

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

Kovács Katalin: Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban és az ok-specifikus halálozási minták változása – egy közös elméleti keret kialakítása felé	5
Szalma Ivett – Takács Judit: A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon	44

KÖZLEMÉNYEK

Ács Vera – Gellérné Lukács Éva: Kutatói mobilitás, avagy a harmadik országbeli állampolgár kutatók migrációja és magyarországi integrációja	69
---	----

FIGYELŐ

Tóth Pál Péter: Cseh-Szombathy László: Statisztikus, szociológus, demográfus. Életrajzi vázlat	103
--	-----

DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

European Journal of Population	112
Journal of Marriage and Family	112
Population	114
Population and Development Review	115
Population Research and Policy Review	115
Population Studies	116

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

CONTENTS

STUDIES

Katalin Kovács: Historical changes of cause-specific mortality patterns and social inequalities in mortality: towards an integrated theoretical framework	5
Ivett Szalma – Judit Takács: Some factors influencing childlessness in Hungary	44

ARTICLES

Vera Ács – Éva Lukács Gellénné: Researchers' mobility: migration of researchers from third countries and their integration into the Hungarian society	69
---	----

CHRONICLE

Péter Pál Tóth: Cseh-Szombathy, László: Statistician, sociologist, demographer. A sketch of biography	103
---	-----

REVIEW OF DEMOGRAPHIC JOURNALS

European Journal of Population	112
Journal of Marriage and Family	112
Population	114
Population and Development Review	115
Population Research and Policy Review	115
Population Studies	116

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

TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK A MORTALITÁSBAN ÉS AZ OKSPECIFIKUS HALÁLOZÁSI MINTÁK VÁLTOZÁSA – EGY KÖZÖS ELMÉLETI KERET KIALAKÍTÁSA FELÉ¹

KOVÁCS KATALIN

A halálozás az utóbbi évtizedekben az emberi történelem során soha nem látott léptékben csökkent a világ legtöbb országában. Ennek során az egyes halálokok súlya jelentősen változott, azaz a haláloki mintázat is átalakult. Ugyanakkor a teljes halálozás szintjét számottevően befolyásoló halálozási egyenlőtlenségek mértéke, azaz a különböző társadalmi csoportok halálozási szintjei közötti különbség – az általános halálozási szint mérséklődésével párhuzamosan – inkább növekedett, mint csökkent.

Az okspecifikus halálozási minták átalakulásának megértéséhez általában az epidemiológiai átmenet elméletét szokás segítségül hívni. Az epidemiológiai átmenet elmélet/elméletek gyakorta érintik a társadalmi egyenlőtlenségekhez kapcsolódó halálozási egyenlőtlenségek témáját, de az egyenlőtlenségek értelmezésére szolgáló szisztematikus elméleti háttérrel az elmélet egyetlen változata sem nyújt. A mortalitásban (illetve az egészségi állapotban) megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek magyarázatát célzó számos szociológiai középszintű elmélet viszont többnyire figyelmen kívül hagyja a haláloki mintázat változásának tényét, így az az időbeli periódus, amelyre vonatkoztatható, az epidemiológiai átmenet valamelyik meghatározott szakaszára szűkülhet.

Ebben a tanulmányban a haláloki mintázat átalakulására és a halálozásban megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek megjelenésére vonatkozó, többnyire divergáló elméleti megközelítések részletes bemutatására teszünk kísérletet, azzal a céllal, hogy olyan megközelítést találjunk, amely alkalmas rá, hogy keretei között a magyarországi halandóság utóbbi négy évtizedének – epidemiológiai korszakokon átívelő – történetét a mortalitásbeli egyenlőtlenségek kibontakozásának történetével együtt értelmezzük.

Az epidemiológiai átmenet elmélete és az elmélet alakváltozásai

Az epidemiológiai átmenet elmélete a forrásának tekintett megfogalmazásban teljes népességi elmélet, azaz „demográfiai átmeneti” elmélet volt, vagyis

¹ A tanulmány a 69031 számú OTKA kutatás keretein belül készült.

mind a mortalitásra, mind a fertilitásra (termékenységre), mind pedig a kettő kapcsolatára vonatkozó állításokat tartalmazott. „Karriert” azonban a mortalitási mintákra vonatkozó elméletként futott be, a fertilitásra vonatkozó állítások pedig, amelyek egyébként sem voltak túl részletesek, a körülötte zajló diskurzusban fokozatosan elveszítették a jelentőségüket. Az epidemiológiai átmenet elmélete, amely elválaszthatatlanul összekacsolódott első megfogalmazója, Abdul Omran nevével, így szinte teljes egészében a mortalitási minták elméletévé vált. Az elmélet egyrészt a korszecifikus, másrészt az okspecifikus halandóság trendjeire fókuszál, és ambíciója szerint ezeknek a trendeknek az alakulását értékeli a teljes halálozás alakulása szempontjából.

Nem csupán a történeti hűség okán, de a teória sajátos jellegének – amelyet a széles látókör és az állítások elnagyoltsága egyaránt jellemez – érzékeltetése céljából is fontos lehet az elsőként publikált változat főbb pontjainak („posztulátumainak”) bemutatása. A posztulátumokat a következőkben Abdul Omran 1971-ben megjelent cikke alapján ismertetjük, helyenként szó szerinti fordításban. Az összefoglalásban ugyanakkor figyelembe vettük a szerző e témában megjelent második írását is (Omran 1983), minthogy e két időpont között az elmélet főbb pontjaiban nem változott, és kritikai megjegyzésekre sem kellett reflektálnia.

Az első posztulátum azt rögzíti, hogy a mortalitás a népesség alakulásában alapvető szerepet játszik.

A második posztulátum az epidemiológiai átmenet elméletének legfontosabb és egyben legvitatottabb eleme. Eszerint „az átmenet folyamán a mortalitási és megbetegedési mintázatokban (tág időperspektívában szemlélve) alapvető eltolódás megy végbe, amelynek során a fertőzések által okozott pandémiák fokozatosan felváltódnak degeneratív és ember által okozott betegségekkel, mind a megbetegedések, mind pedig a halálozás elsődleges okait illetően. Ez az eltolódás alapvetően három fázisban megy végbe. A »pestis és az éhezés« korszakában a mortalitás magas és jelentős fluktuációt mutat, s ez megakadályozza a népesség fenntartható növekedését. A várható élettartam ebben az időszakban alacsony, és jelentős kilengéseket mutat: 20 és 40 év között ingadozhat. A »visszaszoruló járványok (szelídülő pandémiák)« időszakában a mortalitás fokozatosan csökken, és ahogyan a járványos halálozási csúcsok egyre ritkábbá válnak, majd végül eltűnnek, a mortalitás csökkenésének üteme felgyorsul, így a születéskor várható élettartam 30-ról 50 évre² növekszik. A népesség növekedése, amelyet egyre inkább exponenciális jellegű függvény ír le, fenntartható folyamattá válik. Ennek a korszaknak egy későbbi fázisában a fertilitás csökkenése is megkezdődik. A »degeneratív és ember által okozott betegségek korszakában« a mortalitás csökkenése folytatódik, és végül egy viszonylag alacsony szinten, a stabilitáshoz közeli állapotban állandósul. A születéskor várha-

² A későbbi, 1983-as verzióban (Omran 1983) 55 évre.

tó élettartam fokozatosan nő, míg végül 50 év fölé³ emelkedik. Ezen szakasz során a népesség növekedésében a fertilitás kezd meghatározó szerepet játszani.”⁴

A harmadik posztulátum nem az okspecifikus halálozás, illetve a megbetegedési minták, hanem a – mindezek következményének is tekinthető – nem- és korszpecifikus halálozási ráták változására vonatkozik. „Az epidemiológiai átmenet során legnagyobb mértékben a gyermekek és a fiatal nők egészsége és mortalitása változik meg.”⁵

A negyedik posztulátum, bár meglehetősen általánosnak tűnik, rögzíti az epidemiológiai átmenet elméletének nézőpontját, és kijelöli a kapcsolódási pontokat a lehetséges magyarázó okok, folyamatok felé, azaz értelmezési keretet nyújt: „Az epidemiológiai átmenet során a megbetegedési és halálozási mintákban végbemenő változások szorosan kötődnek azokhoz a demográfiai, gazdasági és társadalmi folyamatokhoz, amelyek a modernizáció egészét jelentik.”⁶

Az ötödik posztulátum a fent leírt folyamatban esetlegesen mutatkozó különbségek leírására tesz kísérletet. „A népességi változások mintáit, sebességét, meghatározóit, illetve következményeit tekintve sajátos változatok léteznek, amelyek az epidemiológiai átmenet három különböző modelljébe illeszkednek. Ezek a következők: a klasszikus vagy nyugati modell (nyugati országok), a gyorsított modell (Japán és a kelet-európai országok), valamint a kortárs vagy késleltetett modell (fejlődő országok).”⁷ Omran 1983-as közleményében a késleltetett modell egy újabb altípusa is elkülönül, amely elsősorban az olyan országokban tapasztalt demográfiai fejleményeket kísérel meg leírni, mint Szingapúr vagy Hongkong.

Omran ezekben a tanulmányokban a következő időbeli szakaszolást vázolja fel a különböző modellekben lezajló folyamatokat illetően. A klasszikus modellben a mortalitás fokozatos csökkenése a 18. vagy a 19. században kezdődött meg, a 19. és a 20. század fordulója után ez a folyamat felgyorsul. A „degeneratív, illetve ember által okozott” betegségek korszaka a szóban forgó országokban a 20. század második, illetve harmadik évtizedében köszöntött be. A mortalitás csökkenését ebben a modellben a fertilitás csökkenése kísérte. A gyorsított modellben a fokozatos mortalitás-csökkenés a 19. század második felében kezdődött. A gyorsított modellt követő országokban a „teljes” átmenet sokkal rövidebb idő alatt ment végbe, mint azokban az országokban, amelyekre a klasszikus modell vonatkozik. Végül a késleltetett modell a [z az idő tájt] kortárs és a még nem befejezett átmeneteket szándékozott leírni. A mortalitás

³ A későbbi, 1983-as verzióban (Omran 1983) 70 év körülire.

⁴ Omran 1971.

⁵ Omran 1971.

⁶ Omran 1971.

⁷ Omran 1971.

csökkenése a késleltetett típusú átmentet mutató országokban a 20. század első felében kezdődött meg, a fertilitás azonban ezen időszak során is magas maradt, és csökkenése csupán a mortalitás mérséklődését néhány évtizeddel követően kezdődött/kezdődik meg.

Omran posztulátumait az 1970-es és 1980-as évek főbb politikai és tudományos kérdéseinek összefüggésében érdemes értékelni. Omran sok későbbi kritikusa elfelejti, hogy a szerző legfontosabb célja a fejlődő országok problémáinak megvilágítása, és ezen országok emancipációja volt az egészségről és a halandóságról folytatott nemzetközi politikai és népegészségügyi diskurzusokban; az átfogó, valójában a teljes emberi történelemre „ráterülő” elmélet megalkotását ezzel legfeljebb egyenértékű, de semmiképpen nem elsőrendű célnak tekintette.

Az elmélet legkorábbi formájának értékeléséhez azt is fontos megjegyezni, hogy bár ekkoriban már rendelkezésre álltak az Egyesült Nemzetek által kidolgozott „modell halandósági táblák”, Omran részletes történeti adatokkal 1971-ben csupán hat országra (Svédország, Anglia és Wales, Japán, Chile és Ceylon) vonatkozóan rendelkezett. Ebből is adódhat, hogy a három fázis történeti időben való elhelyezése csupán a klasszikus modellre vonatkozóan világos, bár kérdőjelek ezzel kapcsolatban is felmerülnek.

Az elmélet első formáját többen kritizálták, részben pontatlanságai miatt is: sok zavart szült például az „átmenet” kifejezés használata, amely azt sugallja, hogy az átmeneti korszakok valójában egyéb (feltehetően stabil mortalitási mintázatot mutató) korszakokat választanak szét időben (Mackenbach 1994). A leggyakoribb értelmezés szerint azonban Omran az emberi történelem egészét osztotta fel (először három, később több) „átmeneti szakaszokra”, amelyeket a domináns halálóci csoportok önmagukban is jellemeznek. A későbbiekben heves vita tárgya lett az ilyen módon elkülöníthető szakaszok száma is.

A domináns betegségcsoportokat illetően az 1971-es közlemény még kevésbé informatív. Explicit módon Omran csak 1983-as közleményében nevezte meg azokat a betegségeket, illetve betegségcsoportokat (halálóciákat), amelyeket „ember okozta”, illetve „degeneratív” jellegűnek tartott. Ezek a következők voltak: szív- és érrendszeri betegségek, tumoros betegségek, az anyagcsere-rendszer betegségei, sugárzás okozta sérülések, balesetek, munkahelyi kockázatokhoz kötődő betegségek, az iparban és a környezetben található karcinogén tényezők és az élelmiszerekhez hozzáadott anyagok okozta betegségek, valamint a „stresszel kapcsolatos” betegségek, mint például a mentális betegségek vagy a drogfüggőségek (Omran 1983).

Omran közleményei tehát a rendelkezésre álló adatok víziószerű értékelésén alapulnak. Mint ahogy talán már a korábbiakban bemutatott részletek alapján is érzékelhető, 1971-es, illetve 1983-as megjelenési idejükhez képest a tanulmányok a mortalitást alakító tényezőkre vonatkozó szemléletmódja meglepően „modern”, ugyanakkor annak a kapcsolatrendszernek az elemeire, amely mind-

ezeket a mortalitási mintákat létrehozta, csupán hipotézisszerűen utalnak, és nem tartalmaznak tudományos igényű érvelést vagy bizonyítást arra nézve, hogy ezek a kapcsolatok valóban fennállnának. Azok a tényezők, amelyekkel Omran a mortalitási minták átalakulást kapcsolatban állónak látja, lényegében három nagyobb csoportba sorolhatók: az öko-biológiai jellegű meghatározók (a betegségek kórokozójának virulenciája, illetve a megtámadott népesség ellenálló képessége), a társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális meghatározók (beleértve az életszínvonalat, az egészségmegőrzési szokásokat, a higiéniát, valamint a táplálkozást), és végül a népegészségügyi és orvosi ellátáshoz kapcsolódó meghatározók csoportjába. Omran mindezen tényezőkkel kapcsolatban csak annyit szögezett le, hogy a közegészségügyi tényezőknek a 19. században volt lényegesebb a szerepe, míg a 20. században az egészségügy és a népegészségügy súlya volt nagyobb.

A szakaszok számának kérdésére visszatérve, az epidemiológiai átmenet „standard” (azaz ma leggyakrabban használt) formájának kialakulásához Olshansky és Ault 1986-ban megjelent cikke nyújtotta a legnagyobb hozzájárulást. Ahogyan ezek a szerzők megjegyzik, az epidemiológiai átmenet elmélete korábbi formájának kialakulásában nagy szerepet játszott az akkor (az 1960-as és 1970-es években) rendelkezésre álló adatok természete, amelyek a mortalitási mutatók javulásának lassulására utaltak a korabeli fejlett országokban. A mellett a – ma is általában véve igaznak tartott – feltevés mellett, mely szerint a mortalitás csökkenésének erős biológiai határai vannak, azaz van olyan „természet adta” maximális életkor, amely a népesség döntő hányada számára nem túlszárnyalható, logikus volt a feltételezés, hogy ez a határvonal közel esik a világ néhány országában akkorra már elért várható élettartamokhoz. A nyolcvanas években vált világossá, hogy a halandóság csökkenésének folyamata addigra korántsem merítette ki minden tartalékát – a várható élettartam ebben az időszakban az országok döntő többségében növekedett, a fejlett országokban pedig korábban elérhetetlennek látszó magasságba emelkedett. Olshansky és Ault – bár a „negyedik szakasz” koncepcióját az ő nevükhöz szokás kötni – valójában nem foglalkoztak azzal, hogy az általuk felfedezett „negyedik” fázisban milyen halálokok uralják a mortalitási mintát. Érdeklődésük középpontjában – minthogy alapvetően az idősödés kérdéseivel foglalkoztak és az egészségügyi költségek alakulásának előrejelzésére törekedtek – a generációs nyereségek kérdése állt. Az 1900 és 1980 (illetve az előjelzett adatok segítségével 2020) közötti évekre vonatkozóan tanulmányozták a várható élettartam (részletesebben: a születéskor várható, illetve a 0–20, 20–45, 45–65 és 65–85 év között várható élettartamok) alakulását. Tanulmányuk végkövetkeztetése az volt, hogy a várható élettartamban bekövetkező nyereség a 20. század során (ahogyan a fiatal életkorokban a korcsoportos halálozási ráták fokozatos javulásával a további hozzájárulás számára már egyre kevesebb hely maradt) egyre nagyobb arányban származik az idősebb korcsoportoktól, illetve az ő halálozási

rátáikban bekövetkező javulástól. Ezt a szakaszt nevezték el a negyedik epidemiológiai korszaknak.

Ezzel szinte párhuzamosan az okspecifikus halálozás kutatói részéről is felmerült egy „negyedik” fázis bevezetésének szükségessége, amelyet ők „hibrid” szakasznak neveztek (Rogers – Hackenberg 1987). Rogers és Hackenberg a mellett érvelt – mely érvek a későbbiekben, mint látni fogjuk, gyakran visszatérnek majd –, hogy több okból sem lehet a fertőző betegségek egyértelmű eltűnéséről beszélni. A többszörös halálokok szerepét vizsgálva azt találták, hogy bár a haláloki regisztrációban a fő halálokként szereplő betegségek legtöbbször nem fertőző jellegűek, annak más kategóriáiban (például a közvetlenül a halált kiváltó okok között) változatlanul gyakran jelennek meg fertőző betegségek. A halálozási mintát azonban összességében a nem fertőző betegségek uralják – ezért kell véleményük szerint a legutóbbi időszakot haláloki szempontból „hibridnek” tekintenünk.

A későbbiekben ez az új szakasz „polgárjogot” nyert az elmélet „standard” (azaz leggyakoribb) használatában, és a haláloki mintázatban végbement finomabb átalakulásokra vonatkozó megfigyelésekkel kiegészülve ma a „késleltetett degeneratív betegségek”, esetleg a „krónikus betegségek” korszakaként szokás emlegetni.

A korszakok számát illetően azonban a vita tovább szélesedett, diszciplináris értelemben is. Történészek és történeti demográfusok vitatták azt, hogy a járványos betegségek dominálta korszak egyben kezelhető, illetve kezelendő. Többen különböző szakaszokat különböztettek meg, elsősorban az európai középkoron belül: bizonyos megközelítésben három különböző fázis is elkülöníthető volt (Schofield – Reher 1991). Ennek a vitának a lezárására kevés az esély, minthogy csupán néhány országból vagy területről állnak rendelkezésre nagyon régre visszanyúló és időben folyamatos halálozási statisztikák.

Sor került a korszakolás „visszamenőleges” bővítésére is, amely az epidemiológiai elmélet első modelljében megjelenő, „éhezés” fémjelezte korszak elnagyolt jellegére reflektált. Az elsősorban antropológusok által kidolgozott „evolúciós biológiai” elmélet tulajdonképpen a ma ismert biológiai hatásmechanizmusok őskorszakbeli működét „modellezi”, de kisebb részben régészeti leletekre is épít (Barett et al. 1998; Armelagos et al. 2005). A fertőző ágenseket a biológiai átviteli mechanizmusok típusa alapján csoportosítja. Külön csoportba tartozónak tekinti azokat, amelyekkel az ember hosszú időn keresztül, feltételezhetően a letelepedést megelőzően is együtt él („megörökölt” vagy „heirloom” ágensek), azokat, amelyekkel esetlegesen találkozhat („souvenir” fertőzések), illetve azokat, amelyekkel a letelepedés és a mezőgazdasági tevékenység kapcsán találkozott (főképp zoogén, azaz a házasított állatok közvetítette fertőzések, kisebb mértékben a föld művelése során szerezhető fertőzések). Ezen az alapon különíti el a „paleolit aranykort”, amelynek jellemzője a gyűjtögető, illetve vadászó életmód, s amely kevés lehetőséget teremt bizonyos

fertőző betegségek – és éppen az ember számára legvégtetesebbnek bizonyult, nem „heirloom vagy „souvenir” jellegű betegségek – nagy léptékben való elterjedésére.

Az imént bemutatott „evolúciós biológiai” megközelítésben a fertőző betegségeknek olyan központi szerep jut, hogy ez a szerzői kör végül egy elsősorban a fertőző betegségek megjelenése alapján azonosítható háromfázisú epidemiológiai átmeneti modellt alkotott meg. Az első fázisban a fertőző betegségek felemelkedése figyelhető meg (ez tulajdonképpen az alapállapotnak tekintett vándorló életmódot felváltó letelepedés idején, hozzávetőleg 10 000 évvel ezelőtt kezdődik), majd az iparosítással kéz a kézben járó „a krónikus betegségek felemelkedése” alkot egy további korszakot. A harmadik átmeneti korszakot a szerzők az 1990-es évektől számítják: ekkortól ismét a fertőző betegségek dominanciájának kialakulására számítanak. A modern korra jellemző fertőző betegségek azonban a szerzők szerint csak részben azonosak a régiekkel, melyek közül néhány új formát ölt és antibiotikum-rezisztenssé válik (tébécé), néhány viszont, amelyeket korábban már kontrollhatónak tartottunk, régi formájában válik ismét nagymértékű járványok kirobbantójává. Ezen túl új, korábban nem ismert fertőző betegségek is megjelennek. Annak ellenére, hogy többen is figyelmeztetnek rá, hogy az „újonnan felfedezett” fertőző betegségek talán csak a gazdag országokban voltak korábban valóban ismeretlenek (Farmer 1996), az 1980-tól egyre több emberéletet követelő AIDS/HIV megjelenése és terjedése nyomós érvet jelentett a mellett az álláspont mellett, hogy a fertőző betegségek a mortalitásbeli jelentősége a fejlett országokban is újra növekedhet (Gaylin – Kates 1997).

A „három fázisú” átmeneti modell elfogadottsága elenyésző, ugyanakkor a benne megjelenő evolúciós szemléletmód számos eleme szervesen beépült az epidemiológiai átmenetről szóló diskurzusba. Armelagos és szerzőtársai meggyőzően érvelnek amellett, hogy az emberi fajt sújtó betegségek megjelenése és jelenlétük intenzitása az emberi tevékenység és környezetének interakciójában érthető meg. Ez a szemléletmód valóban gyümölcsözőnek bizonyult a fertőző betegségek terjedése értelmezésének területén. Az HIV/AIDS ázsiai és afrikai megjelenését tekintve például a szerzők négy, mások által beazonosított társadalmi, gazdasági, illetve történeti oksági mechanizmust is felelősnek találtak: a neokolonializmusra visszavezethető környezeti degradációt; a szegény családok integrációjának gyöngülését az időszakos munkavállalás szüksége miatti migráció okán; a szexuális életre vonatkozó döntéshozatal jellegét, illetve a szegénység feminizálódását (Barett et al. 1998).

Ami az „új” fertőző betegségek felemelkedését illeti, Armelagos és munkatársai nem állnak egyedül a tekintetben, hogy azokat elsősorban az emberi tevékenység következményeinek tekintik. Számos más szerző mellett így vélekedett az elmélet alapító atyja is az „ötödik átmenet” fázisáról írt utolsó, posztumusz megjelent cikkében (Omran 1996). Ez utóbbi, meglehetősen pesszimista

vízióban – más megállapítások mellett – tulajdonképpen az előzőekhez hasonló, bár meglehetősen elnagyolt érvelés támasztja alá a fertőző betegségek dominálta ötödik korszak közeli beköszöntének elkerülhetetlenségére vonatkozó nézeteit. Omran az imént bemutatottakon túl számos más tényezőt is számításba vesz az „ötödik fázis” kialakulását esetlegesen provokáló okok között, így például a korosodó társadalmakban az idősellátás fokozódó intézményesülését. Általánosságban is megállapítható, hogy a „konvencionális négyfázisú” modellt elfogadók körében polgárjogot nyert az a feltételezés, hogy a közeljövőben elképzelhető egy „ötödik epidemiológiai fázis” megjelenése, amelyet sokak szerint ismét a fertőző betegségek dominanciája jellemez majd. Az ötödik fázist jellemző betegségstruktúrára vonatkozóan azonban más feltételezések is kialakultak, amelyeket a későbbi részekben mutatunk be.

A korszakolás problémáján túl, de azzal szoros összefüggésben jelentős bizonytalanság figyelhető meg az egyes korszakokat jellemző domináns betegségcsoportokkal (azaz halálokokkal) kapcsolatban is. Elsőként kell említeniünk a „degeneratív” (illetve „az ember által okozott”) betegségek csoportjával kapcsolatos definíciós nehézségeket. A „degeneratív” betegségcsoportot napjainkban leggyakrabban a „krónikus” betegségek csoportjával szokás azonosítani. Krónikus betegségek alatt viszont azokat a betegségeket szokás érteni, amelyek ugyan az élet egy meglehetősen korai szakaszában is elkezdődhetnek, de jeleik és szimptomáik az idősödés során válnak egyre intenzívebbé, és a megfelelő okspecifikus halálozási ráta az életkorral növekszik, azaz mind az életkor és a szimptomák súlyossága, mind pedig a kor és a népességi szinten mért gyakoriság között szoros összefüggés áll fel (Fries 2005). Kivéve – mint ahogyan az előbb idézett szerző némi malíciával megjegyzi – néhány szintén „krónikusnak” tekintett betegséget, amelyekre nézve ilyen összefüggések nem állnak fenn, mint például a sclerosis multiplex. A „krónikus” helyett sokan a „non-communicable” alternatív terminust részesítik előnyben, amely tulajdonképpen a fertőző betegségek meghatározásának negatív vetülete. Mindenesetre a legerjedtebb csoportosításokban az epidemiológiai átmenettel kapcsolatos vizsgálatokban a kardiovaszkuláris és a tumoros megbetegedések alkotják a „krónikus” betegségcsoportot, néhány más betegséggel kiegészülve. Ez utóbbiak köre szerzőről szerzőre változik.

Az 1980-as és 1990-es évek tudományos felfedezései további kételyeket ébresztettek az epidemiológiai átmenet érvényességével kapcsolatban: az ekkor napvilágra került új összefüggések megerősítették a bizonyos szempontból már régen szunnyadó, a fertőző és nem fertőző betegségek közötti éles határvonalat illető kételyeket. Illették. Régen is ismert volt, hogy a szívbetegségeken belül egy jól elkülöníthető csoportot alkotnak az ún. reumás szívbetegségek, amelyek fertőzés következtében alakulnak ki. Szintén ismert volt a májrák és két hepatitisvírussal (hepatitis B és C vírus) való fertőzöttség közötti szoros összefüggés. Szemlélet-átalakító hatása azonban annak a felfedezésnek volt, amely a

gyomorrák és a *Helicobacter Pylori* baktériummal való fertőződés közötti összefüggést mutatta ki. Innentől kezdve a fertőzésekkel összefüggésbe hozható tumoros megbetegedések elkülönített osztályként való kezelése elfogadottá vált. Napjainkra tulajdonképpen nem maradt olyan betegség, amellyel kapcsolatban ne merült volna fel olyan hipotézis, amely szerint kialakulása kapcsolatban állhat valamely fertőző ágenssel.

Az egyes betegségek szerepének értékelését illetően bizonyos konszenzus mutatkozott a tekintetben, hogy egyes „marker” betegségek alakulásának vizsgálata alkalmas „az epidemiológiai korszakváltásban elért pozíciók” értékelésére. Ilyen betegségnek tekintik a fertőző betegségek eltűnésének korszakát illetően a tébécét (a leginkább elterjedt négyosztatú modellt tekintve), a negyedik fázis kezdetét illetően pedig az ischaemiás szívbetegségeket. A „marker” betegségekre vonatkozó részletes vizsgálatok viszont jelentős különbségeket tártak fel az epidemiológiai korszakhatárokat illetően még olyan európai országok között is, amelyeket más szempontból hasonló mortalitási mintázatúnak szokás tekinteni (Smallman-Raynor – Phillips 1999).

Az 1980-as és 1990-es évek fordulóján azonban ennél jóval komolyabb aggályok merültek fel az epidemiológiai átmenet elméletével kapcsolatban. Ennek elsődleges oka az empirikus ismeretanyag gyarapodásában lelhető fel: egyre több elemzés látott napvilágot a nem fejlett országok epidemiológiai profiljainak (azaz mortalitási mintázatainak) alakulásáról. Ezek közül az elemzések közül a legtöbb latin-amerikai országokra vonatkozott (sok viszont az óceániai régióban elhelyezkedő kisebb országokra). Az elemzések egyrészt – később részletesen bemutatott – hatalmas különbségeket tártak fel az országokon belüli különféle népességi csoportok mortalitási profiljai között, másrészt az ország egészére sem találták alkalmazhatónak az epidemiológiai átmenet elméletét (Vigneron 1989, 1993; Marshall 1991; Castillo-Salgado et al. 1999). Részleges megoldást jelentett további „modellek” beemelése az elméletbe, úgymint az „átfedő”, a „visszaforduló”, az „elnyújtott” és a „polarizált” típusok⁸ megkülönböztetése (Frenk et al. 1991).

A nagy népességű latin-amerikai országokban azonban kevésbé hatott megnyugtatóan, hogy országuk epidemiológiai profiljának alakulását a domináns demográfiai, epidemiológiai és egészségpolitikai diskurzus „epidemiológiai kivételként” értelmezi. A mexikói halálozási profil átalakulásnak elemzése kapcsán Carolina és Gustavo azt a kérdést teszi fel, vajon szükségünk van-e egyáltalán az epidemiológiai átmenet koncepciójára, amikor az az egyedi országok mortalitási profiljait gyakorta csak „kivételként” képes értelmezni, egészségpolitikai döntéshozatalba való beépülése pedig egyenesen ártalmas, és teret nyújt az egészségpolitikusok számára, hogy a (költséges) egészségügyi ellátás fejlesztése helyett divatos prevenciók ideológiákat propagáljanak

⁸ „Overlapped”, „reversed”, „protracted”, „polarized”.

(Carolina – Gustavo 2003). A koncepció politikai felhasználásának gyakorlata keltette felháborodáson túl ugyanezen szerzők kínálják az epidemiológiai elmélet általános fogalmi keretként való használata ellen szóló legmegalapozottabb argumentációt.

Carolina és Gustavo véleménye szerint az epidemiológiai átmenet elmélete, összhangban keletkezési idejének „korszellemeivel”, egy olyan alapvetően lineáris szemléletű koncepció, amely az alulfejlettség, a fejlődés és általában véve a modernizáció lineáris szemléletén alapul. Ez a nézőpont alapvetően a korszak (az 1970-es évek) gazdaság- és társadalomszemléletét tükrözi. A téma jellegéből adódóan az orvosi gondolkodással való analógiák sem elhanyagolhatók: a társadalmakat, csakúgy, mint az emberi egyedeket időben fejlődő, meghatározott fejlődési szakaszokon keresztülmenő entitásoknak tekinti. A társadalmi idő lineáris szemléletének adaptációja azután olyan képzetet kelthet, mintha az egyes társadalmak, eltérő ütemben ugyan, de determinált úton haladnának a boldog végkifejlet, azaz az epidemiológiai átmenet negyedik szakasza felé, amelyben a fertőző betegségek már elhanyagolható szerepet játszanak, a mortalitási mutatók pedig egyre javulnak, köszönhetően a krónikus betegségek fatális szakaszai egyre későbbi életkorokra tolódásának. Ha ez nincs így, van-e az epidemiológiai átmenet elméletének mélyebb mondanivalója, mint hogy a mortalitási minták bizony helytől és időtől függően változnak?

Korlátozott érvényességű válasz érkezett a mortalitási minták egyik legátfogóbb igényű elemzésének során. Az Egészségügyi Világszervezet egyik legambiciózusabb vállalkozása, a „Betegségek globális terhei” program kapcsán született számos elemzés közül Salomon és Murray tanulmánya arra a kérdésre kereste a választ, vannak-e olyan szabályszerűségek a kor- és ok-specifikus mortalitás arányaiban, illetve azok alakulásában, amelyek nagyszámú országban azonos irányba mutatnak (Salomon – Murray 2002). Erre a célra az Egészségügyi Világszervezet mortalitási adatbázisát használták fel, amely 58 országra és 90 különböző betegségre nézve tartalmazott a 20. század második feléből származó korszecifikus mortalitási rátákat. A felhasznált adatbázis kétségkívül bővebb, mint bármely korábbi, hasonló célból készült elemzés adatbázisa, ugyanakkor az egyes országokból származó adatok igencsak különböző hosszúságú időszakokat takarnak: Albániára vonatkozóan például csupán az 1992–93-as éveket, míg sok fejlett nyugati országra vonatkozóan az 1950 és 1997 közötti időszak teljességét. Az adatbázis további gyengeségének tekinthető, hogy a tekintélyes számú ország közül mindössze három latin-amerikai állam (Costa Rica, Mexikó és Uruguay), egyetlen ázsiai ország (Szingapúr) szerepel benne, az afrikai országok közül pedig egyetlenegy sem.

Mindezektől a problémáktól eltekintve az eredmények egyértelműen bizonyítják, hogy az okspecifikus halálozás mintázata ezekben az országokban, legalábbis a 20. század végéig, meghatározott „rend” szerint alakult, amely rendet egyrészt a halálozás teljes szintjével való összefüggésben, másrészt

pedig a nemzeti jövedelemmel kapcsolatban lehetett felfedezni. Az általuk vizsgált 90 betegség (halálok) nagyobb csoportokba rendeződve mutatott (illetve nem mutatott) szabályosságot. Az első csoportba kerültek azok a betegségek, amelyeket akár szegénybetegségeknek is nevezhetünk. A klasszikus fertőző betegségi csoporton túl ide sorolódtak a légzőszervi fertőzések, az anyai halálozás, a születés előtti okokra visszavezethető halálozások, valamint a táplálkozási hiányállapotok. A második csoportba sorolódtak az általában krónikusnak tartott betegségek, azaz a rosszindulatú daganatok, a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, az endokrin zavarok, az idegrendszeri és pszichiátriai rendellenességek, az érzékszervi betegségek, a krónikus légzőszervi betegségek, az emésztőrendszer betegségei, a genitális rendszer betegségei, a bőrbetegségek, a mozgásszervi betegségek, valamint a veleszületett rendellenességek. Bár a lista hosszúnak tetszik, fontos megjegyezni, hogy ennek az összetett halálloki csoportnak a 90%-át két nagy halálloki csoport, a daganatos és a kardiovaszkuláris halálozás teszi ki. A harmadik csoportba sorolódtak a halálozás külső okai, beleértve a szándékoltan és a nem szándékoltan okozott sérüléseket, azaz a gyilkosság, öngyilkosság és balesetek teljes csoportját (1. táblázat).

Az elemzés eredményei szerint az első és második csoportba sorolt betegségek kompozíciója kimutatható összefüggésben állt mind az ország nemzeti jövedelmével, mind pedig a teljes halálozás szintjével, míg a harmadik csoportba tartozó halálokok esetében ilyen összefüggést nem lehetett felfedezni. Ezek az eredmények úgy is értelmezhetők, hogy az első és második csoportba tartozó betegségeket érdemes az epidemiológiai átmenettel kapcsolatos elemzésekben figyelembe venni, míg a harmadik betegségecsoportba tartozókat ebben az értelmezési keretben nem érdemes különös figyelemre méltatni. A külsődleges vagy externális halálokok az elemzés szerint – számos más elemzés eredményeivel összhangban – nem alakulnak „szabályosan”, hanem az országok olyan egyedi sajátosságai alakítják, amelyek nincsenek szoros összefüggésben a halálozás egészét alakító tényezőkkel. Ezt a tényt azért érdemes megjegyezni, mert Omran eredeti koncepciójában az „ember által okozott” halálozások között a külsődleges okok is szerepeltek, mint a „modernitás” velejárói, amelyek jelentőségének növekedésére a „harmadik szakaszban” feltétlenül számítani lehet. Ezt az eredetileg inkább vizionált összefüggést később számos, e tekintetben sikertelennek bizonyult kutatás próbálta igazolni (például Moniruzzaman – Anderson 2004), míg a más összefüggéseket feltételező kutatások, elsősorban a gyilkosságok és az öngyilkosságok, valamint az értékrend és a társadalmi anomia közötti lehetséges kapcsolatokra fókuszáló kutatások jóval sikeresebbek ítéelhetők.

*1. Nagy halálloki csoportok a „Global Burden of Disease” vizsgálat alapján
(A 30 éven felüliek halálozási mintáinak figyelembevételével
készített válogatás)*

*Broad groups of causes of death based on the results of the study
„Global Burden of Diseases” (selection prepared regarding the causes of
death pattern of those aged 30+)*

Nagy halálloki csoport	Kisebb halálloki csoportok	Jellemző
I. csoport	Fertőző betegségek Légzőszervi fertőzések Anyai halálozás Táplálkozási hiányállapotok	Szoros kapcsolatot mutatnak a teljes halálozás szintjével és a GDP-vel
II. csoport	Roszzindulatú daganatok Szív- és érrendszeri betegségek Diabétesz Endokrin zavarok Idegrendszeri és pszichiátriai zavarok Krónikus légzőszervi betegségek Az emésztőrendszer betegségei	
III. csoport	A halálozás külső okai	Nem mutatnak kapcsolatot sem a teljes halálozás szintjével, sem pedig a GDP-vel

Az elemzés eredményeit úgy értelmezzük, hogy legalábbis a 20. század végéig az országok egy széles körére – elsősorban az iparosodott országokra – nézve az első és a második csoportba sorolható halállokok valódi jelentéssel rendelkeznek. Fontos azonban megjegyezni, hogy a két nagy csoporton belüli további osztályozásra ez a tanulmány nem ad támpontot. Szintén kérdéses, hogy a talált törvényszerűségek a 21. század első évtizedében is érvényben maradtak-e.

Annak megállapítására, hogy a második csoporton belül milyen halállokokat érdemes közelebbről szemügyre venni, másfajta irodalomhoz kell fordulnunk. Ennek egyik oka az epidemiológiai átmenetre vonatkozó tudományos diskurzus megváltozásában keresendő. A koncepció – minden ellentmondásossága ellenére – terjedni kezdett a társadalmi orientációjú epidemiológiában, amelynek művelői napjainkra számos speciális problématerületen beépítették azt kutatásaik koncepcióiba, és az egyes speciális betegségek, illetve halállokok szerepére vonatkozóan olyan eredményeket kaptak, amelyek legalábbis erős hipotézisek felállítását tették lehetővé. Miközben ez a jelenség egyrészt az epidemiológiai átmenetről való gondolkodás széttöredezéseként is értelmezhető, másrészt az

is megállapítható, hogy ezek az értelmezések mind kapcsolódnak olyan nagyobb kérdésekhez (mint például a táplálkozás szerepe a halálozás alakulásában), amelyek az epidemiológiai átmenettel kapcsolatban más diszciplína művelőinek körében is felmerültek.

A továbbiakban elsőként az epidemiológiai részterületeken megjelent eredményeket vesszük szemügyre, kiegészítve ezeket a nagyobb kérdésekhez való kapcsolódási pontok jelzésével, illetve a mortalitásbeli egyenlőtlenségekre vonatkozó megjegyzésekkel, nézetekkel, elméleti sémákkal. Ezt követően vizsgáljuk meg a mortalitásbeli egyenlőtlenségekre vonatkozó társadalomtudományi orientációjú elméleteket abból a szempontból, hogy azok mennyire integrálhatóak az epidemiológiai átmenet sémájának elemeivel.

Az epidemiológiai átmenet elméletének „széttöredezése”, illetve az egyenlőtlenségek kérdése az epidemiológiai megközelítésben

Fertőző betegségek

A fertőző betegségek és ezek mortalitására, a népesség alakulására gyakorolt hatásának kutatása – bár az epidemiológia tudományának neve is a járványokkal való foglalkozásra utal – nem korlátozódik az epidemiológusok munkásságára; jelentős szerepet játszanak benne a történészek és számos más tudományterület képviselőire is. Armelagos és munkatársai az „evolúciós biológia” nevében (antropológusként) érvelnek amellett, hogy a „neolitik forradalom” előtti korban, azaz a vadászó-gyűjtögető életmódot folytató törzsek körében nem figyelhető meg erős társadalmi rétegződés, továbbá a fogyasztott ételek különbözősége változatos tápanyagforrást kínált, így az emberek az őket támadó fertőző betegségeket (amelyek közül bizonyosak a szerzők szerint a vándorló életmódot folytató közösségekben is megjelentek) általánosságban nagy sikerrel védték ki. A mezőgazdasági termelés kezdetével, azaz a letelepedéssel nem csak az embert támadó organizmusok kerültek jóval gyakoribb kontaktusba az emberi szervezetekkel (egyrészt a földművelés, még inkább azonban a háziásított állatok közelsége okán), hanem az emberi táplálkozás is egysíkúbb lett, a társadalmi rétegződés is kialakult, valamint a közösségek is nagyobbá váltak. A szerzők bizonyítottan találják, hogy a neolitikum korszakából származó csontvázak átlagos magassága a korábbi időszakhoz viszonyítva csökkent, és több tápanyaghiányra utaló jel is észlelhető rajtuk, amelyek ráadásul a vélhetően szerényebb társadalmi állású egyének körében gyakoribbak voltak. Mindez újabb, már társadalmilag szelektíven sújtó járványok fellépéséhez vezetett (Harper – Armelagos 2010).

Az ember és környezetének kölcsönhatására mint a betegségi és halálozási struktúra döntő alakítójára vonatkozó „evolúciós” folyamatot néhány példával

illusztrálva, az erdőirtásos mezőgazdaság terjedésével közvetlen összefüggésbe hozható a maláriajárvány kialakulásának növekvő kockázata. Az építkezések kapcsán az emberi települések közelében hagyott víztározók (avagy pocsoltyák) kedveznek a sárgaláz és a dengue-láz terjedésének. Az élelmiszer-termelés kialakulása magával hozza a raktározási rendszerek kialakulását, amely az ételmérgezésekhez kapcsolódó fertőzések kialakulásának esélyeit növeli.

Érdekes ebben a megközelítésben szemügyre venni az evolucionarista biológia „második átmenettel” kapcsolatos megjegyzéseit. A szerzők nem vitatják a legtöbb, a második átmenettel általában kapcsolatba hozott tényező, úgymint a népegészségügyi, környezet-egészségügyi tényezők (tisztá ivóvíz és lakókörnyezet), valamint a javuló táplálkozási viszonyok fontosságát. Fontosnak tartják azonban megjegyezni, hogy mindezekkel a változásokkal újabb „veszélyforrások” keletkezése is együtt járt. Az ehhez a jelenséghez kapcsolódóan kiformalódott egyik közismert feltételezés a „higiénia-hipotézis” volt: eszerint az egyre tisztább lakókörnyezet és a fejlődő élelmiszer-biztonság hatására drasztikusan lecsökkent azoknak a mikroorganizmusoknak a száma, amelyekkel régebben az emberek saját egyedfejlődésük korai szakaszaiban találkoztak, ezért az ilyen kórokozókkal szembeni védekezőképesség nem alakult ki, s ez esendőbbé teszi őket a felnőttkorban fellépő fertőzésekkel szemben. Ez a hipotézis azonban nem igazolódott be, úgyhogy napjainkban inkább ennek módosított változata, az „Öreg barátok” hipotézis élvez népszerűséget (Rook 2010). A biológiai összefüggések alapján feltehető, hogy a kora gyermekkori „csíramentes” környezet – azaz az egyébként ártalmatlan parazitákkal és más mikroorganizmusokkal való találkozás hiánya – a T-sejtes szabályozási rendszert gyengíti, amely az autoimmun betegségek kialakulásának növekvő veszélyével járhat együtt. Ezért feltételezhető az allergiák, a gyulladásos bélbetegségek, a sclerosis multiplex és az 1-es típusú (illetve újabb feltételezések szerint mindkét típusú) cukorbetegség arányának növekedése. A krónikus gyulladások gyakoribbá válásán keresztül a gyermekkori lymphoid fehérvérűség és általánosan a tumoros kockázat növekedése, valamint a depresszió, az atherosclerosis (szívkoszorúér-elmeszesedés), az Alzheimer- és a Parkinson-betegség (amelyek az idegrendszer degeneratív betegségei) gyakoribbá válása szintén valószínű (Rook 2010).

Az evolucionista megközelítés azonban a jelenre-közeljövőre nézve fogalmazza meg a legérdekesebb feltevéseket. Az emberi életkörülmények részleteit a biológiai kapcsolatokkal együtt szemlélve korszakunk leginkább a „vírusok szuper-autópályájaként” jellemezhető, ahol a betegségek a vírusok gyors terjedése okán „globalizálódnak”. A folyamat elsődleges mozgatórugója a közlekedés globalizációja (Harper – Armelagos 2010).

Ebben a megközelítésben az epidemiológiai átmenet harmadik korszaka (mint korábban említettük, e szerzők körében csupán a fertőző betegségek mintázata szerint megkülönböztethető korszakok számíthatnak figyelemre) szinte

elkerülhetetlenül bekövetkezik. Az újonnan színre lépő fertőző betegségeket az ember által a környezetben végbevitt drasztikus változások váltják ki, mint például a mezőgazdasági fejlesztési projektek, az erdőirtás, áradások és klímváltozás. A globalizáció intenzifikálódása a szerzők szerint olyan tény, amely a jövőben szinte elkerülhetetlenül a járványos betegségek okozta halálozás növekedéséhez vezet – ugyanakkor arra, hogy pontosan melyek lennének ezek a betegségek, a szerzők nem térnek ki részletesen.

Visszatérve az evolúciós megközelítésmód által a korábbi időszakokra nézve központinak tartott táplálkozási kérdésre, jól látható, hogy e tényező vizsgálata más tudományterületeken is gyakorta megjelent. A táplálkozási tényezők szerepe a 19. és kora 20. század halandósági mintáinak elemzése során, a fertőző betegségek a fejlett országokban tapasztalt jelentős visszaszorulásának magyarázatakor is felmerült. Ezeket a változásokat sokáig az orvoslás fejlődésének, az első tudományosnak tekinthető gyógyítási technikák megjelenésének tulajdonították. Ezt a feltevést elsőként McKeown támadta meg (McKeown – Record 1962; McKeown 1976a, 1976b), a tuberkulózis Angliában és Walesben megfigyelhető visszaszorulásának vizsgálata során kapott eredményei alapján.

McKeown számításai szerint Nagy-Britanniában a tuberkulózis (és számos más fertőző betegség) visszaszorulása jóval a megfelelő terápiás eljárások felfedezését megelőzően elkezdődött, a terápiás eljárások mindennapi orvoslásban való meghonosodása idejéről nem is szólva. McKeown tézise az orvostudomány szerepére vonatkozó, addigra kialakult nézeteket ingatta meg, így érthető módon komoly rezonanciát elsőként az orvoslás, ezen belül a népegészségügy területén váltott ki. McKeown meggyőzően demonstrálta az orvoslás e tekintetben marginális szerepét, kevésbé meggyőzően azonban azt a tételt, amelyet a sok szóba kerülő hipotézis közül végül legvalószínűbbnek talált, nevezetesen a „táplálkozási” hipotézist. McKeown ugyanis – több szóba jövő társadalmi tényező (a lakhatási viszonyok, a munkakörülmények illetve a ma népegészségügyinek nevezett intézkedések) szerepének vizsgálata után – arra a következtetésre jutott, hogy ezeknek a tényezőknek nem lehet döntő szerepe, tehát a fertőző betegségek 19. század végén megfigyelhető, drasztikus visszaszorulásban elsősorban a népesség javuló táplálkozási viszonyai játszották a főszerepet. Ez a tézis viszont a történettudomány művelői körében keltett rezonanciát, akik sok energiát fektettek megcáfolásába.

A történeti kutatásokban azonban, elsősorban a kora újkor halálozási mintáinak vizsgálata során a történettudomány is fontosnak tekintette a rendelkezésre álló élelem mennyiségét és hozzáférhetőségét a mortalitás alakulása szempontjából. Egy másik domináns történeti kutatási irányzatban viszont a fertőző betegségek tanulmányozása élvez központi szerepet a halandósággal kapcsolatos kutatásokban. A történeti demográfusok között is elterjedt az a nézet, amely szerint a középkori halandósági minták alakulásával kapcsolatban a járványok jellegének változása a legfontosabb. A járványok ugyanis csoportosíthatók:

vannak „virulens” járványok, amelyek gyorsan terjednek és gyorsan halálhoz vezetnek, így a járványos betegségben szenvedő személy ellenálló képességének szintje (amelyet bizvást tekinthetünk a tápláltság függvényének) nincs lényeges befolyása a betegség hatására, azaz a halálózásra. A himlő, a malária, a pestis, a tífusz, a tetanusz, a sárgaláz, a gyermekbénulás és még számos más betegség ebbe a kategóriába tartozik. Más fertőző betegségek (például a tuberkulózis) hatása azonban függ az ellenálló képességtől, így a tápláltságtól, közvetve pedig a személy társadalmi állásától, azaz „diszkriminál” a társadalmi csoportok között.

Történeti demográfusok szerint a 16. és a 18. század között Európában a „nem diszkriminatív” járványok gyakoribbak voltak, mint a későbbi évszázadokban. A 18. század folyamán a domináns betegségek mintázata átalakult: számos nagyon virulens járvány egyszerűen eltűnt, mások visszaszorultak, és csak bizonyos életkori csoportokban szedtek áldozatokat, illetve csak bizonyos speciális körülmények (áradások) esetén léptek fel (Livi-Bacci 1999). Más járványok agresszivitása jelentősen csökkent, és felnőttkori halálos betegségekből gyermekkori, nem feltétlenül halálos betegségekké váltak (rubeola, kanyaró, mumpsz). Akármilyen is hozta létre ezt a változást, bizvást feltételezhető, hogy ekkortól a még változatlanul domináló fertőző betegségek a társadalmi helyzetűtől függő tápláltsági állapot és az ellenálló képesség eltérő szintje miatt jelentős mortalitási különbségeket hoztak létre. Mindezek alapján az feltételezhető, hogy a halálózás társadalmi különbségei a 18. századot követően, a nem diszkriminatív járványok visszaszorulása után válhattak markánsná. Ugyanakkor a 19. század közepétől a 20. század elejéig terjedő időszakban azokban a közösségekben, amelyek halandósági adatai foglalkozási osztály szerint elemezhetőek voltak, a mortalitásbeli egyenlőtlenségek jelentősen csökkenését lehetett megállapítani (Bengtsson – van Poppel 2011).

A történeti demográfia másik domináns kutatási irányának egyik legjelentősebb kurrens vállalkozása az élelmiszerárak mortalitásra gyakorolt hatásának vizsgálata a 18. és a 19. század folyamán. Ebben a kutatásban a mortalitási adatokat hat különböző ország egyes kiválasztott közösségeiben háztartásszinten gyűjtötték össze. A vizsgálat fő célja az – egyes években különösen magasra szökő – élelmiszerárak halálózásra gyakorolt hatásának bemutatása volt. Bár a kutatás által nyújtott összkép meglehetősen komplex, az eredményeket leegyszerűsítve mégis úgy tűnik, hogy a nagy élelmiszerváltságek csak azokban a közösségekben nem jártak együtt – az elsősorban a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat sújtó – különösen magas mortalitási csúcsokkal, amelyek számíthattak az éhezés elkerülését lehetővé tevő társadalmi támogató hálózatokra, és úgy tűnik, hogy ezek közül elsősorban az állam által működtetett rendszerek voltak a leghatékonyabbak (Bengtsson et al. 2004).

Ugyanakkor a fejlett és gazdag országokra vonatkozóan nagy ismeretanyag áll rendelkezésre a fertőző betegségek alakulását illetően. Ezek az elemzések

mind a fertőző betegségek a 19. és a 20. század folyamán bekövetkezett eltűnéséről számolnak be. Gazdag szakirodalom mutatja be az egyes betegségek eltűnéséhez vezető utat, különösen a közegészségügyi beavatkozások tekintetében. Az amerikai nagyvárosokban például a tiszta ivóvíz biztosítása (klórral való tisztítás, illetve szűrés) az 1910-es évek környékén a tífusz teljes eltűnését, a mortalitás 13%-os és a csecsemőhalandóság közel 50%-os csökkenését hozta magával a teljes lakosság körében (Cutler – Miller 2005). A fejlett országokban a 19. és a 20. század fordulóján a fertőző betegségek okozta halálozásban mutatkozó jelentős csökkenés sok esetben egyértelműen a bevezetett közegészségügyi innovációkhoz kapcsolható.

A fertőző betegségek okozta halálozás hosszú távú alakulását bemutató átfogó, sok halálokot vizsgáló elemzés csak két országra nézve áll rendelkezésre. A Hollandiára vonatkozó elemzés az 1900 és 1990 közötti időszakra nézve vizsgálja minden olyan betegség alakulását, amely az ezen hosszú időszak alatt érvényben lévő 9 különböző kódrendszer elemeinek összeillesztése segítségével vizsgálható volt (Wolleswinkel van der Bosch 1996). Ebben az elemzésben a fertőző betegségeknek négy különböző csoportja különült el. Az első csoportba tartozó betegségek (mint például a malária, skorbut és az enteritis) gyakoriságának csökkenése nagyon dinamikus volt már a 20. század első éveitől, és ezek a betegségek, illetve az általuk okozott halálozás az 1940-es évekre lényegében eltűnt (bár a második világháború időszakában átmenetileg újra visszatért). A második csoportba tartozó betegségek (a teljesség igénye nélkül: szarvaskököcs, szifilisz, diftéria, légzőszervi és egyéb tuberkulózis) okozta halálozás ennél sokkal lassabb tempóban mérséklődött – bár a visszaszorulás tendenciája ugyancsak nyilvánvaló a 20. század legelső éveitől kezdve –, teljes eltűnésük csak 1960 körül következett be. A harmadik csoportba tartozó okok (akut bronchitis és influenza, szifilisz, reumás láz, tüdőgyulladás, ismét csak a teljesség igénye nélkül) miatti mortalitás nem mutat határozott trendet a második világháborúig, gyors csökkenésük csak azt követően kezdődött és az 1970 körül fejeződött be. Végül a fertőző betegségek negyedik csoportja (appendicitis, szexuális úton terjedő fertőzések – a szifiliszt kivéve –, a fül betegségei) által okozott halálozás határozottan növekedett az 1930-as és 1940-es évek folyamán, és a második világháborút követő csökkenés csak 1980 körül vezetett az ilyen okokból bekövetkezett halálozás elhanyagolható szintjének kialakulásához. Mindezekon felül néhány fertőző betegség esetében nem lehetett a hozzájuk kapcsolódó halálozás trendjeit megállapítani, tekintettel a halálozás erősen fluktuáló természetére (himlő, kolera, antrax és gyermekbénulás). Ezek a halálokok 1960-ra szintén jelentéktelenné váltak Hollandiában (Wolleswinkel van der Bosch et al. 1997b). A társadalmi egyenlőtlenségek kérdése ebben a nagy ívű elemzésben modernizációs kontextusban vetődik fel, a Hollandián belüli földrajzi különbségek tárgyalásán keresztül (Wolleswinkel van der Bosch et al. 2001).

Egy másik, szintén nagyigényű elemzés Kanada mortalitási mintáinak változását vizsgálja az 1921 és 2000 közötti időszakban (Lussier et al. 2008). Erre a hosszú időtávra nézve azonban csak a nagyobb betegségcsoportok szerinti mortalitás alakulásának elemzését végezték el, részletes halálóki elemzés – az imént citált elemzéshez viszonyítva jóval kevesebb okot számba véve – csupán az 1958 és 2000 közötti időszakra áll rendelkezésre. Ez a tanulmány a klasszikus fertőző betegségek és a légzőszervi fertőzések csoportját összevontan kezeli, és az influenza, valamint a tüdőgyulladás csökkenő trendjei mellett a krónikus légzőszervi betegségek (asztma, bronchitis) okozta halálozás növekvő trendjeiről számol be.

A társadalmi különbséget tekintve egyedül a tuberkulózisra vonatkozóan alapították meg annak jellegzetes koncentrálódását a fejlett országokban is a népesség kevésbé iskolázott és szegényebb csoportjaiban.

A fertőző betegségek okozta mortalitással foglalkozó vizsgálatok többsége azonban nem a fejlett országokban megfigyelhető folyamatokra vonatkozik. Az 1990-es és a 2000-es évek folyamán jelentős ismeretanyag halmozódott fel a latin-amerikai országok mortalitási viszonyairól. Ezekben a tanulmányokban általában regionális metszetben jelennek meg a társadalmi különbségek. Egy tipikus latin-amerikai ország halálozási profilját a „civilizációs” betegségek okozta halálozás növekvő trendjei, valamint a klasszikus fertőző betegségek okozta halálozás állandósultan magas szintje alakítja ki, amelyhez országonként eltérő mértékben járulhat hozzá a külső okok miatti mortalitás (Albala – Vio 1995; Huicho et al. 2009; Risques et al. 2008).

A latin-amerikai országokban honos fertőző betegségek mintázatai nem pontosan olyanok, mint az (akár korábbi) európai betegségprofilok. Ezért az ezekből az országokból származó elemzésekben nem elsősorban az egyes konkrét betegségek okozta mortalitás esetleges magyarországi párhuzamai lehetnek érdekesek. Sokkal inkább figyelemre méltó a latin-amerikai országok mortalitásának „mintázata”: a párhuzamosan egymás mellett létező „epidemiológiai világok” terminusával jellemzett mindennapi tapasztalat. A modern epidemiológiai világban elsősorban a városi középosztály él, míg a régi mortalitási mintázatban a vidéki népesség és/vagy a nagyvárosi slumok/favellák lakói. A mortalitási mintázat ezekben az országokban nem elsősorban „átfedőként”, hanem inkább „foltosként” írható le. A földrajzilag és társadalmilag elkülönült csoportok jellegzetesen különböző mortalitási profiljai „patchwork”-öt alkotnak, amelyben bizonyos halálók csak adott „társadalmi foltokban” fordulnak elő. A „foltosság”, mint egy nagyon tágan értelmezett egyenlőtlenségi minta jelenségét a magyarországi viszonyok között is érdemes megvizsgálni.

2. A magyarországi halálozási minták vizsgálata során figyelembe veendő fertőző, légzőszervi és hiánybetegségek*
Causes of death of importance for contemporary mortality research in Hungary within the infectious, pulmonary and nutritional deficiencies

Halálok	Az epidemiológiai átmenettel kapcsolatos Jelentőség
Tuberkulózis	Az epidemiológiai átmenet harmadik szakaszára vonatkozóan szokásosan használt „marker” betegség
Enteritis	Korai mérséklődés más fejlett országokban
Szifilisz	Korai mérséklődés más fejlett országokban
Szexuális úton terjedő fertőzések	Késői mérséklődés más fejlett országokban
Influenza, pneumónia	Késői mérséklődés más országokban
Más akut légúti fertőzések	Emelkedő tendencia más országokban
Akut bronchitis és influenza	Késői mérséklődés a fejlett országokban
Vakbélgyulladás	Késői mérséklődés a fejlett országokban
A fül betegségei	Késői mérséklődés a fejlett országokban
HIV/AIDS	Az epidemiológiai átmenet ötödik szakaszának kezdetét jelezheti
Újonnan azonosított bakteriális és vírusfertőzések, antibiotikumrezisztens kórokozók által okozott betegségek	Az epidemiológiai átmenet ötödik szakaszának kezdetét jelezheti
Hiánybetegségek, alultápláltság, anyai halálozás	Az epidemiológiai átmenet második szakaszának jellemzői

* A magyarországi statisztikákban már 1970-ben is nagyon alacsony számban szereplő betegségeket itt nem tüntettük fel, akkor sem, ha más országokra vonatkozóan számos eredmény állt rendelkezésre.

Míg a fejlett világ a fertőző betegségekkel kapcsolatban elsősorban az „új” fertőző betegségekkel kapcsolatos aggodalmakkal van elfoglalva, a nem fejlett országokban elsősorban a soha nem látott volumenű urbanizációs folyamatok okoznak gondot. A nem tervezett urbanizációs folyamatok kapcsán törvényszerűen alakulnak ki rossz infrastruktúrájú, ivóvíz-, szennyvíz- és hulladékkezelést

nélkülöző, zsúfolt szegénynegyedek, ahol minden tradicionális fertőző betegség újra nagy arányban szedhet (illetve az ismert szegénynegyedek esetén bizonyítottan szed is) áldozatokat, és a helyzetet súlyosbíthatja a „vidéki fertőzések” behurcolása a városi területekre (Alior et al. 2010). Globális szinten tehát a jövő legvalószínűbb kihívása a fertőző betegségek területén a hatalmas volumenű migrációhoz fog kapcsolódni, nem pedig az esetlegesen fellépő új vagy újnak tartott fertőző betegségek okozta problémákhoz.

Tumoros betegségek

A rákos megbetegedésekre vonatkozóan közel egy évtizede nyert polgárjogot a „tumoros átmenet” („cancer transition”) technikus terminusa. Ez a szóhasználat azonban, mint látni fogjuk, inkább metaforikus, és egyetlen jól meghatározott betegségről gyűjtött tapasztalatokhoz kapcsolódik. A tumoros megbetegedések szemléletmódjában alapvető átalakulást a gyomorrák fertőző ágenssel (*Helicobacter Pylori*) való szoros kapcsolatának felfedezése hozott, holott bizonyos ráktípusok vírusfertőzésekkel való kapcsolata már korábban is ismert volt. A fertőző ágensek által befolyásolt ráktípusok listája idővel szépen gyarapodott.

Az első e tekintetben teoretizálóknak nevezhető cikk 2005-ben született (Gerstein – Wilmoth 2002), amely a tumoros halálozás Japánban tapasztalható trendjeit vizsgálta. A szerzők a gyomor-, a méh- és a méhnyakrák halálozás-trendjeit a kolorektális, illetve a tüdőrák halálozás-trendjeivel egybevetve azt találták, hogy míg az előzőek dinamikusan csökkenő, az utóbbiak mérsékelt növekvő tendenciát mutattak az 1950 és 1995 közötti időszakban. Az epidemiológiai átmenet elméletének szóhasználatára alapján „tumoros átmenetnek” nevezték el azt a folyamatot, amelynek kapcsán a fertőző ágensekkel erős kapcsolatban álló halálokok visszaszorulnak, míg az egyes „életmód-faktortokhoz” kötődő daganatok miatti halálozás előretör.

3. A fertőző ágensekkel összefüggésben álló tumoros megbetegedések
Cancers connected with infectious agents

A tumor típusa	Fertőző ágens	Megjegyzések
Gyomorrák	Helicobacter Pylori (baktérium)	Számos más rizikófaktor is hat, például korábbi reflux-betegség, nitrátok jelenléte az ételmiszerben, lúggal végzett munka, a tisztítóknak dolgozók fokozottan veszélyeztetettek
Méhnyakrák	HPV, HCV (vírusok)	A halálozás nagyban függ a rákbetegség korai, illetve késői azonosításától, azaz a szűrésektől
Orrgaratrák	EBV (herpeszvírus)	Számos más rizikófaktor is erős hatást gyakorol, elsősorban a dohányzás
Felnőtt T-sejtes lymphoma, Burkitt-szindróma	HTLV-1 (retrovírus). EBV (herpeszvírus)	Magyarországon ritkán előforduló betegségek
Hodgkin- és Non-Hodgkin-betegség	EBV (herpeszvírus)	Más tényezőknek is jelentős szerepe van
Májrák	Hepatitis B, C (vírusok)	Más rizikófaktorok is jelentősek és a szerv bonyolult felépítése miatt nagy az átfedés a nem elsősorban májhoz kapcsolódó tumorokkal. Országok szerint jelentős különbségek lehetnek a kódolási szokásokban (LaVecchia et al. 2010)
Húgyhólyagrák	Schistosoma haematobium	A kórokozó Magyarországon jellemzően nem fordul elő, a foglalkozási kockázatoknak nagy a jelentősége
Hímvesszőrák	HPV vírus	Magyarországon ritka betegség

Forrás: Parkin 2006. „Infectious agents and cancer”.

Az európai trendek vizsgálata megerősítette, hogy a gyomorrák-halálozás csökkenése Európában általános, minden országban végbemenő folyamat (Levi et al. 2004): néhány ország kivételével ezek a tendenciák már 1960-ban vagy még korábban elkezdődtek, és 1970 után a gyomorrák-halálozás kivétel nélkül minden országban jelentősen mérséklődött.

A „tumoros átmenetre” vonatkozó egyéb állítások tesztelése azonban nem könnyű feladat, hiszen a legtöbb tumoros megbetegedést több kockázati tényező együttesen vagy külön-külön alternatív módon is kiválthatja. Mindazonáltal

napjainkra konszenzus alakult ki a tekintetben, hogy milyen tumorerővel milyen fertőző ágensekkel állnak kapcsolatban (3. táblázat). A lista természetesen idővel bővíthet.

A baktérium- illetve vírusfertőzésekkel összefüggésbe hozható halálozást a teljes tumoros halálozás 15–40%-ára becsülik (Parkin 2004), amely arány nagyobb a nem fejlett országokban. Feltételezhető, hogy a fertőző ágensekhez kapcsolódó tumoros halálozások nagyobb arányban sújtják a hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportokat, legalábbis a kevés e tárgyban végzett kutatás (Ward et al. 2004; Menvielle et al. 2005; Puigpinós et al. 2009) eredményei erre utalnak.

A fertőző ágenssel szoros kapcsolatba álló tumoros megbetegedéseken túl a tumorerő egyéb formáit általában az úgynevezett rizikófaktorokkal kapcsolatban szokták vizsgálni és értelmezni. A rizikófaktorok mentén való osztályozás így olyan szempont, amely nem megkerülhető, annak ismeretében sem, hogy szinte nincs olyan tumoros megbetegedés, amely csupán egyetlen kockázati tényezőtől függene. Ennek figyelembevételével állítottuk össze a 4. táblázat sorozatának további darabjait, amelyekben a ma ismert kutatási eredmények szerint a domináns kockázati tényező alapján rendszereztük a leggyakoribb ráktípusokat.

*4.a Elhízással és más táplálkozási tényezőkkel összefüggésbe álló tumoros megbetegedések
Cancers connected with obesity or with other dietary factors*

A tumor típusa	A mortalitás relatív kockázata magas (30+) BMI-érték esetén	Megjegyzés
Kolorektális	1,5 – 2,0*	Számos más rizikófaktornak is jelentős szerepe van, ilyenek: ivóvíz-minőség, vörös húsok gyakori fogyasztása, diabétesz
Méhtest	3,5	
Vese	2,5	A dohányzás is jelentős rizikófaktor
Hasnyálmirigy	1,7	A dohányzás, illetve más életmódfaktorok szerepe is jelentős
Máj	1,5 – 4,0*	Rengeteg másfajta rizikófaktor szerepe is jelentős, a fertőzések szerepe domináns
Epe	2,0	
Nyelőcső	3,0	A fő rizikófaktor a dohányzás
Emlő	1,5	A fő rizikófaktor a szoptatás elmaradása

*Férfiakra, illetve nőkre.

Forrás: Calle – Kaaks 2004.

A tumorok és a rizikófaktorok kapcsolatát korábban elsősorban egyéni magatartási tényezőként, egészségviselkedési faktorként értelmezték. Napjainkra azonban a „globalizációs diskurzus” részeként megszülettek, illetve megszületőben vannak azok a „párhuzamos elméletek”, amelyek az egyes rizikófaktorok elterjedésének alakulását konkrét társadalmi és gazdasági folyamatokhoz kötik, és ezeknek hatását társadalmilag differenciált módon tudják legalábbis megbecsülni. A párhuzamos átmenetek közül a legkidolgozottabb formában a „táplálkozási átmenet” elmélete született meg.

A táplálkozási átmenet Popkin-féle (2006) teóriája az epidemiológiai átmenet ötszakaszos változatának (a négy általánosan emlegetett szakasz kiegészülve az evolúciós megközelítés által hozzáadott „paleolit aranykor” szakaszával) az étkezés, a gazdaság és az életkörülmények egyes aspektusait fogja rendszerbe, és ezt veti egybe a „demográfiai profilokkal”. A demográfiai profil elemeit ebben a gondolati sémában a mortalitás, a fertilitás, a morbiditás, a korstruktúra és a lakókörnyezet egyes jellemzői alkotják. A „tápláltsági profilok” az étkezés (milyen típusú élelmiszerek fogyasztása a domináns), a tápláltsági státusz (csontok állapota, alul- vagy túltápláltság, hiányállapotok), a gazdaság (főbb gazdasági szektorok), a háztartási termelés, valamint az élelmiszerfeldolgozás dimenzióiból állnak. Ebben a modellben „táplálkozási átmeneti szakaszok” határolódnak el, amelyeket azonban a szerző nem szakaszoknak, hanem „profiloknak” nevez, elkerülve így a „mechanikus fejlődés elméletként” való címkézés veszélyét. Az ötödik, véleménye szerint utolsó profilban (amelyet „viselkedésmódosításnak” címkéz) például az étkezést a jó minőségű zsírok és mérsékelt szénhidrát-fogyasztás jellemzi, ezen túl a testtömeg az előző szakaszhoz tapasztalható képest mérséklődik, és a csontok egészsége is fejlődik. Ez a profil alapvetően a szolgáltatásokra alapuló gazdaságokban alakul ki, ahol a munka nem igényel komolyabb fizikai erőfeszítést, de a fizikai aktivitás hiányát az emberek szabadidős tevékenységek útján pótolják. A háztartásokban a technológiai változásoknak köszönhetően az ételkészítésre fordított idő és energia mérsékelte. A várható élettartam 70 év felett van, és a korlátozottság nélkül eltöltött élettartam is növekszik. A további részletek bemutatása nélkül is látható, hogy az „ötödik profil” a gazdag országok magasabb társadalmi presztízsű csoportjainak életkörülményeit jellemzi.

A dohányzással kapcsolatos párhuzamos elméletek kevésbé kidolgozottak, bár egy, megfigyelésen alapuló elmélet, a „dohányzás-epidémia” közkezen forog. Eszerint a dohányzás először általában a magas presztízsű társadalmi csoportok körében terjed el nagymértékben, és később „csurog le” az alacsonyabb presztízsű csoportok irányába (Molarius et al. 2001; Brenner, 1995). Ez a folyamat tipikusan korábban megy végbe a férfiak, mint a nők körében (Graham 1996). A dohányzás tehát elsőként a magas presztízsű férfiak között válik elterjedté, majd egy idő után ebben a társadalmi csoportban visszaszorul. A többi társadalmi csoport időben később ismétli meg ugyanezt a mintát. A

dohányzás-epidemiológia modell tehát egy „követő jellegű” sémát feltételez. Nem elterjedt, de a dohányzás-epidémiát is lehet értelmezni az innovációk diffúziójára vonatkozó elmélet keretében (Kuntze-Gmel 2005), amely elméletre a későbbiekben térünk ki részletesebben.

*4.b A dohányzással összefüggő tumoros megbetegedések
Cancers connected with smoking*

A tumor típusa	A dohányzásnak tulajdonítható halálesetek aránya (%), férfiak	A dohányzásnak tulajdonítható halálesetek aránya (%), nők
Tüdőrák	84	77
Gége	73	66
Orrgarat	57	1
Máj különböző részei	28–55	21–48
Végbélnyílás	48	41
Hólyag	43	36
Hasnyálmirigy	24	19
Hímvesző	30	..
Méhnyak	...	19

Forrás: Anad et al. 2008.

*4.c Az alkoholfogyasztással összefüggő tumoros megbetegedések
Cancers connected with extensive alcohol consumption*

A tumor típusa	Az alkoholfogyasztásnak tulajdonítható halálesetek aránya (%)	
	Férfiak	Nők
Máj	18	12
Gége	21	13
Nyelőcső	14	6
Emlő	..	3

Forrás: Anand et al. 2008.

Az alkoholfogyasztás és a tumoros megbetegedések kapcsolatára vonatkozóan nincs kialakult modell, a környezeti ártalmak esetében pedig az empirikus ismeretanyag összegyűjtésének fázisáról beszélünk. A környezeti problémák és a rák-mortalitás kapcsolatára vonatkozóan sokkal kevesebb kutatási eredmény áll rendelkezésre, mint a többi rizikófaktorra vonatkozóan. A bizonytalanság jelzésére a 4.d táblázatban feltüntettük, hogy a ma rendelkezésre álló adatok alapján milyen becslések állnak rendelkezésre egyes ráktípusok okozta halálozás növekedésére vonatkozóan az adott környezeti ártalom jelenléte esetén. Mint látható, ezek a becslések ma igen tág határok között mozognak.

*4.d Környezeti tényezőkkel és speciális kockázati tényezőkkel kapcsolatban álló tumorok
Cancers connected with environmental factors or with some other special risk factors*

Környezeti ártalom	Forrása és az érintett népességi arányokra vonatkozó becslés	Befolyásolt tumoros megbetegedés típusa (relatív kockázatokra vonatkozó becslések)
Azbeszt	Ipari és háztartási (lakókörnyezet) 5%	Mesothelioma, tüdőrák (1,3–4,9)
Légszennyezettség		Tüdőrák (1,06–5,21)
Dohányfüst a környezetben		Tüdőrák (1,20)
Más forrásból származó lakáson belüli légszennyezettség	Fűtés, főzés	Tüdőrák (0,4–18,8)
Radon	Foglalkozási kockázat, bányászok körében	Tüdőrák (1,06–1,5)
Arzéntartalmú ivóvíz		Hólyag-, bőr- és tüdőrák Esetleg vastagbél- és májrák
A víz klórozásának melléktermékei		Hólyagrák
Nitrát tartalmú ivóvíz		Hólyagrák

Forrás: Bofetta – Nyberg 2003.

Szív- és érrendszeri betegségek

A kardiovaszkuláris betegségecsoportra vonatkozóan a 2000-es évek első évtizedében az epidemiológiai elmélet egy teljes „mini-modellje” formálódott ki (Pearson 2003; Yusuf et al. 2010), amelyben az epidemiológiai átmenet formális, négy-, illetve ötfázisú modellje által definiált történeti szakaszokat különféle szív- és érrendszeri betegségek dominanciájával jellemezték. Az 5. táblázatban bemutatott modell a legutóbbi években kisebb változatokkal több szerzőnél is megjelent. A változatok nem térnek el egymástól abban a tekintetben, hogy leíró jellegűek, azaz a napjainkban megfigyelhető földrajzi minták alapján állítanak fel egy – mindebből következően – hipotetikus történeti modellt.

Annak ellenére, hogy ez a kategorizáció egészében kevésbé megalapozott az időbeli trendekre vonatkozóan, mégis élvez némi megalapozottságot, mert az egyes itt feltüntetett betegség-kategóriákra nézve külön-külön születtek időbeli

trendeket vizsgáló tanulmányok, amelyek alátámasztják a modellt, de legalábbis nem mondanak ellent a modell által jelzett főbb tendenciáknak.

5. Az epidemiológiai átmenet és a szív- és érrendszeri (CVD) betegségek
(Yusuf et al. 2010 alapján)
CVD epidemiological transition by Yusuf et al. 2010

Epidemiológiai átmeneti korszak	A CVD-mortalitás aránya a teljes népességen belül (%)	A CVD-k domináns formája
A pestis és éhezés	5–10	Reumás szívbetegségek <i>Fertőzések és táplálkozási okok következtében létrejött cardiomyopathia</i>
A mérséklődő pandémiák	10–35	Az előzők + magasvérnyomásbetegség vérzéses stroke
A krónikus betegségek	35–65	A stroke minden formája (vérzéses és ischaemiás) Ischemiás szívbetegségek
A késleltetett krónikus betegségek	<50	Stroke és ischaemiás szívbetegség idős korban
Az egészségi állapot hanyatlása és társadalmi nyugtalanság	35–55	A reumás és más fertőző eredetű szívbetegségek ismételt gyakoribbá válása

Dőlt betű: a betegség, betegségcsoport nem azonosítható kielégítően a BNO alapján.

Az 5. táblázatban bemutatott modellnek számos variációja létezik. Bizonyos megközelítésekben az epidemiológiai átmenet első szakaszát egy a reumás szívbetegségeken belüli betegség-alcsoport, a „billentyűk reumás betegségei”-nek magas előfordulásai aránya jellemezi. Az ötödik korszakot más kutatók szerint elsősorban a szívelégtelenség miatti halálozás növekvő aránya jellemzi, minthogy a szívbetegségek kialakulása ekkor már késleltetett, és a fiatalabb életkorokban esetlegesen mégis jelentkező kardiovaszkuláris betegségek túlélési aránya jó. A szívelégtelenség sokfajta szív- és érrendszeri betegség következménye, bizonyos értelemben végső formája.

A kardiovaszkuláris betegségekre vonatkozóan együtt is, és külön-külön is részletes ismeretek állnak rendelkezésre, a társadalmi különbségek vonatkozásában is. A halálozás társadalmi egyenlőtlenségeinek „újrafelfedezésében” jelentős szerepet játszott a szívkoszorúér-betegségek „társadalmi mobilitásnak” felismerése az 1970-es évek elején, bemutatva az Angliában és Walesben a második világháborút követően végbement folyamatot, melynek során a szív- és érrendszeri betegségek a „gazdagok” betegségeből a szegények betegségévé

váltak (Marmot et al. 1978). Napjainkra a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek alaposan kutatott területté vált.

Európában a déli országoktól eltekintve a szív-és érrendszeri halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek teszik ki a teljes halálozásban mutatkozó különbségek döntő hányadát, és a betegségcsoport jelentősége e tekintetben más fejlett országokban is növekszik (Feldman et al. 1989; Mackenbach et al. 2000; Turell – Mathers 2001).

A kardiovaszkuláris halálozás társadalmi különbségeire vonatkozó legtöbb kutatás a legutóbbi időig a klasszikus rizikófaktorok által való érintettség társadalmi különbségeire vonatkozott, ezért az ilyen típusú magyarázó modellek ma már igen részletesek és jól kidolgozottak. Ezen modellek közül az egyik legnevesebb az ún. „többgenerációs rizikómodell” (Harper et al. 2011), amely a nagy-britanniai követéses vizsgálatok tapasztalatait összegzi. Ebben a megközelítésben az emberi élet különböző korszakaiban különböző veszélyeztető tényezőknek van különös fontossága. Az ischaemiás szívbetegségekre vonatkozó rizikófaktorok közül például kisgyermekkorban az anya általános egészségi állapotát, a terhességet megelőző és a terhesség alatti táplálkozási szokásait, a terhesség időszakában átélt esetleges stresszt, a szülők ischaemiás szívbetegséggel kapcsolatos kórtörténetét, az újszülött táplálását és az anyai kötődés minőségét találták fontosnak. A korai gyermekkor során hasonló szerepet játszik a szegénység, az esetleges átélt stressz, az alacsony testmagasság, az elhízás és bizonyos, gyermekkorban szerzett fertőzések. A serdülőkorban, illetve a fiatal felnőttek között a vérnyomásnak, a szérum koleszterinszintjének, a dohányzásnak, illetve a testmozgásnak van a kardiovaszkuláris betegség későbbi kockázatra nézve különösen fontos befolyásoló szerepe. A felnőttkorban a felnőttkori vérnyomás és szérum-koleszterinszint, az elhízás, a munka bizonytalansága, illetve elvesztése, az alacsony testmagasság, a mértéktelen alkoholfogyasztás, a cukorbetegség, valamint bizonyos felnőttkorban szerzett fertőzések adják a legfontosabb rizikófaktorokat (Harper et al. 2011). Ez a részletes elmélet ugyanakkor elsősorban a klasszikus rizikófaktorok működési mechanizmusait vizsgálja meg, nem pedig az azokat alakító társadalmi mechanizmusokat.

A fenti rizikófaktorok szerepét a szív-és érrendszeri halálozásban és az ilyen okokból bekövetkezett halálozásban mutatkozó társadalmi különbségekben senki nem vitatja, ugyanakkor az ugyanakkor vita tárgya, vajon elegendőek-e a halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek magyarázatára a dohányzásban, az alkoholfogyasztásban, a táplálkozásban, illetve a testmozgásban mutatkozó társadalmi különbségek. Az empirikus eredmények e tekintetben igencsak ellentmondóak. A híres Whitehall II. vizsgálat kifejezetten elégtelennek találta a dohányzás, alkoholfogyasztás, étkezés és testmozgás elterjedtségében mutatkozó különbségeket a későbbi kardiovaszkuláris halálozás esélyeinek magyarázatára, és innen eredeztethető a stressz-paradigma, amelyet ez a tanulmány a munkahelyi stresszre vonatkozóan dolgozott ki (Marmot et al. 1991). Más ta-

nulmányok ugyanakkor úgy találják, hogy a rizikófaktorok még akár „túl is magyarázzák” a mortalitási különbségeket. Szociológiai szempontból ugyanakkor lényegesebb kérdés az, hogy a rizikófaktorok egyenlőtlen társadalmi eloszlása, amely úgy tűnik, minden fejlett társadalom sajátja, milyen társadalmi mechanizmusok hatására jön létre.

Speciálisan a szív- és érrendszeri betegségekre vonatkozóan a társadalmi orientációjú epidemiológia is kínál ilyen elméletet, például Pearson 2003-ban kidolgozott sémáját, amelyben Pearson a különféle társadalmi csoportok halandóságának alakulását egy „adaptációs” folyamat hatásaként szemléli. Ez a modell az „adaptációt” ugyan lényegében kognitív folyamatnak tekinti, de a (rizikófaktorokra vonatkozó) tudás terjedésének útját nyomon követve bemutatja annak társadalmilag meghatározott, szegmentált jellegét. Ebben a modellben a hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportok hozzájárítása a szükséges „tudáshoz” (amely alapvetően a képzés és a tömegmédiá csatornáin keresztül valósulhat meg) akadályozott, illetve az esetlegesen megszerzett tudás hatására megváltozott attitűdök esetén a megfelelőnek tartott viselkedés adaptációja is nehézségekbe ütközik. A szerző beépíti modelljébe a gazdasági érdekeltségek és az orvosi ellátás (pontosabban a kardiológiai ellátás) faktorait is. Mindezen tényezők figyelembevételével egy „követő” mintázatot feltételez a kardiovaszkuláris mortalitás alakulásában, ahol a magasabban képzett és gazdagabb társadalmi csoportokba megjelenő tendenciákat a hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportok mortalitási tendenciái időben jókora késéssel, de követni fogják.

Az eddig bemutatott magyarázati sémák, elméleti keretek mellett különböző betegségekre, illetve betegségcsoportokra vonatkozóan számos olyan teória is közkezen forog, amelyre ebben a rövid összefoglalóban nem térünk ki. A betegségek valódi okai után való kutatás izgalmas intellektuális kihívás, amely folyamatosan termeli ki a szokatlan, új feltevéseket, mint például a nanoméretű organizmusok szerepe a különféle „meszesedéssel járó” betegségek kialakulásában (Kajander – Ciftocioglu 1998; Puskás et al. 2005), avagy a Chlamydia-fertőzés feltételezett szerepe a tumoros és több más megbetegedésben (Casselli 1998). Számos más, szintén jelentős, de szorosan nem kapcsolódó megközelítés, mint például a „health transition” elméleti nézőpont, ugyancsak kimaradt a jelen elemzés köréből. A betegségek okaira vonatkozó megközelítésünk így talán konzervatív, ám a társadalomtudományi összefüggések területén megközelítésünk nyitottabb, és egyáltalán nem szorítottunk bizonyított összefüggések számbavételére.

Szociológiai megközelítések

Az egészségi állapotban és halálozásban megjelenő egyenlőtlenségek magyarázatát célzó társadalomtudományi erőfeszítések két főbb irányt követnek. Az első – igen gazdag irodalmat produkáló empirikus és teoretikus irány – az epidemiológiai rizikófaktorokhoz kapcsolódik: az egészségre bizonyítottan pozitív hatással lévő magatartásformák elterjedtségében mutatkozó társadalmi különbségeket kívánja szociológiai keretben értelmezni. A másik irányzat a rizikófaktorok szerepét nem kitüntetetten, hanem több más társadalmi jellegű tényezővel egyenrangúan szemléli. Ez utóbbi, röviden csak „a halálozás fundamentális társadalmi okai” elméletének nevezett megközelítés irodalma a másik irányzathoz hasonlítva ma még szerényebb, így még kevésbé szilárd empirikus alapon áll, de perspektívája jóval tágabb, és minthogy egyik központi argumentációja a halálokok időben változó mintázata, szorosan kapcsolódik az epidemiológiai átmenet elméleteihez. Az irányzatok részletes ismertetését az elsőként említett irányhoz tartozó megközelítések bemutatásával kezdjük.

Egy kurrens, csupán a dohányzásra, a testmozgásra és az étkezési szokásokra vonatkozó irodalmat vizsgáló áttekintés (Pampel et al. 2010) kilenc olyan különböző, mertoni értelemben véve középszintű elméleti státusra aspiráló szociológiai megközelítést mutat be, amelyek az egészségi állapotban, illetve a halálozásban megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek értelmezését célozzák. Ezek közül a stressz-paradigma az egyik legelterjedtebb és egyben a legnagyobb ismertségnek is örvend. A stressz-paradigma szerint a társadalmi rétegződés alsóbb lépcsőfokain élők körében a stresszt okozó életesemények és körülmények gyakoribbak és a kivédésükre szolgáló mechanizmusok gyengébbek (például: Pearlin 1989), mint a jobb társadalmi helyzetűek körében. Ebben a megközelítésben mind a túlzott alkoholfogyasztás, mind a dohányzás, mind pedig bizonyos értelemben véve a mozgásszegény életmód (amely a modern társadalmakban gyakran a mértéktelen tévézésben testesül meg) hangulatjavító és belülről funkcionálisnak gondolt aktivitásokként értelmeződnek (például: Layte – Whelan 2009). A stressz-paradigma népszerűsége nem korlátozódik társadalomtudományi orientációjú megközelítésekre: mint ahogyan már említettük, a társadalmi orientációjú epidemiológia területén korábban a munkával kapcsolatos stressz és a szívbetegségek kapcsolatára vonatkozó feltevések (Marmot et al. 1991) váltottak ki komoly visszhangot, később pedig a társadalmi egyenlőtlenségek által kiváltott stressz egészségkárosító hatására vonatkozó elmélet (Wilkinson 1997) vált igen népszerűvé.

A közgazdasági orientációjú „alternatív költség” megközelítés szerint az egészséget előmozdító életmód követése kevesebb haszonnal járna az alacsonyabb gazdasági-társadalmi pozíciókkal rendelkezők körében, illetve amennyiben ez nem is lenne igaz, az emberek általában mégis úgy gondolják – legalábbis az alacsony „haszonra” vonatkozó meggyőződés olyan elterjedt –, hogy

sikerrel befolyásolja a viselkedési mintákat. Ezen az úton hozzájárul ahhoz, hogy az alacsonyabb társadalmi státusúak körében valóban alacsonyabb legyen az „egészségtudatos” életvitelt követők aránya (például: Lynch et al. 1997).

„Latens jellemzők” megközelítésként szokás azokat a feltevéseket egybe- gyűjteni, amelyek szerint az élet korai szakaszaiban kialakuló, főképp személyiségvonásokkal jellemezhető okai lehetnének az egészségviselkedésben megmutatkozó társadalmi különbségeknek. Ezek a pszichológiai határterületekre eső feltevések nem nagyon kiforrottak, és az általuk magyarázott összefüggések megérthetők más, alternatív magarázó sémák keretei között is (Pampel et al. 2010).

A társadalmi különbségek szimbolikus bemutatása lehetséges az életstílus jegyein keresztül is. Ebben a szociológiába jól beágyazott (Veblen 1992 [1898]; Bourdieu 1984) megközelítésben az egészséges életmód mint életstílus értelmeződik. Számtalan, elsősorban inkább az osztálykötődés reprezentálására szolgáló életstílus-jegy (például hogy milyen ételleket fogyaszt egy adott társadalmi csoport, vagy hogy milyen sporttevékenységek művelése számít normatívnak, divatosnak) adaptációja bizonyos értelemben „véletlenszerűen” hat abba az irányba, hogy a magasabb státuscsoportok olyan életmódot folytassanak, amely társadalmi státusuk sikeres felmutatása mellett egyben hosszabb és egészségesebb élethez vezet (például: Stempel 2005). E megközelítés erőssége az az alapvetően társadalomtudományi orientáció, amely a bizonyos társadalmi csoportokhoz (leginkább státus-csoportokhoz) való kötődésből indul ki, amelynek az életmód egyes elemei következményként szemlélhetők. Ez a sajátosság azért emelendő ki, mert számos más itt ismertetett megközelítés társadalomtudományi szempontból indokolhatatlan módon az egészségviselkedés egyes elemeit helyezi elméleti magyarázatának középpontjába, implicit módon feltételezve, hogy az egészség-érték központi szerepet foglal el az életvilágban. Ugyanakkor az életstílus-megközelítés negligálja a jövedelem, illetve a kereskedelem megszabta hozzáférési korlátok szerepét, de azoknak a masszív társadalmi feltételeknek a jelentőségét is, mint például az életstílust alakító reklámok.

A tudáshoz való hozzáférés társadalmi különbségeinek témája valójában több elméleti megközelítésben – köztük a később részletesebben tárgyalandó „a halálozás alapvető társadalmi okai” megközelítésben is – megjelenik. Ez a megközelítés általában a tudás, ezen belül az egészségről és az egészséget fenyegető tényezőkről való tudás egyenlőtlen társadalmi szétosztását tartja az alapvető, a társadalmi státus és az egészségi állapot között közvetítő társadalmi mechanizmusnak. Európában ezt a megközelítést a „Black Report” (1982) által kínált „kulturális megközelítés” tágabb magarázó sémájába illesztik, amely gyökereiben a „szegénység kultúrájának” korábbi antropológiai-szociológiai megközelítéseivel kapcsolódik.

Az iménti megközelítés finomított változatának is tekinthető az információfeldolgozás hatékonyságára és a problémamegoldó képességre hangsúlyt helyező megközelítés (Ross – Mirowsky 1999), amely az iskolázottság hatásai közül az akadályok leküzdéséhez szükséges képességek fejlettségét emeli ki, mint a magasabb társadalmi státusúak jobb egészségi állapotát eredményező, az iskolázottság és az egészségi állapot közötti elsődleges közvetítő mechanizmust. Ez a megközelítés (csakúgy, mint az imént ismertetett általánosabb „kulturális” megközelítés) erős empirikus alapokon nyugszik.

Az anyagi erőforrások szerepének értékelése az egészséges életmód adaptálhatóságának kérdésében sem kikerülhető, és az egyes társadalmi csoportok közötti életmódbeli különbségek még a viszonylag gazdag társadalmak esetében is 20–40%-ban az anyagi erőforrásokhoz való hozzáférés különbségeinek tulajdoníthatók. Ez a megközelítés egyébként nem különbözik a „Black Report” (1982) által kínált úgynevezett „materialista”, marxista elméleti keretbe illeszkedő megközelítéstől.

A közösségi erőforrások koncepciója több szinten is megfogalmazódott. Legelterjedtebben a lakókörnyezeti erőforrások elosztásának egyenlőtlenségeit értik alatta. Ez a megközelítés ugyanakkor az anyagi erőforrásokra vonatkozó modell egyik változatának is tekinthető, ám nyitott (bár egyelőre még nem részletesen feldolgozott terület) a természeti-lakókörnyezeti méltányosság kérdései irányában.

A társas támogatottság, társas kohézió és a kortárs csoportok befolyásának témaköreit tárgyalja a sokszor társadalmi tőkének is nevezett nézőpont (például: Abel 2007).

Az eddig tárgyalt megközelítések szinte kivétel nélkül élveznek valamilyen szintű empirikus visszaigazolást, ugyanakkor egyikük sem tekinthető kizárólagosan magyarázó erejűnek. A fent ismertetett, társadalmi mechanizmusokat megfogalmazó megközelítések változó mértékben kapcsolódnak szociológiai nagyelméletekhez, illetve tekinthetők középszintű elméleteknek. Közös bennük, hogy alapvetően az epidemiológiai átmenet (klasszikus értelemben vett) negyedik korszakának betegségstruktúrájára, azaz az úgynevezett egészségviselkedés körébe tartozó rizikófaktorok által jelentősen befolyásolt betegségek-halálokok korszakára koncentrálnak, és nem jelenik meg bennük a betegségek-halálokok változó mintázatának kérdésére vonatkozó reflexió.

A betegségek/halálokok változó mintázata központi szerepet élvez azonban az először 1995-ben publikált, a szerzők által „az egészségbeli egyenlőtlenségek fundamentális társadalmi okainak elmélete”-ként emlegetett (röviden a „fundamentális okok”) paradigmában (Link – Phelan 1995).

Link és Phelan alapvetően az egyéni szinten mért kockázatok és az ehhez kapcsolódó egyéni szintre helyezett prevenciók elképzelések ellenében érvelt. Argumentációjuk szerint az individuális szinten jelentkező rizikófaktorok szociológiai konceptualizációjára van szükség, azaz annak megfogalmazására,

hogy milyen társadalmi mechanizmusok azok, amelyek a különböző társadalmi pozíciókhoz a kockázatok különféle mintázatait társítják. Másfelől a társadalmi helyzet – amely a különféle fontos erőforrásokhoz való hozzáférés különbségeiként is értelmezhető – olyan mértékben alakítja a megbetegedési és halálozási esélyeket, hogy önmagában tekinthető a betegség, illetve a halálozás okának, a rizikófaktorok jelenlétét és az azokhoz kapcsolódó biológiai mechanizmusokat az elmélet közvetítő mechanizmusoknak tekinti.

A „fundamentális okok” elméletének alapvető vonásai már 1995-ben körvonalazódtak. Link és Phealen abból a tapasztalati tényből indul ki, hogy a rizikófaktorok időben változó profilját követően a mortalitásbeli társadalmi egyenlőtlenségek mindig új és új betegségekben (halálokokban) termelődnek újra: a lakókörnyezeti és az alapvető szegénységi kockázatokkal párhuzamosan alakuló tuberkulózis-halálozás egyenlőtlenségeit például idővel a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozásban mutatkozó egyenlőtlenségek váltják fel. Link és Phelan modellje tehát alapvetően dinamikus, és a mortalitási mintázat változásának felvetése elméletük egyik legerősebb alappillére. Ugyanakkor Link és Phelan határozottan leszögezte, hogy koncepciójuk más kérdésre reflektál, mint amit az epidemiológiai átmenet elmélete feltesz. Az epidemiológiai átmenet elmélete szerintük elsősorban a halálozás időben csökkenő trendjeit magyarázza, az ő elméletük viszont a halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek „stabilizálódásának dinamikájára” (Link – Phelan 2002) vonatkozik.

A „fundamentális okok” paradigmát létrehozói határozottan középszintű elméletként kívánták megalkotni, először mint az elmúlt évtizedben különlegesen divatos stressz-paradigma egyik kiegészítő, társadalmi elméletét (Link 2008), később pedig mint a „Black Report”-ban körvonalazott materiális magyarázati séma alternatív konceptualizációját (Link – Phelan 2010).

A paradigma, bár az utóbbi évek során sokat finomodott, elsőként publikált változatához képest a tekintetben nem változott, hogy a különböző társadalmi pozíciókhoz tartozó erőforrások kérdését helyezi a középpontba. A társadalmi-gazdasági státus és a halandóság közötti kapcsolatok kialakulásában szinte a kezdetektől kezdve „a pénz, a tudás, a presztízs és a hasznot hozó társadalmi kapcsolatok” szerepét tekinti alapvetőnek. Ezek azok a források, amelyek a társadalom kedvezőbb helyzetű tagjai számára nagyobb mértékben rendelkezésre állnak. Az elmélet másik alappillére a források flexibilis természetére vonatkozó feltevés. A flexibilis, azaz rugalmasan felhasználható források egyéni és közösségi szinten is jelen vannak és rugalmasságuk okán különféle problémák megoldására használhatók.

A betegségek/halálokok változó dinamikája ebben az elméletben tulajdonképpen egy leegyszerűsített sémában jelenik meg. A szerzők állítása szerint az egyes betegségek/halálokok okozta mortalitásban akkor számíthatunk különös változásra, amikor az adott betegséggel kapcsolatban új ismeretek, illetve újfaja

orvosi technikák – beleértve a gyógyszerészeti innovációkat is – jelennek meg. A jobb helyzetű társadalmi csoportok tagjai ezeket az újdonságokat jóval hamarabb hasznosítják saját egészségük előremozdítása érdekében, míg a rosszabb helyzetű társadalmi csoportok nehezebben jutnak hozzá ezeknek az innovációknak a hasznosításához. Ebből következően ilyen esetekben az adott betegség okozta halálozásban a társadalmi különbségek növekedésére lehet számítani.

Az elmélet empirikus tesztelése nagymértékben segítette részleteinek finomítását. Link és Phelan elsőként a dohányzással kapcsolatos ismeretek terjedését vizsgálták az amerikai társadalomban, s azt társadalmilag nagymértékben differenciáltak találták. Az ismeretek terjedésének több évtizeden átívelő, társadalmilag differenciált trendjeit meg tudták feleltetni a tüdőrák-halálozás trendjeiben megmutatkozó társadalmi különbségeknek. Később az elméletet mások számos más betegségre vonatkozóan is tesztelték. Ilyen volt a szerzők saját vizsgálata a halálokokról azok elkerülhetőségének foka szerint (Phelan et al. 2004), a diabétesz-kezelésekkel kapcsolatos vizsgálatok (Lutfey – Freese 2005), a sztatinok használatát vizsgáló tanulmány (Chang – Laudedale 2009), valamint a petefészekrák alakulásával kapcsolatos halálozás vizsgálata (Kim et al. 2010).

A „fundamentális” társadalmi okok elméletének empirikus tesztelése mindmáig csupán amerikai mortalitási és kanadai morbiditási adatokon (Wilson 2009) történt meg. Az alapvető társadalmi okok elmélete azonban a dinamizmus fogalmának bevezetésével jelentős fordulatot hozott a halandóság társadalmi egyenlőtlenségeit vizsgálatába. A különböző értelemben vett innovációk társadalmilag differenciált hatásainak vizsgálata feltehetően jó kiindulópontul szolgálhat majd a halandóság alakulásának vizsgálatában, különösen, ha az innováció fogalmát a korábbinál szélesebben és értékmentesen szemléljük. A jövőbeli kutatásoknak az innovációk társadalmi terjedésének vizsgálata során a hűtőszekrény-használat terjedésétől a koleszterinszint fontosságára vonatkozó tudás terjedéséig ívelő spektrumot kell átfognia. Amennyiben a fundamentális okok elméletének a jövőben sikerül olyan elmélete megközelítésekkel is elméletileg megalapozott kapcsolatot teremtenie, mint a mortalitásbeli egyenlőtlenségeket anyagi deprivációval magyarázó klasszikus elmélet, illetve az életmódot mint társadalmi reprezentációt értelmező elmélet, akkor jogosan formálhat igényt a halálozásban mutatkozó egyenlőtlenségek legátfogóbb elméletének státusára.

IRODALOM

- Abel, T. (2007): Cultural capital and social inequality in health. *Epidemiology & Community Health*, 2008. 62. e13.
- Albala, C. – Vio, F. (1995): Epidemiological transition in Latin America the case of Chile. *Public Health*, 109. 431–442.
- Alirol, E. – Getaz, L. – Stoll, B. – Chappuis, F. – Loutan, L. (2010): Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *Lancet Infectious Diseases.*, 10. 131–41.
- Anand, P. – Kunnumakara, A. B. – Sundaram, C. – Harikumar, K. – Tharakan, S. T. – Lai, O. S. – Sung, B. – Aggarwal, B. B. (2008): Cancer is Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research*, 25/9. 2097–2116.
- Antonovsky, A. (1967): Social class, life expectancy and overall mortality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45. 31–76.
- Armelagos, G. J. – Brown, P. J. – Turner, B. (2005): Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science and Medicine*, 61/4. 755–765.
- Barrett, R. – Kuzawa, C W – McDade, T. – Armelagos, G. J. (1998): Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition. *Annual Review of Anthropology*, 27. 247–271.
- Bengtsson, T. – Cameron, C. – Lee, J. Z. et al. (2004): *Life under Pressure. Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700–1900*. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.
- Bengtsson, T. – van Poppel, F. (2011): Socioeconomic inequalities in death from past to present: An introduction. *Explorations in Economic History*, 48. 343–356.
- The Black Report (1980): <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
- Boffetta, P. – Nyberg, F. (2003): Contribution of environmental factors to cancer risk. *British Medical Bulletin*, 68. 71–94.
- Bourdieu, P. (1984): *Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste*. Harvard Univ. Press, Cambridge, MA.
- Brenner, H. (1993): A birth cohort analysis of the smoking epidemic in West Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47. 54–58.
- Calle, E. E. – Kaaks, R. (2004): Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nature Reviews Cancer*, 4. 579–591
- Carolina, M. S. – Gustavo, L. F. (2003): Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Social Science & Medicine*, 57. 539–550.
- Cassell, G. H. (1998): Infectious Causes of Chronic Inflammatory Diseases and Cancer. *Emerging Infectious Diseases*, 4/3. July–September, 475–487.
- Castillo-Salgado, C. – Mujica, O. – Loyola, E. (1999): A subregional assessment of demographic and health trends on the Americas: 1980–1998. *Statistical Bulletin* (Metropolitan Life Insurance Company), 80/2. 2–12.
- Chang, V. – Lauderdale, D. (2009): Fundamental Cause Theory, Technological Innovation, and Health Disparities: The Case of Cholesterol in the Era of Statins, *Journal of Health and Social Behavior*, 2009 September; 50/3. 245–260.

- Cutler, D. – Miller, G. (2005): The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The Twentieth Century United States. *Demography*, 42/1. 1–22.
- Davey Smith, G. – Hart, C. (2002): Life-Course Socioeconomic and Behavioral Influences on Cardiovascular Disease Mortality: A Collaborative Study. *American Journal of Public Health*, 92/8. 1295–1298
- Farmer, P. (1996): Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 2/4. October–December 1996.
- Feldman, J.J. – Makuc, D. M. – Klieman, J. C. – Cornoni-Huntley, J. (1989): National Trends in Educational Differentials in Mortality. *American Journal of Epidemiology*, 129/5. 919–933.
- Frenk, J. – Frejka, T. – Bobadilla, J. L. – Stern C. – Lozano R. – Sepúlveda, J. – Jose M. (1991): Health transition in middle income countries. New challenges for health care. *Health Policy and Planning*, 4/1. 29–39.
- Fries, J. F (2005): The Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83/4. 801–823.
- Gaylin, D. S. – Kates, J. (1997): Refocusing the lens: Epidemiologic transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic. *Social Science & Medicine*, 44/5. 609–621.
- Gersten, O. – Wilmoth, J. R. (2002): The Cancer Transition in Japan since 1951. *Demographic Research*, 7. 271–306.
<http://www.demographic-research.org/volumes/vol7/5/>
- Graham, H. (1996): Smoking Prevalence among women in the European Community. *Social Science & Medicine*, 41/2. 243–254.
- Harper, K. – Armelagos, G. (2010): The Changing Disease-Scape in the Third Epidemiological Transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7. 675–697.
- Harper, S. – Lynch, J. – Davey Smith, G. (2011): Social Determinants and the Decline of Cardiovascular Diseases: Understanding the Links, *Annual Review of Public Health*, 32. 39–69.
- Huicho, L. – Trelles, M. – Gonzales, F. – Mendoza, W. – Miranda, J. (2009): Mortality profiles in a country facing epidemiological transition: An analysis of registered data. *BMC Public Health*, 9. 47.
- Kajander, E. O. – Ciftocioglu, N. (1998): Nanobacteria: An alternative mechanism for pathogenic intra- and extracellular calcification and stone formation. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 95. 8274–8279.
- Kim, S. – Dolecek, T. A. – Davis, F. G. (2010): Racial differences in stage at diagnosis and survival from epithelial ovarian cancer: A fundamental cause of disease approach. *Social Science & Medicine*, 71. 274–281.
- Kuntze, S. – Gmel, G. (2005): The smoking epidemic in Switzerland – an empirical examination of the theory of diffusion of innovation. *Sozial und Präventiv Medizin*, 50/6. 344–354.
- Layte, R. – Whelan, C. T. (2009): Explaining social class inequalities in smoking: the role of education, self-efficacy, and deprivation. *European Sociological Review*, 25. 399–410.
- Levi, F. – Lucchini, F. – Gonzalez, J. R. – Fernandez, E. – Negri, E. – La Vecchia, C. (2004): Monitoring falls in gastric cancer mortality in Europe. *Annals of Oncology*, 15. 338–345.

- Link, B. G. (2008): Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 49/4. 367–384.
- Link, B. G. – Phelan, J. (1995): Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, Extra Issue, 80–94.
- Link, B. G. – Phelan, J. (2002): McKeown and the Idea That Social Conditions Are Fundamental Causes of Disease. *American Journal of Public Health*, 92/5. 730–732.
- Link, B. – Phelan, J. (2010): Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. In Bird, C. E. – Conrad, P. – Fremont, A. M. – Timmermans, S. (eds.): *Handbook of Medical Sociology*. Valderbilt University Press, Nashville, Tennessee, USA, 3–17.
- Lutfey, K. – Freese, J. (2005): Toward Some Fundamentals of Fundamental Causality: Socioeconomic Status and Health in the Routine Clinic Visit for Diabetes. *American Journal of Sociology*, 110/5. 1326–1372.
- Lussier, M.-H. – Bourbeau, R. – Choinière, R. (2008): Does the recent evolution of Canadian mortality agree with the epidemiologic transition theory? *Demographic Research*, 18. 531–568.
- Lynch, J. W. – Kaplan, G. A. – Salonen, J. T. (1997): Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. *Social Science & Medicine*, 44. 809–819.
- Mackenbach, J. P. (1994): The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48. 329–332.
- Mackenbach, J. P. – Cavelaars, A. E. – Kunst, A. E. – Groenhouf, F. et al. (2000): Socio-economic inequalities in cardiovascular disease mortality. An international study. *European Heart Journal*, 21.141–1151.
- Marmot, M. G. – Adelstein, A. M. – Robinson, N. – Rose, G. A. (1978): Changing social-class distribution of heart disease. *British Medical Journal*, 2. 1109–1112
- Marmot, M. G. – Davey Smith, G. – Stansfield S. et al. (1991): Health Inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337 (8754): 1387–1393.
- Marshall, M. (1991): The second fatal impact: Cigarette smoking, choric disease and the epidemiological transition in Oceania. *Social Science and Medicine*, 33/12. 1327–1342.
- McKeown, T. F. – Record, R. G. (1962): Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. *Population Studies*, 16. 94–122.
- McKeown, T. F. (1976a): *The modern rise of population*. Edward Arnold, London
- McKeown T. F. (1976b): *The role of medicine—dream, mirage or nemesis?* Nuffield Provoncial Hospital Trust, London.
- Molarius, A. – Parsons, R. W. – Dobson, A. J. – Evan, A. –Fortmann, S. P. – Jamrozik K. – Kuulasmaa, K. – Moltchanov, V. – Sans, S. – Tuomilehto, J. – Puska, P. (2001): Trends in Cigarette Smoking in 36 Populations from the Early 1980s to the Mid-1990s: Findings from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health*; 91. 206–212.
- Moniruzzaman, S. – Andersson, R. (2004): Relationship between economic development and suicide mortality: a global cross-sectional analysis in an epidemiological transition perspective. *Public Health*, 118. 346–348.
- Olshansky, J. – Ault, A. B. (1986): The Fourth Stage of the Epidemiological Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. *The Milbank Quarterly*, 64. 355–391.
- Omran, A. R. (1971): The epidemiologic transition, a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49. 509–538.

- Omran, A. R. (1983): The epidemiologic transition theory: A preliminary update. *Journal of Tropical Pediatrics*, 29. 305–316.
- Omran, A. R. (1998): The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*, 51. 99–119.
- Pampel, F. C. – Krueger, P. M. – Denney, J. T. (2010): Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36. 349–370.
- Parkin, D. M. (2006): The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, 118. 3030–3044.
- Pearson, T. A. (2003): Education and income: Double-edged swords in the Epidemiological Transition. *Ethnicity & Disease*, 13, Spring S2-158-S2-163.
- Phelann, J. C. – Link, B. G. – Diez-Roux, A. – Kawachi, I. – Levin, B. (2004): “Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45/3. 265–285.
- Popkin, B. M. (2006): Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84/2. 289–298.
- Puigpinós, R. – Borrell, C. – Antunes, J. L. F. – Azlor, E. – Pasarín, M. I. – Serral, G. – Pons-Vigués, M. – Rodríguez-Sanz, M. – Fernández, E. (2009): Trends in socioeconomic inequalities in cancer mortality in Barcelona: 1992–2003. *BMC Public Health*, 9. 35.
- Renehan, A. G. – Tyson, M. – Egger, M. – Heller, R. F. – Zwahlen, M. (2008): Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The Lancet*, Volume 371, Issue 9612, 569–578.
- Risquez Parra, A. – Echezuria, L. – Rodríguez-Morales, A. (2008): Epidemiological transition in Venezuela: Relationships between infectious diarrheas, ischemic heart diseases and transportation accidents mortalities and the human development index (HDI) in Venezuela, 2005–2007, 14th International Congress on Infectious Diseases (ICID) Abstracts, doi:10.1016/j.ijid.2010.02.569
- Rogers, R. G. – Hackenberg, R. (1987): Extending epidemiological transition theory: A new stage. *Social Biology*, 34. 234–243.
- Rook, G. W. A. (2010): 99th Dahlem Conference on Infection, Inflammation and Chronic Inflammatory Disorders: Darwinian medicine and the ‘hygiene’ or ‘old friends’ hypothesis. *Clinical and Experimental Immunology*, 160/1. 70–79.
- Ross, C. E. – Mirowsky, J. (1999): Refining the Association between Education and Health: The Effect of Quantity, Credential and Selectivity. *Demography*, 36/4. 445–460.
- Salomon, J. A. – Murray, C. J. L. (2002): The Epidemiological Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex. *Population and Development Review*, 28/2. 205–228.
- Schofield, R. – Reher, D. (1991): The decline of mortality in Europe. In Schofield, R. – Reher, D. – Bidaeu, D. (eds.): *The decline of mortality in Europe*. Oxford, Claderon.
- Schooling, C. M. – Leung, G. M. (2010): A socio-biological explanation for social disparities in noncommunicable chronic diseases: The product of history? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64. 941–949.
- Smallman-Raynor, M. – Phillips, D. (1999): Late stages of epidemiological transition: health status in the developed world. *Health & Place*, 5. 209–222.

- Stempel, C. (2005): Adult participation in sports as cultural capital: a test of Bourdieu's theory of the field of sports. *International Review for the Sociology of Sport*, 40. 411–432.
- Turell, G. – Mathers, C. (2001): Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985–87 and 1995–97. *International Journal of Epidemiology*, 30. 231–239.
- Veblen, T. (1992[1899]): *Theory of the Leisure Class*. Transaction, New Brunswick, NJ..
- Vigneron, E. (1989): The epidemiological transition in an overseas territory: Disease mapping in French Polynesia. *Social Science and Medicine*, 29/8. 913–922.
- Vigneron, E. (1993): Epidemiological transition and geographical discontinuities: The case of cardiovascular mortality in French Polynesia. *Social Science and Medicine*, 37/6. 77–790.
- Ward E. – Jemal, A. – Cokkinides, V. – Singh, G. K. – Cardinez, C. – Ghafoor, A. – Thun, D. (2004): Cancer Disparities by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Cancer Journal for Clinicians*, 54/2. 78–93.
- Wilkinson, R. (1997): Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314. 591.
- Willson, A. (2009): 'Fundamental Causes' of Health Disparities. A Comparative Analysis of Canada and the United States. *International Sociology*, 24/1. 93–113.
- Wolleswinkel-van der Bosch, J. (1996): *The Epidemiological Transition in the Netherlands*. Erasmus University, Rotterdam.
- Wolleswinkel van der Bosch, J. H. – Looman, C. W. N. – van Poppel, F. W. A. – Mackenbach, J. (1997b): Cause-specific mortality trends in the Netherlands, 1875–1992, A formal analysis of the epidemiological transition. *International Journal of Epidemiology*, 26/4. 772–781.
- Wolleswinkel van der Bosch, J. H. – van Poppel, F. W. A. – Looman, C. W. N. – Mackenbach, J. (2001): The role of cultural and economic determinants in the mortality decline in the Netherlands 1875/79–1920/24: a regional analysis. *Social Science & Medicine*, 53. 1439–1453.
- Yusuf, S. – Reddy, S. – Ôunpuu, S. – Anand S. (2001a): Global Burden of Cardiovascular Diseases Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. *Circulation*, 104. 2746–2753.
- Yusuf, S. – Reddy, S. – Ôunpuu S. – Anand, S. (2001b): Global Burden of Cardiovascular Diseases Part II: Variations in Cardiovascular Disease by Specific Ethnic Groups and Geographic Regions and Prevention Strategies. *Circulation*, 104. 2855–2864.

Tárgyszavak:

Halandóság
Epidemiológiai átmenet
Társadalmi egyenlőtlenségek a halálkozásban

**HISTORICAL CHANGES IN CAUSE-SPECIFIC MORTALITY
PATTERNS AND SOCIAL INEQUALITIES IN MORTALITY: TOWARDS
AN INTEGRATED THEORETICAL FRAMEWORK**

Abstract

Long term changes in mortality patterns are usually interpreted within the framework of epidemiological transition theory, in which social inequalities in mortality are only marginally mentioned. Inequalities in mortality are interpreted via several sociological theories which usually pay little attention to the changing patterns of mortality and morbidity. This article seeks a framework under which the development of cause-specific mortality as well as the development of social inequalities in mortality in Hungary regarding the period between 1970 and 2008 can be properly studied.

The review of variations of the epidemiological transition theory revealed a significant fragmentation of the originally united theory by major groups of causes of death. While there is no proper and well-established theory for all countries of the world, for the set of the industrialized countries the usefulness of a broad framework of infectious and non-communicable causes of death has already been established, together with the necessity to neglect the group of external causes in connection with the epidemiological transition theory. Recent development of the epidemiological theory involves the advancement of the fragmented theories for all major groups of infectious diseases, notably for cancers and cardiovascular diseases. Most of these theories are linked to major “transitional” processes such as nutrition transition or dispersion of knowledge.

Sociological theories of social inequalities in health and mortality often disregard changing disease/mortality patterns. A notable exception is the “fundamental social causes of death theory”. The theory claims that those with higher social status own flexible resources which they can use to adapt to new medical discoveries. New medical knowledge may require changes in life style or the usage of new medical technologies. In both cases “flexible resources” can be used by those with higher social status for achieving better health.

The newly discovered health promoting practices and procedures, which can be more intensively used by the higher societal status groups, together with “up-stream” life style changes (such as dietary transition), mostly adapted non-consciously and very often mediated by income inequalities, can provide an explanation to changes in cause-specific mortality patterns and inequalities in cause-specific mortality.

A GYERMEKTELENSÉGET MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK MAGYARORSZÁGON¹

SZALMA IVETT – TAKÁCS JUDIT

1. Bevezetés

A 21. század elején a legtöbb fejlett országban a termékenységi mintázat fő jellemzői közé tartozik, hogy a korábbi évtizedekhez képest a nők későbbi életkorban vállalnak gyermeket és kevesebb gyermeket szülnek. A teljes termékenységi arány a népesség reprodukcióját biztosító helyettesítési ráta (2,1 szint) alatt van szinte mindenhol Európában (Testa 2006; Kohler – Billari – Ortega 2006). A fertilitással kapcsolatos tanulmányok többsége a gyermekvállalás időzítésére és a gyermekek számára, valamint az ezeket befolyásoló tényezőkre fókuszálnak (ld. pl. Tóth 1993; Husz 2006; Kulu – Vikat 2007; Matysiak – Steinmetz 2008; Spéder – Kamarás 2008; Kreyenfeld 2002, 2010), míg a gyermektelenség jelenségének vizsgálata sokszor háttérben szorul. A kutatók gyakran azt feltételezik, hogy az alacsony termékenységi arány összefügg a gyermektelenség jelenségével: azaz ott magas a gyermektelenek aránya, ahol a fertilitási ráta alacsony és a két jelenség mögött hasonló okok húzódnak meg (Kohler – Billari – Ortega 2006; Pongrácz 2007; Frejka – Sobotka 2008). A makrostatisztikai adatok azonban ezeket a feltételezéseket nem támasztják alá: Spanyolország például az egyik legalacsonyabb termékenyséű ország Európában (2009-ben 1,39-es értékkel), miközben a gyermektelenek aránya szintén nagyon alacsony (10,1% az 1960-ban született nők körében); hasonló összefüggés figyelhető meg Magyarországon is (Eurostat 2009; OECD 2011). Ezzel szemben Hollandiában a fertilitási ráta (2009-ben 1,79-es értékkel) magasabb, mint az EU átlag (1,59 2009-ben), viszont a gyermektelenek aránya is viszonylag magasnak tekinthető (17,6% az 1960-ban született nők körében) (Eurostat 2009; OECD 2011). Ezek az adatok azt mutatják, hogy a gyermektelenség jelenségét érdemes az alacsony termékenységi arányoktól elkülönítve (is) vizsgálni.

Tanulmányunkban gyermektelenségként az akaratlagosan vagy nem akaratlagosan megvalósuló gyermektelen életmódot értelmezzük. Az akaratlagos gyermektelenség vizsgálatát nehezítheti, hogy különösen a termékeny életkor-

¹ A tanulmány a Sasakawa Young Leaders Fellowship Fund keretében végzett kutatás része.

ban lévő válaszadók esetén megjelenő gyermektelenségi preferenciák nem tekinthetők véglegesnek. Ugyanakkor a termékenységű pályájukat befejezett válaszadónál szintén nehézségbe ütközhet elkülöníteni, hogy az eredetileg csak halasztani kívánt, majd véglegesen elmaradó gyermekvállalás utólagos magyarázatában hogyan jelenik meg az érintettek számára a szándékolt gyermektelenség az általuk tapasztalt kognitív disszonanciát (Festinger 1957) feloldó elemként. A nem akaratlagos gyermektelenség tekintetében elkülöníthetők a biológiai okokkal magyarázható gyermektelenségre adható különböző társadalmi válaszok (többek között a mesterséges megtermékenyítés hozzáférhetővé tétele, illetve az örökbefogadás szabályozása), valamint ezzel összefüggésben a társadalmilag előírt gyermektelenséget meghatározó tényezők (például a valamilyen mentális vagy egyéb betegségben szenvedők termékenységét korlátozó intézkedések, ill. preferenciák, valamint ide sorolhatók az azonos nemű párok gyermekvállalását érintő törvényi korlátok is).

Az (akaratlagos) gyermektelenség jelenségének vizsgálata mellett olyan érvek szólnak, hogy a fejlett társadalmakban az utóbbi évtizedek során megnövekedett a gyermektelenek aránya, illetve várható ennek az arálynak a növekedése (Gillespie 1999; Haskova 2008; Tanturri – Mencarini 2008; Kapitány – Spéder 2009). Ezért fontos vizsgálni, hogy milyen tényezők állhatnak az (akaratlagos) gyermektelenségre vonatkozó döntések hátterében. Ugyanakkor a gyermektelenséget átmeneti állapotként értelmezve azt találjuk, hogy egyre többen és életük egyre hosszabb szakaszát élik meg gyermek nélkül a szülővé válás időpontjának az egyéni életutakban megfigyelhető kitolódása miatt.

A jelenlegi kutatás célja, hogy felfedje a kapcsolatokat Magyarországon a (szándékolt) gyermektelenség és olyan alapvető társadalmi-demográfiai változók között, mint az iskolai végzettség, a vallásosság vagy a munkaerő-piaci helyzet. Vajon a magasabb iskolai végzettségű nőknek nagyobb az esélyük a gyermektelenségre, mint alacsonyabb iskolai végzettségű társaiknak? S vajon ugyanez a különbség jellemző a férfiakra is: azaz a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak kisebb eséllyel válnak apává, mint alacsonyabb iskolai végzettségű társaik?

2. Elméleti megközelítések és korábbi kutatási eredmények

2.1. Kiket tekintenek a korábbi kutatások gyermektelennek

A gyermektelenség témakörével foglalkozó kutatások korlátozott számát magyarázhatja, hogy korábban ez nem volt társadalmilag észlelhető módon elterjedt jelenség Európában. A biológiai okokból gyermektelen nők aránya Európában 4–5%-ra tehető, de a legtöbb EU tagállamban sokkal több olyan nő van, aki sosem szül (Kapitány – Spéder 2009; OECD 2011). A gyermektelen-

séget eredetileg sokkal inkább biológiai meg határozott állapotként értelmezték, ezért kevésbé került a társadalomkutatók figyelmének középpontjába, bár az angolszász szakirodalomban már a hetvenes években elkezdték a témakör feldolgozását (Veevers 1973; Houseknecht 1979; Bloom – Trussell 1984). A 2000-es évektől azonban egyre többen foglalkoznak a jelenséggel Európában is – nyilván nem függetlenül attól a tendenciától, hogy az egyes európai társadalmakban is emelkedésnek indult azoknak az aránya, akik tudatosan elzárkóznak a gyermekvállalástól (Letherby 2000; Gillespie 2003; Hagestad – Call 2007; Tanturi – Mencarini 2008).

Mivel nem nyúlik vissza hosszú múltra a gyermektelenség társadalomtudományi kutatása, az ezzel kapcsolatos fogalmi koncepciók sem kristályosodtak ki teljesen. A szakirodalomban nincs egységes meghatározás arról, hogy pontosan kik tekinthetők gyermektelennek. A legtöbb kutatás két csoportra bontja a gyermektelenekeket aszerint, hogy gyermektelenségük tudatos vagy nem tudatos döntés eredménye: ez alapján megkülönböztethető az akaratlagos gyermektelenség (*voluntary childlessness*) és a nem akaratlagos gyermektelenség (*involuntary childlessness*). Az első csoportba azok tartoznak, akik szabad akaratukból választják a gyermektelen életformát, az utóbbi kategóriába pedig azok, akiket bizonyos tényezők meggátolnak abban, hogy gyermeket vállaljanak. Ebben a kettős felosztásban azonban nem helyezhető el megfelelő módon az a – gyermektelenekek többségét alkotó – csoport, akik eredetileg csak időlegesen tekintetik magukat gyermektelennek, azonban addig halasztják a gyermekvállalást, amíg az „időből kifutva” immár biológiai okokból nem tudnak már gyermeket vállalni (Veevers 1973; Kneale – Joshi 2008).

Az időleges gyermektelenséget vizsgáló kutatások (pl. Bloom – Trussell 1984) további problémákra is rávilágítanak. A gyermektelenség interpretációja is változhat az egyéni életutakban: az eredetileg „gyermekes életmódra” vágyókkal előfordulhat, hogy amikor véglegessé válik, hogy biológiai már nem tudnak gyermeket vállalni, akkor tudatos döntéssé értelmezik át nem akaratlagos gyermektelenségüket.

Emellett a szándékolt gyermektelenség értelmezési keretében is megjelenhetnek további (al)kategóriák. Gillespie (2003) például az akaratlagos gyermektelenekeket két fő csoportba sorolja döntésük indokai szerint: így megkülönbözteti a gyermekmentes (*childfree*) életmód előnyeire koncentrálókat (akik így például több időt tudnak partnerükkel kettesben tölteni) azoktól, akik kifejezetten elutasítják az anyaságot (mert például félnek attól, hogy elveszítik az önállóságukat).

A nem akaratlagos gyermektelenség definíciója is további kérdéseket vethet fel. Ha például valaki biológiai okokból nem tud gyermeket vállalni, de sikerül örökbefogadás révén szülővé válnia, akkor ő vajon továbbra is a nem akaratlagos gyermektelenség kategóriáján belül vizsgálendő? Azaz a gyermektelenséggel foglalkozó kutatásoknak arra is választ kell adniuk, hogy milyen jelentő-

séggel bír a biológiai és a szociális szülőség annak megállapításában, hogy kit tekintünk szülőnek, illetve gyermeketlennek.

Tovább nehezíti a gyermektelenséggel kapcsolatos kutatási eredmények értékelését, hogy a kutatók gyakran egészen eltérő csoportokat vizsgálnak: egyes kutatások például a gyermektelenség kérdését leszűkítik a házasságban élőkre (Poston – Szakolczai 1986), mások viszont nem tesznek korlátozást a családi állapotra vonatkozóan és az egyedülálló nőket is vizsgálják (Park 2002; Gillespie 2003). További eltéréseket találunk, ha a kutatások által vizsgált életkori csoportokat vesszük figyelembe. A kutatások egy része egy meghatározott életkori csoportban – általában a 40 év felettiiek körében – vizsgálja a gyermektelenséget (Tanturri – Mencarini 2008), míg más kutatások – főleg az akaratlanos gyermektelenségre koncentrálok (Gillespie 2003) – nem határoznak meg ilyen életkori korlátot. Az eddigi kutatások közös jellemzője, hogy a gyermektelenség vizsgálata kapcsán elsősorban a nőkre koncentráltak, akik esetében meghatározható egy biológiailag termékeny életszakasz. A férfiak gyermektelenségi döntéseinek a vizsgálata során ugyanakkor nehézséget okozhat olyan életkor megadása, ami után kizárható a biológiai reprodukciós képesség.

2.2. Elméleti megközelítések

A nők gyermekvállalásával kapcsolatos döntéseket a klasszikus közgazdasági megközelítés költség-haszon elvű megközelítéssel magyarázza (Becker 1981; Friedman – Hechter – Kanazawa 1994; Schoen et al. 1997). A gyermekvállalás egyéni haszna a modern társadalmakban azonban egyre inkább csökken, miközben a gyermekvállalás költségei növekednek. A gyermekvállalásnak ma elsősorban szociális haszna lehet, mivel fontos és tartós szülő-gyermek kötődést biztosíthat a gyermek felnövekedése során és azt követően is (Schoen et al. 1997), miközben az életformák pluralizálódása miatt egyre kevésbé tekinthető a gyerekvállalás – például a családi gazdaság munkaerejét potenciálisan fokozó – „jó beruházásként”. A gyermekvállalás költségvonzata ugyanakkor egyre magasabb, hiszen a gyermeknevelés egyre több humántőke-, illetve anyagi beruházást igényel – mivel egyre tovább tanulnak a gyerekek, a korábbi időszakokhoz képest gyakran tovább maradnak a szülői házban, és tovább lehet szükségük a szülők anyagi támogatására is (Vaskovics 2000; Murinkó 2010).

A gyermekvállalás a legtöbb európai társadalomban elsősorban a nőktől követel ráfordításokat: az esetek döntő többségében a nők maradnak otthon a gyerekekkel a szülést követően, így csökken a jövedelmük, és törés következhet be munkapiaci pályafutásukban. A magasabb iskolai végzettségű nők jellemzően magasabb jövedelemmel rendelkeznek, jobb előrelépési lehetőségeik vannak a munkapiacra, és általában nagyobb eséllyel tekinthetnek munkájukra mint önmaguk kiteljesítésének egyik fontos eszközére. Emellett fokozottabban tuda-

tosodhat bennük a gyereknevelés indirekt költségeinek jelentősége: például korábbi pénzügyi függetlenségük feladása vagy a megszakadó, illetve kimaradó karrierépítési lehetőségek által okozott pszichológiai veszteségek figyelembevétele révén. Mivel a magasabb iskolai végzettségű nők körében a gyermekvállalás nagyobb alternatív költséggel járhat, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező társaiknál, így nagyobb eséllyel maradhatnak gyermektelenek. Ez a közgazdasági logika azonban kevésbé érvényesül a férfiak körében, hiszen az ő munkapiaci karrierjükre a gyermekvállalás nincs negatív hatással, sőt egyes kutatások ennek éppen az ellenkezőjét mutatják (Matysiak – Steinmetz 2008). A férfiak munkapiaci pályafutását kifejezetten ösztönözheti a gyerekvállalás, hiszen jellemzően nem a férfiak – hanem a nők – szakítják meg a gyermekgondozás miatt a munkapiaci karrierjüket. A kisgyermekes családok fokozott jövedelemszükséglete miatt pedig a férfiak általában még inkább elköteleződnek a fizetett munkavégzés irányában és további bevételek reményében gyakran akár pluszmunkákat is vállalnak. A munkaadók számára a gyermekes férfiak ezért különösen megbízható munkavállalóknak számíthatnak (szemben az ugyanezen okok miatt gyakran „kiszámíthatatlan munkaerőként” számon tartott kisgyermekes nőkkel).

A közgazdasági megközelítést számos empirikus kutatás támasztotta alá (Blossfeld – Huinink 1991; Kneale – Joshi 2008; Keizer 2010), melyek azt találták, hogy a magasabb iskola végzettségű nők körében magasabb a gyermektelenek aránya. A munkapiaci szerepvállalást vizsgálva viszont ellentmondóak az eredmények. A kutatások egy része arra világít rá, hogy a dolgozó, illetve a magasabb beosztású nők nagyobb eséllyel maradnak gyermektelenek, mint a kevésbé stabil munkaerő-piaci státuszú és alacsonyabb beosztásban dolgozó társaik (Gillespie 2003; Tanturri – Mencarini 2008). Ugyanakkor a volt szocialista országokra vonatkozó kutatások nem támasztják alá, hogy a dolgozó nők kevésbé vállalnának gyermeket. Ennek egyik magyarázata az lehet, hogy ezekben az országokban az alacsonyabb jövedelmi szint miatt a család anyagi stabilitásának biztosítása érdekében fontos, hogy a nő is dolgozzon (Matysiak – Vignoli 2008; Szalma 2011).

A klasszikus közgazdasági megközelítésen túl a társadalmi értékváltozásokból kiindulva is magyarázható az Európa szerte megfigyelhető alacsony termékenységi arányok kialakulása és fennmaradása. Lesthaeghe (1983) a modernizációs folyamattal összefüggésben értelmezi a házasságkötési és gyermekvállalási hajlandóság 20. század végétől tapasztalható visszaesését. Megközelítése szerint az általános gazdasági növekedés a jövedelmek és keresetek gyors felfutásával, valamint új munka- és karrierlehetőségek teremtésével megváltoztatta az – egyre inkább saját céljaik, „önérdekük” által vezérelt – egyének aspirációit. A fokozott individualizáció ugyanakkor megkérdőjelezte a hagyományos együttélési formák dominanciáját, és máig hatóan egyre kevésbé teszi vonzóvá a tradicionális értelemben vett családi életformát. Van de Kaa (1987) a második

demográfiai átmenet elméletének keretében több dimenzió mentén magyarázza az egyének demográfiai magatartásának átalakulását. Eszerint a jóléti állam kiépülésével és az iskolai végzettség növekedésével együtt növekszik a nők munkapiaci részvétele, ami megnöveli az – egyre inkább individuális értékeket követő – nők karrieraspirációit is; a tudományos-technikai fejlődés következtében a biztonságos fogamzásgátlók megjelenése megnyithatta az utat az akaratlagos gyermektelenség lehetősége felé; a vallási értékek meggyengülése szintén együtt jár a kevésbé családcentrikus életformák elfogadásával.

Az empirikus kutatások részben alátámasztották az értékváltozások szerepét a gyermektelenség jelenségének terjedésében. Egyes kutatási eredmények szerint a családdal kapcsolatos értékek a gyermekek számára valóban fontosabbak, mint a gyermektelenek számára abban az esetben, amikor a gyermekeket az akaratlagosan gyermektelenekkel vetették össze – ha azonban a nem akaratlagosan vagy az időlegesen gyermektelenek értékválasztásait hasonlítjuk össze a gyermekekével, akkor ez a különbség már nem mutatható ki (Keizer 2010). Korábbi kutatási eredmények szerint a nem vallásos nők nagyobb eséllyel gyermektelenek, mint vallásos társaik. Azonban a vallásosság tekintetében is az előbbihez hasonlóak az empirikus eredmények: az akaratlagosan gyermektelenek általában kevésbé vallásosak, mint a gyermekes társaik, viszont ugyanez nem mondható el a gyermektelenek többi csoportjáról (Tanturri – Mencarini 2008).

A gyermektelenség jelenségének magyarázatához jól alkalmazható egy harmadik típusú elméleti megközelítés is: az életút elmélet (*lifecourse theory*), amely az életkor alapján a társadalmilag beágyazott életeseményeket mikroszinten vizsgálja (Huinik 1995). E megközelítés szerint a gyermekvállalás olyan életeseménynek tekinthető, amelynek hosszú távú következményei vannak az egyén életére, ugyanakkor annak elmaradása – azaz: a gyermektelenség melletti döntés – is hasonlóan hosszú távú következményekkel járhat (Hagestad – Call 2007). Az életút elmélet elsődleges célja azoknak az egyéni életút-jellemzőknek a vizsgálata, melyek meghatározhatják az egyén döntéseit. Ezzel összefüggésben két aspektust kell figyelembe venni: a választások függőségét, azaz egy döntés potenciális hatását egy következő döntésre (például: ha valaki a továbbtanulást választja, akkor valószínű, hogy a gyermekvállalást addig elhalasztja, amíg befejezi a tanulmányait), valamint az élet különböző területei közötti kapcsolatok összefüggéseit (például: a gyermekvállalás alapvetően a családi szférához tartozik, ugyanakkor a következményei a foglalkoztatási karriert is befolyásolják).

Számos tanulmány bemutatta, hogy a gyermektelen nők aránya sokkal magasabb a nem házások körében, mint a házasságban élők körében (pl. Schoen et al. 1999), azaz a házasság egy olyan életesemény, amely közvetlen kapcsolatban áll a gyermekvállalással. Házasságban több gyermek születik, mint élettársi kapcsolatban, ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy az élettársi kapcsolatok

házassággá alakításához nagymértékben hozzájárulhat, ha „útban van már a baba” (Kapitány – Spéder 2009; Szalma 2011). Az 1980-as években Magyarországon különösen erős kapcsolat volt megfigyelhető a házasság és a gyermekvállalás között: a házasságkötést követően rövid időn belül megszületett az első gyermek (S. Molnár 1982). Pár évtizeddel ezelőtt a felnőtté válás markerei (tartós párkapcsolat kialakítás, munkába állás, gyermekvállalás, elköltözés a szülői házból) sokkal inkább összefüggtek egymással, és időben szintén majdnem egyszerre következtek be. A házasság és a gyermekvállalás időzítése összefüggött a lakáshoz jutás kérdésével is, ugyanis a gyermektelen családoknak nagyon kevés esélyük volt lakáshoz jutni. A gyermekvállalás és a lakástulajdonlás között ma is szignifikáns kapcsolat mutatható ki, ugyanis a fiatalok többsége addig halasztja az első gyermek vállalását, amíg szert nem tesznek saját lakásra (Szalma 2011).

Az utóbbi évtizedekben Európában a házasság intézményének csökkent a szerepe a párkapcsolatok alakításában, hiszen egyre többen választják az élettársi kapcsolatot a házasság helyett. Így már nem magának a házasságnak, hanem a tartós párkapcsolatnak lehet hatása a gyermekvállalásra. Ugyanakkor számos kutatás (Rindfuss – VandenHeuvel 1990; Spéder 2004) rávilágított arra, hogy a gyermekvállalás szempontjából továbbra is jelentős a különbség az élettársi kapcsolat és a házasság között. A házassághoz képest kevésbé intézményesített élettársi kapcsolatokat kevésbé jellemzi a gyermekvállalás normatív elvárása, ennek következtében pedig kevesebb gyermek születik ilyen kapcsolatokban, mint a házasságokban (Bradatan – Kulcsár 2008). Más kutatók a szelektivitás hatására hívták fel a figyelmet azt hangsúlyozva, hogy eleve azok választják az élettársi kapcsolatot a házasság helyett, akik kevésbé elkötelezettek a házassággal és a gyermekvállalással kapcsolatban (Axinn – 1992; Rindfuss – Vandenheuvel 1990).

3. Módszerek és változók

Elemzésünk során a KSH Népeségtudományi Kutatóintézete által végzett „Életünk fordulópontjai” című panelkutatás első és harmadik hullámának adatait használtuk. A követéses demográfiai adatgyűjtés első hullámára 2001–2002, a másodikra 2004–2005, a harmadikra 2008–2009 fordulóján került sor. A 2001–2002-es adatfelvétel több mint 16 ezer személyre terjedt ki, akik a 18 és 75 éves magánháztartásban élő magyar népességet reprezentálják. A harmadik hullám mintáját – a halálozások, válaszmegtagadások és egyéb lemorzsolódás következtében – mintegy 10 641 ember alkotta.²

² A harmadik hullámban az életkorból adódó kopást korrigálták egy fiatalokból álló almintával. Mivel jelen kutatás csak azokat vizsgálja, akik 2001-ben 30 év felettek voltak és mindhárom hullámban részt vettek, ezért ezt az almintát ebben a kutatásban nem használjuk.

Az elemzés során életkor és gyermekszám szerint szelektáltunk: csak azokat a nőket és férfiakat vizsgáltuk, akik 2001-ben 30 és 45 éves kor között voltak és mindhárom hullámban részt vettek. Mintánk kialakítása során azért döntöttük életkori korlátozás bevezetése mellett, mert a gyermektelenné válás dinamikáját vizsgálva fontos szempont, hogy azokat vonjuk be a vizsgálatba, akik 2001-ben még termékeny korban voltak – azaz biológiailag még vállalhattak gyermeket –, így ez határozta meg a mintánkba kerülés felső életkorát.³ Általában 45–49 év közötti életkora becsülük a termékeny női életszakasz végét, ezért döntöttünk úgy, hogy a 2001-ben 45 éves nőknél és férfiaknál húzzuk meg a felső határt. Az alsó életkori határ kialakításakor azokat vettük figyelembe, akik 2001-ben a szülővé válás tekintetében már a halasztók közé voltak sorolhatók⁴ – azaz a szülővé válás átlagos életkorán már túljutottak –, ezért húztuk meg 30 éves életkornál az alsó határt.

A panel azon kérdéseit használtuk, melyek a saját gyerekek számára, az iskolai végzettségre, a foglalkoztatásra, a demográfiai háttérváltozókra (település, életkor, nem és vallásosság) és a családdal kapcsolatos attitűdökre irányultak. Módszertani eszközként leíró statisztikákat és logisztikus regressziós modelleket alkalmaztunk.

A gyermektelenek három csoportját különböztetjük meg: az *időlegesen gyermekteleneket*, az *akaratlagosan gyermekteleneket* és az *egészségügyi okokból gyermekteleneket*. Időlegesen gyermektelenek azokat tekintjük, akiknek nem volt saját gyermekük 2001-ben és az első hullám azon kérdésére, hogy „Szeretné, ha születne még gyermeke?” igennel válaszoltak, ugyanakkor azt is jelezték, hogy nem áll fenn egészségügyi probléma, ami akadályozná őket a gyermekvállalásban. *Egészségügyi okokból gyermektelenek* ezzel szemben azokat a 2001-ben gyermekteleneket tekintjük, akik a fenti kérdésre azt válaszolták, hogy egészségügyi okok miatt nem lehet gyermekük. Az akaratlagos gyermekteleneknek közé azokat a gyermekteleneket soroltuk, akik a fenti kérdésre úgy válaszoltak, hogy nem szeretnék, ha születne gyermekük.

Első lépésként leíró statisztikákkal mutatjuk be, hogy hány gyermektelen férfi és nő van a mintában, és milyen arányban szerepelnek közöttük az időlegesen gyermektelenek, az akaratlagosan gyermektelenek és az egészségügyi okok miatt gyermektelenek. Ezt követően multinomiális regressziót végzünk a 2001-es kiinduló adatokon annak felderítésére, hogy az időlegesen gyermektelenek, az akaratlagosan és az egészségügyi okokból gyermektelenül maradók

³ Kutatásunk során férfiakat és nőket vizsgálunk. Mivel a férfiak reprodukciós képességét tekintve nincs biológiai alapon meghúzható felső korhatár, a mi célunk pedig az volt, hogy a két nemet összehasonlítsuk, így a nőekkel megegyező életkorú férfiakat vontunk be a vizsgálatba. Ezáltal összehasonlíthatóvá vált, hogy az ugyanahhoz a kohorszhoz tartozó férfiak milyen arányban maradnak gyermektelenek a nőkhöz képest.

⁴ Magyarországon a nők 2009-ben átlagosan 27,2 éves korukban születték első gyermeküket (OECD 2011).

vajon rendelkeznek-e valamiféle sajátos jellemzőkkel hasonló életkorú gyermekes társaikhoz viszonyítva.

Végül logisztikus regresszióval azt vizsgáljuk, hogy milyen jellemzőkkel írhatók le azok a nők és férfiak, akik 2001-ben gyermektelenek voltak, de 2008-ra szülővé váltak. Ehhez dichotóm változóvá alakítottuk a függő változót: 0 értéket kaptak azok, akik gyermektelenek maradtak 2008-ban, 1 értéket pedig azok a nők és férfiak, akik időközben szülővé váltak. A magyarázó változók közé a kérdezettek életkora, iskolai végzettsége, településtípusa, vallási felekezethez tartozása és a (tradicionális) családi attitűdjeik mérésére szolgáló index⁵ tartozik, valamint az, hogy rendelkeztek-e fizetett munkával. A nehezen mérhető jövedelmi helyzet figyelembe vétele helyett a lakással való rendelkezést választottuk. Ez egyrészt azért vált szükségessé, mert sokan nem nyilatkoznak tényleges jövedelmükről (azaz: magas a válaszmegtadási arány), másrészt azokban az esetekben, ahol a válaszadók egy háztartásban élnek a szüleikkel vagy egyéb rokonaikkal, nehezen különíthető el, illetve kevésbé releváns a tényleges személyes jövedelem. A lakással való rendelkezés figyelembe vétele mellett szólt az is, hogy a lakáshelyzet megoldása a legtöbb magyar fiatal számára előfeltétele a gyermekvállalásnak (Szalma 2010).

A logisztikus regresszió alkalmazása lehetővé teszi annak meghatározását, hogy az adott kategóriába tartozás a referenciakategóriához képest hányszorosára emeli, illetve csökkenti egy esemény bekövetkezését az esélyét. Minden modellt külön lefuttattunk a férfiakra és a nőkre is, mivel azt feltételeztük, hogy gyermektelenségük mögött eltérő okok rejlenek.

4. Hipotézisek

Hipotéziseinket a korábban tárgyalt elméleti megközelítésekől kiindulva alakítottuk ki és a következő három csoportba soroltuk: (1) a gazdasági dimenzióra vonatkozó, (2) az attitűdökre, értékekre vonatkozó és (3) az életeseményekre vonatkozó hipotézisek.

⁵ A tradicionális családi attitűd indexet főkomponens-elemzéssel hoztuk létre a következő változók bevonásával: (1) „Az a helyes, ha a férj számára a munka a fontosabb, a feleség számára pedig az otthon és a gyermekek, még akkor is, ha mindketten dolgoznak”; (2) „Egy gyermek mindenben engedelmeskedjen a szüleinek és tisztelje őket még akkor is, ha a szülők nem szolgálnak rá”; (3) „Jó szakma, jó állás mellett igazuk van a nőknek, ha fontosabb a munkájuk, mint az, hogy több gyerekük legyen”; (4) „Vannak ugyan szülői kötelezettségek, de az életcélokról nem kell lemondani a gyermekek miatt”. Mind a négy állítást egy háromfokú (egyetért, nem ért egyet, bizonytalan) skálán mérték. Az első két állítás esetében az egyetértés fejezi ki a tradicionális családi életforma elfogadását, míg a második kettőnél az elutasítás jelzi ugyanezt. Az állításokat e szerint kódoltuk. A főkomponens magas értékei a tradicionális családi életforma elfogadását jelzik, míg az alacsony értékek annak elutasítását.

4.1. A gazdasági dimenzióra vonatkozó hipotézisek

H1.1. Azok a nők, akik magas(abb) iskolai végzettséget szereznek, nagyobb eséllyel fogják halasztani a gyermekvállalásukat (azaz nagyobb eséllyel válnak időlegesen gyermektelenné) alacsonyabb iskolai végzettségű társaiknál, mivel több időt töltenek az iskolapadban, és később lépnek be a munkaerő-piacra, miközben a stabil munkaerő-piaci helyzet feltétele a szülővé válásnak (Szalma 2011). A gyermekvállalás halasztása pedig megnöveli annak a kockázatát, hogy valaki gyermektelen maradjon.

H1.2. A férfiak esetében azt várjuk, hogy az iskolai végzettség kevésbé meghatározó tényező, mint a nőknél. A magas iskolai végzettségű férfiak szintén halasztják a szülővé válást, hiszen később kezdik el a munkapiaci pályafutásukat, ugyanakkor esetükben nincs életkori korlátja a szülővé válásnak, így az apává válás nagyobb eséllyel realizálódhat későbbi életkorokban is.

H1.3. Mind a férfiak, mind a nők esetében azt feltételezzük, hogy pozitívan hat a lakással való rendelkezés a gyermekvállalásra. Azaz a lakással rendelkezőkhöz képest az azzal nem rendelkezők körében nagyobb számban találhatóak halasztók, tehát olyanok, akik időlegesen vallják magukat gyermektelennek.

4.2. Attitűdökre és értékekre vonatkozó hipotézisek

Mind a férfiak, mind a nők esetében hasonló hatást várunk az attitűdök és az értékek tekintetében.

H2.1. A vallásos emberek kisebb eséllyel maradnak gyermektelenek, mint nem vallásos társaik. A vallásos meggyőződés ugyanis együtt jár a pár házaságkötés utáni gyermekvállalásával.

H2.2. A tradicionális családi attitűdöket vallók nagyobb eséllyel vállalnak gyermeket, mint azon társaik, akik kevésbé jellemezhetőek tradicionális attitűdökkel a családi élettel kapcsolatosan.

4.3. Az életeseményekre vonatkozó hipotézisek

Mivel az életesemények közül a párkapcsolat kialakítása áll a legszorosabb összefüggésben a gyermekvállalással, így erre vonatkozóan fogalmazunk meg egy hipotézist.

H3.1. A tartós párkapcsolat hiánya azzal jár mind a férfiak, mind a nők esetében, hogy az időlegesen gyermektelenek végül nem tudják realizálni gyermekvállalási vágyaikat.

5. Eredmények

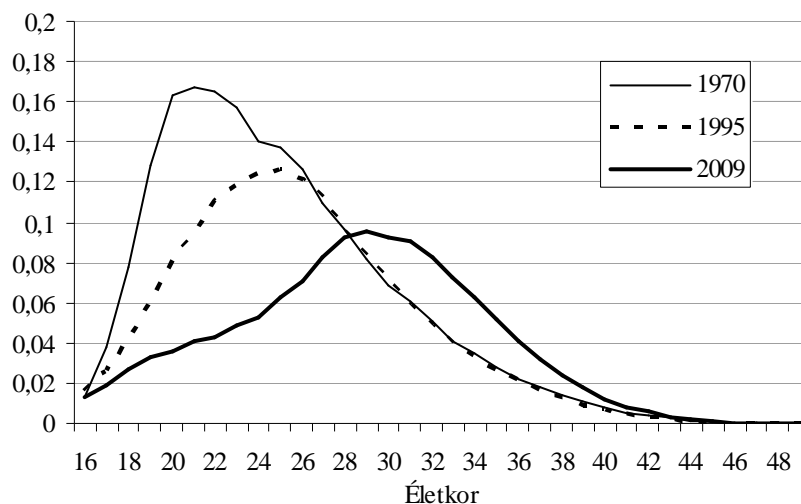
5.1. Szülővé válás életkori időzítése

Eredményeink azt mutatják, hogy egyre későbbi életkorokban következik be a szülővé válás: míg az 1970-ben szülővé válók nagy többsége a 20-as évek elején járt, az 1995-ben anyává válóknál ez már a húszas évek közepe táján következett be, míg 2009-re a legtöbb nő életében a szülővé válás a 30-as évek elejére tolódott (I. ábra). A szülővé válás életkori kitolódása együtt járhat azzal, hogy a tervezett gyerekekről végül lemondanak, és kevesebb számú gyermek születése realizálódik, mint amit eredetileg terveztek. Ez akár azt is jelentheti, hogy azért nő a gyermektelenek aránya, mert a halasztók végül kifutnak abból az életszakaszból, amikor még biológiailag lehetséges lenne számukra a gyermekvállalás. A gyermekvállalásra „használható” biológiailag adott életkori keretek nem biztos, hogy megfelelnek annak a társadalmi normának, amely meghatározza, hogy mely időintervallumban kellene megtörténnie a gyermekvállalásnak. A magyar társadalom többsége úgy gondolja, hogy egy nő átlagosan 39 éves kora után, egy férfi pedig átlagosan 45,7 éves kora után ne vállaljon gyermeket (Paksi – Szalma 2009).⁶ Ugyanakkor jellemző, hogy a fiatalabb (25–39 éves) korosztályba tartozók a (40–65 éves) idősebbekhez képest valamivel megengedőbbek a gyermekvállalás legkésőbbi „korhatárának megszabásában”: 2006-os magyar adatok szerint az anyává válás legkésőbbi életkora (a fiatalabbak szerint) a 41, illetve (az idősebbek szerint) 40,3 év, az apává válásé pedig (a fiatalabbak szerint) 46,9, illetve (az idősebbek szerint) 45,9 év (Testa 2006).

Amint az I. ábráról leolvasható, átlagosan későbbi életkorban válnak anyává a nők, mint korábban – ez azonban nem jelenti azt, hogy a tényleges anyává válás lehetséges időszaka is eltolódott volna az egyéni életútban. Mindhárom vizsgált időpontban 42 éves kor körül lezárult a termékeny időszak a nők életében. Például 2009-ben egy 39 éves gyermektelen nőnek ugyanannyi volt az esélye arra, hogy anyává váljon, mint egy tizenhét éves gyermektelen nőnek.⁷

⁶ A 2012-ben 35 év feletti gyermektelen nőkkel (n=20) készített kvalitatív kutatásunk eredményei szerint a gyermekvállalás életkori normája a tényleges biológiai határoknál gyakran jóval szűkebb keretet adhat arra, hogy egy nő megvalósítsa gyermekvállalási terveit.

⁷ A termékenység drasztikus csökkenése a 39 éves kor környékén azt jelezheti, hogy a társadalom által meghatározott életkori normáknak jelentős hatásuk lehet az egyének gyermekvállalási terveire.



Forrás: OECD (2011)

*I. Korspecifikus termékenységi arányszámok Magyarországon
1970 és 2009 között
Age-specific fertility rates in Hungary between 1970 and 2009*

5.2. Gyermektelen nők és férfiak aránya Magyarországon

Az 1. táblázat azt mutatja be, hogy 2001-ben a 30 és 45 év közötti nők és férfiak hány százalékának van gyermeke és hány százalékuk tartozik a gyermektelenek egyes csoportjaiba.

*1. 30–45 év közötti nők és férfiak megoszlása a gyermekvállalás, illetve a gyermektelenség különböző kategóriái szerint, 2001 (%)
The percentage of childbearing and childlessness by categories, among males and females aged 30–45 in 2001*

	Nő	Férfi	Összesen
Van gyermeke	88	76	83
Időlegesen gyermektelen	7	16	11
Egészségügyi okokból gyermektelen	3	3	3
Akaratlagosan gyermektelen	2	5	3
N	3039	2637	5676

Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. hullám (2001), saját számítás.

A 2001-ben 30–45 éves nők 88%-nak volt gyermeke, a férfiaknál ugyanez az arány 76% volt; a különbség valószínűleg abból adódik, hogy a férfiak későbbi válnak szülővé, mint a nők. A gyermektelen nők 7%-a mondta azt, hogy a jövőben szeretne gyermeket vállalni, míg a gyermektelen férfiaknál erre a kérdésre jóval magasabb arányban válaszoltak pozitívan (16%). A gyermektelen nőknek és férfiaknak egyaránt 3–3%-a számolt be arról, hogy egészségügyi okok miatt nem lehet gyerekiük.

Azoknak az aránya, akik tudatosan nem szeretnék gyermeket vállalni a nőknél 2%-ra, a férfiaknál pedig 5%-ra tehető. Itt fontos megjegyezni, hogy a *survey* vizsgálat nem teszi lehetővé, hogy ezt a kérdést mélyrehatóbban vizsgáljuk. Nem tudunk választ kapni például arra a kérdésre, hogy ezek a válaszadók mennyiben tekinthetők ténylegesen tudatosan gyermekteleneknek, hiszen előfordulhat, hogy életútjuk során egy bizonyos pont után lemondtak a gyermekvállalásról és a kognitív disszonancia csökkentésére törekedve később ezt az állapotot úgy értékelik, hogy tudatos döntés eredményeként nem szerettek volna gyermeket. Ugyanez persze a fordított irányban is működhet: vagyis azok között, akik időlegesen gyermektelenek, lehetnek olyanok, akik a társadalmi elvárásoknak való megfelelés miatt mondják azt, hogy a későbbiekben szeretnék gyermeket.

2. A 2001-ben még gyermektelen férfiak és nők 2008-as szülővé válási aránya (%)

The percentage of becoming parent by 2008 among those having no child in 2001, by the categories of childlessness in 2001

	Szülővé vált?	2001-ben gyermektelenek		
		Időlegesen gyermektelen	Egészségügyi okokból gyermektelen	Akaratlagosan gyermektelen
Nők	Nem	80	100	100
	Igen	20	0	0
N		199	98	65
Férfiak	Nem	82	99	97
	Igen	18	1	3
N		427	84	123

Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. és III. hullám, saját számítás

A 2. táblázatból kiderül, hogy azon nők közül, akik 2001-ben ideiglenesen tekintették magukat gyermektelennek, hét évvel később csak minden ötödik tudta realizálni a gyermekvállalással kapcsolatos terveit. Mivel a legfiatalabbak ekkorra már 37 évesek lettek, ezért várhatóan ez az arány nem javul/javult lé-

nyegesen, hiszen 37 éves kor fölött már elég alacsony az anyává válás valószínűsége. A 2001-ben időlegesen gyermektelen férfiak mindössze 18%-a vált apává 2008-ra. A férfiak első gyermekvállalásának átlagéletkora azonban jellemzően magasabb, mint a nőké – ráadásul esetükben nincs egzakt biológiai határa a termékeny életkornak, így elvileg későbbi életútjuk során nagyobb esélyük van arra, hogy megvalósítsák gyermekvállalási terveiket.

5.3. Különböző tényezők hatása a gyermektelenségre 2001-ben

A 3. táblázatban összefoglaltuk azt, hogy különböző életkori, társadalmi, iskolázottsági, kulturális és családi állapot szerinti változók hogyan hatottak a gyermektelenség különböző típusaira 2001-ben.

Az idősebb korcsoporthoz tartozó nők körében szignifikánsan kisebb az esélye az ideiglenes gyermektelenségnek, miközben a magasabb iskolai végzettségűekre (érettségizettek és diplomások) sokkal jellemzőbb ez a jelenség, mint a képzetlenebbekre. A párkapcsolatban élő és lakással rendelkező nőkre kevésbé jellemző, hogy halasztják a gyermekvállalást. Ugyanakkor a dolgozó nőkre inkább jellemző a halasztás – ami valószínűleg azzal magyarázható, hogy a referenciacsoportnak tekintett munkanélküli nők számára a gyermekvállalás egyfajta jövedelempótló tevékenység, illetve a munkahelyi kötöttségek nem gátolják gyermekvállalási terveik valóra váltását.

Az akaratlagos gyermektelenség szignifikánsan kevésbé jellemző az élettársi kapcsolatban élőkre és még kevésbé a házasokra, iskolai végzettség tekintetében azonban nem tapasztalható különbség. A saját lakással rendelkezőkre nagyobb mértékben jellemző az akaratlagos gyermektelenség, mint a lakástulajdonnal nem rendelkezőkre, míg az időlegesen, illetve egészségügyi okokból gyermektelenek esetében fordított összefüggés figyelhető meg. Azaz, ha valakinek nincs saját lakása, az nyilvánvaló módon a gyermekvállalás halasztását váltja ki. A vallásosság vonatkozásában feltehetően az alacsony elemszám miatt nem kaptunk szignifikáns értékeket, azonban látható, hogy magukat vallásosnak tekintőkre kisebb mértékben jellemző az akaratlagos gyermektelenség.

3. Különböző változók hatásai a gyermektelenség egyes típusaira, 2001-ben
 gyermektelen nők
 (Multinomiális regressziós együtthatók)
 Impacts of different variables on the types of childlessness in 2001, females
 (Variables in multinomial regression analysis)

Változók	Időlegesen gyermektelen	Egészségügyi okokból gyermektelen	Akaratlagosan gyermektelen
Életkori csoport: 30–35	Ref.	Ref.	Ref.
Életkori csoport: 36–40	-1,52***	-0,52	-0,11
Életkori csoport: 41–45	-3,56***	0,54	-0,37
Vallásosság: Nem	Ref.	Ref.	Ref.
Vallásosság: Nem tudja megmondani	-0,24	-0,45	0,55
Vallásosság: Igen	0,01	0,18	-0,37
Iskolai végzettség: Max. befejezett általános iskola	Ref.	Ref.	Ref.
Iskolai végzettség: Szakiskola	-0,09	-0,07	-0,18
Iskolai végzettség: Érettségi	0,63*	0,13	0,38
Iskolai végzettség: Diploma	1,33***	0,48	0,47
Nincs munkája	Ref.	Ref.	Ref.
Van munkája	1,03***	0,35	-0,19
Családi állapot: Egyedülálló	Ref.	Ref.	Ref.
Családi állapot: Élettársi kapcsolat	-0,73**	-1,14***	-1,1**
Családi állapot: Házasság	-1,92***	-1,87***	-2,33***
Település típus: Falu	Ref.	Ref.	Ref.
Település típus: Város	-0,21	0,08	-0,07
Település típus: Budapest	0,04	0,84**	0,14
Nincs saját lakása	Ref.	Ref.	Ref.
Van saját lakása	-0,74***	-0,52*	1,01***
Tradicionális családi attitűd index	-0,11	-0,17	0,08
N	199	98	65

Megjegyzés: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. és III. hullám, saját számítás.

Az egészségügyi okokból bekövetkező gyermektelenséget vizsgálva megállapítható, hogy a tartós párkapcsolatban élőkre ez jóval kevésbé jellemző. A jelenség magyarázata talán abban rejlik, hogy az egészségi problémák sok esetben hozzájárulhatnak a párkapcsolatok megromlásához, felbomlásához, a tartós párkapcsolatban élők között ezek a problémák kevésbé gyakoriak a korábbi szelekció miatt. Hasonlóképpen a stabilitás és a szelekció állhat a mögött, hogy a saját lakással rendelkezők között is kisebb az egészségügyi okokból való gyermektelenség előfordulásának esélye. A falvakhoz és a vidéki városokhoz

képest Budapesten valamivel nagyobb számban élnek olyan nők, akik nem akaratlagosan gyermektelenek. Ez összefügghet azzal, hogy a fővárosban magas a diplomás nők aránya, akik viszont az alacsonyabb végzettségű nőkhöz viszonyítva átlagosan későbbi életkorban válnak anyává – a gyermekvállalás halasztása ugyanakkor megnöveli annak egészségügyi kockázatait is. Ugyanakkor az is elképzelhető, hogy a képzettebb fővárosi nők között nagyobb arányú lehet a diagnosztizált meddőség aránya, illetve ennek bevallása, mint iskolázatlanabb társaik körében.

4. *Különböző változók hatásai a gyermektelenség egyes típusaira, 2001-ben gyermektelen férfiak*
 (Multinomiális regressziós együtthatók)
Impacts of different variables on the types of childlessness in 2001, males
 (Variables in multinomial regression analysis)

Változók	Időlegesen gyermektelen	Egészségügyi okokból gyermektelen	Akaratlagosan gyermektelen
Életkori csoport: 30–35	Ref.	Ref.	Ref.
Életkori csoport: 36–40	-1,18***	0,17	-0,82***
Életkori csoport: 41–45	-2,32***	-0,04	-0,19
Vallásosság: Nem	Ref.	Ref.	Ref.
Vallásosság: „Nem tudom”	0,21	0,81*	0,47
Vallásosság: Igen	-0,05	0,29	-0,45*
Iskolai végzettség: Max. befejezett általános iskola	Ref.	Ref.	Ref.
Iskolai végzettség: Szakiskola	0,67*	0,18	-0,58*
Iskolai végzettség: Érettségi	0,9***	0,002	-0,02
Iskolai végzettség: Diploma	1,17***	0,541	-0,22
Nincs munkája	Ref.	Ref.	Ref.
Van munkája	0,07	-0,76*	-0,28
Családi állapot: Egyedülálló	Ref.	Ref.	Ref.
Családi állapot: Élettársi kapcsolat	-2***	-1,78***	-1,55***
Családi állapot: Házasság	-3,19***	-2,78***	-3,17***
Település típus: Falu	Ref.	Ref.	Ref.
Település típus: Város	-0,08	-0,022	-0,01
Település típus: Budapest	0,13	0,07*	0,1
Nincs saját lakása	Ref.	Ref.	Ref.
Van saját lakása	-0,59***	-0,91***	-0,81***
Tradicionális családi attitűd index	0,06	0,11	-0,008
N	427	84	123

Megjegyzés: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. és III. hullám, saját számítás.

Elsőként itt is az időleges gyermektelenség (halasztás) háttértényezőit vesszük szemügyre. Az életkor előrehaladtával a halasztás esélye – a nőkhöz hasonlóan – csökken. Szintén a nőkhöz hasonlóan a magasabb iskolai végzettségű férfiak inkább halasztják a gyermekvállalást, mint alacsonyabb iskolai végzettségű társaik. Családi állapot szerint az egyedülállókhoz képest a tartós párkapcsolatban élők kisebb eséllyel tartoznak az ideiglenesen gyermektelen körében. A lakással rendelkező férfiak szintén szignifikánsan kisebb eséllyel tartoznak ebbe a csoportba, mint a lakással nem rendelkezők.

A vallásos, a szakiskolát végzett, a párkapcsolatban élő és a lakással rendelkező férfiakat jellemzi a legkevésbé, hogy tudatosan nem szeretnének gyermeket.

A tartós párkapcsolatban élők itt is – a nőkhöz hasonlóan – kisebb eséllyel tartoznak az egészségügyi okokból gyermektelenek közé. A fővárosban élőkre is inkább jellemző ez, ismét hasonlóan a nőkhöz. E mögött azonban eltérő magyarázat állhat, mint a nők esetében, mivel általában a férfiak termékenysége az életkor előrehaladtával nem csökken radikálisan. Sokkal inkább arról lehet szó, hogy a kisebb településen élő férfiaknál inkább számít stigmának a biológiai okokra visszavezethető gyermektelenség, mint fővárosban élő társaiknál, ezért egy kérdőíves felmérésben kevésbé „ismerik be”, hogy egészségügyi probléma áll gyermektelenségük hátterében.

5.4. Ideiglenesen gyermektelen nők és férfiak életútjának alakulása

Az 5. táblázatban foglaltuk össze, hogy milyen tényezők befolyásolták azt, hogy valaki 2001 és 2008 között szülővé vált vagy sem.

Eredményeink szerint a nők és a férfiak esetében egyaránt a családi állapot játszott meghatározó szerepet: a házasság mindkét nemnél növeli annak a valószínűségét, hogy szülővé váljanak. A nőknél ugyan az egyedülállókhoz viszonyítva ugyanolyan erős pozitív hatása van az anyává válásra az élettársi kapcsolatnak, mint a házasságnak: majdnem négyszer akkora esélye van egy élettársi kapcsolatban vagy házasságban élő gyermektelen nőnek, hogy szülővé váljon, mint egyedülálló társainak. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy azokban a szülővé válást vizsgáló korábbi kutatásokban, ahol valamennyi szülőképes korú nő bekerül a vizsgálatokba, szignifikáns különbség mutatható ki az élettársi kapcsolatban és a házasságban élők között: sokkal nagyobb az esélye egy házas nőnek arra, hogy szülővé váljon, mint azoknak, akik az együttélés kötetlenebb formáját választják (Spéder 2004; Bradatan – Kulcsár 2008; Szalma 2011). Mivel a férfiaknál nem vált egyetlen korábban egyedülálló férfi sem apává, így esetükben referenciacsoportnak az élettársi kapcsolatban élőket választottuk. A férfiaknál a házasság az élettársi kapcsolatban élőkhez képest 116%-kal emeli meg annak az esélyét, hogy egy gyermektelen férfi apává váljon.

5. Különböző tényezők hatása a 2001 és 2008 közötti szülővé válásra
(Logisztikus regressziós együtthatók)
Impacts of different factors on becoming parent between 2001 and 2008, by sex
(Variables in logistic regression analysis)

Változók	Nők	Férfiak
Életkori csoport: 30–35	Ref.	Ref.
Életkori csoport: 36–40	0,89	-0,16
Életkori csoport: 41–45	Törölt [^]	-1,43*
Vallásosság: Nem	Ref.	Ref.
Vallásosság: Nem tudja megmondani	0,78	0,55
Vallásosság: Igen	0,48	0,46
Iskolai végzettség: Max. befejezett általános iskola	Ref.	Ref.
Iskolai végzettség: Szakiskola	-0,14	1,06
Iskolai végzettség: Érettségi	0,34	0,32
Iskolai végzettség: Diploma	0,77	1,93*
Nincs munkája	Ref.	Ref.
Van munkája	0,57	-0,35
Családi állapot: Egyedülálló	Ref.	Törölt [^]
Családi állapot: Élettársi kapcsolat	3,87***	Ref.
Családi állapot: Házasság	3,77***	1,16*
Település típus: Falu	Ref.	Ref.
Település típus: Város	-0,31	0,19
Település típus: Budapest	-0,97	0,59
Nincs saját lakása	Ref.	Ref.
Van saját lakása	-0,04	0,4
Tradicionalis családi attitűd index	-0,11	0,065

Megjegyzés . *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

[^]Nem fordult elő egyetlen ilyen eset sem, ezért töröltük az elemzésből

Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. és III. hullám, saját számítás.

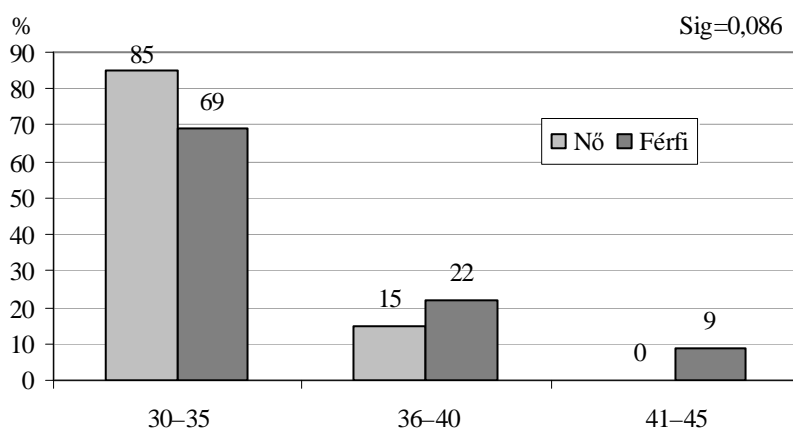
A családi állapoton kívül az életkornak volt szignifikáns hatása a férfiaknál: a legfiatalabb korcsoporthoz – azaz: a 2008-ban 37–42 évesekhez – képest a legidősebb életkori csoporthoz tartozók – azaz: a 2008-ban 48–52 évesek – szignifikánsan kisebb eséllyel váltak apává. A nők közül senki nem vált anyává a legidősebb korcsoport tagjai közül, viszont nem mutatkozott szignifikáns különbség a két fiatalabb életkori csoport esetén sem.⁸ A vallásosság és a településtípus hatása nem volt szignifikáns sem a nőknél, sem a férfiaknál.

Az iskolai végzettség tekintetében pedig csupán a diplomás férfiak esetében tudunk szignifikáns hatás kimutatni: a diplomával rendelkező férfiak nagyobb

⁸ Lehet, hogy azért nem tudunk szignifikáns hatást kimutatni, mert nem áll rendelkezésünkre elegendő elemszám a vizsgálathoz.

eséllyel tudták megvalósítani a gyermekvállalással kapcsolatos terveiket, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű társaik.

A II. és a III. ábra a férfiakat és nőket összehasonlítva részletesebben mutatja be a modellben szignifikáns magyarázó változók hatását.



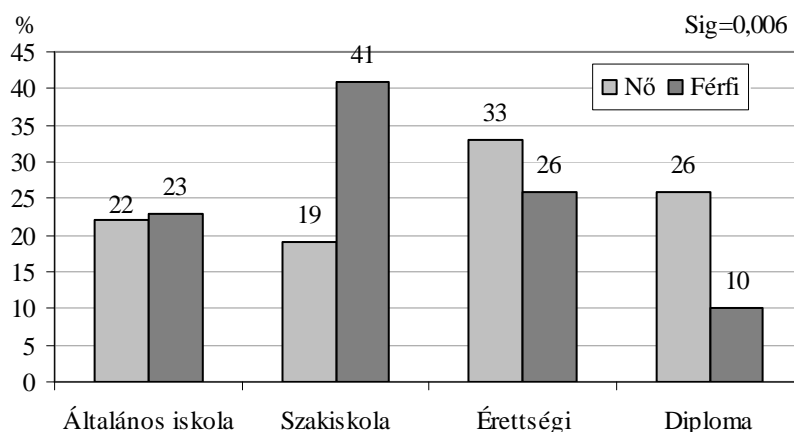
Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. és III. hullám, saját számítás.

II. 2001 és 2008 között bekövetkezett gyermekszületés gyakorisága életkori csoportok szerint a 2001-ben ideiglenesen gyermektelen férfiak és nők körében (%)

The frequency of becoming parent between 2001 and 2008, by age group and sex (%)

A II. ábrán látható, hogy 2001-ben a 40 év feletti gyermektelen nők közül senki sem tudta realizálni gyermekvállalási elképzeléseit, azaz nem született gyermeke, míg azon gyermektelen férfiaknak, akiknek 2008-ra gyermekük született, mintegy egytizede (9%) került ki ebből a korcsoportból. 2001-ben a 36–40 évesek korcsoportjából is a férfiak váltak nagyobb arányban szülővé, mint a nők. Az anyává váló nők 85%-ka a legfiatalabb korcsoportból került ki. Ez alátámasztja azt, hogy a férfiaknál nemcsak a gyermekvállalás biológiai életkora tehető későbbre, mint a nők esetében, hanem a társadalom által meghatározott életkori norma is bővebb gyermekvállalási időintervallumot tesz lehetővé a számukra, hiszen a 2001-ben 36–40 éves nők biológiai szempontból valószínűleg megvalósíthatták volna még a gyermekvállalási terveiket, ám esetükben mégis kisebb arányban következett be a gyermekvállalás, mint a hasonló életkorú férfiaknál. Itt azt is figyelembe kell vennünk, hogy a nők esélye az esetleges újabb párkapcsolat kialakítására – és egyszersmind a gyermek-

vállalásra – az első felbomlása (válás, megözvegyülés) esetén általában kisebb, mint a férfiaké.



Forrás: KSH NKI Életünk Fordulópontjai demográfiai panelfelvétel I. és III. hullám, saját számítás.

III. A 40–52 éves 2008-ban gyermektelen nők és férfiak megoszlása iskolai végzettség szerint (%)

The distribution of childless females and males aged 40–52 by educational status in 2008 (%)

A III. ábra alapján megállapítható, hogy a 2008-ban gyermektelen 40–52 éves nők egyharmada érettségivel rendelkezik, míg negyedük diplomás. Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők között alacsonyabb a gyermektelenek aránya. A férfiaknál valamelyest fordított a helyzet, mivel a gyermektelen férfiak több, mint 40%-a szakiskolai végzettséggel rendelkezik, miközben a diplomások a gyermektelen férfiaknak mindössze 10%-át jelentik. A két nem iskolai végzettségével kapcsolatos hipotézisünket részben igazolni tudtuk: a magasabb iskolai végzettségű nők körében felülreprezentáltak a gyermektelen nők, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek között a gyermektelen férfiak. Azonban további vizsgálatokra lenne szükség annak feltárásához, hogy az iskolában töltött hosszabb idő – és így a munkapiaci stabilitás későbbi megvalósítása – pontosan milyen mechanizmusokon keresztül befolyásolhatja a nők gyermekvállalási döntését. Felmerülhet például, hogy a magasabb iskolai végzettség a párkapcsolatok kialakításánál okozhat nehézséget és ez hathat arra, hogy nem vállalnak gyermeket – vagy a magasabb iskolai végzettségű nők számára az önmegvalósítás más formáinak megnyílásával kevésbé fontos szerepet játszik a gyermekvállalás.

6. Összegzés

Jelen kutatás azt vizsgálta, hogy milyen társadalmi-demográfiai jellemzőkkel rendelkeznek azok a 2001-ben harminc év feletti nők és férfiak, akiknek még nem született gyermekük. A gyermekteleneket a halasztók, az akaratlagosan és az egészségügyi okokból gyermektelennek csoportjaiba soroltuk. Eredményeink szerint a fiatalabb, magasabb iskolai végzettségű, saját lakással nem rendelkező, dolgozó nőkre jellemző inkább az időleges gyermektelenség (a gyermekvállalás halasztása). A lakástulajdonnal rendelkező nők között ugyanakkor magasabb az akaratlagos gyermektelenség esélye. A lakástulajdon a férfiaknál szignifikánsan csökkenti mindhárom gyermektelenségi típus valószínűségét. A tartós párkapcsolatban élés viszont mindkét nemnél és mindhárom vizsgált alcsoportban jelentősen csökkenti a gyermektelenség esélyét. Ez pedig alátámasztja azt a feltételezést, hogy a gyermekvállalás egyik legnagyobb akadály a párkapcsolat *hiánya*, és általában a stabilitás (tartós párkapcsolat, lakástulajdon) növeli a gyermekvállalás esélyét.

A kutatás paneljellegét kihasználva meg tudtuk vizsgálni azt is, hogy azoknak a nőknek és férfiaknak, akik ideiglenes állapotként tekintettek a gyermektelenségre, milyen arányban sikerült hét évvel később megvalósítaniuk a gyermekvállalással kapcsolatos terveiket, és szülővé válásukban milyen tényezők játszottak szerepet. Az időlegesen gyermektelen nők 20%-a, míg a férfiak 18%-a vált szülővé 2008-ra. Az akaratlagosan és az egészségügyi okokból gyermektelenek csoportjait tekintve a nők közül senki sem vált szülővé, és a férfiaknál is csak az esetek igen kis (3%) százalékában fordult ez elő. Kutatási eredményeink rávilágítottak arra, hogy azok többsége, akik átmeneti állapotként tekintenek a gyermektelenségre, jellemzően nem tudják megvalósítani gyermekvállalási terveiket. A gyermekvállalás elmaradása mögött meghúzódó legnagyobb akadály feltehetően a párkapcsolatok hiánya: ezt támasztja alá, hogy azok a nők váltak szülővé nagyobb eséllyel a megfigyelt periódusban, akik valamilyen típusú partnerkapcsolatban (házasságban vagy élettársi kapcsolatban) éltek. Az egyedülálló férfiak közül ugyan senki nem vált apává, de az ő esetükben fontos szempont a partnerkapcsolat típusa: a házas férfiak nagyobb eséllyel válnak szülővé, mint az élettársi kapcsolatban élő társaik.

Kutatási eredményeink alapján feltételezhető, hogy elsődlegesen nem az értékek változása (a családdal kapcsolatos attitűdök változása vagy a vallásosság csökkenése) befolyásolja a szülővé válással kapcsolatos döntéseket. Ezt támasztja alá, hogy a magyar társadalomban rendkívül alacsony azoknak az aránya, akik tudatosan nem szeretnének gyermeket vállalni.

A gazdasági tényezők kétségkívül jelentős mértékben befolyásolhatják a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseket – de főként az első gyermekvállalás időzítésre lehet hatásuk (Szalma 2011), és nem közvetlenül arra a döntésre, hogy egyáltalán vállaljon-e valaki gyermeket. A szülővé válást meghatározó

döntésekben elsősorban a gyermekvállaláshoz szorosan kapcsolódó életesemények kaphatnak meghatározó szerepet – elsősorban az, hogy sikerül-e az érintetteknek tartós párkapcsolatot kialakítaniuk.

Tanulmányunkban nem vizsgáltunk számos további fontos kérdést, ami erősen befolyásolhatja a gyermektelenséget. Ilyenek például a párkapcsolat minősége, a segítő rokon-ismerősi hálózatok megléte/hiánya, vagy a származási családból hozott minták szerepe a gyermekvállalási döntések meghozatalában. Ezeket a kérdéseket kvalitatív kutatások keretében lenne érdemes tovább vizsgálni, hiszen a *survey* vizsgálatok adatai alapján sokszor nem deríthető fény az egyedi döntések mögött meghúzódó mélyebb okokra.

IRODALOM

- Axinn, W. G. – Thornton, A. (1992): The Relationship between Cohabitation and Divorce: Selectivity or Causal Influence? *Demography*, 29/3. 357–374.
- Becker, G. S. (1981): *A Treatise on the Family*. Harvard University Press, Cambridge, USA.
- Bloom, D. E. – Trussell, J. (1984): What are the determinants of delayed childbearing and permanent childlessness in the United States? *Demography*, 21/4. 591–611.
- Blossfeld H.-P. – Huinink, J. (1991): Human Capital Investments or norms of role transition? How women's schooling and career affect the process of family formation? *The American Journal of Sociology*, 97/1. 143–168.
- Bradatan, C. – Kulcsár, L.J. (2008): Choosing between marriage and cohabitation: Women first union patterns in Hungary. *Journal of Comparative Family Studies*, 39. 491–507.
- Bloom, D.E. – Trussell, J. (1984): What are the Determinants of Delayed Childbearing and Permanent Childlessness in the United States? *Demography*, 21/4. 591–611.
- Eurostat (2009): Total Fertility Rate 1960–2009.
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Total_fertility_rate_1960-2009_\(live_births_per_woman\).png&filetimestamp=20111130165651](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Total_fertility_rate_1960-2009_(live_births_per_woman).png&filetimestamp=20111130165651)
 (Letöltve: 2012-10-14.).
- Festinger, L. (1957): *The Theory of Cognitive Dissonance*, Harper & Row, New York.
- Frejka, T. – Sobotka, T. (2008): Fertility in Europe: Diverse, delayed and below replacement. *Demographic Research*, Vol. 19, 15–46.
- Friedman, D. – Hechter, M. – Kanazawa, S. (1994): A Theory of the Value Children. *Demography*, 31/3. 375–401.
- Gillespie, R. (1999): Voluntary Childlessness in the United Kingdom. *Reproductive Health Matters*, 7/13. 43–53.
- Gillespie, R. (2003): Childfree and Feminine: Understanding the Gender Identity of Voluntarily Childless Women. *Gender and Society*, 17/1. 122–136.
- Hagestad G. – Call, V.R.A. (2007): Pathways to Childlessness: A Life Course Perspective. *Journal of Family Issues*, 28/10. 1338–1361.
- Haskova, H. (2008): Structural and values influences on the entry into parenthood in the Czech Republic. *Demográfia*, English Edition, 51/5. 66–84.

- Houseknecht, S.K. (1979): Timing of the Decision to Remain Voluntarily Childless: Evidence for Continuous Socialization. *Psychology of Women Quarterly*, 4. 81–96.
- Huinik, J. (1995): Education, work, and family patterns of men: The case of West Germany. In Blossfeld, H.-P. (ed.) *The New Role of Women: Family Formation in Modern Societies*. Westview Press, Boulder, 247–262.
- Husz I. (2006): Iskolázottság és gyermekvállalás időzítése. *Demográfia*, 49/1. 46–67.
- Kaa, van de D. J. (1987): Europe's second demographic transition. *Population Bulletin* 42/1. 1–59.
- Kapitány B. – Spéder Zs. (2009): Gyermekvállalás. In Monostori J. – Óri P. – S. Molnár E. – Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai Portré 2009*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 29–40.
- Keizer, R. (2010): *Remaining childless. Causes and consequences from a life course perspective*. Ipskamp Drukkers BV. Enschede.
- Kneale, D. – Joshi, H. (2008): Postponement and childlessness: Evidence from two British cohorts. *Demographic Research*, 19. 1935–1964.
- Kohler, H. P. – Billari, F. C. – Ortega, J. A. (2006): Low Fertility in Europe: Causes, Implications and Policy Options. In Harris, F. R. (ed.): *The Baby Bust: Who will Do the Work? Who Will Pay the Taxes?* Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, MD, 48–109.
- Kreyenfeld, M. (2002): Time-squeeze, partner effect or self-selection? An investigation into the positive effect of women's education on second birth risks in West Germany. *Demographic Research*, 7. 15–48.
- Kreyenfeld, M. (2010): Uncertainties in female employment careers and the postponement of parenthood in Germany. *European Sociological Review*, 26/3. 351–366.
- Kulu, H. – Vikat, A. (2007): Fertility differences by housing type: The effect of housing conditions or of selective moves? *Demographic Research*, 17. 775–802.
- Lesthaeghe, R. (1983): A century of demographic and cultural change in Western Europe: an exploration of underlying dimensions. *Population and Development Review*, 3. 411–435.
- Letherby, G. (2010): Images and Representation of Non-Motherhood. *Reproductive Health Matters*, 8/16. 143.
- Matysiak, A. – Steinmetz, S. (2008): Finding Their Way? Female Employment Patterns in West Germany, East Germany, and Poland. *European Sociological Review*, 24. 331–345.
- Matysiak, A. – Vignoli, D. (2008): Fertility and Women's Employment: A Metanalysis. *European Journal of Population*, 24/4. 363–384.
- McQuillan, J. – Greil, A.L. – Shreffler, K.M. – Tichenor, V. (2008): The Importance of Motherhood among Women in the Contemporary United States. *Gender & Society*, 22/4. 477–496.
- Murinkó L. (2010): Az első párkapcsolat szerepe a szülői házból való elköltözésben. In Jancsák Cs. – Nagy G. D. – Pászka I. (szerk.): *Állandó párbeszédben: A szegedi műhely tisztelgése Utasi Ágnesnek*. Belvedere Meridionale – DARTKE, Szeged, 145–165.
- OECD (2011): Family Database.
<http://www.oecd.org/social/familiesandchildren/oecdfamilydatabase.htm>
(Letöltve: 2012-10-14).

- Paksi V. – Szalma I. (2009): Mikor vállaljunk gyereket? *Szociológiai Szemle*, 2009/3. 92–116.
- Park, K. (2002): Stigma management among the voluntary childless. *Sociological Perspectives*, 45/1. 21–45.
- Pongrácz T (2007): A gyermekvállalás, a gyermektelenség és a gyermek értéke közötti kapcsolat az európai régió országaiban. *Demográfia*, 50/2–3. 197–219.
- Poston, D.L. Jr. – Szokolczai, A. (1986): Patterns of marital childlessness in Hungary, 1930 to 1980. *Genus*, 42/1–2. 71–85.
- Rindfuss, R. R. – Vandenheuvel, A. (1990): Cohabitation: A Precursor to Marriage or an Alternative to Being Single? *Population and Development Review*, 16/4. 703–726.
- S. Molnár E. (1982): Instabil családtervek. *Demográfia*, 25/2–3. 281–294.
- Schoen, R. – Young, J.K. – Nathanson, C.A. – Fields, J.M. – Astone, N.M. (1997): Why do Americans want more children? *Population and Development Review* 23. 333–58.
- Spéder Zs. (2004): Gyermekvállalás és a párkapcsolatok átalakulása. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2004*, TÁRKI, Budapest, 137–151.
- Spéder, Zs. – F. Kamarás (2008): Hungary: Secular fertility decline with distinct period fluctuations. *Demographic Research* 19/18. 599–664.
- Szalma, I. (2011): *A munkaerő-piaci helyzet hatása az első tartós párkapcsolat kialakítására és a szülővé válásra Magyarországon*. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Doktori Iskola.
- Testa, M. R. (2006): Childbearing Preferences and Family Issues in Europe. Brussels: European Commission, Report for the Eurobarometer (Special Eurobarometer 253/Wave 65.1 - TNS Opinion & Social) http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_253_en.pdf (Letöltve: 2009-09-18).
- Tóth O. (1993): A szülővé válás időzítése az életútban. *Szociológiai Szemle*, 1993/3–4. 121–135.
- Tanturri, M. L. – Mencarini, L. (2008): Childless or childfree? Paths to voluntary childlessness in Italy. *Population and Development Review*, 34/1. 51–77.
- Vaskovics L. (2000): A posztadoleszcencia szociológiai elmélete. *Szociológiai Szemle* 2000/4. 3–20.
- Veevers, J.E. (1973): Voluntary Childlessness: A Neglected Area of Family Study. *The Family Coordinator*, 22/2. 199–205.

Tárgyszavak:

Termékenység

Gyermektelenség

Többváltozós statisztikai elemzés

SOME FACTORS INFLUENCING CHILDLessNESS IN HUNGARY*Abstract*

Our knowledge is still very incomplete concerning the factors influencing childbearing in Hungary. Childlessness as a social phenomenon has not been studied very much by Hungarian researchers so far. It can be partly explained by the fact that intended childlessness was not earlier an observable social issue in Europe. On average 4–6 per cent of women had no child at all which proportion is equivalent to that of biological infertility.

This paper discusses childlessness by its basic types: it distinguishes between intended and non-intended ones. Persons without child examined in the analysis have been classified into three groups: those postponing childbearing, those remaining without child deliberately or for some health reasons. The authors study the correlation between childlessness and so basic socio-demographic factors as educational status, religiousness or employment status.

In the course of the analysis, they use the data from the first and third waves of the demographic panel survey 'The Turning Points of the Life Course' conducted by Demographic Research Institute, HCSO. The first wave of the longitudinal demographic panel survey was carried out in 2001–2002 while the third one in 2008–2009. The authors examined by logistic regression analysis the characteristics of those men and women who had no child in 2001 and did not become parents by 2008 either. On the basis of the results, they conclude that mainly those events connecting directly to childbearing (e.g. having partner or not, living in cohabitation or marriage) influence the decisions concerning parenthood. At the same time, the change in norms played no significant role, while economic factors (having a job or not, owning immovable properties or not) have some impact rather on postponing child birth and do not influence directly somebody's decision of remaining without child.

KÖZLEMÉNYEK

KUTATÓI MOBILITÁS, AVAGY A HARMADIK ORSZÁGBELI ÁLLAMPOLGÁR KUTATÓK MIGRÁCIÓJA ÉS MAGYARORSZÁGI INTEGRÁCIÓJA¹

ÁCS VERA – GELLÉRNÉ LUKÁCS ÉVA²

Bevezetés

Az Európai Unió az 1990-as évek végén felismerte, hogy kutatóhiány lesz Európában,³ különösen a tudomány, a technika és a technológia területén, ami a közeljövőben komolyan veszélyeztetheti az EU innovatív erejét, tudáskapacitását és termelékenységnövekedését, s akadályozhatja a célkitűzések megvalósítását. Európának tehát jelentős előrelépést kell tennie, hogy megteremtse azokat a feltételeket, amelyek vonzóbbá és jobban fenntarthatóvá teszik a kutatói karriert, lehetőséget biztosítanak a kutatói életpálya kialakítására és a kutatók hosszú távú foglalkoztatási kilátásainak javítására. Ennek érdekében közösségi szinten – a kötelező erővel bíró jogi normák mellett – számos stratégia, iránymutatás, állásfoglalás, intézkedés született a különböző szakterületeken.

Mindezt felismerve 2000 januárjában az Európai Bizottság úgy ítélte meg, hogy szükség van az Európai Kutatási Térség (a továbbiakban: EKT) létrehozására,⁴ amely ezen a területen a *jövőbeni közösségi intézkedések mozgatója* lesz, és amelynek *célja az európai kutatási politika megszilárdítása és szerkezetének kialakítása*. Az EKT koncepciója három gondolatot tartalmaz: egy európai kutatási belső piacot, amelyben a kutatók, a technológia és a tudás szabadon mozoghatnak; a nemzeti és regionális kutatási tevékenységek, programok és politikák hatékony, európai szintű koordinációját; valamint európai szinten végrehajtott és finanszírozott kezdeményezéseket.

Az EKT létrehozásával és az ahhoz kapcsolódó különböző szakpolitikai kezdeményezésekkel tehát már jó egy évtizede az Európai Unió napirendjén van a tudás szabad mozgásának útjában álló akadályok felszámolása, a kutatói mobilitás elősegítése, a

¹ A tanulmány az EIA/2010/3.4.1.3. számú projekt eredményeit tartalmazza, amely az Európai Integrációs Alap és a Belügyminisztérium finanszírozásában valósult meg. További információ a projektről a www.tullius.hu oldalon található.

² A szerzők az EIA/2010/3.4.1.3. projektben szakértőként vettek részt.

³ Lásd az Európai Tanács 2002. márciusi barcelonai ülését, ahol az állam- és kormányfők megállapodtak abban, hogy a GDP 3%-át kutatásra kell fordítani. A meghatározott cél elérése érdekében a Közösségnek – a becslések szerint – mintegy 700 000 kutatóval kell rendelkeznie.

⁴ HL C 205., 2000.7.19., 1. o. Az Európai Kutatási Térség létrehozásáról szóló 2000. június 15-i állásfoglalás az Európai Tanács 2000. március 23–24-i, a lisszaboni stratégiát elfogadó ülése nyomán született, mely utóbbi szerint a cél, hogy az EU 2010-re a világ legversenyképesebb és legdinamikusabb tudással rendelkező gazdaságává váljon.

kutatók helyzetének javítása. Ennek ellenére még mindig számos akadály nehezíti a kutatók egyik országból a másikba történő vándorlását. Ezért azokon a területeken, amelyeken az Európai Unió és a tagállamok már korábban sürgős intézkedéseket javasoltak, új lendületre van szükség a kutatói mobilitás előmozdítása, a jobb munkafeltételek és a jobb karrierlehetőségek érdekében meghozandó konkrét intézkedések kidolgozásához és végrehajtásához.⁵

Ehhez az új lendülethez csatlakozott a „Harmadik országbeli állampolgár kutatók magyarországi integrációja” című projekt,⁶ amely hiánypótló kutatásként foglalkozott a Magyarországon élő, dolgozó kutatók helyzetével, mindennapi életük során felmerülő jogi, adminisztratív, egészségügyi és egyéb problémáikkal.

Előzmények

Magyarországon az agyelszívás (ismertebb nevén brain drain)⁷ jelenségét leginkább abból a szempontból vizsgálták, kutatták, hogy az miként és milyen mértékben sújtja a magyar tudományt, mennyi kvalifikált munkaerő vándorol ki az országból, pótolhatatlan veszteséget hagyva maga után. A kelet-európai rendszerváltások kapcsán került igazán reflektorfénybe a magasan képzett szakemberek elvándorlása a régióból (Anveiler et al. 1993; Tamás 1993; L. Rédei 1995; Tarnóczy – Tóth 1995; Tarnóczy 1996; Palló 1998). Statisztikák hiányában azonban csak becsülni lehetett a Magyarországról kivándorolt magasan kvalifikált értelmiségiek nagyságrendjét. Tóth Pál Péter (1999, 196.) szerint ez a szám a kilencvenes évtizedben tízezer fő körül lehetett, ami valószínűleg inkább felső becslési határként fogadható el. Ezt támasztja alá, hogy a Magyar Tudományos Akadémiának 2004-ben 991 fő határon túli regisztrált köztestületi tagja volt, amelybe a szomszédos országok magukat magyarnak valló kutatói is beletartoztak (Kövér 2004). A Magyar Tudományos Akadémia a kutatók tömeges és végleges kiáramlásának megelőzését tekintette fő céljának (Vizi et al. 1991), a kinn tartózkodókkal való viszonyban pedig a folyamatos kapcsolattartás és a hazatérés előmozdítására helyezték a hangsúlyt (Berényi 1998). Gondolati szinten azonban már az 1990-es évtized elején felmerült a tudósok Magyarországra áramoltatásának segítése (Vizi et al. 1991, 735.), amely – a visszafogó és visszacsábító megközelítésmódokkal párhuzamosan – már a promigrációs politika mellett érvelt. Később akadémiai körökben ismét

⁵ Lásd a Foglalkoztatás, Szociálpolitika, Egészségügy és Fogyasztói ügyek Tanácsa 2010. március 8-i ülését, amely ismét foglalkozott a kutatókkal, és „Az európai kutatók mobilitása és karrierje” címmel következtetéseket fogadott el (6833/10.) A Tanács közös intézkedésekre szólít fel a tagállamok közötti koordináció, valamint a szakpolitikák közötti együttműködés megvalósítása érdekében, különösen a kutatás, a foglalkoztatás és a szociális biztonság területén alkalmazott szakpolitikai megközelítések terén, a 2020-ig szóló új uniós stratégia integrált megközelítésével összhangban.

⁶ További információ: www.tullius.hu

⁷ „A brain draint úgy lehet meghatározni, mint az országok közötti tudományos kapcsolatok nem természetes formáját, amelyet a fejlett országokba irányuló egyirányú migrációs hullám jellemez. Közvetlen kiváltó oka a fogadó ország azon törekvése, hogy a lehető leggyorsabban és legolcsóbban szerezzen értéktermelő intellektuális tőkét.” Az 1960-as évekből származó UNESCO-meghatározást Tamási (1999. 190.) idézi.

felmerült a külföldön dolgozó, tehetséges fiatal magyar tudósok hazahozatala (Tamási 2002).⁸ Végül hét évvel később, 2009. január 14-én hirdette meg első alkalommal a Magyar Tudományos Akadémia a kimagasló teljesítményű fiatal kutatók számára létrehozott Lendület programot.⁹ A Lendület program célja az akadémiai intézmények és az egyetemi keretek között működő kutatócsoportok dinamikus megújítása volt a nemzetközileg kimagasló teljesítményű kutatók és kiemelkedő fiatal tehetségek külföldről történő hazahívásával, illetve itthon tartásával. A program remélhetőleg hozzájárul a sikeres fiatal kutatók elvándorlásának visszaszorításához, a tehetség-utánpótlás biztosításához, bővíti a kiválóságok előrelépési lehetőségeit, és növeli az akadémiai kutatóintézet-hálózat, illetve az egyetemek versenyképességét.

Kevés irodalom, illetve kutatás foglalkozik viszont azzal, hogy hogyan lehetne külföldi kutatók Magyarországra történő migrálását elősegíteni. Bár Vizi et al. (1991) viszonylag korán felvetették e témát, mégis tizenhárom évnek kellett eltelnie, míg e gondolat Magyarországon újból publikációba került. *Viszt* (2004) a kutatók nemzetközi mobilitásával foglalkozó tanulmánya végén már a külföldi kutatók magyarországi fogadásának előnyeit ecseteli, és a beáramlás jövőbeli mértékét kívánja prognosztizálni. *A külföldi kutatók fogadásának indokául a helyettesítési hatás kialakulását jelöli meg.* A gazdasági és tudományos szempontból fejlett országokba vándorló magyar kutatók helyére a kevésbé fejlett országokból származó kutatók jönnek/jönnének. Pedig a hazánknál valamivel fejletlenebb országokból érkező kutatók számára Magyarország nem feltétlenül jelenti a végcélt. Közel sem biztos, hogy a kutatók – egyéni és szakmai érdekeiket szem előtt tartva – itt kívánnak letelepedni. Itteni munkájuk után egyrészt hazatérhetnek, másrészt harmadik országba is távozhatnak. Ez utóbbi lehetőség bekövetkezése esetén *Magyarországnak tranzit szerep jutna a kutatói láncmigrációban.*

2006 februárjában problémafeltáró interjúk készültek a magyarországi oktatók és kutatók körében az ország második legnagyobb akadémiai centrumában, Szegeden, és a fővárosban, Budapesten (Illés – Lukács 2006). A természettudományok képviselői és a társadalomtudósok egyaránt képviseltetve voltak a kutatásban, mivel a biológusok, számítástechnikával foglalkozók, geográfusok és jogászok voltak a felmérés célszemélyei.¹⁰ A többség akként vélekedett, hogy a kutatói életforma (életpálya) szükséges célszemélyei a migrálás. *Általános vélemény volt, hogy a mobilitás szükséges feltétele a tudományos fejlődésnek és az egyéni karriereknek. Enélkül nem „jegyzik” a kutatót tudományos szinteken.* Természettudományban az a norma, az elvárás, hogy valaki a posztgraduális és a posztdoktorális kutatásait különböző helyeken (laborokban) végezze. Való-

⁸ Csermely és társai, 2002-ben konkrét javaslattal álltak elő. A kísérletes tudományszakokat művelő, visszacsábítandó magyar kutatók számára egy inkubátorház felállítását javasolták. Az eredeti javaslatban szereplő tudásgyár egyértelműen a Magyarországról elvándoroltak visszahozatalát szolgálta volna.

⁹ Jelenleg 28 kiemelkedő fiatal tudós folytat nemzetközileg is versenyképes kutatást összesen 1 100 millió forintos támogatással. 2009-ben a program elindításakor öt, 2010-ben hét és 2011-ben már 16 új kutatócsoport kezdte meg működését Magyarországon, 2012. július 1-jétől pedig 37 kutatócsoport létesül.

¹⁰ Az egyes szakterületeket reprezentálók közül hozzávetőlegesen egyenlő mértékben választották ki tíz évnél kevesebb szakmai tapasztalattal rendelkező „kezdőket”, a tíz évnél több, de húsz évnél kevesebb gyakorlattal rendelkező „középkorúakat” és a több mint húszéves kutatói-oktatói múlttal rendelkező „nagy tapasztalattal bírókat”.

színűsíthető, hogy a magyar kutató nem akar külföldön – s vice versa, a külföldi kutató sem akar Magyarországon – maradni, mivel a csúcspozíciókat általában minden ország saját állampolgáraival tölti be. Így ritka, hogy külföldi más országban megragadjon, végleg letelepedjen. Érdekes, hogy a biológusok és a számítástechnikusok már 2006 előtt is kutatóhiányt érzékeltek Magyarországon a saját tudományterületükön. A geográfusok és jogászok nem tapasztaltak hasonló hiányhelyzetet, sőt a kemény belső versenyt említették meg. Ennek ellenére általában véve ők sem tartottak a harmadik országbeliek bejövételétől, hivatkozva arra, hogy magyar specifikumokat tárgyaló területeken (például Magyarország társadalom- vagy gazdaságföldrajza, illetve a jogterületek nagy többsége) behozhatatlan előnyei vannak az itt élőknek és kutatóknak, a helyismerettel rendelkezőknek. Megjegyezték, hogy a szegényes kutatási feltételek (kevés rendes könyvtár, anyagok nehéz feldolgozhatósága) és a magyar nyelv miatt nem vagyunk igazán vonzó európai célpont.

Az interjúban a kérdezők külön kitértek a kutatók mobilitását elősegítő uniós irányelv várható magyarországi hatásaira is. *A válaszadók szerint a harmadik országból származó kutatók elsősorban kiegészítő hatást gyakorolhatnak, másodsorban helyettesíthetők az ideiglenesen külföldön tartózkodó magyar kutatókat és oktatókat, vagy pótolják a hazatérni nem tudókat (nem szándékozókat) és a magyarországi képzésbeli hiányokat.* A rangsorban az itthon dolgozó magyar kutatók utolsó helyre tették a kiszorító hatást, és hangsúlyozták, hogy nagy valószínűséggel ez ritkán, egyedi esetekben fog előfordulni.

A harmadik országbeli állampolgár kutatók magyarországi integrációja projekt célja

A projekt ötletét, indokoltságát és aktualitását egyrészt az európai szinten, az Európai Kutatási Térségben végbemenő változások, másrészt a hazai migrációs politika, stratégia fejlődése adta.

A projekt céljának megfogalmazásakor tisztában voltunk vele, hogy bár az Európai Unióban Európai Kutatási Térségről beszélünk, a harmadik országbeli állampolgár kutatók az Európai Unió projektjeiben csak részben jelennek meg. A harmadik országbeli állampolgárok főként kétoldalú megállapodások, együttműködések keretében vesznek részt kutatásokban, érkeznek kutatási céllal a tagállamokba, így többek között Magyarországra is.

Az is ismeretes volt számunkra, hogy az EU 2004 óta fokozatosan kinyitotta, kinyitja kapuit a harmadik országbeli kutatók, magasan képzett szakemberek előtt külön fogadási eljárások bevezetésével. Ezek a kutatói mobilitás elősegítését szolgáló különjárások irányelvekben öltöttek/öltenek testet. Ilyen nevezetesen a harmadik országbeli állampolgároknak az Európai Közösség területén folytatott tudományos kutatás céljából való fogadására vonatkozó különjárásról szóló 2005/71 tanácsi irányelv,¹¹ és a harmadik országok állampolgárai tanulmányok folytatása, diákcseré, javadalmazás nélküli gyakorlat, illetve önkéntes szolgálat céljából történő beutazásának feltételeiről szóló 2004/114/EK tanácsi irányelv.¹² Bár projektünk ideje alatt az Európai

¹¹ HL L 289, 2005.11.03., 15–22. o.

¹² HL C 375, 2004.12.23., 12. o

Bizottság részéről még tartott az irányelvek hivatalos felülvizsgálata, már számos jel arra mutatott, hogy ezek az irányelvek nem minden területen váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, azaz a harmadik országbeli állampolgár kutatók nem tudják maximálisan kihasználni ezeket a lehetőségeket.

Mindemellett tudtuk azt is, hogy a kutatói mobilitás megragadására nemzeti szinten, így – többek között – Magyarországon sincsenek megfelelő fogalmi keretek; sok esetben nem lehet eldönteni, hogy a migráns kutató esetében státusát tekintve hallgatóról vagy munkavállalóról van-e szó. Ezért projektünkkel nem kevesebbet vállaltunk, mint hogy feltérképezzük a magyarországi helyzetet. Megvizsgáltuk a magyar jogi környezetet, számba vettük, hogy kik is tulajdonképpen az ún. harmadik országbeli állampolgár kutatók, honnan érkeznek, hányan lehetnek Magyarországon, milyen feltételekkel léphetnek be Magyarország területére, milyen jogcímen tartózkodhatnak az országban, milyen intézményekben dolgoznak, milyen tevékenységi formában végezhetnek kutatói tevékenységet, milyen foglalkoztatási formák nyitottak előttük, hogyan és milyen szociális biztonsági ellátásokra jogosultak, miként, mely országban adóznak. Jogi vizsgálatainkat, amely egyrészt a jogszabályi környezet felkutatásából, másrészt a jogszabályok alkalmazásának, végrehajtásának megismeréséből állt, empirikus tapasztalatokkal egészítettük ki. Kutatóközpontokat, harmadik országbeli kutatókat kerestünk fel, s mind a kutatókkal foglalkozó ügyintézőkkel, mind a Magyarországon dolgozó kutatókkal beszélgettünk. Több mint húsz kutatóval készítettünk interjút, amelyben elményeikről, tapasztalataikról, problémáikról faggattuk őket.¹³

A projekt keretében egy nemzetközi konferenciát is szerveztünk, ahol az integrációs kérdéseket olyan tagállami kutatóhelyeket képviselő személyekkel vitattuk meg, mely tagállamokban gyakori a harmadik országbeli kutatók fogadása, vagy az ország, illetve a fogadó intézmény helyzete Magyarországhoz hasonló. A kétnapos konferencián (2011. november 17–18.) a számos hazai és külföldi előadó rávilágított azokra a közös akadályokra, amelyek a tagállamokban, többek között Magyarországon is a harmadik országbeli kutatók integrációjának útjában állnak. A nemzetközi konferencia főbb megállapításainak összefoglalását az az angol–magyar nyelvű kézikönyv tartalmazza, amely egyben a projekt végterméke (Gellérné Lukács 2011).¹⁴ A kézikönyv elkészítésének célja az volt, hogy mintegy hiánypótló útmutatóként segítse a kutatókat, a kutatókat befogadó intézményeket, valamint a hatóságokat a különböző szakterületeken elfogadott szabályok halmazából a migráns kutatók szempontjából legfontosabb területeken. A kézikönyvvel lehetőséget kívántunk nyújtani a szabályok gyakorlati működésének, megvalósulásának, megvalósíthatóságának mélyebb szintű vizsgálatára is. Jelen tanulmány a kézikönyv érlelt esszenciáját tartalmazza, nemzetközi összehasonlítással, egy szakcikk formai és tartalmi követelményeit szem előtt tartva.

¹³ Az interjúkból készült összefoglalót egy migráns portréban jelentettük meg.

¹⁴ Letölthető: www.tullius.hu

Kik a harmadik országbeli kutatók?

A legfontosabb fogalom a témakörben magának a kutatónak a fogalma, hiszen ettől függ, hogy egy adott személyt megilletnek-e – és ha igen, akkor hogyan – a kutatók jogosultságai. Kiindulási pontunk *A foglalkozások nemzetközi osztályozási rendszere* ('International Standard Classification of Occupations, továbbiakban: ISCO)¹⁵ lehetne, azonban ez nem ad támpontot e téren, mivel nem határozza meg, hogy ki minősül kutatónak.

A nemzetközi irodalomban a kutatónak két tág értelemben elfogadott meghatározása ismert. A *Canberra kézikönyv* (OECD 1995) a tudomány és technológia emberi erőforrásaira fókuszál, amikor úgy határozza meg a kutatót, mint aki sikeresen befejezte tanulmányait a felsőoktatásban a tudomány és technológia területén, és hivatalosan nem kvalifikált, de tudományos és technológiai szakmában áll alkalmazásban, ahol a fenti képzés megkívánt. E meghatározás szerint a kutatót a fokozata és szakmája, hivatása alapján határozzák meg. A *Frascati kézikönyv* (OECD 2002) a kutatót mint egy olyan szakembert definiálja, aki az új tudás, termékek, folyamatok, módszerek és rendszerek megalkotásában vagy kivitelezésében részt vesz, valamint az érintett projektet menedzseli. Frascati a hangsúlyt a foglalkozásra és a tevékenységre helyezi, és nem veszi figyelembe a fokozatot, mint a kutatói tevékenység meghatározó kritériumát.

A közösségi/európai jog épít ugyan az OECD fogalmak elemeire, azonban nem veti át őket teljes egészében, illetve nem használja azokat. A harmadik országbeli állampolgároknak az Európai Közösség területén folytatott tudományos kutatás céljából való fogadására vonatkozó különjárásról szóló *2005/71 irányelv* ugyanis eltér a fenti fogalmaktól, s a kutatót másképp határozza meg. Mielőtt azonban a kutató meghatározására kitérnénk, további fogalom-meghatározásokat kell eszközölnünk, s azt is meg kell néznünk, kire vonatkozik, kiket céloz meg ez az irányelv. Az irányelv azon *harmadik országbeli kutatókra*¹⁶ vonatkozik, akik három hónapnál hosszabb időtartamra *kutatási program végrehajtása céljából, kutatószervezettel kötött fogadási megállapodás keretében érkeznek az EU-ba.*¹⁷ Az irányelv, bár több helyen is használja a kutatási

¹⁵ I. ISCO-88 osztályozást:

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco88/major.htm>.

¹⁶ Harmadik országbeli személynek minősül minden olyan személy, aki az EK Szerződés 17. cikkének (1) bekezdése (ma EUMSZ 20. cikk) értelmében nem uniós polgár. Az a tény, hogy Dánia és az Egyesült Királyság úgy döntött, hogy az irányelvet nem alkalmazza, nem jelenti azt, hogy az EU valamelyik tagállamába érkező dán vagy angol kutatót az irányelv hatálya alá tartozóként kellene kezelni. Az Egyesült Királyságba és Dániába érkező harmadik országbeli kutatók esetében – opt-out okán – nem az EU-ban lefektetett külön eljárás, hanem a nemzeti jogszabályok alkalmazandók. Más a helyzet Írországgal, amely alkalmazza a területére érkező kutatók esetében az irányelvet.

¹⁷ Az irányelv nem vonatkozik azon kutatókra, akik három hónapnál rövidebb időre érkeznek, továbbá azon kutatókra sem, akik ugyan három hónapnál hosszabb időtartamra jönnek kutatói, azonban nem kutatószervezettel kötött fogadási megállapodás keretében, hanem például foglalkoztatásra irányuló jogviszony keretében, vagy kiküldetésben. Továbbá az irányelvet nem lehet alkalmazni olyan harmadik országbeli diákok esetében sem, akik ugyan három hónapnál hosszabb ideig kutatói egy tagállamban, de doktoranduszként. Az ilyen diákként, kutatási tevékenységet folytató doktoranduszhallgatók esetében a harmadik országok állampolgárai tanulmányok folytatása, diákcseré, javadalmazás nélküli gyakorlat,

program kifejezést – például célkitűzés, hatály, fogadási megállapodás minimum kelléke –, a jelentését nem határozza meg. Meghatározza azonban a *kutatást mint az ismeretanyag növelése érdekében szisztematikusan végzett alkotómunkát, beleértve az emberi, kulturális és társadalmi ismeretek növelését, valamint ezen ismeretanyag új alkalmazásokra való használatának kidolgozását*. Az irányelv tárgyi hatálya csak a szűkebb értelemben vett kutatásra vonatkozik, mert az ismeretek növelését, azaz új ismeret megszerzését, illetve a meglévő ismeretek új felhasználási módját – ami a felhasználás újdonsága tekintetében új ismeretnek minősül – kell, hogy célozza a munkavégzés. A meglévő ismeretanyag fejlesztését nem, annak pusztán az alkalmazását célzó munkavégzés tehát nem minősül kutatásnak, így arra nem alkalmazható ez az irányelv.

Meghatározza az irányelv a *kutató* fogalmát is: *harmadik ország állampolgára, aki olyan megfelelő felsőfokú képzéssel rendelkezik, amely doktori programokban való részvételre jogosít fel, és akit valamely kutatószervezet kiválasztott egy olyan kutatási program megvalósítására, amelyhez a fenti képzés általában szükséges*. Mindezeknek a definícióknak az összeolvasásából kiderül, hogy a jogalkotó a kutatási program kidolgozása kapcsán valószínűleg kizárólag a kutatószervezet kutatási programjára gondolt, így amennyiben a *kutató egyéni kutatási programot kíván folytatni, rá az irányelv nem alkalmazandó, vagyis az egyéni kutató a közösségi jog szerint – azaz e szerint az irányelv szerint - nem kutató*. Az irányelv alkalmazása szempontjából fontos kitétel, hogy a kutatót a kutatószervezet kiválassza a kutatási programra. Nem kiválasztott, ezért nyilván fogadási megállapodást sem kötött kutató esetében nem alkalmazandó a kutatói irányelv.¹⁸

Valószínű, hogy – a fentebb említettel ellentétben – a jogalkotót olyan szándék vezette, hogy tágan határozza meg a kutató fogalmát, különös tekintettel a preambulum 8. bekezdésére: „[...] az ezen irányelv alapján potenciálisan jogosult harmadik országbeli kutatókat a képzésükkel és a megvalósítani kívánt kutatási programmal összhangban tágan kell meghatározni.” A tág személyi kör meghúzását, valamint a tagállamok átültetési szabadságának nagy mozgásterét támasztja alá a (11) preambulum is, amely szerint: „A tagállamok hasonló szabályokat alkalmazhatnak olyan harmadik országbeli állampolgárok esetén, akik a nemzeti jogszabályokkal vagy közigazgatási gyakorlattal összhangban egy kutatási program keretében kérelmezik fogadásukat felsőoktatási intézményben folytatandó *oktatás céljából*.” Ebből az is következik, hogy ha egy kutató csak oktatni kíván egy kutatási projektben, akkor nem hivatkozhat sikeresen ennek az irányelvnek az alkalmazására, kivéve, ha a tagállam a számára is biztosítja ezt a tartózkodási engedélytípust.

Az a harmadik országbeli kutató, aki az irányelv hatálya alá tartozik, s olyan tartózkodási engedélyt kap, amely a kutató kifejezést tartalmazza, nem tartozik a harmadik országbeli állampolgárok magas szintű képzettséget igénylő munkavállalás céljából való belépésének és tartózkodásának feltételeiről szóló 2009/50/EK irányelv (ún. Kék Kártya irányelv) hatálya alá, s ezért nem kaphat a kutatói célú tartózkodási engedélye mellett EU Kék Kártyát is.

illetve önkéntes szolgálat céljából történő beutazásának feltételeiről szóló, 2004. december 13-i 2004/114/EK tanácsi irányelv alkalmazandó.

¹⁸ Ilyen esetben célszerű EU Kék Kártya kérelmet benyújtani, s Kék Kártyásként belépni az adott tagállamba.

A *Kék Kártya irányelvet* azon harmadik országbeli állampolgárokra kell alkalmazni, akik *magas szintű képzettséget igénylő munkavállalás céljából kérelmezik valamely tagállam területére történő belépésük engedélyezését*. A magas szintű képzettséget igénylő munkavállalás közösségi szinten lett meghatározva, amely fogalom ismeretes az uniós polgárok esetében a személyek szabad mozgása területén alkalmazott meghatározással. Így minden olyan nem uniós személy munkavállalása annak számít, aki másvalakinek az irányítása alatt vagy másvalaki számára végzett valódi és tényleges munkavégzés céljából az adott tagállamban munkavállalóként a nemzeti munkajogi jogszabályok és/vagy a nemzeti gyakorlat szerinti védelemben részesül, a jogviszonyra való tekintet nélkül, fizetést kap, és rendelkezik a megfelelő és konkrét kompetenciával, amelyet felsőfokú szakmai képesítés bizonyít.¹⁹

*Felsőfokú szakmai képesítés minden olyan képesítés, amelyet felsőfokú képesítés megszerzését tanúsító okirat igazol, vagy ettől eltérve – amennyiben azt a nemzeti jogszabályok lehetővé teszik – legalább öt éves, a felsőfokú képesítéssel összehasonlítható olyan szakmai tapasztalat, amely a munkaszerződésben vagy a kötelező érvényű állásajánlatban meghatározott szakma vagy ágazat terén releváns.*²⁰

E meghatározásból egyértelműen következik, hogy a *kutatói tevékenység kimeríti a magas szintű képzettséget igénylő munkavállalást*. Az irányelv azonban explicite kimondja, hogy nem alkalmazandó azokra, akik kutatási projektek végzése céljából a 2005/71/EK irányelv szerinti kutatóként kérelmeznek tartózkodást valamely tagállamban. Egyértelmű, hogy az a kutató, aki még nem kérelmezte a 2005/71/EK irányelv szerinti kutatóként megvalósuló tartózkodását vagy az már lejárt, folyamodhat EU Kék Kártya iránt.

A kutatói irányelv és a Kék Kártya irányelv fogalmainak egybevetéséből következik, hogy *közösségi szinten a kutatói irányelv hatálya alá tartozó kutatók esetében a szűk értelemben vett kutatókról, azaz a klasszikus kutatókról, míg a Kék Kártya irányelv hatálya alá tartozók esetében a tágabb értelemben vett kutatókról beszélünk*.

A Kék Kártya irányelv a migráció kezelésében néhány területen fenntartja a tagállami hatáskört. A megmaradt tagállami hatáskörök, illetve az a tény, hogy az irányelv az eredeti javaslatához képest felhígult, azt eredményezte, hogy az amerikai mintára szabott EU Kék Kártya ma nem az egyetlen és kizárólagos tartózkodási engedélyforma a magasan képzett szakemberek számára. Közösségi szinten is háromféle engedélytípus létezik: (1) kutatói tartózkodási engedély, (2) tanulmányi célú tartózkodási engedély (PhD-hallgatók), valamint (3) EU Kék Kártya. Emellett léteznek a tagállamok által létrehozott, magasan képzett szakemberek vonzása céljából kiadott nemzeti engedélytípusok is. Megállapítható tehát, hogy egy harmadik országbeli kutató esetében, aki történetesen magasan képzett szakembernek is minősül, esetről esetre kell mérlegelni a különböző irányelvek által biztosított jogokat, kötelezettségeket, valamint a foglalkoztatókat terhelő kötelezettségeket, továbbá a nemzeti tartózkodási engedély nyújtotta előnyöket és hátrányokat. Jelenleg mindezt összevetve választható ki, hogy egy kutatónak milyen kérelmet érdemes az érintett tagállamban benyújtania. Ha a kutatóintézet nem akkreditált, vagy akkreditált ugyan, de nem kíván kutatási megállapodást kötni vagy pénzügyi felelősséget vállalni a kutatóért, akkor a kutatói tartózkodási engedélytípus helyett érdemes Kék Kártyát igényelni.

¹⁹ 2. cikk b) pont.

²⁰ 2. cikk g) pont.

Ez a sokszínűség és sokféleség tükröződik vissza a magyar jogban is. Ugyanis ma Magyarországon külföldi kutató az a személy, aki a *szabad belépés és tartózkodás jogával nem rendelkező, az EU-n kívüli ország állampolgára, azaz ún. harmadik országbeli állampolgár*, aki vagy *kutatási tevékenységet végez Magyarországon, vagy az uniós terminológia szerinti magasan képzett személy, aki egyébként kutatást végez(het)*.

Az ilyen harmadik országbeli állampolgár, akinek utazási, tartózkodási célja kutatói tevékenység folytatása, klasszifikálása, besorolása – a magyar jog szerint – egyetlen jogi kategóriába igencsak nehéz. Ugyanis ez a csoport többféle jogi helyzetű személyből állhat össze a külföldiek beutazására, tartózkodására vonatkozóan. Ennek illusztrálásaként a harmadik országbeli személy idegenrendészeti besorolása a hatályos szabályozás²¹ szerint a következő lehet:

- bevándorlási, letelepedési engedélyt szerzett, és ily módon szabadon tartózkodik Magyarországon, esetleg szabadon tud belépni másik uniós tagállamba, és szabadon kapcsolódhat be kutatási tevékenységbe, mivel nincs szüksége munkavállalási engedélyre;
- menekült vagy egyéb védelem alatt álló migráns, aki itt marad, és kutatási tevékenységbe kapcsolódik, hiszen számára nem kell munkavállalási engedély, s másik tagállamba például egy konferenciára elutazhat és visszatérhet;
- hontalanként elismert, aki kutatási tevékenységbe kapcsolódik;
- másik uniós tagállamban tartósnan élő (EGT tartózkodási engedéllyel vagy menekültként elismert) migráns, aki munkavállalóként érkezik, és kutatási tevékenységbe kapcsolódik, ideiglenes letelepedési engedélyt kér e célból;
- vízummentesen belépő (elvileg turista), hogy előkészítse a munkavállalását, kutatási tevékenységét;
- tartózkodási engedéllyel itt tartózkodó migráns, akinek nem kell munkavállalási engedély;
- tartózkodási vízummal, engedéllyel itt lévő, aki munkavállalási engedélyt szerzett, munkavállalás vagy tanulás a célja, amely még kutatási munkába történő bekapcsolódást is biztosít számára;
- Kék Kártyával rendelkező, magasan képzett munkavállaló vagy kutatói fogadási megállapodás alapján hazai kutatóintézethez, egyetemhez érkező/érkezett személy, aki a megállapodás lejártáig végzi a kutatási munkát, majd hazatér.

A helyzetet tovább nehezíti, hogy a külföldiek beutazására és tartózkodására vonatkozó szabályok, azaz az idegenrendészeti szabályok az első, a legalapvetőbb és a legfontosabb szabályok, lényegében erre épülnek rá, ezekkel kombinálódnak az egyéb jogállási, jogviszonyokból eredő szabályok, előnyök, hátrányok. Az *idegenrendészeti jogszabályokban meghatározott státusok, jogállások szolgálnak alapul a különböző ágazati jogszabályok személyi hatályának meghatározásában*, természetesen a jogalkotói szándéktól függően.

²¹ Legfontosabb jogszabály e területen a 2007. évi II. törvény a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról, valamint a 114/2007. (V. 24.) Korm. rendelet a 2007.évi II. tv. végrehajtásáról.

A fentebb felsorolt személyi kategóriák így vagy úgy mind végezhetnek kutatást, kutatáshoz fűződő tevékenységet Magyarországon. *A projekt fókuszcsoportját azonban „csak” a kutatói megállapodással érkezők (szűkebb értelemben vett kutatók), a PhD-s diákok és a kereső tevékenységet folytatók adták.* Elméleti szinten vizsgáltuk ugyan a magasan képzett, ún. Kék Kártyás munkavállalók (tágabb értelemben vett kutatók) helyzetét is, azonban a Kék Kártya 2011. augusztusi bevezetése, s ebből eredően az idő rövidsége, a tapasztalatok hiánya nem tette lehetővé, hogy az intézménnyel és a hozzá kapcsolódó jogosultságokkal a gyakorlat szempontjából igazán eredményesen és hatékonyan foglalkozzunk.

Harmadik országbeli kutatók száma Magyarországon az idegenrendészet tükrében

Annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy hány harmadik országbeli kutató van Magyarországon, egyáltalán nem könnyű. *Kutatókra vonatkozó statisztika, rendszeres statisztikai adatgyűjtés ugyanis nincsen.* Ennek részben az az oka, hogy kutatói tevékenységet – amint azt fentebb láttuk – nemcsak kutatói célú tartózkodási engedéllyel lehet végezni. Más beutazási és tartózkodási céllal érkező harmadik országbeli állampolgárok is vehetnek részt kutatásban, végezhetnek kutatást, így például a tanulmányi célú tartózkodással Magyarországon tartózkodó diákok tanulmányaik mellett, illetve ennek keretében végezhetnek kutatást, vagy kutatók érkehetnek magánkutatóintézetekhez, laboratóriumokba is kereső tevékenység folytatása céljából. *Mivel a kutatók számára vonatkozóan egyrészt nincs kötelező adatszolgáltatás,²² másrészt a fentebb felsorolt tartózkodási célok közül nem kerül leválogatásra az, aki ténylegesen kutató, a meglévő statisztikák nem adnak pontos adatot arra nézve, hogy hány harmadik országbeli kutató kutat az adott évben Magyarországon.*

Amit biztosan tudunk,²³ hogy a kutatási célból benyújtott „C” típusú vízumkérelmek (azaz a három hónapot meg nem haladó tartózkodásra szóló kérelmek) száma az elmúlt évben 500 körül mozgott (2008-ban 571, 2009-ben 535, 2010-ben 501, s 2011 szeptemberéig 441 a becsült szám). 2008-ban és 2009-ben szép számmal fordultak elő orosz és ukrán kérelmek, számuk azonban jelentősen lecsökkent 2010-ben és 2011-ben. A kínai kérelmek száma 2010-ben – az előtte lévő évek és a 2011-es év kérelmeivel összehasonlítva – kiugróan magas volt. A szerb-montenegrói kérelmek száma 2008-ban közel azonos volt a kínai kérelmekével, azóta azonban számuk elenyésző. Az indiai kérelmek száma 2009-ben volt a legmagasabb, 2011-ben csökkenést mutatott. Megcsappant a dél-afrikai kérelmek száma is 2011-ben, helyette viszont 2010-ben és 2011-ben jelentősen nőtt a moldáv kérelmek száma.

Három hónapot meghaladó időtartamú tartózkodás esetén az összes tartózkodási engedély száma 2009-ben 32 254 volt, míg 2010-ben 37 032. A kereső tevékenység folytatása céljából kiadott engedélyek száma 2010-ben több volt (16 060), mint 2009-ben (14 043). Szintén nőtt a tanulmányok folytatása céljából kiadott engedélyek száma

²² Talán segít a helyzeten, ha az EU felé a jövőben kötelezővé válik az adatszolgáltatás.

²³ A kapott statisztikákat dr. Tüske Ritától, a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal Vízum és Tartózkodási Osztályának vezetőjétől kaptuk a 2011. november 17–18-án Budapesten megrendezett konferencián. Az előadás power point verziója letölthető a www.tullius.hu weboldalról.

2010-ben (11 179, míg 2009-ben csak 9 814.) Egyéb célú tartózkodási engedéllyel is végezhető kutatás Magyarországon, ezért számuk szintén tájékoztató jellegű lehet: 2010-ben 2451 fő, 2009-ben 2685 fő kapott ilyen.

A kifejezetten kutatási célú tartózkodásra beadott kérelmek száma évről évre nem nagy, szinte „elvesznek” a nagyobb halmazt képviselő jogcímekben, ezért nem is csoda, hogy rendszeres gyűjtésük nem jellemző. 2008-ban csupán 31 ilyen kérelmet nyújtottak be, ebből egyet elutasítottak, és 27-et engedélyeztek. A legnagyobb kutatói létszámot az indiaiak és törökök adták 4-4 fővel. Őket az amerikaiak, oroszok, vietnamiak és egyiptomiak követték 2-2 fővel. A szerb-montenegrói kérelmezők száma 2008-ban viszonylag magas volt, ám azóta – a nyugat- és dél-balkáni vízumliberalizáció miatt, ami Szerbiával, Montenegróval és Albániával szemben törölte el a vízumkötelezettséget – az ilyen állampolgárokból álló személyi kör tulajdonképpen nullára redukálódott. 2009-ben az összlétszám már jóval magasabb volt, 52 kérelmet adtak be, amelyből az engedélyezett 44 fő volt. Ebben az évben is az indiaiak képviselték a legnagyobb kutatói csoportot 15 fővel. Őket követték az egyiptomiak 5 fővel, majd harmadik legnagyobb kutatói csoportként az oroszok jelentek meg 3 fővel. Bármilyen meglepő is, szép számmal megjelentek a dél-afrikai kutatók. Ennek oka, hogy a Magyar Köztársaságnak és Dél-Afrikának van egy kutatási együttműködési megállapodása. Ahhoz képest, hogy Magyarországra a dél-afrikai állampolgárok számára nem gyakori célország, az onnan érkező kutatók száma elég magas.

Tovább nőtt a kérelmek száma 2010-ben, amikor immár 63 kérelmet nyújtottak be, amelyből 58 fő kutatói tartózkodását engedélyezték. Legnagyobb létszámban még mindig az indiaiak (9 fő) voltak képviselve, őket követte 6 iráni kutató, majd a szerbek, kínaiak és ukránok 5-5-5 fővel. 2010-ben láttunk horvát kutatói tartózkodási célú kérelmet is, szám szerint kettőt, amely eddig korábban nem volt. Míg 2008-ban 4 török kérelmet láttunk, a későbbi években egyetlen ilyen kérelem sem volt. Ami jelentős változás, hogy míg a 2010 előtti időszakban gyakorlatilag nem is volt moldáv állampolgárságú kérelmező, 2010-ben és 2011-ben az ő számuk jelentősen megnőtt, és már az indiai és dél-afrikai kérelmezők számával azonos. 2011 szeptemberéig a kutatási célú tartózkodásra beadott kérelmek száma 60 volt, amelyből elutasításra nem került sor, s 49 fő tartózkodását engedélyezték. A kérelmek számszerű megoszlása annyiból érdekes, hogy 6 japán engedélyezett kérelmet találunk, amely jelenleg vezeti a sort, maga mögé utasítva az engedélyezett indiai kérelmeket (5). Tekintettel azonban arra, hogy a konferencia idején, 2011 novemberében még eljárások voltak folyamatban, a 2011. évben is az indiaiak képezhetik a jellemző kutatói csoportot Magyarországon, az esetleges legnagyobb iráni csoport mellett (7 fő). Emellett Dél-Koreából 5 fő, Kínából 5 fő és Pakisztánból 4 fő kapott tartózkodási engedélyt.

Azok a személyek, akik a Bevándorlási és Állampolgársági Hivataltól kutatási célú tartózkodási engedélyt kaptak, klasszikus kutatóknak nevezhetők: ők azok, akik a 2005/71 irányelv alapján három hónapnál hosszabb időtartamra kutatási program végrehajtása céljából, kutatásszervezettel kötött fogadási megállapodás keretében érkeznek Magyarországra.

A klasszikus értelemben vett kutató, aki a 2005/71/EK irányelvben meghatározott fogadási eljárás keretében kiadott kutatási célú tartózkodási engedéllyel kutat Magyarországon, csak olyan intézménynél dolgozhat, amely akkreditáltatta magát. Ez fordítva is igaz: bármely kutatószervezet, amely a 2005/71 irányelvben meghatározott fogadási eljárásnak megfelelően kíván kutatót fogadni, csak úgy teheti, ha akkreditáltatja ma-

gát.²⁴ Az akkreditáció során a nemzeti akkreditáló szervezet – jelenleg a Nemzeti Innovációs Hivatal – hivatalosan elismeri és igazolja, hogy a kutatást folytató jogi személy vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társaság (kutatószervezet) alkalmas kutató fogadására. Az akkreditált kutatószervezet számára a Hivatal öt évig hatályos, és alkalmanként öt évre megújítható akkreditációs tanúsítványt ad ki.²⁵

A tagállamok által előzetesen akkreditált kutatószervezetek jogosultak arra, hogy kutatási program végrehajtása céljából harmadik ország állampolgárával fogadási megállapodást írjanak alá. A fogadási megállapodásban a kutató vállalja a kutatási program megvalósítását, a szervezet pedig vállalja a kutató e célból való fogadását.

Bár a *Magyarországon akkreditált intézmények köre tág*, a kutató célú tartózkodásra beadott kérelmek száma alapján megállapítható, hogy a külföldi kutatókat jellemzően foglalkoztató *tudásközpontok ma Magyarországon a Magyar Tudományos Akadémián, a Debreceni Egyetemen, a Szent István Egyetemen, a Közép-Európai Egyetemen és a Budapesti Corvinus Egyetemen találhatók.*

Más a helyzet az olyan kutatóközpontokkal, amelyek nem költségvetési forrásból gazdálkodnak, hanem *magán-kutatóintézmények, laboratóriumok vagy vállalkozások.* Bár az ilyen intézmények is kérhetik akkreditációjukat, az ő esetükben *talán gyakoribb-nak mondható, hogy a náluk kutató nem a klasszikus értelemben vett kutató, mivel ők a tágabb értelemben vett harmadik országbeli kutatók, és kereső tevékenység folytatása vagy egyéb célú tartózkodási engedéllyel tartózkodnak Magyarországon.* Az ilyen jogcímen kiadott engedélyekből azonban nem állapítható meg, hogy ki a tényleges, valódi kutató.

A kutatói tevékenység végzésének formái Magyarországon

A projekt során megvizsgáltuk a harmadik országbeli kutatókat körülvevő magyar jogi környezetet is. Kétnyelvű kézikönyvünkben részletesen kitértünk arra, hogy a harmadik országbeli állampolgár milyen feltételekkel léphet be Magyarország területére, milyen jogcímen tartózkodhat az országban, milyen tevékenységi formában végezhet kutatói tevékenységet, milyen foglalkoztatási formák nyitottak a kutatók előtt, hogyan és milyen szociális biztonsági ellátásokra jogosultak, miként, mely országban adóznak, hogyan tudnak ingatlant vásárolni vagy bérelni, hogyan szerezhetnek magyar állampolgárságot. Ebből a jogszabályhalmazból csak a két legfontosabb területre térünk ki a cikkünkben, nevezetesen a tevékenység végzésének lehetséges formáira, valamint a kereső tevékenységhez fűződő szociális biztonságra, szociális védelemre, mert ezek azok a kérdések, amelyek nemcsak Magyarországon, hanem uniós szinten is a migráció legfontosabb kérdései (Berghman–Schoukens 2011).

A magyar jog számos olyan jogviszonyt szabályoz, amely elsősorban a jogviszony valamelyik alanyának – tágabb értelemben vett – munkavégzésére irányul. A legkézen-

²⁴ Az akkreditált kutatószervezetek listája a nemzeti akkreditáló szervezet oldalán elérhető: www.nih.gov.hu

²⁵ Az akkreditálásra vonatkozó részletszabályok a harmadik országbeli állampolgár kutatókat fogadó kutatószervezetek akkreditációjáról, valamint a fogadási megállapodásról szóló 181/2007. (VII. 6.) Korm. rendeletben találhatók.

fekvőbb a *munkaviszony*, ez alkotja a munkavégzésre irányuló jogviszonyok túlnyomó többségét. Mivel migráns kutató alatt nem csupán a szűkebb értelemben vett tudományos kutatási tevékenységet végzőket értjük, hanem a magas szintű képzettséggel rendelkező személyeket is, e személyek foglalkozások százait láthatják el. A munkaviszonyra – a cikk írásakor már – a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. tv. (a továbbiakban: Mt.) vonatkozik.

Az Mt. 34. §-a tartalmazza a munkavállaló ismérveit, amelyek között állampolgársági követelmény nincs, tehát *nincs akadálya a harmadik országbeli állampolgár munkavállalóként való foglalkoztatásának*. Ugyanakkor az Mt. 192. § (3) bekezdése szerint, *ha a munkaviszony létesítéséhez hatósági engedély szükséges, a munkaviszony legfeljebb az engedélyben meghatározott időtartamra létesíthető*. Az engedély meghosszabbítása esetén az újabb határozott idejű munkaviszony tartama – a korábban létesített munkaviszony tartamával együtt – meghaladhatja az öt évet. A hatósági engedély ilyen esetben a munkavállalási engedély. „Az engedélyezési kötelezettség alá tartozó foglalkoztatásra irányuló jogviszony létesítéséhez szükséges szerződés csak a munkavállalási engedély vagy az EU Kék Kártya beszerzését követően köthető meg.”²⁶ Az engedélyeztetés kérdéseit a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény (a továbbiakban: Ft.) és az abban foglalt felhatalmazás alapján, illetve a harmadik országbeli állampolgárok Magyar Köztársaság területén történő engedélymentes foglalkoztatásának szabályairól szóló 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet határozza meg.

Az Ft. értelmében főszabály szerint *a foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok munkavállalási engedélykötelesek*, vagy a magas szintű képzettséget igénylő munkavállalás és tartózkodás céljából kiállított engedély (*EU Kék Kártya*) alapján *létesíthetők*.²⁷ Az Ft. azonban nem határozza meg, hogy mit ért foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok alatt. Ezt a 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet értelmezi, amely szerint foglalkoztatásra irányuló jogviszony minden olyan jogviszony, amelyben a jogviszony tárgya a harmadik országbeli állampolgár által a foglalkoztató részére ellenérték fejében végzett munka, ideértve azt is, ha a harmadik országbeli állampolgár foglalkoztatására

- meghatározott munka elvégzéséhez szükséges begyakorlottság megszerzését célzó képzés (betanító képzés) során, továbbá
- a belföldi foglalkoztatóval kötött megállapodás teljesítése érdekében külföldi székhelyű munkáltatóval fennálló jogviszonya alapján

kerül sor.

Vannak azonban olyan esetek, amikor a munkavégzés, a foglalkoztatásra irányuló jogviszony engedélymentes.²⁸ *A mentességi esetek között vannak kifejezetten a magasan képzetteket és kutatókat érintő lehetőségek,*²⁹ emellett vannak olyan egyéb engedélymentes esetek is (például nemzetközi szervezetnek végzett munka, vezető tisztség-

²⁶ Ft. 7. § (1) bekezdés.

²⁷ A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 7. §-a.

²⁸ Lásd a harmadik országbeli állampolgárok Magyar Köztársaság területén történő engedélymentes foglalkoztatásának szabályairól szóló 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdését.

²⁹ Lásd ugyanitt a 10., 12., 13., 17., 21. pontot. Uo. 10., stb.

viselői jogviszony), amelyek keretei között szintén ellátható nívós szakmai tevékenység.

A munkavállalási engedélyeztetés szempontjából irreleváns, hogy a harmadik országbeli kutató foglalkoztató foglalkoztató a privát vagy a közsféra foglalkoztatója, mivel a 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet szerint foglalkoztatónak minősül egyrészt az, akinek a részére a harmadik országbeli állampolgár foglalkoztatásra irányuló jogviszony alapján munkát végez, másrészt, aki külföldi székhelyű vállalkozással kötött megállapodást, és a megállapodás teljesítése érdekében a harmadik országbeli állampolgárt foglalkoztatja, továbbá foglalkoztató az is, akivel a kötött megállapodás teljesítése érdekében a harmadik országbeli állampolgár a Magyar Köztársaság területén munkát végez.³⁰

Ennek megfelelően azon foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok közül, amelyben harmadik országbeli kutató foglalkoztatása lehetséges, ki kell emelni a közalkalmazotti jogviszonyt is, amelyet a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. tv. (a továbbiakban: Kjt.) szabályoz. A közalkalmazott olyan, állami – központi és helyi önkormányzati – szervnél dolgozó személy, aki – a köztisztviselővel és a kormánytisztviselővel szemben – közhatalmat nem gyakorol. A közalkalmazottá válás feltételeit a Kjt. 20. § (2) bekezdés tartalmazza. Ennek c) pontja értelmében *közalkalmazotti jogviszony magyar állampolgárságú, vagy külön jogszabály szerint a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, illetve bevándorolt vagy letelepedett személlyel létesíthető*. Ugyanezen szakasz (3) bekezdése a feltételek szigorítására, illetve részben enyhítésére ad felhatalmazást a Kjt.-t végrehajtó jogszabályok számára. Végrehajtási jogszabály a jogviszony létesítéséhez az állampolgársági feltétel alól mentesítést adhat. A közalkalmazotti állásokhoz való *hozzáférés korlátait* a keretszabályozás miatt ezért nem törvényi, hanem *rendeleti szinten kell keresni*. A Kjt. főszabálya a magyar állampolgárság megkövetelése. A második pontban szereplő magyar állampolgárság előírása csak arra az esetre értelmezhető, ha a (2) bekezdés által lehetővé tett szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, illetve bevándorolt vagy letelepedett személy közalkalmazotti jogviszony-létesítését kívánja megakadályozni a jogalkotó. Kiemelendő ugyanakkor, hogy e jogállású személyek közalkalmazottá válását csak külön jogszabály teheti lehetővé, az nem a Kjt.-ből következik. A szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, illetve bevándorolt vagy letelepedett személy közalkalmazotti jogviszonya *külön jogszabályon* alapul, míg a (3) bekezdés szerinti állampolgársági feltételenyhítés vagy -szigorítás a *Kjt.-t végrehajtó jogszabályon*, így előfordulhat, hogy a két, egymásra tekintettel nem lévő jogszabály közül az egyik mentességet, a másik pedig szigorítást tartalmaz az állampolgárság tekintetében. Külön is hangsúlyozni kell, hogy a fenti alkalmazási nehézség a migráns kutatókat csak akkor érintheti, ha a szabad mozgás vagy tartózkodás jogával rendelkeznek, ha bevándorolt vagy letelepedett jogállásúak.

Abban az esetben, ha a harmadik országbeli kutató a közsféra kutatóintézeteinél kíván elhelyezkedni, figyelembe kell venni a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a Magyar Tudományos Akadémia irányítása alá tartozó költségvetési szerveknél, illetve más kutató- és kutatást kiegészítő intézeteknél történő végrehajtásáról szóló 84/2011. Korm. rendeletet. A kormányrendelet hatálya kiterjed a költségvetési szervként működő kutatóközpontokra, kutatóintézetekre; a jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a nem kutatóintézetként működő költségvetési szerveknél

³⁰ Lásd ugyanitt a 1. § (3) bekezdés 3. pontot. Uo. 1. stb.

(ide nem értve a felsőoktatási intézményeket) tudományos kutatói munkakörökben és a Magyar Tudományos Akadémia irányítása alá tartozó, kutatást kiegészítő (támogatott kutatóhelyeket fenntartó, szolgáltató, jóléti) költségvetési szerveknél foglalkoztatottak közalkalmazotti jogviszonyára.³¹ A kormányrendelet 2. §-a szerint a munkáltatónál magasabb vezető és vezető megbízással rendelkező, illetve a pénzügyi kötelezettségvállalásra jogosult nem vezetői megbízással nem rendelkező közalkalmazottak esetében a magyar nyelv tudása alkalmazási feltétel. A kormányrendelet semmilyen részletszabályt nem tartalmaz a Kjt. 20. §-a tekintetében, így a *Kjt. főszabálya, a magyar állampolgárság alkalmazási feltétel*.

Vizsgálataink alapján arra jutottunk, hogy *a munkaviszony és a közalkalmazotti jogviszony az a két foglalkoztatási forma, amely a szűkebb értelemben vett kutatók (klasszikus kutatók) számára kizárólagos, míg a tágabb értelemben vett kutatók számára tipikus foglalkoztatási forma a munkavégzésre irányuló jogviszony lehet*. További munkavégzési formák ugyan léteznek, de csak kivételesen elérhetők a harmadik országbeli migránsok számára. Ennek oka, hogy ezen munkavégzésre irányuló jogviszonyok lényegi vonása a közhatalom gyakorlásában való részvétel. Éppen e speciális feladat miatt e munkavégzésre irányuló jogviszonyok esetében a magyar állampolgárság megkövetelése általános kritérium.³²

A kutató magyarországi munkavégzésének további formája – amint azt a fentiekben már említettük – a *fogadási megállapodás*. A fogadási megállapodás intézménye a 2005/71/EK tanácsi irányelv átültetésével honosodott meg a magyar jogban. A tagállamok által előzetesen akkreditált kutatószervezetek jogosultak arra, hogy kutatási program végrehajtása céljából harmadik ország állampolgárával fogadási megállapodást írjanak alá. A fogadási megállapodásban a kutató vállalja a kutatási program megvalósítását, a szervezet pedig vállalja a kutató e célból való fogadását. A fogadási megállapodás tulajdonképpen egy ún. atipikus szerződés, atipikus foglalkoztatási forma. Az irányelv nem írja elő a tagállamok számára, hogy a foglalkoztatás milyen jogviszony keretében történjen, a lényeg az, hogy a fogadási megállapodás mindkét szerződő fél (kutatószervezet és kutató) jogait és kötelezettségeit tartalmazza. Az irányelv tehát azt sem írja elő, hogy a fogadási megállapodás mellett más, foglalkoztatásra, kutatásra vonatkozó szerződés is legyen a kutató és a kutatószervezet között. Az irányelv értelmében a tagállamok a kutatási célú tartózkodási engedélyt a fogadási megállapodás alapján bocsátják ki, amennyiben a belépés és tartózkodás feltételei teljesülnek. A magyar jogszabályi környezetből³³ azonban következik, hogy a foglalkoztatáshoz nem elég csupán a fogadási megállapodást megkötni a harmadik országbeli kutatóval, e mellett további jogvi-

³¹ 84/2011. Korm. rendelet 1. §.

³² A munkaviszonyon túl munkavégzésre irányulnak a közszolgáltatások nyújtásához, a közigazgatás, az igazságszolgáltatás, a fegyveres szervek működtetéséhez szükséges személyi állomány különböző jogviszonyai is. Így beszélhetünk többek között a közalkalmazottak, a köztisztviselők, a kormánytisztviselők, a bírák szolgálati, az ügyészek szolgálati, a „jogi tanácsadók”, a közjegyzők, az önálló bírósági végrehajtók, a fegyveres szervek hivatásos állományú tagjainak szolgálati jogviszonyáról. E jogviszonyok sajátossága abban áll, hogy a munkát végzők tevékenységét részben vagy egészben korlátok közé szorítják.

³³ A fogadási megállapodásra vonatkozó részletszabályokat a harmadik országbeli állampolgár kutatókat fogadó kutatószervezetek akkreditációjáról, valamint a fogadási megállapodásról szóló 181/2007. (VII. 6.) Korm. rendelet tartalmazza.

szonyra vonatkozó szerződés, jellemzően munkaszerződés szükséges. Könnyebbség ugyanakkor, hogy a 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdés 21. pontja szerint nem kell munkavállalási engedély a kutató olyan magyarországi kutatási tevékenységéhez, amelyet külön jogszabály rendelkezései szerint, akkreditált kutatószervezettel kötött fogadási megállapodás alapján végez.

A tapasztalatok szerint a magasan képzett harmadik országbeli állampolgárok jelentős hányada doktoranduszként érkezik hazánkba, illetve a fokozatszerzésre irányuló tanulmányai mellett folytat munkát. Ezért át kellett tekinteni egyrészt az arra vonatkozó szabályozást, hogy ők milyen feltételek mellett létesíthetnek hallgatói jogviszonyt, másrészt hogy hallgatói jogviszony mellett milyen tevékenységet végezhetnek.

A doktori képzésre vonatkozó szabályozás gerincét a 2012. szeptember 1-jén hatályba lépett felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény (a továbbiakban Ftv.) adja meg. Ennek egyik végrehajtási rendelete a felsőoktatásban részt vevő hallgatók juttatásairól és az általuk fizetendő egyes térítésekről szóló 51/2007. (III. 26.) Korm. rendelet. Az Ftv.-t a hallgatói munkavégzés tekintetében a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvénnyel (Mt.) és az Ftv.-vel (1991. évi IV. törvény) együtt szükséges értelmezni.

Az Ftv. hatálya kiterjed valamennyi, a Magyar Köztársaság területén folytatott felsőoktatási tevékenységre, valamint a felsőoktatási intézmények hallgatóira. Állampolgári korlátozásokat a hallgatókra vonatkozó finanszírozást érintő rendelkezések között találunk: Minden magyar állampolgárnak joga, hogy az e törvényben meghatározott feltételek szerint felsőoktatási intézményben tanulmányokat folytasson, magyar állami ösztöndíjjal, magyar állami részösztöndíjjal támogatott vagy önköltséges képzésben. Ez a jog megilleti *a)* a külön törvény szerint a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyeket, *b)* a Magyar Köztársaság területén élő menekültet, menedékest, befogadottat, bevándoroltat, letelepedettet, *c)* nemzetközi megállapodás alapján a magyar állampolgárokkal azonos elbírálás alá eső külföldit, *d)* azoknak az országoknak az állampolgárait, amelyekben a magyar állampolgár a viszonyosság elve alapján igénybe veheti az adott állam felsőoktatási szolgáltatásait, *e)* a szomszédos államokban élő magyarokról szóló törvény hatálya alá tartozó, de magyar állampolgársággal vagy a szabad mozgás és tartózkodás jogával nem rendelkező személyt, *f)* a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló törvényben meghatározott – magát magyar nemzetiségűnek valló – harmadik országbeli állampolgárt, feltéve, hogy nem áll a kedvezménytörvény hatálya alatt és magyar állampolgársággal sem rendelkezik, *g)* magas szintű képzettséget igénylő munkavállalás és tartózkodás céljából kiállított engedéllyel (EU Kék Kártyával) rendelkező harmadik országbeli állampolgárt. A nem említett személy (a még nem letelepedett, illetve nem magyar nemzetiségű harmadik országbeli állampolgár) tanulmányait kizárólag önköltséges formában folytathatja.³⁴

A felsőoktatás – és ezáltal a doktori képzés is – állampolgárságra tekintet nélkül bárki számára nyitott, aki a felvételhez szükséges feltételeket teljesíti. Doktori képzés esetében ez a mesterképzésben szerzett fokozattal való rendelkezést jelenti.³⁵ Államilag finanszírozott képzésben részt venni azonban csak a magyar állampolgárok és a magyar

³⁴ Ftv. 39. § (1)-(2) bekezdések.

³⁵ Ftv. 53. § (1) bekezdés.

állampolgárokkal azonos megítélés alá eső hallgatók jogosultak. A harmadik országbeli migráns kutatók számára a magyar nemzetiség, az EU Kék Kártya birtoklása, esetleges viszonság vagy a bilaterális nemzetközi szerződés léte releváns. *Amennyiben a harmadik országbeli állampolgár kutató nem tartozik a fentebb megjelölt privilegizált személyi körbe, „tanulmányait kizárólag önköltséges formában folytathatja”.*³⁶

*Hallgatói jogviszony esetén nem kell munkavállalási engedély a „10. a posztdoktori foglalkoztatásra irányuló pályázat, valamint a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj alapján – a pályázat, illetőleg az ösztöndíj keretében – történő munkavégzéshez; 12. Magyar Köztársaság területén működő szakiskolával, középiskolával, alapfokú művészetoktatási intézménnyel, felsőoktatási intézménnyel nappali tagozatos tanulói, illetve hallgatói jogviszonyban álló személynek a jogviszony fennállása alatt történő munkavégzéséhez.”*³⁷ Az Ftv. rendelkezik a *doktoranduszi munkaszerződésről*.³⁸ A doktoranduszi munkaszerződés a doktorandusz – azaz a PhD- vagy DLA-hallgató – hallgatói jogviszonyából eredő kötelezettségeinek teljesítéséhez szükséges, ugyanis *ez jelenti azt a keretet, amelyben a doktorandusz részt vehet a felsőoktatási intézmény oktatási, kutatási tevékenységében.* A doktoranduszi szerződésről az alábbi előírásokat tartalmazza az Ftv.: a doktorandusz tanulmányi kötelezettségeinek keretében a heti teljes munkaidő húsz százaléknak megfelelő időtartamban az intézmény oktatási, tudományos tevékenysége körében munkavégzésre kötelezhető. Az ily módon végzett munka ideje – egy tanulmányi félév átlagában – nem haladhatja meg a heti teljes munkaidő ötven százalékat. A hallgató munkaidő-beosztását oly módon kell meghatározni, hogy vizsgázási és a vizsgára történő felkészülési kötelezettségeinek eleget tudjon tenni. A doktorandusz-szerződés alapján hallgatói munkadíj kerül kifizetésre, melynek havi összege, a teljes munkaidő ötven százaléknak megfelelő idejű foglalkoztatás esetén, nem lehet kevesebb, mint a legkisebb kötelező munkabér (minimálbér), eltérő idejű foglalkoztatás esetén ennek időarányos része. A doktorandusz-szerződésből eredő vitás ügyek elbírálására a munkaügyi viták rendezésére vonatkozó előírásokat kell alkalmazni.³⁹

Az Ftv. azon munkavégzési formákat szabályozza, amelyek az adott felsőoktatási intézmény keretei között gyakorolhatók, amelyek annak oktatási spektrumához tartoznak. Így a 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet ezen munkavégzés tekintetében állapít meg engedélymentességet. Azonban egy tág értelmezést sem zárhatunk ki, hiszen a „jogviszony alatt” kifejezés inkább jelenti azt, hogy a jogviszony időbeli fennállása alatt lehetséges munkavégzés, mintsem azt, hogy az adott jogviszony keretei között. Ezt támasztja alá, hogy a hatályos szabályok nem korlátozzák a más munkáltatóval kötött teljes vagy részmunkaidős munkaszerződés létesítését, illetve más, munkavégzésre irányuló jogviszony létesítését a nappali tagozatos doktoranduszok számára sem (Kocsis 2009). Igaz, az Ftv. kimondja a szervezeti és működési szabályzat tiszteletben tartását, és *a doktori iskolák jellemző gyakorlata, hogy a szabályzataikban gyakran korlátozzák a doktorandusz által vállalható munkavégzési formákat.* Tipikus, hogy csak részmunkaidős munkaviszonyt vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyt (például közalkalmazotti, köztisztviselői) engedélyeznek, azt is csak doktori tanácsi hozzájárulással. A doktoranduszi munkavégzés korlátai tehát – hasonlóan a nem hallgatói

³⁶ Ftv. 39. § (2) bekezdés.

³⁷ A 355/2009. (XII. 30.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdés.

³⁸ Ftv. 44. § a hallgatói munkavégzés szabályairól.

³⁹ Ftv. 44. § (5) bekezdés.

jogviszonyban álló kutatók munkához való hozzáféréseinek korlátozásához – nem törvényi, hanem akár a jogszabályok alatt elhelyezkedő szabályzati szinten keresendők, és a magyar hallgatókat ugyanúgy sújthatják, mint a harmadik országbeli állampolgárokat.

A harmadik országbeli kutatók számára 2011. augusztus 1-jével megnyílt egy új foglalkoztatási forma, az ún. *EU Kék Kártya*, amely a 2009/50/EU irányelv átültetésének következménye. Ahogy az Ft. 7. § (1) bekezdése meghatározza, a harmadik országbeli állampolgárok a magas szintű képzettséget igénylő munkavállalás és tartózkodás céljából kiállított engedély (EU Kék Kártya) beszerzését követően szabadon létesíthetnek foglalkoztatásra irányuló jogviszonyt Magyarországon.

A Kék Kártya *egy olyan komplex dokumentum, amely magas szintű képzettséggel rendelkező harmadik országbeli birtokosát tartózkodásra és egyúttal magas szintű képzettséget igénylő munkavállalásra is jogosítja.*⁴⁰ EU Kék Kártyát az a harmadik országbeli állampolgár kap, aki rendelkezik érvényes útlevelel, foglalkoztatása jogszabályban meghatározott szempontok alapján, valamint hazai foglalkoztatás-politikai érdekből támogatott, az egészségügyi ellátások teljes körére biztosítottnak minősül, vagy kérelmezte azt minden olyan időszakra vonatkozóan, amikor a foglalkoztatásra irányuló jogviszonyból eredően még nem minősül biztosítottnak.

A klasszikus munkavállalási engedélyhez, valamint a kiadására vonatkozó eljárás-hoz képest⁴¹ az EU Kék Kártya bevezetése számos új elemet vezetett be a jogrendszerbe. A legfontosabb változás, hogy az eljárásban ügyfélként a magasan képzett személy jelenik meg. Az EU Kék Kártyát a harmadik országbeli magasan képzett személynek bocsátják ki, és nem a foglalkoztatónak. Másrészt az ügyfélnek egy hatóságot kell felkeresnie (ún. egyablakos ügyintézés), amely hatóság a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal (BÁH) szálláshely szerinti regionális igazgatósága. Az eljárást ügygazdaként a BÁH folytatja le, amely szakhatóságként vonja be eljárásába a munkaügyi központokat.

A szakhatóságként eljáró munkaügyi központok döntenek el, hogy a magas szintű képzettséggel rendelkező harmadik országbeli foglalkoztatása támogatható vagy nem támogatható. Támogatható a munkavállalás, ha az érintett rendelkezik a munkakörhöz szükséges felsőfokú szakmai képesítéssel és a harmadik országbeli állampolgár magyarországi foglalkoztatásához nincs szükség engedélyre. Ilyen esetben a munkaügyi központ nem vizsgálja, hogy a foglalkoztató rendelkezik-e érvényes munkaerőigénnyel és közvetítettek-e ki részére munkaerőt. A munkaügyi központ abban az esetben is támogatja a harmadik országbeli állampolgárnak a munkavállalását, ha

- a harmadik országbeli állampolgár az előzetes megállapodásban meghatározott munkakörhöz szükséges felsőfokú szakmai képesítéssel rendelkezik,
- a foglalkoztató az EU Kék Kártya iránti kérelem benyújtását megelőzően a harmadik országbeli állampolgár által ellátandó tevékenységre vonatkozóan érvényes munkaerőigénnyel rendelkezik,⁴²

⁴⁰ 168/2011. (VIII.24.) Korm. rendelet a megyei (fővárosi) kormányhivatal munkaügyi központjának az EU Kék Kártya kiadásával kapcsolatos szakhatósági állásfoglalása kialakításának szabályairól, valamint egyes migrációs tárgyú és egyéb kormányrendeletek módosításáról.

⁴¹ 16/2010. (V. 13.) SZMM rendelet a harmadik országbeli állampolgárok magyarországi foglalkoztatásának engedélyezéséről.

⁴² Érvényes munkaerőigénnyel azt a munkaerőigényt kell tekinteni, amelyet a foglalkoztató az EU Kék Kártya iránti kérelem benyújtását megelőzően legalább tizenöt nappal ko-

- a munkaerőigény benyújtásától kezdődően nem közvetítettek ki részére olyan kiközvetíthető munkaerőt, akit álláskeresőként tartanak nyilván, és aki rendelkezik az alkalmazási feltételekkel, és
- a harmadik országbeli állampolgár megfelel a jogszabályban előírt, valamint a foglalkoztató munkaerőigényében megjelölt alkalmazási feltételeknek.

A BÁH – a szakhatóságok véleményének beszerzése után – az EU Kék Kártya iránti kérelemről harminc napon belül dönt. További új elem az eljárásban, hogy a foglalkoztató és a harmadik országbeli állampolgár legfeljebb négy évre szóló *előzetes megállapodást* köt a jövőbeni foglalkoztatásról, amely megállapodás kötelező érvényű állásajánlatnak minősül. Az előzetes megállapodásnak tartalmaznia kell 1) a harmadik országbeli állampolgár által ellátandó tevékenységet, munkakört (FEOR), 2) az ehhez szükséges felsőfokú szakmai képzést, 3) a díjazás mértékét, 4) a foglalkoztatásra irányuló jogviszony megjelölését, és 5) a foglalkoztatásra irányuló jogviszony időtartamát.

Az EU Kék Kártya érvényességi ideje legfeljebb négy év lehet, amely alkalmanként legfeljebb négy évvel meghosszabbítható. Az EU Kék Kártya csak meghatározott munkáltatónál, meghatározott munka elvégzésére jogosít fel a kiadásától számított két évig.

Fontos kiemelni: a 2009/50/EK irányelv előírja, hogy az EU Kék Kártya birtokosának legalább olyan jövedelmet kell biztosítani, mint az országos átlagbér 1,5-szerese, hiányszakmákban 1,2-szerese. A sikeres kérelem feltétele tehát az, hogy a megállapodásban jelzett havi nettó munkabér elérje vagy meghaladja ezt a szintet.⁴³ Tulajdonképpen ez a jogintézmény (egyik) olyan *sarkalatos pontja, amelyen az EU Kék Kártya sikere állhat vagy bukhat a harmadik országbeli kutatók vonzásában*. Tekintettel arra, hogy ez a jogintézmény csak 2011 nyarán jelent meg a jogrendszerben, csak a szabályozási keretet tudtuk vizsgálat tárgyává tenni, empirikus tapasztalatokról nem tudunk beszámolni.

A harmadik országbeli kutatók szociális biztonsága, szociális védelme

A harmadik országbeli állampolgárok magyar szociális jogait nem lehetséges egy-egy módon kezelni, mert az szociális védelmi alrendszerként változik, és ezen felül még az érintett személy státusától is függ. Egyrészt különböző szabályok vonatkoznak az egészségbiztosítási szolgáltatásokhoz való hozzáférésre, a nyugdíjakhoz való hozzáférésre, a családi és munkanélküli ellátások igénybevételére. Másrészt az általánostól eltérő, kedvezőbb szabályokat kell alkalmazni az EU Kék Kártyával rendelkezőkre és az EU-tagállamok közötti mobilitási lehetőséggel élő személyekre (Lukács 2011).

A magyar társadalombiztosítási jogszabályok alapvetően nem tesznek különbséget a magyar, illetve a külföldi állampolgárok között. Ebből következően azok a külföldi állampolgárok, akik biztosítottá válnak, egyenlő bánásmódot élveznek a magyar állam-

rásban, de hatvan napnál nem régebben nyújtott be, vagy hatvan napnál régebben nyújtott be, de azt legalább hatvannaponként megújította, és a legutolsó megújítás a kérelem benyújtását megelőzően hatvan napnál nem régebben történt, és az előzetes megállapodást kötő foglalkoztató a munkaerőigényt a munkaügyi központnak annál a kirendeltségénél jelentette be, amelynek területén a harmadik országbeli állampolgár foglalkoztatása történik.

⁴³ Statisztikai adatok szerint ez megközelítőleg 300 000 Ft.

polgárokkal. Mivel az *egészségbiztosítási ellátásokhoz való hozzáférés alapja is a biztosított státus,*⁴⁴ aki biztosított, jogosult lesz az egészségbiztosítás pénzbeli és természetbeni ellátásaira. A biztosítási kötelezettségnek tehát a kereső tevékenység létrejötte az alapja. A biztosítás a kereső tevékenység kezdő napjától fennáll.

Azok a személyek, akik nem biztosítottak, jogosulttá válhatnak az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira (tehát a pénzbeli ellátásokra nem), ha az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosultak. Ezek a személyek vagy korábbi járulékfizetésük révén (például nyugdíjasok, táppénzen levők), vagy egyéb más, járulékfizetéshez nem kötődő jogosultságuk alapján vehetik igénybe az egészségügyi ellátásokat. Általánosságban kijelenthető, hogy e rendelkezések alapján csak a belföldinek minősülő (tehát a Magyarországon lakóhellyel rendelkező) személyek szerezhettek jogosultságot az egészségügyi ellátásokra. *Ide tartoznak többek között a tanuló/hallgatói jogviszonyban álló olyan külföldi állampolgárok, akik oktatási miniszeri ösztöndíjjal vagy nemzetközi szerződés alapján tanulnak Magyarországon, de ide tartozik minden Magyarország területén lakóhellyel rendelkező kiskorú is. A biztosítottak nem minősülő és egészségügyi szolgáltatásra más jogcímen nem jogosultnak egészségügyi szolgáltatási járulékfizetési kötelezettsége van.*⁴⁵ Azok a külföldiek, akik a fentiek alapján nem tudnak jogosultságot szerezni, a jogszabályi keretek között meghatározott megállapodást köthetnek, és önkéntesen vállalhatják a havi járulékfizetést. A megállapodást kötők csoportjába a törvény értelmében a jogszerűen tartózkodók közül bárki beletartozhat, amennyiben nem terjed ki rá a magyar kötelező biztosítás. A fizetendő járulék (díj) mértéke a mindenkori minimálbér 50%-ra. Kiskorúak, illetve diákok esetében a mindenkori minimálbér 30%-a. Egy olyan család, ahol az anya és az apa is dolgozik (tehát mindketten biztosítottak), a két szülő munkavégzése jogán szerez jogosultságot mind a pénzbeli, mint a természetbeni egészségbiztosítási ellátásokra. Gyermeük azonban mindaddig, amíg a család nem szerez lakóhelyet Magyarországon, nem élhet a 2012-ben 6390 Ft összegű egészségbiztosítási szolgáltatási járulék megfizetésének lehetőségével, számára a minimálbér 30%-ának megfelelő térítési díjért lehet megvásárolni a jogosultságot.

Elképzelhető, hogy egy külföldi személy kimarad a magyar egészségbiztosítás rendszeréből, ha Magyarországon nem olyan jogviszonyban van, amely alapján biztosítottá válik (például PhD hallgatói jogviszonya van, de nem ösztöndíjjal vagy nemzetközi szerződés alapján), nem rendelkezik elegendő idővel lakhely létesítéséhez, aminek következtében nem fizetheti a 2012-ben havi 6390 Ft egészségügyi szolgáltatási járulékot, és nem is akar megállapodást kötni. Mivel a magyarországi tartózkodás jogszerűségéhez szükség van az egészségbiztosítási fedezet meglétének igazolására, az ilyen személyeknek magán-egészségbiztosítással kell rendelkezniük ahhoz, hogy jogszerűen tartózkodjanak az országban.

A *családi támogatások és az álláskeresői ellátások* azoknak a nem magyar állampolgároknak és uniós polgárnak nem minősülő személyeknek járnak, akik huzamosan

⁴⁴ Biztosítottak minősülnek főszabály szerint a munkaviszonyban (és egyéb, munkavégzésre irányuló jogviszonyban) dolgozók, a megbízottak, egyéni vállalkozók, mezőgazdasági őstermelők, tehát a gazdasági tevékenységet folytatók.

⁴⁵ Akkor kell egészségügyi szolgáltatási járulékot fizetni, ha az érintett a Nemzeti Adó- és Vámhivatalhoz e célból való bejelentkezését megelőzően megszakítás nélkül legalább egy éve a lakcímnnyilvántartás szerint bejelentett lakóhellyel rendelkező Magyarországi területén. Ennek összege havi 6390 Ft.

tartózkodnak Magyarország területén. Esetükben feltétel, hogy a huzamos tartózkodást dokumentummal – letelepedési vagy bevándorlási engedéllyel – is igazolják. A menekültek és a hontalanok is a jogosultak körébe tartoznak.

Az *EU Kék Kártya birtokosai* speciális szociális jogállást élveznek a magyar jogban, amelynek kiindulás alapja a 2009/50/EK irányelv egyenlő bánásmódot kimondó 14. cikkének (1) bekezdése. Eszerint „Az EU Kék Kártya birtokosa az alábbiak tekintetében a Kék Kártyát kiállító tagállam állampolgárával egyenlő bánásmódot élvez: „[...] e) a nemzeti jognak az 1408/71/EGK tanácsi rendeletben meghatározott szociális biztonsági ágakra vonatkozó rendelkezései szerint. A 859/2003/EK rendelet mellékletében található különleges rendelkezéseket értelemszerűen kell alkalmazni.”⁴⁶

Az egyenlő bánásmód érvényesülésével kapcsolatosan két alapvető megállapítást kell tenni. Egyrészt, hogy az egyenlő bánásmód előírása a biztosított státusból nem folyó jogosultságok tekintetében bír jelentőséggel, mert a magyar jog csak ott tartalmaz eltérő előírásokat. Másrészt, az irányelv maga csak az EU Kék Kártya birtokosáról rendelkezik, tehát a családtagjáról nem, ergo a speciális jogok csupán az érintettet illetik meg. Az egyenlő bánásmód szabályai Magyarországon átültetésre kerültek a családi ellátásokról, a fogyatékosági ellátásokról és a szociális ellátásokról szóló törvényekben. Eszerint az EU Kék Kártya birtokosa jogosult minden családi ellátásra – az anyasági támogatás kivételével –, fogyatékosági támogatásra és időskorúak járadékára. Ezek a jogosultságok megegyeznek az uniós polgároknak biztosított jogosultságokkal.

A szociális védelem körét befolyásolja, hogy az érintett harmadik országbeli állampolgár Magyarországon kívül élt-e, dolgozott-e már más EU-tagállamban, illetve hogy az adott időpillanatban hol van életérdekének központja. Az uniós jogban létező két rendelet (859/2003/EGK és 1231/10/EU) ugyanis kimondja, hogy minden harmadik országbeli állampolgár és családtagjaik (tehát nem csak az EU Kék Kártya birtokosai) jogosultak az előző bekezdésben írt egyéb kedvezményekre, ha valamely tagállam területén jogszerűen rendelkeznek lakóhellyel, és helyzetük összes vonatkozása nem egy tagállamot érint.

A Magyarországon dolgozó harmadik országbeli kutatók jellemzői, sajátosságai

Az Európai Integrációs Alap és a Belügyminisztérium által finanszírozott magyar projektben – annak érdekében, hogy a jogszabályokban rögzített rendelkezéseken, a rendelkezéseket végrehajtó hatóságok gyakorlatán túl empirikus tapasztalatokat is szerezzünk – több mint húsz Magyarországon élő harmadik országbeli kutatót kerestünk meg. A személyes interjúk készítése során előre meghatározott kérdéseket tettünk fel, amelyek segítségével a személyes integrációs tapasztalataikat szerettük volna minél alaposabban megismerni. Igyekeztünk feltárni azokat a problémákat, amelyek befolyásolják őket azokban a döntéseikben, hogy lakóhelyük, illetve munkahelyük helyszínének továbbiakban is Magyarországot válasszák. A főbb érintett témák a migráció okai, a Magyarországra költözés körülményei, a beilleszkedés, a hatályos jogszabályok ismerete, a nyelvtudás, a hivatalos ügyintézés nehézségei, az adminisztrációval kapcsolatos személyes történet rekonstruálása, valamint a jelenlegi munkakörülményekkel való megelégedettség voltak. Kifejezetten törekedtünk a két szomszédos harmadik ország,

⁴⁶ A 1408/71/EGK és 859/2003/EGK rendeleteket a viszonyrendszerek többségében felváltotta a 883/2004/EK rendelet és a 1231/2010/EU rendelet.

Ukrajna és Szerbia állampolgárainak bevonására, illetve a távolabbi országokból, hazánktól teljesen eltérő kultúrából érkezők problémáinak feltárására is.⁴⁷

Az ideérkező kutatók fő motivációs okként a tudomány iránti elkötelezettséget jelölték meg. Nem az ország vonzotta őket, hanem a kutatási lehetőség. Többen elmondták, hogy vagy a kutatást vezető, a projektvezető személye volt a meghatározó döntésükben, vagy a jól felszerelt, jó minőségű laboratóriumban végzett kutatás csábította őket Magyarországra. További megjelölt motivációs ok az *oktatás* volt. A magyar oktatás kiváló színvonala, az államközi ösztöndíjak és a nyugat-európaihoz képest alacsonyabb összegű tandíjak sok diákot vonzanak Magyarországra. A diákok diplomájuk megszerzése után gyakran maradnak PhD-képzésre is ugyanazon az egyetemen, miközben már komolyan bekapcsolódnak a tudományos életbe, komoly kutatói tevékenységet is végeznek. Általánosságban azt tapasztaltuk, hogy a diákok elégedettek munkájuk tudományos részével, mert a világban elismert és nagy tudású tudósokkal vannak körülveve Magyarországon.

Az interjúban résztvevők többsége úgy ítélte meg, hogy Magyarországon szerzett szakképesítésük, illetve diplomájuk egyenlő esélyeket teremt számukra a munkaerőpiaci integrálódásban, esetleges állampolgársági hátrányukat nyelvtudásuk kompenzálhatja. Itt szerzett diplomájuk révén elég ismerettel rendelkeznek az álláskereséshez. A válaszok többségéből az derült ki, hogy a *beilleszkedés területén mélyebb konfliktusok akkor alakultak ki, ha a migráns személy egyáltalán nem, vagy csak nagyon alacsony szinten beszélt a magyar nyelvet.* Minél jobb a magyar nyelvtudása egy külföldinek, annál könnyebben boldogul. A társadalmi beilleszkedés iránt motivált, nem magyar anyanyelvű válaszadók a magyar mint idegen nyelv elsajátításának nehézségeiről tettek említést. *Többen kifogásolták, hogy nincsenek ingyenes nyelvtanfolyamok az itt dolgozó külföldiek részére.* Arról is *többen panaszkodtak, hogy a magyar nyelvkönyvek, általában nem Magyarországon készülnek, és ezért kevés bennük a magyar vonatkozás.* Jó lenne, ha több magyar vonatkozás szerepelne ezekben a könyvekben, hogy aki megszeretné tanulni ezt a nyelvet, az egyben a magyar kultúrához is közelebb kerülhessen. A társadalmi beilleszkedésben természetesen azoknak volt könnyebb dolguk, akik eleve magyar anyanyelvűek, vagy az országhatárhoz minél közelebb eső államból jöttek, akik már ismerték kultúránkat, szokásainkat.

Az interjúban résztvevők válaszaiból kiderült, hogy a rájuk vonatkozó *adózással kapcsolatos jogszabályokat nagyjából ismerik, a nyugdíjjal kapcsolatos szabályozást azonban egyáltalán nem.* Többségük azt is hozzátette, hogy ez utóbbit szerintük a magyarok sem értik vagy ismerik. Több PhD-s külföldi kutató *jelezte: tisztában van vele, hogy a posztgraduális képzésben eltöltött időszak nem számít nyugdíjszerző időnek Magyarországon, ezért úgy érzi, a nyugdíjszerzés szempontjából csak elvesztegetett idő számára az itt töltött időszak.* A PhD-s hallgatók egészségügyi ellátását jellemzően a magánbiztosítókkal kötött szerződések fedezik. Nem tipikus, hogy az OEP-pel kötnének szerződést, annak ellenére sem, hogy a magánbiztosítók által felkínált csomagok lényegesen kevesebb egészségügyi ellátást fedeznek számukra. Ezzel kapcsolatban olyan negatív tapasztalatokról számoltak be, hogy biztosítójuk az általuk előre megfinanszírozott kezelésekről szóló számlák benyújtása után késlekedik kiadásait megtéríteni. Az egészségügyi ellátórendszer kapcsán többen arról számoltak be, hogy az egészségügyi

⁴⁷ Az interjúkból elkészült az angol nyelvű Migráns Portré, illetve egy rövid összefoglalás a Kézikönyv X. fejezeteként (szerző: Lengyelne Cseke Rita).

dolgozók nem megfelelő angol nyelvtudása miatt tolmácsot kellett igénybe venni a kórházi tartózkodás, kezelés ideje alatt.

A lakhatással a legtöbb válaszadónak nem volt problémája, mivel nagy részük vagy kollégiumi elhelyezést kapott vagy bérelt lakásba költözött, amelynek „felderítésében” vagy korábban Magyarországon lakó külföldi ismerősük vagy a kutatóintézet részéről az ügyintéző segített. Ugyanakkor hallottunk olyat is, hogy a magyarok vonakodnak lakást kiadni külföldi személyeknek.

A hivatalos ügyintézés segítség nélkül sok problémát okozott a legtöbb válaszadónak. Csupán azoknak volt könnyebb dolguk, akik szervezett segítséget kaptak, illetve akiknek a munkáltatójuk intézte a hivatalos ügyeket (multinacionális cégeknél dolgozók esetében erre külön ügyvédi csapat áll rendelkezésre, vagy az egyetemeken külön ügyintéző). Néhányan bevándorlási ügyekkel foglalkozó ügyvédi irodát kértek fel hivatalos ügyeik rendezésére. Sokan panaszkodtak arról, hogy a magyar rendszer nem kifejezetten ügyfélközpontú, az ügyintézők nem mindig segítőkészek, vagy nehezen kezelik az egyedi eseteket. Sokszor előfordult, mondták el többen is, hogy ők magyaráltak el az ügyintézőnek a jogszabályt, amellyel jogosultakká váltak bizonyos dokumentumok megszerzésére, azonban ezekről a jogszabályokról ők is csak nagy nehezen – általában ismerőseiktől – szereztek tudomást. A különböző letelepedési és tartózkodási engedélyek beszerzése általában rengeteg időt, utánajárást és anyagi áldozatot igényelt a válaszadók többségétől. Ugyanakkor *szinte minden interjúalany elmondta, hogy az utóbbi években jelentős pozitív változás állt be az idegenrendészeti hatóságok ügyfelekkel való bánásmódjában: sokkal barátságosabb, nyitottabb lett az ügyintézés.*

A megkérdezettek véleménye szerint *Magyarországon túl bonyolult a foglalkoztatást övező jogi szabályozás.* A munkaadók gyakran nem vállalják a harmadik országbeliek foglalkoztatásával kapcsolatos plusz adminisztrációs terheket. Általánosnak tekinthető, hogy *a munkáltató minden esetben szakemberhez, általában könyvelőhöz, ritkábban jogászhoz fordul segítségért* a foglalkoztatásra vonatkozó szabályozás áttekintése céljából. *A külföldiek reálisan látják azt a tényt, hogy béreik magasabbak, mint magyar kollégáiké*, mivel a magyar kollégák közalkalmazotti formában dolgoznak, előre, a költségvetés által meghatározott bérrrel. Azt is tudják, hogy számukra a magasabb bér kifizetése úgy lehetséges, hogy a projektek finanszírozása pályázati rendszerben történik, s a projektvezetők így más forrásból tudják fizetésüket biztosítani. *Tisztában vannak azzal is, hogy a pályázati rendszer miatt a kutatások finanszírozása nem stabil, nem kiszámítható. A pénzügyi kiszámíthatóság hiánya is indokolja, hogy jelenleg igen kevés a külföldről érkező kutató.*

A válaszadók többsége általában elégedett jelenlegi munkakörülményeivel, szeret Magyarországon élni. Akik már huzamosabb ideje Magyarországon élnek, jellemzően továbbra is itt képzelik el jövőjüket, amennyiben életkörülményeik a várakozásaiknak megfelelően alakulnak. A PhD-tanulmányaikat végző diákok, fiatal kutatók csak egy állomásnak tekintik Magyarországot kutatói karrierjük során, ahonnan kutatásuk végével Nyugat-Európába, az USA-ba, s majd onnan haza, származási országukba kívánnak visszatérni.

A várakozásnak megfelelően azt a választ kaptuk, hogy *azon külföldieknek volt könnyebb dolga, akik nemzetközi kapcsolatrendszeren keresztül kerültek Magyarországra, tehát nem egyénileg*, és akik az angol nyelvet mind tanulmányaik, mind munkájuk során használni tudják. Számukra a magyar nyelv elsajátítása inkább a magánszférába szorult, mint privát érintkezéseik mindennapi nyelve.

A válaszadók általában *Budapestet az egyik legjobban élhető városnak tartják Európában*, annak ellenére, hogy sokuk szerint *fővárosunk nem rendelkezik megfelelő mennyiségű turistaközponttal*, ahol a külföldiek számára több nyelven tudnának segíteni a tájékozódásban, különös tekintettel a közlekedésre. Megjegyezték, hogy *Budapesten a tömegközlekedés remek, a járatok elég sűrűn közlekednek*, de jó lenne, ha legalább a főbb vonalakon minimum még egy idegen nyelven bemondanák a megállókat.

Harmadik országbeli kutatók száma, jellemzőik és sajátosságaik az Európai Unióban

Mint láttuk, nehéz pontos képet nyújtani arról, hány harmadik országbeli kutató dolgozhat Magyarországon. Nincs ez másképp az EU által életre hívott Európai Kutatási Térségben sem. Ennek oka egyrészt az, hogy a kutató egy adott országban – tehát nemcsak Magyarországon – többféle státusban, jogállásban tartózkodhat és dolgozhat, nem feltétlenül csak kutató célú tartózkodási engedéllyel.⁴⁸ Másrészt a kifejezetten, a klasszikus értelemben vett kutatók Európába történő csábítását szolgáló irányelv sem ír elő a tagállamok számára kötelező adatgyűjtést, adatszolgáltatást, így jelenleg csak kevés olyan tagállam van az Európai Unióban, amely konkrétan meg tudja mondani, illetve adatot tud szolgáltatni arról, hány tartózkodási engedélyt bocsátott ki a klasszikus értelemben vett kutatói jogcím alatt.

Mindezt felismerve az Európai Bizottság Kutatási és Innovációs Főigazgatósága megrendelésére 2010 júniusában készült el az „*EU-kutatók mobilitása és karrierösvénye*” (*Mobility and Career Path of EU Researchers*, a továbbiakban MORE) projekt,⁴⁹ amelynek célja az volt, hogy képet adjon az EU-kutatók mobilitási mintájáról és karrierpályájáról. A tanulmánynak további két alcélja is volt, nevezetesen (1) hogy frissítse a létező *Integrated Information System on European Researchers* (a továbbiakban IISER) indikátorokat,⁵⁰ és (2) továbbfejlessze a kutatásokat és tanulmányokat a kutatók

⁴⁸ A tagállamok különbözőképpen definiálják a harmadik országbeli kutatókat; van olyan tagállam, ahol minden harmadik országbeli kutató a kutatói irányelv alá tartozik, de vannak olyan kedvelt kutatói célszörzrök is, mint például Németország, ahol – egyéb idegenrendészeti szabályoknak köszönhetően – a harmadik országbeli kutatóknak kevesebb mint negyede tartozik a kutatói irányelv hatálya alá. Tagállami döntés kérdése, hogy egy adott tagállam milyen szabályozást preferál, él a közösségi jog által nyújtott lehetőségekkel vagy nemzeti joga alapján akár kedvezőbb szabályokat alkalmaz a kutatók esetében.

⁴⁹ A jelentést Elissavet Lykogianni és Katleen Van Den Broeck (IDEA Consult) készítette. A jelentés az IISER frissítése céljából gyűjtött információkon, valamint négy MORE kutatáson alapul. Az információgyűjtés a MORE Konzorcium IDEA Consult, a Manchesteri Egyetem, a Logotech, WIFO, Nifu Step és alvállalkozóik (MRB Hellas, Management Center Innsbruck) koordinált munkájának az eredménye. A részletes tanulmány elérhető: http://ec.europa.eu/euraxess/pdf/research_policies/MORE_final_report_final_version.pdf (Letöltve: 2012. 09. 25.)

⁵⁰ Az Európai Kutatók Integrált Információs Rendszerének (IISER) célja egy fenntartható, Európára kiterjedő rendszer felállítása, amely dinamikus áttekintést ad a kutatók számáról, áramlásáról, karrierfejlődéséről és a kutatók motivációjáról. http://ec.europa.eu/euraxess/pdf/research_policies/MORE_final_IISER_update_report_final_version.pdf (Letöltve: 2012. 09. 25.) Lásd továbbá információkért a Hatodik Kutatási Ke-

mobilitásáról, kiegészítve ezzel a már létező (az IISER projekt által gyűjtött) információkat. Az IISER frissítésének eredményeként a kutatókról és a kutatók mobilitásának számáról születtek adatok: míg az előbbi az EU-ban lévő kutatókra fókuszált, az utóbbi főleg a doktoranduszok és ösztöndíjasok EU-n belüli, valamint az EU és az USA közötti cirkulációjáról nyújtott adatot. Ezzel párhuzamosan három EU-ra kiterjedő és egy Extra-EU felmérést indítottak el, hogy információt szerezzenek a kutatók jellemzőiről, foglalkoztatási körülményeiről, mobilitásukról és azokról a tényezőkről, amelyek befolyást gyakorolnak a mobilitásukra. Négy al-célcsoportja volt a kutatóknak ezen vizsgálatokban a foglalkoztatás szektorát, valamint a földrajzi elhelyezkedést tekintve, nevezetesen *kutatók a felsőoktatási, egyetemi intézményekben, kutatók a közfinanszírozású kutatóintézetekben* (de nem egyetemi intézményekben), *kutatók az ipari szektorban és kutatók, akik az EU- és nem EU-országok között mozogtak, különös tekintettel az EU és az USA közötti mobilitásokra.*

A projekt zárótanulmánya – hivatalos EUROSTAT adatokra támaszkodva – megállapította, hogy *2007-ben az EU27-ben 2 157 000 kutató (főszámokban⁵¹) vagy 1 448 000 kutató (személy-év) volt.*⁵² *Általában erőteljes növekedés volt tapasztalható a kutatók számában 2000 és 2007 között, ugyanis a kutatók száma majdnem 31%-kal nőtt, ami évente 4%-os növekedést jelentett. Az éves növekedési ráta 2000 és 2007 között személy-év viszonylatban 3,9% volt az EU27-ben, míg az USA-ban 1,3%, 11,8% Kínában és 1,3% Japánban. Az EU27-ek közül két új tagállamban volt a legmagasabb a növekedés, Cipruson és a Cseh Köztársaságban, 14,9% és 10,5%. Relatív számokban kifejezve 2007-ben 1000 aktív lakosra átlagban 6 kutató jutott az EU27-ben, míg ez a szám az USA-ban 9, Japánban 11, Kínában 2 volt. A tagállamok szintjén Finnországban jutott a legtöbb kutató 1000 lakosra, ahol ez a szám 15 volt. Dániában és Svédországban ez a szám 10 körül mozgott. Az 1000 lakosra jutó kutatók tekintetében továbbá Luxemburg és az Egyesült Királyság volt még az élmezőnyben. A legalacsonyabb számot Románia, Bulgária és a mediterrán szigetek jelezték, ahol 3 vagy annál kevesebb kutató jut 1000 aktív lakosra.*

Jóval alacsonyabb számot találunk a klasszikus értelemben vett kutatók számát illetően, ha megvizsgáljuk a kifejezetten kutatói célú tartózkodási engedéllyel az EU-ban tartózkodók számát. Ennek több oka van. Egyrészt a harmadik országbeli állampolgárok az Európai Közösség területén folytatott tudományos kutatás céljából való fogadására vonatkozó különjárásról szóló 2005/71 irányelve a tagállamok számára nem ír elő adatszolgáltatási kötelezettséget. Másrészt ezt az új típusú tartózkodási engedélyt a

retprogramot, amelynek elsődleges célja az Európai Kutatási Térség létrehozása, Humán erőforrás és Mobilitás volt.

http://ec.europa.eu/euraxess/pdf/research_policies/indicators_on_researchers_en.pdf (Letöltve: 2012. 09. 25.)

⁵¹ Lásd a Frascati Útmutatót (5.3 Szekció OECD (2002), amely szerint számos oka van annak, hogy a főszámokat kell használni. Először is a főszámokat össze lehet kapcsolni más adatsorokkal, például az oktatással, foglalkoztatási adatokkal. Másodsorban a főszámok a legalkalmasabbak arra, hogy további információkat lehessen szerezni a kutatókról, egyéni jellemzőikről, mint például koruk, nemük, állampolgárságuk stb.

⁵² Az indikátorok meghatározásai, módszertan a 2. számú jelentésben található http://ec.europa.eu/euraxess/pdf/research_policies/MORE_final_IISER_update_report_final_version.pdf (letöltve: 2012. 09. 25.)

tagállamoknak legkésőbb 2007. január 12-ig kellett bevezetniük, így még 2010-ben is csekély adat állt rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy ténylegesen hányan is rendelkeznek ilyen engedéllyel. 2007-ben 239 kutatási célú tartózkodási engedélyt igényeltek az Európai Unióban, amely szám 2010-re meg tízenötszöröződött (3713 engedély.) Ha azt vesszük, hogy évente 11 millió schengeni vízumot (beleértve a turista-, üzleti vízumot stb.) bocsátanak ki, akkor láthatjuk, hogy ez a szám igencsak szerény. Az igazsághoz persze az is hozzátartozik, hogy nem mindegyik tagállam tud statisztikával szolgálni, s ez a 3713 engedély nem tartalmaz 9 tagállamot, csupán 18 tagállamot tükröz. Az alacsony szám azonban mindenképpen jelzésértékű, s azt jelenti, hogy az EU-nak még dolgoznia kell azon, hogy az irányelv kiaknázásra kerüljön, és a kutatói célú tartózkodási engedély vonzó legyen a harmadik országbeli kutató számára.

Az Európai Bizottság által megrendelt MORE projekt négy kérdőívből állt, amelyek célszemélyei az EU-ban, illetve az EU-n kívül dolgozó kutató személyek voltak. A projekt vizsgálta az EU-ban dolgozó földrajzilag mobil vagy nem mobil kutatók számát, a kutatók véleményét a mobilitás/nem mobilitást vezénylő motivációjukról, illetve azokról a hatásokról, tényezőkről, amelyek befolyásolják őket a menni-vagy-maradni, migrációs döntésben.

A MORE projekt nem használja az OECD által használt kutatói fogalmakat. Ezt azal magyarázza, hogy az OECD fogalmak nem határozzák meg a kutatási tevékenység intenzitását, s egy olyan tág definíciót adnak, amely magában foglal minden kutatót, függetlenül attól, hogy kutatását részmunkaidőben vagy teljes munkaidőben végzi.⁵³ Ugyanakkor a MORE projekt nem nyúl vissza a közösségi jogban meghatározott fogalmakhoz sem. Méréseihez saját kutatói definíciót dolgozott ki, amely a nemzetközi irodalomban használt meghatározástól kicsit ugyan eltér, de ahhoz nagyon hasonló. A projekt értelmében a kutató az a szakember, aki az új tudás, termékek, módszerek és rendszerek megalkotásában vagy kivitelezésében, valamint az érintett projektek menedzselésében vesz részt (OECD 2002). A tudományos és technológiai területen végzett munka a kutató azonosításának nélkülözhetetlen eleme.⁵⁴

A tanulmány a mobilitás kifejezést két értelemben használja: egyrészt használja a földrajzi mobilitást (országok vagy régiók között), illetve a munkahelyek közötti mobilitást. A földrajzi mobilitáson belül megkülönbözteti a regionális mobilitást és a nemzetközi mobilitást. A nemzetközi mobilitáson belül további mobilitásokat különít el: az EU-n belüli, az EU-ba a harmadik országból érkező, valamint az EU-ból kiáramló migrációt. Földrajzi mobilitás alatt azt a mobil kutatót érti, aki legmagasabb fokozatának megszerzése után egy másik országba költözik, mint ahol legmagasabb fokozatát megszerezte, és kutatóként dolgozik minimum három hónapot. A mobilitás kiindulópontja az az ország, ahol a legmagasabb végzettséget szerzi, és végpontja bármely ettől eltérő más ország. A hivatkozási pont tehát a földrajzi mobilitásban az az ország, ahol a legmagasabb fokú diplomát szereztek.⁵⁵ Ennek megfelelően az EU-kutató – ahogy az a MORE

⁵³ A Canberra Kézikönyv szerint a kutatót a legtágabban kell értelmezni, mivel magát a kutatót a tudomány és a technológia területén megszerzett fokozata és/vagy a tudomány és technológia területén lévő foglalkozása alapján azonosítja. Ezzel ellentétben a Frascati Kézikönyv a kutatót kizárólag a tudomány és technológia területén lévő foglalkozása alapján klasszifikálja.

⁵⁴ Lásd MORE tanulmány, 19. o.

⁵⁵ Uo. 20. o.

tanulmány címében szerepel – nem feltétlenül egy EU-tagállam állampolgárságával rendelkező személy.

A MORE projekt keretében a kérdőíveket négy célszemélycsoport kutatóival töltették ki. Az első kérdőívre a felsőoktatási intézmények intézeteiben dolgozó kutatók válaszoltak, hat tudományterületen,⁵⁶ az EU 27 tagállamában. 1660 intézményt vontak be a kérdőívbe. A felmérést 2009 nyarán végezték. A tanulmány szerint a kapott válaszok jól reprezentálják az országokat, kivéve Franciaországot, ahonnan csekély mennyiségű és minőségű válasz érkezett.⁵⁷

A második kérdőívvel a nem egyetemi, de köz vagy félig köz kutatóintézetek kutatóit célozták meg. Tekintettel arra, hogy a felmérést végzők itt nagyon különböző intézetekkel találták szembe magukat, vizsgálatukat az olyan intézetekre szűkítették, ahol az intézet inkább akadémiai vagy közel akadémiai, valamint nemzeti kutatást végez. További alapvető kritérium volt a kiválasztásnál, hogy az intézet közfinanszírozású legyen, fejlesztése közpénzből történjen. A kérdőívek megválaszolásába 5050 kutatót sikerült bevonni. Az eredmény azonban nem reprezentatív.⁵⁸

A harmadik csoportot az ún. ipari kutatók alkották, vagyis azok a kutatók, akik a magánszektorban, az ipar területén végeznek kutatásokat. Tekintettel arra, hogy nincsenek adatok arra nézve, hányan dolgoznak a magánszektorban kutatóként, a kapott adatok nem reprezentatívak. A megkeresések – jobb híján – a 6. és 7. Kutatási Keretprogramra jelentkezők irányába történtek. A kiküldött kérdőívek esetében a vállalatok, vállalkozások felhatalmazást kaptak, hogy a kérdőívet továbbítsák más kutatóknak is. A felmérést 2009 őszén végezték. 3061 válasz érkezett.⁵⁹

A negyedik kérdőív (a továbbiakban: Extra-EU felmérés) eltért a korábbi kérdőívektől, mivel ez nem az EU-n belüli mobilitásra, hanem az EU-ból a harmadik országokba kiáramló mobilitásra fókuszált, különös tekintettel az Egyesült Államokra irányuló mozgásokra. Ez a rész egy pilot projekt volt, amely az EU-ból az USA-ba történő migrációt hasonlította össze az USA-ból az EU-ba történő migrációval, kiegészítve a nem mobil kutatók helyzetével. A megkeresésben kétféle módszert alkalmaztak: egyrészt e-mail útján olyan kutatókat kerestek meg, akik korábban az EU-ban éltek, illetve olyanokat, akik az USA-ban, másrészt az Európai Bizottság az EURAXESS-en keresztül továbbította a kérdőíveket a kutatóknak, valamint az EU-USA Atlantis Program koordinátorainak, továbbá az Amerikában található Kiválóságok Európai Központjába, felhatalmazva a megkeresetteket, hogy továbbítsák a kérdőíveket további kutatóknak. Bár a kapott válaszok alapján egy nagy kutatói kört fed le a negyedik kérdőív is (5544 válaszadó), eredménye mégsem tekinthető statisztikailag reprezentatívnak. A felmérést 2010 év elején végezték.⁶⁰

A kérdőíveket megválaszolók többsége férfi volt; arányuk 61% és 65% között mozgott a felsőoktatási, egyetemi intézményekben, a közfinanszírozású kutatóintézetekben és az Extra-EU kutatásban résztvevők között. Magasabb volt ez az arány az ipari szektorban, ahol minden öt megkérdezettből négy volt férfi. A kutatók átlagéletkora 42–46

⁵⁶ Természettudományok, műszaki tudományok, agrártudomány, orvostudomány, társadalomtudományok és humán tudományok.

⁵⁷ További információk uo. 21. o.

⁵⁸ További információk uo. 23. o.

⁵⁹ További információk uo. 25. o.

⁶⁰ További információk uo. 26. o.

év közé esik. Diplomájuk megszerzése óta jellemzően több mint 12 év telt el. A felsőoktatási, egyetemi intézményekben, a közfinanszírozású kutatóintézetekben, valamint az Extra-EU kutatásban résztvevők 70–76%-a házas vagy él élettársi kapcsolatban, míg az ipari szektorban kutatóknál ez az arány jóval magasabb, 85%. Gyerekekkel 55–74%-uk rendelkezik. A fiatalabb kutatók (mind életkor, mind családi állapot alapján) inkább a közfinanszírozású kutatóintézetekben és az Extra-EU kutatásban voltak jelen. A válaszadók többsége rendelkezik PhD-fokozattal: 76–86% között van felsőoktatási, egyetemi intézményekben, a közfinanszírozású kutatóintézetekben és az Extra-EU kutatásban résztvevők között, jóval alacsonyabb viszont az ipari kutatásban résztvevők esetében, ahol csak 51%. A kutatók legmagasabb koncentrációja a természettudományokban, valamint a műszaki tudományok és technológia területén (89%), valamint a kutatóintézetekben (75%) figyelhető meg. A kutatók között a diákok mobilitása nagyobb az Extra-EU felmérés szerint: 32%-uk volt mobil mint diák. A többi három felmérés szerint ez kevesebb mint 23%. Az iparban dolgozó kutatók között nagyon népszerű, hogy már diákként elkezdnek az ipari szektorban dolgozni; az iparban dolgozó kutatók 52%-a dolgozott korábban diákként az ipari szektorban. Ez az arány az egyéb felmérésekben kevesebb mint 28% volt. Az iparban dolgozó kutatókról elmondható, hogy atipikusak, mert több a férfi, idősebbek, kevesebb PhD-fokozatú van köztük, de több diplomával rendelkeznek a természettudományokban és a műszaki tudományokban, s több tapasztalatot szereztek már korábban, diákként e szektorban.

A szektorok (privát és közszektor) közötti mobilitás legkevésbé a közfinanszírozású kutatóintézetekben van jelen (8%). Az Extra-EU felmérés szerint a szektorok közötti mobilitás az EU és más országok között is csak 15%-os, az egyetemi intézményekben pedig 17%-os (725 fő). A legmozgékonyabbak az ipari kutatásban részt vevő kutatók, akiknek 42%-a (1272 fő) mozgott legalább egyszer a köz- és a magánszektor között. A szektormobilisak között a teljes mintával (51%) összehasonlítva láthatóan nagyobb az aránya a PhD-fokozattal rendelkezőknek (72%). A szektormobilis ún. akadémiai kutatók között a férfiak vannak nagyobb számban reprezentálva. A diplomát szerzett akadémiai kutatók nagyobb része a természettudományokban és a műszaki tudományokban szerzett diplomát (Egyetemi intézeti és Extra-EU felmérés), míg a közfinanszírozású kutatóintézetekben dolgozó akadémiai kutatók között nagyobb számban találunk PhD-fokozattal rendelkezőket. *Positív korreláció mutatkozik a diákként az ipari szektorban dolgozók és szektormobilis (köz- és magánszektor) kutatók között. Az ipari kutatók között pozitív korreláció mutatkozik a szektor és a földrajzi mobilitás között,* ami egyáltalán nem jellemző az egyéb szektorban tevékenykedő kutatókra.

A felmérések arra is választ kerestek, hogy milyen gyakran működnek együtt a kutatók más országok kutatóival és/vagy más szektorok kutatóival. A különböző felmérési minták alapján a válaszadók 41%-ának (Extra-EU felmérés), illetve 45%-ának (Egyetemi intézeti felmérés) van formális munkakapcsolatba más országoknak, azonban csak az akadémiai kutatóival. Jellemzőik nem térnek el az egész mintán tapasztalt általános képtől, ám az akadémiai kutatók között nagyobb számban találunk olyan földrajzilag mobilis kutatókat, akiknek volt már nemzetközi együttműködése (a nemzetközi kapcsolatokkal bíró kutatók 62%-a mobilis, s egyben földrajzilag is mobilis, míg ez a szám a teljes mintán csak 56%). 16% (Extra-EU felmérés) és 20% (Egyetemi intézeti felmérés) között van a mind akadémiai, mind ipari formális együttműködésbe bevont kutatók aránya. Az ő jellemzőik jelentősen eltérnek az általános képtől, abban az értelemben, hogy ezek a kutatók nagy valószínűséggel férfiak és a természettudományok, műszaki

tudományok, technológia területén szereztek diplomát. Az Extra-EU felmérésben kapott adatok alapján megállapítható, hogy azok a kutatók, akik diákként kezdtek az ipari kutatásban, nagyobb valószínűséggel dolgoznak együtt a későbbiekben ipari kutatókkal. *A más országok akadémiai kutatóival való együttműködés látszik a legnépszerűbbnek, a kizárólag az ipari kutatókkal való együttműködések száma elenyésző.* Összességében az egyetemi intézeti kutatók 61%-a dolgozott együttműködésben a felmérés idején más országok akadémiai kutatóival.

A felmérések több ponton kitértek a mobilitást befolyásoló tényezőkre. A felmérést végzők a mobilitást befolyásoló tényezőket két csoportra osztották: praktikus és szakmához kötött tényezőkre. A praktikus tényezők olyanokat foglalnak magukban, mint adminisztratív tényezők, szociális biztonsági rendszer, nyelvi kérdések, gyerekgondozás stb. A szakmához kötött tényezők a karrierben történő előmenetelt, a szakmát, a hálózati kapcsolatok fenntartását és a támogatások szerzését jelentik. A praktikus tényezők megítélésben jól kivehető a különbség a négy felmérésben részt vett kutatók válaszai között. A praktikus tényezők nem tűnnek döntőnek a mobilitásban az Extra-EU felmérés, az egyetemi intézeti felmérés és a közfinanszírozású kutatóintézetekben történt felmérés szerint. Az akadémiai kutatók esetében a praktikus tényezők egyáltalán nem bírnak jelentőséggel. Ugyanakkor az egyetemi intézeti felmérésben és a közfinanszírozású kutatóintézetekben résztvevő válaszadók között a fiatal kutatók nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a szállásolás minőségének és árának, míg a nő kutatók a gyerekek napközbeni ellátását szolgáló rendszer fontosságát emelték ki. Összehasonlítva a mobil és nem mobil kutatói csoportokat, az adott tagállam által biztosított, a gyerekek napközbeni ellátását szolgáló rendszer sokkal fontosabb szempont a nem mobil kutatók életében. *Az Extra-EU felmérésen belül – bár a praktikus tényezők nem tűnnek fontosnak – a nyelvi kérdés relatíve fontos szerepet tölt be a mobilis kutatók döntésében, különösen azok esetében, akiknek nem az angol az anyanyelve. Az EU-ból az USA-ba vándorló kutatók kisebb jelentőséget tulajdonítanak a praktikus tényezőknek, ellentétben azokkal, akik az USA-ból jönnek az EU-ba. Az ipari szektorban dolgozó kutatók azonban más képet festenek, számukra az összes praktikus tényezőnek jelentősége van. Ők inkább a mobilitás akadályának élik meg ezeket. A nem mobilis kutatók többet törődnek ezekkel a befolyásoló faktorokkal, mint a mobilis ipari kutatók. Összességében elmondható, hogy az egész felmérésben az összes tényező a válaszadók közül a fiatal kutatók számára a legfontosabb.*

A szakmához fűződő mobilitást befolyásoló tényezők kevésbé fontosak az akadémiai kutatók körében. Ezek a faktorok, úgymint a hálózati kapcsolatok fenntartása és a támogatás szerzése inkább akadályként jelentkeznek, mint olyanként, ami megkönnyíti számukra a mobilitást. Az Extra-EU felmérésben résztvevők számára fontos a támogatás szerzése, mint mobilitást befolyásoló tényező, különösen az EU–USA viszonylatában történő mozgásban.

Az ipari kutatók esetében a felmérés kitért mind a szakmához (jó munkahelyi körülmények/munkával való elégedettség), mind az egyénhez kapcsolódó befolyásoló tényezőkre (magán- és munkahelyi élet közötti egyensúly, családi és személyes kapcsolatok fenntartása, a partner elégedettsége a munkahelyváltással, az étellel, a gyerek elégedettsége az étellel). *Az ipari kutatók körében döntéshozatal esetén a szakmai előmenetelt befolyásoló tényezők nagyobb súllyal esnek latba, mint a személyes, egyénhez kapcsolódó tényezők. A munkával való elégedettség kimagaslóan nagy pontokat kapott a felmérésben. Általában úgy tűnik, hogy e tekintetben nincs különbség azok között,*

akik nemzetközileg mobilak vagy egyáltalán nem mobilak. Nincs különbség továbbá abban sem a mobil, illetve nem mobil kutatók között, hogy *a személyes tényezők közül* mindkét kategória *azt tartja a legfontosabbnak, hogy megvan-e a családi és munkahelyi élet közötti egyensúly, illetve hogy gyermekeik mennyire elégedettek a helyzetükkel.*

A felmérés kitért arra is, hogy melyek a legfontosabb motivációk egy kutató életében, amikor arról dönt, hogy egy másik országba megy kutatni. A személyes és családhoz fűződő motivációk, úgy tűnik, nem erősítik a mobilitást, sőt ezeket a motivációkat a nem mobil kutatók akadályozó tényezőként fogják fel. Ugyanakkor fontos motiváció az USA–EU migráció viszonylatában. A kultúrához kötött motivációk egyáltalán nem fontosak az akadémiai kutatók számára, viszont nagy jelentőséggel bírnak az ipari kutatók döntéshozatalában, különösen a nő és a nem mobil kutatók körében. *Az Extra-EU felmérés szerint, bár a személyes és kulturális motivációk nem játszanak szerepet az EU–USA migrációban, viszont ezen motivációk nagyon fontosak a USA–EU migráció irányában. Az akadémiai kutatók körében a szakmai célok elérése, a személyes kutatási program a topmotiváció a migrációban, különösen fontos cél ez az EU-ból az USA-ba tartó migrációban.* A fizetés és más anyagi szempont nem tűnik lényeges pushing tényezőnek a mobilitásban az akadémiai kutatók körében. A szakmához köthető motivációk fontosabb migrációt erősítő tényezők, mint akadályok, és fontosabb faktorok az EU–USA irányú migrációban, mint fordítva. Amíg a személyes motivációk nem, addig a szakmához kapcsolódó motivációk vezénylik a mobilitást.

Az ipari kutatók esetében a fizetés, az anyagi előmenetel fontos szerepet játszik a munkahely-változtatásban, különösen a férfiak és a fiatal kutatók esetében. Nők esetében a biztonságos munkahely a legfontosabb szempont. A tudományos karrier lehetősége relatíve fontosabbnak tűnik a nemzetközileg mobil kutatók esetében.

Rövid összegzés

A kutatókkal kapcsolatosan az első és legfontosabb megállapítás, hogy mind Magyarországon, mind az Unióban hiányzik egy pontos fogalmi meghatározás arra nézve, hogy kik tartoznak a harmadik országbeli állampolgár kutató fogalomkörbe. Általánosságban elmondható, hogy van egy kötelező szűk meghatározás a 2005/71/EK irányelv szellemében, illetve egy tágabb megközelítés a magasan képzettekről szóló 2009/50/EK irányelvben. Ugyanakkor azonban leginkább igaz az a megállapítás, hogy a tagállamok maguk dönthetik el, kiket tekintenek olyan státusú személynek (és hívják kutatóknak), akikre nézve jogosultságokat határoznak meg a szűk és a tág közti mezsgyén.

A fogalmi meghatározás hiátusa miatt a kutatók áramlásával kapcsolatos egzakt statisztikai adatok mozaikszerűek, sokszor akár hiányoznak. Ez azonban nem magyar specifikum. Jellemző a Föld országainak egészére.⁶¹ Magyarországon a folyamatos jellegű migrációs hivatalos statisztikákon belül a tudományos minősítéssel rendelkezők

⁶¹ Szinte mindegyik nagy nemzetközi szervezet foglalkozik az egyre növekvő mennyiségű és jelentőségű kutatói migráció jelenségével. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének lesz nagy valószínűséggel esélye arra, hogy ajánlásokat dolgozzon ki a kutatói migráció harmonizált országonkénti adatgyűjtésére. Addig azonban a makroadatokat hézagosak és kevésbé megbízhatóak lesznek, mivel igen gyakran becsléseken alapulnak. Az egyes adminisztrációk részcsoporthoz tartozó adatai pedig szükségszerűen töredékesek lesznek.

olyan kis mennyiséget tesznek ki, hogy elkülönítésük ritkán történik meg. Többségében elvesznek a felsőfokon végzetek tömegében. Csak szakmailag célzott adatgyűjtéssel és adatelemzéssel érhetőek el ezek az információk. Tanulmányunk éppen ezért hiánypótló és remek viszonyítási alap a jövőre nézve, mert a „Harmadik országbeli kutatók száma” című részben a legfőbb idegenrendészeti hatóság (BÁH) által 2011 őszén legyűjtött konkrét adatokat tudtuk górcső alá venni. E pillanatfelvétel legfőbb tanulsága, hogy a 2008–2011 közti időszakban kifejezetten kutatási célú tartózkodási engedélyt évente 50 db körül adott ki a BÁH (2008: 31 db, 2009: 52 db, 2010: 63 db és 2011 szeptemberéig: 60 db). Noha ez rendkívül alacsonynak tekinthető, ha összevetjük 18 uniós tagállam aggregált számával (2010-ben 3713 engedély), látható, hogy össz-európai szinten sem találkozunk magas arányokkal. A magyar adatok alapján elmondható, hogy a legtöbb kutató Indiából, Iránból, Szerbiából és Kínából érkezett.

A tapasztalataink azt mutatták, hogy a kutatók jellemzően munkaviszony vagy közalkalmazotti viszony keretében dolgoznak Magyarországon. E jogviszonyok egy részének alapját a Magyar Köztársaság és más állam között létrejött megállapodások képezik. Ezekben az esetekben a kutató foglalkoztatása jellemzően munkavállalási engedélymentes, ha a Magyar Tudományos Akadémia igazolja a megállapodás létezését s azt, hogy a kutató annak keretében érkezik kutatási tevékenységet folytatni Magyarországra. Az igazán komoly kutatóműhelyek (egyetemi centrumok például) élnek az uniós jogon (2005/71/EK irányelv) alapuló fogadási megállapodás adta lehetőséggel, és ebben az egyszerűbbnek tekintett formában foglalkoztatják a kutatókat. Itt azonban gyakori már a megbízási jogviszony alkalmazása is, amelynek alapján a díjazás mértékét hozzá lehet igazítani a végzett munka tényleges értékéhez. Tagadhatatlan, hogy Magyarországra szinte kivétel nélkül jellemző, hogy az ide érkező kutatók kifejezetten kötődnek a kutatás vezetőjéhez, tehát a szakmai hírnév messze a legmeghatározóbb vonzó tényező. Eredményesnek mondhatóak még a diákcseré- és kutatócsere-programok, amelyek a későbbi eredményes szakmai együttműködések alapját képezik. A PhD-kutatók többsége úgy ítéli meg, hogy a Magyarországon szerzett szakképesítésük, illetve diplomájuk egyenlő esélyeket teremt számukra a munkaerő-piaci integrálódásban, esetleges állampolgársági hátrányukat nyelvtudásuk kompenzálhatja. Összességében nehezen tudják értelmezni a szabályozást a foglalkoztatás és a szociális biztonság, különösen a nyugdíj-jogosultságok területén. A válaszadók többsége általában elégedett jelenlegi munkakörülményeivel, szeret Magyarországon élni. Akik már huzamosabb ideje Magyarországon élnek, jellemzően továbbra is itt képzelik el jövőjüket, amennyiben életkörülményeik a várakozásaiknak megfelelően alakulnak. A PhD-tanulóikat végző diákok, fiatal kutatók általában átmeneti állomásnak tekintik Magyarországot kutatói karrierjük során, ahonnan kutatásuk végével Nyugat-Európába, az USA-ba, s majd onnan haza, származási országukba kívánnak visszatérni.

Nehéz lenne és nem is tartanánk célszerűnek összehasonlítani a Magyarországon tartózkodó kutatókról szerzett információinkat, a kutatóktól szerzett tapasztalatainkat az EU által végzett MORE projekt vizsgálatának eredményeivel. Egyrészt a célszemélyek kiválasztása (még ha mindkét projektben önkéntes alapon történt is a válaszadás), másrészt a feltett kérdések, vizsgálati tárgykörök különbözősége szinte kizárja a tényleges és hasznos összehasonlítás lehetőségét. Olyan szerény számban találtunk itthon harmadik országból érkező kutatókat, hogy nem igazán volt lehetőségünk válogatásra. Ennek következtében – bár interjúalanyaink szinte fele-fele arányban kerültek ki mindkét nemből – az adatokból megbízható következtetést levonni nem tudunk arra nézve, hogy

melyik nem képviseli magát erőteljesebben a kutatói szférában Magyarországon. Továbbá magánintézményben, kutatói laborban vagy kutatással is foglalkozó vállalkozásnál – amit a MORE projekt ipari kutatásként definiál – elvértve sikerült interjút készíteni. Legtöbb interjúalanyunk a felsőoktatási, egyetemi szférából (MORE projekt első kategória), illetve a közfinanszírozású intézményekből (MORE projekt második kategória) került ki. Jellemzően a fiatalabb kutatók, különösen a PhD-hallgatók család nélkül élnek Magyarországon, míg a 40–50 év közötti korosztály családdal. Bár projektünkben a szektormobilitást nem vizsgáltuk, a földrajzi mobilitásról, illetve a kutatók arra való hajlandóságáról egyértelműen megállapítható, hogy – legyen szó akár fiatalabb, akár idősebb Magyarországon tartózkodó harmadik országbeli kutatóról, akár egyetemen, közfinanszírozású intézményben, akár magánvállalkozásnál dolgozó kutatóról – nincs különbség köztük a mobilitási hajlandóságban, hiszen kutatói karrierjük során Magyarországot nem végleges letelepedési célországának tekintik. Így az egyetlen közös pont a két projektben, az egyetlen megállapítás, ami bátran megtehető, hogy Magyarország a tekintetben nem tér el az EU-s gyakorlattól, hogy a kutatók legmagasabb koncentrációja a természettudományokban és a technológia területén figyelhető meg.

A 2011-es népszámlálás teljes körű adataiból alakíthatunk majd ki magunknak egyfajta teljesebb képet az eszmei időpontban éppen Magyarországon tartózkodó harmadik államokbeli kutatókról. E pillanatfelvételenek a cikkünkben megjelenő adatokon alapuló, összehasonlító elemzése adna elérhető esélyt a valós helyzet pontosabb feltárására.

Tárgyszavak:

Nemzetközi vándorlás
Integráció
Munkapiaci helyzet

IRODALOM

- Anveiler, J. – Tóth E. – Marton J. (1993): Tudóselvándorlás. (Nem az megy és nem az marad, akinek kéne.) *Magyar Tudomány*, 1993/5. 568–571.
- Berényi D. (1998): A külföldi magyar tudományosság bekapcsolódása az egyetemes magyar tudományosságba. *Magyar Tudomány*, 1998/12. 1498–1503.
- Canberra kézikönyv (OECD, 1995)
- Berghman, J. – Schoukens, P. (eds.) (2011): *The Social Security of Moving Researchers*. Acco, Leuven.
- Csermely P. – Málnási-Csizmadia A. – Kovács M. (2002): Hogyan hozhatnánk haza a külföldön dolgozó, tehetséges fiatal magyar kutatókat? *Magyar Tudomány*, 2002/12. 1668–1675.
- Frascati Kézikönyv (OECD (2002).
- Gellérné Lukács Éva (szerk.) (2011): *Kézikönyv – Harmadik országbeli állampolgár kutatók magyarországi integrációja*. Tullius Kiadó, Budapest.
- Lukács Gellérné, É. (2011): Benefit-related interpretation issues in social security coordination. In Berghman, J. – Schoukens, P. (eds.): *The Social Security of Moving Researchers*. Acco, Leuven, 59–74.

- Illés Sándor (2011): Migráció és cirkuláció magyar nézőpontból. In Gellérné Lukács Éva (szerk.): *Kézikönyv - Harmadik országbeli állampolgár kutatók magyarországi integrációja*. Tullius Kiadó, Budapest, 127–142.
- Illés S. – Lukács É. (2005): Kutatók migrációja – vitassuk meg! *Oltalomkeresők*, 11/7. 5–8.
- Illés S. – Gellérné Lukács É. (2007): A tudományos kutatók migrációjáért. *Európai Tükör*, 2007/4. 13–30.
- Kocsis M. (2009): Doktori képzés a jogi szabályozás tükrében. In Kocsis M. – Kucsera T. G. – Szabó A. (szerk.): *Doktori képzés Magyarországon – a doktoranduszok szemével*. Doktoranduszok országos Szövetsége, Budapest.
- Kövér A. (szerk.) (2004): *Magyar kutatók külföldön. (Határon túli köztestület.)* MTA „Magyar Tudományosság Külföldön” Elnöki Bizottság, Budapest.
- L. Rédei M. (1995): Internal brain drain. In Fullerton, M. – Sik, E. – Tóth, J. (eds.): *Refugees and migrants: Hungary at a crossroad*. Institute for Political Science of the H.A.S. Budapest, 105–117.
- Palló, G. (1998): Scientific migration from Hungary. *ICON*, No. 4. 210–220.
- Tamás P. (1993): A kelet-európai brain drain új hulláma: a kutatóértelmiség kivándorlási esélyei és stratégiái. In Tamás P. – Inotai A. (szerk.): *Új exodus. (A nemzetközi munkaerő-áramlás új irányai.)* MTA TKKK-MTA VGI, Budapest, 60–92.
- Tamás P. (1999): Kutatói mobilitás – életstratégiák a kutatásban. In Illés S. – Tóth P. P. (szerk.) *Migráció. (Tanulmánygyűjtemény II.)* KSH NKI, Budapest. 173–188.
- Tamási P. (2002): A brain drain alakulása a kutatási szférában Magyarországon az 1990-es években. *Társadalomkutatás*, 20/1–2. 25–72.
- Tarnóczy, M. – Tóth, P. P. (1995) Migration of scientists and experts. (National paper: Hungary.) Belgrad, 9 p. (Mimeo).
- Tarnóczy M. (1996): *Külföldi magyar kutatók*. MTA Kutatásszervezési Intézete, Budapest.
- Tóth P. P. (1999): Az értelmiségiek nemzetközi vándorlása. In Illés S. – Tóth P. P. (szerk.) *Migráció. (Tanulmánygyűjtemény II.)* KSH NKI, Budapest, 193–198.
- Viszt E. (2004): A kutatók nemzetközi mobilitása. *Magyar Tudomány*, 2004/8. 886–899.
- Vizi E. Sz. – Szelényi I. – Tamás P. – Hoch R. – Lovász L. – Marx Gy. – Venetianer P. (1991): A tudományos kutatók tömeges kiáramlásának megelőzése. *Magyar Tudomány*, 1991/6. 727–735.

**RESEARCHERS' MOBILITY: MIGRATION OF RESEARCHERS
FROM THIRD COUNTRIES AND THEIR INTEGRATION
INTO THE HUNGARIAN SOCIETY**

Abstract

There is no appropriate conceptual framework to comprehend researchers' international mobility – among others in Hungary either. Therefore in many cases it is impossible to recognise if a migrant researcher is a student or an employee with respect to his/her real status in the scientific life or on the labour market of the given country. The

project 'Third-country-citizen researchers' integration in Hungary'⁶² has given a lot of missing information on the conditions of researchers living and working in Hungary, on their legal, administrative, medical and other problems emerging in their every-day life in Hungary. It has described the legal conditions existing in Hungary, clarified the concept of 'third-country-citizen researcher'. It has also explored their countries of origin, their number, the conditions under which they had been allowed to enter Hungary, the different rights of their stay in the country. Similarly, it has also dealt with their work places, the character of their employment (the concrete form of their research activities), with the possibilities to have a job as a researcher, which forms of social security services they could obtain. The project has also tried to explore how and in which countries they paid taxes. Exploring the legal conditions and having information on the practical functioning of the legal rules and laws have been completed by obtaining empirical evidences. The authors have interviewed more than 20 researchers from third countries which interviews gave information on their experiences and problems. The results of the project have been summarized in an Anglo-Hungarian volume. The further aim of publishing that book was to eliminate the gaps in our knowledge and to help researchers, their receiving institutions, and authorities on all those fields relevant with respect to migrant researchers. This paper presents the summary of that volume completed by rich international context.

⁶² Further information: www.tullius.hu

FIGYELŐ

CSEH-SZOMBATHY LÁSZLÓ: STATISZTIKUS, SZOCIOLÓGUS, DEMOGRÁFUS. ÉLETRAJZI VÁZLAT

TÓTH PÁL PÉTER

1949-ben a legújabb kori történelmükbe betüremkedő, mindent szabályozni, meghatározni akaró politikai hatalom Cseh-Szombathy László előtt is eltorlaszolta azt az életpályát, amelyet diákként elképzelt, s amelynek megvalósulásában nem is kételkedett. Elképzelései illuzórikussá váltak. Újabb reményt 1956 októberének változásai jelentettek számára, amelyek ha nem is biztosítottak szabad teret egykori álmai megvalósulásának, de 1957-től mégis lehetőséget adtak számára, hogy – korlátok között ugyan – a társadalmi folyamatok tudós kutatója legyen. Ennek megkésett kiteljesedését a rendszerváltoztatás hozta meg számára.

Cseh-Szombathy László 1925. június 8-án nagy múltú, jelentős hagyományokkal rendelkező református családban született Budapesten.¹ Édesapja ekkor az Orvostudományi Egyetem Belgyógyászati Klinikájának tanársegédje volt, később pedig a Bethesda kórház belgyógyász főorvosa lett. Édesanyja az orvosegyetem gyermekklinikáján dolgozott.

Cseh-Szombathy László szellemi fejlődésére, nézeteinek alakulására a családi háttér, a család szellemi öröksége, s mindenekelőtt apai nagyapja, aki a pápai református kollégium orvosa s egyben a református gyülekezet főgondnoka volt, gyakorolt jelentős hatást. Ez a háttér óvta, védte, erkölcsi és intellektuális vonatkozásban is segítette, s egyben követendő példát jelentett számára. A szűkebb és tágabb családi környezetben sokféle hatás érte, s ezek nemcsak megalapozták sokirányú érdeklődését és tájékozódását, hanem szellemi fejlődésében is fontos szerepet játszottak.

Elemi iskolai tanulmányait 1931-ben Budapesten, Muraközy Ilona magániskolájában kezdte, majd a Cukor utcai községi elemi iskolában folytatta. 1935-től a Lónyai utcai Református Gimnáziumba került, ahol 1943-ban kitűnő eredménnyel érettségizett. Alapvetően humán érdeklődésű volt, és tantárgyai közül elsősorban a történelem és a földrajz vonzotta. Sokat olvasott. Érdeklődését sajátosan befolyásolta az, ami későbbi pályaválasztásában is szerepet játszott: még ötödikes gimnazistaként ajándékba kapta Otto Hübner *Weltstatistik* című munkáját. A gimnáziumi évek – a tárgyi ismeretek és a készségek fejlesztése terén kapott segítség mellett – abból a szempontból is fontosak voltak számára, hogy tanárai nemcsak önálló gondolkodásra, hanem arra is megtanították, hogy mások véleményét ne csak meghallgassa, hanem hogy saját álláspontjának kialakításakor figyelembe vegye, és fel is használja azokat.

¹ Az életút felvázolásában támaszkodtam Cseh-Szombathy László visszaemlékezésére (Életem, ahogy 77 éves koromban visszaemlékezem), amely kéziratban található a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet könyvtárában. A visszaemlékezés első része *A hét nemzedék* címmel a Magyar Szemleiben (Új folyam XIII. 3–4. szám. 2004. április, 47–70.) jelent meg.

Nem volt politikus alkat, ennek ellenére életében a politika közvetett módon fontos szerepet játszott. Még kisdíák volt, amikor édesapja kisgazdapárti politikus lett, s így számára addig nem ismert emberekkel, a harmincas évek elismert ellenzéki politikusával ismerkedhetett meg, miközben akaratlanul is fültanúja, részese volt az 1931-es országgyűlési választásokkal kapcsolatos, szülői házban lezajlott megbeszéléseknek. Édesapja az 1931-es országgyűlési választások során sikertelen kampányt folytatott, négy év múlva, 1935-ben azonban képviselővé választották. Ezt 1939-ben ismét sikertelen választási kampány követte. A politika tehát folyamatosan jelen volt a család, s így Cseh-Szombathy László életében is. A választások során szerzett tapasztalatok, a vidéki kortes utak hasznos segítséget jelentettek neki abban, hogy a korabeli magyar társadalom szociális, politikai, gazdasági viszonyait közvetlenebb formában is megismerhesse.

Mivel gyermekkorától a történelmi pálya lebegett szemei előtt, amelynek csúcsa az egyetemi tanárság lett volna, érettségi után, 1943 szeptemberében a Pázmány Péter Tudományegyetem Bölcsészeti Karán folytatta tanulmányait. Történelmi és földrajzi előadásokat hallgatott, s bár a középiskolai tanári karrier nem vonzotta, ennek ellenére az egyetem Tanárképző Intézetébe is beiratkozott. Tanárai közül mindenekelőtt Alföldi András, Mályusz Elemér, Láng Sándor és Mendöl Tibor óráit látogatta.

1944 áprilisában, a háborús viszonyok miatt az egyetemet bezárták. 1944. október 16-át követően édesapja óvatosságból Ete faluba küldte, ahol hivatalosan a jegyző munkáját segítette. A harcok elmúltával apai barátja, Oltványi Imre mellett, akit a debreceni ideiglenes kormány a Nemzeti Bank elnökévé nevezett ki, a titkári teendőket látta el. 1945 júliusában azonban Oltványi Imrét az ideiglenes kormány pénzügyminiszterré nevezte ki, melynek következtében Cseh-Szombathy László választás elé került. Mivel továbbra is a történelmi hivatás lelkesítette, a banki karrier helyett az egyetemi tanulmányok folytatását választotta. Ekkor, 1945 őszén, történelem- és társadalomszemléletének alakulására Hajnal István professzor előadásai voltak a legnagyobb hatással. Aktívan bekapcsolódott Hajnal szemináriumának munkájába, ahol többek között Comte és Spencer munkáival is megismerkedett. Egyetemi tanulmányaival párhuzamosan édesapja mellett, aki ekkor a Népjóléti Minisztérium politikai államtitkára volt, politikai szerepet is vállalt. A Kisgazdapártnak az 1945 októberében megrendezett helyhatósági választásokon elért eredményét saját sikerének is tekintette.

Az 1946/47-es tanévben Cseh-Szombathy Lászlónak lehetősége nyílt arra, hogy tanulmányait Svájcban folytassa. 1946 őszét a Bázeli Egyetemen, 1947 tavaszát pedig a Genfi Egyetemen töltötte. Mindkét helyen elsősorban szociológiai előadásokat hallgatott. Visszatérve, 1947 őszén továbbra is Hajnal István óráit látogatta, de mellette Szalai Sándor szemináriumába is beiratkozott. Szemináriumi szereplése alapján még a tanév során felvételt nyert a Szalai által vezetett Társadalomtudományi Intézetbe. Ezzel – egész életútját meghatározó érvénnyel – új perspektíva nyílt meg előtte. Ebben – Szalai Sándor személyes hatása mellett – fontos szerepet játszott a Társadalomtudományi Intézetben végzett tudományos munka, az intézet közössége. Fontos volt számára az a barátság, amely közte és az intézet tagjai közül mindenekelőtt Perjés Géza, Harsányi János és Szabó Dénes között kialakult. Mindezek hatására feladta a történelmi pályát, és a szociológiát választotta. Érdeklődésének középpontjába a társadalmi folyamatok megismerése és megértése került. Ez visszatükröződött abban is, hogy disszertációjának témáját megváltoztatta, a svájci és magyar parasztság fejlődését összehasonlító elemzés helyett a Szalai Sándor által javasolt téma, a *XX. Század* című társadalomtudományi folyóirat húsz évfolyamának feldolgozásába kezdett. Disszertációját 1948 novemberére

készítette el. Szalai azonban kifogásokat keresve a benyújtott dolgozat átdolgozását javasolta. Nem annak színvonalát kifogásolta, hanem a kommunisták részéről a személyét érő támadások miatt úgy vélte, nem lenne szerencsés, ha az intézet első diplomázója egy kiszagda politikus fia lenne.

Röviddel ezt követően, 1949 februárjában Szabó Dénes elhagyta az országot, és ez Cseh-Szombathy László intézeti helyzetét is érintette. Cseh-Szombathy ugyanis – a lassan teljesen megváltozott politikai viszonyok között és az átalakult intézeti légkörben – érezve a származása, kiszagdapárti politikusokhoz fűződő kapcsolatai miatt köréje szövődő bizalmatlanságot, tanári vizsgáira hivatkozva kivált az intézetből. (Döntését Szalai Sándor nagy megkönnyebbüléssel fogadta.)² Cseh-Szombathyt realitásérzéke ezután sem hagyta cserben. Gyorsan váltott, és „feledve” a szociológiai ihletésű doktori disszertációját, az *„Észak-Nyugat Dunántúl népmozgalmának változásai 1890 és 1930 között”* címmel írt egyetemi szakdolgozatot. S bár a szociológia művelésére a továbbiakban már semmiféle nyilvános lehetősége nem volt, mégis – anakronisztikus módon – a Perjés Gézával és Harsányi Jánossal folytatott, nyilvános kereteket nélkülöző egyetemen kívüli szakmai megbeszéléseik, vitáik hatására Cseh-Szombathy László ekkor vált a szociológia elkötelezett hívévé. Mindezek közepette a tanári diplomához szükséges vizsgákat letette. Szakdolgozatának pozitív elbírálását követően, 1950 júniusában középiskolai tanárrá avatták. Ezt megelőzően még 1950 májusában fontos változás történt életében, a diploma megszerzését megelőzően ugyanis megnősült.

A politikai helyzet gyökeres átrendeződése egyértelművé tette számára, hogy a kutatói pálya lezárult előtte. Ezt tudomásul véve, 1950 szeptemberében, a központi minisztériumi elhelyezés eredményeképpen, a kőbányai Szent László téri általános iskolában kezdte meg tanári munkáját. Itt 1953 szeptemberéig tanított, amikor a kispesti Landler Gimnáziumba helyezték. Tanárként is folyamatosan képezte magát. A történelemre koncentrált, de élt benne a remény, hogy még szociológiával is foglalkozhat. Ennek következtében – a történelmi szakirodalom mellett – szociológiai, szociográfiai, statisztikai műveket és a szociológia módszertanával foglalkozó szakirodalmat olvasott. Olvasmányairól rendszeresen beszámolt egykori gimnáziumi történelem tanárának, Ravasz Jánosnak. Kitartásának, belső késztetésének, igényességének és szorgalmának, a reménytelen helyzet dacára is folytatott állandó önképzésének meglelt az eredménye: tanára egy idő után kutatómunkára és egy tanulmány elkészítésére ösztönözte. S mivel a szociológia területén ekkor már semmiféle lehetőség nem volt publikálásra, Ravasz János történelmi téma feldolgozását javasolta egykori diákjának. Makkai Lászlóhoz küldte, aki segített a témaválasztásban, melynek eredményeként született meg Cseh-Szombathy László I. Rákóczi György 1644-es hadjárataival foglalkozó háromrészes tanulmánya.³

A változás reménye, nevezetesen az, hogy újból bekapcsolódhat a tudományos életbe, már e munka közepette, még 1956 tavaszán felsejlett előtte. Szalai Sándor ugyanis, miután kiengedték a börtönből, megkereste őt, valamint Perjés Gézá, és arra az esetre, ha egyetemi katedráját visszakapná, együttműködésüket kérte. Válaszuk egyértelmű volt, Szalai kinevezése azonban a forradalom kitöréséig nem realizálódott. Ezt követő-

² Szalai Sándort 1950-ben törvénytörő perben szabadságvesztésre ítélték, ahonnan 1956-ban szabadult.

³ Cseh-Szombathy László: I. Rákóczi György 1644-es hadjárata. *Hadtörténelmi Közlemények*, 1956. 1. szám, 1957. 1–2. és 3–4. szám.

en, november 4-ig túl kevés volt az idő ahhoz, hogy ezek a tervek valósággá váljanak. A forradalom leverését követően pedig még közel húsz évnek kellett eltelnie ahhoz, hogy a szociológia oktatása az egyetemeken megkezdődhessen.

Ennek ellenére Cseh-Szombathy László középiskolai tanári pályafutása 1957-ben befejeződött. Tudomására jutott ugyanis, hogy a Központi Statisztikai Hivatal idegen nyelveket beszélő munkatársakat keres. Jelentkezését származása miatt először elutasították, de ennek ellenére már az év októberétől a KSH Nemzetközi Osztályának munkatársaként folytatta munkáját.

Új munkahelyén ekkor még nem szociológiai, statisztikai ismereteire, hanem angol, német és francia nyelvismeretére volt szükség. Szerencséjére azonban nemcsak az idegen nyelvű sajtó szemléléseivel és idegen nyelvű levelezéssel bízták meg, hanem rövidesen összehasonlító statisztikai elemzéseket is készíthetett. Első szakmai feladata – az életszínvonal-életmód vizsgálat keretében – Budapest és Bécs fogyasztási színvonalának összehasonlító elemzése volt. E munka tapasztalatát is felhasználva készítette el „Az életszínvonal nemzetközi összehasonlításánál alkalmazott mutatószámok kiválasztása” című dolgozatát, amely a Statisztikai Szemle hasábjain jelent meg 1960 közepén.⁴ Közben a KSH Nemzetközi Osztálya által biztosított továbbképzés keretében a magasabb matematikai statisztika alapelemeivel és azok felhasználásának módszereivel ismerkedett meg.

Cseh-Szombathy László ekkor, tudományos pályájának kezdetén, 35 éves volt. Tíz-tizenhárom éves késéssel elindult tehát azon az úton, amelyet kisdiákként elképzelt, és amelyet természetesnek tartott önmaga számára. Tudományos karrierje szempontjából fontos volt, hogy öt év után, 1962-ben a KSH Nemzetközi Osztályról áthelyezték az akkor létrehozott Szociális Statisztikai Osztályra. Az osztály vezetése kedvezően fogadta javaslatát, hogy Peter Townsend kutatásai alapján⁵ az időskorúakkal kapcsolatban hasonló hazai vizsgálatot indítsanak, annak megvalósítására azonban – a KSH belső viszonyai miatt – ekkor még nem volt lehetőség. Helyette egy másik nagyon fontos társadalmi jelenség, a magyarországi öngyilkosságok alakulásának elemzésével bízták meg.⁶ E témakörrel kapcsolatos ismereteit a Közgazdasági és Jogi Kiadónál 1967-ben megjelent Émile Durkheim *Az öngyilkosság* című monográfiájának magyar nyelvű kiadásához írt igen alapos bevezető tanulmányában is kamatoztatta.⁷ Az öngyilkosságokkal kapcsolatos kutatásait követően pedig megvalósíthatta korábbi tervét, az örege-déskutatást.⁸ E vizsgálatot lezárva, egy újabb társadalmi jelenséggel, az alkoholizmus

⁴ Cseh-Szombathy László: Az életszínvonal nemzetközi összehasonlításánál alkalmazott mutatószámok kiválasztása. *Statisztikai Szemle*, 1960. 7. szám, 678–694.

⁵ Peter Townsend: *The family life of old people: an inquiry in East London*. Harmondsworth: Penguin, 1963.

⁶ Cseh-Szombathy László: Az öngyilkosság társadalmi jellege. *Demográfia*, 1963. 2. szám, 186–216.

⁷ Émile Durkheim: *Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány*. [Bev.] Cseh-Szombathy László; Bp. Közg. és Jogi K., 1967. 397 l., illetve Cseh-Szombathy László – Heinz Ervin: Az öngyilkosságok vizsgálata. *Statisztika Szemle*, 1965. 2. szám, 147–163.

⁸ Cseh-Szombathy László: A nyugdíjasok helyzete és problémái. *Demográfia*, 1964. 1. szám, 88–103., illetve Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László: Budapesti nyugdíjasok. *Statisztikai Szemle*, 1965. 7. szám, 675–700.

problémájával foglalkozott.⁹ Energiája szinte kimeríthetetlen volt. A fenti kutatásokkal párhuzamosan 1968-ban Ferge Zsuzsával közösen publikálták „*A szociológiai felvétel módszerei*” című, első magyar nyelvű módszertani kézikönyvet.¹⁰ A kötet, amely egyértelműen meghatározó szerepet játszott a hazai szociológiai kutatás és oktatás módszertani megalapozásában, három kiadást ért meg.

A hatvanas évek végére esett a gyermekgondozási segély hazai rendszerének kialakítása és bevezetése. Cseh-Szombathy ez esetben is kezdeményező volt, javaslatára indult meg ugyanis a rendszeres adatgyűjtés azokról, akik a segélyt igénybe vették. Ez a munka egyben előképét is jelentette annak a kiterjedt vizsgálódásnak, amelyet a rendszerváltoztatás után a népesedéspolitikai kormánybizottság felkérésére irányított.

Cseh-Szombathy László a KSH keretében kifejtett tudományos munkássága révén, amely a szociológia, s ezzel érintkezve a statisztika és bizonyos értelemben a demográfia területét érintette, a hetvenes évekre a legelismertebb hazai társadalomkutatóvá vált. Ebben szerepet játszottak hivatali pozíciójával együtt járó kapcsolatai és lehetőségei, publikációi, konferenciaszereplései, előadásai. Helyzetének stabilizálásában Szalai Sándor szerepe is jelentős volt. Szalai ugyanis a szociológiai kutatás és oktatás intézményesítése érdekében az 1960-as évektől egykori tanítványára, Cseh-Szombathy Lászlóra is támaszkodott. Cseh-Szombathy ennek köszönhette, hogy még a KSH alkalmazottjaként tagja lett az Akadémia Szociológiai Bizottságának, és hogy bekapcsolódott a nemzetközi időmérleg-kutatásba.¹¹ Ez egyben azt is jelentette, hogy a KSH-tól függetlenül új tudományos kapcsolatokat is teremtve, hazai és nemzetközi tudományos konferenciákon is szerepelt. Pályájának alakulásában szerepet játszott az is, hogy 1969-ben megismerkedett a Nemzetközi Szociológiai Társaság Családszociológiai Bizottságának elnökével. E kapcsolat tette lehetővé számára, hogy még abban az évben a Genfben rendezett szemináriumon megismerkedhetett a családkutatás akkori legkiválóbbjaival, akik közül többen szakmai és baráti kapcsolatba kerültek. Ezek a kapcsolatok generálták Cseh-Szombathy családkutatással kapcsolatos vizsgálatait, amelyek a hetvenes évek végén lehetővé tették számára, hogy részt vegyen a GYES bevezetésének hatásvizsgálataiban.

Szakmai munkájának hivatali elismerését jelentette, amikor 1970-ben kinevezték a KSH Társadalomstatisztikai Főosztály főosztályvezető helyettesévé. E munkakör tette lehetővé számára, hogy korábbi kutatási javaslatát, az öregek társadalmi helyzetének vizsgálatát megvalósítsa. A kutatást dokumentáló, lezáró 300 oldalt is meghaladó jelentés, amely visszaemlékezése szerint a legjobb munkája volt, publikálatlan maradt. Ad-

⁹ Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László – Vukovich György: A budapesti alkoholista. *Statisztikai Szemle*, 1968. 12. szám, 1221–1239.

Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László: Az alkoholizmus szociológiai vizsgálatának módszertani problémái. *Alkohológia*, 1970. 3–4. szám, 110–121.

Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László: Az alkoholizmus társadalmi tényezői és hatásai. *Szakszervezeti Szemle*, 1973. 4. szám, 66–70.

¹⁰ Cseh-Szombathy László – Ferge Zsuzsa [összeáll. és a tanulmányokat vál.]: *A szociológiai felvétel módszerei*. Közgazd. és Jogi K. Budapest, 1968. 430 l.

¹¹ Cseh-Szombathy László: International differences in the types and frequencies of social contacts. In Szalai Sándor – Converse, Philip E. et al. (eds.): *The use of time daily activities of urban and suburban populations in twelve countries*. Mouton, European Coordination Centre for Research, The Hague, Paris, 1972. 307–315.

digi kutatásainak eredményességét azonban mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy 1974-ben az addigi publikációiban megfogalmazott eredmények tézisszerű összefoglalásáért kandidátusi fokozatot kapott.¹²

1973-ben Bálint József lett a Központi Statisztikai Hivatal elnöke, s ez Cseh-Szombathy Lászlót – féltve az addig kivívott kutatói szabadságát – tájékozódásra készítette. Ennek eredményeként lett 1975. január 1-jén a Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutatóintézetének munkatársa. Ekkor már a család változásaival, a család-szociológiai problémák és módszerek feltárásával, használatával, a háztartási konfliktusok kérdéskörével kapcsolatos tudományos problémák foglalkoztatták. Az ezekhez a kérdéskörökhöz kapcsolódó vizsgálatainak megindításával azonban néhány évet még várnia kellett, mert új munkahelyén az életmódkutatásokkal foglalkozó részleg vezetésével bízták meg. A munkahelyváltással párhuzamosan az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán megindult szociológusképzésbe is bevonták. Ezzel egykori álma, hogy egyetemi tanár lesz, ha jelentős kitérőkkel is, de 24 év után elérhető közelségbe került számára. Erre azonban még tíz évet kellett várnia. Egyetemi tanári kinevezését 1984 júniusában kapta meg, de ekkor talán már nem is ez volt fontos számára, hanem az, hogy új pozíciójából közvetlenebbül befolyásolhatta és segíthette a szociológia szaktudományi intézményesülését, a szociológiai oktatás és kutatás jogosságának teljes körű elismertetését, a szakképzett szociológusok felkészítését és útra bocsátását.

Felkészültsége, emberi és kutatói kvalitásai következtében a hetvenes évek végén előbb az MTA Szociológiai Intézet igazgatóhelyettesévé, 1983-ban pedig az intézet igazgatójává nevezték ki. Ettől az időtől kezdve tudományos munkájának centrumát már egyértelműen a családkutatás foglalta el. Ezen a kutatási területen is szisztematikusan járt el. Először 1978-ban megjelentette a „*Változó család*” című tanulmánykötetet¹³, majd egy évvel később a „*Családszociológiai problémák és módszerek*” című könyvében a családdal kapcsolatos szakirodalom legjobb feldolgozását adta közre.¹⁴ A családdal kapcsolatos vizsgálataiból szinte szükségszerűen nőtt ki a váláshoz vezető út megismerésének igénye, valamint a házassági konfliktusok folyamatának kutatása. Akadémiai doktori értekezését is e témakörből írta.¹⁵ A doktori címet 1982-ben kapta meg. E témakörhöz kapcsolódott egyik legfontosabb kutatása, melynek anyaga az 1985-ben publikált „*A házastársi konfliktusok szociológiája*” című könyvben látott napvilágot.¹⁶ Ekkor éppen úgy, mint korábbi vizsgálatai során, nemcsak magyar adatokat használt, hanem ez esetben – nemzetközi összehasonlító kutatást keretében – nyolc ország adatait elemezte. A vizsgálat anyaga, mely az Akadémiai Kiadó gondozásában jelent meg,

¹² S. Molnár Edit: Cseh-Szombathy László kandidátusi vitája. *Szociológia*, 1975. 1. szám, 136–138., illetve Lakatos Mária: Cseh-Szombathy László tudományos publikációinak tézises védése. *Statisztikai Szemle*, 1975. 2. szám, 189–191.

¹³ Cseh-Szombathy László [összeáll.]: *A változó család: Tanulmányok*. Kossuth K., Budapest, 1978. 255 l.

¹⁴ Cseh-Szombathy László: *Családszociológiai problémák és módszerek*. Gondolat, Budapest, 1979.

¹⁵ Cseh-Szombathy László: *A házastársi konfliktus szociológiája* [Doktori értekezés]. Budapest, 1981.

¹⁶ Cseh-Szombathy László: *A házastársi konfliktusok szociológiája*. Gondolat, Budapest, 1985. 187 l.

hazai és nemzetközi vonatkozásban is jelentős elismerést jelentett számára.¹⁷ Tudományos munkássága, annak ellenére, hogy intézetvezetői pozíciójából fakadóan számos kérdéskörrel összefüggésben jelentek meg írásai, ezt követően is a családkutatásra irányul. Utolsó, e kérdéskörrel foglalkozó írása 2002-ben jelent meg.¹⁸

Külön kell szólni arról a munkáról, amelyet a szociológia terén nemzetközi vonatkozásban kifejtett. A KSH-ba kerülve, 1957 után nyílt meg előtte ismét a külföldre utazás lehetősége. Ehhez német, angol, francia nyelvismerete jó háttérrel biztosított számára. Első külföldi útját Szalai Sándornak köszönhetette, aki kapcsolatai révén elérte, hogy 1964-ben részt vehessen az UNESCO által szervezett oslói szemináriumon. Itt a társadalomtudományokban alkalmazható matematikai módszerekkel ismerkedett, és további kapcsolatokat generáló ismeretségekre tett szert. Ezek a későbbi évek során újabb és újabb szakmai kapcsolatokkal bővültek. Szerencséje volt, hogy nemzetközi kapcsolatai több lábbon álltak, és így ebben a vonatkozásban nem volt kiszolgáltatva munkahelyének (természetesen utazásait, külföldi partnerekkel kialakított munkakapcsolatait neki is jóvá kellett hagyatnia, s a „kor” szokásaihoz híven hazatérve úti jelentéseket kellett készítenie).

A hetvenes évek végétől, de különösen a nyolcvanas évek elejétől új lehetőséget jelentett számára, hogy a nyugat és kelet közötti kapcsolatok kiépítése kölcsönös érdeken nyugodott, s ebben a társadalomtudományoknak, és ezen belül a szociológiának fontos szerep jutott. Ennek következtében konferenciák, szemináriumok, szakmai konzultációk keretében Európa szinte valamennyi országában járt, de útjai között szerepelt Észak-Amerika, Kína, Japán is. Ezek az utak számára tapasztalatszerzést, a hazai tudományosság számára pedig nemzetközi elismertséget jelentettek. Széles körű nemzetközi kapcsolatai tették lehetővé azoknak a jelentős kutatási eredményeket tartalmazó köteteknek a megjelentetését, amelyeket Cseh-Szombathy László – a már említett „*The aftermath of divorce – coping with family change*” című könyv mellett – neves nyugati szociológusokkal közösen szerkesztett.¹⁹

Intézetigazgatói tevékenysége 1988-ban nyugdíjba vonulásával megszakadt. Ez nem kényszerű, hanem tudatosan vállalt döntés volt számára. A tudományos élettől, korábbi kutatómunkájától azonban nem szakadt el. Továbbra is aktívan részt vett az MTA Szociológiai, majd a Demográfiai Bizottságának munkájában. Ekkor került előtérbe az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szociológiai Intézetében végzett oktató munkája, ahol 1995-ig tanított. Nevéhez fűződik az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szociológiai

¹⁷ Cseh-Szombathy László – Koch-Nielsen, Inger – Trost, Jan – Weeda, Itke (eds.): *The aftermath of divorce – coping with family change. An investigation in eight countries.* European Co-ordination Centre for Research and Documentation in Social Science. Akadémiai K., Budapest, 1985. XII, 219 l.

¹⁸ Cseh-Szombathy László: A rokonság szerepe a mai társadalomban. In Faragó Tamás (szerk.): *Szerkezetek, folyamatok, összefüggések. Demográfiai szöveggyűjtemény.* Új Mandátum K. Budapest, 2002. 68–80.

¹⁹ Cseh-Szombathy László – Richter, Rudolf: *Familien in Wien und Budapest.* Böhlau Verl., Wien, 1993. 220 l., illetve Mogyey John – Cseh-Szombathy László et al. (eds.): *Aiding and aging – the coming crisis in support for the elderly by kin and state.* Greenwood Press, New York, 1990. XIV, 290 l. (Contribution to the study of aging) (Proceedings of the International Seminar in Family Research held in 1988 at the Balaton-Zamardi Conference Center, Zamardi, Hungary.)

giai Intézetének keretében megindított demográfiaoktatás bevezetése. Alapító tagja volt az ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézetében létrejött Szociológia Doktori Iskolának. 1995-ben, hetven évesen, az egyetem professzor emeritusa lett. Mindezekkel párhuzamosan európai egyetemeken tartott előadást, beválasztották az UNESCO bécsi központja igazgatótanácsába, és annak alelnökeként, aktív szerepet vállalt az intézmény irányvonalának meghatározásában.

Életének, tudományos, közéleti szereplésének külön fejezete az 1990 utáni időszak. A nem várt, de remélt rendszerváltoztatás – mivel addig lezárt utakat nyitott meg előtte –, ha radikálisnak nem is mondható, de egyértelműen látványos változást hozott életében. A felajánlott miniszteri pozíciót elhárította, de aktívan bekapcsolódott az Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok (OTKA) újjászervezésébe. Az új struktúra és feladatkör meghatározását követően 1994-ig az OTKA Társadalomtudomány Kollégiumának lett az elnöke. Közben nemcsak az ELTE-n, hanem a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen is tanított. Bekapcsolódott a Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológiai Tanszéke mellett működő Családszociológiai Központ munkájába. 1991-ben a Szociológiai Szemle főszerkesztője lett. Támogatta a demográfia intézményesülését, melynek eredményeként az MTA Társadalomkutató Központban népesedéstudományi kutatócsoport jött létre. Egy éven át vendégtanár volt Bécsben. 1999 tavaszán pedig az egyik aláírója volt annak a levélnek, melyet az MTA Demográfiai Bizottsága a népesség fogyásának megállítása érdekében írt a miniszterelnöknek. E levél hatására a miniszterelnök 1999. május 13-án Cseh-Szombathy Lászlót népesedési ad hoc bizottság vezetésével bízta meg. A bizottság, melynek munkájában 22 szakértő vett részt, feladata egy hosszú távú népesedéspolitikai koncepció megfogalmazása volt. Az ad hoc bizottság javaslata és az azt alátámasztó 17 elemzést tartalmazó tanulmánykötet 2001-ben jelent meg.²⁰ Az elemzésben megfogalmazottak hatására jött létre a Magyar Népesedési Kormánybizottság, melynek többek között Cseh-Szombathy László is tagja lett.²¹

A rendszerváltoztatás a tudományos karrierje előtt addig tornyosuló ideológiai akadályokat is elhárította, s így 1993-ban a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjai sorába választotta.²² 2001-ben pedig az akadémia rendes tagja lett.²³ Tudományos-közéleti tevékenységét 1994-ben Széchenyi-díjjal, 2000-ben pedig a Magyar Köztársasági Érdemrend középkeresztje csillaggal kitüntetéssel ismerték el.

²⁰ Cseh-Szombathy László – Tóth Pál Péter (szerk.): *Népesedés és népességgpolitika: tanulmányok*. Századvég, Budapest, 2001. 534 l.

²¹ Az MTI 2001. június 26-án 22.53 órakor a következő hírt hozta nyilvánosságra: „Népesedési kormánybizottságot hozott létre a kormány – közölte Borókai Gábor a kabinet keddi ülését követő sajtótájékoztatón Budapesten. A kormányzóvivő elmondta, hogy a testület feladata a nemzeti népesedési program kidolgozása. A szóvivő utalt arra, hogy egyes előrejelzések szerint a következő 50 évben kétféle is lehet a népesség fogyása; ennek megelőzése érdekében a családok stabil működési feltételeinek megteremtésére van szükség. Borókai Gábor elmondta, hogy a bizottság elnöke a miniszterelnök, titkára pedig a Miniszterelnöki Hivatal politikai államtitkára lesz.”

Lásd: <http://index.hu/belfold/hirek/57864/?rnd=456>

²² Székfoglaló előadását 1994 áprilisában, „A társadalmi normák változásának szerepe a családi élet alakulásában” címmel tartotta meg.

²³ Székfoglaló előadását az „Ellentmondó tendenciák a párkapcsolatok stabilitásának instabilitásának alakulásában” címmel 2002. január végén tartotta.

Életének 1990-et követő, ideológiai-politikai kötöttség nélküli szakaszára – a publikációs lista alapján – egy könyv, három kisebb önálló kiadvány, hat általa szerkesztett könyv, s mintegy két tucat tanulmány jutott. Ehhez tegyük hozzá, hogy az 1956-ban megjelent első, háromrészes publikációját követően munkásságát 40 önálló mű, 20 általa szerkesztett, összeállított kiadvány, 225 tanulmány, cikk, 22 interjú, írásban rögzített beszélgetés, hozzászólás és 67 recenzió, könyv-, és folyóiratcikk-ismertetés fémjelzi. Mindezek mellett a bibliográfia összeállítója még 201 olyan közleményt talált, amelyben Cseh-Szombathy László munkásságával foglalkoztak. Ezek alapján nyugodtan megállapíthatjuk, hogy Cseh-Szombathy László impozáns életművet hagyott ránk. Eredményességének okát önmaga módszerességében ragadta meg, és talán akkor járunk el helyesen, ha kutató-, oktató- és tudományos közéleti tevékenységének értékelésekor a ránk hagyott visszaemlékezéséből idézünk. Életére visszatekintve ugyanis a következőket fogalmazta meg:

„Eredendő lustaságomat leküzdve a módszerességgel sikerült magamat a gimnáziumban beverekedni a jeles tanulók közé közepes tehetséggel, ennek köszönhetem, hogy három idegen nyelven is tudtam úgy kommunikálni, hogy más kultúrában felnövő emberekkel is kapcsolatot teremthettem – pedig nyelvek tanulása szempontjából 'süket' voltam – a módszerességből következő kiszámíthatóságom, megbízhatóságom vitt előre pályámon és eredményezte vezetőim elismerését, felkarolását. Pályám igaz sikerei, amelyeket az általános iskolában, a gimnáziumban, az egyetemen az oktatásban értem el, valóban újat nyújtó publikációim, kezdeményezéseim mind elsősorban következetesen végiggondolt és kivitelezett lépéseknek voltak az eredményei. Hiányzott nálam az 'isteni szikra', de ez már gimnazista koromtól fogva nem bántott, tudomásul vettem és e szerint viselkedtem. Nem éreztem sérelmesnek helyemet a második sorban, amit nemcsak a számomra hátrányos kommunista káderpolitikának tulajdonítottam.”²⁴

A fenti gondolatokhoz csak annyit tennék hozzá, hogy valóban, Cseh-Szombathy László nem volt elméletalkotó, de hát volt-e valaki az saját nemzedékéből, illetve az előtte járó és az őt követő nemzedékek tagjai között. Munkásságának jelentőségét a módszertanilag megalapozott szociológiai szaktudomány megalapozásában, az újabb és újabb területekre kiterjedő példamutató következetességgel megtervezett és végrehajtott vizsgálatok lebonyolításában, a nemzetközi szakirodalomban jelentkező elképzelések és kutatási módszerek rendszerezett közvetítésében, számos esetben hazai adaptálásában ragadhatjuk meg. Mindez még kiegészült oktató munkájával, a szociológiai oktatás színvonalának emelése érdekében kifejtett tevékenységével, a nemzetközi kapcsolatok területén végzett sokrétű munkájával és azzal az emberséggel, amellyel a hozzáfordulók ügyes-bajos dolgait intézte. Folyamatosan tanult, és így, bár nem volt szakképzett szociológus, a hazai szociológiai tudomány épületének létrehozásában – a hozzá hasonlóan szociológiai szakképzésben nem részesült kutatókkal együtt – nemzetközi mércével mérve is minőséget teremtett és hagyott az őt követő nemzedékekre.

²⁴ Életem, ahogy 77 éves koromban visszaemlékezem. 99–100. é.n. [2002] KSH Népeségtudományi Kutatóintézet könyvtára (kézirat).

DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

EUROPEAN JOURNAL OF POPULATION

az Európai Népesedési Társaság folyóirata

2012. No. 1.

- SAARELA, J. – FINNÄS, F.: Long-term Mortality of War Cohorts: The Case of Finland.
- MICHELI, G. A.: Two Strong Families in Southern Europe? Re-Examining the Geography of Kinship Regimes Stemming from the Reciprocity Mechanisms between Generations.
- HAMPSHIRE, K. – BLELL, M. – SIMPSON, B.: Navigating New Socio-Demographic Landscapes: Using Anthropological Demography to Understand the ‘Persistence’ of High and Early Fertility Among British Pakistanis.
- HOLLAND, J. A.: Home and Where the Heart Is: Marriage Timing and Joint Home Purchase.
- BARRETT, A. – KELLY, E.: The Impact of Ireland’s Recession on the Labour Market Outcomes of its Immigrants.

JOURNAL OF MARRIAGE AND FAMILY

az USA Családi Kapcsolatok Nemzeti Tanácsának folyóirata

2012. No. 1.

- MUSICK, K. – BUMPASS, L.: Reexamining the Case for Marriage: Union Formation and Changes in Well-being.
- BARNES, J. C. – BEAVER, K. M.: Marriage and Desistance From Crime: A Consideration of Gene–Environment Correlation.
- GOLDBERG, A. E. – KUVALANKA, K. A.: Marriage (In)equality: The Perspectives of Adolescents and Emerging Adults With Lesbian, Gay, and Bisexual Parents.
- MUSICK, K. – BRAND, J. E. – DAVIS, D.: Variation in the Relationship between Education and Marriage: Marriage Market Mismatch?
- HUIJNK, W. – LIEFBROER, A. C.: Family Influences on Intermarriage Attitudes: A Sibling Analysis in the Netherlands.
- KNOLL, M. A. Z. – TAMBORINI, C. R. – WHITMAN, K.: I Do ... Want to Save: Marriage and Retirement Savings in Young Households.

2012. No. 2.

- CORNWELL, B.: Spousal Network Overlap as a Basis for Spousal Support.
- GEURTS, T. – POORTMAN, A-R. – VAN TILBURG, T. G.: Older Parents Providing Child Care for Adult Children: Does It Pay Off?
- PETTS, R. J.: Single Mothers’ Religious Participation and Early Childhood Behavior.
- KALMIJN, M. – DE GRAAF, P. M.: Life Course Changes of Children and Well-being of Parents.

- SCHOBER, P. S.: Paternal Child Care and Relationship Quality: A Longitudinal Analysis of Reciprocal Associations.
- TREAS, J. – GUBERNSKAYA, Z.: Farewell to Moms? Maternal Contact for Seven Countries in 1986 and 2001.
- TAYLOR, Z. E. – LARSEN-RIFE, D. – CONGER, R. D. – WIDAMAN, K. F.: Familism, Interparental Conflict, and Parenting in Mexican-Origin Families: A Cultural–Contextual Framework.
- YAO LU: Education of Children Left Behind in Rural China.
- JOHNSON, E. I. – EASTERLING, B.: Understanding Unique Effects of Parental Incarceration on Children: Challenges, Progress, and Recommendations.
- POORTMAN, A-R. – MILLS, M.: Investments in Marriage and Cohabitation: The Role of Legal and Interpersonal Commitment.
- MANNING, W. D. – COHEN, J. A.: Premarital Cohabitation and Marital Dissolution: An Examination of Recent Marriages.

2012. No. 3.

- AARSKAUG WIİK, K. – KEIZER, R. – LAPPEGÅRD, T.: Relationship Quality in Marital and Cohabiting Unions across Europe.
- LEOPOLD, T.: The Legacy of Leaving Home: Long-Term Effects of Coresidence on Parent – Child Relationships.
- TRAIL, T. E. – KARNEY, B. R.: What's (Not) Wrong With Low-Income Marriages.
- LODGE, A. C. – UMBERSON, D.: All Shook Up: Sexuality of Mid- to Later Life Married Couples.
- CHOI, S. Y. P. – CHEUNG, Y. W. – CHEUNG, A. K. L.: Social Isolation and Spousal Violence: Comparing Female Marriage Migrants with Local Women.
- DREFAHL, S.: Do the Married Really Live Longer? The Role of Cohabitation and Socioeconomic Status.
- MUSICK, K. – MEIER, A.: Assessing Causality and Persistence in Associations between Family Dinners and Adolescent Well-Being.
- MANACY PAI – JUNG-HWA HA: Impact of Widowhood on Parent–Child Relations: Does Parents' Personality Matter?
- ZHEN CONG – SILVERSTEIN, M.: A Vignette Study on Gendered Filial Expectations of Elders in Rural China.
- RACKIN, H. – GIBSON-DAVIS, C. M.: The Role of Pre- and Postconception Relationships for First-Time Parents.
- POUGNET, E. – SERBIN, L. A. – STACK, D. M. – LEDINGHAM, J. E. – SCHWARTZMAN, A. E.: The Intergenerational Continuity of Fathers' Absence in a Socioeconomically Disadvantaged Sample.
- POTTER, D.: Same-Sex Parent Families and Children's Academic Achievement.
- CICHY, K. E. – STAWSKI, R. S. – ALMEIDA, D. M.: Racial Differences in Exposure and Reactivity to Daily Family Stressors.
- MERZ, E-M. – LIEFBROER, A. C.: The Attitude Toward Voluntary Childlessness in Europe: Cultural and Institutional Explanations.
- CORDERO-COMA, R. – BREEN, R.: HIV Prevention and Social Desirability: Husband–Wife Discrepancies in Reports of Condom Use.

NIEUWENHUIS, R. – NEED, A. – VAN DER KOLK, H.: Institutional and Demographic Explanations of Women's Employment in 18 OECD Countries, 1975–1999.

POPULATION¹

a Francia Nemzeti Népeśtűdományi Intézet folyóirata

2011. No. 1.

ADVEEV, A. – EREMENKO, T. – FESTY, P. – GAYMU, J. – LE BOUTELLEC, N. – SPRINGER, S.: Populations and Demographic Trends of European Countries, 1980–2010.

VILLENEUVE-GOKALP, C.: Women who Give Birth “Secretly” in France, 2007–2009.

VERDUGO, G.: Public Housing and Residential Segregation of Immigrants in France, 1968–1999.

LESSAULT, D. – BEAUCHEMIN, C. – SAKHO, P.: International Migration and Housing Conditions of Households in Dakar.

2011. No. 2.

BEAUJOUAN, E.: Second Union Fertility in France: Partners' Age and Other Factors.

MARSICANO, E. – LYDIÉ, N. – BAJOS, N.: Gender and Migration: The Sexual Debut of Sub-Saharan African Migrants in France.

WILFRIED RAULT, le groupe CSF: The Intimate Orientations of the First “PACS” Couples in France.

CAMBOIS, E. – LABORDE, C.: Occupational Mobility and Mortality in France. Links Confirmed for Men, Emergent for Women.

RÉGNIER-LOILIER, A. – VIGNOLI, D.: Fertility Intentions and Obstacles to their Realization in France and Italy.

RINESI, F. – PINNELLI, A. – PRATI, S. – CASTAGNARO, C. – IACCARINO, C.: The Transition to Second Child in Italy: Expectations and Realization.

2011. No. 3–4.

MAZUY, M. – PRIOUX, F. – BARBIERI, M.: Recent Demographic Developments in France: Some Differences between Overseas Départements and Metropolitan France.

TEMPORAL, F. – MARIE, C-V. – BERNARD, S.: Labour Market Integration of Young People from the French Overseas Départements: At Home or in Metropolitan France?

MERLI, M. G. – MORGAN, S. P.: Below Replacement Fertility Preferences in Shanghai.

¹ A Population összes száma teljes terjedelemben megjelenik francia és angol nyelven is.

- ROSERO-BIXBY, L. – CASTRO-MARTÍN, T. – REHER, D. – SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M.: Estimating the Number of Immigrants in Spain: An Indirect Method Based on Births and Fertility Rates.
- MARTIN, C. – CHERLIN, A. – CROSS-BARNET, C.: Living Together Apart in France and the United States.
- GINNAIO, M.: Pellagra in Late Nineteenth Century Italy: Effects of a Deficiency Disease.
- NIPPERDEY, J.: Johann Peter Süßmilch: From Divine Law to Human Intervention.
- WERNLI, B. – HENCHOZ, C.: End of the Conjugal Relationship, Gender and Domestic Tasks in Switzerland.

POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW

az Amerikai Népesedési Tanács folyóirata

2012. No. 1.

- MASSEY, D. S. – PREN, K. A.: Unintended Consequences of US Immigration Policy: Explaining the Post-1965 Surge from Latin America.
- GUILMOTO, C. Z.: Son Preference, Sex Selection, and Kinship in Vietnam.
- ESTEVE, A. – LESTHAEGHE, R. – LÓPEZ-GAY, A.: The Latin American Cohabitation Boom, 1970–2007.
- BONGAARTS, J. – SOBOTKA, T.: A Demographic Explanation for the Recent Rise in European Fertility.
- GREENHALGH, S.: On the Crafting of Population Knowledge.
- SPOORENBERG, T. – SCHWEKENDIEK, D.: Demographic Changes in North Korea: 1993–2008.

POPULATION RESEARCH AND POLICY REVIEW

a KLUWER Akadémiai Kiadó és a Déli Demográfiai Egyesület folyóirata

2012. No. 1.

- SCHOTT, W.: Going Back Part-time: Family Leave Legislation and Women's Return to Work.
- MOLLBORN, S. – DENNIS, J. A.: Investigating the Life Situations and Development of Teenage Mothers' Children: Evidence from the ECLS-B.
- GOLDBERG, R. E. – SHORT, S. E.: "The Luggage that isn't Theirs is Too Heavy...": Understandings of Orphan Disadvantage in Lesotho.
- TEACHMAN, J.: Health Limitations and Post-Secondary School Enrollment.
- PIRANI, E. – SALVINI, S.: Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly.
- PRICE, C. E. – FELDMEYER, B.: The Environmental Impact of Immigration: An Analysis of the Effects of Immigrant Concentration on Air Pollution Levels.
- SANDERS, S. R. – BROWN, D. L.: The Migratory Response of Labor to Special Economic Zones in the Philippines, 1995–2005.

2012. No. 2.

- WENDY D. MANNING, W. D. – PEGGY C. GIORDANO, P. C. – MONICA A. LONGMORE, M. A. – CHRISTINE M. FLANIGAN, C. M.: Young Adult Dating Relationships and the Management of Sexual Risk.
- ALLENDORF, K.: Women's Agency and the Quality of Family Relationships in India.
- YI ZENG – MORGAN, S. P. – ZHENGLIAN WANG – DANAN GU – CHINGLI YANG: A Multistate Life Table Analysis of Union Regimes in the United States: Trends and Racial Differentials, 1970–2002.
- SWANSON, D. A. – HOUGH, G. C.: An Evaluation of Persons per Household (PPH) Estimates Generated by the American Community Survey: A Demographic Perspective.
- RACHEL SULLIVAN ROBINSON: Negotiating Development Prescriptions: The Case of Population Policy in Nigeria.
- DAVID, C. C. – JENNA MAE L. ATUN – ANTONIO G. M. LA VIÑA: Framing in Legislation: The Case of Population Policy in the Philippines.

2012, No. 3.

- RALSTON, M. L. – ESCANDELL, X.: Networks Matter: Male Mexican Migrants' Use of Hospitals.
- CLARK, W. A. V. – MAAS, R.: Schools, Neighborhoods and Selection: Outcomes across Metropolitan Los Angeles.
- MANLOVE, J. – WILDSMITH, E. – IKRAMULLAH, E. – RYAN, S. – HOLCOMBE, E. – SCOTT, M. – PETERSON, K.: Union Transitions Following the Birth of a Child to Cohabiting Parents.
- BONGOH KYE: Cohort Effects or Period Effects? Fertility Decline in South Korea in the Twentieth Century.
- ZHEN GUO – ZHENG WU – SCHIMMELE, C. M. – SHUZHUO LI: The Effect of Urbanization on China's Fertility.
- HILSON, G. – GARFORTH, C.: 'Agricultural Poverty' and the Expansion of Artisanal Mining in Sub-Saharan Africa: Experiences from Southwest Mali and Southeast Ghana.

POPULATION STUDIES

a Londoni Közgazdasági Főiskola Népeségvizsgáló Bizottságának folyóirata

2012. No. 1.

- WILMOTH, J. – ZUREICK, S. – CANUDAS-ROMO, V. – MIE INOUE, M. – SAWYER, C.: A flexible two-dimensional mortality model for use in indirect estimation.
- GOLDSTEIN, J. R. – CASSIDY, T.: How slowing senescence translates into longer life expectancy.
- ZHAO, B. B.: A modified Lee–Carter model for analysing short-base-period data.

- KAUFMANN, E. – GOUJON, A. – SKIRBEKK, V.: American political affiliation, 2003–43: A cohort component projection.
- JALOVAARA, M.: Socio-economic resources and first-union formation in Finland, cohorts born 1969–81.
- RINDFUSS, R. R. – PIOTROWSKI, M. – ENTWISLE, B. – EDMEADES, J. – FAUS, K.: Migrant remittances and the web of family obligations: Ongoing support among spatially extended kin in North-east Thailand, 1984–94.