

A csecsemőhalálozás társadalmi vonatkozásai*

A csecsemőhalálozás mértékét — mint a „civilizációs fok” egyik mutatóját — a XIX. század vége óta regisztrálják Európában. Engels „A munkásosztály helyzete Angliában” című művében már említést tett a gyermekhalandóság társadalmi különbségeiről. A csecsemőhalandóságot szociális betegségnek tartotta, mely a mindenkori társadalmi viszonyok függvénye.

Magyarországon rendszeres statisztikai adatgyűjtés 1891 óta van. Akkoriban a csecsemőhalandóság rátája 27,5% volt, tehát a megszületett csecsemők több mint egynegyede nem érte meg egyéves születésnapját. Azóta ez az érték kevesebb mint egytizedére csökkent (ld. 1. táblázat), de az európai országok rangsorában most is az utolsók közé tartozunk (ld. 2. táblázat). Az egy évszázada magas hazai csecsemőhalálozás arra készítette a közegészségüggyel foglalkozó kutatókat, hogy feltárják a csecsemőhalálozás demográfiai, egészségügyi és szociális okait.

Már a XX. század első felében felhívták a figyelmet az életviszonyok és a csecsemőhalandóság összefüggésére. A század elején Madzsar, majd a huszas-harmincas években Szel és Földes tárta fel részletesen a „szaporas csecsemőhalál” társadalmi jelentőségét. Figyelemreméltó tendenciákra hívták fel a figyelmet, melyek az alsó és felső társadalmi rétegek csecsemőhalálozásában mutatkoztak.

Az ötvenes-hetvenes években elsősorban a csecsemőhalálozás orvosi vonatkozásait hangsúlyozták. Eluralkodott az az egyoldalú szemlélet, mely a művi vetélések növekvő számát és arányát tette felelőssé a koraszülések emelkedő gyakoriságáért és az alig csökkenő csecsemőhalandóságért. Az általános egyenlőséget hirdető politikai ideológia korszakában nem volt népszerű feladat a szociális különbségek létezésének hangsúlyozása. Ebben az időszakban a csecsemőhalálozásról megjelent hazai tanulmányok könyvtárnyi irodalmában csak elvétve jelent meg egy-egy publikáció, mely a társadalmi faktorokat is elemezte.

A nyolcvanas évek elejétől fogva az évtizedekig ki nem mondott szegénység problémaköre ismét kutatható lett, s az elszegényedő rétegek fokozódó egészségromlása nyilvánvalóvá vált.

Az egészséget veszélyeztető gazdasági, környezeti és pszichés rizikófaktorok hatására a nyolcvanas évek első felében a csecsemőhalálozási arányszám stagnálása következett be. Ez egybeesett a népesség 1981 óta tartó csökkenésével, így előtérbe került a csecsemőhalálozások kutatásának társadalmi szempontú megközelítése. Bebizonyosodott, hogy a társadalmi hierarchia mentén lényeges különbségek mutatkoznak, és

a csecsemőhalalozás alakulása tükrözi leginkább az újszülöttek társadalmi egyenlőtlenségét.

A különböző társadalmi rétegek gyermekeinek differenciális csecsemőhalalozása a II. világháború előtt igen markáns volt. Különböző időpontokban és területeken 2—3-szoros különbségeket tapasztaltak az egyes rétegek között. Budapesten a fizikai dolgozók körében kétszer akkora volt ez az érték, mint a szellemieknél, és háromszor akkora, mint az önállóak esetében (Rédey, 1960; Szabady, 1961).

A csecsemőhalalozás különböző foglalkozási rétegeken belüli arányai az utóbbi évtizedekben közelítettek egymáshoz, de az értékek most is a társadalmi hierarchia mentén helyezkednek el (ld. 3. táblázat). Az ötvenes évek közepéig a csecsemőhalalozás a mezőgazdasági népességben kifejezetten magasabb volt, majd a hatvanas évek óta a két fizikai réteg gyermekeinek csecsemőhalandóságára váltakozó mozgás volt jellemző.

A szellemi és fizikai eltartójú gyermekek csecsemőhalalozása a legutóbbi évek kivételével folyamatosan és fokozatosan közelített egymáshoz. A két réteg közötti különbség az általános nivellálódás idején volt a legkisebb; ez a rétegek közötti társadalmi különbségek (életmód, kultúra, életszínvonal) csökkenését, vagyis a rétegek közeledését jelezte.

A hetvenes évek végétől az életszínvonal emelkedése megállt, és a jövedelmek polarizálódtak. E folyamat az utóbbi években felerősödött; ennek eredményeként milliós nagyságrendű szegénység észlelhető az egyik oldalon, míg a másik oldalon kialakulóban van egy szűk/tehetős réteg, melynek érdekérvényesítési lehetőségei az egészségügyi szférában is kiemelkedőek. A polarizálódás a nyolcvanas évek csecsemőhalalozási arányszámaiban is megmutatkozik, s a rétegek közötti különbség egyre fokozódik. 1989-re az esélyegyenlőtlenség mértéke 2,0-re nőtt, vagyis a mezőgazdasági fizikai dolgozók újszülöttei között kétszer akkora valószínűsége van a csecsemőhalandóságnak, mint a szellemi dolgozók gyermekeinél (ld. 3. táblázat).

Az elmúlt évtizedekben a csecsemőhalalozás területi különbségének szerkezete is megváltozott. A század első felében a városok csecsemőhalandósága lényegesen kedvezőbb volt, mint a szervezett gyermekvédelemmel nem rendelkező falvaké (Szabady, 1964). 1950-ben és azt megelőzően a csecsemőhalalozás értéke a legkedvezőbb Budapesten volt, ezt követték a városok, majd a községek, vagyis az értékek a települési hierarchiának megfelelően alakultak. Az ötvenes években az arányszámok évről-évre csökkentek és közeledtek egymáshoz, de 1960-ig a sorrend változatlan maradt. A hatvanas évek elején először a városok csecsemőhalalozási arányszáma lett alacsonyabb a budapestiénél, majd 1965-re a községeké is a fővárosi érték alá csökkent. A budapesti csecsemőhalalozások — a hatvanas évek közepétől a nyolcvanas évek közepéig tartó — magas aránya elsősorban a kis súllyal születettek kiemelkedően magas gyakoriságának következménye volt, és az urbanizációs ártalmak magzatkárosító hatására hívta fel a figyelmet. A legutóbbi évek egyre javuló fővárosi értékei arra engednek következtetni, hogy az urbanizációs hatásokat a városi népesség magasabb kulturális szintje és az egészségügyi ellátás lényegesen jobb feltételei képesek kiegyenlíteni. A főváros és a vidék egészségügyi ellátása közötti különbség legerőteljesebben a kis súlyú újszülöttek életbenmaradási

esélyének különbségében mutatkozik. A 2500 g alatti súllyal született budapesti élveszülöttek életbenmaradási esélyei lényegesen nagyobbak, mint a városokban és községekben született koraszülöttekéi (ld. 4. táblázat). Ez a tendencia különösen a hetvenes évek közepe óta növekedett ilyen jelentőssé, amikor a főváros több kórházában és néhány vidéki nagyvárosban ún. PIC-eket (Perinatális Intenzív Centrum) hoztak létre, ahol megteremtették a minőségi újszülöttellátás tárgyi, anyagi és személyi feltételeit. A jól felszerelt és igen jól képzett szakorvosi és szakápolónői gárdával rendelkező újszülött-osztályokon gondozottak között számottevően javult a túlélési arány. Az 1975 előtti koraszülött-halálozás 1980—85 között 15⁰/₀ körüli értékre, 1989-re pedig 12⁰/₀-ra esett vissza. A PIC-ek létrehozása lényegesen megnövelte az újszülöttek életbenmaradásának területi és társadalmi egyenlőtlenségeit. A tapasztalat azt mutatja, hogy a fizikai foglalkozású illetve a falun lakó asszonyok kisebb valószínűséggel szülnék PIC-cel is ellátott klinikákon és kórházakban.

A csecsemőhalálozások társadalmi hátterére a megyék és tájegységek, valamint a fővárosi kerületek csecsemőhalálozásának területi összehasonlítása is rávilágít. Magyarország területi csecsemőhalálozása 1988-ban a következőképpen alakult:

DUNÁNTÚL

Győr-Sopron megye:	9,4
Vas megye:	11,5
Zala megye:	12,0
Veszprém megye:	12,9
Tolna megye:	13,0
Baranya megye:	13,5
Fejér megye:	14,7
Komárom megye:	15,6
Somogy megye:	16,1

DUNA-TISZA KÖZE

Heves megye:	13,8
Bács-Kiskun megye:	16,5
Nógrád megye:	17,2
Borsod megye:	18,5
Pest megye:	18,6

TISZÁNTÚL

Csongrád megye:	14,6
Hajdú-Bihar megye:	16,6
Szolnok megye:	17,0
Békés megye:	19,5
Szabolcs-Szatmár megye:	20,0

Az egyes megyék csecsemőhalálozása között lényeges különbségek vannak. A legalacsonyabb érték (Győr-Sopron megyében) kevesebb, mint fele a legmagasabbnak (Szabolcs-Szatmár megye). A két szélső érték az ország nyugati és keleti szélén mutatkozik, s a többi megye értékei nyugatról kelet felé haladva növekednek. A csecsemőhalálozá-

sok tájegységek szerinti differenciáltsága fordítottan arányos e területek fejlettségi mutatóival.

A budapesti kerületek csecsemőhalálozásában 1980—87 között a legjobb értékeket a történelmi városrészekben (I. és V. kerület), a budai zöldövezetekben (II., III., XI. kerület) és a XVI. kerületben, a legrosszabbakat a halmozottan hátrányos helyzetű népeiséget tömörítő, és a környezetkárosodásnak leginkább kitett belső pesti (VII., VIII., IX., X.) kerületekben, valamint a XIX. és XX. kerületben mérték.

A kerületek csecsemőhalálozásának eredményeit összehasonlítottam a kerületek iskolázottsági adataival, és a kerületek rangsorában feltűnő azonosságot észleltem. Az 1980-as népszámlálás során felvett adatok szerint az iskolai végzettség szerinti legkedvezőbb eredményeket az I., II., III., V., XI., XII. kerületekben, a legrosszabbakat pedig a VI., VIII., XVII., XIX., XX. és XXI. kerületekben tapasztalták.

Az anya iskolai végzettsége és kulturáltsága szorosan kapcsolódik az anya általános műveltségéhez és társadalmi-gazdasági helyzetéhez. A csecsemőhalálozás nagysága és az iskolai végzettség között negatív korreláció van. A koraszülött kérdéssel és a csecsemőhalandóság befolyásoló tényezőivel foglalkozó kutatók eredményei szerint minél magasabb az anya iskolai végzettsége, annál alacsonyabb a fejlődési rendellenességek és kis súlyú születések száma, és annál kisebb a csecsemőhalandóság. Azoknál a terheseknél, akik 12 osztálynál többet végeztek el, a kis súlyú születések gyakorisága alatta marad az országos átlagnak, míg a kötelező 8 osztályt sem végzetek körében a koraszülési arány annak duplája (Papp—Schuller, 1988). Az alacsonyabb iskolázottságú anyák csecsemőinek többlethalandósága nemcsak a koraszülött probléma következménye, hanem a megszületés utáni kedvezőtlen környezetre és szociális helyzetre is visszavezethető.

Szülés után a magasabb iskolai végzettségű anyák szoptatási készsége ma már lényegesen jobb, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűeké. A magasabb iskolai végzettségű anyák egészségügyi kulturáltsága azt is befolyásolja, hogy milyen színvonalon végzik a csecsemőápolást, és rendellenesség esetén milyen gyorsan ismerik fel a kóros állapotokat — ez pedig feltétele a mielőbbi orvosi ellátásnak.

A csecsemőhalálozás történelmi tendenciáját vizsgáló kutatók a nyolcvanas évek közepéig — az aggregált metszetekre támaszkodó elemzéseikben — arról számoltak be, hogy az iskolai végzettségbeli eltérések kifejezett, de csökkenő tendenciát mutatnak. Szalai Júlia 1986-os tanulmánya hívta fel először a figyelmet arra, hogy a csecsemőhalandóság iskolai végzettség szerinti eltérései növekvő esélyegyenlőtlenséget mutatnak (ld. 5. táblázat). Az 1965-ös és 1980-as évek adataiban a legalacsonyabb és legmagasabb iskolai végzettségű anyák csecsemőhalandóságát vizsgálva megállapította, hogy 15 év alatt a 8 osztályt sem, illetve tizenháromnál több osztályt végzeteknél a csecsemőhalálozás esélykülönbsége 1,6-ről 2,6-re nőtt. Gondolatmenetét követve kiszámoltam az 1989-es év adatait, és további esélyegyenlőtlenség-növekedést tapasztaltam. A 3,6-es esélyegyenlőtlenségi mutató arra hívja fel a figyelmet, hogy a korábbi évekhez viszonyítva a nyolcvanas évek végén a 8 osztály alatti iskolai végzettség kiemelkedően hátrányos társadalmi helyzetet takar.

A rossz szociális körülmények között élő családok gyermekei a mag-

zati életben és a születés után is hátrányos helyzetben vannak. Halmozottan hátrányos körülmények között élő családok esetében nehéz eldönteni, hogy a rizikófaktorok közül

- az anya szomatikus betegsége,
- az anya terhelő szülészeti anamnézise,
- a rossz lakásviszonyok,
- a nehéz munkakörülmények,
- az anyagi gondok,
- az alacsony iskolai végzettség és műveltség,
- a gyermeki neveltetés veszélyeztetettsége, illetve
- a gyenge minőségű egészségügyi ellátás

közül melyik tényező lényegesebb a magas koraszülési és csecsemőhalálzási arány szempontjából.

Kóbor és munkatársai (1973) a terhességek kimenetelének alakulását vizsgálták veszélyeztetett néprétegeknél, és az alábbi arányszámokat tapasztalták:

Veszélyeztetett csoport	Koraszülési arány ‰-ban
Fiatalkorúak	15,3
Leányanyák	17,9
Alacsony műveltségűek	18,6
Élettárssal élők	20,3
Cigányok	23,0

Vizsgálataink során arra a következtetésre jutottak, hogy jónak mondható szociális helyzet esetén a koraszülési gyakoriság 8,5‰, míg rossz szociális helyzet esetében 20‰ körüli. Szociálisan legveszélyeztetettebb rétegnek a cigányságot találták.

A cigány népesség csecsemőhalálzása elemzésének széles körű irodalma van Magyarországon.

A cigány csecsemők halálzása jól tükrözi a népcsoport sajátos szociális helyzetét:

- a cigányság körében a művi vetélések száma kétszerese az összpopulációénak (Kóbor, 1973);
- a koraszülési arány két-háromszoros (Bognár — Czeizel, 1971; Simonovits, 1972; Kóbor, 1975; Horváth, 1976; Bodnár, 1982; Szabó — Rex-Kiss, 1984);
- a csecsemőkori összhalálzás két-háromszorosa a magyar lakosságénak (Horváth, 1972, 1979; Bodnár, 1982; Szabó — Rex-Kiss, 1984);
- a hirtelen csecsemőhalálzásban — melynek elsődleges okát az anya és gyermeke rossz szociális körülményeivel magyarázzák — elhaltak között 3—6-szor annyi a cigány csecsemő, mint amennyi a populáció gyakoriságának megfelelne (Horváth, 1976; Kiss — Szabó — Szatmári, 1984);
- a cigány csecsemők körében szignifikánsan gyakoribbak a fejlődési rendellenességek (Horváth, 1976; Bodnár, 1982);
- a cigány csecsemők 28—364 napos (késői) halálzása meghaladja a 0—6 napos (korai) halálzást, míg a magyar populációban a korai halálzások túlsúlya kifejezett (Bodnár, 1982).

Horváth Baranya megyei és Bodnár Szabolcs-Szatmár megyei vizsgálatai részletesen elemzik a cigány csecsemőhalálzás okait és szer-

kezetét. A kedvezőtlen értékeket — más szerzőkkel együtt — a következő tényezőkkel magyarázzák:

- a cigány lakosság körében a korszerű fogamzásgátló-szerek még nem terjedtek el (Bodnár, 1982);
- a cigány asszonyok 50—78 százaléka terhessége alatt is dohányzik (Horváth, 1972; Kóbor, 1975);
- a cigány népesség alacsonyabb foglalkoztatottsága miatt kedvezőtlenebbek a jövedelmi viszonyok (Bodnár, 1982);
- a cigány terhesek körében magas a házasságon kívül szülők aránya (Bodnár, 1982);
- az analfabétizmus még ma is gyakori (Horváth, 1979; Tóth, 1979; Bodnár, 1982);
- lakásviszonyaik lényeges kedvezőtlenebbek a magyar lakosságénál (a csecsemőhalálozás lényegesen magasabb telepi viszonyok között — Horváth, 1976; Bodnár, 1982);
- a hiányos táplálkozás és a kedvezőtlen higiénias körülmények hatása elsősorban a késői csecsemőhalálozások magas arányában mutatkozik (Bodnár, 1982);
- gyakoriak a rokonházasságok és ez a recessziven öröklődő fejlődési rendellenességek számát növeli (Horváth, 1976; Bodnár, 1982);
- lényegesen ritkább a terhes- és csecsemőgondozás igénybevétele: ez egyrészt a betegségi tünete felismerésének hiányából, másrészt a nagy távolságból és a hivatalos személyek iránti bizalmatlanságból fakad.

A cigány csecsemők késői halálozása az ötvenes évektől jelentős javulást mutat (Bodnár, 1982). Szombati (1985) a ma 16—22 éves cigány terhesek körében jelentős szemlélet- és szokásváltozást figyel meg: „A cigány fiatalok többsége férjezett, iskolai végzettsége magasabb a cigány népesség átlagánál, döntő többsége dolgozik, és él a családtervezés lehetőségével.” Pár évvel ezelőtt, amikor védőnőként dolgoztam, magam is hasonló tapasztalatokat gyűjtöttem körzetemben.

Ha a magyarországi csecsemőhalálozásról valós képet akarunk kapni, adatainkat össze kell vetnünk hasonló egészségügyi, kulturális és gazdasági viszonyokkal rendelkező országokéval. A 2. táblázat szerint a hazai csecsemőhalandóság az európai országok rangsorában nagyon kedvezőtlen. A sok koraszülés kiugróan magas 0—6 napos halálozást eredményez, és alapvetően meghatározza az összes csecsemőhalálozás értékét.

A magas koraszülési gyakoriságért, a csecsemőhalálozásért a kutatók korábban az anyák helytelen életmódbeli és étkezési szokásait tették felelőssé. A csecsemőhalálozások értékelésében ekkor vált elfogadottá az a nézet, hogy a kedvezőtlen tendenciáért elsősorban a művi vetéléseken átesett, alkoholizáló, dohányzó és rossz körülmények között élő cigányok és lumpen rétegek a felelősek. Az 1973-as *Népese-déspolitikai Határozat* új abortusztörvénye következtében lényegesen lecsökkent a művi vetélések száma, míg a koraszüléseké alig változott; ezért a csecsemőhalálozások okainak kutatásában új összefüggéseket kellett keresni. A szocializációs szerepet betöltő intézményrendszer diszfunkcióját, az egészségügy tartós alulfinanszírozottságát és az évek óta létező szociális szegénységet mint egészségkárosító tényezőt csak az utóbbi években kezdték feltárni.

A csecsemőhalálozások a nyolcvanas évek végén tapasztalt erősödő társadalmi polarizációja (3., 4., 5. táblázat) újabb bizonyítéka annak, hogy a rendszerváltásnak vesztesei és nyertesei egyaránt vannak. Az utóbbi évek lassan javuló csecsemőhalálozása elsősorban a minden tekintetben jobb helyzetben lévők kedvezőbb morbiditási és mortalitási viszonyaiból fakad. A veszélyeztetett rétegek (szövetkezeti és nagyüzemi parasztsághoz tartozó eltartójú újszülöttek, községekben élő, alacsony iskolai végzettségű anyák gyermekei stb.) csecsemőhalálozása egyre inkább leszakad az átlagtól és az európai normáktól. Ennek hátterében mélyülő társadalmi gondok rejlenek.

1. táblázat

A csecsemőhalálozás alakulása Magyarországon

Év	Csecsemőhalálozás (1000 élveszülöttre számítva) Magyarország
1891	272,0
1911	198,0
1920	192,5
1930	152,5
1938	131,4
1945	170,0
1950	85,7
1955	60,0
1960	47,6
1965	38,8
1970	35,9
1975	32,8
1980	23,2
1981	20,8
1982	20,0
1983	19,0
1984	20,4
1985	20,4
1986	17,0
1988	15,8
1989	15,7

Forrás: Demográfiai Évkönyvek, Bp., KSH.

2. táblázat

A koraszülések és a csecsemőhalálozások kor szerinti szerkezete Európában

Ország	Koraszülési arányszám 1000 élve- születésre	1000 élveszülöttre jut		
		0—6 napos halálozás	7—364 napos halálozás	0—364 napos halálozás
Anglia és Wales	7,1	4,3	5,0	9,3
Ausztria	5,8	5,5	5,6	11,1

Ország	Koraszülési arányszám 1000 élve-születésre	1000 éveszülöttre jut		
		0—6 napos halálozás	7—364 napos halálozás	0—364 napos halálozás
Bulgária	—	5,8	9,6	15,4
Csehszlovákia	4,7	8,5	6,8	15,3
Dánia	6,2	4,5	4,4	7,9
Finnország	4,0	3,5	2,8	6,3
Franciaország	—	3,4	4,9	8,3
Görögország	6,0	7,6	6,5	14,1
Hollandia	—	4,0	4,0	8,0
Jugoszlávia	—	12,2	15,5	27,7
Lengyelország	7,8	10,4	8,0	18,4
Magyarország	9,9	12,8	7,6	20,4
NDK	6,3	5,1	4,9	10,0
NSZK	5,7	3,8	5,1	8,9
Norvégia	4,1	3,9	4,6	8,5
Olaszország	—	7,7	3,9	11,4
Portugália	5,3	10,2	7,6	17,8
Románia	—	5,3	18,1	23,4
Spanyolország	—	5,8	5,3	11,1
Svédország	4,4	3,3	3,4	6,7
Svájc	5,2	3,7	3,2	6,9

Forrás: WHO Statistics Annual, WHO Geneva, 1988. Demographic Yearbook, 1986. UN. O. New York, 1988.

Irodalom

- Bodnár L.: A cigány nők terhességeit és magzataik méhenbelüli fejlődését befolyásoló társadalmi-egészségügyi tényezők Szabolcs-Szatmár megyében. Kandidátusi értekezés, Nyíregyháza, 1982.
- Bognár Z.—Czeizel E.: Az ismert kórokok részesedése a kis súlyú újszülöttek etiológiájában. Orvosképzés, 1971. 231. o.
- Csecsemőhalálozás. Bp. 1971. KSH
- Demográfiai Évkönyvek. Bp., KSH (1965—1989)
- Demographic Yearbook 1986. New York 1988. UNO
- F. Engels: A munkásosztály helyzete Angliában. Bp. 1954. Szikra
- Az úgynevezett cigánykérdés a Szabolcs-Szatmár megyei csecsemőhalandóság tükrében. Orvosi Hetilap, 1961. 1293. o.
- Horváth M. és mtsai: Alacsony születési súlyra és koraszülésre hajlamosító tényezők. Népegészségügy, 1972. 286. o.
- Horváth M.: A kedvezőtlen szocio-ökonómikus helyzet szociálpédiatriai következményei. A cigánykérdés gyermekégségügyi vonatkozásai. Kandidátusi értekezés. Pécs, 1976.
- Horváth M.: Cigánycsecsemők halálozásának sajátosságai Baranya megyében. Demográfia, 1979. 110. o.
- Kiss-Szabó A.—Szathmári E.: A csecsemőkori hirtelen halál megoldatlan kóroki problémái. Gyermekgyógyászat, 1984. 318. o.
- Klinger A.: A halandóság társadalmi foglalkozási különbségei Magyarországon. Demográfia, 1987. 240. o.
- Kóbor J. és mtsai: Terhességek kimenetelének alakulása a veszélyeztetett néprétegeknél. Magyar Nőorvosok Lapja, 1973. 438. o.
- Kóbor J.: A terhesség lefolyását befolyásoló komplex tényezők vizsgálata Baranyában, társadalmi-egészségügyi aspektusból. Kandidátusi értekezés, Pécs, 1975.
- Koraszülöttek adatai. Bp. 1970. KSH.
- Madzsar J.: A meddő Budapest. Bp. 1916.
- Rédei J.: A születések és halálozások a XIX. és XX. században Európában és Magyarországon. Bp. 1960. KJK.
- Schuler D.: A csecsemőhalálozás alakulása és problémái az utóbbi években. Demográfia, 1987. 397. o.
- Schuler D.—Klinger A.: A hazai csecsemőhalandóság és az újszülöttellátás néhány kérdéséről. Orvosi Hetilap, 1981. 67. o.
- Schuler D.—Klinger A.—Kiss E.: A hazai csecsemőhalálozás néhány aktuális kérdése, különös tekintettel az egyes területek eltérő halálozására és dysmaturitásra. Gyermekgyógyászat, 1982. 446. o.
- Simonovits I.: A hazai csecsemőhalálozás alakulásáról, helyzetéről. Népegészségügy, 1972. 133. o.

3. táblázat

Csecsemőhalálozások alakulása az eltartó (a) társadalmi-foglalkozási csoportja szerint (1970-ig), (b) osztály-rétegtagozódása szerint (1975-től)

(1000 megfelelő társadalmi rétegű élveszületésre jutó 1 éven aluli meghalt)

	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1988	1989
(a) Társadalmi-foglalkozási csoport								
(b) Osztály-rétegtagozódási csoport								
(a) Mezőgazdasági fizikai								
(b) Szövetkezeti és nagyüzemi parasztsághoz tartozók	58,4	48,9	39,0	34,6	36,9	26,2	19,1	20,2
(a) Nem mezőgazdasági fizikai								
(b) Munkásosztályhoz tartozók	62,9	49,1	40,6	38,8	34,2	23,9	16,8	16,9
(a) Szellemi								10,5
(b/1) Értelmiségi + vezető	44,6	36,1	31,4	28,4	27,6	18,7	11,7	10,2
(b) Kistermelők								15,9
Összesen	58,8	47,6	38,8	35,9	32,8	23,2	15,8	15,7
Egyenlőtlenség mértéke (Legmagasabb/legacsonyabb)	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,6	2,0

Forrás: Demográfiai Évkönyvek 1965, 1970, 1975, 1980, 1988. Bp., KSH.

- Simonovits I.: A perinatális halálozás egyes tényezőiről. Népegészségügy, 1972. 323. o., 1973. 31. o.
- Simonovits I.—Garancsy L.: Csecsemőhalálozásunk helyzetéről, struktúrájáról. Orvosképzés, 1978. 403. o.
- Szabady E.: A csecsemőhalandóságot befolyásoló társadalmi és biológiai tényezők Magyarországon. Demográfia, 1961. 440. o.
- Szabady E.: Bevezetés a demográfiába. Bp. 1964. KJK.
- Szabady E.: A koraszülöttek arányának időbeli nemzetközi és társadalmi rétegek szerinti összehasonlítása. Demográfia, 1971. 45. o.
- Szabó R.—Rex-Kiss B.: Adatok a csecsemőhalálozás alakulásához az 1956—83. években. Népegészségügy, 1986. 74. o.
- Szabó R. és mtsai: A ráckevei járás cigánylakosságának születési és csecsemőhalálozási adatai 1966—1982. évekből. Népegészségügy, 1984. 23. o.

Szalai J.: Az egészségügy betegségei. Bp. 1986. KJK.

Szombati Zs.: A cigány terhesek életkörülményeinek hatása az élveszületésre és a perinatális mortalitásra. Népegészségügy, 1985. 28. o.

Tóth P. és mtsai: Az intrauterin növekedést befolyásoló tényezők vizsgálata Győr-Sopron megyében. I. Biológiai faktorok. Gyermekgyógyászat, 1979. 205. o.

Tóth P. és mtsai: Az intrauterin növekedést befolyásoló tényezők vizsgálata Győr-Sopron megyében. II. Exogén faktorok. Gyermekgyógyászat, 1979. 214. o.

4. táblázat

Csecsemőhalálozások területi megoszlása születéskori súly szerint 1988-ban

Területi egység	1000 megfelelő súlyú élveszületőre jutó egy éven aluli meghalt Születési súly g-ban			
	—999	1000—1499	1500—1999	2000—2499
Budapest	771,4	225,4	81,5	18,4
Városok	874,4	396,6	110,6	26,7
Községek	874,0	393,5	99,1	25,3
Magyarország	852,3	361,5	100,7	24,8

Forrás: Demográfiai Évkönyv, 1988. Bp., KSH. 1989.

5. táblázat

Csecsemőhalálozások alakulása az anya iskolai végzettsége szerint (1000 megfelelő iskolai végzettségű születésre jutó 1 éven aluli halálozás)

Év	Az anya által végzett osztályok száma				Átlag (^{1/4})	Az egyenlőtlenség mértéke
	—8 (1)	8 (2)	9—12 (3)	13— (4)		
1965	42,5	39,3	31,6	26,9	38,8	1,6
1980	42,0	25,0	18,0	16,2	23,2	2,6
1989	33,0	17,8	12,4	9,2	15,7	3,6

Forrás: Szalai J.: Az egészségügy betegségei. Bp., 1986. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Demográfiai Évkönyv, 1989. Bp., KSH.