

DEMOGRÁFIAI ÁTMENETEK¹ (Valóság, tudomány, politika)

DÁNYI DEZSŐ

Hasznosnak, célszerűnek minősíthető történeti vetületében összefoglalni a demográfiai folyamatok legfőbb jellemzőit, és a demográfia, szociológia, pszichológia, orvostudomány és más tudományok népesedési folyamatokat, magatartást elemző kutatásait, valamint a politika reakcióját a valóság, a tudomány képleteire. A három térrénum kapcsolata tagadhatatlan, a komplexum múltbeli tanulságai jövőnk is meghatározó erővé válhatnak. Az áttekintés során nem feledkezhetünk meg arról, hogy a mi szűkebb világunk – a fejlett országok térrénuma – a demográfiai problematikának csak egyik vetületét hordozza. A fejlődő világban a részletezésre kerülő három térrénum – a demográfiai folyamatok, a demográfiai kutatás és a népeséggpolitika – merőben különböző jegeket, törekvéseket jelenít meg.

A demográfiai átmenet elmélete

A demográfiai átmenet elmélet csirái már az 1930-as években jelentkeztek. Részletesebb megfogalmazása, elfogadása és általános demográfiai elméletként való érvényesülése a második világháború végén és az azt követő években alakult ki. Az elmélet a fejlett világ népesedési folyamatainak magyarázására vállalkozott, kiemelte azokat a tényezőket, amelyeket meghatározó, döntő fontosságúnak minősített. Az európai-nyugati világ országaiban a 19. században tapasztalható termékenység és halandóság csökkenését az industrializációval, a gazdasági, technikai fejlődéssel, az urbanizációval, a modernizációval magyarázta. Azaz egy olyan népesedési korszak képét vetítették fel, amelyben egy viszonylag szerény természetes szaporulatot – a korábbinál sokkal kisebb kockázattal – érhattünk el. Megnyugtatónkra tételként fogalmazták meg, hogy a fertilitás és mortalitás folyamatos csökkenése egy bizonyos fázisban megszűnik és legfeljebb – hosszabb-rövidebb ideig – a zero természetes szaporulat szintjén ingadozhat. (A modern homeostázis.) A nyugtalan demográfusok, szociológusok

¹ A Népesedéspolitikai ad-hoc Munkabizottság számára készített tanulmány.

sok, pszichiáterek és más tudományok kutatói azonban csakhamar kétségbe vonták az átmenet elmélet magyarázó tényezőit és tételeinek statisztikai megalapozottságát. Pontosabban fogalmazva azt bizonyították, hogy az elmélet faktorain kívül más viszonylatok, egyéb relációk is részt vettek a demográfiai magatartás átalakulásában.

Többek között dokumentálták, hogy például Angliában már az ipari forradalom előtt is csökkent a halandóság, Franciaországban pedig a női termékenység (*Petersen 1979, Aries 1971, Livi-Bacci 1968, 1977, Knodel 1974, Van de Walle 1978*). Az is kitűnt, hogy a gazdasági fejlettség (például a GDP egy főre eső nagyságrendje) és a demográfiai folyamatok között nincsen szigorú kauzális kapcsolat. Rámutattak arra is, hogy az országok nem kezelhetők egységként, mert különböző demográfiai képletek jellemzik az országok régióit.

A társadalmi rétegek is eltérő demográfiai átmeneteket formáltak ki. Megjegyzendő, hogy Magyarország több tekintetben is a demográfiai átmenet elmélet ellenpéldái közé sorolható. A magyarországi klasszikus demográfiai átmenet regionális különbségeit már a princetoni indexek is jelezték. Szabolcs-Szatmár megyében a nuptialitás és a fertilitás 1880 és 1910 között másként alakult, mint Dél-Dunántúlon vagy Dél-Tiszántúlon (*Demény 1968, Coale (ed) 1976, Dányi 1978*). Az átmenet tényezőit kutató, napjainkban publikált több változós econometria elemzés pedig azt érzékelteti, hogy a termékenység csökkenését elsősorban a társadalmi rétegek anyagi helyzetének különbsége, változása idézte elő, nem az iparosítás, az urbanizáció, modernizálódás, és a vallási, etnikai, műveltségi differenciák is fontos, ugyan alig megragadható szerepet játszottak. Az econometria modell az elemzett faktorok bonyolult kölcsönhatására is felhívja figyelmünket (*Lengyel Cook – Repetto 1980*). Kiemelhető tehát, hogy mennél rosszabb volt valamely társadalmi réteg anyagi helyzete, annál nagyobb volt a termékenysége és mennél gyorsabban javult, annál gyorsabban csökkent termékenysége.

Mindez odavezetett, hogy századunk hatvanas, hetvenes éveiben a tudomány már általánosan kétségbe vonta az átmenet elmélet tételeit. *Coale (1979), Demény (1989)* és mások is megállapították, hogy csak a demográfiai folyamatok – a fertilitás és mortalitás – csökkenése bizonyos. Az elmélet deklarált tényezői, faktorai azonban sorra megcáfolhatók és általános hatóerejük valószínűtlen.

A demográfiai átmenet korszakát megelőző praetransziciós időszakról is kitűnt, hogy a fertilitás, mortalitás és nuptialitás nem csak a háborúk, krízisek, pandémiák idején módosult, hanem a válságmentes periódusokban is, például a mezőgazdasági terméseredmények hatására. A nyolcvanas évek második felében a tudomány már egyértelműen megállapította, hogy a demográfiai átmenet elmélet a valóságos népesedési folyamatok megváltozása miatt revideálásra szorul és a – gazdasági és nem gazdasági oklángolatok hatására kialakult – negatív prokreációs időszakot, a demográfiai átmenet második korszakának kell

elnevezni. Idézzük *Van de Kaa* 1980-as évek végén publikált megállapításait: „1985-re a termékenységi arányszámok Európában az egy nőre jutó 2,1 utánpótlási szint alá zuhantak mindenütt, Albánia, Írország, Málta, Lengyelország és Törökország kivételével, tartósan csökkenő trendet követve 1965-től. emögött pedig a normák drámai eltolódása húzódik meg... nem valószínű, hogy visszaállíthatnánk az utánpótlási szintet, sőt Európa nagy részében elkerülhetetlennek látszik a népesség csökkenése.” „Egy előre nem várt alapvető és confusus demográfiai változás következett be századunk hatvanas éveinek közepén, amit a második demográfiai átmenetnek nevezhetünk” (*Van de Kaa* 1987, 1989).

Az elnevezést többen vitatták és az átmenet elmélet meghirdette oklancolat problematikusságát hangoztatva egy más elnevezés, a krízis korszak használatát javasolták. Ez az elnevezés egyszersmind azt is hangsúlyozni kívánja, hogy egy merőben más, postindustriális társadalom demográfiai képleteit új kifejezéssel kell tudatosítani. Nemcsak a negatív prokreáció, a nuptialitás, a család szerepének, funkciójának átalakulása, az öregedés felerősödése váltotta ki ennek az új korszaknévnek a propagálását, hanem annak felismerése is, hogy ez az új, merőben más demográfiai regime már a közeljövőben is súlyos anyagi gondokat idézhet elő az államok gazdálkodásában, amint ezt az előreszámítások, becslések jelzik (*Hablicsek – Monigl – Vukovich* 1984). Megemlítjük, hogy *Andorka Rudolf* sem kötelezte el magát a demográfiai korszakok különböző jelzőit illetően. 1988-ban így töprengett: „Mi már túl vagyunk azon a szakaszon, amit a demográfiai átmenet időszakának szoktak nevezni és semmilyen támpontunk nincs arra vonatkozóan, hogy a jövőben – átmenetileg – hogyan fognak alakulni demográfiai tendenciáink.”

A fejlett, nyugati világ demográfiai gondjait vázolva nem feledkezhetünk meg arról, hogy a világ népesedési problémáinak kisebbik segmensével foglalkozunk. A fejlődő országokban ugyanis éppen ellenkezőleg a termékenység csökkenését szorgalmazzuk, nem kis anyagi erőfeszítéssel propagáljuk az ehhez vezető módszereket, termékeket. Természetesen a halandóság csökkenését is elő akarjuk idézni. A népesedéspolitikának tehát a világban két arculata van. Ennek ellentmondásai olykor igen élesen kiütköznek a nemzetközi népesedési, szociálpolitikai rendezvényeken, konferenciákon (lásd Kairó, Mexikó).

Politikai akciók, válaszok

Hogyan reagált a politika a valóságos demográfiai folyamatokra az átmenet elmélet prezentálása, propagálása előtti korszakban? Nem maradt passzív. Ha átfogó népesedéspolitikai programokat általában nem is kreált, a termékenység hanyatlását, olykor válságos csökkenését igyekezett temperálni, vagy legalább aggodalmaskodva helytelenítette.

Példaképpen: a hazai demográfusok is az individualizmus és az önzés előretörését és a moralitás háttérbe szorulását jelölték meg az alacsony és csökkenő hazai termékenység okaként. Olykor politikai, hadi megfontolásokból indítva 18. századi populationista elveket hirdettek meg, mondván mennél nagyobb az ország népessége, annál nagyobb politikai, gazdasági súlya, fejlődésének perspektívája (lásd Franciaország). Azt is felismerte a politika, hogy az orvostudomány, biológia eredményeit fel kell használni, és elrendelte a kötelező oltásokat. A higiénia elemi szabályainak érvényesítésére, megszervezésére törekedtek. Olyan egészségügyi, oktatási, szociálpolitikai rendelkezések láttak tehát napvilágot, amelyek demográfiai következményére bizonyosan számítottak. Megnövelték például az orvosképzés kereteit, kiépítették az orvosi ellátás területi hálózatát, a magánbiztosító és nyugdíjintézetek feladatkörét az állami intézmények vették át, a szülő anyákat és csecsemőiket nevelő asszonyokat kezdték anyagiilag is támogatni, terheiket enyhíteni. A társadalmi mozgalmak aggodalommal figyelték a harmincas évek prokreációs mutatóit. A svéd, a belga, a finn és az angol közvélemény is népesedéspolitikai intézkedések meghozatalát tartotta szükségesnek, a francia pronatalizmuson kívül. Már 1934-ben felmerül a népesedési krízis víziója és konstatálják a család, mint alapvető társadalmi intézmény válságát is. Parlamenti bizottságokat szerveznek és Nyugat-Európában több országban érvénybe lép a családi pótlék, az anyasági-gyermeknevelési segély, lakbértámogatás rendszere. A népesedési, családpolitikai célzatú jogszabályok feltételrendszere, a támogatás nagyságrendje igen eltérő és időnként módosul. Megcélozzák a növekvő női munkaerő-vállalás terheinek enyhítését is, nem tagadva az erre vonatkozó jogszabályok demográfiai célzatát.

Konstatáljuk: a demográfiai átmenet elmélete még nem fogalmazódott meg, azonban a fertilitás és a mortalitás csökkenése, olykor válságos viszonya nyugtalanítja a politikát és a közvéleményt. Nem utolsó sorban azért is, mert a népesedéspolitikai célzatú, tartalmú állami intézkedések – Franciaországot kivéve – alig javították meg a demográfiai folyamatokat. A második világháború éveiben ugyan némileg emelkedett a termékenység, majd elkövetkezett a „baby boom” korszak (Magyarországon nem), de nyilvánvaló volt, hogy ez a pozitív folyamat igen rövid, periódus jellegű. Angliában a háborút követően meghirdetik a „jóléti állam” ideálját. Ez a győztesek optimizmusa, de kompromisszum is a valósággal. Hangsúlyozzák ugyanis a szociálpolitikai támogatások szükségességét, amelyeknek népesedés-, család-politikai célzatát aláhúzzák. Ne feledjük: a leírt népesedési folyamatok, a népesedéspolitika vázolt történelmi folyamatában lát napvilágot a demográfiai átmenet elmélete a háborút követő első években.

Hogyan reagált a demográfiai átmenet második korszakában és az azt követő időszakban a politika a valóságos demográfiai folyamatokra és a tudomány állásfoglalásaira, amelyekből egyértelműen az tűnt ki, hogy a populáció

demográfiai magatartása igen bonyolult, olykor alig megragadható tényezők komplexuma?

Óvatosabbá vált. Ezt a magatartását az is jelzi, hogy általában elkerüli a népesedéspolitika szó használatát, amint azt a nemzetközi népesedési szakmai konferenciák is megállapították. Egyre gyakoribbá válik a család-, a szociálpolitikai programok meghirdetése, kialakítása. A fejlett világban olyan multidimenzionális szociálpolitikai intézkedések látnak napvilágot, amelyek egyszersmind népesedéspolitikai célzatúak és a családi rendszer, a családok támogatását szorgalmazzák. Országonként igen különböznek, változékonyak és a mindennapi élet igen sokrétű megkönnyítését célozzák. Korunk család-, szociálpolitikája temperált. A tudományos kutatás nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a jelentős – gyors – gyökeres demográfiai változtatások valószínűségét megkérdőjelezze. Az is kiemелendő, hogy éppen a tudományos kutatás eredményeit mérlegelve nemcsak anyagi eszközöket alkalmaznak szociálpolitikai-népesedéspolitikai programjaik sikere érdekében. A demográfiai viselkedés, szemlélet módosítása megköveteli a világnézet, a morális nevelés, a magatartás és a viselkedés befolyásolását is. Nem kétséges már, hogy az állam ezt önmagában, a társadalmi szervezetek, mozgalmak, egyházak kooperációja nélkül nem érheti el.

A fentebb leírtakból remélhetőleg kitűnik, hogy korunk család-szociálpolitikai komplexumában integrálódik a családok, egyének anyagi állapotának javítása, a morális viselkedési normák átalakítása, mindez az állam gazdasági, anyagi állapotának, szintjének határai között és a társadalom aktivizálódásával egyesítve.

Házasságkötés – válás – együttélés: metamorfózis

A második demográfiai átmenet korszakának kezdetét, többek között az is jelezte, hogy véget ért a „házasság aranykora”. „A társadalom már nem tartotta különösnek, rendkívülinek a válás tényét, az egyszülős családanyákat, a „papír nélküli” házaspárokat. Megszaporodott számukat a házasságkötés gyakoriságának apadása kísérte, és a házasságkötési életkor kitolódása, valamint a házasságon kívüli születések elterjedése.

Ezt a folyamatot a család hagyományos szerepének, funkciójának, társadalmi jelentőségének átalakulása váltotta ki, illetve a család intézménye akarva-akaratlanul az előbb felsorolt folyamatok befolyása alá került.

A szakmai irodalom ezt az átalakulást az alábbi módon foglalja össze:

- a) eltolódott a házasságkötés családalapító, családszervező szerepe az együttélés felé;
- b) a családban korábban központi szerepet betöltő gyermek háttérbe szorult, a felnőtt párral szemben;

- c) a fogamzásgátlás bizonytalan eredményességének minimalizálódása a párok önmegvalósításának, individuális céljainak eszközévé vált;
- d) a családon belüli generációs magatartási, viselkedési, kapcsolati normákat külső, sokszor anyagi érdekektől vezérelt, propagált, üzleti célzatú, olykor negatív tartalmú élet-minták váltották fel.

Így például Svédországban 1965 és 1970 között közel felére csökkent a potenciális házasságot köthető populációban a ténylegesen házasságot kötő férfiak és nők száma. Dél-Európában is a hetvenes években indult meg a házasságkötések arányának apadása. Közép-Kelet-Európában pedig 1975–1985-ben, elsősorban az NDK-ban és Magyarországon.

A politika, a népesedéspolitikai viszonylag passzív magatartást tanúsított az előzőekben vázolt folyamattal kapcsolatban. Tudomásul véve a családdal kapcsolatos szemlélet és magatartás változását nem szigorította, sőt fellazította a válás feltételeit, és az együttélők szociális megsegítését is engedélyezte. A házasság demográfiai, reprodukciós szerepe, funkciója tehát megváltozott. Már nem biztosítéka a fertilitás szinten tartásának, mint a praetransíciós korszakban, már alig szabályozza a fertilitás hullámozását.

A termékenység tényezői: komplexitás

A demográfiai átmenetelmélet általános elfogadásának időszakában – a II. világháborút követő évtizedekben – igen tanulságos tudományos, módszertani kutatás kísérelte meg a termékenységet meghatározó tényezők analizálását.

Kezdetben a fertilitás szintjét és módosulását csak gazdasági faktorokkal magyarázták. A valóság azonban kikényszerítette a nem-ökonómiai relációk modellizálását is. 1960-ban még azt feltételezték, hogy az elérni kívánt gyermekszámot a fogyasztási vagy a tartós fogyasztási javak keresletének mintájára magyarázhatják, felírva a matematikai egyenletrendszereket. (*Becker* 1960, *Easterlin* 1969, 1985, *Schultz* 1980). Többen hangsúlyozták azonban, hogy a gyermek „sajátos jószág”, világra jöttével összefüggő döntések nem csak racionális elemek mérlege, tehát a klasszikus ökonómiai keresleti függvényeket módosítani kell (*Leibenstein* 1974). Századunk utolsó évtizedében a tudományos kutatás már egyértelműen és egybehangzóan igen bonyolult, anyagi és nem anyagi faktorok kölcsönös egymásra hatásával magyarázta a termékenység szintjét és módosulását. „Számptalan tényezőt – gazdasági, kulturális, vallási, demográfiai – minősítettek a termékenység determinánsaként. Ezek közé sorolták az oktatást, a mortalitást, az iparosítást, az urbanizációt, a jövedelmek szintjét és struktúráját, a nők helyzetét, a munkaerő szerkezetét, a vallási és az etnikai hovatartozást, a család struktúráját, az öregkor biztonságosságát, a gyermekek költségeit, ellátását” (*Bongaarts – Mauldin – Philips* 1990). Hangsúlyozták azonban azt is, hogy ezek a tényezők, változók úgyszólván eseten-

ként eltérő nagyságrendűek, erejűek. Azt is bevallották, hogy igen problematikus a társadalmi presztízs (social pressures) és a vallási szemlélet, – meggyőződés, a politikai és gazdasági jövőkép, a propagált életminták, életstílus (life style) termékenységet meghatározó erejét, kvantitatív megragadni.

Alig kétséges, hogy ha a politika, társadalompolitika regisztrálja a valóságot elemző tudományos kutatás intenzív – ellentmondásoktól ugyan nem mentes – vitáját, akkor óvatosságra kényszerül.

Félreértések elkerülése érdekében egy gondolatot kell idéznünk. „Minden fejlett országban szükségszerűen létezik a népességgel összefüggő politika” – még akkor is, ha elnevezése, címkéje nem hordozza a populáció kifejezését, vagy ha eredményei alig mérhetőek, vagy éppen átmeneti jellegűek (*Vukovich* 1993).

Közép-Kelet-Európa demográfiai átmenetei

Már *Coale* tanulmánya figyelmeztetett a cári Oroszország sajátos, Nyugat-Európától különböző demográfiai folyamataira, midőn elemezte Európa demográfiai átmeneti korszakának mutatóit (*Coale* 1973). Lengyelország, Csehszlovákia és Magyarország régiója is elkülönült a nyugat-európai demográfiai átmenet sajátosságaitól. A korabeli szovjet ideológia *Lenint* idézve – a család nagyságrendjét, az egyének, közösségek szabad döntése határozza meg – az átmenet demográfiai jegyeit a szocialista rendszer „magasabbrendűségként” deklarálta (*Berent* 1970).

A második világháború után azonban Közép-Kelet-Európában az átmenetre jellemző népességi mutatók általános csökkenése, olykor – rövid távon – némi lanygulása, sőt emelkedése formálódott ki. Az 1960-as években Közép-Kelet-Európa megérkezett a demográfiai átmenet második korszakába – a nettó reprodukciós együtthatók ugyanis az egy érték alá süllyedtek (*Berent* 1970). Az 1970-es években pedig már Közép-Kelet-Európa volt a földkerekség legalacsonyabb nettó reprodukciós mutatókat produkáló régiója (U. N. 1976).

Ismét ideológiai tartalmú, célzatú demográfiai magyarázatok láttak napvilágot. „Az optimális népességnövekedés” elvével kívánták semlegesíteni a keletlen valóságot. A politika azonban elégedetlen volt a demográfiai folyamatokkal, és pronatalista intézkedéseket léptetett életbe, megszigorítva az abortuszengedélyeket, elrendelve a gyermeknevelő családok támogatását, lakásépítési költségeinek enyhítését stb. (*Volkov – Darsko – Kvasha* 1970).

A kelet-európai országok követték a szovjet példát (Románia 1966-ban, Bulgária 1967-ben, Magyarország 1966-ban és 1971-ben, Csehszlovákia 1968-ban, NDK 1966-ban). A nyugat-európai demográfiai szakirodalom kiemelt figyelemmel elemezte a közép-kelet-európai népesedéspolitikai intézkedések tartalmát és realizálódását. (*Tietze* 1974, *Frejka* 1980, *Myers* 1970). Közép-

Kelet-Európa tehát a demográfiai átmenet második korszakában a nyugati világhoz hasonló népesedési szituációba került. A prokreáció negatívvá vált. Az ideológia igyekezett a népesedési problémát némiképp temperálni, a politika pedig gazdasági intézkedésekkel kísérelte meg enyhíteni a demográfiai válságot. Áttörés, lényegbe vágó fordulat nem következett be, legfeljebb átmeneti, rövidtávú javulás mutatkozott. Közép-Kelet-Európában – ideértve a Szovjetunió európai területét is – a 90-es évek első felében a bekövetkezett politikai és gazdasági változásokhoz példátlan termelésesökkenés társult, a társadalom széles rétegei rendültek meg anyagilag, szociálisan, pszichológiailag és a jövő képe is megzavarodott. Szinte magától értetődő, hogy mindehhez kivételes nagyságrendű, negatív tartalmú, irányzatú népesedési folyamatok társultak.

Napjaink demográfiai elemzéseiben egyre többször és egyre hangsúlyozottabban fogalmazódik meg, hogy Közép-Kelet-Európa a „demográfiai krízis” korszakába került. Természetesen regisztrálják a régió belüli országok demográfiai különbségeit, az időbeli varianciákat, a demográfiai jellemzők trendjeit és várható jövődjét is (*Cornia – Paniccica* 1996).

Matematikai modellek ugyancsak igazolják, hogy nem csak az anyagi faktorok, hanem szociális, pszichológiai tendenciák is magyarázzák a közép-kelet-európai demográfiai krízist. *Livi-Bacci* pedig kiemelten hangsúlyozza, hogy ez a krízis semmiképpen sem illeszthető az átmenet elméletbe. Az átmenet elmélete szerint ugyanis a demográfiai krízis a pretransitiós korszak jellemzője, a háborúk, a pándémiák velejárója (*Livi-Bacci* 1993).

A nyugati szakirodalom saját kutatásaira hivatkozva egyre erőteljesebben hangsúlyozza, hogy Közép-Kelet-Európában a demográfiai krízist pszichoszociális stressz faktorok is előidézték. Többek között a családok instabillá válása, a morális szemlélet metamorfózisa, a jövő képének kuszáltsága, a profit sugallta életmód-életvitel érvényesülése, a múltban átélt anyagi és pszichológiai válságok napjainkig áthúzódó morbiditási tünetei stb.

A Közép-Kelet-Európát elárasztó demográfiai krízis a politikai, gazdasági, szociális és pszichológiai faktorok bonyolult komplexumának terméke (*Whelan* et al. 1991). Tizenhárom közép-kelet-európai ország legfőbb nuptialitási, fertilitási és mortalitási mutatóit, változásukat és feltehetően előidéző faktoraikat kíséreljük meg összefoglalni 1994. évig bezáróan. Bemutatjuk tehát a volt Szovjet Blokk háromnegyed részét jellemző demográfiai változásokat. (*Frejka* 1980, *Myers* 1970, *Livi-Bacci* 1993, *Berent* 1970, U. N. 1976, *Whelan – Hannan – Creighton* 1991, *Cornia – Paniccica* 1996, *Volkov – Darsko – Kvasha* 1970, *Tietze* 1974, *Coale* 1973)

Nuptialitás

Közép-Kelet-Európában az 1950-es és az 1960-as években növekedett a házasságkötések nyers arányszámának mutatója. Románia kivételével pedig a nőtlen, hajadon és özvegy házasságkötési korú népesség 90%-a kötött házasságot. A következő két évtizedben a nyers házasságkötések arányának mutatója jelentősen csökkent. Hasonló módon hanyatlott az első házasságkötések arányának mutatója is. Észtország és Lettország kivételével az előzőekben vázolt folyamat nem járt együtt az együttélések számának Nyugat-Európában már kialakult növekedésével. Megállapítható tehát, hogy Közép-Kelet-Európát 1970 és 1989 között a tradicionális, de csökkenő tendenciájú nuptialitás jellemezte. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy az országok kormányai nem enyhítették az együttélők lakásépítési, lakásszerzési gondjait, gyermekfenntartási költségeit stb. 1989 és 1994 között alapvetően módosult a közép-kelet-európai nuptialitás. Minden országban csökkent a házasságkötések nyers arányszáma, Romániában felével, Bulgáriában, Lettországban és Litvániában egyharmadával.

Az alábbi számszerű összefoglalás szerint az első házasságkötések átlagkora is megemelkedett és a korszpecifikus házasságkötési arányszámok rendre megkisebbedtek. Ez a régió napjainkban már alig hasonlít a Hajnal által elhatárolt régióra.

*A nyers házasságkötési arányszám változása százalékban,
1970–1989, 1989–1994
Percental changes of crude marriage rates,
1970–1989, 1989–1994*

Ország	1970–1989	1989–1994
Fehéroroszország	3,2	-24,0
Észtország	-11,4	-39,2
Lettország	-9,8	-50,9
Litvánia	-2,1	-32,3
Moldova	-2,1	-15,2
Oroszország	-6,8	-22,5
Ukrajna	-3,1	-18,9
Bulgária	-17,1	-36,9
Cseh Köztársaság	-14,8	-27,3
Lengyelország	-20,6	-19,8
Románia	6,9	-13,0
Szlovák Köztársaság	–	-23,4

*Az átlagos házasságkötési kor változása százalékban,
1970, 1989, 1994*
*Percental changes of the average age at contracting marriage,
1970, 1989, 1994*

Ország	1970	1989	1994
Fehéroroszország	–	22,3	21,7
Észtország	24,8	23,0	–
Lettország	–	22,2	22,5
Litvánia	–	–	22,5
Moldova	–	22,3	–
Oroszország	–	22,9	22,4
Ukrajna	–	21,5	–
Bulgária	21,7	21,9	22,3
Csehország	20,7	20,9	–
Lengyelország	21,9	21,8	21,7
Románia	21,5	22,1	22,4
Szlovák Köztársaság	–	22,9	21,3
Magyarország	21,1	21,4	22,0

A korszpecifikus házasságkötési arányszám százalékos változása, 1989–1993
Percental changes of the age-specific marriage rates, 1989–1993

Ország	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49
Észtország	-45,7	-47,3	-30,0	-29,4	-26,8	-13,1
Litvánia	2,0	-32,0	-32,8	-36,5	-39,5	-37,2
Oroszország	0,2	-18,2	-19,4	-22,4	-27,0	-25,0
Bulgária	-58,7	-46,7	-24,6	-26,5	-27,5	-30,3
Lengyelország	-35,0	-20,5	-12,0	-12,0	-4,0	-35,4
Románia	-35,0	-7,1	-3,3	-14,7	-16,0	-56,4
Magyarország	-34,7	-27,7	-17,3	-21,5	-30,4	-37,2

Termékenység

Közép-Kelet-Európa országaiban az 1960-as évek közepén a teljes termékenység (TFR) mutatója Nyugat-Európához hasonlóan 2,2–2,4 értékre csökkent. A következő két évtizedben Nyugat- és Kelet-Európában is folytatódott a termékenység hanyatlása, a kelet-európai pronatalista intézkedések ellenére. (Lásd többek között a magyarországi intézkedéseket.) Az 1980-as évek második felében a korábbi szovjet államokban, Romániában és Lengyelországban enyhén javult a teljes termékenység, 1989 és 1994 között azonban felgyorsult a TFR csökkenése.

A teljes termékenység értékének százalékos változása, 1970–1989, 1989–1994
Percental changes in the value of completed fertility, 1970–1989, 1989–1994

Ország	1970–1989	1989–1994
Fehéroroszország	-12,9	-25,6
Észtország	2,3	-37,7
Lettország	2,0	-32,2
Litvánia	-17,5	-22,2
Moldova	-3,1	-16,0
Oroszország	2,0	-29,4
Ukrajna	-8,1	-21,9
Bulgária	-12,8	-27,8
Cseh Köztársaság	-9,5	-8,5
Lengyelország	-5,5	-13,5
Románia	-33,5	-26,5
Szlovák Köztársaság	–	-20,2
Magyarország	-9,6	-7,3

Kiemelendő, hogy 1989 és 1994 között Magyarországon és Lengyelországban csökkent legkisebb mértékben a teljes termékenység. A volt szovjet államokban és a Balkánon azonban igen erőteljes volt a fertilitás hanyatlása.

Ha a korszpecifikus születési arányszámok változását taglaljuk, akkor meglepődéssel állapíthatjuk meg, hogy a nők idősebb korcsoportjaiban hanyatlott leg-erőteljesebben a születések aránya. Az alábbiak szerint Magyarországot és Lengyelországot kivéve mintegy 40–57%-kal.

A korszpecifikus születési arányszámok százalékos változása, 1989–1993/1994
Percental changes of age-specific birth rates, 1989–1993/1994

	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49
	korcsoport					
Észtország	-10,6	-35,1	-35,6	-43,6	-42,5	-43,1
Litvánia	1,0	-20,5	-18,9	-23,2	-13,1	-16,7
Oroszország	-8,8	-26,5	-37,0	-45,8	-48,2	-48,0
Lengyelország	-12,6	-17,9	-8,7	-3,7	0,4	-4,8
Románia	-20,7	-26,3	-37,1	-51,9	-57,0	-54,9
Magyarország	-13,9	-16,3	-2,7	2,6	-1,8	10,0

A következőkben részletezve a termékenység csökkenés vélhető okait, kitérésként idézzük a szovjet nők véleményét gyermekszüléseik korlátozásának háttéréről. Az 1992. évi oroszországi adatfelvétel szerint a megkérdezett asszonyok háromnegyed része anyagi helyzetét, kicsi jövedelmét, fele pedig szűkös lakásviszonyait jelölte meg szülési akadályként. Mindössze egy százalék hivatkozott oktatási, foglalkozási-szakmai akadályokra, karrierjének biztosítására.

Zárójelben megjegyezzük, hogy az előző összefoglalás szerint az is feltételezhető, hogy a szovjet országok 1989–1994-ben jutottak el az idősebb női korcsoportok termékenységeinek erőteljes csökkenéséhez, míg Lengyelország, Magyarország ezt a gyakorlatot már korábban kialakította.

A magyar demográfusok is úgy vélték, már 1965-ben, hogy a szocialista Közép-Európában az iparosítás, a termelőszövetkezetek elterjedése, a városba vándorlás, a nők egyre fokozódó munkavállalása idézte elő a termékenység csökkenését (*Szabady – Tekse* 1965).

A Szovjetunióra kiterjedő későbbi elemzések is a felsorolt okokat jelölték meg a termékenységcsökkenés előidézőjeként (*Vichniewski* 1983).

Mortalitás, a középkorú férfiak halandósága

Közép-Kelet-Európa demográfiai krízisének legnyilvánvalóbb és Nyugat-Európától különböző jegye a középkorú férfiak halandóságának fokozódó növekedése. Ez a múltat és a jelent hordozó igen bonyolult folyamat a jövő gazdasági, szociális terepén is számba veendő. A nyugdíjrendszer, a fekvő- és járóbeteg-ellátás, a generációk közötti kapcsolatok jövőjét ez a mortalitási folyamat jelentős módon és mértékben fogja determinálni.

A nyers halálozási arányszám szerint mért mortalitás Közép-Kelet-Európa országaiban 1970–1989 és 1989–1994 között rendkívüli mértékben emelkedett, kivéve a Cseh és a Szlovák Köztársaságot. A sorrendben Magyarország viszonylag kedvező pozíciót foglalt el, de a szovjet államok mortalitása igen erőteljesen megromlott (*Szabady – Tekse* 1965, *Vichniewski* 1983).

A nyers halálozási arányszám változása százalékban, 1970–1989, 1989–1994 *Percental changes of crude death rates, 1970–1989, 1989–1994*

Ország	1970–1989	1989–1994
Fehéroroszország	32,9	24,8
Észtország	5,7	25,3
Lettország	8,4	34,4
Litvánia	15,7	21,4
Moldova	24,5	32,1
Oroszország	23,0	45,8
Ukrajna	32,5	26,1
Bulgária	32,3	10,5
Cseh Köztársaság	-2,4	-7,5
Lengyelország	22,4	-0,4
Románia	12,4	9,5
Szlovák Köztársaság	–	-6,0
Magyarország	17,9	5,3

A halandóság pontosabb, érzékenyebb mutatója, a születéskor várható átlagos élettartam is jelzi ezt a folyamatot. Míg 1950 és 1960 között Közép-Kelet-Európa országaiban átlagosan 8 (férfi), 9 (nő) évvel nőtt a születéskor várható átlagos élettartam, az 1960-as évek közepe és 1980 között egy évvel csökkent, Magyarországon kettő, a Szovjetunióban három évvel. A demográfiai krízist és Közép-Kelet-Európa Nyugattól eltérő demográfiai állapotát a középkorú férfiak halandóságának erőteljes növekedése bizonyítja (Andreev 1995, UNICEF 1993). A középkorú férfiak korszpecifikus halálozási arányszáma a Cseh és a Szlovák Köztársaság kivételével minden országban erőteljesen megnőtt.

*A középkorú férfiak korszpecifikus halálozási arányszámának
százalékos változása, 1970–1989, 1989–1994*
*Percental changes of age-specific death rates of men at their medial age,
1970–1989, 1989–1994*

Ország	35–39		40–44		45–49		50–54	
	1970– 1989	1989– 1994	1970– 1989	1989– 1994	1970– 1989	1989– 1994	1970– 1989	1989– 1994
Fehéroroszország	–	10,0	–	4,1	–	-0,7	–	–
Észtország	–	28,4	–	22,5	–	25,0	–	-30,8
Lettország	–	–	–	–	–	–	–	–
Litvánia	–	30,3	–	45,5	–	36,6	–	44,0
Moldova	–	–	–	–	–	–	–	–
Oroszország	-20,2	80,4	-12,2	118,7	2,4	41,2	1,5	51,4
Ukrajna	–	27,8	–	27,3	–	16,6	–	–
Bulgária	–	19,4	–	15,0	–	15,9	–	16,7
Csehország	-17,3	6,8	-2,4	7,8	-0,4	0,4	-1,2	-1,5
Lengyelország	19,4	-2,7	30,2	1,8	45,2	-6,7	51,6	-2,9
Románia	30,8	18,8	31,6	30,4	49,1	18,7	32,6	26,1
Szlovák								
Köztársaság	–	3,3	–	-2,1	–	0,2	–	–
Magyarország	58,6	29,3	58,1	34,3	79,0	16,8	78,5	18,0

A születéskor várható élettartam Közép-Kelet-Európában – igen jellemzően – a következőképpen alakult:

Fehéroroszország	68,61
Litvánia	70,62
Lettország	68,80
Moldova	66,72
Ukrajna	67,08
Oroszország	65,92
Cseh Köztársaság	74,03
Szlovák Köztársaság	72,34
Lengyelország	72,30
Bulgária	70,84
Románia	68,85
Magyarország	70,60

A nyugat-európai 75–79 életév viszonylatában a volt szovjet államok 66–69 életévet értek el – kivétel Litvánia (70,62). A közép-európai országok 71–74 életévet, de kivétel Románia (68,85).

Kiemelendő, hogy a halandóság romlása hazánkban túlnyomórészt az 1970. és 1993. évek közötti időszakban következett be, tehát nem a fordulat utáni korszakban. Az is hangsúlyozandó, hogy európai viszonylatban a hazai mortalitás szintje magasabb, mint gazdasági fejlettségünk egy főre számított GDP mutatója, arra figyelmeztetve, hogy a mortalitás nagyságrendjét nem csak anyagi, hanem egyéb szociális, pszichológiai faktorok is megszabják.

A születéskor várható átlagos élettartam, a középkorú férfiak életben maradásának csökkenő valószínűsége és az alább részletezett halálokok súlyának igen szomorú dinamikája megerősíti, hogy Magyarország „a krónikus epidemiológiai krízis” korát éli (Józan 1996).

- 1970–1993 közötti években a halálozások felét a keringési rendszer megbetegedései idézték elő, ez alatt az időszak alatt számuk 15%-kal nőtt.
- Daganatok okozták a halálozások egynegyedét, és ez a halálokok 31%-kal növekedett.
- Az emésztőrendszer betegségei a halálozások 7%-át tették ki, és számuk két évtized alatt 110%-kal emelkedett.
- A halálokok 4%-a a légzőrendszer megbetegedésére vezethető vissza. Kissé részletesebben: a magyarországi tüdőrák halálozása a tárgyalt időszakban több mint kétszeresére növekedett és a világon a legnagyobb arányú; a májrák halálozása (alkohol) ötszörösére szaporodott és ebben a tekintetben a világon a második pozíciót foglaljuk el; a női emlőrák halandósága ugyancsak felével nőtt és ebben a tekintetben is igen hátrányos helyzetbe sorolódunk. Végül megemlítjük, hogy a cardio-vasculáris okokra visszavezethető halálozások aránya csak a volt szovjet országokban nagyobb, mint Magyarországon.

Joggal kutathatjuk, hogy egyes halálokok redukciója mekkora változást idézne elő a magyar mortalitás nagyságrendjének javítása terén (Valkovics 1995).

Ez a nagyon rövid vázlat is azt sugallja, hogy az eljövendő egészségügyi politikának a betegellátás és gyógyítás szervezése anyagi biztosítása mellett gondoskodnia kell az egészségügyi nevelés, felvilágosítás, betegségmegelőzés szakmai és társadalmi nagyobb hatékonyságú reformjáról.

Az előzőekben vázolt közép-kelet-európai demográfiai folyamatok és a népesedési krízis tagadhatatlan jelei – amint már hangsúlyoztuk – kettős eredetűek. Egyrészt a térség gazdasági válságára, másrészt a szociálpszichológiai stressz jelenségeire vezethetők vissza. Az utóbbi faktorok egységes tartalmú,

kvantitatív jellemzőit nem sikerült megtalálnunk, alig valószínű, hogy egyáltalán elkészíthetők. A gazdasági indokok számszerű áttekintését azonban a következő táblázat elősegítheti.

Néhány gazdasági mutató, 1989 = 100,0
Some economic indices, 1989 = 100,0

	Nyilvántartott munkanél- küliek aránya, 1994	A foglalkoz- tatottság arányának változása, 1989–1994 1989=100,0	Az egy főre eső reál- jövedelem, 1989–1994 1989=100,0	Az ipari termelés csökkenése, 1990–1994, %	A GDP csökkenése, 1990–1994, %
Fehéroroszország	2,1	-8,4	–	-32,7	-37,3
Észtország	1,5	-4,2	–	-61,2	-35,1
Lettország	6,4	-8,5	–	-62,7	-50,5
Litvánia	3,8	-10,9	–	–	–
Moldova	1,0	-1,7	30,3	-59,1	-65,8
Oroszország	1,7	-7,0	79,0	-48,7	-48,3
Ukrajna	0,4	-6,4	96,3	-50,0	-49,0
Bulgária	14,1	-26,1	55,5	-63,3	-27,8
Csehország	3,3	-6,0	82,2	-43,6	-35,1
Lengyelország	16,0	-7,8	91,0	-11,9	-7,5
Románia	11,0	-6,0	80,7	-59,1	-59,1
Szlovák Köztársaság	14,4	-16,8	77,1	-39,9	-19,1
Magyarország	11,3	-19,0	90,0	-20,2	-17,0

Morbiditás

A külföldi és a hazai szakirodalom egybehangzóan megállapítja, hogy a közép-kelet-európai demográfiai krízist nemcsak a fertilitás csökkenése, a középkorú férfiak halandóságának növekedése jelzi, hanem a morbiditás rosszabbodása is. „Nyugat- és Kelet-Európa lakosságának egészségi állapota között tátongó szakadék van” (Feachem 1994). Hazai felmérések, elemzések is bizonyítják, hogy a szegényeknek, az egyedül élőknek, távoli, elhagyott vidékek lakóinak egészségi állapota rosszabb, mint a jobb módúaknak, a családban élőknek, a városok lakóinak. Az sem kétséges, hogy a politikai, gazdasági, társadalmi válságok szenvedő alanyai, a változásokhoz nehezen alkalmazkodó egyének (adaptatio), a vándorlók, az áttelepülők, ifjúságukban rendezetlen családi körülmények között vergődők morbiditása, – az idő tengelyén később jelentkezve – megrontotta egészségi állapotukat. Másként fogalmazva a morbiditást, ugyanúgy mint a fertilitás, vagy a mortalitás szintjét, struktúráját nem csak anyagi tényezők határolják be, hanem egyéb szociológiai, pszichológiai faktorok is.

A morbiditás bonyolult módon, sokféle áttételezésen keresztül a prokreáció egyik faktora, tehát része, alkotóeleme a népesedés-család-szociálpolitikának. Emeljük ki: a család, a szociálpolitika és az egészségügyi politika komplexumot alkot. A járó- és fekvőbeteg ellátás szakmai és területi szervezete, felszereltsége, dolgozóinak méltó bérezése, a betegségmegelőzés, az egészséges életmódra nevelés tehát mindmegannyi területe a népesedéspolitikának.

Talán nem túlzás, ha a hazai egészségügyi politika utolsó évtizedének kísérleteivel, törekvéseivel kapcsolatban megállapítjuk, hogy a morbiditás javítását nem tudta elérni, sőt az államháztartási reformok éppen az egészségügy és szociális ellátás „túlköltekezését” törekednek csökkenteni. Erre valószínűleg a jövőben fizetünk rá. (Feachem 1994, Gárdos 1995, Losonci 1989, Kemény – Vargáné – Hoffer – Boján 1995, a KSH és a Eü. Min. kiadványai.)

Szegénység, alultáplált gyermekek

Az OECD, a Világbank, a Központi Statisztikai Hivatal, együttműködve a TÁRKI-val megkísérelte a hazai szegénység szintjét, nagyságrendjét, jellemzőit megragadni. Ennek a törekvésnek az indítékai között bizonyára ott szerepelt a szegénység társadalmi feszültséget kiváltó volta, pszichikai, biológiai és demográfiai következményeinek el nem hanyagolható ténye. Nem kétséges, hogy a szegénység problematikája a szociál-, család-népességgpolitika egyik feladatköre. (Andorka – Kolosi – Vukovich 1992, Andorka – Spéder 1996, Kolosi – Tóth – Vukovich 1998, OECD 1995, World Bank 1996.)

1993 tavaszán az USIA (United States Information Agency) és a Blue Ribbon Commission kezdeményezése és támogatása módot nyújtott arra, hogy nemzetközi adatokra támaszkodva áttekintés készüljön a hazai szegénység nagyságrendjéről, struktúrájáról, továbbá a szociális, egészségügyi, oktatási költségvetés szociális támogatást tartalmazó fejezeteinek összegéről, a GDP-hez mért arányáról. A nyolc fejezetre bontott és 28 ajánlást tartalmazó mű záró konklúziója szerint: 1992 tavaszán Magyarországon 2–2,5 millió lakos élt a minimális (csak a fenntartáshoz szükséges) jövedelem szintje alatt. Azaz a munkanélküliek egynegyede, minden harmadik gyermekes család és a nyugdíjasok 17%-a. (Nem árt, ha érzékeltetjük, hogy egy évtizeddel ezelőtt honnan indultunk.)

Ezek az elemzések, különösen a visegrádi országok adatainak egybevetése, kiemelten részletezték a gyermek szegénységet és a gyermekek alultápláltságát.

A rendelkezésre álló censzusok, háztartásstatisztikai adatrendszernek fogalmainak különbözősége és néhány módszertani nehézség miatt a nemzetközi egybevetés eredményeit a valóságot megközelítő konklúzióknak kell minősítenünk. (Lásd a magyar háztartásstatisztikai elemzéseket: Csicsman – Pap 1998, Éltető – Havasi 1998.) Mindezt szem előtt tartva az elemzésekből kitétni, hogy az 1990-es évek elején Csehországban minden tizenötödik, Lengyel-

országban és Magyarországon azonban minden ötödik lakos szegénynek volt minősíthető.

Különféle mutatók és indexszámok szerint

- az 1995–1997 években Csehországban, Lengyelországban és Magyarországon megromlott a gyermekes családok anyagi helyzete;
- a szegénység a három és többgyermekes, valamint egyszülős családokban volt a legerőteljesebb;
- a szegénység megrontotta a gyermekek táplálkozását, jelentősen megnövekedett az alul-rosszul táplált gyermekek száma.

Bizonyára nem véletlen, hogy a háztartások kiadásainak élelmiszerekre és nem szeszes italokra fordított hányada (%) igen jellemző eltéréseket, sorrendet mutat:

Csehország	1996	24,2
	1997	23,3
	1998	22,7
Szlovákia	1996	22,9
	1997	22,3
	1998	21,4
Lengyelország	1997	35,7
Magyarország	1996	35,2
Románia	1996	55,3
	1997	57,1

Forrás: Cestat Statistical Bulletin 1998/1.

Néhány záró gondolat

A hazai népesedés és családpolitikai program kidolgozása során mérlegelni kell, hogy 1960 óta:

- Öt alkalommal születtek népesedés-családpolitikai kormányzati intézkedések, programok (1966., 1973., 1984., 1995., 1998.). 1994-ben a Kormány Humánpolitikai Kabinet Szakértői Bizottsága több javaslatot készített. Nem ok nélkül. A teljes termékenység idősorában ugyanis 1962-ben alakult ki az első mélypont 1,79 értékkel, 1983/84-ben 1,73, 1998-ban 1,33 jelzőszámmal.
- Ezek az intézkedések elsősorban a termékenység emelkedését célozták.
- A termékenység tartós, maradandó transzformációját azonban nem váltották ki. Változó, hosszabb-rövidebb ideig pozitív és negatív módosulásokat eredményeztek. Végso soron negatív szintű termékenységhullámváz alakult ki.

- A demográfiai, szociológiai elemzések különféleképpen értékelték, magyarázták a tényeket, indokokat. Abban azonban egyetértettek, hogy a családpolitikai támogatások, juttatások gyakori módosítása, reálértékének változékonysága a populáció demográfiai magatartását, szemléletmódját összekuszálta (Gabos 1996, Kamarás 1991, Sándorné 1988, Tóth István György 1995, Vukovich 1991).

A népesedéspolitikai program komplex voltát hangsúlyozni kell. Tehát:

- Nem csak a női termékenység szintjén és instabilitásán kell javítani, hanem a krízis jeleit mutató mortalitás és morbiditás komplexumán is.
- Felül kell vizsgálnunk az egészségügyi ellátás szervezetét, működését, anyagi ellátottságát, szociálpolitikai tevékenységét.
- Ha demográfiai képleteink szerint az öregedés egyre erőteljesebbé válik, számolnunk kell azzal, hogy az aktív korúakra háruló, öregek eltartását biztosító anyagi terhek egyre növekedni fognak. Az is előrelátható, hogyha nő az öregek száma és aránya, akkor az egészségbiztosítás szervezését, feltételeit át kell alakítani. Végül, de nem utolsósorban az öregedés át fogja alakítani a társadalom fogyasztási struktúráját, szolgáltatási rendjét és nem utolsósorban nézetrendszerét, a gazdasági, társadalmi, politikai viszonyok megítélését. Ma alig állapítható meg, hogy az ország gazdasági növekedése az öregedés miatt előálló többletterhet miként fogja kigazdálkodni.

Ha a közelmúlt reprodukciós hullámai fennmaradnak, akkor valószínű, hogy nem csak a közeli jövő, hanem a távolabbi időszak reprodukciója sem lesz pozitív. A reprodukció romlásának irreverzibilitását sokan tagadják. Nincsen egyetemes kiérlelt állásfoglalás a demográfiai ciklusokról (Chesnaies 1983). A népesedéspolitikának tehát óvatos fenntartásokkal kell távlati céljait megfogalmaznia.

IRODALOM

- Acsády G. T. – Acsády G. J.: Recent trends and determinants of fertility in developed countries In *Campbell, A. C.* (1980): Social, economic and health aspects of low fertility, Washington
- Andorka, R. – Kolosi, T. – Vukovich, Gy. (1992): Társadalmi Riport. KSH 1992.
- Andorka, R. – Spéder, Zs. (1996): A szegénység Magyarországon 1992–1995. Esély. 1996. No. 4.
- Andreev, E. (1995): The last mortality trend in Belarus, Moldova, Russia and the Ukraine. Alternative population projections in European Countries in economic transition. Gröningen. 1995. dec. 8.9
- Aries, Ph. (1971): Historie des populations francaises et de leurs attitudes devant la vie depuis dix-huitième siècle. Paris. 1971. Sruil.
- Becker, G. S. (1960): An economic analysis on fertility. In: Demographic and economic change in developed countries. Princeton 1960.

- Berent, J.* (1970): Causes of fertility decline in Eastern Europe and Soviet Union. *Population Studies*. 1970. No. 1.
- Bongarts, J. – Mauldin, W. P. – Philips, J. F.* (1990): The demographic impact of family planning programs. *Studies of Family Planning*. 1990. No. 6.
- Chesnaies, J. C.* (1983): La notion de cycle en démographie. La fécondité post – transitionnelle est – elle cyclique? *Population* 1983. No. 3.
- Coale, A. J.* (1973): The demographic transition reconsidered. *International Population Conference*. Liege 1973. Vol. 1. Liege
- Coale* (ed) *Economic factors in population growth* New York. 1976.
- Cornia, G. A. – Panizza, R.* (1996): The trend population's crisis: an econometric investigation of nuptiality, fertility and mortality in severely distressed economies. *Kluwer Academic*. Netherland
- Csicsman, J. – Papp, Péterné* (1998): A családtámogatási rendszerek hatásvizsgálata mikroszimulációval. *Statistikai Szemle*. 1998. No. 3.
- Dányi D.* Demográfiai átmenet 1880–1960. *Történeti Demográfiai Füzetek* No. 9.
- Dányi D.* (1978): Magyarország termékenysége csökkenése, 1910–1930. Néhány területi foglalkozási jellemző. *Történeti Demográfiai Füzetek* No. 13. 1994.
- Davis, K.* (1963.): The theory of change and response in modern demographic history. *Population Index* 1963. No. 4.
- Demény, P.* (1968): Early fertility decline in Austria–Hungary: a lesson in demographic transition. *Daedalus* 1968.
- Devent, F. – Cliquet, R. L.* (1984): One-parent families in Europe. *NIDI Brussels*, 1984.
- Easterlin, R. A.* (1969): Towards a socio-economic theory of fertility: a survey of recent research on economic factors in American fertility. In: *Fertility and family planning*. Michigan 1969.
- Easterlin, R. A. – Eileen, M. C.* (1985): The fertility revolution: A supply-demand analysis. Chicago 1988.
- Az egészségi állapot társadalmi összefüggései. 1990. KSH. Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. Szerk. *Boján Ferenc* 1995.
- Egészségügyi helyzet és reformok a fejlett piacgazdaságokban és Magyarországon. Bp. KSH. 1996.
- Éltető, Ö. – Havasi, É.* (1998): Mikroszimulációs kísérlet a családtámogatások hatásvizsgálatára. *Statistikai Szemle*. 1998. No. 4–5.
- Feachem, R.* (1994): A lakosság egészségügyi állapotának hanyatlása Kelet-Európában. *Népegészségügy* 1995. No. 4.
- Festy, P.* (1980): On the new context of marriage in Western Europe. *Population Review* 1980. No. 2.
- Festy, P.* (1985): Divorce, justical separation and remarriages. Recent trends in the member states of the Council of Europe. *Population Studies* 1985. No. 17.
- Frejka, T. I.* (1980): Fertility trends and policies Czechoslovakia in the 1970-s *Population Council. Working Papers* 1980. No. 54.
- Gabos, A.* (1996): A magyar jóléti rendszer jogi szabályozásának változásai 1990 és 1995 között. *Esély*. 1996. No. 3.
- Gárdos, É.* (1995): A fiatalok egészségi állapota és szociális helyzete. KSH. Az ifjúság életkörülményei
- Girard, A. – Roussel, L.* (1982): Ideal family size, fertility and population policy in Western Europe. *Population and Development Review*, 1982. No. 2.
- Hablicsek, L. – Monigl, I. – Vukovich, G.* (1984): A magyarországi népességfejlődés néhány hosszútávú jellemzője 1856–2001 között. *Demográfia* Vol. 28. No. 4.

- Józan, P. (1996): Changes in mortality in Hungary between 1980 and 1994. *Atlantic Studies on societies in change*. No. 85.
- Kamarás, F. (1991): A termékenység alakulása a népesedéspolitikai intézkedések tükrében. *Demográfia*. 1991. No. 3–4.
- Kemény – Vargáné – Hoffer – Boján (1995): A szegénység és az egészség epidemiológiai összefüggései. *Népegészségügy* 1995. No. 47.
- Klinger, A. Demographic effects of abortion legislation in some European Socialist Countries. Belgrade UN. WPC. 1965.
- Knodel, J.-E. (1974): The decline of fertility in Germany, 1971–1939. Princeton, 1974.
- Kolosi, T. – Tóth, I. – Vukovich, Gy. (1998): Társadalmi Riport KSH – TÁRKI. 1998.
- A komplex országos morbiditási vizsgálat összefoglaló eredményei. Egészségügyi Minisztérium, Központi Statisztikai Hivatal 1983.
- Leibenstein, H. (1974): An interpretation of the economic theory of fertility *Jour. of Economic Literature* 1974. No. 2.
- Lengyel Cook, M. S. – Repetto, R. (1980): The relevance of the developing countries to demographic transition theory: further lessons from the Hungarian experience. Harvard Center for Population Studies. 1980.
- Livi-Bacci, M. (1968): Fertility and population growth in Spain in the eighteenth and nineteenth centuries. *Daedalus*, 1968.
- Livi-Bacci, M. (1977): A history of Italian fertility. Princeton. 1977.
- Livi-Bacci, M. (1993): On the human costs of collectivization in the Soviet Union. *Population and Development Review* 1993. No. 4.
- Losonci, Á. (1989): Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít. Bp. 1989.
- Meslé, F. – Vallin, J. (1996): Mortality trends in Europe: the widening gap between East and West. USP XXIII General Population Conference. Beijing.
- Myers, P. (1970): Demographic trends in Eastern Europe. Washington D.C. U.S. 1970
- Petersen, W. (1979): The demographic transition in the Netherlands. *American Sociological Review*. 1979. No. 3.
- Roussel, L. – Festy, P. (1974): Recent trends in attitudes and behaviour affecting the family in Council of Europe Member States. Strassbourg, 1979.
- Sándorné Horváth Erika (1988): A gyestől a gyedig. Bp. 1988.
- Schultz, T. P. (1980): An economic interpretation of the decline in fertility in rapidly developing country. Chicago 1980.
- Shkolnikov, V. – Meslé, F. – Vallin, J. (1994): Recent trends in life expectancy and causes of death in Russia 1970–1993. INED Mortality and disability in the independent States. Washington. 1994.
- Szabady, E. – Tekse, K. (1965): Les tendances nouvelles de la fécondité dans les pays socialistes de l'Europe Orientale. Bp. 1965. Kézirat.
- Tietze, Ch. (1974): The demographic significance of legal abortion in Eastern Europe. *Demography* 1974. No. 1.
- Tóth István György (szerk.) (1995): A családi pótlék jövedelemfüggő kiegészítésének tapasztalatai 1990-ben, előrejelzés 1995-re. TÁRKI. 1995.
- Trost, J. (1984): Cohabitation and marriages: Transitional pattern, different lifestyle, or just another legal form?
- UNICEF (1993): Public policy and social conditions. Crisis in mortality, health and nutrition. Regional Monitoring Report. No. 1. Florence.
- United Nations (1976): Fertility and family planning in Europe around 1970. New York. 1976.
- Valkovics, E. (1995): Néhány gondolat a halálokok szerinti és az egyes halálokok feltételezett kiküszöbölésén alapuló halandósági táblákról. *Demográfia* 1995. No. 1.

- Van de Kaa* (1987): Europe, second demographic transition. *Population Bulletin*. 1987. No. 1.
- Van de Kaa* (1989): Europe and its population. The long view. European populations unity in diversity. Vol. 1. London 1989.
- Van de Walle, E.* (1978): The decline of Belgian fertility, 1800–1970. Princeton. 1978.
- Vichniewski, A.* (1983): Le rôle de connaissances historiques dans l'étude du comportement procréateur en URSS. *Annales de Démographie Historiques* 1983.
- Volkov, A. G. – Darsko, E. – Kvasha, I.* (1970): *Voprosy demografii*. Moskva Statistika. 1970.
- Vukovich, G.* (1993): World population trends and politics. 1981. Monitoring Report Vol. 1. U. N. New York 1993.
- Vukovich, Gy.* (1991): Magyarország népesedéspolitikája. *Demográfia*. 1991. No. 1–2.
- Whelan, C. T. – Hannan, D. F. – Creighton, S.* (1991): Unemployment, poverty, and psychological distress. General Resecro Series Papers. Dublin. No. 150.

Tárgyszavak:

Népesedéselmélet

Népesedéspolitika

DEMOGRAPHIC TRANSITIONS
(Reality, science, politics)