

SZÉCSI JUDIT – SIK DORKA

SZERHASZNÁLAT EGY HÁTRÁNYOS HELYZETŰ JÁRÁS SZEGREGÁTUMAIBAN*

A tanulmányban egy feltáró terepkutatás tapasztalatait foglaljuk össze, melynek célja a magyarországi kistelepülések mélyszegény rétegeiben élők közötti droghasználat vizsgálata. A kutatást egy hátrányos helyzetű járás három kiválasztott településének szegregátumaiban végeztük, szociális munkás szakos egyetemi hallgatók bevonásával. Az etnográfiai jellegű terepmunka során a résztvevő megfigyelés és az interjúzás módszerét alkalmaztuk. Tapasztalataink szerint a vizsgált területeken a legális és illegális droghasználat felülreprezentált, különös tekintettel az újfajta pszichoaktív szerekre. A jelenség kezelése során számolni kell a szerhasználat kialakulásában ma kiemelkedően fontos társadalmi kontextussal és hatásokkal. Az itt élő emberek életében tapasztalható nyomor és jövőnélküliség, a kilátástalanság frusztráló érzésével párosulva az olcsó, de rossz minőségű legális és illegális droghasználat elsődleges oka. A helyzet mélyebb feltárásához és a mielőbbi segítséghez további kutatások szükségesek, melyek tervezésekor számolni kell a célcsoport sajátoságaival, és a közösség erős szerepével.

Háttér

A közelmúltban a különböző médiumokban sorra megjelenő híradások a designer drogok hatásairól, valamint az elharapódzó vidéki droghasználatról indulatokat váltottak ki a közvéleményből és a szakmából egyaránt. Az *ad hoc* módon leírt és sokszor szélsőséges képet festő jelenségről semmiféle szisztematikus adatgyűjtés, helyzetleírás nem áll rendelkezésünkre. Így a helyzet értékelése és a beavatkozás megtervezése sem lehet higgadt és megalapozott. A jelenség „hiszterizálása”, a morális pánikkeltés inkább a büntetést fókuszba állító drogpolitika további megerősödésének kedvezhet.

A tanulmányban egy feltáró terepkutatás eredményeit ismertetjük. A nem reprezentatív vizsgálat célja az volt, hogy pontosabb kép kialakítására hiteles forrásból adatokat gyűjtsünk a magyarországi vidéki droghasználat jellemzőiről egy kiválasztott hátrányos helyzetű kistérség szegregátumaiban. A következő kérdésekre kerestük a választ: (1) mennyire jellemző a klasszikus legális szerek mellett (alkohol, cigaretta), a kábítószernek minősülő anyagok fogyasztása, különös te-

* A kutatásban és a feldolgozásban részt vettek az ELTE TáTK elsőéves szociális munkás szakos hallgatói a 'Szociotábor' nyári szakmai gyakorlat kurzus keretében. A kutatást az ELTE TáTK finanszírozta.

kintettel az újfajta pszichoaktív szerek használatára,¹ (2) mennyiben mutat különbséget a droghasználat elterjedtsége, mintázata a rossz szociális helyzetben élő, alacsony társadalmi rétegekhez tartozó emberek között az országos adatokhoz képest; (3) mennyire jellemző a többgenerációs, intravénás szerhasználat az általunk vizsgált célterületen.

A hátrányos helyzetű kistérség és a szegregátum konceptualizálása

A hátrányos helyzetű kistérség elnevezés helyett a 105/2015. (IV. 23.) és 106/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet² a kedvezményezett települések és járások kifejezést vezetik be, melyek a korábbiakhoz hasonlóan a települések és járások besorolásáról, valamint a besorolás feltételrendszeréről is rendelkeznek. A besorolást egy komplex mutató figyelembevételével végzik, amit négy mutatócsoport jellemzői alapján alakítanak ki: (1) társadalmi és demográfiai adottságok; (2) lakás- és életkörülmények; (3) helyi gazdaság és munkaerő-piaci helyzet; (4) infrastruktúra és környezeti feltételek. Mindez azért fontos, mert a kedvezményezett települések és járások a fejlesztési célú támogatásokhoz való hozzáférés tekintetében előnyt élveznek.³ A járások – a komplex mutató alapján – emelkedő sorrendbe állított listáján 109 hátrányos helyzetű járás szerepel.⁴

A vizsgálatunk helyszínét adó járás a komplex mutatója alapján benne van az első 40-ben. Ez azt jelenti, hogy a járás társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradott, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtott, tehát kedvezményezett és komplex programmal fejlesztendő járásnak minősül.

A járás települései közül 3 rendelkezik városi ranggal, városi funkciókkal ugyanakkor csak egy. Két település kivételével a kistérség összes települése társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak tekinthető, a településeken a munkanélküliség meghaladja az országos átlagot. A járásban a 2011. évi népszámláláskor 64 ezer fő élt, a 18 évesnél fiatalabb népesség száma pedig 14 ezer, akik a háztartások több mint egynegyedében élnek (27,5%).⁵ A települések szegénységkockázati mutatóit vizsgálva, az MTA RKK felmérése alapján a járás 8 településének szegénységi kockázata elérte a legmagasabb, 10-es értéket. A kistérség további 11 települése a magas kategóriába tartozik, és csupán három település kapott középértékű osztályzatot (MTA RKK 2015).

¹ Az újfajta pszichoaktív szerekkel kapcsolatos magyarázatot lásd a *Jegyzetek* 1. pontjában.

² http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1500105.KOR és http://jnszm.hu/feltolt/File/tfi/itp_2/2015_04_23_106_korm_rend_kedvezmenyezett_jarasok.pdf (utolsó letöltés: 2013. 03. 23.)

³ Az egyes mutatócsoportok tartalmáról bővebben lásd a kormányrendeletet.

⁴ Összesen 199 járás van a budapesti kerületekkel együtt.

⁵ Jegyzői adatszolgáltatás alapján, 2012.

A kutatásban három település szegregátumait vizsgáltuk, vegyesen egy városit és két községit.

Az 1. táblázat összefoglalja, hogy mit jelent kedvezményezett településen vagy annak szegregátumában élni. Néhány mutató alapján is egyértelmű a jelentős mértékű egyenlőtlenség és az, hogy milyen összetett és súlyos problémákkal küzdenek ezek a térségek, településrészek.

1. táblázat: Összefoglaló táblázat az egyes mutatók tekintetében településtípusok szerint (%)

Mutató	Országos	Megyei	Járási	Vizsgált települések	Vizsgált szegregátumok
Foglalkoztatottság	63,8	56,9	32,4	n. a.	24,4
Munkanélküliség	6,9	13	17,5	24	n. a.
Iskolai végzettség (legfeljebb 8 általános)	26,8	33	10	30–45	56
Lakáshelyzet – vezetékes víz	94	92	85	n. a.	70

Forrás: saját szerkesztés (a 2011-es népszámlálási adatok, a KSH 2015. I. negyedévi munkaerő-piaci jelentése, Forrai 2014, valamint a saját vizsgálat eredményeinek alapján).

Ha a foglalkoztatottságot nézzük, míg az országos szinten a foglalkoztatottság mutatója közel kétharmados (2015. I. negyedév, lásd KSH 2015), addig a járásban 32,4 százalék (Forrai 2014), a szegregátumokban pedig 24,4 százalék ez az arány (saját eredmények). Emellett azt is tudjuk, hogy ennek a fele közmunkaprogramban foglalkoztatott, tehát a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatottság 12 százalék, az országos mutató alig ötöde.

Az iskolai végzettség mutatói is rendkívül alacsonyak. A kistérségben élők iskolai végzettségét vizsgálva: a gyermekes háztartásokban élő 15 évesnél idősebb népesség csaknem 10 százaléka nem fejezte be az általános iskolát; a 18 évesek és annál idősebbeknek mindössze egyharmada érettségizett. A legfeljebb 8 osztályt végzettek aránya országosan 26,8 százalék (a 2011-es népszámlálási adatok alapján), addig a három kistelepülésen 30–45 százalék között mozgott, a szegregátumokban pedig ez az arány az országos adatok duplája, 56 százalék. Ha ehhez hozzávesszük azt is, hogy az országos adatok viszonylagos kedvezőtlenége az idősebb generációk iskolázatlanságából fakad, addig a szegregátumokban éppen ez a korosztály alulreprezentáltan található meg. Az alacsony iskolai végzettség erősen visszahat a munkaerő-piaci aktivitásra és lehetőségekre.⁶

⁶ A legfeljebb alpfokú végzettségűek foglalkoztatottá válásának esélye országosan is a legkisebb, a felsőfokúaké pedig a legnagyobb: az előbbieket foglalkoztatási aránya 33,4, utóbbiaké 82,0% volt (KSH 2015. II. negyedév).

A lakásviszonyok tekintetében: ha egy mutatót, például a vezetékes vízellátást kiemeljük, akkor az országos adatok azt mutatják, hogy a lakások 94 százalékában van vezetékes víz, az általunk vizsgált járásban a vezetékes vízellátás 85 százalékban kiépített, a szegregátumokban már csak 70 százalékban.

A kistérségben 2014-ben készült felmérés szerint a gyerekes háztartások egy főre jutó havi átlagos jövedelme 38 800 forint. Három gyerekből kettő a szegénységi küszöb alatt él, ha pedig roma családba születik, ez az arány már tízből kilenc (Forrai 2014).

A 2. táblázat a gyerekek helyzetét mutatja. Mindhárom településen a hátrányos helyzetű gyerekek száma kiemelkedő, különösen a két kistéleülésre mondható ez el. Ezen belül a halmozottan hátrányos helyzetűek száma jelentős.⁷ Ehhez képest a védelembe vett gyerekek száma viszonylag alacsony. Ez azt is jelzi nekünk, hogy nem elsősorban életvezetési problémákról van szó ezekben a családokban, hanem a rossz körülmények, anyagi helyzet, a szegénység és kilátástalanság veszélyeztetik a gyerekek fejlődését és jövőjét.

2. táblázat. A kistérségben élő gyermekek hátrányos helyzetére vonatkozó jegyzői adatok

Település	Gyerekszám	Veszélyeztetett gyerekek száma	2H*	3H**	Védelembe vétel	Rgyk***	Szegregátumban élők száma
Város	3035	167	875	270	60	875	458
1. település	1484	1059	1129	719	128	1129	n. a.
2. település	858	198	705	460	37	705	350

Forrás: saját szerkesztés a települési jegyzői adatlapok alapján (Sik–Szécsi 2014).

* Hátrányos helyzetű gyerekek száma

** Halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek száma

*** Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülők száma

Szegregációnak nevezzük azt a jelenséget, amikor egy-egy településen belül a különböző társadalmi rétegek, etnikai csoportok stb. lakóhelye erősen elkülönül egymástól. A szegregáció együtt jár a jövedelmi viszonyok és a települési infrastruktúra lényeges egyenlőtlenségeivel (Andorka 2006 [1997]). A szegregátum pedig a településeken belül olyan területeket jelöl, ahol az aktív korú népességben belül a legfeljebb általános iskolai végzettségűek és a rendszeres munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya mindkét mutató tekintetében magasabb, mint

⁷ Az itt használt fogalmak (hátrányos helyzet, halmozottan hátrányos helyzet, veszélyeztetettség, védelembe vétel) magyarázatát lásd a jegyzet 2. pontjában vagy részletesen az 1997. évi XXXI. gyermekvédelmi törvényben (Gyvt.). http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (utolsó letöltés: 2013. 03. 23.)

50 százalék (Népszámlálás 2001, idézi Varró–Kadét 2010).⁸ Az Antiszegregációs terv kibővíti a definíciót, és idesorolja azokat a területeket, ahol a rendszeres szociális támogatásban részesülők aránya duplája a települési átlagnak. Az általunk vizsgált három településen összesen 7 szegregátrum található, ahol a lakosság 12 százaléka él. Ez az arány az átlagnál magasabb, az egyik településen 50 százalékos. A romák aránya a városban 5 százalék, a kisebb településeken 25–32 százalék (Kadét–Varró 2010).

A vizsgált szegregátumokat az előbbi definíció alapján választottuk ki, és a helyi szakértők javaslatára pontosítottuk. A szegregátumok történetében nem ritka, hogy még a rendszerváltás idején a településrész szervesen a településhez tartozott, voltak közintézmények: orvosi rendelő, óvoda, a gyerekeknek játszótér és focipálya, valamint a város részének tekintett utcákba bement a busz. Mára ezek közül egyik sincs, a busz sem kanyarodik be a népes szegregátumba. A szegregátumok közül több azonban természetes úton és a településvezetők támogatásával egyre inkább zsugorodik. A lakosság csökken, aki teheti, elköltözik integráltabb területekre, vagy átköltözik a település egy nagyobb szegregátumába. A népességcsökkenés másik oka, hogy az idősebbek meghalnak, és a helyükre nem költöznek fiatalok. Sok településen a vezetők célja a szegregátumok felszámolása, és ehhez különböző hatékonyságú és szándékú intervenciók valósulnak meg.

Adatgyűjtés

Az adatfelvételt 2015. június 29. és július 3. között került sor egy, az ELTE szociális munka szakán a tantervbe beépített kötelező gyakorlat (ún. szociotábor⁹) keretében. Harminc hallgató két oktató vezetésével 5 napot töltött az észak-alföldi régió egyik járásában, és vett részt az adatgyűjtésben a kiválasztott településeken. A három településen összesen 3900 fő él. A két községben a lakosság 32, illetve 25 százaléka, a városban 5 százaléka él a szegregátumok valamelyikében.

A gyakorlat során szegregátumkutatást végeztünk, ami azt jelenti, hogy a hallgatók megkíséreltek kapcsolatot felvenni a szegregátumnak jelölt területeken található házak mindegyikében. Mivel a tanszék oktatóinak évek óta van tapasztalata a mélyszegénységben élőkkel való kapcsolatfelvételen, kutatások szervezésében és levezetésében, a korábbi tanulságokat is figyelembe véve, három kutatási módszerre építettünk: résztvevő megfigyelés, kérdőíves felmérés és félig strukturált interjúk készítése.

⁸ A KSH szegregációval veszélyeztetett területnek tekinti a legalább 50 fős lakónépesség mellett azokat a területeket, ahol előbbi mutató aránya 30–40 százalék, Budapest esetében 25–35 százalék. A KSH által készített szegregációs térkép tartalmazza a 2001-ben feltárt szegregátumokat.

⁹ Szociotáborra a szociálismunkás-képzés első év végén kerül sor. A gyakorlat az egyetemi oktatásban szereplő kutatási modul középső részeként a kutatások gyakorlati megvalósulását ismerteti meg a hallgatókkal. A gyakorlat valamilyen kvalitatív vagy kvantitatív módszerrel végzett adatgyűjtést foglal magában, de szerep jut egyfajta, a szociális munka elméleteibe ágyazott etnográfiai jellegű terepmunkának is.

Kiemelten fontos vizsgálati módszerünk a résztvevő megfigyelés, amely a hallgatók településükön gyűjtött információira, benyomásaira épül. A hallgatók ezeket a megtudott információkat és tapasztalatokat a tábor ideje alatt minden nap, az adatgyűjtő munka után megvitatták, lejegyezték vagy magnóra rögzítették.

A kérdőívben az alap szociodemográfiai adatok mellett az anyagi helyzetről, a lakáskörülményekről és a gyerekek helyzetéről gyűjtöttünk adatokat. A szegregátumokban élő családok szociális helyzetének megismerése mellett azt akartuk megtudni, hogyan érzékelik a megkérdezettek a településrész drogfertőzöttségét. A kérdőívben szerepelt tehát egy szűrő kérdőív, amely azt a célt szolgálta, hogy ezen a módon találjunk interjúalanyokat a vizsgálódás kvalitatív részéhez. Aki- nek voltak releváns információi a droghasználattal kapcsolatban, azokkal interjút készítettünk, hogy részletesebben kifejtessék tapasztalataikat.

A gyakorlaton a 30 hallgató mindegyike négy nap alatt 25 óra megfigyelést végzett a terepen úgy, hogy részt vettek a településrész mindennapjaiban. A terepen kb. 15 órát szántunk a feldolgozásra, a megfigyelések rögzítésére, megbeszélésére. A kutatás során 204 kérdőív készült, melyekből főleg az általános életkörülményekről kaptunk információt. Az interjúk foglalkoztak tematikusan a droghasználattal részletesen. Összesen 33 interjú készült. A kérdések a településrész droghasználati szokásaival, az ebből eredő problémákkal, következményekkel, valamint a segítségnyújtási lehetőségekkel voltak kapcsolatosak.

A kutatás eredményei

A feltáró vizsgálatunk nem reprezentatív, eredményei kizárólag az általunk vizsgált területekre vonatkoznak, országos következtetések levonására nem alkalmasak. Ehhez további kutatások szükségesek, melyek tervezéséhez tapasztalataink kiindulást jelenthetnek.

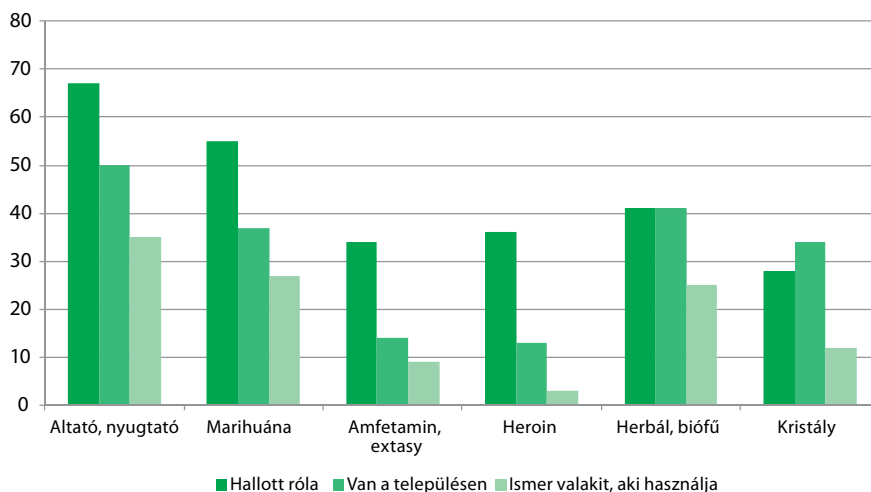
Droghasználat

Mindhárom módszer felhasználásával rákérdeztünk a droghasználatra, és mindhárom módszer egyértelműen megerősítette a droghasználat jelenlétét.

A kérdőívben a droghasználatra vonatkozó kérdések szűrő kérdőívként szolgáltak. Három kérdést tettünk fel, melyek egyre közelebbi kapcsolatot feltételeztek az általunk meghatározott drogfajtákkal. A „hallott róla” azt tesztelte, hogy a kérdezett ismeri-e az adott szercsoportot. Ezután arról kérdeztünk, hogy a válaszoló megítélése szerint jelen van-e a településen az adott drogféleség. Azzal a kérdezettel kíséreltünk meg interjút készíteni, aki úgy nyilatkozott, hogy ő maga érintett, vagy ismer a közvetlen környezetében olyat, aki használja az adott drogot.

Az 1. ábra alapján a legtöbben az altatókról és marihuánáról hallottak, ismerik. A herbál/biofű¹⁰ és az altatók, nyugtatók fogyasztása számottevő. Az altató, nyugtató használatára a megkérdezettek fele mondta, hogy van a településen, és a legmagasabb arányban, 35 százalékban ismernek is olyat, aki használ ilyen típusú szert. A legkisebb fertőzöttség a heroin és amfetamin típusú szerek esetében látszik. A marihuána és a herbál vagy biofű szercsoportok estében az 'ismer használót' kategória igen hasonló arányt mutat. A későbbiekben az interjúk pontosítják ezt, gyakorlatilag a fű nem a klasszikus és a korábban szintén elterjedt marihuánát, hanem a biofüvet jelenti. A kategóriák, elnevezések a kérdezettek fejében összecsúsznak, hasonlóan az anyagok összetételéhez.

1. ábra: Szerhasználat megoszlása a vizsgált területeken (%)



Forrás: saját szerkesztés.

A kérdőíves vizsgálat során felvett szűrő kérdőív alapján készítettük az interjúkat. A kutatás során 16 interjú készült felnőttekkel, illetve 18 év alatti gyerekekkel. Ezekben az esetekben sikerült engedélyt kapnunk a beszélgetések magnóra rögzítéséhez és felhasználásához. A szegregátum kutatásának velejárója, hogy a hallgatókat a településrészen élők kísérik, folyamatosan beszélgetnek velük, ám ezek nem tekinthetők klasszikus értelemben interjúknak. Ezekből a beszélgetésekből és a többi interjúból nyert információk a hallgatók résztvevő megfigyelést feldolgozó és rögzítő beszélgetéseiben jelennek meg. A felhasznált interjúk között van csoportos interjú is, így összesen 25 interjúalanyról beszélhetünk. Az interjúk az interjúalanyok lakásában vagy külső helyszínen (pl. árokpárt) készültek.

¹⁰ Ilyen elnevezés alatt terjed az újfajta pszichoaktív szerek egy része, részletesebben lásd a *Jegyzetek* 1. pontjában.

Az interjúk tapasztalatai megerősítették a kérdőív eredményeit, sok szempontból árnyalták az ismereteket. Általánosan elterjedt a dohányzás, az érintettek jövedelmük jelentős részét, akár felét(!) is dohányárura költik, átlagosan egy család 15–30 ezer forint között költ cigarettára. A dohányzás elterjedtsége életkortól független: kamaszkortól az egyének élete végéig jellemző. A földrajzi adottságokból következően (közel van a határ) könnyen lehet ukrán csempész cigarettához jutni, a többség általában él is ezzel a lehetőséggel. Az alkoholfogyasztás magas arányú, különösen a különböző jövedelmek (általában társadalmi transzferek) kifizetése utáni napokban mértéktelen. A szülők generációjában az alkoholfogyasztás jelentősen elterjedt, és uralkodó szerepe van. Emellett szintén elsősorban a középgeneráció rendszeresen vesz be visszaélészerűen gyógyszereket. Az idősebbek tehát a klasszikus és legálisan beszerezhető szereket fogyasztják. A dohányzás, az alkohol és a gyógyszer együttes használata, keverése is elterjedt. A mértéktelen alkoholfogyasztás és az abuzív gyógyszerhasználat a fiatalabb generációkban is megtalálható, bár náluk inkább másodlagos a szerepük.

„Sokan használnak nyugtatókat. Nyugtatót igen... a Frontint ismeri mindenki. Meg a Rivotril. Igen jelen van a telepen a drog, de erről nem akarnak beszélni, mert nem mernek.” (a hallgatók megfigyelési naplójából, település-2)

Az újfajta pszichoaktív szerekre (úpsz) összességében kérdeztünk rá. Nem elsősorban az anyagok összetétele vagy az akkoriban elterjedt konkrét anyagok előfordulása érdekelt bennünket, hanem az, hogy az úpsz-fogyasztás mint jelenség hogyan érhető tetten ezeken a településrészekben. Éppen ezért a kérdőív szűrő kérdéseiben és az interjúk alatt mindvégig az általuk ismert és használt szlengkifejezéseket használtuk mi is: így volt szó biofűről, herbálról, kristályról.

Az interjúalanyok elmondása szerint a településen és ott az utcában is a „bármit bármikor” lehetőség fennáll. Mindhárom szegregátumban van díler, akár több is, általában ott is laknak. Őket mindenki ismeri, köztudott, hogy náluk lehet drogokat beszerezni. Az újfajta pszichoaktív szerekhez is könnyű hozzáférni. Gyakori azonban a saját gyártású drog is.

„...gyógynövényt és füstölőt tudtak venni, amit összekeverték, és ezt áztatják, ugye, be ebbe a méreganyagba. És azt lehetett... tehát magát az alapanyagot tudták beszerezni.” (a hallgatók megfigyelési naplójából, település-1)

A hatásról ugyanazt mondják, mint más felhasználók, olcsó, gyorsabban és intenzívebben hat, könnyű hozzáférni, és legálisnak vélik.¹¹ Az interjúalanyok meglátása szerint az újfajta pszichoaktív szereket elsősorban a fiatalok használják,

¹¹ A drogokkal kapcsolatos szabályozást lásd a *Jegyzetek* 3. pontjában.

már 12–13 éves kortól. Az ő becslésük szerint a településrészen lakó fiatalok több mint fele. Elsősorban a szerhasználat rekreációs módja jellemző, ami számukra nem zárja ki a mindennapi használatot. Az interjúalanyok mind ismernek függőket is, akikről mint „legendákról” beszélnek. Az interjúalanyok szerint a napi droghasználat sem ritka. Egyértelműen kiderül, hogy a kábítószeresek az iskolában is jelen vannak, erről a pedagógusok, intézetigazgatók is tudnak.

A droghasználat motivációinak vizsgálata nem hozott különösebb újdonságot (vö. Rácz 2004, Pikó 2005, Demetrovics 2009). A klasszikus okokat említették. A hatása következtében elfelejtik a problémákat („zsibbadnak”) vagy a szerelmi bánatot, kortárs társaikhoz való tartozásukat fejezik ki. A drog csökkenti a magányérzést, valamint a szerhasználattal kapcsolatos attitűd is pozitív a kortársak között, vagyis azt feltételezik, hogy a droghasználat „menő”, az illető vagányabb lesz vele. Érdekes, hogy a szóhasználatban visszajönnek az alkoholnak tulajdonított jelzők, például búfelejtő. A megszokottnál talán többször említik, hogy a drogot az unalom ellen használják, mert „*mit lehet itt csinálni, egyébként?!*”.

Az indokok között többször felmerült „a Pest mint a csábító megrontó” metafora. Azok, akik elmentek a számukra és különösen a közösség többi tagja számára igen távoli és számos reményt adó, ugyanakkor félelmetesnek is tűnő fővárosba szerencsét próbálni, „*azokat ott megrontotta a léha és züllött pesti környezet*”. Gyakran tapasztalják azt, hogy onnan drogfüggőként jönnek vissza az emberek, és ezt az életmódot tovább folytatják a településen is. Ennek az oktulajdonításnak kétféle motivációja lehet. (1) Bennük is van egy elvágódás, a jobb élet reményében. Sokan megfogalmazzák, hogy szeretnének elköltözni, ha nem is Pestre, de a környező települések valamelyikére, vagy legalább ki a szegregátumból. Erre azonban kevés remény van. Megnyugtató lehet azt gondolni, hogy az ismeretlenben pedig más még sokkal rosszabb is lehet. (2) Máskor pedig az újabb, számukra kezelhetetlen drogproblémák terjedése és ennek távolítása van a háttérben: valószínűleg ez nem az ő közösségük problémája.

Teljesen általános jelenség és minden interjúalany beszámol droghasználat okozta rosszulétről, saját vagy közeli ismerőse esetében. Ezek többségében orvosi beavatkozásra van szükség, így mentő hívásával és kórházi kezeléssel végződnek. A szerhasználat következményei között és mintegy ellenérvként is ezeket a fizikai hatásokat említik: rosszulét, kiüti, betegség, reszket, szédül, bepánikol, meg akarja magát ölni, levetkőzik, „*a belső részükben bármi tönkremehet*”.

A droghasználattal kapcsolatos segítő helyekkel nincsenek tisztában, a mentőn kívül más segítséget nem is tudnak említeni. Ez nem véletlen, hiszen a járásban nem működik speciális segítő intézmény. A mentő kiérkezésének ideje változó, általában 5–10 perc, de alkalmanként 1–1,5 órát is kell várni a segítség megérkezéséig. (A példát olyan esetben említették, amikor nem droghasználat és/vagy életveszély miatt hívták ki a mentőket.) A segítőhelyek hiánya ellehetetleníti a leszokási kísérleteket. Úgy érzik, a környezet visszatartja a változástól a szerhasználókat, nem kapnak segítséget elhatározásuk megerősítésében. „*Aki le is akar szokni, az pont attól kér segítséget, aki árulja, az meg úgyse arra fogja rávenni.*”

Általánosságban elmondható, hogy a drogokkal és a függőség természetével kapcsolatos tudatlanság nagy. Minden tudás és áltudás, illetve tudatlanság meglehetősen kollektív. Legendák terjednek arról, hogy melyik szernek mi a hatása és a következménye, kivel mi történt, és hogy „*a függőség mindennél erősebb, ez vagy van, vagy nincs*”. Nagyon erős a medikális modell hatása, a probléma pusztán fizikai, betegségfelfogásra alapuló megítélése. Ezzel párhuzamosan jellemző az egészségügybe vetett hit is. A drogfüggőségről azt gondolják, hogy alapvetően „*nincs ezzel mit tenni. Ez van.*” Ha egy droghasználó változtatni szeretne, akkor pedig „*csak abba kell hagyni, és kész*”, valamint „*ez pusztán akarakterő kérdése*”.

A többgenerációs szerhasználat az újfajta pszichoaktív szerek esetében a vizsgált települések szegregátumaiban nem jellemző. A generációk közötti különbségek a szerválasztás terén megmaradtak. Az idősebb generáció az alkohol és cigaretta mellett a gyógyszereket, míg a fiatalok, egészen korai időszakról inkább az úpszokat használják. A közös nevező egyértelműen az alkohol és a nikotin, melyek tekintetében nem találtunk generációk közötti különbséget. Minden korosztály nagy mennyiségben fogyasztja ezt a két drogot, többségük függőnek tekinthető. Intravénás droghasználat nyomaival és ezzel kapcsolatos tapasztalatokkal még az említések szintjén sem találkoztunk.

Közösség

A kutatás során mindvégig meghatározó volt a „kint és bent élménye”, ami esetünkben a közösségben elfoglalt helyünket jelentette. A szegregátumban élő emberek a településen belül elkülönült közösséget alkotnak. A külvilág felől érkező érdeklődést gyanakodva fogadják. Tapasztalataik szerint a településrész közösségén kívülről érkezők rendszabályozni, számon kérni, ellenőrizni jönnek őket, amiből számukra sokszor származnak nem kívánt következmények. Valóban, a szegregátumokba érkező idegenek elsősorban rendőrök, gyárosok és olyan, a társadalmi elvárásokat közvetítő segítők (gyermekjóléti szolgálat családgondozói, orvosok stb.), akik kevésbé megértőek. Noha őszintén érdeklődnek a lakosság élete, problémái iránt, a segítő attitűd mégis háttérbe szorul. Így érthető, hogy a külvilág felé ez a közösség zárt, és tényleges életüket nem szívesen osztják meg kifelé.

„A drogról az a tapasztalatunk, hogy az első napokban: áááá... nincs itt semmiféle drog, nem-nem-nem, és akkor szépen lassan. De kiderült... a dílert mér lecsukták, de van azóta új díler, nem szeretnek erről beszélni, interjúkat nem készítenek ilyen témával kapcsolatban, mert félnek, nagyon félnek.” (részlet a hallgatók megfigyelési naplójából, település-2)

A közösségen belül azonban nagyon jellemző a nyitottság, mindent tudnak egymásról, a hírek hamar terjednek, a magánélet intimitása nem érvényesül, nincsenek titkok. Ez általánosságban és a droghasználat kapcsán is megjelenik.

A közösség a szerhasználat kipróbálásában, folytatódásában, ugyanakkor a változtatásban, a droghasználat felhagyásában is jelentős szerepet játszik. A droghasználat körül sincsenek titkok. 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. Viszont a droghasználatból fakadó nemkívánatos következmények, hirtelen jött krízis, rosszulletés esetében egyértelműen a szülőkhöz fordulnak. A szerhasználati szándék megerősítésében és a gyakorlati változások végrehajtásában is – jobb híján – a család és a baráti társaságok segítenek. Nincsenek generációk közötti titkok. Az alkohol és egyéb szerhasználat elfogadott, illetve úgy érzik, nincs hatásuk rá. Ugyanakkor ha az egyén átlép egy – többnyire a közösség által meghatározott – határt, megbélyegzése erős, melyet a fent részletezett téves ismeretek tovább erősítenek.

A szülők tudják, hogy drogoznak a gyerekeik, sőt a szakemberek is tudják. Az iskolában a tanárok és az igazgató is egyértelműen ismerik az egyes diákok szerhasználati szokásait, sőt az iskolai fogyasztással is tisztában vannak. Ezekben a közösségekben nem maradhat titokban semmi, de eszközük nincs a helyzet megoldására, javítására.

„A tanárok tudnak mindenről. Mindenről tudnak, csak nem tudnak semmit... mert nem tudnak már mit csinálni. Meg nagyon elterjedt... de amúgy sem tehetnének semmit...”

Társadalmi kontextus

Soha nem volt még annyira aktuális a droghasználat társadalmi kontextusának hangsúlyozása, mint a szegregátumban élő, alsó társadalmi réteghez tartozó emberek esetében. A több generáción átívelő magas arányú munkanélküliség, a változásokban nem bízó kilátástalanság magával hívja az elvagyódást. Sok fiatal és idősebb is tervezi az elköltözést, ezeknek a terveknek azonban nincs realitása, ami tovább növeli a frusztrációt. A helyi társadalomban elinduló bűnbakképzés és a településrészek szegregálása sem kedvez a kitörési folyamatnak. A szegénység és nélkülözés, a kilátástalanság, valamint a kitaszítottság érzése az itt élő emberek lelki és fizikai egészségét is felemészti.

Az általunk vizsgált területeken élő emberek jövőképe bizonytalan és negatív. Azt érzik, hogy most nehéz a megélhetés, de gyerekeik jövőjét sem látják biztosítottnak, elsősorban a többségi társadalomtól elszenvedett kirekesztés miatt, melyre sokszor a település vezetőségének, diszkriminatív intézkedései is ráerősítenek.

„Hát én megmondom, én félek előre. Én megmondom, hogy én félek meghalni is. Mert tudom, hogy mi fog rájuk várni. Hát nincs jövőjük, nincs jövőjük, na. Magyarul mondva, én nem vagyok nyugodtan, mert tudom,

hogy a lányom addig megyen dolgozni soványan, már így is sovány. Addig megyen soványan, hogy a pulyának megteremti a lehetőséget, a megélhetést. Annak menni kell, vagy belehal, vagy megmarad. Ugye, itt van akkor, itt van az 5 pulya. Előre tudom, hogy nincs meg a lehetőségük ahhoz, hogy ha megnőnek, elmúlnak 15 évesek, hogy valami munkához hozzájusson. Semmi jövőjük nincs, itt a cigány pulyának abszolút semmi jövője nincs.”

Kutatásmódszertani javaslatok

A vidéki droghasználat témájával kapcsolatban alig vannak szisztematikus adatgyűjtések, így a leírt tapasztalatoknak is kiemelkedő jelentősége van. Ám azonban számos egyéb, a további vizsgálatok tervezésében segítő konklúziók is megfogalmazhatók.

A droghasználat vizsgálatára irányuló módszerek a mélyszegény rétegekben némi módosításra szorulnak. A kutatás kialakítása során érdemes hosszabb „bizalom munkát” tervezni. A tényleges adatgyűjtés előtt a célcsoporttal informális kapcsolatfelvételt van szükség. Az egész vizsgálat alatt kiemelkedő jelentősége lehet a résztvevő megfigyelés módszerének, a kutatást és adatgyűjtést végzők benyomásainak, melyeket – hozzánk hasonlóan – szisztematikusán érdemes rögzíteni.

A kutató a közösségen kívüli külvilágból érkezik, és mint ilyen, hasonlatossá válik azokhoz az ismeretlen emberekhez, akik a szegregátumban élő emberek tapasztalatai alapján valamilyen hivatást képviselnek, „*csak a bajt okozzák*”. Így minden külső személlyel szemben nagyon erős a bizalmatlanság. Rövid idő – pár nap – után, a kutató szándékaival megismerkedve és azt tesztelve, ismerőssé válunk, részei leszünk a közösségnek. A fordulathoz a jelenlét és a beszélgetés, az őszinte érdeklődés szükséges. Ettől a ponttól azonban szabadon tudhatunk meg lényeges, részletes és konkrét információkat a közösség és egyes tagjainak életéről.

A kérdőívek használata nem lehet teljes mértékben hatékony, mivel a lakosságban nagy a megfelelési vágy, valamint az általánosan alkalmazott kérdőívek szövegeinek értelmezése is jelenthet problémát. A kérdezőbiztosok által felvett kérdőív már jobban használható, viszont kiemelten szükséges a kérdezőbiztosok képzése a terepmunka előtt. Célravezetőbb az interjúk, csoportos beszélgetések alkalmazása a módszerek tekintetében. Ennél a módszernél is figyelembe kell venni, hogy sok kérdés szükséges, és egyszerű, rövid válaszokra számíthatunk.

A közösségen belül átjárhatóbbak a határok. Az interjúkészítés során sokszor vannak jelen – akár átmenetileg is – más személyek. Egyéni interjút készíteni nehéz, mindenki belebeszél a másik dolgába. A gyerek-szülő viszony nyitottabb, a közösségen és a családon belül is kevesebb a titok. Az egyik csoportos interjúnk kapcsán három gyerek és az egyikük szülője is jelen volt a beszélgetésen, és

a gyerekek minden szorongás nélkül beszéltek saját és barátjuk, ismerőseik szerhasználatáról.

Külön kiemelt figyelmet érdemel a kutató részéről az etika kérdése. Az etikai engedély írásbeli kérése elriasztja a célcsoport tagjait. Az engedélyezést másként kell megoldani. A beszélgetés közbeni jegyzeteléstől és a magnófelvételtől tartanak, bár ezen eszközök alkalmazása sem lehetetlen. Fontos a gondos előkészítés. Mi szóbeli engedélyeket kértünk, illetve a gyerekekkel történő interjúkészítés során jelen voltak maguk a szülők is, ami az őszinteség tekintetében nem okozott gondot, így a megbízhatóságot nem csökkentette.

A kutató felelőssége kiemelkedő a sérülékeny csoportok vizsgálatakor. A kutatás tervezése során olyan garanciákat kell beépíteni, melyek a résztvevők érdekeire, védelmére jobban figyelnek, különösen, mert a résztvevők maguk kevésbé látják át a veszélyeket. A kutatás mélyebb bizalmi szakaszában, amikor a kutató is a közösség kvázi része lesz, sok személyes és bizalmas megosztásra (nevek, címek, személyes élettörténeti részletek, személyes traumák) kerül sor, melynek kezelése még ott a közösségen belül és később a kutatás felhasználása során is körültekintést igényel.

A fentiek alapján arra következtethetünk, hogy a kvalitatív epidemiológia (vö. Agar 2003) szempontjait érdemes a jövőben a magyarországi droghelyzet feltárására alkalmazni.

Összegzés

A tapasztalataink alapján az általunk vizsgált szegregátumokban elsősorban még mindig az alkohol- és nikotinhasználat a jellemző. Az interjúk tapasztalataiból az is elmondható, hogy a szóhasználat összerosódik, és rendszeresen használják a fű kifejezést, miközben – a tisztázás után kiderül, hogy – egyértelműen az újfajta pszichoaktív szerek valamelyikére gondolnak. Az újfajta pszichoaktív szereket a fiatal generációk használják általában 10–12 éves kortól, elsősorban rekreációs céllal. Számos interjúalany azonban a függőségre utaló magatartásmintázatról számolt be. A legális és illegális szerek használata (életprevalenciája) erősen az országos és a nagyvárosi átlag felett van (Elekes 2012). A kutatás tapasztalatai alapján a fiatalok fele használ valamilyen designer drogot. A többgenerációs szerhasználat az újfajta pszichoaktív szerek tekintetében ezen települések szegregátumaiban nem jellemző. A generációk közötti különbségek a szerválasztás tekintetében megmaradtak. A fiatalok, egészen korai időszaktól inkább az úpszokat használják. A három település szegregátumaiban intravénás használat nem volt az adott időszakban.

Jelentős a vizsgált település lakói körében a különböző szerekkel, hatásaival, következményeivel kapcsolatos általános tudatlanság. A szenvedélybetegségekkel foglalkozó intézmény, szakember a prevencióban és a kezelésben – a járásközpontban található sürgősségi kórházi ellátáson kívül – egyáltalán nincs, a szo-

ciális problémák orvoslásához pedig nem elegendő a megfelelő eszközökkel rendelkező szakember. Az interjúkból egyértelműen kiderült, hogy a munkanélküliség, a szegénység és a társadalmi kirekesztettség súlyos pszichés tüneteket okoz, a kiváltott frusztráció és kilátástalanság csökkentésére szolgál a különböző drogok fogyasztása.

A droghasználat egyéni döntés, ugyanakkor láttele a társadalmi állapotoknak. Ahol a gyerekek kitorési lehetősége szinte lehetetlen, ahol esély sincs a munkaerőpiacon elhelyezkedni, és a közmunka jelenti az egyetlen munkalehetőséget, és ahol ennyire jellemző a nyomor és jövőnélküliség, mint ezeken a településrészekben, ott az olcsó, gyorsan ható szerek játszva teret nyernek. A kistelepüléseken az alacsony társadalmi státuszhoz köthető droghasználat tehát elsősorban nem drogprobléma, és nem egyéni élethelyzetekre visszavezethető probléma.

A közösség nyitottságával elengedhetetlen számolni a beavatkozások során. Mivel a droghasználat kollektív, ahogy életük egésze is, ezt a kollektivitást minden segítő szolgáltatás kialakításakor figyelembe kell venni. Ez nagy erőforrása lehet a településrészen való komplex beavatkozásnak, ugyanakkor elsődlegesen éppen ezzel kell dolgozni, vagyis a kollektív tévhiteket is kiigazítani. A szegregátumok világa speciális, zárt és nyitott egyszerre, erre is reagálnia kell az ellátórendszernek, ha a szerhasználat tekintetében változást szeretne.

A megoldásról való gondolkodás kizárólag komplex, a közösségre építő programok mentén képzelhető el, mely nemcsak a droghasználókra, hanem a környezetére, sőt az egész település lakosságára kiterjed. Cél pedig az integráció lenne, de ha nincsenek megfelelő prevenciós beavatkozások, ellátási formák – nem kizárólag a drogfogyasztás kezelésére –, akkor nem bízhatunk a problémák enyhülésében. Sokkal inkább tovább kumulálódik a folyamat, és tartós, további leszakadással és azok súlyos, az egész társadalomra kiható következményeivel kell szembenéznünk majd.

Fontos hangsúlyozni, hogy a mostani aggodalomra okot adó helyzetben az azonnali beavatkozás nem várható. A drog- és szociálpolitikának a felvilágosító és alacsonyküszöbű programok sürgős megszervezése kiemelt felelőssége ezeken a településeken is. Az egészségügyi szűrések (HIV, hepatitis) és a korai kezelésbe vétel (egészségügyi intézmények megerősítése, szenvedélybetegek ellátóhelyeinek támogatása), valamint a helyi segítő szakemberek megtámogatása elengedhetetlen. Emellett kiemelt hangsúlyt kell fektetni további kutatások megszervezésére és finanszírozására is. Ezek nélkül a megalapozatlan információk terjedése az amúgy is sérülékeny csoportok elleni indulatokat szítják, ráadásul a beavatkozás hatékonysága is kérdéses.

Jegyzetek

1. *Újfajta pszichoaktív szerek (úpszok).* A kábítószerpiacon jelenleg kapható ún. designer drogok gyűjtőnéven is nevezett újfajta pszichoaktív szerek többféle vegyi anyag összekeveréséből állnak, melyek apró kémiai módosításokkal és/vagy újabb vegyületekkel keverve más és más hatást és következményeket okoznak. Az egyszerű eljárások lehetővé teszik a szerek gyors módosítását is. A klasszikus kábítószerek mellett az újfajta pszichoaktív szerek (úpsz) terjedtek el Magyarországon is. Ezek főbb csoportjai a következők: (1) szintetikus kannabinoidok (biofű, herbál); (2) fenetilaminok, közülük legerjedtebbek a katinonok (MDPV, mepredron, penta, kristály), újfajta amfetaminok, extasyhoz hasonló stimuláló hatás, pörgés, gyakran paranoia és/vagy erőszakosság is, kényszeres használat kialakulása gyorsan és gyakran; (3) piperazinok: BZP, mCPP, TFMPP, MDPV („legális extasy”); (4) triptaminok.

További tájékozódás az újfajta pszichoaktív szerekkel kapcsolatban például az alábbi forrásokból lehetséges:

<http://drogriporter.hu/fuveskerdoiv>,

https://www.academia.edu/10067604/%C3%9Aj_pszichoakt%C3%ADv_anyagok,

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cathinones>

2. *Hátrányos helyzet és halmozottan hátrányos helyzet* megállapítása a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyerekek esetében van mód.

Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményt olyan gyerek után kaphat a gyermeket nevelő szülő, akinek a családjában az egy főre jutó havi jövedelme nem éri el az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 140%-át, és vagyona sincs. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény ingyenes vagy kedvezményes intézményi étkezésre, ingyenes tankönyvre és évente két alkalommal természetbeni támogatásra jogosít (Gyvt.¹² 19–20. §).

Emellett a hátrányos helyzet megállapításánál több más feltételnek is teljesülnie kell. A szülő legfeljebb alapfokú iskolai végzettségű, aktív korúak ellátására jogosult vagy a kérelem benyújtása előtt 12 hónapig álláskeresőként tartották nyilván. A lakókörnyezetet is vizsgálják: ha a lakáskörülmények (félkomfortos, komfort nélküli vagy szükséglakás) nem megfelelően biztosítják az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételeket vagy szegregátumban él (Gyvt. 67. §).

Halmozottan hátrányos helyzetű az a gyerek, akinek a körülményeiben a fenti három kritériumból kettő fennáll, vagy állami gondoskodás keretében nevelésbe vett vagy utógondozott (Gyvt. 67. §).

Veszélyeztetettség: „olyan – a gyermek vagy más személy által tanúsított – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a

¹² 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (utolsó letöltés: 2016. 03. 23.)

gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza” (Gyvt. 5. §. n) pontja).

Védelembé vétel: A gyámhatóság a gyereket védelembé veszi, ha a veszélyeztetettséget az alapellátás keretein belül nem tudják megszüntetni. A védelembé vétel feladata a család segítése és ellátása, a szülők szülői szerepének támogatása. A gyámhatóság a veszélyeztetettség megszüntetése érdekében intézkedéseket tesz, a szülőknek, a gyerekeknek és segítőknek magatartási szabályokat írhat elő, vagy kötelezheti a szülőket bizonyos szolgáltatások igénybevételére (Gyvt. 68. §).

3. *A kábítószer-szabályozás* legfőbb dokumentuma a Btk. Kábítószer-visszaéléssel kapcsolatos passzusai,¹³ valamint az 55/2014 (XII. 30.) EMMI rendelet¹⁴. Ennek elődje a 2012. április 3–2015. január 1. között hatályban lévő, 66/2012 (IV. 2.) Korm. rendelet¹⁵, mely a 'C lista' néven ismert szabályozást tartalmazta. E kormányrendeletnek a hatálya alatt hat módosítása született, míg végül az év elején megszűnt. Ennek következtében a C listán szereplő anyagok közül 42 bekerült a kábítószer-szabályozás törvényi hatálya alá (Btk., XVII. fejj., 176–185 §, de különösen az új pszichoaktív szerekre vonatkozó 184. §). Emellett a piacon újonnan megjelenő pszichoaktív szerekkel kapcsolatos szabályozások a jövőben a minisztériumi rendelet hatálya alá tartoznak. Az 55/2014-es EMMI rendelet és annak melléklete az új pszichoaktív anyaggá minősített szerek jegyzékéről és azok folyamatos módosításáról rendelkezik.

Irodalom¹⁶

Az alapvető jogok biztosa és a jövő nemzedékek érdekeinek védelmét ellátó biztoshelyettes Közös Jelentése az AJB-5527/2013 számú ügyben. <http://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/201305527.pdf>

Agar, Michael (2003): *Toward a Qualitative Epidemiology. Quaitativel Health Research*, 13, 974–986.

Andorka Rudolf (2006 [1996]): *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_bevezetes_a_szociologiaba/index.html

Demetrovics Zsolt (2009): A droghasználat családi háttere. In uő (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Elekes Zsuzsanna (2012): ESPAD 2011 (Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól) ötödik hullámának magyarországi adatfelvétele, Project Report, OTKA. <http://real.mtak.hu/12613/>

¹³ <http://drogriporter.hu/drogjog/hatalyos/btk> (utolsó letöltés: 2016. 03. 23.)

¹⁴ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1400055.EMM (utolsó letöltés: 2016. 03. 23.)

¹⁵ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200066.KOR (utolsó letöltés: 2016. 03. 23.)

¹⁶ A megadott internetes hivatkozások utolsó letöltésének dátuma a kézirat lezárásának időpontja: 2016. 03. 22

- Forrai Erzsébet (2014): *Mátészalkai kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése.* Budapest: MTA TK. /Gyerekesély Műhelytanulmányok 6./ http://gyerekesely.tk.mta.hu/uploads/files/Helyzetfelmeres_Mateszalka_2014i.pdf
- Kadét Gabriella – Varró Ernő (2010): *A roma lakosság hozzáférése az uniós fejlesztési forrásokhoz Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.* Budapest: TASZ. http://tasz.hu/files/tasz/imce/Varro_kadet_kutatas.pdf
- KSH (2015): *Munkaerő-piaci folyamatok, 2015. I. negyedév. Statisztikai tükör, 2015/42.* <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mpf/mpf1503.pdf>
- MTA RKK (2015): *A szegénység és társadalmi kirekesztettség területi indikátorai, 2012–2015.* Pécs: MTA RKK. http://www.rkk.hu/hu/vezeto_hirek/a-szegenyseg-es-tarsadalmi-kirekesztettseg-teruleti-indikatorai.html
- Pikó Bertina (szerk.) (2015): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban.* NDI, Szakmai Forrás Sorozat, Elméletek-modellek 3. Budapest: L'Harmattan.
- RácZ József (2004): *Addiktológia.* Budapest: SOTE. <http://www.academia.edu/1461248/Addiktolo%C3%B3gia>
- Sik Dorka – Szécsi Judit (2014): *TÁMOP-5.2.3-A-12/1-2012-0007 azonosító számú – Integrált térségi programok a gyerekek és családjaik felzárkózási esélyeinek növelésére a Mátészalkai kistérségben.* EMET jelentés. Budapest: 3SZ.
- Varró Ernő – Kadét Gabriella (2010): *A roma lakosság hozzáférése az uniós fejlesztési forrásokhoz Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.* Budapest: TASZ. http://tasz.hu/files/tasz/imce/Varro_kadet_kutatas.pdf