INÁ REALITA:

chudoba, sociálna deprivácia a užívanie inhalantov v rómskych osídleniach na východnom Slovensku.

NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI
OPEN SOCIETY FOUNDATION

Iná realita: chudoba, sociálna deprivácia a užívanie inhalantov v rómskych osídleniach na východnom Slovensku.

Nadácia otvorenej spoločnosti

Open Society Foundation

Bratislava 2011

Recenzenti:
PhDr. Arne Mann, CSc.
Mgr. Laco Oravec
doc. MUDr. Kvetoslava Rimarová

Autorský tím:
Miroslav Popper, Petra Szeghy, Ondřej Poduška, Roman Kollárik

Vydala: Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation, 2011

Text prešiel jazykovou korektúrou

Kresba na obálke: Martin Miko, 7. A Špeciálna Základna škola Jarovnice
Ilustračné foto: PhDr. Jaroslav Krafka

Poďakovanie:
Autori a autorka publikácie týmto vyjadrujú svoju vďaku všetkým anketárom, ktorí sa podieľali na zbere dát v náročných podmienkach, recenzentom a tiež Barbore Burajovej za prečítanie rukopisu a poskytnutie cenných rád a pripomienok. Naše poďakovanie patrí aj Lucii Tulekovej Henčelovej, ktorá celý projekt manažovala, pomáhala vytvárať pozitívnu atmosféru a poskytovala užitočné rady. Naša vďaka patrí aj všetkým participantkám a participantom výskumu, osobitne zástupcom inštitúcií Janke Dlugošovej, Eve Lukáčovej a Robertovi Zajacovi za ich nesmierne cenné rady, ktoré nám poskytli na základe svojej dlhoročnej skúsenosti a angažovanosti v zlepšovaní postavenia sociálne vylúčených skupín. Za štatistické spracovanie výsledkov ďakujeme Ivanovi Lukšíkovi.

Grantová podpora: Nadácia otvorenej spoločnosti, G/138/09/14827.
Realizátor projektu: Spoločnosť komunitných centier
Názov projektu: Zneužívanie inhalantov v rómskych osídleniach na východnom Slovensku
Grafická úprava a tlač: Inštitút praktickej žurnalistiky
Náklad: 200 ks
Vydanie: prvé
ISBN: 978-80-89571-00-0

Obsah

Úvod 7

Kapitola 1. Zámery a nástroje štátnych politík v oblasti zdravia Rómov 13
1.1 Zdravotné programy zaoberajúce sa problematikou zneužívania drog 13
1.2 Stratégie a ciele protidrogovej politiky na národnej úrovni 17

Kapitola 2. Metodológia a výskumná vzorka 21
2.1 Tvorba metodologického postupu 21
2.2 Výber lokalít 26
2.3 Výskumná vzorka 29
2.4 Metódy použité pri spracovaní dát 41

Kapitola 3. Opis lokalít, v ktorých sa zber dát realizoval 43

Kapitola 4. Kvalita života 49
4.1 Životná spokojnosť 49
4.2 Možnosti zmeny 53
4.3 Životné podmienky 56
4.4 Medziľudské vzťahy 59
4.5 Zdravotný stav 62

Kapitola 5. Náplň dňa, voľnočasové aktivity, komunitné a sociálne služby 67
5.1 Náplň dňa 67
5.2 Trávenie voľného času 70
5.3 Bariéry aktívneho trávenia voľného času 74
5.4 Dôvera v inštitúcie 75
5.5 Diskriminácia zo strany inštitúcií 80

Kapitola 6. Výskyt inhalovania v jednotlivých lokalitách a charakteristiky inhalujúcich 89
6.1 Výskyt inhalovania 90
6.2 Vývoj a dynamika inhalovania 91
6.3 Charakteristiky inhalujúcich 97

Kapitola 7. Príčiny a dôsledky inhalovania, distribúcia inhalantov 105
7.1 Príčiny inhalovania 105
7.2 Benefity a prežívanie inhalovania 109
7.3 Dopad na komunitu 111
7.4 Dopad na vzťahy v rodine 114
7.5 Dopad na zdravotný stav 118
7.6 Distribúcia inhalantov 121

Kapitola 8. Priebeh inhalovania a faktory vedúce k jeho ukončeniu 127
8.1 Priebeh inhalovania 127
8.2 Faktory vedúce k ukončeniu zneužívania inhalantov 129

Kapitola 9. Možnosti riešenia inhalovania 139
9.1 Postup inštitúcii pri snahe o redukciu inhalovania 139
9.2 Špecifické postupy pri riešení problému inhalovania... 140
9.3 Dopad používaných postupov 141
9.4 Zaznamenané dobré praxe a ich úskalia..... 143
9.5 Miera rizika rozšírenia inhalantov do lokalít bez výskytu inhalovania a možnosti prevencie 148
9.6 Navrhované riešenia na redukciu zneužívania inhalantov na lokálnej úrovni 150
9.7 Prax v zdravotníckych zariadeniach 154
9.8 Navrhované riešenia na redukciu zneužívania inhalantov na centrálnej úrovni 156

Kapitola 10: Odporúčania pre elimináciu, resp. zmiernenie zneužívania inhalantov 163

Záver 171

Executive summary 173

O autoroch a autorke 184

Literatúra 186

Úvod

V ostatnom čase pribúdajú aktivity aj publikácie zamerané na zdravie Rómov[1], ktoré upozorňujú na alarmujúci trend zhoršujúceho sa stavu zdravia rómskej populácie na Slovensku. Neoddeliteľným javom, ktorý výrazne prispieva k tomuto trendu je nadmerné užívanie návykových látok. Hoci viaceré výskumy mapujú užívanie alkoholu a nikotínu v rómskych osídleniach, o zneužívaní iných drog vieme veľmi málo. K takým možno jednoznačne zaradiť inhalanty (organické rozpúšťadlá), ktoré na jednej strane pôsobia mimoriadne toxicky na nervovú sústavu a poškodzujú nielen mozog, ale aj viaceré vnútorné telesné orgány. Inhalanty sú na druhej strane veľmi ľahko dostupné a zároveň ekonomicky nenáročné, takže po nich siahajú najmä znevýhodnené skupiny obyvateľstva trpiace chudobou a sociálnym vylúčením. Špecifikom zneužívania inhalantov je skutočnosť, že látka nie je kategorizovaná ako nelegálna droga. Keďže sa primárne používa na iné účely, je na trhu voľne dostupná. Preto je prevencia v tejto oblasti veľmi dôležitou, i keď značne problematickou zložkou zlepšovania zdravotného stavu predovšetkým tej časti rómskeho obyvateľstva, ktorá žije v segregovaných oblastiach s takmer nulovou možnosťou mobility.

Cieľom výskumu, o ktorom pojednáva táto publikácia, bolo získať obraz o inhalovaní vo vybraných osídleniach Prešovského a Košického kraja na východnom Slovensku. Nešlo však o presné zmapovanie výskytu tohto javu[2], teda všetkých lokalít, v ktorých sa inhaluje, resp. neinhaluje, ale skôr o získanie sociodemografických charakteristík vybraných osídlení, v ktorých sa inhalovanie organických látok vyskytuje a ich porovnanie s osídleniami, kde sa tento jav nevyskytuje. Značnú

[1] Pozri napr. Popper, Szeghy, Šarkózy (2009), Rimárová (2010)

[2] Záujemcovia o takéto informácie môžu siahnuť po publikácii Mušinku (2007), ktorý realizoval prvý a doteraz aj posledný výskum v tejto oblasti v rámci sedemdesiatich rómskych komunít s cieľom získať komplexný prehľad o užívaní drog v Prešovskom kraji.

pozornosť sme venovali mapovaniu možnosti realizácie voľnočasových aktivít v rómskych osídleniach, školách a iných zariadeniach v ich okolí pre rómske deti, aby sme zistili, aké majú rómske deti reálne možnosti zmysluplného tráviť svoj voľný čas a rozvíjať svoj osobnostný potenciál. Zároveň sme sa čiastočne zamerali aj na individuálne charakteristiky užívateľov inhalantov, aby sme drogovú problematiku podchytili aj v kontexte životnej dráhy jednotlivcov a ich blízkeho okolia. Naším hlavným cieľom bolo identifikovať kľúčové faktory, ktoré prispievajú k zneužívaniu inhalantov v rámci širších socioekonomických, ale aj užších psychologických súvislostí.

Ako uvádzajú Moravanský a Novomeský (2011), vdychovanie organických rozpúšťadiel sa ako nová závislosť objavila na drogovej scéne USA a niektorých štátov Južnej Ameriky v polovici minulého storočia, odkiaľ sa rýchlo rozšírila aj do Európy, pričom jej cieľovou skupinou sú najchudobnejšie skupiny drogovej klientely. To je dané bezproblémovou dostupnosťou týchto látok a aj preto v osemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia sprostredkovali prvý historický stret stredoeurópskych postkomunistických krajín s drogovou scénou práve organické rozpúšťadlá. Navyše finančná nenáročnosť získania inhalantov vysvetľuje, prečo sú najviac zneužívané medzi najchudobnejšími vrstvami obyvateľstva. Iným dôvodom je, že pod vplyvom prchavých látok si inhalujúce osoby dokážu vytvoriť veľmi živé predstavy svojich túžob (pozri napr. Kubínyi, 2007), čo im poskytuje aspoň krátkodobú možnosť „úniku“ z ich dennodenného sociálne deprivujúceho prostredia.

Medzi hlavné psychické účinky inhalovania organických rozpúšťadiel (toluén, acetón, chemoprén a iné) zaraďujú Moravanský a Novomeský (2011) pozvoľný nástup eufórie s pocitom odovzdania sa, zmeny vnímania reality, pocity nadnesenosti, depersonalizácie, ale aj chyby vo vnímaní reality (ilúzie a pseudoilúzie). Upozorňujú, že pri chronickej závislosti dochádza k výpadkom pamäte, poruchám reči a delirantným stavom, ako najťažším dôsledkom drogovej závislosti spomedzi všetkých drogových skupín. K fyzickým následkom dlhodobejšieho

užívania inhalantov možno zaradiť najmä poškodzovanie vnútorných orgánov: mozgu, obličiek, pľúc a kostnej drene (Škodáček, 2008). Oláh, Bindasová a kol. (2007) zdôrazňujú, že pravidelné užívanie inhalantov vedie k závažnému, nezvratnému poškodeniu centrálnej nervovej sústavy, a to najmä mozgových buniek.

Problematika inhalovania rozpúšťadiel nie je na Slovensku dostatočne zmapovaná. Príspevky, ktoré sa snažia poskytnúť reálny obraz z konkrétnych lokalít s cieľom zlepšiť situáciu sú skôr ojedinelé (pozri napr. Dlugošová, 2011, Važan a kol., 2011). Keďže sa daná téma prezentuje v médiách skôr ako senzácia s viac či menej otvorenými diskriminačnými postojmi voči Rómom, chceme o tejto problematike podať komplexnejší prehľad.

Táto monografia však zďaleka nepojednáva len o užívaní organických rozpúšťadiel v rómskych osídleniach, hoci inhalovanie tvorí jej hlavnú tému. V druhom pláne sa však sústreďujeme na otázky sociálnej spravodlivosti. Kriticky poukazujeme na sociálne problémy marginalizovaných a segregovaných skupín obyvateľstva spojené s chudobou, extrémne vysokou nezamestnanosťou, úbohými životnými podmienkami, obmedzenými možnosťami rozvíjať vlastný osobnostný potenciál v rámci školských aj mimoškolských aktivít, diskrimináciou a exklúziou zo strany majority. Argumentujeme, že tieto sociálne nerovnosti majú výrazný vplyv na to, že na východnom Slovensku medzi užívateľmi rôznych typov drog dominujú v prostredí sociálne vylúčených spoločenstiev inhalanty.

Prehľad kapitol

Publikácia je rozčlenená do desiatich základných častí. V prvej kapitole sa zameriavame na stratégie a ciele Národného programu boja proti drogám, ako aj na relevantné Akčné plány. Hoci sú do veľkej miery orientované na potláčanie výroby, tranzitu a obchodu s nelegálnymi drogami, niektoré ustanovenia sa týkajú aj užívania legálnych drog a iné reflektujú nebezpečenstvo sociálnej exklúzie

a význam výchovy, vzdelávania a voľnočasových aktivít. Práve pri nich sa detailnejšie pristavíme.

Druhá kapitola je zameraná na metodológiu použitú vo výskume, vrátane konkrétnych metód a spôsobu získavania participantov[3]. Táto časť je spracovaná pomerne široko, keďže špecifickosť témy aj výskumnej vzorky viedla k aplikácii menej zaužívaných postupov, s ktorými by sa tradiční metodológovia zrejme ťažšie identifikovali.

V tretej kapitole sa prostredníctvom pozorovania prirodzeného prostredia obyvateľov jednotlivých rómskych osídlení mapujú ich reálne životné podmienky, a to najmä v oblasti sociálnej a priestorovej segregácie, sociálnych služieb, zamestnanosti a vzdelávania.

Štvrtá kapitola hovorí o kvalite života Rómov. Špecificky sa zameriavame na indikátory, akými sú: spokojnosť, možnosti zmeny, životné podmienky, vzťahy v rodine, v komunite a zdravotný stav.

Piata kapitola sleduje, aká je bežná náplň dňa obyvateľov rómskych osídlení a aké možnosti osobnostného rastu v rámci voľnočasových aktivít majú deti a mládež v separovaných a segregovaných lokalitách. Okrem toho sa sústreďuje na komunitné a sociálne služby poskytované občanom sociálne vylúčených osídlení a ich hodnotenie zo strany Rómov.

V šiestej kapitole sa zameriavame na hlavnú tému nášho výskumu, teda inhalovanie organických rozpúšťadiel. Identifikujeme kľúčové faktory, ktoré prispievajú k zneužívaniu inhalantov v rámci širších socioekonomických, ale aj užších psychologických súvislostí. Tiež sa snažíme poskytnúť obraz o charakteristikách užívateľov prchavých látok, pričom ich diferencujeme na základe sociálneho statusu, veku

[3] Našou snahou bolo napísať monografiu rodovo citlivým jazykom. Keďže to pre čitateľov býva zväčša rušivé, nechceli sme v texte neustále zdvojovať často používané termíny „participanti a participantky“ „Rómovia a Rómky“. Preto používame v celom texte konzistentne mužský rod, pričom však máme na mysli aj osoby ženského rodu.

a rodinného prostredia, ktoré determinujú vek začiatku a priebeh závislosti.

V siedmej kapitole rozoberáme hlavné príčiny užívania prchavých látok a aké dôsledky to prináša nielen samotným inhalujúcim v oblasti zdravia, ale aj ich rodine a celej komunite. Tiež odhaľujeme, odkiaľ si užívatelia látok zaobstarávajú financie na ich zadováženie a kde si inhalanty zháňajú.

V ôsmej kapitole je podrobne opísaný priebeh inhalovania, ako aj dôvody vedúce k spontánnemu ukončeniu inhalovania, zväčša v období mladšieho dospelého veku (po ukončení adolescencie). Jej cieľom je poskytnúť informácie, ktoré môžu napomôcť pri vytváraní rôznych preventívnych programov v tejto oblasti.

Deviata kapitola sa sústreďuje na možnosti riešenia inhalovania, doteraz používané opatrenia a ich reálnu efektivitu, prepojenosť a vzájomnú spoluprácu medzi relevantnými inštitúciami a potrebu prijatia opatrení na centrálnej úrovni, zameraných na zníženie až elimináciu inhalovania.

V záverečnej desiatej kapitole sú formulované odporúčania pre vládny aj mimovládny sektor, ktoré sa týkajú najmä oblasti prevencie a znižovania dopytu po organických rozpúšťadlách. Špecifickú pozornosť venujeme oblasti sekundárnej prevencie zameranej na rizikovú subpopuláciu ohrozenú danou závislosťou, zároveň navrhujeme odporúčania v rámci terciálnej prevencie jedincov užívajúcich prchavé látky. Zdôrazňujeme nutnosť závislé osoby nielen detoxikovať, ale poskytnúť im aj dlhodobejšiu liečbu a zabezpečiť ich následnú resocializáciu.

Kapitola 1. Zámery a nástroje štátnych politík v oblasti zdravia Rómov

V priebehu uplynulých rokov vzniklo na vládnej úrovni viacero dokumentov, ktoré sa komplexnejšie zaoberajú riešením sociálnoekonomickej situácie marginalizovaných spoločenstiev, ktoré sú na Slovensku tvorené predovšetkým rómskou populáciou. Vlády a centrálne mocenské orgány sa v niektorých z nich vyjadrujú aj k problematike riešenia zdravotnej situácie obyvateľov týchto spoločenstiev. Táto oblasť sa dotýka aj témy zneužívania inhalantov. Zdravotné hľadisko je iba jedným z viacerých uhlov, z ktorých je nutné nazerať na problematiku užívania inhalantov. Ide o komplexný problém, ktorého riešenie zahŕňa predovšetkým oblasti vzdelávania, zamestnanosti, bývania a problematiku sociálneho vylúčenia a chudoby v celej jej šírke. Sú to však práve zdravotné programy, ktoré sa problematikou zneužívania drog zaoberajú najčastejšie.

1.1 Zdravotné programy zaoberajúce sa problematikou zneužívania drog

Slovenská republika sa v roku 2005 prihlásila k programu **Dekády začleňovania rómskej populácie 2005 – 2015**[4], ktorý bol revidovaný na roky 2011 – 2015. Jeho cieľom je celkové zlepšenie postavenia Rómov a urýchlenie procesu ich inklúzie do spoločnosti v dvanástich členských krajinách EÚ. Tento program sa zameriava na štyri prioritné oblasti: vzdelávanie, bývanie, zamestnanosť a zdravie. Revidovaný národný akčný plán Dekády začleňovania rómskej populácie 2005 – 2015 na roky 2011 – 2015 ďalej konkretizuje potrebné zmeny a nástroje na ich dosiahnutie.

[4] Revidovaný národný akčný plán Dekády začleňovania rómskej populácie 2005 – 2015 na roky 2011 – 2015, http://www.romovia.vlada.gov.sk/data/files/8305.pdf (Prístup: 10. 10. 2011)

Prioritná oblasť zdravia sa v tomto dokumente špecificky problematikou zneužívania inhalantov, ani akýchkoľvek iných drog nezaoberá. Konštatuje však horšiu úroveň zdravotného stavu rómskej populácie na Slovensku v porovnaní s nerómskou populáciou. Jedným zo štyroch cieľov aktivít v oblasti zdravia je zlepšenie prístupu Rómov k zdravotnej starostlivosti a zvýšenie informovanosti Rómov o poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Táto zmena má prebehnúť do roku 2015 najmä formou informačnej kampane a s pomocou práce zdravotných asistentov pôsobiacich priamo v osadách. Aj keď téma zneužívania inhalantov sa vo všeobecne formulovaných zámeroch Dekády nevyskytuje, prípadné naplnenie vyššie uvedeného zámeru by mohlo pozitívne ovplyvniť aspoň mieru informovanosti o škodlivosti inhalovania a možnostiach liečby.

V roku 2008 schválila Vláda SR dokument **Strednodobá koncepcia rozvoja rómskej národnostnej menšiny v Slovenskej republike Solidarita – Integrita – Inklúzia 2008 – 2013**[5], ktorého cieľom je *„vytvoriť konceptuálny model formovania priaznivejšieho prostredia marginalizovaných* rómskych komunít v zmysle trvalého sociálneho rozvoja, rozvoja *komunitných a sociálnych služieb a integrácie zameranej na sociálnu zmenu*“. V texte Koncepcie sa pri definovaní problému zlého zdravotného stavu a životného štýlu obyvateľov rómskej národnostnej menšiny spomína ako jeden z indikátorov aj zvyšovanie výskytu užívania omamných látok najmä u detí a mládeže, pričom sa tento jav spája s nedostatkom a nedostatočnou efektívnosťou osvety a neznalosťou zdravotných rizík. Jednou zo systémových prekážok, ktoré Koncepcia definuje ako prekážku zlepšenia pretrvávajúceho stavu je aj *„absencia komplexného programu zacieleného na znevýhodnené skupiny obyvateľstva“* (ibid, s. 14). Problematika užívania omamných látok je spomenutá pri detailnejšom súpise navrhovaných opatrení pre zlepšenie zdravotného stavu a životného štýlu rómskych komunít. Žiaľ, podobne ako väčšina ostatných navrhovaných opatrení, je

[5] Uznesenie Vlády SR č. 183 z 26.3. 2008: http://www.romovia.vlada.gov.sk/data/att/12370_subor.pdf (Prístup: 12. 8. 2011)

tento zámer definovaný iba veľmi všeobecne: *„Znížiť a postupne úplne odstrániť výskyt užívania omamných látok (inhalovanie) u detí a mládeže v segregovaných osadách a mestských koncentráciách.“* (ibid, s. 14). Ako vhodný systémový nástroj pre zlepšenie zdravotného stavu rómskej populácie Koncepcia uvádza potrebu začlenenia pracovnej pozície komunitného pracovníka v oblasti zdravotnej výchovy do katalógu pracovných činností. Oficiálne vytvorenie tejto pracovnej pozície by malo zabezpečiť systematickú a cielenú snahu o zlepšovanie zdravotného stavu rómskej populácie v sociálne vylúčenom prostredí. Celý dokument Koncepcie je však do značnej miery všeobecne formulovaný a ide v ňom skôr o súhrn problémov, ktoré je potrebné v súvislosti s marginalizovanými rómskymi spoločenstvami riešiť. Návrh konkrétnych krokov na riešenie problematiky užívania omamných látok však neponúka.

Azda najkonkrétnejším programom, ktorý sa v uplynulých rokoch zameral na oblasť zlepšovania zdravia rómskej populácie na Slovensku je **Program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku 2007 – 2015**, schválený Vládou SR v roku 2007[6]. Program definuje 3 hlavné cieľové oblasti, ktoré majú byť dosiahnuté do roku 2015. Ide o: „Podporu rovnosti a spravodlivosti v zdraví, zlepšenie zdravotného stavu a životného štýlu a zvýšenie individuálnej zodpovednosti z a vlastné zdravie.“ Hlavným prostriedkom pre dosiahnutie týchto cieľov má byť realizácia práce priamo v teréne, zameraná na pozitívnu zmenu životného štýlu a zdravotného stavu obyvateľov marginalizovaných rómskych komunít. Túto by mali vykonávať komunitní pracovníci zdravotnej výchovy, pôsobiaci v rámci Regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Aj keď v praxi sa tento program stretáva

[6] Uznesenie vlády SR č. 680 z 15.8. 2007, dostupné na: http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Uznesenie-2905?listName=Uznesenie&prefixFile=u (Prístup: 16. 9. 2011). Dokument Program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku dostupný na: http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-65835?prefixFile=m_ (Prístup: 16. 9. 2011. V Dokumente nie sú číslované strany, takže pri citáciách ich neuvádzame.)

s permanentnými prekážkami, predovšetkým každoročnou neistotou ohľadom kontinuity financovania pracovných pozícií zdravotných pracovníkov, je možné povedať, že spolu s terénnou sociálnou prácou ide o jeden z najvýznamnejších pokusov o uskutočnenie konkrétnych zmien.

Vláda Ivety Radičovej sa od počiatku svojho pôsobenia (rok 2010) vyjadrila k nutnosti zmeniť sociálnu situáciu v deprivovaných rómskych komunitách. Vo svojom programovom vyhlásení[7] sa zaviazala vybudovať ucelenú koncepciu práce so sociálne vylúčenými skupinami občanov (zákon o sociálne vylúčených spoločenstvách). Vláda rovnako prisľúbila dobudovať sieť komunitných centier so zadefinovanými štandardami, ktoré musia spĺňať. Ide napríklad o technické vybavenie, počet a kvalifikáciu terénnych pracovníkov a ich asistentov.

K tomu je potrebné vytvoriť podmienky pre dlhodobý a kvalitný rozvoj aktivít, ktoré by napomohli redukovať počet užívateľov inhalantov v prostredí rómskych komunít. Nevyhnutné je zabezpečiť systém dlhodobej finančnej podpory práce s obyvateľmi žijúcimi v sociálnom vylúčení, zázemie pre pracovníkov pôsobiacich v oblastiach vzdelávania, voľnočasových aktivít, zdravotnej výchovy a osvety, ako aj systematizáciu rôznych foriem tejto práce. Politický vývoj a očakávaná ekonomická recesia však naznačujú skôr pesimistický budúci scenár. Po páde vlády sa k napĺňaniu pôvodných plánov v tejto nepopulárnej oblasti sotva nájde dostatok politickej vôle. V čase ekonomickej krízy a obmedzených zdrojov životná úroveň chudobných vrstiev obyvateľstva zrejme opäť prudko poklesne. V prostredí sociálne vylúčených spoločenstiev sa zatiaľ posilnila predovšetkým činnosť polície.

Spomínané rámcové dokumenty teda problematiku zneužívania inhalantov buď vôbec nespomínajú, alebo sa jej venujú iba okrajovo. Povzbudivé je, že zdravotná problematika rómskej populácie žijúcej v sociálne vylúčených komunitách (neuspokojivý zdravotný stav

[7] http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-122131?prefixFile=m (Prístup: 5. 5. 2011)

obyvateľov, nedostatočná miera informovanosti, chýbajúca osveta) je na úrovni centrálnych orgánov vnímaná ako jedna z prioritných tém, ktoré si zasluhujú pozornosť a urgentne vyžadujú riešenie.

1.2 Stratégie a ciele protidrogovej politiky na národnej úrovni

Špecificky sa problematike drogových závislostí venujú vládne dokumenty, ktoré stanovujú koncepciu a stratégie boja proti týmto sociálne patologickým javom. Hlavnými dlhodobými cieľmi v oblasti boja proti drogám je znižovanie ich ponukovej aj dopytovej stránky. Stratégie na ich dosahovanie sa na úrovni vlády stanovujú či aktualizujú zhruba v 4 – 5 ročných intervaloch. Národná protidrogová stratégia (NPDS) stanovená na obdobie 2009 – 2012 sa čiastočne dotýka problematiky zneužívania inhalantov, patriacich medzi legálne, voľne dostupné drogy, ako aj špecifík tej časti populácie, ktorá prchavé látky najčastejšie inhaluje. Ide predovšetkým o obyvateľov segregovaných rómskych spoločenstiev. Súčasná stratégia, podobne ako aj predošlá stanovená na roky 2004 – 2008, si v oblasti verejného zdravia stanovuje najmä nasledujúce priority[8]:

(1) systematická prevencia, liečba a resocializácia

(2) zameranie na skupiny ľudí v špecifických socioekonomických podmienkach, s explicitným uvedením sociálne

[8] Doslovné znenie priorít NPDS v oblasti znižovania dopytu: „Úsilie zamerať na podporu protektívnych faktorov a zdravého životného štýlu, redukciu konzumácie legálnych aj nelegálnych drog u detí a mládeže a vytváranie podmienok na aktívne a zmysluplné využívanie voľného času. Pozornosť sústrediť na rozvoj kvality edukačného prostredia, prípravu a realizáciu preventívnych programov a vzdelávacích aktivít, zvyšovanie informovanosti a skvalitňovanie podporných služieb. Osobitnú pozornosť venovať rizikovým skupinám. ... Cielene podporovať opatrenia zamerané na účinnú pomoc závislým občanom, rizikovým skupinám a problémovým užívateľom drog.“ www.uips.sk/sub/uips.sk/images/prevencia/nps09_12.pdf, s. 7-8 (Prístup: 14. 8. 2011)

znevýhodnených, vylúčených, deprivovaných a chudobných skupín populácie

(3) výchovno-vzdelávací proces

(4) poskytnutie možností pre tvorivé využívanie voľného času prispievajúceho k napĺňaniu potenciálu každej osoby.

Na základe aktuálnych zámerov a cieľov NPDS teda možno konštatovať, že dôraz je kladený na snahu o inklúziu zraniteľných skupín, vytváranie podmienok pre zmysluplné trávenie voľného času, vzdelávanie a zníženie chudoby. Pritom už Správa o komplexnom vyhodnotení plnenia predchádzajúceho Národného programu boja proti drogám za obdobie 2004 – 2008[9] konštatuje, že: *„Významnou súčasťou preventívnych stratégií sa stal voľný čas a výchova vo voľnom čase. Za výrazného úsilia a pomoci orgánov samosprávy sa rozšírili možnosti realizovania voľnočasových aktivít."* (ibid, s. 5). Otázne však je, do akej miery sa podmienky a možnosti voľnočasových aktivít naplnili v segregovaných rómskych osídleniach. V hodnotiacej správe sa ďalej konštatuje: *„V rámci zdravotníckej osvety bolo úsilie venované tiež problematike drog, najmä užívaniu prchavých látok mladými ľuďmi v rómskych osadách."* (ibid, s. 6).

Tieto tvrdenia sme podrobili empirickému testovaniu, aby sme získali informácie o reálnom dosahu uvedených programov na marginalizované skupiny obyvateľstva v segregovaných osídleniach. Náš výskum má teda ambíciu nielen zmapovať reálnu situáciu v rómskych osídleniach vo vzťahu k zámerom vlády, ale aj kriticky zhodnotiť, ako sa v týchto lokalitách napĺňajú. Poukázaním na reálny stav vecí a následne formulovaním odporúčaní pre vládne aj mimovládne inštitúcie sa tak snažíme prispieť k zlepšeniu postavenia týchto ľudí.

[9] Správa je dostupná na http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=DocumentList&LibraryID=1&AreaID=59 (Prístup: 14. 8. 2011)

Kapitola 2. Metodológia a výskumná vzorka

Táto časť pojednáva o tvorbe metodologického postupu, spôsobe výberu lokalít a výskumnej vzorky, ako aj o metódach použitých pri spracovaní dát.

2.1 Tvorba metodologického postupu

Jednou z najťažších otázok bolo zvolenie metodologického postupu, ktorý v terénnom výskume použijeme. Problematické sa javilo vyslať profesionálnych výskumníkov do segregovaných lokalít a to zvlášť v prípade, ak majú zisťovať informácie o relatívne tabuizovanej téme zneužívania inhalantov. S cieľom čo najviac eliminovať pochybnosti a nedôveru voči výskumníkom sme zvolili stratégiu dvojfázového zberu dát. V prvej etape kládli otázky participantom osoby, ktoré sú dobre oboznámené so zvyklosťami, praktikami a problémami v rómskych osídleniach na základe dlhodobej práce s nimi, teda terénni sociálni pracovníci (TSP) a komunitní pracovníci zdravotnej výchovy (KPZV).

S tým súvisela ďalšia dilema: v situácii, keď zberatelia dát nemajú výskumné skúsenosti, núkalo sa použiť dotazníky s predvolenými odpoveďami, ktoré sa aj najľahšie vyhodnocujú. Pomerná novosť výskumnej témy, a teda aj nedostatok výskumného materiálu, z ktorého by sme mohli pri zostavovaní predvolených odpovedí vychádzať, však túto možnosť diskvalifikovala. Vopred určené možnosti odpovedí by totiž zredukovali túto komplexnú a relatívne neprebádanú problematiku. Preto sme mali pochybnosti, nakoľko by takto zozbierané údaje boli reliabilné a validné. A napokon, keďže sa marginalizovaným skupinám takmer nikdy neposkytuje priestor na vyjadrenie vlastných názorov a ich hlasy nebývajú vypočuté, považovali sme za kľúčové túto skutočnosť zohľadniť pri dizajnovaní metodológie výskumu.

Preto sme použili predovšetkým otvorené otázky. Keďže však TSP a KPZV nemajú skúsenosti s kvalitatívnym zberom dát, vytvorili sme

štruktúrované dotazníky pozostávajúce z hlavných otázok, podotázok a nápovedí, ktoré mali uľahčiť rozvíjanie odpovedí[10]. Realizátori prieskumu, anketári, ich potom ústne administrovali. Taktiež sme im poskytli školenie zamerané na spôsoby rozvíjania otázok a získavanie doplňujúcich odpovedí, ako aj manuál anketára s inštrukciami, na čo sa majú pri získavaní odpovedí najviac zamerať a ako postupovať pri výbere vzorky[11]. Napriek tomuto úsiliu sa ukázalo, že kvalita získaných odpovedí sa líšila najmä v závislosti od toho, či boli otázky kladené mechanickejším alebo skôr investigatívnym spôsobom. Odpovede participantov si anketári vo väčšine prípadov písomne zaznamenávali, takže nemusia byť doslovným znením výpovede respondenta[12].

Výber TSP a KPZV ako anketárov nás postavil aj pred etickú otázku. Spočívala v tom, či majú dotazníky administrovať v lokalite, v ktorej priamo pôsobia, alebo v osídlení, v ktorom ich miestni Rómovia nepoznajú. Počas dvoch diskusií s anketármi sme sa priklonili k menšinovému názoru, že niektorí Rómovia sa môžu obávať

[10] Tieto štruktúrované dotazníky však zďaleka nemajú čisto kvantitatívny charakter. Naopak, tým, že väčšina otázok bola otvorených, umožnili participantom nielen poskytovať odpovede navodené zvonka výskumníkom, ale naopak, zaujať stanovisko insidera, a tak odhaliť názory a hodnoty vlastnej skupiny či subkultúry. (Polemiku o týchto dvoch prístupoch, označovanú aj ako „etic/emic“ dilemu pozri bližšie napr. Guba, E. G., Lincoln, Y. S., 1998.) Títo autori okrem iného zdôrazňujú, že výsledky sa skôr vytvárajú v interakcii medzi výskumníkom a participantom, než že by boli objektívne výskumníkom odhaľované.

[11] V istom rozsahu sme teda postupovali v súlade s realizáciou „akčného výskumu“, pri ktorom profesionál prichádzajúci zvonka vychádza zo znalostí získaných z podobných typov výskumu a poskytuje ich spolu s relevantnými výskumnými metódami lokálnym realizátorom výskumu. Tí zase disponujú znalosťou lokálnych podmienok a problémov, ako aj osôb, od ktorých je možné získať užitočné vstupné informácie (pozri napr. Grenwood a Levin, 2005).

[12] Napriek tomu v empirickej časti uvádzame odpovede v úvodzovkách vtedy, keď presne citujeme záznam anketára, bez ohľadu na to, či ide o doslovnú alebo parafrázovanú odpoveď, čo sa už nedá spätne zistiť.

zneužitia ich výpovedí o prípadnom inhalovaní v osídlení, a preto by mali výskum realizovať TSP a KPZV, ktorí v danej lokalite nepracujú. Vo väčšine rómskych osídlení otázky kládli „nedomáci“ anketári, v minime lokalít, do ktorých mali „cudzí“ anketári strach vstúpiť, realizovali výskum „domáci“ TSP a KPZV.

Okrem toho anketári zbierali dáta aj od predstaviteľov relevantných lokálnych inštitúcií v blízkosti rómskych osídlení, pričom mali administrovať dotazník minimálne zástupcom troch inštitúcií z každej skúmanej lokality. Na výber mali tieto možnosti: základná škola (riaditeľ, vychovávateľ, školský pedagóg), obecný úrad (starosta, prednosta, pracovníci sociálneho odboru), TSP, KPZV, miestna/mestská polícia, všeobecný alebo detský lekár, úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVAR), farský úrad, detský domov.

V druhej etape sme už mohli vyslať do rómskych osídlení profesionálnu dvojicu výskumníkov na zber detailnejších kvalitatívnych údajov[13] s vybranou vzorkou Rómov, ktorí v súčasnosti alebo v minulosti inhalanty používali, ako aj s ich rodinnými príslušníkmi. Zber dát sa uskutočnil prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov. Aj pri ich administrácii sa vyskytlo množstvo skutočností, ktoré vyžadovali improvizáciu a modifikáciu metodík. Na základe rozhovoru so zástupcami inštitúcií bol získaný kontakt na tzv. informátora - osobu, ktorá má dôveru miestneho obyvateľstva. Išlo o akúkoľvek miestnu autoritu, napr. TSP, asistent učiteľa, starosta, či upratovačka v škole. Tieto osoby uviedli psychológov do lokality, zoznámili ich s relevantnou osobou pre uskutočnenie rozhovoru a po rozhovore s ňou zväčša odišli. Potenciálni participanti prvého kontaktu však

[13] Rola kvalitatívneho výskumu je pri skúmaní marginalizovaných a segregovaných skupín nezastupiteľná. Samotnou svojou povahou totiž má sklon poskytovať participantom, na rozdiel od kvantitatívneho výskumu, oveľa väčší priestor na vyjadrenie ich chápania (výseku) sveta, t.j. vysvetlenia toho, ako mu rozumejú, ako aj postojov, presvedčení, vier o ňom. Odkrývajú tým podľa Smitha (1995) svoju vlastnú psychologickú realitu, t.j. svoju konštrukciu sveta, ktorá je zároveň v istom vzťahu s vonkajším svetom.

neboli vždy o rozhovore vopred informovaní a mali strach hovoriť o osobnej skúsenosti na takto citlivú tému. Úvodný rozhovor bol preto povrchný a jeho hlavnou témou bolo opakované presviedčanie zo strany participanta, že už s inhalovaním prestal. Tieto rozhovory prebiehali zväčša vonku, čo znižovalo možnosti nadviazania bližšieho kontaktu a postupné vytvorenie dôvery. Preto neboli vhodné na ďalšiu analýzu, avšak umožnili vytvorenie novej, pôvodne nezamýšľanej metodiky, ktorá sa stala východiskom pre ďalší postup. Ide o tzv. „pouličné fokusové skupiny“[14], kedy sa k pôvodnému participantovi postupne pridávajú okoloidúci, ktorí majú potrebu vyjadriť sa k danej téme. Hoci aj tieto skupinové rozhovory neposkytujú dostatok informácií, ich kľúčový význam v teréne spočíval v troch funkciách:

- **Znížili tenziu a nedôveru na oboch stranách** – dostatočne dlhý čas strávený spoločným postávaním na ulici a nezáväzným rozhovorom na danú tému môže zmeniť postavenie výskumníka z votrelca na akceptovateľnú osobu, ktorá môže byť pre komunitu aj nápomocná.

- **Umožnili získať informátorov a participantov** – po určitom čase sa nazbiera kritické množstvo ľudí, ktorí sa k téme vyjadria a idú ďalej, podávajúc informáciu o výskume ostatným obyvateľom lokality. Takto sa spontánne objavia noví informátori, ktorí zneužívanie inhalantov považujú za zásadný problém. Ide o samotných užívateľov a/alebo ich rodinných príslušníkov, ktorí majú záujem o tejto téme hovoriť v snahe zmeniť súčasnú situáciu. Rozhovory s týmito ľuďmi, zväčša už priamo v ich domácnostiach následne umožňujú získať kvalitné dáta.

- **Vytvorili sociálnu kontrolu** – pokiaľ konkrétni užívatelia „zľahčujú“ či zahmlievajú priebeh svojho inhalovania, či iné výpovede, sú bezprostredne korigovaní ostatnými členmi skupiny.

[14] Celkovo sme uskutočnili 22 týchto fokusových skupín

Ďalšou skutočnosťou, ktorá ovplyvňuje vzájomnú dôveru medzi participantmi a výskumníkmi je čas strávený v danej domácnosti. Počas realizácie výskumu bol zaznamenaný tzv. efekt druhého dňa. Ak sa príde do tej istej rodiny aj na druhý deň, spôsob odpovedania na otázky sa mení, získavajú sa tak autentickejšie a podrobnejšie informácie, často je povolené aj nahrávanie, čo v prvý deň zväčša nie je možné. Preto sa súčasťou metódy získavania dát stala aj návšteva na druhý deň, kedy sa zväčša opakujú pôvodné otázky kvôli kontrole pravdivosti informácií a kladú sa aj dôvernejšie otázky.

Výskumníci, podobne ako anketári, zbierali dáta aj od zástupcov relevantných inštitúcií. Pri administrácii pološtruktúrovaných rozhovorov sa však za inštitúcie v ojedinelých prípadoch považovali aj neformálni vodcovia komunít, resp. iné osoby, ktoré vedeli poskytnúť zmysluplné komplexné informácie o danej lokalite a problematike inhalovania v nej. Výber participantov kvalitatívnej časti výskumu je teda výsledkom investigatívnej improvizácie zo strany výskumníkov a odráža aktuálnu situáciu v navštívenej lokalite.

Metodiky použité vo výskume

1. Zber dát sa teda uskutočnil prostredníctvom troch druhov komplementárnych metodík:

2. Ústne administrované štruktúrované dotazníky sledujúce širšie súvislosti života Rómov. Použité boli dva typy, jeden (obsiahlejší) pre Rómov a druhý určený pre zástupcov relevantných inštitúcií.

3. Pološtruktúrované rozhovory, ktoré komplexne mapovali problematiku zneužívania inhalantov, a to opäť v dvoch verziách, jednej určenej pre jednotlivcov užívajúcich inhalanty alebo ich rodinných príslušníkov a druhej pre zástupcov lokálnych inštitúcií.

4. Pozorovaním prirodzeného prostredia obyvateľov,

poskytujúcom informácie o stave konkrétneho osídlenia, jeho infraštruktúre (pitná voda, elektrina, kanalizácia, riešenie odpadu) a kvalite bývania. Špecificky sme sa zamerali na oblasti sociálnej a priestorovej segregácie Rómov, sociálnych služieb, zamestnanosti a vzdelávania, ktoré predstavujú významné determinanty sociálneho postavenia Rómov v jednotlivých obciach a mestách.

2.2 Výber lokalít

Výskum sa realizoval v tridsiatich obciach Prešovského a Košického kraja. Voľba východného Slovenska nebola náhodná. Naopak, vychádzala zo zistení, že tam medzi drogami dominujú práve prchavé látky (pozri napr. Škodáček, 2008). Užívateľmi týchto látok sú vzhľadom na ich finančnú dostupnosť najmä sociálne najslabšie skupiny obyvateľstva, ktoré sú na východnom Slovensku tvorené predovšetkým rómskou populáciou. Pri výbere lokalít sme sa usilovali o zahrnutie čo najširšieho spektra lokalít s podielom rómskej populácie tak, aby výskumná vzorka obsiahla aj mestské a vidiecke lokality, pokiaľ možno v rovnakej miere v oboch skúmaných krajoch. Do úvahy sme pri výbere lokalít brali aj percentuálny podiel Rómov na celkovej populácii, pri čom sme vychádzali najmä z údajov zverejnených v Atlase rómskych komunít na Slovensku (Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity, 2004[15]). Vzhľadom na dynamiku demografického vývoja skúmanej populácie sme však zohľadňovali aj aktuálne informácie, ktoré nám poskytli zástupcovia miestnych inštitúcií. Zistené údaje sa tak môžu do určitej miery odchyľovať od iných dát, najmä údajov zverejnených v Atlase rómskych komunít a informácií zo Sčítania ľudu, domov a bytov 2001. Predovšetkým v prípadoch väčších miest bol zo strany navštívených inštitúcií poskytnutý skôr odhad celkového počtu Rómov v obci. V menších obciach a dedinách naopak zväčša išlo o presné čísla, niekedy aj vrátane počtu oficiálne prihlásených

[15] http://www.romovia.vlada.gov.sk/3553/atlas-romskych-komunit-2004.php

a neprihlásených rómskych obyvateľov. Na základe získaných údajov sme vytvorili nasledujúce kategórie podielu Rómov na populácii v lokalitách výskumu:

Tabuľka 1: Podiel Rómov na celkovej populácii v lokalitách výskumu

percentuálny podiel:	počet obcí:	obce:
0% – 9 %	5	Prešov, Stará Ľubovňa, Stropkov, Svidník, Vranov n. T.
10% – 19%	5	Bystré, Rožňava, Trebišov, Veľké Kapušany, Veľký Šariš,
20% – 39%	8	Banské, Hanušovce n. T., Hermanovce (okr. Prešov), Krásnohorské Podhradie, Krompachy, Lastovce, Sečovce, Soľ
40% – 49%	3	Dobšiná, Spišský Štiavnik, Zborov
50% – 69%	6	Brzotín, Drahňov, Chminianske Jakubovany, Lenartov, Pavlovce n. Uhom , Svinia,
Nad 70%	3	Jarovnice, Kecerovce, Vtáčkovce

Výskum bol teda realizovaný prevažne v obciach s významným podielom rómskeho obyvateľstva (nad 20% - 20 obcí, z toho nad 40% - 12 obcí). Takmer v jednej tretine navštívených lokalít predstavoval podiel rómskeho obyvateľstva viac ako polovicu z celkového počtu obyvateľov. V prípade obcí s podielom rómskeho obyvateľstva do 19% išlo prevažne o mestá, kde rómska populácia dosahuje vysoké počty, napriek tomu, že jej percentuálny podiel na celkovom počte obyvateľov je relatívne nižší. Obyvatelia týchto mestských rómskych osídlení však čelia rovnakým, alebo aj závažnejším problémom ako je tomu v prípadoch obcí s výraznejším podielom rómskej populácie.

V priebehu realizácie výskumu sme navštívili dovedna 17 lokalít v Prešovskom a 13 lokalít v Košickom kraji. Výskum prebehol celkovo v 13 lokalitách so štatútom mesta a v 17 obciach. Z hľadiska typu miest sa výskumné aktivity dotkli: 1 krajského mesta Prešov, 6 okresných miest, z toho 4 v Prešovskom a 2 v Košickom kraji a ďalších 6 lokalít so štatútom mesta, 2 v Prešovskom a 4 v Košickom kraji. Zo 17 navštívených obcí ich 10 patrilo do Prešovského a 7 do Košického kraja:

Tabuľka 2: Lokality výskumu

lokality výskumu	Prešovský kraj	Košický kraj
krajské mestá	Prešov	
okresné mestá	Stará Ľubovňa, Stropkov, Svidník, Vranov n. Topľou	Rožňava, Trebišov
Mestá	Hanušovce n. Topľou, Veľký Šariš	Dobšiná, Krompachy, Sečovce, Veľké Kapušany
Obce	Banské, Bystré, Hermanovce (okr. Prešov), Chminianske Jakubovany, Jarovnice, Lenartov, Soľ, Spišský Štiavnik, Svinia, Zborov	Brzotín, Drahňov, Kecerovce, Krásnohorské Podhradie, Lastovce, Pavlovce n. Uhom, Vtáčkovce
Celkovo	17	13

V týchto lokalitách uskutočnili anketári komplexný terénny výskum na základe vopred definovaných kritérií (minimálne 3 dotazníky so zástupcami inštitúcií a 5 – 15 dotazníkov so zástupcami rómskej populácie v lokalite, v závislosti na veľkosti rómskej populácie). Okrem toho sa realizoval aj dotazníkový prieskum so zástupcami inštitúcií na regionálnej a okresnej úrovni. Cieľom týchto rozhovorov bolo zmapovať situáciu na úrovni spádových inštitúcii, ktoré zastrešujú viacero lokalít a poskytujú služby, ktoré na miestnej úrovni nie sú

dostupné. Išlo o zástupcov nasledujúcich inštitúcií: Detské oddelenie II. Psychiatrickej kliniky Fakultnej nemocnice v Košiciach, Oddelenie liečby závislostí Fakultnej nemocnice v Prešove, Detská psychiatrická liečebňa v Hrani, Pedagogicko-psychologická poradňa v Sabinove a Spišskej Belej, ÚPSVaR v Levoči, Spišskej Novej Vsi, Bardejove, Poprade, Kežmarku, Michalovciach a Trebišove.

2.3 Výskumná vzorka

Dotazníky boli administrované obyvateľom rómskych osídlení (N = 221), zástupcom relevantných lokálnych inštitúcii (N = 106) a zástupcom spádových inštitúcií (N = 11)[16]. Spočiatku sme zvolili metódu náhodného výberu lokalít, avšak po zozbieraní dát zhruba z desiatich lokalít sme zistili, že vo väčšine z nich sa inhalovanie nevyskytovalo. Pritom však mnohí participanti pomenovali lokality, v ktorých sa inhalovanie vyskytuje a v Prešovskom kraji ich zmapoval aj Mušinka (2007). Tieto informácie sme následne využili na cielený výber osídlení s výskytom inhalovania. Vďaka tomu sme získali dáta z dvoch druhov lokalít: s výskytom užívania inhalantov (N=11) a bez výskytu zneužívania inhalantov (N=19), ktoré sme medzi sebou porovnávali. Komplexné informácie o výskumnej vzorke sú uvedené v nasledujúcej tabuľke:

[16] Pri uvádzaní citátov respondentov sme použili nasledujúci spôsob kódovania: prvé 3 písmená sú skratkou lokality, I označuje inštitúciu a R respondenta z rómskeho osídlenia, nasledujúce číslo predstavuje konkrétneho respondenta v rámci lokality. V prípadoch, kde by mohlo dôjsť k identifikácii konkrétnej osoby na základe kódu, sme kódy anonymizovali. Označili sme ich teda A v prípade lokality s výskytom inhalovania a N v prípade lokality bez výskytu inhalovania. Citáty pochádzajúce z dotazníkového prieskumu majú nasledujúcu formu: lokalita, typ respondenta, číslo respondenta, teda napríklad (BrzI01). Výpovede získané prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov majú z dôvodu odlíšenia trocha inú formu, medzi označením lokality a typom respondenta je čiarka, teda napríklad (Brz, I1).

Tabuľka 3: Výskumná vzorka

lokalita	kraj: Prešov (PR) Košice (KO)	bolo zistené inha-lovanie (I)	nebolo zistené inha-lovanie (NI)	% Rómov na cel-kovom počte oby-vateľov	počet dotaz-níkov s Ró-mami	počet dotaz-níkov s inšti-túciami
Banské	PR		NI	20-39	5	6
Brzotín*	KO		NI	50-69	7	3
Bystré	PR		NI	10-19	7	5
Dobšiná	KO		NI	40-49	8	4
Drahnov	KO		NI	50-69	6	3
Hanušovce nad Topľou	PR		NI	20-39	5	4
Hermanovce*	PR		NI	20-39	5	3
Chminianské Jakubovany	PR	I		50-69	6	2[17]
Jarovnice	PR	I		nad 70	14	3
Kecerovce	KO	I		nad 70	10	3
Krásnohorské Podhradie*	KO		NI	20-39	7	3
Krompachy	KO	I		20-39	4	3
Lastovce	KO		NI	20-39	6	4
Lenartov	PR		NI	50-69	6	6
Pavlovce nad Uhom	KO		NI	50-69	5	3
Rožňava	KO	I		10-19	9	3
Sečovce	KO	I		20-39	8	4
Soľ	PR		NI	20-39	4	3
Spišský Štiavnik*	PR		NI	40-49	10	5
Star. Ľubovňa	PR		NI	0-9	5	5
Stará Tehelňa	PR	I		0-9	10	0[17]
Stropkov	PR	I		0-9	14	4
Svidník	PR		NI	0-9	5	6
Svinia	PR	I		50-69	4	3
Trebišov	KO	I		10-19	15	4
Veľký Šariš	PR		NI	10-19	5	0[17]
Vranov nad Topľou	PR		NI	0-9	9	4
Veľké Kapušany	KO	I		10-19	6	4
Vtáčkovce	KO		NI	nad 70	6	3
Zborov	PR		NI	40-49	10	3
celkovo		11	19		221	106

* Poznámka: Hviezdičkou sú označené osídlenia, v ktorých sa momentálne inhalovanie nevyskytuje, avšak ešte v nedávnej minulosti (od niekoľkých mesiacov po cca 1 rok) sa tam vyskytovalo.

Cieľom takéhoto výberu bolo zistiť, či možno vo všeobecnosti identifikovať zásadné rozdiely medzi týmito dvoma druhmi lokalít a pri návrhu preventívnych programov sa potom riadiť pozitívnymi príkladmi z lokalít, v ktorých sa neinhaluje.

Kritériá výberu „dotazníkovej vzorky" Rómov v jednotlivých lokalitách

Ďalším cieľom bolo spochybniť dominantný diskurz, ktorý vykresľuje Rómov ako jednu homogénnu skupinu a prisudzuje jej čisto negatívne stereotypy. Takéto jednostranné hodnotenie akejkoľvek menšiny si nevšíma alebo dokonca potláča historickú, generačnú, regionálnu,

[17] V uvedených lokalitách nebolo dodržané kritérium výberu vzorky. Dôvodom bola personálna fluktuácia anketárov a nedodanie zozbieraných dát do začiatku ich spracovania.

vzdelanostnú, statusovú a rodovú diverzitu. Našim zámerom bolo okrem iného jasne zdokumentovať, že Rómovia netvoria žiadnu unifikovanú jednotku, nedisponujúcu vnútornou rozmanitosťou. Preto sme sa snažili nielen o výber osídlení s výskytom aj bez výskytu inhalovania[18], ale zároveň aj o cielený výber v rámci jednotlivých osídlení, a to podľa rôznych stupňov kvality bývania. Anketári sa teda riadili pravidlom výberu klientov z rôznych sociálnych vrstiev, ktoré v danej komunite žijú (pomerné zastúpenie respondentov, ktorí žijú štandardne, v nižšom štandarde a v chatrčiach[19]) a zároveň si zvolili pravidlo náhodného výberu pre každú takúto podskupinu. Treba však otvorene priznať, že pri kontrole zozbieraných dát sme zistili, že nie všetci anketári túto požiadavku dostatočne rešpektovali. Ukázalo sa, že preferovali oslovovať lepšie situovaných Rómov v rámci osídlenia, pretože s takýmito respondentmi sa výskum ľahšie, príjemnejšie a bezpečnejšie realizoval. Všade, kde to časové limity ešte umožnili, sme sa následne snažili dozbierať dotazníky od najviac znevýhodnených skupín rómskeho obyvateľstva. Napriek tomu zostala jasná prevaha vzorky osôb žijúcich v štandardných obydliach. Za nimi počtom nasledujú osoby žijúce v subštandardných podmienkach a najmenšia vzorka bola zozbieraná z osôb žijúcich v chatrčiach. Tento pomer je síce v súlade s celkovou reálnou distribúciou rómskych domácností podľa typu bývania (pozri poznámka pod čiarou č. 17), avšak v prípade témy, ktorá sa dotýka predovšetkým najslabšie situovaných skupín,

[18] V dotazníkoch sa namiesto inhalovania vyskytuje slangový výraz fetovanie. Je možné, že sa dá vnímať pejoratívne, avšak je to termín, ktorý používajú samotní Rómovia a dobre mu (na rozdiel od pojmu inhalovanie) rozumejú.

[19] Toto delenie typov ubytovania je operacionalizované rovnako ako vo výskume zameranom na zdravie Rómov (Popper, Szeghy, Šarkőzy, 2009). Konkrétne, štandardné bývanie sa chápe ako bývanie v bytoch, murovaných a dobre vybavených drevených domoch. Nižší štandard predstavujú byty a domy so závadami, ako napr. bez vody, elektriny a tiež unimobunky. Pod chatrče sú zaradené aj nebytové priestory typu pivníc, kočikární, stanov a pod. Uvedený reprezentatívny výskum ukázal, že 53% rómskych domácností žije v štandardných podmienkach, 42% v nižšom štandarde a 4% v chatrčiach.

bolo potrebné zamerať zvýšenú pozornosť práve na túto skupinu obyvateľov. Ďalším problémom bola nerovnomerná distribúcia medzi osídleniami s výskytom a bez výskytu inhalovania z hľadiska kvality bývania, čo opäť zodpovedá reálnemu stavu, avšak pre zmysluplné štatistické porovnanie typov lokalít je nevyhnutné dosiahnuť rovnomerné rozloženie. Pôvodnú vzorku ilustruje nasledujúca tabuľka:

Tabuľka 4: Kvalita bývania

			štandard	nižší štandard	chatrč/ pivnica	celkovo
druhy lokalít	s výskytom inhalovania	Počet	26	33	5	64
		%	40,6%	51,6%	7,8%	100,0%
	bez výskytu inhalovania	Počet	44	18	13	75
		%	58,7%	24,0%	17,3%	100,0%
Celkovo		Počet	70	51	18	139
		%	50,4%	36,7%	12,9%	100,0%

Problematická distribúcia podľa kvality bývania sa neželateľným spôsobom premietala do odpovedí na otázky týkajúce sa životných podmienok, vzťahov v rodine a komunite, zdravotného stavu, voľnočasových aktivít a pod. a skresľovala tak porovnanie osídlení, v ktorých sa inhaluje s tými, v ktorých sme inhalovanie nezistili. Preto sme dodatočne náhodným výberom redukovali vzorku tak, aby sa dosiahla rovnomernejšia distribúcia z hľadiska kvality bývania[20]:

[20] Napriek tomu tento parameter nie je úplne pod kontrolou v dôsledku toho, že u časti respondentov chýbajú údaje o kvalite bývania.

Tabuľka 5: Kvalita bývania – redukcia vzorky

			štandard	nižší štandard	chatrč / pivnica	celkovo
druhy lokalít	s výskytom inhalovania	Počet	26	18	5	49
		%	53,1%	36,7%	10,2%	100,0%
	bez výskytu inhalovania	Počet	30	18	7	55
		%	54,5%	32,7%	12,7%	100,0%
Celkovo		Počet	56	36	12	104
		%	53,8%	34,6%	11,5%	100,0%

Výsledná vzorka je tak menšia, ale štatistické spracovanie poskytuje zmysluplnejšie a spoľahlivejšie údaje. Najmenšie zastúpenie respondentov žijúcich v chatrčiach sme vykompenzovali v druhej fáze výskumu, realizovanej prostredníctvom polo-štruktúrovaných rozhovorov. Výskumníci sa sústredili už len na inhalujúce osoby alebo ich blízkych rodinných príslušníkov, čo nám umožnilo získať údaje aj od ľudí žijúcich v najhorších podmienkach, ktorí tvoria prevažnú skupinu inhalujúcich.

Z hľadiska pohlavia prevažuje vzorka žien nad vzorkou mužov v lokalitách s výskytom aj bez výskytu inhalovania.

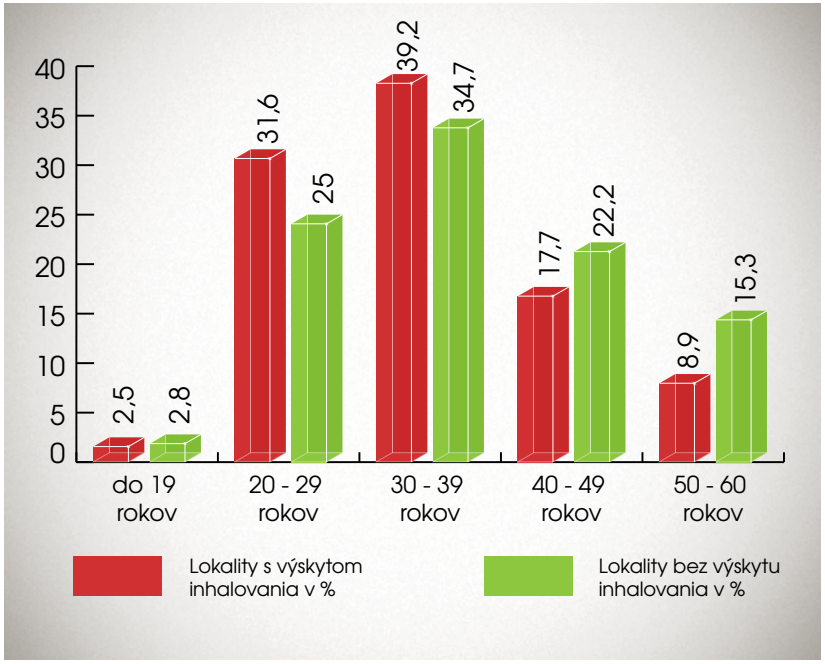
Tabuľka 6: Pohlavie

			muži	ženy	celkovo
druhy lokalít	s výskytom inhalovania	počet	29	53	82
		%	35,4%	64,6%	100,0%
	bez výskytu inhalovania	počet	43	56	99
		%	43,4%	56,6%	100,0%
Celkovo		počet	72	109	181
		%	39,8%	60,2%	100,0%

Dôvodom vyššieho zastúpenia žien vo vzorke je najmä ich ľahšie oslovovanie, vyššia pravdepodobnosť zastihnutia v domácnosti, ako aj väčšia ochota odpovedať anketárom na otázky.

Podľa vekovej štruktúry sú v oboch druhoch lokalít najviac zastúpení respondenti vo veku 30-39 rokov, za nimi nasledujú 20-29 roční a tretiu najpočetnejšiu skupinu tvorí skupina 40-49 ročných:

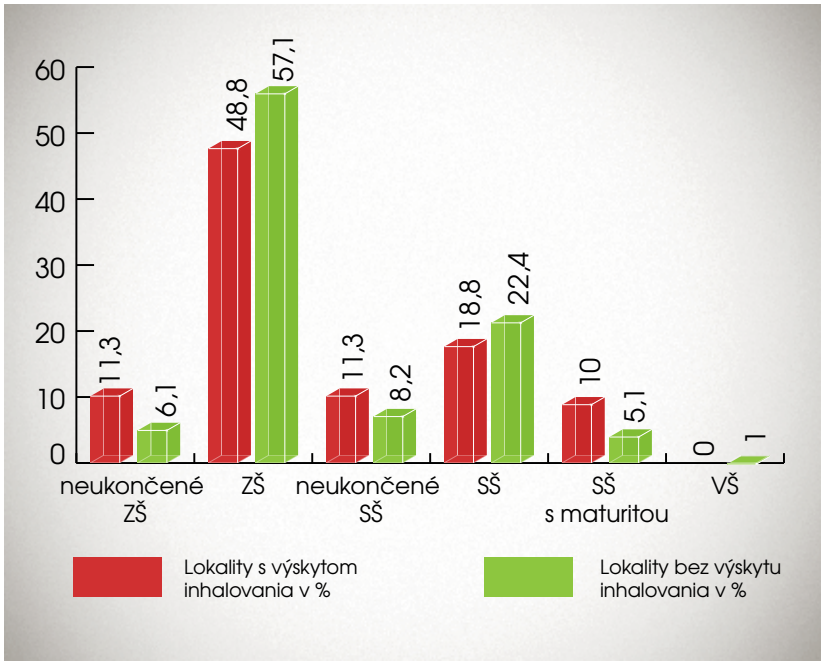
Graf č. 1: Veková štruktúra



Naša vzorka nereprezentuje skutočné zloženie rómskej populácie podľa veku. Keďže našim zámerom bolo sledovať najmä okolnosti inhalovania a možnosti trávenia voľného času detí a mládeže, oslovovali sme predovšetkým strednú generáciu, teda ľudí, ktorí majú školopovinné deti a majú dostatok informácií o dostupnosti záujmových aktivít v danej lokalite.

Z hľadiska vzdelania v oboch druhoch lokalít tvoria najvýznamnejšiu časť participanti s ukončeným základným vzdelaním a s ukončeným stredoškolským vzdelaním:

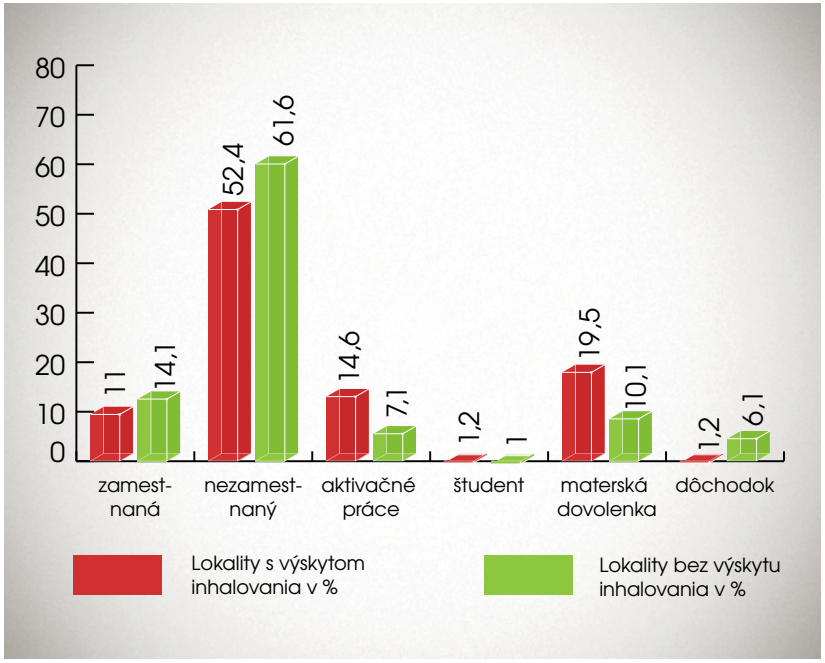
Graf 2: Vzdelanostná štruktúra



S vyšším stupňom vzdelania klesá počet respondentov, v prípade VŠ vzdelania ide iba o 1 respondenta. Uvádzané rozloženie odráža reálnu vzdelanostnú štruktúru rómskej populácie (Popper, Szeghy, Šarkőzy, 2009).

Štruktúra vzorky podľa zamestnania v oboch druhoch lokalít taktiež zodpovedá reálnemu postaveniu Rómov na trhu práce (ibid.):

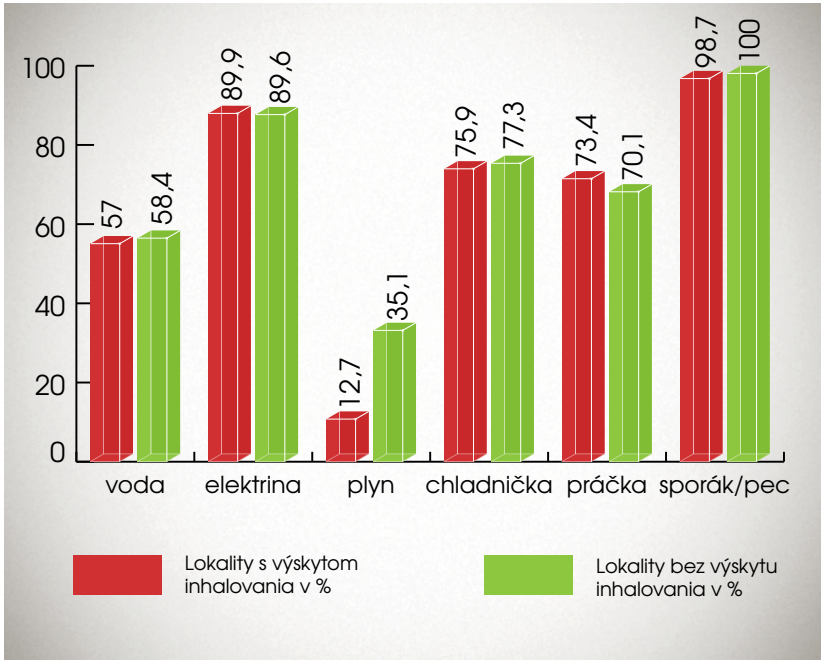
Graf 3: Štruktúra podľa zamestnania



Najvyššie zastúpenie predstavujú nezamestnaní, ktorých sú takmer 3 štvrtiny (po súčte nezamestnaných a respondentov uvádzajúcich aktivačné práce), pričom iba 15,5% z nich vykonáva aktivačné práce. Ďalšou najpočetnejšou skupinou sú respondentky na materskej dovolenke. Zamestnaných je celkovo (z oboch druhov lokalít) 12,7% opýtaných.

Napokon uvádzame aj vybavenie domácností základnými zdrojmi energie, vody a zariadenie domácností spotrebičmi:

Graf 4: Rozloženie podľa vybavenia domácnosti a prístupu k základným službám



Aj v týchto parametroch sú si oba druhy lokalít veľmi podobné, keď takmer 60% má vodu, 90% elektrinu, zhruba 3/4 vlastnia chladničku a práčku a takmer všetci majú pec alebo sporák. Jediný rozdiel je v plynofikácii, keď z lokalít s výskytom inhalovania má plyn necelých 13%, kým z lokalít bez výskytu inhalovania má prístup k plynu vyše 35% domácností.

Na základe vyššie uvedených porovnaní možno konštatovať, že výbery vzoriek z oboch druhov lokalít sú si dostatočne podobné v tých parametroch, ktorých nerovnomerná distribúcia by mohla mať nežiaduci vplyv na spoľahlivosť dát v ďalších skúmaných otázkach.

Kritériá výberu vzorky pre pološtruktúrované rozhovory

Lokality, v ktorých sa uskutočnili pološtruktúrované rozhovory, sú uvedené v tab. 7.

Tabuľka 7: Distribúcia pološtruktúrovaných rozhovorov podľa lokality a typu rozhovoru.

lokalita	počet rozhovor s Rómami	počet rozhovor so zástupcami inštitúcií
Brzotín	4	2
Hermanovce	0	1
Chminianské Jakubovany	0	1
Jarovnice	6	1
Krásnohorské Podhradie	1	1
Rožňava	1	3
Prešov - Stará tehelňa	2	2
Svinia	2	1
Trebišov	2	6
Veľké Kapušany	2	2
celkovo	20	20

Rozhovory sa realizovali so vzorkou 20 rómskych respondentov a 20 zástupcov inštitúcií[21].

Vzorku respondentov sme vyberali na základe niekoľkých kritérií, ktoré mali vystihovať diverzitu výskytu inhalovania, rozšírenie inhalovania v lokalite, typ lokality (mestská a vidiecka) a kraj. Základné

[21] Ako je zrejmé z popisu použitých metodík, údaje sme získavali aj pomocou tzv. pouličných fokusových skupín či individuálnych respondentov, ktorí však poskytli iba čiastkové informácie, a preto ich neuvádzame v tabuľke, ktorá ilustruje počet plnohodnotných rozhovorov.

údaje o výskyte inhalovania, ktoré boli východiskom pre výber lokality a počtu rozhovorov, sme získali z dotazníkového prieskumu.

Kritérium miery výskytu inhalovania nás viedlo k výberu lokalít, kde je inhalovanie rozšírené do tej miery, že je akceptované na verejných priestranstvách (Jarovnice, Svinia, Chminianske Jakubovany, Trebišov, Veľké Kapušany), cez tie, kde sa vyskytuje obmedzený počet inhalujúcich (Stará tehelňa v Prešove, Rožňava), až po tie, kde sa s inhalovanie v nedávnej minulosti vyskytovalo, ale z rôznych príčin už vymizlo (Brzotín, Krásnohorské Podhradie, Hermanovce).

Z hľadiska typu lokalít sme výber realizovali rozdelením na lokality mestského (Veľké Kapušany, Trebišov, Stará tehelňa v Prešov, Rožňava) a vidieckeho typu (Brzotín, Hermanovce, Jarovnice, Chminianske Jakubovany, Krásnohorské Podhradie, Svinia).

Keďže výskum sa zameriaval na lokality v Košickom a Prešovskom kraji, snažili sme sa rovnomerne vybrať lokality aj z týchto oblasti. Z Košického kraja to boli Brzotín, Krásnohorské Podhradie, Rožňava, Trebišov, Veľké Kapušany.

V niektorých prípadoch sa nám nepodarilo uskutočniť rozhovory s inhalujúcimi alebo ich rodinnými príslušníkmi, keďže nebolo možné získať pre spoluprácu osobu prvého kontaktu, ktorá by nás uviedla do prostredia (napr. v Chminianskych Jakubovanoch sme nenašli zástupcu inštitúcie, resp. miestnu autoritu, ktorá by bola ochotná ísť s nami do osady, zároveň nás varovali pred vstupom do osady „na vlastnú päsť“). V niektorých lokalitách sme teda vytvorili nepomerné množstvo rozhovorov medzi zástupcami inštitúcií a respondentmi (napr. Jarovnice a Trebišov). Záviselo to od dostupnosti, ochoty ale aj záujmu jednotlivcov hovoriť. V niektorých prípadoch sa nám podarilo skontaktovať sa s viacerými inhalujúcimi, či ich rodinnými príslušníkmi, inokedy zas boli ochotní viac vypovedať zástupcovia inštitúcií.

Z vyššie uvedeného textu vyplýva, že výsledná vzorka respondentov je výsledkom investigatívnej improvizácie, je teda určená akousi

kombináciou vopred určených kritérií a reálnej situácie v danej lokalite. Ak z rôznych dôvodov nebolo možné dodržať vopred určené kritériá, výskumníci sa riadili požiadavkou čo najvyššej zmysluplnosti a komplexnosti získaných dát.

2.4 Metódy použité pri spracovaní dát

Údaje získané prostredníctvom dotazníka boli spracované pomocou štatistického balíka SPSS. Porovnávali sme medzi sebou lokality s výskytom a bez výskytu inhalovania. Osem otázok ponúkalo odpovede na päťbodovej škále s nútenou voľbou. Pri nich sme použili Pearsonov chí-kvadrát test, ktorý neodhalil žiadne signifikantné rozdiely medzi lokalitami s výskytom a bez výskytu inhalovania, aj keď v niektorých položkách sú výsledky takmer na hranici významnosti. Väčšina otázok však bola otvorená, s viacnásobnou možnosťou odpovede. Tie neumožňujú overovanie rozdielov pomocou chí-kvadrát testu, preto pri nich porovnávame percentuálne zastúpenie odpovedí.

Dáta získané na základe pološtruktúrovaných rozhovorov boli kvalitatívne spracované použitím tematickej a obsahovej analýzy. Tento prístup nám umožnil porozumieť jednotlivým príbehom participantov. Po vypočutí mnohých, často podobných príbehov sa nám podarilo vygenerovať hlavné a dôležité témy. Zameriavali sme sa hlavne na samotný proces inhalovania v kontexte životného príbehu participanta, ako aj individuálny príbeh závislého v kontexte života lokality. Cieľom bolo odhaliť variabilitu inhalovania vo vzťahu k rôznym podmienkam, v ktorých inhalujúci žijú a získať komplexný pohľad na situáciu. Keďže sme sa snažili o istú úroveň zovšeobecnenia, mnoho detailov sme museli vynechať. Pre prípadné hlbšie pochopenie príbehu jednotlivých inhalujúcich a lokalít, v budúcnosti by bolo vhodné taktiež využiť kazuistické spracovanie dát.

Údaje získané z rôznych zdrojov porovnávame metódou triangulácie, ktorá umožňuje zistiť podobnosti a rozdiely medzi dátami získanými z rôznych metodík a od rôznych druhov subjektov.

Kapitola 3. Opis lokalít, v ktorých sa zber dát realizoval

V tejto časti uvádzame charakteristiky osídlení získané výskumníkmi na základe pozorovania prirodzeného prostredia a podmienok života ich obyvateľov. Mapovanie situácie v jednotlivých lokalitách bolo zamerané najmä na oblasti sociálnej a priestorovej segregácie Rómov, sociálnych služieb, zamestnanosti a vzdelávania, ktoré sú hlavnými indikátormi sociálneho postavenia Rómov v jednotlivých obciach a mestách.

Základným a najviditeľnejším prejavom postavenia rómskej populácie v jednotlivých lokalitách je miera jej **priestorovej segregácie/separácie** od majoritnej či nerómskej časti populácie. Sídelnú integráciu alebo segregáciu Rómov v obciach považujeme aj za základné meradlo miery sociálnej integrácie jednotlivých komunít. Separovaná alebo segregovaná (vo význame, v akom sú tieto termíny používané v Atlase rómskych komunít) sídelná koncentrácia rómskeho obyvateľstva so sebou vo väčšine lokalít Prešovského a Košického kraja, nie len lokalít výskumu, spája aj segregáciu sociálnu. Zahŕňa tiež vylúčenie z participácie na verejnom živote komunity v zmysle obce, nedostatočnú úroveň bývania a chýbajúcu technickú infraštruktúru, často aj zvýšený výskyt sociálne patologických javov (úžera, drobná kriminalita, nedostatočná školská dochádzka, tehotenstvo v ranom veku a pod.), ktoré iba prehlbujú spoločenskú a vzťahovú priepasť medzi dvomi susediacimi spoločenstvami – rómskym a nerómskym.

V každej zo spomínaných 30 lokalít realizácie výskumu sme sa stretli s istou mierou priestorového vylúčenia rómskej populácie. Podstatná časť alebo aj väčšina Rómov (tu upúšťame od percentuálnych vyjadrení z dôvodu nedostatku validných dát), dlhodobo žije v geograficky oddelených častiach miest a dedín. Významnejšiu mieru priestorovej integrácie Rómov sme zaznamenali len výnimočne, najmä v obciach

Lastovce a Bystré, kde podstatná časť rómskej populácie žije rozptýlene priamo v obci. Naproti tomu výraznú mieru priestorovej segregácie (väčšina rómskej populácie alebo celá rómska populácia žijúca koncentrovane v geograficky oddelenej časti obce) bolo možné pozorovať vo viacerých lokalitách. Medzi ne patria: Dobšiná, Hermanovce, Chminianske Jakubovany, Jarovnice, Lenartov, Sečovce, Soľ, Spišský Štiavnik, Stará Ľubovňa, Svinia, Trebišov, Vtáčkovce a Zborov.

Špecifické lokality predstavujú mestá s väčším počtom koncentrácií rómskeho obyvateľstva alebo s miešaným – integrovaným a segregovaným rómskym osídlením. V takýchto prípadoch sa výskum realizoval primárne v lokalitách s najväčšou koncentráciou rómskych obyvateľov, menšie zoskupenia alebo integrované rodiny boli zväčša z výskumu vynechané. Napríklad v Prešove výskum prebehol v lokalite Stará Tehelňa, v Trebišove v osade Ivana Krasku, v Stropkove na bývalom internáte, kde boli presťahovaní Rómovia z lokality Goldbergerova ulica po asanácii bytových domov), v Starej Ľubovni v osade Podsadok.

Mapovanie výskytu **sociálnych služieb** v lokalitách výskumu ukázalo, že väčšina samospráv má skúsenosti s programami, cielenými na sociálne vylúčené obyvateľstvo. S výnimkou piatich obcí (Brzotín, Lastovce, Spišský Štiavnik, Krásnohorské Podhradie a Vtáčkovce) bol všade realizovaný program terénnej sociálnej práce. Avšak v čase výskumu bol vo viacerých obciach pozastavený z dôvodu nenadväzujúceho financovania po skončení predchádzajúceho projektového cyklu. Stretli sme sa aj s prípadmi netransparentnej realizácie programu, kde projekt prebiehal iba „na papieri“, tzn. inštitúcie deklarovali existenciu TSP v lokalite, avšak samotní obyvatelia ich nikdy nestretli, chýbali im základné informácie o možnostiach a komunikácii s úradmi, prípadne zdravotníckymi zariadeniami. Podľa neoficiálnych informácii obec túto činnosť vykazuje, sú však za ňu platení ľudia, ktorí robia inú činnosť alebo „službu“ pre miestnych starostov, resp. členov zastupiteľstva, alebo ich rodinní príslušníci.

Na diskontinuitu financovania terénnej sociálnej práce a komunitných centier zo strany štátu či miestnej samosprávy, ako aj na korupciu a nepotizmus, doplácajú tí, ktorí tieto služby najviac potrebujú, čo má často katastrofálny dopad na dotknuté rómske osídlenia, ktorých chudoba a sociálne vylúčenie sa prudko prehlbuje. Prirodzeným následkom je nárast sociálno-patologických javov, medzi ktoré patrí aj zneužívanie inhalantov. V siedmich obciach majú obyvatelia skúsenosti s realizáciou programov zdravotnej výchovy v rómskych komunitách (v rámci pôsobenia pracovníkov regionálnych úradov verejného zdravotníctva alebo programu Nadácie otvorenej spoločnosti). Títo v niektorých prípadoch suplujú aj činnosť chýbajúcich TSP vo svojom voľnom čase. Zhruba len v trinástich obciach a mestách boli v priebehu výskumu zaznamenané rôzne voľnočasové aktivity, zamerané na rómsku mládež. V ostatných lokalitách tieto možnosti úplne chýbajú, často v dôsledku pozastavenia prevádzky komunitných centier, ktoré tieto služby úspešne realizovali. Výnimkou nie je ani vylúčenie rómskych detí a mládeže z existujúcich aktivít v lokalite (napr. ihrisko „len pre bielych“).

Zamestnanosť, respektíve extrémna **nezamestnanosť** je dlhodobo azda najväčším problémom väčšiny rómskych komunít v regiónoch Prešovského a Košického kraja. Aj keď sa tento výskum špecificky na zamestnanosť Rómov nezameriaval, súhrnné informácie o podiele zamestnaných a nezamestnaných obyvateľov rómskych komunít potvrdili vysokú mieru nezamestnanosti. Iba vo výnimočných prípadoch (Pavlovce n. Uhom, Drahňov, Lastovce, Bystré) boli zdroje príjmov významnejšej časti rómskych rodín iné než štátne dávky sociálnej podpory a hmotnej núdze. V prípade Pavloviec však z veľkej časti ide o zamestnanie v zahraničí – vo Veľkej Británii. V ostatných lokalitách sa odhady nezamestnaných Rómov pohybovali nad 90%.

Otázky, smerujúce k oblasti **vzdelávania** rómskych detí potvrdili pretrvávajúcu vysokú mieru ich zaškoľovania v špeciálnych školách alebo špeciálnych triedach v rámci základných škôl. Najmä v obciach s vysokým podielom rómskych detí dochádza k odlivu nerómskej

mládeže z miestnych základných škôl do susedných obcí a k vzniku etnicky homogénnych vzdelávacích zariadení. Tento negatívny trend poukazuje na konštantne neúspešné snahy o väčšiu integráciu rómskeho obyvateľstva do majoritnej spoločnosti. Reakcie rómskych rodičov na túto situáciu sú rozporuplné. Niektorí sú s týmto trendom spokojní, pretože rómske deti sú menej vystavované šikane a diskriminácii. Väčšina však vyjadruje nespokojnosť, pretože situáciu vníma ako ďalšiu diskrimináciu, kedy rómske ani nerómske deti nedostanú šancu na vzájomné spoznávanie sa a prekonávanie predsudkov. Vzdelávací systém, ktorý umožňuje, aby deti z odlišných etnických skupín vyrastali izolovane, v úplne odlišných svetoch, podporuje a posilňuje existujúce predsudky ako aj ďalšie vyhrocovanie animozít medzi väčšinovou a rómskou populáciou. Niektorí rodičia explicitne hovoria o tom, že konflikty medzi Rómami a bielymi v minulosti v danej lokalite neexistovali, resp. si ich vedeli sami vyriešiť, pretože mali vytvorené aspoň základné susedské vzťahy, resp. poznali sa zo školy. Najzávažnejším dôvodom nespokojnosti zo strany rodičov a pedagógov je skutočnosť, že úroveň vzdelávania v segregovaných školách je mimoriadne nízka a má stále klesajúci trend – prispôsobuje sa najslabšiemu žiakovi. Kým v spoločných školách rómske deti „ťahali“ nerómski spolužiaci, v oddelených školách to už nie je možné. Štandardy a nároky na rómskych žiakov teda pochopiteľne klesajú. Preto aj niektorí rodičia z lepšie zabezpečených rómskych rodín majú snahu umiestniť svoje deti do „bielych“ škôl, aby mali šancu získať kvalitnejšie vzdelanie a neskôr sa tak uplatniť na trhu práce.

Na základe pozorovania teda možno konštatovať, že napriek deklarovaným cieľom vlády a obcí zlepšiť postavenie Rómov, možnosti ich vzdelávania a trávenia voľnočasových aktivít a zamestnania sa, a týmito prostriedkami znížiť chudobu, reálna situácia poukazuje skôr na prehlbujúcu sa exklúziu a segregáciu Rómov, so všetkými známymi dôsledkami, ktoré tento jav prináša.

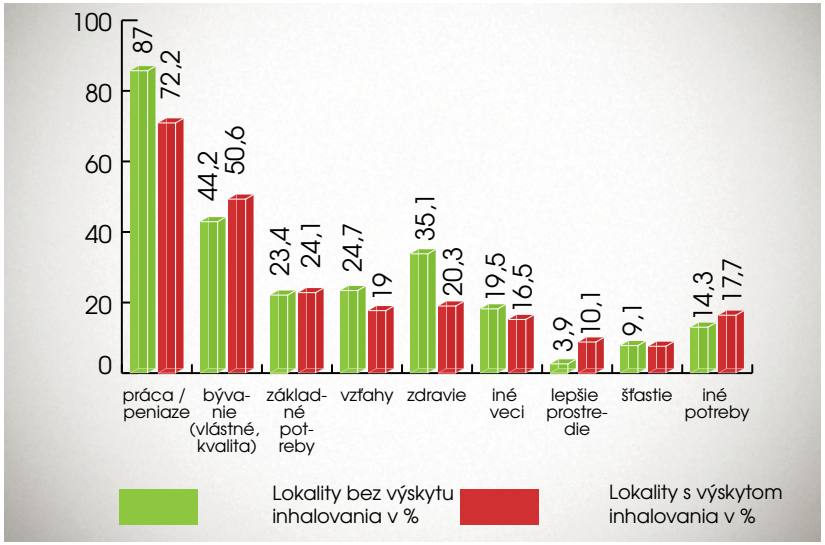
Kapitola 4. Kvalita života

Obraz o životných podmienkach a možnostiach sebarealizácie v rómskych lokalitách, ktorý sme získali pozorovaním, sme následne empiricky overovali prostredníctvom informácií aj od samotných ich obyvateľov (a od zástupcov relevantných inštitúcií). Tiež nás zaujímalo, do akej miery sú spokojní so súčasným stavom, ako si predstavujú možnosti jeho zlepšenia, ako hodnotia svoju situáciu v porovnaní s nerómami, ako navzájom vychádzajú v rodine aj komunite. Mapovali sme aj, ako hodnotia zdravotný stav seba a svojich detí a či majú splnené základné životné potreby. Odpovede na tieto témy prinášame spracované v nasledujúcich grafoch a tabuľkách.

4.1 Životná spokojnosť

Na otázku „Čo vám v živote najviac chýba?“ sa v oboch druhoch lokalít ako najfrekventovanejšie vyskytli odpovede: práca/peniaze a vyššia kvalita bývania, čo zhŕňa aj požiadavku vlastného bývania:

Graf 5: Čo Vám v živote najviac chýba?



V lokalitách bez výskytu inhalovania bola pritom potreba práce/peňazí výrazne vyššie artikulovaná (takmer 9/10) ako v lokalitách s výskytom inhalovania (necelé 3/4). Z lokalít bez výskytu inhalovania bola frekventovanejšie uvádzaná aj potreba lepšieho zdravia (35,1%) oproti lokalitám s výskytom inhalovania (20,3%). V ostatných odpovediach sa lokality medzi sebou zásadne nelíšili. Za pozornosť stojí, že až ¼ participantov uvádza, že nemajú naplnené základné potreby, ako voda, elektrina, kanalizácia, jedlo, oblečenie a pod. Ako iné veci materiálneho charakteru spomenuli: nové zariadenie bytu, mobil, počítač, značkové oblečenie auto, dovolenku a pod. Medzi iné potreby sme zaradili potreby nemateriálneho charakteru, ako pokoj, vzdelanie, voľnočasové aktivity, súkromie, istota, zábava, čas pre seba, tolerancia, menej detí.

Súčasťou pôvodnej metodiky bola aj otázka zameraná na životné ciele, ktorá znela: „Čo by ste chceli v živote dosiahnuť?“. Výsledky poukazujú na to, že obyvatelia skúmaných osídlení nemajú pozitívny koncept životných cieľov v zmysle možností rastu. Odpovede boli

takmer identické s odpoveďami na predošlú otázku: „Čo Vám v živote najviac chýba?“. Životné ciele sú v tomto prípade redukované na zníženie chudoby, či negatívnych javov. Pribudla iba túžba zabezpečiť lepší život pre vlastné deti, celkovo u viac ako 1/4 respondentov.

Mieru spokojnosti so svojím životom hodnotili respondenti na 5 bodovej škále, ktorú sme pri štatistickom spracovaní zredukovali na trojbodovú[22]:

Tabuľka 8: Spokojnosť so svojim životom

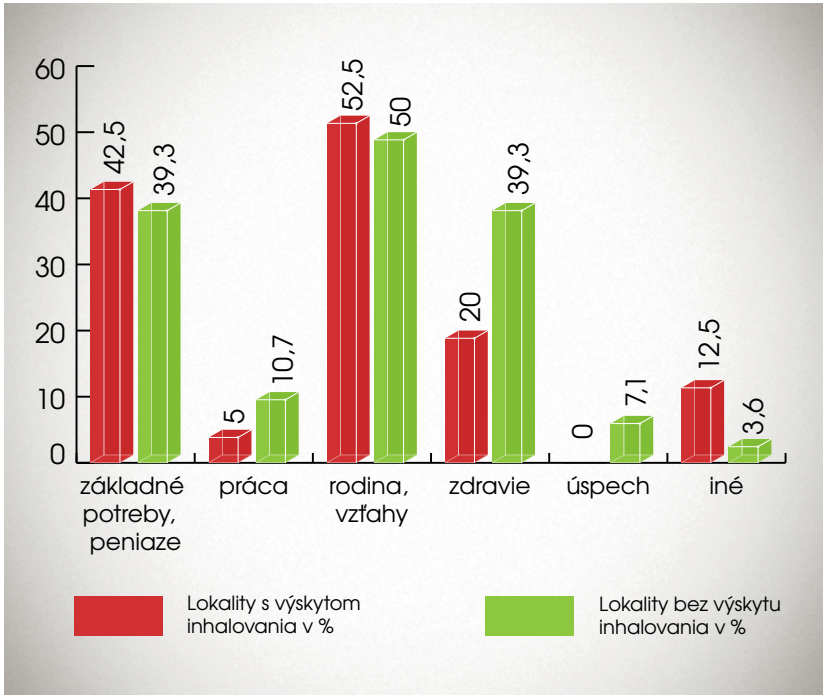
			spokojný	priemerne	nespo-kojný	celkovo
druhy lokalít	s výskytom inhalovania	Počet	27	28	31	86
		%	31,4%	32,6%	36,0%	100,0%
	bez výskytu inhalovania	Počet	26	27	44	97
		%	26,8%	27,8%	45,4%	100,0%
Celkovo		Počet	53	55	75	183
		%	29,0	30,1%	41,0	100,0%

Odpovede boli zhruba rovnako po 1/3 distribuované do všetkých troch možností. Pri porovnaní lokalít podľa výskytu inhalovania, o niečo väčšiu nespokojnosť so svojím životom vyjadrili respondenti z lokalít bez výskytu inhalovania (45,4% : 36,0%).

Pokiaľ sú vyššie uvedené potreby a túžby (uvedené pri otázke: „Čo Vám v živote najviac chýba?“) naplnené, prinášajú participantom pocit spokojnosti:

[22] položky „veľmi spokojný“ a „spokojný“ sme zlúčili do položky „spokojný“ a položky „veľmi nespokojný“ a „nespokojný“ sme zlúčili do položky „nespokojný“. Rovnaký postup sme zvolili aj pri ďalších odpovediach zaznamenaných pôvodne na 5 bodovej škále.

Graf 6: Zdroje spokojnosti



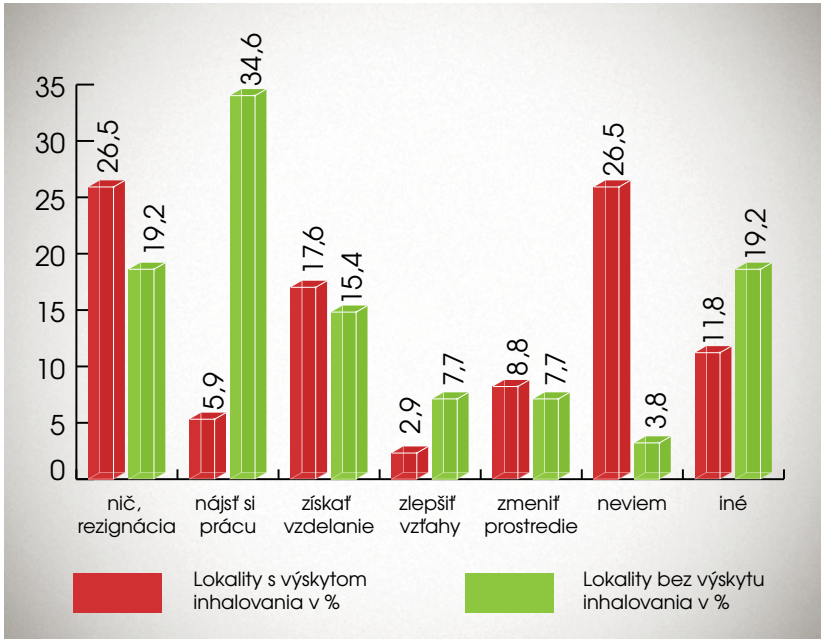
Ľudia posudzujú svoj status a teda životnú spokojnosť na základe sociálneho štandardu vo svojom okolí. Skutočnosť, že respondenti uvádzajú uspokojenie základných životných potrieb ako zdroj spokojnosti, hovorí o mimoriadne nízkom štandarde, v rámci ktorého sa porovnávajú so svojím okolím. Respondenti sa teda pozitívne vymedzujú voči okoliu, ktoré trpí ešte väčšou chudobou. Výsledky hovoria o redukcii životných očakávaní a ašpirácií u ľudí žijúcich pod hranicou chudoby. Podľa Maslowovej hierarchie potrieb (Maslow, 1970) prebieha uspokojovanie potrieb hierarchicky – ľudia sa najskôr snažia naplniť existenčné potreby fyziologického charakteru (hlad, smäd, spánok, oblečenie, bývanie), až pri ich naplnení ašpirujú na vyššiu úroveň, ktorou je potreba bezpečia. Najčastejšie uvádzaným

zdrojom spokojnosti sú vzťahy v rodine v oboch druhoch lokalít, čo je na 3. úrovni Maslowovej hierarchie potrieb. Jediný výraznejší rozdiel medzi lokalitami sa vyskytol v oblasti zdravia. Zdravotný stav ako zdroj spokojnosti, podobne ako pri otázke „Čo vám v živote najviac chýba?“, omnoho častejšie uvádzali participanti z osídlení bez výskytu inhalovania. Výsledok zrejme poukazuje na to, že respondenti z lokalít bez výskytu inhalovania viac reflektujú problematiku zdravia v kontexte ich každodenného života.

4.2 Možnosti zmeny

Zaujímavý pohľad na rozdiely medzi oboma druhmi lokalít prinášajú nasledujúce dve komplementárne otázky. Prvá sa zameriava na to, čo môžu participanti urobiť sami pre zlepšenie ich vlastnej situácie:

Graf 7: Čo by ste mohli urobiť, aby sa Vaša situácia zlepšila?



Odpovede poukazujú na podstatne vyššiu mieru rezignácie na aktívne riešenie svojich problémov v lokalitách s výskytom inhalovania. Svedčí o tom aj omnoho vyšší počet odpovedí „neviem“ oproti lokalitám bez inhalovania. V osídleniach bez výskytu inhalovania takmer šesťnásobne vyšší počet participantov vidí riešenie v nájdení si práce.

Situáciu dokresľujú výroky samotných respondentov. Na jednej strane vyjadrujú snahu niečo aktívne urobiť:

„Mal by som mať dobrú prácu. Keď nenájdem prácu, budem musieť začať ako podnikateľ a zamestnať sa sám.“ (PavR03)

„Zlepšiť, zvýšiť si kvalifikáciu.“ (VtaR03)

„Mohla by som viacej hľadať robotu. Dať ženám viac šancí pracovať.“ (VtaR02)

„Stále si hľadať zamestnanie. Snažiť sa pracovať zodpovedne ... Stále sa snažiť a nevzdávať sa. Stále hľadať nové možnosti.“ (ZboR09)

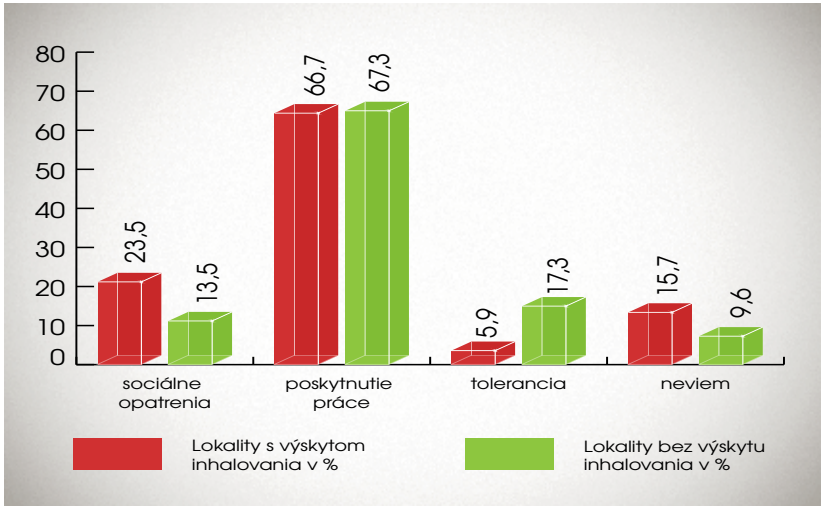
Opačný typ odpovedí vyjadruje beznádej a rezignáciu:

„Mne už nič nepomôže, len vyhrať športku.“ (JarR05)

„Ja neviem. Nič.“ (TreR11)

Druhá, komplementárna, otázka bola zameraná na to, „Čo by mali urobiť iní? Ako by vám mohli pomôcť?“:

Graf 8: Čo by mali urobiť iní? Ako by Vám mohli pomôcť?



Respondenti z lokalít s výskytom inhalovania sa vo svojich odpovediach častejšie odvolávajú na sociálne opatrenia:

„Aby mi pomohli iní.“ (JarR11)

„ÚPSVAR by mohli pomôcť ... Veľa ľudí z úradov by mohlo pomôcť, len či chcú pomôcť? Pre nich nie sme ľudia, tak nemôžem čakať od nich pomoc.“ (KapR01)

„Dať možnosť pracovať aj Rómom.“ (RozR02)

„Dať nám robotu.“ (SecR08)

Respondenti z lokalít bez výskytu inhalovania by si najviac želali väčšiu toleranciu zo strany majority, ktorá by im uľahčila ich snahu nájsť si zamestnanie:

„Mal by som sa zamestnať. Od iných očakávam viac rešpektovania, toleranciu.“ (DobR06)

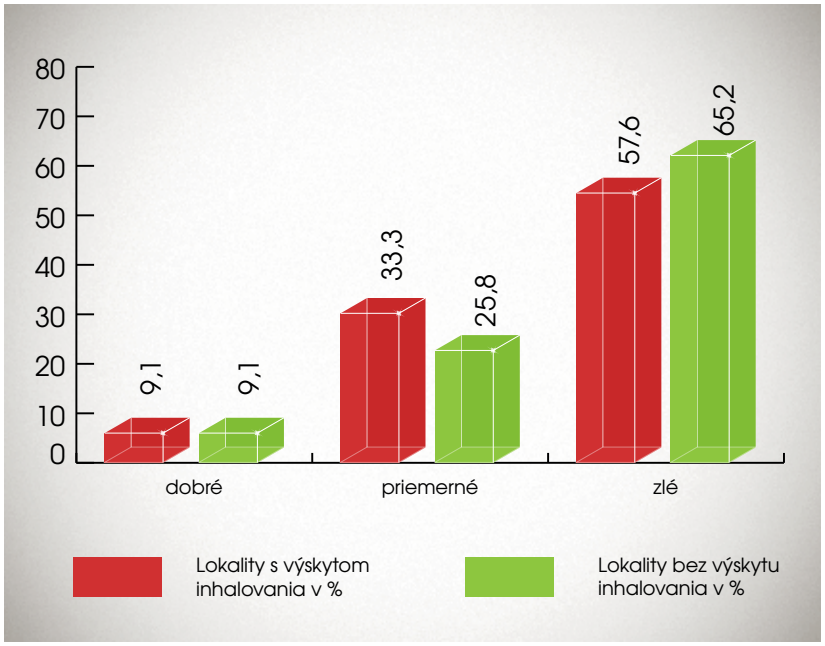
Z odpovedí na obe otázky je teda vidieť väčšiu aktivitu, respektíve ochotu vziať osud do vlastných rúk u participantov z lokalít bez výskytu inhalovania. Rovnako je evidentná naučená bezmocnosť v lokalitách

s výskytom inhalovania. Ďalšie vysvetlenie tohto javu uvádzame v rámci zhrnutia.

4.3 Životné podmienky

Odpovede na otázku „Ako by ste charakterizovali podmienky života Rómov vo vašom okolí?“ neprinášajú významné rozdiely:

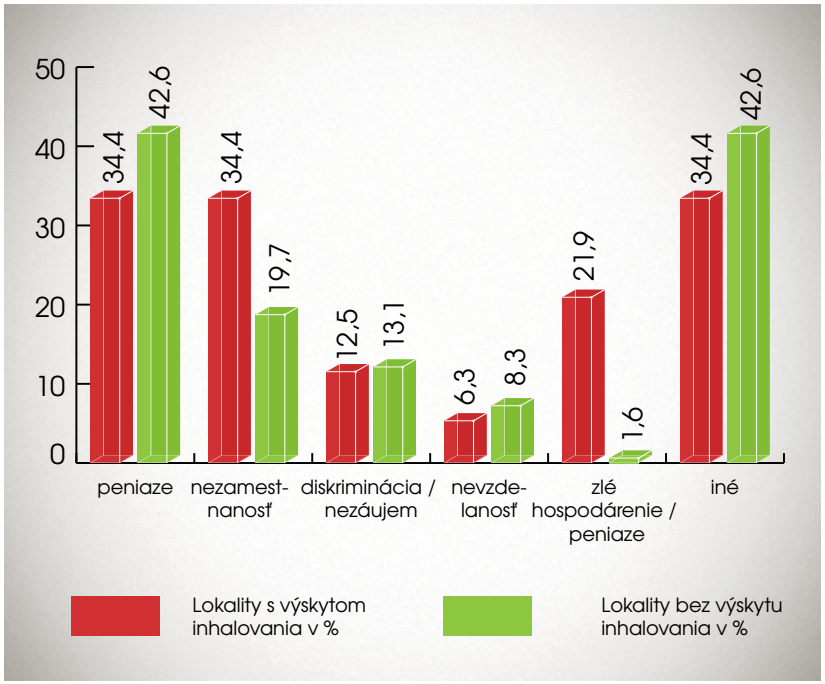
Graf 9: Ako by ste charakterizovali podmienky života Rómov vo vašom okolí?



V oboch druhoch lokalít prevládajú pri hodnotení podmienok života Rómov v najbližšom okolí odpovede „zlé“ (viac ako polovica respondentov), za nimi nasledujú „priemerné“ (okolo 1/3 respondentov) a na poslednom mieste sú odpovede „dobré“ (menej ako 1/10 respondentov).

Ako dôvody tejto zlej situácie uvádzajú Rómovia podobné odpovede ako v otázkach zameraných na zdroje spokojnosti a neuspokojené potreby:

Graf 10: Dôvody zlých podmienok života Rómov v okolí.



V oboch druhoch lokalít sa jedná najmä o nedostatok financií, nezamestnanosť a diskrimináciu. Typické odpovede sú nasledovné:

„Ta ne, Rómovia, nechcú nás zamestnať a keď idú niektorí robiť, tak za almužnu.“ (JarR02)

„Je veľká chudoba, nie je práca, ale keby mali možnosť sa zamestnať, tak by svoj život zlepšili.“ (SttR04)

„Keby sme mali dostatok peňazí, tak by sme mali aj elektrinu

a vodu, no keď mi deti hladujú, tak potom čo mám robiť, zaplatiť, lebo im kúpiť jedlo?“ (TreR02)

V lokalitách s výskytom inhalovania však vyše 1/5 respondentov vidí zlé podmienky života Rómov v komunite v zlom hospodárení s peniazmi, čo je veľmi výrazný rozdiel oproti lokalitám bez výskytu inhalovania, kde takýto dôvod uvádza menej ako 2% respondentov. Na ilustráciu uvádzame niekoľko odpovedí:

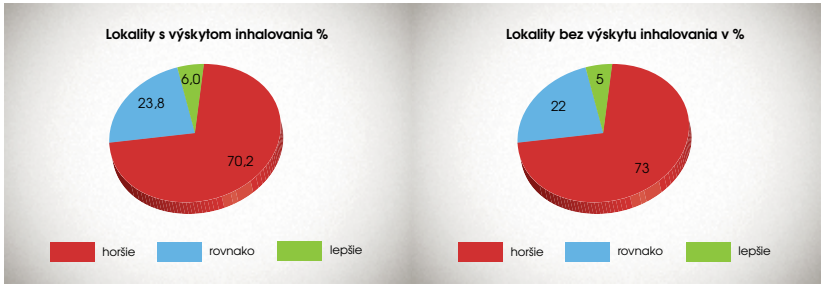
„Nemajú dostatočný príjem, nezvládajú platiť nájom a tiež je veľa z nich, ktorí sú ľahostajní a nevedia gazdovať a tiež majú iné záľuby, ako napríklad alkohol, gambling.“ (SttR08)

„Veľká chudoba, nevedia hospodáriť, nevedia si našetriť, nemajú porozumenie medzi sebou a je chyba, že pijú.“ (SviR01)

„Problémom sú opäť peniaze, príčinou sú vo veľkej miere aj pôžičky, bludný kruh, podobne ako ja, nemajú robotu a peniaze.“ (BysR02)

Pri otázke zameranej na porovnanie životných podmienok medzi Rómami a nerómami sa nevyskytli žiadne významné rozdiely medzi lokalitami s výskytom a bez výskytu inhalovania:

Graf 11: Ako si žijete vy, ak to porovnáte s nerómami vo vašej obci?



V oboch druhoch lokalít takmer 3/4 respondentov uvádza horšie podmienky, 1/5 rovnaké podmienky a len okolo 5% lepšie podmienky ako má majorita. Typické odpovede na túto otázku sú nasledujúce:

„Oveľa horšie. Oni majú domy, prácu, záhrady, my nemáme nič.“ (JakR04)

„Horšie, lebo nerómovia majú stále prácu a mi nič. Nechcú nás zamestnať a správajú sa k nám ako ku psom.“ (JarR04)

„Horšie, lebo keď idem k lekárovi s deťmi, tak nerómov berie skôr a my čakáme. Aj deti poriadne nepozrie a už povie diagnózu.“ (JarR08)

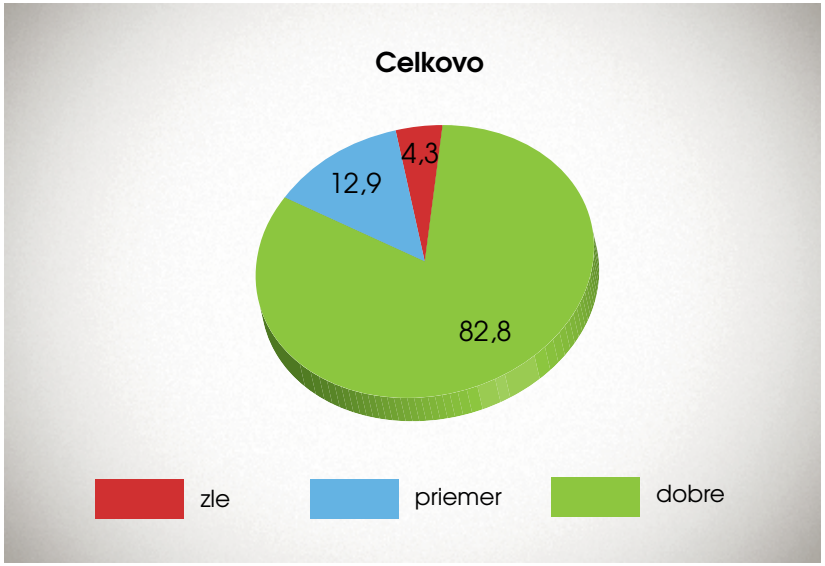
„Oveľa horšie. Ja žijem veľmi biedne, v chatrči, nemám ani elektrinu, ani vodu, nemám nič.“ (SecR07)

„Horšie. Nerómovia nemajú problém s tým, kde budú bývať, čo budú jesť, kde majú prať a tak. Oni majú všetko. Lebo do roboty ich zoberie každý. Pre Cigáňov tu robota nie je.“ (DobR08)

4.4 Medziľudské vzťahy

Podobne, ani v odpovediach na otázku: „Ako spolu vychádzate v rodine?“, nie sú zaznamenané významné rozdiely medzi oboma druhmi lokalít:

Graf 12: Ako spolu vychádzate v rodine?



Celkovo viac ako 4/5 respondentov hodnotí vzťahy v rodine ako dobré, 10-15% ako priemerné a len okolo 5% ako zlé. Medzi prototypické odpovede možno zaradiť nasledujúce:

> *„Veľmi dobre, my stojíme pri sebe. Pomáhame si s jedlom, prácou, navštevujeme sa, sme spolu, bývame okolo seba.“ (JakR05)*

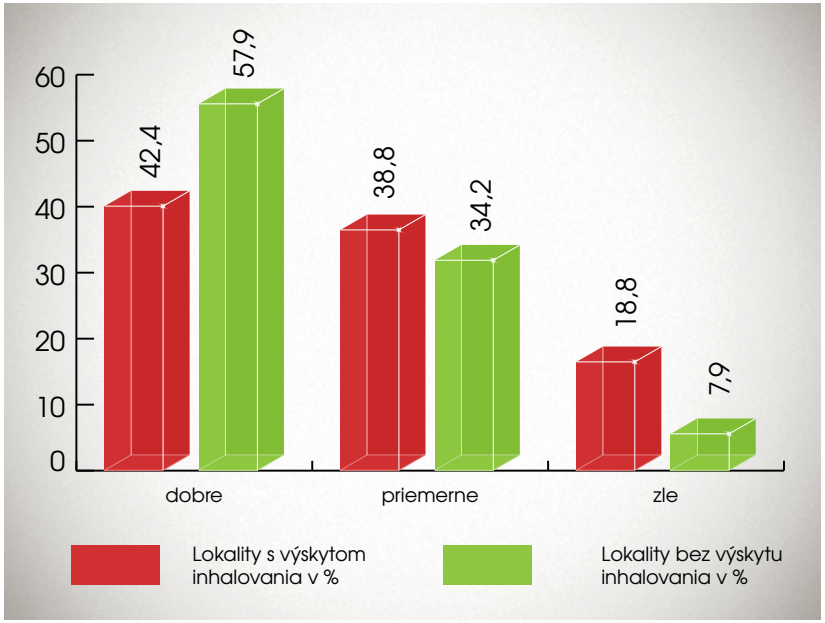
> *„Dobre. Žijem vo svojom dome s dospelými deťmi a ich deťmi, ale pomáhame si spolu. Všetci dávame všetko dokopy, inakšie nevyžijeme.“ (VtaR01)*

Tieto výpovede ilustrujú, že rodinu a dobré vzťahy v nej považuje drvivá väčšina Rómov za najsilnejšiu devízu vo svojom živote, ktorá je dôležitá nielen kvôli napĺňaniu potreby blízkych medziľudských kontaktov, ale predovšetkým ako „svojpomocná inštitúcia“, bez ktorej by mnohí možno ani neprežili.

Výrazné rozdiely[23] medzi druhmi lokalít sme zaznamenali pri odpovediach na otázku: „Ako vychádzajú medzi sebou ľudia v osade?“:

[23] Štatisticky na hranici významnosti: 0,58, hodnota 5,691, počet stupňov voľnosti: 2, adjustovaný reziduál väčší ako 1,9 pri odpovediach „dobre“ a „zle“.

Graf 13: Ako medzi sebou vychádzajú ľudia v osade?



V lokalitách bez výskytu inhalovania sú vzájomné vzťahy hodnotené výrazne pozitívnejšie ako tam, kde sa inhalovanie vyskytuje.

Medzi reprezentatívne odpovede zlých vzájomných vzťahov možno zaradiť tieto:

> *„Zle. Tu sa každý hneď pobije, keď dostanú peniaze, všetci sa bijú“ (JarR04)*

> *„Zle, jeden druhého by podupal. Sú bezohľadní. Ešte aj medzi sebou kradnú drevo a bicykle. Ženy zvádzajú ženatých chlapov.“ (KapR03)*

> *„Zle, co mne je po nich, ja mám svoju rodinu.“ (TreR10)*

Odpovede takéhoto charakteru, poukazujúce na stav rozkladu noriem v spoločenstve (anómiu), sa vyskytujú aj v lokalitách, v ktorých sa ešte pred pár mesiacmi inhalovanie vyskytovalo:

„Tu je jednoducho závisť jeden druhému. Keď jeden niečo má, druhý nemá, tak tomu už závidí. Absolútne neni súdržnosť... Ani nie tu taký človek v osade, ktorého by si vážili a na ktorého slová by dali. Neexistuje už také teraz dačo.“ (Her, I1)

Respondenti často pozitívne hodnotia aj stav, kedy sa každá rodina stará výhradne o svoje záležitosti, čo opäť potvrdzuje rozpad tradičných komunitných väzieb:

„Veľmi dobre, teraz sa už nikto nestará do iného rodiny, každý len o svoje. Ale dakedy sa Rómovia vedia poriadne pohádať aj pobiť, hlavne kvôli mladým dievčatám, keď je nejaký problém.“ (VtaR04)

Naopak, dobré vzájomné vzťahy v zmysle vzájomnej pomoci v rámci lokality ilustrujú tieto výpovede:

„Medzi sebou sa snažíme vychádzať dobre.“ (BrzR02)

„V bytovke si pomáhame, máme dobrých susedov.“ (VraR06)

„Dobre. Niektorí si pomáhajú. Róm sa zastane Róma. Citovo sú na seba viazaní.“ (ZboR10)

4.5 Zdravotný stav

Odpovede na otázku sledujúcu hodnotenie vlastného zdravotného stavu ukazujú, že v oboch druhoch lokalít viac ako polovica respondentov považuje svoje zdravie za dobré a okolo 1/5 respondentov za zlé. Ostatní považujú svoj zdravotný stav za priemerný. Zdravie svojich detí hodnotí v oboch lokalitách vyše 4/5 respondentov ako dobré a zhruba 10% ako priemerné.

Zástupcovia relevantných inštitúcií sa však na zdravotný stav Rómov v separovaných a segregovaných osídleniach dívajú kritickejšie, ako to naznačuje aj nasledujúca výpoveď:

„Že už ju to otravuje, jednoducho už to nezvláda, už sú tu zdravotné problémy neskutočné, že to dieťa nedonosí (po mnohých pôrodoch). Choré deti sa im rodia.“ ... „Ona, mala Danu, lenže ona mala stále problémy ... krvácala, lebo ona sa o seba nestará, stále je chorá a tam potrebuje aj hygienu... stále kašle.“ ... Raz ju vidíte, je zima ... šľapky na nohách a tak ide. Tak im prízvukujem, že od spodu sa najskôr prechladne a žena, každá druhá ju bolí moč. Tu každá druhá má toto, pretože oni nedajú pozor na seba. No a potom je ťažko ísť k lekárovi. To až vedy, až už musí, až už močí krv, jak už po celých nociach nespí a vtedy sa rozhodne. ... To je najhoršie, že aj s tými chorobami sa odkladá až do vtedy, kým to nie je v takom štádiu, že už je ťažko pomáhať.“ (Her, I1)

A napokon podľa odpovedí na otázku: „Máte vy a vaše deti pravidelnú a dostatočnú stravu?“ možno konštatovať, že prístup k pravidelnej strave deklaruje v oboch druhoch lokalít vyše 4/5 respondentov. Tí, ktorí pravidelnú stravu nemajú, uviedli zhodne ako príčinu tohto stavu nedostatok financií.

Zhrnutie

Z výsledkov výskumu, ako aj z pozorovaní vyplýva, že čím horšia je socioekonomická situácia osídlenia, teda vyššia miera chudoby a vylúčenia, tým menej jeho obyvatelia uvažujú o svojej spokojnosti či životných cieľoch. V navštívených lokalitách s výskytom inhalovania, ktoré sú zároveň tými najchudobnejšími miestami Slovenska, obyvatelia nemajú koncept životnej spokojnosti a často nevedia pomenovať, čo im chýba a čo by chceli vo svojom živote zlepšiť či dosiahnuť. Každodenná realita života pod hranicou chudoby a nulová možnosť zmeny k lepšiemu spôsobujú, že obyvatelia týchto lokalít často prežívajú zo dňa na deň bez akejkoľvek predstavy o budúcnosti. Uvedomujú si, že sa nemajú dobre, ale dávno prijali skutočnosť, že ako Rómovia žijúci v segregovanej osade nemajú šancu čokoľvek zmeniť, preto uvažujú v rámci naučených, vopred stanovených mantinelov spôsobu života v „underclass“[24], ktorý im každý deň prináša tie isté výzvy v boji o prežitie, alebo iba nudu a „vegetovanie“. Neuvažujú o zmene, nevedia si ju totiž predstaviť.

[24] Underclass tvoria ľudia žijúci v podmienkach extrémneho sociálneho vylúčenia, dlhodobo nemajú prístup na trh práce a bývajú závislí na sociálnych dávkach, sú segregovaní a izolovaní, v dôsledku čoho vzniká zvláštna kultúra chudoby, ktorá je charakteristická rozkladom sociálnych väzieb.

Sumárne možno konštatovať, že k nespokojnosti participantov v oboch druhoch lokalít najviac prispieva nedostatok práce a teda aj peňazí a nízka kvalita bývania. Je zákonité, že menšina tých, ktorí peniazmi disponujú a môžu si tak uspokojiť základné potreby, sú oproti ostatným spokojnejší. Ak sa zameriame na rozdiely medzi lokalitami, zistíme, že aj keď väčšinou nie sú veľké, predsa len v lokalitách bez výskytu inhalovania je potreba práce/peňazí výrazne vyššia, pričom aj riešenie svojej situácie častejšie vidia participanti z týchto lokalít v aktívnom hľadaní si práce. Preto si aj vo vyššej miere želajú väčšiu toleranciu zo strany majority, čím by sa zvýšila pravdepodobnosť, že ich niekto zamestná. Naopak, participanti z lokalít s výskytom inhalovania oveľa častejšie nevedia, čo by mali urobiť pre zlepšenie svojich podmienok alebo na svoju situáciu rezignujú. Sú preto pasívnejší a spoliehajú sa viac na sociálne opatrenia.

Nielen v hodnotení vlastného života a postavenia, ale aj v celkovom hodnotení podmienok života Rómov v rámci lokality prevládajú odpovede vyjadrujúce nespokojnosť. Dôvody takejto nepriaznivej situácie Rómov sú v podstate totožné s príčinami nespokojnosti s vlastným životom, a to nedostatok financií, vysoká nezamestnanosť a diskriminácia, opäť v oboch druhoch lokalít. V lokalitách s výskytom inhalovania možno zaznamenať kritickejší pohľad do vlastnej komunity v zmysle uvedomovania si zlého hospodárenia ľudí so svojimi peniazmi.

Z hľadiska medziľudských vzťahov sú v oboch druhoch lokalít najkladnejšie hodnotené u väčšiny respondentov vzťahy v rámci rodiny. Rozdiel na hranici štatistickej významnosti sa vyskytuje pri charakterizovaní celkových vzťahov v rámci komunity, ktoré hodnotia participanti z lokalít bez výskytu inhalovania častejšie ako dobré a menej často ako zlé oproti participantom z lokalít s výskytom inhalovania.

Otázky zamerané na zdravotný stav ukázali, že v oboch druhoch lokalít hodnotí svoje zdravie ako dobré viac ako polovica respondentov

a zdravie svojich detí považujú za dobré vyše 4/5 respondentov. Sú to podobné údaje, ako boli zaznamenané pri pomerne nedávnom reprezentatívnom výskume zdravia rómskej populácie (Popper, Szeghy, Šarkőzy, 2009), pričom sa však ukázalo, že Rómovia majú tendenciu svoj dobrý zdravotný stav nadhodnocovať oproti nerómom. Isté nadhodnotenie sa dá očakávať aj pri tvrdeniach indikujúcich, že zhruba 80% respondentov má možnosť zabezpečiť pre seba a svoje deti pravidelnú a dostatočnú stravu.

Na súhrnný, kompaktný opis situácie v oboch druhoch lokalít možno aplikovať pojem chudoba, ktorú definuje Social Watch (2010, s. 14) ako „situačný syndróm zahŕňajúci nedostatočnú spotrebu, podvýživu, neisté bývanie, nízku úroveň vzdelania, zlé hygienické pomery, nestabilné začlenenie do systému výroby, diskrimináciu, anómiu, malú účasť na mechanizmoch sociálnej integrácie a prípadne taktiež príklon k zvláštnemu súboru hodnôt, ktorý sa do určitej miery líši od hodnôt ostatnej spoločnosti.“

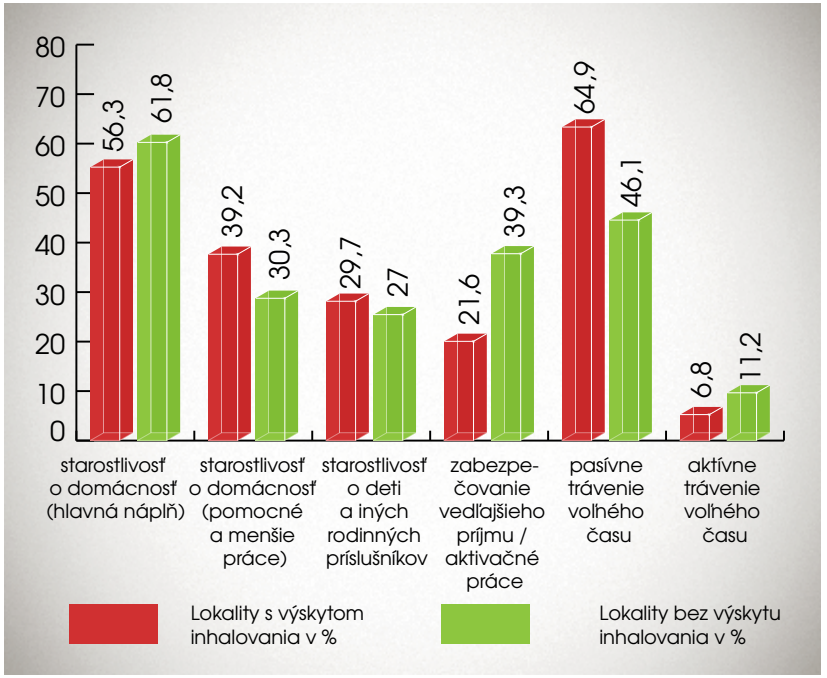
Kapitola 5. Náplň dňa, voľnočasové aktivity, komunitné a sociálne služby

Ako za daných životných okolností trávia obyvatelia rómskych osídlení svoj čas? Aké možnosti osobnostného rastu majú deti a mládež v separovaných a segregovaných lokalitách? Koho môžu požiadať o pomoc v prípade núdze a ako sa k nim správajú predstavitelia rôznych inštitúcií? Na tieto otázky prináša odpoveď nasledujúci text.

5.1 Náplň dňa

Náplň dňa dospelých, okrem zamestnania, ktoré má minimum príslušníkov rómskych osídlení, je tvorená prevažne činnosťami spojenými s bežným chodom domácností:

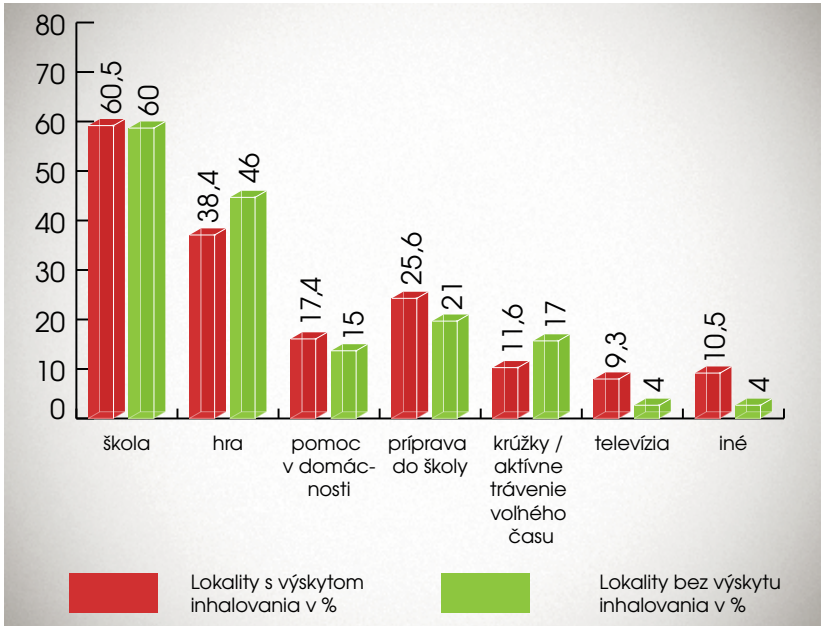
Graf 14: Náplň dňa dospelých (okrem zamestnania)



V oboch druhoch lokalít prevláda starostlivosť o domácnosť, deti či iných rodinných príslušníkov. Výrazný, takmer dvojnásobný rozdiel medzi druhmi lokalít je v zabezpečovaní vedľajšieho príjmu/ aktivačných prácach. V lokalitách bez výskytu inhalovania vykonáva aktivačné práce, resp. „fušky“ 39,3% respondentov, kým v lokalitách s výskytom inhalovania je to len 21,6%. Naopak, v lokalitách s výskytom inhalovania respondenti častejšie uvádzajú pasívne trávenie času (64,9%) oproti lokalitám bez výskytu inhalovania (46,1%). Tento výsledok je v súlade so zisteniami uvedenými v predchádzajúcej kapitole. V lokalitách bez výskytu inhalovania majú Rómovia zrejme väčšiu tendenciu aktívne sa podieľať na zvyšovaní „blahobytu“ svojej rodiny, čiastočným vysvetlením však môže byť aj väčší nedostatok pracovných príležitostí v lokalitách s výskytom inhalovania.

Náplň dňa rómskych detí počas pracovného týždňa je tvorená podobnými činnosťami ako u majoritnej populácie:

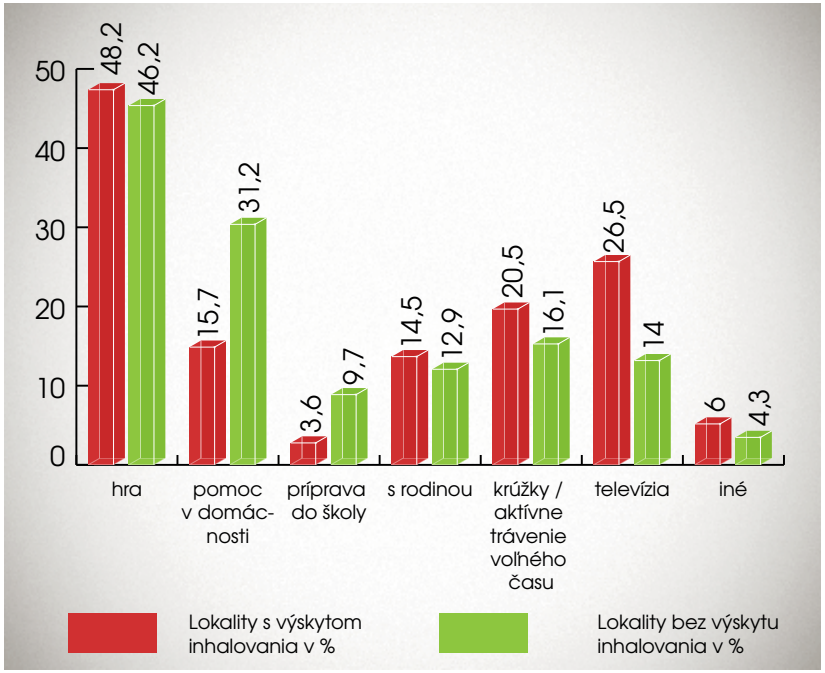
Graf 15: Náplň dňa detí počas pracovného týždňa



Deti strávia najviac času v škole a hrou po vyučovaní. Z pozorovaní a výpovedí inštitúcií však vyplýva, že za hru je často považované aj bezcieľne potulovanie sa po osade, resp. rodičia, ktorí nemajú informácie o tom, kde sa ich dieťa nachádza, uvedú, že sa niekde hrá. Pomerne nízke percento odpovedí (menej ako 1/5 v oboch druhoch lokalít) týkajúce sa aktívneho trávenia voľného času u detí potvrdzuje tieto pozorovania. Spektrum možností pre voľnočasové aktivity a osobnostný rozvoj je neporovnateľne obmedzenejšie ako v majoritnej populácii. Vo väčšine navštívených lokalít s výskytom inhalovania tieto príležitosti neexistujú vôbec. Túto tému sme analyzovali podrobnejšie a budeme sa jej ešte ďalej venovať.

Otázka zameraná na náplň dňa počas víkendu prináša podobné odpovede ako predchádzajúca:

Graf 16: Náplň dňa detí počas víkendu



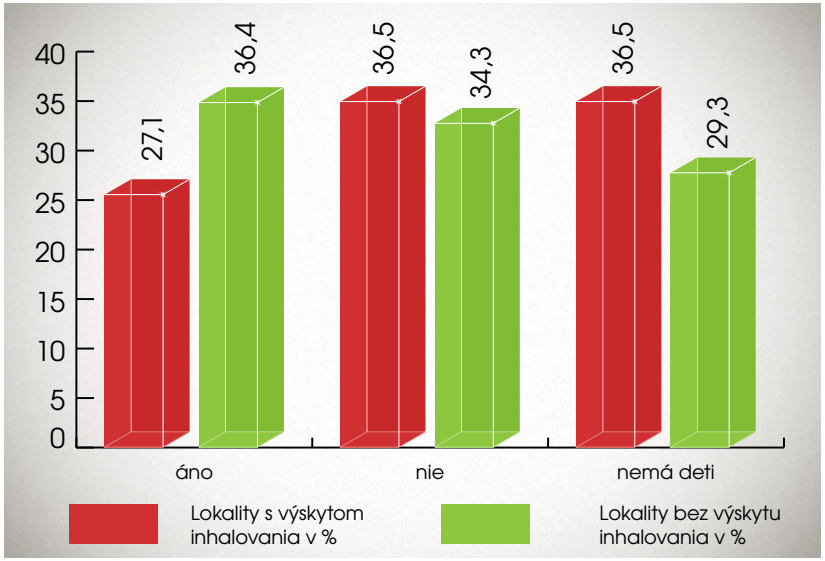
Za zamyslenie stojí extrémne nízke percento odpovedí deklarujúcich prípravu detí do školy (v lokalitách bez výskytu inhalovania menej ako 10% a v lokalitách s výskytom dokonca menej ako 4%). V lokalitách bez výskytu inhalovania sa takmer v dvojnásobne vyššej miere objavuje aj pomoc detí v domácnosti (31.2% : 15.7%) a naopak, takmer o polovicu menej sa v nich uvádza trávenie času pri televízore (14% : 26.5%). Dáta z pološtruktúrovaných rozhovorov hovoria, že deti často nemajú možnosť pripravovať sa do školy, pretože všetky učebné pomôcky zostávajú v škole:

„Žiaľ bohu, ani dnes naše deti tašky do školy nenosia. Doma nemajú také podmienky, že by si zložili tašku. To v miestnosti menšej ako je táto (4m x 4m) je 20 ľudí. Takže tam knihy domov... Ja som sa jednu dobu pokúšala, ale to bolo márne, lebo sa žiadne knihy do školy nevrátili. Kde máš knižku, kde máš zošit? Nemám, nemali sme čo priložiť na oheň, tak sa to spotrebovalo. A dieťa nemá svoj kútik. Nemá svoj priestor, kde dať svoje učebné veci.“ (A, I1)

5.2 Trávenie voľného času

Na dostupné možnosti zmysluplného trávenia času sme sa špecificky pýtali otázkou: „Majú vaše deti nejaké pravidelné krúžky, aktivity?“ Odpovede nepriniesli významné rozdiely v odpovediach medzi oboma druhmi lokalít:

Graf 17: Majú vaše deti nejaké pravidelné krúžky, aktivity?



Napriek tomu, zhruba o 9% viac detí z lokalít bez výskytu inhalovania navštevuje pravidelne krúžky (36,4%) oproti deťom z lokalít s výskytom inhalovania (27.1%). Väčšina výpovedí poukazuje na zhoršenie tohto stavu po ukončení činnosti komunitných centier, ktoré tieto aktivity pre rómske deti zastrešovali. Z ilustračných príkladov odpovedí na uvedenú otázku je zrejmé, že mnohí rodičia by uvítali, ak by ich deti mali možnosť zmysluplným spôsobom tráviť svoj voľný čas:

„Nie. V minulosti bolo komunitné centrum. Tam sme radi chodili. Aj ja som sa rada zapájala do spoločenských hier, ktoré boli poučné. Tešilo ma, že sa moje deti mohli učiť kresliť v čistote s dobrými ľuďmi.“ (KapR02)

„Nie. Pred dvoma rokmi mohli chodiť do klubu, chodili tu sociálni pracovníci a tam sa mohli hrať, učili sa pesničky, chodili tam radi, ale teraz už nič nefunguje.“ (RozR09)

„Nie, ale je to veľmi potrebné, lebo je tu veľa detí a mali by iné záujmy, robili niečo užitočné a nemali by čas robiť v komunite neporiadok a ničiť priestory.“ (SttR08)

„Nie, nikto nič nerobí s našimi deťmi, ale viem, že je to preto, lebo nemáme komunitné centrum ako v Kecerovciach. Tam stále dačo je pre deti.“ (VtaR06)

V oblastiach bez výskytu inhalovania sa častejšie vyskytli prípady, kedy s deťmi a mládežou aktívne pracuje nejaká inštitúcia:

„Áno, majú s diakonom a mníškou, chodia na mládež a spievajú v zbore. (HanR01)

„Majú krúžky s farárom, tiež aj v komunitnom centre, aj v škole. Skoro všetci žiaci, čo chodia do školy, majú krúžky. (StlR01)

Pôvodne sme predpokladali, že tento výskum odhalí, že v lokalitách, v ktorých sa neinhaluje je pre deti vytvorených oveľa viac príležitostí na zmysluplné trávenie voľného času. Ukazuje sa však, že vo všeobecnosti, v oboch druhoch lokalít sú možnosti rómskych detí zúčastňovať sa záujmových aktivít mimoriadne poddimenzované. Výpovede participantov nepriamo poukazujú aj na spomínaný systémový problém financovania komunitných centier prostredníctvom časovo obmedzených grantových schém. Neraz sa stáva, že po zastavení prílevu financií v dôsledku ukončenia grantu sa situácia v rómskych osídleniach rýchlo vracia do starých koľají a z podnetného prostredia sa opäť stáva deprivujúce a frustrujúce. Systematická práca s komunitou má hlbší a širší dopad ako len vyplnenie voľného času:

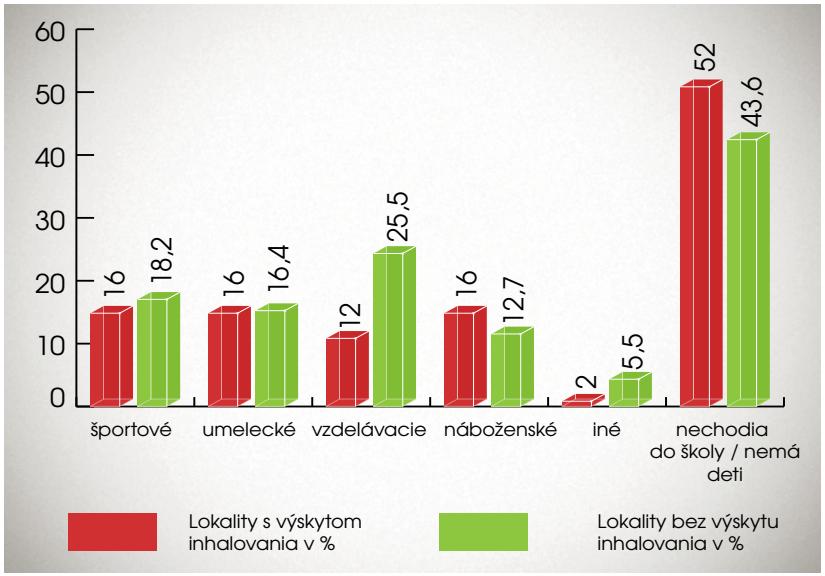
„Však tu keď je niekto raz začas a povie nejaké múdre slovo, tak to nestačí. To musí byť pravidelné, systematické, dlhodobé. To nie je otázka jedného roka. Jak sú projekty jeden rok, projekt skončí, zbalíme švestky a ideme preč. Toto je tu taká najväčšia hrozba, že sa v takýchto veľkých komunitách nerobí systematicky. Stále len niekto príde a odíde a potom to takto vyzerá. Pokiaľ tu bol Belgický červený kríž, tri či štyri roky 2001-2004, tak komunita žila. Vôbec to nevyzeralo takto. Ľudia si tu či čistili, upratovalo sa; deti, dospelí, proste ľudia tu žili a si pomáhali. Decká mali rôzne aktivity, klubovne. A teraz tu nie je nič. Všetko sa stratilo, všetky veľké peniaze, ktoré tu prišli.“ (Stt, I1)

Zástupcovia inštitúcií poukazujú na priamy súvis neexistencie aktívnych komunitných centier a výskytom inhalovania. Vo viacerých lokalitách sa prostredníctvom záujmových aktivít podarilo problém inhalovania úplne odstrániť, po zatvorení centra sa však opäť objavil:

„Niekedy, keď tu ešte fungovali nejaké organizácie, tak sa robili rôzne aktivity, tak sme takéto veci [inhalovanie] vôbec nezaznamenali. Sme chodili s deťmi na tábory a sme mali 100 detí z rôznych rodín. Ale tie deti boli motivované a nemali čas na také nezmysly. A teraz tu nie je nič, žiadne organizácie tu nepôsobia a je to veľká chyba, nemá tu kto vytvárať tlak ani na rodičov, ani na tie deti. Nemajú čo robiť, tak si toto [inhalovanie] našli.“ (Stt, I1)

Ak respondenti uviedli možnosti aktívneho trávenia voľného času, zaujímalo nás, o aké aktivity a krúžky konkrétne ide:

Graf 18: Konkrétne krúžky a aktivity



Medzi krúžkami a aktivitami sú u detí z lokalít bez výskytu inhalovania najviac zastúpené vzdelávacie činnosti (počítače, varenie, jazyky, požiarnický a dopravný krúžok), ktoré sú u detí z lokalít s výskytom inhalovania až na štvrtom mieste. Ostatné typy krúžkov, t.j. športové, umelecké (tanečný, spevácky, dramatický krúžok, hra na hudobný nástroj) či náboženské, sú v oboch druhoch lokalít zastúpené zhruba rovnako.

5.3 Bariéry aktívneho trávenia voľného času

Chceli sme tiež podrobnejšie zistiť, v čom vidia obyvatelia rómskych osídlení hlavné prekážky brániace ich deťom navštevovať krúžky/aktivity. Na túto otázku však veľký počet participantov nevedel uviesť konkrétny dôvod alebo vôbec neodpovedali. Napriek tomu v lokalitách bez výskytu inhalovania bola ako hlavná príčina uvedená segregácia (takmer ¼ respondentov). V oboch druhoch lokalít sa v zhruba 8% odpovedí vyskytol ako problém nedostatok financií. Žiadne iné dôvody neboli výraznejšie zastúpené. Opäť uvádzame zopár ilustračných výpovedí:

„Nie ... Starostka by nám to nedovolila. Napríklad, raz sme išli s farárom na ihrisko a vyhodila nás. Aj napríklad v obci je posilňovňa a my tam nemôžeme ísť, iba bieli.“ (SviR03)

„Nie, nemôžu chodiť na ihrisko, lebo tam Rómovia nemôžu ísť.“ (Otázka: „A do tej novej multifunkčnej športovej budovy?“) „To je pre gadžov urobená, tam Rómovia nechodia. Ani zábavy si nemôžu v sále Rómovia robiť. Nič.“ (BanR03)

„Nie, rómske deti sa nemôžu zapájať do aktivít s bielymi. ... Ak sa to predsa stane, končí to vždy nejakou hádkou a vyhrážkami od nerómov.“ (DraR02)

„Nie sú vítaní [Rómovia]. Farebná bariéra.“ (DraR03)

„Nie. ... Obec nechce nič také zriadiť, lebo majú obavy, že by tam nechceli biele deti chodiť kvôli rómskym. Vlastne, bieli aj majú taký priestor, herňu, kde mládež chodí, ale Rómovia tam nemajú prístup.“ (PavR02)

„Nie, nemáme právo používať ihrisko v dedine.“ (StiR07)

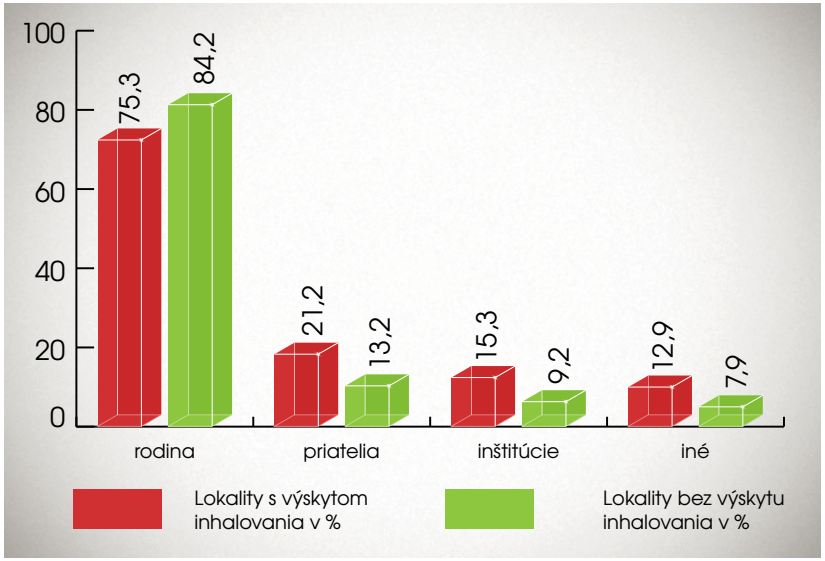
„Nie, obecný úrad nerobí nič pre naše deti, nemáme komunitné centrum, tak nemáme nič“ (VtaR05).

Aj v rámci pološtruktúrovaných rozhovorov sa ako rozhodujúce faktory, ktor**é** podrobnejšie vysvetľuj**ú** nedostatok príležitostí trávenia voľného času u rómskych detí, prejavili rasizmus a diskriminácia vo verejných priestoroch, ako sú napríklad zdanlivo voľne dostupné ihriská. Častou odpoveďou pri poukázaní na tieto priestory bolo konštatovanie samotných detí či neformálnych autorít: „To je pre bielych, my tam nemôžeme ísť...“. Rómske deti a dospelí, ktorí ich sprevádzajú, sú často z týchto priestorov explicitne vykázaní kvôli svojej etnickej príslušnosti. Rozšíreným javom je však aj internalizovaná xenofóbia, ktorá bráni deťom aj ich rodičom zúčastňovať sa na aktivitách, ktoré navštevujú „biele“ deti, pretože sa sami cítia menejcenní kvôli etnickej príslušnosti, nižšej vzdelanosti a nedostatku zdrojov na kúpu „trendy“ oblečenia či mobilu. Rovnako majú strach z očakávaných otvorených prejavov rasizmu. Rómovia sa tak naučili rešpektovať hranice a vymedzené priestory, ktoré im majoritná populácia určila. Segregácia teda nie je len priestorová, existuje v mysliach ľudí a reprodukuje sa zdieľanou skúsenosťou z generácie na generáciu a výpovede obyvateľov osád svedčia o jej prehlbovaní.

5.4 Dôvera v inštitúcie

Ďalšia séria otázok bola zameraná na zistenie, na koho sa obyvatelia rómskych osídlení obracajú v čase núdze. Z odpovede na otázku: „Na koho sa obrátite, keď potrebujete pomoc?“, je zrejmé, že kľúčovú rolu zohráva v týchto prípadoch rodina:

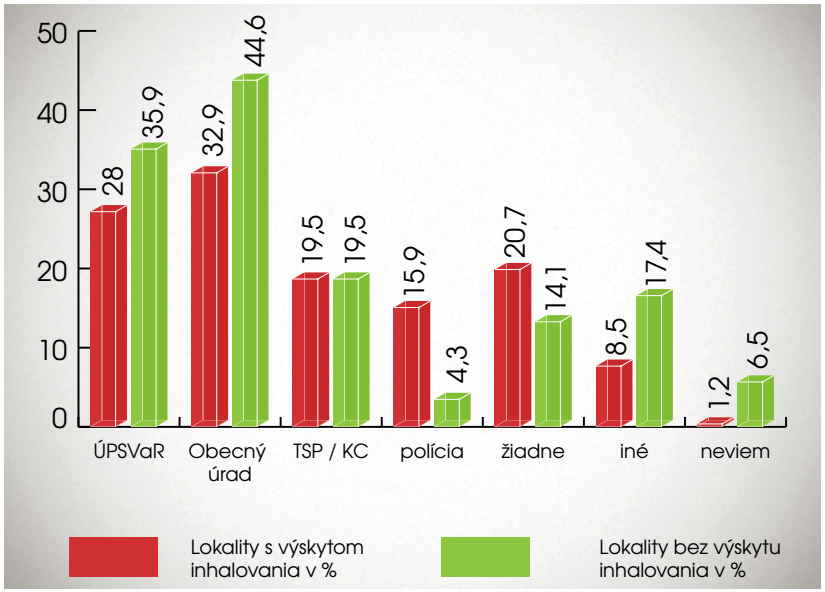
Graf 19: Na koho sa obrátite, keď potrebujete pomoc?



Prevažnú väčšinu problémov sa participanti z oboch druhov lokalít snažia riešiť predovšetkým v rámci vlastnej rodiny (viac ako 3/4 odpovedí). Na druhom mieste sú priatelia a až potom hľadajú riešenie prostredníctvom inštitúcií. Respondenti z lokalít bez výskytu inhalovania pritom vyhľadávajú pomoc u rodiny vo väčšej miere ako respondenti z osídlení s výskytom inhalovania (84,2% : 75,3%), a naopak, priateľov oslovujú v menšej miere (13,2% : 21,2%).

Odpovede na otázku „Na aké úrady sa môžete obrátiť, ak potrebujete pomoc?“ ukazujú, aké inštitúcie Rómovia najčastejšie navštevujú, keď potrebujú asistenciu:

Graf 20: Na aké inštitúcie sa môžete obrátiť, ak potrebujete pomoc?

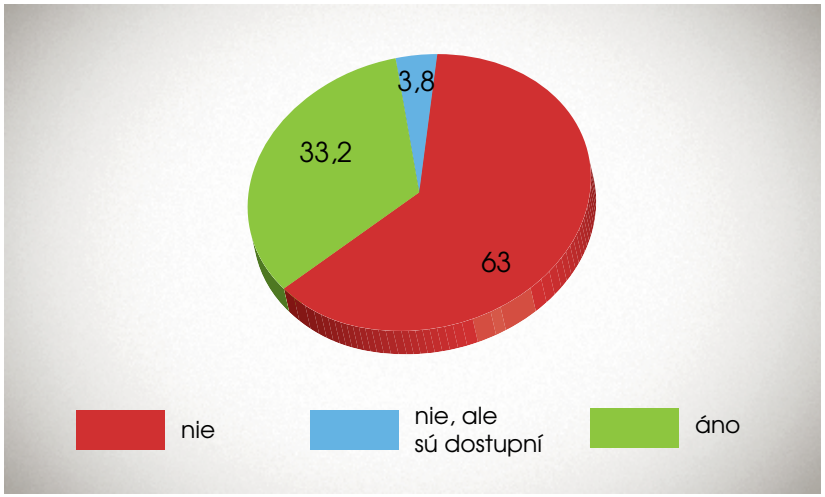


V oboch druhoch lokalít sú to v prvom rade obecný úrad (OCÚ) a ÚPSVAR. Najvýraznejší rozdiel sme zaznamenali v prípade polície, na ktorú sa častejšie obracajú obyvatelia lokalít s výskytom inhalovania. Zhruba trojnásobne vyššie vyhľadávanie pomoci u polície v týchto lokalitách naznačuje vyššiu kriminalitu oproti lokalitám bez inhalovania. Ďalší rozdiel je v prípade odpovede „žiadne“. Obyvatelia z lokalít s výskytom inhalovania častejšie uvádzajú, že v prípade potreby pomoci sa nemôžu obrátiť na žiadnu inštitúciu. Možnosť obrátiť sa na TSP alebo využiť služby komunitného centra uvádza len 19,5% obyvateľov z oboch druhov lokalít.

V znevýhodnených, segregovaných osídleniach však nie je dôležitá len asistencia v prípade núdze. Doterajšie skúsenosti ukazujú, že v prípade týchto komunít je to práve systematická dlhodobá práca, ktorá dokáže priniesť pozitívnu a udržateľnú zmenu. Obyvateľov

týchto lokalít sme sa preto pýtali na systematickosť či pravidelnosť poskytovanej pomoci:

Graf 21: Má pomoc zo strany inštitúcií pravidelný/systematický charakter?



Výsledky ukazujú, že celkovo, v oboch druhoch lokalít hodnotí asistenciu zo strany inštitúcií ako systematickú len zhruba 1/3 respondentov, kým zhruba 2/3 respondentov s takýmto názorom nesúhlasia. Keďže sa jedná o veľmi dôležité služby a domnievame sa, že by na ne mali mať sociálne znevýhodnení občania nárok, uvádzame v tomto prípade podrobnejší zoznam typických odpovedí vo všetkých skúmaných lokalitách. Odpovede ilustrujú odlišnú situáciu v jednotlivých lokalitách:

„Ta chodí tu sociálna pracovníčka sa porozprávať, ale nám nijako nepomôže, lebo naša situácia sa dá vyriešiť len prácou.“ (JarR06)

„Pred rokom ešte pracovali u nás TSP, oni mi pomohli, ale už nie sú a tak sa obraciam na pomoc terénneho pracovníka, ktorý mi pomôže, poradí a často aj sa za mňa prihovára. Chýbajú sociálni pracovníci.“ (KapR02)

„Nikto, len TSP, ale aj tých zrušili.“ (KecR05)

„Nie, predtým chodili sociálni pracovníci, teraz už menej často.“ (RozR09)

„Nie, ale bolo by dobré, keby tu niekto chodil, kto by staral o to, že tu fetujú deti, ktoré majú byť v škole.“ (SecR07)

„Je tu komunitná práca v komunite, kde máme možnosť ich služby využívať. Len pravdou je, že ich kancelária nie je priamo v komunite, ale je dosť ďaleko a ľudia ani nevedia, kde je kancelária a vôbec ani netušia, že nejaký komunitný pracovník existuje.“ (SttR03)

„Áno, asistent k nám chodí a pomáha nám, keď treba niečo vybaviť s papiermi alebo deťmi v škole.“ (BanR01)

„Sestričky [rehoľné] a TSP. Sme s nimi spokojní, chodia sem skoro každý deň a sú ochotní aj mimo práce prísť a pomôcť.” (HanR04)

“Občas sa stretneme s pani [TSP], ktorá sa nás vypytuje, ako sa máme a občas nám niečo vybaví.“ (HerR04)

„Áno, asistentku máme, jednu Rómku a jednu nerómku, oni stále chodili na vatrisko, teraz nerobia.“ (LenR05)

„Nie. Keď ja prídem do školy kvôli deťom, tak áno. Ináč nikto a pravidelne už vôbec nie.“ (PavR02)

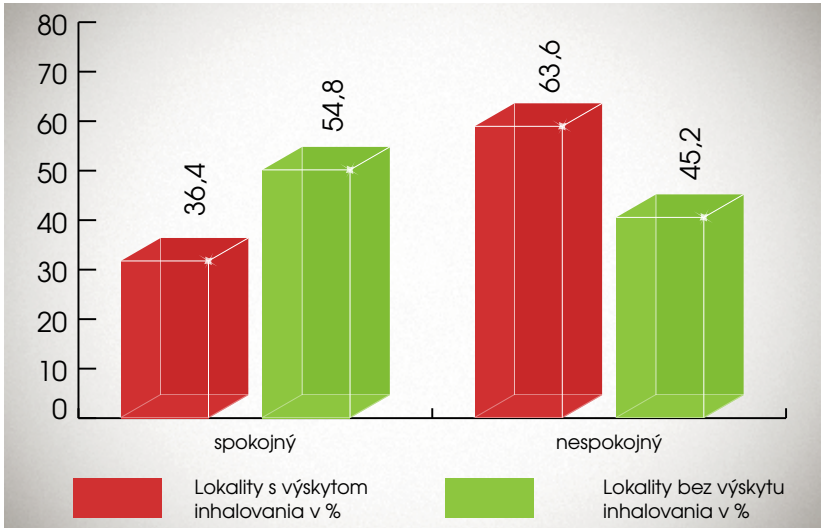
„Áno, som s tým spokojná. Chodia ku mne TSP v pravidelných intervaloch.“ (VraR04)

„Za nami nikto nechodí, ale bolo by dobré, keby niekto chodil. Niekedy tu robila komunitnú jedna pani mladá ... ona sa o nás zaujímala a ostatní na nás kašľú, ona prišla, pýtala sa, jak sa máme, či dačo nepotrebujeme, vybavovala nám.“ (ZboR08)

Tieto odpovede jednoznačne poukazujú na potrebu zamestnať na relevantných úradoch dostatočný počet TSP, ktorí sú skutočne ochotní a motivovaní opustiť miesta vo svojich kanceláriách a pravidelne poskytovať asistenciu priamo v teréne.

Okrem systematickosti pomoci zo strany inštitúcii sme sa zameriavali aj na kvalitu týchto služieb, teda nakoľko je s nimi cieľová skupina spokojná:

Graf 22: Spokojnosť so stavom pomoci zo strany inštitúcií

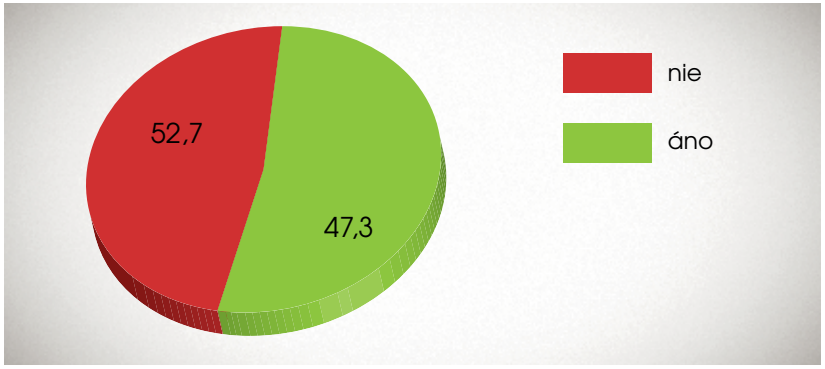


Aj keď v hodnotení pomoci nie sú štatisticky významné rozdiely medzi oboma druhmi lokalít, možno konštatovať isté rozdiely. V lokalitách bez výskytu inhalovania je zo stavom pomoci spokojných viac ako polovica (54,8%) participantov, kým v lokalitách s výskytom inhalovania je so stavom pomoci nespokojných takmer 2/3 (63,6%) respondentov. Tento výsledok naznačuje možný súvis medzi kvalitou poskytovaných asistenčných služieb a výskytom inhalovania - tam, kde sa inhaluje, je kvalita daných služieb nižšia. Na základe získaných dát nie je možné potvrdiť kauzálnu súvislosť, resp. rozoznať príčinu a dôsledok. Tieto súvislosti by bolo potrebné v budúcnosti podrobnejšie preskúmať. Celkovo, v oboch druhoch lokalít je s pomocou zo strany inštitúcii spokojných menej ako polovica participantov (46.7%) a nespokojných až 53.3%, čo naznačuje značné medzery v tejto oblasti. Vhľad do tejto problematiky poskytuje nasledujúca podkapitola.

5.5 Diskriminácia zo strany inštitúcií

Diskriminácia Rómov je v mnohých prípadoch príčinou aj dôsledkom sociálneho vylúčenia a chudoby tejto skupiny občanov. Témou diskriminácie sa zaoberáme vo viacerých častiach publikácie, podľa toho, nakoľko je v jednotlivých témach významná a ako sa objavila vo výpovediach participantov. Táto časť pojednáva o spôsobe správania sa pracovníkov na úradoch voči Rómom. Všeobecne je pozorovaná nevraživosť slovenských úradníkov posilnená o stereotypné, xenofóbne postoje. Odpovede na otázku: „Máte pocit, že sa k vám na úradoch chovajú inak, ako k nerómom?“ sa medzi sebou v závislosti od osídlení zásadne nelíšia:

Graf 23: Máte pocit, že sa k vám na úradoch správajú inak, ako k nerómom?



V oboch druhoch lokalít sú odpovede pomerne rovnomerne distribuované približne na polovicu medzi pozitívne a negatívne hodnotenie, s miernou prevahou negatívnych odpovedí. Konkrétne výpovede respondentov však vykresľujú celkom iný obraz:

> *„No sociálke, keď prídeme, hneď na nás kričia, akoby sme im nerozumeli alebo ich nepočuli.“ (JakR05)*

> *„Na sociálke so mnou nechcú ani rozprávať, len podpíšte a choďte domov.“ (JarR02)*

„Na ÚPSVARe mi ešte nikdy neponúkli prácu ani rekvalifikačný kurz a keď sa na niečo pýtam, tak sú nervózni a chcú ma vybaviť čo najskôr, bez zbytočných rečí. Považujú to za opovážlivosť, keď sa ja pýtam na prácu.“ (KapR03)

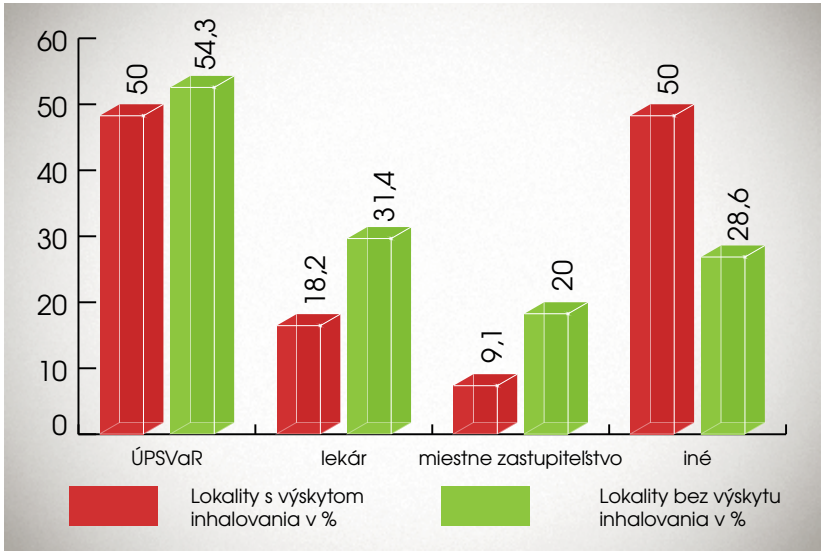
„... sa s Rómami rozprávajú veľmi drzo, lebo si myslia, že všetci Rómovia sú debili a že Rómovia nevedia rozprávať a hádžu ich všetkých do jedného mecha.“ (KecR06)

„...hlavne na úrade práce. Rozprávajú sa s nami, akoby sme boli všetci lajdáci, ktorým sa nechce pracovať, zvyšujú na nás hlas, tykajú nám.“ (SecR08)

„Občas chodím na úrady, ku mne sa správajú dobre, správajú sa rovnako ku Rómom aj nerómom.“ (StrR06)

Pokúsili sme sa tiež konkretizovať, ktoré inštitúcie sa k Rómom správajú inak ako k majorite:

Graf 24: Kto sa správa inak?

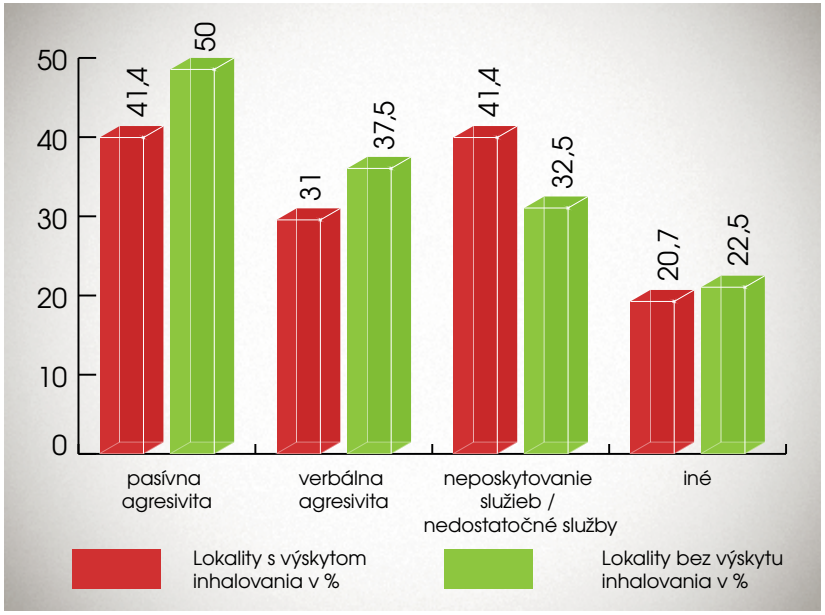


V oboch druhoch lokalít zhodne prevládajú Úrady práce sociálnych vecí a rodiny (viac ako polovica odpovedí), nasledované zdravotníckymi zariadeniami a miestnym zastupiteľstvom. Tento výsledok je však

ovplyvnený aj frekvenciou styku - respondenti sa omnoho častejšie stretávajú s úradníkmi na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny, ako s lekárom či miestnymi zastupiteľstvami, preto ÚPSVaR figuruje v nerovnakom zaobchádzaní na prvom mieste.

Aby sme zistili, v čom je podľa názoru Rómov správanie inštitúcií voči nim odlišné oproti majorite, položili sme im otázku: „Ako inak sa k vám správajú?“ Distribúciu odpovedí zobrazuje nasledujúci graf:

Graf 25: Ako inak (sa k vám správajú)?

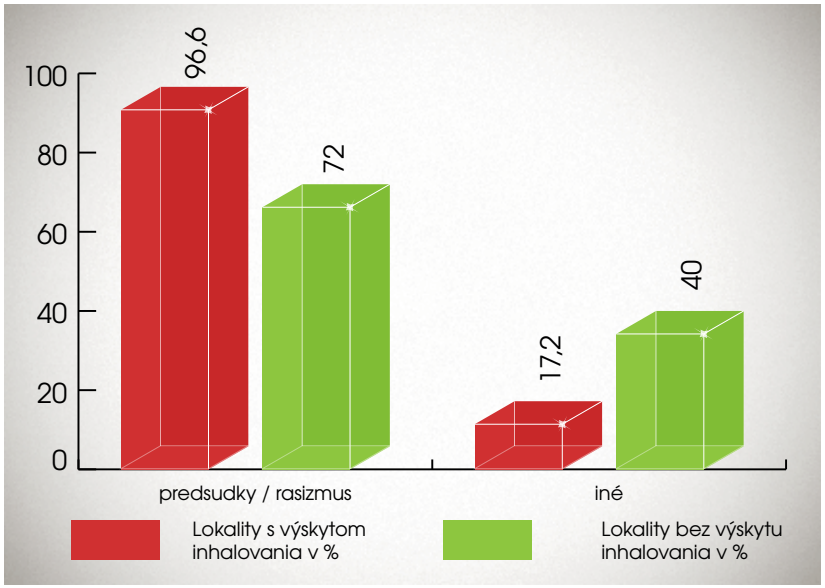


V oboch druhoch lokalít sa ako najčastejšie zdôvodnenie (viac ako 40%) vyskytuje pasívna agresivita, čím majú respondenti konkrétne na mysli odmeranosť, nezáujem, nervozitu, zatajovanie sa a snahu zbaviť sa ich. V lokalitách s výskytom inhalovania je rovnako percentuálne zastúpené aj neposkytovanie služieb, resp. nedostatočné služby, čo sa týka najmä nedostatku informácii v oblasti pracovných príležitostí, sociálnych dávok a voľnočasových aktivít. Frekventovane je v oboch

druhoch lokalít zastúpená verbálna agresivita ako zvyšovanie hlasu, krik a urážky.

Napokon nás zaujímal názor obyvateľov rómskych osídlení na príčinu nerovnakého zaobchádzania:

Graf 26: Prečo sa k vám správajú inštitúcie inak?



Za najhlavnejší dôvod považujú respondenti v oboch druhoch lokalít predsudky a rasizmus, ktoré výrazne častejšie (takmer 100%) vyjadrujú respondenti z lokalít s výskytom inhalovania. Uvádzame typické výpovede:

„Lebo som Rómka.“ (JarR04)

„Asi preto, že som z osady a ľudí z osady nemajú radi nikde, na úradoch ani u lekára.“ (KapR04)

„Lebo sú rasisti a neprístupní ľudia a v telke je všetko len zlé o Rómoch a potom to tak vyzerá aj na úradoch.“ (KecR04)

„Keď som si hľadala prácu, dali mi pocítiť, že som Rómka. Bolo mi povedané priamo do očí, že som Rómka a to je dôvod, prečo ma nemôžu prijať do zamestnania.“ (SttR02)

„Lebo som Cigánka a som tmavšia ako ostatní.“ (DobR04)

„Lebo neznášajú Rómov, sú sprostí na Rómov a keď vidia chudobnejších, tak ich ide poraziť.“ (VtaR03)

„Nezjednocujeme sa, ale stále poukazujeme na to, že Rómovia sú iní. Nie je snaha o integráciu.“ (ZboR10)

Zhrnutie

Náplň dňa (okrem zamestnania) je tvorená v oboch druhoch lokalít prevažne starostlivosťou o domácnosť, deti a iných rodinných príslušníkov. Participanti z lokalít bez výskytu inhalovania však v takmer dvojnásobne vyššej miere majú vedľajší príjem/aktivačné práce oproti participantom z lokalít s výskytom inhalovania, kde celkovo prevláda pasívnejšie trávenie času. Otázna je však reálna možnosť týchto ľudí zabezpečiť si vedľajší príjem, resp. vykonávať aktivačné práce.

Téma zameraná na záujmové činnosti odhalila, že len približne 1/3 detí sa zúčastňuje pravidelných krúžkov a aktivít, pričom viac chodia na krúžky deti z lokalít bez výskytu inhalovania. Ako najčastejší dôvod nemožnosti navštevovať krúžky bola uvedená segregácia a diskriminácia zo strany majority. V dôsledku toho sú mnohé deti často ponechané samé na seba, nevedia, čo majú robiť a nemajú možnosť aktívne a adekvátne tráviť voľný čas. Trpia preto neraz psychickou depriváciou, ktorá sa, ako je všeobecne známe, vyznačuje najmä nemožnosťou uspokojovať základné potreby, ktoré sú spojené s dostatočným množstvom zmysluplných podnetov, rozvíjaním uspokojivých vzťahov s rovesníkmi, experimentovaním s rôznymi činnosťami a budovaním si sebavedomia pri zdokonaľovaní sa v novonadobudnutých schopnostiach a zručnostiach.

Téma, venovaná hľadaniu pomoci v čase núdze ukázala, že Rómovia z oboch druhov lokalít sa obracajú predovšetkým na svoju vlastnú rodinu. Z inštitúcií najčastejšie navštevujú ÚPSVAR a OCÚ. V lokalitách s výskytom inhalovania sa obyvatelia vo väčšej miere obracajú na políciu. Len 1/3 Rómov si myslí, že pomoc zo strany inštitúcií má pravidelný/systematický charakter, spokojnosť s pomocou zo strany inštitúcií je vyššia v lokalitách bez výskytu inhalovania. Približne polovica respondentov z oboch druhov lokalít vníma nerovnaké zaobchádzanie zo strany inštitúcií, pričom za najhlavnejší dôvod považujú predsudky a rasizmus. Tieto výrazne viac pociťujú a vyjadrujú participanti z lokalít, kde sa inhalovanie vyskytuje.

Kapitola 6. Výskyt inhalovania v jednotlivých lokalitách a charakteristiky inhalujúcich

Podobne ako vo väčšinovej populácii prepadnú niektorí jednotlivci drogám, tento jav sa vyskytuje aj u niektorých obyvateľov sociálne vylúčených rómskych lokalít. Rozdiel medzi jednotlivými závislosťami v znevýhodnených skupinách a vo „väčšinovej" spoločnosti je najmä v druhu omamných látok, ktorý si títo jednotlivci či skupiny môžu podľa svojej finančnej situácie zaobstarať. Fenomén užívania inhalantov zároveň nie je možné považovať za jav spojený výlučne s rómskou minoritou, napriek tomu, že údaje zo Slovenska tomu zdanlivo nasvedčujú. Ide skôr o sociálny jav, ktorý sa vyskytuje u znevýhodnených skupín obyvateľstva bez ohľadu na etnicitu či štátnu príslušnosť. Potvrdzuje to okrem iného aj séria štúdií[25], ktorá pojednáva o užívaní inhalantov medzi deťmi ulice v Indii, Mexiku a Egypte, menšinami a ľuďmi na okraji spoločnosti v USA, alebo arabskou a židovskou mládežou v Izraeli.

Nasledujúca kapitola je zameraná na hlavnú tému nášho výskumu, teda užívanie inhalantov v rómskych osídleniach na východnom Slovensku. Pokúsime sa v nej identifikovať kľúčové faktory, ktoré prispievajú k zneužívaniu inhalantov v rámci širších socioekonomických, ako aj užších psychologických súvislostí. Určiť konkrétne charakteristiky užívateľov inhalantov je značne problematické, keďže medzi nimi existujú veľké interindividuálne rozdiely. Pri istej miere zjednodušenia sa však môžeme pokúsiť užívateľov diferencovať na základe sociálneho statusu, veku a rodinného prostredia, ktoré determinujú vek začiatku a priebeh závislosti. Tiež budeme analyzovať ich rodové a etnické zloženie. Predtým sa však podrobnejšie pozrieme na počty inhalujúcich, dynamiku a dĺžku výskytu inhalovania v jednotlivých komunitách.

[25] Tieto štúdie sú uverejnené v špeciálnom čísle časopisu Substance Use and Misuse, Volume 46, No. S1, Informa Healthcare, New York, USA, 2011, ktoré bolo venované problematike zneužívania inhalantov.

6.1 Výskyt inhalovania

Zmapovať presný výskyt zneužívania inhalantov je problematické, keďže ide o dynamický jav, ktorý sa mení v čase a počty závislých či užívateľov v jednotlivých lokalitách taktiež fluktuujú. O zmapovanie výskytu inhalantov v prešovskom kraji sa v minulosti pokúsil Mušinka (2007), pričom zaznamenal inhalovanie v 21 lokalitách tohto kraja v čase výskumu. Podľa týchto zdrojov nemožno hovoriť o masovom rozšírení inhalovania, čo však neznamená, že by sme tento problém mali zľahčovať. Ako uvádzame ďalej v texte, inhalovanie má závažný vplyv na jednotlivca, rodinu a celú lokalitu. Užívanie inhalantov sa v jednotlivých lokalitách líši rozšírenosťou a teda aj závažnosťou tohto fenoménu. Kým v niektorých lokalitách môžeme hovoriť o niekoľkých izolovaných prípadoch, v iných je tento jav verejne rozšírený a v skupine mladistvých sa stal dokonca sociálnou normou. Mieru rozšírenia tohto javu sme zisťovali u zástupcov inštitúcií, ako aj u samotných obyvateľov dotknutých lokalít. Vzhľadom na skutočnosť, že vnímanie množstva a času je u obyvateľov segregovaných rómskych osídlení výrazne rozdielne od „bežného“ vnímania, navyše sa títo vo svojich odhadoch značne odlišovali, zistenia sme konfrontovali s pozorovaniami zástupcov inštitúcií. Na základe získaných odhadov z oboch zdrojov sme tieto lokality rozdelili do troch skupín podľa miery rozšírenia tohto javu:

Tabuľka 9: Odhadovaný počet inhalujúcich osôb

odhadovaný počet inhalujúcich osôb		menšia skupina (okolo 10)	stredne veľký výskyt (30-60)	vysoký výskyt (100 a viac)
konkrétne lokality:	Chminianske Jakubovany		X	
	Jarovnice		X	
	Veľké Kapušany		X	
	Kecerovce		X	
	Krompachy		X	
	Rožňava	X		
	Sečovce		X	
	Stropkov	X		
	Prešov - Stará tehelňa	X		
	Svinia		X	
	Trebišov			X

V niektorých lokalitách je inhalovanie javom týkajúcim sa len veľmi obmedzenej skupiny osôb, zväčša do 10 ľudí. Sem patrí Rožňava, Stropkov a Stará tehelňa (Prešov). Druhá skupina je najpočetnejšia a predstavuje lokality, v ktorých inhaluje zhruba 30-60 obyvateľov. Zahrňuje osídlenia Jakubovany, Jarovnice, Kapušany, Kecerovce, Krompachy, Sečovce a Svinia. V tretej skupine s počtom inhalujúcich 100 a viac osôb sa nachádza rómske mestské geto v Trebišove.

6.2 Vývoj a dynamika inhalovania

Okrem výskytu, či počtu inhalujúcich sme sledovali aj prevládajúci trend vo vývoji užívania inhalantov. Tento sme

zisťovali prostredníctvom inštitúcií, ktoré v danej lokalite dlhodobo pôsobia:

Tabuľka 10: Dynamika inhalovania v rámci lokalít

trend vývoja počtu inhalujúcich		stúpa-júci	klesa-júci	stagnu-júci	inhalovanie sa už nevyskytuje
konkrétne lokality:	Chminianske Jakubovany	X			
	Jarovnice			X	
	Veľké Kapušany		X		
	Kecerovce	X			
	Krompachy	X			
	Rožňava		X		
	Sečovce			X	
	Stropkov			X	
	Prešov - Stará tehelňa	X*			
	Svinia			X	
	Trebišov	X			
	Brzotín				X
	Krásnohorské Podhradie				X
	Hermanovce				X

*Uvedený údaj sme získali z kvalitatívnych dát, keďže v dotazníkovom prieskume chýba vzorka inštitúcií zo Starej Tehelne.

Najčastejšie sa vyskytuje stúpajúci trend vývoja inhalovania, teda zvyšovanie počtu závislých:

„Myslím si, že od času, keď sa tu prisťahovali ľudia s Košíc sa snajfersto zväčšilo na nejakých 50 až 60 osôb.“ (KecI03)

Za ním nasleduje stagnácia, čo znamená, že počet inhalujúcich sa v lokalite v priebehu času zásadne nemení:

„...sa mi to zdá, že to je vždy na tej rovnakej hladine, lebo jedni prestanú fetovať, fakt prestanú a druhí začnú.“ (SvilO1)

Počet inhalujúcich klesá v iba v dvoch skúmaných lokalitách, v Rožňave v Veľkých Kapušanoch. Situácii v Rožňave sa podrobnejšie venujeme neskôr. V lokalitách, v ktorých výskyt inhalovania narastá, je potrebné uskutočniť čo najrýchlejšie potrebné preventívne kroky.

Doba výskytu inhalovania v jednotlivých lokalitách je tiež dobrým indikátorom doterajších aj budúcich preventívnych aktivít.

Tabuľka 11: Doba inhalovania

odhadovaná doba od kedy sa inhaluje		ostatných 5 rokov	6-10 rokov	11-20 rokov	viac ako 20 rokov
konkrétne lokality:	Chminianske Jakubovany				X
	Jarovnice			X	
	Veľké Kapušany				X
	Kecerovce		X		
	Krompachy			X	
	Rožňava			X	
	Sečovce			X	
	Stropkov				X
	Prešov - Stará tehelňa	X			
	Svinia			X	
	Trebišov			X	

Na základe výpovedí obyvateľov rómskych osídlení a miestnych inštitúcií sa ukazuje, že vo väčšine lokalít sa inhalovanie udržuje

už 11 a viac rokov. V Kecerovciach a v Prešove - Starej Tehelni ide skôr o novodobý fenomén. Z dát získaných prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov však vyplýva, že na Starej Tehelni sa inhalovanie vyskytovalo už pred viac ako 10 rokmi, avšak týkalo sa len dvoch dospelých osôb a bolo takmer neviditeľné. Predpokladáme, že respondenti uvádzali kratšiu dobu výskytu inhalovania v lokalite, pretože ho nevnímali ako súčasť svojho prostredia a nezasahovalo im do života. Okrem toho sa ho na Starej tehelni podarilo takmer eliminovať počas prítomnosti pracovníčok a pracovníkov organizácie belgický Červený kríž vykonávajúcich komunitnú prácu v rokoch 2001 – 2004. Inhalovanie sa v lokalite rozšírilo až po ukončení pôsobenia tejto organizácie. Jedným z následkov obmedzenia komunitnej práce v lokalite bola degradácia života komunity, ktorej súčasťou bolo rozšírenie inhalovania, hlavne medzi mládežou. Na základe dát z pološtruktúrovaných rozhovorov možno konštatovať, že zneužívanie inhalantov sa začalo v rómskych osídleniach objavovať a prudko rozširovať po roku 1989. Väčšina respondentov i zástupcov inštitúcií konštatovala, že to bolo „po revolúcii“ či „po komunistoch“.

Napriek tomu, že vo väčšine lokalít s výskytom inhalovania sa jedná o relatívne dlhodobý jav, situácia je zložitejšia, ak sa pozrieme, aká bola situácia v minulosti v lokalitách, kde sa v súčasnosti neinhaluje. Obyvateľov týchto osídlení, ako aj pôsobiacich inštitúcií sme sa pýtali, či tento jav v minulosti zaznamenali:

Tabuľka č. 12: Vyskytlo sa niekedy v obci inhalovanie?

Lokalita	áno	nie
Banské		X
Bystré	X	
Brzotín	X	
Dobšiná	X	
Drahnov	X	
Hanušovce		X
Hermanovce	X	
Krásnohorské Podhradie	X	
Lastovce		X
Lenartov		X
Pavlovce	X	
Soľ	X	
Spišský Štiavnik	X	
Stará Ľubovňa		X
Svidník	X	
Veľký Šariš	X	
Vranov n. Topľou		X
Vtáčkovce		X
Zborov	X	

S užívaním inhalantov má teda skúsenosť väčšina osídlení, tento jav sa však nikdy nerozvinul to takej miery, aby sa začal ďalej spontánne reprodukovať. Tieto údaje potvrdzujú, že inhalovanie je pomerne dynamický jav, ktorý sa môže vyskytnúť kdekoľvek a tak, ako sa rýchlo objaví, môže aj odznieť. Dokladajú to aj výroky respondentov:

„Veľa mladých [okolo 14] fetovalo. Aj náš syn. Potom im zakázali predávať tú látku na fetovanie a prestali to robiť.“ (BrzR04)

„Skúšali tu, keď som mala 18 rokov, mladé dievčatá fetovali.“ (SvdR02)

„Pred 20-timi rokmi sa v obci fetovalo, ale mnohí už nežijú a niektorí sa odsťahovali do Čiech. V dnešnej dobe by im to Rómovia nedovolili, vadili by sa s nimi.“ (ZboR05)

S cieľom získať širší prehľad o iných závislostiach, pýtali sme sa participantov z inhalujúcich lokalít ako aj miestnych inštitúcií na výskyt iných drog:

Tabuľka č. 13: Výskyt iných drog

výskyt iných drog	tvrdé drogy	marihuana	alkohol	cigarety	gambling
Chminianske Jakubovany		X	X	X	X
Jarovnice		X	X	X	X
Veľké Kapušany			X	X	X
Kecerovce	X	X	X	X	X
Krompachy			X	X	X
Rožňava	X	X	X	X	X
Sečovce		X	X	X	X
Stropkov		X	X	X	X
Prešov - Stará tehelňa	X	X	X	X	
Svinia		X	X	X	X
Trebišov	X	X	X	X	X

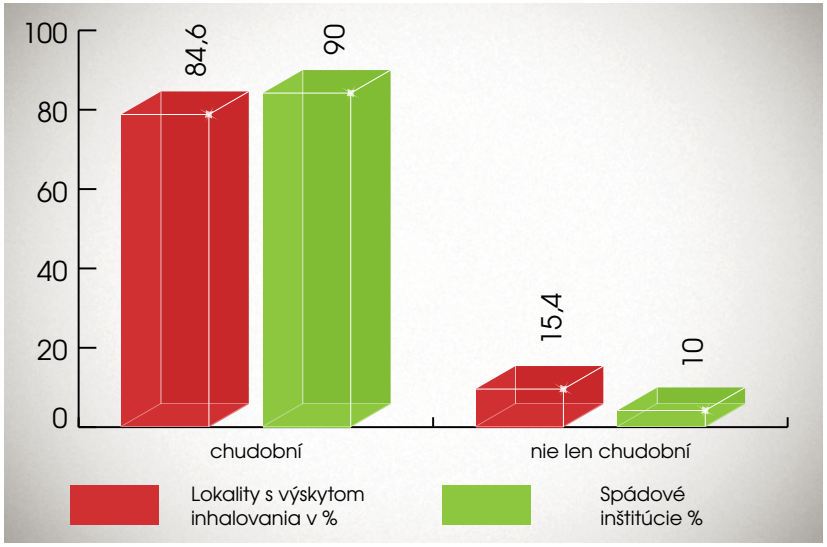
Nie je prekvapujúce zistenie, že okrem inhalantov sa v lokalitách s výskytom inhalovania užíva aj alkohol a cigarety, keďže tieto drogy sa bežne a dlhodobo vyskytujú aj v majoritnej populácii. Znepokojujúci je však výskyt gamblerstva takmer vo všetkých lokalitách. Za hlavnú príčinu šírenia tohto javu v rómskych osídleniach možno považovať chudobu. Obyvatelia rómskych osídlení často veria,

že výhra v automatoch pomôže aspoň krátkodobo zlepšiť finančnú situáciu. Hráči tak prichádzajú aj o tú malú hotovosť, ktorú majú k dispozícii, čím sa ich chudoba ešte viac prehlbuje. Na rozdiel od ostatných druhov závislostí, ktoré sa týkajú zväčša mužov, v tomto prípade sú často závislé aj ženy. Domnievame sa, že preventívne opatrenia a protidrogové programy by sa mali systematicky venovať aj závislosti na gamblerstve. Vo väčšine osídlení sa vyskytuje tiež užívanie marihuany, i keď táto látka nebýva veľmi rozšírená. Tvrdé drogy sú skôr výnimkou a objavujú sa najmä v mestských lokalitách. Na individuálnej úrovni s nimi majú skúsenosti aj vo vidieckych osídleniach. Tvrdé drogy sa distribuujú práve v mestách, napríklad v Prešove na rómskej diskotéke „Véčko“, ktorú navštevuje aj mládež z okolitých vidieckych sídel. Informácie o rôznych druhoch tvrdých drog často prinášajú do lokality ľudia, ktorí odišli na čas za prácou do zahraničia a tam získali skúsenosti.

6.3 Charakteristiky inhalujúcich

So zámerom zistiť, či sa zneužívanie inhalantov vyskytuje iba v určitej vrstve jednotlivých komunít, teda či ide o drogu chudobných alebo či sa jedná o všeobecnejší fenomén rozšírený v celom sociálnom spektre, zaujímali sme sa o sociálny status inhalujúcich. Ukázalo sa, že vzorku inhalujúcich netvoria len najchudobnejší, aj keď títo, podľa výpovedí rómskych respondentov, prevažujú vo všetkých lokalitách. Podobné odpovede poskytli aj zástupcovia inštitúcií:

Graf 27: Sociálne postavenie inhalujúcich



Podľa významnej väčšiny respondentov (viac ako 4/5 odpovedí) patria užívatelia inhalantov medzi osoby z najnižším sociálnym statusom a najvyššou mierou chudoby. Nízky sociálny status závislých býva často aj dôsledkom užívania inhalantov, kedy komunita a často aj samotná rodina inhalujúceho vylúči. Zaradenie inhalujúcich aj medzi osoby vyššie spoločensky postavené sa objavilo najmä v mestských lokalitách, v ktorých sa fenomén vyskytuje dlhodobo a je významne rozšírený. Je však potrebné dodať, že v niektorých osídleniach s extrémne nízkou životnou úrovňou (napr. Jakubovany, Svinia) je sociálna stratifikácia minimálna, preto je ťažké hovoriť o lepšie a horšie situovaných jednotlivcoch.

Hlbší vhľad do roly sociálneho statusu priniesli pološtruktúrované rozhovory. Podľa získaných informácií pochádzajú závislí zo všetkých typov rodinného prostredia, líšia sa však vo veku začiatku a často aj príčinou inhalovania:

1. Rodiny s najslabším sociálnym statusom

Ide o mnohopočetné rodiny žijúce v stiesnených podmienkach, kedy sa na obmedzenom priestore bez základného sociálneho vybavenia tlačí celá rozvetvená rodina. Pri počte aj nad 10 detí sa pochopiteľne záujem a starostlivosť o staršie deti zo strany rodičov znižuje, deti sú ponechané samé na seba, často sa potulujú po osade, keďže rozmery domácnosti stačia iba na uloženie sa na spánok. Deti z týchto rodín začínajú s inhalovaním v útlom veku, zhruba od 6 až 12 rokov. Príčinou je zrejme snaha uniknúť z reality extrémnej chudoby, beznádeje a často aj hladu.

> *„Sú veľmi chudobní. A dosť sú takí, že... vo veľmi zlých podmienkach žijú. Matka nevie, kde jej deti behajú, nestará sa... otec alkoholik. Špinavé chodia a často sú aj hladné." (A, I1)*

Podľa výpovedí niektorých inštitúcií by sa za spoločnú charakteristiku týchto detí dala považovať sociálna izolovanosť. Ide o zakríknuté deti, vylúčené zo skupiny spolužiakov, ktoré sa kamarátia iba medzi sebou, vrstovníci ich často odsudzujú, vyskytuje sa aj šikana. Sociálna izolovanosť závislých je však často sekundárna. V lokalitách, kde zneužívanie inhalantov nedosiahlo rozmery verejného, a teda čiastočne aj tolerovaného javu, sú závislí vytláčaní na okraj spoločnosti, sú objektom posmechu zo strany vrstovníkov aj dospelých, často sú odháňaní kvôli silnému zápachu toluénu.

2. „Slušné rodiny" s dobrou povesťou

Závislosť na inhalantoch sa nevyhýba ani rodinám s relatívne vyššou životnou úrovňou. V tomto prípade je príčinou najmä tlak sociálnej skupiny a experimentovanie. Vek prvej skúsenosti je vyšší, zväčša v období puberty, asi od 14 do 19 rokov.

> *„Daktoré dieťa môže mať aj dobré bývanie, aj rodičia môžu byť v pohode, ale má zas kamaráta, ktorému preplo a on je s ním strašne veľký kamarát a prečo by, keď on, tak prečo by som to neskúsil aj ja." (Svi, I1)*

„Títo furt slušne žili, snažili sa. Tam nie je ani nejaký alkoholizmus, a tak. Takže... . Fakt sa zviezol ten chalan. On predtým nikdy nebol taký." (Jar, I1)

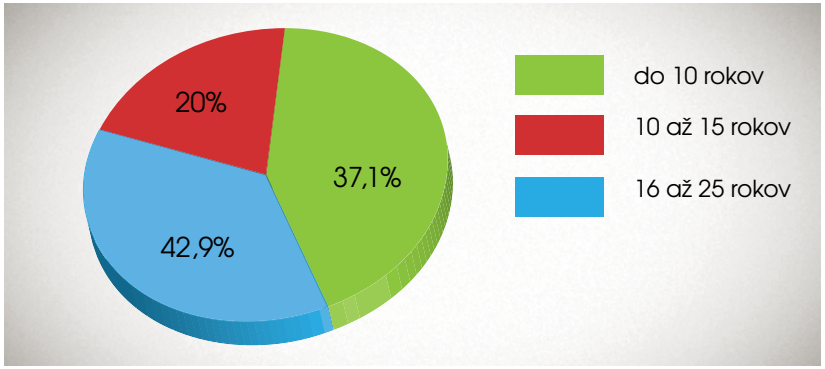
Silný sociálny tlak zo strany vrstovníkov je zreteľný najmä v prípade osídlení, v ktorých sa zneužívanie inhalantov stalo verejnou záležitosťou (Svinia, Trebišov). V týchto prípadoch nie je možné určiť fetujúcich na základe sociálnej skupiny, vyskúšanie tejto drogy sa stáva nástrojom úspešného fungovania v skupine rovesníkov.

Z hľadiska **vekového zloženia** môžeme konštatovať, že k inhalovaniu sa zväčša uchyľujú deti a mládež v období adolescencie. Zdá sa, že ide o generačnú drogu, spojenú len s určitým vekovým obdobím a po jeho dovŕšení dochádza k akejsi prirodzenej „obmene" užívateľov inhalantov. Tých, ktorí si založili rodinu a podarilo sa im zbaviť závislosti, nahradí nová generácia.

Avšak v Jarovniciach a Stropkove sa týka rovnako aj starších osôb a v Chminianskych Jakubovanoch a Krompachoch dokonca vyššie vekové ročníky prevažujú. Tieto rozdiely možno vysvetliť hlavne tým, že v posledne menovaných lokalitách je inhalovanie intenzívne rozšírené, verejne akceptované a zasahuje všetky vrstvy populácie.

V zhode s výpoveďami obyvateľov z rómskych osídlení sú aj skúseností zástupcov inštitúcií, ktoré potvrdzujú skorý začiatok užívania inhalantov:

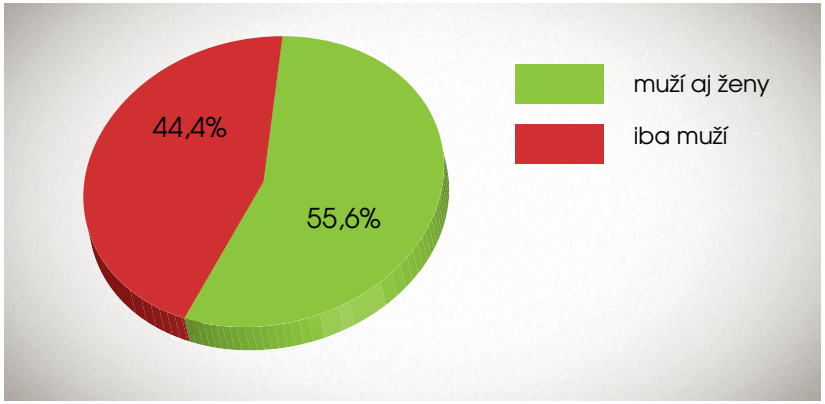
Graf 28: Vek začiatku inhalovania



Ako je z údajov vidieť, inhalovanie začína najčastejšie v ranom adolescentnom období, vo veku 10 – 15 rokov (42,9% odpovedí). Alarmujúce však je vysoké percento odpovedí uvádzajúcich vek do 10 rokov (37,1%). Veľká časť jedincov začína s užívaním prchavých látok v období, kedy im už zo strany rodičov nie je venovaná dôsledná pozornosť, čo je v prostredí rómskych spoločenstiev oveľa skôr, než u väčšinovej spoločnosti. Príčinami sú vysoko početné rodiny, nižšie sociálne kompetencie rodičov a neraz aj celkové sociálne patologické prostredie niektorých rómskych osád. Deti a mládež sa v dôsledku kombinácie viacerých dôvodov dostávajú vo väčšej miere pod vplyv deštruktívnych rovesníckych skupín.

Pri zisťovaní **podielu mužov a žien** medzi užívateľmi inhalantov sme prišli k pomerne prekvapivým výsledkom:

Graf 29: Zloženie inhalujúcich podľa pohlavia



Na rozdiel od predpokladu, že inhalovanie sa týka v podstate iba mužov, odhady zástupcov inštitúcii ukázali, že tento jav neobchádza ani ženy. Podiel žien medzi inhalujúcimi je však výrazne nižší oproti mužom:

> *„Myslím, že sú medzi nimi aj ženy, ale viacej je mužov.“ (RozI02)*

> *„Zväčša chlapci a muži, ale je aj pár prípadov dievčat.“ (MichI01)*

Zastúpenie žien medzi užívateľmi inhalantov sa častejšie objavilo v lokalitách s vyšším výskytom sledovaného javu (Kecerovce, Krompachy, Sečovce, Trebišov). To je v zhode s údajmi získanými od obyvateľov rómskych osídlení prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov. Ženy, ktoré užívajú inhalanty sú však vo všetkých navštívených lokalitách predmetom pohŕdania a odsúdenia. Inhalovanie žien je silno tabuizované, chápané ako vrcholne neprípustná záležitosť. Tento postoj zdieľajú aj závislí muži. Samotné závislé inhalovanie popierali, a to aj v situácii priamej konfrontácie zo strany členov rodiny či komunity. Zaznamenali sme prípady, kedy v rámci rodiny užívali inhalanty obaja manželia, títo však nechceli vypovedať. Podľa rodinných príslušníkov sa závislé

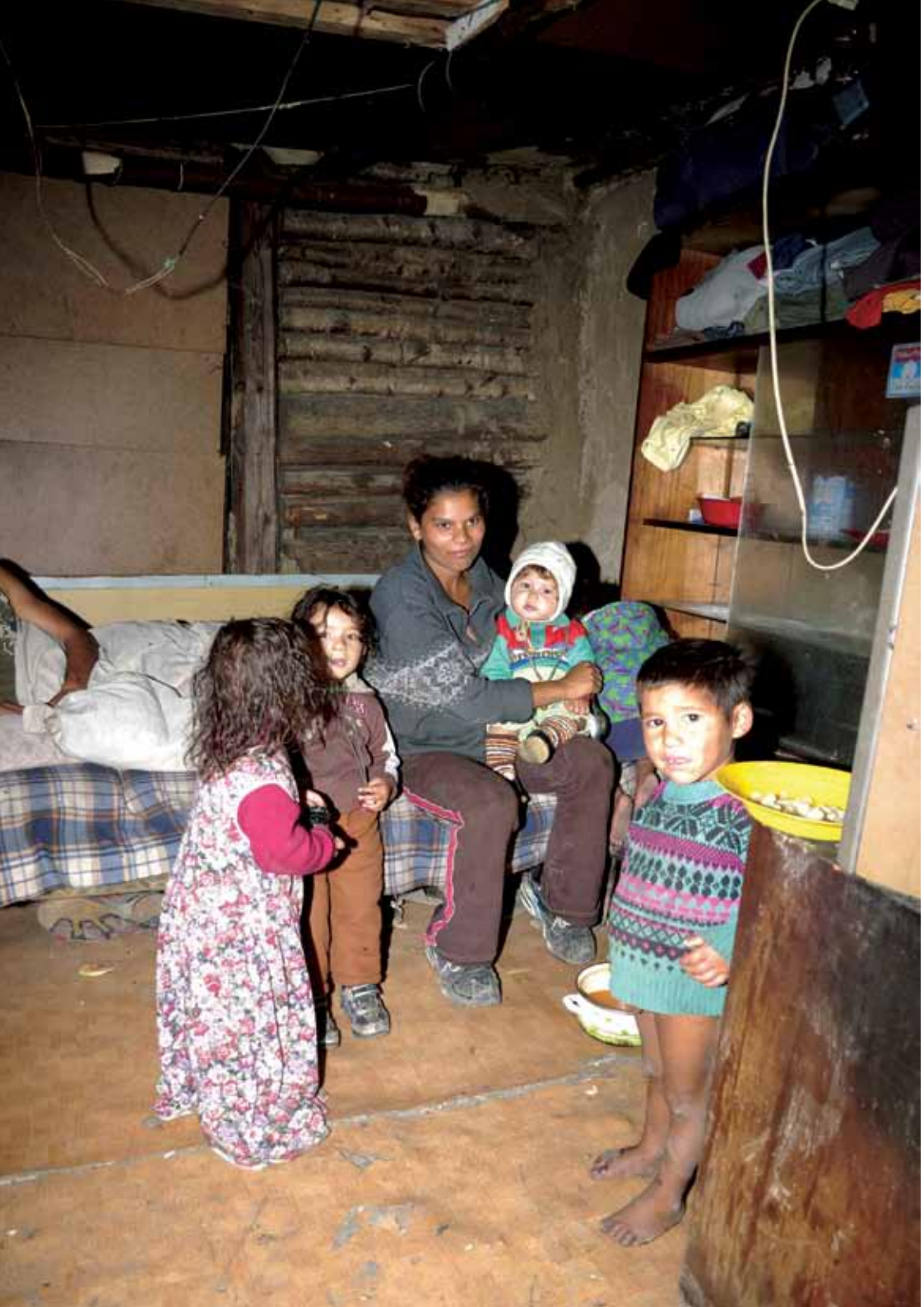
niekedy uchyľujú aj k prostitúcii, ktorá im umožňuje získať prostriedky na nákup toluénu pre seba aj manžela/druha.

Ani pomerne rozšírená predstava, že na Slovensku je inhalovanie len záležitosťou Rómov, sa nepotvrdila. Podľa výpovedí obyvateľov rómskych osídlení sa ukazuje, že až v piatich osídleniach, Kapušanoch, Kecerovciach, Krompachoch, Sečovciach a Trebišove inhalujú aj ľudia z majority.

Zhrnutie

V lokalitách s výskytom inhalovania sa tento jav zvyčajne dotýka niekoľkých desiatok obyvateľov. Inhalovanie má zväčša rastúci trend, alebo počet závislých v čase stagnuje, zväčša sa však týka najmä mladej generácie v období puberty. Aj keď vo väčšine osídlení sa inhalovanie udržuje už 10 a viac rokov, v niektorých lokalitách ide o novodobejší fenomén, ktorý sa môže pomerne rýchlo rozrastať. Inhalovanie sa v minulosti vyskytlo vo viacerých lokalitách, v ktorých momentálne tento jav nie je zaznamenaný, čo poukazuje na jeho dynamiku.

Z hľadiska charakteristík užívateľov sa ukazuje, že inhalujúci nepochádzajú len z najchudobnejších a sociálne najslabších pomerov, ale nachádzajú sa aj medzi rodinami s relatívne vyššou životnou úrovňou, kedy je hlavným dôvodom inhalovania tlak sociálnej skupiny a experimentovanie. Aj keď sa medzi inhalujúcimi osobami nachádzajú najmä muži, tento jav sa do istej miery týka (v osídleniach s verejným výskytom inhalovania) aj žien. V prípade žien je inhalovanie výrazne viac tabuizované a odsudzované. A napokon, prchavé látky užívajú v sledovaných osídleniach nielen Rómovia, ale v menšej miere aj ľudia z majority.



Kapitola 7. Príčiny a dôsledky inhalovania, distribúcia inhalantov

V tejto kapitole sa zameriavame na to, prečo po inhalantoch vlastne ľudia siahajú, aké sú dopady zneužívania inhalantov na komunitu, vzťahy v rodine a zdravotný stav závislých. V neposlednom rade analyzujeme distribúciu inhalantov, teda ako sa prchavé látky objavili v osídleniach, odkiaľ si závislí zaobstarávajú financie na ich zadováženie a kde si inhalanty zháňajú.

7.1 Príčiny inhalovania

Pokúsili sme sa zmapovať sociálne príčiny a psychologické faktory vedúce k užívaniu inhalantov, aby sa získané poznatky mohli využiť v prevencii. Nasledujúci text je výsledkom triangulácie dát získaných z viacerých zdrojov za použitia oboch metód (dotazníkový zber a pološtruktúrované rozhovory).

Pri hľadaní jednotlivých príčin, ktoré vedú obyvateľov rómskych osídlení k inhalovaniu je potrebné brať do úvahy, že zväčša ide o kombináciu viacerých faktorov, ktoré pôsobia súčasne. Ako hlavné faktory vedúce k zneužívaniu inhalantov sme identifikovali nasledujúce:

1. Únik z reality: traumatické udalosti či životná situácia: medzi najčastejšie uvádzané psychologické príčiny začiatku drogovej kariéry patria rôzne traumatické udalosti, najfrekventovanejšou príčinou je rozchod s priateľkou:

> *„Odišla odo mňa frajerka. Tak som fetoval, aby som bol s ňou.“ (Svi, R1)*

Ďalšou významnou udalosťou je úmrtie blízkej osoby v rodine:

> *„Keď mi zomrel otec, stále som to mal pred očami, hrozne mi bolo, dokola som na to myslel, videl som to pred sebou…“ (Svi, R2)*

„Moja prastarká zomrela... a ja som takto padol a jeden kamarát, že... s týmto si uľavíš a som to skúsil.“ Hovorím si, že dobre skúsim, že keď uľaví. Šak nemyslel som aspoň na to, čo bolo, keď starká zomrela... Ale to bola moja matka. Ja som kvôli nej veľmi trpel. Ja som išiel hocikedy, o dvanástej do cintorína... No, začal som takto.“ (Brz, R3)

Okrem uvádzaných kľúčových udalostí najmä zo strany inhalujúcich, či bývalých závislých, zástupcovia inštitúcií hovoria o deťoch, ktoré k užívaniu privedie ich ťažká životná situácia. Ide o deti z mnohopočetných rodín, ktoré žijú hlboko pod hranicou chudoby a kde systematická starostlivosť o dieťa v rodine často prebieha iba do veľmi útleho veku, resp. kým sa nenarodia ďalšie deti:

„Rodina je základom. A keď to dieťa v tej rodine nepocíti nič také, že by ho ku tej rodine viazalo, tak ono potom nachádza také, také veci, že by spravilo samo, že by omámilo, omámilo a robilo si svoje ... dieťa je preč, v škole nechýba, rodičom nechýba, no čo, šak tu neni žiaden problém. A nič sa nestalo.“ (A, I1)

„Vo všeobecnosti je to ľahká dostupnosť inhalantov pre zvedavé deti a mnohokrát pre hladné deti - inhalanty sú lacné. Podceňuje sa to! Deti v osade sú mimo kontroly, rodičia o nich nevedia.“ (SpsI01)

„V prvom rade je to málo finančných prostriedkov, trend mať veľa detí, slabá výchova rodičov, málo informácii, žiadne podporné programy či projekty na odstránenie, zabránenie šírenia snajferstva.“ (KecI03)

2. Tlak vrstovníckej skupiny, „partia“:

Významným dôvodom začiatku inhalovania, ktorý spolupôsobí aj pri ostatných príčinách, je tlak okolia. Niektorí participanti explicitne a na prvé opýtanie uviedli ako dôvod začiatku „partiu“, teda rovesníkov, ktorí už inhalanty užívajú alebo staršie osoby, ktorí ich do fetovania zasvätia:

„Lenže tu je to také, tu je rómska osada, tu je naozaj že rómska osada. Tu sa to nedá povedať, že by som nefetoval, pretože tu idú chlapci von večer a jeden chlapec to robí a druhý začne... Hej, dá to vyskúšať. Na, tu vyskúšaj a nasilu, vyskúšaj to, vyskúšaj, vyskúšaj. A on to zobere.“ (Stt, R3)

„Kamaráti mi povedali, že začaj, bo uvidíš čo to a ja som povedal: Nechcem to robiť. Uvidíš, dobre. Ja som to začal s nimi potom.“ (Jar, R2)

„A teraz sa to ešte prehĺbilo, lebo hovorím, tí, čo sú, žijú si dobre, mladí chlapci, naobliekaní zlatom, aj prstene, chodia, ale keď nefetuje, nie je frajer. Viete, toto je tu. ...prostredím, okolím. Lebo tu, keď nemá toluén, tak sa povie, že nie je frajer. ...nemajú toľko kamarátov, to jak keby ja som fetoval a vy by ste nefetovali, ja mám viacej kamarátov ako vy.“ (A, I1)

3. Experimentovanie: k tlaku sociálnej skupiny sa často pridružuje zvedavosť a túžba zažiť niečo nové. V daných životných podmienkach sa adolescentná potreba experimentovania transformuje práve do inhalovania, keďže iné možnosti sú veľmi limitované:

„Je to predovšetkým zvedavosť, chcú zažiť zvláštne pocity, ktoré inhalanty vyvolávajú, chcú zažiť niečo nové. ... fetovanie je najlacnejšia a najdostupnejšia možnosť ako uniknúť z reality, v ktorej žijú.“ (RozI01)

4. Nuda, neštruktúrované trávenie voľného času: Pri otázke zameranej na trávenie voľného času sme od obyvateľov rómskych osád najčastejšie dostávali odpovede typu: „Ta tu sme v chyži“, alebo „Tak, po vonku“. Väčšina respondentov uvádzala neštruktúrované trávenie voľného času, pričom snáď jedinou spomínanou aktivitou bolo práve „fetovanie“. V lokalitách s absenciou možností pre aktívne trávenie voľného času sa fetovanie stáva jedným z ľahko dostupných východísk z nudy:

„Tie decká sa potulujú bezprizorne, nevedia, čo so sebou. Doma nemajú žiaden priestor, ani len vlastnú poličku, nič...“ (AI01)

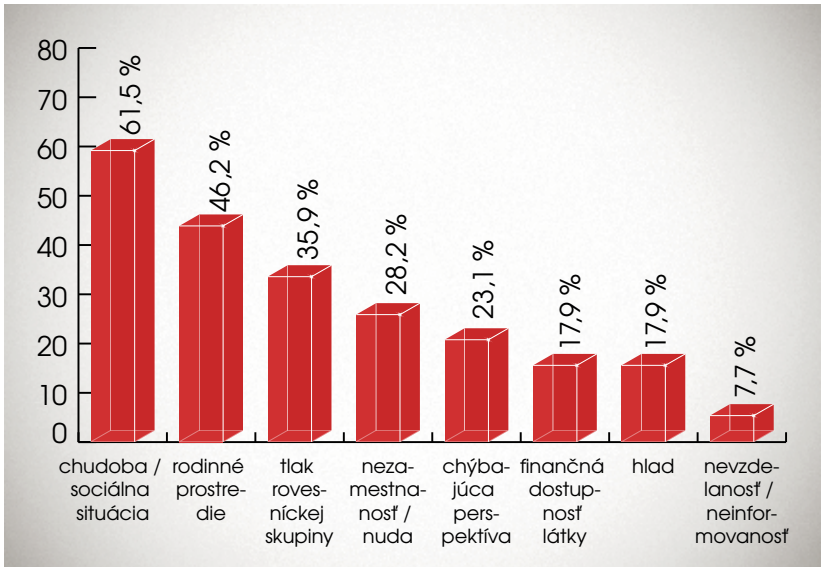
„Nemajú čo robiť, nemajú žiadne povinnosti, nič.“ (A, I1)

5. Potlačenie zimy a hladu: Inhalovanie potláča, či zmierňuje pocity hladu a zimy. Avšak po odznení jeho účinkov prežíva inhalujúca osoba

pocit obrovského hladu a potrebuje veľa jesť. Mnohokrát však nemá čo, takže sa dostáva do bludného kruhu - čím viac inhaluje, tým je viac hladná a potláča hlad ďalším inhalovaním.

Zaujímavý je pohľad na príčiny užívania prchavých látok prostredníctvom frekvencie odpovedí, ktoré uvádzali zástupcovia inštitúcii:

Graf 30: Príčiny inhalovania z pohľadu zástupcov inštitúcií



Za najhlavnejšiu, najčastejšie menovanú, príčinu považujú zástupcovia inštitúcií nárast chudoby a s ňou spojené prehlbovanie sociálnych problémov rómskych rodín. Typickým príkladom sú nasledujúce výpovede:

> *„V poslednej dobe to [inhalovanie] stále narastá. Myslím, že tým, ako sú rodiny chudobnejšie to tie deti viacej skúšajú.“ (TreI04)*

> *„Rómovia vravia, že za komunistov sa nefetovalo, lebo každý si žil dosť dobre.“ (KecI01)*

Medzi ďalšie významné príčiny inhalovania patria podľa zástupcov inštitúcií nepriaznivé rodinné prostredie, spomínaný tlak rovesníckej skupiny, nezamestnanosť a prebytok neštruktúrovaného voľného času. Iné faktory prispievajúce k inhalovaniu sú hlavne chýbajúca perspektíva mladých ľudí, ľahká finančná dostupnosť prchavých látok a hlad, ktorý úzko súvisí s chudobou. Medzi menej často uvádzané príčiny inhalovania patrí nedostatočné vzdelanie a chýbajúce informácie o škodlivosti užívania inhalantov. Neinformovanosť o deštruktívnych účinkoch inhalantov bola silnejšia v minulosti, kedy v jej dôsledku rodičia dávali inhalanty aj kojencom.

Spoločným menovateľom viacerých zistených príčin inhalovania je potreba uniknúť z reality života rómskej osady či rómskeho mestského geta. Často sa objavujú aj univerzálne traumatizujúce udalosti, ako je úmrtie osobne dôležitého člena rodiny alebo ukončenie partnerského vzťahu. Tak ako u väčšiny drogovo závislých mladistvých, aj v tomto prípade inhalovanie často súvisí s hľadaním vlastnej identity a potrebou niekam patriť. Vzhľadom na nedostatok pozitívnych vzorov a príležitostí na vlastný rozvoj, inhalovanie sa stáva vo vylúčených rómskych komunitách atraktívnym spôsobom trávenia času.

7.2 Benefity a prežívanie inhalovania

Okrem už spomínaného úniku z bezútešnej reality a zníženia utrpenia a potvrdenia si pocitu príslušnosti ku skupine, patria medzi bezprostredné účinky drogy **riadené halucinácie**, ktoré respondenti nazývajú „čarovanie“ alebo mágia. Čaro toluénu spočíva podľa ich výpovedí v tom, že dokáže vyvolať predstavu okamžitého naplnenia aktuálnych potrieb či túžob. Prostredníctvom halucinácií, ktoré si závislí navodzujú sami, prináša pocit všemocnosti:

> *„To sa ti zjavujú predstavy. Vidíš, čo chceš. Ak chcú ferrari, tak si ho vysnívajú. Nakreslia si v hlave ferrari a majú ho. Ak chceš dvihnúť rukou auto, tak to môžeš, ani sa ho dotknúť nemusíš. Alebo sa dá presúvať pohár na stole. V hlave. Niektorí chcú zas uvidieť priateľky. Keď ho nechá, tak fetujú.*

Niekedy to nejde, tak skúšajú znovu a znovu. Mnohí neveria, že to čarovanie existuje. Ale, keď chcete vidieť, vidíte, načarujete si. Riedidlo čaruje.“ (Svi, R1)

Respondenti uvádzajú vízie rôznych nadprirodzených bytostí, ktoré si nevyvolali zámerne a nie sú teda vždy príjemné, niekedy v nich vyvolávajú hrôzu. Často spomínaný je náboženský motív, napríklad zjavenie boha alebo diabla:

„No, napríklad Satan, jako diabol. Diabol pokušenia.“ (Jar, R6)

D3: „Máš také veci, že vidíš Boha, napríklad, ja som videl Boha...

O: A jak vyzeral?

D3: Zrazu som mal taký stav, že on ma priniesol do inej dimenzie, vieš?... Že nový raj... A hovorím, on bol taký bradatý, mal také kreslo, korunu, takú veľkú a takú palicu a hovorím, modlil som sa.

O: A čo potom?
D3: A potom mi hovoril, že: „Odlož ten sáčok,“ že už prišiel nový raj. „A ja som odhodil sáčok.“
O: „Fakt?“
D3: „A od vtedy som... Ja už štyri roky nefetujem.“ (Brz, R5)

V Prešovskom kraji sme sa stretli s pravidelne uvádzaným typom halucinácie, ktorej podstatu sa nám však nepodarilo vysvetliť. V súvislosti s „čarovaním“ respondenti pantomimicky naznačovali písanie do oblakov (jednou rukou držia sáčok pri nose a druhú vystierajú smerom nahor). Tento obraz znázorňovali aj detské kresby na nástenke školy v Jarovniciach (pozri obálku knihy). Zaujímavé je, že s týmto javom sme sa stretli vo všetkých navštívených lokalitách Prešovského kraja, avšak v Košickom kraji sa nevyskytol vôbec. Obsahy halucinácií sú teda, zdá sa, podmienené aj lokálne, resp. šíria sa komunikáciou medzi závislými:

„No, oni majú vidiny, normálne halucinácie ... ti povedia: Tak

som Vás videl v oblakoch a tam ešte aj medvede boli a pili Coca-Colu. A to už sa mu sníva z reklamy, sa mu popletie ... A som si vpisoval do oblakov Vaše meno.“ (A, I1)

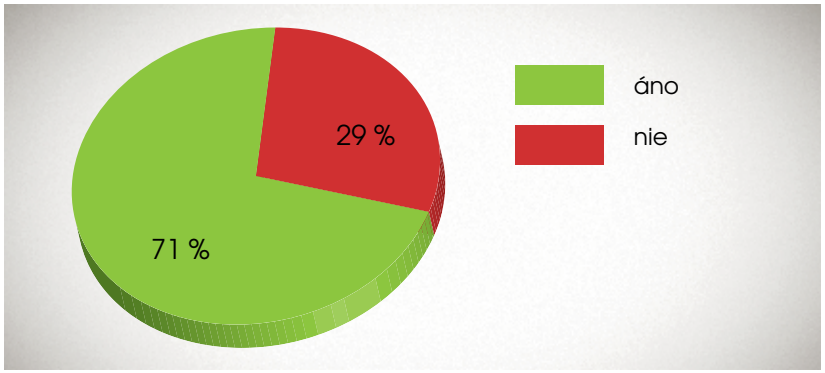
„Čarovanie“ či halucinácie sú bežne popisovaným príznakom intoxikácie, ale nezažívajú ho všetci. Celkovo možno na základe uvedených výpovedí konštatovať, že účinky inhalovania umožňujú aspoň krátkodobo uniknúť z bezútešnej reality – zabudnúť na hlad, zlú rodinnú, finančnú, či bytovú situáciu, nedostatok sebavedomia, psychické traumy a nahradiť ju realitou iluzórnou:

„Ak sa s tebou rozíde frajerka, tak budete zase spolu. Ak sa cítiš mizerne, budeš sa cítiť skvele. Chceš Ferari? Máš ho mať! Si hladný? Nebudeš! Chceš stretnúť Boha? Nech sa páči!“ (Svi, R2)

7.3 Dopad na komunitu

V nasledujúcich otázkach sa zameriavame na vnímanie zmien, ktoré zneužívanie inhalantov spôsobuje nielen inhalujúcim jednotlivcom, ale aj celým komunitám, predovšetkým v oblasti občianskeho spolunažívania. Na otázku: „Vnímate nejakým spôsobom väčšiu mieru problémov u ľudí zneužívajúcich inhalanty?“ sme od zástupcov inštitúcií získali nasledujúce odpovede:

Graf 31 „Väčšia miera problémov spôsobená inhalujúcimi“



Takmer 3/4 zástupcov inštitúcií uviedlo, že užívanie inhalantov má na inhalujúcich, ako aj na celé spoločenstvá, v ktorých sa sledovaný jav vyskytuje priamy, v drvivej väčšine negatívny dopad. Vnímané dopady užívania inhalantov na celú komunitu sa prejavujú najmä: (a) v zhoršených vzťahoch v celej komunite, (b) v demoralizujúcom vplyve a negatívnom príklade, ktorý dávajú inhalujúci ostatnej mládeži a deťom a (c) v celkovom pohoršení, ktoré užívaním látok mládež vzbudzuje u verejnosti. Medzi najčastejšie problémy, ktoré inhalujúci spôsobujú v rámci lokalít, zaraďujú respondenti rušenie nočného kľudu, nepredvídateľnosť správania, drobné krádeže, vandalizmus, zápach toluénu. Inhalujúci sa pod vplyvom látky stávajú niekedy nadmerne sebavedomí, špeciálne v skupine, čo v spojení s nudou môže viesť k vyvolávaniu hádok a bitiek. Zvýšené sebavedomie taktiež niekedy vedie k vandalizmu, napríklad poškodeniu meračov elektriny, či k vykradnutiu potravín:

„Boli nafetovaní. Lebo keby to urobili len z toho, že naozaj nemajú čo jesť, tak prvé, čo berú, tak berú základné potraviny, ako je múka, cukor, cestoviny. To je základ. Toto musia mať oni. A toto nebolo dotknuté. To je jediná vec, ktorá nebol dotknutá. Zobrali sladkosti. Komplet, jak bolo v predajni.“ (A, I2)

„Nemajú zábrany konať kriminálne protizákonné veci, ako vlámať sa niekde, okradnúť niekoho a lúpežný prepad nie je nič ťažké. Pod vplyvom fetu sú smelí a nepociťujú vôbec strach.“ (Vka01)

„On už má také poruchy správania, že nikdy nevieme, kedy zaútočí, lebo už sa aj to stalo. Šak bežne sú potom v base, lebo chodia kradnúť.“ (AI01)

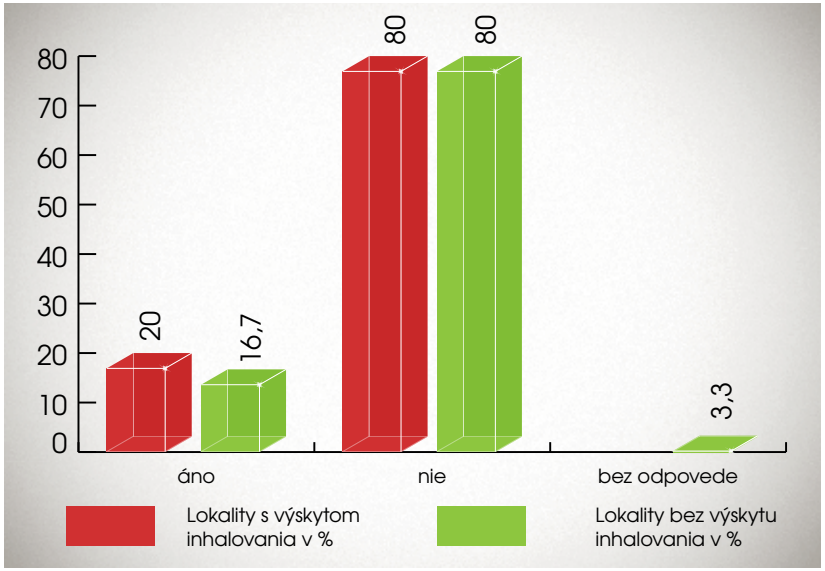
Ľudia v osídlení reagujú na inhalujúcich buď odmietavo, s ignoranciou, alebo bezmocnosťou a považujú ich za záťaž pre komunitu:

„Keď som fetoval, každý ma nenávidel, nikto so mnou sa nerozprával. Nenávideli ma, prišli ku mne a hovoria: „Fuj, choďte preč, smrdíš.“ (Brz, R2)

„Keď fetovali na verejnosti, bolo to pre ľudí pohoršujúce. Obyvatelia sa báli o svoje deti, boli pre nich zlým príkladom.“ (BrzI02)

Väčšina respondentov (4/5) však nedeklaruje strach z inhalujúcich ľudí:

Graf 32: Strach okolia z inhalujúcich



Menšina, ktorá má pred inhalujúcimi strach sa obáva najmä ich agresivity (napadnutia pod vplyvom látok/abstinenčného syndrómu) a nedostatku sebakontroly, nepríčetnosti a tým aj nevypočítateľnosti ich možného konania.

Agresívne správanie nie je priamym dôsledkom užívania toluénu, ale samozrejme, užívanie prchavých látok k nej môže prispievať, keďže pod ich vplyvom je ťažšie kontrolovať svoje správanie a odhadnúť vhodnú reakciu. Drvivá väčšina výpovedí popisovala inhalujúcich ako neagresívnych, skôr utlmených, precitlivených, až vystrašených. Agresívne správanie je najčastejšie reakciou na snahu odobrať závislým drogu, alebo na nútenie ich do abstinencie.

V Rožňave, Prešove – Starej tehelni a v Trebišove sme však zaznamenali aj ojedinelé výpovede o ubližovaní deťom zo strany inhalujúcich.

Inhalujúci sú často záškolákmi a táto situácia je čiastočne riešená pokutami pre rodinu. Finančná hrozba pomohla v prípade inhalujúcich zlepšiť školskú dochádzku. Problémom však zostáva to, že často chodia do školy pod vplyvom inhalantov. Vtedy nielen že nie sú schopní zúčastňovať sa vyučujúceho procesu, pretože nedokážu komunikovať alebo zaspia na hodine, ale narušajú ho aj všetkým ostatným, a to pachom toluénu, prípadne agresívnym správaním:

> *D1: „Lenže tam sa nedá učiť. Pretože taký feťák, on okrem toho, že vyrušuje v triede, smrdí, ale on chodí a otvára všetky dvere na všetkých triedach a chodí zisťovať, že kde sa kto učí. Jeden bol tak nafetovaný, strašne, no dvaja fetovali tak, že sáčky pri nose a tretí stál na vrchu na záchodovej mise, so sáčkom pri nose. O: A tie sáčky im napríklad nikto neodoberie v škole? D1: Kto? Kto? Bude sa učiteľ s ním pasovať, s feťákom? Pretože on už má také poruchy správania, že nikdy nevieme kedy, zaútočí, lebo už sa aj to stalo.“ (A, I1)*

Ak sa vyskytne kritické množstvo inhalujúcich, komunita už nie je schopná situáciu riešiť ani do tej miery, že by vylúčila inhalovanie z najbližšieho okolia, dochádza k tolerancii inhalovania vo verejných priestranstvách. Z hľadiska sociálnej integrácie je takáto situácia výhodná pre inhalujúcich, pretože nie sú vylúčení z komunity, a preto netrpia dôsledkami izolácie. Nestrácajú kontakt s najbližším príbuzenstvom, ktoré tiež nie je odsudzované kvôli inhalovaniu člena rodiny, a stále sú vnímaní ako súčasť komunity.

7.4 Dopad na vzťahy v rodine

Vlastná rodina sa zväčša snaží zabrániť inhalovaniu svojich rodinných príslušníkov a pokiaľ sa jej to nedarí, neraz sa pokúša sociálne ich izolovať. Rodina, ktorej člen inhaluje, prežíva pocit zahanbenia pred ostatnými členmi komunity. V prípade, že rodina nie je schopná riešiť túto situáciu a priviesť inhalujúceho k abstinencii, pristupuje k alternatívnym riešeniam. Buď popiera a zatajuje inhalovanie, čo znižuje pravdepodobnosť jeho pozitívneho riešenia alebo vylúči tohto

člena spomedzi seba a vyženie ho z domácnosti. Takto si je schopná aspoň čiastočne zachovať dôstojnosť či už pred sebou, alebo zvyškom komunity:

> *„V prvom rade sa hanbí tá rodina zaňho. A je tá rodina osočovaná, lebo tvoj syn, tam som videla tvojho syna, a tak ďalej a tam som videla, pri kontajneri, tvoj syn tam spal nafetovaný, alebo tam žobral, pri Tescu žobral na fet, a tak. Rodičia sú vyobliekaní, slušní, takže to je hanba pre rodinu, zneuctenie rodiny, mena rodiny, a tak ďalej.“ (Roz, I3)*

> *„Stretávam sa s dospievajúcou mládežou , ktorej je všetko jedno a chcú isť do väzenia , aby mali pocit že niekde patria, lebo sú ako štvaná zver a to hlavne tie, ktoré už dosiahnu vek dospelosti a už nedostávajú na nich peniaze nechcú ich ani doma a už vôbec nie zadarmo kŕmiť.“ (AI01)*

Ďalším problémom, s ktorým je rodina konfrontovaná je často aj vykrádanie domácnosti. Závislí sú kvôli potrebe zadováženia si látky ochotní okradnúť aj vlastnú rodinu:

> *„Dosť veľký [problém] pretože oni, keď sú nafetovaní, tak väčšinou sú to potom aj také, že drobné krádeže, lebo oni už pre ten fet sú ochotní urobiť všetko. Oni dokonca okradnú ešte aj vlastnú mamu. Zoberú jej múku, potraviny, čo má nakúpené do zásoby a vyčendžujú to za toluén a to už je fakt, lebo už okrádajú vlastne vlastných súrodencov.“ (Svi, I1)*

V prípade rodín, v ktorých existuje silná vzájomná väzba, ale rodina nie je schopná situáciu riešiť, a zároveň, nie je ochotná inhalujúceho vylúčiť, trpia jej členova a členky dlhodobou emocionálnou a psychickou záťažou. Závislý vyžaduje intenzívnu starostlivosť a prístup k toluénu. Toluén je výrazne páchnuca látka, ktorá má vplyv na nervovú sústavu aj v prípade jeho rozptýlenia v miestnosti. Osoby bývajúce s inhalujúcim často trpia sekundárnou formou inhalovania, napr. bolesti hlavy, dýchacie problémy. K tomu sa pridáva nervozita, strach o budúcnosť inhalujúceho, pocit bezmocnosti, ktoré sa niekedy končia emocionálnou odpútanosťou od inhalujúceho, ktorá zmierňuje túto záťaž. Podľa bytovej situácie rodiny je inhalujúci

niekedy umiestnený do samostatnej miestnosti, kde sa ostatná rodina zdržiava minimálne:

> *O: „Tým pádom aj vám v byte musí smrdieť, nie? Vy to dýchate tiež stále, nie?*
> *D1: Preto som aj ja s nervami zničený, lebo ... Ja zavrem dvere a okno tu je otvorené, ale aj tak, aj tak je to cítiť. Trápim, no, trápime sa, ale ja neviem, čo s ním bude ďalej. Ja neviem.“ (Vka, R1)*

Dôsledkom takéhoto inhalovania je však čiastočný rozpad rodinných vzťahov, kedy je síce o inhalujúceho jedinca postarané, avšak pre rodinu je dlhodobou záťažou. Príbuzní trpia stresom spôsobeným permanentnou starostlivosťou o inhalujúceho, jeho zhoršujúcim sa zdravotným stavom, strachom o jeho budúcnosť a možné úmrtie. Hoci s ťažkým srdcom, niektorí príbuzní boli ochotní priznať, že už len čakajú na to, kedy inhalujúci zomrie, pretože nevidia žiadnu možnosť, ako situáciu riešiť a zbaviť ho závislosti.

> *„Ta, ja ju mám rada a jeho nemám, už mi odpadol od srdca, už ho nemám rada.“ (Jar, R5)*

> *„Človek, keď na neho vidzí, tak vidí, že je hotový. Že to nemá ... No. Že to na umíraní ... Ná, najš se zabije, ta co mne po neho? Ja by bula radši, keby umrel.“ (Jar, R3)*

Niektorí zostávajú dlhodobo závislí na prchavých látkach, ale v dôsledku telesných a mentálnych obmedzení si ich už nevedia sami zabezpečiť. V závislosti od intenzity telesných obmedzení sú niektorí v dôsledku abstinenčných príznakov schopní aj násilia, a jediný spôsob, ako ich okolie dokáže ukľudniť, je dať im ďalšiu dávku toluénu.

> *„Keby ho budem, že by nefetoval, na mne s nožíkom ide.... už na mne útočil.“ (Jar, R3)*

V týchto prípadoch je teda súčasťou domácej starostlivosti aj nákup prchavých látok rodinnými príslušníkmi. Rodina často cestuje aj do vzdialeného mesta, napr. z Brzotína do Košíc, aby toluén získala.

V prípade vylúčenia inhalujúceho z rodinného kruhu sa takto stávajú bezdomovcami. Ak už došlo k silnej telesnej i mentálnej degradácii, nie sú schopní živiť sa inak, len zvyškami z kontajnerov. Inhalujúci potom prespávajú na v kôlňach, na povale, pod mostom alebo na ulici.

Nakoľko je fetovanie rozšírené v rámci **jednej rodiny/domácnosti** ukazuje tabuľka 12:

Tabuľka 14: Inhalovanie v rámci rodiny

Stáva sa, že v jednej rodine inhalujú aj deti aj rodičia?		áno	Nie
konkrétne lokality:	Chminianske Jakubovany		X
	Jarovnice	X	
	Veľké Kapušany	X	
	Kecerovce	X	
	Krompachy		X
	Rožňava	X	
	Sečovce		X
	Stropkov	X	
	Prešov - Stará tehelňa		X
	Svinia	X	
	Trebišov	X	

Podľa dotazníkového prieskumu, vo väčšine osídlení zneužívajú inhalanty deti aj rodičia. Zo skúseností z terénu je však takýchto rodín v rámci lokalít len zopár a sú z tých najchudobnejších pomerov. Podľa výpovedí získaných z pološtruktúrovaných rozhovorov sa inhalovanie šíri medzigeneračne obomi smermi medzi rodičmi a deťmi. Inhalujúcich rodičov vnímajú deti ako vzory a navyše majú cez nich uľahčený prístup k toluénu, ktorý sa nachádza v domácnosti. Podobne to funguje aj medzi mladšími a staršími súrodencami. Mladší

súrodenci sa učia inhalovať od starších, na začiatku hlavne pasívne z výparov v miestnosti, kde spia. Opačne funguje princíp vtedy, keď sa inhalovanie rozšírilo cez partie neplnoletých. Rodičia niekedy po inhalantoch siahnu, keď sú v úplnej núdzi a nemôžu si už dovoliť ani alkohol. Rodičia tiež výnimočne dávali v minulosti deťom inhalovať, aby ich ukľudnili, najčastejšie z dôvodu hladu. Obyvatelia týchto lokalít nemali žiadnu vedomosť o škodlivosti inhalantov:

> *„A rodina XY, to si do dnes pamätám, keď som prišla, tak všetci; decko, ktoré ešte nevedelo chodiť, v kočiariku malo privesené igelitové vrecúško [s toluénom], aj toto dieťatko. Prečo dávaš deťom? Lebo decko aspoň spí a nepýta jesť. To bolo, taký pud, že nemáme čo jesť, sú tu finančné problémy, takže tým pádom sa omámime všetci, budeme spať. Lenže si neuvedomovali, že to sa stane návykové potom, že to už potom vždycky." (Jar, I1)*

7.5 Dopad na zdravotný stav

Podobne, ako užívanie iných drog, inhalácia prchavých látok v prvom rade negatívne ovplyvňuje zdravotný stav užívateľov, ktorý participanti výskumu najčastejšie prirovnávali k opitosti. Inhalujúceho je možné rozoznať na základe silného pachu, červených sklenených očí, malátneho pohybu. Inhalovanie má rôzne účinky na psychiku - od *utlmujúceho omámenia*, ktoré sa prejavuje utiahnutosťou a minimom komunikácie, cez *euforické účinky*, pri ktorých má inhalujúci zvýšené sebavedomie, cíti sa mocný, má extrovertné prejavy, je lucidný, výrazne a zmysluplne komunikuje.

Medzi vážnejšie zdravotné dôsledky patria poruchy nervovej a pohybovej sústavy, deteriorácia psychických schopností, zníženie imunity, poruchy funkcie pečene, epileptické záchvaty a podobne:

> *„Všetko som vyskúšal. A najsilnejšia droga, ktorá existuje, to je toluén, to je najsilnejšia droga, ale aj najhnusnejšia. Lebo to máš v hlave, ti vymierajú bunky, to ti zdeptá mozgy, celé telo ti schudne, vieš, čo z teba bude?" (Brz, R3)*

> *„Trasie ich, potom sa im ťažko dýcha a ja neviem ešte aké tam sú všetky príznaky, ale určite toto trasenie, to je jedno z najhlavnejších. Keď fetujú, hej, že úplne má mútne oči, on keď nefetuje, tak tie oči sú jasnejšie, že mu netečie sopeľ alebo čo, ale určite im je zle. Keby im nebolo zle, tak by zase po tom nesiahli." (Svil01)*

Dlhodobé inhalovanie vedie u istých osôb k mentálnej aj fyzickej degradácii, až k úmrtiu. Tieto osoby trpia syndrómom, ktorý sme nazvali „syndróm robota", podľa najvýraznejšieho fyzického prejavu – „robotickej" chôdze. Syndróm sa tiež prejavuje celkovým telesným trasom, osobnostnou degradáciou, mentálnou retardáciou, epileptickými záchvatmi, chronickou hepatopiou, chronickou bronchitídou a poškodením nervovej sústavy.

> *„...dochádza ku deštrukcii osobnosti človeka. K takej deštrukcii, že oni sami medzi sebou prezývajú jedného napríklad, taký feťák, čo už má poruchy pohybu. On už doslova chodí jak robot, hej, tak by som to prirovnal, jak robot, keď sa nafetuje ... Čiže už sú poškodené nervové dráhy, alebo nervové centrá. Už je tam určite osobnosti už je na takej úrovni, že on trebárs keby ste ho videli teraz, túto zimu ... on mal štyri kabáty oblečené na sebe, chudý jak prútik, samozrejme, o mentálnych schopnostiach ani nehovorím." (A, I1)*

> *„...už zapomnel šecko (zo školy), ani podpísať še nezná, bo všecko zapomnel od toho fetovania a ša to še treše ..." (Jar, R5)*

Tieto osoby už nie sú schopné vykonávať samostatne žiadnu činnosť, nevedia sa sami o seba postarať (ani pri umývaní či jedení), často ani komunikovať. Dôsledkom toho je, že zostávajú v domácej starostlivosti rodinných príslušníkov, samozrejme len v tých prípadoch, kedy ich rodina v domácnosti akceptuje.

> *„... a teraz už nefetuje, nevládze. Ja mu dávam jesť. Verte mi... Ten druhý, mladší, kupuje on, umyje ho, lebo ja nemôžem, matka. Znáte jak je. Syn, syna myje ho, s prepáčením, na záchod, syn ho bere. A ja... Keď by som mu dala vodu, nevypije ju. Padne dolu mu z ruky. Také máme problémy.*

Písať aj čítať vie, ale nemôže sa podpísať, lebo še ruky mu trasú, ta dzé.“ (Jar, R2)

Konečným dôsledkom dlhodobého a neobmedzovaného zneužívania inhalantov je úmrtie:

„No, tí ,čo neprestanú fetovať, umrú. Tam je presne diagnóza, ako pri alkoholizme.“ (Svi, R3)

„Dlho, dlho [fetoval]. Potom síce prestal fetovať, ale pil, takže to bolo detto, ale tak viac ako štyridsať rokov sa priemerný feťák nemôže dožiť, keď tak fetuje, že už od dieťaťa. To je zase taký môj skromný odhad. Pretože D., on je in a invalidnom, tak teraz neviem, či si fetne, či nie, ale ten je úplne to ... On má menej rokov, a ten má možno tridsaťpät, ale to je už hotová taká ľudská troska.“ (Jak, R1).

K úmrtiu inhalujúcich dochádza aj z iných dôvodov. Pri inhalovaní môže dôjsť ku strate vedomia. V týchto prípadoch hrozí úmrtie na základe udusenia alebo stečenia toluénu do hrdla. Taktiež sme sa dozvedeli o prípadoch, kedy niektorí závislí toluén vypili. Dôsledkom je trvalé poškodenie ústnej dutiny, hrdla a tráviacej sústavy kvôli popáleniu, až úmrtie. Presnú motiváciu, či dôvody, prečo niekto vypije toluén sa nám nepodarilo zistiť. Z domnienok účastníkov výskumu vyplýva, že pravdepodobne ide o vydieranie zo strany inhalujúcich, kvôli snahám príbuzných odobrať im toluén alebo zakázať inhalovanie, či z iných príčin.

„A mi vravel: „Keď mi budeš ty robic, že by som nefetoval, celú fľašu vypijú.“ (Jar, R2)

Dlhodobé inhalovanie však nevedie nevyhnutne vo všetkých prípadoch k vyššie uvedeným následkom. Niektoré osoby inhalujú aj 20 rokov a stále sú spoločensky funkčné, u iných sa už po niekoľkých rokoch objaví „robotický syndróm“. Nepodarilo sa nám zistiť presný dôvod týchto interindividuálnych rozdielov. Jedným z faktorov, ktoré ovplyvňujú vznik tohto syndrómu, je starostlivosť zo strany rodiny. Ak má dostatočne zabezpečené iné potreby - výživa, hygiena, lekárska starostlivosť, atď., znižuje sa pravdepodobnosť rozvoja syndrómu „robota“.

7.6 Distribúcia inhalantov

Odpovede respondentov z radov obyvateľov rómskych osídlení na otázku: „Ako sa inhalanty dostali do osídlenia?“ uvádza tabuľka 15:

Tabuľka 15: Ako sa inhalanty dostali do osídlenia

Ako sa inhalanty dostali do osídlenia		osoby z blízkej lokality	z prevýchovných inštitúcií (väzenie, detské domovy)	začal niekto v osídlení a ďalej sa to šírilo
konkrétne lokality:	Chminianske Jakubovany		X	
	Jarovnice	X		
	Veľké Kapušany	X	X	
	Kecerovce	X		
	Krompachy	X	X	
	Rožňava		X	
	Sečovce			X
	Stropkov			X
	Prešov - Stará tehelňa	X	X	X
	Svinia	X		X
	Trebišov	X		X

Podľa výpovedí participantov priniesli najčastejšie inhalanty do osídlenia osoby z blízkej lokality a paradoxne tiež z nápravno-výchovných inštitúcií (väzenie, detské domovy). Vo viacerých osídleniach je problémové jednoznačne určiť iniciáciu inhalovania a zdá sa, že sa na nej súčasne podieľali osoby mimo aj zvnútra lokality. Pokiaľ inhalovanie začalo priamo v danej lokalite bez vplyvu zvonka, objavujú sa názory, že to bolo v dôsledku extrémnemu nárastu chudoby po páde komunizmu:

„Jedna rodina, ktorá stratila bývanie, začali sa túlať, žobrať, chodili po kontajneroch a tým, že nemali ,čo jesť, tak fetovali a mysleli si, že sa týmto najedia.“ (SttR09)

„Tak to priniesla demokracia. Predtým by sa také dačo nedalo robiť, môj otec hovorí, že za komunistov by ich všetkých podávali do basy.“ (SecR05)

K rozširovaniu inhalovania prispievajú aj rozvetvené príbuzenské vzťahy a častá migrácia medzi jednotlivými lokalitami. Častým spôsobom šírenia inhalovania je prepojenie rovesníckych partií:

„Bo to tu tak, nefetovali. Teraz zo Švini doniesli tu.“ (Jar, R4)

Medzi najčastejšie sa vyskytujúcimi **zdrojmi peňazí na inhalovanie** sa vyskytujú krádeže, žobranie, zber odpadových surovín a ich následný predaj. Tieto spôsoby získavania zdrojov sa vyskytujú u detí a mladistvých, ktorí nemajú prístup k vlastným financiám. Potreba získať každý deň prístup k droge núti závislých zháňať neustále financie. Jednu časť dňa tak trávia inhalovaním a ďalšiu získavaním prostriedkov. Tí, ktorí sú z osád, často chodia na „výlety“ do okolitých miest, kde zostávajú i niekoľko dní. Mnohí sa často kvôli priestupkom či trestným činom dostávajú do väzenia:

„Šak on chodí žobrať! Pred kostelom stojí, jak je omša, chodí si sám žobrať. Zbierajú hliník, meď a tak a predávajú a za to si kupujú. Alebo tiež chodia na smetisko, čo nájdu, to predajú...“ (Stt, R3)

„Šak bežne sú potom v base, lebo chodia kradnúť. ... Kým sú ešte maloletí, tak nič, no ale potom sa posunú do tej vyššej kategórie , ktorá spadá pod trestný zákon, takže končia v base. Všetci naši feťáci skončia tak ... To sú normálne adepti pre kriminál, pretože kradnú. ... On už potom, keď je nafetovaný, nemá problém, lebo padli všetky zábrany, idem kradnúť.“ (Svi, I1)

„Žobrú. To je taká brigáda pre nich. Keď nežobrú, tak kradnú. Keď, tak možno niečo deťom z ruky tu v komunite alebo niekde nejakú babku. Tak si trúfnu. Neraz niekto volá políciu, že nejakú babku alebo tetušku okradli také malé deti. Oni sa proste rozbehnú a vytrhnú tašku. Alebo rodičom možno ukradnú. Alebo chodia z rodiny do rodiny a zoberú napr. nejakú vec. Tak si poskladajú. Sú rôzne spôsoby, ako sa k tým peniazom dostať.“ (A, I1)

Vo viacerých lokalitách získavajú inhalujúci financie aj od vlastných rodičov. Ako sme však už vyššie uviedli, rodina si s abstinenčnými príznakmi inhalujúcich jedincov často nevie poradiť inak, ako tým, že mu drogu pomôže zabezpečiť.

„Rodičia vedia, na čo ich míňajú a občas im to aj kupujú, lebo doma vidia, ako sa trasie a tak idú im to kúpiť.“ (JarR11)

Inhalanty nakupujú prevažne v lokálnych predajniach drogérie a farieb – lakov alebo vo väčších predajniach v mestách v závislosti od dostupnosti. Niektoré predajne v blízkosti rómskych osídlení, poučené o zneužívaní toluénu, prijali opatrenia obmedzujúce predaj látky na osoby mladšie ako 18 rokov. V Prešovskom kraji však bolo jediným účinkom týchto opatrení zvýšenie ceny inhalantov pre samotných spotrebiteľov. Deti dávajú dospelým niekoľkonásobnú sumu za nákup a často látku následne predávajú svojim vrstovníkom. Takáto forma **úžery** sa vyskytuje aj medzi dospelými, kedy distribútor, ktorý zväčša nie je sám závislý, kúpi väčšie množstvo, ktoré potom predáva v menších fľaškách za zvýšenú sumu. *„Tak normálne to stojí, že celá fľaša 1,39 eura. On to predáva v malých fľaštičkách od liekov za 5 eur a cez víkend aj za 10.“* (Svi, R2) Závislí sú ľahkou obeťou takejto úžery, keďže abstinenčné príznaky ich v prípade akútneho nedostatku donútia zaplatiť akúkoľvek sumu. Ďalšou formou distribúcie je zneužívanie na prácu, kedy za ňu závislí dostanú isté množstvo látky:

„Alebo dokonca idú do lesa na drevo a ten, ktorému chystajú drevo, im nedá najesť alebo potraviny. Ten im zadováži toluén. To je už dopredu dohoda. Takže, ako problém to vidím a veľký. “ (A, I2)

„ Pol malej fľašky ti odlejú za tri duby [napílené].“ (Svi, R2)

Zhrnutie

Do väčšiny nami skúmaných osídlení sa inhalanty dostali zvonka, a to buď z blízkych lokalít, vplyvom prisťahovania sa nových inhalujúcich jedincov, alebo v dôsledku návratu osôb z prevýchovných zariadení. Za najčastejšie príčiny ich ďalšieho šírenia možno považovať chudobu, nedostatok možností aktívneho trávenia voľného času, traumatické udalosti, nevhodné rodinné prostredie, nátlak rovesníkov a nudu. Zväčša ide o komplex vzájomne previazaných dôvodov, a nie o jednotlivú príčinu.

Užívanie inhalantov priamo negatívne ovplyvňuje jedincov – užívateľov, čo sa prejavuje najmä ich zhoršujúcim sa zdravotným stavom a neraz končí fatálne. Fenomén zneužívania prchavých látok má však vplyv aj na celé komunity, dochádza k zhoršovaniu vzájomných vzťahov, deti a mládež získavajú negatívne vzorce správania, inhalujúci dokážu výrazne narušať vyučovací proces, okolité obyvateľstvo nazerá na celú komunitu s dešpektom. Objavuje sa aj agresívne a kriminálne správanie na verejnosti, v rámci aj mimo rómskej komunity, čo nielen prináša užívateľom inhalantov problémy v trestnoprávnej rovine, ale ešte viacej zhoršuje verejný obraz daných komunít a vzájomné spolunažívanie.

Vlastná rodina si zväčša nedokáže s inhalujúcimi jedincami pomôcť, neraz im zo strachu pred ich abstinenčnými príznakmi sama umožní dostať sa k ďalším dávkam prchavých látok. Zároveň sa vzájomné vzťahy v rodinách poznačených inhalovaním postupne začínajú rozpadať.

Kapitola 8. Priebeh inhalovania a faktory vedúce k jeho ukončeniu

Pre lepšie porozumenie problematiky inhalovania, ktoré umožní vytvárať čo najlepšie rôzne preventívne programy, uvádzame v tejto kapitole údaje o priebehu inhalovania, dôvody, ktoré vedú k tomu, že jedinci spontánne prestanú inhalovať a tiež približný vek ukončenia inhalovania. Väčšinu z týchto informácií sme získali na základe pološtruktúrovaných rozhovorov.

8.1 Priebeh inhalovania

Inhalovanie prebieha rôzne, a to najmä v závislosti od miesta, spôsobu a času užívania, typu osobnosti či stupňa závislosti. Podľa **miesta** inhalujú ľudia:

a) **Mimo komunity** – malé skupinky kamarátov sa stretávajú najčastejšie na odľahlých miestach (les, opustené domy, blízke väčšie mesto...). Tieto skupiny sa schádzajú najmä za účelom inhalovania, ktoré je pre nich často hlavnou, ak nie jedinou formou trávenia voľného času. Z komunity odchádzajú do ústrania preto, aby mali súkromie, ale aj kvôli negatívnym reakciám okolia alebo potrebe utajiť inhalovanie pred rodinou či komunitou.

b) **Verejne** – v niektorých komunitách (napr. Trebišov, Svinia, Jakubovany) sa inhaluje otvorene na verejných priestoroch. Inhalujúci sa neskrývajú a táto forma fetovania je v komunite istým spôsobom tolerovaná. Verejné inhalovanie sa vyskytuje v komunitách v závislosti od rozšírenia inhalovania (množstva fetujúcich) a od dĺžky obdobia (cca 10 a viac rokov). V takýchto prípadoch nie je nutné odchádzať mimo komunitu. Inhalovanie sa tu vyskytuje v takej miere, že s ním členovia komunity, ktorí ho vnímajú ako problém, nie sú schopní nič urobiť:

„Hmmm, vravím, na to si zvykli ľudia, čo žijú v tej komunite. Už ani nekričia na nich alebo dačo.“ (RozI01)

Čas, ktorí jednotlivci venujú inhalovaniu závisí na viacerých faktoroch – od nutnosti dodržiavať nejaký režim (napr. školská dochádzka, zamestnanie, aktivačné práce a pod.), cez hĺbku závislosti či postoje rodiny k inhalovaniu – rodina napr. nevpustí inhalujúceho do domu, pokiaľ páchne po toluéne. K inhalovaniu dochádza hlavne v týchto časových obdobiach:

a) **večer a v noci** – v tomto čase inhalujú najmä vrstovnícke skupiny, ktoré sa za týmto účelom stretávajú. Často trávia celé noci spolu mimo svojich domovov. Stretli sme sa s prípadmi, kedy tieto skupinky pravidelne odchádzajú do najbližšieho väčšieho mesta, kde si vyžobrú peniaze na toluén, potulujú sa po meste a aj niekoľko dní prespávajú na rôznych miestach, napr. pod mostom. V mnohých prípadoch ide o 12-13 ročné deti, o ktoré sa už rodina veľmi nestará alebo sa ich v jednej domácnosti nachádza priveľa, preto hľadajú akékoľvek iné možnosti pre trávenie času.

„Vo väčšine prípadov sa fetuje buď večer, už keď sa stmieva, a keď idú cez deň fetovať, tak sa stiahnu niekde, cintorín alebo čo ja viem, do ústrania sa stiahnu, ale večer, povedzme, pri klube, vzadu zadná ulička, šesť – ôsmi a ideš.“ (Roz, I3)

b) **vo voľnom čase** – v tomto čase inhalujú tie osoby, ktoré musia dodržiavať nejaký režim – školskú dochádzku, zamestnanie, starostlivosť o rodinu a voľný čas si vypĺňajú inhalovaním. Nejedná sa len o závislé osoby, ale aj tie, ktoré inhalujú len občasne, napr. tí, ktorí obmedzili inhalovanie kvôli založeniu rodiny alebo tí, ktorí inhalujú len sporadicky a nie sú závislí.

„Mám aj takých, čo chodia pravidelne do školy a fetujú. Ale, samozrejme, viacej takých tých záškolákov. Jednoznačne je ich viac.“ (A, I3)

c) **takmer nepretržite** – mnoho fetujúcich je už mimo školskej dochádzky – vynechávajú ju alebo sú nezamestnaní. Okrem spánku inhalujú v krátkych intervaloch celý deň. Istým spôsobom je celodenné inhalovanie podobné inhalovaniu vo voľnom čase, ale v tomto prípade nemajú inhalujúce osoby žiaden režim, ktorý by boli nútení dodržiavať.

Niektorí jedinci uprednostňujú inhalovať **individuálne**. Ojedinele sa stáva, že niektoré osoby inhalujú dlhé obdobia (aj 20 rokov) a sú integrované v komunite. Sú schopní zastávať svoje povinnosti, chodia do práce, najčastejšie na aktivačné práce, majú svoje rodiny. Málo ľudí je schopných vydržať inhalovať také dlhé obdobie. Väčšina vo vyššom veku prestáva alebo umiera. Individuálne teda inhalujú tí, ktorí už nemajú vrstovníkov, s ktorými by sa mohli na základe inhalovania socializovať.

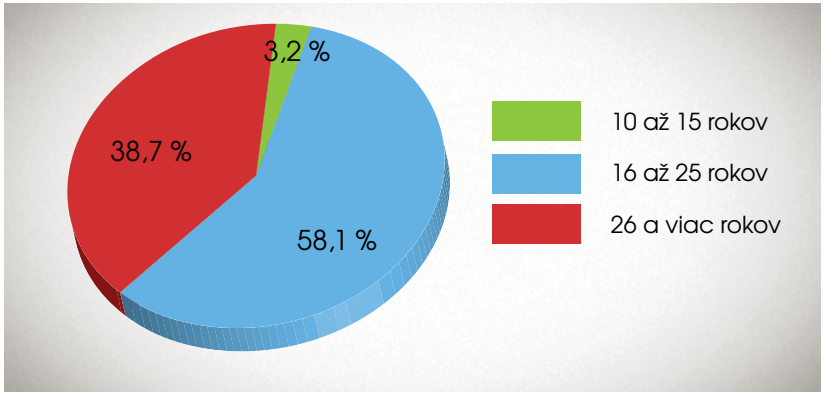
„Toto, že G. fetuje ako päťdesiatročný, tak to je unikát. Individualista. On fetuje sám, on nefetuje s nikým.“ (A, I3)

Vyskytujú sa aj prípady mladistvých, ktorí chcú zážitky z inhalovania niekedy prežívať osamote.

8.2 Faktory vedúce k ukončeniu zneužívania inhalantov

Koniec obdobia zneužívania inhalantov bol väčšinou zástupcov inštitúcií (58,1%) ohraničený vekom 25 rokov:

Graf 33: Vek ukončenia inhalovania



Tieto údaje súhlasia s výpoveďami rómskych respondentov. Podrobnejšie informácie k tejto téme poskytli pološtruktúrované rozhovory, na základe ktorých možno určiť viacero faktorov vedúcich k ukončeniu inhalovania.

Napriek tomu, že užívanie inhalantov spôsobuje rýchlu a ťažkú závislosť, v mnohých prípadoch sa užívateľom podarí s inhalovaním prestať. Podľa zistených skutočností je niekedy možné zbaviť sa závislosti v priebehu niekoľkých dní. K tomu je však potrebné priaznivé pôsobenie viacerých činiteľov. Predovšetkým ide o silnú motiváciu skoncovať s inhalovaním, podporu od rodiny a komunity, nedostupnosť látky a možnosť liečby.

1. Externé faktory:

a) **nedostupnosť drogy**

Tento faktor považujeme za najdôležitejší pri ukončení zneužívania inhalantov. Ak inhalanty nie sú dostupné, tak drvivá väčšina inhalujúcich automaticky prechádza na iné drogy, najčastejšie na alkohol, avšak taktiež na iné prchavé látky so slabším účinkom. Participanti v lokalitách, kde nie je toluén dostupný, a ktorí ho preto prestali užívať, tento dôvod často priznávali až ako poslednú možnosť v zmysle „keď mám byť úprimný“. Na otázku, prečo prestali fetovať, najskôr odpovedali inými dôvodmi, napr. že to škodí zdraviu, alebo mali silnú vôľu, kvôli rodine a podobne:

„Musíš mať pevnú vôľu. Keď si povieš dosť, tak dosť. Pevnú vôľu musíš mať. Ja som teraz na liečení, na alkoholickom. Ja sa liečim teraz v Plešivci. Ja som bol na drogy a na alkohol. Teraz mám na alkohol, lebo drogy teraz neberem a trávu, sem tam si zahúlim.“ (Brz, R3)

b) **dostupné alternatívne možnosti trávenia voľného času**

Tento faktor je taktiež veľmi významný. V lokalitách, v ktorých fungujú inštitúcie (komunitné centrum, centrum voľného času, cirkevný spolok a pod.), ktoré ponúkajú rôzne formy trávenia voľného času, sa znižuje počet inalujúcich. Akékoľvek iné zaujímavé možnosti sebarealizácie motivujú inhalujúcich k zanechaniu inhalovania. Niekedy s ním skoncujú úplne, inokedy len počas participácie na týchto aktivitách. Mnohí užívatelia sa začali aktívne podieľať na organizácii týchto podujatí, prestali s inhalovaním a stali sa agentmi zmeny. Odkedy zanikla veľká časť týchto inštitúcií, vo väčšine týchto lokalít sa zvýšil počet fetujúcich:

„ ... a nám sa z tých dvadsiatich štyroch fetujúcich podarilo stiahnuť šestnástich do klubových aktivít ... a nakoniec z nich boli vedúci krúžkov. Oni mi riadili krúžky, a tak ďalej. Oni boli tí najlepší. To vám vážne vravím. Prestali [inhalovať], totálne. Keď sme s nimi robili diskotéku, čo sme robili vtedy pravidelne diskotéky, tak oni boli moji usporiadatelia, cez ktorých neprešiel vlastný kamarát, ktorý s nimi fetoval predtým... nepustili ho, lebo už poznali tie finty, žuvačka a takéto veci a bolo to vynikajúce, ako sa nám to podarilo stiahnuť.“ (Roz, I3)

c) **zásah rodiny** – rodinná súdržnosť a silná autorita sa špeciálne u malých detí ukázali ako jeden z najefektívnejších spôsobov zamedzenia užívania inhalantov. Často uvádzaným dôvodom, prečo niekto inhaluje a iný nie, v tomto kontexte bola odpoveď: *„Otec by ma zbil.“* Telesné tresty, teda bitku, mnohí vnímajú ako pozitívny výchovný prostriedok. Stretli sme sa s vysvetlením, že rodičia, ktorí svoje deti nezbijú, nemajú o ne záujem, nevenujú pozornosť tomu, čo robia.

„Nebol agresívny, bál sa rodičov, že čo mu za to spravia. Lebo keď dobre vychováš, boja sa rodičov, keď zle vychováš,

neboja sa. A on bol dobre vychovaný.“ (Stt, R2)

Na druhej strane, bitka, často ako jediný silný výchovný prostriedok, zlyháva, keď sa dieťa stane závislým. Mnoho rodičov sa dostáva do bezmocnej situácie, ktorú sami nevedia riešiť.

d) **Odchod z lokality**

Jedným zo spôsobov, pomocou ktorého niektorí užívatelia skončili s inhalovaním, je väzenie. Dokonca sa po návrate z neho stali agentmi zmeny a šírili informácie o negatívnych dôsledkoch fetovania.

„Som videla, že chce prestať a nemôže, lenže títo... tým prestali, že boli vo výkone trestu a že... odišli z tadeto.“ (A, I1)

Vo všeobecnosti sa zástupcovia inštitúcií zhodujú, že pobyt v nápravnovýchovnom zariadení má na obyvateľov segregovaných lokalít pozitívny vplyv: vytvoria si denný režim, rozšíri sa im slovná zásoba a niekedy sa začnú zaujímať o záležitosti komunity a spolupracovať s inštitúciami. V prípade detí a mladistvých, ktorí sa dostali do detských domovov a reedukačných zariadení rovnaká situácia zväčša neplatí. Napriek tomu, že niektorí z nich tam strávili dlhšie obdobie (3 a viac mesiacov), pre vyliečenie sa zo závislosti to nestačilo. Po návrate do domáceho prostredia, sa po určitom období aj oni k nemu znovu vrátili.

„Tu je podľa mňa v tom rozdiel, že keď nie je sám, tak nemá takú motiváciu, keď sa vráti. Tam je partia, ktorí mu to hneď dajú.“ (Her, I1)

Napriek tomu, že niektorí užívatelia inhalantov sa vďaka pobytu v takýchto zariadeniach dokážu vzdať inhalovania, paradoxne sme zaznamenali početné prípady, kedy sú tieto priestory skôr

cestou k získaniu buď informácií o inhalovaní alebo aj samotnej skúsenosti. Po návrate domov novonadobudnuté skúsenosti s inhalovaním potom ďalej šíria v rámci lokality. Platí to v hlavne v prípade mladistvých, ktorí sa často naučia inhalovať v detskom domove.

„A jedna z takých rodín bola, že oni mali decká v ústave. A keď oni z ústavu prišli domov na prázdniny, tak to dovliekli.“ (Stt, I1)

Významným faktorom ovplyvňujúcim ukončenie inhalovania je odchod do zahraničia. Niektoré rodiny majú príbuzných v lokalitách, kde sa neinhaluje, často v Česku. Posielajú tam svojich členov, aby sa zbavili závislosti. V týchto prípadoch sa kombinuje účinok viacerých faktorov – strata vplyvu partie v domácom prostredí, starostlivosť rodiny v inej lokalite, v prípade dospelých často nástup do zamestnania. Podobne to funguje aj vtedy, keď sa celá rodina odsťahuje do zahraničia, kedy sa zväčša všetkým jej členom zvyšuje kvalita života. Rodina uniká z cyklu rasizmu a diskriminácie, rodičia sa majú možnosť zamestnať, deti chodia do škôl, učia sa nový jazyk a sú v prostredí, kde sa inhalovanie nevyskytuje.

„Potom sme ho rovno zobrali do Anglicka, tu už ani nebol. Pomohla mu tá zmena prostredia. Pomáha im to, lebo si to [toluén] tam nemôžu kúpiť. Tam nič také nemáš, nič ti nepredajú, tam aj na cigarety a alkohol všetci pýtajú občiansky, že máš 18 rokov. Tu nie, tu je im to jedno, aj deťom hocičo predajú. V Anglicku je lepšie. Aj teraz chceme ísť zas. Tam je každý iný, tu Pakistanec, tu Ind, ta to neni problém, že sme Rómovia. Tam vedia, že sme Rómovia a sú aj tak milí, ešte pomôžu, lebo vedia, ako sú na tom Rómovia. ... Lebo tam neni problém, keď si Róm, tam ti kvôli tomu nikto nenadáva, nerobí zle.“ (Stt, R1)

2. **Individuálne faktory** majú jednu spoločnú črtu – víziu lepšej budúcnosti a kvalitnejšieho života, či už pre seba alebo pre svoju rodinu. Toluén, ako cesta úniku z beznádeje, nudy, či ako forma trávenia času s kamarátmi prestáva byť atraktívna. Väčšina užívateľov si uvedomuje negatívne dopady inhalovania na ich životy (zdravotné a sociálne) a ak majú lepšie alternatívy, sú motivovaní a ochotní skúsiť abstinovať.

a) **založenie rodiny/narodenie dieťaťa** je veľmi častým dôvodom rozhodnutia prestať fetovať. Mnoho užívateľov, pre ktorých je tento krok motivujúci, buď prestane inhalovať úplne, alebo ho výrazne obmedzí. Často sme sa stretli s tvrdením, že mnohí z fetovania „vyrastú“. Po bližšom pátraní sa práve založenie rodiny stalo krokom k „vyrasteniu“. Súčasťou tohto rozhodnutia je tiež finančná stránka. Inhalujúci sa musí vzdať nákladov na toluén a iné drogy (najčastejšie alkohol) a namiesto toho sa snažiť uživiť rodinu.

„Musím sa starať o deti. Taký otec, ktorý je nedbanlivý, čo sa nestará o deti, to je už inakšá vec, ale ja som starostlivý o deti. Ja, keď dostávam aktivačný, ja urobím robotu, ja šecko, čo dostávam, dám žene, peňáze, aby išla kúpiť deťom šaty, topánky alebo čo jesť ... Sú takí, že ako zvyknutí na tomto [toluéne] a že ich ako nebaví o dieťa, ale tak ... Ja sa musím postarať o dieťa, nie že len ... Ta co budem len na sáčok kukat alebo co? Potom ja nechcem, aby išli do nemocnice, hore a dole chodiť, ešte po tom ... Z kade to tie peneži na to, tie autobusy?“ (Jar, R3)

„Tak odrazu, že som sa mám teraz, mal som decko, ale ja som sebe rozumel, že ako čo, decko a čo on bude kukať na mňa a potom on začne toto spraviť, rozumiete ma, ale to ja nechcem. Raz som povedal, že: Nie, skončím s tým, som skončil. Ja nechcem, aby som mal problémy ešte s mojím deckom. Radšej tak a čistý som.“ (Jar, R2)

b) nájdenie si vzťahu – tento faktor je veľmi podobný ako založenie rodiny. Vplyv partnerky, ktorá odmieta mať vzťah s „feťákom“ je mnohokrát dôvodom, ktorý motivuje užívateľov k ukončeniu inhalovania.

„To aj hociktorá matka príde a povie, že: Sme mu našli ženu. Že toto asi pomôže. A tam keď už ani rodina nevie pomôcť, tak možno tá partnerka, že ona dá nejakú podmienku, že: Budem s tebou žiť alebo budem s tebou chodiť, ale moja podmienka je, že prestaneš fetovať.“ (Svi, R3)

c) **Práca** zabezpečuje inhalujúcim financie, zmysluplné aktívne trávenie času a taktiež abstinenciu počas pracovného času.

„..alebo príklad, ponúknu mu nejakú robotu: „No od zajtra môžeš prísť robiť, na stavbu, pomáhať,“ a tak ďalej, tak nebude. Keď bude mesiac chodiť do práce, tak nebude fetovať.“ (Roz, I3)

3. **Zdravotné faktory:**

Menej často uvádzaným dôvodom ukončenia inhalovania sú negatívne zdravotné dôsledky. Napriek tomu, že mnoho inhalujúcich je poučených o deštruktívnom dopade inhalovania na zdravie, či má vážne zdravotné problémy, sila závislosti a benefity z inhalovania sú pre nich silnejšie. Zdravotné dôvody boli zvyčajne uvádzané ako sekundárne, t.j. ako podpora pre udržanie abstinencie z iných primárnejších dôvodov (založenie rodiny a pod.)

„Vysvetlím im zdravotné následky, vysvetlím, že prečo majú prestať a tak ďalej. Vysvetlím ekonomické následky, sociálne, kultúrne, rodinné väzby, vysvetlím, a tak ďalej. Hej, máš pravdu, o 20 minút G. si ide kúpiť toluén, ale za pravdu mi dal.“ (Roz, I3)

Niektorí abstinujúci si pri ťažších zdravotných problémoch uvedomia, že inhalovanie znižuje kvalitu ich života a ak s ním neprestanú, pravdepodobne veľmi rýchlo umrú.

„Ja som to [toluén] miešal s alkoholom. Vieš, keď je človek opitý, potom mozog je úplne inde ... Mám výpadky mozgu, preto sa liečim teraz.“ (Brz, R3)

„Alebo, že už sú tam také zdravotné dôsledky, možná že sa stane invalidný a vtedy už zistí, že no tak naozaj už umriem, tak prestane...“ (Svi, R2)

Abstinencia zo zdravotných dôvodov sa týka tiež prípadov, kedy si užívateľ v dôsledku ťažkého poškodenia zdravia nie je schopný zabezpečiť látku a príbuzní to tiež nie sú ochotní urobiť.

Zhrnutie

Skupinky kamarátov sa často za účelom inhalovania stretávajú na odľahlých miestach mimo komunity a snažia sa tak svoju závislosť utajiť. V niektorých prípadoch, kde inhalovanie nadobudlo verejné rozmery, sa závislí neskrývajú, čo má negatívny dopad na celé spoločenstvo, keďže návyk sa veľmi rýchlo šíri medzi deťmi a mládežou. Väčšina participantov inhaluje spolu s „partiou“, zachytili sme aj prípady individualistov, ktorí si omámenie „užívajú“ sami. Toto platí aj pre ťažko závislých, ktorým už fyzické následky drogy neumožňujú voľný pohyb.

Najčastejšie uvádzanou príčinou ukončenia inhalovania je nájdenie si vzťahu, či založenie rodiny. Dôležitým faktorom ukončenia inhalovania je aj nedostupnosť drogy, napríklad pri odchode do zahraničia alebo do lokality, kde inhalovanie nie je rozšírené. Na lokálnej úrovni pomohlo inhalovanie takmer úplne odstrániť rozhodnutie predajcov nepredávať toluén vôbec. Na úrovni spoločenstva sa ako mimoriadne účinný nástroj znižovania závislostí ukázala systematická práca komunitných centier, ktoré ponúkajú deťom a mládeži možnosti zmysluplného trávenia voľného času. Podľa pozorovaní zväčša bývalých TSP, ak sa v lokalite zavedú krúžky a voľnočasové aktivity, počet inhalujúcich sa okamžite zníži. Z vonkajších faktorov ukončenia inhalovania je významný zásah rodiny, najmä v prípadoch detí v úvodnej fáze závislosti, kedy s inhalovaním

len experimentujú. Výnimočne sme sa stretli aj s prípadmi, kedy závislí s užívaním prestanú kvôli ťažkým zdravotným následkom, ktoré im závislosť spôsobila.

Kapitola 9. Možnosti riešenia inhalovania

V tejto kapitole sa zameriavame na postup relevantných inštitúcií pri snahe o redukciu inhalovania, používané opatrenia a ich reálny dopad. Odpovede na otázku, aké možnosti riešenia problematiky inhalovania vidia samotní rómski obyvatelia osídlení ako aj zástupcovia inštitúcií, tvoria hlavný obsah tejto kapitoly. Tiež sa zaoberáme tým, či medzi inštitúciami existuje optimálne vytvorená sieť vzájomnej spolupráce a či je aj na centrálnej úrovni potrebné prijať nejaké ďalšie opatrenia zamerané na zníženie, či elimináciu inhalovania.

9.1 Postup inštitúcii pri snahe o redukciu inhalovania

Pri rozhovoroch so zástupcami inštitúcií, ktorí sa v praxi stretávajú s jedincami zneužívajúcimi inhalanty, sme sa zaujímali o to, či a akým spôsobom sa pokúšajú inhalujúcim pomáhať skoncovať s užívaním týchto látok. Pri otázkach zameraných na ich postup sme sledovali, či medzi inštitúciami existuje kooperácia. Zástupcovia inštitúcií najčastejšie deklarovali spoluprácu s políciou, školskými zariadeniami, samosprávou, sociálnymi pracovníkmi, lekármi a pracovníkmi úradov práce, sociálnych vecí a rodiny – predovšetkým kurátormi. Typické odpovede uvádzané ako príklady spolupráce pri riešení problémov inhalujúcich sú tieto:

> *„Spolupracujeme so školou, rodičmi a políciou. Už som spomínal, že sme vybavili niektorým možnosť liečiť sa.“ (BrzI02)*

> *„Ak ide o akútny prípad, odporúčame poskytnutie lekárskej starostlivosti. Problém riešime v spolupráci s políciou, kurátormi a aj rodičmi.“ (RozI01)*

> *„V prípade, že takýto prípad šetríme, ďalší postup je už na sociálnej kuratele, ja konkrétne to nesledujem.“ (TreI02)*

Tiež sme zisťovali, pri akých konkrétnych činnostiach dochádza k spolupráci medzi inštitúciami. Inštitúcie najčastejšie kooperujú s políciou, kde sa jedná o rôzne formy represie, kontroly, pridružených

priestupkov, prípadne eskortovanie nafetovaného žiaka zo školy domov. Spolu s políciou býva často privolaná aj záchranná služba – ak je osoba silne intoxikovaná alebo má zdravotné problémy, najčastejšie epileptický záchvat. Po krátkej hospitalizácii je závislý prepustený s odporučením ambulantnej liečby, ktorú však spravidla neabsolvuje. V lokalitách vyšším výskytom inhalovania sú tieto postupy pomerne časté, neúmerne zaťažujú zúčastnené inštitúcie, avšak ich efekt je minimálny.

V prípade školopovinných detí zväčša inhalujúcich identifikujú pedagógovia a ak sa im situáciu nepodarí riešiť komunikáciou so žiakom a rodičmi, prípad nahlásia sociálnej kuratele. Na jej podnet súd zväčša nariadi liečbu alebo odobratie dieťaťa rodičom z dôvodu ohrozovania jeho mravnej výchovy a zdravia a umiestni ho do ústavnej starostlivosti. Podobný postup ako pedagógovia používajú aj TSP, KPZV, či polícia.

Skúsenosti z terénu naznačujú, že situácia v oblasti spolupráce je problematická. Systematický prístup a špecifické postupy zamerané na riešenie inhalovania absentujú, problémom je aj slabá ochota či frustrácia inštitúcií pri riešení týchto prípadov, keďže po opakovaných pokusoch sa zväčša nedostavuje žiaden efekt. Zdravotnícke zariadenia z tohto dôvodu ako aj nízkej kapacity niekedy odmietajú inhalujúcich pacientov prijať. Bezmocní sú aj rodičia, matky často navštevujú predajne, kde sa snažia presvedčiť predajcov, aby látku ich deťom nepredávali. Pochopiteľne, tiež bezvýsledne. Mladistvých, ktorí už nie sú školopovinní, často nemá kto zachytiť a zabezpečiť ich liečbu.

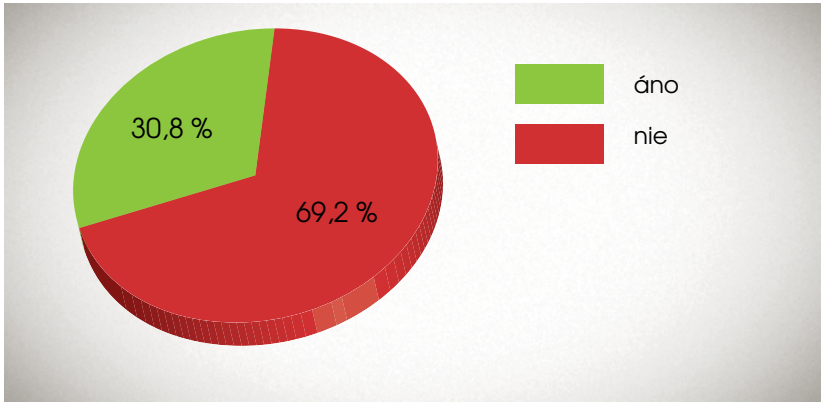
> *„My to nemáme v náplni práce, akurát im dohovárame. Na to by bol potrebný nejaký projekt, ktorý by sa tomu venoval.“ (Trel01)*

9.2 Špecifické postupy pri riešení problému inhalovania

Ďalej sme sa zaoberali metodickým vybavením oslovených inštitúcií. Zaujímali sme sa o to, či majú oslovení profesionáli vyvinuté

špecifické systematické kroky, ktorými sa snažia riešiť problémy inhalujúcich:

Graf 34: Používate špecifické opatrenia vo vzťahu k inhalujúcim?



Vo viac ako 2/3 prípadov sme, prekvapujúco, zaznamenali zápornú odpoveď v tom zmysle, že špeciálne postupy pre riešenie problematiky inhalantov nemajú a používajú bežné metódy svojej profesie. Z tých zástupcov inštitúcií, ktorí uviedli realizáciu špecifických postupov pri riešení problémov inhalujúcich (menej ako 1/3), sa ako najčastejšie príklady týchto aktivít objavovala komunikácia a práca s rodičmi inhalujúcich (najmä v prípade zástupcov inštitúcií realizujúcich sociálne služby alebo pôsobiacich vo výchovno-vzdelávacom systéme), uskutočňovanie preventívnych aktivít (zhruba 2/5 odpovedí) a podpora liečby inhalujúcich (zhruba 1/3 odpovedí).

9.3 Dopad používaných postupov

Zamerali sme sa aj na skúsenosti zástupcov inštitúcií s dopadom konkrétnych krokov a opatrení, ktoré sami používajú na znižovanie počtu inhalujúcich jedincov:

Tabuľka 16: Dopad použitých opatrení

			pozitívny	negatívny	celkovo
Lokalita	lokality s výskytom inhalovania	počet	8	15	23
		%	34,8%	65,2%	100,0%
	spádové inštitúcie	počet	0	9	9
		%	,0%	100,0%	100,0%
Celkovo		počet	8	24	32
		%	25,0%	75,0%	100,0%

Výsledky ukazujú, že v drvivej väčšine nemajú použité opatrenia dostatočný, alebo žiaden vplyv na obmedzenie počtu užívateľov prchavých látok. Zástupcovia inštitúcií poukazujú na nedostatočný efekt liečby ako aj preventívnych osvetových aktivít:

> *„Podľa mojich skúseností väčšina z tých, ktorí sa tie 3 mesiace liečia v našom zariadení, sa s návratom do domovského prostredia opäť vracia k sniffingu. Doslova niektorí sú ešte ten večer po návrate od nás nanovo nafetovaní. Ide o to, že sa vracajú do rovnakého prostredia, teda kým sa ich domovské prostredie nezmení, nemá liečba veľký zmysel.“ (HraI02)*

> *„Naša činnosť je zameraná na prevenciu, ale myslím, že jej účinok je minimálny.“ (RozI02)*

> *„[Mali sme] jeden prípad 10-ročnej dievčiny umiestnenej na liečení, fetuje tak ako aj fetovala.“ (SecI04)*

> *„Liečenie nemalo veľký význam, vrátili sa k tomu znova po príchode do pôvodného prostredia, ale v jednom prípade to pomohlo, lebo po liečení sa odsťahoval, aby sa vyhol návratu k fetovaniu.“ (BrzI01)*

Niektoré odpovede tiež naznačujú, že aj represívne pokusy o zníženie počtov inhalujúcich sa neraz míňajú účinkom:

> *„Problém nerieši to, že by mali isť do basy. To im vôbec nenaháňa strach, skôr naopak, chcú tam isť!“ (AI01)*

Získané výsledky z pološtruktúrovaných rozhovorov taktiež upozorňujú na problémy a komplikácie spojené s liečbou závislosti. Spočívajú najmä v nízkom záujme mnohých inhalujúcich o zbavenie sa závislosti, nedostatočnej podpore zo strany rodiny a obmedzenej dostupnosti liečebných zariadení. Samotní užívatelia väčšinou nevnímajú užívanie toluénu ako problém a nemajú záujem o liečebný proces.

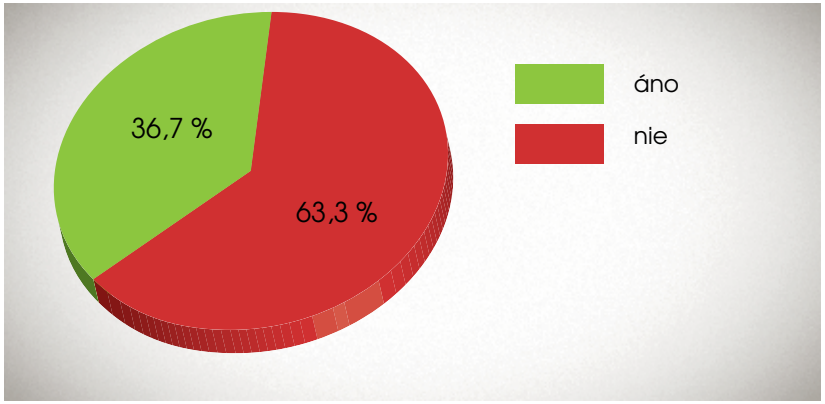
Často sa vyskytujúcim fenoménom je ukončenie liečebného procesu zo strany rodičov. Dieťa, či maloletý presvedčí rodičov, že už nebude inhalovať a tí ho predčasne zoberú späť domov. Okrem toho býva pre rodičov liečenie finančnou záťažou, keďže sa čiastočne financuje z prídavku na dieťa. Táto suma je pre mnohých príliš vysoká, aby si ju z nízkeho rodinného rozpočtu mohli dovoliť stratiť:

> *„Viackrát sme mali chlapcov ... tam sa vysvetľuje, že rodičia majú výdavky, lebo tam ti treba papuče, pyžamo, hygienické potreby, treba ťa tam odviesť, treba ťa doviesť nazad, ty vlastne aj tú vlastnú rodinu, tých súrodencov ako keby si okrádal o to ... Rodič veľakrát zlyhá, lebo dieťa plače alebo keď je len tu v Prešove, jeden deň ho dá a o dva dni ho zoberie naspäť, lebo dieťa ho vydiera, že si niečo urobí, že spácha samovraždu, že vyskočí. Máloktorý si prizná, že tam patrí, na to liečenie.“ (A, I2)*

9.4 Zaznamenané dobré praxe a ich úskalia

V rozhovoroch so zástupcami inštitúcií z lokalít, v ktorých sa inhalovanie vyskytuje, sme sa okrem ich názoru na efektívnosť ich vlastných používaných opatrení snažili zistiť, akú majú celkovú pozitívnu skúsenosť s riešením problematiky inhalovania. Zaujímalo nás, aké kladné príklady úspešných krokov alebo programov existujú, ktoré by sa mohli využiť aj v iných regiónoch. Otázka: „Máte vo vašom regióne pozitívnu skúsenosť s riešením problému?“ žiaľ, priniesla veľmi podobné údaje a odpovede ako predchádzajúca:

Graf 35: Pozitívna skúsenosť s riešením problému



Takmer 2/3 zástupcov inštitúcií uviedli, že informáciu o dobrom riešení problematiky užívania inhalantov nemajú. Aj zhruba tretina participantov, ktorá pozitívnu skúsenosť zaznamenala, nešpecifikovala ju detailne. V odpovediach sa najčastejšie objavovala liečba užívateľov drogy, či už všeobecne, alebo aj s uvedením konkrétnych liečebných zariadení. Niektorí pozitívne hodnotili vplyv pôsobenia terénnych zdravotných asistentov a sociálnych pracovníkov prostredníctvom práce s mládežou.

Špecifické prípady spolupráce sa objavili v Spišskom Štiavniku, kde po vzájomnej dohode predavačky v miestnych obchodoch prestali predávať prchavé látky deťom. Podobná situácia sa úspešne realizovala aj v obci Brzotín:

> *„Bol vydaný zákaz predaja toluénu pre predajňu, kde si ho kupovali.“ (BrzI02)*

Podrobnejšie informácie o takýchto praktikách poskytujú informácie z pološtruktúrovaných rozhovorov. Podľa nich v Košickom kraji, v Rožňave a okolí postupne všetci obchodníci prestali predávať toluén:

> *„Keď otvorili Tesco, tak aj tam predávali toluén. Bolo síce sedemdesiat korún, u nás bolo tridsaťdva, tiež prestali. Už teraz stopercentne, že neobjednávajú... už aj veľkosklady prestali nakupovať toluén, proste nedržia toluén.“ (Roz, I2)*

Predavačky ako zdôvodnenie tohto postupu uvádzajú „neúnosnú situáciu“, kedy závislí znepríjemňovali život okoliu, najmä však samotným predajcom. Keďže v meste sa nachádza niekoľko malých až stredných predajní farieb – lakov, predavačky vedeli presne identifikovať závislých, a to platilo aj naopak. Dochádzalo k situáciám, kedy závislí robili výtržnosti v obchode, obťažovali predavačky v meste, prípadne sa dožadovali predaja toluénu aj po skončení prevádzkovej doby:

> *R: „Ja som mala sakramentsky veľké problémy už aj minulý rok, polícia chodila, tu jeden taký nafetovaný prišiel s mečom, tu hádzal meč do plafónu, no viete, oni sú chorí, keď fetujú, a tak som sa tak rozhodla, že im nepredávam toluén.“*
> *O: „A nestratili ste s tým biznis?“*
> *R: „Žiadny biznis, žiadny biznis. Ja sa tu strachovať nebudem. Ja kašlem na biznis.“*
> *O: „To bol strach o vašu bezpečnosť?“*
> *R: „Áno, áno, určite. Tu sa mi pobili traja, nafetovaní... dnuka, v obchode, že som políciu musela zavolať. Tak treba mi toto? Ja kašlem na euro trinásť, či koľko stál toluén, jedna fľaška. Denne prešlo kartón, ale ja kašlem na tie peniaze. Ja nechcem mať s feťákmi žiadne problémy.“ (Roz, I2)*

Ďalším uvádzaným zdôvodnením je aj obava o zdravie závislých, najmä detí:

> *R: „Nie je mi to jedno. Lebo chodia aj malé deti a všetko, prídu, povedia, že chce kúpiť.“*
> *O: „A aké malé dieťa?“*
> *R: „To sú takí maličkí, môžu byť prváci.“ (Roz, I1)*
> *„Včera, vrátil sa ten chlap, s tým C- 6000 riedidlom, že chce acetón. Hovorím: To neexistuje. Vy to pre deti kupujete a nehovorte mi, že nie. Nevymenila som mu, išla som sa vonku pozrieť a samozrejme, že to tá kôpka, tá trojčlenná, čo aj denne dvakrát, tak už stáli v podchode.“ (Roz, I2)*

V súčasnosti je v lokalite jedinou dostupnou látkou s podobnými účinkami ako toluén riedidlo C-6000. Keďže jeho účinky sú slabšie, resp. menej halucinogénne, postupom času došlo k výraznému poklesu počtu závislých, pričom v niektorých obciach v okolí mesta „fetovanie“ úplne vymizlo (Brzotín, Krásnohorské Podhradie).

> *„A ja som sa jednoducho rozhodla, ja som majiteľka tohto obchodu a som sa rozhodla, som im aj jednoducho povedala: „Nebudete mať toluén. Fetujte, čo chcete, alebo jednoducho prestaňte.“ A neveríte mi, z Brzotína tu chodilo asi osem alebo deväť chlapcov a ani jeden z nich nechodí. Jeden bol na liečení, prestal, jeho rodičia tu chodia. Druhý je teraz v Bystrici, chlapec normálne dostal zamestnanie, má kočku, byt si kúpil, všetko, odkedy prestal a zbytok tiež. Celý Brzotín proste prestali fetovať.“ (A, I2)*

Tento príklad je možné považovať za „dobrú prax“, kedy spontánne represívne opatrenia pomohli redukovať, až úplne eliminovať problém zneužívania inhalantov. V lokalitách, kde tento problém úplne vymizol, však k tomu prispela nielen nedostupnosť toluénu v najbližšom okolí, ale aj ďalšie súvisiace faktory: dlhodobo nízke množstvo inhalujúcich (eliminovanie nátlaku rovesníckej skupiny), nástup na liečenie niektorých inhalujúcich, traumatické udalosti spôsobené inhalovaním, ktoré viedli k sebauvedomeniu a následnej vôli abstinovať, prehodnotenie vzorcov správania po nútenej abstinencii na základe nedostupnosti toluénu a ochota zmeniť svoj život, vyššia kvalita života než v iných lokalitách, podpora príbuzných a podobne.

Vyvstáva otázka, prečo takéto opatrenie nebolo účinné v iných lokalitách. V Prešovskom kraji závislí zväčša nakupujú látku v anonymných supermarketoch, kde nie je možné sledovať, kto a načo ju kupuje. Rovnako, v ostatných lokalitách v oboch krajoch chýba motivácia predajcov k obmedzeniu predaja, keďže masový predaj látky je zdrojom pravidelného a istého príjmu. Stretli sme sa aj s otvoreným vyjadrením potešenia nad situáciou, ktoré bolo motivované nielen finančne, ale aj rasovo:

> *P: „No ja som rád, že fetujú, ako, mhm, ako mne to je tak dosť jedno, ako je mi to šum a fuk, hej, či to on kupuje na fet alebo ja neviem, na nejaké maľovanie...“*
> *O: „Takže to bežne predávate hoci komu?“*
> *P: „No jasné.“*
> *O: „Aj decká to chodia kupovať, či len dospelí?“*
> *P: „No, aj decká... No ako aj deckám, ja neviem koľko majú rokov, ale tak pätnásť, osemnásť, viete, nie je to zakázané, čo vám poviem.“*
> *O: „Ja sa len pýtam, jak to funguje.“*
> *P: „Jedna vec, že pre mňa to je biznis a druhá vec, mne je to jedno.“*
> *O: „A je to dobrý biznis? Ako, oplatí sa to vôbec nakupovať?“*
> *P: „No, keď vám tu nepríde nikto biely a sa nepredáva a predám denne dvadsať toluénov, to je jeden, je euro dvadsať, tak pre mňa to je dobrý biznis. Ale neriešim to, mne sú dosť Cigáni ukradnutí, takže, akože, ja to neriešim.“*
> *O: „A chodia k vám aj dospelí nakupovať, či to si len decká nakupujú?“*
> *P: „Aj dospelí, viete, dostanú podpory a nie, že by si kúpili jedlo a neviem čo, ale si kupujú toluén.“ (Tre, R2).*

Obmedzenie predaja toluénu nie je ideálnym spôsobom plošného riešenia problému inhalovania, keďže nie je možné predajcom zakázať predaj legálnej látky. Primárne sa prchavé látky využívané na inhalovanie, vyrábajú a používajú na industriálne účely (riedenie farieb, čistenie rôznych povrchov, prímesi do iných látok). Sú súčasťou rôznych odvetví výroby a je ťažké ich odstrániť zo spoločnosti. V tomto majú odlišné postavenie, ako väčšina ostatných látok, ktoré sú účelovo vyrábané k zmene psychického stavu. Okrem toho existuje veľké množstvo rozličných prchavých látok s podobnými účinkami, ako napríklad benzén, xylén, trichloretylén, acetón, éter či benzín. Toluén je medzi užívateľmi najpreferovanejšou látkou preto, lebo z nich má najsilnejšie účinky. Pokiaľ by sa však neodstránili z trhu všetky tieto látky, užívatelia budú môcť ktorúkoľvek z nich použiť na inhalovanie.

Situáciu je čiastočne možné riešiť obmedzením predaja týchto látok neplnoletým osobám, napr. v prípade nepreukázania sa

občianskym preukazom. Avšak, ako sme mali možnosť zistiť, toto obmedzenie sa dá ľahko obísť požiadaním staršieho známeho, ktorý nakúpi žiadaný tovar za poplatok navyše. Jedným z najúčinnejších riešení v obmedzení predaja látky, aj keď diskriminačným, je poznanie lokálnych inhalujúcich a odmietnutie predať im požadovaný tovar. Takéto riešenie je však možné len v prípade maloobchodu, kde pracujú zamestnanci poznajú svojich zákazníkov a vedia, kto na aké účely používa prchavé látky. Problematické sú však najmä veľkoobchody, kde je anonymita predaja a nákupu príliš veľká, aby bolo možné rozoznať jednotlivé prípady. Obmedzenie predaja by teda muselo byť celoplošné, čo je v zásade nemožné. Preto je lokálne nepredávanie toluénu len čiastočným riešením, ale samé o sebe je nedostatočné. Aj keď môže napomôcť zníženiu výskytu drogy, pre mnohých inhalujúcich to znamená len zámenu za dostupnejšie látky alebo zvýšenie ceny za jeho získanie.

9.5 Miera rizika rozšírenia inhalantov do lokalít bez výskytu inhalovania a možnosti prevencie

Vnímanie miery rizika rozšírenia inhalantov v osídleniach so súčasným nulovým výskytom prchavých látok sme skúmali aj u zástupcov inštitúcií z týchto prostredí. Na otázku: „Vnímate túto problematiku vo vašej obci ako rizikovú?“ ich zhruba 2/3 uviedlo, že sa neobávajú rozšírenia sledovaného javu vo svojej obci. Ako hlavné argumenty uvádzajú pozitívny vplyv komunity (cca 2/3 odpovedí) a fungujúcu sociálnu kontrolu a vplyv rodičov (cca 1/5 odpovedí). Medzi ďalšími faktormi pôsobiacimi proti výskytu a šíreniu užívania inhalantov boli spomenuté: pozitívny vplyv inštitúcií (najmä pedagógov a sociálnych pracovníkov), chýbajúce informácie o inhalovaní, teda chýbajúca „tradícia inhalovania“ a možnosti aktívneho trávenia voľného času. Dôvodom však býva aj užívanie iných drog, najmä alkoholu.

„Je to výchovou v rodine, vplyvom okolia, školy, nemajú sa to od koho učiť, nevyskytujú sa negatívne vplyvy. A možno aj to, že mesto Veľké Kapušany je pre nich výstražný príklad. Deti často počujú od svojich rodičov: keby si fetoval! Ako tí v Kapušanoch, tak!...“ (DraI01)

„Dobrá morálka a súdržnosť v obci, tu každý o každom všetko vie. Nič neunikne hlavne starším ľudom, ktorí hneď alarmujú rodičov, ak zistia alebo vidia niečo nesprávne. Uvedomujú si, že všetko, čo sa deje aj medzi mladými sa ich týka, lebo môže narušiť ich spolunažívanie v komunite. Tu sa táto problematika ešte nevyskytla, lebo miestni ľudia nedali na to priestor.“ (PavI01)

„Mladiství a dospelí skôr prepadli gamblerstvu a alkoholu. Funguje tu sociálna práca, ktorá si myslím, že má veľký prínos pre túto skupinu a zároveň my vykonávame preventívne opatrenia formou prednášok.“ (SolI01)

„Myslím, že tu ľudia ani nevedia, čo to je. Ľudia tu žijú dedinským jednoduchým spôsobom života, sú rodinne založení, drogy sú skôr vo väčších mestách.“ (BanI03)

Zástupcovia inštitúcií, ktorí vnímajú riziká možného nástupu inhalovania vo svojich osídleniach (1/3), uvádzali najmä možný prenos fenoménu z iných lokalít a experimentovanie, ktoré je mládeži vlastné. Uvádzame niektoré z výpovedí, z ktorých je vidieť určitú nejasnosť v názoroch na riziko rozšírenia inhalovania:

„To je dosť ťažko odhadnúť, môže sa kľudne stať, že sa do obci prisťahujú Rómovia z oblasti, kde sa fetuje.“ (LasI02)

„Keby niekto došiel s fetovaním, tak u mladších by sa to aj mohlo uchytiť. Keby to človek zistil, tak by robil všetko pre to, aby sa to odstránilo. Túto problematiku nevnímam vôbec ako rizikovú.“ (SvdI04)

Táto ambivalencia sa ešte viac odzrkadlila v názoroch súvisiacich s vhodnosťou uskutočňovania **primárnej prevencie** oblastiach bez výskytu inhalovania. Takmer 3/4 zástupcov inštitúcií z týchto osídlení sa prikláňajú k názoru, že je potrebné realizovať osvetovú činnosť na tému inhalantov, pričom zhodne tvrdia, že jej forma by mala spočívať v sprostredkovaní kvalitných informácií o problematike inhalantov. Realizácia by mala prebiehať v spolupráci s inými subjektmi. Viac ako 1/5 zástupcov inštitúcií však potrebu prevencie

nepociťuje. Naopak, má obavu, že preventívne a osvetové aktivity zamerané na šírenie informácií o inhalantoch by mohli podnietiť zvedavosť u mládeži a viesť k rozmachu užívania inhalantov, prípadne aj iných drog. Nie je to však v ničom výnimočná situácia. Preventívne kampane zamerané voči akýmkoľvek nežiaducim javom vždy spúšťajú u istej časti odborníkov obavy, že nové informácie môžu podnietiť u niektorých ľudí záujem o vyskúšanie toho, voči čomu varujú.

9.6 Navrhované riešenia na redukciu zneužívania inhalantov na lokálnej úrovni

S cieľom získať informácie o názoroch obyvateľov rómskych osídlení na možnosti riešenia problému inhalovania, položili sme im otázku, čo by urobili, keby sa dozvedeli že niekto z ich rodiny, resp. komunity fetuje. Vyskytli sa dva základné typy odpovedí, a to riešenia (A) na úrovni jednotlivca a (B) inštitúcií:

(A) Ich návrhy riešení na úrovni jednotlivca pozostávajú najčastejšie z výchovných opatrení, predovšetkým ide o fyzické tresty a vyhrážky, ale aj dohováranie a presvedčovanie. Objavili sa aj výpovede o vyhodení inhalujúceho z domu, či vyhostenie z komunity.

> *„Takú by som jednu strelila, čo má čo fetovať toto lepidlo.“ (SvdR01)*

(B) Ako riešenia na úrovni inštitúcií navrhujú rómski participanti najčastejšie liečenie, obmedzenie dostupnosti drogy (zákaz predaja toluénu, väzenie pre predajcov), vytvorenie pracovných miest, ako aj možností zmysluplného trávenia voľného času pre deti, výchovu rodičov a prevenciu.

> *„Mladšie deti polepšovňa a tam by prestali fetovať, starších by mali brať policajti rovno do liečebne.“ (KecR01)*

> *„Dospelých zamestnať a deti zabaviť, aby mali čo robiť. Bolo by dobré, kebyže nám tu postavia ihrisko pre deti alebo nejaké centrum.“ (KraR07)*

> *„Aby mali deti ako tráviť čas. Nemajú nikam chodiť, ani kde sa hrať. Potom, keď sú väčší, tak sa nudia a skúšajú drogy, alkohol.“ (KraR06)*

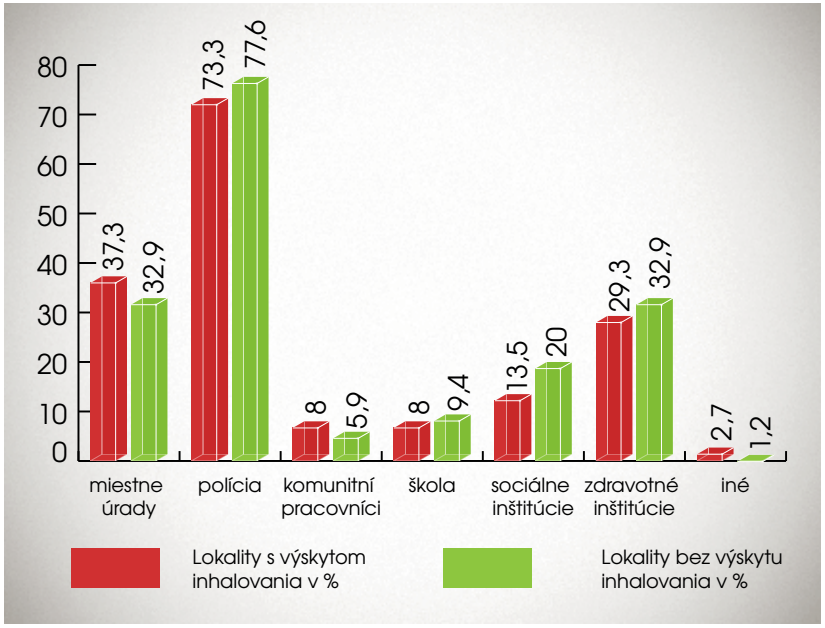
Preferované riešenia majú skôr represívny, trestajúci než preventívny charakter, t. j. tresty prevažujú nad pozitívnym pôsobením.

Zaujímali nás tiež názory na to, kto by sa mal zaoberať inhalujúcimi a snažiť sa riešiť túto problematiku, a to vo vnútri aj mimo komunity. Dôležitosť rodiny ako hlavného zdroja riešenia problému inhalovania zdôraznili samotní Rómovia aj zástupcovia inštitúcií. Navrhovali rôzne zásahy do rodinného prostredia, od odobratia dieťaťa, cez finančné postihy, vzdelávanie, až väzbu rodičov. Keďže najčastejšie inhalujú deti z nevhodného rodinného prostredia, v ktorom sa rodičia o nich nestíhajú starať, nemajú záujem či dostatočné zručnosti, rodina je vnímaná ako základný priestor, ktorý rozhoduje o tom, či deti budú, alebo nebudú inhalovať.

> *„... ale súvisí to s tou chudobou, lebo to dieťa, keď nenájde doma nejaké pochopenie, lásku, väčšinou príde rodič: Robte s ním dačo! Väčšinou fakt fetujú tie deti z takých... kde je veľmi početná rodina a kde je taká veľmi veľká chudoba...“ Hovorím matke inhalujúceho: Toto nie je liečenie, ale odvykacia kúra, pretože on sa vám vráti a o štyri dni bude fetovať znova, pokiaľ vy nezmeníte niečo vo svojom prístupe, potrebná je terapia pre rodičov, nielen pre dieťa.“ (A, I1)*

Pokiaľ do riešenia majú byť zaangažované inštitúcie (graf 36), obyvatelia rómskych osídlení preferujú policajné zložky, t.j. mestskú alebo štátnu políciu (zhruba 3/4 respondentov). Miestne zastupiteľstvo (starosta, mesto, obecný úrad, či na centrálnej úrovni štát) a zdravotné inštitúcie (lekár, liečebňa) sú ďalšie v poradí (zhruba 1/3 respondentov). Početnejšie sú ešte zastúpené sociálne inštitúcie (TSP, kurátor, sociálni pracovníci, sociálno-právna ochrana – kuratela, úrady práce).

Graf 36: Kto má riešiť inhalujúcich



V súvislosti s rolou represívnych zložiek si však treba uvedomiť, že polícia nemôže zásadne ovplyvniť situáciu, pretože držba a predaj inhalantov nie sú nelegálne. Preto sa policajné zložky angažujú len v situáciách, kedy osoby pod vplyvom látky vykonajú nejaký priestupok alebo trestný čin. Miernejšie zakročenia sa môžu obmedziť na napomenutie a pokutu za inhalovanie na verejných priestoroch, ktoré je možné považovať za priestupok proti verejnému poriadku. Avšak v praxi sa tieto pokuty neudeľujú, pretože väčšina užívateľov ich nemá z čoho zaplatiť. Taktiež je možné na chvíľu dostať osobu pod vplyvom látky z verejných priestranstiev, ak ju policajní príslušníci vezmú na svoju stanicu za účelom zistenia totožnosti. Odoberú jej toluén a zhruba po hodine až troch, keď zaniknú účinky a osoba je znovu pri plnom vedomí, pustia ju von. V prípade, ak to polícia na základe nekontrolovateľného správania jedinca uzná za vhodné, môže ho priviesť na najbližšiu psychiatriu. Možnosti polície

zakročiť sú teda v súčasnosti obmedzené a majú skôr krátkodobý účinok.

Zaujímalo nás, či majú zástupcovia inštitúcii podobné návrhy riešení problematiky inhalovania ako obyvatelia rómskych osídlení alebo majú aj špecifickejšie predstavy o podobách vhodnej pomoci a podpory osobám zneužívajúcim inhalanty:

Tabuľka 17: Navrhované formy pomoci závislým

viacnásobná možnosť odpovede	podiel v %	počet odpovedí
liečba	49,5	54
osveta, prevencia	39,4	43
vyplnenie voľného času, zamestnanie	35,8	39
sociálne služby a terénna zdravotnápráca	23,9	26
represia	18,3	20
vzdelanie	7,3	8
zmena prostredia	7,3	8

Ukázalo sa, že navrhované opatrenia sa medzi sebou zásadne nelíšili. Takmer polovica zástupcov inštitúcií považuje za najvhodnejšie riešenie liečbu.

Niektorí by ju navrhovali kombinovať aj s inými formami programov – často represívneho charakteru:

> *„Ak sú to ozaj závislí ľudia, najskôr povinne zadať na sedenia u psychológa, psychiatra, ak tento postup nepomôže, umiestniť do nápravno-výchovného ústavu alebo do ústavu pre drogovo závislých. A tu by musela zasiahnuť asi aj polícia.“ (DobI04)*

Pre 2/5 zástupcov inštitúcií predstavujú vhodnú formu pomoci osvetové a preventívne aktivity:

„Sedenia s odborníkom lekárom alebo niekým kompetentným v tejto oblasti a prevencia v oblasti drog alebo niečo podobné. (Čo konkrétne?) Film na tému inhalanty alebo rozhovor so závislými... Všetko, čo je, aby to varovalo pred fetovaním." (HanI01)

„V prvom rade komunikácia s ním, kvôli čomu to robí, prečo to robí, či nechce zmeniť svoj život, potom aj obrátiť sa na nejakých zdravotných špecialistov." (SviI01)

Skoro rovnako veľký počet participantov (35,8%) zdôrazňuje význam zmysluplného vyplnenia voľného času ohrozenej mládeže a podporu pravidelného zamestnania, a to aj v kombinácii s potrebou zvyšovania vzdelania mládeže z prostredia výskytu užívania inhalantov:

„Pomocou by bolo pre nich, keby ich niekto zamestnal a umožnil im doplniť si vzdelanie." (BrzI02)

„Zamestnať ich niečím užitočným. Vzdelávacie aktivity, to aj tak potrebujú, možno by nadobudli vedomosti a jasnejší pohľad na život, na zdravie, na rodinu." (DraI02)

9.7 Prax v zdravotníckych zariadeniach

Pristavme sa podrobnejšie pri zaužívanej praxi v zdravotníckych zariadeniach, keďže od nich sa pomoc pri liečbe inhalujúcich najviac očakáva. Lokálne psychiatrické oddelenia poskytujú zväčša krátkodobú hospitalizáciu a starostlivosť o klientov zhruba do troch týždňov. Inhalujúci sa do nich často dostávajú za asistencie polície, keď pod vplyvom látky vykonali nejaký priestupok alebo v prípade, že ich správanie je nezvládnuteľné. Niekedy sa tam dostanú tiež na žiadosť rodičov alebo na základe psychologického odporúčania. Tri týždne, ktoré tam strávia, sú dostatočné na odstránenie fyzických abstinenčných príznakov. Avšak, pre zvýšenie úspešnosti liečenia, bez okamžitých recidív po návrate domov sú nutné minimálne tri mesiace[26].

[26] Vyskytol sa však aj názor z radov psychiatrov, že „toluén nevyvoláva psychickú závislosť, u pacientov sa neprejavujú abstinenčné príznaky, ako napr. toxická psychóza. S tým sa tu nestretávame. Jednoducho u nás

Počas tohto dlhšieho pobytu v zdravotníckych zariadeniach už možno očakávať aj psychické zmeny týkajúce sa prehodnotenia dovtedajšieho spôsobu života, čo má za následok väčšiu pravdepodobnosť aplikovania zmenených postojov a pravidiel abstinencie do bežného života. Máloktorí inhalujúci sa však dostanú na dlhodobé liečenie. Dôvodov takéhoto stavu je niekoľko: nedostatočná informovanosť o možnostiach liečenia, nedostatok liečebných zariadení, finančné náklady na liečbu a zlyhávanie rodičov inhalujúcich detí a mladistvých v dodržiavaní harmonogramu liečby. A tak aj napriek absolvovaniu krátkodobej liečby sa nakoniec inhalujúci vracajú do pôvodného prostredia, kde sa ocitajú v rovnakej situácii, ktorá ich k inhalovaniu priviedla a veľmi rýchlo sa znova k nemu vracajú.

Za najefektívnejšie riešenia spomínané zaangažovanými inštitúciami, niekedy aj samotnými členmi rómskych komunít možno považovať **komplexné pozdvihnutie kvality života** v týchto lokalitách. Jedným z konkrétnych krokov je práca komunitných centier, či centier voľného času. V oblastiach, kde sa vyskytujú funkčné komunitné centrá, ktoré poskytujú členom osídlení, hlavne deťom a maloletým variabilné aktivity, dochádza k obmedzeniu zneužívania inhalantov.

„Dačím ich zaujať. Však, tu sme mali, dievčatá chodili, aj chlapci chodili, krúžky mali, tancovali, spievali, nemali čas na to, myslieť na také veci ... „Tí mladí, ktorí chodili do školy alebo práve po ukončení školy, to už všetko sa schádzalo tuná a tu si nemohli dovoliť prísť a fetovať. To jednoznačne. To nikoho nenapadlo." (Her, I2)

„Skôr sa zamerať na tých, ktorí tomu ešte nepodľahli. Zakladať komunitné centrá, nízko prahové kluby pre mládež, kde by sa s nimi pracovalo na profesionálnej úrovni, ktoré by boli ich útočiskami. A tiež má význam terénna sociálna práca, tento model práce so sociálnymi skupinami je asi najbližšie rodine. TSP môže negatívne javy, aj fetovanie, rýchlo odhaliť

k toluénu nemajú prístup a neprejavujú sa nijaké prejavy abstinencie. Toho by sme si už všimli. To, že psychická závislosť na toluéne nie je potvrdzujú aj viaceré štúdie. Je to taká závislosť tipu „príležitosť robí ... Keď toluén nie je dostupný, tak pacientom nechýba." (KosI01)

a tiež hľadá cestu, mobilizuje zdroje v rodine a okolí, aby sa dieťa z toho dostalo.“ (BanI02)

9.8 Navrhované riešenia na redukciu zneužívania inhalantov na centrálnej úrovni

Napokon sme sa chceli dozvedieť, či by v problematike inhalovania uľahčilo zástupcom inštitúcii situáciu zavedenie (legislatívnych) opatrení na centrálnej (vládnej) úrovni v tejto oblasti. Viac ako 4/5 zástupcov inštitúcií by uvítalo, keby sa štát viac angažoval v problematike obmedzovania užívania inhalantov.

Respondenti boli vyzvaní aj k tomu, aby svoju predstavu o potrebných centrálnych opatreniach bližšie konkretizovali. Časť z nich sa vyslovila pre zavedenie prísnejších represívnych opatrení (27,3%) a zvýšenie dohľadu (24.2%) nad samotnými inhalujúcimi ako aj ich rodičmi:

„Áno, zakázať a trestne postihovať fetovanie na verejnosti. Nútené liečenie aj proti ich vôli v konečnom dôsledku je to pre ich dobro.“ (KecI02)

„Tam, kde sa tento jav vyskytuje, pri vstupe do školy zavolať políciu, lekára. Preventívne kontroly, nárazové kontroly.“ (LenI06)

„Myslím, že by aspoň trochu pomohlo, keby sa finančne trestalo zneužívanie inhalantov na verejných priestranstvách.“ (BrzI03)

Pomerne vysoký počet (26,3%) participantov zdôrazňuje potrebu zintenzívnenia sociálnej práce s ohrozenými spoločenstvami v zmysle zabezpečenia komunitných centier a/alebo TSP vo všetkých lokalitách, v ktorých žijú:

„Každé mesto a obec by mali mať KC a pravidelne sa venovať problémovým rodinám a mladým. Výchovný efekt. A prevencia. Osveta medzi rizikovou skupinou.“ (VkaI02)

Niektoré odpovede uvádzali aj zintenzívnenie sociálnej práce v kombinácii s represiou alebo dohľadom:

„Zaviesť sociálnych kurátorov do terénu a zvýšiť ich kompetencie. Finančné pokuty rodičom, ktorí zanedbávajú svoje deti.“ (PavI03)

Podľa 18,9% respondentov je vhodným prostriedkom šírenie osvety a uvítali by jej systematické zavedenie v kombinácii s ďalšími opatreniami:

„Áno, bolo by dobré aby fungovali po obciach komunitné centrá a mohli sa vykonávať prevencie nielen z našej strany ale aj zo strany, komunitných pracovníkov.“ (SolI01)

„Asi najskôr ešte viac preškoliť koordinátorov, a potom aj žiakov asi viac v tejto oblasti podchytiť, hlavne prevencii sa venovať.“ (StlI01)

Podľa 13,6% respondentov by bolo vhodné, keby sa obmedzil alebo zakázal predaj prchavých látok, predovšetkým toluénu. Menšinové návrhy sa týkali potreby zavedenia opatrení na zvýšenie zamestnanosti, ktoré by sekundárne znížili užívanie inhalantov v lokalitách a vyskytol sa tiež názor, že centrálne opatrenia nebudú v tejto oblasti nikdy dostatočne účinné, preto je potrebné podporiť lokálne iniciatívy a zaviesť riešenia miestnej úrovni.

Zástupcovia polície navrhli zavedenie inštitúcií podobných záchytným staniciam, kde by bolo možné ponechať osobu pod vplyvom inhalantov aj celú noc, poskytnúť jej základnú hygienu a starostlivosť. Tiež by uvítali zmenu legislatívy, ktorá by im umožnila účinnejšie zasiahnuť minimálne v tých prípadoch, keď inhaluje neplnoletá osoba. Konkrétne mali na mysli kvalifikovať inhalovanie prchavých látok ako trestný čin s následnou súdne nariadenou liečbou. Navrhované opatrenie je však problematické a teda nie veľmi reálne.

Zhrnutie

Riešenia v rámci lokality, ktoré navrhujú samotní Rómovia sa týkajú výchovy, rôznych obmedzení voči inhalujúcim alebo ich rodičom (predovšetkým finančných) a sociálnej exklúzie. V rámci výchovy prevažuje negatívna zložka, t.j. psychické a fyzické tresty, ako vyhrážanie, nadávky, bitky a iné, za účelom vyvolania strachu u detí. Návrhy zamerané na pozitívnu výchovu zdôrazňujú zaangažovanie inhalujúcich do zmysluplných aktivít, psychickú podporu, dohováranie, presviedčanie, informovanie o škodlivosti. Preferované riešenia v oblasti výchovy však majú skôr represívny než preventívny charakter, keď návrhy alebo aplikácia pomerne prísnych trestov prevažujú nad snahou poskytnúť inhalujúcim alternatívne možnosti trávenia voľného času smerujúce k ich sebarozvoju. Obmedzenia sú okrem väčšej kontroly inhalujúcich detí zamerané viac na rodičov a patria k nim najmä návrhy na odobratie rodinných príplatkov, pokutovanie a tiež hrozba odobratia detí, väzenských trestov a nútené práce pre rodičov. Sociálna exklúzia obsahuje návrhy typu vyhnania z mesta, vyhostenia celej rodiny z obce a dokonca sa vyskytli aj tak extrémne riešenia ako: *„týral by som ich“* alebo *„zabil by som ich , ak by neprestali“*. Vo svetle týchto odpovedí možno konštatovať, že v rámci rómskych osídlení dominuje pohľad, že inhalovaniu možno zabrániť vo vnútri komunity čo najprísnejšími trestami, ktoré odstrašia potenciálnych inhalujúcich alebo prinútia tých, ktorí už inhalujú, prestať užívať inhalanty. Takéto riešenia však môžu viesť k dvojitej izolácii inhalujúcich. Jednak sú mnohí (inhalujúci aj neinhalujúci) Rómovia izolovaní už tým, že žijú v segregovaných osídleniach, jednak sú inhalujúci Rómovia izolovaní ešte aj v rámci segregovaného osídlenia. Tým pádom sa im nedostáva žiadnej podpory, sú odkázaní sami na seba a ich osud je tým neraz spečatený.

Pokiaľ do riešenia majú byť zaangažované inštitúcie mimo komunity, návrhy artikulované samotnými Rómami z osídlení možno opäť rozdeliť do dvoch základných kategórií, a to represívne a preventívne. Medzi represívne riešenia zamerané či už na samotné

inhalujúce deti a mládež alebo ich rodičov patria ich umiestnenie do nápravno-výchovných zariadení, polepšovní, väzníc a tiež ich finančné sankcionovanie.

Zaujímavé je zistenie, že vo všeobecnosti preferujú nielen samotní Rómovia, ale aj inštitúcie skôr represívne, než preventívne opatrenia. Vyše 4/5 respondentov z inštitúcií *by uvítalo zavedenie centralizovaných opatrení represívnej a kontrolnej povahy, ktoré by napomohli obmedziť užívanie prchavých látok.* Medzi preventívnymi návrhmi dominujú u Rómov aj inštitúcií vytvorenie pracovných miest pre dospelých, a najmä možnosti pre zmysluplné trávenie voľného času detí. Inštitúcie navrhujú najmä podporovať rozvoj a dlhodobú udržateľnosť voľnočasových aktivít pomocou nízkoprahových klubov, komunitných centier a centier voľného času.

Oslovené inštitúcie väčšinou nepoužívajú vo vzťahu k riešeniu problematiky inhalujúcich nijaké špecifické postupy, akými by mohla byť napríklad cielená dlhodobá intervencia, zameraná na komplexné riešenie problému inhalovania u jednotlivca, v celej jeho rodine. Mnoho profesionálov sa ale snaží v jednotlivých prípadoch inhalujúcim pomáhať – komunikujú s nimi, pokúšajú sa im vybaviť liečenie, komunikujú s ich rodinami. V prostredí zástupcov pomáhajúcich profesií a škôl sa často objavujú aj prevenčné aktivity, ktoré oslovujú širší okruh jedincov, než individuálne aktivity. Pri spolupráci s inými inštitúciami sa najčastejšie objavuje zapájanie policajných zložiek, čo môžeme považovať za praktický prejav neexistencie koncepčného riešenia tohto fenoménu. V hodnotení skúseností s intervenciou a snahou pomáhať inhalujúcim, žiaľ, prevládajú skôr negatívne skúsenosti, najčastejšie spomínané v súvislosti s rýchlym návratom jedincov k užívaniu inhalantov.

Ďalšou problematickou oblasťou je nedostatok pozornosti, ktorá sa zneužívaniu inhalantov venuje. Programy, ktoré sa zaoberajú drogovou problematikou sa zameriavajú na prevenciu a boj s fajčením, alkoholom, marihuanou, alebo inými drogami. Hoci je problematika

zneužívania inhalantov v rámci ich programov spomenutá, aktívna činnosť v tejto oblasti takmer absentuje. Táto problematika nie je považovaná za dostatočne prioritnú, keďže sa nevyskytuje vo všetkých rómskych komunitách, či dokonca sa vyskytuje len v menšine z nich. Avšak existujú komunity, ktoré sú týmto problémom tak pohltené, že jeho výskyt sa nekontrolovateľne šíri medzi najcitlivejšou populáciou – medzi mladistvými a deťmi. Takýmito lokalitami sú napríklad Svinia, Jarovnice, Chminianske Jakubovany, či Trebišov. Tu by mal byť hlavným cieľom programov prevencie a boja so zneužívaním drog boj so šírením inhalovania.

Naším cieľom bolo vytvoriť sumár osvedčených nástrojov, ktorý by mohol poslúžiť ako základ pre ucelenejšiu a koncepčnejšiu prácu pri znižovaní výskytu tohto javu a získať prehľad o predstavách profesionálov o vhodných podobách podporných programov alebo centrálnych opatrení. Musíme priznať, že sa nám v priebehu výskumu nepodarilo nazbierať významnejšie množstvo príkladov dobrej praxe. V praxi sa uplatňuje len málo špecifických opatrení a aj tie sú zväčša neúčinné. Opäť to súvisí s absenciou koncepčného poňatia riešenia problematiky užívania inhalantov a prevládajúcou nízkou mierou informovanosti profesionálov o možnostiach riešenia problematiky.

Aj keď sa väčšina respondentov z inštitúcií v lokalitách, kde sa užívanie inhalantov nevyskytuje, neobáva rozšírenia tohto fenoménu do svojej obce, uvedomuje si trvalú hrozbu prieniku tohto fenoménu a uvítala by realizáciu preventívnych aktivít (pokiaľ ich už sami nerealizujú). Zároveň si ale uvedomujú potrebu opatrnej práce s témou, aby naopak nedošlo k podnieteniu záujmu mladých ľudí o pozmenené stavy vedomia spôsobené toluénom.

Respondenti z radov zástupcov inštitúcií z lokalít bez výskytu inhalovania vnímajú príčiny rozšírenia inhalantov v iných obciach obdobne ako ich kolegovia z obcí, kde sa fenomén vyskytuje. Za hlavné príčiny jeho rozšírenia považujú chudobu, nedostatok príležitostí

Kapitola 10: Odporúčania pre elimináciu, resp. zmiernenie zneužívania inhalantov

Zo štatistického pohľadu na celkovú populáciu SR určite nepredstavuje inhalovanie prchavých látok najpálčivejší problém. Ak sa však na situáciu pozeráme cez prizmu segregovaných komunít Prešovského a Košického kraja, tento problém patrí medzi prioritné a vyžaduje okamžité riešenia. Inhalovanie je nielen dôsledkom chudoby a sociálneho vylúčenia týchto komunít, ale aj spätne prispieva k ich ďalšiemu rozširovaniu a prehlbuje bludný kruh, z ktorého sa tieto komunity samé, bez pomoci zvonka nedostanú.

V tejto kapitole formulujeme na základe výskumných zistení, ale aj analýzy dokumentov zameraných na boj proti drogám hlavné odporúčania. I keď je zneužívanie inhalantov komplexný fenomén, ktorý súvisí so sociálnym vylúčením, depriváciou a životnými podmienkami vo všeobecnosti, v odporúčaniach sa sústreďujeme najmä na redukciu inhalovania a úzko súvisiace témy, ako napr. trávenie voľného času. Odporúčania sú určené pre mimovládne, no predovšetkým pre vládne inštitúcie na lokálnej, regionálnej a národnej úrovni.

Napriek tomu, že stratégia inklúzie marginalizovaných, sociálne znevýhodnených skupín obyvateľstva, ako aj redukcie drogových závislosti je vo vládnych dokumentoch rozpracovaná, do veľkej miery zostáva v deklaratívnej rovine. Praktické nástroje na ich systematickú realizáciu buď chýbajú, alebo neexistuje vôľa na ich dôsledné zavedenie do praxe. Preto navrhujeme:

(a) Na úrovni vlády:

1. Podrobnejšie rozpracovať a prakticky napĺňať dokumenty, ktoré upravujú boj proti užívaniu drog: Národná protidrogová stratégia (NPDS) stanovená na obdobie 2009 – 2012, ako aj Strednodobá koncepcia rozvoja rómskej národnostnej

menšiny v Slovenskej republike Solidarita – Integrita – Inklúzia 2008 – 2013. Ciele a kroky na ich splnenie uvedené v týchto dokumentoch nie sú zatiaľ v praxi naplno realizované (podrobnejšie rozpracované odporúčania uvádzame v bode d).

2. Iniciovať vznik spoločnej pracovnej skupiny zloženej zo zástupcov rezortov zastrešujúcich vládne grantové programy. Následne ich zaviazať k podpore aktivít MVO, komunitných centier, školských klubov, ktoré sledujú elimináciu zneužívania inhalantov medzi rómskou mládežou prostredníctvom realizácie preventívnych programov.

3. Poskytnúť väčšie množstvo štátnych príspevkov do obcí, do ktorých patria segregované rómske osídlenia a legislatívne ukotviť dodatočné príspevky od štátu pre organizácie poskytujúce predovšetkým preventívne programy.

(b) Na úrovni regionálnych a lokálnych inštitúcií:

4. Zabezpečiť koordinovanú multiinštitucionálnu spoluprácu/intervenciu pri práci so sociálne znevýhodnenými skupinami ľudí.

5. Pre lepšie spoznanie reálnych potrieb sociálne znevýhodnených skupín Rómov je nevyhnutné, aby zodpovední pracovníci verejnej správy – predovšetkým pracovníci sociálno-právnej ochrany detí a kurately – trávili viac času v teréne.

6. Zvýšiť počet terénnych sociálnych pracovníkov, ktorí poznajú sociálne prostredie, lokálne podmienky, kultúru menšiny, ovládajú jej jazyk a majú dôveru miestneho obyvateľstva.

(c) Odporúčania zamerané na zabezpečenie prístupu k voľnočasovým aktivitám:

7. Zmysluplné trávenie voľného času je kľúčovým faktorom v prevencii zneužívania inhalantov. Preto je potrebné zabezpečiť rovný prístup k voľnočasovým aktivitám prostredníctvom komunitných centier, nízkoprahových denných centier, centier voľného času, škôl, športových klubov, či ľudových škôl umenia.

8. Rovnako je potrebné vytvoriť, resp. posilniť mechanizmy na monitorovanie a prípadne sankcionovanie nerovnakého zaobchádzania v oblasti voľnočasových aktivít.

9. Komunitné centrá sa úspešne podieľajú na zvyšovaní sociálnej inklúzie, integrácie a eliminácii sociálno-patologických javov, zabezpečujú možnosti osobného rastu a rozvoja potenciálu. Preto je potrebné zabezpečiť dlhodobú trvalo udržateľnú existenciu komunitných centier s dostatočným pokrytím tak, aby boli dostupné pre všetky znevýhodnené skupiny obyvateľstva.

10. Kľúčovou podmienkou systematickej práce komunitných centier je kontinuálne financovanie, ktoré by malo byť zabezpečené zo štátnych prostriedkov. Pokiaľ budú komunitné centrá a činnosť niektorých TSP aj naďalej odkázané predovšetkým na časovo obmedzené grantové schémy, nedá sa hovoriť o dlhodobej efektívnosti vynaložených zdrojov.

(d) Špecifické opatrenia zamerané na redukciu/elimináciu zneužívania inhalantov:

- **Primárna prevencia:** aj pre skupiny, ktoré nie sú priamo ohrozené vznikom závislosti (staršie osoby, ženy, lokality bez dlhodobého výskytu problému) je potrebné:

11. zaviesť plošné vzdelávanie o škodlivosti zneužívania inhalantov. Vzdelávanie by sa malo realizovať najmä prostredníctvom KPZV a TSP, ako aj formou informačných letákov.

12. vytvoriť metodický materiál špecificky zameraný na zneužívanie inhalantov pre koordinátorov prevencie drogových závislostí na prvom stupni ZŠ v segregovaných osídleniach, keďže prchavé látky sa vyskytujú medzi prvými drogami, ktoré maloleté deti skúšajú.

13. pracovať s komunitou prostredníctvom aktivít, ktorá podporujú vzájomnú spolupatričnosť, stmelenie komunity a posilňujú pozitívne emócie.

- **Sekundárna prevencia:** cieľovou skupinou sú rizikové skupiny alebo osoby experimentujúce s inhalantmi, u ktorých ešte nie je vyvinutá silná závislosť:

14. Je potrebné zabezpečiť školenia pre TSP a KPZV, zamerané na informovanie o škodlivosti zneužívania inhalantov, ako aj možnostiach postupu v prípade výskytu tohto javu v rodine či komunite.

15. Prispôsobiť existujúce programy protidrogovej prevencie na školách realite a situácii v rómskych segregovaných osídleniach. (Prevencia by sa mala sústrediť konkrétne na látky dostupné v danej komunite, nie na všeobecné informácie o drogách.)

16. Vzdelávanie by bolo optimálne realizovať neformálnymi metódami, formou atraktívnou a prístupnou danej cieľovej skupine, napr. prostredníctvom peer skupín.

17. Odborníci zo zdravotníctva (lekári, psychiatri), ÚPSVARu, školstva, ktorí prichádzajú pravidelne do styku so sociálne vylúčenými skupinami obyvateľstva, by mali byt trénovaní na to, aby dokázali rýchlo rozpoznať osobu užívajúcu inhalanty.

18. Policajné zložky je potrebné scitlivovať a vzdelávať, aby sa namiesto zastrašovania zamerali skôr na ochranu rizikových skupín deti.

- **Terciálna prevencia/harm reduction:** pre efektívnu pomoc závislým osobám a ich rodinným príslušníkom je potrebné vytvoriť funkčný komplexný systém starostlivosti o osoby ohrozené zneužívaním inhalantov. Tento cieľ je možné naplniť zabezpečením dostatočnej informovanosti, prepojenosti a efektívnej, operatívnej spolupráce relevantných inštitúcii:

19. Vzdelávanie lekárov a psychológov by malo byť zamerané na pochopenie života/situácie v segregovaných rómskych osídleniach, hľadanie širších sociálnych príčin vedúcich k zneužívaniu inhalantov ako aj uvedomenie si obmedzených možností danej skupiny.

20. U zástupcov ostatných inštitúcii sa treba sústrediť na vzdelávanie o škodlivosti inhalantov, ich účinkov na fyzické i psychologické zdravie a pridružené sociálne problémy, ako aj možnosti riešenia.

21. Keďže každá z inštitúcií má expertízu v inej oblasti, účinnou formou vzdelávania by bolo vzájomné odovzdávanie skúseností a poznatkov prostredníctvom interaktívnych workshopov. Táto forma vzdelávania by výrazne prispela k prepojenosti a koordinácií inštitúcií, zároveň by mala silný motivačný vplyv.

22. Pre reintegráciu zasiahnutých rodín je potrebné zabezpečiť krízovú intervenciu poskytovanú skúsenými psychológmi a sociálnymi pracovníkmi.

(e) Odporúčania zamerané na ďalší výskum

Napokon je potrebné uskutočňovať ďalšie, širšie zamerané výskumné aktivity s cieľom pochopiť kontextuálne súvislosti medzi

sociálno-ekonomickou situáciou, životným štýlom, reprodukčnými stratégiami a zdravím Rómov:

23. Pre získanie komplexného obrazu o zdraví Rómov a zozbieranie dobrých praxí je potrebné realizovať porovnávaciu štúdiu v krajinách s vysokým zastúpením rómskeho etnika.

24. Pre vytvorenie skutočne efektívnych politík na zlepšenie zdravia Rómov je potrebné doplniť existujúce výskumy poskytujúce „objektívny“ obraz zdravotného stavu, o participatívne metódy výskumu, ktoré umožňujú pochopiť príčiny vysokej chorobnosti a výskytu závislostí z perspektívy sociálne znevýhodnených skupín obyvateľstva. Zároveň prispievajú k zvyšovaniu povedomia, vytváraniu svojpomocných kompetencií daných skupín a napokon k ich zmocňovaniu a zvyšovaniu ich občianskej participácie.

Záver

Pre pochopenie zneužívania inhalantov je kľúčový bludný kruh sociálneho vylúčenia, v ktorom sa nachádza podstatná časť rómskej populácie na Slovensku, avšak v lokalitách so zaznamenaným výskytom inhalovania tento jav nadobúda extrémne rozmery. Spomínané lokality sú charakteristické nízkou vzdelanostnou úrovňou obyvateľov, ktorá spolu s diskrimináciou, chýbajúcimi pracovnými skúsenosťami a návykmi, v kombinácii s ďalšími individuálnymi faktormi vedie k takmer 100%-nej nezamestnanosti a extrémnej chudobe. Dlhodobé pretrvávanie sociálnej exklúzie má za následok rozklad tradičných sociálnych väzieb a pôvodnej kultúry, spolunažívanie charakterizuje takmer nulová spolupatričnosť a vzájomné odcudzenie, kedy sa z obyvateľov, resp. jednotlivých rodín, stávajú súperi v „boji o prežitie“ v podmienkach extrémne obmedzených zdrojov. Táto situácia je živnou pôdou pre celé spektrum sociálno - patologických javov, medzi najvýraznejšie patria úžera, zvýšená kriminalita (krádeže, bitky, vandalizmus), alkoholizmus a v neposlednom rade tiež užívanie toluénu.

Štrukturálny kontext má zásadný vplyv na podmienky a možnosti života Rómov v segregovaných osídleniach. Zhoršené možnosti vzdelávania zmysluplného trávenia voľného času, minimálne príležitosti získať zamestnanie, diskriminácia, to všetko výrazne prispieva k materiálnej aj informačno-psychickej chudobe a deprivácii. Napriek tomu štrukturálne podmienky nie sú determinujúce v zmysle kauzálne pôsobiacich príčin a následkov. Nemožno napr. tvrdiť, že každá osoba z chudobných pomerov začne užívať toluén alebo že inhalovať nemôže začať aj osoba z lepších pomerov. To napokon dokumentujú aj naše výsledky, ktoré ukazujú, že nie v každom segregovanom osídlení sa inhalovanie vyskytuje a aj v osídleniach, kde tomu tak je, nie každý siahne po prchavých látkach.

Treba však zdôrazniť, že pri vytváraní akýchkoľvek politík a stratégií je nevyhnutné porozumieť a vychádzať z komplexnosti a vzájomnej prepojenosti príčin súčasného stavu a systematicky riešiť viacero vzájomne prepojených problémov. Pri snahe o elimináciu inhalovania je preto podstatné komplexne podchytiť všetky rómske osídlenia, snažiť sa ich čo najviac integrovať do majoritnej spoločnosti a prednostne riešiť problém vzdelávania, práce a chudoby. Preto, pokiaľ nebudú vytvorené komplexné nástroje na zvyšovanie kvality života sociálne znevýhodnených, marginalizovaných a segregovaných skupín obyvateľstva, nebude možné odstrániť nielen problém so zneužívaním inhalantov, ale ani príčiny, ktoré k nemu vedú.

Executive summary

Other Reality: Poverty, Social Deprivation and Volatile Solvents Misuse in Romani Settlements of Eastern Slovakia

The presented publication addresses **two sorts of „other reality“.** The first of them metaphorically describes inconceivably hopeless situation of inhabitants of socially excluded segregated Romani communities of Eastern Slovakia. We point at the social and economic difficulties of these inhabitants, connected to extremely high unemployment, poor living conditions and poverty. In such an environment, the children and youth have only limited opportunities to cultivate their personal abilities through school and after-school activities and suffer from social deprivation. Furthermore, the Roma, living in these conditions are exposed to permanent discrimination and exclusion from the majority population.

The second sort of “other reality” describes the will to escape the poverty and social deprivation through misuse of volatile solvents, creating for a short time unreal, virtual reality. In such a state one can for a while repel hunger, cold, psychical trauma or dream about better relationships and better living conditions. The price for this escape – its’ negative consequences – is usually devastating and throws the addicts to even deeper poverty and hopelessness. In addition, it is deteriorating state of health and disintegration of family and community tights, that leads often to duplication of addict’s social isolation – not only from the majority, but even within the community they live in.

The reason why we targeted at volatile solvents misuse in socially excluded communities is simple. These drugs dominate at the poorest groups, as they are relatively cheap and are not considered to be illegal, as being primarily used as agents for other purposes. However, these substances extremely seriously damage human organism and deteriorate abusers’ health. They are extremely toxic to the nervous system, damaging not only the brain, but also multiple body organs, being even the cause of death.

The goal of the project, described in the presented publication, was to obtain the image of abuse of volatile solvents in representative

communities of Eastern Slovakia's Prešov and Košice region. Based on mapping of causes, development and impacts of volatile solvents misuse, we aim to propose solutions, helping to reduce the abuse of volatile solvents and consequently improve global position of Roma, living in severe conditions. Significant attention was paid to the mapping of possibilities of after-school activities in the Romani settlements, schools and other facilities in neighbourhoods, to find out what are the real possibilities for the children and youth to spend their leisure time. At the same time we concentrated at individual addicts' characteristics to record the issue of drug abuse within the context of individual life trajectories and their close environment. Our main aspiration and effort was to identify the key factors that support the abuse of volatile solvents within wider socio-economic and closer psychological consequences. The original research aspiration was also to detect certain systematic differences between localities with and without volatile solvents misuse, which would serve as a "manual" for possible prevention. The level of fulfilling this aspiration will be mentioned later. Finally, we also point at the fact, that intentions and instruments of national Roma health policies (where the abuse of volatile solvents belongs), remain in the past years rather at the level of proclamations and the implementation of programs is still slow.

The selected **methodological approach** of the field research rose from the attempt to receive the most reliable and valid results in the given conditions. Therefore we decided to accomplish the collection of the data in two stages. In the first period, the participants were interviewed by the field social workers (FSW) and field health assistants (FHA), i.e. professionals, well informed about Roma traditions, issues and practices. We created a questionnaire with strong prevalence of open questions and provided the inquirers with a short training. The training concentrated at the ways of developing the questions during the research interview and gathering of complementing answers. An inquirer's handbook with instructions on research sample and focus of the interviews was also prepared. In the second stage, professional researchers were engaged, mapping the issue of volatile solvents misuse more deeply through semi-structured interviews. In both stages the data were collected both from the inhabitants of Romani settlements and from the representatives of local key institutions, as for example primary school, municipal office, field social workers, or other professionals, working directly with the local Roma

population (i.e. the police, local physician, Bureau of Labour, Social and Family Affairs, parish office, children's home). Apart from this, the deputies of regional and county offices were also interviewed, with aim to map the situation from the point of view of relevant catchment institutions, with agenda covering several localities and delivering services unavailable on the local level. These were mainly professionals working in psychiatric departments in hospitals and pedagogical and psychological advisory centres. Informal community leaders and other relevant informants, able to deliver meaningful complex or specific information on the particular locality and the issue of volatile solvents misuse were regarded on the same level as institutions' deputies during semi-structured interviews collection. As a complementing method, the observation of everyday life in particular Romani settlements was used, to gain the information on the living conditions in each locality, its infrastructure (potable water, electricity, sewerage, waste management) and quality of housing. The areas of social and spatial segregation of Roma, social services, employment and education, perceived as the core factors of social status of Romani population in particular towns and municipalities were specifically targeted.

Concerning the **selection of localities**, the research was conducted in 30 communities of Prešov and Košice regions. Eastern part of Slovakia was not selected accidentally, but based on primal information on the greatest presence of abuse of volatile solvents. During the process of localities' selection, we aimed to involve the broadest possible range of localities with Romani population; the goal was to involve both urban and rural communities into the research. We considered also percentage share of Romani population in each locality. The research was conducted in municipalities with important share of Romani population (over 20% - 20 municipalities, thereof over 40% - 12 municipalities). The research was executed in 17 municipalities in Prešov and 13 municipalities in Košice region. In these municipalities the inquirers conducted a complex field research, fulfilling given criteria – at least 3 interviews with institutions' representatives and 5 – 15 interviews with representatives of the local Romani population, based on population's size). The data were gathered from 2 types of localities: with volatile solvents misuse presence (N = 11) and without presence of the studied phenomenon (N = 19).

The total **research sample** consisted of Romani participants (N = 221), representatives of relevant local institution (N = 106) and representatives of regional institutions (N = 11). (The research questionnaire did not include any question on ethnic origin of an informant, the Romani ethnicity was assigned based on external attributes – residence in parts of a village or a town, inhabited mostly by Roma, information from the representatives of local municipalities, inquirer's personal experiences). The research questionnaires were filled by the inquirers on the basis of an interview with participants. The qualitative semi-structured interviews were conducted with 20 Romani participants and representatives of 20 institutions. After original random localities' selection (N = 10), we decided to select directly those localities, where abuse of volatiles solvents was reported, to be able to compare both categories systematically. Even within each municipality we aimed to establish the research sample based on 3 levels of quality of housing conditions (standard, lower standard, shacks), to cover diverse social classes in the community and to prove, that the Roma are not a unified group. Within these sub-groups, the random selection of the participants was conducted.

During the data procession we used the statistic package SPSS for the data gained through questionnaires. We compared the localities with and without presence of volatile solvents misuse. The minority of questions with compulsory choice at 5 point scale was analysed through Pearson`s chí-quadrate test. No significant variations between localities with and without presence of the observed phenomenon were discovered, even though by some entries the outcomes were almost on the edge of relevance. By the majority of questions, formulated as open with multiple choices of answers, the answers were compared by percentages. The data gained on the basis of semi-structured interviews were processed qualitatively, using thematic and content analysis. We concentrated mostly at the process of inhaling and specifics, leading us to a deeper understanding of the studied phenomenon. The goal was to uncover the variability of inhaling in relation to different conditions of abusers' lives and achieve a comprehensive perspective of the issue. The data gained from multiple resources were compared using the triangulation method, allowing discovering the similarities and differences between the data gained from diverse methodologies and diverse resources.

The mapping of **basic characteristics of localities based on the observation approach**, discovered disadvantages in the social position of Roma in particular municipalities. In each of 30 localities of the research we met a certain level of *spatial exclusion* of Romani inhabitants. Most of the Roma live permanently in geographically separated parts of towns and villages. Most of the municipal offices have experiences with *programs, targeted at socially excluded inhabitants* – mostly concerning field social work and health education. Unhappily, these programs are often suspended because of financial support discontinuity, notably interrupting the systematic character of the field work and devaluating achieved positive outcomes. In only about thirteen municipalities the research recorded leisure time activities, available for the Roma youth. The most important problem of the most of the Romani communities in the given region is an extreme level of *unemployment*. Regarding the *education area,* significant part of Romani children are still educated in special schools or special classes in primary schools. Furthermore, in the municipalities with a high percentage of Romani children appears the drain of non-Romani children from the local primary schools to neighbouring municipalities, which establishes ethnically homogenous educational institutions. Such a negative trend indicates constantly unsuccessful efforts for a better integration of the Roma population to the majority society. The educational system, allowing the isolation of children from diverse ethnic groups, supports and strengthens existing prejudices as well as other escalation of biases between the majority and the Roma population. The outcomes of observation enable to state, that despite declared governmental goals as to increase the status of Roma or reduction of poverty through better educational possibilities, availability of leisure time activities and employment possibilities, the present situation indicates deepening of exclusion and segregation of Romani population, associated with a wide range of negative impacts.

The series of questions targeted at **the quality of life** confirmed, that the key factors, influencing the dissatisfaction of inhabitants are *unemployment and low housing quality.* In the localities without presence of volatile solvents misuse we discovered a lower level of resignation and an effort to solve the situation through employment, to the contrary with municipalities with presence of the studied phenomenon, whose inhabitants were more passive, leaning more

upon social policy measurements. Concerning *human relationships*, in both categories of municipalities the most valued were family bindings. An important difference appears at characteristics of general relations in the frame of a particular locality; these were evaluated by the participants from municipalities without presence of toluene misuse much more positively than by the participants from localities with the presence of the phenomenon. Both sorts of localities could be generally described by the term "poverty," in the sense of high unemployment level, unsatisfactory housing conditions, inability to satisfy basic material needs, low education level, discrimination and exclusion.

Another category of the research concerned **the daily program, leisure time activities, community and social services.** *The daily program* (of unemployed respondents) consisted in both sorts of localities mostly of housekeeping, care for children and other family members. Topics, concerning *leisure time activities* discovered that only approx. 1/3 of children regularly participate at after school activities; the share of participating children was higher in localities without presence of volatile solvents misuse. As the most common reason for non-participation at after school activities was reported segregation, connected to discriminatory practices of the majority population. Due to this, many of children are left on their own, without having an after school program and without the access to the possibility to spend their leisure time actively. They suffer from *psychological deprivation*, characterized by impossibility to cover the needs related to an adequate amount of meaningful impulses.
When the help is needed, the Roma from both sorts of localities search mostly within their family. Concerning the institutional aid, the most often mentioned was the local Bureau of Labour, Social Affairs and Family and the municipal office. However, only 1/3 of the Roma stated, that they perceive the character of institutional services as systematic and regular.
Approximately half of participants regarded the *treatment of institutions* towards them as discriminative (different from treatment towards majority population). As the principal reason for such behaviour prejudices and racism were reported, notably more experienced by the participants from localities with the presence of volatile solvents misuse.

The core topic of the research was to **identify the key factors, leading to volatile solvents misuse**, as well as to **describe the basic characteristics of abusers**, with respect to their social status, age or family background. We also mapped the dynamics and length of the presence of toluene misuse in specific municipalities and the patterns of abusers within their families. In the localities with the presence of toluene abusing, the phenomenon touches mostly *several tens of people*. The presence of misuse is either *slowly increasing or stagnates,* concerning mostly *the young generation* in the teen age. An alerting fact is, that about one third of abusers start with sniffing around the age of 10 years. Concerning *the characteristics of abusers*, they do not come only from the poorest families and lowest social ranks, but even from the families with relatively higher living standards; the key motive for abusing the solvents is for these users the pressure of a social group and experimenting. Women are involved into misuse of toluene only partially, mostly in such localities, where the drug is already abused in public; the majority of addicts are men. Regarding women, the abusing is less tolerated and therefore more tabooed.

The volatile solvents misuse came to the most of the municipalities involved in the research from outside – from neighbouring municipalities, through incomers, or as a consequence of a return of community members from institutional care facilities. As the most common *reasons* for spreading of the phenomenon we perceive poverty, lack of possibilities to spend the leisure time actively, traumatic events, improper family background, peer group pressure and boredom. Most often these reasons form a *complex of mutually interconnected motives*, not a single cause. The volatile solvents misuse phenomena affects the whole community, resulting in deterioration of mutual relations; the children and youth receive negative behaviour patterns. The addiction to volatile solvents results to multiple socio-pathological effects, worsening even more the image of the Roma population in the particular locality and affecting the mutual cohabitation.

The youth gain the resources to provide the toluene mostly through begging, small pilfering and sell of scrap. The volatiles are *bought* mostly at local chemist's and paint shops. In the bigger towns, the substances are bought in more anonymous supermarkets. When a salesman refuses to sell the toluene to the children (the volatile

solvents can be sold without any control, the refuse to sell to minors therefore depends only on salesman's will), frequently a cooperating adult comes to the shop to buy the toluene, selling it consequently as a form of *loan sharking* in small volumes for higher price. *The addict's family* members mostly cannot solve the problem of abusing; as being often scared of withdrawal symptoms, they help to the addict to get to the new dose of drug. The mutual relations in families affected by abusing of volatiles often start to *disintegrate.* The addicts are often excommunicated from the family in attempt to keep at least relatively safe conditions for raising the small children. The addicts then often become *homeless.*

What are **the opportunities to solve the volatile solvents misuse issue and what are the impacts of these measurements?** The interviewed institutions' representatives mostly did not report provision of specific measurements to reduce the presence of the phenomenon. The FSW and FHA try to help to abusers on their own – communicate with the addicts and their families, try to provide the cure in medical facilities. Regarding the cooperation with other institutions, the most often mentioned were the police; this fact can be perceived as a proof of a missing conceptual solution of the issue. When asked to evaluate their experience with intervention and efforts to help the addicts, the interviewed institutions' deputies reported mostly negative experiences; the most often mentioned was a fast return of drug abusers to toluene misuse.

Another detected problematic area is missing presence of organisations, working in the field of volatile solvents misuse. The institutions dealing with drug abusing issues focus at prevention of abuse of substances unavailable (for financial and social reasons) to the Roma population. Even though the issue of solvents abuse is often mentioned in the agenda of these institutions, the active work in this field is absent. This issue is not regarded as a priority, as it touches the majority population on minimal level and is not even present in all Romani communities. Nevertheless, as proved by the research, there are Romani communities, where the studied phenomenon spreads without control among the most vulnerable population – youth and children.

Our goal was also to create a summary of best practices that could serve as a platform for more coherent and conceptual work at reduction of the phenomenon and gain an overview of professionals' ideas on appropriate supportive programs and measurements. We did not succeed to gain a relevant amount of best practices during the research. Only few specific measurements are employed and even these are mostly unsuccessful. This fact again proves the missing conceptual approach of solving the toluene issue and prevailing low level of professionals' awareness on possible solutions.

Our findings, in accord with experiences of interviewed local authorities, indicate the main reason of toluene abuse spreading as: extreme poverty, lack of possibilities to pass actively the leisure time, lacking active parental approach and the peer group pressure.

A significant number of responders from localities without occurrence of the studied phenomenon regard historically absenting experience with volatiles misuse as an important reason for non-presence of toluene abuse; as another important factor, the influence of community, in other words social control, was mentioned. Contrarily, in the interviews in localities with presence of solvents' misuse the community social control was often labelled as weak or even completely absent.

During the research we aimed to reach better understanding of toluene abusing issue to provide better application of preventive measurements. Therefore we concentrated at the sniffing process and factors, leading addicts to termination of toluene misuse. In cases, when sniffing is not accepted or at least tolerated in the locality, the peer groups often meet in remote places out of the community, trying to keep their addiction in secret. In localities, where sniffing reached public dimensions, the addicts do not hide and sniff in public, which has a negative impact on the whole community, as the addiction spreads among the children and youth fast. Most of the addicted informants stated, that they use the drug together with their crew, in several cases the abusers prefer the use of solvents in seclusion. The same stands even for the strongly addicted, already physically affected by the drug to a degree that they cannot act independently.

The most frequently mentioned factors leading to a spontaneous termination of sniffing were formation of a partnership or establishment of a family. Another important factor, influencing positively the termination of sniffing, is also unavailability of the drug, as for example in cases of leaving abroad, or to a locality, where toluene abuse is not present. The decision of shop owners not to sell the toluene was reported as locally helpful in effort to eliminate the substance abuse. On the community level the permanent work of community centres, offering to the children and youth meaningful alternatives of passing their leisure time was proved as an exceptionally efficient tool in reducing the addiction. Based on observation of (mostly former) FSWs, when club and leisure time activities is implemented in a locality, the number of drug abusers decreases immediately. Concerning the external factors of sniffing termination, as important was often mentioned the intervention of the family, mainly in cases of children in the first, experimental, stage of addiction.

It is necessary to underline the importance of understanding the complexity and interconnection of the present state at creation of any kind of policies and strategies. There is a crucial need to solve multiple mutually linked problems.

The vicious circle of social exclusion is the key for understanding the issue of volatile solvents misuse. An important part of the Slovak Romani population suffers from diverse displays of social exclusion, which gains extreme dimensions in the localities with the presence of toluene abuse. These localities are characterized by low education level of inhabitants, leading, together with discrimination, missing work habits and experiences and in combination with other specific factors, to almost 100% unemployment and an extreme poverty. The long term persistence of social exclusion affects the disintegration of traditional social bonds and manifestations of original culture; the cohabitation is characterized by almost missing cooperation and mutual estrangement, the neighbours (and the neighbouring families) are turning to enemies in the survival clash in conditions of extremely limited resources. Such a situation is a fertile ground for the wide spectrum of socio-pathological phenomena, namely loan sharking, higher delinquency (thefts, acts of violence, vandalism), alcoholism and, last but not least, use of toluene.

In the study conclusion we mention a detailed list of recommendations, leading to reduction or complete elimination of solvents abuse, reflecting the complexity of the issue. Our advices are based also on experiences of professionals, working in community centres. We recommend primarily a complex and a long-term approach to solve the poverty of Romani population and related issues. The attempts to introduce holistic measurements took place in many localities, but without provision of continuous sustainability, leading to fade out of most of the positive outcomes. In the vicious circle of social exclusion, it is impossible to blame the guilty or to search for the original reasons. Therefore we suggest concentrating on targeted long term activities, leading to increase of employment, education level and provision of attractive and active leisure time passing to the children and youth. We believe that the concentration at these targets will lead to at least partial success and that the abuse of solvents will gradually vanish. Still, it is impossible to state that certain part of the population will not switch to other drugs, maybe more expensive, but, in some cases, less devastating physical and mental health.

O autoroch a autorke

Miroslav Popper *je samostatným vedeckým pracovníkom Ústavu výskumu sociálnej komunikácie SAV. Zaoberá sa teoretickými otázkami súčasných alternatívnych výskumných paradigiem a orientuje sa najmä na evolučnú a sociálnu psychológiu. V rámci cielených výskumov sa zameriava na problémy sociálne znevýhodnených skupín migrantov, žien a Rómov. V súčasnosti je vedúcim grantu VEGA „Dynamika sociálnych a morálnych noriem: Sociálno-psychologický výskum minoritných, marginalizovaných* a znevýhodnených skupín vo vzťahu k majorite“.

Petra Szeghy *vyštudovala psychológiu na FiF UK v Bratislave. Neskôr pôsobila v Kabinete výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV, kde sa venovala výskumu v oblasti sociálnej psychológie. Venuje sa témam multikulturalizmu, postavenia menšín a občianskej spoločnosti. V súčasnosti pracuje v občianskom združení PDCS ako trenérka a výskumníčka.*

Ondřej Poduška *sa zaoberá výskumnými a rozvojovými aktivitami spojenými predovšetkým so situáciou rómskej menšiny na Slovensku. V súčasnosti vedie program Národného demokratického inštitútu „Building Community Connections“.*

Roman Kollárik *vyštudoval psychológiu na Univerzite Komenského. Momentálne je na postgraduálnom štúdiu a zaoberá sa kvalitatívnym výskumom marginalizovaných skupín. Venuje sa LGBTQI témam, momentálne hlavne vzdelávaniu a výskumu v transrodovej problematike.*

Literatúra:

Dlugošová, J.: Rómovia a drogy. http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/d/romovia/sk/romovia_a_drogy.html [cit. 14.02.2011].

Greenwood, D. J., Levin, M., 2005: Reform of the Social Sciences and of Universities Through Action Research. In: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (Eds.): The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005, 43-64.

Guba, E. G., Lincoln, Y. S., 1998: Competing Paradigms in Qualitative Research. In: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (Eds.): The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues. London: Sage Publication, 195-220.

Kubínyi, P., 2007: Toluén v Habeši. http://www.izurnal.sk/index.php?Itemid=89&id=544&option=com_content&task=view [cit. 14.02.2011].

Maslow, A. H., 1970: Motivation and personality. New York: Harper and Row.

Moravanský, N., Novomeský, F.: Drogy typu organických rozpúšťadiel (Solvenciá). http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/d/drogy_typu_organicky/ [cit. 14.02.2011].

Mušinka, A., 2007: Drogy v rómskych komunitách Prešovského kraja. Prešov: Centrum antropologických výskumov.

Oláh, M., Bindasová, O. a kol., 2007: Zásady a kritéria pre tvorbu a hodnotenie regionálnej protidrogovej politiky. Bratislava: EF. http://www.databazadrog.tym.sk/index03.html [cit. 23.05.2011].

Popper, M., Szeghy, P., Šarkőzy, Š., 2009: Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku. Madrid: FSG a Bratislava: PDCS.

Rimárová, K., 2010: The Health of the Roma People in Central and Eastern Europe. Košice: Equilibria.

Smith, J. A., 1995: Semi-Structured Interviewing and Qualitative Analysis. In: Smith, J. A., Harré, R., Langenhove, L. V. (Eds.): Rethinking Psychology. London: Sage Publications, 9-26.

Škodáček, I., 2008: Problematika závislostí na Slovensku (aktuálne poruchy v adiktológií). www.infodrogy.sk/indexAction.ofm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=668 [cit. 23.05.2011].

Važan, P., Khan, M. R., Poduška, O., Šťastná, L., Miovský, M., 2011: Chronic Toulen Misuse Among Roma Youth in Eastern Slovakia. In: Substance Use & Misuse, 46, 57-61.

Výzkumný tým Social watch, 2010.: Právo nežít v chudobě. Chudoba jako porušování lidských práv. Praha: Filosofia a sociálni vědy. Nakladatelství filozofického ústavu AV ČR.

„Publikáciu hodnotím jednoznačne pozitívne, ide o kvalitne pripravený a zrealizovaný projekt. Autori sa úspešne pokúsili o objektívnu analýzu fenoménu inhalovania ako vážneho spoločenského problému. Celú problematiku skúmali komplexne ako sociálny jav vo všetkých jeho súvislostiach, kriticky zhodnotili a navrhli možné spôsoby jeho riešenia. Východiska vidia predovšetkým v skvalitnení podmienok života v rómskych osadách, v zabezpečení rôznych vzdelávacích a záujmových aktivít, ako aj v informovanosti o zdravotných dôsledkoch inhalovania. Špeciálnu pozornosť venujú potrebe zlepšenia vzťahov medzi Rómami a majoritnou populáciou a odstraňovaniu predsudkov na všetkých úrovniach spoločnosti. Aj ďalšie navrhované opatrenia akcentujú preventívny prístup, informovanosť a prepojenosť zainteresovaných inštitúcií, vzdelávanie.

Ostáva veriť, že adresáti tejto publikácie (štátna správa, samosprávy, sociálni pracovníci, zdravotníci a pod.) si ju niekedy zoberú do rúk a prečítajú...!“

PhDr. Arne Mann, CSc.
Ústav etnológie SAV

„Lenže tu je to také, tu je rómska osada, tu je naozaj že rómska osada. Tu sa to nedá povedať, že by som nefetoval, pretože tu idú chlapci von večer a jeden chlapec to robí a druhý začne... Hej, dá to vyskúšať. Na, tu vyskúšaj a nasilu, vyskúšaj to, vyskúšaj, vyskúšaj. A on to zobere.“

„Všetko som vyskúšal. A najsilnejšia droga, ktorá existuje, to je toluén, to je najsilnejšia droga, ale aj najhnusnejšia. Lebo to máš v hlave, ti vymierajú bunky, to ti zdeptá mozgy, celé telo ti schudne, vieš, čo z teba bude?“

„Starostka by nám to nedovolila. Napríklad, raz sme išli s farárom na ihrisko a vyhodila nás. Aj napríklad v obci je posilňovňa a my tam nemôžeme ísť, iba bieli.“

ISBN 978-80-89571-00-0
9 788089 571000