

A munkanélküliség egészségkárosító hatásáról, etiológiájáról az Ózdi Kistérségben élő magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi helyzetének és egészségi állapotának elemzése alapján

Doktori értekezés

Dr. Hegedűs Ibolya

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



- Témavezető:** Dr. Ungváry György az MTA doktora, egyetemi tanár
- Hivatalos bírálók:** Dr. Törő Klára PhD, egyetemi docens,
Dr. Nagymajtényi László az MTA doktora, egyetemi tanár
- Szigorlati bizottság elnöke:** Dr. Morvai Veronika az MTA doktora, egyetemi tanár,
- Szigorlati bizottság tagjai:** Dr. Hudák Aranka az orvostudomány kandidátusa,
egyetemi docens
Dr. Szakmár Éva PhD

Budapest
2015

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	5
1. BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	6
1. 1. A munkanélküliség fogalma, osztályozása a modern társadalomban.....	6
1. 2. A munkanélküliség történeti és gazdaság-történeti háttere, jellemzői.....	8
1. 2. 1. Az ókortól az ipari forradalomig.....	8
1. 2. 2. Az ipari forradalomtól a I. Világháborúig.....	9
1. 2. 3. Az ILO megalakulásától a II. Világháborúig.....	12
1. 2. 4. Diktatúrák, hatásuk a munka világára, munkaerő – foglalkoztatás.....	14
1. 2. 5. A szocialista világrendszer összeomlása - gazdasági, társadalmi, politikai válság.....	15
1. 2. 6. A 2008-ban kirobbant pénzügyi- gazdasági világválság.....	16
1. 3. A munkanélküliség Magyarországon.....	17
1. 3. 1. Mélyszegénység, emigráció Magyarországról.....	17
1. 3. 2. Az I. Világháborútól a II. Világháborúig.....	18
1. 3. 3. Az ún. szocialista tervgazdálkodási diktatúra, teljes foglalkoztatás.....	20
1. 3. 4. Az ún. szocialista tervgazdálkodás, politikai, gazdasági rendszer csődje Magyarországon: rendszerváltozás szükségessége, a rendszerváltozással együtt járó anomáliák - tömeges munkanélküliség.....	21
1. 3. 5. A pénzügyi-gazdasági világválság évei – speciális válságra „épülő” válság.....	23
1. 3. 6. A munkanélküliséggel sújtott magyarországi régiók, kistérségek egyenlőtlen megoszlása.....	24
1. 4. Ózd, Ózdi Kistérség.....	25
1. 4. 1. Ózd.....	25
1. 4. 2. Az Ózdi Kistérség.....	28
1. 4. 3. Munkanélküliség a Kistérségben.....	30
1. 4. 4. A hátrányos helyzetű roma munkanélküliek különös tekintettel az Ózdi Kistérségben.....	31
2. A KUTATÁSI TÉMA ELŐZMÉNYEI, A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA.....	36

3. CÉLKITŰZÉSEK.....	45
3. 1. A munkanélküliek által feltételezeten hátrányosan befolyásolt közegészségügyi biztonság elemzése az Ózdi Kistérségben.....	45
3. 2. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, valamint egészségi állapotának elemzése.....	45
3. 3. Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélküliei közegészségügyi és szociális biztonságának összehasonlító elemzése.....	45
3. 4. Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotának és meghatározó tényezőinek, valamint munkavégzésre való alkalmatlanságának összehasonlító elemzése.....	46
3. 5. A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása.....	46
3. 6. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei életkörülményének változása Magyarország EU tagsága idején.....	46
3. 7. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségkárosodásának etiológiája.....	46
4. MÓDSZEREK, VIZSGÁLT NÉPESSÉG, STATISZTIKAI ELEMZÉS.....	47
4. 1. Vizsgált népeiségek/ csoportok.....	47
4. 1. 1. A világválság előtt végzett vizsgálatok.....	47
4. 1. 2. A világválság éveiben végzett vizsgálatok.....	48
4. 2. Módszerek.....	48
4. 3. Vizsgálati alanyok tájékoztatása, toborzása, adatrögzítés, adatkezelés, adatvédelem, kutatásetikai engedélyezés.....	50
4. 4. Statisztikai módszerek.....	51
5. EREDMÉNYEK.....	52
5. 1. A munkanélküliek által feltételezeten befolyásolt közegészségügyi biztonság elemzése az Ózdi Kistérségben.....	52
5. 1. 1. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek közegészségügyi helyzete, biztonsága.....	52
5. 1. 2. Lakókörnyezet, környezet-egészségügyi helyzet.....	53
5. 1. 3. Iskolázottság, képzettség.....	55

5. 2. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezők, egészségi állapota, munkavégzésre való alkalmassága.....	56
5. 2. 1. Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek személyi higiénés helyzete és életmódja.....	56
5. 2. 2. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek egészségi állapota.....	57
5. 2. 3. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek munkavégzésre való alkalmassága.....	59
5. 2. 4. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek és néhány foglalkoztatott, illetve lakossági csoport állapotának összehasonlítása.....	61
5. 3. Az Ózdi kistérség roma és nem roma munkanélküliei közegészségügyi és szociális biztonságának összehasonlító elemzése.....	63
5. 3. 1. Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélkülieinek közegészségügyi helyzete, biztonsága.....	63
5. 3. 2. A magyar és roma munkanélküliek in-door és out-door lakókörnyezete,- környezet-egészségügyi helyzetének összehasonlítása.....	66
5. 3. 3. A magyar és roma munkanélküliek iskolázottsága, képzettsége, tanulási feltételeinek összehasonlítása.....	69
5. 4. Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, egészségi állapotának, valamint munkavégzésre való alkalmasságának összehasonlító elemzése.....	73
5. 4. 1. A magyar és roma munkanélküliek személyi higiénés szokásainak, helyzetének, életmódjának összehasonlítása.....	73
5. 4. 2. A magyar és roma munkanélküliek egészségi állapotának összehasonlítása.....	76
5. 4. 3. A magyar és roma munkanélküliek munkavégzésre való alkalmassága gyakoriságának összehasonlítása.....	82
5. 5. A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása.....	85
5. 5. 1. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek általános életelégedettsége Életelégedettségi Skála (SWLS).....	85
5. 5. 2. Mentálhigiénés megfigyelések, lelki egészségi állapot.....	86
5. 5. 3. Depresszió elemzése Beck-féle depresszió kérdőívvel.....	92

5. 5. 4. Az affektivitás megítélése az Ózdi Kistérség munkanélküliei között Lüscher-féle színpreferencia teszttel.....	93
5. 5. 5. Megküzdés és Stressz Profil Olson szerint.....	94
5. 6. Az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanél- küliei életkörülményeinek/életminőségének változása Magyarország EU-tagor- szágga válásának idején, illetve a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben.....	96
5. 7. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségkárosodásának etiológiája.....	99
6. MEGBESZÉLÉS.....	100
ad 1-2. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek közegészségügyi biztonsága, szociális helyzete, képzettsége, egészségi állapotát meghatározó fontosabb tényezők, egészségi állapota, munkavégzésre való alkalmassága.....	103
ad 3-5. Az Ózdi Kistérség roma és magyar munkanélküliei közegészség- ügyi biztonságának, szociális helyzetének, iskolázottságának, egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, testi és lelki egészségi állapotának munka- végzésre való alkalmatlansága gyakoriságának összehasonlító elemzése.....	108
ad 6. Az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanél- küliek életkörülményeinek/életminőségének változása Magyarország EU-tag- országga válásának idején, illetve a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben.....	122
ad 7. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségkárosodásának etiológiája.....	122
7. KÖVETKEZTETÉSEK.....	124
8. ÖSSZEFOGLALÁS.....	128
9. SUMMARY.....	129
10. RODALOMJEGYZÉK.....	130
11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE.....	147
12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	149

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁNTSZ – Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat

ETT TUKEB – Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-
és Kutatás-
Bizottsága

EU – Európai Unió

EUROSTAT – Európai Statisztikai Rendszer

ILO – International Labour Organization (Nemzetközi Munkaügyi Szervezet)

IMD – International Institute for Management Development

IVS – Integrált Városfejlesztési Stratégia

KGST – Kölcsönös Gazdasági Segítség Tanácsa

KMK – Közveszélyes Munkakerülő

KSH - Központi Statisztikai Hivatal

MTA – Magyar Tudományos Akadémia

MÜTT – Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development (Gazdasági és
Fejlesztési Szervezet)

OMÜI – Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet

Rosstat - Orosz Statisztikai Hivatal

TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program

1. BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS

1. 1. A munkanélküliség fogalma, osztályozása a modern társadalomban

A munka az egyes társadalmi formák mozgatórugója, fenntartója. Célja a társadalom és az egyén szükségletének kielégítése, melynek legfontosabb erőforrása az ember. A korszerű piacgazdaság egyik nélkülözhetetlen és szerves alkotórésze a munkaerőpiac, ahol érvényesül a kereset-kínálat elve (Kovács 2010). Egy ország népességén belül a munkaerő-piaci kínálat maximumát az aktív népesség alkotja, ezért ha a foglalkoztatottak száma nem éri el az aktív népességét, azaz a munkaerő-piaci kínálat meghaladja a keresletet, munkanélküliségről beszélünk. A munkanélküliek a makrogazdaság szintjén felkínált munkaerő-állomány ki nem használt részét alkotják (Bánfalvy 1997, Hajduska 2012). A munkanélküliség meghatározására a KSH az ILO által megfogalmazott és általánosan elfogadott definíciót alkalmazza, mely szerint munkanélküli minden olyan személy, aki nem végez jövedelemszerzést célzó munkát, állást keres és képes azt elvállalni (ILO 1979, KSH 2010B).

A modern társadalomban a munkanélküliség többféle formában jelenik meg. *Egyrészt* az emberek gyakori lakóhely/munkahely változtatásának következtében kialakuló, a makrogazdaság szintjén folyamatosan jelen lévő probléma; *másrészt* a gazdaság hullámzását követő, azzal összefüggő jelenség, mikor a gazdasági növekedés, fellendülés a foglalkoztatottak számának emelkedésével jár, a termelés visszaesése, kisebb gazdasági válságok kialakulása a munkanélküliek számának növekedését idézi elő; *harmadrészt* harmadik megjelenési formája meghatározott társadalmi, politikai és gazdasági rendszerváltozáshoz köthető, amikor is a munkaerő-szükséglet és a munkaerő- kínálat szakmai összetétele nem fedi egymást, nincs összhangban. Ez egy speciális, alighanem egyedülálló, mint pl. a szocialista világrendszer összeomlását követő forma. A munkanélküliség fenti három típusa különböző metszetekben is megnyilvánulhat. Időszakosságuk szerint megkülönböztetünk tartós, átmeneti és szezonális munkanélküliséget, társadalmi csoportok szerint beszélhetünk ifjúsági, női, kisebbségi csoportok munkanélküliségéről. Földrajzi hely szerint jelenik meg a regionális munkanélküliség (Ulicska 2001; Bánfalvy 2003; Béres 2012; KSH 2003A, 2006A, 2011A). Megjegyezzük: az említett ún. harmadik megjelenési formába sorolt

szocialista világrendszerhez kapcsolódó munkanélküliség egy sajátos negyedik formának tekinthető. Az összes többi formától két alapvető jellemző különbözteti meg. Az egyik jellegzetessége, hogy nagy valószínűséggel soha nem ismétlődik meg és a teljes foglalkoztatást nyújtó háttér struktúra (nehézipari gyárak, bányák, nagyüzemi mezőgazdaság, kötelező katonai szolgálat) soha nem fog újra működni, a tömeges munkanélküliség ezek restaurálásával nem lesz kezelhető. A másik jellemzője, hogy a teljes foglalkoztatásból – függetlenül képzettségüktől, beosztásuktól, munkakörüktől – munkavégzésre alkalmas, egészséges emberek tömege vált egyik napról a másikra munkanélkülivé. Ez utóbbit azért hangsúlyozzuk, mert számos országban a jellemző kisebb és reverzibilis válságok – pszichológusok egy csoportja szerint (Jahoda 1981, Paul 2005, Paul és Moser 2009) – olyan embereket sújtanak munkanélküliséggel, akik pszichésen eleve alteráltak (pl. alkoholisták, drog-függők, együttműködésre nehezen képesek). Mi a munkanélküliséget az érintett munkanélkülivé válók testi és lelki egészségi állapota szerint is csoportosítjuk, mert feltételezzük, hogy az egészséges emberek és a pszichésen károsodott emberek munkanélküliségre adott reakciója különbözik (Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1997, 1999, 2002).

Magunk – elsősorban a szocialista világrendszer összeomlását követően a tömeges munkanélküliség egészségügyi (ezen belül társadalom-egészségügyi, közegészségügyi biztonsági) tapasztalataink alapján – úgy ítéljük meg, hogy fontos a munkanélküliség kialakulását előidéző, „megalapozó”, és a munkanélküliek testi és lelki egészségének állapotát, változását befolyásoló, esetenként meghatározó gazdaság-történelmi háttér is. Ezért áttekintő, bevezető alfejezetünkben nemcsak a munkanélküliség, hanem a mögötte rejlő – a matematikai-statisztikából (faktoranalízisből) kölcsönzött terminus technikummal élve – háttér-ok átlózók /változások összegzését is felvázoljuk. Munkacsoportunk kutatásainak kezdetén (OMÜI éves jelentései 1990-1995, Ungváry 1993) a munkanélküliségnek az egészségre való hatásával ismereteink szerint hazánkban alig vagy nem foglalkoztak, a nemzetközi orvos-egészségügyi irodalomban is csak elvétve talákoztunk a témakörhöz kapcsolódó közleményekkel. A KSH Népeségtudományi Kutató Intézetéből, 2009-ben megjelent munka bevezető soraiban – lényegében a rendszerváltozás éveiről – ez olvasható: „Míg két évtizeddel ezelőtt a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot közötti kapcsolatok kutatásában

még érvelni kellett amellet, hogy a munkanélküliség, illetve tágabb értelemben a nem foglalkoztatottság, beillesztendő a társadalmi egyenlőtlenségek dimenziói közé (Arber 1996), addig a 21. század első évtizedében az egészségzociológia egyik jelentős ágává vált az az irány, amely a munka bizonytalansága, sérülékeny volta és az egészségi állapot közötti kapcsolattal foglalkozik” (Kovács 2009).

Munkacsoportunk több mint 20 éve megkezdett kutatásának eredményeivel foglalkozó közleményeink valószínűleg a terület legelső hazai közleményei voltak, s ennek egy nagyon fontos része volt, hogy a munkanélküliség egészségre kifejtett hatását nemcsak felvetettük és elemeztük azonnal a rendszerváltozás idején és az azt követő években, hanem fontosnak gondoltuk és gondoljuk ma is, hogy sem a munkanélküliség, sem annak egészségkárosító hatásai nem függetlenek az aktuális és lokális (a munkanélkülivé válás pillanatában jellemző egészségi állapottól, illetve az ország, országon belüli térség társadalmi, gazdasági, képzettségi, egészségállapot stb.) jellemzőitől, ezek hatásaitól. Ezt tartottam szem előtt, szerkesztettem meg értekezésem – folyamatosan figyelemmel a történeti előzményekre, az értekezés alig 10 évet átölelő periódusa során bekövetkezett változásokra.

1. 2. A munkanélküliség történeti és gazdaság-történeti háttére, jellemzői

1. 2.1 . Az ókortól az ipari forradalomig

Periclés nyomán, illetve Máté Evangéliuma (20:1-7 versek) révén tudjuk, hogy már az Ókori Athénban, illetve az Újszövetség írásos rögzítése idején ismert volt egyfajta munkaerő foglalkoztatási hiány, munkanélküliség (Máté Evangéliuma 1997)¹. A munkanélküliség a mai „fénykoráig” hosszú utat tett meg, hiszen a modern társadalom előtti korokban is folyamatosan jelen volt, a 20. század előtti társadalmak és kormányok is reagáltak a kialakult jelenségre valamilyen formában.

A kapitalizmus előtt nem létezett a modern értelemben vett munkanélküliségi kérdés, mégis törödni kellett azokkal, akik lehetőség hiánya miatt nem dolgoztak. Szép számban voltak koldusok és nincstelének. A keresztény felfogás szerint a középkorban a szegényeket az Úr gyermekeinek, tartották, ezért, mint „kiválasztottakat” törődésben, gondoskodásban részesítették. A gazdagok ünnepein a koldusokat maguk közé engedték, az alamizsna-nyújtást Istennek tetsző cselekedetnek tartották. A késő

¹ Károli – Bibliának vagy Vizsolyi Bibliának is hívják az első magyar nyelvű bibliát, amit Károli Gáspár református lelkész fordított magyar nyelvre.

középkorban a szegények megsegítésére „munkaházakat” hoztak létre, így juttatták őket saját keresethez, azonban a kialakított környezetben olyan riasztó munka és életfeltételek uralkodtak, hogy a bekerülést az emberek inkább büntetésnek, mintsem segítségnek tartották (Sz. Jónás 1999, Száray 2006).

A ma már karakterisztikusnak mondható paraméterek/jellemzők révén felismerhető munkanélküliség megjelenését és fogalmát a történelem általában az ipari társadalom dominanciájához köti. Megjelenését többnyire az ipari forradalom kezdetére helyezi. Ennek oka azonban „mindössze” annyi, hogy az ipari forradalommal kezdetét vevő tőkés társadalmi rendszer periodikus rendszerességgel visszatérő gazdasági válságokkal, jelentős, esetenként tömeges munkanélküliséggel járt együtt.

1. 2. 2. Az ipari forradalomtól az I. világháborúig

1. 2. 2. 1. Az első gépek megjelenése, az iparosodás első pillérei, géprombolás. Az ipari forradalom kezdetét az 1700-s évek végére teszik. Történeti leírások szerint ez az idő a gőzgép, a textilipar gépesítése felfedezésének és tömeges alkalmazásának ideje (1769 és 1850 között zajló periódus). A robbanómotorok, autók, repülőgépek felfedezése, a vegyészet, vegyipar fejlődése, az elektromosság alkalmazásának térnyerése, az olaj széleskörű használata, az acélipar térhódítása, már a második ipari forradalom volt. Ezt általában 1870-71 és 1914 közötti időszakra teszik (Száray 2007, Harmat 2011). Megjegyezzük: az ipari forradalom évszámait a különböző irodalmi forrásokban nem pontosan azonosak (Ungváry és Hegedűs 2014).

Az ipari forradalmakról – amelyek közül az előzőekben jelzett periódusokban először Nagy-Britanniában, majd Európa (Németország, Franciaország), és Észak-Amerika egyes országaiban és régióiban zajlott le – e helyütt a munkanélküliség és a munkanélkülivé vált munkások reakcióinak időbeli elhelyezése végett szólunk. Mindjárt hozzátesszük: az első ipari forradalom előfeltételei már a 16. században (Angliában már az 1490-s években) megjelentek, együtt az első tömeges munkanélküliséggel. Az ipari forradalom, mint a társadalmi fejlődés kétségtelen meghatározó pillére, a különböző gépek működtetésének, technikák bevezetésével úgy tűnt, hogy az emberi munkát egy-egy gyárban, földrajzi térségben egyik napról a másikra feleslegessé teszi (Száray 2007, Harmat 2011). A munkanélküliek első reakcióként a gépekben látták a munkanélküliség okát, s megoldásként összetörték a

gépeket (Száray 2007, Wikipédia luddizmus). A géprombolások közül elhíresültek a Ned Ludlam (röviden Ludd tábornok) vezette ludditák² nottinghami, leicesteri, yorkshire-i, cheshire-i, Derby-grófsági zavargásai, amelyek célja elsősorban a posztógyárak gépesített működésének géprombolással történő megakadályozása volt (Ungváry és Hegedűs 2014). De elhíresült a lyoni selyemszövőök vagy a sziléziai takácsok géprombolása is. Csak az időbeli elhúzóadás jelzése végett jegyezzük meg, az első géprombolásra Angliában már 1661-ben sor került. A munkások ösztönös reakciójaként megjelenő géprombolások sokáig nem csillapodtak, olyannyira, hogy a zavargások egyre gyakrabban felkelésekbe csaptak át. A munkások reakcióira nem késlekedtek a munkáltatók/tulajdonosok durva, de különös módon törvényes lépései; pl. az angol parlament a géprombolókra a parlament által jóváhagyott törvények sorával szabott ki súlyos büntetéseket. Ennek ellenére a munkások válasza a 18. században visszatérő módon felkelésekbe torkolltak. A „törvényes” ellenlépés sohasem késlekedett. Megjelent a hírhedt Combination Act (1799), amely megtiltotta nemcsak a felkelésekbe átcsapó géprombolást, munkamegtagadásokat, hanem a szakszervezetek vagy más szakmai szervezetek alakulását, működését is (Holnapután 2009, Harmat 2011).

A 18. században a gazdaság és társadalom domináns szférájává a tőkés termelési mód vált, a korábban is tapasztalt, állandóan jelen lévő munkátlan tömeg munkanélküli bér munkások tömegévé alakult át. A munkanélküliség innen kezdve hullámzóan változó, a tőkés gazdaság ciklikus fejlődését követő, annak egyik lejellemzőbb megnyilvánulása lett. Az 1780-es években az Angliában kibontakozó, majd Nyugat-Európa és az észak-amerikai térség felé tovább terjedő ipari forradalom hatására világméretű gazdasági fejlődés indult meg, a népességszám ugrásszerűen megnőtt (Száray 2007). A változások egyaránt érintették a mezőgazdaság, az ipar és a terciér ágazatokat. A mezőgazdaság gépesítése miatt, munkaerő szabadult fel, akik munkalehetőséget keresve a városokba vándoroltak. Megindultak az urbanizációs folyamatok, a városok népességszáma megnőtt, az iparvidéken új városok jöttek létre.

² A luddizmus a korai angol munkásmozgalom megnyilvánulási módja; követői a ludditák voltak. Egyik legfőbb jellemzője a technofób géprombolás volt, de nem azonos azzal. Magába foglalta a munkaadókkal folytatott harc legkülönbözőbb formáit: az illegális szervezkedést, tárgyalásokat a munkaadókkal, a zavargásokat, a fegyveres összetűzéseket a hatóságokkal és teljes gyárak megsemmisítését. Névadója Ned Ludlam (röviden Ned Ludd vagy Ludd tábornok), aki az ismeretlenség homálya miatt misztikus hőssé vált (Wikipédia, luddizmus).

A városiasodással újabb problémák jelentkeztek. Az ipari központokban kevés volt a lakás, mocskos, elhanyagolt épületekben, egy szobában 8-10 ember is lakott. Gyakoriak lettek a járványok, a nyomornegyedekben megjelent az alkoholizmus, a prostitúció, gyermekeket foglalkoztattak a géptermekekben, bányaalagutakban. A munkabérek létminimum alattiak voltak, a munkásokat védő törvények nem léteztek. A városokban a különböző jövedelmű népesség elkülönítve élt, kialakult a szegregáció. Azok a kistermelők, céhlegények, bedolgozók, akik bér munkássá váltak, fájdalmasan élték meg sorsukat, hiszen az újra és újra üzembe helyezett gépek pótolták az emberi munkaerőt, munkájukra nem volt szükség tovább (Száray 2007).

Az 1871 és 1914 között a második ipari forradalom technikai és tudományos eredményeként a mezőgazdaság gépesítése és gyors fejlődése miatt a falvak elnéptelenedtek, újabb világvárosok jöttek létre. Az ipari forradalom elősegítette a munkásság szerveződését, az 1880-as évektől hatékonyan működtek a szakszervezetek, országos szövetségeket hoztak létre. A „rabló kapitalizmus” iparosodása együtt járt az egyre gyakoribb gazdasági válságokkal és az egyre tömegesebbé váló munkanélküliséggel; az ezek által okozott szociális kríziseket tovább növelték, mélyítették a háborús események. Az iparosodott országok számára ilyen hatású volt az évtizedeken át tartó napóleoni háború, de hasonló problémával jártak az 1873. évi bécsi és New York-i tőzsde krachok, amelyeket az I. Világháború okozta világgégés, rombolás tetézett be (Ungváry és Hegedűs 2014).

1. 2. 2. 2. Az I. Világháború. A KSH 2014-ben az I. Világháború 100. évfordulóján egy olyan sorozatot indított, amely arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy a 20. század a háborúk, válságok és diktatúrák egymást követő korszakaként írta be magát Európa történetébe (KSH 2014A). Ahogy eddig is tettük – minthogy kutatási területünk az egészség- és a társadalomtudomány területébe illeszkedik – azokat az eseményeket, amelyek a munka világára, a munkaerőre, a munkaerő foglalkoztatásra vagy éppen kutatásunk célcsoportját, a munkanélküliek társadalmon belüli osztályát, testi és lelki egészségét potenciálisan vagy bizonyítottan kellet, hogy befolyásolják, röviden összegezzük, de legalább felsoroljuk. A „Nagy Háború” (az I. Világháborút nevezték így) során több millió ember vesztette életét 1914 és 1918 között. Legfontosabb következményeiként két tényt szögez le a KSH. Egyrészt a háborúk ugyan egyre

rövidebb ideig tartanak, de sokkal gyakoribbak és a fegyverek pusztító hatásának növekedése miatt sokkal nagyobb véráldozattal járnak. Hozzátezzük: az I. Világháború nagy embervesztesége miatt jelentős munkaerőhiánnyal és a termelés katasztrofális csökkenésével járt. Másrészt amíg „1914-ig Európa döntött minden egyes nagyhatalmi, a világ életét alapvetően befolyásoló kérdésben, a háború alatt, s azt követően azonban már Európáról döntöttek, maga a kontinens csak a nagyhatalmi játszmák színtere maradt, elveszítve korábbi jogosítványait” (KSH 2014A).

Arról, hogy hány generáció „nőtt fel” úgy, hogy a szülő, gyermeke, annak gyermekei háborús áldozatok vagy munkanélküliek lettek – nincs pontos adat. Összegezve megállapítható: az I. Világháború a súlyos munkaerőhiányos háborús válságok első prototípusa.

1. 2. 3. Az ILO megalakulásától a II. világháborúig

A háborúk, a munkaerőhiány, a válságok, a tömeges munkanélküliség jelentőségét, gazdasági és társadalmi fontosságát az I. Világháború nyertesei és vesztesei egyaránt felismerték. 1919-ben a versailles-i békeszerződés XIII. részében életre hívta a Nemzetközi Munkaügyi Szervezetet (angol nyelvű rövidítése: ILO). Az ILO alapokmányának bevezető szavai szerint „...az általános és tartós béke csak akkor teremthető, ha az a társadalmi igazságosság talaján valósítható meg.” Alapításának indítéka a munkavállalók egyre elfogadhatatlanabbá váló munkakörülményei, valamint a kizsákmányolás volt. Az 1919. október 29-n elfogadott második ILO egyezmény már a munkanélküliséggel foglalkozott, összegezte a feladatokat, azok megoldásait a munkanélküliség megelőzéséről. Magyarország 1922-ben csatlakozott az ILO-hoz (ILO 1, 2). Sajnos az ILO alapokmányának bevezető mondatába foglalt legfontosabb tétele, 146 ország kormánya, munkáltatói és dolgozói vezető képviselőinek elfogadása, aláírása ellenére sem teljesült. Nem teljesültek az ILO 1919. október 29-n elfogadott 2. számú, a munkanélküliséggel foglalkozó Egyezményének előírásai sem.

1. 2. 3. 1. A nagy gazdasági világválság (1929-1933). Az első világháború befejeztével, a gazdasági kimerülés, az anyagi és emberi erőforrások pusztulása, a fedezet nélküli pénzkibocsátás és a kereskedelmi kapcsolatok szétzilálódása miatt 1929-33 között kialakult a tőkés világ első nagy gazdasági világválsága, a túltermelési válság, amely 1929. október 23-án a New York-i tőzsdekrachhál vette kezdetét. Európán belül először

Ausztriában robbant ki a pénzügyi krízis. Hatására jelentős méretű lett az infláció, a munkanélküliek száma robbanásszerűen, soha nem tapasztalt mértékben megnőtt. A leginkább iparosodottabb országokban a munkanélküliek becslés szerint 1926-ban 14 millióan voltak, ez a szám 1930 januárjában 19, 1 millióra, 1931 év elején 34, 5 millióra nőtt, 1931 év végére számuk már elérte a 48, 1 milliót. A válság mélypontján a hivatalosan nyilvántartott adatok szerint Európában a legtöbb munkanélkülit Németországban regisztrálták, számuk 5,5 millió volt, ezt követte Nagy-Britannia 2,7 millió, majd Olaszország 1,6 millió, Franciaország 1,4 millió, Csehszlovákia 1 millió fővel (Bánfalvy 1989, Andorka 2003, Száray és Kaposy 2010, KSH 2011B, Ungváry és Hegedűs 2014). A károk világszerte megközelítették a világháború okozta károkat. A fő különbség azonban az volt, hogy míg a háborút elsősorban Európa szenvedte el, a „Nagy Világválság” az egész tőkés világot sújtotta. Közép- és Kelet Európát a világgazdasági válság az átlagosnál is lényegesebben erősebben károsította (Ungváry és Hegedűs 2014).

Az első (elismerten mindmáig legnagyobb) gazdasági világválságot is – hasonlóan a korábbi válságokhoz – a nemzetközi szakirodalom elsősorban gazdasági, pénzügyi katasztrófát okozó eseményként kezelte, és problémái megoldásával (enyhítés, az újrakezdés megalapozása stb.) ennek megfelelően foglalkozott, s ezek a kérdések kerültek az intézkedések homlokterébe, míg a munkanélküliség feltételezhető egészségkárosító hatásaival nem foglalkoztak (Ungváry és Hegedűs 2014).

1. 2. 3. 2. A II. Világháború. A második világháború az emberiség történelmének legnagyobb és legtöbb halálos áldozattal járó fegyveres konfliktusa volt. A történelemkönyvek többsége szerint kitörése 1939. szeptember elseje; a dátum a németek Lengyelország elleni támadásának időpontja. A II. Világháború Európában 1945. május 8-án Németország feltétel nélküli megadásával, Ázsiában 1945. szeptember 2-án Japán megadásával végződött. (Száray és Kaposi 2010). A világháborút végigkísérték mindkét tömb részéről a civil lakosság és a hadifoglyok elleni erőszakos cselekmények. A világháború végén az Amerikai Egyesült Államok két atombombát dobott Japánra, amelyek több tízezer ember halálát okozták. A világháború során több népirtás is történt, de az áldozatok számát és az elkövetés módszerét illetően kiemelkedik a több millió zsidó származású ember életét követelő holokauszt. Az

európai, ázsiai és afrikai földrészen vívott harcokban közel 70 nemzet vett részt, és ezekben több millió katona halt meg (Száray 2006, KSH 2011B). *Összességében* a mértéktelen nyomort, félelmet, pszichés traumát, emberéletet és anyagi veszteséget okozó *háborús* (világháborús) válságokat a *munkaerőhiányt okozó válságok* közé soroltuk (Ungváry és Hegedűs 2014).

1. 2. 4. Diktatúrák, hatásuk a munka világára, munkaerő foglalkoztatás

A teljesség igénye nélkül, a témakörhöz kapcsolódóan itt a náci Németországot és a Szovjetuniót emeljük ki. A nagy gazdasági válság idején a legnagyobb ipari visszaeséssel és munkanélküliséggel a németeknek kellett szembenézniük. Amikor a náciák átvették a hatalmat, Hitler munkahelyteremtő programot hirdetett meg; célja a teljes foglalkoztatás megvalósítása volt. Hatalmas autópálya építések mellett megkezdődött a hadi üzemek kiépítése és a hadicélú termelés beindítása. A munkanélküliség csökkenéséhez jelentős mértékben hozzájárult az általános hadkötelezettség és a Birodalmi Munkaszolgálat bevezetése. A náci diktatúrához a munkanélküliség „teljes” felszámolása mellett munkatáborok, koncentrációs táborok létesítése kötődik. Ez utóbbiak közül az auswitz – birkenai koncentrációs táborot emeljük ki. 1940-től a nemzeti szocialista Németország számos koncentrációs táborot és egy megsemmisítő táborot épített a környéken. Ezek a táborok a holokauszt előkészítésének fontos elemei voltak, körülbelül 1,1 millió embert öltek meg itt, akiknek körülbelül 90%-a zsidó volt. A kivégzett zsidók 1/6-a ebben a táborban vesztette életét. A táborokban továbbá~ 150.000 lengyel, 23.000 roma, 15.000 szovjet fogoly, 400 Jehova tanúja, és több tízezer különböző nemzetiségű ember, akiknek nagy része meghalt a kivégzések, orvosi kísérletek, kényszermunka, éhínség vagy betegségek során. A meggyilkolt áldozatok pontos száma nem ismert (Száray és Kaposy 2010). A náci Németország jövőjét a párizsi békeszerződés rögzítette, ami persze az általa okozott emberveszteséget, a népességben okozott károkat soha nem tudta, nem tudja felejtetni, cselekedete soha nem is lesz elfogadható. A német diktatúrához hasonlóan a Közép-Kelet-Európában frissen hatalomra került rezsimek is „teljes foglalkoztatásra” törekedtek. A Szovjetunióban a munkaerő piac helyébe a munkaerő-gazdálkodás lépett, kötelezővé tették a munkavállalást, büntették a munkakerülést. A munkaképes lakosságot hatalmas állami gazdasági programokban foglalkoztatták. A Szovjetunióban „sikerült” a

munkanélküliséget teljesen felszámolni; a felszámoláshoz olyan munkatáborok alakultak ki, mint a hírhedt Gulag vagy Magyarországon a hortobágyi kitelepítések, később a recski munkatáborok (Ciepielewski és mtsai 1974, Bánfalvy 1987, Száray és Kaposi 2010).

Elemzésük nem képezi értekezésem tárgyát, de az ún. szocialista világrendszer összeomlásának kiemelkedően fontos előzményei közé tartoznak.

1. 2. 5. A szocialista világrendszer összeomlása – gazdasági, társadalmi, politikai válság

Témánk vonatkozásában a legnagyobb jelentőségű, legtömegesebb munkanélküliséggel együtt járó válság, amely etiológiáját és következményes tömeges munkanélküliségét tekintve egyedülálló a világtörténelemben. Ezt munkánk/értekezésünk célját tekintve is hangsúlyozzuk, mert az általa produkált munkanélküliek egészségi állapota az összes többi, korábban ismert munkanélküli csoporttól különbözik. A szocialista világrendszer válsága az 1970-es években kezdődött, a korabeli világgazdasági korszakváltás idején. A szocialista országok úgy ítélték meg (remélték?), hangoztatták, hogy a tőkés országokat érintő problémák (pl. olajárrobbanás) nem gyűrűznek be a rendszerükbe. Tévedtek, a krízis az ún. szocialista országokat is elérte és a nyugati importért egyre többet kellett fizetni, következésképpen a tudományos-technikai forradalom csúcstechnológiákat bevezető ágazatai be sem kerültek ezekbe az országokba; a színvonalkülönbség a Kelet és a Nyugat (szocialista és tőkés rendszer) között az utóbbi javára egyre nagyobb lett. A KGST országok kereskedelmi jelentősége csökkent, a Szovjetunió gyorsulva eladósodott. *Kiderült: a gazdaságpolitika nem köthető ideológiákhoz, az kizárólag a piac mozgását követi.* A társadalmi életkörülmény, életszínvonal nyugati előnye egyre feltűnőbb lett, a fogyasztói társadalom „legyőzte” az ún. szocialista gazdasági, társadalmi, politikai világrendszert. Gorbacsov felismerését és egyetértését követően a szocialista világrendszer szétesett, országaiban rendszerváltás következett be, amely azonban számos társadalmi, gazdasági, politikai nehézséget vetett fel. Témánk szempontjából kiemelt jelentőségű a tervgazdálkodás átállása a piacgazdaságra, a privatizációs programok megvalósítása, lebonyolításának átgondolatlansága, amelyek viszonylag zökkenőmentes elérésére, - amint már említettük - a világtörténelemben nem volt példa. A volt szocialista

országokban nem volt tőke, nem volt pénz. A korszerűtlen és gazdaságtalan állami tulajdonban lévő nagyüzemek összeomlása következtében szükségszerű lett a gazdasági szerkezet átalakítása, az üzemek privatizációja, melynek következtében tömeges létszámleépítésre került sor, és tömeges munkanélküliség alakult ki. (Lásd még: 1. 3. alfejezetben.)

1. 2. 6. A 2008-ban kirobbant pénzügyi-gazdasági világválság

Témánkat érintő harmadik, a munkanélküliség megnövelését okozó válság. 2008-ban kialakult az egész világgazdaságban az amerikai másodlagos jelzálog-válság hatására változó intenzitású pénzügyi válság volt; visszaesett a gazdaság. Több cég csődbe ment, vagy versenytársaival egyesülni kényszerült. Az ezzel járó nagyarányú létszámleépítés a munkanélküliség újabb növekedését eredményezte (Bálint és mtsai 2010, Busch és Lázár 2010, Küllő 2010). Ez a kelet-európai országokban a rendszerváltozás hatására kialakult, amúgy is megoldatlan munkanélküliségi helyzetet tovább rontotta, ugyanakkor súlyos hatást gyakorolt a „nyugat” országaira is. A KSH adatok alapján a válság következtében az EU-ban 5 millióval, az OECD tagállamokban 20 millióval növekedett a munkanélküliség (KSH 2010B). A Nemzetközi Munkaügyi szervezet (ILO), valamint az Eurostat statisztikai szervezet adatai szerint 2012 júliusában az euró-övezetben a munkanélküliség 18 millió embert érintett (Oroszország Hangja 2012B). Különösen jelentős volt a munkanélküliség növekedése a fiatalok körében. Az Európai Statisztikai Hivatal adatai szerint 2013 márciusában a 25 év alatti európaiak körében csak Görögországban a munkanélküliségi ráta majdnem 60%-ot tett ki. Spanyolországban 50%, Olaszországban mintegy 40%, míg Oroszország versenyképessége megnőtt (Oroszország Hangja 2012A, 2013).

A túltermelési, gazdasági, illetve az ún. szocialista világrendszer összeomlása által okozott, valamint a pénzügyi-gazdasági válságok *munkanélküliséggel együtt járó válságok*. A munkanélküliek között a szegénység, a pszichés traumák, a félelem, az emberélet (öngyilkosság) veszélyeztetettsége — a háborús válságoktól jelentősen elmarad ugyan – de az ország, a társadalom, a gazdaság állapotától függően megjelenik a szegénység, amely a képzetlenséggel társulva a munkanélkülieknek a társadalom perifériájára sodródását idézi elő (Ungváry és Hegedűs 2014).

1. 3. A munkanélküliség Magyarországon

Az előzőkben röviden összegzett, a társadalmi-politikai világtörténelmi jelentőségű változásoktól értelemszerűen nem elválasztható, elsősorban gazdaság-történeti szempontokat hangsúlyozó rövid áttekintésünket azért tartjuk fontosnak, mert Magyarország társadalmi-politikai és gazdasági eseményeit, helyzetét ezek gyakran nemcsak befolyásolták, hanem meg is határozták, kötelezően előírták.

Az alábbiakban röviden – kerülve az előbbiek megismétlését, de azokat nem figyelmen kívül hagyva – témakörünket érintő, elsősorban a magyarországi sajátosságok miatt hazánknak ezekhez a jelentős nemzetközi eseményekhez kapcsolódó, a munka világára, elsősorban a munkaerőre kifejtett hatásait (munkaerőhiányt, foglalkoztatottak arányát, munkanélküliségét okozó hatását) összegezzük. Tettük ezt azzal a céllal, hogy munkánk előfeltételét, szükségességét – bárki saját ismereteivel kiegészítve – megítélhesse.

1. 3. 1. Mélyszegénység, emigráció Magyarországról

Magyarország gazdasági erejének, munkaerő gazdálkodásának, munkaerő foglalkoztató és termelő képességének történetébe beletartozik a Kiegyezés utáni polgárosodás, iparosodás története. Ha a 19. század 70-es éveitől rátekintünk a magyarországi munka világára – primer, szekunder és terciér ágazatokra, tevékenységekre – lesújtó képet kapunk. Sajnálatosan erről a munkánk és az ország iparosodása, fejlődése szempontjából nagyon fontos periódusról, amely lényegében az I. Világháborúig tartott - a munkaerő lélekszámáról, foglalkoztatottságáról, képzettségéről, életminősége vonatkozásában - alig vannak megbízható statisztikai adatok. Még leginkább Ady Endre vagy József Attila költészetéből kapjuk a legpontosabb információt, ha a „Grófi szérűn”, „A magyar ugaron”, a „Hazám” című vagy más, a szegénységről szóló, szívszorító verseket olvassuk (Ungváry és Hegedűs 2014). Az iparosodás, polgárosodás magyarországi hőskorszakáról az Amerikába személyeket szállító hajók naplójából adatszerűen tudjuk, hogy az országot évről-évre többen hagyták el, vándoroltak Amerikába. 1871-ben (első ismert adat) 294 személy, 1875-ben már 1065 fő, 1900-ban 54 767 magyar állampolgár, 1910-ben 119 654 ember és az I. Világháború előtti 1913-as évben 119 159 honfitársunk hagyta el az országot. József Attila számokkal is illusztrált gyönyörű-lehangoló versében, miszerint „s kitántorgott Amerikába másfél millió emberünk” nem túlzott. Erre utalnak Puskás 1982-re és 2001-re összegyűjtött és közölt

adatai is (Puskás 1982, 2001). A „nemzeti nyomoron” túl ennek az óriási tömegnek a képzettségéről, iskolázottságáról, foglalkoztatottságáról, életkörülményeiről nem sikerült megfelelő információt találni. Mindezek és néhány további paraméter ismerete fontos lenne a hazai munka világának, a munkanélküliség háttér-ok változói megismerése szempontjából. Ezt az alighanem a megélhetésért menekülő munkanélküli tömeg országból történő kiáramlásával jellemezhető periódust „zárta le, tetézte be” Magyarországon is az I. világháború.

1. 3. 2. Az I. Világháborútól a II. Világháborúig

1. 3. 2. 1. Az I. Világháború. Miután „másfél millió emberünk kitántorgott” az országból az Osztrák-Magyar Monarchia részeként Magyarország belépett az I. Világháborúba. A Horvát-Szlavonországot is magába foglaló történeti Magyarország által mozgósított katonák közül 381 ezren vesztették életüket, 743 ezren megsebesültek, az eltűntek és hadifogságba esettek száma 400 ezer, illetve 615 ezer fő volt (KSH 2014A). Megemlítést érdemel, hogy az Osztrák-Magyar Monarchia tagállamai közül a legnagyobb veszteséget Magyarország szenvedte el. Vesztesége 1000 lakosra számítva a legnagyobb volt (KSH 2014A).

A kialakult súlyos munkaerőhiányt az újabb sorozások tovább növelték, amit a nők munkába állításával próbáltak pótolni. Ennek ellenére az össztermelékenység csökkent (a kenyérgabona termelés 1914 és 1916 között kétharmadára, 1918-ra a felére esett vissza), ami kenyérrjegy bevezetéséhez majd rekvirálásokhoz vezetett). A háború végére 900 üzem katonai irányítás alá került, az infláció nőtt. A magyar gazdaságot a háború és az azt követő polgárháború szétzilálta. Az elégedetlenség előbb az öszirózsás forradalomban csúcsosodott ki, amelyet az ún. vörös-, majd fehér-terror követett. A háborút „lezáró” Párizs melletti békeszerződések közül – mint a vesztes hatalmak egyikét (a szétesett Osztrák-Magyar Monarchia egyik országát) – Magyarországot az 1920. június 4-én megkötött Trianoni Békeszerződés mintegy kétharmad részével csonkította meg, ami Magyarország és a szomszédos országok kapcsolatában napjainkig érzékenységet okoz (KSH 2011B). Összegezve az I. világháború súlyos *munkaerőhiányos válság* (a trianoni határokon belül és kívül) a magyar lakosság egy részének rokkantsága, termelőképességének csökkenése mellet – noha releváns

pszichológiai és orvos-egészségügyi irodalmi adatokat nem találtunk – feltételezzük, hogy a lakosság jelentős részének pszichotraumas egészségkárosodásait is előidézte.

1. 3. 2. 2. A nagy gazdasági világválság (1929-1933/36) hatása Magyarországon. A „nemzeti nyomorban” élő Magyarország (József Attila Hazám című versében ebben látja a másfél millió ember kitántorgásának okát), a bűnös, tömeges emberveszteséggel járó I. Világháborút elszenvedett, az ezt követő polgárháborút, trianoni békével Magyarország lakossága³ (minthogy Magyarország nem volt iparosodott ország), az iparosodó és iparosodott országokat sújtó válságok közül először mindjárt az 1928-1929-ben kezdődött és 1932-33-ban mélypontját elérő addigi legnagyobb gazdasági világválsággal szembesült. A válság erősen sújtotta a magyar gazdaságot, csökkent a foglalkoztatottak száma. A munkanélküliek számáról pontos adatokkal nem rendelkezünk. A KSH (2011B) Századok Statisztikája című kiadványa két szakszervezet adataira hivatkozva erről így fogalmaz: „1924-ben a szociáldemokrata és keresztényszocialista szakszervezetek együttesen 35 ezer munkanélkülit tartottak számon. Ez az adat a következő években 15-20 ezerre mérséklődött, majd 1931-32-ben ismét 30 ezer fölé emelkedett. A válság múltával a munkanélküliség enyhült, 1938-ban csak kissé haladta meg a 17 ezret.” Más – ugyancsak nem eléggé megalapozott – becslések 100 ezres nagyságrendű munkanélküliséget említenek. Figyelemmel a fejlettebb európai országok adataira a munkanélküliek száma valószínűleg inkább 100 000 körüli lehetett. Ami azonban bizonyos: a hazai és a nemzetközi szakirodalom elsősorban a válság gazdasági, pénzügyi, szociális katasztrófát okozó hatásainak csökkentése kérdéseivel (enyhítés, az újrakezdés megalapozása stb.) foglalkozott. A következményként megjelenő munkanélküliség is elsősorban ezeknek a szempontoknak megfelelően került az érdeklődés homlokterébe és fel sem merült, hogy a munkanélküliség az érintett munkanélküliek csoportjában pszichés vagy szomatikus egészségkárosodással járhat/járhatott együtt (Ungváry és Hegedűs 2014).

1. 3. 2. 3. A II. Világháború hatása a munka világára, munkaerőre. A II. Világháború nemcsak az emberiség, hanem (értelemszerűen) Magyarország számára is az I. Világháborúnál is pusztítóbb volt. Magyarország emberveszteségét az is növelte, hogy a

³ Minthogy Magyarország nem volt iparosodott ország, és mert a korábbi kisebb-nagyobb gazdasági válságok elsősorban ezeket az országokat sújtották, a magyar gazdaságra (egy fejletlen agrár tevékenységgel volt jellemezhető) mégis észrevehetően hatottak, tovább mélyítették a tömegek nyomorát.

háborúval összekapcsolódott a zsidók tömeges megsemmisítése. A háború – eltérően az I. Világháborútól – egy hosszabb időre hadszíntérré változtatta az országot. A bombázások (szőnyegbombázás) egy-egy objektumra, lakóházakra zuhanva óriási emberélet veszteséget és anyagi károkat okoztak. A légitámadások, vagy a menekülő tengelyhatalmak robbantásai miatt egyetlen Dunán vagy Tiszán átívelő hidat nem hagytak hátra. További, óriási anyagi károkról számol be a KSH Századok Statisztikája című kiadványa (KSH 2011B).

A Századok statisztikája című kiadvány szerint: „A II. világháború magyar veszteségei – jelenlegi országterületre számítva – megközelítették az egymilliót. Ennek nagyobbik felét a deportáltak – főként zsidók, de mellettük cigányok, és politikai üldözöttek – halála okozta. Nem sokkal kisebb a katonahalottak, a polgári áldozatok, a háború utáni elhurcoltak száma. A háború következménye elsősorban a szegénységet növelte. A háború idején és az ezeket követő években kialakuló válságok *munkanélküliség nélkül* (munkaerőhiány van) okoznak szegénységet annak minden (ismert vagy addig nem ismert) pszichés és szomatikus egészségkárosító hatásával, úgy, hogy ezt a hatást a háború okozta halálozások, a háború utáni járványokkal járó veszteségek és a pontosan ismeretessé ezúttal sem vált népességszaporulat csökkenés, pszichotraumák jelentősen megnövelték.

1. 3. 3. Az ún. szocialista tervgazdálkodási diktatúra, teljes foglalkoztatás

A II. Világháborút követő „fordulat” éve (1948) után életre hívott *szocializmus* idején teljes foglalkoztatás volt, nem volt munkanélküliség. Noha létezett a munkanélküliség ún. gyáron belüli megjelenése, ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ez az egyes munkavállalókat egzisztenciálisan nem fenyegette. Minthogy az állam a teljes foglalkoztatás elérésére törekedett, aki munkaképessége ellenére nem dolgozott, bűnözőnek számított. Akinek nem volt munkahelye azt közveszélyes munkakerülőnek (ún. KMK- s) nyilvánították, amiért börtönbüntetés is járhatott. Meg kell azt is említeni, hogy ez a teljes foglalkoztatás a diktatúrákra jellemző jegyeket is magán viselte. Elég, ha utalunk a kitelepítésekre vagy pl. a recski munkatáborra, a munkahelyekre, iskolákba történő felvételek diszkriminációs megoldására.

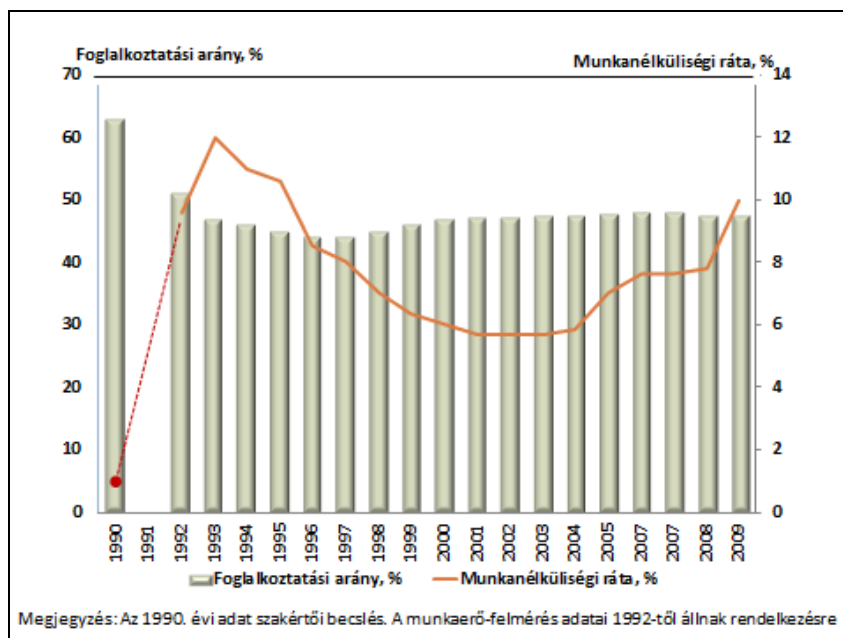
1. 3. 4 . Az ún. szocialista tervgazdálkodás, politikai, gazdasági rendszer csődje Magyarországon: a rendszerváltozás szükségessége, a rendszerváltozással együtt járó anomáliák – tömeges munkanélküliség

A Magyarországot megrázó tömeges munkanélküliség legutóbbi megjelenése a *rendszerváltás évei*hez kötődik. A második évezred utolsó évtizede Európa keleti részében, így Magyarországon is a mélyreható társadalmi, politikai, gazdasági változásokkal együtt a lakosság egy részének a korábnál is nagyobb szegénységét és munkájának elvesztését okozta. A korszerűtlen és gazdaságtalan, állami tulajdonban lévő elsősorban nagyüzemekre alapozott gazdaság-szerkezet átalakítása során, a privatizáció „melléktermékeként” megjelent a munkanélküliség. A nemzetközi részben leírtaknak megfelelően Magyarországon is a szocialista világrendszer összeomlását követő, teljes foglalkoztatásból kialakuló, a munkavállalókat váratlanul érintő, tömeges és tartós munkanélküliség jelentkezett. Az „első” munkanélkülieket 1987-ben regisztrálták Magyarországon, szám szerint 6400-n voltak. 1991-ben számuk 100 000, 1992-ben 400 000, 1993-ban 600 000 fölé nőtt (KSH 1987, KSH 2010C). A befektetések az ország néhány térségére koncentráálódtak, leszakadásra ítélve ezzel egyes régiókat, ágazatokat. Mindez a területi egyenlőtlenségek jelentős növekedését vonta maga után. A jövedelmi, munkanélküliségi és szegénységi mutatók jelentősen különböztek, a népesség nagy része kirekesztettségben élt. A munkanélküliség a Dél-Dunántúlon és Észak-Magyarországon volt a legmagasabb. Az észak-magyarországi régió a fontosabb munkaerő-piaci és gazdasági mutatók tekintetében szembetűnő különbséget mutatott az országos átlaghoz képest. A régiók közül az egyik legerősebben sújtott válságövezet volt (Laky 1992, Ulicska 2001, Balcsók 2004, Fóti 2004, KSH 2003A, 2006A).

A rendszerváltozást követő évek gazdasági megújulása hatott a jelenlegi kistérségi rendszer kialakítására. A kistérség az ország egész területét átfogó, régióhatárokat (megyehatárokat) át nem lépő rendszer; települések olyan együttese, amelyek között többirányú, valós kapcsolatok funkcionálnak, s amely mint közigazgatási egység meghatározott térségi, településközi funkciókat lát el, térségi tervezést végez (Berkényi és mtsai 2003, KSH 2004). A kvalitatív jellemzők szerint kialakuló kategóriák egymáshoz való kvantitatív viszonya (az egyes kategóriák lélekszám szerinti aránya) országonként, régióként, kisebb térségenként jelentősen különböznek. A

magyarországi régiók, kistérségek kialakításával egyidejűleg világossá vált, hogy az egyes térségek gazdasági ereje, szociális, kulturális jellemzői, munkanélküliségi rátája jelentősen különböznek. Mindezek alapján a magyarországi kistérségeket dinamikusan fejlődő, felzárkózó, stagnáló és lemaradó kistérségekre osztották (KSH 2004). A stagnáló, de különösen a lemaradó kistérségekben a munkanélküliségi ráta még 2002-ben is, amikor az országos munkanélküliségi ráta a 6%-ot sem érte el közelítette, jelentősen meghaladta a kritikusnak tartott 10%-ot.

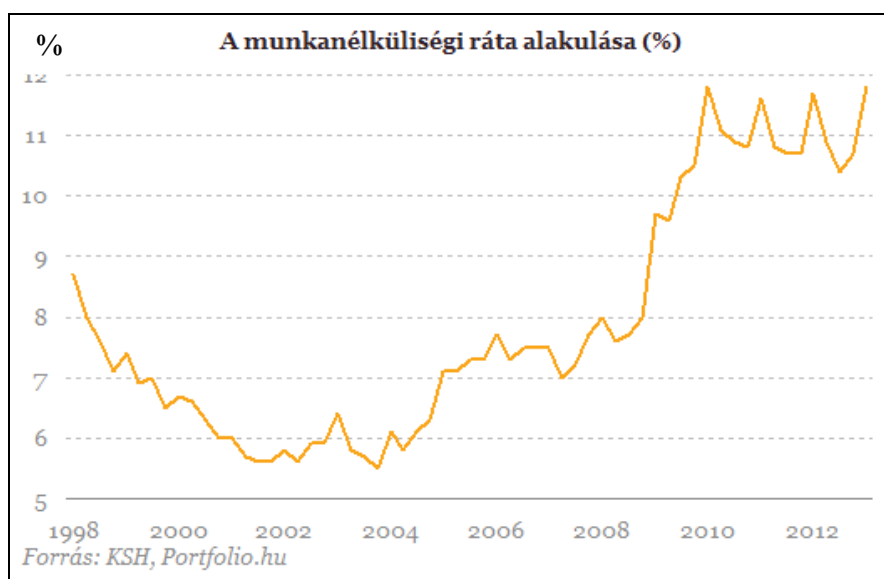
A 2000-es évekre a munkanélküliek száma – a gazdaság stabilizálódásával párhuzamosan – csökkenni kezdett, de a 2002-ben regisztrált 230 000 fő még mindig jelentős tömeget képezett; 2003-tól ismét növekedett a munkanélküliség (a munkanélküliek száma ekkor 243 100, a munkanélküliségi ráta 5,9% volt). 2006. január 1. és 2008. március 31. között a munkanélküliek száma 317 000 és 333 000 között, a munkanélküliségi ráta 7,5 és 8,0% között mozgott. Noha a magyarországi munkanélküliek 2008 ősziig a kritikusnak tartott 10%-s munkanélküliségi arányszámot nem haladta meg, a munkanélküliséggel sújtottak száma népegészségügyi mércével mérve így is nagy volt (**1. ábra**).



1. ábra. Munkanélküliségi ráta és foglalkoztatási arány Magyarországon (15-74 éves népességen belül) 1990 – 2009. Megjegyzés: Az 1990. évi adat szakértői becslés. A munkaerő-felmérés adatai 1992-től állnak rendelkezésre (Ungváry és Hegedűs 2014 közleménye a KSH 2010/3 adatai alapján).

1. 3. 5. A pénzügyi-gazdasági világválság évei – speciális válságra épülő válság

A 2008-ban Magyarországot is elérő pénzügyi-gazdasági világválság újra (vagy helyesebben: tovább) rontott a helyzeten. A magyarországi helyzet (lényegében hasonlóan a volt többi ún. szocialista országokéhoz) ebben a válságban sajátos, mert egy egészen szokatlan, egyedülálló válságra az elmúlt két évtizednek ez már a második válsága, foglalkoztatás szempontjából második sokkja volt úgy, hogy az előző válságból számos probléma (pl. cigány munkanélküliség, beépítetlen barnamezők sora, a kistérségenkénti óriási gazdasági és foglalkoztatási különbségek) megoldásra várt, miközben újak jelentek meg (Száray és Kaposy 2010, KSH 2010B, Ungváry és Hegedűs 2014). Hangsúlyozzuk: ez egy speciális válság, amely ráépült egy még távolról sem kihevert, ugyancsak a világtörténelemben egyedülálló másik speciális, a rendszerváltozást követő válságra/munkanélküliségre (Ungváry és Hegedűs 2014). A 2008-ban kirobbant válság hatása a hazai foglalkoztatottságra és a munkanélküliségre az **2. ábrán** jól követhető.

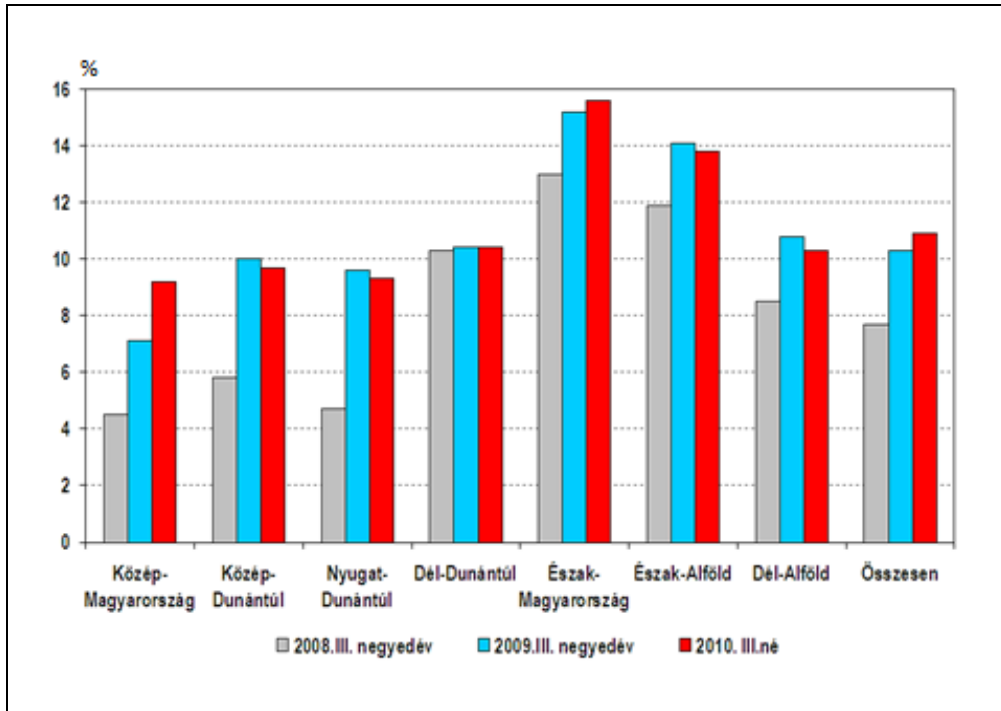


2. ábra. A pénzügyi-gazdasági világválság hatása. A munkanélküliségi ráta alakulása Magyarországon 1998-2012. (KSH 2013)

1. 3. 6. A munkanélküliséggel sújtott magyarországi régiók, kistérségek egyenlőtlen megoszlása

A munkanélküliségi ráta mértéke alapján a régiók hagyományosan három csoportra (nagy, közepes és kisebb arányú munkanélküliséggel sújtottakra) oszthatók. A legnagyobb munkanélküliség mint a rendszerváltozást követően mindig, a pénzügyi-

gazdasági világválság idején is Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön volt. Ugyanezen időben a Dél-Alföldön és Dél-Dunántúlon közepes, Közép-Magyarországon és Közép-Dunántúlon kisebb arányú volt a munkanélküliség (Bálint és mtsai 2010, Busch és Lázár 2010, Faluvégi 2010, Lócsei 2010, Küllő 2010) (**3. ábra**).



3. ábra. A munkanélküliségi ráta Magyarországon régióként 2008-2010. III. negyedévben, % (KSH 2011/1)

2010-ben az ipar helyzete már javult, az iparilag fejlett térségek munkanélküliségi rátája stabilizálódott. Az elmaradottabb régiók foglalkoztatásának elősegítésében jelentős szerepet játszottak a szociális intézkedések, valamint az „Út a munkához program” elindítása. Ennek ellenére a regisztrált magyarországi munkanélküliek aránya 2011-ben 11%, 2012-ben 11,2%-al elérte a hazai csúcst (KSH 2012) (**2. ábra**).

Tanulmányok sora igazolja, hogy a magyarországi munkanélküliség leginkább az ún. strukturális munkanélküliséghez hasonló, amelynek legjelentősebb kockázati tényezői közé tartoznak az alacsony iskolai végzettség, szakképzettség hiánya, munkavégzést akadályozó megbetegedések (Bánfalvy 1992, Laky 1992, Ungváry 1993, Morvai és mtsai 1999, Ungváry és mtsai 1999, Ulicska 2001, Paul és Moser 2009). Témánk kidolgozása szempontjából azonban legfontosabb jellemzője, hogy a munkaképes, munkavégzésre alkalmas – lényegében egészséges – munkavállalók tömege vált munkanélkülivé egyik napról a másikra (Ungváry 1993, Ungváry és Hegedűs 2014).

Ezek figyelembevételével a vizsgálatot olyan kistérségben láttuk indokoltnak elvégezni, ahol az említett kockázati tényezőkkel sújtott személyek más hazai kistérségek túlnyomó többségéhez viszonyítva nagyobb arányban vannak jelen. Jóllehet az etnikumok elvileg nem jelenthetnének kockázati tényezőt, a magyarországi cigányokat is a kockázati csoportba soroltuk; ennek oka nem cigány mivoltuk, hanem a magyarországi cigányság képzetlensége, alacsony szintű iskolai végzettsége, a hazai átlagnál rosszabb egészségi állapotuk (Komlósy és mtsai 1985, Catalano 1991, Mc Kee 1997, Puporka és Zádori 1998, Hegedűs és Fritz 2004, Ungváry és mtsai 2005, Kósa és mtsai 2007). Ezért esett választásunk az Ózdi Kistérségre, amely egyike az ország legelmaradottabb kistérségeinek, amelynek munkalehetőségei minimálisak, az ország kevésbé problémás foglalkoztatást biztosító helységeivel rossz a közlekedési összeköttetés, a térségben hatalmas barnamezők vannak, az országos átlagot jelentősen meghaladja a munkanélküliek aránya, cigány népessége összlakosságának mintegy 30%-a. A térségben egyidejűleg vannak jelen a munkanélküliség ismert okai és körülményei. Ezért úgy ítéltük meg, hogy kérdéseink megválaszolására az Ózdi Kistérségben végzett elemzések alkalmasak lesznek.

1. 4. Ózd, Ózdi Kistérség

1. 4. 1. Ózd

Az Ózdi régió központja Ózd város a szlovák határ közelében, a Bükk hegység, a Mátra, a Gömör Szepesi érchegység között lévő dombvidéken, a Sajó folyóba torkolló Hangony patak és Ózd patak találkozásánál terül el. A település az őskor óta lakott terület, hivatalos történelmét azonban a város nevét tartalmazó első írásos emlékek időpontjától, 1272-től számítjuk. Ózd három nagyobb község: Ózd, Sajóvárkony és Bolyok egyesülésével jött létre. Az Ózdot alkotó települések a középkorban még kis mezőgazdasági községek voltak, Borsod- és Gömör-Vármegyéhez tartoztak. (Borovsky 1909; Dobosy 1969; Bél 1992, Ila 1969, 1976).

A város életébe jelentős változást hozott a reformkorban megkezdődött iparfejlesztés, a vasúti hálózat kiépítése. 1846-ban megkezdték az ózdi gyár építését, a környéken ekkorra már feltárt gazdag szénmezők ismeretében Az első évtizedek terméke a Cort-féle kavaró és forrasztásos eljárással készült acél volt, amelyet kovácsolással és hengerléssel dolgoztak fel készáruvá. 1882-ben, a Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Rt.

létrejöttét követően jelentős fejlesztést hajtottak végre a gyárban. 1895-ben üzembe helyezték a 25 tonnás Bathó rendszerű, generátorgáz-tüzelésű SM-kemencét. 1913-ban finomsort helyeztek üzembe. (Dobosy 1976; Berend 1980)

Ózd igazi iparvárossá a szocialista évtizedek alatt vált, amikor a borsodi iparvidék egyik meghatározó településévé fejlesztették. Ózdon és a vonzástörvényéhez tartozó 28 településen lakó emberek megélhetését a gyáralapítást követően döntő mértékben a vaskohászat (**4A ábra**) és a szénbányászat biztosította. Ezen iparágak határozták meg évtizedeken át a népesség összetételét, életmódját, szokásait, képzettségét és munkakultúráját. 1949-ben nyerte el a városi rangot. Ebben az időben lakóinak száma 24 830 fő volt, az itt élő romákat közel 2000 főre becsülték (Kovacsics 1957, Nagy 1982,1999; F. Dobosy 2001). Az 1950-es évek második felétől megkezdődött a monokultúrára épülő iparszerkezet átalakítása. A női foglalkoztatási lehetőségek javítása érdekében könnyűipari üzemek jöttek létre, de alakult több közszolgáltató vállalat, továbbá szerelőipari és építőipari üzem is. A közigazgatási határ módosítása következtében, 1978-ban további öt települést (Center, Hódoscsépány, Susa, Szentsimon és Uraj) Ózdhhoz csatoltak, ezzel tovább növekedett a város területe és



4A ábra. Az ózdi gyár fénykorában

A képen még állnak a város egykori jelképei, a kémények, melyekből a kohók beindítását követően folyamatosan füst áramlott. A felvétel a még működő gyár idején, üzemszünet közben készült (Panoramico).

lakosainak száma. A 1999-ben a város egy része, Farkaslyuk, önálló községgé alakult. Ózd város népessége 1949-től több, máig ható fluktuációs folyamaton ment keresztül. A lakosok száma egyrészt a település összevonások révén gyarapodott, másrészt 1949-től

az 1970-es évekig a nagyarányú betelepülés következtében növekedett, melyet a kohászati üzemek gyors fejlesztése indokolt. A dunaújvárosi kohászatot az 1950-es években túlnyomórészt ózdi munkások családok áttelepítésével indították be. Az eredeti, több generációs ipari tradícióval rendelkező munkásdinasztiák helyére a növekvő munkaerőigény kielégítésére munkáshagyományokkal nem rendelkező szabolcsi, nyírségi munkavállalói réteg jött a térségbe (Dobosy 1976; Nagy 1982, 1999; Nagy és mtsai 1984; Csontos és Vas 2001). Ózd város lakosság száma az ipari tevékenység



4B ábra. Barnamezős területek az Ózdi gyár kapuin belül

A város egykori jelképét szimbolizáló kémények lebontásra kerültek. A hajdanán aktívan működő üzem bizonyos részei az idő múlásával elgazosodtak. A fotón jól láthatók a folyamatos bontási munkálatok melléktermékei, a vashulladékok (Saját készítésű fotó).

fejlődésével a '70-es évek végéig dinamikusan növekedett, majd a kohászat, mint a település húzó gazdasági ágazatának leépülésével a '80-as évektől folyamatosan csökkent. A '90-es évek elején a csökkenés átmenetileg megállt, amely döntően az el- és idevándorlók megközelítően azonos számával magyarázható. A népesség csökkenés ellenére 1997 decemberében Ózd város volt Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a második, az országban a huszonkettedik legnagyobb lélekszámú város, állandó lakosainak száma 42 826 fő volt. (F. Dobosy 2001, 2003). A város népességének száma a térségre jellemző gazdasági recesszióval együtt az 1990-es évek végétől folyamatosan csökken, a 2001-es és 2011-es népszámlálás adatai szerint 2000. december 31-én

38 506, 2011-ben 34 395 fő volt (KSH 2001, 2011C). Ózd Város Önkormányzatának adatai alapján 2012. év végén Ózd lakónépessége 34 361 főre csökkent (Gazdaságfejlesztési Stratégia Ózd 2014). A gazdaság átalakulásával, ezzel egyidejűleg a termelőipari területigény csökkenésével a városban és környékén számos „barnamezős”⁴ terület alakult ki (**4B ábra**). Az Észak –Magyarországi Operatív Program „barnamezős” területek listáján az ózdi térségben 8 beruházásra alkalmas területet jelöl meg, összességében 165,4 hektár alapterülettel, ebből 130 hektárnyi az Ózdi Ipari Park területén található (Cégvezetés 2005).

1. 4. 2. Az Ózdi Kistérség

A kistérség Borsod-Abaúj-Zemplén megye nyugati részén az Észak-Magyarországi régióban helyezkedik el. Az ipari fejlődésnek köszönhetően a kistérség népességszáma az 1970-es évekig dinamikusan növekedett, elérte a közel 100.000 főt. Az 1980-as évektől a gazdasági leépülés következtében jelentős népességfogyás mutatkozott. Jelenleg a kistérség három városában és 26 községében 72 ezer ember él, melyből a cigány lakosok aránya 28%. Területe 550 m². A viszonylag nagy terület és lakosság szám miatt a kistérség három mikro-körzetre (Ózd, Putnok, Borsodnádásd) tagolódik. Ózdon él a népesség több mint fele, 34 361 fő. Második legnagyobb városa, Putnok (7350 fő), a harmadik Borsodnádásd (3380 fő). Szerkezetét tekintve alapvetően aprófalvas, hét településen mindössze 500 fő, további 18 faluban 1000 fő alatti a lakosság száma. A térség fejlődésének jelentős akadálya a rossz közúti és vasúti megközelíthetősége mind a főváros, mind a megyeszékhely irányából. Közúton Budapestről 160 km-re, a megyeszékhelytől, Miskolctól mintegy 50 kilométerre, további két másik megyeszékhelytől, Egertől és Salgótarjától is hasonló távolságra található. Ezek a fő közlekedési folyosót jelentő utak több helyen vezetnek át szintbeli vasúti kereszteződésen, szűk keresztmetszetű lakott szakaszokon és alacsony teherbírású hidakon. Óriási hátrányt jelent, hogy nincs közvetlen autópálya kapcsolata.

Az ország 174 kistérsége közül az Ózdi a 13. legelmaradottabb, amit az is jelez, hogy 29 települése közül a 240/2006. (XI. 30.) kormányrendelet szerint 26 társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott és a munkanélküliségi arány országos átlagot jelentősen

⁴ A „barnamező” használaton kívül került vagy jelentős mértékben alulhasznosított, általában leromlott fizikai állapotú és jellemzően szennyezéssel terhelt egykori iparterületet, vasútterületet, bányákat, laktanyákat stb. jelent.

meghaladja. A munkanélküliség a rendszerváltás után tömegeket érintett ezen az ipar és bányavidéken, ahol - már a 2008. évi pénzügyi gazdasági világválság előtt is - nem csak a 10% feletti munkanélküliségi ráta jelentett veszélyt a lakosság jelentős részének életminőségére, hanem a tartós munkanélküliség is (KSH 2006B). A lakosság foglalkoztatási esélyét csökkenti, hogy nagyrésztük képzetlen, hiszen egykor betanított munkásként főként a kohászatban és bányákban dolgoztak. Öt település (Arló, Domaháza, Farkaslyuk, Kelemér, Sajónémeti) szegénységi kockázata⁵ a legmagasabb fokú, de a többi, köztük a városok helyzete sem sokkal kedvezőbb. Az ÁNTSZ felmérése szerint B- A- Z megyében 115 cigánytelep⁶ van (Ungváry és mtsai 2005). 2010-ben a helyi jegyzők becslése szerint – Ózd adatai nélkül – a kistérség népességének 28,2%-a, szám szerint 10-12 ezer fő roma. A 2011-es népszámlálás, valamint a jegyzői becsült adatok alapján a roma lakosok arányában a települések között jelentős különbségek vannak. Teljesen roma falvak nincsenek, de Sajónémetiben a lakosság csaknem kétharmada, további öt településen több mint fele cigány. Ezek a községek gettósodásnak indultak, hasonlóan a további hét településsel, ahol 20-40 százalékos a roma arány. Három faluban (Gömörszőlős, Kissikátor, Nekézseny) egyáltalán nincsenek romák, négy településen pedig 1-2 százalék az arányuk. Ózdon az Integrált Városfejlesztési Stratégia (IVS) szerint 29-33 százalék a cigány népesség aránya. Az Ózdi cigány Önkormányzat adatai alapján (2012) Ózd lakosságának 33%-a roma. Nagy problémát jelent a cigánytelepeken és a teletszerű elrendezésben élők nagy aránya. A KSH 2001-es adatai szerint a kistérség öt településén (Arló, Borsodnádásd, Járdánháza, Putnok, Ózd) 29 cigánytelep található, amelyeknek összlakossága (12 ezer fő) az akkori népesség 15,8 százaléka volt. Egy 2008-as

⁵ Az MTA Regionális Kutató Központja által számított érték. A szegénység mértékét jelző típusképző mutatók: fiatalodási index, középfokú végzettségűek aránya a 18 évesnél idősebb népesség körében, egy állandó lakosra jutó adózott jövedelem és nyugdíj havi összege, foglalkoztatott nélküli háztartások aránya, regisztrált munkanélküliek a 18-59 évesek arányában, rendszeres gyermekvédelmi támogatásban részesülők aránya, nem korbetöltött nyugdíjasok aránya.

⁶ Roma telep: legalább 4 házból áll, a házak a településen kívül szeparáltan helyezkednek el, elrendezésük nem egyezik meg a helység szerkezetével (utcaelrendezésével), a villamosság kivételével nincs közművesítése (az ivóvíz közfelfolyó révén áll a lakosok rendelkezésére) és lakossága csaknem kivétel nélkül roma származású. Azokat a romák által lakott város-, község-negyedeket, utcákat, amelyek közművesítése megegyezik a magyarok által lakott hasonló település részekkel, teletszerű elrendezésű lakókörnyezetnek nevezzük (Ungváry és mtsai 2005). Megjegyzés: a Kistérségben Királdon és Serényfálvában nincs cigánytelep, de a 398 királdi és a 354 serényfálvai lakás 2, illetve 20%-a nincs bekötve a hálózati vízellátásba, ivóvíz minőségű vízhez az ott élő lakosság egyaránt csak közfelfolyóból jut.

kistérségi esélyegyenlőségi helyzetelemzés szerint 11 796 fő él cigánytelepeken (TÁMOP-5.2.1/07/1 2008). Ózd 6 romatelepén a város népességének 16,5 százaléka, mintegy hatezer ember él. A lakáskörülmények egyik fontos mutatója a vezetékes víz, illetve a csatornázottság hiánya. A jegyzői adatlapok alapján a kistérség mindössze négy kistelepülésén 100 százalékos a vezetékes vízzel rendelkező lakások aránya, de vannak nagyon szélsőséges lakáskörülmények, ahol a falu lakásainak mindössze tizedébe, több településen a lakások kevesebb, mint felébe van bevezetve a víz. A teljes lakásállomány csak három aprófaluban csatornázott, ezekben a szennyvíz a falu központi csatornarendszerébe folyik, számos településen egyáltalán nincs csatornázás. Ózdon a lakások 60%-a csatornázott, a másik két városban ennél rosszabbak az arányok, Borsodnádason 15%, Putnokon 56% (TÁMOP-5.2.1/07/1 2008). A hátrányos helyzetűek vízellátását közkutak segítségével biztosítják. Ózd városban 123 közkifolyó található, ebből 46 kút a hat roma telepen üzemel és a telepek lakóinak vízellátását kizárólag ezek biztosítják. Megjegyzés: fűrt kutakra pontos adataink nincsenek.

1. 4. 3. Munkanélküliség a Kistérségben

A korábban 14 ezer főt foglalkoztató kohászat összeomlása 1990-1993 között nagymértékű létszámleépítéshez vezetett, több mint 5000 ember vált munkanélkülivé (Nagy 1999; F. Dobosy 2001, 2003). A foglalkoztatás nélkül maradtak többsége megfelelő képzettség hiánya miatt máshol sem volt képes munkát vállalni. Az 1990-es évek elejével elkezdődő munkanélküliség megnehezítette a város megélhetését. Sok ember ment külföldi munkavállalás végett pl. Tengizbe, később nyugatra a megélhetés reményében. Számottevő azoknak az ózdi születésű, a tanulmányaik elvégzése után sikeres pályát befutó értelmiségiek száma, akik a családi hagyományokat megszakítva máshol és más tevékenységet folytatnak. E folyamatok negatív hatását az ózdi társadalmi viszonyok jól tükrözik. Az ózdi tömeges munkanélkülivé válás feszültségeinek enyhítésére központi döntés alapján 1992 februárjában Foglalkoztatási Alapítvány létesült Ózdon (Ózdi Fogl. Közalapítvány 2008). Új vállalkozások beindulásával, a multinacionális vállalatok letelepedésével a munkanélküli helyzet 1994-től átmenetileg rendeződni látszott. A gazdasági struktúrában, ebben az időszakban is jelentős szerepet töltenek be a kohászati alapanyag-feldolgozást, fémmegmunkálást végző cégek, mert sikerült életben tartani a nehézipar életképes részét. Kiemelt

fontosságú ezek közül a német tulajdonban lévő ÓAM Ózdi Acélművek Kft, a Finomhengermű Munkás Kft., valamint számos kisebb gazdasági egység, melyek az egykori kohászati üzemek területén jöttek létre (F. Dobosy 2003). A pénzügyi-gazdasági világválság ezeket a cégeket is negatívan érintette, több vállalkozás tönkre ment. Hatására ismét nagymértékben megnőtt a munkanélküliek száma. A Munkaügyi központ adatai szerint a regisztrált munkanélküliek száma Ózdon és vonzáskörzetében 2008 decemberében 6300 volt, folyamatosan növekedett, 2011 januárjában már elérte a 8170-et, majd újra csökkenni kezdett, 2012-ben 7806 álláskeresőt tartottak nyilván.

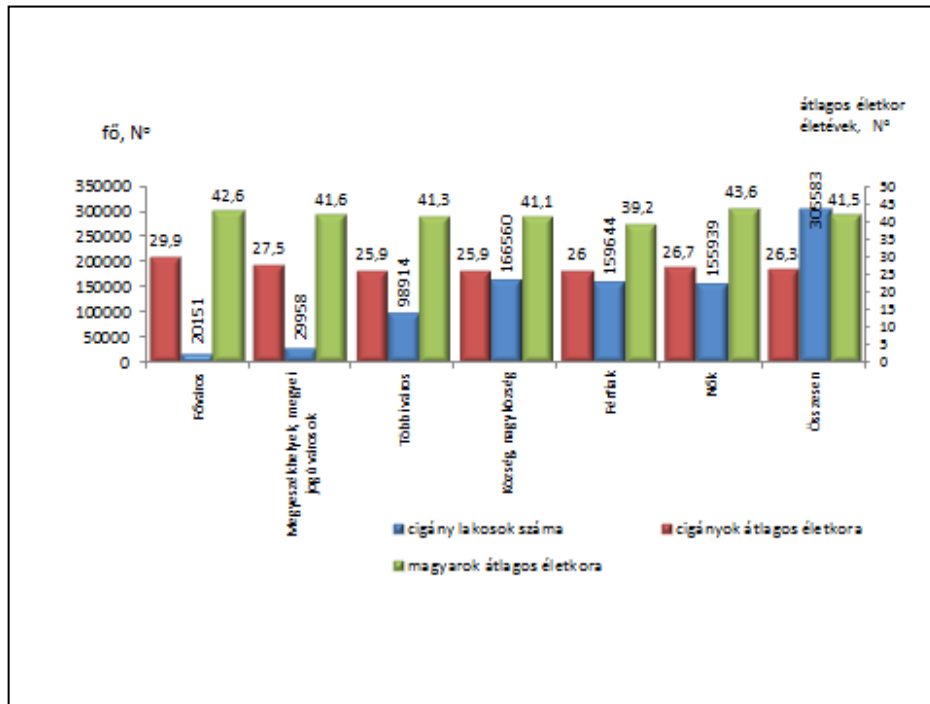
1. 4. 4. A hátrányos helyzetű roma munkanélküliek különös tekintettel az Ózdi Kistérségben

A magyarországi romák számáról átfogó és hivatalos adat a 2001. és 2011. évi népszámlálás alapján van. A 2001-es felmérés szerint 186 ezren (az összlakosság 3,2%-a), a 2011-es adatok alapján 315 583 ember vallotta magát cigánynak (KSH 2001, KSH 2011C), a roma közösséghez tartozók lélekszáma azonban ennél valószínűleg sokkal nagyobb. Elfogadott tudományos becslés szerint hazánkban több mint 600. 000 – 800. 000 roma él, ami a teljes népesség 6-8%-a; az OECD szerint arányuk 7%-ra tehető (Furmanné és Szabó 2011). Magyarország 3200 településéből legalább 2000 településen élnek romák, kétharmad részük kistelepüléseken (Kemény és Janki 2003, Kemény és mtsai 2004). Az ÁNTSZ még a 2000-es évek elején a magyarországi népegészségügyi „fehér foltok” programján belül az egész országra kiterjesztve elemezte a magyarországi romák közegészségügyi (ezen belül lakókörnyezeti) helyzetét. Megállapították, hogy a romák az országban háromféle lakókörnyezeti formában élnek. egy részük a magyar lakossággal integráltan, attól nem elkülönülten él, ez elsősorban Budapestre és a nagyobb városokra jellemző. Egy másik részük ún. „telepszerű” elrendezésben lakik városrészekben, falvak részeiben. Jellemző, hogy a telepszerű elrendezésben élők közmű- és közegészségügyi feltételei elvileg azonosak az adott helység (város, falu) magyar lakosságának közmű- és közegészségügyi feltételeivel. Harmadik nagy csoportjuk ún. cigánytelepeken él. Ezek a cigánytelepek közegészségügyi, járványügyi szempontból aggályosak, ivásra, fürdésre, étkezésre, bármilyen tevékenységre csak a közkifolyókból a lakásokba behordott és ott tárolt vízből jutnak. Lakásaik és lakókörnyezetük emberhez méltatlan, szobáik (különösen, ha a lakás egy helyiséges)

nem alkalmasak tanulásra, pihenésre (Ungváry és mtsai 2005). Hasonló tapasztalatokra jutott a munkacsoport más vizsgálatok esetében is (Hegedűs 2003, Szakmáry és mtsai 2007, Ungváry és Hegedűs 2014).

A cigány munkanélküliek munkavégzésre való alkalmasságának vizsgálata során fokozott figyelmet kell fordítani egészségi állapotukra. A hazai cigányság egészségi állapotáról átfogó és részletes vizsgálati adatsor áll rendelkezésre Ádány Róza professzornak, a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán kialakított és vezetett munkacsoportja révén (Kósa K és mtsai 2002; Kósa Zs 2006, Kósa Zs és mtsai 2007; Kósa és Ádány 2007; Fésűs és mtsai 2010). Minthogy a romák aránya Magyarországon nagy, egészségi állapotuk részben ismeretesen, részben feltételezetten aggályos, az elmúlt években más kutató csoportok tollából is több tanulmány született ezen a népegészségügyi szempontból fontos területen (Puporka és Zádori 1999; Gyukits és Ürmös 1999, 2002; Gyukits 2001; Babusik és Papp 2002, 2014; Paulik és mtsai 2012). Kósa (2006), valamint Kósa és mtsai (2007) vizsgálatai alapján a telepszerűen élő lakosság (többsége valószínűleg cigány) egészségi állapotát és egészségügyi ellátását az alábbiak szerint jellemezhetjük. A vizsgálatban részt vett „telepszerű körülmények között élő 44 évnél idősebbek 10%-kal nagyobb gyakorisággal minősítették egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak, mint az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők. Az egészségügyi ellátások igénybevétele során diszkriminációt vélelmezett a telepszerű körülmények között élők 35%-a, valamint az általános populáció 4,4%-a”. A telepszerű körülmények között élők körében a „sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért” válaszok gyakorisága 13-15%-kal alacsonyabb, a dohányzás és az egészségtelen táplálkozás prevalenciája 1,5-3-szor nagyobb, mint az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők körében. A telepszerű körülmények között élők egészségi állapotát jelentős mértékben befolyásolja a társadalmi-gazdasági helyzetükből adódó hátrány, amelynek kezelése elengedhetetlen; ezen kívül szükség van speciális, célzott egészségfejlesztési programok megvalósítására is” – írja tovább Kósa tanár úr (Kósa 2006). Más tanulmányok szerint a hazai cigányság születéskor várható élettartama mintegy 10 évvel rövidebb a magyar lakosságénál. Hasonlóan vélekedik 2050-ig készített előrejelzésében Hablicsek (1999). Az élettartamra vonatkozó adatokat Gyukits munkája (Gyukits 2001) direkt módon, a kitűnő szociológiai munkák (Havas és

Kemény 1995, Polónyi 2002, Ladányi és Szelényi 2002, Kertesi és Varga 2005, Tardos 2005) indirekt módon, de meggyőzően támasztják alá; indirekt módon erősítik a megállapítást a 2011-s népszámlálás adatsorai, amelyek szerint az egyes településtípusokon lakó cigány és összlakosság átlagos életkora között ~10 év különbség van a cigányok kárára (**5. ábra**).



5. ábra A cigány és magyar lakosság településtípusok, nemek, átlagos életkor szerinti megoszlása a 2011. évi népszámláláskor. Forrás: Ungváry és Hegedűs 2014 közleménye a 2011. évi népszámlálás adatai alapján

Fontosnak tartjuk kiemelni a következő munkákat: Komlósi és mtsai 1985; Dupcsik 1999; Kertesi 1995, 2002; McKee 1997; Világbank 1999; Prónai 2000; Koupilova és mtsai 2001; Gyukits 2001; Kemény 2001; Babusik és Papp 2002, 2004; Gyukits és Ürmös 2002; Ladányi és Szelényi 2002, Polónyi 2002; Kósa K 2002; KSH 2003A, 2013; Tardos 2005; Ungváry és mtsai 2005; Kertesi és Varga 2005; Kósa Zs 2006; Kósa K és Ádány 2007; Kósa Zs és mtsai 2007; Szakmáry és mtsai 2007; KIM 2011). Ezek a tanulmányok jelentősen segítették a romák egészségi állapotának megismerését, egészségének megőrzését.

A munkacsoport korábbi vizsgálataira is utalnak, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek életminősége, környezet-egészségügyi helyzete rosszabb mint a megye székhelyén, sokkal rosszabb mint a fővárosban élő munkanélkülieké (Hegedűs 2000, 2001; Felszeghi 2001; Hegedűs és mtsai 2003, 2004; 2006/1; Felszegi és mtsai

közöletlen adatok 2004; Grónai és mtsai 2004; KSH 2006A, 2006B; Szakmáry és mtsai 2007) és csaknem értelemszerűen rosszabb, mint a munkacsoport által vizsgált aktívan dolgozó csoportoké (Bereczki és mtsai 2003, Szakmáry és mtsai 2003, Ungváry és Szakmáry 2004).

Demográfiai elemzések szerint a roma populációnak fiatal a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága. Ezt közvetett módon igazolja, hogy a halálozás azon térségekben és településeken nagyobb, ahol a cigány népesség aránya magasabb. Kemény adatai szerint a 60 évesek és idősebbek aránya a teljes népességben ötször akkora, mint a cigányoknál: 20 illetve 4% (Kemény és mtsai 2004), a 2011-es népszámlálás eredményei alapján a magyarok 24, a romák 4,6 %-a tartozott ebbe a korcsoportba. A 2001. évi népszámlálás adatai szerint a cigányok 34 százaléka volt 14 évesnél fiatalabb, míg a többségi lakosságnak 16 százaléka tartozott ehhez a korosztályhoz; a 2011-ben regisztrált adatok alapján a gyermekkorú romák aránya 32%, ami több mint duplája a teljes népességre jellemzőnek (KSH 2001, 2011C). Mindezt a 2011-es népszámlálás adatai (KSH 2011C) alapján (legalább részben), de demonstratívan ábrázolja **5. ábránk** (Ungváry és Hegedűs 2014).

A rendszerváltozást megelőzően a roma lakosság mintegy kétharmada a városok peremén, a községekben található telepeken élt. Az állami lakásépítési program beindulásával a városi cigányok egy részét magyarok lakta lakótelepekre telepítették be, másoknak csupán cigányok által lakott településrészekben csökkentett komfortfokozatú lakásokat építettek, így a romák többsége továbbra is szeparáltan élt. Az 1980-as években az állami lakásépítési programok, anélkül szűntek meg, hogy megoldották volna a cigányság lakásproblémáit (Ungváry és mtsai 2005). Az 1950-es és 1960-as évek iparosításának, valamint a kötelező munkavállalás hatására megnőtt a roma foglalkoztatottak aránya, 1971-re a munkaképes korú cigány férfiak közel 85%-a volt foglalkoztatott (Jankó 1999). 1971-ben a cigány gyermekeknek körülbelül a 60%-a járt óvodába, fele elvégezte az általános iskolát, azonban gyakran elkülönített osztályokban tanították, vagy fogyatékoságukra hivatkozva gyógypedagógiai oktatásban részesítették őket. Egyre többen tanultak közülük szakmát, nőtt a középiskolába járók száma is (Kemény 1997). Az 1990-es rendszerváltás következtében a látványosan induló felemelkedés összeomlott. A privatizált vállalatoknál a legkevesebb szakértelmet

igénylő feladatokat végző, leginkább segédmunkásként foglalkoztatott cigányok váltak először fölöslegessé. Rövid időn belül a cigány családok jelentős része az évtizedekkel korábbi vagy annál alacsonyabb anyagi szintre süllyedt, hiszen esélyük sem volt a munkavállalásra. A romák lakás- és életkörülményei sok helyen kifogásolhatóak. 2005-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) munkatársai a roma telepeken elvégzett vizsgálataik alapján a lakosok kedvezőtlen higiénés viszonyairól számoltak be (Ungváry és mtsai 2005).

A hátrányos helyzetű roma munkanélküliek az Ózdi Kistérségben Magyarországon a 2001-es népszámlálás és KSH adatai szerint Ózdon élt a harmadik legnagyobb roma közösség (KSH 2001). A cigányok lélekszáma már 1949-ben meghaladta a 2000 főt, ami az akkori viszonylatban a város lakosságának minimum 8 százalékát tette ki. Az 1950-es évektől a gyáripár fejlődésével, - ahogyan azt már említettük - a hirtelen kiszélesedett munkaerőpiacnak köszönhetően az ország egyes térségeiben, így az Ózdi Kohászati Üzemekben és a környező bányákban a romák munkát vállalhattak, így a városban számuk évről-évre nőtt. Az ún. szocialista rendszer összeomlásával az Ózdi gyárban bekövetkezett drasztikus létszámleépítés, a környék bányáinak bezárása a munkanélküliség gyors növekedéséhez vezetett, ami különös veszélyt jelentett a város cigányaira, akiket szakképzetlenségük, valamint beszűkült mobilitásuk miatt eddig is elsősorban segédmunkásként foglalkoztattak. A 2011-es népszámlálás adatai szerint a város akkori 34 481 lakosából 3793 fő vallotta magát cigány nemzetiségűnek (KSH 2011C). Témánk kidolgozása szempontjából kiemelésre érdemes, hogy amikor az országban 10% alá csökkent a munkanélküliség, B-A-Z megyében – és így Ózdon is – a cigányok közötti munkanélküliség meghaladta az 50 %-ot (Tardos 2005).

A romák népességben belüli aránya országosan Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a harmadik legmagasabb, 13,3%. (Kemény és mtsai 2004). A megyén belül voltak és vannak olyan települések, ahol arányuk ezt az arányt is jóval meghaladta/ meghaladja. Egyik ilyen város Ózd, ahol születtem, felnőttem, dolgoztam és jelenleg is dolgozom. Az eltelt évtizedek alatt nyomon követtem, folyamatosan megfigyeltem a városban zajló életet, a romák bevándorlását, lélekszámuknak a kívülálló részére is észlelhető változását. Népszámlálás sem kell ahhoz, hogy lássuk, számuk a városban évről-évre nőtt és jelenleg is ezt a tendenciát követi.

2. A KUTATÁSI TÉMA ELŐZMÉNYEI, A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

Áttekintve a munkaerő abszolút számát, megoszlását, foglalkoztatottságát befolyásoló történeti, gazdaságtörténeti tényezőket világos, hogy a munkanélküliség a munkával csaknem egyidős. Figyelemmel arra, hogy a munkanélküliség története a társadalom éltminőségét meghatározó módon befolyásoló jelentőségűvé vált, a demokratikus rendszerekben folyamatosan jelen van, a munkanélküliséggel sújtott ember és a munkanélküliség emberi egészségre való hatásának kutatása bárki számára indokolt kell, hogy legyen (Ungváry és Hegedűs 2014).

Ennek ellenére, ahogyan erre már utaltunk, az orvostudományi kutatások egészen az 1980-as évek végéig a munkanélküliség és a munkanélküli ember között még a potenciális kölcsönhatást sem vetették fel. Utalok ismét a KSH 2009-ben megjelent kutatási jelentésére, miszerint „még két évtizeddel ezelőtt” (kb. a magyarországi rendszerváltozás éveinek felel meg) a munkanélküliség „...társadalmi egyenlőtlenségek dimenziói közé való beillesztéséről még érvelni kellett”(Arber 1996), s csak a 21. század első évtizedében vált az egészségpszichológia jelentős ágává az az irány, amely a munka bizonytalansága, sérülékeny volta és az egészségi állapot közötti kapcsolattal foglalkozik (Kovács K 2009). Paul és Moser 2009-ben közzétett metaanalízisében ugyancsak ezt erősíti meg, minthogy a munkanélküliségnek csak a lelki egészséget károsító hatását elemzi, a munkanélküliség szomatikus egészségkárosító hatását meg sem említi.

A KSH Népegészségtudományi Intézete kutatási tanulmányának fentebb idézett megállapítása (Kovács K 2009) kutatásaink indítását - tőlünk függetlenül - határozottan indokolta. A megállapítással természetesen egyetértünk, de úgy gondoljuk, hogy, néhány korábbi irodalmi adat felidézésének elmulasztása méltánytalan lenne. Megítélésünk szerint ugyanis a munkanélküliség munkanélküliek pszichés (mentálhigiénés, lelki egészségi) állapotára való hatása nem függetleníthető a munkanélküliek szomatikus egészségi állapotától, munkavégző képességétől. Ezért kiemelten szeretnénk hangsúlyozni, hogy a munkanélküli ember és a munkanélküliség kölcsönhatásának első vizsgálata, a munkanélküli ember központba állításának pszichológiai és szociológiai első elemzése Jahoda és Mtsai 1933/1999 Marienthal című tanulmányában váltak ismertté, amely ismeretek a náci Németország ideológiájától távol álltak. Alighanem ez

volt az oka, hogy a Marienthal tanulmány Göbbels nagy könyvégetési programjába is bekerült.

„A Marienthal olyan tanulmány, amely a munkanélküliségnek a közösségi/települési struktúrára és a közösség életére gyakorolt hatásával foglalkozik. 1930 februárjában Marienthalban a textilgyár szövőgépei végleg megálltak. A falu 478 családja $\frac{3}{4}$ -e életének fenntartása így a munkanélküli ellátástól vált függővé. 1931 végén egy pszichológus-team tagjai, akiket a pszichológiának a szociális és gazdasági problémákkal kapcsolatos alkalmazása érdekelt, intenzív vizsgálódásba kezdtek a hosszú távú munkanélküliség következményeit illetően ennek az ausztriai falu lakosainak az életében.” (Neurath 1995).

A sok évvel később (első megjelenését 20, majd 60 évet követően) újra kiadott könyvecske olyan kérdésekkel foglalkozik például, hogy mi történt az emberrel, mint személyiséggel, mi történt a családtagokkal, barátokkal, szomszédokkal, amikor megtapasztalták a szegénységet.

A pszichológiai vizsgálatok folytatódtak – és amint már említettük,- 2009-ben Paul és Moser a munkanélküliség mentális állapotra kifejtett hatását az összegyűjtött irodalom metaanalízisével összegezték. Bizonyítottak tekintették, hogy a munkanélküliség mentálhigiénés, lelki-egészségkárosodást okoz. Több alapvető mentálhigiénés, lelki egészséggel kapcsolatos kérdésre azonban nem tudtak magyarázatot adni. Nem tárták fel pl. a mentális egészségi hatások moderátorainak szerepét, továbbá a jellegzetes tünetek, jelenségek okait. Nem tették világossá azt sem, hogy milyen erős a munkanélküliség okozta közegészségügyi fenyegetettség, vagy, hogy egy kulturális csoporthoz (pl. etnikumhoz) való tartozás befolyásolhatja-e a munkanélküliség munkanélküliekre való hatását. Értelemszerűen nem adtak választ arra sem (minthogy kizárólag pszichológiai és szociológiai módszerekkel dolgoztak), hogy a munkanélküliség károsítja-e a munkanélküliek szomatikus egészségi állapotát.

A munkanélküliség hatása a munkanélküliek szomatikus állapotára, betegségeire, munkavégző képességére. Munkacsoportunk – minthogy az ún. szocialista rendszerben teljes foglalkoztatottság volt – a munkanélküliség egészséget befolyásoló hatásának gyakorlati megoldása kérdésével először az 1980-as évek végén, jelentősebb mértékben pedig 1991-1993 között találkozott (OMŰI éves jelentései 1990-1995; Ungváry 1993;

Morvai és mtsai 1999; Ungváry és mtsai 1997,1999; Hegedűs 2003; Felszeghi és mtsai 2004, Grónai és mtsai 2004). Az világos volt, hogy a munkanélküliség felszámolása – minthogy a munkanélküliek túlnyomó többségének a munkahelye soha többé nem fog üzemelni – hosszú időn keresztül megoldatlan marad. Kötelező feladataink megoldása során – minthogy szakterületünk volt és jelenlegi feladata is, hogy a munkavégzésre való alkalmasság kötelező orvosi vizsgálatát elvégezze Magyarországon – a tömeges munkanélküliség megjelenését követően rövid idő után feltűnt, hogy a munkanélküliek között sokkal gyakrabban fordulnak elő megbetegedésekből adódóan munkavégzésre alkalmatlan személyek, mint a teljes foglalkoztatás idején, jóllehet a munkanélküliek akarati tényezői alapján, és a segélyezési rendszer támogató jellege miatt, ez nem volt teljes biztonsággal feltételezhető. Bár a közlemény hosszú átfutási ideje miatt első közleményünk csak 1993-ban jelent meg (Ungváry 1993), de figyelemmel az adott helyzetre és tapasztalatainkra, azonnal azt a véleményt alakítottuk ki, azt a hipotézist fogalmaztuk meg, hogy a munkanélküliség erős stresszor hatása gyorsan kialakított distresszes következményekkel (pszichoszomatikus, magatartási és pszichiátriai megbetegedések) jár együtt. Hozzáteesszük: i) a nemzetközi irodalomban csak később lehetett olvasni a munkanélküliség distresszt kiváltó hatásáról; a pszichológusoknak is csak egy része – éppen a már idézett Paul és Moser – ezt csak később látta igazolva (Paul 2005, Paul és Moser 2009), de arról, hogy a munkanélküliség a distresszt követően a szomatikus megbetegedések gyakoriságát is megnöveli, nemcsak bizonyíték, hanem jelentősebb számú közlemény sem volt; ii) Fontos pszichológiai szempontból annak ismerete is, hogy az említett metaanalízisben felhasznált és már idézett közlemények lényegében kivétel nélkül fejlett iparosodott országokban munkanélkülivé váltak vizsgálatainak eredményeiről számolnak be. Ez azért fontos, mert ezek a munkanélkülivé vált emberek a szerzők szerint gyakran eleve pszichésen károsodottak (pl. alkoholisták, drogosok), míg az ún. szocialista társadalmi-politikai-gazdasági rendszer összeomlásakor a munkanélkülivé váltak (minthogy foglalkoztatásuk idején rendszeres foglalkozás-egészségügyi kontroll alatt álltak) túlnyomó többsége egészséges, munkavégzésre alkalmas munkavállaló volt. Ennek hangsúlyozása azért is fontos, mert a fejlett iparosodott országokban a pszichológusoknak az a fentebb említett megállapítása, miszerint elsősorban az lesz munkanélküli, aki pszichésen eleve

károsodott, a rendszerváltozást követően Magyarországon munkanélkülivé váltak esetében biztosan nem felel meg a valóságnak. A nyugati országok pszichológusai állítása folytatásának második részével – hogy tudniillik a munkanélküliek ismételt munkába állítása/állása a lelki egészség szempontjából, az annak javítását előidéző volta miatt még előnyös is (Murphy és Anderson 1999, McKee-Ryen és mtsai 2002) még ha igazuk is van, esetükben elvileg sem értünk egyet. Megfogalmazásuk akarva-akaratlanul azt jelenti, hogy az állásvesztés → munkanélküliség → újrafoglalkoztatás egy pozitív terápiás eredménnyel járó folyamat. Ez erősen félreérthető és nem fogadható el. Tudjuk ugyanis, hogy már maga a munkanélkülivé válás biztos tudata, ismerete megnöveli az öngyilkosságok gyakoriságát (Martikainen és Valkonen 1996, Morell és mtsai 1998, Nordentoft 2007). Másrészt azok a nagyon régi tapasztalatok (mint a géprombolás, luddizmus, football-huliganizmus), megítélésünk szerint a munkanélkülivé válásra adott egyfajta düh-reakció, ön vagy mások ellen irányuló agresszió eredményei. Nyilvánvaló, hogy sem az öngyilkosságok gyakoriságának növekedése, sem az esetleges düh és harag reakciók felszínre hozása nem lehet cél.

Az 1990-s évektől a szakterületen sokasodtak a munkanélküliség szomatikus megbetegedés gyakoriság növeléséről beszámoló releváns irodalmi adatok mind a nemzetközi, mind a hazai szakmai irodalomban. Az alábbiakban egyrészt összegezzük a szakterület jelenlegi nemzetközileg is elfogadott állásfoglalását, másrészt röviden kitérünk Európa legnagyobb szétszórtan élő kisebbségének, a cigányság munkanélkülisége egészségkárosító következményei hazai helyzetének, - elsősorban saját adatainkra támaszkodó - ismertetésére.

A munkanélküliség okozta szomatikus egészségkárosító hatások kutatásának áttekintése nehezebb feladat, mint a munkanélküliség és a mentálhigiénés, lelki-egészségkárosítások összefüggésének elemzése. Ismereteink szerint – bár a kérdés irodalmát több mint 25 éve kiemelt figyelemmel kísérjük, a kérdéskörrel – eltérően a hasonló problémákkal foglalkozó pszichológiai munkától – globális meta-analízises nem áll rendelkezésre. Ennek oka az – összhangban a KSH 2009-s, valamint Paul és Moser ugyancsak 2009-s tanulmányával – hogy ezen a területen az 1990-es években (saját kutatásaink megkezdésekor) még a kérdésfeltevés jogossága is vita tárgyát képezte. Ezért a releváns nemzetközi irodalom is szegényes. A témával foglalkozó

irodalmat felölelő Roelf és mtsai 2011-ből származó meta-analízis (Roelf és mtsai 2011) egyrészt a közép-kelet európai „szocialista”, illetve az ún. szocialista világrendszer összeomlását követő tömeges munkanélküliség kérdésével nem foglalkozik, másrészt akarva-akaratlanul a munkanélküliség és az összes mortalitás kapcsolatát szociológiai, pszichológiai szempontból elemzi, és nem foglalkozik a distresszhez kapcsolódó betegségekkel, továbbá ezeknek a megbetegedéseknek progressziójával, esetleges halálos kimenetelük gyakoriságával. Mindezt nem a kitűnően szerkesztett és tudományos igényességgel magas színvonalon megírt közlemény hibájaként rójuk fel, hiszen a közlemény egyrészt jelzi, hogy csak a 2008-s válsággal összefüggő adatok elemzésére vállalkozik. Másrészt szerzők orvos-egészségügyi közleményekről (feltehetően ezek elenyésző száma, illetve pszichológiai szemléletük miatt) nem számolnak be. Vagyis: mindezek előrebocsátásával azt szeretnénk hangsúlyozni, hogy hipotézisünk igazolására megindított kutatásainknak direkt kapcsolódó előzményei nem vagy alig voltak, illetve, hogy az előzményként esetleg felfogható nemzetközi lapokban megjelent dolgozatok túlnyomó többsége hipotézisének közleményben történt ismertetését követően kerültek ismertetésre. Ezen közlemények állítási közül kiemeljük: a munkanélküliség ok-okozati összefüggésében a halálozás továbbra is nyitott kérdés. Roelf és mtsai (2011), ezt a megállapításukat Moser és mtsai (1987), Janlert (1997), Lundin és mtsai (2010), Martikainen és Volkonen (1996) tanulmányaira hivatkozva fogalmazza meg. A kutatási irányok közül első helyre a magatartásformák (dohányzás, alkoholizálás) kérdéskörét, második helyre a makroszintű gazdasági tényezők és az egészségügy kapcsolatának hatását helyezik. Az első kutatási irány elvileg foglalkozhatna az általunk már 1993-ban megfogalmazott, a munkanélküliség (mint stresszor) okozta →distressz →magatartási megbetegedések komplex etiológiai körével, de a mortalitás és munkanélküliség összefüggésének elemzésén alig lép tovább; a magatartásból adódó krónikus alkoholizmusból eredő cirrhosissal, cardiomyopathiával stb. és ezek mortalitásának összefüggésével nem vagy csak részletezés nélkül foglalkozik. Ezeknek a vizsgálatoknak egy része - hasonlóan a pszichológusok már említett állásfoglalásához - arra utal, hogy pl. a mortalitást okozó alkoholizmus, vagy az általa okozott halálozás, már a munkanélküliség előtt megkezdődött megbetegedés eredménye (Roelf és mtsai 2011). Egy másik csoport

(lényegét tekintve az előbbi csoporttal azonos véleményen van) az ún. lappangó betegség hipotézist vallja, miszerint pl. a kábítószeresítés, alkoholizmus, dohányzás már a munkanélküliség előtt is jelen volt (Jusot és mtsai 2008). Az elsősorban az 1990-es évek végén és még inkább a 2000-s években közölt hipotézisek realitását nem vonjuk kétségbe, de ismételten hangsúlyozzuk: a rendszerváltozást követő magyarországi, vagy a más, volt ún. szocialista országokban kialakuló tömeges munkanélküliség esetében, és ezeknek a munkanélkülieknek a megbetegedés-gyakorisága, mortalitás növekedése vonatkozásában számottevően nem jön, nem jöhetnek számításba. Hangsúlyozzuk: más az egyes országokban, munkahelyeken a válságok idején nem a munkahely megszűnéséhez kapcsolódó munkanélküliség jellege, munkanélkülivé váltak személyi összetétele, és egészen más a világtörténelemben korábban soha elő nem forduló olyan tömeges munkanélküliség, mint az ún. szocialista politikai, társadalmi, gazdasági rendszer úgyszólván egyik napról a másikra történő összeomlása eredményeként kialakult tömeges munkanélküliség/munkanélküliség esetében. E tekintetben némiképpen más véleményünk az irodalomnak az ún. coping-hipotézis és a munkanélküliek megbetegedés gyakorisága és mortalitása növekedése közötti kapcsolat vonatkozásában kialakított véleményétől is (Hammarström 1994, Vinamaki és mtsai 1997, Laitinen és mtsai 2002). Ez a hipotézis azt állítja, hogy a jól működő coping mechanizmus csökkenti a munkanélküliek közötti mortalitást. Ez megfelelő egyének, foglalkoztatási lehetőségek, szociális helyzet stb. esetén megvalósulhat. Arra vonatkozóan, hogy ez a mechanizmus szerepet játszott-e a hazai munkanélküliek egészségkárosodás gyakoriság növekedése esetében korábban nem volt adatunk, de ismertett hipotézisünkben a coping mechanizmusnak mi is szerepet tulajdonítottunk az említett szerzők által közel 20 évvel később megfogalmazott hipotézisünkben felvetett coping szerepének. Hasonlóképpen egyetértünk Roelf és mtsai (2011) tanulmányának azzal a célkitűzésével, hogy a munkanélküliek betegséggyakorisága, mortalitása esetén figyelembe kell venni a meglévő egészségi állapotot, az ellátó rendszerek hatékonyságát, a képzettséget, nemet, életkort, munkanélküliségi időt. Saját, ezen a területen végzett vizsgálataink, a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmasságának meghatározásakor ezeknek a moderátor tényezőknek a minőségét vagy mennyiségét

jellemzőit a lehetséges legpontosabb módon figyelembe vettük (Ungváry és mtsai 2005; Hegedűs és mtsai 2014A, B, 2015; Ungváry és mtsai 2014).

Hazai vizsgálatok eredményei. Saját – elsősorban a munkanélküliség szomatikus egészségkárosodását okozó hatása miatt a munkanélküliek közötti megbetegedés gyakoriság növekedést kívántuk adatgyűjtéseken alapuló vizsgálatokkal igazolni. Eredményeink ezt egyértelműen igazolták: a munkanélküliek között az egészségi okokból történő munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága megnő (OMŰI 1990-1995; Hegedűs 2000, 2003; Morvai és mtsai 1999; Ungváry és mtsai 1997,1999; Felszeghi 2001; Grónai és mtsai 2004; Felszeghi és mtsai 2004; Hegedűs és mtsai 2010). Jelen értekezés első részében ezt az országosan igaznak tűnő megállapításunkat – egy elmaradott Kistérség munkanélküliei közegészségügyi biztonságának, egészségi állapotának, munkavégzésre való alkalmatlanságának elemzésével kívántuk igazolni. Az értekezés második részében a megbetegedések általunk kidolgozott hipotézis szerinti etiológiáját kívántuk ugyanebben a kistérségben bizonyítani.

A rendszerváltozáskor megjelenő tömeges munkanélküliség idején kialakított hipotézisünk röviden az alábbiakban összegezhető. A rendszerváltozást követően kialakuló munkanélküliek munkavégzésre való képességének megítélésére munkacsoportunk megfigyelései (OMŰI éves jelentései 1990-1993; Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1997, 1999; Morvai és mtsai 1999) azt jelezték, hogy a munkanélküliek között feltételezhetően megnő a foglalkoztatottakhoz viszonyítva, a munkavégzésre alkalmatlanok száma. Részben és elsősorban elméleti megfontolások, részben már a néhány éves tapasztalat alapján úgy ítéltük meg, hogy a munkanélküliség direkt, önmagában egészségkárosító hatású, speciális kóroki tényező. A hipotézis ismereteink szerint előttünk nem fogalmazták meg (Ungváry 1993). A hipotézis lényege: minthogy a munka az emberré válás előfeltétele, a biztonságos munka és ennek társadalmi szerepe az egyik alapvető emberi szükséglet, de úgy is fogalmazhatunk, hogy az ember inherens attribútuma. Elvesztése a modern társadalomban nemcsak a megélhetés feltételeinek kritikus mértékű beszűkítését, hanem a kreatív munkavégzés lehetőségének elvesztését is jelenti (a kettő a testi és lelki egészség obligát előfeltétele). A kétféle munka jelentését nyelveink korábban meg is különböztették. A kreatív tevékenységet pl. a magyar a munka, az angol a work szó, míg a megélhetésért végzett

munkát a magyar a robot⁷, az angol a labour szóval különböztette meg. Mára a kétféle munkát a közbeszéd hasonlóan a napi gyakorlathoz már nem különbözteti meg. A két szót a különböző nyelvek hasonló értelemben használják, vagy az egyik szó kikopott a mindennapi és az irodalmi nyelvből is. Az itt röviden összegzettek alapján könnyű belátni, hogy a munkanélküliség önmagában is betegségeket okozhat, amelyet persze szükséges bizonyítani. A hipotézis megvalósulása feltételezett mechanizmusát 1993-s közleményünk egy komplex stresszor-hatásként ábrázolja, ami megfelel a hipotalamo-hipofizeo-adrenomedulláris, illetve –adrenocortikális rendszeren át megjelenő hatásnak. Vagyis hasonló a Selye által leírt Generalizált Adaptációs Szindrómát kiváltó mechanizmushoz, amelynek „eredménye” lehet a distressz és az ennek következményeként megjelenő magatartási, pszichoszomatikus vagy pszichiátriai megbetegedések sora. Fontos kiemelni: a stresszor hatására kialakuló stressz Selye szerint egy ún. nem fajlagos reakció eredménye, amely nem betegség. A stressz, amelynek első szakasza az eustressz, az ember egyed- és törzsféjlődésének kulcsa. Az eustressz csak a később felismert *coping* (megküzdés) kudarca esetén adja át a helyét a distressznek. Hipotézisünk szerint a munkanélküliség (mint folyamatosan ható stresszor sorozat) folyamatosan sérti az emberi szervezet funkciós-szerkezeti egységét, az ember személyiségét, testi és lelki egészségét. Vagyis: a tartós munkanélküliség obligát módon fordítja át az eustresszt distresszbe, és értelemszerűen egészségkárosító kell, hogy legyen (Hegedűs és mtsai 2010, Ungváry és Hegedűs 2014).

Az értekezés harmadik részében a feltárt eredmények vonatkozásában a kistérségben lakó nem roma (itt magyar) és roma munkanélküliek között kialakuló „ok szerinti megoszlást” elemeztük, majd pedig arra voltunk kíváncsiak, hogy a rendszerváltozást követően kialakult tömeges munkanélküliség munkanélküliek közegészségügyi biztonsága, egészségi állapota által meghatározott munkavégzésre való alkalmassága, valamint ezen ”paraméterek” károsodásának etiológiája egy kistérség vegyes etnikumú munkanélküliei között hasonló-e a munkanélküliekre általában meghatározott jellemzőkre.

⁷ a robot szó jelentése nem azonos a megszálló szovjet hadsereg által a civil lakosságtól esetenként megkövetelt malenkij robottal. A magyar robot szó eredeti jelentése: a feudális Magyarországon a jobbágyoknak a földesúr és az egyház részére kötelezően végzett munkája.

Összegezve. Figyelemmel a munkanélküliség megjelenésének, „fejlődésének” történeti és gazdaság-történeti háttérére, háttér-ok változóira (túltermelési, gazdasági válságok) egyéb munkanélküliséggel együtt járó válságok (szocialista világrendszer összeomlása, pénzügyi-gazdasági világválság), figyelemmel továbbá az emberiség történetének ókorában (vagy korábban) a munkanélküliség miatt megjelenő, munkanélkülieket jellemző ún. moderátorok (pl. nemek, életkor, első-és második generációs munkanélküliség, egészségi állapot, etnikum) megoszlására, annak bizonyítására vállalkoztunk, hogy egy olyan elmaradott, vegyes etnikai összetételű munkanélküliekkel jellemezhető kistérségben, mint az Ózdi Kistérség bizonyítható-e a munkanélküliség direkt szomatikus és/vagy lelki egészségi károsodást okozó hatása, illetve emiatt a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága gyakoriságának megnövekedése, és hogy meghatározható-e mindezen egészségkárosodások etiológiája. Ennek érdekében az alábbi célkitűzések igazolására végeztünk vizsgálatokat.

3. CÉLKITŰZÉSEK

Vizsgálatainkkal – jelzett kiemelt céljaink eléréséhez való közelítés végett – az alábbi célkitűzéseket fogalmaztuk meg, illetve az alábbi kérdésekre kívántunk válaszolni.

3. 1. A munkanélküliek által feltételezeten hátrányosan befolyásolt közegészségügyi biztonság elemzése az Ózdi Kistérségben – ezen belül

3. 1. 1. A munkanélküliek demográfiai és szociális helyzetének elemzése (életkor, nem, munkaanamnézis, munkanélkülivé válás/munkanélküliség időtartama, házastársak foglalkoztatottsága, eltartottak, jövedelem nélküli hozzátartozók/eltartottak száma, tartós munkanélküliség, második generációs munkanélküliek megjelenése és bővülése szerint);

3. 1. 2. A Kistérség Munkanélkülijeinek in-door és out-door lakókörnyezete, környezet-egészségügyi helyzete – következményei;

3. 1. 3. A Kistérség munkanélkülijeinek iskolázottsága, képzettsége – következményei;

3. 2. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijei egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, valamint egészségi állapotának elemzése - Ezen belül

3. 2. 1. Milyenek a Kistérség munkanélkülijeinek személyi higiénés szokásai, életmódja?

3. 2. 2. Milyen a Kistérség munkanélkülijeinek egészségi állapota?

3. 2. 3. Milyen a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlanságának gyakorisága?

3. 2. 4. Van-e különbség a foglalkoztatottak és a munkanélküliek egészségkárosodásához kapcsolódó panaszai között?

A 3. 1. és 3. 2. pontban megfogalmazott célkitűzések megvalósulása, kérdések megválaszolásának ismeretében fogalmaztuk meg vizsgálataink további céljait, feladatait.

3. 3. Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélkülijei közegészségügyi és szociális biztonságának összehasonlító elemzése, meg kívántuk ismerni, hogy a romák aggályosabb közegészségügyi-járványügyi biztonsága felelőssé tehető-e a kistérségnek az országos átlagnál rosszabb közegészségügyi-járványügyi biztonságáért?

3. 3. 1. A magyar és roma munkanélküliek demográfiai és szociális helyzetének elemzése [életkor, nem, munkaanamnézis, munkanélkülivé-válás/ munkanélküliség időtartama, házastársak foglalkoztatottsága, jövedelem nélküli hozzátartozók (eltartottak) száma, tartós munkanélküliség, második generációs munkanélküliek arányának összehasonlítása].

3. 3. 2. A magyar és roma munkanélküliek lakókörnyezeti (in-door és out-door), környezet-egészségügyi helyzetének meghatározása és összehasonlítása.

3. 3. 3. A magyar és roma munkanélküliek iskolázottságának, képzettségének összehasonlítása.

3. 4. Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotának és meghatározó tényezőinek, valamint munkavégzésre való alkalmatlanságának összehasonlító elemzése

3. 4. 1. A magyar és roma munkanélküliek személyi higiénés helyzetének, életmódjának összehasonlítása.

3. 4. 2. A magyar és roma munkanélküliek egészségi állapotának összehasonlítása.

3. 4. 3. A magyar és roma munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága gyakoriságának összehasonlítása.

3. 5. A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása.

3.6. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei életkörülményének változása Magyarország EU tagsága idején. Célul tűztük ki annak megismerését is, hogy az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanélküliei életminősége/életkörülménye hogyan változott Magyarország EU tagsága idején. Milyen volt a pénzügyi gazdasági világválság munkanélküliekre kifejtett hatása?

3.7. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségkárosodásának etiológiája. Valamennyi célkitűzésünk elérését, kérdésünk megválaszolását követően végül azt kívántuk megismerni, hogy mi lehet az etiológiája annak a munkacsoportunk és mások által is egybehangzóan feltárt ténynek, hogy a munkanélküliek között a foglalkoztatottakhoz viszonyítva megnő a betegségek gyakorisága, illetve, hogy ebbe az etiológiába hogyan illeszkedik a munkanélküliség egészségkárosító hatása okaként megjelölt eredeti hipotézisünk.

4. MÓDSZEREK, VIZSGÁLT NÉPESSÉG, STATISZTIKAI ELEMZÉS

4. 1. Vizsgált népessegek/csoportok. A vizsgálatokat részben a pénzügyi-gazdasági világválság előtti években 2000-2006, részben a világválság éveiben 2009-2012 között végeztük.

4. 1. 1. A világválság előtt végzett vizsgálatok

4. 1. 1. 1. Általános és összehasonlító közegészségügyi és egészségi állapotot elemző vizsgálatok. A vizsgálatokba az Ózdi Kistérségben élő 18-61 év között 536 (332 férfi és 204 nő) munkanélküli lakost vontunk be, akik a munkavégzésre való alkalmasság foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálattal történő megítélése végett az Ózdi Munkaügyi Központban megjelentek. Az összehasonlító statisztikai elemzés, vagy becslés végett alkalmazott munkanélküli és foglalkoztatottakból álló kontroll csoportok a munkacsoport hasonló módszerekkel végzett vizsgálati anyagából [máshol, más helységeken élő munkanélküliek, mezőgazdasági nagyüzemben dolgozók, kis földterületen gazdálkodók, törpefalvakban, apró falvakban, tanyákon élő lakosok] kerültek ki. Ezek az irodalmi adatok mindössze az ózdi munkanélküliek vizsgálataival történt elemzések eredményeként kapott fontosabb indikátor paraméterekkel történt összehasonlításhoz szolgáltak. A kontroll csoportok⁸ vizsgálatának és vizsgálati eredményeinek elemzése nem képezi az értekezés tárgyát. További összehasonlító becslések esetében az Ózdi Kistérségre vonatkozó 2000 és 2012 között rendelkezésre álló KSH adatokra is támaszkodtunk.

4. 1. 1. 2. Munkavégzésre való alkalmasság. Kizárólag a munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága került összehasonlításra. Munkanélküli csoportként a 4. 1.1 pontban jelzett vizsgálati alanyok (536 fő – 332 férfi és 204 nő), foglalkoztatott csoportként a 2003-ban a Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálaton megjelent, hasonló életkorú aktív dolgozók (450 fő – 160 nő és 290 férfi) szolgáltak.

4. 1. 2. A világválság éveiben végzett vizsgálatok.

4. 1. 2. 1. A közegészségügyi állapot, valamint a testi és a lelki egészség összehasonlító elemzése. A vizsgálatokba az Ózdi Munkaügyi Központban kötelező foglalkozás-

⁸ A munkacsoport hasonló módszerekkel végzett vizsgálatának eredménye (kontroll csoportok – Bereczki és mtsai 2003; Szakmáry és mtsai 2003, 2004; Felszeghi és mtsai 2004; Grónay és mtsai 2004; Ungváry és Szakmáry 2004) statisztikai szempontból alkalmasak voltak összehasonlításra, míg a KSH adatokat csak összehasonlító becslésre alkalmaztuk.

egészségügyi (orvosi) munkaköri, illetve munkavégzésre való alkalmasságot megítélő vizsgálaton megjelenő 400 fő 18-61 éves, cselekvőképes férfi és nő munkanélkülit vontunk be, akikből négy, nem roma (itt: valamennyi magyar) férfi és nő, illetve roma férfi- és nő csoportot képeztünk; az egyes csoportokba a jelzett sorrendben 114, 93, 96, 97 személy tartozott.

4. 1. 2. 2. *Munkavégzésre való alkalmasság megítélése.* A 2009 és 2012 között az Ózdi Munkaügyi Központban munkavégzésre való alkalmassági vizsgálaton megjelent munkanélküli (210 férfi, 190 nő), valamint a Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban munkaköri alkalmassági vizsgálaton megjelent 430 fő aktív dolgozó (195 férfi, 235 nő) között előforduló munkavégzésre, munkakör ellátására való alkalmatlanság gyakoriságát hasonlítottuk össze.

4. 1. 2. 3. *Kiegészítő összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatok.* Kizárólag mentálhigiénés vizsgálatokat végeztünk további 60 aktívan dolgozó magyar, illetve 60 magyar és 60 roma hasonló életkorú férfi⁹ munkanélküli esetében az Ózdi Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban, illetve az Ózdi Munkaügyi Központban.

Valamennyi munkanélküli vizsgálatára (a világválság éveiben történtek esetében is) a vizsgálatokra még az első közfoglalkoztatású, vagy közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó munkavégzés előtt került sor.

4. 2. Módszerek

Kérdőíves-önkitöltéses, kérdőíves-kikérdezéses (interjú) és foglalkozás-orvostani szakorvosi munkaköri alkalmasság megítéléséhez szükséges vizsgálati módszerek mellett a lelki egészség speciális kérdéseinek feltárásához szükséges ún. papír-ceruza (pszichológiai) tesztek alkalmaztunk. Nevezetesen:

- I) a munkanélküliek közegészségügyi helyzetének,
- II) a munkanélküliek egészségi állapotának elemzését szolgáló kérdőívek,
- III) a vizsgálati alanyok munkavégzésre való alkalmasságának megítélésére, szolgáló adatrögzítő dokumentum és a
- IV) speciális papír-ceruza, valamint projektív (pszichológiai) tesztek.

⁹ Ezekben a vizsgálatokban a kisebb elemszámmal és csak az egyik nem (férfiak) vizsgálatával megelégedtünk, mert a feltett kiegészítő kérdéseinkre ezektől a vizsgálatoktól kielégítő válaszokat várhattunk (és kaptunk).

A kérdőívek önkitöltős részeit a vizsgálati alanyok, a többi kérdőívet, valamint a nem önkitöltős pszichológiai tesztek a foglalkozás-orvostan szakorvos vagy adatfelvevő biztos (előzetes oktatásban részesült foglalkozás-egészségügyi ápoló) töltötték ki (interjú vizsgálatok).

Az *első kérdőív* kérdéseire adott válaszok elemzésével kielégítő ismereteket kívántunk összegyűjteni az Ózdi Kistérség pénzügyi-gazdasági világválság előtti munkanélkülieinek, valamint a pénzügyi-gazdasági világválság idején a Kistérség roma és nem roma munkanélkülieinek szociodemográfiai jellemzőiről (beleértve iskolázottságukat, munkanélkülivé válásuk időpontját) és (hangsúlyozottan) közegészségügyi helyzetük (beleértve in-door és out-door lakóhelyi környezetük elemzését, illetve környezet-egészségügyi kockázataikat, személyi higiénés és életmódbeli – dohányzási, kávé-, alkohol-, drogfogyasztási, fizikai aktivitási, táplálkozási – szokásaikat).

A *második kérdőív* a munkanélküliek szomatikus és mentális anamnézis, (lelki) egészségi állapotának megítélésére alkalmas kérdések illetve válaszok összegezésére, valamint az orvosi vizsgálatok eredményeinek rögzítésére szolgált. Ebbe kerültek feljegyzésre a Magyarországon meghatározott követelmények szerint elvégzett munkaköri, illetve munkavégzésre való alkalmasság megítélésére szolgáló vizsgálatok eredményei (személyi és családi anamnézis, munkaanamnézis, fizikális és eszközös diagnosztikai vizsgálatok eredményei, antropometriai paraméterek, funkcionális általános és speciális munkakapacitás, igénybevételi mutatók, TTH, CTH, egyéb mérések adatai, továbbá foglalkozási pszichológiai, munkalélektani egyéb szakorvosi, szakpszichológiai vizsgálatok adatai. A kérdőív szerkezete lehetővé tette valamennyi adatnak az életkorhoz, nemhez, etnikumhoz, első vagy második generációs munkanélküliekhez való rendelését, csoportosítását. Ennek a kérdőívnek egy-egy csokra hangsúlyozottan a nem optimális közegészségügyi biztonság, a szegénységhez, a munkanélküliséghez bizonyítottan vagy feltételezetten társuló megbetegedések (akut stresszorhoz kapcsolódó distressz okozta megbetegedések) feltárására irányult.

A *harmadik kérdőív* azoknak az orvosi vizsgálatoknak az adatainak az összegzésére szolgált, amelyek alapján a hatályos jogszabályok és irányelvek alapján a foglalkozás-egészségügyi szakorvos a munkavállaló munkaköre vagy a munkanélküli munkavégzéshez való alkalmasságáról döntött.

A *negyedik csoportba* tartozó (ún. papír-ceruza és projektív pszichológiai) tesztek előzetesen rögzített eredményeinek ismeretében egyrészt a célzott anamnézis, illetve

exploráció adatait, másrészt a pszichológiai tesztek eredményeinek meghatározott módszerekkel történő értékelésével jutottunk a páciensek lelki egészségét jellemző fontos adatokhoz. A papír-ceruza és projektív tesztek közül a következőket alkalmaztuk:

- Életelegedettségi Skála 60 aktívan dolgozó magyar, illetve 60- 60 magyar és roma munkanélküli férfi esetében (Diener és mtsai 1985),
- mentális-lelki egészségi állapot felmérése munkacsoportunk által kidolgozott és validált ötrészes kérdőívvel 400 fő (magyar és roma) munkanélküli esetében (társas kapcsolat, önbizalom, hangulati-érzelmi állapot, megküzdési képesség, munkanélkülieket érő sajátos stresszorok, pl. diszkrimináció),
- Beck-féle depresszió kérdőív 13 tételes változata 400 fő (magyar és roma) munkanélküli esetében (Beck és Beck 1972),
- affektivitás megítélése Lüscher-féle színpreferencia teszttel 400 fő (magyar és roma) munkanélküli esetében (Lüscher 1948, 1962; 1969);
- Megküzdés és stressz profil 60 aktívan dolgozó magyar, illetve 60- 60 magyar és roma munkanélküli férfi esetében (Olson és mtsai 1991);

4. 3. Vizsgálati alanyok tájékoztatása, toborzása, adatrögzítés, adatkezelés, adatvédelem, kutatásetikai engedélyezés

A vizsgálatokban részt vevő vizsgálati alanyok toborzása, a vizsgálatokba való bevonása előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatással, önkéntes alapon történt. A kérdőívek adatainak anonimitását kódszámok alkalmazásával biztosítottuk, az egyes személyek azonosítása csak a foglalkozás-orvostan szakorvos és az adatfelvevő biztos részére volt lehetséges, a statisztikai feldolgozás már anonim volt. A vizsgálatok megfeleltek a hazai etikai szabályozásnak és a Helsinkai Deklaráció előírásainak. A világválság előtti kutatásokat a Semmelweis Egyetem Kutatás-etikai engedélyeivel¹⁰, a világválság éveiben végzett, a magyar és roma munkanélküliek meghatározott közegészségügyi, egészségi stb. paraméterek összehasonlítására kiterjesztett kutatásokat az ETT TUKEB 35685/2012/EKU (562/PI/12.) számú határozatában foglalt engedéllyel végeztük. Megjegyzés: a vizsgálati alanyok szóbeli tájékoztatást követően a kérdőívek kitöltésére vonatkozó tájékoztatást részben a kérdőíveken, részben (és részletesen) a kérdőívek mellett a kezükbe adott útmutató révén kapták meg. Minthogy a vizsgált népesség egy részének az olvasott szöveg megértésével a munkacsoport tapasztalatai szerint problémája lehetett/volt, a kérdések

¹⁰ SE ETT Regionális Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága 65/2003, 116/2003 számú engedélyek.

megértéséhez mind az adatfelvevő biztosok, mind az orvos folyamatosan segítséget nyújtottak.

4. 4. Statisztikai módszerek

A követelményeknek megfelelően deskriptív, analitikus és néhány speciális statisztikai módszert alkalmaztunk.

Deskriptív elemzés. A kérdőívek kvalitatív adatainak abszolút és relatív gyakoriságát, a folytonos változók középértékét, standard deviációját (SD), a nem-normális eloszlású változók mediánját és kvartiliseit, néhány esetben szélső értékeit számoltuk ki és közöltük.

Analitikus statisztikai módszerek. A felmérésben szereplő különböző csoportok (pl. roma, nem roma munkanélküliek) jellemzőire vonatkozó gyakorisági mutatókat direkt illetve indirekt standardizálással, valamint Pearson-féle chi-négyzet próbával hasonlítottuk össze.

A folytonos statisztikai változók összehasonlítása Student-féle kétmintás t-próbával, több csoport összehasonlítása egy- illetve kétszemponos varianciaanalízissel történt. Nem-normális eloszlás esetén Mann-Whitney-féle U-próbát alkalmaztunk. A statisztikai szignifikancia szintjét 5%-on ($P \leq 0,05$) határoztuk meg.

- A kérdőívben vizsgált tényezőknek az egészségi állapotban játszott szerepét egy- ill. többváltozós logisztikus regresszióval vizsgáltuk, az esélyhányadost (Odds Ratio) és a 95%-os konfidencia intervallumot (95% CI) közöljük. A statisztikai elemzésekhez előbb SPSS 11.5 (2001), majd STATA/SE 10.0 és EPIINFO 6.0 programokat használtunk.

- Speciális statisztikai eljárásokat a különböző pszichológiai tesztek követelményei szerint alkalmaztunk.

A mintaválasztásnál elsődleges szempont a területi elhelyezkedés volt. Tekintettel arra, hogy a korrekt mintavétel alapfeltétele az alapsokaság, a vizsgálat helyeül(amint már említettük) azért választottuk az Ózdi Kistérséget, mert mind a munkanélküliség aránya és tartóssága, mind a munkanélküliek számát jelentősen megnövelő roma lakosság, valamint az ún. második generációs munkanélküliség aránya valószínűleg itt a legnagyobb az ország kistérségei közül. Az EU Bizottság becslése alapján, Magyarországon a romák aránya 7,05%; az Ózdi Cigány Önkormányzat adatai szerint 2012-ben Ózd város lakosságának 33%-a volt roma (EU Bizottság 2011, Ózdi Cigány Önkormányzat 2012). A hazai munkanélküliség aránya 2011-ben 11%, a romáké becsléssel ennek háromszorosa volt (Kertesi 1995, 2002; Kemény 2004, Tardos 2005). Durva becsléssel ez az arány Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (és így Ózdon is) ~ 57% volt (Tardos 2005).

5. EREDMÉNYEK

5. 1. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei által feltételezetten befolyásolt közegészségügyi biztonságának elemzése

5. 1. 1. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek közegészségügyi helyzete, biztonsága

Demográfiai adatok, munkaamnézis, munkanélküliség időtartama, szociális helyzet.

Magyarország rendszerváltozás előtti egyik korábbi kohászati fellegvárának vonzáskörzetében, az Ózdi Kistérség vizsgálatainkba bevont munkanélkülieinek [összesen 536 fő (332 férfi és 204 nő; 18-59 év közötti) túlnyomó többsége 3 évnél régebben munkanélküli (39,6 % vs. 59,0%). Többségük első generációs, de jelentős közöttük az ún. második generációs¹¹ munkanélküliek aránya (~70% vs. 30%). Az életkor előrehaladásával a munkanélküliség/munkanélküliek gyakorisága megnő. A munkanélküliek összjövedelme attól függ, hogy házastársaik/élettársaik, továbbá munkaképes életkorba lépett gyermekeik dolgoznak-e, illetve értelemszerűen függ még a jövedelem nélküli ellátandók számától. A munkanélküli férfiak feleségének/élettársának közel egyharmada (28,3%) munkanélküli, több mint egyharmada (36, 6%) gyermekgondozási Segélyen (tovább: GYES) van, vagy Gyermekgondozási Díj-as ellátásban (tovább: GYED) részesül, s csak alig több mint egyötöde (20, 4%) aktív gazdaságilag. A GYES-en vagy GYED-en lévők túlnyomó többsége (71,9%) a 18-29 éves korcsoportba, a gazdaságilag aktív feleségek/élettársnők többsége (34,9%) a 45-49 éves korcsoportba tartozik. A munkanélküli nők férjeinek/élettársainak 56,6%-a aktív gazdaságilag és 34,1%-a munkanélküli (Hegedüs és mtsai 2010).

Eltartottak, jövedelem nélküli hozzátartozók száma. A férfi és női munkanélküliek egyaránt közel fele 2 vagy 3 jövedelem nélküli hozzátartozó ellátásáról gondoskodik. A férfi munkanélküliek 15%-a, a nők 23%-a 4-4 jövedelem nélküli hozzátartozót lát el. A munkanélküliek 5,8%-a ennél is nagyobb számú (5 vagy több fő) jövedelem nélküli hozzátartozót/ közös háztartásban élőt lát el. A nagyvárosokban élő vizsgált

¹¹ Első generációsnak azokat a munkanélküli személyeket nevezzük, akiknek munkanélkülivé válásakor szüleik nem munkanélküliek; második generációs munkanélkülieknek azokat a személyeket hívjuk, akik, amikor elérik munkaképes életkorukat, mindkét szülőjük munkanélküli és maguk is munkanélküliek.

munkanélküliek vagy a vizsgált foglalkoztatottakra jutó eltartottak száma valamennyi csoportban szignifikánsan kisebb volt.

A munkanélküliek durva jövedelem becslésére még az alábbi adatok állnak rendelkezésre. A kérdezettek 15%-a részesül munkanélküli segélyben, 39%-a szociális segélyben, míg 20%-a gyermekgondozási illetve gyermeknevelési támogatásban, 21 %-uk nem kap támogatást. Jövedelemszerző alkalmi munkát a férfiak 36%-a ritkán, 24%-a gyakran végez, a nőknél ennek aránya 13% illetve 16%. Az alkalmi munka lehetősége mindkét nem esetén fizikai munka. A megkérdezett férfiak 30%-a, a nők 64%-a soha nem végez jövedelemszerző alkalmi munkát és ilyen lehetőségük nincs is.

Figyelemmel a rendelkezésre álló adatokra megállapítottuk, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek többsége ún. mélyszegénységben él. A becsült jövedelmeket a vizsgálat időpontjában hatályos segélyezési küszöbhez, létminimumhoz, élelmiszerkosár értékeihez hasonlítottuk (Hegedűs és mtsai 2010).

5. 1. 2. Lakókörnyezet, környezet-egészségügyi helyzet

A vizsgált munkanélküliek csaknem kétharmada városban, több mint egyharmada községben él. Több mint fele saját tulajdonú, közel egy harmada bérelt lakásban, 9,5%-a albérletben, 3,2%-a közösségi szálláson lakik; a hajléktalanok aránya 0,2%. A lakások fele családi házban, ~ 17%-a hagyományos parasztházban (az ivóvíz és a WC az épületen kívül), ~ 20%-a többlakásos téglapépületben, ~ 7%-a többlakásos panelépületben él. A lakások állaga, állapota, illetve közegészségügyi helyzete a megkérdezettek véleménye szerint részben megfelelő (43%), illetve elfogadható (49%). A lakások többsége 1 szobás vagy 1 és fél szobás, az adatszolgáltatók 14%-a azonban csak 4-12 m²-es szobákban (félszobákban) lakik többedmagával. Az adatszolgáltatók 62,3%-a 24-32m² alapterületű lakásokban él többedmagával. Az esetek több mint felében, a lakószobákban az egy főre jutó alapterület 1-5m². A lakások többségében a fűtés hagyományos kályhával (62,3%), a világítás elektromos árammal (98,3%), a vízellátás a lakások 53,9%-ában hálózati vízvezetékekkel történik. A megkérdezettek 36,6%-ának a lakása vízvezeték nélküli, és a lakások 46,5%-ában nincs fürdőszoba, 45%-ában nincs vízöblítétes WC és a WC elhelyezése a lakáson kívül van. A lakóhelyek 42, 4%-a nincs csatornázva, 29, 9%-ában pedig csak házi csatorna van (**1. táblázat**).

A munkanélküliek többségének in-door és out-door higiénés viszonyai aggályosak,

1. táblázat

Munkanélküliek közegészségügyi biztonsága, lakókörnyezeti in-door higiénés helyzete a pénzügyi-gazdasági világválság előtt

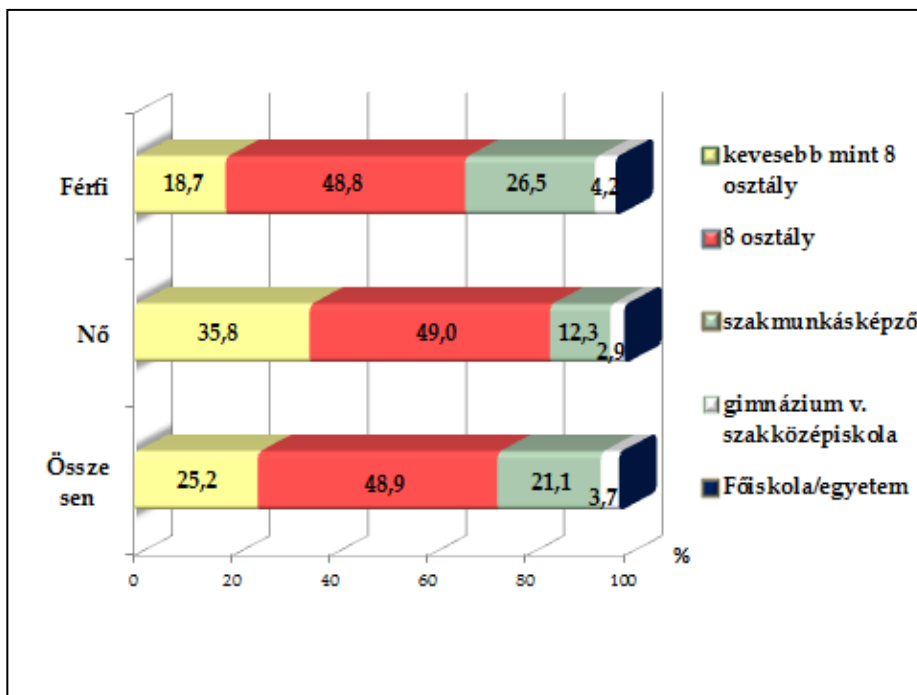
(Az adott kérdésre nem válaszolók számát külön nem tüntettük fel)

Vizsgált népesség		Munkanélküliek	ffi: 332 fő nő: 204 fő ΣN=536
In-door higiénés helyzet			
Fürdőszoba	Nincs	46,5 %	249 fő
	Meleg vizes	14,4 %	77 fő
	Meleg folyóvizes	34,9 %	187 fő
	Hideg vizes	4,1 %	22 fő
WC	Vízöblítéses WC van	54,9 %	294 fő
	Vízöblítéses WC nincs	45,0 %	241 fő
	Elhelyezkedése lakáson belül	53,4 %	286 fő
	Elhelyezkedése lakáson kívül	45,9 %	246 fő
A lakás vízellátása	Hálózati vízvezeték	53,9 %	289 fő
	Házi vízvezeték	9,3 %	50 fő
	Vízvezeték nélküli	36,6 %	196 fő
A lakás világítása	Elektromos árammal	98,3 %	527 fő
Szennyvízelvezetés	Közcatorna	27,4 %	147 fő
	Házi csatorna	29,9 %	160 fő
	Nincs csatornázva	42,4 %	227 fő
Szemét/hulladék	Szervezett gyűjtés	96,5 %	517 fő
A lakás fűtése	Hagyományos kályha	62,3 %	334 fő
	Távfűtés	15,1 %	81 fő
	Egyedi kazán fűtés	14,4 %	71 fő

egy részük lakásviszonyai közelítik a magyarországi roma telepekéét (Hegedűs és mtsai 2010).

5. 1. 3. Iskolázottság, képzettség

A Kistérségben élő, kérdőívekre választ adó (~100%) munkanélküliek férfiak 19%-a, a nők 36%-a kevesebb, mint 8 osztályt végzett. A legmagasabb iskolai végzettséget a 8 általános jelentette mind a férfiak, mind a nők 49%-ának, szakmunkásképzőt a férfiak 26,5%-a, a nők 12,3%-a végzett. Középiskolai végzettsége az adatszolgáltatók 3,7%-ának volt, főiskolai vagy egyetemi végzettséggel senki sem rendelkezett (6. ábra) (Hegedűs és mtsai 2010).



6. ábra. A munkanélküliek iskolai végzettsége pénzügyi-gazdasági világválság előtt az Ózdi Kistérségben (%)

5. 2. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezők, egészségi állapota, munkavégzésre való alkalmassága

5. 2. 1. Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek személyi higiénés helyzete és életmódja

Személyi higiénés szokások. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei *személyi higiénés szokásai* (tisztálkodás, meleg folyóvízes fürdés, kézmosás, fogápolás, fehérműváltás) kifogásolhatóak. Aggályos, hogy a megkérdezett munkanélkülieknek alig egyharmada csak kétnaponta, 8%-a csak hetente egyszer fürdik. Hasonlóan a személyi higiéné elhanyagolására utal, hogy a válaszadók 23%-a csak hetente egyszer, a férfiak 7,2%-a, a nők 5,5%-a soha nem mos fogat, a férfiak fogmosásának gyakorisága életkoruk

előrehaladásával tovább csökken. Sajnos orálhigiénés aktivitásukkal szinkronban van, hogy a megkérdezettek csak 10%-ának ép a fogazata, egynegyedüknél nagyon hiányos és 95%-uk a hiányzó fogakat nem pótolja (Hegedűs és mtsai 2011).

Életmód. A megkérdezettek 69%-a naponta 3 alkalommal étkezik; a megkérdezettek fele heti 3-4 alkalommal fogyaszt húskészítményt; egyharmada naponta tejterméket, naponta zöldséget és főzelékféléket, gyümölcsöt csak 20 %-uk fogyaszt; a halfogyasztás nem éri el az 1%-os arányt. A megkérdezettek 5-8%-a soha, vagy nagyon ritkán fogyaszt szárnyast, 7-10%-a tejet, vagy tejterméket, több mint 25%-a nem reggelizik, több mint 20%-a a főzésnél zsírt használ. Az elhízottak (TTI- méréseket követő számítással) aránya 10%, a túltápláltaké 27%, ennek ellenére a túltáplált és elhízott személyek aránya az Ózdi Kistérségben szignifikánsan kisebb, mint – a budapesti munkanélküli férfiak kivételével – valamennyi összehasonlított csoportnál (Hegedűs és mtsai 2011).

2. táblázat

Dohányzási szokások összehasonlítása – különböző munkanélküli, foglalkoztatott és lakossági csoportok között a pénzügyi-gazdasági világválság előtt ***: P<0, 001

A: Ózdi Kistérség munkanélküliek; C: fővárosi munkanélküliek; D: mezőgazdasági nagyüzemi munkavállalók; E: kis földterületen gazdálkodók; F: törpefalvakban, apró falvakban és tanyákon élők (Hegedűs és mtsai 2011).

Csoportok	Dohányzik		Nem dohányzik (+ex)		Életkorra korrigált RR	95% C.I.
	fő	%	fő	%		
Férfiak						
A	255	76,8	71	21,4		
C	137	64,3	71	33,3	A/C: 1,17***	1,04-1,31
D	524	34,0	985	63,9	A/D: 2,22***	2,03-2,43
E	657	29,4	1521	67,9	A/E: 2,55***	2,34-2,79
F	344	40,3	508	59,4	A/F: 1,91***	1,73-2,11
Nők						
A	164	80,4	39	19,1		
C	105	43,0	130	53,3	A/C: 1,81***	1,54-2,12
D	117	24,1	357	73,6	A/D: 3,27***	2,76-3,88
E	95	17,9	418	78,9	A/E: 4,36***	3,59-5,29
F	292	26,3	812	73,3	A/F: 3,05***	2,71-3,44

Dohányzás. A megkérdezett férfiak ~ 77%-a, a nők ~ 80%-a dohányzik. A dohányzó férfiak 17, a nők 15 éves korban kezdtek el dohányozni, a dohányzók mintegy 40%-a nagydohányos, naponta több mint 20 szál cigarettát szív, a megkérdezettek 64%-a lakásában is dohányozik. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijei körében a dohányzás mindkét nemben szignifikánsan gyakoribb, mint a többi vizsgált lakosságcsoportban, és több a nagydohányos (> 20 szál/nap) is köztük (**2. táblázat**) (Hegedűs és mtsai 2011, 2012). *Testmozgás.* A munkanélküliek túlnyomó többsége napi rendszerességgel

testmozgást (séta, kocogás, futás, torna) nem végez; testmozgást legfeljebb házkörüli tevékenységük (háztartás, kerti munka, állattartás) jelent. A kérdezettek több mint felének alkalmi munkára sincs lehetősége (Hegedűs és mtsai 2011).

Alkoholfogyasztás. Összhangban más irodalmi adatokkal, kérdőíves-önkitöltéses módszerrel nyert adatainkat nem tartjuk értékelhetőnek.

Drogfogyasztásról egyetlen vizsgálati alany sem tett említést.

5. 2. 2. Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek egészségi állapota

Egészségi állapot felmérése kérdőíves-kikérdezéses módszerrel a férfiak 2%-a, a nők 5%-a vallja egészségi állapotát rossznak, többségük fizikai, valamint lelki teljesítőképességét kitűnőnek, jónak, megfelelőnek minősíti és úgy érzi, hogy a problémákat kész megoldani. Ezek a kérdőíves-kikérdezéses módszerrel nyert adatok és az orvosi vizsgálatok eredményei nincsenek szinkronban. A kérdőíves módszerben rejlő szubjektív elemeket a foglalkoztatást elnyerni kívánó munkanélküliek célzott motiváltsága magyarázhatja. Az orvosi vizsgálatok és orvosi zárójelentések szerint hipertóniában a megkérdezett férfiak 15,1%-a, a nők 23,5%-a szenved és a betegek 5-6 éve állnak kezelés alatt. A férfiak 13%-a, a nők 22,5%-a szívbeteg (többségük ischaemiás szívbetegségben szenved). A betegségek többségének kezdete megegyezik a munkanélkülivé válás időpontjával. A légző rendszeri betegségek aránya a férfiaknál

3. táblázat

Az orvosi kezelést igénylő leggyakrabban előforduló betegségcsoportok százalékos gyakorisága a pénzügyi-gazdasági világválság előtt

Megbetegedések	Nemenként	Munkanélküliek az Ózdi kistérségben	
		%	
		Férfi	Nő
Hypertonia		15,1	23,5
Ischaemiás szívbetegség		13,0	22,5
Légzőszervi betegségek		12,3	6,9
Mozgásszervi betegségek		15,4	15,2
Emésztőszervi és anyagcsere betegségek		10,8	6,9
Daganatos betegségek		0,6	4,4
Bőrbetegségek		1,2	0,5
Diabetes mellitus		2,7	3,4
Egyéb endokrin betegségek		1,8	0,5
Érzékszervi betegségek		2,4	2,0
Distressz/krónikus stressz*		34,9	49,5
Egyéb		12,3	23,0

jelentős (12,3%), a nőknél kisebb, de a dohányosok arányához képest nem tűnik nagyarányúnak. Kiemelést érdemel még a mozgásszervi (15%) és az emésztőrendszeri megbetegedések (11%) gyakorisága (**3. táblázat**).

Az orvosi kezelést igénylő leggyakrabban előforduló betegségcsoportok a kérdőívre adott válaszok és az anamnézis alapján felállított diagnózisok; pszichológiai, pszichiátriai szakvizsgálat nem történt. A többi diagnózis orvosi vizsgálat alapján került regisztrálásra. Megjegyzés: a munkára véglegesen vagy időlegesen alkalmatlannak bizonyult munkanélküliek anamnézisében csaknem kivétel nélkül ditresszes panaszokat, depressziót észleltünk. (Hegedűs és mtsai 2011).

4. táblázat
Visszatérő és leggyakoribb panaszok aránya és gyakorisága a pénzügyi-gazdasági világválság előtt (%/fő)

Panaszok	Vizsgált népesség				Ózdi Kistérség munkanélküliek				Törpefalvak, apró falvak, tanyák lakossága				Kis földterületen gazdálkodók			
	Férfi		Nő		Férfi		Nő		Férfi		Nő					
	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő				
Rossz kedélyállapot	34,0	113	32,4	66	22,6	193	31,0	344	24,1	583	27,4	155				
Szorongás	12,3	41	20,1	41	7,5	64	17,4	193	6,8	201	20,2	109				
Szellemi kimerültség	8,4	28	15,7	32	15,3	131	21,6	239	11,7	326	17,9	128				
Alvászavar	21,7	72	23,5	48	18,7	160	25,3	281	22,2	523	38,1	184				
Reggeli fáradtság	31,0	103	35,8	73	36,1	308	42,1	467	31,5	778	50,0	253				
Ingerlékenység	26,8	89	20,1	41	23,4	200	28,8	319	25,0	560	33,0	175				
Fejfájás	56,9	189	61,8	126	51,2	437	68,0	754	43,8	1102	60,7	345				
Szédülés	21,7	109	23,5	73	16,4	140	35,3	391	16,0	364	36,9	186				
Fizikai kimerültség	23,2	77	24,5	50	37,6	321	32,5	360	55,6	1121	50,0	261				
Mellkasi szorítás	13,6	45	21,1	43	13,3	114	13,0	144	13,9	312	14,2	75				
Köhögés és köpetürítés	36,1	120	11,8	24	19,6	167	13,9	154	23,3	521	15,5	82				
Derékfájás	23,8	109	28,4	58	50,0	427	44,1	489	60,9	1365	54,9	291				
Csont-izületi-izomfájdalmak	28,6	95	24,0	49	34,1	291	36,6	406	41,5	928	45,7	242				
Gyomor-bél panaszok	15,7	52	11,3	23	13,0	111	12,0	133	14,4	323	16,8	89				

Heveny megbetegedések. A vizsgálatot megelőző évek során a megkérdezettek körében előforduló heveny betegségre utaló tünetek közül a torokgyulladás (29%), az orrfolyás, láz (22%), hányás (15-16%), hasmenés (15%), bőrkiütés (5-8%) volt az orvoshoz fordulás leggyakoribb oka (Hegedűs és mtsai 2011).

Anamnézis (családi, személyi), panaszok Az adatszolgáltatásban résztvevők közel felének szülei a vizsgálat időpontjában éltek, de több mint egyötödük esetében már mindkét szülő meghalt. Mind a férfiak, mind a nők esetében a rossz kedélyállapot, szorongás, fejfájás, alvászavar, reggeli fáradtság, ingerlékenység, mellkasi szorítás, szellemi, illetve fizikai kimerültség, derékfájás, csont-ízületi-izom fájdalmak, gyakori bél-bántalmak, köhögés és köpetürítés a leggyakoribb visszatérő vagy állandósuló panaszok (**4. táblázat**). A panaszok egy része (fejfájás, szédülés, alvászavar, reggeli fáradtság, fizikai kimerültség, rossz kedélyállapot, mellkasi szorítás, csont-ízületi-izom fájdalmak, derékfájás) a két nemben különböző gyakoriságú. A panaszok nagyobb része distresszes jellegű (Hegedűs és mtsai 2011). Ugyancsak nincsenek szinkronban az alkalmassági vizsgálatokban felvett anamnézis során megismert panaszok aránya a kérdőívre adott jelzett válaszokkal. 21%-uk úgy érzi, hogy munkanélkülivé válásakor egészségi állapota rosszabbodott, amely különösen nagyarányú (a 45-59 éves korosztályban eléri az 50%-ot is).

5. 2. 3. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek munkavégzésre való alkalmassága

Összesen 450 fő esetében (290 fő férfi, 160 fő nő) olyan munkanélküliek munkaköri alkalmassági vizsgálatainak eredményét elemeztük, akik munkanélkülivé válásukat megelőzően a vizsgálatokat végző foglalkozás-egészségügyi szolgálat által ellátott üzemekben dolgoztak. A férfiak 9,3%-a, a nők 29,3%-a nem volt, vagy ideiglenesen nem volt orvosilag alkalmas tervezett munkakörének ellátására. A munkaköri alkalmassági vizsgálatok során „alkalmatlannak” bizonyulók aránya a férfiak között az életkor előrehaladásával a szignifikancia határán mozgó mértékben, a munkanélküliség idejének hosszával pedig szignifikánsan megnőtt. A nők között az „alkalmatlannak”

5. táblázat

Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek orvosi vizsgálata során alkalmatlannak bizonyultak aránya az életkor függvényében a pénzügyi-gazdasági világválság előtt

Korcsoport	Alkalmatlan		Alkalmas	
	fő	%	fő	%
Férfiak				
17-29	5	5,5	86	94,5
30-44	9	8,9	92	91,1
45-59	13	13,3	85	86,7
Lineáris trend $\chi^2=3,375$ (P=0,06619)				
Nők				
17-29	5	33,3	10	66,7
30-44	19	25,0	57	75,0
45-59	23	33,4	46	66,6

Lineáris trend $\chi^2=0,333$ (P=0,5461)

bizonyulók aránya a férfiakét meghaladta, de összefüggést sem a munkanélküli nők életkorával, sem munkanélküliségük idejének hosszával nem mutatott (**5, 6 táblázat**).

6. táblázat

Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek orvosi vizsgálattal fizikai munkavégzésre való alkalmatlanjainak száma és aránya a munkanélküliség éveinek függvényében a pénzügyi-gazdasági világválság előtt

Munkanélküli idő	Alkalmatlan		Alkalmos	
	Fő	%	Fő	%
Férfiak				
< 1 év	4	3,5	109	96,5
1-3 év	9	9,9	82	90,1
> 3 év	14	16,3	72	83,7

Lineáris trend $\chi^2=9,406$ (P=0,00216)

Nők	Fő	%	Fő	%
	< 1 év	5	21,7	18
1-3 év	11	27,5	29	72,5
> 3 év	31	32,0	66	68,0

Lineáris trend $\chi^2=1,015$ (P=0,3138)

7. táblázat

Distressz érzésének növekedése az életkor előrehaladásával munkanélküliek között a pénzügyi-gazdasági világválság előtt (*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001)

Nemek közötti és korcsoportok közötti különbség

Ózdi Kistérség	Distresszes		Nem distresszes		OR	95% C.I.	
	fő	%	fő	%			
Férfiak	116	34,9	213	64,2	1,00		
Nők	101	49,5	101	49,5	1,84***	1,27-2,67	
Férfiak	17-29 év	29	23,2	95	76,0	1,00	
	30-44 év	52	40,9	73	57,8	2,33***	1,30-4,19
	45-59 év	35	43,8	45	56,3	2,55***	1,33-4,89

Lineáris trend $\chi^2 = 10,203$ (P = 0,0014)

Nők	17-29 év	34	40,0	51	60,0	1,00	
	30-44 év	49	53,8	40	44,0	1,84	0,96-3,51
	45-59 év	18	64,3	10	35,7	2,70*	1,03-7,21

Lineáris trend $\chi^2 = 6,417$ (P = 0,0113)

Ózdi Kistérség	Distresszes		Nem distresszes		OR	95% C.I.	
	fő	%	fő	%			
Férfiak	77	36,2	134	62,9	1,00		
Nők	83	34,0	157	64,3	0,92	0,61-1,38	
Férfiak	17-29 év	21	27,6	55	72,4	1,00	
	30-44 év	22	36,1	38	62,3	1,52	0,69-3,34
	45-59 év	34	44,7	41	53,9	2,17*	1,05-4,53

Lineáris trend $\chi^2 = 5,080$ (P = 0,0242)

Nők	17-29 év	23	24,5	69	73,4	1,00	
	30-44 év	28	29,5	65	68,4	1,29	0,64-2,60
	45-59 év	32	58,2	23	41,8	4,17***	1,93-9,11

Lineáris trend $\chi^2 = 14,800$ (P = 0,00012)

Az alkalmatlanság okai szív-érrendszeri, anyagcsere (diabetes), légzőrendszeri és mozgásszervi megbetegedések mellett a distressz (és következményei) voltak, amely distresszes tünetek a munkavégzésre alkalmatlannak bizonyult munkanélküliek anamnézisében is jelentős szerephez jutottak. Ehhez kapcsolódóan jelezzük egyrészt: a vizsgált munkanélküliek jelentős részének lelki egészségi állapota aggályos, 41%-uk kimerültséget, a distressz valamely tünetét jelezte, 22%-uknak nincs kedve semmihez. A kedvetlenség érzés gyakorisága az életkor előrehaladásával mind a férfiak, mind a nő munkanélküliek között megnő (7. táblázat).

5. 2. 4. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek és néhány foglalkoztatott, illetve lakossági csoport állapotának összehasonlítása

A foglalkoztatott csoportokban a kis földterületen gazdálkodó férfiak panaszai közül kiemelkedően legnagyobb arányú a fizikai kimerültség (55,6%), illetve az ezzel gyakran társuló derékfájás (60,9%), csont-izületi- izomfájdalmak (41,5%). A törpefalvak, apró falvak, tanyák vizsgált férfi lakosai esetén szintén ezek a vezető panaszok. Fizikai kimerültségre a férfiak 37,6 %-a, csont- izületi- izomfájdalomra fájdalomra 34,1%-a, derékfájásra 50,0%-a panaszkozik. A Kistérség vizsgált munkanélküli férfi tagjai legnagyobb gyakorisággal a fejfájás (56, 9 %) mellett rossz kedélyállapotra (34, 0%), reggeli fáradtságra (31, 0%), ingerlékenységre (26, 8%), alvászavarra (21, 7%) panaszkodtak. A kisföldterületen gazdálkodók között a szorongással, illetve a rossz kedélyállapottal sújtottak feleannyian, illetve egyharmaddal kevesebben vannak, mint a fizikai kimerültség érzésétől jelentősen kisebb arányban (1/4-1/5 rész) szenvedő munkanélküliek (4. táblázat)(Bereczki és mtsai 2003, Grónai és mtsai 2004, Hegedűs és mtsai 2011). Az orvosi kezelésre szoruló munkanélküliek aránya szignifikánsan nagyobb, mint az összehasonlításul szolgáló lakossági csoportokban. Ha a fővárosi munkanélküliekkel, nagyüzemi mezőgazdasági csoportokkal, kis földterületen gazdálkodókkal, törpe-, apró falvak, tanyák lakóival (Bereczki és mtsai 2003, Grónai és mtsai 2004, Felszeghi és mtsai 2004) hasonlítjuk össze az orvosi kezelésre szoruló arányát a különbség valamennyi esetben erősen szignifikáns ($P < 0,001$ minden esetben) az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek kárára. Az OR értékek azt mutatják, hogy az összes többi csoport e tekintetben szignifikánsan kedvezőbb helyzetben van. Ha az összehasonlítást megfordítjuk, akkor úgymint fogalmazhatunk, hogy az Ózdi Kistérség

8. táblázat

Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek orvosi kezelést igénylői számának és arányának összehasonlítása más területen élő munkanélküliekkel, szegény és nagy megterhelésnek kitétt foglalkoztatott, valamint szegény lakossági csoporttal a pénzügyi-gazdasági világválság előtt (összes korcsoport, nemenként) **: P <0,01; ***: P < 0,001 A: Ózdi Kistérség munkanélküliek; C: fővárosi munkanélküliek; D: mezőgazdasági nagyüzemi munkavállalók; E: kis földterületen gazdálkodók; F: törpefalvakban, apró falvakban és tanyákon élők. Összehasonlításhoz felhasznált közlemények: Berczki és mtsai 2003, Felszeghi és mtsai 2004, Grónai és mtsai 2004 (Hegedűs és mtsai 2011)

Férfiak	Orvosi kezelés		Nincs kezelés		OR	95% C.I.
	fő	%	fő	%		
A	167	50,3	165	49,7		
C	50	23,5	163	76,5	A/C: 3,30***	2,21-4,93
D	310	20,3	1216	79,7	A/D: 3,97***	3,07-5,13
E	716	32,0	1522	68,0	A/E: 2,15***	1,69-2,73
F	205	24,0	648	76,0	A/F: 3,20***	2,43-4,21
Nők						
A	79	38,7	125	61,3		
C	49	20,1	195	79,9	A/C: 2,52***	1,62-3,92
D	115	23,9	367	76,1	A/D: 2,02***	1,40-2,91
E	216	40,8	314	59,2	A/D: 0,92	0,65-1,30 (n.sz.)
F	321	28,9	789	71,1	A/F: 1,55**	1,13-2,14

munkanélküli férfijainak 3-5- ször, munkanélküli nőinek 2-3-szor nagyobb az esélye (P<0,001), hogy betegsége miatt állandó orvosi kezelésre szoruljon, mint az összehasonlított budapesti munkanélküli, különböző foglalkoztatott, illetve lakossági csoportok tagjainak (8. táblázat) (Berczki és mtsai 2003, Felszeghi és mtsai 2004, Grónai és mtsai 2004, Hegedűs és mtsai 2011).

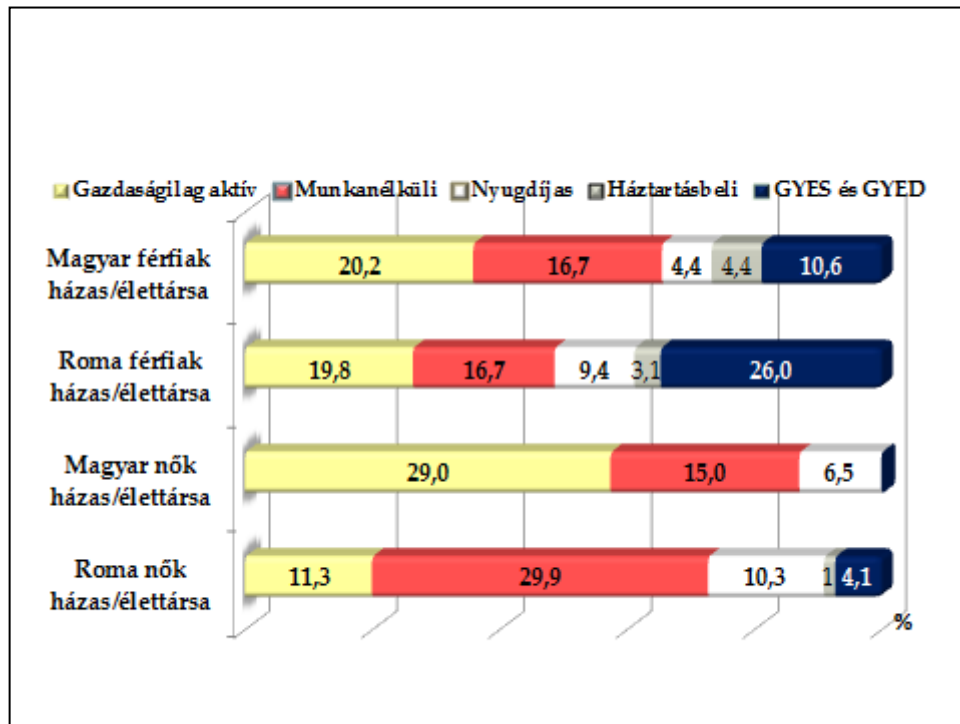
5. 3. Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélküliei közegészségügyi és szociális biztonságának összehasonlító elemzése

5. 3. 1. Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélkülieinek közegészségügyi helyzete, biztonsága

Demográfiai adatok, munkaamnézis, munkanélkülivé válás/ munkanélküliség időtartama, szociális helyzet. A vizsgált (114 magyar férfi, 93 magyar nő, 96 roma férfi, 97 roma nő) személyek életkora között szignifikáns különbség volt, a roma munkanélküliek jelentősen fiatalabbak (36,0±12,1 vs. 40,5±11,1 év; P<0,001). Noha az élő szülők aránya nem különbözik a magyar és roma munkanélküliek esetében, de a magyar szülők átlagos életkora szignifikánsan magasabb (apák átlagos életkora 59,3±11,3 vs. 50,4±8,1 év; az anyáké 60,3±11,9 vs. 50,6±9,9 év, a különbség mindkét szülő esetében szignifikáns; P <0,001). Az elhunyt magyar szülők életkora a nők

esetében nem, a férfiak esetében jelentősen különbözik; a roma férfiak szülei szignifikánsan rövidebb ideig éltek, mint a magyar férfiak szülei ($55,8 \pm 11,4$ vs. $61,6 \pm 11,3$ év; $P < 0,001$).

Munkaviszony, munkaanamnézis. Munkanélkülivé válásukat megelőzően a vizsgálatban részt vett első generációs munkanélküli magyar férfiak átlagban 15,4, a nők 10,0, a roma férfiak 13,0, a roma nők 6,6 évet dolgoztak. A tömeges munkanélküliség kezdetének azonos időpontja (1989-1991) miatt az első generációs munkanélküliségi idő hosszában a magyar és roma résztvevők között nincs különbség, a munkanélküliségi idő hossza az életkor előrehaladásával nő. Ez az összefüggés egészen a 2012-ben bevezetett közfoglalkoztatási, vagy közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó munkavégzésig (ún. közmunka)¹² nem változott. A második generációs munkanélküliek (függetlenül etnikai/nemzetiségi hovatartozásuktól vagy nemüktől) munkaképes korúakká válásuktól nem vettek részt semmiféle szervezett munkavégzésben. Feltűnő a második generációs munkanélküliek legfiatalabb (18-29 évesek) korosztályában a romák nagy aránya a magyarokhoz képest (Hegedűs és mtsai 2014A, Ungváry és mtsai 2014).



7. ábra. Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélkülijeinek házas/élettársának foglalkoztatottsága a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben (%)

¹² A dolgozatban szereplő munkanélküli népesség még az első közcélú munkavégzést megelőzően került vizsgálatra.

Munkanélküliség időtartama szerint nincs szignifikáns különbség a magyar és roma csoport között. A vizsgálatban résztvevők 70,2%-a több mint 3 éve munkanélküli. A 30-44 éves férfiak 75,3%-a, a nők 55,3%-a több mint 5 éve nem dolgozik; a 45-61 évesek között a nők aránya nagyobb (nő 80,7 % vs. ffi 64,6 %).

Házastársak, élettársak, szociális helyzet. Jelentős különbség van a magyar és a roma nők házastársai gazdasági aktivitásának (nem munkanélküliek) arányában. A magyar nők házastársai gazdaságilag aktív tagjainak aránya, meghaladja a roma nőkéét: 29,0%, vs. 11,3% ($P < 0,01$). A nők szociális támogatása között a romák javára különbség van; a különbséget elsősorban a GYES-n, GYED-n, GYET-n levő roma nőknek a magyar nőknél nagyobb aránya (**7. ábra**), valamint a családi pótlékok közötti különbségek okozzák¹³ (Hegedűs és mtsai 2014A). A magyar és roma munkanélküliekhez tartozó ellátottak csoportjai (jövedelem- nélküliek, kiskorúak) összlétszámában nagy különbség van ($P < 0,01$), minthogy a roma csoportok háztartásainak/családjainak átlagos lélekszáma 1,5-2,1-szer nagyobb a magyarokénál. A magyar és roma háztartások havi összjövedelmében nincs különbség (86 795 Ft vs. 89 333Ft). Szignifikánsan kisebb viszont a roma háztartásokban a havi egy főre jutó jövedelem: 33 102 Ft vs. 26 713 Ft; ($P < 0,01$). Megjegyzés: 2012-ben a létminimum Magyarországon egy fogyasztási egységre számított átlagos értéke 85 960 Ft/hó, a tipikusnak tartott két aktív korú személy és két 0-14 éves gyermek alkotta háztartás esetén 249 284 Ft; a minimálbér 85 950 Ft/hó, a szegénységi küszöb 62 463 Ft/fő/hó, az élelmiszerkosár tartalmát biztosító összeg egy aktív korú felnőtt esetében 24 094 Ft/hó, egy tipikusnak tartott két aktív korú felnőttből és két 0-14 éves gyermekből álló háztartás esetén 85 678Ft/hó volt; tipikus háztartásban az egy főre számított létminimum 62 321 Ft/hó 2012-ben¹⁴

¹³ A GYES, GYED, GYET fogalma pontosan definiált. A GYES 2011. január 1-jétől (adattfelvételeink idején) 28 500 Ft/hó, de ikrek esetén a gyerekszámától függően többszörösre nőhet. A GYED összege a minimálbér kétszeresének 70%-a (2012-ben 130 200 Ft), a GYET összege megegyezik a mindenkori öregségi nyugdíjminimummal (2011-ben: 28 500 Ft/hó). Fontos megemlíteni még a családi pótlékot (CSP), ami 12 200 Ft/hó (egy gyerek esetén), 16 000Ft/hó (három gyerek esetén); a CSP meghatározott szociális nehézségek esetén nagyobb (pl. nagykorú fogyatékos nevelése esetén 20 300Ft/hó) [298/2011. (XII.22.) Korm. rendelet]kétszeresének 70%-a (2012-ben 130 200 Ft), a GYET összege megegyezik a mindenkori öregségi nyugdíjminimummal (2011-ben: 28 500 Ft/hó).

¹⁴ Megjegyzés: a kérdőíves módszerrel (különösen a kérdőíves-önkitöltős módszerrel) nyert jövedelemre megadott adatok legfeljebb durva becslésnek tekinthetőek. Fontos azonban megjegyezni azt is, hogy az egyes háztartásokra, vagy az egy személyre/fogyasztási egységre számított jövedelem értékét az egyes

(Kormányrendelet 2011; KSH 2012, 2013). Figyelemmel ezekre az adatokra megállapítható, hogy vizsgálataink idején a magyar, illetve a roma munkanélküliek, valamint a velük egy (tipikus) háztartásban élők havonta a létminimum 53,1%-, illetve 42,9 %-ából kellett, hogy megéljenek. Minthogy az átlagos jövedelemtől az egyes háztartásokban élő egy-egy személyre jutó jövedelmek között is jelentősnek tűnő különbségek voltak, a jövedelmek szerint mind a magyar mind a roma munkanélkülieket további alcsoportokra bontottuk. Az átlag jövedelmeknél legfeljebb 20%-kal vagy 50%-kal, vagy 100%-kal nagyobb arányban több vagy kevesebb jövedelemhez jutó alcsoportot alakítottunk ki. Eredményeinkből két adatot emelünk ki: egyrészt a válaszadók (400 fő közül 376 fő, azaz 94%) 1/5-1/4-e a jelzett átlagjövedelemnél >20-50%-kal kisebb összegből élt, egy kisebb része (7,8-18%) pedig az átlagjövedelemnek a felét sem költhette el vizsgálataink idején létfenntartására. Ezekben a kategóriákban a magyar munkanélküliek esetében a létminimumot jelentő összegnek 42,5-26,5%-a, a roma munkanélküliek esetében a létminimum 34,3-20,4%-a kerülhetett havonta és személyenként felhasználásra. Az átlagos jövedelem 50%-át sem kézhez kapó magyar munkanélküliek és a velük közös háztartásban élők havonta kevesebb mint 16 600Ft, a romák kevesebb mint 13 400 Ft-ból kellett, hogy megéljenek. Másrészt megjegyezzük: a válaszadó munkanélküliek, valamint a velük egy háztartásban/családban élők egy személyre jutó havi jövedelme egyetlen esetben sem érte el a létminimum összegét (Hegedűs és mtsai 2014B).

5. 3. 2. A magyar és roma munkanélküliek in-door és out-door lakókörnyezet – környezet-egészségügyi helyzetének összehasonlítása

A vizsgálatban részt vett 207 magyar munkanélküli férfi és nő 56%-a városban, 34%-a községben, míg a 193 roma férfi és nő 70,5 %-a városban és 25%-a községben lakik; megjegyzendő, hogy a városi romák ~17%-a (a városhoz kapcsolódó) romatelepen, ~15%-a pedig helységrészeknek (negyedek, utcák) megfelelő ún. telepszerű elrendezésben él. A lakások jelentős aránya (61% illetve 48%) saját tulajdonban van; a saját tulajdonú lakások aránya a nem roma lakosság esetében szignifikánsan nagyobb

háztartások, személyek életkörülménye, életminősége jelentősen befolyásolja. A rossz lakásviszonyok, higiénés helyzet, a létfenntartáshoz szükséges kiadásokat növeli, a jövedelmek értékét a létminimumtól, szegénységi küszöbötől, az élelmiszerkosár árától a számított vagy becsült értékektől távolítják.

($P < 0,01$), míg a romák egy nagyobb csoportja (40%) önkormányzati lakásban él; ez az arány szignifikánsan haladja meg a nem roma lakosságáét ($P < 0,001$). A telepeken élő romák „lakása” (a vizsgálatba bevontak ~17%-a) saját tulajdonban van (túlnyomó többsége ún. hagyományos parasztház, de közöttük ún. „putrik” is fellelhetők).

9. táblázat

Magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi biztonsága, lakókörnyezeti in-door higiénés helyzete, iskolázottsága a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Vizsgált néppességi csoportok	Magyar munkanélküliek	Roma munkanélküliek	Szignifikancia
	ffi: 114 fő	ffi: 96 fő	
	nő: 93 fő	nő: 97 fő	
	$\Sigma N=207$	$\Sigma N=193$	
Összehasonlított paraméterek			
<8 általánost befejezett munkanélküliek aránya	26,7%	39,6%	$P < 0,05$
8 általánost befejezett férfiak aránya	25,4%	43,8%	$P < 0,01$
8 általánost befejezett nők aránya	25,8%	48,5%	$P < 0,01$
Szaktanulmányokkal rendelkező férfiak aránya	43,9%	20,8%	$P < 0,001$
Szaktanulmányokkal rendelkező nők aránya	39,8%	7,2%	$P < 0,001$
Érettségizett férfiak aránya	7,9%	0,0%	$P < 0,05$
Szülők (apa) között 8 általánost be nem fejezettek aránya	29,5%	57,0%	$P < 0,001$
Szülők (anya) között 8 általánost be nem fejezettek aránya	42,0%	62,7%	$P < 0,001$
Panel-, betonépületű lakások aránya	17,4%	9,3%	$P < 0,05$
Vályogépületek (lakások) aránya	2,9%	7,7%	$P < 0,05$
Vertfalú épületek (lakások) aránya	0,0%	5,2%	$P < 0,01$
Lakások átlagos alapterülete (m ²)	64,0±34,0	32,9±16,7	$P < 0,001$
Egy lakásban együtt élők száma (fő)	3,2±1,7	4,6±2,3	$P < 0,001$
Lakásban élő iskoláskorúak száma (fő)	1,0±1,3	2,6±2,0	$P < 0,001$
Egy lakóra jutó átlagos lakóterület (m ²)	26,0±17,1	9,7±7,5	$P < 0,001$
Egy főre jutó ülőhelyek száma (db)	1,9±2,4	1,2±1,1	$P < 0,001$
Egy főre jutó fekvőhelyek száma (db)	1,5±1,0	1,0±0,6	$P < 0,001$
Fa, parketta padozatú lakások aránya	55,1%	42,0%	$P < 0,01$
Kő-, kőlappadozatú lakások aránya	21,8%	35,2%	$P < 0,01$
Hálózati ivóvíz hiánya (ellátás közfolyóról)	14,0%	22,8%	$P < 0,01$
Meleg, folyóvízes fürdési lehetőség aránya	29,5%	12,4%	$P < 0,001$
Fürdésre csak hideg víz áll rendelkezésre	12,1%	26,9%	$P < 0,001$
Fürdőszoba, fürdésre elkülönített helyiség nincs	26,1%	45,1%	$P < 0,001$
Lakáson belüli vízöblítéses WC aránya*	67,2%	50,8%	$P < 0,001$
Lakáson kívüli WC (árnyékszék) aránya	32,4%	48,7%	$P < 0,001$
Táv- tömbfűtésű lakások aránya	18,8%	9,3%	$P < 0,01$
Hagyományos kályhafűtésű lakások aránya	51,2%	64,3%	$P < 0,01$
Megvilágítás (gyenge, olvasásra nem, vagy alig alkalmas)	30,4%	54,4%	$P < 0,001$

Albérletben mind a magyar, mind a roma munkanélküliek ~10%-a lakik Hegedűs és mtsai 2014A, Ungváry és mtsai 2014.)

Épületek. A magyarok 23%-a él emeletes házban, ami szignifikánsan nagyobb arány mint a romáké (9%) ($P < 0,001$). Mind a magyar, mind a roma lakosság túlnyomó többségének lakása földszintes épületben van. Az épületek nagyobb többsége téglából, betonból (panel elemek) épült; a romák lakásainak 7,7%-a vályog-, 5,2%-a vertfalas épületekben van, amelyek csaknem mind a telepeken helyezkednek el (**9. táblázat**). A romák lakásainak konyhája 18%-ban az udvarra, 7%-ban az utcára nyílik, 2%-ban az egyetlen helyiségből álló lakás az udvarra nyílik (**8. ábra**). A romák lakószobáinak többsége (62%) a konyhából nyílik. A lakások többsége 1 vagy 1 és félszobás;

ilyen lakásokban a magyarok 53,2%-a, a romák 78,5%-a él. A magyar családok több mint 40%-a 2-3 szobás lakásban lakik; hasonló lakásokban a romák 15,7%-a él. A romák közegészségügyi szempontból aggályos lakásaiban az esetek 7%-ában a konyha és a lakószoba azonos helyiség. Ez utóbbiak a telepeken nagy gyakorisággal fordulnak elő. A lakások állapotát a vizsgált népesség mintegy fele megfelelőnek, egyharmada éppen elfogadhatónak, 4-5%-a kifejezetten rossznak minősíti. A lakások falának minőségét (elégtelen szigetelés, falak nedvesedése, penészesedése) mind a magyar, mind a roma lakosság ~50%-a kifogásolja, a vizsgált népesség egy része (magyar 14%, roma 11%) beázásról is panaszkodik. A szobák padozata általában fából készült vagy parkettás (magyar munkanélküliek esetében 55,1%, a roma munkanélküliek esetében 42,0%, a különbség $P < 0,01$). A roma lakásokban (35,2%) szignifikánsan ($P < 0,01$) gyakoribb a kőlapos padozat. Az összes lakás 10,2%-ában a padozat döngölt, amely lakások kivétel nélkül telepiek. A lakások többsége egyedi kályhafűtéssel történik (**9. táblázat**); a roma munkanélküliek lakásaiban ennek aránya 64,3%, a magyarokéban 51,2% ($P < 0,01$); a telepeken csak kályhafűtés van. A fűtés megoldása csak esetenként korszerű. Ózdon – a telepszerűen vagy a magyar városrészekben integráltan – élő romák lakásaiban (összesen 16,6%-ban) táv- és tömb-, illetve korszerű gázfűtés van (**9. táblázat**)(Hegedűs és mtsai 2014A).

Lakások közművesítése. A magyar lakások 95,2%-ában, a roma lakások 94,3%-ában elektromos áram biztosítja a világítást. Az elektromos áramot a magyar lakások 1,5%-

ában, a roma lakások 2,1%-ában kikapcsolták. A megvilágítás erősségében a magyar és roma lakások között szignifikáns különbség van; a magyar lakásokban a megvilágítás 68,1%-ban jó vagy megfelelő, a romáknál ugyanezen jellemzők összessége 41,4%



8. ábra. „Élet” egy ózdi romatelepen I.

Az épület vakolata és tetőszerkezete megrongálódott, a nyílászárók üvegezése hiányos, az udvar száraz időben poros, esőzések idején latyakos, csúszós. Két család részére biztosít igen szerény hajlékot (saját fotó).

($P < 0,001$). A roma lakások 54,4%-ában a megvilágítás gyenge (olvasásra alig vagy nem alkalmas); a magyar lakások között a hasonlóan megvilágított lakások aránya (30,4%) igen erősen szignifikánsan kisebb ($P < 0,001$); de a magyarok lakásaiban jelzett arány is nagy. A Kistérség vízellátása nem teljes körűen megoldott ¹⁵. Az összes vizsgálatba bevont lakás közül a magyarok lakta lakások 14,0%-a, a romák lakta lakások 22,8%-a nincs bekötve a vezetékes ivóvíz hálózatba. Fürdőszoba a roma lakások 45,1%-ában, a magyar lakások 26,1%-ában nincs; a különbség jelentős ($P < 0,001$). Meleg, folyóvízes fürdőszobás ellátás a magyar lakások 29,5%-ában, a roma lakások 12,4%-ában van ($P < 0,001$). A fürdés, mosakodás lehetőségének minősége vonatkozásában a különbség a romák kárára jelentős (Hegedűs és mtsai 2014A). Megjegyzés: a hálózati ivóvízzel el nem látott (többségük) telepi lakosok akár hideg, akár felmelegített ivóvíz minőségű

¹⁵ A jelentős higiénés különbséggel együtt járó településformák definíciói a korábbi tanulmányunk szerint meghatározott közművesítési- és települési szerkezet szerinti definíciók [Ungváry és mtsai 2005, Hegedűs és mtsai 2012]. Megjegyzés: a Kistérségben Királdon és Serényfalvában nincs cigánytelep, de a 398 királdi és a 354 serényfalvai lakás 2, illetve 20%-a nincs bekötve a hálózati vízellátásba, ivóvíz minőségű vízhez az ott élő magyar és roma lakosság egyaránt csak közkifolyóból jut.

vízhez csak a víznek a közkifolyóról a lakásba történő behordását követően juthatnak (9. ábra). Ez a roma lakások/háztartások 22,8%-át érinti. Jelentős és hátrányos különbség van a lakáson belüli (vízöblítéses) WC-k és a házon kívüli WC-k (9. táblázat és 10. ábra) arányában is a romák kárára (67,2% vs. 50,8%, illetve 32,4% vs. 48,7%). Közcsatornázás a magyar munkanélküliek lakásai 44,4%-ában, a romák vonatkozásában 34,2%-ban van, a különbség jelentős ($P < 0,05$). A szervezett szemét/hulladékgyűjtés megoldott, ennek ellenére a telepeken illegális szemétkerakók időről-időre előfordulnak (Ózdi Cigány Önkormányzat vezetőjének személyes közlése). A 10-15 éve meglévő döngkutakat felszámolták; erről helyszíni szemlével győződünk meg (Hegedűs és mtsai 2014A, Ungváry és mtsai 2014).

5. 3. 3. A magyar és roma munkanélküliek iskolázottsága, képzettsége, tanulási feltételeinek összehasonlítása

A tanultság, képzettségi szint között szignifikáns különbség van a romák kárára valamennyi vizsgált paraméter [8 általánost be nem fejezettek aránya (26,7% vs. 39,6%; $P < 0,001$), szakmunkásképzettséggel bíró férfiak aránya (43,9% vs. 20,8%; $P < 0,001$), szakmunkásvégzettséggel bíró nők aránya (39,8% vs. 7,2%, $P < 0,001$); a maximum 8 általánost végzők esetében a mérleg a romák javára történő billenése (férfiak: 25,4% vs. 43,8%, nők: 25,8% vs. 48,5%; mindkét esetben $P < 0,01$) látszólagos előny, mert a szakmunkásvégzettek valamennyien előbb befejezték a 8 általánost; vagyis: a 8 általánost is a magyar munkanélküliek végeztek el nagyobb arányban]. Az érettségizettek aránya a magyarok között 7,9%, a romák között nem volt érettségizett személy (9. táblázat). (Hegedűs és mtsai 2014A) Az iskolai végzettséggel összhangban, jelentős különbség van a magyar és a roma munkanélküliek szakmai képzettsége között. A romák többségének nincs speciális nemzetgazdasági ágban való munkavégzésre jogosító végzettsége ($P < 0,001$). Ezzel szemben a magyar munkanélküliek többsége valamilyen szakmai (szakmunkás) képzettséggel bír, jogosítványaik elsősorban ipari tevékenységre, kisebb arányban mezőgazdasági, még kisebb mértékben szolgáltatási szaktevékenységre szólnak; a magyar nők egyötödének a szolgáltatásban van szakmai képzettsége. Ezzel a jogosítvánnyal már a rendszerváltozást közvetlen megelőzően, illetve annak pillanatában a Kistérség munkavállalóinak foglalkoztatottsága már nem volt arányos.



9. ábra. Közifolyó egy ózdi romatelepen

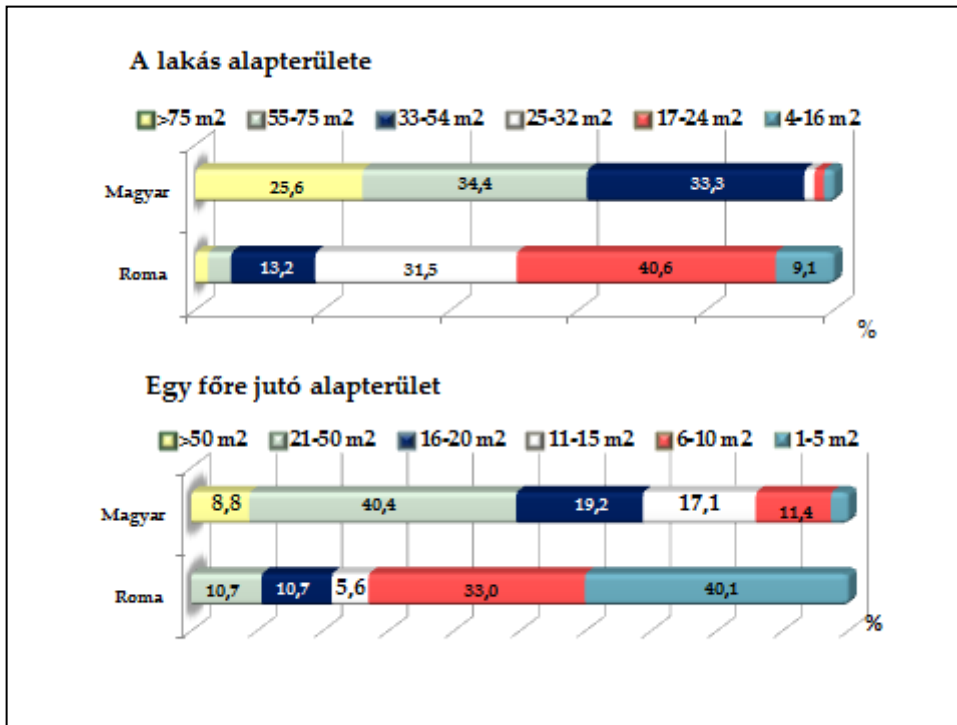
A legközelebbi lakás 50-60 m távolságra található a vízvételi helytől. A vizet vödörben viszik a házba, az napokig a polcon vagy a földön a sarokban áll, míg újra megtöltik. A pangás és az esetleges szennyeződés miatt ez fertőzésveszéllyel jár. A hideg téli napokon a közkutak gyakran befagynak, ez további akadályt gördít a helyi lakók vízhez jutásának útjába(saját fotó).



10. ábra. Árnyékszék egy ózdi romatelepen

A 8. ábrán bemutatott romatelepi lakáshoz a helyi romák által „budinak” hívott árnyékszék tartozik, amely legalább 20-30 m távolságra helyezkedik el a lakóépülettől. A hulladék anyagból épített tákolmányból az ürülék elszállítása nem megoldott (saját fotó).

Fontos: a magyar munkanélküli szignifikánsan nagyobb arányban (42,1%) vettek részt átképzésen ($P < 0,05$), mint a roma férfiak (29,2%) és nők (26,8%).



11. ábra. A munkanélküli magyarok és romák lakásainak alapterülete és egy főre jutó alapterület az Ózdi Kistérségben a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben (%)



12 ábra. „Élet egy ózdi romatelepen II.

A fotó a 8. ábra épületének lakórészét mutatja be. Az egyetlen helyiségből álló lakás (szoba konyha együtt) nagyon szűkös, közvetlen az utcára nyílik. Lakóinak száma 8 gyerek, két szülő és a háziállatok sora (kutya, macska, csirke). A képen a család 5 gyermeke vállalkozott a fotózásra. A lakásban a vezetékes víz, fürdőszoba, WC hiányoznak, fűtést a sarokban elhelyezett fűzésre is használt fatüzelésű tűzhely biztosítja. A falak nyirkosak, nedvesek, penészesek, a padozat döngölt. Ülő és fekvőhelyek száma nem elegendő, tanulási feltételek (asztal/szék, világítás hiányossága) aggályosak (saját készítésű fotó).

Az átképzés lehetőségével kiemelten a 45-61 éves korosztály nemtől és etnikumtól függetlenül szignifikánsan nagyobb mértékben ($P < 0,05$) élt, mint a két fiatalabb életkori csoport (18-29 évesek, illetve 30-44 évesek). Megjegyzés: a magyar nők, a roma férfiak és nők valamennyi életkori csoportjának 1/3-1/3-a is részt vett új szakmára jogosító átképzésen. *A tanulási feltételek vizsgált paramétereit* a magyar és roma munkanélküliek esetében a romák kárára szignifikánsan különböznek (**11-12. ábra**). Kiemelést érdemelnek a következő paraméterek: lakások átlagos alapterülete ($64,0 \pm 34 \text{ m}^2$ vs. $32,9 \pm 16,7 \text{ m}^2$; $P < 0,001$; egy lakásban együtt élők száma (főben): $3,2 \pm 1,7$ vs. $4,6 \pm 2,3$; $P < 0,001$; egy lakásban élő iskoláskorú személyek száma: $1,0 \pm 1,3$ vs. $2,6 \pm 2,0$; $P < 0,001$; egy lakóra jutó átlagos lakóterület (m^2 -ben): $26,0 \pm 17,1$ vs. $9,7 \pm 7,5$; $P < 0,001$, egy főre jutó ülőhelyek száma (darab): $1,9 \pm 2,4$ vs. $1,2 \pm 1,1$; $P < 0,001$, egy főre jutó fekvőhelyek száma (darab): $1,5 \pm 1,0$ vs. $1,0 \pm 0,6$; $P < 0,001$ (**9. táblázat**), (Hegedűs és mtsai 2014A).

5. 4. Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, egészségi állapotának, valamint munkavégzésre való alkalmasságának összehasonlító elemzése

5. 4. 1. A magyar és roma munkanélküliek személyi higiénés szokásainak, helyzetének, életmódjának összehasonlítása

Személyi higiénés szokások, felelősség. A magyarok 84,1%-a, a romák 72,5%-a naponta tisztálkodik ($P < 0,01$). A kétnaponta tisztálkódó kategóriában a romák aránya jelentősen nagyobb (9,2% vs. 23,3%; $P < 0,01$). Számuk kicsi, de mindkét csoportban vannak, akik hetente egy alkalommal, vagy ennél is ritkábban mosakodnak. A hideg vízben tisztálkódók aránya a romák között nagyobb (13,0% vs. 21,2%; $P < 0,05$). Szignifikáns különbség van a magyar és roma munkanélküliek között a haj és fogmosás gyakorisága között. Haját a magyarok nagyobb arányban hetente többször, a romák hetente egy alkalommal mosnak [(51,7% vs. 32,1%; ($P < 0,01$), illetve 20,8% vs. 48,2%; ($P < 0,01$)]. A megkérdezett magyarok 20,3%-a minden étkezés után, 34,8%-a naponta kétszer, a romák 44,6%-a naponta egyszer mos fogat (valamennyi válaszforma esetében a különbség a romák kárára szignifikáns: $P < 0,01$). A fogazat állapota mind a magyar, mind a roma munkanélküliek között erősen kifogásolható; az adatszolgáltatók több mint egynegyedének nagyon hiányos, a 45-61 éves roma férfiak 12,9%-ának nincs fogazata; a

hasonló életkorú magyar férfiak között nem fordult elő fogazat nélküli személy. Ugyanebben az életkori csoportban a magyar férfiak 60,8 %-ának, a roma férfiak 87,1%-ának nincs fogpótlása ($p < 0,05$). Jelentős különbség van a romák kárára a fehérenemű, valamint az ing/blúzváltás gyakoriságában. A magyarok többsége (87,9%) fehéreneműt naponta, 11,1%-a kétnaponta cserél. A romák 64,3%-a naponta, 33,2%-a kétnaponta vált fehéreneműt ($P < 0,01$). Az inget/ blúzt naponta cserélők aránya nagyobb a magyar csoportban, míg a hetente cserélők aránya a romáknál haladja meg a magyarokét (81,2% vs. 58,6%, illetve 16,4% vs. 39,9%; mindkét esetben: $P < 0,01$). A magyar munkanélküliek téli ruházata nagyobb arányban megfelelő, mint a romáké (90,8% vs. 82,9%; $P < 0,05$). Ruhatisztítást a megkérdezett romák 65,3%-a soha nem vesz igénybe, ez az arány a magyaroknál 32,9% ($P < 0,01$). Tisztálkodó és mosószerekre a romák kevesebbet költenek. A magyarok 49,3%-a, a romák 31,1%-a költ több mint 3000 forintot havonta erre a célra ($P < 0,01$). A romák egyharmada kevesebb, mint 1000 forintot tud havonta erre áldozni (10,1 % vs. 31,1%; $P < 0,01$) (**10. táblázat**) (Hegedűs és mtsai 2014B)

Életmód, táplálkozás - étkezési szokások. Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek közel fele (46,9% vs. 46,1%; n.sz.) naponta háromszor étkezik. Naponta kétszer van erre lehetősége a romák 29,5%-ának, a magyarok 15,9%-ának; ($P < 0,01$). Kevesebb, mint 6% mindkét csoportban csak egyszer étkezik naponta. Főzéshez kizárólag olajat használ a magyarok 45,4%-a, a romák 34,2%-a; ($P < 0,05$). A válaszadó romák között jelentősen nagyobb azok aránya, akik a zsírt /olajat vegyesen, többször felhasználják (40,6% vs. 62,2%; $P < 0,01$). A megkérdezettek fele heti 3-4 alkalommal fogyaszt húskészítményt; jelentős különbség van a tej és a halfogyasztás között. Tejet naponta a magyarok 38,2%-a, a romák 21,8%-a fogyaszt; ($P < 0,01$). A roma családok többsége nem vagy nagyon ritkán fogyaszt halat (58,9% vs. 78,8%; $P < 0,01$). Naponta zöldséget, főzelékféléket, és gyümölcsöt a magyarok 27,1%-a, a romák 14,5 %-a fogyaszt ($P < 0,01$) (**11. táblázat**), (Hegedűs és mtsai 2014B).

Testmozgás, sportolás. A munkanélküliek többsége rendszeres (naponta, hetente többször) testmozgásra, sportolásra nem fordít időt. A rendszeresen sportoló, testmozgást végző magyar férfiak és magyar nők 25,4%-a, illetve 16,1%-a így is szignifikánsan nagyobb arányú, a roma férfiak 14,6%-ához, a roma nők 6,2%-ához

10. táblázat

Magyar és roma munkanélküliek személyes higiénés és életmódbeli szokásai a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben I.

Vizsgált népességi csoportok Összehasonlított paraméterek	Magyar munkanélküliek	Roma munkanélküliek	Szignifikancia
	Férfi:114fő	Férfi:96fő	
	Nő:93fő	Nő:97fő	
	Σ N=207	Σ N=193	
Személyi higiénés jellemzők			
naponta tisztálkodik	84,1%	72,5%	P<0,01
kétnaponta tisztálkodik	9,2%	23,3%	P<0,01
hideg vízben tisztálkodik	13,0%	21,2%	P<0,05
hetente többször mos hajat	51,7%	32,1%	P<0,01
hetente egyszer mos hajat	20,8%	48,2%	P<0,01
minden étkezés után mos fogat	20,3%	11,9%	P<0,05
naponta kétszer mos fogat	34,8%	29,5%	P<0,01
naponta egyszer mos fogat	24,6%	44,6%	P<0,01
naponta vált fehérneműt	87,9%	64,3%	P<0,01
kétnaponta vált fehérneműt	11,1%	33,2%	P<0,01
inget, blúzt naponta cserél	81,2%	58,6%	P<0,01
inget, blúzt hetente cserél	16,4%	39,9%	P<0,01
megfelelő téli ruházat	90,8%	82,9%	P<0,05
ruhatisztítást soha nem vesz igénybe	32,9%	65,3%	P<0,01
tisztálkodásra, mosószerekre költött >3000Ft/hó	49,3%	31,1%	P<0,01
tisztálkodásra költött <1000Ft/hó	10,1%	31,1%	P<0,01

viszonyítva; mind a férfiak, mind a nők esetében $P<0,05$; ha a magyar és roma munkanélkülieket (férfiakat és nőket együtt) hasonlítjuk össze, az arányok: 21,3% vs. 10,4%; $P<0,01$. Sajnálatosan nagy a sportolásra, testmozgásra „soha” választ adók aránya (26,3% és 77,3% között mozog a különböző csoportokban). A testmozgást soha nem végző magyar és roma munkanélküliek aránya közötti különbség feltűnően nagy (32,4% vs. 65,3%; $P<0,01$)(Hegedűs és mtsai 2014B). *Dohányzás.* A magyar és a roma csoportok között a dohányosok aránya jelentősen különbözik (57,5% vs. 68,4%; $P<0,05$). A roma munkanélküliek fiatalabb korban kezdenek dohányozni, mint a magyarok (18,3 vs. 15,3 évesek; $P<0,01$). A romák körében nagyobb a nagydohányosok aránya; a magyar nők 20,1%-a szív naponta több mint 20 szál cigarettát, a roma munkanélküli nők között ez az arány 41,2%; ($P<0,05$) (11. táblázat)(Hegedűs és mtsai 2014B).

Alkoholfogyasztás. Nem értékelhető. A közfoglalkoztatási munkához kötött jövedelmek az alkoholfogyasztás negálását jelentősen megnövelték.

Drogfogyasztásról egyik csoport, egyetlen tagja sem tett említést.

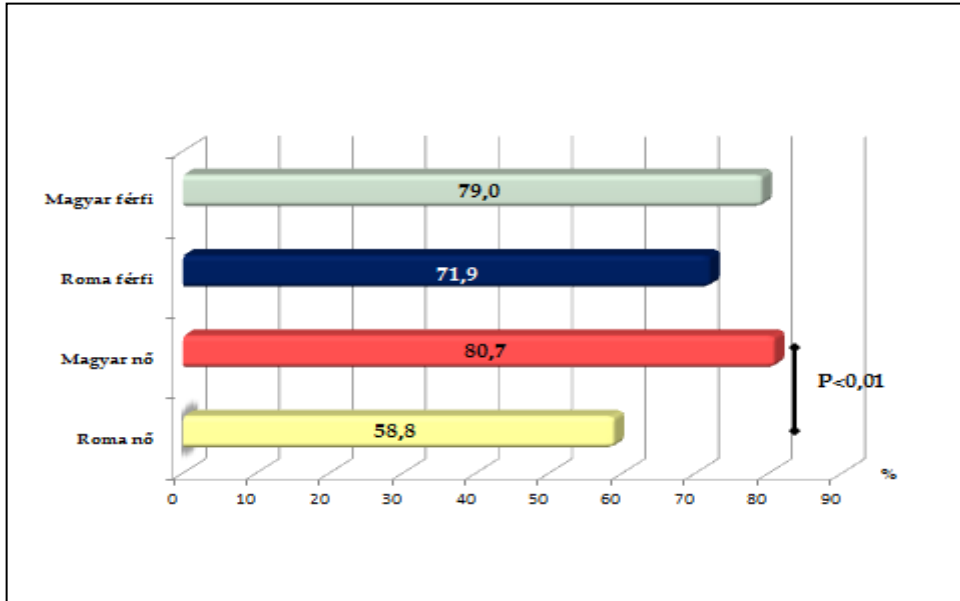
11. táblázat

Magyar és roma munkanélküliek személyes higiénés és életmódbeli szokásai a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben II. (n.sz.= nem szignifikáns)

Vizsgált népeségi csoportok Összehasonlított paraméterek	Magyar munkanélküliek	Roma munkanélküliek	Szignifikancia
	Férfi:114fő	Férfi:96fő	
	Nő:93fő	Nő:97fő	
	Σ N=207	Σ N=193	
Táplálkozási és étkezési szokások			
naponta háromszor étkezik	46,9%	46,1%	n.sz.
naponta kétszer étkezik	15,9%	29,5%	P<0,01
naponta egyszer étkezik	5,8%	2,1%	P<0,01
főzéshez kizárólag olajat használ	45,4%	34,2%	P<0,05
főzéshez olajat és zsírt vegyesen, többször felhasznál	40,6%	62,2%	P<0,01
naponta fogyaszt tejet	38,2%	21,8%	P<0,01
halfogyasztás ritkán vagy nincs	58,9%	78,9%	P<0,01
naponta fogyaszt zöldséget, főzeléket, gyümölcsöt	27,1%	14,5%	P<0,01
Dohányzás			
dohányzik	57,5%	68,4%	P<0,05
nagydohányos nők (>20szál cigaretta/nap)	20,1%	41,2%	P<0,05
dohányzás kezdete fiatalabb életkorban	18,3 évesek	15,3 évesek	P<0,01

5. 4. 2. A magyar és roma munkanélküliek egészségi állapotának összehasonlítása (önértékeléssel, illetve klinikai vizsgálattal)

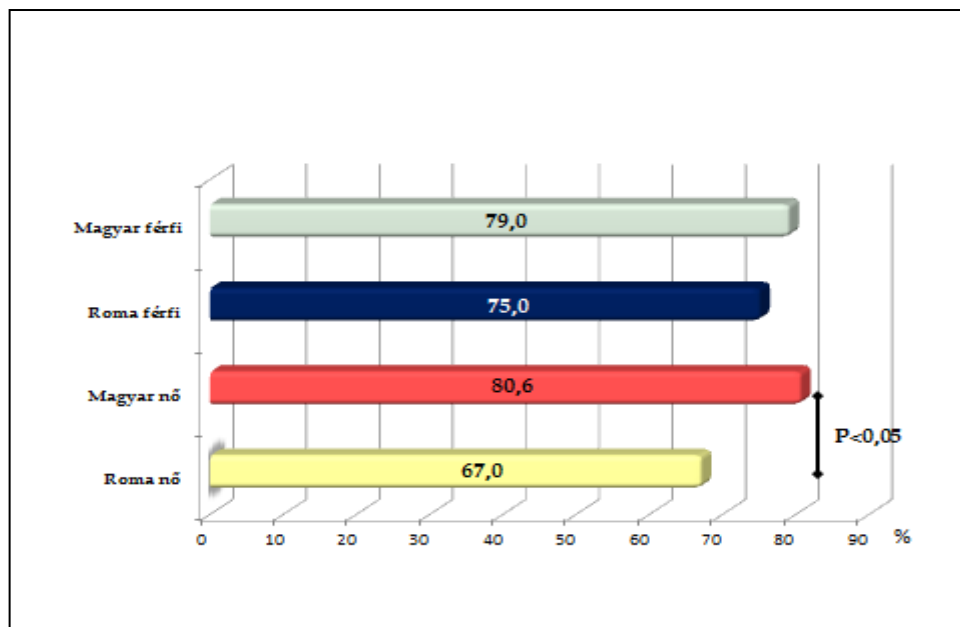
A romák munkanélkülivé válását egészségi állapotuk a magyarokénál jelentősebben befolyásolta. Ez különösen szembetűnő, ha a magyar munkanélküli nők adatait vetjük össze a roma munkanélküli nők adataival (12,9% vs. 26,8%; P <0,05). A válaszadók túlnyomó többsége szerint – ezzel nem összhangban – jelenlegi egészségi állapota jó vagy közepes, és mindössze néhány esetben rossz vagy nagyon rossz. Ennek ellenére a munkaképességét a fizikai igénybevétellel járó lehetséges munkája (a bevezetés előtt álló közmunka, vagy a kizárólag saját döntéstől függő idénymunka) szempontjából a megkérdezett magyar és roma férfiak többsége (79,0% vs. 71,9%; n.sz.) rossznak tartja. A magyar nők szignifikánsan nagyobb aránya tartja rossznak fizikai igénybevételi képességét, mint a roma munkanélküli nők (80,7% vs. 58,8%; P<0,01) (**13A ábra**). Szellemi igénybevételi képességét a munkanélküliek többsége ugyancsak rossznak ítéli



13A ábra. Fizikai igénybevételi képességét önértékeléssel rossznak ítéelő munkanélküliek megoszlása nem és etnikum szerint a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek többsége rossznak ítéli fizikai igénybevételi képességét; eszerint a magyar nők nagyobb arányának rosszabb a fizikai igénybevételi képessége, mint a roma nőknek (80,7% vs. 58,8%; $P < 0,01$). A válaszadó munkanélküliek száma 400, a megkérdezettek 100%-a volt.

meg; az arány a különböző csoportokban 67% és 81% között mozog; a magyar munkanélküli nők szellemi igénybevételi képességüket is jelentősen rosszabbnak ítélik mint a roma nők (80,6% vs. 67,0%; $P < 0,05$) (13B ábra)(Hegedűs és mtsai 2014B).



13B ábra: Szellemi igénybevételi képességét önértékeléssel rossznak ítéelő munkanélküliek megoszlása nem és etnikum szerint a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Valamennyi csoport többsége rossznak ítéli szellemi igénybevételére való képességét; a magyar nők szellemi igénybevételi képességét rossznak vagy nagyon rossznak ítéelők aránya jelentősen meghaladja a roma nők közötti hasonló arányt (80,6% vs. 67,0%; $P < 0,05$). A válaszadó munkanélküliek száma 400, a megkérdezettek 100%-a volt.

Anamnézis - családi anamnézis. Az adatszolgáltatásban részt vevő magyarok és romák közel 40%-ának szülei a vizsgálat időpontjában éltek, de több mint egyharmaduk esetében már mindkét szülő meghalt; e tekintetben nincs lényeges különbség a két csoport között. A magyar szülők átlagos életkora szignifikánsan magasabb (apák átlagos életkora 59,3±11,3 vs. 50,4±8,1 év; az anyáké 60,3±11,9 vs. 50,6±9,9 év, a különbség mindkét szülő esetében szignifikáns; P<0,001). Az elhunyt magyar szülők életkora a nők esetében nem, a férfiak esetében jelentősen különbözik; a roma férfiak szülei

12. táblázat

Leggyakoribb panaszok az anamnézis felvételekor, exploráláskor a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Vizsgált népeségi csoportok	Magyar munkanélküliek	Roma munkanélküliek	Szignifikancia
	Férfi:114fő	Férfi:96fő	
	Nő:93fő	Nő:97fő	
	∑ N=207	∑ N=193	
rossz kedélyállapot	35,8	43,5	n.sz.
gyakori idegesség	43,3	55,0	P<0,01
szorongás	24,2	36,8	P<0,01
elbizonytalanodás	23,5	25,4	n.sz.
alvászavar	30,0	38,9	n.sz.
szellemi kimerültség	14,0	24,9	P<0,01
fejfájás	39,1	56,0	P<0,01
szédülés	16,4	29,5	P<0,01
fizikai kimerültség	24,1	33,1	P<0,05
szapora pulzus	21,7	32,6	P<0,05
szívdobogásérzés	18,8	23,8	n.sz.
mellkasi szorítás	14,5	21,8	n.sz.
fáradtság	42,5	49,7	P<0,05
ingerlékenység	31,8	33,2	n.sz.
csont,-izületi,-izomfájdalom	34,8	45,6	P<0,05
izomfeszültségi fájdalom	48,4	64,8	P<0,01
derékfájás	46,9	65,3	P<0,01
hát,-nyakfájás	35,8	48,7	P<0,01
emésztési problémák	8,6	14,0	n.sz.

szignifikánsan rövidebb ideig éltek, mint a magyar férfiak szülei ($55,8 \pm 11,4$ vs. $61,6 \pm 11,3$ év; $P < 0,001$).

Visszatérő panaszok a munkanélküliség idején. Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek esetében az anamnézis felvételekor a leggyakoribb panaszok: rossz kedélyállapot, szorongás, alvászavar, szellemi, illetve fizikai kimerültség, fejfájás, szédülés, szapora pulzus, mellkasi szorítás, fáradtság, ingerlékenység, csont-izületi-izomfájdalmak, derék-, fej-, nyakfájás, gyomor-bél bántalmak. A magyarok és a romák vonatkozásában azonban az azonos panaszokat jelzők aránya több panasz esetében különbözik; a romák jelentősen gyakrabban panaszkodnak fej-, nyak-, derék- és hátfájásra, gyakoribb körökben a szorongás, szellemi kimerültség, gyakori idegesség, szédülés, valamint a szapora pulzus, csont-izületi-izomfájdalom, izomfeszültségi fájdalom, fizikai kimerültség. **(12. táblázat).**

A magyarok és romák közötti különbségek mellett jelentősek a különbségek az egyes életkori kategóriák között is. A vizsgált csoportok esetében az életkor előrehaladásával a panaszok többségének gyakorisága megnőtt (Hegedűs és mtsai 2014B). A heveny torokgyulladás és orrfolyás jelentősen nagyobb arányban jelentkezett a romák körében ($40,1\%$ vs. $61,7\%$, $38,7\%$ vs. $63,7\%$; mindkét esetben: $P < 0,01$). Megjegyezzük: a zsúfolt, rossz higiénés viszonyokkal jellemezhető településrészekkel bíró magyarországi helységeken viszonylag gyakori a hepatitis A vírusfertőzés (Csohán és mtsai 2012-2013; OEK-Epinfo 2013); a kérdőíves válaszok közvetlenül a cigánytelepekhez kapcsolódóan erről nem adtak tájékoztatást. Az egészségileg munkavégzésre ideiglenesen alkalmatlan személyek általában heveny lefolyású gyógyítható megbetegedésben szenvednek (Hegedűs és mtsai 2014B). A foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálatok során a munkavégzésre való alkalmatlanságot az esetek $28,9\%$ -ában szív- és érrendszeri megbetegedések (magas vérnyomás, koszorúér betegség, terhelésre kiváltott mellkasi fájdalom, koszorúér elzáródás, szívelégtelenség), $13,7\%$ -ban légzőszervi betegségek (idült hörghurut, asthma bronchiale, emphysema), $27,0\%$ -ban mozgásszervi megbetegedések (utóbbiakat elsősorban a roma munkanélküliek között diagnosztizáltuk), $6,1\%$ -ban emésztőszervi, $9,2\%$ -ban egyéb betegségek okozták. A magyar és a roma férfi és nő munkanélküliek között a nagyobb betegcsoportok megjelenése vonatkozásában nincs különbség.

13A táblázat

A munkavégzésre alkalmatlanok megbetegedései a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Betegségek (eset)	Magyar		Roma		Összesen	
	férfi	nő	férfi	nő	eset	%
Szív- és érrendszeri megbetegedés - magas vérnyomás, koszorúér- betegség, terhelés mellkasi fájdalom, koszorúér elzáródás, szívelégtelenség	13	12	20	16	61	28,9
Légzőszervi megbetegedés - idült hörghurut, asthma bronchiale, emphysema	6	3	6	14	29	13,7
Mozgásszervi megbetegedés - nyak felső v. alsó hátgerinc betegség, ischias, ischialgia	11	15	7	24	57	27
Idegrendszeri megbetegedés - epilepszia, agyvérzés, idegi eredetű fájdalom	5	5	2	4	16	7,5
Érzékszervi megbetegedés - látószervek: látászavar, színlátás, halláskárosodás, siketség	0	3	4	9	16	7,5
Emésztőszervi megbetegedés - nyomor v. nyombélfekély, máj- v. hasnyálmirigy betegség, vastagbélgyulladás	2	3	5	3	13	6,1
Endokrin és anyagcsere betegségek - elhízás, cukorbetegség, hyperthyreosis	3	3	1	6	13	6,1
Húgy-ivarszervi megbetegedés	4	2	0	0	6	3,2

Figyelmet érdemel egyrészt, hogy egy-egy eset alkalmatlanságát általában több megbetegedés egyidejű jelenléte okozza. Figyelmet érdemel másrészt, hogy az érzékszervi megbetegedések (főként látószervi) romák közötti nagyobb gyakorisága (**13A táblázat**). A 2002-2003-ban, illetve 2012-2013-ban munkavégzésre alkalmatlannak minősítettek betegségeinek megoszlása hasonló; a fő betegségcsoportok megjelenését a nem, vagy az etnikai különbség nem befolyásolta. Eltérést csak az egyes betegségcsoportok arányában figyeltünk meg (**13B táblázat**). Az egyes esetek alkalmatlanságát gyakorlatilag kivétel nélkül egynél több megbetegedés okozza. A munkanélküliek alkalmatlanságában nagyon nagy arányban vannak jelen a stresszor hatások által előidézett, distresszhez kapcsolódó általában pszichoszomatikus megbetegedések (**13C táblázat**). Megjegyzés: az egészségi okokból munkavégzésre

alkalmatlannak minősülő, beteg munkanélküliek anamnézisében különböző stresszorok, stresszor-sorozatok és az ezek által okozott distressz tünetei kivétel nélkül szerepeltek.

13B táblázat

A 2002-2003-ban, illetve a 2012-2013-ban vizsgált munkavégzésre alkalmatlannak minősített munkanélküliek

Betegségcsoportok	Munkanélküli férfi (2003)	Munkanélküli nő (2003)	Munkanélküli magyar férfi (2012)	Munkanélküli magyar nő (2012)	Munkanélküli roma férfi (2012)	Munkanélküli roma nő (2012)
	Eset/%	Eset/%	Eset/%	Eset/%	Eset/%	Eset/%
Szív-és érrendszeri megbetegedés - magas vérnyomás, koszorúér-betegség, terheléses mellkasi fájdalom, koszorúér elzáródás, szívelégtelenség	8/17,7	17/18,1	13/29,5	12/26	20/44,4	16/21
Légzőszervi megbetegedés -idült hörghurut, asthma bronch., emphysema	8/17,7	14/15,5	6/13,6	3/6,5	6/13,3	14/18,4
Mozgásszervi megbetegedés -nyak felső v. alsó hátgerinc bet., ischias, ischialgia,	19/42,2	21/23,3	11/25	15/32,6	7/15,5	24/31,5
Idegrendszeri megbetegedés -epilepszia, agyvérzés, idegi eredetű fájdalom	6/13,3	11/12,2	5/11,3	5/10,8	2/4,4	4/5,2
Emésztőszervi megbetegedés -gyomor v. nyombélfekély, máj- v. hasnyálmirigy bet., vastagbélgyulladás	3/6,6	8/8,8	2/4,5	3/6,5	5/11,1	3/3,9
Endokrin és anyagcsere betegségek -elhízás, cukorbetegség, hyperthyreosis	0/0	5/5,5	3/6,8	3/6,5	1/2,2	6/7,8
Érzékszervi megbetegedés -látószervek: látászavar, színlátás, halláskárosodás, siketség	1/2,5	2/2,2	0/0	3/6,5	4/8,8	9/11,8
Húgy-ivarszervi megbetegedés	0/0	10/11	4/9	2/4,3	0/0	0/0
Összesen:	45/100	90/100	44/100	46/100	45/100	76/100

13C táblázat

A munkára való egészségi alkalmatlanságot előidéző distressz okozta megbetegedések

Betegségcsoportok	A distressz okozta kapcsolat irodalmi bizonyítékai
Szív-érrendszeri megbetegedések	Cohen és mtsai, 2007; vonKanel és mtsai 2011; Cobble, 2014; Hemingway és Marmol, 1999; Boskarino, 2004; Baby és mtsai, 2013; <i>Tankönyvek:</i> Munkaegészségtan, szerk.: Ungváry G. és Morvai V., 2010;
Hypertonia	Bech P. 2012; Hansel A., von Kanel R.: 2012; Mann S.J.: 2012; Baby S., Khan M.I., Khan S.A.: 2013; Ames S.C., Jones G.N., Howe J.T., et al.: 2001;
Légzőszervi megbetegedés	Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller G.E.: 2007; Ritz T. Meuret AE. Trueba AF. et al.: 2013; Cohen S.: 1995; Wright R.J. Rodriguez M. Cohen S.: 1998; Michaels C. Meek P.M. Dedkhard S. : 2008; Stocks N.P. Fahey T.: 2002.
Mozgásszervi megbetegedés	Atzeni F. Salli S. Benucci M. et al.: 2012; Helmus M.S., Preuper H.R., Hof A.L. et al.: 2012; Norman S.B., Means-Christensen A.J., Craske M.G. et al.: 2006; Boscarino J.A.: 2004; Roh Y.H. Lee B.K. Noh J.H. et al.: 2012;
Érzékszervi megbetegedés	Fam J. Rush A.J. Haaland B. et al. : 2013; Zhou C. Qian S. Wu P. et al.: 2013; Gopinath B. Hickson L. Schneider J. et al.: 2012; Zirke N. Seydel C. Szczepek A. J. et al.: 2013;
Emésztőszervi megbetegedés	Futagami S. Shimpuku M. Yamawaki H. et al.: 2013; Pajak R. Lackner J. Kamboj S.K.: 2013; Filipovic B.F. Randjelovic T. Ille T. et al.: 2013; Boscarino J.A.: 2004; Cosci F.: 2013.
Endokrin és anyagcsere megbetegedés	Coleman S.M. Katon W. Lin E. et al.: 2013; Baby S., Khan M.I., Khan S.A.: 2013; Boscarino J.A.: 2004; Vaccarino V. Kondwani K.A. Kelley M.E. et al.: 2013; Heim, C., Ehler U., Hellhammer D.H.: 2000; Maes M.: 1996.
Húgy-ivarszervi megbetegedés	Chai T.C. Richter H.E. Moalli P. et al.: 2014.

A betegség típusok a 2002-2006 között észleltekhöz képest nem szignifikáns aránykülönbségekben változtak. Irodalmi adatok gyűjtését követő adatok és az anamnesztikus, illetve explorációs adatok alapján a megbetegedések túlnyomó többsége pszichoszomatikus eredetűnek bizonyult (Hegedűs és mtsai 2014 B).

5. 4. 3. A magyar és roma munkanélküliek munkavégzésre való alkalmassága gyakoriságának összehasonlítása

Megállapítottuk, hogy a romák között szignifikánsan gyakoribb a munkavégzésre való alkalmatlanság (11,5% vs. 19,5%; $P < 0,05$). A munkanélküli nők között a munkára való alkalmatlanság meghaladja a férfiak közötti gyakoriságot; a különbség szignifikáns (nők: 19,5%, férfiak: 11,5%; $P < 0,05$) (**14. táblázat**)(Hegedűs és mtsai 2014B). *Első és második generációs munkanélküliek.* A munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága az első generációs munkanélküliek között szignifikánsan gyakoribb, mint a második generációs munkanélküliek között (18,5% vs. 6,5%, $P < 0,01$). Ez a megállapítás a nem roma munkanélküliekre (13,9% vs. 2,4%; $P < 0,05$) és a roma munkanélküliekre (24,6% vs. 9,0 %; $P < 0,01$) egyaránt vonatkozik (**14. táblázat**)(Hegedűs és mtsai 2014B).

14. táblázat

Egészségi állapotuk miatt munkavégzésre alkalmatlanok száma és aránya roma és nem roma munkanélküliek körében a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

	Roma (n=193)	Nem roma (n=207)	Együtt (n=400)	P érték
Nemek szerint				
Férfiak	15 (15,6%)	9 (7,9%)	24 (11,5%)	n.sz.
Nők	22 (22,7%)	15 (16,1%)	37 (19,5%)	n.sz.
P érték	n.sz.	n.sz.	<0,05	
Munkanélküli generációs szint				
Első generációs	31 (24,6%)	23 (13,9%)	54 (18,5%)	<0,05
Második generációs	6 (9,0%)	1 (2,4%)	7 (6,5%)	n.sz.
P érték	<0,01	<0,05	<0,01	
Korcsoportok szerint				
18-29 éves	9 (12,9%)	3 (8,3%)	12 (11,3%)	
30-44 éves	6 (9,4%)	3 (3,5%)	9 (6,0%)	n.sz.
45-59 éves	22 (37,3%)	18 (21,2%)	40 (27,8%)	n.sz.
P érték	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05
Összesen	37(19,2%)	24(11,6%)	61(15,3%)	<0,05

A munkanélküliség idejének hosszával a munkavégzésre való alkalmatlanság nemre való tekintet nélkül, sem a magyar, sem a roma munkanélküliek esetében nem függ össze (Hegedűs és mtsai 2014B).

A munkavégzésre való alkalmatlanság/alkalmasság a korcsoportokkal szignifikáns összefüggést mutat. A legidősebb korcsoportban az alkalmatlanság gyakorisága nagy. Ez a korfüggőség a magyar és a roma munkanélküliek esetében egyaránt jelentős ($P < 0,001$). A korcsoportonkénti bontás esetén a legidősebb magyar és roma csoport között is szignifikáns a különbség. (14. táblázat). Megjegyzés: az a megfigyelésünk, hogy azok a (főként a legidősebb életkori csoportba tartozó) személyek, akik sorsszerű vagy munkanélküliség okozta súlyosabb betegségben szenvednek, a vizsgálatra már nem mennek el, ezért a munkanélküliség hatásának követéses meghatározására nem volt lehetőségünk (Hegedűs és mtsai 2014B).

A romák életkörülményének, életminőségének jelentősége a munkavégzésre való alkalmatlanság gyakoriságában. A roma etnikum munkanélküliség okozta alkalmatlanság gyakoriságát növelő hatását bizonyítja, hogy többváltozós logisztikus elemzéssel (az összes változónak a modellben való egyidejű szerepeltetésével) azt

15. táblázat

A roma etnikumhoz tartozás kiemelt jelentősége a munkanélküliség munkavégzésre való alkalmatlanságra gyakorolt hatásában a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Változók	Viszonyítási alap	Odds Ratio	95% konfidencia intervallum	P érték
Nem	Nő - férfi	2,14	1,18-3,88	0,009
Munkanélküli generáció	Első generáció - második generáció	0,50	0,18-1,35	0,170
Korcsoport	18-29 évesek - 30-44 évesek	0,46	0,17-1,22	0,117
Korcsoport	18-29 évesek – 45-61 évesek	2,65	1,09-6,42	0,031
Etnikum	Roma - magyar	2,23	1,22-4,08	0,009
Munkanélküli idő	<1 éve munkanélküli - 3 éven túl munkanélküli	1,14	0,53-2,42	0,743

látjuk, hogy a munkára való egészségi állapot által meghatározott alkalmatlanság számos befolyásoló tényezője (pl. idősebb életkor, női nem) mellett, a „roma életminőség” szignifikánsan (több mint 2-szeresére) megnöveli a munkavégzésre való alkalmatlanság esélyét a romáknál, a magyar munkanélküliekhez viszonyítva (**15. táblázat**)(Hegedűs és mtsai 2014B).

Munkanélküliek és foglalkoztatottak munkavégzésre való alkalmatlanságának gyakorisága. Valamennyi munkanélküli csoportot összevonva egy nagyjából azonos létszámú foglalkoztatott (aktívan dolgozó) csoporttal (400 vs. 430 fő) végeztünk összehasonlítást. Megállapítható, hogy a munkavégzésre alkalmatlanok aránya (15,3% vs. 0,7%) szignifikánsan ($P < 0,001$) nagyobb a munkanélküliek között (**16. táblázat**).

16. táblázat

Az egészség által meghatározott munkavégzésre való alkalmasság, illetve alkalmatlanság gyakoriságának összehasonlítása munkanélküliek és aktívan dolgozók (foglalkoztatottak) között a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

***: $P < 0,001$

Csoportok	Alkalmas		Nem alkalmas		Együtt	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Dolgozók	427	99,3	3	0,7	430	100,00
Munkanélküliek	339	84,7	61	15,3***	400	100,00
Összesen	766	92,3	64	7,7	830	100,00

17. táblázat

Az egészség által meghatározott munkavégzésre való alkalmasság, illetve alkalmatlanság gyakoriságát meghatározó tényezők jelentősége a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

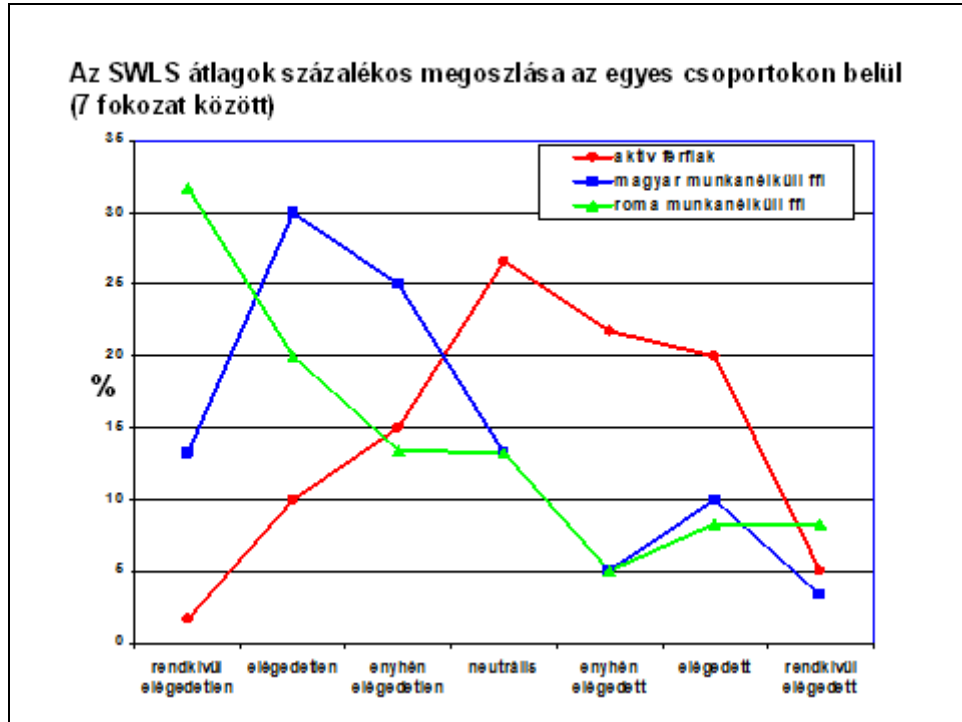
Változó	Viszonyítási alap	Odds Ratio	95% konfidencia intervallum	P érték
Nem (nők)	Férfiak	1,81	1,04-3,17	0,037
Korcsoport 2 (30-44 évesek)	18-29 évesek	0,61	0,26-1,44	0,262
Korcsoport 3 (45-61 évesek)	18-29 évesek	3,15	1,55-6,37	0,001
Munkanélküliség	Dolgozók	31,31	9,62-101,93	<0,001

Hasonló különbségre jutottunk a 18-29, 30-44 és 45-61 éves korosztályok, valamint a férfiak, illetve nők összehasonlítása esetén is (valamennyi korcsoport esetében: $P < 0,01$). Az alkalmasság és a foglalkoztatottság összefüggésének nemre és korcsoportra történő korrigálás melletti elemzése logisztikus regresszióval azt jelzi, hogy a ≥ 45 évesek körében 3,15-szer nagyobb az alkalmatlanság esélye, mint a 30 évnél fiatalabbak között, másrészt pedig azt, hogy a munkanélküliek között 31,31-szer nagyobb az alkalmatlanság esélye, mint az aktív dolgozók között (**17. táblázat**)(Hegedűs és mtsai 2014B). (Hegedűs és mtsai 2014B).

5. 5. A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása

5. 5. 1. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek általános életelégedettsége *Életelégedettségi Skála (SWLS)*

Szignifikáns különbség van a csoportok között az SWLS átlag megoszlásában. Az aktív dolgozók (a) között a rendkívül elégedetlenek aránya 1,7%, a magyar (b) és a roma (c) munkanélküli csoportokban ez az arány 13,3%, illetve 31,7%, ($P_{a-c} < 0,001$; $P_{a-b} < 0,001$; $P_{b-c} < 0,001$). A magyar és roma munkanélküliek rendkívül elégedetlen csoportjai közötti különbség szignifikáns; a rendkívül elégedett magyar és roma munkanélküli csoportok között nincs különbség. A rendkívül elégedetlen és elégedett csoportok között változó képet látunk. Az elégedettségi skála két szélső értéke között változások vannak (**14. ábra**).



14. ábra. Az életelégedettség %-os megoszlása aktív, dolgozó magyar férfiak, valamint magyar és roma munkanélküliek között

Az egyes csoportokat (értelemszerűen) nem szerint, továbbá életkor és lakóhely szerint egyeztetett személyek alkotják. Az életelégedettség közötti különbséget az egyes csoportok között a rendkívül elégedetlenek csoportjába tartozók aránya jellemzi. További magyarázat a szövegben.

Az életelégedettség közötti különbséget az egyes csoportok esetében elsősorban a rendkívül elégedetlenek csoportjába tartozók aránya jellemzi etnikai hovatartozástól független (Hegedűs és mtsai 2015).

5. 5. 2. Mentálhigiénés megfigyelések, lelki egészségi állapot – a Plette, Ungváry, Hegedűs és mtsai által kidolgozott kérdőív részkérdésköreire adott válaszok.

Társas kapcsolatok. A magyar nők 16, 1%-a, a roma nők 5, 2%-a, a magyar férfiak 14,9%-a, a roma férfiak 14, 6%-a sorolható az ún. szokásos vagy normális társas kapcsolattartók körébe. Az előzőek szerinti sorrendben (a társasági kapcsolatok aggályosak) ezek az arányok: 62,4%, 71,9%, 64, 9%, 60,4%; a rossz társasági kapcsolatot tartók osztályába soroltak arányai az előző csoportok sorrendje szerint: 21,5%, 22, 9%, 20, 2%, 25, 0% (**18A táblázat**). Logisztikus regressziós elemzéssel a roma nőknek több mint 5-ször nagyobb az esélyük a rossz vagy aggályos társas kapcsolat tartására, mint a magyar nőknek; ez a különbség szignifikáns (**18B és 18C táblázat**).

18A táblázat**Munkanélküliek társas kapcsolatainak értékelése (*:P<0,05)**

	Magyar férfi	Roma férfi	Magyar nő	Roma nő
Normál	17(14,9%)	14(14,6%)	15(16,1%)*	5(5,2%)
Aggályos	74(64,9%)	58(60,4%)	58(62,4%)	69(71,9%)
Rossz	23(20,2%)	24(25,0%)	20(21,5%)	22(22,9%)
Összes	114(100,0%)	96(100,0%)	93(100,0%)	96(100,0%)

18B táblázat**Társas kapcsolatok nyers illetve életkorra és iskolai végzettségre korrigált esélyhányadosai magyar és roma munkanélküliek körében**

Csoportok	Nyers			Korrigált		
	OR	95% C.I.	P érték	OR	95% C.I.	P érték
Magyar férfiak vs. roma férfiak	1,03	0,48-2,21	0,947	1,19	0,51-2,78	0,689
Magyar nők vs. roma nők	3,50	1,22-10,06	<0,05	5,15	1,50-17,64	<0,01

18C táblázat**Rossz vagy aggályos társas kapcsolatok nyers illetve, nemre, életkorra és iskolai végzettségre korrigált esélyhányadosai magyar és roma munkanélküliek körében.**

Csoportok	Nyers			Korrigált		
	OR	95% C.I.	P érték	OR	95% C.I.	P érték
Roma vs. magyar	1,66	0,91-3,05	0,099	2,00	1,01-3,94	<0,05

A magyar és roma munkanélküliek társas kapcsolatában detektált különbség akkor is szignifikáns, ha a társas kapcsolatok vonatkozásában számított nyers adatok esetében nemre, életkorra, iskolai végzettségre meghatározzuk a korrigált esélyhányadosokat. A romák társas kapcsolata a korrekciókat követően is szegényesebb a magyar munkanélküliekéénél. Összegezve: a munkanélküliek társas kapcsolata az általuk igényelnél jelentősen rosszabb. Különösen rossz a helyzet a roma nők esetében, akiknek az irigylésre ugyancsak nem méltó magyar nők helyzetéhez képest is nagyon szegényes a társas kapcsolata. Adataink szerint a különbség oka, hogy amíg a magyar munkanélküli nők közül többen viszonylag jól tudják a kapcsolatot tartani korábbi munkatársaikkal, a roma munkanélküli nőkre ez nem jellemző. A roma nők inkább családjuktól várják a lelki támogatást; sajnos – csaknem hasonlóan a roma férfiakhoz – ezt a támogatást ritkán kapják meg. (Hegedűs és mtsai 2015).

Hangulati, érzelmi állapot. A megkérdezettek elsősorban kimerültségre panaszkodnak. A kimerültség érzése a magyar és roma csoportokban különböző. A kimerültség a

férfiak között összefüggést mutat az életkorral, leginkább kimerültnek a 45-61 éves roma férfiak érzik magukat (29,4% vs. 54,8%; $P<0,05$). A roma nők között a kimerültség valamelyest a férfiak közötti gyakoriságot meghaladja: a 30-44 éves magyar és roma nők között ez az arány: 37,8% vs. 64,1%; ($P<0,05$), de a legidősebb életkori csoportban mind a magyar, mind a roma munkanélküli nők között a kimerültségről panaszuk aránya meghaladja az 50%-t. Vagyis: a kimerültség egyrészt (és kisebb mértékben) etnikum függő, a romákat erősebben érinti, másrészt (és nagyobb mértékben) nem- és életkor függő; a nőket és az idősebbeket erősebben sújtja. Hozzáteszük, a megkérdezettek közel fele esetenként úgy érezte az utóbbi időben, hogy semmi nem tudja jókedvre deríteni. A magyar férfiak 17,5%-ának, a roma férfiak 29,2%-ának ez az érzése. Az elkeseredettek, illetve depressziósok aránya a roma férfiak között az életkorral fokozatosan növekszik, a 45-61 éves korúak csaknem felét érinti (11,8% vs. 48,4%, $P<0,01$). A megkérdezett magyar és roma nőket hasonló arányban nem tudja semmi jókedvre deríteni (magyar nők: 32,3%; roma nők: 27,8%) (Hegedűs és mtsai 2015).

Önbizalom, problémamegoldó képesség. A magyar férfiak 37,7%-a képességei alapján nagyon bízik abban, hogy ismét munkát tud szerezni. E tekintetben a roma férfiak önbizalma hasonló (34,4%). Jelentős viszont a különbség a magyar és roma férfiak között a képzettség alapján történő munkavállalás lehetőségét illetően; a magyar férfiak 21,1%-a ebben nagyon bízik, míg a roma férfiaknak még 10%-a sem (9,4%) hiszi, hogy szakképzettségének megfelelő munkát kap; a különbség szignifikáns ($P<0,05$) (**19A táblázat**). A roma férfiak több mint 1/3-a (36,5%-a) egyáltalán nem reménykedik ennek a lehetőségnek a megvalósulásában; a hasonlóan gondolkodó magyar munkanélküliek aránya is nagy (21,0%), de a két csoport között a romák kárára a különbség szignifikáns ($P<0,05$). A nők önbizalma e tekintetben még szerényebb; a magyar nők 30,1%-a, a roma nők 54,6%-a egyáltalán nem bízik abban, hogy képzettségének megfelelő munkához jut; a különbség a romák kárára jelentős ($P<0,001$). Ha khi-négyzet próbával a magyar és roma populációban kategóriánként végzünk elemzést (ún. rétegelemzést alkalmazunk), a következő eredményekre jutunk. A szakmával nem rendelkezők között is a romák a magyaroknál szignifikánsan nagyobb arányban érzik úgy, hogy nincs esélyük megfelelő munkalehetőségre (OR=2,48; 95% C.I.: 1,21-5,08, $P=0,013$).

Különösen nagy a különbség a tanfolyami végzettséggel rendelkező betanított munkás képzettségük között: OR=7,42, 95% C.I.: 1,44-38,12, P=0,016). Az esélyhányados a szakmunkások körében is magasabb, azonban a különbség statisztikailag nem szignifikáns (OR=1,97; 95% C.I.:0,50.7,77; P=0,334). Megjegyzés: a szakmával nem rendelkezők aránya a romák között kétszer nagyobb (68,2%), mint a nem romák között (34,0%). A romák 15,1%-a rendelkezik betanított munkához szükséges tanfolyami végzettséggel (magyarok: 14,1%) és 14,1% a roma szakmunkások aránya, szemben a magyarok 42,2%-ával. Mindezeket figyelembe véve a roma munkanélküliek önbizalmának és problémamegoldó képességének csökkenése jelentősen haladja meg a magyar munkanélküliekét. Sajnálatosan utal az önbizalom hiányára, hogy átképzésre már csak a magyar férfiak többsége vállalkozna (64,0%), ami szignifikánsan haladja meg a roma férfiak közötti hasonlóan vélekedők arányát (43,8%; P<0,01). A nők között az átképzésre vállalkozók arányában a magyarok és romák között nincs különbség, de a nem vállalkozók és az átképzésre vállalkozásukat feltételekhez kötők aránya a magyarok esetében 37,6%, a roma nők esetében 50,0%.

19A táblázat

A munkanélküliek munkához jutásban való bizalma az Ózdi Kistérségben

*:P<0,05; ***:P<0,001

Mennyire bízik szakképzettségének megfelelő munkalehetőségben	Férfi		Nő	
	Magyar	Roma	Magyar	Roma
Nagyon	24* (21,1%)	9 (9,4%)	13* (14,0%)	4 (4,1%)
Közepesen	63 (55,3%)	52 (54,2%)	52* (55,9%)	40 (41,2%)
Semennyire	24 (21,1%)	35* (36,5%)	28 (30,1%)	53*** (54,6%)
Nincs válasz	3 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Összesen	114 (100,0%)	96 (100,0%)	93 (100,0%)	97 (100,0%)

Az összes vizsgálati alanyt figyelembe véve mind a férfiak, mind a nők önbizalmában, problémamegoldó képessége szignifikánsan kedvezőtlenebb volt a

romáknál; a nők között a különbség valamivel kisebb, mert a magyar nők önbizalma sem reménytelen (19B táblázat).

19B táblázat

Magyar és roma munkanélküliek önbizalmának összehasonlító értékelése

**: $P < 0,01$

Önbizalom	Magyar férfi	Roma férfi	Magyar nő	Roma nő
normál	12(10,5%)	3(3,1%)	6(6,4%)	1(1,0%)
aggályos	90(79,0%)	66(68,8%)	66(71,0%)	55(57,3%)
rossz	12(10,5%)	27 (28,1%)**	21(22,6%)	40(41,7%)**
összes	114(100,0%)	96(100,0%)	93(100,0%)	96(100,0%)

19C táblázat

Rossz önbizalom nyers illetve életkorra és iskolai végzettségre korrigált esélyhányadosai (OR) és azok 95%-os megbízhatósági tartományai (95% C.I.) magyar és roma munkanélküliek körében

Csoportok	Nyers			Korcsoporra és iskolai végzettségre korrigált		
	OR	95% C.I.	P érték	OR	95% C.I.	P érték
Magyar munkanélküli férfiak	1,00	-	-	1,00	-	-
Roma munkanélküli férfiak	3,33	1,58-7,01	0,002	4,51	1,86-10,97	0,001
Magyar munkanélküli nők	1,00	-	-	1,00	-	-
Roma munkanélküli nők	2,45	1,30-4,61	0,006	2,31	1,13-1,74	0,022

Sajnálatosan a roma férfiaknak több mint 3-szor, a roma nőknek közel 2,5-szer nagyobb az esélyük a rossz/alig meglévő önbizalomra. A roma munkanélküliek körében talált szignifikánsan nagyobb arányú rossz önbizalom jelentős mértékben függ a nemtől (a férfiaknál kifejezettebb a különbség), az életkortól (az idősebb korcsoportokban egyre nagyobb a rossz önbizalommal rendelkezők aránya) és az iskolai végzettségtől (fordított arányban) (19C táblázat). Fontos, hogy a nyers adatok/eredmények különbségei akkor is szignifikánsak, ha az életkorra, iskolai végzettségre vonatkozóan korrigált esélyhányadossal dolgozunk (Hegedűs és mtsai 2015).

Megküzdési képesség kérdésében valamennyi munkanélküli csoport a probléma megoldására helyezte a hangsúlyt (lásd: előző bekezdés). Ezért a megküzdési képességre ezzel a teszttel átfogó válasz nem született, már csak azért sem, mert az eredményes megoldáshoz (pl. munkához jutás) a felmérések idején, amelyek a közhasznú munka bevezetése előtt készültek, gyakorlatilag nem volt lehetőség. A megküzdési képesség pontosabb megítélésére az Olson teszt eredményeinek, elemzésének

figyelembevételével még visszatérünk. Indirekt módon a kérdésre kedvezőbb választ kapunk a Lüscher-tesztben és az Életelégedettség Skála eredményei ismeretében.

Diszkrimináció tekintetében jelentős különbségeket találtunk az egyes munkanélküli csoportok között. A diszkrimináció 7 összesített kérdésében a roma munkanélküliek mind a férfiak, mind a nők vonatkozásában szignifikánsan nagyobb diszkriminációt tapasztaltak, mint a magyar munkanélküliek. Hátrányos megkülönböztetést legnagyobb mértékben a roma nők, legkisebb mértékben a magyar nők érzékelnek. Az egyes kérdéseket vizsgálva, a roma nők diszkriminációt leginkább bevásárláskor érznek (a kérdésre 46%-uk igennel válaszolt). A roma férfiak leginkább a hivatali ügyintézéskor tapasztalnak hátrányos megkülönböztetést (47%-uk). A hivatali ügyintézésben érznek leginkább megkülönböztetést a magyar munkanélküliek is, férfiak és nők hasonló arányban, igaz, sokkal kisebb mértékben mint a romák; (16%-ban). Valamennyi adat összegző statisztikai elemzése azt bizonyítja, hogy a roma férfiak és nők hátrányos megkülönböztetése a magyarokhoz viszonyítva igen gyakran szignifikánsan nagyobb arányban fordul elő (férfiak: 14,9% vs. 44,8%, nők: 12,9% vs. 41,7%, mindkét esetben: $P < 0,001$). A leíró (deskriptív) statisztikai elemzés analitikus statisztikai megoldásokkal kiegészített összegzése azt jelzi, hogy lakóhelyén bevásárláskor, hivatali ügyintézéskor (valamennyi esetet figyelembe véve) mindössze a roma férfiak ~20%-át, a roma nők 10%-át nem éri hátrányos megkülönböztetés (**20A táblázat**). Jóllehet a magyar munkanélkülieket jóval kisebb arányban, de így is több mint 10%-ukat hátrányosan megkülönböztetik. A **20B táblázaton** bemutatott munkanélküliek, különösen pedig a munkanélküli roma nők és férfiak diszkriminációjának gyakorisága megdöbbentő. Sajnálatos, hogy a vizsgált helyeken, szolgáltatások során a roma férfiak körében több mint 4-szer, a roma nők körében közel 3-szor nagyobb az esélye a hátrányos megkülönböztetésnek, mint a magyar munkanélküli férfiaknak, illetve nőknek (**20C táblázat**). A különbség a magyar és roma munkanélküliek esetében akkor is szignifikáns, ha egyéb tényezőkkel elvégezzük a nyers adatok korrekcióját) (Hegedűs és mtsai 2015).

20A táblázat

Munkanélküliek diszkriminációja az Ózdi Kistérségben – lakóhelyen, bevásárláskor, hivatali ügyintézkések elemzése alapján

***P<0,001

Hátrányos megkülönböztetés	Férfi		Nő	
	Magyar	Roma	Magyar	Roma
Nem fordult elő	66*** (57,9%)	20 (20,8%)	45*** (48,4%)	9 (9,3%)
Esetenként előfordul	22 (19,3%)	28 (29,2%)	12 (12,9%)	42*** (43,3%)
Igen, gyakran előfordul	17 (14,9%)	43*** (44,8%)	12 (12,9%)	40*** (41,7%)
Nincs válasz	9 (7,9%)	5 (5,2%)	24 (25,8%)	6 (6,2%)
Összesen	114 (100,0%)	96 (100,0%)	93 (100,0%)	97 (100,0%)

20B táblázat

Magyar és roma munkanélküliek Ózdi Kistérségben tapasztalt diszkriminációjának összehasonlító értékelése . . *P<0,05**P<0,01, ***P<0,001

	Magyar férfi	Roma férfi	Magyar nő	Roma nő
Normál	63(55,7%)	15(15,5%)	59(64,1%)*	15(15,9%)
Aggályos	40(35,4%)	48(49,5%)*	23(25,0%)	45(47,9%)*
Rossz	10(8,9%)	34(35,0%)*	10(10,9%)	34(36,2%)*
Összes	113(100,0%)	97(100,0%)	92(100,00)	94(100,0%)

20C táblázat

Kifejezetten hátrányos megkülönböztetés nyers, illetve életkorra és iskolai végzettségre korrigált esélyhányadosai (OR) és azok 95%-os megbízhatósági tartományai (95% C.I.) magyar és roma munkanélküliek körében

Csoportok	Nyers			Korrigált		
	OR	95% C.I.	P érték	OR	95% C.I.	P érték
Roma férfiak vs. magyar férfiak	5,74	2,65-12,44	<0,001	4,43	1,99-9,86	<0,001
Roma nők vs. magyar nők	4,50	2,06-9,79	<0,001	2,94	1,28-6,76	<0,05
Roma vs. magyar mindkét nem együtt	5,11	2,96-8,85	<0,001	3,74	2,10-6,64	<0,001

Lelki egészségi állapot jellemzése, a munkacsoportunk által kidolgozott kérdőíven rögzített válaszok elemzésének összegzése alapján. A válaszadók (~100%) közül mindössze 12 vizsgálati alanyt (3,1%) soroltunk az első (normál lelki egészségi állapot), 286 személyt (71,7%) a második (aggályos lelki egészségi állapot) és 101 főt (25,3%) a harmadik (rossz lelki egészségi állapot) osztályba. Feltűnő, hogy a rossz lelki egészségi

állapotba sorolt 101 fő közül 81 személy (80,2%) roma. Megállapítottuk, hogy a munkanélküli roma férfiaknak több mint 11-szer, a roma nőknek 4,5-ször nagyobb esélye van a rossz lelki- egészségi állapotúak közé történő besorolásra, mint a magyar munkanélküli férfiaknak, illetve nőknek (**21A, 21B táblázatok**), (Hegedűs és mtsai 2015).

21A táblázat

Magyar és roma munkanélküliek mentális állapotának összehasonlító értékelése

***P<0,001

	Magyar férfi	Roma férfi	Magyar nő	Roma nő
Normál	7(6,1%)	1(1,0%)	3(3,2%)	1(1,0%)
Aggályos	101(88,6%)	57(59,4%)	76(81,7%)	52(54,2%)
Rossz	6(5,3%)	38(39,6%)*	14(15,1%)	43(44,8%)*
Összes	114(100,00)	96(100,0%)	93(100,0%)	96(100,0%)

21B táblázat

Rossz lelki egészségi állapot nyers, illetve életkorra és iskolai végzettségre korrigált esélyhányadosai (OR) és azok 95%-os megbízhatósági tartományai (95% C.I.) magyar és roma munkanélküliek körében

Csoportok	Nyers			Korrigált		
	OR	95% C.I.	P érték	OR	95% C.I.	P érték
Roma férfiak vs. magyar férfiak	11,79	4,71-29,54	<0,001	13,68	5,02-37,27	<0,001
Roma nők vs. magyar nők	4,58	2,28-9,19	<0,001	3,43	1,58-7,42	<0,01
Roma vs. magyar mindkét nem együtt	6,82	3,96-11,74	<0,001	6,10	3,40-10,95	<0,001

5. 5. 3. Depresszió elemzése Beck-féle depresszió kérdőívvel

A választ adó személyek (387 fő) közül a 0-15 pont közötti normál övezetbe 199 (51,4%) vizsgálati alany, a 6-11 pont közötti enyhe depresszió övezetbe 115 (29,7%), a 12-15 pont közötti közepes súlyos depresszió övezetbe 41 (10,6%), a súlyos depresszió állapotot jelző ≥ 16 pont övezetbe 32 (8,3%) vizsgálati alany tartozott (Hegedűs és mtsai 2015). A depresszió valamely övezetébe tartozó összes vizsgálati alany 188 fő (48,6%). A depresszió meghatározására irányuló második eljárásunkkal kiemelten vizsgáltuk az alkalmazott 13 tételes Beck depressziós kérdőív 2. és 7. tételre adott pozitív válaszokat. A 2. tételre (reménytelenség) a vizsgálati alanyok közül 263 fő, az összes vizsgált személy 68,0%-a, a 7. tételre (öngyilkossági veszély) a vizsgált személyek közül 156 fő, az összes vizsgálatban rész vevő 40,3%-a adott pozitív (0-nál nagyobb értékű pontot érő) választ. A magyar és roma munkanélküliek különböző fokozatú gyakorisága között

szignifikáns különbség nincs. Jelentős különbség van viszont a nők és a férfiak között a közepes és súlyos depresszió övezetbe tartozók arányaiban: 46 (25,1%) nő vs. 27 (13,2%) férfi, $P < 0,01$ (**22. táblázat**). Az életkor változása szignifikáns különbséget nem okozott, de a fiatal (18-29 éves) első generációs munkanélküliek lelki egészsége rosszabbnak tűnik, mint a többi életkori csoporté. A második generációs munkanélküliek között alig fordult elő a depresszió enyhe foka is (Hegedűs és mtsai 2015). Kiemelést érdemel: az életkorra és az iskolai végzettségre történt korrigálás csak a magyar és roma csoportok közötti számszerű értékeket befolyásolta. Ez arra utal, hogy a roma munkanélküliek lelki egészségi állapota akkor is kedvezőtlenebb a magyarokénál, ha egyéb, a mentálhigiénés állapotot befolyásoló tényezőket nem vesszük figyelembe, vagy azok nincsenek jelen (**21B táblázat**).

22. táblázat

A magyar és a roma csoportok övezetenkénti gyakorisága a depresszió kategóriáknál

Beck (1-13) kategória	magyar férfi	roma férfi	magyar nő	roma nő
0-5 normál	60(54,5%)	58(61,7%)	41(46,6%)	40(42,1%)
6-11 enyhe depresszió	34(30,9%)	25(26,6%)	25(28,4%)	31(32,6%)
12-15 kp. súlyos depresszió	9(8,2%)	9(9,6%)	11(12,5%)	12(12,6%)
>15 súlyos depresszió	7(6,4%)	2(2,1%)	11(12,5%)	12(12,6%)

5. 5. 4. Az affektivitás megítélése az Ózdi Kistérség munkanélküliei között a Lüscher-féle színpreferencia teszttel

A magyar férfi, magyar nő, illetve roma férfi és roma nőkből álló személyek, továbbá a nemekre tekintet nélkül a magyar illetve roma munkanélküliek sorrendbe állították a színeket a legrokonszenvesebb szintől a legkevésbé rokonszenvesesig (a leginkább elutasítottig).

A vizsgált munkanélküliek 8 szín átlagsorait mutatja be a **15. ábra**. A prioritást kapó preferenciákat (1 és 2. helyre helyezett színek) illetően egyértelmű: a teljes munkanélküli populáció a Lüscher-vörös 3-as szint választotta. Ez a választás explorációval és más tesztekkel (pl. Élelelgedettség teszttel) megerősítve nagy vitális erőre – úgy is fogalmazhatunk – mindenáron való élni akarásra utal. A munkanélküliek

a jelenben élnek, cselekvésre, sikerszerzésre beállítottak, és ennek a valós emberi jellemzőjüknek, mint eszköznek a birtokában kívánják céljukat (a létfenntartáshoz szükséges munka biztosítását) elérni. Elutasításukat illetően (csoportszinten a magyar nők kivételével) valamennyi munkanélküli a 8. helyen, a Lüscher-fekete 7-es szint jelölte meg. Esetükben (explorációval megerősítve) ez azt jelenti, hogy a munkanélküliek jelenlegi helyzetüket elutasítják, munkanélkülükénti létüket nem fogadják el. Ezt a túlnyomó többségük által a 7. helyen megjelölt szürke szín is megerősíti, ami az exploráció szerint azt jelenti, hogy normális életformára tartanak igényt, abból nem szeretnének kimaradni, társadalmi kirekesztettségüket elutasítják.

Vizsgált csoportok	1	2	3	4	5	6	7	8
Vizsgált összes munkanélküli	3	5	4	2	6	1	0	7
Összes magyar munkanélküli	5	3	4	6	2	1	0	7
Összes roma munkanélküli	3	5	4	2	1	6	0	7
Magyar férfi munkanélküli	3	5	4	1	6	2	0	7
Magyar nő munkanélküli	5	3	4	6	2	1	7	0
Roma férfi munkanélküli	3	4	5	2	1	6	0	7
Roma nő munkanélküli	3	5	4	2	6	1	0	7

15. ábra. A szín preferencia sorrendje a vizsgált csoportok átlagsorai alapján

A 6. helyen álló színek félesége – amely a felfüggesztett lehetőségekre utal – változó képet ad a különböző munkanélküli csoportok esetében; ezek explorációval, más tesztekkel való megerősítése a jövő feladata. Lüscher (1948; 1962; 1969) a 8 színválasztós stressz és konfliktushelyzettel kapcsolatosan végzett munkájában a stressz terhelhetőség és konfliktushelyzet biztos jelének tartja, amikor a választott színskála 6. helyén a négy alapszín (-1, -2, -3, -4) egyike fordul elő. Megjegyzést érdemel itt az a Lüscher -féle megfigyelés is, miszerint ha egy alapszint elutasítanak, a szín mindig az első helyen kiegyenlítődik; ez vizsgálatainkban is így történt (**15. ábra**). Elemzéseink közül kiemeljük: ha nemre való tekintet nélkül a roma és nem roma (magyar) munkanélkülieket egy-egy csoportnak tekintjük, akkor az állapítható meg, hogy az összes magyar munkanélküli a 6. helyen a kék szint, az összes roma munkanélküli túlnyomó többsége a barna szint választotta.

5. 5. 5. Megküzdési és Stressz Profil, Olson szerint

Megállapítottuk, hogy a kommunikáció (szociális kapcsolatok) és a közelség (szociális támogatás) vonatkozásában a három csoport (aktív dolgozók, magyar és roma munkanélküliek) hasonló válaszokat adott. Fontos különbségek: a stressz-érzés (válaszok alapján becsült állapot) a magyar munkanélküliek esetében – a szignifikancia határán mozgó szinten ($0=0,07$) – meghaladja az aktív dolgozókét, de a számszerűen, valamint több személyt magába foglaló nagyon magas és magas szintű stressz gyakoriságú osztályba sorolt romák csoportja nem különbözik szignifikánsan az aktív dolgozók csoportjától. Ugyanakkor, a nagyon alacsony és alacsony szintű stressz-gyakoriságról történt válaszok azt jelzik, hogy mindkét munkanélküli csoporthoz képest ezek gyakorisága szignifikánsan nagyobb az aktív dolgozók között (dolgozók vs. magyar munkanélküli: $P<0,05$; dolgozók vs. roma munkanélküliek: $P<0,01$). Ezzel lényegében szinkronban van a 28. kérdésre (milyen gyakran okoz életében feszültséget, hogy nincs munkája?) adott válasz. A „soha” válasz szignifikánsan gyakoribb az aktív dolgozók között, mint a roma munkanélküli csoport tagjai között. Az előző résztételekkel lényegében ugyancsak összhangban az aktív dolgozók problémamegoldó képességének gyakorisága, javukra különbözik a munkanélküliekétől. A magyar munkanélküliekkel szemben ez a gyakoriság közötti különbség csak a szignifikancia határán mozog ($P=0,09$), míg a roma munkanélküliekkel szemben a különbség szignifikáns ($P<0,05$); ez utóbbi különbséget hangsúlyozza, hogy a romák között a problémák nagyon alacsony vagy alacsony szinten megoldók gyakorisága egyaránt szignifikáns (mindkét kategóriában a $P<0,05$). A roma munkanélkülieknél a magyar munkanélküliekéénél kisebb mértékben detektált stressz-hatás ellenére rosszabb mentális állapotára utal, hogy közöttük mind a nagyon alacsony, mind az alacsony szintű rugalmasságúak gyakorisága szignifikánsan kisebb, mint az aktív dolgozóké, míg a magyar munkanélküliek vonatkozásában ez a paraméter nem különbözik az aktív dolgozókétól; ugyanakkor a roma munkanélküliek nem csak az aktív dolgozóknál, hanem a magyar munkanélküliektől is szignifikánsan nagyobb gyakorisággal elégedetlenebbek helyzetükkel (**23A és 23B táblázatok**), (Hegedűs és mtsai 2015).

23A táblázat

Az Ózdi Kistérségben vizsgált csoportok (a: aktív dolgozók; b: magyar munkanélküliek; c: roma munkanélküliek) stressz szintje az Olson-féle Megküzdési és Stressz Profil szerint

Kategóriák (Olson szerint)	a: aktív férfiak	b: magyar munkanélküliek	c: roma munkanélküliek	Csoportok közötti szignifikáns különbségek (P érték)
Nagyon alacsony	14 (23,3 %)	12 (20,0 %)	20 (33,3 %)	P _{a-b} =0,05 P _{a-c} =0,01
Alacsony	36 (60,0 %)	26 (43,3 %)	16 (26,7 %)	
Átlagos	9 (15,0 %)	15 (25,0 %)	21 (35,0 %)	
Magas	1 (1,7 %)	7 (11,7 %)	1 (1,7 %)	P _{a-b} =0,07
Nagyon magas	0	0	2 (3,3 %)	

23B táblázat

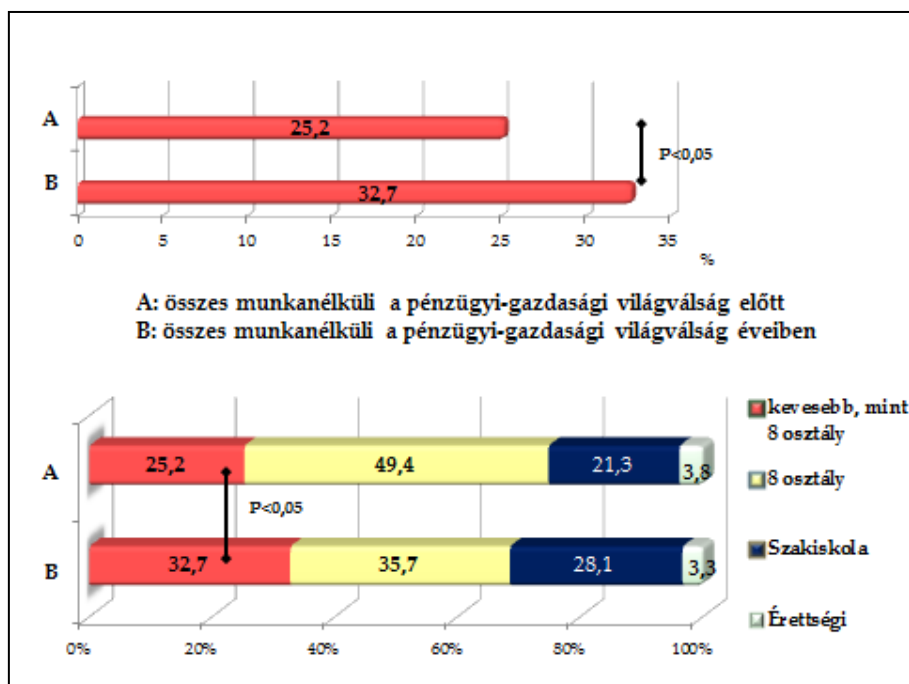
Stressz 28. tétel: Milyen gyakran keltett feszültséget az, hogy nincs munkája?

Kategóriák (Olson szerint)	a: aktív férfiak	b: magyar munkanélküliek	c: roma munkanélküliek	Csoportok közötti szignifikáns különbségek (P érték)
Soha	31 (51,7 %)	19 (31,7 %)	27 (45,0 %)	P _{a-b} <0,05 P _{a-b} <0,05
Nagyon ritkán	13 (21,7 %)	14(23,3 %)	8 (13,3 %)	
Előfordul	8 (13,3 %)	15 (25,0 %)	11 (18,3 %)	
Gyakran	6 (10,0 %)	6 (10,0 %)	8 (13,3 %)	
Nagyon gyakran	2(3,3%)	6(10,0%)	6 (10,0%)	

5. 6. Az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanélküliek életkörülményeinek/életminőségének változása Magyarország EU-tagországgá válásának idején, illetve a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

A 8-10 éves változások szemléltetésére az Ózdi Kistérség munkanélküliei közötti a 8 általánost be nem fejezettek, az egészségi okokból munkavégzésre alkalmatlanok, és a dohányzók arányát hasonlítottuk össze. Meg kell jegyezni egyrészt: összehasonlításaink 10 évvel később nem ugyanazzal a népességi csoporttal történtek. Másrészt azt is jeleznünk kell, hogy a pénzügyi gazdasági világválság előtt végzett adatgyűjtés során az etnikai hovatartozásra nem kérdeztünk rá, és csak a pénzügyi gazdasági válság éveiben történt felmérés tapasztalatai alapján következtettünk arra, hogy a vizsgálatokon megjelent magyar és roma munkanélküliek aránya a válság előtt végzett felmérések idején is valószínűleg közel 50-50% volt. Ezt az aránybecslést támasztja alá a térség roma lakosságának nagy aránya (az összlakosság 30%-a – Ózdi Cigány Önkormányzat

2011), valamint, hogy a romák munkanélkülisége a térségben ~50% (Tardos 2005), ami a magyar munkanélküliség arányát többszörösen haladja meg.



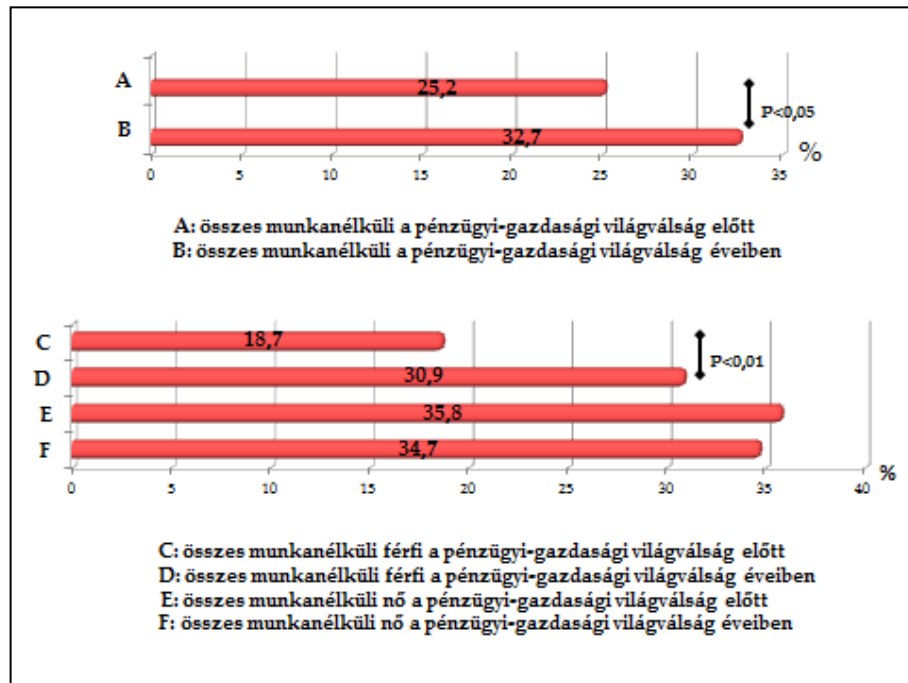
16A ábra. Magyar és roma munkanélküliek legmagasabb iskolai végzettsége a pénzügyi-gazdasági világválság előtt és a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben.

A kevesebb, mint 8 osztályt végzettek aránya a pénzügyi gazdasági világválság előtt és a pénzügyi - gazdasági válság évei között szignifikánsan megnőtt (25,2% vs. 32,7%; $p < 0,05$). A válaszadó munkanélküliek száma a pénzügyi-gazdasági világválság előtt 530, a megkérdezettek 98,8%-a, pénzügyi-gazdasági világválság éveiben 398 fő, a megkérdezettek 99,5%-a volt. Mindezek figyelembevételével becslésünket tájékoztató jellegüként elfogadhatónak ítéljük meg. A gazdasági válság éveiben végzett vizsgálatok esetében a csoportok összevonásával hasonló (50-50%) etnikai arányú csoportokat hasonlítottunk össze, és így összehasonlításaink eredménye durva becslésre alkalmas.

Iskolai végzettség. A pénzügyi-gazdasági válság előtt a vizsgálatban részt vett valamennyi munkanélküli 25,2%-a, a válság éveiben 32,7%-a nem végezte el a 8 osztályt; a különbség statisztikailag szignifikáns ($P < 0,05$). Nemek szerinti megoszlás alapján a válság előtt a vizsgálatban részt vett, válaszadó összes férfi 18,7%-a, a válság éveiben 30,9%-a nem végezte el a 8 osztályt ($P < 0,01$), a nők esetében ugyanezek az adatok 35,8% vs. 34,7%; a különbség nem szignifikáns (**16A-B ábrák**).

Munkavégzésre egészségi okokból alkalmatlan személyek. Saját vizsgálataink szerint a pénzügyi-gazdasági válság előtt a munkanélküliek között az Ózdi Kistérségben a férfiak

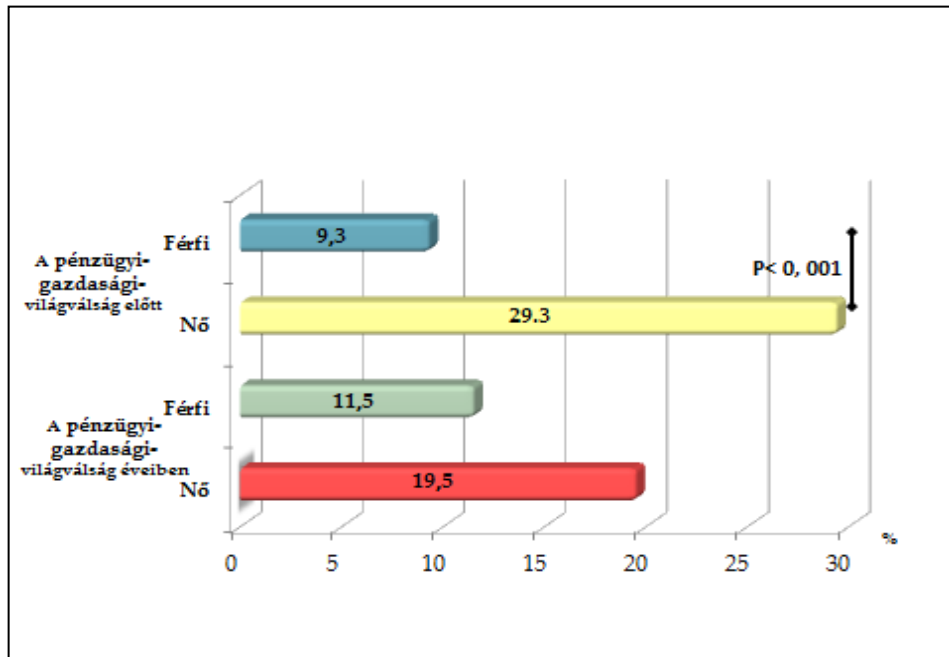
esetében 9,3%, a nők esetében 29,3% ($P < 0,001$) volt az egészségi okokból munkavégzésre alkalmatlanok aránya. A pénzügyi- gazdasági válság éveiben ugyanezen arányok: 11,5%, illetve 19,5% (n. sz.). (17. ábra)



16B ábra. A 8 általánosnál kevesebb osztályt végzett összes munkanélküli, valamint megoszlásuk nem szerint a pénzügyi-gazdasági világválság előtt és a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

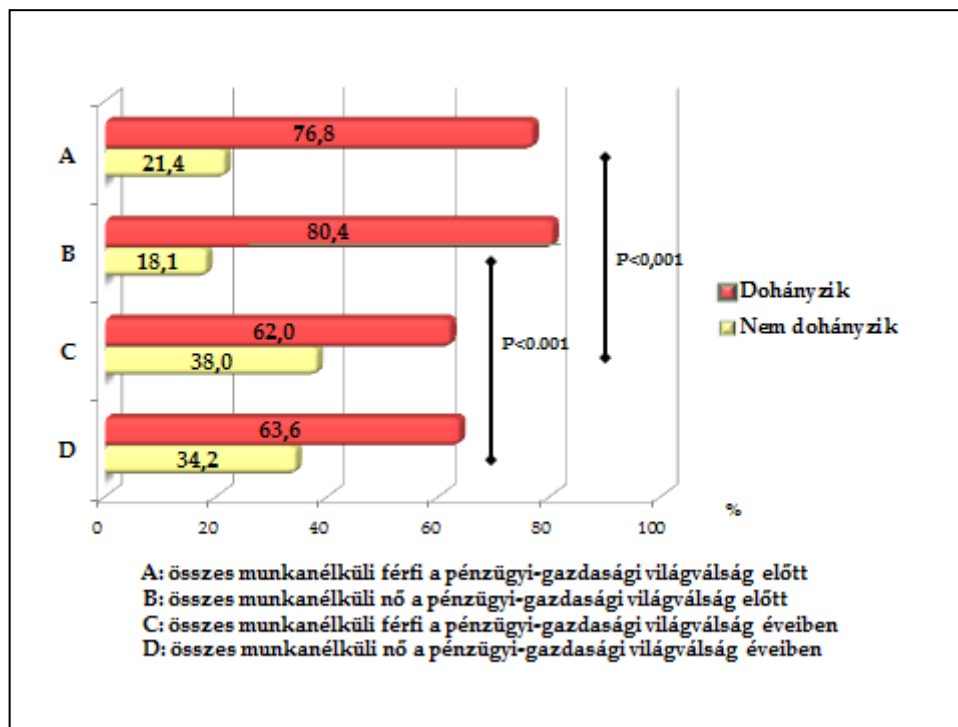
A 8 általánost nem befejezett személyek aránya a pénzügyi gazdasági világválság előtt és a pénzügyi-gazdasági válság évei között az összes munkanélküliek és különösen a férfiak esetében megnőtt (A vs. B: $P < 0,05$; C vs. D: $P < 0,01$; a nők esetében a 8 osztálynál kevesebbet végzettek aránya nem változott, de az már a pénzügyi-gazdasági világválság előtt is nagy volt). A mintegy 10 év alatt mind a munkanélküli férfiak, mind a munkanélküli nők között a nemdohányzók aránya megnőtt. (A vs. C = 21,4% vs. 38,0%; $P < 0,001$, B vs. D = 18,1% vs. 34,2%; $P < 0,001$).

Dohányosok aránya az Ózdi Kistérségben. A pénzügyi-gazdasági válság előtti adatokkal összehasonlítva a dohányzó munkanélküliek aránya a pénzügyi-gazdasági válság éveiben csökkent. A válság előtt a férfiak 76,8%-a, a válság éveiben 62,0%-a dohányzott. A különbség szignifikáns; $P < 0,001$. Ugyanezen években a nők 80,4%-a, illetve 63,7%-a dohányzott. A különbség szignifikáns; $P < 0,001$ (18. ábra).



17. ábra. Munkanélküliek egészségi állapota szerinti munkavégzésre való alkalmatlanságának aránya a pénzügyi-gazdasági világválság előtt és a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben.

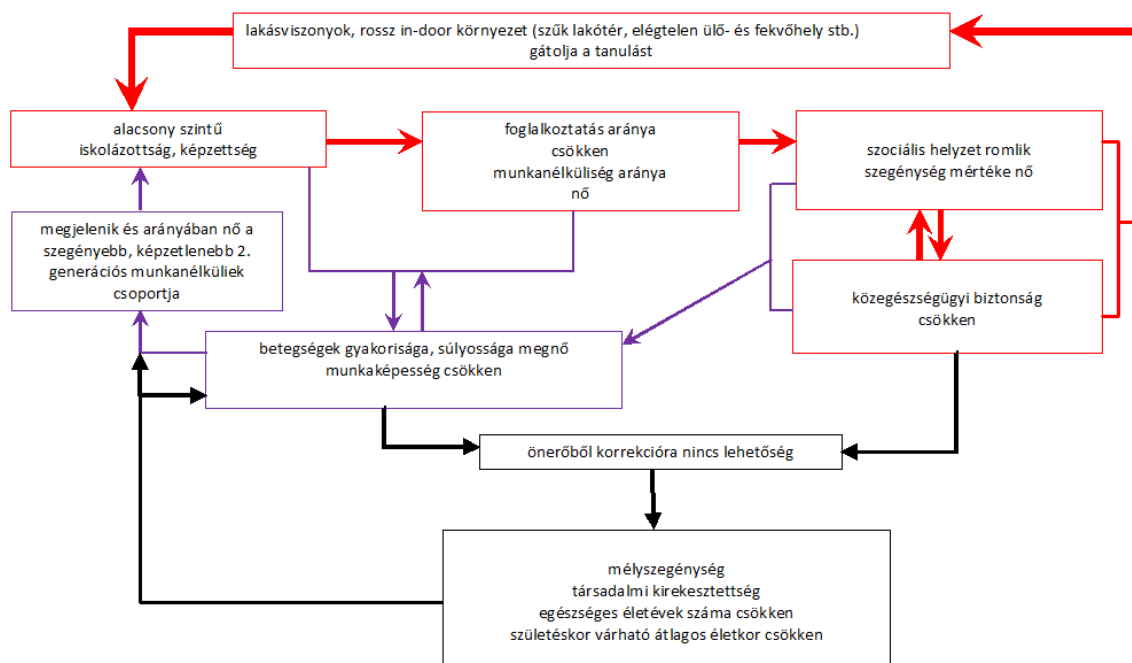
A munkavégzésre való alkalmatlanság munkanélküliek közötti jelentős gyakorisága a két vizsgált időpont (a pénzügyi-gazdasági világválság előtt és a válság éveiben) között nem nőtt tovább. Mindkét időpontban jelentős a különbség a férfiak és a nők között; a munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága a nők körében gyakoribb. (a pénzügyi-gazdasági világválság előtt férfi vs. nő = 9,3% vs. 29,3%; $P < 0,001$, a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben férfi vs. nő = 11,5% vs. 19,5%; $P < 0,05$)



18. ábra: A munkanélküli férfiak és nők dohányzási szokásainak változása a pénzügyi-gazdasági világválság előtt, valamint a pénzügyi-gazdasági válság éveiben végzett vizsgálatok között.

5. 7. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijei egészségkárosodásának etiológiája

A munkanélküliség direkt és indirekt módon okoz egészségkárosodást. *Direkt hatásnak (etiológia)* nevezzük a munkanélküliség stresszor/stresszor sorozatként distresszt és a distresszhez kapcsolódó (pszichoszomatikus, magatartási, pszichiátriai) megbetegedések előidézését. *Indirekt hatásnak (etiológia)* nevezzük azt a circulus vitiosus rendszert, amely a munkanélküliség ún. moderátorainak egymásra hatásából áll össze; ezen az úton módosulhat a direkt-distressz okozta megbetegedések progressziója vagy ettől független „új” megbetegedések lépnek fel (19. ábra).



19. ábra Mélyszegénységhez vezető circulus vitiosus(ok)

Emberhez méltatlan életkörülmények között élő roma vagy más etnikumhoz, nemzetiséghez (pl. magyar) tartozó munkanélküliek mélyszegénységét, társadalmi kirekesztettségét, rossz közegészségügyi biztonságát, születéskor várható rövidebb életkorát meghatározó (főként amelyek a tanulást és ezáltal a foglalkoztatást ellehetetlenítik) paraméterek hatásai közötti interakciókon alapuló circulus vitiosusok, zsákutcák sémája. Ilyen circulus vitiosus-rendszerek sújthatják pl. a telepeken élő roma vagy a hajléktalan magyar munkanélkülieket. *Piros* vonalakkal, négyszögekkel jelzett circulus vitiosus: az alacsony szintű iskolázottság, képzettség csökkenti a foglalkoztatottság és megnöveli a munkanélküliség arányát, amelyek hatására romlik a szociális helyzet, nő a szegénység mértéke; ez utóbbi kettő rontja a közegészségügyi biztonságot, amely az utóbbi kettőre visszahatva azokat is tovább rontja; ebből a hibás körből az eredményes tanulás lehetne a kitérés alapja, amelyet azonban a szűkös lakások, a tanuláshoz alkalmatlan in-door környezet megakadályoz és a hibás kör bezárul. A „piros hibás kör” fontos „állomása” az egymás hatását tovább fokozó, növekvő szegénység és csökkenő közegészségügyi biztonság. Erről az állomásról két újabb hibás kör (ha úgy tetszik, zsákutca) nyílik; a *lila* színnel jelzett második circulus vitiosus a betegségek gyakoriságának, súlyosságának növekedéséhez, a munkaképesség csökkenéséhez vezet, mely bővül a képzetlenebb második generációs munkanélküliek növekvő számával és az első hibás kör első állomásához úgy kapcsolódik, hogy az első hibás kör mélyebb pozícióból (még kevésbé iskolázottak, képzetlenebbek nagyobb száma) indul újra. A növekvő szegénység, romló közegészségügyi biztonság, a 2. hibás kör első állomásával együtt megnöveli a betegségek gyakoriságát, súlyosságát és csökkenti a munkaképességet. Mindezek önerőből (csakúgy mint az in-door környezet) nem korrigálhatóak, amiért is egy olyan irreverzibilis állapotot idéznek elő [*feketével jelzett zsákutca*, egy harmadik circulus vitiosus (részlet)], ami már-már megállíthatatlanul mélyszegénységet, társadalmi kirekesztettséget okoz és az egészséges életévek számának csökkenésével, a születéskor várható átlagos életkor csökkenésével jár együtt. (Ungváry és mtsai 2014A)

6. MEGBESZÉLÉS

Már a munkanélküliség rendszerváltozást követő tömeges megjelenésekor – minthogy a munkanélküliek orvosi munkaköri/munkavégzésre való alkalmassági vizsgálatokor a korábban foglalkoztatottak (értelemszerűen munkavégzésre alkalmas munkavállalók) esetében elvégzett hasonló vizsgálatok észleltekéhez képest jelentősen több esetben kellett egészségi okok miatt „alkalmatlansági” diagnózist felállítani (OMÜI 1990-1995; Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1997; Morvai és mtsai 1999; Hegedűs 2000, 2001), feltételeztük, hogy a munkanélküliség – függetlenül az általa előidézett szociális problémáktól, szegénységtől valamint a lelki és testi egészséget befolyásoló további ún. moderátoroktól – önmagában is egészségkárosító hatású lehet (Ungváry 1993). Hipotézisünk alapja az volt, hogy a munkanélküliség egyidejűleg jelenti az emberré válás alapjául szolgáló ún. kreatív, valamint a megélhetéshez szükséges munka elvesztését¹⁶. Feltételezésünk szerint, ez a „kettős veszteség” egy stresszorként, stresszor-sorozatként folyamatosan hat az emberi szervezetre, amely az esetek jelentős részében distresszhez/krónikus stresszhez, illetve az ebből eredő magatartási, pszichiátriai és pszichoszomatikus megbetegedések sorához vezethet. A nagyon plauzibilis, tankönyvi adatokra¹⁷ épülő hipotézisünk igazolásához több feladat megoldása szükséges. Ahhoz például, hogy a munkanélküliség által „speciálisan” előidézett egészségkárosodásokat meghatározhassuk, szükséges a munkanélküliséghez társuló, de a munkanélküliségtől függetlenül is megjelenő tényezők, hatások, kockázatok (rossz környezet-egészségügyi és szociális helyzet, szegénység, rossz higiénés körülmények stb.) megismerése. Vizsgálatainkat (és eredményeinket) ezért a témaválasztás megalapozottságát indokoló fejezetben leírt 3 fő kérdés köré csoportosítottuk. Egyrészt korábbi munkáinkban szükségesnek tartottuk bizonyítani (és már bizonyítottuk), hogy a munkanélküliség valóban megnöveli az

¹⁶ az egyes nyelvek a kétféle munkát más-más szavakkal jelölték. Az angol nyelvben a kreatív munkát a work szó, a megélhetés kényszerítő hatására végzett munkát (vigyázat: nem a kényszermunkáról van szó) a labour szó jelezte; a magyarban a kreatív munkát a munka szó, a kényszerítő hatásra, a megélhetésért végzett munkát a robot (nem tévesztendő össze az ún. malenkij robottal) szó jelentette (a jobbágyok a királynak, a hűbérúrnak, az egyháznak robotot tartoztak végezni, illetve végeztettek velük hűbér- vagy egyházi uraik). Mára a szavak jelentése összemosódott, vagy az egyik kikopott a mindennapi nyelvből.

¹⁷A tankönyvi adatokra épített állításunk irodalmi alátámasztását illetően Darvintól Selyéig, Selyétől a korszerűnek mondott pszichológiai stressz elméletéig utalunk a releváns kézikönyvekre.

egészségkárosodások gyakoriságát és ezt a gyakoriságot a különböző szociális helyzet, szegénység, iskolázottság, higiénés körülmények, a munkanélküliek etnikai összetétele, valamint az ún. további moderátorok „csak” módosítják (OMÜI 1990-1995; Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1997, 1999, 2005; Morvai és mtsai 1999; Hegedűs és mtsai 2003, 2004; Grónai és mtsai 2004; Felszeghi és mtsai 2004; Szakmáry és mtsai 2007). Jelen munkánkban egy kistérség releváns elemzésével ehhez további adatokat, bizonyítékot kívántunk szolgáltatni. Másrészt feladatunknak tartottuk annak igazolását, hogy a munkanélküliség direkt egészségkárosító hatását úgy váltja ki, hogy stresszorként distresszt, majd distresszhez kapcsolódó (pszichoszomatikus, magatartási, pszichiátriai) megbetegedéseket idéz elő. Harmadrészt – minthogy a vizsgálatok helyszínéül választott Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek igen rossz közegészségügyi és egészségügyi helyzetét tártuk fel – szükségesnek tartottuk ennek okát megismerni, elemezni. Az etiológiai elemzéssel nyert adatok indokolták, hogy az előzetes tervezést bővítve további betekintést nyerjünk a munkanélküliség okozta megbetegedések etiopatogenezisébe és etiológiai tényezői egymásra hatásába, valamint az emiatt bekövetkező újabb egészségi és népegészségügyi problémák felismerésére, az utóbbiak megoldásának kidolgozására, a megoldásra jelenleg alkalmazott programokba foglalt eljárások eredményességének véleményezésére.

Amint már ismertettük, a vizsgálat helyszínéül olyan térséget választottunk, ahol a munkanélküliségi ráta az ország térségei közül a legnagyobbak közé tartozik. Így esett a választás a BAZ-megye északi részén fekvő 550 km² területű Ózdi Kistérségre, amelynek 29 településén 72 ezer ember él. A rendszerváltozás előtt Ózd, a kistérség székhelye, a magyarországi kohászat egyik fellegvára volt. A térség gazdaságtalanná váló nehéziparát az elmúlt csaknem egy évtized alatt nem sikerült úgy „rekultiválni”, hogy a foglalkoztatási igényeket ki lehetne elégíteni, a munka nélkül maradt tömegeknek a munka világába való visszatérése nem megoldott.

Fentiekben megfogalmazott nagyobb kérdéseket úgy diszkutáljuk, hogy azokkal összefüggésben valamennyi célkitűzésünk fontosabb eredményeit (azok „Célkitűzés” fejezetünkben meghatározott sorrendjében) is érintjük. A „Megbeszélés” fejezetet az itt előrebocsátottak szerint szerkesztettük. Vagyis: eredményeinket nem kizárólagosan az egyes célkitűzések megvalósításához szükséges elemzések feltételezéseire igazolására

kívántuk szűkíteni, hanem a különböző célkitűzésekhez „tartozó” válaszainkat, eredményeinket a legfontosabbnak tartott problémák, feladatok jobb megismerésének és megoldásának (az ún. fő kérdések megválaszolásának) is szolgálatába kívántuk állítani (legalábbis amennyire ezt az értekezés terjedelmi korlátai megengedték).

ad 1-2¹⁸ Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek közegészségügyi biztonsága, szociális helyzete, képzettsége, egészségi állapotát meghatározó fontosabb tényezői, egészségi állapota, munkavégzésre való alkalmassága

Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek közegészségügyi (ezen belül in-door és out-door környezet-egészségügyi) állapotának, családi és szociális helyzetének, valamint képzettségének, egészségi állapotának munkavégzésre való alkalmasságának elemzése több olyan problémára/tényre hívják fel a figyelmet, amelyeket a térség teljes körű rekultivációja, valamint munkanélkülieinek teljesebb körű foglalkoztatásához szükséges munkahelyek tervezésekor, kialakításakor, a munkanélküliség újratermelődésének, tartóssá válása konzerválásának megelőzésére kidolgozott tervezések során célszerű figyelembe venni, és egyszersmind valószínűsítik, hogy a Kistérség nemcsak gazdasági besorolása (KSH 2004, KSH 2006A) alapján, hanem közegészségügyi és egészségügyi szempontból is a leghátrányosabb helyzetű Kistérségek közé tartozik. A legsúlyosabb problémák közül az alábbiakat emeljük ki.

Közegészségügyi biztonság. Vizsgálataink azt bizonyították, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek *közegészségügyi-járványügyi* biztonsága – utalunk elsősorban in-door és out-door lakókörnyezeti vizsgálataink eredményeire (Hegedűs és mtsai 2010) – nemcsak aggályosak, hanem az egész Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságát veszélyeztetik. Munkanélküliek lakókörnyezeti elemzésére sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban nem találtunk adatot. Megfigyeléseink a vizsgálatba bevont munkanélküliek jelentős része estében csak a telepszerű elrendeződésben és telepeken élő roma lakosság lakókörnyezeti adataival vethető össze (Ungváry és mtsai 2005, Szakmáry és mtsai 2007). A hasonló zsúfoltságú lakókörnyezetek gyakran heveny fertőző betegségek (Csohán és mtsai 2013), dohányfüsttel szennyezett beltéri levegőjük pedig, egyéb, az „Eredmények” fejezetben leírt kifogásolható higiénés állapotuk (fűtés, ivóvíz minősége stb.) a krónikus nem fertőző megbetegedések forrásai, progresszióját

¹⁸ a feltüntetett számok megegyeznek a célkitűzések sorszámával

facilitáló tényezői (Ungváry és mtsai 2005, 2014; Szakmáry és mtsai 2007; Hegedűs és mtsai 2010)

Szociális helyzet. A tanulmányba bevont munkanélküliekkel (megjegyzés: a vizsgált népesség etnikai arányait ebben a vizsgálati sorozatban nem vizsgáltuk) közös háztartásban élők (felnőttek és gyerekek) számára jutó pénzösszeg személyenként és havonta a kérdőívekre adott válaszok alapján ~ 5 800 Ft-nak adódott. A létminimum egy fogyasztási egységre számítva 2002-ben 43 108 Ft, 2006-ban 60 128 Ft, a tipikusnak mondható két aktív korú személyből és két gyermekből álló háztartás létminimum értéke 2006-ban 174 371 Ft, a két aktív korú személyből és 4 gyermekből álló háztartás létminimum értéke pedig 2002-ben 159 500 Ft, 2006-ban 222 474 Ft volt. Kiemelést érdemel még: 2006-ban az adott év átlagáraival számolva az élelmiszerkosár pénzben kifejezett értéke havi 16 017 Ft volt (KSH 2007; Szabó 2007; Esélyek Háza 2007). Az általunk számított nagyon kis összeg becsült adat, alkalmazott módszerünk hibái miatt nem tekinthető ún. kemény adatnak. Emellett, minthogy egy átlagösszegekről van szó, direkt módon nem hasonlítható össze a vizsgált népesség egyes tagjainak a közös háztartásban élőkre vonatkoztatott létminimum összegeivel sem. Ennek ellenére evidenciának tűnik, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek jövedelme [a kérdéseinkre adott válaszok szubjektív elemeit sem kizárva] jelentősen elmarad a 2002-2006 közötti periódusra meghatározott magyarországi létminimumhoz szükséges jövedelemtől. E tekintetben – noha a vizsgált népességben csak valószínűsítjük a romák nagy arányát – célszerű Babusik és Papp (2002) a romák egészségi állapotával és az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáféréssel foglalkozó közleményének adatait emlékezetbe idézni, amely adatok az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium 2004 nyarán befejezett reprezentatív minta elemzésén alapulnak. Eszerint „a legalsó jövedelmi tized esetén a roma családok egy főre eső jövedelme nem éri el a négyezer forintot (!), a legfelső jövedelmi tizedben ez az összeg ötvenezer forint körüli”. Ugyancsak célszerű azt is tudnunk, hogy az Ózdi Kistérség Magyarország 174 kistérsége közül a 13. leghátrányosabb helyzetű (MTA 2011). Mindezek alapján korábbi állításunk akkor is megáll, ha figyelembe vesszük a vizsgált munkanélküliek becsléssel is alig megítélhető ún. jövedelemszerző alkalmi tevékenységét, az ún. egyszeri (pl. anyasági) segélyeiket, vagy házkörüli kiskertjeikből, esetleges állattartásukból eredő

jövedelmét. A „semmilyen támogatást nem kapók” (a válaszadó, csaknem valamennyi munkanélküli 21%-a) megélhetési forrásait a fekete, a szürke, vagy esetleg az ún. láthatatlan gazdaságban lehet/kell keresni. Az ilyen módon szerzett jövedelmek azonban elfogadott módszerekkel nem voltak elemezhetőek. Figyelembe véve a munkanélküliek anyagi támogatását (segélyeit), lehetőségeit, az Ózdi Kistérségben a munkanélküliek többsége (vizsgálatainkkal kielégítő pontossággal nem meghatározható aránya) „mélyszegénységben” él. Ezt a roma telep lakásaiban tett helyszíni szemléink valószínűsítették (Hegedűs és mtsai 2010, 2011).

Iskolázottság, képzettség a munkanélküliek jövőjének (pl. foglalkoztathatóságának) kiemelten fontos tényezője. A munkanélküliségi ráta ismeretesen fordítva arányos a képzettséggel (Ungváry 1993; Koupilova és mtsai 2001; Ungváry és mtsai 2002, 2008; Erdélyi és mtsai 2002; KSH 2007; Bacikova-Sleskova és mtsai 2007; BMJ Editorials 2009). Az Ózdi Kistérségben válaszadó férfiak egyötöde, a nők több mint egyharmada a 8 általánost sem végezte el. A válaszadók fele végzett 8 általánost, egyötöde szerzett szakmunkás képzést; mindössze ~ 4%-ának van középiskolai, és senkinek nincs főiskolai vagy egyetemi végzettsége. Tekintve, hogy a vizsgált kohorsz egy kisebb részének birtokában levő szakmunkás képzettség a korábbi nehéziparhoz kapcsolódó munkakörökre képesít, az Ózdi Kistérség munkanélkülijei új, szakképzettséget igénylő munkahely esetén képzésre, átképzésre szorulnak. A feladat megoldása azonban az ország más térségeiben élő munkanélküliekéhez viszonyítva is nehezebbnek tűnik. Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek képzettsége nemcsak az országos átlagot el nem érő vagy alig elérő, hanem a kis földterületeken, de kizárólag vagy meghatározó módon földművelésből élő, illetve a mezőgazdasági nagyüzemekben foglalkoztatott dolgozóktól, hanem a nagyvárosokban élő munkanélküliekétől is elmarad. (Bereczki és mtsai 2003, Szakmáry és mtsai 2003, Grónai és mtsai 2004, Felszeghi és mtsai 2004, Ungváry és Szakmáry 2004). A munkanélküliek alapképzettségét elemzéseink szerint eredeti lakóhelyi környezete, illetve ennek lehetőségei is nagymértékben befolyásolják. Ez azt is jelenti, hogy a jobb foglalkoztatási lehetőséget biztosító nagyobb városokban – ha mobilitási készségük és lehetőségük ezt lehetővé is tenné – az ottani munkanélküliekkel a munkahelyért való versenyben jelentős hátrányban lennének (Ungváry és mtsai 2002). Úgy tűnik, hogy képzettségük a viszonylag könnyebben

elsajátítható földművelés vonatkozásában is hátrányt jelent számukra, minthogy a vizsgált kétféle mezőgazdasági termelésben részt vevő dolgozók képzettsége is jelentősen meghaladja az Ózdi Kistérségben dolgozókéét. Szakképzettségükből eredő foglalkoztatási lehetőségeik, képzettségük lehetőségeinél is rosszabb. Hármashátrányban vannak a vizsgált kategóriákkal szemben. Ipari szakképzettségük (mint említettük) a térség korábbi profiljának megfelelő; ez a tevékenység az ország más kistérségeiben is megszűnt, illetve jelentősen beszűkült. Mezőgazdasági szakképzettsége 100 közül kevesebb, mint egy főnek van; ez a mezőgazdaságban való szakképzettséget igénylő munkakörökben való elhelyezkedést gyakorlatilag elérhetetlenné teszi. Az iskolázottság, szakképzettség hiánya csaknem valamennyi korosztályt és mindkét nemet sújtja. Kérdés: kifejezetten alacsony szintű iskolázottságuk, képzettségük elégséges lesz-e a kistérség munkanélküliei többségének a társadalmi felzárkózásukat biztosító foglalkoztatásukhoz?

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők, egészségi állapot, munkavégzésre való alkalmasság elemzése az Ózdi Kistérség munkanélküliei körében. A munkanélküliek egészségi állapotától függő munkavégzésre való alkalmasságukat befolyásoló tényezők közül az első két helyre a szegénységet és az alacsony szintű iskolázottságot, képzettséget tesszük. Mindkét tényező önmagában is bizonyítottan egészségkárosító (Ungváry 1993; Tomatis 1997; Ungváry és mtsai 1997, 1999, 2002, 2005, 2008; Morvai és mtsai 1999; Blakley és mtsai 2004; Bacikova-Sleskova és mtsai 2007; Faragó 2007). A két tényezővel fejezetünkben a későbbiekben még részletesen foglalkozunk. Elemezve az alfejezetbe tartozó területeket, rámutattunk a munkanélküliek erősen kifogásolható személyi higiénés szokásaira, helyzetére (fogmosás, fogápolás, tisztálkodás gyakorisága, fehérműváltás, meleg folyóvízes fürdés, hálózati ivóvíz hiánya stb.), valamint aggályos életmódbeli jellemzőire (nagydohányosok aránya nagy, többségük rendszeres testmozgást nem végez, 21%-uknak nincs lehetősége a napi háromszori étkezésre). Mindezekre ehelyütt csak utalunk. Foglalkozás-szakorvosi vizsgálattal (beleértve az anamnézist, a szokásosnál részletesebb explorációt is) megállapítható volt, hogy a vizsgálatokon megjelent férfiak 9,3%-a, a nők 29,3%-a egészségi állapota miatt nem bizonyult alkalmasnak a „pályázott” munkakör betöltésére. Ezek jelentős aránynövekedések, mert a foglalkoztatottak esetében ezek az arányok 5

%₀ és 3% között mozogtak. A Kistérségben regisztrált adatok viszonylag jó egyezést mutatnak az ebben az időben Tengizbe munkavállalásra jelentkező munkanélküliek adataival; fontos megjegyezni: a Tengizbe jelentkezők többsége Észak-Magyarországról került ki (Ungváry és mtsai 1997). Az Ózdi Kistérség orvosi kezelésre szoruló munkanélkülijeinek aránya más térségek (nagyvárosok, főváros) munkanélkülijei, továbbá a nagyüzemi mezőgazdasági dolgozók, kis földterületen gazdálkodók, törpe-, aprófalvak, tanyák lakói orvosi kezelésre szorulóinak arányát erősen szignifikánsan ($P < 0,001$) meghaladja. Számításaink (OR értékek) arra mutatnak, hogy az összes többi csoport e tekintetben jelentősen kedvezőbb helyzetben van. Ha az összehasonlítást megfordítjuk, akkor úgy is fogalmazhatunk, hogy az Ózdi Kistérség munkanélküli férfijainak 3-5-ször, munkanélküli nőinek 2-3-szor nagyobb az esélye ($P < 0,001$), hogy betegsége miatt állandó orvosi kezelésre szoruljon, mint az említett csoportok vizsgálati alanyai. Hasonló számított, becsült adatot az irodalomban nem találtunk, bár a 2000-s évek első évtizedében már több nemzetközi közlemény is beszámol a munkanélküliség egészségkárosító hatásáról (Mathers és Schofield 1998, BMJ Editorials 2009). Alkalmazott vizsgálataink ezúttal is igazolták, hogy a munkanélküliség megnöveli a munkanélküliek egészségkárosodásának gyakoriságát és egyszersmind a munkanélküliek között az egészségi okokból munkavégzésre alkalmatlanok számát. Eredményeink a még 1993-ban leírt hipotézisünket megerősítették. Visszaigazolták, hogy a munkanélküliség stresszor-hatást kifejtve, distresszt és a distresszhez kapcsolódó pszichoszomatikus, magatartási vagy pszichiátriai megbetegedést okozhat. Az eredményekben bemutatott, a munkavégzést gátló megbetegedések többsége számos irodalmi és tankönyvi adat szerint pszichoszomatikus eredetű (Cohen és mtsai 2007, Kopp és Berghammer 2009, Ungváry és Morvai 2010). Ez azért is fontos, mert az egyes szerveket, szervrendszereket, funkciókat károsító megbetegedéseket megelőző distressz (korunk pestise – Brundtland 2001, WHO 2001, Ungváry és mtsai 2008, Ungváry 2009) önmagában is munkavégzésre való alkalmatlanságot idézhet elő. Emellett úgy gondoljuk, hogy számos esetben az extrém méretű dohányzás magatartási zavarnak, esetenként magatartási megbetegedésnek felel meg. Eredményeink alátámasztására, illetve feltételezéseink igazolására sem hazai, sem nemzetközi adatot nem találtunk. Nem találtunk olyan adatokat sem, amelyek az Ózdi Kistérség lakosságának egészségi

állapotával való összevetésre lettek volna alkalmasak. Ez azért lett volna fontos, mert ismeretesen a cigányok (akik a Kistérségben nagy arányban élnek) egészségi állapota rosszabb, születéskor várható élettartama rövidebb, mint a magyar lakosságé (Habicsek 1999, Babusik és Papp 2004, 2012; Kósa K és mtsai 2002, Kósa Zs 2006). Összehasonlító vizsgálataink jelzik, hogy mind a fővárosi (Grónai és mtsai 2004), mind a megyeszékhelyi (Felszeghi és mtsai 2004) munkanélküliek, mind a nagyüzemi mezőgazdaságban foglalkoztatott (Bereczki és mtsai 2003), mind a kis földterületen gazdálkodók, valamint az kis- és törpefalvak, tanyákon élő lakosok (Ungváry és Szakmáry 2004) egészségi állapota kedvezőbb, mint az Ózdi Kistérségben élő munkanélkülieké. Összegezve azt állapíthatjuk meg, hogy a 2000-s évek elején az Ózdi Kistérség nemcsak a gazdasági paraméterek alapján (KSH 2004, 2006A), hanem közegészségügyi-járványügyi biztonsága, munkanélkülieinek képzettsége, rossz szociális helyzete, kifogásolható személyes higiénés szokásai, lehetőségei, aggályos életmódja és egészségi állapota, valamint az átlagosnál jelentősen gyakoribb munkavégzésre való alkalmatlansága miatt is a leghátrányosabb helyzetű Kistérségek közé sorolható be (Hegedűs és mtsai 2010, 2012). Ezek alapján indokoltnak ítéltük a Kistérség rendkívül hátrányos helyzete okainak megismerését/feltárását, különös tekintettel a munkanélküliek nagy arányát képező, mélyszegénységben élő romák és a feltételezetten kedvezőbb életkörülmények között élő magyar munkanélküliek közegészségügyi biztonságát és egészségi állapotát jellemző paraméterek összehasonlítására.

ad 3-5 Az Ózdi Kistérség roma és magyar munkanélküliei közegészségügyi biztonságának, szociális helyzetének, iskolázottságának, egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, testi és lelki egészségi állapotának munkavégzésre való alkalmatlansága gyakoriságának összehasonlító elemzése

Az első és második célkitűzés alapján az előzőekben megfogalmazott feladat megoldására a magyar és roma munkanélküliek jelen alfejezetekben vizsgálat tárgyává tett kérdések magválaszolásával és elemzésével vártunk válaszokat. Eredményeink igazolták, hogy az Ózdi Kistérség munkanélküliei hátrányos közegészségügyi és egészségügyi helyzete elsősorban a mélyszegénységben élő nagyarányú roma és jóval kisebb arányban (de létező) mélyszegénységben élő magyar munkanélküliekhez köthető.

Közegészségügyi biztonság összehasonlítása – a magyar és roma munkanélküliek in-door és out-door lakókörnyezeti, higiénés helyzete. Vizsgálataink során nyert adatokkal arra a kérdésre kívántunk válaszolni, hogy az ózdi és Ózd környékén élő munkanélküliek országosnál is rosszabb közegészségügyi-járványügyi biztonsága, in-door és out-door lakókörnyezeti higiénés, tanulást és egészségi állapotot befolyásoló helyzete magyarázható-e a térség munkanélkülijei között élő nagyarányú roma munkanélküli jelenlétével. Eredményeink rövid összegzése arra mutat, hogy a megfogalmazott kérdésekre egyértelmű igennel lehet válaszolni. A roma munkanélküliek közegészségügyi-járványügyi biztonsága (hálózati ivóvízzel való hiányos ellátottsága, a vízellátás hatása a személyi higiénére, fürdésre, tisztálkodásra, táplálkozásra, vízszükséglet kielégítésére, mosogatóra, továbbá a korszerűtlen fűtés aránya, épületek minősége, WC-k, árnyékszék minősége, elhelyezkedése, az in-door és out-door környezetben rágcsálók, rovarok előfordulásának aránya stb.) alacsonyabb szintű, mint a magyaroké. Hasonlóképpen az in-door lakókörnyezet higiénés helyzete, tanulásra való alkalmatlansága, a lakosok egészségi állapotára való káros hatása (lakások mérete, szűfolttsága, egy személyre jutó lakásterület m²-ben, az olvasásra alkalmas ülőhelyek és a pihenésre alkalmas fekvőhelyek aránya stb., a korszerűtlen padozat aránya, falak nedvesedése, penészesedése miatt) **(8, 9, 10, 11, 12. ábra)** rosszabb, mint a magyar munkanélkülieké (Hegedűs és mtsai 2014A). A közkifolyóról vehető ivóvíz jelentősége közegészségügyi-járványügyi szempontból kiemelkedően fontos. A cigánytelepeken kivétel nélkül közkifolyóról lehet ivóvízhez, ételek főzéséhez, fürdéshez, mosogatóhoz feltétlen szükséges „ivóvíz minőségű” vízhez jutni. Egyik azonnali beavatkozást igénylő feladat a hálózati ivóvízhez jutás biztosítása. Meglepő módon a közkifolyók közegészségügyi-járványügyi biztonságát fenyegető kérdésével a különböző roma-stratégiák is csak alig, vagy egyáltalán nem foglalkoznak (EU Bizottság 2011, KIM 2011, Furmanné és Szabóné 2011). Noha elsősorban roma problémát jelent, mert a romatelepeken csak közkifolyó van (Ungváry és mtsai 2005), ebben a Kistérségben azonban a kistelepülések közül mindössze négyben 100%-os a vezetékes vízzel való ellátás, és több kis településen a falu lakosságának csak fele, sőt ennél is kisebb része, mindössze egytizede jut vezetékes ivóvízhez (TÁMOP-5.2.1/07/1 2008, illetve jegyzői adatlapok).

Összegezve úgy ítéljük meg, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek közegészségügyi- járványügyi biztonsága, tanulásra alig vagy nem alkalmas in-door környezethigiénés helyzete, egyebek közt, de meghatározó módon azért rosszabb az ország számos más térségében élő munkanélküliének hasonló paramétereivel összevetve, mert az Ózdi Kistérségben az ezekkel a nehézségekkel nehezebben megküzdő, a társadalom periferiájára sodródott roma munkanélküliek aránya nagyobb. Megjegyezzük: az itt élő magyar munkanélküliek egy kisebb részének a közegészségügyi-járványügyi biztonsága nem különbözik a romákétól (Hegedűs és mtsai 2014A).

Szociális helyzet. A magyar és roma munkanélküliekhez tartozó ellátottak csoportjainak összlétszámában szignifikáns különbség van, a romák által ellátottak lélekszáma 1,5-2,1-szer nagyobb a magyarokénál. Vizsgálataink idején (2010-2012) a magyar, illetve a roma munkanélküliek, valamint a velük egy háztartásban/családban élők egy személyre jutó havi jövedelme egyetlen esetben sem érte el a létminimum összegét. A magyar és roma háztartások havi összjövedelmében nincs különbség, de a romák havi egy főre jutó jövedelme szignifikánsan kisebb, mint a magyaroké. Vizsgálataink idején a magyar, illetve a roma munkanélküliek és eltartottjaik havonta a létminimum 53,1%, illetve 42,9%-ából kellett, hogy megéljenek (Hegedűs és mtsai 2014B, Ungváry és mtsai 2014). A magyar és roma munkanélküliek becsült jövedelmének részletesebb ún. (réteg) elemzését is elvégeztük, melyet az 5. 3. 1. pontban részleteztünk. Az ott leírtak, valamint a 14. számú lábjegyzetben tett megjegyzés figyelembevételével is evidencia: a roma munkanélküliek többségének, de a magyar munkanélküliek egy részének „jövedelme” becsléseink szerint a megélhetést alig vagy nem biztosítja (Hegedűs és mtsai 2014B). Noha a 2002 és 2012 között hatályba lépett számos új jogszabály változása miatt elsősorban az egy főre jutó összegek jelentősen meghaladták a ~10 évvel korábban regisztrált (becsült) összegeket (5800 Ft/fő), olyan paramétert azonban, amely a megnövekedett összegnek az életminőség érezhető javulására utalt volna nem találtunk. Figyelembe véve, hogy az általunk vizsgált munkanélküliek általunk becsült átlagos jövedelme a magyarok esetében ~33 000Ft/fő/hó, a romák esetében ~27 000Ft/fő/hó volt, ez azt jelentette átlagosan a létminimum 30-40%-ából kellett megélniük. Ha a munkanélkülieket jövedelmük szerint „rétegeztük”, akkor azt lehetett

megállapítani, hogy a létminimum alsó 10-20%-át kézhez kapó munkanélküliek megélhetéséhez magyarok esetében a létminimum 18%-a, a romák esetében a létminimum 16%-a volt biztosítva. Evidencia: ezek az emberek és eltartottjaik mélyszegénységben élnek. Ez akkor is valószínű, ha figyelembe vesszük adataink alkalmazott módszereiből adódó hibáit, vagy ha azt is tudjuk, hogy 2002 és 2012 között a létminimum összege ~kétszeresére nőtt, a munkanélküliek durva becsléssel meghatározott jövedelme a 2002-ben kalkulált 5800 Ft-ról 4-5-szörösére nőtt. Fontos még hozzátenni: a vizsgált munkanélküliek által közölt adatok alapján az általunk becsült összegek egyetlen munkanélküli, illetve egyetlen általuk eltartott személy jövedelme sem érte el a létminimum összegét ebben a vizsgálati sorozatban sem.

A munkanélküliséggel együttjáró, vagy éppen a munkanélküliség okozta szegénység értekezésünk fő kérdéseinek megválaszolása szempontjából különleges helyet foglal el. Különösen azért, mert a szegénység önmagában is egészségkárosító (Tomatis 1997, Gwatkin és mtsai 1999, Blakley és mtsai 2004). A szegénység és a Kistérségben a cigány lakosság esetében a szegénységből fakadó kényszer okozta higiénés hiányosságok a heveny fertőző betegségek melegágya. Magyarországon különösen a hepatitis A vírus mögött áll a zsúfoltság (OEK-EPINFO 2006-2012). Népegészségügyi szempontból azonban talán ennél is jelentősebb, hogy pl. a szegénység és a daganatos megbetegedések közötti szoros korrelációt a WHO Lyonban működő rákkutató ügynökség (angol nyelvű rövidítése: IARC) egykori vezérigazgatója, Tomatis professzor már 1997-ben leírta. Nincs kétség több más krónikus nem fertőző, és egyéb halálos kimenetelű megbetegedések gyakoriság növekedése és a szegénység között sem (Gwatkin és mtsai 1999, Blakley és mtsai 2004). A másik, a hátrányos helyzetű embercsoportok egészségét fenyegető tényező az alacsony szintű képzettség (Fragó 2007, Bacikova-Sleskova 2006), ami többnyire ugyancsak a cigányságot érinti, és amelyek gyakran egymáshoz kapcsolódva a megbetegedések gyakoriságát tovább növelik. Kósa és Ádány (2002) úgy vélik, egyre több a bizonyíték, miszerint „az egészségi állapot a genetikai és biológiai faktorok mellett az egyén autonóm döntésének hatókörébe tartozó életmódi elemek (dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás, testmozgás stb.), illetve az inkább társadalmi szinten befolyásolható környezet, kultúra, valamint az egészségi állapottal nagyon jelentős összefüggést mutató társadalmi-

gazdasági tényezők (iskolázottság, jövedelem, foglalkoztatás” – tegyük hozzá a munkanélküliség – „igen jelentős mértékben befolyásolják.” A szegénység megítélésével (kérdése, de legalábbis alapvető részleteinek megítélésében) az állami vezetés, az EU vezetése és a különböző nemzetközi és hazai programok (Európai Bizottság 2010; WHO 2001; Világbank 1999, 2002; KIM 2011) a Magyar Tudományos akadémia (MTA 2011), továbbá a szakterület kiváló kutatói (Jahoda 1981; Bánfalvy 1989; Kertesi 1995, 2002; Havas és Kemény 1995; Kemény 1997, 2001; Tomatis 1997; Gyukits és Ürmös 2002; Ladányi és Szelényi 2002; Babusik és Papp 2004; Kósa Zs 2006; Bacikova-Sleskova és mtsai 2007, Kósa és Ádány 2007; Fésüs és mtsai 2010; Furmanné P és Szabó 2011; Roelf és mtsai 2011) vagy éppen munkacsoportunk tagjai (Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1997, 1999, 2002, 2005; 2009, 2014, Morvai és mtsai 1999; Szakmáry és mtsai 2007, Hegedüs és mtsai 2010, 2012, 2014A, 2014B) valamennyien egyetértenek. Mégis utalunk itt elsősorban az Eredmények fejezetének 5. 6. pontjára, valamint a Megbeszélés fejezet releváns diszkusziójára, amelyek szerint az előrelépés még mintegy tíz éve EU tagországában (mint Magyarország) is meglehetősen szerény vagy éppen nem is érzékelhető. Meggyőződésünk: a foglalkoztatás-munkanélküliség-szegénység, a munkanélküliség és alacsony szintű képzettség, a szegénységből való kitörés a cigány, de már egy kisebb, de nem jelentéktelen számú magyar népességi csoportnak a társadalom perifériájáról az alkotó munkás társadalomba, hazánk döntéshozói mellett mindnyájunk első számú megoldásra váró problémája. A probléma jelentős. Ladányi és Szelényi (2002) szerint Magyarországon a cigányok középosztályhoz való felzárkózása megindult ugyan, de többségüket az under-caste-osodás fenyegeti. Mi hozzátesszük: ez az út egyszerűsített a megakadályozandó elmélyülő népegészségügyi problémákat felvető utak egyike is.

A magyar és a roma munkanélküliek iskolázottsága, képzettsége, tanulási feltételeinek összehasonlítása. Ismételten utalunk arra, hogy minél alacsonyabb szintű egy népesség iskolázottsága, annál nagyobb arányú a munkanélkülisége (Kemény és mtsai 1996, Kemény 2001; Ungváry és mtsai 2002, 2005; Bacikova-Sleskova és mtsai 2007; Szakmáry és mtsai 2007, 2012). Egy adott népesség iskolázottsági szintje ugyanis meghatározza a népesség szakmai képzettségének szintjét (Havas és Kemény 1995, Kemény és mtsai 1996; Bacikova-Sleskova és mtsai 2007; Szakmáry és mtsai 2007,

2012; Hegedűs és mtsai 2010, 2011). Ezt az összefüggést igazolják a jelenlegi eredményeink is. A 8 általánosnál kevesebb osztályt végzők aránya a romák között nagyobb, a nemzetgazdaság valamely ágában való elhelyezkedésre szóló jogosítványú szakmunkás képzettségűek aránya viszont jelentősen a magyar munkanélkülieké alatt marad (**9. táblázat**). Mindez a romák foglalkoztathatóságát és jövőbeli kerestetük növekedési esélyeit rontja. A munkanélküliségből való kitörést, a gettósodás elkerülését, a megfelelő életminőséget, csakis a megfelelő jövedelmet biztosító foglalkoztatás eredményezheti. Ezt azonban csakis az iskolázottság megfelelő szintjével lehet elérni. Ehhez a foglalkoztatáshoz szükséges „vízvázostó” iskolázottság a főiskolai, egyetemi, de legalább a középfokú szakiskolai végzettség, érettségi. Adataink nemcsak azt bizonyítják, hogy ennek a feltételnek a teljesítésétől a vizsgálatba bevont roma munkanélküliek távol állnak, hanem azt is, hogy lakókörnyezetük által biztosított tanulási feltételeik még az általános iskola sikeres befejezéséhez is alig vagy egyáltalán nem megfelelőek. A lakások zsúfoltsága, az olvasáshoz, tanuláshoz elégtelen számú ülőhelyek, az olvasáshoz nem elégséges megvilágítás ezt nyilvánvalóvá teszik. (**8, 12. ábra**). Ez a sok hibát eredményező közegészségügyi, lakókörnyezeti higiénés inszufficiencia a **19. ábrán** bemutatott első hibás kör meghatározó állomása, mert nemcsak a jelenlegi helyzet konzerválását, hanem a második generációs munkanélküliek számának növelésével, a társadalom perifériájára sodródott elsősorban cigány, de a ma már mélyszegénységben élő magyar munkanélküliek még viszonylag kisebb csoportját is tovább bővíti. Megjegyezzük: a tanulási feltételek a telepeken élő romák részére nem biztosítottak, ugyanakkor a telepszerű elrendezésben élő roma munkanélküliek többségének, a magyar munkanélküliek kisebb részének tanulási feltételei is hasonlóak (Hegedűs és mtsai 2014). A képzettség, iskolai végzettség jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Munkacsoportunk álláspontját a képzettség jelentőségéről az előzőekben idézett szerzők (Havas és Kemény 1995; Kemény és mtsai 1996; Kemény 2001; Bacikova-Sleskova és mtsai 2007) mellett számos más kutató is osztja (Erdélyi és mtsai 2002, Kemény 1997, 2001; Kertesi 2002; Kertesi és Varga 2005). Ladányi és Szelényi (2002) hangsúlyozza, hogy Magyarország, Románia és Bulgária roma állampolgárai a munkaerőpiacról valamennyien képzettségükkel fordítottan arányosan kerülnek kirekesztésre. Vagyis: minél alacsonyabb az iskolázottsági szintjük, annál inkább ki

vannak rekesztve a munkaerő piacról, annál nagyobb arányuk munkanélküli. Közleményük érdekessége, hogy az általunk e tekintetben is súlyosnak ítélt magyarországi helyzet (és úgy gondoljuk a valóságnak ez megfelel) szerzők szerint kevésbé súlyos mint a romániai vagy a bulgáriai. Magunk részéről hangsúlyozni kívánjuk, hogy nem lehet a képzettség javításáról úgy beszélni, hogy a képzést és a tanulási lehetőséget nem együtt kezeljük. Ne tűnjön szentségtörésnek, de csak az integrált oktatással nem csak nem segítjük a roma gyerekek képzettségének felzárkóztatását, de még akadályozzuk is. Aligha igényel magyarázatot, hogy a telepekről iskolába járó gyerekek óriási hátránnyal indulnak, s az integrált oktatás csak frusztrálódásukat fogja facilitálni. Ezért – egyetértve a hazai releváns programokkal (KIM 2011) – szükség van egy felzárkóztató képzésre, de ez sem elég. Emellett fontos a tanulás feltételeinek biztosítása. A romák in-door lakókörnyezete többségük (a telepi romák esetében kivétel nélkül mindegyiküké) alkalmatlan a tanulásra. A megoldás az USA néger gettók felszámolására kidolgozott oktatási programjából (pl. iskolabuszos szállítás, iskolaotthonos tanulás) ismert. A látszólag értekezésünkbe nem tartozó mondatokat álláspontunk kifejtése mellett azért tartjuk fontosnak, mert a képzettség hiányának direkt egészségkárosító, illetve élettartamot megrövidítő hatása bizonyított (Faragó 2007, Bacikova-Sleskova és mtsai 2007).

A magyar és roma munkanélküliek személyi higiénés szokásainak, helyzetének, életmódjának összehasonlítása. Személyi higiénés szokások, életmód. A magyar és roma munkanélküliek egészségi állapotát befolyásoló személyi higiénés szokásai, életmódja, munkanélküliségük hatása családjaik életére, napi tevékenységükre, anyagi szociális helyzetükre, munkavégzésre való egészségi alkalmasságukra (itt együtt: életminőségükre) mindkét népeségi csoportban erősen kifogásolható vagy aggályos, de a két csoportban a jellemző paraméterek átlaga (legtöbbször aránya) különbözik. Életminőségüket jellemző indikátor paramétereik többsége szignifikánsan különbözik és ez a különbség a romákra nézve hátrányos. Ezek alapján az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek az országos átlaghoz viszonyított rosszabb életminősége, egészségi állapota számokkal igazolhatóan is a Kistérségben élő nagyszámú, nagyarányú roma munkanélküliekhez kötött (Hegedűs és mtsai 2014). Egyidejűleg megállapítható volt azonban az is, hogy a szignifikánsan különböző indikátor paraméter-párok viszonyítási

alapja (a magyar munkanélküliek aránya) az esetek többségében nem elhanyagolható, többnyire eléri a roma munkanélküliek arányának 10-50%-át. Ha ehhez hozzátesszük, hogy több aggályos mértékű indikátor paraméter-pár között nincs szignifikáns különbség, akkor (becsléssel) arra is következtetnünk kell, hogy a magyar munkanélküliek ~ 1/10-1/3-a a túlnyomó többségében mélyszegénységben élő roma munkanélküliek aggályos személyes higiénés helyzetéhez, egészségtelen életmódjához, rossz egészségi állapotához hasonló életkörülmények között, hasonló életminőséggel jellemezhetően él. Mindezek alapján összességében úgy ítéljük meg, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek a vizsgált tényezők vonatkozásában elsősorban ugyan az ország más térségeiben élő magyar munkanélkülijeinél rosszabb helyzetben levő roma munkanélküliek nagyarányú jelenlétével függ össze, de – nem elhanyagolható mértékben – a cigány munkanélküliekkel azonos életminőséggel jellemezhető magyar munkanélküliek 1/10-1/3 részéhez is kötődik (Hegedűs és mtsai 2014B). Megjegyezzük: az Ózdi Kistérségre vonatkozó eredményeink számszerűen támasztják alá azokat a magyarországi cigányokra vonatkozó megállapításokat és megoldandó feladatok szükségességét, amelyeket kitűnő kutatók (Kósa Zs 2006, Kósa és Ádány 2007), nemzeti és nemzetközi programok (WHO 2001, KIM 2011) állapítottak meg.

A magyar és roma munkanélküliek egészségi állapotának összehasonlítása. A megkérdezettek túlnyomó többsége egészségét jónak ítéli. Ez a válasz tökéletesen ellentétben van a válaszadók ugyancsak túlnyomó többségének másik két válaszával, miszerint mind fizikai, mind szellemi igénybevételi képességüket rossznak ítélik. Véleményük jelentős ellentétességét – explorációs tapasztalataink szerint – a megélhetőséghez szükséges mindenáron való dolgozni akarás magyarázza. Szellemi és fizikai teljesítőképességre adott válaszuk annak ellenére is igaz, hogy a vizsgálatunkon részt vevő munkanélküliek ún. szűréseken való megjelenése gyakoribb, mint az országos átlag, amit Kovács és mtsai (2014) munkájából ismerünk. Ez persze nem ellentmondás. A szekunder prevenció nem akadályozza meg az új betegségek kialakulását, csak regisztrálja azokat. Korábbi és jelenlegi vizsgálatunk eredményei egyértelműen arra mutatnak, hogy az egészségkárosodással összefüggő munkavégzésre való alkalmatlanság gyakoriságának növekedése (különös tekintettel ezeknek a romák közötti nagyobb gyakoriságára) a primer prevenciós megoldások úgyszólván

valamennyi eszköze alkalmazásának nagymértékű inszufficienciájával függ össze (Ungváry és mtsai 2005, 2014; Hegedűs és mtsai 2014B). A primér prevenció csaknem teljes körű hiánya különösen azért aggályos (kiemelten egy nagyon hátrányos helyzetben levő Kistérség munkanélkülijei esetében), mert ilyenformán olyan további tényezőkkel is számolni kell, amelyek közül pesszimális esetben egy is oka lehet egy nemkívánatos helyzetnek, betegségnek, együttesen pedig, vagy közülük több tényező együttes jelenléte törvényszerűen okoz elfogadhatatlan életminőséget, életkörülményt, közegészségügyi-járványügyi biztonságot, egészségi állapotot és a megbetegedések következményeként munkavégzésre való alkalmatlanságot.

Figyelemmel saját és a nemzetközi irodalom adataira a tartósan munkanélkülieknek a foglalkoztatottakénál rosszabb egészségi állapotához az alábbiak járulhatnak hozzá:

- a szegénység nemcsak heveny, hanem a krónikus nem fertőző megbetegedések gyakoriságát is megnöveli (OEK-EPINFO 2006-2012, Gwatkin és mtsai 1999, Blakey és mtsai 2004, Tomatis 1997);
- a munkanélküliség önmagában is egészségkárosító hatású (Ungváry 1993; Baretley 1993; Ungváry és mtsai 1997,1999, 2002, 2014; Morris és mtsai 1994; Mathers és Schofield 1998; Morvai és mtsai 1999; Inove és mtsai 2007; Bambra és Eikerno 2009; Bambra 2010; Hegedűs és mtsai 2011, 2012; Lo és Cheng 2014). A megállapítást jelen eredményeink is alátámasztják, de állításunk igazolására még vissza is térünk;
- a képzetlenség: az alacsonyabb szintű iskolai végzettség a születéskor várható, az átlagosnál rövidebb életkorral – és értelemszerűen a halálos kimenetelt megelőző korai megbetegedésekkel – társul (Bacikova-Sleskova és mtsai 2007; Faragó 2007);
- a romák születéskor várható életkorát a magyar lakosságénál mintegy 10 évvel rövidebbre becsülik (Babusik és Papp 2002, Babusik 2004); lásd még: **5. ábra** (Ungváry és Hegedűs 2014);
- a romák egészségi állapota kedvezőtlenebb, mint a magyar lakosságé (Stewart 1993-1994; Puporka és Zádori 1998; Világbank 1999, 2002; Prónai 2000; Gyukits 2001; Gyukits és Ürmös 2002; Kósa K. és mtsai 2002; Babusik 2004; Kósa Zs. 2006, Kósa K. és Ádány 2007; Kósa Zs. és mtsai 2007).

Mindezek csaknem obligát módon társulnak a Kistérségben élő munkanélküliek életéhez, egymással szoros kölcsönhatásban vannak és (amint már jeleztük) egy olyan egymás hatását erősítő circulus vitiosus csokor (**19. ábra**) kruciális „állomását” képezik, amely a roma munkanélküliek – és legalább részben az Ózdi Kistérség magyar munkanélküliek 1/10-1/3 részét is – egyre kilátástalanabb mélyszegénységbe, a társadalom perifériájára sodorják (Ungváry és mtsai 2014, Ungváry és Hegedűs 2014). Ez utóbbi jelenséget (a mélyszegénységet és a társadalom perifériájára sodródást) a szerzők sora – többé-kevésbé más utak, zsákutcák felrajzolásával – tárta fel (Komlósi és mtsai 1985; Stewart 1993; Kertesi 1995; McKee 1997; Dupcsik 1999; Habclicsek 1999; Morvai és mtsai 1999; Gyukits és Ürmös 2002; Koupilova és mtsai 2001; Kemény 2001; Polónyi 2002; Ladányi és Szelényi 2002; Kósa K és mtsai 2002, Kósa K és Ádány 2007; Hegedűs és mtsai 2003, 2014; Kósa Zs 2006; Szakmáry és mtsai 2007, 2012; Mihály 2009; Masseria és mtsai 2010).

Áttekintve a munkanélküliek egészségi állapotára kérdőíves vagy foglalkozás-orvostan szakorvosi vizsgálattal gyűjtött adatainkat – különös tekintettel a munkavégzésre való alkalmatlanságért felelős betegség-csoportokat – azok és a hazai vezető morbiditási és mortalitási betegség-csoportok között alig vagy nem találunk különbséget (**13A, B, C táblázatok**) (Hegedűs és mtsai 2012, 2014B; OLEF 2009; Kovács és mtsai 2014). A vizsgálataink során regisztrált visszatérő panaszok, illetve a munkavégzésre való alkalmatlanságot okozó megbetegedések további elemzése arra utalnak, hogy a munkanélküliek betegségeinek túlnyomó többsége (lényegében nemtől, életkortól, etnikumtól függetlenül) distresszhez kapcsolódik, de legalábbis kapcsolódhat. Megemlítjük: munkacsoportunk több mint 20 évvel ezelőtt felvetette – és koncepcióját/hipotézisét részletesen indokolta – miszerint a munkanélküliség (mind a kreatív és mind a megélhetést biztosító munka egyidejű elvesztése és következményei miatt) egy durva stresszorként vagy inkább egy durva, időről időre változó stresszor-sorozatként hat, amely vagy amelyek hatásaival a munkanélküliek egy része nem képes megküzdeni, és emiatt esetükben előbb vagy később distressz és distresszhez kapcsolódó megbetegedések jelennek meg (Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1999, 2002; Morvai és mtsai 1999). Az Ózdi Kistérség munkanélküliei közötti diagnosztizált nagyszámú pszichoszomatikus megbetegedés is igazolja, hogy a munkanélküliség

indukálta egészségkárosító tényezők stresszorként, stresszor-sorozatokként hatva distresszen át idézik elő a legkülönbözőbb megbetegedéseket. Ezért munkacsoportunk hipotézisének további igazolását szolgáltatva, egy Kistérségben végzett vizsgálatok alapján arra következtetünk, hogy a munkanélküliség egészségkárosító hatásában a distressznek meghatározó szerepe van, a munkanélküliség egészségkárosító hatása jelentős mértékben stresszor-sorozat előidézte distressz következménye. Ez az eredményünk (Ungváry és Hegedűs 2014, Hegedűs és mtsai 2014B) jól összhangban van Lo és Cheng (2014) közleményével, miszerint egy 15 éves perióduson át az Amerikai Egyesült Államokban a munkanélküliség megnövekedése idején a lakosság soraiban a munkanélküliség arányának növekedésekor megnő a pszichoszomatikus megbetegedések gyakorisága.

A magyar és roma munkanélküliek munkavégzésre való alkalmassága gyakoriságának összehasonlítása. A munkavégzésre való alkalmasság/alkalmatlanság kérdésével – minthogy a munkanélküliek foglalkoztathatósága a mélyszegénységből, emberhez méltatlan életkörülményekből, életminőségből való kiemelkedésének egyik legfontosabb tényezője – az előzőeknél részletesebben foglalkozunk. Előljáróban emlékeztetünk a vizsgált népesség csoportjainak jellemző tulajdonságaira. Csoportjaink (mind a magyar, mind a roma munkanélküliek csoportja) egészségi állapotát a velük azonos körülmények között élő lakosságénál jobbnak gondoltuk és vártuk, minthogy ezek a munkanélküliek egyrészt annak reményében vettek részt a vizsgálatokon, hogy munkavégzésre alkalmasak. Másrészt a munkavállalásukhoz szükséges foglalkozás-orvostani vizsgálatok révén egy rendszeresen orvosi vizsgálaton részt vevő, szűrt népességről van szó. Ezért a fizikai munkára való alkalmatlansággal korábban kiszűrt betegek ismételen már nem jelennek meg a munkavégzési képességet megítélő vizsgálatokon. Vagyis egyfajta sajátos „healthy worker effect” érvényesül a vizsgálandó populációban. Mindezek ellenére a vizsgált munkanélküliek egészségi okok miatti, a szokásosnál is jelentősen gyakoribb munkavégzésre való alkalmatlanságukkal való szembesülésünket – elsősorban saját korábbi, már közölt eredményeink ismeretében – nem tartottuk váratlannak. Az Ózdi Kistérségre vonatkozóan adataink közül az egészségi okok miatti munkavégzésre való alkalmatlanság gyakoriság növekedését a Kistérségben élő (főként roma) munkanélküliek aggályos közegészségügyi-járványügyi

biztonsága, a roma telepeken élők emberhez nem méltó életkörülményük, zsúfolt lakásaik, erősen kifogásolható in-door higiénés viszonyaik, megfelelő keresetet biztosító állapothoz szükséges képzetlenségük úgyszólván evidenssé teszi (Ungváry és mtsai 1997, 2005, 2014; Hegedűs 2000, 2003; Hegedűs és mtsai 2010, 2011, 2012; Szakmáry és mtsai 2007). Ha mindezek mellett figyelembe vesszük a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben végzett vizsgálataink eredményeit, a Kistérség munkanélkülieinek a munkavégzésre való alkalmatlanságának nagy gyakorisága aligha szorul magyarázatra. Bemutatott eredményeink szerint a roma munkanélküliek egészségkárosodásához kötött munkavégzésre való képtelenségének esélye több mint kétszer nagyobb, mint a magyar munkanélkülieké. Az Ózdi Kistérség munkanélküliei közötti nagyobb gyakoriságú, a kedvezőtlen egészségi állapoton alapuló munkára való alkalmatlanság elsősorban a Kistérségben élő roma munkanélküliek nagy arányához kötött. Ez a magállapításunk összhangban van korábbi, a munkacsoport stresszor-distressz hipotézisén (Ungváry 1993) és az erre épülő circulus vitiosus etiológiai koncepcióval (Ungváry és mtsai 2014, Ungváry és Hegedűs 2014).

A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása. Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek lelki egészségkárosodásának gyakorisága megnő. Vizsgálataink eredményeiből kiemeljük, hogy a munkavégzésre alkalmatlanná váló munkanélküliek alkalmatlanságot okozó megbetegedéseinek túlnyomó többsége pszichoszomatikus eredetű (Hegedűs és mtsai 2015). Ezt elsősorban a munkanélküliség stresszor, stresszor-sorozat hatásának, anamnézissel, explorációval, klinikai vizsgálattal történt feltárásával igazoltuk egy nagyon elmaradott, vegyes etnikumú kistérségben. Az elemzéshez felhasznált, ún. papírceruza tesztek a distressz kimutatásával mindezt megerősítik. Eredményünk összhangban van a munkacsoport több mint 20 éve felvázolt koncepciójával (Ungváry 1993), másrészt összhangban van a legújabb nemzetközi irodalmi adatokkal (Paul 2005, Paul és Moser 2009, Lo és Cheng 2014). Igazoltuk továbbá, hogy a magyar és roma munkanélküliek lelki egészségváltozásai között különbségek is vannak. Egyrészt a különbségek kvantitatívak. Nevezetesen különbségek vannak az anamnézissel, explorációval felderített visszatérő vagy állandósuló distresszes panaszok súlyossága és arányai között; a munkacsoportunk által kidolgozott lelki egészségi állapotot felmérő

tesztel szignifikáns különbséget találtunk a munkanélküliség társas kapcsolatokra kifejtett hatásában; logisztikus regresszióval számolva 3,67-szer szegényebb a roma nők társas kapcsolata, mint a magyar nőké. A 30-44 éves női korosztályban a romák közötti kimerültség érzése szignifikánsan gyakoribb volt, míg önbizalmuk szignifikánsan kisebbnek bizonyult a magyarokénál. Az önbizalom csökkenés a férfiak esetében háromszorosan, a nők esetében 2,5-szeresen nagyobb volt a magyar munkanélküliekhez viszonyítva. Lesújtóan jelentős az élet legkülönbözőbb területein (pl. szomszédokkal való kapcsolat, bevásárlás, hivatali ügyintézés) a romákat érő diszkrimináció mértéke. Irodalmi adatok (Branthwait és Garcia 1985, Morell és mtsai 1998, Erdélyi és mtsai 2002, Laitinen és mtsai 2002, Masseria és mtsai 2010) és feltételezésünk alapján azt vártuk, hogy a második generációs munkanélküliek munkaképes korba lépő fiataljait a munkanélküliség érzékenyen fogja érinteni. Vizsgálataink ezt nem igazolták. Mindössze azt állapítottuk meg, hogy a magyar fiatalokat (a különbség nem szignifikáns) a munkanélküliség jobban megrázza, mint a roma fiatalokat. A papír-ceruza pszichológiai vizsgálatok eredményéből viszont fontos kiemelni: a munkanélküliséget valamennyi vizsgálati csoport elutasítja, különbség legfeljebb annyi, hogy a magyar munkanélküliek elutasítása a Lüscher teszt szerint inkább logikai, a roma munkanélkülieké inkább érzelmi alapon történik. Ezt a megfigyelést támasztja alá az a tény, hogy az összes magyar munkanélküli választása a Lüscher teszt 6. helyén jelzett szín esetében a kék, az összes roma munkanélküli pedig a 6. helyre a barna színt helyezte. Ugyanakkor valamennyi csoport esetében megint csak teljes az összhang abban, hogy cselekvőképesek és értelmes életet kívánnak élni, (A Lüscher teszt esetében erre utal a 7. helyre csaknem minden csoport esetében választott szürke szín). A roma és magyar munkanélküliek munkanélküliséget elutasító mozgató háttere (érzelmi vs. logikai alap) érdekes kérdést vet fel. Nevezetesen az esetleges etnikai hatás kérdését. Ehhez kapcsolható Lo és Cheng (2014) már említett közleménye, amelyben azt is leírták, hogy a munkanélküliség által megnövelt pszichoszomatikus megbetegedések gyakorisága nagyobb az USA afroamerikai, mint más népesség-csoportjaiban. Megítélésünk szerint a kérdés további vizsgálatra érdemes ugyan, de fontos lenne a jelenség és az életkörülmények egyidejű elemzése is. A papír-ceruza tesztekkel feltárt eredményeket az orvosi anamnézissel, explorációval alá tudtuk támasztani. Csak megjegyezzük: a

stresszor hatás jelenlétét a Lüscher teszttel is igazoltuk. Egy alapszín – jelen esetben a kék – 6. helyen való elhelyezése Lüscher (1962; 1969) szerint a stressz terheltség és konfliktushelyzet biztos jele is. Ezért arra következtetünk, hogy a magyar és a roma munkanélküliek között a munkanélküliség distresszt okozó hatása mértékének, (jelentőségének) megítélésében különbség van. Ezt Rókusfalvy és mtsai (1971) foglalkoztatott magyar férfiakon és nőkön végzett elemzéseai annyiban támasztják alá, hogy az általuk közölt skálák színsorrendje foglalkoztatottak esetében nem egyezik meg a munkanélküliek esetében összeállított skálák színsorrendjének egyikével sem (**24 táblázat**).

24. táblázat

A nyolc szín preferencia sorrendje – foglalkoztatott magyar férfi és nők adatai

Csoport	Színsor
Foglalkoztatott magyar férfiak 116 fő vizsgálata alapján	2,3,5,4,1,0,6,7
Foglalkoztatott magyar nők 174 fő vizsgálata alapján	3,4,2,5,6,0,1,7

(Forrás: Rókusfalvy és mtsai 1971)

Elemzésünk alapján fontosnak tartjuk kiemelni: a 8 szín színpreferencia átlagsorainak összehasonlításánál tekintetbe kell venni, hogy minél specifikusabb csoportot vizsgálunk, annál pontosabb képet kapunk a csoport affektivitásának jellemzőiről. Jelen esetben a munkanélküli csoportok személyiségének jellemzőire voltunk leginkább kíváncsiak. Ezért volt célszerű a magyar és roma munkanélküliek 8 színválasztási átlagsorait összehasonlítani (**15. ábra**). Az ábrán néhány jellemző különbséget találtunk. Lüscher szerint az első helyen álló szín a szükséges eszközt jelenti, amely a cél eléréséhez kell, a második helyen álló szín a célt mutatja, amelyet a vizsgált személy el akar érni. Ennek tükrében a magyar munkanélküliek eszköze az 5-ös szín első helyen való elhelyezése eszközként a kötelezettség nélküli kapcsolatkésztséget jelöli meg. Céljuk: cselekvés és sikervágy (3-as szín a második helyen). A roma munkanélküliek célja: a kötelezettség nélküli kapcsolatok keresése (5-ös szín a második helyen), eszköze a cselekvésre, vállalkozásra való beállítottság (3-as szín az első helyen) (Hegedűs és mtsai 2015).

ad 6. Az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanélküliek életkörülményeinek/életminőségének változása Magyarország EU- tagországgá válásának idején, illetve a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben

Megállapítottuk, hogy Európa közepén (nemcsak Magyarországon és más országok egy részében, pl. Romániában, a Cseh, a Szlovák Köztársaságban, Bulgáriában) [Koupilova és mtsai 2001; Ladányi és Szelényi 2002; Mihály 2009]), abban az Európai Unióban, amely egyike a világ legerősebb gazdasági hatalmának, amely országainak nagyobbik fele a legősibb demokráciák szülőföldje, az Európában szétszóródva élő, de legnagyobb etnikai kisebbséget alkotó népcsoport, a cigányság, a társadalom perifériájára sodródott, a roma munkanélküliek túlnyomó többségének közegészségügyi-járványügyi biztonsága, egészségvédelme és egészségi állapota aggályos, közegészségügyi-járványügyi helyzete veszélyezteti az olyan Kistérségeket, mint az Ózdi, közegészségügyi és járványügyi biztonságát. 8-10 éves különbséggel az Ózdi Kistérség munkanélkülijei között végzett vizsgálatok eredményeit statisztikailag elfogadható becsléssel összehasonlítva megállapítottuk, hogy a különböző szegénység elleni, illetve ún. roma programok indítása ellenére a mélyszegénységben élő romák (és a magyar munkanélküliek egy kisebb része) esetében nem történt jelentős változás (Ungváry és Hegedűs 2014). Előnyös változásnak a dohányzás visszaszorulását mértük, miközben a romák felzárkóztatásának meghatározó tényezőjében, az iskolázottság, képzettség vonatkozásában azt állapítottuk meg, hogy az általunk vizsgált munkanélküliek között a 8 általánost be nem fejezett munkanélküliek aránya (elsősorban a romák között) az ország EU tagsága idején szignifikánsan megnőtt. A vizsgált paraméterek többségét figyelembe véve megállapítottuk, hogy főként a telepi romák életkörülményeiben, életminőségében javulás, jelentős előrelépés nem történt (Ungváry és Hegedűs 2014; Hegedűs és mtsai 2014B). Hasonló jellegű longitudinális vizsgálatot sem a magyar, sem a nemzetközi orvostudományi irodalomban az utolsó 10-15 évre vonatkozóan nem találtunk.

ad 7. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijei egészségkárosodásának etiológiája
Munkacsoportunk korábbi közleményei (Ungváry 1993; Ungváry és mtsai 1997, 1999; 2002, 2005, 2014; Morvai és mtsai 1999; Felszeghi és mtsai 2004; Grónai és mtsai 2004), valamint a nemzetközi irodalomban a 20. század utolsó, és a 21. század első

évtizedében megjelent közlemények (Bartley 1993, Morris és mtsai 1994, Martikainen és Valkonen 1996, Mother és Schofield 1998, Morell és mtsai 1998, BMJ Editorials 2009, Bamba 2010) egyértelműen igazolták, illetve megerősítették korábban megfogalmazott hipotézisünkre adott válaszunkat, miszerint a munkanélküliség megnöveli a munkanélküliek közötti megbetegedések, valamint munkavégzésre való alkalmatlanságuk gyakoriságát. Ezeknek a munkanélküliek között megjelenő, a munkanélküliséghez kötött betegségeknek az etiológiáját hipotézisünknek megfelelően (Ungváry 1993) a munkanélküliség stresszorkénti, stresszor-sorozatkénti hatásában találtuk meg. A munkanélküliség stresszor hatását követően – megfelelően Selye (1936, 1956) tankönyvek sora által megerősített felfedezésének – distresszhez vezet, amely kialakulását követően megjelenhetnek a distresszhez kötött pszichoszomatikus, magatartási és/vagy pszichiátriai megbetegedések. Az Ózdi Kistérségben végzett vizsgálataink, valamint több, korábbi vizsgálatunk szerint a munkanélküliség elsősorban pszichoszomatikus megbetegedéseket okoz, és csak kisebb gyakorisággal vagy elvétve idéz elő magatartási vagy pszichiátriai megbetegedést (Hegedűs és mtsai 2012, 2014B, 2015; Ungváry és Hegedűs 2014).

A munkanélküliség egészségkárosító hatása hipotézisünk szerinti etiológiájának kutatása során végzett vizsgálataink eredményeként fel kellett ismernünk, hogy a munkanélküliség által előidézett vagy a munkanélküliséghez „csak” rendszeresen kapcsolódó egészségkárosodásoknak egy a **19. ábrán** részletesen bemutatott másik etiológiája, etiopatogenezise is lehetséges. Úgy ítéljük meg, hogy ha a munkanélküliséghez bizonyítottan egészségkárosító szegénység, képzetlenség vagy más ún. moderátor (életkori különbség, etnikai különbség, életkörülmény különbség vagy további stresszorok) kapcsolódnak, ezek között interakciók alakulhatnak ki, amelyek olyan egy vagy több circulus vitiosussá formálódnak, amelyek képesek a stresszor-distressz etiopatogenezist módosítani vagy éppen annak hatása eredményétől különböző „új” megbetegedést okozni (Ungváry 2013, Ungváry és Hegedűs 2014). Ez az etiopatogenezis-változat egyelőre csak hipotézis. Realitását azonban saját, az értekezésben ismertetett tapasztalataink mellett a Palkovits-féle munkacsoport felfedezése is alátámasztja (Pacak és mtsai 1988, Pacak és Palkovits 2001, Kvetnansky és mtsai 2009, Palkovits 2013). A munkacsoport a Selye-féle „nem fajlagossági

doktrina” elemzésével, azzal ellentétben bizonyította, hogy a stresszorok specifikus hatásúak, minden egyes stresszor hatása különbözik egy másik stresszor hatásától. Ennek alapján feltételezhető – minthogy a munkanélküliség időről-időre változó stresszorként funkcionál – hogy a mellette megjelenő különböző, előzőleg említett moderátorok (akár mint stresszorok) a hatásmechanizmust pl. a **19. ábrán** feltüntetett rendszer szerint módosítják.

Összegezve: az Ózdi Kistérség munkanélküliein végzett vizsgálatainkkal is egyrészt sikerült bizonyítani a munkanélküliség okozta egészségkárosodások „munkanélküliség - stresszor - disztressz” vázú etiopatogenezisét. A Kistérségben végzett vizsgálatok eredményeivel másrészt sikerült megerősíteni a munkanélküliség okozta megbetegedések egy ún. circulus vitiosusok kialakulására felépített etiopatogenezis hipotézisét.

7. KÖVETKEZTETÉSEK

7. 1. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijének közegészségügyi helyzete aggályos és veszélyezteti a Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságát. A Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságának szintje az országos átlagtól távol van és ez elsősorban a Kistérségben az országos átlagnál nagyobb arányban élő roma, kisebb, de mérhető arányban, az ugyancsak mélyszegénységben élő magyar munkanélküliekhez kötött. A romák többsége cigánytelepeken (gyakran putrikban), vagy telepszerű elrendezésben, míg a magyarok és a romák kisebb része a magyar lakossággal integráltan él. Mind az in-door, mind az out-door lakókörnyezet kifogásolható (a lakások nagyobb része szűk, egy főre jutó alapterülete az átlagosnál és szükségesnél kisebb, az épületek építőanyaga, padozata, tetőszerkezete, nyílászárói, lakószobák megvilágítása inszufficiens, túlnyomó többsége hagyományos kályhafűtésű, a cigánytelepek lakásaiban nincs hálózati ivóvíz, a vizet közkifolyóból hordják és a lakásban tárolják, nincs meleg folyóvízes fürdésre lehetőség, nincs fürdőszoba, az árnyékszékek nem vízöblítések és a házon kívül vannak.

Az out-door lakókörnyezet bizonyos javulás ellenére változatlanul rendezetlen (ezek nagyobb részében rágcsálók (egér, patkány), illetve oltatlan kutyák viszonylag nagyobb gyakorisággal fordulnak elő. Az utóbbi években szervezett kommunális szemétygyűjtés megoldott, a korábban működő döngkutakat felszámolták, de illegális szemétkerakással számolni kell, csatornázás (nem számítva a „saját csatornákat”) nincs. Elektromos áramellátás (világítás) a lakások túlnyomó többségében rendelkezésre áll.

7. 2. A munkanélküliség megnöveli az egészségkárosodások gyakoriságát. A munkanélküliek egészségi állapotát befolyásoló és/vagy meghatározó in-door és out-door környezet-egészségügyi helyzete, személyi higiénés szokásai, életmódja, szociális helyzete aggályos, képzettségük távol van az országos átlagtól, és kifejezetten hátrányosabb az aktív dolgozókénál. Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek egészségi állapota az ország más térségeiben (pl. megyeszékhely, főváros) élő munkanélküliekénél is rosszabb. Ez a tény elsősorban a Kistérségben élő roma munkanélküliek nagy arányához kötődik, akik túlnyomó többségének az egészséget befolyásoló/meghatározó paraméterei kivétel nélkül szignifikánsan különböznek a

Kistérségben élő magyar munkanélküliekétől és a különbség minden esetben a romákra nézve hátrányos. Következtetésünk igazolását illetően utalunk arra, hogy logisztikus regressziós számítással meghatároztuk, hogy a magyar munkanélküliek megbetegedésének kockázatát a roma munkanélküliek egészségkárosodásának kockázata kétszeresen meghaladja.

7. 3. A munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága egészségi okok következményeként jelentősen gyakoribb, mint a foglalkoztatottaké. Logisztikus regressziós analízissel meghatároztuk, hogy az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek munkavégzésre való alkalmatlanságának esélye 30-szor nagyobb, mint a foglalkoztatottaké.

7. 4. A munkavégzésre való alkalmatlanságot okozó megbetegedések klinikai vizsgálatokkal (beleértve a részletes anamnézist és a munkahelyi expozíciót), valamint pszichológiai tesztekkel való etiológiájának elemzésével arra következtetünk, hogy a megbetegedések túlnyomó többsége a munkanélküliség, mint stresszor, stresszor-sorozat által előidézett distresszre épülő pszichoszomatikus és magatartási eredetű. Megjegyzés: az eredmény összhangban van egyrészt munkacsoportunk több mint két évtizede megfogalmazott koncepciójával (lásd az előzőekben), másrészt összhangban van a legújabb (2014-ben közzé tett) lakossági felmérésekkel, miszerint az Amerikai Egyesült Államok egy 15 éves periódusában a munkanélküliség változásával szoros korrelációban van a pszichoszomatikus megbetegedések gyakorisága.

7. 5. A munkanélküliség jelentős mentálhigiénés, lelki egészségkárosodásokat okoz. A munkanélküliség pszichoszomatikus eredetű betegségekkel sújtja mind a magyarokat, mind a romákat. A különbségek részben kvantitatívák, részben kvalitatívák. Kvantitatív különbségek: a munkanélküliek között előforduló pszichoszomatikus megbetegedések a roma munkanélküliek között szignifikánsan gyakoribbak, mint magyar honfitársaik körében. Társas kapcsolattartásban a romák (főként a nők) erősen visszafogottabbak magyar társaiknál. A munkanélküliek – romák és magyarok – egyaránt elutasítják a munkanélküliség tényét. Kvalitatív különbség: munkanélküliségük elutasítását a magyarok inkább logikai, a romák inkább érzelmi alapokra helyezik.

7. 6. A munkanélkülieket sújtó, a foglalkoztatottakénál gyakoribb megbetegedések oka és/ vagy progresszióját gyorsító tényezője több sarkalatos, a munkanélküliségre jellemző

kiváltó okból, következményből (szegénység, képzetlenség – a munkanélküliséghez hasonlóan mindkettő önmagában is egészségkárosító – tanulásra alkalmatlan lakókörnyezet, aggályos közegészségügyi-járványügyi biztonság, nem kielégítő személyi higiéné, kifogásolható életmód, a második generációs munkanélküliek csoportjának bővülése) kialakult circulus vitiosusok összekapcsolódásából kialakult komplex rendszer. A képzetlen munkanélküliek egyre szegényebbek lesznek, és a szegénység szüli a második generációs munkanélküliséget, növeli az első generációs munkanélküliség tartósságát; nincs jövedelemtöbblet, tovább nő a szegénység, amely a tanulás feltételeit nem biztosító lakókörnyezettel együtt a munkanélküliséggel sújtottakat egyre inkább a társadalom perifériájára sodorja, a felzárkózást gyakorlatilag lehetetlenné teszi. Megjegyzés: lásd. 4. pont – a munkanélküliség, mint stresszor, stresszor-sorozatok forrása akkor is megbetegedést okoz, ha a többi oki tényező hiányzik; ez esetben kizárólag distresszhez kapcsolódó egészségkárosodásokat idéz elő. Mindkét etiológiai tényező, etiopatogenezis (munkanélküliség→stresszor→distressz, illetve a munkanélküliség→circulus vitiosus rendszerek→megbetegedések, a társadalom perifériájára való sodródás) létezése az Ózdi Kistérségben is igazolható volt.

7. 7. A mélyszegénységben élő (pl. roma) munkanélküliek aggályos közegészségügyi-járványügyi biztonsággal körülvett, egészséget károsító, a társadalom perifériájára sodródott lelki- és testi egészséget romboló helyzetéből való kitörést, a távlati célként mindenképpen a középosztályhoz való felzárkózásuk kulcsát a megfelelő képzettség elérésének biztosításában látjuk. Eredményeink alapján meggyőződéssel következtetünk arra, hogy ennek előfeltétele a tanulásra alkalmas in-door (és out-door) lakóhelyi környezet. A zsúfolt lakások, (az elégtelen számú fekvőhely, ülőhely, megvilágítatlan és hiányzó asztal, a tanulásra nem ösztönző családi minta lehetetlenné teszik a tanulást. Meggyőződésünk, hogy a megfelelő szintű felzárkóztató képzés mellett (a hazai programok, előírások a felzárkóztató képzést a 2014/2015-s tanévtől biztosítják), az integrált, magas szintű oktatás csak akkor járhat eredménnyel, ha a tanulási feltételek biztosítottak. Ezek a feltételek cigánytelepeken, de az Ózdi Kistérség munkanélkülijei nagyobb többségének lakásaiban sem állnak és nagy valószínűséggel nem is fognak rendelkezésre állni. A cigánytelepeket meg kell szüntetni, lakóinak megfelelő lakásokat kell biztosítani. A telepi cigányok és a mélyszegénységben élő cigány vagy magyar

munkanélkülieknek, azok gyermekeinek a megfelelő színvonalú oktatása a tanulási feltételek biztosítása esetén lehetséges.

7. 8. Az értekezésben bemutatott hasonló elemzések alkalmasak egy-egy program (népegészségügyi, szegénység felszámolását szolgáló stb.) eredményességének megítélésére. Különösen hasznosak lehetnének olyan rehabilitációk és fejlesztések kontrolljaként (pl. költség-haszon elemzéssel kiegészítve), amelyek esetében a megvalósításra tervezett költségek ismerete is rendelkezésre áll. A különböző szegénységet felszámoló, cigányokat támogató, ambiciózus EU és hazai programok eredményességét rendszeresen kontrollálni kell. A továbbiakban is szükség van kis- vagy nagyobb térségek közegészségügyi, egészségvédelmi, népegészségügyi elemzéseire, amelyek eredményével a bekerülési költségek és a lokálisan felhasznált pénzeszegek összevethetőek, a tevékenységek értékarányosan bemutathatóak és megítélhetőek.

8. ÖSSZEFOGLALÁS

A különböző országok munkavállalóit sújtó munkanélküliség, a munkanélküliek száma felbecsülhetetlen. A munkanélküliség egészségi állapotot befolyásoló hatásának lehetőségét alig több mint 10 éve fogadta el az egészség-szociológia. A rendszerváltozást követően a munkanélkülivé vált tömegek munkavégzésre való orvosi vizsgálata során megfigyeltük, hogy a munkavégzésre alkalmatlan emberek gyakorisága megnőtt. Ennek ismeretében lett kutatásunk célja a munkanélküliség direkt egészségkárosító hatásának igazolása, etiológiájának felderítése. A vizsgálatot az ország egyik munkanélküliséggel leginkább sújtott, hátrányos helyzetű, jelentős arányban cigány kisebbséggel lakott Ózdi Kistérségben végeztük. A 2008-s pénzügyi-gazdasági világválság előtt, illetve a világválság éveiben mintegy 500-500 munkanélküli és foglalkoztatott interjú, kérdőíves-önkitöltéses és foglalkozás-orvostani szakorvosi vizsgálata mellett pszichológiai tesztekkel a válság előtt és a válság éveiben összehasonlítottuk a különböző csoportok közegészségügyi-járványügyi biztonságát, szomatikus és lelki egészségi állapotát, munkavégzésre való alkalmasságát.

Eredmények: i) a munkanélküliek egészségkárosításainak gyakorisága megnő; a munkanélküliek munkavégzésre alkalmatlanságának kockázata mintegy 30-szorosan haladja meg a foglalkoztatottakét; ii) a munkanélküliek közötti megbetegedések többsége distresszhez kötődő pszichoszomatikus, megbetegedés; iii) a Kistérség munkanélkülijének közegészségügyi biztonsága az ország nagyobb városai munkanélkülijei közegészségügyi biztonságától is elmarad; iv) a roma munkanélküliek az előző három pontban felsorolt állítást jellemző paraméterek többségét illetően szignifikánsan rosszabb helyzetben vannak, mint a magyar munkanélküliek; v) a munkanélküliek lelki egészségi állapota a foglalkoztatottakénál, a roma munkanélkülieké a magyar munkanélküliekéénél kedvezőtlenebb állapotban van.

Következtetések: i) a munkanélküliség a Kistérség közegészségügyi biztonságát veszélyezteti; ii) a munkanélküliség direkt egészségkárosító hatású; stresszorként distresszt, illetve pszichoszomatikus megbetegedéseket okoz; iii) a munkanélküliség káros hatásai között kialakuló interakciók circulus vitiosusokat eredményeznek, amelyek a distressz okozta pszichoszomatikus megbetegedések progresszióját megnövelik és újabb megbetegedéseket okozhatnak; iv) a jelen közegészség- és járványügyi helyzet az első generációs munkanélküliek munkanélküliségének tartósítását, az ún. második generációs munkanélküliek csoportjainak bővülését idézi elő.

Népegészségügyi érdek: a mélyszegénységben élő munkanélkülieknek és gyermekeiknek nemcsak minőségi oktatásra, hanem a tanulás feltételeinek megteremtésére is szüksége van.

9. SUMMARY

The unemployment threatening employees in different countries and the number of unemployed are invaluable. The possibility of an impact of unemployment on health status was recognised only a little more than ten years ago by the health-sociologists. After the change of regime, during the fit for work medical examinations of the unemployed masses we observed increased prevalence of individuals unfit for work. With full knowledge of this we chose demonstration of direct adverse health effect of unemployment and exploration of its aetiology as the aims of our research. The study was conducted in Ózd Micro Region, one of the country's most deprived regions, heavily afflicted by unemployment and inhabited by a significant proportion of Roma minority. Before and during the financial-economic world crisis of 2008 about 500 unemployed and 500 employees were examined by occupational health examinations and psychological tests accompanied by interview-based and self-completed questionnaires. The public health and epidemiological safety, the somatic and mental health status as well as the fit for work conditions of the different groups were compared. *Results:* i.) Prevalence of health impairment of the unemployed was increased; the risk of being unfit for work of the unemployed more than thirty-fold exceeded that of the employees. ii.) Majority of the diseases among the unemployed was distress-related psycho-somatic disease. iii.) Public health safety of the unemployed in the Micro Region lagged behind even that of bigger towns of the country. iv.) As far as most of the parameters mentioned above are concerned the Roma unemployed were in a significantly worse position than the Hungarian ones. v.) Mental health status of the unemployed was in a worse condition than that of the employees and the mental health of the Roma unemployed was in an even more unfavourable condition than the Hungarian ones. *Conclusions:* i) Unemployment endangers public health safety of the Micro Region; ii) Unemployment has a direct adverse health effect, as a stressor it causes distress and psycho-somatic diseases, respectively; iii) interactions among the adverse health effects of unemployment result in vicious circles which enhance progression of distress related psycho-somatic diseases and may cause new diseases; iv) the present public health and epidemiological situation leads to preservation of unemployment of the first generation unemployed and enlargement of the groups of second generation unemployed. It is a public health interest unemployed and their children living in extreme poverty are need of not only education of good quality but also provision of appropriate learning conditions.

10. IRODALOMJEGYZÉK

Andorka R. Bevezetés a szociológiába. Osiris, Budapest, 2003: 121-129.

Ames SC, Jones GN, Howe JT, Brantley PJ. (2001) A prospective study of the impact of stress on quality of life. An investigation of low-income individuals with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(2): 112-119.

Arber S. (1996) Integrating non-employment into research on health inequalities. *International Journal Health Services*, 26 (39): 445-481.

Atzeni F, Salli S, Benucci M, Di Franco M, Casale R, Alciati A, Sarzi-Puttini P.(2012) Fibromyalgia and arthritides. [Review] *Reumatismo*. 64(4): 286-92.

Babusik F, Papp G. A cigányság egészségi állapota. Szociális, gazdasági és egészségi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. *Esély*, 2002 (6): 37-66.

Babusik F, Papp G. Állapot, mód- és okhatározók. A romák egészségi állapota és az egészségi szolgálatokhoz való hozzáférése – 5. rész. *Beszélő*, 2004 (10). Ábrásor, szöveges változat: <http://beszeleo.c3.hu/04/10/14babusek.htm>. Megtekintve: 2012.01.24.

Baby S, Khan MI, Khan S. (2013) Identifying stress symptoms among cardiovascular and endocrine patients. *Educationia Confab*, 2(4): 97-107.

Bacikova-Sleskova M, Dijk JP, Geckova AM, Nagyova I, Salonna F. (2007) The impact of unemployment on school leavers perception of health. Mediating effect of financial situation and social contacts. *Int J Publ Health*, 52(3): 180-187.

Balcsók I. (2004) A vidéki térségek munkanélküliségének aktuális kérdései. In: *A falu*, 19 (4): 71-81.

Bálint M, Cseres-GZs, Scharle Á. A magyarországi munkapiac 2009-2010-ben. In: Fazekas K, Molnár Gy (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör*. MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 2010: 17-35.

Bambra C, Eikerno TA. (2009) Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J. Epidemiol. Community Health*, 63: 92-98.

Bambra C. (2010) Yesterday once more. Unemployment and health in the 21st century. *J. Epidemiol. Community Health*, 64 (3): 213-215.

Bánfalvy Cs. A „be nem sorolható” munka a szocialista gazdaságban. *Társadalomtudományi Közlemények*, 1987.

Bánfalvy Cs. A munkanélküliség. In: Gyorsuló idő sorozat. Magvető Kiadó, Budapest, 1989.

Bánfalvy Cs. (1992) Munkanélküliség és társadalmi helyzet átalakulás Magyarországon. Magyar Tudomány, Budapest, 37 (10):1165-1183.

Bánfalvy Cs. A munkanélküliség. Magvető Kiadó, Budapest, 1997.

Bánfalvy Cs. A munkanélküliség szociálpszichológiájáról. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003.

Bartley M. (1993) Unemployment and ill health: understanding the relationship. J. Epidemiol. Community Health, 47: 333-337.

Bech P. (2012) Mood with anxiety and medically ill (Review). Advances in Psychosomatic Medicine. 32: 118-132.

Beck AT, Beck RW. Shortened version of BDI Post Grad. med, cit: Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. A depresszió kognitív terápiája. Animula, Budapest, 1972 (52): 81-83.

Bél M. Gömör vármegye leírása 1749. Gömör néprajza XXXV. Debrecen, 1992.

Bereczki E, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy. (2003) Mezőgazdasági nagyüzemekben foglalkoztatott munkavállalók higiénés helyzete. Előadás kivonat. MÜTT XXIII. Kongresszus. Foglalkozás-egészségügy, Budapest, 7(4): 13.

Berend TI. Az Ózdi Kohászati Üzemek története ÓKÜ. Ózd, 1980: 50-53.

Béres Z. (2012) A munkanélküliség lélektani háttere-az újrakezdés esélye vagy a megrekedés veszélye? Metszetek, Budapest, 4: 181-202.

Berkényi J, Bércesi F, Németh J. (2003) A kistérség fogalma, funkciói, intézményrendszere (előzetes koncepciós vitaanyag). Magyar Közigazgatás, 4:194-209.

Blakley T, Hales S, Woodward A, Poverty. Assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels. Environmental Burden of Diseases Series, N° 10. World Health Organization. Protection of the Human Environment, Geneva, 2004:1-31.

BMJ Editorials. (2009) Unemployment and health. BMJ, 338: b829 (pp 3).

Borovszky S. Borsod vármegye története. Budapest, 1909.

Boscarino JA. (2004) Posttraumatic stress disorder and physical illness. Results from clinical and epidemiologic studies. Ann NY Acad Sci 1032: 141-153.

Branthwaite A, Garcia S. (1985) Depression in the young unemployed and those on youth opportunities schemes. *Br J Med Psychol* 58: 64-67.

Brundtland GA. Message from the director General. In : WHO Mental Health New understanding, new hope. The World Health Organization Report. WHO, Geneva, 2001.

Busch I, Lázár Gy. Csoportos létszámleépítések főbb jellemzői a válság idején. In: Fazekas K, Molnár Gy (szerk.), Munkaerőpiaci Tükör. MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 2010: 106-125.

Catalano RA. (1991) The health effect of economic insecurity. *Am J Publ Health*, 81:1148-1152.

Cégvezetés. A rozsdáövezetekben rejlő lehetőségek. Számviteli levelek, A cég-és intézményvezetők lapja (archív) 2005.06.01. 86. sz. <http://cegvezetes.hu/2005/06/a-rozsdaovezetekben-rejlo-lehetosegek/> Megtekintve: 2014.08.12.

Chai TC, Richter HE, Moalli P, Keay S, Biggio J, Zong W, Curto T. (2014) Inflammatory and tissue remodeling urinary biomarkers before and after mid urethral sling surgery for stress urinary incontinence. *Journal of Urology*, 191(3): 703-709.

Ciepielewski J, Kostrowicka L, Landau Z, Tomaszewski J. A világ gazdaságtörténete a XIX. és XX. században. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1974.

Cobble M. (2014) Coronary heart disease in women. [Review]. *Journal of Family Practice*, 63 (2): 9-14.

Cohen S. (1995) Psychological stress and susceptibility to upper respiratory infections. [Review]. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 152(4 Pt 2): 53-58.

Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. (2007) Psychosocial stress and disease. *JAMA*, 298 (14): 1685-1687.

Coleman SM, Katon W, Lin E, Von Korff M. (2013) Depression and death in diabetes; 10-year follow-up of all-cause and cause-specific mortality in a diabetic cohort. *Psychosomatics*, 54 (5): 428-436.

Cosci F. (2013) "Bowel obsession syndrome" in a patient with chronic constipation. *General Hospital Psychiatry*, 35 (4): 451-453.

Csohán Á, Krisztalovics K, Kiszeli N, Takács I. (2013) Változások a Hepatitis-A járványügyi helyzetében – 2012-2013 – Hepatitis-A járvány Budapesten. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 18. évfolyam, Suppl. A: A1-A5.

- Csontos Gy, Vass T. Ózdi munkáskolóniák (1861-1970). Pomáz, 2001.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ. (1985) The satisfaction with life scale. J. Person Assesm, 49 (1): 71-74.
- Dobosy L. Ózd régészeti leletei. HOM közl.8. Miskolc, 1969.
- Dobosy L. Adatok az ózdi Vasgyár történetéhez. HOM közl. 15. Miskolc, 1976.
- Dupcsik Cs. A magyarországi cigányok története. Osiris Kiadó, Budapest, 1999: 1-362.
- Erdélyi E, Németh Zs, Pejtsik J. (2002) Egészséges és egészségkárosodással élő fiatal munkanélküliek pályaválasztási esélyei a századfordulón. Foglalkozás-egészségügy, 6 (1): 43-51.
- Esélyek Háza. 66. Hírlevele. IV. évfolyam. Fejér megyei Esélyegyenlőség Koordinációs Iroda, 2007.
- Európai Bizottság. A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. A romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig. Brüsszel, 2011, 4.5. COM (2011) 173 végleges.
http://www.eu2011.hu/files/bveu/documents/A_nemzeti_romaintegracios_strategiak_unios_keretrendszere_2020-ig.pdf Megtekintve: 2012.09.12.
- Európai Bizottság. A szegénység és a társadalmi kirekesztés elleni európai platform-Foglalkoztatás, szociális ügyek és társadalmi befogadás, 2010.
<http://www.ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=956> Megtekintve: 2014.08.10.
- Fam J, Rush AJ, Haaland B, Barbier S, Luu C. (2013) Visual contrast sensitivity in major depressive disorder. Journal of Psychosomatic Research, 75 (1):83-86.
- F. Dobosy L. A XXI század küszöbén. Ózd. CEBA Kiadó Budapest, 2001.
- F. Dobosy L. Ózd és térsége. Magyarország kistérségei. CEBA Kiadó, Budapest, 2003.
- Faluvégi A. Hogyan érintette a gazdasági válság a leghátrányosabb helyzetű kistérségeket. In: Fazekas K, Molnár Gy (szerk.), Munkaerőpiaci Tükör. MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 2010: 142-144.
- Faragó M. Egészségesen várható élettartamok Magyarországon. 2005. Egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére. KSH, Budapest, 2007.

Felszeghi S. (2001) A munkanélküliek egészségi állapotának vizsgálata az egy évnél hosszabb munkanélküliség esetén, a miskolci Foglalkozás-egészségügyi Központ tapasztalatai alapján. *Foglalkozás-egészségügy*, 2: 37-38.

Felszeghi S, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy. A munkanélküliek egészségi állapotának vizsgálata. *Közöletlen adatok*, 2004.

Filipovic BF, Randjelovic T, Ille T, Markovic O, Milovanovic B, Kovacevic N, Filipovic BR. (2013) Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. *European Journal of Internal Medicine*, 24(1): 83-86.

Fésűs G, McKee M, Ádány R. (2010) Roma integrációs politikák az Európai Unióban. *Népegészségügy*, 88 (4): 311-319.

Fóti J. Foglalkoztatottság és munkanélküliség: innováció a magyarországi cenzusok eredményeiből. KSH, Budapest, 2004.
http://tudasbazis.org.hu/doktar/kutatasok_tanulmanyok_publicaciok/foglalkoztataspolitika/Munkaeropiac_multja_jelene.pdf Megtekintve: 2014.08.16.

Furmanné Pankucsi M, Szabó TK. Összeurópai roma stratégia. Miskolci Egyetem, BTK, 2011.

Futagami S, Shimpuku M, Yamawaki H, Izumi N, Kodaka Y, Nagoya H, Wakabayashi T, Shindo T, Kawagoe T, Sakamoto C. (2013) Sleep disorders in functional dyspepsia and future therapy. [Review]. *Journal of Nippon Medical School = Nihon Ika Daigaku Zasshi*, 80 (2): 104-109.

Gazdaságfejlesztési stratégia. Ózd Város Önkormányzatának Fejlesztési Stratégiája. 2014.március:1-26.
http://www.ozd.hu/content/cont_4d8f956a68b013.72238556/2014/Ozd_gazdasagfejlesztési_programja_2014-04-20.pdf Megtekintve: 2014.09.26

Gopinath B, Hickson L, Schneider J, McMahon CM. (2012) Hearing-impaired adults are at increased risk of experiencing emotional distress and social engagement restrictions five years later. *Age and Ageing*, 41(5): 618-623.

Grónai É, Szakmáry É, Ungváry Gy. (2004) Munkanélküliek egészségi állapota a fővárosban. *Foglalkozás-egészségügy*, 8(4): 5.

Gwatkin D, Gwillot M, Heuveline P. (1999) The burden of diseases among the global poor. *Lancet*, 354: 586-589.

Gyukits Gy, Ürmös A. (1999) A roma nők véleménye egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátásukról. *Mentálhigiéne és pszichoszomatika*, 10: 54-60.

Gyukics Gy. (2001) A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. *Lege Artis Med*, 11: 237-239.

Gyukits Gy, Ürmös A. Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot. In: Szántó-Susányszky (szerk.), *Orvosi Szociológia*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2002: 47-67.

Hablicsek L. A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, Budapest, 1999.

Hajduska M. *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2012:119.

Hammarström A. (1994) Health consequences of youth unemployment – Review from a gender perspective. *Soc Sci Med*, 38: 699-709.

Hansel A, von Kanel R. (2012) Psychosomatic medicine and arterial hypertension – love it or leave it? [Review] [German] *Therapeutische Umschau*, 69(5): 315-323.

Harmat ÁP. Az ipari forradalom története. 2011. 09. 27., módosítva 2014.05.12. <http://tortenelemklub.com/ujkor/a-19-szazad/326-az-ipari-forradalom-toertene> Megtekintve: 2014.09.18.

Havas G, Kemény I. (1995) A magyarországi romákról. *Szociológiai Szemle*, 3: 3-20.

Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH. (2000) The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25: 1–35.

Helmus MS, Preuper HR, Hof AL, Geertzen JH, Renema MF.(2012) Psychological factors unrelated to activity level in patients with chronic musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, 16(8): 1158-1165.

Hemingway H, Marmot M. (1999) Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis coronary heart disease. Systematic review of postoperative cohort studies. *Br Med J*, 318: 1460-1467.

Holnapután. A gépromboló mozgalmak. *Anarchista Újság*, 2009.01.07. <http://www.holnaputanujsg.eoldal.hu/cikkek/egyeb-kiadvanyok/a-geprombolo-mozgalmak/geprombolo-mozgalmak.html> Megtekintve: 2014.08.12.

Ila B. Gömör megye I. A megye története 1773-ig. Budapest, 1969.

Ila B. Gömör megye IV. A települések története 1773-ig. Budapest, 1976.

ILO 2. Magyarország által ratifikált ILO egyezmények. Szociális és Munkaügyi Minisztérium. <http://www.szmm.gov.hu/main.php> Megtekintve: 2014.08.16.

ILO. 2. sz. Egyezmény a munkanélküliségről. In.: Nemzetközi Munkaügyi Egyezmények és Ajánlások (1919-1995) I. kötet. Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, Budapest.

ILO. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet Alapokmánya. Genf.1979.

ILO1. Az ILO története. Szociális és Munkaügyi Minisztérium. <http://www.szmm.gov.hu/main.pdf> . Megtekintve: 2014.08.16.

Inove K, Tanii H, Kaiyatt, Abe S, Nishimura Y, Masaki M, Oazaki Y, Nata M, Fuleunaga T. (2007) The correlation between unemployment and suicide rates in Japan between 1978 and 2004. *Legal Medicine*, 9 (3): 139-142.

Jahoda M. (1981) Work employment and unemployment. Values theories, and approaches in social research. *A. Psychologist*, (36):184-191.

Janky B. A cigány nők helyzete. In: Szerepváltozások, TÁRKI, Budapest, 1999.

Janlert U. (1997) Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand. J. Work Environm Health*, 23 (3): 79-83.

Jusot F, Khlal M, Rocherean T, Serme C. (2008) Job loss from poor health smoking and obesity: A national prospective survey in France. *J Epidemiol Commun Health*, 62(4):332-337.

von Kanel R, Hari G, Schmid JP, Saner H, Begre S. (2011) Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: a retrospective observational study. *BMC Psychiatry*, 11: 98.

Kemény I, Havas G. Cigánynak lenni. In: Andorka R, Kolosi T, Vukovich G (szerk.), *Társadalmi Riport*. TÁRKI. Századvég, Budapest, 1996: 353-380.

Kemény I. (1997) A magyarországi roma (cigány) népességről. *Magy Tud*, 6: 644-655.

Kemény I. (2001) A romák és az iskola. *Beszélő*, 1: 62-68.

Kemény I, Janki B. (2003) A 2003. évi cigány felmérésről – Népesedési, nyelvhasználati és nemzetiségi adatok. *Beszélő*, 10: 64-76.

Kemény I, Janki B, Lengyel G. *A magyarországi cigányság, 1971-2003*. Gondolat Kiadó, 2004.

Kertesi G. (1995) Cigány foglalkoztatás és munkanélküliség a rendszerváltás előtt és után. (Tények és terápia). *Esély*, 6 (4):19-63.

Kertesi G. (2002) Oktatási reformterv a tanulási problémákkal küszködő, hátrányos családi háttérű gyermekek megsegítésére az alapfokú oktatásban. *Esély*, 1: 89-102.

Kertesi G, Varga J. (2005) Foglalkoztatottság és iskolázottság Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*, 4: 633-662.

KIM. Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák – 2011-2020. KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2011. november: 1-88.

Komlósi M, Knáb E, Szikszay E, Tényi J. (1985) A cigány lakosság egészségi állapota I. rész. Általános morbiditási vizsgálat a Baranyában élő cigány lakosság körében. *Népegészségügy*, 66: 305-307.

Kopp M. Egészséglélektan. In: Kopp M, Berghammer R (szerk), *Orvosi pszichológia. Medicina*, Budapest, 2009: 101-112.

Kósa K, Lénárt B, Ádány R. (2002) A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. *Orv Hetil*, 143: 419-2426.

Kósa K, Ádány R. (2007) Studying vulnerable populations. *Epidemiology*, 18 : 290-299.

Kósa Zs. Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése. Ph.D. értekezés tézisei. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Iskola, Debrecen, 2006.

Kósa Zs, Széles Gy, Kardos L, Kósa K, Németh R, Ország S, Fésüs G, Martin M, Ádány R, Vokó Z. (2007) A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *Am J Public Health*, 97 (5): 853-859.

Koupilová J, Epstein H, Holcik J. (2001) Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Soc Sci Med*, 53: 1191-1204.

Kovács A, Döbrossy L, Oroszi B, Budai A. (2014) A szervezett célzott népegészségügyi szűrővizsgálatok. *Foglalkozás-egészségügy*, 108 (1): 4-17.

Kovács K. Munkaerőpiac, munkakörülmények és egészség. In: *Kutatási jelentések 1987*. KSH Népegészségtudományi Kutató Intézet, Budapest, 2009: 9-14.

Kovács L. (2010) A munkanélküliség fajtái és megjelenési formája Magyarországon 2005 és 2009 között. *Hadtudományi Szemle*, Budapest, 3(2): 86-93.

Kovacsics J. Ózd megyei és város statisztikai értesítő. Miskolc, 1957.

KSH. Magyarország 1987. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1987.

KSH. 2001 évi népszámlálás. Központi Statisztikai hivatal, Budapest, 2001.

KSH. Miskolci agglomeráció. Központi Statisztikai Hivatal, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Igazgatósága, Miskolc, 2003A.

- KSH. Morbiditási Adattár 2003. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003B.
- KSH. Kistérségek osztályozása. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2004.
- KSH. Észak Magyarország. A régió gazdasági versenyképessége 2000-2004. Központi Statisztikai Hivatal, Miskolc, 2006A.
- KSH. A foglalkoztatás és munkanélküliség területi különbségei az elmúlt 55 évben. In: Fejes L et al.(szerk.) Központi Statisztikai Hivatal Miskolci Igazgatósága, Miskolc, Eger, Salgótarján, 2006B.
- KSH. Társadalmi helyzetkép 2006. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest, 2007.
- KSH. Társadalmi helyzetkép 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010A.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_munkaeropiac.pdf Megtekintve: 2014.04.14. 14)
- KSH. A válság hatása a munkaerőpiacra. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, Internetes kiadvány, 2010B. – www.ksh.hu
- KSH. Magyarország-1989-2009. A változások tükrében. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010C.
- KSH. Magyarország régiói. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2011A.
- KSH. Századok statisztikája. Statisztikai érdekességek a magyar történelemből. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2011B.
- KSH. 2011 évi népszámlálás. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2011C.
- KSH. A KSH jelenti 2011/2012. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2012.
- KSH. Statisztikai tükör. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, VII. évf. 53. sz. 2013.
- KSH. Háborúk, válságok, diktatúrák demográfiai hatásai. I. A Nagy Háború. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2014A:48-65.
- KSH. 2011. évi népszámlálás. 9. Nemzetiségi adatok. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2014B.
- Küllő J. Foglalkoztatás, munkanélküliség és bérek a válság első évében. In: Fazekas K, Molnár Gy (szerk.), Munkaerőpiaci Tükör. MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 2010: 43-78.
- Kvetnansky R, Sabban EL, Palkovits M. (2009) Catecholaminerg system in stress: Structural and molecular Genetic Approaches. *Physiol Rev*, 80: 535-606.

Ladány J, Szelényi I. (2002) Cigányok és szegények Magyarországon, Romániában és Bulgáriában. Szociológiai Szemle, 4: 72-94.

Laitinen J, Power C, Ek E, Sovio U, Jarvelin MR. (2002) Unemployment and obesity among young adults in a Northern Finland 1966- Birth Cohort Int J Obes, 26 (10): 1329-1338.

Laky T. (1992) Munkanélküliség és gazdasági átalakulás Magyar Tudomány, Budapest, 37 (10): 1155-1164.

Lo CC, és Cheng TC. Race, unemployed rate and chronic mental illnesses: a 15 year trend analysis. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., Online közlés 2014. február 14.

Lócsei H. A gazdasági válság hatása a munkanélküliség területi egyenlőtlenségeire. In: Fazekas K, Molnár Gy (szerk.), Munkaerőpiaci Tükör. MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 2010: 126-141.

Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottoson J, Hemmingsson T. (2010) Unemployment and Mortality: A longitudinal prospective study on selection and causation in 49 321 Swedish middle-aged men. J Epidemiol Commun Health, 64 (1): 22-28.

Lüscher M, Lüscher-Test. Anleitung und Farbtafeln. Klinischer Test zur psychosomatischen Persönlichkeitsdiagnostik. Test-Verlag, Basel, 1948.

Lüscher M. Die Methode der strukturellen Funktionspsychologie. Heilpädagogische Werkblätter. N0.2. Luzern, 1962.

Lüscher M. Lüscher-Test. 10. Auflage-Test-Verlag, Basel, 1969.

Maes M. (1996) Psychoimmunological and Neuroendocrine Findings in Depression and Somatization. European Neuropsychopharmacology, 3: 6-19.

Mann SJ. (2012) Psychosomatic research in hypertension: the lack of impact of decades of research and new directions to consider. J Clin Hypertens, 14 (10): 657-664.

Martikainen P, Valkonen T. (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. Lancet, 348: 909-912.

Masseria C, Mladovsky P, Hernandez-Quevedo C. (2010) The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. Eur J Public Health, 20 (5): 549-554.

Máté Evangéliuma. A szőlőmunkások. 20. rész 1-16 versek. In: Biblia- Istennek az Ószövetségben és Újszövetségben adott kijelentése. Fordította: A Magyar Bibliatanács

Ószövetségi és Újszövetségi Bibliafordító szakbizottsága. Kálvin János Kiadó. Budapest, 1997.

Mathers CD, Schofield DJ. (1998) The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust*, 168: 178-183.

McKee M. (1997) The health of gypsies. *BMJ*, 315: 1172-1173.

McKee-Ryen FH, and Kinicki AJ. Coping with job loss. A life-facet perspective. In: Cooper C and Robertson IT. (eds.) *Psychology*, Chichester, England, Wiley, 2002 (17): 1-29.

Michaels C, Meek PM, Dedkhard S. (2008) Breathing intensity and word use in individuals with COPD. *Chronic Respiratory Disease*, 5 (4): 197-204.

Mihály E. A munkanélküliség problémája Romániában. X. RODOSZ Konferencia, 2009. Kolozsvár. ELTE, Budapest, 2009: 1-16.

Morell SL, Taylor RJ, Ker CB. (1998) Unemployment and young people's health. *Med J Aust*, 168: 236-240.

Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, Jones DR. (1987) Unemployment and mortality: Comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *Brit Med J (Clinical Research Edition)* 294: 86-90.

Morris JK, Cook DG, Shaper AG. (1994) Loss of employment and mortality. *BMJ*, 308: 1135-1139.

Morvai V, Ungváry Gy, Nagy I, Grónai É, Mándi A. Significance of pre-employment examinations among unemployed. EPICOH 14th International Conference on Epidemiology in Occupational Health., Herzliya, Israel, 1999, October 10-14, Abstr: 5.

MTA. Gyermekszegénység elleni program Ózdi Kistérségi Tükör, Boesod-Abauj-Zemplén megye és Észak-Magyarország helyzete. TÁMOP-5.2.1/07/1-2008-001.2011.

Murphy GC, and Athanason JA. (1999) The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organizational Psychology*, 72: 83-89.

Nagy K. Beszélnek a régi kövek Ózd környékén. Ózd, 1982.

Nagy K. Ózd város és környéke. Ózd, 1999.

Neurath P. (1995) Sixty years since Marienthal. *Canadian J. of Sociology/Caniers canadiens de sociologie*. Vol 20N^o1 Winter: 91-105.

Nordentoft M. (2007) Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies and intervention studies in suicid risk groups. Dan Med Bull, 54 (4): 306-369.

Norman SB, Means-Christensen AJ, Craske MG, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Stein MB. (2006) Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. Journal of Traumatic Stress, 19 (4): 461-470.

OEK-EPINFO. Magyarország járványügyi helyzete. Éves jelentések 2006-2012. Országos Epidemiológiai Központ. EPINFO különszámok.

OLEF. Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2004. <http://www.oszmk.hu/index.php?m=29>. Megtekintve: 2009.03.13.

Olson DH, Stewart KL, Wilson LR. Megküzdés és Stressz Profil (CSP) Coping and Stress Profile (CSP, Olson et al. 1991. cit. Kis Viszket és Hunyadi, Animula, 2011)

Oroszország Hangja. Rekordot dönt a munkanélküliség. 2012A. http://www.hungarian.ruvr.ru/2012_05_28/76219548. Megtekintve: 2013.06.09.

Oroszország Hangja. Eurozóna. Rekord arányú a munkanélküliség. 2012B. http://www.hungarian.ruvr.ru/2012_08_31/868336. Megtekintve: 2013.06.06.

Oroszország Hangja. Az EU felveti a fiatalok munkanélkülisége elleni küzdelem kérdését. 2013. http://www.hungarian.ruvr.ru/2013_05_02/Az_Eu_felveti_a_fiatalok_munk. Megtekintve: 2013.06.06.

Ózdi Cigány Önkormányzat. Tájékoztató Ózd Városi Cigány Kisebbségi Önkormányzat munkájáról, feladatairól, pénzügyi helyzetéről 2011. augusztus 31.-ig. http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=hu&gbv=2&gs_l=hp.12...1039013. Megtekintve: 2012.03.30.

Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet éves jelentései 1990-1995. Budapest, 1991-1995.

Ózdi Foglalkoztatási Közalapítvány. Az OFA 15 éve. Munkügyi levelek, A Munkaadó Lapja, 2008. 02. 15. 117.sz. <http://munkaugyilevelek.hu/2008/01-02/az-ofa-15-eve/Megtekintve>: 2014.08.12.

Pacak K, Palkovits M, Gal J, Kvetnansky R, Kopin IJ, Goldstein DS. (1988) Heterogenous neurochemical responses to different stressors: a test of Selye's doctrine of nonspecificity. Am J Physiol, 275: 1247-1255.

Pacak K, Palkovits M. (2001) Stressor specificity of central neuroendocrine responses: Implication for stress-related disorders. Endocr Rev, 22 (4): 502-548.

Pajak R, Lackner J, Kamboj SK. (2013) A systematic review of minimal-contact psychological treatments for symptom management in irritable bowel syndrome. [Review]. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (2): 103-112.

Palkovits M. The Axelrod-Selye connection: Catecholamines and steroids. Magyar tudomány napja 2013. MTA, Budapest, 2013.

Panoramio. Ózd látképe a múltból. <http://www.panoramio.com/photo/15849270>
Megtekintve: 2014.09.14.

Paul KI. The negative health effect of unemployment: Meta-analyses of cross-sectional and longitudinal data. Inaugural-Dissertation. Nürnberg. 2005.

Paul KI, Moser K. (2009) Unemployment impairs mental health. Meta-analyses. *J Vocat Behaviour*, 74: 264-283.

Paulik E, Lukács A, Todd R. (2012) Dohányzási szokások és dohányzással kapcsolatos ismeretek a roma népesség körében. *Népegészségügy*, 90 (4): 246-252.

Plette R, Ungváry Gy, Hegedűs I, Szakmár É. (1992-2002) A munkanélküliek szomatikus és mentális egészségi állapotának vizsgálatára alkalmazható kérdőív. Széchenyi terv pályázat beszámoló jelentés. Budapest. 2001. 07. 20.

Plette R, Ungváry Gy, Hegedűs I, Szakmár É, Morvai V. Munkanélküliek lelki egészségi állapotának meghatározására alkalmas kérdőíves-kikérdezéses módszer módosított változata az ETT-TUKEB pályázathoz, különös tekintettel a pszichoszomatikus megbetegedések diagnosztizálására. Budapest, 2012.

Polónyi I. (2002) A cigány népesség demográfiai, iskolázottsági és foglalkoztatási helyzete. *Iskolakultúra*, 8: 44-56.

Prónai Cs. (2000) A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás*, 9: 631-637.

Puporka L, Zádori Z. A magyarországi romák egészségi állapota. Roma Sajtóközpont. Budapest. 1998.

Puporka L, Zádori Zs. A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarország Regionális Iroda, NGO tanulmányok 1999 (2).

Puskás J. Kivándorló magyarok az Egyesült Államokban: 1880-1940. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1982.

Puskás J. (2001) Kivándorlás és az amerikai magyarok sorsa. *Magyar Tudomány*. 2001/4.

Ritz T, Meuret AE, Trueba AF, Fritzsche A, von Leupoldt A. (2013) Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. [Review] *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 81(2):231-50.

Roelf DJ, Shor E, Davidson KW, Schwatz JE. Vesztes élet és megélhetés. A munkanélküliség és az összes mortalitás rendszeres áttekintése és metaanalízise (magyar fordítás – Soc. Sci. Med. által kibocsátott kézirat. 2012. márc.1. Published online 2011., január 27. Doi: 10-1016/j.socscinat. 2011. 01.05.

Roh YH, Lee BK, Noh JH, Oh JH, Gong HS, Baek GH. (2012) Effect of depressive symptoms on perceived disability in patients with chronic shoulder pain. *Arch Orthop Trauma Surg*, 132 (9):1251-1257.

Rókusfalvy P, Povázasz É, Sipos K, Halmi Gy. Az affektivitás vizsgálata. A Lüscher-teszt alkalmazási lehetőségei és standartizálása. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1971.

Selye H. (1936) A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138:32-45.

Selye H. *The stress of life*. MCGRAW-HILL Book Company, Inc New York, U.S.A, 1956.

Stewart MS. Daltestvérek. Az oláh cigány identitás és közösség továbbélése a szocialista Magyarországon. A szociálpolitikai értesítő könyvtára. Fordította: Sajó T, Szarvas Zs, Vargyas G. T-Twins Kiadó, MTA Szociológiai Intézet, Max Weber Alapítvány 1993. Fordítás: Oliton Kft, Budapest, 1994:263.

Stocks NP, Fahey T. (2002) The treatment of acute bronchitis by general practitioners in the UK. Results of a cross sectional postal survey. *Australian Family Physician*, 1 (7):676-679.

Sz. Jónás I. Középkori egyetemes történeti szöveggyűjtemény. Osiris Kiadó, 1999. Internet:<http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tkt/kozepkori-egyetemes/ch03s04.html>. Megtekintve: 2014.09.18.

Szabó Zs. Létminimum, társadalmi minimum. Szakszervezeti kutatások, 2000. Létminimum 2004-2006. Központi Statisztikai hivatal, Budapest, 2007.

Szokmáry É, Bereczki E, Paksy A, Ungváry Gy.(2003) Kizárólag vagy meghatározó módon földművelésből élők higiéniás helyzete. Előadáskivonat. MÜTT XXIII. Kongresszus. Foglalkozás-egészségügy, Budapest, 7 (4): 12.

Száray M. A középkor virágzása és hanyatlása. In: Pálincás M (szerk.), *Történelem II*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2006: 7-69.

Száray M. Az ipari forradalom és következményei. In: Pálincás M (szerk.), Történelem III. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2007: 54-62.

Száray M, Kaposi J. A bolsevik Oroszország. A világgazdasági válság és kiutak keresése. In: Pálincás M (szerk.), Történelem IV. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2010: 62-71.

TÁMOP-5.2.1/07/1-2008-0001. Az Ózdi Kistérség. Borsod Abaúj Zemplén Megye esélye, Észak-Magyarországi Régió, Kistérségi helyzetelemzése, 2008.

Tardos K. Kisebbségek kisebbsége. A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai. In: Neményi M és Szalai J(szerk.), Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2005: 1-20.

Tomatis L. (1997) Poverty and cancer. *J Arc Sci Publ*, 138: 25-39.

Ulicska L. (2001) A munkanélküliség feltalálása Magyarországon: a munkanélküliség fogalmának recepciója a magyar társadalomban. *Korall*, (5-6): 37-48.

Ungváry Gy. (1993) A munkanélküliség egészségkárosító hatásai. *Magyar Tudomány*, 153: 159-167.

Ungváry Gy, Szakmáry É. (2004) Meghatározó módon vagy kizárólag földművelésből élők életminősége Magyarországon - higiénés helyzet, munkahigiénés helyzet, egészségi állapot. *Foglalkozás-egészségügy*, Budapest, 8 (3): 3-14.

Ungváry Gy, Grónai É, Mándi A, Béleczi L. (1997) Tengizben munkát vállalók előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálatának tapasztalata. *Foglalkozás-egészségügy*, 1(1): 6-13.

Ungváry Gy, Morvai V, Nagy I. (1999) Health risk of unemployment. *Centr Eur J Occupat Environm Med*, 5 (2): 91-112.

Ungváry Gy, Nagy I, Morvai V. Munkanélküliség és életminőség. In: Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2002: 33-62.

Ungváry Gy, Odor A, Bényi M, Balogh S, Szakmáry É. (2005) Romatelepek Magyarországon – gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok. *Orv. Hetilap*, 146: 691-699.

Ungváry Gy, Morvai V, Szakmáry É. (2008) Preventing workplace stress – Stress monitor. *Centr Eur J Occup Env Hlth*, 14 (4): 321-338.

Ungváry Gy. (2009) Munkahelyi stressz megelőzése-stresszmonitor. *Foglalkozás-egészségügy*, 13 (2): 11-22.

Ungváry Gy, Hegedűs I, Szakmáry É, Grónai É, Morvai V. Munkanlküliek. In: Ungváry Gy, Morvai V (Szerk) Munkaegészségtan, Medicina, 3. kiadás, Budapest, 2010: 119-122. ISBN 978 963 226 250 5

Ungváry Gy. (2013) Eustressz, distressz – munkahelyi stressz – stresszmonitor. Foglalkozás-egészségügy, 17 (3):184. XXIII. MÜTT Kongresszus. Visegrád. Előadáskivonatok.

Vaccarino V, Kondwani KA, Kelley ME, Murrah NV, Boyd L, Ahmed Y, Meng YX, Gibbons GH, Hooper WC, DE Staercke C. (2013) Effect of meditation on endothelial function in Black Americans with metabolic syndrome: a randomized trial. Psychosomatic Med, 75 (6): 591-599.

Világbank magyarországi Regionális Képviselőte. Magyarországi Romák Egészségi Állapota. In: NGO Tanulmányok. 2. sz. Világbank Magyarország Regionális Képviselőte. Budapest, 1999. 11)

Vinamaki H, Niskanen L, Koskela K. (1997) Factors predicting health behavior. Nord J Psychiatry, 51 (6): 431-438.

Wikipedia. Luddizmus.<http://hu.wikipedia.org/wiki/luddizmus>. Megtekintve: 2014.11.14.

WHO. Mental health: New understanding, new hope. The World Health Organization Report. WHO, Geneva, 2001:1-206.

World Bank. Poverty and Ethnicity. Across country study of Roma poverty in Central Europe – Revenga, A., Ringold, D., Tracy, W.M. World Bank Technical paper N°531. Washington D.C. 2002: 1-44.
<http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Recourses/ethnicity.pdf>. 2014. 06.09

Wright R J, Rodriguez M, Cohen S. (1998) Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. Thorax, 53 (12): 1066-1074.

Zhou C, Qian S, Wu P, Qiu C. (2013) Anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma: sociodemographic, clinical, and self-reported correlates. Journal of Psychosomatic Research, 75 (1): 75-82.

Zirke N, Seydel C, Szczepek A J, Olze H, Haupt H, Mazurek B. (2013) Psychological comorbidity in patients with chronic tinnitus: analysis and comparison with chronic pain, asthma or atopic dermatitis patients. Qual. Life Res. 22 (2): 263-272.

298/2011. (XII.22.) számú Korm. rendelet a kötelező legkisebb munkabér (minimálbér) és a garantált bérminimum megállapításáról.

11. A SZERZŐ PUBLIKÁCIÓINAK JEGYZÉKE

Az értekezéshez kapcsolódó közlemények

Hegedűs I. (2000) A közhasznú munkát végzők és a foglalkozás-egészségügy. Foglalkozás-egészségügy, 4 (4): 23-27.

Hegedűs I. (2003) A munkanélküliség egészségkárosító hatásának vizsgálata. Foglalkozás-egészségügy, 7 (2): 50-58.

Szakmáry É, Bóné E, **Hegedűs I**, Paksy A, Ungváry Gy. (2007) Roma telepek lakóinak esélyegyenlősége. Foglalkozás-egészségügy, 11 (1): 25-29.

Hegedűs I, Szakmáry É, Paksy A, Morvai V, Ungváry Gy. (2010) Public health conditions of the unemployment in the Ózd small area before the financial-economic world crisis I. Centr Eur J Occup Environm Med, 16(3-4): 183-198.

Hegedűs I, Szakmáry É, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2011) Public health conditions of the unemployed in the Ózd small area (micro region) before the financial-economic world crisis II. Centr Eur J Occup Environm Med, 17 (1-4): 3-44.

Hegedűs I, Szakmáry É, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2012) A munkanélküliek közegészségügyi helyzete és egészségi állapota az Ózdi Kistérségben a pénzügyi-gazdasági világválság előtt II. Foglalkozás-egészségügy, 3: 91-118.

Szakmáry É, **Hegedűs I**, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2012) Level of education and unemployment in roma communities living in roma colonies and colony-like conditions in the years preceding the financial-economic world crisis. Centr Eur J Occup Environm Med, 18 (1-4): 3-13.

Hegedűs I, Morvai V, Rudnai P, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy. (2014) Magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi helyzete és munkavégzésre való egészségi alkalmassága az Ózdi Kistérségben. Orvosi Hetilap, 155(15): 582-589.

Ungváry Gy, Szakmáry É, **Hegedűs I**, Odor A, Paksy A, Morvai V. (2014) Public health situation of Roma living in colonies or colony-like conditions and the significant differences determining quality of life of these two types of living environments in Hungary. Centr Eur J Occup Environm Med, 20 (1-2): 119-150.

Ungváry Gy, Szakmáry É, **Hegedűs I**, Odor A, Paksy A, Morvai V. (2014) Telepeken, illetve telepszerű lakókörnyezetben élő romák közegészségügyi helyzete e kétféle lakókörnyezet életminőséget meghatározó jelentős különbsége Magyarországon a pénzügyi-gazdasági világválságot megelőzően. Egészségtudomány, LVIII. évf. 3: 41-75.

Ungváry Gy, **Hegedűs I.** (2014) Rövid nemzetközi és hazai irodalmi áttekintés a munkanélküliségről – a munkanélküliség egészségkárosító hatásáról. Foglalkozás-egészségügy, 18(4): 177-196.

Hegedűs I, Morvai V, Rudnai P, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy. (2014) Life style, personal hygienic habits, health status and fitness for work of Hungarian and Roma unemployed in the Ózd Micro Region. Centr Eur J Occup Environm Med, 20 (3-4): 155-189.

Hegedűs I, Plette R, Szakmáry É, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2015) A munkanélküliség mentálhigiénés/ a lelki egészségre kifejtett hatásáról. Közlésre előkészítve

Előadáskivonatok, idézhető absztraktok

Hegedűs I. A közhasznú munkvégzés és a foglalkozás-egészségügy. Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság XX. Kongresszusa. Előadáskivonatok. Lillafüred, 2000: 18.

Hegedűs I. A munkanélküliség egészségkárosító hatásának vizsgálata. Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság XXI. Kongresszusa. Előadáskivonatok. Sopron 2001: 14.

Hegedűs I, Szakmáry É, Ungváry Gy. (2003) A munkanélküli és munkavállaló roma népesség egészségügyi helyzetének, életkörülményének bemutatása néhány BAZ-megyei településen végzett vizsgálat alapján. Előadás kivonat. XXIII. MÜTT Kongresszus, Foglalkozás-egészségügy, 7(4): 21.

Hegedűs I, Szakmáry É, Ungváry Gy, Fritz P. Magyarország észak-keleti régiójában élő munkanélküliek közegészségügyi helyzete. PhD Tudományos Napok. Előadáskivonatok. Budapest, 2004: 5.

Hegedűs I, Szakmáry É, Ungváry Gy. A munkanélküliek helyzete az Ózdi régió cigány népessége körében. Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság XXVI. Kongresszusa. Előadáskivonatok. Balatonalmádi, 2006: 13.

Könyvfejezetek

Ungváry Gy, **Hegedűs I,** Szakmáry É, Grónai É, Morvai V. Munkanlküliek. In: Ungváry Gy, Morvai V (Szerk) Munkaegészségtan, Medicina, 3. kiadás, Budapest, 2010: 119-122. ISBN 978 963 226 250 5

A szerző egyéb közleményei

Leenman E E, Bojkov Sz G, **Hegedűs I.** Az újszülöttkori klebsiella pneumoniák klinikája és morfológiája. Leningrádi Gyermekgyógyászat (Orosz nyelven), 1988.

Hegedűs I. (2000) A megváltozott munkaképességű dolgozók és a foglalkozás-egészségügy. Foglalkozás-egészségügy, 4(1): 12-18.

Hegedűs I. (2001) A munkával összefüggő csontváz- és izomrendszeri betegségek előfordulása néhány B.-A.-Z. megyei munkahelyen. Foglalkozás-egészségügy, 5 (2): 45-53.

Hegedűs I, Fritz P. (2004) A munkanélküli és munkavállaló roma népesség egészségügyi helyzetének, életkörülményeinek bemutatása néhány Borsod-Abaúj-Zemplén megyei településen végzett vizsgálat alapján. Budapesti Népegészségügy, 35 (3): 205-211.

Fritz P, Jakab E, Dorka P, **Hegedűs I,** Mészáros J. (2004) A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata. Budapesti Népegészségügy, 35 (4): 323-330.

Fritz P, Jakab E, Gemes K, Meszaros E, **Hegedus I,** Meszaros J, Kopp M. (2006) Development of life quality dimensions in the light of the correlation between recreational physical exercise and stress at the work place. *Physycal Education and Sport* Volume, 3(1): 5 – 29.

Ungváry Gy. (ed.) (2006) Chemical Safety in Hungary. New National Profile. Cenrt. Eur J Occup Environm Hlth Med, 12 (2): 77-131, (A közleménynek 150 szerzője van, köztük **Hegedűs I.**)

Ungváry Gy.(szerk.) Magyarország Kémiai Biztonsága, Új Nemzeti Profil. Kémiai Biztonsági Nemzeti Koordinációs Bizottság. Romin Nyomdaipari Bt. Budapest. 2006: 1-76. old. (A dokumentumnak 150 szerzője van, köztük **Hegedűs I.**)

Ungváry Gy.(ed.) Chemical Safety in Hungary. New National Profile. Summary. National Coordinator Communithe. Romin Bt. Budapest. 2006: 1-75. (A dokumentumnak 150 szerzője van, köztük **Hegedűs I.**)

(A magyar és angol nyelvű kiadás azonos tartalommal)

Fritz P, Schaub G, **Hegedűs I.** (2007) Kapcsolat az életmód, szabadidő és rekreáció között. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8 (30): 52 – 56.

12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsősorban köszönettel tartozom témavezetőmnek,

Prof. Dr. Ungváry Györgynek, az MTA doktorának

a lehetőségért, hogy az általa vezetett kutatásokban részt vehettem, valamint, hogy segített a tudományos kutatáshoz szükséges gondolkodásmód és képességek kifejlésztésében.

Külön köszönet illeti munkatársaimat:

Prof. Dr. Morvai Veronikát, az MTA doktorát, ETT TUKEB témavezetőjét,

SE, ÁOK II. Belklinika, illetve SE, ÁOK Munka-és Környezetegészségügyi Tanszék vezetője;

Dr. Szakmáry Évát, főosztályvezetőt, kandidátust, Fodor József Országos Közegészségügyi Központ;

Paksy Andrást, orvos biostatistikust, KSH;

Dr. Rudnai Pétert, osztályvezető főorvost, epidemiológust, Országos Közegészségügyi Intézet;

Dr. Plette Richardot, pszichológust, munkalélektani osztály vezetőjét, Országos Munkaegészségügyi Intézet.

Köszönettel tartozom az Ózdi Cigány Kisebbségi Önkormányzat vezetőjének, Berki Lajosnak, az Ózdi Munkaügyi Központ vezetőjének, Bárdos Gézának.

Végül, de nem utolsó sorban köszönöm családomnak, akik nélkül mindez nem valósulhatott volna meg.