
TUDOMÁNYOS GONDOLATOK

Dr. Benyó Béla¹

A TÁRSADALMI TÉNYEZŐK VIZSGÁLATÁNAK ELŐTÉRBE KERÜLÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET GYAKORLATÁBAN AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGGEL KAPCSOLATOS INTÉZKEDÉSEK MEGALAPOZÁSÁHOZ²

DOI: <https://doi.org/10.25116/kozelitesek.2023.1-1>

Absztrakt

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az elmúlt évtizedekben jelentős elméleti és politikai erőfeszítéseket tett annak érdekében, hogy feltárja az egészségyenlőtlenség kialakulásának társadalmi tényezőit és olyan modellt alkosson, amely alkalmas az azt enyhítő politikai cselekvési koncepciók, beavatkozások megalapozásához. Ennek érdekében folyamatosan napirenden tartotta a társadalmi tényezők elemzését. Modelljének megalkotásához felhasználta az ezen a területen tevékenykedő kutatók korábbi eredményeit, s létrehozta a Egészség Társadalmi Determinánsok Bizottságát. A WHO felismerte, hogy az egészség komplex társadalmi jelenség, amelynek eléréséhez a szélesebb társadalmi környezet befolyásolására is szükség van.

Abstract

In recent decades, the World Health Organization (WHO) has made significant theoretical and political efforts in order to reveal the social factors of the health inequality and to create a model that is suitable for the foundation of political action concepts and interventions that may alleviate it. In order to this, it kept the issue on the agenda continuously. To create a model, WHO used the findings of previous researchers active in this field, for which the Committee on Social Determinants of Health was established. The WHO recognized that health is a complex social phenomenon and to reduce health inequality requires influencing the wider social environment too.

¹ A szerző a Milton Friedman Egyetem főiskolai docense.

² A cikk alapja az „A conceptual framework for action on the social determinants of health”, (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2) című, 2010-ben megjelent WHO kiadvány. ISBN 9789241500852. Elérve: 2022. 11. 04. A WHO kiadvány szerzői: Solar O, Irwin A.: A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).

Előszó

A tanulmányismertető cikk aktualitását az adja, hogy megjelenésével közel egy időben³ kerül sor az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Közgyűlésére, amelynek napirendjén a több mint egy évtizede magyarázó modellként és a beavatkozási politikák alapjául szolgáló elméleti rendszer elemeinek, az egészség társadalmi meghatározó tényezőinek a felülvizsgálata is szerepel. A felülvizsgálat szó helyett a továbbfejlesztés kifejezés talán megfelelőbb lenne, mert valójában a korábbi elméleti modellek aktualizálásáról, finomításáról van szó, aminek előzménye a WHO Egészségügyi Társadalmi Tényezők Bizottságának 2008-as jelentése,⁴ valamint az egészséget meghatározó társadalmi tényezőkről szóló riói politikai nyilatkozat (2011)⁵ volt. Ez utóbbi dokumentum tízedik évfordulóján, 2021-ben az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése határozatot⁶ (A74/VR/7) fogadott el, amelyben megismételte azt a kollektív elhatározást, hogy fokozni kell az erőfeszítéseket a tagországokban tapasztalható egészségyenlőtlenség csökkentésére az egészség társadalmi tényezőinek részletesebb, alaposabb feltárásával, a kapcsolódó intézkedések megfogalmazásával, ahogyan azt az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése korábban kérte.

A határozat hangsúlyozta, hogy minden lehetséges szinten törekedni kell az egészség egyenlőtlenség eloszlásának javítására, az egészséget károsító körülmények kezelése, az ehhez szükséges intézkedések felgyorsítása érdekében.

Felhívta a tagállamokat, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében fokozzák erőfeszítéseiket az egészség társadalmi, gazdasági és környezeti meghatározó tényezőinek feltárására, az eredmények átültetésére a gyakorlatba, és gyorsítsák fel az egészségügyi erőforrások országokon belüli és országok közötti egyenlőtlen elosztásának javítására tett intézkedéseik végrehajtását.

A határozat felkérte a tagállamokat, hogy ágazatközi adatok felhasználásával elemezzék és kövessék nyomon az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek alakulását, hogy a szükséges ismeretek birtokában megalapozottan dönthessenek az egészség meghatározó társadalmi tényezőire vonatkozó nemzeti politikákról. E célból a tagállamok vállalják, hogy létrehozzák az egészséget meghatározó társadalmi tényezők nyomon követési rendszereit, beleértve az olyan platformokat és mechanizmusokat, mint a megfigyelőközpontok, illetve a már meglévő intézmények, például a nemzeti közegészségügyi intézetek vagy a nemzeti statisztikai hivatalok megerősítését.

A határozat végrehajtásáról a Végrehajtó Tanácsnak 2023-ban be kell számolnia az Egészségügyi Világszervezet 2023. január 30. – február 7. között megrendezésre kerülő hetvenhatodik közgyűlésén.

Ez az esemény kiváló alkalmat teremt arra, hogy áttekintsük, milyen erőfeszítéseket tett, milyen

3 2023. január 30. – február 07. között.

4 Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

5 Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio, de Janeiro, Brazil, 21 October 2011

6 Resolution on Social Determinants of Health: WHA74.16.

eredményeket ért el a WHO napjainkig a társadalmi tényezők egészségi állapotra gyakorolt hatásainak elemzésében és azok gyakorlati politikai programokká történő konverziójában. Ennek során azt is érdemes összefoglalni, hogy a WHO jelenlegi gyakorlatában melyek azok a társadalmi tényezők, amelyek jelentősen meghatározzák az egyének és közösségek helyzetét az egészségyenlőtlenség terén, s végül komplex magyarázó modellé alakulva folyamatosan formálták az egészségről alkotott nézeteket, a politikai cselekvés kereteit az utóbbi két évtizedben.

A cikk e folyamat rövid bemutatására törekszik. A téma terjedelmére való tekintettel ez azonban csak részletekben, cikksorozatban lehetséges. Az első rész, amely bevezetőnek is tekinthető, az egészség társadalmi determinánsainak előtérbe kerülését, a biomedikális szemlélet meghaladását járja körül az egészségyenlőtlenség jobb megértése érdekében. Megírásának alapjául „A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health” című WHO-kiadvány szolgált, annak nem teljes körű ismertetése.

Bevezetés

Nem volt ez mindig nyilvánvaló, de ma már széles körben ismert és elfogadott tény, hogy az egészség összetett társadalmi jelenség, amely több szempontból is elemezhető, több egymásra épülő rétege van, az egyes elemek bonyolult kölcsönhatásaiból épül fel és számos eleme társadalmi eredetű. Ez a megközelítés azonban csak fokozatosan vált ismertté a szakmai köztudatban. Az elmúlt évtizedekben jelentős viták folytak nemzetközi szinten az egészség–betegség etiológiájáról, meghatározó tényezőiről, két fő kérdéscsoport körül formálódva: (1) kezdetben a szűken vett, technológiai alapú, orvosi és közegészségügyi beavatkozásokra épülő megközelítések szolgáltak kiindulópontként az egészség mibenlétének megértéséhez; (2) csak később került a figyelem középpontjába az egészségnek, betegségnek társadalmi jelenségként való felfogása, amely lényegét tekintve összetettebbnek bizonyult, mint a korábbi biomedikális szemlélet. Jellemzője az is, hogy megváltoztatása, befolyásolása interszektoriális cselekvést igényel, és legtöbbször szélesebb társadalmi igazságossági programokhoz kapcsolódik. A WHO 1948-as alkotmánya egyértelműen elismeri ezt a komplexitást, a társadalmi és politikai feltételek egészségre gyakorolt hatását, az olyan ágazatokkal való együttműködés szükségességét, mint a mezőgazdaság, az oktatás, a lakhatás és a szociális szektor (Universal Declaration of Human Rights, 1948). Azonban az 1950-es és 1960-as években ez az összefüggés még nem volt nyilvánvaló, a WHO és más globális egészségügyi szereplők inkább a technológia által vezérelt, „vertikális” kampányokat hangsúlyozták, amelyek konkrét betegségeket céloztak meg, kevés figyelmet fordítva azok társadalmi kontextusára.

Az egészség társadalmi modelljét az 1978-as Alma-Ata Nyilatkozat és az azt követő Egészséget Mindenkinél Mozgalom élesztette újjá, az egészségyenlőség, az ellátás méltányossága megteremtésének fontosságát és szükségességét hangsúlyozva, a társadalmi környezet ágazatközi programok-

kal történő befolyásolásával (WHO - UNICEF, 1978). Abban az időszakban számos kormány elfogadta az ágazatközi fellépés elvét az egészség társadalmi tényezőinek (SDH: Social Determinants of Health) elismerésével, az „Egészséget Mindenkinek” program keretében történő vizsgálatával. A lendület azonban megtört, a neoliberais gazdasági modellek, melyek az 1980-as években terjedtek el, akadályokat gördítettek a politikai cselekvés elé. Az egészségügyi szektorban a neoliberais megközelítések olyan piacorientált reformokat tettek kötelezővé, amelyek rendszercélként a hatékonyságot hangsúlyozták a méltányosság, az egészségyenlőség megteremtése helyett, és gyakran csökkentették a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok hozzáférését az egészségügyi szolgáltatásokhoz. A makrogazdasági politika szintjén a nemzetközi pénzügyi intézmények sok fejlődő országra strukturális kiigazítási programokat kényszerítettek rá, a kormányok szociális kiadásainak éles csökkentését írták elő, korlátozva ezzel a politikai döntéshozókat az egészség komplex, társadalmi-gazdasági oldalról történő megközelítésében.

Annak ellenére, hogy ezeket a piacorientált reformokat a fejlődő és a fejlett országokban egyaránt alkalmazták, idővel újabb és szisztematikusabb elemzések láttak napvilágot, amelyek a szélesebb társadalmi környezet egészségre gyakorolt hatásáról számoltak be. Egy sor kiemelkedő tanulmány, köztük McKeowné és Illiché, megkérdőjelezte a domináns orvos-biológiai paradigmát, és sikeresen cáfolta azt az elképzelést, hogy a jobb orvosi ellátás önmagában is jelentős javulást eredményezhet a lakosság egészségi állapotában (Illich, 1976), (Colgrove, 2002), (Szreter, 2004), (McKeown, 1976), (Szreter, 2004).

Az 1990-es évek elején a WHO Európai Irodájában egy új egészségügyi esélyegyenlőségi program koncepcionális alapjait fogalmazták meg, így az egészség társadalmi kontextusban való megközelítése is egyre szélesebb körben terjedt el (Whitehead M., 1990), (Braveman P., 1998). Az 1990-es évek végére és a 2000-es évek elejére egyre több olyan tanulmány született, amely az egészségyenlőség romlásáról számolt be. Bebizonyosodott, hogy a meglévő egészségügyi és szociális politikák nem voltak képesek csökkenteni az egészségi állapot társadalmi különbségeit, ezért több – főleg európai – ország fejezte ki aggodalmát ezzel kapcsolatban.

2003-ban Lee Jong-wook a WHO főigazgatójaként egy olyan új programmal lépett hivatalba, amely az „Egészséget Mindenkinek” program értékeinek felélesztése révén az egészségügyi méltányosságot, a társadalmi igazságosságot tekintette fő céljának. A főigazgató a WHO 2004-es közgyűlésén bejelentette, hogy az egészség társadalmi tényezőinek (SDH) vizsgálatát egészségügyi programja kulcsfontosságú elemévé teszi, és ennek érdekében létrehozza az Egységügyi Társadalmi Tényezők Bizottságát (CSDH), az egészség társadalmi determinánsaival foglalkozó bizottságot (Lee, 2004). Lee üdvözölte az egészségügybe történő globális befektetések növekedését, de hangsúlyozta, hogy „a betegségek csökkentését, az életek megmentését célzó beavatkozások csak akkor lehetnek sikeresek, ha ennek során az egészség társadalmi meghatározóit is megfelelő mértékben figyelembe veszik” (Lee, 2005: 365).

A főigazgató azzal bízta meg a bizottságot (CSDH), mozgósítsák az egészség társadalmi tényezőivel kapcsolatos új ismereteiket olyan módon, hogy azok gyorsan politikai cselekvésekké alakíthatóak legyenek. Az egészség társadalmi tényezőivel (SDH) kapcsolatos program 2005. márciusi chilei indításának alkalmából mondott beszédében Lee ígéretet tett arra, hogy az Egészségügyi Társadalmi Tényezők Bizottsága 2008-ban, a WHO Alma-Atában megrendezésre kerülő harmincadik közgyűlésén, a WHO-alkotmány hatálybalépésének hatvanadik évfordulóján be fogja nyújtani a jelentését. Sürgette a bizottságot, hogy vigye tovább azokat az értékeket, amelyek a legnagyobb hatást gyakorolják a közegészségügy fejlődésére, és mihamarabb ültesse át azokat a gyakorlatba.

Az Egészség Társadalmi Tényezői (SDH) program etikai vezérelve az egészségügyi méltányosság volt, amelynek révén a WHO szerint a társadalmi csoportok közötti méltánytalan és elkerülhető egészségügyi különbségek csökkenthetők, orvosolhatók. A program egyik alapelve, hogy az egészségügyi méltányosság megvalósulásáért az elsődleges felelősség a kormányokat terheli, mert a nemzetközi emberi jogok rendszere megfelelő fogalmi alapot biztosított az Egészség Társadalmi Tényezőivel kapcsolatos politikák megfogalmazásához. A keretprogram az egészséghez való emberi jog érvényesülése révén magában foglalja az érintett közösségek felhatalmazását (empowerment) is arra, hogy a lehető legteljesebb kontrollt gyakorolhassák az egészségüket meghatározó társadalmi tényezők felett.

Korábbi elméletek és modellek

Az Egészségügyi Társadalmi Tényezők Bizottságának (CSDH) társadalmi tényfeltáró és modellépítő munkája nem volt előzmény nélküli. Már korábban is történtek kísérletek az egészségegyenlőtlenség társadalmi összefüggéseinek feltárására. Az alábbiakban bemutatunk néhány, a társadalmi kontextust is figyelembe vevő, alapvető elméletet, melyek korábbi és kortárs elemzők munkásságára épülnek. Először a szociálepidemiológiai elmélet három fontos irányát ismertetjük. Ezt követően bemutatunk néhány elméletet azokról a hatásokról, amelyeken keresztül a társadalmi környezet befolyásolja az egészségügyi eredményeket. Végül kiemeljük azokat a területeket, amelyeket a korábbi elméletek nem tisztáztak eléggé, és amelyeket a CSDH javasolt keretrendszere új megvilágításba helyez.

Kortárs irányzatok az SDH elméletben

A mai szociálepidemiológusok által hivatkozott három fő elméleti irány, melyek nem zárják ki egymást, a következők: (1) a pszichoszociális megközelítések; (2) a betegség társadalmi eredete/egészségügyi gazdaságosság; (3) az ökoszociális elmélet és az ehhez kapcsolódó többszintű keretrendszerek. Mindhárom megközelítés olyan elvek megfogalmazására törekszik, amelyek képesek megragadni és megmagyarázni a társadalmi egyenlőtlenségeket. Ezek mindegyike képviseli azt, amit Krieger a „betegségek eloszlásáról” szóló elméleteknek nevezett, amelyek nem redukálhatók

a betegségek ok-okozati összefüggéseinek mechanikus értelmezésére. Abban különböznek egymástól, ahogyan a társadalmi és biológiai feltételek különböző aspektusait hangsúlyozzák a lakosság egészségének alakulásában, s amilyen módon a társadalmi és biológiai magyarázatokat integrálják (Krieger, 2001), (Krieger, 2002), (Krieger, 2005).

Az első iskola a pszichoszociális tényezőkre helyezi az elsődleges hangsúlyt, és azt a nézetet vallja, hogy „az egyenlőtlen társadalmakban a személyes státusz észlelése és tapasztalata stresszhez és rossz egészségi állapothoz vezet” (Raphael, 2006: 236), (Raphael – Bryant, 2006). Ez az iskola Cassel klasszikus tanulmányára vezethető vissza (Cassel, 1976), amelyben azt állította, hogy a „társadalmi környezetből” származó stressz megváltoztatja a gazdaszervezet fogékonyságát, és olyan módon befolyásolja a neuroendokrin funkciót, ami növeli a szervezet betegségekkel szembeni sebezhetőségét. Az újabb kutatók, legfőképpen Richard Wilkinson, arra törekedtek, hogy összekapcsolják a megváltozott neuroendokrin mintákat, a veszélyeztetett egészségügyi funkciókat az emberek társadalmi hierarchiában elfoglalt helyükről alkotott felfogásával és tapasztalataival. E teoretikusok szerint az életükben, a társadalmi környezetben tapasztalt egyenlőtlenség arra készíti az embereket, hogy állandóan összehasonlítsák státuszukat, vagyonukat és életkörülményeiket másokéval, ami szegényérzetet és értéktelenség érzését váltja ki a hátrányos helyzetűekben, ami végül egészséget alácsökkentő krónikus stresszt okoz. Eközben a társadalom egészének szintjén a jövedelmi és társadalmi státusz meredek hierarchiája gyengíti a társadalmi kohéziót, és a társadalmi kötelek felbomlása az egészségre nézve is negatívan hat. Ez az irányzat a társadalmi egyenlőtlenség értelmezésével kapcsolatosan jelentős irodalmat tudhat maga mögött a pszichobiológiai mechanizmusok és az egészségi állapot összefüggésének feltárását tekintve (Wilkinson – Pickett, 2006), (Lynch et al., 2001), (Wilkinson, 2000), (Marmot – Wilkinson, 2001), (Lobmayer – Wilkinson, 2002), (Marmot, 2002).

A második, ugyancsak jelentős elmélet képviselői azok a kutatók, akik a betegségeket társadalmi eredetűnek tartják, ezt néha materialista vagy neo-materialista álláspontnak is nevezik. Ezek a kutatók nem tagadják a jövedelmi egyenlőtlenség negatív pszichoszociális következményeit. Ugyanakkor azzal érvelnek, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek és az egészségügyi állapot közötti összefüggések értelmezését az egyenlőtlenségek strukturális okaival kell kezdeni, és nem csak az egyenlőtlenség észlelésére összpontosítani. Ebben az értelmezésben a jövedelmi egyenlőtlenség egészségre gyakorolt hatása az egyének birtokában lévő erőforrások és a közösségi infrastruktúra szűkösségében egyaránt tükröződik (Kaplan et al., 1996), (Davey Smith – Egger, 1996), (Lynch et al., 1998). Véleményük szerint a gazdasági folyamatok és a politikai döntések meghatározzák az egyének rendelkezésére álló forrásokat, ezáltal befolyásolják a nyilvánosság természetét, az infrastruktúra, az oktatás, az egészségügyi szolgáltatások, a közlekedés, a környezetvédelmi szabályozás, az élelmiszerek elérhetőségét, a lakhatás minőségét, a foglalkozás-egészségügyi szabályozást, amelyek az életfeltételek ún. „nonmateriális” mátrixát alkotják. Így a jövedelmi egyenlőtlenség önmagában

csak egyetlen megnyilvánulása a lakosság egészségét befolyásoló anyagi feltételek halmazának.

A harmadik elmélet, Krieger „ökoszociális” megközelítése, hasonlóan más többtényezős keretrendszerekhez, a társadalmi és biológiai tényezők, valamint a dinamikus, történelmi és ökológiai perspektíva integrálására törekedett, hogy új betekintést nyerjen a betegségek eloszlásának meghatározó tényezőibe, az egészségügyben fennálló társadalmi egyenlőtlenségek rendszerébe (Krieger, 2001), (Krieger, 2002), (Krieger, 2005). Krieger szerint a többszintű elméletek „az egészség, a betegség és a jólét jelenlegi és változó népesedési mintáinak elemzésére törekszenek a biológiai, ökológiai és társadalmi szerveződés minden szintjén”, egészen a sejttől a humán társadalmi csoportosulásig, a komplexitás minden szintjén. Ebben az összefüggésben Krieger „megvalósulás” fogalma azt írja le, ahogyan az egészségi státuszunkba „beépítjük az anyagi és társadalmi világból származó biológiai hatásokat”, és véleménye szerint „biológiánk egyetlen aspektusa sem értelmezhető a történelem ismeretétől és az egyéni és társadalmi életmódtól elválasztva”. (Krieger, 2001: 668).

Az egészségi állapotot befolyásoló utak és mechanizmusok

Miután megvizsgáltuk az egészséget meghatározó társadalmi tényezők (SDH) főbb elméleti megközelítéseit, áttekintjük azokat a konkrét modelleket és az azokat alátámasztó bizonyítékokat, amelyek az egészségügyi egyenlőtlenségeket hivatottak megmagyarázni. Ezeket a modelleket Mackenbach osztályozását követve „perspektívákként” jellemezzük. Ez a kifejezés arra utal, hogy a vizsgált hipotézisek potenciálisan komplementer jellegűek, és az előbbi, a 4. fejezetben leírt elméleti „irányokhoz” hasonlóan nem tekinthetők egymást feltétlenül kizárónak.

Társadalmi szelekciós perspektíva

A társadalmi szelekció perspektívája azt jelenti, hogy az egészség határozza meg a társadalmi-gazdasági pozíciót, nem pedig a társadalmi-gazdasági pozíció az egészséget. Ennek a szelekciónak az alapja, hogy az egészség erős hatást gyakorol a társadalmi pozíció (státusz) elérésére, ami a társadalmi mobilitás olyan mintáját eredményezi, amelyen keresztül az egészségtelen egyének lefelé sodródnak a társadalmi gradiensben, az egészségesek pedig felfelé. A társadalmi mobilitás arra a felfogásra utal, hogy az egyén társadalmi helyzete egy életen belül megváltozhat, akár szülei társadalmi státusához (intergenerációs mobilitás), akár önmagához képest (intragenerációs mobilitás). Fontos különbséget tenni a generációk közötti és az intragenerációs egészségi szelekció között, bár kevés olyan tanulmány áll rendelkezésre, amely a szelekciót mindkét módon vizsgálná. Az egészségügyi és társadalmi mobilitás szakirodalma azt sugallja, hogy általában az egészségi állapot befolyásolja a későbbi társadalmi mobilitást (Illsley, 1955), (West, 1991), az ezzel kapcsolatos bizonyítékok azonban hiányosak, a meglévők pedig nem konzisztensek a különböző életszakaszokban vizsgálva. Az érvelést az is gyengíti, hogy csupán korlátozottan vagy egyáltalán nem állnak rendelkezésre

meggyőző bizonyítékok arra vonatkozóan, hogy ez milyen hatással lehet az egészségügyi egyenlőtlenségre (Blane et al., 1994), (Blane – Davey Smith – Bartley, 1990), (Bartley et al., 1994).

A kutatások egy jelentős csoportja azt mutatja, hogy a társadalmi mobilitás nem növeli az egészségügyi egyenlőtlenségeket. A csoportjukat elhagyók egészségi állapota rendre jobb volt, mint a célpopulációba tartozó embereké, tehát összességében javították a célpopuláció egészségi állapotát. A felfelé mobil népeesség pedig rontotta magasabb társadalmi-gazdasági rétegek átlagos egészségi állapotát (Manor – Matthews – Power, 2003), (West, 1991) Az erre vonatkozó bizonyítékok azonban ellentmondásosak, egyes tanulmányok azt sugallják, hogy az egészségügyi szelekció csökkenti a társadalmi egyenlőtlenségek nagyságát (Power et al., 2002), (Blane – Harding – Rosato, 1994), (Hart – Davey Smith – Blane, 1998), (Davey Smith et al., 1998a), (Davey Smith et al., 1998b), míg mások szerint ez éppen ellenkezőleg történik (Elstad, 2001). Éppen ezért egyes kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy az egészségszelekció nem tekinthető az egészségegyenlőtlenségek megbízható magyarázó tényezőjének (Marmot et al., 1997), (Davey Smith – Morris, 1994).

Az egészségszelekció vizsgálatának megközelítései

Az elmúlt évtizedekben a kutatók számos új elméletet fogalmaztak meg az egészségi szelekció társadalmi rétegződésben való szerepének és mértékének tanulmányozására. Az egyik új megközelítés a társadalmi mobilitásra összpontosít, nem csupán az egészségi állapothoz kapcsolódó, egészségileg meghatározott rétegződésre (Power – Matthews – Manor, 1996), (Rahkonen – Arber – Lahelma, 1997). A másik jelentős elmélet inkább az egészségi állapot korábbi életszakaszban gyakorolt hatására fókuszál a későbbi egészségi állapotjelzőkhöz viszonyítva (Van de Mheen et al., 1998). Az eltérő magyarázatból fakadó értelmezési nehézségek leküzdésére egy harmadik megközelítést javasoltak, amely a korábbi egészségi állapotra és a társadalmi mobilitásra egyaránt összpontosít (Lundberg, 1991), (Rodgers – Mann, 1993). Képviselőik azzal érveltek, hogy az egészségügyi szelekciónak erősebb hatása lenne, ha azt a munkaerőpiacra lépéskor vizsgálnánk, akkor, amikor a társadalmi mobilitás valószínűsége a legnagyobb (West, 1991).

Más kutatók további pontosítást tartanak szükségesnek ezzel kapcsolatban. Véleményük szerint különbséget kell tenni a között a két állapot között, (1) amikor a betegség befolyásolja az egyének bejutását társadalmi-gazdasági pozíciókba („közvetlen szelekció”), és a között, amikor a rossz egészségi állapotnak vannak gazdasági következményei (Braveman, 1998), például a társadalombiztosítási vagy hasonló forrásokhoz való eltérő jogosultság miatt („közvetett szelekció”). Blane és Manor azt állítja, hogy a „közvetlen szelekciós” mechanizmus hatása a társadalmi mobilitásra csekély, ezért a közvetlen társadalmi mobilitás nem tekinthető az egészségegyenlőtlenségek fő magyarázó tényezőjének. Gyakrabban a társadalmi mobilitás hat szelektíven az egészséget meghatározó tényezőkre (ezért a „közvetett szelekció”), tehát nem közvetlenül hat magára az egészségre (Blane

et al., 1994). Fontos figyelembe venni azt is, hogy azok az egészségmeghatározó tényezők, amelyeken keresztül a közvetett szelekció megtörténik, maguk is származhatnak a korábbi életszakaszok életkörülményeiből. A közvetett szelekció így hozzájárul az életút során felhalmozódó hátrányok kialakulásához. Összefoglalóan kijelenthetjük, hogy az említett kutatók szerint az egészségszelekció folyamata hozzájárulhat az egész életen át felhalmozódó szociális hátrányok hatásaihoz.

Társadalmi perspektíva

Azon kutatók szerint, akik a modelljükben a társadalmi tényezőket is figyelembe veszik, a társadalmi pozíció (státusz) csupán a közvetítő tényezőkön keresztül határozza meg az egészségegyenlőtlenség alakulását. Azokban a longitudinális vizsgálatokban, amelyekben a társadalmi-gazdasági státuszt az egészségügyi problémák megjelenése előtt mérték, továbbá mérték az egészségügyi problémák előfordulását a nyomon követés során is, azt tapasztalták, hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszcsoportokban nagyobb a kockázata az egészségügyi problémák kialakulásának, ezért ők ebben az esetben a „társadalmi ok-okozati összefüggést” tartják a legmegfelelőbbnek az egyenlőtlenségek, a társadalmi-gazdasági problémák fő magyarázatára (Marmot et al., 1991). A társadalmi-gazdasági státusz egészségre gyakorolt ok-okozati hatása valószínűleg főként közvetett, számos specifikusabb egészségmeghatározó tényezőn keresztül valósul meg, amelyek eltérően oszlanak meg az egyes társadalmi-gazdasági csoportok között. A társadalmi-gazdasági tényezők által meghatározott egészségi különbségek akkor jelentkeznek, ha ezeknek a közvetítő tényezőknek a minősége egyenlőtlenül oszlik meg a különböző társadalmi-gazdasági rétegek között. A szerzők úgy vélik, hogy a társadalmi-gazdasági státusz meghatározza az egyén viselkedését, életkörülményeit stb., és ezek a tényezők az egészségügyi problémák magasabb vagy alacsonyabb gyakoriságát idézik elő. Az egészségegyenlőtlenségek magyarázatában fontos szerepet játszó tényezők fő csoportjai az alábbiak: az anyagi, pszichoszociális és viselkedési és/vagy biológiai tényezők.

Az **anyagi tényezők** a gazdasági nehézségek körülményeihez, valamint a fizikai környezet egészségkárosító körülményeihez kapcsolódnak, pl. lakhatás, fizikai munkakörülmények stb.

Az ezt a szempontot hangsúlyozó kutatók szerint az egészségegyenlőtlenség kialakulása a kitettség és tapasztalatok eltérő halmozódásából fakad, aminek forrásai az anyagi világból származnak. Az anyagi és a társadalmi tényezők (hátrányok) összefonódnak, így „azok, akik több erőforrással rendelkeznek a tudás, a pénz, a hatalom, a presztízs és a társadalmi kapcsolatok terén, jobban el tudják kerülni a kockázatot és képesek alkalmazni azokat a védekező stratégiákat, amelyek adott időben és adott helyen rendelkezésre állnak” (Link – Norhtridge – Phelan, 1998: 375).

A pszichoszociális tényezőket a fentebb már jellemzett pszichoszociális elmélet fejti ki, melynek képviselői szerint a releváns egészségmeghatározó tényezők közé a stresszorok (pl. negatív élet-események), a stresszes életkörülmények, a szociális támogatás hiánya stb. tartoznak. Ezt a megközelítést hangsúlyozó kutatók azzal érveltek, hogy a morbiditás és mortalitás társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeit nem lehet teljes mértékben megmagyarázni a jól ismert viselkedési vagy anyagi kockázatokkal. Például a szív- és érrendszeri betegségek kimenetelében az olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás, a magas koleszterinszint és vérnyomás a mortalitás társadalmi-gazdasági gradiensének kevesebb, mint felét magyarázzák. Marmot, Shipley és Rose azzal érveltek, hogy számos betegség kockázati valószínűségének hasonlósága az általános fogékonyságot befolyásoló tényezők működésére utalhat (Marmot – Shipley – Rose, 1984). A testmagasság és a halálozás közötti fordított összefüggés azonban azt mutatja, hogy a felnőttkori halálozási arányt inkább a korai életkorban megjelenő tényezők befolyásolhatják (Marmot – Shipley – Rose, 1984).

A viselkedési tényezők, mint például a dohányzás, az étrend, az alkoholfogyasztás és a testmozgás, minden bizonnyal fontos egészségmeghatározó tényezők. Sőt, mivel ezek egyenetlenül oszlanak meg a különböző társadalmi-gazdasági státuszú egyének között, úgy tűnhet, hogy nagy jelentőséggel bírnak az egészségyenlőtlenséget meghatározó tényezők között is. Ezt a hipotézist azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok nem támasztják alá. A minták országonként jelentős eltérést mutatnak. Például a dohányzás általában elterjedtebb az alacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportok körében; Dél-Európában azonban a dohányzás aránya nagyobb a magasabb jövedelmű csoportok és különösen a nők körében. Az étrend, az alkoholfogyasztás és a fizikai tevékenységek hozzájárulása az egészségyenlőtlenség kialakulásához kevésbé egyértelmű és nem mindig konzisztens. Az elhízás és a túlzott alkoholfogyasztás azonban gyakoribb az alacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportokban, különösen a gazdagabb országokban (Mackenbach – Bakker eds., 2001), (Olson – Bove – Miller, 2007), (Olivares et al., 2007).

Az egészségügyi rendszer egy további releváns közvetítő tényező, bár gyakran nem kap kellő figyelmet a szakirodalomban. Ezt a témát a cikk egy további részében részletesen tárgyaljuk.

Életpálya perspektívája

Az életpálya-perspektíva az idő és az időzítés jelentőségét hangsúlyozza az egyén életútján belüli expozíciók és kimenetek közötti ok-okozati összefüggések megértésében, a generációkon átívelő, valamint a népességi szintű betegségek tendenciáiban. Az életpálya-perspektíva arra irányítja rá a figyelmet, hogy az egészség társadalmi meghatározói a fejlődés minden szintjén – korai gyermekkorban, gyermekkorban, serdülőkorban és felnőttkorban is – működnek, közvetlenül befolyásolják az egészségi állapotot, és egy későbbi életszakaszban potenciálisan az egészség vagy a betegségek alapját képezik.

Az életút-perspektíva megkísérli megérteni, hogy az ilyen időbeli folyamatok egy kohorsz életútja során hogyan kapcsolódnak az előző és a következő kohorszokhoz, és miképpen nyilvánulnak meg ezek a folyamatok a populáció szintjén a megfigyelt betegségtrendekben. Az expozíció, a betegség kezdete és a klinikai felismerés közötti időeltolódás (latenciaperiódus) arra utal, hogy a korai életszakaszban bekövetkezett expozíciók szerepet játszanak a klinikai tünetek megjelenése előtti megbetegedési folyamat kialakulásában. Ben-Shlomo és Kuh az egészség lehetséges életútmodelljeinek egyszerű osztályozását javasolják, aminek során két fő mechanizmust azonosítottak (Ben-Shlomo, Kuh, 2002).

A „kritikus periódusok” modellje az, amikor egy adott időszakban ható expozíció tartós vagy élethosszig tartó hatást gyakorol a szervek, szövetek és testrendszerek szerkezetére vagy működésére, amelyeket a későbbi behatások semmilyen módon nem módosítanak. Ezt „biológiai programozásnak”, néha „latencia” modellnek is nevezik. E felfogásnak a felnőttkori betegségek magzati eredetére vonatkozó hipotézis az alapja (Ben-Shlomo – Kuh, 2002).

A „kockázatfelhalmozás” modellje azt sugallja, hogy a betegségek kockázatát növelő vagy a jó egészséget elősegítő tényezők az élet során fokozatosan halmozódhatnak fel, bár előfordulhatnak olyan fejlődési időszakok, amikor hatásuk nagyobb az egészségre. Eszerint, amikor az expozíció intenzitása, száma és/vagy időtartama növekszik, a biológiai rendszerek halmozottan károsodnak. A gyermekkori, társadalmi réteg szerinti egészséghatások megértése a korai fizikai vagy pszichoszociális környezet (például a levegőszennyezésnek való kitettség vagy a családi konfliktusok), illetve a felnőttkori betegségekkel kapcsolatos lehetséges mechanizmusok (például táplálkozás, fertőzés vagy stressz) azonosítása révén további etiológiai magyarázatra ad lehetőséget. A korai életkörülményeket a felnőttek egészségéhez (betegségéhez) vezető út kezdeti szakaszának tekintik, de közvetett hatásmechanizmussal, amely társadalmi közvetítőkön keresztül befolyásolja a felnőttek egészségét, például korlátozza az oktatáshoz való hozzáférést, ezáltal befolyásolva a társadalmi-gazdasági körülményeket és az egészséget is a későbbi életkorban. A kockázati tényezők társadalmilag kötött mintázat szerint alakulnak, csoportosulnak. Például a kedvezőtlen gyermekkori szociális körülmények között élők nagyobb valószínűséggel születnek alacsony súllyal, és jobban ki vannak téve az elégtelen táplálkozásnak, a gyermekkori fertőzéseknek és a passzív dohányzásnak. Ezek az expozíciók a kockázati láncolatokon keresztül növelhetik a felnőttkori légúti megbetegedések esélyét: az egyik káros (vagy védő) gyakorlat egy másik káros (védő) gyakorlathoz vezet.

Ben-Shlomo és Kuh azzal érvelt, hogy az életút-megközelítés nem korlátozódik egyetlen generáción belüli egyénekre, mert a generációk a kockázatok biológiai és társadalmi átvitelén keresztül összefonódnak (Ben-Shlomo – Kuh, 2002). A szerzők a közelmúltban nagyobb figyelmet

szenveltek az egész életen át tartó megközelítés lehetőségének, ami segít megérteni a népesség egészségi állapotának és betegségeinek időbeli, országonkénti és társadalmi csoportok közötti eltéréseit. Davey Smith és munkatársai azt sugallják, hogy a felnőttkori halandóság okának tekintett társadalmi egyenlőtlenségek alakulása az életút különböző szakaszaiban társadalmilag meghatározott mintázatot követ (Davey Smith – Morris, 1994).

Összefoglalás

A fentiek alapján megállapítható: a WHO törekvése, hogy az egészségyenlőtlenség kialakulását és fennmaradását társadalmi tényezőkből vezesse le, nem előzmény nélküli. Már korábban is számos kutató törekedett arra, hogy a biomedikális szemléletet meghaladva társadalmi tényezőket vonjon be az egészséggel, betegséggel kapcsolatos jelenségek feltárásába, értelmezésébe. A cikkben bemutatunk a szociálepideмикus megközelítés három legfontosabb elméletét: a pszichoszociális megközelítést; a betegség társadalmi jelenségként való értelmezését és az ökoszociális elméletet. Hasonlóan társadalmi jelenségként fogta fel az egészségyenlőtlenséget a társadalmi szelekción elmélet is, amely azt vizsgálta, hogyan válnak fokozatosan egészségyenlőtlenséggé a társadalmi előnyök, hátrányok. Az egészségszelekción mechanizmuson belül több tényező, így az anyagi javak, a pszichoszociális, a viselkedési tényezők, valamint az egészségügyi rendszer hatását vizsgálták, különítették el. Az ún. életpályamodell az egészségyenlőtlenség kialakulásának időbeliségére fókuszált, az egészségyenlőtlenség fennmaradásának gyökereit az egymást követő kohorszok kölcsönhatásában kereste, s a kockázatok kumulálódásában vélte megtalálni. Az előnyök és hátrányok kumulálódásának két lehetséges módját különítették el, a kritikus periódusok modelljét, amely szerint a kora gyermekkori, kritikus fejlődési szakaszban átélt hátrányok élnek tovább, halmozódnak felnőttkorban, valamint a kockázatfelhalmozás modelljét, amely az egészségyenlőtlenséget a kockázatok egymásra épülésének elvéből vezeti le. A kutatók elemezték a mobilitás egészségi állapotra gyakorolt hatását is, de egymásnak ellentmondó megállapításokra jutottak.

Az Egészségügyi Világszervezet küldetéséből fakadóan nem elégedhetett meg a korai elméleti magyarázatokkal, hiszen célja nem csupán az egészségyenlőtlenség kialakulásának és fennmaradásának megértése volt, hanem annak megváltoztatása, a felismerések átültetése a gyakorlatba, egészségpolitikai intézkedésekké konvertálásuk is. Ezért a WHO a társadalmi tényezőket is magában foglaló koncepcionális keretrendszert dolgozott ki. Egy cselekvésorientált keretrendszert, amelynek elsődleges célja, hogy támogassa a társadalmi tényezők rendszerének meghatározását, és olyan modellt hozzon létre, amely képes operacionalizálni az elméletet, előmozdítva ezzel a változást az egészségyenlőtlenség társadalmi tényezőkön keresztül történő kezelésében.

A cikk következő részében az elméleti magyarázatokból kialakuló konzisztens modell létrehozásának szükségességéről, folyamatáról, elemeiről és működéséről lesz részletesen szó.

Felhasznált irodalom

- „A conceptual framework for action on the social determinants of health” (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2), WHO 2010. <https://www.who.int/publications/item/9789241500852>. Elérve: 2022. 11. 04.
- Bartley, M. et al.. (1994): Birth weight and later socioeconomic disadvantage: evidence from the 1958 British cohort study, *British Medical Journal*, 1994, 309(6967):1475-8.
- 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*, 2002, 31:285.
- Blane, D. et al. (1994): Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood, *Social Science & Medicine*, 1994, 39(3):361-6.
- Blane, D. – Davey Smith, G. – Bartley, M. (1990): Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes, *British Medical Journal*, 1990, 301(6749):429-32.
- Blane, D. – Harding, S. – Rosato, M. (1994): Does social mobility affect the size of the socioeconomic mortality differential? Evidence from the Office for National Statistics Longitudinal Study, *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 1999, 162(Pt. 1):59-70.
- Braveman, P. (1998): Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries, Geneva, World Health Organization, 1998
- Cassel, J. (1976): The contribution of the Social environment to host resistance, *American Journal of Epidemiology*, 1976, 104(2):107-23.
- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization, 2008
- Colgrove, J. (2002): The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence, *American Journal of Public Health*, 2002, 92:725-29.
- Davey Smith, G. et al. (1998a): Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study, *British Medical Journal*, 1998, 316(7145):1631-5.
- Davey Smith, G. et al. (1998b): Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52(3):153-60.
- Davey Smith, G. – Egger, M. (1996): Commentary: understanding it all--health, meta-theories, and mortality trends, *British Medical Journal*, 1996, 313:1584-5.
- Davey Smith, G. – Morris J. (1994): Increasing inequalities in the health of the nation, *British Medical Journal*, 1994,309(6967):1453-4.
- Elstad, J. I. (2001): Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint. Discussion and results from a Norwegian study, *European Journal of Public Health*, 2001, 11(2):135-40.

- Hart, C. L. - Davey Smith, G. - Blane, D. (1998): Social mobility and 21 year mortality in a cohort of Scottish men, *Social Science & Medicine*, 1998, 47(8):1121-30.
- Illich, I. (1976): *Medical nemesis: the expropriation of health*, New York, Pantheon, 1976.
- Illsley, R. (1955): Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths, *British Medical Journal*, 1955, 2(4955):1520-4.
- Kaplan, G. A. et al. (1996): Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, *British Medical Journal*, 1996, 312(7037):999-1003.
- Krieger, N. (2001): Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30(4):668-77.
- Krieger, N. (2002): A glossary for social epidemiology, *Epidemiological Bulletin*, 2002, 23(1):7-11.
- Krieger, N. (2005): Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59(5):350-5.
- Lee, J. W. (2004): Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, World Health Organization, 2004
- Lee, J. W. (2005): Public health is a social issue, *Lancet*, 2005, 365:1005-06.
- Link, B. - Norhtridge, M. - Phelan, J. (1998): Social epidemiology and the fundamental cause Concept, *Milbank Quarterly*, 1998, 76(3) 375-402.
- Lobmayer P. - Wilkinson, R. G. (2002): Inequality, residential segregation by income, and mortality in US cities, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(3):183-7.
- Lundberg, O. (1991): Causal explanations for class inequality in health-an empirical analysis, *Social Science & Medicine*, 1991, 32(4):385-93.
- Lynch, J. et al. (2001): Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations, *Lancet*, 2001, 358(9277):194-200.
- Lynch, J. W. et al. (1998): Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States, *American Journal of Public Health*, 1998, 88(7):1074-80.
- Mackenbach, J. P. - Bakker, M. J. eds. (2001): *Reducing inequalities in health: a European perspective*, London and New York, Routledge, 2001
- Manor, O. - Matthews, S. - Power, C. (2003): Health selection: the role of inter- and intra-generational mobility on social inequalities in health, *Social Science & Medicine*, 2003, 57(11):2217-27.
- Marmot, M. et al. (1997): Social inequalities in health: next questions and converging evidence, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(6):901-10.
- Marmot, M. - Shipley, M. J. - Rose, G. (1984): Inequalities in death--specific explanations of a general pattern?, *Lancet*, 1984, 1(8384):1003-6.
- Marmot, M. - Wilkinson, R. G. (2001): Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al., *British Medical Journal*, 2001, 322(7296):1233-6.

- Marmot, M. (2002): The influence of income on health: views of an epidemiologist, *Health Affairs*, 2002, 21(2):31-46.
- McKeown, T. (1976): *The Modern Rise of Population*, New York, Academic Press, 1976
- Olivares, C. S. et al. (2007): Estado Nutricional, Consumo de alimentos, y actividad física en niñas escolares de diferentes niveles socioeconómicos en Santiago, Chile [Nutritional status, food consumption and physical activity in female school children of different socioeconomic levels from Santiago, Chile.] *Revista Médica de Chile*, 2007, 135(1):71-8.
- Olson, C. M. - Bove, C. F. - Miller, E. O. (2007): Growing up poor: Long-term implications for eating patterns and body weight, *Appetite*, February, 2007
- Power, C. et al. (2002): Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort, *Social Science & Medicine*, 2002, 55(11):1989-2004.
- Power, C., Matthews, S., Manor, O. (1996): Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility?, *British Medical Journal*, 1996, 313(7055):449-53.
- Rahkonen, O. - Arber, S. - Lahelma, E. (1997): Health-related social mobility: a comparison of currently employed men and women in Britain and Finland, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1997, 25(2):83-92.
- Raphael, D. - Bryant, T. (2006): Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice, *Promotion & education*, 2006, 13(4):236-42.
- Raphael, D. (2006): Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions, *International Journal of Health Services*, 2006, 36(4):651-77.
- Rio Political Declaration on Social Determinants of Health Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio-political-declaration.pdf>. Elérve: 2023. 01. 05.
- Rodgers, B. - Mann, S. L. (1993): Re-thinking the analysis of intergenerational social mobility: a comment on John W. Fox's "Social class, mental illness, and social mobility", *Journal of Health and Social Behavior*, 1993,34(2):165-72.
- Solar, O. - Irwin, A. (2006): Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health, *Health Promotion Journal of Australia*, 2006, 17(3):180-5. <https://www.who.int/social-determinants/corner/SDHDP2.pdf>. Elérve: 2022. 11. 04.
- Szreter, S. (2004): Industrialization and health, *British Medical Bulletin*, 2004, 69:75-86.
- Van de Mheen, H. et al. (1998): Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioral factors?, *International Journal of Epidemiology*, 1998, 3:431-7.

- West, P. 1991. (1991): Rethinking the health selection explanation for health inequalities, *Social Science & Medicine*, 1991, 32(4):373-84.
- Whitehead, M. (1990): The concepts and principles of equality and health, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/RPD 414), 1990.
- WHO, UNICEF (1978): Declaration of Alma-Ata, Geneva, World Health Organization, 1978 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- Wilkinson, R. G. - Pickett, K. E. (2006): Income inequality and population health: a review and explanation of the conceptual framework for action on the social determinants of health evidence, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(7):1768-84.
- Wilkinson, R. G. (2000): Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al., *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54(6):411-3.
- WHA 74.1:Resolution on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2021. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R16-en.pdf. Elérve: 2022. 11. 04.