

DEMOGRÁFIA

NÉPESÉGTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT

12. ÉVF. 4. SZÁM

BUDAPEST

1969

A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
DEMOGRÁFIAI BIZOTTSÁGA
ÉS A KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL FOLYÓIRATA

A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG TAGJAI:

ACSÁDI GYÖRGY, EMBER GYŐZŐ, FARÁDI LÁSZLÓ, HUSZÁR ISTVÁN,
KLINGER ANDRÁS, KOVÁCS ISTVÁN, KULCSÁR KÁLMÁN, MILTÉNYI
KÁROLY, SZABADY EGON (főszerkesztő), TÖRŐ IMRE, VINCZE ISTVÁN

ДЕМОГРАФИЯ

Журнал демографических наук Демографической Комиссии
Венгерской Академии Наук и Центрального Статистического Управления

Главный редактор: *Д-р Эгон Сабади*

Адрес редакции: Будапешт, V. ул. Верес Палне д. 10.

Подписку направлять по адресу: «Культура», Внешнеторговое предприятие по продаже
книг и журналов, Будапешт 62, П. Я. 149.

DEMOGRÁFIA

A Population Quarterly of the Committee for Demography
of the Hungarian Academy of Sciences and the Central Statistical Office

Editor-in-Chief: *Dr. Egon Szabady*

Editorial Office: Budapest, V. Veres Pálné u. 10.

Orders may be placed with KULTURA, Hungarian Trading Company for Books and Newspapers
(Budapest, 62, P. O. B. 149)

or with any greater bookseller or distributor of periodicals.

Subscription for a year: US \$ 4.40

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

<i>Dr. Szabady Egon</i> : Magyar termékenységi és családtervezési vizsgálatok	417
<i>Dr. Peter Huntingford</i> : A szabad döntés joga és az orvosi felelősség	437
<i>Dr. Thorsten Sjövall</i> : Családtervezés az egészségügyi oktatásban	444
<i>Pierre O. Hubinont</i> : Az emberi reprodukcióval és a családtervezéssel kapcsolatos orvosképzés irányelvei	454

KÖZLEMÉNYEK

<i>Dr. Acsádi György</i> : Népeséggpolitikai kérdések a szocialista országok régiójában	464
<i>Dr. Klinger András</i> : Az abortuszok demográfiai vonatkozásai	479
<i>Dr. Szabady Egon</i> : A csecsemőhalandóságot befolyásoló biológiai, társadalmi tényezők Magyarországon	492
<i>Dr. Fügedi Erik</i> : A középkori Magyarország történeti demográfiájának mai állása	500

FIGYELŐ

Hírek	508
A Nemzetközi Családtervezési Szövetség Európai és Közel-keleti Régiójának 6., budapesti konferenciája (<i>Cseh-Szombathy László</i>)	511
A Nemzetközi Népeségtudományi Unió londoni népesedési konferenciája (<i>Dr. Klinger András</i>)	519
Nemzetközi Népeségi Térképkiállítás és Tanácskozás, Budapest 1969 (<i>Dr. Durkó Gábor</i>)	526
A Népeségtudományi Kutató Intézet közleményei	530

IRODALOM

DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

Population Studies	533
Population	537
Population Index	539
Demography	540
Population et Famille	546

KÖNYVEK

<i>Bogue, Donald J.</i> : Principles of Demography. (A demográfia alapjai.) New York—London—Sidney—Toronto, 1969. (<i>A. R.</i>)	547
The Concept of a Stable Population. Application to the Study of Populations of Countries with Incomplete Demographic Statistics. (A stabil népesség fogalma. Alkalmazás a hiányos demográfiai statisztikákkal rendelkező országok népességeinek tanulmányozására.) United Nations, New York, 1968. (<i>A. Gy.</i>)	548

FOLYÓIRATCIKKEK

- Tomas, V. J.*: A stochastic population model related to human populations. (Egy sztochasztikus populáció modell emberi népességekre alkalmazva.) — *Journal of the Royal Statistical Society*. Ser. A. 1969. 1. sz. (A. R.)..... 550
- Regionale Huwelijksvruchtbaarheidverschillen, 1967. (A házas termékenység regionális különbségei.) — *Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheit*. 1968. 9. sz. (Sz. E.)..... 550
- Frederiksen, H.* — *Brackett, J. W.*: Demographic effects of abortion. (Az abortusz demográfiai hatásai.) — *Public Health Reports*. 1968. 12. sz. (J. P.)..... 551
- Chang, M. C.* — *Liu, T. H.* — *Chow, L. P.*: Study by matching of the demographic impact of an IUD program. (Egy IUD program demográfiai jelentőségének vizsgálata összehasonlítással.) — *The Milbank Memorial Found Quarterly*. 1969. 2. sz. (J. P.)..... 551
- Frantzen, Betty.*: Influence du travail professionnel de la femme sur la famille. (A nő munkavállalás kihatása a családi életre.) — *Revue de l'Institut de Sociologie*. 1969. 2. sz. (R. S.)..... 552
- Abercombie, K. C.*: Expansion démographique et développement agricole. (A demográfiai expanzió és a mezőgazdaság fejlődése.) — *Bulletin Mensuel Economie et Statistique Agricoles*. 1969. 4. sz. (Cs. T.)..... 552
- Gibbs, Jack P.*: Marital status and suicide in the United States: A special test of the status integration theory. (Családi állapot és öngyilkosság az Egyesült Államokban: A státus integrációs elmélet speciális próbája.) — *American Journal of Sociology*. 1969. 5. sz. (Cs.—Sz. L.)..... 553
- Johnston, F. E.* — *Kensinger, K. M.* — *Jantz, R. L.* — *Walker, G. F.*: The population structure of the Peruvian Cashinahua: demographic, genetic and cultural interrelationships. (A perui cashinahua indián törzs népesség struktúrája: demográfiai, genetikai és kulturális összefüggések.) — *Human Biology*. 1969. 1. sz. (A. R.)..... 554

Utánnyomás csak a forrás megjelölésével

СО Д Е Р Ж А Н И Е

ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>Д-р Эгон Сабади</i> : Венгерские обследования в области фертильности и планирования семьи	417
<i>Д-р Петер Хаитингсфорд</i> : Право на свободное решение и ответственность врачей	437
<i>Д-р Торстэн Шьезал</i> : Планирование семьи в гигиеническом обучении	444
<i>Пьер О. Хюбино</i> : Директивы по обучению врачей в связи с воспроизводством населения и с планированием семьи	454

СООБЩЕНИЯ

<i>Д-р Дьердь Ачади</i> : Вопросы демографической политики в европейской регии социалистических стран	464
<i>Д-р Андраш Клинггер</i> : Демографические аспекты абортс	479
<i>Д-р Эгон Сабади</i> : Социальные и биологические факторы, влияющие на смертность младенцев в Венгрии	492
<i>Д-р Эрик Фюгеди</i> : Современное положение исторической демографии средневековой Венгрии	500

ОБОЗРЕНИЯ

Известия	508
Шестая конференция Европейской и ближневосточной регии Международной федерации по планированию семьи (<i>Ласло Чех-Сомбати</i>)	511
Демографическая конференция Международного Союза по народонаселению в Лондоне (<i>Д-р Андраш Клинггер</i>)	519
Международная картографическая выставка и совещание по вопросам народонаселения, Будапешт 1969 (<i>Д-р Габор Дурко</i>)	526
Сообщения Исследовательского Института по Демографии ЦСМ	530

ЛИТЕРАТУРА

Обзор демографических журналов

Попюлейши Стадиз	533
Популаснон	537
Попюлейши Индекс	539
Демографн	540
Популаснон е Фамий	546

Книги

<i>Бож, Донэлд Й.</i> : Основы демографии. Нью-Йорк — Лондон — Сидней — Торонто, 1969 г. (<i>Р. А.</i>)	547
Понятие стабильного населения. Применение для изучения населений стран, располагающих неполными демографическими данными. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 1968 г. (<i>Дь. А.</i>)	548

Журнальные статьи

- Томас, В. П.: Стохастическая демографическая модель с применением к человеческим популяциям. — *Journal of the Royal Statistical Society. Ser. A.* № 1, за 1969 г. (P. A.) 550
- Региональные различия в фертильности женатых. — *Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheit.* № 9, за 1969 г. (E. C.) 550
- Фредериксен, Х.—Брекет, И. В.: Демографические последствия абортов. — *Public Health Reports.* № 12, за 1968 г. (П. Й.) 551
- Чанг М. С.—Туи Т. Х.—Чоу, Л. П.: Исследование значения демографической программы IUD путем сопоставления. — *The Milbank Memorial Found Quarterly.* № 2, за 1969 г. (П. Й.) 551
- Фризен, Бетти: Влияние женской занятости на семейную жизнь. — *Revue de l'Institut de Sociologie.* № 2, за 1969 г. (Ш. Р.) 552
- Аберкомби, К. С.: Демографический рост и развитие сельского хозяйства — *Bulletin Mensuel Economie et Statistique Agricoles.* № 4, за 1969 г. (Т. Ч.) 552
- Дэжисбе, Жак П.: Семейное положение и самоубийство в Соединенных Штатах Америки: Специальная проблема теории интеграции положений. — *American Journal of Sociology.* № 5, за 1969 г. (Л. Ч.-С.) 553
- Жонстон Ф. Е.—Кенсингер, К. М.—Жанте, Р. Л.—Вокер, Г. Ф.: Структура населения: демографические, генетические и культурные взаимосвязи у индейского племени Кашинахуа в Перу. — *Human Biology.* № 1, за 1969 г. (P. A.) 554

Перепечатка разрешается только с указанием источника

ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЙ, СООБЩЕНИЙ И ОБЗОРА
СЛЕДУЮТ РЕЗЮМЕ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

CONTENTS

PAPERS

<i>Dr. Egon Szabady: Hungarian Fertility and Family Planning Studies</i>	417
<i>Dr. Peter Huntingford: The Right of the Individual to Freedom of Choice and Medical Responsibility</i>	437
<i>Dr. Thorsten Sjövall: Psychological Education</i>	444
<i>Pierre O. Hubinont: Standards of Medical Education in Human Reproduction and Planned Parenthood</i>	454

ARTICLES

<i>Dr. György Acsádi: Problems on Population Policies in the European Region of Socialist Countries</i>	464
<i>Dr. András Klinger: Demographic Aspects of Abortions</i>	479
<i>Dr. Egon Szabady: Biological and Social Factors Affecting Infant Mortality in Hungary</i>	492
<i>Dr. Erik Fügedi: The Present State of the Historical Demography of Medieval Hungary</i>	500

CHRONICLE

News	508
The 6th Conference of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation in Budapest (<i>László Cseh—Szombathy</i>).....	511
The London Conference of the International Union for Scientific Study of Population (<i>Dr. András Klinger</i>).....	519
International Population Map Exhibition and Conference Budapest, 1969. (<i>Dr. Gábor Durkó</i>).....	526
Publications of the Demographic Research Institute.....	530

REVIEW

Review of Demographic Journals

Population Studies.....	533
Population	537
Population Index.....	539
Demography	540
Population et Famille.....	546

Books

<i>Bogue, Donald J.: Principles of Demography. New York—London—Sidney—Toronto, 1969. (R. A.)</i>	547
The Concept of a Stable Population. Application to the Study of Populations of Countries with Incomplete Demographic Statistics. United Nations, New York, 1968. (<i>Gij. A.</i>).....	548

Articles

- Thomas, V. J.: A stochastic population model related to human populations. — *Journal of the Royal Statistical Society. Ser. A.* 1969. No. 1. (R. A.)..... 550
- Regional differences of married fertility. — *Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheit.* 1968. No. 9. (Sz. E.)..... 550
- Federiksen, H.— Brackett, J. W.: Demographic effects of abortion. — *Public Health Reports.* 1968. No. 12. (P. J.)..... 551
- Chang, M. C.—Liu, T. H.—Chow, L. P.: Study by matching of the demographic impact of an IUD program. — *The Milbank Memorial Found Quarterly.* 1969. No. 2. (P. J.)..... 551
- Frantzen, Betty: The impact of female employment on family life. — *Revue de l'Institut de Sociologie.* 1969. No. 2. (S. R.)..... 552
- Abercombie, K. C.: Demographic expansion and agricultural development. — *Bulletin Mensuel Economie et Statistique Agricoles.* 1969. No. 4. (T. Cs.)..... 552
- Gibbs, Jack P.: Marital status and suicide in the United States: A special test of the status integration theory. — *American Journal of Sociology.* 1969. No. 5. (L. Cs.—Sz.)..... 553
- Johnston, F. E.—Kensinger, K. M.—Jantz, R. L.—Walker, G. F.: The population structure of the Peruvian Cashinahua: demographic, genetic and cultural interrelationships. — *Human Biology.* 1969. No. 1. (R. A.)..... 554

Reproduction permitted only with indication of the source

THE PUBLICATIONS ARE FOLLOWED BY ENGLISH SUMMARIES

MAGYAR TERMÉKENYSÉGI ÉS CSALÁDTERVEZÉSI VIZSGÁLATOK*

DR. SZABADY EGON

1. ELŐZMÉNYEK

A termékenység csökkenése és ezzel párhuzamosan a családtervezés elterjedése Magyarországon is hosszú múltra tekint vissza, bár a folyamat valamivel később indult meg, mint a nyugat-európai országokban. Nyugat- és Észak-Európa országaihoz képest ugyanis Közép-, Kelet- és Dél-Európa országaiban a modern ipari fejlődés csak később kezdődött, s így a demográfiai folyamatokban is bizonyos fáziseltolódás mutatkozik. A születési arányszámok csökkenése Magyarországon az 1880-as évektől kezdett érezhetővé válni, bár egyes mezőgazdasági területeken és városokban a termékenység csökkenése már korábban is megmutatkozott. Az említett fáziskésés miatt a termékenység csökkenésének folyamata nem fejeződött be a két világháború közötti korszakban, hanem a második világháborút követő átmeneti fellendülés után folytatódott, s 1962-ben érte el mélypontját. A születési arányszám csökkenésének ez az utolsó szakasza általánosan jellemző volt az európai szocialista országok népesedésére, s összefüggésben állott a szocialista iparosítással, s a társadalom gyors és igen nagymértékű átalakulásával. A termékenységre is kiható társadalmi-gazdasági változások közül elég néhány fontosabb tényezőre: ún. a társadalmi átrétegződésre, a nők egyenjogúvá válására és a teljes foglalkoztatottságra, továbbá az urbanizálódásra, a kulturális forradalomra, a családdal kapcsolatos változásokra, és az igények megnövekedésére stb. utalnunk.

Magyarországon a születési arányszámok néhány évi csökkenés után 1966-tól újból megnövekedtek. A növekedés részben annak tulajdonítható, hogy ezekben az években a második világháború után született nagyobb létszámú női kohorszok léptek be a legtermékenyebb szülőképeskorba. Másfelől jelentős népesedéspolitikai intézkedések is történtek. A családi pótlék összegét ismét emelték, a családi pótlékban részesülők körét kiterjesztették, 1967-től bevezették az ún. gyermekgondozási segély szinte egyedülálló intézményét, s ez anyagilag lehetővé teszi a kereső anya számára, hogy gyermekének hároméves koráig szabadságot vegyen ki.

* A Nemzetközi Családtervezési Szövetség (International Planned Parenthood Federation) Európai és Közél-keleti Régiójának Budapesten 1969. szeptember 15—17-én tartott 6. konferenciáján megvitatott előadás.

A magyar demográfusok a termékenységváltozás okainak és körülményeinek kutatását hosszú idő óta egyik legfontosabb feladatuknak tartják. Nem elégedtek meg a hagyományos statisztikai eszközökkel — a népmozgalmi statisztikák és a népszámlálások termékenységi adatainak elemzésével — hanem a családtervezésre vonatkozó ismereteket, magatartást és a születésszabályozási gyakorlatot, a termékenységet befolyásoló társadalmi-gazdasági okokat reprezentatív vizsgálatok révén is igyekeztek felderíteni. Már 1958-ban összefoglaló kiadványban hívtuk fel a figyelmet a születésszabályozás kérdéseire.¹

Ugyanezt a célt szolgálta az 1958—1960. években lefolytatott kísérleti TCS-vizsgálat, a művi vetelő és szülő nőkre vonatkozó 1960., 1964. és 1968. évi adatfelvételek, az 1960. évi népszámlálás és az 1963. évi mikrocenzus termékenységi felvétele, a modern fogamzásgátló eszközöket használó nőkre vonatkozó, 1966 és 1969 közötti vizsgálatok és végül az 1965—1966. évi termékenységi és családtervezési — vagy rövidítve — TCS-66 vizsgálat.

Az 1966. évi vizsgálat nagyságát a népesség számán túlmenően elsősorban a vizsgálat célkitűzései és a rendelkezésre álló lehetőségek szabták meg. A TCS-66 vizsgálat a 15—49 éves házas nők 0,5%-ára terjedt ki, azaz 8800 nőre. A házas nők szűkebb körére — például a 20—39 évesekre vagy csupán a városi lakosságra — vonatkozó információk szerzéséhez természetesen kisebb minta is elegendő lett volna. A feldolgozási tapasztalatok azonban arra engednek következtetni, hogy részletes elemzések végzéséhez mintegy 0,3—0,6%-os minta szükséges, s még viszonylag kisebb népességek esetében is ajánlatos legalább 3000 főnyi minta kiválasztása.

A magyar TCS-vizsgálatok rokonságot mutatnak a számos más országban is végrehajtott ún. KAP-vizsgálatokkal. A családtervezés területén végzett vizsgálatoknál, az emberi élet ennyire kényes vonatkozásaival kapcsolatban az információszerzés különös nehézségekbe ütközik, ezt a vizsgálatok különböző módon igyekeznek megoldani. Ezért szükséges a már megszerzett tapasztalatok értékesítésére, összehasonlító adatok biztosítására valamely minimális nemzetközi egységesítési program kidolgozása. Erre a Nemzetközi Népeştudományi Unió keretében — magyar javaslatra — 1961-ben indult meg a munka. Számottevő előrelépést jelentett e területen, hogy hasonló, az előbbivel koordinált európai régióra vonatkozó egyeztetés 1965-ben az IPPF keretein belül is megkezdődött. A magyar TCS-66 vizsgálat összehasonlítható adataival és tapasztalataival e nemzetközi egységesítő munka sikeréhez is hozzá kívánt járulni.

A családtervezési szövetségek vagy — mint Magyarországon is — az egészségügyi szolgálat és az ilyen lényegében demográfiai jellegű vizsgálat egymásra utaltsága nyilvánvaló. A vizsgálatok végrehajtásában nagy segítséget jelenthet az egészségügyi dolgozók részvétele, mint ezt a magyar vizsgálatok alapján állíthatjuk. Másfelől a családtervezési munkához, az egészségügyi politika kialakításához elengedhetetlenül szükségesek az ilyen vizsgálatok tanulságai. Ezek a kutatások ugyanis feltárják a helyzet sajátosságait, rámutatnak az adódó konkrét feladatokra, s részben a megoldás mód-

¹ A születésszabályozás. Szerk.: Dr. Szabady Egon. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest. 1958. 205 p.

jaira is, amelyekről egyébként általában nagyon eltérők a szubjektív elképzelések. Szerepük van a vizsgálatoknak a megfelelő közvélemény kialakításában is.

2. A TERMÉKENYSÉG KORLÁTOZÁSA:
SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁSI MAGATARTÁSOK

A magyar TCS-66 vizsgálat képet ad a házas nők termékenységéről, a családra vonatkozó nézeteikről, a családtervezéssel és születésszabályozással kapcsolatos magatartásukról. A továbbiakban a vizsgálatoknak csupán néhány főbb megállapítására utalhatunk, de a közeljövőben megjelenő hivatalos publikációk mind módszertani tekintetben, mind a felderített helyzetről és az összefüggésekről részletes tájékoztatást fognak nyújtani.

A vizsgálatba bevont 15—49 éves korú házas nők élveszületett gyermekeinek átlagos száma az adatfelvétel idején 1,89 volt. Ez valamivel kevesebb az 1960. évi népszámláláskor megállapítottnál. A különbség a termékenység időközben bekövetkezett csökkenésének felel meg. A csökkenést egyfelől az okozta, hogy a magyar születési arányszámok — mint említettük — éppen az 1960-as évek első felében érték el mélypontjukat, s így az egyes korosztályok élveszületetteinek száma lassabban nőtt, mint korábban az idősebbeké. A különbség létrejöttében másfelől az a tényező hatott, hogy időközben a még viszonylag magas gyermekszámú 45—49 éves korcsoport átlépte a reprodukcióval időszerű felső határát, s helyébe alacsonyabb gyermekszámú csoport lépett.

1. A házas nők élveszületett gyermekeinek átlagos száma
Средняя численность живорожденных детей замужних женщин
Number of Live-Born Children of Married Women

Korcsoport (év) (1)	100 házas nőre jutó gyermek (2)			
	1960 népszám- lálás (3)	1963 mikro- cenzus (4)	TCS—66 vizsgálat (5)	1968 mikro- cenzus (6)
15—19	43	47	47	40
20—24	98	98	97	90
25—29	161	158	153	147
30—34	205	201	198	189
35—39	233	228	214	213
40—49	259	253	233	237
1. Összesen	198	196	189	185

Горизонтальная графа: (1) Возрастная группа (года); (2) Численность детей, приходящихся на 100 замужних женщин; (3) в период переписи населения 1960 года; (4) микроценса 1963 года; (5) обследования ТЧ-66; (6) микроценса 1968 года.

Вертикальная графа: 1. Всего

Heading: (1) Age group (year); (2) Children per 100 married women; (3) 1960 census; (4) 1963 microcensus; (5) TCS—66 study; (6) 1968 microcensus.

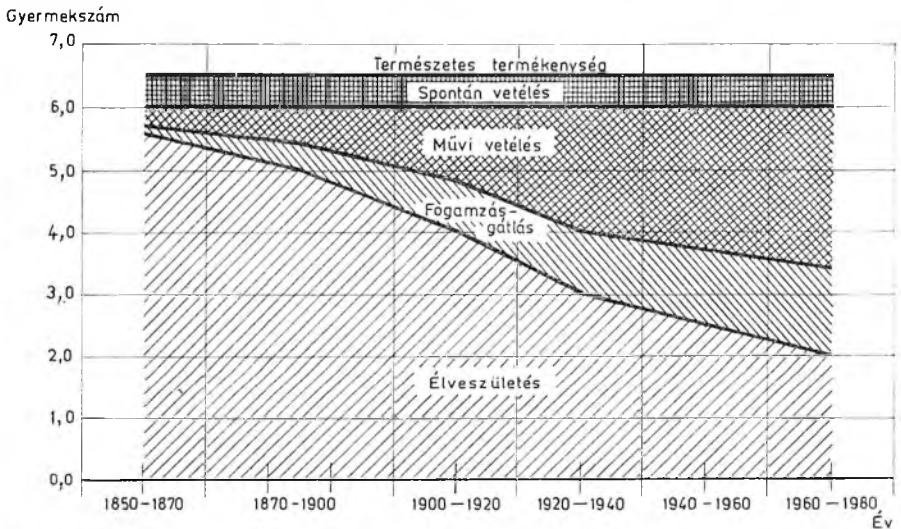
Lateral text: 1. Total.

Valamennyi országban, ahol a születésszabályozás elterjedt, ennek megvalósítása két úton történik: fogamzásgátlással és terhességmegszakítással. E tekintetben az országok különböző típusokba sorolhatók, aszerint, hogy

melyik születésszabályozási mód mennyire terjedt el. Így vannak országok, ahol a művi abortuszok jelentik a családtervezés legfőbb eszközét, más országokban a fogamzásgátlásnak van fontosabb szerepe.

Az abortuszok primátusa a családtervezésben majdnem független a rájuk vonatkozó jogi szabályozástól, vagyis attól, hogy egy adott országban a művi vetélések lebonyolítása engedélyezett-e vagy sem. Az utóbbi időben a demográfusok és a családtervezési, közegészségügyi szakemberek között egyre elterjedtebb az a nézet, hogy a gazdaságilag fejlett országokban jelenleg is a művi vetélés a legfontosabb családtervezési eszköz és viszonylag kisebb mellette a fogamzásgátlás — főleg a hatásos fogamzásgátlási módok — jelentősége. Megfelelőbb és fejlettebb természetesen az a gyakorlat, amely a nem kívánt terhességeket fogamzásgátlással kívánja megelőzni, ehhez azonban a korszerű, hatékony és olcsó védekezési eszközök tömeges használata szükséges.

A születésszabályozás elterjedését, és ezen belül a művi vetéléseknek és a fogamzásgátlásnak a születéskorlátozásban mutatkozó hatását Magyarországon a múlt század közepe óta tudjuk felbecsülni. Ha abból indulunk ki, hogy egy nő élete folyamán hányszor esik teherbe és ebből hányszor szül, illetve hányszor végez művi vetélést, megkapjuk azt az arányt, amelyet a művi abortusz és a fogamzásgátlás a születésszabályozásban betölt. Ennek megállapításához első lépésként a jelenlegi női korosztályok teljes termékenységet becslünk meg. A becslés szerint, ha a nők a teljes reprodukív időszakuk folyamán oly gyakran szakítanak meg terhességüket, illetve szülnének, mint jelenleg, akkor életük folyamán átlagosan összesen 2 gyermekük születne, 0,5 spontán vetélésük lenne és 2,4 művi vetélést végeztetnének. Ha a természetes termékenységet a reprodukív időszak alatt — különböző törté-



I. A természetes és a tényleges termékenység történelmi változásának becslése Magyarországon

Оценка исторического изменения естественной и фактической фертильности в Венгрии
Estimation of the historical change of natural and effective fertility

neti és biológiai kutatások eredményei alapján — 6,5 gyermekre becsüljük, akkor nyilvánvaló, hogy a nők a jelenlegi körülmények között alkalmazott fogamzásgátlási módszerekkel is érnek el eredményt, bár a nem kívánt terhességeik nagyobb részét művi vetélésekkel akadályozzák meg.

A becsült adatok azt mutatják, hogy a múlt század utolsó évtizedeiben a tényleges termékenység alig maradhatott el a teljes termékenységtől: 1870 körül a magyar nők még átlagosan 5,6 gyermeket szültek. Az első világháborút követően azonban a született gyermekek száma jelentősen csökkent: 1920 és 1940 között a magyar nők teljes termékenységi időszakuk alatt átlagosan csupán 3 gyermeknek adtak életet. Mivel a spontán abortuszok ugyanolyan gyakoriak lehettek, mint ma, a fogamzásgátlás pedig kevésbé elterjedt és alacsonyabb hatásfokú volt, azért a két háború közötti korszakban is átlagosan mintegy 2 művi abortusszal számolhatunk. Ez annyit jelent, hogy az abortuszok illegálitása idején — amikor a törvényhozás és a joggyakorlat hasonló volt a jelenleg a legtöbb nyugat-európai országban érvényben levőhöz — nem végeztek sokkal kevesebb művi vetélést, mint ma, a legális abortuszrendszer mellett. A művi abortuszoknak a nem kívánt terhességekhez viszonyított aránya a háború előtt hasonló volt a jelenlegihez.

Leginkább talán a magyar vizsgálatok voltak képesek megközelíteni azt a minden országban felmerülő kérdést, hogy milyen az abortuszok elterjedtsége a nők között; s hogy ennek milyenek a demográfiai következményei elsősorban a születésszám csökkenése terén.

2. A jelentett és a nem jelentett művi vetélések gyakorisága a nők korcsoportja szerint; a TCS—66 vizsgálat adatai

Частота заявленных и не заявленных искусственных абортов по возрастным группам женщин; данные обследования ТЧ-66
Frequency of the Reported and Non-Reported Induced Abortions by Age Groups of Women:
Data of the TCS—66 Study

Korcsoport (év) (1)	100 nő közül művi vetélést (2)			
	jelentett (3)	nem jelentett, de valószínűleg végzetetett (4)	jelentett vagy valószínűleg végzetetett összesen (5)	nem jelentett, valószínűleg nem is végzetetett (6)
15—19	13	—	13	87
20—24	21	0	21	79
25—29	34	8	42	58
30—34	35	28	63	37
35—39	33	39	72	28
40—44	27	46	73	27
45—49	17	52	69	31
1. Összesen	29	29	58	42

Горизонтальная графа: (1) Возрастная группа (годы); (2) из числа 100 женщин об искусственном аборте; (3) сделали заявление; (4) не сделали заявление, но вероятно подвергались; (5) заявили и вероятно подвергались всего; (6) не заявили и вероятно не подвергались.
Вертикальная графа: 1. Всего.

Heading: (1) Age group (year); (2) Induced abortions per 100 women; (3) reported; (4) non-reported but probably executed; (5) reported or probably executed together; (6) non-reported and probably non-executed.

Lateral text: 1. Total.

A TCS-66 vizsgálat nemcsak közvetlen kérdést tett fel a nőknek, hogy volt-e abortuszuk, illetve hogy hány abortuszuk volt, hanem teljes termékenységtörténelük és fogamzásgátlási gyakorlatuk ismeretében a bevallástól függetlenül megkísérelte felmérni, hogy mennyire terjedtek el az abortuszok. Így az ún. „bevallott” abortuszok mellett a „letagadott”, „eltitkolt”, „ismeretlen” abortuszokat is figyelembe véve megállapítható, hogy a vizsgálatban szereplő szülőképes korú nők 58%-ának volt művi abortusza. Ez természetesen nem jelenti, hogy ezek a nők csupán művi vetélések révén korlátozták szüleik számát, mert az összes nők 44%-a a terhességmegszakításon kívül fogamzásgátlást is alkalmazott. Fogamzásgátlást nem alkalmaz, csupán művi vetélést végeztet a nőknek mindössze 13%-a. Mindez arra mutat, hogy a nők többségét a nem megfelelő és kevésbé hatékony védekezés kényszerítette arra, hogy nem kívánt terhességét megszakítsa.

3. Születésszabályozási magatartás a nők koresoportja szerint;
a TCS-66 vizsgálat adatai (%)

Поведение в отношении регулирования рождений по возрастным группам женщин;
данные обследования ТЧ-66 (%)

Attitude Towards Birth Control by Age groups; TCS-66 Study; Percentage

Születésszabályozási magatartás (1)	Koresoport (év) (2)				Összesen (3)
	15—19	20—29	30—39	40—49	
1. Kizárólag fogamzásgátlással szabályozók	40	47	20	11	26
2. Művi vetéléssel szabályozók ..	13	34	68	71	58
3. Ebből:					
4. kizárólag művi vetéléssel ..	4	6	13	20	13
5. fogamzásgátlással is	9	28	54	48	44
6. művileg meddő, de volt művi vetélése	—	0	1	3	1
7. Művileg meddővé tett	—	0	2	5	2
8. Nem szabályozók	47	19	10	13	14
3. Ebből:					
9. egyáltalán nem szabályoz ..	47	19	6	5	10
10. meddő	—	0	4	8	4
11. Összesen	100	100	100	100	100

Горизонтальная графа: (1) Проведение в отношении регулирования рождений; (2) Возрастная группа (годы); (3) Всего.

Вертикальная графа: 1. Регулирование осуществляет исключительно противозачатием; 2. Регулирование осуществляет искусственным образом; 3. В том числе; 4. Исключительно искусственным образом; 5. Также и противозачатием; 6. Бесплодная, но подвергалась искусственному аборту; 7. Стала бесплодной искусственно; 8. Не регулирующие; 9. вообще не регулирует; 10. бесплодные; 11. Всего.

Heading: (1) Attitude towards birth control; (2) Age groups (year); (3) Total.

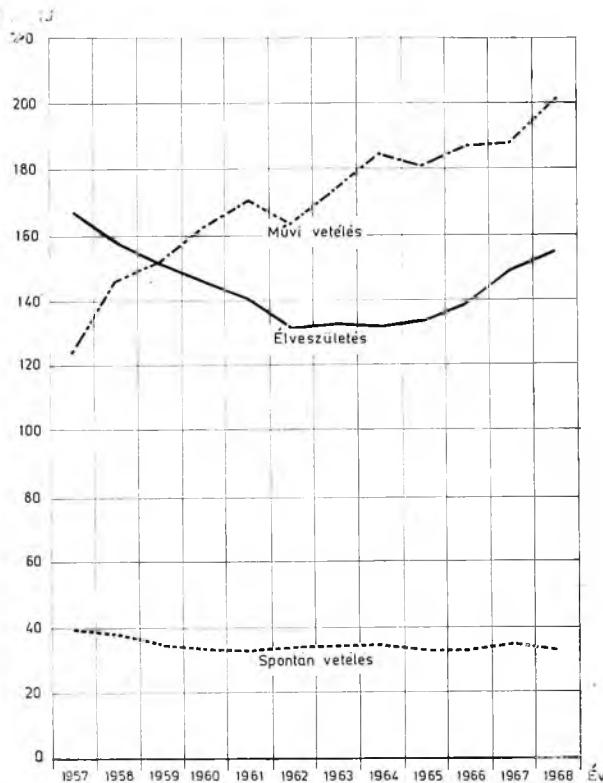
Lateral text: 1. Users of contraceptives only; 2. Users of induced abortion; 3. Of which; 4. those applying induced abortion only; 5. those applying contraception, too; 6. those sterilized, but who had an induced abortion; 7. Sterilized; 8. Non-users 9. never user; 10. sterile; 11. Total.

3. A SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁS ÚTJAI: MŰVI VETÉLÉSEK

Gyakran vetődik fel az a kérdés, hogy vajon az abortuszok nagyarányú elterjedtsége az abortuszok legalizálásának a következménye-e. Valójában Magyarországon az 1956-ban történt jogi rendezést megelőzően is igen magas volt az illegálisan végzett művi abortuszok száma. Egyes becslések szerint évi 100 000, mások szerint nem lehetetlen, hogy 150 000 művi abortuszt

hajtottak végre az országban. Az abortuszok legalizálását követően a művi abortuszok száma az 1960-as évek első felére évi 160–180 ezerre, 1968-ban valamivel 200 ezer fölé emelkedett. Megemlítendő az is, hogy a születések száma és a művi abortuszok számának alakulása között közvetlen összefüggés nem mutatható ki. Igaz ugyan, hogy az abortuszok legalizálását követően az élveszületések aránya fokozatosan csökkent, az 1955. évi 21,4‰-kel szemben, 1962-ben már csak 12,9‰-et értek el. A legutóbbi években azonban az élveszületések fokozatos emelkedésével egyidőben a művi abortuszok száma is nőtt. Így pl. 1968-ban, amikor az élveszületések aránya, 15,1‰ volt — 11‰-kal magasabb, mint két évvel korábban —, a művi vetélések száma is 8‰-kal nőtt.

Hasonló jelenség tapasztalható 1969-ben is; az év első 6 hónapjában az élveszületések előző évihez hasonló alakulása mellett a művi vetélések száma további 6‰-kal növekedett.



II. Az élveszületések, a művi vetélések és a spontán vetélések számának alakulása, 1957–1968

Динамика живорождений, искусственных абортов и естественных абортов, 1957—1968

Development of the number of live births, induced abortions and spontaneous abortions, 1957—1968

A művi abortuszok elterjedtségével kapcsolatban gyakran felmerül a kérdés — különösen, ha számuk emelkedik, mint jelenleg Magyarországon —, hogy az ismételt abortuszok milyen gyakoriak. A kérdést úgy is megfogalmazzhatjuk, hogy vajon az abortuszok számának növekedése nem annak a következménye-e, hogy egyre többen vannak azok, akik folyamatosan, évről évre végeztetnek művi abortuszokat. Egy 1968. évi reprezentatív vizsgálat előzetes adatai szerint 1964-hez viszonyítva alig nőtt az ismételt vetélők aránya. Azoknak az aránya, akiknek még nem volt művi vetélése, még növekedett is, a másodszor és harmadszor vetélőké kismértékben csökkent, ezzel szemben azok aránya, akiknek jelenlegi abortusza előtt már három vagy annál több

4. Az ismételt művi vetélések aránya (%)
Доля повторных искусственных абортов (%)
Percentage of Repeated Induced Abortions

Az előző művi vetélések száma (1)	1960. október	1964. április	1968.
0	47	40	42
1	27	29	26
2	14	15	15
3 és több	12	16	17
1. Összesen	100	100	100

Горизонтальная графа: (1) Число предшествующих искусственных абортов.

Вертикальная графа: 1. Всего.

Heading: (1) Number of previous induced abortions.

Lateral text: 1. Total.

5. A művi vetélést jelentő nők megoszlása a művi vetélés oka és koresoport szerint; a TCS—66 vizsgálat adatai (%)

Распределение женщин, заявивших об искусственном аборте по причинам аборта и возрастным группам; данные обследования ТЧ-66 (%)

Women Reporting an Induced Abortion by the Cause of Induced Abortion and by Age Groups; TCS—66 Study, Percentage

Koresoport (év) (1)	Egészségi, biológiai (3)	Anyagi, gazdasági (4)	Vegyes és szubjektív (5)	Nem akar több gyermeket (6)	Művi vetélést jelentő nők összesen (7)
	természetű okok (2)				
15—19	10	57	33	—	100
20—24	11	44	35	10	100
25—29	12	44	33	11	100
30—34	23	31	18	28	100
35—39	30	25	15	30	100
40—44	41	21	12	26	100
45—49	39	17	17	27	100
1. Összesen	25	31	21	23	100

Горизонтальная графа: (1) Возрастная группа (годы); (2) Характер причин; (3) биологические и по здоровью; (4) материальные, экономические; (5) прочие и субъективные; (6) Не желает больше детей; (7) Женщины всего, заявившие об искусственном аборте.

Вертикальная графа: 1. Всего.

Heading: (1) Age group (year); 2. Causes of; (3) a sanitary and biological character; (4) an economic and financial character; (5) a mixed and subjective character; (6) Women who do not want to have more children; (7) Total women reporting an induced abortion.

Lateral text: 1. Total.

vetélése volt, növekedett. Változatlanul a legalacsonyabb az abortuszok aránya a gyermektelen nőknél, mind 1964-ben, mind 1968-ban ezer gyermektelen propagatív korú nőre 36 művi vetelés jutott. Az egygyermekes nők vetelési aránya kismértékben nőtt. A kétgyermekeseknél az arány változatlanul maradt, a három- és többgyermekeseknél — akiknél változatlanul a legmagasabb ez a mutató (100%-os) —, az abortuszarány kissé csökkent (4. tábla).

A művi vetélések indokát két vonatkozásban közelíthetjük meg. Az egyik a szubjektív indítékok kiderítése. A nők egy része — saját bevallása szerint — azért alkalmazott művi vetélést, mert elegendőnek tartotta családjá nagyságát, vagyis nem kívánt több gyermeket. Ezek aránya — a TCS-vizsgálat szerint — a művi vetelő nők közel egynegyede. A másik jelentős indítékot az egészségi-biológiai természetű okok alkotják: a TCS-vizsgálat szerint ezek a művi vetélések egynegyedét motiválják. Anyagi-gazdasági természetű indítékokra a művi vetelő nők egyharmada utalt, egyötödük más szubjektív körülményt jelölt meg a vetelés indítékául (5. tábla).

Másik megközelítésben válaszolunk a művi vetélések okaira, ha annak nem a szubjektív indítékait, hanem a fogamzásgátlással való kapcsolatát vesszük szemügyre. Az 1964. évi vizsgálat szerint a művileg vetelő nők több

6. A művileg vetelő nők megoszlása a teherbeesés oka szerint; az 1964 áprilisában egészségügyi intézményekben végzett vizsgálat adatai

Распределение женщин, подвергавшихся искусственному аборту по причинам беременности; данные обследования, проведенного в учреждениях здравоохранения в апреле 1964 года

Artificially Aborting Women by the Cause of Getting Pregnant; Patient Statistics of April, 1964

A fogamzásgátlás alkalmazása és a teherbeesés oka (1)	Művileg vetelő nők (3)	
	száma (2)	%
1. Rendszeresen védekezett	7 827	54
2. Nem védekezett	6 790	46
3. Összesen	14 617	100
4. A rendszeres fogamzásgátlás ellenére történt teherbeesés oka:		
5. A fogamzásgátlás elmulasztása ..	3 446	44
6. Nem tudja	609	8
7. A fogamzásgátlási mód hibás alkalmazása	2 137	27
8. A fogamzásgátló eszköz hibás volta	1 043	13
9. Egyéb	592	8
3. Összesen	7 827	100

Горизонтальная графа: (1) Применение противозачатия и причина беременности; (2) Численность; (3) Доля; (4) женщин, подвергавшихся искусственному аборту.

Вертикальная графа: 1. Регулярно предохранялась; 2. Не предохранялась; 3. Всего; 4. Причина беременности вопреки регулярного предохранения; 5. Упущение предохранения; 6. Не знает причины; 7. Неправильное применение метода предупреждения; 8. Дефект средства предупреждения беременности; 9. Прочее.

Heading: (1) Prevention of pregnancy and the cause of getting pregnant; (2) Number; (3) Artificially aborting women.

Lateral text: 1. Users of contraceptives; 2. Non-users of contraceptives; 3. Total.; 4. Cause of getting pregnant in spite of contraception; 5. negligence of contraception; 6. the women does not know it; 7. wrong application of the method of contraception; 8. defective character of the means of contraception; 9. others.

mint a fele védekezett a teherbeesés ellen, de sikertelenül és emiatt kellett terhességét megszakítania. A rendszeres fogamzásgátlás ellenére művi abortuszt kért nők 44%-ánál a teherbeesés oka a fogamzásgátlás elmulasztása volt, 27%-ánál a fogamzásgátlás hibás alkalmazása, 13%-ánál pedig a fogamzásgátló eszköz vagy mód hatástalan volta. Mindez arra mutat, hogy ha 1964-ben rendelkezésre állott volna megfelelő és hatékony védekezési eszköz, az összes művi vetélések mintegy egynegyede elkerülhető lett volna (6. tábla).

7. Vélemények a művi vetélések legalizálásáról a nők korcsoportja szerint;
a TCS-66 vizsgálat adatai (%)

Мнения о легализации искусственных в абортов по возрастным группам женщин,
данные обследования ТЧ-66 (%)

Opinions about Legalization of Induced Abortions by Age Groups;
TCS-66 Study; Percentage

Vélemények (1)	Korcsoport (év) (2)							Össze- sen (3)
	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	
1. Összes nő	100	100	100	100	100	100	100	100
2. Ebből:								
3. művi vetélések engedélyezésével nem ért egyet	11	11	11	11	12	11	16	12
4. erkölcsi, vallási okok miatt	—	1	1	0	1	1	1	1
5. mert egészségtelennek tartja	—	2	2	2	2	2	3	2
6. mindenki szülje meg gyermekeit	3	3	2	2	3	4	4	3
7. meg nem határozott okokból	8	5	6	7	6	7	8	6
8. egyetért	88	88	88	88	87	85	81	86
9. feltétel nélkül	55	52	53	50	49	47	41	49
10. feltétellel, mégpedig	27	29	29	31	32	31	33	30
11. 1—3 gyermek szülése	22	23	23	24	24	24	21	23
12. rossz szociális körülmények	4	5	5	5	6	5	6	5
13. a terhes nő betegsége	1	1	1	2	2	2	3	2
14. helyette eredményesebb fogamzásgátlókat és felvilágosítást kér	6	7	6	7	6	7	7	7
15. nincs véleménye	1	1	1	1	1	1	3	2

Горизонтальная графа: (1) Мнения; (2) Возрастная группа; (3) Всего.

Вертикальная графа: 1. Всего женщины; 2. В том числе; 3. Не согласна с легализацией искусственного аборта; 4. По моральным и религиозным причинам; 5. Считает его вредным для здоровья; 6. Все должны рожать своих детей; 7. по неопределенной причине; 8. согласна; 9. безусловно; 10. при условии; 11. рождение 1—3 детей; 12. плохие социальные условия; 13. болезнь беременной женщины; 14. просит заменить более эффективными средствами противозачатия и предоставлением информации; 15. не имеет мнения.

Heading: (1) Opinions; (2) Age groups (year); (3) Total.

Literal text: 1. Total; 2. of which; 3. those who do not agree with the permission of induced abortions; 4. for moral, religious reasons; 5. because they consider it unhealthy; 6. everybody should bear her child; 7. for unspecified reasons; 8. those who agree with the permission of induced abortion; 9. unconditionally; 10. on the condition that; 11. 1—3 children are born; 12. the social circumstances are bad; 13. the pregnant woman is ill; 14. women who ask — instead of induced abortion — for more efficient means of contraception and information; 15. No opinion.

A legutóbbi adatfelvétel óta a fogamzásgátlás valószínűleg tovább terjedt, s jobb fogamzásgátlók (például Infecundin) állanak rendelkezésre, de a megfelelő fogamzásgátlás hiánya még mindig jelentős számban okoz nem kívánt terhességet, s ennek megakadályozására már nem marad más mód, mint a művi vetélés. Sok jel mutat arra, hogy a nem kellő hatékonyságú és a kellő felvilágosítás hiányában nem megfelelő módon alkalmazott védekezési eszközök használata növeli a művi vetélések számát, ui. ez alaptalan biztonságérzetet ad, s ilyenkor a nemegyszer hatásosabb természetes védekezési módokat mellőzik. Egyes vélemények szerint ez történt a legutóbbi időben egy új védekezési eszköz, a C-film bevezetésével. Ennél elég nagyarányú — főleg a meg nem felelő alkalmazásból eredő — teherbeesés történt, s ez talán hozzájárult a művi abortuszok számának legújabban tapasztalt emelkedéséhez is.

A művi abortuszokkal kapcsolatban végül említést kell tenni arról, hogyan vélekednek a nők a művi vetélésekről; azok engedélyezéséről vagy eltiltásáról, a legalizálás mai rendszeréről. A TCS-66 vizsgálat erre vonatkozó megállapításai szerint a magyar nők 12%-a mondta csupán, hogy nem ért egyet a művi vetélések engedélyezésével. A nők további 88%-ának nagyobb része — az összes nőknek mintegy a fele — minden feltétel nélkül egyetért a engedélyezéssel, vagyis a jelenlegi engedélyezési rendszer híve, míg közel 31%-uk valamilyen feltételhez kötné a művi abortuszok engedélyezését. Így sokan közülük — főleg azok, akiknek már van gyermekük — meghatározott számú (egy-három) gyermek szülése vagy megléte esetén adná meg az engedélyt az abortuszra, mások az abortuszok helyett eredményesebb fogamzásgátlókat és felvilágosítást kérnek. Nagyon kevés az olyan nő, aki csak rossz szociális körülmények, vagy a terhes nő betegsége esetén tartja helyesnek az abortusz engedélyezését. Mindenesetre megállapítható, hogy a magyar nők nemcsak gyakorolják a művi vetéléseket, hanem nagy többségük fenntartandónak tartja a művi abortuszról szóló rendelkezéseket, bár találhatók közöttük olyanok is, akik ezt az engedélyezési módszert bizonyos feltételekhez kötnék (7. tábla).

4. A SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁS ÚTJAI: FOGAMZÁSGÁTLÁS

A fogamzásgátlás terén kialakult magyar helyzet főleg abból a szempontból lehet tanulságos a régió más országaiban dolgozó szakemberek számára is, hogy a legális abortusz-szisztéma milyen hatású a nők születésszabályozási magatartásában.

Házasságtartam szerint vizsgálva a nők születésszabályozással kapcsolatos magatartását, feltűnik, hogy a megkérdezettek nagyobb része a házasságkötés évében egyáltalában nem tesz semmit a születések korlátozására, feltehetőleg mivel gyermeket akar. A házasságkötést követő első évben azonban már többségük fogamzásgátláshoz folyamodik, s a fogamzásgátlást használt házások aránya néhány év múlva már meghaladja a 70%-ot. Ugyanakkor a házasság első évében alig akad nő, aki a művi vetéléshez folyamodna, a második évtől kezdve viszont növekszik az abortuszt végeztetett nők hányada, s a hosszabb ideje házas nőknek — bevallva vagy letagadva — mintegy 70–80%-a egy vagy több művi vetélést szenvedett el. Mind a bevallott, mind a feltételezhető művi vetéléseket túlnyomó részben azok végeztették,

akik egyébként elfogadják a fogamzásgátlás gyakorlatát. Viszonylag kevés az olyan házas nő, aki annyira felelőtlen vagy tudatlan, hogy a nem kívánt szülés elkerülésére egyedül a művi vetélést alkalmazza. A házások elsősorban a fogamzásgátláshoz folyamodnak, a magyarországi fogamzásgátlás gyakorlata azonban kevésbé hatékony módszereken alapul.

8. A fogamzásgátlás módjai; a TCS—66 vizsgálat adatai
 Виды предупреждения беременности; данные обследования ТЧ-66
 Methods of Contraception; TCS—66 Study

A fogamzásgátlás módja (1)	A fogamzásgátlás fő módja a vizsgálat idején (2)	
	szám (3)	százalék (4)
1. Megszakított érintkezés	3 432	62
2. Naptár módszer	202	4
3. Hüvelyöblítés	289	5
4. Condom	825	15
5. Pesszárium	262	5
6. Cervix sapka	8	0
7. Tampon, spongya	7	0
8. Zselé vagy krém	100	2
9. Timidon tabletta	82	1
10. Egyéb kémiai fogamzásgátló	9	0
11. Orális fogamzásgátló tabletta	8	0
12. Méhen belüli eszközök	4	0
13. Sterilizáció nőnél	322	6
14. Sterilizáció férfinál	7	0
15. Teljes megtartóztatás	17	0
16. Módoк összesen	5 574	100
17. Használó nők	5 574	63
18. Nem használó nők	3 226	37
19. Összes nő	8 800	100

Горизонтальная графа: (1) Виды противозачатия; (2) Основной вид предупреждения беременности в период обследования; (3) Численность; (4) Доля (%).

Вертикальная графа: 1. Прекращение полового акта; 2. Метод календаря; 3. Полоскание влагалища; 4. Кондом; 5. Песариум; 6. Шапонка Цервикс; 7. Тампон, губка; 8. Желе или крем; 9. Таблетки Тимидон; 10. Прочие химические противозачаточные средства; 11. Оральные противозачаточные средства; 12. Внутриматочные средства; 13. Стерилизация женщины; 14. Стерилизация мужчины; 15. Полное воздержание; 16. Виды всего; 17. Применяющие женщины; 18. Не применяющие женщины; 19. Всего женщины.

Heading: (1) Method of contraception; (2) Chief method of contraception at the time of the survey; (3) number; (4) percentage.

Lateral text: 1. Withdrawal; 2. Rhythm method; 3. Douche; 4. Condom; 5. Diaphragm; 6. Cervical cap; 7. Tampon, sponge; 8. Jelly or cream; 9. Timidon tablets; 10. Other chemical contraceptives; 11. Oral contraceptive tablets; 12. Intrauterine contracepted evices; 13. Sterilization of the woman; 14. Sterilization of the man; 15. Abstinence; 16. Methods, total; 17. Women applying contraception; 18. Women applying no contraception; 19. Women total.

A vizsgálat idején a reprodukzív korú házas nők 63%-a használt valamilyen fogamzásgátlást. A használt módszerek között a „természetes” módszerek a legelterjedtebbek, a védekező házások 62%-a a coitus interruptust alkalmazta. A természetes módokhoz sorolható még az ún. naptár módszer, a hüvelyöblítés és a teljes megtartóztatás, amely a nők további 9%-ának fő módszere. A népszerűbb fogamzásgátlási módok közé tartozik még a condom

használata (15%). A pesszáriumot és egyéb gátló módszereket, továbbá a kémiai fogamzásgátlókat a védekezők 8%-a alkalmazza, sterilitást okozó műtetet 6%-ukon végeztek. (Megjegyzem, hogy a sterilitást okozó műtétek feltehetően nem családtervezési, hanem gyógyítási célból történtek.) A modern fogamzásgátlók (orális fogamzásgátlók, IUD) használata a vizsgálat idején még teljesen elhanyagolható volt.

Orális fogamzásgátlóként a magyar gyártmányú Infecundin tabletta országos bevezetésére ui. csak 1967 közepén került sor, születésszabályozási célokra. Első időben elterjedését a viszonylag bonyolult előzetes ellenőrző vizsgálati és receptfelírási rendszer is nehezítette. 1968 első felében az Infecundint szedő nők átlagos száma még csak 26 000-et ért el, de az év második felében már átlagosan 47 000 nő védekezett ezzel a módszerrel. 1969. év első felében a fogamzásgátló tablettákkal védekező nők száma tovább növekedett; átlagosan már 70 000-en vásárolták. Június hónapban e védekezési eszköz gyógyszerári forgalma meghaladta a 81 000 — egy hónapi védekezésre elegendő — egységet. Ez azonban még mindig csak azt jelenti, hogy a propagatív korú nők alig valamivel több mint 3%-a, a 15—49 éves házas nők kevesebb mint 4%-a használja az Infecundint védekezésül. A méhen belüli fogamzásgátló eszközök kipróbálás alatt állnak, a velük élő nők száma nem haladja meg a 10 000-es nagyságrendet.

9. Az Infecundin tabletta gyógyszerári forgalma

Аптечный оборот таблеток Инфекундин
Turnover of the "Infecundin" pills in Pharmacies

Hónap (1)	1967	1968	1969
Január	—	18 144	61 030
Február	—	20 412	59 365
Március	—	24 685	66 567
Április	—	27 986	74 021
Május	1 263	30 738	78 694
Június	3 105	32 950	80 962 ^a
1. Együtt	4 368	154 915	420 639
Július	5 152	40 346	.
Augusztus	7 374	41 858	.
Szeptember	9 133	41 636	.
Október	11 153	47 769	.
November	12 841	51 691	.
December	15 477	57 151	.
1. Együtt	61 130	280 151	.
2. Összesen	65 498	435 366	.

^a Szabolcs-Szatmár megye adata nélkül

Горизонтальная графа: (1) Месяц.
Вертикальная графа: 1. Вместе; 2. Всего.

Heading: (1) Month.

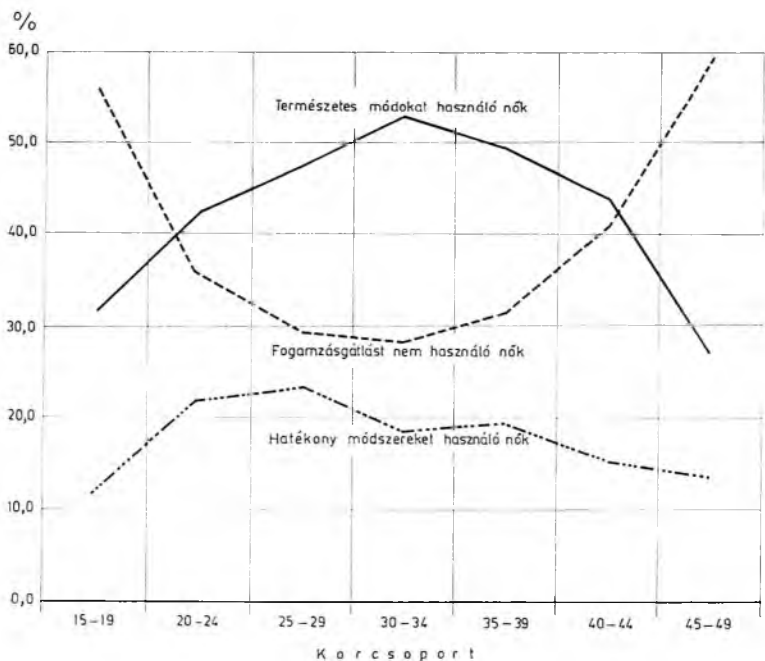
Lateral text: 1. Together; 2. Total.

Az orális fogamzásgátlók nagyobb arányú elterjedését nem a tabletták hiánya, hanem inkább a felvilágosítás, illetve a bevezetésére irányuló egészségügyi propaganda hiánya okozza. A közvélemény főleg a védekezési eszközök mellékhatásairól tud, a sajtó, rádió, televízió erre vonatkozó cikkei,

adásai alapján. Az orvosi társadalom is mintha tagadó magatartást tanúsítana az orális fogamzásgátlók elterjesztésével, illetve propagálásával kapcsolatban.

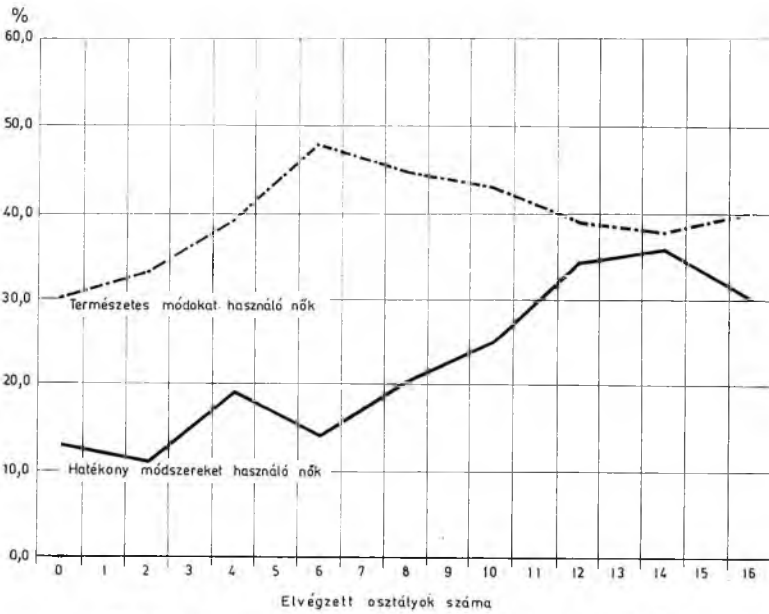
A Központi Statisztikai Hivatal Népeességtudományi Kutató Intézetének vizsgálata szerint — budapesti adatok alapján — az 1968. szeptember és 1969. február között fogamzásgátló tablettát szedő nők 18%-ánál jelentkezett valamely mellékhatás. Ezek nagyobb része is hányingerről, fejfájásról panaszkodott; vérszavar — esetleg más tünettel kombináltan — a gyógyszer szedő nők 7%-ánál fordult elő.

A fogamzásgátlás alkalmazása terén az egyes népességi alcsoportok között viszonylag kicsi a különbség, annál nagyobb a differenciáltság az alkalmazott módok területén. A fiatalabbak általában — leszámítva a legfiatalabb korcsoportot — inkább használnak jobb hatásfokú módszereket, mint az idősebbek.

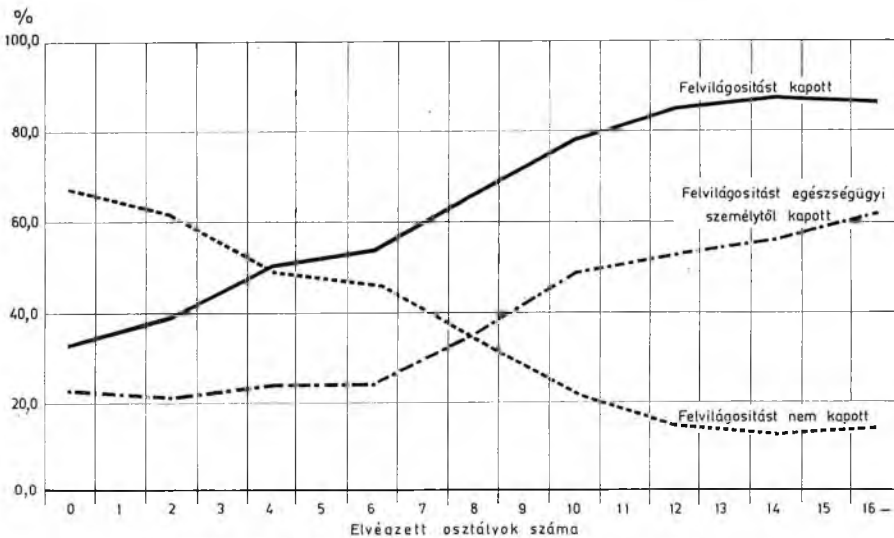


III. Fogamzásgátlást használó és nem használó nők korcsoportok szerint
Женщины, предупреждающие и не предупреждающие беременность по возрастным группам
 Women using and not using contraception by age-groups

A társadalmi-gazdasági státusz szintén meghatározó tényező. A coitus interruptus például elsősorban a mezőgazdasági fizikai foglalkozású családok fő védekezési módja — az e csoportba tartozó védekezők mintegy 3/4-e alkalmazza —, a szellemi foglalkozásúak viszonylag jelentéktelenebb hányada választja. Általában megállapítható, hogy minél magasabb a nő iskolai végzettsége, annál kevésbé él a fogamzásgátlásban a természetes, s annál inkább a hatékonyabb védekezési módokkal.



VI. Fogamzásgátlást használó nők iskolai végzettség szerint
 Женщины, предупреждающие беременность по школьному образованию
 Women using contraception by educational attainment



V. Felvilágosítás a fogamzásgátlásról a nők iskolai végzettsége szerint
 Просвещение о предупреждении беременности по школьному образованию женщин
 Information on contraception by educational attainment of women

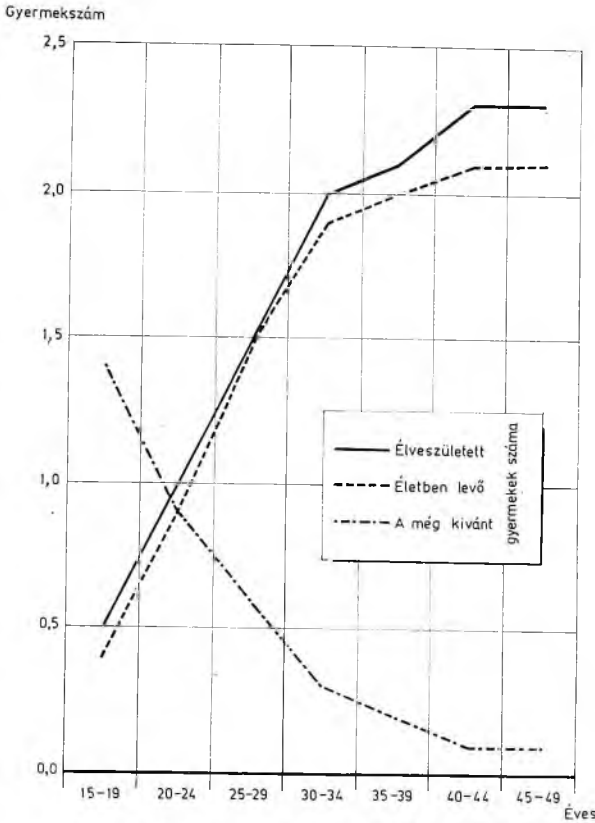
A legális abortuszrendszernek része lehet a fogamzásgátlási módszerek hanyagabb alkalmazásában, vagy abban, hogy a házások megmaradnak a kevésbé hatékony természetes módszereknél. A nők fogamzásgátlási gyakorlatáról kapott kép azonban megerősíti azt a feltevést, hogy a gyermeket éppen nem kívánó házások inkább a hatékony és megfelelő fogamzásgátló módszerek és a szükséges felvilágosítás hiányában kényszerülnek művi vetélések végzésére, mint könnyelműségük, felelőtlenségük miatt. Ezt erősítik meg egyébként a TCS-66 vizsgálatnak a születésszabályozással kapcsolatos felvilágosításra vonatkozó adatai is. A házias nők 2/5-e egyáltalán nem kapott felvilágosítást, s csupán a nők egyharmada jelölt meg szakorvost, általános orvost vagy védőnőt ismeretei forrásaként. A felvilágosítás hiánya a fiatalabb nők körében is tapasztalható, s még nagyobb hiányosságok vannak az idősebbek informáltságában. A társadalmi-gazdasági státus különbségei a felvilágosításban ugyancsak döntők. Ha csupán a kulturális színvonalat tekintjük, azt találjuk, hogy általában minél több osztályt végzett valaki, annál nagyobb annak az előfordulása, hogy felvilágosítást kapott, s annál szakszerűbb az információ forrása is.

5. CSALÁDTERVEZÉS

A TCS-66 vizsgálat során a nők általában számot tudtak adni arról, hogy hány gyermeket kívánnak még szülni. A még kívánt gyermekek száma természetesen a fiatal házásoknál a legnagyobb, akiknek általában még nincs gyermekük vagy csak egy van. Az életkor előrehaladtával a meglevőkön túlmenően még kívánt gyermekek száma egyre csökken, s 40 éven túl már szinte elhanyagolható lesz. A még kívánt gyermekek számát az élveszületettekhez hozzáadva azt találjuk, hogy a reprodukív kor végén a nők átlagosan mintegy 2,4 gyermeknek adnak életet (az életben levők száma csak 2,1), míg a most 30–39 évesek — ha elképzeléseik valóra válnak — 2,3, a fiatalabbak pedig csupán 1,9–2,0 gyermeket szülnének (VI. ábra).

A fiatal házások elképzelései annyival kevesebb gyermeket irányoznak elő, hogy az a népesség reprodukcióját veszélyezteti. Az alacsony hatásfokú fogamzásgátlási eljárások használata ellenére azonban számos olyan „véletlen” terhesség jön létre, amelyet a legális abortuszrendszer mellett is vállalnak, amelyek hozzájárulnak a reprodukció biztosításához. A hatások fogamzásgátlás elterjedése esetén, — márpedig épp ez a családtervezéssel kapcsolatos felvilágosítás egyik fő célja — természetesen ez a nem szándékolt születési többlet elmarad. Szükségesnek tartom ezért rámutatni arra, hogy a családtervezéssel kapcsolatban folytatott felvilágosító munkát, a viszonylag alacsony termékenységu országokban általában is, de Magyarországon feltétlenül össze kell kötni az ideálisnak tekinthető gyermekszám propagálásával.

A nők által ideálisnak tartott gyermekszám több, mint amennyit a nők adott körülményeik között kívánnak. Legáltalánosabb a kétgyermekes család eszméje, ezt a nők 58%-a jelölte meg kívánatosnak. Viszonylag sokan (29%) még ideálisnak tartják a három gyermeket is, de a négy vagy több gyermek idealizálása majdnem ugyanolyan ritkaság, mint ez egykés vagy a gyermektelen családé (10. tábla).



VI. Az élvezületelt, az életben levő és a még kívánt gyermekek száma korcsoportonként

Численность живорожденных, живых и еще желающих по ним девоарстным группам

Number of live-born, living and still desired children by age-group

Az ideális gyermekszámról kirajzolódó képet a nőknek a nagy családról kialakult elképzeléseivel egészíthetjük ki. A magyar nők egyharmada a 6 vagy több gyermekes családot tartja „nagy családnak”, a további 30%-a nagyak tarja az 5 gyermekes, 29%-a pedig a 4 gyermekes családot is.

A népességnek az „ideális” és a „nagy” családról vallott véleménye arra mutat, hogy a háromgyermekes családtípus propagálása nem ütközik a népesség jelenlegi ideáljai szempontjából nagyobb akadályokba, s a családvédelmi politika segítségével számos, ma kevesebb gyermeket tervező család számára elérhetővé válik. Ez mindenesetre nagyban elősegíti a perspektivikusan is megfelelő reprodukció kialakítását célzó törekvéseket.

*

E rövid áttekintésből is kitűnik, hogy a termékenységi, születésszabályozási vizsgálatok megfelelő bázist nyújtanak a családvédelmi politika teen-

10. A nők megoszlása az ideális és a nagy családnak tartott gyermekszám szerint;
a TCS-66 vizsgálat adatai

Распределение женщин по величине рассмотренной ими идеальной и большой численности детей; данные обследования ТЧ-66

Women by the number of children thought as an ideal and a big family;
data of the TCS-66 Study

Elképzelés a gyermekszámról (1)	Gyermekszám (2)								Nincs véleménye (3)	Összesen (4)	Gyermekszám (átlag) (5)
	0	1	2	3	4	5	6	7+			
	Szám (6)										
1. Ideális gyermekszám	30	260	5123	2578	457	70	29	7	246	8800	.
2. Nagy család gyermekszáma ..	—	—	41	737	2522	2645	1689	1146	20	8800	.
	Százalék (7)										
1. Ideális gyermekszám	1	3	58	29	5	1	0	0	3	100	2,4
2. Nagy család gyermekszáma ..	—	—	1	8	29	30	19	13	0	100	5,1

Горизонтальная графа: (1) Представление о численности детей; (2) Численность детей; (3) Не имеет мнения; (4) Всего; (5) Среднее число детей; (6) Численность; (7) Проценты.
Вертикальная графа: 1. Идеальное число детей; 2. Число детей больших семей.

Heading: (1) Notion on the number of children; (2) Number of children; (3) No opinion; (4) Total; (5) Number of children (average); (6) Number; (7) Percentage.

Lateral text: 1. Ideal number of children; 2. Number of children of a big family.

dőinek meghatározásához, a családtervezési felvilágosító munka egy-egy országban különböző útjának kijelöléséhez.

Röviden összefoglalva a mondottakat: a magyar népesség körében széles körben elterjedt a családtervezés, amely részben fogamzásgátlás, részben művi vetélések révén valósítja meg céljait.

A reprodukív korú házas nők 58%-a szakított meg művi úton terhességét, akiknek túlnyomó többsége fogamzásgátlást is alkalmazott. Fogamzásgátlást a vizsgálat idején a nők 63%-a használt. A fogamzásgátlást használók nagyobb része természetes módszereket — főleg coitus interruptus — vett igénybe. A nők többsége a nem megfelelő és kevésbé hatékony fogamzásgátlás következtében szakított meg nem kívánt terhességét. Gyakran a szükséges felvilágosítás is hiányzik. A nők 2/5-e a fogamzásgátlás kérdésében egyáltalán nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel, s csupán egyharmaduk jelölt meg szakorvost vagy más egészségügyi dolgozót a felvilágosítás forrásaként. A művi abortuszok végzésének engedélyezésével a nők többsége egyetért, mindössze 12%-uk ellenzi azt.

Száz 15–49 éves házas nő elveszített gyermekeinek átlagos száma 189 volt, az életben levőké 176. A vizsgálat idején ugyanezek átlagosan még 33 gyermeket kívántak, ami a már megszült gyermekek számához hozzáadva kevesebb, mint az ideálisnak tartott gyermekszám: 241. A közvéleményben a kétgyermekes család eszméje a leggyakoribb.

A házasoknak a családra vonatkozó tervei ugyanúgy, mint az ennek megvalósítására igénybe vett születésszabályozási eszközök vagy az ezekkel kapcsolatos ismeretek és vélemények a nők életkora, házasságtartama, társadalmi-gazdasági státusa, gazdasági aktivitása, műveltségi színvonala, falusi vagy városi lakóhelye és egyéb ismérvei szerint jellegzetesen differenciáltak.

Befejezésül hangsúlyozni kívánom, hogy a vizsgálatok tanulsága szerint, Magyarországon a családtervezési feladatok között kell szerepelnie a születésszabályozás kulturálatlan és nem kívánatos módja, a művi abortusz visszaszorításának az általános egészségügyi kultúra felemelése révén. Szükség van éppen ezért a modern és hatékony fogamzásgátlás bevezetésére és megfelelő felvilágosítás segítségével történő elterjesztésére. Ennek a munkának azonban együtt kell járnia a népesség fejlődését biztosító reprodukciónak megfelelő családnagyság propagálásával. Ennek alapját az utóbbi évek olyan jelentőségű családvédelmi, népesedéspolitikai intézkedései vetették meg, mint például a családi pótlék növelése, a fizetett szülési szabadság meghosszabbítása, a gyermek hároméves koráig járó gyermekgondozási segély és az ezzel együttjáró fizetett szabadság bevezetése.

ВЕНГЕРСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ФЕРТИЛЬНОСТИ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Резюме

Среди венгерского населения широкое распространение получило планирование семьи, которое осуществляет свои цели отчасти путем предупреждения беременности, отчасти путем искусственного аборта.

Искусственный аборт был предпринят 58%-ом замужних женщин пропагандивного возраста, которые в своем подавляющем большинстве применяли также и противозачаточные средства. Во время обследования 63% женщин применяли предупреждение беременности. Из них большая часть пользовалась естественными методами, главным образом прекращением полового акта. Большинство женщин прибегает к искусственному аборту из-за не подходящих и мало эффективных методов предупреждения беременности. Зачастую отсутствует и необходимая просвещенность. 2/3 части женщин вовсе не располагает необходимыми знаниями по вопросам противозачатия, и всего лишь 1/3 часть указала в качестве источника знания врача-специалиста или другого человека из сети здравоохранения. Большинство женщин согласно с допущением искусственного аборта, всего лишь 12% с этим не согласны.

Среднее число живорожденных детей на сто замужних женщин в возрасте 15—49 лет было 189, из них живые 176. В период обследования указанные женщины имели желание иметь еще 33 детей, что добавляя к уже родившимся детям меньше, нежели идеальное число детей: 241. Общественное мнение чаще всего считается идеальным иметь двух детей.

Планы относительно величины семьи замужних женщин, подобно как и средства, использованные для осуществления их намерения относительно числа детей, знания и мнения в этой области типично отличаются друг от друга в зависимости от возраста, продолжительности брака, общественно-экономического положения, экономической активности, уровня образования, места жительства (город — село) и других признаков женщин.

В заключение автор подчеркивает, что по выводам обследований в числе задач по планированию семьи в Венгрии обязательно должно фигурировать постепенное сокращение численности искусственных абортов, этого

некультурного и нежелательного метода ограничения численности рождений, путем поднятия уровня общей гигиенической культуры. Поэтому имеется необходимость в введении современных и эффективных средств противозачатия, а также в их распространении с помощью надлежащей информации. Эта работа однако должна проводиться совместно с пропагандой такой величины семьи, которая обеспечивает развитие народонаселения. Основы такого положения за последние годы были приложены такими значительными мероприятиями в области охраны семьи и демографической политики как, например, увеличения семейной надбавки, удлинение декретного отпуска матерей, пособие на воспитание детей до трёхлетнего возраста и введение соответствующего платного отпуска.

(Планый доклад был обсужден на шестой конференции Европейской и ближневосточной регии Международной федерации по планированию семьи, состоявшейся в Будапеште с 15 по 17 сентября 1969 года.)

HUNGARIAN FERTILITY AND FAMILY PLANNING STUDIES

Summary

Family planning in Hungary is widespread and is practiced both by the methods of contraception and abortion. 58% of married women in the reproductive age had terminated by artificial means their unwanted pregnancies the majority of whom also used contraception. At the time of the inquiry 63% of the women interviewed were using birth control methods. The larger part of those using birth control methods favoured the so called natural methods, mostly coitus interruptus, while the majority of women who had abortions were forced into it as the result of employing ineffective or unsuitable contraceptive methods. In many cases the necessary contraceptive information was lacking and two fifths of the women interviewed had insufficient knowledge of contraceptive methods and only one third named a specialist doctor or nurse as the source of their contraceptive knowledge. The majority of women agreed with the system of legal abortion and only 12% objected to it.

The average number of live births per 100 married women between the ages of 15 and 48 was 189 while the average number of the children alive at the time of survey was 176. An additional 33 children were desired per 100 married women which, when added to the number of children already born did not attain the number held ideal, i.e. 241 children. Public opinion considers the two child family as ideal.

Family plans of married women, as methods used for the realization of those plans, and knowledge- and opinion concerning birth control varies according to age, length of marriage, socio-economic status, economic activity, educational level, rural or urban domicile and other characteristics of the women concerned.

The conclusions of the inquiry emphasize that an objective of family planning activities in Hungary should be the spreading of knowledge concerning matters of health. Therefore there is a real need for the introduction of modern and effective methods of contraception as well as for popularization. These two objectives must be carried out in conjunction with the propagation of an ideal family size which would ensure satisfactory rate of reproduction. The basis for this has already been laid down by such population policy measures of the government as the increase of family allowances, longer leave with pay for women giving birth, the child's care allowance payable to mothers who stay at home with their children until they attain the age of three, accompanied by an unpaid leave of absence from their place of work for three years with a guarantee of their future employment.

(Lecture discussed at the 6th Conference of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation, held in Budapest, September 15-17, 1969.)

A SZABAD DÖNTÉS JOGA ÉS AZ ORVOSI FELELŐSSÉG*

DR. PETER HUNTINGFORD

A VÁLASZTÁS JOGA

Az egyénnek az a joga, hogy maga szabja meg születendő gyermekei számát általánosan elismert. Eltekintve a fejlődő országoktól, ahol a szülőket a gazdasági szükség szempontja vezeti, midőn sok gyermeket nevelnek, hogy legyen, aki eltartja őket öregkorukban, a legtöbb ember úgy véli, hogy a születendő gyermekek számát korlátozni kell. Remélhetőleg a társadalom anyagi színvonala az egész világon rövidesen olyan magasra emelkedik, hogy a jövőben nem lesz szükség arra, hogy egy házaspár gazdasági megfontolásból növelje a családnagyságot, s a gyermekek számát az szabja majd meg, hogy hányat akarnak valójában. A kis család előnyben részesítése főleg személyi okokból történik, a szülők és különösen a nők kívánsága ez, hogy a gyermeknevelés mellett meglegyen a lehetőségük arra, hogy saját életüket éljék, de szerepet játszanak társadalmi-gazdasági megfontolások is, és végül bizonyos felelősségérzet a világ népesedési problémái iránt.

A VÁLASZTÁS SZÜKSÉGESSÉGE

A világ legsűrűbben lakott országaiban, melyek sorában az Egyesült Királyság a második Hollandia után, máris az a helyzet, hogy nem képesek megtermelni mindazokat a javakat, amelyekre a létfenntartás szempontjából multhatatlanul szükség van. Ha a népességnövekedést sikerül ésszerű határok között tartani, 2,2-re kell korlátozni az átlagos gyermekszámot családonként, figyelembe véve, hogy lesznek majd gyermektelen családok és három- és több gyermekes családok is.

A terhesség, illetve a szülés olyannyira biztonságos a modern időkben mind az anya, mind a születendő gyermek számára, hogy az anyának nincs szüksége „szám feletti” terhességre ahhoz, hogy annyi gyermeke legyen, ahányat valójában akar. Más szóval a terhességi veszteséget sikerült majdnem egy tovább már nem csökkenthető minimumra szorítani; és nagyon valószínű,

*A Nemzetközi Családtervezési Szövetség (International Planned Parenthood Federation) Európai és Közel-keleti Régiójának Budapesten 1969. szeptember 15—17-én tartott 6. konferenciáján megvitatott előadás rövidített változata.

hogy a jövőben viszonylag rövid idő alatt el fogják érni ezt a tovább már nem redukálható minimumot.

A hatásos születésszabályozás hozzájárult a terhességi veszteség csökkenéséhez. A közzétett jelentések azt mutatják, hogy Csehszlovákiában a nagyon alacsony perinatális halandóság — melyet figyelemre méltóan rövid idő alatt értek el — legalább részben a szülő nők átlagos életkorának, illetve a magasabb szülési sorszámú újszülöttek számának feltűnő csökkenésével magyarázható. A szülő nők életkora és a szülési sorrend olyan tényezők, melyek erősen befolyásolják a perinatális halandóság alakulását.

A MÓDSZER KIVÁLASZTÁSA

A szülőknek ezért meggondoltan el kell határozniuk, hogy hány gyermeket akarnak és nem hagyatkozhatnak a természet kiszámíthatatlanságára házaseletük folytatásában. A megbízható fogamzásgátlás nélkülözhetetlen. A házaspárok általában nem akarnak függő helyzetbe kerülni valamely fogamzásgátló módszertől. Ezért az ajánlott fogamzásgátlónak olyannak kell lennie, hogy az azzal élőknek — ha óhajtják — módjuk legyen abbahagyni a fogamzásgátló alkalmazását, vagy felcserélni azt valami más anticoncipiens módszerrel. A házaspárok azt a fogamzásgátló módszert válasszák, amelynek használata a legjobban felel meg körülményeiknek. A módszer kiválasztását különböző tényezők befolyásolják, ilyenek: az életkor, a megszületett gyermekek száma, a házasságtartam, esztétikai érzékenység, vallásos meggyőződés, nevelés, előítéletek, intelligencia és motiváció. Ha a választott fogamzásgátló módszer bizonyos kockázattal jár, az érintett személyek válasszanak szabadon: vállalják-e a kockázatot, miután felhívták a figyelmüket a lehetséges következményekre. Arra is figyelemmel kell lenni, hogy az ajánlott módszer kiválasztását módosítani fogja a tanácsadó orvos véleménye, amit viszont saját szexualitása és minden bizonnyal meglevő elfogultsága, előítéletei befolyásolnak.

Azoknál a házaspároknál, akik teljes bizonyossággal tudják, hogy nem akarnak több gyermeket, mind a férfi, mind a nő sterilizációja lehetőséget nyújt arra, hogy egyszer és mindenkorra megszabaduljanak a nem kívánt terhességgel kapcsolatos félelemtől és izgalmaktól.

A családtervezés módszerének tekinthető a művi abortusz is. Véleményem szerint azonban ideális körülmények között ez a methodus csak mint ritkán alkalmazott szükségmegoldás jöhet számításba, bár kiterjedten, sikerrel alkalmazzák néhány országban, nevezetesen Magyarországon, Csehszlovákiában és Japánban. Hazámban 1968 áprilisában vezették be a liberális abortusz törvényt. Ez átalakította a szülészeti-nőgyógyászati gyakorlatot Angliában és Walesben és egy olyan szükségletet tárt fel előttem, melynek létezéséről annak előtte valójában nem vettem tudomást. 1965-ig másfél havonta kb. egy nő keresett fel nem kívánt terhességgel. 1965-től, ahogy az új abortusz törvényt előkészítő viták egyre hangosabbak lettek, mielőtt a törvényt 1967-ben megszavazták, azoknak a nőknek a száma, akik nem kívánt terhességük megszakítását kérve hozzám fordultak, fokozatosan növekedett. Jelenleg már hetenként hét, nyolc nő keres fel ezzel a céllal. Meghallgatva ezeket a nőket — akik nagyjából nem házasként — most már megérttem, hogy a művi abortusz nem jelent teljes megoldást a nem kívánt terhességtől való

megszabadulás szempontjából. A hozzám forduló nem házas nők közül sokan intelligensek voltak és megvolt rá a lehetőségük, hogy fogamzásgátlási tanácsot kérjenek, mégis teherbe estek. A családtervezésbe bevont orvosoknak sokkal többet kell foglalkozniuk pácienseikkel — csakúgy, mint minden orvosnak —, ha meg akarják találni a választ ezek közül néhány problémára. Mindazonáltal a művi abortusz bizonyosan nem fogamzásgátlás, nem szabadít meg a nem kívánt terhességgel kapcsolatos állandó felelemtől, nagyobb kockázattal jár, mint a születésszabályozás egyéb elfogadott módszerei, fokozottabb követelményeket támaszt a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatással szemben és valamelyest lealacsonyítja az embert. A modern társadalmak valószínűleg csak akkor virulhatnak, ha az emberek tisztelik egymást. Ennek a tiszteletnek a nemi érintkezésnél kell kezdődnie, ha a férfiak és nők meg akarják őrizni méltóságukat, és cselekedeteikben vállalni akarják a teljes felelősséget, amely kötelességük is egyben saját magukkal, partnerükkel és születendő gyermekeikkel szemben. Az egyén azonban csak akkor tudja megőrizni szabadságát egy bonyolult társadalomban, ha belátja, hogy azt mások számára is biztosítani kell. Ezért a választás olyan elhatározás, mely felelőséggel jár az egyén számára, aki választ és általában fontos következményei vannak a társadalom számára is. Úgy gondolom, hogy az egyének szabadságának megőrzésére — a nemi élet területén — a fogamzásgátlás jelenti a helyes megoldást, mely megszabadítja a társadalmat a nem kívánt terhességek terhétől.

AZ ORVOSI FELELŐSSÉG

Mivel pácienseink joggal igénylik a fogamzásgátló eszközöket, nekünk orvosoknak a felelősségünk abban áll, hogy azokat a hozzánk fordulóknak rendelkezésére bocsássuk, valahányszor erre kérnek bennünket. Sőt, kötelességünk felajánlani ezeket az eszközöket, akkor is, midőn ezt nem kéri tőlünk, de tudjuk, hogy azokra nyilvánvalóan szükség van. Meggyőződésem, hogy ezt kell tennünk tekintet nélkül a segítséget igénylő korára is. Azok, akik segítséget kérnek, elismerik saját felelősségüket a nemi érintkezésben szexuális partnerükkel szemben, gyermekeikkel szemben, akik egyébként megfogamzanának, és általánosabb értelemben a társadalommal szemben. Ilyen körülmények között a fogamzásgátló eszköz megtagadása a szexuális tevékenység következményeiért a felelősséget az orvosra hárítja, mivel a fogamzásgátlással kapcsolatos tanács megtagadása valószínűleg nem befolyásolja lényegesen a nemi magatartást. Magát azt a tény, hogy fiatal, nem házas férfiak és nők elgondolkoznak cselekedeteik következményein, üdvözölni kell és nem szabad őket elriasztani.

Azok a házaspárok, akik kiegyensúlyozott nemi életet élnek, rendszerint megfelelő időben kérnek tanácsot, akkor midőn szükségük van rá. Többnyire ez a házasság kezdetekor, a gyermekek születése vagy abortusz után történik. A sokszor szült nők, azok, akik illegálisan végzett terhességmegszakítás után vannak, végül azok, akiknél ismételtlen fordul elő nem kívánt terhesség — akár azért, mert meg akarják tartani a gyermeket, akár azért, mert meg akarják szakítani a terhességet — különösen segítségre szorulnak. Még akkor is, ha nem kérnek segítséget, azt az első alkalommal fel kell nekik ajánlani. A nem házas nő, aki az első nemi érintkezés eredményeképpen

teherbe esett, általában nincs abban az állapotban, hogy közvetlenül terhességének megszakitása után tanácsot fogadjon el. Úgy gondolja, hogy — ami történt — jó lecke volt a számára és az nem fog még egyszer előfordulni. Sajnos, az ilyen lányoknak — úgy tűnik — egy lecke nem elegendő, a terhesség újra előfordulhat és elő is fordul. Az ilyen páciensnek, aki nem hajlandó elfogadni a tanácsot, midőn azt először felajánlották, igyekeznünk kell megérteni összezavart érzelmeit, mindenekelőtt azonban nagy türelemmel kell foglalkozni vele. Az emberek egy része gyakran nem jól motivált és alacsony intelligenciájú, ilyen esetekben a fogamzásgátlás módszerének könnyen alkalmazhatónak kell lennie. Hasonló okból ezeknél a nőknél nem kell arra várni, míg megjelennek a rendeléseken és nem szükséges őket egy másik klinikára vagy orvoshoz küldeni. A fogamzásgátlással kapcsolatos tanácsadás egyformán elérhető kell hogy legyen mindenki számára a körzeti orvosnál, az anyavédelmi szakrendelésen és a nőgyógyászati osztályon. A szakorvosoknak tudatában kell lenniök annak, hogy kötelességük tájékoztatni a szülőképes korú nőt, míg kezelésük alatt áll a terhesség kockázatáról, ha az valamilyen súlyos betegség idején jön létre. Bizonyára nem kötelessége az orvosnak azt mondani a páciensének, hogy sohasem lehet gyermeke, de igenis kötelessége tájékoztatni (ti. a beteget) a kockázatról és ellátni a megfelelő fogamzásgátlási tanáccsal, amikor az szükséges. Csak azokra a nőkre kell gondolnunk, akiknek a szívébe mesterséges billentyűket ültettek be, vagy akik átültetett vesével élnek, hogy bepillantást nyerjünk a drámába, amely a döntések mélyén rejlik.

Minden orvosnak — kivétel nélkül — tehát jól kell ismernie a fogamzásgátló módszereket; ugyanez vonatkozik az ápolónőkre, szülésznőkre és általában mindenkire, aki a kórházban a szülőképes korú nővel kapcsolatba kerül.

A TÁRSADALOM FELVILÁGOSÍTÁSA

A fogamzásgátló szerekre vonatkozó tanácsokat akkor használják eredményesen, ha az megfelelő ismereten alapul. Ez elvezet a nevelés problémájához, mellyel kapcsolatban néhány megjegyzést szeretnék tenni.

Addig is, amíg a szülők nem lesznek megfelelően tájékozottak és a tájékoztatást nem tudják kellőképpen gyermekeiknek megadni, minden rendelkezésre álló eszközt fel kell használni a felvilágosításra mint például: az iskolákat, előadásokat, filmeket, újságokat, a rádiót és a televíziót. Bár, ha reálisan nézzük a dolgokat, akkor az első felvilágosítást, tájékoztatást még mindig az iskolában a barátok adják meg, még mielőtt a szülők tennék ezt.

Jó lehetőség adódik erre, amikor a fiatal ember az orvoshoz megy. Az orvosnak időt és fáradságot nem kímélve pontos felvilágosítással kell szolgálnia. 1950-ben nagy mozgalom indult, hogy az anyákat a gyermekszülésre előkészítsék. Most elérkezett az az idő, amikor a fogamzásgátlásra vonatkozó ismereteket kell terjeszteni a jövő születésszabályozásának érdekében. Mi kihasználjuk azt az időt, amit az anyák a kórházban töltenek, hogy megtanítsuk őket arra, hogyan gondozzák gyermekeiket. Ebből az időből egy keveset arra is fel lehet használni eredményesen, hogy személyes tanáccsal lássuk el az anyákat és a fogamzásgátló szerekre vonatkozóan is adjunk felvilágosítást. Az utóbbi időben sikerrel elkezdtünk egy egyhetes oktatást az

anyák részére a terhesgondozóban. Ezekon az oktatásokon az egyik orvos az anyák kis csoportjával megbeszéli a fogamzásgátlás céljára rendelkezésre álló különböző módszereket. Ez alkalmat ad az anyáknak, hogy megbeszélhessék férjükkel, mit akarnak tenni, milyen módszert válasszanak arra az időre, amikor már elhagyhatják a kórházat, vagy miután a szülést követő hat hét elmúltával orvosi ellenőrzésen már jelentkeztek és folytathatják a házaseletet. Nyilvánvalóan ez még nem elég és alkalmat kell adni néhány nőnek arra is, hogy személyesen és külön tudjon beszélni a saját, fogamzásgátlással kapcsolatos problémáiról, mielőtt a szülészeti vagy nőgyógyászati klinikát elhagyja. Az ismeretek terjesztésének ez a módja azt fogja eredményezni, hogy a felnőttek a saját gyermekeiket is jobban tudják oktatni, mint ahogy ők voltak oktatva.

AZ ORVOSOK OKTATÁSA

Az orvosoknak is szükségük van a fogamzásgátlásra és a szexuális problémák megoldására vonatkozó oktatásra saját maguk és betegeik számára egyaránt. Az orvosok a fogamzásgátlás problémáját egészben véve elhanyagolták. Ez így van történetesen az Egyesült Királyságban, ahol a szervezés legnagyobb terhe a Családtervezési Szövetségre és a Nemzetközi Családtervezési Szövetségre hárult, de az orvosok többsége elhanyagolta — és közülük is különösen a szülészek és nőgyógyászok — ezt a problémát. A szülészek és nőgyógyászok felelőssége olyan nyilvánvaló, hogy már magának a ténynek a pusztá megállapítása is jelent valamit azok számára, akiknek a lelkiismerete ezzel az üggyel terhelve van.

Csak néhány orvostudományi egyetemen kapja meg a családtervezés az őt megillető helyet az orvosképzésben, ha egyáltalán foglalkoznak vele. Ez is olyan hiányosság, amit orvosolni kell, ha mi orvosok lelkiismeretesen vállaljuk a felelősséget. Az Egyesült Királyságban ennek szükségességét hivatalosan is felismerték a Királyi Orvosi Oktatási Bizottságban, mely Lord Todd vezetése alatt áll. 1967-ben konferenciát tartottak, amelyen ebben az irányban nagyobb erőfeszítéseket terveztek, és javaslatokat készítettek arra vonatkozóan, hogy ezt milyen módon lehetne végrehajtani. A Londoni Egyetemen nehézségekbe ütköztünk, amikor az orvostanhallgatóknak a fogamzásgátló módszereket oktattuk. Ezeket a nehézségeket azonban már többé-kevésbé áthidaltuk. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat — amelyhez az orvosegyetemek is tartoznak — 1967-ig nem foglalkozott a fogamzásgátlással kapcsolatos tanácsadással. Nem volt olyan intézkedés, amely ezt lehetővé tette volna. Az 1967-ben érvénybe lépett Egészségügyi Törvény sajnos nem sokat segített, mivel ez csak a helyi állami egészségügyi szerveknek teszi lehetővé az ingyenes tanácsadást és segítséget, míg a kórházak — amelyek felelősek a nőgyógyászati és terhesgondozásért — továbbra sem kötelesek ezt tenni és ami talán még ennél is fontosabb, nincsenek is meg ehhez a pénzügyi lehetőségeik. Az orvosegyetemek az egyetemi hallgatók, az ápolónők és általában a kórházi dolgozók számára sem biztosítják a megfelelő tanácsadást.

Ezeket a hiányosságokat orvosolni kell és a nehézségek hamarosan megszűnnek, ha az orvosok és az ápolónők megfelelően fel vannak készülve arra, hogy ilyen tanácsot adhassanak és a saját életüket is úgy irányítják, mint a társadalom felelős vezetői az emberi tevékenységnek ezen a területén.

ISMERETEK A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ MÓDSZEREKRŐL

Az előadás keretében nincs mód a fogamzásgátló egyedi módszerek előnyeinek és hátrányainak részletes megtárgyalására, de az orvosoknak el kell látniuk betegeiket a legjobb tanácsokkal, melyek az összes elfogadott módszereket figyelembe veszik. A nagy számú ismert módszer közül, az egyén részére mindig a neki legmegfelelőbbet kell kiválasztani. Ismerni kell az összes rendelkezésre álló módszert, melyek a következők: a ritmus módszer, a spermicidek, a barrier módszerek, a méhen belüli, valamint a perorális fogamzásgátlók, a sterilizáció és a művi abortusz (terhességmegszakítás). Mivel mindegyik módszerre vonatkozóan tanácsot kell adni, én nem szeretem azokat a speciális klinikákat, amelyek például csak a méhsapka behelyezését javasolják, vagy valamely módszert előírnak. A fogamzásgátlásra vonatkozó tanács nem egyszerűen technikai gyakorlat, hanem az egyén kezelése a legtágabb értelemben.

Az orvosoknak éberren figyelniük kell a javallatokat és ellenjavallatokat minden módszernél és azt is, milyen biztonságot nyújt a teherbeesés ellen és melyek a módszer alkalmazásával járó kockázatok. A páciens tudja csak mérlegelni, hogy a kockázat elfogadható-e számára. Igen fontos, hogy midőn az orvos felhívja a páciens figyelmét a kockázatokra, azt elfogultság nélkül tegye. A javasolt módszerek választásánál az orvosnak a páciensét olyan jól kell ismernie, amennyire csak lehet, hogy így bármely jelentős társadalmi, lélektani vagy érzelmi tényezőt, mely a választást befolyásolhatja, figyelembe tudjon venni. Az is befolyásolja a páciensét, hogy már előzetesen voltak elképzelései a különböző módszerekről. A kikérdezés közben felmerülhetnek pszicho-szexuális természetű problémák, valamint nőgyógyászati és egyéb rendellenességek is; a kezelés és a tanács nem teljes, ha ezekkel nem foglalkoznak.

Az orvos kötelessége biztosítani páciensét, hogy a javasolt fogamzásgátló szer eredményes és nem gátolja a kielégülést. Folyamatosan ellenőrizni kell azokat, akiket tanáccsal láttak el.

A tanácsadáshoz elegendő időnek kell rendelkezésre állnia. Ehhez nyugodt légkörre van szükség. Ha a tanácsadás sietve történik, nem beszélnek meg a családtervezést és a különböző fontos tényezőket, akkor esetleg helytelen módszert választanak, amit rövidesen abba is hagynak és ennek újabb, nem kívánt terhesség a következménye. Vannak olyan egyének, akik nem tartanak ki olyan fogamzásgátló módszer mellett, amely gondot okoz, vagy amelynél ismételt művelet szükséges; ilyenek pl. a barrier módszerek, sőt még a tabletták is lehet ilyenek, mivel azt minden nap be kell venni. A kevésbé képzett és rosszul motivált emberek részére gyakran a méhen belüli fogamzásgátló eszköz a legjobb reverzibilis módszer, míg a sterilizációt akkor előnyös, ha a család már teljes. A sterilizációt akkor lehet alkalmazni, ha a házaspár már nem akar több gyermeket, a házasság szilárd és a házastársak jól alkalmazkodnak egymáshoz.

Amikor csak lehetséges, a fogamzásgátló módszerekre vonatkozó tanácsot mindkét félnek meg kell adni, ha azonban ez nem vihető keresztül, legalább mindkét fél legyen az elhatározásba vagy választásba beavatva. Ez nyilvánvalóvá teszi számukra, hogy mindketten felelősek a családtervezésért, ami közös feladat és csak együttesen vihető sikerre.

Utalás történt már az orvos felelősségére a pszicho-szexuális rendellenességek kezelésében. Az orvosnak azonban az is feladata, hogy a terméketlen párokat megfelelő tanáccsal lássa el. Az orvos felelős azért, hogy a fejlődéssel folyamatosan lépést tartson minden területen és a tudását a gyakorlatba átvigye. Az orvosnak a kutatások iránt is érdeklődnie kell, még akkor is, ha aktívan nem is vesz részt ebben. A jövőben is erőteljesen kell folytatni a kutatást megfelelőbb és biztonságosabb fogamzásgátló eszközök előállításának érdekében.

ПРАВО НА СВОБОДНОЕ РЕШЕНИЕ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ

Резюме

К правам личности относится и право на самоопределение величины семьи путем выбранного личностью метода. Выбор соответствующего метода должен быть обеспечен путем врачебного совета высокого уровня. Если человек пользуется своими правами (в области планирования семьи), он выполняет свой долг перед самим собой, партнером, детьми и обществом. Врачи должны позаботиться о том, чтобы все, кто нуждается в этом могли получить соответствующую помощь в ограничении рождаемости именно тогда, когда это необходимо. Долгом врачей является и то, чтобы они приобрели все новые знания и распространяли это в обществе. В области распространения знаний о предупреждении беременности нужно учесть и взаимодействующие общественные, физические, моральные и эмоциональные факторы.

(Данный доклад был обсужден на шестой конференции Европейской и ближневосточной регии Международной федерации по планированию семьи, состоявшейся в Будапеште с 15 по 17 сентября 1969 года.)

THE RIGHT OF THE INDIVIDUAL TO FREEDOM OF CHOICE AND MEDICAL RESPONSIBILITY

Summary

Individuals have a right to regulate the size of their family according to and by the method of their choice based on sound medical advice. In exercising this freedom and choice the individual fulfils his obligations to himself, his partner, his children and to society. Doctors must ensure that this freedom of choice is available to all those who ask for it, and at the time that it is needed. They also have a duty to educate themselves and the public. In providing contraceptive advice all the interlocking social, physical, mental and emotional factors that are relevant have to be taken into account.

(Lecture discussed at the 6th Conference of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation, held in Budapest, September 15-17, 1969.)

CSALÁDTERVEZÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI OKTATÁSBAN* DR. THORSTEN SJÖVALL

Amikor néhány hónappal ezelőtt tanulmányomon dolgoztam, úgy éreztem, nem vagyok képes témát sem speciális, sem összefoglaló kérdésként megoldani. Tulajdonképpen nem is tudom, helyes-e mondandómat akár a pszichológia vagy szociológia, akár a filozófia címszó alá besorolni. Ezért inkább csak a háttér impresszionista megfestésére irányuló kísérletnek tekintsek.

A program címével, a „szociáldemográfia” kifejezéssel kezdem: úgy vélem, ez inkább a program-bizottság ad hoc ötletének tekintendő, mint elfogadott tudományos fogalomnak. Ha valaki azt kérdezné, miért adták a programnak ezt a címet, talán azt lehetne válaszolni: ez kísérlet arra, hogy figyelmünket a demográfiai kutatás társadalmi és humán vonatkozásaira irányítsa. Továbbá kísérlet arra is, hogy a mai demográfiai kutatáshoz kapcsolódó tömegstatisztika merev fogalmát enyhítse, bár eléggé nehéz feladatnak látszik ez utóbbi összeegyeztetése a hagyományos orvosi feladatokkal. A konferencia címe arra utal, hogy át kell hidalni a szakadékot a különféle kutatási filozófiák és a különböző szakmai csoportok között. Míg a demográfusok tudományos feladata az emberekkel számszerűleg foglalkozni, ennek éppen ellenkezője az egészségügy területén dolgozó szakemberek feladata, még ebben a korban is, amikor figyelmünket a legfenyegetőbb tömegjelenségek kötik le.

EGYÉN, CSOPORT ÉS TÖMEG

Szakmai feladataink különbözőségeiben is tükröződik az a felgyülemelő feszültség, ami korunk emberiségében az egyéni érdekek és a tömeg-életmennyilvánulások között fennáll. Hogyan vezethető le ez a feszültség, ez korunk egyik legkiáltóbb problémája. Sok minden mutat arra, hogy minél jobban növekszik a tömegnyomás, annál hangosabban fog az egyén „sikítani”, ha egyáltalán olyan helyzetben van, hogy használhatja a hangját.

*A Nemzetközi Családtervezési Szövetség (International Planned Parenthood Federation) Európai és Közel-keleti Régiójának Budapesten 1969. szeptember 15—17-én tartott 6. konferenciáján megvitattott előadás.

Az orvosi etika egyik alapelve volt mindig és úgy vélem, marad is, hogy az egyént figyelmesen meghallgassuk és megpróbáljuk saját javára felhasználni azt, amit elmondott. Amilyen nehéz volt mindig is eleget tenni ennek az elvnek, most egyre nehezebb lesz, mert az egyénben szemmel láthatóan konfliktus alakul ki egyrészt a technológiától való saját függése — amit csak nagycsoport együttműködés hozhat létre —, másrészt saját individuális, személyinek vagy érzelminek vélt szükséglete között.

Az utóbbi néhány évtized alatt különféle tudományos tevékenységeket folytattak e konfliktus enyhítése érdekében. Ezek között foglal helyet az a széles körű pszichológiai kutatás, melynek célja az individuál- (egyéni) csoport- és tömegpszichológia és -magatartás egymáshoz való viszonyának tisztázása.

Bár ez a kutatás még kezdeti stádiumban van, némileg általános képet nyerhetünk már az ismeretek mai állásáról. Az egyik az, hogy nélkülözhetetlen az individuál-pszichológia alapos ismerete a csoport- és tömegmagatartás megértéséhez. Továbbá úgy látszik, nincs is értelme, hogy speciális pszichológiai tulajdonságokat — melyek lényegükben különböznek az individuálpszichológiában ismertektől — akár a kicsoporthoz, akár a tömegre alkalmazzunk. Mindkét konklúzió rámutat az individuálpszichológia szerepére az oktatásban.

A kutatások alapján levont harmadik következtetés pedig az, hogy az individuálpszichológia bizonyos jelenségei csakis csoportkörnyezetben demonstrálhatók és vizsgálhatók eredményesen. Terápiás csoportokon — laboratóriumi környezethez hasonló körülmények között — a valóságban pontosan az előbb említett konfliktust figyelhetjük meg, nevezetesen az emberi tapasztalás állandó ingadozását státusa mint egyén és mint valamely csoport tagja között. A csoportpszichológia jogosan követelt helyet és ezért is kapta meg végérvényesen helyét az oktatásban az individuálpszichológia mellett.

Mindez azonban lényegileg nem orvosi kérdés, bár alkalomadtán tapasztalhatunk a kérdés orvosi jellegének fenntartására irányuló tendenciákat. Ha bizonyos pszichológiai kontinuumot keresünk abban a láncolatban, melyet az individuum, a csoport és a tömeg magatartása képvisel, az egyéni magatartást vizsgáló orvosi tevékenység kerül a lánc egyik végére, míg a tömegmagatartást kutató demográfusok a lánc másik végére. A közbenső rész, mely főként a mindennapi szociális életben a kicsoporthoz való viszonyával foglalkozik, egész sor szaktudomány területe, pl. a szociológusoké, szociális munkát végzőké és a pszichológusoké.

Az oktatási problémák bonyolult szövevényét rejti mindez magában, melyeknek felülvizsgálata most folyik. Nem könnyű feladat ezen belül kijelölni a különféle szakmák szerepét. Megpróbálok azonban rámutatni néhány olyan problémára ebben a vonatkozásban, melyekkel az orvostudomány küszködik.

A BETEGSÉG VÁLTOZÓ FOGALMA

Általánosan elismert tény, hogy a modern társadalmi és kulturális fejlődés egyre növekvő mértékben megköveteli a súrlódásmentes csoportműködést. Nagyon is jól tudjuk, hogy az ez irányú elvárásokat gyakran

keresztezik a súrlódások eredményeként emberi tragédiák, változó mélységben és terjedelemben. Ha az orvosok ilyen — akár a családi csoport, akár a munkahelyi csoport révén keletkezett — emberi tragédiákkal állnak szemben, hajlamosak arra, hogy betegségről beszéljenek, mivel a betegség az a szakterület, melyre ki vannak képezve. A szenvedő emberek orvoshoz fordulnak, sokkal gyakrabban, mint bármikor, a szenvedés pedig egyértelmű lesz a betegséggel és a régebben viszonylag élesen megvont határok a betegség és a társadalomba vagy csoportba való be nem illeszkedés között lassan eltűnnek. A helyzetet még nehezíti az a tény, hogy az emberek, akik valójában annak következményeitől szenvednek, hogy nem tudnak beilleszkedni valamely csoportba, gyakran fizikailag érzik betegnek magukat. A nehézségeket maximálisra fokozza az, hogy az orvosok túlságosan gyakran még támogatják is ezt a tévhitet, először azért, hogy megkülönböztetés nélkül betegségeként fogadják el, másodsor pedig azzal, hogy — többé-kevésbé akaratlanul — a betegségnek hagyományos, az orvosi oktatásban még mindig messzemenően domináló megfogalmazásával dolgoznak, amit én úgy szoktam nevezni, hogy „géphiba-modell”. E gondoskodás-modell szerint a betegség az elszigetelt test-apparátusban keletkezett, megfigyelhető és mérhető, strukturális és funkcionális elváltozásoknak a következménye. A kezelés abból áll, hogy ezeket az elváltozásokat felderítik és megfelelő, lehetőleg speciális fizikai vagy kémiai beavatkozással megjavítják. Ez a modell volt és még most is az alapja a gyakorlati orvostudomány területén elért eredményeknek, melynek győzelmei eléggé tanúsítják a módszer vitathatatlan hasznosságát. Éppen ezért mind az orvosok, mind a laikusok ennek a módszernek a megszálottjai. Aligha nevezhető véletlennek, hogy az angol nyelv a doktor fogalmára a Physician (fizikus) szinonimát használja. A svéd újsághirdetésekből pedig egyes modern emberek szolgálataikat mindenféle emberi baj gyógyítására a „man-engineering” (ember-technológia) védjegy alatt hirdetik.

Természetesen nehézségek adódnak, amikor szokás szerint, mindenemű emberi szenvedésre ilyen „technológiát” akarnak alkalmazni és ezen szenvedéseket is betegségnek nevezik, annak ellenére, hogy nincsenek kimutatható testi elváltozások. Ez az eset áll fenn az ún. mentális betegségek túlnyomó többségénél. Biztonsággal állítható, hogy a pszichiátria, amely egy seregnyi gyógyszert alkalmaz a többé-kevésbé vak „próbaszerencse” módszerével dolgozva, sokkal kevésbé eredményes, mint az olyan típusú orvosi gyógyszeres kezelések, amelyek teljes joggal a „géphiba-modell”-re vannak alapozva. Legjobb megítélésünk szerint azonban egyre nő azoknak a pácienseknek a száma, akikre ez a modell nem alkalmazható.

Már több mint harminc éve emlegetik, hogy az általános orvosok rendelőiben jelentkező betegek mintegy 50%-a ún. neurotikus zavarokban szenved. A fejlett, nem gyógyszeres pszichiátria szemszögéből nézve ezeknek a betegeknek nagyobb részét félreértik és a géphiba-modell alapján félrekezelik. Mindezeknek az az egyik következménye, hogy a betegség fogalma manapság teljes átalakulásban van. Az orvosi szakmán belül egy pszichiáterekből álló és jórészt pszichológusok és szociológusok által támogatott kisebbség úgy érzi, hogy a „géphiba” betegség-modellt fel kell cserélni, vagy legalább ki kell egészíteni egy másikkal, mely szerint a betegség a szocio-pszicho-fizikai organizmus és környezete közti interakcionális folyamatnak tekintendő. (Környezeten értendő az olyan hatóelmek, mint például más emberek és

különbéle jellegű társadalmi és kulturális hatások.) E perspektíván vagy területen belül, a megfigyelő helyzetétől függően, bármely betegségnek nevezett szubjektív tapasztalás sokoldalúan értelmezhető, és pedig akár testi, akár mentális vagy társadalmi, esetleg kulturális jelenségként. Ahhoz, hogy az egész interakciós folyamat átfogóan és teljes egészében leírható legyen, minden szempontok valamilyen integrálására van szükség.

Ennek a modellnek megvan az az előnye, hogy sokkal jobban alkalmazható a meglévő valóságra, mint a „géphiha-modell”. Hátránya viszont, hogy a betegség fogalmát egészen addig tágítja, míg zavaros és értelmetlen lesz.

A fenti problémákra háromféle megoldás jöhet szóba. Először is, határozottan meg kell követelni az orvosoktól, hogy ne tágítsák tovább a betegség fogalmát és maradjanak meg a „géphiha-modell”-nél, amelyre a múltban kiképezték őket és amelyre a jövőben is ki fogják őket képezni. Ez a megoldás az orvostudomány területéről kizárná a pszichiátria meglehetősen nagy részét, ami — véleményem szerint — nem volna sajnálatos eredmény. Másodszor, radikálisan meg kellene változtatni az orvosképzést, hogy megfelelhessen a betegség „interakcionális folyamat-modellje” követelményének. Svédországban javaslatok hangzottak el ilyen irányban, megvitatta annak lehetőségét, hogy az orvosképzésben egy külön ágazatot alakítsanak ki, amelyben sajátos figyelmet szentelhetnének a viselkedés-lélektannak. Harmadszor, elfogadhatjuk a betegség „interakcionális folyamat-modelljét”, de ugyanakkor tisztában kell lennünk azzal, hogy ésszerűen egyetlen szakmától sem várható el, hogy ezt a modellt átfogja. A betegséget tehát olyan — több szakmát érintő — problémaként kell kezelni, amelynek megoldásához különböző összetételű csoportok munkájára van szükség.

A valóságban a három alternatíva különféle átfedését találjuk, úgy hogy sehol sem alkalmazzák önmagában egyiket vagy másikat határozottan és szisztematikusan. Úgy látszik azonban, hogy az egyik módszer önálló fejlődése a harmadik irányba kényszerít, s ennek alakulását csak korlátozottan tudjuk befolyásolni. Talán azzal érvelnénk, hogy mindaz, amit itt megpróbáltam elmondani, tisztán akadémiai kérdéssé vagy csupán szócsatává szűkül le akörül, hogy mi is a betegség és mi nem. Pedig ez döntő kérdés, ha valahogyan meg akarjuk fogalmazni az orvosi felelősséget, ami tulajdonképpen ennek a konferenciának a tárgya.

Szeretném ebben az összefüggésben idézni a két utolsó bekezdést *Ibor* professzor (Madrid) beszédéből, amely 1967 szeptemberében hangzott el az Orvosok Világszövetsége 21. közgyűlésén, „Az orvosképzés egy gyorsan változó, modern társadalomban” címmel. Azért idézem őt, mert köztudott, hogy ő lényegesen kisebb jelentőséget tulajdonít a betegség pszichogenezisének, mint én. Ennek ellenére így zárja tanulmányát:

„A neurózisok és pszichoszomatikus zavarok modern virágzása bizonyítja a megbetegedés pszichológiai aspektusainak jelentőségét. Tudom, hogy sok olyan szerző és iskola van, amely túl nagy szerepet tulajdonít a konfliktusoknak és mentális traumának a betegségek keletkezésében, én viszont sohasem voltam hajlandó elfogadni ezt a szemléletet, amely mindig azzal végződik, hogy pszichológiai okokkal magyaráznak bármely rendelkezést, melyre nem tudnak megfelelő szomatikus okot találni. Ezzel ellentétben, nagyrészt arra irányultak kutatásaim, hogy kimutassam, a neurózisok és pszichoszomatikus betegségek nem tisztán pszichodinamikus, hanem fizio-

dinamikus jellegűek is. Az a fontos, hogy felismerjük, hogy amennyiben a betegség emberi specifikum, tagadhatatlan, hogy pszichológiai aspektusa is van és az orvosi egyetemeken ezt tanulmányozni és oktatni kellene. Bár csekély variációval, de a betegek mégis különböző magatartást tanúsítanak a betegséggel szemben, személyiségüknek és környezetüknek megfelelően. Például egy biztosított személy nem ugyanolyan módon reagál egy sérülésre, mint az, aki nincs biztosítva. Az orvosi ellátás szocializálása és a kórházi ellátásra való igényjogosultság is befolyásolja ezt a magatartást, hasonlóképpen az orvos is. Ő a legjobb gyógyszer, de esetenként a legrosszabb is lehet, mint iatrogén ágens. Ne felejtjük el, hogy a jövőendő orvosi oktatás egyik pillérének az orvostudomány „pszichologizálásának” kell lennie. Reismann azt mondta, hogy „a modern ember a kollektív sztereotípek folytán extrospektív, de az embernek időnként befelé is kell néznie, vagy legalábbis nem annyira sztereotíp módon kell viselkednie az orvossal való kapcsolatában, akitől betegségében szakszerű segítséget és egyúttal bizalmat és megértést kap, és aki segít elúzni a lényébe befészkelődött szorongást.”

A MEGELŐZÉS AKADÁLYAI

Sehol sem kerülnek ezek a problémák annyira élesen előtérbe, mint a megelőző orvoslásban. Ez a viszonylag új terület abból a felismerésből fejlődött ki, hogy a megelőzés helyesebb politika lehet, mint a már meglévő betegségek gyógyítása. Úgy látszik azonban, hogy ezt az elvet általában sem a társadalom, sem az orvosok nem fogadják el szívvel-lélekkel. Ez viszont megint annak a ténynek tudható be, — legalábbis részben — hogy az orvosokat pontosan a már meglévő betegségek gyógyítására képezik ki és nem pedig azok megelőzésére.

Úgy hallottam, csak az ókori Kínában létezett olyan rendelkezés, mely szerint az orvost addig fizették, míg páciensei egészségesek maradtak, de ha megbetegedtek, akkor nem. Ez kétségtelenül nagyon zseniális és igen hatékony módja a preventív orvoslás előmozdításának. Modern verziója az volna, hogy minden orvos fix fizetésért állna alkalmazásban, ami — úgy vélem — a jövőre nézve minden országban logikus és elkerülhetetlen megoldás lesz. Ugyanis vitathatatlan, hogy a preventív orvoslás egész problémája — ha egyáltalán tulajdonítanak ennek annyi fontosságot, amennyit megérdemel — főként szociális és gazdasági szervezés kérdése. Ezenkívül nagymértékben oktatási probléma is, és valószínűleg ez az a pont, ahonnan ki kell indulnunk. Nagyon sok országban, ahol manapság az oktatás már elért egy bizonyos színvonalat, a még több oktatás látszik a forradalom egyetlen alternatívájának, ami elég kellemetlen jóslásként hangzik az oktatók felelőssége szempontjából.

Visszatérve a preventív orvoslással szembeni magatartáshoz, Svédországban, ahol a közhit szerint ún. „szocializált” orvosi gyakorlat folyik, a betegség költségeit a betegbiztosítás fedezi, viszont egyáltalán nem létezik olyasmi, amit preventív orvoslásnak nevezhetnénk. Ugyanakkor csak beszélnek róla, bár mind elméletben, mind ideológiai szempontból teljes mértékben elfogadják. Ezt ellentmondásnak is tekinthetjük, amelyért elsősorban a társadalom építőire és a politikusokra hárul a felelősség, de úgy érzem, hogy valójában arra volna szükség és az jelentene nagy segítséget, ha a megelőzés ügyéért

sokkal határozottabban maguk az orvosok köteleznék el magukat. Az, hogy ez az elkötelezettség csak lassan nyilvánul meg, úgy gondolom, részben a betegség anakronisztikus felfogásán alapuló, s nem kielégítő orvoscélnak köszönhető. Van azonban egy másik, sokkal kényesebb szempont, az orvosi munkával különösképpen mint magánvállalkozással kapcsolatban. Bármely szakma, amely egy nemkívánatos jelenség — ebben az esetben a betegség — megszüntetésére irányul, magában hordja a korrupció magvát, olyan értelemben, hogyha teljes mértékben eredményesen működik, ezáltal feleslegessé teszi önmagát. Következésképpen számolnunk kell bizonyos rejtett, önmagát megtartó tendenciával az orvosok részéről, amely arra törekszik, hogy növelje, vagy legalábbis állandó szinten tartsa az ún. betegségállapotot. Úgy vélem, hogy ezt a jelenséget a talán pszichológiai tudatalattinak nevezhető megnyilatkozásának tekinthetjük. Azt, hogy a valóságban tényleg van ilyen és nemcsak a rossz képzelet szülötte, bizonyítja például az a seregnyi iatrogén betegség, amivel a modern társadalomban meg kell küzdenünk. Az ilyen jellegű betegségek csoportjánál nehéz megállapítani, milyen arányban keveredik a helytelen kezelés a nemtörődömséggel.

Nyilvánvaló, hogy ezen ellentmondások kiküszöbölésében nagy segítséget jelentene, ha az általános orvoscélnak a hangsúly a gyógyításról a megelőzésre tolná. Nyílt kérdésként hagynám, hogy vajon lehetséges-e ezt az országok többségében az orvoslás ún. szocializálására irányuló, többé-kevésbé drasztikus szociális reformok nélkül megoldani.

Első lépésként azt lehetne tenni, hogy az orvoscélnak tananyagába több viselkedéslélektant iktassanak be — annak érdekében, hogy individuálpszichológiai szinten jobban megérthessük, mi a kikérdezés helyes technikája, mi az orvos-páciens kapcsolat dinamikája és milyen szerepet játszanak a pszichológiai tényezők az ún. betegség létrejöttében, valamint azt, hogy a „géphiha-modell” nem alkalmazható akkor, ha ezek a tényezők jelentős szerepet játszanak. Csoportpszichológiai szinten pedig jobban kell ismernünk a hatékony csoportmunka alapját képező mechanizmusokat, kezdve saját egészségügyi munkaközösségünkön és a fennálló társadalmi struktúrán belül egyéb csoportok interakcióján. Véleményem szerint azt is sokkal lelkiismeretesebben kellene meghatározni, hogy a modern társadalomban milyen szerepet kell betöltenie és mik a funkciói az orvosi szakmának mint csoportnak.

MODERN IRÁNYZATOK A CSALÁDTERVEZÉSI MUNKÁBAN

Mindeddig inkább általános orvosi kérdésekről beszéltem, mint családtervezésről, vagy hogy megfelelőbb kifejezést használjak, az apaság-anyaság megtervezéséről. Szándékosan tettem ezt, mivel amit nagy vonalakban felvázoltam, az a családtervezési munkában ugyan csak kisebb méretekben, de annál észrevehetőbben jelentkezik.

A szisztematikus családtervezés tulajdonképpen úgy indult meg, mint túlnyomórészt, sőt egészen sajnálatos méretekben a születési arányszám tömegmértékű csökkentésének és az ún. népességszabályozásnak eszköze. Emögött egy csábító gondolat bukkant fel azoknak a jól informált embereknek a fejében, akikben félelmet kelt a világ népességnövekedésének fenyegető veszedelme. Ennek az lett az eredménye, hogy a családtervezést felületesen

azonosították a fogamzásgátlással és a fogamzásgátló szerek szétosztásával a fejlődő országokban.

Az orvosok vonakodnak attól, hogy azonosítsák magukat ezzel a célkitűzéssel, ami érthető, ha figyelembe vesszük a hagyományos orvosi filozófiában fennálló ellenkezést a fogamzásgátlás egész problémájával szemben. Mivel a családtervezési munkában rendkívül fontos a megértés és együttműködés az orvosok részéről, sajnálatos, hogy odáig jutottunk, hogy ezt a munkát mellesleg a népességszabályozás nagyon is vitatható módjának tekintik, ahelyett, hogy elsődleges rendeltetésének megfelelően, a preventív orvoslás paradigmatisz részé volna. Az utóbbi években azonban sikerült elérni, hogy az orvosok megfelelő módon reagáljanak erre a témakörre.

Kiindulva abból, hogy a családtervezés orvosi szempontból nézve igen fontos része a preventív orvoslásnak — amit nyilvánvalóan általánosan el kellene fogadni — még mindig olyan problémákkal állunk szemben, amelyek véleményem szerint, a megelőzéssel szemben magán az orvosi szakmán belül jelentkeznek a már előbb is említett ellenállásból fakadva, másodlagosan pedig a népességen belül, követve az orvosi irányvonalat vagy pedig annak hiányát. Vegyük például a művi abortusz problémáját. Majdnem mindenki egyetért azzal, hogy orvosi szempontból a nem kívánt terhesség elleni küzdelemben a fogamzásgátlás mint preventív lépés előnyösebb a művi abortusznál. Viszont Svédországban és úgy gondolom, a legtöbb országban is, a fogamzásgátlással kapcsolatos orvosi tanácsadás nem tartozik a betegbiztosítási ellátás körébe, a művi abortusz azonban igen, mert az abortusz-szituációt betegségnek tekintik. Japánban — amely híres arról, hogy szinte képtelen népességnövekedést fékeztek meg a művi abortusszal, jóllehet egyéni szinten és önkéntes alapon, most állítólag a fogamzásgátlásra való áttéréssel foglalkoznak — nem fogadják el legálisan az orvosi kelléktárban sem az orális módszert, sem a méhenbelüli fogamzásgátló eszközöket (IUD). Az IPPF-hez (Nemzetközi Családtervezési Szövetség) egyre több országból futnak be jelentések arról, hogy aktív ellenállás mutatkozik a hatékony fogamzásgátlási szolgálat bevezetése ellen, feltehetően bizonyos orvosi csoportok részéről, mivel kisebb bajlódással több pénzt kereshetnek abortuszok végzésével. Nos, ez egyik példája annak, amit orvosi korrupció alatt értettem.

Mindezeket szem előtt tartva, tovább mehetünk egy lépéssel. El kell fogadnunk, hogy a családtervezés nem népességszabályozás, sőt nem is preventív orvoslás céljából végzett fogamzásgátlás, hanem a családtervezéssel foglalkozók és pácienseik mentalitása, életstílus és ugyanúgy a fejlett, mint a fejletlen országok problémája. E területen az utóbbi években végzett szociális munka tapasztalatai fényében a családtervezésre való hajlandóság sokkal inkább szociál-pszichológiai jelenség és a modern társadalmi élet és fejlődés logikus része csakúgy, mint bármi egyéb. Éppen ezért ez oktatási probléma is, amit egyidejűleg az egész világon meg kell oldani, és pedig a kérdés által egyre nagyobb mértékben érintett szakmák egész hierarchiáján át. Mivel azonban maga a családtervezés technikai aspektusait tekintve, sajátos és pontosan meghatározott módszerekkel működő, s hasonlóképpen pontosan meghatározott emberi feltételek megjavítása céljából végzett speciális tevékenység, ennek megfelelően kell az oktatás célkitűzéseit meghatározni és kategorizálni. Abban a hitben és meggyőződésben tesszük ezt, hogy a családtervezésnek mint életstílusnak hatékony alkalmazása olyasmint követel

meg, amit szexuális nevelésnek mondhatnánk. Ez persze azt jelenti, hogy ki kell lépünk a technika és szakosodás kényelmes területéről. A pszichológia, szociológia, etika, politika, filozófia és még mi mindennek egész skáláját kell alkalmaznunk. Igazán nem tennénk olyat, hogy „befertőzzük” tiszta működési területünket, ha nem a keserű tapasztalat kényszerítene rá. Amint már említettük, a családtervezés, ami orvosi szempontból a preventív orvoslás részének tekinthető, csak nagy vonalakban tükrözi az orvosi problémákat. Ibor professzor már előbb idézett kifejezését használva a családtervezés „pszichologizációja” lényegében egyértelmű a szexuális nevelésnek erre a területre való bevezetésével.

Pillanatnyilag nem akarok a szexuális neveléssel közelebről foglalkozni. Elég annyit mondani, hogy ugyanolyan kevéssé elfogadott gyakorlat a fejlett, mint a fejlődő országokban és így általános világprobléma. Egyre több tanult ember beszél azonban róla szerte a világon, következésképpen úgy látszik, hogy megvan az elképzelésük róla, mi is az.

Svédország — legalábbis bizonyos mértékben — példaként szolgálhat ezen szempont alátámasztására, ugyanis a szexuális nevelés bölcsője, lévén az első ország, amely kötelezővé tette iskolai szinten a szexuális nevelést. A svéd abortusztörvényt 1967-ben már sokkal liberálisabban értelmezték, mint előtte bármikor, s ennek eredményeként a legális terhességmegszakításoknak mintegy 90%-át engedélyezték. Ezzel az országban nyilvántartott legális művi abortuszok száma elérte az eddig észlelt legmagasabb értéket, azaz kb. 10 ezret. A becslések szerint az illegális abortuszok száma nem haladja meg ezt az értéket. Ugyanebben az esztendőben az elveszületések száma 125 000 volt. Ehhez képest a 20 000 művi vetélés — ennyire becsülik az összes terhességmegszakítások számát — meglehetősen alacsonynak tűnik, összehasonlítva a legtöbb országban fennálló helyzettel. Ésszerűnek látszik tehát az az elgondolás, hogy a rendszeres iskolai szexuális oktatás, továbbá a közvéleményben kialakult élénk vitaszellem a társadalmi-szexuális problémákról általában hozzájárult a népesség egészséges magatartásához, amelynek világos fogalmai vannak a nem kívánt terhességek számát csökkentő fogamzásgátlásról. Bár Svédország még ennek ellenére is távol van attól, hogy eleget tegyen az igényeknek a szexuális nevelés terén.

Az IPPF egyre nagyobb figyelmet szentel a szexuális nevelés kérdésének. A londoni központi hivatalban éppen most próbálnak összegyűjteni mindenféle írott és audio-vizuális anyagot a szexuális oktatásra vonatkozóan, a világ különböző országaiból. Ennek célja, hogy globális áttekintést nyerjenek a helyzetről e téren és az anyagot alapul tudják felhasználni ahhoz, hogy az IPPF kialakíthassa az irányelvek megvalósításának legjobb módjait a szexuális nevelés tekintetében.

Feltehetjük a kérdést, mi az orvosképzés és az orvosi gyakorlat szerepe ebben a vonatkozásban. Úgy gondolom, elhamarkodott dolog lenne határozottan állást foglalni ebben a kérdésben, azon túl, amiben általános az egyetértés, nevezetesen, hogy jóval több pszichológiára és szociológiára van szükség az orvosképzésben, mint amennyit pillanatnyilag nyújtanak. Felhívom figyelmüket arra is, hogy bár a szexológia fontos tárgy, többé-kevésbé teljesen elhanyagolt terület az orvosképzésben. Amennyiben egyáltalán foglalkoznak szexológiai kérdésekkel, rendszerint önkényesen a születésekhez és nőgyógyászokhoz utalják. Mindenesetre meglehetősen logikus, hogy ezek a

specialisták kulcsszerepet töltsenek be a családtervezési szexológiában. Talán az alábbiak szerint fogalmazhatnánk meg, mik a követelmények a családtervezéssel foglalkozó orvosokkal szemben — ha már nem is a szakképzetüket, de legalább magatartásukat illetőleg. Tudatában kell lenniök, hogy milyen fontos szerepe van a családtervezési munkájukban az általános szexológiának és a szexuális nevelésnek. Továbbá, becsületesen fel kell mérniök, képesek-e arra, hogy maguk lássák el munkájuknak ezt a részét is, illetve, eléggé érdeklő-e őket ez a munka és ha nem, bízzák azt másvalakire. Ez azt jelentheti, hogy a gyakorlati családtervezési munkát a legtöbb országban csoportmunkaként kellene megszervezni, melynek keretében a családtervezési orvos — rendszerint nőgyógyász — segítségére sietnének a pszichológusok vagy mentális egészségügyi gondozók.

Az ilyen jellegű országos szintű munkacsoport-szervezetet egyidejűleg nemzetközi szinten is meg kellene valósítani. Tovább kell fokoznunk erőfeszítéseinket az érdekelt nemzetközi testületekkel való aktív együttműködésben és az információ területén. 1967 novemberében részt vettem a Mentális Egészségügyi Világszövetség Limában tartott évi ülésén („Mentális egészségügy a gyorsan növekvő népességeknél” címmel), nagyon meglepett, hogy alig említették a családtervezés kérdését. Most, amikor két olyan nagy önkéntes szervezet, mint a Nemzetközi Családtervezési Szövetség és a Mentális Egészségügyi Világszövetség, foglalkozik a preventív orvoslás kérdésével és ezáltal érdeklődésük széles területen érintkezik, láthatóan alig tudnak egymás létezéséről, még kevésbé egymás munkájáról, a kommunikáció, valamint az oktatás elégtelenségének valóban rossz esetét példázva.

Az előttünk álló főbb feladatok egyike, törekedni a nemzetközi kommunikáció megjavítására és a preventív orvoslás területén az erőfeszítések összehangolására ösztönözni, ezáltal csökkentve a tevékenységek felesleges, időrabló átfedését.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ

Резюме

Автор показывает имеющиеся между демографией и медицинской наукой различия с точки зрения общих теоретических принципов и научного подхода, подчеркивая, что предметом одного является жизнь масс, а другого — индивидум. Он высказывает важность того, чтобы эти различия были преодолены путем свободного обмена мнениями как основы сотрудничества в особенности в области планирования семьи.

Автор друг за другом рассматривает принятые в настоящее время концепции болезни и приходит к необходимости их изменения с тем, чтобы настоящие требования к обучению врачей можно было удовлетворить. В особенности это относится к профилактической медицине, значение которой возрастает и определенный и типичный отраслью, которой является планирование семьи.

В заключение автор рассматривает возможные тенденции будущего развития планирования семьи в международном плане.

(Данный доклад был обсужден на шестой конференции Европейской и ближневосточной регии Международной Федерации по планированию семьи, состоявшейся в Будапеште с 15 по 17 сентября 1969 года.)

PSYCHOLOGICAL EDUCATION

Summary

The differences in general philosophy and scientific approach between demography and medicine are drawn up. According to the author the subject of the first is the crowd while that of the second the individual life. The importance of trying to bridge these differences by a free exchange of opinions as a basis for meaningful cooperation, particularly in the field of parenthood planning, is emphasized.

Current concepts of illness are discussed and the necessity of modifying them in order to meet present demands on medical training is pointed out. This is particularly true with regard to the ever increasing importance of preventive medicine of which parenthood planning is defined as typical branch.

The paper ends by discussing some possible lines of future development of international parenthood planning.

(Lecture discussed at the 6th Conference of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation, held in Budapest, September 15-17, 1969.)

AZ EMBERI REPRODUKCIÓVAL ÉS A CSALÁDTERVEZÉSEL KAPCSOLATOS ORVOSKÉPZÉS IRÁNYELVEI*

PIERRE O. HUBINONT

1. KÍSÉRLET AZ ORVOSKÉPZÉS MEGHATÁROZÁSÁRA

1.1 Az orvostudományok szakadatlan folyamat, amely már az orvosi tanulmányok előtt kezdődik, majd a preklinikai és klinikai egyetemi oktatásban, illetve az orvostovábbképzésben folytatódik és végigkíséri az orvost egész élete folyamán, bármely szakterületre specializálta is magát. Következésképpen az orvostudományok célja, hogy ellássa az orvosokat — függetlenül jövő pályájuktól — mindazokkal az ismeretekkel, amelyek hozzásegítik őket az orvostudománynak és az orvosi hivatásnak legtágabb megértéséhez. Más szóval hangsúlyozni kell azt a tényt, hogy az orvostudománynak nem anatómusokat, biokémikusokat, sebészeket vagy belgyógyászokat kell képeznie, hanem olyan ismereteket kell adnia, amelyek a hallgatót képessé teszik arra, hogy hajlamainak megfelelően specializálja magát a későbbiek folyamán. Ezt a problémát Nagy-Britannia Orvosi Tanácsa (3) behatóan elemezte.

Az orvosokat olyan nem szakosított általános oktatásban kell részesíteni a természettudományok és a társadalomtudományok területén, amely elvezet az egészséges és beteg embernek mint egyénnek a tanulmányozásához, vagy a környezetével való jelenlegi vagy jövőbeli kapcsolatának vizsgálatához és így lehetővé teszi, hogy az orvosok a változó egyéni és társadalmi orvosi szükségletekhez igazodjanak.

Az orvostudományok egyre gyorsabb fejlődése következtében lehetlenné válik megtanítani vagy megtanulni mindent ésszerű időhatárok között. Így az orvostudományokban figyelmet kell fordítani az önképzésre és biztosítani kell az ehhez szükséges időt.

1.2 Hogy ezt a célt elérhessük, biztosítani kell bizonyos követelményeket:

1.2.1 Az első követelmény, hogy az orvostanhallgató ismerje azokat a tudományokat, amelyeken az orvosi gyakorlat nyugszik, megértse és elsajátítsa a tudományos módszereket. Ez utóbbi a legfontosabb. A tudományos magatartást oktatni kell és „bele kell nevelni” a jövő orvosba oly módon,

*A Nemzetközi Családtervezési Szövetség (International Planned Parenthood Federation) Európai és Közép-keleti Régiójának Budapesten 1969. szeptember 15—17-én tartott 6. konferenciáján megvitatott előadás.

hogy az egyéniségének alapvető részévé váljon. Ezt csak egyetemeken és kutató intézményekben lehet megtanulni.

1.2.2 A második követelmény, hogy az orvostanhallgatónak legyen reális ismérése az egészséges és beteg emberről és fizikai és társadalmi környezetének szerepéről. A klasszikus oktatási terület a kórház. A beteg megfigyelésén alapuló klinikai módszerek megtanulása még mindig a napi főfoglalkozása az orvostanhallgatónak. Tanulmányoznia kellene azonban azt is, hogy mi történt a beteggel korábban és mi történhet vele, miután elhagyta a kórházat, vagyis meg kellene ismerkednie az egész folyamattal térben és időben és nem lenne szabad csak egy „pillanatfelvételt” szorítkoznia.

Így az orvostudományi egyetemeknek kapcsolatban kell lenniük a közösségi élettel. Az egyetemeknek a társadalom integrált részét kell képezniük és nem lehetnek elefántcsonttoronyok.

1.2.3 A harmadik követelmény, hogy miután a hallgatók befejezték egyetemi tanulmányaikat és beléptek a harmadik ciklusba, idejüknek egy részét szenteljék a kórházi orvos gyakorlati munkától függetlenül a választott szakterületen *alapvető ismereteik fejlesztésére*.

A szakosodást és a folyamatos orvosképzést így a gyakorló orvos egész aktív élete folyamán — saját felelősségére — biztosítani kellene.

Hangsúlyozni kívánjuk, hogy a múltban az orvostovábbképzést olyanak tekintették, melynek folyamán az orvosok adott területen technikai jártasságra tesznek szert tisztán klinikai képzés keretében, és az alapjellegű továbbképzésről nem gondoskodtak. Valójában nagyon sok kórházban egyre erősödik az az irányzat, amely a fejlett országok jelenlegi bentlakásos programját és az oktatás sajátos jellegzetességeit meg akarja változtatni.

1.3 Mindezt a következőképpen lehetne röviden összegezni:

1.3.1 Az alapismereteket nem korlátozhatjuk kizárólag a kezdőkre, és a gyakorló orvosnak egész aktív élete folyamán meg kell maradnia természet tudósnak, vagy legalábbis a természettudományok tanulmányozójának.

1.3.2 Az orvosképzésnek számításba kell vennie az időbeli folyamatos ságot és a környezetet is. Az orvosnak nemcsak a technikai jártasságát és tudományos ismereteit kell fejlesztenie, hanem emberismeretét és érdeklődnie kell az emberek és a társadalom problémái iránt is.

1.3.3 Az egyetlen hely, ahol az orvosképzés gyümölcsöző és eredményes lehet, az orvostudományi egyetem, feltéve, hogy nem „elefántcsonttorony”.

2. AZ ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEK ÉS AZ EGYETEMI OKTATÓK FELELŐSSÉGE ÉS KÖTELESSÉGE

Ezt egy rövid mondatban lehetne összegezni, amint azt *C. Packer Berry*, a Harvard Orvostudományi Egyetem dékánja megfogalmazta: „Az orvosi fakultások nem téveszthetik szem elől elsődleges feladatukat, ami nem más, mint hogy az orvosjelölteket orvosokká képezzék ki.”

Ezt a megállapítást nem kell külön kommentálni. Ez azt jelenti, hogy az orvosi tanulmányok tananyagát az orvosi hivatás szükségleteihez kell igazítani. Ez azt jelenti, hogy bizonyos tárgyak esetében mennyiségi és minőségi változásokat kell végrehajtani azok tartalmát, sőt alapvető elméletét, valamint relatív komparatív fontosságukat illetően. Ez azt jelenti, hogy az orvostudományi egyetemeknek képeseknek kell lenniük arra, hogy tananyagukat

állandóan formálják nemcsak a hatékonyság szempontjából, hanem az alkalmasság és hasznosság szempontjából is. Ez azt jelenti, hogy az egyetemi oktatóknak el kell fogadniuk azt az irányelvet, hogy az oktatást nemcsak az orvostudomány fejlődésének megfelelően kell alakítani, hanem az orvosok, betegek, a társadalom és az egész világ szükségleteinek megfelelően is.

3. AZ EMBERI REPRODUKCIÓ HELYE A MODERN ORVOSTUDOMÁNYBAN

Az előbb mondottak különösen az emberi reprodukcióra vonatkoznak, amely a modern orvostudomány egyik legfontosabb területe (4).

Az elmúlt években illetékes személyek (még ha egy enciklika által cáfolva is) iránymutatóan beszéltek arról, hogy az emberiség elsődleges problémája a népességnövekedés ellenőrzése és így aligha szükséges ezt ismételtel bizonygatni.

Amit hangsúlyozni kell, az a téma alapvetően *orvosi* természete, mivel a reprodukció az ember egyik alapvető funkciójának eredménye. Így az emberi reprodukcióval foglalkozó diszciplína, összes orvosi szempontjaival együtt, olyan virágzó tudományággá fejlődött, melynek gyökerei a nőgyógyászatba és a szülészetbe nyúlnak vissza.

A modern nőgyógyászat és szülészet fejlődésének megvitatása meghaladná e tanulmány kereteit. Mégis, nem szabad elfelejteni, hogy ez a két tudományág, a nőgyógyászat és szülészet, a múltban külön, egymástól függetlenül fejlődött. Aztán kapcsolat létesült a kettő között, amely fokozatosan nagyszámú összefüggő területre is kiterjedt, úgyhogy mind a tanárok szempontjából, mind szakmai szempontból szükséges volt egyesítésük egy ún. kombinált szakká.

Ez kifejlesztette az integráltan vezetett gyógyítási, oktatási és tudományos egységek modern gondolatát. A szülészetet ma úgy tekintik, mint az elveiben és céljaiban egységes nőgyógyászat egyik ágát. Ez a modern nőgyógyászat az orvosi struktúra egyik talpköve, mivel sajátos egyéni gondolkodásmódot, magatartást és orvosi filozófiát tartalmaz.

A szülészeti gyakorlat távolról sem merül ki a nehéz szülési problémák megoldásában és a nőgyógyász, akit érdekelnek a szülészeti problémák a terhes nő orvosa és prenatális gyermekgyógyász is lesz.

A reprodukciós folyamattal kapcsolatos megfontolások erősebben pszichológiai magatartásra ösztönözték a nőgyógyász-sebészt a nemi szervek betegségeinek gyógyításánál és megelőzésénél.

A szexuál-endokrinológia fontossága és alkalmazása egyformán megmutatkozik a ciklus-zavaroknál és a terhességi hormonológiában. A termékenység, sterilitás és terméketlenség terápiája szorosan összefügg. Tovább menve, a modern nőgyógyászok gyakran az elsők voltak azok között a klinikusok között, akik felismerték az orvospszichológia, a szociológia és a kulturális tényezők fontosságát.

Ugyanakkor a női élet teljes kiterjedésében egységet és folyamatosságot nyert. Figyelembe véve egy nő, vagy még inkább egy emberpár reprodukciós élettartamát, realizálni kell, hogy a terhesség, vagyis a szülészeti esemény nem választható el mesterségesen a longitudinális összefüggésektől.

Hangsúlyozni kell, hogy egy nő tapasztalatát mint egészet kell megítélni.

A nemi oktatás és tapasztalat, az objektív és érzelmi tényezők, a szexuális kapcsolat megteremtése és kialakítása, az emberpár közös élete, a termékenység és/vagy sterilitás befolyása, a körülmények, melyek között a terhesség és a szülés bekövetkezik mind bonyolultan összefüggnek. A nőgyógyászat mind felöleli ezeket a szempontokat.

4. A CSALÁDTERVEZÉS FOGALMA

Sokat beszéltek és írtak erről a témáról. Mégis helyénvalónak tűnik a fogalom legújabb fejlődésére utalni, ami különösen egyes államfők és az Egyesült Nemzetek főtitkárának, valamint a Nemzetközi Családtervezési Szövetség befolyásának tudható be.

U Thant mondta az Emberi Jogok Napján (1967. december 11.) az Egyesült Nemzetek közgyűlése előtt:

„Az Emberi Jogok Egyetemes Deklarációja a családot jelöli meg a társadalom természetes és alapvető egységeként. Ebből következik, hogy a család nagyságának meghatározása és az ezzel kapcsolatos döntések vitathatatlanul magától a családtól kell, hogy fűgjenek és ebben senki más nem dönthet. A szülőknek ez a szabad választási joga azonban illuzórikus marad mindaddig, amíg nincsenek tisztában az előttük álló alternatívákkal. Így minden családnak azt a jogát, hogy e téren információkhoz jusson és a rendelkezésre álló szolgáltatásokat igénybe vegye, egyre inkább úgy kell tekinteni, mint alapvető emberi jogot és az emberi méltóság elengedhetetlen tartozékát.” (8)

A családtervezést — igen találóan — felelős szülői magatartásnak szokták nevezni.

Az egyént: a férfit és a nőt és az emberpárt meg kell ismertetni a megelőzéssel és a felelősséggel ezen a téren éppen úgy, mint az egészségügy más területein. A családtervezést az anya- és gyermekgondozás, általánosabb értelmében pedig a közegészségügy egyik alapvető elemeként kell kezelni. A családtervezés a női emancipáció szerves része, és annak elismerését jelenti, hogy a nőnek jogában áll csak a kívánt terhességből származó gyermeket megszülni. A nőnek ez a joga biztosítja a gyermek számára, hogy olyan családban jöjjön a világra, amely felkészült a fogadására.

A családtervezés nem időleges divat, hanem ellenkezőleg, mind nagyobb fontosságot nyer. Egyik alapja a reprodukciós funkció ellenőrzése. Többek között elsősorban az orvosi hivatás felelős azért, hogy családtervezési tanácsadásban részesüljön minden férfi és nő, aki erre igényt tart. Erre a feladatra az orvosoknak fel kell készülniök.

5. A CSALÁDTERVEZÉSEL KAPCSOLATOS ORVOSI OKTATÁS OPTIMÁLIS KÖVETELMÉNYEI

5.1 Mindezek a szempontok összhangban vannak azzal a ténnyel, hogy az orvosi hivatás mélyen összefügg ezzel a problémával, mivel ez az egyetlen olyan hivatás, amelynek gyakorlói legalábbis elméletben, többé-kevésbé a tárgyhoz tartozó oktatásban részesültek és akik hozzájutottak a szükséges információkhoz, valamint meg tudták szerezni a szükséges technikai jártasságot, pszichológiai és szociológiai hozzáállást. (6)

Az orvosi tárgyak közül értelemszerűen a nőgyógyászat az az ága az

orvostudománynak, amely elsősorban érintett. Valójában néhány nőgyógyász javasolta, hogy ezt a tárgyat nevezzék emberi reprodukciónak. Ez talán túlzás, de valójában az emberi reprodukció orvosi szempontjainak szerepelnie kell az orvosi tanulmányok anyagában és azokat klinikai és tudományos szempontból ki kell fejleszteni. Ami pedig az oktatást illeti, egy sor szakterület van ebben érintve, köztük a nőgyógyászat, amely kétségtelenül a legközelebb áll hozzá. A szükséges részletek sok fakultás orvosi tananyagában megtalálhatók. Általában azonban a humán reprodukció oktatása nem egy tárgy keretein belül történik meg, hanem az alaptudományoknak nevezett diszciplínák külön-külön, saját szempontjaiknak megfelelően foglalkoznak vele; a humán reprodukció a klinikai gyakorlatban sincs kielégítő módon képviselve.

Egyes csoportok magukra vállalták azt a feladatot, hogy megkísérlik meghatározni, hogy mikor és mit tanítsanak. A legátfogóbb eredményt ezen a téren a Josiah Macy Jr. Foundation érte el elnökének, *John Z. Bowersnek* vezetésével, aki egy sor konferenciát hívott össze. Egyik ilyen konferencia részletes jegyzőkönyvét 1966-ban adták ki és ez fontos hozzájárulást jelent „A reprodukció biológiai és orvosi szempontjainak oktatása az orvostanhallgatók számára” problémájához. (1)

Az 1967-ben Bellagióban (Olaszország) megtartott konferencia következtetéseit később adták ki „Ajánlások a családtervezés oktatásához az orvostudományban” címmel. (2)

E témakörben nem régen tartottak konferenciát Londonban a Brit Családtervezési Társaság és az Orvosképzés Tanulmányozására alakult Társaság (Association for the Study of Medical Education) rendezésében, melynek jegyzőkönyve szintén hozzáférhető.

A Nemzetközi Szülészeti és Nőgyógyászati Szövetség megalakította „A humán reprodukció orvosi szempontjai”-val foglalkozó bizottságot, melynek elnöke *Howard Taylor Jr.* professzor, s mely első ülését Sydney-ben tartotta 1967-ben az 5. Világkongresszus idején. Ennek egyik eredménye az a javaslat, mely szerint a téma oktatásának alapjairól könyvet kellene írni.

A Nemzetközi Családtervezési Szövetség Orvosi Bizottsága 1967-ben egy albizottságot létesített az orvosképzésről, amelynek elnöke a szerző. Ez az albizottság a világ számos országában programszerűen megkérdezte az orvostanhallgatókat, szülésznőket és az egészségügy területén dolgozó más személyeket, hogyan vélekednek a humán reprodukció és a családtervezés oktatásáról.

Természetesen még más kezdeményezések is születtek és a szerző tisztában van azzal, hogy ez az áttekintés nem teljes. Célja csak az volt, hogy megmutassa a kérdés fontosságát és aktualitását.

5.2 Az első szempont, amelyet hangsúlyozni kell az, hogy orvosképzés csak az orvostudományi egyetemeken folyhat. Ez a terület (ti. a humán reprodukció és a családtervezés területe), mely oly sok tantárgyat foglal magában interdiszciplináris megközelítést igényel. Az egyedüli intézmények — amint erről már szóltunk —, melyek ehhez a megfelelő adottságokkal rendelkeznek, az orvostudományi egyetemek.

Az ilyen oktatás alapelvei a következők:

5.2.1 Minden orvostanhallgatónak alapos tudást kell szereznie az emberi

reprodukciónak biológia területén már az elméleti tárgyak oktatásakor, a klinikumok előtt.

Az oktatásnak magába kell foglalnia:

5.2.1.1 A spermatogenesis, az ovogenesis, az ovuláció, a megtermékenyítés és a megtermékenyített petesejt embrionális fejlődésének, valamint az emberi szervezetben az ezekkel a folyamatokkal kapcsolatos alapvető mechanizmusoknak morfológiai és fiziológiai vonatkozásait.

5.2.1.2 A különböző folyamatok rendellenességeit és azok előfordulásait.

5.2.1.3 A humángenetikát.

5.2.1.4 A termékenység és a sterilitás szabályozásának eszközeit.

5.2.2 Be kell vezetni a szexológia oktatását, nem feledkezve meg annak morfológiai, fiziológiai, pszichológiai és szociológiai aspektusairól mindenütt, ahol ez még nem történt meg, tehát a legtöbb orvostudományi egyetemen.

5.2.3 Az orvostanhallgatókkal meg kell ismertetni az emberi reprodukció demográfiai, gazdasági és politikai vonatkozásait.

5.2.4 Mindezt jobban lehetne tanítani egy egységes tanfolyam keretében.

5.2.5 Ezt az oktatást a szülészeti és nőgyógyászati osztályokra kell koncentrálni, ahol jobban kell hangsúlyozni az emberi reprodukció klinikai aspektusait, mint a szigorúan vett technikai jártasságot.

5.3 A program alapjául el lehetne fogadni a Bellagio-i Konferencia (2) ajánlásait, mivel azok, a szerző véleménye szerint kielégítik az optimális követelményeket.

A javaslat szerint az oktatást tetszőlegesen három általános részre lehet felosztani.

5.3.1 Társadalmi háttér

5.3.2 Biológiai háttér

5.3.3 Klinikai gyakorlat.

5.4 A rendelkezésre álló időt és helyet figyelembe véve túlságosan hosszadalmas lenne ebben a tanulmányban részletesen elemezni a javasolt tananyagot. Azonban röviden összegezhető. Az ajánlások az orvosképzés pre-klinikai és klinikai fázisaira oszthatók.

5.4.1 A pre-klinikai fázisban a program felölelné a következőket:

5.4.1.1 Biostatisztika és demográfia, amit a preventív orvostudományi tanszéken tanítanak.

5.4.1.2 A családtervezéssel kapcsolatos biológiai információk, ami az anatómia, a szövettan, az emberbiológia, a fiziológia, a biokémia, a farmakológia és a patológia oktatásában lenne hangsúlyozva.

5.4.1.3 Közegészségtan és szociális orvostudomány, melyet a preventív orvostudományi tanszéken tanítanak.

5.4.1.4 Szociál-antropológia; vagyis olyan kulturális tényezők, mint a vallás, családi struktúra, házasság és válás, szexuális magatartás, urbanizáció stb. megvitatása.

5.4.1.5 Családtanulmányok; egy család kijelölése a hallgató számára abból a célból, hogy megtanulja a háziorvos felelősségét, különösen az anya- és gyermekvédelem és a családtervezés vonatkozásában, mindezt természetesen egy tanszéken dolgozó tanár irányítása alatt.

5.4.2 A klinikai fázisban a családtervezés oktatását főleg a szülészeti és nőgyógyászati tanszék végezné, ahol az emberi reprodukcióval kapcsolatos orvosi szempontokat figyelembe kell venni, különös hangsúlyt fektetve a ter-

mékenységre, sterilitásra, az abortusz problémáira stb. Ezt a gyermekgyógyászati és a preventív orvostudományi tanszékkel karöltve kell végezni. Kívánatos lenne ezután, hogy a bentlakásos időszak jelentős részét az orvosok egy családtervezési klinikán töltsék, amely az anya- és csecsemőgondozás összes eszközeivel és lehetőségével rendelkezik.

5.5 Sokáig lehetne ezt még folytatni és több változatban lehetne írni erről a témáról és sok programot lehetne részleteiben kidolgozni. Ennek azonban nem sok értelme lenne, mivel ennek a tanulmánynak az a célja, hogy lefektessük az alapelveket és az egyes tanárookra, orvostudományi egyetemekre hagyjuk ezeknek az elveknek az alkalmazását, figyelembe véve saját lehetőségeiket és szervezetüket.

Az alábbi néhány gondolat alapul szolgálhat arra, hogy témakörünkben helytálló követeléseket vonjunk le.

5.5.1 El kell kerülni a dogmatikus oktatást és azt önképzéssel kell helyettesíteni.

5.5.2 Az alapvető ismeretek fontosabbak, mint a technikai ügyesség (vagy inkább a technikai ügyesség egyedül nem elég és ne ez legyen a képzés fő iránya). Az orvostanhallgató és orvos maradjon egész életén át egyéniség, akinek technikai rátermettsége egyre gyarapszik, de aki alapvetően természetűdős és humanista marad.

5.5.3 Az orvosképzésnek és gyakorlatnak számolnia kell a folyamatosság és a környezet dimenzióival és az ember szükségleteivel élete folyamán, legyen akár egészséges, akár beteg.

5.5.4 Legjobb, ha az orvosképzés az orvostudományi egyetemeken folyik, ahol rendelkezésre állnak az oktatás modern követelményei és ahol a cél az, hogy az „orvosjelölteket orvosokká képezzék”.

5.5.5 Az emberi reprodukció orvosi vonatkozású kérdés és bár a családtervezés demográfiai és gazdasági tényezőket is magába foglal, s végeredményben az egyén, az emberpár, illetve többnyire a család problémája, a reprodukív funkció alapos ismerete és ellenőrzése ismét orvosi kérdés.

5.5.6 Az emberi reprodukció orvosi területe a nőgyógyászat és a szakorvosok között a nőgyógyászok vannak a legjobban felkészülve arra, hogy ezekkel a klinikai problémákkal foglalkozzanak, legalábbis tudományos és oktatási szemszögből.

5.6 Gyakorlati okokból a családtervezés klinikai szempontjai az általános orvos és az anya- és csecsemőgondozás hatáskörébe is tartoznak. Ez azt jelenti, hogy több időt kell a nőgyógyászati oktatásra fordítani. Ez azt is jelenti, hogy a nőgyógyászat fontosságát a modern orvosképzésben újra kell értékelni és hangsúlyozni kell.

Bár sürgető a kérdés, az ilyen oktatás iránti igény a múltban nem volt kielégítő. C. Tietze (7) és munkatársai ilyen irányú felmérést végeztek az Egyesült Államokban és Kanadában, amely azt mutatta, hogy az emberi reprodukciónak és a családtervezésnek az egyetemeken többségében nincs egységes és kialakult oktatása. És ha folyik is valamilyen oktatás, többnyire a szülészeti-nőgyógyászati tanszékek kezdeményezésére, legfeljebb csak előadásokat tartanak. A fogamzásgátló módszerekkel való foglalkozásra mindössze négy óra jut az egész négyéves tananyagban.

Ez a helyzet szerencsére, a körülmények nyomása következtében és az egyetemeknek nyújtott jelentős állami és magán támogatás hatására nyomán

átalakulóban van. Érthető azonban, hogy a nem hivatásos, családtervezéssel foglalkozó szervezetek mind ez ideig szükségesnek érezték, hogy az úrt betöltsék.

6. CSALÁDTERVEZÉSI KÖZPONTOK MŰKÖDÉSÉNEK MINIMÁLIS KÖVETELMÉNYEI

6.1 Az orvosoknak a kontraceptív módszerekre való oktatására évek óta jó példa az Angol Családtervezési Társaság (BFPA) működése, és általában a Nemzetközi Családtervezési Szövetség (IPPF), amely mindig támogatta az ilyenfajta oktatást, ahol erre lehetőség adódott.

6.2 Az elmúlt néhány évben a külföldi, végzett hallgatók számára oktatást szerveztek a szerző által vezetett tanszéken a Nemzetközi Családtervezési Szövetség (IPPF) Európai és Közel-keleti Régiójának védnöksége alatt. A hallgatók egy hétig előadásokat hallgattak a családtervezésről, majd gyakorlati oktatásban részesültek és végül egy hét gyakorlaton vettek részt Angliában.

6.2.1 Az előadások programja az a minimum, amelyre feltétlenül szükség van, emellett a tanfolyam résztvevőivel egyéni érdeklődésre számot tartó témákat is megvitatnak.

A következő kérdéseket tekintik át:

6.2.1.1 A családtervezés problémái a hallgatók eredeti társadalmi-kulturális környezetében (2 óra).

6.2.1.2 Fogamzásgátló módszerek:

6.2.1.2.1 Hormonok (1 óra)

6.2.1.2.2 IUD-k (1 óra).

6.2.1.2.3 Mechanikus és spermicid fogamzásgátlók (1 óra).

6.2.1.2.4 Műtéti sterilizálás (2 óra).

6.2.1.5 A pszichoszomatikus szülészet szempontjai (2 óra).

6.2.1.6 A népességnövekedés dinamikájának és a családtervezésnek gazdasági és demográfiai szempontjai (1 óra).

6.2.2 Ezek mellett a csoportos tanítások mellett még gyakorlati munka figyelhető meg a tanszéki családtervezési klinikán és a Belga Családtervezési Szövetség (BPPF) klinikáin. Az orális fogamzásgátlási előírások mellett a hallgatók, a lehetőségek határai között gyakorlati oktatásban is részesülnek az IUD-k felhelyezésével és a diafragmák alkalmazásával kapcsolatban.

6.3 Nyilvánvaló, hogy az ilyen tanfolyam csak bepillantást adhat a témába és nem fordíthat időt az abban való elmélyedésre. Ennek ellenére felkelti a hallgatók érdeklődését és serkentő tényezőként hathat. Ha azonban később az állandó folyamatos hatás elmarad, kérdéses, hogy ez a fajta oktatás többet nyújt-e mint egyszerűen a technika elsajátítását (amit éppen igyekeztünk elkerülni), állandó alapvető elvi háttér nélkül. Az ilyen fajta képzés hatása nagyobb lehetne, ha több idő állna rendelkezésre.

Itt az ideje, hogy az egyetemek egyes karai magukra vállalják a felelőséget. Egy „orvostovábbképző” tanfolyam az emberi reprodukcióról, amely elméleti és gyakorlati oktatást ad, valóban megvalósítható a teljes nőgyógyászati képzéstől függetlenül, de ennek olyan időtartamúnak kell lennie, hogy biztosítani tudja a hatékonyságot és a teljességet.

Ilyen fajta képzés folyik 1967 óta azon a tanszéken, ahol a szerző az

igazgató. Ennek a képzésnek, melyet a Ford Foundation (Ford Foundation Grant 67/465) finanszíroz és amelynek rövid ismertetését egy korábbi tanulmány (5) tartalmazza, az a célja, hogy betöltse az orvospépzésben jelenleg mutatkozó űrt egyéves tanfolyam útján, amelynek keretében kutatás és gyakorlati munka is folyik. A tanfolyamot a francia nyelvterülethez tartozó fejlődő országok orvosai számára rendezték.

Hasonló programokat találunk az Egyesült Államokban, főleg a Kaliforniai Egyetemen (Harbour Hospital, Torrance) és a Michigani Egyetemen (Ann Arbor).

7. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS ÖSSZEFOGLALÁS

Az elvégzendő munkát a következőkben lehet összegezni:

7.1 A termékenység következtében az emberiség előtt álló problémák közvetlenül a reprodukciós funkcióból fakadnak lényegében orvosi jellegűek.

7.2 A családtervezés, amint ezt az Egyesült Nemzetek meghatározta, alapvető emberi jog. Ezen a téren az információval és a szolgáltatásokkal való ellátásért az orvosi szakma felelős.

7.3 Mostanáig az emberi reprodukcióval és a családtervezéssel kapcsolatos oktatás nem folyt egységes és összefüggő módon az orvosi karokon, nem volt az orvospépzés szerves része.

7.4 Ezt a hiányt a nem orvosi szervezetek csak részben és nem megfelelő módon pótolhatták, egyrészt úgy, hogy biztosították az orvosok tájékoztatását a humán reprodukció és a családtervezés aktuális kérdéseivel kapcsolatban, másrészt ellátták őket fogamzásgátló eszközökkel. Mindez azonban anélkül történt, hogy a probléma bonyolultságára és távlati vonatkozásaira rámutattak volna.

7.5 Nyilvánvaló tehát, hogy a tanároknak, fakultásoknak és egyetemeknek, amelyeknek feladatuk az orvostudomány oktatása és amelyek egyedül képesek ezt megtenni, revízió alá kell venni ezen a téren a programjukat nemcsak a technikák szempontjából, hanem az alapvető oktatás, a klinikai képzés és az orvosi kutatómunka szempontjából is.

7.6 Végül az is nyilvánvaló, hogy a kormányoknak is fel kell ismerniök felelősségüket az emberekkel szemben és meg kell mindent tenniök, hogy elősegítsék az emberi reprodukcióval foglalkozó tudomány oktatását. A családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást és segítségnyújtást biztosító intézményeket pedig be kell illeszteni az anya- és gyermekgondozási hálózatba.

I R O D A L O M

1. Bowers, J. Z. ed.: Teaching the biological and medical aspect of reproduction to medical students. Hoeber Medical Division, Ed., N.Y. 1966.
2. Bowers, J. Z. ed.: Recommendations for teaching family planning medicine from a Macy conference. J. Macy Jr. Foundation, Ed., N.Y. 1967.
3. General Medical Council: Recommendations as to Basic Medical Education, 1967.
4. Hubinont, P. O.: La place de la gynécologie dans la médecine modern. *Rev. Med. Rus.* 22: 189—203, 1966.
5. Hubinont, P. O.: The role of university teachers in transmitting knowledge. Preventive medicine and family planning 199—201, IPPF Ed., London, 1967.
6. Hubinont, P. O.: Responsabilité du médecine dans l'éducation sexuelle et le planning familial. *Med. et Hyg.* 26: 429—433, 1968.
7. Tietze, C. et al: Teaching of fertility control in medical schools. *JAMA* 196, 20—24, 1966.
8. U Thant: Statement made on Human Rights Day, 11 th December, 1967, before the United Nations General Assembly.

ДИРЕКТИВЫ ПО ОБУЧЕНИЮ ВРАЧЕЙ В СВЯЗИ С ВОСПРОИЗВОДСТВОМ НАСЕЛЕНИЯ И СПЛАНИРОВАНИЕМ СЕМЬИ

Резюме

Проблемы, стоящие перед человечеством в связи с фертильностью возникают непосредственно из функции воспроизводства и по этой причине они имеют по существу медицинский характер.

Планирование семьи — как это было определено Организацией Объединенных Наций — основополагающее право человека. За предоставление информации и надлежащее обслуживание в этой области отвечает медицина.

До настоящего времени на медицинских факультетах не велось единое и связанное обучение в области воспроизводства населения и планирования семьи, последние не входили в составную часть обучения врачей.

Этот пробел был заполнен частично и схематично не медицинскими учреждениями, которые, однако, могут дать лишь информацию и показать некоторую технику без того, чтобы показать истинные перспективы этой проблемы.

Поэтому очевидно, что профессора, факультеты и университеты, задачей которых является медицинское обучение и которые только и в состоянии этим заниматься, должны пересмотреть в этой области свою программу не только с точки зрения показа техники, но и с основного курса, клинического обучения и медицинской научно-исследовательской работы.

Наконец, очевидным является и то, что и правительства должны осознать свою ответственность перед людьми и сделать все от них зависящее для того, чтобы способствовать обучению в области воспроизводства людей и превратить обслуживание по планированию семьи в составную часть охраны детей и материнства.

(Данный доклад был обсужден на шестой конференции Европейской и Ближневосточной регии Международной Федерации по планированию семьи, состоявшейся в Будапеште с 15 по 17 сентября 1969 года.)

STANDARDS OF MEDICAL EDUCATION IN HUMAN REPRODUCTION AND PLANNED PARENTHOOD

Summary

Problems facing humanity caused by its fertility derive directly from the reproductive function and are therefore essentially medical.

Planned parenthood is considered as a fundamental human right as defined by the United Nations. Provision of information and services in this field are the responsibility of the medical profession.

Until now, education in human reproduction and planned parenthood has not been carried out by the medical faculties in a coherent and comprehensive manner as an integral part of medical education.

This lack has been met in part and only spasmodically by non-medical organisations who can only inform doctors and offer a limited number of techniques without giving the problem its correct perspective.

It is clear, therefore, that the teachers, the faculties and the universities whose task it is to teach medicine and who alone are able to do this, should revise their programmes in this direction, not only from the point of view of techniques, but also in fundamental education, clinical education and medical research.

Finally, it is also clear that governments should understand where their responsibility lies vis-a-vis the people and should take all necessary action to encourage education in human reproduction and the integration of planned parenthood services in maternal and child care.

(Lecture discussed at the 6th Conference of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation, held in Budapest, September 15-17, 1969.)

KÖZLEMÉNYEK

NÉPESSÉGPOLITIKAI KÉRDÉSEK A SZOCIALISTA ORSZÁGOK EURÓPAI RÉGIÓJÁBAN*

DR. ACSÁDI GYÖRGY

A jelen áttekintés az európai országok azon régiójával foglalkozik, amelyben szocialista társadalmi viszonyok uralkodnak és tervgazdálkodást folytatnak, nem számítva ide a Szovjetuniót, amely maga is kontinens nagyságú régió. Ezek az országok Albánia, Bulgária, Csehszlovákia, Jugoszlávia, Lengyelország, Magyarország, a Német Demokratikus Köztársaság és Románia. Együttes területük 1967 közepén 1 274 687 km², össznépességük pedig 123 000 000 fő. A régió országainak közös lényeges vonásaira tekintettel az alábbiakban a kérdéseket a népeségpolitika egyes területei szerint, nem pedig országonként vizsgáljuk.

Az áttekintés összeállítását megkönnyíti a demográfiának a szóban forgó országokban az 1950-es évek második felében kibontakozott fellendülése, mely híven tükröződik a régióban alapított népeségtudományi folyóiratokban. Az 1958-ban elsőként megindított *Demográfia* (Budapest), amelyet 1959-ben a *Demografie* (Prága), majd 1963-ban a *Stanovništvo* (Belgrád) és a *Studia Demograficzne* (Varsó) követték, továbbá a régió országaiban kiadott statisztikai szakfolyóiratok és egyéb hivatalos kiadványok gazdag forrásanyagot tartalmaznak a népeségpolitikai kérdések tekintetében. E kérdéseket egyébként az egyes országokban megrendezésre került nemzetközi vagy országos demográfiai találkozók (1) is széles körűen tárgyalták.

A NÉPESSÉGPOLITIKA ÉRTELMEZÉSE

Az említett forrásokból kitűnik, hogy a népeségpolitika nem idegen terület a régió demográfusai számára. Az 1964-ben megjelent és Lengyelországban is kiadott magyar demográfiai tankönyv (2) például megállapítja, hogy a népesedési folyamatok a társadalmi és gazdasági fejlődés olyan tényezői, amelyeknek a társadalom életében, a gazdaság-, népesedés- és szociálpolitikai célok kitűzésében, a népgazdaság tervezésének alapvető ágaiban, a közegészségügyi, oktatási, munkaügyi stb. kérdések megoldásában fontos szerepe van. Ennek megfelelően a demográfia definíciójában is szerepel az a követelmény, hogy e tudománynak vizsgálnia kell a népeség és a népesedés jelenségeihez fűződő társadalmi-gazdasági kölcsönhatásokat és következményeket, fel kell tárnia a népeség megújulásának, a népeségfejlődés jelenségeinek törvényszerűségeit, s mindezen ismérveket a gazdasági és társadalmi fejlődés szolgálatába kell állítania.

Csehszlovák és német szerzők (*Fajfr, Srb, Hájek, Korčák, Nullsch*) e tárgyra vonatkozó nézeteit a *Demográfie* hasábjain összefoglalva *Roubíček* (3) is hasonló véleményre jut: a marxista demográfia következtetéseiben politikai és annak is kell lennie, azaz a népeségfejlődés területén olyan konkrét célok elérésére kell törekednie, amelyek biztosítják a munkaerő megfelelő kvantitatív reprodukcióját (a népeség e szempontból termelő), megteremtve így az életszínvonal kívánatos fejlődésének feltételeit (a népeség e szempontból fogyasztó). *Kazimour* (4) is ilyen értelemben ír, *Srb* (5) pedig egyenesen azt

*A Nemzetközi Népeségtudományi Unió 1969. szeptember 3—11 között Londonban tartott Általános Népesedési Konferenciáján megvitatott dolgozat.

vallja, hogy a demográfia par excellence politikai tudomány, amelynek politikai funkciója elsődlegesen a népességgazdasági terén jelentkezik.

A demográfiának a gyakorlati szolgálatába állítására vonatkozó nézetek részben a demográfiának szélesebb körű értelmezéséből következnek.

Amint a már említett tankönyvből (2) vagy például *Macura* tanulmányai-ból (6) is kitűnik, az említett felfogás nem korlátozza a népességtudományt a reprodukció és a népességnövekedés tanulmányozására, hanem azt a népesség szerkezetének és változásainak gazdasági és társadalmi kölcsönhatásai területére is kiterjeszti. Ennek megfelelően alakult ki ezekben az országokban a népességgazdasági fogalmának tágabb értelmezése, amelyhez nemcsak a népesedési folyamatok tudatos és közvetlen befolyásolására irányuló intézkedéseket sorolják, hanem mindazon társadalmi és gazdasági intézkedéseket, amelyek akár közvetve is a népességi jellemzőkre és folyamatokra hatást gyakorolnak.

Világosan domborodik ki ez a szemlélet egy magyar bizottság elemzéséből (7), amelynek bevezetője a népességgazdasági legutóbbi időszakában történt fejlődésével kapcsolatban a következőkre mutat rá. Az elmúlt két évtizedben — írják a szerzők — megmutatkozott annak a hatása, hogy hosszú ideig nem alakult ki átgondolt és következetesen érvényesített átfogó népesedéspolitikai elképzelés. Hiányzott az a felismerés, hogy az élet legkülönbözőbb területein hozott nem kifejezetten népesedéspolitikai jellegű intézkedések jelentős demográfiai következményekkel járhatnak. Az átfogó gazdasági tervekhez, a követett társadalompolitikához nem kapcsolódott megfelelő népesedéspolitika. A népesedéspolitikával több területen érintkező egészségügyi politika ezt a hiányt természetesen ugyanúgy nem pótolhatta, mint a népesedéssel ugyancsak kapcsolatban álló munkaerő-, vagy iparfejlesztési politikával, az árakkal és a munkabérekkel, az oktatással vagy a polgári joggal stb. kapcsolatos jogszabályalkotás (8).

Az idézett visszapiantás arra hívja fel a figyelmet, hogy a népesedéspolitika szűk körű értelmezése veszélyeket rejt magában. A népesedéspolitikának átfogó jellegűnek kell lennie, s figyelemmel kell lennie a gazdasági és társadalompolitika mindazon területeire, amelyek a népesedési folyamatokat érintik. *Dányi* (9) szerint például a népességgazdasági közvetett gazdasági tényezőjének lehet tekinteni az egész népgazdaság fejlődésének ütemét és a gazdaságpolitikai megfontolások azon eredményeit, amelyek a népesség anyagi, szellemi és kulturális felemelkedését szolgálják.

A vázolt koncepció szerint tehát a népességgazdasági tudományt nem lehet elvonatkoztatni a társadalom- és gazdaságpolitikától, mert ennek egyfelől figyelemmel kell lennie azokra a tényezőkre, amelyek a népességi változásokat befolyásolják, másfelől azokra a következményekre is, amelyek a népességi változásokból adódnak. Ez utóbbiak megfontolása ugyan részben a társadalom- és gazdaságpolitika területére tartozik, a demográfia és a népességgazdasági tudományban több vonatkozásban is érdekelt e kérdésben. Kétségtelen, hogy a kérdésre vonatkozó politikai nézeteknek tudományos megállapításokra kell támaszkodniuk (10) és az ehhez szükséges vizsgálatok elvégzése a demográfia feladata. A népességi változásokból adódó következmények felmérése továbbá szorosan összefügg a népességgazdasági optimalizálásának kérdésével. A népességgazdasági célok kitűzéséhez meg kell határozni a népességi folyamatok és szerkezetük kívánatos alternatíváit, ehhez pedig szükséges mérlegelni azt, hogy a kérdéses népességi szerkezet és folyamatok milyen gazdasági és társadalmi következményekkel járnak.

A DEMOGRÁFIAI ÉS GAZDASÁGI FEJLŐDÉS KÖZÖTTI KAPCSOLATOKKAL ÖSSZEFÜGGŐ KÉRDÉSEK

Ami a demográfiai fejlődés főbb jellemzőit illeti, a fejlődés — tekintetbe véve a korábbi különbségeket — a régió országaiban eléggé egyöntetű volt (11). A halandóság javult, bár ez az országok eltérő korösszetételének következtében a nyers arányszámok alakulásában különböző módon fejeződött ki. A születési

arányszámok háború utáni fellendülése Kelet-Németországot kivéve az egész régióban érezhető volt, s általában tovább tartott, mint Európa nyugati régiójában. 1951 és 1956 között azután Bulgáriában, Csehszlovákiában, Magyarországon, Lengyelországban, Romániában és Jugoszláviában megkezdődött a születési arányszámok csökkenése. A csökkenés trendje Magyarországon 1962-ben 12,9%-es mélypontot elérve fejeződött be, s azóta az ösztönző népesedéspolitikai intézkedések hatására a születési arány lassan növekszik (1968-ban 15,1%-ig), Romániában pedig 1967-ben adminisztratív eszközök alkalmazásával ért véget (1967-ben 27,4-re nőtt a születési arányszám). 1961-től Albániában is hanyatlani kezdett a termékenység, s 1965-től a Német Demokratikus Köztársaság korábban 16—18% között mozgó születési arányszáma is csökkenni kezdett. (Hasonló csökkenés a Szovjetunióban 1959-ben kezdődött.)

1. Élveszületési és halálzási arányszámok a régió országaiban
Коэффициенты рождаемости и смертности в странах региуи
Birth and Death Rates in the Countries of the Region

Országok (1)	Élveszületési arányszám (2)					Halálzási arányszám (3)		
	1950	1955	1960	1967	1967 1950 (%)	1950	1967	1967 1950 (%)
Albánia	38,8	44,5	43,4	34,0 ^a	87,6 ^b	14,1	8,6 ^a	61,0 ^b
Bulgária	25,2	20,1	17,8	15,0	59,5	10,2	9,0	88,2
Csehszlovákia	23,3	20,3	15,9	15,1	64,8	11,5	10,1	87,8
Jugoszlávia	30,2	26,8	23,5	19,5	64,6	13,0	8,7	66,9
Lengyelország	30,7	29,1	22,3	16,3	53,1	11,6	7,8	66,4
Magyarország	20,9	21,4	14,7	14,6	69,9	11,5	10,7	93,0
Német D. K.	16,9	16,7	17,0	14,8	87,6	11,8	13,2	111,9
Románia	26,2	25,6	19,1	14,3 ^a	54,6 ^b	12,4	9,3	75,0

^a 1966.

^b Az 1966. évi adat az 1950. évihez viszonyítva.

Горизонтальная графа: (1) Страны; (2) Коэффициенты рождаемости; (3) Коэффициенты смертности.

Heading: (1) Countries; (2) birth rate; (3) death rate.

Megjegyezhető, hogy a népességfejlődés a régióon belül jelentősen különböz. Mint Szabady (12) kimutatta, 1960 körül Albániában a nyers reprodukciós együlthető pedig 2,71 és 0,93. Hasonló különbségeket mutatnak a természetes szaporodás arányának értékei is; a tényleges arányszám értéke ugyanezekben az országokban 32,4 és 4,5, az intrinsicé 32,9 és —3,0.

Amíg a halandóság csökkenése ludatos népesedéspolitika eredménye volt, bár a csökkenésben közvetett hatások is szerepet játszottak, addig a termékenységben történt változások sokkal inkább a régióban bekövetkezett társadalmi és gazdasági átalakulással hozhatók összefüggésbe, mint közvetlen népesedéspolitikai intézkedésekkel.

Többen (7) azonban felhívják a figyelmet arra, hogy a születések számának csökkenése nem a szocialista társadalmi rendszer sajátossága: hasonló csökkenés következett be a gazdasági fejlődés bizonyos szakaszában minden fejlett országban. A szocialista országokban bekövetkezett változások csupán annyiban térnek el a más, nem szocialista országokban lezajlott népesedési folyamatoktól, hogy a szocialista átalakulás által létrehozott gyors társadalmi-gazdasági struktúrávaltozás erőteljesebben hatott vissza a születésszám alakulására.

Az 1965. évi belgrádi Népesedési Világkonferencián a társadalmi-gazdasági fejlődés következtében előálló termékenységsökkenés kérdését széles körben

vitatták meg. A kérdéses termékenységesökkenéssel kapcsolatban kitűnt a tanulmányokból és a vitákból (13), hogy ennek okai a következők voltak: a gyors iparosítás, a társadalmi átrétegződés, a nők munkába állítása, az intenzív társadalmi mobilitás, a fokozott városiasodás és a faluból városba vándorlás, a kulturális színvonal és az életszínvonal növekedése, s a vágy egy még magasabb színvonal után.

Egy rövid áttekintés nem ad módot a termékenység hanyatlása tényezőinek részletesebb elemzésére, nincs lehetőség arra sem, hogy a közvetett vagy a közvetlen népesedéspolitika kérdéseit akár csak megközelítő teljességgel vázoljuk. A következőkben ezért csupán néhány kiemelt népességgpolitikai kérdéskört tárgyalunk. Ezek részben olyanok, amelyek gyakran vitatottak, részben olyanok, amelyek demonstrálják a társadalmi, gazdasági és demográfiai fejlődés közötti összhang kialakításának szükségességét.

A FOGLALKOZTATOTTSÁG ÉS A TERMÉKENYSÉG KÉRDÉSE

A női foglalkoztatottság kérdésköre a társadalom- és gazdaságpolitikában a teljes foglalkoztatottság kérdésével kapcsolatos. Jól látható ez például *Litvajakov* (13/i) megfogalmazásából, aki szerint „annak az általános kérdésnek, hogyan teremtsük meg a kedvező feltételeket a gazdasági fejlődés hosszan tartó magas arányához, a legfontosabb aspektusai közé tartoznak a munkanélküliség kiküszöbölése és az egész népesség számára munka biztosítása”; továbbá „a teljes foglalkoztatottságot elősegítő tényezők között az egyik legfontosabb lett a nők felszabadítása korábbi elmaradott helyzetükből és a férfikkal egyenlő helyzet biztosítása számukra”. (2. tábla)

A teljes foglalkoztatottság elvének megfelelően a foglalkoztatottság színvonalára, s ezen belül a nők foglalkoztatottságának aránya a régió országaiban magas.

A foglalkoztatottság nemcsak társadalom- és gazdaságpolitikai kérdés, hanem közvetlenül népesedéspolitikai is. Nem vonatkoztható el a foglalkozási átrétegződéstől, a térbeli és társadalmi mobilitástól, a család jellemzőitől, s végül a termékenység kérdésétől sem. A nő gazdasági aktivitása és a családnagyság közötti összefüggés közismert, a sokgyermekes anyának nem könnyű munkába állni, s ugyanakkor a dolgozó nők kisebb gyermekszámot kívánnak (14). Ezt az összefüggést a szocialista országokban lefolytatott vizsgálatok (15) is igazolták. Így a gazdaságilag aktív nők gyorsan megnövő aránya jelentős szerepet játszott a termékenység csökkenésében, bár ugyanakkor a fejlődő népgazdaság növekvő munkaerőigénye szempontjából a nők fokozott arányú munkavállalása kívánatos volt. Összhangban állott ez az irányzat a fiatal lányok törekvésével is, akik a korábbi nemzedékekhez képest sokkal inkább akartak önálló keresethez jutni, s ezáltal függetlenebb életmódot biztosítani maguknak. Ezt a folyamatot segítette elő a jövedelempolitika is, amely jelentős befolyást gyakorolt a család életére (két-keresős családtípus), jellemzőire és demográfiai magatartására is (7, 16).

A régió legtöbb országában az anya- és csecsemővédelem keretében számos olyan népességgpolitikai intézkedést hoztak, amely bizonyos mértékig ellensúlyozza a dolgozó anyára nehezedő terheket. Ilyenek a szülési segélyen, kelengyén, egészségügyi ellátáson, kedvezményes tejellátáson, a különböző árkedvezményeken túlmenően a területi bölcsődék, óvodák mellett (ahol a dolgozó anyák gyermekei a felvételnél előnyben részesülnek) a hasonló üzemi intézmények, a fizetett szülési szabadság (általában 7—20 hét), a fizetés nélkül igényelhető szabadság, szoptatási munkaidő-kedvezmény, a kisgyermek betegsége esetén járó szabadság, munkahelyi kedvezmények stb. Sokan elsősorban ilyen intézkedésekben látják a nők foglalkoztatottságából eredő termékenységesökkenető hatás ellensúlyozásának útját, amely a nők otthoni feladatainak megkönnyítésével együtt lehetővé tenné a gyermekek nevelését. *Fajfr* (17) szerint is a születési arányszámok növelésével kapcsolatban ez az első kérdés. A gazdaságpolitikának szerinte ezen a téren egész sereg feladatot kell gyakorlatilag megoldania. Így például sokféle „munkakímélő” szolgáltatást kellene megszervezni, amelyek a nők legnagyobb részét teher-

mentesítenék a háztartási munkától, az otthoni „második műszaktól”, biztosítani kellene a megfelelő szakmai munkafeltételek lehetőségét, a munkaidő-megrövidítését stb.

2. A gazdaságilag aktív népesség aránya és a nők foglalkoztatása egyes országokban
1960 körül

Доля экономически активного населения и занятость женщин
в отдельных странах около 1960 г.
Percentage of the Economically Active Population and the Employment
of Women in Some Countries around 1960

A nők foglalkoztatási aránya (1)	Országok (a gazdaságilag aktív népesség százalékának sorrendjében) (2)	A gazdaságilag aktív népesség százaléka (3)		
		Összesen (4)	Férfi (5)	Nő (6)
1. Igen alacsony	Marokkó, E. A. K., Venezuela, Mexikó, Chile, Pakisztán	28 – 34	50 – 56	– 15
2. Alacsony	Kanada, Indonézia, Hollandia, Új-Zéland, Argentína, Belgium, Norvégia, Olaszország	36 – 40	51 – 61	15 – 20
3. Közepes	U.S.A., Írország, Ausztrália, Franciaország, India, Svédország, Görögország, Dánia, Svájc	39 – 46	54 – 66	20 – 30
4. Magas	Finnország, Törökország, Japán, Ausztria, Német Sz. K., Német D. K. (1963)	46 – 48	54 – 64	30 – 40
	Albánia (1960)	44,9	53,1	36,3
	Csehszlovákia (1958)	44,9	53,1	37,1
	Jugoszlávia (1961)	45,0	59,6	31,1
	Magyarország (1960)	49,0	65,9	33,2
5. Nagyon magas	Lengyelország (1960)	47,3	55,1	40,1
	Szovjetunió (1959)	52,2	55,8	49,3
	Bulgária (1956)	54,5	63,3	15,7
	Románia (1956)	59,8	67,4	52,7

Горизонтальная графа: (1) Уровень занятости женщин; (2) Порядок стран (по величине процента экономически активного населения); (3) Процент экономически активного населения; (4) Всего; (5) Мужчины; (6) Женщины.

Вертикальная графа: 1. Весьма низкий; 2. Низкий; 3. Средний; 4. Высокий; 5. Весьма высокий.

Heading: (1) Rate of employment of women; (2) countries (in the order of the percentage of the economically active population); (3) percentage of the economically active population.

Literal text: (1) Very low; (2) low; (3) moderate; (4) high; (5) very high.

A kérdés megoldásában más régiók tekintetében is úttörő jelentőségű lépést jelentett az 1967-ben hozott és 1969-ben módosított magyar népesedéspolitikai intézkedés a gyermekgondozási segély bevezetéséről (18). Eszerint a dolgozó nőt a szülési szabadság lejártát követően a gyermek hároméves korának betöltéséig gyermekgondozási segély illeti meg, ha a szülést közvetlenül megelőző másfél éven belül összesen 12 hónapig munkaviszonyban állt és legalább napi 6 órai munkaidővel dolgozott, továbbá a gyermek gondozása céljából fizetés nélküli szabadságot vesz igénybe. A rendelet a kedvezményezettek körének kiterjesztésére számos kivételt is megállapít. Ezt az időt a munkaviszonyban töltött idő meghatározásánál figyelembe kell venni, a betegségi biztosítási szolgáltatások, a családi pótlék és a betegségi biztosítás az egész idő alatt jár. A gyermekgondozási segély rendszere tehát lényegében a 20 heti fizetett szabadságot követő további többéves csökkentett fizetésű (600,— Ft,

a mezőgazdaságban 500,— Ft) szabadságként is felfogható, amely újabb szülés esetén tovább hosszabbítható. Az intézkedés, amellyel a jogosult nők széles köre valóban él is, lehetővé teszi a gyermekek otthoni nevelését az erre leginkább ráutalt életkorban, enyhít a gyermekgondozó intézmények elhelyezési gondjain, sőt hozzájárul a munkaképes korba belépő (megnövekedett számú) fiatalok foglalkoztatásának megoldásához is.

Megjegyzendő, hogy hasonló igények Csehszlovákiában is jelentkeztek. *Wynnyczuk* (19) beszámolt arról, hogy egy kísérleti vizsgálat azt mutatta, hogy a gyermeket váró dolgozó nőknek legalább a fele meghosszabbított szülési szabadságot kérne, és hogy a meghosszabbítást addig vennék igénybe, ameddig lehet, azaz legalább a gyermek egy éves koráig.

A felsorolt népeségpolitikai eszközök természetesen nem közvetlenül ösztönöznek gyermekek szülésére, de ellensúlyozzák a dolgozó nőknek az eltartott nőkkel szemben e téren mutatkozó hátrányát, s mint a magyar intézkedésekkel kapcsolatos tapasztalatok is mutatják, tagadhatatlanul hozzájárulnak a születésszám növeléséhez és az ezzel kapcsolatos közvélemény kedvező formálásához.

ÉLETKÖRÜLMÉNYEK ÉS NÉPESSÉGPOLITIKA

Kétségtelen, hogy a régióban a tőkés magántulajdon megszüntetése, s az ezzel járó társadalmi struktúraváltozás, a gyors iparosodás és urbanizálódás, a vándormozgalmak, az agrárnépesség összezsugorodása, s az országok nagy részében a mezőgazdasági szervezetek szervezése, a kulturális fejlődés stb. hatására az életkörülmények gyökeresen megváltoztak, s a további gazdasági növekedés keretében az életszínvonal emelkedése, a technikai fejlődés stb. következtében jelenleg is átalakulóban vannak.

3. A városi és falusi népesség alakulása, vándorlások a régió országaiban

Динамика городского и сельского населения, миграция внутри стран рeгиу

Development of the Urban and Rural Population, Migrations in the Countries of the Region

Ország (1)	A városi népesség százaléka (2)		Városi (5)	Falusi (6)	Belföldi vándorlá- sok 1962 körüli (1000 fő) (8)
	1945—1949 között (3)	1960 kö- rül (4)	népesség százaléká 1967-ben 1960-hoz viszonyítva (7)		
Albánia	21,3	30,9	.	.	.
Bulgária	24,7	38,0	135	88	142,9
Csehszlovákia	48,8	57,4	112	94	391,5
Jugoszlávia	16,2	28,3	.	.	(500)
Lengyelország	31,4	47,7	114	105	.
Magyarország	36,5	41,3	110	97	336,7
Német D. K.	65,4	72,0	101	95	544,4
Románia	23,4	32,1	.	.	.

Горизонтальная графа: (1) Страны; (2) Процент городского населения; (3) В годы 1945—1949; (4) Около 1960 года; (5) Процент городского населения; (6) Процент сельского населения; (7) по сравнению с 1967 и 1960 годов; (8) Внутренняя миграция около 1962 года (1000 чел).

Heading: (1) Country; (2) percentage of urban population; (3) between 1945—1949; (4) around 1960; (5) percentage of urban population; (6) percentage of rural population; (7) in 1967 as compared with 1960; (8) internal migration around 1962 (1000 population).

A fejlődés jellemzésére említeni lehet, hogy az 1950. évi színvonalhoz viszonyítva a régió országaiban a nemzeti jövedelem 1963-ig a 2,2—3,4-szere- sére, az ipari termelés 1964-ig 3,3—6,1-szeresére nőtt (a növekedés évi átlagos üteme 6,2—9,5 és 9,0—13,8 százalék között mozgott). A munkások és alkalma-

zottak száma 1958 és 1963 között a Német Demokratikus Köztársaságban nem változott, a többi országban 16–42 %-kal emelkedett (21). Az urbanizációról és a vándorlásról rendelkezésre álló adatok ugyan nemzetközileg nem hasonlíthatók össze (22), a bekövetkezett fejlődésről mégis adnak bizonyos képet.

Az említett tényezőknek a termékenység csökkenésére gyakorolt hatását az e kérdéseket tanulmányozó demográfusok általánosan elismerik. Az egyes tényezők szerepével kapcsolatban azonban a nézetek országonként és szerzőnként változók. Csupán néhány példát említve, a romániai termékenység csökkenésével kapcsolatban *Ferenbac* (23) az összes gazdasági és társadalmi tényezőknek szerepét tulajdonít, *Mesaros* (24) pedig külön is hangsúlyozza az urbanizáció jelentőségét. Területi elemzések alapján ugyanakkor Jugoszlávia esetében *Rašević* (25) azt állapította meg, hogy a vizsgált tényezők közül az urbanizációnak a legkisebb a befolyása, s a nemzeti jövedelem mértékének is kisebb a korrelációja a termékenységgel, mint az iskolázottságnak. Egy hasonló jellegű magyar vizsgálat alapján *Andorka* (26) viszont azt mutatta ki, hogy anők foglalkoztatásának növekedése hatott a legerősebben a termékenység csökkenésének irányába, az iparosodás és a városiasodás hatása gyengébb volt, az iskolai végzettség emelkedésének pedig alig volt befolyása. E tényezők mintegy háromnegyedét határozták meg a termékenység területi különbségei, a fennmaradó részt a szerző nézete szerint szociál-pszichológiai tényezőkkel lehet magyarázni.

Szükségtelennek tűnik további példákat sorolni annak bizonyítására, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők hatása külön-külön is kimutatható. A hatások a társadalmi struktúráváltásokkal jól magyarázhatók. Az iparosodással összefüggő társadalmi átrétegződés például a magasabb termékenységu mezőgazdasági népesség arányát csökkentette, s ugyanezt eredményezte a faluból a városba való áramlás is. Itt azonban nem csupán egyszerűen a differenciális termékenység szempontjából fontos rétegek arányváltozásáról van szó, hanem arról, hogy a helyzetüket változtató személyek, amint ezt a magyar vizsgálatok igazolták (27), alkalmazkodnak új környezetükhöz. A városiasodással, iparosodással és az iskolázottság színvonalának növekedésével megnövekedtek a magasabb gazdasági és kulturális színvonal iránti igények is. A termékenység csökkenésével kapcsolatban lényegében együttes hatásról van szó, az egyének, a családok életkörülményeinek megváltozásáról, s ezzel együtt az igények megváltozásáról.

Az életkörülmények megváltozása, s az adott helyzetben rohamosan megnövekedő igények befolyása a népesedéspolitikának is egyik legfontosabb kérdése. *Dányi* (9) például arra mutatott rá, hogy a háborút követően az egyének és családok mindennapi életét legközvetlenebbül érintő fogyasztási és jövedelmi problémák sokkal inkább befolyásolták a népesedési magatartást, mint az egész népgazdaság növekedésének és előrehaladásának ténye. A fogyasztási egyensúly helyreállítása, illetve a múlt fogyasztási zavarainak reakciójaképpen azután az értékrendben hátrább sorolódtott a gyermek. Hasonló következtelésre jutott *Smolinski* (28) is, aki szerint a háború után a lengyel népesség életszínvonala olyan alacsony volt, hogy csak az alapvető szükségleteket lehetett kielégíteni, s így magas termékenység alakult ki. Az 1950-es évek közepétől kezdve viszont elérhetővé kezdtek válni a tartós fogyasztási javak, a kényelmes lakás, a külföldi utazások stb., amelyek hatékonyan kezdtek versenyezni a magasabb gyermekszámmal. *Vietrose* (29) pedig éppen a magángépkocsik számának növekedése és a születési arány csökkenése között szimított korrelációt.

A további társadalmi, gazdasági fejlődés, az életszínvonal növelése jelenti azt a szélesebb értelemben vett népesedéspolitikát, amely optimális termékenységi színvonal kialakulásához vezet. A jelen szűkebb értelemben vett népesedéspolitikája azonban gyorsabb megoldásokat sürget. *Szabady* (30) mutatott rá először arra, amit ezután is számos demográfus, köztük legutóbb *Kučera* (31) is hangsúlyozott, hogy erőfeszítéseket kell tenni a többgyermekes családok életviszonyainak megjavítására, a gyermekszám okozta életszínvonal-különbségek csökkentésére. Ezt a célt egyrészt a gyermekes családok közvetett támogatása szolgálja (gyermeknevelési intézmények fenntartása, ingyenes iskolázás,

egyed-egy fogyasztási cikkek szubvencionálása stb.), másrészt a családi pótlékok és az egyéb kedvezmények rendszere. Az utóbbiak közé tartoznak a gyermekszámhoz igazodó jövedelmi adókedvezmények, ill. a családi pótlékoknak a jövedelemtől és a gyermekszámtól függő megállapítása (Jugoszlávia, NDK), a gyermekek után járó lakbérkedvezmények (Csehszlovákia) stb. (32) A közvetlen juttatásokkal szemben sokan a családi pótlék formájában jelentkező közvetlen juttatásokat jobb hatásfokúnak tartják. A családi pótlékok többszöri növelése és a jogosultak körének kiterjesztése Magyarországon szintén szerepet játszott a születések számának legutóbbi növekedésében (7, 33).

4. A munkások és alkalmazottak családi pótlékja havonta; magyar, lengyel és jugoszláv adatok

Ежемесячная семейная надбавка у семей рабочих и служащих:
Данные по Венгрии, Польше и Югославии

Monthly Family Allowance of Workers and Employees; Hungarian, Polish and Yugoslavian Data

Gyermekszám (1)	Magyarország (forint)				Lengyel-ország (Zloty) 1965 előtt	Jugoszlávia (Dinar) 1961
	1947	1959	1965	1966		
1	18	—	—	—	102,50	3 000
2	36	75	200	300	202,50	5 000
3	54	360	360	510	332,50	7 500
4	72	480	480	680	482,50	9 000
5	90	600	600	850	632,50	10 000
6	108	720	720	1 020	782,50	.
10	180	1 200	1 200	1 700	.	.

Горизонтальная графа: (1) Число детей.

Heading: (1) Number of children.

A családi pótlékok összegeit feltüntető táblázattal kapcsolatban megjegyzendő, hogy Magyarországon a gyermekek után megállapított összegek 1948-ban, 1951-ben és 1953-ban is módosultak. A termelőszövetkezeti tagoknak 1966 óta két gyermek után 140 Ft és minden további gyermek után újabb 70 Ft jár. Jugoszláviában a családi pótlék nemcsak a gyermekek számától, hanem a jövedelemtől is függ. A táblán régi dinárban megadott összegek a legalacsonyabb jövedelmi kategóriában voltak érvényesek, a másodikban ezeknek az összegeknek 85, a harmadikban 65, a negyedikben 45, a legmagasabb jövedelmi kategóriában pedig csak 25 százalékát adták. 1965-ben az összegeket növelték, a 3000 régi dináros alapot 5250 dinárra. Az NDK-ban minden gyermek után 20 DM járt, a szülési segélyt viszont az ötödik gyermekig (1000 DM) progressz-

5. A családi pótlék megállapításának módszere Csehszlovákiában

Метод определения величины семейной надбавки в Чехословакии

Method of Calculating the Family Allowance in Czechoslovakia

Bruttó jövedelem (Kcs) (1)	Gyermekszám (2)				
	1	2	3	4	5
— 1400 ...	70	170	430	690	950
1400—2200 ...	70	170	400	640	880
2200—3000 ...	70	170	370	590	830
3000—3800 ...	—	100	330	530	750
3800— ...	—	—	310	490	710

Горизонтальная графа: (1) Брутто доходы (Kcs.); (2) Число детей.

Heading: (1) Gross income (Kcs); (2) Number of children.

szíven állapították meg. Progresszivitást vezettek be az adózásban is, ahol az adó a jövedelemmel együtt növekszik, viszont a házastárs és a gyermekek száma szerint csökken (32).

Csehszlovákiában a családi pótlékok összegét a jugoszláv rendszerhez hasonlóan a gyermekszám és a jövedelem határozza meg. Az alkalmazottak családi pótlékának havi összegét az 1959. évi 16. sz. törvény szerint az 5. tábla tartalmazza (34).

A Z A B O R T U S Z O K K É R D É S E I

A népesedéspolitikai világban gyakran merült fel az abortuszok kérdése s a felülkerekedő irányzatoknak megfelelően az ezzel kapcsolatos jogszabályalkotás és gyakorlat is többször változott. A háborút követően az illegális abortuszok megtűrését az 1950 körüli években családvédelmi okokra hivatkozva általában a legális abortuszok szűk tére (orvosi, eugenikai indikációk) szorítása, az illegális abortuszok tilalmazása, esetleg aktív üldözése váltotta fel. Az 1950-es évek derekától azonban érvényre kezdett jutni az a felfogás, hogy a művi abortuszok végzése a nő kérésére az egészségügyi intézményekben elvégezhető. Ezen álláspont annak a felismerésnek az alapján alakult ki, hogy a fejlett országokban, beleértve a régió országait is, a művi abortuszok száma mindentűnt magas (35). Az abortuszokat tilalmazó jogi normák tehát nem felelnek meg a társadalom általános igényeinek, s az abortuszok végzésének illegális körülmények közé kényszerítése sokkal inkább veszélyezteti a nőket és a női népesség egészségi körülményei szempontjából is károsabb, mint ha legálisan, egészségügyi intézményekben végeznék azokat. Ezt a feltevést azóta a gyakorlat igazolta, bár az abortuszoknak tulajdonítható anyai halandóság csökkenése és más súlyos következmények kiküszöbölése ellenére sem tekintendők a művi abortuszok ártalmatlannak (36).

Helytelen lenne azonban az abortuszok kérdését csupán egészségügyi szempontból elbírálni. Az 1955. november 23-án a Szovjetunióban hozott decretum is, amely az 1920—1936 közötti időszakhoz hasonlóan újból legalizálta az abortuszokat, a rendelet céljait az alábbiakban határozta meg:

— „annak az ártalomnak a korlátozása, amelyet a kórházon kívül végzett abortusz okoz a nők egészségében”, továbbá

— „megadni a nőknek annak a lehetőségét, hogy maguk döntsenek az anyaság kérdésében”. Ez utóbbi célkitűzés a nők tényleges egyenjogúságának elismerését jelenti, amelynek éppen a női foglalkoztatottság már tárgyalat szempontjait tekintve igen nagy a jelentősége.

A fenti egészségügyi politikai és társadalom- és gazdaságpolitikai szempontok alapján 1956-ban Bulgáriában, Lengyelországban, Magyarországon, 1957-ben Csehszlovákiában, 1960-ban Jugoszláviában legalizálták az abortuszokat, az NDK-ban pedig 1965-ben a korábbi jogszabályt értelmezték újra úgy, hogy lényegében elfogadták a társadalom-egészségügyi és etikai indikációkat is (37). Albániától eltekintve tehát, az 1960-as évek közepére a régióban általánossá vált a legális abortuszrendszer, amelynek keretében a terhességmegszakításokat, ha a terhesség a három hónapot nem haladta meg, az egészségügyi intézményekben a nő kérésére orvosi indikáció nélkül is elvégezték. Csehszlovákiában, az NDK-ban és Jugoszláviában a szociális indikációk bizonyos tekintetben korlátozottabbak voltak, mint a többi országban. Az engedélyezést Csehszlovákiában, Magyarországon és Jugoszláviában bizottságok végezték, Lengyelországban bármely orvos állíthatott ki abortuszra feljogosító bizonyítványt, Romániában nem voltak formalitások (38).

A legális művi vetélések száma — Albániát és az NDK-t nem számítva — 1954-ben és 1955-ben, az abortuszok engedélyezése előtt a régióban aligha haladta meg az évi 30—50 ezret, 1957-ben viszont már mintegy 300 ezret, 1959-ben pedig 620 ezret tett ki. 1959-től az abortuszok száma mintegy megkétszereződött, 1966-ban 1,1—1,2 millió körül lehetett. Ez utóbbi megoszlása: Bulgária kb. 0,12, Csehszlovákia 0,0903, Magyarország 0,1868, Lengyelország kb. 0,18, Románia kb. 0,46, Jugoszlávia kb. 0,14. Megjegyzendő, hogy e közlemény összeállítását követően a romániai abortuszokról olyan adatokat hoztak nyilvánosságra, amelyek e képet jelentősen módosítják (39).

Ámbar a művi abortuszok végrehajtásának engedélyezése egyik országban sem népesedéspolitikai okokból, s nem a születési arányszámok csökkentésének céljával történt, az abortuszok számának növekedése részben egybeesett a születési arányszámok csökkenésével. A két folyamat összefüggése szembetűnő, mégis helytelen lenne a termékenység csökkenését az abortuszok engedélyezésének tulajdonítani. Az abortusz ugyanis nem oka annak, ha egy nőnem kívánt gyermeket, vagy a meglévőnél több gyermeket, csupán eszköze a nem kívánt születés megakadályozásának. A termékenység csökkenése gazdasági, társadalmi, pszichológiai és demográfiai tényezők sokasága együtthatásának a következménye, a művi abortusz pedig csupán a hatások érvényesülésének eszköze, bár hozzá lehet tenni, hogy igen hatékony eszköze.

Az abortuszok gyakoriságának csökkentése érdekében a fogamzásgátlás modernebb, az egészségre nézve veszélytelenebb módszereinek bevezetésére a régióban történtek lépések. Emellett azonban az egyes országokban gyakran vitatják az abortuszrendeletek módosításának kérdését, egyrészt az abortuszok végrehajtásában munkájuk és jövedelmük szempontjából is érintett orvosok, másrészt a születési arányszám csökkenése miatt népességük jövőjéért aggódo laikusok és szakemberek. Sokan úgy vélekednek ugyanis, hogy az abortuszok eltiltása lenne a leghatékonyabb, s egyben a „legolcsóbb” népesedéspolitikai eszköz a termékenység növelésének ösztönzésére. Ezzel kapcsolatban a régió tanulságos népesedéspolitikai tapasztalatokkal rendelkezik. Magyarországon az 1953-ban hozott családvédelmi rendelettel együtt az abortuszok végzését is tiltották és üldözték. Ezt követően a már csökkenni kezdő születési arányszám két év alatt 19,6%-ról 23,0%-ra emelkedett. Az adatok területi elemzése azonban kimutatta, hogy az abortusztilalomnak tulajdonítható hatás nagyon is korlátozott érvényű volt, s csak átmeneti jellegű.

6. A falusi és városi élveszületési arányszámok alakulása Magyarországon, 1951–1957
 Динамика коэффициента рождаемости в городах и селах Венгрии, 1951—1957.
 Birth Rates in Towns and Villages in Hungary, 1951—1957

Falu-város (1)	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
1. Budapest	16,1	16,4	21,2	19,8	14,2	11,5	10,0
2. Városok	21,1	19,5	22,8	24,4	22,5	19,6	15,7
3. Községek	20,2	20,5	21,3	23,5	23,3	21,8	19,5
4. Összesen	20,2	19,6	21,6	23,0	21,4	19,5	17,0

Горизонтальная графа: (1) Город — село.

Вертикальная графа: 1. Будапешт; 2. Города; 3. Села; 4. Всего.

Heading: (1) Towns and villages.

Lateral text: (1) Budapest; (2) towns; (3) villages; (4) total.

Az abortuszok eltiltását követően 1953-ban a fővárosban, ahol korábban illegális abortuszokat nagyobb számban végeztek, valóban megnőtt a születési arány, s ha kisebb mértékben, de növekedett a többi városban is. A falusi jellegű községekben azonban, ahol illegális abortuszokat ritkábban, s gyakran nem is orvosok végeztek, a születési arányszám alig változott. A születési arány a községekben csak 1954-ben emelkedett, feltehetően a mezőgazdasági népességet érintő társadalom- és gazdaságpolitikai intézkedések hatására. Ezt támasztja alá az a tény, hogy a magasabb születési arány a községekben még 1955-ben is megmaradt, amikor pedig az abortusz rendelkezések szigorát már lényegesen enyhítették, sőt még 1956-ban is magasabb volt, mint 1953-ban. Budapesten ugyanakkor már 1954-ben, a szigorú abortusztilalom idején csökkenni kezdett a születésszám, ami arra mutat, hogy a rászorulóknak mégis megtalálták az illegális lehetőségeket vagy a természetes fogamzásgátló módszereket sikeresen alkalmazták.

A másik példát a közelmúltból Románia szolgáltatja, ahol az abortuszoknak a nő egészségére káros voltára és a természetes szaporodásra gyakorolt negatív befolyására való tekintettel 1966 végén rendeletet hoztak a művi

abortuszok eltiltásáról, s a büntető törvénykönyvet is módosították az abortuszok üldözése céljából. A rendelet hatályba lépését követően, amint a havi adatok mutatják (40), a születési arányszámok rendkívüli mértékben megnövekedtek, a növekedés azonban itt is csupán átmenetinek bizonyult:

7. Havonkénti élvészületési arányszámok, Románia
 П o м е с я ч н ы е к о э ф ф и ц и е н т ы р о ж д а е м о с т и в Р у м ы н и и
 Monthly Birth Rates Rumania

Év (1)	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
1966	13,8	15,0	15,3	15,2	15,1	14,6	14,4	14,3	14,4	14,3	13,4	12,1
1967	15,4	15,7	16,6	17,8	20,7	29,9	38,7	38,5	39,9	36,1	31,1	27,7
1968	29,4	29,8	29,2	28,9	27,3	25,1	.	.	.	.	.	.

Горизонтальная графа: (1) Годы.

Heading: (1) Years.

A születési arányszámok lassú növekedése Romániában már 1967 elején észlelhető volt, július—szeptember hónapokban pedig, amikor a rendelet hatása teljes egészében kibontakozott 189 768 élvészületést regisztráltak az előző év azonos időszakában regisztrált 69 283-mal szemben. A 2,7-szeres növekedés olyan érzékeny reagálást jelez, ami messze meghaladja a Magyarországon tapasztalt arányokat. Ez azzal a körülménnyel magyarázható, hogy Romániában az abortuszok tilalmazását és üldözését egy évtizedes szabad abortuszrendszer követően vezették be. Ennek ellenére a születési arány már októberben csökkenni kezdett, s három hónap alatt a szeptemberi szám 72%-ára esett vissza. Bár a születési arány még 1968 közepén is magas volt, a csökkenés folytatódagos.

Mindkét példa arra mutat, hogy a megfelelő termékenységi színvonal kialakítása nem várható a művi vetélések illegálisba kényszerítésétől, nem is szólva az ezzel együtt járó számos, nem kívánatos következményről. A népesedéspolitikának elsősorban a születések számára ható gazdasági és társadalmi tényezőket kell figyelembe vennie, ezek révén lehet a termékenységet tartósan a kívánt szintre emelni.

Megemlíthető, hogy 1968 elején némileg Bulgáriában is módosítottak (41) az abortuszok végzésének feltételein. Megtiltották, hogy a gyermektelen asszonyok megszakíttassák terhességüket, az egy és két gyermekes anyák kérését pedig bizottság elé utalták, amely azonban a nő kérésére engedélyezi az abortusz elvégzését. Három vagy több gyermek, vagy a 45 éves életkor betöltése esetén a művi abortuszt továbbra is a korábbi feltételek között végzik.

HALANDÓSÁG ÉS NÉPESEDÉSPOLITIKA

A régió országainak népesedéspolitikája a halandóság kérdésével kapcsolatban teljesen egyöntetű. A cél az egészség megjavítása, a halandóság csökkentése és az emberi élettartam növelése. E célok irányában hatnak, mind a gazdasági és társadalmi fejlődésből eredő közvetett tényezők, mind a közvetlen egészségpolitikai intézkedések. Ez utóbbiak köréből megemlíthető, hogy például 1967-ben a 10 000 lakosra jutó szakorvosok száma (Albániát és Jugoszláviát nem tekintve) 13—22, a kórházi ágyaké 73—116 között mozgott. A halandóság csökkenése ennek megfelelően gyorsabb volt, mint Európa nyugati régióiban, s mint Szabady kimutatta (42) e téren további javulás várható (8. tábla).

KORÖSSZETÉTEL ÉS NÉPESSÉGPOLITIKA

A népeséggpolitika sokfelé ágazó gazdag kérdésköréből befejezésül már csupán egyet, a korösszetétel változásának kérdését említjük. A korösszetétel-

8. Születéskor várható átlagos élettartamok a régió országában 1950 körül és az 1960-as évek elején

Ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении в странах регии около 1950-ых и начала 1960-ых годов

Expectation of Life at Birth in the Countries of the Region around 1950 and in the Early 1960's

Ország (1)	Év (2)	Férfi (3)	Nő (4)	Év (2)	Férfi (3)	Nő (4)
Albánia	1950—51	52,6	54,4	1963—64	63,7	66,0
Bulgária	1956—57	64,2	67,7	1965—67	68,8	72,7
Csehszlovákia.....	1949—51	60,9	65,5	1964	67,8	73,6
Jugoszlávia	1952—54	56,9	59,3	1961—62	62,4	65,6
Lengyelország	1948	55,6	62,5	1960—61	64,8	70,5
Magyarország	1948—49	58,8	63,2	1964	67,0	71,8
Német D. K.	1952—53	65,1	69,1	1963—64	68,3	73,3
Románia	1956	61,5	65,0	1963	65,4	70,3

Горизонтальная графа: (1) Страны; (2) Годы; (3) Мужчины; (4) Женщины.

Heading: (1) Countries; (2) years; (3) males; (4) females.

változás egyik sokrétűen tanulmányozott jelensége a népesség öregedése, amely mind több problémát vet fel. A gazdaságilag inaktív öregek egyre jelentősebb réteget alkotnak, akikről a kiterjedt nyugdíjrendszer és társadalombiztosítás ellenére sem feledkezhet meg a népességgpolitika. Az öregedés fontos gazdasági következményekkel is jár, ami a távlati gazdasági tervezés problémáit növeli.

A korösszetétel változásából adódó közvetlen népességgpolitikai feladatok mellett nem hanyagolhatók el a korösszetétel sajátágaiból adódó népességgpolitikai konzekvenciák sem (7). A régió népessége szabálytalan korösszetételű, az egyes korosztályok létszáma rendkívül változó. Az egyetlen korösszetétel gazdasági, társadalmi és demográfiai szempontból egyaránt kedvezőtlen hatású, sőt súlyos következményekkel is járhat, s ezért népesedéspolitikai szempontból olyan korfa kialakulása látszik a legkívánatosabbnak, amelyben az egymást követő évjáratok létszáma nem tér el jelentősen egymástól. A termékenység tekintve azonban ilyen egyenletes jövőbeni korösszetétel csak akkor alakulhat ki, ha a megszülető korosztályok létszáma nem ingadozik jelentős mértékben.

A korösszetétel a követendő népességgpolitikát is befolyásolja. A budapesti nemzetközi demográfiai symposion (43) már 1962-ben felhívta a figyelmet arra, hogy a szülőképes korba később belépő megnövekedett létszámú korosztályoknak a születésszámra gyakorolt befolyásával számolni kell. Magyarország távolabbi népességi perspektívájának meghatározásakor Szabady (44) felvázolta a korösszetétel és a születési arány egymásra hatásának távlatait, amely a régió országai közül talán leginkább a lengyel népesség problémája. A követendő népességgpolitikával kapcsolatban például Smolinski (28) rámutatott arra, hogy Lengyelországban van olyan álláspont, hogy feltehetőleg az 1970-es évek végéig nem is szükséges a termékenység hanyatlásának folyamatába beavatkozni, mert a háború utáni nagylétszámú nemzedékek felnövése (ami a foglalkoztatottság szempontjából is igen fontos kérdéseket vet fel) csökkent termékenység mellett is biztosítani fogja a megfelelő születési arányszámokat. A régió országai korösszetételeinek különbözősége egyébként a jelenleginél intenzívebb nemzetközi munkaerő-vándorláshoz is lehetőséget nyújt. A magyar szerzők (7) óva intenek minden elhamarkodott népességgpolitikai lépéstől, mert a népességi folyamatokat érintő bármilyen átmeneti intézkedésnek is egy évszázadig érezhető a következményei. Mindenesetre általános az a meggyőződés, amelyet Macura (11) a fejlődő országok népesedéspolitikájával kapcsolatban így fogalmazott meg: „az aktív népesedéspolitikát bevezetését az egyes országok szuverén döntésére kell bízni, de e téren minden nemzet felelőssége kétoldalú — nemzeti és internacionális”.

IRODALOM ÉS JEGYZETEK

1. Ilyenek voltak például a következők:
 - (a) az MTA-Demográfiai Elnökségi Bizottsága által rendezett Nemzetközi Demográfiai Symposium (Budapest, 1962.). *Demográfia*, 1962. évi 4. sz. 389—599. p. A teljes anyagot lásd: *Studies on Fertility and Social Mobility*. Ed. by E. Szabady, G. Acsádi, F. Gyulay, A. Klinger. Proceedings of the International Demographic Symposium held November 28—30, 1962 at the Hungarian Academy of Sciences, Budapest Akadémiai Kiadó, Budapest. 1964. 331 p.
 - (b) Az 1964. október 10—23 között tartott Nemzetközi Symposium, Zakopane (Lengyelország), *Studia Demograficzne*, No. 7. Szimpozjum Demograficzne w Zakopanem, Streszczenia referatów. Warszawa, 1964. 106. p.
 - (c) Conférence Démographique à Liblice, 25—28 Mai 1965. Société Tchecoslovaque de Démographie. Papers mimeographed.
 - (d) Proceedings of the World Population Conference, Belgrade 30 August — 10 September 1965. Department of Economic and Social Affairs, United Nations, E/CONF. 41/2 — E/CONF. 41/5, Vol. I—IV. New York, 1966—67.
 - (e) Második Nemzetközi Demográfiai Symposium (Budapest, 1965). *Demográfia*, 1965. évi 3—4. sz. 301—391. p.
 - (f) Nemzetközi Demográfiai Symposium, 1966. szept. 20—24. Karl Marx Egyetem, Lipse.
 - (g) International Symposium on the Problems of the Human Reproduction, Varna, Bulgaria, 25—30 September 1965. Sokszorosított tanulmányok; etc.
2. Szabady Egon szerk.: Bevezetés a demográfiába. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1964. 609. p.; Wstęp do demografii. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 1967. 502. p.
3. Roubíček, Vladimír: O povaze demografie a demografických jevů. *Demografie*, 1964. évi 3. sz. 258—263. p.
4. Kazimour, Jan: Úloha demografie v plánovaném hospodárství. *Demografie*, 1964. évi 1. sz. 1—9. p.
5. Srb, Vladimír: Demografie a sociologie. *Demografie*, 1965. évi 1. sz. 1—11. p.
6. Macura, Miloš: Razmatranja o odnosima između stanovništva i privrede. *Stanovništvo*, 1965. évi 1. sz. 5—11. p.
7. Macura, Miloš: Razmišljanja povodom osnova demografske teorije. *Stanovništvo*, 1966. évi 1. sz. 5—24. p.
8. Népesedési helyzetünk néhány tanulsága. Munkaerő- és Életszinivonal Tervezési Bizottság. Témafelelős: Dr. Szabady Egon. Közreműködtek: Acsádi Gy., Andorka R., Cs. h-Szombathy L., Vukovich Gy. *Demográfia*, 1968. évi 3. sz. 476—504. p.
9. Lásd például: Kozłowska, E.: Rechtliche Mittel zur Gestaltung der Populationspolitik im Sozialistischen Staat. (1/c)
10. Dányi Dezső: Népesedéspolitikánk és a születések. *Demográfia*, 1964. évi 3—4. sz. 428—441. p.
11. Macura, Miloš: Medunarodna strana demografskog razvitka. *Stanovništvo*. 1965. évi 2—3. sz. 81—99. p.
12. Szabady, E. — Tekse, K. — Pressat, R.: La population des pays socialistes européens. I. La fécondité. *Population*. 1966. évi 5. sz. 930—970. p. — Blayo, Ch.: Autres aspects de l'évolution démographique. *Population*. 1966. évi 5. sz. 971—1012. p.
13. Szabady, E.: Basic Fertility Tables for Some East-European Socialist Countries. In: *World Views of Population Problems*. ed.: Szabady, E., Acsádi, G., Tamásy, J., Vukovich, G. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1968. 387—408. p.
14. World Population Conference, 1965. (1/d) Lásd például a következőket:
 - (a) Muramatsu, M.: Statement by the rapporteur. Vol. I. 83—87. p.
 - (b) Urlanis, B. T.: Dynamics of the birth rate in the U.S.S.R. and factors contributing to it. Vol. II. 232—238. p.
 - (c) Vostrikova, A. M.: Female fertility and methods of studying it in the U.S.S.R. Vol II. 239—244. p.
 - (d) Ferenbac, I.: The effect of socio-economic factors on fertility. Vol. II. 250. p.
 - (e) Sadvokasova, E. A.: Birth control measures and their influence on population replacement. Vol. II. 110—114. p.
 - (f) Ovsienko, V. E.: Influence of social and economic factors on demographic characteristics. Vol. IV. 87—93. p.
 - (g) Romaniuk, K.: The demographic aspects of economic growth in Poland, Vol. IV. 99—102. p.
 - (h) Rjabuskin, T.: Social and economic development and demographic processes in European socialist countries. Vol. IV. 132. p.; etc.
 - (i) Litvyakov, P. P.: Economic and social factors in ensuring full employment (Experience of the Soviet Union), Vol. IV. 307—313. p.
15. Federici, N.: The influence of women's employment on fertility. In: (12) 77—82. p.
16. Acsádi György—Klinger András: A családtervezési és születésszabályozási vizsgálatok eredményei. *Statistikai Szemle*. 1963. évi 3. sz. 227—258. p.
17. Srb, V. — Kucera, M. — Vysušilová, D.: Průzkum manželství, antikoncepce a potratu. *Demografie*. 1961. 41—64, 139—156., 209—222., 311—326. p.
18. Urlanis (13/b); Strumilin — idézi Sadvokasova (13/e), etc.
19. Borowsky, Stanislaw: Social Factors Differentiating Marital Fertility in Poland in 1946—1966. (1/g)
20. Fajfr, Frantisek: Aktualne zadania politiky demografickej. *Studia Demograficzne*. 1963. évi 1. sz. 53—60. p.
21. 3/1967. (I. 29.) Korm. sz. és 5/1969. (I. 28.) Korm. sz. rendeletek.
22. Wynnyczuk, Vladimír: Informační průzkum o prodloužené materské dovolené ve vybraných okresech. *Demografie*. 1964. évi 4. sz. 352—356. p.
23. Törvények és rendeletek gyűjteménye 58/1964. sz.
24. Nemzetközi Statisztikai Évkönyv, 1965. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 247. p. — Albániáról nem állnak rendelkezésre adatok.
25. Thirring, Louis: Internal migration in Hungary and some Central and East European Countries. In: (1/d) Vol. IV. 527—531. p.

23. *Ferenbac, I.*: The Impact of the Technical Development and the New Socialist Relations of Production on the Birth and Death Rates in the Romanian People's Republic. In: (1/a) 135—140. p.
Ferenbac, I. — *Lungu, G.*: Certains aspects de la reproduction de la population de la R. P. Roumaine. In: (1/c) 1—9. p.
24. *Mesáros, E.*: Aspecte ale situației demografice a României. *Revista de Statistică*. 1968. évi 1. sz. 56—65. p.
25. *Rasević, Miroslav*: Some Socio-Economic Factors as Determinants of Yugoslav Population Fertility. In: (1/c) 1—8. p.
26. *Andorka Rudolf*: A magyar népesség termékenységének alakulását befolyásoló gazdasági és társadalmi tényezők. *Demográfia*. 1967. évi 1. sz. 87—102. p.
27. *Acsádi György*: The Impact of Rural-Urban Background on Family Planning: Some Results of the Hungarian TCS—66 Study. In: (1/g) 1—18. p. — A falusi és a városi családtervezés közötti különbségek. *Demográfia*, 1969. évi 1—2. sz. 49—64. p.
Klinger András—Szabady Egon: A társadalmi átrétegződés és demográfiai hatásai. I. Budapest és a városokban. KSH Népeségtudományi Kutató Csoport kiadványai, 7. Budapest, 1965.
28. *Smolinski, Zbigniew—Holzer, Jerzy Z.*: Problemy reprodukcji ludności Polski. *Studia i prace statystyczne*. No. 15. Warszawa. 1968. 72. p.
29. *Vielrose, E.*: Family budgets and birth rates. In: (12) 359—363. p.
30. *Szabady Egon* szerk.: A születésszabályozás. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 1958. 205. p.
Szabady Egon: Születésszámunk nemzetközi és történelmi megvilágításban. *Demográfia*. 1964. évi 3—4. sz. 372—383. p.
31. *Kucera, Milan*: Population Policy of Czechoslovakia. *Demosta*, 1968. évi 1. sz. 16—19. p.
32. *Havlik, J. M.—Bodrova, V.—Lacinová, V.—Lippold, G.*: Prehled demografického vývoje a populační politiky evropských socialistických států. Zprávy Státní Populační Komise, 6. Praha. 1966. 40. p.
33. A gyermekgondozási segély. *Demográfia*. 1967. évi 2. sz. 298—301. p.
34. *Lacinová, Valerie*: Rodinné pridávky u nás a ve světě. *Demografie*. 1966. évi 1. sz. 69—72. p.
35. Klinger becslése szerint a fejlett országokban 1000 lakosra mintegy 18 éveszüllet és 10—14 művi abortusz jut (azaz 100 éveszülletre 54—81 művi vetélés, függetlenül attól, hogy milyen az abortuszokkal kapcsolatos törvényhozás, sőt még a fejlődő országokban is 100 éveszülletre kb. 16—21 művi abortusz esik. L.: *Klinger András*: Abortion as a Method of Population Control. Pakistan International Family Planning Conference at Dacca. Jan. 28—Feb. 4. 1969.
Nowak, Franc: Problemi abortusa u Europi. *Stanovništvo*. 1967. évi 3. sz. 191—198. p.
36. *Mehlan, K.—H.* ed.: Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption. VEB Georg Thieme, Leipzig, 1961. 280. p.
Cernoch, Antonin: Experiences in Czechoslovakia with the effects and consequences of legalized artificial termination of pregnancy. (1/d) Vol. II. 314. p.
Muramatsu (13/a). etc.
37. *Mehlan, K.—H.*: The Socialist Countries of Europe. In: Family Planning and Population Programs. Ed.: B. Berelson and others. Chicago and London. 1966. 207—226. p.
38. *Tietze, Christopher*: Induced Abortion and Sterilization as Methods of Fertility Control. In: Public Health and Population Change. Ed. by M. C. Sheps and Jeanne C. Ridley. University of Pittsburgh Press, 1965. 400—416. p.
39. Régebbi adatokat lásd: *Klinger, András*: Abortion Programs. In: (37) 465—476. p. A jugoszláv adatok egy 1963. évi hivatalos becslés eredményei. A romániai abortuszokról készített becslést lásd: *Pressat, Roland*: La suppression de l'avortement légal en Roumanie: premiers effects. *Population*. 1967. évi 6. sz. 1116—1118. p. *Pressat* hivatkozik James L. Scott-ra (Projections of the Population of the Communist of Eastern Europe by age and sex: 1965—1985), aki 1958-ra és 1959-re elfogadhatónak tűnő adatokat publikált (112 100 és 219 100 abortusz). A Romániára vonatkozó 1966. évi becsléssel kapcsolatban megfontolandó a *Scintia* 1968. október 27-i számában megjelent cikk (Situația și tendințele stării de sanătate a populației), amely szerint 1965-ben az abortuszok száma 1 115 000, azaz egy éveszülletre négy terhességmegszakítás jutott. E közlés figyelembevételével az abortuszok száma 1966-ban a régióban 1,8—1,9 milliót is kitéhetett.
40. Buletin Statistic Trimestrial, Republica Socialista Romania, Directia Centrala de Statistica.
41. Ministerstvo na narodnogo zdrave i socialnité grizki. Instrukcija No. 188. *Drzaven Vestnik*, 16 Feb. 1968.
42. *Szabady, Egon*: Mortality Trends in the Socialist Countries of Eastern Europe after World War II. (1/g). 1—15. p. Population Bulletin of the United Nations. No. 6. 1962. ST/SOA/Ser. N/6. U. N. 1963. 210. p.
43. *Acsádi, G.*: Fertility Forecasts on Basis of Cohort Numbers of Children. In: (1/a) 83—94. p.
44. *Szabady Egon*: Magyarországi jövőbeli népességi perspektívái. *Demográfia*, 1964. évi 3—4. sz. 468—477. p.

ВОПРОСЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В ЕВРОПЕЙСКОЙ РЕГИИ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ СТРАН

Резюме

В реферате затронуты вопросы демографической политики регии, состоящей из восьми соседних европейских стран (европейские социалистические страны за исключением Советского Союза). Автор устанавливает, что в этих странах концепция демографии не ограничивается исследова-

нием всего лишь репродукции и роста населения, а рассматривается широко, включая экономические и социальные аспекты структуры населения и ее изменений. Следуя этому толкованию и демографическая политика понимается за последнее время шире, и к ней относят не только сознательное и непосредственное руководство демографическими процессами, но также и все те социальные и экономические мероприятия, которые хотя и косвенно, влияют на характеристики и тенденции народонаселения. Демографическая политика не может быть отвлечена от экономической и социальной политики в целом, поскольку она должна учитывать факторы, влияющие на изменения населения, а с другой стороны, также и те последствия, которые вытекают из этих изменений.

Автор указывает на то, что несмотря на значительные расхождения в демографических характеристиках стран этой регии, именно вследствие существенных общих черт их общественного и экономического развития возникли сходные тенденции как в области плодovitости, так и в области смертности. Развертывающаяся тенденция сокращения фертильности может быть объяснена быстрым темпом индустриализации, общественной рестратификацией, интенсивной общественной мобильностью, урбанизацией, переходом из деревень в города, ростом культурного и вообще жизненного уровня и стремлением к еще более высокому уровню и т.д.

Из числа факторов, подлежащих оценке с точки зрения демографической политики реферат сначала занимается вопросами фертильности в связи с принципом полной занятости и занятости женщин.

В тренде рождаемости отражаются значительные сдвиги в жизненном уровне, которые в короткую перспективу приводят к его сокращению. В частности на приостановку этого сокращения и направлена система семейных надбавок, которая в то же время старается сбалансировать ту дифференциацию, которая возникает в условиях жизни семей в случае увеличения семьи.

В статье рассматривается также вопрос о запрещении или разрешении в больничных условиях искусственных абортов, то что многими рассматривается в качестве средства демографической политики. Автор указывает на опыт, приобретенный в этой связи в странах этой регии. При легальной системе абортов возможно резкое сокращение плодovitости, однако запрещение и преследование абортов увеличивает рождаемость лишь временно. Демографическая политика должна прежде всего учитывать экономические и общественные факторы, влияющие на рождаемость и только через них возможно поднять длительно фертильность на желаемый уровень.

Демографическая политика в связи со смертностью однозначна: сокращение смертности. В этом направлении действуют также и непосредственные факторы, вытекающие из общественно-экономического развития. Демографическая политика в связи с плодovitостью не может забывать о необходимости формирования здоровой возрастной структуры населения и она должна учесть также и ожидаемые последствия своеобразий возрастной структуры.

(Данное исследование было обсуждено на Общей демографической конференции Международного союза по изучению населения, состоявшейся в Лондоне с 3 по 11 сентября 1969 года.)

PROBLEMS ON POPULATION POLICIES IN THE EUROPEAN REGION OF SOCIALIST COUNTRIES

Summary

The paper deals with the problems on population policies of a region consisting of 8 neighbouring European countries (of the European socialist countries with the exception of the Soviet Union). The author states that in these countries demography is not limited to the study of reproduction and population growth but it includes also the study of the economic and social aspects of the population structure and its changes. In conformity

with this view population policy is conceived nowadays in a broader sense; it includes not only the conscious and direct influencing of the population processes but also all the social and economic measures which exercise an influence — even in an indirect way — over the characteristics and processes of the population. A population policy cannot be abstracted from an economic and social policy as, it has to consider, the factors which affect the population changes, and also the consequences arising from the population changes.

The author points to the fact that in these countries despite considerable differences in their demographic characteristics, as a result of the common and essential features of their economic and social development similar tendencies can be observed in the field of fertility and mortality. The unfolding decrease of fertility can be attributed to the quick industrialization, social restructuration, intense social mobility, urbanization, migration from villages to towns, increase of the level of culture and standard of living and the desire to reach an even higher standard of living etc.

From among the factors that can be evaluated from the point of view of population policy the author deals first with those problems of fertility which arise from full employment and female employment.

The trend of the birth rate reflects a very important rise in the circumstances of life which leads to a decrease of the birth rate in the short run. The system of family allowances is destined partly to stop this decrease and to counter balance the differences in the circumstances of life of families due to family growth.

The paper also deals with the problem of the prohibition of abortions or with their permission in hospitals which is considered a population political measure by many. The author calls attention to the experiences gained in this respect by the countries of the region. Under the conditions of a free abortion system a quick decline of fertility is possible, the prohibition or prosecution of abortions increases the birth rate only temporarily. Population policies should consider, first of all, the economic and social factors effecting the number of births, by the aid of which fertility can be raised to the desired level steadily.

The population policy dealing with mortality is fully unambiguous: it seeks to decrease mortality. Also the direct factors arising from the social and economic development exercise their influence in this direction. The population policy dealing with fertility cannot neglect the requirement of establishing a healthy age structure; it has to reckon with the expected consequences of the peculiar features of the age structure.

(Paper discussed at the General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, held in London, September 3—11, 1969.)

AZ ABORTUSZOK DEMOGRÁFIAI VONATKOZÁSAI*

DR. KLINGER ANDRÁS

1. Az egészségügyi és demográfiai irodalomban jól ismert tény, hogy a művi vetélés nagyon fontos szerepet játszik a családtervezésben. Az emberiség történetében a terhesség művi megszakítására vezető minden módszert már régóta ismernek, de nagyon nehéz meghatározni ezek gyakoriságát vagy a születésszabályozásban játszott szerepüket.

2. A jelenlegi abortuszgyakorlatot az egész világon csak hozzávetőlegesen ismerjük. Általában a különböző országokat és régiókat abortusztörvényük szerint osztályozzuk. Van tehát megközelítő elképzelésünk a jogszabályokról a különböző országokban, de nem ismerjük a jelenlegi helyzetet. Ugyanis — amint azt jól tudjuk — számos országban, ahol az abortuszt a törvény tiltja, sok abortuszt hajtanak végre. Becslés szerint sok országban, ahol a művi vetélést tiltják, a terhességeknek évente 30—60 %-át szakítják meg művi abortusszal. Csak néhány esetben viszik bíróság elé a nőket, az orvost vagy gyakrabban a nem szakképzett, laikus magzatelhajtót.

*A Nemzetközi Népeségtudományi Unió 1969. szeptember 3—11 között Londonban tartott Általános Népesedési Konferenciáján megvitatott dolgozat.

with this view population policy is conceived nowadays in a broader sense; it includes not only the conscious and direct influencing of the population processes but also all the social and economic measures which exercise an influence — even in an indirect way — over the characteristics and processes of the population. A population policy cannot be abstracted from an economic and social policy as, it has to consider, the factors which affect the population changes, and also the consequences arising from the population changes.

The author points to the fact that in these countries despite considerable differences in their demographic characteristics, as a result of the common and essential features of their economic and social development similar tendencies can be observed in the field of fertility and mortality. The unfolding decrease of fertility can be attributed to the quick industrialization, social restratification, intense social mobility, urbanization, migration from villages to towns, increase of the level of culture and standard of living and the desire to reach an even higher standard of living etc.

From among the factors that can be evaluated from the point of view of population policy the author deals first with those problems of fertility which arise from full employment and female employment.

The trend of the birth rate reflects a very important rise in the circumstances of life which leads to a decrease of the birth rate in the short run. The system of family allowances is destined partly to stop this decrease and to counter balance the differences in the circumstances of life of families due to family growth.

The paper also deals with the problem of the prohibition of abortions or with their permission in hospitals which is considered a population political measure by many. The author calls attention to the experiences gained in this respect by the countries of the region. Under the conditions of a free abortion system a quick decline of fertility is possible, the prohibition or prosecution of abortions increases the birth rate only temporarily. Population policies should consider, first of all, the economic and social factors effecting the number of births, by the aid of which fertility can be raised to the desired level steadily.

The population policy dealing with mortality is fully unambiguous: it seeks to decrease mortality. Also the direct factors arising from the social and economic development exercise their influence in this direction. The population policy dealing with fertility cannot neglect the requirement of establishing a healthy age structure; it has to reckon with the expected consequences of the peculiar features of the age structure.

(Paper discussed at the General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, held in London, September 3—11, 1969.)

AZ ABORTUSZOK DEMOGRÁFIAI VONATKOZÁSAI*

DR. KLINGER ANDRÁS

1. Az egészségügyi és demográfiai irodalomban jól ismert tény, hogy a művi vetelés nagyon fontos szerepet játszik a családtervezésben. Az emberiség történetében a terhesség művi megszakítására vezető minden módszert már régóta ismernek, de nagyon nehéz meghatározni ezek gyakoriságát vagy a születésszabályozásban játszott szerepüket.

2. A jelenlegi abortuszgyakorlatot az egész világon csak hozzávetőlegesen ismerjük. Általában a különböző országokat és régiókat abortusztörvényük szerint osztályozzuk. Van tehát megközelítő elképzelésünk a jogszabályokról a különböző országokban, de nem ismerjük a jelenlegi helyzetet. Ugyanis — amint azt jól tudjuk — számos országban, ahol az abortuszt a törvény tiltja, sok abortuszt hajtanak végre. Becslés szerint sok országban, ahol a művi vetélést tiltják, a terhességeknek évente 30—60 %-át szakítják meg művi abortusszal. Csak néhány esetben viszik bíróság elé a nőket, az orvost vagy gyakrabban a nem szakképzett, laikus magzatelhajtót.

*A Nemzetközi Népeségtudományi Unió 1969. szeptember 3—11 között Londonban tartott Általános Népesedési Konferenciáján megvitatott dolgozat.

T Ö R V É N Y H O Z Á S

3. A világ országait az abortuszra vonatkozó jogszabályaik alapján három nagy csoportra oszthatjuk:

- a) Országok, ahol tilos az abortusz — a Közel-Kelet, Dél-Európa, néhány nyugat-európai és dél-amerikai ország,
- b) országok, ahol a művi vetélést egészségi okokból engedélyezik — Skandinávia, az Egyesült Államok néhány állama és a Távols-Kelet néhány országa,
- c) országok, ahol a művi vetélést szociális okokból engedélyezik — Japán és a kelet-európai országok, valamint legújabban az Egyesült Királyság. Ezekben az országokban az abortuszt általában engedélyezik a nő kérésére.

4. A második világháború előtt minden országban jogszabályok tiltották a művi vetélést. A háború után kétféle liberalizálódást észlelhetünk. Az egyiket Japánban, ahol 1948 óta engedélyezik a művi vetélést. Ugyanis ebben az évben elfogadták az Eugenetikai Védelmi Törvényt, amely megengedte a művi terhességmegszakítást. Ezt a törvényt azért hozták, hogy megelőzzék a túlnépesedést és hogy lehetővé tegyék az abortusz törvényes végrehajtását jobb körülmények között, a számos illegális abortusz helyett, amelyeket nagyon rossz körülmények között hajtottak végre és ezért káros hatást gyakoroltak a nők egészségére. E törvény bevezetésével és további rendszabályokkal a művi vetélés teljesen törvényessé vált Japánban. 1952 és 1961 között a japán nők tömegesen éltek ezzel a lehetőséggel.

5. Hasonló rendszabályokat fogantatosítottak az európai szocialista országokban demográfiai és orvosi megfontolások alapján. A művi vetélésre vonatkozó új jogszabályokat hoztak 1955 végén a Szovjetunióban és 1956-ban Lengyelországban, Bulgáriában, Romániában és Magyarországon, 1957-ben Csehszlovákiában és 1960-ban Jugoszláviában. Mindezek a rendszabályok abból az alapelvből indultak ki, hogy minden nőnek jogában áll meghatározni családja nagyságát és dönteni a nem kívánt terhesség megszakítása tekintetében művi vetélés alkalmazásával. E rendszabályoknak is az volt a céljuk, hogy megvédjék a nők egészségét, minthogy korábbi években számos törvénytelen abortuszt hajtottak végre, ami nemcsak az egészséget, hanem sok esetben az életet is veszélyeztette: az új törvények szerint a művi vetéléseket csakis egészségügyi intézetekben szabad végrehajtani, a nő egészségi állapotának és a terhesség időtartamának megállapítása után.

6. Ezek a törvények hatályban vannak Japánban és a legtöbb kelet-európai szocialista országban. Csupán Romániában hozott az Állam Tanács 1966-ban törvényt, amely megtiltja a művi vetéléseket; pontosabban, amely a művi abortuszt csak bizonyos egészségi okokból engedélyezi vagy akkor, ha a nő 45 évnél idősebb vagy ha 3-nál több gyermeke van.

Bulgária is módosította korábbi törvényét, de sokkal kevésbé drasztikusan, mint Románia. Az 1968-ban hatályba lépett új törvény szerint tilos a művi abortusz olyan nők esetében, akiknek nincs élő gyermekük, komoly orvosi indikációk kivételével. Az egy- vagy kétgyermekes nőknek speciális bizottságtól kell engedélyt kapniuk a megszakításra egészségügyi, szociális vagy pénzügyi okokból. A 45 éven felüli és a három, ill. többgyermekes nőknek nem kell ehhez a bizottsághoz folyamodniuk.

7. A közelmúltban új és liberálisabb törvényt hagytak jóvá Nagy-Britanniában. 1967 októberében törvényt fogadtak el, amely törvényessé tette a terhesség befejezését művi vetéléssel, ha két orvosnak az a véleménye, hogy

- „ a) a terhesség fenntartása veszélyeztetné a terhes nő életét, illetve ártalmas lenne a terhes nő vagy a családjában élő valamely gyermek testi vagy szellemi egészségi állapotára, még hozzá nagyobb mértékben, mint hogyha a terhességet megszakítanák;
- (b) fennáll az a határozott veszély, hogy ha a gyermek megszületne, olyan testi vagy elméleti fogyatékoságai lennének, hogy hátrányos helyzetbe kerülne.”

A határozat előírja továbbá, hogy „amikor meghatározzák, hogy veszélyben forog-e az egészség vagy sem, figyelembe kell venni a terhes nő környezetét

mind abban az időpontban, amikor a gyermek majd megszületik, mind pedig később, amennyire az előre sejthető”.

Ez az új határozat — amely 1968 áprilisában lépett hatályba — elfogadja a művi vetélést egészségügyi okokból, de szociális megfontolások alapján is engedélyezi.

8. A fejlődésben levő országok közül csupán Tunisz fogadott el 1965-ben liberális abortusztörvényt, amely megengedi az abortuszt, ha ezt kéri, abban az esetben, ha a nőnek már öt vagy több élő gyermeke van és, ha az anya egészségét a terhesség veszélyezteti.

Néhány távol-keleti országban új törvényt dolgoznak ki, amely valószínűleg engedélyezi majd az abortuszt szociális okokból. Így Singaporem, Tajvanban és Dél-Koreában új törvényjavaslatokat dolgoztak ki, amelyek engedélyeznék az abortuszt, főképpen olyan körülmények között, amikor a fogamzásgátlás nem járt sikerrel.

Indiában állami bizottság javasolja a törvényes abortuszt (a terhesség harmadik hónapjáig) eugenetikai indikációk alapján nemi erőszak, elmebaj, törvényes kor alatti nemi közösülés esetén és „amikor a terhesség fenntartása komolyan veszélyeztetné a terhes nő életét vagy erősen ártana testi vagy elméleti egészségi állapotának akár a szülés előtt, szüléskor vagy a szülés után”. Bizonyos körülmények között engedélyezhető lenne az abortusz, ha a fogamzásgátlás nem járt sikerrel vagy, ha az egyik partner vállalja a sebészi sterilizálást.

A Kínai Népköztársaságban nem ismerjük a helyzetet, de világos, hogy művi vetélést alkalmaznak főként azért, mert a terhességmegszakítás új módszerét, a vákuum-aspirációt Kínában találták fel és fogadták el általános használatra.

9. A többi országokban is megpróbálják a kormányok csökkenteni az engedélyezett művi vetélések számát, de nem annyira jogszabályokkal — amelyek nem alkalmasak a megelőzésre és a legtöbb esetben nem kívánt születeket vagy az egészségre ártalmas, törvénytelen terhességmegszakításokat eredményeznek —, mint inkább népesedéspolitikai intézkedésekkel. Valamennyi országban az a tendencia észlelhető, hogy bővíteni kívánják a különböző gyermekintézmények hálózatát (bölcsődéket, illetve óvodákat bocsátanak az ezekre rászoruló családok gyermekeinek rendelkezésére díjmentesen vagy mérsékelt áron), emelik a régebben alacsony szülési segélyt, meghosszabbítják a dolgozó nő szülési szabadságát stb. Magyarországon például, a dolgozó nők a szülést követő 20. hét végéig kapnak szülési szabadságot teljes fizetéssel (az 1962-ben hozott rendelet értelmében), míg régebben csupán 12 hetes szabadság járt nekik, majd ezt az időszakot követően, egy 1967-ben hozott rendelet értelmében a nő jogosult ún. gyermekgondozási segélyt felvenni gyermekének hároméves koráig, abban az esetben, ha nem kíván dolgozni (a segély összege az átlagos keresetnek mintegy egyharmada, illetve egynegyede). E közvetlen rendszabályokon kívül a művi vetélések száma megfelelően csökkenthető modern szülésszabályozási módszerek terjesztésével.

Általánosan elfogadott tény, hogy a fogamzáskorlátozás hatékony programja szükségtelem és feleslegessé tenné a törvényesített abortusz rendszerét. Amíg azonban nem vezetnek be hatékony fogamzásgátlási módszert, számíthatunk arra, hogy az abortuszt továbbra is széles körűen alkalmazzák az egész világon. Ezenkívül még hatékony születésszabályozási módszerek széles körű programja esetén is továbbra is szükség lesz abortuszra akkor, ha a fogamzásgátlás csődöt mond, ha nemi erőszak, vérfertőzés, bűnözés esete forog fenn, vagy ha az egészségi állapot válságosra fordul, szociális vagy gazdasági problémák merülnek fel a fogamzás után.

10. Valamennyi országban, ahol az abortuszt a törvény lehetővé teszi, az engedély számos feltételtől függ. A jogszabályok mindenütt felsorolják azokat az egészségi okokat, amelyek alapján a művi vetélést engedélyezik. Vannak bizonyos egyéni és társadalmi indikációk is a terhesség befejezésére. Így pl. Japánban engedélyezik az abortuszt abban az esetben, ha az „anya egészségét a terhesség fenntartása vagy a szülés fizikai vagy gazdasági szempontból erősen megtámadhatja”. Csehszlovákiában olyan okokból, mint a nő idős kora, felbomlott családi élet, gazdasági bizonytalanság, egyedülálló anya, engedélyezhető a művi vetélés. Más országokban az engedélyt általánosan határozzák

csak meg. Így Magyarországon akkor engedélyezik az abortuszt, ha azt a „nő egyéni és családi körülményei” indokoltá teszik. Hasonlóképpen Lengyelországban a „nehéz társadalmi helyzetet”, Jugoszláviában a „nehéz egyéni, családi vagy pénzügyi viszonyokat” elfogadják okként az abortusz engedélyezésére. Más országokban elegendő, ha a nő kéri az abortuszt. Ezekben az országokban különféle bizottságokat alakítottak a művi vetélések elbírálására. Így Japánban a nőnek előbb „helyi bizottság”-hoz kellett folyamodnia engedélyért, 1952-től kezdve azonban teljes mértékben az orvoson múlik, hogy elbírálja ennek törvényességét és döntsön a választást illetően. Magyarországon bizottságokat alakítottak a kérelmek átvételére és a szükséges engedély megadására. Az engedély kérése előtt a nők nőgyógyászati vizsgálaton mennek keresztül, amelynek során megállapítják terhességük időtartamát.

11. A törvény megállapítja a terhességi időt is, amely alatt a művi vetélés engedélyezhető. Ezt egyértelműen meghatározzák a jogszabályok, amelyek előírják, hogy a művi vetélés csak a terhesség első három hónapja (12 hét) alatt hajtható végre, utána pedig csak akkor, ha komoly megfontolás után ezt a nő egészségi állapota feltétlenül kívánja. Magyarországon kivételképpen engedélyezik a művi vetélést a 16–20 éves leányoknak, ha a terhesség ideje nem több, mint 18 hét. Egy 1964. évi reprezentatív felvétel szerint a művi abortuszt kérő nők 38%-a a terhesség 4–7. hetében, 57%-a a 8–11. hetében és csupán 5%-a volt terhességének 12–19. hetében.

Japánban — ugyancsak 1964. évi adatok szerint — a művi vetélések 54%-át a terhesség harmadik hónapjának vége előtt és 40%-át a harmadik hónapban hajtották végre. 5%-ra a terhesség negyedik, illetve ötödik hónapjában került sor. Csehszlovákiában 1968-ban a művi abortuszok 13%-át a terhesség 4–7., 68%-át 8–11. és 9%-át 12. és további hetekben hajtották végre.

12. Az abortusz legalizálásának alapelveiből kiindulva, a különböző országokban eltérő rendszabályokat fogantositottak annak biztosítására, hogy az abortuszokat jó egészségügyi viszonyok között hajtsák végre, és biztosítsák a közegészségügyet. A magyar abortusztörvény előírja, hogy a vetéléseket kórházak nőgyógyászati osztályain vagy szülőotthonokban kell végrehajtani. A művi vetéléseket tilos rendelőintézetekben végrehajtani, mivel ez nem biztosítja az anya egészségét. Általában a műtét után háromnapos kórházi kezelést tartanak szükségesnek, de megfelelő körülmények között az abortált nőt a második napon elbocsátják, mert a kórházak túlszűfoltak. Japánban — az 1954. évi adatok szerint — az abortuszoknak mintegy 50%-át rendelőintézetekben hajtották végre (azaz anélkül, hogy a nő éjszakára a műtét helyén maradt volna). Ugyanakkor a harmadik hónap után végzett abortusz megköveteli, hogy legalább 1 éjszakát töltsenek kórházban. Lengyelországban — 1967. évi adatok szerint a művi abortuszok 75%-át hajtották végre kórházakban. Romániában — az új rendelkezés előtt — az abortuszok zömét rendelőintézetekben végezték. Jugoszláviában majd minden művi abortuszt kórházban hajtanak végre.

13. Izlandban, Svédországban és Dániában az 1930-as években megtették az első lépéseket az abortusz liberalizálása tekintetében. A második világháború után Svédország 1946-ban és 1960-ban, Dánia 1947-ben és 1956-ban, Finnország 1950-ben és Norvégia 1960-ban tovább liberalizálta abortusztörvényét, illetve új törvényt hozott. Habár ezek a törvények nem teszik lehetővé a terhesség megszakítását rossz társadalmi vagy gazdasági viszonyok vagy nagy család esetén, az abortuszt engedélyezik, ha veszélyeztetve van a terhes nő egészsége vagy bizonyos betegségek esetén. Valamennyi országban, ahol ilyen törvényt hoztak, külön sorolják fel azokat az okokat, amelyek alapján az erre a célra alakult orvosi bizottság megadhatja az engedélyt a terhesség befejezésére. A specifikus betegségek, amelyek alapján az abortusz engedélyezhető, országonként eltérők, de az alapelv, hogy a terhesség akkor szakítható meg, ha az szükséges a nő életét vagy egészségét fenyegető súlyos veszély elhárításához. Természetesen a jogszabályokat alkalmazó orvostól vagy orvosi bizottságtól függ, hogy vajon csupán a jogszabályokban felsorolt „orvosi” indikációkat fogadja-e el vagy a „szociál-higiéniai” indikációkat (ezek jelentésének tágabb alkalmazásával) is. A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy a legtöbb országban a terhességeket szociális okokból illegálisan hajtják végre és csupán

terápiai abortuszokat végeznek engedéllyel, úgy értelmezve, hogy ezek az abortuszok azt a célt szolgálják, hogy elhárítsanak minden veszélyt, amely a nő életét a terhesség vagy szülés miatt fenyegetné.

Így például az Amerikai Jogtudományi Intézet által az ötvenes évek végén kidolgozott modell abortusztörvény (amelyt 1967 áprilisában Colorado Állam, majd négy további állam elfogadott) kimondja: terápiai abortuszok akkor engedélyezhetők, ha „az anya testi vagy elmegégszégi állapota veszélyben forog, vagy ha a terhesség nemi erőszakból vagy vérfertőzésből eredt”. Az új törvények többsége engedélyezi az abortuszt abban az esetben, ha fennáll annak valószínűsége, hogy a gyermek fogyatékosan születik, mint ahogyan ez rendszerint előfordul, ha az anyának rubeolája volt a terhesség első három hónapjában. Még a „terápiai” indikációk alapján engedélyezett abortuszok esetén is az okokat két nagy csoportra lehet felosztani. A legtöbb országban a testi betegség alapján engedélyezett abortuszok kisebb részt képviselnek. A diagnózis főképpen pszichiátriai jellegű. Természetesen nehéz ennek okait alaposabb vizsgálat nélkül meghatározni. E meghatározás szélesebb körű értelmezése azonban társadalmi vagy legalábbis társadalmi-egészségügyi okokhoz vezet, ugyanis a nő nagy családja vagy kedvezőtlen pénzügyi helyzete is pszichológiai okként nyilvánulhat meg a terhesség megszakítása szempontjából.

G Y A K O R L A T

14. A művi vetélésekre vonatkozó törvény ismerete nem ad képet arról, hogy milyen súlyra van a művi vetéléseknek a születésszabályozásban, azaz hogy hány nő él ezzel az eszközzel. Statisztikai adatok hiányában csupán hozzávetőleges képet kaphatunk és ezt is inkább olyan országokra vonatkozóan, ahol a művi vetélést engedélyezik. Ezekben az országokban is csupán az abortusz legalizálását követő időszakra vonatkozóan állnak rendelkezésre adatok, de figyelembe kell venni, hogy ezt megelőzően is számos illegális abortuszot hajtottak végre. Különféle becslések alapján az 1950-es évek elején az abortuszok száma mintegy 100 000–300 000 volt Csehszlovákiában, 100 000–150 000 Magyarországon és 250 000–300 000 Lengyelországban. A legalizálást követően 6 országról vannak adataink. Ezek az adatok azt mutatják, hogy az abortuszok száma bizonyos ideig növekedett, majd néhány év múlva — részben a népesedéspolitikai rendszabályok hatására és részben a fogamzásgátlás elter-

1. Bejelentett művi vetélés, 1955–1968 (ezerben)
Заявленные искусственные аборты, 1955—1968 (в тыс.)
Reported Induced Abortions, 1955—1968

Év (1)	Japán	Bulgária	Cseh-szlovákia	Magyarország	Lengyelország	Jugoszlávia
1955	1170,1	1,1	2,1	35,4	1,4	.
1956	1159,3	.	3,1	82,4	18,9	.
1957	1122,3	30,9	7,3	123,3	36,4	.
1958	1128,2	37,5	61,4	145,6	44,2	.
1959	1098,9	45,6	79,1	152,4	79,0	54,5
1960	1063,3	54,8	88,3	162,6	158,0	76,7
1961	1035,3	68,8	94,3	170,0	155,3	104,7
1962	985,4	76,7	89,8	163,7	199,4	.
1963	955,1	83,3	70,5	173,8	190,0	.
1964	878,7	91,5	70,7	184,4	177,5	150,0
1965	843,2	96,5	79,6	180,3	168,1	.
1966	808,4	101,4	90,3	186,8	156,7	.
1967	748,4	98,2	96,4	187,5	146,1	210,9
1968	.	85,2	99,9	200,8	121,7	.

Горизонтальная графа: (1) Годы.
Heading: (1) Year.

jedésének eredményeképpen — stagnált, néhány esetben pedig jelentősen csökkent. Ezt az utóbbi tendenciát főképpen Japánban észlelhetjük, ahol a művi vetélések száma fokozatosan emelkedik évről évre egészen 1955-ig és akkor csökkenni kezdett. Az 1955. évi csúcsertékhez (1 170 000 eset) viszonyítva, 1965-ben 28%-os csökkenés következett be. Érdekes a helyzet Csehszlovákiában, ahol jelentős csökkenés kezdődött 1963-ban, 1965-től kezdve ez a szám ismét növekedett és 1968-ban érte el csúcsertékét, 100 000 bejelentett esetet. Magyarországon is kisebb csökkenést észleltünk 1962-ben, majd 1964 és 1967 között az abortuszszám állandó magas szinten maradt, 1968-ra azonban újabb emelkedés kezdődött és a művi vetélések száma elérte csúcsertékét (200 000 eset).

Olyan országokban, ahol az abortusz nem teljesen legális, az engedélyezett művi vetélések száma aránylag kicsi. Svédországban 1967-ben 10 000-nél kevesebbet, Dániában 6000-nél kevesebbet hajtottak végre. Nagy-Britanniában az új törvény utáni első években (1967. április — 1968. március) 40 000 engedélyezett abortuszt végeztek.

A legújabb rendelkezésre álló adatok Bulgáriára vonatkozóan (1966) is ugyancsak mutatják az abortuszok viszonylag nagyfokú emelkedését (100 000 eset).¹ A Lengyelországra vonatkozó legújabb adatok (1968) 122 000 művi vetélést mutatnak.

A Szovjetunióra és Romániára vonatkozóan nem állnak rendelkezésre hivatalos becslések. Néhány külföldi szerző azonban igen magasra becsülte a művi vetélések számát.² Romániára vonatkozóan az új törvényt — amely megtiltotta a művi vetélést — megelőző időszakra *Pressat és Tietze* az 1967. évi születések növekedése alapján 1966-ban 460 000—480 000-re becsülte a művi vetélések teljes számát.³ Egy másik becslés azt mutatja, hogy a művi vetélések száma 1958-ban (a liberalizálás után egy évvel) 112 000-re és 1959-ben 219 000-re emelkedett.

15. Az engedélyezett abortuszok értékmérője ezek aránya az élveszületések számához viszonyítva az adott évben. Ez az index Magyarországon volt a legmagasabb: 1964-ben 140 művi vetélés jutott 100 élveszületésre. Japánban 1957-ben érték el a maximumot (72 művi vetélés 100 élveszületésre); 1965-ben csak 46, 1966-ban 60 volt.⁴ A többi országra vonatkozóan az arány viszonylag csak Bulgáriában nagy (1966 : 80), más országokban 23 és 54 között ingadozott.

16. Nehezebb akár megközelítő adatokat is kapni az abortuszok számáról olyan országokban, ahol az abortuszt törvény tiltja és ahol általános statisztikai adatok nem állnak rendelkezésünkre. A 3. táblában megkíséreltük összegyűjteni többé-kevésbé megbízható becslések eredményeit néhány ország viszonylatában. Ezeknek az adatoknak értelmében számos országban — ahol elméletben az abortusz tilos vagy néhány terápiai esetre korlátozódik — a művi vetélések száma nagyon magas, úgyszintén a vetélések aránya is az élveszületések számához viszonyítva. Így pl., még ha el is fogadjuk az alacsonyabb becsült értékeket, a legtöbb országban, amelyekre vonatkozóan vannak adataink, az illegális abortuszok száma majdnem ugyanakkora, mint a születéseké. A magasabb becsült értékek szerint a művi vetélések száma 2 1/2-szer, sőt 3-szor akkora, mint az élveszületések száma (Ausztria, Belgium, Német Szövetségi Köztársaság⁵, Uruguay), de valószínűleg az alacsonyabb adatokkal

¹ Az új szigorító rendelkezések hatására a művi abortuszok száma csökkent és 1968-ban már csak 85 000-et ért el.

² *Mehlan* a londoni konferencián elmondott hozzászólásában 6 millióra becsülte a Szovjetunióban végrehajtott művi vetélések számát. Más hozzászólók 8 milliós esetszámot becsültek.

³ A *Scinteia* 1968. október 27-i számának közlése szerint: „1965-ben Romániában 1 115 000 abortusz volt, azaz minden élveszületésre négy abortusz jutott”.

⁴ *Muramatsu* felszólalásában elmondotta, hogy a számba vett esetek száma Japánban nem mutatja a művi vetélések tényleges előfordulását. Újabb kutatásai szerint a végrehajtott művi vetélések száma mintegy három-négyszerese a számba vettnek. Így 1966-ban a 100 élveszületésre jutó művi vetélések száma 180—240 körül lehetett és — a maximumot jelentő — 1957. évben megközelíthette a 290—300-at is.

⁵ *Harmsen* professzor hozzászólásában sokallotta a Német Szövetségi Köztársaságra vonatkozó becsléseket. Szerinte a nagyszámú művi abortusz csupán a második világháború utáni években fordult elő, de ezt követően nagymértékben csökkent. Jelenleg véleménye szerint csupán mintegy 50 művi vetélés jut az NSZK-ban 100 élveszületésre.

2. Bejelentett művi vetélés 1955–1968 100 élveszületésre

Число заявленных искусственных абортов на 100 живорождений, 1955–1968
Reported Induced Abortions, 1955–1968 per 100 Live Births

Év (1)	Japán	Bulgária	Cseh-szlovákia	Magyarország	Lengyelország	Jugoszlávia
1955	68	.	1	17	0	.
1956	70	.	1	43	2	.
1957	72	22	3	74	5	.
1958	68	27	26	92	6	.
1959	68	33	36	101	11	13
1960	66	39	41	111	24	18
1961	65	50	43	121	25	25
1962	58	57	41	126	33	.
1963	58	63	30	131	32	.
1964	51	69	29	140	32	37
1965	46	75	34	136	31	.
1966	60	76	40	135	30	.
1967	39	79	44	126	28	54
1968 .....	.	60	47	130	23	.

Горизонтальная графа: (1) Годы.

Heading: (1) Year.

3. A művi vetélések számának becsült értéke (1967 körül)

A művi vetélések évi becsült száma

Оценочная численность искусственных абортов (около 1967 года),
Ежегодное оценочное число искусственных абортов
Estimates of the Number of Induced Abortions (around 1967)
Estimated Yearly Number of Induced Abortions

Ország (1)	Ezer (2) eset	100 élveszüle- tésre (3)
Ausztria	200–300	150–250
Belgium	200–400	150–300
Finnország	40	40
Franciaország	400–1200	50–150
Német Demokratikus Köztársaság ...	100–150	40–60
Német Szövetségi Köztársaság	1000–3000	100–300
Olaszország	650–900	70–100
Egyesült Királyság	100–200	10–20
Argentína	500	100
Chile	100–200	40–80
Kolumbia	150	20
Uruguay	150	300
Egyesült Államok	300–2000	10–60
Ausztrália	40–80	17–35

Горизонтальная графа: (1) Страны; (2) Тысяча; (3) на 100 живых рождений.

Heading: (1) Country; (2) in thousands; (3) per 100 live births.

rendelkező országokban is sokkal több esetre számíthatunk (minthogy kevésbé valószínű, hogy az Egyesült Államokban vagy az Egyesült Királyságban csak 10 vagy akár 20–60 művi vetélés jut 100 élveszületésre, még akkor is, ha ezekben az országokban a fogamzásgátlást nagyobb arányban alkalmazzák).

17. Ha összegezni kívánnánk a különböző becsléseket, hogy megállapítsuk a művi vetélések számát évente, ugyanazt az eredményt kapjuk, mint az 1965. évi belgrádi Népesedési Világkonferencia résztvevői. Eszerint évente a világon mintegy 30 millió terhességet szakítanak meg, ami annyit jelent,

hogy átlagosan majdnem minden másodpercre jut egy művi vetélés. *Mehlar* még magasabbra becsülte a művi vetélések számát, amikor megállapította, hogy évente mintegy 40 millió abortusz megy végbe a világon. Ha ezt összehasonlítjuk az élveszületések évi becsült számával (34%-es születési arányszámnak megfelelő 115 millióval), úgy azt találjuk, hogy a világon általában 100 élveszületésre 26 (vagy esetleg 35) művi vetélés jut. Mindezeknek a becsléseknek elfogadható voltát csökkentik azonban, hogy a Szovjetunió abortusz-helyzetére vonatkozó becslések igen bizonytalanok és semmit sem tudunk arról, hogy hány vetélést hajtanak végre a Kínai Népköztársaságban. Pedig e két ország adata esetleg egyharmadával-felével módosíthatja az eddig elfogadott becsléseinket. Ha úgy közelítjük meg azonban ezt a számot, hogy a világ országait abortuszrendszerük és gazdasági fejlettségük szerint csoportosítjuk, akkor korántsem kapunk egyöntetű képet. Míg olyan országokban, ahol az abortuszt legalizálták, évente mintegy 4–6 millió abortuszt hajtanak végre, addig kb. 25 millióra tehető az évente végrehajtott kriminális abortuszok száma. Az élveszületések számához viszonyítva, a legális abortuszrendszerrel rendelkező országokban az arány ugyanaz, mint a gazdaságilag fejlett országokban, ahol a művi vetéléseket illegálisan végzik (minimum 54, maximum 81 jut száz élveszületésre). Természetesen a fejlődésben levő országokban (ahol a születések száma még mindig nagyon magas) az abortuszoknak a születésekhez viszonyított aránya sokkal kisebb (kb. 20); és a művi vetélések száma is a népességszámhoz viszonyítva sokkal alacsonyabb, mint a fejlett országokban.

4. A művi vetélések becsült száma az egész világon (1967 körül)
Оценочное число искусственных абортов по всему миру (около 1967 года)
Estimated Number of Induced Abortions in the World (around 1967)

	Legális abortusztörvénnyel			Egész világ (6)
	rendelkező (1)	nem rendelkező (2)		
		fejlett (3)	fejlődő (4)	
országok (5)				
1. Népesség (millió)	420	610	2 390	3 420
2. <i>Élveszületés</i> (ezer)	7 400	11 100	96 500	115 000
3. 1000 lakosra	18	18	40	34
4. <i>Művi vetélés</i>				
5. ezer	4000–6000	6000–9000	15000–20000	30 000
3. 1000 lakosra	10–14	10–15	6–8	9
6. 100 élveszületésre	54–81	54–81	16–21	26

Горизонтальная графа: (1) Имеющие; (2) Не имеющие закон о легальных абортах; (3) Развитие; (4) Развивающиеся; (5) Страны; (6) По всему миру.

Вертикальная графа: 1. Население (млн.); 2. Число живорождений (тыс.); 3. на 1000 жителей; 4. Число искусственных абортов; 5. в тыс.; 6. на 100 живорождений.

Heading: (1) with liberal abortion legislation; (2) without liberal abortion legislation; (3) developed; (4) developing; (5) countries; (6) World total.

Lateral text: 1. Population (million); 2. Live births (thousands); 3. per 1000 population; 4. Induced abortion; 5. thousands; 6. per 100 live births.

DEMOGRÁFIAI KÖVETKEZMÉNYEK

18. A művi abortusznak mint születéskorlátozási módszernek másik közelítését jelenti, ha olyan országokban, ahol a szabad abortuszok rendszerét vezették be, vizsgáljuk, hogy milyen hatást gyakorolt az abortuszok elterjedése a születésszámra. Az 5. tábla azt mutatja, hogy valamennyi országban, ahol a művi vetélések törvényesek, az élveszületési arányszám jelentősen csökkent. Ez a tendencia folyamatos volt és csupán akkor szakadt meg, amikor valamely egyéb népesedéspolitikai intézkedéssel befolyásolták. Így pl. Csehszlovákiában 1963–1964-ben és Magyarországon 1966-tól kezdve,

5. *Élveszületési arányszámok legalizált abortuszrendszerrel rendelkező országokban, 1000 főre*
Коэффициенты рождаемости в странах с системой легальных абортов, на 1000 человек
Live Birth Rates in Countries With Legalized Abortion System, 1948—1968.
Per 1000 Population

Év (1)	Japán	Bulgária	Cseh-szlovákia	Magyarország	Lengyelország	Románia	Szovjetunió	Jugoszlávia
1948	33,5	24,6	23,4	21,0	29,3	23,9	.	28,1
1949	33,0	24,7	22,4	20,6	29,5	27,6	.	30,0
1950	28,1	25,1	23,3	21,0	30,7	26,2	26,5	30,2
1951	25,3	21,0	22,8	20,2	31,0	25,1	26,8	27,0
1952	23,4	21,1	22,8	19,6	30,2	24,8	26,4	29,7
1953	21,5	20,7	21,2	21,6	29,7	23,8	24,9	28,4
1954	20,0	20,2	20,6	23,0	29,1	24,8	26,6	28,5
1955	19,4	20,1	20,3	21,4	29,1	25,6	25,7	26,8
1956	18,4	19,5	19,8	19,5	28,0	24,2	25,2	25,9
1957	17,3	18,4	18,9	17,0	27,6	22,9	25,4	23,7
1958	18,1	17,9	17,4	16,0	26,3	21,6	25,3	24,0
1959	17,6	17,6	16,0	15,2	24,7	20,2	25,0	23,3
1960	17,2	17,8	15,9	14,7	22,6	19,1	24,9	23,5
1961	16,9	17,4	15,8	14,0	20,9	17,5	23,8	22,7
1962	17,1	16,7	15,7	12,9	19,6	16,2	22,4	21,9
1963	17,3	16,4	16,9	13,1	19,0	15,7	21,2	21,4
1964	17,7	16,1	17,1	13,0	18,1	15,2	19,7	20,8
1965	18,6	15,3	16,4	13,1	17,4	14,6	18,4	20,9
1966	13,8	14,9	15,6	13,6	16,7	14,3	18,2	20,2
1967	19,4	15,0	15,1	15,6	16,3	27,1	17,4	19,5
1968	.	17,0	15,1	15,1	16,3	26,3	17,3	18,9

Forrás: ENSZ kiadványok (Demographic Yearbook, Population and Vital Statistics Report, Monthly Bulletin of Statistics)

Горизонтальная графа: (1) Годы.

Heading: (1) Year.

különbféle, szülési kedvet növelő intézkedés (családi pótlék emelése, szülési szabadság növelése, gyermekgondozási segély bevezetése) hatására a születések arányszáma növekedett az abortuszra vonatkozó jogszabályok változása nélkül. Más a helyzet Japánban, ahol az abortuszok számának csökkenésével párhuzamosan 1964-től kezdve a születésszám kisebb mértékben növekedett. Romániában az abortuszok virtuális eltűnését követően 1967-ben az élveszületések száma jelentősen emelkedett. 1967. harmadik negyedében a születési arányszám elérte a 39-et, ami 2,7-szerese az előző év értékének, e nagyarányú növekedés után a születési arány lassan csökkenni kezdett és 1968. második negyedében elérte a 27-et, ami 30%-kal kevesebb az 1967. évi csúcserősnél, de még így is 80%-kal több, mint két évvel azelőtt. Ez azt bizonyítja, hogy csupán adminisztratív intézkedéssel csak ideiglenes hatást lehet gyakorolni a születési arányszámra és hogy a nők nagyon gyorsan megtalálják a módot arra, hogy megszakítsák nem kívánt terhességüket. Még mindig bizonytalan azonban, hogy illegális abortuszt vagy hagyományos fogamzásgátlási módszereket (főleg coitus interruptus-t) alkalmaznak-e, tekintettel arra, hogy modern fogamzásgátló eszközök nem állnak rendelkezésre.

19. Az abortuszvizsgálatok egyik legérdekesebb területe annak a kutatásnak, hogy a vetélések milyen szerepet játszanak a születésszabályozásban. Ezt megvizsgálhatjuk a rendelkezésre álló magyar és japán becslések szerint. Ha vannak adataink arra vonatkozóan, hogy egy nő propagatív korban hányszor esik teherbe és hogy hány terhessége fejeződött be élveszületéssel és hány művi vetéléssel, megkapjuk az abortuszoknak a kívánt születésekhez viszonyított arányát. Ez többféleképpen valósítható meg. Ha a nők teljes propagatív életük folyamán (15—49 év) ugyanolyan arányban szakítanak meg terhességüket, illetve szülnének, mint 1967-ben Magyarországon, akkor átlagosan két gyermeket szülnének, 0,5 spontán abortuszuk és 2,6 művi abortuszuk lenne. Ez azt

jelenti, hogy a magyar nők átlagosan 5,1 esetben esnének teherbe, amelynek felét művi vetéléssel szakítanak meg. Másképpen nézve a dolgot, ha a teljes természetes termékenységet — a propagatív időszak alatt — 6,5-nek vesszük (amire többféle történeli és biológiai kutatás alapján nagy valószínűséggel számíthatunk), akkor a jelenlegi körülmények között a lehetséges terhességek 1/5-ét különböző fogamzásgátló eszközökkel akadályozták meg és 40%-a fejeződne be művi vetéléssel. Más szóval, a művi vetélés nagy szerepet játszik az a születeszabályozásban: annak legalább kétharmadát jelenti. Felmerülhet az a kérdés, hogy vajon ezt a jelentős súlyt az abortusz-törvény liberalizálása okozza-e. Véleményünk szerint — és ezt a régebbi magyar adatok is bizonyítják — ez koránt sincs így. A 6. tábla adatai ugyanis azt mutatják, hogy

6. A magyar nők becsült termékenységtörténete, 1850—1980 (100 nőre az egész termékenységi időszakban)

Оценка истории фертильности венгерских женщин, 1850—1980
(на 100 женщин в весь период фертильности)
Estimated Fertility History of the Hungarian Women, 1850—1980
(Per 100 women during whole fertility period)

Termékenységi időszak (1)	Szülés (befejezett termékenység) (2)	Spontán vetélés (3)	Művi vetélés (4)	Terhességek összesen (5)	Fogamzásgátlás (6)	Mindösszesen (7)	Születés-szabályozás összesen (művi vetélés és fogamzásgátlás) (8)
1850—1870	560	50	30	640	10	650	40
1870—1890	500	50	60	610	40	650	100
1900—1920	400	50	120	570	80	650	200
1920—1940	300	50	200	550	100	650	300
1940—1960	250	50	230	530	120	650	350
1960—1980	200	50	260	510	140	650	400

Горизонтальная графа: (1) Период фертильности; (2) Роды (заключенная половозрелость); (3) Стихийный аборт; (4) Искусственный аборт; (5) Беременности всего; (6) Противозачатия; (7) Всего; (8) Регулирование рождений всего (искусственный аборт и противозачатие).

Heading: (1) Fertility period; (2) Childbirth (terminated fertility); (3) Spontaneous abortions; (4) Induced abortions; (5) Total pregnancies; (6) Contraception; (7) Grand total (natural fertility); (8) All birth control (induced abortions and contraception).

a múlt század 70-es éveitől a nők tényleges termékenysége majdnem elérte az akkori időszakra becsült teljes termékenységet. Ugyanakkor — különösen az első világháborút követő évtizedekben — a született gyermekek száma jelentősen csökkent: így 1920 és 1940 között a magyar nők teljes propagatív időszakuk alatt átlagosan 3 gyermeknek adtak életet. Mivel ugyanerre az időszakra a spontán abortuszok előfordulását a jelenlegi szintre tehetjük és a védekezés valószínűleg kisebb mérvű volt, mint jelenleg, akkor átlagosan két abortusszal kell számolnunk, ami annyit jelent, hogy a teherbeesések 30%-a fejeződött be művi vetéléssel és kevesebb mint 20%-a volt megelőzhető védekezéssel. Ez annyit jelent, hogy az abortusz-törvény liberalizálása előtt — amikor a joggyakorlat és törvényhozás kb. azonos volt, mint jelenleg a legtöbb nyugat-európai országban (vagyis a művi vetélés formálisan és törvényesen tilos volt) és amellyel jelentős számban végeztek illegális terhességmegszakításokat — a művi vetélések száma alig volt alacsonyabb, mint jelenleg. Ha pedig a művi abortuszoknak a nem kívánt terhességekhez viszonyított arányát nézzük, azt kell megállapítanunk, hogy a háború előtti időszakban a művi vetélés súlya azonos volt a jelenlegivel (2 : 1 arányban a védekezés hatásával szemben). Japánra vonatkozóan Muramatsu idézi Aoki kutatásainak eredményeit, amelyek szerint 1955-ben — ha nem lett volna semmiféle szervezett születéskorlátozás — a teherbeesések 45%-a fejeződött volna be szüléssel, 37 %-a művi vetéléssel és csupán a fennmaradó 18%-ot gátolták volna védekezéssel. Eszerint a családtervezésben a művi vetélések és a védekezés aránya

30 : 70 volt, ami becslések szerint 1960-ra 50 : 50-re, majd 1965-re 70 : 30-ra módosult, a művi vetélések csökkenése és a védekezési módszerek jobb elterjedése következtében. *Muramatsu* azonban hozzászólásában elmondotta, hogy ezek a feltételezések túl optimisták és nem veszik figyelembe az eltitkolt vetéléseket. A valóságban szerinte 1965-ben is még a művi vetélés és a védekezés aránya a családtervezésben 50 : 50 volt.

20. Ha általánosítani akarjuk az abortusz demográfiai szempontjaira vonatkozó összefoglalást, a művi vetélésnek a születésszabályozásra gyakorolt hatását három időszakra oszthatjuk fel:

a) nincs születésszabályozás (sem abortusz, sem fogamzásgátlás), úgy, hogy a tényleges termékenység közel azonos a természetes termékenységgel. Ez volt a helyzet a fejlett nyugat-európai országokban a 19. század elejéig, Közép- és Kelet-Európában az első világháború kitöréséig és jelenleg is a legtöbb gazdaságilag fejlődésben levő országban, ahol a születési arányszám még mindig magas és a születésszabályozást egyáltalán nem vagy csak kis mértékben alkalmazzák,

b) megindul a születésszabályozás, de a fogamzásgátló eszközök hiányában ez többnyire művi vetéléseken alapul. E tekintetben nincs lényegbevágó különbség az abortuszt engedélyező és tiltó országok között, mert az abortusz igen magas szinten áll. Természetesen ez megmutatkozik a születésszám fokozatos csökkenésében és ennek hatása változik attól függően, hogyan vezették be a születésszabályozási módszereket. Ebben az időszakban van Európa legtöbb gazdaságilag fejlett országa, valamint Japán, néhány latin-amerikai ország, Kanada és bizonyos mértékben az Amerikai Egyesült Államok is. Mindez nem is tekinthető újnak, mivel sok helyen már a két világháború közötti időszakban vagy már régebben is alkalmazták fogamzásgátlást;

c) a harmadik időszak, amikor széles körben elterjed a fogamzásgátlás és ez képezi a születésszabályozásnak csaknem egyetlen eszközét. Ebben az időszakban a nők annyi gyermeket szülnek, amennyit szükségesnek találnak és minden nem kívánt terhességet valamely fejlett születésszabályozási módszerrel előznek meg. Ebben az esetben a terhességek megszakítására csak elenyésző esetben van szükség, az abortusz már nem uralkodó módszer. Ez a gyakorlat azonban csak a jövőben válik általánossá, most még csak nyomokban fordul elő, de minden erőfeszítéssel arra kell törekednünk, hogy ez minél hamarabb megvalósuljon.

21. Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a művi vetélések legalizálása jelentős mértékben befolyásolja az élveszületések számát és ezért a családtervezés fontos eszköze. A művi vetélés azonban nem tekinthető a születésszabályozás alkalmas és megfelelő eszközének, csak ideiglenes, kiegészítő módszernek, amíg a népesség nem fogad el megfelelő születéskorlátozó eszközöket. A jelenlegi körülmények között tekintettel arra, hogy a fogamzásgátló módszerek még mindig primitívek a legtöbb fejlett országban, a művi vetélést alkalmazzák a születésszabályozás egyik fő eszközeként. Egészségkárosító hatása elegendő ok arra, hogy változtassunk a jelenlegi helyzeten. Ez azonban nem valósítható meg a művi vetélést tiltó adminisztratív rendszabályokkal, hanem csakis a modern fogamzásgátlási módszerekre vonatkozó ismeretek terjesztésével, készültek rendelkezésre bocsátásával és a tényleges használatra való oktatással. Az egyes országok egészségügyi politikája tudomásul veszi ennek szükségességét úgy, hogy a nők inkább megakadályozhassák, mint megszakítsák a nem kívánt terhességet.

I R O D A L O M

- The World Wide Problem of Abortion. Proceedings of the Eighth International Conference of the IPPF, Santiago, Chile, 8—15 April 1967. (London, IPPF) 1967. 129—153. pp.
- Mehlan, K. H. ed.: Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption. Lipese, 1961. 280. p.
- Tietze, C.: The Demographic Significance of Legal Abortion in Eastern Europe. *Demography*, 1964. évi 1. sz. 119—126. p.
- Klinger A.: Abortion Programs. Family Planning and Population Programs. (Chicago, 1966.) 465—476. p.

- Klinger A.*: Demographic Effects of Abortion Legislation in Some European Socialist Countries. World Population Conference, 1965. Volume II. (New York, 1967.) 89—91. p.
- Requena, M.*: Condiciones Determinadas del Aborto Inducido. CELADE, Serie A, No. 61. (Santiago, 1967.) 18. p.
- Muramatsu, M. ed.*: Japan's Experience in Family Planning — Past and Present. (Tokyo, 1967.) 124. p.
- Harmful Effects of Induced Abortion. Reports of Studies Conducted by the Family Planning Federation of Japan. (Tokyo, 1966.) 97. p.
- Abortion in Britain. Proceedings of a Conference held by the Family Planning Association. London. 1966. 125. p.
- Hoffmeyer, N.*: Physical Disease as Indication for Legal Abortion in Denmark. Preventive Medicine and Family Planning. London, 1967. IPPF. 161—166. p.
- Srb, V.—Kucera, M.*: Potratovost v Československu v letech 1958—1962. *Demografie*. 1963. évi 4. sz. 289—307. p.
- Frejka, T.—Koubek, J.*: Abortions in Czechoslovakia. 50. p. (Unpublished)
- Popov, P.*: The Abortions and Births in Bulgaria. (Unpublished)
- Sadvokasova, E. A.*: Nekotórie Szocial'no-gigienicseszkie aszpektü izucsenija aborta. *Szovetszkoe Zdravooohranenie*. 1963. évi 3. sz. 46. p.
- Heer, D. M.*: Abortion, Contraception and Population Policy in the Soviet Union. *Demography*. 1965. évi 2. sz. 531—539. p.
- Miltényi K.*: A művi vetélesek demográfiai jelentősége. *Demográfia*. 1964. évi 3—4. sz. 419—428. p.
- Szabady E.—Klinger A.*: Az 1965—1966. évi termékenységi, családtervezési és születésszabályozási vizsgálat. *Demográfia*. 1966. évi 2. sz. 135—161. p.
- Szabady E.*: Családtervezési trendek: a magyar vizsgálat. *Demográfia*. 1968. évi 3—4. sz. 333—346. p.
- Progress Report on Liberalized Abortion. *Time*. 1968. nov. 15. 56. p.
- Engström, L.*: Abortion as a Method of Population Control. Pakistan International Family Planning Conference. Dacca. 1969. 8. p.
- Tietze, C.*: Legal Abortion in Industrialized Countries. Pakistan International Family Planning Conference. Dacca. 1969. 38. p.
- Potts, M.*: Induced Abortion: the Experience of other Nations. Pakistan International Family Planning Conference. Dacca. 1969. 16. p.
- Hauser, Ph. M.*: Non Family Planning Methods of Population Control. Pakistan International Family Planning Conference. Dacca. 1969.
- Peel, J.—Potts, M.*: Demographic Aspects of Abortion in Britain. IUSSP General Conference. London. 1969. 15. p.
- Tietze, C.*: Demographic Aspects of Abortion in the United States. IUSSP General Conference. London. 1969. 10. p.
- Requena, M.*: The Problem of Induced Abortion in Latin America. IUSSP General Conference, London. 1969. 19. p.
- Muramatsu, M.*: The Demographic Aspects of Abortion in Japan. IUSSP General Conference. London. 1969. 7. p.
- Kucera, M.*: The Abortion Rate in Czechoslovakia. Czechoslovak Population Problems. Prague. 1968. 40—54. p.
- Mehlan, K. H.*: Changing Patterns of Abortion in the Socialist Countries of Europe. International Abortion Conference. Hot Springs. 1968. 12. p.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТОВ

Резюме

1. В прошлом аборт играл очень важную роль в регулировании рождаемости, однако все его последствия было очень трудно определить. Страны мира можно отнести к трем категориям в зависимости от законного подхода по отношению к абортам. Некоторые страны разрешают аборт из-за социальных причин, к числу этих стран относится Япония и, начиная с 1955—1960 гг., также некоторые европейские социалистические страны проводят более либеральное направление; в других странах, как, например, в скандинавских, некоторых англо-саксонских, ближневосточных и азиатских странах аборт является легальным только из-за гигиенических причин, однако в большинстве стран по сие время запрещен искусственный аборт.

2. В зависимости от легального подхода, практика искусственного аборта получила широкое распространение. Согласно расчетам ежегодно 30—40 млн. беременностей прекращается путем искусственного аборта в мире, что означает 26 искусственных абортов в расчете на 100 живорождений. Это соотношение значительно выше в экономически развитых странах независимо от легального подхода к абортам. Подобно этому, сокращение общей рождаемости наблюдается в странах, где доля абортов высока. Тем не менее указанные цифры далеко не полностью охватывают все искусственные прекращения беременности, так как до сих пор осуществляются

многочисленные запрещенные аборт, не фигурирующие в официальных статистических данных.

3. Само собой разумеется, что аборт нельзя считать наилучшим средством ограничения рождаемости и он не может быть рекомендован в качестве последнего. До тех пор, однако, пока не будет в распоряжении эффективных и дешевых практических средств для регулирования рождений, аборт и в дальнейшем будет играть важную роль. Поэтому было бы правильным легализовать аборт к тому времени, когда уже в более значительном количестве будут в распоряжении другие методы. Гигиенические условия, при которых легальные аборт проводятся безусловно более благоприятны нежели те, которые могут обеспечить лица, осуществляющие нелегальный аборт.

(Данное исследование было обсуждено на Общей демографической конференции Международного союза по изучению населения, состоявшейся в Лондоне с 3 по 11 сентября 1969 года.)

DEMOGRAPHIC ASPECTS OF ABORTIONS

Summary

1. In the past abortion played a very important role in birth control but it is very difficult to determine all its impacts exactly. The countries of the world can be classified into 3 categories according to their abortion legislation. There are countries in which abortion is permitted for social reasons. Such countries are, for instance, Japan and, since 1955—1960, some European socialist countries which have a more liberal attitude; in other countries, as, for instance, in the Scandinavian countries, in some Anglo-Saxon countries and in some countries of the Near-East and Asia abortion is permitted for health reasons only; in most countries induced abortion is still prohibited.

2. Induced abortion is widely spread all over the world. On the basis of calculations 30 or 40 million pregnancies are interrupted, yearly in the world as a whole which means, in other words, that 26 induced abortions can be reckoned with per 100 livebirths. This proportion is much higher in the economically developed countries, independently of the legal attitude towards abortion. Similarly, the general decrease of births can be observed in those countries where the proportion of abortions is high. In spite of this these figures do not give at all a full picture of induced abortions because many illegal abortions are not covered by official statistics.

3. It goes without saying that abortion cannot be regarded as the best means of birth control and cannot be recommended as a desirable method. As long as there are no efficient and economical practical means available for the purposes of birth control, abortion continues to play an important role. It would be right, therefore, to envisage the legalization of abortions in the period in which other method will be available to a greater extent. The sanitary conditions under which legal abortions are performed, are, undoubtedly, better than those which the „angelmakers” can ensure.

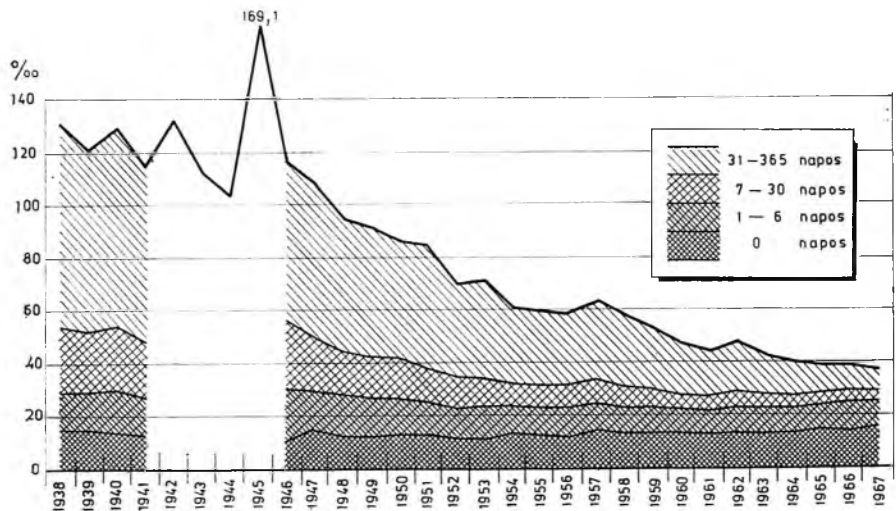
(Paper discussed at the General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, held in London, September 3—11, 1969.)

A CSECSEMŐHALANDÓSÁGOT BEFOLYÁSOLÓ BIOLÓGIAI, TÁRSADALMI TÉNYEZŐK MAGYARORSZÁGON*

DR. SZABADY EGON

A már korábban megkezdődött csökkenés ellenére a magyar csecsemőhalandóság a 20. század elején még meghaladta a 200%-ot. A két világháború közötti időszakban az ország a magas csecsemőhalandóságú európai országok közé tartozott, 1938-ban, az utolsó békeévben 1000 élveszülöttre 131,4 csecsemőhalott jutott.

A második világháborút követően a csecsemőhalandóság csökkenése meggyorsult, a javulás azonban, mint ezt az I. ábra is mutatja, korántsem volt egyenletes. Bár a csökkenés irányzatában töréseket figyelhetünk meg, a csecsemőhalandóság színvonalának mégis igen számottevő változása következett be. Jelenleg (1967-ben) a nyers arányszám értéke 37%, az 1938. évinek alig több mint egygyede.



I. A csecsemőhalandóság alakulása korcsoportok szerint
Динамика смертности младенцев по возрастным группам
Trend of Infant Mortality by Age-Groups

A hivatalosan közölt nyers arányszámok alapján Magyarország ma a közepes csecsemőhalandóságú európai országok közé tartozik. A csecsemőhalandóság nemzetközi összehasonlításának azonban az élveszületés és halvaszületés fogalmának homogeneitása az alapfeltétele, amely jelenleg a különböző országok között még nincs biztosítva.

Az élveszületés fogalmának definíciója az egyes országokban nem teljesen azonos és a ténylegesen követett gyakorlat sem felel meg mindig az elfogadott meghatározásnak. A nemzetközileg ajánlott meghatározástól való eltérések csak kismértékben befolyásolják az élveszületési arányszámok értékét, de annál nagyobb mértékben a magzati halálozás és a csecsemőhalandóság (különösen az újszülött halandóság) mutatóit. A zavart az okozza, hogy sok ország-

*A Népeségtudományi Unió 1969. szeptember 3—11 között Londonban tartott Általános Népesedési Konferenciáján megvitatott dolgozat.

ban az élveszületés kérdésének elbírálásakor figyelembe veszik az érettséget és az életképességet (koraszülöttség) is és ezáltal eltérnek a nemzetközi ajánlásokban meghatározott „magzati halálozás”, „élveszületés” fogalmaktól. A nemzetközi ajánlásoktól való eltérések elsősorban az életjelek területén figyelhetők meg (például több életjel együttes létezésének, vagy egy bizonyos életjelnek, esetleges tartós fennállásának megkövetelése), kifejezésre juthatnak azonban a magzattal kapcsolatos néhány kritérium (például a terhesség megfelelő időtartama, egy bizonyos súly vagy egy bizonyos hosszúság elérése) megkövetelésében is.

Magyarországon az élveszületés fogalmi meghatározása tartalmilag teljes mértékben követi a nemzetközi standard definíciót, szövegében azonban egyszerűbb annál. Az erre vonatkozó törvényes meghatározás a következő: „Élveszülött a magzat, ha az anya testéből történő elválasztás után az életnek jelét adta (mint légzés, vagy szívműködés, illetőleg köldökökzinór pulzáció), tekintet nélkül arra, hogy mennyi ideig volt az anya méhében és mennyi ideig élt.” Magának az anyának is érdekében áll, hogy a fogamzás termékét mint élveszülött gyermeket jelentse be, ha az életjelt ad, tekintettel arra, hogy a szociális juttatások csak élveszülött gyermek esetében járnak.

Kétségtelen, hogy ilyenképpen Magyarországon minden évben sokszáz olyan magzatot sorolnak az élveszületett csecsemőkhöz, akiknek felnevelésére jelenlegi ismereteink és lehetőségeink szerint jóformán semmi remény sincs. Ezek a magzatok azonban nem a méhen belüli élet folyamán haltak meg, s így nem sorolhatók a halvaszülöttek közé, bár ezáltal a csecsemőhalandóság kimutatott aránya kétségtelenül kisebb lenne.

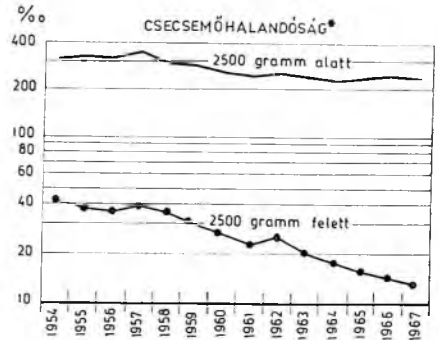
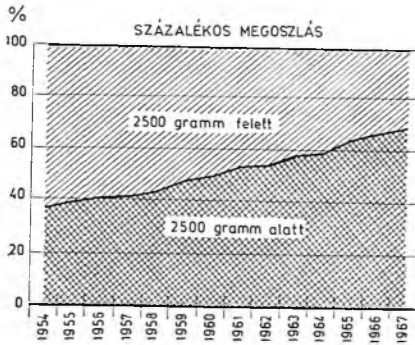
A csecsemőhalandóság utolsó két évtizedbeli alakulásának legszembetűnőbb jellegzetessége az, hogy a halálozások mind nagyobb hányada a születést közvetlenül követő időszakra esik. Az egy hétnél idősebb csecsemőknek nemcsak a halandósága, hanem aránya is oly mértékben csökkent, hogy ma már hazánkban több csecsemő hal meg a születést követő első héten belül, mint az év hátralevő részében együttvéve. 1967-ben a 0—6 napos újszülöttek közül 3698 halt meg, míg az élet első hetét túlélő csecsemők közül csak 1810. A születés utáni első héten belül veszítjük tehát el az összes meghalt csecsemők 67,1%-át. Az első héten belül az első napon a legnagyobb a mortalitás, 5508 csecsemőhalottból 2111 halt meg egy napon belül, ami a teljes csecsemőhalálozás 38,3%-át jelenti.

Az I. ábrából az is kiténik, hogy az egyes életkorok halandósága különböző mértékben csökkent. 1967-ben a 7—30 napos csecsemők halandósága negyede sem volt az 1948—1949. évek átlagának, az 1—2 hónaposok esetében meg annak mindössze 15,1%-a, a 3—5 hónaposok korcsoportjában 17,1, a 6—11 hónapos csecsemőknél pedig 18,2%-a, ugyanakkor az 1—6 naposak csoportjában a csökkenés az előzőkhöz képest kevésbé volt számottevő (27,8%), az egy napon aluli újszülötteknél pedig a csecsemőhalandóság javulásának általános tendenciájával szemben éppen ellenkező irányú változás következett be: 1967-ben 1000 élveszülöttre ebben a korcsoportban 14,2 meghalt jutott, 2,5%-kal több, mint az 1948—1949. évek átlaga (11,7%).

Joggal merül fel a kérdés, hogyan lehetséges az, hogy a csecsemőhalandóság javulásának tartósan ható tendenciájával szemben ellentétes irányú változás tapasztalható az 1 napon aluliak mortalitásában és, hogy az 1—6 napos újszülöttek halandóságában bekövetkezett pozitív irányú fejlődés is messze elmarad az ennél idősebb csecsemők körében észlelt halandóság csökkenésétől. A fenti jelenség magyarázatául két figyelemre méltó körülmény érdemel említést. Az egyik a kis súlyjal születettek (koraszülöttek) arányának növekedése, a másik az endogén és exogén halálokok arányában bekövetkezett eltolódás az endogén okok irányába.

Magyarországon a magzat súlya alapján állapítják meg a koraszülöttséget, eszerint a 2500 grammnál kisebb súllyal született újszülöttet számítják a koraszülöttek közé. E gyakorlat alapján vizsgálva a koraszülöttek számának és arányának alakulását azt találjuk, hogy míg 1950-ben 10 831 2500 grammon aluli csecsemő született, ami az élveszületésekhez viszonyítva 5,5%-nak felel meg, addig 1967-ben 16 090 koraszülött jött a világra (az élveszületések 11,4%-a). Hasonló irányú volt az 1500 grammnál alacsonyabb súllyal születet-

tek arányában bekövetkezett változás is, ezek 1950-ben 0,7%-ot tettek ki, 1967-ben pedig az összes élveszületések 1,7%-át. Közismert, hogy a koraszülöttek halandósága lényegesen magasabb, mint az érett csecsemőké; s különösen az orvostudomány jelenlegi színvonala mellett az 1500 grammnál alacsonyabb súllyal születettek felnevelésére csak igen csekély a remény.



* 1000 megfelelő súlyú élveszülöttre számítva.

II. A csecsemőhalandóság alakulása születési súly szerint
Динамика смертности младенцев по весу при родах
Trend of Infant Mortality by Birth Weight

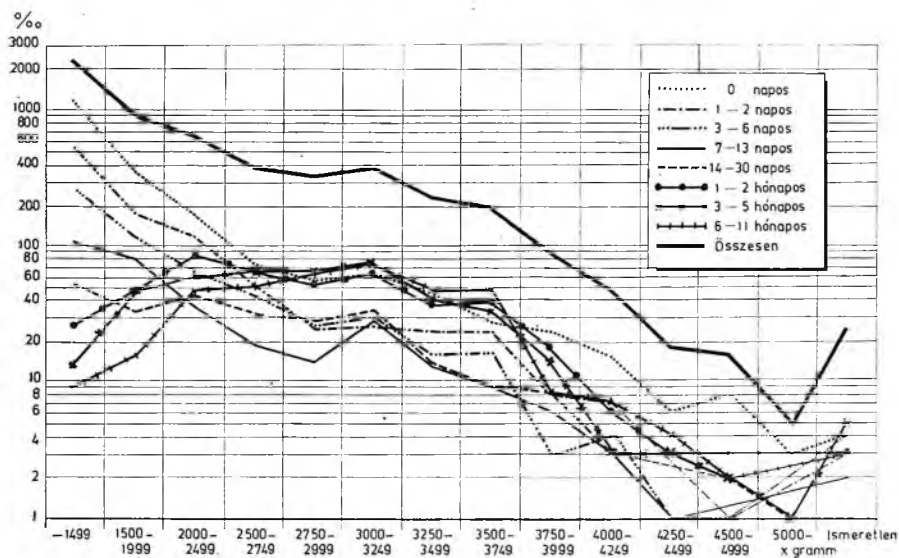
A II. ábra jól szemlélteti a csecsemőhalandóság terén a koraszülöttek és érett csecsemők arányában beállott fordulatot. Az ábrából az is kiténik, hogy az elmúlt tizenhárom évben a halandóság mindkét csoportban figyelemre méltóan csökkent, de korántsem egyenlő mértékben. 1967-ben a 2500 grammon aluli élveszületettek közül 23,8%-kal kevesebben haltak meg, mint 1954-ben, az érett csecsemőknél viszont a csökkenés ugyancsen idő alatt 80%. A legfeljebb változás a két csoport egymáshoz viszonyított arányának alakulásában tapasztalható. 1954-ben a 2500 grammon aluli újszülöttek halandósága a csecsemőhalandóságnak még csak valamivel több mint egyharmadát tette ki, 1967-ben 1000 koraszülött közül 315,9 halt meg egy éven belül, ami közel nyolcszorosa volt az érett csecsemők között tapasztalható mortalitásnak, 1967-ben a 2500 grammon aluli élveszülöttek halandósága viszont 234,1‰ volt, szemben a nem koraszülött csecsemők 13,1‰-es értékével.

A III. ábra mutatja, hogy az első életnap, illetve az első élethét halandóságának alakulását a koraszülöttek, különösen az 1500 grammnál kisebb súllyal születettek halandósága határozza meg.

A csecsemőhalandóságnak az újszülöttkorba történő eltolódását a koraszülöttek számának és arányának emelkedése mellett az a körülmény is magyarázza, hogy az endogén okok következtében meghaltak aránya évről évre nő. A veleszületett betegségek és állapotok gyógyítása az esetek túlnyomó részében lényegesen nehezebb, mint a szerzett betegségeké, néha pedig teljességgel lehetetlen. 1955-ben a csecsemőhalálozásoknak még csak 55%-a volt endogén eredetű, 1967-ben ez az arány már 80%-ra emelkedett. 1967-ben a születést követő első hét mortalitásában az endogén eredetű halálozások 99,1%-kal szerepelnek.

A koraszülöttek számának és arányának emelkedése és az endogén okok következtében meghaltak arányának növekedése mellett demográfiai tényezők, így a születési sorrend és az anya életkora szerinti struktúra változása, továbbá a társadalmi-gazdasági változások is befolyásolják a csecsemőhalandóságot. Az egy éven aluliak mortalitása az eltartó társadalmi-foglalkozási csoportja, az anya kereső vagy eltartott volta, iskolai végzettsége és a település nagysága szerint is differenciált. A csecsemőhalandóság társadalmi-gazdasági csoportok

szerinti vizsgálata Magyarországon 1948-ban kezdődött el. A második világháború előtti időből csak Budapestre vonatkozóan állanak rendelkezésre adatok, ezek alapján csupán következtetni lehet az ország csecsemőhalandóságának társadalmi differenciáltságára. A harmincas évek végén a fizikai dolgozók csecsemőinek halandósága több mint háromszor akkora volt, mint az értelmiségieké (1938-ban a fizikai dolgozók csecsemőhalandósága Budapesten 103, az értelmiségieké 34% volt). A második világháború után az egész országra vonatkozóan nivellálódás figyelhető meg. Legsúlyosabb a javulás a mezőgazdasági népességnél, ennek a csoportnak a csecsemőhalandósága 1948-ban 107,8% volt, 1967-ben viszont mindössze 36,6%. A szellemi dolgozóknál a csecsemőhalandóság sokkal kisebb mértékben javult, ugyanakkor az előző szint is sokkal alacsonyabb volt. Ennél a csoportnál az arányszámok értéke 1948-ban 45,6, 1967-ben 28,9%.



III. A csecsemőhalandóság születési súly és korcsoport szerint, 1967
 Смертность младенцев по весу при родах и возрастным группам в 1967 г.
 Infant Mortality by Birth Weight and Age-Groups, 1967

A három nagyobb társadalmi-gazdasági csoport csecsemőhalandóságának alakulását 1959-től az 1. táblán kísérhetjük figyelemmel. A mezőgazdasági fizikai csoport halandósága e kilenc év alatt 17,8%-kal, a nem mezőgazdasági fizikaiaké 14,2, a szellemieké pedig 13,1%-kal csökkent. Az 1962. év visszatesztől eltekintve a csökkenés folyamatos, de nem egyenletes. A mezőgazdasági fizikai dolgozók csoportjában 1965-től a csecsemőmortalitás már egy aránnyal alacsonyabb, mint a nem mezőgazdasági fizikai dolgozók csoportjában.

Ha a csecsemőhalandóságot aszerint vizsgáljuk, vajon az anya kerekő vagy eltartott-e, azt találjuk, hogy az előbbieknél csecsemőinek mortalitása lényegesen jobb, mint az utóbbiaké és jobb, mint az összecssecsemőhalandóság. 1967-ben a kereső anyák csecsemőinek halandósága 34,6% volt, szemben az eltartott anyák 40,3%-os csecsemőmortalitásával.

A csecsemőhalandóságot befolyásoló társadalmi-gazdasági jellegű tényezők sorában nagy jelentőségű a család kulturális színvonala, amely leginkább az anya iskolai végzettsége révén közelíthető meg. 1960-ban az iskolázatlan nők csecsemőinek halandósága több mint kétszerese volt az országos mutató értéké-

I. A csecsemőhalandóság alakulása az ellátó foglalkozása szerint
1959—1967

Динамика смертности младенцев по занятию кормилица,
1959—1967

Infant Mortality by the Occupation of the Supporter

Év (1)	Mezőgazdasági fizikai (2)	Nem mezőgazdasági fizikai (3)	Szellemi (4)
1959	54,4	53,4	42,0
1960	48,9	49,1	36,1
1961	46,5	45,3	31,8
1962	51,9	48,9	33,9
1963	45,1	44,0	33,1
1964	42,6	41,0	30,4
1965	39,0	40,6	31,4
1966	38,4	39,9	31,7
1967	36,6	39,3	28,9

Горизонтальная графа: (1) Годы; (2) Физические работники сельского хозяйства; (3) Физические работники вне сельского хозяйства; (4) Умственные работники.

Heading: (1) Year; (2) agricultural manual; (3) non-agricultural manual; (4) Non-manuals.

nek. 1967-re ennek a csoportnak a mortalitása az 1960-as érték mintegy kétharmadára csökkent, s így módon lényegesen gyorsabban javult, mint a már alacsonyabb értéket elért többi csoporté. A legkevésbé a 9—12 osztályt végzett anyák csecsemőinek halandósága javult. Az iskolai végzettséggel nem rendelkező anyák csecsemőinek mortalitása azonban 1967-ben is mintegy háromszorosra az egyetemet és főiskolát végzett anyák körében mért csecsemőhalandóságnak. A mortalitás egyébként az iskolai végzettség szintjével párhuzamosan csökken.

2. A csecsemőhalandóság alakulása az anya iskolai végzettsége szerint

Динамика смертности младенцев по уровню образования матери

Infant Mortality According to the Educational Level of the Mother

Iskolai végzettség (az elvégzett osztályok, évfolyamok száma) (1)	1960	1964	1965	1966	1967
0	95,4	69,2	64,3	63,6	61,9
1—3	60,6	60,7	46,9	51,1	51,1
4—5	53,6	46,5	37,7	47,3	41,7
6—7	48,6	40,5	39,4	44,1	42,9
8	43,0	38,1	39,3	36,1	36,0
9—12	32,6	31,6	31,6	31,2	30,8
13—	29,1	23,2	26,9	25,3	21,9
1. Összesen	47,6	40,0	38,8	38,4	37,0

Горизонтальная графа: (1) Школьное образование (число законченных классов, курсов).
Вертикальная графа: 1. Всего.

Heading: (1) Education level (forms, grades completed)

Lateral text: 1. Total.

Figyelemre méltó módon alakult a csecsemőhalandóság település-típusok szerinti differenciáltsága is. 1967-ben legmagasabb volt a csecsemőhalandóság a fővárosban (39,4%), a legalacsonyabb csecsemőmortalitást a községekben mérték (36,1‰), a városok csecsemőhalandósága Budapest és a községek cse-

csecsemőmortalitási értékei között foglal helyet (37,6‰). Érthetőbbé teszi ezt a szokásostól eltérő sorrendet, ha a csecsemőhalandóságot a veleszületett és szerzett halálokokkal összefüggésben vizsgáljuk. A városok és különösen a főváros magasabb mortalitási értékeit a veleszületett halálokokból származó halálozások nagy száma magyarázza. Míg az endogén okokból eredő halandóság Budapesten 35,5‰, a városok esetében 32,6‰, addig a községeké csak 28,3‰. Az exogén halálokoknál a sorrend fordított, itt a községek mortalitása a legmagyobb (7,8‰), a városok 5‰-kel, a főváros pedig 3,9‰-kel szerepel.

3. A csecsemőhalálozások alakulása születéskori súly szerint

Динамика смертности младенцев по весу при родах
Infant Mortality According to the Weight at Birth

Év (1)	2500		Összesen (5)	2500		Összesen (5)	2500		Összesen (5)
	grammon			grammon			grammon		
	aluli (2)	felüli (3)		aluli (2)	felüli(3)		aluli (2)	felüli(3)	
	Szám szerint (4)		Százalék (6)		1000 megfelelő súlyú élveszülöttre jut 1 éven aluli meghalt (7)				
1954	4936	8620	13 556	36,4	63,6	100,0	315,9	41,5	60,7
1955	4911	7711	12 622	38,9	61,1	100,0	318,4	39,5	60,0
1957	4417	6126	10 543	41,9	58,1	100,0	320,2	39,9	63,1
1958	3930	5274	9 204	42,7	57,3	100,0	297,9	36,3	58,1
1959	3783	4143	7 926	47,7	52,3	100,0	285,1	30,0	52,4
1960	3458	3518	6 976	49,6	50,4	100,0	257,3	26,4	47,6
1961	3290	2895	6 185	53,2	46,8	100,0	242,2	22,8	44,1
1962	3327	2905	6 232	53,4	46,6	100,0	253,1	24,8	47,9
1963	3283	2393	5 676	57,8	42,2	100,0	240,1	20,2	42,9
1964	3114	2170	5 284	58,9	41,1	100,0	227,8	18,3	40,0
1965	3282	1884	5 166	63,5	36,5	100,0	232,5	15,8	38,8
1966	3541	1772	4 313	66,6	33,4	100,0	239,6	14,3	33,4
1967	3766	1742	5 508	68,4	31,6	100,0	234,1	13,1	37,0

Горизонтальная графа: (1) Годы; (2) Выше 2500 гр.; (3) Ниже 2500 гр.; (4) Число; (5) Всего; (6) Проценты; (7) На 1000 живорожденных соответствующего веса приходится смерти до одного года.

Heading: (1) Year; (2) under 2500 grams; (3) over 2500 grams; (4) number; (5) total; (6) percentage; (7) number of deaths under one year of age per 1000 live-births of the corresponding weight.

A csecsemőhalandóság településtípusok szerinti differenciáltságát nagymértékben befolyásolja a születések súly szerinti összetételének területi differenciáltsága. Ennek következtében 1967-ben Budapesten a csecsemőhalálozások több mint háromnegyede (78,6%-a) koraszülött halálozás, a megfelelő értékek a többi város és a községek esetében 71,3%, illetve 64,2%. Még felűnőbb a koraszülötti halálozás jelentősége, ha a legalacsonyabb súlyú koraszülöttek arányát vizsgáljuk az összecssecsemőhalálozásban. Budapesten ezek aránya 54,4, a városokban 45,3, míg a községekben csak 34,8%. E két összefüggés fényében nyilvánvaló, hogy a főváros és a városok nagyobb csecsemőhalandóságát az endogén eredetű halálozások gyakoribb előfordulása, valamint a koraszülött halálozásoknak és e csoporton belül is a legkisebb súlyúak halálozásának a csecsemőhalálozásokban elfoglalt magas aránya okozza.

4. Csecsemőhalálozások születéskori súly és koresoport szerint, 1967
 Смертность младенцев по весу при родах и по возрастным группам, 1967
 Infant Mortality by the Weight at Birth and by Age-Groups

A csecsemőhalott születéskori súlya (gramm) (1)	0	1—2	3—6	7—13	14—30	1—2	3—5	6—11	Összesen (4)	Ebből: (5)	
	napos (2)					hónapos (3)				28 napon aluli (6)	28 napon felüli (7)
— 1499	1241	534	260	105	52	26	13	9	2210	2191	49
1500—1999	371	182	118	80	33	46	46	15	891	784	107
2000—2499	177	123	65	35	42	85	60	48	635	438	197
2500—2749	74	50	41	19	31	64	65	50	394	211	183
2750—2999	57	24	25	14	28	53	67	64	332	143	189
3000—3249	63	25	30	28	33	63	78	72	392	177	215
3250—3499	41	23	16	13	14	35	40	44	226	106	120
3500—3749	28	23	16	9	9	37	32	45	199	83	116
3750—3999	23	8	3	6	8	17	14	8	87	48	39
4000—4249	15	7	4	3	3	6	3	7	48	32	16
4250—4499	6	—	1	1	—	3	3	4	18	8	10
4500—4999	8	1	1	—	2	—	2	2	16	12	4
5000—	3	—	—	—	1	—	1	—	5	4	1
1. Ismeretlen	4	3	4	2	1	3	5	3	25	14	11
2. Összesen	2111	1003	584	315	257	438	429	371	5508	4251	1257
3. Ebből:											
4. 2500 gr aluli	1789	839	443	220	127	157	119	72	3766	3413	353
5. 2500 gr felüli	322	164	141	95	130	281	310	299	1742	838	904

Горизонтальная графа: (1) Вес умершего младенца при родах, граммы; (2) Дни жизни; (3) Месяцы жизни; (4) Всего; (5) В том числе; (6) до 28 дней жизни; (7) за 28 дней жизни.

Вертикальная графа: 1. Неизвестно; 2. Всего; 3. В том числе; 4. Ниже 2500 грамм; 5. Выше 2500 грамм.

Heading: (1) Weight at birth of the deceased infant; (2) days old; (3) months old; (4) total; (5) of which; (6) under 28 days; (7) over 28 days.

Lateral text: 1. Unknown; 2. total; 3. of which; 4. under 2500 grams; 5. over 2500 grams.

СОЦИАЛЬНЫЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ МЛАДЕНЦЕВ В ВЕНГРИИ

Резюме

После второй мировой войны сокращение смертности младенцев в Венгрии ускорилося, в 1967 году однако все еще на 1000 живорожденных приходилось 37 умерших в возрасте до одного года.

При исследовании смертности младенцев необходимо учитывать, что дефиниция живорождения в европейских странах не является единой, а это обстоятельство мешает сопоставимости данных. Определение, принятое в Венгрии по своему содержанию соответствует международной дефиниции. Таким образом к живорожденным относят много таких зародышей, на вырастание которых при настоящих знаниях и условиях почти что нет никакой надежды.

Наиболее характерной особенностью динамики смертности младенцев за последнее десятилетие является то, что все возрастающая доля смертей приходится на следующую после родов неделю. И в рамках первой недели смертность наиболее высока в первый день, 40% смертей младенцев имеют место в первый после родов день.

В связи с факторами, препятствующими тенденции постоянного сокра-

щения смертности младенцев необходимо обратить внимание на два обстоятельства:

1. На рост численности и доли недоносок.
2. На рост доли умерших из-за эндогенных причин смерти.

Недостатки, главным образом в группе ниже веса в 1500 грамм, а также младенцы, умершие по причинам врожденных болезней и состояний, в большинстве случаев скончаются в первой недели жизни.

Рассматривая смертность младенцев с точки зрения общественно-профессиональных групп, мы находим, что она наиболее низка у работников умственного занятия, потом по порядку следуют физические работники сельского хозяйства, и, наконец, физические работники вне сельского хозяйства. Смертность младенцев имеет обратное соотношение с уровнем образования. Более высокая смертность младенцев в столице, и соответственно городов по сравнению с сельской смертностью объясняется большей частотой смертей из-за эндогенных причин, а также высокой долей смертей недоносок внутри общей смертности детей до одного года.

(Данное исследование было обсуждено на Общей Демографической конференции Международного союза по изучению населения, состоявшейся в Лондоне с 3 по 11 сентября 1969 года.)

BIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS AFFECTING INFANT MORTALITY IN HUNGARY

Summary

After World War II. the decrease of infant mortality accelerated in Hungary, the rate of infant mortality, however, was still 37 % in 1967.

When analysing infant mortality one has to take into consideration that the definition of livebirth is different in the European countries which fact hampers the comparability of the data. The definition accepted in Hungary corresponds in its content to the international standard definition. In this way many foeti are recorded as livebirths for the upbringing of which there is practically not the slightest hope according to our knowledge and possibilities.

The most characteristic feature of the development of infant mortality during the last decade is that an ever increasing proportion of infant deaths occurs on the first week following the birth. Within it the greatest proportion can be registered on the first day; almost 40 per cent of infant deaths happen on this day.

One ought to draw attention to two factors which impede the steady decrease of infant mortality:

1. the increase of the number and proportion of premature births;
2. the increase of the proportion of deaths due to endogenous causes.

Premature babies, mainly those belonging to the weight category under 1500 grams, and those who die because of innate illnesses pass away for the most part on the first week after birth.

Analysing infant mortality according to the socio-economic groups of the parents we find infant mortality is the lowest in the families of non-manuals then follow the families of the agricultural manual workers and the families of the non-agricultural workers. Infant mortality is in inverse ratio to the educational level of the parents. The higher infant mortality in the capital and towns compared to that of the villages can be explained by the higher frequency of deaths due to endogenous causes and by the high proportion of premature births among births.

(Paper discussed at the General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, held in London, September 3—11, 1969.)

A KÖZÉPKORI MAGYARORSZÁG TÖRTÉNETI DEMOGRÁFIÁJÁNAK

MAI ÁLLÁSA*

DR. FÜGEDI ERIK

Az elmúlt évlizedben — elsősorban a Központi Statisztikai Hivatal és a Népeségtudományi Kutató Intézet kezdeményezésére — a magyar történeti demográfiai kutatás nagymértékben fellendült, s ma már külföldön is tekintélyt szerzett magának. A múlttal foglalkozó kutatók, történészek és régészek, a társadalomtudományok más ágainak képviselői, demográfusok és antropológusok egyéni munkával vagy több kutatót egyesítő munkacsoportokban próbálták megrajzolni különböző korok demográfiai fejlődésének vonásait, kibővíteni a rendelkezésre álló szűkszavú és kevés számú források körét. Az elmúlt évek erőfeszítései és eredményei, a különböző tudományágak közötti összhang biztosítása — úgy gondoljuk — nem teszik feleslegessé az eredmények összefoglalását, összhangjuk vagy ellentmondásaik pedig azt, hogy azokra a figyelmet felhívjuk és ezzel a további munka számára alapot teremtsünk. Talán felesleges bizonygatnunk, hogy éppen a forrásokban szegény korszak, az itt működő kutatók sokszor egymástól távol eső szempontja, módszerük eltérő volta sürgeti leginkább a középkori átfogó kép megrajzolását.

A magyar középkor forrásszegénységére még egy ilyen összefoglaló értékelés során is rá kell mutatni. Igaz, a Magyarországánál jóval fejlettebb államok kutatója is nehéz feladat előtt áll, mégis írott anyaga a miénkénél jóval bővebb.

Nem egyedül levéltáraink törökkori pusztulásának kell betudnunk, hogy alig maradt olyan elbeszélő forrásunk, amely egy-egy szűkebb terület eseményeit jegyezte volna fel, mint ahogy nem a pusztulás indokolja azt sem, hogy az ország nyugati és északi részén megmaradt levéltárakban is elsősorban jogügyletekre vonatkozó okleveleket találunk, gazdasági feljegyzéseket alig, demográfiaiakat pedig egyáltalán nem. Paradoxként hangzik, s mégis igaz, hogy éppen ezek a hiányok kényszerítik a magyar kutatókat sokszor olyan módszertani eljárások alkalmazására, amire gazdag forrásanyaggal rendelkező ország kutatója nem is gondol.

A magyar középkor kezdetét a honfoglalás jelenti, a történészek közül utoljára *Györffy György* (1963) kísérte meg, hogy az új hazát elfoglalók lélekszámát megállapítsa. Bizánci és keleti források alapján arra az eredményre jutott, hogy a magyar törzsszövetség 20 000 lovasa összesen 500 000 fős népességnek felelt meg, de ez a népesség a honfoglalást közvetlenül megelőző beseinyó támadás következtében mintegy 100 000 fős veszteséget szenvedett, az új hazába érkezők számát tehát kerekén 400 000 főre tehetjük. Ha Magyarország honfoglalás utáni népességét akarjuk meghatározni, akkor tekintetbe kell vennünk a Kárpát-medencében lakó népeket is, s ezek meghatározása már lényegesen nehezebb feladat. A történészek előtt már régóta ismert volt, hogy a medence a honfoglaláskor nem alkotott politikai egységet, egyes részei más és más fejlődésen mentek keresztül. Nyelvészek, elsősorban *Melich János* (1921—1924) és *Knieza István* (1938) és régészek egészítették ki a képet, amelynek keretét gyér feljegyzések szabták meg. Az ország északnyugati részén a Nagymorva birodalom fogta politikai szervezetbe a mai szlovákok őseit, nyugati szlovákok találunk a Dunántúl egyes vidékein is. Itt azonban a kép már jóval bonyolultabb.

A Balatontól északra a Dunáig erdős, mocsaras vidék terült el, amely viszonylagos védelmet nyújtott a népvándorlás viharában hajótörést szenvedett népeknek. Győrben keresztény hitre tért avar fejedelem székelt, népe a Hanság mocsaras vidékére húzódott vissza. Nem zárhatjuk ki a régi római városok, elsősorban Pécs és Szombathely romanizált lakosságának továbbélését

*A Budapesten 1968. március 23—27 között tartott francia—magyar gazdaságtörténeti konferencia korreferátuma (az utolsó bekezdés kivételével). Köszönetet mondok *Nemeskéri Jánosnak* és *Kratovánszky Alánnak*, akik kutatásuk eredményét szívesek voltak rendelkezésemre bocsátani.

sem. A legutolsó fenékpusztai ásatások az ilyen római hagyományokat folytató népesség, sőt gepidák továbbélését mutatják *Sági Károly* (1962) megállapítása szerint. Bolgár—szlávok éltek a Duna—Tisza közén, a Tiszántúlon és Erdélyben valószínűleg lényegesen ritkább településeken. Ezt a sokféle, nyelvi és életformában egyaránt eltérő néppésséget a honfoglalást követő 150 év alatt a magyarság jelentős részben asszimilálta. Ebből a tényből kiindulva *Szabó István* (1941) számukat a magyarságénál alacsonyabbra tette, s Györffy (1963) is 200 000 főre, tehát a honfoglalók lélekszámának kerekén a felére becsülte. Még ez az arány sem magyarázza meg kielégítően az asszimiláció gyorsaságát (5—6 nemzedék) s ezért más feltevéseket sem zárhatunk ki. Elsősorban azt kell lehetségesnek tartanunk, hogy az avarok számbeli aránya magasabb volt, mint ahogyan azt eddig hittük.

Az asszimiláció szempontjából még egy tényező játszhatott közre előnyösen: a Kárpát-medencében élő népek és néptörzsek a 10—11. században a magyarsággal együtt vették át a feudális társadalmi rendet.

A honfoglalás bonyolult etnikai képe a következő száz esztlendő alatt, a keresztény királyság megalapításáig eltelt korszakban még bonyolultabbá vált. Forrásaink szerint kelet felől dunai bolgárok, korezmiek és más muzulmánok, később besenyők települtek meg az országban, melynek lakosságát Györffy 1000 körül kerekén egy millió főre teszi.

Szabó István (1966) utolsó művében a népesség kérdését új szempontból, a településhálózat szemszögéből vette vizsgálat alá. Megállapította, hogy a 10—11. századi települések igen kicsinyek voltak. Írott forrásaink és régészeti emlékeink tanúsága szerint egy-egy faluban 35—36 háztartás volt, ami 180 lakosnak felel meg. Meg kell jegyeznünk, hogy a háztartás átlagos lélekszáma ezeknek a kutatásoknak kritikus pontja. Szabó I. és Györffy Gy. egy háztartásra 5 főt, *Éry Kinga* és *Kralovánszky Alán* 7 főt számít.

Az ország teljes népességére vonatkozó becslések, Szabó I. településtörténelmi vizsgálatai egyaránt a történettudomány hagyományos módszerein alapulnak, de koraközépkori demográfiai viszonyaink felderítésére éppen a magyar kutatók fejlesztették tovább a paleodemográfia módszerét, s ezzel nemcsak új forrásanyagot tettek hozzáférhetővé, hanem új eredményekkel növelték ismereteinket. A csontvázletek nem és életkor szerinti meghatározását *T. W. Todd* amerikai antropológus kutatásai alapján már 1924 óta alkalmazták. A magyar kutatók — elsősorban *Nemeskéri János* és *Acsádi György* nevét kell megemlítenünk — érdeme nem a módszer feltalálása, hanem tökéletesítése és főképpen demográfiai célokra való felhasználása. Ezzel a paleodemográfia új fejezete nyílt meg, de a tökéletesebb módszer fokozott követelményeket támasztott. A régésztlől meg kellett követelni, hogy a kérdéses temetőt teljesen feltárja, minden előkerülő csontvázletet begyűjtsön, ami eladdig nem volt szokásos és jelentősen növelte a költségeket. Másrészt — ez a régészetben nem könnyű feladat — a régésznek pontosan meg kell tudnia határozni azt az időt, amíg a kérdéses temetőt használták. Növekedtek a követelmények az antropológussal szemben is, mert a csontvázak életkorát az addiginál szűkebb keretek közé kellett szorítani. Gyakorló orvosok és antropológusok közös erőfeszítésére volt szükség ahhoz, hogy az életkor meghatározását pontosabbá tegyék. Mindezek után szükség volt egy demográfusra, aki az adatokat Halley módszere alapján halandósági táblába foglalja és értékeli. A demográfusokban joggal felmerül a kérdés, vajon alkalmazható-e Halley módszere, amelynek köztudomás szerint az az alapvető hibája, hogy a népesség korösszetételét állandónak veszi, s a korszpecifikus halalozás alapján az élők korösszetételét meghatározhatónak tartja. Ennek ellenére azt kell mondanunk, hogy ez idő szerint ilyen anyagra vonatkozóan ennél jobb módszerrel ma sem rendelkezünk.

A Magyarországon és a szomszédos államokban feltárt és paleodemográfiai szempontból érlékelt temetők eredményei nagyjából megerősítik a történetírás hagyományos eszközeivel megrajzolt képet. Aligha csodálatos, hogy a halalozási viszonyok rosszak voltak, mintegy 35 %-es halalozással kell számolnunk. A csecsemő- és gyermekhalandóság az összes halalozás 40 %-át tette ki, a születéskor várható élettartam 28,7 év volt. Meglepőbb, hogy a csecsemő- és gyermekhalandóság nem magasabb, mint a késő feudalizmus korában. A halandósági görbe 16—20 év között kisebb csúcsot mutat. A fiatal nők, pontosabban a

fiatal anyák képviselik ezt a csoportot, akik szülés alatt vagy annak közelében haltak meg. Kralovánszky és Nemeskéri megkísérelték a kerpusztai 11. századi temető alapján a fertilitás meghatározását. Úgy találták, hogy a 20 év alatt elhalt nők túlélő gyermekeinek száma nem haladta meg a 0,22 értéket. Csak a 25–29 év között meghalt anyáknál éri el ez a mutató az egy gyereket, s még a produktív korszakuk végét elérő nők túlélő gyermekeinek száma is csak 2,81. Így a biológiai családok létszáma kicsi lehetett, s a természetes szaporodás mértéke nem haladhatta meg a 4‰-et. Ha ezeket az értékeket általános érvényűnek tekintjük, akkor az ország szakrális fővárosa Fehérvár körül elterülő falvakban a lakosok átlagos száma a 10. század végén 58 fő lehetett, s egy századdal később 82 főt érhetett el.

A paleodemográfia eredményei más fontos megállapításokat is lehetővé tesznek. Kiderül ugyanis — legalábbis ami a halandóságot és a születéskor várható élettartamot illeti — nem volt lényeges különbség a népesség különböző rétegei között a 9–12. században sem etnikai sem kronológiai szempontból. Igaz, a sopronkőhidai 9. századi avar temető adatai valamivel rosszabb viszonyokat mutatnak, a születéskor várható élettartam két évvel alacsonyabb (26,7 év) és a csecsemő-, ill. gyermekhalandóság szintje is magasabb (az összes halálozás 46,2‰-a). Ez a különbség azonban nem döntő, mint ahogyan az sem, hogy a jugoszláviai bledi 10–11. századi temetőben az utóbbi arány 44,8‰-ot ért el. Minden arra mutat, hogy a 9–12. században a születéskor várható élettartam, s a túlélés nagyjában-egészében azonos volt egész Kelet-Európában. A feudális társadalmi rend bevezetése következtében előálló társadalmi különbség hatása már ebben a korban megfigyelhető a halálozási viszonyok alakulásában. Ha a sírmellékletek gazdagságát vesszük tekintetbe, akkor megállapíthatjuk, hogy minél gazdagabbak a sírok, annál alacsonyabb a csecsemő- és gyermekhalandóság. Jellemző, hogy ez az arány éppen Zalavárott a legalacsonyabb (23%), ahol legelőször teremtették meg frank uralom alatt a feudális társadalmi rendet. Sietünk hozzátenni, hogy ez a szám még bizonytalan, mert a temetőt még csak részben tárták fel.

Általában keveset tudunk a honfoglalást követő uralkodó osztály demográfiai viszonyairól. Biztos, hogy ennek az osztálynak tagjai lovasnomád életformát éltek, temetkezésükben is elkülönültek a köznéptől, s pogány sílusú temetőik ma még kevéssé vannak feltárva.

Végül a paleodemográfiai kutatások még egy eredményére kell felhívunk a figyelmet Fehérvárra vonatkozólag. A várnak nevezett városrészes kiterjedésén alapuló számítások szerint 1030 körül a lakosság lélekszáma 2500 fő lehetett, ami arra mutat, hogy korai nomád jellegű városaink létszáma a falusi telepekkel szemben igen magas volt.

Itt kell megemlítenünk Kralovánszky egy még befejezetlen vizsgálatát korai templomaink alapterületéről. Kereken száz 11–12. századi templom, illetve rom alapján Kralovánszky arra az eredményre jutott, hogy átlagos alapterületük 33 m². Abból kiindulva, hogy a gyermekek aránya a népesség egyharmada, a felnőttek kétharmada, s egy négyzetméteren négy felnőtt vagy hat gyermek helyezhető el, arra az eredményre jutott, hogy a 33 m²-en 100 felnőtt és 50 gyermek fért el. Ezt a számot 15–20%-kal megnövelve (az otthon maradó kisgyermekek, szoptató anyák és öregek) 180–220 személyt kapunk. Feltéve, hogy a templomokat a hívők számának megfelelő méretben építették, lényegében ugyanarra a falunagyságra jutunk, mint a hagyományos történeti és a paleodemográfiai kutatás.

A fentiekben három, tulajdonképpen egymástól független és más-más szempont figyelembevételével meginduló, különböző módszerrel dolgozó kutatás eredményét ismertettük. Megnyugtatónak látszik, hogy minden különbség ellenére a három eredmény ugyanazt a képet tárja elénk: kis településekben, rossz halandósági viszonyok között élő, majdnem stacionér népesség, amelynek kereken két és fél századra (8–9 nemzedékre) van szüksége, hogy létszámát megduplázhassa.

Magyarország lakosságának mégsem volt szüksége 250 évre, hogy megduplázódjék, mert Györfly (1963) becslése szerint már a 12. század végére elérte a kétmillió főt, ami két tényezőnek volt köszönhető: a természetes szaporodásnak és a bevándorlásnak. Itt kell visszatérnünk Kralovánszky fent

idézett vizsgálatára. A 13–14. század folyamán épült templomok alapterülete átlagosan 65 m². Korábbi eljárását alkalmazva ez a terület 290 fő befogadására alkalmas, s így egy-egy falu lakosainak száma 300–360 fő között mozoghatott. Ez az eredmény ellent mond Szabó I. (1966) alább ismertetendő megállapításának, amely szerint a falvak lélekszáma csökkenő irányzatú volt, ezért további vizsgálatokat kíván.

Minden jel arra mutat, hogy a 11–12. században a természetes szaporodás magas volt, amit a földművelésre való áttérés bizonyos fokig indokolt is. Szabó István (1966) hívta fel a figyelmet arra, hogy a 12. századi összeírásokban szereplő háztartásokban 2–4 élő gyermeket sorolnak fel. Ez a szám rendkívül magas és bizonyára csökkentenünk is kell a minta kis száma és területi korlátozottsága miatt, hiszen a nagy összeírások szinte mind Dunántúlon levő egyházi nagybirtokokról valók. Az sem látszik valószínűnek, hogy a halandósági viszonyok lényegesen megjavultak vagy a fertilitás jelentékenyen megnövekedett volna.

A földművelésre való áttérés okozta változások ellenére sem a természetes szaporodás, hanem a bevándorlás növelte meg az ország népességének számát, mégpedig a Nyugat felől meginduló bevándorlás. A „latinok”-nak nevezett vallonok, franciák és olaszok voltak első városlakóink, megtaláljuk őket az ország két fővárosában Fehérvártól és Esztergomban, de más városainkban, így pl. Váradon is. A latinok nemcsak a városokban, hanem mezőgazdasági jellegű falvakban is megtelepedtek, népnevük az Olaszi helynévben ma is őrzi emléküket. A német bevándorlás is megoszlott a városok és falvak között. Két legrégebb bányavárosunk Selmecebánya és Radna német alapítású és nemzetiségű volt. Agrártelepeik két nagy zárt német tömböt hoztak létre, a Szepességén 60–64 telepük, Erdélyben mintegy 200 településük volt, közülük nem egy — pl. Brassó, Nagyszében, Lőcse vagy Késmárk — jelentős városunkká fejlődött.

A természetes szaporodás és a bevándorlás következtében az ország településhálózata kiépült, az erdőirtás újabb területeket szabadított fel a mezőgazdasági művelés számára. Az ország északi része ekkor nyerte el későközépkori települési képének legfőbb vonásait. Sokban segítené történeti demográfiai kutatásunkat, ha ezen a téren településtörténetünk eredményeit hasznosíthatnánk, sajnos ez a tudományág az utóbbi két évtizedben úgyszólván teljesen megszűnt. Ez pedig annál sajnálatosabb, mert a paleodemográfiai kutatások ebben a korban nem nyújtanak már segítséget. A kereszténység terjedése és megerősödése megszüntette azt a pogány szokást, hogy a halottal a túlvilágon szükséges használati tárgyakat temessenek el, ez pedig azt jelenti, hogy a temetők használatának idejét nem lehet megállapítani, hogy ezzel megszűnik az antropológiai eredmények kiértékelésének egyik elengedhetetlen előfeltétele. Írott forrásunk ebből a korból még nincs, így egyedül történeti-földrajzunkra támaszkodhatunk, ha a 13–15. században bekövetkezett demográfiai események hatását meg akarjuk ítélni.

A 13. század derekán a tatárok megsemmisítő győzelmet arattak a magyar király serege felett, majd — a Dunántúl és az ország északi része kivételével — egy évig megszállva tartották az országot. Elsősorban az Alföld és a Tiszántúl szenvedett érzékeny veszteséget, egyes megyékben az elpusztult és többé be nem települt falvak az összes falvak 45%-át alkották. A Duna—Tisza közén a pusztulást a kunok betelepülése némileg pótolta. Számukat Györfly (1963) 40 000 főre teszi. A veszteségek másik részét újabb (német, morva és lengyel) betelepülés pótolta a 13. század végére. Szabó István (1963) szerint az 1300–1526 közötti időszakban az ország lakossága kétmillióról 3,5–4 millió főre szaporodott. A 12–13. századéhoz hasonló tömeges bevándorlással ebben a korszakban — a románok előnyomulását kivéve — már nem számolhatunk. Maradna tehát a természetes szaporodás, de ez a 4%-os meglehetősen alacsony arány sem érvényesülhetett teljesen, hiszen a népesség 225 év alatt sem duplázódott meg.

A szaporodási ütem meglassulásának legegyszerűbb magyarázata — és a nyugati példákat tekintve legkézenfekvőbb is — az 1348–1350 közötti „fekete halál” (pestis) lenne. A rendelkezésre álló adatok azonban ellentmondanak ennek a feltevésnek. Minden arra mutat, hogy a pestis Magyarországon kevesebb

áldozatot követelt, mint Nyugat-Európában. Ezt a tényt történetírásunk már régebben felismerte, a mi feladatunk legfeljebb az, hogy megpróbáljunk a jelenlegre magyarázatot találni. Rá kell mutatnunk arra a körülményre, hogy — legalábbis jelenlegi ismereteink szerint — Magyarországon a pestis nem előzte meg katasztrófális termés és éhínség. Nemcsak forrásaink hallgatnak éhínségről, de aligha lehet éhínségről beszélni olyan országban, ahol a kenyérgabona termelése, az állattenyésztés és halászat között bizonyos egyensúly állt fenn. Ezenkívül a termés 10–20%-a az egyház és a földbirtokosok kezén halmozódott fel jelentős, éhínség idején könnyen mozgósítható formában, amit az is bizonyít, hogy a győri káptalan egy ilyen alkalommal két év előtti termését adta el.

A másik körülmény az ország földrajzi fekvése. Magyarországnak nem volt jelentős tengeri kikötője (ezek voltak a fertőzés gócpontjai Nyugat-Európában), fontos kereskedelmi útvonal sem keresztezte, a ragály behurcolásának esélye tehát korlátozott volt.

Végül harmadik körülményként két gondolatot kell megemlítenünk. *J. B. Russel* (1960) szerint a szárazabb éghajlatú területeken a pestis nem pusztított olyan mértékben, mint az óceáni klímájúakon. Nemeskéri János azt a gondolatot vetette fel, hogy míg a nyugat-európai népesség az „A” vércsoporthoz tartozott, a magyarországi a „B” vércsoporthoz, s az utóbbi ellenálló-képessége nagyobb volt. Mindezzel nem akarjuk azt állítani, hogy Magyarországon nem pusztított a pestis. A „nagyhalálon” kívül a 14. században hal, a 15. században hús alkalommal említenek ragályt, ezek azonban — úgy látszik — egy-egy szűkebb területen belül ütötték fel fejüket. Az 1494/95. évi országos adóösszeírásban az adóköteles portáknak csak egy töredékét (kevesebb mint 5%-át) mentették fel az adófizetés alól egy évre. Mindent egybevéve kétségtelen, hogy pestis Magyarországon is volt, de az is kétségtelen, hogy hatása távolról sem volt olyan pusztító, mint Európa nyugati részein, ahol évszázadokra visszavetette a népesség szaporodását.

A természetes szaporodást akadályozó tényezők közé tartozott a háború. A 15. század derekán az ország északi részein huszita, a század derekától a déli részein a török betörések és harcok pusztították a lakosságot, nemegyszer falujának elhagyására kényszerítve.

Pestis és háború, egyes területeken élelmiszerszűke, ezek azok a tényezők, amelyek a természetes szaporodás ütemét lassították, de nem akadályozták meg teljesen érvényesülését.

A 14–15. század folyamán az ország településhálózata nagymértékben megváltozott. Szabó I. (1966) mutatott rá, hogy a falvak átlagos lakossága fokozatosan csökkent. A 13. századi átlagosan 140 fős falu a 14. században 131 főre, a 15. században 115 főre esett vissza. Mégsem természetes csökkenéssel állunk szemben, hanem a népesség bizonyos mértékű áttelepülésével a településhálózaton belül. A 14. század derekától fogva megjelennek a mezővárosok. Történetírásunk sokat foglalkozott a mezővárosok társadalmi és gazdasági szerepével, s így elég itt annyit megemlítenünk, hogy számuk a 15. század végére már 800 volt, lakosságuk pedig átlagosan 500–600 fő között mozgott, ami azt jelenti, hogy a jobbgátság 16–20%-a már mezővárosban élt és nem falun.

Városaink lakossága sohasem érte el a nyugat-európai városok létszámát. A 15. század végén a király székhelye Buda, csak 8000 lakosu, Pest valamivel kevesebb, s ezt a számot csak nagy kereskedelmi központjaink Kassa és Szeged közelítette meg 7000–7500 fővel. Szabad királyi városaink összlakossága 80 000 fő körül mozgott, tehát az ország lakosságának mindössze 2%-át tette ki. Ez a tény is megerősíti azt a véleményt, hogy Magyarországon agrárország volt, ahol az iparral és kereskedelemmel foglalkozó polgárság a lakosság elemyésző töredékét képviselte csak, nem csoda, hogy politikai súlyra sem tudott szert tenni.

A városok halálozási viszonyai még a falvakénál is rosszabbak lehettek. *Kubinyi András* (1967) 80 ismert budai és pesti polgár adatait gyűjtötte össze. Ezek közül 24 gyermektelenül halt el, a 80 polgárnak mindössze 59 nagykorú és 7 kiskorú gyermeke volt. Nem meglepő, hogy városaink a kor társadalmi struktúrájának megfelelően bevándorlókkal próbálták a népe. ség számát fenn-

lartani. A legfelsőbb és leggazdagabb réteg leginkább német volt, utánpótlását is német nyelvterületen kereste, Buda pl. a délnémet, az északi városok a sziléziai városokban. A magyar iparosréteg Pesten csakúgy, mint Kassán a szomszédos mezővárosokból biztosította utánpótlását.

Egyetlen adatunk van a termelés és a népesség közötti összefüggésre. Az 1397., ill. 1405. évi honvédelmi törvényekből úgy tűnik, hogy a 15. század elején 200 ember munkája tartott el egy lovas katonát.

Két részletkutatás bizonyos mértékig demográfiai problémákat is érintett. A 15. századi magyar püspökök adatai azt mutatják, hogy társadalmi származás és átlagos élettartam között összefüggés állt fenn. Valamennyi püspököt tekintve az átlagos élettartam 54 év volt, de a bárói családokból származóké csak 50, a paraszti származásúaké 66 év. Az arisztokrata családok még befejezetlen vizsgálata arra enged következtetni, hogy a férfiak átlagos élettartama 21 év volt és (a megfelelő életkort elért személyek) 14,9 évet töltöttek átlagosan házasságban. A házasságokból átlagosan 3,8 gyermek született, de ha az azonos apától származó gyermekeket vesszük alapul, akkor tekintettel a gyakori újranősülésre, ez a szám 4,8 gyermek. Úgy tűnik, hogy a 15. század végéig a halálzási viszonyok romlottak, s az arisztokraták gondja nem sok gyermekük elhelyezése, hanem családjuk fenntartása volt. A két részletvizsgálat adatait nem általánosíthatjuk. Az adatok igen szűk társadalmi rétegre vonatkoznak, s ha nincsenek is távol a valóságtól, nem alkalmasak általánosabb következtetések levonására.

A fentiekben a magyar középkor demográfiai kutatását próbáltuk meg összefoglalni, s befejezésül néhány jellemző vonást kell kiemelnünk. Úgy látszik, hogy a rendelkezésre álló forrásanyag és az eddig kifejlesztett módszer alapján a magyar középkor két elég élesen elhatárolható részre bomlik, egy a 12. század végéig tartó, s egy azt követő korszakra. A paleodemográfiai módszernek köszönhető, hogy a korábbiól kaphatunk bővebb tájékoztatást, erről vannak alaposabb ismereteink. Talán erre vonatkozóan lehet több reménységünk is. A régészeti topográfia és az Árpád-kori történeti földrajz munkálatai külön-külön úton haladnak, de éppen a kettőnek demográfiai céllal történő összekapcsolása jelenthetne újabb lépést előre. A második korszak mai ismereteink szerint reménytelen helyzetben van. Kiaknázatlan forrásunk már csak a városi adójegyzékek csoportja, s bizony ez is elég sovány. Erre a korszakra vonatkozólag más módszer látszik alkalmasnak, s ez a későbbi korokból való visszakövetkeztetés. Ezzel a két lépéssel talán enyhülnének azok az ellentmondások is, amelyekről középkori demográfiai kutatásunk — minden nemzetközi téren szerzett elismerés ellenére — sem mentes.

I R O D A L O M

- Györfly György: Magyarország népessége a honfoglalástól a XIV. század közepéig. In: Magyarország történeti demográfiája. (Szerk.: Kovácsics József) Budapest, 1963.
- Szabó István: A falurendszer kialakulása Magyarországon. Budapest, 1966.
- Szabó István: A magyarság életrajza. Budapest, 1941.
- Acsádi György—Nemeskéri János: Az emberi élettartam. Sajtó alatt.
- Acsádi György: A középkori magyar halandóságra vonatkozó paleodemográfiai kutatások eredménye. In: Történeti Statisztikai Évkönyv, 1963—1964. 3—34. p.
- Éry Kinga—Kralovicsky Alán—Nemeskéri János: Történeti népességek rekonstrukciójának reprezentációja. *Anthropológiai Közlemények*, VII. 1963. 41—90. p.
- Nemeskéri János—Schrantz Dénes—Acsádi György: Vizsgálatok a koraközépkori halandósági viszonyok megállapítására. Az eredmények embertani alkalmazásának lehetőségei. *Az MTA V. osztálya biológiai csoportjának közleményei*, I. 1957.
- Nemeskéri János—Harsányi L.: A csontvázletelek életkorának meghatározási módszereiről és azok alkalmazhatóságáról.
- Nemeskéri János—Harsányi L.—Acsádi György: Methode zur Diagnose des Lebensalters von Skelettfunden. *Anthropologischer Anzeiger*, 24. 1960. 79—95. p.
- Nemeskéri János—Kralovicsky Alán: Székesfehérvár becsült népessége a X., XI. században. In: Székesfehérvár évszázada. Székesfehérvár, 1967. 125—140. p.
- Szabó István: Magyarország népessége 1330. és 1526. évek között. In: Magyarország történeti demográfiája. (Szerk.: Kovácsics József) Budapest, 1963. 63—113. p.
- Kubinyi András: Budai és pesti polgárok családi összeköttetései a Jagelló-korban. *Levél-tári Közlemények*, XXXVII. 1967. 227—291. p.
- Fügedi Erik: Hungarian bishops in the Fifteenth Century. *Acta Historica*, XI. 1965. 375—391. p.
- Fügedi Erik: A 15. századi magyar arisztokrácia demográfiai viszonyai. *Történeti Statisztikai Évkönyv*, 1963—1964. 35—71. p.

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОЙ ДЕМОГРАФИИ
СРЕДНЕВЕКОВОЙ ВЕНГРИИ

Резюме

Демографическое положение средневековой Венгрии является предметом изучения со стороны представителей нескольких отраслей наук. Автор статьи стремился подытожить результаты, достигнутые различными методами и противопоставить их друг другу. Численность венгров, занимавших Карпатский бассейн в последние годы 9 века историк *Г. Дерфи* определяет в 400 тысяч человек. В это время эта территория не была единой ни в политическом, ни в этническом отношении, политический бассейн был раздроблен между Великоморавской и Франкской империями, и болгарами, соответственно. С этнической точки зрения в различных краях страны жили западные и болгаро-славяне, авары и остатки других народов, перешедших в связи с великим передвижением народов. Вместе с здесь находившимися элементами народов и иммигрировавшими из Востока (бешени, хорезмцы и болгары) население страны к началу тысячелетия, времени основания христианского королевства, достигло по оценке того же Дерфи 1 миллион человек. В последние годы 11 и начала 12 веков страна стала открытой для западных передвижников в связи с христианскими походами. Фландрийские, французские и в меньшей мере итальянские граждане, названные «*Latini*», переселились в городах страны, немцы заселили горные города, а также северную и восточную приграничные территории страны характером сельскохозяйственных поселений. Таким образом численность населения страны к концу 12 столетия достигла 2 миллиона человек.

На основе письменных источников *И. Сабо* приходит к выводу, что села в 11—12 веках были поселениями с весьма небольшим числом населения, примерно в одном селе жило 35—36 семей, то есть приблизительно 180 человек. Венгерские применители палеодемографического метода, начатого американцем Тоддом (И. Немешкери, Дь. Ачади) путем полного раскрытия кладбищ 11—12 веков и определения возраста найденных там скелетов при составлении таблиц смертности методом Халлей (в отсутствие возможности применения лучшего метода) для определения возраста умерших пришли к тому выводу, что ожидаемая при рождении средняя продолжительность жизни была 28,7 лет, фертильность являлась очень низкой и естественный прирост населения не превысил 4%. Это обстоятельство указывает на наличие семей с весьма небольшим числом детей, а также на наличие поселений с небольшим числом жителей. Археолог *Краловански* на основе площади, сохранившихся или открытых церквей 12 века сделал вывод о том, что если церкви были построены в соответствии с фактическим числом населения, то число жителей отдельных деревень было около 180—200 человек. Таким образом, представители различных отраслей наук пришли к приблизительно одинаковым выводам. При таких условиях для удвоения численности населения страны потребовалось бы 250 лет.

В действительности же численность населения удвоилась к 1526 году, достигшего к этому времени 4 млн. человек. Иммиграция играла в этот период небольшую роль и таким образом следует сказать, что темпы естественного прироста сократились. Из числа сокращающих факторов можно исключить чуму, свирепствовавшую в Западной Европе в середине 14 века, так как она в Венгрии не потребовала значительных потерь человеческой жизни. О голодовках данными не располагаем, значительно больше данных имеются об уничтожающих последствиях войн. К сожалению, палеодемография не дает информации относительно этого времени, так как предпосылкой такой информации является возможность точного определения работы кладбищ, а христианство положило конец этой возможности путем прекращения удостоверения о возрасте гробов. Таким образом, на основе письменных источников можно определить всего лишь то, что имела место большая передвижка в сети поселений. Среднее число населения деревень сократилось и возрасли число и численность населения маленьких городов

с аграрным характером. В начале 16 века 15—20% крепостных уже жили в таких местах. Численность населения маленьких городов не достигла уровня западных городов того времени, — столица страны Буда, являвшаяся одновременно наибольшим городом страны, насчитывала 10 000 чел. населения.

THE PRESENT STATE OF THE HISTORICAL DEMOGRAPHY OF MEDIEVAL HUNGARY

Summary

The representatives of several disciplines are concerned with the demographic conditions of medieval Hungary. In his paper the author tries to summarize the results achieved by different methods and compares them.

G. Györffy, historian, puts the number of the Hungarians conquering the Carpathian Basin at the end of the ninth century at 400 000. At that time the Basin was neither politically nor ethnically homogeneous; politically it was divided among the Great Moravian, Frank and Bulgarian empires, while ethnically it was inhabited by Western- and Bulgarian-Slavs, by Avars and by other fragments of peoples who had crossed it in the period of great migrations. The people found here and further migrants from the East (Pechenegs, Chorenziens, Bulgarians) increased the population of the country to one million by the beginning of the second millennium, at the time of the foundation of the Hungarian Kingdom, according to the estimate of Györffy. The march of the crusaders across the country at the end of the eleventh and at the beginning of the twelfth century opened it before Western migrants. French, Flandrians and, to a smaller extent, Italians, called together Latini, settled in the towns of the country, while Germans chose the mining towns and founded agricultural settlements in two geographically continuous regions on the northern and eastern frontier of the country. In this way by the end of the twelfth century the population number attained 2 millions.

On the base of written sources István Szabó came to the conclusion that the villages in the eleventh and twelfth century might have been very small: 35—36 families, i. e. 180 persons might have lived in one village. Hungarian scientists — János Nemeskéri and György Acsádi — improvers of the paleodemographic methods of the American scientist Todd, came to the conclusion as a result of discovering eleventh and twelfth century cemeteries and by determining the age of the skeletons and by using the life-tables of Halley, that the expectation of life at birth might have been 28,7 years, fertility ought to have been very low and the natural increase could not have surpassed 4%. This refers to very small families and to settlements with small population. Kralovánszky archeologist, studying the surface of the ground-floor of village-churches from the 12th century came to the conclusion that — provided the churches were constructed according to the needs of the actual population number — the population of the villages might have amounted to about 180—200. So representatives of different disciplines came roughly to the same conclusion. Under such conditions 250 years would have been necessary for the population of the country to double its number.

The population actually doubled by 1526, when it attained 4 millions. So we have to say that the rate of the natural increase decreased. From the factors which might have caused this decline black plague, which decimated the population of Western Europe in the middle of the 14th century, may be excluded as it did not cause grave losses in Hungary. We have no data regarding famines, but many data are available concerning the war losses. Unfortunately, paleodemography cannot give any information concerning this period, because a precondition of this would be a possibly good determination of the period of use of the cemetery, but Christianity made an end to the grave furniture giving age determination.

Thus from the written sources all we can establish is that a major displacement occurred in the settlement network. The average population of villages decreased while that of the small towns of agricultural character increased. At the beginning of the sixteenth century about 15—20 percent of the serfs lived in such places. The population of the towns did not attain the level of Western towns of that age; Buda, the capital of the country and at the same time the biggest town, numbered 10 000 inhabitants.

FIGYELŐ

HÍREK

A Magyar Forradalmi Munkás-Paraszt Kormány *dr. Kiss Albert* kandi-dátust, egyetemi tanárt — miniszterhelyettesi rangban — 1969. október 12-én a Központi Statisztikai Hivatal elnökhelyettesévé kinevezte.

*

Dr. Szabady Egon, a Népeségtudományi Kutató Intézet igazgatója, a KSH elnökhelyettese, *Dr. Tamásy József* tudományos osztályvezetőt, az Intézet tudományos titkárát a KSH Népeségtudományi Kutató Intézete igazgatóhelyettesévé kinevezte, egyidejűleg *Pongrácz Tiborné* tudományos munkatársat, a Népeségtudományi Kutató Intézet tudományos titkári teendőinek ellátásával bízta meg.

*

A Nemzetközi Családtervezési Szövetség (International Planned Parenthood Federation — IPPF) Európai és Közél-keleti Régiójának 6. konferenciáját követően a szülészek és nőgyógyászok egy csoportja a Szegedi Orvostudományi Egyetem vendége volt, ahol a Női Klinikán egy tanfolyam keretében a *Szonlág* professzor és munkatársai által kifejlesztett méhen belüli fogamzásgátló eszközök (Intrauterine Contraceptive Device — IUD) felhelyezését tanulmányozta. Hét ország harmincnégy delegátusa: demográfusok, nőorvosok, pszichológusok a Gellért Szálló különtermében, szeptember 18—19-én értekezletet tartottak, ahol megtárgyalták egy közös kutatási program kialakítását, mely az ismétellen alkalmazott művi abortusz demográfiai, gazdasági és egészségügyi vonatkozásai mellett annak lélektani hátterét és következményeit is felderítené. A kétnapos konferencia elnöke *Dr. Szabady Egon*, a Népeségtudományi Kutató Intézet igazgatója volt. Jelen volt az értekezleten az Egyesült Nemzetek Szervezete Népesedési Osztályának munkatársa *Gwendolyn Z. Johnson* és az IPPF Orvosi Bizottságának igazgatója *Dr. Malcolm Potts*. *Dr. Henry P. David* helyettes igazgató az Amerikai Kutató Intézetek Nemzetközi Kutató Intézete képviselőjeként vett részt a megbeszéléseken. Az Egészségügyi Minisztérium részéről *Dr. Tiborcz Gabriella* főosztályvezető jelent meg a konferencián. A Magyar Nők Országos Tanácsát *Pusztaházi Istvánné* képviselte.

*

Az ENSZ Népesedési Bizottsága (Population Commission) 1969. november 3—14 között tartotta 15. ülését Genfben.

Az ülés napirendjén az alábbi fontosabb témakörök szerepeltek:
a népeségi statisztika fejlesztése, elsősorban az elmaradott országokban.
Az ENSZ Statisztikai Hivatalának eddigi tevékenysége és jövő tervei;
az ENSZ Demográfiai Főosztálya, a szakosított szervek és regionális gazdasági bizottságok munkája a 14. ülés óta;
vita a világ népesedési helyzetéről;
a termékenységre ható tényezők szerepe, az egyes országok népesedéspolitikája, különös tekintettel a családtervezési programokra;

a technikai kooperáció és a technikai segély kérdései a népesedési problémák területén;

a harmadik népesedési világkonferencia jellegének megvitatása és időpontjának meghatározása;

a kétéves és az ötéves munkaprogram megvitatása.

Az ülésen a 27 tagállam (köztük a Szovjetunió, az Ukrán SzSzk és Csehszlovákia) képviselőin kívül részt vettek az ENSZ szakosított szerveinek (WHO, ILO stb.) és a regionális gazdasági bizottságoknak, valamint az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa (ECOSOC) egyéb szaktanácsadói képviselői is. Magyarország első ízben — megfigyelőként — vett részt a Népesedési Bizottság ülésén. Az ülésen a magyar kormányt *dr. Szabady Egon*, a Központi Statisztikai Hivatal elnökhelyettese, a Népeségstudományi Kutató Intézet igazgatója képviselte.

ИЗВЕСТИЯ

Венгерское Революционное Рабоче-крестьянское Правительство 12 октября 1969 года назначило профессора и кандидата *д-ра Альберта Киша* — в качестве заместителя министра — заместителем председателя Центрального статистического управления.

*

Директор Научно-исследовательского института по демографии и заместитель председателя Центрального статистического управления *д-р Эгон Сабади* назначил научного руководителя отдела, научного секретаря института *д-ра Йозефа Тамаши*, заместителем директора Научно-исследовательского института по демографии Центрального статистического управления. Одновременно он назначил научного сотрудника института *Тиборне Понграц*, научным секретарём Научно-исследовательского института по демографии ЦСУ ВНР.

*

После шестой Конференции Европейской и Ближневосточной Регион Международного Союза по планированию семьи группа гинекологов была приглашена Сегедским Медицинским Университетом, где она изучала в рамках Курса разработанный профессором *Сонтагом* и его сотрудником вставку средств внутриматочного противозачатия в Женской Клинике. 34 делегатов из семи стран — демографы, гинекологи, психологи, 18—19 сентября в специальном зале гостиницы Геллерт собрались на совещание с целью разработки общей программы исследования, направляемого на вскрытие помимо демографических, экономических и гигиенических аспектов повторяющихся искусственных абортов также и психического фона и последствий последних. Председателем двухдневной Конференции был *д-р Эгон Сабади*, директор Научно-исследовательского Института по демографии. На Конференции присутствовал сотрудник Демографического отдела Организации Объединённых Наций *Гвендолин З. Джонсон* и директор Врачебного Комитета Международного Союза по планированию семьи *д-р Малколм Поттс*. Заместитель директора *д-р Анри П. Девид* принял участие в переговорах в качестве представителя Международного Исследовательского института Американских Исследовательских Институтов. От Министерства здравоохранения на Конференции участвовала *д-р Габриелла Тиборци*, начальник Главного отдела. Общегосударственный Совет Венгерских Женщин была представлена *Иштванне Пустахази*.

*

Демографический комитет ООН проводил свое 15-ое заседание в Женеве с 3 по 14 ноября 1969 г.

На повестке дня заседания имелись нижеследующие важнейшие вопросы:

— развитие статистики народонаселения, в первую очередь в отсталых странах. Деятельность Статистического бюро ООН до сих пор и его планы на будущее;

— деятельность Демографического департамента ООН, специализированных организаций и региональных экономических комиссий в период после 14-го заседания;

— дискуссия о демографическом положении в мире;

— роль факторов, влияющих на фертильность, демографическая политика отдельных стран с особым учетом программ планирования семьи;

— вопросы технического кооперирования и технической помощи в области демографических проблем;

— обсуждение характера третьей всемирной демографической конференции и определение срока ее проведения;

— обсуждение двухлетней и пятилетней программ работ.

Кроме представителей 27 стран-членов (в том числе СССР, Украинской ССР и Чехословакии) на заседании участвовали и представители специальных организаций ООН (ВОЗ и МОТ и т. д.) и региональных экономических комиссий, а также других профессиональных комитетов Экономического и социального совета ООН. Венгрия в первый раз участвовала на заседании Демографического комитета в качестве страны-наблюдателя. На заседании венгерское правительство представлял *д-р Эгон Сабоди*, заместитель председателя Центрального статистического управления, директор Исследовательского института по демографии ЦСВ ВНР.

NEWS

On the 12th October, 1969 the Hungarian Revolutionary Worker — Peasant Government appointed *dr. Albert Kiss*. Candidate, University Professor to Deputy President of the Central Statistical Office — promoting him to the rank of Deputy Minister.

*

Dr. Egon Szabady, Director of the Demographic Research Institute, Deputy President of the Central Statistical Office appointed *dr. József Tamásy*, Scientific Head of Section, Scientific Secretary of the Institute to Deputy Director of the Demographic Research Institute of the Central Statistical Office and at the same time he charged *Mrs. Marietta Pongrácz* with performing the duties of the Scientific Secretary of the Demographic Research Institute.

*

Following the Sixth Conference of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation a number of obstetricians and gynaecologists visited the Medical University of Szeged where at the Clinic of Gynaecology they attended a training course and studied the insertion of the intrauterine contraceptive devices (IUD) developed by Professor Szontágh and his medical staff. Thirty-four delegates of seven countries, demographers, gynaecologists, psychologists held a meeting in the private-hall of Hotel Gellért on the 18th and 19th of September, where they discussed the development of a common research programme which would reveal — beside their demographic, economic and health aspects — also the psychological backgrounds and consequences of repeated induced abortions. *Dr. Egon Szabady*, Director of the Demographic Research Institute was in the chair at the two-day meeting which was also attended by *Gwendolyn Z. Johnson*, member of the Population Division of the United Nations and by *Dr. Malcolm Potts*, Director of the Medical Committee of I. P. P. *Dr. Henry P. David*, Deputy-Director took part in the work of the meeting on behalf of the International Research Institute of the American Institutes for Research. On behalf of the Hungarian Ministry of Health *Dr. Gizella Tiborcz*, Chief of Department attended the meeting while the National Council of Hungarian Women was represented by *Ms. István Pusztaházi*.

*

The Population Commission of UN held its 15th session in Geneva from 3 to 14 November, 1969.

The following major topics were on the agenda of the session:

the development of population statistics, first of all, in the backward countries. The activity performed so far and the future plans of the Statistical Office of the UN:

the work of the Demographic Division of UN, and that of the specialised agencies and regional economic committees since the 14th session;

the discussion of the population situation of the world;

the role of the factors influencing fertility, the population policy of the different countries with special regard to family planning programmes;

the problems of technical co-operation and technical assistance in the field of population problems;

the discussion of the nature of the Third Population World Conference and the determination of its time;

the discussion of the two years and five years working programmes.

Beside the representatives of the 27 member states (among them the Soviet Union, the SSR of Ukraine and Czechoslovakia) the session was also attended by the representatives of the specialised agencies of UN (WHO, ILO etc.), of the regional economic committees and other specialised committees of the Economic and Social Council of UN (ECOSOC). Hungary attended the session of the Population Committee for the first time as observer. The Hungarian Government was represented at the session by *Dr. Egon Szabady*, Deputy President of the Central Statistical Office, Director of the Demographic Research Institute.

A NEMZETKÖZI CSALÁDTERVEZÉSI SZÖVETSÉG EURÓPAI ÉS KÖZEL-KELETI RÉGIÓJÁNAK 6., BUDAPESTI KONFERENCIÁJA

A Nemzetközi Családtervezési Szövetség Európai és Közel-keleti Régiója 6. konferenciáját 1969. szeptember 15–17-én Budapesten tartotta. A konferenciát a Nemzetközi Családtervezési Szövetség Regionális Végrehajtó Bizottsága a Magyar Tudományos Akadémia Demográfiai Bizottságával közösen szervezte és rendezte, és ez az együttműködés jelentős mértékben befolyásolta a konferencia jellegét. Míg a Nemzetközi Családtervezési Szövetség Európai és Közel-keleti Régiójának korábbi konferenciái elsősorban a családtervezés orvosi, egészségügyi és humánbiológiai vonatkozásait hangsúlyozták, addig a budapesti konferencián kiemelt helyet kaptak azok a kutatások, amelyek a családtervezéssel elsősorban demográfiai szempontokból foglalkoztak. Az orvosi és egészségügyi vonatkozású előadások és viták homlokterében ezen a konferencián a családtervezéssel kapcsolatos orvosi szakképzés és egészségügyi felvilágosítás állott.

A háromnapos konferencia első napján az előadások azokról a demográfiai vizsgálatokról számoltak be, amelyek a termékenység és a családtervezés alakulását kutatták különböző országokban. Ezek a vizsgálatok a Nemzetközi Családtervezési Szövetség Európai és Közel-keleti Bizottságának koordinációjával, azonos adatgyűjtési program alapján zajlottak le az elmúlt években. A közös vizsgálati tervet még 1965-ben *dr. Szabady Egon*, a Népeségtudományi Kutató Intézet igazgatója dolgozta ki a magyar vizsgálatok tapasztalatai alapján¹ és most, három év múlva a nemzetközi összehasonlító kutatásban részt vevő országok képviselői ismertették eddigi kutatásaik eredményeit.

Dr. Szabady Egon, a Népeségtudományi Kutató Intézet igazgatója, a Magyar Tudományos Akadémia Demográfiai Bizottságának elnöke előadásában átfogó képet adott a magyarországi helyzetről, azokról a születésszabályozási magatartásokról, amelyek a hazai vizsgálat eredményei szerint a termékenység alakulását meghatározzák. Az előadó elemezte a születésszabályozás és a családtervezés terjedése tekintetében világszerte jelentkező tipikus tren-

¹ Lásd *dr. Szabady Egon*: Tervezet a nemzetközi összehasonlító születésszabályozási és családtervezési vizsgálatra. *Statisztikai Szemle*. 1965. évi 8–9. sz. 898–901. p.

deket, majd rámutatott a magyar fejlődés sajátosságaira. Felhívta a figyelmet azokra a rendkívüli kutatási lehetőségekre, amelyek az abortuszok esetében Magyarországon adódnak. Kimutatta, hogy nálunk a művi úton történt terhességmegszakítások túl nagy szerepet játszanak a családtervezésben, ami összefügg azzal, hogy a magyar nők nagy része egyáltalán nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel a fogamzásgátlás kérdésében és így nem megfelelő és kevésbé hatékony fogamzásgátlást alkalmaz. Dr. Szabady Egon hangsúlyozta, hogy a vizsgálat tanulsága szerint vissza kell és vissza lehet szorítani a művi abortuszokat a népesség egészségügyi kultúrájának felemelésével, a modern és hatékony fogamzásgátlás bevezetésével és elterjesztésével. Ennek a munkának azonban együtt kell járnia a népesség fejlődését biztosító reprodukcióhoz szükséges családnagyság propagálásával is.

Az angol vizsgálatot ismertető *Christopher Langford* előadása első részében a felvétel során alkalmazott módszerekkel foglalkozott, majd néhány eredményt ismertetett. Megállapításai szerint Angliában a fiatalabb produktív korú házas nőknek már több mint 90%-a alkalmaz születésszabályozó módszereket, ugyanakkor viszont viszonylag alacsony azok aránya, akik születésszabályozási, családtervezési szaktanácsot kaptak. Langford nagy jelentőséget tulajdonított a szaktanácsadás kérdésének és behatóan elemezte a demográfiai és társadalmi tényezők hatását abban, hogy kik, milyen arányban fordulnak tanácsért a tanácsadás különböző forrásaihoz.

Vasilios Valaoras professzor, az Athéni Demográfiai Kutató Központ igazgatója a görög demográfiai helyzet általános ismertetése után az 1966–1967. évi görögországi abortuszfelmérést ismertette. A vizsgálat módszereit elemezve azt a következtetést vonta le a vizsgálatból, hogy az abortuszoknak a kérdőbiztosok által megállapított száma kisebb a valóságosnál és ezért a vizsgálat eredményeiből csak fenntartással lehet következtetni. Kétségtelen azonban, hogy a művi vetélés, a családkorlátozásnak ez a nyers, erőszakos és gyakran ártalmas eszköze játsza a fő szerepet a görög nők családtervezési gyakorlatában, különösen a fizikai foglalkozásúak családjában. Hiába tiltja a törvény a művi abortuszokat Görögországban, a házaspárok jelentős része már az első gyermek születése előtt is ehhez folyamodik, az első, második vagy következő gyermekek után pedig az abortuszok gyakorisága rohamosan növekszik. Ez ellen az állapot ellen a tiltó rendelkezések szigorításával nem lehet eredményesen fellépni, hanem be kell vezetni a családtervezési tanácsadást és hozzáférhetővé kell tenni a születésszabályozás kultúráltabb módszereit.

A belga vizsgálatot ismertette *Jean Morsa* professzor előbb a családnagyságra vonatkozó társadalmi normákkal foglalkozott, és megállapította, hogy a vallási hovatartozás ma már nem befolyásolja Belgiumban a születésszabályozás gyakorlását: jóformán csak a termékelленnek tekinthető házaspárok nem élnek a születésszabályozás valamely módszerével. Az alkalmazott módszereket tekintve Belgiumra nézve jellemző, hogy a fogamzásgátlási eljárások között az időszakos megtartóztatás és a coitus interruptus foglal el kiemelkedő helyet.

A családtervezés egészségügyi vonatkozásai közül a második nap előadásai elsősorban az orvos és az orvosképzés feladataival foglalkoztak. *Peter Huntingford*, a Londoni Egyetem St. Mary-klinikájának szülész és nőgyógyász professzora az orvos felelősségét hangsúlyozta és kijelentette, hogy az orvosok kötelessége, hogy a fogamzásgátló eszközök alkalmazásáról felvilágosítsák a tanácsért hozzájuk fordulókat, sőt egyenesen felajánlják tanácsukat e tekintetben. Nagy jelentőséget tulajdonított előadásában a társadalom felvilágosításának, de hasonlóan fontosnak tekintette az orvosok kellő képzését is a családtervezés terén. Megállapította, hogy csak néhány egyetemen kap nagyobb helyet az oktatásban, a családtervezés problematikája és ez nagy hiányosság. A már gyakorló orvosokat is hozzá kell juttatni a családtervezési tanácsadáshoz szükséges ismeretekhez, mert csak így biztosítható, hogy az orvosi tanácsadás valóban a kérdéses személy esetében legmegfelelőbb családtervezési módszert ajánlja.

A családtervezési kérdéseknek az orvosképzésben elfoglalandó helyéről szólt *Pierre Hubinont* professzor, a Brüsszeli Egyetem Nőgyógyászati Klinikájának igazgatója is. Hubinont professzor széleskörűen tárgyalta azokat az

oktatási alapelveket, amelyeknek az orvosképzésben érvényesülni kell ahhoz, hogy a családtervezési tanácsadó feladatokat a képzésben részesülők megfelelően el tudják látni. Hangsúlyozta annak jelentőségét, hogy az orvosok megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek más, a kérdés szempontjából azonban fontos tudományok területén is, mint például demográfiában és biostatistikában. Hubinont professzor rámutatott arra is, hogy a nőgyógyászatnak és szülészetnek nem szabad szem elől téveszteni a női élet longitudinális egységét, folyamatosságát és az egyes szülészeti eseményeket ebben az összefüggésben kell értékelniük.

Mig Huntingford és Hubinont professzorok előadásaikban hangsúlyozták a kapcsolatot a családtervezés problémáinak demográfiai és egészségügyi megközelítései között, addig *Dr. Thorsten Sjövall*, a Stockholmi Elmeegészségügyi Központ Pszichiátriai Szolgálatának igazgatója előadásában a kétféle megközelítés közötti különbségekből indult ki, abból, hogy a demográfia a jelenségek társadalmi, gazdasági és biológiailag meghatározott közös vonásait tanulmányozza, míg az orvos az egyedi esetekkel áll szemben és a helyes diagnózis és prophylaxis a sajátosan egyéni helyzet felismerésén alapulhat. Nem kétséges azonban, hogy az egyén vizsgálata csak a csoportban lehetséges, a valóságban a tömegjelenség kutatása és az egyén analízise elválaszthatatlanok egymástól.

Az orvos feladatairól szólva *Dr. Sjövall* a megelőzés fontosságát húzta alá és azt követelte, hogy az általános orvosképzésben is a hangsúly a gyógyításról a megelőzésre tolódjon át. Véleménye szerint a családtervezés orvosi szempontból nézve igen fontos része a preventív orvoslásnak. Ott, ahol a családtervezési propaganda kellően előrehaladt, viszonylag kicsi a művi vetéléssel történő terhességmegszakítások száma, azaz ritkábban van szükség erőszakos beavatkozásra. Ez a helyzet Svédországban, ahol az elveszülések számához viszonyítva a művi vetéléseké meglehetősen alacsony, összehasonlítva a legtöbb országban fennálló helyzettel.

A második napon elhangzott előadások közül *Franc Novak* professzornak, a Ljubljana Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya igazgatójának előadása a demográfiai kutatási módszerek alkalmazási lehetőségét mutatta be a kérdés orvosi szempontból történő megközelítésénél. *Novak* professzor gazdag nemzetközi anyaggal bizonyította, hogy az abortuszok országban mennyire elterjedt és idősorok elemzésével mutatta ki, hogy a születési arányszám alakulása hosszú távon nincs összefüggésben az abortuszokat tiltó vagy engedélyező rendelkezésekkel. *Novak* professzor ugyanakkor teljes mértékben egyetértett a demográfusokkal abban, hogy az abortusz veszélyes és embertelen születésszabályozási módszer és ezért a kultúrált fogamzásgátló eszközök alkalmazásának elterjesztését és ehhez az orvosi oktatás kibővítését követelte.

A konferencia harmadik napján a különféle születésszabályozási módszerek hatékonyságáról, illetve a terméketlenség megszüntetésére irányuló kutatásokról volt szó. *Dr. Robert Edwards*, a Cambridgei Egyetem előadója a legújabb tudományos eredményeket ismertette, amelyek felderítették a termékenység szabályozásának néhány eddig még homályos problémáját. *Dr. Vulchan Vulchanov*, a Bolgár Tudományos Akadémia Mikrobiológiai Intézetének munkatársa a fogamzás immunológiájával foglalkozott és a tudományos eredményeknek a gyakorlati felhasználhatóságát hangoztatta.

Dr. Gerhardus Hellinga, az Amsterdami Egyetem Andrológiai Tanszékének vezetője „A terméketlenség kezelése a férfiaknál” címen tartott előadást, míg a női terméketlenség problémát *dr. Jacques Meylan*, a Genfi Egyetem Nőgyógyászati Klinikájának munkatársa vizsgálta. *Dr. Szontágh Ferenc* professzor, a Szegedi Orvostudományi Egyetem Női Klinikájának igazgatója az intrauterin fogamzásgátló használatával kapcsolatos tapasztalatokról adott áttekintést és azokra a társadalmi tényezőkre hívta fel a figyelmet, amelyek e módszer alkalmazását az egyik esetben kívánatosá teszik, míg más körülmények között nem tekinthető előrehaladásnak az intrauterin fogamzásgátló használata. Olyan házaspárok számára, akik nem szokták meg a hagyományos fogamzásgátló módszerek következését használatát, vagy ahol hiányzik az ehhez szükséges kulturális, társadalmi háttér, ott az I. U. D. nagyobb védelmet nyújt, mint bármely egyéb eljárás. Művelt, megfelelően motivált házaspárok számára azonban nem nyújtanak magasabb szintű védelmet, mint a ha-

gyománysos módszerek, ezek számára az orális fogamzásgátlás nagyobb hatékonyságú eljárás. *Dr. Joan Marshall*, a Londoni Egyetemi Kollégiumi Kórház munkatársa a kondom és a diafragma alkalmazásával kapcsolatos indikációkkal és kontraindikációkkal foglalkozott. *Thiery* professzor és *dr. Martin Vessey*, az oxfordi orvostudományi egyetem adjunktusa az orális fogamzásgátló megválasztásáról, illetve az orális fogamzásgátlás veszélyeiről szóltak.

A háromnapos konferencián elhangzott előadásokat élénk viták követték. A vitákat szakértőkből álló panelek vezették; a panelben helyet foglaltak az előadók mellett a szakterületnek még más neves képviselői. A demográfiai panelben négy előadó — *dr. Szabady, Langford, Valuoras* és *Morsa* professzor — mellett a kérdések megválaszolásában közreműködött *Livi-Bacci, Mackensen* professzor, valamint két rapportőr *P. Malthiessen* és *dr. Klinger* András is, az orvosi paneleket pedig kiegészítették *Bulska, Husslein, Heiss, Fairweather, Kepp, Osler, Valle* és *Horn* professzorok, valamint *dr. Stoimenov, dr. Hirschler, dr. Vassiles* és *dr. Sracek*.

A konferenciát *Sarlós István*, a Budapesti Fővárosi Tanács Végrehajtó Bizottságának elnöke nyitotta meg, akit *dr. Agnete Braestrup*, a Nemzetközi Családtervezési Szövetség Európai és Közép-keleti Régiójának elnöke mutatott be a konferencia résztvevőinek. *Braestrup* asszony bevezető szavaiban üdvözölte a konferencián megjelent *Huszár István* államtitkárt, a Központi Statisztikai Hivatal elnökét és *dr. J. Kollárt*, a Csehszlovák Szövetségi Statisztikai Hivatal alelnökét, valamint a nemzetközi világszervezetek két képviselőjét, *Halvor Gillét*, az Egyesült Nemzetek Genfi Hivatala Társadalomtudományi Osztályának vezetőjét és *dr. Leo Kapriot* a Nemzetközi Egészségügyi Szervezet Európai Régiójának igazgatóját. A konferencián *Halvor Gille* felszólalásában az Egyesült Nemzeteknek a társadalmi demográfia előmozdítása terén végzett munkáját ismertette, míg *Leo Kaprio* az Egészségügyi Világszervezet szerepével foglalkozott.

(Cseh-Szombathy László)

ШЕСТАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ И БЛИЖНЕВОСТОЧНОЙ РЕГИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ. Европейская и ближневосточная регия Международной федерации по планированию семьи провела свою шестую конференцию в Будапеште. Конференция была организована и проведена Региональным исполнительным комитетом Международной федерации по планированию семьи совместно с Демографическим комитетом Венгерской Академии наук и это сотрудничество в значительной мере повлияло на характер конференции. В то время как проведенные до сих пор конференции Европейской и ближневосточной регии Международной федерации по планированию семьи подчеркнули прежде всего медицинские, гигиенические и гуманитарно-биологические аспекты планирования семьи, в будапештской конференции же в видном месте фигурировали именно те исследования, которые подошли к планированию семьи прежде всего с демографической точки зрения. В центре внимания медицинских и гигиенических докладов и дискуссий на конференции ставились вопросы специального обучения врачей и распространения знаний по планированию семьи.

В первый день трехдневной конференции доклады были посвящены тем демографическим исследованиям, которые исследовали динамику фертильности и планирования семьи в различных странах. Эти исследования были проведены за последние годы по одинаковой программе сбора данных и в координации Европейской и ближневосточной регии Международной федерации по планированию семьи. Общая программа обследования была разработана еще в 1965 году *д-ром Эгоном Сабади*, директором Научно-исследовательского института по Демографии на основе опыта венгерских исследований¹ и теперь спустя три года представители стран, принимавших

¹ См. *д-р Эгон Сабади*: Проект международного сопоставимого обследования регулирования рождаемости и планирования семьи. *Статистическое Обозрение*, №№ 8—9 за 1965 г. стр. 898—901.

участие в международном сопоставимом обследовании отчитывались о результатах своих исследований.

Д-р Эгон Сабади, директор Научно-исследовательского института по демографии и председатель Демографического Комитета Венгерской Академии наук в своем докладе дал полный обзор о венгерском положении, о тех поведенческих в области регулирования рождений, которые на основе отечественного обследования определяют динамику плодородности. Докладчик анализировал типические тенденции, имеющие место в связи с распространением в широких размерах регулирования рождений и планирования семьи, затем указал на своеобразные черты венгерского развития. Он обратил внимание на исключительно благоприятные условия исследования в области абортов в Венгрии. Он установил, что в Венгрии искусственный аборт играет слишком большую роль в планировании семьи, что связано тем, что значительная часть венгерских женщин не располагает необходимыми знаниями в области противозачатия и таким образом, применяет не пригодные и мало эффективные методы противозачатия. Д-р Эгон Сабади подчеркнул, что по опыту обследования нужно и возможно сократить число абортов путем подъема гигиенической культуры населения, введения и распространения современных и эффективных форм противозачатия. Эта работа, однако, должна сопровождаться с пропагандой такой величины семьи, которая обеспечивает также и рост поселения.

Кристофер Лангфорд, излагающий английское исследование в первой части своего доклада занимался методами обследования, затем остановился на некоторых его результатах. По его выводам в Англии 90% более молодых замужних женщин продуктивного возраста применяют методы регулирования рождений, однако относительно низка доля тех, которые получили бы специальный совет по этим вопросам.

Профессор *Василиос Валаорас*, директор Афинского Демографического исследовательского центра после общего ознакомления с греческими демографическими условиями остановился на проведенном в 1966—1967 гг. греческом обследовании абортов. Анализируя методы обследования он пришел к выводу, что число абортов, установленное специальными счетчиками ниже их реального числа и ввиду этого выводы на основе обследования можно извлечь лишь условно. Однако безусловным является то, что искусственный аборт — этот грубый насильственный и часто вредный метод ограничения рождений — играет главную роль в практике планирования семьи греческих женщин, в особенности в семьях физических работников.

Профессор *Жан Морса* говоря о бельгийском обследовании сначала занимался общественными нормами в отношении величины семьи и установил, что в настоящее время религиозная принадлежность уже не имеет влияния на практику регулирования рождений в Бельгии: только лишь бесплодные супружеские пары не применяют какой-нибудь метод регулирования рождений. В отношении применяемых методов в Бельгии характерным является то, что периодическое воздержание и прекращение полового акта имеют видное место среди методов противозачатия.

Из гигиенических аспектов планирования семьи доклады второго дня занимались главным образом задачами врачей и обучением врачей. *Профессор Петер Хантингфорд*, профессор акушерства и гинекологии Ст. Мэри'с Хоспитал Скул Лондонского университета подчеркнул ответственность врача и заявил, что долгом врачей является предоставление информации о применении средств противозачатия лицам, обращающимся к врачу за советом. Одновременно он считает важным соответствующее обучение врачей в области планирования семьи.

Профессор Пьер Хюбино, директор Акушерского и гинекологического отделения Брюссельского университета говорил также о месте, занимаемом вопросами планирования семьи в обучении врачей. Профессор Хюбино подробно остановился на тех основных принципах обучения, которые должны включаться в обучение врачей для того, чтобы студенты, будущи врачами, могли дать советы по планированию семьи. Он подчеркнул значение того, чтобы врачи имели соответствующие знания также и в области других, с

точки зрения вопроса важных научных дисциплин, как, например, демография и биостатистика.

В то время, как профессора Хантингфорд и Хюбино в своих докладах подчеркнули связь между демографическим и гигиеническим подходами к проблемам планирования семьи *д-р Торнстэн Шьевал*, директор психиатрической службы Стокгольмского центра нервных и душевных заболеваний в своем докладе исходил из наличия различий в двух подходах; а именно из того, что демография изучает определенные общественными, экономическими и биологическими причинами общие черты явлений в то время, как врач имеет дело с индивидуальными случаями и правильная диагностика и профилактика может основываться на познании своеобразного индивидуального положения. Однако несомненно, что исследование индивидуума возможно только лишь в группе, и в действительности исследование массовых явлений неразрывно связано с исследованием индивидуума.

Говоря о задачах врачей, *д-р Шьевал* подчеркнул значение профилактики и высказывался за то, что в будущем обучения врачей ударение о лечении было перенесено на предупреждение.

Из докладов второго дня, доклад профессора *Франка Новака*, директора Отделения акушерства и гинекологии Люблянского университета показал возможности применения демографических методов исследования при подходе к вопросу с медицинской точки зрения. Профессор Новак доказал на основе богатого международного материала распространенность во многих странах аборт и анализ временных рядов показал, что динамика коэффициента рождаемости в перспективном плане не связана с мероприятиями, запрещающими и допускающими аборт.

В третий день конференции речь шла об эффективности различных методов регулирования рождений и об исследованиях, направленных на прекращение бесплодия, соответственно. Лектор Кембриджского университета *д-р Роберт Эдвардс* излагал новейшие научные достижения, вскрытые до сих пор еще неясные проблемы регулирования фертильности, сотрудник Микробиологического института Болгарской академии наук *д-р Вулхан Вулханов* занимался иммунологией зачатия и подчеркнул возможности практического применения научных достижений.

Д-р Герхардус Хэллинг, директор Андрологической кафедры Амстердамского университета читал доклад на тему «Лечение бесплодия мужчин», в то время, как проблему бесплодия у женщин затронул *д-р Жак Мэлан*, сотрудник Акушерского и гинекологического отделения Женевского университета. *Д-р Ференц Сонтаг*, директор Акушерского и гинекологического отделения Сегедского университета, говорил об опытах применения внутриматочных противозачаточных средств и обращал внимание на те общественные обстоятельства, которые в одних случаях делают применение указанного метода желательным, при других обстоятельствах однако их применение нельзя считать шагом вперёд. *Д-р Дюсон Маршал*, гинеколог больницы Лондонского университета, занимался вопросами индикаций и контриндикаций применения кондома и диафрагмы. Профессор *Тиери* и *д-р Мартин Весси*, адъюнкт Окфортского медицинского университета говорили о подборе орального противозачатия и об опасностях в этой связи.

Прочитанные на трехдневной конференции доклады сопровождалась оживленными дискуссиями. Дискуссии вели так называемые панели в которые кроме докладчиков входили также и другие известные деятели соответствующих специальных областей. Так в демографическом панели кроме четырех докладчиков — *д-р Сабади*, *Лангфорд*, *Валаорас* и *Морса* — в предоставлении ответов на вопросы приняли участие также профессора *Ливи Баччи*, *Макензен*, а также два рапортера *П. Матхисен* и *д-р А. Клингер*, а медицинский панель был дополнен профессорами *Булска*, *Халлейн*, *Хейс*, *Ферветэр*, *Кэп*, *Ослер*, *Валле* и *Хорн*, а также *д-р Стойменов*, *д-р Хиршлер*, *д-р Василес* и *д-р Шрацек*.

Конференцию открыл *Иштван Шарлош*, председатель Исполнительного комитета совета столицы Будапешт. Он был представлен участникам конференции *д-ром Агнете Бреструпой*, председателем Европейской и

Ближневосточной регион федерации по планированию семьи. Госпожа Бреструп в своей вводной речи приветствовал государственного секретаря *Иштвана Хусара*, председателя Центрального статистического управления Венгрии, *д-ра И. Коллара*, вице-председателя Федерального статистического управления Чехословакии, а также двух представителей международных организаций *Халвора Гилле*, начальника Отдела социальных вопросов Женевского бюро ООН и *д-ра Лео Каприо*, директора Европейской Регион Всемирной организации здравоохранения, посетивших конференцию. В своем выступлении Халвор Гилле говорил о деятельности Организации Объединенных Наций, направленной на содействие социальной демографии, а Лео Каприо занимался ролью Всемирной организации здравоохранения.

THE 6th CONFERENCE OF THE EUROPE AND NEAR EAST REGION OF THE INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION IN BUDAPEST. The Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation held its 6th Conference in Budapest, between September 15—17, 1969. The Conference was organised by the Regional Executive Committee of the International Planned Parenthood Federation in co-operation with the Demographic Committee of the Hungarian Academy of Sciences a circumstance which influenced considerably the character of the conference. While former conferences of the Europe and Near East Region of the International Planned Parenthood Federation were concerned, first of all, with the medical, sanitary and human-biological aspects of family planning, the conference in Budapest focused its attention to investigations on family planning, primarily from the demographic point of view. The chief topic of the lectures and debates dealing with medical and sanitary problems was the training of physicians and the information on health matters.

On the first day of the three day conference the lectures gave account of the demographic surveys conducted in the different countries about the development of fertility and family planning. These surveys were performed in the last years with the co-ordination of the Europe and Near East Committee of the International Planned Parenthood Federation and were based on the same programme of data collection. The common programme of the surveys was drawn up by *Dr. Egon Szabady* as early as 1965 on the basis of Hungarian experiences, while now, after three years, the representatives of all the countries who had taken part in the international comparative studies, gave account of the results of their research.

Dr. Egon Szabady, Director of the Demographic Research Institute, President of the Demographic Committee of the Hungarian Academy of Sciences gave in his lecture a comprehensive picture of the situation in Hungary and of the attitudes towards birth control which determine — according to the results of the surveys performed in Hungary — the development of fertility. *Dr. Szabady* analysed in his lecture the typical trends of the spread of birth control and family planning all over the world, then pointed to the peculiarities of the Hungarian developments. He called attention to the excellent possibilities of a research on abortions in Hungary. He showed that in Hungary induced abortions play too great a role in family planning since a great part of Hungarian women do not possess at all an appropriate knowledge of contraception and apply inappropriate and less efficient methods of birth control. *Dr. Egon Szabady* emphasized that — according to the evidence of the survey — induced abortions must and can be pushed back by increasing the level of health culture of the population and by introducing and spreading up-to-date and efficient methods of contraception. This work, however, should go together with the propagation of a family size which is necessary to ensure the growth of the population.

The lecture of *Christopher Langford*, giving account of the British survey, dealt in its first part with the methods applied then it gave some results. *Langford* stated that in England more than 90 per cent of the younger married women in the reproductive age apply birth control methods, while, at the same time, the proportion of those who receive special advice on birth control and family planning is low.

Professor Vasilios Valaoras, Director of the Demographic Research Centre of Athens, gave account — after giving a general survey of the demographic situation in Greece — of the abortion survey conducted in Greece in 1966—1967. Analysing the methods of the survey he came to the conclusion that the number of abortions stated by the

enumerators is lower than their real number, thus the results of the survey should be treated with caution. No doubt, however, that induced abortion, this rough, violent and often detrimental method of birth control plays the greatest role in the birth control practice of Greek women, especially among the families of manual workers.

Reviewing the survey in Belgium, *Professor Jean Morsa* first dealt with the social norms of family size and stated that religious affiliation no longer influences the practice of birth control in Belgium; only the spouses which can be considered infertile do not avail themselves of some birth control method. With regard to the methods applied it is a characteristic feature of birth control in Belgium that from among the birth control methods periodical sexual abstinence and coitus interruptus are most frequently used.

From among the sanitary aspects of family planning the lectures on the second day dealt first of all, with the tasks of the physicians and with the problems of training physicians. *Peter Huntingford*, Professor of gynaecology and obstetrics at the clinic of St. Mary of the London University stressed the responsibility of the physicians stating that it is the duty of the physicians to inform the persons turning to them for advice on methods of contraception, in fact, they have to offer their advice. He attributed great importance to the information of the society but considered the proper training of physicians in the field of family planning also as a task of great importance.

Professor Pierre Hubinont, Director of the Gynaecological Clinic of the University of Brussels spoke about the place of family planning in the training of physicians. Professor Hubinont dealt in detail with those basic principles of training which should be realized in the training of physicians to enable them to give appropriate information on birth control. He emphasized the necessity for the physicians to have a good knowledge of other sciences, too, such as demography and biostatistics.

While Prof. Huntingford and Hubinont emphasized in their lectures the connection between the demographic and health approaches of the problems of family planning, *Dr. Thorsten Sjövall*, Director of the Psychiatric Service of the Centre of Mental Hygiene in Stockholm started in his lecture from the differences between the two kinds of approach, more exactly, from the fact that while demography studies the common features of the phenomena determined by social, economic and biologic factors, the physician is confronted with individual cases and the right diagnosis and prophylaxis should be based upon the recognition of the individual case. There is no doubt that the individual can be analysed only in the group, as a matter of fact the investigation of mass phenomena and the analysis of the individual cannot be separated from each other.

Speaking about the tasks of the physicians Dr. Sjövall stressed the importance of prevention and demanded to move the emphasis from healing to prevention in the general training of physicians.

From among the lectures of the second day *Prof. Franc Novak*, Director of the Department for Gynaecology and Obstetrics at the University of Ljubljana dealt in his lecture with the possibilities of applying the methods of demographic research when approaching the problem from the medical point of view. By means of a great number of international data *Prof. Novak* showed how far abortion is spread in many countries and by analysing time series he also demonstrated that in the long run the development of the rate of birth is in no connection with the rules prohibiting or permitting abortion.

On the third day of the conference the efficiency of the different methods of birth control and the investigations directed towards the discontinuation of sterility were discussed. *Dr. Robert Edwards*, lecturer of the University of Cambridge, dealt with the recent scientific results which have thrown light upon some still unclarified problems of fertility control. *Dr. Vulchan Vulchanov*, staff member of the Institute for Microbiology of the Bulgarian Academy of Sciences dealt with the immunology of conception and emphasized the fitness for use of the scientific result.

Dr. Gerhardus Hellinga, Head of Department for Andrology at the University of Amsterdam held a lecture on the „Treatment of sterility of men”, while the sterility of women was dealt with by *Dr. Jacques Meylan*, staff member of the Gynaecological Clinic of the University of Geneva. *Professor Ferenc Szontagh*, Director of the Gynaecological Clinic of the Medical University of Szeged surveyed his experiences on the use of intra-uterine contraceptives and called attention to the social factors which in some cases make it desirable to apply this method while in other cases the use of intrauterine contraceptives cannot be considered advantageous. *Dr. Joan Marshall*, staff member of the College Hospital of the University of London, dealt with the indications and contra-indications of the application of the condom and diaphragm. *Professor Thiery*, and *Dr. Martin Vessey*,

Assistant Professor of the Medical University of Oxford spoke about the choice of the oral contraceptives and about their dangers.

The lectures held at the three day conference were followed by vivid discussions which were led by panels consisting of experts; beside the contributors, also other famous representatives of this special field were members of the panel. Beside the four contributors in the demographic panel — *Dr. Szabady, Langford, Prof. Valaoras* and *Prof. Morsa* — the questions were also answered by *Prof. Livy-Bacci* and *Mackensen* as well as by the two rapporteurs *P. Mathiessen* and *Dr. András Klinger*, while the medical panels were supplemented by *Prof. Bulska, Hussein, Heiss, Fairweather, Kepp, Osler, Valle* and *Horn* as well as by *Dr. Stojmenov, Dr. Hirschler, Dr. Vassiles* and *Dr. Sracek*.

The conference was opened by *István Sarlós*, Chairman of the Executive Committee of the Municipal Council of Budapest who was introduced to the participants of the conference by *Dr. Agnete Braestrup*, President of the Europe and Near-East Region of the International Planned Parenthood Federation. In her addressing words *Miss Braestrup* welcomed *István Huszár*, Secretary of State, President of the Central Statistical Office who was present at the conference as well as *Dr. J. Kollár*, Vice-President of the Czechoslovak Federal Statistical Office as well as two representatives of international organizations: *Halvor Gille*, Chief of the Division of Social Affairs at the Geneva Office of the United Nations and *Dr. Leo Kaprio*, Director of the European Region of the World Health Organization. In his contribution at the conference *Halvor Gille* gave account of the work of the United Nations promoting social demography while *Leo Kaprio* was concerned with the activity of the World Health Organization.

A NEMZETKÖZI NÉPESSÉGTUDOMÁNYI UNIÓ LONDONI NÉPESEDÉSI KONFERENCIÁJA

A Nemzetközi Népeségtudományi Unió 1969. szeptember 3 és 11 között Londonban tartotta Általános Népesedési Konferenciáját. Ezt megelőzően ilyen jellegű összejövétel 1965-ben volt Belgrádban, amikor az Unió az Egyesült Nemzetek Szervezete által összehívott Népesedési Világkonferencia szervezésében vett részt.¹ Az utolsó évtizedben az Unió ezenkívül 1959-ben Bécsben, 1961-ben New Yorkban, 1963-ban Ottawában tartott általános népesedési konferenciát. Az 1967-es Sydneyben tartott konferencia regionális jellegű volt: a távol-keleti és oceániai régió demográfiai kérdéseit vitatta meg.

A londoni Konferenciának emiatt négy év demográfiai kérdéseit kellett elemeznie, s éppen ebből kifolyólag már előkészítését is a világ demográfusainak nagy érdeklődése kísérte. Ezt mutatja a Konferenciára beküldött dolgozatok nagy száma (a különböző ülésscken 267 dolgozatot vitattak meg) és a viszonylag igen nagyszámú résztvevő is (a Konferencián mintegy 500-an jelentek meg).

A Konferencia szervezését az erre a célra létrehívott előkészítő bizottság már 1966-ban megkezdte. Elsősorban a megvitatandó témák körét jelölték ki és mindegyik elhatározott ülésszak anyagának előkészítésével és összeállításával egy-egy „szervezőt” bíztak meg. Ezek feladata volt, hogy a témába tartozó részletanyagok megírására előadókát biztosítsanak, továbbá, hogy az említett anyagok, a demográfiai irodalom és saját tudományos ismereteik alapján összefoglalást készítsenek a Konferencia részére a rájuk bízott téma egészéről. A Konferencia vitája a szervezők összefoglalói, a begyűjtött ún. felkért, valamint az Unió tagjai részéről beküldött ún. önkéntes dolgozatok alapján folyt le. Az előkészítő bizottság által kitűzött nagyszámú téma nem tette lehetővé, hogy valamennyi ülészak egymás után kerüljön lebonyolításra. Emiatt az Unió konferenciái során első ízben a plenáris ülésen kívül, valamennyi ülészak párhuzamosan került lebonyolításra, oly módon, hogy egyszerre mindig négy

¹ A belgrádi Népesedési Világkonferenciáról lásd: *T(ekse) K(álmán): Az 1965. évi népesedési világkonferencia.* Belgrád, 1965. augusztus 30—szeptember 10. *Demográfia.* 1965. évi 3—4. sz. 425—530. p.

Dr. Andorka Rudolf: A halandóság problémái az 1965. évi belgrádi népesedési világkonferencián. *Demográfia.* 1966. évi 4. sz. 527—532. p., *Dr. Acsádi György:* A termékenység kérdései az 1965. évi belgrádi Népesedési Világkonferencián. *Demográfia.* 1966. évi 4. sz. 533—539. p.

téma megvitatása folyt. Egy-egy ülésre általában két és fél óra állt rendelkezésre, ami a szervező mintegy félórás bevezetője után kb. két óra időt biztosított a tényleges vitára. Ez általában elegendőnek bizonyult, mert a párhuzamos ülések miatt egy-egy vitán csak viszonylag kevesebben vettek részt (a témától függően mintegy 50–150 személy), mégpedig túlnyomórészt olyanok, akik e kérdéssel közvetlenül foglalkoznak és így hozzászólásaikban, kérdéseikkel főleg a lényegre szorítkoztak. Nehezítette viszont a dolgozatokhoz való közvetlen kapcsolódást, hogy kiosztásukra csak a helyszínen volt lehetőség. Emellett a párhuzamosság sok esetben kizárta, hogy valaki az őt érdeklő minden ülésen részt vegyen. Ez ugyan a témacsoportok (például halandóság) vonatkozásában nem fordult elő, mert megvitatásukra egymás után került sor, de ha valakit egyformán érdekelt például a népességi matematika és a generációs halandóság kérdése, választania kellett, hogy melyik ülészakon vegyen részt, mert ezek tárgyalására egyidejűleg került sor.

A Konferencia két plenáris ülésén egyrészt a jelenlegi, másrészt a jövőbeli demográfiai helyzetet vitatta meg. Az első napon került ismertetésre A. Sawvy (Franciaország) „A világ mai demográfiai helyzete” c. dolgozata, mely általános képet festett a legfontosabb demográfiai jellemzők (népességösszetétel, halandóság, termékenység, természetes szaporodás, belső és külső vándorlás) alakulásáról. Hangsúlyozta a gazdaságilag fejlett és a fejlődő országok demográfiai helyzetének jelentős különbségeit és szükségesnek minősítette a világ demográfiai stabilitásának elérését. A másik plenáris ülés előadását M. Macura (Jugoszlávia, az ENSZ Népesedési Főosztályának igazgatója) tartotta „A következő harminc év demográfiai perspektívái” címmel. Az előadás részletesen tárgyalta a műszaki haladást és a gazdaság valószínű fejlődését, majd a demográfiai előreszámítások lehetőségeit fejtegette. Részletes vizsgálat tárgyává tette három alternatív népességelőreszámítás eredményeit: ezek közül az egyik a jelenlegi elgondolásokat követi (tehát azonos az ENSZ által készített, és már 1965-ben nyilvánosságra hozott számításokkal), a másik figyelembe veszi a népesség jövőbeni száma megállapításánál a gazdaságban, valamint a falu-város összetételben bekövetkezett változásokat, a harmadik pedig mind a strukturális, mind pedig a dinamikus aspektusokra tekintettel van a népességi trend kiszámításánál. E számítások és eredményei az emberiség jövőjének jelentős variánsaira hívták fel a figyelmet, amelyet különösen a fejlődő országok jövőbeni népességszáma és népességmegoszlása vonatkozásában mutatnak nagy különbségeket. E dolgozat csupán első megközelítést jelentette e nagyszabású feladatnak, részletes kidolgozására előreláthatólag az 1974-ben vagy 1975-ben az ENSZ által szervezendő III. Népesedési Világkonferencia során lenne lehetőség.

A Konferencia munkálései — az előbbiekben kifejtett elveknek megfelelően négyesével párhuzamosan — témánkénti ülészakokban folytak. Összesen 40 ülészak került lebonyolításra, melyek a népességtudomány fő témái köré csoportosultak. Így a Konferencia munkája az alábbi 10 szekcióban folyt:

1. Módszertan
2. Termékenység
3. Halandóság
4. Népességkontroll, népesedéspolitikai
5. A demográfia gazdasági vonatkozásai
6. A demográfia szociális vonatkozásai
7. Történeti demográfia
8. A demográfia oktatása
9. Nemzetközi vándorlások
10. Belső vándorlások

A demográfiai módszertannal foglalkozó ülészakok közül talán a legnagyobb érdeklődést „A szimulációs módszerek és modellek alkalmazása a termékenység elemzésében” című téma keltette. Ennek bevezető előadását M. C. Sheps (Egyesült Államok) tartotta, aki a szimulációs módszer alkalmazásának úttörője a demográfiában. E szekció ülései közé sorolták még a *népességi matematika* (szervezője N. Keyfitz, Egyesült Államok), valamint a *mintavétel és demográfia* (szervezője L. Kish, Egyesült Államok) megvitatását. A fejlődő országok

demográfiai statisztikáját volt hivatva segíteni az ugyancsak ide sorolt másik két ülészak is, az egyik, amelyik a hiányos adatok felhasználását, a másik pedig, amely az adatszolgáltatás problémáit tárgyalta. E szekció vitáira összesen 43 dolgozatot küldtek be, közöttük a legtöbb (17) a népességi matematikai tárgykörbe tartozott. Ezek általában nem új módszereket ismertettek, inkább már régebben ismert eljárások újabb alkalmazásairól számoltak be.

A legnagyobb érdeklődés a *termékenység* ülészakait kísérte. Ezek közül egy *Chandrasekaran* (India) szervezésében az *összehasonlító termékenységi vizsgálatok* eredményeit ismertette, további négy pedig a különböző régiók (Ázsia, Latin-Amerika, Afrika, fejlett országok) termékenységi trendjeit foglalta össze. Számunkra a legnagyobb érdeklődést a *D. Glass* (Egyesült Királyság) által szervezett ülészak keltette, amely a fejlett országok termékenységi kérdéseit elemezte. Itt szerepelt a legtöbb dolgozat (a szekció 45 előadása közül 16), és közöttük három foglalkozott a magyar termékenységi viszonyokkal: *dr. Szabady Egon* felkért előadása „A termékenység néhány jellemzője Magyarországon”, valamint *dr. Andorka Rudolf* és *dr. Thirring Lajos* önkéntesen beküldött dolgozata. Ezekon kívül külön előadások elemezték a Szovjetunió (*B. Ur-lanis*), Jugoszlávia (*Z. Anicic*), valamint Románia (*I. Ferenbac*) termékenységi trendjeinek legújabb alakulását.

A konferencia másik fontos szekciója a *halandóság* kérdéseit tárgyalta, bár e témakörben a beküldött dolgozatok viszonylag kisebb száma (22) nem jelzett nagy érdeklődést. Az ide sorolt négy ülés közül kiemelkedett a *B. Benjamin* (Egyesült Királyság) által szervezett, amely a halandóság társadalmi-gazdasági különbségeit tárgyalta a fejlett országokban, valamint a *G. Calot* (Franciaország) szervezésében lebonyolított ülés, amely a perinatális és a csecsemőhalandóság kérdéseit vitatta meg. Ezen szerepelt *dr. Szabady Egon* előadása is „A magyar csecsemőhalandóságot befolyásoló biológiai és szociális tényezők” címmel. Kiseb érdeklődés kísérte a generációs halandósági vizsgálatokkal, valamint a fejlődő országok halandóságával foglalkozó ülészakokat. Ez utóbbihoz küldött be dolgozatot *dr. Millényi Károly* „A halandóság jellemzői Ghanában” címmel.

A *népességkontroll* címét viselő szekción lényegében a családtervezés és a népesedéspolitika különféle vonatkozásait vitatták meg a beküldött 28 dolgozat alapján. Így egy-egy ülészak foglalkozott a családtervezés jelenlegi helyzetével (szervező: *C. Tietze*, Egyesült Államok) és jövőbeli perspektíváival (szervező: *S. Segal*, Egyesült Államok). Érdekes és bizonyos fokig újszerű volt a *M. Boserup* (Dánia) által szervezett ülészak, amely a népesedéspolitika problémáit tárgyalta. Az ide benyújtott 7 dolgozat között szerepelt *dr. Acsádi György*, aki az európai szocialista országok népesedéspolitikai kérdéseit foglalta össze. A szekcióban szerepelt még az abortuszok demográfiai vonatkozásait (szervező: *dr. Klinger András*), valamint a családtervezési vizsgálatok ellenőrzési módszereit tárgyaló ülés (szervező: *D. Kirk*, Egyesült Államok).

Bár heterogén területeket foglalt össze, mégis a demográfia legújabb kutatási irányairól számolt be a *demográfia gazdasági vonatkozásaival* foglalkozó szekció. Közöttük újszerű összefoglalást adott *Demény P.* (Egyesült Államok) „A népességkontroll gazdaságtana” című szervezői előadása, amely — *D. Valentej* szovjet demográfus elnöklésével — élénk vitára adott alkalmat. Jól egészítette ki e témát a *R. Easterlin* (Egyesült Államok) által szervezett ülés, amely a népességi változások és a gazdasági fejlődés közötti kapcsolatokat tárgyalta. Ezek mellett egy-egy ülés foglalkozott a munkaerőhelyzet, a női foglalkoztatottság, valamint a föld kihasználása demográfiai vonatkozásaival.

Ugyancsak újabb kutatások eredményeit foglalták össze a *demográfia szociális* vonatkozásaival foglalkozó szekció 5 ülésére beküldött 40 dolgozat elemzése. Ennek témaköre is elég heterogén volt és talán régebbi értelemben használta a „szociális demográfia” kifejezést. Itt szerepeltek a családvizsgálatok (szervező: *G. Roberts*, Jamaica), valamint az oktatás és a demográfia összefüggéseinek vizsgálata (szervező: *H. Musham*, Izrael). Kissé furcsa módon ide sorolták a *H. Gille* (Dánia) által szervezett ülészakot is, amely a fejlett országok differenciális termékenységének módosulását tárgyalta. Ezenkívül egy-egy ülés foglalkozott a házasság (szervező: *W. Wunsch*, Belgium) és a háztartás-összetétel és -nagyság (szervező: *H. Schubnell*, Német Szövetségi Köztársaság)

kérdéseivel. Ez utóbbihoz küldött be — a szervező kérésére — előadást *dr. Tamásy József* „A magyar háztartás- és családösszetétel és -nagyság változásai” címmel.

A *történeli demográfia* eredményeit két ülészakban tárgyalták: az egyik *L. Henry* (Franciaország) előkészítésében az 1800 előtti kutatásokról számolt be. Itt vitatták meg a beküldött 12 dolgozat között *dr. Nemeskéri János* dolgozatát, amely a paleodemográfiai vizsgálatok régészeti és antropológiai feltételeit tárgyalta. Az 1800 utáni kutatások eredményeit szegényesebben mutatta be a *dr. Kovacsics József* által szervezett másik ülészak 8 dolgozata.

Három ülészak foglalkozott a *demográfia oktatásának* kérdéseivel. *W. Borrie* (Ausztrália) a demográfusszükséglettel és annak kielégítésével foglalkozott, a *B. Remiche* (Belgium) által szervezett ülés a demográfiai oktatás szervezetét tárgyalta, *R. Pressat* (Franciaország) pedig a demográfiai képzés tartalmi kérdéseiről küldött be dolgozatot.

Két szekció foglalkozott a *vándorlások* problémáival. Közöttük nagyobb érdeklődést (24 dolgozat) keltett a belső vándorlások kérdésköre, ahol főleg a városiasodás demográfiai vonatkozásait, valamint a belső vándorlás elemzésének módszereit vitatták. A nemzetközi vándorlások témaköréből a vándorlások nagyságával és összetételével foglalkoztak legtöbben (az e szekcióra beküldött 15 dolgozat közül 9). Kisebb volt az érdeklődés a magasan képzett munkaerő vándorlásának tematikája iránt, valamint azon a két ülészakon, amely a külső és belső vándorlási politika kérdéseit vitatta.

Összefoglalva, a konferencia a demográfia valamennyi problémáját megvitatásra tűzte. A nagyszámú téma párhuzamos felvetése és megvitatása azonban nem tette lehetővé minden kérdés egyforma súlyú és mélysgű tárgyalását. Felvetődik emiatt, hogy a jövőben nem lenne-e helyesebb ennyire széles körű program előírása helyett csupán egy-egy nagyobb kérdéskomplexum megvitatását célul tűzni, vagy pedig — mint ahogy erre a regionális konferenciákon úgyszor kerül — nem az egész világ, hanem egy-egy homogénebb terület demográfiai jellemzőit megvitatni.

A konferenciával egyidejűleg sor került a Népeségtudományi Unió négyévenként szokásos *közgyűlésére* is. A közgyűlésen különféle jelentéseket terjesztettek elő, közöttük *E. Grebenik* főtitkári beszámolóját, amely az Unió tevékenységéről és pénzügyeiről számolt be az 1965—1969 közötti időszakban.

A közgyűlés felmentette az eddigi vezetőséget, és *C. Chandrasekaran* indiai demográfust, az ENSZ Távol-keleti Gazdasági Bizottsága regionális családtervezési tanácsadóját elnökké iktatta be a lelépő *D. Vogelnik* (Jugoszlávia) helyett, akit a legutóbbi belgrádi közgyűlés fogadott el „megválasztott elnöknek”. A közgyűlés által megválasztott Állandó Javaslattevő Bizottság (elnök: *J. Bourgeois-Pichat*, tagjai között van *dr. Szabady Egon* is, az európai demográfusok képviselőjében) jelölése alapján megtörtént az új tisztségviselők megválasztása. Aelnök — tehát négy év múlva elnök — lett *C. Miro*, panamai demográfus, a Latin-Amerikai Demográfiai Központ igazgatónöje. Az Unió nyolctagú tanácsából most lelépő négy tag helyébe került a választás eredményeképpen *M. Boserup* (Dánia), *M. Concepcion* (Fülöp-szigetek), *G. Calot* (Franciaország) és *E. Omaboe* (Ghana).

A közgyűlés — hosszabb vita után — kisebb módosításokkal elfogadta az új alapszabályra vonatkozó javaslatot és a tagdíjak felemelésére vonatkozó indítványt is. Heves vita folyt a tagfelvételek kérdésében, de a többség nem fogadta el az Unió tanácsának a tagfelvétel megszorítására vonatkozó azon javaslatát, hogy tagfelvételre csak azokat ajánlják, akik már aktív demográfiai tevékenységről adtak számot. E helyett a Tanács által kiküldött ad hoc Bizottságot bízta meg az új tagfelvételi rend kidolgozásával és a következő közgyűlést teendő javaslat elkészítésével.

A közgyűlés ezek után meghallgatta a különböző kutató bizottságok (Demográfiai szótár, Történeli demográfia, Oktatás és demográfia, Összehasonlító termékcenségi vizsgálatok, Hiánycs adatok felhasználási módszerei, Belső vándorlások, Házassodás és család) elnökeinek beszámolóit, majd a Tanácsnak ajánlotta megfontolásra — az anyagi lehetőségeket is figyelembe véve — újabb kutató bizottságok felállítását. Ezek közül csaknem bizonyosra vehető a Gazdaságdemográfiai, a Nemzetközi demográfiai terminológiával fog-

ialkózó, a Népeség belső elhelyezkedését elemző, és a Demográfiai oktatást koordináló munkabizottság megalakítása. Ezzel egyidejűleg megszüntetik a Demográfiai szótár és a Belső vándorlások munkabizottságát.

Az Unió jövőbeni munkájával kapcsolatban bejelentették, hogy a közeli években a világ valamennyi régiójában sor kerül demográfiai konferenciák tartására. 1970-ben latin-amerikai, 1971-ben afrikai regionális ülésre kerül sor az Unió rendezésében. Ezenkívül 1971-ben tartják meg a II. Európai Népesedési Konferenciát (az Európa Tanács rendezésében) és előreláthatólag 1972-ben kerül sor a II. Ázsiai Népesedési Kongresszusra (az ENSZ előkészítésében). A következő általános népesedési konferencia időpontját és helyét még nem döntötték el. Az ENSZ ugyanis 1974-ben vagy 1975-ben tartja a következő, a III. Népesedési Világkonferenciát, ez azonban kormány szinten kerül megszervezésre, így nehezen kapcsolható össze az Unió tudományos jellegű konferenciájával. Erre előreláthatólag 1973-ban kerül sor — négyévenkénti közgyűlés, illetve konferencia tartását az alapszabály is előírja —, helye azonban még bizonytalan.

Az Unió konferenciáját — illetve a világ demográfusainak londoni tartózkodását — felhasználva több nemzetközi szervezet tartott ugyanezen idő alatt megbeszélést. Így többek között ülésezett az ENSZ Európai Gazdasági Bizottsága Szociális Demográfiai Munkacsoportja, az 1971. évi Strasbourg-i Európai Népesedési Konferencia Előkészítő Bizottsága, a Princetoni Egyetem Termékenységtudató Szakbizottsága stb.

(Dr. Klingler András)

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СОЮЗА ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ В ЛОНДОНЕ. Международный Союз по народонаселению провел свою Общую демографическую Конференцию в Лондоне 3—11 сентября 1969 года. Подобное событие последний раз имело место в 1965 году в Белграде, когда Союз принял участие в организации Мировой Демографической Конференции, созданной Организацией Объединенных Наций.

Таким образом, Лондонская конференция была призвана анализировать демографические вопросы четырех последних лет уже в этой связи ее подготовка была сопровождена вниманием демографов всего мира. В этом свидетельствует большое количество докладов, представленных на рассмотрение Конференции (в различных за сессиях было обсуждено всего 267 докладов), а также относительно большая численность участников (в работе Конференции участвовало примерно 500 человек).

На двух пленарных заседаниях Конференции было обсуждено с одной стороны, настоящее, а с другой — перспективное демографическое положение.

Было проведено четыре параллельных заседаний секций по различным темам. Всего было проведено 40 сессий, занимавшихся основными проблемами демографической науки. Итак, работа Конференции проводилась в следующих 10 секциях:

1. Методология
2. Фертильность
3. Смертность
4. Контроль народонаселения, демографическая политика
5. Экономические аспекты демографии
6. Социальные аспекты демографии
7. Историческая демография
8. Обучение демографии
9. Международная миграция
10. Внутренняя миграция.

Внутри секции по вопросам *фертильности*, организованной Д. Глассом (Объединенное Королевство), и занимавшейся анализом фертильности в развитых странах, имелся приглашенный доклад д-ра Эгона Сабади с на-

званием «Некоторые характерные черты фертильности в Венгрии», а также вольные доклады *д-ра Рудольфа Андорка* и *д-ра Лаеша Турринга*. Кроме этого в отдельных докладах был дан анализ новейшей динамики тренда плодovitости в Советском Союзе (*Б. Урлашич*), Югославии (*З. Анничич*) и Румынии (*И. Ференбак*).

В секции по вопросам *смертности*, организованной *Ж. Кало* (Франция) и занимавшейся вопросами перинатальной и младенческой смертности фигурировал доклад *д-ра Эгона Сабади* «Биологические и социальные факторы, влияющие на младенческую смертность в Венгрии». На заседании по вопросам смертности развивающихся стран был прислан доклад *д-ра Кароя Милтени* с названием «Характеристика смертности в Гане».

На рассмотрение секции под названием *контроль народонаселения*, в рамках которой имелась секция по проблемам демографической политики, был представлен доклад *д-ра Дьердя Ачади* о демографической политике в европейских социалистических странах. В рамках этой секции проводилась сессия по демографическим аспектам абортов, организатором которой был *д-р Андраш Клингер*.

В секции по *социальным аспектам демографии* на сессии, обсуждавшей вопросы состава и величины домашнего хозяйства фигурировал реферат *д-ра Йозефа Тамаша* «Состав и величина венгерского домашнего хозяйства».

На рассмотрение сессии по *исторической демографии*, занимавшейся оценкой исследований до 1800 годов был представлен реферат *д-ра Яноша Немешкери* об археологических и антропологических предпосылках палеодемографических обследований. Организатором сессии по вопросам оценки исследований после 1800 годов был *д-р Йозеф Ковачич*.

Конференция имела в виду рассмотрение всех проблем демографии. Однако параллельное рассмотрение и обсуждение большого количества тем не позволило обсудить всех вопросов с одинаковым значением и глубиной. В этой связи возникает вопрос, не было ли более правильным вместо постановки всех вопросов включить в повестку дня лишь обсуждение некоторых более крупных комплектов тем, или же обсудить демографические характеристики не всего мира, а нескольких более однородных территорий, как это имеет место и в региональных конференциях.

Одновременно с конференцией имело место *общее собрание* Союза по народонаселению, проводимое через четыре года.

Общее собрание принял председателем индийского демографа, советника по планированию семьи Дальневосточной Экономической Комиссии ООН *К. Чандрасекарана* на место ушедшего председателя *Д. Вогельника* (Югославия). На основе выдвижения Постоянной Комиссии по предложениям, избранной Общим собранием проходил также выбор новых должностных лиц. Вицепредседателем стал демограф *К. Миро* (Панама), женщина — директор Латиноамериканского Демографического Центра. В совет Союза на место четырех истекших мест в результате выборов были избраны *М. Босеруп* (Дания), *М. Концепсион* (Филиппинские острова), *Ж. Кало* (Франция) и *Е. Омабо* (Гана).

THE LONDON CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL UNION FOR SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION. The International Union for Scientific Study of Population hold its General Population Conference in London from the 3rd to the 11th of September 1969. The last meeting of this type held in Belgrad 1965, when the Union took part in the organization of the World Population Conference called together by the United Nations Organization.

The London Conference had therefore to deal with the demographic problems of four years, therefore it was followed by the great interest of the demographers all over the world from its preparations. This is reflected by the great number of contributions sent in to the Conference (at the different meetings 267 papers were discussed) and by the relatively great number of the participants (about 500 participants were present at the Conference).

The two plenary sessions of the Conference discussed the actual and the future demographic situation.

The meetings of working-groups were held parallel, organized in sessions for the discussion of one topic. Altogether 40 meetings took place, which were grouped according to the main topics of demography. In this way the discussions were held in 10 sections:

1. Methodology
2. Fertility
3. Mortality
4. Population control and population policy
5. Economic aspects of demography
6. Social aspects of demography
7. Historical demography
8. Training in demography
9. International migration
10. Internal migration

In the section which was concerned with fertility at the meeting organized by *D. Glass* (United Kingdom) which analyzed the fertility trends in developed countries, figured the solicited paper of *Dr. Egon Szabady* entitled "Some characteristics of fertility in Hungary" and the unsolicited papers sent in by *Dr. Rudolf Andorka* and *Dr. Lajos Thüring*. Special lectures analyzed the actual development of fertility trends in the Soviet Union (*B. Uralnis*) in Yugoslavia (*Z. Anicie*) and Rumania (*I. Perenbac*).

In the section dealing with the problems of perinatal mortality at the meeting organized by *G. Calot* (France) to discuss the problems of perinatal and infant mortality figured *Dr. Egon Szabady's* contribution entitled "Biological and social factors influencing infant mortality in Hungary". *Dr. Károly Millényi* sent in a paper entitled "Mortality Pattern in Ghana" to the meeting discussing mortality patterns in developing countries.

At the meeting discussing problems of population policy organized in the framework of the session "Population control" was presented the study of *Dr. György Acsádi* on the problems of population policy in the European socialist countries. In this session, a meeting discussing the demographic aspects of abortion was organized by *Dr. András Klinger*.

Dr. József Tamásy's paper on "Changes in household and family structure and size in Hungary" was presented at the meeting dealing with family and household problems of the session on the social aspects of demography.

At the meeting discussing the results of historical demography relevant to the period before 1800 *Dr. János Nemeskéri* presented a paper dealing with the archeological and anthropological conditions of paleodemographic research. The organizer of the meeting discussing researches relevant to the period after 1800 was *Dr. József Kovacsics*.

All problems of demography were set on the programme of the Conference. The parallel discussion of the numerous topics made it impossible to deal with all problems in the same way, with identical weight and depth. Therefore the question has to be raised whether in the future would it more proper to set as an aim in the programme to discuss only a few major problem-complex instead of setting all problems in it, or — as it is already done at regional conferences — to discuss only the demographic characteristics of a few more homogenous regions instead of those of the whole world.

At the same time as the Conference took place General Assembly due every fourth year of the Population Union.

The Assembly installed as president *C. Chandrasekaran*, Indian demographer, regional expert on family planning of the United Nation Economic Commission for Far East, who succeeded *D. Vogelnik* (Yugoslavia). The new office-holders were elected on the proposition of the Standing Nominating Committee, elected by the Assembly. *C. Miro*, demographer of Panama, director of the Demographic Center of Latin America was elected vicepresident. Instead of the four members retreating from the eight members Committee of the Union the following four demographers were elected: *M. Boserup* (Denmark) *M. Conception* (Philippines) *G. Calot* (France) and *E. Omaboe* (Ghana).

NEMZETKÖZI NÉPESSÉGI TÉRKÉPKIÁLLÍTÁS ÉS TANÁCSKOZÁS, BUDAPEST, 1969

A MÉM Országos Földügyi és Térképészeti Hivatala, valamint a Geodéziai és Kartográfiai Egyesület szervezésében 1969. szeptember 17-én Nemzetközi Népeségi Térképkiállítás és Tanácskozás kezdődött Budapesten a Technika Házában.

A kiállítást *dr. Radó Sándor*, az Országos Földügyi és Térképészeti Hivatal Térképészeti Önálló osztályának vezetője nyitotta meg.

A tematikus kartográfia egy-egy területének nemzetközi bemutatója már 1962 óta folyik évenként Budapesten, s a nemzetközi atlaszok, autótérképek, turistatérképek, iskolai földrajzi atlaszok, iskolai földrajzi falitérképek, város-térképek és földhasznosítási térképek bemutatása után 1969-ben sor került a *népeségi térképek* seregszemléjére. A kiállításon a népesség általános megoszlását, a népsűrűséget, a népesség foglalkozás, életkor, nemek szerinti összetételét, a városi és falusi lakosság arányát ábrázoló térképek szerepeltek. A kiállításon Európa, Afrika, Ázsia, Észak- és Dél-Amerika országaiból 35 ország 65 intézménye vett részt.

A kiállított *magyar térképek* általában a térkép sokféle felhasználási lehetőségét mutatták. A Kartográfiai Vállalat által kiadott Magyarország Nemzeti Atlaszának, valamint a Dél-Alföld Atlaszának bemutatott térképlapjai értékes keresztmetszetet adtak az országról. Az Országos Tervhivatal Tervgazdasági Intézetének népeségi térképei a hosszú távú tervek kidolgozásában nyújtottak segítséget és kerültek felhasználásra. A Városépítési Tudományos Tervező Intézet a bemutatott térképeket tervezésihez munkaeszközként használta. A Központi Statisztikai Hivatal a népszámlálási eredményeket bemutató térképekkel szerepelt, a Népeségtudományi Kutató Intézet pedig tanulmányainak illusztrálására szolgáló térképmelléleteiből mutatott be néhányat.

A kiállításhoz kapcsolódó tudományos ülésszak célja a népeségi térképek módszertani problémáinak és alkalmazási lehetőségeinek megvitatása volt.

A mintegy 40 külföldi szakember részvételével folyó négy napig tartó tudományos tanácskozást *Huszár István* államtitkár, a Központi Statisztikai Hivatal elnöke nyitotta meg. Hangsúlyozta, hogy a népeségi térképek számos tudomány fontos segítői és olyan kutatási és elemzési lehetőségeket nyújtanak, melyek más kutatási eszközökkel nem helyettesíthetők.

A tanácskozáson elhangzott, valamint a beküldött előadások általában a népeségi térképek területi részletezésének szükségességét hangsúlyozták, továbbá azt, hogy az ábrázolás és az illusztratív bemutatás helyett — komplex térképek készítésével — a népesség és a terület kapcsolatára, összefüggéseire kell ábrázolási metodikát kidolgozni, segítséget nyújtva ezzel a különféle tudományos kutatás, elemzés számára.

Az alábbiakban a tanácskozás néhány előadását ismertetjük.

Dr. Kurth Wilthauer (Göttingen) javasolta a nemzetközi népességkartográfia továbbfejlesztését, tekintettel a közelgő 1970. évi népszámlálásokra. Megemlítette, hogy évtizedek óta folynak próbálkozások, hogy a népességmegoszlás egységes ábrázolására nemzetközi ajánlásokat fogadjanak el, s egy nemzetközi világtérképet készíthessenek. 1960-ban Stockholmban az IGU konferencián megfogalmazták az 1 : 1 000 000 méretarányú népeségi világtérképre vonatkozó ajánlásokat. Számos országban már az ajánlások alapján készítették el térképeiket. A szocialista országok együttműködésével folyamatban van egy 1 : 2 500 000 méretarányú egységesített világtérkép elkészítése, mely alapul szolgálhat az 1970 utáni új népszámlálások eredményeinek ábrázolásához.

O. A. Evtsev (Moszkva) a népességtérképezés szovjetunióbeli problémáit fejtegette. Rámutatott arra, hogy a népesség sokoldalú tanulmányozása és térképezése a szocialista országokban a gazdálkodás és szociális-kulturális építés tervszerű viszonyai között különösen nagy jelentőségű. Nagy szükség van a népesség összetételére, a munkaerő-tartalék és népgazdasági felhasználása kartográfiai jellemzésére. Megemlítette, hogy a népességtérképezés fejlődését a Szovjetunióban nagymértékben elősegíti az igen fejlett népességstatisztika és hogy rendelkezésre állnak az egész ország területét fedő részletes és tartalmas, külön-

böző méretarányú földrajzi térképek. A népességtérképezés feltételeinek biztosítása fontos feladat s különösen időszerű az 1970. évi népszámlálás megkezdése előtt. A statisztikai információtömeg egységes feldolgozása a statisztikai anyagok földrajzi rendezéséhez is vezet. Ez elősegíti a térképtervezés és a térkép-felhasználás automatizálását korszerű számítógépek segítségével.

M. I. Szemjonova, T. M. Feszenko (Szovjetunió) az újonnan művelés alá vett területek térképezési elveiről és módszereiről értekeztek. Kifejtették, hogy a népesség elhelyezkedését legjobban azok a térképek mutatják, melyeken a település lélekszámával arányosan minden települést ábrázolnak. A falusi lakosságot fontos úgy bemutatni, hogy a használatban levő földterülethez képest miként helyezkedik el. A települési foltok meghatározásához a szerzők a dazimetrikus módszer használatát tartják alkalmasnak, melynek lényege, hogy minden egyes település köré, annak kontúrjától meghatározott távolságra körvonalat húznak, mely az ember gazdasági tevékenységének kiterjedését határolja le.

W. G. Dean (Toronto) Kanada Ontario államának tematikus térképsorozatával szerepelt, mely elsősorban a kutatás számára készült. A Magyarországnál négyszer nagyobb terület népességeloszlásáról, népsűrűségéről, a korcsoportokról, foglalkozási jellegzetességeiről tájékoztat. Érdekes ponttérképet mutat be, melyen sötétkék vízfelület és fekete szárazföld színezésen belül a népességet fehéren hagyott pontok mutatják. A foglalkozási térképen pedig megyénként száz kis négyzetre osztott nagyobb négyzettel ábrázolja a húsz foglalkozási csoport százalékos megoszlását.

J. Schultz (Montpellier) a demográfiai változások kartográfiai szintézisére kidolgozott új módszert ismertette. A természetes szaporodás és a vándorlási egyenleg arányának változását, ill. a két tényező változásának lehetséges kombinációit figyelembe véve a Montpellier-i kartográfiai laboratóriumban szintetikus grafikus eljárást dolgoztak ki a fejlődés hatféle típusának ábrázolására. A koordinátarendszerben történt ábrázolás segíti a demográfiai változás egyes típusainak megismerését, lehetővé teszi a várható fejlődés megítélését. Fejlődési típusonként megkülönböztelt: növekedő, elnyelő, magvaszakadó, tároló, elnéptelenedő és egyensúlyi típusokat a természetes szaporodás és a ki- és bevándorlások egyenlegének hatására létrejött globális változás szerint.

Werner Witt (Kiel) hangsúlyozta a népsűrűség és a népességmozgás statikus és dinamikus térképezésének fontosságát; a nappali népesség, az éjszakai népesség, az ún. szabadidő népesség különös figyelembevételét a népsűrűség kiszámításánál, tekintettel a modern nagyvárosokra, ahol általános a népességnek a városba befelé és onnan kifelé tartó ritmikus és időszakos (rövid időtartamú) hullámozása, a lakóhely és a munkahely különbözősége.

V. A. Cservjakov (Vladivoszto) a népesség térképi eloszlásának ábrázolására a meteorológiai térképezésben ismeretes izovonalak módszerének használatát ajánlja. Az izodématérkép lehetővé teszi a statisztikai „domborzat” pozitív és negatív formáinak meghatározását.

E. Iwanicka-Lyra (Warszawa) a népességföldrajz és térképészet módszertana területén elért lengyel eredményekről számolt be és új módszerként említette a népességmegoszlást ábrázoló lengyel térképsorozaton alkalmazott ún. „folytonos zónák segítségével bemutatott koncentráció” módszerét, melynek célja, hogy meghatározza a maximális sűrűséggel és egy adott népességgel jellemzett folytonos zónákat.

H. A. Avetiszjan, L. A. Valeszjan, A. K. Gregorjan, Sz. M. Duljan (Szovjetunió) a hegyvidék sajátosságainak a népességi térképezésben történő figyelembevételét tárgyalták. A terület hegyvidéki jellege hatással van a lakosság termelőtevékenységére és elhelyezkedésére, ezért igen fontos a népsűrűség és a letelepültség megoszlásának szorosan kötött kartográfiai bemutatása.

Werner Stams (NDK) a NDK nemzeti atlaszában (1 : 750 000) a települések ábrázolásánál térképre vitt témákat ismertette. Részletesebben foglalkozott a beépített területek szerkezetének ábrázolásával. A szerző által kidolgozott térkép a méretarányos településeket 12 beépítési típus szerint különböző színekkel ábrázolta. A térkép a városi beépítés 5 formáját (új épületkomplexumok, nagyvárosi régi beépítés, kis- és középvárosi régi beépítés,

lakótelep beépítés és üdülőhelyi beépítés), a vidéki beépítés 5 formáját (falu, falusi-lakótelepülés, ipari település, magános udvarház település, nem mezőgazdasági település), továbbá a kertés és egyéb beépítési formákat különbözőteli meg. A népességet eloszlás ábrázolására olyan módszert említett, amely a számlálhatóságot a grafikus valósággal köti össze. A beépített területek elhelyezett kis négyzetek kirajzolják a népesség lakóhelyeit és módot nyújtanak arra, hogy megbecsüljék a népességtömörülés mértékét. A népsűrűség községenkénti ábrázolásánál a községterületek különböző nagysága miatti hátrányt el lehet kerülni, ha a sűrűséget egységnyi területekre számítjuk. Felvetette a szerző, hogy a népesség szerkezetére vonatkozó ábrázolásokat ki kell egészíteni a népesség társadalomgazdasági tagozódásának bemutatásával, továbbá a népművelési, a kulturális, egészségügyi létesítmények, sőt a műemlékek ábrázolásával is.

J. G. Kelner és V. N. Liszjuk (Moszkva) a szovjet népességi térképekről és atlaszokról adtak áttekintő képet. Általánosan elismertek: a „Nagy szovjet világatlasz” (1937–1940), a „Tengeri atlasz”, az általános földrajzi „Világatlasz” (1954–1967), a „Természetföldrajzi világatlasz” (1964), az „Antarktis atlasz”, a „Világ népeinek atlasza”, a „Szovjetunió gazdasága és kultúrája fejlődésének atlasza” stb. A harmincas években első ízben került sor a népesség eloszlásának és nemzeti összetételének ábrázolásán túl a struktúra, a migráció, a kulturális fejlődés, az egészségügyi ellátottság stb. térképi bemutatására. A Világ népeinek atlasza, melyben kb. 1500 nép adata került feltüntetésre, az etnikai térképezés területén a Szovjetunióban végzett munka eredményeinek összegezése. A legnagyobb részletesség jellemzi a Szovjetunió 1962-ben kiadott 1 : 4 000 000 méretarányú népsűrűségi térképét. A Nagy Honvédő Háború után a Szovjetunióban nagyarányú fejlődésnek indultak a komplex tudományos regionális kézi atlaszok elkészítésére és kiadására irányuló munkálatok.

Az új komplex művekben azt tervezik, hogy jóval részletesebben adják közre a népességnek nemek, életkor és társadalmi csoportok szerinti megoszlását, a munkaképes népesség eloszlását, a dolgozóknak képzettség és foglalkozás szerinti összetételét, a népességnek a különböző népgazdasági ágakban való foglalkoztatottságát, a lehetséges munkaerő-tartalékokat stb. Tervezik a Szovjetunió egységes állami népességi térképének elkészítését az 1970. évi népszámlálás szerint.

Érdeklődést keltettek a tanácskozás magyar résztvevőinek előadásai is.

Dr. Laczkó László (Budapest) a népességi térképek népgazdasági tervezésben történő felhasználásával foglalkozott. A térképek vizsgálati, feltáró módszerként és eszközként funkcionálnak. A népességgel és munkaerővel foglalkozó térképek a tervezés valamennyi fázisa és a terv minden fejezete számára elengedhetetlenül szükséges információkat tartalmaznak. A népesség mennyiségi ismérvek szerinti számbavétele elsősorban eloszlási és sűrűségi térképek készítését teszi szükségessé. A népességmegoszlási térképek kívánatos méretaránya 1 : 500 000, mely megengedi a településenkénti és — ahol az szükséges — a településrészenkénti ábrázolást. A szerző legmegfelelőbbnek tartja a célra a pontkartogram módszer alkalmazását.

A tervezés szempontjából lényeges a területegységek népességszáma alakulásának vizsgálatára, a népesség nemek és korcsoportok szerinti összetételének elemzésére, kiértékelésre alkalmas térképi ábrázolás. Mind fontosabbá válik a népesség területi mozgásának, vándorlási volumenének térképezése, mivel itt a térképek mással nem pótolható kutatási eszközként jelentkeznek. A tervezésben jól használhatók a népességi súlypontokat feltüntető térképfajták.

Dr. Klinghammer István (Budapest) a kombinált koncentráció indexek számolásáról és ábrázolásáról adott tájékoztatást. Az egyre sokrétűbb információörmeg feldolgozása csak a több oldalú összefüggések alapján kialakított komplex indexek alkalmazásával történhet. Olyan adatsorokat helyettesíthetünk egyetlen új adatsorral, melyek összefüggnek, korrelálnak. A kartografálás gyorsítása automatizálással érhető el. Külföldön kialakítottak különféle eljárásokat (kartofotó, computer vezérlésű kirajzoló koordinátográf). Nálunk az ELTE Térképtudományi Tanszékén fotomaszk eljárásnak nevezett módszert vezettek be, mellyel fototechnikai eljárással készíthető kartogram.

Dr. Durkó Gábor (Budapest) a népességszám és a népsűrűség térképi ábrázolása kapcsán a népszámlálások jelentőségére hívta fel a figyelmet. Rámutatott a népszámlálások fontosságára a nemzetközi összehasonlításra alkalmas népességi térképek készítését illetően is. Kitért a magyar népszámlálások területi vonatkozásaira, különösen arra a törekvésre, hogy az egymást követő magyar népszámlálások mind nagyobb súlyt helyeznek az adatok területi tagolására, s így a kutatás szempontjából oly fontos sokoldalúan részletezett térképek készítését teszik lehetővé. Szólt az alaptérképekkel szemben támasztott követelményekről, majd a népességmegoszlás térképi ábrázolásának módjait (ponttérkép, kartogram, kartodiagram, piktogram), továbbá a népsűrűség térképezését (tónustérképek, népességi súlypont) ismertette.

Dr. Vagás András (Budapest) a foglalkozási megoszlás térképi ábrázolását vizsgálta. Hangoztatta a közigazgatásilag részletezett alaptérképhez való ragaszkodás szükségességét. Rámutatott a komplex térképek készítésének előnyeire, s javasolta a népességi munkatérképek körébe tartozó ún. additív munkatérképek készítését. Ennek módszere az, hogy egyes ábrázolandó elemekről külön-külön térkép készítenőd, majd az azonos értékű területeket határoló vonalak egy térképen összesítendők. Az egyes területek fontosság szerint pontértéket kapnak, s egymásra rajzolás után a pontértékek összeadásával az egyes területek végcél szerinti fontossága kialakul. Ilyen módszert ajánl a mezőgazdasági népesség elterjedésének vizsgálatához: talaj, éghajlat, hidrográfiai viszonyok, termelési eredmények, piac stb. figyelembevételével.

Az ismertetett néhány előadás is jól jellemzi a tanácskozás tematikai változatosságát és jelentőségét.

(*Dr. Durkó Gábor*)

МЕЖДУНАРОДНАЯ КАРТОГРАФИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА И СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСАМ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ, БУДАПЕШТ, 1969 г. В Вудапеште в Доме Техники в организации Государственного Земельного и Картографического управления и Общества по геодезии и картографии 17 сентября 1969 года открылись Международная демографическая Картографическая выставка и совещание по вопросам народонаселения.

Выставку открыл *д-р Шандор Радо*, начальник самодеятельного картографического отдела Государственного земельного и Картографического управления. Он остановился на международном значении выставки и ее тематике, упомянул о выставках, имевших место в Вудапеште с 1962 года, потом была проведена демонстрация *демографических карт*. На выставке имеются карты, показывающие общее распределение и плотность населения, распределение населения по занятиям, его состав по полу и возрасту, долю городского и сельского населения. В выставке принимали участие 65 организаций из 35 стран Европы, Африки, Азии, Северной и Южной Америки.

Демонстрируемые *венгерские карты* показывают многосторонность использования карт вообще. Показанные страницы Национального Атласа Венгрии, а также Атласа Южной Низменности, изданных Картографическим предприятием, дают интересный разрез о всей стране. Демографические карты Института планирования Госплана ВНР применяются при разработке перспективных планов развития. Демонстрируемые карты используются в Проектном Институте градостроительства в качестве рабочих средств. Центральное статистическое управление показало карты с основными итогами переписи населения, Научно-исследовательский институт по демографии привел несколько карт, служащих в качестве иллюстраций обследований.

Научная сессия, проведенная в связи с выставкой имела своей целью обсуждение методологических проблем и возможностей использования демографических карт.

Четырехдневная научная сессия, на которой принимали участие 40 зарубежных специалистов, была открыта председателем Центрального ста-

тистического управления *Иштваном Хусаром*. Он подчеркнул, что демографические карты являются важными помощниками ряда научных дисциплин и они представляют не заменяемые иными средствами возможности научного исследования и анализа.

В ходе заседания, а также в представленных письменных докладах подчеркивалась важность территориальной разбивки демографических карт, далее то, что вместо изобразительного и иллюстративного показа необходимо разработать методику изображения взаимосвязей населения и территории путем составления комплексных карт. Это будет способствовать различным научным исследованиям и анализам.

INTERNATIONAL POPULATION MAP EXHIBITION AND CONFERENCE BUDAPEST, 1969. Under the auspices of the National Land and Chartographic Institute of the Hungarian Building Ministry and of the Geodetic and Chartographic Association, the International Population Map Exhibition and Conference was opened in Budapest, in the House of Technique, on September 17, 1969.

The exhibition was opened by *Dr. Sándor Radó*, Chief of the Independent Chartographic Section of the National Land and Chartographic Office, who spoke about the international importance and about the thematics of the exhibition. He referred to the annual exhibitions held in Budapest since 1962 in the series of which takes place the exhibition of population maps.

This exhibition displayed maps illustrating the general distribution of the population, the density of population, the distribution of the population by occupation, age and sex, the proportion of the urban and rural population. 65 institutes of 35 countries of Europe, Africa, Asia, Northern- and Southern America participated in the exhibition.

The exhibited Hungarian maps showed in general, the many possibilities of using maps. The National Atlas of Hungary and the Atlas of the Southern Hungarian Plain, published by the Chartographic Enterprise, gave a good cross-section of the country. The population maps of the Institute for Economic Planning of the National Planning Office are used to draw up long-term plans. The Scientific Planning Institute for Town Building uses the maps exhibited as a tool of its planning activity. The Central Statistical Office was represented by maps with population census results. The Demographic Research Institute exhibited some maps illustrating its studies.

The objective of the scientific session held in connection with the exhibition was to discuss the methodological problems and possibilities of using population maps.

The four day conference with about 40 foreign experts, was opened by *István Huszár*, President of the Central Statistical Office. He emphasized that population maps give assistance to many disciplines and offer such possibilities of research and analysis which cannot be substituted for other means of research.

The lectures held at the conference and the papers submitted, emphasized, in general, the necessity of a regional specification of the population maps. They further stressed the necessity of developing a method to represent the connection between population and area by means of complex maps, giving thus assistance to the different types of scientific research and analysis.

A NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓ INTÉZET KÖZLEMÉNYEI

A NépeSSégtudományi Kutató Intézet közleményei sorozatban eddig az alábbi kötetek jelentek meg:

1. Magyarország megyénkénti népességének várható alakulása, 1960. I. — 1980. I. között. 1963/1
2. A nyugdíjasok helyzete. 1963/2
3. A korbevállás megbízhatóságának vizsgálatai az 1960. évi népszámlálásnál. 1964/1
4. Magyarország népességének demográfiai jellemzői régióként. 1965/1
5. A válások okai. 1965/2

6. A budapesti nyugdíjasok helyzete és problémái. 1965/3
 7. A társadalmi átrétegződés és demográfiai hatásai. I. Budapesten és a városokban. 1965/4
 8. A népesség foglalkozásának változása 1960—1963 között. 1965/5
 9. Vizsgálatok a népesség területi eloszlásának alakulásáról Magyarországon, 1900—1960. 1966/1
 10. Lakásdemográfiai adatok. 1966/6
 11. A szociális intézetek és gondozottaik helyzete. 1966/3
 12. Magyarország népességének területi előreszámítása. 1966/4
 13. A magyar leíró statisztikai irány fejlődése. 1966/5
 14. Termékenységi adatok. 1966/6
 15. A demográfiai tényezők hatása a művelődésre. 1967/1
 16. Iskolai végzettség és szakképzettség. 1967/2
 17. Magyarország népességének gazdasági korfái. 1967/3
 18. Nemzetiségek demográfiai sajátosságai Baranya megyében. 1968/1
 19. Magyarország népességének előreszámítása. 1966—2001. 1968/2
 20. A magyar történeti demográfia a II. világháború után. 1968/3 (*Angol nyelven*)
 21. Történeti demográfiai kollokvium. Budapest, 1965. 1968/4 (*Francia, angol és német nyelven*)
 22. Demográfiai jellemzők a települések nagyságcsoportja szerint, 1900—1960. 1968/5
 23. A Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutató Intézetének évkönyve, 1963—1968. 1968/6
 24. Alkoholizmus. 1968/7
 25. Gyermekgondozási segély. 1969/1
 26. Kutatási módszerek a termékenység és a családtervezés vizsgálatára: Magyar tapasztalatok. 1969/2 (*Angol nyelven*)
- A jövőben megjelenő köteteket a *Demográfia* folyamatosan ismerteti.

СООБЩЕНИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ПО ДЕМОГРАФИИ ЦСУ. В серии сообщений Исследовательского института по демографии до настоящего времени вышли следующие тома:

1. Ожидаемая динамика населения комитатов Венгрии между 1. I. 1960 и 1. I. 1980 гг. 1963/1.
2. Положение пенсионеров. 1963/2.
3. Исследования относительно достоверности ответов о возрасте при переписи населения 1960 года. 1964/1.
4. Демографические характеристики народонаселения Венгрии по регионам. 1965/1.
5. Причины разводов. 1965/2.
6. Положение и проблемы будапештских пенсионеров. 1965/3.
7. Общественная рестратификация и ее демографические последствия в Будапеште и в городах. 1965/4.
8. Изменения в занятиях населения в период между 1960 и 1963 гг.. 1965/5.
9. Исследования в области динамики территориального распределения населения в Венгрии, 1900—1960. 1966/1.
10. Жилищно-демографические данные. 1966/2.
11. Положение социальных учреждений и лиц, проживающих в них. 1966/3.
12. Территориальный прогноз населения Венгрии. 1966/4.
13. Развитие венгерского направления описательной статистики. 1966/5.
14. Данные о плодovitости. 1966/6.
15. Влияние демографических факторов на образование. 1967/1.
16. Школьное образование — профессиональное образование. 1967/2.
17. Экономические возрастные пирамиды населения Венгрии. 1967/3.

18. Демографические особенности национальностей в комитете Баранья. 1968/1.
19. Перспективы развития населения Венгрии, 1966—2001. 1968/2.
20. Венгерская историческая демография после второй мировой войны. 1968/3. (*На английском языке.*)
21. Сопещение по исторической демографии. Будапешт, 1965. 1968/4. (*На французском, английском и немецком языках.*)
22. Демографические характеристики поселений по их величине, 1900—1960. 1968/5.
23. Ежегодник Исследовательского Института по демографии ЦСУ ВНР, 1963—1968 гг. 1968/6.
24. Алкоголизм. 1968/7.
25. Пособие по воспитанию детей. 1969/1.
26. Методы исследования плодовитости и семейного планирования: Венгерский опыт. 1969/2. (*На английском языке.*)

Рецензии о выходящих в дальнейшем томах будут систематически публиковаться в журнале *Демография*.

PUBLICATIONS OF THE DEMOGRAPHIC RESEARCH INSTITUTE. In the series of the Publications of the Demographic Research Institute the following volumes have been published:

1. Population Projections for Hungary by Counties between January 1, 1960, and January 1, 1980. 1963/1
2. The Situation of Pensioners. 1963/2
3. Investigation on the Reliability of Age-Admissions in the Population Census of 1960. 1964/1
4. Demographic Characteristics of the Population in Hungary by Regions. 1965/1
5. Causes of Divorces. 1965/2
6. Situation and Problems of the Pensioners of Budapest. 1965/3
7. Social Mobility and its Demographic Effects in Budapest and in the Towns. 1965/4
8. Change in Occupation of the Population between 1960 and 1963. 1965/5
9. A Study on the Regional Distribution of Hungary's Population 1900—1960. 1966/1
10. Housing-Demographic Data. 1966/2
11. Situation of Social Institutes and Their Dependents. 1966/3
12. Regional Projections of the Population of Hungary. 1966/4
13. The Development of the Hungarian Descriptive Statistics. 1966/5
14. Fertility Data. 1966/6
15. The Impact of Demographic Factors on Culture. 1967/1
16. School Qualification and Professional Training. 1967/2
17. The Economic Age-pyramids of Hungary's Population. 1967/3
18. The Demographic Characteristics of the Nationalities of the County of Baranya. 1968/1
19. Population Projection for Hungary, 1966—2001. 1968/2
20. Hungarian Historical Demography after World War II. 1968/3 (*In English*)
21. Colloquium on Historical Demography. Budapest, 1965. 1968/4 (*In French, English and German*)
22. Demographic Characteristics by Size of Settlements, 1900—1960. 1968/5
23. Yearbook of the Demographic Research Institute of the Central Statistical Office, 1963—1968. 1968/6
24. Alcoholism. 1968/7
25. Allowance for Child's Care. 1969/1
26. Survey Techniques in Fertility and Family Planning Research: Experience in Hungary. 1969/2 (*In English*)

The volumes coming out in the future will be continually reviewed in *Demográfia*.

IRODALOM

DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

POPULATION STUDIES

a londoni Közgazdasági Főiskola Népeségkutató Bizottságának folyóirata
Vol. XXII., No. 3. (1968)

KNODEL, J.: Infant Mortality and Fertility in three Bavarian Villages: An Analysis of Family Histories from the 19th Century. (Csecsemőhalandóság és termékenység három bajor faluban: családtörténeti elemzés a 19. századból.) 297—318. p.

Három bajor egyházközség anyakönyveiből származó családtörténeti adatoknak az akkori szoptatási szokásokra vonatkozó információk figyelembe vételével történő elemzése több fontos demográfiai kérdéshez szolgáltathat bizonyítékot. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy a szoptatás jelentősen meghosszabbíthatja a szülési intervallumokat. A csecsemőhalálozásnak az azt követő intervallumra gyakorolt független befolyására vonatkozó bizonyítékok nem meggyőzők. Annyi azonban bizonyos, hogy ha létezett is ilyen befolyás az — a szoptatás hatásához képest — viszonylag csekély volt. Az eredmények azt a hipotézist sem támasztják alá, hogy azok a családok, amelyeknél a gyermekhalandóság alacsonyabb volt, nagyobb mértékben alkalmaztak volna családtervezést, mint azok, amelyeknél magas volt. A termékenység azonban mind a három egyházközségben valószínűleg befolyásolta a csecsemőhalandóságot. A rövid intervallum után született csecsemőknél jelentősen magasabb volt az elhalálozás valószínűsége, mint a hosszabb intervallum után születetlennél.

MAZUR, P.: Birth Control and Regional Differentials in the Soviet Union. (Születésszabályozás és területi különbségek a Szovjetunióban) 319—333. p.

A szerző a termékenységet befolyásoló tényezők területi különbségeit vizsgálja a Szovjetunióban a születésszabályozás elterjedtsége szerint. Ennek fontosságára *Ulanisz* is rámutatott, interpretálásában azonban túlzott szerepet tulajdonított az etnikai tényezőknek. A tanulmány — 150 politikai-igazgatási egységet vizsgálva — az 1959. évi szovjet népszámlálás társadalmi és demográfiai adatait elemzi város és falu szerinti részletezésben. Közép-Ázsiában, Azerbajdzsánban és az Örmény területeken, ahol nincs születésszabályozás, a termékenység főként a házas nők arányától függ, továbbá a társadalmi helyzetűtől, amelyet a szerző a férfi és nő iskolázottsága közötti különbséggel mér. A viszonylag alacsony termékenységű, főként városi területeken, ahol a születésszabályozást gyakorolják, a nők iskolázottsági színvonalára és a gyermek — nő arány között sokkal szorosabb az összefüggés. Élteltekintve a falusi területektől, a tanulmány nem támasztotta alá azt a népszerű hipotézist, hogy a nők gazdasági függősége közvetlen összefüggésben van a termékenységgel.

WHITEHEAD, L.: *Altitude, Fertility and Mortality in Andean Countries.* (Magasság, termékenység és halandóság az Andok országaiban.) 335–346. p.

Elsősorban a népszámlálási adatok alapján több szerzőnek az a véleménye, hogy Peruban, Bolíviában és Ecuadorban a magasan fekvő területek indián lakosságának alacsony termékenysége a nagy magasság élettani hatásával függ össze. A tanulmány e nézetek cáfolatával foglalkozik. Felhívja a figyelmet a népszámlálási adatok pontatlanságára, többek között a rendkívül magas csecsemőhalandóság tekintetében. Ennek pedig nem fiziológiai, hanem gazdasági, társadalmi, egészségügyi okai vannak.

CHOW, L. P.: *A Study of the Demographic Impact of an IUD Programme* (Tanulmány egy IUD program demográfiai hatásáról.) 347–359. p.

A tanulmány a Tajvanon végrehajtott intrauterin fogamzásgátlási program hatásáról végrehajtott különböző vizsgálatok adatait mutatja be. Az alkalmazók termékenysége kb. 76%-kal csökkent, szemben a házas nők termékenységének 5%-os általános csökkenésével. Ha az intrauterin eszközt alkalmazók termékenysége is ilyen mértékben csökkent volna az eszköz igénybevétele nélkül, kb. 4 behelyezés kellene egy élvészületés elmaradásához. A demográfiai hatás megállapításához azonban természetesen hosszabb megfigyelésre lenne szükség.

A tanulmány többek között bemutatja a termékenységszabályozási gyakorlat kimenetelére, az IUD első alkalmazása után bekövetkezett terhesség végződésére vonatkozó adatokat az alkalmazók társadalmi-demográfiai jellemzői szerint.

CALDWELL, J. C.: *Determinants of Rural-Urban Migration in Ghana.* (A faluból városba vándorlás tényezői Ghanában.) 361–377. p.

Ghanában az 1921. és 1960. évi népszámlálás között eltelt négy évtizedben a városi lakosság száma kilencszeresére emelkedett, a falusi lakossáé pedig csak háromszorosára. A folyamat elemzésére 1963-ban végrehajtott reprezentatív vizsgálat szerint a városba vándorlás hajlandósága növekszik a közelséggel a nagy városokhoz, a falusi terület lakosságának a nagyságával, a falusi háztartás gazdasági jólétével, a már városba költözött rokonok számával, az iskolázottsággal, a családnagysággal, végül természetesen bizonyos kor és nem struktúrával és feltehetően az alacsonyabb születési sorrenddel is. Kisebb szerepet játszanak viszont a foglalkozás, az együttélési körülmények és az eltartottak száma.

FREJKA, T.: *Reflections on the Demographic Conditions Needed to Establish a U. S. Stationary Population Growth.* (Megfontolások az Egyesült Államok népességének stationér növekedéséhez szükséges demográfiai feltételekről.) 379–397. p.

Feltételezhető, hogy hosszabb távon az Egyesült Államok népességének növekedése megszűnik, mert egyébként az élet fizikailag lehetetlenné válik. Ennek számos hipotetikus lehetőségét vizsgálták. A tanulmány a különböző variánsokat veszi sorra, amelyek végül is stationér népességhez vezetnének.

GLASSER, J. H., LACHENBRUCH, P. A.: *Observations on the Relationship between Frequency and Timing of Intercourse and the Probability of Conception.* (Megfigyelések az érintkezések gyakorisága és időzítése, valamint a fogamzás valószínűsége közötti összefüggésről.) 399–407. p.

A szerző a havi érintkezések számát nem konstansnak, hanem inkább véletlen változónak tekinti. Az ennek megfelelő mintát matematikailag jellemzi, majd bemutatja a valószínűségi függvényt és számszerűleg is illusztrálja.

JAMES, W. H.: *The Mathematics of Menstrual Cycle.* (A menstruációs ciklus matematikája.) 409–413. p.

A tanulmány válasz *Potter* professzor kritikájára a szerzőnek a fogamzás ritmus módszeréről írt tanulmányáról. Ezzel kapcsolatban bemutatja a korrelációt, amely a menstruáció történetén belül az egymás melletti ciklusok hossza között fennáll.

Vol. XXIII. No. 1. (1969)

BRADSHAW, B. S.: Fertility Differences in Peru: A Reconsideration. (Termékenységi különbségek Peruban: újabb megfontolás.) 5—19. p.

Több szerző foglalkozott azzal a jelenséggel, hogy Peru, Bolívia és Ecuador indiánlakta területein lényegesen alacsonyabb a termékenység, mint azon a gazdaságilag fejlettebb területeken, amelyeken a spanyolul beszélő lakosság él. A tanulmány az 1940. évi perui népszámlálás termékenységi adataira alapozott vizsgálat eredményeit ismerteti, amelyek arra engednek következtetni, hogy az indián koncentrációjú területek termékenységét — a született összes gyermekek számát — a korábbi vizsgálatok jelentékenyen alulbecsülték. Feltehető tehát, hogy a magasföldön élő perui indiánok termékenysége nem sokkal marad el a spanyol nyelvű lakosságtól, sőt talán meg is haladja azt.

GAISIE, S. K.: Estimation of Vital Rates for Ghana. (A ghanai népmozgalmi arányok becslése.) 21—42. p.

Az 1960. évi népszámlálás volt az első Ghanában, amely eléggé megbízhatónak tekinthető a népmozgalmi arányok becsléséhez. A szerző megkísérelti a nemek és a kor szerinti összetételre vonatkozó információk és az 5%-os utóellenőrzés születési és halálozási adatai alapján megállapítani a termékenység és a halandósági szintet és a népesség növekedésének arányát. A becslés eredményei azt mutatják, hogy Ghana a világ egyik legmagasabb termékenységű országa. (A nyers születési arány 50 ezrelék, a teljes termékenység arány 6,9 ezrelék.) A születéskor várható átlagos élettartamra adódott 40 év, a 160 ezrelékes csecsemőhalandóság és a 23 ezrelékes halálozási arány plauzibilis becslésnek látszik. E tényezők alapján a természetes szaporodás aránya évi 2,7%-ra, a bruttó reprodukciós arány pedig 3%-ra tehető.

ALLINGHAM, J. D.—BALAKRISNAN, T. R.—KANTNER, J. F.: Time Series of Growth in Use of Oral Contraception and the Differential Diffusion of Oral Anovulents. (Az orális fogamzásgátlás elterjedésének idősorai és a fogamzásgátlók elterjedésének különbségei.) 43—51. p.

A tanulmány reprezentatív minta alapján a kanadai Toronto nagyvárosi területén élő, 46 éven aluli, férjükkel megszakítás nélkül együttélő első ízben házas nők körében vizsgálja az orális fogamzásgátlás elterjedésének különbségeit, vallás, iskolai végzettség és születési hely szerint. Az idősorok elemzése arra enged következtetni, hogy az orális fogamzásgátlás alkalmazásának gyors növekedési periódusa véget ért.

LING, T.: Buddhist Factors in Population Growth and Control. A Survey Based on Thailand and Ceylon. (Buddhista tényezők szerepe a népesség növekedésében és szabályozásában. Thaiföldön és Ceylonban végzett vizsgálat.) 53—60. p.

Bár a buddhista tanok és intézmények közvetlen nem ösztönöznek gyermekek nemzésére, Dél-Ázsia buddhista országaiban a születési arány magas. A tanulmány első része ennek okait vizsgálja. A második rész a népesedés-szabályozási politikával kapcsolatos dél-ázsiai buddhista magatartással foglalkozik.

SIMON, J. L.: The Value of Avoided Births to Underdeveloped Countries. (Az elmaradt születések értékének interpretálása gazdaságilag elmaradott országokban.) 61—68. p.

Az elmaradt születésekből származó megtakarítások pénzületi értékének becslése a gazdaságilag elmaradott országokban hasznos mércéül szolgálhat

népesedéspolitikai intézkedésekhez, felvilágosítási és propaganda kampányhoz. A tanulmány a számítás módszerét ismerteti Coale és Hoover Indiára vonatkozó teljes és reális makroökonómiai rendszerből kiinduló munkája alapján.

JAIN, A. K.: *Fecundability and its Relation to Age in a Sample of Taiwanese Women.* (A megtermékenyülés összefüggése a korrallal a taivani nőkre vonatkozó mintában.) 69—85. p.

Retrospektív felvételből származó adatok felhasználásával a szerző becslési eljárást mutat be az átlagos fogamzási valószínűség megállapítására a taivani nők heterogén rétegeiből álló mintájában, az első terhességi intervallumok — a házasság kezdete és az első fogamzás közötti periódus — megoszlása alapján. A megtermékenyülés valószínűsége növekszik a házasságkötési korrallal (25 éves korig) függetlenül a házasság tartamával való kapcsolatától.

LAW, C. M.: *Local Censuses in the 18th Century.* (Helyi népösszeírások a 18-ik században.) 87—100 p.

A 18. századi népesedési problémákkal foglalkozó munkák alapját az egyházi anyakönyvek adatai képezik. Meglepően kevés figyelmet szentelnek a helyi népösszeírások eredményeit tartalmazó forrásoknak. A tanulmány 125 angliai helyi, főként városi összeírás anyagát vizsgálja, főként abból a szempontból, hogy miként hajtották végre, milyen a megbízhatósága, mi a tartalma.

LERIDON, H.: *Some comments of the article by K. Srinivasan „A probability Model Applicable to the Study of Inter-Live Birth Intervals and Random Segments of the Same”.* (Néhány megjegyzés K. Srinivasan „Az élveszületések intervallumának tanulmányozására alkalmas valószínűségi modell és véletlen szegmensei”. c. cikkéhez.) 101—104. p.

A szerző a folyóirat 21. évfolyamának első számában megjelent tanulmányban javasolt valószínűségi modellel kapcsolatban új formulákat ismertet az ún. „nyílt intervallumos” megoszlás átlagának és varianciájának a számítására.

JAMES, W. H.: *The Causes on Induced Abortion.* (A művi vetélés okai.) 105—109. p.

Egy korábbi tanulmányában (Population Studies 20. évfolyam 3. szám) Treffers feltételezi, hogy a spontán vetélés aránya többé-kevésbé stabilnak tekinthető, tekintet nélkül a pszichológiai és szociológiai változókra. A szerző e nézetet tévesnek ítéli. Néhány megjegyzést fűz az abortuszok számának becslésére alkalmazott módszerhez.

WOLFERS, D.: *The Demographic Effects of a Contraception Programme.* (Egy fogamzásgátlási program demográfiai hatásai.) 111—140. p.

A tanulmány abban különbözik a korábbi hasonló témájú művektől, hogy a jövőbeli potenciális termékenységre vonatkozó becslések nem a termékenységi arányokon alapulnak, hanem az élveszületések intervallumának kor-specifikus átlagain, figyelembe véve a szülés utáni steril periódust, továbbá az állandó sterilitás kialakulásának és a születésszabályozási programok eredményességének a valószínűségét. Az új módszer alkalmazását a szerző a Szingapúrban végrehajtott IUD program demográfiai hatásának felmérésével illusztrálja.

T. J.

POPULATION

a Francia Demográfiai Intézet folyóirata

1969. No. 3.

PRESSAT, Roland: Les naissances en France de 1946 à 1980. (A születések Franciaországban 1946-tól 1980-ig.) 417–426. p.

1964 óta Franciaországban a születésszám csökken. Felmerül a kérdés, vajon alapvetően megváltozott-e a népesség termékenységi magatartása, vagy csupán valamilyen véletlen és átmeneti hatásról van szó.

Pressat az 1931-ben született francia női nemzedék eddigi termékenységtörténetét veszi alapul e kérdés megválaszolásához. E kohorsz termékenységtörténetét már nem zavarta meg a háború és a háború utáni születésszám-kompenzálás. Átlagos végleges gyermekszáma feltehetően 2,65 lesz, ami 1,29 értékű nyers reprodukciós együtthatónak felel meg. Az 1900-ban született női nemzedék átlagosan 2 gyermeket szült (ez a nemzedék jellemezheti a két világháború közötti időszak termékenységét). Tehát a termékenység 32,5 -kal nőtt.

Pressat ezután kiszámítja, hogy milyen lett volna a születésszám, ha az 1931-es kohorsz által mutatott termékenység érvényesült volna minden francia női nemzedékben 1946 óta. Az így kiszámított évi születésszámokat összehasonlítja a tényleges születésszámmal, és azt találja, a tényleges születésszám egészen a legutóbbi évekig nagyobb, sőt időnként lényegesen nagyobb volt. Összesen 377 ezer születés a többlet 1946 óta. Véleménye szerint ez annak a következménye, hogy a születeket előrehozták, másszóval egyre fiatalabb korban szülnék. Kérdés, hogy a születésszám csökkenése az utóbbi néhány évben egyszerűen annak a következménye-e, hogy ez a folyamat, a születeknek fiatalabb korba való eltolódása megállt, vagy a termékenységi viselkedés alapvetőbb megváltozásának vagyunk tanúi. Pressat szerint addig nincs ok aggodalomra, amíg a többlet (amelyet az 1931-es kohorsz termékenységi arányszámaival számított hipotetikus születésszámhoz viszonyítva kapott) nem morzsolódik le.

VRAIN, Ph.: L'évolution des demandes d'emploi en France, de 1960 à 1967, par métier et par âge. (A foglalkoztatás keresletének alakulása Franciaországban foglalkozási csoportonként és korcsoportonként, 1960–1967.) 427–456. p.

A háború végétől 1963-ig Franciaországban teljes foglalkoztatás volt (rövid depressziós időszakoktól eltekintve). 1964 óta azonban a foglalkoztatási helyzet lényegesen romlott, pedig ugyanakkor más országokban, ahol a munkaképes korú népesség gyorsabban nőtt, mint Franciaországban, a fejlődés gyorsabb volt. A szerző a munkaközvetítő irodák adatai alapján elemzi a munkaerő kínálat és kereslet közötti viszonyt. Nevezetesen szakmánként és korcsoportonként közli és elemzi azoknak a számát, akik munkahelyet kértek, de nem kaptak a munkaközvetítőktől. Megállapítja, hogy szakmánként lényeges eltérések vannak, tehát a munkaerő kínálat szakma struktúrája nem felel meg a keresletnek, vagyis a modern gazdaság szükségleteinek. A munkanélküliség orvoslására ezért inkább kvalitatív, mint kvantitatív eszközöket kellene alkalmazni.

HENRY, Louis: Schémas de nuptialité: déséquilibre des sexes et célibat. (A nuptialitás sémái: a nemek közötti arányból származó egyensúlyhiányok és a cölibátus.) 457–486. p.

A cikk a folyóirat előző évfolyamában megjelent elméleti tanulmány folytatása. Célja a nemek közötti arány kiegyensúlyozatlanságából (pl. háború okozta embervesztések) fakadó hatások elméleti modelljének kidolgozása. Egyensúlyhiány okozta cölibátusnak nevezi azt a jelenséget, hogy a férfiak hiánya miatt a nők egy része nem tud megházasodni. A függelékben matematikai modelleket is leír.

BIRABEN, Jean-Noël: Durée de la vie dans la population de Columnata (épipaléolithique oranais). (A columnatai népesség élettartama az oráni epipaleolitikumban.) 487–500. p.

Az algériai Columnataban egy 116 sírból álló temetőt tártak fel. Ennek népessége időszámításunk kezdőpontja előtt kb. 6500 és 5000 között élt. Megállapították az eltemetettek halálozási korát és ennek alapján próbálták következtetni a születéskor várható átlagos élettartamra. Első megközelítésben az ENSZ halandósági tábla típusaival hasonlították össze a temető korstruktúráját azzal a feltételezéssel, hogy ez a népesség stacionér volt. A korstruktúra a 20 éves várható élettartamú halandósági táblához állt legközelebb. Problémákat okozott, hogy a halottak egyrészének korát nem tudták megállapítani. Második lépésben megpróbálták a temető korstruktúráját növekvő és csökkenő népesség feltételezésével összehasonlítani a halandósági táblákkal. Ez nem vezetett eredményhez. Végül feltételezték, hogy e temető egy olyan népességé, amely évi 0,5% -os természetes szaporodást mutat, átlagos élettartama 25 év, de 20 évenként valamilyen katasztrófa következtében elveszti a teljes természetes szaporulatot. Az ilyen népesség halálozásának kormegoszlása különösen jól megfelel a columnatai temető korstruktúrájának.

TABAH, Leon: Démographie et aide au Tiers Monde. II. Calcul du déficit au cours de la période 1960–1980. (Demográfia és a harmadik világ segítése.

II. A gyengén fejlett országok deficitjének kiszámítása, 1960–1980.) 501–539. p.

A folyóirat előző évfolyamában megjelent első tanulmányát folytatva a gazdasági és demográfiai növekedés összefüggéseit elemzi a gyengén fejlett országokban. Konkrét számításokat végez annak az összegnek nagyságára vonatkozóan, amelyre ezeknek az országoknak szükségük lenne ahhoz, hogy gazdasági fejlődésük meginduljon és azután képes legyen önmagát finanszírozni. A születésszám alakulásának, a belső megtakarításnak, a beruházási struktúrájának és a külföldi országoktól kapott segélyeknek különböző hipotéziseit veszi fel. Arra a következtetésre jut, hogy a demográfiai megoldás (lassabb növekedés) magában nem elég a gazdasági fejlődés megindításához, más (gazdasági) területeken is nagy erőfeszítésekre van szükség. Az átmeneti időszakban nagy segítséget nyújthat a fejlett országokból kapott segély.

1969. No. 4.

BOURGEOIS—PICHAT, Jean: Activité de l'Institut national d'études démographiques au cours de l'année 1968. (A Francia Demográfiai Intézet tevékenysége 1968-ban.) 631–652. p.

Részletesen ismerteti az Intézet munkásságát: a demográfiai tájékoztatás (kiadványok, rádió és televízió), az oktatás, a kutatás, a nemzetközi konferenciákon való részvétel területén. A főbb kutatási témák:

1. Szociálpszichológia: az iskoláskorú gyermekek intelligenciája; a továbbtanulás pszichológiai és társadalmi tényezői; a születésszámmal kapcsolatos közvélemény; városokkal vándorlás.
2. Szociáldemográfia: az idős emberek életkörülményeinek kutatása.
3. Gazdaságilag aktív népesség: a foglalkozások új kategorizálását megalapozó kutatások; az egyetemet végzettek életpályája; a gyermekes anyák munkája; csökkentett munkaidőjű állások a szolgáltatásban; műszaki szakember szükséglet; munkaerő-kereslet és kínálat szakmánként.
4. Devians magatartások: a csökkent szellemi képességűek intézeteinek helyzete.
5. Népeggenetika és kvalitatív demográfia: genetikai kapcsolatok a rokonok között; izolátumok; az endogámia alakulása a 19. és 20. században Európában; a genetikai teher mérése; a francia anyák véleménye a fogamzásgátlószerekről; nemzetközi biológiai program.
6. Módszertan: anyakönyv feldolgozások: a fogamzásgátlás hatása a termékenységre.

7. A demográfiai konjunktúra figyelése.
8. A gyengén fejlett országok demográfiai viszonyai.
9. Külföldiek bevándorlása Franciaországba.

NEWCORBE, H. B.: Couplage de données pour les études démographiques. (Az adatok összekapcsolása demográfiai kutatás céljára.) 653–684. p.

Gyakran előfordul, hogy a demográfiai kutatás céljára érdemes megkeresni egy személyre vonatkozó olyan adatokat, amelyek különböző dokumentumokban találhatóak meg. Ez a munka sokszor nagy erőfeszítéseket igényel. A szerző az egy személyre vonatkozó különböző adatok ilyen „összekapcsolásának” technikai kérdéseit tárgyalja.

BLOT, D.: Les redoublements dans l'enseignement primaire en France de 1960 à 1966. (Az osztályisméltlések az általános iskolai oktatásban Franciaországban, 1960–1966.) 685–709. p.

A Francia Demográfiai Intézetnek a gyermekek iskolai előmenetelére vonatkozó kutatásai megmutatták az osztályisméltlések gyakoriságát. Ezeknek pedagógiai, pszichológiai vagy szociológiai okaival és hatásaival korábban már foglalkoztak. A tanulmány elemzi az osztályisméltlések hatását az általános iskolai oktatás átlagos időtartamára.

BIRABEN, Jean-Noël: Essai d'estimation des naissances de la population algérienne depuis 1891. (Az algériai népesség születésszáma 1891 óta; kísérlet a becslésre.) 711–734. p.

A nem teljeskörű anyakönyvezés miatt vitatott kérdés az algériai népesség népmozgalma. A szerző megbecsüli, hogy az anyakönyvezett születésekhez mennyit kell hozzáadni, hogy a tényleges születésszámot megkapjuk.

GÉNERMONT, J.: Paramètres caractéristiques d'une population homogame. Étude de quelques cas simples. (Egy homogám népesség jellemző paraméterei.) 735–756. p.

Elméleti matematikai modellt ír le, amely a házaspárok kialakulásának (a párválasztásnak) genetikus hatásait vázolja.

GARLOT, E.: Activité des organisations internationales en matière démographique. Première partie: Evolution des structures et des idées. (A nemzetközi szervek tevékenysége a demográfia területén.) 757–780. p.

Ismerteti a különböző nemzetközi szervezetek, elsősorban az ENSZ és szervei, valamint az egyéb nemzetközi kormánysszervek (pl. az Európa Tanács), nem kormány szervek (pl. az IPPF), és a nemzetközi tevékenységet is folytató országos szervek (pl. Population Council) demográfiai munkásságát.

A. R.

POPULATION INDEX

a Princeton Egyetem Népeségkutató Intézetének folyóirata

1968. No. 1.

SHORTER, F. C.: Information on Fertility, Mortality and Population Growth in Turkey. (A termékenység, halandóság és a népességnövekedés Törökországban.) 3–21. p.

A tanulmány több forrás, így elsősorban a népszámlálások és az 1963. évi országos demográfiai vizsgálat — amely a lakosság 71%-ára terjedt ki — együttes elemzése alapján vizsgálja a halandóság, a termékenység és a népességfejlődés trendjeit. Az adatok az 1960 körüli időszakra, esetenként az 1960-as évek közepére vonatkoznak város-falu szerinti részletezésben.

A török törvények 1960 előtt bűncselekménynek minősítették az abortuszt és a sterilizációt, tiltották a fogamzásgátló eszközök behozatalát, gyártását és eladását, továbbá a családtervezésre vonatkozó információk terjesztését. Az 1960-as évek elején ezt a politikát felülvizsgálták és az 1965-ben hozott törvény legalizálta a fogamzásgátlók terjesztését, megfelelő egészségügyi korlátok mellett engedélyezte az abortuszt és egészségügyi hálózattal segítő elő fogamzásgátlók, elsősorban az intrauterin eszközök alkalmazását. Mindezt figyelembe véve már a közel jövőben a termékenység jelentős csökkenése várható.

*

A szerkesztőség tájékoztatást közöl arról, hogy a *Bibliográfia* alapját képező kartoték katalógus rendszer milyen módon áll a kutatók rendelkezésére. továbbá, hogy a *Population Index* mely számai kaphatók még, illetve a további számok hogyan szerezhetőek be újranyomás (reprint), mikrofilm vagy fotonyomás formájában.

E számtól kezdve a *Population Index* bibliográfiájának rendszere némileg módosul, egyes témakörei további alcsoportokkal bővülnek.

1968. No. 2.

TAUBER, Irene, B.: Change and Transition in the Black Population of the United States. (Változás és tranzíció az Egyesült Államok fekete bőrű népességében.) 121—151. p.

A tanulmány széles spektrumú áttekintést ad a néger lakosság demográfiai jellemzőinek alakulásáról, a század eleje óta. Bemutatja a déli államokból kiáramlásuk és a nagy városokba koncentrálódásuk folyamatát, foglalkozik a mobilitással, a szelektív tényezőkkel, az iskolázottság alakulásával, a házasság, a háztartás és a család kérdéseivel, továbbá a halandósággal és reprodukcióval, végül felvázolja a várható perspektívákat. A szerző véleménye szerint a fekete bőrű népesség bizonytalan jövője nem demográfiai örökség. Akik közülük elérik a népesség közép- vagy felsőbb rétegeinek társadalmi státusát és gazdasági színvonalát, nem különböznek e rétegekbe tartozóktól sem a családstruktúra, sem a házassági stabilitás vagy a reprodukció tekintetében. A kevésbé iskolázottak, az alacsonyabb foglalkozási rétegekbe tartozók, elégtelen jövedelemmel rendelkezők körében marad az afrikai örökség. Lényegében tehát nincs külön etnikai demográfia. A század hátralevő részében az iskolázottsági színvonal növekedése, a foglalkozási mobilitás és a nem korlátozott társadalmi lehetőségek eredményeként az elmaradott rétegek demográfiai jellemzői is átalakulnak. A döntő áttörésnek a déli államokban kell bekövetkezni.

T. J.

DEMOGRAPHY

az Amerikai Népeségi Társaság folyóirata

1967. Vol. 4. No. 2.

GOODMAN, Leo A.: On the Age-Sex Composition of the Population That Would Result from Given Fertility and Mortality Conditions. (A népesség kor és nem szerinti összetételéről, amelyet adott termékenységi és halandósági feltételek eredményeznének.) 423—441. p.

A tanulmány új formulákat javasol az adott termékenységi és halandósági viszonyok között előálló nemi arány és a véglegesen kialakuló kor és nem szerinti népességösszetétel kiszámítására. Mint erre már Karmel (1948) és Kendall (1949) is rámutattak a demográfiai elemzés szokásos módszereit kimondatlanul is arra a feltételezésre alapozták, hogy a női népesség növekedése teljesen

független a férfi népesség növekedésétől. Ez a feltételezés nyilvánvalóan inkorrekt és félrevezető eredményekre vezethet, ezért a szerző új formulákat ajánl, amelyek pontosabb módszerek és szélesebb körben alkalmazhatók, mint a korábbiak. Bemutat női házasságkötés-dominanciájú modelleket, amelyekben a kor és az időskála diszkrét és folyamatos. Mind ezeket, mind egy általánosabb modellt a szerző az Egyesült Államok 1964. évi termékenységi és halandósági adatai felhasználásával illusztrálja.

PARKE, Robert Jr. — GRAYMES, Robert O.: *New Household Projections for the United States.* (Új háztartási előreszámítások az Egyesült Államok részére.) 442—452. p.

Az Egyesült Államok Összeírási Hivatala (Bureau of the Census) közreadta a családok és háztartások számára vonatkozó, 1967—1985. évek közötti időszakot felölelő legújabb előreszámításait (Current Population Reports, Series P-25, No. 360). A szerzők e cikkben ennek az előreszámításnak módszertani kérdéseit tárgyalják, elsősorban a számítások feltételeit és azok befolyását az eredményekre. A projekcióhoz házassági és háztartási feltételeket használtak. A házassági feltételek differenciálását a második világháború után született nagyobb létszámú kohorszok indokolták. A házassági feltételek A változataként a férfi, C változataként a női házassági arányszámokat vették alapul, a B változat egy átlagos változat volt. Háztartási feltételként az 1957 és 1964 körüli három-három év átlagai alapján a háztartásfők arányát, más háztartási viszonylatok és a családi állapot szerinti hányadokat vetítették előre. Az egyes változatok hatásainak ismertetése alapján a szerzők megindokolják, hogy miért az adott változat-kombinációt használták az előreszámításoknál.

LOPEZ, Alvaro: *Some Notes on Fertility Problems in a Colombian Semi-Urban Community.* (Egy colombiai félig városi közösségben felmerült termékenységi kérdésekre vonatkozó megjegyzések.) 453—463. p.

A colombiai La Cejában tartott demográfiai szemináriumra beküldött tanulmányok egyike Candelaria (Valle, Colombia) félig városi településen végrehajtott termékenységi vizsgálatról adott számot (szerzője Alfredo Aguirre). A 100 házasság és konszenzuális kötelékben élő asszonyra kiterjedő vizsgálat elegendő számszerű anyagot eredményezett egy statisztikai értékeléshez, bár az adatfelvétel reprezentatív jellege kétséges. A tanulmány a párok néhány jellemzőjével, az együttélés szilárdságával, a fogamzásgátlás és a születési intervallum, a termőképesség és nemi érintkezés gyakorisága közötti kapcsolatok stb. kérdéseivel foglalkozik, tárgyalva a vonatkozó módszertani problémákat.

HAMILTON, C. Horace: *The Vital Statistics Method of Estimating Net Migration by Age Cohorts.* (A vándorlási különbözet életkori kohorszok szerinti becslésének népmozgalmi statisztikai módszere.) 464—478. p.

Míg az egész népességek közötti vándorlási különbözete becslésére általában a népmozgalmi módszert használják, addig az életkori kohorszok esetében inkább a népszámlálási továbbélési hányadok módszerét. A tanulmány a népmozgalmi módszer hagyományos formulájából indul ki, azaz:

$$M_t - M_0 = (P_1 - P_0) - (B - D),$$

ahol M_t = odavándorlók, M_0 = elvándorlók, P_0 = a népesség száma a bázisidőpontban, P_1 = a népesség száma egy későbbi időpontban, továbbá a születések száma B , a halálozásoké D . A tanulmány leír egy módszert a D_c^{10} meghatározására, amely bármely meghatározott születési vagy életkori kohorsz meghaltjainak a száma a kérdéses népszámlálások közötti dekádban. North Carolina 1950—1960. évi adatai alapján a szerző végül megállapítja, hogy a népszámlálási továbbélési hányadok módszere algebrailag általában a vándorlási különbözeteke alacsonyabb becslését adja, mint a népmozgalmi módszer, de vannak szembetűnő kivételek is, amelyeket népszámlálási összeírási hibák okoznak.

LEASURE, J. William—LEWIS, Robert A.: *Internal Migration in the USSR: 1897—1926.* (Belső vándormozgalom a Szovjetunióban, 1897—1926.) 479—496. p.

A szerzők elsősorban az 1926. évi szovjet népszámlálás születési helyre vonatkozó feldolgozásai alapján vázolják a Szovjetunió belső vándormozgalmaival. Az elemzések területi egysége a gubernium. A szerzők megkísérelték, hogy összefüggésbe hozzák a belső vándorlásokat a guberniumok gazdasági differenciáltságával. E célra az 1926. évi népszámlálás munkaerő-megoszlási, iskolázottsági és városodási adatait használták fel, amellyel megközelíteni vélték a jövedelmi különbségeket is. Érdekes megállapításuk, hogy bár az első világháború, a forradalom, a polgárháború, majd a NEP korszak éveit jelentős belső vándormozgalmakkal járták, az 1926-os népszámlálást megelőző időszak a népesség hasonló térbeli átrendeződését hozta, mint az 1897-es népszámlálást megelőző időszak. A vándorlókat kibocsátó területek és a bevándorlási területek mindkét időszakban körülbelül ugyanazok voltak és a vándorlók a magasabb jövedelmet biztosító területek felé áramlottak.

VÁVRA, Zdeněk: *Future Trends in World Population Growth.* (A világ népessége növekedésének jövő trendjei.) 497—514. p.

A világ népességének várható növekedése szorosan összefonódik a társadalmi és gazdasági fejlődés kérdéseivel. A világ népességszámának növekedése és a korstruktúra ezzel együttjáró változásai új gazdasági és társadalmi problémákat jelentenek, amelyek a fejlettebb és a fejlődő régiókban, s ezeken belül is az egyes területek fejlettségi fokai szerint különböznek. A szerző tanulmányában nem annyira a népességnövekedéssel mint inkább az említett problémákkal foglalkozik. Bevezetőben ugyan vázolja az ENSZ 1960—2000. évi előreszámítását, amelynek közepes változata szolgáltatja a tanulmány alapját, s ismerteti az ezzel kapcsolatos kritikai megfontolásokat is (pl. Bojarszkij, Bogue, Macura), fejtegetéseiben azonban elsősorban a korösszetétel várható változásai és az ebből adódó kérdések állanak előtérben. Tárgyalja a produktív korú népesség trendjeit, a munkaképes korúak és az eltartásra szoruló arányának várható alakulását, a munkaerő-utánpótlás és a munkában eltöltött élet hosszúságának kérdéseit, s végül a jövő népességfejlődésnek a nemzeti jövedelem alakulására gyakorolt hatását. A tanulmány végkövetkeztetése az, hogy a felmerülő kérdéseket nem a távoli jövőben, hanem a jelenben kell megoldani, mert a meglévő ellentmondások egyre bonyolultabbak lesznek.

ROGERS, Andrei: *Estimating Interregional Population and Migration Operators from Interregional Population Distributions.* (Interregionális népesség és vándorlási operátorok becslése interregionális népességeloszlásokból.) 515—531.

A belső vándorlások elemzése és előrelátása a területek közötti népességfejlődés és várható népességmegoszlás kérdéseivel kapcsolódik. Mivel vándorlási adatok gyakran nem állanak rendelkezésre, a tanulmány kísérletet tesz arra, hogy a népességnövekedés folyamatát matrix formában kifejezve a régiók közötti népességmegoszlás idősorai alapján becsülje a vándormozgalmat. A módszert a szerző két-régiós rendszerrel ábrázolja (Kalifornia és a „maradék” Egyesült Államok). Mivel az eredmények nem kielégítőek, a tanulmány jelentős része azokkal a feltételekkel foglalkozik, amelyek a módszer hiányosságait indokolják, továbbá az adatok kiegyenlítésének lehetőségével.

WOOFER, T. J.: *Migration in the Southeast.* (A délkeleti vándormozgalom.) 532—552. p.

A tanulmányban tárgyalt Délkelet-Georgiát, Dél-Karolinát, Alabamát, Mississippit és Luisianát foglalja magába, a déli gyapottermelő államokat, ahol a részes mezőgazdasági munkásokkal történő termelés volt jellemző. A tárgyalt időszakban, 1940 és 1960 között a Délkeleten végbement a gazdaság újjászervezése, amelynek demográfiai következményei igen mélyrehatóak

voltak. A mezőgazdaság gépesítése és átalakítása a farmerek és a mezőgazdasági munkások millióit tette feleslegessé. Mintegy három milliót közülük a nem mezőgazdasági területek szívtak fel, ahol az ipari fejlődés gyorsabb volt, mint az Egyesült Államok más területén, s a családi jövedelmek is gyorsabban nőttek, mint más vidéken. A városi népesség aránya 52%-ra emelkedett. Megváltozott a munkaerő összetétele is, növekedett a nők foglalkoztatottságának aránya, ugyanakkor a néger foglalkoztatottak aránya csökkent. Ugyanez a jelenség tükröződik a vándorlásokban is. A régióból mintegy 2,7 millióval többen vándoroltak el, mint amennyien odavándoroltak, s ebben a különbségben minden egyes fehér elvándorlóra négy néger elvándorló jutott. E nagy vándorlási mozgalom hatása természetesen a kor és nem szerinti összetételen, a házassági és termékenységi viszonyokban is tükröződik.

MORRISON, Peter A.: Duration of Residence and Prospective Migration: The Evaluation of a Stochastic Model. (A helybenlakás tartama és a vándormozgalom előrelátása; egy sztochasztikus modell becslése.) 553—561. p.

A tanulmány azzal a mobilitási modellel foglalkozik, amelyet McGinnis és mások fejlesztettek ki Cornellben. A model fő hipotézise az, hogy a vándorlási hajlam a helybenlakás tartamával csökken. További hipotézis, hogy a kapcsolatban az életkor is szerepet játszik. A szerző tapasztalati alapon kívánja becsülni a Cornell modell pontosságát. E célra a holland népességnyilvántartási rendszerből származó longitudinális (lakóhelytörténet) adatokat használ fel, egy 5000 esetet magába foglaló véletlen mintát. Négy korcsoport — mégpedig 18—24, 25—44, 45—64 és 65 évesek és idősebbek tartam-specifikus vándorlási adatai alapján megállapítja, hogy a kapcsolat negatív, másodfokú görbével jellemezhető, s kor szerint jelentősen különböző. Következtetései arra irányulnak, hogy a vándormozgalom előrelátásában a stacionér valószínűségek előrevetítése nem feltétlenül jogosult, s a jövőben a vizsgálatoknál helyesebb lenne nem stacionér valószínűségekkel dolgozni, mint a Cornell modell esetében is, ehhez azonban a népességnek a helybenlakás tartama szerinti megoszlásaira is szükség lenne.

CLEMENCE, Theodore G.: Residential Segregation in the Mid-Sixties. (Lakóhelyi elkülönülés a hatvanas évek közepén.) 562—568. p.

Az 1960-as évek közepén számos összeírást végeztek annak a megállapítására, hogy a fehér-nemfehér lakóhelyi elkülönülés az 1960-as népszámlálás óta hogyan módosul az amerikai városokban. A tanulmány tíz város 1964—1966 között végzett speciális összeírása alapján megállapítja, hogy az elkülönülés lényegében nem változott.

STOECKEL, John E.—CHOUDHURY, Moqbul A.: The Impact of Family Planning on Fertility in a Rural Area of East Pakistan. (A családtervezés befolyása a termékenységre egy kelet-pakisztáni falusi körzetben.) 569—575. p.

A kelet-pakisztáni Comilla-Kotwali körzet hat falvában 1961-ben családtervezési propagandát kezdtek meg hagyományos eszközökkel (condom és habképző tabletták). Az eredmények 1967. évi értékelése a következőket állapította meg: 1. ámbár a programot elfogadók terhességi aránya az időszak folyamán növekedett, az mégis kevesebb, mint a fele annak a termékenységnek, amit az alkalmazás nélkül várni lehetne; 2. a használt fogamzásgátlók hatékonysága a használat idejével párhuzamosan csökkent; 3. az előbbi tényező, továbbá az új elfogadók és az abbahagyók arányának alakulása következtében, a termékenység redukálódott, a redukálódás mértéke azonban újabban kisebb, ami azonban esetleg ciklikus jelenség is lehet.

ROBERTS, G. W.—CUMMINS, G. T.—BYRNE, J.—ALLEYNE, C.: Knowledge and Use of Birth Control in Barbados. (A születésszabályozás ismerete és használata Barbadoson.) 576—600. p.

A szerzők egy igen tanulságos mintavételi vizsgálat eredményeiről számol-

nak be, amelyet Barbadoson 1964 júniusában kezdtek meg, s három hónap alatt fejeztek be. Az 1960-as népszámláláskor mintegy 50 000 reprodukív korú nőtt vettek számba, 15 számlálókörzetet választottak ki, ahol 2200 ilyen korú nő élt (a mintavételi terv mintegy 4%-os mintát irányozott elő, tehát viszonylag elég nagyot a kiválasztási hányadot tekintve és megfelelőt a minta elemszámát illetően).

Elhagyva az iskolába járó nőket 1900 nő maradt a mintavételi tervben, ezek közül 1605 nőt kérdeztek ki, 26 nő nem válaszolt, 67-ről nem tudták a kérdőívet megfelelően kitölteni.

A vizsgálat a nőket négy csoportra osztotta: 1. törvényes házások (akik férjükkel élnek együtt), ezek alkották a második legnagyobb csoportot (27,1%); 2. a legnagyobb csoport (41,4%) a „látogatók”, akik sem nem házások, sem közös háztartásuk nincs; 3. a közös háztartásban megegyezéssel együtt élők (14,0%) s 4. a hajadonok (akiknek a vizsgálat idején nem volt kapcsolata, 17,5%). A különböző csoportok fogamzásgátlási ismerete és gyakorlata között ugyanúgy különbségek mutatkoztak, mint iskolai végzettség szerint.

Azok közül a nők közül, akiknek valaha is volt bármely típusú házasságkapcsolatuk 73 százalék ismert fogamzásgátlási módokat. Az ismert fogamzásgátlási módok népszerűségi sorrendje jellegzetesen eltért a Közép- és Kelet-Európában ismert képtől. Barbadoson a népszerűségben első helyen a kémiai fogamzásgátlók (aerósol, habképző tabletták, zselé vagy krém) állnak, csak azután jönnek az eszközök (diafragma, condom). Az öblítés ugyan itt is eléggé előkelő helyet foglal el a sorrendben, de a coitus interruptust az orális tabletták, a szoptatás és még a naptár módszer is megelőzi. Az IUCD a sterilizációval és a megtartóztatással a sor végén foglal helyet.

Fogamzásgátlást a nők 40,6 százaléka használt, ez az arány a 25–29 éves korú házásoknál a legmagasabb (65,9%), s a 40 éves és idősebb korú hajadonoknál a legalacsonyabb (6,7%). Az utójára használt módok között a kémiai módszerek 61,1%-ot tettek ki, az eszközös módszerek (az IUCD-t is beleértve) 20,0%-ot, a természetes módok pedig mindössze 10,5%-ot. Az orális tabletták, sterilizáció és egyéb módok a nők egytizedét sem érintették. A fogamzásgátlási ismeretek elterjesztésében a családtervezési klinikáknak van a legnagyobb szerepük (28,6%), de jelentős szerepet játszik az egészségügyi szervezet is (doktorok és ápolónők 24,7%). A felvilágosítás 26,6%-a a partnerektől, a további felvilágosítás barátoktól, rokonoktól és másoktól származott. A vizsgálat érdekes megállapítása, hogy a vallás egyik módszer használatának sem akadályja. A kor szerint részletezett adatok a családtervezés terjedésére utalnak.

DUBEY, Dinesh Chandra—CHOLDIN, Harvey M.: Communication and Diffusion of the IUCD: A Case Study in Urban India. (Az IUCD megismertetése és elterjesztése; eset-tanulmány indiai városi területen.) 601—614. p.

A szerzők három delhi telepen azt vizsgálták, hogy egy új fogamzásgátlási eszközt, az IUCD-t (méhen belüli fogamzásgátló eszközt) hogyan ismer meg a lakosság, s hogyan dönt az elfogadásáról. A vizsgált területen 263 IUCD behelyezést végeztek, 83 háztartásban azonban címvaltozás, címtevéstés vagy nem válaszolás miatt nem tudták az adatfelvételt végrehajtani.

A vizsgálatba mind a feleséget, mind a férjet bevonták. Az IUCD-ről először többnyire a nő értesült (53%), bár gyakran a férj szerzett erről tudomást (44%); együttes információ ritkán történt (3%). A nők nagy része (73%) a családtervezési klinikák személyzetétől kapta az első információt, vagy barátoktól, ismerősöktől (26%). A férfiak ugyanakkor főleg az újságok révén szereztek tudomást erről a módról (65%), s a plakátoknak, kiállításoknak, s a rádióknak is volt bizonyos szerepe (7%). A további ismeretszerzésben mind a férfi, mind a nő már sokkal inkább támaszkodott a barátok, szomszédok, rokonok, s az eszközt már használók tanácsaira. A módszert elfogadók több mint egyharmada (mind a férjéknél, mind a feleségeknél) az IUCD legjobb tulajdonságának azt tartja, hogy az nem zavar, ugyanannyian viszont annak örültek legjobban, hogy ez a módszer biztos. A házások több mint egytizedének első sorban az tetszett, hogy ha akarják, az eszköz kivétele után újból lehet gyer-

mekük. A nőknek mindössze 7%-a döntött úgy, az elfogadásról, hogy csak később, az eszköz behelyezése után informálta a férjét, nagy többségük a férjet is bevonta a döntésbe. A végleges elhatározás kialakításában a házások 44%-ában a férjnek volt döntő szerepe.

MICHEL, Andrée: Interaction and Family Planning in the French Urban Family. (Egymásrahatás és családtervezés a francia városi családban.) 615–625. p.

Már az indianapolisi vizsgálat (Whelpton és Kiser) kimutatta, hogy a boldog házasságokban általában sokkal inkább realizálják mind a gyermekszámra, mind a születési intervallumokra vonatkozó családterveket. A Puerto Rico-i vizsgálat (Hill, Stycos és Black) ezt az elméletet a házások egymásrahatása (a gyermekszám megbeszélése a férj és a feleség között — hasonlóan az 1958–60. évi magyar kísérleti TCS vizsgálatához) irányában is kiterjesztette. A tanulmány 550 francia városi házaspár kikérdezése alapján vizsgálja a kérdést, s egybevetve a megállapításokat más — főleg a Puerto Rico-i — vizsgálatokkal némileg eltérő eredményekre jut.

EL-BADRY, M. A.: A Study of Differential Fertility in Bombay. (Vizsgálat a differenciális termékenységről Bombayban.) 626–640. p.

A vizsgálat az 1960. évi bombayi születési statisztika 50%-os mintájának (azokat az anyagokat vették tekintetbe, ahol a statisztikai számbavétel teljessége kielégítő volt) feldolgozásán alapul. A tanulmány a születési sorrendnek az anya kora, lakóhelye, vallása, továbbá az apa születési helye (állama) és Bombayban való tartózkodásának tartama szerinti tábláit elemzi.

Az elemzés megállapította, hogy bár a termékenységet befolyásoló tényezőkről alig állanak adatok rendelkezésre, a körzetek között található különbségek 51 százalékát mégis indokolni lehet három olyan tényezővel, amelyek az 1961. évi népszámlálásból ismertek. Ezek közül a variancia 44 százalékát a zsúfoltság magyarázza, amely lényegében az életszínvonallal kapcsolatban álló tényező, további hét százalékot a körzetek vallási és analfabétizmus szerinti összetétele indokol. A termékenységi differenciák vallás és származási hely szerint is jelentősek. A mohamedánok standardizált születési sorrendje (3,66) magasabb a hindukénál (3,39), s a katolikusoké a legalacsonyabb (3,06). A Bombayban lakás tartama szerinti adatok csak nehezen magyarázhatók, alig van nyoma az asszimilációnak.

SWEE—HOCK, Saw: Fertility Differentials in Early Postwar Malaya. (Termékenységi differenciák a háborút követő időkben Malájföldön.) 641–656. p.

Malájföldön a háború utáni időkben a malájok termékenysége volt a legalacsonyabb, a kínaiaké ugyanakkor magasabb, míg legmagasabb az indiaiaké. A különbségek államok és falu-város szerint is megtalálhatók voltak. A legnagyobb különbség a falusi és a városokban lakó kínaiak termékenysége között volt kimutatható.

LIVI—BACCI, Massimo: Modernization and Tradition in the Recent History of Italian Fertility. (Modernizálódás és hagyomány az olasz termékenység újabb történetében.) 657–672. p.

Az olasz termékenység a 19. század utolsó évtizedében kezdett csökkenni, s a folyamat az ötvenes évek első felében fejeződött be. Az olasz termékenység csökkenés tehát időben meglehetősen egybeesett a magyarországgal, s mintegy két évtizeddel maradt el a fejlettebb nyugat-európai népségek termékenységcsökkenése mögött. A jelenlegi olasz termékenység a francia termékenységhez áll közel, bár területileg jellegzetes különbségeket mutat. Északon és a középső vidékeken a termékenység már három évtizede olyan alacsony, hogy nem tudja biztosítani a népesség természetes utánpótlását, míg ezzel szemben Délen még ma is igen magas.

Olaszország déli részein a termékenységesökkenés csak a huszas évek vége felé vagy a harmincas évek elején kezdődött el, tehát jóval később, mint az ország más vidékein. A különbség azonban az ország egyes vidékeinek termékenysége között az utolsó másfél évtizedben csökkenni kezdett. A jellegzetes területi differenciákon túlmenően, — amelyek a gazdasági fejlődéssel kapcsolatosak — másik jellegzetes vonása az olasz termékenységnek az, hogy társadalmi differenciáltsága nem nagy. Iskolai végzettség vagy foglalkozás szerint vizsgálva viszonylag csekély termékenységi különbségek találhatók az egyes csoportok között.

A szerző gondot fordít a gazdasági változások és a termékenység változásai közötti kapcsolatok vizsgálatára és a termékenység várható alakulásának a népességelőreszámítások szempontjából történő értékelésére. A tanulmány jól összeállított, gazdag demográfiai statisztikai anyagot közöl, amely alkalmas az olasz termékenység főbb vonásainak jellemzésére.

A. Gy.

POPULATION ET FAMILLE

a Belga Népeség- és Családkutató Központ folyóirata

1968. No. 16.

FREJKA, T., KOUBEK, J.: Les avortements en Tchécoslovaquie. (Az abortuszok Csehszlovákiában.) 1—57. p.

1967-ben Csehszlovákiában a művi abortuszok száma addig nem tapasztalt csúcsot ért el. 96 421 művi abortuszt hajtottak végre, a spontán abortuszok száma 24 722 volt. 1000 lakosra 8,5 abortusz, ebből 6,8 művi abortusz jutott, ugyanakkor az élveszületési arányszám 15,1 ezrelék. Az 1963. és 1964. évek kivételével a csehszlovák termékenység 1950 óta állandóan csökkent. Az abortuszok száma az 1957. évi törvény óta (amely lényegében lehetővé tette a művi abortuszt, ha a nő kéri), először erősen növekedett, majd 1963-ban és 1964-ben — az abortusz-bizottságok gyakorlatának átmeneti megszűrése következtében — csökkent, azután újra növekedett. A szerzők adatokat közölnek a művi abortuszok kor, családi állapot, meglévő gyermekszám, gazdasági aktivitás, a korábbi abortuszok száma, a terhesség időtartama és a művi abortusz kérésének indoka szerint. Tanulmányuk végén megállapítják, hogy a művi abortuszokkal kapcsolatban számos fontos kérdést még tisztázni kell, mint azoknak népesedési hatását, a házasságok stabilitására és a nők mentális egyensúlyára való hatását stb.

CLIQUET, R. L., HEBBELINCK, M.: Een nationaal antropologisch-sociologisch onderzoek op jongens uit het lager onderwijs in België. Voorstelling van het onderzoek. (Az általános iskolás fiúk teljesítménye és képességei. Egy országos antropológiai és szociológiai vizsgálat ismertetése.) 59—82. p.

Ismerteti egy vizsgálat tervét, amelyben az általános iskolás fiúk országos reprezentatív mintáját (összesen 7728 gyermeket 107 iskolában) fogják megvizsgálni a következő szempontok szerint: 1. testi fejlettség, 2. növekedés és érés, 3. intellektuális képességek és azoknak későbbi felhasználása. Az utóbbi úgy kívánják vizsgálni, hogy összehasonlíttják az intelligencia- és képességvizsgálatok eredményeit a szülőknek a továbbtanításra és elhelyezkedésre vonatkozó terveivel.

MORSA, J.: Note sur la conjoncture démographique. (Megjegyzés a demográfiai konjunktúráról.) 83—93. p.

1964 óta Belgiumban állandóan csökkent a születések száma. A helyzet hasonló egész Nyugat-Európában. A szerző szerint nem lehet még eldönteni, hogy tartós változásról, vagy csupán rövidtávú konjunktúra-hullámról van-e szó.

MICHEL, A., LAUTMANN—FREYRABEND, F.: *Nombre d'enfants et interaction conjugale dans les familles urbaines francaises. Comparaisson avec les familles americaines.* (Gyermekszám és a házastársak interakciója a francia városi családokban. Összehasonlítás az amerikai családokkal.) 95—102. p.

A házastársak interakcióján azt érti, milyen az egyetértés férj és feleség között, illetve mennyire van megelégedve a feleség a férjével. Ennek összefüggését kutatja a gyermekszámmal. Egy amerikai vizsgálatot (Reed 1942) és egy hasonló francia vizsgálatot hasonlít össze. Azt találja, hogy mindkét esetben a tervezett, kívánt gyermekszám realizálása jár együtt a legnagyobb házastársi egyetértéssel. A házastársi egyetértés részben előfeltétele, részben következménye a kívánt gyermekszám megvalósításának. Annak, hogy hány ez a kívánt és megvalósított gyermekszám, a szerzők szerint nincs összefüggése a házastársi egyetértéssel.

A. R.

KÖNYVEK

BOGUE, Donald J.: *Principles of Demography.* (A demográfia alapjai.) New York—London—Sydney—Toronto. John Wiley and Sons, Inc. 1969. 917 p.

Ez az összefoglaló munka, amelynek párja egy módszertani kézikönyv lesz (A Manual of Demographic Research Techniques), hézagot kíván pótolni. Elsősorban az egyetemi hallgatóknak és az intelligens laikusnak kíván teljes áttekintést nyújtani a demográfia tudományának egészéről, a használt módszerekről, a legújabb kutatási eredményekről. A szerző az előszóban kifejti könyve célkitűzéseit, ezek a következők:

1. Rendszerezett diszciplínaként kívánja bemutatni a demográfiát. A népesedési kérdések egyes tanulmányozói a demográfia „krizistudomány” jellegét domborították ki, Bogue azonban be akarja bizonyítani, hogy a népességtudomány akkor is fontos tudomány lenne, ha nem lenne „demográfiai robbanás” és a népességnek nem lenne „rossz a területi eloszlása”. Bár a válságos jelenségekkel igen részletesen foglalkozik, s ugyanúgy a javasolt orvoslással is, ezek tárgyalását mindig megelőzi a szisztematikus tudományos megalapozás. Ugyanakkor a könyv sohasem válik száraz tudományos eszmefuttatássá, mert éppen a sok konkrét probléma, empirikus vizsgálati eredmény bemutatása — azt lehetne mondani — „izgalmas” olvasmánnyá teszi a nem szakember számára is.

2. Össze gyűjti és megfogalmazza azokat az eredményeket, amelyeket a különböző demográfiai kutatások hoztak, elméletekké és kvázi-elméletekké szerkeszti össze a különböző kutatók által megállapított törvényszerűségeket. Bőségesen használja saját és általában a chicagói demográfiai iskola kutatási eredményeit. Ezzel elkerüli számos demográfiai munkának azt a hibáját, hogy megmaradnak az egyszerű leírásnál (népmozgalmi, népszámlálási adatok bemutatásánál) és bizonyos múltbeli trendek extrapolálásánál. A népességtudomány kötelességének tekinti az előrebecslést, de ebben a munkában nem elégszik meg azzal, hogy „egyszerűen túkröt tart a múlt elé, hogy abból megjósolja a jövőt”, hanem az alapvető összefüggések elemzésére támaszkodva következtet. Ugyanakkor őrizkedik attól, hogy megalapozatlan elméleti hipotéziseket adjon elő, azt a hitet keltve az olvasóban (aki a szerző szándéka szerint többnyire nem képzett szakember), hogy azokat tudományosan megalapozottnak lehet tekinteni.

3. A népesedési problémákat „nemzetközi” szemszögből nézi, hogy elkerülje a provinciális és sovinszta szemléletet és hangsúlyozza a népesedési problémák világméretűségét.

4. Törekszik a népességtudományt a többi társadalomtudományokkal integrálni. Felhasznál olyan hipotéziseket és elméleteket, amelyeket a szociológia, a közgazdaságtudomány, a földrajztudomány, az antropológia, a biológia,

a pszichológia, a szociálpszichológia, a pszichiátria, a történelemtudomány, a politikai-tudomány területéről vesz át. Ebben tulajdonképpen a chicagói társadalomtudósok hagyományait folytatja. A tudományok fejlődésének jelenlegi szakaszában, amikor az ismeretanyag és módszertani apparátus hatalmas megnövekedése miatt szükségképpen bizonyos specializálódás észrevehető még egy-egy tudományon belül is, különös értéke van minden olyan munkának, amely a specializálódás, a szűk területekre korlátozódás, az egyoldalú nézőpontok érvényesítése ellen hat, mert minden társadalomtudomány ugyanazt az egységes társadalmi folyamatot vizsgálja, amelynek csupán egy-egy oldala például a termékenység, a gazdasági növekedés, a társadalmi struktúra, a népesség génállományának változása stb. A társadalmi folyamatnak minden része összefügg, ezért egy-egy jelenségnek (köztük a demográfiai jelenségeknek) megértéséhez tulajdonképpen az egész társadalmi folyamat áttekintése szükséges. Nagy előnye a demográfusoknak, hogy éppen a népességtudomány tesz kísérletet e sokféle jelenségnek, a különböző társadalomtudományok eredményeinek egyidejű figyelembevételére. A modern demográfiában gyakori az olyan törekvés, hogy a népességtudományt összekapcsolják más „ember-tudományokkal”. Bogue-nak az az érdeme, hogy nemcsak egy vagy két ilyen tudományt, hanem tulajdonképpen mindegyiket kellő súllyal veszi figyelembe a népesedési jelenségek elemzésében. Nagyon helyesnek látszik az a megállapítása, hogy különösen fontos lenne a magatartások, motívumok és más pszichológiai és szociálpszichológiai fogalmak fokozottabb felhasználása a demográfiai kutatásban, különösen a termékenység és a vándorlás vizsgálatában.

A könyv egyes fejezetei önálló egészeknek is tekinthetők, mert egy-egy demográfiai problémakört összefüggően és zártan tárgyalnak. Minden fejezethez ezen kívül igen részletes bibliográfiát adott a szerző. Nemcsak tájékozódásra, hanem kutatások segédanyagaként is fel lehet használni a közölt gazdag és új (részben alig hozzáférhető forrásokból átvett) statisztikai anyagot.

A. R.

The Concept of a Stable Population. Application to the Study of Populations of Countries with Incomplete Demographic Statistics. (A stabil népesség fogalma. Alkalmazás a hiányos demográfiai statisztikákkal rendelkező országok népességeinek tanulmányozására.) United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Studies, ST/SOA/SER. A/39. Sales number: E. 65. XIII. 3. New York, 1968. 237. p.

Az ENSZ legújabb kiadványa jóval többet nyújt annál, mint amennyit címében szerényen ígér. Kétségtelen, hogy a kötet összeállításának szempontjait alapvetően a demográfiai statisztikák terén nagyon szegény fejlődő országok gyakorlati igényei határozták meg, s az összeállítás a terjedelmes függelékeket is figyelembe véve valóban nagy segítséget jelent egyes nagyon fontos kérdések megoldásánál az ezekben az országokban dolgozó demográfusok számára. A kötet azonban ezen túlmenően jelentős hozzájárulás a demográfia elméletéhez is. A semi-stabil népesség fogalmának kifejtése és világos megkülönböztetése a stabil és quasi-stabil népességektől, a Lotka-féle stabil népesség-fogalomnak tényleges helyére való állítása a népességi modellek szélesebb (malthusi népességek is nevezett) körében, s általában a stabil modell logikusan felépített és áttekinthető tárgyalása kiemelik a kötetet az elméleti művek sorából. Valójában e kiadvány a Lotka által történt első megfogalmazása óta sokat fejlődött demográfiai népességelmélet rendszerezése, „up to date” megfogalmazása. Nem változtat ezen a jellegén az sem, hogy a számos szakcikkekben kimerítően tárgyalt levezetések és igazolások elhagyása (kivéve az olyan indokolt eseteket, mint a semi-stabil népesség igazolása az V. fejezetben, vagy az első függelék anyaga), a gyakorlati alkalmazásokra fordított figyelem és a gyakorlati példákkal történő megvilágítás a kötetet tankönyvszerű használatra is ugyanúgy alkalmassá teszik, mint ahogyan a gyakorlati munkában kézikönyvként is használhatóvá.

Az első fejezet a stabil népesség fogalmát fejt ki és tisztázza. A stabil népesség fogalmát Lotka, mint a malthusi népesség egy különös esetét fejtette

ki. Megjegyezhetjük, hogy a „malthusi népesség” elnevezés Lotka nyomán eléggé megrögződött a demográfiai irodalomban, bár a „Malthus-elvhez” csupán annyira köze van, hogy egy olyan népességet tételez fel, amelynek halandósága (továbbélési rendje) és kormegoszlása konstans, következésképp a természetes szaporodása is konstans (Malthus az emberi népesség geometriai haladványnak megfelelő konstans szaporodását írta le). A kötet igyekszik elkerülni ezt a nem szerencsés terminológiát (címében sem használja), amely azért is megtevesztő, mert malthusi népességnek nevezik néha — ugyancsak meglehetősen alaptalanul — az olyan népességeket is, amelyekben a születéseket szabályozzák.

A Lotka-féle stabil népesség, a változatlan termékenység és halandóság továbbá a kezdeti feltételek által megszabott és egy stabil állapothoz közelítő népesség fogalma a reprodukciós együtthatókkal és az intrinsic arányszámokkal együtt a demográfiában már régóta polgárjogot nyert. A kiadvány nem mellőzi az eredeti Lotka-féle koncepciót, de más szemszögből, az általánosabb népesség modell szemszögéből vizsgálja a kérdéseket. Két fejezet a modell azon — főleg gyakorlati — lehetőségeit vizsgálja, amikor a modellt meghatározó két konstansnak feltételezett tényező (továbbélési függvény és korösszetétel) közül az egyik vagy a másik ismert. Így a második fejezet a továbbélési függvény ismeretében a kérdéses népességek meghatározásával foglalkozik, valamely további feltétel (pl. a nyers születési vagy halálzási arányszám, adott korcsoportok stb.) megadása esetén, míg a negyedik fejezet ugyanezt a kérdést az ismert korösszetétellel kapcsolatban tárgyalja.

A kötet harmadik fejezete a demográfiai fejlődés folyamatainak határhelyzeteivel, az ötödik fejezet pedig a semi-stabil népesség elméletével és annak gyakorlati alkalmazásaival foglalkozik. A semi-stabil (semi-malthusi) népességnek a kötet az olyan népességeket nevezi, amelyeknek a demográfiai fejlődés folyamatában korösszetétele konstans lesz, tehát tényleges korösszetétele megegyezik a stabil népességével, s demográfiai jellemzői között ugyanolyanok a viszonyok, mint a malthusi népességben. A semi-stabil népesség fogalmának számos gyakorlati alkalmazási lehetősége van. Ezekkel foglalkozik a hatodik fejezet, amely a meghaltak ismert korösszetétele mellett vizsgálja a népességeket más tényezők (szaporodási, nyers születési és halálzási arányok, korösszetétel, termékenységi függvény) ismeretében.

A semi-stabil és a stabil népesség elméleti fogalmától eltér a quasi-stabil népesség gyakorlati fogalma, amelyet konstans termékenység és a tapasztalat szerint változó (csökkenő) halandóság határoz meg. A gyakorlatban azonban a quasi-stabil és a semi-stabil népességek fogalma egymáshoz közelíthető, mert végső soron a fejlődő népességek korösszetétele nem stabil, hanem lassan módosuló. Ez a lassú változás úgy is felfogható, mint a semi-stabil feltételek nem tökéletes megvalósulása, s úgy is, mint egy quasi-stabil helyzethez való közeledés. A kiadvány hetedik és nyolcadik fejezetei ezzel a szemlélettel vizsgálják a népességi paraméterek becslésének kérdéseit.

A kézikönyv második része négy igen értékes függelékkel foglal magában. Az első függelék tulajdonképpen a stabil népességgel foglalkozó olyan tanulmány, amelyet az elméleti demográfusok eddig elhanyagoltak. Tárgya a népesség számának, a születések, halálzások és a szaporodás évi számának meghatározása a stabil népességben adott kezdő népesség alapján. Bár a tanulmány adekvát matematikai eszközöket használ, inkább elméleti jellegű rész, végül is konklúzióként lehetővé teszi a „növekedési potenciál” nehézségek nélküli meghatározását. A második függelék a korábban már több kiadványban tárgyalt ENSZ halandósági modellek kérdéseit tárgyalja, míg a harmadik és negyedik függelék stabil népességekre vonatkozó táblasorozatokot tartalmaz.

A kötet jelölései, a használt képletek indokoltak, rendszerezettek és következetesek. A megértést számos ábra és alkalmazás könnyíti meg. A kiadvány sikeres és hasznos munka, amellyel szemben csupán egyetlen kritikai észrevételt tehetünk. Az elméleti és gyakorlati szempontok összehangolására irányuló törekvés, amely mindenütt nyomon követhető végül is nem teszi feleslegessé egy még sokkal gyakorlatibb kézikönyv és egy elméleti szempontok szerint felépített összefoglalás elkészítését. Igaz, hogy ez a kritika egyben dicséret is; az elméleti és gyakorlati követelmények egyeztetése a kiadvány nagy érdeme.

A. Gy.

FOLYÓIRATCIKKEK

THOMAS, V. J.: *A stochastic population model related to human populations.* (Egy stochasztikus populáció modell emberi népességekre alkalmazva.) *Journal of the Royal Statistical Society. Series A.* 1969. Vol. 132. 1. sz. 89–104. p.

A populáció növekedés matematikai modelljeit aszerint lehet osztályozni, hogy 1. diszkrét vagy folytonos változóként kezelik az időt, 2. determinisztikus vagy sztochasztikus folyamatként fogják fel a népesség változását. Sharpe és Lotka klasszikus modellje determinisztikus volt és folytonos idő változót használt, Kendall sztochasztikus modellt dolgozott ki ugyancsak folytonos idő változóval, Bernardelli, Lewis és Leslie determinisztikus modelljeikben diszkrét idő változót szerepeltettek. Végül diszkrét időt alkalmazott a sztochasztikus modellben Pollard, valamint előtte Bartlett. A szerző által leírt populáció modell is ebbe az utóbbi csoportba tartozik.

Az idő diszkrét kezelésének (egysége 1 év) gyakorlati előnyei vannak, bár bizonyos hibát vezet be az a feltételezés, hogy a népesség mindig egy évig változatlan és az év végén ugrásszerűen következik be a változások. Ennek következtében például figyelmen kívül hagyja a modell azt a csecsemőt, aki születése évében meghal.

A modell sztochasztikus voltának előnyeit nem szükséges részletezni, a szülés és halálozás valószínűségi változóként való kezelése jobban megfelel a valóságnak, mint a determinisztikus modellek.

A szerző különböző modelleket ír fel. Először csupán az életkortól függőnek tekinti a szülési és halálozási valószínűségeket, majd a házasságtartamról függő termékenységgel dolgozik, különválasztja a házas és nem házas nőket és figyelembe veszi a vándorlást.

A. R.

Regionale huwelijksvruchtbaarheidsverschillen 1967. (A házas termékenység regionális különbségei, 1967) *Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid*, 1968. 9. sz. 275–285. p.

A nyers születési arányszám Hollandiában az utóbbi években hirtelen esökkenni kezdett, a csökkenés régiók szerint különböző volt. A népesség regionális előreszámításai során ezeket az eltéréseket a települések, illetve régiók között figyelembe kellett venni.

A különbségek különböző tényezők eredői voltak. A családonkénti átlagos gyermekszám csökkenésén kívül változások mentek végbe a családok kialakulásának a módjában is. A házasságkötésre például fiatalabb korban kerül sor, aminek következtében a fiatal családok száma aránylag jelentősen növekszik. A termékenységi adatokban észlelhető regionális eltérések elemzése tehát megkövetelte a születési adatoknak a termékeny korban levő házas nők számával történi egybevetését (házas termékenység).

A legutolsó regionális adatokat a házas termékenységről az 1960. évi népszámlálás körüli évekre (1959/1960) vonatkozóan dolgozták fel. Az anyakönyvek alapján végzett speciális feldolgozás révén azonban meg tudták határozni a házas nők korösszetételét az 1968. január 1-i állapot szerint és így meg tudták állapítani az 1967. évi területi korszpecifikus házas termékenységi arányszámokat is.

Az adatokból számos kartogramot készítettek, melyek közül néhányat a tanulmány is bemutat. Az első ábra a 45 évnél fiatalabb korú házas nők teljes házas termékenységét ábrázolja községek szerint, a második ábra ezeket az adatokat gazdaságföldrajzi régiók szerint közli. A harmadik ábra gazdaságföldrajzi régióként vázolja a teljes házas termékenység csökkenését (illetve változását) 1959/1961-hez képest.

Az évek folyamán jelentős csökkenés volt észlelhető azoknak a községeknek a számában, melyekben a házas termékenységi arányszám viszonylag magas. 1959/1961-ben a holland községeknek közel 2/3-ában a házas termékenységi arányszám több volt 175%-nél, de ez 1967-ig egyharmadára csökkent.

Azoknak a községeknek a száma viszont, amelyekben a házasság termékenységi arányszám 125 %-nál alacsonyabb volt, az 1959/1961. évi 25-ről 104-re növekedett. Hollandiában a házasság termékenység legújabb alakulásának következtében tovább folytatódott a múltban már észlelt tendencia: a regionális eltérések kiegyenlítődése.

A kiadvány jól átgondolt, magas színvonalú elemző és rendszerező munka terméke. Megérdemli, hogy figyelemmel tanulmányozzuk.

Sz. E.

FREDERIKSEN, H. — BRACKETT, J. W.: *Demographic effects of abortion.* (Az abortusz demográfiai hatásai.) *Public Health Reports.* 1968. 12. sz. 999—1010. p.

A szerzők az abortuszok demográfiai hatásait négy különböző helyzetben vizsgálják olyan népességnél: 1. melynél a fogamzásgátlás nagymértékben elterjedt; 2. melynél az illegális abortuszt alkalmazzák kiterjedten; 3. melynél a fogamzásgátlás nem terjedt el, és végül 4. melynél a széles körben alkalmazott legális vagy illegális abortusz mellett a fogamzásgátlás is nagymértékben elterjedőben van.

Azt lehetne várni, hogy az abortuszok legalizálása csökkenti az illegális abortuszok számát. A szerzők azonban úgy vélik, hogy a terhességmegszakítások legalizálása az általuk vizsgált populációknál együttjár az illegális abortuszok számának emelkedésével. Azoknál a népességeknél, ahol a fogamzásgátlást már széles körben alkalmazzák, a művi terhességmegszakítást engedélyező törvények inkább a hatások fogamzásgátlással élők számát csökkenthetik, és kevésbé hatnak a fogamzásgátlás következtében kialakult születési arányszámra. Ha viszont a fogamzásgátlás olyan népességnél kezd elterjedni, melynek körében az abortusz igen gyakori, az abortusz arányszámok csökkenése együttjárhat a terhességi és termékenységi arányszámok csökkenésével. Értékelhető adatok hiányában a szerzők nem tudták megállapítani, mik lennének a következményei az abortuszt tiltó rendelkezések liberalizálásának, olyan népességnél, melynek körében a fogamzásgátló eljárások nem terjedtek el. Eldöntésre vár az is, hogy azokban a hagyományos társadalmakban, ahol magas a termékenység, a fogamzásgátlás és az abortusz mint a születésszabályozás alternatív módszerei milyen eredménnyel alkalmazhatók, továbbá, hogy a két módszer együttvéve hatásosabb-e, mint a széles körben elterjedt fogamzásgátlás.

J. P.

CHANG, M. C. — LIU, T. H. — CHOW, L. P.: *Study by matching of the demographic impact of an IUD program. A preliminary report.* (Egy IUD program demográfiai jelentőségének vizsgálata összehasonlítással.) *The Milbank Memorial Fund Quarterly.* Vol. 47. 1969. 2. sz. 137—157. p.

A szerzők az 1964-ben megkezdett IUD program demográfiai hatását vizsgálták Taivan középső részén, négy járásban. Próba felvétel keretében hasonlították össze a 20—44 év közötti IUD-t (méhben belüli fogamzásgátló eszközöket) használó nők termékenységét az azonos korcsoporthoz tartozó, IUD-t nem használó házasság termékenységével. Az összehasonlíthatóság biztosítása érdekében mindkét csoportnál figyelembe vették az iskolai végzettséget, az elveszülések számát és a szülés és a következő terhesség kezdete közötti időtartamot. Az 1968 januárjában végrehajtott vizsgálat 4776 IUD-t használó nő közül 3181 adatait dolgozta fel. A felvétel az 1964—1966 közötti időszakra vonatkozik. Az IUD-t használó nők termékenysége átlagban 54 %-kal magasabb volt az eszköz felhelyezése előtt az IUD-t nem használó nők fertilitásánál. Három év alatt az IUD-t használók termékenysége 80, a nem használók termékenysége 48 %-kal csökkent. Az IUD a használat első évében befolyásolja legjobban a termékenységet, később hatásossága csökken. Az IUD jelentősége különösen a fiatalabb korú nők és az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében nagy.

J. P.

FRANTZEN, Betty: *Influence du travail professionnel de la femme sur la famille.* (A női munkavállalás hatása a családi életre.) *Revue de l'Institut de Sociologie.* 1969. 2. sz. 227–262. p.

Szerző négy nagy csoportban vizsgálja a női munka hatásával kapcsolatos szempontokat: a család biológiai, gazdasági funkciójával, a gyermekek nevelésével és a feleség szerepkörével kapcsolatban.

A tanulmány először a női munka és a termékenység kapcsolatát tárgyalja. Néhány megállapítása: a gyermekes asszonyok ritkábban dolgoznak házon kívül, mint a gyermektelenek, s ha mégis dolgoznak, inkább részdíjs munkát vállalnak; a dolgozó nőknek kevesebb a gyermekük, mint az otthon élőknek; a házas asszonyok termékenysége fordított viszonyban áll házon kívüli munkájukkal; a házas asszonyok termékenysége fordított arányban áll házon kívüli munkájuk időtartamával. Tagadhatatlan a kulturális tényezők hatása; az iskolázottság foka és a közelethez való részvétel csökkentőleg hat a gyermekszámra. Lényeges a jövedelem és a lakáshelyzet hatása is, bár nem minden országban egyaránt.

Tárgyalja a tanulmány a munka következményeit a nő egészségére, termékenységére; a sterilitásnak, a koraszüléseknek és a halvaszületéseknek jóval nagyobb az aránya a dolgozó, mint az otthon élő nőknél. E téren nem annyira maga a munka ténye jelentős, hanem a munka jellege, a munkakörülmények és a pihenés hiánya.

Ami a női munka és a család gazdasági funkcióinak kapcsolatát illeti, a szerző szerint a nők munkavállalása csökkenti a család termelő funkcióját, racionalizálja a házimunkát s ezzel több szabadidőt ad, végül növeli a család fogyasztási funkcióját is.

Kétségtelen, hogy a dolgozó nő kénytelen racionalizálni és rövidebb idő alatt megoldani háztartási kötelezettségeit, mint az otthon dolgozó nő, mégis a dolgozó nőknek igen kevés szabad- és pihenőideje marad és gyakran kerülnek a túlterheltség állapotába. A családtagoknak igazságosan kellene megosztaniok a házimunkát terhet, a különböző országokban végzett adatfelvételek szerint ez azonban csak részben vagy kis részben történik meg.

Igen kényes kérdés a női munkavállalásnak a gyermekekre és azok nevelésére gyakorolt hatása. Ez a kérdés kelti a legtöbb vitát és ezzel foglalkozik a legnagyobb irodalom is. A dolgozó nő különböző szerepeiből ezt a legnehezebb a kereső munkával összeegyeztetni. Újabb felfogás szerint az anya munkavállalása nem minden szempontból és nem minden életkorban hat károsan a gyermekekre. Az első hat életévben igen fontos az anyával való állandó együttlét, de még inkább az anyai törődés minősége, mint az együttlét maga. A nagyanyai nevelés általában káros, a bölcsődékben és más családokban való elhelyezés sem ideális. Általában leginkább a két első életévben fontos az anyával való együttlét. A harmadik évtől kezdve még előnyös is lehet az anya munkabírása a gyermek önállósága szempontjából, megövj a „túlvédettségtől”.

A dolgozó asszony és férje kapcsolatának is több aspektusát tárgyalja a szerző, így a férj részvételét a házimunkában azt, hogy melyik házastárs kezében van az anyagi ügyek vitele, hogy a női munka növeli-e az apa felelősségét a gyermeknevelésben, a közösen töltött szabadidőt, a női munka jelentőségét a házastársak egyenjogúságában stb.

Végül hangsúlyozza a szerző, hogy a női munkavállalás problémája sokkal súlyosabb a munkásosztály körében, ahol nem annyira a női munka maga hat előnytelenül a családi életre, hanem a társadalmi-gazdasági körülmények. Szerző felsorolja a családvédelem érdekében véleménye szerint ezzel kapcsolatban hozandó intézkedéseket.

R. S.

ABERCOMBIE, K. C.: *Expansion démographique et développement agricole.* (A demográfiai expanzió és a mezőgazdaság fejlődése.) *Bulletin Mensuel Economie et Statistique Agricoles*, Vol. 18. 1969. 4. sz. 1–9. p.

Ha a világ népessége növekedésének üteme továbbra is évi 2% marad, az 1968. évi 3,6 milliárd fő 2090 körül 47 milliárdra, 2150 körül pedig 157

milliárdra szaporodnék, állapítja meg a szerző egy hosszútávú becslés alapján és felsorolja azokat a lehetőségeket — hogy a félelmetes számok nyomán meginduló képzületet megnyugtassa — melyek segítségével talán képes lesz a Föld és a tudomány az egyre növekvő embertömeget táplálékkal ellátni. Melyek ezek a lehetőségek? Elsősorban az állattenyésztés magasfokú belterjesítése, ideértve a halászatot is, amelynek még nincsenek kiaknázva a lehetőségei; másodsorban a növénytermelésben olyan kis területen termelhető nagyhozamú, dús fehérjetartalmú növények termelése, amelyek ha nem is lesznek izletesek, de alkalmasak lesznek az emberi szervezet táplálására. De ezeknek a lehetőségeknek a megvalósítása még igen nagy feladatot ró a tudományos kutatásokra.

Jóbban foglalkoztatja Abercombiet, a FAO tudományos munkatársát, a demográfiai expanzió és a mezőgazdaság fejlődése rövidtávú helyzete, mivel ennek a problémának a megoldását máris meg kellene kezdeni, hiszen a fejletlen országok százmilliói ma is permanensen éheznek.

A világot fenyegető éhínség megelőzésére két fő irányban folynak az előkészületek: az egyik a szülésszabályozás lehetőségeinek elterjesztése, a másik a még kihasználatlan, de mezőgazdasági művelésre alkalmas területek termelésbe fogása, továbbá mindazon tudományos és természeti lehetőségek számbavétele, amelyek segítségével egyre több táplálékot lehet előállítani.

A népesség alakulása és a mezőgazdasági termelés fejlődése közötti bonyolult összefüggést, az eddigi vizsgálatok leggyakrabban leszűkítették a kettő közötti versenyfutás mérésére. A szerző most új szempontok alapján közelíti meg ezt a gazdasági és társadalomtudományi szempontból egyaránt sürgető kérdést a munkaerő-struktúra és az életszínvonal viszonylatában. Ezek az új szempontok főleg a fejlődő országok felé fordítják a figyelmet. Ezekben az országokban a lakosság növekedésének jelenlegi üteme sokkal erősebb mint volt egykor a fejlett országok iparosodásának idején. S ráadásul ezek az államok nem tudják élelmiszer-termelésüket népességük növekedésének megfelelően fokozni, élelmiszer-behozatalra szorulnak, ami az élelmiszerárak állandó emelkedésével jár. Ennek a helyzetnek természetes reakciója, hogy a növekedő mezőgazdasági népesség nem mozdul, vagyis a fejlődés megkövetelte a természetes átáramlás más gazdasági ágazatokba, főleg az iparba nem a megkívánt ütemben történik.

A szerző statisztikai eszközökkel elemzi és világítja meg a felvetett problémát és mélyreható analízist javasol minden országnak ebben a kérdésben a fenyegető konfliktusok megelőzésére.

Cs. T.

GIBBS, Jack P.: Marital Status and Suicide in the United States: A Special Test of the Status Integration Theory. (Családi állapot és öngyilkosság az Egyesült Államokban: a státus integrációs elmélet speciális próbája.) *American Journal of Sociology* Vol. 74. 1969. 5. sz. 521—533. p.

1964-ben jelent meg Jack P. Gibbs és Walter T. Martin „Status integráció és öngyilkosság” (Status Integration and Suicide) című könyve, amelyben a szerzők a durkheimi tételéből kiindulva olyan elméletet kívántak kidolgozni az öngyilkosságok gyakoriságának magyarázatára, amely egyrészt konkrét kutatások segítségével verifikálható, másrészt előzetes becslésekre is módot nyújt. A szerzők legfontosabbnak a szerep konfliktusokat tekintették az öngyilkosságok bekövetkezése szempontjából, amikor az egyes emberek a társadalomban elfoglalt különböző pozícióikból adódóan egymással ellentétes társadalmi elvárásokkal találják magukat szemben. Így például a 18—19 éves házias férfi életében feltétlenül konfliktust okoz, ha a vele egykorú, de még nőtlen barátaival változatlan formában fenn kívánja tartani a kapcsolatot és ugyanakkor jó házasfars, esetleg jó apa is akar lenni.

Gibbs és Martin azt találták, hogy azokat a státusokat, amelyekkel egymással összeütköző szerepek járnak, általában kevesen töltik be egyidejűleg. Néha formális szabályok akadályozzák e státusok egy személy általi betöltését, máskor az emberek többsége ösztönösen kerüli az ilyen szituációt. Ebből kiindulva jutottak el a szerzők ahhoz a tételükhöz, hogy abból, ha bizonyos

státusok azonos személy által történő betöltése ritkán fordul elő, következésképpen lehet arra, hogy ezeknek a státusoknak kapcsolódása szerepkonfliktust von maga után és ennek eredményeként ilyen esetekben az öngyilkosságok előfordulásának viszonylag nagyobb a valószínűsége. Gibbs és Martin szignifikancia próbával egybeközlött számítási eljárást dolgoztak ki annak mérésére, hogy melyek az össze nem egyező státus konfigurációk.

Az elmélet igazolásához a könyv megírása idején csak újjélandi adatokkal rendelkeztek a kellően részletezett bontásban. 1967-ben jelent meg az Egyesült Államok Egészségügyi Központjának kiadványa, mely részletes adatokat közölt az amerikai öngyilkosságok alakulásáról 1950 és 1960 között. (Suicide in the United States 1950–1964.) Gibbs tanulmányában e kiadványnak a családi állapotra vonatkozó adatait használja fel elméleti tételük verifikálásához.

A számítási eredmények azt mutatják, hogy a státus integrációs elméletnek valóban van előrejelző értéke, ez azonban nem bizonyult egységesen erősnek. A férfiak esetében valóban szignifikánsan emelkedett az öngyilkosságok gyakorisága azokban a családi állapot és kor szerinti kombinációkban, amelyek viszonylag ritkábban fordultak elő, míg a nőknél kevésbé meggyőzők az eredmények. Ez mindenesetre óvatosságra int az elmélet előrejelző értékét illetően és felhívja a figyelmet arra, hogy két tényező kombinációjánál valószínűleg szükséges még más jellegzetességek számbavétele is. Így például valószínűleg befolyással lehet az öngyilkossági gyakoriságra a konfliktust okozó státusok betöltésének időtartama is. Mind e fenntartások ellenére is vitathatatlan Gibbs és Martin elméletének érdeme: ez az első olyan elmélet, amelyik előzetes becsléseket lehetővé tesz, amelyek azután verifikálhatók és nem elégszik meg tények utólagos magyarázatával.

Cs.-Sz. L.

JOHNSTON, F. E. — KENSINGER, K. M. — JANTZ, R. L. — WALKER, G. F.: *The population structure of the Peruvian Cashinahua: demographic, genetic and cultural interrelationships.* (A perui cashinahua indián törzs népeségstruktúrája: demográfiai, genetikai és kulturális összefüggések.) *Human Biology*. 1969. Vol. 41. No. 1. 29 — 41. p.

A kis izolátumok kutatásában döntő szerephez jut azoknak a kulturális tényezőknek az elemzése, amelyek az egymás után következő generációk gén állományában változásokat okozhatnak. A kulturális tényezők ilyen szerepére helyezték a súlyt a szerzők is, amikor egy kis perui indián törzs (négy falu) népesedését vizsgálták. Ezek elsősorban: a többnejtűség és a házassági endogámiára való törekvés.

A többnejtű házasságok az összes házasságoknak 27%-át alkotják (20%-ot szokták annak a határnak tekinteni, amelyen felül az adott társadalmat többnejtűnek lehet tekinteni).

Ideálisnak tekintik az első unokatestvérek közötti házasságokat, de ennél valamivel nagyobb arányban fordulnak elő ennél kissé távolabbi rokon házasságok. A családon belüli endogámiánál is fontosabbnak tartják a falun belüli endogámiát, úgyhogy még az incesztus tilalmak áthágását is hajlandók elnézni a más faluból való házasság elkerülése érdekében. Ez összefügg azzal, hogy a férfi szokott házasság után felesége háztartásába költözni, tehát — ha a házastársak más faluba tartoznak — a férjnek „ellenséges” környezetbe kell kerülnie.

A termékenység igen nagy, az öt éven aluli gyermekek és 15–49 éves nők aránya nagyobb, mint bármely más eddig leírt társadalomban (nagyobb a hutteritáknál is). Ez annál meglepőbb, mert régebben rendszeresen szedtek fogamzásgátló és abortuszt előidéző szereket (drogokat), ezen kívül gyakori volt a gyermekgyilkosság. A szerzők úgy látják, hogy ennek a gyakorlatnak megváltozása összefügg azzal, hogy e falvak népessége most úgy látja: fenn tud maradni a világban, míg régebben pesszimisztikusan ítélte meg helyzetét. Ez a változás fő varázslójuknak abban az elhatározásában jut kifejezésre, hogy nem ad a népességnek fogamzásgátló és abortuszt előidéző szereket. Hozzájárul a nagy termékenységhez, hogy a többnejtűség következtében

gyakorlatilag minden felnőtt nő házas. A házasságkötési életkor igen alacsony, általában röviddel a pubertási ritusok megtörténte után sor kerül a házasságra.

35 (nem véletlenszerűen kiválasztott) nő termékenységétörténete azt mutatja, hogy gyakori az abortusz és igen nagy a csecsemő- és gyermekhalandóság.

A szerzők kimutatják, hogy a családonkénti gyermekszám differenciái a gén állománynak mekkora változását okozhatják nemzedékről nemzedékre. Ezt a változást még fokozza a vándorlás: Brazíliából ugyanennek a törzsnek tagjai elég nagy számban települnek át a vizsgált négy faluba. Mivel a vándorlás általában családosan történik, az egyes falvakba behozott gének között jelentős különbségek vannak.

A. R.

INDEX 25 191

DEMOGRÁFIA

Megjelenik negyedévenként

Főszerkesztő: dr. Szabady Egon

Szerkesztőség: Budapest, KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, V., Veres Pálné utca 10.
Telefon: 181-609

Kiadóhivatal: Budapest, 11., Keleti Károly utca 18/b. Telefon: 358-530

Kiadásért felel a Statisztikai Kiadó Vállalat igazgatója

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a kézbesítőknél,
a Posta hírlapüzleteiben, és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(KIII. Budapest, V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy csekkbefizetési lapon
(csekkzámlaszám: egyéni 61 272, közületi 61 066),

valamint átutalással a KIII. MNB. 8. sz. egyszámlájára

Előfizetési díj fél évre 52,—, egész évre 104,— Ft

69.3425 Athenacum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás

Felölös vezető: Soproni Béla igazgató