahová ők is járnak?)

4. Gyerekek és család kapcsolata a szegregátumban, milyen a nevelési stílus, mennyire vannak szabadjára engedve a gyerekek pl.
5. Szülők kapcsolata az iskolával, családsegítővel
6. Milyen problémákkal fordulnak a szegregátumban élők hozzájuk? Tudják e ezeket ellátni? Szükség lenne e tevékenység bővítésre? Milyen tapasztalat van a függőség kezelésével kapcsolatban? Milyen módon segítik a függőket és családjaikat?
7. Van-e köze az addikciós problémának a szerhasználathoz?
8. Kihez fordulhat az, aki szerhasználattal, függőséggel, leszokással kapcsolatban érdeklődik?
9. Milyen tényezők nehezítik meg a kezelésbe jutást? pl. utazási költség, hosszú várólista, szakemberhiány stb.
10. Volt-e a veszélyhelyzet kihirdetése előtt a közelmúltban olyan személy, akit sikerült függőséggel kapcsolatos szakellátásba irányítani? Hogyan történt?
11. Jelzőrendszer működésének tapasztalatai? Mi a tapasztalata az iskolai szociális segítő munkájával kapcsolatban?

III. A helyi ellátórendszerjellemezői

1. Mi lehet az oka a településen élők szenvedélybetegségének kialakulásának? Van-e olyan ok, amely főként a szegregátumban élőkre jellemző?
2. Mire lenne leginkább szükség, mi az, ami hiányzik?
 - beavatkozási területek megtervezése
 - szakemberek fejlesztése
 - intézményfejlesztés
 - közbiztonság
 - infrastruktúra
 - függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások
 - egyéb.....

Egészségügyi dolgozó interjúkérdések

I. A szolgáltatás igénybevételének lehetősége a településen

1. Mit jelent a függőség az ön szóhasználatában?

2. Kérem, hogy rakja sorrendbe, hogy ön szerint mennyire jelentenek gondot a településen lévő szegregátumban a következő függőséggel kapcsolatos problémák:

- új pszichoaktív szerek fogyasztása (UPSZ)
- alkoholfogyasztás
- energiaital fogyasztás
- egyéb kábítószer
- cigaretta
- recept nélkül (visszaélésszerűen) használt nyugtató/altatóhasználat
- polidrog használat (gyógyszer, kábítószer fogyasztása alkohollal, energiaitalal stb.)
- viselkedési függőségek

2.1. A településen élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.2. A szegregátumban élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg az illegális szerek használata (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.4. Hogyan, milyen körülmények között jelent meg az illegális szerek fogyasztása a településen?

3.1. A településen élők közül melyik korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.2. A szegregátumban élők közül melyik a korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a legális szerek használata? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

4.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a polidroghasználat?

- 5.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a viselkedésfüggőség?

6. Megítélése alapján hogyan oszlanak meg a nemek között az alábbi függőségi problémák?

| | férfi | nő |
|---|-------|----|
| kábítószer fogyasztás | | |
| alkoholfogyasztás | | |
| recept nélkül használt nyugtató/altatóhasználat | | |
| cigarettafüggőség | | |
| polidroghasználat | | |
| viselkedési függőségek | | |

7. Melyik évben, milyen helyzetben találkozott először a településen a függőséggel, mint problémával?
 8. Mekkora a településen, ezen belül a szegregátumban a függőséggel való érintettség, hány főt érint?
 9. Foglalkozott-e, tett-e valamit az ön szervezete, munkahelye a függőségi problémákkal?
 10. Ön szerint milyen problémákat okoz a függőség egyéni szinten?

II: Specifikus kérdések

1. Statisztikai adatok: Nyitva tartás, elérhetőség, Létszám, Szakképzettség, Betegszám, betegforgalom
 2. Melyek a leggyakoribb egészségi panaszok a közösségben, szűkebben a szegregátum lakói között? Melyik a három leggyakoribb betegségtípus a településen? Melyik a 3 leggyakrabban vényre és vény nélkül vásárolt gyógyszer? A településen mely mentális betegségek fordulnak elő leginkább?

3. Ön szerint milyen az általános egészségi állapotuk a szegregátumban élőknek? Kérem osztályozza az iskolában megszokott értékelésnek megfelelően 1-5 között. Miért?
4. Függőség jelei a páciensek között (pl. alkohol, szerhasználat, gyógyszerfüggőség, kiemelten nyugtatók, altatók vásárlása, felíratása)
5. A szegregátumban élők és az egészségügy kapcsolata, kapcsolattartás gyakorisága, minősége, a szakrendelésre irányítás konkrétumai. Mennyire van megelégedve a szakellátással kapcsolatban?
7. Mennyire kezelhetőek ezek a problémák helyben? Mennyire érik el a betegek a szűkebb és a tágabb ellátórendszert (pl. beutalóval elmennek-e a legközelebbi szakrendelésre, vagy csak helyben maradnak, mentálhigiénés szakember elérhető-e számukra)
6. Jellemző-e a szegregátumban a mentőhívás a függőséghez kapcsolódóan? (sürgősségi, detoxikáló)
7. Tapasztalt-e a településen, ill. a szegregátumban élők esetében a szerhasználathoz köthető, az átlagostól eltérő viselkedést? Igen-nem, milyen?
8. Milyen tapasztalatai vannak a kábítószeres, gyógyszerek, alkohol használata miatt történt rosszuléttel, újraélesztéssel, halálessel kapcsolatban?
9. Milyen tapasztalatai vannak a településen élők egészségtudatosságával, egészségvédelmével kapcsolatban? Van-e eltérés a szegregátumban és a településen élők között ebből a szempontból?
10. Milyen szűrőprogramok érhetők el helyben a lakosság számára? Milyen a részvételi arány? Milyen a nemek szerinti megoszlás? Igények?

III. A helyi ellátórendszer jellemzői

1. Mi lehet az oka a településen élők szenvedélybetegségének kialakulásának? Van-e olyan ok, amely főként a szegregátumban élőkre jellemző?
2. Mire lenne leginkább szükség, mi az, ami hiányzik?
 - beavatkozási területek megtervezése
 - szakemberek fejlesztése
 - intézményfejlesztés
 - közbiztonság
 - infrastruktúra
 - függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások
 - egyéb.....

Egyházi, civil interjúkérdések

I. A szolgáltatás igénybevételének lehetősége a településen

1. Mit jelent a függőség az ön szóhasználatában?

2. Kérem, hogy rakja sorrendbe, hogy ön szerint mennyire jelentenek gondot a településen lévő szegregátumban a következő függőséggel kapcsolatos problémák:

- új pszichoaktív szerek fogyasztása (UPSZ)
- alkoholfogyasztás
- energiaital fogyasztás
- egyéb kábítószer
- cigaretta
- recept nélkül (visszaélésszerűen) használt nyugtató/altatóhasználat
- polidrog használat (gyógyszer, kábítószer fogyasztása alkohollal, energiaitalal stb.)
- viselkedési függőségek

2.1. A településen élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegálisszerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.2. A szegregátumban élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg az illegális szerek használata (UPSZ, egyéb kábítószer)?

2.4. Hogyan, milyen körülmények között jelent meg az illegális szerek fogyasztása a településen?

3.1. A településen élők közül melyik korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.2. A szegregátumban élők közül melyik a korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

3.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a legális szerek használata? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)

4.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?

4.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a polidroghasználat?

- 5.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a viselkedésfüggőség?

6. Megítélése alapján hogyan oszlanak meg a nemek között az alábbi függőségi problémák?

| | férfi | nő |
|---|-------|----|
| kábítószer fogyasztás | | |
| alkoholfogyasztás | | |
| recept nélkül használt nyugtató/altatóhasználat | | |
| cigarettafüggőség | | |
| polidroghasználat | | |
| viselkedési függőségek | | |

7. Melyik évben, milyen helyzetben találkozott először a településen a függőséggel, mint problémával?
 8. Mekkora a településen, ezen belül a szegregátumban a függőséggel való érintettség, hány főt érint?
 9. Foglalkozott-e, tett-e valamit az ön szervezete, munkahelye a függőségi problémákkal?
 10. Ön szerint milyen problémákat okoz a függőség egyéni szinten?

II: Specifikus kérdések

1. Családok helyzete (anyagi, lakhatási körülmények, szűk és tágabb közösségi hálójuk, munkalehetőségek, kitörési lehetőségek)
 2. A lelkészhez, paphoz fordulnak-e a hívek függőségekkel kapcsolatos problémákkal?
 Ha igen miben kérnek segítséget?
 3. Hol szórakoznak a szegregátumban élők, milyen a közösségi élet?

4. A szegregátum lakóinak kapcsolata az egyházzal/civil szervezettel, mik a kapcsolódási pontok (templomi közösség tagjai, adományosztás, ételosztás, valamilyen szolgáltatás stb.)

III. A helyi ellátórendszer jellemzői

1. Mi lehet az oka a településen élők szenvedélybetegségének kialakulásának? Van-e olyan ok, amely főként a szegregátumban élőkre jellemző?
2. Mire lenne leginkább szükség, mi az, ami hiányzik?
 - beavatkozási területek megtervezése
 - szakemberek fejlesztése
 - intézményfejlesztés
 - közbiztonság
 - infrastruktúra
 - függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások
 - egyéb.....

Rendőri interjúkérdések

I. A szolgáltatás igénybevételének lehetősége a településen

- 1. Mit jelent a függőség az ön szóhasználatában?**
- 2. Kérem, hogy rakja sorrendbe, hogy ön szerint mennyire jelentenek gondot a településen lévő szegregátumban a következő függőséggel kapcsolatos problémák:**
 - új pszichoaktív szerek fogyasztása (UPSZ)
 - alkoholfogyasztás
 - energiával fogyasztás
 - egyéb kábítószer
 - cigaretta
 - recept nélkül (visszaélésszerűen) használt nyugtató/altatóhasználat
 - polidroghasználat (gyógyszer, kábítószer fogyasztása alkohollal, energiával stb.)
 - viselkedési függőségek
- 2.1. A településen élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?**
- 2.2. A szegregátumban élők közül melyik a legérintettebb korosztály az illegális szerek használatában (UPSZ, egyéb kábítószer)?**
- 2.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg az illegális szerek használata (UPSZ, egyéb kábítószer)?**
- 2.4. Hogyan, milyen körülmények között jelent meg az illegális szerek fogyasztása a településen?**

- 3.1. A településen élők közül melyik korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)**
- 3.2. A szegregátumban élők közül melyik a korosztály használja a legális szereket? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)**
- 3.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a legális szerek használata? (cigaretta, alkohol, gyógyszer)**

- 4.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?**
- 4.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a polidroghasználat?**
- 4.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a polidroghasználat?**

- 5.1. A településen élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.2. A szegregátumban élők közül melyik korosztályra jellemző a viselkedésfüggőség?
 5.3. A településen élők között hány éves korban jelenik meg a viselkedésfüggőség?

6. Megítélése alapján hogyan oszlanak meg a nemek között az alábbi függőségi problémák?

| | férfi | nő |
|---|-------|----|
| kábítószer fogyasztás | | |
| alkoholfogyasztás | | |
| recept nélkül használt nyugtató/altatóhasználat | | |
| cigarettafüggőség | | |
| polidroghasználat | | |
| viselkedési függőségek | | |

7. Melyik évben, milyen helyzetben találkozott először a településen a függőséggel, mint problémával?
 8. Mekkora a településen, ezen belül a szegregátumban a függőséggel való érintettség, hány főt érint?
 9. Foglalkozott-e, tett-e valamit az ön szervezete, munkahelye a függőségi problémákkal?
 10. Ön szerint milyen problémákat okoz a függőség egyéni szinten?

II: Specifikus kérdések

1. Cím? Nyitva tartás, elérhetőség? Létszám?
2. Bűnügyi statisztikai adatok, ebből mennyi köthető a függőségekhez?
3. Milyen esetekhez hívják ki őket legtöbbször, van-e tudomásuk arról, hogy ez mennyire köthető bármilyen függőséghez (pl. szerhasználati, alkoholos befolyásoltság)
4. Ön tud-e a településen arról, hogy recepttel, gyógyszerrel visszaélés történt?

III. A helyi ellátórendszer jellemzői

- 1. Mi lehet az oka a településen élők szenvedélybetegségének kialakulásának? Van-e olyan ok, amely főként a szegregátumban élőkre jellemző?**
- 2. Mire lenne leginkább szükség, mi az, ami hiányzik?**
 - beavatkozási területek megtervezése
 - szakemberek fejlesztése
 - intézményfejlesztés
 - közbiztonság
 - infrastruktúra
 - függőséggel érintettek számára szervezett szolgáltatások
 - egyéb.....