DEMOGRÁFIA

58. ÉVFOLYAM, 2–3. SZÁM

Budapest
2015

Az MTA Demográfiai Bizottsága és
a KSH Népességtudományi Kutatóintézet
Folyóirata
Alapítás éve: 1958

A Population Quarterly of the Committee for Demography
of the Hungarian Academy of Sciences
and the Hungarian Demographic Research Institute
Founded in 1958

A szerkesztő bizottság tagjai | Editorial board
DÖVÉNYI Zoltán, GÁRDOS Éva, HOÓZ István, JÓZAN Péter,
KAMARÁS Ferenc, KLINGER András (elnök), PONGRÁCZ Tiborné,
SPÉDER Zsolt, TÓTH Pál Péter

Szerkesztőség | Editors
ŐRI Péter főszerkesztő | editor-in-chief
MURINKÓ Lívia szerkesztő | editor
PAKOT Levente szerkesztő | editor
VARGHA Lili szerkesztő | editor

A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült.

Kiadja a KSH Népességtudományi Kutatóintézet
Felelős kiadó: Spéder Zsolt igazgató

Olvasószerkesztő: Majoros Györgyi
Design: Anagraphic
Tördelőszerkesztő: Simonné Horváth Gabriella
ISSN 0011-8249

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

Demény Pál: Emelhető-e a reprodukcióhoz szükségesnél alacsonyabb termékenység? 97

Őri Péter - Pakot Levente: Termékenységi átmenet mikro-perspektívából 1970-es retrospektív adatok alapján 117

Elekes Zsuzsanna: Alkoholprobléma a háziorvosi rendelők betegei között 145

KÖZLEMÉNY

Joubert Kálmán - Zsákai Annamária - Berkő Péter: Születéskori testtömeg-, testhossz- és BMI-standardok a 2000–2012. évi országos élveszületési adatok alapján, Magyarországon 173

SZEMLE

Mazza, Caterina: *La prigione degli stranieri. I Centri di Identificazione e di Esplusione.* [Az idegenek börtöne. Az olasz Azonosítási és Kitoloncolási Központok]. Ediesse, Roma, 2013. (Dömös Mariann) 197

Dribe, Martin – Scalone, Francesco: Social class and net fertility before, during, and after the demographic transition: A micro-level analysis of Sweden 1880–1970. *Demographic Research*, 30(15), 429–464. (Boros Julianna) 202

FIGYELŐ
Beszámoló a prágai *Driving forces behind demographic trends in Visegrad countries* konferenciáról (Rohr Adél) 205

SZERZŐINKNEK 211

MEGRENDELŐLAP 215

Utánnyomás csak a forrás megjelölésével.
Kéziratot nem őrzünk meg és nem küldünk vissza.

CONTENTS

STUDIES

Paul Demeny: Sub-replacement fertility in national populations: can it be raised? 97

Péter Őri – Levente Pakot: Fertility transition at the micro level using retrospective data from 1970 117

Zsuzsanna Elekes: Alcohol problem among primary health care patients. Hungarian results of the APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe) study 145

ARTICLES

Kálmán Joubert – Annamária Zsákai – Péter Berkő: Standards of birth weight, lenght and BMI based national live-born data between 2000 and 2012 in Hungary 173

REVIEWS

Mazza, Caterina: *La prigione degli stranieri. I Centri di Identificazione e di Esplusione*. Ediesse, Roma, 2013. (Mariann Dömös) 197

Dribe, Martin – Scalone, Francesco: Social class and net fertility before, during, and after the demographic transition: A micro-level analysis of Sweden 1880–1970. *Demographic Research*, 30(15), 429–464. (Julianna Boros) 202

NEWS AND INFORMATION
Driving forces behind demographic trends in Visegrad countries.
Conference report from Prague (Adél Rohr) 205

SZERZŐINKNEK (FOR OUR AUTHORS) 211

MEGRENDELŐLAP (ORDER FORM) 215

Reproduction is permitted only with indication of the source.
Manuscripts are not kept or sent back.

EMELHETŐ-E A REPRODUKCIÓHOZ SZÜKSÉGESNÉL ALACSONYABB TERMÉKENYSÉG?[1]

Demény Pál

BEVEZETÉS

Írásom a demográfusok négy fő tevékenységi köréhez fűz megjegyzéseket: tényfeltárás, elemzés, előrejelzés és népességpolitika. Az első két területen elért sikereket rontja az előrejelzés gyenge teljesítménye. Megjegyzéseim azonban főleg a népességpolitikára irányulnak. Míg a nagyon magas termékenység csökkentése érdekében kifejtett erőfeszítések támogatásában a demográfusok jelentős szerepet játszottak, arra vonatkozóan nincsenek hatásos javaslataik, milyen szakpolitikákkal lehetne megfordítani a termékenység mélyen a reprodukcióhoz szükséges szint alá süllyedésének tendenciáját. Eme írás azt állítja, szakítani kell azzal a gyakorlattal, mely kizárólag a modern jóléti államok szokásos termékenységnövelő célzatú intézkedéseire támaszkodik, és gyökeresen új megoldások felkutatását sürgeti. Két ígéretes újítást körvonalazok: az egyik életkortól függetlenül minden állampolgárnak megadná a szavazati jogot, a kiskorúak helyett az őket képviselő szülők szavaznának, a másik pedig úgy alakítaná át az állami nyugdíjrendszereket, hogy a dolgozó gyermekek kötelező társadalombiztosítási járulékából közvetlen átutalást tenne lehetővé nyugdíjas szüleik számára.

[1] Az alábbi írás megjelentetésével szerkesztőségünk Demény Pál demográfus munkássága előtt tiszteleg. Az itt közölt írás hamarosan megjelenik a Demény Pál tanulmányaiból válogatott kötetben, amely *Népesedéspolitika a közjó szolgálatában* címmel a KSH Népességtudományi Kutatóintézet Demográfus Könyvtár sorozatának 4. köteteként jelenik meg. Jelen írás eredeti megjelenési adatai: Demeny, Paul (2015): Sub-replacement fertility in national populations: Can it be raised? *Population Studies*, 69 (1):577-585. DOI:10.1080/00324728.2014.962930. This is a translation of an article published by Taylor & Francis in *Population Studies*, available online: http://www.tandfonline.com/

Tárgyszavak: termékenység, népesedéspolitika, externáliák, intergenerációs transzferek, öregedés, népességcsökkenés, szavazati reform

Demény Pál
A Population Council korábbi munkatársa
E-mail: pauldemeny@hotmail.com

BEVEZETÉS

Némi leegyszerűsítéssel négy területét különböztethetjük meg a demográfusok tevékenységének. Az első az *adatrögzítés*: tények a népességről – létszámuk és különféle jellemzőik, amelyek valamilyen kapcsolatban állnak a népesség időbeli változásával. A második az adatok *elemzése*: összefüggések keresése a népesség jellemzői között, amelyeket vagy maguk a demográfusok rögzítettek, vagy más tudományágak, például a közgazdaságtan vagy a szociológia képviselői által végzett tényfeltáró munkából származnak. A harmadik a tanulmányozott népességek jövőben várható jellemzőinek *előrejelzése* az összegyűjtött és elemzett adatok alapján. Nagyjából ez a három tevékenység jelöli ki a demográfia mint társadalomtudomány területét. A negyedik tevékenység – a jelen írás figyelmének tárgya – a *szakpolitiká*val kapcsolatos. E tevékenység tudományos műveléséhez irányított kísérleteket kellene végezni – megfigyelni a népesség időbeni változását egymástól eltérő szakpolitikai rendszerekben, kiinduláskor azonos népességek körében. Ez nehéz feladat, aligha valósítható meg e rövid írás címében jelzett kérdés esetében. A rögzített demográfiai tények és a különféle gazdasági, társadalmi jelenségekkel való összefüggésük elemzése, továbbá az előrejelzésekben szereplő népesség-jellemzők értékelése alapján azonban hasznos szakpolitikai tanácsot lehet adni. A demográfusok oly módon igyekeznek hatást gyakorolni a szakpolitikákra, hogy állást foglalnak bizonyos állami beavatkozások mellett, vagy kevésbé közvetlenül, szakpolitikai tanácsot adnak megfelelő hatóságoknak és intézményeknek. Az állásfoglalást és a tanácsadást a szakma kinyilvánított célja, a társadalmi jóllét demográfiai meghatározóinak javítása legitimálja.

DEMOGRÁFIAI TÉNYFELTÁRÁS

A fentiekben megjelölt négy tevékenységi terület sorrendje megfelel annak, ahogy ezek történetileg egymás után megjelentek. A *tényfeltárás* természetes módon vezeti a sort. Kitüntetett helyük van a népszámlálásoknak, történelmük legalább ötezer évre nyúlik vissza. A modern időkben minden nemzetállamban rendszeresen, intézményes keretek között végeznek népszámlálásokat, amelyek a demográfiai tények gazdag tárházát kínálják – részletes számszerű leírást adnak a népesség jellemzőiről egy adott időpontban. A népszámlálásokat fokozatosan más demográfiai adatforrások egészítették ki: elsősorban a születések és a halálozások regisztrálása, majd a vándorlásoké. A demográfia mint önálló tudományág fejlődésével új adatforrások is keletkeztek, amelyek mintavételes felmérésekből és meghatározott alnépességek tanulmányozásából származnak. Ezek demográfiai szempontból fontos jellemzők, például a morbiditás, az egészségi állapot, a magatartási attitűdök és szándékok egyre részletesebb és szélesebb körű adatainak rögzítését tették lehetővé. Az elektronikus adattárolás és adatmegosztás fejlődésével ezek váltak a demográfiai leírások fő forrásává. A népszámlálás jellegű adatok természetesen megőrzik demográfiai jelentőségüket. Azonban a népesség-nyilvántartások megjelenésével – amelyeket a születések, a halálozások és a vándorlások regisztrálásával folyamatosan naprakészen tartanak, és amelyeket ideális esetben sokféle további társadalmi-gazdasági jellemzők és ezek változására vonatkozó adatok gazdagítanak – maga a népszámlálás elavulttá válik. Egy jól működő népesség-nyilvántartás a népszámláláshoz hasonló pillanatképet nyújthat, kívánság szerint bármely időpontra és bármely alnépességre vonatkozóan (Coleman 2012).

A DEMOGRÁFIAI JELENSÉGEK MAGYARÁZATA ELEMZÉSSEL

Ami az *elemzést* illeti, az elmúlt két évszázad során a demográfusok szakértelme főképp abban nyilvánult meg, hogy jól szerkesztett számszerű leírásokat készítettek a legkülönfélébb – térben vagy alapvető demográfiai ismérvek szerint körülhatárolt – egységek népességének nagyságáról és összetételének jellemzőiről, ezek állapotáról és időbeli változásáról. Ezeket a leírásokat kormányzati célokra, valamint más tudományágak és általában az érdeklődők részére hozzáférhetővé tették. A népességszámokra és ezek időbeli változására vonatkozó megfigyeléshalmaz kínálta számtükör jeles

elméleti eredmények kidolgozásához járult hozzá – így Malthus nagyhatású elméletéhez, amely a népesség nagyságából és gazdasági helyzetéből következtetett a termékenységre és a népességnövekedésre. Az elmúlt nagyjából félévszázad alatt a demográfia – a társadalomtudományok elismert szakágazata – fejlődése együtt járt az igényesebb módszertani elemzés kibontakozásával. Más tudományterületekhez hasonlóan az egyre összetettebb modellek készítése és a bonyolult elemzési eszközök alkalmazása a tudományosság megkívánt mércéje lett. A szűkebb értelemben vett hagyományos demográfia művelése – népességek mennyiségi jellemzőinek bemutatása – továbbra is jó egészségnek örvend, és széles közönség érdeklődésére tart számot. A szakirodalomban megjelenő tudományos írások jelentős hányada azonban – miközben elismerésre méltó módszertani képességekről tanúskodik – egyre inkább a demográfusok egymás közt folytatott beszélgetése a kívülállók számára nehezen érthető nyelven, amely gyakran más magatartástudományok művelői számára sem követhető. A demográfusok és a más tudományterületen működő kollegáik, többek között a közgazdászok, szociológusok, antropológusok és pszichológusok közötti együttműködés – amely igen gyümölcsöző lehetne a demográfiai jelenségek elemzése és megértése terén – jórészt kihasználatlan marad.

DEMOGRÁFIAI ELŐREJELZÉS

Az *előrejelzés*, minden tudomány legfőbb ambíciója, csalóka dolog a demográfiában. Normális körülmények között egy ország népességének állománya és összetétele évről évre lassan, szinte észrevétlenül változik. Azok a tényezők azonban, amelyek ezt a rövid távon csigalassúságú változást előidézik, változékonyabbak. Várható jellemzőik előrejelzésének sikerét, nevezetesen a halandóság területén, ellensúlyozza a másik két tényező, a nemzetközi vándorlás és különösen a termékenység előrejelzésének pontatlansága, márpedig mindkettő nagy változásokat tud előidézni mind a népesség nagyságában, mind a demográfiai összetételben.

Ez aligha meglepő. A gyermekvállalást befolyásoló mikroszintű tényezők rendkívül összetettek, kölcsönhatásaik kimenetele nagyon bizonytalanná teszi a termékenység jövőbeli alakulásának előrejelzését. Ennek következtében a népesség növekedésének és életkori összetételének hosszú távú előrevetítése ugyancsak hibás és bizonytalan lehet. A demográfiai átmenet elméletének narratív keretei között meggyőzően mutathatók be a múltbeli népességválto-

zások, bár magyarázatuk egyáltalán nem mondható kielégítőnek. Ez a felfogás a változást evolúciós folyamatnak tekinti, amely a kezdeti magas születési arányszámot (amely ahhoz kellett, hogy a kezdeti magas halálozási arányszámot ellensúlyozza, illetve valamelyest felülmúlja) időbeli késéssel országonként hozzáigazítja a csökkenő halandósághoz, hogy mérsékelje – esetenként a vándormozgalommal kölcsönhatásban – a nettó népességnövekedést. A demográfiai változás két fő húzóereje közötti kapcsolat nagy változatosságot mutat. Ez a változatosság a termékenység és a halandóság különböző induló szintjeivel kombináltan jelentős eltéréseket okozott az átmenet során az egyes népességek (amelyeket általában a jelenlegi országhatárok definiálnak) növekedésének mértékében. Az átmenetek időben nem párhuzamosan zajlanak, ezért az elmúlt hat évtized – amelynek során az Alfred Sauvy által harmadik világnak nevezett országok halandósága gyorsan csökkent – látványos elmozdulásokat hozott a világ népességének eloszlásában. Az országos népszámlálásokra építő ENSZ-becslések jól szemléltetik e változásokat. 1950-ben a világ népessége 2,5 milliárd volt; 2013-ra a becsült szám 7,2 milliárdra emelkedett, ugyanakkor összetétele jelentősen megváltozott, markánsan átalakítva a világ demográfiai térképét. A változások nagyságrendjének érzékeltetésére álljon itt egyetlen példa. 1950-ben Banglades, Nigéria és Pakisztán népessége egyaránt 38 millió volt. Ugyanebben az évben Németország népessége 70 millió volt. 2013-ra az előző három ország népessége sorrendben 157 millió, 174 millió és 182 millió főre emelkedett. Németország 2013. évi népessége 83 millió.

Tehát a demográfusoknak a népesség jövőbeli alakulására vonatkozó előrejelzései potenciálisan nagy hibákat tartalmaznak. Óvatosságból ezért sok kutató lehorgonyoz a szűkre szabott keretek között mozgó mikrotanulmányok mellett, és tartózkodik attól, hogy nagy népességekre hosszú távú előrejelzéseket készítsen. Vannak azonban bátor kivételek. Néhány évvel ezelőtt az egyik legtekintélyesebb tudományos folyóirat vezércikke már címében közreadta derűsen optimista hosszú távú előrejelzésének összefoglalóját: „Két–hatmilliárdnyi képzett, ezért egészséges és jómódú lakosú világ felé" (Lutz 2009). Egészséges és jómódú, talán, de nem annyira bájosan fiatalos.

Az országos statisztikai hivatalok nem mondhatnak le arról a kötelességükről, hogy jövőbeni népességszámokat jelezzenek előre, de ezt konzervatívabb módon teszik. Rendszeresen publikálják országuk népesség-előreszámításait, türelmesen elmagyarázva a feltételezett, de elfogadhatónak tűnő betáplált adatokat, amelyek a bemutatott eredményhez vezettek. Az ENSZ Népesség osztálya is kötelességszerűen elkészíti kétévenként a saját előreszámításait. *A világ népes-*

ségének jövője [World Population Prospects] című ENSZ-kiadvány legutóbbi, 2012-es revíziójában (United Nations 2013) megtalálhatók az előreszámítások szokásos közepes, magas és alacsony variánsai. Eme széles körben terjesztett és befolyásos számítások szerint a 21. század végére a világ népessége a jelenlegi 7,2 milliárdos szintről 10,9 milliárdra emelkedne, s ezt a számot a 16,6 milliárdra rúgó magas és a 6,2 milliárdos alacsony becslés fogja közre. A bizonytalanság tehát fennáll, bár a „konstans termékenységgel" számoló, 2100-ra vonatkozó előrejelzés szerinti 29 milliárd fő körüli népesség inkább csak szemléltetést szolgáló nagyságrendnek tekinthető. Annak ellenére, hogy rendkívüli eseményekre – ökológiai katasztrófára, kiterjedt háborúra, előre nem látható leküzdhetetlen járványra, a szegénység felszámolására, vagy a globális fejlődés példátlan előrehaladására – irányuló feltételezés vagy utalás nincs beépítve az előrejelzésekbe, az egyes variánsok egymástól jelentős mértékben különböző hosszú távú mennyiségi eredményei úgy kerülnek bemutatásra, hogy azok a reális lehetőségek határain belül maradnak.

A 2100-ra vonatkozó becslések alapját képező kulcsfontosságú input adatok feltűnően hasonlóak. Csekély leegyszerűsítéssel: a közepes előreszámítási variáns minden országra – jelenleg érvényes határaik között – azt feltételezi, hogy a század végére termékenységük fokozatosan, de egyöntetűen a reprodukciót biztosító szint felé konvergál. A két másik előreszámítási variáns pedig azt feltételezi, hogy az átlagos termékenység a közepes variáns esetében alkalmazott egy nőre jutó gyermekszámhoz képest fél gyermekkel magasabb, illetve fél gyermekkel alacsonyabb szint felé konvergál. Az egyes országok korábban idézett előreszámításai közül kiemelkedik Nigéria, amelynek népessége a közepes variáns szerint 2100-ban 914 millió lesz, sokkal több, mint Bangladesé vagy Pakisztáné. Utóbbiak 2100-as népessége rendre 182 és 263 millió: mindkét országra azt jelzi az előreszámítás, hogy a század végén már elkezdődik a lassú népességcsökkenés. Németország 2100-as népessége a közepes variáns szerint 57 millió. Ha tehát az ENSZ imént idézett népesség-előreszámításainak közepes variánsát vesszük példának, 1950 és 2100 között Nigéria 24-szeresére növeli népességét, míg Németország korábbi népességszámának négyötödére esik vissza, annak ellenére, hogy az évszázad végén mindkét országban – az előírtak értelmében – ugyanaz lesz a reprodukció szintje. 2100-ban Németország előrevetített népességének 40 százaléka lesz 60 éves vagy idősebb; ugyanez a mutató Nigériában 15,5 százalék lenne. A 80 évesek és idősebbek esetében a megfelelő részarányok 16,4 százalék Németországban, szemben a nigériai 1,9 százalékkal.

A NÉPESSÉGVÁLTOZÁS BEFOLYÁSOLÁSA?

Világos, hogy akár globális szinten, akár országonként nézzük az előreszámításokban szereplő népességszámokat, tűnhetnek azok túl magasnak vagy túl alacsonynak attól függően, mi a vizsgálat szempontja. Sokféle szempont létezik – például az egyes embereké, amikor saját gyermekeik vagy unokáik jövőjére gondolnak; vagy a szakértőké, akik a magas átlagos jövedelmekkel összeegyeztethető gazdasági rendszerek fenntartásához szükséges természeti erőforrások mennyiségét mérlegelik; vagy a vezető politikusoké, akik országuk geopolitikai helyzete, a nemzeti etnikum vagy a kulturális azonosság fennmaradása miatt aggódnak –, amely alapján valamely népességszám előnyösebbnek tűnik egy másiknál. Vagy épp az attól való eltérés adhat okot komoly aggodalomra, és ezáltal alapot és magyarázatot nyújthat az esetleges kiigazítást szolgáló szakpolitikai beavatkozás számára.

Félévszázaddal ezelőtt komoly gazdasági problémának tűnt a kevésbé fejlett világ nagy részének gyors népességnövekedése. Ez volt a demográfusok virágkora, a döntéshozatalt is befolyásolni tudták. Nemcsak becsléseket adtak a szegény országok népességének gyorsuló növekedésére, hanem megállapították az okot és alkalmas gyógymódot javasoltak. Számos érintett országban elvégzett mintavételes demográfiai felmérés kimutatta, hogy a születések jelentős hányadát a szülők, vagy legalábbis az anyák „nem kívánták". Ebből arra a következtetésre jutottak, hogy a termékenység csökkentésére, vagyis a példátlanul gyors népességnövekedés várható káros gazdasági következményeinek mérséklésére van technikai megoldás: modern fogamzásgátlókat kell hozzáférhetővé tenni családtervezési programok keretében.

A diagnózis a születésszabályozás hatékony eszközeihez való hozzájutás előnyei ellenére téves volt, és a recept alkalmatlan. Mint ezt korábban kimutatták, az önkéntes termékenységcsökkentés főleg európai, esetenként egészen a 19. századig visszanyúló gyakorlata mindenekelőtt a gazdasági és társadalmi változások általános folyamatának eredménye volt. Ahol ezek a változások a nőket és a családokat arra ösztönözték, hogy kevesebb utód mellett döntsenek, a cél elérésének eszközeit jóval a fogamzásgátlás modern módszereinek kifejlesztése előtt megtalálták. Az 1930-as években számos országban előfordult olyan alacsony naptári termékenységi arányszám, hogy ha az fennmaradt volna, negatív természetes szaporulathoz – vagyis ezt ellentételező pozitív vándorlási egyenleg hiányában népességcsökkenéshez – vezetett volna. A fejlett országok születési arányszámainak a második világháború utáni átmeneti emelkedését követően a gazdasági és társadalmi modernizáció és a

velejáró kulturális változások hosszú távú demográfiai hatása nyilvánvalóvá vált. Európa minden országában, és világszerte egyre több országban olyan termékenységi arányszámokat eredményezett, amelyek ma nem biztosítják a népesség reprodukcióját, és gyakran jelentősen elmaradnak a reprodukcióhoz szükséges szinttől.

Mindazonáltal egyáltalán nem biztos, hogy az össznépesség gyors növekedése és a gazdasági és társadalmi fejlődés közötti verseny az utóbbi javára dől el. Ezt mutatja még sok Szaharától délre fekvő afrikai ország példája. Sőt, a gazdasági és társadalmi modernizáció felé tett jelentős előrelépések ellenére Kína kormánya szükségesnek tartotta, hogy olyan intézkedést vezessen be és meglehetősen hatékonyan érvényesítsen, amely páronként egyetlen gyermeket szab meg. A bevezetése óta eltelt egyharmad évszázad múltán az intézkedés továbbra is érvényben van, bár nem valószínű, hogy visszavonása *baby boom*-hoz vezetne. Az ENSZ népesség-előreszámítások mégis kitartanak amellett a feltételezés mellett, hogy a magas termékenységi szintről a lényegesen alacsonyabb szintre történő folyamatos csökkenés megőrzi az erős és kívánatos, növekedést mérséklő általános tendenciáját.

A NAGYON ALACSONY TERMÉKENYSÉG KIHÍVÁSA

Sok megfigyelő úgy véli, hogy a jelenlegi vagy a jövőbeli nagyon alacsony termékenység más fajta népességproblémát jelent, újszerű kihívások elé állítja a népességpolitikát. A demográfiai átmenet folyamatának egyenlőtlen terjedése és sebessége jelentős átalakulásokhoz vezet a nemzetközi rendszer geopolitikai térszerkezetében, egyenlegét tekintve azoknak az országoknak a rovására, ahol a termékenységi arányszámok lényegesen a reprodukciót biztosító szint alatt vannak, és ezért fokozódó demográfiai marginalizációval kell szembesülniük (lásd Coleman – Basten 2015). Az életkori összetétel kedvezőtlen gazdasági és társadalmi változásai az alacsony termékenységű népességekben felerősítik és felülmúlják az országok közötti népességarányokban bekövetkező elmozdulások jelentőségét. Bár a népességcsökkenést és a gyors népességöregedést részben vagy teljesen ellensúlyozhatja a kevésbé fejlett és még növekvő népességű országokból kiinduló nemzetközi vándorlás, ez a kiegyenlítő folyamat – saját messzemenő és nem szívesen látott társadalmi és politikai következményeivel – fokozhatja az eredeti demográfiai egyensúlytalanság problémáját.

A reprodukcióhoz szükségesnél tartósan alacsonyabb termékenység tehát tarthatatlanná teszi a kormányok laissez-faire álláspontját a demográfiai változással kapcsolatban. Nem teljesen irracionális ugyan abban reménykedni, hogy bekövetkezhet egyfajta önmagát spontán korrigáló magatartásváltozás – ahogy a termékenység csökkent, úgy emelkedhet is –, de az Adam Smith-féle láthatatlan kéz áldásos munkáját – amely a nagyon alacsony termékenységi arányszámokat a reprodukcióhoz szükséges szinthez közelítené – a jelenlegi gyakorlat nem látszik igazolni. A gyermekvállalás magasabb életkorokra történő halasztása lenyomja a naptári termékenységi arányszámokat, amit ellensúlyozhat a demográfusok által visszapótlásnak nevezett folyamat, a korábbi gyermekvállalási szándékok későbbi megvalósulása. Sok országban azonban egyértelműek az alacsonyabb befejezett termékenység felé mutató időbeli preferenciaváltozások jelei, ide értve az önként választott gyermektelenséget vagy egykét. Bármenynyire kívánatosnak tűnik is az ENSZ közepes előreszámításának alapját képező feltételezés – minden országban konvergencia a demográfiai tényezők olyan egyensúlya felé, amelynek hosszú távú eredménye a zéró népességnövekedés –, nem valószínű, hogy ez lesz a globális demográfiai átmenet természetes nyugvópontja.

Ugyanakkor a pronatalistának szánt beavatkozások mérlegelése is számos olyan kérdést vet fel, amelyekre nincs biztos válasz. Vajon a születési arányszámokat lehet-e szándékos szakpolitikai intézkedésekkel emelni? A reprodukcióhoz szükségesnél alacsonyabb termékenység jelenségének vannak olyan közvetlen okai – például a vallás meggyengült hatása a személyes magatartásra, a változó szexuális erkölcsök, a házasság késleltetése vagy teljes elkerülése –, amelyek nagyrészt nem hozzáférhetők a kormányok számára, illetve kívül esnek saját rendes működési körükön. Országos vezetők nőkhöz intézett buzdításai a három gyermek vállalására Vlagyimir Putyin vagy Tayyip Erdogan stílusában nem tekinthetők sem rendjén valóknak, sem hatékonyaknak. Más elképzelhető ösztönzési formák (például akadályok gördítése a nők hosszabb idejű formális iskolai képzése elé, és a munkapiaci részvételük arányát csökkentő intézkedések) bevezetése pedig ellentétbe kerülne a széles körben kívánatosnak tekintett és elfogadott társadalmi és gazdasági célkitűzésekkel, a személyesekkel és a kollektívekkel egyaránt. Amikor azonban a befejezett termékenységet döntően a 2, az 1 és a 0 paritás jellemzi, vagy amikor a termékenység megfigyelt idősora világosan ebbe az irányba mutat, általában elismerik, hogy olyan potenciális kiigazító intézkedéseket kell találni és alkalmazni, amelyek nem sértik az egyéni szabadságot.

A GYERMEKVÁLLALÁST MEGELŐZŐ SZÜLŐI KALKULÁCIÓ BEFOLYÁSOLÁSA

Az imént körvonalazott demográfiai körülmények között kézenfekvőnek tűnik az a feltételezés, hogy sok gyermek, akiket a potenciális szülők kívánnak, sohasem születik meg – mintegy ironikus tükörképeként annak az elképzelésnek, hogy amikor a termékenység magas, sok gyermek születik, bár nem kívánják őket. Ez azokra a mikroszintű ösztönzőkre összpontosítja a szakpolitikai gondolkodást, amelyek a potenciális szülőket arra indíthatnák, hogy amennyiben anyagi és társadalmi körülményeik kedvezőbbek és jobban összeegyeztethetők a gyermekneveléssel, vállaljanak annyi gyermekeket, amennyit szeretnének. Feltételezhető ugyanis, hogy jelenlegi döntésük a kevés gyermek vagy a gyermektelenség mellett olyan egyéni vagy párszintű hasznossági kalkuláció eredménye, amellyel anyagi életszínvonalukat és társadalmi státusuk emelésével kapcsolatos elvárásaikat mérlegelik, és ennek alapján ez a választás szolgálja legjobban saját érdeküket és gyermekük vagy gyermekeik érdekeit.

Ha így van, a modern jóléti állam komplex és gyakran homályos elosztási mechanizmusán végzett kiigazításoknak alkalmasaknak kellene lenniük a potenciális szülők meggyőzésére arról, hogy helytelen a gyermekvállalás terheire vonatkozó kalkulációjuk. Az ilyen kiigazításokat – legyenek azok bátortalanok vagy határozottak – valójában általánosan alkalmazzák, amikor a közösség többsége problémaként ismeri fel az alacsony termékenységet.

Európában a jóléti államok megjelenése annak a felismerésnek az eredménye, hogy számos olyan társadalmi problémára kellett megoldást találni, amelyeket a szokványos piaci mechanizmusok önmagukban nem tudtak eredményesen kezelni.

Az állam által meghatározott és adókból finanszírozott jogosultságok az oktatás és az egészségügyi ellátás javítását, a gyermekgondozás támogatását és az öregségi nyugdíj minimális szintjének biztosítását célozták. Amennyiben ezeknek az intézkedéseknek bármilyen hatása lett volna a termékenységre, az rendszerint a kitűzött cél vagy szakpolitikai intézkedés megvalósításának inkább véletlenszerű melléktermé volt, mint az eredménye. Beatrice Webb, egyike a korai brit jóléti állam létrehozását befolyásoló vezető értelmiségieknek, nyolcadik leánya volt jómódú szüleinek. Gyermektelen maradt, és céljai között nem szerepelt a termékenység emelése. Másutt, nevezetesen Svédországban a pronatalista szándékot kifejezetten beépítették az eredeti tervbe. Itt a szociológus Alva Myrdal és közgazdász férje, Gunnar Myrdal gyakorolta a legnagyobb hatást arra, milyen feladatokat lássanak el az állami szervezésű szolgáltatások. 1934-ben megjelent,

A népességkérdés válsága [Crisis in the Population Question] című könyvükben az alacsony születési arányszám feletti erős aggodalmukat jelzik, és a termékenység emelésének szükségességét emelik ki. A különféle szolgáltatásokat intézményi reformok egészítették ki, amelyek elősegítették, hogy a nők egyenlő eséllyel válhassanak aktív keresőkké és gazdaságilag aktívak maradhassanak; családbarát adókedvezményeket és olyan intézkedéseket vezettek be, amelyek mérsékelték a nők munkapiaci részvétele és a gyermekvállalás és gyermeknevelés közötti konfliktust.

Ma gyakorlatilag minden ipari államban megtalálható a jóléti állam valamilyen változata. A nyújtott szolgáltatások és a szervezett intézményi keretek – többé vagy kevésbé – hasonlóak az eredeti modellhez. Maguk a modellek állandóan fejlődnek, nem utolsósorban azért, mert nő a demográfiai magatartásváltozás kimutatható jelentősége. A portfóliónak – amely korábban különféle természetbeni és adókedvezmény formájában nyújtott szolgáltatásokra korlátozódott – egyre gyakrabban képezi részét a gyermekes családoknak nyújtott közvetlen készpénztámogatás, valamint a legfiatalabb gyermekek részére a kedvezményes bölcsőde. Az intézkedések közös pótlólagos célja, hogy a gyermeknevelés költségei csökkenjenek, és a gyermekvállalás összeegyeztethetőbbé váljon a szülők jövedelemszerző tevékenységével. Ez az, amit svéd, vagy tágabban skandináv receptnek lehet nevezni: a gyermekvállalás támogatása állami szervezésű és az állam által nyújtott kedvezményekkel – jövedelemmel és szolgáltatásokkal – valósul meg. Nem túlzás azt állítani, hogy demokratikus társadalmakban ez az egyetlen elismert és elfogadott szakpolitikai eszköz, amely a születési arányszám élénkítése céljából alkalmazható, amennyiben és amikor a termékenység megfigyelt szintje és trendje miatt egy ilyen szándék politikailag elfogadottá és támogatottá válik. Az általános recept magától értetődő. A demográfusoknak nincs különösebb érdemük ennek kitalálásában; gyakorlatilag minden társadalomkutató és a népessége jövője iránt aggódó állampolgár támogatja. A demográfusoknak azzal kellene hozzájárulniuk e kérdés szakpolitikai vitájához, hogy speciális intézményi megoldásokat és ezekhez speciális tartalmakat ajánlanak – mindezeket hozzáigazítva az alkalmazásukat váró demográfiai helyzethez –, és meggyőző érvekkel támasztják alá, hogy a recept működni fog, amennyiben az ajánlott intézkedéseket ténylegesen bevezetik. Ezt a feladatot eddig nem teljesítették.

Az egyes alacsony termékenységű országokban alkalmazott, pronatalistának feltételezett szakpolitikai eszközök kiterjedt jelenléte rendkívül megnehezíti hatékonyságuk értékelését. Lehetséges, hogy nélkülük a ténylegesen megfigyelt szintnél is alacsonyabb lenne az egyes országok átlagos termékenysége. Ami azonban a termékenység emelését illeti, teljesítményük egyszerűen kiábrándító. Hogy csak egy példát említsek, Németország jelenlegi teljes termékenységi arányszáma

[Total Fertility Rate, TFR] 1,4 alatt van, pedig a kontinentális Európa legerősebb gazdasága, és bőkezű jóléti államának gyökerei a bismarcki időkig nyúlnak vissza. Jó néhány országban, Európában és a Távol-Keleten szintén alacsonyabbak, sok esetben huzamosan alacsonyabbak az arányszámok, s bár talán kevésbé bőkezűek a termékenységbarát kedvezmények és intézmények, határozottan igyekeznek gazdasági ösztönzőkkel serkenteni a gyermekvállalást. Elemi demográfiai számításokkal kimutatható, hogy ha az átlagos magatartás ezen a szinten marad – arról nem is beszélve, ha esetleg lefelé araszol –, ezek az országok meredek népességcsökkenéssel és gyors népességöregedéssel fognak szembesülni, amennyiben ellentételezésképpen nem vonzanak és nem fogadnak be kellő nagyságú bevándorló tömeget. Egy ilyen folyamat gazdasági következményei rendkívül sötétek.

A gyermekbarát kedvezmények további növelésével talán elérhető lenne a hatékonyság növelése, a halálozások száma és a születések száma közötti távolság csökkentése, esetleg megszüntetése. Azokban az országokban, ahol a termékenység szintje jóval alacsonyabb a reprodukcióhoz szükségesnél, valóban általános a törekvés arra, hogy magasabb szintre emeljék a meglévő juttatásokat – és ezzel jókora külön terhet raknak az állami költségvetésre –, illetve parányi manipulatív javulást érjenek el – kevesebb pótlólagos költséggel – a termékenységbarátnak szánt juttatások elosztásában. Azonban az eredetileg jóváhagyott tevékenységek mindkét irányú túllépését behatárolja egyrészt a költségvetés, másrészt a demokratikus döntéshozatal, amelynek jellege a népesség öregedésével megváltozott. Az alacsony termékenységű országokban kialakult a gyermekvállalás életkorát maguk mögött tudó szavazók hatékony választási többsége (Sanderson – Scherbov 2007). Ők leginkább a tényleges és megígért nyugdíjjogosultságuk fenntartását és növelését lehetővé tevő biztosítékok garantálásában érdekeltek, bármennyire is kétesek az ilyen ígéretek a kibontakozó demográfiai realitások fényében. Ez a fajta egyoldalú választói magatartás teljes mértékben racionális. Mire a szakpolitikák hatására megszülető gyermekek adófizető munkavállalókká válnak, a legidősebb szavazók már nem lesznek az élők sorában.

Ezek a realitások nem ismeretlenek a szavazók előtt. Cikkek és könyvek hosszú sora ecseteli (általában nem a demográfusok fősodrába tartozó szerzők tollából) a tartósan nagyon alacsony termékenység hatására valószínűleg létrejövő torz demográfiai jövőt, és részletezi az ebből származható baljós gazdasági, társadalmi és politikai következményeket. Ahogy a korábbi írások a „népességrobbanás" fenyegetése miatt siránkoztak, ma jellemzően hasonló, szélsőségesen rémisztő jövőképet festenek le. (Néhány jellemző példa erre: Laqueur 2007, Bullough 2013, Last 2013, Kramer 2014.) Ki fogja a nyugdíjas generáció nyugdíját előteremteni, ki fogja a legidősebbek egyre nagyobb táborát gondozni – akik nap mint nap

ápoló gondozására szorulnak, és időnként egyre költségesebb kórházi kezelést igényelnek –, ha az idősek száma meghaladja a még aktívan dolgozók és adót fizetők számát, akik ennélfogva az idősek nyugdíját és egészségügyi gondozásuk költségét fizetik? Paradox módon az ilyen kérdések felvetése csak felerősíti a politikai vitákban a nyugdíjígéretek megerősítése iránti vélt igényt, ugyanakkor szükségessé teszi – a kényelmes nyugalomba vonulás nagyobb biztonságának megteremtése érdekében – az egyéni megtakarítások felhalmozását a jövőbeni nyugdíj kiegészítése céljából, amely vagy megfelel vagy nem a ma ígérteknek. A gyermeknevelés nemcsak költséges, hanem meg is nehezíti az ilyen egyéni megtakarításokat, ami további indok amellett, hogy a családok korlátozzák az utódaik kívánt számát. Amikor családok vagy egyének arról határoznak, hány gyermeket akarnak, a döntésüket befolyásoló tényezők között aligha szerepelnek olyan geopolitikai megfontolások, amelyek azt tanácsolják az egyes országoknak, kerüljék el népességük részarányának drasztikus csökkenését a globális össznépességen belül, és különösen kerüljék el az olyan korösszetétel kialakulását, amelynek valaha karácsonyfára emlékeztető alakja esetleg egy kocsányán ülő körteformára emlékeztetne (Demeny 2012). Amit bármely család vagy nő egyénileg tesz, az a legcsekélyebb mértékben sem módosítja az országos szintet. Az emberek időskori jóléte attól függ, hogy polgártársaik együttesen hány jövőbeli munkaerő felnevelését vállalják, de az egyének kezében nincs semmiféle szerződés, amely biztosítaná a hozzájárulást a vállalások révén keletkezett pozitív externáliához.

PARADIGMAVÁLTÁS A PRONATALISTA POLITIKÁKBAN?

A fentiekben vázolt megfontolások határozottan abba az irányba mutatnak, hogy a termékenység ösztönzését célzó jelenlegi gyakorlat fő vonalának radikális újragondolása és új megközelítések kitartó kutatása szükséges ahhoz, hogy el lehessen hárítani a hosszú távú relatív nemzetgazdasági hanyatlást, valamint az ezzel járó egyéni nélkülözést, amit sok ország tartós népességtrendje már magában rejt. Meghökkentő, hogy a pronatalista politikák ilyen irányú újragondolása és a paradigmaváltásra – valódi rendszerváltásra – való törekvés nem szerepel az érintett országok kormányzati döntéshozóinak napirendjén. Azt állítják: tudjuk, mit kell tenni, csak több pénzre van szükségünk a termékenység növelését szolgáló juttatások finanszírozásához. Ha ez megvan, demográfiai értelemben egy másik Svédországgá vagy Franciaországgá válhatunk. Vagy másik Norvégiává, vagy Egyesült Királysággá. Más szóval, normális országgá. A demográfusok gondolkodása, kijelentései és szakpolitikai tanácsai ezeket a nézeteket vallják vagy ismétlik.

Érdekes módon azonban az irigyelt modell országokban is a bűvös 2,1 TFR alatt marad a termékenység, amely hosszú távon a zéró növekedési ütem fenntartásához szükséges, ha nincs bevándorlás. Az irigység mégsem alaptalan. A 2,1 TFR – vagy Európában talán a 2,06 TFR – nem olyan határvonal, amelyet tilos a rossz irányban – nem darwini értelemben, hanem lefelé – átlépni. Amennyiben a negatív eltérés csekély – és az imént idézett országokban ez a helyzet –, rendelkezésre állnak olyan korrekciós lehetőségek, amelyek viszonylag alacsony ráfordítással képesek megbirkózni az ebből eredő gazdasági és társadalmi problémákkal. A mérsékelt népességöregedés ellensúlyozható a rendes nyugdíjkorhatár némi felemelésével. Szelektív bevándorlási politikával kipótolhatók a hazai munkaerőben keletkezett hézagok. A csigalassúságú népességcsökkenés – amely még elviselhető formájú koreloszlással jár – a sűrűn lakott országokban nem feltétlenül kedvezőtlen, mivel enyhítheti az erőforrás-korlátokat és környezeti előnyökkel járhat.

Ha a termékenység sokkal alacsonyabb, ez aligha jelent vigaszt. Többé-kevésbé tetszőleges, hol húzzuk meg a veszélyzóna határát – az 1,6 talán megfelel a célnak. Sok országban ennél lényegesen alacsonyabb a termékenység szintje. Amikor a termékenység ezt a határt lefelé átlépi, a demográfusoknak a közgazdászokkal karöltve meg kell húzniuk a vészcsengőt, és hangsúlyozniuk kell, hogy korrekciós beavatkozásra van szükség.

Ám a fősodort képviselő demográfusok, bár készségesen és barátságosan bólogatnak a skandináv típusú állami család- és gyermekbarát jóléti intézkedésekre – a fejlődő világ túlságosan gyors népességnövekedésével kapcsolatban, a második világháborút követő évtizedek során alkalmazott gyakorlatukkal éles ellentétben –, nem hajlandók meghúzni a vészcsengőt, és nem foglalkoznak a Myrdal-i modell újragondolásával és a nagyon alacsony születési arányszámok emelésében mutatott sovány eredményeivel. Ezért nem is vesztegetnek sok időt alternatív szakpolitikai megközelítések felkutatására, ajánlásukról nem is beszélve.

Helyhiány miatt itt nincs mód a terjedelmes irodalom meggyőző áttekintésére, de a helyzetet jól szemlélteti két jeles népességkutató igényes és átfogó tanulmánya (Winter – Teitelbaum 2013) a világszerte csökkenő termékenység politikai aspektusairól. A tanulmány a nagyon alacsony termékenységet lényegében nem tekinti problémának, bár a svéd típusú szakpolitikák némi elismerésben részesülnek. Alternatív szakpolitikákról, amelyek szükségesek lehetnek, nincs szó. Egy 336 oldalas tudományos könyv összefoglalása természetesen nem intézhető el ennyivel. Hitelesebb annak a hosszú újságcikknek a záró mondataiban kifejtett következtetés, amelyet a

szerzők maguk írtak könyvük fő mondanivalójára összpontosítva, potenciálisan milliós nagyságrendű olvasóközönség megszólításával. Így hangzik: „[…] mivel a világgazdaság továbbra is gyengélkedik, biztosra lehet venni, hogy a veszélyeztetett elöregedett társadalmak miatti baljós sirámok folytatódnak. A népesség ilyen vagy olyan nyomorúságának hangoztatása visszatérő hóbort. A legtöbb hóborthoz hasonlóan ez is nyugodtan figyelmen kívül hagyható. Az emberiségnek van elég aggodalomra okot adó legitim problémája. A termékenység csökkenése nem tartozik közéjük." (Winter – Teitelbaum 2014: 7.)

Az ilyen tanács legfőbb hibája, hogy sok országban nem a csökkenő termékenység, hanem mélyen a reprodukcióhoz szükséges szint alatt lévő termékenység okozza a problémát lassan egy-két, vagy még több évtizede, és nincsenek meggyőző jelek arra nézve, hogy a termékenység spontán emelkedni kezdene. Végtére is a gyermektelen lét sok felnőtt egyéni szempontjából igen vonzó és kedvező lehet. Vagy akár egyetlen gyermekkel is elérhető a teljes megelégedettség. A demográfiai átmenet utolsó szakaszaként kialakulhat olyan kulturális minta, amely rögzíti az egyszerű reprodukcióhoz szükségesnél alacsonyabb átlagos termékenységi szintet.

Gazdasági értelemben ez rosszat jósol az érintett országoknak. A globalizált gazdaságban a gyorsan öregedő népességhez való igazodás és alkalmazkodás belső nehézségeit fokozza az olyan feltörekvő országokkal folytatott verseny, amelyek korstruktúrája még legalább az elkövetkező néhány évtizedben sokkal fiatalabb lesz, amelyek még jelentős munkaerő-tartalékkal fognak rendelkezni, és amelyek egyre képzettebbek, ugyanakkor hajlandóak és készek a garantált béreknél jóval kevesebbért dolgozni a reprodukció szintjét úttörőként alulmúló országokban. Ehelyütt nincs mód annak kifejtésére, mi lehet a kimenetele ennek a versenynek egy olyan világban, ahol a javak, a tőke, a technológiai know-how és végül az emberek is korlátok nélkül mozoghatnak az országok között (Demeny – McNicoll 2006). Európa vagy Japán, mint a feltörekvő világból érkező néhány százmillió jómódú látogatót (ami csupán töredéke az összesnek) kiszolgáló szabadtéri múzeum, nem valami vonzó kilátás. Az ebből adódó gazdasági szerkezet, amelyet a szállodaipar, a vendéglátó- és szórakoztatóipar dominál, kórházakkal és idősotthonokkal tűzdelve nem annyira valószínűtlen, amennyire első pillantásra tűnhet. A népesség fogyásának és az erősen torzult korösszetételnek megvannak a maguk gazdasági következményei. Ezeket azonban el lehet és el is kell kerülni. Talán visszakozni kellene a globalizációval, kivárni, hogy ne legyen olyan éles az országok közötti különbség a demográfiai struktúra és az átlagos egy főre jutó jövedelem tekintetében. Ugyanakkor fékezni kell a nagy és huzamos népességcsökkenést.

TEENDŐK? KÉT RADIKÁLIS SZAKPOLITIKAI JAVASLAT

A cél felé vezető első lépés a kérdés legmagasabb politikai szintre emelése lenne, annak megállapítására, hogy a reprodukcióhoz szükségesnél jóval alacsonyabb termékenység miatt szükség van-e gyógyító reformokra, és amennyiben a válasz igen, nemzeti konszenzust kell elérni a megfelelő beavatkozás érdekében. A reformok legyenek igazságosak, méltányosak és megvalósíthatók, de potenciálisan sokkal hatékonyabban szolgálják a termékenység közelítését a reprodukcióhoz szükséges szinthez, mint a bürokratikus jóléti állam erre a célra bevetett, jelenleg ismert eszköztára.

Az elmúlt negyedszázad során számos írásban és sokféle fórumon javasoltam két radikális intézményi reformot, és érveket sorakoztattam fel érdemeik mellett. Lényegüket tekintve ikreknek mondhatók.

Az első reform, amely régóta a közkeletű Demény-szavazás címkét viseli, teljes szavazati jogot adna minden állampolgárnak, beleértve a ma jogfosztottakat: a jelenlegi választójogi korhatár (például a 18 év) alatti gyermekeket. Ők nem elég érettek e jog gyakorlására, ezért szüleik szavaznának helyettük, egy szavazat illetné őket minden egyes kiskorú gyermek után. A jogot fele-fele arányban megosztva gyakorolhatnák, de ha nincs jog szerinti vagy gondviselő apa, akkor az anya egyedül rendelkezne az extra szavazati joggal. A javaslat egyik érdeme, hogy megadná a szülőknek járó elismerést, első hallásra sokak, valószínűleg a jelenleg szavazati joggal rendelkezők többsége számára sokkolónak, vagy egyenesen képtelenségnek tűnne. Így a reform ötletének felvetése szenvedélyes, de tudatébresztő vitát indítana el, amely egyrészt az igazságosság kérdésére összpontosítana a politikai döntéshozatalban, másrészt a népességpolitika egyik aspektusára irányulna. Micsoda képtelenség: itt megy egy fiatal édesanya, tolja a babakocsit. Vajon megérdemli a mellette haladó kedves, kutyáját sétáltató 81 éves úriember szavazati súlyának kétszeresét? Feltehetően igen. A kisgyermek még esetleg 80 vagy 90 évig fog élni ebben a társadalomban; az apja vagy anyja esetleg további 60 évig – ez sokkal több év, mint amennyit az idős úriember remélhet. (Tulajdonképpen megalapozottan lehetne érvelni egy ennél radikálisabb reform mellett is, amely még jobban fiatalítaná a választópolgárságot. A hosszú távra szóló politikai döntések a legfontosabbak. Ezért logikus lenne minden egyes szavazatot a szavazó hátralévő várható élettartamával súlyozni, vagy legalább valamely mérsékeltebb elismerését bevezetni annak a különbségnek, amely bármely elfogadott legális rendszerben fennáll a szavazók között hátralévő éveik valószínű száma tekintetében. De kezdjük az elején.) Vajon egy édesanya meg tudja-e becsülni helyesen a gyermeke érdekeit azoknak a társadalmi intézményeknek a típusait illetően, amelyekkel a társadalom

élni fog? Feltehetően igen. Sőt, a politikai pártok, szembesülve potenciális szavazóik korösszetételének jelentős átalakulásával, buzgón fogják ajánlgatni és magyarázni azokat a programokat, amelyek a fiatal anya és a gyermekkocsi lakója érdekeit szolgálják.

A másik, még radikálisabb és lehetőségeit tekintve jelentősebb reform az idős szülők anyagi helyzetét újra összekötné gyermekeik számával és produktivitásával úgy, hogy lehetővé tenné a gyermekek társadalombiztosítási (nyugdíj) hozzájárulása egészének, vagy legalább nagy részének közvetlen átutalását életben lévő és már nem dolgozó szüleiknek (Demeny 1987). Hagyományos agrártársadalmakban a magas termékenység legfőbb ösztönzőjét az jelentette, hogy a szülők tudták, időskorukban gyermekeik gondoskodására és támogatására szorulnak majd (Caldwell 1982). Bár a generációk közötti önkéntes transzferek a modern társadalmakban is fontosak maradnak, a kapcsolat elveszítette kulcsfontosságú szerepét a termékenységi döntésekben. A meglévő és *de facto* felosztó-kirovó rend szerint működő társadalombiztosítási intézményekre támaszkodó javasolt séma újra megteremtené e kapcsolatot anélkül, hogy érintené a bérből és fizetésből élőktől aktív éveik során behajtott hozzájárulás szintjét, tehát tekintet nélkül arra, hogy a szülők életben vannak-e, vagy sem. A dolgozók hozzájárulásából származó alap idősek közötti elosztása viszont azoknak a nyugdíjas személyeknek kedvezne, akik gazdaságilag aktív életkorig neveltek gyermekeket. Az alap azon – *ceteris paribus* nyilván kisebb – részére vonatkozó elosztási szabályok, amely nem kerül közvetlen átutalásra a szülőknek (vagy azért, mert még aktív korúak, vagy azért, mert már nincsenek életben), ugyanazok maradnának, mint a jelenlegi gyakorlatban: igazodnának az aktív évek során a nyugdíjalapba fizetett egyéni hozzájárulások nagyságához, ugyanakkor újraelosztási elemet is tartalmaznának a rászoruló idős népesség javára.

Az ortodox megközelítésekkel elismerten szakító fenti javaslatok mindeddig kevés jóindulatú figyelemben részesültek a demográfus közösség és az uralkodó közpolitikát irányító tisztviselők részéről. Pedig ezek a javaslatok megérdemlik, hogy alapos vizsgálat tárgyai legyenek. Határozottan azt állítják – még ha nem is bizonyítják –, hogy a reprodukcióhoz szükségesnél alacsonyabb országos szintű termékenység jelensége orvosolható tünet, még akkor is, ha a termékenység jelentősen a reprodukcióhoz szükséges szint alatt van. Azokban az országokban, ahol a termékenység a kritikus szint alatt marad, a demográfusoknak és a közpolitikát irányító tisztviselőknek tudásukat összeadva kell kimozdítaniuk a pronatalista politikákat abból a zsákutcából, ahova a jelenlegi szakpolitikai receptekhez való ragaszkodás vezetett.

Fordította: Daróczi Etelka

IRODALOM

Bullough, Oliver 2013: *The Last Man in Russia.* Basic Books, New York.

Caldwell, John C. 1982: *Theory of Fertility Decline.* Academic Press, New York.

Coleman, David 2013: The twilight of the census. *Population and Development Review,* 38(s1), 334–351.

Coleman, David – Basten, Stuart A. 2015: The Death of the West: An alternative view. *Population Studies,* 69(1), S107–S118. doi:10.1080/00324728.2014.970401

Demeny, Paul 1987: Re-linking fertility behaviour and economic security in old age: toward a pronatalist institutional reform. *Population and Development Review,* 13(1), 128–132.

Demeny, Paul 2012: Geopolitical aspects of population in the twenty-first century. *Population and Development Review,* 38(4), 685–705.

Demeny, Paul – McNicoll, Geoffrey 2006: The political demography of the world system, 2000–2050. *Population and Development Review,* 32(S1), 254–287.

Kramer, Steven Philip 2014: *The Other Population Crisis.* Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Laqueur, Walter 2007: *The Last Days of Europe: Epitaph for an Old Continent.* Thomas Dunne Books, New York.

Last, Jonathan V. 2013: *What to Expect When No One's Expecting: America's Coming Demographic Disaster*. Encounter Books, New York.

Lutz, Wolfgang 2009: Editorial: towards a world of 2–6 billion well-educated and therefore healthy and wealthy people. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A* (Statistics in Society), 172(4), 701–705.

Sanderson, Warren C. – Scherbov, Sergei 2007: A near electoral majority of pensioners: prospects and policies. *Population and Development Review,* 33(3), 543–554.

United Nations 2013: *World Population Prospects: The 2012 Revision.* http://esa.un.org/wpp/ Letöltve: 2014. július 18.

Winter, Jay – Teitelbaum, Michael 2013: *The Global Spread of Fertility Decline: Population, Fear, and Uncertainty.* Yale University Press, New Haven and London.

Winter, Jay – Teitelbaum, Michael 2014: Bye-bye, baby: birth rates are falling around the world. And that's O.K. *The New York Times Sunday Review,* 6 April, 1, 6–7.

SUB-REPLACEMENT FERTILITY IN NATIONAL POPULATIONS: CAN IT BE RAISED?

ABSTRACT

This paper comments on the four main functions demographers perform: fact-finding, analysis, prediction, and policymaking. Successes in the first two of these are counterbalanced by weakness in predictive ability. The focus of the comments, however, is on policy. Demographers were influential in promoting efforts to lower very high fertility but are ineffectual in proposing policies that could reverse the tendency of fertility to sink well below replacement levels. The paper argues for a break from exclusive reliance on the standard measures of modern welfare states intended to raise fertility and urges exploration of radically new approaches. Two promising innovations are briefly outlined: one would give the right to vote to all citizens regardless of age, the voting right of minors being exercised by parental proxy, and another that would reform state-administered pension schemes by arranging a direct transfer of working children's mandatory contributions to social security funds to their retired parents.

TERMÉKENYSÉGI ÁTMENET MIKRO-PERSPEKTÍVÁBÓL 1970-ES RETROSPEKTÍV ADATOK ALAPJÁN

Őri Péter – Pakot Levente

ÖSSZEFOGLALÓ

A 19–20. századi termékenységi átmenet viszonylag jól kutatott téma Magyarországon, ugyanakkor továbbra sem ismertek a részletek és az ok-okozati összefüggések. Jelen tanulmány mikroszintű adatok alapján nemcsak a termékenységcsökkenés tényét és mértékét, hanem annak részleteit is vizsgálja, és a fókuszt az első világháborút követő fél évszázadra helyezi. A vizsgált terület a nyugat-dunántúli Csepreg és környéke, illetve a Pest megyei Zsámbék és az azt környező települések, amelyekre vonatkozóan a szerzők hosszú távú népesedéstörténeti rekonstrukciót végeznek. A vizsgálat az 1970-es népszámlálás országosan reprezentatív mintájából származó retrospektív termékenységtörténeti adatok többváltozós eseménytörténeti elemzésén alapul. Az összehasonlító elemzés eredményei szerint mindkét kistérségben egy már létező születéskorlátozó minta válik egyre erőteljesebbé, amelyre rányomják bélyegüket a társadalmi egyenlőtlenségek. A kétgyermekes családmodell átvételében élen jártak a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező házaspárok, míg a legalacsonyabb iskolázottsággal bíró házaspárok voltak leginkább leszakadóban e mintaváltásban. A gyermekvállalási mintaváltás elsősorban a későbbi születések korlátozásával valósult meg mindkét régióban.

Tárgyszavak: termékenységcsökkenés, demográfiai átmenet, egyenlőtlenségek, retrospektív adatok, történeti demográfia

Őri Péter
KSH Népességtudományi Kutatóintézet
E-mail: ori@demografia.hu

Pakot Levente
KSH Népességtudományi Kutatóintézet
E-mail: pakot@demografia.hu

BEVEZETÉS[1]

A 19–20. századi termékenységi átmenet viszonylag jól kutatott téma Magyarországon, ugyanakkor továbbra sem ismertek a részletek és az ok-okozati összefüggések. A kérdés vizsgálata hosszú ideig aggregált népszámlálási és népmozgalmi adatok elemzésén alapult, amelyek segítségével országos és regionális szinten egyaránt sikerült rekonstruálni a demográfiai átmenetben érintett női kohorszok gyermekszámának alakulását. Az elemzések egyszersmind rámutattak a foglalkozás, a felekezet vagy az iskolai végzettség szerinti differenciákra (Andorka 1969, 1987, Dányi 1991b, 1994, Kamarás 2000, Szukicsné 1986, 2000, Thirring 1936, 1941, 1959). A közelmúltban a két adatforrás kombinációja révén előtérbe került a termékenységi átmenet mikro-regionális és településszintű differenciáinak vizsgálata is (Dányi 1994, Koloh 2013b, Őri 2006, 2007). A mikro-demográfiai vizsgálatra leginkább alkalmas településszintű családrekonstitúciós vizsgálatok az átmenet előtti termékenység vizsgálatára fókuszálnak, és általában lezárulnak az állami anyakönyvezés bevezetését jelölő 1895-ös évnél, vagyis nem terjednek ki a magyarországi termékenységcsökkenés szempontjából nagyon fontos későbbi időszakokra (Benda 2006, vö. Koloh 2013a, 2014, Pakot 2013, 2016).[2] A tapasztalatok ugyanakkor azt mutatják, hogy a termékenységcsökkenés valóban egy fokozatosan kibontakozó, elhúzódó folyamat volt, amely a 19. században kezdődött. De az is világossá

[1] A tanulmány a „Termékenységi átmenet mikroperspektívából a 19–20. századi Magyarországon" című OTKA kutatás (K 113100) egyik részeredménye. Az itt közölt elemzés első változatát bemutattuk az Európai Történeti Demográfiai Társaság (European Society of Historical Demography) 2014. szeptember 25–27-én Algheroban (Szardínia, Olaszország) megrendezett nyitó konferenciáján.

[2] A családrekonstitúciós vizsgálatok 1895-ös időhatára egész egyszerűen annak tulajdonítható, hogy a kutatások forrásbázisát jelentő egyházi anyakönyvek az állami anyakönyvezés kezdetét jelölő 1895. október 1-jéig érhetők el mikrofilmen a Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára kutatótermében.

vált, hogy számos településen csak az első világháborút követően indult meg a végleges és jelentős termékenységcsökkenés, illetve hogy a két világháború között egy új szakasza kezdődött, amelynek során a második világháború után termékeny korba lépő nők között már a kétgyermekes modell vált uralkodóvá. Mindezidáig azonban kevés kísérlet történt egy település vagy településcsoport demográfiai folyamatainak egyéni szintű adatok felhasználásával történő longitudinális vizsgálatára, amely kiterjedne a két háború közötti időszakra vagy a második világháborút követő évtizedekre is, noha a demográfiai átmenet lezárulását a legtöbben az 1960-as évekre teszik (Dányi 1991a, 1991c, Andorka 1987: 270–287). Összességében a mai napig sincs részletekbe menő mikro-demográfiai elemzés arról, hogy egy adott kistérségben vagy településen milyen mechanizmusok és differenciák szerint, továbbá milyen tényezők hatására alakult át a gyermekvállalási hajlandóság. Emellett szükség volna összehasonlító vizsgálatokra is, hogy feltárhassuk a vagyoni és társadalmi státusbeli egyenlőtlenségek termékenységre gyakorolt hatását a demográfiai átmenet folyamán (Breschi et al. 2013, Colleran et al. 2015).

Tanulmányunk ezt a hiányt próbálja csökkenteni az 1970-es népszámlálás országosan reprezentatív termékenységi adatfelvételének négy dunántúli (Csepreg, Bük, Bő, Nagygeresd) és három Budapest környéki településéről (Zsámbék, Tök, Perbál) fennmaradt adatainak mikro-demográfiai elemzésével. Az 1970-ből származó retrospektív élettörténeti adatok alapján rekonstruáljuk a 19–20. század fordulóján és a 20. század első évtizedeiben született nők gyermekvállalás-történetét.

A tanulmány szerkezete a következő. Az első részben ismertetjük az 1970-es termékenységi adatfelvétel jellemzőit, majd a második részben a vizsgált közösségeket mutatjuk be. A harmadik rész az elemzett minta jellemzőit és a módszerek leírását tartalmazza. A negyedik rész az elemzésé, először a leíró statisztikákat, majd a többváltozós statisztikai elemzés eredményeit ismertetjük. Rövid összegzés és kitekintés zárja a tanulmányt.

AZ 1970. ÉVI TERMÉKENYSÉGI ADATFELVÉTEL

Az adatok forrása az 1970-es népszámlálás 25%-os, országosan reprezentatív mintájának eredeti kéziratos formában fennmaradt kérdőívei (MNL OL XXXII-23-a). A forrás sajátossága, hogy a teljes népesség mintavételes eljárás keretében kiválasztott 25%-ára vonatkozik, individuális szintű adatokat tartalmaz, és az alapösszeíráshoz képest részletesebb adatfelvételt jelent (KSH 1977).

A mintavétel alapegységeit a számlálókörzetek jelentették. Az összeírás során a mintába bekerült számlálókörzetekben élő minden 15 év feletti nőtől felvették a gyermekeire és házasságkötéseire vonatkozó adatokat. A kérdőív negyedik oldalán található négyrészes adatfelvétel első része a született gyermekek számát tartalmazza, ezen belül részletezve az anyával együtt élő, a különélő, a meghalt és a halvaszületett gyermekeket. A második rész részletes termékenységtörténetet tartalmaz: a született gyermek születési sorszámát, nevét, nemét, születési évét és hónapját, illetve amennyiben meghalt, a halálozás évét. A kérdőív harmadik része a nő házassági adataira terjed ki: az első, továbbá – amennyiben esedékes – a második és harmadik házasságkötés(ek) időpontját (év, hónap), a házasság fennállásának tényét, illetve amennyiben a népszámlálás időpontjában már megszűnt házasságról vagy különélésről van szó, ezek körülményeit: a megszűnés/különköltözés évét, továbbá a megszűnés okát (özvegyülés vagy válás) tartalmazza. A negyedik, egyben utolsó rész az élettársi kapcsolat fennállása esetén a kapcsolat létrejöttének időpontját (év) rögzíti.

Az 1970-es termékenységi adatfelvétel alapján nem csupán az adott házasságban született gyermekek száma vizsgálható, hanem az egyes születések/gyermekvállalások időzítése is (Pakot 2014, 2015). Továbbá fennáll annak a lehetősége is, hogy a termékenységi adatfelvétel információit kiegészítsük a népszámlálási kérdőíveken szereplő egyéb információkkal, mint például az anya életkora, születési helye, iskolai végzettsége, foglalkozása vagy foglalkozástörténete, a lakhatás jellemzői, a lakás felszereltsége stb.

A vizsgált populációt az 1970-ben a két településcsoport valamelyikén élt, és a népszámlálás során a részletes adatfelvételi mintába bekerült 15 év feletti nők alkotják. Módszertani szempontból fontos hangsúlyozni, hogy a forrás retrospektív termékenységi és élettörténeti adatokat tartalmaz. Az ezek alapján kirajzolódó demográfiai viszonyok csak a forrás sajátosságából fakadó korlátok figyelembe vételével tekinthetők a 20. század folyamán a két mikro-régióban élő nőkre jellemzőnek. Forráskritikai szempontból három kérdés merülhet fel, amelyekkel kapcsolatosan nincs kielégítő válaszunk: 1.) feltehető, hogy a mintába került idős női nemzedékek gyermekvállalási mintázata a differenciális halandóság következtében különbözhetett a saját nemzedékükre összességében jellemzőtől; 2.) az idős női nemzedékek esetében a gyermekvállalásaik történetének felidézésekor előfordulhat válaszmegtagadás vagy szelektív emlékezet, azaz elfelejthetik megemlíteni a kora csecsemőkorban meghalt gyermekeiket; 3.) a helyben maradó női nemzedékek feltehetően gyermekvállalási szokásaikban is különbözhettek a településről korábban elvándorló női csoportoktól.

Ennek következtében a népszámlálás retrospektív termékenységi adatai felvetik az alulbecslés lehetőségét, hiszen az adatok a népszámlálás eszmei időpontjában életben levő nőkre vonatkoznak. Vagyis a halandóság, vándorlás és válaszmegtagadás összetett hatásai következtében a népszámlálás a ténylegesnél alacsonyabb gyermekszámot regisztrálhatott (van Bavel 2014: 932–936). Az elvándorlás pozitív és negatív összefüggésben is állhat a gyermekszámmal. Továbbá feltehető, hogy az idős személyek gyermekszáma alulregisztrált, hiszen az idős személyek elfelejthetik megemlíteni a kora csecsemőkorban meghalt gyermekeik születését, különösen egy magas csecsemő- és gyermekhalandósággal jellemezhető környezetben. Említést érdemel az is, hogy a gyermekszám és a poszt-reproduktív (50 év feletti) élettartam összefüggésben állhat egymással, bár ezt nem minden elemzés támasztja alá. A történeti népességek vizsgálatai hangsúlyozzák, hogy a sokgyermekes nők alacsonyabb poszt-reproduktív élettartama elsősorban az alsó társadalmi csoportokra korlátozódott (Dribe 2004), ugyanakkor felhívják a figyelmet egy harmadik kockázati tényező, a korai megözvegyülés szerepére, amely a gyermekszámmal összekapcsolódva komoly halálozási kockázatot eredményezhetett (Alter et al. 2007). Hozzánk időben közeli népességek esetében a termékenység és a relatív halandósági kockázat vizsgálata U típusú összefüggést mutat, vagyis a gyermektelen és a sokgyermekes (ötnél több gyermeket szült) nőket rosszabb halandósági viszonyok jellemzik mint a közbülső kategóriába tartozókat, de a differenciák erősen kontextusfüggőek. A gyermekszám halandóságra gyakorolt hatása általában alacsonyabb, mint a társadalmi státus vagy az iskolai végzettség hatása (Doblhammer 2000).

A VIZSGÁLAT TEREPE

A vizsgálat terepe két, egymástól társadalmi, gazdasági és kulturális szempontból eltérő terület: a nyugat-dunántúli Csepreg és a közvetlen közelében fekvő Bő, Bük és Nagygeresd, illetve a Pest megyei Zsámbék, Tök és Perbál települések. A nyugat-dunántúli Bük a 19. század folyamán három településből (Alsó-, Felső-, és Középbük) állt, amelyek 1902-ben egyesültek ezen a néven; Csepreg a Felső- és Alsóváros fokozatos egybeépülésével jött létre (Gyurácz 2000, Szabó 1985, Németh 2014). A 19. század második felében a térségben mezőgazdasági modernizációs folyamat zajlott le: Bükön a vasúthálózat 1865. évi kiépülését követően 1867–1869-ben korszerű cukorgyár jön létre; Csepreg

járási székhellyé válik, és a bükinél kisebb méretekben ugyan, de itt is jelentős iparosodás történik. A gazdasági modernizáció munkalehetőséget teremtett a környékbeli falvak szegényebb rétegeinek, és távoli vidékekről érkezett mesterembereknek, hivatalnokoknak. Az 1857 és 1869 közötti rövid időszakban Bük népessége 1614-ről 2709 főre – mintegy 68%-kal –, Csepreg népessége 2069-ről 3273-ra – 58%-kal – növekedett. A dualizmus alatti modernizációs folyamatot az első világháború megtöri, 1917-ben a büki cukorgyár leég, a gyárat a tulajdonosok a két világháború között fokozatosan felszámolják. Csepreg helyzete viszonylag stabilabb e téren, hiszen a járási székhely szereppel együtt járó intézményhálózata megmarad, és tovább működnek az ipari középvállalatoknak számító bőr- és téglagyárak. A két világháború közötti időszak jellemző gazdasági formája a települések – és döntően Csepreg – külterületén működő árutermelő nagybirtokok, majorok (Meggyespuszta, Izabella-major, Anna-major, Kincsédpuszta, Gyertyánosmajor, Tormáspuszta), amelyek mezőgazdasági cselédek családjainak biztosítanak megélhetést. A birtokos parasztság ugyanakkor jellemzően kisméretű birtokon gazdálkodik. A második világháborút követő földosztás némileg enyhített a földnélküliek sorsán, de az uradalmak területének egy jelentős részét nem osztották ki, hanem egyben tartották, amelynek következtében az amúgy is erős birtokaprózódást tovább fokozták, életképtelen üzemméretek jöttek létre (Németh 2014: 99). 1949-ben megalakulnak az első tsz-ek. Az egykori cukorgyári műhelyekben Állami Gépállomást hoznak létre, ez a korszak legnagyobb munkáltatója, dolgozói létszáma az 1963-as megszűnésekor 150 fő. 1958-ban megalakult a Csepregi Állami Tangazdaság, amely gyümölcstermelésével vált ismertté. A települések kisiparosai a háborút követően Kisipari Termelőszövetkezetekbe (Csepregi Cipész KTSZ, Büki Vegyesipari Szövetkezet) tömörültek. Az 1960-as évek fontos fejleménye a büki termálkút felfedezése és a gyógyfürdő fokozatos kiépítése, amely évtizedekre meghatározta a település fejlődését (Szabó 1979: 42–56, Németh 2014). A gazdasági-társadalmi változásokat jól tükrözi a népességszám változása is. Bükön a 19. századi növekedést követően, a két világháború közötti népességcsökkenés a gazdasági konjunktúra lecsengését mutatja, a népességszám csak a második világháború után nő valamelyest, majd 1970-ig nagyjából stagnálás jellemzi a települést. Csepreg esetében a növekedést az első világháború után stagnálás váltotta fel, majd a második világháború után enyhe növekedés volt tapasztalható, de 1970-re újra csökkent a népességszám *(1. táblázat)*.

1. táblázat: A népességszám változásai a nyugat-dunántúli és a Pest megyei településeken, 1880–1970
Population size of the communities under study, 1880–1970

	Bük	Csepreg	Bő	Nagygeresd	Zsámbék	Perbál	Tök
1880	3030	3952	1077	433	3788	1433	1499
1890	2791	3843	1080	469	4174	1595	1531
1900	2847	4065	1135	448	3998	1778	1311
1910	2965	4103	1181	475	4215	1815	1276
1920	2804	4192	1219	494	4323	1909	1379
1930	2552	4135	1196	701	4437	2023	1299
1941	2447	4010	1104	669	4525	2066	1291
1949	2648	4251	1135	702	2606	1403	1262
1960	2683	4348	998	650	2850	1656	1325
1970	2563	4079	847	576	3122	1719	1353

Forrás: Népszámlálások (Kovacsics 1993, Horváth 2000).

Zsámbék a 18. század közepén került a Zichy család birtokából a korona tulajdonába, német és részben magyar lakosságú mezőváros volt, jelentős zsidó közösséggel. Perbál homogén római katolikus népességű német község volt, míg a döntően református magyarok lakta Tökön katolikus kisebbség is élt. Zsámbék és Perbál a 20. század első felében is őrizte római katolikus arculatát, a képet csak Zsámbék esetében módosította némileg az izraelita közösség változó (de a 20. század első felében csökkenő) aránya. Tökön viszont a római katolikus kisebbség aránya – feltehetően a vándorlás következtében – a 20. század elején már háromszorosa a 18. századi értéknek (1900-ban 15%). Tök döntően magyar jellege nem sokat változott a 19. század végén és a 20. század első felében. Itt a beköltöző katolikusok is inkább magyarok lehettek, így nem változtatták meg a falu etnikai arculatát. A két német településen azonban fontos változások történtek. Az anyanyelvi bevallásra épülő statisztikák szerint a századfordulóig többé-kevésbé állandó maradt a németajkúak aránya, de 1910-re mindkét helyen erősen megnőtt a magyarok részaránya. Ez különösen Zsámbékra volt jellemző, ahol a németek aránycsökkenése a jelenség másik oldala, míg Perbálon főleg a szlovákok csökkenő arányából táplálkozott a magyarokénak a növekedése. Persze mindez nem feltétlenül utal valódi identitásváltásra, nyilván szerepe lehetett benne a tényleges asszimilációnak, de az összeírói gyakorlat változásának

is. 1949-re a német közösségek eltűnnek az anyanyelvi statisztikából, ez részben együtt járt a két német falu lakosságának erőteljes csökkenésével is, ami a második világháború utáni kitelepítések következménye volt. 1945–1946 nyilvánvalóan fordulópont a két közösség életében, a többséget adó etnikai csoport részben elhagyni kényszerült lakóhelyét, részben pedig helyben maradva magyar anyanyelvűnek vallotta magát.[3] Az 1970-es retrospektív női termékenységtörténetek tehát nyilvánvalóan nem a 20. század első felében a két településen élt nők demográfiai viselkedését jelenítik meg, hanem a kitelepítések ellenére helyben maradó és a beköltöző népességre vonatkoznak. Ezzel szemben Tökön nagyobb a népesség stabilitása, az 1970-es adatokból valóban a település múltja rajzolódik ki előttünk.

Mindhárom település megőrizte agrárjellegét a két háború között is, a lakosság 60–80%-a 1930-ban is a mezőgazdaságból élt. A mezőgazdaságból élő népesség jelentékeny részét (75–80%-át) Tökön és Perbálon 1900-ban a kisbirtokosok és családtagjaik teszik ki. A mezőgazdasági cselédek részaránya hasonló a két településen (13%), ugyanakkor Zsámbékon közel 50% a mezőgazdasági bérmunkások aránya (Őri 2014: 217). Az agrárviszonyok részben a gazdálkodás jellegével, a 19. századi zselléresedés, birtokaprózódás folyamatával, ez utóbbiak pedig a települések öröklési szokásaival hozhatók összefüggésbe. Galgóczy Károly szerint a 19. század közepén mindhárom faluban a búzatermelés a megélhetés alapja, de Zsámbék és Tök esetében a szőlőművelés és az állattenyésztés (Zsámbékon kiemelve a lótenyésztés) is említést nyer (Galgóczy 1877: 67, 69, 86). Perbál és Zsámbék jelentékeny erdőterülettel is bír a 19. század második felében, az egy főre jutó termőterület mindkét faluban csökken a 19. század folyamán (Őri 2014: 217–218). A zselléresedés, birtokaprózódás, a mezőgazdasági munkások viszonylag nagyfokú jelenléte (főleg Zsámbékon, de Tökön is) összefüggghetett a német és magyar közösségek öröklési rendjével: az előbbiekre a törzsöröklés volt jellemző (Husz 2002), vagyis a nem öröklő fiú utódok zsellérré vagy mezőgazdasági bérmunkássá váltak, ha nem tudtak elköltözni a településről; míg Tökön a fiú örökösök közötti egyenlő osztás hozott létre jelentős kisbirtokos és bérmunkás, cseléd réteget. Zsámbékon ugyanakkor jelentős az iparosok és a kereskedelemben dolgozók aránya is: 1930-ra ez közel 40% lesz (Őri 2014: 216).

[3] Lásd részletesebben: Őri 2014: 211–214.

Demográfiai téren is jelentős különbség mutatkozik a két német és a magyar település között. A két német falut magas házas termékenység jellemzi, ugyanakkor Tökön ez mintegy 30%-al alacsonyabb a 20. század elején. Az első világháború után a különbség csökken, a termékenység csökkenése látványos lesz a két német faluban is, de a töki alacsonyabb házas termékenység megmarad 1941-ig (Őri 2014: 235). A nyers születési arányszámok a második világháború utáni korszakra nézve is azt mutatják, hogy a gyermekszám Tökön alacsonyabb, mint a másik két faluban. Ugyanakkor a női első házasodás életkorában vagy a nupcialitás (a termékenykorú nők között a házasok aránya) terén a különbségek nem jelentősek, bár kétségtelen, hogy Tökön eredetileg korábban házasodtak a nők, a két világháború között azonban ez a különbség lényegében eltűnt (Őri 2014: 231, 235). Ugyanakkor azt látjuk, hogy a népességszám a második világháború végéig csak csekély ütemben nő a német településeken, míg Tökre stagnálás jellemző. A különbség a két típus között a vándorlásban rejlik. A két német falu mindvégig jelentős elvándorlást mutat a második világháborút megelőzően, míg Tökön 1890-ig inkább a csekély mértékű bevándorlás volt jellemző. Alapvetően különböző demográfiai rendszereket látunk tehát: a német falvakban magas házas termékenység volt, és a népességnövekedést fékezte a nem örökösök jelentős mértékű elvándorlása; míg a magyar településen alacsonyabb termékenység, nagyobb zártság, kisebb mobilitás volt jellemző, egészen addig, amíg a modernizálódó környezet nem jelentett nagyobb ösztönzést az elvándorlás irányába. Ettől fogva a különbségek csökkenni kezdtek, az egyébként alacsony töki házas termékenység az első világháborúig nőtt, majd a mindhárom falura jellemző együttes csökkenés mérsékelte az eltéréseket (Őri 2014: 239–240).

A *2. táblázat* a nyers születési arányszámok alakulását mutatja a vizsgált településeken. Az 1910-es évektől a nyers születési arányszámok fokozatos csökkenését láthatjuk, amelyek csökkenő gyermekszámról tanúskodnak. Ugyanakkor látható, hogy a Pest megyei régióban magasabbak a gyermekszámok, különösen a két német településen. Náluk jobban előtűnik a főleg a második világháború után bekövetkező rekompenzáció (vagy a beköltöző fiatal népesség magasabb gyermekszáma). Ettől eltekintve az 1930-as évektől csökkennek a különbségek, noha teljesen nem tűnnek el a vizsgált periódusban.

2. táblázat: A nyers születési arányszám változása a nyugat-dunántúli és a Pest megyei településeken (ezrelék), 1910–1960
Crude birth rates in the communities under study (per thousand), 1910–1960

	Bük	Csepreg	Bő	Nagygeresd	Zsámbék	Tök	Perbál
1910	27,9	34,8	32,4	33,8	40,2	36,8	48,0
1920	23,9	26,2	28,7	23,6	39,6	34,1	56,1
1930	23,1	21,0	20,9	18,5	32,2	18,5	38,1
1941	20,0	15,9	22,6	22,4	21,0	20,1	20,3
1949	23,8	19,3	14,1	22,8	30,3	19,0	33,5
1960	13,8	16,8	8,0	12,3	15,1	14,3	16,9

Forrás: Népszámlálások (Kovacsics 1993, Horváth 2000) és népmozgalmi adatok (Klinger 1969).

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az 1970. évi népszámlálás során Bük központi belterületét 8, Csepreg belterületét 12, Bő belterületét 3, Nagygeresdét pedig 2 számlálókörzetre osztották. A külterületi népességet ugyancsak számlálókörzetekbe sorolták. A reprezentatív adatfelvételre Bükön a 4-es és 8-as, Csepregen a 3-as, 7-es és 11-es, Nagygeresd és Bő településeken a 2-es, illetve 1-es számlálókörzeteket jelölték ki. Bükön 180 lakás- és 622 személyi összeíróívet, Csepregen 197 lakás- és 603 személyi összeíróívet, Bőben 87 lakóívet és 134 személyi kérdőívet, míg Nagygeresden 76 lakóívet és 239 személyi kérdőívet vettek fel. A büki reprezentatív minta tehát 622 személy, a csepregi 603 személy, a bői 134 személy, a nagygeresdi minta pedig 239 személy adatait tartalmazza. Ez a települések központi belterületén élő összes lakónépesség 24, 17, 16, illetve 44%-át jelenti.

A Pest megyei települések esetében az 1970-es népszámlálás során Perbál központi belterületét 6 számlálókörzetre, Zsámbék központi belterületét 11 számlálókörzetre, Tök központi belterületét pedig 3 számlálókörzetre bontották. A reprezentatív adatfelvételre Perbálon a 2-es és 6-os, Zsámbékon az 5-ös és 9-es, Tökön pedig az 1-es számlálókörzeteket jelölték ki. Perbálon 156 lakóívet és 580 személyi kérdőívet, Zsámbékon 158 lakóívet és 627 személyi kérdőívet, Tökön pedig 87 lakóívet és 304 személyi kérdőívet vettek fel. A perbáli reprezentatív minta tehát 580 személy, a zsámbéki 627 személy, míg a töki 304 sze-

mély adatait tartalmazza. Ez a központi belterületi lakónépességek 36, 19, illetve 27%-át jelenti.

A mintában szereplő nők termékenységtörténetének vizsgálatakor felváltva alkalmazzuk a történeti periódus, illetve a születési kohorsz megközelítéseket. Az előbbi elemzéséhez az adategyüttest személy-periódus típusú adatállománnyá alakítottuk. A minta életkor szerinti megoszlását figyelembe véve az elemzést az 1920–1970 közötti időszakra szűkítjük, vagyis a népszámlálást megelőző ötven év termékenységtörténetét vizsgáljuk. Az elemzés első részében deskriptív statisztikákkal mutatjuk be a házas termékenységi arányszámok történeti periódusok szerinti alakulását, illetve a házasodási, első és utolsó gyermekvállalási életkorok, illetve a születések közötti intervallumok időbeli változásait. A gyermekvállalási kohorsz megközelítésekor a mintát leszűkítjük az 1895 és 1925 között született – tehát 1970-ben legalább 45 éves, és legalább 40 éves korukig első házasságukban élő – nőkre, akik termékenységtörténete 1970-ben már lezárult (befejezett termékenység vizsgálata). Az elemzés második részében a születési intervallumok többváltozós eseménytörténeti elemzését alkalmazzuk, amellyel a gyermekvállalás iskolai végzettség, lakóhely és születési hely szerinti differenciáit próbáljuk feltérképezni (gyermekvállalási hajlandóság vizsgálata).

A születési intervallumok elemzése szakaszonként konstans exponenciális kockázati modellekkel történik. A születési intervallumok hathónapos szakaszokból állnak. Az eseménytörténeti modellek egy újabb születés kockázatát becsülik. A kockázati idő egy adott születéstől a következőig vagy a megfigyelés lezárásának időpontjáig (a nő 50. életéve vagy a házasság megszűnése vagy az 1970. évi népszámlálás eszmei időpontja) tart. A többváltozós elemzésben két mintát vizsgálunk. Az első minta az összes házas és valaha házas (özvegy, elvált) nők első házasságának termékenységtörténetét tartalmazza. A második minta egy szűkebb csoportot fog át, ebbe kizárólag azok az első házasságukban élő nők kerültek, akiknek férje jelen volt a népszámlálás időpontjában. Ez utóbbi minta kialakítását az a cél motiválta, hogy a férjek jellemzőit (iskolai végzettségét) mint a termékenységet befolyásoló tényezőt önálló változóként bevonjuk az elemzésbe. Mindkét modellben a következő változók hatását vizsgáltuk: az anya aktuális életkora, az anya életkora a házasságkötéskor, a korábbi születés sorszáma, a történeti időszak két nagyobb periódusra – 1920–1944 és 1945–1969 – bontva, a legutóbb született gyermek továbbélési státusa, az anya iskolai végzettsége, lakóhelye és születési helye. A házaspáros mintán alapuló modell kiegészül az apa iskolai végzettségét mutató változóval.

A gyermekvállalással összefüggő tényezők között elsőként a nő iskolai végzettségét vizsgáljuk. Ez kétértékű változó három nagyobb csoporttal: 6 eleminél alacsonyabb iskolai végzettség; 6–8 elemi; illetve az elemi iskolai végzettségnél magasabb – polgári, középiskolai vagy felsőfokú iskolai – végzettség. A férj iskolai végzettségének kialakításában ugyanezt a csoportosítást követtük. A magasabb iskolai végzettség szoros összefüggésben lehet az új gondolatokra és viselkedési formákra való nyitottsággal, a vallási előírásoktól való függetlenedéssel, a változó női és családanyai szerepek gyorsabb átvételével. A nő iskolai végzettsége társadalmi és kulturális különbségeket tükrözhet, mint ahogy a nő születési helyét jelző változó is. Ez utóbbi kétértékű változó három csoporttal: helybéli születésű; közeli (kb. 20 kilométeres körzeten belüli) születésű; illetve távolabbi (20 kilométeres körzeten kívüli) születésű. A számlálókörzet változó a települések, illetve településrészek közötti kulturális – például felekezeti – vagy társadalmi különbségeket is tükrözheti.

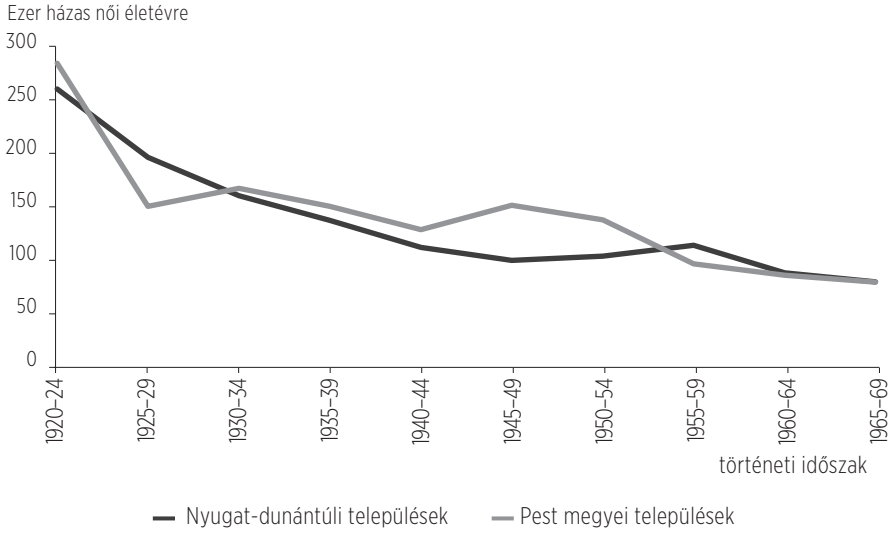
EREDMÉNYEK

Deskriptív statisztikák

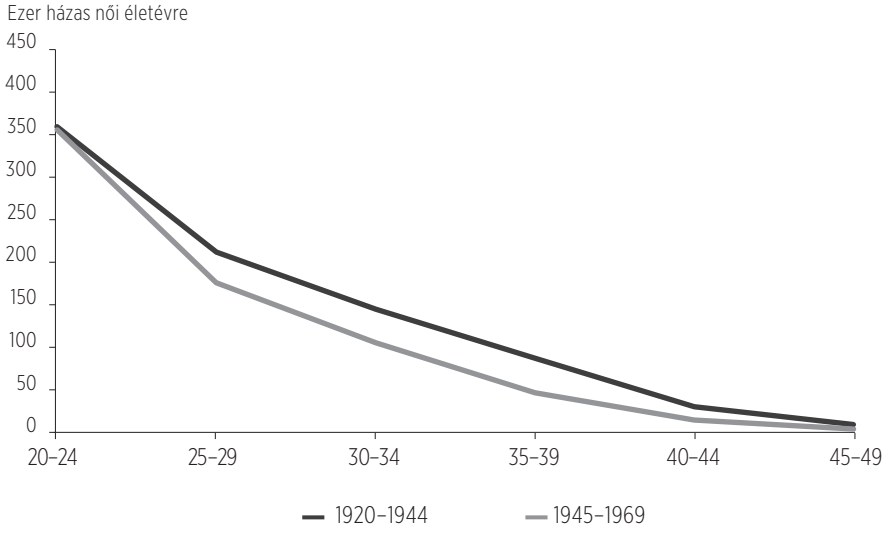
Az *1. ábra* az általános házas termékenységi arányszámokat mutatja a két kistérségben, ötéves történeti periódusokban 1920 és 1970 között. Jól látható a termékenység két világháború közötti zuhanása mindkét kistérségben. A Zsámbék környéki mintában a második világháborút követően látható egy kis emelkedés, amely azonban meglehetősen rövid életű. A nyugat-dunántúli mintában az 1950-es évek második felében – talán éppen a Ratkó-korszak következményeként – ugyancsak egy kis átmeneti emelkedés látható. Összességében a termékenység a vizsgált időszak végére a 1920-as évek eleji értékek közel egyharmadára csökken. Fontos hangsúlyoznunk, hogy itt az általános házas termékenységi arányszámokról van szó, vagyis nem differenciálunk életkor szerint.

A *2. és 3. ábra* a korspecifikus házas termékenységi arányszámokat mutatja. Két periódusra bontva, térségenként külön-külön mutatják a korspecifikus termékenységi arányszámok alakulását. Mindkét ábrán szembetűnő a termékenység periódusok szerinti csökkenése minden korcsoportban. Ugyanakkor a görbék formája nagyon hasonló, tehát egy már létező születéskorlátozó minta egyre erőteljesebbé válását láthatjuk.

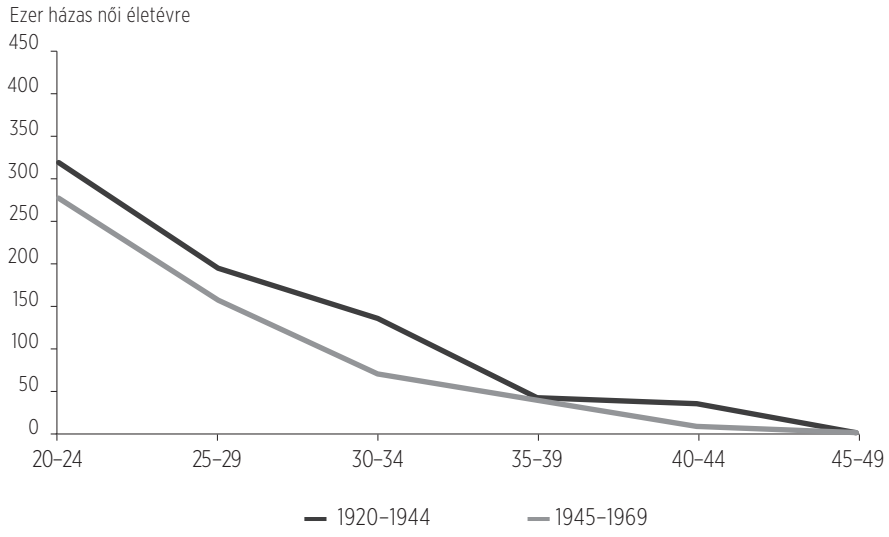
1. ábra: Általános házas termékenységi arányszámok (15–49 éves) a vizsgált kistérségekben, 1920–1969
General marital fertility rates (those aged 15–49) in the communities under study, 1920–1969



2. ábra: Korspecifikus házas termékenységi arányszámok nagyobb periódusonként, nyugat-dunántúli települések, 1920–1969
Age-specific marital fertility rates by period in the West Transdanubian communities, 1920–1969



3. ábra: Korspecifikus házas termékenységi arányszámok nagyobb periódusonként, Pest megyei települések, 1920–1969
Age-specific marital fertility rates by period in the communities from Pest county, 1920–1969



A vizsgált mintegy 50 év alatt a 20–49 éves korú nők teljes házas termékenységi arányszáma (THTA) a nyugat-dunántúli mintában 4,2-ről 3,5-re, a Pest megyei mintában az időszak eleji 3,6-ról 2,7-re csökkent. Óvatosan kell kezelnünk azonban a THTA-t, hiszen ez egy elméleti konstrukció, amely azt mutatja, hogy egy nőnek átlagosan hány gyermeke születne, ha 20 és 49 éves kora között házasságban élne. Ez azonban nem reális feltételezés egyik elemzett minta esetében sem. Amint látni fogjuk a későbbiekben, a Nyugat-Dunántúlon a 20. század első felében a női házasodási életkorok rendre megközelítették a 25. életévet. A házasságban született gyermekek valóságos számát jobban visszaadja a THTA 25–49 éves kor közötti értéke, amely a nyugat-dunántúli mintában 2,4-ről 2,0-ra, a Pest megyei mintában 2,0-ról 1,6-ra csökkent.

A termékenység csökkenésének deskriptív leírását tovább finomíthatjuk a termékenység Peter McDonald által kidolgozott paraméterének (McDonald 1984) bemutatásával. Az átlagos gyermekszám kiszámításakor a következő képletet alkalmazzuk: CEB (children ever born = 1 + ((l-m-f)/i), ahol *l* a nő életkora az utolsó szüléskor, *m* a legalább egy gyermeket vállaló nők házasodási életkora, *f* a házasságkötés és az első gyermek születése között eltelt intervallum hossza,

és végül az *i* a születések közötti intervallumok hossza.[4] Mint fentebb már hangsúlyoztuk, a számítás érdekében kohorsz megközelítést alkalmazunk, vagyis az 1896 és 1925 között született, legalább 40 éves korukig első házasságban élő nők házasság- és gyermekvállalás-történetének adatait használjuk. A *3. táblázat* kistérségenként elkülönítve mutatja a fenti statisztikákat. Jól látható, hogy az alacsony termékenység egyik fontos tényezője a késői házasodás. A két háborús időszak és az azok közötti gazdasági nehézségek nem kedveztek az önálló házasságkötésnek. Különösen hangsúlyos ez a nyugat-dunántúli mintában, ahol az átlagos házasodási életkor rendre a 24. életévre esik. A másik fontos jellemző az utolsó gyermekvállalás életkora, amely a nők 30-as életéveinek elejére korlátozódik. A gyermekszám a legidősebb kohorsz 3,3-as értékéről 2,71-re csökken, amelyben az utolsó gyermekvállalás életkorának csökkenése, vagyis a gyermekvállalási periódus rövidülése játssza a legfontosabb szerepet.

3. táblázat: McDonald-féle termékenységi paraméterek
McDonald's index of children ever born in non-sterile marriages

	1896 és 1925 között született, legalább 40 éves korukig első házasságukban élő nők	
	Nyugat-dunántúli települések	Pest megyei települések
s (azok aránya, akik legalább egy gyermeket szültek)	0,887	0,904
m (első házasságkötés átlagos életkora)	24,3	22,3
f (házasságkötés és első gyermekvállalás közötti intervallum hossza hónapokban)	16,3	21,5
i (a születések közötti intervallumok hossza hónapokban)	39,2	36,4
l (utolsó gyermekvállalás életkora)	32,1	30,5
N	282	167
Átlagos gyermekszám (CEB)	2,66	2,81

[4] A McDonald-féle paraméterek történeti alkalmazására lásd Engelen – Ying-Hui 2007: 145–148.

Eseménytörténeti elemzés

Az elemzés további része a többváltozós eseménytörténeti elemzés eredményeit tartalmazza.

A *4. táblázat* a változók statisztikai megoszlását mutatja a két mintában. Fontos hangsúlyozni egyfelől a nyugat-dunántúli és a Pest megyei minta közötti különbségeket, illetve a két mintán belül a teljes női népességen és a házaspárokon alapuló minták közötti eltéréseket. Több jellemző szempontjából jóval homogénebbnek tekinthető a nyugat-dunántúli népesség, mint a Pest megyei. Mindkét településcsoportban a női populáció jelentős része 6–8 elemivel rendelkezik, azonban míg a nyugat-dunántúli mintában ez a csoport a teljes népesség több mint háromnegyedét alkotja, addig a Pest megyei mintában kb. kétharmadát. A Pest megyei mintában relatíve magasabb a 6 eleminél alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők aránya. A nyugat-dunántúli településeken élő nők között több mint fele arányban helybeli születésűek vannak, és további 30%-uk a közeli településekről származik. A Pest megyei településeken éppen a távolabbi vidékekről származók aránya a legmagasabb, meghaladja az 50%-ot. A Pest megyei mintában nagyobb arányt képviselnek a fiatalabb korcsoportok. A fiatalabb korszerkezet tükröződik a történeti időszak szerinti megoszlásban is: míg a nyugat-dunántúli teljes mintában a második világháború előtti időszak a teljes adatállomány 40%-át foglalja el, addig a Pest megyei mintában a vonatkozó adat 32%. A két településcsoport eltér egymástól az első házasságkötési életkor értékei szerint is. Míg a nyugat-dunántúli településeken az első házasodási átlagéletkor 23,2 év, addig a Pest megyei településeken ez mintegy két évvel alacsonyabb (21,1, illetve 21,3 év), amely eltérő házasodási mintázatokat jelöl.

4. táblázat: A változók megoszlása a házas és valaha házas nők között, illetve a házaspáros mintákban, a nyugat-dunántúli és a Pest megyei településeken (százalék, átlag/szórás)
Distribution of covariates in the samples of (ever) married women and married couples, communities in West Transdanubia and Pest county (percentage, mean and standard deviation)

	Nyugat-Dunántúli települések		Pest megyei települések	
	Házas és (valaha) házas nők	Házaspáros minta	Házas és (valaha) házas nők	Házaspáros minta
Az anya életkora				
15–24 év	14,3	16,2	22,1	24,3
25–29 év	20,1	20,9	22,5	23,0
30–34 év	21,8	21,9	19,9	19,2
35–39 év	18,9	18,0	15,7	15,0
40 év felett	24,9	23,0	19,7	18,4
Házasodási életkor	23,2 / 3,9	23,2 / 3,9	21,3 / 3,7	21,1 / 3,6
Paritás				
1	30,6	33,2	33,2	34,3
2	31,3	33,0	31,6	32,3
3–4	28,8	27,2	23,3	22,7
5+	9,4	7,6	11,9	10,7
Legutóbb született gyermek				
Életben van	97,8	98,1	97,2	97,5
Meghalt	2,2	1,9	2,8	2,5
Történeti időszak				
1920–1944	40,0	26,7	31,8	23,5
1945–1969	60,0	73,3	68,2	76,5
Az anya iskolai végzettsége				
6 eleminél alacsonyabb	4,5	4,6	19,8	16,4
6–8 elemi	85,6	84,0	68,5	72,8
6–8 eleminél magasabb	9,9	11,4	11,7	10,7
Az apa iskolai végzettsége				
6 eleminél alacsonyabb		3,9		16,2
6–8 elemi		85,6		69,7
6–8 eleminél magasabb		10,5		14,1

	Nyugat-Dunántúli települések		Pest megyei települések	
	Házas és (valaha) házas nők	Házaspáros minta	Házas és (valaha) házas nők	Házaspáros minta
Az anya születési helye				
Helyben	54,7	54,9	35,0	37,0
Közeli településen	29,8	30,2	13,1	10,7
Távoli településen	15,5	14,9	51,9	52,3
Település és számlálókörzet				
Bük, 4-es szk.	16,2	16,4		
Bük, 8-as szk.	15,3	14,1		
Csepreg, 7-es szk.	2,4	2,5		
Csepreg, 3-as szk.	14,0	13,3		
Csepreg, 11-es szk.	14,9	16,1		
Nagygeresd, 2-es szk.	17,4	17,9		
Bő, 1-es szk.	19,9	19,6		
Zsámbék, 9-es szk.			21,7	21,6
Zsámbék, 5-ös szk.			20,5	20,4
Perbál, 12-es szk.			20,8	22,0
Perbál, 6-os szk.			15,9	16,7
Tök, 1-es szk.			21,0	19,3
Nők száma	535	388	392	316
Születések száma	814	568	606	472

Az *5. táblázat* az egynél magasabb sorszámú gyermekvállalás kockázatának szakaszonként konstans exponenciális eseménytörténeti modellekkel becsült együtthatóit tartalmazza (Blossfeld et al. 2007).[5] Az együtthatók exponenciális formában relatív kockázatokként értelmezhetők. Az r-rel egyenlő kockázati arányszám azt jelenti, hogy az adott változó értékének 1 egységgel történő emelkedése a kockázati arányszám r-szeres emelkedését eredményezi. Amennyiben r=1, akkor a változónak nincs hatása. Az egynél nagyobb együtthatók pozitív, a nulla és egy közé eső együtthatók negatív irányú összefüggést jeleznek. Jelen esetben az egynél nagyobb együtthatók a gyermekvállalás valószínűségének emelkedését, míg a nulla és egy közé eső együtthatók annak csökkenését jelentik, minden esetben egy kijelölt referenciacsoporthoz viszonyítva.

[5] Hasonló elemzésre lásd Bengtsson – Dribe 2014, Molitoris – Dribe 2016.

Az *5. táblázat* két modell eredményeit tartalmazza. Az első modell a teljes női populáción alapszik. A második a szűkebb, házaspáros mintán végzett regresszió. Ez utóbbi modell kiegészül tehát a férj iskolai végzettségét mutató változóval. A vizsgált változók hatásai mindkét mintában rendre azonos irányba mutatnak, vagyis a hatások iránya és a szignifikanciaszint sem változik az elemzett mintának megfelelően.

Legfontosabb változónk, az anya iskolai végzettsége mindkét kistérségben szoros összefüggést mutat a gyermekvállalással. A teljes mintán végzett regresszió-elemzés eredménye szerint az anya iskolai végzettségének emelkedésével párhuzamosan csökken egy újabb gyermekvállalás kockázata. A Pest megyei mintában a társadalmi lejtő jóval erőteljesebben érvényesül. Ez utóbbi településeken a 6–8 elemivel és az ennél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében a gyermekvállalás kockázata rendre 29 és 44 százalékponttal alacsonyabb, mint a referencia-kategóriaként szereplő 6 eleminél alacsonyabb iskolai végzettségű nők körében. A férj iskolai végzettsége változó bevonása a házaspáros mintán végzett elemzés során még inkább felerősíti a nők iskolai végzettségének hatását, ugyanakkor a nyugat-dunántúli minta esetében a férj iskolai végzettségének emelkedése a többi változó azonossága esetében is szignifikáns módon csökkenti egy újabb gyermekvállalás valószínűségét.

Az anya életkora mindkét régióban és mindkét mintában szoros összefüggést mutat egy újabb gyermek születésének kockázatával. Minél idősebbek a nők, természetszerűleg annál kisebb ennek kockázata. Már a 25 év feletti korcsoportnál szignifikáns a csökkenés, kb. 30%-al kisebb egy újabb szülés valószínűsége a fiatalabb korcsoporthoz képest. A csökkenés korcsoportról korcsoportra fokozódik, viszont a Pest megyei mintában 30 és 34 éves kor között ez sokkal erőteljesebb, mígnem 35 év felett eltűnnek a különbségek. Mintha a Pest megyei településeken gyorsabban érnék el a kívánt gyermekszámot, miközben korábban házasodtak, korábban vállalták első gyermeküket és általában rövidebbek voltak a szülések közötti intervallumok *(3. táblázat)*. Noha két születéskorlátozó népességet hasonlítunk össze, ebben a tekintetben a Budapest környéki demográfiai magatartás a „modernebb", jobban leírható a termékenységi átmenet lezárulásának tekintett „stopping behaviour" fogalmával. A házasodási életkor változónk azt mutatja, hogy a késői házasodási életkor szignifikánsan növeli az újabb szülés kockázatát, vagyis a későn házasodók egyéb tényezők azonossága esetén is hajlamosabbak egy újabb gyermekvállalásra.

A születési sorszám szerinti gyermekvállalási kockázat igen fontos változó, hiszen a kívánt gyermekszámról nyújt információkat. Mindkét régióban erős a csökkenés a kettőnél magasabb sorszámú gyermekszülés esetében (a Nyugat-Dunántúlon 25–30%-al, Budapest környékén 30–35%-al kisebb egy újabb szülés kockázata a kétgyermekes anyák esetében, az egygyermekesekhez viszonyítva), ami a kétgyermekes modell elterjedését mutatja. Magasabb sorszámú születések esetében a kockázat nő, kifejezetten az ötnél magasabb sorszámú születések esetében. Ez egyrészt általános tapasztalat, hiszen a sokgyerekes nők eleve hajlamosak egy újabb gyermek vállalására, másrészt valószínűleg eleve termékenyebbek is.

A legutóbb született gyermek halála statisztikailag szignifikáns módon növeli a gyermekvállalás kockázatát, amely tény rávilágít a csecsemő- és gyermekhalandóság csökkenésének a termékenységcsökkenésben játszott szerepére.

A történeti időszak hatása ugyancsak jelentős, a két háború közötti időszakhoz viszonyítva a második világháborút követően mintegy 21–26%-kal alacsonyabb az újabb gyermekvállalás kockázata.

Az anya születési helye nem mutat szoros összefüggést a gyermekvállalással, a nem szignifikáns hatások iránya ugyanakkor településcsoportonként eltérő: míg a nyugat-dunántúli mintában a helyben születettek gyermekvállalási hajlandósága nem különbözik lényegesen a nem helybeli születésűekétől, addig a Pest megyei mintában a távoli településről való származás inkább csökkenti a gyermekvállalási hajlandóságot.

A fenti tényezők azonossága esetében is további differenciák forrásaként jelenik meg a számlálókörzet. A csepregi 7-es számlálókörzetben lakó nők korai gyermekvállalási hajlandóságukkal élesen kiemelkednek a többi nő közül, azonban az alacsony esetszám miatt ezt az eredményt óvatosan kell kezelnünk. Annál sokatmondóbb a büki 8-as számlálókörzetben élők alacsonyabb gyermekvállalási hajlandósága. A büki 8-as számlálókörzet a korábbi Alsó-Bük településrészre terjed ki, a két világháború idején és az ezt megelőző időszakokban a birtokos és többségükben evangélikus felekezetű gazdák lakóhelye volt. A töki 1-es számlálókörzet ugyancsak a korábbi felekezeti és társadalmi alapú elkülönülésre utalhat.

5. táblázat: Egy újabb születés relatív kockázatai nyugat-dunántúli és Pest megyei településeken, 1920–1969. Szakaszonként konstans eseménytörténeti modellek. Egynél nagyobb sorszámú születési intervallumok
Relative risk of a next birth from piecewise constant exponential hazard model, communities in West Transdanubia and Pest county, 1920–1969, higher order births

	Nyugat-Dunántúli települések				Pest megyei települések			
	Házas és (valaha) házas nők		Házaspáros minta		Házaspáros minta		Házas és (valaha) házas nők	
	Rel. kock.	p	Rel. kock.	p	Rel. kock.	p	Rel. kock.	p
Az anya életkora								
15–24 év	1	ref.	1	ref.	1	ref.	1	ref.
25–29 év	0,65	0,000	0,65	0,000	0,71	0,003	0,77	0,047
30–34 év	0,48	0,000	0,49	0,000	0,39	0,000	0,39	0,000
35–39 év	0,28	0,000	0,25	0,000	0,21	0,000	0,27	0,000
40 év felett	0,07	0,000	0,06	0,000	0,06	0,000	0,07	0,000
Házasodási életkor	1,05	0,000	1,04	0,012	1,03	0,071	1,02	0,253
Paritás								
1	1	ref.	1	ref.	1	ref.	1	ref.
2	0,69	0,000	0,66	0,000	0,74	0,008	0,69	0,004
3–4	0,74	0,011	0,69	0,010	1,03	0,793	0,97	0,835
5+	1,53	0,019	1,38	0,151	1,43	0,056	1,37	0,154
Legutóbb született gyermek								
Életben van	1	ref.	1	ref.	1	ref.	1	ref.
Meghalt	3,12	0,000	2,65	0,000	3,45	0,000	3,67	0,000
Történeti időszak								
1920–1944	1	ref.	1	ref.	1	ref.	1	ref.
1945–1969	0,77	0,000	0,78	0,008	0,73	0,001	0,79	0,030
Az anya iskolai végzettsége								
6 eleminél alacsonyabb	1	ref.	1	ref.	1	ref.	1	ref.
6–8 elemi	0,76	0,099	0,71	0,058	0,71	0,002	0,68	0,003
6–8 eleminél magasabb	0,74	0,134	0,78	0,287	0,56	0,001	0,51	0,005
Az apa iskolai végzettsége								
6 eleminél alacsonyabb			1	ref.			1	ref.
6–8 elemi			0,83	0,376			0,99	0,982
6–8 eleminél magasabb			0,56	0,037			0,77	0,240

	Nyugat-Dunántúli települések				Pest megyei települések			
	Házas és (valaha) házas nők		Házaspáros minta		Házaspáros minta		Házas és (valaha) házas nők	
	Rel. kock.	p	Rel. kock.	p	Rel. kock.	p	Rel. kock.	p
Az anya születési helye								
Helyben	1	ref.	1	ref.	1	ref.	1	ref.
Közeli településen	1,09	0,262	1,09	0,333	0,95	0,737	0,97	0,877
Távoli településen	1,05	0,657	0,96	0,799	0,96	0,698	0,87	0,284
Település és számlálókörzet								
Bük, 4-es szk.	1	ref.	1	ref.				
Bük, 8-as szk.	0,86	0,259	0,69	0,035				
Csepreg, 7-es szk.	1,84	0,003	1,52	0,082				
Csepreg, 3-as szk.	1,07	0,565	0,99	0,960				
Csepreg, 11-es szk.	0,78	0,072	0,76	0,087				
Nagygeresd, 2-es szk.	1,05	0,665	0,98	0,923				
Bő, 1-es szk.	0,98	0,875	0,92	0,573				
Zsámbék, 9-es szk.					1	ref.	1	ref.
Zsámbék, 5-ös szk.					0,95	0,680	1,09	0,559
Perbál, 12-es szk.					1,03	0,781	1,01	0,910
Perbál, 6-os szk.					0,98	0,894	1,05	0,740
Tök, 1-es szk.					0,68	0,013	0,74	0,097
Személyek	535		388		392		316	
Születési intervallum	1357		957		1005		790	
Események	814		568		606		472	
Kockázati idő	9157,4		6406,8		6570,3		5119,5	
Chi^2	3171,0		2147,6		2215,4		1717,6	
–2* log likelihood	–1416,1		–977,6		–1033,0		–808,5	

ÖSSZEGZÉS

A fentiekben az első világháborút követő fél évszázad termékenységcsökkenésének tényét és részleteit vizsgáltuk a nyugat-dunántúli Csepreg és környéke, valamint a Pest megyei Zsámbék és környéke településein. A vizsgálat az 1970-es népszámlálás reprezentatív mintájából származó retrospektív termékenységtörténeti adatok többváltozós eseménytörténeti elemzésén alapult. Az összehasonlító elemzés eredményei szerint mindkét kistérségben egy már létező születéskorlátozó minta válik egyre erőteljesebbé, amelyre rányomják bélyegüket a társadalmi egyenlőtlenségek. A kétgyermekes családmodell átvételében élen jártak a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező házaspárok, és a mintaváltásban az legalacsonyabb iskolázottsággal bíró házaspárok követték őket. A gyermekvállalási mintaváltás elsősorban a későbbi születések korlátozásával valósult meg mindkét régióban.

A két kistérség közötti hasonlóságok erősebbek, mint a különbségek, annak ellenére, hogy a két népesség összetétele jelentősen eltért egymástól. Mindkét területen kiemelkedett a nők (és férfiak) iskolai végzettsége emelkedésének hatása, amely a lokalitástól függetlenül befolyásolta a születéskorlátozó magatartás elterjedését. Ugyanakkor a szocializmus társadalmi egyenlőség eszméjének széles körű elterjedése közepette (Andorka 1987: 283–284) a múltbeli kulturális és társadalmi különbségek bizonyos fokig továbbra is fennmaradtak.

Az elemzéssel megpróbáltunk rámutatni azokra a lehetőségekre, amelyeket az 1970. évi népszámlálás kéziratos formában fennmaradt individuális szintű, retrospektív termékenységtörténeteinek elemzése tartogat. A minta kiterjesztése a városi és további vidéki népességekre elengedhetetlenül szükséges a 20. századi termékenységcsökkenés ok-okozati viszonyainak – vándorlás és termékenység, társadalmi differenciák és termékenység összefüggéseinek stb. – feltárásához.

LEVÉLTÁRI FORRÁSOK

Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltár
XXXII-23-a, 1970. évi népszámlálás

Vas megye

6857,	Bő,	1-es	számlálókörzet
6860.	Bük,	4-es	számlálókörzet
6861.	Bük,	8-as	számlálókörzet
6876.	Csepreg,	3-as	számlálókörzet
6877.	Csepreg,	7-es	számlálókörzet
6878.	Csepreg,	11-es	számlálókörzet
6970.	Nagygeresd,	2-es	számlálókörzet

Pest megye

4854.	Perbál,	2-es	számlálókörzet
4855.	Perbál,	6-os	számlálókörzet
5168.	Zsámbék,	5-ös	számlálókörzet
5169.	Zsámbék,	9-es	számlálókörzet
5042.	Tök,	1-es	számlálókörzet

IRODALOM

Alter, George – Dribe, Martin – van Poppel, Frans 2007: Widowhood, family size and post-reproductive mortality: a comparative analysis of three populations in nineteenth-century Europe. *Demography*, 44(4), 785–806.

Andorka Rudolf 1969: A regionális termékenységkülönbségeket befolyásoló gazdasági és társadalmi tényezők. *Demográfia*, 12(1–2), 114–124.

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

Benda Gyula 2006: A magyarországi családrekonstitúciós vizsgálatok mérlege. In Benda Gyula: *Társadalomtörténeti tanulmányok*. Osiris, Budapest, 67–76.

Bengtsson, Tommy - Dribe, Martin 2014: The historical fertility transition at the micro level: Southern Sweden 1815–1939. *Demographic Research*, 30(17), 493–534.

Blossfeld, Hans-Peter – Golsch, Katrin – Rohwer, Götz 2007: *Event History Analysis with Stata*. Mahwah, Lawrence Erlbaum, NJ.

Breschi, Marco – Fornasin, Alessio – Manfredini, Matteo 2013: Patterns of reproductive behavior in transitional Italy: The rediscovery of the Italian fertility survey of 1961. *Demographic Research*, 29(44), 1227–1260.

Colleran, Heidi – Jasienska, Grazyna – Nenko, Ilona – Galbarczyk, Andrzej – Mace, Ruth 2015: Fertility decline and the changing dynamics of wealth, status and inequality. *Proceedings of the Royal Society B*, 282(1806): 20150287.

Dányi Dezső 1991a: Bevezetés – összefoglalás. *KSH NKI Történeti Demográfiai Füzetek*, 9, 9–20.

Dányi Dezső 1991b: Regionális családrekonstitúció, 1830–39, 1850–59. *KSH NKI Történeti Demográfiai Füzetek*, 9, 99–156.

Dányi Dezső 1991c: Demográfiai átmenet, 1880–1960 (Princetoni indexek). *KSH NKI Történeti Demográfiai Füzetek*, 9, 187–231.

Dányi Dezső 1994: Magyarország termékenységének csökkenése, 1910–1930. Néhány területi, foglalkozási jellemző. *KSH NKI Történeti Demográfiai Füzetek*, 13, 109–200.

Doblhammer, Gabriele 2000: Reproductive history and mortality later in life: A comparative study of England and Wales and Austria. *Population Studies*, 54(2), 169–176.

Dribe, Martin 2004: Long-term effects of childbearing on mortality: Evidence from pre-industrial Sweden. *Population Studies*, 58(3), 297–310.

Engelen, Theo – Ying-Hui, Hsieh 2007: *Two cities, one life: Marriage and fertility in Lugang and Nijmegen*. Aksant, Amsterdam.

Galgóczy Károly 1877: *Pest-Pilis-Solt-Kiskun megye monographiája. 3. kötet, A megye részletes leírása.* Weiszmann testvérek, Budapest.

Gyurácz Ferenc 2000: *Bük*. Száz Magyar Falu Könyvesháza KHT, Budapest.

Horváth Lajos 2000: Pest megye településeinek adatai. In Horváth Lajos – Kovacsics József (összeáll.): *Magyarország történeti statisztikai helységnévtára. 15. Pest megye.* KSH Népszámlálási Főosztály, Budapest, 63–218.

Husz Ildikó 2002: *Család és társadalmi reprodukció a 19. században. Történeti-szociológiai tanulmány egy Buda-környéki mezőváros társadalmáról a családszerkezet változásának tükrében.* Osiris, Budapest.

Kamarás Ferenc 2000: A termékenység, népesség-reprodukció. In Kolosi Tamás – Tóth István György – Vukovich György (szerk.): *Társadalmi riport 2000*. TÁRKI, Budapest, 409–432.

Klinger András (szerk.) 1969: *A népmozgalom főbb adatai községenként, 1901–1968*. KSH, Budapest.

Koloh Gábor 2013a: Demográfiai válság az Ormánságban: Családrekonstitúciós eredmények a vajszlói anyakönyvi kerületből. *Korall*, 54, 104–117.

Koloh Gábor 2013b: Az ormánsági „egyke" és toposza: Az Ormánság népesedése 1895 és 1941 között. *Demográfia*, 56(2–3), 195–213.

Koloh Gábor 2014: „A másik részük nyomtalanul elmúlt a semmiben…" A besencei református anyakönyvek családrekonstitúciós vizsgálata az 1787 és 1948 közötti időszakra vonatkozóan. In Őri Péter (szerk.): *Szám-(és betű)vetés: Tanulmányok Faragó Tamás tiszteletére*. KSH NKI, Budapest, 191–206.

Kovacsics József (összeáll.) 1993: *Magyarország történeti statisztikai helységnévtára. 4. Vas megye.* MTA Történeti Demográfiai Albizottsága – KSH Népszámlálási Főosztály, Budapest.

KSH 1977: *1970. évi népszámlálás 31. Az adatfelvétel és feldolgozás összefoglaló ismertetése*. KSH, Budapest.

McDonald, Peter 1984: *Nuptiality and Completed Fertility: A Study o f Starting, Stopping, and Spacing Behavior*. World Fertility Survey Comparative studies, 35. International Statistical Institute, Voorburg.

Molitoris, Joseph – Dribe, Martin 2016: Ready to stop: Socioeconomic status and the fertility transition in Stockholm, 1878–1926. *Economic History Review*, On-line, January. DOI: 10.1111/ehr.12275

Németh Sándor 2014: *Bük és Csepreg összehasonlító településföldrajza.* PhD disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.

Őri Péter 2006: Demográfiai átmenetek Magyarországon. Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye a 19. század végén, 20. század elején. *Demográfia,* 49(4), 299–341.

Őri Péter 2007: *Demographic Patterns and Transitions in 18–20th Century Hungary: County Pest–Pilis–Solt–Kiskun in the Late 18th and Early 20th Centuries*. HDRI Working Papers on Population, Family and Welfare, 10. HDRI, Budapest.

Őri Péter 2014: Mozaikok… Három Pest megyei község (Zsámbék, Tök, Perbál) népességtörténeti vázlata. In Őri Péter (szerk.): *Szám-(és betű)vetés: Tanulmányok Faragó Tamás tiszteletére*. KSH NKI, Budapest, 207–245.

Pakot Levente 2013: *Nemek és nemzedékek: Demográfiai reprodukció a 19–20. századi Székelyföldön*. KSH NKI Kutatási Jelentések, 95. KSH NKI, Budapest.

Pakot Levente 2014: Gyermekvállalás a demográfiai átmenet idején a Nyugat-Dunántúlon. In Őri Péter (szerk.): *Szám-(és betű)vetés: Tanulmányok Faragó Tamás tiszteletére*. KSH NKI, Budapest, 247–270.

Pakot Levente 2015: Házasságkötés és első gyermekvállalás: büki és csepregi női életutak a XX. században. *Vasi Szemle*, 69(6), 992–1004.

Pakot Levente 2016: Társadalmi státusz és gyermekvállalás a Nyugat-Dunántúlon: Bük, 1850–1939. *Korall*, megjelenés alatt.

Szabó József 1979: *Bük*. Vasmegyei Idegenforgalmi Vállalat.

Szabó József 1985: *Bük község másfél évszázada*. Kézirat. Büki Városi Könyvtár.

Szukicsné Serfőző Klára 1986: *A termékenység és az iskolai végzettség néhány összefüggése Magyarországon az elmúlt negyedszázadban*. KSH NKI Kutatási Jelentések, 28. KSH NKI, Budapest.

Szukicsné Serfőző Klára 2000: A termékenység változásának néhány jellemzője a legutóbbi nyolc évtizedben. *Demográfia*, 43(4), 445–476.

Thirring Lajos 1936: Adalékok a házas termékenység 1930. évi statisztikájához. *Magyar Statisztikai Szemle*, 14(8), 667–693.

Thirring Lajos 1941: Foglalkozási sajátosságok és házas termékenység. In Thirring Lajos: *Tanulmányok az 1930. évi népszámlálás köréből*. Budapest, 61–77.

Thirring Lajos 1959: Vizsgálódások a termékenység alakulásának foglalkozási, társadalmi-gazdasági jellegzetességeiről. *Demográfia*, 2(1), 54–73.

van Bavel, Jan 2014: The mid-twentieth century Baby Boom and the changing educational gradient in Belgian cohort fertility. *Demographic Research*, 30(33), 925–962.

FERTILITY TRANSITION AT THE MICRO LEVEL USING RETROSPECTIVE DATA FROM 1970

ABSTRACT

Regarding the process of fertility decline in Hungary little attention has been paid so far to the analysis of non-aggregated data and to the micro level. The paper analyses the process of fertility decline and the impact of education on fertility transition in two micro-regions in Hungary (four villages in Western Hungary and three neighbouring villages close to Budapest), by focusing on the period between 1920 and 1970. A 25% sample taken from the individual level census data from 1970 and preserved at the Hungarian Central Statistical Office was used in the course of the analysis. The census sheets contain complete female reproductive histories since the exact dates of all live births, the dates of the possible deaths of the children, the marital status and the beginning and the end of the marriages, together with detailed information on education and profession have been recorded.

The results of the multivariate analysis of birth intervals show that the two-child model became general after WWII, child births were concentrated more and more to the younger age-groups, the share of unclosed intervals increased and the share of closed intervals within a relatively short period also increased. Local differences sometimes remained in the first part of the 20th century but after WWII modernisation of the Hungarian society went together with the unification of demographic behaviour, local patterns began to disappear in that period. Women's education proves to be important in shaping fertility levels, as higher educated women show lower risk of continued childbearing when compared to lower educated women.

ALKOHOLPROBLÉMA A HÁZIORVOSI RENDELŐK BETEGEI KÖZÖTT

Elekes Zsuzsanna

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány az APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe – Alkoholfüggőség az Alap- és Szakellátásban) kutatás magyarországi eredményeit mutatja be. A kutatás eredményei szerint az alkoholprobléma, akár még súlyosabb formája is nem mindig válik ismertté a háziorvos számára, a beteg ritkán kér és kap segítséget a probléma kezelésére. A betegektől származó információk alapján a megkérdezettek 8,6%-ánál volt most vagy korábban diagnosztizálható az alkoholbetegség bármelyik formája. Ezen betegek csupán 30,7%-ánál diagnosztizált a háziorvos is valamilyen jelenlegi vagy korábbi alkoholproblémát. A betegkérdőívek alapján és a háziorvosok által alkoholproblémával diagnosztizált betegek szignifikánsan különböznek egymástól: a háziorvosok diagnózisa szerint alkoholbetegek nagyobb arányban találhatóak az idősebb, elsősorban az 50 év feletti korosztályban, az inaktívak és munkanélküliek körében. Ugyanakkor a betegkérdőívek alapján úgy tűnik, hogy az alkoholbetegek között több a fiatal és a rendszeres munkával rendelkező.

Tárgyszavak: alkoholfüggőség, alkoholprobléma, háziorvosi praxis, alkohológiai ellátás

Elekes Zsuzsanna
Budapesti Corvinus Egyetem, Társadalomtudományi és Nemzetközi Kapcsolatok Kar Szociológia és Társadalompolitika Intézet
E-mail: zsuzsanna.elekes@uni-corvinus.hu

BEVEZETÉS

Magyarországon 2012-ben a tiszta szeszben számolt egy főre jutó alkoholfogyasztás 9,5 liter volt a regisztrált adatok alapján (KSH 2014). Ez a mennyiség kiegészül az otthoni főzésből és az illegális kereskedelemből származó ital elfogyasztásával. A WHO Magyarországra vonatkozó becslése szerint a nem regisztrált fogyasztás 2003–2005 között 4 liter/fő volt, 2008–2010 között pedig 2 liter a 15 éves és idősebb népességre számolva (WHO 2014: 214). Bár a házi szeszfőzés 2010-ben történt legalizálása miatt az eladási statisztikák megbízhatósága megkérdőjelezhető, a feltehetően jelentősen alábecsült fogyasztási adatok is Európa és a világ élvonalába helyezik Magyarországot.

Hasonlóképpen Európa és a világ vezető országai közé tartozunk a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozásban is. A WHO számításai szerint 2009-ben az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozások száma 100 ezer főre számítva 114,42 volt Magyarországon. Ez a szám közel kétszerese az európai átlagnak, de jelentősen meghaladja a miénkhez hasonlóan magas alkoholfogyasztással jellemezhető Csehországot vagy Szlovákiát (OEFI – OAC 2013). Szintén a WHO-jelentésből tudjuk, hogy Magyarországon a túlzott alkoholfogyasztás miatti YLL (Years of Life Lost [elveszített életévek száma]) a legmagasabbak közé tartozik a világon (ötös skálán becsülve az 5-ös értéket kapta) (WHO 2014: 214).

A halálozási adatok alapján a Jellinek képlettel becsült alkoholisták száma 2012-ben 475 000 volt, ugyanebben az évben a kezelésben nyilvántartott alkoholbetegek száma 18 984 (KSH 2013). Azaz, az alkoholbetegek alig 4%-a került valamilyen kapcsolatba az egészségügyi szakellátással kifejezetten az alkoholprobléma miatt. És itt hangsúlyoznunk kell azt is, hogy a „megjelenés", a „kezelésbe vétel" nem feltétlenül jelent tényleges kezelést is, hiszen az alkoholbetegek más betegekhez képest gyakrabban szakítják meg vagy hagyják abba idő előtt a kezelést.

Az, hogy az alkoholbetegek jelentős része kezelés nélkül marad – vagy legfeljebb csak az alkoholfogyasztásra visszavezethető egyéb betegségeivel fordul orvoshoz –, nem csupán magyar jelenség. Kutatási adatok bizonyítják, hogy szerte Európában a túlzott alkoholfogyasztás okozta megbetegedések (alkoholabúzus, alkoholfüggőség és egyéb problémák) jelentős része kezeletlenül marad. Különböző EU-becslések szerint az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák csupán kb. 10%-a részesül ellátásban. Ez pedig még a pszichiátriai betegek egyébként is alacsony kezelési arányától is elmarad (Rehm et al. 2012, 2013).

A KUTATÁS CÉLJA

Az APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe [Alkoholfüggőség az Alap- és Szakellátásban]) kutatás[1] arra kereste a választ, hogy milyen mértékű a problémás alkoholfogyasztás a háziorvosi ellátásban megjelenő betegek körében, milyen arányban fordulnak ezek a betegek alkoholproblémájukkal szakellátáshoz, mik azok az egyéni/szociális tényezők, amelyek segítik vagy gátolják a betegeket alkoholproblémájuk kezeltetésében, és melyek azok a tényezők, amelyek akár súlyos alkoholfüggés esetén is a kezelés elkerülését okozzák.

Ebben a tanulmányban a kutatás magyarországi eredményei közül a következő konkrét kutatási kérdéseket vizsgáljuk:

- milyen mértékű a problémás alkoholfogyasztás a háziorvosi ellátásban tetszőleges problémával megjelenő betegek körében;
- milyen mértékben ismeri fel a háziorvos a páciens alkoholproblémáját;
- milyen arányban kerülnek szakellátásba a betegek alkoholproblémájukkal.

MÓDSZER

Az adatfelvételre 6 európai országban került sor 2013-ban. A résztvevő országok/régiók a következők voltak: Lengyelország (Lódzkie és Podkarpadckie régiók), Lettország, Magyarország, Németország (Szászország és Berlin), Olaszország (Friuli-Venetia Giulia és Toszkána) és Spanyolország (Katalónia). A kutatást a drezdai Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie & Psychotherapie, valamint a katalán Hospital Clínic i Provincial di Barcelona munkatársai koordinálták. Az adatfelvétel egységes módszerek szerint, azonos kérdőívvel készült valamennyi résztvevő országban. A kutatás összesített nemzetközi eredményei megtalálhatóak a következő publikációkban: Rehm et al. 2015a, 2015b, Manthey et al. 2015a, Probst et al. 2015. Ez a tanulmány a Magyarországra vonatkozó eredményeket mutatja be.

[1] A kutatás egy nemzetközi kutatócsoport együttműködése keretében jött létre. A kutatócsoport vezetője Jürgen Rehm, módszertani szakértője Jakob Manthey, akiknek meghatározó szerepe volt a magyar adatfelvétel és adatbázis kialakításában is. A kutatócsoport további tagjai: Allaman Allamani, Henri-Jean Aubin, Roberto Della Vedova, Elekes Zsuzsanna, Ulrich Frick, Andrzej Jakubczyk, Nikoleta Kostogianni, Inga Landsmane, Laia Miquel, François Paille, Lars Pieper, Charlotte Probst, Francesca Scafuri, Kevin D. Shield, Sigita Snikere, Pierluigi Struzzo, Marcis Trapencieris, Fabio Voller, Hans-Ulrich Wittchen, Antoni Gual és Marcin Wojnar.

A kérdezés lebonyolítása

A magyarországi adatfelvétel 2013. szeptember – december között zajlott.

Az Országos Alapellátási Intézet segítségével, a náluk szereplő nyilvántartás alapján 56 háziorvosi praxist választottunk ki oly módon, hogy az ország mind a 7 régióját népességarányosan reprezentálja. A háziorvosokat előzetesen levélben értesítettük a kutatásról, és kértük az együttműködésüket. Az 56 háziorvos közül 10 utasította vissza a részvételt. Esetükben vagy ugyanabból a rendelőintézetből, vagy pedig ugyanarról a településről választottunk másik háziorvost. Praxisonként egy délelőtti és egy délutáni rendelésen megjelenő, 18–64 éves betegeket kértünk meg a kutatásban való részvételre. Háziorvosonként eltérő arányban, a betegek mintegy 10%-a utasította vissza a kérdezésben való részvételt. A kérdezésben való részvételre vállalkozó betegek háziorvosát is megkértük egy, a beteg főbb panaszaival, betegségeivel kapcsolatos kérdőív kitöltésére. A végső minta elemszáma 2308 fő. Róluk minden esetben a háziorvos is kitöltötte az adatlapot.

A kérdőívek kitöltése a betegek írásos belegyezésével, a kutatásetikai szabályok szerint és az anonimitás teljes biztosításával történt. A kérdezés lebonyolításához támogató levelet kaptunk az Országos Alapellátási Intézet Igazgatójától és a Magyar Addiktológiai Társaság elnökétől, aki egyben országos addiktológiai szakfelügyelő is volt a kérdezés idején. A kérdezés lebonyolítását, módszertanát a Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Karának Etikai Bizottsága véleményezte, és azt támogatóan jóváhagyta.

Mérési eszközök

A betegekkel kitöltött kérdőív főleg standardizált kérdésblokkokat tartalmazott. Az alkoholproblémát a CIDI (Composit International Diagnostic Interview) kérdéssorával mértük, amely használata meglehetősen elterjedt a normál népesség körében végzett vizsgálatok során.[2] A CIDI az alkoholfogyasztás gyakoriságára és mennyiségére vonatkozóan kérdez, valamint operacionalizálja a DSM IV. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. kiadás)

[2] A CIDI mellett több más mérőeszköz is használatos a nemzetközi gyakorlatban. Ilyen pl. az AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), a RAPS (Rapid Alcohol Problem Screen) vagy a CAGE, amely az alkoholfüggőséget méri. Nemzetközi összehasonlító vizsgálatokban elsősorban a CIDI-t és az AUDIT-ot alkalmazzák. A CIDI előnye az AUDIT-tal szemben, hogy a CIDI teljes körűen lefedi az abúzus/káros használat és a függőség tüneteit, míg az AUDIT inkább a probléma kezdeti tüneteire koncentrál. A CIDI mellett szólt az is, hogy az eszköz validálása nemcsak klinikai mintán, hanem normál népesség körében is megtörtént (Bloomfield et al. 2013).

alkoholabúzus és dependencia kritériumait (American Psychiatric Association 2000).[3]

A CIDI-re kapott válaszok értelmezésekor alkoholfüggés (alcohol dependence, AD) diagnosztizálható akkor, ha a kérdésekre kapott válaszok alapján a DSM IV. alkoholfüggésre vonatkozó diagnosztikai kritériumai közül legalább három azonosítható. Amennyiben a válaszok alapján a DSM IV. kritériumai közül egy vagy kettő teljesül, akkor alkohol-visszaélésről (alcohol abuse, AU) beszélhetünk. A CIDI ugyanakkor megfeleltethető az újabb, DSM V. diagnosztikai rendszerrel is. A DSM V. már nem az alkoholabúzus vagy alkoholdependencia diagnózisát írja le, hanem az alkoholfogyasztási problémát (alcohol use disorder, AUD). Amennyiben a CIDI-re adott válaszok alapján a DSM V. legalább két kritériuma teljesül, akkor az alkoholfogyasztási probléma (AUD) diagnosztizálható.

Az APC kutatás során a CIDI kérdéssort egyaránt megkérdeztük az eddigi életre és az előző 12 hónapra vonatkozóan, így a különböző (AD, AU, AUD) diagnózisokat is megnéztük ezekre az időszakokra. (A CIDI kérdéseit a melléklet tartalmazza.) A különféle egészségügyi szolgáltatások igénybevételét egy, az Egyesült Királyságban korábban használt kérdőív néhány kérdésével vizsgáltuk (UKATT Research Team 2005). A kérdőív kitért még a betegek aktuális mentális állapotára, amit a Kessler Psychological Distress Skálával (K10) mértünk (Kessler et al. 2003), valamint a fogyatékosság és egyéb korlátozottság mérésére, amihez a World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0-t használtuk (Üstün et al. 2010a, 2010b). Ez utóbbi két problémával a mostani elemzés nem foglalkozik. Végül a kérdőív kiegészült a társadalmi-demográfiai státus mérését szolgáló néhány jellemzővel.

A háziorvosok által kitöltött kérdőív tartalmazott néhány demográfiai kérdést, az egészségi állapotra, problémákra vonatkozó fontosabb jellemzőket – mint például a vérnyomás, a cukor – és az orvoshoz fordulás okát tudakolta.

A beteg alkohol-státusát illetően az alábbi kérdések megválaszolására kértük az orvosokat:

– Szokott-e a beteg alkoholt fogyasztani.[4]
– Vannak-e klinikai jelei az alkohol okozta zavaroknak (AUD).
– Alkoholfüggés vagy klinikai jelei gyaníthatóak-e (AD).
– Ha nincs függés, az alkoholabúzus diagnosztizálható-e (AA).

[3] Az alkoholfogyasztást a betegkérdőívben legalább egy egységnyi ital (2 dl sör, vagy 1 dl bor, vagy 0,2 dl tömény ital) elfogyasztásaként definiáltuk.
[4] Az orvosok számára nem definiáltuk, mit tekintünk alkoholfogyasztásnak. Ennek eldöntését az orvosra bíztuk.

– Korábban diagnosztizált-e a betegnél
  - alkoholabúzust,
  - alkoholfüggést,
  - alkohol okozta zavarokat.
– Történt-e valamilyen kezelés az alkoholproblémával kapcsolatosan.

Fontos hangsúlyozni, hogy a háziorvosokat arra kértük, a kérdőívet a betegekre vonatkozó meglévő ismereteik alapján töltsék ki az után, hogy már találkoztak a beteggel. Tehát a kérdések megválaszolásához nem kértünk semmilyen előzetes, külön vizsgálatot. Ez egyben azt is jelenti, hogy a háziorvos válaszát befolyásolhatta saját, esetleg szubjektív problémaérzékelése is. A kutatás részletes módszertani leírása megtalálható: Rehm et al. 2015, Manthey et al. 2015b.

EREDMÉNYEK

A megkérdezett betegek társadalmi-demográfiai jellemzői

A Magyarországon megkérdezett 2308 beteg 38,5%-a férfi, 61,5%-a nő. A férfiak átlagéletkora 41,92 év, a nőké 43,56 (szórás: 14,088 és 13,373).

A háziorvosi praxis régióját tekintve a férfiak aránya magasabb volt Észak-Magyarországon, Észak-Alföldön és Nyugat-Dunántúlon. A legfiatalabb betegpopulációt Észak-Alföldön, a legidősebb népességet az átlagérték alapján Nyugat-Dunántúlon, a medián érték alapján pedig Közép-Dunántúlon találtuk.[5]

Településtípus szerint a nők aránya a legmagasabb Budapesten, a legalacsonyabb pedig a községekben volt. Életkor alapján a legidősebb betegeket Budapesten, a legfiatalabbakat pedig megyeszékhelyeken kérdeztük meg *(1. táblázat).*

A betegek 58,7%-a házasságban vagy párkapcsolatban él. Soha nem élt házasságban a férfiak 27,3%-a és a nők 16,6%-a. Külön él vagy elvált 14,7%, özvegy 5,9%. A nemenkénti arányok a házasságban vagy párkapcsolatban élők tekintetében hasonlóak (férfiak: 59%, nők 58,6%). A házasságot eddig nem kötöttek aránya a férfiaknál, az özvegyek és elváltak aránya a nőknél magasabb.

[5] A KSH által használt tervezési régiók szerinti besorolás a következő: *Közép-Magyarország:* Budapest és Pest megye; *Közép-Dunántúl:* Fejér megye, Komárom megye, Veszprém megye; *Nyugat-Dunántúl:* Győr-Sopron megye, Vas megye, Zala megye; *Dél-Dunántúl:* Baranya megye, Somogy megye, Tolna megye; *Észak-Magyarország:* Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Heves megye, Nógrád megye; *Észak-Alföld:* Hajdú-Bihar megye, Jász-Nagykun-Szolnok megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye; *Dél-Alföld:* Bács-Kiskun megye, Békés megye, Csongrád megye.

1. táblázat: A megkérdezett betegek nemenkénti megoszlása és átlagéletkora a háziorvosi praxis régiója és településtípusa szerint
Gender and average age of patients by regions and settlement types of GP praxis

	Férfi, %	Nő, %	Összesen, %	Életkor (év)		
				átlag	szórás	medián
Régió						
Közép-Magyarország	35,8	64,2	28,2	42,25	13,413	42,03
Közép-Dunántúl	34,5	65,5	14,3	43,34	14,613	47,07
Nyugat-Dunántúl	41,7	58,3	5,2	44,28	11,279	45,00
Dél-Dunántúl	37,9	62,1	12,6	42,46	13,742	42,65
Észak-Magyarország	46,1	53,9	14,3	43,96	13,744	44,58
Észak-Alföld	41,0	59,0	12,6	40,64	13,090	39,16
Dél-Alföld	37,2	62,8	12,9	43,84	14,158	44,10
Településtípus						
Budapest	35,5	64,5	21,2	41,89	13,367	41,23
Megyeszékhely	38,7	61,3	26,8	43,74	13,762	44,16
Egyéb város	39,2	60,8	26,0	42,50	14,147	43,19
Község	40,2	59,8	26,0	43,36	13,303	44,04
Összesen	38,5	61,5	100,0	42,93	13,673	43,20
(N)	(889)	(1419)	(2308)			

Az iskolában eltöltött évek átlagos száma 12,33, nemenként nem találunk szignifikáns eltérést. Ugyanakkor régiónként és településtípusonként szignifikánsak az eltérések: a legtöbb iskolában töltött évről Dél-Alföldön, illetve a megyeszékhelyeken megkérdezett betegek számoltak be, a legkevesebbről pedig a községi praxisokban, illetve Közép- és Dél-Dunántúlon.

A betegek 59,2%-a dolgozik alkalmazottként vagy önállóként. A férfiaknál az arány magasabb (65,5%), mint a nőknél (55,3%). Az inaktív megkérdezettek jelentős része nyugdíjas (18,4%), illetve tanuló (6,6%). Munkanélküli a betegek 10,1%-a (nők: 11,0%, férfiak: 8,8%).

A megkérdezett betegek körében a legnagyobb arányú foglalkoztatottságot és egyben a legkisebb arányú munkanélküliséget a nyugat-dunántúli régióban találtuk. Átlag feletti a foglalkoztatottság az észak-magyarországi régióban is. Dél-Alföldön alacsony a betegek foglalkoztatottsági aránya, de alacsony a mun-

kanélküliek aránya is. Ebben a régióban a nyugdíjasok aránya volt kiugróan magas (24,5%, szemben a teljes mintát jellemző 18,4%-os aránnyal).

A betegek szubjektív anyagi helyzetét egy háromfokú skálán mértük. Ennek alapján a betegek 75,8%-a átlagosnak, 22,1%-a átlag alattinak, a többi 2,1% pedig átlag felettinek értékelte anyagi helyzetét. A nemenkénti különbségek nem szignifikánsak. Az életkor növekedésével nő az anyagi helyzetet átlag alattinak, és csökken az átlag felettinek ítélők aránya. A régiókat tekintve az anyagi helyzetüket átlag alattinak ítélők aránya kiugróan magas (44,8%) a dél-dunántúli praxisokban megkérdezettek körében, és kiugróan alacsony (17,8%) a budapesti praxisok betegei között *(2. táblázat).*

2. táblázat: A megkérdezett betegek főbb társadalmi-demográfiai jellemzői nemenként (%)
Main socio-demographic characteristics of patients by gender (%)

	Férfi	Nő	Összesen
Párkapcsolat			
házasságban él	45,6	45,0	45,2
párkapcsolatban él	13,4	13,6	13,5
soha nem élt házasságban, párkapcsolatban	27,3	16,6	20,7
elvált vagy külön él	11,7	16,5	14,7
özvegy	2,0	8,3	5,9
Foglalkoztatottság			
alkalmazott vagy önálló	65,6	55,3	59,2
háztartásbeli	0,0	2,7	1,6
tanuló	8,2	5,6	6,6
nyugdíjas	16,1	19,8	18,4
munkanélküli (egészségügyi okból)	2,1	2,0	2,1
munkanélküli (egyéb okból)	6,7	8,9	8,1
egyéb	1,3	5,7	4,0
Szubjektív anyagi helyzet			
átlag feletti	2,6	1,8	2,1
átlagos	77,1	75,0	75,8
átlag alatti	20,3	23,2	22,1
Iskolában eltöltött évek száma (átlag)	11,78	11,93	11,87
(N)	(889)	(1419)	(2308)

A háziorvosi konzultáció oka

A megkérdezett betegek egyharmada valamilyen akut betegség miatt jelent meg háziorvosánál a kérdezés időpontjában. Az akut betegségek a fiatalabb korcsoportokra voltak inkább jellemzőek. Kontroll vagy laborvizsgálat miatt, illetve valamilyen krónikus betegséggel a megkérdezettek több, mint egyötöde fordult háziorvosához. Mindkét orvoshoz fordulási ok jellemzőbb volt az idősebb korcsoportokra. A prevenció és a beutalás egyaránt ritkán szerepelt az orvoshoz fordulás indokaként. A betegek 10,2%-ánál jelölt az orvos valamilyen egyéb okot, ez leggyakrabban receptírás vagy alkalmassági vizsgálat volt *(3. táblázat)*.

3. táblázat: A konzultáció oka az orvos feljegyzése alapján (az összes beteg százalékában)
Reasons of consultation by GP's answers (proportion of total number of patients)

	Kontroll/ labor-vizsgálat	Akut betegség	Prevenció	Krónikus betegség	Beutalás	Egyéb
Nem						
férfi	19,2	34,5	6,1	24,2	8,7	10,1
nő	22,3	33,5	6,1	20,8	6,8	10,2
Korcsoport						
18–29	12,9	54,6	8,6	5,1	8,0	9,8
30–39	19,1	43,0	5,9	12,7	5,9	10,0
40–49	22,5	33,3	8,1	20,2	8,5	10,7
50–64	26,2	17,5	3,7	37,9	7,6	10,2
Összesen	21,1	33,9	6,1	22,1	7,5	10,2
(N)	(488)	(782)	(141)	(510)	(174)	(235)

Megjegyzés: A konzultáció okaként több válasz megadása is lehetséges volt.

Az orvosok által kitöltött kérdőív alapján a betegek legnagyobb arányban magas vérnyomás panasszal jelentek meg a háziorvosi rendelőben. Igaz ez a férfiakra és a nőkre, valamint a legfiatalabb – 18–29 éves – korosztály kivételével valamennyi korcsoportra. Gyakoribb problémák között szerepelnek a légzőszervi betegségek, a magas koleszterinszint és a cukorbetegség. Férfiak és nők között jelentős különbség nincs az egyes betegségek előfordulása tekintetében. Az idősebb korcsoportokban a legtöbb egészségügyi probléma nagyobb arányban jelenik meg. Kivételt csupán a vírusfertőzések jelentenek, amelyek legna-

gyobb arányban a 18–29 évesek között fordultak elő, valamint a légzőszervi megbetegedések, amelyek minden korosztályban meglehetősen nagy arányban szerepelnek az orvos által megállapított diagnózisok között.

Alkoholfogyasztás a betegtől kapott válaszok alapján (CIDI)

A fogyasztás jellemzői

A megkérdezett 18–64 éves betegpopuláció háromnegyed része fogyasztott az életében legalább egyszer alkoholt. Az előző évben alkoholt fogyasztók aránya 62%, a napi rendszerességgel ivók aránya 4,2%. Az egy átlagos fogyasztási alkalommal elfogyasztott standard ital[6] átlagos száma 4,3 italegység/fogyasztó, ami átlagosan 41,5 grammnyi etanolt tartalmazó alkoholos italnak felel meg alkalmanként.

A megkérdezettek 12,9%-a számolt be legalább egyszeri nagyivásról[7] a kérdezést megelőző hónapban.

Az egész életre vonatkozóan a CIDI kérdéseiből legalább egyre pozitív (előfordult legalább egyszer az életben) választ kaptunk a megkérdezett betegek 11,3%-ától. Az előző évre vonatkozóan a betegek 6%-a számolt be legalább egy alkoholproblémát jelző tünetről. Mindkét időintervallumban a legtöbbek által jelzett szimptóma a „próbált kevesebbet inni vagy teljesen felhagyni az ivással" volt.

A CIDI alapján a DSM IV. kritériumainak megfelelő alkoholabúzus (AU) diagnosztizálható volt a betegek 8,3%-ánál az életben, 4,6%-nál pedig az előző évben. Az alkoholfüggés (AD) az eddigi élet során a betegek 4,9%-ánál, az előző évben pedig 3,3%-ánál volt diagnosztizálható. A DSM V. kritériumai szerinti alkoholprobléma (AUD) az AU arányaihoz hasonló arányban fordult elő: a megkérdezettek 8,6%-ánál az eddigi életben, 4,9%-ánál pedig a megelőző 12 hónapban *(4. táblázat)*.

Az alkoholfogyasztás minden mutatója szignifikánsan magasabb a férfiaknál. A férfiak több mint 8%-a minden nap iszik alkoholt, és az egy átlagos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége gyakorlatilag megegyezik a nagyivás mennyiségével. Tehát ha egy férfi iszik, akkor átlagosan legalább 60 gramm etanolt fogyaszt el, ami messze meghaladja a WHO által elfogadhatónak tartott maximum 40 grammnyi etanolt. A férfiak 20%-a legalább egy, a CIDI diagnosztikai kérdéssorral mért alkoholproblémát már megtapasztalt az élete során. Az eddigi életre vonatkozó válaszok alapján a férfiak 17%-ánál volt diagnosztizálható alkoholprobléma

[6] Egy standard ital (kb. 10 gramm etanol) = 2 dl sör vagy 1 dl bor vagy 1 dl pezsgő vagy 1 dl vermut vagy 2 cl tömény ital vagy 2 cl likőr.
[7] Legalább 60 gramm etanol elfogyasztása egy alkalommal (kb. 1,5 liter sör vagy 6 dl bor vagy 2 dl tömény ital).

(AUD) és 9,8%-nál alkoholfüggés. A kérdezést megelőző évre vonatkozó arányok is magasak, AUD diagnosztizálható volt a férfiak 10,1%-ánál, függés pedig 7,9%-nál.

Az alkoholfogyasztás mutatóinak korcsoportonkénti megoszlása csupán az éves prevalencia érték és a napi rendszeres alkoholfogyasztás arányában mutat szignifikáns eltéréseket. A fiatalok között nagyobb arányú az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, viszont a napi rendszeres alkoholfogyasztás a legidősebbek között a legelterjedtebb.

4. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a betegektől kapott válaszok alapján (%)
Main indicators of alcohol consumption on the basis of patients' answers (%)

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói	Férfi	Nő	18–29 éves	30–49 éves	50–64 éves	Összesen
Életprevalencia	90,0	68,6	80,0	75,8	76,2	76,8
Éves prevalencia	79,6	51,0	70,6	62,7	56,3	62,0
Legalább havi rendszerességgel iszik	61,0	24,8	43,6	38,5	36,3	38,7
Minden nap iszik	8,2	1,6	1,6	3,8	6,0	4,2
Egy átlagos fogyasztási alkalommal elfogyasztott standard italok átlagos száma/fő	6,83	2,74	5,88	4,45	3,28	4,31
Egy átlagos fogyasztási alkalommal elfogyasztott etanol mennyisége gramm/főben	64,37	27,23	53,66	43,63	32,30	41,51
Nagyivás az előző hónapban	25,0	5,6	19,6	11,8	10,5	12,9
Legalább egy alkohollal kapcsolatos probléma az életben – CIDI	20,1	5,8	10,2	11,7	11,5	11,3
Legalább egy alkohollal kapcsolatos probléma az előző évben –CIDI	11,7	2,4	6,5	6,3	5,3	6,0
Alkoholfüggés az életben	9,8	1,8	2,7	5,6	5,3	4,9
Alkoholfüggés az előző évben	7,9	0,9	2,0	3,9	3,5	3,3
Alkoholabúzus az életben	16,7	3,1	7,0	8,3	9,2	8,3
Alkoholabúzus az előző évben	9,6	1,5	4,3	5,0	4,3	4,6
AUD az életben	17,1	3,3	7,2	8,6	9,5	8,6
AUD az előző évben	10,1	1,6	4,5	5,3	4,5	4,9

Alkoholfogyasztás különböző társadalmi csoportokban

A házasságban, párkapcsolatban élők körében ritkább és kisebb mennyiségű az alkoholfogyasztás, átlag alatti arányban fordulnak elő a függés vagy az AUD tünetei. A különbség minden mutató esetében szignifikáns ($p<0,05$) a párkapcsolatban élők és a párkapcsolatban nem élők között *(5. táblázat)*.

Az iskolában töltött évek száma alapján az alacsonyabb iskolai végzettségűek között a fogyasztás előző évi prevalencia értéke kisebb, viszont nagyobb arányban fordulnak elő körükben az AD és AUD diagnózisok. Az iskolai végzettség szignifikáns kapcsolatban azonban csupán az alkoholfogyasztás éves prevalenciájával van, a többi mutató esetében a kapcsolat nem szignifikáns.

A foglalkoztatottsági státus/aktivitás valamennyi vizsgált alkoholmutatóval szignifikáns kapcsolatban van ($p<0,05$). A foglalkoztatottak/önállók körében az alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke valamelyest magasabb az átlagnál, az AD és AUD tünetek ritkábban fordulnak elő náluk, mint a minta egészében. A munkanélküliek esetében az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége és az előző évben alkoholt fogyasztók aránya is csekély mértékben meghaladja a mintaátlagot, az AD és AUD diagnosztizáltak aránya azonban több mint kétszer akkora, mint a minta egészében.

Az inaktívak közül az AD diagnózis a nyugdíjasok, az AUD diagnózis pedig a diákok körében fordul elő az átlagot meghaladó arányban. Míg azonban a diákoknál feltehetően a jelenlegi nagy mennyiségű alkoholfogyasztás következményei fejeződnek ki a diagnózisban, addig a nyugdíjasok esetében azt feltételezhetjük, hogy a korábbi alkoholfogyasztás hatása fejeződik ki, mert aktuális fogyasztásuk mind mennyiségben, mind pedig gyakoriságban elmarad a minta egészétől.

A háziorvosi körzet régiója alapján kiugróan veszélyeztetettnek látszik az északmagyarországi régió, ahol a legmagasabb az egy alkalommal elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége, és messze a legmagasabb az AD és AUD diagnosztizáltak aránya is. Átlag feletti AD és AUD beteget találtunk Dél-Dunántúlon is, ahol az alkoholt fogyasztók aránya és a fogyasztott mennyiség is magasabb az országos átlagnál.

Településtípusok alapján Budapesten a legnagyobb a fogyasztók aránya és az átlagosan elfogyasztott mennyiség is. Ugyanakkor csak az AUD diagnosztizáltak aránya magasabb az országos átlagnál, az AD diagnosztizáltak aránya elmarad attól. Figyelemre méltó, hogy míg egyéb városokban a fogyasztott mennyiség és a fogyasztók aránya is alig haladja meg a teljes minta átlagát, addig az AD és AUD diagnosztizáltak aránya is ezen a településtípuson a legmagasabb. Minden vizsgált alkoholmutató a községi praxisokban megkérdezett betegek körében a legalacsonyabb.

5. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói társadalmi-demográfiai helyzet szerint
Main indicators of alcohol consumption by socio-demographic status

	Alkohol-fogyasztás éves prevalenciája, %	Egy alkalommal elfogyasztott standard ital/fő	AD az előző évben, %	AUD az előző évben, %
Családi állapot				
Házas, együtt élő	60,2	3,7	2,7	3,6
Nem házas, nem együtt élő	64,5	5,2	4,3	6,6
Iskolai végzettség				
Max. 8 osztály	51,4	4,0	4,7	6,9
9–12 osztály	62,9	4,3	3,6	5,1
13+ osztály	64,9	4,4	2,4	3,6
Foglalkoztatottság				
Alkalmazott vagy önálló	65,4	4,3	2,3	3,8
Inaktív, egyéb	54,5	3,8	4,0	5,1
Munkanélküli	64,5	5,8	7,3	10,3
Szubjektív anyagi helyzet				
Átlag alatti	60,4	4,5	6,5	8,4
Átlagos	62,4	4,3	2,5	3,9
Átlag feletti	64,6	4,8	0,0	2,1
Régió				
Közép-Magyarország	67,5	4,7	2,8	5,1
Közép-Dunántúl	58,7	4,2	1,8	2,4
Nyugat-Dunántúl	60,8	3,4	1,7	1,7
Dél-Dunántúl	66,6	4,8	4,5	6,2
Észak-Magyarország	69,9	6,0	9,4	11,2
Észak-Alföld	52,1	3,0	1,7	3,1
Dél-Alföld	50,3	3,0	0,7	1,7
Településtípus				
Budapest	71,6	5,3	3,1	5,5
Megyeszékhely	59,5	3,9	3,4	4,2
Egyéb város	63,3	4,4	4,2	6,0
Község	55,3	3,8	2,7	3,8
Összesen	62,0	4,3	3,3	4,9

Alkoholprobléma a háziorvosok diagnózisa alapján

A felkeresett háziorvosok 18,9%-a véli úgy, hogy az általunk megkérdezett beteg fogyaszt alkoholt, további 13,5%-uk nem tudja megítélni. Az orvosok véleménye szerint a náluk megjelent betegek 67,6%-a nem szokott alkoholt fogyasztani. Az orvosok által alkoholt fogyasztónak ítélt betegek aránya messze alacsonyabb annál, amit a betegekkel készített interjúk alapján becsülhetünk *(6. táblázat).*[8]

Az orvosok kicsit több beteg esetében jeleztek jelenlegi függést, és nem különbözött jelentősen az általuk jelzett AUD előfordulási aránya sem attól, ahogyan azt a betegek CIDI-re adott válaszai alapján mértük. Ugyanakkor az egész életre vonatkozóan, a beteg-kérdőívekhez képest kevesebb esetben volt ismeretük korábbi alkoholfüggésről vagy AUD-ről. Lényegesebb különbséget találtunk az alkoholabúzus előfordulási arányában az orvosi és a betegkérdőívek alapján. Míg az orvosok az alkoholabúzus előfordulását az eddigi életben 3,0%-ra, jelenleg pedig 1,9%-ra becsülték, addig a betegekkel kitöltött kérdőívek alapján az abúzus életprevalenciája 8,3%, az előző évi prevalencia pedig 4,6%.

6. táblázat: Az alkoholprobléma főbb mutatói a háziorvos véleménye szerint (%)
Main indicators of alcohol related problems by the opinion of GPs (%)

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói	Férfi	Nő	Összesen
Az előző évben alkoholt fogyasztók aránya	31,6	10,9	18,9
Alkoholfüggés (AD) az életben	7,6	2,0	4,2
Alkoholfüggés (AD) az előző évben	7,5	2,0	4,1
Alkoholabúzus (AU) az életben	5,1	1,8	3,0
Alkoholabúzus (AU) az előző évben	3,0	1,3	1,9
AUD az életben	8,5	2,5	4,9
AUD az előző évben	8,3	2,5	4,7

A megkérdezett betegek összesen 4,9%-áról vélte úgy a kezelőorvosa, hogy korábban az élete során volt bármilyen diagnosztizálható alkoholproblémája (AUD, AD vagy AA). Az előző évre vonatkozóan a megfelelő arány 4,7%. Három beteg kivételével, minden esetben egybe esett a jelenlegi diagnózis a korábbi életre vonatkozó feltételezéssel, azaz ugyanazokról vélekedtek úgy, hogy koráb-

[8] Az adatok értelmezéséhez figyelembe kell venni, hogy ennél a kérdésnél az orvosokra bíztuk annak eldöntését, hogy mit tekint „alkoholfogyasztás"-nak. Tehát a kapott válasz nemcsak az orvosoknak a betegük alkoholfogyasztásával kapcsolatos tudását, hanem az alkoholfogyasztás orvosok által történt értelmezését is jelzi.

ban volt alkohollal kapcsolatos problémájuk, akiknek a jelenlegi problémájukról is tudtak. Ez egyben azt is jelenti, hogy olyan betegről nem tudtak az orvosok, akik korábban alkoholbetegek voltak, de már nem azok.

A betegkérdőívek CIDI kérdéssora alapján a megkérdezettek 8,6%-ánál volt most vagy korábban diagnosztizálható az alkoholbetegség bármelyik formája (AD, AUD, AA). Az előző évre vonatkozó arány 4,4%. Azaz, a háziorvosnak az eddigi életre vonatkozóan sokkal kevesebb beteg alkoholproblémájáról volt tudomása, mint ahogy azt a CIDI alapján feltételezhetjük. Az előző évre vonatkozóan a háziorvosoktól kapott adatok alig különböznek a CIDI-n alapuló becslésektől.

A CIDI alapján készített diagnózis gyakran más betegeknél jelzi az alkoholproblémát, mint a háziorvosok diagnózisa. A CIDI alapján most vagy korábban alkoholproblémával rendelkező betegek 30,7%-ánál regisztráltak a háziorvosok is valamilyen alkoholproblémát. Ennél nagyobb arányban jelezték az orvosok az alkoholproblémát azon megkérdezetteknél, akiknél a CIDI a megelőző évre vonatkozóan jelzett diagnosztizálható alkoholtünetet. Legnagyobb arányban az alkoholfüggést diagnosztizálták a háziorvosok, ez sem érte el azonban a CIDI által diagnosztizált alkoholfüggők felét. Összesen 51 olyan beteg volt a mintában (a megkérdezettek 2,2%-a), ahol a CIDI nem jelzett semmilyen alkoholtünetet, viszont a háziorvos tudott volt vagy jelenlegi alkoholproblémáról *(7. táblázat)*.

7. táblázat: A betegkérdőívek CIDI kérdései alapján AD, AA vagy AUD problémával diagnosztizált betegek megoszlása a háziorvosi AD, AU, AUD diagnózis szerint (%)
Distribution of CIDI diagnosed patients as AD, AU or AUD by GP diagnosis (%)

	Orvos diagnosztizált valamilyen alkohol-problémát	Orvos nem diagnosztizált alkohol-problémát	Összesen	(N)
CIDI alapján volt az élete során AA, AD, AUD	30,7	69,3	100,0	(199)
CIDI alapján volt az előző évben AA, AD, AUD	42,9	57,1	100,0	(112)
CIDI alapján AD az előző évben	48,1	51,9	100,0	(77)
CIDI alapján AUD az előző évben	42,9	57,1	100,0	(112)
CIDI alapján AA az előző évben	45,3	54,7	100,0	(106)

Megjegyzés: minden sorban $p<0,05$.

A háziorvosi és a CIDI diagnózist befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők önálló hatása

A kereszttábla-elemzések azt mutatták, hogy a CIDI és a háziorvos által alkoholproblémával diagnosztizált betegek szignifikánsan különböznek egymástól életkor, foglalkoztatottsági státus, valamint a háziorvosi rendelő régiója és településtípusa szerint. A CIDI alapján alkoholproblémával bíró betegek közül a háziorvosok nagyobb arányban diagnosztizálták alkoholbetegnek az idősebb, elsősorban az 50 év feletti korosztályt, az inaktívakat és munkanélkülieket. Ugyanakkor a fiatalokat alig (2,1%-ban) diagnosztizáltak, de átlag alatti (33,3%) a rendszeres munkával rendelkezők aránya is a háziorvos által diagnosztizáltak között. Holott a betegkérdőívek alapján AD, AUD vagy AA tünetekkel diagnosztizált betegek 19,6%-a 18–29 éves, 46,4%-a alkalmazott vagy önálló.

Régiók és településtípusok szerint szintén szignifikáns különbséget találunk az orvosi és CIDI diagnózisok között. Elsősorban Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon becsülik alul a háziorvosok az alkoholprobléma elterjedtségét, míg Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön az orvosi diagnózisok aránya jelentősebben meghaladja a CIDI által alkoholproblémával jellemezhető betegek arányát.

Településtípus szerint elsősorban Budapesten és az egyéb városokban marad rejtve nagyobb arányban az orvosok számára a betegek alkoholproblémája, míg községekben és megyeszékhelyeken inkább felülbecslik a háziorvosok az alkoholprobléma mértékét.

A társadalmi-demográfiai tényezők önálló hatásának vizsgálatára bináris logisztikus regresszió elemzést végeztünk. Két modellt készítettünk: az egyikben azt vizsgáltuk, hogy a megkérdezett betegek CIDI-re adott válaszai alapján problémás alkoholfogyasztói csoportba kerülés esélyét mennyire befolyásolják a vizsgált társadalmi-demográfiai változók, a másik modellben pedig azt vizsgáltuk, hogy ezek a tényezők mennyire befolyásolják a háziorvost a problémás alkoholfogyasztóvá minősítésben.

A CIDI és a háziorvosi diagnózis alapján egyaránt szignifikáns hatással van a problémás fogyasztók csoportjába kerülésre a megkérdezett beteg neme. Mindkét esetben lényegesen kisebb eséllyel válnak problémás alkoholfogyasztóvá a nők, mint a férfiak. Ez nem tér el más hazai és nemzetközi kutatások eredményeitől, melyek szerint az alkoholbetegek között sokkal nagyobb a férfiak aránya, mint a nőké (Elekes 2011, 2012). Mivel a CIDI-t tekinthetjük egy objektív (legalábbis minősítéstől és a női alkoholizmus rejtésétől mentes) mérőeszköznek, azt feltételezhetjük, hogy a megvizsgált betegpopulációban a problémás alkoholfogyasztás a nők körében valóban sokkal ritkábban fordul elő, mint a férfiaknál.

A korcsoport mindkét besorolás alapján szignifikáns hatással van a problémás fogyasztás kialakulására. Itt azonban eltérés figyelhető meg az orvosi és a CIDI besorolás között. Az orvosok diagnózisa szerint az idősebb és különösen az 50 év feletti korcsoport esetében sokkal nagyobb a valószínűsége annak, hogy kialakul az alkoholprobléma valamilyen formája, mint a fiatal, 18–29 éves korcsoportnál. Az orvosi minősítés szerint az 50–64 évesek több mint nyolcszoros eséllyel válnak problémás fogyasztóvá, mint a 18–29 évesek. A CIDI ugyanakkor sokkal kisebb esélykülönbségeket jelez a korcsoportok között, és ez alapján a legveszélyeztetettebbnek a középkorúak – a 30–49 évesek – tekinthetők, de az ő esélyük is a problémás fogyasztóvá válásra csak alig kétszerese a fiatalokénak.

A családi állapot – a házasságban/párkapcsolatban élés – mindkét besorolás alapján szignifikánsan csökkenti a problémás fogyasztóvá válás esélyét. Azaz más, korábbi kutatásokhoz hasonlóan a mostani eredmények is a párkapcsolat egyértelmű védő hatását mutatják (Elekes 2009, 2012).

A megkérdezettek iskolai végzettsége sem a háziorvos, sem pedig a CIDI alapján nem befolyásolja szignifikánsan az alkoholprobléma kialakulását. Hasonlóképpen, a szubjektív besorolás alapján mért anyagi helyzet is csak globálisan hat a problémás alkoholfogyasztásra, de a kapott eredmények alapján nem mondhatjuk azt, hogy az átlag alatti, átlag feletti vagy átlagos anyagi helyzet önmagában szignifikáns hatással lenne a problémás fogyasztásra. Ez pedig a kisszámú korábbi hazai kutatás közül azoknak az eredményeit támasztja alá, melyek szerint az alkoholprobléma nem köthető egyértelműen társadalmi pozícióhoz, legalábbis nem olyan pozícióhoz, amit az iskolai végzettséggel és anyagi helyzettel mérni tudunk (Elekes 2009, 2012). Ugyanakkor mind az orvosi, mind pedig a CIDI besorolás alapján is a foglalkoztatottsági aktivitás hatása egyértelmű. Ennek alapján az alkoholproblémával szemben az aktív keresők a leginkább védettek, akár alkalmazottak, akár önfoglalkoztatottak. Az orvosi és a CIDI besorolás alapján is a munkanélkülieknek közel két és félszer nagyobb az esélyük a problémás fogyasztóvá válásra, mint a foglalkoztatottaknak. Az orvosi vélemények alapján az inaktívaknál a legnagyobb az esélye az alkoholprobléma kialakulásának, ugyanakkor a CIDI besorolás szerint az inaktívak kisebb valószínűséggel válnak problémás fogyasztóvá, mint a munkanélküliek.

A felkeresett háziorvosi körzet régiója szintén szignifikáns hatással van az alkoholprobléma kialakulására, mind a háziorvosi, mind pedig a CIDI besorolás alapján. Ennek alapján kiemelkedően érintettnek tűnik az észak-magyarországi régió, ahol az orvosi vélemények alapján hatszoros, a CIDI alapján pedig több mint háromszoros a valószínűsége annak, hogy az ott élők (ott kezeltek) problémás alkoholfogyasztók legyenek, mint a közép-magyarországi régióban.

Végül, a háziorvosi praxis településének típusa a CIDI alapján egyáltalán nem befolyásolja az alkoholprobléma kialakulásának az esélyét, és a háziorvos besorolása alapján is csak enyhe globális hatást tudtunk kimutatni *(8. táblázat)*.

8. táblázat: Az alkoholprobléma diagnosztizálásának esélyét növelő társadalmi-demográfiai tényezők a háziorvos és a betegek által kitöltött CIDI alapján (logisztikus regressziós modellek esélyhányadosai)
Odds ratio of different socio-demographic factors influencing alcohol related problems' diagnosis of GP and CIDI (results of logistic regression models)

	Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a háziorvos szerint		Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a CIDI szerint	
	exp (B)	p	exp (B)	p
Neme				
(ref: férfi)				
nő	0,206	0,000	0,109	0,000
Korcsoport				
(ref: 18–29)				
30–49	7,660	0,000	2,187	0,011
50–64	8,029	0,000	1,266	0,455
Családi állapot				
(ref: nem házas)				
házas	0,612	0,026	0,544	0,006
Iskolai végzettség				
(ref: max. 8 osztály)				
9–12 osztály	0,826	0,480	0,727	0,271
13+ osztály	0,634	0,165	0,662	0,219
Foglalkoztatottság				
(ref: foglalkoztatott vagy önálló)				
inaktív, egyéb	3,019	0,000	1,977	0,012
munkanélküli	2,410	0,006	2,422	0,004
Szubjektív anyagi helyzet				
(ref: átlag feletti)				
átlagos	1,597	0,658	1,591	0,656
átlag alatti	4,232	0,178	3,101	0,285

	Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a háziorvos szerint		Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a CIDI szerint	
	exp (B)	p	exp (B)	p
Régió				
(ref: Közép-Magyarország)				
Közép-Dunántúl	1,344	0,722	0,793	0,688
Nyugat-Dunántúl	1,935	0,480	0,760	0,757
Dél-Dunántúl	2,135	0,340	1,772	0,280
Észak-Magyarország	6,008	0,019	3,391	0,013
Észak-Alföld	3,275	0,133	0,966	0,952
Dél-Alföld	2,230	0,313	0,475	0,248
Településtípus				
(ref: Budapest)				
Megyeszékhely	0,563	0,477	0,438	0,143
Egyéb város	0,261	0,081	0,732	0,521
Község	0,439	0,299	0,384	0,081
Nagelkerke R^2	0,232		0,227	

Segítségkérés az alkoholprobléma kezelésére

A CIDI alapján diagnosztizálható alkoholproblémát jelző betegek alig egynegyede kért eddigi élet során bármilyen segítséget a problémája megoldására. Az előző évi alkoholproblémáról beszámoló betegek közül az előző évben segítséget kérők aránya valamelyest magasabb: 30,1%. Ez azonban ritkán jelent valamilyen szakszerű segítséget: a diagnosztizált betegek összesen 14,3%-a fordult szakemberhez, elsősorban a háziorvosához. Alkoholproblémára szakosodott szakellátás vagy egyéb szakember alig fordul elő az említések között. A diagnosztizált betegek 17%-a családtól vagy baráttól kért segítséget. Nagyon kicsi azon betegek aránya, akik családtól és szakembertől egyaránt kértek segítséget.

A betegkérdőívek alapján az alkoholproblémával diagnosztizáltaknak csupán 11,6%-a kapott ténylegesen is segítséget. A segítség konkrét formáját nagyon kevesen jelölték meg: többnyire szóbeli tanácsadást említettek válaszként.

A betegektől kapott válaszok alapján még kisebb arányban kértek segítséget alkoholproblémájukra azok, akiknél az orvos diagnosztizált valami-

lyen alkoholproblémát. Ugyanakkor az orvos véleménye szerint e betegek 34,9%-a korábban, 40,6%-a pedig jelenleg kezelés alatt áll alkoholproblémája miatt. A háziorvos szerint kezelésben lévő betegek 27%-a kap valamilyen pszichoszociális ellátást, 14,6%-a gyógyszeres kezelést, 7,3%-uk pedig mindkét terápiában részesül. A háziorvosi kérdőív szerint alkoholprobléma miatt kezelésben lévő betegek közel felének terápiájáról a háziorvos nem tudott/akart információt adni *(9. táblázat)*.

9. táblázat: Szakmai segítséget kérők/kapók aránya a megkérdezettek és az orvosok válaszai alapján a CIDI, illetve az orvosok által diagnosztizált problémás alkoholfogyasztókon belül (%)
Ratio of patients asking/receiving professional help by GP and CIDI diagnoses (%)

	CIDI		Orvos által regisztrált	
	AD, AUD, AU probléma az életben	AD, AUD, AU probléma az előző évben	AD, AUD, AU probléma most vagy régen	alkohol-probléma az elmúlt 12 hónapban
Kért segítséget az életben – beteg szerint	27,3	24,1	15,0	14,3
Kért segítséget az elmúlt évben – beteg szerint	22,1	30,1	18,8	18,3
Kapott segítséget az elmúlt évben– beteg szerint	8,0	11,6	10,7	10,1
Kezelésben *volt* – orvos szerint	13,6	22,3	34,8	34,9
Kezelésben *van* – orvos szerint	14,7	22,7	39,4	40,6
(N)	(199)	(112)	(112)	(101)

KÖVETKEZTETÉSEK

A betegek által kitöltött kérdőívek alapján a megkérdezettek 62%-a fogyasztott alkoholt a megelőző évben, 4,2%-uk minden nap iszik. Az egy fogyasztási alkalomra jutó alkohol mennyisége 41,51 gramm/fő.

A betegektől kapott válaszokhoz képest a háziorvosok sokkal kisebb arányban jelezték a betegek alkoholfogyasztását: az előző évi prevalencia a háziorvosok válaszai alapján csupán 18,9%. Ez adódhat abból, hogy az orvosok nem ismerik az általuk kezelt betegek alkoholfogyasztási szokásait (ezt az orvosoktól kapott „nem tudom" válaszok nagy aránya is alátámasztja), de jelentheti azt is, hogy az ivás kapcsán az orvosok gyakran a mértéktelenebb alkoholfogyasztásra gondolnak. Más kutatásokból tudjuk, hogy ez az értelmezés nemcsak az orvosokra, hanem a társadalom többségére jellemző (Thickett et al. 2013).

Összehasonlítva mostani adatainkat az utolsó rendelkezésre álló országos kutatás (ELEF 2009) eredményeivel azt látjuk, hogy az előző év fogyasztására vonatkozó adat közel azonos az ELEF és a jelen kutatásban megkérdezettektől kapott válaszok alapján, viszont a háziorvosok az ELEF-hez képest is jóval kisebb mértékűre becsülik az alkoholfogyasztást betegeik körében. A mostani kutatás betegkérdőíveivel összehasonlítva, az ELEF kutatásban valamelyest magasabb (8,4%) volt a napi rendszerességgel ivók aránya, viszont alacsonyabb volt az elfogyasztott egy főre jutó mennyiség (11,98 cl/fő az előző hétre vonatkozóan).

A betegek CIDI kérdéssorra adott válaszai alapján a DSM V. kritériumainak megfelelő alkoholprobléma (AUD) 4,9%-uknál volt diagnosztizálható a megelőző évben. A DSM IV. kritériumainak megfelelő alkoholabúzus (AU) 4,6%-uknál, alkoholfüggés (AD) pedig 3,3%-uknál derült ki.

A háziorvosok a betegkérdőívekhez hasonló arányban jelezték az előző évi AUD előfordulást, viszont a CIDI-hez képest több esetben jeleztek AD előfordulást, és ritkábban számoltak be AU diagnózisról. Az orvosok diagnózisai a beteg egész életére vonatkozóan rendre elmaradnak a betegek válaszai alapján becsült értékektől. Azaz, azt feltételezhetjük, hogy a betegek korábbi, de mára megszűnt alkoholproblémáiról a háziorvosok kevesebb ismerettel rendelkeznek.

A problémás ivók arányát az ELEF 4,3%-ra becsülte. Ez az érték közelíti a mostani kutatás betegektől és orvosoktól kapott AUD eredményeit, valamint az orvosoktól származó AD és a betegektől származó AU értékeket. Az ELEF problémás ivókra vonatkozó adata jelentősen meghaladja az orvosok AU becslését, és a betegek válaszai alapján becsült AD értéket (Elekes 2012).

Bár a betegek CIDI-re adott válaszai alapján készült, alkoholproblémára vonatkozó becslések több mutató esetében hasonló értékeket mutatnak, mint az

orvosok diagnózisai alapján kapott arányok, a CIDI becslés és az orvosi diagnózis sok esetben nem egyezik: a CIDI által most vagy korábban kimutatott bármilyen alkoholproblémát (AD, AUD, AU) a betegek csupán 30,7%-ánál diagnosztizálta a háziorvos is a jelenlegi vagy korábbi időszakra vonatkozóan. Valamelyest kedvezőbb az arány az előző évre vonatkozó adatok esetében, de így is csak a CIDI által problémás fogyasztónak jelzett betegek 42,9%-ánál diagnosztizált a háziorvos is alkoholproblémát.

Amennyiben a jelen kutatás problémás alkoholfogyasztóinak definiálásakor a CIDI-t és a háziorvosi diagnózist is figyelembe vesszük, akkor az előző évi alkoholprobléma (AD, AUD, AU) arányát 7,5%-ra becsülhetjük a háziorvosi rendeléseken megjelent betegek körében. Ez jelentősen meghaladja az ELEF megfelelő becslését. Ennek alapján azt feltételezhetjük, hogy a háziorvosi rendelőkben megjelent betegek körében az alkoholprobléma jóval elterjedtebb, mint a teljes népességben.

Néhány társadalmi-demográfiai mutató mentén jellegzetes különbségek is megfigyelhetőek a CIDI által, illetve a háziorvos által diagnosztizált problémás alkoholfogyasztó betegek között. A háziorvosok nagyobb arányban jeleznek alkoholproblémát az idősebbek között, az alacsonyabb iskolai végzettségű, inaktív vagy munkanélküli betegek között. Régiónként szintén szignifikáns különbségek mutathatók ki a háziorvosi és a CIDI diagnózis alapján: az észak-magyarországi és a dél-dunántúli praxisok háziorvosai sokkal nagyobb arányban diagnosztizálják a CIDI-vel egyezően az alkoholproblémát, mint más területeken élő kollégáik.

A regresszióelemzés szintén azt mutatta, hogy a háziorvosok nagyobb esélylyel diagnosztizálják az alkoholprobléma valamely formáját az idősebb korcsoportokban, az inaktívak körében, valamint az észak-magyarországi régióban. A nem és a családi állapot szignifikáns hatása mutatható ki mindkét diagnózis alapján: a férfiak és az egyedül élők egyaránt nagyobb valószínűséggel válnak problémás alkoholfogyasztóvá. Ugyanakkor figyelemre méltó eredménynek tartjuk, hogy sem az iskolai végzettség, sem pedig a szubjektív anyagi helyzet hatása nem mutatható ki egyik diagnózis alapján sem.

Az eddig leírtak nem tekinthetőek magyar sajátosságnak. A kutatásban résztvevő országok egészét jellemző adatok is arra utalnak, hogy bár a CIDI és a háziorvosi diagnózis nagyjából hasonló arányban jelzi az alkoholprobléma elterjedtségét, a két diagnózis az esetek alig egyötödében egyezik meg. Ugyanakkor a kutatásban résztvevő 6 ország összesített adatai alapján az volt megállapítható, hogy a háziorvosok közel kétszer akkora arányban diagnosztizálják az alkoholproblémát, mint ahogy az a normál populációs kutatások alapján feltételez-

hető (Rehm et al. 2015a). A magyar eredmények ettől eltérőek. Bár a háziorvosi diagnózis nálunk is meghaladja az ELEF adatai alapján mért problémás alkoholfogyasztók arányát, a különbség elhanyagolható.

Hasonlóan a magyar eredményekhez, a nemzetközi adatok is azt mutatják, hogy a háziorvosok nagyobb arányban diagnosztizálják az alkoholprobléma valamilyen formáját idősebb, alacsonyabb iskolai végzettségű munkanélküli betegeiknél, mint ahogy azt a CIDI diagnózisa alapján feltételezhetnénk. A nemzetközi kutatócsoport egyik magyarázata ezzel kapcsolatban az volt, hogy a CIDI kevésbé alkalmas az idősebb korcsoportok alkoholproblémáinak diagnosztizálására abból következően, hogy elsősorban az alkoholfogyasztás fiatalokra jellemző pszichés következményeire koncentrál, és kevésbé méri a túlzott ivás szomatikus következményeit, amelyeket elsősorban a háziorvosok észlelik. Ugyanakkor nem zárhatjuk ki azt sem, hogy a háziorvosi diagnózisra hatással vannak a „tipikus alkoholistát" leíró sztereotípiák, amelyek az alkoholproblémát az idős, alacsony iskolai végzettségű, szegény társadalmi csoportokhoz kötik (Elekes 2013). Véleményünk szerint ezt támasztja alá, hogy az inaktivitás és munkanélküliség önálló hatása is sokkal erősebb a háziorvosi, mint a CIDI diagnózis esetében. Mindez ugyanakkor azt is jelenti, hogy a fiatalkori alkoholprobléma gyakran rejtve marad a háziorvosok számára.

Az alkoholproblémával diagnosztizált betegek jelentős része senkitől sem kér segítséget a problémája kezelésére. Ezt tapasztaltuk a magyar betegek körében, de erre a következtetésre jutottunk a nemzetközi adatok feldolgozásakor is. A résztvevő országok egészét tekintve az előző évi AUD diagnosztizáltak 80%-a, és az egész életre vonatkozóan AUD diagnosztizáltak 77%-a soha nem kért semmilyen szakmai segítséget (Probst et al. 2015). A leggyakrabban elhangzott indokok valamennyi országban hasonlóak: az „egyedül is megbirkózom vele", „nem okoz gondot", azaz a probléma tudatosulásának a hiánya, a segítségkérés szükségességének fel nem ismerése volt. Szakmai segítségként is elsősorban a háziorvost említették, alkoholprobléma kezelésére szakosodott szakmai vagy önsegítő szervezetek alig kerültek említésre. Ez mindenképpen a háziorvosok szerepének a fontosságára hívja fel a figyelmet. Ugyanakkor feltételezhetjük azt is, hogy Magyarországon a szakellátó hálózat rendkívüli szűkössége is hozzájárul ahhoz, hogy a betegek többsége teljesen ellátatlan marad.

Azok, akik valakitől mégis segítséget kértek, elsősorban barátokhoz, hozzátartozókhoz fordultak, szakellátást alig vettek igénybe. Ennek oka lehet a szakellátó hálózat szűkössége, a kezelés okozta stigmatizációtól való félelem, vagy az alkoholprobléma súlyosságának fel nem ismerése.

IRODALOM

American Psychiatric Association 2000: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington. http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm. Letöltve: 2015. 04. 10.

Bloomfield, Kim – Hope, Ann – Kraus, Ludwig 2013: SMART: Standardized Measurement of Alcohol Related Troubles. Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(5), 348–360.

ELEF 2009: Európai lakossági egészségfelmérés. http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/index.html.

Elekes Zsuzsanna 2009: *Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007*. NDI – L'Harmattan.

Elekes Zsuzsanna 2011: Azonos szerepek azonos szenvedélyek? A fiatalok egészségkárosító magatartásaiban végbement változásokról. In Nagy Ildikó – Pongrácz Tiborné (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. TÁRKI – Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, 265–282.

Elekes Zsuzsanna 2012: Alkoholfogyasztás Magyarországon az ELEF 2009 adatai alapján. In Gárdos Éva (szerk.): *Európai Lakossági Egészségfelmérés 3. Tanulmányok II*. KSH, Budapest, 73–90.

Elekes Zsuzsanna 2013: *Beteg, bűnöző, szegény vagy csak fiatal? Addiktív viselkedések megjelenése a médiában.* Előadás a Magyar Addiktológia Társaság kongresszusán. 2013. november 21–23., Siófok.

Kessler, Ronald C. – Barker, Peggy R. – Colpe, Lisa J. – Epstein, Joan F. – Gfroener, Joseph C. – Hiripi, Eva – Howes, Mary J. – Normand, Sharon-Lise – Manderscheid, Ronald W. – Walters, Ellin E. – Zaslawsky, Alan M. 2003: Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184–189.

KSH 2013: *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2012*. KSH, Budapest.

KSH 2014: *A társadalmi haladás mutatószámrendszere*. KSH, Budapest. http://www.ksh.hu/thm/tablak.html. Letöltve: 2015. 08. 31.

Manthey, Jakob – Gual, Antoni – Jakubczyk, Andrzej – Pieper, Lars – Probst, Charlotte – Struzzo, Pierluigi – Trapencieris, Marcis – Wojnar, Marcin – Rehm, Jürgen 2015a: Alcohol use disorders in Europe: a comparison of general population and primary health care prevalence rates. *Journal of Substance Use*. Megjelenés alatt.

Manthey, Jacob – Probst, Charlotte – Hanschmidt, Franz – Rehm, Jürgen 2015b: Identification of smokers, drinkers and risky drinkers by general practitioners. *Drug and Alcohol Dependence*. Megjelenés alatt. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.017

OEFI – OAC 2013: Országos Egészségfejlesztési Intézet, Országos Addiktológiai Centrum: *Alkoholpolitikai szakpolitikai program.* Kézirat.

Probst, Charlotte – Manthey, Jakob – Martinez, Alicia – Rehm, Jürgen 2015: Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(32). doi: 10.1186/s13011-015-0028-z.

Rehm, Jürgen – Schield, Kevind D. – Rehm, Maximilien X. – Gmel, Gerrit Jr. – Frick, Ulrich 2012: *Alcohol Consumption, Alcohol Dependence, and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence.* Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.

Rehm, Jürgen – Schield, Kevin D. – Gmel, Gerrit – Rehm, Maximilien X. – Frick, Ulrich 2013: Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 89–97.

Rehm, Jürgen – Allamani, Allaman – Della Vedova, Roberto – Elekes, Zsuzsanna – Jakubczyk, Andrzej – Landsmane, Inga – Manthey, Jakob – Moreno-España, José – Pieper, Lars – Probst, Charlotte – Snikere, Sigita – Struzzo, Pierluigi – Voller, Fabio – Wittchen, Hans-Ulrich – Gual, Antoni – Wojnar, Marcin 2015a: General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 28–32. http://www.annfammed.org/content/13/1/28.long.

Rehm, Jürgen – Allamani, Allaman – Elekes, Zsuzsanna – Jakubczyk, Andrzej – Manthey, Jakob – Probst, Charlotte – Struzzo, Pierluigi – Della Vedova, Roberto – Gual, Antoni – Wojnar, Marcin 2015b: Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*, 16(90). doi: 10.1186/s12875-015-0308-8. http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/90.

Thickett, Antoni – Elekes, Zsuzsanna – Allaste, Alina – Kaha, Kaja – Moskalewicz, Jacek – Kobin, Maarja – Thom, Betsy 2013: The meaning and use of drinking terms: Contrasts and commonalities across four European countries. SMART: Standardized Measurement of Alcohol Related Troubles. *Drugs: education, prevention and policy,* 20(5), 375–382.

UKATT Research Team 2005: Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, 10(331), 544.

Üstün, Bedirha T. – Chatterji, Somnath – Kostanjsek, Nenad – Rehm, Jürgen – Kennedy, Cille – Epping-Jordan, Joanne 2010a: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823.

Üstün, Bedirha T. – Kostanjsek, Nenad – Chatterji, Somnath – Rehm, Jürgen 2010b: *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization, Geneva.

WHO 2014: *Global status report on alcohol and health*. World Health Organization, Geneva.

MELLÉKLET

Az APC kutatásban használt CIDI-kérdések[9]

Melyik problémát, élményt tapasztalta meg az eddigi életében és az elmúlt 12 hónapban?

1. Többet kellett innia, mint korábban, hogy ugyanazt a hatást elérje.
2. Kisebb hatása volt az alkoholnak, mint korábban.
3. Erős sóvárgást, vágyat érzett az alkohol iránt.
4. Rendszeresen előfordult, hogy gyakrabban vagy hosszabb ideig ivott, mint azt eredetileg tervezte.
5. Nehéz volt abbahagyni az ivást, mielőtt berúgott volna.
6. Próbált kevesebb alkoholt inni vagy teljesen felhagyni az ivással.
7. Egészségügyi problémái (remegés, izzadás, ingerlékenység) voltak, amikor a szokásosnál kevesebbet ivott vagy nem ivott egyáltalán.
8. Azért ivott alkoholt, hogy ezeket az egészségügyi problémákat elkerülje.
9. Sok időt töltött az ivással vagy a hatásának kiheverésével.
10. Fontos tevékenységekre kevesebb időt fordított vagy teljesen abbahagyta azokat (lehet munka és szabadidős tevékenység is).
11. Testi betegségei (májbetegség, gyomorpanaszok) vagy pszichés, lelki problémái (depresszió, szorongás) alakultak ki az alkoholfogyasztás miatt.

[9] A CIDI-nek ismert több itemből álló kérdéssora is, ebben a kutatásban a rövidebb változatot használtuk.

ALCOHOL PROBLEM AMONG PRIMARY HEALTH CARE PATIENTS. HUNGARIAN RESULTS OF THE APC (ALCOHOL DEPENDENCE IN PRIMARY AND SPECIALIST CARE IN EUROPE) STUDY

ABSTRACT

The paper presents the Hungarian results of the APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe) study. The survey was conducted in 6 European countries with the purpose of researching the spread of alcohol related problems among patients of primary health care.

Within the frame of the Hungarian data collection we interviewed 2308 patients in 56 primary care centres about their drinking habits, drinking related problems and about asking help for their problems. We also asked doctors of PC centres to fill in a short questionnaire about the health status of the interviewed patient.

As a result we have found that the doctors do not always have information about the alcohol status of the patient, and patients do rarely ask for and rarely receive help for the alcohol problem. On the basis of information received from patients 8,6% have had some alcohol related problems, while only 30.7% of them had also been diagnosed by the doctor. Patients diagnosed as alcohol abusers or alcohol addicts by the doctor or on the basis of their own answers significantly differ by their age, activity and the region of the primary care centre. Doctors more frequently diagnose elderly, unemployed and inactive patients as problematic alcohol user.

Only one fourth of patients diagnosed as problematic alcohol user asked for help for the problem and only 14.3% of them asked for professional help.

KÖZLEMÉNY

Születéskori testtömeg-, testhossz- és BMI-standardok a 2000–2012. évi országos élveszületési adatok alapján, Magyarországon

Joubert Kálmán – Zsákai Annamária – Berkő Péter

ÖSSZEFOGLALÓ

A szerzők jelen publikációjukban a 2000–2012 közötti évek országos születési adatai alapján kidolgozott terhességtartam szerinti testtömeg és testhossz referencia-percentiliseket adják közre. Az itt bemutatott terhességtartam szerinti testtömeg és testhossz percentilis standardok – az 1973–1978. évi és az 1990–1996. évi standardokat követően – a harmadik országos referenciaértékek. Az új referncia percentilisek kidolgozására azért volt szükség, mert az 1990–1996. évi terhességtartam szerinti testtömeg és testhossz standard értékektől a 2000–2012. évi átlagok statisztikailag jelentős mértékben eltérnek. A percentilis-mintázat meghatározását LMS módszerrel 1 180 023 újszülött (607 200 fiú és 572 823 leány) adatai alapján végezték. A születési testtömeg és testhossz mellett most először a terhességtartam szerinti testtömeg-index (BMI) hazai referencia-percentilisei is meghatározásra kerültek.

Tárgyszavak: születéskori testfejlettség, terhességtartam szerinti testtömeg referencia-percentilisek, terhességtartam szerinti testhossz referencia-percenti lisek, országos születéskori standardok, terhességtartam szerinti testtömeg-index (BMI) referencia-percentilisek

Joubert Kálmán
KSH Népességtudományi Kutatóintézet
E-mail: kalman.joubert@gmail.com

Zsákai Annamária
ELTE TTK Embertani Tanszék
E-mail: zsakaia@elte.hu

Berkő Péter
Miskolci Egyetem Egészségi Kar
E-mail: peter.berko.dr@gmail.com

BEVEZETÉS

Az újszülött életképességének megítéléséhez, az optimális ellátása megtervezéséhez – sok egyéb mellett – fontos a testfejlettségének és tápláltságának korrekt meghatározása, amelyhez nélkülözhetetlen a terhességtartam szerinti testtömeg- és testhossz-standardok alkalmazása.

Az újszülöttek fizikai állapotának és fejlettségének megítélésére az újszülött testhosszának és testtömegének mérését, dokumentálását alkalmazták, amely már a 19. század második felében a legtöbb szülőintézetben az újszülöttek ellátásának szerves része volt. Az első szakirodalmi adat a magyar újszülöttek testfejlettségéről Kézmárszky Tivadartól, a budapesti szülészeti klinika későbbi neves tanárától származik 1873-ból (Kézmárszky 1873). A következő jelentős hazai eredmény Kontsek Béla nevéhez fűződik (Kontsek 1936). Az általa vizsgált 1000 debreceni újszülött részletes antropometriai méreteit nem csupán a szokásos módon, a testfejlettség és tápláltság megítéléséhez használta fel, hanem – Magyarországon elsőként – a terhességi sorrenddel, a szülők életkorával, az anya testmagasságával és a szociális körülményekkel összefüggésben is elemezte.

Ami az újszülöttek fejlettségének megítélését illeti, Yllpö 1919-ben azt javasolta, hogy a 2500 g-mal vagy kisebb súllyal világra jött újszülötteket tekintsék koraszülöttnek (Yllpö 1919). Ezt a minősítést a WHO 1948-ban elfogadta, és csak 1961-ben módosította koraszülöttről kissúlyú szülöttre (low birth weight infant). Az élveszületett újszülöttek testtömeg- és testhossz-standardjaival kapcsolatos történeti háttérről, a nemzetközi és magyarországi előzményekről az 1973–1978. évi standardok (Joubert 1983), illetve az 1990–1996. évi standardok (Joubert 2000) közreadása során már részletesen beszámoltunk, ezért ezekre itt most nem térünk ki.

Az alábbiakban a 2000–2012. évek országos születési adatai alapján kidolgozott terhességtartam szerinti testtömeg és testhossz referencia-percentiliseket adjuk közre. Az itt bemutatott terhességtartam szerinti testtömeg és testhossz referencia standardok – az 1973–1978. évi és az 1990–1996. évi standardokat követően – sorrendben a harmadik országos referenciaértékek. Az új standardok kidolgozására azért volt szükség, mert az 1990–1996. évi terhességtartam szerinti testtömeg és testhossz standard értékektől a 2000–2012. évi átlagok statisztikailag jelentős mértékben eltérnek. A születési testtömeg és testhossz mellett elsőként a terhességtartam szerinti testtömeg-index (BMI) hazai referencia-percentiliseit is meghatározzuk.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A vizsgálat során feldolgozott adatok a Központi Statisztikai Hivatalba beérkező ún. Születési lapokból származnak. A Születési lapot minden, Magyarországon világra jött újszülöttről kitöltik, és az adatokat a KSH-ban dolgozzák fel. Az általunk vizsgált 13 év alatt (2000-től 2012-ig) 1 240 456 élveszületés történt Magyarországon, ebből 637 819 fiú és 602 637 leány. A korábbi hazai és nemzetközi gyakorlatnak megfelelően az iker szülötteket, a külföldi állampolgárok gyermekeit és a veleszületett rendellenességgel világra jött újszülötteket, valamint mindazokat, akiknél hibás terhességtartam-, testtömeg- vagy testhosszértéket találtunk, kizártuk a mintából. Mindez összesen 60 433 kizárt élveszületést jelentett. Ennek megfelelően, jelen munkánkban 1 180 023 újszülött (607 200 fiú és 572 823 leány) adatai kerültek feldolgozásra. Az *1. táblázatban* éves bontásban adjuk meg a mintából kizárt, illetve a feldolgozásra került fiú és leány újszülöttek megoszlását.[1]

1. táblázat: A fiú és leány újszülöttek megoszlása a vizsgált mintában
The distribution of male and female neonates in the studied sample

Születés éve	A 2000–2012. években Magyarországon élveszületett fiúk és leányok			A 2000–2012. években Magyarországon élveszületettekből feldolgozásra került fiúk és leányok		
	Fiúk	Leányok	Összesen	Fiúk	Leányok	Összesen
2000	50 242	47 355	97 597	48 131	45 317	93 448
2001	50 034	47 013	97 047	47 878	44 960	92 838
2002	49 695	47 109	96 804	47 487	44 844	92 331
2003	48 863	45 784	94 647	46 546	43 585	90 131
2004	48 778	46 359	95 137	46 451	44 060	90 511
2005	50 327	47 169	97 496	47 917	44 871	92 788
2006	51 116	48 755	99 871	48 588	46 259	94 847
2007	50 033	47 580	97 613	47 589	45 134	92 723
2008	50 823	48 326	99 149	48 301	45 820	94 121
2009	49 565	46 877	96 442	46 853	44 316	91 169
2010	46 279	44 056	90 335	43 879	41 703	85 582
2011	45 390	42 659	88 049	43 125	40 509	83 634
2012	46 674	43 595	90 269	44 455	41 455	85 900
Összesen	637 819	602 637	1 240 456	607 200	572 823	1 180 023

[1] Ezúton is köszönjük az adatállomány kialakításában nyújtott segítségét Kéki Zsuzsannának, a KSH Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály munkatársának. Hálásan köszönjük Várnainé Anek Ágnesnek, a KSH Népességtudományi Kutatóintézet munkatársának az adatállomány kezelésében, táblázatok, ábrák készítésében nyújtott sokoldalú munkáját.

A terhességtartam szerinti referencia-percentiliseket az R nyílt forrású statisztikai és grafikai környezet ún. LMS módszerre épülő GAMLSS statisztikai programcsomagja segítségével határoztuk meg (Cole – Green 1992, Cole – Pan 2004, R Core Team 2013). A testtömeg és testhossz percentilisei mellett kidolgoztuk a születéskori testtömeg-index (BMI) referencia-percentiliseit is. Az említett változók percentilis-grafikonjai mellett táblázatos formában közreadjuk a terhességtartam szerinti esetszámot (n), átlagot ($\bar{x}$), szórást (SD) és a szokásos percentilis-értékeket is (3., 10., 25., 50., 75., 90., 97.). A BMI esetében a gyermekeknél a 90. mellett a 85. percentilist is megadjuk a túlsúlyosság – a felnőttkori 25 kg/m^2 BMI-nek megfelelő – alsó határértékeként (Cole et al. 2000). A születéskori BMI értékek közreadását az indokolja, hogy a nemzetközi szakirodalomban, a különböző betegségkockázatok megítélésénél mind gyakrabban alkalmazzák az újszülött tápláltságának meghatározására a születéskori testtömeg-indexet (BMI). Jóllehet, születéskori BMI percentilis-értékeket keresztmetszeti vagy követéses vizsgálatok keretében már az elmúlt évtizedekben közreadtak (lásd Rolland-Cachera et al. 1991, Karlberg et al. 2003, Joubert 2006), azonban ismereteink szerint terhességtartam szerinti testtömeg-percentiliseket Brock és szerzőtársai (2008) közöltek először. Be kell látnunk, hogy az újszülöttek testfejlettségének, tápláltságának leírására használatos hagyományos paraméterek, mint a terhességtartam (az újszülött érettsége: preterm, term and post term neonates), a születéskori testtömeg, de még e kettő kombinációja, a terhességtartam szerinti testtömeg-percentilis és ez alapján az újszülött tápláltsága (SGA – AGA – LGA) sem ad megbízható információt az újszülött tényleges tápláltságáról. Ezt a hiányosságot hivatott pótolni a születéskori testtömeg-index, a BMI alkalmazása. A BMI képletében szereplő testhossz révén már jobb közelítést kapunk az újszülött tápláltságáról. Ma már egyértelműen bizonyított, hogy a születéskori tápláltság mértékének helyes megítélése adott esetben meghatározó lehet az újszülött életkilátásaira, majd a további növekedésének, fejlődésének alakulására vonatkozóan. Ezért fontos a születéskori tápláltság lehető legkorrektebb meghatározása. Valójában erre a célra jelenleg a Berkő-féle ÉFT percentilis mátrix a legalkalmasabb módszer (Berkő – Joubert 2006, 2009, 2012).

VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK

A jelenleg használatos születéskori testtömeg- és testhossz-standardok az 1990–1996. évi országos élveszületési adatok alapján készültek. Annak megállapítására, hogy az elmúlt évtizedben történt-e jelentős változás az újszülöt-

tek testtömeg- és testhossz-viszonyainak alakulásában, terhességi hetenként összehasonlítottuk az 1990–1996. évi élveszületések testtömeg- majd testhossz-átlagait a 2000–2012. évi megfelelő átlagokkal. Annak megítélésére, hogy az 1990–1996, illetve a 2000–2012 között születettek testdimenziói között jelentős-e a különbség statisztikailag, t-próbát alkalmaztunk. A t-próba értékének megfelelő szignifikancia szintet a *2. táblázat* utolsó oszlopában jelöltük.

2. táblázat: Az újszülöttek 1990–1996. és 2000–2012. években mért terhességtartam szerinti testtömege közötti eltérés vizsgálata (t-próba)
The analysis of birth weight for gestational age in neonates born between 1990–1996 and between 2000–2012 (t-test)

a) Fiúk

Terhesség tartama (hét)	1990–1996. évek			2000–2012. évek			t-próba értéke	Szignifikancia
	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (g)	Szórás (SD)	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (g)	Szórás (SD)		
20	18	474	138,0	51	410	84,2	1,85	n.s.
21	17	502	87,3	27	463	68,4	1,57	n.s.
22	54	617	214,1	68	547	131,4	2,11	*
23	88	684	274,0	145	610	133,7	2,37	*
24	184	758	256,4	408	668	126,2	4,51	***
25	265	771	229,6	428	771	149,7	0,01	n.s.
26	408	934	257,1	568	879	179,4	3,69	***
27	432	1037	251,9	611	1021	196,9	1,07	n.s.
28	709	1227	337,4	828	1147	253,0	5,15	***
29	618	1344	342,7	855	1289	282,6	3,25	**
30	1 072	1593	480,5	1 205	1485	323,8	6,18	***
31	1 027	1737	450,8	1 471	1677	360,2	3,57	***
32	1 891	1945	484,5	2 546	1899	417,3	3,35	***
33	2 131	2162	517,1	2 954	2115	427,7	3,44	***
34	3 595	2382	545,9	4 866	2323	435,7	5,31	***
35	5 089	2511	506,3	8 213	2550	448,9	4,53	***
36	12 590	2692	476,2	18 928	2777	442,9	15,91	***
37	27 643	2956	448,1	44 013	3032	445,3	22,11	***
38	64 771	3163	456,3	102 620	3239	447,7	33,45	***
39	101 953	3351	446,1	175 025	3431	439,0	45,88	***
40	143 815	3483	450,1	187 157	3560	449,4	49,13	***
41	37 891	3591	465,1	49 874	3672	451,7	25,73	***
42	5 743	3647	495,0	3 506	3719	470,5	6,98	***
43	364	3668	516,4	96	3638	611,2	0,44	n.s.

Megjegyzések: n.s.: nem szignifikáns; *: p<0,05 szinten szignifikáns; **: p<0,01 szinten szignifikáns; ***: p<0,001 szinten szignifikáns; szürke háttér: a nagyobb születési testtömeg átlag.

b) Leányok

Terhesség tartama (hét)	1990–1996. évek			2000–2012. évek			t-próba értéke	Szignifikancia
	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (g)	Szórás (SD)	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (g)	Szórás (SD)		
20	22	469	119,1	62	423	103,5	1,60	n.s.
21	20	526	109,5	17	453	108,4	2,03	*
22	53	620	296,4	48	537	125,1	1,86	n.s.
23	72	695	414,1	147	565	116,8	2,61	**
24	173	743	320,7	387	636	129,5	4,24	***
25	255	741	248,4	395	723	145,4	1,06	n.s.
26	318	911	246,9	534	845	183,0	4,16	***
27	364	1014	263,1	520	959	196,4	3,37	***
28	657	1216	399,9	706	1101	260,7	6,22	***
29	539	1335	361,5	739	1227	277,4	5,81	***
30	961	1590	520,8	1 031	1400	335,9	9,61	***
31	953	1724	483,1	1 230	1603	378,9	6,37	***
32	1 846	1939	528,1	2 023	1834	435,8	6,72	***
33	2 003	2158	561,3	2 332	2020	433,0	8,98	***
34	3 183	2308	559,3	4 206	2227	438,3	6,72	***
35	4 574	2416	480,0	6 929	2443	436,4	3,11	**
36	11 521	2604	462,7	16 501	2673	429,4	12,70	***
37	25 225	2845	425,9	38 687	2917	434,1	20,61	***
38	59 986	3034	434,2	95 048	3106	432,3	31,84	***
39	97 021	3213	428,5	167 231	3291	422,0	45,27	***
40	139 009	3335	429,3	182 481	3408	429,0	48,02	***
41	36 508	3436	444,5	47 627	3509	432,4	23,91	***
42	5 678	3475	463,7	3 150	3536	455,5	6,03	***
43	306	3495	436,8	97	3441	486,3	0,97	n.s.

Megjegyzések: n.s.: nem szignifikáns; *: p<0,05 szinten szignifikáns; **: p<0,01 szinten szignifikáns; ***: p<0,001 szinten szignifikáns; szürke háttér: a nagyobb születési testtömeg átlag.

Azt találtuk, hogy az 1990–1996 között születettek testtömege, mind a fiúk, mind pedig a leányok esetében a 20. és a 34. terhességi hét között nagyobb, mint a 2000–2012 között születetteké, az eltérés mértéke a 28. és a 34. hét között születetteknél statisztikailag jelentős. A 35. héttől a 42. hétig azonban a 2000–2012 között születettek testtömege egyértelműen nagyobb az 1990–1996 között születettekénél mindkét nem esetében, mégpedig statisztikailag igen jelentős mértékben. (A táblázatokban az adott terhességi héthez tartozó nagyobb születési testtömeg-átlagot, illetve testhossz-átlagot szürke háttérrel emeltük ki.)

A *3. táblázat* adatai alapján megállapíthatjuk, hogy az 1990–1996. évi és a 2000–2012. évi születéskori testhossz-standardok terhességi hetenként t-próbával végzett összehasonlítása során is lényegében a testtömeg-átlagoknál talált tendencia érvényesül mindkét nem esetében.

3. táblázat: Az újszülöttek 1990–1996 és 2000–2012 közötti években mért terhességtartam szerinti testhossz közötti eltérés vizsgálata (t-próba)
The analysis of birth length for gestational age in neonates born between 1990–1996 and between 2000–2012 (t-test)

a) Fiúk

Terhesség tartama (hét)	1990–1996. évek			2000–2012. évek			t-próba értéke	Szignifikancia
	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (cm)	Szórás (SD)	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (cm)	Szórás (SD)		
20	18	26,9	4,8	51	28,0	4,7	0,81	n.s.
21	17	28,1	4,2	27	28,6	4,8	0,37	n.s.
22	51	31,5	5,1	68	30,7	4,5	0,96	n.s.
23	85	31,1	4,9	145	31,6	4,2	0,81	n.s.
24	175	32,5	5,0	408	32,5	3,5	0,05	n.s.
25	251	33,2	4,5	428	33,4	3,3	0,65	n.s.
26	393	35,3	3,8	568	35,0	3,4	1,38	n.s.
27	416	36,5	3,7	611	36,5	3,2	0,13	n.s.
28	675	38,5	4,2	828	37,9	3,6	3,18	**
29	607	39,7	4,3	855	39,2	3,6	2,30	*
30	1 051	41,7	4,7	1 205	40,9	3,7	4,44	***
31	1 013	42,8	3,9	1 471	42,3	3,8	3,47	***
32	1 874	44,3	4,1	2 547	44,0	3,8	3,08	**
33	2 121	45,9	3,9	2 955	45,5	3,6	3,93	***
34	3 581	47,1	3,9	4 866	46,8	3,4	3,55	***
35	5 080	47,9	3,5	8 214	48,2	3,2	5,08	***
36	12 581	48,9	3,3	18 928	49,5	3,1	15,00	***
37	27 639	50,4	3,0	44 014	50,7	3,0	16,39	***
38	64 761	51,4	3,0	102 623	51,8	3,0	27,49	***
39	101 942	52,3	2,9	175 027	52,8	3,0	48,47	***
40	143 804	53,0	2,9	187 166	53,3	3,0	36,86	***
41	37 888	53,4	2,9	49 874	54,1	3,1	35,17	***
42	5 742	53,7	3,0	3 506	54,4	3,2	10,00	***
43	364	53,6	3,2	96	53,4	4,2	0,43	n.s.

Megjegyzések: n.s.: nem szignifikáns; *: $p<0,05$ szinten szignifikáns; **: $p<0,01$ szinten szignifikáns; ***: $p<0,001$ szinten szignifikáns; szürke háttér: a nagyobb terhességtartam szerinti testhossz.

b) Leányok

Terhesség tartama (hét)	1990–1996. évek			2000–2012. évek			t-próba értéke	Szignifikancia
	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (cm)	Szórás (SD)	Esetszám (N)	Átlag $\bar{x}$ (cm)	Szórás (SD)		
20	22	27,3	4,7	62	29,8	4,7	0,81	n.s.
21	20	27,2	4,3	17	30,3	5,5	0,37	n.s.
22	50	31,1	4,9	48	31,0	4,2	0,96	n.s.
23	69	31,0	5,9	147	31,5	3,9	0,81	n.s.
24	165	32,4	5,5	388	32,1	3,8	0,05	n.s.
25	244	32,6	5,1	395	33,3	3,7	0,65	n.s.
26	307	34,6	4,2	534	34,7	3,4	1,38	n.s.
27	353	36,4	4,1	520	35,9	3,3	0,13	n.s.
28	637	38,4	4,5	706	37,5	3,5	3,18	**
29	521	39,6	4,1	739	38,7	3,8	2,30	*
30	943	41,7	4,7	1 031	40,3	3,9	4,44	***
31	935	42,8	4,3	1 231	41,9	3,8	3,47	***
32	1 833	44,3	4,3	2 023	43,6	4,0	3,08	**
33	1 994	45,6	4,2	2 332	44,9	3,7	3,93	***
34	3 168	46,7	3,9	4 207	46,2	3,5	3,55	***
35	4 567	47,4	3,5	6 929	47,5	3,3	5,08	***
36	11 513	48,5	3,3	16 502	48,9	3,1	15,00	***
37	25 221	49,8	3,0	38 688	50,1	3,0	16,39	***
38	59 983	50,7	2,9	95 050	51,1	3,0	27,49	***
39	97 005	51,5	2,9	167 233	52,0	3,0	48,47	***
40	138 996	52,2	2,9	182 484	52,5	3,0	36,86	***
41	36 503	52,6	2,9	47 630	53,2	3,1	35,17	***
42	5 678	52,9	3,0	3 150	53,4	3,2	10,00	***
43	306	53,1	3,1	97	52,5	3,8	0,43	n.s.

Megjegyzések: n.s.: nem szignifikáns; *: $p<0,05$ szinten szignifikáns; **: $p<0,01$ szinten szignifikáns; ***: $p<0,001$ szinten szignifikáns; szürke háttér: a nagyobb terhességtartam szerinti testhossz.

ÖSSZEGZÉS

A fentieket összegezve elmondhatjuk, hogy a két vizsgált időszak terhességtartam szerinti testtömeg- és testhosszértékei közötti, számításaink alapján megállapított, statisztikailag igen jelentős eltérések egyértelműen alátámasztják, hogy az 1990–1996. évi adatok alapján kidolgozott terhességtartam szerinti testtömeg- és testhossz-standardok ma már nem alkalmasak az újszülöttek tápláltságának, fejlettségének megítélésére. Ezért tartottuk időszerűnek, hogy a 2000–2012. évi élveszületési adatok alapján új terhességtartam szerinti testtömeg- és testhossz-standardot dolgozzunk ki, és adjuk közre a szülészek és neonatológusok számára.

Azért is fontos a megváltozott terhességtartam szerinti testtömeg- és testhosszviszonyoknak megfelelő újszülöttkori standardok elkészítése, mert a Berkő-féle ÉFT-mátrixokat mindig az érvényes terhességtartam szerinti testtömeg- és testhossz-standardok alapján kell aktualizálni. A Berkő-féle ÉFT-mátrix az az eszköz, amellyel az újszülött neme, terhességtartama és a terhességtartamnak megfelelő testtömeg- és testhossz-percentilis pozíciója alapján élettanilag a legmegalapozottabban határozható meg az újszülött érettsége, fejlettsége, tápláltsága. Ugyanis a vizsgált adott nemű újszülött tápláltságát, fejlettségét jelző mátrix-cellapozícióját együttesen határozza meg az újszülött terhességtartam szerinti testtömeg-percentilise és a terhességtartam szerinti testhossz-percentilise. Az adott mátrix-cellába tartozó újszülöttek tápláltságával, fejlettségével összefüggő veszélyeztetettségét, túlélési kockázatát a cellára kiszámított halandósági arányszámmal jelezzük (késői magzati, perinatális, újszülöttkori stb. halálozás; lásd bővebben: Berkő – Joubert 2006, 2009, 2012, Berkő et al. 2013, 2014).

Az alábbiakban rendre közreadjuk a fiúk, majd a leányok terhességtartam szerinti testtömege, testhossza és testtömeg-indexe (BMI) legfontosabb statisztikai paramétereit, majd a percentilis-ábráit.

4. táblázat: A születéskori testtömeg terhességtartam szerinti standard statisztikai paraméterei a 2000–2012 között születettek országos adatai alapján
Reference values of birth weight for gestational age based on the national birth data between 2000 and 2012

a) Fiúk

Terhesség tartama (hét)	Eset-szám (N)	Átlag $\bar{x}$ (g)	Szórás (SD)	Percentilisek						
				3	10	25	50	75	90	97
20	51	410,1	84,2	177,8	219,0	259,9	305,6	353,6	400,7	452,9
21	27	462,9	68,4	231,2	283,4	335,1	393,0	453,6	513,0	578,9
22	68	547,0	131,4	286,6	349,7	412,2	482,0	555,1	626,6	706,0
23	145	609,9	133,7	344,9	419,2	492,6	574,6	660,3	744,2	837,2
24	408	668,3	126,2	407,3	493,4	578,3	673,1	772,2	869,2	976,6
25	428	771,2	149,7	475,0	573,9	671,5	780,3	894,0	1005,2	1128,4
26	568	879,4	179,4	549,3	662,5	774,1	898,6	1028,6	1155,6	1296,4
27	611	1021,4	196,9	631,4	760,6	887,9	1029,8	1178,0	1322,8	1483,2
28	828	1147,5	253,0	722,8	869,5	1014,1	1175,2	1343,5	1507,8	1690,0
29	855	1289,3	282,6	825,2	990,9	1154,0	1335,7	1525,4	1710,7	1915,9
30	1 205	1485,5	323,8	940,9	1126,2	1308,5	1511,4	1723,1	1929,8	2158,7
31	1 471	1676,7	360,2	1072,0	1276,7	1477,9	1701,5	1934,7	2162,1	2413,8
32	2 546	1898,6	417,3	1221,0	1443,8	1662,2	1904,8	2157,3	2403,3	2675,3
33	2 954	2114,9	427,7	1389,7	1627,9	1860,9	2119,0	2387,3	2648,3	2936,5
34	4 866	2323,4	435,7	1577,6	1827,9	2071,9	2341,6	2621,3	2893,0	3192,5
35	8 213	2550,2	448,9	1782,2	2040,8	2292,3	2569,4	2856,1	3134,0	3439,9
36	18 928	2776,8	442,9	1997,7	2261,4	2516,9	2797,8	3087,7	3368,1	3676,2
37	44 013	3031,8	445,3	2214,2	2480,5	2737,8	3019,9	3310,4	3590,9	3898,5
38	102 620	3239,1	447,7	2418,4	2685,8	2943,5	3225,5	3515,3	3794,7	4100,7
39	175 025	3431,2	439,0	2596,4	2864,7	3122,8	3404,7	3694,1	3972,7	4277,5
40	187 157	3560,5	449,4	2737,6	3009,1	3270,0	3554,7	3846,7	4127,6	4434,7
41	49 874	3671,6	451,7	2838,1	3114,1	3399,1	3688,2	3964,5	4269,4	4560,6
42	3 506	3718,8	470,5	2898,0	3170,0	3455,0	3754,0	4020,0	4336,0	4623,0
43	96	3638,0	611,2	2900,0	3180,0	3466,0	3760,0	4034,0	4350,0	4631,0
Összesen	606 463	3352,8	570,9	2200,0	2700,0	3050,0	3400,0	3700,0	4000,0	4330,0

©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

b) Leányok

Terhesség tartama (hét)	Eset-szám (N)	Átlag $\bar{x}$ (g)	Szórás (SD)	Percentilisek						
				3	10	25	50	75	90	97
20	62	423,1	103,5	171,3	212,6	254,5	302,5	353,9	405,2	463,0
21	17	453,0	108,4	218,6	269,8	321,7	381,0	444,5	507,6	578,8
22	48	537,2	125,1	268,1	329,1	390,9	461,5	536,9	611,9	696,3
23	147	565,3	116,8	320,6	391,9	464,0	546,2	633,8	721,0	819,0
24	387	635,8	129,5	377,4	459,7	542,8	637,6	738,5	838,7	951,4
25	395	722,8	145,4	439,5	534,1	629,6	738,2	853,9	968,7	1097,8
26	534	844,6	183,0	508,2	616,6	725,9	850,4	982,8	1114,2	1261,9
27	520	959,2	196,4	584,5	708,5	833,5	975,8	1127,1	1277,3	1446,0
28	706	1101,3	260,7	669,9	811,2	953,6	1115,6	1287,8	1458,8	1650,8
29	739	1226,9	277,4	766,5	926,4	1087,4	1270,4	1465,0	1658,0	1874,7
30	1 031	1399,9	335,9	876,8	1055,8	1235,9	1440,4	1657,6	1872,9	2114,4
31	1 230	1602,9	378,9	1003,5	1201,3	1399,8	1624,7	1863,3	2099,4	2364,1
32	2 023	1833,9	435,8	1149,6	1364,2	1579,0	1821,8	2078,7	2332,6	2616,6
33	2 332	2019,6	433,0	1316,4	1545,0	1772,8	2029,4	2300,2	2567,1	2865,1
34	4 206	2227,4	438,3	1503,2	1742,1	1979,1	2245,1	2524,7	2799,5	3105,5
35	6 929	2443,5	436,4	1706,3	1951,9	2194,4	2465,4	2749,2	3027,3	3336,0
36	16 501	2673,3	429,4	1918,5	2167,8	2412,8	2685,5	2970,1	3248,0	3555,8
37	38 687	2916,6	434,1	2129,2	2380,1	2625,7	2898,1	3181,5	3457,5	3762,3
38	95 048	3106,0	432,3	2326,2	2577,5	2822,5	3093,4	3374,6	3647,6	3948,6
39	167 231	3290,8	422,0	2496,7	2748,0	2992,4	3262,1	3541,4	3812,1	4110,0
40	182 481	3408,4	429,0	2629,0	2882,6	3128,9	3400,3	3680,9	3952,8	4251,6
41	47 627	3509,1	432,4	2708,2	2965,7	3225,7	3501,0	3796,4	4060,8	4363,2
42	3 150	3536,4	455,5	2740,3	3000,0	3250,0	3540,0	3840,0	4121,0	4407,0
43	97	3441,3	486,3	2742,0	3010,0	3255,0	3545,0	3843,0	4123,0	4412,0
Összesen	572 128	3223,9	540,0	2150,0	2600,0	2920,0	3250,0	3560,0	3850,0	4150,0

©Joubert K. – Zsákai A.(2015)

5. táblázat: A születéskori testhosszúság terhességtartam szerinti standard statisztikai paraméterei a 2000–2012 között születettek országos adatai alapján
Reference values of birth length for gestational age based on the national birth data between 2000 and 2012

a) Fiúk

Terhesség tartama (hét)	Eset-szám (N)	Átlag $\bar{x}$ (cm)	Szórás (SD)	Percentilisek						
				3	10	25	50	75	90	97
20	51	28,0	4,7	20,1	22,1	24,2	26,6	29,1	31,6	34,4
21	27	28,6	4,8	21,5	23,5	25,6	28,0	30,5	33,0	35,8
22	68	30,7	4,5	22,9	24,9	27,0	29,4	31,9	34,4	37,2
23	145	31,6	4,2	24,3	26,3	28,4	30,8	33,3	35,8	38,5
24	408	32,5	3,5	25,7	27,8	29,9	32,2	34,8	37,2	39,9
25	428	33,4	3,3	27,2	29,2	31,3	33,7	36,2	38,6	41,2
26	568	35,0	3,4	28,6	30,7	32,7	35,1	37,6	40,0	42,6
27	611	36,5	3,2	30,1	32,1	34,2	36,6	39,0	41,4	44,0
28	828	37,9	3,6	31,5	33,6	35,7	38,0	40,5	42,9	45,5
29	855	39,2	3,6	33,0	35,1	37,1	39,5	42,0	44,3	46,9
30	1 205	40,9	3,7	34,5	36,6	38,6	41,0	43,4	45,8	48,3
31	1 471	42,3	3,8	36,1	38,1	40,2	42,5	44,9	47,2	49,7
32	2 547	44,0	3,8	37,6	39,6	41,7	43,9	46,3	48,6	51,0
33	2 955	45,5	3,6	39,2	41,2	43,2	45,4	47,7	49,9	52,2
34	4 866	46,8	3,4	40,8	42,8	44,7	46,8	49,0	51,2	53,4
35	8 214	48,2	3,2	42,4	44,3	46,1	48,2	50,3	52,4	54,5
36	18 928	49,5	3,1	43,9	45,7	47,5	49,5	51,5	53,5	55,6
37	44 014	50,7	3,0	45,2	47,0	48,7	50,7	52,7	54,6	56,6
38	102 623	51,8	3,0	46,3	48,1	49,8	51,8	53,8	55,7	57,7
39	175 027	52,8	3,0	47,2	49,0	50,7	52,7	54,7	56,6	58,6
40	187 166	53,3	3,0	47,8	49,6	51,4	53,3	55,4	57,3	59,3
41	49 874	54,1	3,1	48,3	50,0	51,7	53,8	55,9	58,0	59,9
42	3 506	54,4	3,2	48,7	50,1	52,0	54,0	56,2	58,3	60,3
43	96	53,4	4,2	48,7	50,2	52,0	54,0	56,3	58,4	60,4
Összesen	606 481	52,3	3,7	46,0	48,0	50,0	52,0	55,0	57,0	59,0

©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

b) Leányok

Terhesség tartama (hét)	Eset-szám (N)	Átlag $\bar{x}$ (cm)	Szórás (SD)	Percentilisek						
				3	10	25	50	75	90	97
20	62	29,8	4,7	19,9	22,0	24,2	26,7	29,4	32,1	35,1
21	17	30,3	5,5	21,2	23,4	25,5	28,1	30,8	33,4	36,3
22	48	31,0	4,2	22,6	24,7	26,9	29,4	32,1	34,7	37,6
23	147	31,5	3,9	23,9	26,1	28,2	30,7	33,4	36,0	38,8
24	388	32,1	3,8	25,3	27,4	29,6	32,1	34,7	37,3	40,1
25	395	33,3	3,7	26,7	28,8	31,0	33,4	36,1	38,6	41,3
26	534	34,7	3,4	28,1	30,2	32,4	34,8	37,4	39,9	42,6
27	520	35,9	3,3	29,5	31,6	33,8	36,2	38,8	41,3	44,0
28	706	37,5	3,5	30,9	33,0	35,2	37,6	40,2	42,7	45,3
29	739	38,7	3,8	32,4	34,5	36,6	39,1	41,6	44,1	46,7
30	1 031	40,3	3,9	33,8	36,0	38,1	40,5	43,0	45,5	48,1
31	1 231	41,9	3,8	35,4	37,5	39,6	42,0	44,5	46,8	49,4
32	2 023	43,6	4,0	36,9	39,0	41,1	43,4	45,8	48,2	50,6
33	2 332	44,9	3,7	38,5	40,6	42,6	44,8	47,2	49,4	51,8
34	4 207	46,2	3,5	40,2	42,1	44,0	46,2	48,5	50,6	52,9
35	6 929	47,5	3,3	41,7	43,6	45,5	47,6	49,7	51,8	54,0
36	16 502	48,9	3,1	43,2	45,0	46,8	48,8	50,9	52,9	55,0
37	38 688	50,1	3,0	44,5	46,3	48,0	50,0	52,0	53,9	56,0
38	95 050	51,1	3,0	45,6	47,4	49,1	51,0	53,0	54,9	56,9
39	167 233	52,0	3,0	46,5	48,2	49,9	51,9	53,8	55,7	57,7
40	182 484	52,5	3,0	47,1	48,9	50,6	52,5	54,5	56,4	58,4
41	47 630	53,2	3,1	47,4	49,3	51,0	53,0	55,1	56,9	59,1
42	3 150	53,4	3,2	47,6	49,5	51,3	53,2	55,3	57,2	59,4
43	97	52,5	3,8	47,6	49,5	51,3	53,2	55,4	57,3	59,4
Összesen	572 143	51,6	3,6	45,0	48,0	50,0	52,0	54,0	56,0	58,0

©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

6. táblázat: A születéskori testtömeg-index (BMI) terhességtartam szerinti standard statisztikai paraméterei a 2000–2012 között születettek országos adatai alapján
Reference values of BMI for gestational age based on the national birth data between 2000 and 2012

a) Fiúk

Terhesség tartama (hét)	Eset-szám (N)	Átlag $\bar{x}$ (kg/m^2)	Szórás (SD)	Percentilisek							
				3	10	25	50	75	85	90	97
20	51	5,51	1,67	2,74	3,29	3,94	4,79	5,86	6,55	7,08	8,65
21	27	5,99	1,83	3,06	3,64	4,30	5,18	6,26	6,95	7,48	9,03
22	68	6,07	1,91	3,39	3,99	4,68	5,57	6,65	7,34	7,86	9,39
23	145	6,41	2,08	3,73	4,35	5,06	5,96	7,04	7,73	8,24	9,74
24	408	6,44	1,49	4,08	4,72	5,44	6,35	7,43	8,11	8,62	10,08
25	428	7,01	1,72	4,44	5,10	5,83	6,75	7,82	8,49	8,99	10,42
26	568	7,28	1,60	4,82	5,48	6,22	7,14	8,22	8,88	9,37	10,77
27	611	7,74	1,55	5,19	5,88	6,62	7,55	8,61	9,27	9,75	11,12
28	828	8,04	1,71	5,58	6,28	7,03	7,95	9,02	9,66	10,14	11,48
29	855	8,38	1,66	5,98	6,68	7,44	8,37	9,42	10,06	10,53	11,84
30	1 205	8,90	1,75	6,40	7,10	7,87	8,79	9,83	10,46	10,92	12,20
31	1 471	9,38	1,72	6,82	7,53	8,29	9,21	10,25	10,87	11,32	12,57
32	2 546	9,78	1,64	7,25	7,96	8,73	9,64	10,66	11,27	11,71	12,93
33	2 954	10,21	1,68	7,68	8,40	9,16	10,06	11,07	11,67	12,10	13,29
34	4 866	10,57	1,52	8,11	8,83	9,58	10,48	11,47	12,06	12,48	13,64
35	8 213	10,95	1,50	8,53	9,25	10,00	10,89	11,87	12,45	12,87	14,00
36	18 928	11,34	1,52	8,93	9,65	10,40	11,29	12,26	12,83	13,24	14,35
37	44 013	11,78	1,48	9,30	10,02	10,78	11,66	12,62	13,19	13,59	14,69
38	102 620	12,08	1,45	9,61	10,34	11,09	11,98	12,94	13,50	13,91	15,00
39	175 025	12,31	1,43	9,85	10,58	11,34	12,23	13,20	13,76	14,16	15,26
40	187 157	12,54	1,46	10,01	10,75	11,52	12,42	13,40	13,98	14,39	15,50
41	49 874	12,59	1,48	10,10	10,85	11,61	12,56	13,55	14,14	14,56	15,69
42	3 506	12,61	1,52	10,16	10,90	11,65	12,60	13,60	14,16	14,60	15,87
43	96	12,82	2,20	10,16	10,90	11,65	12,60	13,60	14,16	14,60	16,06
Összesen	606 463	12,20	1,58	9,43	10,36	11,19	12,12	13,20	13,81	14,20	15,19

©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

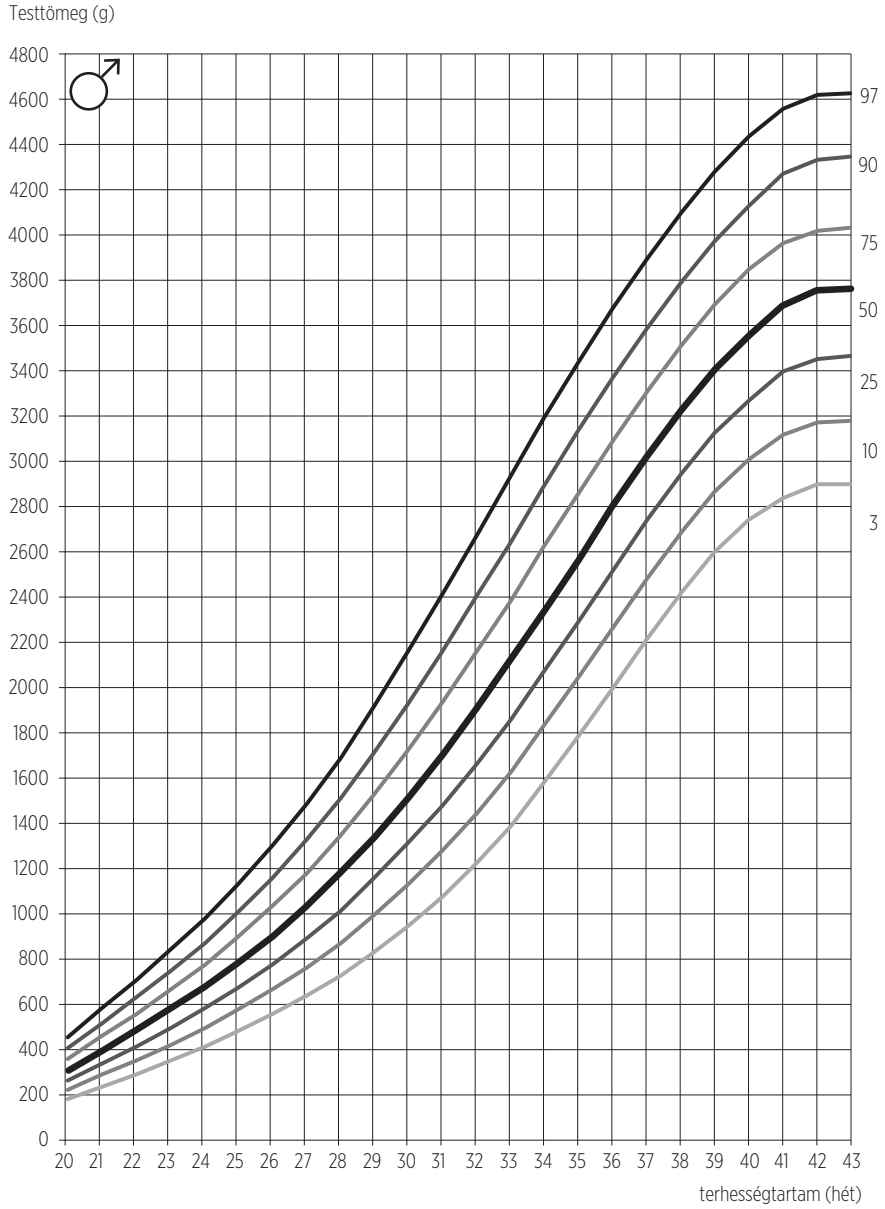
b) Leányok

Terhesség tartama (hét)	Eset-szám (N)	Átlag $\bar{x}$ (kg/m^2)	Szórás (SD)	Percentilisek							
				3	10	25	50	75	85	90	97
20	62	5,11	2,03	2,44	2,97	3,59	4,45	5,54	6,27	6,83	8,55
21	17	5,17	1,45	2,76	3,32	3,97	4,85	5,96	6,68	7,25	8,93
22	48	5,84	1,89	3,10	3,68	4,36	5,25	6,37	7,09	7,65	9,29
23	147	5,91	1,71	3,44	4,05	4,75	5,66	6,78	7,49	8,04	9,64
24	387	6,35	1,77	3,80	4,43	5,14	6,06	7,18	7,89	8,43	9,98
25	395	6,67	1,68	4,17	4,81	5,54	6,47	7,58	8,28	8,81	10,33
26	534	7,14	1,80	4,55	5,21	5,95	6,88	7,99	8,68	9,19	10,67
27	520	7,50	1,69	4,94	5,61	6,36	7,29	8,39	9,07	9,58	11,02
28	706	7,84	1,56	5,33	6,02	6,77	7,71	8,80	9,48	9,97	11,38
29	739	8,21	1,84	5,74	6,43	7,20	8,14	9,22	9,88	10,37	11,75
30	1 031	8,63	1,77	6,15	6,86	7,63	8,57	9,64	10,30	10,78	12,12
31	1 230	9,09	1,67	6,58	7,29	8,06	9,00	10,07	10,72	11,19	12,50
32	2 023	9,63	1,72	7,02	7,74	8,51	9,44	10,50	11,13	11,59	12,87
33	2 332	10,00	1,68	7,46	8,18	8,95	9,88	10,92	11,54	11,99	13,24
34	4 206	10,43	1,62	7,90	8,63	9,39	10,31	11,34	11,94	12,38	13,59
35	6 929	10,80	1,55	8,34	9,06	9,82	10,73	11,74	12,34	12,77	13,94
36	16 501	11,19	1,50	8,75	9,47	10,23	11,14	12,13	12,72	13,14	14,29
37	38 687	11,64	1,50	9,13	9,85	10,61	11,51	12,49	13,07	13,49	14,62
38	95 048	11,93	1,47	9,45	10,18	10,93	11,83	12,80	13,38	13,79	14,90
39	167 231	12,18	1,43	9,71	10,43	11,19	12,08	13,06	13,63	14,04	15,15
40	182 481	12,39	1,47	9,87	10,61	11,37	12,27	13,26	13,83	14,25	15,36
41	47 627	12,44	1,48	9,97	10,71	11,49	12,40	13,39	13,97	14,39	15,52
42	3 150	12,42	1,50	10,00	10,72	11,50	12,43	13,43	14,00	14,44	15,66
43	97	12,59	2,10	10,00	10,72	11,50	12,43	13,43	14,00	14,44	15,81
Összesen	572 128	12,07	1,59	9,31	10,23	11,06	12,01	13,07	13,67	14,05	15,05

©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

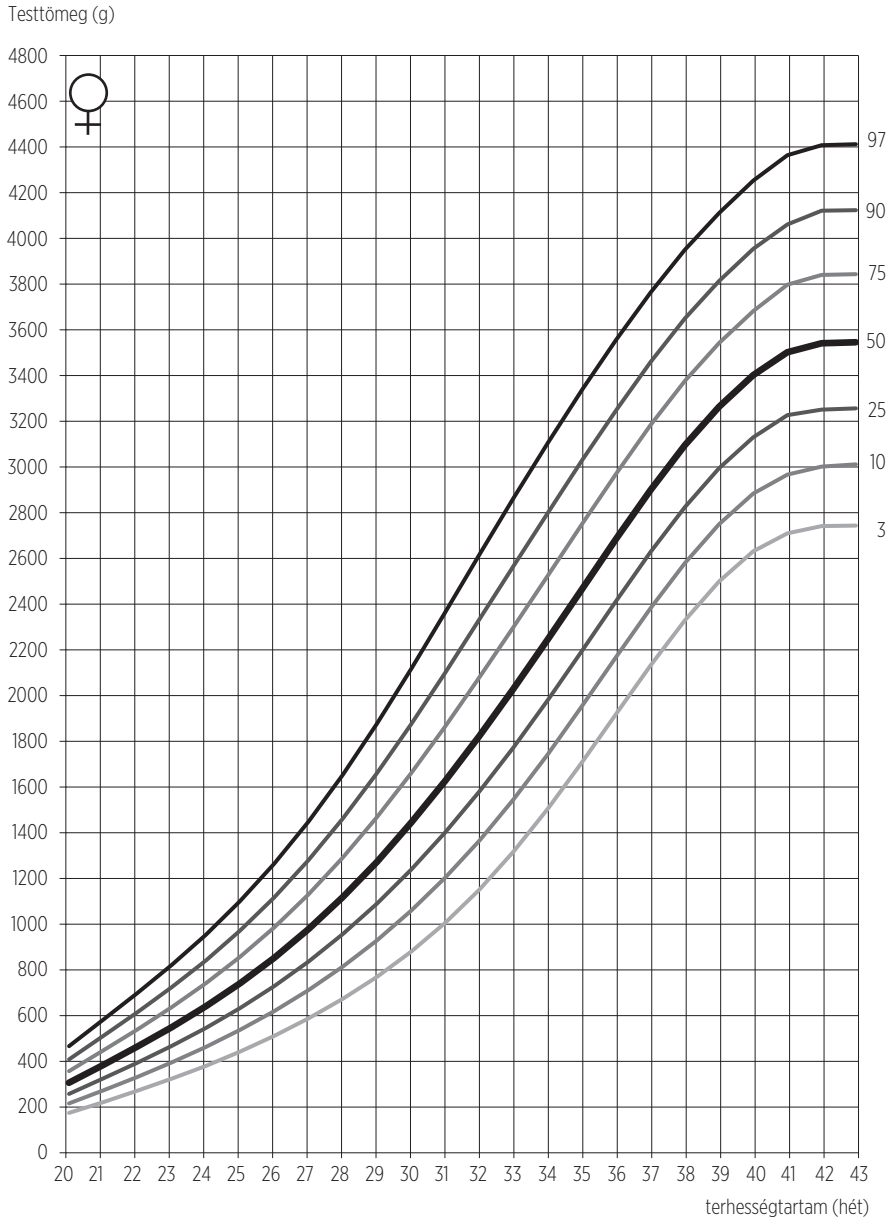
1. ábra: A születéskori testtömeg terhességtartam szerinti referencia-percentilisei a 2000–2012. évi országos adatok alapján
Reference centiles of birth weight for gestational age based on the national birth data between 2000 and 2012

a) Fiúk



©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

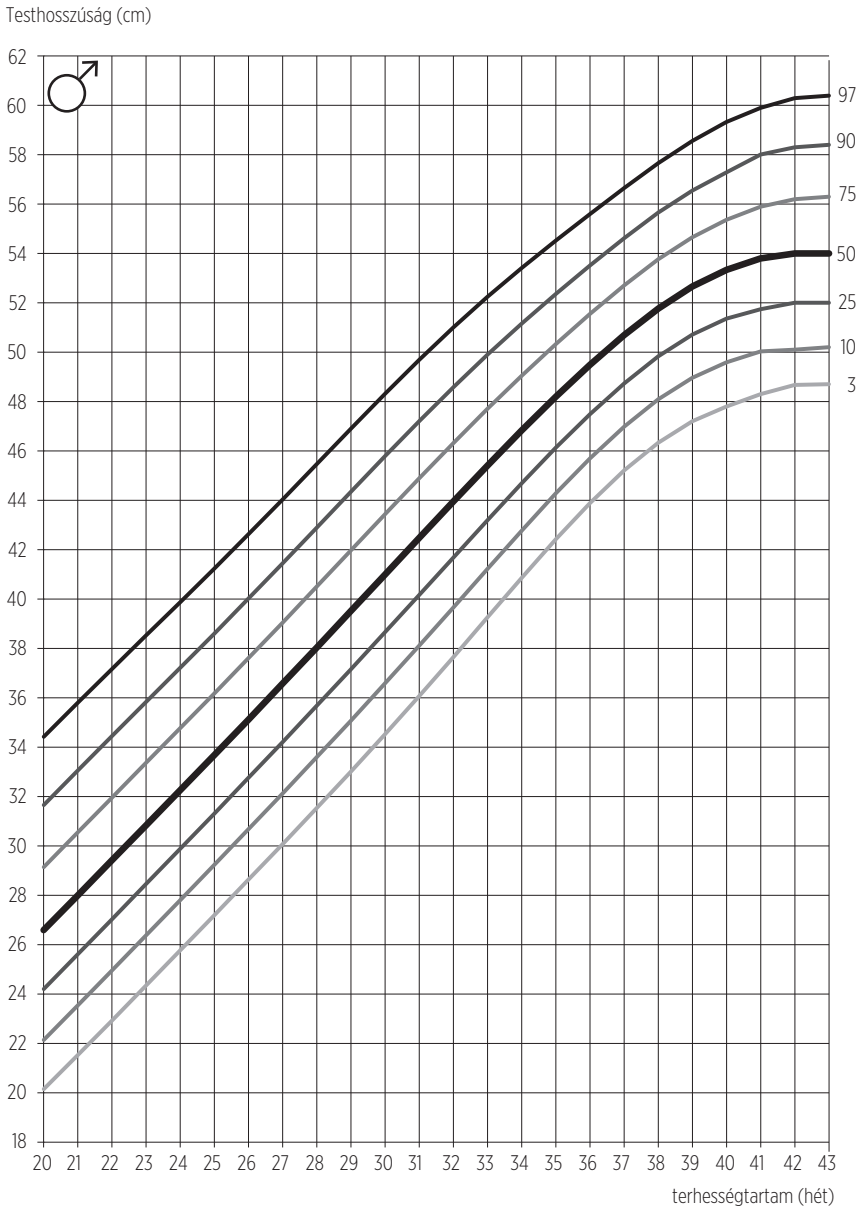
b) Leányok



©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

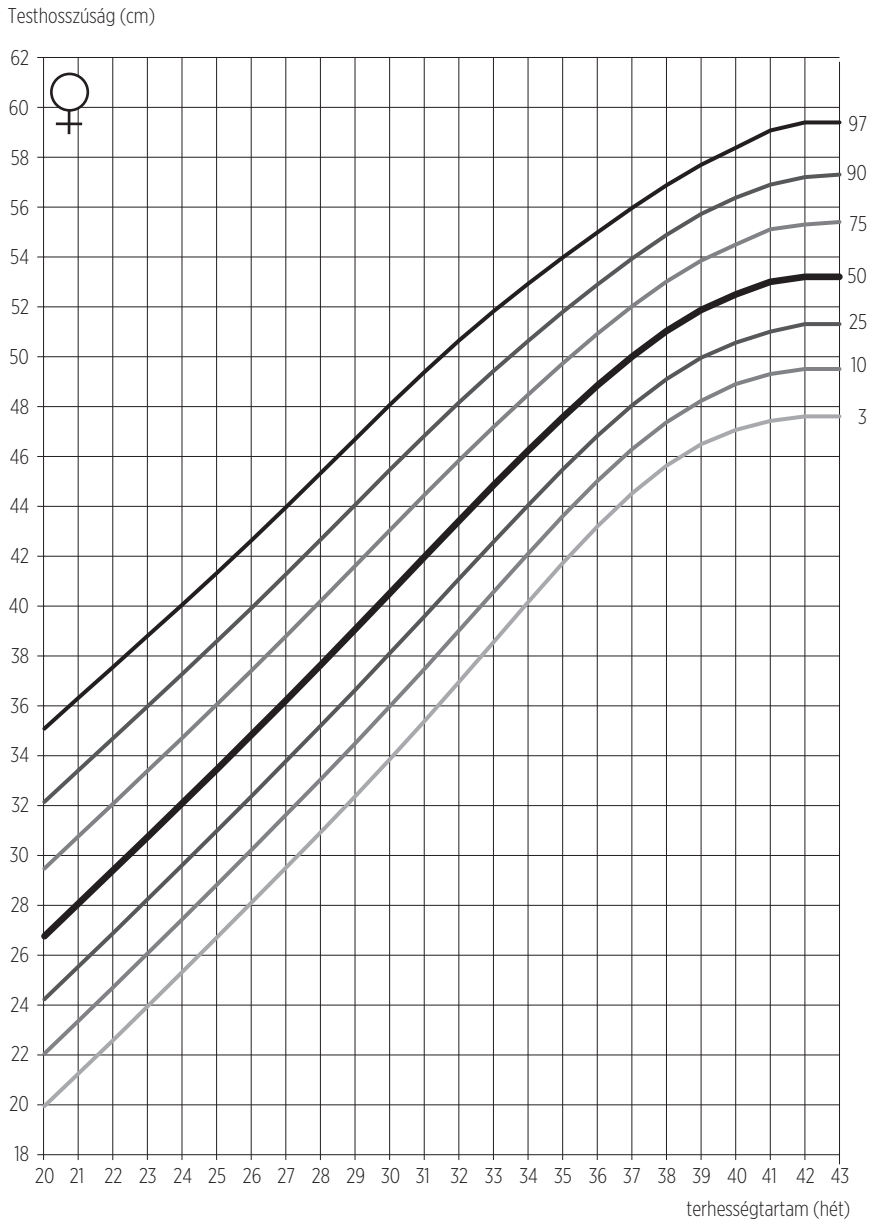
2. ábra: A születéskori testhossz terhességtartam szerinti referencia-percentilisei a 2000–2012. évi országos adatok alapján
Reference centiles of birth length for gestational age based on the national birth data between 2000 and 2012

a) Fiúk



©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

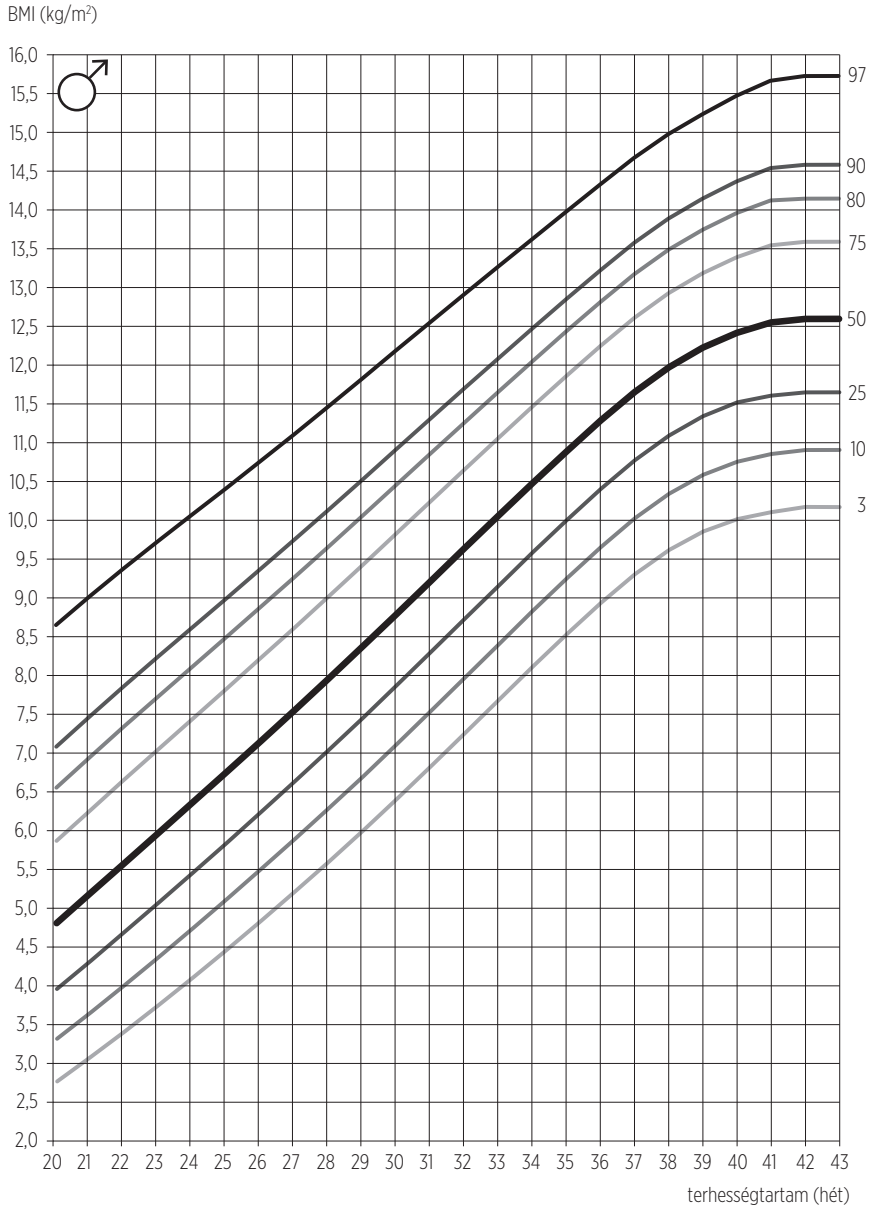
b) Leányok



©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

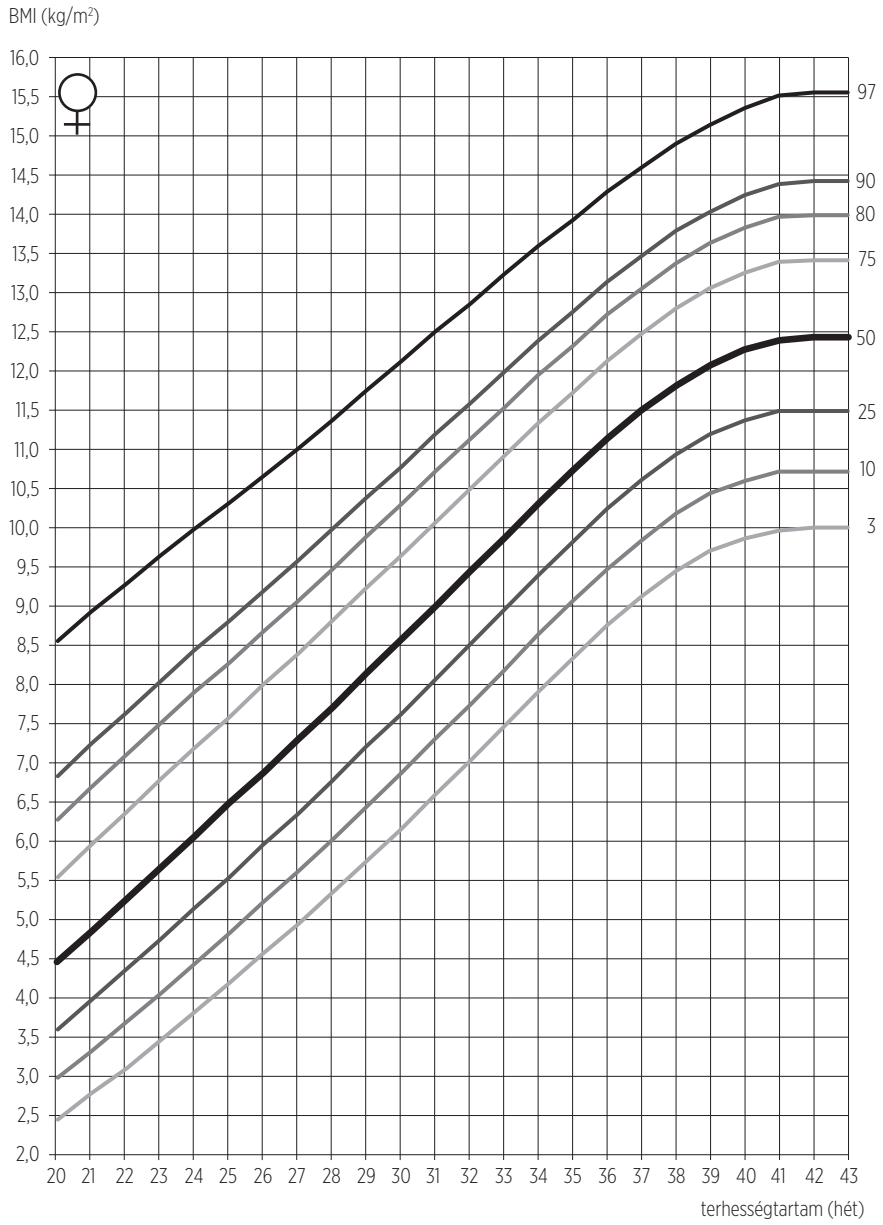
3. ábra: A születéskori testtömeg-index (BMI) terhességtartam szerinti referencia-percentilisei a 2000–2012. évi országos adatok alapján
Reference centiles of BMI for gestational age based on the national birth data between 2000 and 2012

a) Fiúk



©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

b) Leányok



©Joubert K. – Zsákai A. (2015)

IRODALOM

Berkő Péter – Joubert Kálmán 2006: A magzat méhen belüli fejlettségének és tápláltságának hatása az intrauterin és újszülött-halálozásra. *Orvosi Hetilap*, 247(29), 1369–1375.

Berkő, Péter – Joubert, Kálmán 2009: The effect of intrauterine development and nutritional status on perinatal mortality. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(7), 552–559.

Berkő, Péter – Joubert, Kálmán 2012: The Effect of Intrauterine Development and Nutritional Status on Perinatal, Intrauterine and Neonatal Mortality: The MDN System. In Ezechi, Oliver C. – Odberg-Petterson, Karen (eds.): *Perinatal Mortality*. InTech, Zagreb, 11–27.

Berkő, Péter – Joubert, Kálmán – Gárdos, Éva – Gyenis, Gyula 2013: The MDN System Aids in the Identification of Neonates with a High Probability of Needing Growth Hormone Therapy. *Journal of Clinical Research Letters*, 4(1), 61–64.

Berkő, Péter – Joubert, Kálmán – Gárdos, Éva – Gyenis, Gyula 2014: Effects of bodily development and nutritional status at birth on physical and mental development measured at age 18. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2(6), 116–122.

Brock, Romy Schmidt – Falcão, Mário Cícero – Leone, Claudio 2008: Body mass index values for newborns according to gestational age. *Nutritión Hospitalaria*, 23(5), 487–492.

Cole, Tim J. – Green, Peter J. 1992: Smoothing reference centile curves: The LMS method and penalized likelihood. *Statistics in Medicine*, 11(10), 1305–1319.

Cole, Tim J. – Pan, Huiqi 2004: *LMS program version 1.29. A program for calculating age-related reference centiles using the LMS method*. Institute for Child Health, London.

Cole, Tim J. – Bellizzi, Mary C. – Flegal, Katherine M. – Dietz, William H. 2000: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(6), 1240–1243.

Joubert Kálmán 1983: Születési súly és születési hossz standard az 1973–78. évben élveszületett újszülöttek adatai alapján. *Demográfia*, 26(1), 107–139.

Joubert Kálmán 2000: Magyar születéskori testtömeg- és testhossz-standardok az 1990–96. évi országos élveszületési adatok alapján. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 63(2), 155–163.

Joubert Kálmán (szerk.) 2006: *Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig I*. A KSH NKI Kutatási Jelentései 83. KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest.

Karlberg, Johan – Kwan, Chi Wai – Albertsson-Wikland, Kerstin 2003: References values for change in body mass index from birth to 18 years of age. *Acta Paediatrica*, 92(6), 648–52.

Kézmárszky, Tivadar 1873: Über die Gewichtsveränderungen reifer Neugeborener. *Archiv für Gynäkologie*, 5(3), 547–561.

Kontsek Béla 1936: *Újszülöttek méretei és testarányai.* Városi Nyomda, Debrecen.

R Core Team 2013: *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. http://www.R-project.org/

Rolland-Cachera, Marie Françoise – Cole, Tim J. – Sempé, Michel – Tichet, Jean – Rossignol, Claude – Charraud, Alain 1991: Body mass index variations: centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition*, 45(1), 13–21.

Yllpö, Arvo 1919: Das Wachstum der Frühgeborenen von der Geburt bis zum Schulalter. *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 24(1), 111–178.

STANDARDS OF BIRTH WEIGHT, LENGHT AND BMI BASED NATIONAL LIVE-BORN DATA BETWEEN 2000 AND 2012 IN HUNGARY

ABSTRACT

The neonatal nutritional status and body development can be estimated on the basis of gestational age-related body weight and body length percentiles. By considering the former (1973–1978 and 1990–1996) Hungarian systems of national reference percentiles of birth weight and length for gestational age, the one constructed for the period between 2000 and 2012 and presented in the study is already the third. Altogether 1,240,456 live births were registered in Hungary during the studied 13 years. Following the international and the former national routine the reference percentiles were compiled by excluding the data of multiple births, alien citizens' children and children born with congenital abnormalities (with the data errors this process resulted in altogether 60,433 exclusions). Finally, the reference percentiles were constructed on the basis of 1,180,023 neonates' data (607,200 boys and 572,823 girls). Beside the birth weight and length reference percentiles, the national reference percentiles of body mass index (BMI) for gestational age were also constructed, that kind of Hungarian references has never been published till now.

SZEMLE

Mazza, Caterina: *La prigione degli stranieri. I Centri di Identificazione e di Esplusione*. [Az idegenek börtöne. Az olasz Azonosítási és Kitoloncolási Központok]. Ediesse, Roma, 2013.

Olaszországban bárhol is kerüljön szóba a CIE (*Centri di Identificazione e di Esplusione* [Azonosítási és Kitoloncolási Központok]), általában az első vélemények között hangzik el, hogy „az rosszabb, mint a börtön". A hírük nem túl pozitív, létük súlyos emberi jogi kérdéseket feszeget, és időről időre komoly tiltakozási hullámokat gerjeszt. A könyv ezen központok létrehozásának okaira, funkciójára és hasznára keresi a válaszokat, miközben felvázolja a CIE létével kapcsolatos súlyos problémákat, mint a zsúfoltság, a szökési kísérletek vagy a méltatlan körülmények. Caterina Mazza 2013-ban a római Ediesse Kiadónál megjelent könyve sorra megvizsgálja ezeket a központokat. A szerző a Torinói Egyetem jogi karán, a Politikatudomány és Nemzetközi Kapcsolatok Tanszéken oktat és kutat. A mű szerkezete világosan és logikusan épül fel. Giuliano Amato – az Olasz Enciklopédia elnöke – a kötethez írt előszavában ismerteti a CIE létrehozásának okait. Megállapítja, hogy a központok megszületése az illegális és nagyarányú olaszországi bevándorlás kapcsán felmerülő kérdésekre adott egyfajta válaszként értelmezhető; továbbá azt is kiemeli, hogy a megoldás egy valós alternatíva keresése lenne az illegális bevándorlás kezelésére (14. old.). A recenzált könyv, többek között, erre vállalkozik.

Az első fejezet részletesen áttekinti azt a történelmi időszakot, amely során létrejön az egységes schengeni övezet a közös külső határokkal és a belső szabad mozgással. Mazza figyelmeztet azon elv kettősségére is, amely szerint az Unió feltétlenül támogatja a belső szabad áramlást, de védi az idők során egyre inkább ostromlott külső határait. Így harmadik országból csak szigorú feltételek mellett léphetnek be az állampolgárok. A kilencvenes évek második felében e megfontolásból jönnek létre ezen központok a schengeni övezeten belül. A szerző egy igen hasznos térképet is közöl a jelenleg is működő létesítményekről (29. old.). A térkép egyértelműen jelzi, hogy nem kizárólag olasz kezdeményezésről van szó, Európában számtalan ilyen központ található. Míg kezdetben az Unió sok országa számára – főleg gazdasági okok miatt – még kedvező és szükséges volt a nagyarányú bevándorlás (pl. a vendégmunkások fogadása), addig a '90-es évek második felétől már egyértelműen sűrűsödtek a problémák, mivel nemcsak egyre többen jöttek, hanem egyre többen kívántak maradni is a munkaadó országban (22. old.). A szerző arra is utal, hogy kezdetben a bevándorlás-politika teljesen nemzeti hatáskörbe tartozott, nem létezett egységes szabályozása (21. old.). Ezért, illetve az országok eltérő gazdasági érdekei miatt igen nehéz volt egységes politikát kialakítani a későbbiekben. Kitér az olasz központok 1998-as létrehozására, és kiemeli, hogy az állam a törvény megalkotásakor nem vette teljes körűen figyelembe az uniós irányelveket, így az emberi méltóságot és az egyén testi épséghez való jogát (33. old.). Mindeközben nemzetközi példákat is felvillant a hasonló központokról (Spanyolország, Németország, Franciaország, 34–35. oldal). Utal a központok történelmi előzményére is, az „adminisztratív fogvatartásra", amely a migránsok csoportosítását és „szelekcióját" már korábban is lehetővé tette, és sokáig a gazdasági migráció szabályozásának fontos eszköze volt.

A szerző a könyv második fejezetében már a konkrét olasz törvényi szabályozást veszi górcső alá. Elemzi a törvényeket (Turco-Napolitano, Bosssi-Fini), amelyek tovább szigorították az illegális bevándorlás szabályozását. A könyv ezen része igen hosszan és részletesen taglalja az olasz törvényi keret változásait. Konkrét törvényi szakaszokat elemezve egészen a 2011-es újabb módosításokig követi az olasz törvénykezést, táblázatokkal kiegészítve az ismertetést. Pontosan rávilágít az olasz szabályozás leginkább hiányos részére: míg a kiutasítási végzés kötelező erejű, addig a tényleges kitoloncolás logisztikai menedzselése esetleges (58. old.). Ezért az emberi jogok megsértése mellett az egyik legfőbb kritika a CIE központok létével kapcsolatban az alacsony hatékonyságuk.

A nem megfelelő intézményi struktúra és ellátás, az integrációs programok hiánya, a méltatlan és embertelen körülmények, a képzetlen személyzet és a bevándorlók bűnözőként való kezelése számtalan olyan már meglévő problémát fokoz, amelyek öngerjesztő folyamatként tovább gyűrűznek, és komoly gondokat okoznak a társadalomban (pl. a különböző bűncselekmények növekvő száma, az erőszak fokozódása, a szervezett bűnözés, a drogcsempészet, a prostitúció, a „szociális láthatatlanság"). Minderre Mazza a harmadik fejezetben tér ki. Ugyanebben a részben egy táblázatban (79. old.) foglalja össze az Olaszországban működő különböző központokat és ezek irányítóit, a következő oldalon pedig a működő CIE-k pontos elhelyezkedését és férőhelyeinek a számát mutatja be. Ebből világosan kiderül, hogy az ország központokkal teljesen lefedett, de férőhelyei nem igazodnak az országot érő nagy migrációs nyomáshoz és azok fókuszpontjaihoz (Catanzaroban például csak 80 férőhelyes központ működik). Ez egy elképesztően leterhelt, nem megfelelő működésű rendszer, amely a migrációs nyomás kezelésének egyik eszköze kíván lenni, azonban nem felel meg ezen kihívásnak. A könyv felhívja a figyelmet arra is, hogy a problémák jó pár évvel ezelőtt azáltal is tovább súlyosbodtak, hogy egy miniszteri rendelet különböző fenntartókhoz helyezte a központokat, és ezzel a rendszer heterogénné vált (ld. a fenntartók táblázatát a 79. oldalon). A központok túlzsúfoltsága, a nem megfelelő körülmények és a megfelelő integrációs programok hiánya csak fokozza a bent élők közötti feszültségeket és az erőszak növekedését. Az épületek többsége eredetileg nem is erre a célra jött létre, így pont ezért alkalmatlan a bevándorlók őrizetére. Sok esetben a migránsok kis, egymástól kerítéssel leválasztott területeken élnek, ahol még a szabad mozgásuk sem biztosított, ami tovább fokozza az itt élők frusztrációját és a stressznek való kitettségét. A központokból általában hiányzik a higiénia és a biztonság minimuma is. A szolgáltatások mellett a személyzeti feltételek is igen hiányosak: a szerző példaként említi a milánói központot, ahol 132 szorosan összezárt emberre mindösszesen egy mediátor jut, aki képes oldani a felhalmozódó feszültségeket (86. old.). A szerző kritikai meglátásai szerint ezek alacsony hatékonysággal működő, igencsak drága központok, súlyos emberi jogi hiányosságokkal. A szerző a CIE problémájának még kifinomultabb érzékeltetéséhez külföldi központok példáit is felvonultatja. A francia és angol központokról könnyen és gyorsan áttekinthető táblázatot is készít (103–114. old.). A fejezet azonban túl hosszú és részletes (94–121. old.), emiatt egy a témában kevésbé jártas olvasónak nehéz kikövetkeztetnie a párhuzamokat, az ellentéteket és a konklúziókat. Habár logikailag teljesen belesimul a műbe, de hatékonyabb lett volna egy rövidebb, ám az olasz példával jobban összevethető nemzetközi kitekintés.

Az utolsó fejezetnek már a címe is sokat elárul: Hasznosak a CIE-k? Mazza felsorolja azokat az érveket, amelyek miatt nem hatékonyak ezek a központok, és egy összefoglaló táblázatot is közöl a kitoloncoltakról (125. old.). 2002 és 2012 között összesen több mint negyvenezer embert tartottak fogva az olasz CIE központokban, és közülük mindössze 45%-ot utasították ki az országból. Ha a költséghatékonyságot nézzük sem jobb az arány; a számítások szerint egy illegális bevándorló kiutasítása mintegy tízezer eurójába kerül az olasz államnak (129. old.). Ha pedig éves szinten nézzük a teljes költségeket – vagyis a határellenőrzést, az azonosítást és fogvatartást, valamint a kitoloncolást –, évente összesen 460 millió eurójába kerül az államnak (129. old.). Caterina Mazza a könyvében erősen meg is kérdőjelezi ezen intézmények valódi hasznosságát. Habár 2012-ig növekedett a ténylegesen kitoloncolt illegális bevándorlók száma, ez közel sem jelent olyan hatékonyságot, mint ami elvárható lenne. Az elrettentő erejük helyett inkább az együttműködést hátráltató erejüket kell kiemelni. Ezen központok léte nem csökkenti az illegálisan bevándorlók számát, és nem segíti a legális letelepedést, a hivatalos papírok megszerzését. Mazza mindezt pontos adatokra támaszkodva is világossá teszi. A CIE nem segíti az illegális bevándorlók integrálását sem, így ők papírok nélkül továbbra is csupán a feketegazdaságot fogják erősíteni.

Bár az Európában létező központok nem egységesek, sajátos vonásokkal bírnak, az mégis általánosan elmondható, hogy valamilyen alternatív megoldásra, vagy legalább a gyökeres átalakításukra lenne szükség. Ezen irányvonalak közül a könyv hármat vázol fel: egy radikálisat, amely a CIE teljes eltörlése mellett foglal állást; egy reformistát, amely szükségesnek tartja a létüket bizonyos átalakítások után; és egy realistát, amely azt mondja, hogy bizonyos központokra szükség van az illegális bevándorlás kezelésére, de ezek működési módját alaposan át kell gondolni (135. old.). A szerző az utóbbival ért leginkább egyet. Mazza hangsúlyozza, hogy a változáshoz elengedhetetlen a politikai szint újragondolása is, amelynek fontos része a hosszú távú projektek és reformok kidolgozása, új normák felállítása a probléma teljes körű felmérésével (pl. a tartózkodási engedélyek új szabályozása), és amely kezelésének egyik (de nem kizárólagos) eszköze lehetne a CIE.

A könyv egy nagyon hasznos függelékkel zárul, amelyben a jelenleg működő CIE-k fontosabb adatait lehet áttekinteni (ld. a 145. oldaltól). Mindenképpen figyelmet érdemel az irodalomjegyzék, ami több mint húsz oldal, és az internetes forrásokat is elkülönítve tárgyalja. Mindez a szerző igen alapos kutatómunkájának és a témában való elmélyültségének kézzelfogható bizonyítéka, amelyet nem csupán a téma kutatói, hanem az érdeklődök is haszonnal forgathatnak.

A szerkesztési és tartalmi elemek mellett a könyv nyelvezete is világos, jól értelmezhető: minden, a témában kevésbé jártas olvasó is élvezettel olvashatja, ugyanakkor a könyv mindezzel mit sem veszít a tudományosságából.

Az elmúlt időszak fokozott migrációs nyomása Olaszországot is újabb nehéz kihívások elé állította. Mindemellett egyértelművé tette egész Európa számára, hogy nem alkalmi problémával áll szemben. A megoldás csakis közös és komplex stratégia mentén, az emberi jogok és humanizmus tiszteletben tartása mellett dolgozható ki. Az elmúlt időszak az olasz migrációs politikában is változásokat hozott. A korábbi szigorú, az illegális bevándorlást súlyosan büntető törvényt enyhítették. Olaszország felállította a humanitárius-határőrizeti rendszerét, a Mare Nostrumot, amelynek a fő céljai között az is szerepelt, hogy a lampedusai katasztrófához hasonló többé ne történhessen meg. 2014 novemberétől pedig az uniós összefogással irányított Triton tevékenykedik a térségben, amely bár sok kritikát kapott, de az illegális bevándorlás kezelésének fontos eleme. A fokozott migrációs nyomás komoly feszültségeket okozott az olasz társadalomban is, amelyet elsősorban a szélsőjobboldali Északi Liga használt fel, és szervezett nagyszabású tüntetéseket az újabb bevándorló hullám és az állampolgársági törvény módosítása ellen. Ennek ellenére úgy tűnik, hogy a politika késznek mutatkozik bizonyos változásokra: fontos pont az olasz állampolgársági törvény változása, amelynek következtében immáron könnyebben fognak állampolgárságot kapni az Itália földjén születettek. Mindemellett Olaszország az uniós közös megoldást is sürgeti. Az elmúlt időszak olasz kormányzati lépései új irányba mutatnak a bevándorlási törvények enyhülésével, ám a CIE központok terén a változás még várat magára. Az mindenképpen előrelépésnek tekinthető, hogy a központok működését egy parlamenti bizottság vizsgálja, méghozzá sok olyan pont mentén, amelyet a szerző is kifogásol a könyvében. A központokkal kapcsolatos aktuális problémákról pedig remek átfogó képet ad Caterina Mazza könyve, európai kitekintéssel és lehetséges alternatívákkal.

Dömös Mariann

Dribe, Martin – Scalone, Francesco: Social class and net fertility before, during, and after the demographic transition: A micro-level analysis of Sweden 1880–1970. *Demographic Research*, 30(15), 429–464.

A Demographic Research 2014-ben a demográfiai átmenet szocioökonómiai aspektusával kapcsolatos tematikus számot jelentetett meg. A publikált empirikus tanulmányok azt a közkeletű hipotézist vizsgálták, miszerint a demográfiai átmenet során változott a társadalmi-gazdasági státusz és a termékenység közötti kapcsolat: kezdetben a magasabb státusz magasabb termékenységgel járt együtt, később viszont a magasabb státuszúak körében éppen alacsonyabb termékenység volt megfigyelhető. Ezt a megfigyelést azonban az eddigiekben még nem támasztották alá mikroadatok elemzésével, így a tematikus számban Olaszország, Hollandia, Belgium, Svédország, illetve kisebb földrajzi egységként Utah, Quebec és Sardinia példáján vizsgálták, hogy a hipotézist egyértelműen igazolják-e a tények.

Martin Dribe és Francesco Scalone – ebben a tanulmányukban – a Svédországban 1880–1970 között megfigyelhető termékenységcsökkenést vették górcső alá mikroszintű, népszámlálási adatok elemzésével. Svédországban a történeti adatok szerint a 19. század utolsó negyedéig viszonylag stabil volt a termékenységi ráta, egy nő átlagosan 4–5 gyermeket szült (házas nőkre szűkítve 8 gyermeket). 1880-tól csökkenni kezdett a termékenység egészen 1930-ig, amikor ismét emelkedés volt megfigyelhető. A termékenységi csökkenés egyértelműen nem a csökkenő házasságkötések számának, hanem a házas termékenység csökkenésének tudható be.

A fertilitás csökkenése összefüggésben állt a 19. század végét – 20. század elejét jellemző társadalmi-gazdasági változásokkal: a mezőgazdasági termelés dominanciája helyett most már az ipari társadalom térnyerésével, az urbanizáció előretörésével, az iskolázottsági szint emelkedésével, a nők fokozott munkaerőpiaci jelenlétével, illetve a halálozás csökkenésével.

A termékenységcsökkenést sokan az „újítás-igazodás" elméleti keretben értelmezik: az újítás elve szerint a termékenységet a születéskorlátozással kapcsolatos új tudás és attitűd csökkenti, míg az igazodás elve szerint a termékenység csökkenése a körülményekhez való alkalmazkodás eredménye.

Az újítás-elv szerint a demográfiai csökkenés előtt a termékenységet nem kontrollálták, az „természetes" volt, csak a gyermekek születése közötti intervallumok változtak a gyermekhalálozás mértékének és a szoptatási időszak hosszának függvényében. A demográfiai átmenethez vezető változást az jelentette, hogy

néhányan tudatos döntéssel bizonyos gyerekszám fölött nem vállaltak több gyermeket. Az elmélet szerint a magasabb társadalmi csoportok körében kezdődött a változás, akik nyitottabbak voltak az újításokra, és nagyobb eséllyel jutottak a születéskorlátozásra vonatkozó tudás birtokába.

Az igazodás-elv szerint a termékenységcsökkenés oka a gyermekvállalás motivációjának változásában keresendő. A születendő gyermekek számát a kereslet-kínálat befolyásolja: az átmenet előtti társadalmak esetében a magas csecsemőhalandóság magas születésszámmal járt együtt, a halandósági mutatók javulásával viszont csökkent a vállalt gyermekek száma. A gyakorlatban a család jövedelme és a gyereknevelés költségei befolyásolták a születendő gyerekek számát. Az iparosodás és urbanizáció térnyerése eltérően érintette a különböző társadalmi rétegeket: a magasabb státuszúak körében a magasabb fogyasztási igények emelték a gyereknevelés haszonáldozati költségét, így csökkentették a születendő gyerekek iránti keresletet, míg az alacsonyabb státuszúaknál a gyermekek családi munkaerő-forrásként is fontos szerepet töltöttek be, ezért ezekben a családokban kevésbé, illetve lassabb ütemben csökkent a termékenység. A felső-, illetve a középosztály tagjai között az oktatási költségek emelkedése miatt egyre inkább teret nyert a „mennyiség helyett minőséget" szemlélet is.

Martin Dribe és Francesco Scalone annak teszteléséhez, hogy a termékenységcsökkenés valóban a társadalmi létra tetejéről indult-e és onnan haladt-e az alsóbb rétegek felé, öt svédországi népszámlálás (1880, 1890, 1900, 1960, 1970) mikroadatait használták fel, leszűkítve az adatokat a 15–54 éves házas nőkre. Ennek alapján az első három cenzusból 600–600 ezer, míg az utolsó két cenzusból 1,3–1,3 millió nő került be az elemzésbe. A társadalmi osztályba soroláskor a férj foglalkozását vették figyelembe.

A népszámlálási adatok nem voltak alkalmasak a standard termékenységi ráta kiszámítására, ezért indirekt módon a gyermek-nő arányt (children-woman ratio, CWR) használták, amely a 0–4 éves gyermekek ezer, 15–49 éves nőre jutó számát jelenti.

Az elemzés eredményei szerint 1880–1900 között 23%-ról 40%-ra nőtt a társadalmi osztályok közötti termékenységkülönbség. Minden esetben a legmagasabb társadalmi rétegben volt a legalacsonyabb a termékenységi mutató, a mezőgazdaságban dolgozók és a szakmunkások körében pedig a legmagasabb. Az eredmények nem támasztották alá azt a feltételezést, hogy a demográfiai átmenet előtt a magasabb státuszcsoportban magasabb lett volna a termékenység.

Poisson-regresszió segítségével nagyjából azonos különbségeket mutattak ki, bár némileg eltérő mintázatok rajzolódtak ki. 1880-ban a szakmunkások és a mezőgazdasági munkások esetében volt a legmagasabb a termékenység, ugyanakkor a felsőközép- és középosztály esetében nem volt egyértelműen nagymértékben alacsonyabb a mutató, míg az elit réteg esetében beszélhetünk a legkisebb értékekről. 1900-ra két csoport különült el: a munkások és farmerek termékenysége magas, míg a közép- és felsőosztályoké alacsony volt. 1960–1970-re a kispolgárság nettó termékenysége volt a legalacsonyabb, míg a munkásoké a legmagasabb.

A végső modelllben kontrolláltak az életkorra, a házastársak közötti korkülönbségre, a négy év feletti gyerekek számára a családban, illetve – amennyiben elérhető volt az adat – a feleség foglalkozására. Ennek az elemzésnek az eredményei szerint az osztályok közötti különbségek alacsonyabbak voltak, de ugyancsak azt erősítették meg, hogy a demográfiai átmenet alatt a felsőbb osztályokban volt a legalacsonyabb a termékenység. Az 1960-as és az 1970-es években változott a mintázat: U-alakú görbével leírható a társadalmi osztályok szerinti termékenységi mutató, azaz a kispolgárság és a nem fizikai munkát végzők esetében a legkisebb, a farmerek és a felsőbb osztályok körében pedig a legmagasabb a termékenység.

Összefoglalva, az elemzésből kitűnik, hogy az osztályhelyzet kapcsolatban áll a termékenységi mutatóval, de a minta nem egyértelmű. Az adatok szerint nem bizonyított, hogy a demográfiai átmenet előtt az elit csoportok körében lett volna a legmagasabb a termékenység, de az osztályok közötti különbség mindenképpen nőtt a vizsgált időszakban.

Valójában az osztályok különbségei, amelyek például a jövedelemben, az iskolázottságban, az attitűdökben nyilvánulnak meg, különböző kimenetekhez vezettek a gyermekvállalás területén. Az osztálykülönbségek nem magyarázhatók teljes mértékben a földrajzi különbségekkel vagy a nők munkaerő-piaci jelenlétével. A lehetséges mögöttes magyarázatokhoz azonban a népszámlálási adatoknál részletesebb adatokra lenne szükség, ezért a szerzőpáros felhívja a figyelmet arra, hogy az eredményeik nem alkalmasak a teljes körű leírásra.

Boros Julianna

FIGYELŐ

Beszámoló a prágai *Driving forces behind demographic trends in Visegrad countries* konferenciáról

2015. szeptember 10–11. között került megrendezésre a Balassi Intézet prágai Magyar Intézete szervezésében a *Driving forces behind demographic trends in Visegrad countries: The role of migration and family formation* című konferencia, melynek célja a négy visegrádi ország főbb demográfiai trendjeinek bemutatása volt. Az alapvető demográfiai tendenciák mellett előadástéma volt a migráció kérdésköre, a családi formációk alakulása, valamint a családtámogatási rendszerek jellemzői is. A konferencia jó lehetőséget adott arra, hogy a résztvevők összehasonlíthassák a négy visegrádi ország helyzetét. A program szervezésében szakmai félként részt vett a KSH Népességtudományi Kutatóintézete is.

A konferenciát Kiss Szemán Róbert, a prágai Magyar Intézet igazgatója nyitotta meg, üdvözölve a hallgatókat és előadókat, valamint megköszönve a szervezők munkáját. A konferencia első szekciójában a prágai Charles University képviseletében Jiřina Kocourková vezetésével négy előadásra került sor, amelyekben a négy ország kutatói az országukra jellemző alapvető demográfiai trendeket mutatták be a rendszerváltást követő 25 évre helyezve a hangsúlyt. Az első előadást Őri Péter, a Népességtudományi Kutatóintézet kutatója tartotta, aki a magyar népesedési trendeket mutatta be a huszadik század második felére és az elmúlt tizenöt évre fókuszálva. Előadásában részletesen beszélt a Magyarországon jellemző népességszám-csökkenésről, az alacsony termékenység és magas halandóság problémájáról, a családi formák változásáról, majd több ábrával szemléltetve bemutatta a népesség-előreszámítás legújabb eredményeit. Szlovákia

képviseletében a Comenius University-ről Branislav Bleha beszélt a szlovák tendenciákról. Az előadás alapját a 2014-ben megjelent Szlovákia demográfiai atlasza adta, ennek ábráit, térképeit felhasználva ismerhettük meg a termékenységre, családformálódásra, migrációra és a népesség korstruktúrájára vonatkozó szlovák trendeket, valamint több esetben sor került európai uniós összehasonlításra is. A harmadik előadó Krzysztof Tymicki volt Lengyelországból. A Warsaw School of Economics demográfusa az európai népesedési trendekből kiindulva beszélt a lengyel folyamatokról, kiemelt figyelmet fordítva a korstruktúra változására és a házasságon kívüli születések kérdésére. A szekciót Tomáš Kučera és Boris Burcin, a prágai Charles University kutatóinak előadása zárta, akik a Csehországra jellemző demográfiai tendenciákról és az előrejelzések szerinti várható változásokról számoltak be. A szekció előadásai mind ugyanazokat a témaköröket járták végig az egyes országokra vonatkozóan, így egyrészt kitűnő felvezetői voltak a konferenciának, másrészt lehetőséget adtak arra is, hogy a kutatók és a hallgatóság lássa, hogyan alakult a hasonló történelmi háttérrel rendelkező országok demográfiai helyzete az elmúlt huszonöt évben, milyen hasonlóságok és különbségek figyelhetőek meg a visegrádi országokban.

A nap második felében a migráció kérdésköre került előtérbe. Az első szekció előadásai ezzel a kérdéssel érintőlegesen foglalkoztak, így a délután folyamán öt előadáson keresztül jobban megismerhettük a résztvevő országokban tapasztalható migrációs folyamatokat, elsősorban a bevándorlásra koncentrálva. A szekciót Makay Zsuzsanna, a Népességtudományi Kutatóintézet kutatója vezette. Első előadóként a prágai Charles University kutatója, Eva Janská beszélt Dušan Drbohlavval közös munkájukról, melynek témája a migrációs trendek megismerése a kelet-közép-európai országokban. Az előadás során kiemelt figyelmet kaptak a visegrádi országok. A történelmi hagyományok mellett bemutatásra kerültek a legújabb trendek is, így a kivándorlásra vonatkozó becslések, a bevándorlók jellemzői, illetve a vándorlást meghatározó tényezők is. Az előadás második felének témája a migrációs politika fejlődése és a migrációs folyamatok hatásai voltak. A szekció előadói közül Magyarország képviseletében Gödri Irén, Lengyelországból pedig Paweł Kaczmarczyk ismertette az országukban jellemző migrációs trendeket. Gödri Irén előadásában kitért arra, hogy a magyar bevándorlók jelentős hányada napjainkban is a szomszédos országokból érkezik, foglalkozott a magyar állampolgárságú bevándorlók kérdésével, a bevándorlók jellemzőivel, valamint beszélt arról is, hol helyezkedik el Magyarország az Európai Unió más államaihoz képest a bevándorlási mutatók tekintetében. Paweł Kaczmarczyk a lengyel ki- és bevándorlást az aspirációk és képességek oldaláról közelítette meg, a vándorlást kiváltó és azokat elősegítő

és támogató elemeket sorra véve mutatta be a múltbeli, a jelenlegi és a várható lengyel migrációs trendeket, illetve azt, hogyan válnak a kelet-közép-európai államok befogadó államokká. A három, alapvető tendenciákat bemutató előadás mellett a szekcióban szerepelt két részkérdéssel foglalkozó prezentáció is: Klára Fiedlerová, Marek Čaněk és Luděk Sýkora a cseh városokban élő bevándorlók integrációját mutatta be a bevándorlók és a többségi társadalom viszonya alapján. Kutatásukban Pardubice városával foglalkoztak, beszéltek a bevándorlók élet-, munka- és lakókörülményeiről, a többségi társadalommal való viszonyukról, az integrációt hátráltató tényezőkről. A szekció ötödik előadója, Slavomír Ondoš, a pozsonyi Comenius University kutatója Lukáš Belušák-kal közös munkáját mutatta be, melynek során többváltozós modelleken keresztül láthattuk, milyen hatása van a klímaváltozásnak a népesség-eloszlásra mind globálisan, mind a visegrádi országokban.

Az első nap zárásaként egy kerekasztal-beszélgetésre került sor, amelyen minden országból egy-egy kutató vett részt: Magyarországról Őri Péter, Csehországból Jiřina Kocourková, Szlovákiából Branislav Bleha, Lengyelországból pedig Krzysztof Tymicki. A beszélgetést a cseh televíziótól érkező Jiři Podzimek vezette. A program alatt a résztvevőkön kívül a hallgatóságnak is volt lehetősége kérdezni, bekapcsolódni a beszélgetésbe. A másfél óra során olyan témákat is érintettek a résztvevők, mint a napjainkban zajló migrációs folyamatok okozta kihívások, a politika és tudomány viszonya, és a demográfus közösség döntéshozatalra vagy közvéleményre gyakorolt hatása.

A konferencia második napjának programja alapvetően a családokra fókuszált, a családokat érintő demográfiai és szociálpolitikai változásokkal foglalkozott. Az első, Anna Šťastná által vezetett szekcióban a termékenységről és a családi formációkról volt szó. Zuzanna Brzozowska, aki a Bécsi Demográfiai Intézetből érkezett, de Lengyelországot képviselte, a házasságon kívüli születések növekvő arányáról és lehetséges okairól beszélt Lengyelország, Csehország és Szlovákia vonatkozásában. Jiřina Kocourková Anna Šťastná-val közös munkájukat ismertette, amely a Generations and Gender Survey első és második hullámán alapult. Az elemzés során azt vizsgálták, hogy Franciaországhoz képest milyen tényezők játszanak szerepet Csehországban a termékenység csökkenésében. A szekció harmadik előadója, Rohr Adél a házasodási szokások változását, az élettársi kapcsolatok terjedésének folyamatát mutatta be Magyarország vonatkozásában, majd a párkapcsolati formákkal kapcsolatos attitűdök változásáról beszélt. A szekció utolsó előadójaként Branislav Šprocha Szlovákia képviseletében a kohorsz termékenységgel, a gyermekvállalás egyre későbbre tolódásával, és ennek olyan következményeivel foglalkozott, mint a legfiatalabb kohorszok várhatóan

alacsony befejezett termékenysége és az egygyermekes, illetve gyermektelen családok növekvő aránya.

A konferencia záró szekciójában a visegrádi országok családpolitikájával ismerkedhettek meg részletesebben a résztvevők. A Tomáš Kučera vezette szekcióban elsőként a pozsonyi INFOSTAT kutatója, Boris Vaňo beszélt a kisgyermekes családok támogatásáról, bemutatva a különböző anyagi támogatásokat, a munka és családi élet összeegyeztetését elősegítő lépéseket, a családoknak szóló lakhatási támogatásokat, illetve azok hiányát. Ezt követően Ewelina Słotwińska-Rosłanowska előadásában áttekintette, hogyan változott 2010 óta a lengyel családtámogatási rendszer, milyen lépések történtek a szülői szerepek és a munkavégzés könnyebb összeegyeztethetőségének érdekében. Csehország képviseletében Anna Šťastná és Věra Kuchařová a cseh gyermekgondozási rendszert, a gyermekek intézményi elhelyezésének lehetőségeit ismertette, kihangsúlyozva, hogy ugyan a cseh anyák a kisgyermekek esetében az otthoni gondozást találják a legideálisabbnak, mégis fokozódik az érdeklődés az intézményi elhelyezés iránt is. A konferencia utolsó előadója Makay Zsuzsanna volt, aki a magyar családpolitikát, a legújabb reformokat mutatta be, és előadásában kitért arra is, melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a magyar kisgyermekes anyák visszatérését a munkaerő-piacra.

A konferencia programja a következő volt:

2015. szeptember 10.

Opening of the conference: *Kiss Szemán Róbert* (Maďarský Institut Prague)

1 Population trends in Visegrad countries

Chair: *Jiřina Kocourková*(Charles University, Prague)

Péter Őri (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest): Population trends in Hungary in the 2nd half of the 20th century and in the last 15 years

Branislav Bleha (Comenius University, Bratislava): Population developments in Slovakia. Quarter-century full of rapid changes and future outlook

Krzysztof Tymicki (Warsaw School of Economics, Warsaw): Demographic trends in Poland over the past 25 years

Boris Burcin (Charles University, Prague), *Tomáš Kučera* (Charles University, Prague): Population developments in the Czech Republic since 1990 and their prospects

2 Immigration and integration in Visegrad countries

Chair: *Zsuzsanna Makay* (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest)

Eva Jankská (Charles University, Prague), *Dušan Drbohlav* (Charles University, Prague): Migration trends and immigration policies in Visegrad countries

Klára Fiedlerová (Charles University, Prague), *Marek Čaněk* (Multicultural Center, Prague), *Luděk Sýkora* (Charles University, Prague): Segregation and integration in Czech cities: interaction between migrants and majority at the local level

Irén Gödri (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest): New trends of immigration into Hungary and the integration of immigrants

Slavomír Ondoš (Comenius University, Bratislava), Lukáš Belušák (Comenius University, Bratislava): Population distribution response to changing climate

Paweł Kaczmarczyk (Centre of Migration Research, Warsaw): Demographic and economic challenges in an emigration-immigration country – the case of Poland

Roundtable discussion: „Demographic trends in Visegrad countries and in Western Europe: more similarities or more differences?"

Moderator: *Jiři Podzimek* (Czech TV)

Participants:

Branislav Bleha (Comenius University, Bratislava)

Jiřina Kocourková (Charles University, Prague)

Péter Őri (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest)

Krzysztof Tymicki (Warsaw School of Economics, Warsaw)

2015. szeptember 11.

3 Family formation and fertility

Chair: *Anna Šťastná* (Charles University, Prague)

Zuzanna Brzozowska (Vienna Institute of Demography, Vienna): The non-marital birth ratio on the increase: what is behind? A comparison of trends in the Czech Republic, Poland and Slovakia, 1988–2011

Jiřina Kocourková (Charles University, Prague), *Anna Šťastná* (Charles University, Prague): Low fertility in the Czech Republic: Did the country miss out on the optimal time for fertility recuperation?

Adél Rohr (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest): Attitudes toward unmarried cohabitation and marriage in Hungary

Branislav Šprocha (INFOSTAT, Bratislava): Cohort fertility transition in Slovakia. The postponement and recuperation process

4 Family policy and childcare

Chair: *Tomáš Kučera* (Charles University, Prague)

Boris Vaňo (INFOSTAT, Bratislava): Support of families with small children in Slovakia

Ewelina Słotwińska-Rosłanowska (Warsaw School of Economics, Warsaw): Reconciling family and professional life in Poland – recent reforms concerning leaves for parents

Anna Šťastná (Charles University, Prague), *Věra Kuchařová* (Research Institute of Labour and Social Affairs, Prague): Childcare policies in the Czech Republik

Zsuzsanna Makay (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest): Mothers' labour market participation and recent family policy reforms in Hungary: trends towards more flexibility?

Closing of the conference: *Zsuzsanna Makay* (Hungarian Demographic Research Institute, Budapest)

Rohr Adél

SZERZŐINKNEK

A KÉZIRAT LEADÁSA

A szerkesztőség olyan demográfiai tárgyú, valamint a rokontudományok (szociológia, társadalomtörténet, közgazdaságtudomány, orvostudomány, néprajztudomány, földrajztudomány, jogtudomány, filozófia) tárgykörébe tartozó, de demográfiai vonatkozású *tanulmányok*at és *könyvrecenziók*at fogad el közlésre, amelyeket korábban magyar nyelven nem publikáltak és máshol nem állnak elbírálás alatt. Idegen nyelven már megjelent, de a magyar közönség érdeklődésére is számot tartó írásokat is elfogadunk.

A cikkek tudományos elemzések, módszertani megközelítésű vagy egy-egy tudományterület helyzetével foglalkozó írások, illetve szakirodalmi áttekintések egyaránt lehetnek. A szerkesztőség elfogad mind kvantitatív, mind kvalitatív elemzéseket. A *közlés feltétele* a benyújtott írás szakmai színvonala, amelyet első körben a szerkesztőség ítél meg, majd pozitív elbírálás esetén két független szakértő írásban értékel. Az értékelési eljárás mindkét irányban anonim. A szerkesztőség a bírálók javaslata alapján dönt a kéziratok elutasításáról/elfogadásáról, vagy tesz javaslatot azok átdolgozására. Utóbbi esetben a közlés feltétele, hogy a szerző a javaslatoknak megfelelően dolgozza át kéziratát, illetve tételesen jelezze (külön dokumentumban), hogy a javaslatok közül melyeket fogadja el és/vagy utasítja vissza (indoklással együtt). Amennyiben az átdolgozás nem történik meg, vagy azt a szerkesztőség nem tartja kielégítőnek, akkor fenntartja magának a jogot a kézirat visszautasítására. A közlés feltétele továbbá az alább részletezett terjedelmi és formai feltételek teljesítése.

A kéziratokat elektronikus formában (Microsoft Word dokumentumként) juttassák el a szerkesztőség e-mail címére: *szerkesztoseg@demografia.hu*.

A kéziratok *terjedelme* (12-es betűmérettel és szimpla sortávolsággal) nem haladhatja meg a 30 A4-es oldalt. Ettől a terjedelmi korláttól csak kivételes esetben térünk el. Kérjük, hogy a kéziratokhoz mellékeljenek maximum féloldalnyi terjedelmű magyar és lehetőség szerint angol nyelvű *absztrakt*ot, amely ismerteti a cikk alapvető kutatási kérdését, a felhasznált adatforrást és a főbb eredményeket. Kérjük legfeljebb négy *kulcsszó* megadását is. Az *ábrák*at szerkeszthető formában, külön Excel fájlban, az adatokkal együtt mellékeljék.

Recenziók esetén a következő könyvészeti adatok megadását kérjük: szerző teljes neve, cím, a sorozat megnevezése, kiadó, kiadás helye, ideje, oldalszám.

A kézirat megjelentetésével a szerzők elfogadják, hogy cikkük teljes terjedelmében megjelenik az interneten is (www.demografia.hu).

Minden szerző tiszteletpéldányként három, recenziók esetében két folyóiratpéldány átvételére jogosult.

SZERKEZETI ÉS FORMAI KÖVETELMÉNYEK

A kéziratok *tartalmazzanak* bevezető részt, amely összefoglalja a cikk tárgyát, szakmai jelentőségét. Ezt kövesse egy szakirodalmi összefoglaló, a kutatási kérdés, az adatforrás és az elemzési módszerek ismertetése. Majd következzék a tulajdonképpeni elemzés. A cikket összefoglaló rész (összefoglalás, összegzés vagy konklúziók címszó alatt) zárja le. Természetesen az itt ismertetett szerkezeti séma rugalmasan kezelendő, s az adott cikk témájának és megközelítési módjának megfelelően alakítandó ki. A szerkesztőség megítélése szerint a bevezető és az összefoglaló rész elengedhetetlen feltétele a publikálásnak.

Hasonlóképpen fontosnak tartjuk a szakmai és formai szempontból pontos forrásmegjelöléseket és hivatkozásokat is.

A *forrásmegjelöléseket* a törzsszövegben rövidített formában adják meg, majd a cikk végén „Források" címszó alatt a rövidített forma és azok feloldása szerepeljen, ábécérendben. A szövegben minden táblázat és ábra alatt „Források" címszó alatt szerepelniük kell a felhasznált forrásoknak (rövidített formában). A forráshivatkozásoknak visszakereshetőknek kell lenniük (pontos levéltári és kézirattári jelzetek, az adatbázis pontos neve, internetes elérhetősége, az utolsó letöltés dátuma stb.).

A tanulmány elkészítésével kapcsolatos információkat és a köszönetnyilvánításokat a tanulmány címéhez kapcsolódó, számmal jelölt lábjegyzet tartal-

mazza. A cím alatt kérjük megadni a szerző foglalkozását (esetleg beosztását), munkahelyét és e-mail címét.

HIVATKOZÁSOK

A forrásmegjelölésekhez hasonlóan az irodalmi hivatkozásokat is rövidített formában, *zárójelben* kérjük megadni a szövegben: a szerző(k) vezetéknevének, a megjelenés évszámának és az oldalszámnak a feltüntetésével. Pl. (Faragó 2007: 38) vagy (Gödri – Feleky 2013: 295) vagy (Faragó 2013: 242, Gödri – Feleky 2013: 295). Lábjegyzetes hivatkozást kérjük, ne használjanak! Azonos szerző ugyanazon évben hivatkozott több művét kisbetűk alkalmazásával különböztessék meg: (Dányi 1991a, 1991b). Három vagy több szerző esetén használják az et al. rövidítést: (Nagy et al. 2004).

A cikk végén „Irodalom" címszó alatt kérjük a rövid hivatkozások feloldását a következő formában:

IRODALOM

[kötetek]

Andorka Rudolf 2001: *Gyermek, család, történelem. Történeti demográfiai tanulmányok.* Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég, Budapest.

Sárkány Mihály – Szilágyi Miklós (szerk.) 2000: *Magyar Néprajz VIII. Társadalom*. Akadémiai, Budapest.

Laslett, Peter – Wall, Richard (eds.) 1972: *Household and Family in Past Time*. Cambridge University Press, Cambridge.

[cikkek tanulmánykötetből]

Hajnal, John 1983: Two Kinds of Preindustrial Household Formation Systems. In Wall, Richard – Robin, Jean – Laslett, Peter (eds.): *Family Forms in Historic Europe* Cambridge University Press, Cambridge, 65–104.

[cikkek folyóiratból]

Gödri Irén – Feleky Gábor Attila 2013: Migrációs tervek megvalósulása egy követéses vizsgálat tükrében. Az előzetes migrációs szándék, a várakozások és a külső elvárások szerepe. *Demográfia*, 56(4), 281–332.

[internetes hivatkozások]

OECD 2011: OECD *Family Database.* OECD, Paris. www.oecd.org/social/family/database. Letöltve: 2013. 09. 17.

EGYÉB

- Kerüljük a p., pp., o., old., i.m. rövidítéseket mind a szövegben, mind az irodalomjegyzékben.
- Tanulmánykötetekben megjelent cikkekre való hivatkozáskor az „In" megjelölés után soha ne tegyünk kettőspontot.
- Folyóiratnevek elé az irodalomban soha ne tegyünk „In" megjelölést.
- Az irodalomjegyzékben az idézett szerzők keresztnevét is írjuk ki.
- Az irodalomjegyzék ne tartalmazzon a szövegben nem hivatkozott művet.
- Megjegyzésekhez használjunk lábjegyzeteket. A szövegtörzshöz csak olyan lábjegyzetek kapcsolódjanak, amelyek a főszöveghez fűznek megjegyzéseket, kiegészítéseket. A pusztán irodalmi hivatkozásokat tartalmazó lábjegyzeteket kerüljük.
- Ügyeljünk az elválasztójel (-) és a kötőjel (–) helyes használatára. Számok, évszámok, oldalszámok közé kötőjelet rakjunk (–).
- A % jel mindig tapad a számhoz.
- Tizedesvesszőt használjunk, ne tizedespontot.
- A szövegben szereplő táblázatoknak, ábráknak mindig legyen sorszámozott, minél pontosabb címe (1. táblázat, 1. ábra). A szövegben, kérjük, zárójelben hivatkozzanak a táblázatokra és ábrákra (1. táblázat). Az ábrákat és táblákat folytatólagosan, a cikk elejétől kezdődően (ne fejezetenként) számozzák. A táblázatokat Word táblázatszerkesztővel készítsék.
- A táblázatokat és ábrákat formailag csak minimális mértékben szerkesszék. Az ábrák, térképek kialakítása során vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehér nyomtatásban fognak megjelenni. Statisztikai elemző szoftverekből kikerült nyers, szerkesztetlen táblázatokat nem fogadunk el. A táblázatok mérete nem haladhatja meg az egy nyomtatott oldalt.
- A szöveg a lehető legkevesebb formázást tartalmazza.
- A szöveg szakaszokra tagolható, legfeljebb 3 szintet használjanak.
- A szövegben használt rövidítéseket, mozaikszavakat az első előforduláskor oldják fel zárójelben.

TISZTELT ELŐFIZETŐINK!

Tájékoztatjuk Önöket, hogy a 2015-ös évfolyamtól a folyóiratot a szerkesztőségtől rendelhetik, az alábbi megrendelőlap segítségével.

Kiadó:	KSH Népességtudományi Kutatóintézet (1024 Budapest, Buday László utca 1-3.)
Megjelenik:	negyedévente (évi három szám)
ISSN szám:	0011-8249

A folyóirat éves előfizetési díja **2 184 Ft.** Az előfizetés megrendelhető a KSH Népességtudományi Kutatóintézettől az alábbi megrendelőlap kitöltésével és postai vagy elektronikus úton (szkennelve) történő visszaküldésével.

Postacím: 1525 Budapest Pf. 51.
E-mail cím: nki@demografia.hu

MEGRENDELŐLAP

Alulírott megrendelem a ***Demográfia*** című folyóirat 2015. évi számait
..... példányban.

Név: .....

Szállítási/levelezési cím:.....

Adószám: .....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

A megrendelés összegét az alábbi számlaszámra kérjük átutalni:
KSH Népességtudományi Kutatóintézet 10032000-01456301-00000000

A megjegyzés rovatban kérjük feltüntetni: Demográfia 2015. év.

Dátum:..... Aláírás:.....

DEMOGRÁFIA

Megjelenik negyedévente
Szerkesztőség: KSH Népességtudományi Kutatóintézet,
1024 Budapest, Buday László u. 1–3.
Telefon: (+36-1)-345-6573
E-mail: szerkesztoseg@demografia.hu

Kiadásért felel a KSH Népességtudományi Kutatóintézet igazgatója.

Előfizethető a Szerkesztőségben.
Előfizetési díj: egész évre 2184,– Ft

Szedte: a Szerkesztőség

Editorial Office: H-1024 Budapest, Buday László u. 1–3.