

Az „arab tavasz” újraértékelése közegészségügyi nézőpontból

Re-evaluating the Arab Spring from a Public Health Perspective

Marton Péter

Összefoglaló: Az „arab tavaszként” aposztrófált eseménysorozat közegészségügyi vonatkozásai eddig kevés figyelmet kaptak a társadalomtudományi szakirodalomban, pedig mind a folyamat előzményeit, mind a következményeit tekintve fontos megállapításokkal szolgálhat ez a megközelítés. Az emberi egészséget meghatározó változók között nem csupán „semleges” környezeti és biológiai tényezők kapnak szerepet; a kulturális normák, a társadalmi intézmények, a jövedelmi szint vagy éppen a politikai döntések is hatással vannak az emberek széles tömegeinek a jóllétére – méghozzá különféle demográfiai ismérvek függvényében szelektív módon és mértékben. Az „arab tavasz” a közegészségre legelőször is egy sor fegyveres konfliktuson keresztül gyakorolt jelentős hatást 2011-et követően, összetettebb mechanizmusok révén azonban hosszabb távon is alakította azt – így például a 2013 utáni egyiptomi egészségügyi reformok esetében, mint látható lesz. Mindeközben az „arab tavasz” eseményei maguk is részben az egészséggel összefüggő folyamatokból vezethetők le. A tanulmány ezt az oksági összefüggéssrendszert kívánja feltárni, elsősorban a 2011-től 2019-ig terjedő, vagyis a világméretű koronavírus-járványt megelőző időszakra fordítva a figyelmet.

Kulcsszavak: „arab tavasz”, demokrácia, egészség, fegyveres konfliktus, fertőző betegségek, közegészségügy

Abstract: *Public health-related aspects of the so-called “Arab Spring” have thus far received scant attention in the social sciences literature, even though such an approach can yield important insights regarding the causes as well as the consequences of the momentous events of 2011. Among the determinants of health, we find not only “neutral” environmental and biological variables but also the manmade effects of cultural norms, social institutions, income levels and political decisions, with implications for the health of populations. Often, these implications operate selectively – with varying effect and to a varying extent – on different segments of society, exerting this effect in interaction with demographic and other variables. The Arab Spring impacted on public health through the ensuing armed conflicts, first of all, as well as through more complex mechanisms over the longer run, as will be shown here, for instance, with a view to Egypt’s post-2013 health reforms. In the meantime, the Arab Spring itself can be explained partly with reference to health-related processes. The present study sets out to study the related web of causal relationships focusing primarily on the period from 2011 to 2019, that is, the period preceding the worldwide coronavirus pandemic that began in late 2019.*

Keywords: Arab Spring, democracy, health, armed conflict, infectious diseases, public health

Bevezetés¹

A globális közegészségügy (*Global Public Health*) multidiszciplináris terület. Az emberi populációk egészségével foglalkozik globális – vagy legalábbis egy tágabb, transznacionális – kontextusban, az emberek egészségére ható tényezők megértésének analitikus szándékával, a kollektív egészség javításával kapcsolatos normatív elköteleződéssel.

A multidiszciplinaritása az egészségre ható tényezők sokféleségéből következik, amelyek feltárása és megértése csak társadalomtudományi, orvostudományi, biológiai, matematikai és egyéb ismeretek hatékony integrálása révén lehetséges. Ez magától értetődőnek tűnhet, a felismerése azonban sokáig akadályokba ütközött mind az orvosi és a természettudományi oldalról (a közegészségügyi kérdésekre vonatkozó kizárólagos autoritás egyfajta illúziójának² a védelmében), mind a politikusok részéről (a társadalmi egyenlőtlenségekkel és azoknak az egészségre gyakorolt hatásával kapcsolatos ügyek kényelmetlen voltából adódóan). Fontos mérföldkő ebből a szempontból például az Egészségügyi Világszervezetnek (*World Health Organization*, WHO) az egészség társadalmi meghatározó tényezőiről szóló 2008-as jelentése (*World Health Organization*, 2008), amely nyomatékosította a közegészségügyi napirend kiszélesítésének a szükségességét.

Az alábbiakban az „arab tavaszként” aposztrófált eseménysorozat és a közegészségügy összefüggéseivel foglalkozunk, a Perzsa-öböl menti országokat (a továbbiakban: öbölországok) is magában foglaló közel-keleti és észak-afrikai (*Middle East and North Africa*, MENA) régió keretein belül. A vizsgálódás időkerete 2011-től 2019-ig terjed, de kitér a folyamat előzményeire és következményeire egyaránt, viszont nem foglalja magában a 2019 végén kezdődött világméretű koronavírus-járvány következményeinek az értékelését. Nem tárgyalja továbbá azokat a politikai folyamatokat (többek között az Algériában, Szudánban, Libanonban és Irakban zajló tüntetéseket, tiltakozáshullámokat) sem, amelyek kontextusában egyes megfigyelők részéről az „arab tavasz 2.0” kifejezés is felvetődött a politikai diskurzusban.

A tanulmány első szakaszában az előzményekről esik szó: arról, hogyan vezettek a régiószerte javuló egészségügyi mutatók, valamint az azokhoz vezető terhek viselésével kapcsolatos méltánytalanságok a 2010–2011 fordulóján bekövetkezett robbanáshoz. Ezt a fegyveres konfliktusok közegészségügyi hatásainak az áttekintése követi (Líbia, Jemen és Szíria esetében), amennyire ezt az elérhető adatok lehetővé teszik.

1 A szerző ezúton mond köszönetet a tanulmány két névtelen elbírálójának a hasznos megjegyzéseikért.

2 Illúzióról van szó, hiszen a politikai vezetés, illetve a politika folyamatai mindig is hatást gyakoroltak mind a tudományos munkák tartalmára és napirendjére (legalábbis esetenként), mind arra, ami tudományos munkákra tett hivatkozással vagy anélkül – akár egyenesen a tudományosan megalapozott ajánlások *ellenében* – történt a közegészségügy területén.



A harmadik szakaszban a 2011-es események nyomán végbement széttartó, a régió országait különböző fejlődési pályára állító folyamatok értékelése történik, az alapvető egészségügyi indikátorok tükrében – kitérve az azok alakulását meghatározó tényezőkre is négy olyan ország (Marokkó, Tunézia, Egyiptom és Jordánia) esetében, ahol a kibontakozott tiltakozáshullám végül nem vezetett tartós fegyveres konfliktushoz.

Az „arab tavasz” előzményei a közegészségügy vonatkozásában

Randall Kuhn (2012) és Batniji, Khatib, Cammett, Sweet, Basu, Jamal, Wise és Giacaman (2014) arra a következtetésre jutott, hogy jelentékeny részben az arab országokban végbement fejlődés, így többek között a sokat javult egészségügyi mutatók állnak az „arab tavasz” eseményeinek a hátterében. A minőségiélettév-veszteségben (*disability-adjusted life years, DALYs*)³ mért betegségteher (*disease burden*)⁴ 1990 és 2010 közötti átalakulásának részeként jelentősen nőtt például a régióban a sztrók (agyi érkatasztrófa), a diabétesz, a magas vérnyomással összefüggő szívbetegség, a krónikus vesebetegség vagy éppen a közúti balesetek és a kábítószer-használat miatt bekövetkező egészségromlás és halálozás (Mate, Bryan, Deen és McCall, 2017, 349. o.). Ez a negatív irányú változás azt dokumentálja, hogy a térségben élő népesség várható élettartama növekedett, hiszen a hosszabb és nagyobb kényelemben eltöltött élet betegségei váltak elterjedtté.

Míg 1960-ban az arab országokban a gyermekhalandóság (*Infant Mortality Rate, IMR*), azaz az 1 év alatti gyermekek elhalálozásának az aránya az afrikai országok átlagánál magasabb volt – ezer szülésre jutó 154 haláleset 151 ellenében⁵ –, az évtizedek folyamán viszont minden más makrotérségnél gyorsabban sikerült javítaniuk ezen a helyzeten: 2010-re a 30 fő körüli szintig jutottak el. Közülük nem egy ország a világ élvonalához is felzárkózott e tekintetben, s még a legrosszabb helyzetben lévő Jemenben is komoly előrelépés történt: az ezer szülésre jutó halálesetek száma az 1970-es 321 főről 2010-re a 64-re csökkent az 5 év alatti gyermekek esetében (Iqbal, 2014). A várható élettartam ugyancsak jelentősen megnőtt: 1980 és 2010 között 58,6-ról 71,4 évre emelkedett (Kuhn, 2012, 654–660. o.).

A mindezek eredményeként népesebbre duzzadó fiatal generáció legalább egy részének iskoláztatást is sikerült biztosítani, megfelelő gazdasági lehetőségeket azonban nem,

3 Más megnevezéssel: „egészségkárosodással korrigált életek”. Ez egy alapvető közegészségügyi mutató, amely a legkülönbözőbb változások (politikai döntések, gyógyászati eljárások, változó társadalmi szokások, életmód és egyebek) közegészségügyi hatásának a megítéléséhez teremt mérőegységet és összehasonlítási alapot.

4 A különféle betegségek jelentette teher társadalmi nézőpontból, több lehetséges mérőegységben kifejezve.

5 Más források ennél is magasabbra teszik a MENA régió gyermekhalandóságának a múltbéli szintjét.

és ez az egyetemi diplomával rendelkezők nagyarányú munkanélküliségében mutatkozott meg, s jelentős társadalmi frusztrációt szült (Kuhn, 2012, 660–667. o.). Az effektív politikai részvétel lehetőségét pedig éppen a 2011-et megelőző időszakban teremtette meg az internethasználat és a közösségi média növekvő térnyerése.

Batniji *et al.* (2014) a Világbank indikátoraival mért kormányzási hatékonysággal hozta összefüggésbe, ami ezek után következett (instabilitás a kevésbé hatékony kormányok vezette országokban), Sonia Alianak (2016) pedig egyenesen az egészségügy állapotaival, méghozzá azon belül a „zsebből fizetendő”, azaz a felhasználó által viselt egészségügyi terhek mértékével. Az egészségpolitika terén az arab országokra általában a hatékonyság hiánya jellemző: a kettős betegségteherből (azaz a gyakori fertőző betegségektől és a nagyobb arányban előforduló nem fertőző betegségektől együttesen) szenvedő közel-keleti egészségügyi rendszerek kevés figyelmet fordítanak a megelőzésre, inkább az akut ellátásra helyezik a hangsúlyt. A tervezési teljesítményük gyenge. Mindez a társadalmi egyenlőtlenségek hatását fokozó magánegészségügyi rendszer térnyerését indította el a térségben (Mate *et al.*, 2017, 351. o.).

A régiós gyermekhalandósági mutatók már említett jelentős csökkenésének az oka egyes források szerint nem igazán határozható meg biztosan (Iqbal, 2014). Általánosságban, a történelemből okulva, azt mondhatjuk, hogy abban szerepet játszanak például

- az ivóvíz minőségének a javulása;
- a szennyvízkezelés fejlődése;
- a tej pasztőrözése;
- a születési és halálozási regiszterek vezetése terén az állam kapacitásainak a fejlődése;
- valamint a terhesoktatás/-gondozás, illetve általában a nőket megszólító oktatási és egyéb, az anyai és a gyermekegészség javítását célzó programok (Bhatia, Krieger és Subramanian, 2019).

Tekintettel arra, hogy a szegény fejlődő országokban a gyermekhalandóság legfőbb okai között gyakori az alacsony születési súly, a méhen belüli magzati fejlődést befolyásoló ételmezésbiztonság szerepe is jelentős, akárcsak az oltóprogramoké a megelőzhető betegségek előfordulásának a csökkentésében (Hoffman, 1992). Emellett Semmelweis Ignác munkásságának ismeretében a kórházi higiéné szerepe is kihangsúlyozandó.

E tényezőknek nagy biztonsággal lehet jelentőséget tulajdonítani a MENA régióban is. A Világbank például az 1970-es évektől prioritásnak tekintette a szennyvízkezelő rendszerek fejlesztésének a támogatását: az erre irányuló hitelezése a kölcsönnyújtási tevékenysége mintegy 9 százalékát tette ki abban az évtizedben. Az ENSZ Közgyűlése pedig az 1980-as évekre meghirdette az ivóvízellátás és szennyvízkezelés évtizedét, s az annak keretében megvalósult jelentős beruházások globálisan 80, a városi népesség



esetében pedig 50 százalékkal javították a populációnak a kapcsolódó szolgáltatások általi lefedettségét. A Mediterráneum keleti medencéjében 1980 és 1988 között 57-ről 82 százalékosra nőtt a lefedettség a városi, és 7-ről 20-ra a vidéki területeken. A megfelelő szennyvízelvezetéshez hozzá nem férő népesség aránya ugyanebben az időszakban Szíriában 55-ről 36, Egyiptomban 74-ről 44,8, Líbiában pedig 39-ről 2,2 százalékra csökkent (Ghneim, 2010, 17–20. o.). Bár nem arab ország, de a tanulmány szempontjából a régió vonatkozásában így is mérvadó lehet: Iránban 1950-ben létesült a pasztörözést alkalmazó első tejüzem (Maslehat és Mostafavi, 2018).

A tiszta ivóvízhez való hozzáférés kapcsán először is általában magához az ivóvízhez való hozzáférés lehetősége a kérdés, és e tekintetben a Közel-Kelet ínséges régióknak mondható. A térség jelentős virtuálisvíz-importra szorul (a vizet igénylő termelési folyamatokból származó termékek behozatalán keresztül), és nem konvencionális vízforrásokat aknáz ki növekvő mértékben (sótalanított tengervíz, kezelt szennyvíz, esővíz stb.). Ezzel együtt 2010-re az arab országok népességének már csak 18 százaléka kényyszerült a tiszta ivóvíz nélkülözésére (United Nations, 2013, 2–4. o.). A rurális területek helyzete erősen hátrányos e téren, de 2010 óta így is jelentős előrelépést sikerült tenni: a térség lakosságának 90 százaléka számára biztosítottá tették a tiszta ivóvizet (Malek, 2019). Igaz, ennek a fenntarthatósága a legtöbb érintett országban a vízbázis tekintetében vagy pénzügyileg erősen kérdéses – vagy akár mindkét szempontból egyszerre (Jagannathan, Mohamed és Perry, 2009, 4–8. o.).

A betegségmegelőzés szempontjából mérvadónak számít a BCG- (Bacillus Calmette–Guérin) és a DPT- (diftéria, szamárköhögés, tetanusz) oltások szerepe. Míg a *BCG Atlas* adatbázisnak köszönhetően Irán esetében pontosan tudjuk, hogy az ottani BCG-program 1984 és 1999 között folyamatos átoltást biztosított, addig a legtöbb arab ország kapcsán csak kevés adat érhető el e tárgyban. Líbiánál, Jemennél, Egyiptomnál és Szíriánál például országos születéskori átoltásra utaló adat szerepel, de nem található meg a program kezdete (*The BCG World Atlas*, 2020). Egy másik adatbázis (*Vaccines for Africa*, University of Cape Town) azt mutatja, hogy Líbiában már 1980-ra közel 90 százalékos volt a BCG-átoltottság, és a DPT-oltásból már a harmadik dózist (DPT3) is 60 százalék megkapta. Erről a szintről sikerült elérniük a majdnem száz százalékot 2010-re (*Vaccines for Africa*, 2015b). Azonos időkeretben Egyiptom az 50 százalékos szintről jutott el a közel teljes átoltásig a BCG és 57 százalékról a DPT3 esetében (*Vaccines for Africa*, 2015a). Ugyanabban az időszakban Tunézia a beoltás teljes hiányától tornázta fel magát 98 százalékgig mind a BCG, mind a DPT3 esetében (*Vaccines for Africa*, 2015c).

Az oltóprogramokon kívül fontos szerepük van a betegségmegfigyelő rendszereknek is. A gyermekhalandóság okai között élen járó (*Neisseria meningitidis* okozta) bakteriális agyhártyagyulladás eseteinek és esetleges járványszerű felbukkanásának a feldeírására például Marokkóban, Egyiptomban, Libanonban, Katarban és Szaúd-Arábiában

is működik ilyen – az utóbbi országban a mekkai zarándokok tömegeinek a látogatása miatt is életbevágó ez (Ceyhan, Anis, Htun-Myint, Pawinski, Soriano-Gabarró és Vyse, 2012, e576. o.). Tunéziában 1987-ben, Egyiptomban 1989-ben volt a legmagasabb a meningitisz előfordulási aránya („eset/százezer fő/év” egységben kifejezve), Marokkóban 1992 óta stabilan alacsony szinten van, Líbia és Algéria adatszolgáltatása esetleges vagy hiányzik (Ceyhan et al., 2012, e578. o.). Erősen hiányos adatszolgáltatás mellett is jelentős csökkenésre lehet következtetni Szíria esetében (Ceyhan, 2012, e579. o.).

Az előbbieken ismertetett trendek hozzájárultak az arab országok népességének az 1970 és 2010 közötti megháromszorozódásához (128-ról 359 millió főre nőtt a populáció) (Mirkin, 2010, 5. o.) és azzal együtt a fiatalok arányának a növekedéséhez. Ezt a helyzetet – a szerencsés körülmények együttállásának híján, legfőképpen a kielégítő mértékű gazdasági bővülés elmaradásával – a fiatal népességnek a politikai stabilitás szempontjából kedvezőtlen „felduzzadásaként” (*youth bulge*) írja le a szakirodalom (lásd kifejezetten az „arab tavasz” és azon belül Egyiptom kontextusában: LaGraffe, 2012). A politikai kockázat különösen az állástalan, szegény vagy rossz kilátások elé néző, városban élő férfiak tömegeihez kapcsolódik. E trend hatását fokozta az élelmszerárak emelkedésén keresztül jelentkező, egyre romló élelmezésbiztonság és a regionális klímaváltozás több aspektusa is, vagyis az életszínvonalat és az életkilátásokat rontó környezeti stresszt okozó tényezők (Werrell, Femia és Slaughter, 2013; azon belül is különösen: Sternberg, 2013).

Az „arab tavaszhoz” kapcsolódó fegyveres konfliktusok hatása közegészségügyi nézőpontból

A 2011-es eseménysorozat részeként lezajlott harcok áldozatainak a számát több okból is nehéz pontosan meghatározni. Ezek közül az egyik az elérhető adatok megbízhatatlansága és következtetlen szolgáltatása. Alapvető kérdés lehet például, hogy milyen időkeretben érdemes vizsgálni egyáltalán, hiszen a Líbiában és Szíriában még ma is tartó harcok lényegében a 2011-es rezsimbukás, illetve az országban végbement fragmentációs folyamatok következményei. A többszereplős jemeni konfliktus viszont nem 2011-ben vette kezdetét, s a legújabb, jelentős fordulatot hozó fejezetét a szaúdi vezetéssű 2015-ös beavatkozástól számíthatjuk – az események dinamikája és a kijelölhető periódushatárok tehát nem feltétlenül felelnek meg az „arab tavasz” szerepét firtató logikának.

A jemeni Ali Abdullah Száleh elnököt a hatalomból elmozdító 2011–2012-es felkelésben kb. kétezren halhattak meg (Al-Haj, 2012). A *Syrian Observatory for Human Rights* a monitorozó tevékenysége során – 2020. március 15-ig bezárólag, vagyis lényegében az ottani események kilenc teljes évére visszatekintve – 586.100 halálesetet regisztrált (SOHR, 2020). A 2011-es líbiai harcok tíz-húsz ezer fős veszteséggel járhattak, minden résztvevőt és áldozatot figyelembe véve (Black, 2013; Daw, 2017, 47. o.).



Ezek az adatok keveset mondanak el a tágabb értelemben vett közegészségügyi hatásról, így például arról, hány embernek kell együtt élnie a harcok tartós fizikai vagy lelki sérüléseivel, azaz különféle traumákkal. Egy líbiai felmérés 19.700-ra becsülte a 2011-es polgárháború sérültjeinek a számát (Daw, 2017, 47. o.) – az adat megkérdőjelezés vizsgálaton (és az abból készített projekción) alapul. Ha az elhunytak és a sérültek így meghatározható arányát Líbiáról Szíriára vetítjük át (15.000/19.700), az utóbbi országban akár 760 ezernél is több háborús sérülttel kell számolnunk.

Líbia esetében mind a nemzetközi segélyszervezetek, mind a helyi politikai szereplők egy része érdekelt volt abban, hogy legalább a traumákat szenvedett áldozatok egy részére megkülönböztetett figyelmet fordítson; ez végső soron „státuszjutalmazást” és jobb ellátást jelentett a konfliktus következtében fogyatékosná váltak vagy sérültek számára – a nem közvetlenül a konfliktus miatt rokkantakká váltakkal szemben (Cusick és Sahly, 2018, 189–190. o.). Líbiában a mártírügyi minisztérium például segélyeket folyósított a háborúhoz köthető áldozatoknak és családjuknak, és közben a sebesültügyi minisztérium is biztosított számukra némi pénzügyi támogatást (Cusick és Sahly, 2018, 184. o.). Szíriában az egészségügyi ellátás részben ellehetetlenült, és még az azt biztosítani képes területeken sem nyújtott megfelelő szintű ellátást a tartós kezelést igénylőknek. Az országot elhagyók narratíváiban a háború során szerzett sebesülések, illetve a krónikus és egyéb, nem fertőző betegségek is prominens helyen szerepeltek a távozás okai között (Marton, 2020). Az ottani egészségügyi rendszer évekre képtelenné vált a rákbetegségek vagy például a végstádiumú vesebetegség (*end-stage renal disease*, ESRD) komplex kezelésére (Abbara, Blanchet, Fouad, Sahloul, Coutts és Maziak, 2015).

A *ReliefWeb* adatbázis szerint a líbiai konfliktus következtében a 2019-es állás szerint 343.180 belső menekült kelt útra, nagyrészt (97 százalékban) a biztonság hiányához köthető okokból. Az ezzel kapcsolatos terheket valamelyest enyhíti, hogy a többségüknek (60 százalékuknak) módjában állt a saját maga által bérelt otthonban lakni (International Organization for Migration, 2019).

A szíriai konfliktus következtében viszont sokmillió nagyságrendben vált a lakosság mind belső, mind nemzetközi menekültté, akik közül az otthonuk elhagyása után sokan kerültek táborba és egyéb, a minimálisan kívánatostól elmaradó lakhatási körülmények közé. A fertőző betegségek tekintetében a helyzet súlyosságát például a poliomielitisz (járványos gyermekbénulás) felbukkanása dokumentálhatja, amelyet a vad poliovírus (WPV1) és a vakcinaeredetű poliovírus (*circulating vaccine-derived poliovirus type 2*, cVDPV2) okozott – az előbbi 2013–2014, az utóbbi 2017–2018 folyamán. A vírus elleni átoltottság szintje már 2011 előtt 83 százalékra esett vissza a szíriai népességben, azt követően pedig alapvető hézagok keletkeztek az oltóprogramok folytatásában, különösen az ellenzéki erők által ellenőrzött területeken (Al-Moujahed, Alahdab, Abolaban és Beletsky, 2017). A legsúlyosabban érintett részekben a visszaesés utáni szintet 45 százalékosra becsüli egy tanulmány, amelynek szerzői úgy vélik, a háború kezdete óta született

gyermeknek legalább a fele átolatlan (Sharara és Kanj, 2014, 2. o.). A Szíriában terjedő poliovírusok talán Afganisztán és Pakisztán térségéből származhattak, és külföldi harcosok révén kerülhettek az országba (spekulatív következtetés). A cVDPV2 felbukkanásában közvetve a WHO globális vakinációs stratégiára vonatkozó döntései is szerepet játszottak (Wang, 2020).⁶ Ugyancsak ismét felütötte a fejét, és több ezer, laboratóriumi teszttel megerősített megbetegedést okozott a térségben a kanyaró. A homoki légy terjesztette parazita által okozott leishmániázis eseteinek a száma is növekedett – ennek a bőrfekélyt okozó formája maradandó hegesedést, a zsigeri formája pedig súlyos, tartós betegséget, illetve halált is okozhat az időben megkezdett kezelés nélkül (Sharara és Kanj, 2014, 2. o.). Mindez egy olyan populációt érint, amelynek sorraiban 2011-re a nem fertőző betegségek részesedése már 77 százalékos volt a mortalitásban (Kherallah, Alahfez, Sahloul, Eddin és Jamil, 2012), vagyis a betegségteher addig a modernizációs mintázat szerint alakult, a fertőző betegségek egyre inkább visszaszorultak (igaz, jelentős regionális, illetve egyes kisebbségi csoportokat jellemzően hátrányosan érintő különbségekkel).

Jemenben eközben még az otthonukban maradók is tömegesen szorultak rendszeres humanitárius ellátásra (*United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*, 2018). Az élelmezésbiztonság hiánya kritikus mértékű: tömeges éhínség veszélye áll fenn. A már korábban is viszonylag gyenge közszolgáltatások mértéke és minősége a háborús konfliktus hatására még inkább visszaesett, például a mentális betegségek és rendellenességek ellátása terén (*Sana'a Center for Strategic Studies*, 2017). 2016-ban súlyos kolerajárvány kezdődött az országban, amelyhez eddig kb. négyezer haláleset és egymilliónál is több dokumentált megbetegedés köthető. A 2018-ból származó epidemiológiai adatok szerint az elhunytak 58 százaléka gyermek (Federspiel és Ali, 2018, 1338. o.), ami tehát különösen jelentős minőségiéletveszteségként írható le. A kolerával összefüggő halálozási mutató talán nem tűnik különösen magasnak (négyezer az egymillió megbetegedésből), az esetszám azonban óriási keresletet generált az orvosi ellátás tekintetében egy olyan országban, ahol azt elsősorban külső szereplők képesek biztosítani, mint az Orvosok Határok Nélkül (*Médecins sans frontières*, MSF). E szervezet 2018-ig százezernél több kolerás esetet látott el (Federspiel és Ali, 2018, 1339. o.). Egy 2018-as szaúdi légicsapás azonban az MSF egyik, kolerabetegeket ellátó klinikáját is lerombolta (*Medecins Sans Frontieres*, 2018). A járványt valamelyest enyhítő tényező a Jemenben keringő, vélhetően Kelet-Afrikából származó kórokozónak (a *Vibrio cholerae* baktériumnak) az antibiotikumokkal szembeni viszonylag gyenge

6 A járványos gyermekbénulás elleni oltóprogramok sajátos stratégiai kihívását jelenti az átoltottakkal közvetve (akár több közvetítőn keresztül) érintkező be nem oltottak körében áttételen – az orális poliovakcinában (OPV) megtalálható attenuált (legyengített) poliovírus terjedése és virulensebbé válása miatt – kialakuló megbetegedés kockázata. Lásd a témában: *Centers for Disease Control and Prevention*, 2018.



ellenálló képessége (Diamente, 2019) – ez azonban csak akkor bír jelentőséggel, ha a beteg kezelést kap. A helyzetet Jemenben nagymértékben súlyosbítják a szennyvíz-infrastruktúrát 2015 óta ért bombázások és harcok nyomán keletkezett károk.

A harcok mindhárom említett országban súlyos károkat okoztak az egészségügyi infrastruktúrában. Jemen esetében erről már volt szó. Líbiában csak az idén huszonhárom alkalommal ért tűzérési tűz egészségügyi létesítményeket; április elején például az egyetlen olyan tripoli kórházat, ahol felkészültek a koronavírusos betegek ellátására (Canli, 2020; *The New Arab*, 2020). Szíriában pedig különösen sok olyan eset fordult elő az elmúlt évek folyamán, amikor tűzérési lövedék vagy légbombázás ért egészségügyi létesítményeket a harcoló felek részéről (lásd például: Sirkin, 2019); az országban az egészségügyi infrastruktúra sok helyen nagyrészt megsemmisült.⁷

Az egészségügyi mutatók alakulása restauráció, névleges reformok, stagnálás és demokratizáció nyomán: Egyiptom, Marokkó, Jordánia és Tunézia esete

Az „arab tavasz” eseménysorozata a politika világának áttételi mechanizmusain keresztül még tartós fegyveres konfliktus nélkül is hatást gyakorolt az érintett országok közegészségügyi viszonyaira. Az alábbiakban ennek bizonyítása és összehasonlító áttekintése végett négy olyan ország (Egyiptom, Marokkó, Jordánia és Tunézia) fejlődésének az értékelése következik, ahol – nagyban eltérő rövid és hosszabb távú következmények mellett – jelentős tiltakozáshullám bontakozott ki 2011 folyamán, amely azonban nem vezetett a Szíriában, Jemenben vagy Líbiában látotthoz hasonló, tartós polgárháború kialakulásához. Az elemzés e része az eltérő politikai folyamatok tágabb kihatásainak a vizsgálatára irányul.

Egyiptomban Abdul Fattáh asz-Szisi tábornok hatalomra kerülésével 2013-ra visszarendeződés következett be. Marokkóban a tüntetésekre válaszul 2011 folyamán részleges alkotmányos reformot vezettek be, azzal együtt azonban a király hatalmi pozícióját is megerősítették. Jordániában nagyrészt reformok nélkül fojtották el a több hullámban kibontakozó tüntetéseket. A választásokat követő, stabil támogatottságú, többpárti demokratikus működés csak a tunéziai politikai rendszerben alakult ki.

A politikai jogokra (*political rights*, PR) és a polgári szabadságjogokra (*civil liberties*, CL) vonatkozóan a Freedom House által kidolgozott értékelés alkalmazásakor a változások egyik jellemző indikátoraként 2014-ben (*Freedom House*, 2014) azt tapasztalhattuk, hogy 2011-hez képest (*Freedom House*, 2011) Marokkóban nem volt változás (PR=5,

⁷ A rombolás mértékéről lásd például a Világbank adatait (World Bank Group, 2017). Az ott közölt becslések szerint a lakhatási infrastruktúra (otthonok) 7 százaléka megsemmisült, egyötöde pedig megrongálódott. Az egészségügyi létesítmények fele szenvedett különböző mértékben károkat, és a vizsgálatba bevont városokban körülbelül 16 százalékuk teljesen elpusztult.

CL=4); Egyiptomban ideiglenes javulás után teljes visszarendeződés ment végbe (PR=6; CL=5); Jordániában szintén nem történt változás (PR=6; CL=5); Tunéziában viszont jelentős javulás következett be (PR=3; CL=3; $\Delta PR=-4$; $\Delta CL=-2$). 2016-ban (*Freedom House*, 2016) Egyiptomnál, Jordániánál és Marokkónál rögzült helyzet található (a 2014-es értékek rögzülése mellett); Tunéziánál viszont további javulás figyelhető meg 2014-hez képest ($\Delta PR=-2$).

Ha az egészségügyi helyzet változását illetően deduktív logikával generálható hipotézisekkel élünk, akkor a visszarendeződés esetén számíthatunk talán a legrosszabb hatásra (H1), mivel az politikai instabilitást jelez, illetve a kormányzati rezponzivitás tekintetében éles negatív fordulatot. A névleges reformok jobb hatással lehetnek, mint a stagnálás (H2), hiszen az elfogadhatóságukat általában valamilyen kormányzati teljesítménnyel lehet megváltani. A demokratizáció ígéri a legjobb hatást, amennyiben nem jár politikai turbulenciával (H3).

A *Human Development Index* (HDI) részeként közölt egészségügyi mutatók (*United Nations Development Programme*, 2020) a következőképpen alakultak 2010 és 2016 között (az összes elérhető mutatóból hatnak az alakulását követjük nyomon):

- *Tunéziában* a HDI 2010 és 2016 között javulást mutat a nem fertőző betegségekhez kapcsolódó, életkorra standardizált halálozás (a férfiak és a nők esetében); a GDP-arányos egészségügyi ráfordítások mértéke (a 2011-es gazdasági visszaesést követően, 2012-től folyamatos GDP-növekedés mellett); a születéskor várható élettartam; az 1–5 éves kor közötti gyermekhalandóság. 2011 után egy ideiglenesen romló helyzet, majd javuló trend figyelhető meg a tuberkulózis előfordulási arányát tekintve, s némi ingadozás ellenére a kanyaró elleni átoltottság is javult (az átoltott 1 év alatti gyermekek százalékában kifejezve).
- *Egyiptomban* 2014–2015 fordulója után éles javulás mutatkozott a férfiak és a nők nem fertőző betegségekhez kapcsolódó, addig romló halálozásában; 2014-ről 2015-re csekély mértékben csökkent az egészségügyi ráfordítások GDP-arányos mértéke (4,7-ről 4,6%-ra); a kanyaró elleni átoltottság mértéke 2005 óta összességében romlott, akárcsak 2013 és 2016 között, de ez utóbbi esetben jelentős ingadozásokkal; a többi, Tunéziánál említett mutatóban javulásnak lehetünk tanúi.
- *Marokkóban* az egészségügyi ráfordítások mértéke 2010-ben érte el a csúcst (5,9%), azóta kevéssel e szint alatt ingadozik; 2016-ra megugrott, majd újra visszasüllyedt a tuberkulózis előfordulási aránya, miközben a kanyaró elleni átoltottság javult; az egyéb ismertetett mutatókban javulás látszik.
- *Jordániában* 8,3-ről 5,5 százalékra esett vissza az egészségügyi ráfordítások GDP-arányos mértéke 2011-et követően; 2012 után nőtt a tuberkulózis előfordulásának az aránya, és romlott a kanyaró elleni átoltottság mértéke; a többi mutatóban javulás látható.



Tunézia esetén tehát a kérdéses időszakban hatból hat mutatóban lehetett javulást észrevenni; Egyiptoméban kettőnél adódott kedvezőtlen fordulat; Marokkóéban egynek az enyhe romlása figyelhető meg (az egészségügyi ráfordítások terén megtört a korábbi növekedés); Jordániáéban pedig három mutatóból olvasható ki kedvezőtlen tendencia. Így a három hipotézis közül a demokratizáció várt előnyei megmutatkoztak (H3); Marokkó – ahogy arra számítottunk – a névleges reformok révén jobban teljesített Jordániánál (H2); azonban a visszarendeződésen átesett Egyiptom nem a legrosszabb méreggel rendelkező ország lett a négy közül (a H1 elvethető tehát). Jordánia esetében a fertőző betegségekkel kapcsolatos helyzet a menekültügyi trendek hatása alatt áll, tehát az ottani tendenciákban az ország területén élő, jelentős létszámú menekültpopuláció állapota is közrejátszhatott.

Érdekes kérdéseket vet fel az egyiptomi adatok háttérének firtatása. A nem fertőző betegségeknek a halálzási statisztikákban történő térnyerése, amely egészen 2014–2015 fordulójáig tartott, egy tovább és nagyobb jómódban élő társadalomban is előfordulhat, így ezt az indikátort nem tekinthetjük magától értetődően rossz jelnek. Ám a 2014 utáni hirtelen kedvező fordulat – a nem fertőző betegségekkel eredő korai halálozás jelentős, 25 százalékos aránya mellett – mindenképpen különösnek mondható, és e tanulmány nem lehet teljes ennek részletesebb vizsgálata és valamiféle értelmezése nélkül.

Az egyiptomi egészségügyi helyzetet általánosságban súlyosbítja, hogy a társadalom jelentős hányada dohányzik, túlsúlyos és/vagy fizikailag inaktív (*ICCP Portal*, 2017, 7. o.).⁸ Az értékeléshez tehát a kormányzattól független tényezőket is figyelembe kell venni. Ugyanakkor nem valószínű, hogy az egyiptomi társadalom állapota élesen eltérne a regionális mintázattól, és aligha életszerű azt feltételezni, hogy az valamiféle módon spontán jelentősen javulhatott volna a 2014 óta eltelt időszakban. Azaz valamilyen intervenció azonosítására lehet szükség, amely magyarázza a halálozás javulását – amennyiben a HDI részeként közölt adatokból indulunk ki.

Az egyiptomi egészségügyi politikával kapcsolatos fejlemények szondázása nyomán szembeötlik, hogy 2018-ban jelentős közegészségügyi program indult az országban a Világbank támogatásával. A „100 Million Health” program⁹ elsősorban a hepatitisz C (HCV) fertőzés szűrésére irányul. A HCV Egyiptomban a legelterjedtebb a világon: a lakosság 12 százalékát érintheti (Kamal és Abdelhakam, 2017). Az ellene folyó kampány azonban összekapcsolódik a nem fertőző betegségek ügyével is: a HCV ugyanis hosszú távon májcirrózis és májrák kialakulásához vezethet. A program részeként ezért nem

8 A betegségteher átalakulásában is tükröződött ez a 2007–2017-es időszakban (azaz a HDI által jelzett 2014–2015-ös fordulat idején kívül is). Miközben az iszkémiás szívbetegség, a sztrók és a májcirrózis megőrizte dobogós helyét, a diabétesz, a krónikus vesebetegség, a magas vérnyomáshoz kapcsolódó szívbetegség és a krónikus tüdőobstrukció felzárkózott a vezető halálzási okok közé – kifejezetten a korai elhalálozás tekintetében ugyanez a változás látható az *Institute for Health Metrics* (2019) adatai szerint is.

9 Az elnevezés az egyiptomi népesség lélekszámára utal.

fertőző betegségekkel kapcsolatos szűrővizsgálatokat és ismeretterjesztést is folytatnak, hogy így javítsanak az egészségügyi ellátáshoz kevésbé, illetve gyengébb színvonalon hozzáférő vidéki lakosság helyzetén (*World Bank*, 2019). A kezdeményezés felöleli a nem megfelelő táplálkozással kapcsolatos problémáknak – így a vérszegénységnek, a túlzott soványságnak és az elhízásnak – a kezelését is (Mahmoud és Kurdi, 2019).

Ez azonban még nem magyarázza a 2014-et követő, az adatokból kirajzolódó fordulatot, ahogyan az egészségügyi ráfordításokkal kapcsolatos, már említett (csekély mértékű negatív) változás sem. De úgy tűnik, az egyiptomi rendszer eltökélt legitimitásépítésbe kezdett az egészségügy területén. E következtetés nyomán a célirányos információgyűjtés – a WHO vonatkozó dokumentumainak áttekintése révén – az alábbi releváns fejleményekre irányíthatja rá a figyelmünket.

Egyes források szerint 2014-ben az egyiptomi népesség- és egészségügyi minisztériumban (NEM) dolgozók létszáma már jelentősen növekedett, és az orvosoknak a népesség- és a kórháziágy-arányos száma is némi emelkedést mutatott az eleve kedvező szinthez képest. Az idézett adatok forrása egyébként úgy értékeli, hogy korábban sem az orvosok száma, inkább a rossz elosztásuk jelentett problémát (Radwan és Adawy, 2019), amit a szektorra irányuló figyelem miatt legalább részben kezelni lehetett. Ennek kritikus lehet a jelentősége, tekintettel a szolgáltatások elérhetőségének a mértéke és a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos negatív egészségügyi mutatók között megfigyelhető világos korrelációra (Radwan és Adawy, 2019).

Az Egészségügyi Világszervezet országdokumentumai megerősíteni látszanak a 2014 utáni reformok szerepére vonatkozó feltételezést, mivel számos intézményi változást és intézkedést sorolnak fel. Legelőször is azt, hogy a 2014-ben elfogadott egyiptomi alkotmány 18. cikke a WHO és az egyiptomi kormányzat konszenzusos értelmezésének megfelelően az általános egészségügyi ellátási lefedettség (*universal health coverage*) feltételeinek a megteremtését irányozta elő: többek között az elérhető szolgáltatáskapacitások méltányosabb földrajzi elosztását, az egészségügyi ellátás biztosítását minden állampolgár számára és „minden betegségre kiterjedően”, továbbá, hogy a kormányzati egészségügyi kiadásoknak minden fiskális évben meg kell haladniuk a GDP 3 százalékát (*Constituteproject.org*, 2014). Az általános egészségügyi ellátási lefedettség célját a WHO értékelése szerint az új társadalombiztosítási törvény rendelkezései is megfelelően támogatták (*World Health Organization*, 2018, 4. o.). 2015-ben kifejezetten a nem fertőző betegségekkel foglalkozó szervezeti egységet hoztak létre a NEM-en belül, és megalakítottak egy ágazatközi akciócsoportot is ehhez kapcsolódóan, továbbá a rákbetegségekkel foglalkozó bizottságot állítottak fel egy nemzeti rákstratégia kidolgozására. Mobiltelefonos alapú egészségügyi (*mHealth*) programok indultak az elzártabb területek és települések lakosságának az elérésére, például a diabétesz és egyéb nem fertőző betegségek szűrése, monitorozása és kezelése érdekében (*World Health Organization*, 2016, 16–18. o.). Jelentős lépések történtek az elsődleges egészségügyi szolgáltatások



(*primary health care*) fejlesztéséért, így többek között az ahhoz kapcsolódóan létrejött tizennégy ellátó központ működési feltételeinek a megteremtéséért. 2017-re kialakítottak egy több ágazatra kiterjedő tervet a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos helyzet javítására. Egy új *mHealth* program a tuberkulózisos betegeknek a dohányzásról való leszokását támogatja (*World Health Organization*, 2018, 27–32. o.).

Ez alapján nehéz megmagyarázni, hogy miért mutattak az adatok már 2014–2015 fordulóján is kedvező változást – tekintve, hogy az említett intézményi és egyéb reformoknak várhatóan csak hosszabb távon érik be a hatásuk. Az mégis kiolvasható a számokból, hogy az egyiptomi kormányzat legkésőbb 2014-től megkülönböztetett figyelmet fordít a nem fertőző betegségek kérdésére, és ez így, akárcsak a javuló egészségügyi mutatókban esetleg megjelenő hatás, áttételesen az „arab tavasz” érdekes következménye lehet. Lényegében azt mutathatja, hogy a társadalmi nyomás közvetve kikényszerítette a kormányzati rezponzivitás – vagy még inkább a népesség megelégedettségére való törekvés – némi növekedését.

A reformok eredményeként az egyiptomi intézményrendszert valamivel felkészültebben érthette a SARS-CoV-2 koronavírus-járvány kihívása is, mint a többi ismertetet államot, különösen az ország belső periferiáján, a félreeső területeken és településeken. Hogy ezek után az elért marginális javulás elegendőnek bizonyul-e a járvány keltette politikai feszültségek tompításához, azt nehéz előre jelezni. A koronavírus terjedése rendkívüli próbatétel elé állítja az egészségügyi rendszereket a világon mindenütt.

Összegzés

E tanulmány jól szemléltetheti, hogy a közegészségügyi vonatkozások elemzése nagyban hozzájárulhat a történelmi jelentőségű politikai események értelmezéséhez. Egyébként észrevétlen okokra irányíthatja a figyelmet, ahogyan ez az „arab tavasz” kapcsán a mortalitási mutatók javulásának és az egészségügyi kiadások okozta frusztráció növekedésének a dialektikus folyamatában megmutatkozott. A társadalmi feszültségek „arab tavaszként” aposztrófált robbanása nem következhetett volna be az utcára vonulni és a rendfenntartó erőkkal szembeszállni kész fiatalok tömegei nélkül, akiknek a „rendszernek” – benne többek között az egészségügyi rendszernek – a visszáságaival kapcsolatos tapasztalatai a tiltakozáshullám fontos hajtóerejét képezték. Bár más körülmények között magától értetődőnek tekintjük, e tanulmány kontextusában érdemes határozottan kiemelni, hogy a szóban forgó generációnak először is meg kellett születnie, a népesség szintjén jelentkező szignifikáns természetes szaporulat mellett fel kellett nőnie, illetve különféle közpolitikák és egyéb folyamatok hatására a városi térben kellett összpontosulnia, mire a politikai cselekvőképesség kritikus szintjére eljutott.

A közegészségügyi megközelítés egyúttal új megvilágításba is helyezhet történéseket, és azok átértékelésére készíthet, például a térség fegyveres konfliktusai nyomán jelentkező menekülthullámokkal kapcsolatban. A harcok hatása sokszor áttételesen jelent meg. A háború sújtotta térségek lakói nem feltétlenül a közvetlen életveszély, inkább a kritikus jelentőségű közszolgáltatásokban, például az egészségügyi ellátásban jelentkező alapvető zavarok hatására kényszerülhettek az otthonuk elhagyására (miközben sokuk esetében természetesen az elszenvedett és a várhatóan elszenvedendő erőszaknak is fontos szerepe volt). A menekültek ügyének kezelésében mindez a hátrahagyott területek infrastruktúrájának az újjáépítésére, többek között az egészségügyi infrastruktúra helyreállításának a meghatározó jelentőségére irányíthatja a figyelmet.

Végezetül pedig fontos következményeket tárhat fel a közegészségügyi körülmények változásának a nyomon követése is, ahogyan ez Egyiptom – érezhetően legitimitásépítő szándékú – egészségügyi reformjainak a bemutatása kapcsán történt e tanulmányban. Mindez az „arab tavasz” nyomán bekövetkezett széttartó politikai fejlődés tágabb kihatásaira is reflektálni enged, és kiemeli a Tunéziában végbement demokratikus átalakulás jelentőségét.

Irodalomjegyzék

- Abbara, Aula, Blanchet, Karl, Fouad, Fouad, Sahloul, Zaher, Coutts, Adam és Maziak, Wasim (2015). The Effect of the Conflict on Syria's Health System and Human Resources for Health. *World Health & Population*, 16(1), 87–95.
- Al-Haj, Ahmed (2012). Yemen Says More Than 2,000 Killed in Uprising. *The Seattle Times*. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://www.seattletimes.com/nation-world/yemen-says-more-than-2000-killed-in-uprising/>.
- Alianak, Sonia (2016). Health Care, the Arab Spring and After. *NETSOL*, 1(2), 1–25.
- Al-Moujahed, Ahmad, Alahdab, Fares, Abolaban, Heba és Beletsky, Leo (2017). Polio in Syria: Problem Still Not Solved. *Avicenna J Med*, 7(2), 64–66.
- Batniji, Rajae, Khatib, Lina, Cammett, Melani, Sweet, Jeffrey, Basu, Sanjay, Jamal, Amaney, Wise, Paul és Giacaman, Rita (2014). *Governance and Health in the Arab World*. *Lancet*, 383(9914), 343–355.
- Bhatia, Amiya, Krieger, Nancy és Subramanian, S.V. (2019). Learning from History About Reducing Infant Mortality: Contrasting the Centrality of Structural Interventions to Early 20th-Century Successes in the United States to Their Neglect in Current Global Initiatives. *The Milbank Quarterly*, 97(1), 285–345.
- Black, Ian (2013). Libyan Revolution Casualties Lower Than Expected, Says New Government. *The Guardian*. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://www.theguardian.com/world/2013/jan/08/libyan-revolution-casualties-lower-expected-government>.
- Canli, Enes (2020). UN: 23 Health Facilities Shelled in Libya in Year. *AA.com.tr*. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://www.aa.com.tr/en/africa/un-23-health-facilities-shelled-in-libya-in-year/1810990>.



- Centers for Disease Control and Prevention (2018). Vaccine-Derived Poliovirus. A letöltés ideje: 2020. június 10. <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/vaccine-derived-poliovirus-faq.html>.
- Ceyhan, Mehmet, Anis, Sameh, Htun-Myint, Latt, Pawinski, Robert, Soriano-Gabarró, Montse és Vyse, Andrew (2012). Meningococcal Disease in the Middle East and North Africa: An Important Public Health Consideration That Requires Further Attention. *International Journal of Infectious Diseases* 16(8), e574–e582.
- Constituteproject.org (2014). Egypt's Constitution of 2014. A letöltés ideje: 2020. június 10. https://www.constituteproject.org/constitution/Egypt_2014.pdf.
- Cusick, Anne és Sahly, Rania M. Ahmed (2018). People with Disability in Libya Are a Medicalised Minority: Findings of a Scoping Review. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 182–196.
- Daw, Mohamed A. (2017). Libyan Healthcare System During the Armed Conflict: Challenges and Restoration. *African Journal of Emergency Medicine* 7(2), 47–50.
- Diamante, Letizia (2019). Yemen's Devastating Cholera Strain Identified. *Nature Middle East*. A letöltés ideje: 2020. november 12. <https://www.natureasia.com/en/nmiddleeast/article/10.1038/nmiddleeast.2019.2#:~:text=Lack%20of%20access%20to%20safe,2%2C500%20deaths%20from%20the%20disease.&text=The%20team%20also%20discovered%20that,of%20the%20seventh%20cholera%20pandemic>.
- Federspiel, Frederik és Ali, Mohammad (2018). The Cholera Outbreak in Yemen: Lessons Learned and Way Forward. *BMC Public Health*, 18, 1338–1346.
- Femia, Francesco és Werrell, Caitlin (2013). Climate Change Before and After the Arab Awakening: The Cases of Syria and Libya. In Caitlin E. Werrell, Francesco Femia és Anne-Marie Slaughter (szerk.), *The Arab Spring and Climate Change* (23–32. o.).
- Freedom House (2011). Freedom in the World 2011. A letöltés ideje: 2020. június 6. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EFA28E3670B830004925781E000EA6EA-Full_Report.pdf.
- Freedom House (2014). Freedom in the World 2014. A letöltés ideje: 2020. június 6. https://freedomhouse.org/sites/default/files/2020-02/Freedom_in_the_World_2014_Booklet.pdf.
- Freedom House (2016). Freedom in the World 2016. A letöltés ideje: 2020. június 6. https://freedomhouse.org/sites/default/files/FH_FITW_Report_2016.pdf.
- Ghneim, Azmi (2010). *Wastewater Reuse and Management in the Middle East and North Africa: A Case Study of Jordan*. Berlin: Technische Universität Berlin.
- Hoffman, M. (1992). Infant Mortality Rates Declining, But Still High. *Netw Res Triangle Park N C*, 13(2), 20–23.
- ICCP Portal (2017). Egypt National Multisectoral Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2017–2021. A letöltés ideje: 2020. június 6. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/EGY_B3_NCDMAPEgypt21March2017%20FINAL%20%20RS.pdf.
- Institute for Health Metrics (2019). Egypt. A letöltés ideje: 2020. június 6. <http://www.healthdata.org/egypt>.
- International Organization for Migration (2019). Displacement Tracking Matrix (DTM) Libya IDP and Returnee Report: Mobility Tracking Round 27. August–October

2019. *ReliefWeb*. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://reliefweb.int/report/libya/displacement-tracking-matrix-dtm-libya-idp-and-returnee-report-mobility-tracking-round>.
- Iqbal, Farrukh (2014). The Decline of Child Mortality Rates: A Middle East North Africa Success Story. *World Bank Blogs*. A letöltés ideje: 2020. június 1. <https://blogs.worldbank.org/arabvoices/decline-child-mortality-rates-middle-east-north-africa-success-story>.
- Jagannathan, N. Vijay, Mohamed, Ahmed Shawky és Perry, Christopher J. (2009). Introduction: Beyond WRM – Unbundling Water Management in MNA Countries. In N. Vijay Jagannathan, Ahmed Shawky Mohamed és Alexander Kremer (szerk.), *Water in the Arab World: Management Perspectives and Innovation* (1–16. o.).
- Kamal, Sanaa M. és Abdelhakam, Sara A. (2017). Hepatitis C in Egypt. In Sanaa M. Kamal, (szerk.), *Hepatitis C in Developing Countries: Current and Future Challenges* (41–56. o.).
- Kherallah, Mazen, Alahfez, Tayeb, Sahloul, Mohammed Zaher, Eddin, Khaldoun Dia és Jamil, Ghyath (2012). Health Care in Syria Before and After the Crisis. *Avicenna Journal of Medicine*, 2(3), 51–53.
- Kuhn, Randall (2012). On the Role of Human Development in the Arab Spring. *Population and Development Review*, 38(4), 649–683.
- LaGrafte, Dan (2012). The Youth Bulge in Egypt: An Intersection of Demographics, Security, and the Arab Spring. *Journal of Strategic Security*, 5(2), 65–80.
- Mahmoud, Mai és Kurdi, Sikandra (2019). News: „100 Million Health” Initiative and the Double Burden of Malnutrition in Egypt. *Egypt Strategy Support Program*. A letöltés ideje: 2020. június 9. <https://egyptssp.ifpri.info/2019/03/13/news-100-million-health-initiative-and-the-double-burden-of-malnutrition-in-egypt/>.
- Malek, Caline (2019). How „Liquid of Life” Is Under Threat in the Middle East. *Arab News*. A letöltés ideje: 2020. június 3. <https://www.arabnews.com/node/1470606/middle-east>.
- Marton Péter (2020). Conceptual Models of Conflict-Related Displacement from Syria (post-2011) and Iraq (post-2003). Kiadatlan kézirat, a 2019. szeptember 19–20-i „Salzburg Conference on Interdisciplinary Poverty Research” című konferencián tartott előadás anyaga.
- Maslehat, Sholeh és Mostafavi, Ehsan (2018). The History of Milk Pasteurization in Iran and the Role of Pasteur Institute in Its Improvement. *Journal of Medical Microbiology and Infectious Diseases*, 6(4), 87–90.
- Mate, Kedar, Bryan, Caitlin, Deen, Nigel és McCall, Jesse (2017). Review of Health Systems of the Middle East and North Africa Region. In Stella R. Quah (szerk.), *International Encyclopedia of Public Health, Volume 6* (347–356. o.).
- Medecins Sans Frontieres (2018). Yemen: Airstrike Hits MSF Cholera Treatment Center in Abs. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/story/yemen-airstrike-hits-msf-cholera-treatment-center-abs>.
- Mirkin, Barry (2010). Population Levels, Trends and Policies in the Arab Region: Challenges and Opportunities. *United Nations Development Programme*. 2020. június 4. <https://www.undp.org/content/dam/rbas/report/Population%20LevelsTrends.pdf>.



- Radwan, Ghada és Adawy, Adel (2019). The Egyptian Health Map: A Guide for Evidence-Based Decision-Making. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(5), 350–361.
- Sana'a Center for Strategic Studies (2017). The Impact of War on Mental Health in Yemen: A Neglected Crisis. A letöltés ideje: 2020. június 4. http://sanaacenter.org/files/THE_IMPACT_OF_WAR_ON_MENTAL_HEALTH_IN_YEMEN.pdf.
- Sharara, Sima L. és Kanj, Souha S. (2014). War and Infectious Diseases: Challenges of the Syrian Civil War. *PLOS Pathogens* 10(11), e1004438. A letöltés ideje: 2020. november 14. <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1004438>.
- Sirkin, Susannah (2019). Assad and Russia's Bombing of Hospitals Isn't an Accident – It's a Strategy. *Boston Globe*. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://www.bostonglobe.com/opinion/2019/09/12/assad-and-russia-bombing-hospitals-isn-accident-strategy/mfXdTb1uBqfxRk1iFKOIM/story.html>.
- SOHR (2020). Syrian Revolution Nine Years on: 586,100 Persons Killed and Millions of Syrians Displaced and Injured. A letöltés ideje: 2020. június 4. <http://www.syriahr.com/en/?p=157193>.
- Sternberg, Troy (2013). Chinese Drought, Wheat, and the Egyptian Uprising: How a Localized Hazard Became Globalized. In Caitlin E. Werrell, Francesco Femia és Anne-Marie Slaughter (szerk.), *The Arab Spring and Climate Change* (7–14. o.).
- The BCG World Atlas (2020). A Database of Global BCG Vaccination Policies and Practices. A letöltés ideje: 2020. június 3. <http://bcgatlas.org/index.php>.
- The New Arab (2020). Libyan Coronavirus Hospital Shelling „Breach of International Humanitarian Law”, Says UN. A letöltés ideje: 2020. június 4. <https://english.alaraby.co.uk/english/news/2020/4/7/un-slams-attack-on-libyas-potential-coronavirus-hospital>.
- The World Bank (2019). A Healthier Tomorrow for All Egyptians. A letöltés ideje: 2020. június 9. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2019/10/07/a-healthier-tomorrow-for-all-egyptians>.
- United Nations (2013). *Water Governance in the Arab Region: Managing Scarcity and Securing the Future*. New York, NY: United Nations Development Programme.
- United Nations Development Programme (2020). Human Development Data (1990–2018). A letöltés ideje: 2020. június 6. <http://hdr.undp.org/en/data>.
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2018). About OCHA Yemen. A letöltés ideje: 2020. június 3. <https://www.unocha.org/yemen/about-ocha-yemen>.
- Vaccines for Africa (2015a). Egypt Vaccine Coverage (%). A letöltés ideje: 2020. június 3. http://www.vacfa.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/210/Country-immunis-stats-2015/Egypt-Vaccine%20coverage-Feb2015.pdf.
- Vaccines for Africa (2015b). Libya Vaccine Coverage. A letöltés ideje: 2020. június 3. http://www.vacfa.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/210/Country-immunis-stats-2015/Libya-Vaccine%20coverage-Feb2015.pdf.
- Vaccines for Africa (2015c). Tunisia Vaccine Coverage (%). A letöltés ideje: 2020. június 3. http://www.vacfa.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/210/Country-immunis-stats-2015/Tunisia-Vaccine%20coverage-Feb2015.pdf.

- Wang, Huaqing (2020). Perspectives: Why Have cVDPV2 Outbreaks Increased Globally After the Polio Immunization Strategy Switch: Challenges for the Polio Eradication Endgame. *China CDC Weekly*, 2(11), 176–179.
- Werrell, Caitlin E., Femia, Francesco és Slaughter, Anne-Marie (szerk.) (2013). *The Arab Spring and Climate Change*. Washington, DC: Center for American Progress.
- World Bank Group (2017). The Toll of War: Economic and Social Consequences of the Conflict in Syria. *The World Bank*. A letöltés ideje: 2020. június 29. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/27541/The%20Toll%20of%20War.pdf>.
- World Health Organization (2008). 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. A letöltés ideje: 2020. június 1. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.
- World Health Organization (2016). Egypt Health Profile 2015. A letöltés ideje: 2020. június 10. https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19264.pdf?ua=1&ua=1.
- World Health Organization (2018). Annual Report 2017 (Egypt). A letöltés ideje: 2020. június 10. https://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2018_EN_20396.pdf?ua=1&ua=1.