

## **TÁJÉKOZÓDÁS**

### **EGYENLŐTLENSÉGEK VIZSGÁLATA A SERDÜLŐK ÉS AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁBAN MINT SZOCIOLÓGIAI KIHÍVÁS**

PIKÓ Bettina

SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika Magatartástudományi Csoportja  
H-6722 Szeged, Szentháromság u. 5.; e-mail: piko@nepsy.szote.u-szeged.hu

#### **BEVEZETÉS**

Már évtizedek óta az egészségzociológiai kutatások középpontjában áll az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek témája (Marmot–Bobak 2000; Whitehead et al. 1998). Az egészségzociológusok érdeklődése manapság különösen arra fókuszál, hogy ezek az egyenlőtlenségek mikor és hogyan keletkeznek és maradnak fenn az életciklus folyamán. A nagy érdeklődés oka, hogy bár a modern társadalomban az egészségi állapot terén jelentős javulásokat sikerült elérni – elég, ha csak a születéskor várható élettartamnak az utóbbi évtizedben végbemenő növekedésére gondolunk –, a társadalmi helyzet okozta differenciálódás egyre nagyobb mértékben tükröződik az egészségi állapot különböző mutatóiban (Delamothe 1991; Marmot et al. 1997). Az újabb kutatások felhívják a figyelmet arra, hogy az egyenlőtlenségek mértéke erősen függ bizonyos szociodemográfiai változóktól, így például jelentősen befolyásolja az életkor (House et al. 1994), a nem (Macintyre–Hunt 1997), az etnikai hovatartozás (Nazroo 1998) és a földrajzi hely (Curtis–Jones 1998). Jelen tanulmányban ezek közül két sajátos korcsoport helyzetét tekintem át, nevezetesen a serdülőkori és időskori egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket, amelyek vizsgálata sajátos szociológiai kihívást jelent napjainkban.

#### **A JELENSÉG: TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK A SERDÜLŐK ÉS AZ IDŐSEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁBAN**

Az empirikus vizsgálatok rendszerint lényeges különbségeket találnak a morbiditási (megbetegedési) és mortalitási (halálozási) adatokban, Európában és az USA-ban egyaránt (Lobmayer–Wilkinson 2000). A születéskor várható élettartam jelentősen kisebb az alacsonyabb iskolai végzettség, jövedelem és foglalkozási presztízs szerint, azaz a társadalmi-gazdasági helyzet mélyrehatóan befolyásolja az egészséget (Adler et al. 1993). Az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek azonban a teljes életciklust te-

kintve nem mindenhol jelentkeznek egyenlő mértékben, azaz ez a hatás nem konzisztens az életkor függvényében (Ben Shlomo–Kuh 2002). A legnagyobb mértékű társadalmi egyenlőtlenségek az egészségi állapot mutatóiban, a megbetegedési és rokantsági statisztikákban a középkorúakban igazolhatók, leggyakrabban a 40 és 59 évesek körében (Satariano 1986). Ugyanakkor a serdülőkorúak és fiatal felnőttek (West 1997), valamint az időskorúak (House et al. 1994) körében bizonyos fokú „egyenlősődés” mutatható ki. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy egyáltalán nem fordulnak elő társadalmi egyenlőtlenségek e korosztályok tagjai körében, relatíve azonban – más korosztályokkal összehasonlítva – ezek a különbségek lényegesen kisebbek, és kevésbé koherensek, azaz az összefüggés a társadalmi helyzet és az egészség között nem lineáris.

A serdülőkkel foglalkozó tanulmányok a szülők társadalmi helyzete függvényében az egészségi állapotban többnyire nem találtak jelentős eltéréseket a megbetegedési (morbiditási) és halálozási (mortalitási) rátákat tekintve (Rahkonen–Lahelma 1992; West 1997). Bár vannak olyan tanulmányok is, amelyek némi eltérést igazoltak, főként a balesetek okozta halálozás terén (Halldórsson et al. 2000; Lowry et al. 1996), az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek nem következetesen, azaz grádiensszerűen jelennek meg, a társadalmi-gazdasági osztályoknak megfelelő összefüggés tehát nem lineáris. Az egyenlőtlenségek kevésbé a megbetegedési és halálozási adatokban jelentkeznek, hanem inkább az egészségmagatartásban (Tuinstra et al. 1998) vagy a pszichés állapotban (Pikó–Fitzpatrick 2001). Ez a fajta „relatív egyenlősődés” a hazai kutatásokban is igazolható, azaz itt sem lineáris az összefüggés a társadalmi helyzet-mutatók, valamint az egészségi állapot között, inkább bizonyos társadalmi helyzet (például szülők munkanélkülisége) hatása mutatható ki a gyermekek pszichoszomatikus tünetképzésében (Pikó–Fitzpatrick 2001).

Mivel magyarázható a „relatív egyenlősődés” elmélete? Szerepet játszik ebben az iskolai környezet, a szülőktől való növekvő függetlenedés, de főképpen az, hogy az ifjúságkultúra a bourdieui társadalmi térben önálló társadalmi mezőt alkot a maga társadalmi dinamikájával és immanens életmód- és értékrendbeli logikájával (Williams 1995). Az ún. adolescens társadalom sajátosságai arra vezethetők vissza, hogy a kortárs csoportok a tagjaikat mintegy megvédik egyéb külső hatásoktól, többek között bizonyos mértékben kiszűrik a szülők társadalmi helyzetéből fakadó befolyásokat (Coleman 1961). A középiskolai környezet – amely egyben a kortárs csoportok képződésének legfontosabb helye is egyben – az individualizmus talaján álló teljesítményorientáltságával szintén a szülők hatását csökkenti, bár sok esetben ez újfajta egyenlőtlenségek forrása is lehet (Vuille–Schenkel 2001). Másrészt, a megbetegedési és halálozási események ebben az életperiódusban viszonylag ritkábban fordulnak elő, ami szintén hozzájárulhat az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek viszonylagos alacsony szintjéhez (Pikó–Fitzpatrick 2001). Vannak olyan tanulmányok is, amelyek a mégis meglévő egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket olyan magatartási-életmódbeli tényezőkre (például szabadidő-eltöltés, egészségkockázati magatartás) vezetik vissza, amelyek gyakran a szülők társadalmi helyzetétől függetlenek, inkább a kortárs csoport sajátosságaitól függnék (Glendinning et al. 1995; Koivusilta et al. 1998). Ez a későbbiekben egészségselekción eredményezhet, befolyásolva később a felnőttkori egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségeket.

A serdülő- és ifjúkort követően, attól kezdve, hogy a fiatal önálló életet kezd – megteremtve ezzel önálló társadalmi-gazdasági pozícióját –, a megbetegedési adatokban egyre inkább kimutathatók a társadalmi egyenlőtlenségek, egészen az idős korban. Az összefüggésben a társadalmi helyzet sokféle jellemzője játszik szerepet, így például a foglalkozási kockázatok, a pénzügyi lehetőségek hiánya, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés különbségei, az életmódbeli eltérések, stb. (Bunker et al. 1989). Időskorban viszont a társadalmi és biológiai tényezők együttes hatására a társadalmi egyenlőtlenségek lecsapódása az egészségi állapotban ismételt csökkenni kezd (House et al. 1994). Ennek egyik oka, hogy bizonyos életkor után a főként biológiai egészségkockázatok valamelyest kiegyenlítődnek, egyre gyakoribbá válnak a megbetegedések, a funkcióbeli (például mozgást érintő) korlátozások, majd pedig a halálozás. Ez lényegében egészségszelekciót jelent, ami ebben az életperiódusban erőteljesebben jelentkezik, mint a társadalmi szelekció. Természetesen itt is hangsúlyozni kell, hogy a serdülőkorhoz hasonlóan az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkenése relatív, hiszen a korábbi életszakasz társadalmihelyzet-mutatói valamelyest továbbra is meghatározzák az egészségi állapotbeli kilátásokat, egészen az idős korban bizonyos szakaszáig, tehát a „relatív egyenlősödés” csupán az idős korban közép- és végső szakaszára jellemző (House et al. 1990). A relatív jelleg ismételt csupán arra utal, hogy a középkorúakhoz viszonyítva a társadalmi egyenlőtlenségek az egészségi állapotban kisebbek az idős korúak körében. Ebben persze az is szerepet játszik, hogy a jelentős egészségkockázatot akumuláló egyének már korábban meghalnak, a „túlélők” pedig társadalmi helyzet tekintetében nem a legalacsonyabb rétegekből kerülnek ki.

Azon túlmenően, hogy mindkét korosztályban az egészségszelekció elve fokozottabban érvényesül, mint a társadalmi szelekció, van még néhány közös jelenség, ami hozzájárul a „relatív egyenlősödéshez”. Az egészségszelekció azt jelenti, hogy mind a serdülőkorban (ahol a morbiditás és mortalitás viszonylag a legalacsonyabb) és idős korban (ahol a morbiditás és mortalitás viszonylag a legmagasabb), az egészségi állapotot sokkal inkább a biológiai tényezők, semmint a társadalmi pozíció elemei határozzák meg.

Először is, mindkét életszakasz kritikus fejlődéstani periódus, amelyben jelentős biológiai, pszichoszociális és társadalmi változások mennek végbe (Preston 1994). Ezek a változások különleges alkalmazkodást igényelnek, és talán emiatt nem véletlen, hogy ez nem mindenkinek sikerül hatékonyan; emiatt gyakoriak az identitáskriszisek, pszichoszociális problémák, ami megnyilvánul például a megnövekedett depressziós tünetegyüttesben és öngyilkossági készletésekben (Aneshensel–Phelan 1999). Mindkét életszakaszt kulturálisan erősen meghatározott érték- és normarendszer veszi körül, ezért mindkét folyamatot társadalmi-kulturális hatások erőteljesen formálják. Ez különösen a modern társadalomra jellemző, ahol igazán kritikussá váltak ezek az életszakaszok; a premodern társadalmakban és természetközeli népek életében mindez egyáltalán nincs jelen. E sajátosság egyfajta moratóriumban is tükröződik, azaz egy meghosszabbodott és nem teljesen kiforrott átmenetben, amelyben a társadalmi helyzet megnyilvánulása az egészségi állapot szintjén relatíve kisebb mértékű. Mind a serdülők, mind pedig az idős korúak sajátos társadalmi mezőben helyezkednek el: a fiatalok az ifjúságkultúrához tartoznak (Coleman 1961; West 1997), az idősek pedig nyugdíjazásuk után sajátos társadalmi csoportot alkotnak (Barrow

1992), mindkét esetben a korábbi (a szülői, illetve saját) társadalmi helyzettől többé-kevésbé független pozíciót foglalva el.

Mindezek után, hogyan foglalhatjuk össze, mit is jelent a „relatív egyenlősödés”? Nem jelenti azt, hogy egyáltalán nincsenek társadalmi egyenlőtlenségek a serdülők, valamint az idősek egészségi állapotában. Viszont empirikus kutatásokkal igazolható, hogy a társadalmi helyzet, valamint az egészségi állapot közötti összefüggés nem következetes, azaz nem lineáris (grádiensszerű), amint azt a középkorúak vagy a kisgyermekek körében végzett kutatási eredmények mutatják. Az ekvalizáció, azaz „relatív egyenlősödés” azt jelenti, hogy 1. Az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek a legkisebb mértékben vannak jelen a serdülők, valamint az időskorúak körében a megbetegedések és halálozások adatait elemezve, összehasonlítva más korosztályokkal, és

2. Serdülőkorban, valamint időskorban a biológiai, azaz egészségselekciónagyobb, mint a társadalmi szelekció, aminek oka az egészségkockázatok kiegyenlítőtebb jelenléte.

Mindazonáltal a „relatív egyenlősödés” ellenére jelen vannak egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek, gyakran rejtett formában. E rejtett tényezőket leggyakrabban serdülőkorban vizsgálják, hiszen segítségükkel jobban megérthetjük a serdülők sajátos társadalmi helyzetét, és későbbiekben az egyenlőtlenségek növekedését. Mik lehetnek ezek a rejtett egyenlőtlenségi tényezők? Többek között az életmód elemei (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás), az egészséghiedelmek és attitűdök, a stresszel való megbirkózás (coping) készségbeli eltérései, a szociális stresszfeldolgozás folyamata, a státushiedelmek okozta pszichés stressz (Davidson et al. 2006). Ezek a tényezők különbségeket idéznek elő az étellel való elégedettség mértékében, elkéseredettséget okozhatnak, és így hozzájárulhatnak a társadalmi helyzet, valamint az egészségi állapot közötti kapcsolat megalapozásához a későbbiekben.

A rejtett egyenlőtlenségi tényezők közé tartozik a társadalmi helyzet szubjektív megítélése is. Vizsgálatok kimutatták, hogy míg serdülőkorban a klasszikus társadalmihelyzet-indikátorok (azaz a foglalkozási státus vagy az iskolai végzettség) nem vagy csak alig hat a serdülők egészségi állapotára, addig a társadalmi helyzet szubjektív megítélése jelentősen befolyásolja a serdülők pszichoszomatikus tünetképzését, az egészség önértékelését és a pszichikai jóllétet (Pikó–Fitzpatrick 2001). A társadalmi körülmények szubjektív megítélése mint rejtett társadalmihelyzet-mutató a későbbi életszakaszban társadalmi egyenlőtlenséget hozhat létre a megbetegedési és halálozási mutatók szintjén azáltal, hogy elégedetlenségérzést, alacsony önbizalmat vagy akár depressziót idéz elő (Adler et al. 2000; Corning 2000). Ez a mechanizmus gyermek- és serdülőkorban is már megfigyelhető (Pikó–Fitzpatrick 2001; Goodman et al. 2001). A státushiedelmek, mint például a saját társadalmi pozíció megítélése, legalább olyan mértékben generálhat egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket, mint az anyagi-jövedelmi viszonyok (Ridgeway et al. 1998).

Mindezen eredmények hatására az utóbbi évek kutatásai a pszichoszociális tényezők szerepére koncentrálnak az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek területén (Elstad 1998). Ez a kutatási trend azt sugallja, hogy még serdülő- vagy időskorban is jelen lehetnek egyenlőtlenségek, ha nem is a megbetegedések vagy halálozási mutatók terén, de rejtett formában, a pszichoszociális jelenségek szintjén. A serdülőkorúak körében ezek később hozzájárulhatnak a felnőttkori egészségi állapotbeli

különbségekhez. Az élet feletti kontroll érzése, az önbizalom vagy megbirkózási készség terén jelentkező eltérések megalapozhatják a stresszérzékenység különbségeit (Lachman–Weaver 1998; McLeod–Kessler 1990; Rodin 1996). A társas kapcsolati háló, a társadalmi tőkéből való részesedés viszont növelheti az egészségkockázatokkal szembeni védelmet (Baum 2000; Veenstra 2000). Mivel a serdülő- és időskori egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek elemzésében még számos összefüggés feltárására nem került sor, további vizsgálatok szükségesek.

### **LEGÚJABB TRENDEK AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTBAN JELENTKEZŐ EGYENLŐTLENSÉGEK VIZSGÁLATÁBAN**

Ahogy Delamothe (1991) megfogalmazta: az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek feltérképezése nem csupán kutatási téma, hanem olyan egészségpolitikai prioritás is, amely a társadalom jóllétét fenyegeti. Ezért az egészségpszichológusokat a társadalmi helyzet okozta következmények vizsgálata mellett az is foglalkoztatja, hogy miként lehetne az egyenlőtlenségek hatásait csökkenteni. A legújabb kutatási trendek kiterjednek mindkét területre, amelyeken számos kihívás körvonalazódik.

A kihívások megfogalmazásánál abból kell kiindulnunk, hogy az egészség komplex jelenség, amelyben a társadalmi faktorok egyre nagyobb szerepet játszanak (Marmot–Bobak 2000). Az egészségpszichológia éppen azt a kutatási vonalat jelöli, amely az egészségben megjelenő egyenlőtlenségek kutatásának széles spektrumát öleli fel a társadalmi helyzet okozta egészségi állapotbeli hatások elemzésétől kezdve a népegészségügyi beavatkozások megalapozásán keresztül a programok értékeléséig. Az egészségpszichológusok ennél fogva az egészségpolitikában jelentkező társadalmi kirekesztődés tanácsadóivá válhatnak.

Az egészségpszichológusok által végzett kutatások terén számos módszertani, valamint elméleti kérdés vár megoldásra. E kérdések megválaszolása javíthatja az egészségi állapot szintjén jelentkező társadalmi egyenlőtlenségek mibenlétének megértését, valamint elősegítheti a serdülők és idősek körében tapasztalt „relatív egyenlősödés” mechanizmusainak pontosabb feltárását. Ezenkívül pedig, hozzájárulhat az egészségpolitikai célkitűzések hatékonyabb megvalósításához is.

A legfontosabb módszertani kihívást az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek terén az ok-okozati kapcsolat feltérképezése jelenti. Ehhez longitudinális vizsgálati módszerekre van szükség, ami lehetővé teszi az életciklusbeli eltérések nyomonkövetését, az egészségselekción, valamint a társadalmi szelekció váltakozását a különböző korosztályokban (van de Mheen et al. 1998). Csak ilyen komplex módon lehet megállapítani a társadalmi-gazdasági tényezők, valamint a biológiai egészségkockázatok egymáshoz viszonyított arányát az életciklus különböző szakaszaiban.

A másik kiemelt módszertani kihívást a rejtett változók és mediátor tényezők felkutatása jelenti. Ez különösen fontos serdülő- és időskorban, amikor a társadalmi helyzet és az egészség kapcsolata többnyire nem direkt módon nyilvánul meg. Vannak olyan indirekt módok, mint amilyenek a stresszhatások vagy egyéb pszichoszociális mechanizmusok, amelyek első látásra nem egyértelműek, mégis befolyásolhatják a társadalmi helyzet és az egészségi állapot közötti összefüggést (Elstad 1998). A

stresszhatással és annak feldolgozásával kapcsolatos indirekt mechanizmusokban olyan mediátor tényezők is szerepet játszanak, mint az önbizalom vagy a státushiedelmek, például a társadalmi helyzet szubjektív megítélése. E mechanizmusokat lényegesen nehezebb mérhetővé tenni, mint az objektív társadalmi tényezőket vagy a megbetegedési és halálozási viszonyokat. Ugyanilyen fontos azonban, hogy nem csupán a társadalmi és biológiai egészségkockázatokra kell gondolnunk az egyenlőtlenség-kutatások kapcsán, hanem a védőfaktorokra is, amelyek a társadalmi egyenlőtlenségek okozta egészségi állapotbeli hatásokat csökkenteni képesek. Ezek felkutatása azért is lényeges, mert fontos egészség- és szociálpolitikai eszközök adnak a kezünkbe.

A kutatási kihívások között szerepel az a kérdés is - amely mind elméleti, mind pedig módszertani szempontból kiemelten fontos -, hogy tisztázzuk a társadalmi-gazdasági helyzet egyes elemeinek szerepét. A társadalmihelyzet-mutatóknak ugyanis megvan a maguk eltérő jelentősége, mindegyik másként befolyásolja az egészségi állapotot, még abban az esetben is, ha szoros korreláció van közöttük (Bunker et al. 1989). Ezért törekedni kell arra, hogy a mutatók széles skáláját alkalmazzuk a mérések során (Liberatos et al. 1988). A mutatók mérésének ki kell terjednie az objektív módszereken túl a szubjektív társadalmihelyzet-mutatókra is, amelyek segítenek a rejtett összefüggések felkutatásában (Adler et al. 2000; Corning 2000; Pikó-Fitzpatrick 2001).

Szintén elméleti és módszertani problémákat feszeget a komplex modellekben való gondolkodás szükségessége, amelyek átfogó koncepciót biztosítanak a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség kapcsolatának tisztázásakor. A strukturális tényezőknél túl személy-specifikus, azaz az egyéni helyzetet érintő kérdések segítenek jobban körvonalazni azt a problémát, amit az egészségkockázatok egyéni eltérései vetnek fel. Bizonyos pszichoszociális sajátosságok és egészségmagatartási jelenségek sokszor erőteljesebben függenek az egyén személyes körülményeitől, mint a strukturális változóktól, hiszen az egyéni választás szabadsága ezt lehetővé teszi (Blank-Diderichsen 1996; Lynch et al. 1997).

Az egészségpolitikai beavatkozások során fontos módszertani problémát vet fel az eredményesség mérésének szükségessége: ilyen esetekben a kísérletes vagy kvázi-kísérletes modellek alkalmazása nyújthat biztos alapokat. Ezekben az esetekben figyelembe kell venni az etikai szabályok fokozott betartását is.

A szociológia-elméleti megfontolások a kutatások irányvonalait szabják meg. A strukturális-funkcionalista perspektíva alkalmazása a társadalom struktúrájából indul ki, és arra koncentrál, hogy miként keletkeznek és maradnak fenn az egyenlőtlenségek. Az ide tartozó modellek olyan keretet nyújtanak a vizsgálatok számára, amelyek segíthetnek megérteni a „relatív egyenlősödés” keletkezési mechanizmusát, és azokat a társadalmi jelenségeket, amelyek ennek kialakulásához vezetnek.

A fenomenológiai perspektíva elsősorban a státusképzetek magyarázatához szolgálhat hasznos adalékokat. E perspektíva segíthet megérteni, miként értelmezik az egyének az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségeket (Davidson et al. 2006). Korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy a gyermekek és serdülők tökéletesen megértik saját társadalmi helyzetüket, és képesek meg is magyarázni a relatív depriváltság okait (Bugard et al. 1989; Pikó-Piczil 2004). Az egészségpszichológusok

feladata feltárni, hogy e státusképzetek hogyan határozzák meg a serdülők egészségi állapotának társadalmihelyzet-függőségét.

Az interakcionista megközelítésben a fókusz az egyén és a társadalom kölcsönhatására kerül, jelen esetben a társadalmi integráció, a társadalmi tőke szerepét hangsúlyozza, ahogyan ezek a jelenségek hozzájárulhatnak a társadalmi helyzet felépítéséhez és az egyenlőtlenségek megéléséhez. A társadalmi tőke időskorban különösen kiemelt kutatási területté válhat az egészségi állapot státusfüggőségének megállapítása során, hiszen akár egyenlőtlenségeket hozhat létre, akár pedig a „relatív egyenlősödéshez” járulhat hozzá ebben az életszakaszban.

A társadalmi nemek tanulmányozása különleges kérdések feltevésére motiválhatja az egészség-szociológusokat. Hagyományosan igaz az a megállapítás, hogy a halálozásban a társadalmi-gazdasági helyzet a nők körében kevésbé játszik szerepet, mint a férfiak esetében, azaz a nők egészségi állapota kevésbé státusfüggő (McDonough et al. 1999). A nők munkaerő-piaci helyzetének folyamatos változása és státusuk ártértékelődése következtében azonban egyre nagyobb azoknak az életmóddal összefüggő egészségkockázatoknak a száma, amelyek egészségi állapotukat befolyásolják (például stressz, káros szenvedélyek). A női dohányzás különösen aggasztó méreteket ért el az utóbbi néhány évtizedben, s ez a növekedés már a serdülő lányok körében is érzékelhető. Világszerte emelkedik a lányok, nők dohányzásának mértéke, a serdülőkorúak körében pedig ennek státusfüggősége sem jelentős (Tyas–Pederson 1998). Ez a tendencia hosszú távon oda vezethet, hogy a nők korábbi, kedvezőbb életmódjukból fakadó előnye később az életkilátásaik csökkenésében nyilvánulhat majd meg.

A szociálpszichológiai megközelítésben különösen előtérbe kerülhetnek az életciklus kritikus szakaszai, így a serdülő- és az időskor. Ezekben az életszakaszokban jelentős változások történnek a társas háló kapcsolatrendszerében, hiszen serdülőkorban a hangsúly a szülőkről áttevődik a kortárskapcsolatokra (Pikó 2000), időskorban pedig a nyugdíjazás és a társ elvesztése jelenti a társas háló megváltozását (Barrow 1992). A társas kapcsolati háló nemegyszer védő hatást közvetít a társadalmi helyzet és az egészségi állapot kapcsolatában, ugyanakkor a veszteségélmények stresszt generálnak, és növelhetik a társadalmi helyzet egészségkockázatot emelő hatásait.

Mivel az egészség elérése az önmegvalósítást elősegítő emberi jog, az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek morális szempontból is megkérdőjelezhetők (Vagerő 1995). Az egészség- és szociálpolitikai intervenciók tekintetében azonban különbséget kell tennünk elfogadható és nem elfogadható egyenlőtlenségek között, hiszen az előbbiek morális szempontból sem megengedhetők (Stronks–Gunning-Schepers 1993). Az egészségkockázatok között vannak genetikailag meghatározottak, amelyek kivédhetetlen egyenlőtlenségeket hozhatnak létre. Ugyanakkor az individualista társadalmakban az életmódbeli választások legtöbbször az egyének szabad akaratán is múlnak, túl a strukturális kényszereken. Ezért az utóbbi egészségkockázatok elfogadhatóak. Összességében ezek alapján azt mondhatjuk, hogy az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek minimalizálására kell törekednünk, azonban teljességgel felszámolni ezeket nem lehet a modern individualista társadalomban. Az egészség- és szociálpolitikai célkitűzéseknek ezért konkrétan kell lenniük, ami nem összeegyeztethetetlen a morális elvárásokkal. A társadalmi egyenlőtlenségek megjelenését az egészség szintjén nem egyenlőséggel, hanem a méltányosság és a méltóság erősítésével csökkenthetjük. Ennek legfontosabb eszköze az oktatás, az általános mű-

veltségbeli tudás minél szélesebb körű biztosítása. Az egészségkultúra, azaz az egészségről, egészségkockázatokról való tudás fontos alapját képezi az alpműveltségnek, ami befolyásolja az életminőséget, javítva ezzel a társadalmi jóllétet, sőt, a társadalom gazdasági sikerességét is (Ross–van Willigen 1997).

A társadalmi integráció erősítése és a kirekesztődés csökkentése szintén része kell hogy legyen az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségek elleni küzdelemnek. A deprivált környezetben élő csoportok számára speciális programok szükségesek, mint például a társas készségek fejlesztése, a hatékony megbirkózási, stresszkezelési technikák elsajátítása, amelyek segíthetnek a közösségi összefogásban. Mindez alapja lehet az egészségfejlesztési kampányok megvalósításának (Fitzpatrick–La Gory 2000), amihez azonban nélkülözhetetlen a szilárd gazdasági alap, hiszen nélküle hosszú távú program nem működtethető hatékonyan.

A társadalmi egyenlőtlenségek témaköre jó példa arra, hogy elmélet és gyakorlat, azaz kutatás és egészségpolitika milyen szoros egységet képez, s az egészségpszichológiának valamennyi területen létjogosultsága van. Az egészségpszichológiának ezt az alkalmazását klinikai szociológiának is nevezik, hiszen a mindennapi életben közvetlenül alkalmazható gyakorlati eredmények megszületéséhez vezet (Bruhn–Rebach 1996). A klinikai szociológiának ez a területe lehetővé teszi, hogy az egészségpszichológiai kutatások eredményei közvetlenül felhasználásra kerüljenek a társadalomban.

## IRODALOM

- Adler, N.E.–Boyce, W.T.–Chesney, M.A.–Folkman, S.–Syme, S.L. (1993): Socioeconomic Inequalities in Health: No Easy Solution. *Journal of the American Medical Association*, 269: 3140–3145.
- Adler, N.E.–Epel, E.S.–Castellazzo, G.–Ickovics, J.R. (2000): Relationship of Subjective and Objective Social Status with Psychological and Physiological Functioning: Preliminary Data in Healthy White Women. *Health Psychology*, 19: 586–592.
- Aneshensel, C.S.–Phelan, J.C. eds. (1999): *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Barrow, G.M. (1992): *Aging, the Individual, and Society*. St. Paul: West Publishing Company.
- Baum, F. (2000): Social Capital, Economic Capital and Power: Further Issues for a Public Health Agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 409–410.
- Ben Shlomo, Y.–Kuh, D. (2002): A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, Empirical Challenges and Interdisciplinary Perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31: 285–293.
- Blank, N.–Diderichsen, F. (1996): Inequalities in Health: The Interaction Between Socio-economic and Personal Circumstances. *Public Health*, 110: 157–162.
- Bruhn, J.G.–Rebach, H.M. (1996): *Clinical Sociology*. New York: Plenum Press.
- Bugard, P.–Cheyne, W.M.–Jahoda, G. (1989): Children's Representation of Economic Inequality: A Replication. *British Journal of Developmental Psychology*, 7: 275–287.
- Bunker, J.P.–Gomby, D.S.–Kehrer, B.H. eds. (1989): *Pathways to Health: The Role of Social Factors*. Menlo Park, CA.: Kaiser Family Foundation.
- Coleman, J.S. (1961): *The Adolescent Society*. New York: Free Press.
- Corning, A.F. (2000): Assessing Perceived Social Inequity: A Relative Deprivation Framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 463–477.



- Curtis, S.–Jones, R.I. (1998): Is There a Place for Geography in the Analysis of Health Inequality? *Sociology of Health and Illness*, 20: 645–672.
- Davidson, R.–Kitzinger, J.–Hunt K. (2006): The Wealthy Get Healthy, the Poor Get Poorly? Lay Perceptions of Health Inequalities. *Social Science and Medicine*, 62: 2171–2182.
- Delamothe, T. (1991): Social inequalities in health. *British Medical Journal*, 303: 1046–1050.
- Elstad, J.I. (1998): The Psycho-social Perspective on Social Inequalities in Health. *Sociology of Health and Illness*, 20: 598–618.
- Fitzpatrick, K.M.–LaGory, M. (2000): *Unhealthy Places. The Ecology of Risk in the Urban Landscape*. London and New York: Routledge.
- Glendinning, A.–Hendry, L.–Shucksmith, J. (1995): Lifestyle, Health and Social Class in Adolescence. *Social Science and Medicine*, 41: 235–248.
- Goodman, E.–Adler, N.E.–Kawachi, I.–Frazier, A.L.–Huang, B.–Colditz, G.A. (2001): Adolescents' Perception of Social Status: Development and Evaluation of a New Indicator. *Pediatrics*, 108: 1–8.
- Halldórsson, M.–Kunst, A.E.–Köhler, L.–Mackenbach, J.P. (2000): Socioeconomic Inequalities in the Health of Children and Adolescents. A Comparative Study of the Five Nordic Countries. *European Journal of Public Health*, 10: 281–288.
- House, J.S.–Kessler, R.C.–Herzog, E.–Mero, R.P.–Kinney, A.M.–Breslow, M.J. (1990): Age, Socioeconomic Status, and Health. *The Milbank Quarterly*, 68: 383–411.
- House, J.S. –Lepkowski, J.M.–Kinney, A.M.–Mero, R.P.–Kessler, R.C.–Herzog, A.R. (1994): The Social Stratification of Aging and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 213–234.
- Koivusilta, L.–Rimpelä, A.–Rimpelä, M. (1998): Health Related Lifestyle in Adolescence Predicts Adult Educational Level: A Longitudinal Study from Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 794–801.
- Lachman, M.E.–Weaver, S.L. (1998): The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 763–773.
- Liberatos, P.–Link, B.G.–Kelsey, J.L. (1988): The Measurement of Social Class in Epidemiology. *Epidemiologic Review*, 10: 87–121.
- Lobmayer, P.–Wilkinson, R. (2000): Income, Inequality and Mortality in 14 Developed Countries. *Sociology of Health and Illness*, 22: 401–414.
- Lowry, R.–Kann, L.–Collins, J.L.–Kolbe, L.J. (1996): The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Behaviours Among US Adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 276: 792–797.
- Lynch, J.W.–Kaplan, G.A.–Salonen, J.T. (1997): Why Do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse. *Social Science and Medicine*, 44: 808–819.
- Macintyre, S.–Hunt, K. (1997): Socio-economic Position, Gender and Health: How Do They Interact? *Journal of Health Psychology*, 2: 315–334.
- Marmot, M.–Bobak, M. (2000): International Comparators and Poverty and Health in Europe. *British Medical Journal*, 321: 1124–1128.
- Marmot, M.–Ryff, C.D.–Bumpass, L.L.–Shipley, M.–Marks, N.F. (1997): Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence. *Social Science and Medicine*, 44: 901–910.
- McDonough, P.–Williams, D.R.–House, J.S.–Duncan, G.J. (1999): Gender and the Socioeconomic Gradient in Mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 40: 17–31.
- McLeod, J.D.–Kessler, R.C. (1990): Socioeconomic Status Differences in Vulnerability to Undesirable Life Events. *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 162–172.

- Nazroo, J.Y. (1998): Genetic, Cultural or Socio-economic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health. *Sociology of Health and Illness*, 20: 710–730.
- Pikó, B. (2000): Perceived Social Support from Parents and Peers: Which is the Stronger Predictor of Adolescent Substance Use? *Substance Use and Misuse*, 35: 617–630.
- Pikó, B.–Fitzpatrick, K.M. (2001): Does Class Matter? SES and Psychosocial Health Among Hungarian Adolescents. *Social Science and Medicine*, 53: 817–830.
- Pikó, B.–Piczil, M. (2004): Youth Substance Use and Psychosocial Well-Being in Hungary's Post-socialist Transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32: 63–71.
- Preston, S.H. (1984): Children and the Elderly: Divergent Paths for America's Dependents. *Demography*, 21: 435–458.
- Rahkonen, O.–Lahelma, E. (1992): Gender, Social Class and Illness Among Young People. *Social Science and Medicine*, 34: 649–656.
- Ridgeway, C.L.–Boyle, E.H.–Kuipers, K.J.–Robinson, D.T. (1998): How Do Status Beliefs Develop? The Role of Resources and Interactional Experience. *American Sociological Review*, 63: 331–350.
- Rodin, J. (1996): Aging and Health: Effect of the Sense of Control. *Science*, 233: 1271–1276.
- Ross, C.E.–van Willigan, M. (1997): Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 275–297.
- Satariano, W.A. (1986): Race, Socioeconomic Status, and Health: A Study of Age Differences in a Depressed Area. *American Journal of Preventive Medicine*, 2: 1–5.
- Stronks, K.–Gunning-Schepers, L.J. (1993): Should Equity in Health Be Target Number 1? *European Journal of Public Health*, 3: 104–111.
- Tuinstra, J.–Groothoff, J.W.–van den Heuvel, W.J.A.–Post, D. (1998): Socio-economic Differences in Health Risk Behaviour in Adolescence: Do They Exist? *Social Science and Medicine*, 47: 67–74.
- Tyas, S.L.–Pederson, L.L. (1998): Psychosocial Factors Related to Adolescent Smoking: A Critical Review of the Literature. *Tobacco Control*, 7: 409–420.
- Vagerö, D. (1995): Health Inequalities as Policy Issues – Reflections on Ethics, Policy and Public Health. *Sociology of Health and Illness*, 17: 1–19.
- Van de Mheen, H.D.–Stronks, K.–Mackenbach, J.P. (1998): A Lifecourse Perspective on Socio-economic Inequalities in Health: The Influence of Childhood Socio-economic Conditions and Selection Processes. *Sociology of Health and Illness*, 20: 754–777.
- Veenstra, G. (2000): Social Capital, SES and Health: An Individual-Level Analysis. *Social Science and Medicine*, 50: 619–629.
- Vuille, J.-C.–Schenkel, M. (2001): Social Equalisation in the Health of Youth: The Role of the School. *European Journal of Public Health*, 11: 287–293.
- West, P. (1997): Health Inequalities in the Early Years: Is There Equalisation in Youth? *Social Science and Medicine*, 44: 833–858.
- Whitehead, M.–Scott-Samuel, A.–Dahlgren, G. (1998): Setting Targets to Address Inequalities in Health. *The Lancet*, 351: 1279–1282.
- Williams, S.J. (1995): Theorising Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us? *Sociology of Health and Illness*, 17: 577–604.