



A multi-level approach for the research background of subjective health condition in view of social inequalities

A szubjektív egészségi állapot kutatási háttérének többszintű megközelítése a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében

Libicki Éva¹, R. Fedor Anita²

¹Mentőtiszt Bsc, Egészségügyi Tanár Msc; Szociológia és Társadalompolitika Doktori Program, Debreceni Egyetem

²Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Társadalomtudományi Intézet

INFO

Libicki Éva
libicki.eva@gmail.com

Keywords

sociology of health, social inequalities, macro and micro sociology, subjective well-being

Kulcsszavak

egészségszociológia, társadalmi egyenlőtlenségek, makro- és mikroszociológia, szubjektív jóllét

ABSTRACT

Abstract. In Hungary, as well as worldwide, one of the main objects of health sociology research is social inequality, focusing mainly on the inequalities stemming from health conditions. The main question is where and how these inequalities appear and evolve during the whole life-history, and how they sustain. In modern societies these differences clearly appear in the markers of health conditions like subjective well-being. The rate of inequalities are defined by essential sociocultural and sociodemographic variables like residual environment, geographical location, age or gender. A very important attribute of social research is to examine these phenomena on different stages and from various aspects. In my study I investigate these stages and aspects using the relevant theoretical literature.

Absztrakt. Hazánkban, illetve világszerte az egészségszociológiai kutatások egyik alapvető témája a társadalmi egyenlőtlenségek, ezen belül is az egészségi állapotot érintő egyenlőtlenségek vizsgálata. A hangsúly főként arra tevődik, hogy ezek az egyenlőtlenségek mikor és milyen módon keletkeznek, és az életciklus során milyen módon maradnak fenn. A modern társadalomban ez a differenciálódás egyre inkább megmutatkozik az egészségi állapot egyes mutatóiban, mint pl. a szubjektív jóllét. Az egyenlőtlenségek mértékét olyan alapvető szociokulturális és szociodemográfiai változók határozzák meg, mint pl. a lakókörnyezet, a földrajzi elhelyezkedés, az életkor vagy a

nem. A társadalom egészére vonatkozó kutatások egyik fontos jellemzője, hogy több szinten és több lehetséges aspektusból vizsgálják az adott jelenségeket. Tanulmányomban ezeket a megközelítési szinteket és aspektusokat vizsgálom, a vonatkozó teoretikus háttér alkalmazásával.

Bevezetés

A társadalmi egyenlőtlenség az egyik leggyakrabban előforduló szociológiai jelenség, és éppen ezért a tudomány művelőinek egyik állandó központi kutatási területe. Maga a jelenség egyidős az emberiséggel: minden ismert társadalomban megtalálhatóak a szegények és a gazdagok, a hatalommal bírók és a kiszolgáltatottak, az iskolázottak és a tanulatlanok, stb. Megállapítható, hogy a szociológusok többsége feldolgozta valamilyen szinten az egyenlőtlenség problémakörét, és beépítette az általa alkotott elméletbe. A nagyszámú kutatások és tanulmányok ellenére a jelenség folyamatosan foglalkoztatja a társadalomkutatókat, hiszen megállapíthatjuk, hogy az egyenlőtlenségek jelenléte a társadalomban állandó, és a társadalmi együttélés egyik folyamatosan fennálló jellemzője. Szerkezete, kialakulása többféle aspektusból is vizsgálható, azonban lényegében az alapprobléma nem változik.

A társadalom megfogható magyarázata a benne élő egyének egymáshoz fűződő kapcsolat- és viszonyrendszerét jelenti. A társadalmi rétegződést tekintve láthatjuk, hogy az egyenlőtlenségek minden szinten megjelennek. Maga az egyenlőtlenség fogalma alatt azt értjük, hogy a különböző rétegek társadalomban elfoglalt helye között mekkora különbségek mutatkoznak (Giddens 2008). A legtöbb társadalmi különbség az egyenlőtlenségek alapján vizsgálható. A nagyobb társadalmi egységek egymáshoz fűződő viszonyát makroszinten vizsgálja a szociológia.

Az elmúlt évtizedben jelentős változásokat tapasztalhattunk az egyénre vonatkozó egészségképben. Ez tekinthető a modernizáció egyik egészségügyi vívmányának is. Gyakorlati jelentősége abban rejlik, hogy jelentősen többet törődünk az egészségünkkel, a környezetünkkel, a személyi higiéniával. Ez a folyamat új egészségszociológiai fogalom megteremtésére adott lehetőséget; ez a *medikalizáció*. Az egyén egyre jobban foglalkozik az egészségével, és olyan tünetekkel is felkeresi az orvost, amelyeknek korábban nem tulajdonított nagy jelentőséget (Pikó 2002). Ennek eredményeképpen kijelenthető, hogy a társadalom egyes szintjein az egészségtudatos magatartás jelentős emelkedést mutat, az egészség tulajdonképpen a kultúra részévé vált (Pikó 2002). Természetesen ennek a jelenségnek gazdasági következményei is megjelentek, miszerint az emberek többször keresik fel orvosukat, vagy a különböző szakrendeléseket; anyagi helyzetétől függően akár magánrendeléseket is; többet költenek olyan gyógyszerre, készítményekre, amelyektől azt várják, hogy helyreállítják megromlott egészségi állapotukat, illetve javulást hozhatnak az addigi életminőségükben. Az egyes betegségek kialakulásának szociokulturális és szociodemográfiai hátterét azért fontos vizsgálni, mert az eredmények tükrében lényeges következtetésekre juthatunk, amely segítheti a különböző egészségpolitikai stratégiák kialakítását, valamint hozzájárulhatnak a prevenció, az oktatás és nevelés különböző társadalmi rétegek szerinti

megtervezéséhez. Az egészségszociológia alapvetően egészség- és nem betegségcentrikus. A különböző egészségszociológiai kutatások azt vizsgálták, hogy egyes betegségek kialakulásában milyen társadalmi, gazdasági és szociokulturális tényezők játszanak szerepet, a társadalmi rétegek szintjeire vetítve. Az ilyen és ehhez hasonló kutatások eredményei adják a folyamatos egészségfejlesztéshez, valamint a betegségmegelőzéshez szükséges javaslatokat.

Az egészségszociológia alapvetően azt tanulmányozza, hogy az egyes betegségek hogyan érintik az embereket, és ők hogyan reagálnak az őket érintő betegségekre. Ebben a tudományágban ötvöződnek az egészségtudományi és társadalomtudományi kutatási területek; így a kutatások széles spektruma jelenik meg a vizsgálati palettán, melyek magukba foglalják az egészségügynek, mint sajátos társadalmi alrendszernek a vizsgálatát, és az egészségnek, mint a társadalmi egyenlőtlenségek és a társadalmi kapcsolatok egyik kiemelt jelentőségű dimenziójának a vizsgálatát. A kutatás több irányvonalon valósul meg:

- hogyan oszlanak meg az egyes betegségek, illetve a szubjektív egészségi állapot jellemzői a társadalomban, a gazdasági fejlődés, valamint az életstílus, életszínvonal, foglalkozási és etnikai csoportok függvényében
- milyen reakciókat várhatunk az egyes betegségekre; ezeket milyen kulturális és szociális tényezők határozzák meg

Makroszociológiai megfontolások

A szociológiai irodalomban a társadalmi csoportok mérete, valamint az elemzés szintjeinek vonatkozásában megkülönböztetünk makro, illetve mikro megközelítést (Farkas 2006). Egy vizsgált jelenség kapcsán mindkét megközelítés indokolt lehet, és ezek gyakran szoros összefüggést is mutatnak egymással.

Farkas (2006) szerint a makroszintű elemzések során a társadalmi jelenségek összetettségét vizsgáljuk, amely jellemzi az adott társadalmi csoport egészét; és amely során a cselekvéseket meghatározó tényezőket az egyének egyes csoportjai alkotják. A makroszociológia tehát a nagycsoportok makroszintű elemzését jelenti.

Ahogy Farkas (2006) is rámutatott, a makroszociológia szorosan összefügg a mikroszociológiával. Éppen ezért fontos itt meghatározni, hogy a mikroszinten történő vizsgálatok pontosan mit jelentenek. Az elemzés ebben az esetben az egyének társadalmi cselekvéseit vizsgálja, az egyének között kialakuló kölcsönhatásokat, valamint ennek társadalomra vetített következményeit. A mikroszociológia jelenti tehát a kisebb csoportok vizsgálatát, de ugyanakkor kiterjed a nagycsoportok mikroszintű megközelítésére is.

A szociológia sokat vitatott elméleti kérdése a mikro-és makrovilág közötti kapcsolat (Andorka 2003). Számos arra irányuló felvetés került felszínre, hogy a makrotársadalom feltételei hogyan befolyásolják a társadalmi élet mikroszintjét, és ezzel párhuzamosan a mikrovilág hogyan hat a makrofolyamatokra. Az 1960-as években felbukkanó szociológiai elméletek alapját nagyrészt a makrotársadalmi problémák kutatása jelentette; vagyis a társadalmi-gazdasági rendszerek, a világtársadalmak, és főleg az állam voltak a főbb kutatási területek. Ennek a megközelítésnek a tárgyalása

során nem feledkezhetünk meg a legnagyobb elméletek alkotóiról; a marxi formáció-elméletről (kapitalizmus-szocializmus), a funkcionalista Talcott Parsonsról (1951), illetve későbbi művei kapcsán Niklas Luhmannról (1984), akik szintén a társadalmi rendszerek és alrendszerek összefüggéseivel foglalkoztak.

Az 1970-es éveket követően a szociológiai kutatások tárgya, illetve szintjei kiterjedtek a mikrovilágra is, egyre több olyan tanulmány született, amely azt vizsgálta, hogy az egyének illetve a családok milyen szerepet töltenek be a társadalomban (Mead 1973; Goffmann 1981). A szimbolikus interakcionizmus előtérbe kerül, és főként az emberek között kommunikációra fókuszál.

A társadalmi egyenlőtlenség, mint alapvető társadalmi szintű jelenség

A társadalmi egyenlőtlenség az egyik leggyakrabban kutatott társadalmi mutató; és amelynek magyarázata nem megkerülhető, hiszen ez a folyamatosan fennálló jelenség képezi a kutatási témám irányvonalát. Konkrét céloom a felnőtt lakosság szubjektív egészségi állapotának felmérése. Terveim szerint egy összehasonlító vizsgálat alapján valósul meg a felmérés oly módon, hogy egy alapvetően hátrányos helyzetű társadalmi csoport (romák), és egy általános jellemzőkkel bíró populáció szubjektív egészségi állapotának jellemzőit térképezem fel; rávilágítva a hasonlóságokra és különbségekre. Mindezen túl a fiatalok, gyermekek almintáján belül, a 14–18 éves korúak egészségmagatartását szeretném vizsgálni, elsősorban a szülők szociodemográfiai, szociokulturális hátterét alapul véve. Kutatásomban tehát arra keresem a választ, hogy az egyes társadalmi csoportok szubjektív egészségi állapota milyen mintázatot mutat, és hogy ezt milyen főbb háttértényezők befolyásolják.

Az egyenlőtlenségeknek számos meghatározó tényezője van, illetve több területen is érvényre jutnak, ilyen az egészségi állapot, amely kutatásom során kerül részletes vizsgálatra. Andorka (2003) meghatározása szerint a társadalmi egyenlőtlenség azt jelenti, hogy az egyének és a családok, valamint az egyéb, definiált társadalmi kategóriák helyzete nagy különbségeket mutat. Ahogyan fentebb említettem, az egyenlőtlenségeknek több dimenziója is van, pl. a jövedelem, a munka- és lakhatási körülmények, a lakóhely környezete, és ami számomra jelen esetben fontos, az egészségi állapot. Ez a társadalmi pozíciók közötti egyenlőtlenségeket jelenti. Az egyenlőtlenség kérdése mindig aktuális és folyamatosan megfigyelhető, főleg ha a társadalom egy része, és inkább nagyobb része szegénységben él. A szociológiában éppen ezért központi kutatási téma az egyenlőtlenségek mértéke, az okai, illetve azok a megoldási lehetőségek, amelyek az egyenlőtlenségek csökkentésére törekednek.

Az egyenlőtlenségek hátterében álló egyik mutató a jövedelem, illetve a lakhatási körülmények. A lakókörnyezetre irányuló vizsgálatok tükrében került megállapításra az országos települési lejtő, amely magyarázatot ad a folyamatosan figyelemmel kísért területi egyenlőtlenségekre. Jelen esetben a települési lejtő alatt a településeknek a hierarchikus rendszerét értjük. A lejtő csúcsán állnak azok a települések, ahol összegződnek a közjavak, a társadalmi előnyök, a közszolgáltatások, valamint ahol az erőforrások elosztása felett nagyobb eséllyel lehet rendelkezni. Az országos statisztika szerint a lejtő csúcsán hosszú idő óta Budapest található, az alján pedig azok a falvak, ahol 400-nál kisebb a lakosság száma. Ezekben a területeken domborodnak ki az egyenlőtlenségek a leginkább, hiszen koncentrálnak a hátrányok, és nincs lehetőség az erőforrások elérésére.

Czibere (2014) egyértelműen rámutat, hogy Magyarországon a települések között jelentős életkörülménybeli különbségek állnak fenn, amelyek társadalmi egyenlőtlenségek formájában jelennek meg. A főváros és a többi településtípus esetében jelentős jövedelemkülönbségek kerültek leírásra, amelyek átmeneti csökkenést követően ismét növekedni kezdtek. A jövedelmi olló visszafordíthatatlannak tűnően szétnyílt, amelynek következményei hosszútávon azt eredményezték, hogy a falvakban élők között nagyobb arányban fordultak elő szegénységben élők, a nagyvárosokhoz és a fővároshoz viszonyítva. Ez valójában azt eredményezte, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek rögzültek (Nemes-Nagy 2004).

A téma szintén kiemelkedő jelentőséggel bíró kutatója, Ferge Zsuzsa (2005) számára azok az egyenlőtlenségek a rendkívül fontosak, amelyek mind a fizikai, mind pedig a társadalmi esélyeket nagymértékben befolyásolják. *„A fizikai életesélyek egyenlőtlensége ma azt jelenti, hogy a társadalmi és a települési hierarchia, a hatalmi helyzet, a végzett munka jellege, a pénz és a kulturáltság nagymértékben meghatározzák, hogy ki hány évet él, mennyire beteg vagy egészséges, mennyire kellemes körülmények között él, azaz hogyan lakik, eszik, alszik.”* (Ferge 2005: 1. o.) Ferge (1989) azt is megfogalmazza, hogy az életesélyek egyenlőtlenségei sokkal szélesebb körben jelentkeznek a társadalom tekintetében. Szerinte mindenki egyenlőtlen eséllyel, egyenlőtlen lehetőségekkel „indul az életben”, nem tudjuk, hogy milyenek lesznek az esélyeink a családra, a lakhatásra, az iskolázottságra, jövedelemre.

A társadalmi szerkezet, rétegződés szintjeinek elemélete

A társadalmi szerkezet alapvető fontosságú, ha az egyenlőtlenségek kérdését vizsgáljuk. Kutatási témámat tekintve szintén megkérdőjelezhetetlen a létjogosultsága, hiszen a feltételezéseim zömében az alacsonyabb, illetve a magasabb társadalmi csoportokban elhelyezkedő egyének összehasonlító elemzésén alapul.

A társadalmi szerkezet már az ősközösség szintjén is felismerhető volt, hiszen a különböző csoportokba rendeződés folyamata már ott megindult. A modern társadalmak azonban nem csupán az egyének egyszerű halmazát jelenti, hanem olyan egyéneket, amelyek között állandó kapcsolat alakul ki, és amelyek meghatározzák azt, hogy az egyén milyen társadalmi pozíciót foglal el. Ez adja a társadalom szerkezetét (Andorka 2003). Az egyének pozíciói egyben predesztinálják a társadalmi egyenlőtlenségeket is, hiszen vannak olyanok, amelyek nagyobb hatalommal, több jövedelemmel járnak; ezzel szemben más pozícióban lévők szegények, és hatalommal egyáltalán nem bírnak. A szerkezet vizsgálata tehát alapvetően meghatározza magukat az egyenlőtlenségeket is. Kutatási munkámban ezt a fogalmi rendszert vonultatom fel a téma alapjaként, amely új hipotézisek felállítását is lehetővé teszi, hiszen ezek a rétegek közötti különbségek nem kizárólag az egészségi állapot szintjén jelennek meg. Érdeemes lenne a vizsgálatot egyéb szempontok alapján kiterjeszteni, mint pl. az egyes rétegek egészség tudatos magatartása, illetve egészségműveltsége.

A társadalmi szerkezet vizsgálatához mindenképpen tisztában kell lenni azokkal az alapfogalmakkal, amelyeket a meghatározás során használni kívánunk, és amelyek

segítségével mindenki azonos változók mentén tudja értékelni az eredményeket. Sajnos maga a szociológia sem használ egységes fogalmi rendszert a társadalmi szerkezet vonatkozását illetően, azonban a legalapvetőbb fogalmat mégis fontos tisztázni. Mit is értünk a társadalmi szerkezet, rétegződés, osztály fogalmán? A *társadalmi szerkezet* tehát a társadalomban kialakult pozíciók közötti viszonyokat jelenti. A *társadalmi rétegződés* a foglalkozás, a munkahely, az iskolai végzettség, a lakókörnyezet alapján megállapított társadalmi kategóriák egyfajta hierarchikus sorrendjét jelenti, az életmódra vetítve (Andorka 2003). A társadalmi kategóriák alatt itt az egyes osztályok, rétegek, csoportok jelennek meg. A társadalmi szerkezet vizsgálata során tulajdonképpen azt vizsgáljuk, hogy ezek közül melyik van kedvezőbb vagy kedvezőtlenebb pozícióban. A *társadalmi osztály* olyan kategória, amelyet a termelőeszközökhöz való viszony határoz meg. A Marx-féle hagyományos osztályelmélet szerint három csoport jelenik meg; a munkások, a kispolgárok és a nagybirtokosok (Marx 1867). Természetesen a modern társadalom szerkezete egyéb megközelítési módokat is megenged, pl. a munkahelyi viszonyok alapján (vállalati vezetők). *Társadalmi rétegnek* nevezzük a foglalkozás, az iskolai végzettség, a lakókörnyezet, a jövedelem stb. alapján meghatározott társadalmi kategóriákat. Hazánkban leginkább a foglalkozás jellege (pl. értelmiségi, szakmunkás) alapján definiált kategóriákat szoktuk rétegeknek nevezni (Andorka 2003, Pikó 2002).

A társadalmi csoportok leírásánál tehát nem szabad figyelmen kívül hagyni a rétegződést, ami azt jelenti, hogy az egyes csoportok sajátos életstílussal, identitással, hozzáállással rendelkeznek. A másik ilyen rétegződés elméletet Max Weber alkotta meg. Az általa használt dimenziókat (gazdasági dimenzió, hatalom, megbecsülés-életvitel, életmód) magyarázó változóknak tekintem majd saját empirikus mintámban (Weber 1987).

Társadalmi egyenlőtlenségek egészségügyi vonatkozásai

Az egészségi állapot felmérése során az egészségügyi szociológia szintje vetül rá a különböző vizsgált dimenziókra. Kutatásomban tehát makroszintű megközelítés szükséges, mivel ez a jelenség is a társadalmi egyenlőtlenségekben tükröződik.

Az egészségügyi szociológia azt vizsgálja, hogy az egyes betegségek kialakulásának hátterében milyen társadalmi, gazdasági és szociokulturális tényezők játszanak szerepet (Pikó 2002). Ez a tudományág az egészség és betegség társadalmi vonatkozásait együttesen vizsgálja (Radulescu 2002), azaz feltárja az egészséget veszélyeztető társadalmi okok egyes rétegekben való megoszlását. Egyben olyan interdiszciplináris tudomány, amely szoros kapcsolatban áll egyéb tudományterületekkel, mint pl. az orvosi antropológia, az egészségpszichológia, az epidemiológia, a magatartástudományok, az egészségpolitika.

Az egyes betegségek kialakulásának szociokulturális és szociodemográfiai hátterét azért fontos vizsgálni, mert az eredmények tükrében lényeges következtetésekre juthatunk, amely segítheti a különböző egészségpolitikai stratégiák kialakítását, vala-

mint hozzájárulhatnak a prevenció, az oktatás és nevelés különböző társadalmi rétegek szerinti megtervezéséhez. A folyamat egyben egyfajta paradigmaváltást eredményezett, vagyis az egészségszociológia alapvetően egészség-, és nem betegségcentrikussá vált (Pikó 2002, Kopp 2011).

A kutatások azt bizonyították, hogy az egészségi állapotot alapvetően meghatározza az egészségtudatos magatartás, a családi környezet befolyása az egészségnevelés színterén, a jövedelem, az iskolázottság, a lakókörnyezet, vagyis minden olyan mutatója a társadalomnak, amelyek segítségével feltárhatóak a társadalmi egyenlőtlenségek különböző aspektusai. Ezek alapján megállapítható, hogy pl. az iskolázottság nagyobb befolyással bír a várható élettartamra, mint azt feltételeztük volna. A magasabb szintű iskolai végzettség magasabb jövedelmet eredményez; azonban a halandóság tekintetében fordított arányosság figyelhető meg, vagyis minél alacsonyabb az egy főre jutó jövedelem egy adott településen, annál nagyobb lesz a halandóság. A jövedelem mellett az iskolai végzettség a lakókörnyezetet is befolyásolja, amely hatással van az egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférésre is.

Az eddig tanulmányozott elméletek alapján tehát az egészségi állapot társadalmi szintű vizsgálata során fontos meghatározni az egyes társadalmi rétegeket, valamint a rétegek között megjelenő egyenlőtlenségeket, mivel ezek hatása az egészségi állapotban is tükröződik. Az ún. egészségügyi egyenlőtlenségek vizsgálata az 1980-as évektől vált az egészségpolitika egyik fő kérdésévé (Pikó 2002). A felmérések során akármelyik társadalmi indikátort is használjuk, minden esetben megmutatkozik az egyenlőtlenség, mivel az iskolázottság, a foglalkozás, a jövedelem és a vagyoni helyzet szorosan összefüggnek.

Az egészségi állapottal kapcsolatos egyenlőtlenségek kiemelt figyelmet kapnak, mivel az egészségügyi ellátórendszer legfőbb funkciója a társadalom egészségének megőrzése és javítása. Az egyenlőtlenségek vonatkozásában azonban különbséget kell tenni *igazságtalan*, *elkerülhetetlen* és *elfogadható* különbségek között. Igazságtalannak tekinthetők azok a különbségek, amelyeknek a társadalmi-gazdasági hatásai egyenlőtlenségeket okoznak, vagyis a feltételek nem mindenki számára azonosak. Elkerülhetetlenek azok a különbségek, amelyek genetikai okokból, illetve az öregedés természetes folyamatának következtében változásokat okoznak az egészségi állapotban. Ezzel szemben az elfogadható különbségek az egyén választásán alapulnak, nem pedig a társadalmi-gazdasági feltételek különbségéből erednek. Ez azt jelenti, hogy azonos társadalmi-gazdasági státuszú, illetve azonos ismeretekkel rendelkező egyének eltérő táplálkozási szokásokat, eltérő életvitelt alakíthatnak ki (Orosz 2001).

Az egyes betegségek háttere, előfordulása alapvetően külön vizsgálatot igényel, ám általánosságban elmondható, hogy a legtöbb gyermek-, illetve felnőttkori megbetegedés hátterében az alacsonyabb társadalmi helyzetből fakadó hátrányok (táplálkozás, lakhatási viszonyok, stressz) állnak. A hátrányok, vagy nevezhetjük őket egyenlőtlenségi helyzeteknek is, az egészségi állapot tekintetében is generálódnak, és ennek hatásai egyre nagyobb számban jelennek meg, a statisztikailag is romló egészségi állapotban. Bizonyított tény, hogy a rossz lakhatási körülmények krónikus betegségek kialakulásához vezetnek (Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ 2009). A jövedelem szintén meghatározza az egészségi állapotot, hiszen a rendszeresen szedett gyógyszerek, az egészségügyi ellátás, az egészségesnek mondott életmód komoly anyagi vonzattal bír. Ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagyni azt

sem, hogy az elmúlt években a gyermekvállalás időpontja egyre inkább kitolódik, ez pedig köztudottan a szülők idősebb életkora miatt jelentősen megnöveli a biológiai kockázatot. A nők társadalomban vállalt szerepköre is jelentősen kiszélesedett az elmúlt évtizedekben, hiszen a hagyományosnak mondott családjában, háztartásbeli szerepkör mára jelentősen visszaszorult, és a magas iskolázottságú, jó gazdasági helyzetben lévő, vezető beosztású nők pozíciójuk miatt jóval később vállalnak gyermeket, ami magában hordozza a fentebb említett kockázatot (Falus 2015).

Ez a megállapítás át is vezet a társadalmi egyenlőtlenségek vizsgálatának következő szintjére, amely családszociológiai vonalon vezeti végig a családot, mint szocializációs szintér szerepét az egészségtudatosság, egészségnevelés során.

A család, mint szocializációs szintér szerepe

Az emberi társadalmak intézményei közül a család az egyik legfontosabb, amely minden általunk ismert társadalomban létezik. A családok a társadalom számára létfontosságú feladatokat látnak el, ezért váltak a szociológia érdeklődésének egyik kitüntetett tárgyává.

Az emberi társadalmakban nem a makrotársadalmi struktúrák állnak szemben az egyes emberekkel, hanem közöttük, mintegy közvetítő szerepet játszva, a társadalmi intézmények helyezkednek el. Ilyen társadalmi intézmény a család is (R. Fedor Anita 2016), amely a szocializációs szintér szintjeként jelenik meg a kutatási témám során. Ez azt jelenti, hogy az egészségtudatosság, az egészségműveltség, a szubjektív jóllét alapjait már a gyermekkorban ért hatások meghatározzák.

A gyermekek szocializációja és személyiségük fejlődése a családi szintérben kezdődik és megy végbe. Az idő előrehaladtával ez a szintér bővül, pl. a tágabb rokonság, baráti vagy kortársi kapcsolatok megjelenésével. Ez megalapozza a lelki egészség fejlődését és fenntartását, a stresszel való megküzdési stratégiák elsajátítását, és természetesen a reális énkép kialakulását (Bánlaky 2001). A család ezáltal tölti be szocializációs funkcióját, és domborítja ki a társas támogatás jelentőségét.

A társas támogatás jelentősége

Számos korábbi kutatás igazolta, hogy a társas támogatás, a társas kapcsolatok az emberi szervezetben különböző biológiai folyamatokat indítanak el, amelyek befolyásolják az egyén fejlődését és egészségi állapotának alakulását (Ambrus 2012). Ha az interakcionista felfogásra vetítjük ezt ki, akkor tulajdonképpen azt mondhatjuk, hogy az egyén a társadalmi valóságot a megtapasztalt benyomások alapján fogja fel, és ennek segítségével van jelen a makro- és mikrotársadalmi viszonyokban (Pikó 2002).

Mindezt a kutatási témámra vetítve megállapítható, hogy a társas támogatásnak kiemelkedő szerepű hatása van az egészségi állapotra. Erre irányulóan több egészség-szociológiai és epidemiológiai vizsgálat is zajlott (Cassel, Cobb, Kaplan, 1979). Ezek a vizsgálatok mind azt bizonyították, hogy a társas támogatásnak egészségvédő, és egyben betegségmegelőző szerepe is van, azáltal hogy segítenek a pszichoszociális és

a fizikai stressz feldolgozásában. Így nő a várható élettartam, és csökken a stressz indukálta betegségek kialakulásának kockázata.

A család ebben az esetben is szociális térként és rendszerként működik, megalapozza a gyermek személyiségének fejlődését, a lelki egészségvédelmét és a termékeny életvezetést (Ambrus 2012). A korai hatások egyértelműen befolyásolják a gyermek-kori és a későbbi egészségi állapotot.

Mechanic és McAlpine (2000) szerint az egyén főként a családi szocializáció során, illetve a társas támogatások révén sajátítja el az egészségmagatartást, különböző attitűdök és viselkedésminták kialakításával.

A jóllét, az egészségkultúra, az egészségműveltség egyéni szintjei

A mikrovilág vizsgálata során fontos a konceptualizálás, vagyis a használt alapfogalmak pontos meghatározása, amely irányadó vonala egészségpszichológiai témák kutatásának.

A WHO egészség definíciója az egészség összetett, többdimenziós jellegére világít rá, mely szerint *„Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.”* Ezt az alapfogalmat napjainkig széles körben alkalmazza a szakirodalom, azonban a nyolcvanas évek közepére ez a következőképpen módosult: *„Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyesen értékelt családi munka és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jól-lét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez. A teljes fizikai, szellemi és szociális jól-lét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, környezetével változzék vagy alkalmazkodjék ahhoz”* (EVSZ, 1986). Ez fontos kiindulópontja kutatási témámnak, hiszen a szubjektív jóllét egyes jellemzőinek feltárásán keresztül kívánom bemutatni az egyenlőtlenségek egészségi állapotára gyakorolt hatását. Tehát nem az az elsődleges célom, hogy az objektív egészségi állapot és a társadalmi egyenlőtlenségek kapcsolatára mutassak rá, hanem az, hogy egy komplex, inkább saját bevalláson alapuló jóllét állapotát feltáró vizsgálatot tervezek. A jól-lét mérése rendszeres kutatási területe a társadalomtudományoknak; objektív és szubjektív szempontokat is figyelembe véve mérhető fel. A pszichológiai felfogás szerint a jól-lét *az autonómia, a személyiség kiteljesedése, az önfogadás, az életcél, az önuralom, a pozitív emberi kapcsolatok, az önmegvalósítás által összeálló multidimenzionális konstrukció* (Szántó és társai 2016). Az egészségi állapot és a jól-lét szorosan kapcsolódik az egészségtudatos magatartáshoz, amely az egyén szemléletének, viselkedésének, tevékenységének összessége annak érdekében, hogy minél tovább és minél egészségesebb maradjon (életmódbeli tényezők, életvitel, káros szenvedélyek, táplálkozás, rendszeres testmozgás) (ÁEEK, Egészségügyi Fogalomtár, 2010). Az egyén egészségtudatos magatartását jelentős mértékben befolyásolja az, hogy mi-

lyen fokú egészségműveltséggel rendelkeznek. Egészségműveltség alatt azt a képességet értjük, amely a megfelelő egészségügyi döntések meghozatalához, az információ-szerzéshez, információfeldolgozáshoz, és a megértéshez szükséges (Szabó 2016).

A mikroszintű vizsgálatok az 1970-es évektől kezdtek jobban elterjedni a szociológusok körében, és a *szimbolikus interakcionizmus* (Blumer 1969) elméleti keretei között a korábbi makroszociológiai kérdések helyett a mindennapi életre, az egyénre, az emberek közötti kapcsolatokra, a családi közösségekre fókuszáltak.

A kultúra, ezen belül is az egészségkultúra fontos jelzője az adott társadalomban elfogadott társas viselkedési szabályoknak, normáknak. A kultúra határozza meg, hogy az egyének hogyan viselkedjenek a társadalmi érintkezéseik során (Andorka 2003). *Pierre Bourdieu* (1979) nagy hangsúlyt fektetett az egyén viselkedése és a makrostruktúrák kapcsolatának vizsgálatára. Egyik legfontosabb fogalma a *habitus*, amely összeköti a társadalmi struktúrákat (mint makroszint) és az egyén cselekedetét (mikroszint). Ez tulajdonképpen az egyén életmódját, attitűdjét, gondolkodási sémáit jelenti.

Bizonyítottan megállapítható tehát, hogy mind a munkahely, az iskolázottság, mind pedig a társas támogatás komoly befolyásoló tényező a szubjektív egészségi állapot jellemzése során. A munkanélküli életmód, a tétlenség hosszútávon egészségromboló hatású, míg a munka biztosítja a megélhetéshez szükséges anyagi alapokat, erősíti az önbizalmat, és segíti a társas kapcsolatok kialakítását (R. Fedor Anita 2017).

Az egészségkultúra egyik meghatározó mutatója az egyén egészségi állapota. Erre irányulóan számos felmérés készült Magyarországon, amelyek vizsgálták a várható élettartamot, az ezzel szorosan összefüggő idő előtti halálozást, illetve az elérhető életminőséget (Kopp, Skrabski, 2009). Az egyén életminőségére vonatkozóan szintén olvashatunk tanulmányokat, amelyek azt tárják fel, hogy az egészségi állapot, illetve a szubjektív egészségi állapot, mint életminőségi mutatók szerepelnek a modern jóléti államokban (Kopp, Martos 2011). A vizsgálat a hazánkban megfigyelhető gazdasági növekedést és az életminőség változását állítja párhuzamba, és vizsgálja ezek összefüggését.

A jóllét széles körben alkalmazott fogalom, amelyben az életminőség különböző dimenziói jelennek meg, tehát elsődlegesen pszichológiai jellegű, kognitív, egészséggel kapcsolatos, szociális oldalakkal bíró koncepció (Szántó és társai 2016). A kutatási témám egyik alapvető fogalma a szubjektív jóllét, amely fontos mérési mutató az egyénre vonatkoztatott mikroszintű vizsgálatok során. Meg kell azonban jegyezni, hogy a jóllét értelmezése nem mondható egységesnek a szociológia által használt nyelvezetben. Ennek tükrében készült az a tanulmány, amely bemutatja, hogy az európai szakirodalomban hogyan került értelmezésre ez a fogalom (Szántó és tsai, 2016). Általános megállapításuk, hogy a jóllét elsősorban pszichológiai jellegű, kognitív, mindenképpen egészséggel kapcsolatos, de ugyanakkor szociológiai aspektussal is bíró fogalom. Több megközelítési szempont alapján is képet kaphatunk arról, hogy milyen dimenziókban alkalmazhatjuk ezt a fogalmi koncepciót. Az *Egészségügyi Világszervezet* (WHO) szerint: a jóllét állapota a mentális egészség, „amely során az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni, és hozzá tud járulni a közösségének életéhez” (WHO, 1998). A *hedonisztikus szemlélet* szerint a jóllét egy szubjektív boldogságérzet, amelyet az élet során megtapasztalt jó és rossz élmények határoznak meg. Ez a boldogságérzet abból ered, hogy az egyén képes megvalósítani kitűzött céljait, és cselekedeteit értékesnek tartja (Deci-

Ryan, 2000). Az *eudemonikus megközelítés* ezzel szemben inkább pszichológiai alapú, és azt állítja, hogy a jóllétet az egyén által betöltött szerep és az önmegvalósítás eredményessége befolyásolja (Ryff 1989, Keyes 1995).

Az egészségi állapotot, az egészségkultúrát vagy az egészségtudatos magatartást befolyásoló tényezők vizsgálata során felmerül a kérdés, hogy a modern társadalomban mekkora befolyással bír a média, mint kommunikációs közeg. Szerepe megkérdőjelezhetetlen, azonban érdemes megvizsgálni, hogy milyen mélységben érinti az egyént a döntési folyamatai során. Ez új dimenzióként jelenhet meg a kutatásaim során, hiszen a média, mint egyirányú tömegkommunikáció veszélyeket rejthet magában, mivel nem lehet követni, hogy az adott információ hova jut el, kiket és milyen szinten befolyásol (pl. „divatdiéták”, fogyasztószeresek, egészségre ártalmas szerek, egészségmániás énkép, stb.). Habermas pályájának egyik legnagyobb műve a *Kommunikatív cselekvés elmélete* (1981), amelyben már akkor megjelennek a tömegkommunikáció ezen kockázatai.

Következtetések

A kulturális háttér, az iskolázottság, az egészségműveltség olyan társadalmi tényezők, amelyek generációkon keresztül befolyásolhatják az egyén egészségi állapotát. Az egészségműveltség a megfelelő, egészségi állapottal kapcsolatos döntések meghozatalához szükséges képesség. Ennek eredményeként az egyén egy előre meghatározott szempontrendszer alapján képes megítélni a saját, vagyis a szubjektív egészségi állapotát. A társadalmi egyenlőtlenségek egészségszociológiai vonatkozásait kutatva kiemelkedő jelentőségű tehát ennek vizsgálata, hiszen a szubjektív egészségi állapot jellemzői hosszú távon előre jelzik az egyén objektív egészségi állapotát is.

Az egészségfejlesztés célja, hogy megismertesse az egészséget és az emberi szervezet működő képességét biztosító tevékenységeket; ezáltal nő az egyén várható élettartama, és ezzel egyidejűleg csökken a betegségek gyakorisága. Az egészségfejlesztési tevékenységek hatékonysága akkor a legideálisabb, ha mind makro- és mikroszinten is megjelennek; vagyis teljesülnek az egyén fizikai környezetében, a politikai és gazdasági intézményekben, az egészségügyi ellátórendszerben, a szociális környezetben. A makroszintű egészségfejlesztés nemzetközi, országos, helyi (megyei vagy városi) szinten valósulnak meg. Mikroszinten az egyén, a helyi közösség, a lakóhely prevenciója az elsődleges; a betegségek megelőzése, a stressz csökkentése. Ezek hatékonyságát növeli az egészségműveltség felmérése; amely során a felfedezett hiányosságok korrigálhatóak, illetve az egészségnevelési program megfelelő szinten kerülhet kidolgozásra.

A prevenció mellett, illetve valójában a prevenció részeként; a másik fontos célkitűzés az egyenlőtlenségek hatásának csökkentése. Ebben az esetben az esélyegyenlőség azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlő eséllyel van jelen minden egyén számára. Ez olyan speciális stratégiát igényel, ahol mind az egyén, mind a közösség szintjén megjelenik a prevenció. Az egyéni szinten történő beavatkozás mindig nehezebben hozzáférhető, hatékonysága korlátozott. Amikor az egyén megjelenik az egészségügyi vagy szociális ellátórendszer valamelyik szintjén, akkor

az ellátó szakember felméri az egyéni igényeket, figyelembe véve az életmódot, az egészségi állapotot, a társadalmi rétegekben való megjelenést. Ez egyénre szabott tanácsadást jelent. Nem szabad elfelejteni, hogy mindehhez folyamatos kutatómunka szükséges, amellyel a rétegspecifikus tulajdonságok mérhetőek, és információt gyűjthetünk a megfelelően összeállított prevenció tervhez. Fontos lépése a kutatómunkának, hogy megállapítsuk az adott társadalmi réteg nem megfelelő egészségtudatos magatartásának háttérben lévő okokat; ezt tervezett kutatásom során szintén vizsgálni fogom. A közösségi szintű prevenció egy ennél átfogóbb, általánosabb, mégis jóval több részletet kidolgozott koncepció. Természetesen ebben az esetben is fontos a megfelelő stratégia kidolgozása, amely általában az alábbi lépések szerint történik:

1. A hátrányos helyzetben lévő társadalmi csoportok meghatározása; a hátrányt okozó eltérések megállapítása.
2. A feltérképezett eltérések alapján az adott társadalmi csoportnak szóló, vagyis rétegspecifikus egészségmegőrző program kidolgozása.
3. A program megvalósításához szükséges erőforrások biztosítása.
4. A program hatékonysága feletti folyamatos kontrolltevékenység.
5. Szükség esetén a program módosítása (a megfelelő hatásvizsgálatot követően).

A fenti irányvonalakból látható, hogy az egészségpszociológia számos társadalmi és egészségügyi összefüggést vizsgál; vagyis az egyén egészségi állapotát veszélyeztető társadalmi okok megoszlását az egyes társadalmi rétegekben. Az összefüggések vizsgálata alapozza meg az egészségpszociológia fő küldetését, a prevenciót. Ezekből a kutatási eredményekből olyan statisztikai adatok, vizsgálati eredmények szűrhetőek le, amelyek rávilágítanak a prevenció hangsúlyozandó, lényeges elemeire, és amelyekből olyan egészségnevelési programok tervezhetőek, amelyek lényeges változást hozhatnak az egyes társadalmi csoportok egészségtudatos magatartásában, és ezáltal az önminősített jól-lét megítélésében.

Irodalomjegyzék

1. Andorka Rudolf (2003): Bevezetés a szociológiába. Budapest, Osiris Kiadó.
2. Ambrus Zoltán (2012): Egészségpszociológia. Kolozsvár, Abel Kiadó.
3. Bánlaky Pál (2001): Családszociológia. Budapest, Wesley János Lelkészképző Főiskola.
4. Czibere Ibolya (2014): Települési és regionális egyenlőtlenségek a 18–29 éves ifjúsági korosztály körében: munkaerőpiac-jövőkép-érvényesülés. Magyar Ifjúság 2012, Publisher: ISZT Alapítvány – Kutatópont, Editors: Nagy Ádám, Székely Levente, pp.45–71.
5. Európai Betegségmegelőző és Járványügyi Központ (2009): Egészségvédelem Európában: jövőképünk. Budapest, Kiadóhivatal.
6. Falus András (2015): Sokszínű egészségtudatosság. Budapest, SpringMed Kiadó.
7. Farkas Zoltán (2006): A szociológiai és intézményes szemléletmód. Miskolc, Miskolci Egyetem.

8. Ferge Zsuzsa (2005): Ellenálló egyenlőtlenségek. Budapest, Esély: Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 16. évfolyam, 4. szám, pp 3–41.
9. Giddens, Anthony (2008): Szociológia. Budapest, Osiris Kiadó Kft.
10. Kopp Mária, Martos, T. (2011): A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya. Tanulmány, Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság; a Jövő Nemzedékek Állampolgári Biztosának megbízásából
11. Kopp Mária, Skrabski, Á. (2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In: Nagy, Ildikó; Pongrácz, Tiborné (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a férfiak és nők helyzetéről 2009: Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, Budapest, Magyarország, Szociális és Munkaügyi Minisztérium, TÁRKI: pp. 117–136., 20 p.
12. Pikó Bettina (2002): Egészségszociológia. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
13. Orosz Éva (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest. Egészséges Magyarorszáért Egyesület.
14. R. Fedor Anita (2016): A cigány gyerekek szocializációja a szakirodalom tükrében. In: Kósa, Zsigmond (szerk.) Helyzetkép a magyarországi romákról Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetemi Kiadó, pp. 28–36. , 9 p.
15. R. Fedor Anita, Fónai, M. (2017): A magasán kvalifikált fiatal munkavállalói csoportok elemzésének új megközelítési lehetősége: a prekariátus. Különleges bánásmód 3:4 pp. 7–17., 11 p. DOI: <https://doi.org/10.18458/KB.2017.4.7>
16. R. Fedor Anita, Láczy, M. (2017): A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők elemzése alapján: prediktorok és protektorok egy vizsgálat adatbázisának több dimenziós elemzésében. In: Fábrián, Gergely; Szoboszlai, Katalin; Hüse, Lajos (szerk.) A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Nyíregyháza, Magyarország: Periféria Egyesület, pp. 73–90., 18 p.
17. Szabó Pálma (2016): Egészségműveltség a magyar népesség körében. Orvostovábbképző szemle, 23. évfolyam, 2. szám, pp. 66–72., 7 p.
18. Szántó Zsuzsanna, Susánszky, É., Berényi, Z., Sipos, F., Murányi, I. (2016): A jól-lét fogalmának értelmezése az európai szakirodalomban (2009-2014). Metszetek – Társadalomtudományi Folyóirat 5: 1 pp. 16–47. Paper: ISSN 2063-6415, 32 p. DOI: <https://doi.org/10.18392/metsz/2016/1/6>