

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

Doktori tézisek

Dr. Hegedűs Ibolya

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. Ungváry György egyetemi tanár, az MTA doktora

Hivatalos bírálók:

Dr. Nagymajtényi László, egyetemi tanár, az MTA doktora

Dr. Törő Klára egyetemi docens, PhD.

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Morvai Veronika egyetemi tanár, az MTA doktora

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Hudák Aranka egyetemi docens, az orvostudomány kandidátusa

Dr. Szakmáry Éva, PhD.

Budapest
2015

Bevezetés

Pericles nyomán, illetve Máté Evangéliuma révén tudjuk, hogy már az Ókori Athénban, illetve az Újszövetség keletkezése idején ismert volt egyfajta munkaerőhiány, munkanélküliség. A széleskörű társadalmi jelentőségű munkanélküliség azonban egyértelműen az iparosodás megjelenésével, az ipari dominancia kialakulásával, az ipari forradalommal egyidős. Az iparosodott országok története első évszázadaiban a már kialakult termelési folyamatok termelékenységét növelő újabb és újabb technológiák üzembe helyezésének esetenként a munkások tömegei váltak feleslegessé, munkanélkülivé. A munkanélküliség folyamatos réme a munkások, illetve a tulajdonosok és a munkáltatók között sorozatos összetűzéseket (géprombolások, luddizmus, felkelések stb.) idézett elő, míg az egyre több és újabb termékek elhelyezése végett megindultak a piacokért folytatott küzdelmek. Az ellentétek háborúba torkolltak, amelyeket az I. Világháború tetézett be. A „Nagy Háború” győztese és vesztese, a tömeges munkanélküliséggel együtt járó válságok gyakran katasztrofális gazdasági és szociális hatását egyaránt felismerték (1). Az 1919-s versailles-i békeszerződés XIII. fejezete által életre hívott Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (angol nyelvű rövidítése: ILO) 146 ország kormánya által aláírt alapokmányának bevezető mondata ezért fogalmaz úgy, hogy „Egyetemes és tartós béke csak akkor teremthető, ha az a társadalmi igazságosságon alapszik.” Noha már az ILO 2. számú Egyezménye (1919; ma ezek száma: ~200) a munkanélküliség megoldásra váró kérdéseivel foglalkozott, a munkanélküliség nyomában fellépő szegénység, nyomor középpontjában álló emberrel először csak az 1929-1933-as nagy gazdasági világválság végén, az ún. „Marienthal tanulmányban” egy kisebb pszichológus-szociológus csoport foglalkozott. Ráműtettek: a munkanélküli embert nemcsak a munkanélküliség okozta gazdasági, szociális, megélhetési problémák, hanem a munkanélküliség káros pszichés hatásai is sújtják (1).

Annak feltételezésére, hogy a munkanélküliség szomatikus egészségkárosodást okoz, csak a 20. század utolsó évtizedében, elfogadására pedig csak a 21. század első évtizedében került sor. Erről a KSH 2009-ben megjelent tanulmánya így ír: „Míg két évtizeddel ezelőtt” (ez a rendszerváltozás körüli idő) „a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot közötti kapcsolatok kutatásában érvelni kellett amellet,

hogy a munkanélküliség, illetve tágabban a nem foglalkoztatottság beillesztendő a társadalmi egyenlőtlenségek dimenziói közé, addig a 21. század évtizedében az egészségszociológia egyik jelentős ágává vált az az irány, amely a munka-bizonytalansága volta és az egészségi állapot közötti kapcsolattal foglalkozik”. A British Medical Journal ugyancsak egy 2009-ben közreadott „editorials”-ben foglalkozik a munkanélküliség egészségkárosító hatásaival és megállapítja, hogy az 1990-s évek elején végzett kutatások szerint a munkanélküliség megnöveli a mortalitást, illetve a munkanélküliség után újra munkához jutók gyorsabban gyógyulnak betegségeikből. A hazai munkaegészségügy területén dolgozó orvosok, kutatók a munkanélküliséggel először az ún. szocialista világrendszer összeomlásakor – az 1980-s évek végén, 1990-s évek elején – találkoztak. A szakterület országos intézetében kutató munkacsoport (amelyhez mint PhD hallgató csatlakoztam) egy adott, a munkakör betöltéséhez, illetve a külföldi munkavégzéshez szükséges orvosi alkalmassági vizsgálatok során figyelt fel arra, hogy a munkanélküliek között nagyobb gyakorisággal fordulnak elő egészségi okokból munkavégzésre alkalmatlanok, mint a foglalkoztatottak között. A munkacsoport kutatási tervet dolgozott ki és megkezdett kutatásainak eredményeiről – az 1990-1994-s intézeti jelentések mellett – 1993-ban már közleményben számoltak be. A kutatási terv fő kérdéseiként a következőket fogalmaztuk meg: i) a munkanélküliség valóban megnöveli-e az egészségkárosodás miatt munkavégzésre alkalmatlanok gyakoriságát, vagyis: van-e direkt egészségkárosító hatása? ii) mi lehet ennek egészen az utolsó időkig fel sem ismert jelenségnek az oka? iii) függ-e a jelenség olyan ún. moderátor tényezőktől, mint pl. az ország gazdasági ereje, egy térség munkanélkülijének etnikai összetétele, a munkanélküliség tartóssága, a munkanélküliek szociális helyzete, szegénysége, környezeti és egyéb jellemzői (földrajzi elhelyezkedés, a lakókörnyezet higiénés állapota, eredendő egészségi állapot, életmód, személyi higiénés szokások, képzettség stb.). Jelen értekezés e nagyobb kérdések, problémák megválaszolásához egy ún. elmaradott magyarországi Kistérség munkanélkülijei vizsgálatának elemzésével kívánt hozzájárulni, részben pedig a jelzett nagyobb problémakörök egy-egy részletét kívánta megismerni. Mindezek megvalósítása végett az alább felsorolt célokat kívánták elérni.

Célkitűzések

1. *Az Ózdi Kistérség munkanélküliei által feltételezeten befolyásolt közegészségügyi biztonságának elemzése. Ezen belül*
 - 1.1. A munkanélküliek demográfiai és szociális helyzetének elemzése;
 - 1.2. A Kistérség Munkanélkülieinek in-door és out-door lakókörnyezete, környezet-egészségügyi helyzete – következményei;
 - 1.3. A Kistérség munkanélkülieinek iskolázottsága, képzettsége – következményei;
2. *Az Ózdi Kistérség munkanélküliei egészségi állapotát meghatározó tényezőinek, valamint egészségi állapotának elemzése. Ezen belül:*
 - 2.1. Milyenek a Kistérség munkanélkülieinek személyi higiénés szokásai, életmódja?
 - 2.2. Milyen a Kistérség munkanélküliei diagnosztizált megbetegedéseinek megoszlása?
 - 2.3. Milyen a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlanságának gyakorisága?
 - 2.4. Van-e különbség a foglalkoztatottak és a munkanélküliek egészségkárosodáshoz kapcsolódó panaszai között?
Az első két pontban megfogalmazott célkitűzések megvalósulása, kérdések megválaszolásának ismeretében foglalmaztuk meg vizsgálataink további céljait, feladatait.
3. *Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélküliei közegészségügyi és szociális biztonságának összehasonlító elemzése (részletkérdéseket lásd: 1.1.-1.3.)*
4. *Az Ózdi Kistérség magyar és roma munkanélküliei egészségi állapotának és meghatározó tényezőinek, valamint munkavégzésre való alkalmatlanságának összehasonlító elemzése (részletkérdéseket lásd: 2.1.-2.4. pontok).*
5. *A magyar és roma munkanélküliek mentálhigiénés helyzetének elemzése, lelki egészségi állapotának összehasonlítása.*
6. 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?
7. Valamennyi célkitűzésünk elérését, kérdésünk megválaszolását követően végül azt kívántuk megismerni, hogy mi lehet az etiológiája annak a munkacsoportunk és mások által is egybehangozón 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.

Módszerek, vizsgált népesség, adatvédelem, , statisztikai elemzés

Vizsgált népességek/csoportok. A vizsgálatokat részben a pénzügyi-gazdasági világválság előtti években (2000-2006), részben a világválság éveiben (2009-2012 között) végeztük.

I. A világválság előtt végzett vizsgálatok.

1.1. Általános és összehasonlító közegészségügyi és egészségi állapotot elemző vizsgálatok. A vizsgálatokba az Ózdi Kistérségben élő, 18-61 év közötti 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 munkanélküliekből 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, és vizsgálataik eredményeinek elemzése nem képezi az értekezés tárgyát. További összehasonlító becslések esetében az Ózdi Kistérségre vonatkozó 2000 és 2012 között rendelkezésre álló KSH adatokra is támaszkodtunk¹.

1.2. Munkavégzésre való alkalmasság. Kizárólag a munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága került összehasonlításra. Munkanélküli csoportként az 1.1 pontban jelzett vizsgálati alanyok, foglalkoztatott csoportként a 2003-ban a Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálaton megjelent, a

¹ A munkacsoport hasonló módszerekkel végzett vizsgálatainak eredménye statisztikai szempontból alkalmasak voltak összehasonlításra, míg a KSH adatokat csak összehasonlító becslésre alkalmaztuk.

munkanélküliekhez hasonló életkorú aktív dolgozók (450 fő – 160 nő és 290 férfi) szolgáltak.

2. A világválság éveiben végzett vizsgálatok.

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

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.

2.3. *Kiegészítő összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatok.* Kizárólag mentálhigiénés vizsgálatokat végeztünk további 60 aktívan dolgozó magyar, illetve 60 magyar és 60 roma hasonló életkorú férfi, illetve nő munkanélküli esetében az Ózdi Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban, az Ózdi Munkaügyi Központban.

Adatrögzítés, adatkezelés, adatvédelem. A vizsgálatokban részt vevő vizsgálati alanyok toborzása, a vizsgálatokba való bevonása előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatással, önkéntes alapon történt. Valamennyi munkanélküli vizsgálatára (a világválság éveiben történtek esetében is) a vizsgálatokra még az első közfoglalkoztatású, vagy közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó munkavégzés előtt került sor. 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 Helsinki Deklaráció előírásainak².

Módszerek. Kérdőíves-önkitöltéses, kérdőíves-kikérdezéses, (interjú) és foglalkozás-orvostani szakorvosi munkaköri alkalmasság megítéléséhez szükséges vizsgálati módszereket alkalmaztunk. Az alkalmazott kérdőívek és tesztek:

- I. a munkanélküliek közegészségügyi helyzetének,
- II. a munkanélküliek egészségi állapotának elemzését szolgáló kérdőívek,
- III. a vizsgálati alanyok munkavégzésre való alkalmasság szakorvosi vizsgálata eredményeinek rögzítésére és megítélésére alkalmazott űrlap.
- IV. Speciális papír-ceruza (pszichológiai) tesztek. Mentálhigiénés vizsgálataink során a foglalkozás-egészségügyi szakorvos által végzett klinikai vizsgálatokon részletes anamnézist, valamint az általa már ismert ún. papír-ceruza tesztek eredményeinek ismeretében részletesebben elvégzett és rögzített explorációt elemeztük. A papír-ceruza tesztek közül a következőket alkalmaztuk: Életelegedettségi Skála (Diener és mtsai 1985); mentális-lelki egészségi állapot felmérése munkacsoportunk által kidolgozott és validált ötrészes (társas kapcsolat, önbizalom, hangulati-érzelmi állapot, megküzdési képesség, munkanélkülieket érő sajátos stresszorok, pl. diszkrimináció); Beck-féle depresszió kérdőív 13 tételes változata (Beck és Beck 1972); affektivitás megítélése Lüscher-féle színpreferencia teszttel (Lüscher 1948; 1962; 1969); Megküzdés és Stressz profil (Olson és mtsai 1991).

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

² A világválság előtti kutatásokat a Semmelweis Egyetem Kutatás-etikai engedélyeivel, a világválság éveiben végzett, a magyar és roma munkanélküliek meghatározott közegészségügyi, egészségi stb. paraméterek összehasonlítására kiterjesztett kutatásokat a ETT TUKÉB 35685/2012/EKU (562/PI/12.) számú határozatában foglalt engedélyével végeztük.

munkanélküliek) jellemzőire vonatkozó gyakorisági mutatókat, 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.

Eredmények³

1. *A pénzügyi-gazdasági világválság előtt az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek közegészségügyi és szociális helyzete, biztonsága.*

1.1. Demográfiai adatok, munkaanamnézis, munkanélküliség időtartama, szociális helyzet. Magyarország rendszerváltozás előtti egyik korábbi koházati fellegvárának vonzáskörzetében, az Ózdi Kistérség vizsgálatainkba bevont munkanélkülijeinek túlnyomó többsége 3 évnél régebben munkanélküli. Többségük első generációs³, de jelentős közöttük az ún. második generációs⁴ munkanélküliek aránya (~70% vs. 30%). Az életkor előrehaladásával a munkanélküliség/munkanélküliek gyakorisága megnő. A munkanélküliek háztartásainak összjövedelme a segélyek, alkalmi munkák bevétele mellett attól függ, hogy házastársaik/élettársaik, munkaképes életkorba lépett gyermekeik dolgoznak-e, illetve mennyi a jövedelem nélküli ellátandók száma. A férfiak feleségeinek/élettársainak egyharmada munkanélküli, több mint egyharmada GYES-t, GYED-t vesz igénybe és csak alig több, mint egyötöde gazdaságilag aktív. A munkanélküli nők férjeinek/élettársainak közel kétharmada gazdaságilag

³ a megfogalmazott célkitűzések, kérdések sorrendjében

⁴ 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.

aktív, egyharmada munkanélküli. 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, extrém méretű terhet (5 vagy több fő) jövedelem nélküli eltartását viseli a munkanélküliek 5,8 %-a. (2).

1.2. Lakókörnyezet, környezet-egészségügyi helyzet. A vizsgált munkanélküliek csaknem kétharmada városban, több mint egyharmada községben, többségükben saját tulajdonú lakásban él. Noha a megkérdezettek 43 %-a vs. 49 %-a szerint lakása megfelelő, illetve elfogadható, egyebek közt megállapítottuk: a munkanélküliek 14 %-a többedmagával 4-12 m²-s, 62,3 %-a 24-32m² alapterületű lakásokban él. Az esetek többségében a lakószobákban az egy főre jutó alapterület 1-5 m². A lakások többségében (62,3%) a fűtés hagyományos kályhával, a világítás 98,3%-ban elektromos árammal, a vízellátás 53,9 %-ban hálózatos vízvezetékekkel történik. Erősen kifogásolható: a lakások 36,6 %-ában nincs hálózati folyóvízes ellátás, 46,5 %-ában nincs fürdőszoba, 45 %-ban nincs vízőblítéses WC és a WC-k a lakáson kívül vannak elhelyezve. A lakóhelyek 42,4 %-a nincs csatornázva, 29,9 %-ában pedig csak „házi csatorna” van (2).

1.3. Iskolázottság, képzettség. A Kistérségben élő, kérdőívekre választ adó (~100%) munkanélküliek túlnyomó többségének iskolázottsága alacsony (a férfiak 19%-a, a nők 36%-a a 8 általánost sem végezte el). Legmagasabb iskolai végzettséget mind a férfiak, mind a nők 49%-ának a 8 általános jelentette. Szakmunkásképzőt a férfiak 26,5%-a, a nők 12,3%-a végzett; középiskolai végzettsége az adatszolgáltatók 3,7%-ának volt, főiskolát vagy egyetemet végzett munkanélküli nem volt a vizsgált csoportban (2).

2. A pénzügyi gazdasági világválság előtt az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek, személyi higiénés helyzete, életmódja, egészségi állapota, munkavégzésre való alkalmassága/egészségi okokból való alkalmatlanságának aránya

2.1. Személyi higiénés szokások. Az Ózdi Kistérség munkanélkülijei *személyi higiénés szokásai* (tisztálkodás, meleg folyóvízes fürdés, kézmosás, fogápolás, fehérműváltás) kifogásolhatóak. 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. Orálhigiénés aktivitásukkal szinkronban van, hogy a megkérdezettek csak 10%-ának ép a fogazata, egynegyedüknél nagyon hiányos és 95%-uk a hiányzó fogakat nem pótolja. Egészségi állapotukat meghatározó, befolyásoló – fentebb felsorolt – a kérdezett személyektől, önmaguktól függő tényezőket (lényegében egy sor megbetegedés megelőzését] nem kezelik kielégítően (3).

Életmód. Táplálkozás. A megkérdezettek 69%-a naponta 3 alkalommal étkezik, fele heti 3-4 alkalommal fogyaszt húskészítményt, egyharmada naponta tejterméket, zöldséget, főzelékféléket, gyümölcsöt naponta 20% fogyaszt, a halfogyasztás csak a kérdezettek 1%-ának háztartásában fordul elő. A megkérdezettek 5-8%-a soha, vagy nagyon ritkán fogyaszt szárnyast, 7-10%-a tejet vagy tejterméket, több mint 25%-uk nem reggelizik (3). *Dohányzás.* A megkérdezett férfiak ~77%-a, a nők ~80%-a dohányzik; a dohányzók mintegy 40%-a nagydohányos, naponta több mint 20 szál cigarettát szív (3). *Testmozgás.* A munkanélküliek túlnyomó többsége napi rendszerességgel testmozgást (séta, kocogás, futás, torna) nem végez; testmozgást számukra legfeljebb házkörűli tevékenységük (háztartás, kerti munka, állattartás) jelent. A kérdezettek több mint felének alkalmi munkára sincs lehetősége (3). *Alkoholfogyasztás.* Összhangban más irodalmi adatokkal, kérdőíves-önkitöltéses módszerrel nyert adatainkat nem tartjuk értékelhetőnek. *Drogfogyasztásról* egyetlen vizsgálati alany sem tett említést.

2.2. *Egészségi állapot felmérése kérdőíves-kikérdezéses módszerrel* mindössze 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 (lásd: 2.3. pont) (3).

Anamnézis – családi, személyi; visszatérő panaszok a munkanélküliség idején. Mind a férfiak, mind a nők esetében a rossz kedélyállapot, szorongás, fejfájás, alvászavar, reggeli fáradtság, ingerlékenység, mellkasi szorítás, szellemi, illetve fizikai kimerültség, derékfájás, csont-izületi-izom fájdalmak, gyakori bél-bántalmak, köhögés és köpetürítés a leggyakoribb visszatérő vagy állandósuló panaszok. A panaszok nagyobb része distresszes jellegű (3).

2.3. *Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek munkavégzésre való alkalmassága.* Mind a férfiak, mind a nők között megnő a „munkaköre ellátására alkalmatlannak” minősítettek aránya. 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: a vizsgált munkanélküliek jelentős részének lelki egészségi állapota aggályos, 41%-uk kimerültnek, depressziósnak érzi magát, 22%-uknak nincs kedve semmihez. A depresszió érzés gyakorisága az életkor előrehaladásával mind a férfiak, mind a nő munkanélküliek között megnő.

2.4. *Az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek és néhány foglalkoztatott, illetve lakossági csoport állapotának összehasonlítása*

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 hasonlítjuk össze az orvosi kezelésre szoruló arányát, a különbség valamennyi esetben erősen szignifikáns ($P < 0,001$) az Ózdi Kistérség munkanélkülieinek kárára (3). Az OR értékek azt mutatják, hogy az összes többi csoport e tekintetben szignifikánsan 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 összehasonlított budapesti munkanélküli, különböző foglalkoztatott, illetve lakossági csoportok tagjainak (3).

3. *Az Ózdi Kistérség roma és nem roma munkanélkülieinek közegészségügyi és szociális helyzete, biztonsága a pénzügyi-gazdasági világválság éveiben.*

3.1. *Demográfiai adatok, munkaanamnézis, munkanélkülivé válás/munkanélküliség időtartama, szociális helyzet.* A magyar és roma személyek életkora között szignifikáns különbség volt, a roma munkanélküliek jelentősen fiatalabbak. Munkanélkülivé válásuk előtt az első generációs munkanélküli magyar férfiak átlagosan 15,4 a magyar 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. 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 (4,5).

Jelentős különbség van a magyar és a roma nők házastársai/élettársai gazdasági aktivitásának (nem munkanélküliek) arányában. A magyar nők házastársai/élettársai gazdasági aktív tagjainak aránya meghaladja a roma nőkéét; a különbség erősen szignifikáns. A nők szociális támogatása között a romák javára különbség van; a különbséget a GYES, GYED, GYET, valamint a családi pótlékok megoszlása okozza. 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. A romák havi egy főre jutó jövedelme szignifikánsan kisebb, mint a magyaroké. Vizsgálataink idején a magyar, illetve a roma munkanélküliek és eltartottjai havonta a létminimum 53,1%, illetve 42,9%-ából kellett, hogy megéljenek (4,5).

3.2. *A magyar és roma munkanélküliek in-door és out-door lakókörnyezeti, közegészségügyi helyzetének összehasonlítása.* Az in-door és out-door környezetet jellemző paraméterek (épületek minősége, építőanyaga, padozat, falak anyaga, szellőztetés, nyílászárók állapota, a lakás alapterülete, a lakásban együtt élők száma, hálózatos ivóvízhez jutás lakáson belül, meleg folyóvízes fürdési lehetőség hiánya, fürdésre csak hideg víz áll rendelkezésre, fürdésre elkülönített helyiség nincs, lakáson belüli vízöblítéses WC aránya, lakáson kívüli WC [árnyékszék] aránya, táv-tömbfűtésű lakások aránya, hagyományos kályhafűtésű lakások aránya, gyenge megvilágítású helyiségek aránya) vonatkozásában a romák kárára szignifikáns különbség van a magyar munkanélkülihez viszonyítva. A cigány munkanélküliek out-door környezete az utóbbi 10 évben javult, a szemét és hulladék gyűjtés szervezett, bár illegális szemétlerek időről-időre előfordulnak. A 10-15 éve meglévő döngutakat felszámolták (4,5).

3.3. *Magyar és roma munkanélküliek iskolázottsága, képzettsége, tanulási feltételeinek összehasonlítása.* A tanultság, képzettségi szint között szignifikáns különbség van a romák kárára valamennyi vizsgált paraméter

esetében a 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%, $P<0,001$). Az érettségizettek aránya a magyarok között 7,9%, a romák között nem volt érettségizett személy. A maximum 8 általánost végzők esetében a mérleg 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 (4)]. A *tanulási feltételek* vizsgált paraméterei a magyar és roma munkanélküliek esetében a romák kárára szignifikánsan különböznek. 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. $1,0\pm 0,6$; $P<0,001$ (4).

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

4.1. A magyar és roma munkanélküliek személyi higiénés szokásainak, helyzetének, életmódjának összehasonlítása. Személyi higiénés szokások, felelősség. A magyar munkanélküliek 84,1%-a, a romák 72,5%-a naponta tisztálkodik ($P<0,01$). A kétnaponta tisztálkodók között 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 tisztálkodók 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. A különbség mindkét tevékenység esetében a romák kárára szignifikáns: $P<0,01$). A fogazat állapota mind a magyar, mind a roma munkanélküliek között erősen kifogásolható; 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 fehérmű, valamint az ing/blúzváltás gyakoriságában. A magyarok többsége (87,9%) fehérműt naponta,

11,1%-a kétnaponta cserél. A romák 64,3%-a naponta, 33,2%-a kétnaponta vált fehérneműt ($P < 0,01$). 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 mosószerre 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%; $P < 0,01$) (6).

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 hűskészítményt; 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, főzelékfélét, és gyümölcsöt a magyarok 27,1%-a, a romák 14,5 %-a fogyaszt ($P < 0,01$) (6).

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 viszonyítva; mind a férfiak, mind a nők esetében $P < 0,05$. Sajnálatosan nagy a sportolásra, testmozgásra „soha” választ adók aránya. A testmozgást soha nem végző magyar és roma munkanélküliek aránya közötti különbség feltűnően nagy (32,4% vs. 65,3%; $P < 0,01$) (6). *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%; ($P < 0,05$) (6). *Alkoholfogyasztás.* Nem értékelhető. *Drogfogyasztásról* egyik csoport, egyetlen tagja sem tett említést.

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 volt a magyar és roma munkanélküli nők válaszainak összehasonlításakor (12,9% vs. 26,8%; $P < 0,05$). A válaszadók többsége jelenlegi egészségi állapotát jónak vagy közepesnek és mindössze néhány esetben minősítette rossznak. Ezzel szemben – egyidejűleg – munkaképességét a fizikai igénybevétellel járó lehetséges munkája (a bevezetés előtt álló közfoglalkoztatási, vagy a kizárólag saját döntésétől függő idénymunkára való vállalkozása) szempontjából a válaszoló magyar és roma férfiak többsége (79% vs. 71,9%; n.sz.) egyaránt rossznak tartja. Szellemi igénybevételi képességét a munkanélküliek többsége rossznak minősíti (6).

Anamnézis – családi anamnézis. Az élő szülők aránya nem különbözik a magyar és roma munkanélküliek esetében. A roma férfiak elhunyt szülei szignifikánsan rövidebb ideig éltek, mint a magyar férfiak elhunyt szülei. *A személyi anamnézis* felvételekor, illetve a kérdőíveken megjelenő válaszok többségében visszatérő panaszok között a leggyakoribb a rossz kedélyállapot, szorongás, alvászavar, szellemi, illetve fizikai kimerültség, fáradtság, szédülés, szapora pulzus, mellkasi szorítás, ingerlékenység, csont-izületi-izom fájdalomok, derék-, fej-, nyakfájás, gyomor-bél bántalmak szerepeltek. A romák és magyarok esetében több panasz gyakorisága különbözött; különbség volt az életkori kategóriák között is, az életkor előrehaladásával a panaszok gyakorisága megnőtt (6). *A foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálatok* során a munkavégzésre való alkalmatlanságot az esetek 28,9%-ában szív- és érrendszeri megbetegedések, 13,7%-ban légzőszervi betegségek, 27,0%-ban mozgásszervi megbetegedések (utóbbiakat elsősorban a roma munkanélküliek között diagnosztizáltuk), 6,1%-ban emésztőszervi, 9,2%-ban egyéb betegségek okozták. A betegségtípusok a 2000-2006 között észleltekhöz képest nemszignifikáns aránykülönbségekben változtak. A

munkavégzésre való alkalmatlanságot okozó megbetegedések túlnyomó többsége pszichoszomatikus eredetű (6).

4.3. *A magyar és roma munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága gyakoriságának összehasonlítása.* A Kistérség munkanélkülijeinek egészségi okokkal összefüggő munkavégzésre való alkalmatlansága az országos átlagnál nagyobb gyakoriságú, a romák magyarokénál *munkavégzésre való alkalmatlanságának egészségi okok miatti várható gyakorisága több mint kétszer nagyobb*, mint a magyar munkanélkülieké. A munkavégzésre való alkalmatlanság gyakorisága szignifikánsan nagyobb az első, mint a második generációs munkanélküliek között, és az életkor előrehaladásával szignifikánsan tovább nő; a ≥ 45 éves munkanélküliek között 3,15-ször nagyobb a munkavégzésre alkalmatlanok aránya, mint a 30 évnél fiatalabbak között. A nők munkavégzésre való alkalmatlanságának gyakorisága meghaladja a férfiakét; a munkavégzésre alkalmatlanok gyakorisága nem függ össze a munkanélküliség idejének hosszával, de a munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlanságának kockázata csaknem 30-szorosan haladja meg a foglalkoztatottakét. (6).

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

5.1. Mind a magyar, mind a roma munkanélküliek mentális és lelki egészségkárosodásának gyakorisága megnő. Azt, hogy a munkavégzésre alkalmatlanná váló munkanélküliek alkalmatlanságot okozó megbetegedéseinek túlnyomó többsége pszichoszomatikus eredetű, egyrészt elsősorban a munkanélküliség stresszor, stresszor-sorozat hatásával, anamnézissel, explorációval, klinikai vizsgálattal történt feltárásával, másrészt a stresszor-hatást igazoló ún. papír-ceruza tesztekkel bizonyítottuk a nagyon elmaradott, vegyes etnikumú Kistérségben. Megállapítottuk, hogy a munkanélküliség stresszor vagy pontosabban folyamatosan változó stresszor sorozatként hat. Így evidencia: a munkanélküliség distresszt és distresszt követően kialakuló pszichoszomatikus, magatartási és esetenként pszichiátriai megbetegedéseket okozhat.

5.2. A magyar és roma munkanélküliek lelki egészségváltozásai között további jelentős különbségek is vannak. A roma férfiaknak több mint 13-szor, a roma nőknek több mint 3-szor nagyobb esélye van a rossz lelki egészségi állapotúak közé történő besorolásra, mint a magyaroknak. Nagyon nagy különbség van a diszkrimináció gyakoriság érzésében is a

romák kárára. Az életkor előrehaladásával szignifikánsan megnő a kimerülés érzés gyakorisága, ugyancsak a romák kárára. A romák önbizalma a magyar munkanélküliekhez viszonyítva csökken; a csökkenés a férfiak között 3-szoros, a nők között 2,5-szeres. Fontos különbség, hogy a romák társas kapcsolata szegényesebbé válik a magyarokénál: 3,5-ször kisebb a roma nők társas kapcsolat kialakításra való esélye, mint a magyar nőké. Úgy tűnik, hogy a magyar fiatalokat (a különbség nem szignifikáns) a munkanélküliség jobban megrázza, mint a roma fiatalokat. A Lüscher teszt arra utal, hogy a magyar munkanélküliek megküzdése logikusabb, célszerűbb, mint a romáké, amely inkább érzelmi alapú (7).

6. *Az Ózdi Kistérségben mélyszegénységben élő (főként roma) munkanélkülijeinek életkörülményeinek/életminőségének változása Magyarország EU tagországgá válást követően, illetve a pénzügyi-gazdasági világszaglás éveiben.*

8-10 éves különbséggel az Ózdi Kistérség munkanélkülijei között végzett vizsgálatokkal megállapítottuk, 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, ezzel egyidejűleg viszont a dohányzás visszaszorulását mértük (4).

Következtetések

1. *Az Ózdi Kistérség munkanélkülijeinek közegészségügyi helyzete aggályos és veszélyezteti a Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságát. A Kistérség közegészségügyi-járványügyi biztonságának szintje az országos átlag alatt 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 elrendeződésben, míg a romák kisebb része a magyar lakossággal integráltan él. Mind az in-door, mind az out-door lakókörnyezet kifogásolható. A telepi lakások higiéniés állapota, zsúfoltsága nemcsak a közegészségügyi-járványügyi biztonságot veszélyezteti, hanem megakadályozza a pihenést, a tanulást, amely utóbbi lehetetlenné tétele egyszersmind a munkanélküliség konzerválásának, a második generációs munkanélküliség bővülésének, a romák (és a mélyszegénységben élő magyar kisebbség) társadalom perifériájára való sodródásának legnagyobb hajtóereje és egyszersmind ezeknek a roma és magyar embereknek a*

társadalmi felzárkózását elsősorban megakadályozó tényezője. A társadalom perifériájára sodródott emberek lelki- és testi egészséget romboló helyzetből való kitörését, a távlati célként megjelölendő középosztályhoz való felzárkózásának kulcsát a megfelelő képzettség elérésének biztosításában látjuk. Eredményeink alapján arra következtetünk, hogy ennek előfeltétele a tanulásra alkalmas lakóhelyi környezet. Meggyőződésünk: megfelelő szintű felzárkóztató képzést követő (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 munkanélküliei nagyobb többségének lakásaiban nem állnak és külső segítség nélkül nagy valószínűséggel nem is fognak rendelkezésre állni. A (definíciónk szerinti) cigánytelepeket meg kell szüntetni, lakóinak megfelelő lakásokat kell biztosítani. A megfelelő in-door környezet mellett a kulturált out-door lakókörnyezet is szükséges. Ennek érezhető javulása ellenére az optimális out-door higiéniés környezet elérése ma még csak célként tűzhető ki.

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 (és egyéb, ún. az egészséget befolyásoló moderátorok – pl. szegénység, képzetlenség hiánya) aggályos, és kifejezetten hátrányosabb az aktív dolgozóknál. Az Ózdi Kistérségben élő munkanélküliek egészségi állapota az ország más térségeiben (pl. megyeszékhely, főváros) élő munkanélküliekéénél 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: a magyar munkanélküliek megbetegedésének kockázatát a roma munkanélküliek egészségkárosodásának kockázata kétszeresen meghaladja.*

3. *A munkanélküliek munkavégzésre való alkalmatlansága egészségi okok következményeként jelentősen gyakoribb, mint a foglalkoztatottaké. Logisztikus regressziós analízissel meghatároztuk, hogy az Ózdi Kistérség*

munkanélküljeinek munkavégzésre való alkalmatlanságának esélye 30-szor nagyobb mint a foglalkoztatottaké.

4. *A munkavégzésre való alkalmatlanságot okozó megbetegedések (a munkanélküliség stresszorkénti direkt egészségkárosító hatásának igazolásával) arra következtetünk, hogy a megbetegedések túlnyomó többsége pszichoszomatikus és magatartási eredetű⁵.*

5. *A munkanélküliség jelentős mentálhigiénés, lelki egészségkárosodásokat okoz. A munkanélküli romák és magyarok lelki egészségi állapotának károsodása között kvantitatív és kvalitatív különbségek vannak. Népegészségügyi szempontból legjelentősebb kvantitatív különbség: a pszichoszomatikus megbetegedések a roma munkanélküliek között szignifikánsan gyakoribbak, mint magyar honfitársaik körében. Kvalitatív különbség (egyet igazoltunk): munkanélküliségük elutasítását a magyarok inkább logikai, a romák inkább érzelmi alapokra helyezik. Teljes mértékben azonos azonban, hogy mind a roma, mind a magyar munkanélküliek elutasítják a munkanélküliség tényét.*

6. *A munkanélkülieket sújtó, a foglalkoztatottakénál gyakoribb megbetegedések oka több sarkalatos, a munkanélküliségre jellemző kiváltó ok, következmény (szegénység, képzetlenség – a munkanélküliséghez hasonlóan mindkettő önmagában is egészségkárosító – tanulásra alkalmatlan lakókörnyezet, aggályos közegészségügyi-járványügyi biztonság, nem kielégítő személyi higiéne, kifogásolható életmód és egyéb, mindezeket a hatásokat erősítő, módosító további ún. moderátorok) hatása egymással összegződhet, sőt egymás hatását potenciózhatják is. Ezáltal összekapcsolódva olyan circulus vitiosus vagy circulus vitiosus rendszerek alakulhatnak ki, amelyek a testi és lelki egészségre irreverzibilisen károsan hathatnak, újabb betegségeket okozhatnak, gyorsíthatják a meglévők progresszióját. A circulus vitiosus feltételezett kialakulása: a képzetlen munkanélküliek egyre szegényebbek lesznek, és a szegénység szüli a*

⁵ az eredmény összhangban van egyrészt munkacsoportunk több mint két évtizede megfogalmazott koncepciójával, miszerint a munkanélküliség stresszorok, stresszor-sorozatok forrása, tehát distresszhez kötött megbetegedéseket kell, hogy okozzon; 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.

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.

7. *Az értekezésben bemutatott hasonló elemzések a programra fordított költségek ismeretében nemcsak a program eredményességének, hanem gazdaságossági megítélésére is alkalmasak.* 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 pénzüsszegek összevethetőek, a tevékenységek értékarányosan bemutathatóak és megítélhetőek.

Irodalomjegyzék

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

2. **Hegedűs I,** Szakmáry É, Paksy A, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2010) Public health conditions of the unemployed in the Ózd small area before the financial-economic world crisis I. Centr Eur J Occup Environm Med, 16(3-4): 183-189.

3. **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, 16(3): 91-118.

4.Hegedűs I, Morvai V, Rudnai P, Szakmáry É, Paksy A, Ungváry Gy.(2014) Roma és nem roma munkanélküliek közegészségügyi helyzete az Ózdi kistérségben. Orvosi Hetilap, 155 (15): 582-589.

5.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., 58 (3): 41-75.

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.

6.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.

7.Hegedűs I, Plette R, Szakmáry É, Rudnai P, Morvai V, Ungváry Gy. (2015) A munkanélküliség mentálhigiénés/ a lelki egészségre kifejtett hatásáról. Foglalkozás-egészségügy 19 (1): 3-23.

A téma felvetését megalapozó közlemények, idézhető absztraktok

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.