

DEMOGRÁFIA

DEMOGRÁFIA

59. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM

Budapest
2016

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

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

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

Szerkesztőség | Editors
ÓRI Péter főszerkesztő | editor-in-chief
MURINKÓ Livia szerkesztő | editor
PAKOT Levente szerkesztő | editor
VARGHA Lili szerkesztő | editor

A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült.

Kiadja a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
Felelős kiadó: Spéder Zsolt igazgató

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

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

- Bálint Lajos: Mennyire illeszkedik a magyar halandóság alakulása az epidemiológiai átmenet elméleteihez? 5
- Medgyesi Márton: Az idős szülőknek nyújtott nem anyagi segítség 59

KÖZLEMÉNY

- Tóth Ágnes – Vékás János: A magyarországi németek disszimilációjának területi jellemzői 89
- Makay Zsuzsanna: „Önök hány gyermeke született?”
Gyermekszámra vonatkozó kérdezési technikák és adatjavítások az Életünk fordulópontjai panelkutatásban 121

SZERZŐINKNEK 145

MEGRENDELŐLAP 149

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

CONTENTS

STUDIES

- Bálint, Lajos: To what extent does Hungarian mortality fit the theory of epidemiological transition? 5
- Medgyesi, Márton: Help from children to elderly parents: Hungary in European context 59

ARTICLES

- Tóth, Ágnes – Vékás, János: Regional features of dissimilation in the ethnic German community in Hungary 89
- Makay, Zsuzsanna: How shall we ask how many children our respondents had? Lessons from a longitudinal survey 121

SZERZŐINKNEK (FOR OUR AUTHORS) 145

MEGRENDELŐLAP (ORDER FORM) 149

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

MENNYIRE ILLESZKEDIK A MAGYAR HALANDÓSÁG ALAKULÁSA AZ EPIDEMIOLOGIAI ÁTMENET ELMÉLETEIHEZ?

Bálint Lajos

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány halandósági tábla alapú módszerek segítségével vizsgálja a halandóság alakulását az 1965 és 2014 közötti Magyarországon. Arra keresi a választ, hogy a hazai halandósági folyamatok mennyire pontosan írhatók le az epidemiológiai átmenet elméleteinek segítségével. A legtöbb elemzés diszkrét időpontok összehasonlítása alapján értékeli a változásokat és fogalmazza meg a következtetéseit, ehelyütt inkább egy folytonosabb megközelítés érvényesítésére teszek kísérletet. A különböző mutatók által kirajzolódó trendek a mortalitás folyamatának több szempontú és pontosabb értékelését teszik lehetővé. Az elemzés nyomatékosan felhívja a figyelmet a nemek szerinti elemzés fontosságára, a nők és a férfiak epidemiológiai fejlődésének markáns különbségére, ami túlmutat a várható élettartamok eltérésén.

Tárgyszavak: Epidemiológiai átmenet Magyarországon, dekomponálás, halandósági tábla elemzés, halandóság

Bálint Lajos

KSH Népszéktudományi Kutatóintézet

E-mail: balint@demografia.hu

BEVEZETÉS

A tanulmány hagyományos demográfiai eszközök segítségével, az epidemiológia átmenet értelmezési kereteire támaszkodva igyekszik leírni a hazai mortalitás elmúlt fél évszázad során tapasztalt jellegzetességeit. A halandósági tábla alapú elemzések rendszerint a fontosabbnak tekintett évek összehasonlítására törekednek. A választás többnyire a születéskor várható élettartam trendjében bekövetkező fordulópontokhoz kötődik. A hagyományos elemzési stratégia azonban több szempontból kritizálható, mivel könnyen figyelmen kívül hagyja a köztes időszak történéseit, és ehhez szorosan kapcsolódva azért is, mert az egyes alpopulációk (korcsoportok, nemek, különböző társadalmi státusú csoportok) epidemiológiai fejlődésének szakaszoltsága eltérhet egymástól. Lussier és kollégái (2008) folytonosabb szemléletű megközelítéssel igyekeztek a hosszú távú folyamatokat bemutatni. Az általuk javasolt módszertani nyomvonalon haladva a halandósági táblák korcsoport és halálok szerinti dekomponálására, az egyes halálokokban meghaltak átlagos halálózási korának és valószínűségének meghatározására a vizsgált időszak valamennyi évében sor került. A dekomponálások során az 1965. évi halandósági táblát tekintettem referenciának. A „történeti szinthez” való viszonyítás stabil támpont a korszak egészének megítélése szempontjából. A tanulmány a következőképpen épül fel: először az elméleti keretek tárgyalására kerül sor, amelynek részeként explicit módon megfogalmazzuk a kutatási kérdéseket, ezt követően az elemzésben szereplő adatok idősorainak bemutatása következik, majd számításaink eredményeit ismertetjük, végül a folyamatok lehetséges okaira utalunk.

ELMÉLETI HÁTTÉR: EPIDEMIOLÓGIAI ÁTMENETEK

A demográfiai és a társadalmi-gazdasági változások, valamint a megbetegedési és mortalitási mintázat szisztematikus változásának kapcsolata a hatvanas évek végétől élénken foglalkoztatta a demográfusokat és más népességgel foglalkozó tudományágak képviselőit (Frederiksen 1969, Omran 1971, McKeown 1976, Preston 1976).

Abdel Omran (1971) korai esszéjében az *epidemiológiai átmenet* fogalmával írta le a halandóság átalakuló struktúrájának okait és demográfiai következményeit. Az elmélet szerint a mortalitás változását a betegségmintázatok (vezető halálokok) hosszú távú átalakulása kíséri, a halandósági szint változásával a járványok helyét a degeneratív megbetegedések veszik át (Omran [1971] 2005:

732, 736). Omran (1971, 1977, 1983) az elméletét öt fontosabb tételben összegezte, közülük az epidemiológiai átmenet szakaszaival kapcsolatos második, a betegségmintázat változásának okait taglaló negyedik és az epidemiológiai átmenet típusaival kapcsolatos ötödik proposíció bír jelentőséggel számunkra.

Omran (1971, 1977, 1983) szerint minden társadalom a modernizációs folyamat három korszakán megy keresztül, az átmenet lineáris és unidirekcionális szekvenciák sorozata. Az első, a 18. század közepéig tartó premodern időszak a pestis és éhezés kora („*The Age of Pestilence and Famine*”). A halandóságot a malthusi pozitív fékek, a járványok, a háborúk, az éhínségek és a rossz életkörülmények határozták meg. A második szakaszt a visszahúzó járványok korszakaként írta le („*The Age of Receding Pandemics*”). A korszakban a fertőző betegségek dominanciája továbbra is fennmaradt, de kezdetét vette a nem fertőző betegségek lassú növekedése. A harmadik korszakot a degeneratív és ember által okozott betegségek („*The Age of Degenerative and Man-Made Diseases*”) dominanciája jellemzi. Omran úgy vélte, hogy az epidemiológiai fejlődés betetőzéseként a mortalitás javulása fokozatosan lelassul, amint a születéskor várható élettartam átlépi az ötven évet. A halandóság alacsony szinten stabilizálódik, a várható élettartamok pedig az akkori tapasztalatoknak megfelelő 70 év körüli értéknél konvergálnak.

A korszakok egészségjavulását eltérő tényezők befolyásolják. A kezdeti fázis halandóságának csökkenését a szervezet ellenálló képessége és a környezetkárosító ágensek egyensúlya alakította. A második szakaszban a társadalmi-gazdasági tényezők szerepe (javuló életszínvonal, az egészségmagatartási szokások változása, a higiénés viszonyok, a táplálkozási feltételek javulása) volt meghatározó. A harmadik szakaszt illetően az orvosi és közegészségügyi intézkedések, a megelőző és gyógyító eljárások, a jobb közegészségügyi intézkedések, a védőoltások (megelőzés) és az oki/célzott terápiák elterjedését emelte ki (Omran 1971).

A szerző a mintázatok sajátosságai, az átmenet üteme és az átalakulást meghatározó tényezők alapján az epidemiológiai átmenet három típusát különböztette meg (Omran 1971): a klasszikus vagy nyugati modellt, a felgyorsult vagy akcelerált epidemiológiai átmenet modellt és végül a megkésett epidemiológiai modellt. A mindvégig referenciának tekintett klasszikus (nyugati) modellt, a magas halandóságtól és magas termékenységtől az alacsony mortalitás és terménység irányába tartó fejlődést graduális, progresszív átmenettel jellemezte. A különböző szakaszokat gyorsan teljesítő, ún. felgyorsított modellt Japán testesítette meg, de egy későbbi tanulmányában ide sorolta az egykori Szovjetuniót és a kelet-európai országokat is (Omran 1998: 113). A harmadik, megkésett típussal

a harmadik világ országait jellemezte. Későbbi tanulmányában (Omran 1998) tovább árnyalta az átmenet-modellek tipológiáját.

Az 1980-as évektől az epidemiológiai profilban bekövetkező változásoknak köszönhetően több javaslat született az elmélet bővítésére, újragondolására (Horiuchi 1999, Meslé et al. 2002, Olshansky – Ault 1986, Omran 1983, 1998, Robine 2001).

Olshansky és Ault (1986) felhívta a figyelmet arra, hogy a degeneratív betegségek okozta mortalitás javulása az Egyesült Államokban és más fejlett országokban már az Omran (1971) korai tanulmányát megelőző időszakban is észlelhető volt (Olshansky – Ault 1986: 358). A javulás túlnyomó részt idősebb életszakaszban, a kardiovaszkuláris halálozás mérséklődéséből keletkezett. A szerzőpáros (Olshansky – Ault 1986: 360–361) az epidemiológiai átalakulás három fontos jellegzetességét emelte ki: (1) A halálozási ráták gyors csökkenése főképp az idősebb életkoroknál koncentrálódik, és az üteme nemek szerint azonos; (2) A mortalitás kor szerinti mintázata a korábbi epidemiológiai szakaszhoz hasonló, de a krónikus betegségek okozta halálozások koreloszlása fokozatosan idősebb életkorok felé mozdul el; (3) A túlélés viszonylag jelentős javulása az idősebb korú népességnél koncentrálódik. Következtetésük szerint a halálloki struktúrában, a legfontosabb halálokok összetételében nem történik változás, a fejlődés új állomását az különbözteti meg a korábbitól, hogy a halálozás kockázata idősebb életkorok felé rendeződik. A degeneratív betegségek okozta halálozások „posztponáló” tulajdonsága (pl. Olshansky – Ault 1986: 359) után az epidemiológiai fejlődés negyedik szakaszát a megkésett degeneratív betegségek korszakának („age of delayed degenerative disease”) nevezték el.

Rogers és Hackenberg (1987) több ponton is vitatta Omran elméletét (Omran 1983). Többek között felrótták neki a krónikus betegségek csökkenésére adott inadekvát válaszát és a társadalmi patológiákkal kapcsolatos halálozások indokolatlan mellőzését. Az epidemiológia fejlődés negyedik szakaszát az ókori görög görög kifejezés után hübrisztikus szakasznak nevezték. Úgy vélték, hogy a halandóság alakulását a túlzott önbizalom, a szenvedésmentes élet hitéből fakadó elbizakodottság miatt a „man-made” betegségek, az egyéni magatartás és a destruktív életmód befolyásolja.

A nyolcvanas évek végén az epidemiológiai átmenet alternatívájaként jelent meg az egészségátmenet (health transition) elmélete (Caldwell – Caldwell 1991, Chen 1991, Frenk et al. 1989, Frenk et al. 1991, Phillips 1994). Frenk és kollégái (1991) szerint az epidemiológiai átmenet koncepciója nem ad kielégítő választ a különféle országon belüli és országok közötti átmenet-mintázatok komplexitására. Az egészség átmenet elmélet a halálozás helyett az egészségre és a

túlélésre helyezte a hangsúlyt, és ennek kulturális, társadalmi, magatartás- és életmódbeli összetevőit állította a vizsgálódás fókuszába (Caldwell 1993). A közepes jövedelmi szintű országok epidemiológiai átmeneteit vizsgálva Frenk és munkatársai (1989) a klasszikus elmélethez képest négy fontos különbségre hívták fel a figyelmet. Elsőként kiemelték, hogy az egyes szakaszok nem szigorúan követik egymást, hanem átfedések lehetségesek. A második állításuk a morbiditás és a mortalitás fejlődésmintázatainak a visszafordíthatóságára vonatkozott, a megfigyelt visszalépéseket ellenirányú átmenetnek (counter-transition) nevezték. A harmadik korrekció az átmenetek népességcsoportok szerinti differenciáltságára vonatkozott, latin-amerikai tapasztalatokból kiindulva a különböző betegségmintázatok párhuzamos jelenlétét tárták fel, amit a szerzők az elnyújtott/késleltetett epidemiológiai átmenet (protracted epidemiological transition) fogalmával írtak le. A negyedik pontban rámutattak arra, hogy az eltérő betegségmintázatok epidemiológiai polarizációhoz vezetnek. A társadalmi csoportok közötti kvantitatív különbségek kvalitatív különbségekkel is kiegészülnek. Ennek következményeként az alacsonyabb státusú csoportokat immáron nem csak magasabb megbetegedési ráták jellemzik, hanem betegségeik összetétele is eltér a magasabb státusúakétól.

Közel harminc évvel az első közleménye megjelenése után Omran (1998) elmélete revideálására vállalkozott, ennek részeként egy új, negyedik epidemiológiai korszak, „A csökkenő kardiovaszkuláris mortalitás, idősödés, életmódváltozás, kialakuló és újjászülető betegségek” bevezetését javasolta. Az elmélet felülvizsgálatát elsősorban a nők életkilátásainak 80–85 év fölé emelkedése, a népesség idősödése és – mindezek hátterében – a kardiovaszkuláris halandóság 1970-es évektől észlelt csökkenése indokolta. A kedvező folyamatokat Omran szerint az életmódváltozás (a dohányzás mérséklődése, a zsírszegény táplálkozás, a rendszeres testmozgás), a kardiovaszkuláris megbetegedések korai diagnózisa és a megbetegedések kezelése terén elért orvosi sikerek (a szívsebészeti, az intenzív és sürgősségi ellátás technológiájának, valamint a preventív kardiológia fejlődése), továbbá a már kialakult kockázatok (magas vérnyomás, stressz, cukorbetegség) kezelése tette lehetővé.

Horiuchi (1999) generálisan új elméletet dolgozott ki, amelyben az emberiség történelmének öt halandósági átmenetét különböztette meg. Az egymást követő epidemiológiai rezsimek szerinte domináns halálokokkal azonosíthatók: (1) a vadászó-gyűjtögető társadalmakban a halálozás a sérülésekhez kötődik, (2) az agrártársadalmakban a fertőzések, (3) az ipari társadalmakban a kardiovaszkuláris megbetegedések, (4) a fejlett technológiájú társadalmakban a rosszindulatú daganatok, (5) a jövő társadalmában pedig az öregedés szerepe

a meghatározó. Az átmenetek a vezető halálokok csökkenéséhez, jórészt eltűnéséhez kötődnek, majd helyükbe olyan betegségcsoportok lépnek, amelyeket addig nem sikerült megfékezni. Horiuchi az ezredforduló előtt úgy vélte, hogy az alacsony halandóságú fejlett országok már túljutottak a kardiovaszkuláris korszakon, és átléptek az átmenet negyedik, rákhalálzási fázisába.

Jacques Vallin és France Meslé (2004, 2005) az átmenet-elmélet új megközelítésére tettek kísérletet. Az elméletet erősen inspirálta Omran (1971) a várható élettartamok konvergenciájára vonatkozó megállapítása. A koncepció vezérgondolata a várható élettartamok hosszú távú alakulását jellemző konvergáló és divergáló szakaszokra épül. A francia kutatók álláspontja szerint a történeti periódusok mögött innovációs impulzusok állnak, amelyek felelősek a trendek szétválásáért és összezáródásáért. Az élettartam-nyereséget okozó háttértényezők a hozzáférés függvényében először növelik a csoportok/országok közötti különbségeket, majd amikor a leszakadók számára is megnyílnak a hozzáférés lehetőségei a javulás forrásaihoz (például a társadalmi körülmények javulásával, az egészség-magatartási szokások változásával, egészségpolitikai intézkedések következtében), sor kerülhet a felzárkózásra. A divergencia fázisát homogenizáció követi, ami egészen addig tart, amíg az előrelépés új, korlátozott eszköze meg nem jelenik a palettán (Vallin – Meslé 2004: 14).

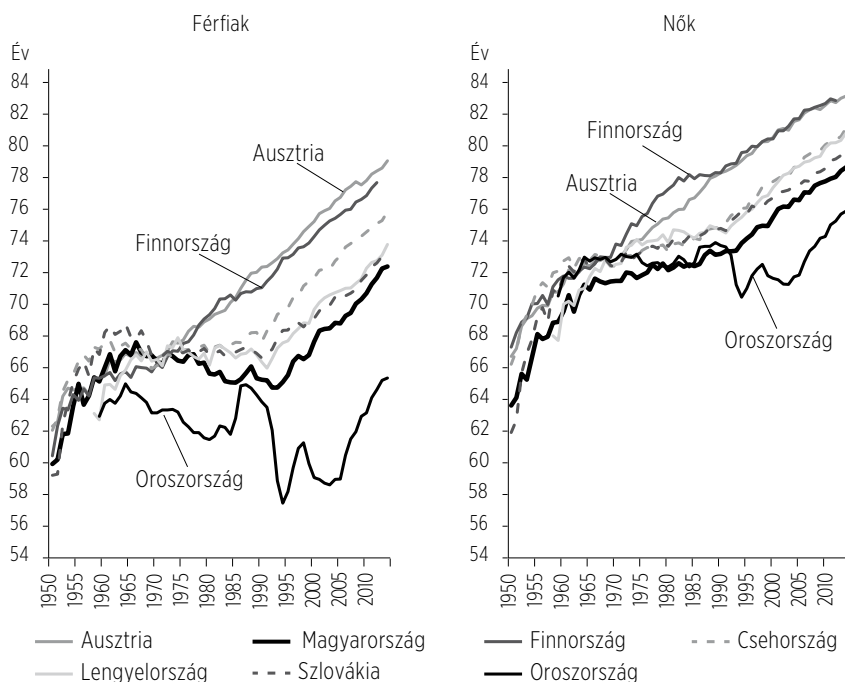
Az átmenet folyamata a 18. századtól legalább kettő (Meslé – Vallin 2006), esetleg három egymást követő szakaszra (Vallin – Meslé 2004), és valamennyi fázison belül konvergencia-divergencia alszakaszokra bontható. Az első szakasz a fertőző betegségek visszaszorítását foglalja magában, és a 18. századtól az 1960-as évekig tart. A „Health transition” második szakasza a kardiovaszkuláris mortalitás redukciójához kötődik, végül a harmadik, lezáratlan fázis az idősödés elleni küzdelem („fight against ageing”), vagyis a legidősebb idősök mortalitásának javulását foglalja magában. Az adaptációs jellegű elmélet fontos hiányossága, hogy a követők nézőpontjából pusztán megkésett fejlődést feltételez, az olyan visszalépésekre, mint amelyeket a közép- és kelet-európai régió országai produkáltak, nem képes érdemi magyarázatot adni.

A klasszikus epidemiológiai átmenet elmélete (Omran 1971) számára komoly kihívást jelentett, hogy a szocialista országok várható élettartamai folyamatosan távolodtak a nyugat-európai trendektől. A közép- és kelet-európai országok megfeneklettek az epidemiológiai fejlődés harmadik szakaszában, képtelenek voltak átlépni a következő fázisba (Caselli et al. 2002, Meslé 2004, Meslé et al. 2002, 2011, Omran 1998), sok esetben még a fejlődés korábban megszerzett

eredményeit sem voltak képesek megőrizni. A félresiklott epidemiológiai fejlődés kifejeződött a halandósági szint (elsősorban) férfiakat sújtó emelkedésében (Watson 1995), a középkorú népesség romló halandósága miatt a kor-specifikus halálozási arányszámok torzulásában (Bobak – Marmot 1996, Caselli et al. 2002, Valkovics 1994), valamint a szocialista országok és a fejlett nyugati országok eltérő okspecifikus, elsősorban divergáló kardiovaszkuláris halandóságában (Pajak – Kozela 2012, Eberstadt 1990: 354, Weidner 2002, Ginter 1997, Bobak – Marmot 1996). A keringési rendszer okozta halandóság a legmeghatározóbb, de nem az egyetlen epidemiológiai magyarázata a térség leszakadásának (Caselli et al. 2002). Az ember okozta betegségek (Omran 1971) mellett a Rogers és Hackenberg (1987) által említett „társadalmi patológiák” ugyancsak hozzájárultak a kontinens kelet-nyugati megosztottságához (Moslé et al. 2002, Józán 2012).

1. ábra: Születéskor átlagosan várható élettartam Közép-Európában, valamint Finnországban, Ausztriában és Oroszországban nemenként, 1950–2014

Average life expectancy at birth in Central Europe, Austria, Finland and Russia by gender, 1950–2014



Források: Human Mortality Database (HMD).

A kelet- és közép-európai országok leszakadását a hátrányok kumulálódása okozta. A gazdasági nehézségek hátráltatták a legkorszerűbb, költséges technológiák bevezetését (Vallin – Meslé 2004, Józán 2003a, Rychtarikova 2004). Az egészségkárosító magatartási formák széles körben elfogadottak voltak, és a mindennapi élet részévé váltak (Cockerham 1999). Az egészségmegőrzés feltételei korlátozottak voltak az államszocialista korszakban (Józán 2003a). A központosított társadalmi rendszer hátrányosan érintette az egyéneket abban, hogy egészségmagatartásuk, életmódjuk változásán keresztül felelősséget vállaljanak saját egészségükért.

Míg a kilencvenes évek elejéről származó elemzések Európa keleti és nyugati felének szétválását hangsúlyozták, addig az utóbbi évek történései alapján bizonyossá vált, hogy a kontinens hármasság tagolódása pontosabban írja le ezen demográfiai törésvonalakat (Luy et al. 2011, Meslé et al. 2002, Vallin 2013). A kilencvenes évek eleji krízis drámai mértékben vetette vissza a szovjet utódállamokat, miközben a közép-európai országokban gyorsan megkezdődött a felzárkózás. Csehországban és Szlovákiában a férfiak várható élettartama 1990-et, Lengyelországban 1991-et, Magyarországon 1993-at követően kezdett el növekedni (1. ábra).

AZ EPIDEMIOLOGIAI FEJLŐDÉS ÚJ KORSZAKA: A KARDIOVASZKULÁRIS FORRADALOM

A várható élettartam-növekedés a hatvanas években a fejlett országokban lelassult, helyenként stagnált, majd az évtized végén, a hetvenes évektől az életkilátások újból javulni kezdtek. A javulást a kardiovaszkuláris halandóság váratlan és jelentős mértékű csökkenése idézte elő (Vallin – Meslé 2001, Vallin – Meslé 2009, Grigoriev et al. 2014). Az epidemiológiai fejlődés új szakasza kezdődött el, amelynek alakulása a fejlett mortalitási profilú országokban semmilyen módon nem kötődött a fertőző betegségek korszakához, csupán követte azt. Omran (1971) tartós epidemiológiai rezsimre vonatkozó feltevése rövid idő alatt megdőlt: nemcsak lehetséges volt kordában tartani a degeneratív és „man-made” betegségeket, hanem nagymértékben sikerült is visszaszorítani azokat.

Az epidemiológiai fejlődés ezen új szakaszát a demográfiai szakirodalom *kardiovaszkuláris forradalom*ként (Vallin – Meslé 2001, 2004, Meslé – Vallin 2006) vagy *kardiovaszkuláris átmenet*ként (Bongaarts 2014) tartja számon. Grigoriev és szerzőtársai (2014: 112) definíciójukban a kardiovaszkuláris halan-

dóság folyamatos és visszafordíthatatlan csökkenését hangsúlyozták, amelyet a kockázati faktorok, az orvosi technológia fejlődése és a betegségek megelőzésének fundamentális változásai idéztek elő. Vallin és Meslé (2004) a kardiovaszkuláris forradalom kifejezéssel a folyamat drámai hatására és domináns mozgatóerejére utaltak. Bár az élettartam-nyereség az epidemiológiai fejlődés új korszakában valóban kardiovaszkuláris természetű, ez nem jelenti azt, hogy más halálokok szerepét negligálhatnánk. Például Franciaországban az 1965–2006 közötti 7,9 évnyi élettartam-növekedés kevesebb mint fele (3,6 év) volt köszönhető a kardiovaszkuláris halandóság csökkenésének (Meslé – Vallin 2011).

Egyes fejlett nyugat-európai országok (Franciaország, Svédország, Egyesült Királyság) standardizált halálozási arányszámainak nemek szerinti idősorai azt igazolták, hogy a keringési rendszer megbetegedései okozta halandóság mérséklődése a nőknél jóval korábban, már az 1950-es, 1960-as években megkezdődött, amikor az orvosi beavatkozás eszközei a jelenleginél jóval korlátozottabbak voltak, míg a férfiaknál csak a 1970-es évek végén került sor erre (Grigoriev et al. 2014).

A kardiovaszkuláris átmenet egy másik fontos ismérve, hogy vívmányai a felnőtt korú népeiséget érintik. A fejlődésben élenjáró Franciaországban elsőként az ötven év feletti nők kardiovaszkuláris halandósága kezdett el javulni, az említett módon, már jóval a hetvenes évek előtt (Caselli et al. 2002). Az elmúlt évtizedek tapasztalatai pedig az idősek és a legidősebb idős női populáció csökkenő kardiovaszkuláris mortalitásáról, javuló életkilátásairól számolnak be.

A nyugati társadalmakban az epidemiológiai átmenet új fázisát jellemző mortalitás csökkenését több tényező segítette elő. A fejlődés makro-társadalmi hátterét a posztindusztriális fejlődés, az életszínvonal emelkedése, a felsőfokú oktatás expanziója biztosította, amelyek előfeltételei voltak az orvosi technológia fejlődésének és az egészséges életmód adaptáció (Rychtariková 2004). A tudományos közösségen belül széleskörű konszenzus van abban, hogy a megelőzés és az orvosi technológiák fejlődése együttesen járulnak hozzá a kedvező változásokhoz. Hansen és Strulik (2015) az Egyesült Államokban a kardiovaszkuláris mortalitás csökkenését a hatvanas években megjelenő orvosi innovációk és a kockázati tényezőkkel kapcsolatos egészség-magatartás változására, elsősorban a dohányzás mérséklődésére vezették vissza. Vallin és Meslé (2006) francia vonatkozású tanulmányukban az orvostudomány fejlődése és az életmód változása mellett az ellátásokhoz való hozzáférés egalitáriánus jellegét és az egyéni felelősség felismerésének és elfogadásának a fontosságát emelték ki.

A közép-európai régióból származó tanulmányok tapasztalatai nem egységesek a változást előidéző okokat illetően. Lengyel kutatók értékelése szerint az ellátásokhoz való hozzáférés, a beavatkozások hatékonysága nem változott olyan mértékben, amely a javulást előidézhette volna a kilencvenes évek elején. A középkorú férfiak iszkémiás mortalitásának hirtelen és drámai csökkenését a táplálkozási szokások változásával, az állati zsiradékok fogyasztásának csökkenésével, a gyümölcs- és zöldségfogyasztás növekedésével magyarázták (Zatónski et al. 1998). Hasonló véleményen volt Pajak és Kozela (2012) is. Úgy vélték, hogy a kardiológiai ellátás fejlődése, a kardioprotektív gyógyszerek forgalmának bővülése (aszpirin, béta-blokkolók, ACE-gátlók, lipid-csökkentők, antidiabetikus gyógyszerek) a kilencvenes évek második felétől befolyásolhatta a javulást.

Bandosz és munkatársai (2012) a közép-európai régióban egyedülként ún. IMPACT modell segítségével próbálták meghatározni a szívkoszorúér-halálozás összetevőinek (az orvosi kezeléseknél, a sebészeti beavatkozásoknak és a kardiovaszkuláris kockázati faktorok változásának) hatásait. Számításaik szerint az 1991–2005 közötti csökkenés több mint fele a kockázati faktorok mérséklődésének volt köszönhető, különösen a táplálkozási szokások változása volt figyelemre méltó. A fizikai aktivitás növekedését mindkét nemnél mérsékeltén ellensúlyozta a testtömeg-index és a diabétesz-prevalencia kedvezőtlenebbé válása. A magas vérnyomás csökkentése a nőknél a javulás közel harmadát magyarázta, míg a férfiaknál ez a hatás negatív volt, körükben a dohányzók arányának mérséklődése bírt nagyobb jelentőséggel, ez utóbbi a nőknél nem volt megfigyelhető. A halálozások csökkenésének több mint harmadát a szívkoszorúér-betegségek kezelése magyarázta, míg az invazív sebészeti eljárások a csökkenés csupán három százalékához járultak hozzá.

A cseh folyamatokat elemző tanulmány a lengyeltől eltérően az egészségügyi rendszer fejlődésével, az egészségügyre fordított GDP arányos kiadások növekedésével, a népegészségügyi rendszer átalakításával, az orvosi kezelések technikai fejlődésével, a modern kardiovaszkuláris gyógyszerek, valamint a klasszikus feltárási műtétek (koszorúér-áthidaló műtétek) és a perkután, invazív sebészeti eljárások (angioplasztikák) növekvő számával magyarázta az epidemiológiai fordulatot. Rychtáriková (2004) szerint a kockázati tényezők közül a dohányzás és az alkoholfogyasztás kissé nőtt 1990 után, egyedül a táplálkozási szokásokban, az állati zsiradékokat felváltó növényi olajok fogyasztásában történt pozitív elmozdulás.

A kardiovaszkuláris halandóság hazai alakulásával népegészségügyi jelentősége ellenére viszonylag kevés számú tanulmány foglalkozott (Balogh et al.

2010, Kiss et al. 2014, Csizmadia et al. 2008, Józan 2003a, 2004, 2009, 2012, Vargáné – Ádány 2000). A közlemények rendszerint leíró jellegűek, sok esetben rövid időszak történései alapján fogalmazznak meg következtetéseket. A hagyományos, rutinszerűen gyűjtött adatok mellett a finanszírozási adatbázisból származó (Belicza – Jánosi 2012), és legújabbban a Nemzeti Szívinfarktus Regiszterben (NSZR) szereplő adatok segítik az egyes intézkedések hatékonyságának vizsgálatát (Jánosi 2015, Jánosi et al. 2013, Jánosi – Ofner 2013).

A közelmúlt javulásának okait Kiss és munkatársai (2014) a keringési betegségek eredményesebb kezelésével, többek között a heveny koronáriaszindrómák szervezett ellátásában bekövetkezett változásokkal hozták összefüggésbe. Úgy vélték, hogy a megelőzés terén nem került sor áttörésre, és a kockázati faktorok terjedése sem igazán lassult. Hasonló következtetésre jutott a 2000–2008 közötti akut miokardiális infarktusos és stroke-halálozás okait vizsgáló tanulmány is (Balogh et al. 2010). A halandóság csökkenése negatívan korrelált a vérnyomáscsökkentők, az antidiabetikus és a koleszterincsökkentő gyógyszerek felírási rátájával.

A hipertónia és az agyérbetegségek okozta halálozás, valamint az egy főre jutó éves átlagos élelmiszer-fogyasztás 1980 és 2004 közötti kapcsolatát vizsgáló tanulmány szerint az étolajfogyasztás negatív, a zsírfogyasztás pozitív összefüggést mutatott a mortalitással. A tanulmány az életmód fontosságát hangsúlyozta a keringési betegségek kialakulásában, kontrainuitívnak tekinthető eredménye, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztás kismértékű szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a hipertónia és az agyérbetegségek okozta halálozással (Csizmadia et al. 2008).

Józan (2003, 2004, 2012) szerint a piacgazdaság és a nyitott társadalom együtt teremtette meg a krónikus epidemiológiai válság felszámolásának, és ezzel együtt az új epidemiológiai korszak létrejöttének a feltételeit. A társadalom megváltozott etoszát emelte ki: úgy vélte, hogy a kompetitív társadalom a tagjaitól maximális teljesítményt követel meg, többek közt egészségtudatos magatartást és az egyén felelősségteljes hozzáállását. A piaci feltételek következtében átalakultak a munkaerő-piaci elvárások, a szabályok megszegésének következményei súlyosabbá váltak, ami jelentős mértékben hozzájárult az alkoholfogyasztás visszaszorulásához. Az életmódváltozás, a megelőzés mellett az orvosi intervenció hozzájárulását említette a diabétesz, a magasvérnyomás-betegség, az akut miokardiális infarktus és a cerebrovaszkuláris betegségek okozta mortalitás javulásában.

AZ ÁTMENET-ELMÉLETEK NEMMEL KAPCSOLATOS MEGÁLLAPÍTÁSAI

Az átmenet-elméletek nem egységesek az epidemiológiai folyamatok nemi sajátosságait illetően. Omran (1971) csupán annyit állított, hogy a járványok eltűnését követően, az életszínvonal emelkedésével az átmenet egyértelműen a nőknek kedvez (Omran 1998: 108). Egy másik tanulmányában úgy vélekedett, hogy a 60–70 év körüli várható élettartam mellett már nyilvánvaló a nők előnye (Omran 1983: 308). Kritikusi azonban gyakran felróják neki, hogy a vizsgált népességeket differenciálatlan egységnek tekintette, nem tulajdonított jelentőséget az egyes részpopulációk önálló elemzésének (Gaylin – Kates 1997, Santosa et al. 2014, Salomon – Murray 2002). A fontos különbségek ellenére a nemek szerinti elemzést gyakorlatilag negligálta (Waldorn 1996). Olshansky és Ault (1986) viszont úgy vélték, hogy az iszkémiás halálozások koreloszlásának eltolódása mindkét nemnél ugyanazt a konzisztens mintázatot mutatja, ami álláspontjuk szerint nem teszi szükségessé a nemek szerinti differenciált elemzést.

Az empirikus vizsgálatok azt jelzik, hogy a nők mortalitási mintázatának alakulása radikálisan eltér a férfiakétól. Észak-Amerikában és a legtöbb nyugat-európai országban az ötvenes évektől a női korstandardizált ráták sehol sem mutatták a stagnálás/stabilizálódás jeleit, éppen ellenkezőleg, folyamatosan mérséklődtek (Mackenbach 1994). A kardiovaszkuláris forradalom terén élen járó Franciaországban a keringési rendszer okozta mortalitás az 50 év feletti nők körében már az ötvenes években elkezdődött, ezzel évtizedekkel megelőzték a férfiakat (Meslé – Vallin 2011). Jól dokumentált az is, hogy a nők kardiovaszkuláris mortalitása az 1970-es és 1980-as években lényegesen gyorsabban csökkent, mint a férfiaké (Vallin 2006), továbbá a legidősebb időségek halandóságának a javulása is körükben volt először megfigyelhető (Vallin – Meslé 2004, Meslé – Vallin 2011).

A magyar férfiak és nők születéskor várható élettartamának nyugat-európainál jelentősebb különbsége, a várható élettartamok hosszú időn át tartó divergálása előrevetíti az epidemiológiai fejlődés eltérő alakulását, és még inkább indokolttá teszi a nemek szerinti elemzést.

HAZAI EMPIRIKUS EREDMÉNYEK

Az epidemiológiai átmenet hagyományos és újabb kutatási eredményeinek bemutatásával Kovács Katalin több tanulmányában is részletesen foglalkozott (Kovács 2011, 2012, 2014). Kovács az elméletet alkalmasnak tartotta az okspecifikus

halálzási minták társadalmi (iskolai végzettség szerinti) csoportjainak a magyarázatára. Állítása szerint az alacsonyabb és a magasabb végzettségű – legalább érettségivel rendelkező – felnőttek növekvő halandósági különbsége a táplálkozási eredetű mortalitással függ össze. Elemzései a halálokok szekuláris idősorainak az elemzésén alapultak, amelynek hátránya, hogy sem a korcsoportoknak, sem az okspecifikus halálzási rátáknak a várható élettartamra gyakorolt hatását nem képesek meghatározni. A népesség egészére vonatkozó elemzés pedig elfedi a nemek közötti különbségeket. Józan (2003a, 2004, 2008, 2009, 2012) az epidemiológiai átmenet elméletére rendszeresen támaszkodott, segítségével írta le a kardiovaszkuláris mortalitás javulását, rávilágított a nemek közötti különbségekre, felhívta a figyelmet az élettartam-nyereségek/veszteségek korcsoportok és halálokok szerinti nagyságára, az egyes halálokok korprofiljának fontosságát, az egyes halálokok meghaltjainak eltérő halálzási életkorát azonban figyelmen kívül hagyta a diszkrét időpontokat összehasonlító elemzéseiben.

KUTATÁSI KÉRDÉSEK

A tanulmányban választ keresünk arra, hogy az elmúlt félszázadban mely tényezők alakították a hazai epidemiológiai fejlődést. A tárgyalás részeként vizsgáljuk a társadalmi patológiák szerepét is (Rogers – Hackenberg 1987).

A nem nyugati epidemiológiai fejlődést mutató országok tapasztalatai markáns megkésettiségre, átfedettségre, elnyújtottságra, visszafordulásra mutattak rá (Frenk et al. 1989, 1991). Vajon Magyarországon a megkésettiség milyen jellegzetességei mutathatók ki az alkalmazott módszertani eszközök segítségével?

Olshansky és Ault (1986) állítása szerint a halandóság-csökkenés jellemzően az időskori túlélésben bekövetkező javulás eredménye, amely mindkét nemnél egyaránt érvényesül. Valóban így van ez vagy inkább azokkal az elemzésekkel kell egyetértünk, amelyek az epidemiológiai fejlődés nemek szerinti különbségeire hívják fel a figyelmet?

A halálóki struktúra változása az epidemiológiai átmenetek által intenzíven tárgyalt kérdés (Omran 1971). Olshansky és Ault (1986) szerint a halálóki struktúra már nem változik a fejlődés érett szakaszában. Indokoltnak látszik annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy a struktúra stabilitása a nem lineáris fejlődést produkáló ország esetében is fenn áll-e.

Végül, Olshansky és Ault (1986) a halálzáások koreloszlásának változását a degeneratív betegségek okozta halálzáásokhoz kötötték. Elképzelhető-e, hogy az állítás más betegségcsoportokra is kiterjeszthető?

ADATOK

A tanulmányban szereplő halálozási adatok az Egészségügyi Világszervezet (WHO) részletes adatbázisából,¹ a *Demográfiai évkönyvekből* és a Központi Statisztikai Hivatal elektronikus népszégregiszteréből (Demo) származnak. Az 1970 előtti népszégedatok a demográfiai évkönyvekből kerültek kigyűjtésre, a későbbiek az elektronikus népszégregiszterből származnak. A vizsgált időszak során a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) négy revíziójára került sor (*1. táblázat*). A tanulmányban szereplő halálokokat a revíziók nem érintették, egymásnak egyértelműen megfeleltethető halálokok kiválasztására került sor (Janssen – Kunst 2004, Horiuchi – Wilmoth 1998, Meslé 2004, Glej et al. 2011, Koren et al. 2012, WHO 2007). A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozások közül az agyér-betegségeket önálló kategóriaként elemezzük. A keringési rendszer különböző betegségeinek kockázati faktorai (obezitás, dohányzás, magas vérnyomás, cukorbetegség, fizikai inaktivitás, emelkedett szérumszint) nem térnek el egymástól lényegesen (ESC Guideline 2010, Hablicsek – Kovács 2007: 70), miközben a stroke és az „egyéb” kategória alakulását meghatározó iszkémiás szívbetegségek okozta halálozások időszorai jelentősen különböznek (Vargáné– Ádány 2000), ami az orvosi kezelés szerepének fontosságára utal. A rosszindulatú daganatok közül a tüdő-, hörgő- és légcsődaganatok szerepeltek önállóan, közvetlenül kifejezve a dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulását. A tanulmányban kiemelt hat főcsoport az összes haláleset több mint kilenctizedét, a férfiaknál 92,7%-át, a nőknél 90,2%-át fedte le 2014-ben, 1965-ben az egyéb okok aránya mindkét nemnél magasabb volt (15,2% a férfiaknál, 12,3% a nőknél).

¹ http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/

1. táblázat: A tanulmányban szereplő halálokok BNO-kódjai revíziók szerint
The causes of death in the study according to the revisions of the International Code of Diseases

Halálokok	BNO 7.	BNO 8.	BNO 9.	BNO 10.
	1965–1968	1969–1978	1979–1995	1996–2014
Fertőzők és élősdiek	001–138, 600, 690–698	000–136, 590, 680–686	001–139, 279.5,	A00–B99
Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganatai	162–163	162	162	C33–C34
Egyéb daganatok ^a	140–239	140–239	140–239	C00–D48
Agyérbetegségek	330–334	430–438	430–438	I60–I69
Egyéb keringési megbetegedések ^b	330–334, 400–468	390–458	390–459	I00–I99
Légzőrendszer	470–527	460–519	460–519	J00–J98
Emésztőrendszer	470–527	520–577	520–575	K00–K92
Külső okok	E800–999	E800–999	E800–999	V01–Y98

Megjegyzések: ^a a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai kivételével; ^b az agyérbetegségek kivételével.

A STANDARDIZÁLT RÁTÁK IDŐSORAI

A hatvanas évek közepén Magyarországon a haláloki struktúrát már tartósan a krónikus megbetegedések okozta halálozások dominálták. A női halálozások több mint fele már az ötvenes évek közepén a keringési rendszer megbetegedései és a rosszindulatú daganatok okozta halálozásokból származott (1955-ben 54,9%-a), a férfiaknál e két haláloki főcsoport máig tartó túlsúlya 1958-tól datálható.

A legjelentősebb halálokok, a kardiovaszkuláris halandóság standardizált arányszámainak idősorai lényegesen eltértek nemek szerint (2. ábra, A és B panel). Eltekintve az 1965-öt követő egyetlen év jelentős visszaesésétől, a nőknél a keringési rendszer okozta halandóság monoton módon csökkent az időszak szinte egésze során: a cerebrovaszkuláris halandóság rátája 1980-tól, a keringési rendszer többségét adó „egyéb” kategória alá eső betegségeké pedig 1968-tól eltérő mértékű fluktuáció mellett mérséklődött. A nőkhöz hasonlóan a férfiaknál is megfigyelhető az agyérbetegségek okozta halandóság csökkenése, ami a nyugat-európai országokhoz hasonlóan összefüggésben áll a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek használatának elterjedésével (Balogh et al. 2010). Ezt erősítheti meg az is, hogy mindkét nemnél, így a népesség egészénél is egyidejűleg következett be fordulópontra a trendben (Csiba – Bereczki 2014, Csizmadia et al. 2008, Vargáné–Ádány 2000). Az „egyéb” kategória alá sorolt szívbetegségek mérséklődésére a férfiaknál 1993-ig kellett várni, a kedvező fordulat nemcsak a keringési rendszer okozta

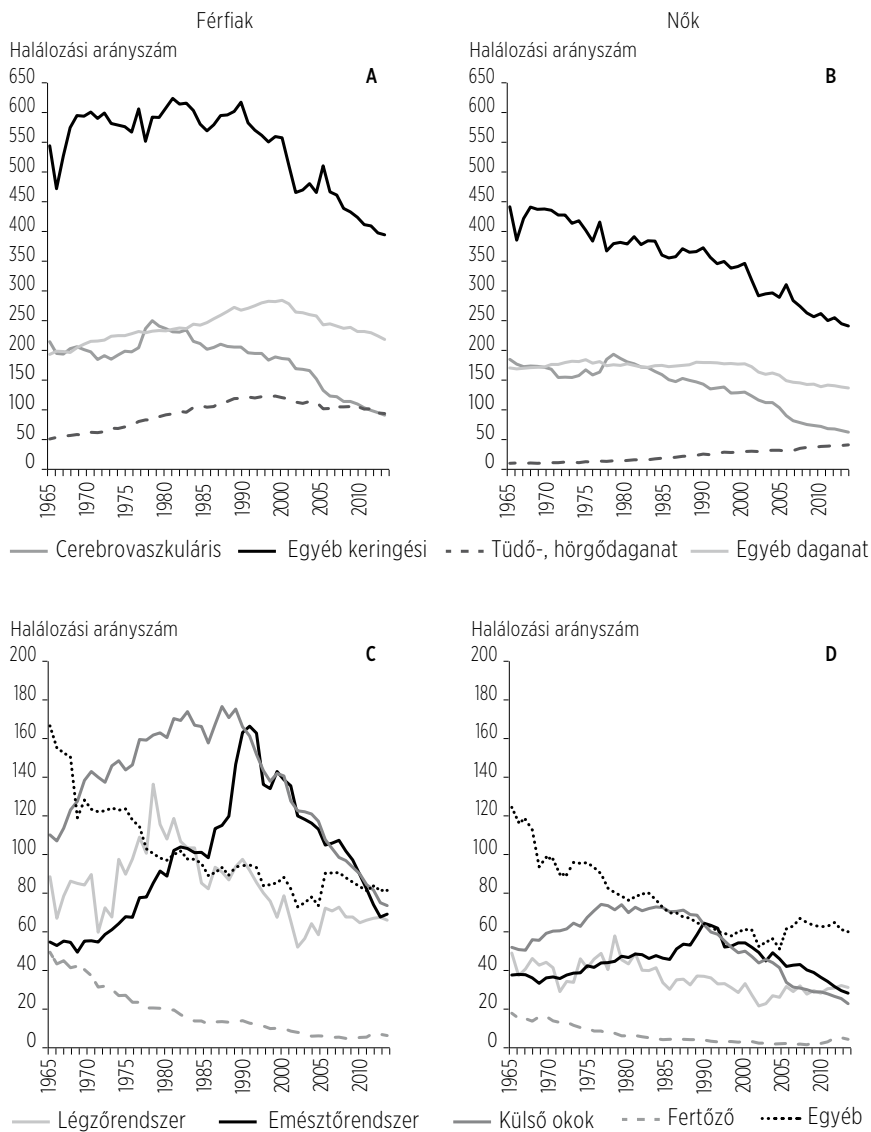
halandóság egészének a javulását jelentette, hanem az életkilátások fordulatához, a várható élettartam növekedéséhez is vezetett. A standardizált arányszámok alapján a férfiak kardiovaszkuláris halandósága 1965 és 2014 között 35,9%-kal csökkent, míg a nőké 51,5%-kal. Mindkét nemnél a cerebrovaszkuláris mortalitás mérséklődése volt a jelentősebb (a férfiak standardizált arányszáma 2014-ben 57,3, a nőké 66,2%-kal volt alacsonyabb, mint 1965-ben).

A daganatos halálozás hosszú időn keresztül változatlanak bizonyult a nőknél, miközben növekedett a férfiaknál (2. *ábra*, A és B panel). Mindkét nemnél az ezredfordulótól figyelhető meg csökkenés, ami a nők esetében elég volt ahhoz, hogy a daganatos halálozás szintje az 1965. évi érték alá csökkenjen, a férfiaknál azonban a ráta (313,8 százezrelék) negyedével (27,8%-kal) magasabb a félévszázaddal korábbinál (245,5 százezrelék). A tüdő, a hörgő és a légcső rosszindulatú daganatai okozta halandóság 1998-ban érte el a maximumát a férfiaknál (124 százezrelék), és a csökkenés ellenére a 2014. évi érték (94,6 százezrelék) közel duplája az 1965. évinek (51,7 százezrelék). A nőknél nem látszik a tüdőrákos halálozás kedvező fordulatának a jele, a továbbra is romló trend következtében 2014-ben (41,5 százezrelék) négyszer több tüdőrákos halálozás fordul elő, mint 1965-ben (10,4 százezrelék).

Az emésztőrendszer betegségei okozta halandóság idősorát a májbetegségek okozta halálozás, ezen belül a jellemzően alkoholos eredetű májbetegségek alakították (Gárdos 2010, Morava 2002). A trend mindkét nemnél extrém magas értéken csúcsosodott 1994-ben, majd folyamatosan csökkent (2. *ábra*, C és D panel). Az alkoholos mortalitásban bekövetkező javulás ellenére a standardizált arányszám a férfiaknál 26,2%-kal volt magasabb, mint félévszázaddal korábban. Az alkohol tehát továbbra is súlyos népegészségügyi probléma Magyarországon (Elekes 2000, Gábor – Kiss 2006).

Az erőszakos eredetű halálozások emelkedő trendje a nőknél már a rendszerváltozást megelőzően megtört, a férfiaknál erre később, 1992 után került sor (2. *ábra*, C és D panel). Eltérően a nyugat-európai országok többségétől, a külső okok növekedését nemcsak a közúti forgalom bővülése miatti baleseti halálozás, hanem az öngyilkosságok számának drámai mértékű növekedése is okozta. A baleseti halálozás a kilencvenes évek elején érte el a maximumát, a csökkenése azóta is töretlen. Az öngyilkossági ráta a nyolcvanas évek végén megkezdődött javulásnak köszönhetően a hatvanas évek szintje alá csökkent, de nemzetközi kitekintésben továbbra is magas önpusztítás jellemző a magyar népességre (WHO HFA 2016).

2. ábra: Egyes halálokok direkt standardizált arányszáma 100 000 főre nemenként, 1965–2014
 Directly standardized mortality rates by causes of death per 100 000 person by gender, 1965–2014



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

Megjegyzés: Az európai népesség kormegoszlásával standardizálva (European Population Standard 2013).

A légzőrendszer okozta halandóságban 1980 után következett be fordulat, élesebb ugrások mellett csökkent a halálozások arányszáma mindkét nemnél (2. ábra, C és D panel). Végül, a fertőző betegségeknél folyamatos mérséklődés volt tapasztalható az időszak egésze során, az utóbbi években érzékelt kisebb „felpattanás” a hazai mortalitás szintjét nem befolyásolta (2. ábra, C és D panel).

MÓDSZEREK

A szakirodalomban több módszer is ismert az élettartamok közötti különbségek dekomponálására, eredményeik azonban lényegileg azonosak (Ponnapalli 2005, Valkovics 1996, 2002). A kor- és okspecifikus mortalitás változásának a várható élettartamok alakulására gyakorolt hatását az Andreev által kidolgozott dekomponálási eljárás segítségével vizsgáltam (Andreev 1991). A dekomponálás során az 1965. évi halandósági táblát tekintettem referenciának, amit az azt követő évek halandósági tábláival hasonlítottam össze. Az így kapott eredmények a hosszú távú folyamatok jobb megértését szolgálják, a kirajzolódó trendek a folyamatok lehetséges jövőbeli alakulására is utalnak. A rövidített halandósági táblák a tanulmányban felhasznált adatokból, a standard eljárás alapján lettek konstruálva. A dekomponálás eredményeit további tágabb, életszakaszok szerint jól értelmezhető korcsoportokba vontam össze. Az egy évnél fiatalabb újszülöttek, az 1 és 14 év közötti gyermekek, a 15–39 év közötti fiatal felnőttek, a 40–64 éves középkorú, valamint a 65 éves és idősebb felnőttek korcsoportjai segítik a könnyebb eligazodást.

A konvencionális halandósági táblák valamely kohorsz halandóságát kizárólag a kor függvényében írják le. Az ún. többszörös csökkenésű/kilépésű halandósági táblák (Multiple Decrement Life Table; MDLT) képesek leírni több halálóki tényező elkülönülő hatását. Az MDLT lényegileg olyan okspecifikus halandósági tábla, amely a hagyományos halandósági táblát a halálókok szerinti táblákra bontja fel. A táblák lehetővé teszik a népesség halálókok szerinti halálozásának megismerését, az egyes halálókok következtében meghaltak átlagos élettartamát, valamint az egyes halálókok bekövetkezésének valószínűségét (Kintner 2004). A születéskor várható élettartam egyaránt függ a táblabeli halálozások halálóki struktúrájától és a különböző halálókok áldozatainak átlagos halálozási korától. A születéskor várható átlagos élettartam ugyanis a különböző okok miatt meghaltak átlagos halálozási korának a különböző okok miatt meghaltak arányaival súlyozott aritmetikai átlaga (Valkovics 1994, 2001).

A VÁRHATÓ ÉLETTARTAMOK DEKOMPONÁLÁSÁNAK EREDMÉNYEI

A magyar férfiak születéskor várható átlagos élettartama 1965 és 2014 között 66,7 évről 72,3 évre nőtt, azaz 5,6 évvel lett magasabb. (Ugyanezen időszak alatt az osztrák férfiak hasonló színtről, 66,6 évről induló születéskor várható élettartama több mint tíz évvel, 78,9 évre nőtt (1. ábra). A tíz év feletti élettartamjavulás – néhány, egykoron magasabb színtről induló ország kivételével – teljesen általánosnak mondható a fejlett nyugati országokban.) A hazai szerény mértékű javulás mögött két, jellegében eltérő halandósági korszak áll. A hatvanas évek közepétől emelkedett a férfinépeség halandósági szintje, és csökkent a születéskor várható élettartama (Valkovics 1994, 1999, 2001). Az évtizedeken át tartó epidemiológiai válság mélypontja 1993-ban következett be: a születéskor várható élettartam ekkor 2,2 évvel volt alacsonyabb, mint 1965-ben. Az elmúlt két évtizedben a magyar férfinépeség életkilátásai jelentősen javultak, ennek eredményeként a várható élettartam az ezredforduló évében elérte az 1965. évi értéket, majd a 2014-ig tartó időszakban 67,1 évről 72,3 évre emelkedett, azaz 5,2 évvel javultak a születéskori életkilátások. Ugyanezen időszak alatt az alacsony mortalitású országokban már kisebb emelkedés következett be (pl. Svédországban 3,0, Ausztriában 3,3 évnnyi²), ez alapján megalapozott az az állítás, hogy Magyarország megkezdte a felzárkózást a fejlett nyugati országokhoz (Józan 2003a).

A női népesség halandósági szintje kisebb ingadozásokkal csökkent, s a várható élettartam szerény mértékben emelkedett az államszocialista korszakban is (Valkovics 1994, 2001), majd stagnált a kilencvenes évek elején. A születéskor várható átlagos élettartam 1965 és 2014 között 71,6 évről 79,3 évre emelkedett, a 7,7 évnnyi nyereségből 2,3 év 1965 és 1993 között, 5,4 év pedig a jóval rövidebb 1993 utáni periódusban keletkezett. A rendszerváltozást követő időszak lényegesen eredményesebbnek bizonyult, mint az azt megelőző negyedszázad. A felgyorsult fejlődés nemzetközi összehasonlításban is figyelmet érdemlő. Az 1993 után bekövetkező javulás jelentősebbnek mondható a hasonló időszakra vonatkozó osztrák (4,4 év) és svéd (3,3 év) növekedésnél, és valamivel meghaladja a közép-európai régióban élenjáró cseh fejlődést (5,1 év) is. A felzárkózás tehát a nők esetében sem vonható kétségbe.

A várható élettartam alakulásának korcsoportok szerinti háttere a férfiaknál a közép-kelet-európai országokhoz hasonlóan ellenmondásosan alakult, párhuzamosan volt jelen a csecsemő- és gyermekkorúak jelentősen javuló, a kö-

² A Human Mortality Database adatai alapján.

zépkorú népesség romló mortalitása, valamint hosszú időn keresztül a 65 éven felüli időskorúak halandóságának tartósan stabil szintje (Meslé – Vallin 2011). A nőknél a halandósági válság kevésbé volt intenzív, a felnőtt népességen belül a korcsoportok szűkebb spektrumát érintette (a 30–60 év közöttieket), az időskorú népesség halandóságának mérsékelt javulása pedig már a rendszerváltozást megelőzően elkezdődött.

Jól összegzi a férfinépesség halandóságának félévszázad alatt bekövetkezett szerény javulási eredményét az a tény, hogy az 5,6 évnyi élettartam-nyereségnek közel fele a csecsemőhalandóság javulásából származott (2,7 év), melynek jelentősebb része az államszocialista érában keletkezett, de 1990 után szintén nem elhanyagolható, közel egy évnyi javulást sikerült még elérni (3. ábra, A panel). A csecsemőhalandóság alacsony, az EU-28 átlagához közeli szintje (OECD 2014: 31) miatt további élettartam-nyereségre a csecsemőhalandóság javulásából már nem számíthatunk.

A csecsemőhalandóság javulásának élettartamra gyakorolt hatása a vizsgált időszak egészében valamivel kisebb volt a lányoknál (2,3 év), mint a már említett fiú csecsemőknél (3. ábra, B panel). A nemek közötti különbség Európa-szerte (Meslé et al. 2002), így hazánkban is ismert volt (Salamon 1960). A jelenség az eltérő halandósági szintről történő indulással magyarázható. A leány csecsemők alacsonyabb halandósága (és ennek következtében a korszak egészében realizálható kisebb élettartam-nyeresége) az endogén eredetű különbségekkel, eltérő élettani és fejlődési adottságokkal indokolható (Salamon 1960, Marton 1962, Gárdos – Joubert 2001). A nemek közötti különbség az ellátás technikai feltételeinek javulásával minimálisra zsugorodott, az élettartam-különbségre gyakorolt hatása eltűnt.

A gyermekkorúak (1–14 évesek) mortalitásának javulása a fiúknál és a lányoknál is azonos mértékben, fél évvel járult hozzá a születéskor várható élettartam félévszázad alatti növekedéséhez (3. ábra, A és B panel).

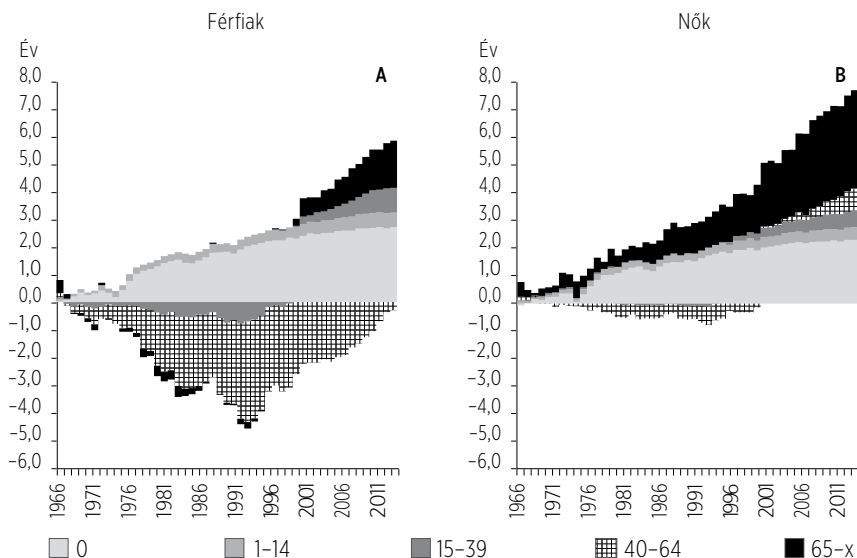
A kelet-európai mortalitási válság egyik legfontosabb ismérve a középkorú népesség sérülékenysége. A krízis mindkét nemnél manifesztálódott, de eltérő intenzitással és tartóssággal. A nőknél a veszteség majdnem kizárólag a 40–64 év közötti középkorúaknál jelentkezett (néhány évben a 30 év felettieket is érintette kisebb mértékben), a veszteség 1993-ban érte el a maximumát, de ekkor is egy év alatt maradt, 2000-től pedig eltűnt (3. ábra, B panel). A 15–64 év közötti felnőtt női népesség az elmúlt félévszázadban 1,4 évvel járult hozzá az életkilátások javulásához. A teljes nyereség (7,7 év) kevesebb mint ötöde származott az aktív korú népesség javuló mortalitásából. További tartalékok származhatnak még a gazdaságilag aktív korú nők mortalitásának javulásából.

Az e tanulmányban nem tárgyalt osztrák és magyar női halandósági táblák dekomponálásának tapasztalatai arra hívták fel a figyelmet, hogy 2014-ben a két népesség 4,5 évnyi élettartam-különbségéből 1,7 év a 15–64 év közöttieknek, 2,7 év a 64 év felettiak kedvezőtlenebb mortalitásának volt köszönhető. Következésképpen hasonló mértékű nyereség a magyar női populáció számára is megszerezhető.

A halandóság romlása a férfiak korcsoportjainak tágabb körét és jóval jelentősebb mértékben érintette. Az 1965 és 1993 közötti élettartam-különbséghez a fiatal felnőttek (15–39 évesek) $-0,7$ évvel járultak hozzá, a veszteség azonban 2000-ben eltűnt, és végül $0,9$ év nyereség keletkezett ebben a korcsoportban. A válság legnagyobb elszenvedői a középkorú (40–64 év közötti) férfiak voltak. 1993-ban a korcsoport élettartam-vesztesége $-3,6$ év volt, amelyet a rá következő két évtized javuló mortalitása sem tudott eltüntetni (3. ábra, A panel). A középkorú magyar férfiak halandósága továbbra is rosszabb, mint 1965-ben; bár a veszteség ma már kevésbé jelentős ($-0,3$ év), mégis azt jelzi, hogy két évtizeddel az epidemiológiai fordulatot követően sem sikerült maradéktalanul felszámolni a veszteségeket.

3. ábra: Egyes korcsoportok hozzájárulása a születéskor várható átlagos élettartam változásához nemenként (referencia év = 1965), év

The contribution of age groups to the change in life expectancy by gender (reference year = 1965), year



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

Az időskorú női népesség halandóságának javulása 1990-et követően vett lendületet, addig mindössze egy év nyereség keletkezett, 2014-re ez az érték 3,6 évre emelkedett (3. ábra, B panel). Így az időszak egésze alatt megszerzett élettartam-nyereség közel fele (46,1%) az idősebb életkorhoz köthető halandóság javulásának eredménye. Fontos megjegyezni, hogy a nyereség nagyobb része (2,1 év) az idősebb időseknél, a 75 év felettiéknél keletkezett. A férfiaknál az időskori halandóság csökkenése az ezredfordulót követő időszak fejleménye, az ekkor elért 1,7 évnyi javulás a teljes nyereség közel harmadát (30,9%-a) tette ki. Az elhúzódó epidemiológiai fejlődés jeleként értékelhető, hogy az időskorú férfiak élettartam-nyereségének megjelenésével egyidejűleg jelen van a középkorú népesség (40–64 év közöttiek) ötven évvel korábban is kedvezőtlenebb halandósága. Az ellentmondás a különböző társadalmi státuszú csoportok eltérő epidemiológiai fejlődésével lehet kapcsolatos.

A várható élettartam különbségeinek felbontása a halálokokkal is bővíthető. A férfiak epidemiológiai fejlődése azt mutatja (4. ábra, A panel), hogy az elmúlt félszázadban tartósan jelen voltak olyan halálokok, amelyek az életkilátásokat mérsékeltek, és amelyek javították. A kardiovaszkuláris és a külső halálokok kivételével csak a hozzájárulások mértéke tért el, előjelük nem.

A fertőzők és élősdiek, valamint a légzőrendszer betegségei okozta halálozás hozzájárulása a várható élettartamhoz mindkét nemnél pozitív és viszonylag csekély volt a korszak egészében (4. ábra, A és B panel), ami azt jelzi, hogy Magyarország a vizsgált időszak kezdetén az Omran (1971) által említett epidemiológiai korszak harmadik szakaszában volt.

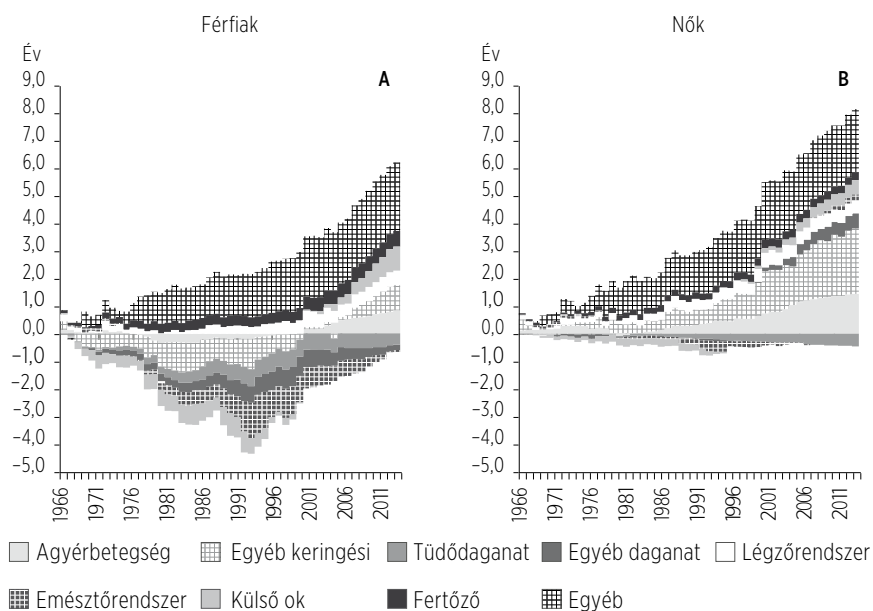
Az epidemiológiai válság a férfiaknál három közel azonos és egy kisebb súlyú tényező hozzájárulásával írható le: 1965 és 1993 között a keringési és az emésztőrendszeri betegségek 1,3 évvel, a daganatok 1,2 (a tüdőrák és az egyéb daganatok egyaránt 0,6–0,6 évvel), az erőszakos okok 0,6 évvel csökkentették a születéskor várható élettartamot. Az 1993 utáni időszakot a korábban felhalmozott veszteségek eliminálása jellemzi, melynek eredményeként 2001-ben sikerült felszámolni a külső okok és a keringési rendszer veszteségeit. A többnyire alkoholos eredetű májbetegségek mérséklődésének köszönhetően 2014-re elhanyagolhatóvá vált (-0,1 év) az emésztőrendszeri halálozások hozzájárulása, a daganatos halálozásoké azonban a mérséklődés ellenére továbbra is negatív előjelű maradt (-0,6 év, ebből -0,4 év a rosszindulatú tüdődaganatokhoz köthető).

A korszak egészében bekövetkezett javulást az egyéb okok (jellemzően a csecsemőkorral összefüggő okok; 2,5 év), a keringési rendszer (1,8 év) és az erőszakos halálokok (0,9 év) hozzájárulásai adják, ezzel párhuzamosan a daganatok révén továbbra is veszteségekről lehet beszámolni.

A nők halandósága a kilencvenes évek eleji válság sújtotta időszakban csekély mértékben romlott, amelynek hátterében az emésztőrendszer megbetegedései okozta halálozás állt (4. ábra, B panel). Esetükben a kardiovaszkuláris mortalitás alakulása nem bontható fel romló és javuló korszakra, pusztán annyit lehet biztosan megállapítani, hogy a különböző időszakokban a javulás mértéke számottevően eltért. Az államszocialista érában – 1965 és 1990 között – a keringési rendszerből származó nyereség mindössze 0,8 év volt, majd a rendszerváltozást követő időszakban ezt többszörösen meghaladó fejlődésre került sor (3,0 év). A keringési rendszer és az egyéb okok (2,3 év) mellett az erőszakos okokhoz és a légzőrendszer okozta mortalitáshoz (0,5–0,5 év) is kapcsolódott kisebb javulás. Ellentétben a férfiakkal, a tüdőrák okozta mortalitás hozzájárulása tartósan negatív és növekvő, míg az egyéb daganatoké pozitív és mérsékelten javuló (a korszak egészében az egyéb daganatok 0,5 évvel növelték a várható élettartamot).

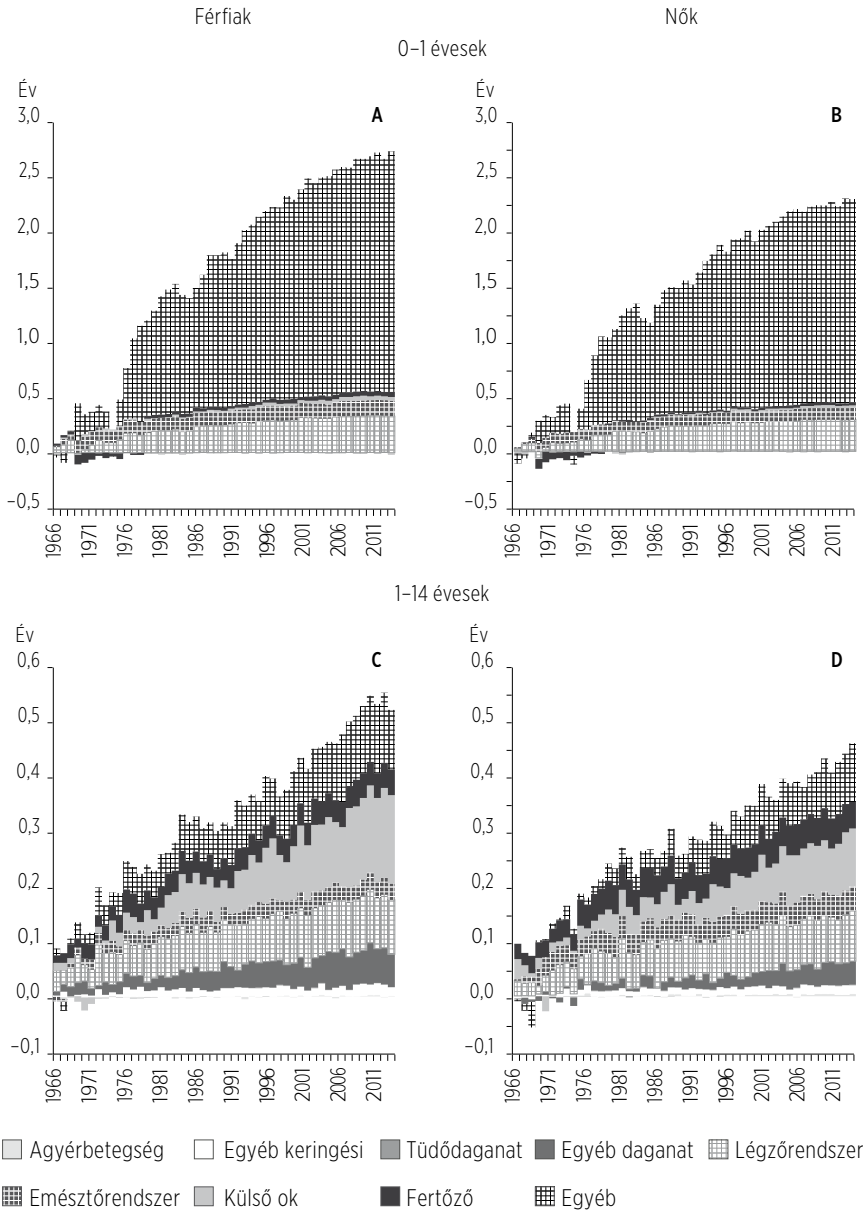
4. ábra: Egyes betegségek okozta halálokok hozzájárulása a születéskor várható átlagos élettartamhoz nemenként (referencia év = 1965), év

The contributions of the main causes of death to the changes in life expectancy by gender (reference year = 1965), year



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

5. ábra: Egyes halálokok korcsoportok szerinti hozzájárulása a születéskor várható élettartam változásához nemenként, 0-1 és 1-14 évesek
 The contribution of the main causes of death to changes in life expectancy by age group and gender, age groups: 0-1 and 1-14



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

Az elemzés a korcsoportok és a halálokok együttes kombinációjával is bővíthető, ezáltal pontosabban rávilágíthatunk az életkilátásokat a különböző életszakaszokban befolyásoló tényezők szerepére.

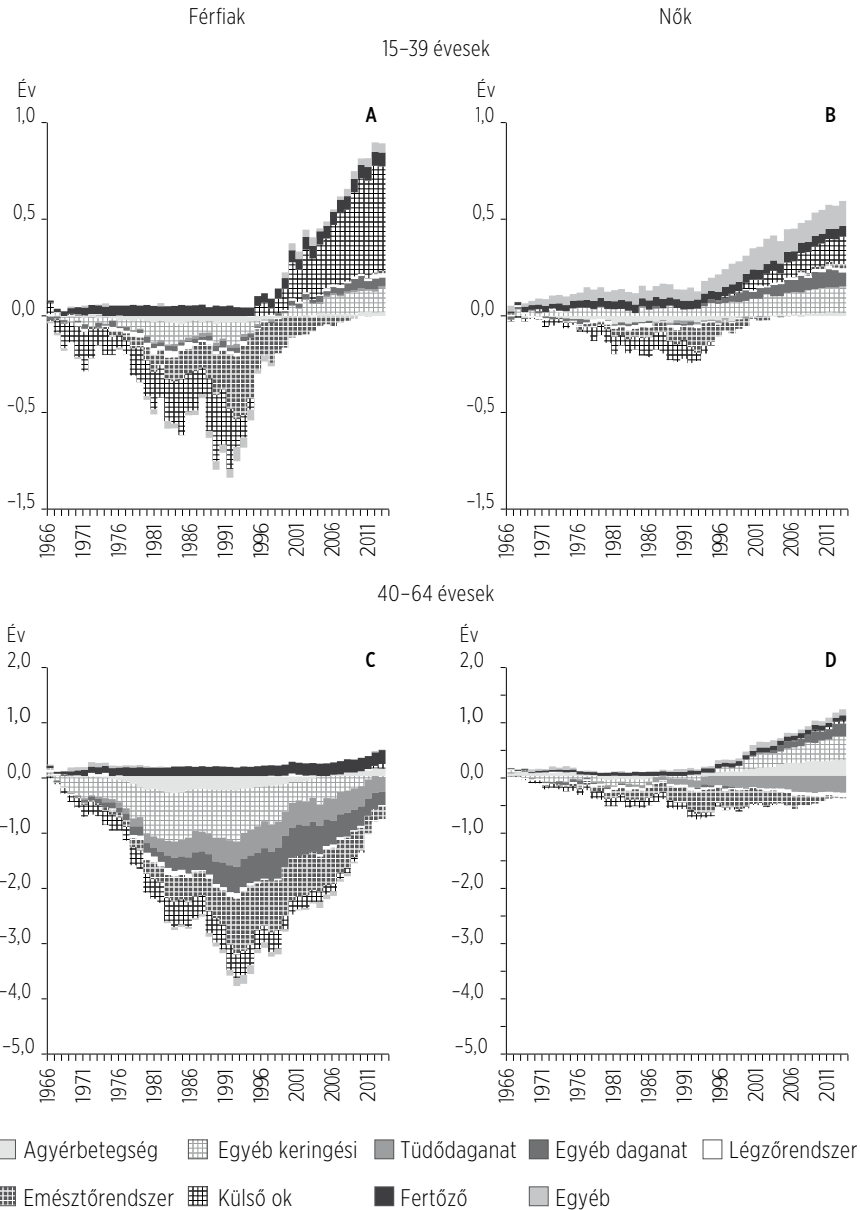
A csecsemő- és gyermekhalandóság minden gazdasági és társadalmi meg-rázkódtatás ellenére pozitívan alakult (5. ábra, A és B panel). A csecsemőkorúak nyeresége elsősorban az egyéb okok közé sorolt ún. perinatális időszakkal összefüggő állapotokban bekövetkezett javulásnak volt köszönhető, ugyancsak kimutatható szerepe volt benne a légző- és az emésztőrendszeri halálozások visszaszorításának.

A gyermekkorúaknál (1-14 évesek) csekély, 0,1 év alatti nyereségek figyelhetők meg – a külső és az egyéb okokat leszámítva –, nemektől függetlenül (5. ábra, C és D panel).

A fiatal felnőttek (15–39 évesek) halandóságának nemi mintázataiban a hasonlóságok mellett már különbségek is megfigyelhetők (6. ábra, A és B panel). A női populációban a keringési rendszer okozta halandóság hozzájárulása mindvégig pozitív volt, a férfiaknál erre csak 1999-től került sor. A várható élettartam csökkenésében mindkét nemnél fontos szerepük volt az emésztőrendszeri megbetegedéseknek és a külső okoknak. Az erőszakos okok negatív hozzájárulása a kilencvenes évek közepén tűnt el, amit rövidesen az emésztőrendszeri betegségekhez köthető veszteségek felszámolása követett. A férfiaknál a korcsoport teljes nyereségének (0,9 év) többsége (0,5 év) a nem betegségek okozta halálozás (külső okok) kedvező alakulásának volt köszönhető az időszak végén. A nőknél összességében kisebb nyereség keletkezett (0,6 év), amihez a keringési rendszer, az erőszakos eredetű halálozások, az egyéb okok és a rosszindulatú daganatok hozzávetőleg azonos mértékben járultak hozzá.

A mortalitási krízis a kilencvenes évek elején a középkorú népességnél teljesebben ki (6. ábra, C panel). A 40–64 év közötti férfiak halandóságának 1965–1993 közötti romlása több mint három és fél évvel csökkentette a várható élettartamot a keringési (–1,2 év), az emésztőrendszeri (–1,0 év) és a rosszindulatú daganatok okozta halálozások (–0,9 év) közel azonos, illetve az erőszakos okok (–0,4 év) valamivel kisebb hozzájárulásának eredményeként. A korcsoportot érintő válság tartósan bizonyult, következményeit a rá következő két évtizedben sem sikerült maradéktalanul felszámolni. A középkorú férfiak életkilátásai a rosszindulatú daganatok, illetve csekély mértékben az emésztőrendszer megbetegedései okozta halálozás miatt továbbra is kedvezőtlenebbek, mint fél évszázaddal korábban.

6. ábra: A fontosabb halálokok hozzájárulása a várható élettartam változásához korcsoportok és nemenként, 15–39 és 40–64 évesek
 The contribution of the main causes of death to changes in life expectancy by age groups and gender, age groups 15–39 and 40–64

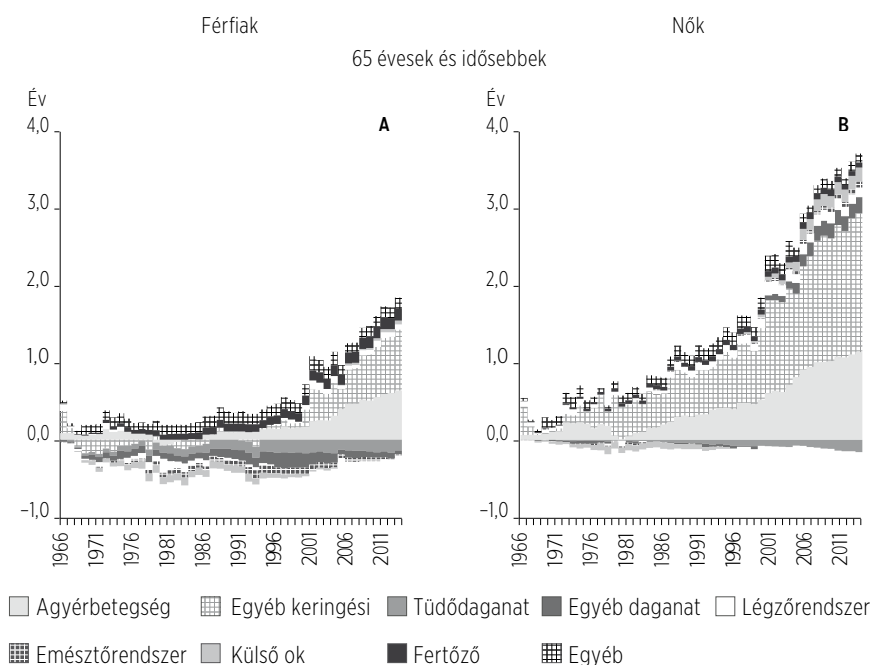


Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

A középkorú nők (6. ábra, D panel) vesztesége ugyancsak 1993-ban érte el maximumát (-0,7 év). Összetevői közül az emésztőrendszeri megbetegedések okozta halálozásokat kell elsőként megemlíteni, továbbá az erőszakos okok és a tüdődaganatok emelhetők még ki, utóbbiak vesztesége továbbra is növekszik. Az ezredforduló után a keringési rendszer, és kisebb mértékben az egyéb daganatos halálozások jóvoltából a korcsoport egészének a veszteségét is sikerült felszámolni, és 2014-re valamivel kevesebb mint egy évnnyi nyereséget előidézni.

7. ábra: A halálokok korcsoportok szerinti hozzájárulása a születéskor várható élettartam változásához nemenként, 65 évesek és idősebbek

The contribution of the main causes of death to changes in life expectancy by age groups and gender, age groups 65 and older



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

Az időskorú férfiak és nők halandósága a közelmúltig eltérően alakult (7. ábra, A és B panel), a nőknél ugyanis a keringési rendszer okozta mortalitás mérséklődésének jóvoltából az élettartam-nyereség monoton növekedésére került sor már a hetvenes évektől. Az élettartam-nyereség 1990-ig mindössze 1,0 év volt (ebből 0,8 év kapcsolódott a keringési rendszer okozta halandóság javulásához).

A rendszerváltozás után felgyorsult a kardiovaszkuláris mortalitás javulása. A férfiaknál ez a folyamat megkésetten jelentkezett, és a keringési rendszerből származó nyereséget az ezredfordulóig ellensúlyozta a daganatos halálozások vesztesége. A vizsgált időszak végére az időskorú népesség halandóságának javulásából jelentős élettartam-nyereség keletkezett, amelynek túlnyomó része (a férfiaknál 1,7 évből 1,5 év, a nőknél 3,6 évből 2,9 év) a keringési rendszer okozta halandóság drámai mértékű javulásának volt köszönhető. Az „egyéb” daganatok és a külső okok (0,2–0,2 év) hozzájárulása eltölpül a keringési rendszeréhez képest.

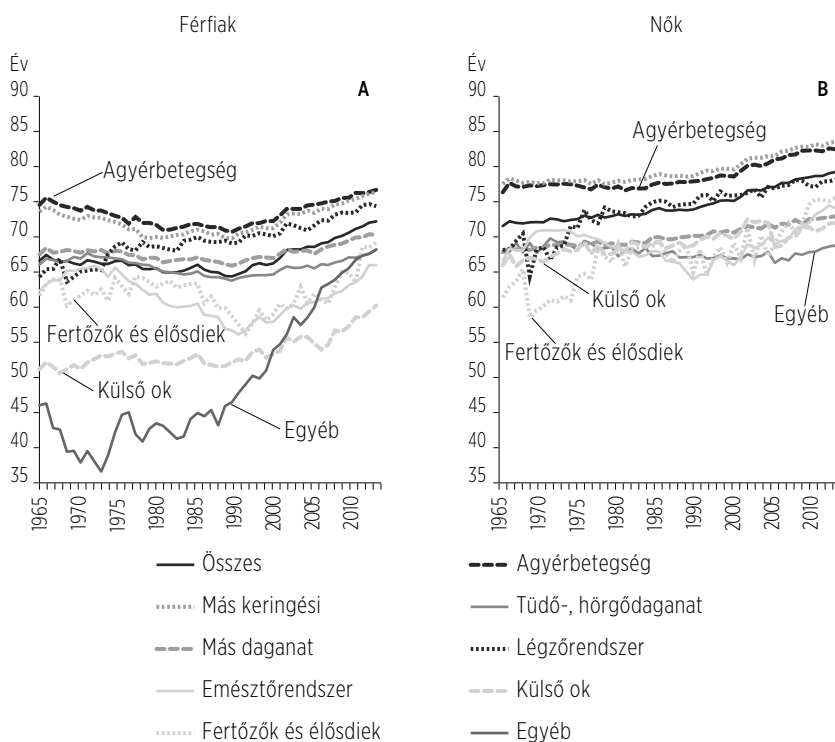
A HALÁLOZÁSOK ÁTLAGOS KORÁNAK ÉS VALÓSZÍNŰSÉGÉNEK VÁLTOZÁSA

A különböző megbetegedések miatt bekövetkező halálozások átlagos kora a halandóság alakulásának egyik legfontosabb ismérve. A női népesség meghaltjainak átlagos halálozási kora többnyire monoton módon emelkedett 1965 és 2014 között (8. *ábra*, A panel). Az átlagos halálozási kor legjelentősebb javulására – az egyéb okokon túl – a fertőzők és az élősdiék okozta halálozásoknál (14,2 év, 61,4 évről 75,6 évre), és hektikus hullámvázok mellett a légzőrendszer megbetegedései okozta halálozásoknál (10,0 év, 68,2 évről 78,2 évre) került sor. Az emésztőrendszeri megbetegedésekben meghaltak átlagos halálozási kora 7,4 évvel (66,7 évről 74,1 évre) nőtt az időszak kezdetéhez képest, dacára annak, hogy 1993-ban még 2,7 évvel volt alacsonyabb, mint 1965-ben. A külső okok és a keringési rendszer megbetegedéseinek átlagos halálozási kora egyaránt 6,0–6,1 évvel lett magasabb a félévszázaddal korábbihoz képest (előbbi 66,0 évről nőtt 72,1 évre, míg a keringési rendszeren belül az agyérbetegségek átlagos halálozási kora 76,4 évről nőtt 82,5 évre, az egyéb keringési okoké 77,5 évről 83,6 évre). A korszak egészét tekintve mérsékelten, mindössze egy évvel emelkedett a rosszindulatú tüdődaganatokban meghaltak átlagos halálozási kora (67,8 évről 68,8 évre), mindez megegyezik a várakozásainkkal, hiszen a gyógyító eljárásban ezen idő alatt nem következett be áttörés.

A halálozási struktúrában (9. *ábra*, B panel) a keringési rendszer aránya mérsékelten csökkent (60,4%-ról 56,6 %-ra). A két összetevő közül a cerebrovaszkuláris halálozás aránya (18,1%-ról 11,4%-ra) mérséklődött 1980-tól, és ennél valamivel kisebb mértékben nőtt az egyéb keringési rendszer okozta halálozások valószínűsége (42,2%-ról 45,3%-ra). Annak valószínűsége, hogy egy újszülött rosszindulatú daganat következtében veszíti életét, 16,1% volt 1965-ben, 2014-ben pedig 21,9%, ami elsősorban a tüdődaganatok növekvő arányának lett a következménye. Az említettekén kívül a vizsgált halálok halálozási valószínűsége

a korszak végére ténylegesen visszaállt a kezdeti értékre. A halálzási struktúra a keringési és a daganatos halálzások kisebb átrendeződésének kivételével nem változott 1965-höz képest.

8. ábra: A népesség átlagos halálzási kora halálzokok szerint nemeként, 1965–2014 (év)
Changes in the average age at death by causes of death and gender, 1965–2014 (year)



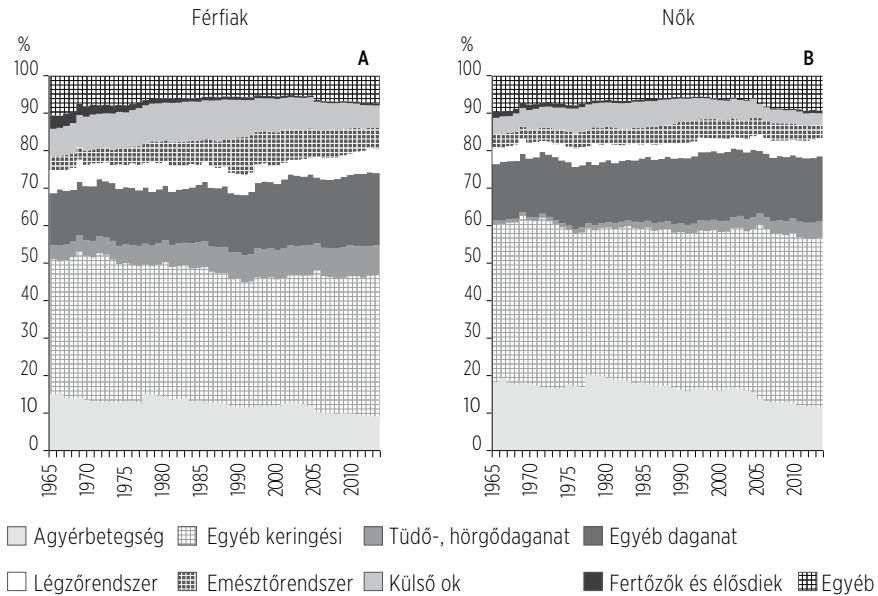
Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

A férfiaknál az átlagos halálzási korok – a légzőrendszer megbetegedései és az „egyéb” okok kivételével – a kilencvenes évek első feléig csökkentek, majd azt követően növekedtek (8. ábra, A panel). A tartós mortalitási krízis oka az volt, hogy a vezető halálzokok jóval fiatalabb korban szedték áldozataikat, mint a sokkal kedvezőbb halandóságú európai országokban (Valkovics 2001: 334). Az átlagos halálzási kor 2014-ben az egyéb okok miatt meghaltaknál 22,0 évvel (46,2 évről 68,3 évre), a légzőrendszer megbetegedései okozta halálzásoknál 10,0 évvel (64,4 évről 74,4 évre), a külső okoknál 9,0 évvel (51,3 évről 60,4 évre) volt magasabb az 1965-ben mértnél. Az agyérbetegségek és az egyéb keringési

megbetegedések átlagos halálozási kora a férfiaknál csupán 2,1-2,7 évvel emelkedett, ami jóval elmarad a nőknél tapasztalt növekedéstől. Ugyanakkor a férfiak esetében is megfigyelhető, hogy a keringési rendszer betegségeiben meghaltak halálozási kora mindenkor magasabb volt, mint az összes okban meghaltaké, vagyis mint a születéskor várható élettartam. A nőkhöz képest valamivel nagyobb mértékben emelkedett a tüdő-, hörgő-, légcsődaganatok és az egyéb daganatok halálozási kora (2,1-2,7 évvel).

1965 és 2014 között a haláloki struktúrában jelentősebben nőtt a daganatos halálozások (17,7%-ról 27,5%-ra), és csökkent a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozások aránya (51,0%-ról 46,6%-ra). Ezen belül az agyérbetegségek halálozási valószínűsége mérséklődött (14,8%-ról 8,9%-ra), miközben az egyéb szívbetegségeké alig módosult. Fontos megemlíteni, hogy a tüdőrák halálozási valószínűsége (8,1%) napjainkban már alig tér el az agyér-betegségektől (8,9%). Az említetteken túl számottevően mérséklődött, az elsődleges halálokok között alig észrevehetővé vált a fertőzők és élősdiek okozta halálozások aránya (3,5%-ról 0,6%-ra).

9. ábra: Az egyes halálokokban meghaltak halálozási valószínűsége nemenként, 1965–2014 (%)
The probability of death by main causes of death and gender, 1965–2014 (%)



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

A HALÁLOZÁSOK ÉLETKOR-PROFILJA

A halálozások életkor-mintázatának alakulását a halandóság hazai korszakait jól reprezentáló évek adatsorai szemléltetik. Az első, 1965-ös év a korabeli nyugat-európaihoz hasonló magyar halandóság életkor szerinti profiljait mutatja be; a második, 1993-as év az epidemiológiai válság következményeit; végül a harmadik, 2014-es esztendő a jelenkor állapotát írja le. A halálozások táblabeli számának korcsoportok szerinti eloszlása – az elemzés diszkrét megközelítéséhez jobban illeszkedő módon – ún. lépcsődiagramok segítségével illusztrálható. A rosszindulatú daganatok és a keringési rendszer okozta halálozások főcsoportjai mellett két további fontos főcsoport, az emésztőrendszeri és az erőszakos eredetű halálozások koreloszlásának alakulására érdemes kitérni.

A meghalt nők korcsoportok szerinti eloszlása viszonylag könnyen értelmezhető. A halálozások egyre növekvő hányada – jól láthatóan – egyre idősebb életkorokban koncentrálódik, miközben a halálozások eloszlása nem független egymástól.³ A modális érték a legutolsó vizsgált évben valamennyi haláloki főcsoportnál 85 év felett volt, míg ugyanezen középtételek a hatvanas évek közepén – a külső okok kivételével – 5–15 évvel korábban fordultak elő. A koncentráció különösen jól kivethető a keringési rendszer okozta halálozások esetében (*10. ábra*, B panel): 2014-ben minden második haláleset 85 éves és idősebb életkorban következett be.

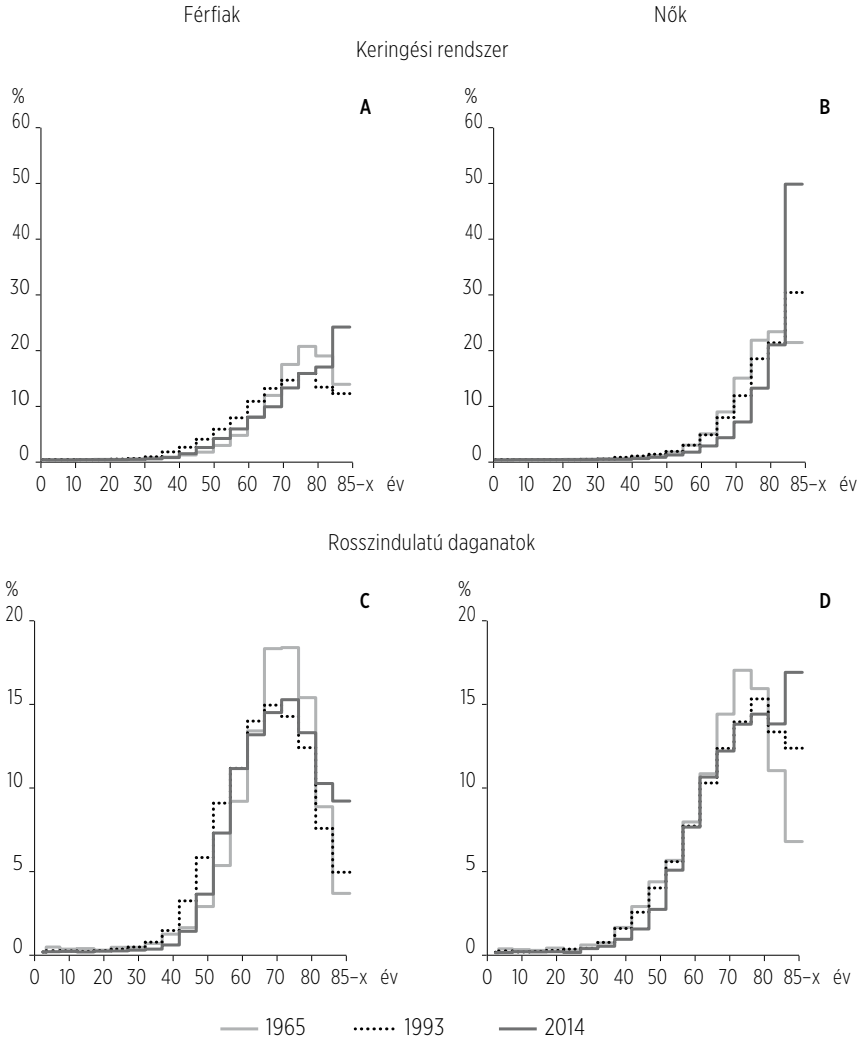
A dekomponálás tapasztalataival egybecsengően a középkorú nők emésztőrendszer okozta vesztesége jól látható. A nagy mennyiségű és rossz minőségű alkohol fogyasztása a kilencvenes évek elején torzította a koreloszlást, előre hozta az emésztőrendszeri halálozásokat (*10. ábra*, D panel). A halálozások jelentősebb hányada emiatt következett be fiatalabb életkorokban és az 50 év feletti korcsoportok mindegyikében (10–10%-uk). Ezzel együtt érdemes megjegyezni, hogy a halálozások 1993. évi eloszlása nem tért el szignifikánsan sem a korábbi, sem a jelenkori mintázattól. Az utolsó elemzett év eloszlása a halálozások korral növekvő arányát, a már „visszaszabályozott”, válság utáni állapotot mutatja, a keringési betegségekhez hasonlóan erős koncentrációval.

A férfiaknál a halálozások az életkor előrehaladtával növekvő aránya – a keringési rendszer kivételével – napjainkban sem érvényesül. A modális érték a rosszindulatú daganatoknál 70–74 év között, míg az emésztőrendszer és az erőszak okozta halálozásoknál jóval korábbi életkorokban (55–59 és 50–54 évnél) figyelhető meg. Feltételezhető, hogy ezt az egészségkárosító magatartásformáknak

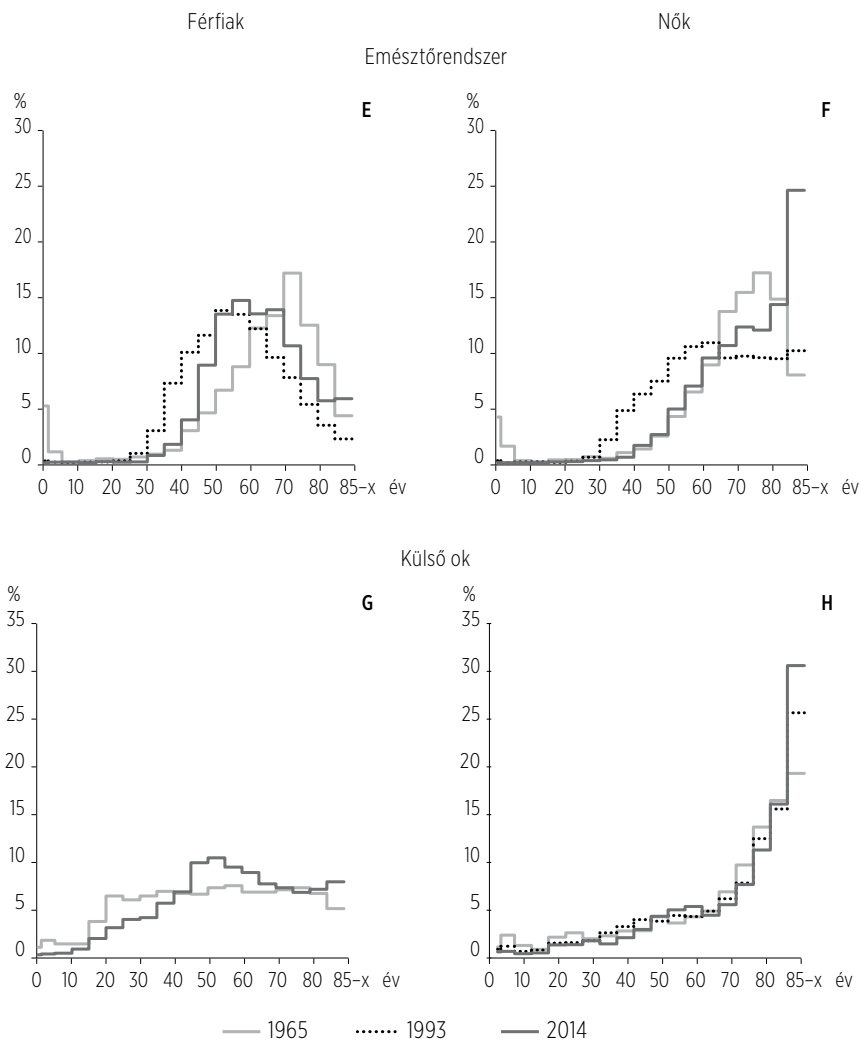
³ A különböző évek halálokok szerinti eloszlásainak összehasonlítása a meghaltak táblabeli száma alapján khi-négyzet homogenitási teszt segítségével történt.

(a dohányzásnak, az alkoholfüggőségnek) kitett szubpopulációk (elsősorban az alacsony iskolázottságú csoportok) korai elhalálása okozhatja. Míg a nőknél egyértelműen látható a halálozások konzisztens eltolódása, addig a férfiaknál a halálozások koncentrációja továbbra is korábbi életszakaszban következik be.

10. ábra: A halálozások táblabeli számának eloszlása főbb halálokok, életkor és nemek szerint (%)
 The distribution of deaths in the life table by main causes of death, age and gender (%)



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.



Források: Demográfiai évkönyvek, KSH elektronikus népességregiszter (DEMO). Saját számítás.

NÉHÁNY LEHETSÉGES MAGYARÁZAT

Az életkilátások javulását nagymértékben segítette a csecsemőhalandóság tartós, a rendszerváltás után is jelentős csökkenése. A csecsemőhalandóság korcsoportok szerinti vizsgálataiból tudjuk, a vizsgált időszak kezdetén tapasztalt javulás az 1-11 hónapos korúak halandóságának a mérséklődéséből fakadt, így elsősorban

a higiénés és a táplálkozási feltételek, valamint a csecsemőgondozás fejlődésének és a fertőző betegségek visszaszorításának volt köszönhető. A hetvenes évek közepétől a legfiatalabb, 0–6 napos korúak túlélésének a javulása áll a csecsemőhalandóság csökkenésének a hátterében (Faragó 2011, Gárdos – Joubert 2001). A modern orvostudomány technikai és intézményi fejlődésével (a Perinatális/Neonatólis Intenzív Centrumok – PIC/NIC létrejöttével), a neonatólis transzportok optimális kivitelezésével (a betegek megfelelő gyógyászati háttérrel rendelkező intézetekbe történő szállításával) jelentősen javult a kis és igen kis testsúlyú (<1500 gr) koraszülött újszülöttek továbbélési esélye (Adamovich et al. 2001).

A rendszerváltozást követő epidemiológiai fordulat hátterében a keringési megbetegedések okozta halandóság, az alkoholfogyasztással kapcsolatos és az erőszakos halálózások látványos csökkenése áll. Közülük a kardiovaszkuláris halandóságban végbement változás a legjelentősebb fejlemény. A kardiovaszkuláris mortalitás csökkenéséért felelős tényezőknek két nagy csoportját tudjuk megkülönböztetni: az életmóddal kapcsolatos (alkoholfogyasztási, dohányzási, táplálkozási) szokásokat és az egészségügyi ellátások alakulását. A kardiovaszkuláris mortalitás jelenlegi szintjének alakulásában természetesen olyan egyéb tényezők is fontosak lehetnek, mint a különböző kockázati faktorok múltbeli expozíciója, a kohorszok közötti életmód- és egészségmagatartás-különbségek és a gyógyító eljárásokhoz való hozzáférés különbsége, vagy a tanulmányban ugyancsak mellőzött stresszhatások alakulása.

Sajnos a kulcsfontosságú kockázati tényezőterületeken a hazai epidemiológiai trendek leírása meglehetősen fogyatékos. Bár a hazai epidemiológiai irodalom a kockázati faktorok változásának a hiányát emeli ki, a hosszabb időszak áttekintése ezt nem feltétlenül támasztja alá.

Dohányzás

A dohányzás egészségkárosító hatása jól ismert (Jha – Peto 2014, Preston et al. 2010), számos daganattípus (a légcső, a hörgők, a tüdő, az emésztőrendszer és a hasnyálmirigy rosszindulatú daganata), mellett a szív- és érrendszeri megbetegedések ismert kockázati faktora. A tüdőrák Magyarországon mindkét nemnél a leggyakoribb daganattípus. A tüdőrákos halandóság nemzetközi rangsorát a férfiaknál hazánk vezeti, a nőknél Dániával osztozunk ezen a kétes dicsőségen (Moldvay et al. 2015). A tüdőrák legfontosabb kockázati faktora a dohányzás (Tyczynski et al. 2003). A férfiaknál a megbetegedések 90%-a, a nőknél 60%-a e káros szenvedélyre vezethető vissza (Bray et al. 2004). A tapasztalatok szerint a dohányzási szokások változása egy-két évtizeden belül mutatkozik meg

a mortalitási adatokban (Tyczynsky et al. 2004). A magyar népesség dohányzási szokásaival kapcsolatban a nyolcvanas évek közepétől rendelkezünk részletes ismeretekkel. Az időbeli változások alakulását az adatfelvételek eltérő módszertana jelentősen megnehezíti (Demjén et al. 2011, Tombor et al. 2010).⁴ A különböző időpontokra vonatkozó adatokból levonható az a következtetés, hogy a kilencvenes évektől a dohányzók aránya szignifikánsan csökkent a férfiak körében. A nyugat-európai tapasztalatokhoz hasonlóan (Bray et al. 2004) a dohányzási prevalenciák mérséklődése előrejelezte a tüdőrákos halandóság megkésett csökkenését.

2. táblázat: A dohányzók aránya és a dohányfogyasztás alakulása különböző években nemeként*
The smoking prevalence by gender and the consumption of tobacco in different years

Mutatók	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Dohányzók aránya, % ^a	n.a.	35,0 (1994)	32,4	33,9 (2003)	31,4 (2009)	27,5
Férfiak, %	47,0 (1988)	44,0 (1994)	40,3	40,7 (2003)	36,8 (2009)	33,4
Nők, %	29,0 (1988)	27,0 (1994)	26,1	27,9 (2003)	26,7 (2009)	22,3
Dohányfogyasztás, kg ^b	2,0	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3

Megjegyzések: * Rendszeres és alkalmi fogyasztás együtt.

Források: ^a Tombor et al. 2010, Demjén et al. 2011 és KSH 2015 alapján. 1988: A magyar lakosság lelkiállapotának vizsgálata [vizsgált életkor: 16+]; 1994: KSH Egészségi állapotfelmérés [15–64]; 2000: Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000 [16+]; 2003: OLEF 2003 [18+]; 2009: KSH Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) 2009 [15+]; 2014: KSH ELEF 2014 [15+]. ^b KSH Stadat 2016.

A nők körében végzett felmérésekből szintén kiolvasható a dohányzók arányának mérséklődése, de a csökkenés a férfiakénál jóval szerényebb mértékűnek bizonyult (2. táblázat). A női tüdőrákos halandóság jelenleg is tartó monoton növekedése a férfiakétól eltérő dohányzás-epidémiára vezethető vissza (Kovács 2011: 27). A dohányzás később vált tömegessé körükben, s napjainkban éppen a később „belépő” női kohorszok növekvő halálozásával szembesülünk.

Alkoholfogyasztás

Magyarországon a túlzott mértékű alkoholfogyasztás évtizedek óta súlyos társadalmi és népegészségügyi probléma (Andorka 1996, Bodonyi-Kovács et al. 2010, Boór – Nagy 1990, Elekes 2000, Kardos et al. 2003). Az alkoholfogyasztás a

⁴ A 2. táblázatban szereplő dohányzási gyakoriságoknál a hasonló módszertannal készült adatfelvételek részestültek előnyben.

társas összefüggések megkerülhetetlen kelléke, az alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdök megengedőek, a társadalom elnéző a lerészegedéssel szemben (Elekes 2000, 2014). Az alkoholnak mint tradicionális szenvedélybetegségnek az epidemiológiai következményeit tanulmányok sora tárgyalta (Kardos et al. 2003, Bodonyi-Kovács et al. 2011, Józán 2003b, 2008). A mértéktelen alkoholfogyasztás a magyar népesség rossz egészségi állapotának és alacsony várható élettartamának az egyik legfontosabb oka. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás a keringési rendszeréhez hasonló mértékben járult hozzá a magyar férfiák élettartam-vesztéséhez 1965–1993 között (Mészáros 2004).

Az abszolút literben (100%-os alkoholban) kifejezett fogyasztás mennyisége alapján a hetvenes évek végére Magyarországon kialakult egy magas, az Európai Unió átlagát meghaladó alkoholfogyasztási szint (Morava 2002, Boór – Nagy 1990, WHO HFA 2016). 1978 és 1986 között a fogyasztás mennyisége addig nem tapasztalt magas szintet ért el (11,3–11,7 liter). A nyolcvanas évek második felében bevezetett kínálatkorlátozó intézkedések hatására 1988-ra 10,5 literre esett vissza, de a rá következő évben gyorsan visszaugrott a korábbi szintre. 1989-től 2000-ig mérsékelten csökkent (11,3 literről 10,0 literre), majd 2001–2007 között nőtt (11,0–11,2 liter) a fogyasztás (KSH Stadat 2016). Az utóbbi néhány évben sikerült 10 liter alá szorítani, ami utoljára a hetvenes években fordult elő.

A kilencvenes évek elején az alkoholfogyasztásra jutó májzsugoros halálozás sokkal magasabb volt Magyarországon, mint a hazánkhoz hasonló átlagos fogyasztást produkáló nyugat-európai országokban (Morava 2002). Az 1988 és 1995 közötti cirrózisos halálozás nemzetközi viszonylatban is példa nélküli szintet ért el (Bosetti 2007, Morava 2002). Az alkoholos májbetegségek okozta halálozások számával kapcsolatban megfogalmaztak ugyan kifogásokat (Elekes 2000, Józán 2003a, 2008, Kovács 2008), de a jelenség epidemiológiai jelentőségét senki sem vonta kétségbe. Morava (2002) szerint a cirrózisos halálozások kiugróan magas értékét a politikai-gazdasági fordulatot kísérő pszichoszociális stressz idézte elő, amely tovább növelte az alkoholos eredetű májbetegesek további alkoholfogyasztását, gyors állapotromlását, ami végül az elhalálozásukhoz vezetett. A stressz-hipotézis igazolását látta abban, hogy ugyanebben az időszakban megnőtt a kardiovaszkuláris betegségek okozta mortalitás is. Elemzésünk ezzel szemben azt mutatta meg, hogy ez az állítás kizárólag a férfiakra lehet igaz, a nőknél a válság semmilyen mértékben nem járult hozzá a keringési rendszer okozta mortalitás növekedéséhez, sokkal inkább a halálozás külső okaihoz és az emésztőrendszer megbetegedéseire köthető. Morava (2002) az 1996-ban bekövetkező mérséklődést az előrehaladott cirrózisban szenvedő betegek átmenetileg lecsökkent számával magyarázta. Más magyarázatok szerint

a kilencvenes években tapasztalt jelentős mortalitási többlet összefüggésben állhat az iparszerű méreteket öltő borhamisítással, a rossz minőségű és szennyezett termékek fogyasztásával (Kardos et al. 2003).

3. táblázat: Az alkoholfogyasztás, az alkoholfüggők száma és az alkoholos májbetegségben meghaltak száma különböző években

Alcohol consumption, the number of alcohol dependent people and the number of deaths in alcoholic liver disease in different years

Mutatók	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Szeszesital-fogyasztás tiszta alkoholban, 15+ éves népesség (liter/fő) ^a	16,2	12,6	12,1	12,9	10,8	12,21 (2012)
Égetett szeszesital-fogyasztás tiszta alkoholban, 15+ éves népesség (liter/fő) ^a	5,39	4,15	3,85	4,14	3,70	3,84 (2012)
Szeszesital-fogyasztás abszolút literben (liter/fő) ^b	11,1	9,9	10,0	11,0	9,2	9,3
Borfogyasztás (liter/fő) ^b	27,7	26,3	28,3	33,1	23,6	21,8
Égetett szeszesital fogyasztás (liter/fő) ^b	4,3	3,4	3,2	3,5	3,1	3,5
Ittasan okozott balesetek száma összesen ^c	4258	2438	2062	2583	1883	1601
Ittasan okozott baleset az összes baleset százalékában, % ^c	15,3	12,3	11,8	12,4	11,5	9,8
Az alkoholisták becsült száma összesen, ezer fő ^c	588	1052	829	432	522	408
Férfi	425	778	624	324	399	310
Nő	163	274	205	138	123	98
Addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma, ezer fő ^c	58,4	49,5	41,1	31,0	14,3	10,1
A nyilvántartott alkoholisták száma, ezer fő ^c	64,5	49,5	42,3	32,9	19,0	11,2
Férfi	53,1	43,1	32,3	24,5	13,8	3,6
Nő	11,4	11,6	9,9	8,4	4,9	14,7
Alkoholos májbetegségben meghaltak száma összesen, fő ^c	4080	7304	5757	3000	3625	2836
Férfi	2951	5402	4332	2252	2774	2153
Nő	1129	1902	1425	748	851	683

Források: ^a WHO HFA 2016; ^b KSH Stadat 2016; ^c KSH, Magyar Statisztikai Évkönyvek.

A populációs szintű alkoholos mortalitást az alkoholfogyasztás mellett az italfogyasztás mintázata, a magas kockázatú ivók és az alkoholfüggők aránya együttesen befolyásolja (Buda 2006). A lesújtó következményekben

kulcsszerepet játszik az égetett szesz fogyasztásának hazánkban elterjedt magas aránya (WHO 2011, Andorka 1994). 1989 és 1994 között az egy főre jutó tömény szesz fogyasztás tiszta alkoholban kifejezett mértéke 5,0 literről 3,5 literre csökkent, azóta azonban stabil 3,0–3,5 literes éves átlagos fogyasztás tapasztalható (KSH Stadat 2016), amely Európában továbbra is magasnak számít, és a lengyel, a lett és a szlovák fogyasztáshoz hasonló (WHO HFA 2016). Elekes és Paksi (1996) szerint azonban a házilag előállított és illegálisan behozott alkoholtermékek miatt a hivatalosan közzétett fogyasztási adatokkal óvatosan kell eljárunk, az adatok megbízhatósága erősen megkérdőjelezhető. A WHO becslése szerint a nem regisztrált fogyasztás 2003–2005 között 4 literrel növelte a tényleges fogyasztást, amely a 15 év feletti népesség esetében 17,1 literes átlagos fogyasztást eredményezett! A hivatalos statisztikán felüli ilyen mértékű mennyiség csak a volt szovjet tagköztársaságokban fordult elő (WHO 2011).

Bár a hivatalos adatok megbízhatósága vitatható, a különböző adatforrások (baleseti statisztikák, addiktológiai gondozókban kezelt betegek, alkohollal összefüggő halálozások) egységesen arra utalnak, hogy az alkohol szerepe ma már jóval kisebb Magyarországon, mint negyed századdal korábban.

A mértéktelen alkoholfogyasztás az alkoholos májkárosodáson és -cirrózison (májzsugorodáson) kívül igen széles betegségekört érint (Lapis 2002, Gábor – Kiss 2006), hatással van számos kardiovaszkuláris megbetegedésre, növeli a vérzéses stroke, a magasvérnyomás-betegség, a szívritmuszavarok és a hirtelen szívhalál kockázatát (Morvai 2003). Az erőszakos halálnemek hátterében gyakran fordul elő az alkoholizmus, ill. az alkoholos befolyásoltság. Hazai tanulmányok több alkalommal rámutattak az alkoholfogyasztás, az alkoholos halálozások és az öngyilkosság pozitív kapcsolatára (Skog – Elekes 1993, Paksi et al. 1995, Rihmer et al. 2013, Zonda et al. 2010). Az alkohol visszaszorulása komoly szerepet játszik a középkorú magyar népesség halandóságának csökkenésében, míg az időskori népesség esetében – a korcsoportra jellemző alacsony alkoholfogyasztás miatt – már kevésbé tűnik meghatározó tényezőnek.

Táplálkozás

Az egészségtelen táplálkozás, az elhízás és a testmozgás hiánya a kardiovaszkuláris megbetegedések vitathatatlan kockázati faktora. A helytelen táplálkozási gyakorlat része: a túlzott energia-felvétel, a nagyarányú koleszterin- és telített zsírsavbevitel, a transz-zsírsavak, a só, a finomított szénhidrátok túlzott

fogyasztása (extrém mértékű cukorfogyasztás), a kevés gyümölcs- és zöldségfogyasztás (Bíró 2008). A megfelelően kiegyensúlyozott étrenddel a betegségek megelőzhetők, mérsékelhetők. A táplálkozás szerepét a betegségek kóroki faktoraként átlagosan mintegy 30%-ra becsülik (Bíró 2008).

A rendszerváltozást követően az élelmiszer-fogyasztás jelentősen átalakult Magyarországon. A mezőgazdasági termelés visszaesett, az állami támogatások eltűntek, az élelmiszerek drágultak, a lakosság élelmiszer-fogyasztása szinte valamennyi élelmiszertípus esetében csökkent. Drámai mértékben esett vissza a vörös húsok fogyasztása. Közülük az egy főre jutó sertéshúsfogyasztás a nyolcvanas évek második felében még jócskán meghaladta a 40 kilogrammot, a kilencvenes évek közepén már a 30 kilogrammot sem érte el, 2010 óta pedig stabil 25 kilogramm körüli átlagos fogyasztás figyelhető meg. Hasonlóan komoly visszaesés jellemezte a borjú- és marhahúsfogyasztást is: a kilencvenes évek első felét jellemző 6–8 kilogrammos átlagfogyasztás 3 kilogramm alá esett. A sertés- és marhahúsfogyasztás csökkenését a baromfi- és halfogyasztás növekedése kísérte, ez utóbbi mennyisége nemzetközi összehasonlításban továbbra is megmosolyogtatóan alacsony (2014-ben 3,7 kg).

Kedvezően alakult a sertézsiradék-fogyasztás Magyarországon. A nyolcvanas években még emelkedő zsírbevitel 1989-ben érte el maximumát (25,4 kg/fő), amit 1990-től tartós visszaesés követett (2014-ben 10,8 kg/fő), helyét egyéb zsiradékok, elsősorban növényi olajok, margarinok vették át.

A szénhidrátok közül a lisztfogyasztás alakulásában szintén megfigyelhető a rendszerváltozáshoz köthető visszaesés (1990-ben 106,1 kg/fő, 1996-ban 79,8 kg/fő), amit azonban újabb emelkedés követett. 2007 óta a lisztfogyasztás tartósan, messze a rendszerváltozás előtti szint alatt (80–82 kg) szóródik. A cukorfogyasztás mérséklődésére a kilencvenes évek végéig kellett várni. A napi tápanyagfogyasztás hullámzóan alakult az elmúlt negyed század során. Az átmenet alatt, 1990 és 1995 között 3380 kilokalóriáról 2950 kilokalóriára csökkent, majd visszakúszott a korábbi évek magas szintjére (2006-ban 3282 kcal/fő), amit újabb mérséklődés követett. A hullámvész megfigyelhető a táplálkozás szinte valamennyi összetevőjénél: a szénhidrát-, a zsír- és a fehérje-fogyasztásnál is. A várakozástól eltérően a zöldség- és gyümölcsfogyasztás szintje az ezredfordulóig stabil maradt, és csak utána következett be ugrás. Összefoglalóan elmondható, hogy hazánkban a rendszerváltozást követően szinte valamennyi élelmiszertípus fogyasztása visszaesett a recessziónak köszönhetően, majd a kilencvenes évek derekán a korábbi, vagy ahhoz közeli szintre ugrott vissza. Ez alól kivételt jelent az állati zsírok fogyasztásának tartós, napjainkban is tartó mérséklődése, ami hozzájárulhatott a keringési rendszer okozta mortalitás csökkenéséhez. A

cukor- és szénhidrátfogyasztás ezredfordulótól megfigyelhető csökkenése, illetve a zöldség- és gyümölcsfogyasztás növekedése a táplálkozási szokásokban bekövetkező fordulatot jelzi. A táplálkozási szokások változásával párhuzamosan valamelyest nőtt a rendszeres testmozgást végzők aránya, de az időmérleg-felvételek tanulsága szerint ez mindössze a felnőtt népesség kevesebb, mint tizedét érinti.

4. táblázat: A táplálkozási szokások alakulása és a testedzést végzők aránya különböző években
Changes in dietary habits and the proportion of adults with regular exercise in different years

Mutatók	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Sertéshúsfogyasztás, fő/kg ^a	38,8	27,1	28,0	25,9	25,3	25,3
Marhahúsfogyasztás, fő/kg ^a	6,5	6,8	4,3	3,1	2,5	2,5
Baromfi-hús-fogyasztás, fő/kg ^a	22,8	24,0	33,7	29,8	24,6	26,3
Halfogyasztás, fő/kg	2,7	3,0	2,7	3,6	3,5	3,7
Sertézsiradék, fő/kg ^a	24,2	19,4	18,0	13,4	11,8	10,8
Étolaj-, margarin-fogyasztás, fő/kg	11,8	15,0	18,0	20,0	20,1	20,2
Zsiradékok összesen (sertés- és baromfisziradék, vaj, étolaj és margarin) ^a	38,6	36,7	39,0	36,5	34,6	34,6
Lisztfogyasztás, kg/fő ^a	106,1	83,3	89,4	91,2	83,2	80,1
Cukorfogyasztás, kg/fő ^a	38,2	37,3	33,2	31,2	28,7	28,9
Napi tápanyagfogyasztás, kilokalória/fő ^a	3380	2950	3171	3276	3045	3019
Zöldség-, gyümölcsfogyasztás, fő/kg ^a	155,4	148,4	217,7	194,8	190,0	199,2
Sportolást, testedzést végzők aránya a 15–74 éves népességen belül, % ^b	3,5 (1986/ 1987)	–	4,4 (1999/ 2000)	–	6,7 (2009/ 2010)	–
Férfi	5,1	–	5,6	–	9,7	–
Nő	1,9	–	3,2	–	4,0	–

Források: ^a KSH Statdat 2016; ^b KSH 2012.

Az egészségügyi ellátás szerepe

Az elmúlt évtizedekben az akut miokardiális infarktus (AMI) kezelése jelentős fejlődésen ment keresztül, javult az infarktust elszenvedett betegek túlélése (Czuriga 2002). Az 1980-as évektől fordulatot jelentett a „nyitott ér” szemlélet

megszületése, vagyis a kezelésben a koronária elzáródásának mielőbbi megszüntetése és az átjárhatóságának minél tartósabb biztosítása került előtérbe. Ezt az 1980-as évektől először a szisztémás trombolízis bevezetése tette lehetővé, majd az 1980-as évek végétől egyre inkább a sokkal eredményesebb rekombináns technológiával előállított trombolitikus szerek alkalmazása. További ugrásszerű javulás következett be az azonnali szívkatéteres ellátással, a primer perkután koronaintervenciós módszerek (PCI) bevezetésével az 1990-es évektől. Mindezek eredményeként a korai halálozás jelentősen csökkent (Becker – Merkely 2012).

A kardiovaszkuláris betegségek etiológiájának mélyebb megismerése, a szűrő- és diagnosztikus vizsgálatok szélesebb palettájának bevezetése (terheléses EKG, ultrahang, koronarográfia, laborvizsgálatok stb.) megkönnyítette a veszélyeztetett betegek csoportjainak a felismerését. A vizsgálati számok emelkedéséből ez jól nyomon követhető (5. táblázat). Az 1990-es évek végétől a felderített magasvérnyomás-betegségben szenvedő és az akut szívizominfarktus miatt kórházban kezelt betegek száma emelkedő tendenciát mutat. A mortalitás – ezzel párhuzamosan – csökkenő trendje többféle okra is visszavezethető: a helyszíni ellátás javulására (kórkép felismerése, gyógyszeres ellátás elkezdése, a beteg további menedzselése és centrumba irányítása), az újabb intervenciós PCI (azonnali intervenciós katéteres) módszerek bevezetésére és szélesebb körű alkalmazására, az indikációs területeinek kiszélesítésére, az egész országot lefedő, 120 percen belül elérhető intervenciós centrumok kialakítására (19 centrum), a betegtranszportok jobb szervezésére és gyorsítására, a centrumokban az ellátási rutin növelésére, a CABG-műtétek (koronária-bypass műtétek) elérhetőségére és számuk növekedésére. Az utóbbi évtizedben a korszerű koronáriaőrzők bevezetése javította a betegek túlélési esélyeit. A kórházi gyógyszeres bázisterápiában a korszerű protokollok alkalmazása, az új készítmények megjelenése és bevezetése kedvezően befolyásolta a prognózist. Az aszpirin-clopidogrel aggregációgátlóval kombinált kezelés, a béta-receptor blokkolók túlélést növelő hatásának bázisalkalmazása, a statinokkal való agresszív lipidszint-csökkentés jelentősen emelkedett az elmúlt húsz évben. Mindez kiegészült a népesség ismeretanyagának bővülésével, a korai fenyegető tünetek felismerésével.

5. táblázat: Keringési megbetegedések, diagnosztikai vizsgálatok, invazív katéteres beavatkozások és egyes gyógyszerek fogyasztásának alakulása Magyarországon különböző években
The prevalence of cardiovascular diseases, the number of diagnostic and invasive catheter examinations of adult patients, and medicine consumption related to cardiovascular diseases in Hungary in different years

Mutatók	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Akut szívizominfarktus miatt kórházban kezelt betegek ^a	n.a.	12 864 (1996)	13 388 (1999)	16 424	15 147	16 628
Magasvérnyomás-betegség a 19 éves és idősebb korosztályokban, ezer fő (I10–I15) ^b	n.a.	1 436,3 (1997)	1 608,2 (1999)	2 007,4	2 745,1 (2009)	2 956,2 (2013)
Férfi	n.a.	581,1	652,5	838,3	1 179,0	1 275,7
Nő		855,2 78 312 (1996)	955,7 118 708 (2001)	1 169,1	1 566,2	1 680,5
Terheléses EKG-vizsgálatok száma ^c	n.a.	234 991 (1996)	386 143 (2001)	496 397 (2001)	167 616	144 539
Ultrahang-vizsgálatok száma ^c	n.a.	9 423 (1996)	(2001)	(2001)	753 932	799 133
Koronarográfia-vizsgálatok száma ^d	n.a.	1 929 (1999)	16 667	29 941	29 910	36 034
PCI betegszám ^d	n.a.	2 477 (1999)	2 538	12 198	13 580	17 406
Bypass-műtétek ^e	n.a.	(1996)	2 847	4 558	2 215	2 856
Koleszterincsökkentő szerek ^f	n.a.	3,9	13,1	n.a.	85,1	103,6
Antiaritmiás szerek	n.a.	3,6	5,4	n.a.	6,4	6,7
Szívbetegségben használt értágítók	n.a.	52,8	60,1	n.a.	33,4	25,7
Perifériális értágítók	n.a.	50,9	21,4	n.a.	3,28	7,2
Béta-receptor blokkolók	n.a.	34,2	41,4	n.a.	54,4	78,8
Kalcium-csatorna blokkolók	n.a.	47,9	57,5	n.a.	75,88	71,1
Angiotenzin-II-Konvertáz-enzimgátlók	n.a.	48,3	110,2	n.a.	153,4	155,1

Források: ^a K1999-ig; Egészségügyi és Szociális Statisztikai Évkönyvek, azt követően az Állami Egészségügyi Ellátó Központtól kapott adatok.

^b KSH Egészségügyi és Szociális Statisztikai Évkönyvek.

^c 2005-ig Egészségügyi Statisztikai Évkönyvek, 2010-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központtól kapott adatok.

^d 2004-ig Egészségügyi Statisztikai Évkönyvek, 2005-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központtól kapott adatok.

^e 2000-ig Egészségügyi Statisztikai Évkönyvek; 2005-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központtól kapott adatok.

^f Napi terápiás dózisban (DDD); 2000-ig Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2010-től Állami Egészségügyi Ellátó Központtól kapott adatok.

ÖSSZEFOGLALÓ MEGJEGYZÉSEK

Az elmúlt félévszázadban a magyar férfiak életkilátásainak alakulása két eltérő korszakkal jellemezhető. A hatvanas évek közepétől 1993-ig a születéskor várható élettartam csökkent, amely a középkorú népesség halandósági szintjének jelentős, az időskorú népesség halandósági szintjének mérsékelt visszaesésének volt köszönhető, miközben a csecsemőhalandóság számottevően, a gyermekhalandóság mérsékeltén javult. A felnőtt férfinépesség életkilátásainak kedvezőtlen alakulását négy halálóki tényező idézte elő: a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozások, az emésztőrendszer (túlnyomórészt alkoholos májbetegségek) okozta halálozások, a rosszindulatú daganatok és a halálozások külső okai (öngyilkosságok, balesetek). A hosszan elnyúló mortalitási krízis annak volt köszönhető, hogy a vezető halálókok lényegesen fiatalabb korban szedték áldozataikat, mint a hatvanas évek közepén. A keringési rendszer megbetegedéseiben meghaltak átlagos halálási kora 1993-ban 3,9 évvel volt alacsonyabb, mint a hatvanas évek derekán, az emésztőrendszer esetében pedig a különbség ennél is jelentősebbnek bizonyult (5,6 év). A második, 1993 utáni korszak az életkilátások tartós javulásával jellemezhető. Ennek első fontosabb sikereként a születéskor várható átlagos élettartam 2000-ben elérte az 1965. évi *történelmi értéket*, 2014-ben pedig már 5,6 évvel meghaladta azt. A fordulatot követő javulás ugyan valamennyi korcsoportot érintette, de az ötven évvel korábbi halandósági szinthez hasonlítva csak a csecsemőhalandóság és az időskori halandóság javulása tekinthető számottevőnek, míg a középkorú (40–64 év közötti) férfiak halandósága elmarad a félévszázaddal korábban tapasztalttól. A férfiak epidemiológiai fejlődésének polarizáltságát jelzi a javuló időskori és a még mindig történelmi szinten álló középkorú halandóság, amely minden bizonnyal alacsony társadalmi státusú csoportok visszafordult epidemiológiai fejlődésével lehet kapcsolatos.

A magyar női népesség ugyancsak leszakadt a nyugat-európai fejlődési pályáról. A válság a középkorú nők esetében is megfigyelhető volt, de ennek mértéke, korcsoportonkénti kiterjedtsége és tartóssága elmaradt a férfiakétól. A középkorú nők veszteségeit a fiatal- és az időskorúak nyereségei mindenkor ellensúlyozták. A nők születéskor várható élettartama az elmúlt félévszázadban folyamatosan javult, az államszocialista érában szerény, a rendszerváltozás után jelentős mértékben. A vizsgált halálókok mindegyikénél folyamatos volt a halálási életkor növekedése. Az elmúlt félévszázadban szerzett élettartam-nyereség (7,7 év) közel fele az időskori (3,6 év), több mint harmada a csecsemő- és

a gyermekkori halandóság javulásából (2,8 év), és kevesebb mint ötöde a munkaképes korúak nyereségéből származott.

A tanulmány címében feltett kérdésre egyértelmű igennel kell válaszolnunk a nők esetében, annak ellenére, hogy a fejlődés visszafogottabb volt a Nyugat-Európában megszokotthoz képest.

A jelenkori epidemiológiai fejlődés átlépett a negyedik, kardiovaszkuláris szakaszba. Az átmenet a nőknél korábban kezdődött, és mindezidáig jelentősebbnek is bizonyult, mint a férfiaknál. Az adatok arra engednek következtetni, hogy áttörésre került sor mind a keringési megbetegedések megelőzésében, mind a betegségek kezelésében, az egyes tényezők szerepének a pontos meghatározása azonban nem tűnik kielégítőnek.

IRODALOM

- Adamovich Károly – Szász Mária – Buda Péter 2001: Intenzív ellátást igénylő újszülöttek szállítása. *Orvosi Hetilap*, 42(4), 173–177.
- Andorka Rudolf 1994: Alkoholizmus és alkoholpolitika. In Münnich Iván – Moksony Ferenc (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó, Budapest, 266–297.
- Andorka Rudolf 1996: Deviáns viselkedés Magyarországon. Általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In Andorka Rudolf: *Merre tart a magyar társadalom? Szociológiai tanulmányok a magyar társadalom változásairól és problémáiról*. Antológia Kiadó, Lakitelek, 127–146.
- Andreev, Evgeny M. 1991: Life Expectancy and Causes of Death in the USSR. In Lutz, Wolfgang – Scherbov, Sergei – Volkov, Andrei (eds.): *Demographic Trends and Patterns in the Soviet Union before 1991*. Routledge, London and New York, 279–294.
- Balogh, Sándor – Papp, Renáta – Józán, Péter – Császár, Albert 2010: Continued improvement of cardiovascular mortality in Hungary – impact of increased cardio-metabolic prescriptions. *BMC Public Health*, 10(1), 422.
- Bandosz, Piotr – O’Floherty, Martin – Drygas, Wojciech – Rutkowski, Marcin – Koziarek, Jacek – Wyrzykowski, Bogdan – Benett, Kathleen – Zdrojewski, Tomasz – Capewell, Simon 2012: Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modeling study. *British Medical Journal*, 344, d8136.
- Becker Dávid – Merkely Béla 2012: Akut coronariaszindróma – 2012. *Orvosi Hetilap*, 153(51), 2009–2015.
- Belicza Éva – Jánosi György 2012: A heveny szívinfarktus előfordulásának és ellátásának vizsgálata a finanszírozási adatbázis elemzésével: 2004–2009. *Orvosi Hetilap*, 153(3), 102–112.
- Bíró György 2008: A táplálkozás jelentősége a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében és kialakulásában – irodalmi áttekintés. *Élelmiszervizsgálati Közlemények*, 54(2), 73–92.
- Bobak, Martin – Marmot, Michael 1996: East-West mortality divide and its potential explanation: proposed research agenda. *British Medical Journal*, 312(7028), 421–425.
- Bodonyi-Kovács István – Nagy Csilla – Juhász Attila – Páldy Anna 2011: „Tradicionális” szenvedélybetegség: a mértéktelen alkoholfogyasztás népegészségügyi jelentősége Magyarországon a XXI. században (deskriptív epidemiológiai elemzés). *Addiktológia: Addictologia Hungarica*, 2, 141–172.
- Bongaarts, John 2014: Trends in Causes of Death in Low-Mortality Countries: Implications for Mortality Projections. *Population and Development Review*, 40(2), 189–212.
- Boór Károly – Nagy György 1990: Helyzetkép a szeszital-fogyasztás alakulásáról, továbbá az alkoholizmusról és a mértéktelen alkoholfogyasztásból származó gazdasági és társadalmi károkról a 80-as évtized második felében. *Alkoholológia*, 21(1), 16–31.
- Bosetti, Cristina – Levi, Fabio – Lucchini, Franca – Zatonski, Witold A. – Negri, Eva – La Vecchia, Carlo 2007: Worldwide mortality from cirrhosis: an update to 2002. *Journal of Hepatology*, 46(5), 827–39.

- Bray, Freddie – Tyczynski, Jerzy E. – Parkin, Maxwell D. 2004: Going up or coming down? The changing phases of the lung cancer epidemic in the 15 European Union countries 1967–1999. *European Journal of Cancer*, 40, 96–125.
- Caldwell, John C. 1993: Health transition: the cultural, social, and behavioural determinants of health in the third world. *Social Science and Medicine*, 36(2), 125–135.
- Caldwell, John C. – Caldwell, Pat 1991: What we have learnt about the cultural, social, and behavioural determinants of health? *Health Transition Review*, 1(1), 3–19.
- Caselli, Graziella – Meslé, France – Vallin, Jacques 2002: Epidemiologic transition theory exceptions. *Genus*, 58(1), 9–51.
- Chen, Lincoln C. 1991: Summary of the health transition workshop at Harvard University. *Health Transition Review*, 1(1), 115–122.
- Cockerham, William C. 1999: *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. Routledge, London.
- Czuriga István 2002: Myocardialis infarctus utáni szekunder prevenció, *Orvosi Hetilap*, 143(37), 2117–2137.
- Csiba László – Bereczki Dániel 2014: A sztrókelátás hazai sikerei és kudarcai. *Magyar Tudomány*, 175(8), 939–944.
- Csizmadia Hajnalka – Juhász Attila – Nagy Csilla 2008: A magyar lakosság magasvérnyomás és agyérbetegségek miatti halálkozásának összefüggései egyes táplálkozási tényezőkkel, 1980–2004. *Egészségtudomány*, 52(1), 50–59.
- Demjén Tibor – Bóti Edina – Koncz Barbara – Vitrai József 2011: *A felnőttek dohányzására vonatkozó magyarországi felmérések adatai 2000–2009*. OEFI Dohányzás Fókuszpont.
- Eberstadt, Nicholas 1990: Health and mortality in Eastern Europe, 1965–85. *Communist Economies*, 2(3), 347–371.
- Elekes Zsuzsanna 2000: Alkoholprobléma az ezredvégi Magyarországon. In Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest, 152–168.
- Elekes, Zsuzsanna 2014: Hungary's Neglected "Alcohol Problem": Alcohol Drinking in a Heavy Consumer Country. *Substance Use & Misuse*, 49(2), 1611–1618.
- Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála 1996: Lelkünkre ül a politika? Az öngyilkosság és az alkoholizmus változó trendjei. *Századvég*, 2, 103–116.
- ESC Guideline 2010: Európai irányelv a kardiovaszkuláris betegség megelőzéséről a klinikai gyakorlatban: rövidített összefoglaló. *Cardiologica Hungarica*, 40, J2–J41.
- Faragó Tamás 2011: *Bevezetés a történeti demográfiába*. I. kötet. Budapest.
- Frederiksen, Harald 1969: Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, 166(907), 837–847.
- Frenk, Julio – Bobadilla, José Luis – Sepulveda, Jaime – Cervantes, Malaquias Lopez 1989: Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning*, 4(1), 29–39.
- Frenk, Julio – Bobadilla, José Luis – Claudio Stern – Frejka, Tomas – Lozano, Rafael 1991: Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), 21–38.
- Gábor Edina – Kiss Judit 2006: Az alkoholfogyasztás hazai tendenciái a 80-as évektől napjainkig. *Egészségfejlesztés*, 47(5–6), 42–48.

- Gárdos Éva 2010: Egészségi állapot, egészségügy. In KSH: *Társadalmi helyzetkép 2010*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Gárdos Éva – Joubert Kálmán 2001: A csecsemőhalandóság és az anyai halálozások alakulása századunkban. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv 2001*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 459–479.
- Gaylin, Daniel S. – Kates, Jennifer 1997: Refocusing the lens: Epidemiologic transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic. *Social Science and Medicine*, 44(5), 609–621.
- Ginter, Emil 1997: The epidemic of cardiovascular disease in Eastern Europe. *New England Journal of Medicine*, 336, 1915–1916.
- Gley, Dana A. – Meslé, France – Vallin, Jacques 2011: Diverging Trends in Life Expectancy at Age 50: A Look at Causes of Death. In Crimmins, Eileen M. – Preston, Samuel H. – Cohen, Barnes (eds.): *International Differences in Mortality at Older Ages: Dimensions and Sources*. National Academy of Sciences, Washington, D.C., 17–67.
- Grigoriev, Pavel – Meslé, France – Shkolnikov, Vladimir M. – Andreev, Evgeny – Fihel, Agnieszka – Pechholdova, Marketa – Vallin, Jaques 2014: The Recent Mortality Decline in Russia: Beginning of the Cardiovascular Revolution. *Population and Development Review*, 40(11), 107–129.
- Hablicsek László – Kovács Katalin 2007: *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005*. KSH NKI Kutatási Jelentések 84. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Hansen, Casper Worm – Strulik, Holger 2015: *Life expectancy and education: evidences from the cardiovascular revolution*. CEGE (Centre for European Governance and Economic Development Research) Discussion Papers Nr. 261 – October 2015.
- Horiuchi, Shiro 1999. Epidemiological transitions in human history. In Chamie, Joseph – Cliquet, Robert L. (eds.): *Health and mortality: Issues of global concern*. United Nations and CBGS, New York, 54–71.
- Horiuchi, Shiro – Wilmoth, John R. 1998: Deceleration in the age pattern of mortality at older ages. *Demography*, 35(4), 391–412.
- Janssen, Fanny – Kunst, Athon, E. 2004: ICD coding changes and discontinuities in trends in cause-specific mortality in six European countries, 1950–99. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 904–913.
- Jánosi András 2015: Működő minőségbiztosítási rendszer: szívinfarktus – Nemzeti Szívinfarktus Regiszter. *Medical Tribune*, 13(11), 17.
- Jánosi András – Ofner Péter 2015: A szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátásának jellemzői. Nemzeti Szívinfarktus Regiszter, 2013. *Cardiologia Hungarica*, 45(1), 1–4.
- Jánosi András – Ofner Péter – Merkely Béla et al. 2013: Szívinfarktus miatt kezelt betegek korai és késői prognózisa. Magyar Infarctus Regiszter Vizsgálat. *Orvosi Hetilap*, 154(33), 1297–1302.
- Jha, Prabhat – Peto, Richard 2014: Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*, 370(1), 60–68.
- Józan Péter 2003a: Fordulat a halandóságban és az életkilátásokban, epidemiológiai korszakváltás Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 144(10), 451–460.

- Józan Péter 2003b: *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999*. (CD adattár). Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Józan Péter 2004: Csökkenő szív- és érrendszeri halandóság, javuló életkilátások Magyarországon. *Magyar Epidemiológia*, 1(1), 31–48.
- Józan Péter 2008: *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest.
- Józan Péter 2009: Csökkenő kardiovaszkuláris mortalitás, javuló életkilátások, új epidemiológiai korszak kezdete Magyarországon. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 8(4), 21–25.
- Józan Péter 2012: Rendszerváltozás és epidemiológiai korszakváltás Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 153(17), 662–677.
- Kardos László – Széles György – V. Hajdú Piroska – Bordás István – Ádány Róza 2003: Az emésztőrendszeri betegségek morbiditása és az általuk okozott halálozás alakulása hazánkban. In Ádány Róza (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 141–159.
- Kintner, Hallie J. 2004: The Life Table. In Siegel, Jacob S. – Svanson, David A. (eds.): *The Methods and Materials of Demography*. Second edition. Elsevier Academic Press, San Diego, 301–340.
- Kiss Róbert Gábor – Merkely Béla – Becker Dávid 2014: Az akut iszkémiás szívbetegség korszerű kezelése. *Magyar Tudomány*, 175(8), 933–938.
- Koren, Wiet – Harteloh, Peter – Kardaun, Jan – van der Stegen, Ronald 2012: *Reconstruction possibilities of long-term time series of causes of death*. Statistics Netherlands, Division of Macro-economic Statistics and Dissemination Development and Support Department, Den Haag.
- Kovács, Katalin 2008: Suicide and alcohol-related mortality in Hungary in the last two decades. *International Journal of Public Health*, 53(5), 252–259.
- Kovács, Katalin 2011: *Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban Magyarországon (1971–2008) és az epidemiológiai átmenet elmélete*. KSH NKI Kutatási Jelentések 92. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Kovács Katalin 2012: Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban és az okspecifikus halálozási minták változása – egy közös elméleti keret kialakítása felé. *Demográfia*, 55(1), 5–42.
- Kovács, Katalin 2014: Social Disparities in the Evolution of an Epidemiological Profile: Transition Processes in Mortality between 1971 and 2008 in an Industrialized Middle Income Country: The Case of Hungary. In Anson, Jon – Luy, Marc (eds.): *Mortality in an International Perspective*. Springer International Publishing, Dordrecht, 79–117.
- KSH 2012: *Időmérleg 2009/2010. Összefoglaló adattár*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idomerleg/idomerleg0910.pdf>. Letöltve: 2016. március.
- KSH 2014: *A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000–2012*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH 2015: Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai Tükör*, 2015/29. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>. Letöltve: 2016. május.

- KSH Stadat 2016: *A rendelkezésre álló élelmiszer és tápanyag egy főre jutó mennyisége (1990-)*. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qpt011a.html. Letöltve: 2016. március.
- Lapis Károly 2002: Az alkoholos májcirrhosis és egyéb alkoholos eredetű májbetegségek. *Magyar Tudomány*, 47(4), 472–488.
- Lussier, Marie-Hélène – Bourbeau, Robert – Choinière, Robert 2008: Does the recent evolution of Canadian mortality agree with the epidemiologic transition theory? *Demographic Research*, 18(19), 531–568.
- Luy, Marc – Wegner, Christian – Lutz, Wolfgang 2011: Adult mortality in Europe. In Rogers, Richard G. – Crimmins, Eileen M. (eds.): *International Handbook of Adult Mortality*. Springer Science and Business Media, New York, 49–81.
- Mackenbach, Johan P. 1994: The Epidemiologic Transition Theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), 329–331.
- Marton Zoltán 1962: A csecsemőhalandóság alakulása és vezető halállokai. *Statisztikai Szemle*, 40(5), 499–519.
- McKeown, Thomas 1976: *The Modern Rise of Population*. Academic Press, New York.
- Meslé, France 2004: Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns. *Demographic Research*, Special Collection 2(3), 45–70.
- Meslé, France – Vallin, Jacques 2006: The Health Transition: Trends and Prospects. In Caselli, Graziella – Vallin, Jacques – Wunsch, Guillaume (eds.): *Demography: Analysis and Synthesis: A Treatise in Population Studies*. Vol. 2. Academic Press, Boston, 177–194.
- Meslé, France – Vallin, Jacques 2011: Historical trends in mortality. In Rogers, Richard G. – Crimmins, Eileen M. (eds.): *International Handbook of Mortality*. Springer Science and Business Media, Dodrecht, 9–48.
- Meslé, France – Vallin, Jacques – Andreyev, Zoe 2002: Mortality in Europe: The Divergence between East and West. *Population-E*, 57(1), 157–197.
- Moldvay, Judit – Rokszin, György – Abonyi-Tóth, Zsolt – Katona, Lajos – Fábrián, Katalin – Kovács, Gábor 2015: Lung cancer drug therapy in Hungary – 3-year experience. *OncoTargets and Therapy*, (8), 1031–1038.
- Morava Endre 2002: A magyarországi májhalálozás epidemiológiája. *Magyar Tudomány*, 48(4), 464–471.
- Morvai Veronika 2003: Az alkohol és a cardiovascularis betegségek. *Hippocrates*, 5(2), 88–91.
- OECD 2014: *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en. Letöltve: 2016. március.
- Olshansky, Jay S. – Ault, Brian A. 1986: The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. *The Milbank Quarterly*, 654(3), 355–391.
- Omran, Abdel R. 2005 [1971]: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83(1), 731–757.
- Omran, Abdel R. 1977: A Century of Epidemiologic Transition in the United States. *Preventive Medicine*, 6(30), 30–51.
- Omran, Abdel R. 1983: The Epidemiologic Transition Theory. A Preliminary Update. *Journal of Tropical Pediatrics*, 29(6), 305–316.

- Omran, Abdel R. 1998: The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*, 51(2-4), 99-119.
- Pajak, Andrzej – Kozela, Magdalena 2012: Cardiovascular Disease in Central and East Europe. *Public Health Reviews*, 33(2), 416-435.
- Paksi Borbála – Bozsonyi Károly – Kó József 1995: Az alkoholfogyasztás és az öngyilkosság összefüggésének vizsgálata. *Szenvedélybetegségek*, 3(6), 404-411.
- Phillips, David R. 1994: Epidemiological Transition: Implications for Health and Health Care Provision. *Geografiska Annaler, Series B, Human Geography*, 76(2), 71-88.
- Ponnappalli, Krishna Murthy 2005: A comparison of different methods for decomposition of changes in expectation of life at birth and differentials in life expectancy at birth. *Demographic Research*, 12(7), 141-172.
- Preston, Samuel H. 1976: *Mortality Patterns in National Populations, with Special Reference to Recorded Causes of Death*. Academic Press, New York.
- Preston, Samuel H. – Gleij, Dana – Wilmoth, John R. 2010: Contribution of smoking to international differences in life expectancy. In Crimmins, Eileen M. – Preston, Samuel H. – Cohen, Barney (eds.): *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources*. The National Academy Press, Washington, D.C., 105-131.
- Rihmer, Zoltán – Gonda, Xénia – Kapitány, Balázs – Döme, Péter 2013: Suicide in Hungary – epidemiological and clinical perspectives. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 21.
- Robine, Jean-Marie 2001: Redefining the Stages of the Epidemiological Transition by a Study of the Dispersion of Life Spans: The Case of France. *Population: an English Selection*, 13(1), 173-194.
- Rogers, Richard G. – Hackenberg, Robert 1987: Extending Epidemiological Transition Theory: A New Stage. *Social Biology*, 34(2-3), 234-243.
- Rychtaryková, Jitka 2004: The Case of the Czech Republic. Determinants of the Recent Favourable Turnover in Mortality. *Demographic Research*, Special Collection 2(5), 105-138.
- Salamon Lajos 1960: A csecsemőhalandóság egyes kérdései, különös tekintettel a nemek szerinti eltérésekre. *Demográfia*, 3(3-4), 470-484.
- Salomon, Joshua A. – Murray, Christopher J. L. 2002: The Epidemiologic Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex. *Population and Development Review*, 28(2), 205-228.
- Santosa, Ailiana – Wall, Stig – Fottrell, Edward – Högberg, Ulf – Byass, Peter 2014: The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global Health Action*, 7, 23574.
- Skog, Ole-Jørgen – Elekes, Zsuzsanna 1993: Alcohol and the 1950-90 Hungarian suicide trend: is there a causal connection? *Acta Sociologica*, 36(1), 33-46.
- Tombor Ildikó – Paksi Borbála – Urbán Róbert – Kun Bernadett – Arnold Petra – Rózsa Sándor – Demetrovics Zsolt 2010: A dohányzás elterjedtsége a magyar felnőtt lakosság körében. *Népegészségügy*, 88(2), 131-136.
- Tyczynski, Jerzy E. – Bray, Freddie – Aareleid, Tiit – Dalmas, Miriam – Kurtinaitis, Juozas – Plesko, Ivan – Pompe-Kirn, Vera – Stengrevics, Aivars – Parkin, D. Maxwell 2004: Lung cancer mortality patterns in selected Central, Eastern and Southern European countries. *International Journal of Cancer*, 109(4), 598-610.

- Tyczynski, Jerzy E. – Bray, Freddie – Parkin, Maxwell D. 2003: Lung cancer in Europe in 2000: epidemiology, prevention, and early detection. *The Lancet*, 4(1), 45–55.
- Valkovics Emil 1994: *Néhány gondolat a halálokok szerinti és az egyes halálokok feltételezett kiküszöbölésén alapuló halandósági táblákról*. KSH NKI Demográfiai Módszertani Füzetek 5. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Valkovics Emil 1996: *Hogyan mérhető a különböző halálokok szerepe a halandósági szint-különbségek kialakulásában*. KSH NKI Demográfiai Módszertani Füzetek 7. Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Valkovics Emil 1999: Halandóság a második világháború után. *Statisztikai Szemle*, 77(1), 16–36.
- Valkovics Emil 2001: Halandóságunk második világháború utáni alakulásának két fő szakaszáról. In Cseh-Szombathy László – Tóth Pál Péter (szerk.): *Népesedés és népeségszabályozás*. Századvég Kiadó, Budapest, 310–362.
- Valkovics Emil 2002: Methods of decomposition of differences between expectancies at birth by causes of death. In Wunsch, Guillaume – Mouchart, Michel – Duchene, Josianne (eds.): *The Life Table Modelling Survival and Death*. Springer Science and Business Media, Dordrecht, 79–94.
- Vallin, Jacques 2006: Mortality, Sex and Gender. In Caselli, Graziella – Vallin, Jacques – Wunsch, Guillaume (eds.): *Demography: Analysis and Synthesis: A Treatise in Population Studies*. Vol. 2. Academic Press, Boston, 177–194.
- Vallin, Jacques 2013: Inequalities in Life Expectancy between and within European Countries. In Neyer, Gerda – Andersson, Gunnar – Kulu, Hill – Bernardi, Laura – Bühler, Christoph (eds.): *The Demography of Europe*. Springer, Dordrecht, 139–174.
- Vallin, Jacques – Meslé, France 2001: Trends in mortality in Europe since 1950: Age, sex, and cause specific mortality. In Vallin, Jacques – Meslé, France – Valkonen, Tapani (eds.): *Trends in mortality and differential mortality*. Council of Europe Publishing, Strasbourg, 131–186.
- Vallin, Jacques – Meslé, France 2004: Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Research*, Special Collection 2(2), 11–44.
- Vallin, Jacques – Meslé, France 2005: Convergences and divergences: An analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy. *Genus*, 61(1), 83–124.
- Vallin, Jacques – Meslé, France 2006: Health Policies: Can the Results be Evaluated? In Caselli, Graziella – Vallin, Jacques – Wunsch, Guillaume (eds.): *Demography: Analysis and Synthesis: A Treatise in Population Studies*. Vol. 2. Academic Press, Boston, 211–248.
- Vallin, Jacques – Meslé, France 2009: The segmented trend line of highest life expectancies. *Population and Development Review*, 35(1), 159–187.
- Vargáné Hajdú Piroska – Ádány Róza 2000: A keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás trendjei Magyarországon és az Európai Unióban. *Orvosi Hetilap*, 141(12), 601–607.
- Waldorn, Ingrid 1996: Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Social Science and Medicine*, 36(4), 451–462.
- Watson, Peggy 1995: Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science and Medicine*, 41(7), 923–934.

- Weidner, Gerdi 2002: The Role of Stress and Gender-Related Factors in the Increase in Heart Disease in Eastern Europe. In Weidner, Gerdi – S. Kopp, Mária – Kristenson, Margareta (eds.): *Heart Diseases: Environment, Stress and Gender*. NATO Science Series, IOS Press, 1-12.
- WHO 2007: *WHO Mortality Data base documentation 1 October 2007 update*. World Health Organization, Department of Measurement and Health Information System.
- WHO 2011: *Global status report on alcohol and health*. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf. Letöltve: 2016. március.
- WHO HFA 2016: *WHO European health for all database (HFA-DB)*. <http://data.euro.who.int/hfad/>. Letöltve: 2016. március.
- Zatónski, Witold A. – McMichael, Anthony J. – Powles, John P. 1998: Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *British Medical Journal*, 316, 1047-1051.
- Zonda Tamás – Bozsonyi Károly – Elekes Zsuzsanna 2010: Az öngyilkosság és az alkoholfogyasztás összefüggése a hosszútávú, populáció szintű vizsgálatok alapján: irodalmi áttekintés és egy hazai vizsgálat ismertetése. *Addiktológia*, 9(1), 5-15.

TO WHAT EXTENT DOES HUNGARIAN MORTALITY FIT THE THEORY OF EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION?

ABSTRACT

The study uses life table based methods to examine mortality rates in Hungary between 1965 and 2014. The question this study seeks to answer is how precisely the theories of epidemiological transitions can describe Hungarian mortality trends. Most research evaluates changes and draws conclusions by comparing discrete dates. Instead a more continuous approach has been used in the current study.

The trends described by the various indicators enable a more precise and multi-perspective evaluation of the mortality processes. The importance of separating the analysis by gender and the characteristic epidemiological development of women and men are highlighted in the present study.

AZ IDŐS SZÜLŐKNEK NYÚJTOTT NEM ANYAGI SEGÍTSÉG MAGYARORSZÁG EURÓPAI ÖSSZEHOSONLÍTÁSBAN

Medgyesi Márton

ÖSSZEFOGLALÓ

Idősödő népességű országokban különösen fontos a családi szolidaritás mintá-
zatainak vizsgálata és mozgatóinak megértése. Ebben a tanulmányban a felnőtt
gyermekek által idős szüleiknek nyújtott nem anyagi segítséget (a gondozásban,
a háztartási munkákban) vizsgálom Magyarországon, ahol az állam részvétele az
idősek gondozásában viszonylag kismértékű. A tanulmány egyik célja, hogy elhe-
lyezze Magyarországot az európai transzferrezsímelekben, másik célja pedig, hogy
megvizsgálja az idős szülőknek nyújtott segítség meghatározóit. Az elemzést
a SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) kutatás 2011-es
adatainak végeztem, amely az 50 éves vagy idősebb népesség életkörülményeinek
alakulását vizsgálja európai összehasonlításban. Az adatbázis lehetővé teszi, hogy
kontrolláljuk mind az idős szülők és háztartásuk, mind pedig a felnőtt gyermekek
jellemzőit. A többváltozós elemzés eredménye szerint a szülőknek nyújtott segít-
ség előfordulása gyakoribb, ha az idős szülő jobban rászorul a segítségre (egyed-
ülálló, beteg), viszont csökken a gyermek és a szülő lakóhelye közötti távolsággal.
Az alkalmi segítség előfordulása növekszik, ha az idős szülők is segítik a gyermeke-
ket anyagi vagy egyéb transzferekkel. A kelet-európai országok (köztük Magyar-
ország) esetében a rendszeres segítség előfordulása európai összehasonlításban
relatíve magas, míg az alkalmi segítség esetében heterogén ez az országcsoport.

Tárgyszavak: családi szolidaritás, idősgondozási rezsímelek, SHARE

Medgyesi Márton, TÁRKI, MTA TK Szociológiai Intézet, E-mail: medgyesi@tarki.hu

BEVEZETÉS*

A szülők és felnőtt gyermekeik közötti támogatások sokféle formát ölthetnek. A szülők felnőtt gyermekeiket gyakran támogatják pénzzel, munkajellegű segítséggel és tanácsokkal (Lye 1996), a gyermekek pedig mindenekelőtt a háztartási teendők elvégzésében és a gondozásban nyújtanak segítséget idős szüleiknek. Ez a nemzedékek közötti családi szolidaritás fontos meghatározója mind a gyermekek, mind a szülők jólétének. A szülőktől kapott transzferek nagyon jelentős szerepet játszanak a fiatal felnőttek életesélyeinek alakításában (Henretta et al. 2012, Mulder – Smits 1999) vagy az átmeneti megélhetési gondjaik tompításában (Swartz et al. 2011). A gyermekektől kapott transzferek pedig az idősek jobb egészségi állapotához, a társadalmi elszigetelődésük alacsonyabb kockázatához és az egészségügyi vagy idősgondozási intézménybe való későbbi bekerülésük-höz járulhatnak hozzá (Albertini 2016).

A nemzedékek közötti transzferek ugyanakkor nemcsak a transzfert kapók jólétét befolyásolják, hanem a transzfert adók jóléte szempontjából is fontosak. A pszichológiai vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy az idősek jólétéhez az is hozzájárul, ha tudják valahogy viszonzni a kapott segítséget (lásd pl. Lowenstein et al. 2007). Egy másik fontos perspektíva az informális idősgondozásban résztvevők jóléte. Az idősek segítése, gondozása ugyanis időigényes, anyagi áldozatokkal is járhat, fizikailag fárasztó, és sokszor szellemileg/lelkileg is igénybe veszi a segítséget, gondozást nyújtókat. A szakirodalom megállapítja, hogy az ilyen tevékenységekben való részvétel az érintettek (elsősorban nők) egészségi állapotának és munkaerő-piaci esélyeinek a romlásához vezethet (lásd pl. Carmichael – Charles 1998, Sarasa 2008).

A népesség öregedésének az Európai Unió országaiban, köztük Magyarországon is zajló folyamata a nemzedékek közötti transzferek feltételeit is megváltoztatja. A meghosszabbodott élettartam és a csökkenő termékenység eredményeként a családi kapcsolatokon belül a vertikális (szülő-gyermek,

* A tanulmány az OTKA K 109885 jelű, „Nemek közötti egyenlőtlenségek a nemzedékek közötti viszonyokban” című projekt támogatásával készült. Ez a tanulmány a SHARE 1., 2., 3. (SHARELIFE), 4. hullámának adatait használja (DOI: 10.6103/SHARE.w1.500, 10.6103/SHARE.w2.500, 10.6103/SHARE.w3.500, 10.6103/SHARE.w4.500, 10.6103), a további módszertani információkat lásd: Börsch-Supan et al. 2013. A SHARE adatfelvételt elsősorban az Európai Bizottság finanszírozta az FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) és FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982) keretprogramokon keresztül. További támogatást nyújtott a German Ministry of Education and Research és az egyesült államokbeli National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064). Ezen kívül köszönetet mondunk a különböző nemzeti támogatásokért is (a támogató intézmények teljes listáját lásd: www.share-project.org). A tanulmány a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, az MTA Demográfiai Bizottsága, a Pécsi Tudományegyetem Demográfiai és Szociológiai Doktori Iskolája és a Statisztikai Társaság Demográfiai Szakosztálya által szervezett és 2016. június 8-án Budapesten tartott “Megöregedni ma...” című tudományos konferencián elhangzott előadás szerkesztett változata.

nagyszülő-unoka) kapcsolatok jelentősége növekszik, míg a horizontális (pl. testvérek közötti) kapcsolatoké csökken (Bengtson 2001, Dykstra 2009). A népesség öregedésével a nagy elosztórendszerek (egészségügy, nyugdíjrendszer) egyensúlyának fenntarthatósága e rendszerek reformját igényli, amely vagy a bevételek növelésével rak egyre súlyosabb terhet a rendszert finanszírozó aktív generációk vállára, vagy a nyugdíjkorhatár emelésével, illetve a szolgáltatások mérséklésével az időseknek nyújtott támogatást csökkenti (Kohli 1999). A népesség öregedésének problémájával szembenező társadalmak számára az az egyik lehetőség a folyamat következményeinek tompítására, ha a családok növekvő szerepet játszanak az idősek ellátásában vagy az idősgondozás finanszírozásában.

A fejlett országok társadalmának idősödése és az idős népesség felé irányuló állami transzferek (pl. egészségügy, idősgondozás) egyre nehezedő finanszírozása a kutatók figyelmét a családon belüli intergenerációs transzferek kutatása felé fordította. Ezekben az országokban különösen fontos a nemzedékek közötti családi transzferek mintázatainak és mozgatórugóinak feltárása. Tanulmányunkban a felnőtt gyermekek által idős szüleiknek nyújtott segítség ezen mintázatait és mozgatórugóit vizsgáljuk Magyarország esetében, nemzetközi összehasonlításban. A tanulmány célja, hogy megvizsgálja, a gyermekek által idős szüleiknek nyújtott segítség hazai előfordulása mennyiben tér el más európai országokétól, illetve hogy ezek az eltérések mennyiben tudhatók be a népesség eltérő szociodemográfiai összetételének. Az elemzés újdonsága, hogy Magyarország esetében eddig még nem vizsgálták nemzetközi összehasonlításban az idősek felé irányuló intergenerációs transzfereket. Ebben a tanulmányban a SHARE nemzetközi összehasonlító kutatás adatainak felhasználásával erre is lehetőség nyílik.

A NEMZEDÉKEK KÖZÖTTI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS MEGHATÁROZÓIVAL KAPCSOLATOS SZAKIRODALOM

A nemzetközi összehasonlító demográfiai kutatások (SHARE, GGP) a kétezres évek közepétől új lendületet adtak a családi szolidaritás vizsgálatának. Az európai országokat összehasonlító empirikus kutatások szerint a nemzedékek közötti családi transzferek esetében az anyagi transzferek általában a szülőktől a gyermekek felé áramlanak, míg a felnőtt gyermekek legtöbbször nem pénzzel, hanem munkával (pl. gondozás) segítik szüleiket (Albertini et al. 2007, Albertini – Kohli 2013). A kutatások azt is kimutatták, hogy az európai országok között jellemző eltérések figyelhetők meg a támogatások mintázatában. A dél-európai országokban az együttlakás a családi transzferek jellemző formája, a háztartáson

kívül élőknek nyújtott támogatások viszonylag ritkábban fordulnak elő, ugyanakkor amennyiben van ilyen transzfer, az intenzívebb vagy nagyobb összegű. Az észak-európai országokban viszont a felnőtt gyermekek ritkán laknak együtt szüleikkel, de gyakoriak a háztartáson kívülieknek adott támogatások, amelyek azonban kevésbé intenzívek, illetve kisebb összegűek. A kontinentális európai országok pedig az északi és a déli típus között helyezkednek el (Albertini – Kohli 2013).

A jelen kutatásban azt igyekszünk vizsgálni, hogy a gyermekektől az idős szülők felé irányuló transzferek mintázatai milyen jellegzetességekkel bírnak Magyarországon, Európa egyéb régióinak országaival való összevetésben. A transzfermintázatok országok közötti eltéréseinek forrása többféle lehet. Lehetséges, hogy a magyar társadalom összetétele eltérő a transzfereket meghatározó mikroszintű társadalmi-gazdasági ismérvek szempontjából. A szakirodalom szerint a transzferek előfordulását és nagyságát meghatározó mikroszintű tényezők közül a transzferkapcsolat résztvevőinek szükségletei, erőforrásai és az időráfordítással járó transzferek, segítségék költségei a legfontosabbak.

A transzferek meghatározóival kapcsolatos szakirodalom elsősorban az altruizmus és a reciprocitás szerepét emeli ki a transzferek mögötti lehetséges motivációként (Kohli – Künemund 2003). Mind az altruista transzferek közgazdasági elmélete (Cox 1987), mind a kontingens transzferek szociológiai elmélete (Eggebeen – Davey 1998) azon a tézisen alapszik, hogy az egyének nagyobb valószínűséggel támogatják a rászoruló családtagjaikat (szüleiket, ill. gyermekeiket). Amennyiben az egyének nagyobb valószínűséggel nyújtanak segítséget a rászoruló családtagjaiknak, azt várjuk egyrészt, hogy az alacsonyabb jövedelmű, vagy rosszabb egészségi állapotú idősök kapnak nagyobb eséllyel segítséget gyermekeiktől, másrészt, hogy a gyermekek közül azok nyújtanak segítséget kisebb valószínűséggel, akik maguk is segítséget szenvednek (rosszabb egészségi állapotúak, alacsonyabb jövedelműek).

A transzferekkel kapcsolatos irodalom az altruizmus mellett a reciprocitást említi a transzferek másik lehetséges motivációjaként. A szakirodalom szerint a nemzedékek közötti reciprocitási viszonyban a transzferkapás és -viszonyás között jellemzően hosszú idő telik el (Silverstein 2006). A gyermekek sok segítséget kapnak szüleiktől gyermekkorukban, és sokszor felnőttkoruk korai szakaszában, amelyet hosszú évek múlva viszonznak idős, beteg, magukról gondoskodni nem tudó szüleiknek nyújtott segítség formájában. Ez a fajta hosszú távú reciprocitás adatainkkal nem vizsgálható, hiszen keresztmetszeti adatokat használunk. Ugyanakkor az irodalom felhívja a figyelmet arra is, hogy a recipro-

citás rövidebb távon is szerepet játszhat. Leopold és Raab (2011) keresztmetszeti adatokon mutatja meg, hogy a szülőknek adott transzfer gyakoribb, amennyiben egyidejűleg a szülők is támogatják, segítik gyermekeiket.

A különböző támogatások előfordulását és nagyságát nemcsak a támogatások motivációja, hanem az egyéni lehetőségek, a támogatások „költsége” is befolyásolja. Az idős szülőknek nyújtott háztartási vagy gondozási segítség sokszor jelentős időráfordítással jár. Az ilyen típusú segítség költsége magasabb lehet olyan gyermekek esetében, akik távolabb élnek szüleiktől, tehát jelentős utazási költséggel is számolni kell a szülőknek nyújtott segítség esetében (Hank 2007). Ugyancsak magasabb lehet a szülőknek nyújtott segítség költsége a magasabb végzettségű, magasabb keresetű munkavállalók körében. Számukra az intenzív segítség jelentős jövedelemről való lemondással járhat, amennyiben munkaidejüket csökkenteni kényszerülnek a szülőkről való gondoskodás érdekében (Zissimopoulos 2001).

A transzferek motivációi és a transzferek költsége tehát jelentős szerepet játszanak a transzferviselkedés befolyásolásában. De ezeken kívül is vannak olyan egyéni jellemzők, amelyek meghatározzák a transzferek előfordulását és intenzitását. Ilyen tényező lehet például a gyermek neme: számos empirikus vizsgálat kimutatja, hogy a lánygyermekek nagyobb valószínűséggel nyújtanak intenzív gondozási segítséget szüleiknek (pl. Brandt et al. 2012). A nemén kívül szerepet játszhat a gyermek életkora, családi állapota, saját gyermekeinek száma. Összességében tehát az országok közötti különbségek fakadhatnak a transzferviselkedést meghatározó mikroszintű tényezők szerinti eltérő összetételből. Például a magyar népesség nemzetközi összehasonlításban rossz egészségi állapota, az eltérő együttlakási mintázatok és az alacsony foglalkoztatás (elsősorban a nők bizonyos korcsoportjai körében) mind olyan jellemzők, amelyek az idős szülők felé irányuló transzfereket érintik. Ugyanakkor a szakirodalom felhívja arra is a figyelmet, hogy a transzferviselkedésben megmutatkozó országok közötti eltérések makroszintű tényezőkkel, pl. az időssekkel kapcsolatos eltérő jóléti politikákkal és az eltérő normákkal (kultúrával) is összefüggésbe hozhatók (pl. Albertini et al. 2007, Albertini – Kohli 2013).¹

A jóléti állam és a családi transzferek kölcsönhatásával kapcsolatban két elképzelés született a szakirodalomban. Az ún. „kiszorítási” („crowding out”) hipotézis szerint a közösségi és családi transzferek helyettesítik egymást (pl. Barro 1974); például a nyugdíjrendszerek kiterjedése egyre inkább csökkentette a csa-

¹ Természetesen a normák és a jóléti állam intézményrendszere nem függetlenek egymástól, a társadalomban elfogadott értékek is meghatározzák, hogy milyen intézményrendszer alakulhat ki, és az intézmények is visszahatnak a normákra.

ládok szerepét az időskori fogyasztás finanszírozásában. Sokan azonban mellett érvelnek, hogy a közösségi és magántranszferek nem „kiszorítják”, hanem inkább kiegészítik egymást (pl. Kühnemund – Rein 1999, Attias-Donfut – Wolff 2000, Reil-Held 2006). Tehát a közösségi transferek teszik lehetővé az idősök számára, hogy részt vegyenek a reciprocitás elvén működő transzferkapcsolatokban. A nyugdíjrendszerek kiterjesztése lehetőséget adott a nyugdíjasoknak, hogy szükség esetén segítsék gyermekeiket, tehát összességében a családi transferek gyakoribbá válásához vezetett.

Az idősgondozás esetében a jóléti intézmények és a családok közötti szerepmegosztásnak Leitner (2003), és ennek nyomán Saraceno és Keck (2010) három fő típusát különböztette meg. A tipológia két dimenzió alapszik, az egyik az államilag előállított vagy támogatott idősgondozási szolgáltatások szintje, a másik pedig a családok idősgondozásban játszott szerepét erősítő jóléti politikák (gondozási szabadság, gondozók pénzbeli támogatása, gondozás utáni nyugdíj jogosultság) szintje. Azokban az országokban, amelyekben az állami szolgáltatások szintje is magas, és a család idősgondozásban játszott szerepét támogató politikák is erősek, a családok ténylegesen dönthetnek arról, hogy a fejlett idősgondozási intézményrendszer igénybe vételével vagy a családon belül szervezik meg az idős családtagok ellátását. Az ilyen – Saraceno és Keck terminológiájában – „defamilializációs” intézményrendszerek elsősorban az észak-európai országokban jellemzőek. Az ún. „támogatott familializmus” rezsimbe tartozó országokban az állami idősgondozási szolgáltatások szintje alacsony, de ezek az országok támogatják (pl. készpénztranszferekkel) a családok idősgondozásban játszott tevékenységét. Az ún. „familialista” rendszerekben a szolgáltatások szintje alacsony, és a családok szerepét támogató politikák is gyengék. Ez a fajta intézményrendszer jellemző az EU15 országok közül a dél-európai országokra, valamint – Saraceno és Keck (2010) összes EU-tagországra kiterjedő tanulmánya szerint – a kelet-európai országokra, köztük Magyarországra is.

A különböző intézményi jellemzőknek az idősök felé irányuló transferekre gyakorolt hatását számos kutatás vizsgálta. Például Brandt és szerzőtársai (2009) kimutatják, hogy a szülőknek nyújtott gondozási segítség – a mikroszintű meghatározók hatásának kontrollálása után is – ritkább azokban az országokban, amelyek sokat költenek az idősgondozási szolgáltatásokra (észak-európai országok), ugyanakkor ezekben az országokban gyakoribb az idős szülőknek nyújtott kevésbé intenzív, háztartási segítség. A szerzők szerint ezekben az országokban specializáció megy végbe: az idősgondozás nehéz és szakértelmet követelő feladatait az intézmények végzik, a családtagok részvétele pedig a kevésbé intenzív háztartási segítségben gyakori (Deindl – Brandt 2011, Brandt et

al. 2012). Az intézményi környezet hatását a pénzbeni transzferekre is vizsgálták. Deindl és Brandt (2011) eredményei itt inkább kiszorítási hatást mutatnak, hiszen azokban az országokban, ahol az idősek felé irányuló szociális kiadások magasak, a gyermekek ritkábban segítik szüleiket anyagi transzferekkel, ugyanakkor nagyobb a valószínűsége annak, hogy anyagi transzfert kapnak szüleiktől.

A családi transzferek intézményi környezete mellett a transzferek fontos makroszintű meghatározói lehetnek a nemzedékek közötti viszonyokat szabályozó normák, értékek. Pl. Reher (1998) szerint az észak-európai és dél-európai családok szokásrendszerében jelentős különbségek vannak, amelyek a két terület eltérő történelmi fejlődésében gyökereznek. Az északi országokban nagy szerepe van a nukleáris családnak, gyengébb a kötődés a tágabb rokonsággal, a felnőtt gyermekek hamar önállósodnak. A dél-európai, erős családi kapcsolatokkal jellemezhető országokban viszont a felnőtt gyermekek a családalapításig (vagy azután is) együtt maradnak szüleikkel, és az egyéni életút során végig fontosak a nukleáris családon kívüli rokoni kapcsolatok is. Reher szerint a dél-európai és észak-, illetve nyugat-európai országok közötti eltérések már évszázadok óta jellemzik Európát, és várhatóan tartósan fennmaradnak. Herlofson és szerzőtársai (2011) az idősek segítségével kapcsolatos értékeket hasonlították össze a nyugat-európai és kelet-európai országokban (köztük Magyarországon) a *Gender and Generations Programme* (GGP) adatai alapján. A tanulmányban azt vizsgálták, hogy a megkérdezettek mennyiben tekintik a szülők segítségét a gyermekek feladatának. A „gyermeki felelősség” index átlagértéke alapján Magyarország nagyjából Németországhoz és Franciaországhoz bizonyult hasonlóknak. Ezekben az országokban Norvégiához és Hollandiához képest erősebb a gyermekek szüleik iránti felelősségérzete, az összehasonlításban szereplő többi kelet-európai országhoz (Románia, Bulgária, Grúzia, Oroszország) képest viszont alacsonyabb ez az érték.

Az eltérő családi normák a transzfer-viselkedésre is hatással lehetnek. Pl. Kalmijn és Saraceno (2008) megmutatja, hogy azokban az országokban, ahol az idősgondozást inkább családi feladatnak gondolják az emberek, jelentősebb a szülői szükségletek hatása a segítség előfordulására. Tehát ezekben az országokban például a szülők betegsége esetén nagyobb mértékben növekszik a szülőknek segítséget nyújtók aránya, mint olyan országokban, ahol kevésbé látják családi feladatnak az idősgondozást. Mureşan és Hărăguş (2015) négy kelet-európai és két nyugat-európai ország esetében vizsgálja a normák hatását a GGP adatai alapján. A kelet-európai országokban (Litvánia kivételével) az idős szülőkről való gondoskodást gyermeki feladatnak tekintők nagyobb gyakorisággal vesznek részt a szülők gondozásában.

A felnőtt gyermekek és szüleik közötti transzferekkel kapcsolatban Magyarországon viszonylag kevés kutatási eredmény áll rendelkezésre. A témával foglalkozó munkák nagyobb része ezen belül is a szülőktől a gyermekek és az unokák felé irányuló transzfereket tárgyalja (I. Vaskovics 1993, Medgyesi 2003, Medgyesi 2005, Gyarmati 2014, Gyarmati 2015).² Az idősek felé irányuló családi transzferek Magyarországon ritkábban képezték kvantitatív kutatás tárgyát.³ Spéder (2002) az *Életünk fordulópontjai* kutatás adatain mutatja meg, hogy a gyermekektől a szülők felé irányuló transzferek előfordulása függ az életkortól. A szüleiket segítők aránya a 30 és 50 év közöttiek között magasabb volt az átlagosnál,⁴ míg a 60 éven felüliek között alacsonyabb volt annál, ami minden bizonnyal összefüggésben áll azzal, hogy kevesebbeknek élnek a szülei ebben a korosztályban. Bocz és Medgyesi (2004) a 2000-es *Életmód és Időmérleg* felvétel adatai alapján a 40 éven felüli szülők mintáján vizsgálta a szülők és felnőtt gyermekeik közötti transzfereket. Megállapították, hogy a munkasegítség mindkét irányban hasonló arányban fordul elő (a vizsgált alminta 30%-a ad ilyen transzfereket), anyagi transzfereket, különösen jelentősebb összegű transzfereket viszont gyakrabban adnak a szülők gyermekeiknek, mint fordítva. Utsi (2002) a szülők és gyermekeik közötti segítségnyújtást a családi szolidaritás tágabb kontextusában vizsgálta, és úgy találta, hogy az idősek körében magasabb a szolidaritási kapcsolatokból izoláltak aránya. Örkény és Székelyi (2011) vizsgálatában a mintába került szülők és az ő gyermekeik megkérdezésével gyűjtöttek adatokat, mind az idősek, mind a fiatalok felé irányuló transzferek vonatkozásában. Eredményeik szerint a kérdezettek generációjának mintegy egynegyede nemcsak a saját szüleinek, hanem házastársa szüleinek is megadott mindenféle támogatást. A nagyszülők generációjának juttatott transzferek elsősorban a nagyszülők életkorától függnék: minél idősebbek, annál inkább szükségessé válik a támogatásuk.

Ezekben a vizsgálatokban ugyanakkor a meghatározók részletes vizsgálatára és nemzetközi összehasonlítására nem volt mód, ezekben a vonatkozásokban tehát a jelen tanulmány túlmutat az eddigi eredményeken. A nemzetközi összehasonlító vizsgálatokon végzett korábbi elemzések közül csak Albuquerque (2014) vizsgálatában szerepel Magyarország, ennek azonban Portugália a fókusz, és elsősorban az anyagi és munkatranszferek összefüggéseivel foglalkozik. A SHARE kutatás magyarországi adatain Gáti (2012) vizsgálta az idősek kapcsos-

² A háztartáson belüli nemzedékek közötti transzfereket tanulmányozza Gál et al. 2015.

³ Kvalitatív kutatásra példa ebben a témában Papházi 2005.

⁴ A szüleiknek transzfereket nyújtó gyermekek aránya a 30–39 évesek között 38%, a 40–49 évesek között 33%, míg a teljes népességben 24% (Spéder 2002).

lathálója és a szubjektív jólét összefüggéseit, de a szülők és gyermekeik közötti transzferekre való fókuszálás nélkül. Egyéb elemzés a témában ezen adatok alapján tudomásunk szerint eddig nem született.

HIPOTÉZISEK

A korábban tárgyaltak alapján összefoglaljuk hipotéziseinket a felnőtt gyermekek által az idős szülőknek nyújtott segítséggel kapcsolatban. A szülők által kapott transzferek mikroszintű meghatározóival kapcsolatban a szakirodalom által korábban feltárt összefüggéseket várjuk. Az altruizmus-hipotézis értelmében arra számítunk, hogy a rászoruló (alacsony jövedelmű, beteg, egyedülálló) szülők nagyobb gyakorisággal kapnak segítséget. Ugyancsak ez alapján azt is várjuk, hogy azok a szülők, akiket a háztartáson belülről vagy a háztartáson kívülről mások is segítenek, kisebb valószínűséggel kapnak gyermekeiktől segítséget. Az „egyidejű reciprocitás hipotézis” értelmében arra számítunk, hogy azok a szülők, akik nagyobb mértékű segítséget nyújtanak gyermekeiknek, nagyobb valószínűséggel kapnak segítséget tőlük. Azt is várjuk, hogy a segítség előfordulása attól is függ, hogy az mekkora „költséggel” jár a transzfert nyújtó gyermeknek. Ennek értelmében a gondozás/segítség előfordulása várakozásaink szerint függ a szülők és gyermekek lakhelye közötti távolságtól.

A jóléti intézmények és a nemzedékek közötti segítségnyújtással kapcsolatos normák eltérése miatt a mikroszintű tényezők kontrollálása mellett is számottevő országok közötti különbségeket várunk. Magyarországon és az egyéb „familialista” jóléti rendszerekben a segítségnyújtás relatíve magas szintjét várjuk a rendszeres, intenzív segítség és gondozás esetében. A ritkább, kevésbé intenzív transzferek azokban az országokban lehetnek gyakoriak, amelyekben a fejlett idősgondozási intézményrendszer leveszi a családok válláról az intenzív gondozás terhét („defamilializált” rendszerek).

ADATOK, VÁLTOZÓK MÉRÉSE, MÓDSZERTAN

Az elemzést a SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) kutatás adatain végeztem. A SHARE olyan multidiszciplináris, több országra kiterjedő kutatás, amely az 50 éves vagy idősebb népesség életkörülményeinek alakulását vizsgálja. Alapvetően panelkutatás, tehát a 2004-ben 50 éves vagy idősebb népesség mintáján kezdődött, és két évente méri fel e minta tagjainak az

egészségi állapotát, munkaerő-piaci helyzetét, jövedelmi és vagyoni helyzetét, társadalmi és családi kapcsolatait.⁵ Magyarország 2011-ben csatlakozott a kutatáshoz, sajnos azonban további hullámok felvételére eddig nem került sor, így a magyar adatok csak keresztmetszetben elemezhetők.

A kutatás 2011-es – negyedik – hullámában felméri mind a kapott és adott pénzügyi támogatás, mind a kapott és adott gondozás, segítség előfordulását. Vizsgálatunk mintáját a 65 éven felüli korcsoportra korlátozzuk, mert az ennél fiatalabbak körében a gondozási és háztartási segítségek iránti igény nagyon alacsony. Jelen esetben a vizsgálatunk függő változója a háztartáson kívül élő felnőtt (21 éven felüli) gyermekektől kapott gondozás/segítség, amelyet a következő kérdés segítségével mértek fel a vizsgálatban:⁶

„Az elmúlt tizenkét hónapban, kapott-e Ön vagy az Ön házastársa/élettársa/partnere személyes gondozást vagy segítséget a praktikus háztartási teendők elvégzésében valamilyen, nem a háztartásban lakó családtagtól, baráttól vagy szomszédtól?”

Amennyiben a háztartás tagjai kaptak ilyen segítséget, a kérdőívben azt is megkérdezték, hogy kitől. A válaszadók három személyt nevezhettek meg, a kérdőívben rögzítésre került a válaszadóhoz való viszonyuk és hogy milyen gyakran nyújtottak segítséget (majdnem naponta/majdnem hetente/majdnem havonta/ritkábban). A kérdés tehát nem teszi lehetővé, hogy elvlasszunk egymástól a gondozást és a más jellegű háztartási segítséget, és nem méri fel pontosan, hogy mekkora volt a segítséssel töltött idő, de lehetővé teszi a segítség gyakoriságának a figyelembe vételét. A kérdés alapján definiáltuk az elemzés függő változóját, amelynek a következő kategóriáit különböztettük meg.

A függő változó lehetséges értékei:

- 0 – nem kaptak gondozást, segítséget különélő gyermekeiktől
- 1 – csak alkalmi gondozást, segítséget kaptak különélő gyermekeiktől
- 2 – rendszeres (majdnem naponta) gondozást, segítséget is kaptak valamelyik különélő gyermeküktől

A SHARE kutatás előnye, hogy a mintába bekerült egyének gyermekeiről és a társadalmi kapcsolathálójuk tagjairól is részletes adatokat gyűjt. Ez lehetőse-

⁵ A további módszertani részleteket lásd: Börsch-Suppan 2013, Börsch-Suppan et al. 2013a, 2013b, Malter – Börsch-Suppan 2013.

⁶ Az elemzés leszűkítése a háztartáson kívül élő gyermekektől kapott transferekre gyakori a szakirodalomban (lásd pl. Albertini et al. 2007, Brandt et al. 2009, Brandt et al. 2012, Deindl – Brandt 2011, Schenk et al. 2010).

get teremt arra, hogy a transzferviszony mindkét szereplőjének a tulajdonságait figyelembe vegyük a transzferek előfordulásának vizsgálatánál. Ugyanakkor a nemzetközi adatbázis jelenleg hozzáférhető verziójában nem azonosítható be, hogy a szülő mely gyermekétől kapott (vagy melyiknek adott) támogatást. Így a transzferkapcsolatok egyelőre nem vizsgálhatók a szülő-gyermek diád szintjén, csak összességében tudjuk vizsgálni a gyermek-szülő transzfereket. Az idők jóléte szempontjából talán az a legfontosabb, hogy van-e olyan gyermeke, akire számíthat, kap-e transzfert összességében gyermekeitől; bár nem zárható ki, hogy a szülő számára az is fontos, mely gyermekétől kap vagy melyiknek ad támogatást.

Az idős szülők szükségleteinek mérésére többféle szociodemográfiai változót alkalmaztunk. Figyelembe vettük a háztartástag életkorát (75 évnél fiatalabb vagy idősebb), és hogy milyen háztartásszerkezetben élnek (egyedülálló nő/férfi, pár, egyéb), feltételezve, hogy az idősebb, egyedülálló szülők nagyobb mértékben szorulnak segítségre. A gyermekek segítsége iránti szükségleteket értelemszerűen befolyásolja a szülők egészségi állapota is. Az egészségi állapotot két index segítségével mértük, amelyek a különböző tevékenységekben való akadályozottságot mérik. Az ún. „Activities of Daily Living” index azt méri, hogy a következő tevékenységek közül hány esetében van nehézsége a válaszadónak: öltözködés, mosakodás és zuhanyozás, étkezés, ételek összevágása, átsétálás a szobán, felkelés az ágyból és a WC-használat. Az index 0 és 6 közötti értékeket vehet fel, és mennél magasabb az index értéke, annál nagyobb nehézségei vannak a válaszadónak ezekben a tevékenységekben. A másik index, az „Instrumental Activities of Daily Living” index a következő tevékenységek esetén tapasztalt nehézségeket méri: térkép használata, meleg étel készítése, élelmiszer-bevásárlás, telefonhívás lebonyolítása, gyógyszer bevétele, házkörüli, kerti munka végzése, pénzkezelés (pl. számlák befizetése). Ez az index 0 és 7 közötti értékeket vehet fel.

Ugyancsak a szülői szükségletek mérésére használjuk a társadalmi státuszra vonatkozó változókat. Figyelembe vesszük a szülők iskolai végzettségét (alapfok, középfok, felsőfok) és munkaerő-piaci státuszát (dolgozik-e). A jövedelmi helyzetet a háztartási ekvivalens jövedelem ötödeiben elfoglalt hely alapján mérjük. Az idők jellemzői a mintába került személyt és házas-, ill. élettársát jellemzik, hiszen a függő változót is ezen a szinten mérjük. Párok esetében minden változónál a magasabb értéket (életkort, iskolai végzettséget, akadályozottságot) vettük figyelembe.

A szülők különélő felnőtt gyermekeik segítsége iránti igényét természetesen az is befolyásolja, hogy kapnak-e segítséget máshonnan. Ezért a többváltozós

elemzésben kontrollváltozóként figyelembe vettük azt is, hogy a szülő a kérdést megelőző egy évben kapott-e személyes gondozást vagy egyéb segítséget más háztartáson kívül élő személytől. Ez az információ ugyanabból a kérdésből származik, amellyel a gyermekektől kapott segítséget mértük. Itt is három kategóriát különböztetünk meg: nem kapott segítséget/csak ritkán kapott segítséget/gyakran is kapott segítséget. Egy másik változóval pedig azt mértük, hogy a kérdezett kapott-e segítséget háztartáson belül élő személytől. A háztartástagoktól kapott segítségre vonatkozó kérdés eltér a háztartáson kívüliektől kapott segítségre vonatkozó kérdéstől. Ezt a kérdést olyan háztartástagoknak tették fel, akik egészségügyi problémákkal küzdöttek a kérdezés idején, és csak a rendszeres személyes gondozásra vonatkozott. Ez alapján tehát azt tudtuk mérni, hogy mely háztartásokban volt olyan, aki a háztartáson belülről kapott rendszeres személyes gondozást.⁷

A SHARE adatfelvétel lehetőséget teremt a gyermekek tulajdonságainak kontrollálására is. Ahogy korábban jeleztük, változóinkkal a gyermekeket öszszességében jellemezzük, mert az adatbázisban nem lehet pontosan beazonosítani, mely gyermektől kapta a szülő a transzfert. A gyermekek jellemzői közül figyelembe tudjuk venni a felnőtt gyermekek számát, nemét (nincs leánygyermek/van leánygyermek), átlagos életkorát, családi állapotát (van-e egyedülálló a gyermekek között) és az unokák számát. A gyermekek társadalmi státuszára vonatkozóan a munkaerő-piaci státuszukat vettük figyelembe (van-e nem dolgozó a gyermekek között). Ezekon kívül a felvétel méri a szülők és gyermekeik lakóhelye közötti távolságot is, ami – ahogy korábban tárgyaltuk – befolyásolja a transzferadás költségét a gyermekek számára. Ez alapján definiáltunk egy háromértékű változót, amely a kérdezett és gyermekeinek lakóhelye közötti távolságot jellemzi (egyik gyermek sem lakik 5 km-nél távolabb/legalább egyikük 5 km-nél távolabb lakik/minden gyermek 5 km-nél távolabb lakik). Ezen kívül kontrolláltunk a 21 éven aluli gyermekek és a szülőkkel együtt lakó idősebb gyermekek számára is.

A reciprocitás vizsgálatához a szülők által a gyermekeknek adott anyagi és nem anyagi transzfereket is figyelembe vesszük, mert az idős szülők mindkét formában segítik felnőtt gyermekeiket. A szülők által gyermekeiknek adott pénzügyi támogatást a következő kérdéssel mérték fel:

⁷ A két kérdés közötti lényeges eltérés az oka annak, hogy az idős szülők által a háztartásban élő gyermekektől kapott segítséget függő változóként nem vettük be az elemzésbe. Az elemzés leszűkítése a háztartáson kívül élő gyermekektől kapott transzferekre gyakori a szakirodalomban (lásd pl. Albertini et al. 2007, Brandt et al. 2009, Brandt et al. 2012, Deindl – Brandt 2011, Schenk et al. 2010).

„Gondoljon az elmúlt tizenkét hónapra. Nem számítva a közösen elfogyasztott étkezéseket, illetve a közös háztartási kiadásokat, kapott Ön bármilyen pénzbeli vagy tárgyi támogatást bárkitől, aki ebben a háztartásban vagy azon kívül lakik, és amelynek értéke elérte vagy meghaladta a 40 ezer forintot?”

A szülők által adott nem anyagi transzferek esetében felhasználtuk a háztartáson kívülieknek adott transzferekre vonatkozó kérdést, amely a kapott transzferek mérésénél korábban tárgyalt kérdéshez hasonló. Emellett figyelembe vettük azt is, ha a szülő az unokáira való vigyázásban segített gyermekeinek. Az erre vonatkozó kérdés a következő volt:

„Az elmúlt tizenkét hónapban, vigyázott-e Ön rendszeresen vagy alkalmanként az unokájára/unokáira a szülők távollétében?”

A segítség/gondozás típusú szülői transzfereket összevontuk, így változónk azt mutatja, hogy a szülők a személyes gondozásban, a praktikus háztartási teendők elvégzésében vagy az unokák felügyeletében segítettek gyermekeiknek.

A magyarázó változók hatását a három értéket felvevő függő változóra multinomiális logit modellel vizsgáltuk. Ez a modell azt vizsgálja, hogy egy adott magyarázó változó értékének megváltozása hogyan befolyásolja a függő változó adott kategóriájának valószínűségét a referenciakategóriához képest. Az elemzett országok viszonylag alacsony száma nem teszi lehetővé, hogy az intézményi berendezkedésre vagy normarendszerre vonatkozó országszintű változókat is bevonjunk a többváltozós elemzésbe. Bryan és Jenkins (2016) felhívja a figyelmet arra, hogy a többszintű (multilevel) modellekben az országszintű hatások megbízható becsléséhez legalább 30 ország szükséges – szemben a mintánkban rendelkezésre álló 16-tal –, amennyiben nemlineáris regressziós elemzést végzünk. Figyelmünket ezért arra fogjuk összpontosítani, hogy az országok közötti különbségek nagyságát a transzfereket meghatározó mikroszintű tényezők kontrollálása mellett is megmérjük, és a meghatározók kontrollálása után is fennmaradó országok közötti különbségeket a makroszintű ismérvek (intézményrendszer, normák) fényében fogjuk értelmezni.

A becslések eredményeinek értelmezésekor az ún. marginális hatásokra támaszkodunk. Marginális hatáson itt azt értjük, hogy a függő változó hogyan változik a kérdéses magyarázó változó módosulásával akkor, ha a többi magyarázó változó értéke nem módosul (Long 1997, Bartus 2005). Folytonos magyarázó változó esetén ez azt jelenti, hogy a magyarázó változóban bekövetkező végtelemül kicsi változás hogyan befolyásolja a függő változó értékét (parciális derivált

értelmezés), kétértékű magyarázó változó esetén pedig az érdekel minket, hogy a magyarázó változó értékének 0-ról 1-re módosulásának milyen hatása van. A lineáris regresszió esetében a regressziós együtthatók megadják a választ ezekre a kérdésekre, az együtthatók marginális hatásként értelmezhetők. Nemlineáris modellek esetében, amilyen a multinomiális logit modell is, ez már nem teljesül, egy adott magyarázó változó hatása függ attól, hogy a többi magyarázó változó milyen értéket vesz fel. A modellek eredményeinek bemutatásánál ún. „átlagos marginális hatást” számolunk, tehát a többi magyarázó változó mintában fellelhető összes kombinációja mellett kiszámítjuk a vizsgált változó marginális hatását, és ezeket átlagolva nyerünk egy összefoglaló statisztikát a magyarázó változó hatásáról.⁸

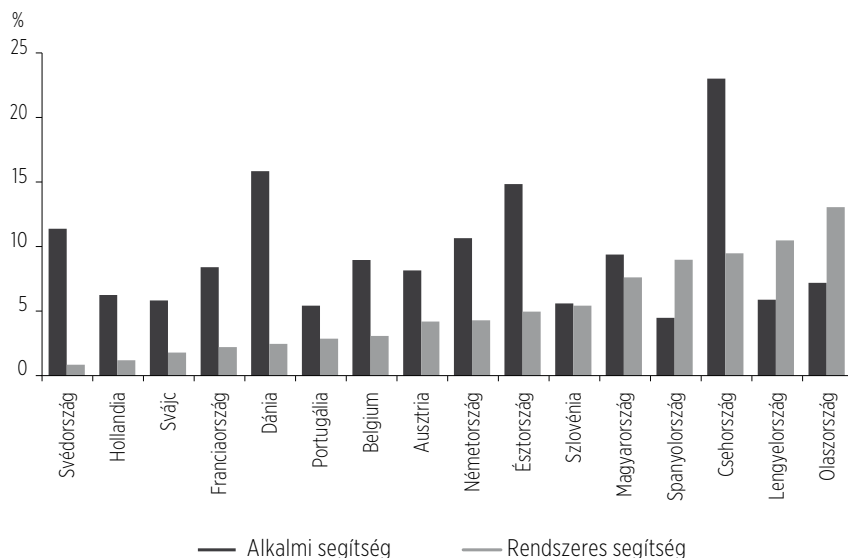
EREDMÉNYEK

Az 1. ábra mutatja a 65 év feletti által különélő felnőtt gyermekeiktől kapott támogatások előfordulását. A rendszeres segítséget kapók aránya a dél-európai és kelet-európai országokban a legmagasabb. Gyakori, rendszeres segítséget a legnagyobb arányban Olaszországban (13%) kapnak gyermekeiktől a 65 éven felüliek. Ezen szülők aránya Lengyelországban és Csehországban 10% körüli, Spanyolországban 9%, Magyarországon pedig 8%, de a többi kelet-európai országban is viszonylag magas a számuk. Svédországban és Hollandiában a legalacsonyabb (1%), de Franciaországban és Svájcban is csak kismértékben haladja meg ezt a szintet; viszont a többi észak-európai és nyugat-európai országban sem nagyobb 5%-nál a rendszeres segítséget kapó szülők aránya. Azon idős szülők aránya, akik csak ritkán kaptak segítséget gyermekeiktől, Csehországban a legmagasabb, majd Dánia, Észtország és Svédország következik az országsorrendben. A legalacsonyabb arányban Spanyolországban és Portugáliában élnek olyan idősök, akik csak alkalmi segítséget kaptak különélő felnőtt gyermekeiktől.

⁸ A multinomiális logit modellek esetében szintén gyakran alkalmazott megoldás az, hogy az együtthatókat esélyhányadosként kifejezve interpretálják. A kategoriális függő változós modellek esetében azonban arra vagyunk kíváncsiak, hogy egy adott magyarázó változó értékének módosulása mennyivel növeli a függő változó esetében valamely érték előfordulásának valószínűségét. Ilyen interpretációra az esélyhányados nem nyújt lehetőséget, a marginális hatás viszont igen, ezért ezeket mutatjuk be.

1. ábra: A különélő gyermekeiktől gondozási segítséget kapók aránya (a 65 éves vagy idősebb, legalább egy különélő 21 éven felüli gyermekkel rendelkezők között), 2011

Proportion of parents receiving support from non-coresident children (parents aged 65 or more, having at least one non-coresident child above age 21), 2011



Forrás: Saját számítás a SHARE 4. hullámának adataiból.

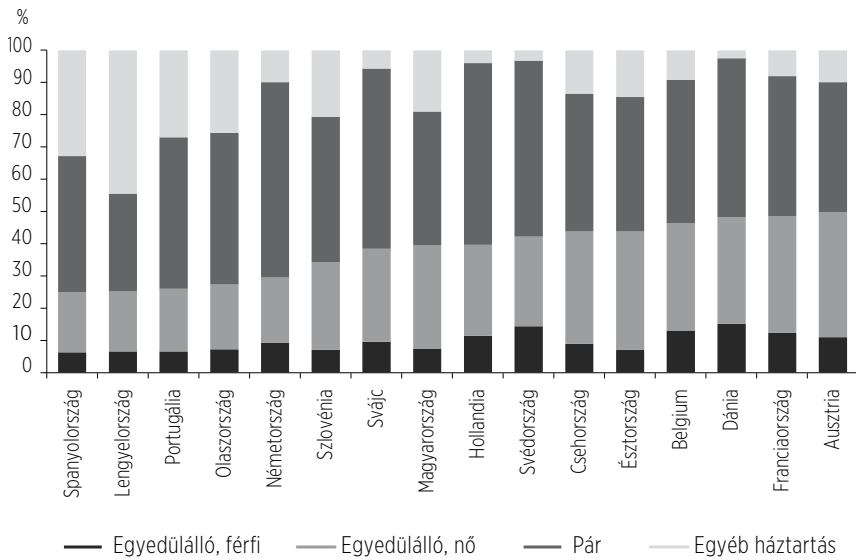
A transzferek meghatározói Magyarországon és az európai országokban

Az alábbi fejezetben vizsgálatunk mintáját, a 65 év feletti, legalább egy különélő 21 év feletti gyermekkel rendelkező népesség összetételét vizsgáljuk a transzfereket meghatározó mikroszintű tényezők szempontjából. Megvizsgáljuk, hogy Magyarország esetében a minta mennyiben tér el Európa más régióitól az életkor, a háztartásszerkezet, az egészségi állapot, a gyermekek és szülők közötti távolság, a szülőktől gyermekeik felé irányuló transzferek gyakorisága szerint.

Magyarországon a legalacsonyabb a születéskor várható élettartam a vizsgálatban szereplő országok között, ezért nem meglepő, ha azt látjuk, hogy a kutatásunkban elemzett minta átlagéletkora viszonylag alacsony. A 75 éven felüliek aránya a magyar mintában mindössze 38%, míg Franciaországban vagy Spanyolországban 52–53%. A minta háztartásszerkezet szerinti összetételét a különböző országokban a 2. ábra mutatja. Látható, hogy míg a dél-európai országokban és Lengyelországban az egyedülálló idősök ará-

nya alacsony (25–27%), addig Ausztriában, Franciaországban vagy Dániában a minta fele egyedülálló idősökből áll. Az is látható, hogy Spanyolországban vagy Lengyelországban nem a partnerrel, hanem az egyéb szerkezetű háztartásban (pl. gyermekkel, testvérrel, egyéb rokonnal) élő idősök aránya a magas. Magyarországon az egyedül élő idősök aránya az európai középmezőnyben van (39%), a minta 42%-a partnerével él együtt, és 19%-a egyéb szerkezetű háztartás tagja.

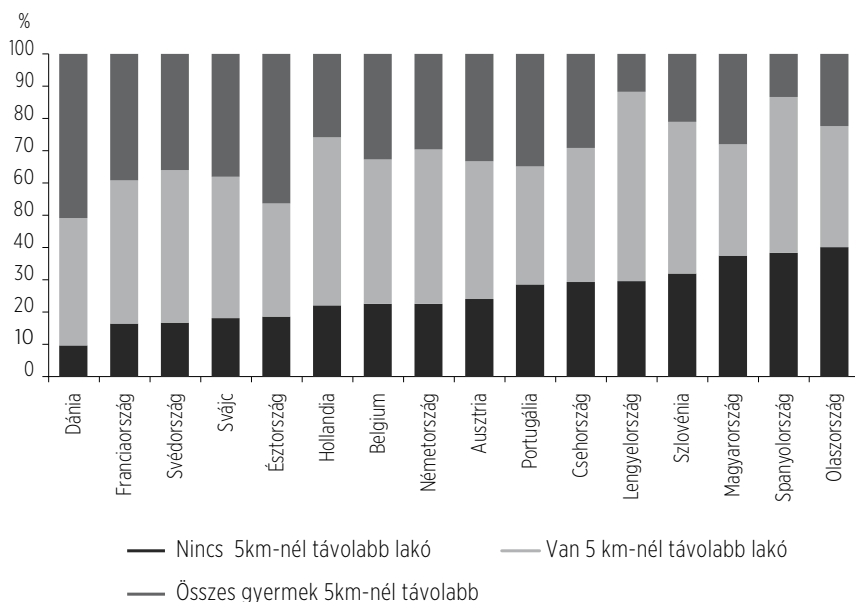
2. ábra: A minta összetétele háztartásszerkezet szerint
The composition of the sample by household structure



Forrás: Saját számítás a SHARE 4. hullámának adataiból.

Az egészségi állapot mérésére használt ADL és IADL mérőszámok a mindennapi tevékenységekben való akadályozottságot mérik. Az ADL átlagértéke Lengyelországban és Portugáliában a legmagasabb, itt átlagban az egy dimenzióban akadályozottság a jellemző. A legalacsonyabb értékeket Svájcban és Hollandiában mérték. Az IADL alapján is hasonló az országsorrend, bár ebben az esetben Lengyelország mellett Magyarországon a legrosszabb a helyzet, itt a mintánkba tartozó idősök átlagban 1,2 pontot érnek el a hétfokú skálán, ezzel szemben Svájcban és Hollandiában 0,5 vagy az alatti a mutató értéke.

3. ábra: A minta összetétele a szülők és gyermekeik lakóhelye közötti távolság alapján
The composition of the sample by distance between parents and children

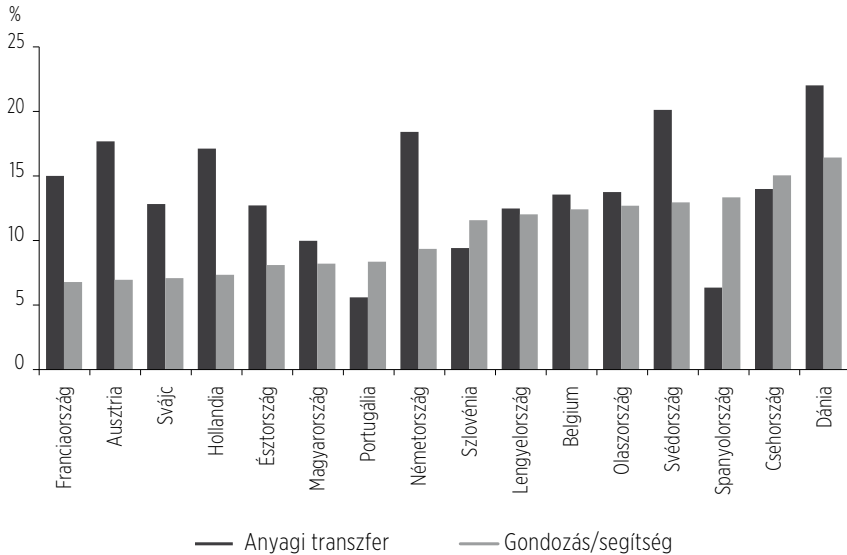


Forrás: Saját számítás a SHARE 4. hullámának adataiból.

A 3. ábra alapján látható, hogy a mintában Olaszország és Spanyolország mellett Magyarországon a legmagasabb azok aránya (közel 40%), akiknek összes gyermekük 5 km-es körzetben lakik. Ezzel párhuzamosan ezekben az országokban – különösen Spanyolországban – viszonylag alacsony a távolabb lakó gyermekek aránya. Dániában és Észtországban ugyanakkor a minta közel felének az összes gyermeke 5 km-nél messzebb lakik.

Az Ibériai-félsziget országaiban, valamint Szlovéniában és Magyarországon viszonylag ritka, hogy a mintában szereplő idős szülők anyagi transferekkel segítik gyermekeiket, arányuk 10% alatt van. Ezzel szemben Dániában és Svédországban 20% feletti ez az arány, és a nyugat-európai országokban (Németország, Ausztria és Hollandia) is relatíve magas. A gyermekeiknek nem anyagi segítséget nyújtók aránya Dániában és Csehországban a legmagasabb (15-16%), a legalacsonyabb értékeket pedig Franciaország, Ausztria és Svájc esetében mérték, ahol 7% alatti volt; Magyarországon ennél csak kismértékben volt magasabb (8%).

4. ábra: A gyermekeiknek anyagi és nem anyagi transzfert adó szülők aránya (%)
 The proportion of parents giving financial and non-financial transfers to children



Forrás: Saját számítás a SHARE 4. hullámának adataiból.

Az Ibériai-félsziget országaiban, valamint Szlovéniában és Magyarországon viszonylag ritka, hogy a mintában szereplő idős szülők anyagi transzferekkel segítik gyermekeiket, arányuk 10% alatt van. Ezzel szemben Dániában és Svédországban 20% feletti ez az arány, és a nyugat-európai országokban (Németország, Ausztria és Hollandia) is relatíve magas. A gyermekeiknek nem anyagi segítséget nyújtók aránya Dániában és Csehországban a legmagasabb (15–16%), a legalacsonyabb értékeket pedig Franciaország, Ausztria és Svájc esetében mérték, ahol 7% alatti volt; Magyarországon ennél csak kismértékben volt magasabb (8%).

Többváltozós elemzés az időseknek nyújtott segítség meghatározóiról

Az idős szülőknek nyújtott segítség/gondozás meghatározóit többváltozós elemzés keretében is vizsgáltuk. A vizsgálatban szereplő országok összevont mintáján multinomiális logit modelleket futtattunk, amelyben mind a szülők, mind a gyermekek jellemzői szerepeltek magyarázó változóként, az országok közötti különbségeket pedig ország dummyk bevonásával vizsgáltuk.

A becslés eredményeit a mikroszintű magyarázó tényezők tekintetében az 1. táblázat mutatja. Várakozásunk, miszerint az idős szülők közül azok kapnak nagyobb valószínűséggel támogatást/segítséget gyermekeiktől, akiknek nagyobb szükségük van a támogatásra, csak részben teljesült. A hipotézisnek megfelelő hatást mértünk a háztartásszerkezet és az egészségi állapot esetében. Az egyedülálló idős szülők nagyobb valószínűséggel kapnak segítséget a partnerükkel kétszemélyes háztartásban vagy más szerkezetű háztartásban élő szülőknél. A partnerrel élők esetében a különélő gyermekektől kapott ritkább segítség valószínűsége 13 százalékponttal, a gyakori segítségnyújtás valószínűsége pedig 4 ponttal alacsonyabb, mint az egyedülállók körében. Ugyancsak nagyobb valószínűséggel kapnak mind alkalmi, mind gyakori segítséget azok az idősök, akik egészségi állapota rosszabb. Ebben az elemzésben az egészségi állapotot a mindennapi tevékenységek végzésében való akadályozottsággal mértük. Azok, akik az IADL skála esetében egynél több nehézséggel küzdenek, 1-2 százalékponttal nagyobb valószínűséggel kapnak segítséget gyermekeiktől. A kapott segítség előfordulása a szülő társadalmi státuszának némely indikátorával is összefügg. A felsőfokú végzettségű szülők 5 százalékponttal kisebb valószínűséggel kapnak gyakori segítséget, mint a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők, a dolgozó szülő esetében pedig az alkalmi segítség előfordulása alacsonyabb. Ugyanakkor a várakozásainkkal ellentétben a gyermekektől kapott segítség valószínűsége nem függ az életkortól, és a jövedelem esetében sem találtunk statisztikailag számottevő kapcsolatot.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a másoktól (nem különélő gyermekektől) kapott transzferek hogyan hatnak a kapott segítségre. Meglepő módon az eredmények azt mutatják, hogy a különélő felnőtt gyermekektől kapott alkalmi segítség valószínűségét növeli, ha a szülők más háztartáson kívül élőtől vagy háztartástagtól is kapnak segítséget. A rendszeres segítség esetén viszont nem látható ilyen hatás.

A transzferek előfordulásának valószínűségét a gyermekek jellemzői is befolyásolják. Az elemzés a nem hatását is kimutatja: amennyiben a szülőknek leánygyermekük is van, 3 százalékponttal nő annak a valószínűsége, hogy rendszeres segítségben részesülnek. Érdekes összefüggés, hogy a szülőktől külön élő gyermekek segítségi hajlandósága megváltozik, amennyiben testvéreik egy része még a szülői háztartásban lakik: a tőlük kapott rendszeres segítség valószínűsége nagyobb ebben az esetben. Ez talán arra utal, hogy ilyenkor nemcsak a szülőknek, hanem a szülőkkel együtt lakó testvéreknek is segítenek a különélő gyermekek. Amennyiben a szülőnek 21 éven aluli gyermekei is vannak, ez jelentősen csökkenti annak valószínűségét, hogy a különélő gyermekeiktől alkalmi segítséget kap.

1. táblázat: Az idős szülők által a külön élő gyermekektől kapott segítség meghatározói
Determinants of receiving support of elderly parents from their non-coresident children

	Alkalmi gondozás/ segítség		Rendszeres gondozás/ segítség	
75 éven felüli	-0,002	(0,095)	0,022	(1,907)
Háztartásszerkezet				
Egyedülálló férfi (ref.)	0		0	
Egyedülálló nő	-0,038	(0,870)	0,013	(0,642)
Partnerrel él	-0,133**	(3,121)	-0,039*	(2,033)
Egyéb háztartásszerkezet	-0,142***	(3,369)	-0,053*	(2,511)
Iskolai végzettség				
Alapfokú végzettség (ref.)	0		0	
Középfokú végzettség	-0,004	(0,344)	-0,021	(1,571)
Felsőfokú végzettség	0,027	(1,640)	-0,050***	(4,385)
ADL	0,000	(0,009)	0,005	(1,314)
IADL	0,010**	(2,579)	0,015***	(4,938)
Dolgozik	-0,074**	(2,601)	0,000	(0,010)
Háztartási jövedelem				
1. Jövedelmi ötöd (ref.)	0		0	
2. Jövedelmi ötöd	-0,013	(0,978)	0,015	(1,218)
3. Jövedelmi ötöd	0,014	(0,841)	-0,013	(1,113)
4. Jövedelmi ötöd	0,000	(0,013)	0,004	(0,259)
5. Jövedelmi ötöd	-0,021	(1,234)	-0,011	(0,750)
21 éven aluli gyermekek száma	-0,199***	(3,391)	0,009	(0,429)
Különélő gyermekek száma	0,005	(0,872)	0,005	(1,293)
Van lánygyermeke	0,012	(0,875)	0,025*	(2,167)
Van együttlakó gyermeke	-0,004	(0,225)	0,035*	(2,504)
Távolság a gyermek lakóhelyétől				
Nincs 5km-nél messzebb lakó (ref.)	0		0	
Van 5km-nél messzebb lakó	-0,051***	(3,422)	0,010	(0,782)
Összes gyermek 5km-nél messzebb	-0,060***	(3,686)	-0,046***	(3,934)
Van egyedülálló gyermek	-0,017	(1,652)	0,009	(0,925)
Van nem dolgozó gyermek	-0,004	(0,386)	0,023*	(2,464)
Gyermekek átlagéletkora	0,002	(1,668)	0,001	(1,495)
Unokák száma	0,001	(0,466)	-0,003	(1,505)
Szülő adott anyagi támogatást	0,014	(1,004)	0,007	(0,523)
Szülő adott segítséget	0,030*	(2,189)	0,011	(0,925)
Mástól kapott támogatást a háztartáson kívülről				
nem kapott mástól (ref.)	0		0	
csak ritkán kapott mástól	0,107***	(5,421)	0,033	(1,719)
rendszeres segítséget kapott mástól	0,055*	(2,099)	0,029	(1,439)
Háztartástagtól kapott segítséget	0,050**	(2,844)	0,011	(0,707)

Megjegyzés: A magyarázó változók átlagos marginális hatásai. A függő változó kategóriái: nem kapott segítséget (ref.) / csak alkalmi segítséget kapott / rendszeres segítséget is kapott (N=16533). Összevont mintán becült multinomiális logit modell alapján, a modell ország dummykat is tartalmaz. Zárójelben a t-értékek kerültek feltüntetésre. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

A segítség előfordulásának valószínűségét az is befolyásolja, hogy a gyermekek milyen messze laknak szüleiktől. Amennyiben minden gyermek 5 km-nél távolabb lakik, a szülők 5 százalékponttal kisebb valószínűséggel kapnak tőlük alkalmi vagy rendszeres segítséget azokhoz képest, akiknek minden gyermekük 5 km-nél közelebb lakik. Mindez arra utal, hogy a segítség előfordulása összefügg annak költségével is: nagyobb távolság esetén a jelentősebb utazási idő nehezebbé teszi a gyermekek számára a segítségnyújtást, így várakozásainknak megfelelően csökkenti annak előfordulását. A segítségnyújtás költségeinek szerepére utalhat az is, hogy növeli a rendszeres segítség előfordulásának esélyét, ha a szülőnek nem dolgozó gyermeke is van.

Becslésünkben a korábban említett magyarázó változók mellett a szülők által adott transzferek szerepét is vizsgáltuk, mert a szakirodalom felhívja a figyelmet arra, hogy a szülő-gyermek kapcsolatban a hosszú távú reciprocitás mellett a rövid távú reciprocitásnak is szerepe lehet (Leopold – Raab 2011). Ahogy korábban ismertettük, mind a szülők által adott anyagi transzferek, mind a nem anyagi segítség szerepét (beleértve az unokákról való gondoskodást is) vizsgáltuk. Eredményeink szerint a szülők által adott nem anyagi segítség növeli annak valószínűségét, hogy a gyermekek alkalmi segítséget nyújtanak a szülőknek. Azok a szülők, akik ilyen segítséget nyújtottak valamelyik gyermeküknek, 3 százalékponttal nagyobb valószínűséggel kaptak gyermekeiktől alkalmi gondozási, háztartási segítséget. A gyakori segítség előfordulására ugyanakkor a szülők által adott transzferek nem gyakoroltak lényeges hatást. Összességében tehát a rövid távú reciprocitásnak az idős szülőknek nyújtott alkalmi segítség esetén van szerepe.

Az idős szülőknek nyújtott alkalmi és rendszeres segítség meghatározóinak vizsgálata tehát azt mutatta, hogy a segítség mindkét fajtája érzékeny a szülői szükségletek indikátoraira. Tehát várakozásainkat inkább megerősítették az eredmények, a szülőknek nyújtott segítségben szerepet játszik az altruista motiváció. Az elemzés várakozásunknak megfelelően azt is mutatta, hogy mindkét fajta transzfer gyakorisága csökkent, amennyiben a transzferadás költségei magasabbak voltak. A reciprocitás szerepét ugyanakkor csak az alkalmi segítség esetében tudtuk kimutatni.

Országok közötti eltérések

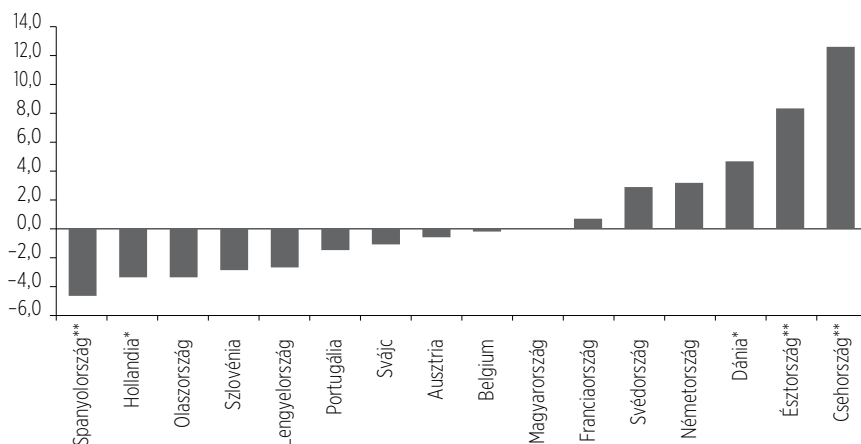
A regressziós modelljeink alkalmasak arra is, hogy a magyarázó változók kontrollálása mellett is megvizsgáljuk az országok közötti eltéréseket. Az egyéni szintű változók kontrollálása mellett fennmaradó országok közötti különbségeket a szakirodalom leggyakrabban az intézményi vagy normarendszerbeli különbségekkel magyarázza. A vizsgálatban szereplő országok viszonylag alacsony száma nem teszi lehetővé, hogy a makroszintű magyarázó változók szerepét többszintű regressziós modellben vizsgáljuk, ezért a következőkben az összefüggések formális tesztelése helyett a megbecsült országhatásokat interpretáljuk a jóléti rezsimekről szóló irodalom alapján.

A bevezetőben is említett Saraceno és Keck (2010) tanulmány szerint⁹ a mintánkban szereplő országok közül Dánia, Svédország, Hollandia, Belgium, Franciaország és Ausztria emelkedik ki a jóléti állam által nyújtott idősgondozási szolgáltatások szintje alapján (5a. ábra). Ezek azok az országok tehát, ahol várhatóan a legkisebb a családi transzferek szerepe a rendszeres, intenzív idősgondozásban. Ezzel ellentétes véglet Olaszország, Spanyolország, Lengyelország, Észtország és Magyarország, ahol mind az idősgondozási szolgáltatások, mind a készpénzes támogatások szintje alacsony. Ezekben az országokban a mikroszintű meghatározók hatásának kiszűrése után is várhatóan magasabb lesz a rendszeres családi segítségnyújtás szerepe. Németország, Csehország és Szlovénia egy köztes kategóriát alkot, amelyet az idősgondozási szolgáltatások közepes szintje jellemez, a készpénzes támogatások szintje viszont relatíve magas. Ehhez a csoporthoz tartozik Portugália is, amely kilóg a dél-európai országok közül azáltal, hogy itt a többenél magasabb az időseknek nyújtott készpénzes támogatások szintje. A következő ábrák mutatják a mikroszintű meghatározó tényezők kontrollálása után fennmaradó országok közötti különbségeket az alkalmi és a rendszeres segítség esetében.

⁹ Lásd a tanulmány 6. ábráját (Saraceno – Keck 2010: 691).

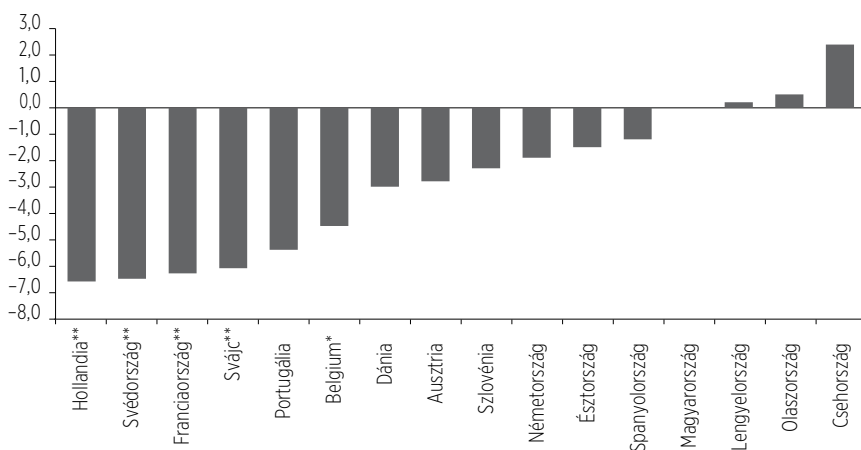
5a. ábra: Országok közötti különbségek az alkalmi segítség esetében (százalékpont, referencia kategória Magyarország, mikroszintű meghatározók kontrollálva)

Between-country differences in the occurrence of occasional support (% points, reference category: Hungary, controlling for micro-level determinants)



5b. ábra: Országok közötti különbségek a rendszeres segítség esetében (százalékpont, referencia kategória Magyarország, mikroszintű meghatározók kontrollálva)

Between-country differences in the occurrence of regular support (% points, reference category: Hungary, controlling for micro-level determinants)



Megjegyzés: Az országok közötti különbségek az 1. táblázatban becsült multinomiális logit modell ország dummy változói alapján számolt átlagos marginális hatások. A csillagok azt jelzik, hogy az eltérés Magyarországhoz képest szignifikáns 0,05 (**), illetve 0,1 (*) szinten.

Az *5b. ábrán* azt látjuk, hogy a rendszeres segítség esetén az országok közötti különbségek meglehetősen pontosan követik a fentebb részletezett országtipológiát: a „defamilizációs” országcsoport tagjai az ábra bal oldalán, a gyermekektől a szülők felé irányuló segítség viszonylag alacsony szintjével láthatók, míg a „familialista” gondozási rezsimbe tartozó országokban (köztük Magyarországon) relatíve magas a rendszeres segítség előfordulása. Magyarországon a „defamilizációs” országokhoz képest szignifikánsan magasabb a gyakori segítség előfordulása. A rendszeres segítség esetében a kelet-európai országok nagyjából hasonlóak, itt relatíve magasabb a segítség előfordulásának szintje. Az alkalmi segítség esetén (*5a. ábra*) kevésbé egyértelmű a kép, de – a szakirodalomban tárgyalt korábbi eredményeknek megfelelően – inkább az látszik, hogy a „defamilizációs” országokban (pl. Dánia, Svédország) magasabb az alkalmi segítség előfordulásának szintje, míg a „familialista” rezsim országai (pl. Spanyolország, Lengyelország, Olaszország) alacsonyabb. Magyarország azonban kivételt jelent, ugyanis itt a „familialista” rezsim többi országához képest némileg magasabb az alkalmi segítség előfordulása. A kelet-európai országok ebben az esetben ugyanakkor heterogének: míg Lengyelországban vagy Szlovéniában alacsony, addig Csehországban és Észtországban magas az alkalmi segítség előfordulása.

Hangsúlyozzuk, hogy az itt bemutatott összefüggés nem jelenti az oksági összefüggés igazolását. Az elemzés ugyanakkor világosan mutatja, hogy a mikroszintű magyarázó tényezők hatásának kiszűrése után is lényeges országok közötti különbségeket találunk. Ezek az eltérések olyan országszintű magyarázó tényezőkkel lehetnek összefüggésben, mint pl. az idősgondozás intézményrendszere. Ennek illusztrálására bemutattuk, hogy az intézményrendszer jellemzői alapján kialakított országcsoportok összefüggnek a gyermeki segítség országok közötti különbségeivel. Ahhoz azonban, hogy a különböző makroszintű tényezők szerepét pontosan vizsgálni tudjuk, nagyobb országmintára lenne szükség.

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány a SHARE kutatás adatainak segítségével azt vizsgálta, hogy a felnőtt gyermekek által idős szüleiknek nyújtott gondozás és háztartási segítségnyújtás előfordulása Magyarországon hogyan viszonyul az egyéb európai régiókban megfigyelhető mintázatokhoz. Mivel az idősek minden európai országban – Magyarországon is – csak ritkán részesülnek anyagi támogatásban gyermekeik részéről, ezért az időseknek nyújtott anyagi transzferekkel itt külön nem foglalkoztunk.

A szülőknek nyújtott segítség/gondozás országok közötti eltéréseinek vizsgálata azt mutatja, hogy Magyarországon és a többi kelet-európai országban viszonylag magas a gyakori segítség előfordulása. Ugyanakkor régióinkban a népesség összetétele több szempontból is eltér az észak- vagy dél-európai országokétól. Például Magyarországon a mintában szereplő idős népesség egészségi állapota rosszabb, mint a hasonló korú népességé a többi európai országban. Ez azt jelenti, hogy a szülőknek nagyobb szükségük lehet gyermekeik támogatására. Emellett a magyar idősek gyermekei nagyobb arányban élnek a szülőkhöz közel, ami megkönnyíti a gyermekek számára szüleik segítségét/gondozását. A vizsgált népesség összetételében mutatkozó különbségek miatt igyekeztünk megvizsgálni az országok közötti eltéréseket a mikroszintű tényezők hatásának kiszűrése mellett is.

A mikroszintű meghatározókkal kapcsolatos eredmények a várakozásnak megfelelőek. Azt láttuk, hogy a szülők által kapott segítség esetében a szülői szükségletek szerepe meghatározó: az egyedülálló, rossz egészségi állapotban levő szülők gyakrabban kaptak gyermekeiktől mind alkalmi, mind rendszeres segítséget. Mind az alkalmi, mind a rendszeres segítség előfordulása a szülői szükségletek mellett a segítségnyújtás költségeivel is összefügg: pl. a szülő és a gyermekek lakóhelye közötti távolság csökkenti a segítségnyújtás előfordulását. Az alkalmi segítség esetén a reciprocitás szerepét is kimutattuk, az idős szülők nagyobb valószínűséggel kaptak segítséget, amennyiben ők is segítették gyermekeiket.

Az országok közötti eltéréseket a transzfereket meghatározó mikroszintű tényezők szerepének kontrollálása mellett is megvizsgáltuk. A várakozásunk az volt, hogy a gyermekek által idős szüleiknek nyújtott támogatás szintje különböző lesz aszerint, hogy az egyes országokban milyen a jóléti állam és a család szerepmegosztása az idősgondozás terén. Az eredmények azt mutatják, hogy a rendszeres támogatás előfordulása valószínűbb a „familialista” gondozási rezsimekben (köztük Magyarországon), ahol alacsony a jóléti állam által idősgondozási szolgáltatásokra fordított erőforrások szintje. Az alkalmi támogatás előfordulása vegyesebb képet mutat, leggyakrabban Csehországban, Észtországban és Dániában fordulnak elő az ilyen transzferek. Azt tapasztaltuk, hogy a kelet-európai országok heterogének az alkalmi támogatás esetében, a rendszeres támogatás előfordulása viszont magas ezekben az országokban, köztük Magyarországon is.

A SHARE a nemzedékek közötti családi segítségnyújtás mintázatainak összehasonlító vizsgálatára az egyik leggyakrabban használt kutatás. Előnye a transzferek különféle fajtáira vonatkozó kérdések és a gyermekek jellemzőinek részletes felmérése. A vizsgálat hátránya ugyanakkor, hogy nem teszi lehetővé a transzferviselkedést befolyásoló értékek és normák vizsgálatát, továbbá a jelenleg hozzáférhető adatbázis nem alkalmas a diád-szintű elemzésre.

IRODALOM

- Albertini, Marco – Kohli, Martin – Vogel, Claudia 2007: Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17(4), 319–334.
- Albertini, Marco – Kohli, Martin 2013: The generational contract in the family: An analysis of transfer regimes in Europe. *European Sociological Review*, 29(4), 828–840.
- Albertini, Marco 2016: *Ageing and Family Solidarity in Europe. Patterns and Driving Factors of Intergenerational Support*. Policy Research Working Paper No. 7678, World Bank Group.
- Albuquerque, Paula C. 2014: Intergenerational private transfers. Portugal in the European context. *European Journal of Ageing*, 11(4), 301–312.
- Attias-Donfut, Claudine – Wolff, Francois-Charles 2000: Complementarity between private and public transfers. In Attias-Donfut, Claudine – Arber, Sarah (eds.): *The Myth of Generational Conflict*. Routledge, London and New York, 47–68.
- Barro, Robert J. 1974: Are Government Bonds Net Wealth? *Journal of Political Economy*, 82(6), 1095–1117.
- Bartus, Tamás 2005: Estimation of marginal effects using margeff. *The Stata Journal*, 5(3), 309–329.
- Bengtson, Vern L. 2001: Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage & Family*, 63(1), 1–16.
- Bocz János - Medgyesi Márton 2004: *A háztartások közötti együttműködés jellemzői II. Életmód és időmérleg*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Börsch-Supan, Axel 2013: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4*. Release version: 5.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w4.500
- Börsch-Supan, Axel – Brandt, Martina – Litwin, Howard – Weber, Guglielmo (eds.) 2013a: *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. De Gruyter, Berlin.
- Börsch-Supan, Axel – Brandt, Martina – Hunkler, Christian – Kneip, Thorsten – Korbmayer, Julie – Malter, Frederic – Schaan, Barbara – Stuck, Stephanie – Zuber, Sabrina 2013b: Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001.
- Brandt, Martina – Haberkern, Klaus – Szydlik, Marc 2009: Intergenerational Help and Care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585–601.
- Brandt, Martina – Schmid, Tina – Haberkern, Klaus 2012: Gendered support to older parents: do welfare states matter? *European Journal of Ageing*, 9(1), 39–50.
- Bryan, Mark L. – Jenkins, Stephen P. 2016: Multilevel modelling of country effects: a cautionary tale. *European Sociological Review*, 32(1), 3–22.
- Carmichael, Fiona – Charles, Sue 1998: The labour market costs of community care. *Journal of Health Economics*, 17(6), 747–765.
- Cox, Donald 1987: Motives for private income transfers. *Journal of Political Economy*, 95(3), 508–546.
- Deindl, Christian – Brandt, Martina 2011: Financial support and practical help between older parents and their middle-aged children in Europe. *Ageing and Society*, 31(4), 645–662.

- Dykstra, Pearl 2009: *Intergenerational relationships in ageing societies: United Nations Economic Commission for Europe Working Group on Ageing*. ECE/WG .1/2009/3.
- EGGEBEEN, David J. – DAVEY, Adam 1998: Do safety nets work? The role of anticipated help in times of need. *Journal of Marriage and the Family*, 60(4), 939-950.
- GÁL, Róbert Iván – SZABÓ, Endre – VARGHA, Lili 2015: The age-profile of invisible transfers: the true size of asymmetry in inter-age reallocations. *The Journal of the Economics of Ageing*, 5(1), 98-104.
- GÁTI ANNAMÁRIA 2012: Az 50 éven felüliek „jólléte” kapcsolataik tükrében. In Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Ríport 2012*, TÁRKI Budapest, 271-290.
- GYARMATI ANDREA 2014: A nagyszülői gyermekgondozás intergenerációs változásának néhány jellemzője Magyarországon, kvalitatív adatokon. *Demográfia*, 57(1), 45-72.
- GYARMATI ANDREA 2015: *Nagyszülők és unokák. A nagyszülőktől az unokák felé irányuló gondozási transferek jellege és változása*. PhD értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia Doktori Iskola, Budapest.
- HANK, Karsten 2007: Proximity and Contacts Between Older Parents and Their Children: A European Comparison. *Journal of Marriage and Family*, 69(1), 157-173.
- HENRETTA, John C. – WOLF, Douglas A. – VAN VOORHIS, Matthew F. – SOLDI, Beth J. 2012: Family structure and the reproduction of inequality: parents' contribution to children's college costs. *Social Science Research*, 41(4), 876-87.
- HERLOFSON, Katharina – HAGESTAD, Gunhild – SLAGSVOLD, Britt – SØRENSEN, Anne-Mette 2011: Intergenerational family responsibility and solidarity in Europe. Multilinks deliverable 4.3. Norwegian Social Research (NOVA), April 2011.
- KALMIJN, Matthijs – SARACENO, Chiara 2008: A comparative perspective on intergenerational support. Responsiveness to parental needs in individualistic and familialistic countries. *European Societies*, 10(3), 479-508.
- KOHLI, Martin 1999: Private and public transfers between generations: Linking the family and the state. *European Societies*, 1(1), 81-104.
- KOHLI, Martin – KÜNEMUND, Harald 2003: Intergenerational transfers in the family: What motives for giving? In Bengtson, Vern L. – Lowenstein, Ariela (eds.): *Global Aging and Challenges to Families*. Aldine de Gruyter, New York, 123-142.
- KÜNEMUND, Harald – REIN, Martin 1999: There is more receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing and Society*, 19(1), 93-121.
- LEITNER, Sigrid 2003: Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.
- LEOPOLD, Thomas – RAAB, Marcel 2011: Short-Term Reciprocity in Late Parent-Child Relationships. *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 105-119.
- LONG, J. Scott 1997: *Regression models for categorical and limited dependent variables*. SAGE Thousand Oaks.
- LOWENSTEIN, Ariela – KATZ, Ruth – GUR-YAISH, Nurit 2007: Reciprocity in Parent-Child Exchange and Life Satisfaction among the Elderly: A Cross-National Perspective. *Journal of Social Issues*, 63(4), 865-883.
- LYE, Diane N. 1996: Adult child-parent relationships. *Annual Review of Sociology*, 22, 79-102.

- Malter, Frederic – Börsch-Supan, Axel (szerk.) 2013: *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, Munich.
- Medgyesi Márton 2003: Nemzedékek közötti privát transferek motivációi Magyarországon. In Gál Róbert Iván (szerk.): *Apák és fiúk és unokák*. Osiris, Budapest, 173–197.
- Medgyesi Márton 2005: *Nemzedékek közötti transferek és a társadalmi státusz átörökítése*. PhD-értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológiai Doktori Iskola.
- Mulder, Clara H. – Smits, Jeroen 1999: First-time home-ownership of couples. The effect of inter-generational transmission. *European Sociological Review*, 15(3), 323–37.
- Mureşan, Cornelia – Hărăguş, Paul Theodor 2015: Norms of Filial Obligation and Actual Support to Parents in Central and Eastern Europe. *Romanian Journal of Population Studies*, 9(2), 49–81.
- Örkény Antal - Székelyi Mária 2011: Családi transferek és családon belüli értékválasztások. In Örkény Antal – Székelyi Mária (szerk.): *Az igazságosság labirintusaiban. Társadalmi méltányosság és generációs igazságosság a 21. század Magyarországon*. Sík Kiadó KFT, Budapest.
- Papházi Tibor 2005: A segítségnyújtás formái. In Török Péter (szerk.): *Képek az albumból. Munka és gondozás négygenerációs családok életében*. NCSSZI, Budapest.
- Reher, David S. 1998: Family ties in Western Europe: persistent contrasts. *Population and Development Review*, 24(2), 203–234.
- Reil-Held, Anette 2006: Crowding out or crowding in? Public and private transfers in Germany. *European Journal of Population*, 22(3), 263–280.
- Saraceno, Chiara – Keck, Wolfgang 2010: Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies*, 12(5), 675–696.
- Sarasa, Sebastian 2008: Do welfare benefits affect women’s choices of adult care giving? *European Sociological Review*, 24(1), 37–51.
- Schenk, Niels – Dykstra, Pearl – Maas, Ineke 2010: The role of European welfare states in intergenerational money transfers: a micro-level perspective. *Ageing and Society*, 30(8), 1315–1342.
- Silverstein, Merrill 2006: Intergenerational Family Transfers in Social Context. In Binstock, Robert H. – George, Linda L. (eds.): *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 6th edition, Elsevier Academic Press, 166–181.
- Spéder Zsolt 2002: Generációk és élethelyzetek: háztartások közötti segítő kapcsolatok. In Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet*. Gyorsjelentés. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 81–90.
- Stata Corp. 2013: *Base Reference Manual*. Stata Press.
- Swartz, Teresa Toguchi – Kim, Minzee – Uno, Mayumi – Mortimer, Jeylan – O’Brien, Kirsten Bengtson 2011: Safety nets and scaffolds: parental support in the transition to adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 73(2), 414–429.
- Utasi Ágnes 2002: Társadalmi integráció és családi szolidaritás. *Educatio*, 11(3), 384–403.
- Vaskovics László 1993: A fiatal felnőtteknek nyújtott szülői segítség. *Aula*, 15(1), 7–21.
- Zissimopoulos, Julie 2001: *Resource Transfers to the Elderly: Do Adult Children Substitute Financial Transfers for Time Transfers?* Working Papers 01-05. RAND Corporation.

HELP FROM CHILDREN TO ELDERLY PARENTS: HUNGARY IN EUROPEAN CONTEXT

ABSTRACT

In times of population ageing and its pressure on social security programmes it is particularly important to understand the determinants of intergenerational family transfers. In this paper the author studies the exchanges of support between elderly parents and their children in Hungary, which is a rapidly ageing country with relatively low state involvement in elderly care. He describes patterns of in-kind transfers (personal care and household help) received from children using data from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wave 4. His aim is to situate Hungary among the transfer regimes typical in European countries and to describe the main determinants of upward in-kind transfers in a comparative context. Following the literature the paper differentiates between occasional and regular support and constructs multivariate models of the probability of receiving support with both parental and child characteristics as explanatory variables. Results showed that in-kind transfers were received by the more „needy” parents: those of higher age, living alone and having health problems. Proximity also plays a role: frequent transfers were most often received by parents from daughters and children living close. In the case of occasional transfers the author finds evidence of short-term reciprocity: non-intensive support was more often received by parents who gave transfers to children. Eastern European countries (including Hungary) have generally high level of regular support, but are heterogeneous in terms of occasional support.

KÖZLEMÉNY

A magyarországi németek disszimilációjának területi jellemzői

Tóth Ágnes – Vékás János

ÖSSZEFOGLALÓ

A szerzők a 2001. és 2011. évi magyarországi népszámlálások adatainak összehasonlításával kiszámították, hogy a német nemzeti kisebbséghez kötődő személyek létszám-növekedése kistérségenként minimálisan milyen mértékben ered a disszimilációból. Német kötődésűeknek azokat tekintették, akik a népszámlálás nemzeti-etnikai kötődésre vonatkozó kérdéscsoportjának legalább egy kérdése esetében a németet jelölték meg. Disszimilánsoknak azokat a 2011. évi népszámláláskor magukat német kötődésűeknek vallókat tekintették, akik a 2001. évi népszámlálás során még egyetlen népszámlálási kérdés tekintetében sem vallották magukat a németséghez kötődőnek. A migráció hatásának kiszűrése érdekében vizsgálatukat csak a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűekre korlátozták, és az egyes születési évjáratok létszámának összehasonlításával végezték. Az eredmények szerint a disszimiláció minimális mértékének kistérségi mutatója nagy szórást mutat, de nem áll szoros korrelációban sem a kistérség, sem az általa lakott német kötődésűek alapvető mutatóival. A szerzők a kapott kistérségi disszimilációs mutatók alapján látják célszerűnek kijelölni azokat a terepeket, amelyeken további részletes társadalomszerkezeti és társadalomtörténeti vizsgálatokkal tárhatók fel a disszimilációval kapcsolatos oksági összefüggések.

Tárgyszavak: németek, népszámlálás, identitás, disszimiláció

Tóth Ágnes
MTA TK Kisebbségkutató Intézet
E-mail: toth.agnes@tk.mta.hu

Vékás János
MTA TK Kisebbségkutató Intézet
E-mail: vekas.janos@tk.mta.hu

BEVEZETÉS

Korábbi elemzéseinkben (Tóth - Vékás 2013, 2014a, 2014b, 2016) kimutattuk, hogy egyes magyarországi nemzeti kisebbségek esetében a 2001. és 2011. évi népszámlálás közötti időszakban bekövetkezett jelentős létszámnövekedés jó részét a disszimilációból ered, vagyis abból, hogy a 2011. évi népszámlálás során olyanok is egy adott kisebbséghez kötődőnek vallották magukat, akik 2001-ben még nem így nyilatkoztak.

A disszimiláció mértéke különösen a németység körében mutatkozott magas arányúnak a létszámot befolyásoló két másik tényező, a természetes szaporodás (az élveszületések és a halálozások különbözete) és a vándorlási különbözet (az odavándorlók és elvándorlók számának különbözete) befolyási arányához képest.

Ez a tény sok mindent elmondhat a társadalmi szerkezet mélyrétegeiben zajló folyamatokról, de csak akkor, ha fényt derítünk a jelenség okaira, tehát mindenek előtt kimutatjuk, milyen körülmények közepette, milyen mértékben és módon jelentkeznek.

Ennek érdekében valamelyest finomítottunk a disszimilációval kapcsolatos eddigi kutatásaink módszertánán. A disszimiláció minimális mértékét eddig úgy számítottuk ki, hogy kisebbségenként megvizsgáltuk, a születésük óta azonos lakcímen lakók száma ötéves korcsoportonként hogyan változott meg a két népszámlálás (2001 és 2011) között. Tehát, például a Pilisvörösváron 2001-ben összeírt 5–9 évesek (akik 2011-re 15–19 évesek lettek) száma hogyan viszonyul a 2011-ben összeírt 15–19 évesek számához. A jelenség szignalizálásához ez az eljárás elégséges volt, de a pontosabb elemzés érdekében azt is figyelembe kell venni, hogy a két népszámlálás 2001. február 1-jei és 2011. október 1-jei eszmei időpontja között nem pontosan tíz év, hanem ennél hét hónappal több idő telt el, ami bizonyos mértékben torzította az eredményeket. Ezt a korlátozást úgy iktattuk ki, hogy egyrészt nem a korévet, hanem a születési évet vettük alapul, másrészt nem öt, hanem egyéves időszakokra számítottuk ki a disszimiláció minimális mértékét.

A 2001. ÉS A 2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS ETNODEMOGRÁFIAI ADATAI ÖSSZEHASONLÍTHATÓSÁ- GÁNAK LEHETŐSÉGEI ÉS KORLÁTAI

A 2001. és a 2011. évi népszámlálás nemzeti-etnikai identitásra vonatkozó kérdései között a következő az eltérés: míg 2001-ben a témára vonatkozó négy népszámlálási kérdésre (milyen nemzetiségű; mi az anyanyelve; családi, baráti

közösségben mely nyelvet használja; mely nemzet kultúrájához kötődik) 3-3 választ lehetett adni, addig 2011-ben már kimaradt a kulturális kötődésre vonatkozó kérdés, a megmaradt kérdésekre pedig 2-2 választ adhattak, a nemzetiségre vonatkozó válaszlehetőségeket ugyanis ketté bontották.

E módszertani eltérések miatt felmerült a kérdés, össze lehet-e hasonlítani „az almát a körtével”. Akik az összehasonlítás lehetősége ellen érvelnek, a kisebbségi identitásdeklarációk számának 2011. évi jelentős arányú növekedését e módszertani különbségekkel magyarázzák (pl. Morauszi – Papp Z. 2014: 98; Kapitány 2015: 99-100), illetve a módszertani összehasonlítás szempontjából is a 2011-es magas nem válaszolási arányt jelölik meg az egyik legfontosabb tényezőként (Kapitány 2013: 32-36).

Mi vezethetett volna a növekedéshez e módszertani eltérések közül?

1. A kulturális kötődés kérdésének elhagyásától – értelemszerűen – semmiképpen sem növekedhetett az adott kisebbséghez kötődők száma. Bár rendkívül eltérő mértékben, de minden kisebbség esetében a hozzájuk kötődők egy része kizárólag a kulturális kötődés megjelölésével került az adott kisebbség körébe. Egy részük 2011-ben – amikor e kérdés már nem szerepelt a népszámlálási kérdőívben – már nyilvánvalóan a nemzetiség, az anyanyelv vagy a családi nyelv keretében jelezte az adott kisebbséghez való kötődését, de azt is feltételeznünk kell, hogy a másik részük viszont kikerült az adott kisebbséghez való kötődést jelzők köréből.

2. Magától értetődő, hogy a lehetséges válaszok számának 3-ról 2-re csökkentéséből kifolyólag sem feltételezhetjük az identitásdeklarációk számának növekedését, még ha tudjuk is, hogy az egy-egy kérdésre 3 választ adók száma a statisztikai makroelemzés szempontjából rendkívül csekély.

3. Fennáll még az a lehetőség, hogy az identitásdeklarációk számának növekedését a nemzetiségre vonatkozó két lehetséges válasz két kérdésre bontása („Mely nemzetiséghez tartozónak érzi magát?”; „Az előző kérdésnél megjelöltön kívül tartozik-e másik nemzetiséghez is?”) idézte elő.

Az adatok összehasonlítása alapján első pillantásra úgy tűnik, hogy ez az érvelés indokolt. Ha például megvizsgáljuk a német nemzetiségűeket, akkor látjuk, hogy míg 2001-ben több mint felük jelölt meg csak egy nemzetiséget, addig 2011-ben arányuk alig haladta meg a 20%-ot (1. táblázat). Eközben a lehetséges három válasz közül több mint háromnegyedik a németet és a magyart jelölte meg.

1. táblázat: A német kötődésűek megoszlása a nemzetiség kérdésre adott válaszok alapján
Distribution of people with German ties based on responses to the question on ethnicity

Nemzetiség	2001. év, fő	2011. év, fő	2001. év, %	2011. év, %
Csak német	32 746	27 930	52,7	21,2
Német és magyar	29 198	102 349	47,0	77,6
Német és más	161	1672	0,3	1,3
Összesen	62 105	131 951	100,0	100,0

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Ha azonban ezeket az arányokat az anyanyelv kérdésének vonatkozásában vizsgáljuk meg (2. táblázat), akkor azt állapíthatjuk meg, hogy jóval nagyobb arányban nőtt a két választ adók aránya, holott e kérdés esetében a kérdezetteket nem ösztönözték erre két külön kérdés feltevésével, mint ahogy a nemzeti-ség esetében tették.

2. táblázat: A német kötődésűek megoszlása az anyanyelv kérdésre adott válaszok alapján
Distribution of people with German ties based on responses to the question on native language

Anyanyelv	2001. év, fő	2011. év, fő	2001. év, %	2011. év, %
Csak német	24 933	17 667	73,8	46,2
Német és magyar	8 800	20 260	26,1	53,0
Német és más	41	321	0,1	0,8
Összesen	33 774	38 248	100,0	100,0

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Ugyanígy növekedett a többes kötődést jelölők aránya a családi, baráti közösségben beszélt nyelv (a továbbiakban az ábrákon és a táblázatokban rövidítve: családi nyelv) esetében is, bár itt már 2001-ben is rendkívül csekély volt azok száma, akik a családban csak németül beszéltek (3. táblázat).

3. táblázat: A német kötődésűek megoszlása a családi, baráti közösségben beszélt nyelv kérdésre adott válaszok alapján

Distribution of people with German ties based on responses to the question on the language spoken in the family and among friends

Családi nyelv	2001. év, fő	2011. év, fő	2001. év, %	2011. év, %
Csak német	7 520	8 094	14,2	8,5
Német és magyar	45 185	86 028	85,4	89,9
Német és más	207	1 539	0,4	1,6
Összesen	52 912	95 661	100,0	100,0

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

A válaszmegtagadók számának 2001 és 2011 közötti nagyarányú növekedését illetően az általunk ismert etnodemográfiai elemzések egyike sem tartalmazza annak a hatásmechanizmusnak a leírását, amely révén a válaszmegtagadók számának növekedése összefüggésbe hozható lenne a kisebbségi identitásdeklarációk számának növekedésével.

Mindez azt bizonyítja, hogy a 2001. és 2011. évi népszámlálások közötti módszertani eltérések nem befolyásolták lényegesen az eredményeket. A változások a „valós társadalmi folyamatokat” tükrözik, természetesen nemcsak azokat, amelyek a kisebbségek keretében zajlottak, hanem azokat is, amelyek a környezetükben játszódtak le, mi több, e két tényezőcsoport folyamatos interaktív viszonyban áll egymással. Ezzel a kérdéssel azonban egy korábbi tanulmányunkban részletesen foglalkoztunk (Tóth – Vékás 2008).

ORSZÁGOS ÉRTÉKEK

Mint ismeretes, a 2001. évi népszámlálás¹ során 120 344 fő, 2011-ben pedig 185 695 fő vallotta magát legalább egy kérdés kapcsán a németiséghez kötődőnek, ami 154%-os növekedés. Születési évenkénti bontásban azonban ez a különbség egyes évjáratokban még ennél is lényegesen nagyobb. A 2011. évi népszámlálás során csak az 1936 előtt születettek körében írtak össze kevesebb német kötődésűt, mint 2001-ben.

¹ Az elemzésünkben feltüntetett népszámlálási adatok a Központi Statisztikai Hivatal elektronikus adatbázisából származnak. Ugyanez a forrása az összes táblázatnak és ábrának is.

Ugyanakkor, miközben a 2001. évi népszámláláson a 2000-ben született csecsemők közül még csak 246-ot deklaráltak német kötődésűnek a szüleik, 2011-ben az akkor tíz éves német kötődésűek száma már 1337 fő volt, vagyis 10 év alatt öt és félszeresére (544%) nőtt. Ezt követően nagyjából egyenletesen mérséklődik a növekedési arány egészen az 1984-ben születettekig, hiszen az életkorral együtt növekszik a halálesetek száma, akárcsak az elvándorlásoké, s e tényezők hatása már nagyobb mértékben ellensúlyozza a disszimilációs hatását.

Külön vizsgálatot igényel az 1973 és 1976 között született „Ratkó-unokák”² körében tapasztalható magas disszimilációs arány (az 1975-ben született német kötődésűek száma 2011-ben a 2001. évi érték 218,9%-a).

A disszimiláció létszám-növekedésre gyakorolt hatásának ez a minimális mértéke, mert nem ismeretes előttünk, hogy a két népszámlálás között a német kötődésűek mekkora hányada halt meg, illetve vándorolt el, amit ugyancsak a disszimilációnak kellett ellentételeznie.

A külső vándorlás hatása

Az évenkénti országos születési létszám-növekedés értékeire a disszimiláció mellett még a bevándorlás is lényeges hatást gyakorolhatott. Ezért ahhoz, hogy megállapítsuk a disszimiláció létszámnövelő hatásának országos értékét, ki kellett zárnunk a bevándorlás hatását, azaz elemzésünket a Magyarországon született német kötődésűekre korlátoztuk.

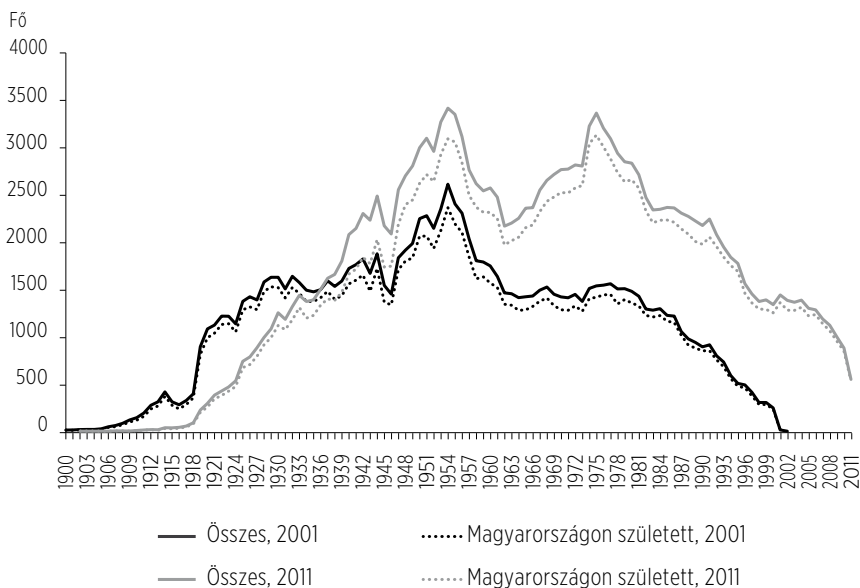
Bár a külföldön született német kötődésűek száma a két népszámlálás közötti időszakban majdnem a kétszeresére nőtt, arányuk a németországon belül alig több mint egy százalékkal lett magasabb. Semmiképp sem lehetett tehát a magyarországi németországi létszám-növekedésének meghatározó tényezője. A korrekt elemzés érdekében azonban mégis vessünk egy pillantást hatásának jellegére és mértékére.

Az 1. ábrán láthatjuk, hogy a külföldön születettek nem azoknál a születési éveknél gyarapítják a magyarországi németországi létszámát, amelyeknél 2001 és 2011 között a legnagyobb volt a növekedés. 2001-ben csak az 1918-ban és korábban születettek körében haladta meg a külföldön születettek aránya a 10%-ot, 2011-ben pedig csak az 1941 és 1945 között születettek (akkor 66–70 évesek) körében érte el a 20%-ot.

² 1953 februárjában a kormányzat minisztertanácsi rendelettel betiltotta az abortuszt, illetve bevezette a gyermektelenségi adót és a gyermekvállalási kedvezményeket. A következő években 15%-kal nőtt a születések száma. Az időszakot Ratkó Anna egészségügyi miniszterrel „Ratkó-korszak”-nak, az akkor születetteket „Ratkó-gyerekek”-nek nevezték el (Pongrácz 2013).

1. ábra: Az összes és a Magyarországon született német kötődésűek országos létszámának születési év szerinti száma, 2001–2011 (fő)

The number of all people with German ties and of those born in Hungary by year of birth, 2001–2011 (persons)



Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Összegezve: a német kötődésűek száma Magyarországon a 2001-ben összeírt 120 344 főről 2011-ig 185 696 főre gyarapodott, a többlet tehát 65 352 fő. Ebből a külföldön születettek gyarapodása 7744 fő (a 2001. évi 9756 főről a 2011. évi 17 500 főre). Hátramarad tehát a Magyarországon születettek 57 608 fős (a 2001. évi 110 588 főről a 2011. évi 168 196 főre) gyarapodásának magyarázata.

Ezt úgy oldjuk meg, hogy táblázatunkban egymás mellé rendeljük az adott évben születettek 2001., illetve 2011. évben összeírt számát, és kiszámoljuk a két érték soronkénti különbségét (4. táblázat).

Ahogy a 4. táblázatból is láthatjuk, az 1900 és 1938 közötti évjáratok mind-egyikében *fogyás* jelentkezett. Ezen sorokban a Különbség-oszlop mezőinek értékeit összeadva megállapíthatjuk, hogy a 2001-ben 63–101 évesek létszáma 2011-ben 10 986 fővel lett kevesebb.

4. táblázat: A Magyarországon született német kötődésűek születési évjáratonkénti létszámkülönbsége, 2001–2011

Change in the number of people with German ties born in Hungary by birth year, 2001–2011

Születési év	Német, 2001	Német, 2011	Különbség
1900	12		-12
1901	10		-10
1902	14	1	-13
1903	16	1	-15
1904	18	1	-17
		...	
1932	1518	1178	-340
1933	1456	1307	-149
1934	1372	1195	-177
1935	1371	1225	-146
1936	1410	1332	-78
1937	1479	1399	-80
1938	1395	1383	-12
1939	1432	1468	36
1940	1558	1662	104
1941	1596	1712	116
1942	1651	1838	187
1943	1478	1771	293
1944	1722	2025	303
1945	1363	1735	372
1946	1336	1744	408
		...	
1998	283	1291	1008
1999	281	1287	1006
2000	236	1251	1015
2001	14	1359	1345
2002		1280	1280
2003		1277	1277
2004		1310	1310
2005		1219	1219
2006		1233	1233
2007		1137	1137
2008		1062	1062
2009		952	952
2010		848	848
2011		538	538
Összesen	110 588	168 196	57 608

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Az 1939 és 2000 között születettek minden évjázatában viszont *töbplet* jelentkezett: a 2001-ben 1–62 évesek létszáma 2011-re 56 393 fővel lett több. Emellett a 2011. évi népszámláláskor 12 201, 2001 és 2011 között *született* német kötődésűt írtak össze.

Mindez tehát azt jelenti, hogy a Magyarországon született német kötődésűek 2001 és 2011 közötti 57 608 fős növekményének 21,2%-a a születésekből, 78,8%-a pedig az évjázatonkénti töbplet, illetve fogyás különbözetéből ered (5. táblázat).

5. táblázat: A Magyarországon született német kötődésűek 2001 és 2011 közötti disszimilációs növekményének minimuma

The minimal dissimilation increment (between 2001 and 2011) of people with German ties born in Hungary

	Különbözet, fő	A 2001–2011. évi növekményből, %	A 2011. évi összlétszámból, %
Fogyás sorok összege =			
a halálozás+elvándorlás+ asszimiláció minimuma	-10 986		
Töbplet sorok összege =	56 393		33,5
a disszimilánsok számának minimuma			
Születések 2001 és 2011 között	12 201	21,2	7,3
2011–2001 különbség összesen	57 608		
Töbplet és Fogyás különbözete	45 407	78,8	

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Ugyanakkor azt is megállapíthatjuk, hogy a pozitív különbözetű évjázatok többletének összege (56 393 fő) képezte 2011-ben a Magyarországon született német kötődésűek összlétszámának 33,5%-át. Ők alkotják a disszimilánsok létszámának minimumát, amit a következő okokból nevezünk minimumnak.

Egyrészt, az elvándorlás és visszavándorlás különbözete esetében nincs népszámlálási adatunk arról, hogy a 2001. évi népszámlálás időpontjában hány Magyarországon született személy tartózkodott külföldön azok közül, akiket 2011-ben már ismét magyarországi lakhelyükön írtak össze, és fordítva, mennyien távoztak külföldre. (Közbevetőleg jegyezzük meg: nemcsak etnodemográfiai kutatásaink számára, hanem sok más célból is nagyon hasznos lenne egy olyan népszámlálási kérdés, amely azt tudakolná, hogy a kérdezettet hol írták össze az előző népszámlálás során.)

Másrészt, a születések és halálozások különbözete esetében a születési év alapján pontosan tudjuk ugyan a születések számát, de az elhalálozottak száma a népszámlálási forrásokból nem ismerhető meg.

Harmadrészt, az asszimiláció és disszimiláció különbözete esetében az asszimiláció mértékéről is csak feltételezésekbe bocsátkozhatunk.

Mindezen okok oda vezetnek, hogy azoknak a személyeknek a száma, akiket 2011-ben németként írtak össze, de a 2001. évi népszámláláskor még nem mondták magukat németnek, semmiképpen sem lehetett kisebb a feltüntetett értéknél, nagyobb azonban lehetett, mert az elhunytak, elvándoroltak vagy asszimilálódtak létszámát is csak a disszimilánsok pótolhatták. Elemzésünk célja azonban nem ezeknek a kérdéseknek a taglalása, hanem alapvetően arról igyekszünk minél többet megtudni, hogy a magyarországi némettség körében tapasztalható disszimiláció hátterében milyen tényezők feltételezhetőek, hipotéziseket alkotva a további kutatásokhoz. Ezért az oksági összefüggések feltárásának előkészítése céljából megvizsgáljuk, hogy különböző helyeken és körülmények között milyen mértékben jut kifejezésre, illetve a társadalmi szerkezet egyéb mutatóival hol milyen mértékben korrelál. Ennek első lépése a disszimiláció területi jellemzőinek vizsgálata.

A belső vándorlás hatása

A disszimiláció területi jellemzőinek vizsgálatához a külső vándorlás mellett a belső vándorlás létszámváltozásra gyakorolt lehetséges hatását is ki kell zárni. Erre az a népszámlálási adat nyújt lehetőséget, amely megjelöli azon kérdezeteket, akik születésük óta azonos lakcímen laktak.

Ezen személyek a vizsgált népességcsoportnak, esetünkben a magyarországi németységnek csak egy kisebb részét képezik, amely emellett még sajátos demográfiai jellemzőkkel is rendelkezik. A vizsgálatuk által kapott eredmények semmiképpen sem vonatkoztathatók mechanikusan a magyarországi németység egészére, de létszámuk még megbízható alapot nyújt a statisztikai elemzésre.

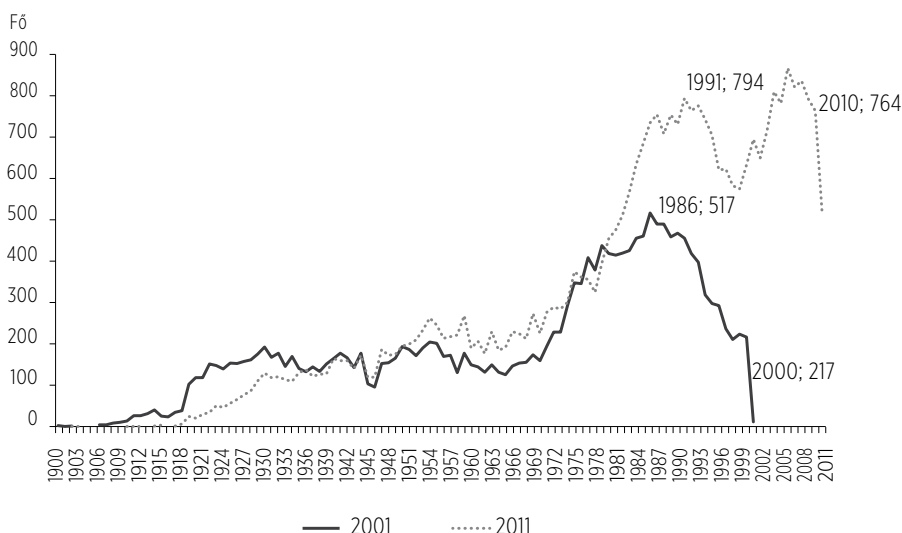
A 2001. évi népszámlálás során a 120 344 német kötődésű közül 19 351 olyan személyt írtak össze, aki születése óta azonos lakcímen lakott. Ők akkor a német kötődésűek 16,1%-át képezték. 2011-re a német kötődésűek száma 185 696-ra

nőtt (a 2001. évi érték 154,3%-a), miközben ez utóbbiak közül 33 108 fő nem költözött (a 2001. évi érték 171,1%-a), így részesedésük a német kötődésűek körében már 17,8%-ot tett ki.

Vizsgáljuk meg a következőkben a nem költözött német kötődésűek évjáratonkénti disszimilációs jellemzőit (2. ábra).

2. ábra: A születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek országos létszámának születési év szerinti megoszlása, 2001–2011 (fő)

The number of people with German ties who have resided at the same place since birth by year of birth, 2001–2011 (persons)



Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Esetükben az 1945-ös évjáratnál fordul többletbe a létszámkülönbség, s az e sorok összegét kitevő 7284 fő képezi a disszimilánsok számának minimumát. Ha ebből kivonjuk az 1900–1944-es évjáratok fogyását, az 5520 fő képezi a 2001 és 2011 közötti növekmény születéseken felüli részét. Miután a 2001 és 2011 között született német kötődésűek a születésük óta azonos lakcímen lakók gyarapodásának 59,9%-át képezik, a növekményből a disszimilánsokra 40,1% esik (6. táblázat).

6. táblázat: A születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek 2001–2011 közötti disszimilációs növekményének minimuma

The minimal dissimilation increment (between 2001 and 2011) of people with German ties who have resided at the same place since birth

	Különbözet, fő	A 2001–2011. évi növekményből, %	A 2011. évi összlétszámból, %
Fogyás sorok összege = a halálozás+elvándorlás+ asszimiláció minimuma	-1 765		
Többlet sorok összege = a disszimilánsok számának minimuma	7 285		22,0
Születések 2001 és 2011 között	8 237	59,9	24,9
2011–2001 különbség összesen	13 757		
Többlet és Fogyás különbsége	5 520	40,1	

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Megfigyelhetjük, hogy míg a Magyarországon született német kötődésűek 2011. évi összlétszámából a 2001. és 2011. év közötti születések 7,3%-kal részesedtek, addig a születésük óta azonos lakcímen lakók esetében arányuk 24,9%-ot tesz ki. Az eltérés abból ered, hogy a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek korösszetétele sokkal fiatalabb, mint a német kötődésűek összlétszámaé, mivel minél fiatalabb az illető, annál kevesebb körülmény ösztönzi vagy kényszeríti a vándorlásra. Ugyanakkor a korösszetételből eredő különbségek megfelelő módszertani megközelítések figyelembe vételére köteleznek bennünket, amelyekre *Az extrapolálás kockázatai* című részben térünk ki részletesen.

TERÜLETI KÜLÖNBSÉGEK

Ha azt akarjuk kideríteni, hogy a területi különbségek hogyan befolyásolják a német közösség disszimilációs jellemzőit, azt kell szem előtt tartanunk, hogy a túl nagy területi egység (megye) átlagai elfedik a különbségeket, a túl kis egység (település) csekély esetszámai pedig alkalmatlanok a statisztikai elemzésre.

Ezen megfontolásokból döntöttünk a kistérségi beosztás mellett, amely a 2001. évi népszámlálás időpontjában 150 egységre osztotta fel Magyarországot területét, és ezekre számítottuk át a 2011. évi népszámlálás adatait is.

A 150 kistérség mindegyikében írtak össze német kötődésűt 2001-ben és 2011-ben is, akiknek egy része születése óta azonos lakcímen lakott.

A születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek létszámának alakulásában a disszimiláció szerepe kistérségenként rendkívül eltérő volt. A Hajdú-Bihar megyében lévő Balmazújvárosi kistérségben például a 2011-ben összeírt 30 olyan német kötődésűből, aki születése óta azonos lakcímen lakott, 2001-ben még csak egyetlen ilyen személyt írtak össze. Miután 2001 és 2011 között csak két olyan gyermek született, aki e kategóriába sorolható, a további 27 fős növekmény a disszimiláció minimális mértékét mutatja (90%). A másik szélsőség a Mohácsi kistérség, ahol a legutóbbi két népszámlálás között a német kötődésűek létszáma annak ellenére is csökkent, hogy 2001-ben a kistérségben az összlakosság majdnem egyötödét tették ki (19,9%). Azonban még itt is volt valamennyi disszimiláció, amelynek minimális mértéke számításunk szerint a születésük óta azonos lakcímen lakók 2011. évi létszámának 5,4%-át képezte.

Vizsgáljuk meg először példaként a disszimiláció minimális mértékének szélsőséges értékeit mutató két kistérség németiségének jellemzőit (Balmazújvárosban 90%; Mohácson 5,4%), hogy közelebb kerüljünk a disszimiláció jelenségének megértéséhez.

Balmazújvárosi kistérség: az erőteljes revitalizáció példája

2001-ben a Hajdú-Bihar megyei, 30 256 lakosú Balmazújvárosi kistérségben 27 személy mondta magát német kötődésűnek a népszámlálás legalább egy kérdése kapcsán. Közülük csak egy élt 1961-es születése óta az akkori lakóhelyén, a kistérség központját képező Balmazújvárosban. Nemzetisége és kulturális kötődése szerint vallotta magát németnek. Beszélte a német nyelvet, bár az nem volt anyanyelve, és családi, baráti környezetben se használta.

2011-re a német kötődésűek száma 209 főre nőtt (774%). Még nagyobb arányú volt a születésük óta azonos lakcímen lakók növekedése (30 fő, tehát a 2001. évi érték 3000%-a), közülük ketten születtek a két legutóbbi népszámlálás közötti időszakban.

A német identitásukat újonnan deklarálók a 2011. évi népszámlálás időpontjában elenyésző kivétellel 17–35 évesek voltak.

A disszimilánsok számának minimuma

A születési évjáratok – az ismertetett módszerrel való – összevetése során megállapíthatjuk, hogy a születésük óta azonos lakcímen lakók 29 fős növekményéhez 6,9%-ban járultak hozzá a születések, 93,1%-ban pedig a disszimiláció, továbbá hogy a kistérségben legalább 27 olyan német kötődésűt írtak össze, aki már a 2001. évi népszámláláskor is jelen volt, de akkor még nem vallotta magát németnek. A 30 fős összeállításból tehát 90% jut a disszimilánsokra, 6,7% a 2001. évi népszámlálás után születetteknek, és a maradék 3,3% azokra, akik már a 2001. évi népszámlálás során is németnek vallották magukat.

A válaszkombinációk

A válaszkombinációk összehasonlításából látjuk, hogy azok aránya nőtt a legnagyobb mértékben, akik kizárólag nemzetiségük deklarálásával kötődtek a németiséghez (1. számú válaszkombináció; 7. táblázat).

7. táblázat: A német kötődésűek válaszkombinációinak összehasonlítása, Balmazújvárosi kistérség, 2001, 2011

Comparison of response combinations of people with German ties, Balmazújváros Subregion, 2001, 2011

Válasz-komb.	Identitáskategória			2001		2011		2011/2001
	nemz	anye	csbeny	fő	%	fő	%	%
01	X	-	-	6	28,6	133	63,6	35,1
03	-	X	-	1	4,8	2	1,0	-3,8
04	-	-	X	7	33,3	56	26,8	-6,5
07	X	X	-	2	9,5	1	0,5	-9,0
08	X	-	X	0	0,0	3	1,4	1,4
10	X	X	X	5	23,8	14	6,7	-17,1
19	-	X	X	0	0,0		0,0	0,0
Összesen				21	100	209	100	
Csak kulturális kötődés				6				
Együtt				27		209		

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Megjegyzés: Az X-szel jelölt identitáskategóriákat jelölik, hogy az adott sorban összeszámolt személyek mely népszámlálási kérdések (nemzetiség; anyanyelv; családi, baráti közösségben beszélt nyelv) szerint mondták magukat a németiséghez kötődőnek. Miután a 2011. évi népszámlálás – a 2001. évvel ellentétben – nem kérdezett rá a kulturális kötődésre, mindazok számát, akik 2001-ben kizárólag ennek kapcsán jelezték a németiséghez való kötődésüket, külön sorban tüntettük fel, de értelemszerűen nem vontuk be az összehasonlításba.

Az identitáskategóriák

A nemzetiségi identitásdeklarációk növekedése megmutatkozik az identitáskategóriák arányaiban is. A 8. táblázatból látjuk, hogy 2011-re a nemzetiségük szerint a németiséghez kötődők száma a 2001. évi létszám több mint tízszeresére nőtt, de meghatszorozódott a családban német nyelvet használók száma is. A német anyanyelvűek száma nőtt a legkisebb mértékben az identitáskategóriák közül. Az aktív (nemzetiség) és passzív (anyanyelv és családi nyelv) identitáskategóriák növekedési aránya a német kötődésűek további revitalizációjának előjele.

8. táblázat: A német kötődésűek által jelölt identitáskategóriák, Balmazújvárosi kistérség, 2001, 2011
Identity categories indicated by people with German ties, Balmazújváros Subregion, 2001, 2011

Év	Nemzetiség	Anyanyelv	Családi nyelv
2001	13	8	12
2011	151	17	73

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Korösszetétel

Az ország össznépességének folyamatos öregedésével szemben a németiség korösszetétele 2001 és 2011 között valamelyest javult, de még mindig kedvezőtlen. A lemaradás továbbra is a gyermekkorúak arányában a legkifejezettebb az ország, és még inkább a Balmazújvárosi kistérség németisége esetében. Közben az ország össznépességében a 0–14 évesek aránya 2001-ben 16,6%-ot, 2011-ben pedig 14,6%-ot tett ki (tehát a gyermekek aránya csökkent), addig a németiségben ez az arány 2001-ben 8,5%, 2011-ben pedig 10,1% volt, tehát a gyermekek aránya enyhén nőtt, de még mindig nem érte el az országos átlagot. A Balmazújvárosi kistérségben viszont, ahol 2001-ben még egyetlen német kötődésű 0–14 éves sem volt, a 2011. évi 7 fő a német kötődésűek 3,3%-át tette ki.

Ugyanakkor a kistérségben az öregkorúak aránya is a 2001. évi 18,5%-ról a 2011. évi 23%-ra emelkedett. Egyedül a felnőtt korúak körében kedvező az elmozdulás a fiatalabb felnőtt korúak javára: a 15–39 évesek arányának 33,3%-ról 36,4%-ra való növekedését a 40–59 évesek 48,1%-ról 37,3%-ra való csökkenése ellentételezte.

Gazdasági aktivitás

A Balmazújvárosi kistérség németiségének gazdasági aktivitási mutatói igen kedvezőek: 2011-ben a 209 német kötődésű közül 110 volt foglalkoztatott (52,6%), amivel a 150 kistérség sorában a 16. helyet foglalta el (9. táblázat). Ez az érték jelentősen meghaladta mind az össznépeség, mind a németiség országos arányait.

9. táblázat: A Balmazújvárosi kistérség német kötődésű lakónépességének megoszlása gazdasági aktivitás szerint, 2011 (%)

The distribution of people with German ties by activity status in the Balmazújváros Subregion, 2011 (%)

	Foglalkoztatott	Munkanélküli	Inaktív kereső	Eltartott
Népeség országosan, 2001	36,2	4,1	32,4	27,3
Népeség országosan, 2011	39,7	5,7	29,7	24,9
Németiség országosan, 2001	40,2	2,6	38,2	19,1
Németiség országosan, 2011	44,3	4,2	30,9	20,6
Németiség a kistérségben, 2011	52,6	4,8	13,9	28,7

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Ha a korösszetételben mutatkozó különbségek semlegesítése érdekében megvizsgáljuk a 15–59 éves német kötődésűekre kiszámított gazdasági aktivitási arányokat, akkor ugyancsak azt állapíthatjuk meg, hogy 2011-ben az országos összlétszámukban összeírt 66,7%-hoz képest a Balmazújvárosi kistérségben e korcsoport 70,8%-a volt foglalkoztatott.

Végzettség

A Balmazújvárosi kistérség németiségének jellemzői 2011-ben a végzettség tekintetében nem annyira kedvezőek, mint a gazdasági aktivitás tekintetében, de jobbak a németek országos átlagánál. A legnagyobb különbség a legalább középfokú iskolával rendelkező német kötődésűek arányában mutatkozik: míg az országos összlétszámában 70,1%, addig a Balmazújvárosi kistérség esetében 79,4% az arányuk (10. táblázat). Az átlagosnál kedvezőbb arányokhoz legnagyobb részben az érettségivel rendelkezők magas részesedése járult hozzá.

10. táblázat: A Balmazújvárosi kistérség német kötődésű népességének végzettségi jellemzői, 2011
The education of people with German ties in the Balmazújváros Subregion, 2011

Iskolai végzettség	Németek országosan		Németek a kistérségben	
	fő	%	fő	%
Befejezett általános iskola nélkül	23 876	12,9	16	7,7
Általános iskola 8 osztálya	31 668	17,1	27	12,9
Középiskola érettségi nélkül	29 883	16,1	43	20,6
Középiskola érettségivel	54 602	29,4	79	37,8
Felsőfok	45 667	24,6	44	21,1
Legalább középiskola	130 152	70,1	166	79,4
Összesen	185 696	100	209	100

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

A 20 éves és idősebb, legalább középiskolával rendelkező német kötődésűek aránya 2011-ben hasonlóképpen alakult: a német kötődésűek országos összlet-számában 81,2%-ot, a Balmazújvárosi kistérség megfelelő korú németiségében pedig 84%-ot tett ki.

A történelmi háttér

Mint kimutattuk, a Balmazújvárosi kistérségben a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek disszimilációból eredő 90%-os minimális növekedési aránya kiemelkedően magas.

Ahhoz, hogy közelebb kerüljünk ennek magyarázatához, a társadalomszerkezeti tények mellett társadalomtörténeti szempontokat is figyelembe kell vennünk.

Balmazújvárosban a németység a 18. század közepén telepedett le, miután Mária Terézia 1753-ban Újváros (Balmazújváros korabeli neve) határát a császárhű siklósi Andrassy Zsigmond özvegyének adományozta. A család a gazdálkodás fellendítése céljából a szabadalmas mezővárost robotra kötelezett jobbágyközséggé tette, ami az újvárosi jobbágyok ellenkezését váltotta ki (Katona 1997: 9). Ezt követően, 1766-ban az Andrassyak behívták a német telepeket, s szerződésben biztosítottak nekik kedvező feltételeket a gazdálkodáshoz (Katona 1997: 32).

A gazdasági eredmények nem maradtak el, ugyanakkor a német telepesek gyorsan beolvadtak a magyarságba. A magyar nyelvű istentiszteletek bevezetése mellett az 1880-as évek közepén a német mint tanítási nyelv is kezdett megszűnni, az anyakönyveket pedig 1883-tól magyarul vezették, még a német eredetű neveket is magyar változatukban anyakönyvezték (Katona 1997: 39).

Ugyanez a folyamat tükröződött a népszámlálási adatokban is, különösen az után, hogy „Egy-egy falu lakosságát drasztikus módon ébresztették rá, hogy nem magyarok. Magyarul gondolkodtak, magyarul éreztek, a magyar kultúra részesei voltak. [...] A balmazújvárosiak nemzeti hovatartozásának sem volt kétséges 1945-ig. Sok német nevűnek már az ükapja sem tudott németül.” (Szebeni 1991: 9.)

11. táblázat: A Balmazújvárosi kistérség német anyanyelvű, illetve nemzetiségű népessége, 1880–2011
Population data for German native speakers and ethnic Germans in the Balmazújváros Subregion, 1880–2011

Év	Anyanyelv	Nemzetiség
1880	1680	n. a.
1890	19	n. a.
1900	105	n. a.
1910	187	n. a.
1920	14	n. a.
1930	16	n. a.
1941	3	1
1949	1	0
1960	1	1
1980	5	5
1990	4	3
2001	8	13
2011	17	151

Forrás: KSH, 1880–2011 közötti népszámlálások.

1945. január 13-án összesen 547 személyt deportáltak a mai Balmazújváros településről a Szovjetunióba, 80%-uk (430 fő) volt német származású.

Lehet, hogy Balmazújváros németségét – amint az idézet mondja – 1945-ben „drasztikus módon ébresztették rá” arra, hogy „nem magyarok”. Ébredésüknek azonban csak a rendszerváltás után adtak hangot nyilvánosan.

Három okot is feltételezhetünk amögött, hogy feltámadt az itt megtelepedett őseik nemzetiségéhez való kötődésük .

Egyrészt az életkori jellegzetességükből eredő, személyes sorsuk megalapozására vonatkozó igényt, bár – mint más kistérségek példáiból is látható – a disszimiláció jelensége az időskorúak esetében is kimutatható. (A mintából eredő módszertani problémákat lásd *Az extrapolálás kockázatai* című részben.)

Második okként a rendszerváltás után megváltozott légkört feltételezhetjük, amelyben megindult a németiség helyi önszerveződése, és nem utolsó sorban megalakult a német kisebbségi önkormányzat is.

Harmadsorban az is lehetséges, hogy 2011-ben a társadalmi-gazdasági válságban, biztos gyökerek után kutatva tartották fontosnak kinyilvánítani a németiséghez való kötődésüket, amihez a német állam megerősödött tekintélye is hozzájárulhatott.

Ennyi minden lehet egyetlen statisztikai mutatószám mögött.

Mohácsi kistérség: a regresszió példája

A Baranya megyében található Mohácsi kistérség a 2001. évi népszámlálás adatai szerint a Budapesti kistérség után Magyarország második legnagyobb németek lakta kistérsége volt. 2011-re megelőzte a Pilisvörösvári kistérség, visszaesett tehát a harmadik helyre, mert a német kötődésűek száma a 2001. évi 10 641 főről 9418-ra csökkent. Miközben tehát 2001-ben a Magyarországon összeszeirt német kötődésűek 8,8%-át adta, addig 2011-ben a részesedése már csak 5%-ot tett ki.

Hasonló módon, de enyhébb mértékben fogyott a születésük óta azonos lakcímen lakók száma is. E kategóriában 2001-ben 2310 fővel meggyőzően foglalta el az első helyet, megelőzve nemcsak a Pilisvörösvári, hanem az akkor harmadik helyezett Budapesti kistérséget is, e kategória országos összlétszámának 11,9%-ával. A 2011. évi 2133 fővel 6,4%-ra apadt a részesedése, de a születésük óta azonos lakcímen lakók számának csökkenése jóval kisebb volt, mint a német kötődésűek összlétszámáé.

A disszimilánsok számának minimuma

Mindez visszatükröződik a disszimiláció mutatóiban is. A 2011. évi népszámláláskor szinte alig volt olyan évjárat, amelyben a lakóhelyén születettek körében több német kötődésűt írtak volna össze, mint 2001-ben. Ugyanakkor az 1973 és

1983 között születettek körében tetemes a demográfiai veszteség (ők a 2011. évi népszámlálás időpontjában 28–38 évesek voltak, tehát a munkára foghatók legjobb életkorában).

Eközben 2011-ben a születése óta azonos lakcímen lakó 2133 német kötődésű között legkevesebb 116 olyan volt, aki 2001-ben ugyanott lakott, de akkor még nem mondta magát németnek. Ők a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek 5,4%-át képezték, de ez a 2001 és 2011 közötti születésekkel (395 fő, a 2011. évi létszám 18,5%-a) együtt sem volt elegendő az elhalálozás, az elvándorlás és az asszimiláció együttes hatásából eredő 688 fős fogyás ellentételezésére. Másképpen fogalmazva: bár a születések száma több mint kétszeresen (225,2%) meghaladta a 2001. és 2011. évi létszámkülönbség összegét, a halálozás, az elvándorlás és az asszimiláció okozta együttes veszteség a két népszámlálás közötti létszámcsökkenés több mint háromszorosa (323,2%) volt (12. táblázat).

12. táblázat: A születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek 2001–2011 közötti disszimilációs növekményének minimuma a Mohácsi kistérségben

The minimal dissimilation increment (between 2001 and 2011) of people with German ties in the Mohács Subregion who have resided at the same place since birth

	Különbség, fő	A 2001–2011. évi növekményből, %	A 2011. évi összlétszámból, %
Fogyás sorok összege = a halálozás+elvándorlás+ asszimiláció minimuma	-688		
Többlet sorok összege = a disszimilánsok számának minimuma	116		5,4
Születések, 2001–2011	395	-223,2	18,5
2011–2001 különbség összesen	-177		
Többlet és fogyás különbsége	-572	323,2	

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

A válaszkombinációk

A német kötődésűek válaszkombinációinak részesedését összehasonlítva megfigyelhetjük, hogy a Mohácsi kistérségben azok száma csökkent a legnagyobb mértékben, akik anyanyelvük és családban beszélt nyelvük alapján vallották magukat a németiséghez kötődőnek, nemzetiségükként viszont nem a németet jelölték meg (13. táblázat).

13. táblázat: A német kötődésűek válaszkombinációinak összehasonlítása, Mohácsi kistérség, 2001, 2011
Comparison of response combinations of people with German ties, Mohács Subregion, 2001, 2011

Válasz- komb.	Identitáskategória			2001		2011		2011/2001 %
	nemz	anya	csbeny	fő	%	fő	%	
01	X	-	-	1 682	18,3	3 082	32,7	14,5
03	-	X	-	401	4,4	116	1,2	-3,1
04	-	-	X	956	10,4	778	8,3	-2,1
07	X	X	-	820	8,9	682	7,2	-1,7
08	X	-	X	979	10,6	1 471	15,6	5,0
10	X	X	X	3 613	39,3	3 132	33,3	-6,0
19	-	X	X	754	8,2	157	1,7	-6,5
Összesen				9 205	100	9 418	100	
Csak kulturális kötődés				1 436				
Együtt				10 641		9 418		

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Megjegyzés: Az X-szel jelölt identitáskategóriák azt jelölik, hogy az adott sorban összeszámolt személyek mely népszámlálási kérdések (nemzetiség; anyanyelv; családi, baráti közösségben beszélt nyelv) szerint mondták magukat a németiséghez kötődőnek. Mivel a 2011. évi népszámlálás – a 2001. évvel ellentétben – nem kérdezett rá a kulturális kötődésre, mindazok számát, akik 2001-ben kizárólag ennek kapcsán jelezték a németiséghez való kötődésüket, külön sorban tüntettük fel, de értelemszerűen nem vontuk be az összehasonlításba.

Az identitáskategóriák

Az identitáskategóriák esetében is az anyanyelv hanyatlása a legnagyobb mértékű, miközben a magukat német nemzetiségűnek vallók száma csekély mértékben még növekedett is (14. táblázat).

14. táblázat: A német kötődésűek által jelölt identitáskategóriák, Mohácsi kistérség, 2001, 2011
Identity categories indicated by people with German ties, Mohács Subregion, 2001, 2011

Év	Nemzetiség	Anyanyelv	Családi nyelv
2001	7094	5588	6302
2011	8367	4087	5538

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Korösszetétel

A Mohácsi kistérség németiségének korösszetétele minden összehasonlításban kimondottan kedvezőtlen.

A kistérség németisége körében – az ország össznépességéhez és németiségéhez viszonyítva is – kevesebb a gyermekkorú és a fiatalabb felnőtt korú személy. 2001-ben a 0–14 évesek aránya az ország össznépességében 16,6%-ot, az ország németiségében pedig 8,5%-ot tett ki, ráadásul a Balmazújvárosi kistérségben a 9%-os arány még valamelyest meg is haladta az ország össznépességének körében jegyzett értéket. 2011-re viszont, miközben az ország németiségének körében a 0–14 évesek aránya 10,1%-ra emelkedett, addig a Mohácsi kistérségben a gyermekkorúak aránya tovább csökkent (8,9%), akárcsak a fiatalabb felnőtt korúaké (a 2001. évi 26,3%-ról a 2011. évi 25%-ra). Az ellentételezés nagyjából egyenletesen oszlott meg a két idősebb korcsoport között.

Gazdasági aktivitás

A Mohácsi kistérség németiségének gazdasági aktivitási mutatói jelentősen alulmúlják nemcsak az ország németiségének, hanem össznépességének mutatóit is (15. táblázat).

A foglalkoztatottak 39,1%-os részesedése a Balmazújvárosi kistérséggel (52,6%) összehasonlítva rendkívül alacsony, s az eltérést nem a munkanélküliek (4,8% : 4,3%), hanem részben az inaktív keresők (13,9% : 16,1%), de még inkább az eltartottak (28,7% : 40,5%) rendkívül magas aránya ellentételezi, amit a gyerek-

korúak részesedése semmiképpen nem indokol. Ez utóbbi körülmény tisztázása külön vizsgálatot igényel.

15. táblázat: A Mohácsi kistérség német kötődésű lakónépességének megoszlása gazdasági aktivitás szerint, 2011

Activity status of people with German ties residing in the Mohács Subregion, 2011

	Foglalkoztatott	Munkanélküli	Inaktív kereső	Eltartott
Népesség országosan, 2001	36,2	4,1	32,4	27,3
Népesség országosan, 2011	39,7	5,7	29,7	24,9
Németség országosan, 2001	40,2	2,6	38,2	19,1
Németség országosan, 2011	44,3	4,2	30,9	20,6
Németség a kistérségben, 2011	39,1	4,3	16,1	40,5

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

A korösszetételben mutatkozó különbségek semlegesítése érdekében a 15–59 éves német kötődésűekre kiszámított gazdasági aktivitási arányok azt mutatják, hogy míg 2011-ben a Mohácsi kistérségben a német kötődésűek körében a foglalkoztatottak aránya (66,8%) szinte teljesen megegyezik az ország németiségét jellemző aránnyal (66,7%), addig ez az arány a Balmazújvárosi kistérség németiségének körében jóval magasabb (70,8%).

Végzettség

A Mohácsi kistérség németiségének végzettségi mutatói az ország németiségéhez viszonyítva kedvezőtlenek: sok a befejezett általános iskola nélküli, kevés a felsőfokú végzettségű (*16. táblázat*).

Még nagyobb az eltérés a Balmazújvárosi és a Mohácsi kistérség németiségének végzettségi mutatói között: a Mohácsi kistérségben kétszer akkora a befejezett általános iskola nélküliek aránya, és a felsőfokú végzettségűek aránya is alig haladja meg a Balmazújvárosi kistérségbeli felét. Míg 2011-ben a Balmazújvárosi kistérség németiségének 79,4%-a rendelkezett legalább középiskolával, addig a Mohácsi kistérségbeli németek mindössze 58,3%-a.

16. táblázat: A Mohácsi kistérség német kötődésű népességének végzettségi jellemzői, 2011
The education of people with German ties residing in the Mohács Subregion, 2011

Iskolai végzettség	Németek országosan		Németek a kistérségben	
	fő	%	fő	%
Befejezett általános iskola nélkül	23 876	12,9	1 479	15,7
Általános iskola 8 osztálya	31 668	17,1	2 445	26,0
Középiskola érettségi nélkül	29 883	16,1	2 075	22,0
Középiskola érettségivel	54 602	29,4	2 310	24,5
Felsőfok	45 667	24,6	1 109	11,8
Legalább középiskola	130 152	70,1	5 494	58,3
Összesen	185 696	100	9 418	100

Forrás: KSH, 2001. és 2011. évi népszámlálások elektronikus adatbázisa.

Ugyanígy, miközben a 20 éves és idősebb, legalább középiskolával rendelkező német kötődésűek aránya 2011-ben a német kötődésűek országos létszámában 81,2%-ot, a Balmazújvárosi kistérség megfelelő korú németiségében pedig 84%-ot tett ki, addig a Mohácsi kistérségben ez az arány mindössze 65,8%.

A történelmi háttér

A Mohácsi kistérség területére való betelepítések az 1600-as évek végén kezdődtek. A szerbek és horvátok mellett a Rajna mentéről, Fulda környékéről, Frankföldről hajón vagy tutajon érkező német telepesek nagy része Mohácson kötött ki, és innen mentek tovább az uradalmakba.

2001-ben a Mohácsi kistérség 47 települése közül csak egyben (Kékesben) nem írtak össze egyetlen német kötődésű személyt sem. Kétharmaduk (66,2%) azonban 9 településen élt, így az áttekinthetőség kedvéért ezek népszámlálási adatsoraival mutatjuk be a Mohácsi kistérségben a németiség létszámának alakulását, szemléltetve egyúttal azt is, hogy a kistérségi mutatószámok milyen mértékben fedik el a részletek eltéréseit (17. táblázat).

Arányokban kifejezve: az egyes települések 1880-ban 100 indexponttal jelzett német anyanyelvű népessége 1941-ig annak 104-160%-ára nőtt, majd a második világháború utáni üldöztetés, kényszermunka és kitelepítések

következtében 1949-re 0,7-22%-ára apadt. Kisebb-nagyobb hullámzások után – amelyek részben a politikai hangulat, részben a szintén azzal összefüggő népszámlálási módszertan változásaiból eredtek – 2011-re az 1880. évi értékek 6-32%-át érte el.

17. táblázat: A német anyanyelvű népesség létszám-változásának arányai a Mohácsi kistérség legnagyobb számban németek lakta településein (fő)

Changes in the population of German native-speakers in settlements inhabited by the greatest number of Germans in the Mohács Subregion (persons)

Év	Bóly	Geresd-lak	Himes-háza	Lány-csók	Mohács	Palota-bozsok	Somberek	Szederkény	Véménd
1880	2211	2470	1337	1279	1638	1426	1311	996	1565
1890	2748	3044	1573	1523	2173	1570	1561	1237	1870
1900	2517	2948	1637	1483	1999	1569	1372	1178	1882
1910	2698	3202	1522	1490	2081	1709	1465	1314	1816
1920	2518	3222	1562	1693	2159	1705	1396	1440	1804
1930	2078	3194	1616	1701	1920	1497	1613	1504	2130
1941	2290	3206	1529	1847	2026	1648	1738	1591	2280
1949	16	472	90	217	362	76	265	81	63
1960	131	1474	769	421	902	292	644	469	203
1980	53	417	620	295	588	278	612	330	310
1990	173	421	577	280	975	408	744	417	459
2001	268	283	571	252	736	368	519	329	363
2011	201	158	338	138	529	130	317	231	245

Forrás: KSH, 1880-2011 közötti népszámlálások.

Magyarországon a népszámlálás először 1941-ben kérdezett rá az anyanyelv mellett a nemzetiségre is, mint aktív és szubjektív identitáskategóriára (18. táblázat).

Ha az 1941. évi értéket 100 indexpontnak vesszük, akkor látjuk, hogy 1949-ben Mohácson ez az érték éppen csak elérte az 1%-ot, a többi vizsgált településen pedig 0,1-0,3% között volt. 2011-re viszont Mohácson a magukat német nemzetiségűeknek vallók száma az 1941. évi érték 138,6%-át tette ki.

Bár a kistérség többi településén a németet nemzetiségűeknek vallók száma a 2001. évi értékhez képest csökkent, a kistérség egészét tekintve, még így is sze-

rény növekedést mutat (117,9%). Ez azonban jelentősen elmarad a német nemzetiségűek létszám-növekedésének országos mértékétől (212,5%).

18. táblázat: A német nemzetiségű népesség létszám-változásának arányai a Mohácsi kistérség legnagyobb számban németek lakta településein (fő)

Changes in the population of ethnic Germans in settlements inhabited by the greatest number of Germans in the Mohács Subregion (persons)

Év	Bóly	Geresd-lak	Himesháza	Lánycsók	Mohács	Palotabozsok	Somberek	Szederkény	Véménd
1941	851	2750	1487	1638	1054	1503	1322	1166	1784
1949	1	8	2	3	11	2	1	1	n. a.
1960	27	34	17	19	78	83	18	4	27
1980	9	65	85	154	148	132	98	83	85
1990	208	217	578	211	831	295	412	294	344
2001	647	303	520	394	1238	376	463	460	376
2011	767	279	453	351	1461	249	482	482	346

Forrás: KSH, 1941–2011 közötti népszámlálások.

Ferkov Jakab, a nemzetiségi bázisintézményként működő mohácsi Kanizsai Dorottya Múzeum igazgatója írja tanulmányában: „Az egységes kultúra létrejöttét eredményező folyamatban kimutatható a kisebbségek egyre nagyobb eltávolodása az anyanemzet kultúrájától és a teljes beolvadáshoz vezető út minden fontos állomása. A kisebbségek léte a többségi nemzetbe való beolvadás előtt egyfajta köztes lét.” (Ferkov 2015: 142.) A szerző – általunk borúlátónak tartott – megállapításával szemben a kistérségek összehasonlító elemzése alapján arra következtünk, hogy a németiség esetében a regresszív tendenciák a Mohácsi kistérségben is visszafordíthatók. Azt is feltételezzük, hogy a tapasztalatok más kisebbségek számára is hasznosíthatók.

ÖSSZEFOGLALÁS

Ha a kistérségeket aszerint kívánjuk kategorizálni, hogy a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek disszimilációs jellemzői a területükön hogyan járultak hozzá a német kötődésűek reprodukciójához, akkor három kategóriába sorolhatjuk őket.

Az *első kategóriába* azok tartoznak, amelyek esetében a disszimilációs növekmény már önmagában is ellentételezi az asszimiláció, az elhalálozás és az elvándorlás együttes hatásából eredő fogyást. Ez a 150 kistérség közül 135-re érvényes. Ezekben a kistérségekben a német kötődésűek országos összlétszámának 83,9%-a, a születésük óta azonos lakcímen lakók 80,5%-a és a disszimilánsok 92,8%-a élt.

A *második kategóriába* sorolt kistérségek esetében a disszimilációs növekmény nem volt elegendő a fogyás ellentételezésére, de a születések számának köszönhetően 2011-ben még mindig több volt a születésük óta azonos lakcímen lakók száma, mint 2001-ben. E kritérium alapján a következő 11 kistérség tartozik ide (zárójelben a disszimiláció minimális mértéke a 2011. évi összlétszámából): Tabi (59,4%), Gárdonyi (53,8%), Sátoraljaújhelyi (41,3%), Sarkadi (40%), Tatai (23,5%), Oroszlányi (23,4%), Rétsági (17,7%), Tatabányai (14,5%), Bajai (12,8%), Dorogi (12,5%), Dabasi (8,2%). Ezekben a kistérségekben a német kötődésűek 8,8%-át és a születésük óta azonos lakcímen lakók 10,4%-át írták össze, illetve itt élt a disszimilánsok 5,2%-a.

A *harmadik kategóriába* soroltuk azokat a kistérségeket, amelyek esetében a fogyás olyan mértékben haladta meg a disszimilációs növekményt, hogy utóbbi még a születések számával együtt sem tudta ellentételezni a különbséget. E kategóriába 4 kistérség tartozik: Szobi (25,4%), Tamási (10,9%), Pécsváradi (6,6%), Mohácsi (5,4%). Ezekre esik a német kötődésűek 7,4%-a, a születésük óta azonos lakcímen lakók 9,1%-a és a disszimilánsok 1,9%-a.

Az ismertetett adatokat két szempontból célszerű elemezni.

Egyrészt, meg kell vizsgálni, hogy a disszimilációs jellemzők területi különbségei milyen korrelációban állnak az adott kistérség demográfiai, gazdasági, politikai és kulturális sajátosságaival (külső tényezők), illetve magának a német közösségnek a helyi sajátosságaival (belső tényezők). Másrészt, támpontokat kell szerezni annak megítéléséhez, hogy a születésük óta azonos lakcímen lakók csoportjának jellemzői miben térnek el a német kötődésűek csoportja egészének jellemzőitől. Arra keresünk tehát választ, hogy kutatásunk alapján milyen megkötésekkel vonhatunk le a disszimiláció természetével kapcsolatos következtetéseket a magyarországi németiség egészére nézve.

Ha a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek 2011. évi összlétszáma disszimilációból eredő minimális mértékének kistérségi adatait összehasonlítjuk az említett tényezők mutatóival, a további kutatások kiindulópontjaként a következő hipotéziseket fogalmazhatjuk meg.

1. A disszimilációs jellemző nem áll szoros korrelációban sem a kistérség komplex fejlettségi mutatójával, sem annak komponenseivel.

2. A disszimiláció minimális mértéke erős negatív korrelációban ($r = -0,59$) áll a németiségnek a kistérség össznépeségében 2001-ben betöltött arányával. Vagyis: a legnagyobb arányban német kötődésűek által lakott kistérségekben a legkisebbek a disszimilációs minimumok értékei. Viszont ezt nem befolyásolhatja az élethosszig számított vándorlási arány, mert az egyes kistérségekben született és az azokban lakó német kötődésűek aránya, illetve a németiségnek az össznépeségben betöltött aránya között nincs szignifikáns korreláció, tehát nem a vándorlási különbségek rontja le a disszimiláció reprodukciós hatását.
3. A gazdasági aktivitási kategóriák aránya és a disszimilációs mutatók közötti kistérségenkénti korreláció minden vonatkozásban gyenge (tehát 0,5 alatti), akár a német kötődésűek kistérségenkénti összlétszámát, akár a 15–59 éveseket (a zárójelben feltüntetett értékeket) vizsgáljuk: foglalkoztatott 0,23 (-0,23); munkanélküli 0,42 (0,33); inaktív kereső -0,09 (0,28); eltartott -0,24 (-0,16).
4. Ugyanígy nem tekinthető erősnek a német kötődésűek iskolai végzettsége és a születésük óta azonos lakcímen lakó német kötődésűek disszimilációs jellemzői közötti korreláció sem. (Befejezett általános iskola nélkül: -0,61; az általános iskola 8 osztálya: -0,11; középiskola érettségi nélkül: 0,24; középiskola érettségivel: 0,29; felsőfok: 0,14.) Valamivel erősebb volt a korreláció a legalább középiskolát végzettek tekintetében: 0,46.

Távol áll tőlünk, hogy az ilyen lineáris összefüggések után szimatolva további átfogó elemzések nélkül mélyebb következtetéseket igyekezzünk levonni. A korrelációs koefficiensek ismertetésével éppen azt fejtegettük, hogy a disszimilációs jellemző, mint a nemzeti-etnikai identitás egyik megnyilvánulási formája, a területi mutatók egyikével sem áll erős korrelációban. Tehát az oksági összefüggések feltárásához mélyfúrások kellenek. Jelen tanulmány csak a mélyfúrások helyszínének kijelölésére szolgál.

Ezek a vizsgálatok azonban arra mindenképpen jók, hogy fölhívják a figyelmet: a disszimiláció jelenségének jobb megértésével, a tényezők viszonyrendszerének a társadalmi integrációs/dezintegrációs spirál mentén való elemzésével, a német közösségben zajló belső folyamatok vizsgálatával közelebb juthatunk a magyarországi társadalom egészének jobb megismeréséhez is.

AZ EXTRAPOLÁLÁS KOCKÁZATAI

Ha a Balmazújvárosi kistérségben megvizsgáljuk az összes német kötődésű személy születési év szerinti megoszlását is, azt látjuk, hogy 2011-ben nemcsak azokban az évjáratokban van növekedés, amelyekben azt a születésük óta azonos lakcímen lakók esetében kimutattuk a disszimiláció minimális mértékeként, hanem szinte minden évjáratban. Még azoknál az idős korcsoportoknál is, amelyek esetében a halandóság magas arányát más kistérségekben már nem tudja ellentételezni a disszimiláció, és amelyek esetében szintén nem a bevándorlás magas arányát, hanem a disszimilációt kell feltételezni.

A Mohácsi kistérségben is hasonló arányokat állapíthatunk meg a német kötődésűek összlétszáma és azon belül a születésük óta azonos lakcímen lakók száma között, egy eltérésre azonban fel kell figyelnünk. A születésük óta azonos lakcímen lakók számában a 2001. évihez képest 2011-ben jelentős csökkenés állt be az 1972 és 1984 között születettek (a 2011-ben 26–39 évesek) körében. Ezt a legaktívabb korúak elvándorlásával magyarázhatnánk, ami egybevág a kistérség kedvezőtlen gazdasági folyamataival. A német kötődésűek összlétszámaiban viszont ezen évjáratokban nem mutatkozik hiány, mintha azt éppen az odavándorlás ellentételezte volna, ami ellentmond mind a demográfiai, mind a gazdasági mutatóknak.

Az összes kistérségre vonatkozóan elmondhatjuk: 2001-ben a Sárospataki kistérségben volt a legmagasabb a német kötődésűek körében a születésük óta azonos lakcímen lakók aránya (498 főből 183, vagyis 36,7%). 2011-re e kistérség a 4. helyre szorult vissza (629-ből 223 fő, 35,5%). Tehát a két népszámlálás között, ha az országos átlag mértéke alatt is, de nőtt mind a német kötődésűek összlétszáma (126,3%), mind pedig ezen belül az azonos lakcímen lakók száma (121,9%). Az Aszódi kistérségben viszont ez a növekedés mindkét vonatkozásban sokkal nagyobb mértékű volt (a német kötődésűek összlétszáma 2011-ben a 2001. évi 270,8%-át, a születésük óta azonos lakcímen lakókénak a 380%-át tette ki), így ez került az élre. A 150 kistérség közül mindössze egy olyan volt (a Dorogi), amelyben a két népszámlálás között a német kötődésűek, illetve ezen belül a születésük óta azonos lakcímen lakók száma sem nőtt, illetve csökkent párhuzamosan (a korreláció: 0,78).

Mindez arra ösztönöz bennünket, hogy tovább kutassunk az olyan módszertani megoldások után, amelyek a disszimiláció mérését szélesebb körben is lehetővé teszik.

IRODALOM

- Ferkov Jakab 2015: A nemzetiségek kultúraátadási sajátosságai Mohács példáján. *Forrás*, 47(7-8), 142-159.
- Kapitány Balázs 2013: Kárpát-medencei népszámlálási körkép. *Demográfia*, 56(1), 25-64.
- Kapitány Balázs 2015: A magyarországi történelmi kisebbségi közösségek demográfiai viszonyai és perspektívái 1900-2011 között. *Kisebbségkutatás*, 24(3), 69-101.
- Katona Mária 1997: *Két évszázada Balmazújvároson – a balmazújvárosi németek története*. Balmazújvárosi Múzeum, Balmazújváros.
- Morauszki András – Papp Z. Attila 2014: Nemzetiségi revival? Magyarország nemzetiségei a 2011. évi népszámlálás megváltozott módszertana tükrében. *Kisebbségkutatás*, 23(3), 73-98.
- Pongrácz Tiborné 2013: A Ratkó-korszak. *Korfa*, 13(1), 1-4.
- Szebeni Ilona 1991: *Merre van a magyar hazám?* Széphalom Könyvműhely, Debrecen.
- Tóth Ágnes – Vékás János 2008: A népszámlálások nemzeti-etnikai adatai mögött rejlő politikai tényezők (1949-1990). *Kisebbségkutatás*, 17(3), 406-431.
- Tóth Ágnes – Vékás János 2013: A magyarországi nemzetiségek létszámváltozása 2001 és 2011 között. *Statisztikai Szemle*, 91(12), 1256-1267.
- Tóth, Ágnes – Vékás, János 2014a: National and Ethnic Minorities in Hungary in the Period 2001-2011. Ethno-Demographic Trends as Reflected in the Census Data. *Hungarian Statistical Review*, 92(17), 95-112.
- Tóth Ágnes – Vékás János 2014b: Nemzetiségek Magyarországon 2001-2011. Etnodemográfiai folyamatok a népszámlálások tükrében. *Kisebbségkutatás*, 23(3), 36-72.
- Tóth, Ágnes – Vékás, János 2016: Minderheit und Mehrheit. Divergente etno-demographische Prozesse zwischen 2001 und 2011. In Radek, Tünde – Szilágyi-Kósa, Anikó (Hrsg.): *Wandel durch Migration*. Komitatsarchiv Veszprém des Ungarischen Nationalarchivs, Veszprém, 133-155.

REGIONAL FEATURES OF DISSIMILATION IN THE ETHNIC GERMAN COMMUNITY IN HUNGARY

ABSTRACT

Subregional data from the Hungarian censuses of 2001 and 2011 were used to calculate the minimal effect of dissimilation on increases in the population of people with ties to the German national minority.

For the purposes of the analysis, people with German ties were defined as those who opted for “German” in response to at least one census question pertaining to national and ethnic affiliation.

Dissimilants were those who identified themselves as people with German ties at the time of the 2011 census but who had not declared an affiliation to the German community in response to any of the census questions in 2001.

With a view to eliminating the effects of migration, the analysis was limited to those people with German ties who had resided at the same place since birth, and it compared the number of people in the various year-of-birth cohorts.

The analysis concluded that there is a wide variance in the minimal dissimilation index at the subregional level but it has no close correlation with the basic indicators for the subregions or for the people with German ties who inhabit them. Based on the dissimilation indicators elaborated during the analysis, it would seem sensible to designate those areas where further detailed research on social structure and social history may reveal the causal factors pertaining to dissimilation.

KÖZLEMÉNY

„Önnek hány gyermeke született?” Gyermekszámra vonatkozó kérdezési technikák és adatjavítások az *Életünk* fordulópontjai panelkutatásban

Makay Zsuzsanna

ÖSSZEFOGLALÓ

Az *Életünk fordulópontjai* panelkutatás során négy alkalommal került sor ugyanazon válaszadók felkeresésére 2001 és 2012 között. Sok egyéb adat mellett gyermekeik pontos születési ideje is rögzítve lett, hiszen a kutatás egyik központi témáját képezik a gyermekvállalási döntések. Adatellenőrzések során kiderült, hogy sok esetben hibásak ezek az adatok, és ugyanazon válaszadók gyermekszáma eltér az egyes hullámok között, sok esetben csökken. Emiatt nagyszabású adatjavításra került sor, melynek célja az volt, hogy az egyes hullámokban konzekvensenek legyenek a válaszadók gyermekeinek adatai, gyermekszámuk. E tanulmányban ennek a javításnak a menetét és tapasztalatait írom le, és külön részt szentelek a levonható tanulságoknak: megfelelő kérdésfeltevéssel és kérdezési technikával a hibák nagy része elkerülhető és nagymértékben javítható az adatminőség.

Tárgyszavak: *Életünk fordulópontjai*, adatminőség, panelkutatás, gyermekszám

Makay Zsuzsanna
KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
E-mail: makay@demografia.hu

BEVEZETÉS

A kutatási célokra felhasznált adatok megbízhatósága alapfeltétele annak, hogy a kapott eredmények érvényesek, az adott társadalomra vonatkoztatva relevánsak legyenek. Emellett a szociológiai-demográfiai adatfelvételek esetében különösen fontos, hogy a családdal kapcsolatos adatok a lehető legközelebb álljanak a valósághoz. A termékenységgel, gyermekvállalással összefüggő elemzések készítésekor a válaszadók gyermekeinek a száma és születésük ideje az a minimális információ, amellyel már lehet (a szülő(k) egyes ismérveivel együtt) kutatásokat végezni. És noha azt gondolhatnánk, hogy ezeknek az adatoknak a begyűjtése nagyon egyszerű, valójában gyakran nem helyesek a kapott információk.

Közleményemben az *Életünk fordulópontjai* című panelvizsgálat termékenység-történettel, gyermekszámmal kapcsolatos adatai összeírásának és javításának a tapasztalatait és tanulságait kívánom megosztani. A kérdőív készítése és az összeírók oktatása során néhány kiemelt szempont figyelembevételével nagymértékben javíthatjuk ugyanis az összegyűjtendő adatok minőségét.

Az *Életünk fordulópontjai* egy nagyszabású társadalmi-demográfiai panelkutatás, amely 16 363 ember megkérdezésével indult 2001–2002 fordulóján. 2012–2013-ig összesen négy alkalommal került sor adatfelvételre ugyanazon válaszadók körében.¹ A követéses vizsgálat négy hullámában összesen 8 103 válaszadó vett részt (*1. táblázat*). A résztvevők minden alkalommal kérdezőbiztos segítségével töltötték ki a hozzávetőleg egyórás kérdőívet, amelyben családi helyzetükről, gyermekeikről, tanulmányaikról, munkájukról, életkörülményeikről, aggodalmaikról és sok egyéb más témáról kérdezték őket (a kutatásról részletes leírást ad Kapitány 2003, valamint Murinkó – Spéder 2016). A kérdőív egy részére minden adatközlő válaszolt, ezt követően pedig mindenkivel az adott élethelyzetének megfelelő kérdéseket tárgyalták meg. Míg például a fiatal, gyermekvállalási korban lévő válaszadók a családalapítással, addig az idősebb, nyugdíj előtt álló generációk a nyugdíjba lépéssel kapcsolatban kaptak több kérdést. A született gyermekekre vonatkozó kérdéseket minden válaszadó megkapta mindegyik hullámban.

¹ 2016–2017 fordulóján, e cikk írása idején zajlik az 5. adatfelvételi hullám. Egyes hullámok során a minta kiegészült „fiatal”, újonnan bevont válaszadókkal, de az ő követésükre a későbbiekben nem került sor; kivéve a jelenleg zajló 5. hullámot.

1. táblázat: Az egyes adatfelvételek ideje és a panel válaszadók száma hullámonként
 Year of the four waves of data collection and the number of panel respondents

	Adatfelvétel ideje	Panel résztvevők száma
1. hullám	2001/2002	16 363
2. hullám	2004/2005	13 540
3. hullám	2008/2009	10 641
4. hullám	2012/2013	8 103

A kutatás a nemzetközi *Generations and Gender Survey* (GGS) része, melynek keretében 19 fejlett országban kérdeztek le egy nagyon hasonló kérdőívet legalább egy alkalommal. A termékenység, gyermekvállalás, szülővé válás a projekt központi tematikája; lényegében az 1990-es években (Magyarország részvételével is) lezajlott *Fertility and Family Surveys* (FFS) [Termékenység és Család] adatfelvétel folytatásának tekinthető. A GGS-adatokból több tucat elemzés és publikáció született; a társadalmi kérdéseket érintő kutatások mellett módszertani tanulmányok is készültek. Ennek köszönhető, hogy a válaszadók gyermekeivel, gyermekvállalási történetével kapcsolatos adatok elemzésére adatminőségi szempontokat figyelembe véve is sor került. Az adatellenőrzések során ugyanis kiderült, hogy a gyermekekre, a termékenységre vonatkozó adatok nem megfelelő minőségűek. Németországban az első hullám után vetették össze a GGS-adatokat a népmozgalmi adatokkal, és arra jutottak, hogy az előbbi a gyermekszámot az idősebb generációk esetében alulbecsüli, míg a fiatalabb generációk esetében túlbecsüli (Kreyenfeld et al. 2013). A szerzők egyenesen arra hívták fel a figyelmet, hogy ezen adatok nem eléggé megbízhatóak a kohorsz-termékenységgel kapcsolatos statisztikák számításához. Franciaországban a GGS első, második és harmadik hullámának adatait hasonlították össze egymással, így derült fény a nem megfelelő adatminőségre. Kiderült, hogy a 40 év feletti válaszadók 22%-a a második és/vagy a harmadik hullámban alacsonyabb gyermekszámot mondott, mint korábban (Régnier-Loilier 2014). További elemzés arra világított rá, hogy az első hullámos adatok a legmegbízhatóbbak: nem az elsőben került sor „túl sok” gyermek összeírására, hanem a későbbi hullámokból maradtak ki elsősorban elhunyt, valamint a válaszadóval nem együtt élő gyermekek.

Ezeket az eredményeket olvasva elemeztük a gyermekekkel kapcsolatos magyar adatokat adatminőségi szempontból. Kiderült, hogy ezekben is sok és különböző, ám a legtöbb esetben javítható hiba van. Jelen közleményben ezt az ellen-

őrzési és javítási folyamatot mutatjuk be oly módon, hogy azt is megnézzük, mely tényezők vezethettek a hibás adatok rögzítéséhez. Emellett levonjuk a megfelelő tanulságokat arra vonatkozóan, hogyan érdemes feltenni a kérdéseket ahhoz, hogy a gyermekszámot és a gyermekek adatait a legmegbízhatóbban tudjuk összeírni.

Az adatok javítására egy nagyobb munka keretében került sor, mely során a Népeségtudományi Kutatóintézet munkatársai igyekeztek az Életünk fordulópontjai adatgyűjtést dokumentálni, az adatokat javítani, harmonizálni, felhasználóbaráttá tenni. Ennek a munkának az is a célja volt, hogy a külső adatfelhasználók számára egyértelművé váljon, hogy mely adatbázis milyen célra használható és mit tartalmaz. Korábban ugyanis nem volt ezeknek az adatoknak verziószámuk, a bázisok hullámonként külön-külön voltak csak – bizonyos feltételek mellett – elérhetőek.²

A gyermekekkel kapcsolatos javítás során a hullámonkénti adatokat összekapcsoltuk egy nagy longitudinális adatrendszerbe, és ezen végeztük a javítást. A végső cél a longitudinális adatbázis rendbehozatala volt, de végül nem csak a mind a négy hullámra válaszoló 8 103 ember adatai kerültek javításra, hanem azon 16 363 emberé, akik az első hullámban részt vettek. Erről a cikk további részében részletesen szólnunk. Az NKI által kiadott adatok 2016 decemberétől tartalmazzák ezeket a javításokat.

A tanulmány az alábbiak szerint épül fel: először bemutatjuk, hogy az egyes adatfelvételi hullámok során mely kérdésekkel és hogyan zajlott a gyermekek összeírása. Majd ismertetjük a gyermekszámokkal kapcsolatos adatokat, és leírjuk, miből következettünk arra, hogy számottevő a hibás adatok aránya. Ezután ismertetjük az adatjavítás menetét, eredményét és következményeit. Végül levonjuk a következtetéseket és tanulságokat annak érdekében, hogy a későbbi adatfelvételek során a hibák nagy része elkerülhető legyen.

A GYERMEKSZÁMRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK AZ EGYES HULLÁMOKBAN

A demográfiai-társadalmi adatfelvételekben jellemzően kétfajta módon kerül sor a gyermekek számbavételére. Az egyik lehetőség, hogy egyszerre írnak össze minden gyermeket egy termékenységi blokkban, megkérve a válaszadókat, hogy adják meg egyes gyermekeik születési adatait. Így történt az adatgyűjtés a már említett FFS-felvétel során.

² Ennek a dokumentációs – adatjavítási munkának az eredményeként született meg az Életünk fordulópontjai panelkutatás felhasználói kézikönyve (Murinkó – Spéder 2016).

A másik lehetőség, melyet a GGS és így az *Életünk fordulópontjai* adatfelvétel is követett, hogy a kérdőívben két alkalommal kerül sor a gyermekekre: a háztartásblokkban kerülnek összeírásra a válaszadóval egy háztartásban élő gyermekei, míg ettől elkülönítve, és jellemzően valamivel később gyűjtik össze azokat a gyermekeket, akik nem élnek a válaszadóval vagy elhunytak. Ennek az eljárásnak az az előnye, hogy specifikus kérdésekkel további információkat lehet gyűjteni a két típusba sorolható gyermekekről: meg lehet kérdezni például, hogy a kérdezett milyen gyakran találkozik a máshol élő gyermekeivel, ők hol élnek, az elhunyt gyermekek mikor haltak meg, stb. Ugyanakkor hátrány, hogy fragmentálódik a gyermekekkel kapcsolatos információ, és nagyobb a hibalehetőség.

A részletes adatok összegyűjtését mindkét esetben kiegészítheti (megelőzheti) egy a gyermekszámra vonatkozó összefoglaló kérdés, mely rögzíti a válaszadó született gyermekeinek számát. Ennek a kérdésnek a hasznosságára később térünk ki.

Az *Életünk fordulópontjai* adatfelvétel mind a négy hullámában a második elv szerint került sor a gyermekek összeírására: a válaszadóval együtt élő gyermekei a háztartástáblába kerültek, a tőle külön élő gyermekei pedig az ún. különélő gyermekek táblába³ (kivéve a második hullámban, ahol nem volt ilyen tábla – erről később lesz szó). Ebből a szempontból tehát nem változott az adatgyűjtés módszere a négy hullám során. A gyermekszámra vonatkozó, ill. a gyermekek adatainak összegyűjtését felvezető kérdések azonban igencsak eltértek az egyes hullámokban; most ezek ismertetésére kerül sor.⁴

Az első hullámban nem volt a gyermekszámra vonatkozó összefoglaló kérdés, az együtt élő gyermekek pedig a háztartástáblába kerültek. Az egyéb háztartástagoktól való megkülönböztetésük a rokonsági kódok segítségével történt, amelyek közül egy vonatkozott a vér szerinti gyermekekre, „saját gyermeke” elnevezéssel (1. hullám kérdőíve, 11. kérdést követő táblázat). A különélő gyermekekre vonatkozóan az alábbi kérdést tettük fel: „Született-e Önnek olyan gyermeke, akivel jelenleg nem él közös háztartásban?” (13. kérdés). Amennyiben a kérdezőbiztos igenlő választ kapott, megkérdezte, hány ilyen gyermek született, majd összeírta az adataikat. (Az első hullám háztartástáblája és a különélő gyermek tábla megtalálható a függelékben.)

A második hullámban a kérdés logikája némiképp eltért az elsőétől. A kérdés egy ún. élettörténeti kalendáriummal indult, ennek az volt a célja, hogy hónapokra lebontva kövesse és rögzítse azokat a családi és munkapiaci eseményeket, amelyek érintették a válaszadót az előző kérdés óta eltelt három

³ Elnevezésével ellentétben, ide kellett kerülniük minden hullámban a már elhunyt gyermekeknek is.

⁴ A kérdőívek megtalálhatóak az <http://eletunkfordulopontjai.hu> honlapon a „Kutatónak” címszó alatt.

évben. A válaszadó gyermekeivel kapcsolatosan tehát ahelyett, hogy csupán két keresztmetszeti (pillanatnyi) adatunk lenne arról, hogy a gyermekek a kérdezések idején a válaszadó szülőjükkel éltek-e vagy sem, az erre vonatkozó információt összegyűjtöttük a két kérdezési hullám között eltelt időszak minden egyes hónapjára is.⁵ Ez úgy nézett ki, hogy az első kérdezési hullámban felsorolt összes életben lévő gyermek – függetlenül attól, hogy hol élt az első hullámban – előre be volt írva a kalendáriumba. A kérdezőbiztosnak tisztáznia kellett, hogy az azóta eltelt időben az egyes gyermekek mikor éltek a kérdezettel, és eszerint kellett kitöltenie a hónapokra lebontott kalendáriumot. Emellett be kellett írnia a két kérdés között megszületett és elhunyt gyermekeket is. Majd a kitöltés végén, mintegy összegezve a kalendáriumot és a benne megtalálható gyermekek számát, felolvasta és a kérdezettel egyeztette azt az állítást, hogy „Tehát Önnek élete során __ __ gyermeke született.” (A1. kérdés). Amennyiben ekkor kiderült, hogy a kalendáriumban nem annyi gyermek volt, ahány gyermeke született a válaszadónak, javítania kellett az adatokat. (A kalendárium megtalálható a függelékben.) A kalendárium után került sor a „rendes” kérdőív kitöltésére. Ebben nem volt különálló gyermekek tábla, az együttélő gyermekek azonban az első hullámhoz hasonlóan itt is szerepeltek a háztartástáblában. Őket két rokonsági kód szerint kellett besorolni, különbséget téve aközött, hogy a vér szerinti gyermek „a jelenlegi házas- vagy élettársal közös gyermek” vagy „a kérdezett saját gyereke egy korábbi partnertől” (2. hullám kérdőíve, A5. kérdést követő táblázat). A válaszadóval együtt élő gyermekek tehát kétszer szerepelnek: benne vannak a háztartástáblában és a kalendáriumban is, miközben a különálló gyermekek csak a kalendáriumban szerepelnek. Egy, az összegző gyermekszámra vonatkozó megállapítás pedig a kalendárium után került kitöltésre.

A harmadik hullámban a gyermekek számbavétele úgy zajlott, mint az első hullámban. A kérdezettel élő gyermekek a háztartástáblába kerültek (ugyanazokkal a rokonsági kódokkal, mint a második hullámban; 3. hullám kérdőíve, 106. kérdés), a nem vele élők pedig a különálló gyermekek táblába. Ennek felvezető kérdése így hangzott: „Van-e Önnek olyan gyermeke, akivel jelenleg nem él közös háztartásban? Kérem, csak a *vér szerinti* és az *örökbe fogadott* gyermekeket vegye figyelembe. A nevelt gyermekeket most ne sorolja fel.” (312. kérdés)⁶. Igenlő válasz esetén sor került a gyermekek adatainak összeírására. A második hullámtól eltérően a tábla itt kiegészült két kérdéssel minden egyes gyermekre vonatkozóan: „[Ez a gyermek] Örökbe fogadott gyermek?”, valamint

⁵ A kalendárium egyéb családi eseményeket is követett, ezekre nem térünk ki.

⁶ Kiemelések a kérdőívben.

„[Ez a gyermek] Vér szerinti gyermeke jelenlegi társának?”. Mindkét esetben 1-es számmal kellett jelölni az igenlő, és 2-essel a nemleges választ.

A negyedik hullámban a kérdezés technikájának megváltoztatása miatt kicsit máshogy zajlott a gyermekek összeírása. Az adatgyűjtés ekkor már nem papíros kérdőívvel, hanem lappal történt (angol nevén computer-assisted personal interviewing [CAPI] módszerrel), és lehetővé vált, hogy a program a kérdezés során számolja, hány gyermek adatai lettek rögzítve. A kérdések ekkor úgy néztek ki, hogy a kérdőív letelején szerepelt egy gyermekszámra vonatkozó összefoglaló kérdés, amely így hangzott: „Született-e Önnek gyermeke?” Amennyiben igen, úgy beírta a kérdezőbiztos az „élve született gyermekek” számát. Majd néhány kérdéssel később, ahogy a korábbi hullámokban, sor került a háztartásban élő gyermekek felvételére (két rokonsági kód vonatkozott a vér szerinti gyermekekre), majd következett a különélő gyermek tábla az alábbi felvezető kérdéssel: „Élve született gyermekei között van-e olyan, *akivel jelenleg nem él közös háztartásban?* Ha volt olyan gyermeke, aki *elhunyt*, kérem őt is vegye figyelembe!”⁷ „Igen” választ követően a program megnyitotta a különélő gyermekek táblát, és sor került az adatok rögzítésére. A számítógép előnyeit kihasználva arra törekedtünk, hogy a begyűjtött adatok a kérdőívben belül konzisztensek legyenek. Egyrészt kérdezői utasításban szerepelt, hogy a két táblába bevitt gyermekek számának meg kell egyeznie a bevezető kérdésben közölt adattal, másrészt a számítógépes program is ellenőrizte ezt, és amennyiben eltért a kettő, a kérdezőbiztos elnyomható hibaüzenetet kapott.

Az 2. táblázat mutatja összefoglalóan, hogy mely kérdésekkel került sor a gyermekekkel kapcsolatos adatok begyűjtésére. Míg a háztartásban élő gyermekek összeírása nagyon hasonló volt a négy hullámban, addig a különélő (vagy már meghalt) gyermekeké eltért olyan szempontból, hogy hullámonként más-más kérdés került felolvasásra. Az első hullámban a kérdés a született (tehát vér szerinti) gyermekekre vonatkozott, azonban a megfogalmazása olyan gyermekekre utal, akik máshol élnek, tehát életben vannak. A kérdés nem sugallja, hogy a válaszadónak az elhunyt gyermekeiről is be kell számolnia, és erre vonatkozóan nem is volt egyéb felhívás vagy pontosítás. A harmadik hullámról még inkább elmondható ugyanez, hiszen a kérdés a „jelenleg” életben lévő gyermekekről faggatja a válaszadót. Különbséget tesz vér szerinti, örökbe fogadott és nevelt gyermekek között, de szintén nem tér ki az esetlegesen elhunytakra. A negyedik hullám kérdése precízebb minden szempontból: az „élve született” szókapcsolat használatával utal arra, hogy a válaszadónak a vér szerinti gyermekeire kell gondolnia. Emellett külön mondatban tér ki arra, hogy az elhunyt gyermekeket is említse meg. Ahogy látni fogjuk, ezek a fogalmazásbeli különbségek nagymértékben befolyásolták a begyűjtött információkat.

⁷ Kiemelések a kérdőívben.

2. táblázat: A gyermekekkel kapcsolatos adatok összeírására szolgáló kérdések áttekintése az Életünk fordulópontjai panelkutatás négy hullámában
Questions asked and the way of collecting data about the respondents own children in the four waves of the survey

	1. hullám	2. hullám	3. hullám	4. hullám
Összefoglaló kérdés gyermekszámra	Nincs	[Kalendárium kitöltése után] „Tehát Önnek élete során gyermek született?”	Nincs	„Született-e Önnek gyermeke?” [Ha igen] „Éve született gyermekeinek száma: _ _ ”
Együttélő gyermekek felvétele	Háztartástáblában	Háztartástáblában	Háztartástáblában	Háztartástáblában
Különélő gyermekek felvétele	Különélő gyermekek táblában. Felvezető kérdés: „Született-e Önnek olyan gyermek, akivel jelenleg nem él közös háztartásban?” [Ha igen]. „Hány ilyen gyermek született?” „Kérem, közöljön rólkuk is egy- két adatot!”	Kalendáriumban	Különélő gyermekek táblában. Felvezető kérdés: „Van-e Önnek olyan gyermek, akivel jelenleg nem él közös háztartásban? Kérem, csak a vér szerinti és az örökbe fogadott gyermekeket vegye figyelembe. A nevelt gyermekeket most ne sorolja fel.” [Ha igen] „Kérem, közöljön rólkuk egy-két adatot!”	Különélő gyermekek táblában. Felvezető kérdés: „Éve született gyermekei között van-e olyan, akivel jelenleg nem él közös háztartásban? Ha volt olyan gyermek, aki elhunyt, kérem, őt is vegye figyelembe!” Ha igen a válasz, akkor megnyílik a számítógépen a különélő gyermekek táblája, és megtörténik az adatok felvétele. Minden egyes gyermek utáni kérdés: „Van-e még olyan élveszületett gyermeke, akivel jelenleg nem él közös háztartásban?” Igen esetén újabb sor nyílik a táblázatban.

Forrás: KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, Életünk fordulópontjai adatfelvétel kérdőívei.

A KAPOTT ADATOK ELLENŐRZÉSE

A termékenységi, gyermekekkel kapcsolatos ún. „survey”-adatok ellenőrzésének több módja is van. A legtöbb esetben a hivatalos adatokkal (népmozgalmi vagy népszámlálási adatokkal) vetik össze őket, összehasonlítva a két forrásból származó kohorsz-termékenységet vagy a családnövekedési valószínűségeket (pl. Ní Bhrolcháin et al. 2011, Kreyenfeld et al. 2013). Ezzel lényegében a survey-adatok reprezentativitását vizsgálják, vagyis azt nézik meg, hogy mennyire általánosíthatók, mennyire felelnek meg az országos adatoknak. A longitudinális adatok esetében emellett arra is lehetőség van, hogy az adatok „önmagukkal” való konzisztenciáját ellenőrizzük le, vagyis azt nézzük meg, hogy egy-egy válaszadó mennyire adott konzisztens válaszokat egy-egy (objektív) kérdésre a különböző hullámokban. Esetünkben: egy az első hullám idején 60 éves, gyermekvállalási időszakát már lezárt női válaszadónak mind a négy válaszadási hullámban ugyanannyi gyermekről kellett volna beszámolnia, és az ő születési adatuknak meg kellene egyeznie a négy kérdőívben. Mennyiben állt fenn ez a helyzet?

Mikor először megnéztük ezeknek az adatoknak a minőségét, már akkor kiderült, hogy a hibák száma nem elenyésző: a négy hullám során a válaszadók mintegy 9,2%-ának például csökkent a gyermekszáma, vagyis egy későbbi hullámban kevesebb gyermekről számoltak be, mint egy korábbiiban.⁸ Ilyennek nem lett volna szabad előfordulnia, hiszen elvileg minden egyes hullámban összeírásra került az összes – életben lévő és elhunyt – gyermek. Felmerült, hogy vajon az első hullámban van-e túl sok gyermek (pl. bizonyos gyermekek duplán szerepelnek), vagy pedig a későbbiekben maradtak-e ki a korábban már összeírtak. Az ellenőrzések elvégzése után a második opció bizonyult valószínűbbnek. Úgy tűnt, ez a jelenség leginkább a harmadik hullámot érinti: ott fordult elő a leggyakrabban, hogy korábban rögzített gyermekek nem lettek megemlítve. Emellett azt is megállapítottuk, hogy a negyedik hullámban a korábbiakhoz képest magasabb az átlagos gyermekszám még az idősebb, reprodukciós korból már kilépett generáció estében is (Makay 2015). További elemzés azt is kimutatta, hogy igen hiányosak az adatok a már elhunyt gyermekekre vonatkozóan. Az első és harmadik hullám között csökkent az elhunyt gyermekek száma, majd a negyedik hullámban több mint duplájára nőtt⁹ (3. táblázat). Látszott, hogy a második hullámon belül is vannak hibák: a válaszadók

⁸ A 8103 „longi” válaszadó (akik mind a négy hullámban részt vettek) válaszait figyelembe véve.

⁹ A 8103 „longi” válaszadó válaszait figyelembe véve.

közel 3%-ánál nem egyezett a kalendáriumban szereplő gyermekszám a kalendárium után felvett „összegző” gyermekszámmal.¹⁰

3. táblázat: Az elhunyt gyermekek száma és az őket említő válaszadók száma az egyes hullámokban az adatjavítás előtt

The number of deceased children and the number of respondents mentioning these children in the four waves of the survey before data correction

Adatfelvételi hullám	Hány elhunyt gyermek adatai lettek rögzítve?	Hány válaszadó számolt be elhunyt gyermekről?
1. hullám	187 elhunyt gyermek	154 válaszadó
2. hullám	114 elhunyt gyermek	104 válaszadó
3. hullám	163 elhunyt gyermek	145 válaszadó
4. hullám	390 elhunyt gyermek	358 válaszadó

Forrás: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Életünk fordulópontjai adatok, 1-4. hullám. Minta: mind a négy hullámban válaszolók, N=8103.

E négy ok (egyik hullámról a másikra csökkenő gyermekszám; az idősebbek körében magasabb gyermekszám a negyedik hullámban; elhunyt gyermekek adatainak hiánya; inkonzisztenciák a hullámokon belül is) készítetett minket arra, hogy átnézzük, és lehetőség szerint kijavítsuk ezeket az adatokat. A továbbiakban ennek a javításnak a menetéről és következményeiről lesz szó.

AZ ADATJAVÍTÁS MENETE¹¹

Az adatjavítás célja tehát az volt, hogy az egyes válaszadók gyermekszámra vonatkozó válaszaik konzisztensek legyenek az egyes adatfelvételi hullámokban. A fent példaként említett 60 éves hölgy gyermekszáma – és lehetőség szerint a gyermekek születési ideje (elsősorban azonban a gyermekszámra összpontosítottunk) – egyezzen meg mind a négy hullámban.

Az volt tehát a célunk, hogy az adatok a javítás után megfeleljenek az alábbi három elvárásnak.

¹⁰ 13 540 válaszadó válaszait figyelembe véve, akik válaszoltak a második hullámra. Ez részben abból adódott, hogy a kalendáriumba nem voltak az adatfelvétel előtt visszatöltve a korábban már elhunyt gyermekek, miközben a válaszadó a gyermekszámánál megemlíthette őket.

¹¹ Az adatjavítást Kutrovatz Kitti végezte el.

1.) A válaszadóknak egy későbbi hullámban ne legyen kevesebb gyermekük, mint egy korábbiában. Ellenkező esetben biztosan hibásak az adatok, hiszen minden egyes hullámnál az volt a cél, hogy a teljes termékenységtörténet rögzítésre kerüljön. Vagyis az esetlegesen (már régebben) elhunyt gyermekek is szerepeljenek mindegyik hullámban.

2.) Az idősebb, már az első hullám idején is a reprodukciós koron kívül eső válaszadóknak ne legyen több gyermekük egy későbbi hullámban, mint egy korábbiában.

3.) Amennyiben két hullám között növekedett a gyermekszám, úgy „valós” születésről legyen szó: legyenek meg az új gyermek adatai.

Gyermekszámokról beszélünk, ám mint láttuk, a négy hullámból csak két-tőben van összegző gyermekszámunk. Az ellenőrzéshez különböző gyermekszám-változókat hoztunk létre, de maga a javítás valójában nem egy vagy több ilyen jellegű összegző változó átírását jelentette (kivéve a második és a negyedik hullámban, ahol ezt is jelenthette), hanem a háztartástáblákban, valamint a különálló gyermek táblákban előforduló gyermekek adatainak javítását.

Az előzetes elemzések alapján két okból is valószínűsíthető volt, hogy a negyedik hullám adatai a legmegbízhatóbbak. Egyrészt a különálló gyermekekre való kérdésfeltevés sokkal összetettebb volt: felhívta a válaszadók figyelmét arra, hogy az összes élve született gyermekükről beszéljenek, valamint hogy elhunyt gyermekeiket is vegyék figyelembe. Másrészt a számítógépes program ellenőrizte, hogy a kérdőívben belül megfelel-e a két táblában összeírt gyermekek száma a kérdőív elején található gyermekszámmal. Az oktatások során külön felhívtuk a kérdezőbiztosok figyelmét ennek fontosságára. Ennek eredményeképpen már javítás előtt is csak 67 esetben nem egyezett a két adat (szemben a második hullám 377 esetével, amikor is az összegző változó nem egyezett a kérdőívben lévő gyermekszámmal). Az elhunyt gyermekek száma is magasabb lett, ami önmagában nem jelentené, hogy jobbak ezek az adatok (az is előfordulhatott volna, hogy pl. egyéb elhunyt családtagok is bekerülnek a táblába). Az a tény azonban, hogy korábban feltűnően alacsony volt ezeknek a gyermekeknek a száma, amellyel szót, hogy ezúttal jobb arányban sikerült őket összeírni.

Javításkor a negyedik hullám adatai így nagyobb súlyt kaptak: amennyiben ekkor kiderült, hogy elhunyt gyermeke van a válaszadónak, akkor őt beletettük a többi adatbázisba is. Ez kicsit kockázatos eljárásnak tűnhet, hiszen egyetlen kérdés sok esetben felülírt korábbi három hullámot. Mégis mind a kérdés megfogalmazása, mind a fentebb leírt technika valószínűsítette, hogy ezek a helyes adatok.

A javítás folyamata leegyszerűsítve így nézett ki:

Összeadtuk hullámonként a háztartástáblában és a különélő gyermek táblában lévő vér szerinti gyermekek számát. Így kaptunk 1-1 gyermekszám-változót a négy hullámra.¹²

Ezeket összehasonlítottuk egymással, és azon válaszadók esetében, akiknél a számok nem feleltek meg a fent leírt három elvárásnak, elindítottuk a javítás folyamatát.

Ennek első lépéseként összehasonlítottuk hullámonként és gyermekenként azok 1) születési idejét, valamint 2) a válaszadóhoz viszonyított rokonsági kódját (amennyiben háztartástáblában lévő gyermekről volt szó) vagy 3) a különélés kezdetének idejét (amennyiben különélő gyermekről volt szó). Így általában sikerült kideríteni, hogy mely gyermek adatai, ill. hol hibásak. Kiderült például, hogy egy gyermek három hullámban szerepel a különélő gyermek táblában, de egyben kimaradt onnan. Sor kerülhetett tehát a javításra, vagyis (ez esetben) a többi hullám alapján a hiány pótlására.

Maga a javítás állhatott abból, hogy 1) egy gyermek rokonsági kódját kellett átírni a háztartástáblában, vagy 2) a gyermeket törölni kellett (a külön élő gyermek táblából), mert nem vér szerinti gyermek volt, vagy 3) a gyermek adatait beletettük egy hullámba, ahonnan hiányzott („visszatöltöttük”).

Noha az elsődleges cél a longitudinális adatbázis rendbetétele volt, nemcsak annak a 8103 válaszadónak az adatait javítottuk ki, akik mind a négy alkalommal válaszoltak, hanem a teljes mintáét, aszerint differenciálva a válaszadókat, hogy hány hullámra válaszoltak. Tehát aki például csak az első kettőben vett részt, annál az 1-2. hullámos adatokat javítottuk (ha kellett/lehetett); aki az első háromban, annál három hullám adatait néztük egybe, és így tovább. Hullámról hullámra haladtunk: először csak az első hullámban részt vettek adatai kerültek átnézésre (N=2832), majd csak az első két hullámban részt vettek (N=2900), majd az első három hullámban részt vettek (N=2537), végül pedig mind a négy hullámban részt vettek (N=8103). A megfelelő hullámokat (ahányban részt vett a válaszadó) együtt néztük meg, és a hibás eseteket vizsgálva igyekeztünk kideríteni, hogy mely hullámban található információk helyesek a legnagyobb valószínűséggel. Ha például egy válaszadó kétszer is beszámolt egy (születési ideje alapján azonosítható) gyermekéről, de harmadszor már nem, akkor oda beírtuk a gyermeket. Kétes esetekben igyekeztünk megnézni a válaszadó életkorát, párkapcsolati helyzetének változását, az egyéb gyermekei adatait stb. is, hogy minél kevesebb hiba legyen a javításban. Az egyes hullámokban az adatok (javítások)

¹² Hullámonként még 3 másik gyermekszámot is kiszámoltunk, ezek a háztartásban lévő gyermekek számát, a különélő gyermekek számát, valamint az elhunyt gyermekek számát adták meg (ezek összege volt maga a gyermekszám).

harmonizálva lettek. Ha pl. a negyedik hullámból kiderült, hogy a válaszadónak van 2 elhunyt gyermeke, akkor ezeket visszatöltöttük a korábbi három hullámba. A legtöbb esetben nem teljesen biztos, hogy helyesen javítottunk, ahogy az adatok valóságát sem tudjuk semmilyen survey-adatfelvétel során ellenőrizni. Ennek ellenére úgy gondoljuk, hogy nagyrészt helyesen történt a javítás.

A visszatöltésre is igyekeztünk néhány általános szabályt felállítani, hiszen ez a fajta javítás módosíthatja (a törlés mellett) legnagyobb mértékben az adatokat. Az alábbi elveket követtük.

Háztartástáblába nem töltöttünk vissza gyermeket. Ennek egyik oka, hogy a háztartásszerkezet függvényében tettünk fel számos kérdést, így a szerkezet megváltoztatása megtörte volna a kérdőív logikáját. A másik pedig, hogy a legtöbb hullámban rákérdeztünk a háztartás-jövedelemre, és az adat használhatósága igencsak megkérdőjeleződik, ha módosítjuk a háztartásban élő személyek számát. Így a visszatöltött gyermekek adatai mind a különélő gyermek táblába (a 2. hullámban a kalendáriumba) kerültek.

Hasonló okok miatt igyekeztünk azt az elvet is követni, hogy háztartástáblából nem törünk gyermeket. Erre csak kivételes esetben kerülhetett sor (hét válaszadó esetében), amikor is egy hullámban duplán, mindkét táblában szerepeltek a gyermekek, ám a többi hullámból kiderült, hogy már évtizedek óta nem élnek a válaszadóval. Fontos kiemelni, hogy a törlés miatt egy esetben sem vált egyszemélyes háztartássá a válaszadó háztartása, ami ismét módosította volna a kérdés logikáját.¹³

A különélő gyermek táblába való visszatöltéskor a gyermekek születési éve és hónapja, valamint a nemük került szisztematikusan visszatöltésre. Ez, amennyiben lehetett, kiegészült a különélés éve és hónapja változóval is. Az adott gyermekre vonatkozó többi változó (pl. a válaszadó mennyire elégedett a gyermekével való kapcsolatával) hiányzó értéket kapott.

Az elhunyt gyermekek szintén a különélő gyermek táblába kerültek (helyesen odakerülnek az adatgyűjtés során is), az ő esetükben a születési évük és hónapjuk, a nemük, valamint a haláluk éve és hónapja került beírásra.

Amennyiben szükséges volt, a második és a negyedik hullámban a gyermekszámra vonatkozó összegző kérdések is javítva lettek.

A JAVÍTÁS KÖVETKEZMÉNYE ÉS TANULSÁGAI

A fent leírt eljárást követve 1640 válaszadó esetében (csak a mind a négy hullámban részt vevőket figyelembe véve 1077 válaszadónál, mintegy 13%-uknál)

¹³ Ezekben az esetben javításra került a k()_htnagy változó is („Önnel együtt hányan élnek ebben a háztartásban?”).

történt valamilyen javítás az adatokban. Összesen ennél még több, mintegy 3700 adatban történt javítás. Ennek magyarázata, hogy egy-egy javítás több változó átírásával is járt: egy gyermek adatainak visszatöltésével vagy törlésével akár 5–8 változó értéke is megváltozhatott.

A javítás eredményeként a válaszadóknak összességében több gyermekük lett. Hullámonként eltérő, hogy mennyivel, de átlagosan mintegy 410-zel nőtt a számuk a javított adatokban, ugyanazon hullám eredeti állományához képest. A 3. hullámból maradt ki az adatfelvétel során a legtöbb gyermek, itt ugyanis a korábbihoz képest 575 gyermekkel több van a javított adatokban. A válaszadók gyermekszám szerinti eloszlása is módosult valamelyest. Némiképp csökkent a gyermektelenek aránya is (4. táblázat).

Minden hullámban nőtt az elhunyt gyermekek száma a régi adatokhoz képest, hullámonként átlagosan közel 150 gyermekkel. Tehát ahogy feltételeztük, sok esetben a meghalt gyermekek maradtak ki a válaszadók beszámolóiból, ám messze nem olyan nagy mértékben, mint ahogyan ezt gondoltuk. Ezek a gyermekek is a harmadik hullámban maradtak ki a leggyakrabban: ott a javított adatokban 218 elhunyt gyermekkel van több.

A teljes javítás eredményeként lényegében megszűnt az a hiba, hogy egy későbbi hullámból kimaradnak korábban bevallott gyermekek, illetve hogy az idősebb válaszadóknál későbbi hullámokban bukkannak fel gyermekeik. Emellett sok esetben a születési időpontokban is sor került korrigálásra.

A javítás után összegeztük, hogy mik voltak a leggyakoribb hibák, és melyek a levonható következtetések. A hibák jellegével kapcsolatban elmondható, hogy noha voltak típushibák, ezek a legkülönbözőbb módon keveredtek egymással az egyes hullámokban és az egyes gyermekek esetében. Néhány jellemzőjük azonban jól körülhatárolható. Ilyen a rokonsági kódok elrontása, vagyis az a típushiba, hogy egy vér szerinti gyereket egy másik hullámban más rokonsági kóddal szerepeltetnek a háztartástáblában. Ez lehetett a kérdezőbiztos rontása, esetleg nem kérdezett rá pontosan a gyermek „típusára”. Az is előfordulhatott, hogy a kód a rögzítés során rosszul lett felvezetve a számítógépre, akár a rögzítő figyelmetlensége folytán, akár amiatt, hogy nem volt olvashatóan beírva a kérdőívbe (a negyedik hullám laptopos kérdezése esetén ez a hibalehetőség eltűnt). Bizonyos esetekben a válaszadó is rosszul válaszolhatott, sajátjának vallhatott be például egy olyan gyermeket, aki régóta a háztartásában él, de nem vér szerinti gyermeke (például partnerének a vér szerinti gyermeke). A számítógépes kérdés kicsit csökkenti ennek a hibának az előfordulását: egyrészt mivel csak egyszer kell jó kódot megadni, az nem kerül ismételtén átvezetésre, másfelől a program felhívja a kérdező figyelmét arra, hogy az összeírt gyermekszám nem egyezik a kérdőív elején megadottal.

4. táblázat: A mind a négy hullámban részt vett válaszadók megoszlása gyermekszámuk, valamint az elhunyt gyermekek száma a régi és a javított adatok szerint

Distribution of respondents of the four waves by their number of children and the number of deceased children according to the old data and the corrected data

Gyermekszám	1. hullám			2. hullám adatai (a kalendárium alapján)			3. hullám adatai			4. hullám adatai						
	Régi adatok		Javított adatok	Régi adatok		Javított adatok	Régi adatok		Javított adatok	Régi adatok		Javított adatok				
	Eset- szám	%	Eset- szám	%	Eset- szám	%	Eset- szám	%	Eset- szám	%	Eset- szám	%				
Nincs gyermek	2 112	26,1	2 026	25,0	1 800	22,2	1 749	21,6	1 545	19,1	1 419	17,5	1 210	14,9	1 139	14,1
1 gyermek	1 662	20,5	1 557	19,2	1 733	21,4	1 635	20,2	1 803	22,3	1 699	21,0	1 816	22,4	1 757	21,7
2 gyermek	3 150	38,9	3 246	40,1	3 296	40,7	3 352	41,4	3 412	42,1	3 504	43,2	3 559	43,9	3 618	44,7
3 gyermek	880	10,9	948	11,7	934	11,5	1 002	12,4	980	12,1	1 077	13,3	1 106	13,7	1 151	14,2
4 gyermek	205	2,5	221	2,7	230	2,8	247	3,1	240	3,0	263	3,3	275	3,4	287	3,5
5 vagy több gyermek	94	1,2	105	1,3	110	1,4	118	1,3	123	1,5	141	1,7	137	1,7	151	1,8
Összesen (válaszadók száma)	8 103	100	8 103	100	8 103	100	8 103	100	8 103	100	8 103	100	8 103	100	8 103	100
Összes gyermek száma	11 955	-	12 367	-	12 661	-	12 991	-	13 202	-	13 777	-	14 107	-	14 436	-
Meghalt gyermekek száma	169	-	281	-	114	-	322	-	160	-	378	-	390	-	453	-

Forrás: KSH Népeségutómányi Kutatóintézet, Életünk fordulópontjai adatok, 1–4. hullám. Minta: mind a 4 hullámra válaszolók, N=8103.

Egy másik típushiba az elhunyt gyermekek kihagyása volt. Sok esetben csak a 4. hullámban kerültek az adatbázisba olyan gyermekek, akik már régebben elhunytak. Számos olyan gyermeket rögzítettünk ekkor, akik régebben, esetleg csecsemőkorban hunytak el, és a korábbi hullámok során a pontatlan kérdésfeltevés miatt nem jutott a válaszadók eszébe, hogy beszámoljanak róluk (ez jellemzően az idősebb válaszadók esetében fordult elő).

Azon esetek száma sem volt elhanyagolható, amikor egyazon kérdőív kitöltése során ugyanaz a gyermek a háztartástáblába és a különélok közé is bekerült; de más hullámokból jellemzően kiderült, hogy már évtizedek óta nem él válaszadó szülőjével. Itt egyértelműen a kérdezőbiztosok hibáztak, hiszen nekik kellett volna ügyelniük arra, hogy a különböző típusú gyermekek a megfelelő helyen kerüljenek összeírásra. Ez tudatosította bennünk, hogy a kérdezőbiztosok oktatása során külön fel kell hívni a figyelmet a gyermekek összeírásának módjára.

Problémát okozott továbbá a 2. hullámban a kalendáriumos kérdés. A különélő gyermekek egy része hiányzott a kalendáriumból (elképzeltető, hogy ezekben az esetekben nem volt megfelelő a kalendárium előzetes kitöltése); az együttélő gyerekek egy része pedig a kérdés során nem került be a háztartástáblába, csak a kalendáriumban szerepelt.

A 3. hullámban nem bizonyult szerencsésnek minden egyes gyermekre feltenni, és 1-es számmal kódolni azt a kérdést, hogy „Örökbefogadott gyerek-e?”. Erre a viszonylag keveseket érintő plusz kérdésre a kérdezőbiztosok sok esetben hibásan 1-est írtak be, ez által a gyermek kikerült a válaszadó „vér szerinti gyermeke” kategóriából, és hirtelen megnőtt az „örökbefogadott” gyermekek száma. Érdeemes lett volna inkább külön rákérdezni arra, hogy a kérdezettnek van-e örökbefogadott gyermeke, és másutt, vér szerinti gyermekeitől elkülönített helyen összeírni az adatait.

A javítás elsődleges célja az volt, hogy a gyermekek száma konzekvens legyen az egyes hullámok során. Másodlagos célja pedig, hogy a születési dátumokat is harmonizáljuk, ám ez sok esetben lehetetlennek bizonyult: a születési években 1-1 év, a hónapokban ennél nagyobb eltérés is gyakran előfordult. Így ezek javítására csak abban az esetben került sor, ha egyértelmű volt a megfelelő dátum (például ha három hullámban helyes volt az adat, és csak egyszer volt elrontva).

Fontos kiemelni, hogy e nagymértékű javítás után is maradtak hibás adatok. Sok esetben ugyanis lehetetlen volt rájönni, vagy legalábbis valószínűsíteni, melyek a helyes adatok: melyek a válaszadó vér szerinti gyermekei, és melyek nem? Hogy került oda egy gyermek, aki sehol máshol nem bukkan fel? Emellett, ahogy már említettük, a születési dátumokat nem javítottuk szisztematikusan, hiszen

elsősorban arra összpontosítottunk, hogy a gyermekszámok konzekvensek legyenek a hullámok között. A dátumokat javítottuk, amennyiben a gyermekszámok javításakor észrevettük, hogy azok is helytelenül lettek rögzítve. Ám ahol rendben voltak a gyermekszámok, ott nem kerültek átnézésre a dátumok. Ennek javítása amúgy is igen nehéz, hiszen szinte lehetetlen megtudni, hogy valójában mely évben, hónapban született egy gyermek.

ÖSSZEGZÉS: HOGYAN KÉRDEZZÜK LE A GYERMEKEK ADATAIT?

Amint láttuk, a válaszadók gyermekeinek az összegyűjtése, összeírása igen összetett feladat, amely sokféle hibalehetőséget rejt magában. Ahogy elemzésünk kimutatta, az *Életünk fordulópontjai* adatfelvételben javítás előtt, hullámonként a gyermekek mintegy 3%-a hiányzott az adatokból. És noha nem elvárható, hogy egy ilyen jellegű összeírás során ne kerüljenek hibák az adatokba, itt nagyrészt olyan hibákról van szó, amelyeket megfelelő kérdezési technikával ki lehet küszöbölni – ez történt a negyedik adatfelvételi hullámban, amely során sikerült a korábbi adatokat pontosítani, a korábban kimaradt gyermekeket összeírni.

Melyek tehát azok a hibák, amelyek elkerülhetőek, és mire érdemes figyelni egy ilyen jellegű kérdezésnél? Először is, mindenképpen hasznos, ha van egy összefoglaló kérdés a gyermekszámra vonatkozóan. Ez lehetőséget ad arra, hogy tisztázzuk, mely gyermekekre leszünk majd kíváncsiak, valamint jó ellenőrzési támpontként szolgál a későbbiekben. Különösen fontos, hogy pontosan megmondjuk, mit értünk „gyermek” alatt (pl. a vér szerinti gyermeket), illetve felhívjuk a válaszadó figyelmét arra, hogy minden élve született gyermekéről – a már elhunytakról is – számoljon be. Az összefoglaló kérdés után kerülhet sor a gyermekek adatainak összeírására egy vagy két (esetleg több) táblában: a háztartástáblában és a különélő gyermekek táblában.

Az a legfontosabb szempont itt is, hogy a gyerekszámokkal kapcsolatos kérdéseket hogyan fogalmazzuk meg. Ahogy láttuk, az *Életünk fordulópontjaiban* mind az első, mind a harmadik hullám kérdése azt sugallta, hogy a most is életben lévő gyermekekre vagyunk kíváncsiak (*2. táblázat*). A negyedikben került végül pontosításra, hogy az elhunyt gyermekeket is kérjük felsorolni. Nehéz kérdezési szituációt eredményezhet egy ilyen kérés, hiszen kellemetlen emlékek felidézésére kérjük a válaszadót. Olyan adatoknál, amelyekkel termékenységi elemzéseket kívánunk készíteni, mégis elengedhetetlen, hogy a már elhunyt gyermekekről is begyűjtsük az információkat.

Egy másik fontos szempont, hogy a kérdezőbiztosok pontosan tudják, hogyan kell összeírniuk a gyermekeket. Tisztában kell lenniük azzal, hogy mely gyermekekre vagyunk kíváncsiak, és azzal is, hogy a különböző (a válaszadóval együtt élő, illetve tőle külön élő, esetleg meghalt) gyermekeket a kérdőív mely részébe kell beírni. A kérdezőbiztosok oktatása során külön időt kell tehát szentelni ennek a kérdésnek, hiszen ahogy tapasztaltuk, sok esetben rontották el a kitöltést: a válaszadóval nem együtt élő gyermekeket például hibásan beírták a háztartástáblába, esetleg utána még a különélő táblába is.

Az is fontos tényező, hogy laptopos kérdezés esetén a programba be legyen építve belső ellenőrzés. Ez azt jelenti, hogy miután összeírták a gyermekek adatait, a program az összeírt gyermekek számát összevesse az összefoglaló kérdés során megadott gyermekszámmal, és amennyiben a két szám nem egyezik, ezt hibaüzenettel jelezze a kérdezőbiztosnak. Ez garantálja, hogy a kérdőívben belül mindenképpen egyezzen a gyermekszám, ne forduljon elő, hogy például a válaszadó azt mondja, két gyermeke született, ám a kérdőívben csak egy gyermek adatai szerepelnek. Az *Életünk fordulópontjai* adatfelvétel negyedik hullámában a hiba elnyomható volt, tehát a figyelmeztetés után a kérdezőbiztos javítás nélkül is tovább tudott lépni (ennek az volt a célja, hogy ha valamilyen okból nem sikerül összeírni a megfelelő gyermekek adatait, ne szakadjon meg a kérdezés). Ennek ellenére elenyésző (67 darab) volt azon kérdőívek száma, ahol a két adat nem egyezett.

Tapasztalatunk szerint ezen tényezők figyelembe vétele nagymértékben javítja az adatminőséget. És noha csak törekedhetünk arra, hogy adataink hibátlanok legyenek, a fent felsorolt szempontok mindenképpen hozzájárulnak ahhoz, hogy termékenységgel kapcsolatos elemzéseink megbízhatóak legyenek.

IRODALOM

- Kapitány Balázs (szerk.) 2003: *Életünk fordulópontjai. Módszertan és dokumentáció. Műhelytanulmányok 2.* KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Kreyenfeld, Michaela – Hornung, Anne – Kubisch, Karolin 2013: The German Generations and Gender Survey: Some Critical Reflections on the Validity of Fertility Histories. *Comparative Population Studies - Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 38(1), 3–28.
- Makay Zsuzsanna 2015: „Önnek hány gyermeke van?” Bevallott és elfelejtett gyermekek egyazon adatfelvételen belül 3-12 év távlatában. [Előadás]. „Fókuszban a család” konferencia, Pécs. Letölthető: <http://demografia.hu/hu/letoltes/eloadasok/fokuszb-an-csalad/Makay.pdf>
- Murinkó Livia – Spéder Zsolt (szerk.) 2016: *Felhasználói kézikönyv az Életünk fordulópontjai panelkutatás 1-4. hullámához.* Kutatási Jelentések 97. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Ní Bhrolcháin, Máire – Beaujouan, Éva – Murphy, Michael 2011: Sources of error in reported childlessness in a continuous British household survey. *Population Studies*, 65(3), 305–318.
- Régnier-Loilier, Arnaud 2014: Incohérence du nombre d'enfants déclarés entre les vagues de l'enquête française Generations and Gender Survey. *Population*, 69(2), 167–190.

FÜGGELÉK

I. Az első adatfelvételi hullám háztartástáblája

11. Önnel együtt hányan élnek ebben a háztartásban? (kollégista, sorkatona, ingázó is)

		fő
--	--	----

Kérem, közöljön róluk néhány adatot:

	Ki ő? Milyen rokonságban áll Önnel? KÓD:	Neme: 1 – férfi, fiú 2 – nő, leány	A TÁBLÁZATBAN KÓDOLJUK!		
			Születési dátuma		Milyen kereső tevékenységet végez?
			év	hó	KÓD:
1. a kérdezett	X	X	X	X	X
2. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
3. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
4. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
5. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
6. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
7. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
8. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
9. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
10. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
11. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□
12. háztartástag	□ □	□	□ □ □ □	□ □	□

A ROKONSÁGI VISZONY KÓDJAI:		AZ AKTIVITÁS KÓDJAI:
01 – házastársa 02 – élettársa 03 – saját gyermeke 04 – házastárs/élettárs korábbi kapcsolatából származó gyermek 05 – örökbe fogadott gyermek 06 – más rokon gyermeke 07 – szülője 08 – anyósa – apósa (élettársnál is)	09 – gyermekének házas-, élettársa (menye, veje) 10 – unokája 11 – édestestvére 12 – testvére (fél, mostoha is) 13 – nevelőszülő 14 – nagyszülő 15 – egyéb rokona 16 – nem rokona	1 – alkalmazott 2 – önálló, vállalkozó 3 – szövetkezeti tag 4 – munkanélküli 5 – gyed, gyes, gyet 6 – nyugdíjas 7 – HTB 8 – tanuló, óvodás, vagy még nem iskolás korú 9 – egyéb

II. Az első adatfelvételi hullám „külön élő gyermek” táblája

13. Született-e Önnek olyan gyermeke, akivel jelenleg nem él közös háztartásban?

1 – igen → Hány ilyen gyermeke született? gyermek

2 – nem → **14-RE!**

Kérem, közöljön róluk néhány adatot:

	Születési		Neme: 1 – férfi 2 – nő	Mióta nem élnek közös háztartásban?		Hol él ma a gyermek? 1 – itt a településen 2 – másutt az országban 3 – külföldön 4 – meghalt	HA MEGHALT: Mikor?	
	év	hó		év	hó		év	hó
1. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. gyermek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HOW SHALL WE ASK HOW MANY CHILDREN OUR RESPONDENTS HAD? LESSONS FROM A LONGITUDINAL SURVEY

ABSTRACT

In the Hungarian *Generations and Gender Survey* („Turning points of our life course”) the same respondents were interviewed four times between 2001 and 2012. Among other topics, data about their fertility history were collected, since one of the main questions of this research was about fertility and childbearing decisions. Data analysis shows however, that data about the number of children and the dates of birth were often incorrect: some respondents had for example less children in one wave than in a previous one. In most cases, wrong data had been collected because questions about children had not been asked precisely. Therefore a bigger data correction was carried out in order to make fertility data consistent over the four waves. In this study the reasons and the mechanisms of this correction are described. A special part is also devoted to the lessons learned. It is argued that by asking questions about fertility history appropriately and by making use of some technical tricks in the case of CAPI (computer assisted personal interview), most of these problems can be avoided and the quality of data improved.

SZERZŐINKNEK

A KÉZIRAT LEADÁSA

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

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

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

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

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

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

Minden szerző tiszteletpéldányként három, recenziók esetében két folyóirat-példány átvételére jogosult.

SZERKEZETI ÉS FORMAI KÖVETELMÉNYEK

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

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

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

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

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

HIVATKOZÁSOK

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

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

IRODALOM

[kötetek]

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

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

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

[cikkek tanulmánykötetből]

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

[cikkek folyóiratból]

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

[internetes hivatkozások]

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

EGYÉB

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

TISZTELT ELŐFIZETŐINK!

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

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

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

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

MEGRENDELŐLAP

Alulírott megrendelem a **Demográfia** című folyóirat 2016. évi számait (a kért évfolyam vagy évfolyamok aláhúzendók) példányban.

Név:

Szállítási/levelezési cím:

Adószám:

Telefonszám:

E-mail cím:

A megrendelőlap alapján kiállított számlát intézetünk postai úton juttatja el a megrendelőhöz. A megrendelés összegét a számlán feltüntetett bankszámlaszámra kérjük átutalni. A megjegyzés rovatban kérjük feltüntetni: Demográfia 2016. év

Dátum:

Aláírás:

DEMOGRÁFIA

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

Kiadásért felel a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet igazgatója.

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

Szedte: a Szerkesztőség

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