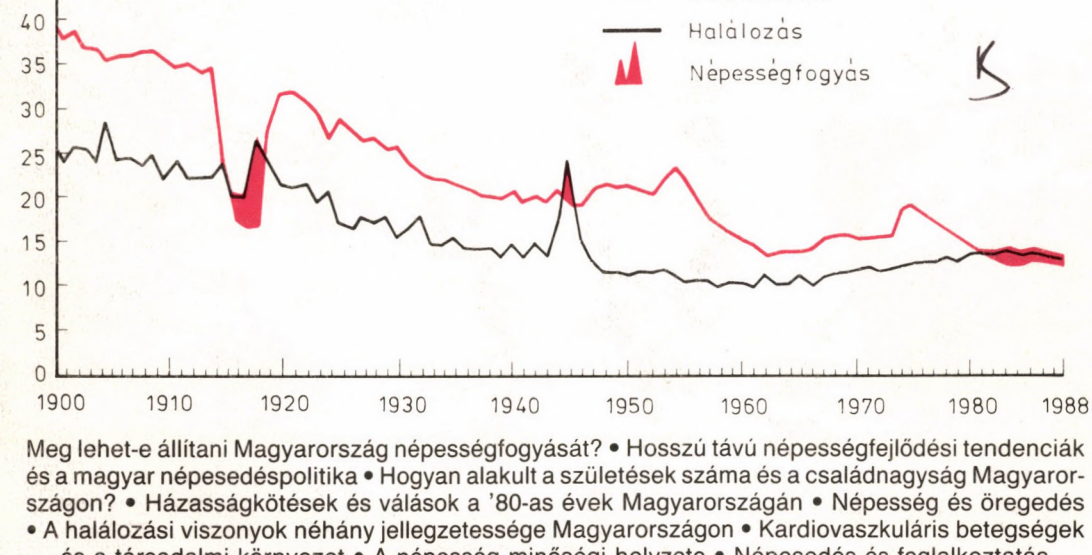
318931

INFO-TÁRSADALOMTUDOMÁNY

9/1989

5.

RSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁ
SADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRS



Meg lehet-e állítani Magyarország népességfogyását? • Hosszú távú népességfejlődési tendenciák és a magyar népesedéspolitika • Hogyan alakult a születések száma és a családnagyság Magyarországon? • Házasságkötések és válások a '80-as évek Magyarországán • Népesség és öregedés • A halálozási viszonyok néhány jellegzetessége Magyarországon • Kardiovaszkuláris betegségek és a társadalmi környezet • A népesség minőségi helyzete • Népesedés és foglalkoztatás

OMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDO
MÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDO
ÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOM
NY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁ
Y TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY
TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY
TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY
ÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY T
RSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁ
SADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRS
ADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSA
DALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSADALOMTUDOMÁNY TÁRSAI

9

INFO-Társadalomtudomány

9. szám (1989. június)

Kiadja a Társadalomtudományi Bizottság nevében a Magyar Tudományos Akadémia

Szerkesztőbizottság:

Enyedi György (elnök), Fodor István, Józsa György, Madarász Aladár, Mucsi Ferenc, Tamási Péter (felelős szerkesztő)

A szerkesztőség címe:

1051 Budapest, Münnich Ferenc u. 7.

INFO-Társadalomtudomány című sorozatunk indításával az volt a célunk, hogy gyorsan informáljuk a társadalom irányításával, tervezésével kapcsolatos döntési folyamatokban résztvevőket az új társadalomtudományi kutatási eredményekről és a társadalomtudósokat foglalkoztató aktuális témákról. Mivel kiadványunk igen szűk terjedelmet szab meg egy-egy témára, a kutatók kénytelenek álláspontjukat tézisszerűen kifejteni — a részletes bizonyító anyag rendelkezésre áll a megfelelő kutatóhelyeken. Az általános tájékozódást azonban szeretnénk megkönnyíteni a cikkek után közölt statisztikai adatokkal és válogatott bibliográfiával.

Az itt leírtakkal szeretnénk felhívni a figyelmet olyan területekre, amelyekkel eddig — úgy tűnik — nem a kutatási eredmények ismeretében foglalkoztak. Szeretnénk kiadványunkkal hozzájárulni, hogy a társadalomtudományi kutatások eredményei és a társadalom irányítása, tervezése közelebb kerüljenek egymáshoz.

A kifejtett elképzelések a szerzők egyéni nézeteit tükrözik.

A szerkesztőség

Lapunk 1989 januárjától — visszamenőleg is — megvásárolható, illetve előfizethető a szerkesztőségnél.

Tartalom

Meg lehet-e állítani Magyarország népességfogyását?
— *Enyedi György - Tamási Péter* 3

Hosszú távú népességfejlődési tendenciák és a magyar népesedéspolitika
— *Hablicsek László - Monigl István* 9

Hogyan alakult a születések száma és a családnagyság Magyarországon?
— *Kamarás Ferenc - Mészáros Árpád* 17

Házasságkötések és válások a '80-as évek Magyarországán
— *Csernák Józsefné* 23

Népesség és öregedés — *Hablicsek László* 31

A halálozási viszonyok néhány jellegzetessége Magyarországon
— *Józan Péter* 37

Kardiovaszkuláris betegségek és a társadalmi környezet
— *Duba Jenő - Makara Péter* 47

A népesség minőségi helyzete — *Vukovich György* 55

Népesedés és foglalkoztatás — *Munkácsy Ferenc* 61

Statisztikai táblázatok 69

Válogatott bibliográfia 97

Kutatási információk 101

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

Meg lehet-e állítani Magyarország népességfogyását?

A 19. század vége óta az ország népessége három ízben fogyott. Az I. világháború idején, 1915—1918-ban, a II. világháború befejező évében, 1945-ben, végül 1981-től folyamatosan napjainkig. A népességelőrejelzések sem bíztatnak semmi jóval: a jelenlegi adottságokkal hosszú távon is népességfogyásra kell számítani.

A népességszám alakulását a születések és a halálozások, valamint a be- és kivándorlások mérlege adja. A háborús időszakokat kivéve, kisebb hullámzásokkal, de folyamatosan csökkent mind a születések, mind a halálozások aránya. Ez Európa legtöbb országában így játszódott le; némi egyszerűsítéssel ezt nevezzük demográfiai átmenetnek. A magyarországi trend azonban két lényeges ponton eltér a nemzetközitől. (1) A hatvanas évek elejére, amikor a fejlett országokban igen sok gyermek született, Magyarországon saját előzményeihez képest és világviszonylatban egyaránt mélypontra süllyedt a gyermekszületések száma. (2) Miközben a legtöbb európai országban csökkent vagy stagnált a halandóság mutatója az elmúlt két évtizedben, nálunk a hatvanas évek közepétől kezdve szinte folyamatos növekedést mutatott 1986-ig, amikorra az 1940-es évek eleji szintre emelkedett. A férfiak halálozási arányai még sokkal rosszabbak: ismét elérték az 1930-as évek szintjét. Míg a nők születéskor várható átlagos élettartama 1987-ben 73,7 év volt, addig a férfiaké 65,7.

Ha a nyolcvanas évek második felének népesedési tendenciái tovább folytatódnak, akkor minimálisan fél évszázadon keresztül megállíthatatlanná válik népességünk fogyása és körülbelül 30 év múlva akár 800—900 000 fővel is csökkenhet. A magyarországi népességcsökkenés jogosan váltja ki sokak aggodalmát, akik közül többen hatékony, határozott népesedéspolitikát követelnek. De lehet-e és szabad-e népesedéspolitikát folytatni?

E kérdésben nagyon megoszlanak a vélemények. A népesedéspolitikát sokan úgy fogják fel, hogy az az egyének, a családok szabadságának korlátozása, ezek intim ügyeibe való durva beavatkozás az állam részéről. A demokratikus berendezkedésű országokban általános felfogás, hogy a családot a politika nem kontrollálhatja, s hogy a személyes szabadságot, amely az emberi cselekvések szabad megválasztását jelenti, feltétlenül garantálni kell (egészen addig, míg másoknak ezek által kárt

nem okoz). E nézetek alapján nem szabad népesedéspolitikát folytatni. De elveti az ilyen politika szükségességét az a — mondhatnánk: szabadpiaci — nézet is, amely azt vallja, hogy a gyermekszületések száma előbb-utóbb úgyis beáll a gazdasági szempontból kedvező értékre. Szintén az elvetés konklúziójához jutnak el annak az elméletnek a hívei, akik szerint a kis létszámú nemzedékeknek sok gyermekük, a nagy létszámúaknak kevés gyermekük születik, mert a nagy létszámú nemzedékek relatíve rosszabb helyzetben kezdik életpályájukat. Ez egy kb. 40 évenként ismétlődő ciklikus mozgást alakít ki a népességben. Teljesen más okokból, de indokolatlannak tartja a népesedéspolitikát az a felfogás is, amely a jelenlegi alacsony gyermekszámot tartós tendenciaként fogja fel és hiábavalónak tekint bármilyen erőfeszítést ennek megváltoztatására, mert lényeges változást úgysem lehet népesedéspolitikai eszközökkel elérni. Nem tartotta szükségesnek a népesedéspolitikát a „szocialista" felfogás sem, amely a szocializmus demográfiai törvényeként kimondta, hogy a szocialista társadalmakban az optimális népesedési viszonyok automatikusan jönnek létre és megvalósul a népesség racionális reprodukciója.

Köztudott, hogy ez utóbbi „törvényt" a gyakorlat nem igazolta. A többi itt említett nézetnek több-kevesebb létalapja van, de — véleményünk szerint — túlságosan egyoldalúan kezelik a népesedési folyamatot. Ez ugyanis nem csak a gazdasági racionalitásnak van alávetve. A gyermekvállalás például nagymértékben függ kulturális tradícióktól, kulturális és morális értékektől, az adott társadalomban kialakult normáktól, az iskolai végzettségtől, a lakáshelyzettől, de függhet a pillanatnyi politikai—társadalmi körülményektől is. A nők társadalmi szerepének megváltozása minden bizonnyal módosította korábbi értékeiket és beállítódottságaikat, s ez a megváltozott életmóddal együtt végül is kevesebb gyermek vállalásában mutatkozott meg.

A demográfiai magatartás része a nemzet kultúrájának. E magatartást is generációk örökítik át egymásnak, de a folyamatot pontosan nem tudjuk nyomon követni. A múlt század végétől, amióta megbízható demográfiai statisztikákkal rendelkezünk, a magyarság természetes szaporodása szláv és román szomszédaihoz viszonyítva mindig alacsony volt. A századfordulón a magyar demográfiai magatartás inkább a jobban polgárosult osztrák és cseh közép-európai magatartáshoz hasonlított, mint a hazánkhoz hasonlóan agrárjellegű dél-, délkelet- és kelet-európai országokéhoz. Számtalan tényező játszott ebben szerepet: a magyar örökösödési jogtól kezdve (ami a birtokos parasztságot is kisebb gyerekszám felé ösztönözte), a születéskorlátozásban a katolikus vallásnál liberálisabb református egyház jelentős befolyásáig.

A demográfiai magatartás regionális sajátosságokat is mutat. Például a hagyományos dél-dunántúli, dél-alföldi és észak-kelet magyarországi demográfiai magatartás valamennyi népszámlálásunk alkalmával élesen különbözik. Ez utóbbi területet az egész 20. század folyamán átlag feletti természetes szaporodás jellemezte. A bekövetkező változásokat tehát csakis a tartósnak mutatkozó viselkedési modellekkel együtt lehet értelmezni.

Valamivel kevésbé nemzetikultúra-függő a halálozások alakulása — bár ez is igen sok szállal kapcsolódik a nemzeti kultúrához (pl. az életmódon, a szokásokon, a

társadalomban érvényes normákon keresztül). A halálozási mutatók javulása alapvetően a csecsemő- és a gyermekhalandóság jelentős csökkenésének, továbbá a fertőző betegségek ritkábbá válásának tudható be. A helyzet hatvanas évek második felétől tartó romlása részben a népesség öregedésére, részben egyes betegségek rohamos terjedésére vezethető vissza. Ezek között szerepel (az alkoholizmussal összefüggő) májzsugorodás, a (dohányzással kapcsolatot mutató) tüdőrák, de emelkedést mutat néhány más rákbetegség is (emlő, gyomor). Folyamatosan növekszik az öngyilkosságok okozta halálozások száma is. Legtragikusabb a szív- és érrendszeri megbetegedések mértéke; ezek terjedésének üteme közel háromszorosára gyorsult fel, és 1987-ben az összes elhalálozásnak már több mint a felét ezek a megbetegedések okozták. E betegségek — jó ideig elhallgatott — terjedésének hátterében elsősorban az életmód különböző elemeit kell keresni (pl. egészségtelen táplálkozás, mozgáshiány, dohányzás, túlzott mértékű munkaidő), de az egészségügyi megelőzés gyengeségei is közismertek.

Népességünk számának alakulását tehát egymással sokszorosan összefüggő, társadalmilag meghatározott tényezők befolyásolják. Ha valaki népesedéspolitikában gondolkodik, akkor elsősorban azoknak a társadalmi tényezőknek a megváltoztatását kell célul kitűznie, amelyek valamilyen módon befolyásolják az emberek életmódját, gyermekvállalási kedvét stb. A legmélyebb változást természetesen az értékrendszer módosításán keresztül lehet — bár nem egykönnyen — elérni (pl. a kívánt gyermekszám emelése révén). Jelenleg a magyar közvéleményben sem az egészség, sem a gyerek nem szerepelnek elsődleges értékként.

Semmiképpen sem szabad a népesedéspolitikát adminisztratív intézkedések végrehajtásaként felfogni. Az ilyen intézkedések ugyan felmutathatnak felszínes sikereket, lényegileg azonban mind politikailag, mind demográfiailag kudarcot vallottak. Az 1953-as, a politika korlátlan lehetőségeibe vetett hit alapján hozott — hivatalosan nem népesedéspolitikainak elismert — határozat átmenetileg „fellendítette" a gyermekszületések számát, de egyrészt sok embernek traumát okozott, másrészt a hatvanas évek elejére a gyermekszám mélypontot ért el. Ezáltal létrejött egy generációs hullámzás, amely azóta ismétli magát, sőt, az 1973-as népesedéspolitikai intézkedések — melyek nem támaszkodtak tudományos vizsgálatokra — még meg is erősítették ezt, mert a húsz évvel korábban született nagyobb létszámú generációkra hatottak. A népesedési folyamatokba való adminisztratív (1953) vagy nem kellően átgondolt (1973) beavatkozások sok kárt okozhatnak. Ilyen „népesedéspolitikát" valóban nem szabad folytatni.

Meg lehet találni azonban azokat a megoldásokat, amelyek az emberi szabadság megsértése nélkül is befolyásolhatják a népesedést. A befolyásolás erkölcsi alapjául az szolgál, hogy ha ez nem következik be, akkor egy vagy több generációnak az életkörülményei jelentősen romolhatnak: pl. nagy létszámú idős generáció eltartása kis létszámú aktív népesség által mindkét népességcsoport életszínvonalának csökkenésével jár. A megoldási módozatok lényegét az képezi, hogy azok ne megszorítók és diszkriminálók, hanem ösztönzők legyenek. Ne korlátozzák az egyén választási szabadságát (mint pl. a gyermektelenségi adó), ehelyett újabb választási lehetőségeket kínáljanak fel (pl. családalapítási segély). Ha egy népesedéspolitika valóban si-

keres akar lenni, arra is figyelnie kell, hogy ne csak egyszeri aktus legyen; kísérje végig az egész folyamatot (nem elég csak szüléskor és közvetlen utána nyújtani a kedvezményeket; a gyermeknevelés későbbi fázisait is vonzóbbá és főleg könnyebbé kell tenni: pl. reális családi pótlék összeggel, családi adókedvezménnyel); továbbá ne csupán egy vagy két területet emeljen ki: próbálja a népesedési folyamatot a maga összetettségében átfogni és valamennyi idetartozó területen igyekezzék előrelépést elérni. Alapvető kritérium az is, hogy a népesedéspolitika a valóságos népesedési helyzetből induljon ki és ne az ideológiákból származó politikai kívánságok kiszolgálója legyen. Végül, a népesedéspolitikának integrálódnia kell egy egységes társadalompolitikába, amelyen belül az egyes részpolitikáknak összhangban kell alakulniuk.

A különböző politikák harmonizálása terén egyébként is komoly hiányosságok mutatkoznak. Hiába készülnek ugyanis viszonylag megbízható előrebecslések a népesség jövőbeni számát illetően, ha a kapcsolódó politikák (oktatás-, gazdaság-, munkaerő-, család-, egészség-, nyugdíjpolitika) ezeket nem veszik kellő mértékben figyelembe. Valamennyi részpolitikának variációkat kellene kidolgoznia a jövőbeni népesedési helyzet okozta problémák megoldására. Csak példaként említve két területet. A jelenleg is érvényben lévő foglalkoztatási alapelvek a keresőképes népesség gyors ütemű gyarapodása idején alakultak ki, s azóta sem változtak, jóllehet, a népesedési helyzet időközben egészen más lett. Vagy: a népesség fokozódó elöregedése a jelenlegi nyugdíjrendszer teljes összeomlását fogja maga után vonni. Ennek elkerülésére többféle lehetőség is kínálkozik (pl. a nyugdíjkorhatár felemelése, a nyugdíjhozzájárulás emelése, az új és a magas nyugdíjak reálértékének csökkentése — bár ez utóbbi az esetek többségében csak elméleti lehetőség), de ezeket a népességalakulással összhangban ki kellene dolgozni.

Felvetődik a kérdés, hogy milyen esélye van a népesedéspolitikának a népesedési folyamatok befolyásolására? Sok kutató erre csupán minimális esélyt ad. Igaz, konklúzióikat vagy elhibázott, vagy szűkkörű „népesedéspolitikák" következményei alapján tudták csak levonni. Átfogó, valamennyi tényezővel számoló népesedéspolitika, amely a társadalmi háttértényezők megváltoztatását is számításba vette volna, eddig még nem született. Márpedig sem a gyermekszületések számának növelését, sem a halálozások arányának csökkentését, sem egy esetleges népességelvándorlás mérséklését nem lehet elérni a társadalmi környezet, s az ebből következő életmód megfelelő megváltoztatása nélkül. A népesedéspolitikának differenciáltnak kell lennie: a különböző társadalmi csoportokat máshogyan kell megközelítenie, figyelembe véve azok sajátosságait. Ugyanakkor nem szabad diszkriminálnia. Például nem csak a városi dolgozó nőket kellene szülésre ösztönözni, akik erre különböző okokból kevésbé hajlandóak, hanem több figyelmet kellene fordítani a falusi háztartásbeli nőkre is, akik hagyományosan magasabb termékenységűek.

Ahhoz, hogy egy népesedéspolitika sikeres lehessen, a népesség korösszetételéhez igazodva jól időzítve kell bevezetni. Az előrebecslések alapján ez az időpont adott: legkésőbb 1990—91-ben kell meghozni a népesedésserkentő intézkedéseket ahhoz, hogy azok ne erősítsék, hanem inkább tompítsák a már kialakult generációs hullámokat. Most még előre gondolva lehet alapos megfontolás alapján a lépéseket

megtenni. Néhány évi halogatás után meghozott intézkedéseknek már valószínűleg számos negatív hatása is lesz. E terület elhanyagolása pedig népességünk fogyásának felgyorsulásához vezethet, amely egy idő után már megállíthatatlanná fog válni.

*

Jelenlegi számunkban az ún. Ts-3 (országos társadalomtudományi kutatási) program népesedéspolitikai kutatásokat átfogó alprogramjának eredményeiből adunk közre. Hablicsek László és Monigl István (9—16. old.) felvázolják a hosszú távú nemzetközi és magyar népességfejlődési tendenciákat, majd a magyar népesség jövőjével kapcsolatosan a népesedéspolitika lehetőségeiről írnak. Kamarás Ferenc és Mészáros Árpád (17—21. old.) a születésszámok magyarországi tendenciáit elemzik, s rámutatnak, hogy a kívánt gyermekszám még az egyszerű utánpótlást sem biztosítja, a megszületett gyermekek száma pedig még ennél is alacsonyabb. A gyermekszületések természetesen összefüggnek a házasságok és a válások alakulásával is. Ezzel kapcsolatban Csernák Józsefné (23—29. old.) ír a házasodási és válási szokásokról, a csökkenő házasodási kedvről és az új tendenciákról. Ezt követően Hablicsek László (31—35. old.) népességünk fokozatos elöregedési folyamatát elemzi, kiemelve, hogy már most el kell kezdenünk felkészülni a merőben új jövőbeni helyzet kezelésére. Józan Péter (37—46. old.) áttekintést ad a magyarországi halálozási tendenciákról, valamint a növekedő halálozási arány okairól. Duba Jenő és Makara Péter (47—53. old.) a leggyakoribb halálok: a kardiovaszkuláris betegségek és a társadalmi környezet különböző elemeinek összefüggéseiről ír. Vukovich György (55—60. old.) ismerteti a népesség minőségi helyzetével kapcsolatos kutatások egyes részleteit és eredményeit. Végül, Munkácsy Ferenc (61—68. old.) egy eddig meglehetősen elhanyagolt és problematikus területtel foglalkozik: a népesedéspolitika és a foglalkoztatáspolitika összefüggéseivel.

Enyedi György — Tamási Péter

Hosszú távú népességfejlődési tendenciák és a magyar népesedéspolitika

Hablicsek László — Monigl István

A nemzetközi trendek

A Föld népességének száma 1980-ban 4,4—4,5 milliárd fő volt, azóta meghaladta az 5 milliárdot. A népesség száma a jövőben továbbra is dinamikusan nő. Az ENSZ előrebecslései szerint 2025-ben a Föld várható lakossága 7—9 milliárd fő lesz, tehát a népesség száma várhatóan megkétszereződik a következő 30—40 évben. Ugyanakkor 1900-ban csak 1,6—1,7, 1940-ben mintegy 2 milliárd ember élt a Földön. A népességnek ezt, a 20. század második felétől jelentkező rendkívül gyors és nagyarányú növekedését ,,demográfiai robbanásnak'', ,,népességi bombának'' szokás nevezni.

A demográfiai robbanás egyik legszembetűnőbb következménye *a népességi súlypontok eltolódása, a fejlett országokban élő népesség arányának visszaszorulása.* 1900-ban még ebben a régióban élt az emberiség egyharmada, 1980-ban viszont már csak a negyede, 2025-ben talán egyötöde. Az utóbbi évtizedekben a gazdaságilag fejlett országokban a világnépesedéssel ellentétes tendencia kezdett kibontakozni. Különösen érzékelhető ez Európában, amely nemcsak a leglassabban növekvő népességű régióvá vált, hanem ahol a magas élettartam mellett általánosan jellemző lett az igen alacsony gyermekszám, a nagyon idős népesség és az, hogy a népesség természetes utánpótlása nem biztosított. Az ENSZ előreszámítása szerint a jövőben a gyermekek száma Európa minden régiójában tovább csökken, 1980 és 2020 között tartós és mély hullámvölgybe kerül, és csak az időszak végén közelíthet újra a népesség egyszerű reprodukcióját biztosító szinthez. Az északi és a nyugati régióban az előreszámítások már (általános) népességcsökkenést tételeznek fel. E szerint legkedvezőbb helyzetben Kelet-Európa lenne, feltételezve, hogy országai — élve az állami befolyásolás hatékony eszközeivel — egyszerre lesznek képesek a termékenység (a nők szülésgyakorisága, gyermekszáma) további süllyedésének megakadályozására és a halandóság lényeges csökkentésére.

A demográfusok az eltérő népességfejlődési irányzatokra közös magyarázatot találtak. Ezt *demográfiai átmenet*nek nevezik, aminek legfőbb ismérve, hogy a korábbi magas halandóság viszonylag rövid idő alatt igen alacsony szintre süllyed

és vele párhuzamosan a termékenység is csökken. Ez a folyamat a társadalmi modernizáció népességi megfelelője és nagymértékben helyzet- és rendszerfüggetlen. Abban is megegyezik a legtöbb demográfus, hogy a modernizáció csökkenti a népességfejlődés stabilitását, aminek ellensúlyozására valamilyen hatékony népességvagy családpolitikát kell folytatni. Úgy tűnik azonban, hogy sem a paternalista-szocialista, sem az individuális-jóléti berendezkedés nem hoz létre olyan kereteket, amelyekben a modernizációhoz történő alkalmazkodás során a népesség újratermelődése zavartalan. Az országok egy részében az is világossá vált, hogy egyes időszakokban a népességfejlődés számára nem megfelelő keretek kialakulása és fennmaradása akadályozhatja a demográfiai átmenet érvényesülését. Ezt jelzi a kelet-európai országok többségében a halandóság elhúzódó stagnálása, sőt romlása, a gyermekvállalást ösztönző programok viszonylag alacsony hatékonysága. Ilyen a rendkívül alacsony gyermekszám Nyugat-Európában és újabban a dél-európai országokban is.

A mai európai — és egyben a magyarországi — népességi szituáció a demográfiai átalakulás első nagy szakaszainak lezárulását, egy új szakaszra történő áttérés periódusát jelenti. A demográfiai átmenetnek ez a feltételezett utolsó szakasza azonban csak hosszú történelmi távlatban alakulhat; napjaink tendenciái a fejlett országokban a feltételezett fejlődési iránnyal éppenséggel ellentétesek. Ezáltal lehet, hogy „közbeiktatódik" egy olyan szakasz, amelyben a gyermekszám tartósan alatta marad a népesség egyszerű utánpótlását biztosító szintnek, tehát esetleg nagyarányú népességcsökkenés következik be. Ennek időtartamára egyelőre semmi biztosat nem tudunk mondani.

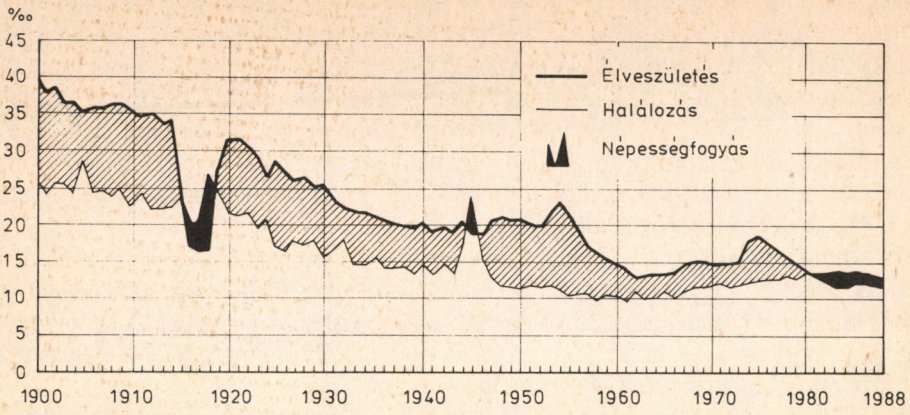
A modern népességfejlődésnek a jövőben az ingadozás, az instabilitás minden bizonnyal lényegi vonása lesz és valószínű, hogy egy közelítőleg állandó népességszám is csak tendenciájában juthat majd kifejezésre.

Egyre inkább teret nyer az a felismerés, hogy a modern korban a népesség struktúrája válik a népességfejlődés vezérlő elemévé. A népesedéspolitikai kudarcok jelentős része a korösszetétel állapotának és hatásának alulbecsüléséből származik. A 20. század végi népesedési dilemmának, vagyis a demográfiai átmenet új szakaszának hatékony kezeléséhez vissza kell térni az eredeti gondolathoz: *a gyermekszámot, az élettartamot, a népesség számát és struktúráját kölcsönös meghatározottságaikban szabad csak felfogni,* az ennek megfelelő kereteket racionálisan, hosszú távra szólóan, a rövidtávú politikai érdekektől lehetőleg védve kell kiépíteni és e szakasz szerves részeként folyamatos népességpolitikát kell folytatni.

A hosszú távú magyar tendenciák

Magyarország népességfejlődése az elmúlt 100—150 évben a demográfiai átmenet keretei között fő vonásaiban az európai fejlődéshez hasonlóan ment végbe. Ugyanakkor a magyar népességfejlődés az egész időszak során lényeges sajátosságokat is mutat a hasonló gazdasági fejlettségű országokhoz viszonyítva. Az utóbbi időben a termékenység átlagosan alacsonyabb, a halandóság magasabb, a népesség öregedése előrehaladottabb, mint Kelet- és Dél-Európában. Új vonása a hazai népesedés-

Elveszületések és halálozások alakulása 1900–1988 között



nek az 1981-től megkezdődött népességcsökkenési periódus. Az okok egy része nyilvánvalóan következik az utóbbi 20—30 év népességfejlődéséből. Jogosan feltételezhető azonban, hogy az okok egy másik része hosszabb távú összefüggésekre, a magyarországi demográfiai átalakulás egész lefolyására, annak sajátosságaira vezethető vissza.

Magyarországon 1876-tól 1986-ig a születéskor várható átlagos élettartam 28 évről 69 évre nőtt. Ezen belül jelentős különbség van a változás mértékében a nők javára. 1876—80-ban ez a különbség születéskor alig több mint 1 év volt, napjainkban viszont a különbség csaknem 8 évet tesz ki.

Az 1960-as évektől Magyarországon egy sajátos átmeneti szakasz alakult ki: fokozatosan szétvált a férfiak és a nők halandóságának tendenciája. A nőknél egy új halandósági korszakváltás kezdődött el, melyet most már az idősebb korosztályok továbbélési esélyeinek lényeges növekedése jellemez. A férfiaknál viszont a javuló tendencia megfordult, megállt az élettartam növekedése. Ez mind időtartamában, mind mértékében eléggé egyedülálló a fejlett országok körében (kivétel a Szovjetunió, ahol a férfiak és a nők közötti halandósági különbség még a mienknél is nagyobb). A következő 2—3 évtizedre azt feltételezzük, hogy a férfiak életkilátásai a jelenlegi 65 évről 69—73, a nőké 73 évről 75—77 évre emelkednek. Ez új halandósági korszakváltást jelentene Magyarországon. Az utóbbi három év adatai mintha alátámasztanák ezeket a feltevéseket. Hosszú idő után ismét csökkent a férfiak halandósága. A megfigyelési időszak rövidsége és a társadalmi-gazdasági--egészségügyi állapotok azonban rendkívül bizonytalanná teszik a folyamat további irányát.

A gyermekszám csökkenése a demográfiai átmenet keretében egyike a legvitatottabb kérdéseknek. A Magyarország mai területén élő népesség termékenységének színvonala kevesebb mint harmadára csökkent 1876-tól napjainkig. A termékenység viszonylag lassan kezdett változni, igazán jelentőssé a századforduló után vált, ami-

kortól egy visszafordíthatatlan csökkenési tendencia alakult ki. Ehhez jön hozzá még az I. világháború óta bekövetkezett szintzuhanás. A világháború alatti alacsony gyermekszámot a háború utáni időszakban csak részben pótolták és 1926—30 között a termékenység már csak fele volt a 4—5 évtizeddel korábbi értéknek. Ezután a csökkenés üteme lelassult, majd emelkedés után (1945—55) ismét zuhanásszerűen ért el az 1961—65 közötti, akkor világviszonylatban egyedülálló mélyponthoz. Ezzel a termékenység átmeneti szakasza lezárult; a következőkben már jelentős hullámzások mellett a stagnálás, illetve a további lassú csökkenés időszaka következett az egyszerű reprodukciónál alacsonyabb szinten.

Az 1986—2021 időszakra szóló népesség-előreszámítások — a demográfiai átmenet adta elméleti alapokból és a magyarországi népességfejlődés hosszú távú jellemzőiből kiindulva — három, karakterisztikusan eltérő termékenységi hipotézist tartalmaznak. Az alacsony változatban a termékenység tovább süllyed. A közepes változat egy köztes, mindkét irányú későbbi elmozdulást lehetővé tevő pályát vázol fel. A magas változatban a termékenység színvonala az egyszerű reprodukció szintjére emelkedik. A felsorolt irányok közül az alacsony változat jelenti az alaptendenciát, a többi pedig a hosszú távú tendencia megváltoztatását igényelné.

Nehezíti a jövőbeni gyermekszám alakulásának felvázolását, hogy az 1930-as évektől elindult a termékenységben egy olyan hullámzás, amely az egész későbbi időszakra kihat. Az 1931—45 közötti időszak legfontosabb jellemzője az a mélypont, amikor megáll a termékenység színvonalának süllyedése. A II. világháború után a termékenység emelkedni kezd és 1951—55 között viszonylag magas értéket ér el. Ez utóbbiban természetesen benne van e korszak ismert népesedéspolitikai intézkedéseinek a hatása is. Az adatokból egyértelműen nem következik, de talán megkockáztatható az a kijelentés, hogy az 1931—55 közötti fejlődésben potenciálisan benne volt egy ,,baby-boom" (,,bébi fellendülés") kialakulásának lehetősége, ahogy az a nyugat-európai országokban be is következett, de az adott körülmények közepette ez Magyarországon nem jött létre. Sőt, éppen ellenkezőleg: az 1960-as évekre termékenységi mélypont, hosszú távon pedig az alacsonyabb és magasabb termékenységi színvonalú időszakok váltakozása alakult ki, csökkenő átlagszint mellett. Napjaink csak bizonytalanul megválaszolható kérdése és egyben veszélye, hogy a következő évtizedben — a nyugat-európaihoz hasonló alacsony szinten — kialakul-e az ún. második gyermekszámcsökkenés Magyarországon is. Ez ugyanis a népesség csökkenésének jelentős gyorsulását vonná maga után.

A mai országterületen élő népesség 1881-ben 5,1 millió fő volt, 1981-ben pedig 10,7 millió fő, tehát 100 év alatt a népesség száma megkétszereződött; ez mérsékelt nagyságú népességszaporulatot jelent. Az országok zömében az átmenet eddigi időtartama alatt ennél nagyobb mértékű volt a népességgyarapodás.

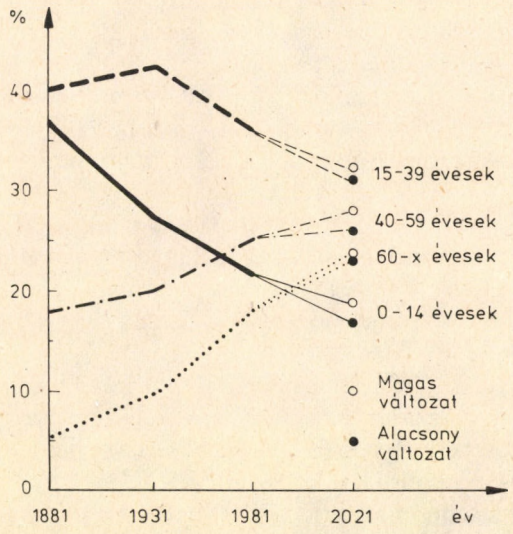
A népességszám alakulásában világosan felismerhető egy kezdeti gyorsabb, majd egy későbbi lassuló szakasz. Az 1881 és 1916 közötti 35 évben a növekedés már 50%-os, ugyanannyi, mint a következő 65 évben. Az ötévenkénti szaporulat a legnagyobb — 400 000 fő feletti — értéket 1886 és 1911, valamint 1951 és 1956 között mutatja. A tényleges szaporodás (amely magába foglalja a vándorlást is) 1981-ig két ízben, a két világháború alatt volt negatív. 1966-tól a szaporodás mértéke alacsony-

nyá vált, mígnem 1981-től hosszabb távra népességcsökkenési periódus kezdődött el. A népesség-előreszámítások szerint a csökkenés legalább 2021-ig folytatódik. Kivétel a magas változat, melyben a fogyás 1996 és 2001 között megáll. A 2021-re előrebecsült népességszámok az 1956 és 1981 közötti időszak szintjein vannak, tehát népességgyarapodást a csökkenés előtti, az 1981. évi 10,7 millió fős nagysághoz képest egyik változat sem feltételez.

A népesség korösszetételének alakulására kettősség jellemző: az öregedés, vagyis a népességarányok eltolódása az idősebb korcsoportok felé, valamint az egyes korcsoportok létszámának jelentős és újratermelődő hullámzásai.

1881-től 1981-ig a 0—14 évesek száma félmillióval, 25—26%-kal nőtt, tehát az össznépesség számának gyarapodásánál lényegesen kisebb mértékben. A munkaképes korúak, tehát a 15—59 évesek létszáma a népesség gyarapodásával azonos mértékben mintegy kétszeresére nőtt az elmúlt 100 évben. Az időskorúak (a 60 évesek és idősebbek) létszáma a népességszámnál lényegesen nagyobb ütemben nőtt. 1981-ben ötször annyi idős ember élt Magyarországon, mint 1881-ben a mai országterületen. A jövőben ez a növekedés minden előreszámítási változat szerint folytatódik. 2021-ben 6—6,5-szer annyi lesz az idős ember, mint 1881-ben, a demográfiai átmenet kezdetén volt.

Magyarország népességének korösszetétele
kiemelt korcsoportok szerint



Mindezekből kirajzolódik a magyarországi népességi helyzet kettős problematikája. Egyrészt a mai szituáció egy átalakulás utáni népességi dilemma: kialakultak a modern halandósági, termékenységi és strukturális viszonyok, és a továbbiakban alternatív fejlődési pályák lehetségesek attól függően, hogy az élettartam vagy a gyermekszám hogyan alakul. Másrészt a magyarországi szituáció kedvezőtlenebb,

mint más fejlett országokban: *belső demográfiai tartalékaink szűkösebbek, a népesség száma már ma is, az alacsonyabb fejlettségi szinten is csökken.* Ezért a modernizációs dilemma pozitív kezelése egyben nemzeti sorskérdés is.

Népesedéspolitika Magyarországon

A 20. század végén, a demográfiai átmenet befejező szakaszában, az európai kultúrkörben a spontán népességfejlődés egyre kevesebb országban biztosítja a népesség újratermelődését; a népességcsökkenés már az ezredforduló körül sok európai országra lesz jellemző. A magyarországi demográfiai fejlődés európai kultúrkörhöz tartozása, továbbá az 1980-as évek elejétől a magyar népességfejlődésben kialakult újabb kedvezőtlen fejlődési szakasz nyilvánvalóvá teszi, hogy az egyszerű reprodukció távlati elérése, a harmonikusabb demográfiai jövő megalapozása érdekében a következő évtizedekben a társadalompolitika szerves részeként folyamatos, hosszútávú népesedéspolitikát kell folytatni Magyarországon.

Az elmúlt négy évtized során Magyarországon három nagy népesedéspolitikai program került meghirdetésre (1952, 1973, 1984). Az 1945-től napjainkig terjedő időszak nemcsak történeti értelemben fontos. Következményei hosszú ideig érzékelhetők lesznek a demográfiai fejlődésben és hatásai még több évtizedig befolyásolják a magyar társadalom fejlődését és népesedési magatartását.

Miközben Magyarországon a II. világháború után folytatott népesedéspolitika hozzájárult a gyermekszámcsökkenés korlátozásához, a termékenységi színvonal stabilizálásához, hatásfoka elmaradt a demográfiai fejlődés adta potenciális lehetőségektől és számos nem kívánt mellékhatása volt. E korszak népesedéspolitikájának főbb jellemzői a következők:

— a népesedéspolitikában kifejeződő értékek nagyfokú instabilitása és cserélődése;

— a rövidebb távú politikai érdekek meghatározó szerepe, a politika irányváltásainak hatása a népesedéspolitikai aktivitásra, illetve annak megszüntetésére;

— a népesedéspolitika ciklikussága, folyamatosságának hiánya: rövid ideig tartó kampányszerű cselekvés, majd hosszabb szünetek a népesedéspolitika aktivitásában;

— a népesedéspolitika és a társadalompolitika közötti kölcsönös kapcsolatok nagyfokú hiánya, majd inkább csak deklaratív megjelenése;

— aszinkronitás a népesedéspolitikai cselekvés és a népesedési folyamatok alakulása között, a népesedéspolitika állandósult késedelmei.

Magyarország népesedését az utóbbi két évtizedben változatlanul a tartósan alacsony, tendenciájában lassan csökkenő termékenység, az élveszületések számának visszatérő ingadozása, a halandóság emelkedő alaptendenciája, a fiatal korosztályok házasodási arányának lassú csökkenése, a válások számának és arányának növekedése jellemzi.

Az 1980-as évek elejétől új vonása a népesedésnek, hogy a halandóság nemzetközi összehasonlításban kirívóan magas szintre emelkedett; megkezdődött a népesség

számának csökkenése; a házasság intézménye érdemi — demográfiailag és társadalmilag kedvezőtlen — átalakulás jeleit mutatja; a népesség öregedése a népességcsökkenés körülményei között folytatódik, és ez bonyolult gazdasági és társadalmi problémákat vet fel. A régebbi tendenciák folytatódása és a népesedés újabb vonásai együttesen azt eredményezik, hogy a magyar népesedésben az *1980-as évtized elejétől új népességfejlődési szakaszról kell beszélnünk.* Ennek lényege egyrészt az, hogy népesedésünknek nemcsak egy-egy jellemzője, hanem *minden alapvető folyamata kedvezőtlenül alakul,* másrészt az, hogy ez a helyzet várhatóan *csak több évtized távlatában változtatható meg,* végül pedig az, hogy e népesedési helyzet tartós stabilizálódása, esetleg további romlása érdemlegesen rontja Magyarország jövőbeni társadalmi-gazdasági fejlődésének demográfiai feltételeit és kereteit.

A demográfiai kutatások alapján az 1980-as évek végén megbízhatóan felvázolhatjuk népesedésünk jövőjének körvonalait az elkövetkezendő évtizedekre. Ha az 1980-as évtized második felére jellemző termékenységi és halandósági viszonyok stabilizálódnak, akkor *a népesség csökkenése a következő öt évtizedben folyamatos lesz,* mértéke az első két évtizedben lassú, majd ezt követően számottevőbb, és *a népesség száma 2001-ig kb. 200 000 fővel, 2021-ig 800—900 000 fővel csökken.* A népesség korösszetétele igen hosszú távon is kiegyenlítetlenül fog alakulni és egyúttal folyamatosan és jelentősen fog öregedni. A népességcsökkenés tartós és biztos megállítása és ezzel együtt kedvezőbb népességstruktúra elérése *csak a termékenység és a halandóság egyidejű javítása esetén lehetséges.*

Világosan kirajzolódnak tehát a következő évtizedek demográfiai jellemzői:

— a népességfejlődés reprodukciós tartalékainak teljes kimerülése 2000-ig,

— a korösszetétel kiegyenlítetlenségének fennmaradása,

— a népesség tartós és jelentős, az ezredforduló után felgyorsuló öregedése,

— végül, a népességszám viszonylag szűk határok közötti ingadozása az ezredfordulót közvetlenül követő évekig, majd a népességcsökkenés felgyorsulása az azt követő évtizedekben.

Az 1984-es új népesedéspolitikai program — amely támaszkodott a kutatási eredményekre — a negatív tendenciák megállítását, s az ezredforduló utáni két évtizedben kisebb népességnövekedés elérését tűzte ki célul. E nemzeti program végrehajtása 1985-ben megkezdődött, *1987-től azonban félbeszakadt.*

A kialakult válságos társadalmi-politikai helyzet és a romló gazdasági feltételek következtében *mind a politika, mind a közvélemény számára a népesedés és a népesedéspolitika ma és előreláthatóan még néhány évig sokkal kevésbé fontos, mint néhány évvel ezelőtt volt.* Ez az értékátrendeződés tükröződött a csecsemő és a gyermek cikkek nagyarányú áremeléseiben, továbbá abban is, hogy a gyermeknevelés érdemibb támogatását kirekesztették az 1987-ben kialakított adórendszerből.

Miután az 1980-as évtizedben nem sikerült a hosszabb ideje érvényesülő negatív tendenciákat érdemben korlátozni, különösen pedig alakulásukban fordulatot elérni, *lényegében elvesztettük azt a potenciális demográfiai lehetőséget, hogy a népességcsökkenést az ezredforduló körüli években tartósan megállítsuk,* hogy az ezredforduló utáni két évtizedben kisebb növekedést érhessünk el és létrejöhessenek a népességstruktúra kedvezőbbé válásának alapjai. Mindez azt is jelenti, hogy az

1980-as évek végére — részben az 1984-es népességpolitikai program félbeszakadásának, részben a romló gazdasági-társadalmi helyzetnek betudhatóan — az 1984-ben meghirdetett célkitűzésekkel ellentétes népesedési tendenciák bontakoztak ki. *Reális veszéllyé vált, hogy a népességfogyás távlatilag felgyorsul,* s hogy hosszabb távon a kedvezőtlenebbé váló népességstruktúra egyre inkább negatív népesedési tendenciákat fog gerjeszteni.

Mindezek alapján ma már adottnak tekinthető, hogy a magyar társadalom 2000 után a maitól összességében minőségileg kedvezőtlenebb demográfiai feltételek között fog fejlődni:

— a népesség kedvezőtlenebbé váló korstruktúrája a társadalom erőforrásainak a mainál nagyobb hányadát fogja lekötni;

— a népesség egyszerű reprodukciójának biztosításához egyre fokozódó erőforrásokat kell majd bevonni;

— a társadalmi és gazdasági fejlődés demográfiai forrásai és feltételei a korábbinál szűkebbek, minőségileg rosszabbak lesznek.

Figyelembe véve a koröszetétel időlegesen kedvező állapotát (azt, hogy szülőképes korba jutnak az 1970-es években született nagylétszámú korosztályok és legidősebb korba kerülnek az I. világháború alatt született kislétszámú generációk), a magyar népesedéspolitikának a termékenység területén az 1990-es évtizedben *van még lehetősége* a hosszabb távú népesedési folyamatok érdemi befolyásolására, *a kedvezőtlen tendenciák megfordítására.* Ezért a kedvezőbb népességfejlődés feltételeit a magyar társadalomnak *legkésőbb az 1990-es években lehet és kell megteremtenie.* A népesség korstruktúráját kedvezőtlenül érintő hatások elkerülése érdekében a jelentősebb népesedéspolitikai intézkedések *egyedül kívánatos időpontja is adott*: ezek legkésőbb az 1990—91-es években — az 1974—78 között született nagylétszámú korosztályok aktív, szülőképes korba lépése *előtt* — hathatnak úgy, hogy már korlátozzák az élveszületések számának csökkenését, később pedig nem váltanak majd ki új „születési csúcsot".

Egy jövőbeni hatékony nemzeti népesedéspolitikának sokkal szélesebb körűen kell figyelembe vennie a demográfiai mozgásokat (pl. a családok helyzetének alakulása, az öregedés, a vándorlás, a halálozások stb.), miközben építhet e téma sajátos politikai jelentőségére (integráló, konszenzusteremtő szerepére), hiszen a népesedés egyike a hagyományos nemzeti sorskérdéseknek.

Ugyanakkor tudomásul kell venni a realitásokat: azt, hogy a modernizációs folyamatok minden eddigi tapasztalat szerint kedvezőtlen népesedési hatásokkal járnak, továbbá, hogy a népesedéspolitika lehetőségei korlátozottak. A távlati stratégia kidolgozása során különösen nagy fontosságú, hogy *a népesedéspolitika a népesedési viszonyokból induljon ki*, és ne vágyakon, hanem racionális, tudományos alapokon nyugodjék.

A jövőbeni népesedéspolitika eredményességének nélkülözhetetlen feltétele bizonyos fokú *stabilitás* elérése a célokban és a népesedéspolitikát meghatározó értékekben, továbbá, hogy képes legyen *folyamatosan beépíteni és integrálni a népesedéspolitika céljait és eszközrendszerét a társadalompolitika egészébe.*

Hogyan alakult a születések száma és a családnagyság Magyarországon?

Kamarás Ferenc — Mészáros Árpád

A születések számának alakulása a népességmegújulás folyamatának alapvető fontosságú tényezője. Meghatározó szerepe van a népességfejlődés egészére: akár annak növekedését vagy csökkenését, akár a népesség korösszetételét tekintjük. Ha az elmúlt néhány évtized születési trendjét kívánjuk jellemezni, a többi európai országhoz hasonló általános vonások mellett sajátos magyar vonások is felfedezhetők.

Általános a családnagyság hosszú idő óta észlelt csökkenése és ebben nem különbözik számottevően a magyar helyzet a többi európai országétól. Sajátos viszont *a születések évenkénti számának ciklikusan visszatérő nagymértékű ingadozása*, továbbá hogy a megszületett és felnövekvő nemzedékek létszáma — néhány évtől eltekintve — már évtizedek óta nem éri el a szülői nemzedékek létszámát. Más szóval: *a termékenység* (a nők szülésgyakorisága, gyermekszáma) *színvonala immáron 30 éve elmarad a népesség egyszerű reprodukcióját biztosító szinttől.*

Kikényszerített gyermekszám-növekedés, majd csökkenő gyermekvállalási kedv

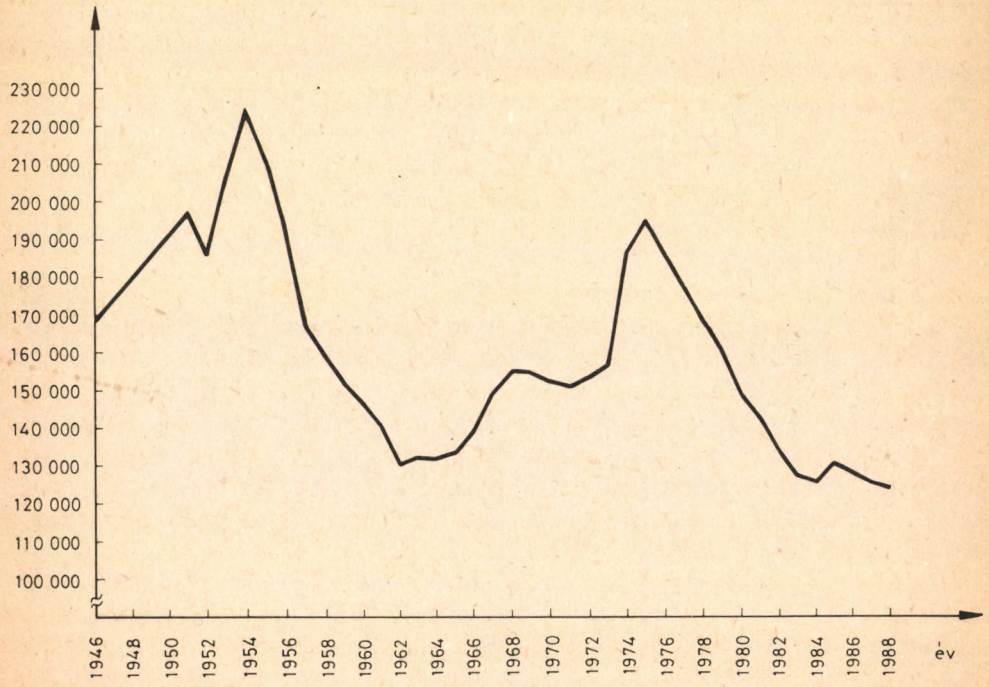
A II. világháborút nem követte a születésszám látványos emelkedése, mint az az I. világháborút követően észlelhető volt. Igaz, hogy a háborús években sem volt számottevő születéskiesés. Az 1950-es évek elején, amikor szigorú korlátokat vezettek be a művi vetélések engedélyezésénél, néhány évig gyorsan emelkedett a születések száma. Ezek az intézkedések adminisztratív, kényszerítő eszközökkel kísérelték meg befolyásolni a születések számát; néhány év után azonban feloldásra kerültek. Ekkor viszont mindenki számára lehetővé vált a születésszabályozásnak ez a módja, miközben a mai értelemben vett korszerű fogamzásgátló szerek még nem álltak rendelkezésre. Az 1950-es évek második felében megindult gyors születésszám-csökkenésnek részben ez a magyarázata. *De nem az oka. Hiszen a terhességmegszakítások alakalmazása maga is okozat: a gyermekvállalási kedv csökkenésének következménye.* Az igazi okok nagyon sokrétűek voltak.

Ezidőtájt ugyanis jelentős és gyors társadalmi-gazdasági változásoknak lehettünk tanúi és ezek mind hatással voltak a születések számára, a családok által kívánt gyermekszámra. A teljesség igénye nélkül csak megemlítjük, hogy a jelentős ipari fejlesztéssel egyidejűleg az eddig háztartásban otthon dolgozó nők jelentős tömegei váltak foglalkoztatottakká, vállaltak munkát, gyakran nem is a lakóhelyükön. Jelentős volt a népesség területi és társadalmi mobilitása, ami főleg a községekből a városokba, a mezőgazdaságból az iparba irányult. A nők munkába állása együtt járt képzettségi szintjük emelkedésével is, több időt kellett tölteniük tanulással, önképzéssel. Mindezekkel párhuzamosan változott a családok társadalmon belüli helyzete, a gyermekeknek pedig a családon belüli szerepe.

Erősen hullámzó születésszámok

Az 1960-as évek elejére Magyarországon egyedülállóan alacsony arányszám alakult ki: Miközben az európai országok többsége az ún. ,,baby-boom" (,,bébi fellendülés") időszakát élte, hazánkban 13 élveszületés jutott 1000 lakosra, ami nemcsak addigi történelmünk legalacsonyabb születési arányszáma volt, hanem világviszonylatban is a legkisebbnek számított. A felnövekvő generációk nagy létszámkülönbségeit jól jellemzi, hogy *1962-ben 100 000 fővel (42%-kal) kevesebb gyermek született, mint nyolc évvel korábban, 1954-ben.*

Az élveszületések száma Magyarországon 1946-1988 között



Az 1960-as évek második felétől — főleg a gyermekgondozási segély (GYES) bevezetésének köszönhetően — kismértékben emelkedett és 14—15 ezrelék körül ingadozott a születések aránya. Az 1973-ban meghirdetett és alapvetően ösztönző eszközökkel támogatott népesedéspolitikai intézkedések 1974—75-ben számottevő születésszám-emelkedést eredményeztek. A fiatal házas nők nagyobb számban szülték meg második, kisebb mértékben harmadik gyermeküket és rövidebb lett a gyermekek születése között eltelt idő. *Mivel az intézkedések főleg a 20 évvel korábban született nagyobb létszámú generációkra hatottak, lényegében megismétlődött az 1950-es évek közepénél észlelt születési hullám.* Az 1970-es évek közepétől kezdetben lassan, majd egyre gyorsabban csökkent a születések száma. 1984-ben mintegy 70 000 fővel (35%-kal) kevesebb gyermek született, mint 1975-ben, jelezvén ismét a fiatal generációk nagy létszámkülönbségét. *1984 újabb mélypontot jelentett a születések számában.* Ezer lakosra 11,8 élveszületés jutott, ami kevesebb volt, mint a 22 évvel korábbi mélypont idején. Ez európai viszonylatban is az alacsonyak közé tartozott, de az 1970-es évek elejétől megindult jelentős és tartós születésszám-csökkenés következtében ekkor már számos nyugat- és észak-európai országban alacsonyabb volt a születési arányszám, mint Magyarországon.

Hazai viszonylatban az okok között itt már meg kell említeni, hogy a születésszám visszaesésében nem kis szerepet játszott a születések szempontjából leginkább számottevő 20—24 éves korosztályok létszámának csökkenése. Az 1970-es évek közepéhez viszonyítva 1984-ben több mint 100 000-rel, 1987-ben pedig mintegy 150 000-rel voltak kevesebben. Emellett az 1970-es évek második felétől egyre nehezedő gazdasági körülmények nem tették lehetővé a kezdetben kétségtelenül ösztönző anyagi juttatások reálértékének fenntartását.

Tartós népességfogyásra kell számítani!

Az 1980-as évek elejére minőségileg új, korábban nem tapasztalt népesedési helyzet állt elő. *Megszűnt a népesség természetes szaporodása, megindult a népességszám tartósnak mutatkozó csökkenése.* (1981—1988 között mintegy 120 000 fővel, több mint 1%-kal csökkent a népesség lélekszáma.) Az okok között *nemcsak a születésszám csökkenése, hanem* a halandóság romlása és ennek következtében *a halálozások számának emelkedése is közrejátszott.* Emellett kedvezőtlenül befolyásolta népesedési helyzetünket a családok stabilitásának alakulása, a válások számának hosszú ideje tartó emelkedése és világviszonylatban is magas szinten való stagnálása. Ezzel párhuzamosan csökkent a házasságkötések száma, főleg a házasodási kedv visszaesése miatt, ami elsősorban az újraházasodásoknál mutatkozik meg. Más szóval: sokan válnak, de az elváltak közül a korábbiakhoz képest jóval kevesebben kötnek újra házasságot. Ez a népesség családi állapot szerinti megoszlására is kihat. A családok stabilitása, a házasodási szokások változása azért fontos népesedési kérdés, mert szoros kapcsolatban van a születések számával, de közvetetten hat a halandóságra is. A gyermekek döntő többsége jelenleg is házasságban élő szülőktől származik, bár kétségkívül emelkedik a házasságon kívül született gyermekek aránya is.

Az újabb hosszú távra szóló népesedéspolitikai koncepció meghirdetésére 1984-ben került sor. A határozat alapvető célként a népességcsökkenés folyamatának mérséklését, nagyobb távlatokban megállítását, majd egy kedvezőbbé váló népességösszetétel mellett a népességszaporodás elérését tűzte ki. E cél elérése érdekében egyenrangú feladatként jelölte meg a termékenység és a születésszám emelkedését, a halandósági viszonyok javítását és a család szerepének erősítését.

A születések számának szempontjából ezideig a legjelentősebb intézkedés a gyermekgondozási díj (GYED) bevezetése volt 1985 elején. Ekkor úgy tűnt, hogy megkezdődik a mélypontról történő kilábalás. 1985-ben ugyanis az előző évihez képest mintegy 5000-rel több gyermek született. A születésszám-emelkedés most nem a szülések előrehozatalából származott; ellenkezőleg: inkább arról volt szó, hogy korábban elhalasztott, de kívánt gyermekeket hoztak világra az anyák, kivárva gyermekük megszületésének kedvezőbb körülményeit.

A kedvezőnek tűnő folyamat 1986-ban nem folytatódott. Ismét csökkenni kezdett a születések száma és ez a folyamat mérsékelten ugyan, de 1987-ben és 1988-ban is tartott. Az elmúlt évi 124 ezres születésszám újabb mélypontot jelentett: az ezt megelőző 4 évvel korábbi legkisebb értéknél is alacsonyabb volt.

A terhesgondozáson először megjelentek száma alapján *1989-ben várhatóan tovább csökken a születések száma.*

A kívánt gyermekszám még a népességutánpótlást sem biztosítja

A legutóbbi családtervezési vizsgálatok arról tanúskodnak, hogy a fiatal házasok kedvezően fogadták az 1985-ben életbe lépett, a gyermekvállalási kedvet ösztönző intézkedéseket. Különösen a GYED bevezetése, illetve kiterjesztése, valamint a lakásépítkezésekkel kapcsolatos szociálpolitikai kedvezmények szélesítése váltott ki megelégedést. Mindemellett, a családnagyságra vonatkozó elképzelések, tehát a kívánt gyermekek átlagos száma nem emelkedett. Az 1986. évi családtervezési vizsgálat eredményei szerint 100 fiatal házaspár által kívánt gyermekek száma 207-ről 197-re csökkent a házasság első három évében. Ennek oka főként az, hogy a három gyermeket tervező családok egy része már csak kettő, a két gyermeket tervezők egy kisebb hányada csak egy gyermeket kívánt három évvel a házasságkötés után.

A fiatal házasok több mint egynegyede (28%) nyilatkozott úgy, hogy a gyermekvállalás feltételeinek további javulása esetén a jelenlegi terveinél nagyobb család megvalósítására is vállalkozna. Közöttük az átlagosnál magasabb a szellemi foglalkozású, a városokban lakó és a magasabb iskolai végzettségű nők aránya. Az ehhez szükségesnek ítélt feltételek között *a megfelelő lakás, a gyermeknevelés időbeli kötöttségeinek enyhítése* mellett nem jelentéktelen szerepet játszik *a gyermekgondozási díj további kiterjesztésének igénye* a gyermekek három éves koráig.

A GYED bevezetése főleg a szülőképes kor „idősebb" korosztályaira hatott. Ezt nemcsak az éves születési adatok támasztják alá, hanem a legutóbbi, 1987. év végén végzett családtervezési vizsgálat eredményei is. Ezek szerint a 13 éve házas — döntő többségükben 30—40 év közötti — nők kívánt gyermekszáma, ha kismértékben is,

de megemelkedett 1984—1987 között. Ez a mérsékelt emelkedés azonban nem tudja ellensúlyozni a fiatalabb generációk termékenységcsökkenését.

A családtervezési vizsgálatok alapján tényként kell megállapítani, hogy *az elmúlt évtizedekben nem sikerült közelebb jutni a reprodukcióhoz szükséges családonkénti gyermekszámhoz.* Jelenleg csak a háztartásbeli nők és a nyolc osztályt sem végzettek egyre csökkenő hányada kíván az egyszerű reprodukciót elérő családnagyságot; a többi társadalmi réteg kívánt gyermekszáma különböző mértékben, de messze elmarad ettől a szinttől. 1987-ben a megkérdezett családok átlagosan 2,13 gyermeket tartottak ideálisnak. *A saját családban kívánt és az ott ideálisnak tartott gyermekek száma az a terület, amit egy ösztönző eszközökkel működő népesedéspolitika megcélozhat.*

Az átlagos családnagyság emelkedéséhez arra lenne szükség, hogy a jelenleginél kevesebb családban szülessen csak egy gyermek és sokkal több családban három, vagy ennél több. E nélkül nem lehet érdemben javítani népesedési helyzetünkön és a népességszám csökkenését sem lehet hosszabb távon megállítani.

A jelenlegi családtervek és az ideálisnak tartott gyermekszámok tanúsága szerint is nagyon nehéz lesz elérni a népességutánpótlás biztosításához szükséges családonkénti átlagos gyermekszámot. A népesség egyszeri reprodukciójához családonként átlagosan 2,3 gyermeknek, vagy más szóval 100 családban 230 gyermeknek kellene születnie. Azért nem elegendő két gyermek egy családban, mert például nem minden nő köt házasságot és nem minden megszületett leánygyermek éri el a szülőképes kor kezdetét a csecsemő- és a gyermekhalandóság miatt.

Nem történnek reprodukciós számítások társadalmi rétegenként. Így az előbb említett 2,3 családonkénti gyermek is csak társadalmi átlagot jelent. Valószínű, hogy a kisebb halálozási arányú, a társadalmi hierarchia magasabb fokán álló társadalmi rétegeknél ennél kevesebb gyermek is elegendő lenne, a magasabb halálozási aránnyal rendelkezőknél pedig ennél több kellene. Ezt adatok hiányában pontosan nem tudjuk megmondani. Az viszont nyilvánvalónak látszik, hogy jelenleg nincs olyan súlyát tekintve valamennyire is számottevő társadalmi réteg, amelyik reprodukálná önmagát. A termékenység társadalmi különbségeit egyébként úgy is jellemezhetnénk, hogy az egyes társadalmi rétegek milyen mértékben maradnak el a vállalt gyermekek számát tekintve az egyszerű reprodukciós szinttől. Jelenleg a gond az, hogy *az egyszerű reprodukcióhoz szükséges gyermekszám még a kívánságok szintjén sem létezik*, a megvalósítás pedig általában még ettől is elmarad. A társadalmi mozgások pedig olyanok, hogy a reprodukciótól leginkább elmaradó társadalmi rétegek súlya növekszik. Mindezek hosszabb távon is fenntarthatják, sőt, fokozhatják reprodukciós gondjainkat, ami egy már folyamatban levő és tartósnak látszó népességcsökkenést jelent.

Házasságkötések és válások a '80-as évek Magyarországán

Csernák Józsefné

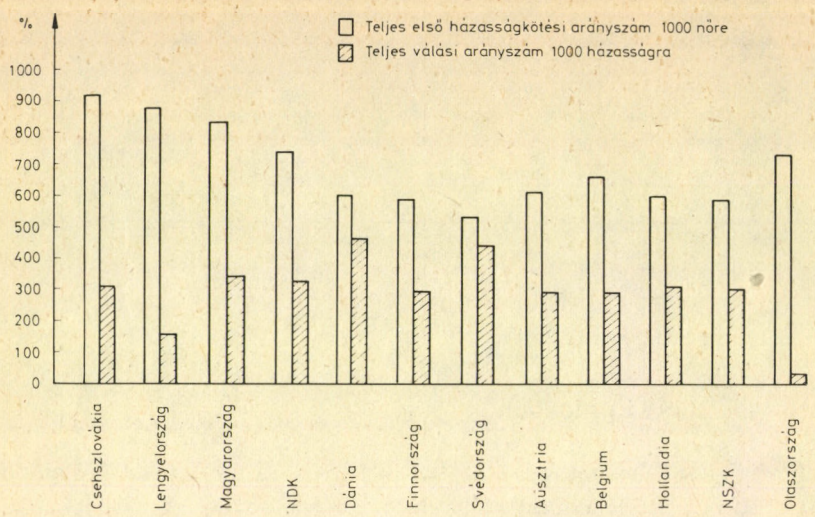
A házasságok sorsa Európában

Közel egy évtizede folyamatos és elsősorban a demográfusok részéről aggódó figyelem kíséri Európa-szerte a házasodási viszonyok alakulását. Az első jelzések Svédországból érkeztek. Itt az 1960-as évek második felében kezdődött meg a házasságkötések radikális csökkenése. A korábban igen magas házasodási arányszámok Észak- és Nyugat-Európa szinte valamennyi országában, kis időbeli eltéréssel hanyatlani kezdtek, és ma már végleg eltűnt az a szokás, amikor a népesség majdnem 100%-a megházasodik. Több demográfus becslése szerint, ha az 1980-as évek elejének házasodási arányszámai fennmaradnának, a házasságra lépők aránya alig haladná meg az 50—60%-ot.

A házasság iránt megnyilvánuló érdektelenségnek egyéb jelei is vannak. Az elmúlt másfél évtizedben rohamosan terjedt az élettársi kapcsolatok népszerűsége Európa számos országában. A skandináv országoktól, elsősorban Svédországtól eltekintve azonban, ahol a házasságkötés nélküli együttélésnek korábban is nagy hagyományai voltak, a gyermekek továbbra is házasságokban születnek. Így a házasodási kedv hanyatlása — népesedési szempontból — nagyon komoly változásokhoz vezetett.

A változást jelzi, hogy a megkötött házasságok sem tartósak. A házasságkötések látványos csökkenésével párhuzamosan az elmúlt években rendkívüli mértékben megnövekedett a válások aránya is. Az 1960-as években az európai országok többségében a házasságoknak még legfeljebb csak 8—10%-a végződött válással. Ennél magasabb, 15% körüli arányt csupán Észak-Európában és Kelet-Európa azon részein tapasztaltak, ahol a válások liberalizálása már korábban megkezdődött. Az 1980-as évek végén a válások aránya — néhány kivételtől eltekintve — 30% körül mozog és több országban már a 40%-ot is meghaladja. Azt lehet tehát mondani, hogy a fejlett ipari társadalmakban a válás a családi életciklus — egyre inkább végleges — befejezésének elfogadott módjává vált. Az 1970-es évek második felétől az újraházasodások sem tudják kiegyenlíteni a válások számának növekedését. Az elmúlt években az újraházasodások száma több országban gyorsan csökkent.

A házasságkötések és válások néhány mutatójának alakulása Európában 1986 körül



A házasságot és a családot érintő „sokkoló" hatású változások ismeretében a magyarországi népességgel foglalkozó demográfus számára is fontos kérdés, hogy tapasztalhatók-e hasonló tendenciák hazánkban is, és ha igen, akkor milyen változásokkal állunk szemben, mire számíthatunk a jövőben. A házasság és a család világának megváltozása ugyanis nem csak az egyéni élet kereteit és tartalmát érinti, hanem a társadalmi kapcsolatrendszer egészét, a társadalom és a népesség alakulásának távolabbi perspektíváit is befolyásolja.

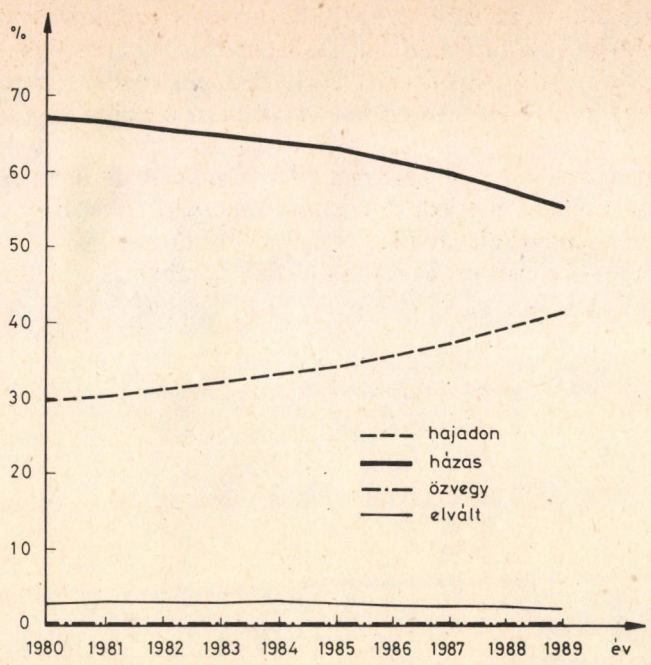
Csökkenő házasodási kedv

A *Demográfiai Évkönyv* szerint Magyarországon 1986-ban 72 434 házasságot kötöttek, 1987-ben már csak 66 082 házasság megkötésére került sor, amelynél kevesebb csak az I. világháború idején fordult elő.

A házasságkötések most már több mint egy évtizede tartó visszaesése az átlagos házasságkötési életkor növekedésével párosul. Jelenleg a férfiak átlagosan 28, a nők 25 éves korukban lépnek házasságra. Minthogy a házasulók között nagy számban fordulnak elő újraházasulók — több mint egyötödük ilyen—, a csak nőtlenekre és hajadonokra számított átlagos házasságkötési kor lényegesen alacsonyabb, de valamennyit emelkedett.

A házasodási kedv feltűnő hanyatlását jelzi az a számítás is, mely szerint ha az 1980-as évek második felének első-házasságkötési arányszámai állandósulnának, akkor a magyarországi népességben az életük végéig nőtlen, illetve hajadon családi állapotúak aránya egy korábban soha nem tapasztalt szintre emelkedne, és a férfiaknál elérné a 20, a nőknél pedig a 15—16%-ot.

A 20-24 éves nők aránya családi állapot szerint 1980-1989 között



Elmozdulás a múlt század végi házasodási szokásoktól?

A II. világháború utáni időszakban, egészen az 1980-as évek elejéig a magyar házasságkötések legfeltűnőbb vonása — ha úgy tetszik, ellentmondása—, hogy a népesség a társadalomban bekövetkezett nagyhorderejű változások közepette, függetlenül többek között a nők munkába állásától és az iskolai végzettség szintjében bekövetkezett emelkedéstől, egészen a legutóbbi évekig *megőrizte a múlt század végének házasodási szokásait*. Így például még az 1960-as évek elején született nők közül is több mint 40% 20 éves korának elérése előtt megházasodott és 25 éves korára már több mint 80%-uk legalább egyszer házasságot kötött.

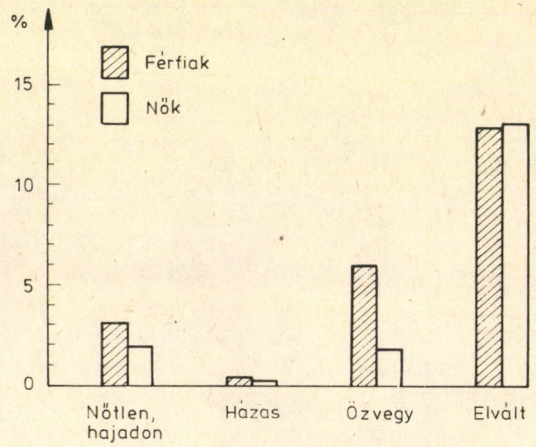
Vannak azonban bizonyos előjelei annak, hogy a jövőben esetleg módosulhatnak a házasodási szokások. Az 1960-as évek közepétől születettektől kezdve a házasságkötések halasztása figyelhető meg. Egy idősebb életkorra eltolódott házasodási sémára való áttérés önmagában is figyelmet érdemel, mivel hatásai megjelenhetnek a születendő gyermekek számában és a családösszetétel alakulásában is. A házasságkötések hanyatlásának hátterét vizsgálva valószínűsíthető, hogy elsősorban nem a házasság elutasításáról van szó, hanem inkább olyan kényszerhelyzetről, amelyben a fiatalokat rossz gazdasági helyzetük, a családalapítás feltételeinek megteremtésével járó nehézségek sokasodása tartja vissza a házasságkötéstől.

Házasság vagy élettársi kapcsolat?

A rendelkezésre álló — az 1984. évi Mikrocenzusból származó — adatok szerint az első házasságkötés előtt ritka az élettársi kapcsolat, bár arányában növekedés tapasztalható. Jelenleg azok, akik nem lépnek házasságra, rendszerint továbbra is szüleikkel élnek együtt és csak kevesen választhatják az élettársi kapcsolatot vagy az egyedülélést.

Ezzel szemben azok körében, akik már éltek házasságban, ezen belül is elsősorban az elváltak körében, elterjedt az élettársi kapcsolat. 1984-ben a 30 éven aluli elvált nők közel egyötöde élettársi kapcsolatban élt, de hasonló arányban találunk együttélőket a 30—49 éves elvált nők és férfiak körében is.

Az élettársi kapcsolatban élők aránya családi állapot szerint a megfelelő korúak százalékában 1984-ben



Az a tény, hogy az elváltak ma kevésbé tartják szükségesnek párkapcsolataik legalizálását, visszahat az újraházasodások alakulására is. *Az újraházasodások visszaesése* régóta tartó folyamat, de feltűnővé csak az elmúlt években vált. Az 1960-as években az elvált férfiaknak még háromnegyede, az elvált nőknek több mint kétharmada újraházasodott. Az 1980-as évek közepére mindkét nemnél egymáshoz közeli arányok alakultak ki: az elváltaknak mintegy fele kötött újabb házasságot.

Az elváltak újraházasodásaiban tapasztalható jelentős és tartósnak ígérkező visszaesés hátterében több tényező húzódik meg az élettársi kapcsolatok népszerűbbé válásán túlmenően is. Egy-két évtizeddel ezelőtt a válásra rendszerint akkor került sor, ha már az egyik vagy mindkét félnek volt partnere. Ma azonban, amikor a házas-

ság felbontása társadalmi méretekben elterjedt gyakorlat, a felek házasságon kívüli partnerkapcsolat hiányában is elválnak, ha úgy érzik, hogy házasságuk tarthatatlanná vált.

Folytonosan növekvő válási arány

Magyarországon 1987-ben 29 856 házasság ért véget a bíróságokon. Ezer fennálló házasságra 11,3 válás jutott, kétszer annyi, mint az 1950-es évek elején.

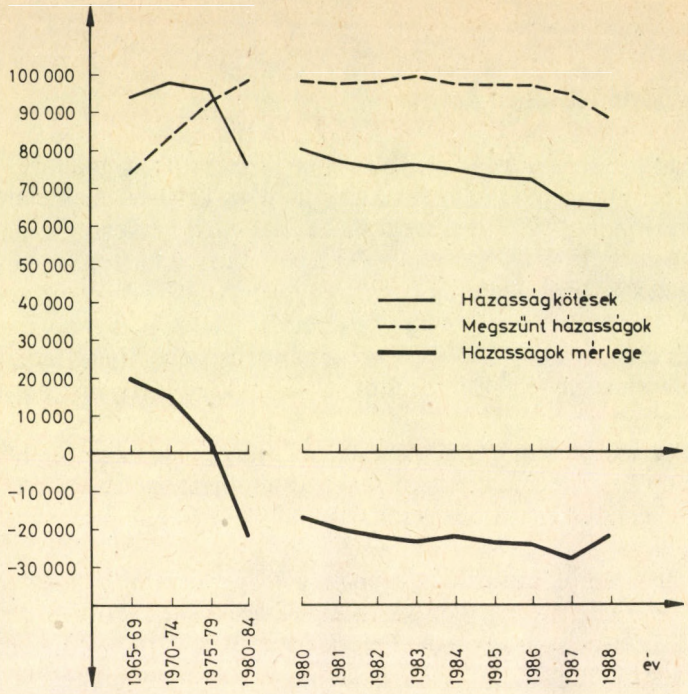
Magyarországon már 1952-ben megszűnt a házastársi vétkességre alapozott bontóok rendszere és azóta az ún. ,,komoly és alapos okra" alapozott, az ügy eldöntését a bíró mérlegelésére bízó bontójog van érvényben. Az 1974-ben hozott törvénymódosítás az ún. ,,megegyezéses" bontás bevezetésével tovább enyhítette a már korábban is liberális szabályozást. 1987-ben a Családjogi Törvény újabb módosítása bizonyos szigorítást vezetett be azzal az indokkal, hogy a felek vegyék jobban fontolóra bontási kérelmüket.

A válás jogának messzemenő elismerése a magyar jogban azzal jár, hogy a stabilitásukat végképp elvesztett házasságok rendszerint formálisan sem maradnak fenn, így a válások alakulásából a házasságok összetartó erejére, stabilitására is következtethetünk.

A válási arányszámok hosszútávú trendje a *házasságok felbontásának rohamos terjedését* mutatja Magyarországon a II. világháború után. 1960-ban még a házasságok egyötöde, 1970-ben egynegyede, az 1980-as évek közepén pedig már több mint egyharmada végződött válással. Ezen belül is a rövid időn belül bekövetkezett válások száma gyarapodott leginkább. Az 1980-as évek közepén a házasságok 11%-a 5 éven belül, 20%-a 10 éven belül válással ért véget.

A válást megelőző családi konfliktusok kialakulásához, a válás elhatározásához szükséges időt, valamint a peres eljárás időtartamát is figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy Magyarországon a házasságok már megkötésüket követően egészen rövid idő alatt olyan krízisbe jutnak, amelynek a megoldását a felek — a házasságok nagy és még mindig növekvő hányadában — kizárólag a házasság felbontásában látják.

A válások demográfiai és társadalmi következményei szempontjából sajnálatos és figyelemre méltó, hogy az elmúlt másfél évtizedben a válások jelentősen eltolódtak az olyan házasságok irányába, ahol gyermek is van. Habár a legnagyobb gyakorisággal még mindig a gyermektelen házasságok bomlanak fel és a több gyerek komoly visszatartó erő, a válási arányszámok emelkedése jelentős mind a két-, mind a sokgyermekes családoknál. 1970 és 1980 között például a kétgyermekes házasságok válási arányszáma 35%-kal, az öt- és többgyermekeseké másfélszeresére emelkedett. Ez utóbbi azt jelzi, hogy a válás mint a házassági konfliktusok megoldásának módja terjedőben van olyan magasabb gyermekszámú rétegekben is, amelyekben az korábban elképzelhetetlen volt.



A fő trendek

1980-ig a nőtlenek és a hajadonok arányának radikális csökkenése és az elváltak arányának gyors emelkedése volt jellemző. 1980 és 1985 között a házasok aránya csökkent, miközben tovább emelkedett az elváltak aránya.

A válás mára már szokásos módja lett a családi élet befejezésének, esetenként átmeneti megszakításának. Ugyanakkor az első házasságkötéssel keletkező hagyományos típusú családok mellett növekvő számban jönnek létre az újraházasodások révén olyan családok is, amelyekben korábbi házasságból származó gyermek/gyermekek is vannak. Az újraházasodásokkal létrejött családok elterjedését jelzi, hogy például 1985-ben az elvált férfiak háromnegyed részének, az elvált nők több mint felének már egy vagy több gyermeke volt a házasságkötés pillanatában.

Az újraházasodások száma csökken és ezzel párhuzamosan terjedőben vannak a család nem hagyományos formái (pl. élettársi kapcsolat, egyszülős család). De a gyermekek túlnyomó többsége ma még — és valószínűleg a belátható jövőben is — házasságon belül születik.

A válások arányának gyors emelkedése és az újraházasodások csökkenése együttes következményeként növekszik a két szülő egyikét nélkülöző családtípusban élők száma és aránya.

Az említett folyamatok és az első házasságkötések csökkenésének távlati lehetősége előrevetítik az egyedülállók és a részcsaládok számának további emelkedését. A jövőben is, bár lassú ütemben, folytatódik a családok és háztartások szétaprózódásának folyamata.

A házasodások és a válások ismertetett alakulása sok tekintetben visszafordíthatatlan társadalmi folyamatok következménye, amelyek a fejlett ipari társadalmak legtöbbjével számos hasonló vonást mutatnak. Ilyenek például az iparosodás, az urbanizáció általános hatásai, az iskolai végzettség emelkedése, a nők háztartáson kívül végzett munkájának általánossá válása, a születésszabályozás tömegméretű elterjedése, a válási jog liberalizálása stb. Ezzel együtt azonban a magyarországi népességnek sajátos vonásai is vannak, amelyek jelentősen különböznek a legtöbb európai ország mai szokásaitól. Ilyen az első házasságkötések alakulása: a rendkívül korai és közel teljes körű házasodás, amelyet a történelmi múlt örökségeként népességünk a legutóbbi időkig megőrzött. Ugyanakkor hasonlóság fedezhető fel a fejlett országok tendenciáival abban, hogy a házasságtól való tartózkodásnak Magyarországon is vannak jelei, bár ezek elsősorban a korábban már házasok körében és nem a fiatal, először házasulóknál találhatók meg. Ezek a sajátosságok közösen határozzák meg a házasság és a család jelenlegi helyzetét és jövőjét Magyarországon, s egyben jelzik a magyar házasodási viszonyok beilleszkedését az európai irányvonalba.

Népesség és öregedés

Hablicsek László

A népesség srtukturális jellemzőinek alakulása a modern társadalmak fontos kérdése. Hosszú történelmi időszakon át a népesség fejlődését, dinamizmusát egyértelműen a létszámhoz és a szaporulathoz kötötték, sőt, ezt tekintették a gazdaság szempontjából is elsődlegesnek. Ez a helyzet azonban megváltozott. A fejlett országok többségében a szaporulat radikálisan csökkent, miközben a struktúrában alapvető elmozdulások mentek végbe. Ilyenek: a nemek arányában, a területi elhelyezkedésben, a családi struktúrában, az iskolázottság-szakképzettségben, a foglalkozás szerinti összetételben bekövetkezett módosulások-átalakulások, hogy csak a demográfiához közvetlenebbül kapcsolódó területeket említsük. Mindezeknél is szembetűnőbb és az öntörvényű társadalmi mozgások egyik alapvonásaként értelmezhető a korösszetétel átalakulása. A népesség elöregedése olyan feltartóztathatatlanná vált és oly nagy mértékű, hogy a korábbi módon már nem kezelhető megfelelően; következésképp, teljesen új helyzetet teremt a társadalmak további fejlődése számára.

Az öregedés fogalmán demográfiai szempontból az idősek — szokás szerint a 60 évesek és idősebbek — népességen belüli arányának növekedését értik. A definíció egyszerű és konkrét, de a folyamat sokrétű és bonyolult. Az idősek arányának növekedése úgy valósul meg, hogy körülbelül 40 éves korig a részarány csökken, legnagyobb mértékben a fiatalkorúaknál, azon felül az arány nő, különösen a legidősebb életkorokban. Tehát az egész korstruktúra átalakul, ,,megnyúlik''.

Az öregedési folyamat három, esetleg négy egymástól élesen elkülöníthető szakaszra osztható fel. Ezek a szakaszok szoros kapcsolatban vannak *az élettartam növekedésével, a népesség reprodukciójának különböző típusaival*, általában *a modernizáció lépcsőfokaival*. Mivel azonban a demográfiai folyamatok és struktúrák hosszútávúak és alakulásukat igen nagyfokú tehetetlenségi erő befolyásolja, így nem esnek szükségképpen egybe a társadalomfejlődés szakaszaival: általában ezekhez képest időben elcsúszva jelennek meg.

A kiindulási, azaz az iparosodás előtti szakasz

Az iparosodás előtti társadalmakban a fennmaradás érdekében nagyon magas számú halálozás mellé nagyon magas számú élveszületés társult. Becslések szerint a 19. század első harmadában egy nő átlagosan 7 gyermeket szült élete során, miközben az újszülöttek egynegyede még csecsemőkorban, közel fele pedig ötéves koráig meghalt. Az átlagos gyerekszám a mai Magyarország területén még a múlt század utolsó harmadában is 5,5-6 között volt, miközben a várható élettartam mintegy 30 év volt. Ez a reprodukciós képlet a későbbi ipari fejlődés szempontjából ,,antiökonomikus" volt, mivel a nagyszámú ,,inputból" (újszülött) kevés ,,output" (felnőtt munkaerő) származott, a kiválasztódás pedig esetleges volt.

Magyarország népességének 1881. évi korösszetétele jól mutatja ennek a fázisnak jellegzetes jegyeit. A népesség igen fiatal, túlnyomó többséget képviselnek a 30-40 éven aluliak, az ,,érett" korban lévők aránya kicsi. Az idős embert tisztelet és megbecsülés övezi, mivel a hosszú élet kiváltságos jelenségnek tűnik, melynek során számottevő tapasztalat, tudás halmozódik fel.

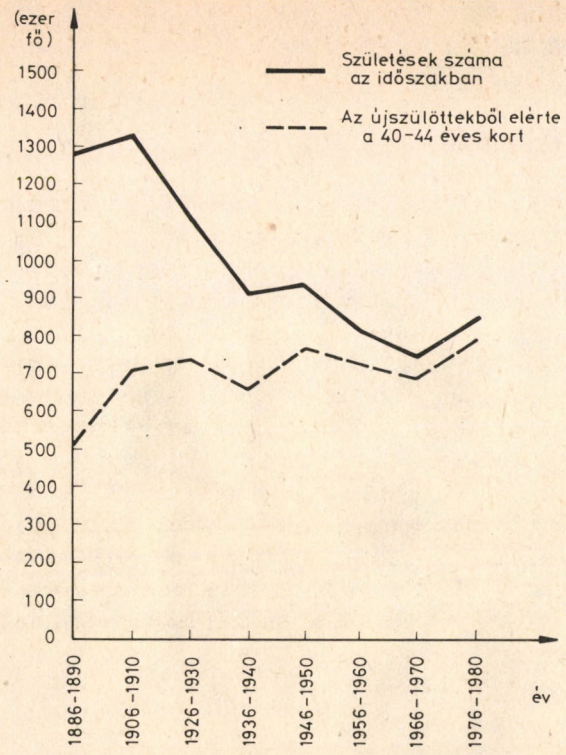
A közhiedelemmel ellentétben azonban az ilyen típusú korösszetétel önmagában nem dinamizáló hatású. Dinamikussá majd azáltal válik, hogy megkezdődik a halandóság és a termékenység — azaz az elhalálozások és a születések számának — csökkenése: a demográfiai átmenet.

Az átmeneti, vagyis a fejlődő ipari szakasz

A modern társadalmak kialakulását jellemző demográfiai változások a *demográfiai átmenet* elmélete keretében összegezhetők. Ez a folyamat a 19. század második felében indul el a ma fejlettnek nevezett régióban. Legfontosabb vonása, hogy *a születések és az elhalálozások száma történelmileg rövid idő alatt a korábbi magas értékről igen alacsony szintekre csökken*. A korábbi, inkább statikus reprodukciós egyensúlyt fokozatosan felváltja egy dinamikus, a gyorsan változó folyamatok között létrejövő egyensúly. Ennek az a lényege, hogy a népesség a születések számának csökkentésével ,,ellensúlyozza" az élettartam növekedését, vagy fordítva, de azzal az eredménnyel, hogy a felnőtt generációk létszáma nagyjából változatlan marad.

Ilyen egyensúly fokozatosan, általában népességrobbanás után alakul ki. A demográfiai robbanásra Magyarországon a 19. század végén került sor, ennek nagysága azonban igen mérsékelt volt. 1910 után viszont már radikális gyermekszámcsökkenés következett be, s így a két világháború között mégis egy sajátos átmeneti korösszetétel körvonalai alakultak ki. Az idősek aránya még alacsony, de a fiatalkorúak aránya az 50 évvel azelőtti, 1881. évinél már 20%-kal kisebb, miközben a *munkaképes korúak száma megnő*. Következésképp, csökken az eltartási arány, ami gazdasági értelemben is dinamizmust jelenthet. A dinamikus struktúrához még jelentős születésszám is társult ebben az időben.

Az egyes generációk létszáma születéskor és 40–44 éves korban Magyarországon



Érdemes megjegyezni, hogy az 1931. évi korösszetételben „túlsúlyosnak" mutatkozó 15—39 éves generáció lesz a 45 utáni „derékhad" és ugyanők képezik napjainkban a legidősebbek (a 70 éven felüliek) korosztályát.

A fejlett ipari szakasz

Ennek a szakasznak az a lényege, hogy lezajlott a születések és a halálozások csökkenésének első nagy időszaka. Miután az újszülöttek közel 80%-a idős korba jut, azon belül a leánygyermekek több mint 90%-a elél a szülési periódus végéig, a népesség utánpótlásához a korábbi 6—7 helyett valamivel több mint 2 gyermek is elegendő. Kialakul tehát egy új, „ökonomikus", a modern társadalomnak megfelelő reprodukciós típus. A korösszetétel idős, alapjában véve kiegyensúlyozott, vagyis megfelel az új halálozási viszonyoknak. Jól példázza ezt az 1981. évi magyarországi korösszetétel. A kiegyensúlyozottság lényege az, hogy a 60 éven aluliak minden 5 éves korcsoportjára csaknem azonos népességhányad jut (6—7%). Részletesebb bontásban persze az ingadozások jóval nagyobbak, miután a születésszám erősen hullámzott

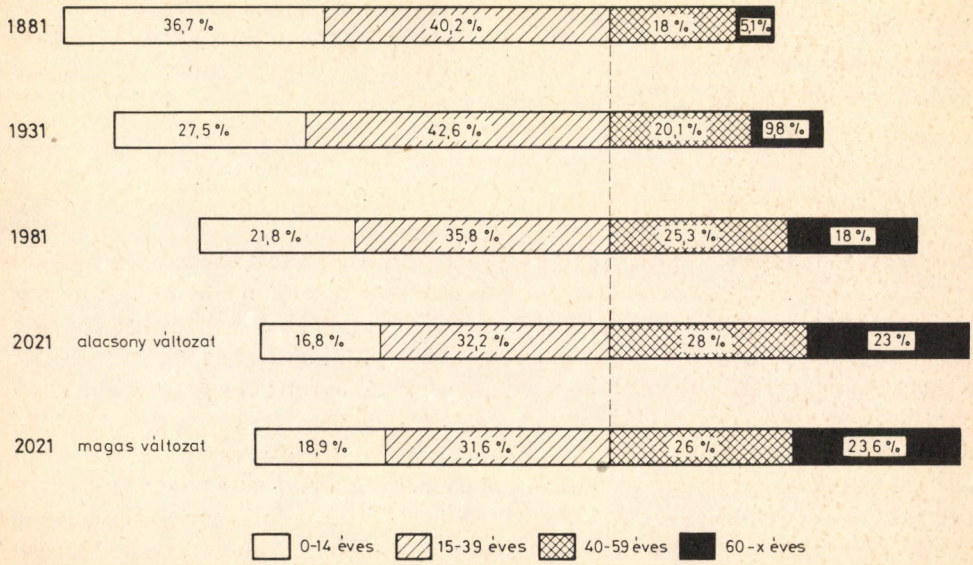
főként a második világháború után. Az öregedés folyamatának ez az egyensúlyi állapota mégis instabilnak mutatkozik. A legfejlettebb tőkés országokban az 1970—80-as években új halandósági korszakváltás kezdődött és ezzel párhuzamosan a gyermekszám kritikusan alacsony szintre csökkent.

Az iparosodás utáni szakasz

Ez a szakasz a 20. század végén kezdődik. A születéskor várható átlagos élettartam mára már elérte a 70 évet, s ha ez tovább nő és eléri a 80—90 évet, akkor az új helyzetet teremt. Ebben az esetben ugyanis az inaktív népesség *nem egyszerűen átstrukturálódik*, mint ahogy az a korábbi fázisokban történt, *hanem megnő* az aktív népességhez viszonyítva. Ez a folyamat a hagyományos rendszerekben már kezelhetetlen, mert az egyén élete során többet fogyasztana, mint amennyit megtermel.

Ez a szakasz is fokozatosan alakul ki, és úgy tűnik, hogy a társadalmi „vajúdás" periódusa már nehezen elkerülhető, ha még egyáltalán lehetséges. Demográfiai szempontból a legnagyobb veszélyek a gyermekszám tekintetében látszanak. A kialakult rendszerekben ugyanis „elvonási" lehetőség csak itt lehetséges, ami a születések számának esetleg drasztikus csökkenéséhez vezet. Ennek következményeként reprodukcióra képtelen (ún. urnaformájú, alul túl vékony) korpiramis jön létre, távlatban a népességszám radikális csökkenésével. Ilyen ma például a nyugat-európai országok helyzete és ilyen jellegű az alacsony népességelőreszámítási változat sze-

Magyarország népességének korösszetétele kiemelt korcsoportok szerint



rinti 2021. évi magyarországi korösszetétel is. Ha viszont a folyamat hazánkban kézben tartható, és az öregedés negyedik fázisára való felkészülés eredményes lesz a következő időszakban, akkor a *magas változathoz hasonló*, idősebb életkorban dinamizált, de alapjaiban kiegyensúlyozott struktúra alakulhat ki. Van még harmadik lehetőség is, amelynek megvalósulási esélye ma kicsinek tűnik, de nem elképzelhetetlen. Ez egy hosszabb születési hullámhegy, egy ,,baby-boom" kialakulása az ezredforduló környékén. Ez erős ciklikus mozgásokat váltana ki, továbbá az aktív életszakaszokra jutó terhelés hosszabb átmeneti időszakban lényegesen megnőne. Előnyei között a jövedelemtermelés fokozásának, az újraelosztási arányok megváltoztatásának kényszerét lehet említeni, de a társadalom reagálása erre a kényszerre rendkívül bizonytalan.

Az öregedés különböző fokozatainak elméleti képletei Magyarország pédájával jól illusztrálhatók. A magyarországi hosszú távú népességfejlődésben ugyanis ezek a fázisok nagyon markánsan, a hozzánk hasonló gazdasági fejlettségű országokhoz képest *időben előrehozottan, egyértelműbben* jelennek meg. Ilyen szempontból az öregedés magyarországi folyamata és mögötte az egész demográfiai fejlődés modellértékű. Alapvető nemzeti-társadalmi érdek, hogy a súlyossá vált demográfiai helyzet megoldása példaértékű is legyen.

Az öregedés problematikájára késve reagált a nemzetközi demográfia. A hazai kutatás azonnal kapcsolódott a témafelvetéshez, de még így is késésbe került a hazai népesedési helyzet alakulásához képest. Az öregedés intenzív kutatása az 1980-as évek elején bontakozott ki Magyarországon, de ma még túlságosan a demográfiára, azon belül túlzottan az idősek helyzetére koncentrálódik. Bár erre is szükség van, az öregedés problematikája mégis jóval összetettebb kérdés, amely az egész társadalmat alapjaiban érinti. Maguk az idősek is csak életkoruk szerint alkotnak homogén csoportot, minden más jellemző szerint helyzetük rendkívül differenciált.

Az adatok szerint az idősek arányának növekedése az ezredfordulóig mérsékelt lesz, az öregedés ,,lelassul", utána azonban a folyamat felgyorsul. Ezt az ingadozást elsősorban az okozza, hogy a következő időszakban jutnak egyre idősebb korba és lépnek ki fokozatosan a népességből az I. világháború alatt született kislétszámú korosztályok.

Az 1990-es éveket várhatóan az fogja jellemezni, hogy a korösszetétel *rövid időre* viszonylag kedvezően alakul. Megnövekszik az aktív népesség súlya, szinten marad az idős, csökken a fiatal népesség aránya.

Ez vissza nem térő lehetőséget kínál arra, hogy felkészüljünk az öregedés 2000 után várhatóan kibontakozó negyedik fázisára. Ez a fázis megköveteli a generációk közötti ,,szerződés" újrafogalmazását, jövedelemátcsoportosítások végrehajtását, az aktív élettartam növelését, új képzési, munka- és jövedelemviszonyok kialakítását, a termelői—fogyasztói életszakaszok mai merev elhatárolódásának feloldását.

A halálozási viszonyok néhány jellegzetessége Magyarországon

Józan Péter

A halandóság alapirányzata

A II. világháború befejezése óta eltelt néhány évtized a megbetegedési viszonyok szempontjából a tartós, degeneratív betegségek túlsúlyával jellemezhető. (Degeneratívnak nevezzük a sejtek és szövetek regresszív, strukturális változásával, az életműködések csökkenésével járó betegségeket.) Ez a valamivel több mint negyven év két, nagyjából azonos tartamú időszakra osztható: az 1945—1964 és az 1965—1987 között ívelő periódusokra. A hatvanas évek elejére a halandóság soha nem tapasztalt alacsony szintre süllyedt, a legutóbbi két évtizedben azonban a halálozási arány emelkedett.

A halálozási viszonyok változásának hátterében részben *demográfiai*, részben *gazdasági-társadalmi* jelenségek húzódnak meg. Az előbbiek szerepe viszonylag könnyen, az utóbbiaké rendkívül nehezen értelmezhető.

Az 1949—1964 közötti időszakban a születési (születéskor várható) élettartam 61,9 évről 69,4 évre nőtt. Ez mind a korábbi időszakokhoz képest, mind a II. világháború utáni újjáépítés periódusában más országokban tapasztalt erdeményekkel összehasonlítva kiemelkedően jó eredmény volt.

A születési élettartam nagy mértékű meghosszabbodása annak következménye volt, hogy minden életkorban, de különösen csecsemő—gyermekkorban és a 35 évnél fiatalabb felnőttek körében számottevően csökkent a halálozások gyakorisága. A csecsemőhalandóság az 1947. évi 106 ezrelékről 40 ezrelékre süllyedt. Abszolút mértékkel mérve ez volt a legjelentősebb javulás; relatíve néhány gyermek- és fiatal korcsoport halálozási viszonyai még ennél is kedvezőbben alakultak.

A kor szerinti halálozási arányok meredek süllyedése azzal magyarázható, hogy a fertőző betegségek által okozott halálozási gyakoriságok az 1947. évi szinthez képest 1964-re egynegyedükre csökkentek. Valójában azonban már az 1950-es évek közepére nagyobbrészt lejátszódtak azok a folyamatok, amelyek néhány kiemelkedően fontos halálok vonatkozásában a látványos javulást eredményezték.

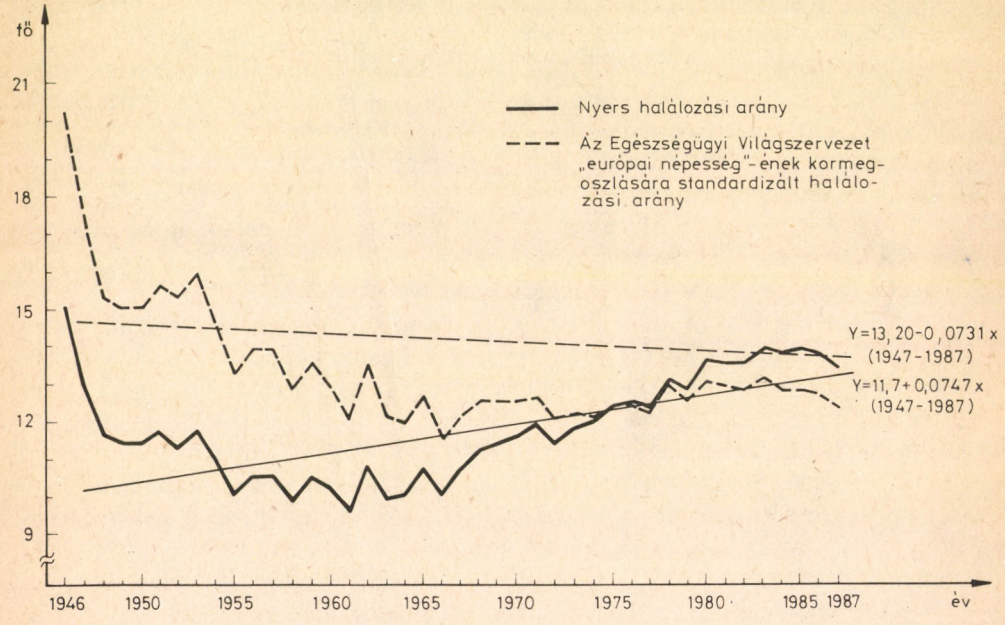
A II. világháború utáni két évtized a könnyen előhívható tartalékok időszaka volt, amennyiben viszonylag egyszerűnek tekinthető a háborús eseményekkel együttjáró

következmények felszámolása. Valószínű azonban, hogy Magyarország esetében ennél is nagyobb jelentőségű volt az a körülmény, hogy a táplálkozás javulásával, a közegészségi viszonyok jobbra fordulásával egyidőben érkeztek el hozzánk a megelőzésnek és gyógyításnak olyan hatékony módszerei, mint az új védőoltások és az antibiotikumok, amelyek az epidemiológiai fejlődésnek egyik legdinamikusabb időszakát eredményezték.

Megjegyzendő azonban, hogy már ezt az időszakot beárnyékolta a degeneratív és daganatos betegségekből származó halálozási gyakoriságok növekedése. Ezt a növekedést viszont a fertőző betegségek okozta halandóság csökkenése nemcsak kiegyenlítette, hanem meg is haladta. Ily módon a kedvezőtlen jelenségek egyelőre rejtve maradtak.

Az 1960-as évek közepén kezdődött hazánkban a halandóság emelkedő irányzata. A halálozási arány emelkedésének mintegy 77%-a írható a népesség öregedésének terhére, míg 23%-a a kor szerinti halálozások növekvő gyakoriságának következménye.

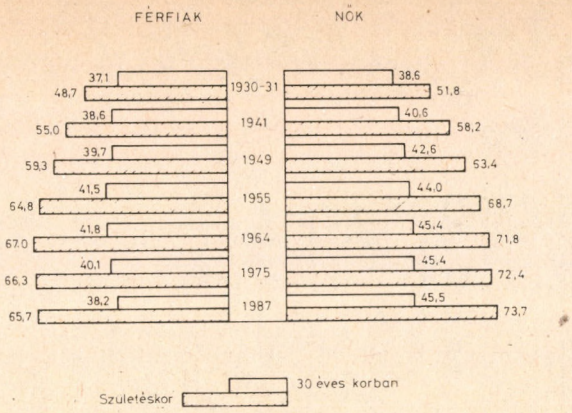
A halandóság évi változásai és alapirányzata Magyarországon 1946-1987 között (1000 lakosra)



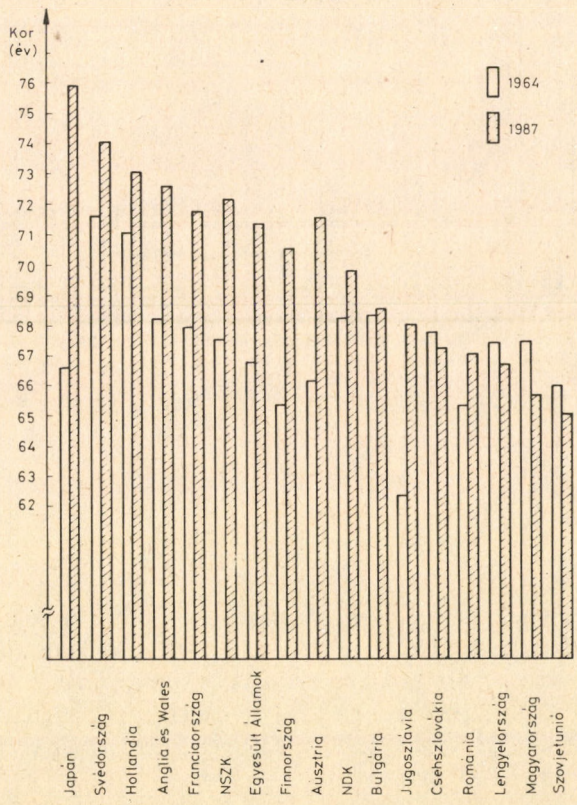
A halálozási viszonyok rosszabbodása a születési élettartam alakulásában megkésve tükröződött. Ez részben azzal magyarázható, hogy miközben a férfiak születési élettartama alacsonyabb lett, a nőké, ha csökkenő mértékben is, de mindvégig emelkedett, illetve a legutóbbi néhány évben stagnált.

1987-ben a születési élettartam 69,6 év volt Magyarországon (a férfiaké 65,7 év, a nőké 73,7 év).

A születéskor és a harmincéves korban még várható átlagos élettartam Magyarországon, 1930/1931–1987

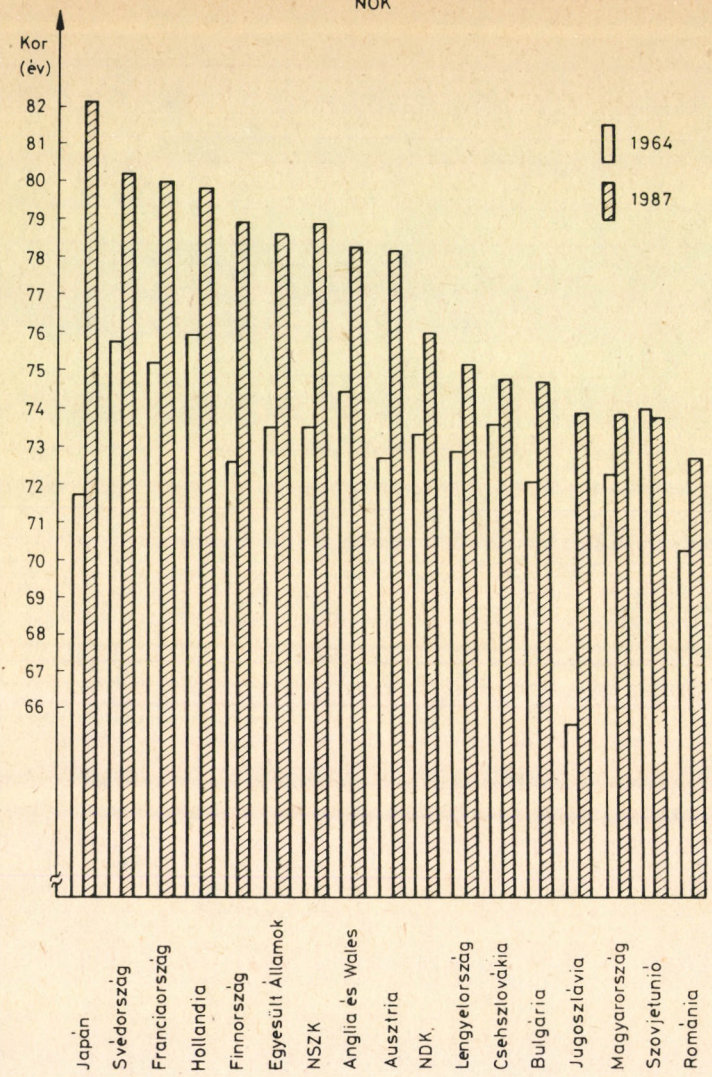


A születéskor várható élettartam néhány ipari országban 1964 és 1987 körül



A születéskor várható élettartam néhány ipari országban 1964 és 1987 körül

NŐK



A felnőtt népesség halálozási viszonyainak rosszabbodását kifejező, *30 éves korban még várható élettartam a férfiak esetében* 3,5 évvel csökkent 1964—1987 között és *jelenleg az 1930-as évek értékéhez hasonló.* A nők körében a 30 éves korban még várható élettartam alig észrevehető mértékben emelkedett a fenti időszakban: az emelkedés mindössze 0,1 év volt. (1987-ben a 30 éves korban még várható élettartam: férfiaknál 38,2; nőknél 45,5 év.)

A kor szerinti halandóság alakulása

A csecsemők, a gyermekek és a 30 évnél fiatalabb felnőttek halandósága számottevően javult a legutóbbi két évtizedben is. A viszonylag magas csecsemőhalandóság nagyobbrészt a koraszülöttséggel összefüggő problémává redukálódott. 1987-ben a csecsemőhalandóság 17,3 ezrelék volt. Iskoláskorban a halálozási arány olyan alacsony, hogy úgy is fogalmazhatunk: ebben az életkorban a halálozás lényegében esetlegessé vált.

Csecsemőhalandóság a fejlett egészségi kultúrájú ipari országokban 1964-ben és 1987-ben

A 30 évnél idősebb férfi népesség halandósága minden ötéves korcsoportban emelkedett 1964—1987 között. *A 40—44, illetve a 45—49 éves férfiak körében a halálozási arány 90, illetve 99%-kal nőtt.*

1964—1987 között a nők kor szerinti halandósága a 30—64 éves korcsoportban emelkedett, a többiben csökkent. A halálozási viszonyok rosszabbodása a középkorú női népességben sokkal mérsékeltebb, mint az azonos korú férfiaknál. *A halálozási arány emelkedésének maximuma a 40—44 és az 50—54 éves nők körében található: 60, illetve 40%.*

1987-ben 15 300 halálozás — az összhalálozás 10,7%-a — a halálozási viszonyok tényleges rosszabbodásának következménye volt. Ezt az idézte elő, hogy egyes kor szerinti halálozási arányszámok jelentősen romlottak az 1960-as évek első feléhez képest.

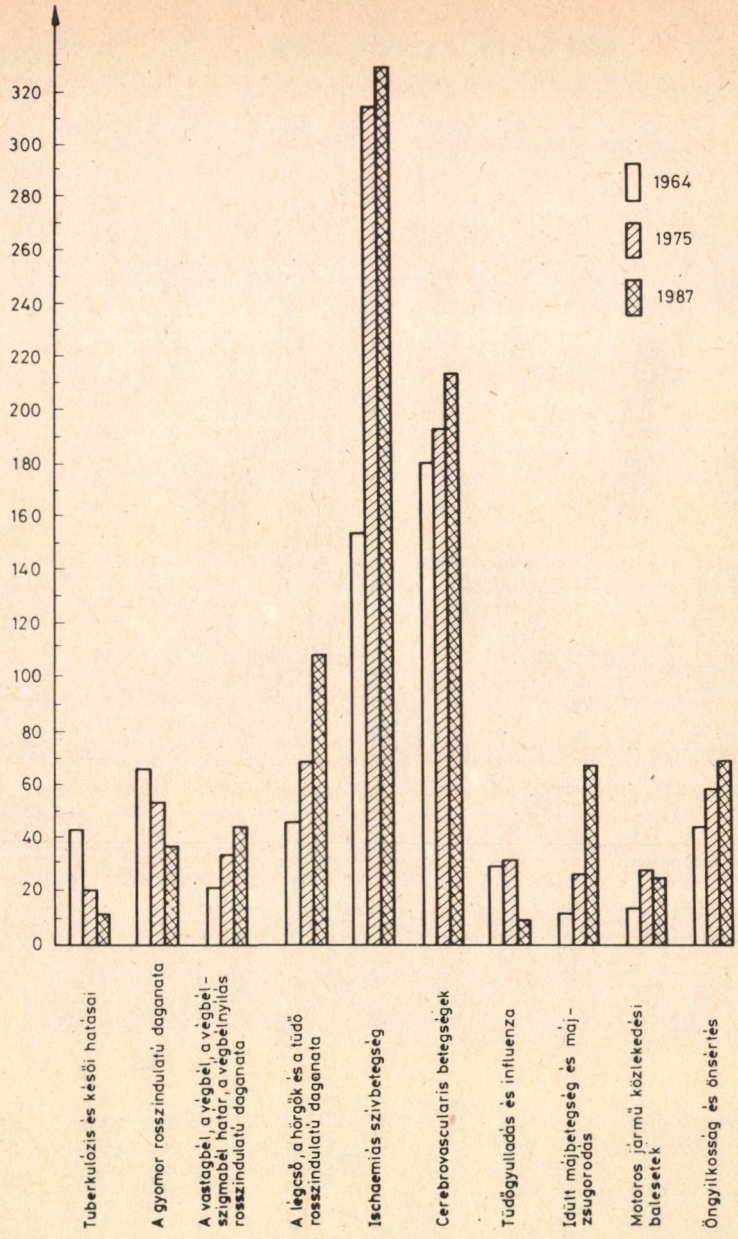
Halandóság halálokok szerint

1987-ben minden ötödik férfi szívkoszorúér-betegségben halt meg. Halálozási gyakoriságukat tekintve az agyérbetegségek, a tüdőrák, az öngyilkosság és a májzsugorodás a további sorrend.

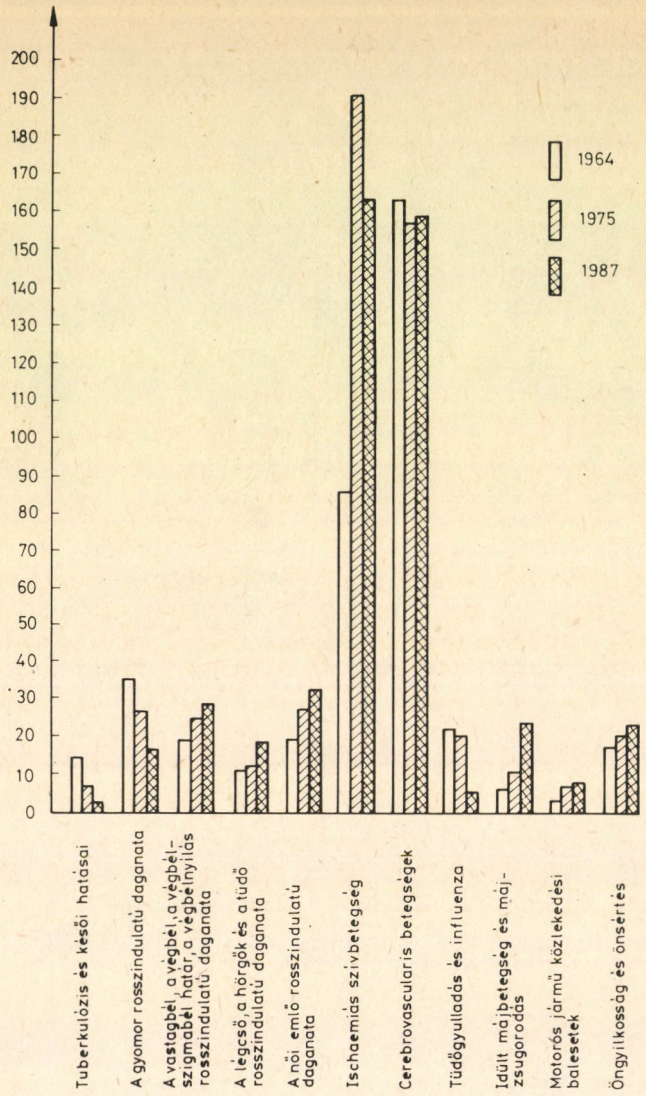
A férfi halandóság 1964—1987 között megfigyelhető növekedésének körülbelül a fele magyarázható a szívkoszorúér betegségeinek és az agyérbetegségeknek tulajdonítható nagyobb halálozási gyakorisággal. *A májzsugorodás és a tüdőrák okozta halandóság drámai módon nőtt:* az előbbi több mint ötszörösére, az utóbbi több mint kétszeresére. Az öngyilkosság okozta halandóság emelkedése is meghaladja a 60%-ot.

A nők halandóságában az agyérbetegségek és a szívkoszorúér-betegségeknek közel azonos viszonylagos súlya van: mindkettő az összhalálozás 18—18%-át adta 1987-ben. Ezek után sorrendben az emlőrák, a májzsugorodás és az öngyilkosság következik. 1964—1987 között a májzsugorodásból származó halandóság 4,2-szeresére, a motoros jármű közlekedési balesetek okozta halálozási arány 2,3-szeresére, az emlőrák és a tüdőrák halálozási rátája 103, illetve 112%-kal emelkedett.

Néhány kiemelt halálok halálozási gyakorisága 1964-1987 között
(100 000 főtira jutó halálozás)



Néhány kiemelt halálok halálozási gyakorisága 1964-1987 között
(100 000 főre jutó halálozás)



Epidemiológiai korszakváltás

A legutóbbi két évtizedben a megbetegedési és halálozási viszonyokban végbement változások hatására az ipari országok két csoportja alakult ki. A két csoport közötti különbség a halandóság szintjét tekintve — a dolgok természeténél fogva — mennyiségi. Valójában azonban *ez a mennyiségi különbség minőségi különbséget fejez ki.*

Az 1960-as évek közepén az epidemiológiai fejlődés új korszaka kezdődött el a legfejlettebb ipari országokban. Az új korszak bizonyos mértékig váratlanul köszöntött be. Egy negyedszázaddal ezelőtt még a szakemberek is úgy vélekedtek, hogy a növekvő anyagi jólét belátható időn belül már nem jár majd a halálozási viszonyok javulásával, hiszen a halandóság nívóját meghatározó betegségek bizonyos mértékig a (mindig) viszonylagos jólét betegségei, úgymond: civilizációs betegségek. Az összhalálozás mintegy felét kitevő szív- és érrendszeri megbetegedéseket sorolták elsősorban ide, de például a cukorbetegség és számos rosszindulatú daganatos megbetegedés is ebbe a csoportba került.

Éppen a leggazdagabb országokban voltak magasak, illetve mutattak emelkedő alapirányzatot az ilyen betegségeknek tulajdonítható halálozások. Főleg a szívkoszorúér betegségei okozta halálozások növekvő gyakorisága váltott ki aggodalmat, elsősorban az Egyesült Államokban.

A kutatások azután tisztázták, hogy a növekvő jólét, mint olyan, nem „oka" a szervezet elhasználódásából származó betegségeknek, illetve az ezek által okozott magas halandóságnak. Az okok a legtöbb esetben jól meghatározhatók. Ezek: a helytelen táplálkozás, amely főleg a koleszterinben gazdag és rostban szegény élelmiszerek fogyasztását jelenti, a testmozgás hiánya, illetve e kettőből eredeztethető túlsúly és a dohányzás. (A feszültséggel járó helyzetek halmozódásának kóroki relevanciáját illetően megoszlanak a vélemények.) Általánosan elfogadott azonban az a vélekedés, miszerint az elhanyagolt vagy rosszul kezelt magas vérnyomásnak a halandóság aktuális szintjében kiemelkedő jelentősége van.

Az ok-okozati kapcsolatok megállapítása után szinte az egész társadalmat érintő erőfeszítések történtek az egészséges életmód elterjesztése és az adekvát gyógyító—megelőző orvosi tevékenység alkalmazása érdekében. Az életmód megváltozása, továbbá a rendkívül költséges egészség- és szociálpolitikai intézkedések következtében az ipari országok többségében a szervezet elhasználódásából származó betegségek tünetei később jelentkeznek és a kóros folyamatok később vezetnek halálhoz, mint egy negyedszázaddal ezelőtt. *Az emberiség történetében először javultak meg az öreg emberek életesélyei.* Mindezek eredményeképpen a várható élettartam az országoknak ebben a csoportjában az 1980-as évek derekán elérte a 75—77 évet.

Az idült, nem fertőző betegségek epidemiológiai korszaka fokozatosan átalakul a *késleltetett,* idült, nem fertőző betegségek epidemiológiai korszakává. A megbetegedési és halálozási viszonyok strukturálisan a két korszakban lényegében azonosak, a kor- és okspecifikus halálozási arányok azonban az előbbi korszakban viszonylag magasak, az utóbbiban alacsonyabbak. Ennek megfelelően a különböző életkorokban várható élettartamok meghosszabbodnak.

Az európai szocialista országokban — a Német Demokratikus Köztársaság kivételével — és a Szovjetunióban késve, vagy egyáltalán nem válaszoltak arra a kihívásra, amit az idült degeneratív betegségek epidemiológiai korszaka jelent. Ezekben az országokban nincsenek meg az egészséges táplálkozás feltételei részben a mezőgazdaság elhanyagolása miatt (e tekintetben Magyarország kivétel), részben annak következtében, hogy a puha, nem konvertibilis nemzeti valuták nem teszik lehetővé a friss zöldség és gyümölcs (kielégítő mennyiségű) importját télen és tavasszal, amidőn erre az égövi sajátosságok miatt természetszerűleg szükség lenne.

Az is valószínűsíthető, hogy ezekben az országokban a mértéktelen alkoholfogyasztás a népesség bizonyos rétegeiben, csoportjaiban sokkal nagyobb mértékben befolyásolja a halandóság szintjét, mint a legtöbb nyugati országban.

Végül, de nem utolsósorban az infrastruktúra és ezen belül az egészségügyi ágazat fokozódó elmaradottsága szintén kedvezőtlenül hat a halandóság alakulására.

Mindezek következtében az 1980-as évek derekán a *szocialista országokban a tartós, degeneratív betegségek tünetei az életút korábbi szakaszában jelentkeznek és a kóros folyamatok fiatalabb életkorban vezetnek halálhoz,* mint az 1960-as évek elején. Magyarország még ebben a csoportban is kedvezőtlen pozícióban van. *A születéskor várható élettartam csökkent és a további fejlődés szempontjából kritikus 70 év alatt van.*

Hazánk népességének halandósága — azonos kormegoszlást feltételezve — közel 2%-kal nagyobb, mint a hasonló helyzetben levő Csehszlovákiáé. Szintén azonos kormegoszlást feltételezve, Magyarország népességének halandósága mintegy 43, illetve közel 63%-kal volt magasabb 1987-ben, mint Ausztria, illetve Svédország népességéé.

Kardiovaszkuláris betegségek és a társadalmi környezet

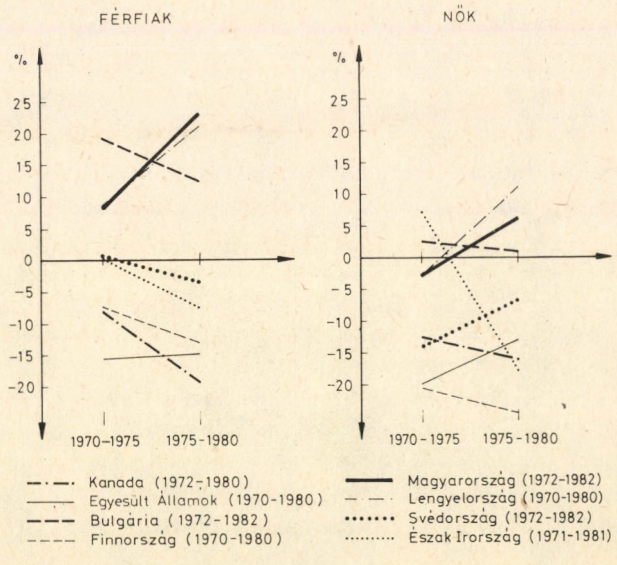
Duba Jenő — Makara Péter

A keringési betegségek „élretörése"

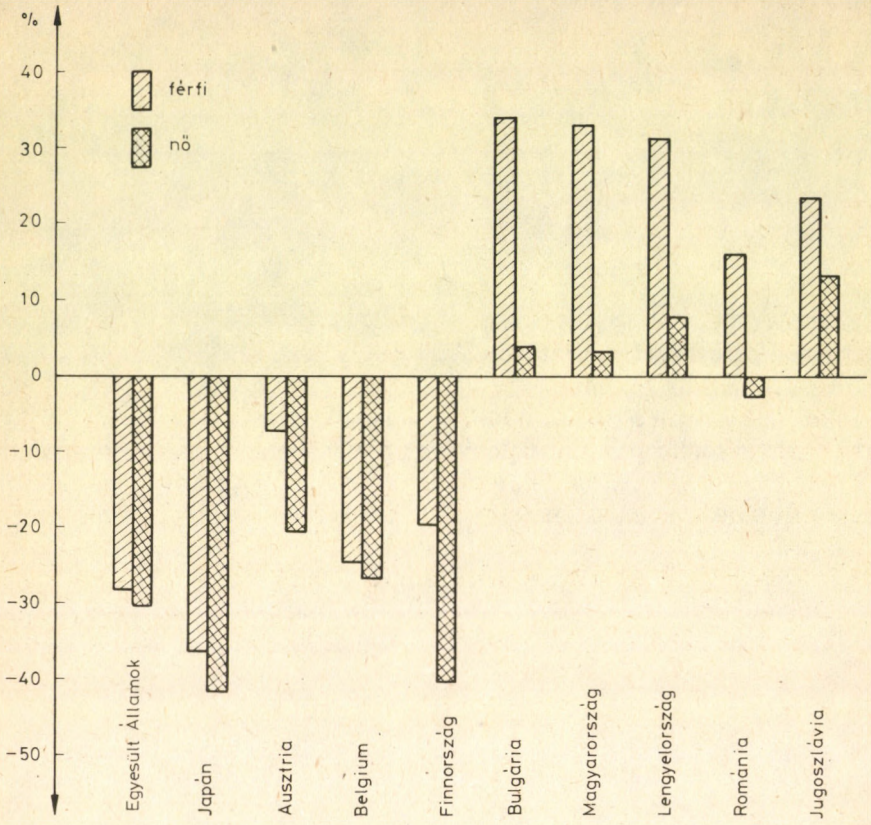
A halálozási szerkezet a 20. század folyamán gyökeresen megváltozott a fejlett országokban és hazánkban is. Ennek lényege a fertőző betegségek halálozási arányainak jelentős csökkenése, a kardiovaszkuláris (szív- és érrendszeri, azaz keringési) betegségek, a rák, valamint a balesetek következtében beállott halál nagymértékű emelkedése.

A keringési betegségek első helyre kerültek a halálokok között. 1987-ben Magyarországon a keringési rendszer okozta halálozás az összes halálozás 53 %-át tette ki. A hatvanas évek közepéig — bár eltérő intenzitással — az emelkedés minden

Kardiovaszkuláris betegségek korkiegyenlített halálozásának változása százalékban a 40-69 éves korcsoportban



Kardiovaszkuláris betegségek korkiegyenlített halálozásának változása százalékban 1970-1982 között a 40-69 éves korcsoportban



országra jellemző volt. A fenti időponttól a halálozási trendekben egyes országokban (pl. Finnországban, Kanadában, USA-ban) csökkenés, illetve (pl. Észak-Írországban, Svédországban) stagnálás következett be, míg másokban (pl. Bulgária, Lengyelország) megmaradt az emelkedés. Hazánk az utóbbi csoportba tartozik. *1972—82 között a 40—69 éves férfiaknál a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozás 33,0%-kal emelkedett* és ami még aggasztóbb: *az emelkedés üteme 1978 és 1982 között erőteljesen felgyorsult:* 8,0%-ról 23,2%-ra.

A halálozási és megbetegedési arányok alakulása a század közepén ráirányította a figyelmet a keringési betegségek és ezen belül is elsősorban az érelmeszesedés eredetű szív- és érbetegségek kóroktanának kutatására. Ez rengeteg értékes részeredményt hozott, mindebből azonban csak egyetlen általános érvényű következtetést lehetett levonni: hogy az érelmeszesedés több okra vezethető vissza.

Miután a klasszikus kutatási módszerek nem vezettek kielégítő eredményre, egy olyan kutatási módszert: az epidemiológiát kezdték alkalmazni a keringési betegségek kóroktanának vizsgálatára, amelyet korábban csak a fertőző betegségek gyakoriságával és terjedési módjával kapcsolatos kutatások terén használtak. (Az epidemiológia a népesség körében előforduló betegségek megoszlását, valamint e betegségek kialakulását befolyásoló tényezőket vizsgálja.)

E vizsgálatok a rizikófaktorok (veszélyeztető, kockázati tényezők) feltárásával, előrejelző jelentőségük kimutatásával egyben a preventív (megelőző) kardiológia alapjait is lefektették.

Az egyes rizikófaktorok (pl. táplálkozás, munkakörülmények) jelentősége igen eltérő a különböző történelmi, társadalmi, gazdasági és kulturális feltételrendszerekben. Ennek felismerése vezetett ahhoz, hogy a kutatásokat ki kell terjeszteni a rizikófaktorokat létrehozó, illetve módosító körülmények megismerésére is.

Az Országos Kardiológiai Intézet irányításával — széles körű együttműködés keretében — 1980 óta kiterjedt vizsgálat folyik, amelynek célja azoknak a gazdasági, társadalmi és pszichés körülményeknek a feltárása, amelyek szerepet játszanak a szív- és érrendszeri betegségek gyakoribbá válásában. E kutatás egyben adatbázisként szolgál az Egészségügyi Világszervezet irányítása mellett 27 országban folyó ún. MONICA programnak, amely a megbetegedések és halálozás trendjeit hasonlítja össze az egyes résztvevő országokban, és körvonalazza az eltérések okait. Vizsgálatunk terepe Budapest három kerülete, Pécs városa és egy baranyai falusi terület volt. Az itt leírt következtetések általában ennek a vizsgálatnak az adataira épülnek.

Komplex megközelítésre van szükség

Nem könnyű feladat tisztázni azoknak a történelmi, gazdasági, társadalmi és kulturális tényezőknek a körét, amelyek a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulását befolyásolják. A világszerte folytatott tudományos kutatások nem vezettek közmegegyezésre e téren. Sőt, az egyes megközelítési módokkal szemben jogos kritikai érveket soroltak fel, anélkül azonban, hogy új elméleti keretek alakultak volna ki.

Hazánkban a hatvanas évek elejétől létrejött új epidemiológiai helyzet, a szív- és érrendszeri halálozási adatok egyre kedvezőtlenebb alakulása — egyébként fejlődő kardiológiai ellátási színvonal mellett — felvetette egy komplexebb magyarázat igényét. Ideig-óráig ugyan még lehetett a tényeket semmisnek venni, takargatni, vagy átmeneti epizódnak tekinteni, de a hatvanas évek végétől először a kardiológiában, majd a társadalomtudományokban már megindult a szív- és érrendszeri megbetegedések tömegessé válásának okfeltáró kutatása. E vizsgálatok leggyakrabban epidemiológiai szempontból elemezték a kialakult helyzetet és a hangsúlyt az egyéni magatartás egyes sajátosságaira helyezték. Így egy-egy kardiovaszkuláris betegség bekövetkezési valószínűsége az egyes embert jellemző kockázati tényezők függvényében határozható meg. E nézőpontból logikusan következik, hogy az ilyen individuális magatartások egészség szempontjából kedvező irányú befolyásolása elsősorban az egészségügy alapfeladata. Másként fogalmazva ez azt jelenti, hogy *az így*

gondolkodó egészségpolitika (a szociálpolitikai aspektusokat kivéve) a hangsúlyt nem a makrogazdasági és makrotársadalmi kérdések egészségügyi összefüggéseire helyezi, hanem egyoldalúan az egyén életmódjának, pszichológiai jellemzőinek mikroszintjére.

Az életmód és a keringési betegségek ok-okozati kapcsolatában legfontosabb annak tisztázása, hogy például a táplálkozás, a fizikai aktivitás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás stb. — amelyek kockázati tényezők — mennyiben tekinthetők a betegségek független okainak, illetve milyen mértékben következményei maguk is bonyolultabb gazdasági és társadalmi hatásoknak. Külön gondot okoz az említett kockázati tényezők és az egészségi állapot romlása közötti időbeli eltolódás. A külső kockázati tényezők és az egyéni magatartás kétségtelenül egyszerre vannak jelen okként és okozatként, meghatározóként és meghatározottként.

Sajnos, jelenleg még nem áll rendelkezésünkre olyan biztos elmélet, amely egyértelműen és bizonyíthatóan meg tudná jelölni a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulását befolyásoló társadalmi tényezőket. Az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjának egész logikája, célkitűzései megkövetelik a komplexitásra törekvő szemléletet. Nem kisebb kérdésről van szó, mint arról, hogy hol, mi ellen, milyen eszközökkel lehet küzdeni a lakosság egészségi állapotának javulása érdekében. (Ezek a kérdések egyben az egészségmegőrzési program reális lehetőségei és korlátai is.)

Annyi bizonyos, hogy a helyzet megváltozásának okai nem lehetnek genetikai természetűek (nem tagadva ezzel jelentőségüket), hiszen ilyen rövid idő alatt, ilyen drámai genetikai átalakulás elvileg kizárható. Az is egyértelmű, hogy az elmúlt negyedszázad kedvezőtlen megbetegedési és halandósági tendenciáit nem lehet elsődlegesen az egészségügyi ellátás helyzetéből levezetni.

Ha az eddigi megállapításokat elfogadjuk, *az egészségi állapot változásának alapvető okait nem kereshetjük másban, mint azokban a történelmi, gazdasági, társadalmi hatásokban, amelyek a magyar lakosságot egyéni életutakon keresztül érték.*

Az életmód, az életszínvonal és a keringési megbetegedések összefüggései

Az első, talán legáltalánosabb kérdés, hogy van-e összefüggés a gazdasági fejlettség szintje és a kardiovaszkuláris megbetegedések és halandóság között. Ez a kapcsolat — ha nem is töretlenül és kizárólagosan — kétségtelenül fennáll. A magyar megbetegedési és halálozási adatok, illetve azok trendjei rendkívül közel állnak a nagyjából hasonló fejlettségű (és társadalmi-politikai berendezkedésű) európai szocialista országokéhoz. Történelmi perspektívában is megkockáztatható néhány összehasonlítás: az iparilag legfejlettebb országok 25—30 évvel ezelőtti adatai is több tekintetben emlékeztetnek a mai magyar megbetegedési viszonyokra. A halandósági trendek azonban ezekben az országokban azóta csökkenést mutatnak, míg nálunk emelkedő tendencia tapasztalható.

A gazdasági fejlettséggel szorosan összefügg a lakosság életszínvonala és egészsége közötti kapcsolat. E téren Magyarországon a közelmúltban egymásnak teljesen ellentmondó nézetek láttak napvilágot. Létezik olyan álláspont, amely szerint a kockázati tényezők gyakoribbá válása egyenes következménye a — legalábbis történelmi léptékkel — megjavult életszínvonalunknak (egészségtelen táplálkozási szokások, élvezeti cikkek megnövekedett fogyasztása, alacsony szintű fizikai aktivitás stb.). Mások viszont azzal érvelnek, hogy éppen a viszonylag alacsony életszínvonalra vezethetők vissza az életmód problémái, a személyiségzavarok. Mivel véleményünk szerint az életszínvonal a társadalmi struktúrával összefüggésben pontosabban értelmezhető, a kérdésre még visszatérünk. Nagy történelmi perspektívában természetesen nem vitatható az életszínvonal és az egészség közötti kapcsolat (elég csak a II. világháború előtti magyar társadalom jellemzőit összehasonlításként felidézni). Elgondolkoztató ugyanakkor, hogy a magyarországi népesség egészségi állapota, a keringési betegségek előfordulása az *elmúlt 30 év során javuló, stagnáló és romló életszínvonal feltételei közepette egyaránt kedvezőtlenül alakult.* Ennek többek között az az oka, hogy az életszínvonal javulása nálunk nem volt eléggé hosszútávú, stabil és ezért nem ért el olyan szintet, amely a többség számára önkíméletet, az egészséges életlehetőségek valódi bővülését, javuló egészségkultúrát, az emberi élet megnövekedett értékét hozta volna magával. A nemzetközi szakirodalomból jól ismert tény, hogy az életszínvonal és a kockázati szint, továbbá a megbetegedési és halálozási viszonyok változása között lényeges időbeli fáziseltolódás áll fenn. Ez az időszakasz azonban országonként és történelmi helyzetenként rendkívül eltérő lehet, s általános szabályait még nem ismerjük.

Az olcsó és zömében szakképzetlen munkaerőre támaszkodó, illetve a szakképzett munkaerőt képzettségén alul foglalkoztató gazdasági növekedés keretében a szűkös erőforrások azt eredményezték, hogy a munkavégzés ergonómiai feltételei kedvezőtlenül alakultak, a munkahelyi ártalmak fokozódtak. Az elmúlt évtizedben elsősorban amerikai és skandináv kutatások mutatták ki a munka világának szoros összefüggését a szív- és érrendszeri megbetegedések gyakoribbá válásával.

Az elmúlt négy évtizedben egyre növekvő ellentmondás alakult ki az emberi életet legfőbb értékként hirdető ideológiai elvek és ezen elveket kevéssé tükröző tényleges gazdasági érdekek és a társadalmi gyakorlat között. Az élőmunka és a holtmunka cserearányának alakulása az európai szocialista országok mindegyikében leértékelte az embert mint gazdasági tényezőt, amiből az következett, hogy az egészség megőrzéséhez csak szép szavak fűződtek, de valós érdekek nem.

Különösen az elmúlt két évtizedre jellemző, hogy a magyar életszínvonal az elemi szegénységen túl került, de a gazdagságon innen maradt (ez természetesen csak az átlagra vonatkoztatva áll). Ilyen körülmények között az ország gazdasági fejlettsége, az elosztási mechanizmusok nem teszik lehetővé a társadalom zöme számára azt az életszínvonalat, amely immár nyilvánvaló igényként és mintaként megnyilvánul. Másként fogalmazva: rendkívül erős a feszültség az igények és kielégítésük lehetősége között. E feszültség egészségkárosító hatása sokoldalú. Legközvetlenebbül *a jövedelempótlás céljából végzett mértéktelen, önkizsákmányoló többletmunka vállalásában nyilvánul meg.* Ezt az időmérleg-vizsgálatok teljes mértékben alátámaszt-

ják: nemzetközi összehasonlításban a munkára fordított napi időmennyiség Magyarországon kirívóan magas (amit nem ellensúlyoz a főállásban végzett munka esetenként alacsonyabb intenzitása). Ez a helyzet magától értetődően csökkenti a kikapcsolódásra fordított időt, de lazítja a valódi kapcsolatokat, az emberi kötelékeket is, gyakorta a sikertelenség, kielégületlenség érzetét kelti és általában *tartós stresszforrás*. Az egészségmegőrzési program induló éveiben a gazdasági nehézségek, a növekvő infláció, az életszínvonal csökkenése miatt sajnos e veszélyforrás fokozódó jelentőségével kell számolni.

Keringési betegségek — társadalmi rétegek

Többoldalú összefüggés áll fenn a társadalmi struktúra újratermelési mechanizmusai és a szív- és érrendszeri megbetegedések és halálozás gyakorisága közt. Ezek közül a legfontosabb az, hogy a társadalmilag hátrányos státus fokozottabb veszélyeztetettséggel, a szív- és érrendszeri betegségek nagyobb valószínűségével jár együtt. A „halál előtti egyenlőtlenség" nagyon markánsan rajzolódik ki az adatokból, és ennek fő kárvallottja a középkorú szakképzetlen fizikai dolgozó férfinépesség. A társadalmi helyzet a kockázati tényezőkre is rányomja bélyegét.

A társadalmi rétegződés hierarchikus jellege erőteljesen megmutatkozik az egyes rizikófaktorok terén is. A szakképzetlen fizikai dolgozók kockázati szintje a legmagasabb. A nem fizikai dolgozóké, ezen belül az értelmiségé a legalacsonyabb. Ezt a hierarchiát megtöri a közvetlen termelésirányítók magas rizikójú csoportja.

Lényegében hasonló jellegű összefügés mutatható ki *a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulása és a társadalmi rétegződés egyes ismérvei között.*

A társadalmi státus és az egészségi állapot közötti összefüggések nemenként és életkori csoportonként eltérő jelleggel érvényesülnek. Érdemes arra is felhívni a figyelmet, hogy Magyarországon mind a társadalmi struktúra, mind az életmód, mind az egészségi állapot szempontjából kiemelkedő szerepe van *a településtípusok szerinti egyenlőtlenségeknek* — a falusi népesség helyzete általában kedvezőtlenebb.

A mai magyar társadalom szerkezetének egyik jellegzetes vonása a tömegessé vált ún. státusinkonzisztencia (ami erős leegyszerűsítéssel az egyének, csoportok helyzetét meghatározó társadalmi jellemzők közötti belső ellentmondás: pl. magas képzettség — alacsony jövedelem). Az ezáltal kiváltott feszültségek káros hatással lehetnek az egészségre.

Az értékrendszer zavarai és a keringési megbetegedések

A magyar lakosság egészségi állapotának kedvezőtlen alakulása, a szív- és érrendszeri megbetegedések gyakoribbá válása sokoldalúan összefügg az értékrendszer zavaraival, az értéktudat kiforratlanságával is. Ez feszültséget kelt, elbizonytalanítja az embert a megfelelő mindennapi magatartás megválasztásában, gátolja a lelki problémák feldolgozását és megoldását. Nem alakult ki továbbá az a politikai kultú-

ra és intézményrendszer sem, amely az emberi autonómia, az emberi-közösségi kiteljesedés értékeit hordozná. Sőt, éppen ellenkezőleg, az utóbbi két évtizedben egy erőteljes és kevés pozitív értéket hordozó individualizmus hódított tért a magyar társadalomban.

Mindezekhez társul az életképes emberi közösségek, a védelmet nyújtó társadalmi támasz krónikus hiánya a mai Magyarországon.

A legutóbbi években számos nemzetközi és néhány hazai kutatás bizonyította, hogy a tartós feszültségállapotok, a konfliktushelyzetekben a problémamegoldás készségének hiánya, a negatív emberi kapcsolatok fontos tényezői a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulásának.

*

Az eddig vázolt problémák bonyolult, áttételes módon, nemritkán az orvosi gondolkodás által hagyományosan jól ismert kockázati tényezőkön keresztül fejtik ki egészségkárosító hatásukat. A táplálkozás módja, a fizikai aktivitás, illetve annak hiánya, a dohányzás, az alkoholfogyasztás maguk is történeti, gazdasági, társadalmi, kulturális, pszichés tények, sokszálú meghatározottsággal.

Hosszú éveken keresztül a megelőzés az egyén szintjén, az individuálisan meghatározott kockázati tényezők csökkentésében kereste a kedvezőtlen folyamatok meggátolásának lehetőségét. A megbetegedések, a halálozás szikár statisztikái nyilvánvalóvá teszik e megközelítés alacsony hatékonyságát. A szív- és érrendszeri megbetegedések történelmi, gazdasági, társadalmi és pszichés összefüggéseinek alaposabb ismerete — amelyhez kutatási programunk is hozzájárul — lehetővé teszi az egészségmegőrzés reálisabb stratégiájának és taktikájának megválasztását, célzottabb és hatékonyabb eszközök, módszerek alkalmazását. Világosan jelzik ezt az új gondolkodási irányt az Egészségügyi Világszervezet első világkonferenciáján (Ottawa, 1986) elfogadott alapelvek. Ezek értelmében a hatékony egészségmegőrzéshez (1) az egészséget értékként kezelő politikai rendszerre, (2) az egészséget támogató társadalmi-gazdasági környezetre, (3) a közösségi cselekvés erősítésére, (4) az egészséges életmódválasztás egyéni készségének fejlesztésére és (5) az egészségügy megelőzést előnyben részesítő működési módjára *együttesen* van szükség.

Tisztában vagyunk azzal, hogy az ország jelenlegi helyzetében felerősödtek az egészségkárosító hatások, szűkültek a megelőzési lehetőségek. A negatív hatásokat azonban ma is lehet és kell is enyhíteni, s egy esetleg kedvezőbb jövőre, valóban átfogó egészségmegőrzésre már most fel kell készülnünk.

A népesség minőségi helyzete

Vukovich György

A népesség minőségi helyzetére vonatkozóan több síkon folynak kutatások. Az egyik legfontosabb: a megbetegedési adatgyűjtések feldolgozása, összehasonlítása és statisztikai elemzése. Ezek kiemelkedő jelentőségűek a hazai egészségügyi helyzet feltárása szempontjából, mert lehetőséget adnak a krónikus betegségek, a különböző panaszok, a rokkantság, a fogyatékosság adatainak az életmód egyes elemeivel történő együttes kutatására.

A lakosság egészségi állapotának vizsgálata számos módszertani problémát is felvetett, s e téren is sikerült új, jól alkalmazható eredményeket elérni.

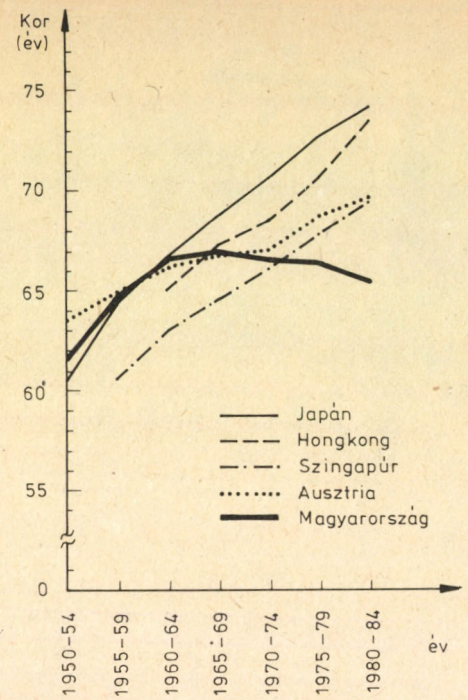
A téma befejezésének határideje 1990 vége, így a legtöbb kutatás még folyamatban van. Mindazonáltal már most kialakulni látszik néhány új, a hazai szakirodalomban eddig még nem, vagy nem ilyen összefüggésben szereplő tudományos eredmény.

A hazai egészségügyi helyzet

A gazdasági fejlődés (a GDP növekedési ütemével mérve) és a különböző halandósági mutatók alakulása az elmúlt negyedszázad folyamán azt mutatja, hogy helyzetünk az egészségügyi infrastruktúra formális javulása ellenére rendkívüli mértékben romlott.

Csak példaképpen említjük, hogy az elmúlt 20—25 éves időszak kezdetén a férfiak születéskor várható átlagos élettartamát tekintve Honkong és Szingapúr helyzete hazánkénál jóval kedvezőtlenebb volt, míg jelenleg Honkong adata 8 évvel, Szingapúré 4 évvel magasabb, mint Magyarországé. E tekintetben tehát nálunk relatív és abszolút értelemben egyaránt romlás tapasztalható. A halálozások és a megbetegedések számának emelkedése mellett az egészségügyi ellátás színvonalát jelző mutatók állandóan javultak. Az egészségügyi helyzet romlása ezért az egészségügyi infrastruktúra rossz és egyre romló funkcionálására és az életmód kedvezőtlen hatásaira vezethető vissza.

A férfiak születéskor várható átlagos élettartama



Elhízás — krónikus megbetegedések

Reprezentatív statisztikai anyagon most sikerült először bizonyítani, hogy a testsúly, azaz a tápláltsági mutató és a krónikus megbetegedések között rendkívül szoros kapcsolat áll fenn. Minthogy az elhízás a táplálkozás és az életmód következménye, a további elemzések ezeket az összefüggéseket igyekeznek majd feltárni. Tovább vizsgálandó az a körülmény is, hogy az elhízás gyakorisága a nőknél nagyobb, mint a férfiaknál és a krónikus betegségekben is több nő szenved, mégis a férfiak halandósága a magasabb.

Az időben egymás után végrehajtott megbetegedéseket vizsgáló kutatások arra is rámutatnak, hogy növekvőben van a testi és szellemi fogyatékosok száma.

Fogyatékosok

A lakosság egészségi állapotának megítélésében igen fontos tényező a testi és szellemi fogyatékosok számának ismerete. *Öt év alatt a fogyatékosok száma mintegy 87 000 fővel növekedett*, ami a lakosság minőségi reprodukciójának zavaraira is utal. Mivel a fiatalabb fogyatékosok között több a tartós betegségben nem szenvedő, ez

arra utal, hogy az értelmi és testi fogyatékosok elsősorban a fiatalabb korosztályokhoz tartoznak. A fogyatékosok között a férfiak aránya valamennyi korcsoportban magasabb, mint a nőké.

A fogyatékosok és azon belül a fogyatékos tartós betegek arányának emelkedése összefügg a népesség egészségi állapotának általános romlásával. E tendenciák közvetlen okai a vizsgálatokból azonban egyelőre még nem értékelhetők.

Területi és társadalmi különbségek

Az elemzések — részben még előzetesnek tekinthető — megállapítása szerint elég nagy különbség tapasztalható az egyes megyék megbetegedési szintjei között. A legkedvezőbb értékek Békés, Veszprém, Nógrád és Vas megye népessége körében tapasztalhatók, aminek oka valószínűleg részben e megyék korstruktúrájának, részben pedig foglalkozási struktúrájuknak tudható be. Az aktív lakosság táppénzes adatainak elemzése is hasonló eredményekre vezet.

Az előzetes adatok azt is feltárták, hogy a *krónikus betegségek gyakorisága markánsan különbözik az egyes foglalkozási csoportok és iskolai végzettség szerint.* Az alacsony iskolai végzettségűek és a segédmunkások, továbbá a betanított munkások megbetegedési arányai jóval nagyobbak, mint a magasabb végzettségű, illetőleg a többi foglalkozási csoporthoz tartozó személyeké. Ez alól csak a nők esetében találunk kivételt, akiknél a felsőfokú végzettségűek megbetegedési aránya meghaladja a legalacsonyabb végzettségűekét. Feltűnő egyébként, hogy a felsőfokú végzettségűek megbetegedési arányai is magasak, meghaladják a nem felsőfokú szakmai végzettségűekét. S ez annak ellenére van így, hogy a felsőfokú végzettségűek kormegoszlása meglehetősen fiatal.

Kor szerint vizsgálva az iskolai végzettség és a tartós betegség összefüggéseit megállapítható, hogy a 15—39 éves férfi korosztályban — ahol egyetemi, illetve főiskolai végzettség csak a 20 évesnél idősebbeknél lehetséges — a felsőfokú végzettségűek körében található a legtöbb beteg. Ugyanakkor a 40—59 éves korcsoportban a nyolc általánost, vagy annál kevesebbet végzettek között tapasztalható a legmagasabb megbetegedési arány, míg a 60 éves és annál idősebbeknél ugyanaz a tendencia, mint a 15—39 éves korcsoportban, vagyis a legtöbb megbetegedés az egyetemet vagy főiskolát végzetteknél fordul elő. Ezek az eredmények más tényezők bevonásával további vizsgálatokat tesznek szükségessé a kiváltó okok megismerése céljából. Jelenleg olyan kategóriák vannak kidolgozás alatt, amelyek kombinálják az egészségre ható egyes ismérveket.

Életmód és a tartós betegségek gyakorisága

Az ezzel kapcsolatban kialakított kategóriák komplex módon tartalmazzák az egészséges, kevésbé egészséges és nem egészséges életmódot folytató személyek életvitelét. E kategóriákban olyan ismérvek kapnak szerepet, mint a sport, a dohányzás, a vérnyomás, a testsúly, a munkakörülmények, a lakóhely stb.

Főzési szokások és a tartós betegségek gyakorisága

A magyar konyha főzési szokásai meglehetősen sokrétűek, de kevéssé elterjedtek az ún. kímélő ételek; és kevés jel utal az egészséges főzési szokásokra. A vizsgálat első értékelései azt mutatják, hogy az ún. egészséges főzési szokások, mint pl. a nem zsírral főzés, kevésbé sós és fűszeres ételek fogyasztása, kevés édesség fogyasztása stb. csak a már valamilyen tartós betegség miatt diétára kényszerült embereknél alakultak ki. További vizsgálatok szükségesek még az életmód és a főzési—táplálkozási szokások összefüggéseinek feltárására.

A keringési rendszer betegségei és az életkor

A lakosság tartós betegségeinek közel a fele a keringési rendszerrel kapcsolatos. Ilyen betegség a lakosság mintegy 13%-ánál fordul elő. A betegek közül a nők aránya 64%, a férfiaké 36%. A keringési rendszer betegségei a középkorú lakosságnál kezdenek jelentősen növekedni: a középkorúak több mint egyharmada szenved keringési megbetegedésben, az idősebbeknél ez 56%-ot tesz ki az összes betegségeken belül. A kutatások folytatásaként olyan életmódkategóriákat fogunk bevonni, amelyek segítségével felderíthetjük a betegség kialakulásának társadalmi okait és meghatározhatjuk a leginkább veszélyeztetett személyek csoportjait rétegek és életkor szerint.

Az anyák egészségi állapota

E téma kutatása arra irányul, hogy van-e összefüggés egy-egy gyermek születési súlya és az anya egészségi állapota között. A gyermekeket e vizsgálathoz két csoportba osztjuk: (1) az ún. „normál" súllyal, 2500 grammal, vagy annál többel születettek, és (2) az annál kisebb súlyú gyermekek. Ez azért is fontos, mert a kis súllyal születettek egy része élete folyamán további egészségi hátrányokra számíthat. Az eddigi vizsgálatok az anyára vonatkozó alábbi hét ismérv alapján folytak:

— jelenlegi egészségi állapota jó
— a gyermek születésekor nem volt 35 évesnél idősebb
— testsúlya korának és magasságának megfelelő
— a családban nincs tartós betegség
— sportol vagy korábban sportolt
— nem szed rendszeresen gyógyszert
— nem főz zsírral.

Az eddigi elemzés a fenti ismérvek alapján nem mutat statisztikailag szignifikáns különbségeket a kissúlyú és a normális súlyú újszülöttek anyái között, ezért a vizsgálatokat további ismérvekre is ki kell terjeszteni. Ilyenek: a terhesség időtartama, a korábbi művi vetélések, a dohányzás, a munkahely jellege és a munkakörülmények. Később lehetőség lesz egyéb életmód elemek bevonására is. Mindenképpen

szükséges annak felderítése, hogy a kis súllyal születettek számát a néhány alapvető fizikai ismérven túlmenően befolyásolják-e társadalmi indíttatású tényezők vagy sem.

A gyermekszám alakulása iskolai végzettség szerint

Ami a házasságon belüli gyermekszám és az iskolai végzettség kapcsolatát illeti: középiskolai végzettségig a kapcsolat egyértelműen negatív, vagyis a gyermekszám az iskolai végzettség emelkedésével csökken. A középiskolai és a felsőfokú képesítéssel rendelkezők adatai azonban nagyon hasonlóak. 1970-ben a felsőfokú végzettségűeknek volt magasabb gyermekszáma, míg 1980-ban és 1984-ben a középfokú végzettséggel rendelkezőknek. 1960 és 1980 között az iskolába nem járt nők átlagosan 1,5-szer annyi gyermeket hoztak világra, mint az 1—5 osztályt végzettek. 1960 és 1984 között, bár a szélső értékek közelebb kerültek egymáshoz, az iskolába nem járt nők átlagosan mintegy hárommal több gyermeknek adtak életet, mint a felsőfokú végzettségűek.

A fehér foltok

Az eddigi kutatások alapján megállapítható, hogy néhány nagy betegségcsoport előfordulása jelentős mértékű, s hogy a látens megbetegedések nagyságrendje olyan szintet ér el, ami részben megmagyarázza a magas halálozási arányt. Mivel az 1980-as évek első felében a krónikus megbetegedések minden korcsoportban tovább növekedtek, a halálozási arány jelentősebb csökkenése nem feltételezhető a közeljövőben.

További elemzéseknek kell még felderíteni az egészségi állapot romlását okozó betegségek okait és hogy ennek alapján milyen irányba kell az egészségügyi ellátásrendszert fejleszteni, továbbá hogy mindez milyen hatással lehet a halandóság alakulására. Minthogy az eddigi vizsgálatok bebizonyították a megbetegedéseknek a halálozásokhoz hasonló nagyfokú társadalmi rétegfüggését, azt is vizsgálnunk kell, hogy a várható vagy valószínűsíthető társadalmi folyamatok mennyiben lehetnek hatással a megbetegedési helyzet alakulására. Pillanatnyilag úgy tűnik, hogy ennek alapján egyelőre nincs sok esély a javulásra.

Külön feladatot fog jelenteni az a vizsgálat, amely feltárhatja, hogy az egészségügy ellátó rendszerének színvonala — beleértve a szervezeti kérdéseket, a szakmai és szemléletbeli kompetenciát, a technikai fejlettségi szintet — mennyiben képes a jelenlegi megbetegedési helyzet kezelésére és mennyiben oka annak, hogy a krónikus betegségek halálozási aránya sok esetben miért olyan indokolatlanul magas, s hogy a rokkantak és nem rehabilitáltak száma miért olyan elfogadhatatlan és miért növekszik továbbra is.

A népesség minőségi reprodukciója szempontjából megválaszolandó kérdés az újszülött populáció egészségi helyzete és testi fejlettsége is. E kutatás olyan stádium-

ban van, amely nem tesz még lehetővé egyértelmű következtetéseket. Az eddigi eredmények alapján sok tekintetben ellentmondásos kép alakult ki pédául a fejletlen újszülöttek jelenlegi számának és arányának okairól. Az anyák életmódjának eddig vizsgált elemei alapján nem lehet még egyértelmű, tudományosan alátámasztott állásfoglalást kialakítani, annak ellenére, hogy vannak olyan jelek, amelyek a nők megbetegedési helyzete és a fejletlenebb újszülöttek világrahozatala közötti kapcsolatokat valószínűsíteni látszanak. Ismeretesek azok a korábbi kutatási eredmények is, amelyek a művi abortusz és a később születő gyermek testi—szellemi fejlettsége közötti hátrányos kapcsolatokat tárták fel.

Mivel a most születő gyermekek egészségi állapota alapvető jelentőségű a magyarországi népesség jövőbeni, több évtizedre érvényesülő reprodukciója szempontjából, e kutatásokat indokolt intenzívebbé tenni.

Az utóbbi időben többször felmerült — többek közt az egészségmegőrzési program feltételei és intézkedési rendszere kialakítása kapcsán is — az egészség értékszempontú megközelítésének lehetősége. Itt elsősorban arról van szó, hogy az egészség milyen értéket képvisel az egyén és a család értékrendszerében, továbbá, hogy az egyes társadalmi csoportok esetében ez milyen eltéréseket mutat. Minderről pillanatnyilag csak töredékes és rendkívül elnagyolt képünk van, és ez azt tükrözi, hogy *az egészség mint elfogadott, alapvető érték a társadalom nagy részében nem artikulálódik,* pontosabban: csak akkor kerül előtérbe, amikor a betegség megjelenik és akadályozza az egyén megszokott, normális életvitelét.

A magyarországi népesség reprodukciójának egyik összetevője: a halandóság, s az e mögött álló népességminőség helyzete az eddigi vizsgálódások alapján nagyon kedvezőtlen. A kibontakozásra, a javításra vonatkozó javaslatok azonban csak a kutatás befejezésekor fogalmazhatók majd meg több-kevesebb egyértelműséggel.

Népesedés és foglalkoztatás

Munkácsy Ferenc

Az 1970-es évek végén a korábbi időszaktól merőben eltérő helyzet alakult ki a társadalmi-gazdasági fejlődésben. Egyszerre több fontos fejlődési tényező jellemzői változtak meg alapvetően. A korábban hosszabb távon egyértelműen növekvő tendencia után csökkenni kezdett a népesség összlétszáma, jelentősen mérséklődött az aktív kereső-állomány és az ismert külső és belső nehézségek hatására bekövetkezett a gazdasági növekedés ütemének lassulása.

Nyilvánvaló, hogy e jelenségek gyökerei a hetvenes évek második felét messze megelőző időszakra nyúlnak vissza. A népességreprodukció elégtelensége a szakemberek körében már hosszú ideje jól ismert volt, de a ,,kívülállókat'' csak az abszolút népességfogyás döbbentette rá igazán a tényekre. Az is előre látható volt, hogy az ötvenes, hatvanas években még bőven rendelkezésre álló munkaerőforrás előbb-utóbb kimerül és a foglalkoztatás terén is szakítani kell az extenzív módszerekkel.

A népesség- és munkaerőfogyás, valamint a gazdasági dinamizmus esése valószínűleg egymástól független, hosszú távon érvényesülő tényezők hatására következtek be. De e területeken az alapvető változások időben kísérteties egybeesése legalábbis elgondolkodtató. Ma már előre látható: a népesség összlétszámának csökkenése, majd kisebb átmeneti hullámhegy után a munkaerő-kínálat mérséklődése tartós folyamat lesz. Más részről valószínűsíthető, hogy a gazdasági növekedés hosszabb távon is alacsony ütemű lesz. Következésképpen, ha léteznek e jelenségek között tényleges kapcsolatok — akár közvetett módon is—, úgy ezek nem elhanyagolható meghatározottságot jelentenek a következő 15—20 év fejlődési folyamataiban.

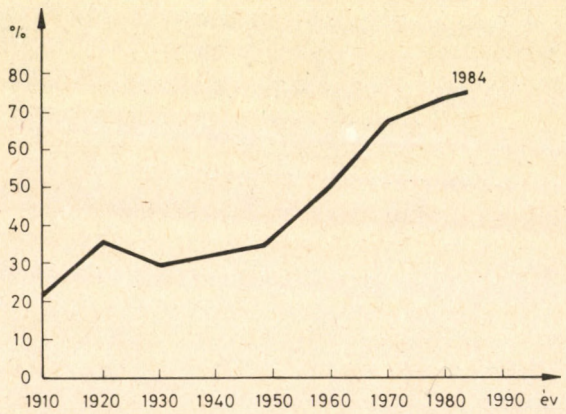
A közgazdaságtan és a demográfia közös problémával küzd a népesség, a foglalkoztatás és a gazdasági fejlődés kapcsolatainak megfogalmazásában: a tetszetős elméleti összefüggéseket a gyakorlati tapasztalatok nem igazolják. Pontosabban, vannak olyan országok és periódusok, ahol a fenti tényezők kapcsolata igen szorosnak tűnik. Más országokban vagy periódusokban viszont ez a kapcsolat nem mutatható ki, vagy akár fordított hatás is megfigyelhető ugyanazoknak a tényezőknek az esetében. Hazánkban évtizedeken keresztül nem koordinálták a népesedés-, a

foglalkoztatás- és a gazdaságpolitikát. Az összhang megteremtésére irányuló koncepciók ma is meglehetősen egyoldalúak és korántsem teljeskörűek. Pedig minden olyan ponton, ahol kapcsolatok fedezhetők fel az egyes jelenségek között, indokolt lenne az egyes tényezők egyenrangúsága alapján a cselekvési irányok összehangolása. Különösen igaz ez a fejlődés kedvezőtlenebb periódusaiban, mert ilyenkor a szűk keresztmetszetek (pl. csökkenő foglalkoztatás átmenetileg növekvő munkaképes korú népesség mellett) megsokszorozhatják a negatív hatásokat.

Növekvő népesség – növekedő foglalkoztatás

A 20. század második felét a magyar népesedési és foglalkoztatási folyamatok szempontjából két nagy periódusra oszthatjuk. Az 1950-es évektől az 1970-es évek végéig Magyarországon a népességszám növekedett és ezzel párhuzamosan a foglalkoztatottak létszáma is gyorsan nőtt. Ismert tény, hogy az aktív keresők létszámnövekedésében a nők gazdasági aktivitásának ugrásszerű emelkedése dominált. Ugyanakkor

A 20-39 éves nők gazdasági aktivitásának változása
a megfelelő korú női népesség százalékában



bővült a munkaképes korú népesség létszáma is. E két tényező együttesen történelmileg igen rövid idő alatt megnövelte a foglalkoztatás méreteit. Kérdés, hogy mindez hogyan járult hozzá a gazdasági növekedéshez?

A foglalkoztatás bővülése, amelyet a gazdasági okok mellett társadalmi, demográfiai tényezők is jelentős mértékben elősegítettek, *összességében kedvező hatást gyakorolt a gazdasági fejlődésre.* Ez elsősorban abban nyilvánult meg, hogy a bőségesen rendelkezésre álló munkaerő az ambíciózus fejlesztési, szerkezetátalakítási programokhoz — legalábbis mennyiségét tekintve — mindig elegendőnek bizonyult, és ami talán a legfontosabb: korösszetétele, gyors demográfiai cserélődése miatt *képes volt megfelelni az intenzív mobilitási szükségleteknek.*

A gazdaságpolitika igyekezett kihasználni a bő munkaerőforrás adta lehetőségeket. A foglalkoztatás bővülése azonban olyan gyors volt, hogy az ebből adódó vala-

mennyi előnyt nem lehetett megjeleníteni a gazdasági fejlődésben, amelyet más tényezők is befolyásoltak. Mivel a munkaerő-kínálat alakulása és ezen keresztül az aktív keresők száma lényegében a hatékony munkaerő-kereslettől függetlenül alakult (és alakul ma is), társadalmi méretekben *túlfoglalkoztatás* jött létre. Ez a túlfoglalkoztatás egyik összetevőjévé vált *a foglalkoztatás alacsony hatékonysági színvonalának*. Pontosabban, lehetővé tette, hogy azok a hatások, amelyek a szocialista termelési módban egyébként is a rendelkezésre álló erőforrások alacsony hatékonyságú felhasználása irányába hatnak, erőteljesebben érvényesüljenek.

A foglalkoztatás ugrásszerű bővülése módot adott arra, hogy a társadalmilag szervezett keretek között egy fő által ledolgozott munkaidőt csökkenteni lehessen. Így kerülhetett sor többek között a nemzetközi összehasonlításban is kedvező nyugdíjrendszer alkalmazására, a GYES bevezetésére, a termelékenységi színvonallal egyébként nem megalapozott munkaidőcsökkentési folyamatra. A foglalkoztatásbővülés gazdasági hatásaival tehát nem lebecsülendő társadalompolitikai következmények is jártak.

Csökkenő népesség - lassan alkalmazkodó foglalkoztatáspolitika

Az 1980-as évek elején a népességszám csökkenni kezdett, ami a termékenység és a halandóság hosszabb időszakokon át jellemző szintjéből törvényszerűen következett. Valamivel korábban az aktív keresők létszámalakulásában is változás állt be. A foglalkoztatásbővülés demográfiai bázisa kimerült és a gazdasági aktivitás is olyan szintet ért el, amelyet érdemben már nem lehetett tovább növelni. Az 1970-es évek végére a magyar gazdaság külső környezete, valamint alapvető strukturális aránytalanságai és eladósodása a növekedés ütemének szükségszerű lefékeződéséhez vezettek. Teljesen valószerűtlen, hogy az adott gazdálkodási, foglalkoztatási viszonyok között egy esetleges munkaerőtöbblet a gazdaságot mobilizálhatta volna. A gazdasági stagnálással, a kiélezett külpiaci helyzettel tőkehiány és stagnáló életszínvonal járt együtt, ami ha nem is törvényszerűen, de elég természetes módon konzerválta a foglalkoztatási struktúrákat (miként általában a gazdasági szerkezetet is).

A népességcsökkenés tartós tendenciának ígérkezik. Mivel külső munkaerőforrás bevonásának az esélyei elhanyagolhatók (bár a munkaerő-import, illetve az időskorúak foglalkoztatásának esetleges bővülése szóba jöhet), perspektivikusan — egy demográfiai okokból bekövetkező, kisebb átmeneti hullámhegy után — *a foglalkoztatás méreteinek szűkülése biztosnak tűnik*. Különösen gyors lehet ez a 2010-es évek környékén.

A foglalkoztatás mai napig érvényben lévő alapelvei és gyakorlatának alapvonásai *olyan időszakban alakultak ki, amikor az aktív keresők száma a modern társadalmak fejlődésében szokatlanul gyors ütemben emelkedett*. Az alapjellemzők kényszerű megváltozását hazánkban több tényező is késlelteti. Így többek között a túlfoglalkoztatásban rejlő tartalékok, vagy például a gazdasági növekedés ütemének és így a termelési és szolgáltatási szükségletek növekedésének a lefékezése. További haladékot ad a munkaerőforrás 1990-es évek eleji átmeneti emelkedése is.

Úgy tűnik tehát, hogy van időnk felkészülni a tartós foglalkoztatáscsökkenés következményeinek kivédésére. Ez azonban csak a látszat. A munkaerőhelyzet olyan — ágazati, foglalkozási, területi — feszültségekkel terhes, amelyek egy-egy részterületen már ma is érzékelhetők és egyúttal előrevetítik további problémák kialakulását. Ezeket a strukturális feszültségeket olyan társadalmi és gazdasági körülmények, prioritások hozták létre, amelyek megváltoztatása — és így a feszültségek csökkentése — rövid távon nem látszik megvalósíthatónak. Hozzájárul mindehhez, hogy a munkaerő-állomány kor és nem szerinti struktúrájának várható változása az előző évtizedekben megszokotthoz képest lényegesen kedvezőtlenebb feltételeket teremt a mobilitás és a munkaerő-állomány megújítása terén.

A foglalkoztatás hatása a népesedésre

Elsősorban amerikai demográfusok nevéhez fűződik több olyan elmélet kidolgozása, amelyekben a gazdasági — ezen belül többek között a foglalkoztatási — tényezők nagy szerepet kapnak például a gyermekszületések alakulásának megmagyarázásában. A mi viszonyaink között nem igazolhatók teljeskörűen ezek az elméletek, de sok értékes szempontot adnak a hazai népességfejlődés értelmezéséhez. A halandóság változásában is *meghatározó szerep jut az életkörülményeknek, ezek között a munkakörülmények jellemzőinek.* Ez utóbbi összefüggés hazai kutatása még nem bontakozott ki, de úgy vélem, hogy erre a közeljövőben feltétlenül szükség lenne.

A foglalkoztatási folyamatoknak a gyermekszületést és a halandóságot befolyásoló szerepét csak komplex *társadalmi-gazdasági* összefüggéseiben lehet helyesen és reálisan meghatározni. Bármennyire is látványosak és könnyen érthetők azok az elméletek, amelyek a népesedési folyamatokat egy okkal magyarázzák, a gyakorlati tapasztalatok arra utalnak, hogy csak féligazságokat képesek feltárni.

Az utóbbi évtizedek hazai népesedési folyamatainak magyarázatában a népesedéspolitika és ehhez kapcsolódóan a jövedelempolitika eredményeinek, illetve negatívumainak elemzése dominál. Talán az indokoltnál jobban háttérbe szorul annak bemutatása, hogy a lezajlott alapvető társadalmi-gazdasági átalakulás határozottan rányomta bélyegét a népesedésre. A szocialista társadalom építése fontos társadalmi, gazdasági struktúrákat változtatott meg. Olyan nagy jelentőségű változások, mint például az iskolázottság gyors emelkedése, a nők gazdasági aktivitásának ugrásszerű növekedése, az iparosítás, az urbanizáció és ezek kísérő jelenségei alapvetően pozitív szerepük mellett — sajátos módon — igen rövid idő alatt „eltüntették" azokat a népességcsoportokat, amelyekben kulturális szintjük, életmódjuk, hagyományos értékeik alapján több gyermek szülése és felnevelése volt az általános norma.

A gyermekszületések szempontjából *azok a csoportok váltak meghatározóvá, ahol már korábban is alacsonyabb volt a születések száma.* Így a jelenlegi alacsony születésszám kialakulásában nagy szerepet játszott az a társadalmi (regionális, foglalkozásbeli stb.) struktúraváltozás, amely a fejlődés természetes velejárója, de a népességszám szempontjából ugyanakkor kedvezőtlen. A nagy társadalmi átalakulási folyamatok a közeljövőben feltehetőleg az ún. „finomstruktúrák" változásának

fogják átadni helyüket, s így a gyermekszületéseket csökkentő társadalmi-gazdasági folyamatok jelentősége mérséklődni fog. Ez a következő 20—30 évben valamivel jobb társadalmi feltételeket hoz létre a gyermekszületések száma további romlásának megakadályozásához.

A gazdaság oldaláról viszont a helyzet rosszabbodására számíthatunk. A munkakörülmények, a munkaidő és az életmód terén ma érvényesülő negatív tendenciák valószínűleg még hosszú ideig fennmaradnak. Továbbá a stagnáló gazdaság és életszínvonal nyilvánvalóan korlátozni fogja a népesedési helyzet javítására rendelkezésre álló erőforrásokat. Sajnos, nincsenek empirikus vizsgálati eredmények arra vonatkozóan, hogy a korábbi évtizedek egyoldalú és extenzív fejlesztéspolitikájából következő rossz munkafeltételek, egészségtelen, rosszul felszerelt munkahelyek, valamint a munkaképesség regenerálásához szükséges infrastruktúrák vészes elmaradottsága, továbbá a második gazdaságban való munkavégzés mind keményebb gazdasági kényszere mennyiben járul hozzá hazánk mai — nemzetközi összehasonlításban is kiugróan kedvezőtlen — megbetegedési és halálozási helyzetéhez, a népességreprodukció minőségi problémáihoz. Bizonyosnak tűnik azonban, hogy itt egy nagyon fontos és a közeljövőben valószínűleg tovább erősödő hatásról van szó.

Külön kell szólni a népesedés és a foglalkoztatás összefüggésének egyik kulcsproblémájáról, a *női foglalkoztatás és a gyermekszületések* kapcsolatáról. Az adatok egyértelműen bizonyítják, hogy a gyermekszületések számának csökkenése alapvetően nem a magas női foglalkoztatásnak tudható be, mivel a csökkenés már a nők tömeges foglalkoztatása előtt bekövetkezett. A kölcsönhatás a két jelenség között sokkal differenciáltabb. Századunkban olyan társadalmi feltételek érvényesülnek, amelyek mellett alacsony női foglalkoztatottság esetén is csupán az egyszerű reprodukciót biztosítaná a gyermekszületések csökkent száma. Ezért népesedéspolitikai szempontból is indokolatlannak tűnik a nők gazdasági aktivitásának mérséklését szorgalmazni. A kérdés összetettebb társadalompolitikai összefüggéseit is figyelembe véve azonban feltétlenül keresni kell az olyan megoldásokat, amelyek segítenek a munkavállalás és a család (elsősorban a nagycsalád) ellátása közötti konfliktus enyhítésében.

Tanulságok a két részpolitika számára

A népesedéspolitikai döntések hatása csak *hosszabb távon* valósul meg. A más területeken kibontakozó folyamatok hatása a népesedés jellemzőire ugyancsak áttételekkel, s csupán tendenciaszerűen és hosszabb távon érvényesülnek. Így nem meglepő, hogy a népesedéspolitika és más részpolitikák kapcsolatának szem előtt tartása az elmúlt évtizedekben meglehetősen háttérbe szorult. Ez a népesedéspolitika egyfajta — nem feltétlenül pozitív — „autonómiáját" hozta létre, miközben a népesedésben lezajló folyamatok igen szoros kapcsolatban álltak más területekkel. Ennek megfelelően a *népesedés- és foglalkoztatáspolitika kapcsolatában a rendszeresség hiánya fedezhető fel.*

Hozzájárul ehhez, hogy a foglalkoztatáspolitika kapcsolati rendszere is meglehetősen változó volt. Az 50-es és 60-as években a teljes foglalkoztatottság mindenek feletti biztosításának gondolatával a *társadalompolitikai* aspektusok voltak uralkodók. Az utóbbi 10 évben viszont úgy tűnik, mintha a *gazdaságpolitikai* vonatkozások élveznének prioritást és több kérdésben kisebb figyelmet kapna a foglalkoztatási folyamatok társadalompolitikai oldala.

Mindenesetre az bebizonyosodott, hogy a foglalkoztatás bővítése — bár igen kényelmes helyzetet teremt a gazdaság számára—, végül is nem döntő jelentőségű meghatározója a gazdasági növekedésnek. Ennek ismeretében újra lehet értékelni azt a korábbi hozzáállást, amely a népesedéspolitikától csak azt „várta", hogy minél bővebb munkaerőforrást hozzon létre.

Tény, hogy extenzív gazdasági fejlődési szakaszokban és foglalkoztatási szituációkban a népességnövekedés hosszabb távon előnyös a gazdaság számára. A növekvő munkaképes korú népesség növekvő foglalkoztatást tesz lehetővé, ami biztosítja, hogy ne a munkaerő legyen a termelésbővítés szűk keresztmetszete. Különösen kedvező a növekvő népesség fiatal korösszetétele, ami a demográfiai cserén és általában a munkaerő jobb alkalmazkodóképességén keresztül hozzájárul a gazdasági dinamizmushoz. Természetesen a társadalmi-gazdasági fejlettség más szintjén — pl. a fejlődő országokban—, ahol a népességnövekedés igen gyors és az illető országok gazdaságának eltartóképessége gyenge, egészen másként kell ezeket az összefüggéseket értelmezni.

A fejlett és közepesen fejlett európai országok egy részét, így hazánkat is, csökkenő népesség jellemzi. *A csökkenő és kedvezőtlen összetételű foglalkoztatás negatív következményei* azonban elvileg *kivédhetők*. A gazdasági eredményt — bizonyos határok között — nem a munkaerő mennyisége, hanem a foglalkoztatás *hatékonysága* határozza meg döntően. Így a foglalkoztatáspolitika számára elsősorban azok a népesedési jellemzők az érdekesek, amelyek a hatékonyságot valamiképpen befolyásolják. Ezek között pedig a népességösszetétel egyes problémái (pl. a munkaerő utánpótlásának ingadozása, az öregedés és ezek területi összefüggései) is szerepelnek. Különösen kedvezőtlen a népesség alakulásának *hullámzása*.

Mindebből az következik, hogy jelenleg és az előttünk álló évtizedekben hazai körülmények között a foglalkoztatáspolitika elsősorban (1) a kedvezőtlen strukturális jellemzők kialakulásának lassítását és (2) a népességhullámzás csillapítását várhatja el a népesedéspolitikától. Amennyiben az elemzést nem a foglalkoztatás szemszögéből, hanem a gazdaság- vagy társadalompolitika más területéről (pl. oktatás, egészségügy stb.) kiindulva végeztük volna, valószínűleg ugyanez a két követelmény került volna a rangsor elejére.

E követelmények két vonatkozásban különösen fontosak. Egyrészt, hogy a népesedéspolitika álljon ellen a csábításnak, és látványos sikerek elérése érdekében *ne a fiatal nők demográfiai hullámhegyét „fejelje meg" népesedési kampányokkal*, mert ez hosszú távon a hullámzást erősíti. Másrészt, hogy más részpolitikákkal karöltve *kiegyensúlyozottabb korösszetételt hozzon létre* az egyes településtípusok szerint (Budapest, vidéki városok, községek) és általában földrajzi területenként.

Jóformán *semmilyen figyelmet nem kapott* az elmúlt időszakban — és ma sem kap — az a tény, hogy a foglalkoztatási folyamatok jellemzői (pl. a gazdasági aktivitás szintje, a munkával töltött idő hossza, a munkakörülmények), ha nem is határozzák meg döntően, jelentős mértékben befolyásolhatják a népesedést. E területen teljességgel hiányzik a visszacsatolás. Így a népesedéspolitikai koncepciók keretében a jövőben célszerű megfogalmazni a más részpolitikákkal szembeni követelményeket. Ezek között a foglalkoztatáspolitikától elvárt szemléletet is.

E problémakörben valószínűleg adottságként kell kezelni a női gazdasági aktivitás kialakult szintjét. *Illúzió, hogy a nők gazdasági aktivitásának akárcsak részleges csökkentésével is érdemben növelhető a születésszám.* Sokkal közvetlenebb hatások működnek, amelyek bonyolultabbá teszik e kérdés megközelítését. Úgy gondolom, a „vissza a fakanálhoz" célkitűzés helyett realisztikusabb, ha a családi élet és a munkafolyamat harmóniájának biztosítását szélesebb aspektusból közelítjük meg. Ebbe beletartozhat a más kedvezményekkel egyenrangúan választható *gyermeknevelés hez nyújtott munkaidő-kedvezmény* is, de jelenleg legalább ennyire aktuális, hogy a népesedéspolitika foglalkozzon *a munkával töltött idő alakulásával, a fiatal családok számára egyre inkább kényszerré váló többletmunkákkal és hangsúlyosan a munkakörülményekkel* (ezen belül is a szülőképes korú nők munkakörülményeivel).

Végül — függetlenül a mindenkori demográfiai és munkaerőhelyzettől — általában is követelményként támasztható, hogy a népesedéspolitika és a foglalkoztatáspolitika kialakításakor kapjon nagyobb figyelmet egymásra hatásuk. Az összehangolt gondolkodásnak és cselekvésnek a szemléleti, módszertani és intézményi feltételei azonban ma még hiányosak.

A gazdasági és társadalmi feszültségek éleződésével párhuzamosan sajnos a korábbinál is kisebb figyelmet kap a gazdasági és a társadalmi folyamatok kölcsönhatásának elemzése. *A gazdasági kibontakozási program társadalmi következményeit érdemben nem elemzik.* Részben ebből is következik, hogy a társadalompolitika alakítói a mind nyilvánvalóbb forráshiány körülményei között a gazdaságot csak annyiban vizsgálják, hogy abból mennyi pénz vonható ki a társadalompolitikai célok megvalósítására.

A gazdaságpolitikát, illetve a társadalompolitikát megalapozó tudományos kutatás terén is tapasztalható bizonyos elkülönülés, de még szembetűnőbb a távolságtartás e két terület között a kormányzati munkában. A feszültségek fokozódó kiéleződése miatt a közeljövőben e téren nemigen várható pozitív fordulat.

Statisztikai táblázatok

Az itt közölt táblázatok lapunk e számának témáira vonatkozó fontosabb adatokat tartalmazzák. A táblázatok nagy részét a KSH adatai alpján állítottuk össze, az ettől eltérő forrást külön megadjuk.

A népesség számának alakulása a világ különböző régióiban (millió fő)

Régió	1950	1980	2000	2025
Afrika	220	470	853	1542
Latin-Amerika	164	364	566	865
Észak-Amerika	166	248	299	344
Kelet-Ázsia	673	1175	1475	1712
Dél-Ázsia	716	1404	2075	2819
Európa	392	484	512	522
Óceánia	13	23	30	36
Szovjetunió	100	265	310	355
Föld összesen	2526	4432	6119	8195

Forrás: *Demographic Indicators of Countries: Estimates and projections as assessed in 1980.* United Nations, New York, 1982.

A népesség számának alakulása Magyarországon

Év	A népesség száma az év végén (1000 fő)
1910	7 615
1920	7 990
1930	8 688
1940	9 317
1950	9 383
1960	10 007
1970	10 352
1980	10 713
1981	10 711
1982	10 700
1983	10 679
1984	10 657
1985	10 640
1986	10 621
1987	10 604
1988	10 589

A népesség néhány mutatószámának alakulása Magyarországon (ezer fő, százalék)*

Korcsoport Naptári év	Népesség száma	Átlagos kor	Eltartási arány	0—14 évesek száma	15—59	60—x	0—14 évesek aránya	15—59	60—x	GRR	e(0)	Élve- születés	Halálozás	Természetes szaporodás
						Férfiak								
1881	2619,0	26,55	0,732	932,7	1511,8	174,5	35,6	57,7	6,7		27,15	121,9	97,5	24,1
1891	2965,1	26,58	0,766	1086,5	1678,7	199,8	36,6	56,6	6,7		30,64	130,7	96,8	33,9
1901	3418,0	26,99	0,731	1194,1	1974,2	249,8	34,9	57,8	7,3		35,50	134,6	90,5	44,1
1911	3792,3	27,24	0,749	1328,3	2168,2	295,8	35,0	57,2	7,8		38,52	136,5	91,1	45,4
1921	3874,1	28,62	0,688	1229,6	2295,4	349,2	31,7	59,2	9,0		36,60	89,2	95,6	—6,4
1931	4248,5	29,42	0,616	1208,9	2629,6	410,0	28,5	61,9	9,7		46,68	114,1	74,2	39,9
1941	4560,9	31,00	0,587	1222,6	2873,4	464,9	26,8	63,0	10,2		51,96	94,1	66,9	27,3
1951	4517,8	31,74	0,591	1190,1	2840,3	487,5	26,3	62,9	10,8		58,85	96,6	59,9	36,7
1961	4828,2	32,79	0,648	1290,0	2928,8	609,4	26,7	60,7	12,6		65,35	84,4	52,3	32,1
1971	5019,5	34,47	0,591	1093,6	3154,2	771,6	21,8	62,8	15,4		66,60	77,2	57,8	19,4
1981	5188,1	34,67	0,614	1212,0	3214,5	761,5	23,4	62,0	14,7		65,69	86,2	71,7	14,5
Alacsony változat														
1991	5061,2	35,58	0,577	1059,1	3209,4	792,7	20,9	63,4	15,7		64,90	63,3	78,7	—15,4
2001	4970,4	36,13	0,537	977,2	3234,5	758,6	19,7	65,1	15,3		65,26	70,7	76,6	—5,9
2011	4877,9	37,11	0,574	962,6	3100,0	815,3	19,7	63,6	16,7		67,19	59,4	71,3	—11,9
2021	4759,1	38,44	0,601	843,9	2972,3	943,0	17,7	62,5	19,8		69,24	56,7	67,4	—10,7
Közepes változat														
1991	5073,2	35,56	0,580	1066,0	3211,8	795,3	21,0	63,3	15,7		65,19	64,7	77,7	—13,0
2001	5033,3	36,10	0,550	1009,2	3246,5	777,6	20,1	64,5	15,4		66,18	73,8	73,8	0,0
2011	5020,5	36,94	0,603	1033,1	3131,7	855,7	20,6	62,4	17,0		68,30	65,5	68,9	—3,4
2021	4996,3	38,16	0,642	941,8	3043,3	1011,2	18,8	60,9	20,2		70,64	63,7	64,6	—0,9
Magas változat														
1991	5084,5	35,55	0,582	1071,7	3213,7	799,2	21,1	63,2	15,7		65,46	65,8	76,5	—10,7
2001	5091,9	36,09	0,565	1039,1	3254,5	798,3	20,4	63,9	15,7		66,91	76,8	71,3	5,5
2011	5153,2	36,88	0,632	1096,2	3158,0	899,0	21,3	61,3	17,4		69,47	70,7	66,1	4,6
2021	5228,7	38,06	0,682	1031,9	3108,9	1087,9	19,7	59,5	20,8		72,55	70,6	60,5	10,1

Korcsoport Naptári év	Népesség száma	Átlagos kor	Eltartási arány	0—14 évesek száma	15—59	60—x	0—14 évesek aránya	15—59	60—x	GRR	e(0)	Élve- születés	Halálozás	Természetes szaporodás
						Nők								
1881	2710,2	26,46	0,710	943,0	1585,4	181,9	34,8	58,5	6,7	2,853	28,34	116,2	93,1	23,1
1891	3044,3	26,61	0,751	1090,3	1738,9	215,1	35,8	57,1	7,1	2,820	31,87	124,6	92,3	32,3
1901	3436,4	27,02	0,740	1197,6	1974,6	264,3	34,8	57,5	7,7	2,637	36,88	127,8	85,9	41,9
1911	3819,8	27,41	0,744	1317,2	2190,7	311,9	34,5	57,4	8,2	2,321	39,75	128,5	86,6	41,9
1921	4112,8	29,04	0,629	1216,8	2525,0	371,0	29,6	61,4	9,0	1,271	40,09	83,0	85,4	—2,4
1931	4436,7	30,29	0,576	1183,3	2815,1	438,2	26,7	63,5	9,9	1,456	49,32	107,5	70,6	36,9
1941	4755,2	32,23	0,572	1197,8	3024,8	532,5	25,2	63,6	11,2	1,190	55,66	88,3	62,1	26,2
1951	4865,2	33,59	0,576	1152,8	3086,4	626,0	23,7	63,4	12,9	1,205	63,35	90,3	54,4	35,9
1961	5177,8	34,94	0,651	1235,3	3136,5	806,0	23,9	60,6	15,6	1,074	69,87	78,8	49,9	28,9
1971	5334,2	37,14	0,628	1032,8	3275,6	1025,8	19,4	61,4	19,2	0,964	71,94	72,4	54,9	17,5
1981	5524,8	37,85	0,678	1143,5	3292,7	1088,5	20,7	59,6	19,7	1,025	72,55	81,8	65,6	16,2
Alacsony változat														
1991	5437,4	39,12	0,678	1009,6	3240,1	1187,8	18,6	59,6	21,8	0,876	72,59	60,3	73,2	—12,9
2001	5338,7	39,71	0,653	934,4	3229,1	1175,1	17,5	60,5	22,0	0,891	72,74	67,3	74,6	—7,2
2011	5215,5	40,53	0,691	920,2	3083,5	1211,8	17,6	59,1	23,2	0,866	74,11	56,7	72,5	—15,8
2021	5049,9	41,59	0,725	806,1	2928,2	1315,5	16,0	58,0	26,1	0,866	75,38	54,0	69,4	—15,4
Közepes változat														
1991	5448,2	39,09	0,680	1016,3	3242,1	1189,7	18,7	59,5	21,8	0,894	72,92	61,6	72,4	—10,7
2001	5397,2	39,63	0,667	965,5	3238,3	1193,4	17,9	60,0	22,1	0,931	73,73	70,3	71,8	—1,5
2011	5349,6	40,30	0,720	988,1	3109,5	1252,0	18,5	58,1	23,4	0,942	75,10	62,4	70,4	—8,0
2021	5263,5	41,16	0,760	899,6	2990,5	1373,4	17,1	56,8	26,1	0,945	76,34	60,8	68,1	—7,4
Magas változat														
1991	5459,8	39,08	0,683	1021,9	3243,9	1194,1	18,7	59,4	21,9	0,910	73,29	62,7	71,1	—8,4
2001	5461,9	39,65	0,683	994,6	3244,9	1222,4	18,2	59,4	22,4	0,970	74,70	73,2	68,5	4,7
2011	5482,5	40,23	0,751	1048,8	3131,1	1302,7	19,1	57,1	23,8	1,009	76,11	67,4	68,7	—1,3
2021	5467,6	40,90	0,795	985,2	3045,5	1436,9	18,0	55,7	26,3	1,019	77,41	67,3	67,1	0,2

*A táblázatban az eltartási arány a 0—14 és 60—x éveseknek a 15—59 évesekhez viszonyított arányát, GRR a leányszületések egy nőre jutó átlagát, e(0) pedig a születéskor várható átlagos élettartamot jelenti.

Élveszületések és halálozások alakulása Magyarországon

Év*	Élveszületések	Halálozások	Élveszületések	Halálozások	Természetes szaporodás, fogyás (—)
			1000 lakosra		
1876	239 532	178 610	46,7	34,9	11,8
1880	235 730	205 150	44,4	38,6	5,8
1885	253 735	134 800	45,1	32,9	12,2
1890	245 289	192 218	41,0	32,1	8,9
1895	259 767	186 893	41,2	29,7	11,5
1900	268 019	177 363	39,7	26,3	13,4
1905	252 501	203 516	35,1	28,3	6,8
1910	265 457	168 875	35,1	22,3	12,8
1915	187 734	189 418	23,6	23,8	—0,2
1920	249 458	169 717	31,4	21,3	10,0
1925	235 480	142 150	28,4	17,1	11,3
1930	219 784	134 341	25,4	15,5	9,9
1935	189 479	136 923	21,1	15,2	5,9
1940	185 562	132 735	20,0	14,3	5,7
1945	169 091	211 323	18,7	23,4	—4,7
1950	195 567	106 902	20,9	11,4	9,5
1955	210 430	97 848	21,4	10,0	11,4
1960	146 461	101 525	14,7	10,2	4,5
1965	133 009	108 119	13,1	10,7	2,4
1970	151 819	120 197	14,7	11,6	3,1
1975	194 240	131 102	18,4	12,4	6,0
1980	148 673	145 355	13,9	13,6	0,3
1985	130 200	147 614	12,2	13,9	—1,6
1986	128 204	147 089	12,1	13,8	—1,8
1987	125 840	142 601	11,9	13,4	—1,6
1988	124 296	140 042	11,7	13,2	—1,5

*Magyarország mai területe, 1876. évtől 1918. évig részben becsült adatok alapján.

Magyarország népességének korösszetétele kiemelt korcsoportok szerint

Év	0—14	15—39	40—59	60—x
	évesek aránya (százalék)			
1881	36,7	40,2	18,0	5,1
1931	27,5	42,6	20,1	9,8
1981	21,8	35,8	25,3	18,0
2021*				
Alacsony változat	16,8	32,2	28,0	23,0
Magas változat	18,9	31,6	26,0	23,6

*Az 1986—2021 időszakra szóló népességelőreszámítások alapján. Az alacsony (pesszimista) változat az 1980-as években mért alacsony gyermekszámmal és kismértékben növekvő élettartammal számol. A magas változatban a gyermekszám adja a népesség hosszú távú utánpótlását, és az élettartam-növekedés is jelentős.

A népesség várható alakulása Magyarországon 2021-ig az idősek részletesebb korcsoport bontásával*

Év január 1.		0—14	15—59	60—69	70—79	80—x
		évesek száma (aránya)				
1986	fő	2279	6420	985	716	240
	%	21,4	60,3	9,3	6,7	2,3
2001	fő	1975	6485	1004	734	233
	%	18,9	62,2	9,6	7,0	2,3
2011	fő	2021	6241	1130	693	286
	%	19,5	60,2	10,9	6,7	2,7
2021	fő	1841	6034	1280	833	281
	%	18,0	58,8	12,5	8,1	2,6

*Az 1986—2021 időszakra szóló népesség-előreszámítások közepes változata szerint.

Az egyes generációk létszáma születéskor és 40—44 éves korban Magyarországon (ezer fő)

Születési időszak	Születések száma	Az újszülöttekből a 40—44 éves kort elérte*
1886—90	1278	509
1906—10	1325	712
1926—30	1108	733
1936—40	912	660
1946—50	934	766
1956—60	816	725
1966—70	748	688
1976—80	840	789

*1956—60-tól az 1986—2021 időszakra szóló népességelőreszámítások közepes változata alapján.

A természetes szaporodás arányának nemzetközi alakulása

Országok	1000 lakosra jutó természetes szaporodás										
	1938	1970	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Albánia	..	23,3	..	..	.	..	..	..	..	..	..
Ausztria	—0,1	1,8	—0,8	—0,2	0,2	0,5	— 0,4	0,1	—0,5	0,0	0,1
Belgium	2,8	2,4	1,2	0,9	1,5	0,8	0,3	0,6	0,3	0,7	..
Bulgária	9,1	7,2	4,6	3,6	3,0	2,6	2,2	2,4	1,2	2,1	..
Csehszlovákia	3,5	4,3	6,3	4,1	3,7	3,4	2,8	2,9	2,7	2,4	2,3
Dánia	7,8	4,6	0,9	0,3	—0,6	—0,5	—1,3	—1,1	—0,8	—0,6	—0,3
Egyesült Államok	7,0	8,9	7,1	7,2	7,1	7,3	6,9	6,9	7,0	6,8	..
Egyesült Királyság	3,7	4,5	1,0	1,7	1,2	1,0	1,1	1,5	1,5	1,7	2,4
Finnország	7,9	4,4	4,1	3,9	4,1	4,7	4,5	4,1	3,0	2,8	..
Franciaország	—0,9	6,1	3,9	4,7	4,6	4,6	3,5	4,0	3,8	4,2	4,3
Görögország	12,8	8,1	7,1	6,3	5,6	5,3	4,4	3,9	2,3	2,1	..
Hollandia	12,0	9,9	4,5	4,7	4,4	3,8	3,6	3,8	3,8	4,1	..
Írország	5,8	10,4	11,8	12,2	11,6	11,0	9,7	9,1	8,2	7,9	..
Japán	9,4	12,0	8,3	7,5	6,9	6,8	6,5	6,3	5,7	5,2	..
Jugoszlávia	11,1	8,9	8,6	8,0	7,7	7,8	7,0	7,1	6,8	6,3	6,1
Lengyelország	10,6	8,6	10,3	9,7	9,7	10,2	10,2	9,0	7,9	6,9	6,1
Magyarország	5,7	3,1	2,2	0,3	—0,2	—1,0	—2,0	—2,0	—1,6	—1,8	—1,6
Német Demokratikus Köztársaság	8,0	—0,2	0,1	0,4	0,3	0,7	0,7	0,4	0,2	0,0	..
Német Szövetségi Köztársaság		1,3	—2,1	—1,5	—1,6	—1,5	—2,0	—1,8	—1,9	—1,3	—0,7
Norvégia	5,6	6,6	2,7	2,4	2,2	2,4	1,9	1,8	1,6	2,8	2,3
Olaszország	9,7	7,1	2,4	1,5	1,4	1,5	0,7	1,0	0,6	..	..
Portugália	11,2	9,2	6,9	6,4	5,7	5,9	4,8	4,6	3,3	..	..
Románia	10,4	11,6	8,6	7,5	7,0	5,4	3,9	5,2	4,9	..	..
Spanyolország	0,8	11,2	8,3	7,5	6,6	5,3	4,7	4,4	3,7	..	..
Svájc	3,6	6,7	2,3	2,4	2,2	2,5	2,1	2,5	2,4	2,5	2,6
Svédország	3,4	3,8	0,7	0,3	0,2	0,2	0,1	0,4	0,5	1,1	1,4
Szovjetunió	13,4a	9,2	8,2	7,9	8,4	8,9	9,8	8,8	8,8	10,2	..

a) 1940.

Az élveszületési arány nemzetközi alakulása

Országok	1000 lakosra jutó természetes szaporodás										
	1938	1970	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Albánia	34,2	32,6	..	..	.	..	..	..	..	..	..
Ausztria	13,9	15,2	11,4	12,1	12,5	12,5	11,9	11,7	11,4	11,4	11,3
Belgium	16,0	14,7	12,6	12,5	12,7	12,2	11,9	11,7	11,5	11,8	..
Bulgária	22,8	16,3	15,3	14,3	14,1	13,3	13,6	13,7	13,2	13,5	..
Csehszlovákia	16,7	15,9	17,8	16,3	15,5	15,2	14,8	14,7	14,5	14,2	13,9
Dánia	18,1	14,4	11,6	11,2	10,4	10,3	9,9	10,1	10,6	10,8	11,0
Egyesült Államok	17,6	18,3	15,6	15,9	15,8	15,9	15,6	15,5	15,7	15,5	..
Egyesült Királyság	15,5	16,3	13,1	13,5	13,0	12,8	12,8	12,9	13,3	13,3	13,6
Finnország	21,0	14,0	13,3	13,2	13,2	13,7	13,8	13,3	12,8	12,4	..
Franciaország	14,9	16,8	14,1	14,9	14,9	14,7	13,7	13,8	13,9	14,1	13,8
Görögország	26,1	16,5	15,9	15,4	14,5	14,0	13,5	12,8	11,7	11,3	..
Hollandia	20,5	18,3	12,5	12,8	12,5	12,0	11,8	12,1	12,3	12,7	..
Írország	19,4	21,8	21,5	21,9	21,0	20,4	19,0	18,2	17,6	17,4	..
Japán	27,1	18,9	14,3	13,7	13,1	12,9	12,7	12,5	11,9	11,4	..
Jugoszlávia	26,7	17,8	17,1	17,0	16,7	16,7	16,6	16,4	15,9	15,4	15,3
Lengyelország	24,3	16,8	19,5	19,5	18,9	19,4	19,7	18,9	18,2	16,9	16,1
Magyarország	19,9	14,7	15,0	13,9	13,3	12,5	11,9	11,8	12,2	12,1	11,9
Német Demokratikus Köztársaság	19,7	13,9	14,0	14,6	14,2	14,4	14,0	13,7	13,7	13,4	..
Német Szövetségi Köztársaság		13,4	9,5	10,1	10,1	10,1	9,7	9,5	9,6	10,2	10,5
Norvégia	15,6	16,6	12,8	12,5	12,4	12,5	12,1	12,1	12,3	12,6	13,0
Olaszország	23,8	16,8	11,8	11,2	11,0	10,9	10,6	10,3	10,1	..	..
Portugália	26,6	20,0	16,3	16,0	15,3	15,1	14,4	14,2	12,9	..	..
Románia	29,6	21,1	18,5	18,0	17,0	15,3	14,3	15,5	15,8	..	..
Spanyolország	20,1	19,5	16,1	15,2	14,2	12,8	12,5	12,1	11,7	..	..
Svájc	15,2	15,8	11,3	11,6	11,5	11,8	11,4	11,6	11,6	11,7	11,6
Svédország	14,9	13,7	11,7	11,3	11,3	11,1	11,0	11,3	11,8	12,2	12,5
Szovjetunió	31,7[a]	17,4	18,3	18,3	18,7	19,0	20,1	19,6	19,5	19,9	..

a) 1940

Az élveszületések száma és aránya Magyarországon

Év	Élveszületések száma	1000 lakosra jutó élveszületett gyermekek száma
1946	169 120	18,7
1951	190 645	20,2
1952	185 820	19,6
1953	206 926	21,6
1954	223 347	23,0
1955	210 430	21,4
1956	192 810	19,5
1957	167 202	17,0
1958	158 428	16,0
1959	151 194	15,2
1960	146 461	14,7
1961	140 365	14,0
1962	130 053	12,9
1963	132 335	13,1
1964	132 141	13,1
1965	133 009	13,1
1966	138 489	13,6
1967	148 886	14,6
1968	154 419	15,1
1969	154 318	15,0
1970	151 819	14,7
1971	150 640	14,5
1972	153 265	14,7
1973	156 224	15,0
1974	186 288	17,8
1975	194 240	18,4
1976	185 405	17,5
1977	177 547	16,7
1978	168 160	15,8
1979	160 364	15,0
1980	148 673	13,9
1981	142 890	13,3
1982	133 559	12,5
1983	127 258	11,9
1984	125 359	11,8
1985	130 200	12,2
1986	128 204	12,1
1987	125 840	11,9
1988	124 296	11,7

A nők korcsoportja szerinti élveszületési arányszámok

Év	Korcsoport						15—49 éves összesen
	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	
	1000 megfelelő korú nőre jutó élveszületés						
1980	68,0	158,6	100,0	40,9	13,7	1,5	57,6
1981	62,4	155,9	100,6	40,6	12,8	1,5	55,7
1982	58,3	149,5	95,6	38,5	12,3	1,4	52,2
1983	53,3	145,4	94,2	37,6	12,0	1,3	49,8
1984	52,1	146,1	94,6	39,1	12,1	1,3	49,0
1985	51,5	152,5	102,9	43,0	13,6	1,4	50,9
1986	48,8	148,3	107,1	43,9	14,5	1,4	50,1
1987	47,1	145,4	107,1	44,3	14,7	1,5	49,2
1988	44,1	143,5	109,5	43,5	14,7	1,5	48,5
	1000 megfelelő korú házas nőre jutó házasságból élveszületés						
1980	370,7	225,6	116,1	44,5	14,2	1,5	73,7
1981	361,7	223,9	116,6	44,3	13,4	1,5	71,3
1982	366,4	217,0	111,0	41,9	12,6	1,4	67,2
1983	354,1	213,0	108,9	41,0	12,3	2,5	64,3
1984	361,2	216,5	109,2	42.7	12,2	1,3	63,6
1985	365,7	230,0	118,5	47,0	13,9	1,4	66,5
1986	354,8	228,5	124,0	47,9	14,8	1,4	65,9
1987	360,9	229,3	124,3	48,2	14,8	1,5	64,9
1988	356,5	232,4	126,9	46,8	14,8	1,4	63,8

A 15—39 éves házas nők életben lévő gyermekeinek átlagos száma korcsoportonként

Korcsoport	1966	1977	1986	1966	1977	1986
	Átlag			1966=100		
15—19	0,44	0,79	0,76	100	180	173
20—24	0,94	1,12	1,11	100	119	118
25—29	1,46	1,66	1,63	100	114	112
30—34	1,87	1,84	1,93	100	98	103
35—39	1,99	1,83	1,97	100	92	99
Összesen	1,60	1,60	1,73	100	100	111

Termékenység társadalmi-gazdasági csoportonként

Társadalmi-gazdasági csoport	100 házas nőre jutó gyermek									
	kereső					eltartott				
	1920	1960	1970	1980	1984	1920	1960	1970	1980	1984
Fizikai dolgozó										
Aktív keresők										
Mezőgazdaságban	282	245	237	223	209	433	316	260	245	236
Nem mezőgazdasági ágakban	244*	161	170	178	181	322*	226	238	238	232
Együtt	272	203	194	189	187	389	268	249	241	234
Inaktív keresők	—	185	185	199	201	—	321	308	268	252
Együtt	272	202	192	192	192	389	272	267	254	244
Nem fizikai (szellemi) foglalkozású	176	121	128	143	151	225	195	199	190	203
Összesen	266	184	172	174	176	378	263	258	246	239

*Az inaktív keresőkkel, illetve eltartottjaikkal együtt.

Termékenység a nők keresőképessége szerint

Év	100 házas nőre jutó gyermek		
	kereső	eltartott	összesen
1920	266	378	362
1949	164	276	259
1960	184	263	232
1970	172	258	205
1980	174	246	189
1984	176	239	187

A gyermekek száma az édesanya iskolai végzettsége szerint

Év	100 házas nőre jutó gyermek								
	összesen*	iskolába nem járt	általános iskola			befejezett		szórás	szóródási együttható (%)
			1—5 osztály	6—7 osztály	8 osztály	középiskola	felsőfokú tanintézet		
				15—49 éves					
1960	198	420	268	212	138	125	127	55,3	27,9
1970	179	449	270	220	149	113	119	54,5	30,4
1980	172	467	279	224	171	137	135	41,0	23,8
1984	175	315		229	180	150	143	31,8	18,2
				50—x éves					
1960	311	500	353	300	159	157	138	73,5	23,6
1970	264	439	311	257	168	170	158	25,4	21,4
1980	223	425	279	227	177	161	156	43,7	19,6
1984	209	279		218	180	157	151	35,4	16,9
				Összesen					
1960	232	467	307	239	141	129	128	72,0	31,0
1970	205	443	295	236	152	118	123	65,8	32,1
1980	189	443	279	226	172	140	137	48,2	25,5
1984	187	289		220	180	151	144	36,5	19,5

*Az összesített mutató alakulását befolyásolja az egyes iskolai csoportokon belüli létszámarány-változás. Az idők folyamán növekedett a magasabb iskolai végzettségű és kevesebb gyermeket vállaló nők aránya, s ennek tudható be, hogy a részátlagok növekedése ellenére az összesített átlag csökkenést muatat.

Forrás: Szukicsné dr. Serfőző Klára: *A termékenység és az iskolai végzettség néhány összefüggése Magyarországon az elmúlt negyedszázadban.* A KSH Népességtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései 28. 1986/1.

Termékenység településtípusonként

Év	100 házas nőre jutó gyermek		
	Budapest	városok	községek
1920	245	353	391
1960	155	220	265
1970	139	187	231
1980	144	180	212
1984	152	182	205

Az 1983-ban házasságot kötött nők kívánt gyermekszáma 1983-ban és 1986-ban

Kívánt gyermekszám három évvel a házasságkötés után	Kívánt gyermekszám a házasságkötés előtt						Kívánt átlagos gyermekszám
	0	1	2	3	4—x	összesen	
	A házasságkötéskor tervezett gyermekszámok megoszlása (%)						
0	6,7	20,0	57,8	15,5	—	100,0	1,82
1	1,0	31,1	60,7	6,9	0,3	100,0	1,75
2	0,3	5,8	83,4	10,0	0,5	100,0	2,05
3	0,2	4,9	42,7	48,8	3,4	100,0	2,50
4—X	—	4,0	20,0	42,0	34,0	100,0	3,06
Összesen	0,5	9,8	73,6	14,8	1,3	100,0	2,07
	A házasságkötés után három évvel tervezett gyermekszámok megoszlása (%)						
0	16,7	2,4	0,9	1,3	—	1,2	
1	33,3	50,0	13,1	7,4	4,2	15,9	
2	44,4	41,0	78,5	46,9	27,1	69,3	
3	5,6	6,1	7,2	40,7	33,3	12,3	
4—X	—	0,5	0,3	3,7	35,4	1,3	
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Kívánt átlagos gyermekszám	1,39	1,52	1,93	2,38	3,00	1,97	

A 15 éves és idősebb népesség megoszlása családi állapot és nemek szerint (%)

Év (január 1.)	Nőtlen, hajadon	Házas	Özvegy	Elvált	Összesen
		Férfi			
1965	23,8	71,0	3,3	1,8	100,0
1970	24,7	69,9	3,2	2,2	100,0
1975	24,0	69,6	3,4	3,1	100,0
1980	22,0	70,8	3,5	3,7	100,0
1985	23,0	68,3	3,8	4,9	100,0
1989	24,6	65,6	3,9	5,9	100,0
		Nő			
1965	17,1	64,4	15,3	3,2	100,0
1970	17,2	63,8	15,2	3,8	100,0
1975	16,1	63,7	15,6	4,6	100,0
1980	13,8	64,3	16,3	5,6	100,0
1985	14,1	61,8	17,3	6,8	100,0
1989	15,2	59,2	17,8	7,8	100,0

A 15—49 éves nők száma családi állapot szerint

Év	Hajadon	Házas	Özvegy	Elvált	Összesen
		Szám			
1980. I.1.	501 512	1 881 317	51 643	148 962	2 583 434
1981. I.1.	497 125	1 863 011	52 649	154 749	2 567 534
1982. I.1.	497 304	1 845 814	53 860	160 720	2 557 698
1983. I.1.	505 245	1 825 700	54 651	167 067	2 552 663
1984. I.1.	515 931	1 806 311	55 963	173 876	2 552 081
1985. I.1.	526 758	1 788 016	57 287	180 362	2 552 423
1986. I.1.	538 627	1 768 682	58 330	187 459	2 553 098
1987. I.1.	550 561	1 749 796	59 225	194 633	2 554 215
1988. I.1.	568 037	1 724 880	59 790	203 589	2 556 296
1989. I.1.	587 706	1 705 291	60 077	206 589	2 559 663
		Százalék			
1980. I.1.	19,4	72,8	2,0	5,8	100,0
1981. I.1.	19,4	72,6	2,0	6,0	100,0
1982. I.1.	19,4	72,2	2,1	6,3	100,0
1983. I.1.	19,8	71,5	2,1	6,6	100,0
1984. I.1.	20,2	70,8	2,2	6,8	100,0
1985. I.1.	20,6	70,1	2,2	7,1	100,0
1986. I.1.	21,1	69,3	2,3	7,3	100,0
1987. I.1.	21,6	68,5	2,3	7,6	100,0
1988. I.1.	22,2	67,5	2,3	8,0	100,0
1989. I.1.	23,0	66,6	2,3	8,1	100,0

A 20—24 éves nők száma családi állapot szerint

Év	Hajadon	Házas	Özvegy	Elvált	Összesen
		Szám			
1980. I.1.	118 887	267 768	789	11 315	398 759
1981. I.1.	113 278	247 031	791	10 964	372 064
1982. I.1.	109 538	228 925	748	10 344	349 555
1983. I.1.	106 704	216 063	643	10 123	333 533
1984. I.1.	106 179	206 025	659	9 852	322 715
1985. I.1.	107 115	197 897	665	9 316	314 993
1986. I.1.	110 076	190 347	604	8 840	309 867
1987. I.1.	115 214	184 928	587	8 658	309 387
1988. I.1.	125 196	184 111	568	8 855	318 730
1989. I.1.	136 132	184 107	531	8 520	329 290
		Százalék			
1980. I.1.	29,8	67,2	0,2	2,8	100,0
1981. I.1.	30,4	66,4	0,2	3,0	100,0
1982. I.1.	31,3	65,5	0,2	3,0	100,0
1983. I.1.	32,0	64,8	0,2	3,0	100,0
1984. I.1.	32,9	63,8	0,2	3,1	100,0
1985. I.1.	34,0	62,8	0,2	3,0	100,0
1986. I.1.	35,5	61,4	0,2	2,9	100,0
1987. I.1.	37,2	59,8	0,2	2,8	100,0
1988. I.1.	39,3	57,7	0,2	2,8	100,0
1989. I.1.	41,3	55,9	0,2	2,6	100,0

Az élettársi kapcsolatban élők aránya családi állapot szerint a megfelelő korúak százalékában 1984-ben

Családi állapot	100 megfelelő korú és családi állapotúra jutó élettársi kapcsolatban élő							
	15—29	30—49	50—x	összesen	15—29	30—49	50—x	összesen
	éves férfi				éves nő			
Nőtlen, hajadon	1,6	8,9	8,7	3,1	1,9	3,4	1,3	1,9
Házas	0,2	0,4	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2
Özvegy	—	7,9	5,6	5,7	15,3	7,4	1,3	1,8
Elvált	8,0	14,4	11,7	12,9	16,8	17,0	7,7	13,2
Összesen	1,3	2,2	1,6	1,7	1,6	2,2	1,1	1,6

A házasságkötések és a válások néhány mutatójának alakulása Európában 1986 körül

Országok	Házasságkötések 1000 lakosra	Teljes első házasságkötési arányszám 1000 nőre (1)	A nők átlagos életkora az első házasságkötéskor	Válások 1000 lakosra	Teljes válási arányszám 1000 házasságra (2)
Kelet-Európa					
Bulgária	7,2	943	20,8	1,7	191
Csehszlovákia	7,8	920	21,1	2,5	309
Lengyelország	6,7	881	22,6	1,3	155
Magyarország	6,2*	833	21,4*	2,8*	340
Német Demokratikus Köztársaság	8,3	739	21,5	3,1	323
Románia	7,3	846	..	1,5	209
Észak-Európa					
Anglia és Wales	7,0	658	24,1	2,9	422
Dánia	6,1	600	26,5	2,8	460
Finnország	5,3	586	25,8	2,0	293
Írország	5,2	690	25,0	..	..
Norvégia	4,9	540	24,4	1,9	320
Svédország	4,9	531	27,7	2,3	440
Nyugat-Európa					
Ausztria	9,9	610	24,2	2,0	290
Belgium	5,7	658	23,1	1,9	292
Franciaország	4,8	530	24,6	1,9	310
Hollandia	6,0	600	24,3	2,4	310
Német Szövetségi Köztársaság	6,2	590	24,9	2,2	301
Svájc	6,5	683	26,3	1,9	298
Dél-Európa					
Görögország	6,1	986	22,8	..	..
Jugoszlávia	7,0	..	23,1	1,0	..
Olaszország	5,2	733	24,1	0,3	32
Portugália	6,7	790	22,9	..	..
Spanyolország	5,0	675	23,9	..	..

Forrás: *Demographic Yearbook, 1987.* Recent Demographic Developments, Council of Europe, 1988. *Demográfiai Évkönyv, Magyarország, 1987.* KSH, 1988.

(1) A korspecifikus első házasságkötési arányszámok összegének 1000 nőre jutó értéke. Azt fejezi ki, hogy 1000 nő közül átlagosan hányan kötnék meg első házasságukat, ha olyan gyakorisággal házasodnának, mint ahogyan azt az adott évben először házasuló 15—49 éves nők tették.

(2) A házasságtartam-specifikus válási arányszámok összegének 1000 házasságra jutó értéke. Azt fejezi ki, hogy 1000 házasságból átlagosan hány végződne válással, ha a házaspárok olyan gyakorisággal válnának, mint ahogyan azt az adott évben elváló 0—29 éve házasodottak tették.

*1987.

Házasodási arányszámok Magyarországon

Év	Teljes első házasságkötési arányszám (1)		Teljes újraházasodási arányszám (2)		Teljes válási arányszám (3)
	1000				
	férfira	nőre	elvált férfira	elvált nőre	házasságra
1950	1294	1183	..	..	138
1960	1029	1005	..	..	180
1965	989	970	754	698	228
1970	995	973	707	666	250
1975	947	1001	652	605	276
1980	779	889	542	537	293
1985	786	843	513	512	333
1986	793	833	501	506	340

Forrás: Csernák Józsefné: *Az első házasságkötések alakulása Magyarországon* (Születési kohorszok házassági táblái). KSH Népességtudományi Kutató Intézet Közleményei, 1983, 295. old., valamint Csernák Józsefné: A házasságkötések és a válások alakulása Magyarországon a II.világháború után. (Kézirat).

(1) A korspecifikus első házasságkötési arányszámok összegének 1000 férfira/nőre jutó értéke. Azt fejezi ki, hogy 1000 férfi/nő közül átlagosan hányan kötnék meg első házasságukat, ha olyan gyakorisággal házasodnának, mint ahogyan azt az adott évben először házasuló 15—49 éves férfiak/nők tették. Az 1000-et meghaladó érték a házasodási életkor változásaiból adódó fluktuációkat tükrözi.

(2) A válástól az újraházasodásig eltelt évek szerint számított újraházasodási arányszámok összegének 1000 elvált férfira/elvált nőre jutó értéke. Azt fejezi ki, hogy 1000 elvált férfi/elvált nő közül átlagosan hányan kötnének újra házasságot, ha olyan gyakorisággal házasodnának, mint ahogyan azt az adott évben 0—19 éven belül újraházasodó elváltak tették.

(3) A házasságtartam-specifikus válási arányszámok összegének 1000 házasságra jutó értéke. Azt fejezi ki, hogy 1000 házasságból átlagosan hány végződne válással, ha a házaspárok olyan gyakorisággal válnának, mint ahogyan azt az adott évben elváló 0—29 éve házasodottak tették.

Az először házasságra lépők és az újraházasulók arányának alakulása

Év (évek átlaga)	100 házasuló közül			1000 megfelelő családi állapotú					
	egyik fél sem volt házas	az egyik	mind a két	nőtlen	özvegy	elvált	hajadon	özvegy	elvált
		fél házas volt		férfira			nőre		
				jutó házasságkötés					
1965—1969	74,1	14,7	11,2	83,9	30,9	186,0	109,0	5,5	90,5
1970—1974	75,2	14,1	10,7	81,7	24,5	146,5	110,8	4,4	76,0
1975—1979	73,5	15,0	11,5	84,3	20,6	111,4	120,5	4,2	65,6
1980—1984	69,3	17,1	13,5	67,5	16,6	85,2	99,4	3,3	52,9
1980	70,7	16,6	12,7	72,4	17,8	94,4	106,1	3,4	56,4
1981	70,0	17,0	13,0	69,0	17,1	87,8	101,8	3,4	53,3
1982	68,7	17,2	14,1	66,1	17,3	85,3	97,7	3,5	53,3
1983	68,8	17,4	13,8	66,0	15,5	81,0	97,2	3,2	51,9
1984	68,5	17,5	14,0	63,8	15,5	77,6	94,3	3,2	49,6
1985	68,5	17,6	13,9	61,6	14,6	72,2	90,7	3,0	47,1
1986	68,7	17,1	14,2	60,1	13,7	68,2	88,1	3,0	45,5
1987	69,3	16,8	13,9	54,1	12,1	58,7	79,4	2,7	38,7

Átlagos életkor az első házasságkötéskor

Év	Átlagos életkor az első házasságkötéskor	
	férfi	nő
1965	24,5	21,4
1970	24,0	21,1
1975	23,4	21,0
1980	24,0	21,3
1985	24,3	21,3
1986	24,3	21,2
1987	24,3	21,4

A válások számának és arányának alakulása

Év (évek átlaga)	A válások száma	1000 fennálló házasságra	1000 lakosra	1000 házasságkötésre	A férfi	A nő
		jutó válás			átlagos életkora (év)	
1965—1969	21 038	7,9	2,1	223,7	37,0	33,3
1970—1974	24 092	8,8	2,3	245,8	36,5	33,1
1975—1979	27 250	9,7	2,6	284,8	36,1	32,8
1980—1984	28 372	10,2	2,7	369,9	35,9	32,9
1980	27 797	9,9	2,6	346,0	35,7	32,6
1985	29 309	10,9	2,8	400,2	36,2	33,2
1986	29 557	11,1	2,8	408,1	36,6	33,6
1987	29 856	11,3	2,8	451,8	36,7	33,6

A házasságok mérlege

Év (évek átlaga)	Házasságkötések	Halál által	Válás által	Összes	Házasságok mérlege
		megszűnt házasságok			
	száma				
1965—1969	94 053	53 172	21 038	74 210	19 843
1970—1974	98 020	59 458	24 092	83 550	14 470
1975—1979	96 174	65 376	27 250	92 626	3 548
1980—1984	76 786	69 892	28 372	98 264	—21 478
1980	80 331	70 424	27 797	98 221	—17 890
1981	77 131	70 141	27 426	97 567	—20 436
1982	75 550	70 643	29 337	99 980	—24 011
1983	75 969	69 409	28 587	97 996	—22 446
1984	74 951	68 846	28 711	97 557	—22 606
1985	73 238	68 232	29 309	97 541	—24 303
1986	72 434	67 715	29 557	97 272	—24 838
1987	66 082	65 009	29 856	94 865	—28 783
1988	65 932	63 416	25 000	88 416	—22 484
		1000 lakosra			
1965—1969	9,2	5,2	2,1	7,3	1,9
1970—1974	9,4	5,7	2,3	8,0	1,4
1975—1979	9,1	6,1	2,6	8,7	0,4
1980—1984	7,2	6,5	2,7	9,2	—2,0
1980	7,5	6,6	2,6	9,2	—1,7
1981	7,2	6,5	2,6	9,1	—1,9
1982	7,1	6,5	2,7	9,2	—2,1
1983	7,1	6,6	2,7	9,3	—2,2
1984	7,0	6,5	2,7	9,1	—2,1
1985	6,9	6,4	2,8	9,2	—2,3
1986	6,8	6,4	2,8	9,2	—2,4
1987	6,2	6,1	2,8	8,9	—2,7
1988	6,2	6,0	2,4	8,4	—2,2

A nők gazdasági aktivitásának változása

Év	20—39 éves aktív kereső nők a megfelelő korú	Aktív kereső nők a
	női népesség százalékában	
1900	..	20,8
1910	22,0	17,7
1920	35,6	25,8
1930	29,1	22,0
1941	..	24,1
1949	35,0	25,0
1960	50,8	32,8
1970	67,7	38,6
1980	73,5	39,9
1984	77,5	39,5
1988	..	40,5

A halálozási arány nemzetközi alakulása

Országok	1000 lakosra jutó halálozás										
	1938	1970	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Albánia	..	9,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ausztria	14,0	13,4	12,2	12,3	12,3	12,0	12,3	11,6	11,9	11,4	11,2
Belgium	13,2	12,3	11,4	11,6	11,2	11,4	11,6	11,1	11,2	11,1	..
Bulgária	13,7	9,1	10,7	10,7	11,1	10,7	11,4	11,3	12,0	11,4	..
Csehszlovákia	13,2	11,6	11,5	12,2	11,8	11,8	12,0	11,8	11,8	11,8	11,6
Dánia	10,3	9,8	10,7	10,9	11,0	10,8	11,2	11,2	11,4	11,4	11,3
Egyesült Államok	10,6	9,4	8,5	8,7	8,7	8,6	8,7	8,6	8,7	8,7	..
Egyesült Királyság	11,8	11,8	12,1	11,8	11,8	11,8	11,7	11,4	11,8	11,6	11,2
Finnország	13,1	9,6	9,2	9,3	9,1	9,0	9,3	9,2	9,8	9,6	..
Franciaország	15,8	10,7	10,2	10,2	10,3	10,1	10,2	9,8	10,1	9,9	9,5
Görögország	13,3	8,4	8,8	9,1	8,9	8,7	9,1	8,9	9,4	9,2	..
Hollandia	8,5	8,4	8,0	8,1	8,1	8,2	8,2	8,3	8,5	8,6	..
Írország	13,6	11,4	9,7	9,7	9,4	9,4	9,3	9,1	9,4	9,5	..
Japán	17,7	6,9	6,0	6,2	6,2	6,1	6,2	6,2	6,2	6,2	..
Jugoszlávia	15,6	8,9	8,5	9,0	9,0	8,9	9,6	9,3	9,1	9,1	9,2
Lengyelország	13,7	8,2	9,2	9,8	9,2	9,2	9,5	9,9	10,3	10,0	10,0
Magyarország	14,2	11,6	12,8	13,6	13,5	13,5	13,9	13,8	13,9	13,8	13,4
Német Demokratikus Köztársaság	11,7	14,1	13,9	14,2	13,9	13,7	13,3	13,3	13,5	13,4	..
Német Szövetségi Köztársaság		12,1	11,6	11,6	11,7	11,6	11,7	11,3	11,5	11,5	11,2
Norvégia	10,0	10,0	10,1	10,1	10,2	10,1	10,2	10,3	10,7	9,8	10,7
Olaszország	14,1	9,7	9,4	9,7	9,6	9,4	9,9	9,3	9,5	..	..
Portugália	15,4	10,8	9,4	9,6	9,6	9,2	9,6	9,6	9,6	8,6	..
Románia	19,2	9,5	9,9	10,5	10,0	9,9	10,4	10,3	10,9	..	..
Spanyolország	19,3	8,3	7,8	7,7	7,6	7,5	7,8	7,7	8,0	..	..
Svájc	11,6	9,1	9,0	9,2	9,3	9,3	9,3	9,1	9,2	9,2	9,0
Svédország	11,5	9,9	11,0	11,0	11,1	10,9	10,9	10,9	11,3	11,1	11,1
Szovjetunió	18,3a	8,2	10,1	10,4	10,3	10,1	10,3	10,8	10,7	9,7	..

a) 1940.

Születéskor várható átlagos élettartam a fejlett egészségi kultúrájú ipari országokban

Országok	A férfi		A női		Az össznépesség	
	népesség					
	születési élettartama években					
	1964	1987	1964	1987	1964	1987
Albánia	63,7a	..	66,0a	..	64,8a	..
Ausztria	66,2b	71,6	72,7b	78,2	69,3b	74,8
Belgium	67,3b	70,9k	73,3b	77,7k	70,2b	74,2k
Bulgária	68,4b	68,6k	72,1b	74,7k	70,2b	71,5k
Csehszlovákia	67,8	67,3k	73,6	74,8k	70,6	70,9k
Dánia	70,3a	71,9k	74,6a	77,8k	72,4a	74,7k
Egyesült Királyság:						
Anglia és Wales	68,3c	72,6	74,4c	78,3	71,2c	75,4
Észak-Írország	67,8c	71,1	72,9c	77,2	70,3c	74,0
Finnország	65,4d	70,6k	72,6d	78,9k	68,9d	74,6k
Franciaország	68,0	71,8k	75,1	80,0k	71,4	75,8k
Görögország	67,5e	74,1k	70,7e	78,9k	69,0e	76,4k
Hollandia	71,1d	73,1k	75,9d	79,8k	73,4d	76,3k
Írország	68,2b	70,8k	72,0b	76,4k	70,0b	73,5k
Izland	70,8d	74,9	76,2d	79,0	73,4d	76,9
Jugoszlávia	62,4f	68,1l	65,6f	73,9l	63,9f	70,9l
Lengyelország	67,5c	66,8	72,9c	75,2	70,1c	70,9
Magyarország	67,5	65,7	72,3	73,9	69,8	69,7
Német Demokratikus Köztársaság	68,3a	69,9	73,3a	76,0	70,7a	72,8
Német Szövetségi Köztársaság	67,6g	72,2	73,5g	78,9	70,4g	75,4
Norvégia	71,0d	72,9k	76,0d	79,9k	73,4d	76,3k
Olaszország	67,0b	72,2l	72,4b	78,8l	69,6b	75,4l
Portugália	60,7h	70,6	66,4h	77,5	63,5h	73,9
Románia	65,4i	67,1m	70,3i	72,7m	67,8i	69,8m
Spanyolország	68,0b	73,2m	72,7b	79,8m	70,3b	76,4m
Svájc	68,7b	74,0	74,5b	81,0	71,5b	77,4
Svédország	71,6d	74,0k	75,7d	80,2k	73,6d	77,0k
Szovjetunió	66,0g	65,1k	74,0g	73,8k	70,0g	69,3k
Egyesült Államok	66,8b	71,4k	73,5b	78,6k	70,0b	74,9k
Kanada	68,4e	73,1k	74,2e	79,9k	71,2e	76,4k
Izrael	70,5j	73,4k	73,2j	77,0k	71,8j	75,1k
Japán	66,6b	75,9	71,7b	82,1	69,1b	78,9
Ausztrália	67,8b	73,0	74,2b	79,6	70,9b	76,2
Új-Zéland	68,5b	71,1k	74,0b	77,5k	71,2b	74,2k

a) 1963/64 — b) 1960/64 — c) 1963/65 — d) 1961/65 — e) 1960/62 — f) 1961/62 — g) 1964/65 — h) 1959/62— i) 1963 — j) 1965 — k) 1986 — l) 1985 — m) 1984.

A férfiak születéskor várható átlagos élettartama néhány országban (év)

Országok	1950—54	1955—59	1960—64	1965—69	1970—74	1975—79	1980—84
Japán	60,5	64,2	66,6	68,8	70,6	72,8	74,3
Hongkong	..	..	65,0	67,3	68,4	70,6	73,4
Szingapúr	..	60,6	62,9	64,4	66,0	67,8	69,3
Ausztria	63,6	64,8	66,2	66,6	66,9	68,3	69,4
Magyarország	61,4	64,5	66,4	66,9	66,5	66,3	65,3

Forrás: Forgács Iván: A magyar népesség egészségi állapotának nemzetközi összehasonlítása. Kézirat.

A halandóság alakulása Magyarországon

Év	Nyers	Az Egészségügyi Világszervezet „európai népesség"-ének kormegoszlására standardizált*
	halálozási arány (1000 lakosra)	
1946	15,0	20,23
1947	12,9	17,25
1948	11,6	15,28
1949	11,4	14,96
1950	11,4	14,99
1951	11,7	15,56
1952	11,3	15,33
1953	11,7	15,85
1954	11,0	14,73
1955	10,0	13,23
1956	10,5	13,85
1957	10,5	13,85
1958	9,9	12,84
1959	10,5	13,51
1960	10,2	12,94
1961	9,6	12,03
1962	10,8	13,52
1963	9,9	12,07
1964	10,0	11,93
1965	10,7	12,59
1966	10,0	11,53
1967	10,7	12,07
1968	11,2	12,49
1969	11,4	12,49
1970	11,6	12,52
1971	11,9	12,55
1972	11,4	11,99
1973	11,8	12,20
1974	12,0	12,13
1975	12,4	12,41
1976	12,5	12,41
1977	12,4	12,23
1978	13,1	12,89
1979	12,8	12,47
1980	13,6	13,04
1981	13,5	12,86
1982	13,5	12,78
1983	13,9	13,12
1984	13,8	12,84
1985	13,9	12,84
1986	13,8	12,73
1987	13,4	12,30

* A standardizálás kiegyenlíti a népesség korstruktúrájának eltéréseit, ennek közvetkeztében a kormegoszlás a megfigyelési időtartam folyamán mindvégig változatlan.

A születéskor és a harmincéves korban még várható átlagos élettartam Magyarországon (év)

Év	A születéskor			A 30 éves korban még		
	várható átlagos élettartam					
	férfi	női	össz-népesség	férfi	női	össz-népesség
	résznépesség			résznépesség		
1930—1931	48,70	51,80	50,20	37,09	38,64	..
1941	54,95	58,24	56,54	38,58	40,57	..
1949	59,28	63,40	61,36	39,71	42,57	41,22
1955	64,77	68,67	66,76	41,48	44,02	42,83
1964	67,01	71,78	69,43	41,76	45,41	43,66
1965	66,71	71,54	69,16	41,32	45,08	43,27
1966	67,53	72,23	69,93	41,99	45,75	43,95
1967	66,92	72,04	69,51	41,37	45,44	43,47
1968	66,69	71,94	69,34	41,01	45,24	43,19
1969	66,68	72,00	69,36	40,84	45,30	43,13
1970	66,31	72,08	69,20	40,65	45,28	43,02
1971	66,11	72,04	69,08	40,38	45,19	42,84
1972	66,85	72,49	69,58	40,86	45,57	43,28
1973	66,65	72,49	69,58	40,71	45,45	43,14
1974	66,52	72,38	69,46	40,56	45,57	43,11
1975	66,29	72,42	69,35	40,19	45,37	42,82
1976	66,60	72,50	69,56	40,14	45,25	42,74
1977	66,67	72,99	69,82	40,00	45,43	42,75
1978	66,08	72,74	69,38	39,25	45,03	42,16
1979	66,12	73,03	69,54	39,28	45,26	42,28
1980	65,45	72,70	69,02	38,54	44,93	41,73
1981	65,46	72,86	69,11	38,39	44,92	41,65
1982	65,63	73,18	69,34	38,42	45,16	41,78
1983	65,08	72,99	68,95	37,84	44,95	41,36
1984	65,05	73,16	69,01	37,81	45,19	41,46
1985	65,09	73,07	69,00	37,88	45,11	41,47
1986	65,30	73,21	69,19	37,93	45,13	41,51
1987	65,67	73,74	69,64	38,22	45,51	41,85

Csecsemőhalandóság a fejlett egészségi kultúrájú ipari országokban

Országok	1000 élveszületésre jutó halálozás	
	1964	1987
Jugoszlávia	75,8	28,3a
Románia	48,6	23,4b
Lengyelország	47,7	17,5
Magyarország	40,0	17,3
Spanyolország	39,2	9,9b
Bulgária	32,9	14,7c
Szovjetunió	29,4	25,1c
Ausztria	29,2	9,8
Német Demokratikus Köztársaság	28,8	8,7
Német Szövetségi Köztársaság	25,2	8,3
Egyesült Államok	24,8	10,4c
Csehszlovákia	21,4	13,4c
Japán	20,4	5,0
Anglia	19,9	9,1
Finnország	17,0	5,9c
Svédország	14,2	5,9c

a) 1985 — b) 1984 — c) 1986.

Csecsemőhalandóság Magyarországon

Év	1000 élveszületésre jutó halálozás							
	0—364	0—27	28—364	a 28 betöltött terhességi hét után, ill. a születés utáni 0—6 életnapon együtt	a 2500 grammnál kisebb	a 2500 grammal és ennél nagyobb	velészületett	szerzett
	életnapon*				súllyal születettek körében		okok következtében	
1945	169,1	..	..	..	..	.	..	..
1946	116,5	..	..	..	..	.	51,6	64,9
1947	106,6	49,1	57,6	50,9	..	.	46,0	60,6
1948	94,1	44,0	50,1	51,6	..	.	41,8	52,2
1949	91,0	41,7	49,3	50,0	..	.	36,1	54,9
1950	85,7	41,0	44,7	47,6	..	.	35,8	49,9
1951	83,9	37,8	46,1	44,3	..	.	33,0	50,9
1952	69,9	33,7	36,2	41,0	..	.	30,3	39,6
1953	70,8	33,9	36,9	40,0	..	.	30,4	40,4
1954	60,7	32,0	28,7	39,5	..	.	34,1	26,6
1955	60,0	31,2	28,8	38,7	291,6	39,1	33,0	27,0
1956	58,8	31,6	27,2	38,1	286,6	37,2	33,5	25,3
1957	63,1	32,6	30,5	38,2	297,5	39,6	33,5	29,5
1958	58,1	29,7	28,4	36,3	277,1	36,0	31,7	26,4
1959	52,4	29,0	23,4	37,0	266,0	29,8	31,0	21,4
1960	47,6	27,0	20,6	35,5	257,3	26,4	29,4	18,2
1961	44,1	26,7	17,4	34,0	242,2	22,8	28,6	15,5
1962	47,9	27,9	20,0	34,8	253,1	24,8	30,1	17,8
1963	42,9	27,5	15,4	35,0	240,1	20,2	29,6	13,3
1964	40,0	26,7	13,3	33,8	227,8	18,3	28,5	11,5
1965	38,8	27,5	11,3	35,0	232,5	15,8	29,8	9,0
1966	38,4	28,3	10,1	35,3	239,6	14,3	30,3	8,0
1967	37,0	28,6	8,4	35,4	234,1	13,1	30,5	6,5
1968	35,8	27,6	8,2	34,0	227,6	12,5	29,6	6,1
1969	35,7	27,3	8,4	33,2	227,6	12,3	26,4	9,3
1970	35,9	28,4	7,5	34,5	229,8	12,7	27,9	8,0
1971	35,1	28,7	6,4	35,2	228,9	11,1	28,3	6,9
1972	33,2	27,1	6,1	33,4	219,0	9,9	27,0	6,2
1973	33,8	27,4	6,4	33,6	211,0	10,5	27,3	6,5
1974	34,3	28,4	5,9	34,4	215,3	10,3	28,4	5,9
1975	32,8	26,7	6,1	31,6	214,9	9,9	26,8	6,1
1976	29,8	24,3	5,5	29,7	194,7	9,3	24,6	5,2
1977	26,2	20,9	5,3	27,2	175,2	8,5	21,4	4,9
1978	24,4	19,1	5,3	25,0	161,8	8,3	19,4	4,9
1979	24,0	18,7	5,3	24,3	154,7	8,5	19,7	4,3
1980	23,2	17,9	5,3	23,1	152,7	8,2	18,9	4,2
1981	20,8	15,7	5,1	21,2	133,7	8,0	16,5	4,3
1982	20,0	15,5	4,5	20,3	133,4	7,5	16,1	3,9
1983	19,0	14,2	4,8	18,3	123,8	7,7	15,0	4,0
1984	20,4	15,8	4,6	18,9	142,0	6,8	16,3	4,1
1985	20,4	15,7	4,7	19,0	141,3	7,0	16,5	3,8
1986	19,0	14,7	4,3	18,3	130,4	6,9	16,2	2,9
1987	17,3	13,0	4,3	17,4	122,8	6,1	14,5	2,8

* 1947—1957 között a születés utáni első hónapban bekövetkezett halálozásokat nevezték neonatalisnak és az év hátralevő részében megtörténteket posztneonatalisnak.

Korspecifikus halandóság Magyarországon

Korcsoport	1964	1970	1975	1980	1987
	Férfiak halandósága, 1000 férfira jutó halálozás				
0	44,28	40,16	36,35	25,86	19,79
1—4	1,30	1,15	0,83	0,70	0,65
5—9	0,45	0,46	0,42	0,41	0,28
10—14	0,42	0,46	0,45	0,42	0,32
15—19	1,07	1,15	1,05	1,00	0,99
20—24	1,60	1,45	1,45	1,57	1,28
25—29	1,67	1,71	1,44	1,78	1,87
30—34	1,89	2,00	2,24	2,24	2,79
35—39	2,53	2,93	2,95	3,91	4,13
40—44	3,35	4,27	4,79	6,17	6,38
45—49	5,23	6,24	7,49	9,17	10,40
50—54	8,32	9,31	10,92	14,18	15,71
55—59	14,21	15,27	15,42	20,90	22,20
60—64	24,19	26,03	26,67	29,98	32,77
65—69	38,54	43,40	41,57	45,26	44,01
70—74	59,63	66,41	67,64	71,17	68,53
75—79	93,05	103,78	105,84	113,54	99,35
80—84	149,03	157,95	164,74	164,98	151,67
85—x	254,66	267,95	258,55	275,23	233,10
Összesen	10,62	12,53	13,34	14,79	14,63
	Nők halandósága, 1000 nőre jutó halálozás				
0	35,38	31,34	29,13	20,33	14,69
1—4	1,20	0,94	0,65	0,50	0,51
5—9	0,36	0,34	0,27	0,23	0,21
10—14	0,23	0,27	0,25	0,27	0,20
15—19	0,42	0,42	0,45	0,44	0,39
20—24	0,60	0,54	0,54	0,54	0,49
25—29	0,71	0,70	0,68	0,70	0,66
30—34	1,00	0,89	0,93	1,04	1,14
35—39	1,53	1,45	1,39	1,71	1,82
40—44	2,21	2,30	2,40	2,77	2,79
45—49	3,59	3,63	3,94	4,40	4,05
50—54	5,27	5,40	5,96	6,43	6,30
55—59	8,33	8,45	8,62	9,77	9,77
60—64	13,81	14,10	13,99	15,33	14,50
65—69	24,43	24,61	23,83	24,94	22,59
70—74	44,32	44,83	42,48	42,95	40,82
75—79	75,94	80,01	76,14	74,28	66,34
80—84	131,07	133,85	129,03	127,15	113,69
85—x	225,81	240,84	228,42	225,14	202,33
Összesen	9,35	10,84	11,58	12,43	12,33

Néhány kiemelt halálok halálozási gyakorisága Magyarországon

Kiemelt halálokok	Az ENSZ „európai népesség"-ének kormegoszlására standardizált halálozási arány			A halandóság egy évre jutó változásának mértéke			A halandóság változásának mértéke		
				százezrelékben					
	1964	1975	1987	1964—1975 között	1975—1987 között	1964—1987 között	1964—1975 között	1975—1987 között	1964—1987 között
				100 000 férfira jutó halálozás					
Tuberkulózis és késői hatásai	43,52	20,91	11,75	—1,88	—0,7	—1,38	—22,61	—9,16	—31,77
A gyomor rosszindulatú daganata	66,06	53,60	36,71	—1,04	—1,30	—1,28	—12,46	—16,89	—29,35
A vastagbél, a végbél, a végbél-szigmabél határ és a végbélnyílás rosszindulatú daganata	21,20	33,17	42,58	+1,00	+0,72	+0,93	+11,97	+9,41	+21,38
A légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata	46,80	69,25	107,77	+1,87	+2,96	+2,69	+22,45	+38,52	+60,97
Ischaemiás szívbetegség	153,17	314,05	327,92	+13,41	+1,07	+7,60	+160,88	+13,87	+174,75
Cerebrovascularis betegségek	180,29	193,12	212,03	+1,07	+1,45	+1,38	+12,83	+18,91	+31,74
Tüdőgyulladás és influenza	29,23	31,03	9,20	+0,15	—1,68	—0,87	+1,8	—21,83	—20,03
Idült májbetegség és májzsugorodás	12,98	26,54	67,17	+1,13	+3,13	+2,36	+13,56	+40,63	+54,19
Motoros jármű közlekedési balesetek	14,72	28,22	24,86	+1,13	—0,26	+0,44	+13,50	—3,36	+10,14
Öngyilkosság és önsértés	44,90	58,74	67,95	+1,15	+0,71	+1,00	+13,84	+9,21	+ 23,05
				100 000 nőre jutó halálozás					
Tuberkulózis és késői hatásai	14,61	6,35	2,85	—0,69	—0,27	—0,51	—8,26	—3,50	—11,76
A gyomor rosszindulatú daganata	35,72	26,49	16,49	—0,77	—0,77	—0,84	—9,23	—10,00	—19,23
A vastagbél, a végbél, a végbél szigmabél határ és a végbélnyílás rosszindulatú daganata	19,62	24,89	28,16	+0,44	+0,25	+0,37	+5,27	+3,27	+8,54
A légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata	11,01	11,86	19,43	+0,07	+0,58	+0,37	+0,85	+7,57	+8,42
A női emlő rosszindulatú daganata	19,39	27,60	32,68	+0,68	+0,39	+0,58	+8,21	+5,08	+13,29
Ischaemiás szívbetegség	86,46	191,66	163,53	+8,77	—2,16	+3,35	+105,20	—28,13	+77,07
Cerebrovascularis betegségek	164,00	158,25	159,65	—0,48	+0,11	—0,19	—5,75	+1,40	—4,35
Tüdőgyulladás és influenza	22,40	20,77	5,94	—0,14	—1,14	—0,72	—1,63	—14,83	—16,46
Idült májbetegség és májzsugorodás	6,14	10,75	23,48	+0,38	+0,98	+0,75	+4,61	+12,73	+17,34
Motoros jármű közlekedési balesetek	3,30	7,22	7,37	+0,33	+0,01	+0,18	+3,92	+0,15	+4,07
Öngyilkosság és önsértés	17,47	20,45	23,18	+0,25	+0,21	+0,25	+2,98	+2,73	+5,71

Kardiovaszkuláris betegségek korkiegyenlített halálozásának változása a 40—69 éves korcsoportban (%)

Országok	Időszak	Férfi			Nő		
		teljes időszak	időszak 1. fele	időszak 2. fele	teljes időszak	időszak 1. fele	időszak 2. fele
Kanada	1972—1982	—25,8	—8,0	—19,4	—26,7	—12,5	—16,2
Amerikai Egyesült Államok	1970—1980	—28,4	—15,8	—14,9	—30,4	—20,4	—13,0
Izrael	1970—1980	...	...	—9,9	...	...	—21,7
Japán	1972—1982	—36,4	—18,7	—21,8	—41,8	—22,7	—24,7
Ausztria	1972—1982	—7,4	—4,3	—3,2	—20,6	—8,8	—13,0
Belgium	1971—1981	—24,7	—11,4	—15,0	—26,8	—15,6	—13,3
Bulgária	1972—1982	34,1	19,2	12,5	3,6	2,6	1,0
Csehszlovákia	1972—1982	12,0	...	...	2,4	...	...
Dánia	1972—1982	—8,2	—2,9	—5,5	—17,4	—15,4	—2,4
Finnország	1970—1980	—19,6	—7,4	—13,1	—40,2	—20,5	—24,5
Franciaország	1971—1981	—22,7	—8,1	—15,9	—35,1	—17,4	—21,4
Német Szövetségi Köztársaság	1972—1982	—11,2	—10,3	—1,1	—21,9	—17,0	—5,9
Magyarország	1972—1982	33,0	8,0	23,2	3,0	—2,8	6,0
Írország	1970—1980	—2,5	0,0	—2,4	—17,1	—11,6	—6,2
Olaszország	1970—1980	—8,9	0,1	—8,9	—27,8	—12,5	—17,4
Hollandia	1972—1982	—16,1	—11,0	—5,7	—23,3	—13,2	—11,6
Norvégia	1972—1982	—10,1	—6,4	—3,9	—25,4	—14,0	—13,2
Lengyelország	1970—1980	31,3	8,5	21,0	7,8	—3,1	11,2
Románia	1972—1982	15,7	6,3	8,8	—2,7	—0,9	—1,8
Svédország	1972—1982	—2,5	0,8	—3,3	—20,1	—14,2	—6,9
Svájc	1971—1981	—11,2	—2,6	—8,9	—32,6	—14,5	—21,1
Egyesült Királyság:							
Anglia és Wales	1972—1982	—16,7	—7,2	—10,1	—19,6	—9,9	—10,7
Észak-Írország	1971—1981	—7,3	0,2	—7,5	—12,3	7,1	—18,2
Skócia	1973—1983	—16,2	—7,1	—9,8	—20,2	—4,7	—16,2
Jugoszlávia	1971—1981	23,5	14,2	8,1	13,2	14,8	—1,4
Ausztrália	1971—1981	—32,1	—13,6	—21,4	—39,2	—18,5	—25,4
Új-Zéland	1971—1981	—22,8	—15,4	—8,8	—22,5	—9,3	—14,5

A kardiovaszkuláris betegségek egyes rizikófaktorainak előfordulása Magyarországon foglalkozások szerint (átlagok)

	Quetelet index	Systoles vérnyomás	Diastoles vérnyomás	Összkoleszterin	Dohányzók aránya
	(kg/m²)	(Hgmm)	(Hgmm)	(mmol/l)	(%)
Normál érték	20—25	140,0	90,0	5,2	—
Inaktív	26,0	135,4	82,7	5,77	27,1
Nem ipari, segéd- és betanított munkás	26,0	126,4	80,9	5,68	39,2
Ipari segéd és betanított munkás	26,5	128,2	81,2	5,51	38,9
Nem ipari szakmunkás	25,8	126,0	80,3	5,66	56,6
Ipari szakmunkás	25,7	130,3	81,8	5,40	42,9
Ügyviteli alkalmazott	24,9	124,5	79,9	5,33	34,3
Termelésirányító	26,4	130,2	82,1	5,79	54,0
Értelmiségi	25,1	123,6	80,1	5,42	30,3

A tartós megbetegedések gyakoriságának sorrendje az egyes megyékben és a fővárosban

Megye	Sorrend	Betegséggyakoriság a legmagasabb betegség-gyakoriságú megye százalékában
	Nők	
Komárom	1	100,0
Baranya	2	89,6
Heves	3	87,8
Tolna	4	75,8
Budapest	5	74,4
Csongrád	6	74,2
Szabolcs-Szatmár	7	73,9
Bács-Kiskun	8	71,3
Zala	9	70,5
Borsod-Abaúj-Zemplén	10	70,3
Fejér	11	66,7
Szolnok	12	57,7
Hajdú-Bihar	13	55,7
Vas	14	54,9
Győr-Sopron	15	53,9
Nógrád	16	53,3
Somogy	17	53,1
Pest	18	52,2
Veszprém	19	50,4
Békés	20	48,6
	Férfiak	
Heves	1	100,0
Baranya	2	98,4
Komárom	3	96,2
Tolna	4	86,1
Budapest	5	83,6
Szabolcs-Szatmár	6	83,0
Zala	7	81,8
Csongrád	8	76,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	9	70,1
Fejér	10	68,9
Bács-Kiskun	11	68,2
Győr-Sopron	12	65,5
Nógrád	13	59,4
Pest	14	58,8
Szolnok	15	56,2
Veszprém	16	56,0
Hajdú-Bihar	17	55,0
Somogy	18	53,8
Békés	19	51,1
Vas	20	47,2

A száz megfelelő iskolai végzettségű, illetőleg foglalkozású közül krónikus betegségben szenvedők aránya (%)

Iskolai végzettség	Férfi	Nő	Összesen
Iskolai végzettség			
8 általános vagy kevesebb	20	27	24
szakmunkás vagy szakiskola	11	11	11
érettségi	17	17	17
főiskola vagy egyetem	23	16	20
Foglalkozás			
vezető értelmiségi	24	20	22
egyéb szellemi	21	21	21
szakmunkás	19	24	21
betanított munkás, segédmunkás	28	36	33
önálló, segítő családtag	20	31	26

Az anyára vonatkozó kiemelt ismérvek* előfordulása a teljes anyai népességben és a kis súllyal születettek anyái között (%)

Ismérvek		Az ismérvek együttes előfordulása	
		a teljes anyai népességben	a 2500 grammnál kisebb súllyal születettek anyái között
Mind a 7 ismérv	teljesül	2	4
Az első 6 ismérv	teljesül	12	10
Az első 5 ismérv	teljesül	15	11
Az első 4 ismérv	teljesül	50	52
Az első 3 ismérv	teljesül	55	56
Az első 2 ismérv	teljesül	85	84
Csak az első ismérv	teljesül	91	90

*A kiemelt 7 ismérv a következő volt: (1) jelenlegi egészségi állapota jó, (2) a gyermek születésekor nem volt 35 évnél idősebb, (3) testsúlya korának és magasságának megfelelő, (4) a családban nincs tartós betegség, (5) sportol vagy korábban sportolt, (6) nem szed rendszeresen gyógyszert, (7) nem főz zsírral.

Fogyatékosok száma és aránya a megfelelő korú népesség százalékában

	Fogyatékosok száma (1000 fő)	Összesen (%)	0—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—x
			éves					
Tartós betegség van								
1981	149	1,4	0,1	0,2	0,4	1,2	2,0	5,1
1986	248	2,3	0,3	0,5	0,9	2,2	3,6	7,2
Tartós betegség nincs								
1981	244	2,3	1,5	1,7	1,9	2,3	2,9	4,0
1986	232	2,2	1,3	1,6	1,9	2,3	2,6	3,9
Fogyatékosok együtt								
1981	393	3,7	1,6	1,9	2,3	3,5	4,9	9,1
1986	480	4,5	1,6	2,1	2,8	4,5	6,2	11,1

Válogatott bibliográfia

Az alábbiakban válogatást adunk olyan publikációkból, melyek lapunk e számának témáihoz kapcsolódnak.

Adler J. — Tímár J.: Munkaerő-kapacitás — munkaerő-felhasználás — foglalkoztatáspolitika, 1949—1984, *Munkaügyi Szemle,* 1984/4.

Andorka R.: A születésszám alakulásának gazdasági hatásai, *Demográfia,* 1964/3—4.

Andorka R.: *Bevezetés a szociológiába: pedagógusok számára,* Oktatáskutató Intézet, Budapest, 1986.

Andorka R.: *Gyermekszám a fejlett országokban,* Budapest, Gondolat, 1987.

Andorka R.: A népesedéspolitika elvi kérdései történelmi megközelítésben és nemzetközi összehasonlításban, *TS-3 Koordináló Tanács Kutatási Tájékoztatója,* 1987/2.

Barta B. — Klinger A.: Beszámoló a Nemzetközi Népesedési Konferenciáról, *Demográfia,* 1984/4.

Bourgeois-Pichat, J.: Du XXe an XXIe siécle: L'Europe et sa population aprés l'an 2000, *Population,* 1988/1.

Bródy A.: *Lassuló idő,* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1984.

Chesnais, J.—C.: Patterns of Demographic Transition. In: *Demographic Transition,* Berlin, 1983.

Cseh-Szombathy L.: A mai magyar család legfőbb jellegzetességei. In: *A változó család,* Kossuth Könyvkiadó, 1978.

Csernák Józsefné: *Az első házasságkötések alakulása Magyarországon a II. világháború után.* (Születési kohorszok házassági táblái), KSH Népességtudományi Kutató Intézet Közleményei 54, Budapest, 1983.

Csernák Józsefné — Szabó K.: *A családok és háztartások előreszámítása, 1986—2021,* KSH Népességtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései 35, 1988/2.

Dányi D. — Monigl I.: Népesedéspolitikánk és népesedési nézeteink történeti előzményei és főbb tanulságai, *TS-3 Koordináló Tanács Kutatási Tájékoztatója,* 1987/2.

Davis, K.: Wives and Work: Consequences of the Sex Role Revolution, *Population and Development Review,* 1984/3.

Espenshade, Th.J.: Zero Population Growth and the Economies of Developed Nations, *Population and Development Review,* 1978/4.

1980. évi népszámlálás. 23. Háztartás és család adatok I, Központi Statisztikai Hivatal, 1981.

1984. évi Mikorcenzus. A háztartások és családok adatai, Központi Statisztikai Hivatal, 1988.

Frejka, T.: *The Future of Population Growth: Alternative Paths to Equilibrium*, New York, John Whiley & Sons, 1973.

Frejka, T.: Long-term Prospects for World Population Growth, *Population and Development Review*, 1981/3.

Gárdos É.: *Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata*, Statisztikai Kiadó Vállalat (megjelenés alatt).

Gorincsek Gyuláné: *A halandóság földrajzi különbségei Magyarországon*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1987.

Gyárfás I.: *Az ischaemiás szívbetegségek megelőzésének és gyógyításának lehetőségei*, Magyar Belorvosi Archívum, 1981/28.

Gyárfás I. — Kökény M.: A szív- és érrendszeri halandóság befolyásolásának lehetőségei, *Népegészségügy*, 1983/64.

Gyárfás I. — Makara P. (szerk.): *Szívbetegség — társadalom — kockázat — megelőzés*, Országos Kardiológiai Intézet, Budapest, 1985.

Gyárfás I. és mtsai: Szívbetegség — kockázat — társadalom, *Társadalomkutatás*, 1986/3—4.

Gyermekgondozás, gyermekellátás a családban az 1984. évi mikrocenzus alapján, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.

Hablicsek L. — Langerné Rédei M. — Szabó K.: *Magyarország népessége, 1986—2021. Országos népességelőreszámítás*, KSH Népességtudományi Kutató Intézet Közleményei 66, Budapest, 1987.

Hablicsek L. — Monigl I.: A magyarországi népességfejlődés 2000 után, *Statisztikai Szemle*, 1987/8—9.

Hablicsek L. — Monigl I. — Vukovich G.: A magyarországi népességfejlődés néhány hosszú távú jellemzője 1880—2001 között, *Demográfia*, 1985/4.

Health United States, 1988, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Hyattsville, Md., 1989.

Holme, I. et al.: Coronary Risk Factors and Socioeconomic Status, *Lancet*, December 1976.

Józan P.: *A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.

Józan P.: *A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon, 1945—1985*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1988.

Józan P.: Contrast in Mortality Trends. Az International Union for the Scientific Study of Population XXI. Nemzetközi Népesedési Konferenciájára benyújtott dolgozat, Liege — New Delhi, 1989 (megjelenés alatt.)

Kamarás F.: *Családalapítók, 1983*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.

Kamarás F.: *A házasságok első tíz esztendeje, 1974—1984*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.

Kamarás F.: *Tizenhárom évvel a házasságkötés után*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1988.

Kamarás F. — Mászáros Á.: *Összefoglaló az 1986. évi termékenységi vizsgálatokról*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.

Kaufmann, F.X. (szerk.): *Bevölkerungsbewegung zwischen Quantität und Qualität. Beitrage zum Problem einer Bevölkerungspolitik in industriellen Gesellschaften*, Enke Verlag, Stuttgart, 1975.
Klinger A.: Az öregedés demográfiai vonatkozásai, *Demográfia*, 1983/1.
Klinger A.: A házassági mozgalom és a népesség összetétele, *Statisztikai Szemle*, 1985/5.
Klinger A.: A világnépesség és a demográfiai távlatok, *Demográfia*, 1985/4.
A komplex országos morbiditási vizsgálat összefoglaló eredményei, Egészségügyi Minisztérium — Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1983.
L. Rédei M. — Kovács T.: Területi népességelőreszámításokról — a 80-as évek közepén, *Demográfia*, 1988/1.
Mészáros Á.: *Termékenységi különbségek, családtervezési szokások, születésszabályozási magatartások, 1966—1986*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1989.
Mészáros Á. — Gyetvainé Illés E.: *Az 1937—1968 között született nők kohorsztermékenysége*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.
Molnár A. — Mészáros Á.: *Kissúlyú gyermeket szült nők életmódjának vizsgálata*, Statisztikai Kiadó Vállalat (megjelenés alatt).
Multiple Risk Factor Intervention Trial Group — Multiple Risk Factor Intervention Trial — Risk Factor Changes and Mortality Results, *J. Amer. Med. Ass.*, 1982/248.
Munkácsy F.: Népesedés, foglalkoztatás és gazdaságunk fejlődése, *Közgazdasági Szemle*, 1985/5.
Myocardial Infarction Community Registers. Public Health in Europe, WHO, Copenhagen, 1979.
A népesség egészségi állapotának legfőbb vonásai, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest (megjelenés alatt).
A népesség egészségi állapotának néhány ismérve és összefüggése az életmód—életkörülmények egyes jellemzőivel, Egészségügyi kiadások, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1986.
Pataki J. — S. Molnár E.: *Közvéleménykutatás népesedési kérdésekről*, KSH Népességtudományi Kutató Intézet Közleményei 60, Budapest, 1985.
Rosset, E.: Az élettartam alakulása és perspektívái, *Demográfia*, 1976/1.
Santi, L.L.: Change in the Structure and Size of American Households: 1970 to 1985, *Journal of Marriage and the Family*, 1987/4.
Sardon, J.—P.: Evolution de la nuptialité et de la divortialité en Europe depuis la fin des années 1960, *Population*, 1986/3.
Schäffer L.: *A halandóság különbségei halálok és terület szerint*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1986.
Schäffer L.: *A halandóság különbségei halálok és a települések lélekszáma szerint*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1987.
Schäffer L.: *A halandóság földrajzi különbségei területi egység, halálok, közigazgatási beosztás és a települések lélekszáma szerint*, Statisztikai Kiadó Vállalat (megjelenés alatt).
Schultz, W.: A „családtól" mint intézménytől a férfi, a nő és a gyermek közötti részleges kapcsolatokig, *Szociológiai Figyelő*, 1985/2.
Somogyi S.: Az idős korú népesség strukturális változásai a túlnyomóan mezőgazdasági társadalom fejlett ipari társadalommá való átalakulása következményeképpen, *Demográfia*, 1982/4.
Stamler, J.: Lifestyles, Major Risk Factors, Proof and Public Policy, *Circulation*, 1978/53.

Szabó K.: *Családok és háztartások demográfiai jellemzőinek előreszámítása,* KSH Népességtudományi Kutató Intézet Közleményei 61, Budapest, 1986.
Szabó K.: Magyarország várható népessége, 1980—2021, *Demográfia*, 1980/2—3.
Szentgáli T.: A népesség gazdasági aktivitásának vizsgálata, *Statisztikai Szemle*, 1986/1.
Termékenységi adatok az 1984. évi mikrocenzus alapján, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1987.
Uemura, K. — Pisa, Z.: *Recent Trends in Cardiovascular Disease Mortality in 27 Industrialized Countries,* World Health Statistics, Vol. 38, No. 2, 1985.
Valkovics E.: A demográfiai elemzés elvei és módszerei, I—II. rész. Kézirat, Budapest, 1980.
Valkovics E.: *A demográfiai átmenet elemzesének néhány gyakorlati nehézségéről*, KSH Népességtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései, 1982/5.
Varga A. — Kovács Jánosné: *A halandóság társadalmi, gazdasági, foglalkozási különbségei*, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1987.
Vélemények az egészségügyről — az egészségügyi intézmények igénybevétele, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1988.
Vukovich Gy.: Az öregedés társadalmi vonatkozásai Magyarországon, *Demográfia*, 1986/2—3.
Wander, H.: Az átmeneti állapot utáni élettartam-meghosszabbítás demográfiai és társadalmi—gazdasági következményei. A nyugatnémet népesség esete, *Demográfia*, 1976/1.
World Health Statistics Annual, World Health Organization, Genéve, 1988.
Wrighley, E.A.: *Népesedés és történelem,* Budapest, Kossuth Könyvkiadó, 1973.

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA KÖNYVTÁRA

Kutatási információk*

Az alábbiakban válogatást adunk olyan jelenleg is folyó kutatásokból, melyek lapunk e számának témáihoz kapcsolódnak.

„Az abortusz, és összefüggése a népesedéspolitikával a II. világháború után", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelős: Németh György.

„A családalakulás folyamatának, a családok összetételének és funkciójának változása", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelős: Csernák Józsefné.

„Család-demográfiai kutatások", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Cseh-Szombathy László, Csernák Józsefné.

„A demográfiai átmenet Magyarországon", KSH Népesedésstatisztikai Főosztálya, témafelelős: Józan Péter.

„Demográfiai-módszertani kutatások", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Valkovics Emil, L. Rédei Mária, Szabó Kálmán, Csernák Józsefné, Hablicsek László.

„Az epidemiológiai fejlődés sajátosságai Közép-Kelet-Európában", WHO és a KSH Népesedésstatisztikai Főosztálya, témafelelős: Józan Péter.

„1991—2031 közötti időszakra szóló népességprognózisok metodológiai-módszertani előkészítése, KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Hablicsek László, Szabó Kálmán, L. Rédei Mária, Csernák Józsefné.

„Gazdaságpolitikai lehetőségek és társadalomszervezési módszerek az egészségügy és a szociálpolitika jobb összekapcsolására, hatékonyságának növelésére", MTA Közgazdaságtudományi Intézete, témavezető: Nyers Rezső.

„Gyermekeket és az ifjúságot érintő, egészséget befolyásoló környezeti hatások kérdéseinek vizsgálata", Megyei Kórház, Miskolc, témafelelős: Velkey László.

„A halandóság társadalmi-gazdasági összefüggései", KSH Népesedésstatisztikai Főosztálya az Országos Kardiológiai Intézettel együttműködve, témavezető: Józan Péter.

„Három- és többgyermekes családok társadalmi, demográfiai vizsgálata empirikus adatfelvétel alapján", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Pongrácz Tiborné, S. Molnár Edit.

„Házasságkötések és válások", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelős: Csernák Józsefné.

*Az itt közölt listában a következő rövidítéseket használtuk: ELTE = Eötvös Loránd Tudományegyetem; JPTE = Janus Pannonius Tudományegyetem; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; MKKE = Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem; MTA = Magyar Tudományos Akadémia; POTE = Pécsi Orvostudományi Egyetem; SOTE = Semmelweis Orvostudományi Egyetem.

„Környezeti tényezők hatása a Dél-Dunántúl lakosságának egészségi állapotára", POTE Közegészségtani és Járványtani Intézete, témafelelős: Morava Endre.

„Kulturális tudati tényezők hatása a népesedésre", KSH Népességtudományi Kutató Intézete a Közvéleménykutató Intézet közreműködésével, témafelelősök: S. Molnár Edit, Pataki Judit, Szukics Józsefné.

„A lakosság egészségi állapotának társadalmi motiváltsága (életpályák vizsgálata alapján)", MTA Szociológiai Kutatóintézete, témafelelős: Szalai Júlia.

„A lakosság egészségi magatartásának és orvosi ellátással kapcsolatos igényeinek társadalmi rétegkülönbségei", SOTE Marxizmus-Leninizmus Intézete, témafelelős: Molnár László.

„A magyar népesedéspolitika történeti alakulása a II. világháború után", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Monigl István, Balogh István, Dányi Dezső.

„A magyarországi népességfejlődés hosszú távú alakulásának vizsgálata", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Hablicsek László, Monigl István, Szabó Kálmán.

„A mikroszimulációs modellek demográfiai felhasználása", KSH Közgazdasági Főosztálya, témavezető: Zafir Mihály.

„A népesedési elméletek és a társadalmi-gazdasági fejlődés kapcsolata", JPTE, Módszertani Tanszék, témavezető: Hoóz István.

„Népesedési jelenségek és folyamatok a tervezésben", OT Tervgazdasági Intézete, témavezető: Bali Gellért.

„Népesedéspolitikai célok és eszközök nemzetközi összehasonlítása", KSH Népességtudományi Kutató Intézete és MKKE Szociológiai Tanszéke, témavezetők: Káposztás Ferenc, Andorka Rudolf.

„A népesedéspolitikai döntések politikai és ideológiai összefüggései", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témavezetők: Monigl István, Balogh István.

„A népesedéspolitika kapcsolata más politikákkal", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témavezetők: Káposztás Ferenc, Monigl István.

„A népesedéspolitika tartalma, céljai, eszközei és hatékonysága", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témavezető: Káposztás Ferenc.

„Népességelőreszámítások", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Hablicsek László, Monigl István.

„A népességfejlődés és a gazdaságfejlődés kölcsönhatásai", KSH, Népszámlálás, témavezető: Munkácsy Ferenc.

„A népesség öregedése és ennek társadalmi-gazdasági összefüggései Magyarországon", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelős: Vukovich Gabriella.

„A népesség reprodukciójának minősége, egészségi állapota, biológiai státusa", KSH Társadalmi Statisztikai Főosztálya, témavezető: Vukovich György.

„A népesség struktúrájának jellemzői, különös tekintettel az öregedésre és ennek társadalmi-gazdasági hatásaira", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelős: Hablicsek László.

„Paleodemográfiai kutatások", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelős: Nemeskéri János.

„A termékenység szintje és minősége", KSH Népesedésstatisztikai Főosztálya az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézettel, az Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézettel és az Orvostovábbképző Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájával együttműködve, témavezető: Klinger András.

MTA Könyvtára
Periodika 19[illegible]

„Történeti demográfiai kutatások (18—19. század)", KSH Népességtudományi Kutató Intézete, témafelelősök: Dányi Dezső, Szentgáli Tamás.

„A veleszületett genetikai rendellenességek hazai gyakoriságának vizsgálata. A környezeti tényezők genetikai károsító hatásának és a megelőzés lehetőségeinek vizsgálata", OKI, témafelelős: Czeizel Endre.

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

Kiadja: a Társadalomtudományi Bizottság nevében a Magyar Tudományos Akadémia

A kiadásért felel: Berend T. Iván, az MTA elnöke

A szerkesztésért felelős személy: Tamási Péter

Budapest, 1989. június

HU ISSN 0864—8174

89.1888/3 MSZH Nyomda, Budapest, IX., Kinizsi u. 34/36. Felelős vezető: Nagy László

Ára: 150,— Ft

INFO-Társadalomtudomány

1. szám: Válaszúton a magyar társadalom

2. szám: Népbetegségeink? — A társadalmi beilleszkedési zavarok anatómiájához

3. szám: Technikai fejlődésünk útvesztői

4. szám: Egy mítosz és következményei — Az ún. ,,nem termelő" szféráról

5. szám: Társadalmi rétegződésünk, társadalmi struktúránk

6. szám: Reformgazdaság?

7. szám: A szocializmus sorsfordulói

8. szám: Az új alkotmány elé