

## IRODALOM

### FOLYÓIRATCIKKEK

HODGSON, G.: Abortion, Family Planning and Population Policy: Prospects for the Common-Ground Approach. (Abortusz, családtervezés, népesedéspolitikai: egy közös alapú megközelítés kilátásai.) *Population and Development Review*, 35. 2009/3. 479–519.

A művi abortuszok megítélése időben és térben jelentős eltéréseket mutat: gyilkosság, az állam érdekeinek elárulása, a nő egészségét és későbbi gyermekvállalását veszélyeztető beavatkozás, a születésszabályozás nem megfelelő módja, a születésszabályozásnak egy elfogadható és a termékenységet hatékonyan befolyásoló módja, a fogamzásgátlási hibák szükséges korrekciója, az állam által biztosítandó női jog. A WHO-bebecslések szerint a világon évente 200 millió terhesség következik be, ebből 130 millió végződik szüléssel, 38 millió spontán abortusszal vagy halvaszüléssel, 22 millió legális és 20 illegális abortusszal. Az ENSZ népesedési konferenciáinak (Mexikóváros 1989, Kairó 1994) állásfoglalásai, valamint a WHO dokumentumai is leszögezik az abortusz és a születésszabályozás közötti különbséget, és célul tűzik ki a terhességmegszakítások számának csökkentését.

A terhességmegszakítás engedélyezésének feltételei hét csoport sorolhatók, úgy mint: az anya életének veszélyeztetettsége, az anya egészségének védelme szomatikus vagy lelki veszélyeztetettség esetén, erőszak vagy vérfertőzés esetén, a magzat fejlődési rendellenessége esetén, anyagi vagy szociális okok miatt, illetve az anya kérése esetén. Mint ismeretes a világ különböző országaiban a terhességmegszakítás engedélyezésének igen eltérő gyakorlata van érvényben. Az alábbi tábla azt mutatja, hogy az engedélyezési gyakorlat hogyan oszlik meg az egyes országok arányában, illetve a lakosság-szám szerint.

*1. A terhességmegszakítás engedélyezésének gyakorlata országok és az azokban élő népesség száma szerint, 2007 (százalék)*

Okok	Országok aránya	Népességi arányok
Anya kérése	31	40
Anyagi, szociális okok	37	61
A magzat fejlődési rendell.	49	64
Erőszak, vérfertőzés	51	72
Lelki egészség megőrzése	66	76
Szomatikus egészség megőrzése	70	78
Anya életének veszélyeztetettsége	97	100

Az adatok azt mutatják, hogy a világ 179 országának egyharmadában a nők számára a terhesség megszakíttatása könnyen elérhető, és még toleránsabb a helyzet, ha a népességszám oldaláról nézzük, amikor is ez az arány háromötödre emelkedik. Jelentős eltérés mutatkozik azonban kontinensek között is.

2. *A terhességmegszakítás engedélyezése anyagi és szociális okok alapján földrészek illetve az egész földrészeken élő népességszám alapján, 2007 (százalék)*

Földrész	Országok száma	Népességszám
Afrika	8	7
Dél-Amerika	17	2
Ázsia	40	73
Óceánia	22	65
Európa	90	88
Észak-Amerika	100	100

Az országok szerint, illetve a lakossági arány alapján eltérő hozzáférést tapasztalunk Latin Amerikában, Ázsiában és Óceániában. Latin Amerikában csak olyan, viszonylag alacsony népességszámú országokban működik a terhességmegszakítás liberális szabályozása, mint pl. Kuba, Barbados, Guyana, Belize), míg Ázsiában éppen ellenkezőleg, a világ népességének 38%-át tömörítő Kínában és Indiában viszonylag könnyen engedélyezett, sőt preferált a művi abortusz. Az óceániai adatokban mutatkozó eltérés a régió lakosainak 60%-át felölelő Ausztráliával, és az ott érvényben lévő liberális abortuszpolitikával magyarázható. Európában 2007-ben mindösszesen négy államban (Írországban, Máltán, Lengyelországban és Spanyolországban) nem engedélyezték anyagi és szociális helyzetre való hivatkozással a terhesség megszakítását.

A terhességmegszakítás gyakorlatának kontinensek közötti eltéréseiből is kitűnik, hogy a legkisebb a valószínűsége a terhesség művi úton történő legális megszakításának a legkevésbé fejlett országokban, azokban az országokban, amelyekre magas termékenység és magas természetes szaporodás jellemző. A fejlődő országokra az első demográfiai átmenet adott szakaszában a magas teherbeesési gyakoriság jellemző, melyet az érintett nők adott esetében az abortusszal is korlátozni szeretnének. A legális abortuszok szigorú feltételrendszere az illegális abortuszok irányába mozdítja el a szülni nem kívánó női népességet. Afrikában 2003-ban az abortuszok 98%-a (5,5 millió), Latin-Amerikában az abortuszok 95%-a (3,9 millió) volt illegális.

Becslések szerint mintegy 70 ezer nő hal meg évente az említett régiókban az illegális abortuszok következtében, és mintegy 10 millió szenved maradandó egészségkárosodást, illetve válik terméketlenné ezen okból.

Az említett országok abortuszpolitikája nemcsak a női népességre gyakorolt egészségkárosító hatása miatt minősíthető problematikusnak, de az egyes országok által vállalt és hivatalosan megcélzott népesedéspolitikai célokkal való ellentmondása miatt is.

A világ országai a kitűzött termékenységi célok, illetve e célok eltéréseivel kapcsolatos politikájuk alapján négy csoportba sorolhatók: úgymint a termékenység csökkentését, a termékenység növelését, a termékenység szinten tartását, illetve a termékenység befolyásolását preferáló államokra. Sajátos ellentmondás tapasztalható ugyanakkor mind a születés csökkenését, mind a születésszám növelését célul kitűző országok esetében a termékenységi célok és az abortuszpolitika között. A termékenységi mutatókat csökkenteni kívánó országok 86%-ában ugyanis az abortusz nem végezhető el az anya kérésére, illetve anyagi, szociális okok alapján, csak viszonylag kivételes, ritkán előforduló okok esetében. A születések számának növelésében érdekelt országok 81%-ában ugyanakkor a terhességmegszakítás igen könnyen, szinte mindenki számára hozzáférhe-

tő. A szinten tartást célzó országok esetében a tiltás – engedélyezés aránya 58–42, míg a gyermekvállalás kérdésében a népesedéspolitikai szintjén semleges országok 63%-ában szigorított a terhességmegszakítás törvényi szabályozása.

Amennyiben a termékenységi színvonal csökkentését célul kitűző országok esetében a politika sikeresnek bizonyul, és a születések száma visszaesik az érvényben lévő abortuszzabályozás miatt, ez még a fogamzásgátlás terjedése esetén is a nem kívánt terhességek és az illegális abortuszok számának ugrásszerű megemelkedésével járna együtt. A megoldást a fogamzásgátlási ismeretek terjesztése mellett az abortusz liberalizálása jelentené.

A termékenység emelését szükségesnek tartó országok túlnyomó többségében szabad a terhesség megszakíttatása, és az abortuszt ellenzők éppen a közjó érdekeire való hivatkozással sürgetik a liberális abortuszzabályozás szigorítását. A fogamzásgátlással kapcsolatban ilyen ellenérzések nem vetődnek fel. A hét említett országcsoport gyakorlata is azt bizonyítja, hogy a terhesség megszakíttatása nem sorolható a születésszabályozás javasolt, elfogadott módszerei közé.

A világnépesedési konferenciákon kialakított és a jövőben kialakítandó akcióprogramok a reprodukív egészség és a reprodukív jogok oldaláról közelítik meg a kérdést, és az egyes országokat arra próbálják rábírni, hogy a nemzeti érdekeket a „közjó”, a világ egésze érdekének rendeljék alá. Ez eddig nem sok sikerrel járt, már csak azért sem, mert az abortusszal kapcsolatos véleménykülönbségek háttérben jelentős kulturális, erkölcsi, vallási különbségek húzódnak meg. Az Obama-adminisztráció a művi terhességmegszakítások gyakorlatával kapcsolatban hármas célt tűzött ki: a beavatkozás legyen biztonságos, legális és ritka. Ez a megközelítés elvileg áthidalhatja az abortuszt igenlők (pro-choice) és az abortuszt ellenzők (pro-life) álláspontja közötti különbséget, de a demográfiai folyamatok a két oldal megbékélése, kiegyezése ellen hatnak. A fejlett országokban a gyermekvállalási kor kitolódása, a termékenység csökkenése megnöveli azt az életszakaszt, amikor a nő szexuálisan aktív, de gyermeket még nem akar, ami aktív fogamzásgátlási gyakorlat ellenére is a nem kívánt terhességek és azok megszakíttatása gyakoriságának emelkedése irányába hathat. Az iparilag fejlett országokban a jövőben várhatóan nem az abortuszok számának csökkenése, hanem növekedése lesz jellemző.

*Pongrácz Tiborné*

MACKELLAR, L.: Pandemic influenza: A review. (Pandémikus influenza: áttekintés.) *Population and Development Review*, 33. 2007/3. 429–451.

Az esetleges influenza-világjárvány lehetőségét és feltételezett hatásait vizsgáló cikk 2007-ben, az ázsiai eredetű madárinfluenza terjedése kapcsán keletkezett. Azóta a H1N1 influenzajárvány különösen aktuálissá tette a témát, a vele kapcsolatos kételyek pedig még érdekesebbé a szerző kérdésfelvetését: vajon mennyiben jogos, mennyiben alátámasztható az a kiemelt figyelem, aggodalom, amellyel az influenza pandémiára tekintenek az ENSZ, a kormányok, a média és a közvélemény. A szerző megállapítása szerint a madárinfluenza az Egyesült Államokban egy időre biztonságpolitikai problémává vált. Indokolt mindez vagy erős túlzás?

A cikk először az influenzavírussal és a megbetegedéssel kapcsolatos legfontosabb ismereteket foglalja össze. Majd rátér az influenza-világjárványok 20. századi történetére, három fő csomópontot vizsgálva, amikor új, rendkívül fertőzőképes vírustípusok jelentek meg, amellyel szemben gyakorlatilag senki sem volt védett. A három fő világjárvány közül a legsúlyosabb a H1N1 altípus okozta 1918–20-as ún. „spanyolnátha-járvány” volt, amely világszerte mintegy 20–40 millió ember halálát okozhatta viszonylag rövid idő (18 hónap) leforgása alatt. A másik két nagy járvány (a H2N2 vírus okozta 1957–58-as „ázsiai influenza” és a H3N2 által kiváltott „hong kongi influenza”) ennél lényegesen kevésbé volt pusztító, mindkettő kb. 1–1 millió ember haláláért tehető felelőssé. Minden esetben lényeges, hogy egy új vírustörzs jelenik meg, amelynek oka általában az emberi és a madárinfluenza-vírus részeinek összekeveredése, amelyből az új típus kialakul. A közbülső láncszemét a madarak és emberek között gyakran a sertésállomány jelenti, amelyet mind az emberi, mind a madárinfluenza-vírus fertőzhet, és amelyben az új vírustípust létrehozó mutáció kialakulhat. Mindezt elősegítheti az emberek, a sertések és a szárnyasok szoros együttélése, amiként azt a rurális Délkelet-Ázsiában megfigyelhetjük, amely így ideális kiinduló pontja lehet egy influenza-világjárványnak. A WHO az új vírus megjelenésétől az emberiséget sújtó világjárvány kialakulásáig összesen hat járványügyi fokozatot különböztet meg, attól függően, hogy az új vírus csak állatok között vagy már emberek között is előfordul-e, okoz-e emberi megbetegedést, előfordul-e szórványos, majd egyre tömegesebb emberről, emberre terjedő fertőzés, illetve hogy ez pandémikus formát ölt-e.

Mindezek alapján az új vírusok kialakulása szinte bizonyos, az állatokról emberre, majd emberről emberre terjedő fertőzések időnkénti megjelenése szinte elkerülhetetlen, a kérdés pusztán az, hogy mindebből kialakul-e pandémia (a tapasztalatok alapján nem mindig és nem szükségszerűen), illetve hogy ennek fertőzőképessége, pusztító ereje mekkora (mint a fenti példák mutatják, ez erősen változó). A gyakori szezonális influenza elsősorban bakteriális szövődményei révén lehet veszélyes, ez azonban jól kezelhető antibiotikumokkal. A pandémikus formák (elsősorban a hírhedt spanyolnátha) viszont vírusos tüdőgyulladást okoznak (mint a 2009–10-es H1N1-járvány esetében is), amely igen veszélyes lehet, bár vírusellenes szerekekkel lefolyása mérsékelhető. Igen fontos kérdés a járvány hatása szempontjából, hogy az influenzahalandóság kormegoszlása milyen (U-alakú vagy W-alakú). A spanyolnátha nemcsak fertőzőképesebb és gyilkosabb volt, mint a későbbi világjárványok, hanem a gyerekek és öregek mellett a fiatal felnőtteket is fenyegette (W-alak), ami részben megmagyarázza sokkoló hatását is. Mindennek okát máig nem sikerült tisztázni. Ezzel szemben a két ázsiai influenza korcsoportos halandósága tipikusan U-alakú volt, 1957-58-ban a gyerekek, 1968–69-ben a nagyon fiatalok és nagyon idősök influenzahalandósága volt kiugró.

A szükséges ellenintézkedések három szinten jelenhetnek meg: az új vírus kialakulása előtt, annak megjelenése után, illetve a világjárvány kitörése után. Az új vírus kialakulása nehezen akadályozható meg, de az állattenyésztés és a piaci viszonyok fejlesztése hozhat eredményeket. Hasonlóképpen az új vírus megjelenéskor a radikális vesztégzár-intézkedések és a fertőzött állatállomány leölése szintén fontos intézkedés, amelynek hatásossága azonban vitatott. A vadmadarak minden intézkedés dacára terjeszthetik a járványt, ha pedig az emberről emberre terjedő forma kialakult, akkor egy pandémia megelőzésére már igen kicsi az esély (tekintettel a tömeges légi közlekedésre, és az influenza tüneteinek megjelenését megelőző fertőzőképességére). Mindenesre a vesztégzártól, a fertőzött állatok leölésétől, az emberi társas érintkezés ritkításától nem

lehet eltekinteni, ezek, ha meg nem is akadályozzák a világjárvány kialakulását, annak súlyosságát erősen befolyásolhatják. Itt fontos az országok közötti együttműködés, a globális, nemzetek fölötti intézkedések lehetnek eredményesek, a pontos tájékoztatás szerepe döntő lehet, ami nem mindig valósul meg teljes mértékben, a helyi rövid távú gazdasági érdekek olykor erősebbnek bizonyulnak. Ha a világjárvány már kitört, akkor pedig a vírusellenes szereknek, illetve a védőoltás kifejlesztésének van elsődleges szerepe. Az antivirális szerek az első pillanattól fogva hatásosak, míg a védőoltás kifejlesztéséhez hosszú hónapok szükségesek. A járvány során kialakulhat ugyan olyan vírustípus, amely rezisztens a vírusellenes szerekkel szemben, de a szimulációk szerint ezek a szerek még ebben az esetben is jelentősen hátráltatják a járvány terjedését és mérséklék annak mortalitását. Kulcskérdés tehát a gyógyszer- és oltóanyaggyártási kapacitás, a reakciók gyorsasága. Felmerült az is, hogy az egyik legbiztosabb megelőzési módszer a szezonális influenza elleni oltás terjesztése lenne, különösen a baromfitenyésztők körében és elsősorban Délkelet-Ázsiában. Erre azonban még különösebb erőfeszítések nem történtek. Szintén fontos kérdés az egészségügyi rendszerek hatékonysága és kapacitása, az influenza pandémia óriási nyomás alá helyezi mind a kórházakat, mind az egészségügyi személyzetet.

Ami az esetleges világjárvány demográfiai hatásait illeti, itt az elsődleges kérdés a mortalitás mértéke lehet. Feltételezve egy az 1918-as járványhoz hasonló erejű pandémiát, ez ma kb. 200 millió ember halálát okozhatná. Nyilván fontos az influenza-halandóság korszerkezete is, az 1918-as W-megoszlás tovább súlyosbíthatná a fejlett országok munkaerő-problémáit. Ugyancsak fontos a szelektív halandóság kérdése. A nagy járványoknak elsősorban a legesendőbbek (gyerekek, öregek, krónikus betegek) lesznek az áldozatai, aminek következtében a járvány utáni halandóság kedvezőbbé válik. Nehezen modellezhetőek a járvány termékenységi hatásai. Az 1918-a pandémia különösen sújtotta a terhes nőket, ennek esetleges ismétlődése átmenetileg erősen visszavetheti a termékenységet. Majd a járvány után következhet egy, a korábbi trendnél magasabb termékenységű kompenzációs időszak, vagy épp ellenkezőleg, az egészségi hatások és a negatív gazdasági következmények okozhatnak alacsonyabb termékenységet is.

Az esetleges súlyos influenzapandémia igen súlyos gazdasági hatásokkal is járna. Ezek egyrészt a járvány közvetlen költségei, amelyek előre nehezen felmérhetőek, másrészt az indirekt költségek, amelyek a mezőgazdaságot, idegenforgalmat, szállítást sújtó válságon keresztül jelentkeznének. Ráadásul a járvány legerősebben a legszegényebb fejlődő országokat érintené, amelynek demográfiai és gazdasági hatásai beláthatatlanok, minden bizonnyal további tömeges elszegényedéssel járnának.

Arra a kérdésre, hogy indokolt-e a fokozott figyelem, aggodalom, a szerző talányos választ ad: igen is, meg nem is. Az nem kérdés, hogy lesz-e új világjárvány, igen, lesz. Ugyanakkor ennek lefolyása lehet meglehetősen enyhe is, fertőzőképességét, kor szerinti halandósági hatásait előre nem lehet megjósolni. A következmények súlyossága pedig elsősorban ezektől a tényezőktől függ. Ugyanakkor a válaszlépések többsége hosszabb és közepes távú erőfeszítéseket igényel, amelyeket nem szabad elhanyagolni: az egészségügyi rendszerek fejlesztését, a fejlődő országok mezőgazdasági és higiéniai fejlesztéseit, az antivirális szerek és oltóanyagok fejlesztését, gyártási kapacitásuk növelését, a hatékony vesztgár-intézkedésekre való felkészülést, ezek jelentősen mérsékelhetik az eljövendő pandémia következményeinek súlyosságát. Mindez politikai, kor-

mányzati probléma elsősorban, mind nemzeti, mind globális szinten, amelyekkel nem rövid távon, krízis szituációkban „krízis mentalitás” alapján kellene foglalkozni.

*Óri Péter*

DEMOGRÁFIAI FOLYÓIRATSZEMLE

**JOURNAL OF MARRIAGE AND FAMILY**

az USA Családi Kapcsolatok Nemzeti Tanácsának folyóirata  
**2009. No. 5.**

- BURTON, L. M. – CHERLIN, A. – WINN, D-M. – ESTACION, A. – HOLDER-TAYLOR, C.: The Role of Trust in Low-Income Mothers' Intimate Unions.
- YOUNT, K. M. – LI, L.: Women's "Justification" of Domestic Violence in Egypt.
- SOONS, J. P. M. – KALMIJN, M. Is Marriage More Than Cohabitation? Well-Being Differences in 30 European Countries.
- HUI, LIU: Till Death Do Us Part: Marital Status and U.S. Mortality Trends, 1986–2000.
- MILLER, W. B. – MARJORIE R. – SABLE, M. R. – BECKMEYER, J. J.: Preconception Motivation and Pregnancy Wantedness: Pathways to Toddler Attachment Security.
- ROETERS, A. – VAN DER LIPPE, T. – KLUWER, E. S.: Parental Work Demands and the Frequency of Child-Related Routine and Interactive Activities.
- VANDELEUR, C. L. – JEANPRETRE, N. – M. PERREZ, M. – SCHOEBI, D.: Cohesion, Satisfaction with Family Bonds, and Emotional Well-Being in Families with Adolescents.
- FINGERMAN, K. – MILLER, L. – BIRDITT, K. – ZARIT, S.: Giving to the Good and the Needy: Parental Support of Grown Children.
- VAN DE PUTTE, B. – VAN POPPEL, F. – VANASSCHE, S. – SANCHEZ, M. – JIDKOVA, S. – EECKHAUT, M. – ORIS, M. – MATTHIJS, K.: The Rise of Age Homogamy in 19th Century Western Europe.
- SOONS, J. P. M. – LIEFBROER, A. C. – KALMIJN, M.: The Long-Term Consequences of Relationship Formation for Subjective Well-Being.
- JANSEN, M. – MORTELMANS, D. – SNOECKX, L.: Repartnering and (Re)employment: Strategies to Cope With the Economic Consequences of Partnership Dissolution.
- WILDEMAN, C. – PERCHESKI, C.: Associations of Childhood Religious Attendance, Family Structure, and Nonmarital Fertility across Cohorts.
- ABBASI-SHAVAZI, M. J. – MORGAN, S. P. – HOSSEIN-CHAVOSHI, M. – MCDONALD, P.: Family Change and Continuity in Iran: Birth Control Use Before First Pregnancy.
- CREIGHTON, M. J. – PARK, H. – TERUEL, G. M.: The Role of Migration and Single Motherhood in Upper Secondary Education in Mexico.
- MORRISSEY, T. W. – WARNER, M. E.: Employer-Supported Child Care: Who Participates?

**POPULATION<sup>1</sup>**

a Francia Nemzeti Népeśégtudományi Intézet folyóirata

**2009. No. 3.**

- PRIOUX, F. – MAZUY, M.: Recent Demographic Development in France: Tenth Anniversary of the PACS Civil Partnership, and Over a Million Contracting Parties.
- ROSSIER, C. – TOULEMON, L. – PRIOUX, F.: Abortion Trends in France, 1990–2005.
- BARUSSE DE LUCA, V.: Pro-Natalism and Hygienism in France, 1900–1940. The Example of the Fight against Venereal Disease.
- BRINBAUM, Y. – KIEFFER, A. Trajectories of Immigrants' Children in Secondary Education in France: Differentiation and Polarization.
- MUNOS-PÉREZ, F.: Losses and Changes of Filiation among Children Born in France since the 1960s.

**2009. No. 4.**

- GOURDON, V. – ROLLET, C.: Stillbirths in Nineteenth-Century Paris: Social, Legal and Medical Implications of a Statistical Category.
- LARMARANGE, J. – DESGRÉES DU LOÛ, A. – ENEL, C. – WADE, A.: Homosexuality and Bisexuality in Senegal: A Multiformal Reality.
- DOMMARAJU, P.: Female Schooling and Marriage Change in India.
- DONZEAU, N. – PAN KÉ SHON, J-L: Residential Mobility Trends in France, 1973–2006: New Estimates.
- ROYER, J-F: Estimating Repeat and Return Migrations among Sub-Populations in France.

**POPULATION RESEARCH AND POLICY REVIEW**

a KLUWER Akadémiai Kiadó és a Déli Demográfiai Egyesület folyóirata

**2009. No. 5.**

- JAYARAMAN, A. – GEBRESELASSIE, T. – CHANDRASEKHAR, S.: Effect of Conflict on Age at Marriage and Age at First Birth in Rwanda.
- CURTIS, M. A. – WALDFOGEL, J.: Fertility Timing of Unmarried and Married Mothers: Evidence on Variation across U.S. Cities from the Fragile Families and Child Wellbeing Study.
- PORTER, J. R. – FRANK M. HOWELL, F. M.: On the 'Urbanness' of Metropolitan Areas: Testing the Homogeneity Assumption, 1970–2000.
- YOUNT, K. M.: Gender and Intergenerational Co-residence in Egypt and Tunisia.

<sup>1</sup> A Population összes száma teljes terjedelemben megjelenik francia és angol nyelven is.

- CROY, C. D. – BEZDEK, M. – CHRISTINA M. MITCHELL, C. M. – SPICER, P.: Young Adult Migration from a Northern Plains Indian Reservation: Who Stays and Who Leaves.
- NEWMAN, L. A.: Do Socioeconomic Differences in Family Size Reflect Cultural Differences in Confidence and Social Support for Parenting?
- MYLES, J. – FENG HOU – PICOT, G. – MYERS, K.: The Demographic Foundations of Rising Employment and Earnings among Single Mothers in Canada and the United States, 1980–2000.

**2009. No. 6.**

- HIROMI, I.: Dynamics of Spanish-Language Neighborhoods in Chicago and Atlanta: 1990–2000.
- GRIP, R. S.: Does Projecting Enrollments by Race Produce More Accurate Results in New Jersey School Districts?
- RAYER, S. – SMITH, S. K. – TAYMAN, J.: Empirical Prediction Intervals for County Population Forecasts.
- REDSTONE AKRESH, I.: Health Service Utilization among Immigrants to the United States.
- POWERS, D. A. – SEUNG-EUN, S.: Absolute Change in Cause-Specific Infant Mortality for Blacks and Whites in the US: 1983–2002.
- BENJAMIN GUZZO, K.: Paternity Establishment for Men's Nonmarital Births.

**POPULATION STUDIES**

A Londoni Közgazdasági Főiskola Népszékvizsgáló Bizottságának folyóirata

**2009. No. 1.**

- CHENG HUANG – ELO, I. T.: Mortality of the Oldest Old Chinese: The Role of Early-Life Nutritional Status, Socio-Economic Conditions, and Sibling Sex-Composition.
- MALENA MONTEVERDE, M. – NORONHA, K. – PALLONI, A.: Effect of Early Conditions on Disability among the Elderly in Latin America and the Caribbean.
- MADHAVAN, S. – SCHATZ, E. – CLARK, B.: Effect of HIV/AIDS-Related Mortality on Household Dependency Ratios in Rural South Africa, 2000–2005.
- CHEN, F.: Family Division in China's Transitional Economy.
- RIJKEN, A. J. – LIEFBROER, A. C.: Influences of the Family of Origin on the Timing and Quantum of Fertility in the Netherlands.
- ATTANÉ, I.: The Determinants of Discrimination against Daughters in China: Evidence from a Provincial-Level Analysis.

**2009. No. 2.**

- MURPHY, M.: Where Have All the Children Gone? Women's Reports of More Childlessness at Older Ages Than When They Were Younger in a Large-Scale Continuous Household Survey in Britain.
- GIPSON, J. D. – HINDIN, M. J.: The Effect of Husbands' and Wives' Fertility Preferences on the Likelihood of a Subsequent Pregnancy, Bangladesh 1998–2003
- MARTIKAINEN, P. – VALKONEN, T. – MOUSTGAARD, H.: The Effects of Individual Taxable Income, Household Taxable Income, and Household Disposable Income on Mortality in Finland, 1998–2004.
- BÉLANGER, D. – OANH, K. T. H.: Second-Trimester Abortions and Sex-Selection of Children in Hanoi, Vietnam.
- HOVDE LYGSTAD, T. – ENGELHARDT, H.: The Influence of Offspring's Sex and Age at Parents' Divorce on the Intergenerational Transmission of Divorce, Norwegian First Marriages 1980-2003.
- MALWADE BASU, A.: Over-Demonizing the International Population Movement.

**2009. No. 3.**

- BONGAARTS, J.: Trends in Senescent Life Expectancy.
- GÁBOS, A. – GÁL, R. I. – KÉZDI, G.: The Effects of Child-Related Benefits and Pensions on Fertility by Birth Order: A Test on Hungarian Data.
- DEROSAS, R.: The Joint Effect of Maternal Malnutrition and Cold Weather on Neonatal Mortality in Nineteenth-Century Venice: An Assessment of the Hypothermia Hypothesis.
- MATYSIAK, A.: Employment First, Then Childbearing: Women's Strategy in Post-Socialist Poland.
- BUTTENHEIM, A. M. – NOBLES, J.: Ethnic Diversity, Traditional Norms, and Marriage Behaviour in Indonesia.
- YOUNT, K. M. – HODDINOTT, J. – STEIN, A. D. – DIGIROLAMO, A. M.: Individual Capital and Cognitive Ageing in Guatemala.