

DEMOGRÁFIA

DEMOGRÁFIA

61. ÉVFOLYAM, 2-3. SZÁM

Budapest
2018

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
BARTUS Tamás, BUKODI Erzsébet, DÖVÉNYI Zoltán, ELEKES Zsuzsanna, GÁBOS András,
GÁL Róbert Iván, GÁRDOS Éva, JANKY Béla, JÓZAN Péter, HOÓZ István, KOVÁCS Erzsébet,
RÓBERT Péter, SPÉDER Zsolt (elnök), TAKÁCS Judit, TOMKA Béla, TÓTH Pál Péter, VALUCH Tibor

Szerkesztőség | Editors
ŐRI 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

Olvasószerkesztők: Bada Csilla és Majoros Györgyi
Design: Anagraphic
Tördelőszerkesztő: Simonné Horváth Gabriella
ISSN 0011-8249

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

- Kapitány Balázs: Bimodális (kétcsúcsú) termékenységi görbe
Magyarországon: leíró eredmények és lehetséges okok 121
- Sándor János – Czifra Árpád: A felnőtteket ellátó háziorvosok által
végzett kardiometabolikus rizikófaktor-szűrés és influenza elleni
vakcinálás hatékonysága Magyarországon 2014-ben 147
- Árki Diána: Családbővítési intenciók – a harmadik gyermek
vállalásának szándéka 191

KÖZLEMÉNY

- Veroszta Zsuzsanna: Regiszteradatok felhasználási
lehetőségei a kohorsz kutatásban 223

- SZERZŐINKNEK 251**

- MEGRENDELŐLAP 255**

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

CONTENTS

STUDIES

Balázs Kapitány: Bimodal fertility curve in Hungary:
descriptive results and possible causes 121

János Sándor – Árpád Czifra: Effectiveness of preventive service
delivery in primary health care for adults: nationwide Hungarian
survey in 2014 147

Diana Árki: Family growth intentions - the intention of
the third child to have 191

ARTICLES

Zsuzsanna Veroszta: Using administrative data in cohort studies 223

SZERZŐINKNEK (FOR OUR AUTHORS) 251

MEGRENDELŐLAP (ORDER FORM) 255

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

BIMODÁLIS (KÉTCSÚCSÚ) TERMÉKENYSÉGI GÖRBE MAGYARORSZÁGON: LEÍRÓ EREDMÉNYEK ÉS LEHETSÉGES OKOK

Kapitány Balázs

ÖSSZEFOGLALÓ

A termékenység időbeni lefutásának, a termékenységi görbe (*fertility curve*) mintázatának és változásainak vizsgálata évtizedek óta a nemzetközi és a hazai demográfia klasszikus tárgyát alkotja. Emiatt már régóta ismert az a tény is, hogy egyes ritka, speciális esetekben előfordul, hogy egy társadalomban – jellemzően egy átmeneti időszakban – két termékenységi csúccsal rendelkező (bimodális) termékenységi görbe alakul ki. A friss magyarországi adatok arra utalnak, hogy az utóbbi években, hazánkban is kialakult ez a bimodális eloszlású termékenységi görbe. A jelenség esetleges társadalom- és népesedéspolitikai jelentősége miatt indokoltnak érezzük a bimodális termékenységi mintázatok kapcsán született szakirodalom vázlatos bemutatását és a hazai eredmények részletesebb vizsgálatát. Eredményeink szerint a jelenség kialakulása feltehetően a 2011–2016 között, Magyarországon megfigyelhető mintegy 20%-os, társadalmilag, demográfiaiilag meglehetősen szelektív termékenységgemelkedéshez köthető, mintegy annak mellékhatása.

Tárgyszavak: termékenységi görbe, termékenységi átmenet, bimodalitás

Kapitány Balázs, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
E-mail: kapitany@demografia.hu

A TERMÉKENYSÉGI GÖRBE FOGALMA, TÍPUSAI

A termékenységi görbe fogalmát a demográfiában a termékenység női életkor szerinti lefutásának jellemzésére használjuk, oly módon, hogy a vízszintes tengelyen ábrázoljuk a (női) életkort, míg a függőleges tengelyen az adott korban jellemző gyermekvállalási kedvet (jellemzően egy nőre számítva, ezrelékben megadva¹). A termékenységi görbe tehát gyűjtőfogalom, amely bemutatható különféle alpopulációk kapcsán, illetve kiszámolható különféle mérőszámok felhasználásával.

A termékenységi görbe két fő formája a keresztmetszeti (naptári éves, *period*) és a kohorsz- (*cohort*) típusú. A bemutatást a keresztmetszeti görbével kezdjük, mivel ennek használata az általános, nyilván nem függetlenül attól, hogy előállítása kevésbé adatigényes, hiszen egyetlen naptári év adataiból előállítható, értelmezése egyszerűbb. A keresztmetszeti termékenységi görbe kiszámításához egyfelől szükséges ismerni a női populáció koréves létszámát (pl. 2016-ban hány 32 éves betöltött életkorú nő élt Magyarországon²), másfelől az adott évi élveszületések eloszlását az anya betöltött életkora szerint (pl. 2016-ban hány olyan gyermek született Magyarországon, akinek az édesanyja 32 éves volt). Ezen adatok alapján kiszámolható az egyes naptári évek esetén a korévenkénti gyermekvállalási kedv, amelyeket a termékenységi görbe ábrázol. Ez a termékenységi görbe jelenik meg azután például a demográfiai évkönyvekben 'ezer megfelelő nőre jutó élveszületés' címen. Mivel az egy adott naptári évre számolt teljes termékenységi arányszám (TTA, *total fertility rate*) a termékenységi görbéket is alkotó korszpecifikus termékenységi arányszámokból képezhető, így a TTA nagysága lényegében megfeleltethető a görbe alatti terület nagyságának. Tehát a keresztmetszeti termékenységi görbe vizsgálatával az is megállapítható, hogy a termékenység növekedésének vagy éppen csökkenésének hátterében mely kor szerinti csoportok találhatók.

Magyarországon – sok fejlett országhoz hasonlóan – a demográfiai évkönyvekben publikált születésszámok értelemszerűen a teljes körű népmozgalmi adatgyűjtésből származnak, amely tartalmazza a szülő nő születésének idejét is. Az alapsokaság (2016-ban pontosan hány 32 éves nő is él Magyarországon) becsült nagysága viszont a népszámlálásokból továbbvezetett adatokból szár-

¹ Ez nem más, mint a korszpecifikus termékenységi arányszám (*age-specific fertility rate*).

² A keresztmetszeti termékenységi adatok betöltött életkor szerinti arányszámai mindig az adott életkorú női népesség évközepe számára vonatkoznak.

mazik, figyelembe véve az adott csoportban a népszámlálás óta bekövetkezett halálozásokat és nemzetközi vándorlásokat. Mivel utóbbi számbavétele sajnos nem teljes körű, így a továbbvezetett népességszám esetén számolhatunk bizonyos pontatlanságokkal. Például a tömeges, nem regisztrált kivándorlás miatt az alapsokaság tényleges nagysága feltehetően valamivel alacsonyabb, mint a továbbvezetett adat. A magyarországi továbbvezetési eljárás azonban nem általános, sok olyan – köztük fejlett – ország létezik, ahol nincs, vagy nem ilyen formában van népesség-továbbvezetés. Ezekben az országokban a népszámlálási évek környékén, a népszámlálási adatokból lehet megbecsülni a kockázati sokaságot.

A keresztmetszeti termékenységi görbék témánk szempontjából fontos, és igen gyakran használt alcsoportja a paritás-specifikus termékenységi görbék. Ezekben az esetekben csak egy adott sorszámú (jellemzően az első) gyermek a nő adott életkorában történő megszületésének esélyét ábrázoljuk. Ennek két fajtája létezik, a feltételes (az angol szakirodalom nem egységes: *conditional fertility rate; exposure-specific birth rate; occurrence rate, Type 1 rate*) és nem feltételes (angolul *unconditional rate, incidence rate, Type 2 rate* is használatos). A feltételes termékenységi görbék esetén a kockázati sokaságot csak az adott paritáson lévő nők jelentik: vagyis pl. hány 32 éves gyermektelen nő vállalta első gyermekét 2016-ban. A nem feltételes termékenységi görbe esetén az alapsokaság nem korlátozott: a 32 éves nőknek – gyermekszámuktól függetlenül – összesen hány első gyermeke született 2016-ban. Mindkét altípus használatos, megvannak az előnyei és a hátrányai is. (Például a nem feltételes ráták értékei egyszerűen összeadva kiteszik a teljes termékenységi görbét.)

Természetesen termékenységi görbék más alsokaságokra is számolhatók. A kétcsúcsú termékenység kapcsán a szakirodalomban elsősorban házasságból és házasságon kívül született gyermekekre, vagy az anya iskolai végzettsége, esetleg rasszok, etnikumok szerint számolt görbék jelennek meg. Minden ilyen esetben elvileg lehetséges feltételes és nem feltételes ráták számítása. A feltételes ráták alkalmazásának jellemzően az szab határt, hogy a becsléshez szükséges alapsokasági létszám nem ismert vagy csak igen nagy bizonytalansággal becsülhető. Magyarországon például a paritás-szerinti népesség-továbbvezetést a KSH végzi (így van becslésünk arra vonatkozóan, hogy például egy adott naptári évben hány kétgyermekes 32 éves nő él az országban), de az iskolai végzettség szerintit már nem. Így csak a népszámlálások (és a mikrocenzusok) éveiből ismerjük azt az adatot, hogy hány 32 éves diplomás nő alkotná egy feltételes ráta kiszámításához a kockázati sokaságot.

A termékenységi görbék másik típusát a kohorsz típusú görbék jelentik. A keresztmetszeti jellegű görbék egy adott naptári évre vonatkoznak, így értelemszerűen nem egy valós, hanem mesterségesen létrehozott, a valóságban soha nem létező női generáció (ún. szintetikus kohorsz, synthetic cohort) termékenységét mutatják be. Egy keresztmetszeti görbe esetében például egy adott ábrán szereplő 20 és 32 éves kori korszpecifikus arányszám értelemszerűen nem ugyanazon nők adataiból került kiszámításra. A x . naptári évre vonatkozó ábrán szereplő 22 éves nők 32 éves kori gyermekvállalási kedve majd az $x+10$. évre vonatkozó keresztmetszeti jellegű görbéből lenne valójában leolvasható. Ezzel szemben a kohorsz típusú termékenységi görbék nem egy adott naptári évre vonatkoznak, hanem (jellemzően) egy vagy több születési évjárat (például az 1983-ban született nők) adatait összesítik, azt mutatják be, hogy az adott évjárat 23, 24 stb. éves korában milyen eséllyel vállalt gyermeket. A kétszcúszú termékenységi görbék nem csak keresztmetszeti, hanem kohorsz típusú görbék esetén is megfigyelhetők, bár az utóbbiak vizsgálata (vagy maga a jelenség is) lényegesen ritkább a szakirodalomban (példa rá: Burkimsher 2017). Jelen tanulmányban mi sem használunk kohorsz típusú görbéket.

A TERMÉKENYSÉGI GÖRBE DEMOGRÁFIAI JELENTŐSÉGE, SPECIÁLIS FORMÁI

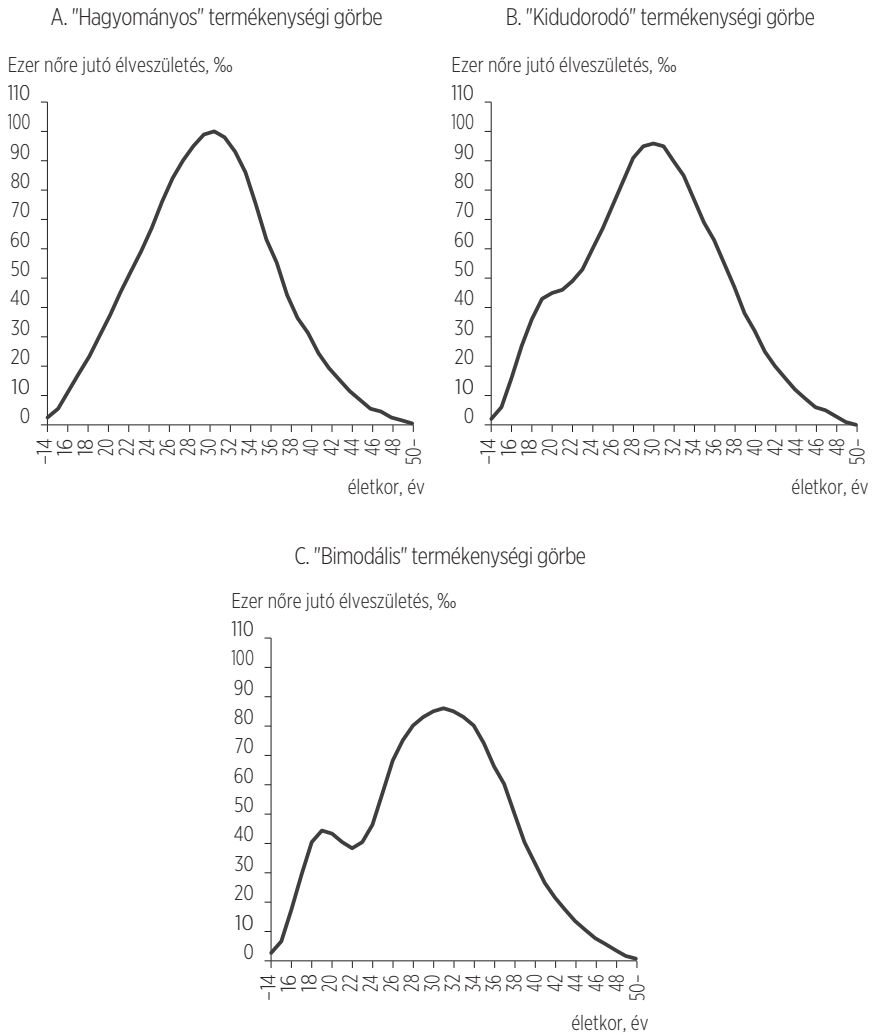
A korszpecifikus termékenységi arányszámokat tartalmazó görbék modellezése az 1930-as évektől a népességtudomány figyelmének középpontjában állt. Ezen görbék esetleges szabályszerűségének megismerése, modellezésének lehetősége a gyermekvállalási életkor szerinti lefutásának megismerésének ígéretével kecsegtetett a demográfusok számára, illetve a kérdés a matematikusok figyelmét is felkeltette. Hátha van valamilyen általánosítható demográfiai szabályszerűsége a szülések életútbéli lefutásának, amely ezen görbék modellezésével feltárható? Az 1960-as évekre már teljesen nyilvánvalóvá vált, hogy ez egy illúzió, „*a korszpecifikus születési arányszámok leírásához nem létezik valamilyen egyszer s mindenkorra rögzített típusú modell*” (Tekse 1965: 216).

Miközben a görbe modellezhetősége problémájának elméleti érdekessége csökkent, a kohorsz-komponens típusú népesség-előreszámítások kialakulásával a kérdés hirtelen gyakorlati szempontból lett érdekes. Ezen előre-számításokhoz módszertani okokból ugyanis nem csupán a jövőre vonatkozó

általános termékenységi arányszámra kellett becslést adni, hanem korszpecifikus termékenységi arányszámokra is, ez pedig más módon, mint valamiféle függvény illesztésével, bajosan lett volna megoldható. Vukovich György ezt már mintegy fél évszázada a következőképpen fogalmazta meg: „*A termékenységi görbe alakja ugyanis – az elméleti problémákon túlmenően – igen fontosnak tűnik a demográfiai gyakorlatban is [...] a népesség-előreszámítások elvégzéséhez, mert a jövőbeli termékenység előrebecsült szintjeihez tartozó kor szerinti görbéket rendkívül nehéz, sőt gyakran csaknem lehetetlen megbecsülni. [...] az előreszámítások során állandóan problémát okoz olyan görbétípusok meghatározása, amelyek az egyes évek korszpecifikus termékenységi arányszámait megnyugtató módon meghatároznák*” (Vukovich 1969: 65).

Emiatt aztán – kisebb-nagyobb lelkesedéssel – évtizedekig folyamatosan foglalkoztak a demográfusok ennek a gyakorlati feladatnak a megoldásán. Eközben tűnt fel, hogy bár az esetek túlnyomó többségében egyetlen csúccsal rendelkező görbékről van szó, még ez sem mondható általános szabálynak. Chandola és társai 1999-ben arra hívták fel a figyelmet, hogy az akkori legfrissebb adatokban az Egyesült Királyságban és Írországban a korai életkorban furcsa torzulás, egyfajta kidudorodás (*bulge*) figyelhető meg, amely miatt a korábban használatos modellek nem igazán képesek leírni a termékenységi görbét. Őket ez a kérdés elsősorban módszertani megközelítésből (modellezési és illesztési szempontból) érdekelte, de a modellezési megoldás keresése közben nyilván felmerült az okság kérdése is. A szerzők megítélése szerint a korai években megfigyelhető kidudorodás leginkább úgy modellezhető, ha nem egy, hanem két különböző alpopulációt feltételezünk, és ennek a két populációnak termékenységi görbáját kombináljuk. Erre a célra konkrét modellt is javasoltak (*Hadwiger mixture model*). Az ő elképzelésükben ez (írországi és nagy-britanniai adatokon empirikusan tesztelt) két alpopuláció, a házas és nem házas populáció termékenységi görbéje. E szerint a termékenységi görbe korai szakaszaiban megfigyelhető kipúposodás oka a két országban a tinédzser termékenység viszonylag nagy aránya, amely szinte kizárólagosan házasságon kívüli születésekből adódik. Fontos hangsúlyozni, hogy Chandola és társai még nem kétcsúcsú termékenységi görbét fedeztek fel, hanem csak egy olyan kipúposodást a görbében, amely nem jelentett helyi maximumot. Ezt követően a termékenységi görbét modellező cikkek már rendszeresen foglalkoztak ezekkel a nem hagyományos görbéekkel, de merőben csak olyan technicista szempontból, hogy ezek hogyan modellezhetők (pl. Peristera – Kostaki 2007, Bermúdez et al. 2012).

1. ábra: A termékenységi görbék néhány típusa (illusztratív példák)
Special types (traditional, with bulge, bimodal) of age-specific fertility rates (illustration)



Ismereteim szerint az első olyan elemzést, amely már kifejezetten önmagában a bimodális termékenységi görbével foglalkozott, Sullivan publikálta 2005-ben a *Demography* folyóiratban. A szerző itt az Egyesült Államokban az 1990-es évek elején létrejövő, majd az ezredfordulóra gyakorlatilag megszűnő rejtett bimodális termékenységi görbe létére mutatott rá. Rejtettnek azért nevezem ezt a jelenséget, mert bár itt nemcsak „kidudorodásról” van szó, hanem tényleges kétcsúcsú termékenységi görbékről, de a bimodalitás kizárólag az első gyermek

vállalása kapcsán, gyermektelen nőkre számolt (azaz feltételes) ráták esetén volt megfigyelhető, más esetekben – így a nem feltételes rátáknál – nem volt megfigyelhető. Sullivan egyfelől megalkotta a bimodalitás mértékének leírására használható mérőszámokat (BIM, BIM_{alt}), másfelől próbált magyarázatot találni a jelenség létrejöttére, illetve időlegességére. A görbéket kiszámolta etnikai csoportonként/rasszonként (fehérek, hispánok, afrikai amerikaiak), iskolai végzettség és családi állapot szerinti csoportonként is, és azt találta, hogy valójában az etnikumok szerinti eltérő termékenységi mintázatok az alkalmasabbak a jelenség okának megértésére. Elképzelése szerint az időleges bimodalitás létrejöttének az oka, hogy az 1990-es évek Amerikájában etnikai csoportok szerint eltérően zajlott le a termékenységi magatartás átalakulása (ez alatt lényegében az első gyermek vállalásának kitolódását értve). Míg a fehér és az afrikai amerikai csoportokban – noha más-más szinten –, de kitolódott az első gyermek vállalásának kora, addig a hispán csoportban ez mintegy egy évtizedig nem következett be. Ebben az időszakban jött létre a kétpólusú termékenységi görbe. Amikor a hispán csoport esetén is bekövetkezett a kitolódás, a bimodalitás megszűnt.

Az egy társadalomban együtt élő etnikai, nemzetiségi csoportok eltérő termékenységi mintázata ezt követően több esetben felbukkan a bimodalitás okát kereső publikációkban. Burkhimser (2017) kohorsz típusú görbéket felhasználó, 22 országot összehasonlító, inkább leíró jellegű tanulmányában például elsősorban valamiféle – sok esetben átmeneti – társadalmi polarizáció jelentőségét veti fel, említve, hogy ez a polarizáció valamiféle etnikai dimenzió szerint is történhet. Svájc esetén például adatai szerint a bimodalitás kialakulásának oka a bevándorló és az őshonos lakosság eltérő termékenységi viselkedése. (Ugyanakkor hangsúlyozza az adatok megbízhatósági korlátait: egy ki- vagy bevándorlás által erőteljesen érintett társadalomban a ráta számolásához szükséges nevező mindig csak bizonytalanul becsülhető.³)

Lima és szerzőtársai (2017) négy latin-amerikai ország ezredfordulót követő termékenységi mintázatát vizsgálták, és elsősorban Chile és Uruguay esetén találtak erőteljes bimodális termékenységi mintát. Ennek oka – megítélésük szerint –, hogy miközben ezen országokban általában és jellemzően csökkent a termékenység, és egyben a társadalom jelentős részében kitolódott az első gyermekvállalás későbbi életkorra, addig az alacsony iskolázottságú nők körében

³ Ez Magyarország esetén is felvethető. Természetesen nem zárható ki, hogy a visszaesés a 20-as életek közepén a termékenységi görbében arra vezethető vissza, hogy alulmértük a kivándorlást, vagy valójában kevesebb az alapsokaság, mint amelyet a népesség-továbbvezetés feltételez, vagy a censusok mérnek, hiszen a gyermeket nem vállalók egy része valójában már nem él Magyarországon.

fennmaradt a korai gyermekvállalási mintázat (amely az esetek nagy részében nem tervezett és nem kívánt várandósság volt). Ezen kettősség feltételezett okaként a szerzők a latin-amerikai, különösen erőteljes társadalmi és jövedelmi egyenlőtlenségeket jelölik meg.

Korábban idézett, elsősorban leíró jellegű cikkében Burkhimser (2017) utal rá, hogy (kizárólag) kohorsz perspektívából az első gyermek vállalását vizsgálva több kelet-közép-európai országban is kialakult bimodalitás. Ez volt megfigyelhető az 1977-es születési kohorsz esetén Csehországban, Szlovéniában; az 1980-as születési kohorsz esetén Észtországban, Litvániában és Szlovákiában. Az említett kelet-közép-európai országok rejtett kohorsz-bimodalitása mögött azonban Limáéktól eltérő okokat feltételez Burkhimser. Úgy véli, hogy a kommunizmus bukását követően több országban a mintaváltás a korairól a kései gyermekvállalási magatartásra nem egységesen következett be. Egyes társadalmi csoportok tovább ragaszkodtak a korábbi korai mintához, míg mások esetén gyors volt az átalakulás. Így egy átmeneti periódusban néhány születési kohorszra jellemzővé vált a bimodalitás ebben a régióban.

A TERMÉKENYSÉGI GÖRBÉK MAGYARORSZÁGON

Az elemzésünk következő részében bemutatjuk a különböző fajtájú termékenységi görbéket Magyarországra. A görbék kiszámításához a következő adatforrásokat használtuk fel:

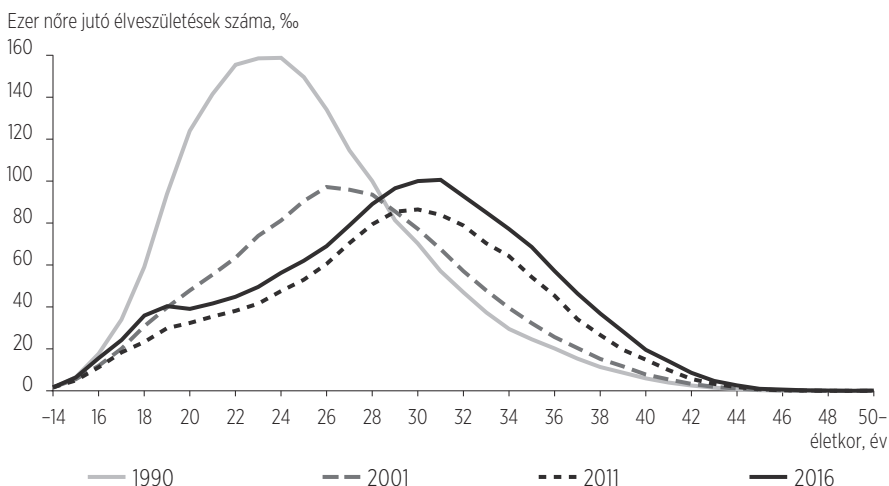
- Termékenységi adatok: születések száma az anyák életkora és élveszületéseinek száma, illetve legmagasabb befejezett iskolai végzettsége szerint bontva (a KSH népmozgalmi adatgyűjtése; az adatgyűjtés módszertanáról részletesen ld.: KSH 2013., az aktuális jogi háttérről ld.: 2016. évi CLV. törvény 28. és 30. §).
- Népszámságotok kor és gyermekszám szerint: a KSH által kor és gyermekszám szerint továbbvezetett női népszámságot. (Forrás: KSH Demográfiai évkönyvek elektronikus melléklete, 1.2.7.-es táblák – *A 15–49 éves nők születési év, korév és az élve született gyermekek száma szerint*).
- Népszámságotok kor, gyermekszám és iskolai végzettség szerint (a 2001. és 2011. évi népszámlálás és a 2016. évi mikrocenzus személyi szintű adatbázisa).

Keresztmetszeti általános termékenységi görbék

A 2. ábrán négy kiválasztott naptári évre (1990, 2001, 2011, 2016) bemutatott termékenységi görbék célja az, hogy illusztrálják a hazai termékenységi magatartás átstrukturálódását a rendszerváltás éveitől napjainkig.

A rendszerváltáskori termékenységi görbén megfigyelhető, hogy ekkor még a női életkor növekedésével gyorsan nőtt a gyermekvállalás kedv, de csak 23–24 éves korig⁴, amikor már elérte csúcspontját. 1990-ben ezer 23 éves nőről 160 szült gyermeket egy év alatt. Ezt az életkort követően már csökkent az adott korban vállalt gyermekek száma.

2. ábra: Keresztmetszeti általános termékenységi görbék Magyarországon
Unconditional age-specific fertility rates in Hungary



Forrás: KSH-adatok.

A koréves termékenység növekedésének tempója 1990-ben igen erőteljesen futott fel a nagykorúvá válást követően: 19 éves korig gyorsult, ezt követően már lassult a növekedési tempó (az ábrán a vonal meredeksége). A termékenység legnagyobb megugrása 1990-ben, 18 és 19 éves életkor között következett be: míg a 18 évesek 59, addig a 19 évesek 94%-e vállalt gyermeket.

A következő egy évtizedben drasztikusan visszaesett a termékenység, amely az ezredfordulót követően csúcspontját már 26 éves korban érte el, lényegesen

⁴ Kor alatt itt és a következőkben is mindig a betöltött életkort, születés alatt az élveszületést értjük.

alacsonyabb szinten, mint egy évtizeddel korábban (a 26 évesek 97%-e vállalt gyermeket). Témánk szempontjából legalább annyira érdekes, hogy a felfutás tempója lényegesen és látványosan lelassult, illetve a gyermekvállalási kedvben meglehetősen egyenletes, évi 7-10%-es növekedést figyelhetünk meg 16-26 éves kor között. Tehát az ezredfordulóra a gyermekvállalási kedv felfutásának tempója igencsak lelassult (ld. az ábrán a két görbe meredeksége közötti különbséget).

Az ezt követő évtizedben érdemben nem változott a gyermekvállalási kedv összesített mértéke (vagyis a teljes termékenységi arányszám), de egyértelműen tovább tolódott a gyermekvállalási kedv csúcsa (30 éves korra), és csökkent a felfutás tempója. 2011-ben a termékenységi görbében már megfigyelhetünk fiatal életkorban egy kis kicsúcsosodást: 15-19 éves kor között valamivel gyorsabban nőtt a gyermekvállalás kedv, mint az ezt követő 19-23 éves korban, amikor az emelkedés tempója kicsit laposodik, aztán 24-29 éves korban ismét meredekebbé válik a növekedés.

2011 és 2016 között jelentős termékenységemelkedés következett be, a teljes termékenységi arányszám 1,24-ről 1,49-ra emelkedett (vagyis nőtt a görbe által lefedett terület). A két ábra összevetésén látszik, hogy a gyermekvállalási kedv ez alatt a fél évtized alatt szinte minden életkorban nőtt, de nem egyenletesen. A legnagyobb növekedés a nagykorú, de még tizenéves (18-19 éves) kismamáknál, illetve a 30-as életévekben (pontosabban 29-38 éves korban) következett be. Ennek hatására a gyermekvállalási általános termékenységi görbe kétcsúcsúvá, bimodálissá vált: 2016-ban a 31 éves abszolút csúcs mellett 19 éves korban egy kisebb lokális csúcs is megfigyelhetővé vált. A gyermekvállalási kedv korai felfutásának a tempója 2011 és 2016 között egyértelműen gyorsult: a görbe meredeksége nőtt, 19 éves korig hasonló az ezredfordulós értékhez. Ezt követően a gyermekvállalási kedv 19-22 éves korban gyakorlatilag stagnált, majd ismét nőni kezdett, de a növekedés tempója nem érte el a korábbi mértéket.

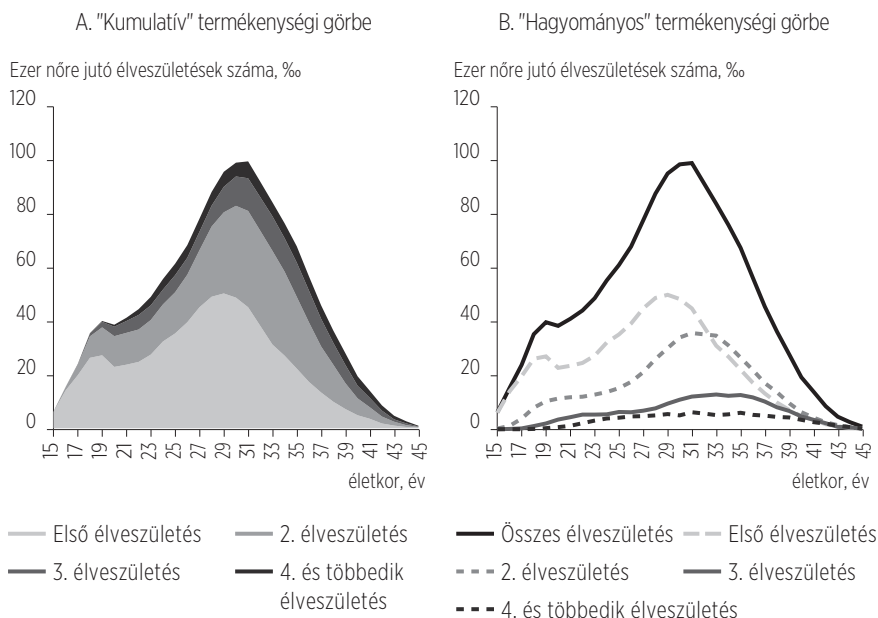
Az általános, nem paritásspecifikus termékenységi görbén megfigyelhető ilyen különleges eloszlás, bimodalitás igen ritka, ez a jelenség ugyanis jellemzően csak az első gyermekekre vonatkozó (és azon belül is sokszor vagy csak a feltételes, vagy éppen csak a nem feltételes) görbéken látható a szakirodalom szerint. Feltehetően, 2017-ben már a magyarországi általános termékenységi görbén sem lesz megfigyelhető. Azonban más országokhoz hasonlóan hazánkban is feltételezhető, hogy a bimodalitás jelensége látványosabb az első gyermekek esetén, ezért a következőben ezt vizsgáljuk meg.

Paritásspecifikus nem feltételes termékenységi görbék

A nem feltételes paritásspecifikus termékenységi görbék lényegében az előző görbe felbontását jelentik. Kumulatívan ábrázolva ki is adják az általános nem paritásspecifikus termékenységi görbét (3a. és 3b. ábra).

3.a-b. ábra: Magyarországi, paritásspecifikus nem feltételes termékenységi görbék (A) kumulatív és (B) hagyományos módon ábrázolva, 2016

Unconditional age-specific fertility rates by parity sketched in (A) cumulative and (B) traditional way



Forrás: KSH-adatok.

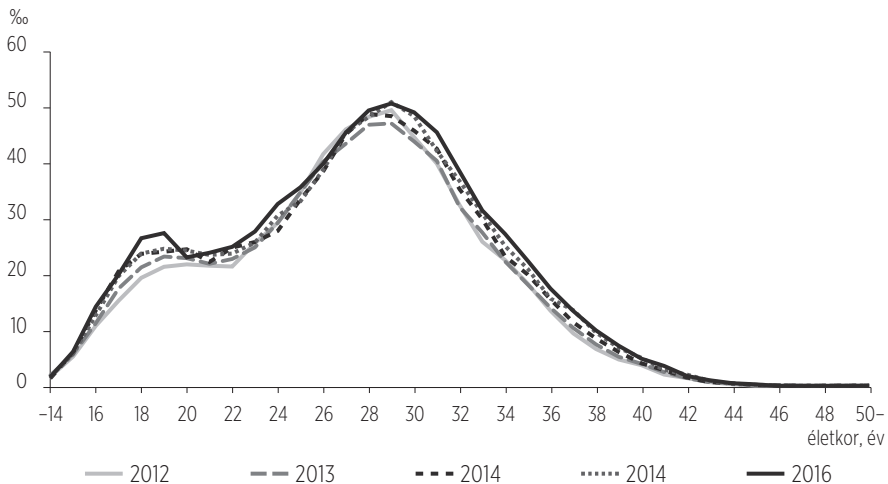
Az ábrák illusztrálják, hogy – nem meglepő módon – az általános görbén 2016-ban megfigyelhető bimodalitás elsődleges oka az első gyermek vállalásának bimodalitása volt. Ez a kétcsúcsúság az első gyermekek esetén sokkal látványosabb, kiegyenlítettebb, hiszen a 31 éves életkorban megfigyelhető általános termékenységi csúcs esetén jelentős, részben már a többedik gyermekek vállalásáról van szó. Az első gyermek vállalása esetén a második csúcs 29 éves korban következik be. Míg az első gyermekvállalások esetén az első életkori csúcs értéke 28, a másodiké 31%.

Ugyanakkor feltűnő, hogy a második gyermekek vállalása esetén is meglehetősen szabálytalan eloszlás alakult ki 2016-ban. Bár a nem feltételes

görbék esetén bimodalitásról nem beszélhetünk, de ennek ellenére elég egyértelmű, hogy a korai felfutást egy hosszabb stagnáló szakasz követi, 20–23 éves kor között lényegében változatlan, 12%-os valószínűsége figyelhető meg a második gyermek megszületésének.

Érdeemes megvizsgálni, Magyarországon mióta áll fent ez a helyzet, mióta bimodális az első gyermek vállalását leíró termékenységi görbe (4. ábra). Ha adott naptári évekre kiszámoljuk a görbét, megfigyelhető, hogy bár minimális mértékben, de már 2012-ben kialakult a kétpólusú lefutás: a 20 évesek körében az első gyermek vállalásának esélye már ekkor valamelyest meghaladta a 21 és a 22 évesekét. Ezt követően minden évben egyre erőteljesebben megfigyelhető a bimodalitás egészen 2016-ig. A 2017-es végleges adatok még nem ismertek, de az előzetes eredmények arra utalnak, hogy bár 2016-osnál lényegesen gyengébb mértékben, de még 2017-ben is kétpólusú volt az első gyermek vállalását jelző nem feltételes termékenységi görbe. (A 19 éves nők legalábbis 2017-ben is több első gyermeket vállaltak, mint a 20 évesek.) Összességében, tehát már legalább fél évtizedre fennáll a jelenség.

4. ábra. Nem feltételes termékenységi görbék – első gyermek
Unconditional age-specific fertility rates for birth order 1



Forrás: KSH-adatok.

Kérdés, hogy ez az első gyermek vállalása kapcsán 2012-től megfigyelhető kétpólusúság Magyarországon mennyire tekinthető erősnek, nem csupán a termékenység valamiféle véletlenszerű természetes, nem trendszerű

ingadozásának a következménye. A Sullivan (2005) által alkotott BIM-mérőszám – megalkotója szerint legalábbis – többfunkciós: egyszerre alkalmas a jelenség leírására, illetve statisztikai szignifikanciájának tesztelésére is. Képzésének lényege, hogy a termékenységi görbét alkotó konkrét koréves értékeket egyre növekvő számú évből számolt mozgó átlaggal helyettesítjük, ezzel gyakorlatilag elsimítjuk a görbe kisebb ingadozását. Ahány éves mozgóátlagot kell vennünk ahhoz, hogy a bimodalitás megszűnjön, akkora értéket vesz fel az adott évre számolt BIM-mutató. Sullivan szerint a 4-es vagy annál nagyobb BIM-érték már egyértelműen azt jelenti, hogy erőteljes bimodalitásról beszélhetünk. Magyarországon az első gyermekre számolt nem feltételes termékenységi adatok esetén a BIM-mutató mértéke 2013-ban érte el 4-es értéket, 2014-ben is 4-es, 2015–2016-ban pedig 5-ös értéket vett fel. Ez alapján legalább olyan négyéves időszakról beszélhetünk, amikor az első gyermekvállalás kapcsán a bimodalitás egyértelműen létezik hazánkban.

Érdemes a nagyobb paritásokon is megvizsgálni a nem feltételes termékenységi görbéket. Az áttekinthetőség miatt a következő ábrákban a bimodalitás megjelenése előtti utolsó (2011-es) év adatait vetjük össze 2016-os adatokkal (5.a-b. ábra). Ez az összehasonlítás azért is érdekes, mert ahogy már korábban is hangsúlyoztuk, pont ebben az időszakban nemcsak a bimodalitás alakult ki, hanem a termékenység is jelentősen emelkedett Magyarországon (a TTA értéke 2011-ben 1,23, 2016-ban 1,49 volt).

A második gyermek kapcsán látszik, hogy a növekedés hasonló mintázatú, mint az első gyermek esetén: a második gyermek megszületésének esélye 20 és 31–33 éves kor között átlag felett, míg a húszas életévekben mérsékelten nőtt. Ennek a nem egyenletes növekedésnek a következménye lett az a második gyermekek vállalása esetén megfigyelhető meglehetősen szabálytalan eloszlás, amelyet már korábban is hangsúlyoztunk.

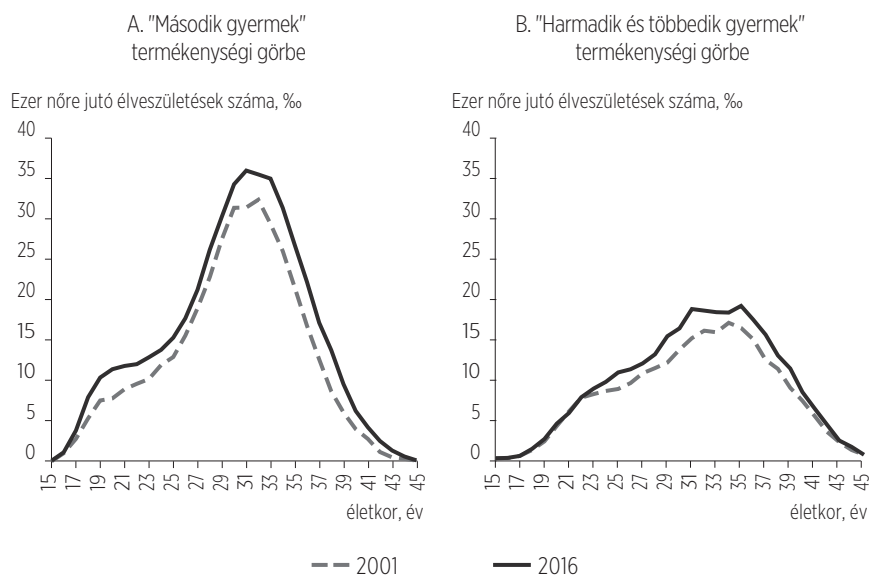
Harmadik és többedik gyermekek esetén szintén nőtt a gyermekvállalási kedv, arányát tekintve ez a növekedés meglehetősen erőteljes, csaknem egyötödös volt. Ez az emelkedés viszont teljesen más életkori profilt mutat, kizárólag a 23 éves és idősebb, ezen belül is a 29–37 éves anyák esetén figyelhető meg.

Tehát a termékenység görbékből látható, hogy a 2011 és 2016 közötti termékenységnövekedés minden vizsgált paritás szerinti csoportban hasonló nagyságrendű (20% körüli) volt, de ennek a növekedésnek más volt az életkori profilja az egyes gyermekszám szerinti csoportokban. Míg az első és a második gyermekek esetén a növekedés kétpólusú volt, addig a harmadik és többedik gyermekek vállalása kizárólag idősebb korban vált gyakoribbá. Ez utóbbi jelenség talán nem független egyes, a harmadik gyermekek

vállalását erőteljesen preferáló intézkedések társadalmi célzottságától. (Míg az első és a második gyermek után járó adókedvezményt szinte minden, akár fiatal és alacsony munkajövedelmű család is teljes egészében igénybe tudja venni, addig ez nem mondható el a három- vagy többgyermekesek adókedvezményéről.)

5.a-b. ábra. Nem feltételes termékenységi görbék – (A) második gyermek, (B) harmadik és többedik gyermek

Unconditional age-specific fertility rates for (A) birth order 2 and (B) birth order 3+



Forrás: KSH-adatok.

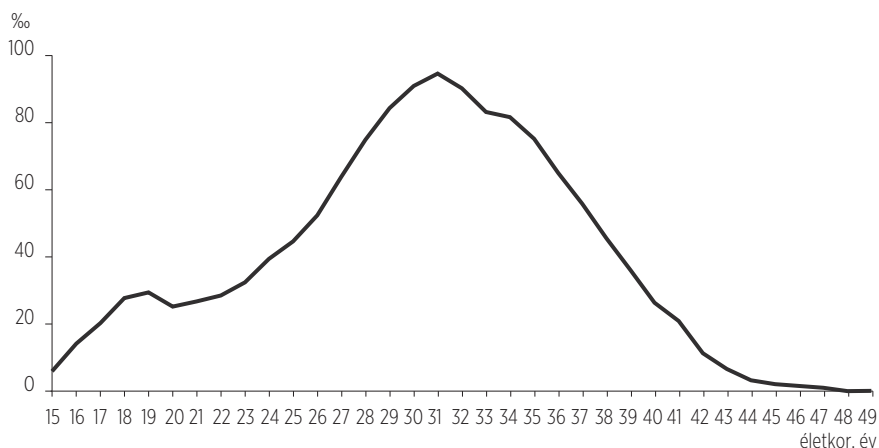
Paritásspecifikus feltételes termékenységi görbék

Talán valamivel nehezebben értelmezhető, de bizonyos szempontból többet mondó ábrákat kapunk, ha az első gyermek vállalása kapcsán feltételes termékenységi görbéket számolunk, vagyis a nevezőben nem az összes adott korú nőt, hanem csak az $n-1$ paritáson szereplőket vesszük (6. ábra).⁵

⁵ Látható ez a megközelítés nem számol az ikerszületésekkel. Arányuk azonban olyan alacsony, hogy komoly torzítást nem jelentek az adatokban.

Ezt a megközelítést használva, az első gyermekek arányát csak az adott korú gyermektelen nők számával vetjük össze. Ebben az esetben értelemszerűen a termékenységi görbén megfigyelhető második csúcs lényegesen nagyobb, mint az első, hiszen a harmincas éveinek elején a nők egy jelentős része (mintegy 40%-a) ekkorra már megszülte első gyermekét, így a gyermektelenekhez viszonyítva lényegesen nagyobb az első gyermek vállalásának esélye. Míg 2016-ban ezer 29 éves nőről mintegy 50 vállalt gyermeket, addig ezer 29 éves gyermektelen nőről mintegy 95. A bimodalitás ennek ellenére elég egyértelműen megfigyelhető.

6. ábra. Első gyermekekre számolt feltételes termékenységi görbe, 2016
Conditional age-specific fertility rate for birth order 1

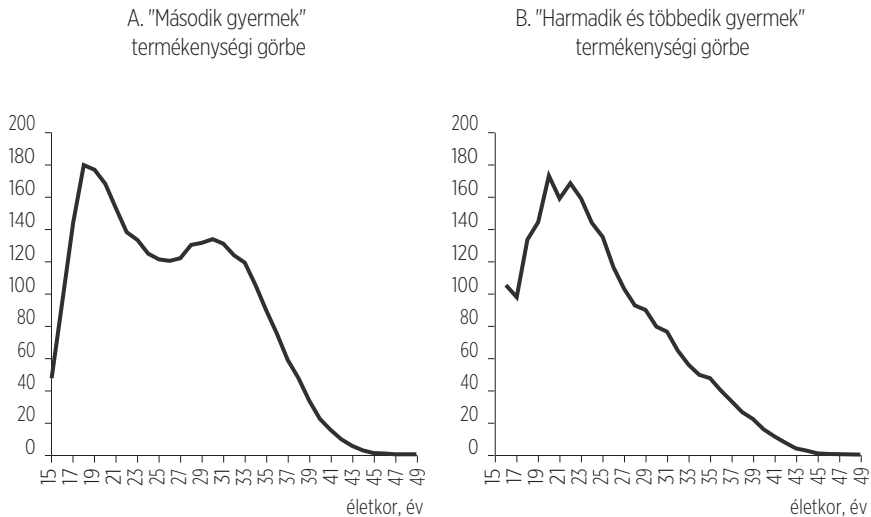


Forrás: KSH-adatok.

Igen érdekes képet kapunk, ha az egygyermekes nők arányát vetjük össze a született második gyermekek számával, ugyanis – a feltételes görbe esetén – itt egyértelmű bimodalitás figyelhető meg (7.a. ábra). A 10-es életek végén, a 20-as életek elején még elég kevés nő vállalja első gyermekét. Ezen fiatal, egygyermekes nők azonban igen jó eséllyel „dupláznak”, vagyis nagy arányban születik meg hamarosan az első testvér is. Ezt jól érzékelteti, hogy ezer 18–19 éves egygyermekes nő közül évente 180 vállal második gyermeket. Ezt követően viszont csökken az egygyermekesek gyermekvállalási kedve a 20-as életek közepéig, amikor is 28–33 éves korban újabb, mérsékelt emelkedés figyelhető meg.

7.a-b. ábra. Feltételes termékenységi görbe, 2016 – (A) második gyermek, (B) harmadik és többedik gyermek

Conditional age-specific fertility rates for (A) birth order 2 and (B) birth order 3+



Forrás: KSH-adatok.

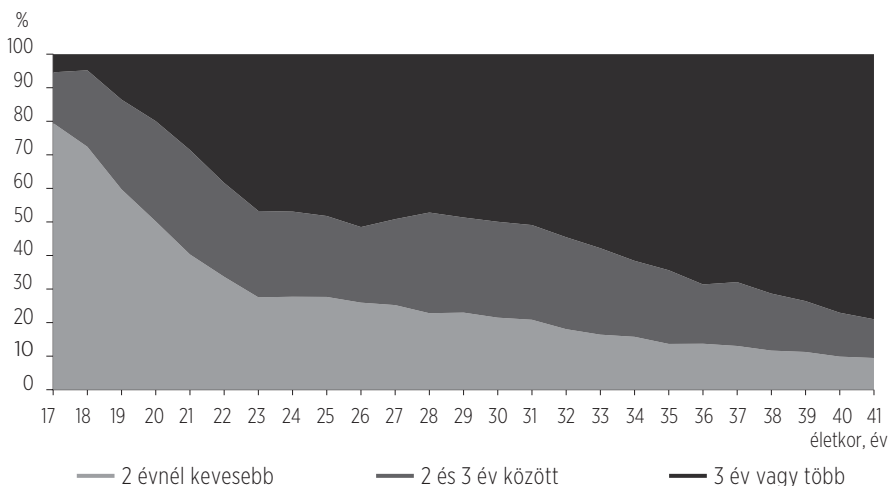
Ha megvizsgáljuk, hogy testvérüket mennyi idővel követve születnek meg második gyermekek az anya korának függvényében (8. ábra), azt tapasztaljuk, hogy míg a fiatal kismamákra jellemző volt a nagyon gyors, két éven belüli „duplázás”, addig a 30 körüli anyák esély feletti arányban vállalták céltotán 2 és 3 év között a kistestvért. Tehát a kétgyermekes nők feltételes termékenységi görbéjének második kiemelkedése mögött jellemzően nem az az ok, hogy a jóval korábban első gyermeküket vállalóknak a 30. életév környékén valamiért ismét „megjött a kedvük” a kistestvér vállalásához, hanem az, hogy a 30. életév környékén első gyermeküket vállalók a néhány évvel fiatalabbknál ismét nagyobb arányban „dupláznak”, jellemzően 2–3 éven belül.

Így az egygyermekes nőkre számolt feltételes görbe azt mutatja, hogy a 2016-os adatok szerint nemcsak az első, hanem valójában a második gyermek esetén is szétvált Magyarországon a termékenységi magatartás. Egy, a létszámát tekintve kisebb, de nem elhanyagolható csoportban az első gyermek korai (18–20 éves korban történő) vállalását jó eséllyel gyorsan követi a kistestvér is, míg egy másik tipikus csoport 30 éves kora körül szül először, majd két-három éven belül másodsor.

A két magasabb termékenyséű csoport között, illetve több szempontból is demográfia apály alakult ki: egyrészt 21–24 éves életkorban kicsi az első gyermek vállalásának az esélye, aki mégis ebben a korban szül, kisebb eséllyel vállal

kistestvért néhány éven belül. Másrészt, aki 35 éves vagy annál idősebb korban vállal első gyermeket, már ismét kisebb eséllyel szüli meg második gyermekét.

8. ábra. Az előző szülés óta eltelt idő a második gyermeküket vállaló anyák körében, 2016
The time passed since the last childbirth for mothers taking their second child, 2016



Forrás: KSH, népmozgalmi adatbázis.

A harmadik és többedik gyermekek kapcsán (7.b. ábra) a kép egyértelműbb: a kétgyermekesek további gyermekvállalási kedve fiatal felnőttkorban a legmagasabb, amikor még igen alacsony létszámú és erőteljesen szelektált a kétgyermekes nők csoportja. A harmadik vagy többedik gyermek vállalásának esélye az elmúlt időszakban megfigyelt korszpecifikus növekedés ellenére az életkor és így a kockázati sokaság növekedésével és hígulásával párhuzamosan, folyamatosan és egyenletesen csökken, a 30-as életévek elején újabb bimodalitásnak jele nincs.

A termékenységi görbék további tényezők szerinti felbontása: lehetőségek és korlátok

A témával kapcsolatos szakirodalomban kiemelt helyet kap a paritásonkénti felbontás mellett/helyett más tényezők szerint felbontott termékenységi görbék vizsgálata is. Három fontos tényező játszik itt szerepet: a családi állapot (házas/nem házas termékenységi görbe), az etnikum/rassz/migráns-nem migráns bontás, illetve az iskolai végzettség.

Magyarországon a termékenységi görbék etnikum szerinti bontásának vizsgálata egyértelműen indokolt lenne, hiszen a magyarországi roma közösségnek a nem romáktól hangsúlyosan eltérő termékenységi magatartása régóta ismert (Janky 2007, Husz 2011). Emiatt a hazánkban kialakuló bimodalitásnak is magyarázata lehetne egy folyamatosan gyarapodó roma populáció gyermekvállalási kedvének növekedése, amennyiben azt is feltételeznénk, hogy 2011 és 2016 között a romák és a nem romák termékenységének párhuzamos emelkedése úgy következett be, hogy közben a két csoport gyermekvállalási kor szerinti mintái nem közelítettek egymáshoz. (Vagyis a feltételezés szerint a romák és a nem romák gyermekvállalási kedve is nőtt az elmúlt években, de míg a romák esetében ez a korai gyermekvállalás növekedését jelentette volna, addig a nem romáknál ez az emelkedés a 20-as életek végén következett volna be.) Mindenféle ilyen spekuláció azonban hasztalan, ugyanis a termékenységi görbe etnikum szerinti felbontása Magyarországon nem lehetséges. Bár az alapsokaság etnikum szerinti feloszlása, még ha nagy pontatlansággal is, elvileg becsülhető lenne a népszámlálási és a mikrocenzus-adatbázis alapján, de a népmozgalmi statisztikai adatok nem tartalmazznak etnikai/nemzetiségi változót.

A termékenységi görbe családi állapot szerinti bontása a népesség családi állapot szerinti létező továbbvezetése miatt viszont technikai értelemben elvégezhető. A női népesség kor és gyermekszám szerinti továbbvezetése is elkészül a KSH-ban házas, nem házas bontásban. A magyarországi demográfiai évkönyvek évtizedek óta hagyományosan közlik is az általános, nem paritás-specifikus koréves házas termékenységi arányszámokat.⁶ A gyakorlatban azonban – jelen kutatásban, jelen kutatási kérdés vizsgálatához – ennek nem sok értelmét láttuk, ugyanis egy ilyen felbontásnak valójában akkor lenne értelme, ha a kialakított csoportok egymástól társadalmi vagy demográfiai értelemben elkülönülnének, közöttük különbség volna észlelhető. A jelenlegi magyarországi gyermekvállalási minták esetén azonban a házas és a nem házas sokaság esetén már valójában nem egymástól független, egymással szembeállítható társadalmi/demográfiai csoportokról van szó. Az első gyermekek házasságon kívüli vállalását ugyanis ma Magyarországon sok esetben házasságkötés követi, és így egyáltalán nem ritka, hogy a második vagy többedik gyermekek már házasságban születnek ugyanazon nő/pár esetén. Ritkább, de szintén jellemző, hogy az esetleges válást követő további párkapcsolatok jellemzően élettársi kapcsolatok, tehát az ilyen kapcsolatokból születő gyermekek jó része szintén nem házasságban születik. A fentiek miatt a példának okáért egy háromgyermekes nő esetén jellemző

⁶ Bár kicsit elrejtve, a 4.2.1 táblákban (*Élveszületések az anya koréve szerint*), találhatóak meg az ezer megfelelő korú házas nőre házasságból jutó elveszületés/nem házas nőre jutó házasságon kívüli elveszületés oszlopok.

módon előfordulhatna, hogy ugyanazon anya esetén az első és a harmadik gyermek a nem házias, a második pedig a házias termékenységi görbe részeként jelenne meg.

Az iskolai végzettség szerinti felbontásban a családi állapot változások kapcsán felvázolt helyzet ma Magyarországon jóval kevésbé jellemző. Egyfelől a befejezett végzettséget tekintve visszalépés egy életpályán belül nem lehetséges. Másfelől a kurrens szakirodalom szerint (pl. Bartus – Spéder 2016) mindmáig igen ritka az iskolai tanulmányok melletti gyermekvállalás, és az sem gyakori, hogy egy anya a gyermekvállalást követően kezd olyan tanulmányokba, amelyek jelentősen megnövelik a befejezett iskolai végzettségét. (Az ilyen, szülés után végzett tanulmányok jellemzően inkább bővítő, kiegészítő jellegűek: második szakma, második diploma stb.) Emiatt talán nem az ördögtől való, ha követve a bevett társadalomtudományi gyakorlatot a különféle befejezett iskolai végzettségi csoportok közötti átmenettől eltekintünk, és ezeket stabil csoportképző változónak tekintjük. Ugyanakkor egyértelműen figyelni kell arra, hogy az iskolai végzettség szerinti görbéket csak a megfelelő korcsoportokra számoljuk ki, illetve, hogy óvatosan értelmezzük. A következőkben erre teszünk kísérletet.

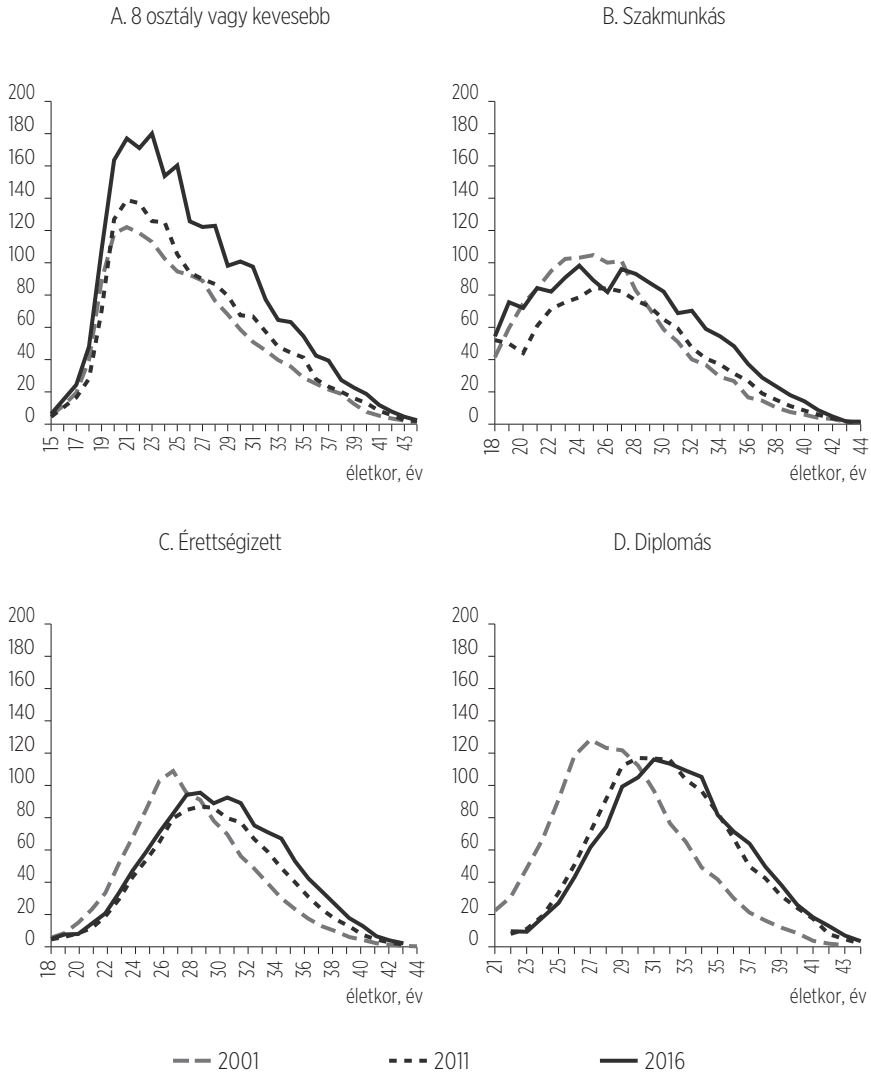
Az iskolai végzettség szerinti termékenységi görbék

A termékenységi görbék iskolai végzettség szerinti felbontása Magyarországon a népszámlálások és a mikrocenzusok évében lehetséges, ugyanis ekkor ismerjük meg az alapsokaság iskolai végzettség szerinti megoszlását (ld. a tanulmány első részében írottakat).

A 9.a-d. ábrákon a 2001. és 2011. évi népszámlálás, valamint a 2016. évi mikrocenzus adatállománya alapján becsült alapsokasági adatokra vetítjük a népmozgalmi adatgyűjtésből származó születési adatokat, négy összevont iskolai végzettségi csoportra (maximum 8 osztály, szakmunkás végzettség érettségi nélkül, érettségi, felsőfokú végzettség). Noha a két eltérő adatforrás alkalmazása miatt az adatok nem tökéletesen feleltethetők meg egymásnak, mégis megítélésünk szerint ezek egymásra vetítésével képesek vagyunk megfelelő pontossággal megbecsülni az egyes iskolai végzettség szerinti csoportok gyermekvállalási kedvének változását.⁷ A kapott eredmények jelentős mértékben segítenek megérteni a termékenységi bimodalitás 2011–2016 közötti alakulását.

⁷ Felmerül a lehetőség, hogy a születési gyakoriságot ne a népmozgalmi statisztikákból, hanem szintén a censusokból becsüljük (a census adatbázisokban szereplő maximum 12 hónapos élveszületett gyermekekből). Kontrollként ezt a számítást is elvégeztük, azonban mivel az eredmények érdemben nem tértek el, azokat külön nem közöljük.

9.a-d. ábra. Iskolai végzettség szerinti termékenységi görbék Magyarországon
Unconditional age-specific fertility rates by education in Hungary



Forrás: KSH-adatok.

Egyfelől megállapítható, hogy 2011 és 2016 között igazán radikális „baby-boom” valójában a 8 osztályt vagy azt sem végzett nők gyermekvállalási kedvét jellemezte. Annak, hogy ez a jelenség a hagyományos keresztmetszeti

statisztikákban nem jelent meg ilyen látványosan⁸, az volt az oka, hogy ennek a csoportnak a nagysága mindeközben igen gyorsan csökkent: míg a 15–44 éves nők létszáma 683 ezer fő volt 2011-ben, 473 ezer 2016-ban és mindössze 363 ezer fő 2016-ban. Ez utóbbi öt év alatt 23%-os volt a létszámcsökkenés! Míg 2001 és 2011 között, bár a létszámfogyásnál kisebb mértékben, de mérséklődött az általuk vállalt gyermekek száma, addig 2011 és 2016 között a 23%-os létszámcsökkenés ellenére a szült gyermekek száma mintegy tizedével még nőtt is. Ez mintegy 37%-os termékenységnövekedést jelent alig öt év alatt. Ez úgy lehetséges, hogy a nagyobb gyermekvállalási kedv ebben a rétegben egyfelől nem korlátozódott egyes korcsoportokra, de másfelől egyértelműen hangsúlyosabb mértékben volt megfigyelhető fiatal felnőttkorban, gyakorlatilag már 20 éves korra elérve a maximumot, 180‰ körüli értékkel.

Az alacsony iskolázottságúak körében a gyermekvállalás teljesen eltérő életkori mintát mutat a magasabb iskolai végzettségű csoportokénál, és ez a „szétfejlődés” látványossá is vált az elmúlt években. Az adatok arra utalnak, hogy a 2016-os születések esetében a legfeljebb 8 osztályt végzett nőknél az első születések 50%-a 23 éves kor alatt zajlott le, vagyis a 2016-os trendek szerint a legfeljebb 8 osztályt végzettek többsége 22 éves korára már anya lesz. Öt évvel ezelőtt még ugyanez 23 éves korban, míg az érettségizetteknél (mint majd látni fogjuk) 29–30 évesen következett be. Ez összességében azt jelenti, hogy az alacsony iskolai végzettségű csoportban a gyermekvállalási kedv kor szerinti lefutása jelenleg is hasonló az 1990-es társadalmi mintához, csak annál abszolút mértékét tekintve nagyobb. A maximum 8 osztályt végzettek körében tehát lényegében egy a korábbi időszakra jellemző típusú termékenységi görbét, gyermekvállalási mintát követve történt meg egy erőteljes gyermekvállalási kedv növekedés 2011 és 2016 között.

A szakmunkás végzettségű 15–44 éves nők létszáma szintén gyorsan csökken Magyarországon (2001-ben 424 ezer, 2011-ben 334 ezer, 2016-ban 246 ezer fő). Ez nem meglepő, hiszen egyfelől az ezredfordulót követően erőteljesen visszaesett az érettségit nem adó középiskolák népszerűsége, másfelől sokan utólag, a szakképzés megszerzése után le is érettségiztek. A 2000-es évet követő évtizedben a szakmunkások termékenysége valamelyest csökkent, elsősorban a 30 év alattiak körében volt ez megfigyelhető. A 2011–2016-os időszakban, amikor az országos termékenységi kedv is nőtt, egyértelműen nagyobb volt

⁸ A demográfiai évkönyvek szerint a legfeljebb 8 osztályt végzett anyáknak 2001-ben 26 981, 2011-ben 17 703, 2016-ban pedig 19 481 gyermeke született.

a szakmunkás végzettségű nők gyermekvállalási kedve is. Ez a – minden korcsoportban megfigyelhető – növekedés mintegy 26%-os, az országos átlagot meghaladó volt.

Az érettségizettek esetében fontos a létszámadatok hangsúlyozása, ugyanis ez a legnagyobb, ráadásul viszonylag stabil létszámú csoport az iskolai végzettségi kategóriák közül (2001-ben 742 ezer, 2011-ben 758 ezer, 2016-ban 736 ezer fő), így ennek a körnek a gyermekvállalási kedve egyre nagyobb mértékben befolyásolja az országos adatokat. A termékenységi görbék jól mutatják, hogy az érettségizettek között a 2001-es és a 2011-es népszámlálások közötti időszakban erőteljes volt a termékenységi kitolódás. Mivel a 20-as életévekben megfigyelhető termékenységcsökkenést nem tudták ellensúlyozni a 30-as életévekben vállalt „pluszgyermek”, ehhez ekkor még az összesített gyermekvállalási kedv mérséklődése is társult. 2011 és 2016 között azonban már egyértelműen, mintegy 16%-kal nőtt a csoport termékenysége. Ez a növekedés viszont az életkort tekintve teljesen más mintát követ, mint a két alacsonyabb iskolai végzettségű csoporté: a gyermekvállalási kedv növekedése érettségizett nők esetén kizárólag a 27 évesnél idősebbek körében tapasztalható.

A diplomás nők létszámát tekintve egyértelmű és erőteljes a növekedés (270 ezerről 465 ezerre, majd 2016-ban 525 ezerre). Így hiába figyelhető meg az a jelenség, hogy a diplomás anyák által vállalt gyermekek aránya növekvő trendet mutat (pl. mintegy 4%-kal több gyermeket vállaltak 2016-ban, mint 2011-ben), ha másrészt a csoport létszáma ennél jóval nagyobb (mint láttuk ebben az öt évben több mint 10%-kal nőtt). A korstruktúra aránytalanságainak kiszűrése után azt mondhatjuk, hogy a diplomás nők gyermekvállalási kedve összességében még csökkent is az elmúlt öt éves – egyébként a termékenység növekedésével jellemezhető – időszakban. Az is érdekes tendencia és talán nem független a termékenységcsökkenéstől, hogy míg az ezredfordulón még a felsőfokú végzettségűek jelentős része a diploma megszerzése után, a 20-as éveiben vállalt gyermeket, addig ez 2010-re már nem volt jellemző. Így ez a csoport a termékeny életszakasz jelentős részét, több mint felét gyakorlatilag „feláldozza”. Ezt követően viszont hiába magasabb már a gyermekvállalási kedve a diplomásoknak, mint a szakmunkásoké vagy érettségizetteké, ebben az igen rövid termékeny életszakaszban már nem tudják bepótolni azokat a gyermekeket, amelyeket a náluk alacsonyabb iskolai végzettségű társaik már korábban vállaltak.

MEGBESZÉLÉS/ÉRTEKEZÉS

Megítélésünk szerint a kétcsúcsú termékenységi görbék kialakulása az adott országok társadalmának tartós vagy ideiglenes demográfiai jellegű polarizációjára vezethető vissza.

Ennek a polarizációnak egyfelől lehet hagyományos társadalmi oka: az adott országban párhuzamosan egymás mellett élnek különféle, eltérő demográfiai magatartásmintákat követő, egymástól anyagi helyzetük, etnikai származásuk vagy más ok miatt meglehetősen elszigetelt résztársadalmak. Amennyiben az egyik résztársadalomra a korai, a másokra a kései gyermekvállalási minta jellemző, így országos szinten a termékenységi lefutása kétcsúcsúvá fejlődhet. Ebben az esetben a jelenség tartós fennmaradása sem kizárt, amennyiben a két résztársadalom közötti határok egyéb, társadalmi értelemben nem kezdenek el elmosódni, nem következik be integráció.

Másfelől a polarizáció visszavezethető lehet egy egyenlőtlen tempóban lezajló demográfiai, termékenységi átmenetre is. A termékenységi átmenet alatt jellemzően a korai gyermekvállalási minta felől a kései gyermekvállalási minta felé történő eltolódást értjük, tehát azt, hogy a gyermekvállalás átlagos életkora kitolódik. Könnyen lehetséges, hogy egy ilyen folyamat nem egységesen zajlik le egy adott társadalomban. Míg egyes társadalmi csoportok diktálják a trendet, vagy gyorsan adaptálódnak az új mintához, mások esetén a folyamat később indul be. Ebben ez esetben egy átmeneti időszakban párhuzamosan együtt élhet egy korai és egy kései gyermekvállalási minta, amely bimodális termékenységi görbét eredményezhet. Az ilyen esetekben azonban átmeneti jelenségről beszélhetünk. Amint a termékenységi átmenet eléri a „késve induló” társadalmi csoportot, a bimodalitás feloldódik.

Magyarország esetében, amikor észleltük a bimodális termékenységi görbe kialakulását, első pillantásra ez utóbbi, átmeneti bimodalitás tűnik feltételezhetőnek. Ennek azonban egyértelműen ellentmond a jelenség kései kialakulása. Ugyanis 2012-ben, amikor az első gyermek vállalása kapcsán a bimodális termékenységi görbe kialakult, hazánkban a rendszerváltást követő termékenységi kitolódás gyakorlatilag lezárult (Kapitány – Spéder 2015).

A jelenség kialakulása ezért jelenlegi tudásunk szerint inkább egy másik, az előzőnél kisebb jelentőségű hazai demográfiai átalakuláshoz, a 2011 és 2016 között megfigyelhető mintegy 20%-os termékenységemelkedéshez köthető. A termékenységi görbe paritás és iskolai végzettség szerinti felbontásai arra utalnak, hogy az a termékenységnövekedés Magyarországon társadalmilag erőteljesen polarizáltan ment végbe: egyfelől az alacsony iskolai végzettségi csoportokban

jelentősen növelte a korai gyermekvállalás esélyét, másfelől a középfokú iskolai végzettségű csoportokban fokozta a 30 év körüliek gyermekvállalás esélyét, illetve a harmadik gyermek vállalásának esélyét, de azt kizárólag idősebb életkorban. A magyarországi 2011–2016-os termékenységnövekedés 2017–2018-as kifulladásával egyben feltételezhetően erőteljesen csökken a bimodalitás jelensége is.

Összességében számunkra úgy tűnik, hogy a 2012-től kialakuló bimodális termékenységi görbe Magyarországon egy átmeneti, társadalmilag meglehetősen szelektív módon bekövetkezett termékenységnövekedési szakasz egyfajta mellékhatásaként fogható fel. Ha ez a feltételezésünk igaz, akkor ebből az is következik, hogy amennyiben a termékenység szintje a következő években csökkenni fog, feltehetően a bimodalitás is megszűnik majd, sőt stagnáló 1,5 körüli termékenység esetén is a jelenség csökkenésével számolhatunk. Amennyiben azonban különféle kormányzati intézkedésekkel a 2016–2018-as stagnálást követően sikerülne újból beindítani egy erőteljes termékenységnövekedést, hasonló hatásmechanizmussal rendelkező ösztönzőket használva, mint a 2011–2016-os időszakban, nem zárható ki a kétcsúcsú termékenységi minta hazai tartós fennmaradása sem. Ebben az esetben viszont a bimodalitás olyan társadalmi-demográfiai polarizációs folyamatokat eredményezhet/jelezhet, amelyek társadalmpolitikai szempontból jelentősek lehetnek.

IRODALOM

- Spéder, Zsolt – Bartus, Tamás 2016: Educational enrolment, double-status positions and the transition to motherhood in Hungary. *European Journal of Population*, 33(1), 55–85. DOI 10.1007/s10680-016-9394-0
- Bermúdez, Silvia – Blanquero, Rafael – Hernández, Juan Antonio – Planelles, Joaquín 2012: A new parametric model for fitting fertility curves. *Population Studies*, 66(3), 297–310.
- Burkimsher, Marion 2017: Evolution of the shape of the fertility curve: Why might some countries develop a bimodal curve? *Demographic Research*, 37(11), 295–324.
- Chandola, Tarani – Coleman, David A. – Hiorns, Robert W. 1999: Recent European fertility patterns: Fitting curves to ‘distorted’ distributions. *Population Studies*, 53(3), 317–329.
- Husz Ildikó 2011: Alacsony végzettség – sok gyermek? A magas termékenység néhány területi és etnikai aspektusáról *Demográfia*, 54(1), 5–22.
- Janky Béla 2007: A korai gyermekvállalást meghatározó tényezők a cigány nők körében. *Demográfia*, 50(1), 55–73.
- Kapitány Balázs – Spéder Zsolt 2015: Termékenység. In Monostori Judit – Őri Péter – Spéder Zsolt (szerk.) 2015: *Demográfiai portré 2015*. KSH NKI, Budapest, 41–56.
- Kapitány Balázs – Spéder Zsolt 2018: Termékenység. In Monostori Judit – Őri Péter – Spéder Zsolt (szerk.) 2018: *Demográfiai portré 2018*. KSH NKI, Budapest, 41–58.
- KSH 2013: *Népmozgalmi kézikönyv*, KSH, Budapest, 129.
- KSH 2016: *A termékenységi folyamatok hazai jellemzői, 1970–2015*. KSH, Budapest.
- Lima, Everton C. – Zeman, Kryštof – Nathan, Mathias – Castro, Ruben – Sobotka, Tomáš. 2017: Twin Peaks: The Emergence of Bimodal Fertility Profiles in Latin America. *Working Papers of Vienna Institute of Demography*, 10/2017, 25.
- Peristera, Paraskevi – Kostaki, Anastasia 2007: Modeling fertility in modern populations. *Demographic Research*, 16(6), 141–194.
- Rendall, Michael – Aracil, Encarnacion – Bagavos, Christos – Couet, Christine – DeRose, Alessandra – DiGiulio, Paola – Lappegard, Trude et al. 2010: Increasingly heterogeneous ages at first birth by education in Southern European and Anglo-American family-policy regimes: A seven-country comparison by birth cohort. *Population Studies*, 64(3), 209–227.
- Sullivan, Rachel 2005: The age pattern of first-birth rates among US women: The bimodal 1990s. *Demography*, 42(2), 259–273.
- Tekse Kálmán 1965: Korspecifikus születési arányszámok demográfiai modelljeiről. *Demográfia*, 8(2), 201–219.
- Vukovich György 1969: A termékenységi görbe és a születésszám (Néhány gyakorlati probléma). *Demográfia*, 12(1–2), 65–71.

BIMODAL FERTILITY CURVE IN HUNGARY: DESCRIPTIVE RESULTS AND POSSIBLE CAUSES

ABSTRACT

The examination of the temporal formation of fertility and the patterns and changes of the fertility curve has been a classic subject of demography for decades in Hungary too. It is known from the scientific literature that, in some rare, special cases – typically in a transitional period in a society – a fertility curve with two peaks occurs. This is the so-called bimodal fertility curve. The recent Hungarian data suggests that this bimodal fertility curve has developed in Hungary in the last half decade. Because of the potential social and population policy significance of this phenomenon, it seems for us important to review the literature of the bimodal fertility curve and examine the current Hungarian fertility data in details. According to our results, the bimodality in Hungary may be a side effect of the fertility growth in the last half decade, which growth was – in certain respects – very selective in Hungary.

A FELNŐTTEKET ELLÁTÓ HÁZIORVOSOK ÁLTAL VÉGZETT KARDIO-METABOLIKUS RIZIKÓFAKTORSZŰRÉS ÉS INFLUENZA ELLENI VAKCINÁLÁS HATÉKONYSÁGA MAGYARORSZÁGON 2014-BEN

Sándor János – Czifra Árpád

ÖSSZEFOGLALÓ

Az alapellátás preventív szolgáltatásai segítségével jelentősen csökkenthető a legnagyobb népegészségügyi súlyú betegségek okozta egészségvesztés, de ezeknek a lehetőségeknek a kiaknázására csak részben került sor. A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelméréshez kapcsolódó magyarországi vizsgálat lehetőséget adott arra, hogy értékeljük az alapellátás szintjén nyújtható hipertónia-, cukorbetegség- és hiperkoleszterinémia-szűrés, valamint az influenza elleni vakcinálás hatékonyságát. Meghatároztuk a szakmai irányelveknek megfelelő ellátás, illetve ellátási hiány gyakoriságát, és regressziós modellek segítségével vizsgáltuk az ellátás hiányának rizikófaktorait. A hipertónia, a cukorbetegség és a hiperkoleszterinémia szűrése az egyes célcsoportokban 63–80, 45–63 és 29–68%-os gyakorisággal valósult meg. Influenza elleni védőoltást a célcsoportokba tartozók 9–23%-a kapott. Mindez 1,87 millió évente elmaradt vérnyomásmérésnek, 2,17 millió elmaradt vércukorszint-ellenőrzésnek, 3,17 millió elmaradt koleszterinszint-meghatározásnak és 3,25 millió elmaradt influenza elleni védőoltásnak felelt meg országos szinten. Összességében minden célcsoportban és mindegyik preventív szolgáltatás esetében elmaradtak az igénybevételi adatok az ajánlottaktól; a szolgáltatások hatékonyságának növelése szempontjából az általános célcsoportot a háziorvosi rendelőbe nem járó felnőttek jelentették, akik elérése érdekében az alapellátóknak aktív szervezési munkát kellene végezniük.

Tárgyszavak: egészségügyi alapellátás, preventív szolgáltatások, szakmai irányelvek, monitoring

Sándor János, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet
E-mail: sandor.janos@sph.unideb.hu

Czifra Árpád, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet
E-mail: czifraarpad@gmail.com

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet az 1978-ban megjelent Alma-Atai Nyilatkozatában (Kishegyi – Makara 2004, World Health Organization 1978) deklarálta először, hogy az egészség mint alapvető emberi jog biztosításának legfontosabb eszköze az egészségügyi alapellátás. Ezt arra alapozták, hogy a jól szervezett alapellátásra épülő egészségügyi ellátórendszerek alacsonyabb költséggel, nagyobb felhasználói elégedettség mellett jobb eredményeket érnek el a népegészségügyi problémák kezelésében, mint a szakellátás-súlypontú rendszerek. A deklarációban arra is kitértek, hogy (1) a kormányoknak kell biztosítaniuk az erőforrásokat az alapellátásban rejlő lehetőségek kiaknázásához, beleértve ebbe a más szektorokkal való együttműködési keretek kialakítását is, mivel az egészség elérése az egyik legfontosabb társadalmi cél; (2) az alapellátás képes integrálni az orvosok, a nővérek és más egészségügyi szakemberek együttműködését; (3) a jól működő alapellátásra támaszkodva lehet hatékonyan működtetni az egészségfejlesztési, a preventív, a gyógyító és a rehabilitációs szolgáltatásokat. Az elmúlt 4 évtizedben számos vizsgálati eredmény támasztotta alá a deklaráció tételeit (World Health Organization 2008a, World Health Organization 2008b). A nemzetközi tapasztalatok szerint azonban az alapellátás fejlesztése nem követi szigorúan a deklaráció elveit, annak ellenére sem, hogy elég világosan látszik, hogy emiatt nem sikerül elérni az alapellátás fejlesztésétől egyébként várható jelentős egészségnyereséget (Scutchfield et al. 2012, Jakab 2013).

Az alapellátás szintjén nyújtható hatékony prevenció

Az Egyesült Államok Kongresszusa 1984 óta működteti a U.S. Preventive Services Task Force-ot (USPSTF), ami az alapellátás szintjén nyújtható preventív jellegű szolgáltatásokkal (szűréssel, tanácsadással, kemoprevencióval) kapcsolatos információk legmegbízhatóbb forrása (U.S. Preventive Services Task Force 2016).

Sok vizsgálat bizonyította, hogy az alapvetően nem a háziorvos, hanem a nővér tevékenységébe illesztett alapellátási eljárások révén jelentős egészségnyereség érhető el. Az eljárásokhoz kapcsolódó költségek azonban távolról sem hanyagolhatók el, azaz ezeknél a preventív szolgáltatásoknál sem igaz, hogy költséget takarítanak meg. Ebben a rendszerben az egy éven belüli koronáriakockázat 1%-os csökkenésének a közvetlen költsége 5,5 font (GBP) volt (Wonderling et al. 1996), az egy megmentett életévhez szükséges kezelési költségek pedig az alkalmazott kezelési protokolltól függően 1000 fontos nagyságrendben voltak (Field et al. 1995). Az első vizsgálatok óta eltelt évtizedekben számos nemzetközi elemzés támasztotta alá ennek a típusú preventív szolgáltatásnak a költségigényét, amelyek között sajnos nincsenek a magyarországi viszonyok közt érvényesülő költség-haszon viszonyokat leíró elemzések.

A jelentős költségek ellenére több országban vállalkoztak arra, hogy javítsák az alapellátás képességét a preventív szolgáltatások nyújtására (Daltona et al. 2011, Frieden – Berwick 2011, Harris 2009). Ezeknek a programoknak az eredményességét (az alapellátási gyakorlatban egyébként oppor-tunisztikus módon alkalmazott preventív szolgáltatások szélesebb körű alkalmazására alapozott egészségnyereség-előállító képességét) azonban még nem sikerült igazolni a kardiometabolikus betegségek okozta halálozás szintjén (Jørgensen et al. 2014, Krogsbøll et al. 2012). Az eddig negatív eredményre vezető vizsgálatok alapján sokan azt a következtetést vonták le, hogy nem érdemes támogatni az alapellátás szintű preventív szolgáltatások fejlesztését, mert az oppor-tunisztikus prevencióhoz viszonyítva ezzel nem lehet elérni szignifikáns hatást. Ugyanakkor, tekintettel a negatív vizsgálatok módszertani hibáira, nem lett általános a szervezett alapellátási prevenció támogatásának megszüntetése (NHS Health Check Expert Scientific and Clinical Advisory Panel 2014).

Az alapellátás szintű prevenció szűkebb célcsoportokra fókuszálása az egészségnyereség-előállító képességet és a költség-haszon viszonyokat is kedvező irányba befolyásolhatja, illetve feloldhatja az egyes eljárások igazolt hatásossága és a gyakorlatban nem észlelt hatékonysága között feszülő ellentmondást. A preventív beavatkozások minősítése szempontjából ennek felismerése azzal járt, hogy meg kellett változtatni a USPSTF ajánlások értékelési szempontjait: az eljárások hatásossága mellett az intervenciók populációs szintű hasznát is vizsgálni kell. A USPSTF az ajánlások erősségének kategorizálásához ehhez az igényhez igazodva változtatta meg. 2007-ig a biztosan (A kategória) és a nagy valószínűséggel (B kategória) egészségnyereséget eredményező eljárásokat ajánlotta alkalmazásra (azaz csak a hatásosságra vonatkozó bizonyíték

megalapozottságát vette figyelembe). 2007-től az elért hatás nagyságát is figyelembe veszik: a biztosan jelentős egészségnyereséget eredményező A kategória mellett a B kategóriát azokra az eljárásokra alkalmazzák, amelyek vagy nagy bizonyossággal, de kis egészségnyereséget, vagy kis bizonyossággal, de nagy egészségnyereséget eredményeznek. A fentebb felsorolt intervenciók célpontokkal kapcsolatos ajánlásokat is ebbe a két kategóriába rendezik 2007 óta. A hipertónia és a lipid-anyagcsere-zavarok szűrése kapott csak A minősítést, mutatva, hogy a többi intervencióval (például a cukorbetegség szűrésével) kapcsolatban vagy hiányoznak még az egyes kérdések tisztázásához szükséges kutatási eredmények, vagy a meglévő eredmények szerint az intervenció nem képes elérni jelentős hatást.

Preventív szolgáltatások az alapellátásban Magyarországon

Az alapellátás preventív jellegű szolgáltatásait részletekbe menően nem vizsgálták Magyarországon. Olyan monitoring rendszer sincs, amely ezen a területen a szolgáltatások (az opportunisztikus jelleggel nyújtott preventív szolgáltatások) értékelését állítaná elő.

A magyar népesség legfontosabb egészségkockázataival kapcsolatban régóta állnak rendelkezésre rendkívül kedvezőtlen halálozási elemzések. Ezek egyértelműen demonstrálják a preventív szolgáltatások általában elégtelen voltát (Sándor 2004, Sándor – Ádány 2011).

A preventív háziiorvosi szolgáltatásoktól várható halálozáscsökkenés nagyságrendjére következtethetünk az NHS (National Health Service) értékelése alapján. A preventív szolgáltatások egy átlagos angliai háziiorvosi körzetben 1000 főre számítva évente 2,589 életévet mentenek meg, és potenciálisan 3,409 életévet menthetnének meg (Ashworth et al. 2013). Amennyiben azt feltételezzük, hogy Magyarországon jelenleg nem jobbak az ilyen jellegű szolgáltatások, akkor – figyelembe véve a 2015. év elején regisztrált 8 311 854 magyarországi felnőtt népességet és az angliai gyakorisági adatokat – a magyar háziorvosok évente 28 335 életévet menthetnének meg a preventív szolgáltatásaikkal, amelyből 21 519 életévet meg is tudnak menteni minden évben (6816 életévet viszont nem). Azonban vélhetően kevesebb mint 21 519 életévet tudnak megmenteni (és 6816 életévnél többet nem), hiszen az EU15 országokhoz képest a magyarországi 65 év alatti kardiovaszkuláris halálozás 335%-os, az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás 376%-os, a cerebrovaszkuláris halálozás 355%-os, a cukorbetegség okozta halálozás 370%-os volt 2015-ben. Márpedig ezeken a végpontokon

jelentkeznek elsősorban az alapellátás preventív szolgáltatásaiból származó megnyert életévek.

Az 51/1997-es Népjóléti miniszteri rendelet adja a korcsoportokhoz kötött alapellátásban folyó felnőttkori szűrővizsgálatok alapját Magyarországon. Ez meghatározza a minden biztosított számára ingyenesen elérhető szűrő jellegű vizsgálatokat, illetve az alapellátás dolgozóinak ellátási és dokumentációs kötelezettségeit. A rendeletben felsorolt módszerek alapvetően a nemzetközi ajánlásokat tükrözik, azoktól csak néhány ponton térnek el. Ennek megfelelően a magas színvonalú, alapellátásra épített szűrések jogi háttere tulajdonképpen rendezett. A rendeletet sajnos nem egészítették ki a kivitelezés részleteivel foglalkozó módszertani ajánlásokkal, illetve eljárásrendekkel, amelyek a hatékony gyakorlati megvalósítás alapfeltételei lehettek volna. Ezek az alábbiak:

- A rendelet olyan eljárásokat is előír, amelyek metodikáját nem határozza meg (pl. a háziornosnak fel kell mérnie a felnőttek daganatos kockázatát, de sem a rendeletben, sem a rendeletehöz kapcsolódó bármilyen dokumentumban nincs kifejtve, hogy mit jelent módszertanilag a daganatos megbetegedések fokozott kockázatának felderítése).
- Nem alakították ki az alapellátásban végrehajtott szűrővizsgálatok célzott finanszírozását sem, amellyel az alapellátási team tagjait motiválni lehetne a tevékenységük hatékonyságának növelésére. A háziornos per capita finanszírozása alapvetően függ tényleges teljesítménye minőségétől és mennyiségétől. Lényegében a háziornos lelkiismerete határozza meg, hogy milyen preventív szolgáltatásokat nyújt.
- Nem oldották meg a szükséges szakismeretekkel rendelkező egészségügyi szakemberek bevonását sem a rendeletben előírt vizsgálatok kivitelezésébe (pl. annak ellenére, hogy nagyon kevesen veszik igénybe az alapellátás szűréseit, nem alkalmaznak toborzást segítő kommunikációs szakembereket; a háziornostól és a mellette dolgozó ápolótól pedig azt várják el, hogy foglalkozzanak kérdőív alapú szűrési feladatokkal, miközben erre nincsenek felkészítve).
- Nem épült fel az alapellátás számára előírt szűrések végrehajtásának monitoring rendszere, a szervezett méhnyakrák- és emlőrákszűrésektől eltekintve (pl. a dohányzási szokások vagy a hiperkoleszterinémia szűrését nem ellenőrzi semmilyen rendszer).

Mindezek következményeként a magyarországi alapellátásban folyó szűrési gyakorlat mind módszertanilag, mind eredményesség szempontjából rendkívül variábilis. Széles körű egyetértés van abban, hogy számos fejlesztési lehetőség volna ezen a területen, amelyeket ki is kellene használni, mert ilyen módon

érdemben lehetne csökkenteni a krónikus, nem fertőző betegségek okozta egészségveszteséget a magyarországi felnőttek között.

Összességében sok adat áll rendelkezésünkre, amelyek jelzik a rendkívül rossz népegészségügyi helyzetet, és hogy sürgető igény volna a hatékony beavatkozásra. Ugyanakkor a részletes adatok, a problémák tényleges okait azonosító, és ezért a hatékony intervenció beavatkozási pontjait azonosító monitoring rendszer hiánya már a beavatkozások tervezését is megnehezíti (Ádány et al. 2009, Sándor 2012a, Sándor 2012b). A részletes tervezés hiányában nem lehet előkészíteni a más országokban már hatékonynak bizonyult, az egészségveszteséget csökkentő és az egészségegyenlőtlenséget mérséklő beavatkozásokat (Salmi et al. 2017, Daponte et al. 2014).

A hazai háziiorvosi rendszer európai összevetésben

A magyar alapellátás profilját az Európai Unión belül a PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) projekt keretében mérték fel 2009–2010-ben. Ennek fényében a magyar alapellátás erőssége a szolgáltatásaihoz való hozzáférés, ami európai összehasonlításban jónak számít. A hazai rendszer átlagos a finanszírozottság, a munkaerővel való ellátottság és a nyújtott szolgáltatások folytonossága vonatkozásában. Gyengének minősítették azonban a rendszer irányítása, a szolgáltatások nyújtása során elért koordináció és a nyújtott szolgáltatások teljesszűrésége szempontjából. A magyar háziiorvosi rendszer összességében a gyenge alapellátások közé sorolható (Kringos et al. 2013).

A preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos forrásigény elvileg jelentős korlátozója lehet a szolgáltatások gyakorlati megvalósításának Magyarországon. A European Observatory on Health Systems értékelése szerint viszont a magyar háziiorvosok heti munkaideje a legrövidebb az Európai Unióban. A preventív jellegű szolgáltatásokhoz szükséges háziiorvosi munkaidő tehát elvileg rendelkezésre áll. Ennek kiaknázását sok tényező hátráltatja, amelyek közül a háziiorvosi munkaerőkrízist az elsők között szokták említeni. De, a háziiorvosok magas életkora szempontjából a hazai viszonyok az európai átlagtól nem térnek el jelentősen (Kringos et al. 2015). Az elvi lehetőségek kiaknázását viszont biztosan jelentős mértékben hátráltatja, hogy a hazai háziiorvosi rendszer a közösségi orientáció szempontjából az egyik leggyengébbnek számít az Európai Unión belül (Pavlič et al. 2015).

CÉLKITŰZÉSEK

Elemzésünk során azt szeretnénk volna meghatározni, hogy a hazai alapellátás milyen hatékonysággal szervezi meg a felnőttek körében azokat a preventív jellegű szolgáltatásokat, amelyek nyújtására elvileg lehetősége van és amelyekkel kapcsolatban mind a hazai jogszabályok, mind a hazai és nemzetközi szakmai ajánlások előírásokat fogalmaznak meg, azaz az influenza elleni vakcinálást, a hipertónia-, a cukorbetegség- és a diszlipidémia-szűréseket. Ezért az ajánlásoknak megfelelő célcsoportonként megvizsgáltuk az egyes szolgáltatások igénybevételének gyakoriságát, az adott szolgáltatás igénybevételét befolyásoló faktorokat, valamint megbecsültük az elvégzett és az elmaradt preventív szolgáltatások számát az ország teljes felnőtt népességére vonatkozóan.

MÓDSZEREK

Adatok

Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2014) részeként Magyarországon 2014-ben kivitelezett felmérés adatbázisát használtuk az elemzések során. A felmérés részletes leírását az ELEF2014-ről szóló összefoglaló kiadványban foglalták össze (Központi Statisztikai Hivatal 2015). Rétegzett mintavételi eljárás során, a 15 évnél idősebb magyarországi népességet reprezentáló 9431 főt választották ki a felmérésben való részvételre. Kérdőbiztosok végezték az adatok felvételét. A kiválasztott felnőttek 62%-a (5826 fő) válaszolt a kérdésekre. Az ELEF2014 adatbázist a Központi Statisztikai Hivatal állította össze.

Szociodemográfiai tényezők

A nem, a lakóhely jogállása (településtípusa) és a régiók szerinti besorolás minden résztvevőnél rendelkezésre állt. Az életkor 5 éves korcsoportonként szerepelt az adatbázisban. Mivel csak a felnőttek számára nyújtott alapellátási szolgáltatásokkal kapcsolatban végeztünk elemzést, kizártuk az elemzésből a 15–19 éveseket, akik 406-an voltak.

Azok a rekordok, amelyek hiányosan tartalmazták a szociodemográfiai adatokat, vélhetően a többi adat esetében is viszonylag gyenge minőségűek voltak, ezért ezeket töröltük az adatbázisból. A családi állapot, a legmagasabb iskolai végzettség, az önértékelt anyagi helyzet, a testmagasság vagy a testsúly hiánya miatt 474 rekordot kellett törölni. Az elemzett minta 5352 felnőtt adatait tartalmazta.

Életmódbeli elemek

Az elhízás mértékét a testtömegindex (BMI) segítségével írtuk le. A számított BMI alapján az alábbi csoportokba soroltuk a résztvevőket: elhízott ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$); túlsúlyos ($30 \text{ kg/m}^2 > BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$); normális testalkatú ($25 \text{ kg/m}^2 > BMI \geq 20 \text{ kg/m}^2$); sovány ($20 \text{ kg/m}^2 > BMI$).

A zöldség- és a gyümölcsfogyasztás gyakoriságára külön-külön kérdeztek rá a felmérésben. A két válasz alapján képeztük azoknak a kategóriáját, akik vagy gyümölcsöt vagy zöldséget minden nap fogyasztanak, illetve azokat, akik ezt ritkábban, vagy egyáltalán nem teszik.

A dohányzási szokásokra adott válaszok összekapcsolása révén meg tudtuk határozni a nem cigarettázókat, illetve ezen belül külön tudtuk választani a soha nem dohányzókat és a dohányzást abbahagyókat. Az alkalmanként cigarettázókat, illetve a nem cigarettázó dohánytermék-használókat (pl. pipázók, vízipipázók, szivarozók) együttesen az „egyéb dohányzó” kategóriába soroltuk. A rendszeresen cigarettázók közt megkülönböztettük a naponta legalább 20 szálát és a 20 szálnál kevesebbet fogyasztókat.

Az adatfelvételt megelőző 12 hónap alkoholfogyasztási szokásait az ELEF2014 az alábbi kérdések segítségével mérte fel: „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön alkoholtartalmú italt?”; „Egy átlagos héten milyen és mennyi italt fogyaszt az egyes napokon?”; „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholtartalmú italt (egy ital alatt egy korsó sört vagy két dl bort vagy fél dl röviditalt értve)?”. Az alkoholfogyasztás gyakorisága és mértéke alapján az absztinenseket, a ritkán, a mérsékelten és a rendszeresen alkoholt fogyasztókat, valamint a nagyivókat különböztettük meg.

Egészséggel kapcsolatos attitűd

Az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni attitűd indikálására a háziorvossal való elégedettség (az alkalmazott kategóriák: nagyon elégedett; elégedett; nem elégedett, de nem is elégedetlen; elégedetlen; nagyon elégedetlen) és a saját egészséggel kapcsolatos felelősségről alkotott vélekedés (az alkalmazott kategóriák a „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdéshez kapcsolódóan: nagyon sokat; sokat; keveset; semmit) adott lehetőséget.

Egészségi állapot

A vizsgálatban részt vevők egészségi állapotát több kérdésre adott saját válaszaik alapján lehetett leírni. A résztvevők a háziorvossal való találkozás gyakoriságának regisztrálása mellett saját általános egészségi állapotukat is minősítették, illetve nyilatkoztak arról, hogy milyen krónikus betegség(ek)ben szenvednek. A háziorvossal egy éven belül találkozókat megkülönböztettük azoktól, akik soha, illetve egy évnél régebben vették igénybe a háziorvos szolgáltatását. A válaszadók az egészségi állapotukat 5 fokozatú skálán értékelték a „Milyen az Ön egészsége általában?” kérdésre adott következő válaszokkal: nagyon jó; jó; kielégítő; rossz; nagyon rossz.

Minden résztvevő nyilatkozott arról, hogy van-e bármilyen krónikus betegsége, illetve külön-külön nyilatkozott az egyes krónikus betegségek fennállásáról is. Az alábbi, az elemzés szempontjából (a preventív szolgáltatások célcsoportjainak meghatározása miatt) fontos krónikus betegségek kerültek be a statisztikai feldolgozásokba: asztma; krónikus hörghurut, bronchitisz, tüdőtágulás; szívinfarktus vagy ennek krónikus következményei; szívkoszorúér-megbetegedés, angina; magasvérnyomás-betegség; agyvérzés vagy ennek krónikus következményei; májcirrózis, májsugor; rosszindulatú daganat; magas koleszterinszint, zsíryanycsere-zavar; szabálytalan szívverés, szívritmuszavar, pitvarfibrilláció; bármely egyéb szívbetegség. A célcsoportok meghatározásánál azokat a résztvevőket tekintettük az egyes krónikus betegségek szempontjából egészségesnek, akiket sem jelenleg, sem a múltban nem sújtott az adott betegség.

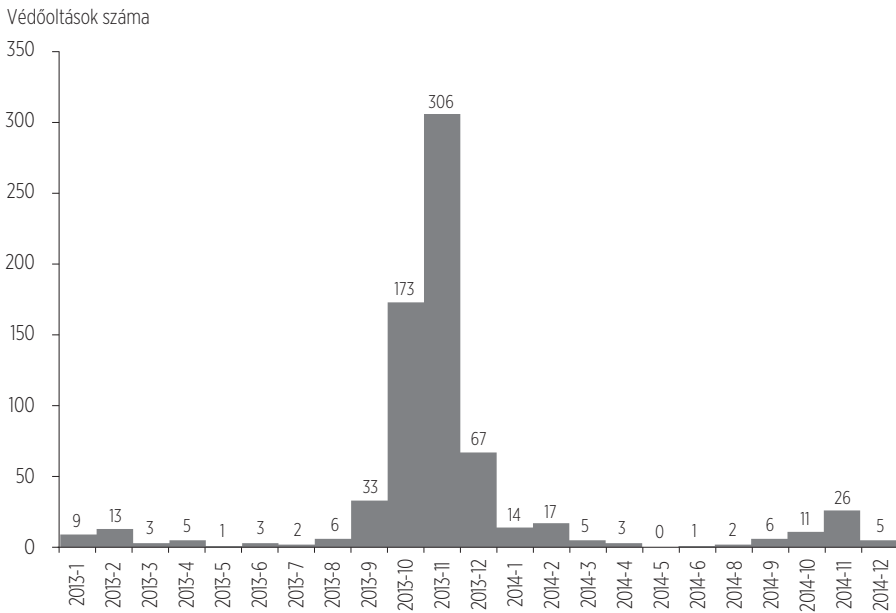
Preventív szolgáltatások igénybevétele

Az ELEF2014 során adatot gyűjtöttek arról, hogy a válaszolóknak mikor mérték meg utoljára a vérnyomását, a vércukorszintjét, a szérum-koleszterinszintjét. A válaszok alapján az 1 éven belül vizsgáltakat lehetett meghatározni. A preventív szolgáltatásokat 1 éven belül igénybe vevők részarányát tudtuk kiszámítani. A célcsoport meghatározásakor csak azokat a felnőtteket vettük figyelembe, akiknek nem volt ismert hipertóniájuk (N=3513), cukorbetegségük (N=4886) vagy diszlipidémiájuk (N=4697).

Az ELEF2014 résztvevői válaszoltak a „Kérem, adja meg az évet és a hónapot, amikor utoljára védőoltást kapott!” (válaszlehetőségek: év és hónap; tavalyi évnél régebben) kérésre, ami alapján azonosítani lehetett a megfelelően vakcináltakat, akik a 2013 októbere és 2014 márciusa közötti időszakban kaptak influenza elleni védőoltást (N=582) (1. ábra).

1. ábra: Az influenza elleni védőoltások száma havonként a 20 év feletti felnőttek körében a vizsgálati mintában (N=5352), 2013 januárja és 2014 decembere között

Number of influenza vaccination a month among adults at least 20 years old in the studied sample (N=5352) in the period of January 2013 to December 2014



Célcsoportok

A különböző nemzetközi és hazai szakmai szervezetek ajánlásokat fogalmaznak meg a hipertónia, a cukorbetegség és a diszlipidémia szűrésével, illetve a felnőttek influenza elleni védőoltásával kapcsolatban. A szűrési célcsoportok (az adott betegségtől nem szenvedő felnőttek) meghatározásakor azokat az ajánlásokat vettük figyelembe, amelyek 2014-ben voltak érvényben.

Hipertóniaszűrés

A USPSTF minden felnőtt esetében, annak egészségi állapotától függetlenül, javasolja a rendszeres vérnyomásmérést, hipertóniaszűrést (Piper et al. 2014). A szűrés gyakoriságára vonatkozóan nincs határozott állásfoglalás, de a vizsgálatok szerint még az évenként végzett vérnyomásmérésre alapozott szűrési rendszer is jelentős gyakorisággal azonosít hipertóniás betegeket. (Az évenkénti vérnyomásmérésen alapuló szűrési programban résztvevők körében 2,5%-os hipertóniaincidenciát detektálnak.)

A Magyar Hypertonia Társaság 2009-es ajánlása (Magyar Hypertonia Társaság 2009) alapján a rendszeres vérnyomás-ellenőrzés, a hipertóniaszűrés háziorvosi feladat. Az állásfoglalás szerint minden orvos-beteg találkozó alkalmával meg kell mérni a vérnyomást. (A Magyar Hypertonia Társaság később, 2015-ben kiadott szakmai irányelve már nem tesz említést a szűrésről, lásd Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelv Fejlesztő Munkabizottsága 2015).

Cukorbetegség szűrése

Az ELEF2014 idején aktuális USPSTF ajánlás szerint, a 135/80 Hgmm feletti vérnyomással rendelkező felnőttek körében ajánlott a cukorbetegség szűrése. A rendszeres szűrés gyakoriságával kapcsolatban nem foglalt állást a USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force 2008b). (A 2015-ben megújított ajánlásban a 40 és 70 év közötti, legalább túlsúlyosak körében javasolja a szűréseket. A szűrési intervallummal kapcsolatban továbbra sem foglalt állást határozottan.) (Selph et al. 2014).

A Magyar Diabetes Társaság 2009-es ajánlása szerint a 2-es típusú diabetes mellitus szűrésére akkor van szükség, ha a felnőtt kockázati profilja a betegség emelkedett kockázatát jelzi (Magyar Diabetes Társaság 2009). Ezt az ajánlást

erősítette meg a Magyar Diabetes Társaság 2011-es állásfoglalása is (Magyar Diabetes Társaság 2011), hozzátéve, hogy a szűrés kivitelezése a házi orvos feladata. (A Magyar Diabetes Társaság 2017-es – az ELEF2014 adatfelvételét követő időszakban kiadott – szakmai irányelve a veszélyeztetett egyének – 45 éves életkor feletti, pozitív családi anamnézissel rendelkezők, testsúlyfeleggel rendelkezők – szűrővizsgálatát javasolja.) (Emberi Erőforrások Minisztériuma 2017).

Zsírsanyagcsere-zavar szűrése

A USPSTF 2014-ben érvényben levő, 2008-ban kiadott ajánlása szerint törekedni kell a 35 év feletti férfiak és a 45 év feletti fokozott ischaemiás szívbetegség kockázatú nők 5 évenkénti lipidstátusz-vizsgálatára. A fiatalabbak körében (a 20–35 éves férfiak és a 20–45 éves nők esetében) csak emelkedett ischaemiás szívbetegség kockázata esetében javasolja a lipidstátusz ellenőrzését (U.S. Preventive Services Task Force 2008a). Az ajánlás az ELEF2014 utáni időszakban változott (U.S. Preventive Services Task Force 2016).

Ettől eltér a National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III ajánlása, amely a 20 év feletti 5 évente végzendő lipidstátusz-ellenőrzését javasolja (National Cholesterol Education Program 2001).

A szűrésre vonatkozó hazai jogszabály szerint a 21 éves korban mindenkinél elvégzendő házi orvosi vizsgálat során leírt egészségi állapot-felmérés része a lipidstátusz meghatározása, amit alacsony kardiovaszkuláris kockázatú felnőtteknél 5 évente, magasabb kockázatúaknál 2 évente kell megismételni 64 éves korig. 65 éves kor felett mindenkinél két évente kell elvégezni az ellenőrzést (Népjóléti Minisztérium 1997).

Influenza elleni védőoltás

A Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) ajánlása szerint minden felnőttnek évenként influenza elleni védőoltásban kellene részesülnie (CDC 2010). Az angol egészségügyi hatóságok (Salisbury et al. 2006) a 65 év feletti rutin-szerű oltását javasolják; a 65 év alatti korosztályokban csak kockázatonövelő betegségek, állapotok esetében ajánlják a védőoltást (krónikus légzőszervi, kardiovaszkuláris, vese-, máj-, neurológiai betegségek; cukorbetegség; immunhiányos állapotok, malignus betegségek és az elhízás, illetve a terhesség).

A magyarországi ajánlás megfelel a nemzetközi gyakorlatnak. Az Országos Epidemiológiai Központ módszertani levelében a rutinszerű oltást 60 év feletti, illetve krónikus betegségben szenvedők (idült szív-, keringési, légzőszervi, vese-, illetve anyagcsere-betegségben szenvedők, csökkent immunitásúak, a szociális otthonokban, öregek otthonában vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápoltak) körében javasolja (Csohán et al. 2008, Csohán et al. 2009, Országos Epidemiológiai Központ 2014). Az ajánlásnak megfelelő csoportokba tartozók ingyenes influenza elleni védőoltásra jogosultak Magyarországon.

A vizsgált célcsoportok

A fentebb említett legfontosabb szakmai irányelvek, ajánlások és állásfoglalások alapján az alábbi célcsoportokat definiáltuk – figyelembe véve, hogy az ELEF2014 nem gyűjtött minden adatot –, a nagyon pontos hazai és nemzetközi ajánlásokban meghatározott célcsoportokon belül végeztük a preventív szolgáltatások igénybevételének elemzését. A teljes adatbázisból leszűrtük a preventív szolgáltatás célcsoportjába tartozó felnőttek rekordjait, és az így kapott részadatbázisban végeztük el az elemzéseket.

1. Hipertónia szűrése:
 - a. Az összes nem hipertóniás 20 év feletti felnőtt.
 - b. Az összes nem hipertóniás 20 év feletti felnőtt, aki a háziorvosánál egy éven belül járt.
 - c. Az összes nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőtt.
2. Cukorbetegség szűrése:¹
 - a. Az összes nem cukorbeteg 45 év feletti felnőtt.
 - b. Az összes nem cukorbeteg 20–44 év közötti felnőtt, aki vagy túlsúlyos, vagy szívinfarktuson esett át, vagy ischaemiás szívbeteg, vagy hipertóniás, vagy stroke-ja volt, vagy zsíryanagcsere-zavara van.

¹ A hazai ajánlásban szereplő kockázati csoportba sorolást lehetővé tevő FINDRISC-kérdőív nem minden kérdése szerepelt az ELEF2014 kérdőívein, ezért csak közelítő pontossággal tudtuk definiálni a célcsoportokat.

3. Zsíryanycsere-zavar szűrése:²
 - a. Az összes, zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, 35 év feletti férfi.
 - b. Az összes, zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, 20–34 év közötti férfi, aki vagy cukorbeteg, vagy dohányzik, vagy elhízott vagy hipertóniás.
 - c. Az összes, zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, 20 év feletti nő, aki vagy cukorbeteg, vagy dohányzik, vagy elhízott vagy hipertóniás.
4. Influenza elleni védőoltás:³
 - a. Az összes 60 év feletti felnőtt.
 - b. Az összes 20–59 év közti felnőtt, aki az alábbi krónikus betegségek valamelyikében szenved: asztma; krónikus hörghurut, bronchitisz, tüdőtágulás; szívkoszorúér-megbetegedés, angina; magasvérnyomás-betegség; cukorbetegség; májcirrózis, májsugor; rosszindulatú daganat; magas koleszterinszint, zsíryanycsere-zavara; szívritmuszavar, pitvarfibrilláció; bármely egyéb szívbetegség; vagy átesett már szívinfarktuson, szívrohamon; vagy volt már agyvérzése, szélütése, stroke-ja, agyérgörcse.

Statisztikai feldolgozás

Az egyes célcsoportokat és a nekik megfelelő preventív szolgáltatás gyakoriságát külön-külön elemeztük. Első lépésként a célcsoportnak megfelelően leszűkítettük a teljes adatbázist, majd ebben számítottuk a szolgáltatás igénybevételének gyakoriságát.

Az egyes célcsoportokon belül megadtuk a nyers igénybevételi gyakoriságokat. A vizsgálati gyakoriságokat minden, zavaró tényezők alapján képzett strátumon belül is számítottuk.

² Az ajánlásokban szereplő lipidprofil-vizsgálat részleteiről az ELEF2014 nem gyűjtött adatot, ezért csak azt tudtuk vizsgálni, hogy az ajánlásoknak megfelelő csoportokban történt-e valamilyen lipidvizsgálat. A kockázati csoportokba sorolás sem az életkor, sem az emelkedett kardiovaszkuláris kockázat vonatkozásában nem azonos a magyarországi és a referenciaként figyelembe vett nemzetközi ajánlásokban. A célcsoportba sorolás pontosságát csökkentette, hogy az ajánlásokban szereplő besorolási szempontok közül nem mindegyikre gyűjtött adatot az ELEF2014. (A nemzetközi ajánlásban szereplő cukorbetegség, dohányozás, elhízás és hipertónia követhető az ELEF2014 adatbázisában, de a családi anamnézisére vonatkozóan nem gyűjtöttek adatot.) Az elemzésekben ezért a nemzetközi ajánlások célcsoportját csak jó közelítéssel tudtuk előállítani.

³ A foglalkozási csoportokra vonatkozóan az ELEF2014 nem gyűjtött adatokat, ezért a feldolgozásunkban sem tudtuk értékelni azt, hogy a munkakörökhöz kapcsolódó indikációk milyen hatékonyan kerültek végrehajtásra.

A felméréseket szervező Központi Statisztikai Hivatal a vizsgálatban résztvevők rekordjaihoz kapcsolta azt a súlyszámot, amely megmutatta, hogy (figyelembe véve a mintavétel folyamatát és a rétegspecifikus válaszadási arányokat) egy válaszadó hány magyarországi felnőttet reprezentált. (A 15 év feletti népesség összegzett súlya 7 811 829 fő volt. Az adathiányok alapján kizárt rekordok miatt az elemzett mintában az összegzett súly 7 637 031-re, az eredeti érték 97,8%-ára csökkent.) A résztvevők reprezentációs súlyai segítségével megbecsültük az országosan elvégzett és el nem végzett beavatkozások számát célcsoportonként.

A szolgáltatások igénybevételére ható befolyásoló tényezőket többváltozós logisztikus regressziós modellek segítségével azonosítottuk. Az eredményeket esélyhányadosokkal és a nekik megfelelő p-értékekkel, szignifikanciaszintek eredményeivel adtuk meg.

EREDMÉNYEK

Hipertónia szűrése

Az összes, nem hipertóniás 20 év feletti felnőtt

A vizsgált mintában 3509 felnőtt volt, akiknek nem volt magasvérnyomás-betegségük. Közülük 2209 főnek mérték meg a vérnyomását egy éven belül, és 1300 fő esetében nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 63,0%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a külön élő házaspár (EH=0,51; p=0,038) és a nőtlen/hajadon családi állapot (EH=0,76; p=0,026), a sovány testalkat státusz (EH=0,73; p=0,045) és az egy évnél régebbi találkozás a háziorvossal státusz (EH=0,08; p<0,001). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az idősebbek (EH₄₀₋₄₄=1,80; p=0,040; EH₈₀₋₈₄=2,90; p=0,024), a mérsekelt (EH=1,56; p=0,003) és a rendszeres alkoholfogyasztók (EH=1,64; p=0,017), a nagyon rossz önértékelt egészségi állapotúak (EH=2,69; p=0,032) és a krónikus betegségben szenvedők (EH=1,49; p=0,001) között. (Az egyéb gazdasági aktivitású csoport statisztikailag szignifikáns eredményét a csoport heterogenitása miatt nem lehet interpretálni.) (lásd a mellékletben: *M1. táblázat*).

Az ország teljes 20 év feletti népességén belül az egy éven belül nem hipertóniások körében elvégzett szűrő jellegű vérnyomásmérés becsült száma 3 188 770, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 866 619 volt.

Nem hipertóniás 20 év feletti felnőttek, akik egy éven belül jártak házi orvosuknál

A vizsgált mintában 2390 felnőtt volt, akiknek nem volt magasvérnyomás-betegségük, és egy éven belül voltak a házi orvosuknál. Közülük 1919 főnek mérték meg egy éven belül a vérnyomását, és 471 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 80,3%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján az észak-magyarországi (EH=0,61; p=0,042) és a nyugat-dunántúli lakóhely (EH=0,60; p=0,040), a külön élő házaspáros családi állapot (EH=0,43; p=0,022), a házi orvossal kapcsolatos elégedetlenség (EH=0,56; p=0,010). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az idősebbek (EH₄₀₋₄₄=2,22; p=0,002; EH₅₀₋₅₄=2,07; p=0,017; EH₅₅₋₅₉=1,89; p=0,048; EH₇₅₋₇₉=3,14; p=0,025; EH₈₀₋₈₄=5,66; p=0,008), az elhízottak (EH=1,51; p=0,022), a mérsékelt (EH=1,50; p=0,034) és a rendszeres alkoholfogyasztók (EH=2,09; p=0,012), illetve a jó önértékelt egészségi állapotúak (EH=1,40; p=0,029) között (lásd a mellékletben: *M2. táblázat*).

Az egy éven belül házi orvosnál megforduló nem hipertóniás 20 év feletti népességben elvégzett szűrő jellegű vérnyomásmérés becsült száma 2 757 336, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 652 889 volt ebben a célcsoportban országosan.

Nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek

A vizsgált mintában 581 olyan felnőtt volt, akiknek nem volt magasvérnyomás-betegségük, de vagy cukorbetegek vagy elhízottak voltak. Közülük 403 főnek mérték meg egy éven belül a vérnyomását, és 178-uknál nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 69,4%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján az egy évnél régebbi találkozás a házi orvossal (EH=0,04; p<0,001) és a házi orvossal való találkozás elmaradása (EH=0,04; p=0,027). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt a 40–44 évesek (EH=4,32; p=0,023), az 50–54 évesek (EH=1,46; p=0,042) és a dohányzásról leszokottak (EH=3,13; p=0,002) között. (lásd a mellékletben: *M2. táblázat*)

A nem hipertóniás, de cukorbeteg vagy elhízott 20 év feletti népességben elvégzett szűrő jellegű vérnyomásmérés becsült száma 581 369, az elmaradt

vizsgálatok becsült száma pedig 249 624 volt ebben a célcsoportban országosan.

Cukorbetegség szűrése

Az összes nem cukorbeteg 45 év feletti felnőtt

A vizsgált mintában 2621 olyan felnőtt volt, akik nem voltak cukorbetegek, és legalább 45 évesek voltak. Közülük 1661 főnek mérték meg egy éven belül a vércukorszintjét, és 960 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 63,4%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a rendszeres dohányzás ($EH_{\text{naponta, kevesebb mint 20 cigarett}}=0,65$; $p=0,002$; $EH_{\text{naponta legalább 20 cigarett}}=0,61$; $p=0,020$), a nem mindennapos zöldség- és gyümölcsfogyasztás ($EH=0,78$; $p=0,029$), ha valaki úgy érzi, semmit nem tehet az egészsége érdekében ($EH=0,55$; $p=0,023$), átlagosan elégedett a háziorvosával ($EH=0,67$; $p=0,023$), jónak ($EH=0,76$; $p<0,035$) vagy nagyon jónak ($EH=0,45$; $p<0,001$) érzi egészségi állapotát, valamint az egy évnél régebbi találkozás a háziorvossal ($EH=0,11$; $p<0,001$). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az érettségivel nem ($EH=1,43$; $p=0,014$) és az azzal rendelkező ($EH=1,78$; $p=0,001$) középfokú, illetve a felsőfokú ($EH=2,14$; $p<0,001$) végzettségűek, a túlsúlyosak ($EH=1,27$; $p=0,045$), az önbevallás alapján rossz ($EH=2,11$; $p<0,001$), illetve nagyon rossz ($EH=2,47$; $p=0,001$) egészségi állapotban levők és a krónikus betegek ($EH=2,30$; $p<0,001$) között (lásd a mellékletben: *M3. táblázat*).

Az ország teljes 45 év feletti népességében a nem cukorbetegek körében egy éven belül elvégzett szűrő jellegű vércukorszint-mérések becsült száma 2 356 834, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 358 038 volt.

Nem cukorbeteg 20–44 év közötti, kockázatnak kitett felnőttek

A vizsgált mintában 1016 20–44 év közötti életkorú felnőtt volt, akik nem voltak cukorbetegek, és a cukorbetegség kialakulása szempontjából (túlsúlyos, szívinfarktus, ischaemiás szívbetegség, hipertónia, stroke vagy zsíryanagcserezavar miatt) emelkedett kockázatúak voltak. Közülük 459 főnek mérték meg egy éven belül a vércukorszintjét, és 557 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 45,2%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockázatonövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a nagyívás ($EH=0,27$; $p=0,041$) és a háziorvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,14$; $p<0,001$). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők ($EH=1,98$; $p=0,013$), az idősebbek ($EH_{40-44}=2,00$; $p=0,028$) és a krónikus betegségben szenvedők ($EH=1,47$; $p=0,039$) között (lásd a mellékletben: *M3. táblázat*).

Az ország teljes, 20–44 éves, cukorbetegség kialakulása szempontjából fokozott kockázatnak kitett népességében az egy éven belül nem cukorbetegek közt elvégzett szűrő jellegű vércukorszint-mérések becsült száma 671 299, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 807 650 volt.

Influenza elleni védőoltás

60 év feletti felnőttek

A vizsgált mintában 1717, legalább 60 éves felnőtt volt. Közülük 391-en kaptak influenza elleni védőoltást a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként. 1326-an nem kaptak ilyen vakcinát. A védőoltás a célcsoport 22,8%-ában történt meg.

A védőoltás elmaradása szempontjából kockázatonövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján az elvált családi állapot ($EH=0,60$; $p=0,041$), az özvegyiség ($EH=0,68$; $p=0,018$), ha valaki úgy érzi, hogy keveset tehet az egészségéért ($EH=0,70$; $p=0,024$), illetve jó az egészségi állapota ($EH=0,65$; $p=0,019$), valamint a háziorvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,35$; $p<0,001$). A védőoltás beadásának valószínűsége magasabb volt az idősebbek ($EH_{65-69}=1,63$; $p=0,008$; $EH_{70-74}=1,62$; $p=0,015$; $EH_{75-79}=1,78$; $p=0,009$; $EH_{80-84}=2,39$; $p<0,001$; $EH_{85+}=3,22$; $p<0,001$), a felsőfokú végzettségűek ($EH=1,70$; $p=0,005$) és a krónikus betegek ($EH=2,08$; $p<0,001$) között (lásd a mellékletben: *M4. táblázat*).

Az ország teljes, legalább 60 éves felnőtt népességében a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként beadott influenzavakcinák becsült száma 553 324, az elmaradt védőoltások becsült száma pedig 1 877 620 volt.

A 20–59 éves, krónikus betegségek miatt fokozottan védendők

A vizsgált mintában 1076 olyan, 20–59 éves felnőtt volt, akik krónikus betegségeik miatt (aszma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, magasvérnyomás- és cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszin-dulatú daganat, zsíryanagcsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség, szívinfarktus, stroke) tartoztak a védőoltásban részesítendőek célcsoportjába. Közülük 99-en kaptak influenza elleni védőoltást a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként. 977-en nem kaptak ilyen vakcinát. A védőoltás a célcsoport 9,2%-ában történt meg.

A védőoltás elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a mérsékelt alkoholfogyasztás ($EH=0,33$; $p=0,014$). A védőoltás beadásának valószínűsége magasabb volt a felsőfokú végzettséggel rendelkezők ($EH=2,45$; $p=0,034$), a dohányzásról leszokottak ($EH=1,73$; $p=0,047$) és az önértékelés alapján rossz egészségi állapotúak ($EH=2,86$; $p=0,005$) között (lásd a mellékletben: *M4. táblázat*).

Az ország teljes, 20–59 éves, krónikus betegségeik miatt beoltandó felnőtt népességében a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként beadott influenzavakcinák becsült száma 137 541, az elmaradt védőoltások becsült száma pedig 1 371 595 volt.

Zsíryanagcsere-zavar szűrése

Zsíryanagcsere-zavar szempontjából egészséges 35 év feletti férfiak

A vizsgált mintában 1538, legalább 35 éves férfi volt, akinek nem volt ismert zsíryanagcsere-eltérése. Közülük 826 főnek vizsgálták egy éven belül a vérmintája lipidszintjeit laboratóriumban. 712 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 53,7%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a nőtlen, illetve hajadon családi állapot ($EH=0,54$; $p=0,001$), az intenzív dohányzás ($EH_{naponta\ legalább\ 20\ cigarettá}=0,63$; $p=0,041$) és a házirosvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,13$; $p<0,001$). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az idősek ($EH_{85+}=5,48$; $p=0,029$), az önértékelés alapján rossz ($EH=1,88$; $p=0,020$) vagy nagyon rossz egészségi állapotban levők

(EH=3,66; p=0,005) és a krónikus betegek (EH=2,65; p<0,001) között (lásd a mellékletben: *M1. táblázat*).

Az ország teljes, legalább 35 éves és zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges férfi népességében az egy éven belül elvégzett szűrő jellegű szérumlipidszint-mérések becsült száma 1 220 151, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 087 272 volt.

Zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott kockázatnak kitett 20–34 év közötti férfiak

A vizsgált mintában 334 olyan, 20–34 év közötti férfi volt, akinek nem volt ismert zsíryanycsere-eltérése, és a zsíryanycsere-zavar kialakulása szempontjából fokozott kockázatnak volt kitéve a cukorbetegsége, dohányzása, kövérsége vagy hipertóniája miatt. Közülük 99 főnek vizsgálták egy éven belül a vérmintája lipidszintjeit. 235 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 29,6%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a háziorvossal való éves találkozás elmaradása (EH=0,14; p<0,001) (lásd a mellékletben: *M5. táblázat*).

Az ország teljes, 20–34 éves korú és zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott megbetegedési kockázatnak kitett férfi népességében az egy éven belül elvégzett szűrő jellegű szérumlipidszint-mérések becsült száma 135 664, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 327 242 volt.

Zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott kockázatnak kitett 20 év feletti nők

A vizsgált mintában 1388 olyan, 20 évnél idősebb nő volt, akinek nem volt ismert zsíryanycsere-eltérése, de cukorbetegsége, dohányzása, kövérsége vagy hipertóniája miatt fokozott volt a megbetegedési kockázata. Közülük 560 főnek vizsgálták egy éven belül a vérmintája lipidszintjeit laboratóriumban. 828 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 59,7%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a rendszeres dohányzás

($EH_{\text{naponta kevesebb, mint 20 cigaretta}}=0,62$; $p=0,008$; $EH_{\text{naponta legalább 20 cigaretta}}=0,52$; $p=0,037$), a háziorvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,13$; $p<0,001$), és ha a válaszadó úgy érezte, semmit ($EH=0,48$; $p=0,042$) nem tehet a saját egészségéért. A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az 50–59 évesek ($EH=2,26$; $p=0,042$), az érettségivel rendelkező középfokú ($EH=1,57$; $p=0,022$), illetve a felsőfokú végzettségűek ($EH=1,69$; $p=0,013$), a túlsúlyosak ($EH=1,42$; $p=0,043$), a rossz ($EH=1,84$; $p=0,017$) és a nagyon rossz ($EH=2,21$; $p=0,027$) önértékelt egészségi állapotban levők és a krónikus betegek ($EH=1,65$; $p=0,002$) között (lásd a mellékletben: *M5. táblázat*).

Az ország teljes, legalább 20 éves és zsíryanagcsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott megbetegedési kockázatnak kitett női népességében az egy éven belül elvégzett szűrő jellegű szérumlipidszint-mérések becsült száma 2 102 737, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 757 779 volt.

ÖSSZEFOGLALÁS

Elemzéseink alapján összességében az volt megállapítható, hogy 2014-ben Magyarországon minden vizsgált célcsoportban és mindegyik preventív szolgáltatás esetében messze elmaradtak az igénybevételi adatok a nemzetközi ajánlások és a hazai jogszabályok, illetve szakmai ajánlások által meghatározott gyakoriságtól.

A hipertónia szűrése az egyes célcsoportokban 63–80%-os lefedettséggel valósult meg. A cukorbetegség esetén 45–63% volt a szűrések gyakorisága. A zsíryanagcsere-zavar szűrése az egyes célcsoportokba tartozók 29–59%-a esetében került sor. Influenza elleni védőoltást a célcsoportokba tartozók 9–23%-a kapott. Az elmaradt egy éven belüli vizsgálatok/védőoltások száma minden célcsoportban legalább százezres nagyságrendű volt (*1. táblázat*).

Azaz, a háziorvosi rendszer segítségével elérhető egészségnyereség megszerzése terén nagyok a hazai tartalékok. A kardiometabolikus betegségek okozta halálozás terén elérendő jelentős javulás érdekében kiaknázható potenciál még nagy ezen a területen.

Az 1,87 millió évente elmaradt vérnyomásmérés, a 2,17 millió elmaradt vércukorszint-ellenőrzés, a 3,17 millió elmaradt lipidszint-meghatározás és a 3,25 millió elmaradt influenza elleni védőoltás biztosan hozzájárul ahhoz, hogy Magyarország a kardiometabolikus betegségek európai mortalitási és morbiditási statisztikáinak az élén helyezkedik el.

1. táblázat: Az igénybevételt befolyásoló (x-szel jelölt) tényezők az egyes preventív szolgáltatások célcsoportjaiban

Factors influencing the use of services (marked with x in the table) in the target groups of the studied preventive interventions

Befolyásoló tényezők	Hipertónia szűrése			Cukorbetegség szűrése		Zsíranyagcsere-zavar szűrése			Influenza elleni védőoltás	
	Minden felnőtt	1 éven belül háziorvosnál jártak	Rizikócsoportba tartozók	45 év alatti rizikócsoportba tartozók	45 év felettek	35 év feletti férfiak	Rizikócsoportba tartozó nők	35 év alatti rizikócsoportba tartozó férfiak	Rizikócsoportba tartozó 60 év alattiak	60 év felettek
Nem						n.e.	n.e.	n.e.		
Életkor	x	x	x			x	x			x
Régió		x								
Településtípus										
Családi állapot	x	x				x				x
Iskolai végzettség				x	x		x		x	x
Önértékelt anyagi helyzet										
Alkoholfogyasztás	x	x		x					x	
Dohányzási szokások			x		x	x	x		x	
Elhízás	x	x			x		x			
Zöldség- és gyümölcsfogyasztás					x					
Saját egészségért érzett felelősség					x					x
Vélemény a háziorvosról		x			x					
Háziorvoshoz fordulás gyakorisága	x	n.e.	x	x	x	x	x	x		x
Önértékelt egészségi állapot	x	x			x	x	x		x	x
Krónikus betegség	x			x	x	x	x			x

Megjegyzés: n.e.: nem elemezhető szempont, mert a célcsoport-meghatározás egyik eleme volt a befolyásoló tényező.

A különböző célcsoportokba tartozó felnőttek esetében azt lehetett megállapítani, hogy a nem egyáltalán nincs befolyással a szolgáltatások megvalósulására. Az életkor több célcsoporton belül is meghatározó jelentőségű volt, eltekintve a cukorbetegség szűrésétől.

Az életmódbeli elemek közül a dohányzás és az alkoholfogyasztás mértéke, illetve az elhízás mutatott kapcsolatot több célcsoportban is a preventív szolgáltatások igénybevételével. A zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága csak a 45 éven felüliek körében végzett cukorbetegség-szűrés szempontjából játszott meghatározó szerepet.

Az iskolai végzettség és a családi állapot több célcsoportban is befolyásolta a preventív szolgáltatások igénybevételét, az önértékelt vagyoni helyzet viszont nem befolyásolta azt.

A lakóhely régiója és a településtípus alig mutatott kapcsolatot a szolgáltatás igénybevételének gyakoriságával.

A saját egészségért érzett felelősség és a háziorvossal kapcsolatos általános elégedettség több szolgáltatás esetén mutatkozott meghatározó jelentőségűnek. A rossz önértékelt egészségi állapot, illetve a krónikus betegségek jelenléte majdnem minden szolgáltatás és majdnem mindegyik célcsoport esetében javította a részvételi arányokat.

Csak a 60 év alatti rizikócsoportba tartozók influenza elleni védőoltása esetében nem volt befolyásoló tényező a háziorvoshoz fordulás gyakorisága. Minden más célcsoportnál szignifikáns hatású volt ez a tényező, szolgáltatás. Ez nem meglepő abból a szempontból, hogy a háziorvos által nyújtott szolgáltatás igénybevételének elemi feltétele a háziorvos és az ellátást igénybe vevő találkozási pontja. Ugyanakkor arra is utal ez a tény, hogy a háziorvos által nem látott felnőttek körében maradnak el leginkább a szűrő jellegű vizsgálatok és az influenza elleni védőoltás. Tehát, a preventív szolgáltatások nyújtása szempontjából kulcskérdés, hogy az egyébként háziorvoshoz nem járók körében a jövőben hogyan sikerül megszervezni a szűréseket és védőoltásokat, annak érdekében, hogy a betegségek korai stádiumban, jól kezelhető fázisban kerüljenek felismerésre, illetve, hogy az influenza szövődményei ne, vagy csak enyhe formában alakuljanak ki. Azaz, a háziorvossal való találkozás konzekvens szerepe felhívja a figyelmet arra, hogy az alapellátás szintjén is szervezni kell a szűréseket (aktívan kell kialakítani azokat az ellátási formákat, amelyek révén az egyébként háziorvoshoz nem járó felnőttek is részesülnek a preventív szolgáltatásokból), nem elég az opportunisztikus jellegű intervenciókra (a rendelőkben egyéb okból megjelenők körében elvégzett beavatkozásokra) alapozni a preventív jellegű háziorvosi szolgáltatást. Az alapellátóknak aktívan kellene törekedniük arra, hogy a háziorvos preventív szolgáltatásai eljussanak a felnőttekhez (2. táblázat).

2. táblázat: A preventív szolgáltatások igénybevétele és a megvalósult, illetve elmaradt évenkénti intervenciók becsült száma az egyes szolgáltatások célcsoportjaiban

The use of preventive services with the estimated numbers of implemented and missed interventions a year in target groups of services

Beavatkozás	Célcsoport	A vizsgált mintában				Az országban	
		elmaradt	megvalósult	elmaradt és megvalósult	a lefedettség, %	elmaradt	megvalósult
		beavatkozások száma				beavatkozások száma	
Hiper-tóniaszűrés	Felnőttek	1 300	2 209	3 509	63,0	1 866 619	3 188 770
	1 éven belül háziorvosnál járt felnőttek	471	1 919	2 390	80,3	652 889	2 757 336
	Kockázatnak kitett felnőttek	178	403	581	69,4	249 624	581 369
Cukor-betegség szűrése	45 év feletti felnőttek	960	1 661	2 621	63,4	1 358 038	2 356 834
	45 év alatti kockázatnak kitett felnőttek	459	557	1 016	45,2	807 650	671 299
Zsírsanyag-csere-zavarok szűrése	35 év feletti férfiak	712	826	1 538	53,7	1 087 272	1 220 151
	Kockázatnak kitett felnőtt nők	828	560	1 388	59,7	1 757 779	2 102 737
	35 év alatti kockázatnak kitett férfiak	235	99	324	29,6	327 242	135 664
Influenza elleni védőoltás	60 év feletti felnőttek	391	1 326	1 717	22,8	1 877 620	553 324
	60 év alatti kockázatnak kitett felnőttek	99	977	1 076	9,2	1 371 595	137 541

IRODALOM

- Ádány Róza – Boncz Imre – Dózsa Csaba – Kozmann György – Nagymajtényi László – Sándor János – Repa Imre – Tompa Anna – Kovács Attila 2009: Az egészség-monitor rendszer fejlesztésének szükségessége és lehetősége Magyarországon. *Népegészségügy*, 87(4), 284–290.
- Ashworth, Mark – Schofield, Peter – Doran, Tim – Cookson, Richard – Sutton, Matthew – Seed, Paul T. – Howe Amanda – Fleetcroft, Robert 2013: The Public Health Impact score: a new measure of public health effectiveness for general practices in England. *British Journal of General Practice*, 63(609), e291–299.
- CDC 2010: Prevention and control of influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(RR-8), 1–62.
- Csohán Ágnes – Molnár Zsuzsanna – Jelenik Zsuzsanna – Melles Márta – Pauliny Zsuzsanna – Békési Zsuzsanna 2008: Az Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele a 2008. évi védőoltásokról. *Epinfo*, 15(1), 1–51.
- Csohán Ágnes – Molnár Zsuzsanna – Jelenik Zsuzsanna – Melles Márta – Pauliny Zsuzsanna – Békési Zsuzsanna 2009: Az Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele a 2009. évi védőoltásokról. *Epinfo*, 16(1), 1–49.
- Dalton, Andrew R. H. – Bottle, Alex – Okoro, Cyprian – Majeed, Azeem – Millett, Christopher 2011: Implementation of the NHS Health Checks programme: baseline assessment of risk factor recording in an urban culturally diverse setting. *Family Practice*, 28(1), 34–40.
- Daponte, Antonio – Bernal, Mariola – Bolívar, Julia – Mateo, Inmaculada – Salmi, Louis-Rachid – Barsanti, Sara – Berghmans, Luc – Piznal, Ewelina – Bourgueil, Yann – Marquez, Soledad – González, Ingrid – Carriazo, Ana – Maros-Szabo, Zsuzsanna – Ménival, Solange – AIR Research Group 2014: Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions. *European Journal of Public Health*, 24(6), 980–990.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma 2017: *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttekben.* http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2466/fajlok/diabetes_mellitus%20.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Field, Kenneth A. – Thorogood, Margaret – Silagy, Chris – Normand, Charles – O'Neill, Ciaran – Muir, John 1995: Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost effective? *British Medical Journal*, 310(6987), 1109–1112.
- Frieden, Thomas R. – Berwick, Donald M. 2011: The 'Million Hearts' Initiative-Preventing Heart Attacks and Strokes. *New England Journal of Medicine*, 365(13), e27.
- Harris, Mark 2009: *The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol.* Commissioned Paper for National Preventative Health Taskforce, 14/01/09. National Preventative Health Taskforce, Canberra. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.510.13&rep=rep1&type=pdf>. Letöltve: 2018. 09. 16.

- Jakab, Zsuzsanna 2013: Public health, primary care and the 'cluster' model. *European Journal of Public Health*, 23(4), 528.
- Jørgensen, Torben – Jacobsen, Rikke Kart – Toft, Ulla – Aadahl, Mette – Glümer, Charlotte – Pisinger, Charlotta 2014: Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *British Medical Journal*, 348, g3617–3628.
- Kishegyi Júlia – Makara Péter (szerk.) 2004: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. <http://mek.oszk.hu/08100/08107/08107.pdf>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Központi Statisztikai Hivatal 2015: *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Kringos, Dionne S. – Boerma, Wienke – Bourgueil, Yann – Cartier, Thomas – Dedeu, Toni – Hasvold, Toralf – Hutchinson, Allen – Lember, Margus – Oleszczyk, Marek – Pavlic, Danica Rotar – Svab, Igor – Tedeschi, Paolo – Wilm, Stefan – Wilson, Andrew – Windak, Adam – Van der Zee, Jouke – Groenewegen Peter 2013: The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616), e742–750.
- Kringos, Dionne S. – Boerma, Wienke G. W. – Hutchinson, Allen – Saltman, Richard B. 2015: *Building primary care in a changing Europe.* Observatory Studies Series, 38. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, Geneva. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Krogsbøll, Lasse T. – Jørgensen, Karsten Juhl – Larsen, Christian Grønhøj – Gøtzsche, Peter C. 2012: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 345, e7191–7204.
- Magyar Diabetes Társaság 2009: A diabetes mellitus kórismézése, a cukorbetegség kezelése és gondozása a felnőttkorban. *Diabetologia Hungarica*, 17, 1–67.
- Magyar Diabetes Társaság 2011: A Magyar Diabetes Társaság szakmai irányelve. *Lege Artis Medicinae*, 21, 285–289.
- Magyar Hypertonia Társaság 2009: *A hypertoniabetegség felnőttkori és gyermekkori kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei. A Magyar Hypertonia Társaság állásfoglalása és ajánlása.* <http://www.hypertension.hu/protokollok.aspx>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelv Fejlesztő Munkabizottsága 2015: A hypertoniabetegség ellátása. (Az MHT szakmai irányelve 2015). *Hypertonia és nephrologia*, 19(1 klsz).
- National Cholesterol Education Program 2001: Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III): Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *Journal of the American Medical Association*, 285(19), 2486–2497.

- Népjóléti Minisztérium 1997: 51/1997. NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
- NHS Health Check Expert Scientific and Clinical Advisory Panel 2014: *Inter99 trial: a statement from the NHS Health Check Expert Scientific and Clinical Advisory Panel*. Public Health England, London. <http://www.healthcheck.nhs.uk/document.php?o=803>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Országos Epidemiológiai Központ 2014: Az Országos Epidemiológiai Központ módszertani levele a 2014. évi védőoltásokról. http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1986/fajlok/OE_Kozpont_modszertani_levele_20140826.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Pavlič, Danica Rotar – Sever, Maja – Klemenc-Ketiš, Zalika – Švab, Igor 2015: Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. *Biomed Central Family Practice*, 16(1), 172.
- Piper, Margaret A. – Evans, Corinne V. – Burda, Brittany U. – Margolis, Karen L. – O'Connor, Elizabeth – Smith, Ning – Webber, Elizabeth – Perdue, Leslie A. – Bigler, Keshia D. – Whitlock, Evelyn P. 2014: *Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Evidence Synthesis, No. 121. AHRQ Publication, No. 13-05194-EF-1. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.
- Salisbury, David – Ramsay, Mary – Noakes, Karen 2006: *Immunisation against infectious disease*. Department of Health, London.
- Salmi, Louis-Rachid – Barsanti, Sara – Bourgueil, Yann – Daponte, Antonio – Piznal, Ewelina – Ménival, Solange – AIR Research Group 2017: Interventions addressing health inequalities in European regions: the AIR project. *Health Promotion International*, 32(3), 430–441.
- Sándor János 2004: A magyar lakosság halandósága. In Bakacs Márta – Vitray József (szerk.): *Népegészségügyi Jelentés 2004*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 136–202.
- Sándor János 2012a: A legfontosabb epidemiológiai adatbázisok. In Ádány Róza (szerk.): *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 90–96.
- Sándor János 2012b: A morbiditás monitorozásának lehetőségei. In Ádány Róza (szerk.): *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 81–90.
- Sándor János – Ádány Róza 2011: A daganatos megbetegedések incidenciája és az általuk okozott halálozás alakulása Magyarországon. In Kásler Miklós (szerk.): *Az onkológia alapjai*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 71–81.
- Scutchfield, F. Douglas – Michener, J. Lloyd – Thacker, Stephen B. 2012: Are We There Yet? Seizing the Moment to Integrate Medicine and Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(53), S312–316.
- Selph, Shelley – Dana, Tracy – Blazina, Ian – Bougatsos, Christina – Patel, Hetal – Chou, Roger 2014: *Screening for Type 2 Diabetes Mellitus: Systematic Review to Update the 2008 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Evidence Synthesis, No. 117. AHRQ Publication, No. 13-05190-EF-1. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

- U.S. Preventive Services Task Force 2008a: *Lipid Disorders in Adults (Cholesterol, Dyslipidemia): Screening*. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipidrs.htm>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- U.S. Preventive Services Task Force 2008b: Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 148(11), 846–854.
- U.S. Preventive Services Task Force 2016: *Recommendations for Primary Care Practice*. U.S. Preventive Services Task Force. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2016: Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Journal of the American Medical Association*, 316(19), 1997–2007.
- Wonderling, David – McDermott, Christine – Buxton, Martin – Kinmonth, Ann-Louise – Pyke, Stephen – Thompson, Simon – Wood, David 1996: Costs and cost effectiveness of cardiovascular screening and intervention: the British family heart study. *British Medical Journal*, 312(7041), 1269–1273.
- World Health Organization 1978: *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. World Health Organization. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- World Health Organization 2008a: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- World Health Organization 2008b: *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.

MELLÉKLET

M1. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) a nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, és (b) a zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges 35 év feletti férfiak között

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age; and (b) the use of dyslipidemia screening among men over 35 years of age apparently free of dyslipidemia

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH* (p)	Átszűrtség*	EH* (p)
Nem	nő	65,8% (1202/1826)	1,01 (0,939)	-	-
	férfi	59,8% (1007/1683)	1 (ref)	-	-
Korcsoport	20-24 év	56,1% (233/415)	1 (ref)	-	-
	25-29 év	54,9% (217/395)	0,93 (0,700)	-	-
	30-34 év	57,5% (233/405)	0,94 (0,731)	-	-
	35-39 év	61% (285/467)	1,01 (0,948)	40,4% (93/230)	1 (ref)
	40-44 év	66,2% (276/417)	1,80 (0,004)	41,9% (96/229)	1,17 (0,485)
	45-49 év	63,8% (215/337)	1,38 (0,136)	47,9% (90/188)	1,3 (0,284)
	50-54 év	64,8% (162/250)	1,32 (0,237)	50,9% (84/165)	1,12 (0,664)
	55-59 év	70,8% (148/209)	1,46 (0,141)	56,5% (96/170)	1,08 (0,775)
	60-64 év	67,1% (143/213)	1,04 (0,893)	61,4% (121/197)	0,97 (0,916)
	65-69 év	64,8% (83/128)	0,77 (0,376)	65,2% (75/115)	1,36 (0,317)
	70-74 év	69,7% (62/89)	1,27 (0,509)	66,7% (66/99)	1,15 (0,669)
	75-79 év	80,5% (66/82)	1,93 (0,095)	72,7% (48/66)	1,32 (0,492)
80-84 év	86,2% (56/65)	2,90 (0,024)	62,7% (32/51)	0,63 (0,268)	
85+ év	81,1% (30/37)	1,71 (0,335)	89,3% (25/28)	5,48 (0,029)	
Település	falu	61,3% (634/1034)	1 (ref)	48,4% (224/463)	1 (ref)
	főváros	64,5% (367/569)	1,04 (0,823)	58,4% (132/226)	1,28 (0,393)
	megyei jogú város	62,5% (425/680)	0,97 (0,819)	55,4% (160/289)	1,34 (0,127)
	város	63,9% (783/1226)	1,03 (0,777)	55,4% (310/560)	1,25 (0,162)
Régió	Közép-Magyarország	63,1% (594/941)	1 (ref)	58,1% (229/394)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	66,3% (311/469)	1,26 (0,203)	53,6% (119/222)	0,77 (0,312)
	Dél-Dunántúl	65,5% (209/319)	1,21 (0,338)	55,6% (79/142)	1,00 (1,000)
	Észak-Magyarország	57,9% (217/375)	0,72 (0,090)	48% (86/179)	0,65 (0,116)
	Észak-Alföld	65,1% (375/576)	1,16 (0,392)	53,3% (136/255)	0,73 (0,21)
	Közép-Dunántúl	62,4% (279/447)	0,96 (0,818)	54,8% (103/188)	0,87 (0,597)
	Nyugat-Dunántúl	58,6% (224/382)	0,87 (0,477)	46,8% (74/158)	0,63 (0,104)

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M1. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) a nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, és (b) a zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges 35 év feletti férfiak között (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age; and (b) the use of dyslipidemia screening among men over 35 years of age apparently free of dyslipidemia (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	69,1% (1121/1623)	1 (ref)	58,8% (568/966)	1 (ref)
	elvált	63,6% (210/330)	0,80 (0,167)	46,8% (72/154)	0,75 (0,194)
	házas, külön él	50,7% (34/67)	0,52 (0,041)	50% (14/28)	0,92 (0,862)
	nőtlen/hajadon	54,5% (691/1268)	0,76 (0,026)	37,1% (106/286)	0,54 (0,001)
	özvegy	69,2% (153/221)	0,87 (0,522)	63,5% (66/104)	0,75 (0,302)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	62,6% (341/545)	1 (ref)	48,1% (113/235)	1 (ref)
	felsőfokú	65,5% (773/1181)	1,20 (0,252)	59% (250/424)	1,37 (0,179)
	középfokú, érettségi nélkül	59,7% (570/955)	0,81 (0,141)	50,9% (321/631)	1,06 (0,759)
	középfokú, érettségivel	63,4% (525/828)	1,21 (0,229)	57,3% (142/248)	1,47 (0,119)
Anyagi helyzet	megfelelő	64,3% (1301/2023)	1 (ref)	55,1% (482/874)	1 (ref)
	jó	61,9% (452/730)	0,95 (0,618)	54% (148/274)	1,10 (0,600)
	nagyon jó	55,2% (37/67)	0,84 (0,580)	63,9% (23/36)	1,68 (0,256)
	nagyon rossz	60,1% (98/163)	0,84 (0,423)	46,8% (44/94)	0,65 (0,154)
	rossz	61% (321/526)	0,97 (0,831)	49,6% (129/260)	0,85 (0,400)
Testalkat	normális	61,9% (928/1498)	1 (ref)	49,4% (208/421)	1 (ref)
	elhízott	66,5% (341/513)	1,21 (0,162)	58,1% (230/396)	1,10 (0,591)
	túlsúlyos	63,9% (739/1157)	1,03 (0,808)	54% (373/691)	1,20 (0,233)
	sovány	58,9% (201/341)	0,74 (0,045)	50% (15/30)	0,56 (0,195)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	65,2% (1482/2274)	1 (ref)	57,1% (557/975)	1 (ref)
	ritkábban	58,9% (727/1235)	0,90 (0,237)	47,8% (269/563)	0,98 (0,858)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	63,7% (1147/1802)	1 (ref)	56,2% (356/633)	1 (ref)
	leszokott	69,4% (401/578)	1,28 (0,051)	60,7% (255/420)	0,77 (0,113)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	61,1% (521/853)	1,20 (0,097)	46,9% (137/292)	0,89 (0,511)
	naponta legalább 20 cigaretta	49,6% (131/264)	0,72 (0,066)	37,7% (69/183)	0,63 (0,041)
	egyéb	83,3% (5/6)	1,78 (0,656)	87,5% (7/8)	2,36 (0,441)
	nincs adat	66,7% (4/6)	n.sz.	100% (2/2)	n.sz.

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M1. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) a nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, és (b) a zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges 35 év feletti férfiak között (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age; and (b) the use of dyslipidemia screening among men over 35 years of age apparently free of dyslipidemia (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Alkohol-fogyasztás	soha	62% (567/915)	1 (ref)	56,3% (157/279)	1 (ref)
	mérsékelt	65,3% (333/510)	1,56 (0,003)	57,9% (195/337)	1,30 (0,194)
	nagyivó	50% (34/68)	0,96 (0,893)	39,7% (23/58)	0,65 (0,250)
	rendszeres	66,9% (160/239)	1,64 (0,017)	51,3% (142/277)	0,92 (0,696)
	ritkán	62,8% (1111/1770)	1,23 (0,052)	52,5% (306/583)	1,05 (0,771)
	nincs adat	57,1% (4/7)	n.sz.	75% (3/4)	n.sz.
Mennyit tehet egészségéért	sokat	63,8% (1348/2112)	1 (ref)	53,8% (473/880)	1 (ref)
	keveset	67,4% (300/445)	1,03 (0,844)	58,6% (174/297)	0,95 (0,801)
	nagyon sokat	59,1% (518/876)	0,98 (0,862)	49,3% (144/292)	0,87 (0,427)
	semmit	53,6% (37/69)	0,68 (0,273)	50,8% (32/63)	0,58 (0,153)
	nincs adat	85,7% (6/7)	n.sz.	50% (3/6)	n.sz.
Elégedettség a házi- orvossal	elégedett	64,5% (1901/2947)	1 (ref)	55,3% (734/1327)	1 (ref)
	elégedetlen	57,4% (97/169)	0,77 (0,183)	50,9% (29/57)	0,81 (0,511)
	semleges	59,4% (189/318)	1,10 (0,526)	46,3% (57/123)	0,88 (0,581)
	nincs adat	29,3% (22/75)	n.sz.	19,4% (6/31)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi- orvossal	1 éven belül	80,3% (1919/2390)	1 (ref)	67,3% (759/1127)	1 (ref)
	1 évnél régebben	25,7% (280/1091)	0,08 (<0,001)	16,6% (66/398)	0,13 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	37% (10/27)	0,28 (0,035)	9,1% (1/11)	n.sz.
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	0% (0/2)	n.sz.
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	68,4% (502/734)	1 (ref)	60,6% (285/470)	1 (ref)
	jó	62,9% (1088/1729)	1,22 (0,119)	47,3% (324/685)	0,89 (0,486)
	nagyon jó	53,7% (457/851)	1,23 (0,192)	37,1% (73/197)	0,75 (0,244)
	nagyon rossz	87,5% (49/56)	2,69 (0,032)	81,8% (45/55)	3,66 (0,005)
	rossz	81,3% (113/139)	1,53 (0,123)	75,6% (99/131)	1,88 (0,020)
Krónikus betegség	nincs	57,3% (1461/2550)	1 (ref)	36,5% (296/812)	1 (ref)
	van	78% (747/958)	1,49 (0,001)	73% (529/725)	2,65 (<0,001)
	nincs adat	100% (1/1)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.
Mind		63% (2209/3509)	-	53,7% (826/1538)	-

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M2. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) az olyan, nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, akik egy éven belül jártak a háziorvosnál, és (b) a nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek esetében

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age who visited general practitioner within a year; and (b) among non-hypertensive but obese or diabetic adults over 20 years of age

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	80,2% (1075/1341)	1,01 (0,908)	73% (197/270)	1,56 (0,152)
	férfi	80,5% (844/1049)	1 (ref)	66,2% (206/311)	1 (ref)
Korcsoport	20–24 év	72,7% (197/271)	1 (ref)	64,7% (22/34)	1 (ref)
	25–29 év	73,6% (187/254)	1,07 (0,735)	57,9% (22/38)	1,16 (0,822)
	30–34 év	73,6% (198/269)	1,03 (0,887)	60,4% (32/53)	1,01 (0,982)
	35–39 év	78,8% (252/320)	1,28 (0,268)	64,2% (43/67)	1,63 (0,424)
	40–44 év	85,3% (227/266)	2,22 (0,002)	75,3% (61/81)	4,32 (0,023)
	45–49 év	82% (178/217)	1,54 (0,106)	63,2% (43/68)	2,30 (0,200)
	50–54 év	86% (141/164)	2,07 (0,017)	73,3% (33/45)	4,64 (0,042)
	55–59 év	85,4% (129/151)	1,89 (0,048)	78,3% (36/46)	3,77 (0,085)
	60–64 év	82,3% (130/158)	1,40 (0,284)	66% (33/50)	1,36 (0,671)
	65–69 év	80% (80/100)	1,21 (0,577)	72,7% (24/33)	1,00 (0,999)
	70–74 év	87,9% (58/66)	2,28 (0,075)	75% (18/24)	2,69 (0,286)
	75–79 év	91% (61/67)	3,14 (0,025)	84,2% (16/19)	5,64 (0,157)
	80–84 év	94,5% (52/55)	5,66 (0,008)	91,7% (11/12)	10,00 (0,102)
85+ év	90,6% (29/32)	2,92 (0,129)	81,8% (9/11)	3,71 (0,329)	
Település	falu	79% (556/704)	1 (ref)	66,8% (129/193)	1 (ref)
	főváros	82,3% (311/378)	0,86 (0,543)	71,4% (60/84)	0,82 (0,725)
	megyei jogú város	79,8% (367/460)	0,99 (0,945)	72,4% (76/105)	1,12 (0,773)
	város	80,8% (685/848)	1,03 (0,809)	69,3% (138/199)	1,02 (0,952)
Régió	Közép-Magyarország	83% (513/618)	1 (ref)	70,4% (100/142)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	82,1% (266/324)	0,98 (0,941)	66,3% (57/86)	0,81 (0,678)
	Dél-Dunántúl	82,4% (187/227)	0,98 (0,927)	70,4% (38/54)	0,99 (0,992)
	Észak-Magyarország	75,6% (198/262)	0,61 (0,042)	61,7% (50/81)	0,37 (0,066)
	Észak-Alföld	79,5% (318/400)	0,79 (0,296)	73,5% (72/98)	1,12 (0,825)
	Közép-Dunántúl	79,5% (245/308)	0,71 (0,154)	70% (42/60)	0,61 (0,372)
	Nyugat-Dunántúl	76,5% (192/251)	0,60 (0,040)	73,3% (44/60)	0,63 (0,426)

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M2. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) az olyan, nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, akik egy éven belül jártak a házi orvosnál, és (b) a nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek esetében (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age who visited general practitioner within a year; and (b) among non-hypertensive but obese or diabetic adults over 20 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	83,3% (984/1181)	1 (ref)	73,4% (235/320)	1 (ref)
	elvált	82,5% (184/223)	0,93 (0,710)	70% (42/60)	1,13 (0,794)
	házas, külön él	70% (28/40)	0,43 (0,022)	63,6% (7/11)	1,22 (0,859)
	nőtlen/hajadon	74,5% (584/784)	0,84 (0,251)	59,6% (81/136)	1,00 (0,997)
	özvegy	85,8% (139/162)	0,85 (0,569)	70,4% (38/54)	0,47 (0,172)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	80,9% (310/383)	1 (ref)	69,9% (86/123)	1 (ref)
	felsőfokú	80,9% (655/810)	0,94 (0,759)	69,6% (112/161)	0,74 (0,494)
	középfokú, érettségi nélkül	77,2% (501/649)	0,73 (0,083)	65,3% (115/176)	0,82 (0,620)
	középfokú, érettségivel	82,7% (453/548)	1,13 (0,521)	74,4% (90/121)	1,35 (0,500)
Anyagi helyzet	megfelelő	81,5% (1138/1397)	1 (ref)	70,2% (229/326)	1 (ref)
	jó	79,2% (380/480)	0,89 (0,398)	66,7% (74/111)	1,24 (0,520)
	nagyon jó	74,3% (26/35)	0,58 (0,189)	92,3% (12/13)	6,71 (0,135)
	nagyon rossz	77,1% (91/118)	0,91 (0,715)	67,7% (21/31)	0,70 (0,568)
	rossz	78,9% (284/360)	0,96 (0,806)	67% (67/100)	0,65 (0,244)
Testalkat	normális	78,7% (794/1009)	1 (ref)	88,5% (23/26)	1 (ref)
	elhízott	86% (301/350)	1,51 (0,022)	66,5% (341/513)	0,63 (0,530)
	túlsúlyos	81,6% (642/787)	1,09 (0,519)	92,5% (37/40)	2,11 (0,470)
	sovány	74,6% (182/244)	0,83 (0,295)	100% (2/2)	n.sz.
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	81,6% (1298/1591)	1 (ref)	69,3% (271/391)	1 (ref)
	ritkábban	77,7% (621/799)	0,86 (0,192)	69,5% (132/190)	1,15 (0,616)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	79,8% (1003/1257)	1 (ref)	67,4% (188/279)	1 (ref)
	leszokott	84,7% (354/418)	1,30 (0,106)	77% (104/135)	3,13 (0,002)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	80,4% (442/550)	1,17 (0,264)	69,3% (79/114)	1,74 (0,130)
	naponta legalább 20 cigaretta	72% (113/157)	0,71 (0,110)	58% (29/50)	1,26 (0,648)
	egyéb	100% (5/5)	n.sz.	100% (2/2)	n.sz.
	nincs adat	66,7% (2/3)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M2. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) az olyan, nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, akik egy éven belül jártak a háziorvosnál, és (b) a nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek esetében (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age who visited general practitioner within a year; and (b) among non-hypertensive but obese or diabetic adults over 20 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Alkohol-fogyasztás	soha	77,5% (512/661)	1 (ref)	72,7% (133/183)	1 (ref)
	mérsékelt	83% (279/336)	1,50 (0,034)	70% (49/70)	1,08 (0,878)
	nagyivó	81,1% (30/37)	1,36 (0,502)	50% (5/10)	0,32 (0,320)
	rendszeres	89,2% (140/157)	2,09 (0,012)	64,3% (36/56)	0,91 (0,848)
	ritkán	79,8% (954/1195)	1,19 (0,176)	68,7% (180/262)	0,77 (0,410)
	nincs adat	100% (4/4)	n.sz.	–	–
Mennyit tehet egészségéért	sokat	80,4% (1175/1462)	1 (ref)	68,7% (239/348)	1 (ref)
	keveset	81,1% (271/334)	0,93 (0,673)	75,8% (75/99)	0,99 (0,979)
	nagyon sokat	79,2% (435/549)	0,98 (0,856)	67,2% (80/119)	0,77 (0,447)
	semmit	82,9% (34/41)	0,88 (0,781)	57,1% (8/14)	1,10 (0,932)
	nincs adat	100% (4/4)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	80,7% (1687/2090)	1 (ref)	71,1% (350/492)	1 (ref)
	elégedetlen	70% (77/110)	0,56 (0,010)	62,1% (18/29)	0,93 (0,899)
	semleges	81,4% (153/188)	1,06 (0,760)	68% (34/50)	0,97 (0,946)
	nincs adat	100% (2/2)	n.sz.	10% (1/10)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	–	–	87% (361/415)	1 (ref)
	1 évnél régebben	–	–	25,5% (41/161)	0,04 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	–	–	20% (1/5)	0,04 (0,027)
	nincs adat	–	–	–	–
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	80,1% (460/574)	1 (ref)	74,6% (141/189)	1 (ref)
	jó	80,2% (949/1184)	1,40 (0,029)	62,6% (169/270)	0,72 (0,357)
	nagyon jó	77,9% (357/458)	1,44 (0,065)	70,1% (54/77)	2,28 (0,108)
	nagyon rossz	90,4% (47/52)	2,40 (0,084)	88,9% (8/9)	1,21 (0,878)
	rossz	86,9% (106/122)	1,50 (0,186)	86,1% (31/36)	0,69 (0,56)
Krónikus betegség	nincs	78,4% (1224/1561)	1 (ref)	59,4% (212/357)	1 (ref)
	van	83,8% (694/828)	1,30 (0,053)	85,2% (190/223)	1,37 (0,37)
	nincs adat	100% (1/1)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.
Mind	80,3% (1919/2390)	–	69,4% (403/581)	–	

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; –: nem értelmezhető.

M3. táblázat: A cukorbetegség szűrésének igénybevétele a nem cukorbeteg (a) 45 év feletti felnőttek és (b) 20–44 év közötti magas kockázatú (túlsúlyos, ischaemiás szívbeteg, hipertóniás vagy szívinfarktuson, illetve stroke-on átesett) felnőttek esetében

Use of diabetes screening among non-diabetic (a) adults over 45 years of age; and (b) adults at high risk (by overweight, ischemic heart disease, hypertension or heart attack or stroke) between 20 and 44 years of age

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	65,7% (996/1516)	1,01 (0,925)	53,2% (222/417)	1,16 (0,387)
	férfi	60,2% (665/1105)	1 (ref)	39,6% (237/599)	1 (ref)
Korcsoport	20–24 év	–	–	33,3% (32/96)	1 (ref)
	25–29 év	–	–	42,6% (69/162)	1,76 (0,072)
	30–34 év	–	–	42% (79/188)	1,31 (0,384)
	35–39 év	–	–	48,5% (132/272)	1,74 (0,071)
	40–44 év	–	–	49,3% (147/298)	2,00 (0,028)
	45–49 év	51,2% (222/434)	1 (ref)	–	–
	50–54 év	58,4% (223/382)	1,03 (0,850)	–	–
	55–59 év	64,9% (255/393)	1,16 (0,410)	–	–
	60–64 év	62,7% (271/432)	0,81 (0,232)	–	–
	65–69 év	72,4% (220/304)	1,00 (0,988)	–	–
	70–74 év	70,3% (175/249)	0,95 (0,797)	–	–
75–79 év	71,6% (131/183)	0,90 (0,682)	–	–	
80–84 év	68,2% (101/148)	0,73 (0,245)	–	–	
85+ év	65,6% (63/96)	0,62 (0,140)	–	–	
Település	falu	58,3% (463/794)	1 (ref)	41% (134/327)	1 (ref)
	főváros	69,2% (288/416)	1,09 (0,693)	51,2% (64/125)	1,17 (0,665)
	megyei jogú város	63,6% (322/506)	1,07 (0,643)	43,5% (90/207)	1,12 (0,614)
	város	65% (588/905)	1,15 (0,275)	47,9% (171/357)	1,44 (0,053)
Régió	Közép-Magyarország	68,6% (465/678)	1 (ref)	52,7% (118/224)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	65,6% (236/360)	0,92 (0,692)	47,7% (74/155)	0,81 (0,500)
	Dél-Dunántúl	64,3% (171/266)	0,92 (0,720)	54,3% (51/94)	1,28 (0,496)
	Észak-Magyarország	55,6% (179/322)	0,68 (0,072)	42% (55/131)	0,58 (0,101)
	Észak-Alföld	62,1% (269/433)	0,69 (0,068)	41,7% (80/192)	0,61 (0,104)
	Közép-Dunántúl	59,7% (181/303)	0,74 (0,169)	39,2% (47/120)	0,55 (0,074)
	Nyugat-Dunántúl	61,8% (160/259)	0,88 (0,564)	34% (34/100)	0,53 (0,073)

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M3. táblázat: A cukorbetegség szűrésének igénybevétele a nem cukorbeteg (a) 45 év feletti felnőttek és (b) 20–44 év közötti magas kockázatú (túlsúlyos, ischaemiás szívbetegek, hipertóniás vagy szívinfarktusos, illetve stroke-on átesett) felnőttek esetében (folytatás)

Use of diabetes screening among non-diabetic (a) adults over 45 years of age; and (b) adults at high risk (by overweight, ischemic heart disease, hypertension or heart attack or stroke) between 20 and 44 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	63,7% (974/1530)	1 (ref)	50,6% (235/464)	1 (ref)
	elvált	62,4% (219/351)	1,20 (0,236)	46,6% (27/58)	0,75 (0,383)
	házas, külön él	58% (29/50)	1,54 (0,232)	65% (13/20)	2,21 (0,164)
	nőtlen/hajadon	49,4% (83/168)	0,67 (0,053)	38,4% (180/469)	0,81 (0,242)
	özvegy	68,2% (356/522)	1,34 (0,059)	80% (4/5)	7,46 (0,117)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	59,1% (380/643)	1 (ref)	39,6% (57/144)	1 (ref)
	felsőfokú	69% (483/700)	2,14 (<0,001)	49,8% (159/319)	1,46 (0,170)
	középfokú, érettségi nélkül	60,9% (479/787)	1,43 (0,014)	39,2% (121/309)	0,90 (0,668)
	középfokú, érettséggel	65% (319/491)	1,78 (0,001)	50% (122/244)	1,98 (0,013)
Anyagi helyzet	megfelelő	64,5% (1037/1608)	1 (ref)	45,8% (251/548)	1 (ref)
	jó	64,2% (262/408)	1,21 (0,187)	45,3% (102/225)	0,97 (0,855)
	nagyon jó	64,7% (22/34)	2,13 (0,136)	61,1% (11/18)	1,84 (0,291)
	nagyon rossz	63,5% (94/148)	1,20 (0,449)	46,2% (24/52)	0,79 (0,506)
	rossz	58,2% (246/423)	0,86 (0,300)	41% (71/173)	0,83 (0,394)
Testalkat	normális	59,4% (486/818)	1 (ref)	51,6% (32/62)	1 (ref)
	elhízott	67,2% (445/662)	1,22 (0,144)	52% (158/304)	1,36 (0,346)
	túlsúlyos	64,5% (673/1043)	1,27 (0,045)	41% (261/636)	0,93 (0,804)
	sovány	58,2% (57/98)	0,79 (0,358)	57,1% (8/14)	0,86 (0,821)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	66,2% (1255/1895)	1 (ref)	48,9% (299/612)	1 (ref)
	ritkábban	55,9% (406/726)	0,78 (0,029)	39,6% (160/404)	0,77 (0,092)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	66,6% (918/1379)	1 (ref)	46,3% (234/505)	1 (ref)
	leszokott	67,8% (406/599)	0,89 (0,387)	53% (80/151)	1,34 (0,187)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	55,2% (254/460)	0,65 (0,002)	42,1% (112/266)	1,15 (0,466)
	naponta legalább 20 cigaretta	44,6% (78/175)	0,61 (0,020)	35,6% (32/90)	1,12 (0,713)
	egyéb	66,7% (4/6)	0,51 (0,474)	0% (0/1)	n.sz.
	nincs adat	50% (1/2)	n.sz.	33,3% (1/3)	n.sz.

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M3. táblázat: A cukorbetegség szűrésének igénybevétele a nem cukorbeteg (a) 45 év feletti felnőttek és (b) 20–44 év közötti magas kockázatú (túlsúlyos, ischaemiás szívbeteg, hipertóniás vagy szívinfarktuson, illetve stroke-on átesett) felnőttek esetében (folytatás)

Use of diabetes screening among non-diabetic (a) adults over 45 years of age; and (b) adults at high risk (by overweight, ischemic heart disease, hypertension or heart attack or stroke) between 20 and 44 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Alkohol-fogyasztás	soha	65,3% (546/836)	1 (ref)	50,5% (142/281)	1 (ref)
	mérsékelt	66,3% (226/341)	1,30 (0,124)	41,6% (72/173)	0,71 (0,153)
	nagyivó	42,1% (24/57)	0,75 (0,429)	21,7% (5/23)	0,27 (0,041)
	rendszeres	60,1% (206/343)	1,10 (0,601)	29,7% (11/37)	0,53 (0,161)
	ritkán	63% (653/1037)	1,16 (0,223)	45,6% (229/502)	0,79 (0,190)
	nincs adat	85,7% (6/7)	n.sz.	–	–
Mennyit tehet egészségéért	sokat	63,5% (938/1478)	1 (ref)	46,2% (293/634)	1 (ref)
	keveset	66,8% (394/590)	0,88 (0,361)	41,1% (44/107)	0,67 (0,119)
	nagyon sokat	61,2% (262/428)	0,96 (0,760)	44,2% (114/258)	0,94 (0,755)
	semmit	54% (61/113)	0,55 (0,023)	40% (6/15)	0,82 (0,802)
	nincs adat	50% (6/12)	n.sz.	100% (2/2)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	65,4% (1473/2253)	1 (ref)	46,8% (391/836)	1 (ref)
	elégedetlen	52,7% (68/129)	0,67 (0,064)	33,3% (18/54)	0,53 (0,056)
	semleges	54,4% (112/206)	0,67 (0,023)	45,8% (49/107)	1,08 (0,746)
	nincs adat	24,2% (8/33)	n.sz.	5,3% (1/19)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	73,8% (1569/2125)	1 (ref)	57,7% (406/704)	1 (ref)
	1 évnél régebben	18,6% (90/483)	0,11 (<0,001)	17,2% (53/308)	0,14 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	20% (2/10)	n.sz.	0% (/4)	n.sz.
	nincs adat	0% (0/3)	n.sz.	–	–
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	67,5% (712/1055)	1 (ref)	50,3% (97/193)	1 (ref)
	jó	56,7% (530/935)	0,76 (0,035)	46% (250/544)	1,05 (0,825)
	nagyon jó	39,4% (74/188)	0,45 (<0,001)	39,5% (100/253)	1,05 (0,855)
	nagyon rossz	77,3% (99/128)	2,47 (0,001)	100% (3/3)	n.sz.
	rossz	78,1% (246/315)	2,11 (<0,001)	39,1% (9/23)	0,44 (0,111)
Krónikus betegség	nincs	44,8% (456/1018)	1 (ref)	40,2% (296/736)	1 (ref)
	van	75,1% (1203/1601)	2,30 (<0,001)	58,2% (163/280)	1,47 (0,039)
	nincs adat	100% (2/2)	n.sz.	–	–
Mind		63,4% (1661/2621)	–	45,2% (459/1016)	–

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M4. táblázat: Az influenza elleni védőoltás alkalmazása (a) a 60 év feletti felnőttek között, és (b) az olyan 20–59 év közötti felnőttek esetében, akiket asztma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, hipertónia, cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, zsíryanycsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség sújt, vagy akik szívinfarktuson, agyvérzésen estek át
Use of influenza vaccination (a) among adults over 60 years of age; and (b) among adults aged 20–59 years with at least one of the following conditions: asthma, chronic bronchitis, coronary artery disease, hypertension, diabetes mellitus, chronic liver disease, malignant disorder, dyslipidemia, arrhythmia, other heart disease, or who have had a heart attack or stroke

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH* (p)	Átszűrtség*	EH* (p)
Nem	nő	22,5% (229/1017)	1,08 (0,617)	9,1% (52/569)	0,95 (0,838)
	férfi	23,1% (162/700)	1 (ref)	9,3% (47/507)	1 (ref)
Korcsoport	20–24 év	–	–	3,7% (2/54)	1 (ref)
	25–29 év	–	–	3,9% (2/51)	0,77 (0,805)
	30–34 év	–	–	11,1% (7/63)	2,18 (0,381)
	35–39 év	–	–	4,8% (5/104)	0,79 (0,801)
	40–44 év	–	–	9,5% (12/126)	2,10 (0,382)
	45–49 év	–	–	10,9% (19/175)	2,31 (0,319)
	50–54 év	–	–	8,2% (17/208)	1,56 (0,601)
	55–59 év	–	–	11,9% (35/295)	2,39 (0,302)
	60–64 év	15,3% (78/510)	1 (ref)	–	–
	65–69 év	24,2% (89/368)	1,63 (0,008)	–	–
	70–74 év	24,1% (77/319)	1,62 (0,015)	–	–
	75–79 év	25,5% (59/231)	1,78 (0,009)	–	–
80–84 év	28,5% (51/179)	2,39 (<0,001)	–	–	
85+ év	33,6% (37/110)	3,22 (<0,001)	–	–	
Település	falu	21,4% (107/499)	1 (ref)	9,4% (33/351)	1 (ref)
	főváros	30,2% (94/311)	1,55 (0,122)	13,2% (17/129)	2,17 (0,174)
	megyei jogú város	23,9% (81/339)	1,11 (0,583)	10,8% (23/213)	1,27 (0,480)
	város	19,2% (109/568)	0,86 (0,371)	6,8% (26/383)	0,83 (0,554)
Régió	Közép-Magyarország	25,9% (124/479)	1 (ref)	10,1% (24/238)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	16,3% (39/240)	0,92 (0,766)	8,8% (14/159)	1,22 (0,721)
	Dél-Dunántúl	25% (40/160)	1,48 (0,188)	14,6% (18/123)	2,80 (0,055)
	Észak-Magyarország	26% (56/215)	1,71 (0,053)	8,2% (12/147)	1,39 (0,548)
	Észak-Alföld	19,4% (51/263)	1,02 (0,943)	5,6% (11/196)	0,90 (0,847)
	Közép-Dunántúl	23,9% (45/188)	1,43 (0,210)	8% (9/112)	1,36 (0,597)
	Nyugat-Dunántúl	20,9% (36/172)	1,18 (0,573)	10,9% (11/101)	1,86 (0,272)

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M4. táblázat: Az influenza elleni védőoltás alkalmazása (a) a 60 év feletti felnőttek között, és (b) az olyan 20–59 év közötti felnőttek esetében, akiket asztma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, hipertónia, cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, zsíranyagcsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség sújt, vagy akik szívinfarktuson, agyvérzésen estek át (folytatás)
Use of influenza vaccination (a) among adults over 60 years of age; and (b) among adults aged 20–59 years with at least one of the following conditions: asthma, chronic bronchitis, coronary artery disease, hypertension, diabetes mellitus, chronic liver disease, malignant disorder, dyslipidemia, arrhythmia, other heart disease, or who have had a heart attack or stroke (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	25,4% (231/910)	1 (ref)	10,2% (63/615)	1 (ref)
	elvált	15,2% (26/171)	0,60 (0,041)	6,3% (9/143)	0,53 (0,145)
	házas, külön él	20% (5/25)	1,00 (0,999)	9,5% (2/21)	1,01 (0,987)
	nőtlen/hajadon	24% (12/50)	1,00 (0,994)	8% (20/249)	1,35 (0,360)
	özvegy	20,9% (117/561)	0,68 (0,018)	10,4% (5/48)	0,89 (0,825)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	20,6% (119/577)	1 (ref)	7% (14/199)	1 (ref)
	felsőfokú	30% (130/433)	1,7 (0,005)	13% (36/276)	2,45 (0,034)
	középfokú, érettségivel	19,1% (86/450)	1,04 (0,833)	7,7% (28/363)	1,15 (0,723)
	középfokú, érettségivel	21,8% (56/257)	1,13 (0,554)	8,8% (21/238)	1,82 (0,158)
	megfelelő	23,2% (253/1091)	1 (ref)	9,4% (55/583)	1 (ref)
Anyagi helyzet	jó	27,8% (75/270)	1,28 (0,153)	9,8% (15/153)	1,02 (0,951)
	nagyon jó	12,5% (3/24)	0,53 (0,339)	8,3% (1/12)	0,66 (0,717)
	nagyon rossz	16,9% (13/77)	0,97 (0,931)	6,3% (6/95)	0,86 (0,779)
	rossz	18,4% (47/255)	0,92 (0,682)	9,4% (22/233)	1,05 (0,880)
Testalkat	normális	23,5% (112/476)	1 (ref)	8% (23/289)	1 (ref)
	elhízott	25,1% (118/471)	1,12 (0,520)	11% (41/373)	1,34 (0,354)
	túlsúlyos	21,5% (153/712)	0,92 (0,602)	9,4% (34/361)	1,19 (0,586)
	sovány	13,8% (8/58)	0,57 (0,182)	1,9% (1/53)	0,24 (0,193)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	24,6% (327/1328)	1 (ref)	10,7% (75/700)	1 (ref)
	ritkábban	16,5% (64/389)	0,73 (0,059)	6,4% (24/376)	0,71 (0,208)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	23,1% (233/1009)	1 (ref)	9,2% (44/478)	1 (ref)
	leszokott	25,9% (118/455)	1,10 (0,527)	14,7% (34/232)	1,73 (0,047)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	15,8% (30/190)	0,76 (0,26)	6,2% (17/274)	0,71 (0,308)
	naponta legalább 20 cigaretta	16,1% (9/56)	1,09 (0,841)	4,5% (4/89)	0,62 (0,401)
	egyéb	20% (1/5)	0,87 (0,905)	0% (/2)	0,00 (0,978)
	nincs adat	0% (0/2)		0% (0/1)	n.sz.

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; -: nem értelmezhető.

M4. táblázat: Az influenza elleni védőoltás alkalmazása (a) a 60 év feletti felnőttek között, és (b) az olyan 20–59 év közötti felnőttek esetében, akiket asztma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, hipertónia, cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, zsíryanycsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség sújt, vagy akik szívinfarktuson, agyvérzésen estek át (folytatás)
Use of influenza vaccination (a) among adults over 60 years of age; and (b) among adults aged 20–59 years with at least one of the following conditions: asthma, chronic bronchitis, coronary artery disease, hypertension, diabetes mellitus, chronic liver disease, malignant disorder, dyslipidemia, arrhythmia, other heart disease, or who have had a heart attack or stroke (continued)

Befolyásoló tényezők	a		b		
	Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)	
Alkohol-fogyasztás	soha	22,9% (155/676)	1 (ref)	10,9% (35/320)	1 (ref)
	mérsékelt	22,7% (42/185)	1,01 (0,965)	6,7% (10/149)	0,33 (0,014)
	nagyivó	12,8% (5/39)	0,51 (0,206)	4,3% (1/23)	0,38 (0,378)
	rendszeres	27,1% (72/266)	1,31 (0,177)	11% (9/82)	0,90 (0,822)
	ritkán	21% (115/548)	0,95 (0,723)	8,6% (43/498)	0,67 (0,142)
	nincs adat	66,7% (2/3)		25% (1/4)	n.sz.
Mennyit tehet egészségéért	sokat	24,8% (225/906)	1 (ref)	8,5% (52/611)	1 (ref)
	keveset	20,7% (97/469)	0,70 (0,024)	10,3% (24/233)	1,05 (0,888)
	nagyon sokat	19,7% (47/238)	0,72 (0,097)	10,1% (19/188)	1,22 (0,541)
	semmit	22,1% (21/95)	0,72 (0,267)	9,8% (4/41)	0,71 (0,606)
	nincs adat	11,1% (1/9)		0% (0/3)	n.sz.
Elégedettség a házi- orvossal	elégedett	22,6% (338/1495)	1 (ref)	10% (92/919)	1 (ref)
	elégedetlen	28% (23/82)	1,69 (0,059)	1,7% (1/60)	0,14 (0,052)
	semleges	22,4% (28/125)	0,93 (0,781)	4,4% (4/90)	0,52 (0,234)
	nincs adat	13,3% (2/15)	n.sz.	28,6% (2/7)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi- orvossal	1 éven belül	24,6% (371/1509)	1 (ref)	9,2% (89/969)	1 (ref)
	1 évnél régebben	9% (18/201)	0,35 (<0,001)	7,8% (8/103)	1,39 (0,447)
	soha nem találkoztak még	33,3% (2/6)	5,77 (0,182)	66,7% (2/3)	0,00 (0,985)
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	0% (0/1)	n.sz.
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	25,2% (205/812)	1 (ref)	7,8% (32/412)	1 (ref)
	jó	16,2% (66/407)	0,65 (0,019)	8,6% (37/431)	0,97 (0,925)
	nagyon jó	18% (11/61)	1,41 (0,383)	7,2% (5/69)	0,54 (0,355)
	nagyon rossz	22,3% (33/148)	0,94 (0,813)	14% (6/43)	3,10 (0,052)
	rossz	26,3% (76/289)	1,28 (0,161)	15,7% (19/121)	2,86 (0,005)
Krónikus betegség	nincs	11,9% (48/402)	1 (ref)	8,3% (20/241)	1 (ref)
	van	26,1% (343/1314)	2,08 (<0,001)	9,5% (79/835)	0,89 (0,716)
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	-	-
Mind	22,8% (391/1717)	-	9,2% (99/1076)	-	

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M5. táblázat: A zsírsanyagcsere-zavar szűrése a zsírsanyagcsere-zavar szempontjából látszólag egészséges (a) olyan, 20–34 év közötti férfiak, valamint (b) az olyan, 20 év feletti nők esetében, akik cukorbetegnek, dohányoznak, elhízottak vagy hipertóniások

Use of dyslipidemia screening among apparently healthy (a) males between 20 and 34 years of age, and (b) among women over 20 years of age who are diabetics, smokers, obese or hypertensive

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	27,1% (32/118)	1 (ref)	40% (30/75)	1 (ref)
	férfi	27,9% (31/111)	1,27 (0,550)	38,9% (28/72)	1,14 (0,735)
Korcsoport	20–24 év	34,3% (36/105)	1,86 (0,132)	41,7% (35/84)	0,99 (0,984)
	25–29 év	–	–	52,9% (45/85)	1,60 (0,233)
	30–34 év	–	–	51,2% (64/125)	1,39 (0,380)
	35–39 év	–	–	53,2% (67/126)	1,49 (0,310)
	40–44 év	–	–	58,7% (74/126)	1,54 (0,268)
	45–49 év	–	–	69,5% (91/131)	2,26 (0,042)
	50–54 év	–	–	66,9% (95/142)	1,61 (0,235)
	55–59 év	–	–	74,6% (85/114)	1,75 (0,194)
	60–64 év	–	–	70,4% (81/115)	1,53 (0,321)
	65–69 év	–	–	75,6% (62/82)	2,42 (0,070)
	70–74 év	–	–	70,8% (46/65)	1,76 (0,263)
	75–79 év	–	–	54,3% (25/46)	1,14 (0,804)
	80–84 év	21,4% (22/103)	1 (ref)	55,6% (260/468)	1 (ref)
	85+ év	41,3% (19/46)	2,45 (0,164)	68,5% (126/184)	1,06 (0,845)
Település	falu	27,3% (15/55)	0,67 (0,416)	64,2% (158/246)	1,08 (0,699)
	főváros	33,1% (43/130)	1,25 (0,570)	58% (284/490)	0,93 (0,653)
	megyei jogú város	34,8% (31/89)	1 (ref)	66,1% (213/322)	1 (ref)
	város	35,3% (12/34)	1,13 (0,851)	62,7% (126/201)	0,96 (0,889)
Régió	Közép-Magyarország	31,3% (10/32)	0,97 (0,966)	57,7% (86/149)	0,86 (0,601)
	Dél-Magyarország	21,3% (10/47)	0,66 (0,514)	54,6% (100/183)	0,71 (0,218)
	Dél-Dunántúl	24,1% (13/54)	0,54 (0,298)	59,4% (149/251)	0,82 (0,454)
	Észak-Magyarország	28,6% (12/42)	0,61 (0,438)	52,3% (80/153)	0,59 (0,07)
	Észak-Alföld	30,6% (11/36)	0,92 (0,894)	57,4% (74/129)	0,69 (0,228)
	Közép-Dunántúl	59,7% (181/303)	0,74 (0,169)	39,2% (47/120)	0,55 (0,074)
	Nyugat-Dunántúl	61,8% (160/259)	0,88 (0,564)	34% (34/100)	0,53 (0,073)

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M5. táblázat: A zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges (a) olyan, 20–34 év közötti férfiak, valamint (b) az olyan, 20 év feletti nők esetében, akik cukorbetegek, dohányoznak, elhízottak vagy hipertóniások (folytatás)

Use of dyslipidemia screening among apparently healthy (a) males between 20 and 34 years of age, and (b) among women over 20 years of age who are diabetics, smokers, obese or hypertensive (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	42,6% (20/47)	1 (ref)	60,8% (398/655)	1 (ref)
	elvált	25% (1/4)	0,09 (0,108)	67,8% (118/174)	1,48 (0,071)
	házas, külön él	66,7% (4/6)	2,34 (0,435)	59,3% (16/27)	1,47 (0,457)
	nőtlen/hajadon	26,7% (74/277)	0,56 (0,199)	44,3% (104/235)	0,96 (0,844)
	özvegy	–	–	64,6% (192/297)	1,00 (0,995)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	22,2% (14/63)	1 (ref)	58,6% (255/435)	1 (ref)
	felsőfokú	37,5% (27/72)	2,3 (0,106)	66% (206/312)	1,69 (0,013)
	középfokú, érettségi nélkül	29,5% (33/112)	1,61 (0,321)	53,4% (175/328)	0,96 (0,846)
	középfokú, érettségivel	28,7% (25/87)	1,99 (0,187)	61,3% (192/313)	1,57 (0,022)
Anyagi helyzet	megfelelő	32,2% (58/180)	1 (ref)	60,1% (486/809)	1 (ref)
	jó	24,2% (16/66)	0,57 (0,155)	61,8% (131/212)	1,38 (0,102)
	nagyon jó	33,3% (2/6)	2,43 (0,475)	50% (7/14)	0,83 (0,785)
	nagyon rossz	27,3% (6/22)	1,23 (0,755)	59,4% (57/96)	1,11 (0,704)
	rossz	28,3% (17/60)	0,88 (0,771)	57,2% (147/257)	1,08 (0,684)
Testalkat	normális	27,2% (41/151)	1 (ref)	51,8% (220/425)	1 (ref)
	elhízott	36,5% (23/63)	0,87 (0,793)	64,3% (311/484)	1,28 (0,151)
	túlsúlyos	28,4% (25/88)	1,03 (0,938)	63,8% (241/378)	1,42 (0,043)
	sovány	31,3% (10/32)	1,28 (0,667)	55,4% (56/101)	1,46 (0,156)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	31,2% (54/173)	1 (ref)	62,7% (612/976)	1 (ref)
	ritkábban	28% (45/161)	0,96 (0,907)	52,4% (216/412)	0,87 (0,344)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	42,6% (20/47)	1 (ref)	68,1% (432/634)	1 (ref)
	leszokott	55,6% (5/9)	2,18 (0,427)	76,2% (128/168)	1,37 (0,170)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	28,4% (61/215)	0,70 (0,504)	46,5% (235/505)	0,62 (0,008)
	naponta legalább 20 cigaretta	20,6% (13/63)	0,41 (0,133)	41,3% (33/80)	0,52 (0,037)
	egyéb	–	–	–	–
	nincs adat	–	–	0% (0/1)	n.sz.

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M5. táblázat: A zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges (a) olyan, 20–34 év közötti férfiak, valamint (b) az olyan, 20 év feletti nők esetében, akik cukorbetegek, dohányoznak, elhízottak vagy hipertóniások (folytatás)

Use of dyslipidemia screening among apparently healthy (a) males between 20 and 34 years of age, and (b) among women over 20 years of age who are diabetics, smokers, obese or hypertensive (continued)

Befolyásoló tényezők	a		b		
	Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)	
Alkohol-fogyasztás	soha	36,2% (17/47)	1 (ref)	60,3% (367/609)	1 (ref)
	mérsékelt	27,2% (22/81)	0,91 (0,864)	52,3% (46/88)	0,78 (0,382)
	nagyivó	38,5% (5/13)	1,60 (0,576)	27,3% (3/11)	0,26 (0,091)
	rendszeres	20% (4/20)	0,33 (0,173)	77,1% (27/35)	1,77 (0,205)
	ritkán	29,8% (51/171)	0,89 (0,808)	59,7% (385/645)	1,14 (0,360)
	nincs adat	0% (0/2)	n.sz.	–	–
Mennyit tehet egészségéért	sokat	34,2% (68/199)	1 (ref)	59,1% (478/809)	1 (ref)
	keveset	21,4% (9/42)	0,44 (0,136)	64,8% (177/273)	0,83 (0,312)
	nagyon sokat	24,7% (21/85)	0,52 (0,080)	59,8% (149/249)	0,98 (0,909)
	semmit	14,3% (1/7)	0,00 (0,974)	43,4% (23/53)	0,48 (0,042)
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	25% (1/4)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	30,8% (82/266)	1 (ref)	61,6% (726/1179)	1 (ref)
	elégedetlen	28,6% (6/21)	0,51 (0,322)	45,9% (34/74)	0,83 (0,533)
	semleges	23,7% (9/38)	0,75 (0,581)	52,8% (65/123)	0,78 (0,287)
	nincs adat	22,2% (2/9)	n.sz.	25% (3/12)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	42,6% (83/195)	1 (ref)	68,7% (778/1133)	1 (ref)
	1 évnél régebben	11,8% (16/136)	0,14 (<0,001)	19,4% (49/253)	0,13 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	0% (/3)	0,00 (0,988)	50% (1/2)	n.sz.
	nincs adat	–	–	–	–
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	43,8% (21/48)	1 (ref)	63,6% (330/519)	1 (ref)
	jó	28,2% (50/177)	0,5 (0,145)	52,6% (269/511)	0,91 (0,586)
	nagyon jó	25,5% (27/106)	0,74 (0,571)	49,3% (70/142)	1,74 (0,055)
	nagyon rossz	–	–	74% (54/73)	2,21 (0,027)
	rossz	33,3% (1/3)	0,19 (0,247)	73,4% (105/143)	1,84 (0,017)
Krónikus betegség	nincs	25,6% (71/277)	1 (ref)	43% (231/537)	1 (ref)
	van	49,1% (28/57)	1,91 (0,122)	70,2% (597/851)	1,65 (0,002)
	nincs adat	–	–	–	–
Mind	29,6% (99/334)	–	59,7% (828/1388)	–	

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; –: nem értelmezhető.

EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE SERVICE DELIVERY IN PRIMARY HEALTH CARE FOR ADULTS: NATIONWIDE HUNGARIAN SURVEY IN 2014

ABSTRACT

Although it has been recognized for decades that preventive services of primary health care can significantly reduce the health loss caused by diseases with the highest public health importance, these opportunities have only partially been exploited. The 2014 Hungarian implementation of European Health Interview Survey provided an opportunity to evaluate the effectiveness of some preventive services' delivery (hypertension, diabetes, hypercholesterolemia screening and influenza vaccination) which can be provided at the level of primary health care. Stratum specific delivery frequencies for guideline supported preventive services were determined for target groups, and regression models were applied to identify the socio-economic, life style, health status and primary care use related risk factors of the failed service delivery. Screening for hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia in different target groups realized 63-80%, 45-63%, and a 29-68% frequency. Influenza vaccine was received by 9-23% of the target groups. The corresponding numbers of missing interventions a year in Hungary were 1.87 million, 2.17 million, 3.17 million, and 3.25 million for hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia screening and for influenza vaccination, respectively. There was no subpopulation with lower than Hungarian average delivery effectiveness for each services which could be identified by the investigated risk factors. The only exception was the frequency of general practitioner's attendance, which was significant positive factor affecting each investigated service apart from the influenza vaccination of patients under the age of 60 years. Overall, it was concluded that (1) the delivery rate of preventive services was significantly less than recommended for each preventive services and in each target group; (2) the only target group for special intervention to improve the effectiveness of primary health care level preventive services was the group of adults not attending general practitioners suggesting that primary care providers should be actively organize the service delivery for adults who do not visit the general practitioner's office.

CSALÁDBŐVÍTÉSI INTENCIÓK – A HARMADIK GYERMEK VÁLLALÁSÁNAK SZÁNDÉKA

Árki Diána

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány a paritás-specifikus termékenységi döntések folyamatának vizsgálatára, mindenekelőtt a harmadik gyermek vállalására irányuló szándék közelebbi megértésére törekszik. A felvázolt elméleti keret és az empirikus elemzés révén magyarázatot kaphatunk arra a kérdésre, hogy a kétgyermekes nők mely jellemvonásai befolyásolják a harmadik gyermek világrahozatalának szándékát: Milyen módon hatnak a személyek strukturális pozíciói (1.), értékei (2.), valamint jövőirányultságára utaló nézetei (3.) arra, hogy kívánnak-e az egyének harmadik utódot? Többváltozós elemzésemet logisztikus regressziós módszer alkalmazásával valósítottam meg a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, *Életünk fordulópontjai* társadalmi-demográfiai adatfelvétel első (2001/2) adatfelvételi hullámának felhasználásával. Eredményeim szerint az ezredfordulót követően azok a 30 év alatti, egyház tanításait követő, azonos nemű gyermekeket nevelő nők szerették volna bővíteni családjukat, akik nagyobb településen (Budapesten vagy megyei jogú városban), nem családi házban éltek, és a munka iránt kevésbé elkötelezettek. Mindezek következtében előzetes feltevéseim közül több hipotézisem igazolást nyert, ugyanakkor az eredmények számos feltételezésemet megcáfolták.

Tárgyszavak: termékenységi döntések, harmadik gyermek vállalásának szándéka, logisztikus regresszió, *Életünk fordulópontjai*

Árki Diána, PhD-hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Demográfia és Szociológia Doktori Iskola
E-mail: arki.diana25@gmail.com

BEVEZETÉS

Magyarországon az 1980-as évek elejétől megszakadt a természetes szaporodás folyamata, és kezdetét vette a népességszám csökkenése, amelynek legfontosabb kiváltó tényezője a termékenység reprodukciós szint alá süllyedése volt. E kedvezőtlen irányú változások hosszú távon számos – politikai, gazdasági, társadalmi – problémát idéznek elő, amely következményekkel hazánk lakosságának többsége is szembesült: a népesség nagy része szükségesnek tekinti az ország lélekszámának gyarapodását. A magyar társadalomban általánosan elterjedt kétgyermekes családmodell ugyanakkor a népesség egyszerű reprodukciós szintjének biztosítását sem teszi lehetővé. A termékenység javulásához elengedhetetlen, hogy a kétgyermekes szülők nagyobb hányada hozzon világra harmadik utódot, hozzájárulva ezáltal a népesedési helyzet fordulópontjához (S. Molnár – Pongrácz 2002 [1996]: 394), Werner – Middlestadt-Carter – Crawford 1975: 348). Felvetődik a kérdés, miért nem születik több gyermek? Miért nem vállalnak a magyar nők több, legalább három gyermeket?

Tanulmányomban annak vizsgálatára törekedtem, hogy a két, saját gyermeket nevelő anyák mely sajátosságai segítik elő, avagy az egyén mely jellemvonásai hátráltatják a harmadik gyermek vállalásának szándékát. Az Ajzen-Fishbein féle elméletet alapul véve, az intenció erős kapcsolatban áll a viselkedéssel, amelynek okán a gyermekvállalásra irányuló szándék elemzése hozzájárul a termékenységi magatartás mélyebb megértéséhez. Az intenció kutatását mindemellett az az elképzelés indokolta, miszerint a harmadik gyermekre való átmenetben az egyén demográfiai, társadalmi és gazdasági sajátosságai közül a kifejezett szándék képviseli a legnagyobb befolyással bíró faktort (Rinesi 2009, idézi: Régnier-Loilier – Vignoli 2011: 366–367).

A paritás-specifikus megközelítést az a teória alapozta meg, hogy a korábban született gyermekek száma hatást gyakorolhat a szülők reprodukciós döntéshozatali folyamatára, így a szándékok változhatnak az első és második utód világrajövele, a családtervek újraértékelése után (Beckman 1983, idézi: Rosina – Testa 2009: 489; Heiland – Prskawetz – Sanderson 2008: 14).

Az egyén szándékának a gyermekvállalási gyakorlatban történő felértékelődése következtében az utóbbi évtizedekben számos tanulmány foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy milyen tényezők játszanak szerepet a termékenység intenciójának megfogalmazódásában (például Miettinen – Basten – Rotkirch 2011, Spéder – Kapitány 2007, Testa 2010). A harmadik utód világrahozatalának intenciója azonban nem áll sem a nemzetközi, sem a hazai kutatások középpontjában. A harmadszori szülővé válás tényleges cselekvésének esélyét ele-

mezte ugyan a Spéder – Kapitány (2007) szerzőpáros, az adott paritást azonban nem önmagában, hanem a második gyermek vállalásának kockázatával együtt tárták fel.

Fontosnak tartom megemlíteni továbbá, hogy a „szándék” kifejezést a témakörben végzett kutatások nem azonos értelmű fogalomként használják. Az intenció utalhat egyrészt arra a gyermekszámra, amelyet az egyén élete során szeretne elérni – vagyis jelentheti az összesen áhított gyermek mutatóját, a vágyott családméretet. Másrészt tájékoztathat arról, hogy a gyermektelenek kívánnak-e valaha utódot, míg a már szülővé vált személyek esetében rávilágíthat arra, hogy vágnak-e további gyermek(ek) születésére. Mindezen meghatározások az általában vett gyermekvállalási szándékre öszzpontosulnak: azt szemléltetik, hogy az egyén miképpen tervezi termékenységét az egész életét tekintetbe véve. Emellett viszont alternatívaként megadhatunk egy időkeretet, amely az időzített intenció alapjául szolgálhat. Lehetőség nyílik ezáltal annak vizsgálatára, hogy a személyek egy adott időtartamon (két, három vagy öt éven) belül hogyan tervezik gyermekvállalási gyakorlatuk megvalósítását vagy éppen elhalasztását (Philipov – Testa 2008: 5, Spéder – Kapitány 2007: 51-52, 56). A harmadik gyermek megszületésére irányuló szándék vizsgálata során kutatásomban nem az „időzített”, hanem az „általános” szándék megértésére törekedtem.

Tanulmányom első részében a témához kapcsolódó elméletek rövid áttekintésére kerül sor. Álláspontom részletezését követően rávilágítok a harmadik gyermek sajtáságos helyzetére, majd a termékenységre irányuló szándék és a tényleges viselkedés közötti kapcsolat elméleti kereteit vázolom fel.

A fejlett országokban a gyermekek számának módosulását nem tudjuk egy teóriával megmagyarázni, ezért empirikus elemzésemben a harmadik gyermek vállalásának szándékát is komplex folyamatként közelítem meg, hiszen az intenció szimbolizálja azt a „végső közös utat”, amelyen keresztül a cselekvési összetevők befolyásolják a reprodukív viselkedést (Miller – Pasta 1995, idézi: Rosina – Testa 2009: 488). Fawcett (1983: 359) meglátása alapján a harmadik utód megszületésére irányuló szándéknál egyre fontosabbá válnak a költség-haszon megfontolások, véleményem szerint ugyanakkor számolni kell az értékek és normák, valamint a jövő iránti beállítottság hatásával is. Ma ugyanis „azért cselekszünk – vagy éppenséggel nem cselekszünk –, hogy a holnapi és holnaputáni problémákat ... megakadályozzuk” (Beck 2003 [1986]: 48).

Feltételezésem tesztelését logisztikus regressziós módszer alkalmazásával valósítom meg. E többváltozós statisztikai eljárás lehetőséget nyújt annak

elemzésére, hogy a két gyermeket nevelő anyák számos jellemvonása közül mely sajátosságok hatnak a harmadszori szülővé válás pozitív szándékára. Az adatok forrása a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, *Életünk fordulópontjai* társadalmi-demográfiai adatfelvétel első adatfelvételi hulláma (2001/2). Egy közel 20 éves adatbázis elemzéséből kétségkívül nem lehet következtetéseket levonni arra vonatkozóan, hogy napjainkban kik azok a kétgyermekes nők, akik harmadik gyermeket szeretnének vállalni. Az adatfelvétel óta eltelt időszakban végbemenő gazdasági változások mellett számos népesedéspolitikai intézkedés született, amelynek célja a harmadik gyermek megszületésének elősegítése volt, így feltételezhetően ma másfajta attitűdökkel rendelkező anyák vágnak inkább harmadik utódra. Az ezredforduló környékén jelenlévő összefüggések feltárása mindazonáltal közelebb vihet minket a termékenységi magatartás megértéséhez.

A HARMADIK GYERMEK VÁLLALÁSÁNAK ELMÉLETI ALAPJAI, KIINDULÓ HIPOTÉZISEK

A termékenység változásait értelmező közelítések eltérő válaszokat adnak a gyermekszám alakulására. A két világháború közti időszakban megszülető első demográfiai átmenet elmélete a modernizációs folyamatokra, kiváltképp a gazdasági fejlődésre vezette vissza a gyermekvállalási hajlandóság visszaesését – lehetőséget teremtve ezáltal az anyagi tényezők szerepét előtérbe helyező közgazdaságtani nézetek kibontakozására. Az 1960–1970-es évektől realizálódó második demográfiai átmenet már a társadalomban jelen lévő értékek és normák módosulásával indokolta a születésszámokban tapasztalható negatív irányú fordulatot, amely magával vonta a termékenységgel foglalkozó szociológiai elmélet megjelenését is.

A 20. század utolsó évtizedeiben egyre inkább nyilvánvalóvá vált, hogy a termékenység szintjének átalakulását nem lehet csupán az anyagi faktorok megváltozásával, vagy kizárólag az értékrendben történő szemléletváltással igazolni (Dányi 2000: 236).

Lesthaeghe és Moors (2000: 409) gondolatmenete a több szempontú megközelítést emeli ki. Véleményük szerint a demográfiai folyamatokban sem a strukturális, sem a kulturális magyarázat-típusokat nem lehet irrelevánsnak tekinteni. A gyermekszám alakulásának megértéséhez egyaránt számításba kell venni az egyének „társadalmi, gazdasági vagy bármely más pozícióra

vonatkozó” jellemvonását (azaz strukturális helyzetét), valamint a szülők értékorientációinak sajátosságát is (kulturális körülményeit) – így e kétfajta nézet összeegyeztethető.

A legátfogóbb – több tudományterületet felölelő – keretet Andorka Rudolf szerint Alfred Sauvy dolgozta ki a termékenység változásainak megragadásához. A francia közgazdász-demográfus elképzelésében a szülők anyagi helyzetük mellett gyermekszámra irányuló döntésük elhatározásakor a társadalmi közhangulatot és a jövőre vonatkozó perspektíváikat is szem előtt tartják. Ha jövedelmüket alacsonynak, a társadalom közhangulatát gyermekellenesnek, jövőjüket pedig borúlátóan ítélik meg, akkor kevesebb gyermeket vállalnak a párok. Amennyiben viszont bizakodva fordulnak a jövő felé, anyagi helyzetüket jónak, a társadalmat dinamikusnak tekintik, úgy a magasabb gyermekszám mellett döntenek (Sauvy 1963, idézi: Andorka 2006 [1986]: 293–294).

E két felvetést alapul véve a gyermekvállalást olyan jelenségként értelmezem, amely az egyén objektív, strukturális jellemvonásai, valamint szubjektív beállítódásai összekapcsolódásának eredményeként valósul meg.

Álláspontom szerint e felfogást az indokolja, hogy ma már Európa szerte vitathatatlanra vált az a meggyőződés, miszerint a gyermekvállalás függ a személyes attitűdöktől, a világnézettől, a társadalmi környezettől (Cseh-Szombathy 2000: 12). A gyermekszámra irányuló egyéni értékeket és normákat „erősen befolyásolja az a társadalmi környezet, illetve az a társadalmilag kialakult értékrend, amelyben az emberek élnek, tevékenykednek, mozognak, dolgoznak” (Kamarás 2001: 36).

Nem lehet azonban figyelmen kívül hagyni a gazdasági paraméterek szerepét sem. A gyermek megszületése ugyanis olyan döntés, amelyet „nagyon könnyen negligálhat az anyagi ellenérdekeltség” (Vajda 1990 [1988]: 55). Habár manapság a szülők szinte egyáltalán nem kalkulálnak a gyermekek gazdasági hasznával, a gyermekvállalás ellen ható mutatók között első helyen az anyagi terhek realizálódnak, így nem lehet azt kijelenteni, hogy a gazdasági faktorok semmiféle hatást nem gyakorolnak a termékenység szintjére (Bulatao 1981, idézi: Andorka 1987: 228).

A közgazdaságtani nézőpont

A gyermekvállalás közgazdaságtani megközelítése ugyanakkor nem ellentmondásokról mentes. A gazdasági szempontokat figyelembe véve egyrészt megállá-

pítható, hogy a magasabb jövedelmű háztartásokban kedvezőbb élethelyzetük okán több gyermek felnevelésére nyílik lehetőség. Másrészt a jóléti társadalmakban a többedik gyermek megszületése nem jár együtt a világrajövetelükkel nyert jövedelmi és biztonsági profit növekedésével: a gyermekmunka tilalma és a nyugdíjalapok megjelenése okán e tényezők már nem játszanak szerepet a gyermekszámról való döntésben. A többedik gyermekkel járó nyereségek nem, a ráfordítások azonban egyre inkább emelkednek. Minden további gyermeknek szüksége van anyagi támogatásra, így több gyermek több pénzbe és több időbe kerül. A harmadik gyermegről való döntésnél ennek okán egyre inkább a haszonáldozati költségek kerülnek előtérbe, hiszen a sokadik gyermek csekély előnyt biztosít szülei számára. E következtetésekből kifolyólag a magasabb jövedelmű családok kevésbé valószínű, hogy harmadik gyermekre vállalkoznak – minél nagyobb az anya kereseti vesztesége, annál kisebb lesz a családbővítés esélye (Alich 2004: 35–36).

Becker szintén arra hívta fel a figyelmet, hogy a magasabb jövedelmű családok jobb anyagi helyzetükből kifolyólag több gyermeket vállalhatnak – a tapasztalat azonban azt mutatta, hogy nem a jómódú, hanem a rossz anyagi helyzetű családokban születik több gyermek. Ezen tények alapján arra következtetett, hogy a szülők számára a kevesebb, de jobban iskolázott gyermek egyenértékű a több, ellenben kevésbé „minőségi” gyermekkel. E szempontból a magasabb jövedelmű családok többet, míg az alacsonyabb jövedelműek kevesebbet költenek utódaikra, így előbbiek esetén kisebb, míg utóbbiaknál nagyobb a harmadik gyermek megszületésének valószínűsége (Alich 2004: 37).

A költség-haszon elemzést preferáló közgazdaságtani elmélet ezáltal negatív irányú összefüggést feltételez a harmadik gyermek megszületése és az anya jövedelme között. E teória alapján hasonló viszony áll fenn a többedik gyermek vállalása, valamint az iskolai végzettség mutatója között is, hiszen lineáris kapcsolat fedezhető fel e két tényező esetében: minél magasabb az anya iskolai végzettsége, annál nagyobb lesz a keresete és a harmadik gyermek vállalásának haszonáldozati költsége is (Alich 2004: 36).

A közgazdaságtani megközelítések figyelembevételével kialakított hipotéziseim:

- H1: Az anya iskolai végzettségének emelkedése csökkenti a harmadik utód világrajövetelére irányuló intenció valószínűségét.
- H2: Minél kedvezőbb a háztartás jövedelmi helyzete, annál kisebb az esélye a harmadszori anyává válás szándékának.

A harmadik gyermek mint kockázati tényező

A termékenység közgazdaságtani elmélete¹ által előtérbe helyezett költség-haszon elemzésből kiindulva, a foglalkoztatott, magas jövedelmű nőknél állásuk későbbi (gyermekszülés utáni) biztonsága miatti aggodalom, a munkahely elvesztésétől való félelem szintén arra motiválhatja a szülőket, hogy korlátozzák tervezett gyermekeik számát – a felesleges kockázatot úgy hátrítják el, hogy csökkentik gyermekszámra irányuló eredeti tervüket (S. Molnár – Dobossy 2000: 80). A harmadik gyermek efféle általános elutasítása mögött véleményem szerint az sejthető, hogy az emberek jövőre irányuló elképzeléseik realizálódását veszélyeztető kockázatnak tekintik a többedik gyermek vállalását. A kockázat ugyanis olyan jelenség, amely „mérlegre teszi a hasznot és a károkat, és a jelenben dönthet a jövő felől” (Beck 2008 [1999]: 33).

A munkanélküli, inaktív vagy alacsony jövedelmű családoknál viszont fordított mechanizmus működik. A társadalom alsó csoportjaiban a harmadik gyermek mint az egyéni életcélok megvalósulását elősegítő eszköz jelenik meg: számukra a kismértékű jövedelemvesztés miatt kisebb használdozati költséggel párosul (Spéder 2003: 89), illetve az álláshiány miatt alacsonyabb kockázattal jár a harmadik gyermek vállalása. Kutatási tapasztalatok alapján legmagasabb valószínűséggel háztartásbeli, illetve munkanélküli nők adnak életet harmadik gyermeküknek, míg foglalkoztatott státusszal lényegesen kisebb erre az esély (Alich 2004: 120–121; Berinde 1999, idézi: Alich 2004: 85; Kravdal 1990: 73–74; Statistics Sweden 2011: 56).

Ezen eredményeket figyelembe véve, hipotézisem a következő:

H3: Legnagyobb eséllyel a nem foglalkoztatott nők szeretnék ismét szülni, míg legkisebb kockázattal a foglalkoztatott pozícióban lévő anyák kívánják harmadik utódot vállalni.

¹ Meglátásom szerint az effajta cselekvésben a weberi célracionalitás elve érvényesül. A párok cselekvését e perspektívában célok, eszközök és mellékkövetkezmények irányítják, döntésüket pedig mindezen tényezők racionális egybevetése alapján deklarálják (Weber 1987 [1922]: 54). A szülők kitűznek maguk elé egy célt, majd mérlegelik azt, hogy az adott gyermekszám elérése mint eszköz, mennyiben járul hozzá e kulcsfontosságú állapot létrejöttéhez. Amennyiben az adott gyermekszám negatív következményt von maga után, nem vállalják az utódot; míg fordított esetben a gyermek megszületése mellett döntenek.

A harmadik gyermek mint az ideálisnak tartott gyermekszámtól eltérő cselekvés

Szociológiai szemléletben az egyének gyermekvállalását alapvetően a társadalmi környezet szabja meg. Andorka Rudolf szavait idézve, fennáll egy „gyerekszám-norma”, amely mögött a társadalom tagjainak azon meggyőződése húzódik, hogy „az adott norma megtartása értékes viselkedést” jelent (1990 [1988]: 109, 111). E norma alapját képező érték tulajdonképpen azt a választást befolyásolja, ami során megtörténik a „rendelkezésre álló módozatok, eszközök és a tevékenység céljai közötti” szelekció (Kluckhohn 1951, idézi: Lesthaeghe – Moors 2000: 40). A szülők gyermekszámra vonatkozó döntésük során ezáltal olyan értékeket és normákat követnek, amelyeket társadalmi környezetükben általánosan elfogadnak.²

Egy társadalomban az ideálisnak tartott gyermekszám paramétere, amelynek mutatóját a demográfiai szakirodalom a társadalmi nyomás hatására kialakuló gyermekszám-elképzelés legjobb mérőszámának tekint (Blake 1966, 1968, idézi: S. Molnár 2010: 262), tükrözi az adott országban elterjedt szokásokat és hagyományokat (S. Molnár – Pongrácz 2002: 391). Napjainkban a magyar társadalom többsége a kétgyermekes családnagyságot tartja optimálisnak, e családmodell dominanciáját a tényleges termékenység mutatója is illusztrál (S. Molnár 2011: 72–73). E megállapításokból arra lehet következtetni, hogy a háromgyermekes családok alkotnak egy speciális csoportot a hazai társadalmon belül (Alich 2004: 7).

Felvetődik a kérdés, miért cselekednek a sokgyermekes családok az ideálisnak tartott gyermekszámtól eltérő módon?

A problémára a neves szociológus, Merton adhat részben magyarázatot. Az amerikai szakember elgondolását alapul véve, a három gyermek megléte az egyének sajátos társadalmi helyzetéből következik. A társadalomban ugyanis fennállnak a tagjai által jogosnak tartott célok, melyek elérését a társadalmi struktúra teszi lehetővé (Merton 1980 [1949]: 341, 386), míg „eszközeit minden esetben normák korlátozzák” (Merton 1980 [1949]: 342). Az egyes csoportok azonban eltérő eséllyel rendelkeznek a célkitűzések teljesítésére: a társadalom

² Szociológiai szempontból a weberi értékracionális cselekvés dominál a családok gyermekszámának eldöntésekor. A szülők az alapján mérlegelnek, hogy az általuk elfogadott értékek tekintetében hogyan járnak a „legértékesebben” (Andorka 1990 [1988]: 109), így a cselekvés értelme voltaképpen magában a tevékenységben rejlik. Az egyén „az előrelátható következményekre való tekintet nélkül azt teszi, amit a kötelesség, [...] a vallási előírás [...] vagy bármiféle „ügy” fontossága parancsol neki” (Weber 1987 [1922]: 53–54). A szülők ebből adódóan nem azért vállalnak adott számú gyermeket, mert az előrevizsi őket más, relevánsabb céljaik elérésében, hanem azért döntenek három gyermek mellett, mert meggyőződésük alapján ezt találják kívánatosnak.

alsó rétegeit lehetőségei korlátozzák törekvéseik megvalósításában, emiatt a „társadalmi struktúra legalján élők” között nagyobb az eltérő viselkedésmód különböző formáinak aránya (Merton 1980 [1949]: 365, 367).

Merton nézetét a termékenységre vonatkoztatva feltételezhető, hogy a családok rossz társadalmi pozíciójuk miatt vállalkoznak az ideálisnak tekintett szinttől nagyobb számú utódra. A magyar társadalomban leginkább preferált életcélok közé tartozik manapság a megfelelő jövedelem, a munkasiker, a biztonságnyújtás, a harmónia – a többségi társadalom állásfoglalása értelmében mindazonáltal a három gyermek vállalása nem egyeztethető össze e tervekkel (S. Molnár 2011: 85–86). Az alsó társadalmi csoportok kedvezőtlen helyzetük – például az alacsony jövedelem vagy a munkanélküliség – miatt nem tudják teljesíteni e terveket a normák által elvárt módon (például keresőtevékenység folytatásával). Az anyagi értékek iránti igény és azok megszerzésének reális lehetősége közötti szakadék egyre inkább növekszik a hátrányos pozíciójú rétegekben, így ezen csoportok „új” – a megszokottól eltérő – eszközöket alkalmaznak célkitűzéseik megvalósítása érdekében. A legszegényebb rétegekben egyre több gyermeket vállalnak a családok, akiktől a materiális célok beteljesülését várják, ezáltal a „stratégiai gyermekek” többsége rendszerint sokgyermekes családban jön világra (Gyenei 2008).

Az értékrend szerepe

Az általánosan elfogadott kétgyermekes családmoddeltől eltérő harmadik gyermek vállalása részben a családok társadalomban és gazdaságban betöltött kedvezőtlen strukturális pozíciójából következik, amely nem teszi lehetővé jövőre irányuló terveik más módon történő megvalósítását. E tekintetben a harmadik gyermek világrajövetele az alsó társadalmi rétegek számára kis kockázattal járó alternatívát jelent, ezért feltételezhető, hogy például rossz foglalkozási, jövedelmi, illetve képzettségi helyzettel rendelkező anyák vállalkoznak inkább magasabb gyermekszámra.

Másrészt viszont nem szabad figyelmen kívül hagyni a beállítódások szerepét sem, így a harmadik gyermek mellett szóló döntés oka az egyének értékrendjében is keresendő. A hazai közfelfogásban jelen van egy nézet, miszerint a többgyermekes „családok általában gyermekszerető, családcentrikusak” (S. Molnár – Pongrácz 2002 [1996]: 395). E szempont alapján, véleményem szerint, nem lehet egyértelműen arra következtetni, hogy a kétgyermekes normától eltérő viselkedés leginkább a társadalom alsó rétegeit érintené. A gyermek-

centrikus attitűd összefüggésbe hozható ugyanis a vallásosabb, tradicionálisabb értékeket valló magatartással (S. Molnár – Kapitány 2002: 65), amely esetében – a szocialista időkkel szemben – ma már nem lehet kijelenteni, hogy csak a hátrányos társadalmi háttérrel rendelkező csoportokat³ jellemezne a vallásos gondolkodásmód (Rosta 2011: 747). A gyermekközpontú beállítódás azonban kapcsolatban áll az alacsonyabb iskolai végzettséggel is (S. Molnár – Kapitány 2002: 65), ezért a kedvezőtlen státuszú rétegek felülreprezentált helyzete sem zárható ki a családoorientált viselkedés tekintetében.

Az értékbeállítódások szerepére utaló feltételezéseim az alábbiak:

H4: A vallásosság fokának emelkedése pozitív módon járul hozzá a harmadik utód megszületésének elképzeléséhez.

H5: Azon anyák körében, akik egyetértenek azzal az állítással, miszerint a gyermekek számának növekedése fontosabb, mint a munka, magasabb a harmadik gyermek-vállalás intenciójának valószínűsége, mint a kevésbé gyermekcentrikus nézeteket valló személyek esetében.

További demográfiai tényezők hatása

A harmadik gyermek megszületésének szándékára irányuló, fentiekben ismertetett előzetes felvetéseimet az intenciót befolyásoló három faktor operacionalizálásával elméleti következtetésekre alapozva alakítottam ki. Összefoglalva, nézetem szerint a családok gyermekszámának alakulása függ az egyének objektív (strukturális) helyzetétől, másrészt kapcsolatban áll az általuk elfogadott értékekkel, beállítódásokkal, továbbá a gondolkodásmódjukból külön kiemelt jövőre irányuló perspektíváikkal (szubjektív pozíció). Másodsorban hipotéziseim kidolgozásánál figyelembe vettem a témával foglalkozó felmérések tapasztalatait. A korábbi kutatási eredmények szerint a kétgyermekes anyák demográfiai jellemvonásai és lakókörülményei is hatást gyakorolnak a termékenységi viselkedésre. Ezen elemzések összegző megállapításai, valamint az észrevételek alapján kidolgozott hipotéziseim a következők:

A harmadik gyermek világrajövetelének szándéka negatív viszonyban áll az anya életkorának növekedésével. A 25–29 éves nők nagyobb eséllyel szeretnének meglévő gyermekeik mellé újabb utódot vállalni életük folyamán, mint a

³ Ráadásul a fiatalabb, hívő generáció körében a magasabb státuszú rétegek enyhe túlsúlya figyelhető meg (Hegedűs 2007, idézi: Rosta 2011: 747).

30 évesnél idősebb korcsoportba tartozó anyák. Az életkor előrehaladása tehát csökkenti a harmadik gyermek intenciójának valószínűségét (Miettinen – Basten – Rotkirch 2011: 495).

H8: Minél fiatalabb az anya, annál valószínűbb az újabb utód világrahozatalának szándéka.

Általános megállapításként deklarálnak a felmérések értelmében, hogy a szülővé válás későbbi időpontja kedvezőtlen irányban hat a harmadik gyermek világrajövetelének esélyére. Minél idősebb korban szüli meg első gyermekét a nő, annál kisebb valószínűséggel tölti be harmadszor is anyaszerepét (Alich 2004: 119, Statistics Sweden 2011: 55, Yavuz 2006: 447).

H9: A nők mielőbbi szülővé válása elősegíti a családbővítés tervét.

Az anya testvéreinek száma egyértelmű kapcsolatot mutat az újabb családbővítés kockázatával. Minél több testvére van a személynek, annál nagyobb a harmadik gyermek világrahozatalára vonatkozó kedvező szándék esélye (Miettinen – Basten – Rotkirch 2011: 495).

H10: Minél több testvérrel rendelkezik az egyén, annál inkább szeretne harmadik gyermeknek életet adni.

Amennyiben az első és a második gyermek neme azonos, magasabb eséllyel vállalkozik az anya harmadik gyermekre, mint ellenkező nemű utódok esetében (Alich 2004: 118).

H11: Az azonos nemű gyermekek pozitív módon járulnak hozzá a harmadik utód megszületésének szándékához, míg az ellentétes nemű testvérek gyengítik ennek esélyét.

Negatív kapcsolat érvényesül a meglévő gyermekek életkora közötti különbség és a harmadik utód vállalásának kockázata között, ezért az első és a második gyermek közti nagyobb időtáv csökkenti az újabb testvér érkezésének esélyét (Hoem – Hoem 1989, idézi: Alich 2004: 84, Kravdal 1990: 60). A szülések közötti intervallum ugyanis a magasabb paritásoknál egyre inkább visszaesik, így legnagyobb valószínűséggel akkor adnak életet ismét gyermeknek a két-gyermekes anyák, ha az első és második utód közötti korkülönbség csekély (Berinde 1999, idézi: Alich 2004: 85, Hoem – Prskawetz – Neyer 2001: 31, 46).

H12: Minél kisebb a meglévő gyermekek életkora közötti különbség, annál magasabb az ismételt gyermekvállalás valószínűsége.

A kétgyermekes személyek családi állapotát tanulmányozva nem áll fenn differencia a házasságban és az élettársi kapcsolatban élő nők harmadik utód vállalásának esélye között. A partnerrel rendelkező anyák ugyanakkor magasabb valószínűséggel adnak életet ismét gyermeknek, mint az egyedülálló egyének (Statistics Sweden 2011: 56).

H14: A partnerével együtt élő (házas vagy élettársi kapcsolatban lévő) anya nagyobb eséllyel kíván harmadszor is gyermeket szülni, mint a kapcsolatban lévő, de párjával nem egy háztartásban élő vagy egyedülálló nő.

A vidéken élő kétgyermekes nők nagyobb eséllyel vállalják harmadik gyermeküket, mint a városi lakóhellyel rendelkező egyének (Kravdal 1990: 82). Számottevően befolyásolja a gyermekszám gyarapodását a szülők lakáskörülménye is. A kertes házban élő egyének magasabb eséllyel hozzák világra harmadik gyermeküket, mint a társasházban lakó anyák (Westoff – Potter – Sagi 1963, idézi: Andorka 1987: 137).

H15: A községben vagy városi családi házban élő nő magasabb valószínűséggel szándékozik harmadik gyermeknek életet adni, mint a városi jogállású településen, nem családi házban lakó egyén.

A HARMADIK GYERMEKRE VONATKOZÓ INTENCIÓ EMPIRIKUS ELEMZÉSE

Napjainkra nyilvánvalóvá vált, hogy a termékenységi választásokat komplex folyamatként kell kezelni (Rosina – Testa 2009: 490), ezáltal az utóbbi évtizedekben egyre növekvő hangsúlyt kapott az a felfogás, amely a gyermekvállalási döntésekben az egyén értékei, strukturális helyzete mellett kulcsszerepet tulajdonít a szándékok megfogalmazódásának is.

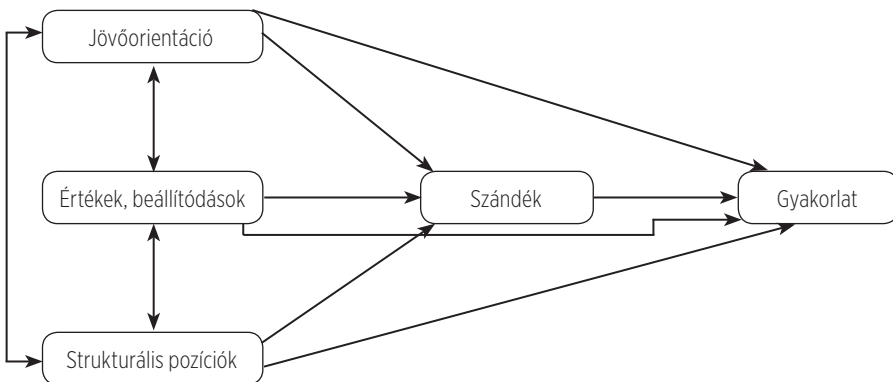
A szándékolt és a tényleges termékenység közötti kapcsolat azonban nem ellentmondásoktól mentes. Ahogy Magyarországon, úgy a többi fejlett államban is magasabb gyermekszám-értékben fogalmazzák meg terveiket a nők, mint a valós termékenység mértéke (Philipov – Testa 2008). Ezen eltérés okát Bongaarts (1998: 20–26) három tényezőben látta: a gyermekszülés magasabb életkorra történő időzítése (1.), az akaratlan meddőség jelensége (2.), valamint a gyermekvállalásnál fontosabbnak ítélt faktorok (gazdasági, társadalmi, egészségügyi helyzet) (3.) egyaránt csökkentik a tényleges gyermekszámot a kívánt paraméterhez viszonyítva. Spéder Zsolt és Kapitány Balázs (2014) négy ország (Hollandia, Svájc, Magyarország, Bulgária) adatait tanulmányozó,

nemzetközi összehasonlító vizsgálata szintén arra hívja fel a figyelmet, hogy az egyének társadalmi és demográfiai helyzetei megnehezíthetik a tervezett gyermekek világrajövetelét. Az idősebb életkor, a gyermektelenség, a két vagy több gyermek megléte, illetve a párkapcsolat megszakadása egyértelműen kedvezőtlen eredményt – halasztást vagy végleges lemondást – fejt ki az időzített szándék sikeres megvalósítására (2014: 167-171).

A szándékolt és a valós termékenység között fennálló eltérés és a tervek lehetséges realizálatlansága okán az intenció nem tekinthető döntő jelentőségű változónak a gyermekszám magyarázatában (Philipov – Testa 2008: 3). A preferenciák, a vágyak, valamint a szándékok alakulása – a rá ható tényezők által, amelyek a magatartást is befolyásolják – ugyanakkor információval szolgálhatnak a tényleges termékenységi viselkedésről (van de Kaa 1998: 36-38). A szándék voltaképpen, mint egy kulcs jelenik meg a közeli gyermekvállalási magatartás előrejelzésében (Schoen és munkatársai 1999, idézi: Testa 2010: 19), így nélkülözhetetlen szerepe a majdani valós cselekvés jövőbeni bekövetkezésében rejlik.

A gyermekvállalási intenció és a viselkedés kapcsolatát tárgyaló kutatások jelentős része az Ajzen-féle szociálpszichológiai megközelítést veszi alapul. A szándékolt cselekvés elmélete az intenció közvetlen hatását hangsúlyozza a cselekvés és a kitűzött cél megvalósításában (Ajzen 1991: 182), ebből kifolyólag a termékenységi cselekvésre vonatkozó gondolatmenetemet a hivatkozott elképzelés felhasználásával dolgoztam ki (1. ábra).

1. ábra: A gyermekvállalási cselekvés modellje, az Ajzen-modell átdolgozott változata
The model of childbirth action, a modified version of the Ajzen-modell



A harmadik gyermek vállalásának elméleti keretét szemléltető fejezetekben részletezett meggyőződésém értelmében, a gyermekszámra irányuló elhatározás folyamán az egyének számításba veszik értékorientációjukat, a beállítódásaikból külön kiemelt jövőre irányuló perspektívájukat, illetve strukturális pozícióikat. Ezen – egymástól nem független – elemek egyaránt hatást fejtenek ki a jövőbeli termékenység szándékára.

A gyermekvállalás mint komplex cselekvési gyakorlat a tényezők együttes hatásának eredményeként realizálódik. A tényleges termékenységben megnyilvánul az egyén jövőorientációjának (1.), gyermekvállalással kapcsolatos beállítódásainak, attitűdjeinek (2.), strukturális helyzetének szerepe (3.), továbbá tükröződik az előbbi három dimenzió által befolyásolt intenciók funkciója is (4.).

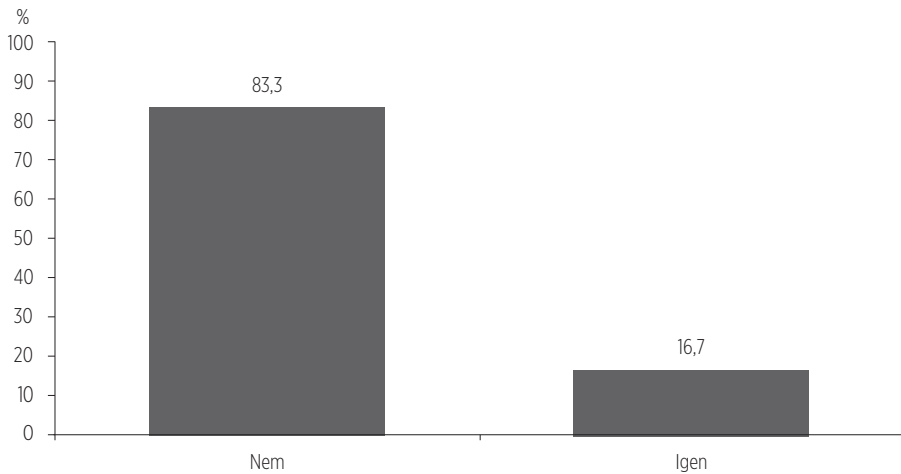
A felvázolt összefüggések alapján a harmadik gyermek vállalásának folyamata két lépésre bontható: elsőként az egyének objektív és szubjektív jellemzői a harmadik utód világrajövetelére vonatkozó szándékot magyarázzák, majd másodikban együttesen határozzák meg a harmadik gyermek megszületésére irányuló cselekedetet.

Ezen összetett viszony miatt először a harmadik gyermek vállalásának intencióját kell megvizsgálni ahhoz, hogy később választ kapjunk arra a kérdésre, miért ad kevés magyar anya életet harmadik számú utódnak? Tanulmányomban így annak elemzésére helyeztem a hangsúlyt, hogy a két gyermeket nevelő nők mely jellemvonásai befolyásolják a harmadik gyermek világrahozatalának szándékát: Milyen módon hatnak a személyek strukturális pozíciói (1.), értékei (2.), valamint jövőirányultságára utaló nézetei (3.) arra, hogy kívánnak-e az egyének harmadik utódot?

Kutatásom során a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet által készített *Életünk fordulópontjai* adatfelvétel első hullámának adatbázisát használtam fel. Vizsgálati kérdésem arra irányult, hogy kik azok a két gyermeket nevelő anyák, akik szeretnék életük folyamán harmadszor is szülővé válni. A válaszadó nők 83,3%-a nem kíván, míg 16,7%-a egyértelműen szándékozik harmadik gyermeket világra hozni (2. ábra).

A gyermekvállalási cselekvés intencióját – a korábbiakban felvázolt módon – több paraméter által meghatározott folyamatként értelmeztem, amelyben a gyermek megszületésére irányuló szándékot jövőorientációk, értékrendek és a személyek objektív helyzetei irányítják. Felmérésemben arra kerestem a választ logisztikus regressziós módszerrel, hogy a két gyermeket nevelő anyák strukturális pozíciói, attitűdjei, valamint jövőre irányuló beállítottságai milyen hatást fejtenek ki az egyének harmadik gyermek vállalására vonatkozó általában vett intenciójára.

2. ábra: Szeretne-e további gyermeknek életet adni?
 Would you like to have another child?



Forrás: KSH NKI, Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdései hullám. Saját számítás.

Módszertan

Logisztikus regressziós elemzésemet azon szülőképes korú (45 éves vagy fiatalabb) anyák körében végeztem el, akik a 2001. évi adatfelvétel idején két saját gyermeket neveltek a háztartásukban, és esélyük volt újabb gyermeknek életet adni (n=1097). A gyermekszám kialakításakor nem vettem figyelembe azokat a saját gyermekeket, akik nem az anya háztartásában éltek, továbbá a háztartásban nevelt nem saját utódokat sem. A mintába nem kerültek bevonásra mindemellett azok az anyák, akik a 2001. évi adatfelvétel során második vagy harmadik gyermeküket várták, illetve azon személyek, akik úgy nyilatkoztak, hogy nem lehet több gyermekük.

Elemzésemben a logisztikus regressziós modell függő változóját az általam létrehozott „harmadik gyermek vállalásának szándéka” paraméter képezte. A modell magyarázó változóit az 1. táblázat tartalmazza.

A kutatásom szempontjából lényeges változók egy része megfelelő formában állt rendelkezésemre az adatállományban, számos mutatót azonban átalakítottam. A változók végleges kategóriáit és az anyák elemszámának magyarázó paraméterek szerinti alakulását a 2. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: A harmadik gyermek-vállalás szándék logisztikus regressziós modelljének magyarázó változói

The explanatory variables in the logistic regression model of the intention of giving birth to the third child

	Független változók
Objektív, strukturális helyzet	anya korcsoportja
	anya kohorsza az első gyermek születésekor
	anya testvéreinek száma
	első és második gyermek neme
	első és második gyermek életkora közötti különbség
	anya családi állapota
	anya iskolai végzettsége
	anya foglalkozási helyzete ^a
Szubjektív értékeállítódások	háztartás ekvivalens jövedelmi helyzete
	lakóhely jellege
	vallásosság mértéke
Szubjektív jövőorientációk	munkaorientáció („Egyetért-e azzal az állítással, miszerint jó szakma vagy állás mellett igazuk van a nőknek, ha fontosabb a munkájuk, mint az, hogy több gyermekük legyen?”)
	gyermekek jövője miatti aggodalom („Mennyire van megelégedve a jövőbeli kilátásaival?”)
	jövőbeli kilátásokkal való általános elégedettség („Mennyire aggódik gyermekei jövője miatt?”)

^a A foglalkozási helyzet magyarázó változója esetében foglalkoztatottként jelöltem azon személyeket, akik keresőtevékenységet végeztek, a nem foglalkoztatott kategóriába soroltam a munkanélküli, a háztartásbeli vagy a tanulói státusszal bíró anyákat, továbbá külön csoportként definiáltam az adatfelvétel idején is anyasági ellátáson lévő nőket.

A modellezés logikája

Első lépésként kétváltozós összefüggések vizsgálatára került sor, az elemzések eredményeinek részletes bemutatásától e tanulmányban eltekintek. A független változók tisztítatlan hatásainak elemzése után először az anyák objektív, strukturális helyzetének paramétereit – előbb a demográfiai, majd a társadalmi, gazdasági, a lakókörmények pozícióit – illesztettem a modellbe. Külön regressziót készítettem ezután a nők értékeállítódásaira utaló, továbbá

jövőirányultságára vonatkozó változók esetében is. Végül az összes előzőekben külön vizsgált változó beléptetésével eljutottam a teljes modellig. A logisztikus regressziós modell eredményeit a 3. táblázat tartalmazza.

2. táblázat: A két gyermeket nevelő anyák és a közülük harmadik gyermeket vállalni szándékozó nők száma a magyarázó változók kategóriái szerint
The number of mothers with two children and the number of women among them intending to give birth to their third child by the categories of explanatory variables

Magyarázó változó		Az anyák száma a magyarázó változók szerint, fő	A harmadik gyermeket vállalni szándékozók száma, fő
Anya korcsoportja	20–24 év	29	12
	25–29 év	139	51
	30–34 év	234	48
	35–39 év	265	44
	40–45 év	325	11
Anya korcsoportja az első gyermek vállalásakor	15–19 év	169	30
	20–24 év	625	94
	25 év vagy felette	198	42
Anya testvéreinek száma	0	123	20
	1	447	79
	2	236	42
	3	80	8
	4 vagy több	104	17
Első és második gyermek neme	azonos (fiú)	277	57
	azonos (lány)	223	37
	ellentétes	489	72
Első és második gyermek korkülönbsége	0–2 év	285	55
	3–6 év	560	99
	7 év vagy több	147	12
Anya családi állapota	házas	819	135
	élettársa van	61	16
	partnere van, de nem élnek együtt	19	6
	egyedülálló	93	9
Anya foglalkozási helyzete	foglalkoztatott	684	92
	nem foglalkoztatott	143	19
	anyasági ellátáson van	165	55
Anya iskolai végzettsége	8 osztály vagy alacsonyabb	176	27
	szakmunkásképző	266	34
	érettségi	362	64
	felsőfok	188	41

Forrás: KSH NKI, Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdezési hullám. Saját számítás.

2. táblázat: A két gyermeket nevelő anyák és a közülük harmadik gyermeket vállalni szándékozó nők száma a magyarázó változók kategóriái szerint (folytatás)

The number of mothers with two children and the number of women among them intending to give birth to their third child by the categories of explanatory varia (continued)

Magyarázó változó		Az anyák száma a magyarázó változók szerint, fő	A harmadik gyermeket vállalni szándékozók száma, fő
Háztartása ekvivalens jövedelmi helyzete	legalacsonyabb ötöd	284	39
	második ötöd	152	25
	harmadik ötöd	150	21
	negyedik ötöd	190	38
	legmagasabb ötöd	135	29
Lakóhely jellege	Budapest (családi ház)	36	6
	Budapest (nem családi ház)	57	19
	megyei jogú város (családi ház)	71	16
	megyei jogú város (nem családi ház)	133	31
	egyéb város (családi ház)	197	20
	egyéb város (nem családi ház)	98	12
	község	400	62
Anyá vallásossága	vallásos, az egyház tanításait követi maga módján vallásos	127	34
	nem tudja megmondani, hogy vallásos-e	587	86
	nem vallásos	38	5
		232	41
Munkaorientáció	nem ért egyet azzal, hogy fontosabb a munka, mint a több gyermek	611	125
	bizonytalan	122	16
	egyetért	252	25
Gyerekek jövője miatti aggodalom	egyáltalán nem aggódik	32	10
	kicsit aggódik	269	56
	nagyon aggódik	690	99
Általános jövőkép	pesszimista	61	11
	semleges	284	39
	optimista	647	116

Forrás: KSH NKI, Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdezési hullám. Saját számítás.

Eredmények

Tisztítatlan hatások

A magyarázó változók tisztítatlan hatásainak vizsgálata rávilágított arra, hogy önmagában az anya szülővé válásának életkora, testvéreinek száma, illetve általános jövőképe nem áll érdemi összefüggésben a harmadik gyermek megszületésére irányuló szándék esélyével, számos paraméter ugyanakkor szignifikánsan befolyásolja az újabb családbővítés intenciójának kockázatát.

Az anya *életkorát* vizsgálva legmagasabb valószínűséggel a referenciakategóriaként megjelölt 20–24 éves korosztály kíván harmadik utódnak életet adni, de érdemileg nem különbözik a 25–29 éves nők esélye sem. A 30 évesnél idősebb anyák körében viszont folyamatosan visszaesik a kockázat: a 30–39 éves kohorsz kb. harmadannyi, míg a 40 év felettiek huszadannyi valószínűséggel tervezik harmadik gyermekük világrahozatalát, mint a legfiatalabb korosztály.

Számottevő hatás mutatható ki az anya *meglévő gyermekeinek nemét és korkülönbségét* tanulmányozva is. Másfélszer nagyobb eséllyel szándékozik harmadik gyermeket szülni az a kétgyermekes szülő, akinek gyermekei azonos neműek, mint az a nő, aki egyaránt nevel fiú és lány utódot is. Az első és második gyermekének legfeljebb kétéves eltéréssel életet adó anyák háromszor magasabb kockázattal kívánják harmadszor is betölteni szülőszerepüket, mint azok a személyek, akik utódaik között 7 vagy annál több év korkülönbség áll fenn.

A kétgyermekes anyák *családi állapota* – az előbbi mutatókhoz hasonlóan – tisztítatlan formában szignifikánsan határozza meg a harmadik gyermek világrajövetelének intencióját. A partnerükkel nem együtt élő nők több mint kétszer több, az élettársi kapcsolattal rendelkező anyák mintegy másfélszer nagyobb, míg az egyedülálló személyek feleannyival kisebb valószínűséggel vágnak harmadik gyermeknek életet adni, mint a házaspárok.

Az anyák iskolai *végzettsége* önmagában csak nagyon csekély hatást fejt ki a harmadik gyermekvállalás szándékára, így az iskolázottsági kategóriák között nem áll fenn érdemi különbség az intenció tekintetében.

Az anya *foglalkozási pozícióját* szemügyre véve kitűnik, hogy csupán az anyasági ellátáson lévő nők esélye különbözik lényegesen a nem foglalkoztatott anyák kockázatától. Az előbbi státuszú egyének háromszor akkora valószínűséggel szeretnének harmadszor is szülővé válni, mint a nem foglalkoztatottként definiált anyák.

Az *ekvivalens jövedelmi helyzet* tisztítatlan hatása nem a várt irányba mutat. Bár mindössze a két legkedvezőbb jövedelmi ötöd esélye tér el érdemileg

a legrosszabb jövedelmi pozíciójú háztartás kockázatától, a legmagasabb ötödökbe sorolt háztartásokban élő anyák másfélszer nagyobb valószínűséggel szándékoznak harmadik gyermeket vállalni.

Az anya *lakóhelyének jellege* önmagában ugyancsak szignifikánsan magyarázza a gyermekszám bővítés irányába ható intenciót. A referenciaként megjelölt, községben élő személyekhez viszonyítva Budapesten, illetve megyei jogú településen, nem családi házban élő két gyermeket nevelő nők számottevően nagyobb eséllyel kívánnak harmadik utódot világra hozni, míg az egyéb városi, kertés ingatlannal rendelkező egyének a falusiaknál kisebb kockázattal vágnak a harmadszori gyermekáldásra.

Az anyák *vallásossága és munkaorientációja* tekintetében a feltételezett módon nyilvánul meg a változók befolyása. Az egyház tanításait követő nők kétszer magasabb kockázattal szeretnének harmadik gyermeket szülni, mint a kevésbé vallásos vagy egyáltalán nem hívő személyek. A munkájukat nem gyermekszámuk növelése elé helyező anyák szintén kb. kétszer akkora eséllyel szándékoznak harmadszor is szülővé válni, mint a bizonytalan nézetű, vagy a munkájuk iránt erősen elköteleződött egyének.

A kétgyermekes anyák *jövőorientációjára* utaló paraméterek közül önmagában csak a gyermekek jövője miatti aggodalom indexe fejt ki szignifikáns hatást a harmadik gyermek intenciójára. E faktor esetében a csekély, illetve a közepes mértékű félelemmel rendelkező nők kockázata között nincs különbség, a szorongó anyák azonban harmadannyi valószínűséggel kívánnak újabb utódnak életet adni, mint az e tekintetben nem gondterhelt személyek.

Demográfiai modell

A kétgyermekes nők demográfiai státuszát meghatározó mutatók együttes beillesztése annak ellenére indukált központi változásokat, hogy az anyák testvéreinek száma továbbra sem jelez szignifikanciát, míg az életkor és a meglévő gyermekek neme tekintetében alapvetően nem módosultak a tisztítatlan hatások.

Az anyák családi állapota és gyermekeik korkülönbsége már nem magyarázza érdemben a harmadik gyermek vállalásának szándékát. Ezen utóbbi fordulatra a személyek anyává válási életkorának modellbe történő építése adhat választ: a paraméter önmagában nem határozta meg szignifikáns módon az intenció valószínűségét, más demográfiai indexek hatására viszont elvonta a gyermekek közti korkülönbség faktorának függő változóra kifejtett lényegi befolyását.

Az első gyermeküknek 25 éves vagy annál idősebb korban életet adó nők ezáltal közel két és félszer nagyobb kockázattal szeretnének harmadik utódot szülni, mint a 20 éves életkoruk előtt anyává vált személyek.

Strukturális modell

A nők társadalmi, gazdasági, valamint lakókörülményeinek pozíciójára utaló mutatók logisztikus regressziós modellbe történő együttes bevonásával rendkívül mérséklődött a változók hatása.

Mindössze az anya foglalkoztatotti pozíciója őrizte meg némileg erős szignifikanciáját, viszont továbbra is csak az anyasági ellátáson lévő személyek esélye mutat érdemi különbséget a nem foglalkoztatott nők kockázatához képest (előbbi csoport harmadik gyermek vállalási szándékának valószínűsége elhanyagolható mértékben csökkent a kontrollfaktorok befolyásának eredményeként).

Megszűnt az ekvivalens jövedelmi helyzet, valamint gyengült az anya lakóhelyének hatása. A községi jogállású településen élő személyek kockázata nem változott hangsúlyosan a megyei jogú városi, nem családi házban és egyéb, városi kertes épületben lakó egyének valószínűségéhez képest, ugyanakkor többé-kevésbé javult a budapesti, nem családi házban élő anyák esélyéhez viszonyítva (utóbbi csoportba tartozó nők háromszor nagyobb tisztítatlan kockázata alig kétszer nagyobb valószínűsége esett vissza).

Más strukturális faktorok beillesztése által ugyanakkor módosult az iskolai végzettség változójának hatása, kismértékű különbség realizálódik a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolázottságú csoportok esetében. A felsőfokú végzettséggel rendelkező anyák közel kétszer nagyobb eséllyel szeretnének harmadik gyermeket vállalni, mint a 8 osztállyal vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők – jóllehet ezen megállapítás előzetes feltevésemmel ellentétes.

Értékbeállítódás modell

A két gyermeket nevelő anyák vallásosságának és munkaorientációjának egyszerre történő bevonása nem idézett elő mélyreható átalakulásokat a két változó hatásában.

Kismértékben csökkent mind az egyház tanításait követő, mind a munka iránti gyenge elkötelezettségű személyeknél a harmadszori gyermekvállalás-

szándék esélyének előnye, de még mindig e két jellemvonású nők szeretnének a legmagasabb kockázattal ismét utódot világra hozni.

Érdemi változásként annyi jegyezhető meg, hogy a munkaorientáció kontrolljának következtében a bizonytalan vallási attitűddel rendelkező egyének elvesztették szignifikáns hatásukat, ezért azon anyák valószínűsége, akik nem tudják eldönteni, hogy vallásosak-e vagy sem, nem különbözik a hívő egyének harmadik gyermekre vonatkozó intenciójának kockázatától.

Jövőorientáció modell

A nők jövőorientációját kifejező változók modellbe történő együttes beillesztése után sem magyarázza érdemi módon az anyák általános jövőképe a harmadik utód megszületésére irányuló szándék esélyét.

A gyermekek jövője miatti aggodalom némiképp mérséklődött a nagyon gondterhelt egyének hátrányában, ugyanakkor ezt a javulást nem lehet meghatározónak tekinteni, így továbbra is a kevésbé aggodalmaskodó két gyermeket nevelő nők kívánnak magasabb kockázattal újabb utódnak életet adni.

A teljes modell

Az összes magyarázó változó együttes beemelését követően – amely a magyarázó erőt végül 31,4%-ra növelte – megvalósult a teljes modell kiépítése. A harmadik gyermekvállalás szándékának logisztikus regressziós modellje rávilágított arra, hogy a magyarázó változókegyüttes bevonása nagymértékben átformálta a mutatók által kifejtett tisztítatlan mechanizmusokat.

A két gyermeket nevelő anyák demográfiai státuszát jellemző paraméterek közül csupán a nők életkora és gyermekeinek neme befolyásolja érdemben a harmadszori szülővé válás szándékát. E két változó esetében beigazolódott előzetes feltevésem: minél idősebb az anya, annál kisebb eséllyel kíván harmadik utódot világra hozni (bár ezen összefüggés csak a 30 évesnél idősebb korosztályok körében állja meg a helyét), amelyhez pozitív módon járul hozzá a meglévő gyermekek azonos neme is. Ugyanakkor a családbővítés intenciójának kockázata nem függ a nők testvéreinek számától, anyává válásának életkorától (a mutatók önmagukban sem befolyásolták a függő változót), illetve családi állapotától és gyermekeinek korkülönbségétől (más strukturális faktorok kontrollálása által vesztették el hatásukat).

A kétgyermekes nők társadalmi, gazdasági, valamint lakókörülményeinek pozíciójára utaló paraméterek esetében mindössze a személyek lakóhelyének jellege magyarázza szignifikánsan a harmadik utód megszületésének intencióját. E mutatót figyelembe véve hipotézisemmel ellentétes következtetésre jutottam: meglepő módon a budapesti vagy megyei jogú városi, nem családi házban élő személyek magasabb eséllyel szeretnék harmadik gyermeket szülni, mint a községi lakosok – ezen összefüggés meglétére azonban nem találtam megfelelő szociológiai magyarázatot, így az eredmény megértése további kutatást igényel. Az ekvivalens jövedelmi helyzet és az iskolai végzettség mutatója éppen más strukturális faktorok, míg a foglalkozási pozíció a demográfiai sajátosságokat, illetve az értékorientációkat jelző tényezők befolyása miatt veszítette el szignifikanciáját. Mindezek következtében utóbbi paraméterekre vonatkozó elképzeléseim is megcáfolódtak.

Többé-kevésbé igazolást nyertek viszont az egyének értékrendjeire felállított feltételezéseim. Minél inkább egyetért az anya azzal az állítással, miszerint a munka fontosabb, mint a gyermekek számának növelése, annál kisebb a harmadik gyermeket szülni tervezők szándékának kockázata. A munkaorientációval ellentétben ugyanakkor a vallásosság mértékével nem párhuzamosan csökken a harmadik utódra irányuló intenció valószínűsége. Jóllehet a maga módján vallásos vagy nem hívő nők jóval kisebb eséllyel szeretnék ismét gyermeknek életet adni, mint az erősen vallásos anyák, várankozásommal (miszerint legkevésbé a nem vallásos anyák vágnak leginkább harmadik gyermekre) szemben azonban a bizonytalan beállítottságú személyek szeretnék a legkevesebb kockázattal ismét szülni – így ez irányú hipotézisem csak részben igazolódott be.

Az értékrendekkel ellentétben az egyének jövőorientációja nem fejt ki szignifikáns hatást a nők harmadszori anyává válásának szándékára, ezért egyik változó sem támasztja alá kiinduló feltevéseimet. A személyek általános jövőképe nemcsak a végső modellben, hanem tisztítatlan formában sem befolyásolja számottevően a családbővítés intencióját, míg a gyermekek jövője miatti aggodalom hatása az objektív mutatók és az értékindexek által kontrollálva szűnik meg.

Összességében véve az anyák életkora, gyermekeinek neme, lakóhelyének jellege, vallásossága, illetve munkaorientációja magyarázza érdemi módon a harmadik gyermek vállalásának szándékát. Legnagyobb eséllyel a 30 év alatti, azonos nemű gyermekeket nevelő, a munka iránt kevésbé elkötelezett, budapesti vagy megyei jogú városi, nem családi házban élő, két saját gyermeket nevelő, hívő nők kívánták gyarapítani gyermekeik számát a 2001. évi adatfelvétel idején.

3. táblázat: A harmadik gyermek intenciójának logisztikus regressziós modelljei
 Logistic regression models of the intention of giving birth to the third child

	Tisztítatlan hatások		Demográfiai modell		Strukturális modell		Értékbeállítódás modell		Jövőorientáció modell		Teljes modell		
	Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		
Életkor	1	***	1	***								1	***
(referencia: 20–24 év)													
24–29 év	0,821		0,774									0,861	
30–34 év	0,366	**	0,311	**								0,259	**
35–39 év	0,282	***	0,254	***								0,223	**
40–45 év	0,05	***	0,041	***								0,03	***
Életkor az első gyermek vállalásakor													
(referencia: 15–19 év)	1		1	***								1	
20–24 év	0,82		1,13									0,912	
25 év vagy több	1,247		2,364	***								1,505	
Testvérek száma													
(referencia: 4 vagy több)	1		1									1	
0	0,994		1,066									0,917	
1	1,099		0,866									0,911	
2	1,108		0,881									1,053	
3	0,569		0,484									0,568	

*sig.:<0,1; ** sig.: <0,05; *** sig.:<0,01

Forrás: KSH NKI. Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdései hullám. Saját számítás.

3. táblázat: A harmadik gyermek intenciójának logisztikus regressziós modelljei (folytatás)
 Logistic regression models of the intention of giving birth to the third child (continued)

	Tisztítatlan hatások		Demográfiai modell		Strukturális modell		Értékbeállítódás modell		Jövőorientáció modell		Teljes modell	
	Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)	
Gyermekek neme (referencia: azonos (fiú))	1		1									1
azonos (lány)	0,768		0,816									0,847
ellentétes	0,666 **		0,673 *									0,66 *
Gyermekek korkülönbsége (referencia: 0-2 év)	1	**	1									1
3-6 év	0,898		0,998									1,075
7 év vagy több	0,372 ***		0,631									0,763
Családi állapot (referencia: házas)	1	**	1									1
élettársa van	1,801 *		1,468									1,355
partnere van, de nem élnek együtt	2,338 *		2,276									2,217
egyedülálló	0,543 *		0,723									0,773
Iskolai végzettség (referencia: 8 osztály vagy alacsonyabb)	1	*			1							1
szakmunkásképző	0,809				0,886							0,698
érettségi	1,185				1,187							1,11
felsőfok	1,539				1,812 *							1,517

*sig:<0,1; ** sig:<0,05; *** sig:<0,01

Forrás: KSH NKI, Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdésesi hullám. Saját számítás.

3. táblázat: A harmadik gyermek intenciójának logisztikus regressziós modelljei (folytatás)
 Logistic regression models of the intention of giving birth to the third child (continued)

	Tisztítatlan hatások		Demográfiai modell		Strukturális modell		Értékbeállítódás modell		Jövőorientáció modell		Teljes modell	
	Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)	
Foglalkozási pozíció												
(referencia: nem foglalkoztatott)	1	***	1	***	1	***	1	***	1	***	1	***
foglalkoztatott	1,014		0,824		0,824		0,824		0,824		1,365	
anyasági ellátáson lévő	3,263	***	3,212	***	3,212	***	3,212	***	3,212	***	1,447	
Háztartás ekvivalens jövedelmi helyzete												
(referencia: legalacsonyabb ötöd)	1		1		1		1		1		1	
második jövedelmi ötöd	1,237		1,219		1,219		1,219		1,219		0,947	
harmadik jövedelmi ötöd	1,023		0,914		0,914		0,914		0,914		0,765	
negyedik jövedelmi ötöd	1,571	*	1,472		1,472		1,472		1,472		1,351	
legmagasabb jövedelmi ötöd	1,719	**	1,229		1,229		1,229		1,229		1,296	
Lakóhely jellege												
(referencia: község)	1	***	1	***	1	**	1	**	1	**	1	**
Budapest (családi ház)	1,09		0,949		0,949		0,949		0,949		0,905	
Budapest (nem családi ház)	2,726	***	2,057	**	2,057	**	2,057	**	2,057	**	2,213	*
megyei jogú város (családi ház)	1,586		1,499		1,499		1,499		1,499		1,514	
megyei jogú város (nem családi ház)	1,657	**	1,704	*	1,704	*	1,704	*	1,704	*	2,132	**
egyéb város (családi ház)	0,616	*	0,602	*	0,602	*	0,602	*	0,602	*	0,63	
egyéb város (nem családi ház)	0,761		0,716		0,716		0,716		0,716		0,766	

*sig.<0,1; ** sig.<0,05; *** sig.<0,01

Forrás: KSH NKI, Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdései hullám, Saját számítás.

3. táblázat: A harmadik gyermek intenciójának logisztikus regressziós modelljei (folytatás)
Logistic regression models of the intention of giving birth to the third child (continued)

	Tisztítatlan hatások		Demográfiai modell		Strukturális modell		Értékbeállítódás modell		Jövőorientáció modell		Teljes modell		
	Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		Exp. (B)		
Vallásosság													
(referencia: egyház tanításait követi)	1	**					1	**				1	**
maga módján vallásos	0,47	***					0,505	***				0,435	***
bizonytalan	0,414	*					0,459					0,360	*
nem vallásos	0,587	**					0,612	**				0,423	**
Munkaorientáció													
(referencia: gyenge)	1	***					1	***				1	***
bizonytalan	0,587	*					0,613	*				0,502	*
erős	0,428	***					0,447	***				0,426	***
Gyermekek jövője miatti aggodalom													
(referencia: kicsi)	1	***										1	***
közepes	0,578											0,604	
nagy	0,369	**										0,398	**
Általános jóvőkép													
(referencia: optimista)	1											1	
pesszimista	1,007											1,171	
semleges	0,729											0,773	
Naeglerke-féle R-négyszeg													
												20,5%	
												12,4%	
												4,2%	
												2,0%	
												31,4%	

*sig.: <0,1; ** sig.: <0,05; *** sig.: <0,01

Forrás: KSH INKI, Életünk fordulópontjai adatfelvétel 1. kérdésesi hullám. Saját számítás.

ÖSSZEGRZÉS

Tanulmányomban a harmadik gyermek vállalására irányuló intenció elemzését tűztem ki célul. A magyar társadalomban általánosan elterjedt kétgyermekes családmódel normájától eltérő viselkedés okait – több szempontú megközelítést alkalmazva – három tényező együttes hatásának eredményeként definiáltam. Elméleti következtetésekre alapozva az egyének objektív, strukturális helyzeteit, szubjektív értékrendjeit, valamint jövőre vonatkozó szemléletmódját jelöltem meg a harmadik utód megszületésére irányuló szándék indoklásaként.

Vizsgálatom rávilágított arra, hogy e faktorok együttesen 31,4%-ban magyarázzák a harmadik gyermek-vállalás intenciójának szóródását, a kétezres évek elején két gyermeket nevelő magyar anyák közül azonban csak néhány kívánt újabb gyermeknek életet adni. Összegzésképpen elmondható, hogy az ezredfordulót követően azok a 30 év alatti, egyház tanításait követő, azonos nemű gyermekeket nevelő nők szerették volna bővíteni családjukat, akik nagyobb településen (Budapesten vagy megyei jogú városban), nem családi házában éltek és a munka iránt kevésbé elkötelezettek. Mindezek következtében előzetes feltevéseim közül több hipotézisem igazolást nyert, ugyanakkor számos feltételezésemet megcáfolták az adatok. A demográfiai tényezőkre és az értékrendekre vonatkozó hipotézisek inkább teljesültek, míg a közgazdasági elmélet szerint felállított elképzelések esetében a változók iránya a várttal ellentétes volt, de nem szignifikáns.

Az eredmények alapján egyértelműen állítható, hogy az egyének objektív, strukturális státuszai közül az anyák életkora, gyermekeinek neme és lakóhelyének jellege határozta meg érdemben a harmadik utód világrajövetelének szándékát, míg az értékrendekre utaló faktorok tekintetében mindkét változó (a vallásosság és a munkaorientáció) szignifikáns összefüggésben áll a harmadik gyermek vállalásának intenciójával. Elképzelésem harmadik elemét mindazonáltal empirikus tapasztalataim nem támasztották alá: a háztartásukban két saját gyermeket nevelő nők jövő iránti nézetei nem befolyásolják lényegesen gyermekszámuk gyarapodásának szándékát.

Az intenciót szabályozó paraméterek feltárása után felvetődik a kérdés, mennyiben járulnak hozzá az egyének objektív és szubjektív helyzetei – az anyák következő utódra irányuló szándékával kiegészülve – a gyermekvállalási magatartás tényleges gyakorlatához? Mennyiben segítik elő ezen tényezők a harmadik utód megszületését? E fennálló kérdésekre kutatásom folytatása ad majd választ.

IRODALOM

- Ajzen, Icek 1991: The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Alich, David 2004: *Das dritte Kind. Ein Vergleich zwischen Deutschland und Norwegen*. http://www.demogr.mpg.de/publications/files/1893_1113579023_1_Full%20Text.pdf. Letöltve: 2017. 01. 10.
- Andorka Rudolf 1987: *Gyermekszám a fejlett országokban*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Andorka Rudolf 1990 [1988]: A népesedésre vonatkozó újabb szociológiai elméletek. In Hoóz István – Káposztás Ferenc (szerk.) *Népesedési elméletek, újabb irányzatok*. Tudományos szeminárium (Pécs, 1988. szeptember 23–24.). Janus Pannonius Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar, Pécs, 107–114.
- Andorka Rudolf 2006 [1986]: *Bevezetés a szociológiába*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Beck, Ulrich 2003 [1986]: *A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest.
- Beck, Ulrich 2008 [1999]: *Világkockázat-társadalom. Az elveszett biztonság nyomában*. Belvedere, Szeged.
- Beckman, Linda J. 1983: Communication, power, and the influence of social networks in couple decisions on fertility. In Bulatao, Rodolfo A. – Lee, Ronald D. (eds.): *Determinants of fertility in developing countries. Volume 2. Fertility regulation and institutional influences*. Academic Press, New York, 415–43.
- Berinde, Diana 1999: Pathways to a third child in Sweden. *European Journal of Population*, 15(4), 349–378.
- Blake, Judit 1966: The Americanization of Catholic Reproductive Ideals. *Population Studies*, 20(1), 27–43.
- Blake, Judit 1968: Are Babies Consumer Durables? A Critique of the Economic Theory of Reproductive Motivation. *Population Studies*, 22(1), 5–25.
- Bongaarts, John 1998: *Fertility and reproductive preferences in Post-Transitional Societies*. Population Council, Policy Research Division Working Paper, No. 114.
- Bulatao, Rodolfo A. 1981: Values and disvalues of children in successive childbearing decisions. *Demography*, 18(1), 1–25.
- Cseh-Szombathy László 2000: Lehorgasztott fejjel? A magyar pesszimizmusról. Válaszok Solymosi Frigyes körkérdésére. *Magyar Tudomány*, 45(1), 12.
- Dányi Dezső 2000: Demográfiai átmenetek. (Valóság, tudomány, politika). *Demográfia*, 43(2–3), 231–251.
- Fawcett, James 1983: Perceptions of the value of children: Satisfaction and costs. In Bulatao, Rodolfo – Lee, Ronald D. – Hollerbach, Paula E. – Bongaarts, John (eds.): *Determinants of fertility in developing countries: A summary of knowledge, Part A*. National Academy Press, Washington D.C., 347–369.
- Gyenei Márta 2008: *A „stratégiai gyerek” – avagy miért növekszik nálunk a csecsemőhalandóság?* <http://nol.hu/archivum/archiv-508290-304622>. Letöltve: 2017. 01. 19.
- Hegedűs Rita 2007: Újabb adatok a magyar „egyházias vallásosság” társadalmi megjelenéséről. In Hegedűs Rita – Révay Edit (szerk.): *Úton. Tanulmányok Tomka Miklós tiszteletére*. Szegedi Tudományegyetem Vallástudományi Tanszék, Szeged, 283–296.

- Heiland, Frank – Prskawetz, Alexia – Sanderson, Warren C. 2008: *Are individuals' desired family sizes stable? Evidence from West German panel data*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.367.2795&rep=rep1&type=pdf>. Letöltve: 2018.11.30.
- Hoem, Britta – Hoem, Jan M. 1989: The impact of the women's employment on second and third births in modern Sweden. *Population Studies*, 43(1), 47–67.
- Hoem, Jan M. – Prskawetz, Alexia – Neyer, Gerda 2001: *Autonomy or conservative adjustment? The effect of public policies and educational attainment on third births in Austria*. Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, MPIDR Working Paper WP-2001-016.
- Kamarás Ferenc 2001: A termékenység alakulása és befolyásoló tényezői. In Cseh-Szombathy László – Tóth Pál Péter (szerk.): *Népesedés és népességpolitika*. Századvég Kiadó, Budapest, 13–41.
- Kluckhohn, Clyde 1951: Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. In Parsons, Talcott – Shils, Edward A. – Smelser, Neil J. (eds.): *Toward a General Theory of Action*. Harvard University Press, Cambridge, 388–433.
- Kravdal, Oystein 1990: *Who has a third child in contemporary Norway? A register-based examination of sociodemographic determinants*. Statistisk Sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger.
- Lesthaeghe, Ron – Moors, Guy (2000): Életpályaváltások és értékorientáció: szelekció és adaptáció. *Demográfia*, 43(4), 405–444.
- Merton, Robert K. 1980 [1949]: *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Miettinen, Anneli – Basten, Stuart – Rotkirch, Anna 2011: Gender equality and fertility intentions revisited: Evidence from Finland. *Demographic Research*, 24(20), 469–496.
- Miller, Warren B. – Pasta, David J. 1995: Behavioural intentions: Which ones predict fertility behaviour in married couples? *Journal of Applied Social Psychology*, 25(6), 530–555.
- Philipov, Dimiter – Testa, Maria Rita 2008: *Why fertility intentions remain unrealised? A case study in Bulgaria*. Előadásként elhangzott European Population Conference Barcelona, July 9–12. <http://epc2008.princeton.edu/papers/80555>. Letöltve: 2018.01.30.
- Régnier-Loilier, Arnaud – Vignoli, Daniele 2011: Fertility Intentions and Obstacles to their Realization in France and Italy. *Population*, 66(2), 361–390.
- Rinesi, Francesca 2009: *Fecondità attesa e realizzata delle madri italiane*. PhD thesis, La Sapienza, University of Rome.
- Rosina, Alessandro – Testa, Maria Rita 2009: Couple's First Child Intentions and Disagreement: An analysis of the Italian Case. *European Journal of Population* (25), 487–502.
- Rosta Gergely 2011: Vallásosság a mai Magyarországon. *Vigilia*, 76(10), 741–750.
- Sauvy, Alfred 1963: *Théorie générale de la population*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Schoen, Robert – Astone, Nan M. – Kim, Young J. – Nathanson, Constance A. 1999: Do fertility intentions affect fertility behaviour? *Journal of Marriage and Family*, 61(3), 790–799.
- S. Molnár Edit 2010: Demográfiai eseményeket kísérő magatartási normák változásai. *Statistikai Szemle*, 88(3), 252–272.

- S. Molnár Edit 2011: A közvélemény gyermekszám-preferenciáinak alakulása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. In Pongrácz Tiborné (szerk.): *A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai*. KSH NKI Kutatási Jelentések, 91., Budapest, 69–94.
- S. Molnár Edit – Dobossy Imre 2000: „Tradíciókövető” és „modernizálódó” szemléletmód a rendszerváltozás után jelentkező családi problémák érzékelésében. In Spéder Zsolt – Tóth Pál Péter (szerk.): *Emberi viszonyok*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest, 80–100.
- S. Molnár Edit – Kapitány Balázs 2002: Gyermekcentrikus érzelmek és egyéni célok, vágyak viszonya. In Pongrácz Tiborné – Spéder Zsolt (szerk.): *Népesség – értékek – vélemények*. KSH NKI Kutatási Jelentések 73., Budapest, 55–74.
- S. Molnár Edit – Pongrácz Tiborné 2002 [1996]: Közvélemény-kutatás népesedési kérdésekről – 1995. In Faragó Tamás (szerk.): *Szerkezetek, folyamatok, összefüggések*. Új Mandátum, Budapest, 386–397.
- Spéder Zsolt 2003: Gyermeket vállalni – új strukturális körülmények között. In Spéder Zsolt (szerk.): *Család és népesség – itthon és Európában*. KSH NKI – Századvég Kiadó, Budapest, 86–112.
- Spéder Zsolt – Kapitány Balázs 2007: *Gyermekek: vágyak és tények. Dinamikus termékenységi elemzések*. KSH NKI, Budapest
- Spéder Zsolt – Kapitány Balázs 2014: A termékenységi szándékok és a gyermekvállalási gyakorlat kapcsolata. Egy európai összehasonlító vizsgálat tanulságai. *Demográfia*, 57(2–3), 137–181.
- Statistics Sweden 2011: *A third child – a new trend?* https://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0701_2011A01_BR_BE51BR1101.pdf Letöltve: 2018. 11. 19.
- Testa, Maria Rita 2010: *Child-number and child-timing intentions in a micro-macro European framework*. Vienna Institute of Demography of the Austrian Academy of Science, Vienna, Demographic Research Papers (4).
- Vajda Ágnes 1988: A demográfiai problémák filozófiai – társadalom-antropológiai összefüggései – egy értékelméleti hipotézis tanulságai. In Hoóz István – Káposztás Ferenc (szerk.) 1990: *Népesedési elméletek, újabb irányzatok*. Tudományos szeminárium (Pécs, 1988. szeptember 23–24.). Janus Pannonius Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar, Pécs, 39–61.
- van de Kaa, Dirk J. 1998: *Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behaviour*. Working Papers in Demography, (74). <https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/41465/5/74.pdf> Letöltve: 2018.11.30.
- Weber, Max 1987 [1922]: *Gazdaság és társadalom. A megértő szociológia alapvonalai. 1.kötet*. KJK, Budapest.
- Werner, Paul D. – Middlestadt-Carter, Susan E. – Crawford, Thomas J. 1975: Having a Third Child: Predicting Behavioral Intentions. *Journal of Marriage and Family*, 37(2), 348–358.
- Westoff, Charles – Potter, Robert G. – Sagi, Philip 1963: *The Third Child: A Study in the Prediction of Fertility*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Yavuz, Sutay 2006: Completing the fertility transition: Third birth developments by language groups in Turkey. *Demographic Research*, 15(15), 435–460.

FAMILY GROWTH INTENTIONS – THE INTENTION OF THE THIRD CHILD TO HAVE

ABSTRACT

The study seeks to examine the process of parity-specific fertility decisions, and above all, to aim at a closer understanding of the intention to have the third child. The outlined theoretical framework and the empirical analysis can provide an explanation of which characteristics of women with two children affect the intention of bringing the third child into the world: How do the structural positions of persons (1), their values (2) and their future orientation (3) influence whether they want a third child or not? Using the logistic regression method a multivariate analysis has been carried out by the first (2001/2) wave of the socio-demographic data collection called “Turning points of our lives” of the CSO Population Research Institute. According to my results, women under the age of 30 – who follow religious principles, who bring up children with same sex, who live in a larger settlement (in Budapest or in a county town) not in a family house, who are less committed to work –, they would like to expand their families. As a result of this, many of my previous hypotheses have been proved, but many of my assumptions have been reversed.

KÖZLEMÉNY

Regiszteradatok felhasználási lehetőségei a kohorsz kutatásban

Veroszta Zsuzsanna

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány a magyarországi gyakorlatban rendelkezésre álló adminisztratív adatok kutatási célú felhasználási lehetőségeit tekinti át, egy speciális vizsgálati területre, a születési kohorszvizsgálatokra fókuszálva. Ezen belül is a 2018 elején, a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetben indult longitudinális, survey módszertanon alapuló születési kohorszvizsgálat, a Kohorsz '18 kutatás szempontjából összegzi az adminisztratív adatfelhasználási lehetőségeket, adatkapcsolási eljárásokat és az azokat meghatározó szabályozó környezeti feltételeket. Az elemzés eredményei általánosabb szinten a jelenleg tervezett, avagy zajló adminisztratív adatokkal is dolgozó survey típusú kutatások számára nyújthatnak új szempontokat.

Tárgyszavak: születési kohorszvizsgálat, longitudinális, adminisztratív adat, adat-integráció

Veroszta Zsuzsanna, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
E-mail: veroszta@demografia.hu

BEVEZETÉS

Tanulmányunk célja a regiszteradatok (adminisztratív adatok) kutatási becsatornázási lehetőségeinek áttekintése és mérlegelése a jelenlegi magyarországi gyakorlat alapján, elsősorban egy speciális vizsgálati területre, a születési kohorszvizsgálatokra vonatkoztatva. Jóllehet az áttekintés közvetlenül a magyarországi születési kohorszvizsgálat (Kohorsz '18 kutatás) adatfelhasználási lehetőségeinek optimalizálását célozza meg, általánosabb szinten feltétlenül hasznosítható a jelenlegi szabályozási-intézményi környezetben zajló adminisztratív adatokkal is dolgozó survey típusú kutatások tágabb körében is.

A vizsgálódás alapját adó Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat adatfelvétele – a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet nagyszabású kutatási vállalkozásaként – 2018 elejétől zajlik. A felmérés során ciklikus egyéni megkeresésekre kerül sor a 2018–2019-ben gyermeket vállalók relatíve nagy, 10%-os országos reprezentatív mintáján. Ennek során elsőként a várandósság alatt, majd a megszületett gyermek fél-, másfél- és hároméves korában zajlik a kutatás survey szakasza, amelyhez a kutatók már a tervezés, majd a mintavétel során az adminisztratív adatátvétel számos kiegészítő elemével számoltak. Ezen – ezidáig csak kismértékben megvalósított, többnyire tervezés alatt álló – adatkapcsolások sokszínű voltát és az azokkal járó akadályokat, dilemmákat is végigköveti az alábbi tanulmány, amelynek fő célja mégis az, hogy – adott esetben – a gyermekek magyarországi felnövekedésével kapcsolatba hozható, jelenleg rendelkezésre álló hazai adminisztratív adatokról komplexen gondolkodva minél inkább kiaknázható forogatókönyveket vázoljon fel.

A VIZSGÁLAT KERETEI

Áttekintésünkben az adminisztratív adatok kutatási felhasználásához kapcsolódó elméleti háttér és általános gyakorlat ismertetése helyett a kohorszkutatási programot támogató lehetséges adatköröket, eljárásokat és lépéseket vesszük számba. Ennek megfelelően vizsgálódásunk az alábbi szűkebb területeket érinti:

- Milyen törvényi keretek és szervezeti háttér határozzák meg a regiszteradatok kutatási felhasználását?

¹ A Magyar Születési Kohorszvizsgálatról a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet (www.demografia.hu) és a kutatás honlapja (www.kohorsz18.hu) nyújt részletes tájékoztatást (a kutatás előkészítését lásd: Veroszta 2018).

- Melyek a kohorszkutatás számára releváns, a hazai gyakorlatban már megvalósult adatkapcsolások? Ezeknek mely elemét hasznosíthatja a kutatás?
- Melyek a kohorszkutatás számára adatkapcsolásként esetlegesen szóba jöhető adatbázisok és adatkörök?
- Melyek a regiszteradatok becsatornázásának lehetséges eljárásai a kohorszkutatáson belül?
- Hogyan szakaszolható a regiszteradatok bevonása a kohorszkutatás felépítésében?
- Végezetül milyen problémákkal, korlátokkal szükséges számolnunk a különböző adatbevonási gyakorlatok esetében? Ezek milyen stratégia vagy eljárás mentén oldhatóak fel?

A REGISZTERADATOK KUTATÁSI FELHASZNÁLÁSÁNAK FOGALMI KÖRNYEZETE

Az adminisztratív adatokhoz való kutatási célú hozzáférés szabályozási környezetének áttekintése előtt a definíciós alapok tisztázása szükséges. A tanulmány során alkalmazott definíciós készletünket az alábbiakban határozzuk meg:

Az *adat* „az információ formalizált módon való megjelenítése, amely alkalmas feldolgozásra, továbbításra, közlésre, értelmezésre” (KSH 2014, Gárdos 2015).

Az *információ* olyan objektumokra (tényekre, eseményekre, dolgokra, folyamatokra vagy a gondolati világ elemeire) vonatkozó ismeret, amely definiált, tehát értelmezésének kerete meghatározott (Gárdos 2015).

A *statisztikai adat* a „valós világ egyedeinek tulajdonságaira vonatkozó statisztikai megfigyelések, illetve további statisztikai műveletek eredménye” (KSH 2014). Az adatok egyedi azonosíthatósága ez esetben nem cél, csak a sokaság jellemzését célzó adatgyűjtés és feldolgozás eszköze (Gárdos 2015).

A *közérdekű adat* a közfeladatot ellátó szerv vagy személyek kezelésében lévő, tevékenységükre vonatkozó nem személyes adat, rögzített információ, ismeret. A közérdekű adatok kezelésének főszabálya a nyilvánosság és a hozzáférés. A közérdekű adatok az Avtv. alapján nyilvánosak, kiadásukat bárki igényelheti (Avtv. alapján Eötvös Károly Intézet 2006, Székely 2015, Cseres-Gergely – Scharle 2008).

A *Egyedi adat* az egyénnel vagy szervezettel közvetlen kapcsolatba hozható adat (A statisztikáról szóló 1993. évi XLVI. törvény alapján Cseres-Gergely – Scharle 2008).

A *személyes adat* a természetes személlyel kapcsolatba hozható adat és az adtból levonható, egyénre vonatkozó következtetés. A kritérium a kapcsolatba hozhatóság, mivel az adat személyes jellege az adatkezelés során mindaddig fennmarad, amíg a kapcsolat helyreállítható. Személyes adatok például a természetes (név, lakcím, anyja neve, születési dátum) és mesterséges azonosítók (adószám, TAJ, személyi szám). A személyes adatok kezelésének fő szabálya az önrendelkezés (Avtv alapján Eötvös Károly Intézet 2006, Székely 2015, Cseres-Gergely – Scharle 2008).

Az anonimizált *mikroadat* vagy *elemi adat* szintén egyéni szintű, tehát egy adott alanyra vonatkozik, de a közvetlen és a közvetett azonosíthatóság lehetőség nélkül, azaz személyes jellegétől megfosztva áll rendelkezésre. Az azonosíthatóság lehetőségének minimalizálása érdekében módosítási eljárások alkalmazása is szükséges lehet (a KSH adatvédelmi szabályzata (KSH VII/2005. (SK)2.) alapján Cseres-Gergely – Scharle 2008).

A *metaadat* más adatokat ír le, illetve határoz meg, például a statisztikai adatrendszerben használt fogalmakat, nómenklatúrákat, a felhasznált adatforrások leírását, az adatelőállítás módszertanát.

Elsődleges adatforrásnak az adott szervezet saját statisztikai adatgyűjtéseit tekintjük. *Másodlagos adatforrás* minden olyan adatállomány, amelynek esetében az adatgyűjtő személy vagy szervezet nem azonos az adatokat használó szervvel, e két funkció (adatgyűjtés és -felhasználás) tehát különválnak.

Az *adminisztratív adatforrások* olyan, közfeladatot ellátó szervezet által fenntartott adatgyűjtemények, amelyek célja a szervezet (nyilvántartási, engedélyezési, jogosultsági) közfeladatainak ellátása. Az *adminisztratív adatok* jellemzője előbbi célból a célcsoport teljes lefedettsége és egyedi azonosíthatósága.

A REGISZTERADATOK KUTATÁSI FELHASZNÁLÁSÁNAK SZABÁLYOZÁSI KÖRNYEZETE

A kohorszvizsgálat esetében tehát a nyilvántartási, engedélyezési, jogosultsági céllal rögzített adminisztratív adatok kutatási becsatornázása a cél. Ennek érdekében szükséges áttekintenünk a lehetőségeket meghatározó hazai szabályozási környezetet. A törvényi háttér összegzése során kiemelt alábbi jogszabályok bemutatása esetében a formális hivatkozás/idézés helyett a felhasználhatóság szempontjait vesszük alapul.

Adatvédelmi törvény

A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (röviden adatvédelmi törvény [Avtv]) szabályozza a közérdekű adatokat, amelyek kezelésének főszabálya a nyilvánosság és bárki számára való hozzáférhetőség. A törvény személyes adatként definiál ugyanakkor minden, az érintett személlyel kapcsolatba hozható adatot, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetést. A közérdekű adatok kezelésének főszabálya a nyilvánosság, a személyes adatoké pedig az önrendelkezés (Székely 2015). A törvény a személyes adatok, illetve a közérdek védelmének konfliktusában jellemzően a személyes adatok védelmének ad prioritást. Eszerint személyes adatokat akkor lehet kezelni (továbbadni, összekapcsolni), ha ehhez az érintett hozzájárul, vagy törvény megengedi. (Cseres-Gergely – Scharle 2008). A kohorszkutatás számára a közérdekű adatok hozzáférhetőségének biztosítása lehet releváns törvényi hivatkozási alap.

Elektronikus információszabadság törvény

A 2005. évi XC. törvény az elektronikus információszabadságról, a közinformációk megismerését elősegítő új eszközök és szolgáltatások létrehozásáról rendelkezik. Idetartozik a közérdekű adatok kötelező internetes közzététele, a jogszabályok és a jogszabályalkotás, valamint a bírósági határozatok nyilvánossága. A törvény fő célja az *egyedi* adatok, illetve dokumentumok internetes hozzáférhetőségének elősegítése az adatbázisok felállítása és működtetése révén (Székely 2015). A szabályozás fontos eleme a közzététel és a keresethezesség mellett az, hogy bármely nyilvános közérdekű adat igényelhető elektronikus úton. Az elektronikus információszabadság megvalósítása során az elektronikus közzététel és az adatok fellelhetőségét biztosító, metaadatokkal dolgozó közadatkereső rendszer megkönnyíti az adatok megtalálását, hozzáférését (Eötvös Károly Intézet 2008). A törvény az információszabadságról szóló törvénybe olvadt be, de rendelkezései közül a hozzáférés módjának szabályozása – az elektronikus adatközlés kötelezettsége – a kohorszkutatás számára továbbra is releváns lehet.

Döntésselőkészítési adatokról szóló törvény

A 2007. évi CI. törvény a döntésselőkészítéshez szükséges adatok hozzáférhetőségének biztosításáról az Európai Parlament és a Tanács 2003/98/EK. számú irányelvéhez igazodik. Eszerint a közigazgatási szervek birtokában levő adatok és más dokumentumok elsődleges céljukon túli felhasználását célozza. A törvény szerint az államnak és az államigazgatási szervezeteknek kötelessége, hogy a gazdaságra és a társadalmi folyamatokra kiható döntéseiket előzetesen mérlegeteljék, eredményüket utólagosan vizsgálják és ehhez adminisztratív céllal gyűjtött adatokat is felhasználjanak. A szabályozás az anonim összekapcsolás céljára kormányrendeletben meghatározott szervezetet jelöl ki (Fodor – Veroszta 2011).

A törvény alapján a másodlagos adatfelhasználás hatásvizsgálatok révén a közpénzek hatékonyabb kezelését segíti elő, valamint a közös (közpénzen létrehozott) adatvagyon felhasználását társadalmi jólétet növelő célokra (pl. kutatásra). Emellett a személyes adatok védelmét (önrendelkezés jogát) is biztosítani kell. Ennek érdekében, a szabályozás alapján kizárólag anonimizált mikroszintű adatok átadása valósulhat meg, és az anonimizálást az adatkezelő kérésre köteles elvégezni. Eszerint tehát az adatkezelők mikroszintű adatot is kötelesek kiadni (azonosításra alkalmas adatok esetén HASH algoritmusalapú anonimizálás után). A potenciális felhasználók (államigazgatási szakértők) az igényléshez törvényi felhatalmazást kapnak. Mikroszintű adat továbbra sem adható át abban az esetben, ha a személyesség nem szüntethető meg (Cseres-Gergely – Scharle 2008).

Az adatbázisok összekapcsolásának kérvényezéséhez miniszteri vagy kormányhivatal-vezetői engedély szükséges, piaci szereplők számára az adatkérés nem biztosított. Ugyanakkor a kapcsolt adatbázisok az eljárás lezárultával közérdekű adattá válnak, így a közadattárból mindenki számára igényelhetők és ingyenesen hozzáférhetők (Szabó 2011). Ebben a törvényben jelenik meg tehát az adatok összekapcsolásának lehetősége és keretrendszere, ami mind az adatkérés, mind az esetleges adatkapcsolás szempontjából alapvető jelentőségű a kohorsz kutatás számára.

Nemzeti adatvagyonról szóló törvény

A nemzeti adatvagyon körébe tartozó állami nyilvántartások fokozottabb védelméről szóló 2010. évi CLVII. törvény 1. § 1. pontja a „nemzeti adatvagyon” kategóriáról rendelkezik. Ezt a közfeladatot ellátó szervek által kezelt közér-

dekű adatok, személyes adatok és közérdekből nyilvános adatok összességéként definiálja (Székely 2015). A szabályozás részletesebb áttekintése a közérdekű adatok védelmére való hivatkozás kapcsán lehet fontos a kohorszkutatás kapcsán.

Információszabadságról szóló törvény

Az információs önrendelkezéssel és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) szerint közérdekű adat a „közfeladatot ellátó szerv vagy személy kezelésében lévő és tevékenységére vonatkozó, vagy közfeladatának ellátásával összefüggésben keletkezett, a személyes adat fogalma alá nem eső, bármilyen módon vagy formában rögzített információ vagy ismeret”. E szabályozáson belül két főszabály jelenik meg, amelyek egyike az állam átlátszósága, másik az állampolgár átlátszatlansága, azaz elszámoltathatóság a köz és információs önrendelkezés az egyén szintjén. A kétpólusú személyes/közérdekű adatkonceptió több okból folyamatosan finomodott (pl. közérdekből nyilvános adatok definiálása) (Székely 2015). E szabályozás a kutatásba bevont, közfeladatot ellátó szervek körének indoklásához nyújthat hivatkozási alapot. Az EU Általános adatvédelmi rendeletének (GDPR) hatályba lépését (lásd alább) az infotörvény számos ponton módosítással követte.

Közadat törvény

A közadatok újrahasznosításáról szóló 2012. évi LXIII. törvény az Európai Unió tagállamai számára kötelezően implementálandó irányelv alapján egyfelől meghatározza a „közadat” definícióját („az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben meghatározott közérdekű adat és közérdekből nyilvános adat”); másrészt kiterjeszti a hozzáférés szabályait. Eszerint a közadat újrahasznosítás céljából történő rendelkezésre bocsátása „a közadathoz az igénylő részére biztosított olyan hozzáférés, amely lehetővé teszi az igényelt közadat újrahasznosítását az igénylő számára, ideértve különösen a közadat adathordozón vagy elektronikus úton történő egyszeri vagy rendszeres átadását, a közadatot tartalmazó adatbázishoz történő közvetlen hozzáférés biztosítását...” (Székely 2015). A törvény a közadatokhoz való hozzáférés és az újrahasznosítás szabályozásában jelentős. Fontos, hogy megjelenik benne az adatátadás kötelezettsége és rendszeressége.

2013. évi ccxx. törvény az állami és önkormányzati nyilvántartások együttműködésének általános szabályairól

Az „interoperabilitás törvény” célja az adminisztratív nyilvántartások regiszterének kialakítása, a nyilvántartások elektronikus információs rendszerének létrehozása. A regiszternek tartalmaznia kell a nyilvántartás és a nyilvántartó azonosító adatait, a nyilvántartás vezetéséről és adattartalmáról rendelkező jogszabályra hivatkozást, a nyilvántartott adatok megnevezését és a nyilvántartás együttműködésének módját a többi nyilvántartással (Gárdos 2015). A szabályozás a tekintetben lehet fontos a kutatás számára, amennyiben a nyilvántartások kezelhető, egységesség – ezáltal az összekapcsolhatóság – felé mutató felépítését támogatja.

Az EU általános adatvédelmi rendelete (General Data Protection Regulation, GDPR)

Az Európai Parlament új adatvédelmi szabályait 2016/679/EU számon az EU Általános adatvédelmi rendelete (General Data Protection Regulation, GDPR) összegzi. A 2018 májusától életbe lépett rendelet gondoskodik a természetes személyek személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről, illetve az e típusú adatok szabad áramlásának szabályozásáról. Az online adatforgalom által indokolt aktualitását jól példázza, hogy a rendelet már nemcsak az azonosított, hanem az azonosítható (pl. IP-cím, cookie alapján) személyes adatokat is hatálya alá veszi. Kutatási – tehát nem piaci – célú adatgyűjtés esetén is fontos fejlemény a hozzájárulási kötelezettségek kibővülése, amelynek következtében minden adatközlő direkt és konkrét beleegyezését adja adatainak kezeléséhez. Kutatási célú adatátvétel esetén különösen fontos szempont, hogy a személyes adatok kezelésére vonatkozó hozzájárulások megszerzését adatkezelési célonként külön is biztosítani kell. A rendelet emellett az álnéven történő adatkezelés lehetőségét nyitja meg mint jogszerű és célszerű adatkezelési technikát a személyes adatok védelme érdekében.

HAZAI REFERENCIAKUTATÁSOK

Az alábbiakban néhány, a 2007. évi CI. törvény által biztosított adatkapcsolási lehetőségen alapuló hazai kutatást veszünk számba. A kutatások teljes

körű és részletes bemutatására e helyütt nem törekszünk. A cél néhány – a kohorszkutatás szempontjából esetleg irányadó – minta kiemelése a későbbi részletesebb feldolgozás előtt.

Az MTA–KRTK munkaerőpiaci adatkapcsolása

Az államigazgatási adatok eddigi legjelentősebb kutatási célú összekapcsolására 2012-ben került sor. A bevont öt államigazgatási szerv adatainak összekapcsolása a népesség munkaerőpiaci életútjának követését célozta meg.

Az adatgazdák az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal, a Nemzeti Munkaügyi Hivatal és az Oktatási Hivatal voltak. Az alapsokaság a 2003-ban 5 és 74 éves kor közötti népesség, a lefedett csoport e sokaság fele, a lefedett időszak pedig 2003–2011 volt. Az adatok gyakorisága havi bontású, a minta nagysága 4,6 millió fő. A kutatás célja életútvizsgálat, ennek megfelelően a bevont adatcsoportok a demográfiai jellemzők mellett az igénybe vett ellátásokat és az érvényes jogviszonyokat, valamint a foglalkoztatási, kereseti adatokat fedték le (forrás: <http://adatbank.krtk.mta.hu>).

Az adatkapcsolás a munkaerőpiaci adatbázisok integrációjának általános tapasztalatai mellett az életút megragadása szempontjából jelenthet fontos igazodási pontot a kohorszkutatás számára.

Az Educatio Nonprofit Kft. adatkapcsolása

A másik jelentős adatkapcsolás-sorozat a Diplomás Pályakövetési Rendszer (DPR) keretében zajlott 2011-ben, 2013-ban és 2014-ben.² A vizsgálatok célja a Felsőoktatási Információs Rendszerben (FIR) diplomát szerzettként regisztráltak munkaerőpiaci és képzési életútjának rögzítése. Ez esetben tehát demográfiai-oktatási-munkaerőpiaci adatok összekapcsolásáról van szó. A mintaképző adatbázis (FIR) meghatározott évfolyamainak teljes lefedettségű adatkapcsolása jött létre a kapcsolati kódként alkalmazott TAJ, illetve az adóazonosító jel alapján (az első, pilot szakaszban az összekapcsolás személyes adatok kombinációja révén valósult meg).

² Az Educatio Nonprofit Kft. feladatait – köztük a Diplomás Pályakövetési Rendszer működtetését – 2016-tól az Oktatási Hivatal (OH) vette át. A program továbbra is folytatódik, az OH keretében jelenleg is zajlanak FIR alapú, pályakövetési célú, adminisztratív adatokon alapuló adatkapcsolások.

A pályakövetési célú adatintegráció első szakasza 2011-ben egy végzett évfolyamra (2009) vonatkozóan négy adatközlő szervezet adatait egyesítette, amelynek során a végzést követő első év státuszát vizsgálta (Fodor – Veroszta 2013). A második adatintegrációs eljárás 2013-ban három adatközlő szervezet bevonásával – a 2010-es kilépő évfolyam adatait kapcsolta a végzést követő 2. év státuszainak rögzítésével (Nyüsti – Veroszta 2014). A harmadik fázis 2014-ben hét adatközlő összehangolásával, két kilépő évfolyamon zajlott (2010-ben és 2011-ben abszolvááltak), akiket egyrészt a 2013. májusi státuszuk alapján vizsgált, másrészt képzési és munkaerőpiaci jellemzőiket 2009-ig visszamenőleg vezette vissza, dinamikus elemzési nézőpont alkalmazását téve lehetővé (Nyüsti – Veroszta 2015). A pályakövetési célú adatkapcsolások mintanagysága 50 ezer fő (2011), 57 ezer fő (2013), 137 ezer fő (2014) volt. A bevont adatszolgáltatók: FIR, APEH, OEP, FSZH (2011), FIR, NAV, OEP (2013), FIR, Diákhitel Központ Zrt., MÁK, NAV, NMH, OEP, ONYF (2014).

Mindezek mellett – szintén a DPR keretében – 2014-ben a képzési és a munkaerőpiaci átmenet, illetve életút részletes vizsgálatát lehetővé tévő adatkapcsolásra került sor, amelynek mintaképző adatbázisa a Közoktatás információs rendszer (KIR), alapsokasága pedig az 1988–1994 között született teljes kohorsz (840 ezer fő). A KIR–FIR–ONYF adatait összesítő adatkapcsolás vizsgálati időszaka 2012. január–2013. november között zajlott le.³

Az adatkapcsolás referenciát jelenthet a különböző típusú – tehát nem pusztán munkaerőpiaci regisztrációs céllal létrejött – adminisztratív adatkörök összekapcsolásához speciális célcsoporton.

Az MTA–KRTK, NAV–NMH összekapcsolása

A szintén az MTA–KRTK által végzett 2012-es adatkapcsolás során a Nemzeti Munkaügyi Hivatal bértarifa-felvételben szereplő munkavállalók adataihoz kapcsolták az adott személyt alkalmazó vállalatnak a NAV társasági adóbevallás nyilvántartásában szereplő mérleg- és eredménykimutatásából származó adatait. Az adatok a 2002–2011-es évekre vonatkoztak, gyakoriságuk éves bontású. A vizsgálat alapsokaságát a Magyarország területén 4 fő felett működő jogi személyiségű gazdasági szervezetek, továbbá

³ Az adatközlő szervek elnevezése során a megvalósult adatkapcsolások esetében az eljárás évében aktuális intézményneveket alkalmaztuk. Az adatforrások specifikálásakor a frissített, az azóta zajlott intézményváltásokat figyelembe vevő elnevezésekkel élünk.

2002., 2005., 2007. és 2008. években a nonprofit szervezetek teljes, illetve 2002-től részmunkaidős dolgozói alkották. Az adatkapcsolás évenkénti 120–180 ezres munkavállalói és 9–11 ezres vállalati létszámot fedett le. A kutatás a munkavállalók demográfiai adatai mellett azok foglalkoztatási és kereseti viszonyait tartalmazta egyéni szinten, valamint ehhez kapcsolódóan a foglalkoztató vállalatok létszám-, tulajdon- és ágazati viszonyait, illetve mérleg- és eredménykimutatását (forrás: <http://adatbank.krtk.mta.hu>).

Az adatkapcsolás fenti eljárása a kohorszkutatás számára az eltérő elemzési szintű – mikro-makro, vagyis egyéni és intézményi – adatok összekapcsolási gyakorlatának lehet egyik referenciapontja.

A POTENCIÁLIS ADATBÁZISOK ÉS ADATKÖRÖK

Az alábbiakban a Magyar Születési Kohorszvizsgálathoz kötődő külső adatkapcsolás szempontjából esetlegesen szóba jöhető adminisztratív adatbázisokat tekintjük át. Az adatbázisok ismertetésében ismét nem törekszünk teljeskörűsége, a cél minden esetben a hozzáférés lehetőségének, a szervezeti háttérnek, a kapcsolódás technikai lehetőségének és a vizsgálat számára lényeges adatkörök átgondolása. Emellett több esetben megfogalmazzuk a további tisztázásra váró, kérdéses pontokat is.

A Kohorsz '18 esetében az adatfelvétel mintaképző adatbázisát a védőnői rendszerben működő, makroadatokat tartalmazó védőnői jelentésösszesítők korábbi évekből származó körzetszintű statisztikai alkotják, összekapcsolva körzetszintű, gazdasági-fejlettségi KSH-makroadatokkal (Kapitány 2018). Tekintettel arra, hogy a továbbiakban adatkapcsolások számára szóba jöhető, születési adatokat tartalmazó adatbázisok becsatornázása még nem valósult meg, az előbbi adatbázis mellett a védőnői és szülésértesítő rendszerhez kapcsolódó egyéb adatforrások összegzése is indokolt (Rohr 2016 gyűjtése alapján). Figyelembe véve, hogy ezen adatbázisok mindegyike feltehetően tartalmazza majd az alapvető demográfiai háttérváltozókat, ezen adatok rendelkezésre állását más adatbázisokból külön nem vizsgáljuk, azt adottnak vesszük.

Születésértesítő rendszer

A 2015. február 15-én indult elektronikus alapú adminisztratív rendszer a születést követő kórházi nyilvántartást és az adatok védőnői/háziorvosi

rendszerbe történő becsatornázását szolgálja. Az adatgyűjtés és -rögzítés a kórházi védőnőkhöz kapcsolódik, akik minden születés után egységes adat-rögzítő felületen gyűjtik, majd továbbítják az adatokat a területi védőnőknek, értesítési kötelezettséggel a háziorvosok számára. Az adatbázis két fő eleme a születésértesítő és hazabocsátási adatlap.

Szervezet: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ).

Adatok formája: elektronikus mikroadat.

Célcsoport: szülő nők és megszületett gyermekek.

Lefedettségi: kötelezően teljes körű az adott célcsoporton.

Adatközlő: kórházi védőnő.

Kapcsolati kód: anyai TAJ (a gyermek TAJ-t ez alapján ideiglenesen generálják).

Főbb változók:

- születés intézménye (makroadatok kapcsolhatók),
- területi védőnő,
- anya adatai (TAJ, demográfiai adatok),
- terhesgondozás (védőnői gondozás volt-e a várandósság alatt),
- szülés (a várandósság hete, szülési fájdalomcsillapítás, a szülés módja, beavatkozások, BNO-listáról szülés alatti szövődmény és gyermekágyi betegség),
- szülészetről távozás ideje és helye,
- újszülött adatai (demográfiai adatok, élve- vagy halvaszületés, generált TAJ, szülési testtömeg és testhossz, távozási testtömeg, fejkörfogat, mellkörfogat, Apgar-teszt, szülési sérülések, beavatkozások, fejlődési rendellenességek, újszülött betegségek, táplálás),
- gyermekvédelmi jelzés és intézkedés.

A születésértesítő rendszer a szülési adatok egyéni szintű becsatornázását teszi lehetővé a kutatás számára. Ennek megvalósulási feltétele az adatfelvételt megelőzően a válaszadó várandós beleegyező nyilatkozaton adott hozzájárulása.⁴

⁴ A születéseket rögzítő adatbázist produkál még a KSH-hoz tartozó élveszületési lap is, valamint a Tauffer-statisztika (Állami Egészségügyi Ellátó Központ), ugyanakkor – tekintve, hogy ezek rögzítése nem TAJ-alapú – e keretek között alapvetően makroadatként alkalmazhatók.

Várandósgondozási rendszer – védőnői jelentésösszesítő

A hazai várandósgondozási rendszerben keletkező, a védőnők által rögzített adatok a kohorszkutatás szempontjából két fő típust alkotnak. A ciklikus (havi gyakoriságú) védőnői összesítő jelentések aggregált adatai teljes lefedettséggel, kötelező adatszolgáltatás révén elektronikusan elérhetőek, statisztikai célokat szolgálnak a munkáltató és szakfelügyelet felé. Az adatközlés excel alapú formanyomtatványon zajlik. Az összesítő elkészítése a védőnők által végzett egyéni szintű dokumentáción alapul, amely azonban egységes elektronikus rendszerben nem rögzített, sőt elektronikus rögzítettsége is esetleges.

Szervezet: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ).

Adatok formája: elektronikus makroadat.

Célcsoport: terhesség alatt álló nők, kisgyermekes nők és megszületett gyermekek.

Lefedettség: kötelezően teljes körű az adott célcsoporton.

Adatközlő: területi védőnő.

Kapcsolati kód: makroszintű.

Főbb változók:

- 12. hétig felvett várandósok száma,
- gondozásban részesültek száma,
- környezeti mutatók (dohányzás, gyermekbántalmazás előfordulási gyakorisága),
- újszülöttek száma,
- koraszülések,
- rendellenességek,
- súlyeloszlás,
- csecsemőhalálozás.

A védőnői jelentésösszesítők alapján készülő körszetszintű területi statisztikák képezik az alapját a Kohorsz '18 kutatás kiinduló mintájának.

Várandósgondozási rendszer – védőnői törzslapok

A hazai várandósgondozási rendszerben keletkező, a védőnők által rögzített egyéni szintű adatok egy része elektronikusan rögzített (törzslapok), más része papíralapú dokumentáció. Az adatok nem alkotnak egységes adatbázist, hozzáférésük tehát védőnői szinten oldható meg.

Szervezet: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ).

Adatok formája: elektronikus vagy papíralapú mikroadat.

Célcsoport: terhsgondozás alatt álló nők, kisgyermekes nők és megszületett gyermekek.

Lefedettségg: kötelezően teljes körű az adott célcsoporton.

Adatközlő: területi védőnő.

Kapcsolati kód: anyai TAJ, gyermek TAJ.

Főbb változók/adatforrások:

- törzslapok adatai,
- munkanaplóadatok,
- csecsemőnyilvántartó-adatok,
- oltásnyilvántartó-adatok,
- várandósgondozási könyv adatai (demográfiai adatok, terhsgondozást végző szakorvos, háziorvos, védőnő, szülés várható időpontja, vércsoport- és antitestvizsgálat eredményei, előző terhességek adatai, anamnézis, leletek, terhesség jellemzői, terhsgondozási naptár, diagnosztikai vizsgálatok eredményei stb.).

Az adatok – ez esetben egységes adatbázisról nem beszélhetünk – a teljes vizsgálati populációra vonatkozóan adnak részletes leírást a terhesség lefolyásáról, az anya, majd a megszületett gyermek fizikai és környezeti jellemzőiről. A várandósgondozási könyv adatainak egyéni szintű rögzítésére – szintén a válaszadó anya írásos hozzájárulása mellett – az első adatfelvételi hullámban védőnői együttműködéssel kerül sor.

Egységes Védőnői Informatikai Rendszer – eVIR

Az eVIR fejlesztésére a Koragyermekkor program (TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt) keretében került sor, az informatikai fejlesztés tervezett indulása 2016 nyara volt, ám számos technikai nehézség miatt az adatgyűjtés teljes körű lefedettséggel nem valósult meg – egyénsoros, becsatornázható adatokat nem tud a kutatás számára produkálni. A programban a védőnői törzslapok becsatornázása a komplex koragyermekkor adatbázis egyik elemét képezte. A teljes adatbázis a 0–7 éves gyermekek adatainak folyamatos regisztrációját és követéses vizsgálatát célozta meg a szociális ellátórendszer teljes körén belül. A rendszer modulokra tagolódik, más-más adatközlőt (gyermekorvost, szakorvost, szociális gondozót, gondozót, szülőt) érintve. Az eVIR esetében ez a területileg illetékes védőnőket jelentené.

Szervezet: Országos Tisztiorvosi Hivatal (OTH).

Adatok formája: elektronikus mikroadat.

Célcsoport: 0–7 éves gyermekek.

Lefedettségg: kötelezően teljes körű az adott célcsoporton.

Adatközlő: területi védőnő.

Kapcsolati kód: gyermek TAJ.

Főbb változók/adatforrások:

- törzslapok,
- nyilvántartások,
- rizikókérdőívek.

Tekintettel arra, hogy a rendszer még nem működik, a kohorszkutatás számára vélhetőleg időben nem lesz lehetséges az adatok alapadatként történő felhasználása. A későbbi becsatornázás lehetősége miatt érdemes a fejlesztést követni.

Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV)

A NAV adatai munkáltatókra és munkavállalókra egyaránt vonatkoznak. A munkavállalói adatállomány munkáltatói bejelentésen alapulva fedl le a foglalkoztatottak teljes körét. Az adatok munkáltatókra és vállalkozókra is kiterjednek a társaságiadó-bevallás adatállománya révén. A munkáltatói járulékbavallási adatok havi, a társaságiadó-bevallás éves gyakoriságú.

Szervezet: Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV).

Adatok formája: elektronikus mikroadat.

Célcsoport: foglalkoztatottak, vállalkozók és munkáltatók.

Lefedettségg: teljes körű az adott célcsoporton.

Adatközlő: munkáltató, vállalkozó.

Kapcsolati kód: TAJ, munkáltató adószáma.

Főbb változók:

- munkáltatói adatok (társasági adó) (ágazat, tulajdonviszony, vállalatméret, telephely/székhely, árbevétel, jegyzett tőke, exportbevétel, bérköltség),
- munkavállalói adatok (08-as bevallás) (jövedelem, FEOR, biztosítási jogviszony kezdete és vége, alkalmazás minősége, heti munkaóra),
- vállalkozói adatok (58-as bevallás) (telephely, jövedelem, vállalkozás formája).

Az adatbázis becsatornázásával egyfelől egyénhez kötött munkáltatói adatokat nyerhetünk, amelyek további makrováltozókkal bővíthetők. Másfelől hozzáférhetővé válik a vállalkozói tevékenység. Harmadrészt pedig elérhetővé válnak a survey módszerrel nehezebben megszerezhető (regisztrált) jövedelmi adatok a foglalkoztatottak körében. Ezen adatok az anya születés előtti és munkaerőpiaci visszatérése utáni időszakának vizsgálatában lehetnek fontosak.

Nemzeti Munkaügyi Hivatal (NMH) – NGM

Az intézmény országos kiterjedtségű, állami állásközvetítő szervezetrendszerként működött. Az NMH álláskeresői regiszteréből származó adatok a munkakereséshez, a munkavállaláshoz nyújtott támogatásokat – ezáltal tehát lényegében a munkanélküliség előfordulását is – mutatják. Az adatok rögzítik az egyes személyek bekerülését az álláskeresői regiszterbe, illetve az álláskeresői-járadék-regiszterbe. A rendszer az igénybe vett munkaerőpiaci képzések adatait is rögzíti. 2016 óta a Nemzeti Munkaügyi Hivatal (NMH) foglalkozás-egészségügyi, illetve a munkahigiénés szakterületeit az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, míg a munkavédelmi és foglalkoztatási szakterületeit a Nemzetgazdasági Minisztérium (NGM) vette át. A képzési terület a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatalhoz (NSZFH) került.

Szervezet: Nemzeti Munkaügyi Hivatal (NMH), Nemzetgazdasági Minisztérium (NGM).

Adatok formája: elektronikus mikroadat.

Célcsoport: álláskeresők.

Lefedettségi: célcsoport regisztrált tagjai.

Adatközlő: álláskereső.

Kapcsolati kód: TAJ.

Főbb változók:

- álláskeresői regiszterből származó adatok (munkaügyi kirendeltség, első regisztráció dátuma, ellátás típusa, ellátás lezárulása, iskolai végzettség, keresett állás, igényelt kereset, utolsó munkaviszony megszűnésének dátuma),
- álláskeresői-járadék-regiszter adatai (pénzbeli ellátás adatai),
- munkaerőpiaci képzések adatai (képzés helye, típusa, neve, lezárulása).

Az adatállomány erőssége a munkanélküli periódusok és azok körülményeinek adminisztratív rögzítése. Ez egy ciklikus adatkérésen alapuló jelzőrendszer felépítése kapcsán lehet releváns.

Magyar Államkincstár (MÁK)

A MÁK adatain belül a gyes-, gyet- és csp-adatbázisokból gyermekvállalási adatok állnak rendelkezésre az ellátást igénybe vevők köréről.

Szervezet: Magyar Államkincstár (MÁK).

Adatok formája: elektronikus mikroadat.

Célcsoport: gyermekgondozási ellátásokat igénybe vevők.

Lefedettség: célcsoporton teljes.

Adatközlő: ellátásra jogosult.

Kapcsolati kód: TAJ.

Főbb változók:

- folyósításban érintett gyermekek születési éve,
- az ellátás típusa,
- az ellátás időtartamának kezdete és vége,
- az ellátás havi összege,
- egyedülállóság ténye,
- gyermekek száma.

Az adatállomány erőssége a gyermekvállalásra és -nevelésre vonatkozó adatok adminisztratív rögzítése. Ez egy ciklikus adatkérésen alapuló jelzőrendszer felépítése kapcsán lehet releváns.

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)

A NEAK (korábban Országos Egészségbiztosítási pénztár – OEP) adatai munkaviszonyra vonatkozó adatokat biztosítanak, elsősorban a foglalkoztatásra és a foglalkoztatottra vonatkozóan.

Szervezet: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK).

Adatok formája: elektronikus mikroadat.

Célcsoport: foglalkoztatottak.

Lefedettség: teljes körű az adott célcsoporton.

Adatközlő: munkáltató.

Kapcsolati kód: TAJ.

Főbb változók:

- személyhez kötődő adatok (lakcím, állampolgárság, családi állapot, elhalálozás),
- munkaviszonyhoz kötődő adatok (foglalkozás 4 jegyű FEOR-kódja, alkalmazás minősége, foglalkoztatás kezdete és vége, külföldi munkavállalás),

- pénzbeli ellátási adatok (táppénz, tgys-, gyed-ellátás típusa, kezdete, vége).

Az adatbázis a kérdőíves kutatási elem lehetséges kiegészítéseként szolgáló foglalkoztatási adatok mellett (foglalkozás neve, típusa) a munkaerőpiaci események regisztrálására is szolgálhat. Ilyen értelemben megint csak a jelzőrendszer részeként (munkába állás, táppénz) érdemes lehet számba venni a kohorszkutatás számára. Bár a rendszer a külföldi munkavállalást is rögzíti, ennek bejelentettsége jelenleg töredezett.

Bértarifa-felvételek

A Pénzügyminisztérium (korábban NFSZ majd NGM) bértarifa-felvételei telep-hely szintű munkáltatói makroadatokat tartalmaznak, amelyek egyéni szinten nem integrálhatók, de a munkáltató kódszintű azonosítása esetén kapcsolhatók. A bértarifa-felvételek a verseny- és a költségvetési szférában éves rendszerességgel gyűjtik az egyéni szintű bér-, illetmény- és kereseti adatokat. A költségvetési intézmények dolgozóira vonatkozó adatok egy részét a MÁK biztosítja, így ennek lefedettsége csaknem teljes körű, a többi dolgozóról mintavételes eljárás során szolgáltatnak adatot. A versenyszféra esetében kb. 10%-os mintát vesznek minden nemzetgazdasági ágban a legalább 5 főt foglalkoztató vállalkozások/nonprofit szervezetek alapsokaságán.

Szervezet: Pénzügyminisztérium.

Adatok formája: elektronikus makroadat.

Célcsoport: foglalkoztatók.

Lefedettség: a célcsoporton vett minta.

Adatközlő: foglalkoztató.

Kapcsolati kód: munkáltatói szintű (szervezeti törzsszám, szakágazati jelzőszám).

Főbb változók:

- szervezet jellemzői (azonosító, fizikai/szellemi foglalkoztatotti létszám, teljes/részmunkaidős létszám, állami/önkormányzati/külföldi tulajdoni arány, településazonosító, TEÁOR),
- egyéni jellemzők (demográfiai adatok, belépés ideje, iskolai végzettség, szabadság, foglalkoztatási forma, szolgálati idő),
- bér adatok (kereset, alapbér, bérpótlék, jutalék, órabér, munkaóra, díjak és pótlékok).

A bértarifa-felvételek makrováltozóként kapcsolt adatállományának bevonása egy esetleges munkáltatókra vonatkozó vizsgálat kapcsán merülhet fel

(például a gyermekvállalás előtti és utáni foglalkoztatói mintázatok összevetése során). Ennek feltétele, hogy a munkáltatóra vonatkozó kapcsolati kód más adatbázisból is rendelkezésre álljon.

Magyar Államkincstár (MÁK)

A MÁK (korábban ONYF) adatbázisa a biztosított és kieső munkavállalási időszakokra vagy a munkavégzésre vonatkozóan rögzít adatokat. A MÁK adattartalom a fenti munkaerőpiaci adatbázisok adatain alapul, tehát felhasználását inkább valamely adatszolgáltató kiesése esetén érdemes mérlegelni.

LEHETSÉGES REGISZTERALAPÚ ADATKAPCSOLÁSI ELJÁRÁSOK

Az alábbiakban a születési kohorszvizsgálat kapcsán esetlegesen alkalmazható adatkapcsolási eljárásokat vesszük számba. A vizsgálatban ezidáig (2018 végéig) a várandóssággal és a születéssel kapcsolatos, fentebb külön jelzett adatkapcsolások valósultak meg. A lehetőségek általános bemutatására törekedve az alábbiakban a lehetséges eljárások szakaszolása és tartalmi specifikálása helyett az eljárások elvének ismertetése a célunk példa- vagy ötletszinten, kitérve a kohorsz kutatáson belüli alkalmazás esetleges lehetőségeire.

Azokat az adatkapcsolási eljárásokat tekintjük tehát át, amelyekben a bevont adatbázisok legalább egyike egyéni szintű és legalább egyike adminisztratív adatokat tartalmaz. Rendelkezésre áll továbbá az adatkapcsoláshoz egy egyedi azonosítást lehetővé tévő kapcsolati kód vagy a személyes adatok (legalább valószínűségi) azonosításra alkalmas kombinációja, amely lehetővé teszi, hogy egy adatbázis valamely megfigyelési egységének adataihoz más adatbázisból adatokat kapcsoljunk. E formai jellemzőkön túl tartalmilag az adatkapcsolást olyan eljárásnak tekintjük, amely több (vagy több időszakra vonatkozó) adatbázis információtartalmának integrálását célozza meg (Veroszta 2015).

Adminisztratív adatbázison belüli összekapcsolás

Ennek során egyazon regiszter különböző időpontokra vagy tartami elemekre vonatkozó adatait kapcsoljuk az adott megfigyelési egységek egyedi adatsora-

ihoz. Ez a longitudinális vizsgálatok alapeljárása, amely regiszteradatokon akár időben visszamenőleg is megvalósulhat. Ez esetben az adatok egyéni szintű azonosítása a rendszer adottsága. Ilyen kutatási elem lehet például a mintába kerülő nők szülés előtti munkaerőpiaci életútjának vizsgálata NEAK-adatokon.

A követéses vizsgálathoz, azaz az időben előrehaladó, rendszeres adatkapcsoláshoz az adatbázisokon belül szükséges a kapcsolati kódok biztosítása. Ez a nyilvántartás keretén belül természetesen megoldott, de a kutatás számára praktikus azt jelenti, hogy a lekért adminisztratív adatbázist az összekapcsolás érdekében nem anonimizálják, vagy – az adatvédelmi szempontok figyelembevételével – az egyedi azonosítókat (felfejtő kódot) a későbbi adatkapcsoláshoz külön rendszerben kezelve elérhetővé teszik.

Longitudinális adatkapcsolásra kerülhet sor például abban az esetben, ha a védőnői rendszerből vett ügyfélminta adataihoz kapcsoljuk ciklikusan a gyermek ugyanabban a rendszerben rögzített fejlődési adatait. Ez esetben is felmerül az egyedi azonosítás folytonosságának biztosítása, a kutatási adatbázisra vonatkozó anonimitási kritérium mellett. Szintén ezzel az eljárással követhető a szülő nők munkaerőpiaci helyzetének későbbi alakulása a NEAK vagy NAV adatbázisán belüli ciklikus lekéréssel.

Adminisztratív adatbázisok közti összekapcsolás

A több adminisztratív – azaz teljes körű, egyéni szintű – adatbázis közti egyén-soros összekapcsolás több módon is megvalósulhat. Egyszerűbb esetben mindkét adatbázisban megtalálható az az egyedi azonosító vagy kapcsolati kód, amely az adatsorok egyéni szintű összekötését lehetővé teszi (match-merge eljárás). A kapcsolati kód hiánya esetén az adatkapcsolási eljárás a mindkét adatbázisban megtalálható személyes adatok olyan kombinációjára épül, amelyek egyéni megkülönböztetést tesznek lehetővé (deterministic linkage).

A hazai adminisztratív adatkapcsolási gyakorlatban mind az adatkapcsolásért, mind a létrejött adatbázis anonimizálásáért egy külső szervezet (NISZ Zrt.) felel. Az anonim adatkapcsolás egyirányú algoritmussal (HASH-kód alkalmazásával) történik, amely a kapcsolati kódok utólagos visszafejthetlenségét garantálja. Az anonimizálási kötelezettség a kapcsolati kódok kiemelése mellett arra is vonatkozik, hogy a kapcsolást végző szervezet – saját szakmai mérlegelése alapján – a személyes azonosíthatóságot akár kombináció révén lehetővé tévő változókat kiemelje az adatbázisból, vagy magasabb szinten aggregálja (pl. irányítószám helyett kistérséget és településtípust rögzítve).

A kohorszkutatás kapcsán a fentiekben számba vett adatbázisok esetében – többnyire a TAJ alapján – a kapcsolatikód-alapú egyszeri kapcsolás technikailag megoldhatónak tűnik. Keresztmetszeti vizsgálat (illetve regiszterek esetében egyszeri kapcsolás) esetén azonban az anonimizálás az adatkapcsolást végző szervezet kötelezettsége, így az adminisztratív adatbázisok összekapcsolásakor nem valósítható meg a kapcsolati kódok longitudinális survey vizsgálatok során alkalmazott elkülönített tárolása. Tekintettel arra, hogy a jelenleg hatályos, egyirányú HASH-algortmuson alapuló adatkapcsolási eljárás nem teszi lehetővé a két adatbázis közti kapcsolati kód későbbi felfejtését, az adminisztratív adatbázisok integrációján alapuló longitudinális vizsgálatokra a jelenlegi szabályozási környezetben nincs lehetőség (a problémákat összegző fejezetben kitérünk majd a szabályozásból adódó jelenlegi mozgástérre).

Adminisztratív adatok összekapcsolása makrováltozókkal

Ezekben az adatkapcsolásokban az adminisztratív adatbázisban lévő egyén-soros (illetve a megfigyelési egységre vonatkozó) mikroadatokhoz magasabb aggregáltsági szintű adatokat – külső makrováltozókat – kapcsolunk. Az adatkapcsolás alapját a megfigyelési egységek valamely más adatbázis kategorizációjának megfelelő csoportosítása képezi. Ilyen kontextuális információt nyújthatnak például a hivatalos statisztikai adatgyűjtés mutatói, indexei.

Ez az adminisztratív és a survey adatbázisokon gyakran alkalmazott eljárás minden bizonnyal a kohorszkutatásban is fontos szerepet kap majd. Kézenfekvő a településstatisztikai adatok becsatornázása, de vélhetőleg az intézményi ellátáshoz kapcsolódó makroadatok (védőnői, egészségügyi, gyermekellátási, oktatási körzetek vagy intézmények statisztikai adatai) is fontos szerepet kapnak majd a kutatás során. Ehhez a kutatási adatbázisnak a válaszadók/megfigyelési egységek intézményi/regionális hovatartozását kódszinten szükséges biztosítania.

Regiszteralapú survey kutatás

Ezekben a keresztmetszeti vagy longitudinális adatkapcsolásokban a teljes körű adminisztratív adatbázis megfigyelési egységre vonatkozó egyedi adatsorai egészülnek ki survey kutatásból származó, a mintára vonatkozó szintén egyedi adatsorokkal. A regiszteralapú survey kutatás esetén a mintaképző adminisztrá-

tív adatbázis már rendelkezésre álló információtartalmának összekapcsolása a csak személyes megkérdezés révén elérhető adatokkal nemcsak a két adattípus erőnyeit kombinálja, hanem jelentősen csökkenti a válaszadói terheket (ezáltal a költségeket) is. Ez esetben kapcsolati kódként az egyén eléréséhez szükséges adat szolgál (pl. lakcím, e-mail cím, telefonszám).

Regiszter- és survey adatok utólagos összekapcsolása

Ebben az esetben már meglévő különböző forrású, ám azonos alappopulációt lefedő adminisztratív, illetve survey adatbázisok egyedi szintű összekötéséről van szó. Ennek során a surveyben szereplő egyes válaszadók adatkombinációiból állítunk össze egyedi azonosításra alkalmas adatsomagokat, és keressük megfelelését az adminisztratív adatbázisban szereplő elvileg teljes alappopuláció egy tagjával. Az ehhez alkalmazott módszer a valószínűségi adatkapcsolás (probabilistic record linkage), amely statisztikai eljárással azonosítja a két, azonos alappopulációt lefedő adatbázis tagjai közti kapcsolatot. A módszer (akár csak a deterministic linkage) a mindkét adatbázisban rendelkezésre álló egyéni szintű, személyes adatok kombinációjára épül, de nem követeli meg a megfigyelési egység szintű teljes egyezést. Az eljárás megkülönböztet egyező, nem egyező és bizonytalanul egyező kapcsolódást a különböző forrású adatsorok között. Utóbbi esetben az egyezés statisztikai valószínűségével számol és ezt rendeli hozzá az egyedi adatsorhoz. Az eljárás révén a kutatási adatok információtartalma utólagosan egészül ki a regiszterekből származó információkkal, de az adatkapcsolás a szisztematikus hiba azonosításában is fontos módszertani eszköz lehet.

A valószínűségi adatkapcsolás kohorszkutatáson belüli alkalmazását abban az esetben lehet érdemes megfontolni, ha a regiszter- és survey adatok közti közvetlen, kapcsolati kódon (TAJ) avagy kontaktadaton (regiszteralapú mintán) alapuló összekötés nem tud megvalósulni.

KUTATÁSI SZAKASZOK ADATKAPCSOLÁSI LEHETŐSÉGEI

Az alábbiakban a fenti regiszteralapú kutatási eljárások és adatbázisok elhelyezésére törekszünk a hazai kohorszkutatás kutatási programján belül. Ennek során a főbb kutatási szakaszokhoz, avagy vizsgált életszakaszokhoz társítjuk a fentiekben részletezett elemeket. Nyilván – bár erre külön nem térünk ki – adott-

nak vesszük az egyes kutatási szakaszok survey adatbázisainak egymáshoz kapcsolhatóságát.

VÁRANDÓSSÁG IDŐSZAKA		
Eljárás	Tartalom	Adatbázis
Körzetszintű mintavétel (megvalósult)	Mintaképzés a háttér adatok beemelésével	Várandósgondozási rendszer, védőnői jelentésszűkítők
Survey és regiszter adatok összekapcsolása (folyamatban)	Védőnők által rögzített várandósgondozási könyv adatainak bekapcsolása	Várandósgondozási könyv – védőnői rögzítés
Makrováltozók bevonása	Települési háttér adatok kapcsolása (lakóhelyre)	KSH
SZÜLÉS		
Eljárás	Tartalom	Adatbázis
Survey és regiszter adatok összekapcsolása (folyamatban van)	Szülésre vonatkozó adatok beemelése anyai TAJ alapján	Születésértéskészítő rendszer
Survey és regiszter adatok összekapcsolása	Anyai munkaerőpiaci részvételének retrospektív adatai	Kincstár
Makrováltozók bevonása	Települési háttér adatok kapcsolása (kórházra és/ vagy lakóhelyre)	KSH
GYERMEK RENDSZERES VIZSGÁLATA		
Eljárás	Tartalom	Adatbázis
Survey és regiszter adatok összekapcsolása	Anyai munkaerőpiaci életútjának vizsgálata	Kincstár

Aktuális életesemények

Egy „adminisztratív jelzőrendszerként” definiálható, egyelőre ötletszinten tervezett kutatási elem a kohorszkutatás speciális kiegészítését jelentené. A kutatási elem lényege, hogy az időben rögzített kutatási szakaszok mellett a megfigyelteteket (gyermek, illetve anya) azonosítja a szociális és oktatási rendszer, valamint a munkaerőpiaci adminisztráció különböző belépési pontjain, majd erre reagálva eseti adatfelvétel végezhető. Az eljárás előnye, hogy a fejlődési szakaszokhoz igazított kutatási szakaszok mellett az egyedi életeseményekhez is igazítja az adatfelvételt. Az eljárás módszere lényegében regiszter alapú survey kutatás. A gyakorlatban ez a „jelzőrendszer” azt jelentené, hogy az adminisztratív rend-

szerek a kutatás számára visszacsatolást küldenének, amennyiben a megfigyelt (anya vagy gyermek) az adatbázisban regisztrálásra kerül. Így válna lehetővé például a gyermekek vizsgálata egységesen a bölcsődei ellátás kezdete utáni hónapokban, vagy az óvoda megkezdésekor. Szintén ez az eljárás tenné lehetővé az anyák felkeresését munkába állásuk után néhány hónappal, vagy újabb gyermekvállalásuk, sőt esetleges munkanélkülivé válásuk esetén.

E kutatási modul módszertani háttere az előbbi séma szerint az alábbiaként összegezhető:

AKTUÁLIS ÉLETESEMÉNYEK		
Eljárás	Tartalom	Adatbázis
Regiszteralapú survey	Bölcsődei gondozásba vétel jelzése	Önkormányzat
	Óvoda megkezdésének jelzése	Közoktatás információs rendszere (KIR)
	Testvérszületés jelzése	Kincstár
	Anya munkába állásának jelzése	Kincstár
	Anya munkanélkülivé válásának jelzése	NMH

Az adatgyűjtő szervektől érkező – technikailag működőképes, de reálisan nem megvalósítható – jelzés kiváltásaként a rendszeres, egymástól független (pl. negyedéves gyakoriságú) adminisztratív adatbázis-lekérésekkel az egyes életesemények bekövetkeztének gyakorisága vizsgálható az adott mintán. Ez azonban az anonimizálás következtében nem teszi lehetővé a kohorsztagok célzott megkeresését az esemény utáni egységes időkeretben. Minderre tekintettel ez esetben csak visszamenőleges vizsgálatban gondolkodhatunk: amennyiben az egyes életesemények a rendszeres vizsgálati periódusok valamelyikében felmerülnek (pl. az interjúból kiderül az anya munkába állása, munkanélkülisége), az adott almintára kérhetünk regiszteralapú kapcsolást a visszamenőleges adatokra. Ez azonban nem szolgálja az adatfelvétel életeseményekhez kötött rugalmasságát, pusztán regiszteradatok problémacentrikus gyűjtésének tekinthető.

ÖSSZEGZÉS: NYITOTT KÉRDÉSEK ÉS PROBLÉMÁK

Az alábbiakban a fentiek összegzéseként áttekintjük azon kérdések sorát, amelyek átgondolása az adminisztratív adatok kohorszkutatáson belüli felhasználásához bizonyosan szükséges. A problémák jelzésekor a jelenlegi szabályozási

környezet adta lehetőségekből/korlátokból indulunk ki, tehát a kutatás kapcsán esetlegesen születő egyedi megegyezéseket, adatátadási gyakorlatokat nem tudjuk átgondolni – ezek a speciális feltételek nyilván a későbbiekben lazíthatnak a most körvonalazott keretrendszeren. A cél egyfelől a már e szakaszban azonosítható problémák jelzése és lehetséges megoldásuk átgondolása, másfelől a tervezésre épülő szemléletmód megnyitása a későbbiekben felmerülő, további problémák felé is – ilyen értelemben cél a lista folyamatos bővítése, módosítása a kutatási terv véglegesedése során.

A longitudinális adminisztratív adatkapcsolás esetében problémát okozhat, hogy a jelenlegi szabályozási környezet akadályozza az időben eltérő adatkapcsolások megvalósítását. Az eseti adminisztratív adatkapcsolásokhoz a NISZ Zrt. által alkalmazott anonimizálási eljárás nemcsak a kapcsolati kód visszafejthetetlenségét, hanem a személyes adatok azonosításra alkalmas kombinációinak megszüntetését is garantálja az átadott adatbázison. Emiatt az adatok későbbi kiegészítése akár azonos adatbázisok későbbi adataival, akár más adatbázisok adataival nem megvalósítható. Az időbeliség egyetlen feloldásának az látszik, ha minden vizsgált időpontra új adatösszekapcsolási kérést indítunk el, amely így értelemszerűen magába foglalja majd a korábbi adatkérések által lefedett időszakokat is. Ez azonban jelentősen megnöveli az adattisztítási, adatbáziskezelési költségeket.

Regisztrer-survey adatkapcsolás technikailag minden olyan adminisztratív adatbázison elvégezhető, amely a vizsgálati populációt lefedi, és hozzájuk a mintaképző változók mentén egyéni azonosításra alkalmas adatokat (kontakt-adatokat) ad. A problémát az anonimitás és az összekapcsolhatóság biztosítása közti feszültség jelentheti. Regiszteralapú survey esetén a regiszterből a mintába kerültek kontaktadatai (és egyéb háttéradatai) mellett egy olyan azonosításra alkalmas kód is szükséges (célszerűen TAJ-alapú), amely a későbbi kutatási szakaszok regiszter- vagy survey alapú adatai is tudnak egyénsorosan kapcsolódni. A regisztrer-survey adatkapcsolás másik kérdéses pontja, hogy milyen szabályozás vonatkozik azokra az adminisztratív adatkapcsolási kérésekre, amelyek kapcsolati kódja survey kutatásból származik. Kérdés tehát, hogy pl. a kutatás későbbi szakaszában kérhető-e egyáltalán a különböző regiszterek adatainak kutatási adatbázishoz kapcsolása. Ezen személyes adatok kiadhatóságát és összekapcsolását a jelenlegi szabályozás (GDPR) alapján a válaszadó eseti hozzájárulása teszi lehetővé. A kutatás az eddig megvalósított adatfelvételek és adatkapcsolások esetében eszerint járt el.

Longitudinális kutatás esetében különös jelentőséggel bír az adatbázisok „nyitva tartása”, azaz annak lehetősége, hogy a kutatás előrehaladtával az egyre

frissülő adatok egyéni szinten becsatornázzhatóak legyenek. Az adminisztratív adatok körében ez jelenleg nehezen megoldható. Jóllehet a regiszteradatok kutatási felhasználása mára szabályozott keretek között megvalósulhat, a jelenlegi szervezeti és jogi közeg nem tudja kezelni az időbeli ismétlődés kérdését. Adatkapcsolások tehát adott időpontra vonatkozóan és időben visszafelé létrehozhatók ugyan, de az összekapcsolt adatállományok ez után sem időben, sem tartalmukban nem bővíthetők. Nincs tehát lehetőség új adatkörök vagy új adatbázisok (akár survey adatok) későbbi bevonására, vagy ugyanazon adatkörök frissebb adatainak beemelésére az eredeti adatbázisba. A longitudinális kutatási design ugyanakkor épp az egyénsoros adatok időbeli bővítésén alapul, ilyen értelemben megköveteli az adatbázisok összekapcsolhatóságát, azaz nyitva tartását a későbbi kutatási szakaszok felé. A szabályozás várhatóan középtávon nem fog változni, így arra kell számítanunk, hogy az elindított adatbázis-integrációk mind külön egységet alkotnak, a későbbi kapcsolódás lehetősége nélkül. Nagy jelentőségű regiszteradatok esetében ezért csak az ismételt adatkéréseket lehet elképzelni, egyre növelt időtávokon, amelyben a mintaképző adatbázis mindig azonos, hiszen ezek későbbi becsatornázása sem megoldható az integrált adatbázison, a kapcsolati kódok eltüntetése miatt.

IRODALOM

- Cseres-Gergely Zsombor – Scharle Ágota 2008: Az államigazgatásban keletkező adatok nyilvánosságáról. In Köllő János (szerk.): *Áttekintés az adminisztratív adatbázisokkal és teljeskörű összeírásokkal kapcsolatos kutatási tapasztalatokról*. 15 p. Forrás: <http://adatbank.krtk.mta.hu/data/egy/2.pdf> Letöltés: 2018.01.07. Eötvös Károly Intézet 2006: *Hozzáférés a közsféra adataihoz*. 278 p.
- Fodor Szabolcs – Veroszta Zsuzsanna 2013: Államigazgatási adatok pályakövetési célú integrációja a hazai gyakorlatban In Garai Orsolya – Veroszta Zsuzsanna (szerk.) *Államigazgatási adatbázisok a diplomás pályakövetésben*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 83–128.
- Gárdos Éva 2015: Adatok és kezelésük a hivatalos statisztikában. *Educatio*, (3), 27–39.
- Kapitány Balázs 2018: Az alapsokaság meghatározásának, a minta kialakításának gyakorlati lépései. In Veroszta Zsuzsanna (szerk.): *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése*. Kutatási Jelentések 99. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. DOI: 10.21543/Kut.2018.99
- KSH 2014: *Módszertani dokumentáció/Fogalmak, definíciók*. Forrás: http://www.ksh.hu/apps/meta.menu?p_lang=HU&p_menu_id=220&p_param=S&p_session_id=82019363 Letöltés: 2018.01.07.
- Nyüsti Szilvia – Veroszta Zsuzsanna 2014: *Diplomás pályakövetési adatok 2013 – Adminisztratív adatbázisok integrációja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 114 p.
- Nyüsti Szilvia – Veroszta Zsuzsanna 2015: *Diplomás pályakövetés 2014 – Adminisztratív adatbázisok integrációja – Gyorsjelentés*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 20 p.
- Rohr Adél 2016: *A webes felületen keresztüli adatszolgáltatás lehetőségei - A védőnői adatgyűjtési rendszerek lehetőségei*. NKI Születési Kohorszvizsgálat. Prezentáció 2016. február 29. KSH NKI, Budapest.
- Szabó Ákos 2011: Államigazgatási adatbázisok integrációjának hazai közege. In Garai Orsolya – Veroszta Zsuzsanna (szerk.): *Államigazgatási adatbázisok a diplomás pályakövetésben*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 47–83.
- Székely Iván 2015: Közadatok és nyilvános adatbázisok: a hozzáférés kérdései. *Educatio*, (3), 40–49.
- Veroszta Zsuzsanna 2015: Adminisztratív adatok társadalomkutatási kezelése. *Educatio*, (3), 3–14.
- Veroszta Zsuzsanna (szerk.) 2018: *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése*. Kutatási Jelentések 99. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. DOI: 10.21543/Kut.2018.99

USING ADMINISTRATIVE DATA IN COHORT STUDIES

ABSTRACT

The study reviews the possibilities of integrating administrative and survey data for research purposes under current Hungarian conditions, focusing on a special area of birth cohort studies. Within this context it summarizes the available procedures, tools, regulations and datasets from the perspective of Growing Up in Hungary - Cohort '18, a longitudinal, survey based birth cohort study of a HCSO Hungarian Demographic Research Institute. Besides this, on a more general level, the results of the analysis can provide new perspectives of the use of administrative data in social research for current survey based studies.

SZERZŐINKNEK

A KÉZIRAT LEADÁSA

A szerkesztőség olyan demográfiai tárgyú, valamint a rokntudományok (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 tételen 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 féoldalmnyi 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 mellékeljék.

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

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

Minden szerző tiszteletpéldányként három, recenziók esetében két 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 következnek 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 visszakereshetőknak 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. Például (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 előfordulásakor 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 **2 520,- 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 2018. évi számait 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 bank-számlaszámra kérjük átutalni. A megjegyzés rovatban kérjük feltüntetni: Demográfia 2018. 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 2520,- Ft

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