

Pikó Bettina

AZ EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIA GYÖKEREI ÉS TÁVLATAI A MODERN TÁRSADALOMBAN

BEVEZETÉS

A sors úgy hozta, hogy véletlenül kerültem a szociológia világába. Orvosként a Népegészségtani (hajdanvolt Társadalomorvostani) Intézetben kezdtem el kutatóként dolgozni, csak hogy az orvosegyetemi tanulmányaim nem készítettek fel a lakossági mintákon végzett vizsgálatokra. A pipettát kérdőívekre kellett tehát cserélni, és mivel éppen nem sokkal korábban indult el újra Szegeden a szociológusképzés, jelentkeztem. Így lett Gábor először tanárom, majd kollégám. Az alapvégzettségem okán az egészségpszociológia irányvonal mondhatni adott volt, de tanulmányaim során kinyílt a szemem sok érdekes, a társadalmat különböző oldalokról megvilágító terület felé, megismerhettem a szociológiai gondolkodás szabályait, a kutatási módszertant, és egy olyan szemléletet, amelyet most már oktatóként én is igyekszem továbbadni hallgatóimnak. Élénken él emlékezetemben a szociológia-történeti és elméleti kurzus, amelynek során belém ivódtak az általa közvetített gondolatok. Például az a sokat idézett *durkheimi* mondás, hogy „ahol véget ér az egyén, ott kezdődik a szociológia”. Vagy pedig a természettudományos és társadalomtudományos paradigmák közötti „kibékíthetetlen” ellentét, amennyiben az előbbi esetében az új felfedezések legtöbb esetben semmissé teszik, vagy legalábbis megkérdőjelezzik a korábbi tudományos eredmények létjogosultságát. A társadalomtudományok esetében viszont ez egyáltalán nincs így, hiszen az egyes irányzatok különböző szemszögekből, eltérő diskurzusok mentén igyekeznek az adott jelenségeket megérteni és leírni. A társadalmi modellek segítségével közelebb jutunk a társadalmi valóság leképezéséhez, és az ASA paradigma világában, amikor a statisztikai módszertan érvényessége már megközelíti a természettudományos technikákat, nagy lépéseket tettünk meg azon az úton, amit a szociológia 'atyja', *Auguste Comte* a pozitív társadalomtudományról megálmodott. Az egészségpszociológia még inkább élen jár az empirikus kutatásokban, hiszen az egészség- és betegségfolyamatok „mérése” szinte mikrotársadalmi norma ezen a

területen, s bár „puhább”, mint a természettudományi eredmények, pontosan az a legnagyobb erőssége, hogy embervoltunkról tudhatunk meg többet általa, a biológiai determinizmus bűvöletében gyógyító orvoslás talán éppen ezen eredmények révén válik humánusabbá.

AZ EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIA GYÖKEREI

Az orvosi szociológia, ill. egészségszociológia gyökerei amerikaiak, ugyanakkor előzményei kétségtelenül európaiak, mégpedig az ún. szociális medicina megalapítói voltak a közvetlen előfutárai. Olyan nagynevű európai orvosok voltak ők, akik bizonyos betegségek társadalmi meghatározottságára hívták fel a figyelmet. Egyikük, *Jules Guérin* ortopéd orvos a párizsi orvosi folyóiratban 1848-ban indított egy rovatot *Médecine Sociale* néven (Leff 1953). Úgy gondolta, az éppen akkor zajló forradalom, kedvező hatással lesz a tudományra és a „politikai medicinára”, ahogy akkortájt a közegészségügyet nevezték. Nem sokkal később ez a terület már „szociális medicina” néven szerepelt, új célokkal és tennivalókkal. A szociális medicina *Guérin* elképzelésében magában foglalta a higiénét, az egészség- és szociálpolitikát, valamint a törvényszéki orvoslást. Ebből is kitűnik, hogy az orvosoknak *Guérin* fontos politikai, hatalmi szerepkört szánt, akiknek a társadalom gyógyításában is részt kell vállalniuk, éppen ezért a társadalomirányítást és az orvoslást, egymást kiegészítő tevékenységnek tekintette.

Guérin kortársa, *Rudolf Virchow* szintén jelentős előmozdítója volt a szociálmedicina kialakulásának és továbbfejlődésének. Ő így írt erről:

„Az orvostudomány valójában társadalomtudomány, a politika pedig nem más, mint orvoslás nagy méretekben.” Rudolf Virchow

A Felső-Sziléziában pusztító tífuszjárványt tanulmányozva jutott arra a következtetésre, hogy a járványok terjedéséért a társadalmi és gazdasági helyzet csaknem ugyanolyan mértékben felelős, mint a biológiai és fizikai tényezők. *Guérin*hez hasonlóan ő is reformokban gondolkodott, és *Die Medizinische Reform* néven újságot alapított (Timmer és Hansma 1975). A tífuszjárványról szerzett tapasztalataira alapozva próbált érvényt szerezni annak az elképzelésének, hogy a járványfolyamatokat a terjedés kontrollálásával lehet megszüntetni, amit a közegészségügy egyik fontos feladatának tartott. Az új irányzatot ő is *soziale Medizin* néven említette, amely a francia elnevezés német megfelelője volt. E területnek szép számmal

akadtak követői, mint pl. *Caspers*, aki az élettartam társadalmi meghatározottságáról vagy *Neumann*, aki a betegségek társadalmi következményeiről írt (Sand 1952). Ő például a társadalomtudománynak az orvostudományban betöltött szerepéről, sőt, missziójáról így vélekedett:

„Az orvostudomány legmélyebb gyökerei és lényege szerint társadalomtudomány, s mindaddig, míg ezt a felismerést nem hasznosítjuk, az orvostudomány gyümölcseit sem élvezhetjük.” Solomon Neumann

Az 1910-es éveket követően azután a *szociálhigiéné* kifejezés terjedt el a szociálmedicina helyett *Alfred Grotjahn* jóvoltából, aki 1920-ban a leginkább a mai népegészségügy szinonimájának megfelelő Berlini Egyetem *Szociálhigiéné* tanszékének lett a professzora (Timmer és Hansma 1975). A társadalmi tényezők betegségkeltő szerepét hangsúlyozva könyvet is írt a *szociális patológiáról*, ez a kifejezés tehát szintén az ő nevéhez fűződik. Sajnos, manapság ezek az elnevezések már csak történelmi jelentőségűek, azonban a szociális anatómiai vagy patológia kifejezések segíthetnek az egészségszociológia elfogadásában az orvoslás gyakorlati területein. Az orvostanhallgatóknak írt tankönyvbe ezért „belecsempészttem” ezeket a kifejezéseket (Pikó 2006).

A múlt század közepétől induló szociális medicinát és szociálhigiénét egyaránt tekinthetjük a népegészségügy (azon belül elsősorban a társadalomorvostan) és az egészségügyi (orvosi) szociológia (*medical sociology*) előzményének. A modern egészségügyi (orvosi) szociológia három ága: az egészségügy szociológiája (*sociology of medicine*), az orvoslás/gyógyítás szociológiája (*sociology in medicine*) és az egészségszociológia (*sociology of health*) (Buda 1964). Míg az első kettő Straus (1957) nevéhez fűződik, az egészségszociológia kifejezés *Twaddle*-től származik. Az egészségszociológia alapvetően szemléletében különbözik az egészségügyi (orvosi) szociológia másik két ágától: az utóbbiak a megbetegedett egyének gyógyításával, ill. a gyógyítás körülményeivel, intézményi sajátosságaival foglalkoznak, az egészségszociológia viszont a prevenció, azaz az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés szociológiája, arra koncentrál, hogyan tudjuk megakadályozni társadalmi eszközökkel a megbetegedések kialakulását (Twaddle és Hessler 1977). Mindez azt is jelenti, hogy az egészségügyi (orvosi) szociológia ágai különböző paradigmák szerint működnek: a „hagyományos” orvosi szociológia biológiai és szociálpszichológiai paradigmákra épül, az egészségszociológia viszont a szocio-kulturális paradigmára (Molnár 1986). Az egészségszociológia társadalomcentrikus, a társadalmi struktúra, és annak változásai érdeklik,

az egészséget veszélyeztető társadalmi okok egyes társadalmi rétegekben és csoportokban való megoszlását vizsgálja. *Twaddle* egyenesen azt javasolta, hogy az egészségügyi (orvosi) szociológiának fokozatosan át kell alakulnia egészség-szociológiává. A mai nézet szerint azonban jól kiegészítik egymást a betegcentrikus, intézménycentrikus, valamint a társadalomcentrikus tudományterületek. Az egészség-szociológia a társadalomra tekintve vizsgálja az egyes betegségek kórereditében szerepet játszó társadalmi-gazdasági és szociokulturális rizikótényezőket, és ennek alapján javaslatot tesz az egészségfejlesztést és betegségmegelőzést célzó egészségpolitikai stratégiák kialakításához.

SZOCIOLÓGIAELMÉLET AZ EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIÁBAN

Az 1950-60-as években a szociológia-elméletek fejlődésével párhuzamosan az egészség-betegség társadalmi meghatározottságával, valamint az egészségügyi intézményrendszerrel foglalkozó kutatások rendszerint alkalmaztak valamilyen elméleti koncepcionális keretet (Johnson 1975). A II. világháború utáni időkben virágzásnak induló szociológia-elméletek bőven tartalmaztak az egészségügyre és orvoslásra vonatkozó elméleteket is, hiszen ezek a társadalmi rendszer alapegységeként értelmezték az egészségügy belső, de a társadalom részeként definiálható világát. *Parsons* (1951) a strukturális funkcionalizmus szemléletét alkalmazva máig az egyik leggyakrabban említett szociológus az egészségügyi (orvosi) szociológiai irodalomban, hiszen az ő nevéhez fűződik például az egészség társadalmi definíciója, vagy az orvos- és betegszerep. *Goffman* (1961) pedig az interakcionista szemléletet vezette be az egészségügyben folyó jelenségek tanulmányozásához, pl. a kórháznak mint intézménynek az egyén identitására gyakorolt szerepéről.

Ma azonban a modern egészségügyi (orvosi) szociológia eléggé sajátos helyzetben van, és a szociológia-elméleti hagyományoktól egyre inkább elszakad, pedig a szociológia-elméleti alapok nemcsak koncepcionális keretet biztosíthatnak az empirikus vizsgálatoknak, hanem erősíthetik a diszciplína tudományos elfogadottságát és hitelességét. Míg Az USA-ban az intézményszociológia igen megalapozottá és tudományosan elfogadottá vált, Európában (főként a keleti régióban, így nálunk is) a harmadik ág fejlődött leginkább, kezdetben önállóan, manapság pedig mint a magatartástudományok részterülete. *Ostrowska* (1996) igen találóan jegyzi meg, hogy az egészségügyi (orvosi) szociológia három ága közül az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés szociológiája kötődik legerősebben az orvoslás gyakorlatához, hiszen az egészség-szociológusoknak együtt kell dolgozniuk a kli-

nikai ellátás, a népegészségügy és a közösségi ellátás, a mentálhigiéné, az egészségfejlesztés, a magatartás-orvoslás területén működő orvosokkal, egészségügyi szakemberekkel, pszichológusokkal (Strong 1979). A társadalomtudományos paradigmán belül gondolkodó szociológusok és a természettudományos paradigmán nevelkedett orvosok együttműködése igen nehéz, de a tapasztalatok azt mutatják, hogy a szociológia-elmélet növeli az egészségszociológia tekintélyét és egyben eredményességét is (Jefferys 1991). Az egészségszociológia helyzetét erősíti továbbá, hogy Nyugat-Európában a 60-as évektől kezdve az orvostudományon belül a népegészségügy, az epidemiológia, a társadalomorvostan presztízse megnőtt, emellett a pszichiátriában és az egészségpolitikában is nélkülözhetetlenné vált a szociológiai ismeretanyag (Pikó 2009).

Az egészségszociológia tehát egyre inkább interdiszciplinárisává válik, a magatartástudományok részeként az egészségpszichológiával, az orvosi antropológiával, a bioetikával, a kommunikációismerettel és az egészségfilozófiával jól kiegészíti az egészség-betegség természettudományi megközelítését. Hazánkban ez még inkább érvényes, hiszen míg Nyugat-Európában az egészségszociológia viszonylag hosszú múltra tekint vissza, az előzmények is innen indultak, és a II. világháború után is töretlen volt a fejlődés, addig Kelet-Európában a szocializmus kezdeti időszakában a szociológia mint tudomány időszakos elnyomása következtében az egészségszociológia fejlődése is csak megkésetten kezdődhetett el. *Ostrowska* (1996) úgy gondolja, hogy a kelet-európai társadalmakban nemcsak a társadalmi rendszer, hanem a szociológia is az átmenet állapotában van. Különösen igaz lehet ez az egészségszociológiára, ahol a vasfüggöny lehullásával és a szabadság szellemének beáramlásával újfajta megközelítések nyerhetnek teret elméletben és gyakorlatban egyaránt. Fontos lenne azonban az is, hogy az egészségszociológia a hazai szociológia integráns része maradjon és továbbra is kötődjön a szociológia-elméleti alapokhoz. Ez az oktatásban és a kutatásban egyaránt megvalósítandó kihívást jelent.

AZ EGÉSZSÉGSZOCIOLOGIA RÉGI-ÚJ KIHÍVÁSA: EGYENLŐTLENSÉGEK AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTBAN

Már évtizedek óta az egészségszociológiai kutatások középpontjában áll az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek témája (Marmot és Bobak 2000; Whitehead et al. 1998). Az empirikus vizsgálatok rendszerint lényeges különbségeket találnak a morbiditási (megbetegedési) és mortalitási (halálozási) adatokban, Európában

és az USA-ban egyaránt (Lobmayer és 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 egészségpszichológusok érdeklődése manapság különösen arra fókuszál, hogy ezek az egyenlőtlenségek mikor és hogyan keletkeznek és maradnak fenn. 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 végbe menő növekedésére gondolunk —, a társadalmi helyzet okozta differenciálódás egyre nagyobb mértékben tükröződik az egészségi állapot különböző mutatóiban (Delamothe 1991; Marmot et al. 1997).

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 kihívások megfogalmazásánál abból kell kiindulnunk, hogy az egészség komplex jelenség, amelyben a társadalmi faktorok egyre nagyobb szerepet játszanak (Marmot és 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. 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 nyomkövetését, az egészségválaszték, 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. Vannak olyan indirekt módok, mint amilyen 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 státuszhiedelmek (vö. *mertoni* státuszfrusztráció), 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-kutatók 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 eszközt adnak a kezünkbe. 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 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 (Corning 2000; Pikó és Fitzpatrick 2007).

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 pl. a serdülőkori „relatív egyenlősődés” (azaz a társadalmi egyenlőtlenségek viszonylag ritkább előfordulása az egészségi állapotban) keletkezési mechanizmusát, és azokat a társadalmi jelenségeket, amelyek ennek kialakulásához vezetnek. A fenomenológiai perspektíva elsősorban a státuszképzetek magyarázatához szolgáltat hasznos adalékokat. E perspektíva arról szól, miként értelmezik az egyének az egészségi állapotbeli társadalmi egyenlőtlenségeket (Davidson, Kitzinger és Hunt 2006). 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 hozzájárulhat-

nak a társadalmi helyzet felépítéséhez és az egyenlőtlenségek megéléséhez. A szociálpszichológiai megközelítésben különösen előtérbe kerül a társas kapcsolati háló, amely nemegyszer védő hatást közvetít a társadalmi helyzet és az egészségi állapot kapcsolatában, ugyanakkor a veszteségélmények stresszt generálnak, és növelhetik a társadalmi helyzet egészségkockázatát emelő hatásait.

Mivel az egészség elérése az önmegvalósítást elősegítő emberi jog, az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek morális szempontból is megkérdőjelezhetők (Vágerő 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 és 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, összeegyeztetve 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 műveltségbeli 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 és 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 és La Gory 2000), amihez azonban nélkülözhetetlen a szilárd gazdasági alap, hiszen e nélkül 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 egészség-szociológiának valamennyi területen létjogosultsága van.

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.
- BUDA BÉLA (1964) Az orvostudomány és az egészségügy szociológiája. *Valóság*, 10, 52-64.
- BUNKER, J.P. – GOMBY, D.S. – KEHRER, B.H. (eds.) (1989) *Pathways to health: The role of social factors*. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.
- CORNING, A.F. (2000) Assessing perceived social inequity: A relative deprivation framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 463-477.
- 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*. Routledge, London and New York.
- GOFFMAN, E. (1961) *Asylums*. Doubleday and Anchor, New York.
- JEFFERYS, M. (1991) The development of medical sociology in theory and practice in Western Europe 1950-1990. *European Journal of Public Health*, 6, 94-98.
- JOHNSON, M.L. (1975) Medical sociology and sociological theory. *Social Science and Medicine*, 9, 227-232.
- LEFF, S. (1953) *Social Medicine*. Routledge & Kegan Paul, London.
- 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.
- 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.
- MOLNÁR L. (1986) Az orvosi szociológia fejlődésének alternatívái. *Demográfia*, 29, 29-38.

- OSTROWSKA, A. (1996) The development of medical sociology in Eastern Europe 1965-1990. *European Journal of Public Health*, 6, 100-104.
- PARSONS, T. (1951) *The social system*. The Free Press, New York.
- PIKÓ B. (2006) Orvosi szociológia. Medicina, Budapest.
- PIKÓ, B.F.–FITZPATRICK, K.M. (2007) Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17, 353-360.
- PIKÓ B. (2009) Az orvosi szociológia múltja és jövőbeli kihívásai: Az elmélettől a gyakorlatig. In: Bagdi Emőke, Demetrovics Zsolt és Pilling János (szerk.) Polihistória. Buda Béla 70. születésnapjára. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 163-177.
- ROSS, C.E.–VAN WILLIGAN, M. (1997) Education and the subjective quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 275-297.
- SAND, R. (1952) *The advance to social medicine*. Staples Press, London/New York.
- STRAUS, R. (1957) The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, 22, 200-204.
- STRONG, P. (1979) Sociological imperialism and the profession of medicine: A critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science and Medicine*, 13a, 199-216.
- STRONKS, K.–GUNNING-SCHEPERS, L.J. (1993) Should equity in health be target number 1? *European Journal of Public Health*, 3, 104-111.
- TIMMER, M.–HANSMA, J. (1975) Social Medicine in Western Europe 1948-1972. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 53, 1-47.
- TWADDLE, A.–HESSLER, R. (1977) *The sociology of health*. Mosby. St. Louis, C.V.
- VÁGERŐ, 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.
- WHITEHEAD, M.–SCOTT-SAMUEL, A.–DAHLGREN, G. (1998) Setting targets to address inequalities in health. *The Lancet*, 351, 1279-1282.