

# KUTATÁSI KONCEPCIÓ KOHORSZ '18 MAGYAR SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLAT

Szerkesztette: Veroszta Zsuzsanna

## KUTATÁSI JELENTÉSEK 100.



KSH NÉPSSÉGTUDOMÁNYI  
KUTATÓINTÉZET



KOHORSZ '18  
magyar születési kohorszvizsgálat



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

SZÉCHENYI



Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



A kiadványt, kérjük, a következőképpen hivatkozza:

Veroszta Zsuzsanna (szerk.) (2018): *Kutatási koncepció. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat*. Kutatási Jelentések 100. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. DOI: 10.21543/Kut.2018.100

A Kutatási Jelentések 100. a KSH NKI Magyar Születési Kohorszvizsgálatának részeként, az EFOP-1.9.4-VEKOP-16-2016-00001 azonosítószámú, „A szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása” című európai uniós projekt keretében jelent meg.

Igazgató:

Spéder Zsolt

Szerzők © Boros Julianna, Halász Anita, Kapitány Balázs, Kopcsó Krisztina, Makay Zsuzsanna, Rohr Adél, Spéder Zsolt, Szabó Laura, Veroszta Zsuzsanna

Sorozatszerkesztő:

Makay Zsuzsanna

Szerkesztő:

Veroszta Zsuzsanna

Szakmai lektor:

Blaskó Zsuzsa

Olvasószerkesztő:

Majoros Györgyi

Grafika:

Farkas Anna, anagraphic

Tördelés:

Barna Gergely, Barna Design Kft.

KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

1024 Budapest, Buday László u. 1-3.

[nki@demografia.hu](mailto:nki@demografia.hu)

[www.demografia.hu](http://www.demografia.hu)

Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat

[www.kohorsz18.hu](http://www.kohorsz18.hu)

[info@kohorsz18.hu](mailto:info@kohorsz18.hu)

ISSN 0236-736X

ISBN 978-963-235-540-5

---

# KUTATÁSI KONCEPCIÓ KOHORSZ '18 MAGYAR SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLAT

SZERKESZTETTE: VEROSZTA ZSUZSANNA

---



---

# TARTALOM

---

<b>1. Veroszta Zsuzsanna: Bevezetés a születési kohorszvizsgálatokba</b>	7
<b>2. Kapitány Balázs – Spéder Zsolt – Veroszta Zsuzsanna: A Kohorsz '18 kutatás elméleti és módszertani keretei</b>	9
2.1. A kutatás módszertani keretei	9
2.2. Elméleti szempontok a Kohorsz '18 kutatásban – „többszörösen összekapcsolt életek”	12
2.3. Kutatási témák	17
2.4. Hivatkozások	20
<b>3. Kapitány Balázs – Rohr Adél – Spéder Zsolt: A magyar születési kohorszvizsgálat demográfiai kutatási kérdései</b>	23
3.1. Megközelítésmód	23
3.2. A gyermekvállalás és -nevelés körülményei egyes kiemelt demográfiai csoportokban	27
3.3. Gyermekvállalás és partnerkapcsolati stabilitás	29
3.4. A testvér vállalását előrejelző, segítő és hátráltató tényezők	29
3.5. Tervezett/nem tervezett gyermekvállalás	30
3.6. Egyéb, a demográfiai fókuszhoz sorolt kutatási kérdések	31
3.7. Források	32
3.8. Hivatkozások	33
<b>4. Boros Julianna – Kopcsó Krisztina – Makay Zsuzsanna – Szabó Laura: Egészség és fejlődés feltérképezésének lehetőségei a Kohorsz '18 kutatásban</b>	37
4.1. Megközelítésmód	37
4.2. Egészségi állapot	38
4.3. Egészség-magatartás	40
4.4. Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele	42
4.5. Az asszisztált reprodukciós eljárások demográfiai jelentősége	42

4.6. Pszichológiai aspektus	43
4.7. Források	47
4.8. Hivatkozások	48
<b>5. Halász Anita – Veroszta Zsuzsanna:</b>	
<b>A társadalmi háttér vizsgálati lehetőségei születési kohorsz kutatásban</b>	53
5.1. Megközelítésmód	53
5.2. Származási egyenlőtlenségek	54
5.3. Származási hatások	56
5.4. Életmód és élettervezés	57
5.5. A kisgyermekes nők munkavállalásának szociológiai szempontjai	58
5.6. A humán tőke mérése	59
5.7. A jövedelmi helyzet mérése	59
5.8. A várandósság alatti egyenlőtlenségek és a közpolitikai eszközök	60
5.9. Források	61
5.10. Hivatkozások	62
<b>A Népszépszudományi Kutatóintézet kutatási jelentései</b>	67

---

# 1. BEVEZETÉS A SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLATOKBA

---

A Kohorsz '18 – Magyar Születési Kohorszvizsgálat a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet által indított longitudinális kutatás.<sup>1</sup> A 2018–2019-ben született gyermekek felnövekedésének vizsgálatát célzó kutatás adatgyűjtése magzati korban, a várandósokkal kezdődik 2018 elején. A kiinduló 10 ezer fős mintán a projekt keretein belül a gyermek fél-, másfél- és hároméves korában zajlik ismételt adatfelvétel. Az NKI törekvése szerint a kutatás a felnövekedés teljes időszakában, a felnőtté válásig követi majd a gyermekeket.

A Kohorsz '18 esetében klasszikus társadalomkutatásról van szó, ám a vizsgálatnak köszönhetően létrejövő tudásbázis tudományos célú felhasználása mellett arra is szolgál, hogy eredményei az ellátórendszerben, a gyermekvédelemben és -fejlesztésben érintett szakemberek, szolgáltatók, kormányzati szereplők és civil szervezetek munkájához olyan információt biztosítsanak, amelyek segíthetik hatékony működésüket, döntéshozásukat. Mindemellett a vizsgálatból születő eredmények a közvélemény számára figyelemfelhívó, tájékoztató célt is szolgálnak majd. Ennek megfelelően már a kutatási keretek kialakítása is széleskörű – tudományos, szakterületi és szakpolitikai – összehangolást igényelt.

A Kohorsz '18 kutatás mind nagyságrendjében, mind módszertanában, valamint széleskörű hasznosíthatóságának tekintetében európai szinten is jelentős kutatási kezdeményezésnek tekinthető. Magyar előzményként elsősorban az 1979-ben indult Terhesek és Csecsemők Egészségügyi és Demográfiai Vizsgálata c. kutatás, majd a folytatását képező Országos Longitudinális Gyermekeknövekedés-vizsgálat szolgál.<sup>2</sup> E vizsgálat egyben a jelenlegi kutatás fő sajátosságához – a várandóssággal induló adatgyűjtéshez – is mintát ad. A születési kohorszvizsgálatoknak ugyanakkor immár hatvanéves hagyománya van Nagy-Britanniában, ahol 1958-tól kezdődően négy kohorszvizsgálat is fut, amelyek eredményeit a szakpolitikák előkészítésében és a hatáselemzésekben is felhasználják.<sup>3</sup> Az elmúlt tíz évben Skócia<sup>4</sup> és Írország<sup>5</sup> is elindította a maga születési kohorszvizsgálatát. Franciaországban 2011-ben kezdődött vizsgálat,<sup>6</sup> emellett Európában Dániában<sup>7</sup> és Norvégiában<sup>8</sup> zajlik még jelentős születési kohorszvizsgálat. Persze nemcsak Európában, a világ minden táján –

<sup>1</sup> A kutatás finanszírozása az EFOP 1.9.4. – VEKOP-16 EMMI felhívás (A szociális ágazat módszertani és informatikai megújítása) keretében valósul meg.

<sup>2</sup> Joubert K. – Gárdos É. (1991): *Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. A kutatási program általános ismertetése*. Kutatási Jelentések 40. KSH NKI, Budapest.

<sup>3</sup> Centre for Longitudinal Studies: <http://www.cls.ioe.ac.uk>.

<sup>4</sup> Growing Up in Scotland: <http://growingupinScotland.org.uk>.

<sup>5</sup> Growing Up in Ireland. National Longitudinal Study of Children: <http://www.growingup.ie>.

<sup>6</sup> Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE): <http://www.elfe-france.fr>.

<sup>7</sup> Danish National Birth Cohort: <http://www.ssi.dk/English/RandD/Research%20areas/Epidemiology/DNBC/>.

<sup>8</sup> Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa): <https://www.fhi.no/en/studies/moba/>.



Ausztráliában,<sup>9</sup> az USA-ban,<sup>10</sup> Új-Zélandon<sup>11</sup> stb. – is készülnek hasonló vizsgálatok, és több kutatás zajlik kisebb területi lefedettséggel is.<sup>12</sup>

Mindezek tapasztalataira tudunk támaszkodni a hazai vizsgálat tervezésekor. Ehhez tartalmilag is sokszínű kutatási és adatgyűjtési gyakorlat áll rendelkezésünkre, hiszen a születési kohorszvizsgálatok egy része erőteljesen egészségi-fejlődési vonatkozású, míg mások – a brit hagyományt követve – inkább a társadalmi folyamatokra fókuszálnak. Mindezek alapján az mondhatjuk, hogy a Kohorsz '18 kutatás kérdésfeltevésai multidiszciplináris jellegűek, vagyis a gyermek, majd a fiatal felnőtt jólétének és az azt alakító tényezőknek többféle aspektusáról gyűjtünk adatokat, és ezek sokrétű kapcsolatait vizsgáljuk. A kutatások induló mintája is változó. A magyar felvétel egyedisége, hogy míg a kohorszvizsgálatok döntő többsége a gyermek születése után indul – a magzati kortól történő adatgyűjtés költséges és nehezen kivitelezhető volta miatt –, addig a Kohorsz '18 a várandósok megkeresésével veszi kezdetét. Ugyancsak sokszínűek az alkalmazott adatgyűjtési módszerek, a bevont adatforrások, egyes válaszadói csoportok kiegészítő megkérdezése, illetve az adminisztratív és kutatási adatok kombinálásának foka és módja. Az adatgyűjtési módszerek tekintetében a kutatás a primer adatfelvételi technikák mellett az állami adminisztratív rendszerek adatállományának bevonásával is számol. Az anya/gonozó, majd később a gyermek mint elsődleges adatközlő mellett több szereplő (az apa, a nagyszülők, a gonozók/oktatók) bevonását is tervezi a kutatás.

<sup>9</sup> Growing Up in Australia. The Longitudinal Study of Australian Children: <http://www.growingupinaustralia.gov.au>.

<sup>10</sup> Early Childhood Longitudinal Study (ECLS) program: <https://nces.ed.gov/ecls/>.

<sup>11</sup> Growing Up in New Zealand: <http://www.growingup.co.nz/en.html>.

<sup>12</sup> A hazai és nemzetközi születési kohorszvizsgálati gyakorlatokról lásd Blaskó Zs. (2009): Születési kohorszvizsgálatok itthon és külföldön – tapasztalatok és tanulságok. *Esély*, 20(6), 45–75.

---

## 2. A KOHORSZ '18 KUTATÁS ELMÉLETI ÉS MÓDSZERTANI KERETEI

KAPITÁNY BALÁZS - SPÉDER ZSOLT - VEROSZTA ZSUZSANNA

---

### 2.1. A KUTATÁS MÓDSZERTANI KERETEI

#### A MODELL

A születési kohorszvizsgálat longitudinális kutatás, melyben a mintatagokat – itt a 2018-ban született gyermekek körét – hosszabb időszakon át követjük nyomon, újabb felkeresések segítségével kiegészítő információkat gyűjtve róluk. A longitudinális adatfelvételek legfontosabb előnyei a keresztmetszeti, illetve az ismételt keresztmetszeti (ugyanazon módszerrel többször, de különböző mintán történő) vizsgálatokhoz képest, hogy segítségükkel egyéni változásokat tudunk nyomon követni, illetve, hogy a megfigyelt állapotokat egymással összefüggésben vizsgálva, más módszerekhez képest nagyobb pontossággal tudunk oksági kapcsolatokat megállapítani közöttük. A longitudinális felvételek egy speciális csoportját képezik azok a kutatások, amelyekben egyének egy életkori csoportját, kohorszát követjük nyomon. Az azonos időszakban születő és születésüktől fogva „követett” gyermekekre irányuló vizsgálatokat *születési kohorszvizsgálatoknak* nevezik. Az életkori szempontból homogén vizsgálati csoport előnye, hogy a csoporton belül egy időpontban tapasztalt különbségek okai közül kizárhatjuk az időbeliség szerepét. Emellett az egyes adatfelvételek során viszonylag egyszerű mérési eszközökkel dolgozhatunk. Az azonos életkorú gyermekek ugyanis azonos pszichológiai és képességmérő tesztekkel vizsgálhatók, és a kérdőívek is egyszerűbben szerkeszthetők, hiszen jóval kevesebb fajta élethelyzetre kell felkészülni a készítésükkor, mint egy vegyesebb vizsgálati minta esetében.

#### A MINTA

A vizsgálat elvi alapsokaságát a 2018. április 1. és 2019. március 31. közötti egy éves időszakban Magyarországon született újszülöttek (és családjaik) jelentik. Figyelembe véve az adatfelvétel módját és az alapsokaság definíciós sajátosságait, technikai értelemben a *vizsgálat alapsokaságába* azon élő, legalább 7 hónapos magzatok tartoznak, akiknek az édesanyja a magyarországi várandósgondozási rendszerben részt vesz, és ahol (a várandósgondozási könyv megfelelő rovata alapján) a szülés várható időpontja a 2018. április 1. és 2019. március 31. közötti időszakra esik.

A kutatás tervezésekor meghatározott célok között egy olyan országosan reprezentatív minta kialakítása szerepelt, amely egyes társadalmi csoportok önálló elemzéséhez is kellő elemszámmal bír. Az adatgyűjtési időszak hossza 12 hónap, az alapsokaság nagysága kb. 90 000 fő, a tervezett induló mintaelemszám mintegy 10 000 fő. A szervezési és anyagi lehetőségek figyelembevétele mellett a válaszadók területi szintű koncentrálására volt szükség. A kutatás *mintavételi alapegységének* ennek következtében a *védőnői körzeteket* tekintjük. Az adatfelvétel induló szakaszát – így a várandósok kérdőíves vizsgálatát – ehhez igazodva a körzeti védőnők bevonására építjük. Azért is indokolt ez, mert a mintavétel alapját a várandósgondozásba bekerült magzatok jelentik, róluk azonban – jelenleg – nincs azonnali elektronikus nyilvántartás, az alapsokaság tehát csak a védőnők számára elérhető. A mintába került védőnői körzetek esetében a teljeskörű – minden, alapsokaságba tartozó várandósra vonatkozó – lekérdezés mellett döntöttünk. Ez egyfelől csökkenti a védőnői véletlen válaszadói kijelölés esetleges torzítását, másfelől a lehetőségekhez képest minimalizálja a munkába adatgyűjtőként bevonandó védőnők számát.

A mintavétel során (a körzetek koncentrálásának eltérő igénye, az eltérő terepmunka-szervezési eljárások, a közigazgatási különbségek, illetve a feltehetően eltérő válaszadási hajlandóság miatt) az ország járásait négy területi rétegre osztottuk,<sup>13</sup> és az egyes rétegekben részben eltérő eljárással – de egységes elvek mentén kialakított sorrenden alkalmazott véletlen kezdőpontú szisztematikus mintavétellel – választottuk ki a mintába került 628 védőnői körzetet. Ezek az egységes elvek az alábbiak: a 2018-ban várható élveszületések becsült száma (a 2013–2015-ös évek átlagának megfelelően); a becsült válaszadási hajlandóság és mintakopás (ahol alacsonyabb válaszadási hajlandóságot feltételeztünk, ott a kiválasztási esélyt növeltük); az átlagos társadalmi helyzet és a fejlettség szerinti sorrend.

Az ilyen módon kialakított elméleti mintába került védőnői körzeteket ellátó védőnőket kivétel nélkül felkértük az együttműködésre, és a munkát 90,2%-uk el is vállalta. A kutatási résztvételt nem vállaló védőnők körzeteit (61 db) cserekörzetekkel törekedtünk pótolni. A 61 körzetből 57-et sikerült helyettesíteni az adott területi réteghez tartozó, az eredetihez hasonló méretű és státuszú pótkörzetek segítségével. Már a minta kialakulása után a védőnői képzések és szerződés kötések alkalmával további 16 védőnő lépett vissza a munkától, vagy került törlésre (például azért, mert a munkaadó nem támogatta a részvételét, nem jelent meg a képzéseken, nem küldte vissza a munkaszerződést), így a Magyar Születési Kohorszvizsgálat terepmunkája 608 területi védőnői körzetben indult el. A mintavételi eljárás részletesebb bemutatása és a minta ismertetése a külön módszertani kötetben található (Veroszta 2018).

## A VÁRANDÓSSÁG IDŐSZAKÁTÓL INDÍTOTT KUTATÁS KÖVETELMÉNYEI

A születési kohorsz kutatások körében ritka a várandós kortól történő adatgyűjtés, a kutatás e tekintetben jelentősnek mondható. A korai, már várandósság alatt induló vizsgálat jelentőségét az adja, hogy a prenatális időszakban szerzett tapasztalatok szoros kapcsolatot mutatnak számos későbbi életeseemény alakulásával. Ez a módszer lehetővé teszi, hogy ne visszatekintő, hanem közvetlen adatokat gyűjthessünk a várandósság idejéről; olyan adato-

<sup>13</sup> A négy területi réteg a következő: Budapest (23 járás); Budapesti agglomeráció (10 járás); vidéki nagyvárosi – 150 ezer fő feletti lakosságú – járások (8 db); kis és közepes járások (156 db).

kat és szubjektív véleményeket, attitűdöket ismerhessünk meg, amelyek az orvosi, kórházi, védőnői regiszteradatokból nem hozzáférhetők. Ez az első adatfelvétel ugyanakkor egy speciális életszakaszban, szenzitív kérdésekkel történik. A várandós adatgyűjtés – legtöbb országban áthidalhatatlan – feladatát emiatt is a védőnői hálózat segítségével valósítjuk meg. A magyar védőnői hálózat egyedülállósága, hogy lényegében az egész országot lefedi (a várandósok 97%-a lép kapcsolatba a körzeti védőnőjével terhessége 28. hetéig). Az elérés mellett a védőnők bevonását indokolja továbbá, hogy tapasztaltak a várandósokkal való kapcsolattartásban, bizalmi kapcsolat alakul ki közöttük. Mindemellett a védőnői adatgyűjtések szerepe is jelentős tényező. A védőnői összesítők segítséget nyújtanak a minta megtervezéséhez, a kötelező adatrögzítések (pl. a várandósgondozási könyv adatai) pedig kutatásba csatornázható adatbázist jelentenek.

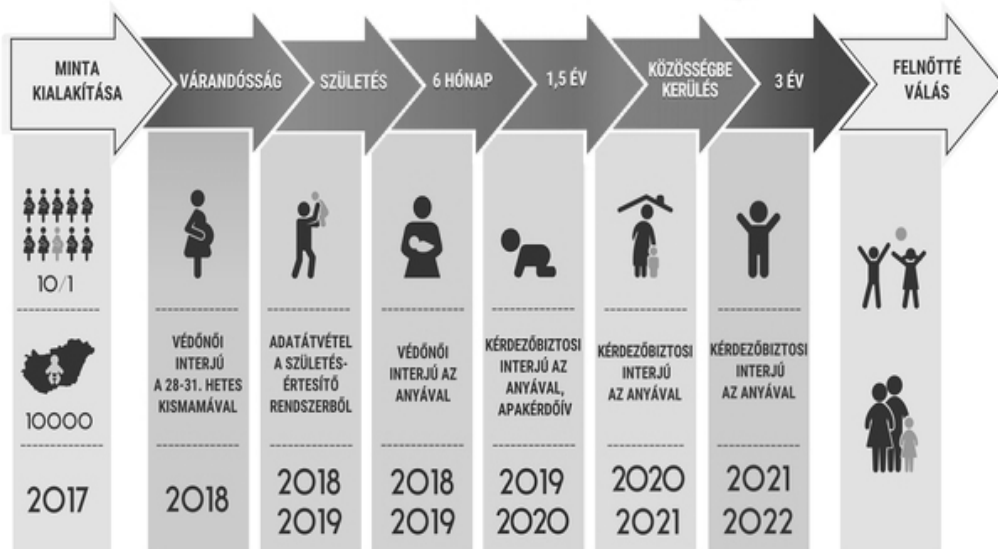
A várandós és a hatodik hónapos adatfelvételek védőnői lebonyolításának feltétele a kutatás szervezeti támogatottságának elérése és a védőnők részletes módszertani felkészítése. A Kohorsz '18 kutatás várandós adatfelvételi szakaszának előkészítése a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 99. kötetében részletesen dokumentált (Veroszta 2018).

## A KUTATÁS MENETE

A jelenlegi finanszírozás keretek között 2022-ig tervezhető a kutatás. Az ehhez kapcsolódó munka- és ütemterv az alábbi lépésekből áll:

- A kutatás előkészítése (minta kialakítása, kérdőív, tesztelés, oktatás):  
2017. április–december
- Védőnői interjú a 28–31. hetes kismamával (várandós adatfelvétel):  
2018. január – 2019. február
- Védőnői interjú az anyával (6 hónapos adatfelvétel):  
2018. augusztus – 2019. október
- Adatátvétel a Születésértesítő Rendszerből: 2018. június – 2019. június
- Kérdőbiztosi interjú (1,5 éves adatfelvétel) az anyával, apakérdőív:  
2019. augusztus – 2020. október
- A gyermekek intézménybe kerüléséhez/anyai munkavállaláshoz kapcsolódó kutatás.  
Telefonos interjú az anyával a gyermek 27–30 hónapos korában:  
2020. március – 2021. május
- Kérdőbiztosi interjú az anyával (3 éves adatfelvétel):  
2021. február – 2022. április

1. ábra: A Kohorsz '18 kutatás tervezett menete



## 2.2. ELMÉLETI SZEMPONTOK A KOHORSZ '18 KUTATÁSBAN – „TÖBBSZÖRÖSEN ÖSSZEKAPCSOLT ÉLETEK”

A Magyar Születési Kohorszvizsgálat, ahogy a legtöbb születési kohorszvizsgálat, *eo ipso* interdiszciplináris; egymáshoz kapcsolódó pszichológiai, egészségtudományi, szociológiai, demográfiai és közgazdaságtudományi kutatási kérdések megválaszolására irányul. Szükségszerű tehát, hogy a kutatási program a fenti diszciplináris tradíciókból egyaránt merítsen, hiszen ez teszi lehetővé, hogy a különböző tudományágakban a gyermek fejlődésével kapcsolatos kutatási kérdésekre választ adjunk. Az egyes diszciplináris elképzeléseket (elméleteket) és az azokból fakadó kutatási kérdéseket a későbbi fejezetekben részletesen tárgyaljuk, itt *néhány* olyan *elméleti megközelítést* emelünk ki, amelyek túlmutatnak az egyes tudományágakon, illetve több diszciplinát egyaránt érintenek, és amelyek reményeink szerint rendező elvet nyújtanak a kutatáshoz.

A kutatás középpontjában a megszülető gyermek fejlődése, felnövekedése és felnőtté válása áll. A fejlődéslélektani fejezetben részletesen bemutatjuk azokat a standard korszpecifikus és szerepspecifikus mutatókat, amelyekkel a gyermek biológiai, kognitív, pszichoszociális fejlődését mérjük. Kutatásunk csatlakozik a gyerekfejlődés ökológiai modelljéhez (Bronfenbrenner – Morris 2006), amely szerint a gyermek fejlődése az őt körülvevő proximális és disztális tényezőkkel való interakcióban jön létre, nem függetlenül a gyermek biológiai-genetikai adottságaitól. Ebben a (bio)ökológiai modellben kulcsszerepe van a *családnak*, a *lokális környezetnek*, az *ellátórendszernek* és a *makrotársadalmi szabályozórendszernek*. A Magyar Születési Kohorszvizsgálat expliciten vállalja fel, hogy a környezeti tényezőket csak korlátozottan tudja figyelembe venni, és hogy a környezeti (ökológiai) tényezők figyelembe vétele során különös hangsúlyt fektet:

- az életpálya-perspektívára,
- a társadalmi egyenlőtlenség rendszerére,
- a társadalompolitikai intervenciókra.

Az életpálya-perspektíva (life course approach) centrális szerepet tölt be a szociológiai, demográfiai kutatásban, és jól illeszkedik a fejlődéslelektani irányzatokhoz, továbbá kedvező kereteket nyújt a humántőke-képződés értelmezéséhez is (Elder et al. 2004; Settersten 2006).

Az életpálya-kutatás perspektíváját különösen alkalmasnak tartjuk a gyermekfejlődés és a családi körülmények értelmezéséhez, hiszen alkalmas és előnyös keretet nyújt ahhoz, hogy a gyerekfejlődést *dinamikus* körülmények között, a *változó családi viszonyok* közepette értelmezzük. (Ne felejtjük el, hogy a mai családi viszonyokat a párkapcsolati pályák megcsakítottasága jellemzi.) A gyermekfejlődés családi körülményeit e perspektívából, nagyon leegyszerűsítve az egymáshoz kapcsolódó szülői életpályák („linked lives”) testesítik meg. Azaz, a nő és a férfi egymással párhuzamosan haladó, folyamatosan egybekapcsolódó családi és munkapiaci életpályája (karrierje) hozza létre a gyermekvállalás és a gyermeknevelés kereteit. A gyermek születése, felnevelése és fejlődése természetesen része a házassági, párkapcsolati pályának.

A szülők – anya, apa – erőforrásai, státuszváltásai és magatartása folyamatosan biztosítják a kereteket a gyermek fejlődéséhez és felnövekedéséhez. Azok a kutatások, amelyek rámutatnak a szülői hatások fontosságára a gyermeki fejlődés egyes szakaszaiban, illetve később a felnőtté válás folyamán, jól értelmezhetők a *dinamikus életpálya-keretben*. Közismert, hogy az anyagi státusz (szegénység) szignifikáns hatással bír a gyermek kognitív fejlődésére, egészségi állapotára, és az is, hogy milyen következményei vannak a válásnak (Amato 2010). Az életpálya-perspektíva előnye, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy a szülők önálló pályákkal rendelkeznek, és ezeken a pályákon tervezett vagy nem tervezett, törvényszerű és váratlan átmenetek és törések következnek be, amelyek meghatározóan alakítják át a gyermek fejlődésének közvetlen környezetét. A gyermek ugyanakkor nem passzív eleme a szülők életpályájának, hiszen születése, illetve már a megszületésének eltervezése is szerves része a párkapcsolati életpályának. Születése és nevelése vissza is hat a szülők életpályájára, temperamentuma befolyással lehet a szülői párkapcsolatra, a szülők munkaerőpiaci életpályájára is.

Az életpálya-perspektíva kiemelt figyelmet szentel annak, hogy az egyének *aktív módon vesznek részt életük alakításában* (agency) (vö. Elder at al. 2004: 11). A párválasztás, a döntés a gyermekvállalásról, a munkahelyválasztás olyan kulcsemények, amelyek egyértelműen választásként, a cselekvők aktív döntéseként értelmezendők. Noha meghatározónak tartjuk, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek rendszere milyen opciókat/lehetőségeket kínál fel a cselekvők részére (l. később), mégis úgy gondoljuk, hogy az egyéni választások nem eleve elrendeltek. A szülők különböző szülői viselkedéseket alakítanak ki, a gyermeknevelés során számtalan döntést, választást hoznak, amelyek alakítják a gyermek fejlődését. A szakirodalom az „intenzív anyaság” (Hays 1996) és az „involtált apaság” (Townsend 2002), az „elhanyagoló szülőség” modelljei mellett számtalan további szülői modellt ismer. Ter-

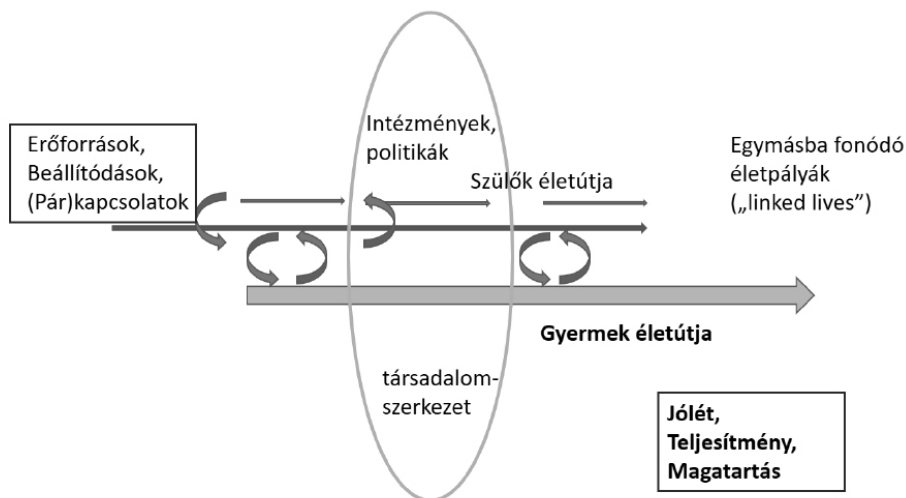
mészetesen tudjuk, hogy a szülői magatartások nem függetlenek a társadalmi státusztól, a szülői tervek és a szülői magatartások felmérése mégis lehetővé teszi a társadalmi cselekvés „agency” szemléletű megértését.

*Az életút kor szerinti tagolása*, az életpálya-közelítések másik alapeleme, szervesen kapcsolódik a gyermeki fejlődés életkor szerinti mérföldköveihez (vö. Elder et al. 2004; Hagestad – Neugarten 1985; Lábadi – Pohárnok 2016).

A kohorszvizsgálat lényeges feladata az „életpályán belüli” hatások megragadása és megértése. A kohorszvizsgálat eredményeit hasznosító diszciplináris kutatási eredmények egyöntetűen felhívják a figyelmet arra, hogy a (korai) gyermekkori, sőt a várandósság ideje alatti tapasztalatok (Barker 1990) nyomot hagynak az érintettekben, érdemben befolyásolva a majdani kognitív teljesítményeket, az egészségi állapotot, a deviáns viselkedés későbbi megjelenésének esélyét, a felnőtté válás kimeneteit (vö. McLeod – Almazan 2004). Akik szegényes körülmények között, egészségtelenül táplálkozva, vagy elhanyagoló szülői nevelés körülményei között nőnek fel, azok majd nagyobb eséllyel teljesítenek alul, magasabb megbetegedési kockázatokkal rendelkeznek, nagyobb eséllyel tesznek magukévá deviáns viselkedési formákat.

Hibát követnénk el, ha csak azt vennénk figyelembe, hogy a szülők életeseményei (a párkapcsolatok minősége, a lelkiállapotok, a munkaerőpiaci karrier) hogyan befolyásolják a gyermekek fejlődését, és nem vennénk tudomást a „*visszahatásokról*”. Amikor kijelentjük, hogy a családi környezetet *diadikus kapcsolatokra* bontva és *dinamikus szemléletben* értelmezzük, egyben azt is hangsúlyozzuk, hogy a szülő-gyermek kapcsolat egy dinamikus interaktív kapcsolat. Nemcsak a szülő nevel, teremti meg a felnövekedés kereteit és klímáját, hanem a gyermek is befolyásolja a szülői életpályát. Ahogy már említettük, azáltal, hogy a gyermek megszületik, bizonyos korábban lehetségesnek tűnő opciók (pl. külföldi munkavállalás) valószínűleg valósággá válnak, mások viszont reális lehetőséggé válnak. Ezen túl megfigyelhető, hogy a gyermekek problémás vagy problémamentes viselkedése érdemben hozzájárul a szülők elégedettségéhez, párkapcsolatuk minőségéhez (Greenfield – Marks 2006). Az „összekapcsolt életek” („linked lives”) koncepciója nem szorítkozhat a párkapcsolatban élők családi és munkaerőpiaci életpályájának illeszkedésére; a kohorszvizsgálat arra mutat rá, hogy ez kiegészítendő a gyermeki és a szülői (anyai, apai) életek összekapcsolásával és megszakíttatásával.

2. ábra: A Kohorsz '18 kutatás elméleti kereteinek sematikus ábrája



A (korai) gyermekkori körülményeknek a (fiatal) felnőttkori teljesítményekre, magatartásra gyakorolt hatását a fenti diszciplínák megkérdőjelezhetetlenül elismerik. Kérdéses azonban – és ebben a diszciplínákon belül és azok között is vita van –, hogy a hatás tartós vagy átmeneti, az életkor előrehaladtával változatlan erővel hat-e, növekszik-e vagy éppen halványul, illetve milyen körülmények, szülői magatartások befolyásolják leginkább a gyermek biológiai, kognitív, pszichoszociális fejlődését, valamint a (fiatal) felnőtt viselkedését, teljesítményeit (McLeod – Almazan 2004; Liefboer 1999).

Itt külön ki kell emelnünk a *reziliencia kutatási* területét, amely éppen azzal foglalkozik, hogy milyen körülmények, cselekvések, esetleg beavatkozások biztosítják, hogy a hátrányos körülmények között nevelkedők közül is sokan sikerrel veszik majd az életpályán a későbbiekben megjelenő akadályokat. E kérdés vizsgálata különösen szembetűnő a pszichológiai irodalomban (vö. Lábadi – Pohárnok 2016), ezt a későbbiekben részletesen tárgyaljuk majd. Ám az atipikus (reziliens) életpálya más diszciplínákban is megjelenik: Fassang és Raab (2014) például arra hívja fel a figyelmet, hogy tömegesen beazonosíthatóak olyan felnőtté válási életpályák, amelyek ellentétesek a szülői életpályákkal.

A *szülői hatások* szisztematikus feltérképezése a kohorszvizsgálatok elengedhetetlen elemét képezi, és a korábbiakban azt kívántuk hangsúlyozni, hogy a Kohorsz '18 vizsgálat meghatározó perspektívája, hogy a szülői hatást *dinamikájában* kívánja tetten érni és nyomon követni. Azaz azt feltételezzük, hogy a szülői hatások – legyen szó akár a szülői erőforrásokról, a nevelési stílusokról, a nevelés intenzitásától – időben változnak, az egyes fejlődési fázisokban eltérő mértékűek lehetnek. E nézőpont teszi lehetővé annak megragadását, hogy a gyermekkori és fiatal felnőttkori teljesítményekben milyen mértékű szerepet játszanak a szülők (Amato 2000; McLanahan – Sandefur 1996). Az intergenerációs perspektíva konzekvens érvényesítése a demográfia és a szociológia alapkérdéseinek elemzését, a *felnetté*



válás, a családformálódás értelmezését (Barber et al. 2000; Buchmann – Kriesi 2011), a *társadalmi mobilitás* kutatás klasszikus kérdéseinek (Bukodi et al. 2015) újfajta vizsgálatát is lehetővé teszi. A szülői hatások meghatározó szerepe a gyermek felnövekedésében és fejlődésében megkérdőjelezhetetlen, ám az is tagadhatatlan, hogy a gyermek genetikai kódjai, a temperamentuma kikerülhetetlen adottságok, továbbá a gyermek fejlődése egy adott történeti időben, meghatározott társadalomszerkezettel és intézményrendszerrel bíró társadalomban megy végbe.

Mivel kutatási programunk nem az orvosi – egészségügyi – megközelítést részesíti előnyben,<sup>14</sup> nem lehet célunk az ide vonatkozó kutatási kérdéseknek megfelelő adatgyűjtés, mégis nyitva kívánjuk hagyni annak lehetőségét, hogy a jövőben, ha csak korlátozott mértékben is, de orvosi-egészségügyi kérdéseket is elemezni lehessen majd. E kérdések a pszichológiai, demográfiai kutatások szempontjából sem irrelevánsak (vö. Mills – Tropf 2016). Mégis, kutatásunk társadalomtudományi jellegű, a társadalmi adottságok feltérképezését kívánja középpontba állítani.

A kutatásnak ugyanakkor nem lehet célja a hazai társadalomszerkezet átfogó leírása, ám kikerülhetetlen a társadalomszerkezet és az intézményi felépítettség adekvát figyelembevétele. A *társadalomszerkezeti hatásokról* a korábbiakban áttetelelesen már szóltunk, hiszen amikor azt találjuk, hogy a szülői erőforrások (a jövedelmi helyzet, az anyagi tőke, a kulturális tőke, a kapcsolati tőke) meghatározó szerepet játszanak a gyermek fejlődésében, akkor a társadalmi egyenlőtlenségek hatását érzük tetten. Amennyiben pedig ezek az egyenlőtlenségek „szisztematikusan” befolyásolják a gyermek fejlődését, a későbbiekben az intézményrendszerbe való belépését és az abban való részvételét, az intézményen belüli sikerességét, akkor elemzéseink már a *társadalmi egyenlőtlenségek reprodukciójának megértéséhez* járulnak hozzá. Ide kapcsolódik a korábbiakban már említett társadalmi mobilitási kérdéskör, illetve a reziliencia körülményeinek vizsgálata is.

Az életpályakutatás egyes képviselői felvetik, hogy érdemes megkülönböztetni önálló életpálya-rezsimeket (Mayer 2001), amelyek a fejlett társadalmakban a tartósan eltérő intézményi berendezkedés következtében egyértelműen különböznek. A korai kisgyermekkor ellátórendszerei, az oktatási rendszerek, a munkaerőpiac és a szociális ellátás rendszerei Európában olyannyira különböznek, hogy azok az életkor előrehaladtával az egyének számára teljesen eltérő lehetőségeket kínálnak fel, illetve akadályokat sorakoztathatnak fel (Mayer 2001).

Nem lehetetlen, ám lehetőségeinket meghaladó vállalkozás átfogó társadalomszerkezeti, illetve intézményrendszerbeli elemzésekre törekedni. Feladatunk ennél korlátozottabb: a gyermekfejlődés, illetve a felnőtté válás szempontjából *releváns társadalomszerkezeti aspektusokat*, illetve *intézményeket és szabályozókat* kívánjuk figyelembe venni. Az intézményrendszer szerepét illetően elsődleges annak megértése, hogy milyen tényezők határozzák meg az intézményekbe való bekerülést, az ellátáshoz való hozzáférést. Ugyanennyire lényeges kérdés, hogy mennyire érvényesülnek a megfogalmazott hozzáférési alapelvek (hátrányos helyzet, univerzalitás), és hogy az intézkedések és az intézmények mennyiben

<sup>14</sup> Számos olyan születési kohorsz-kutatást ismerünk, amelyek túlnyomóan a gyermekek egészségi állapotát követik nyomon.

tudják elérni a céljaikat (vö. Halász 2016). Általánosan azt a kérdést kívánjuk feltenni, hogy hazánkban a jóléti intézményrendszer mennyiben képes enyhíteni a szülői erőforrások okozta egyenlőtlenségeket.

A gyermekek felnevelkedése nem független az uralkodó *kulturális mintáktól*, konkrétan a gyermeknevelésről, a családi viszonyokról kialakult és uralkodó elképzelésektől. A kulturális minták néha konkrét „előírásokat” fogalmaznak meg, máskor pedig referenciaként működnek (Hagestad – Neugarten 1985). Hatásuk ritkán közvetlen, de tagadhatatlan az is, hogy befolyásolják a gyermek nevelését, az életpálya „bejárása során” megtett választásokat (Buchmann 1989). Ha csak korlátozott mértékben is, de a kohorszvizsgálatok érvényesnek tekintik, hogy a szülők családról, gyerekvállalásról, gyereknevelésről alkotott elképzelései tetten érhetők a nevelési gyakorlatukban, és így érdemben befolyásolják a gyermek fejlődését. Továbbá jó okunk van feltételezni, hogy a szülők elképzelése, kulturális erőforrásai (tőkéi) és igény szintje egy olyan folyamatosan jelen lévő kulturális klímát teremtenek, amely áthagyományozódik a gyermekekre, és befolyásolni fogja az előrehaladásukat az iskolarendszerben, az iskolából a munkaerőpiacra való átmenetben, és tetten érhető a fiatal felnőttek családformálódási gyakorlatában is (Barber et al. 2000).

E bevezetőben kiemeltük azokat az elméleti megfontolásokat, amelyek a Magyar Születési Kohorszvizsgálat kialakítása során *megközelítésünk kereteit* jelölték ki, és segíteni kívánunk a különböző diszciplináris kérdések összehangolásában. Nem határozzák meg tehát a fejlődépszichológiai, szociológiai, demográfiai, közgazdasági és társadalompolitikai kérdéseket, hiszen azokat az egyes diszciplinákat meghatározó viták és elméleti közelítések alapján lehet megfogalmazni. Ezek tárgyalására és specifikálására a következőkben kerül sor. E rövid és szükségszerűen vázlatos elméleti bevezető tehát a későbbiekben tárgyalandó kérdésfelvetések kereteit határolja körül.

### 2.3. KUTATÁSI TÉMÁK

A kutatás fő célja az, hogy átfogó képet adjon a gyermekek magyarországi felnövekedéséről és az azt befolyásoló tényezőkről.

A gyermekek felnövekedésének komplex vizsgálata során egyfelől mérjük a *felnövekedés különböző mutatóit*. E kimeneti mutatók számos területre terjednek ki, összefoglalóan:

- a fizikai fejlődés,
- a kognitív fejlődés,
- a szocioemocionális fejlődés,
- az egészség,
- a jóllét,
- a teljesítmény,
- a mobilitás változóinak tekinthetők.

A kutatás másik célja a *felnövekedés meghatározóinak* azonosítása és *hatásuk* vizsgálata. Ilyen tényezőknek tekinthetők a gyermek felnövekedésében:

- a családi és társas környezeti (szocializációs) körülmények,
- a társadalmi különbségek,
- az intézményi ellátottság,
- az egészségi állapot,
- valamint a gyermeket nevelő család tagjainak foglalkoztatási helyzete és életmódja,
- információs ellátottsága,
- várakozásai és tervei.

A kutatásban a felnövekedés különböző szempontjainak vizsgálata során (azok okait és összekapcsolódását beleértve) a fenti életkörülményekben és teljesítményekben mutatkozó különbségekre koncentráló, azokat feltárni kívánó megközelítés tekinthető dominánsnak.

A kutatás interdiszciplináris megközelítésmódját megtartva, a vizsgálat elméleti előkészítési munkáit három fő *tartalmi egységbe* szerveztük:

- demográfiai jellemzők,
- egészség és fejlődés,
- társadalmi háttér.

A kutatás elméleti háttérének alábbiakban történő bemutatása során tartalmilag e hármas bontáshoz igazodunk, jóllehet tisztában vagyunk vele, hogy e témák összekapcsolódnak, átfedik egymást. A fenti három kutatási területhez kapcsolódó témákból épülnek fel tehát a kutatás kérdőívei is, melyek háttérét egy-egy fejezetben, szakterületi bontásban mutatjuk be az alábbiakban (Demográfiai jellemzők: 3. fejezet; Egészség és fejlődés: 4. fejezet; Társadalmi háttér: 5. fejezet).

A potenciális kutatási területek és témák bősége miatt a kutatási témák meghatározásakor az elméleti és kutatási előzmények áttekintő feltárására és szelekciós elvek kialakítására volt szükség. Ennek során három fő *szelekciós szempontot* vettünk figyelembe:

- A vizsgálatban szerepeljenek az említett kutatási területek – demográfia, szociológia, egészség, pszichológia – főbb alapváltozói, háttérváltozói.
- A kutatási témák szűkítésekor a Kohorsz '18 néhány speciális módszertani jellegzetességét vettük figyelembe. Ezek közül nyilvánvalóan meghatározó, hogy nagymintás kutatásról van szó, érdemes tehát előtérbe helyezni a csak a nagyságrend révén vizsgálható témákat. Fontos kihasználni a longitudinalitásban rejlő lehetőségeket is, ami az időben jól vizsgálható – avagy csak időben vizsgálható – kérdéseket helyezi előtérbe. Meghatározó volt a kutatás egyediségét képviselő várandósság alatti adatgyűjtés mint kutatási lehetőség figyelembe vétele és minél jobb kihasználása. Ezzel a kutatás egyidejűleg a magyar kohorszvizsgálati hagyományokhoz is kapcsolódik – ez is döntési szempontként merült fel a kutatási témák kiválasztása során.

- A kiválasztott kutatási témák relevanciája is elvünk volt. Ez esetben nemcsak az számított, hogy melyek a nemzetközi szinten legnagyobb tudományos érdeklődésre számító, vagy épp leggazdagabb kutatási előzménnyel bíró témák, hanem az is, hogy vannak-e kutatási értelemben lefedetlen, információhiányos területek, amelyek feltárására épp e kutatás adna egyedülálló lehetőséget. Mindemellett – tekintettel arra is, hogy az adatfelvétel sikere az anyák válaszadási hajlandóságán, vagyis fenntartott érdeklődésén, bevonásán nyugszik – a célcsoportot leginkább foglalkoztató témák beemelése is fontos szempontként jelent meg a szelekció során. Végül pedig tagadhatalan, hogy a kutatók tudományos érdeklődése is érvényesült.

Mindezen megfontolások alapján a Kohorsz '18 előkészítése során a fenti tartalmi keretben az alábbi kiemelt kutatási témákat fogalmaztuk meg:

Demográfiai kérdések:

- A gyermekvállalás és -nevelés körülményei egyes kiemelt demográfiai csoportokban.
- A gyermekvállalás és a partnerkapcsolati stabilitás összefüggései.
- A testvér vállalását előrejelző, segítő és hátráltató tényezők.

Egészség és fejlődés:

- A várandósság alatti egészségi állapot és egészség-magatartás hatása a szülésre, az egészségre, a magzat- és gyermekfejlődésre.
- A koraszülésre ható tényezők vizsgálata.
- A reprodukív egészség vizsgálata.
- Az anya pszichológiai jóllétének hatása a szülésre, a gyermek egészségére és fejlődésére.
- A párkapcsolati szubjektív jellemzők hatása a gyermek egészségére, fejlődésére.
- A szülői bánásmód hatásai a gyermek egészségére, fejlődésére.

A társadalmi háttér hatása:

- A származási egyenlőtlenségek és ezek hatásai a gyermek egészségére, fejlődésére.
- Az élettervezés és a tervek bevalását meghatározó tényezők.
- A kisgyermekes nők munkavállalásának körülményei és hatásai.
- Az egészségügyi ellátórendszer hozzáféréseinek és igénybevételeinek különbségei.
- A szociális ellátások igénybevétele eltérő munkaszerződési feltételek esetén.

## 2.4. HIVATKOZÁSOK

- Amato, P. (2000): The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269–1287.
- Barber, J. S. – Axin, W. G. – Thornton, A. (2000): The influence of attitudes on family formation processes. In Leshaege, R. (ed.): *Meaning and choice: Value orientations and life course decisions*. NIDI-CBGS Publications, 45–95.
- Barker, D. J. P. (1990): The fetal and infant origin of adult disease. The womb may be more important than the home. *The BMJ*, 301(6761), 1111.
- Blaskó Zs. (2009): Születési kohorszvizsgálatok itthon és külföldön – tapasztalatok és tanulságok. *Esély*, 20(6), 45–75.
- Bronfenbrenner, U. – Morris, P. A. (2006): The Bioecological Model of Human Development. In Lamb, M. – Lerner, R. M. (eds.): *Handbook of Child Psychology and Developmental processes. Vol. 3. Socioemotional Processes*. Wiley, 793–828.
- Buchmann, M. (1989): *The Script of Life in Modern Society: Entry into Adulthood in a Changing World*. University of Chicago Press.
- Buchmann, M. C. – Kriesi, I. (2011): Transition to adulthood in Europe. *Annual Review of Sociology*, 37, 481–503.
- Bukodi, E. – Goldthorp, J. H. – Waller, L. – Kuha, J. (2015): The Mobility Problem in Britain: New Findings from the Analysis of Birth Cohort Data. *British Journal of Sociology*, 66(1), 93–117.
- Dickerson, A. – Popli, G. K. (2016): Persistent poverty and children’s cognitive development: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 179(2), 535–558.
- Elder, G. H. Jr. – Kirkpatrick, M. – Crosnoe, J. R. (2004): The Emergence and Development of Life Course Theory. In Mortimer, J. T. – Shanahan, M. J. (eds.): *Handbook of the Life Course*. Springer, 3–19.
- Fassang, A. E. – Raab, M. (2014): Beyond transmission: intergenerational patterns of family formation among middle-class American families. *Demography*, 51(5), 1703–1728.
- Fitzsimons, E. – Goodman, A. – Kelly, E. – Smith, J. P. (2016): Poverty dynamics and parental mental health: Determinants of childhood mental health in the UK. *Social Science & Medicine*, 175, 43–51.
- Greenfield, E. A. – Marks, N. F. (2006): Linked Lives: Adult Children’s Problems and Their Parents’ Psychological and Relational Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 68(2), 442–454.
- Hagestad, G. O. – Neugarten, B. L. (1985): Age and the Life Course. In Shanas, E. – Binstock, R. (eds.): *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Van Nostrand and Reinhold, 36–61.
- Halász A. (2016): *Kora-gyermekkori intézményi ellátás, kapcsolódó intézkedések és társadalmi hatások mérési lehetőségei*. KSH NKI, Budapest [Kézirat].
- Hays, S. (1996): *The Cultural Contardiction of Motherhood*. Yale University Press, New Haven.
- Huinink, J. – Brüderl, J. – Nauck, B. – Walper, S. – Castiglioni, L. – Feldhaus, M. (2011): Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (Pairfam): Conceptual framework and design. *Zeitschrift für Familienforschung*, 23(1), 72–100.
- Lábadai B. – Pohárnok M. (2016): *Előkészítő anyag a születési kohorszvizsgálat fejlődéslelektani kutatási kérdéseiről és módszereiről*. KSH NKI, Budapest [Kézirat].

- Liefbroer, A. (1999): From Youth to Adulthood. Understanding changing patterns of Family Formations from a Life-course Perspective in. van Wiesen, Dykstra, eds. *Population Issues*. Plenum, 83–58.
- Mayer, K. U. (2001): The Paradox of Global Social Change and National Path Dependencies: Life Course Patterns in Advanced Societies. In Woodward, A. E. – Kohli, M. (eds.): *Inclusions and Exclusions in European Societies*. Routledge, 89–110.
- McLanahan, S. – Sandefur, G. (1996): *Growing up with a single parent. What hurts, what helps*. Harvard University Press, Cambridge.
- McLeod, J. – Almazan, E. P. (2004): Connections between Childhood and Adulthood. In Mortimer, T. – Shanahan, M. J. (eds.): *Handbook of the Life Course*. Kluwer Academic/Plenum Pub., New York, 391–411.
- Mills, M. G. – Tropf, F. C. (2016): The Biodemography of Fertility: A Review and Future Research Frontiers. In Hank, K. – Kreyenfeld, M. (Hrsg.): *Social Demography: Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demographie*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 55. Springer VS, Wiesbaden, 397–424.
- Settersten, R. A. Jr. (2006): Age Structuring and the Rhythm of the Life Course. In Mortimer, J. T. – Shanahan, M. J. (eds.): *Handbook of the Life Course*. Springer, 81–98.
- Townsend, N. W. (2002): *The package deal: Marriage, work, and fatherhood in men's lives*. Temple University Press, Philadelphia, PA.
- Veroszta Zs. (szerk.) (2018): *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése*. Kutatási Jelentések 99. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.



---

## 3. A MAGYAR SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLAT DEMOGRÁFIAI KUTATÁSI KÉRDÉSEI

KAPITÁNY BALÁZS – ROHR ADÉL – SPÉDER ZSOLT

---

### 3.1. MEGKÖZELÍTÉSMÓD

#### A DEMOGRÁFIAI FÓKUSZ SZEREPEI A KUTATÁSON BELÜL

A Kohorsz '18 vizsgálat demográfiahoz kapcsolódó kutatási kérdéseinek, kérdésprogramjának értelmezéséhez előljáróban szükséges felhívni a figyelmet arra, hogy a vizsgálatban a demográfiai jellegű adatok gyűjtésének és felhasználásának több, egymástól lényegesen eltérő célja van.

Egyfelől a különféle demográfiai alapadatok (az anya, a gyermek és az apa esetében is) szinte minden elemzésben hagyományos értelemben vett *háttérváltozókként* funkcionálnak. Ez a demográfiai alapváltozók alapvető felhasználási módja minden kutatásban. A demográfiai alapadatok ilyen célú begyűjtésére és felhasználására akkor is sor kerülne, ha a Magyar Születési Kohorszvizsgálatot nem a Népeségtudományi Kutatóintézet – a demográfiai kutatások magyarországi bázisintézménye – hajtaná végre, és a vizsgálat pl. kizárólagosan orvosi fókuszú lenne. A nemre, korra, családi állapotra stb. vonatkozó információkat tehát értelemszerűen fel kellene venni, be kellene gyűjteni.

Ehhez kapcsolódik azoknak az összetett, alapvetően nem demográfiai elemzéseknek a helyzete, amelyekben a válaszadók demográfiai tulajdonságai/viselkedései (vagy azok egyes elemei) más tématerületek speciális elemzéseinek (az egyik) *magyarázó változó* lesznek. Például annak az elsősorban fejlődési/oktatási kérdésnek a vizsgálatához, hogy a családi környezet milyen hatással van a gyermek későbbi iskolai előmenetelére, szükség van egy demográfiai blokkra, amely egyebek mellett tartalmazza a testvérek számára, korára, nemére vonatkozó információkat, hiszen ezek nélkül a családi háttér csak igen korlátozottan lenne feltérképezhető. A demográfiai fókusz adatállománya reményeink szerint az ilyen jellegű kutatói igényeket is korlátozás nélkül ki tudja majd szolgálni.

Terveink szerint a demográfiai adatok intenzív felhasználásával készülnek majd több témakört érintő, immár nemcsak részben, hanem nagyjából a demográfiai változószettel dolgozó elemzések is, kiemelten olyanok, amelyeket ízlés szerint „családszociológiai, családdemográfiai”



kutatási témának, elemzésnek is lehet nevezni. (Ilyennek tekinthetők pl. a kisgyermekes nők munkavállalása, vagy a családon belüli munkamegosztás kapcsán készülő elemzések.)

Az ilyen jellegű kutatási kérdések kapcsán természetesen már felmerülhetnek olyan kutatói igények, amelyek kielégítésére az adatállomány nem lesz tökéletesen alkalmas. Például – terjedelmi korlátok miatt – a védőnői adatgyűjtési szakaszban nem kérdezzük le a várandós/kisgyermekes anya korábbi partnerkapcsolati vagy lakhatási történetét. Így például nincs arra vonatkozó adatunk, hogy a kérdezettnek a jelenlegi hányadik tartós párkapcsolata/házassága, vagy hogy mióta vezet(nek) önálló, a szülői háztól elkülönülő háztartást. Pedig ezek az adatok egy esetleges családszociológiai vizsgálat esetén nyilvánvalóan nem lennének érdektelenek. Az ilyen hiányosságok kapcsán elmondható, hogy – ahogyan azt a későbbiekben kifejítjük – vezérelvként arra törekedtünk a kérdésprogram összeállításakor, hogy az elemzésekhez szükséges demográfiai változók, adatok a többi – jelen kötetben bemutatott – demográfiai kapcsolódású kiemelt kutatási kérdés számára már a védőnői szakasz adatállományában is rendelkezésre álljanak.

Harmadrészt az adatok segítségével készülnek majd szűk értelemben vett *demográfiai elemzések* az adatállományból. Ebbe a csoportba olyan elemzéseket soroltunk, amelyek demográfiai jelenségeket magyaráznak, demográfiai folyamatokat próbálnak leírni, megérteni, értelmezni. Ezek az elemzések természetesen részben olyanok is lehetnek, amelyek esetén a magyarázó változók multidiszciplináris jellegűek (pl. a kisgyermekes családokon belüli családi munkamegosztás hatása a partnerkapcsolati stabilitásra), vagy amelyek alapvetően demográfiai jellegű változókkal próbálják magyarázni a demográfiai folyamatokat (pl. a partnerkapcsolat hatása a további gyermek vállalására). Ezen demográfiai csoportba sorolhatók az esetleges családpolitikai, népesedéspolitikai alkalmazott vizsgálatok, elemzések is, amennyiben a vizsgált kérdés az egyes szakpolitikai intézkedések demográfiai folyamatra gyakorolt hatásának vizsgálata.

## A DEMOGRÁFIAI FÓKUSZ ELMÉLETI KERETEI

A demográfiai adatok kiválasztásakor figyelembe vehetjük azokat az interdiszciplináris elméleti kereteket, amelyekbe akár a teljes kutatási program beágyazható. Ilyen elméleti keret lehet elsősorban az életpálya-megközelítés ([life course], lásd pl. Elder 1998; Levy et al. 2005), különös tekintettel az ezen belül sokszor hangsúlyozott egymásba fonódó életpályákra ([linked lives], lásd pl. Settersten 2015); másodsorban a Bronfenbrenner-féle ökológiai (fejlődési) modell ([ecological systems theory], lásd pl. Bronfenbrenner 1979) és a reziliencia-elmélet. Ezek az elméleti keretek gyakorlati szempontból is fogódzót, illetve konkrét elvárásokat jelentettek a demográfiai kérdésprogram kialakításakor, a kérdések közötti szelekció esetében.

Például az *egymásba fonódó életpályák* felőli megközelítés szinte megkövetelte a vér szerinti és a „társadalmi apákra” vonatkozó adatok akár párhuzamos gyűjtését is már a várandós kortól kezdve. Hiszen ezen megközelítés elvi alapjait elfogadva nem igazán lehetne értelmezni a gyermek fejlődését annak ismerete nélkül, hogy a szűkebb környezetét alkotó személyek életpályája mikor és milyen mértékben kapcsolódik össze az övével.

Míg az életút-megközelítés alapvetően nagyon jól illeszthető a demográfiai alap kutatások kérdésprogramjához, addig az angolszász születési kohorszvizsgálatokban sokszor elméleti keretként használt *ecological systems theory* kevésbé. Utóbbi elmélet a gyermek fejlődésére vonatkozó társadalmi környezeti hatások komplex feltérképezését tekinti alapnak, amely kihívást jelent a hagyományos demográfusi megközelítés számára, mivel az a demográfiai jellegű ismérveket valamiféle alapváltozóknak tekinti, amelyeket okkeresés esetén sokszor elsődleges okoknak tart. Ez nemcsak valamiféle elvi kérdés, hanem nagyban gyakorlati is, amelyet érdemes bemutatni egy példán keresztül. Empirikusan erőteljesen alátámasztott az az összefüggés, hogy a koragyermekkori környezet nagyfokú instabilitása jellemzően és általában véve inkább negatív hatást gyakorol a gyermek későbbi kognitív és egyéb fejlődésére (lásd Waldfogel – Brooks-Gunn 2010). A demográfiai megközelítés ilyen esetben szinte adottnak tekinti, hogy ennek az összefüggésnek a megértéséhez az ideális „kiinduló” magyarázó változó, mondhatni az „ok”, demográfiai vonatkozású (az anya partnerkapcsolati instabilitása), tehát ennek mérése az elsődleges. A többi mintegy ennek következménye: a családstruktúra instabilitásának hatására a gyermek szemszögéből növekszik a stressz, adaptációs kihívások jelennek meg, a család határai és a családi szerepek és felelősségek elbizonytalanodnak, sokszor lakóhely- és intézményváltásra kerül sor, és mindez veszélyeztetheti a gyermek fejlődését (lásd Cooper et al. 2009; Fomby – Osborne 2017). Ugyanennek a jelenségnek valamely ökológiai jellegű megközelítést követve azt állapíthatjuk meg, hogy az instabilitás önmagában jelent fejlődési kockázatot a kisgyermek számára, és ennek a környezeti instabilitásnak mintegy egyenrangú dimenziója a lakókörnyezet instabilitása, az anya munkába állása, a családstruktúra változása (pl. egy testvér születése vagy egy együttélő nagyszülő halála), vagy éppen az anya partnercseréje (lásd Fomby – Mollborn 2017).

Ez egyfelől elméleti vagy szakterületek közötti megközelítésbeli különbségnek tűnik, amelyek között meglehetősen nehézkes objektív módon igazságot tenni. Nyilván mindkét megközelítésnek megvan a létjogosultsága, empirikus relevanciája, és úgy vélné az ember, hogy kutatói döntés, preferencia kérdése, hogy az adott összefüggést milyen elméleti keretből próbáljuk meg értelmezni. A gyakorlatban azonban mégis azt látjuk, hogy a fenti hivatkozások esetében azonos a két cikk első szerzője, Paula Fomby, aki ráadásul lényegében ugyanakkor és ugyanarról a társadalmi összefüggésről, ugyanúgy születési kohorszvizsgálat adatai alapján publikálta a két cikket. A különbség az alkalmazott elméleti keretek mellett az eltérő adatbázisok használata. A *Fragile Families and Child Wellbeing Study* adatait használó cikkben Fomby és Osborne (2017) elméleti keretnek a klasszikus demográfiai eseményeken alapuló oktatáson alapuló elméleti keretet használja. Az *Early Childhood Longitudinal Study* adatbázisa alapján írott Fomby–Mollborn-cikk (2017) ugyanakkor az ökológiai modellt használja.

A fenti példa esetében feltételezhető, hogy az adatbázisok adattartalma jelentős mértékben meghatározza a használható elméleti megközelítést. A *Fragile Families and Child Wellbeing Study* (1998-tól) adatbázisa<sup>15</sup> a családstruktúrára, a családstruktúra változásaira, az apa és az anya demográfiai viselkedésére vonatkozóan igen részletes adatokat tartalmaz. Ezzel szemben az *Early Childhood Longitudinal Study* (2001-től)<sup>16</sup> adataiból jóval keveseb-

<sup>15</sup> *Fragile Families and Child Wellbeing Study* (FFCWS): <https://fragilefamilies.princeton.edu/>.

<sup>16</sup> *Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort* (ECLS-B): <https://nces.ed.gov/ecls/birth.asp>.

bet tudunk meg például a különélő apák demográfiai viselkedéséről, ugyanakkor a költözések számában vagy a gyermek nem szülők általi gondozásának óraszámában bekövetkező változások jól mérhetők ezen adatok alapján.

Ezzel azt kívántuk bemutatni, hogy egy *multidiszciplináris kutatás elvi alapjai* – még egy olyan „objektívnek”, tényalapúnak tűnő kutatási fókusz esetén is, mint a demográfia – hatnak a kérdésprogramra, és a most kialakított kérdésprogram a későbbiekben majd – akár évtizedek múlva is – visszahat arra, hogy az adott adatbázisból milyen elméleti kereteket használó empirikus elemzések születhetnek.

## A KÉRDÉSPROGRAM ÖSSZEÁLLÍTÁSÁNAK ELVEI

A vizsgálat kérdésprogramja alapváltozókon túli demográfiai elemeinek összeállításakor elsődlegesen a következő elveket tartottuk szem előtt:

- A kutatás általános elméleti keretei legyenek megfogalmazva (a részleteket lásd korábban).
- A demográfiai kérdéskörök tematikailag fedjék le a nemzetközi demográfiai alapsurveyek termékenységgel és párkapcsolatokkal kapcsolatos kérdéseit. Ebben az esetben természetesen nem változószintű megfelelésről van szó, inkább arról, hogy olyan teljes kérdéskör nem maradjon ki a kohorszvizsgálat kérdésprogramjából, amely a nemzetközi demográfiai alapkutatások sztenderd részét képezi. Ebből a szempontból elsősorban a Generations and Gender Survey-t (GGS)<sup>17</sup> és annak konceptuális megalapozó szövegét (Vikat et al. 2007) vettük figyelembe, másodsorban a Fertility and Family Survey-t (FFS),<sup>18</sup> harmadsorban a Population Policy Acceptance Study (PPAS)<sup>19</sup> kérdőíveit.
- Az adatbázis segítségével átfogó módon vizsgálható legyen az általunk kiemeltként kezelt, egyértelműen demográfiai jellegű kutatási kérdéscsoport.
- A többi, a kutatócsoport által kiemeltként kezelt, de csak részben demográfiai jellegű kutatási kérdés (l. a kötet többi részében) esetében az adott kérdéskör vizsgálatához szükséges demográfiai adatok az adatgyűjtés részét képezik.

A fentiek felül még a következőket vettük figyelembe:

- A gyűjtött adatok fedjék át a referenciaként használt külföldi születési kohorszvizsgálatok által gyűjtött demográfiai témaköröket.
- A kialakuló adatállomány lehetőség szerint majd nyújtson összehasonlítási lehetőséget a korábbi magyarországi kohorsz jellegű vizsgálatok demográfiai adataival (elsősorban az előzményként szolgáló születési kohorszvizsgálat, az Országos Longitudinális Gyermekek

<sup>17</sup> A Generations and Gender Programme (GGP) nemzetközi vizsgálat sorozatban Magyarország a KSH NKI Életünk fordulópontjai című panel vizsgálatával vesz részt. A részleteket lásd: [www.demografia.hu/hu/ef](http://www.demografia.hu/hu/ef)

<sup>18</sup> Lásd: <https://www.unece.org/pau/ffs/ffs.html>

<sup>19</sup> Lásd: [http://www.edac.eu/opinion\\_survey\\_desc.cfm?v\\_id=14](http://www.edac.eu/opinion_survey_desc.cfm?v_id=14)

növekedés-vizsgálatával, I. Joubert – Gárdos 1991; másodsorban a serdülőkori gyermek-vállalások longitudinális vizsgálatáival, I. Pongrácz – S. Molnár 1994).

Természetesen – ahogyan a hasonló vizsgálatok esetén általában – az igények és a terepmunka-lehetőségek között szinte áthidalhatatlan ellentét feszült, erre leginkább a pilot-vizsgálat kapcsán derült fény. Míg a kérdőívet véleményező kutatók szinte kivétel nélkül bővítést javasoltak – demográfiai jellegű kérdések esetén is –, a terepmunkát végzők és a válaszadók jelentős rövidítési igénnyel léptek fel.<sup>20</sup>

A következőkben röviden bemutatjuk azokat a kizárólag vagy hangsúlyosan demográfiai kutatási kérdéseket, irányokat, amelyek vizsgálatát el kívánjuk végezni a Kohorsz '18 kutatási program keretében. Fontos hangsúlyozni, hogy a felsorolásban értelemszerűen keverednek azok a vizsgálandó témák, amelyek kapcsán már az adatfelvétel korai szakaszában (akár a várandós adatfelvétel eredményei alapján) remélhetünk eredményeket az olyan jellegű témákkal, amelyek kapcsán ténylegesen longitudinális jellegű adatállományokra van szükség, így elemzésükre csak jóval később kerülhet majd sor.

### **3.2. A GYERMEKVÁLLALÁS ÉS -NEVELÉS KÖRÜLMÉNYEI EGYES KIEMELT DEMOGRÁFIAI CSOPORTOKBAN**

A Kohorsz '18 vizsgálat mintanagysága lehetővé teszi a gyermekvállalási körülmények átfogó vizsgálatát egyes olyan számszerűen kisebb arányú, de *demográfiai szempontból kiemelt jelentőségű csoportok* körében, amely sokaságok vizsgálata korábban célzott, speciális vizsgálatot igényelt.

A vizsgálat tervezésekor a gyermeket vállalók körében ilyen, valamilyen (tudományos, társadalompolitikai stb.) szempontból kiemelt jelentőségű demográfiai csoportnak a következőket tekintettük:

- a nagycsaládosok (a harmadik vagy többedik gyermeküket vállalók),
- az egyedülálló gyermekvállalók (az együttélő férfi partner nélkül gyermeket vállaló anyák),
- a fiatal korban gyermeket vállalók (a 20 éves korukig gyermeket vállalók – 8,7%),
- a mozaikcsaládokban született vagy felnövekvő gyermekek,
- az első gyermeküket idősebb korban vállalók (pl. a 35 év felett vállalt első gyermekek – kb. 7% – és családjaik).

A fentiekben felsoroltak olyan csoportok, amelyek – nyilván megfelelő definíciók alkalmazásával – a vizsgált populációnak akkora részét tehetik ki, amely miatt már önálló elemzésre alkalmasak, ugyanakkor speciális jellemzőik miatt külön elemzések elvégzése indokolt.

<sup>20</sup> Minderről részletes összefoglalót közöl a kutatás előkészítő szakaszának módszertani leírása (Veroszta 2018).

Ezen kiemelt csoportok vizsgálhatóságához az volt a fő elvárás a kérdésprogram kialakításakor, hogy az adott csoport jobb megismerése végett a kérdőívbe (pontosabban valamelyik – nem feltétlenül, sőt jellemzően nem a várandós – adatfelvételi hullámába) kerüljön be elemzési csoportonként néhány speciális, az adott csoport demográfiai viselkedésének megismerését célzó, jellemzően szubjektív, vagy értékekre vonatkozó kérdés. Ezek, kiegészülve az általános változókkal, több szempontból is növelik a kutatás tudományos értékét.

Egyfelől önmagukban is érdekes és érvényes társadalmi jelenségekről leszünk képesek olyan leíró elemzéseket adni, amelyek hozzájárulnak a demográfiai folyamatok pontosabb megismeréséhez. Másodsorban ezen jelenségek a jövőben magyarázó változókként szolgálhatnak a gyermekfejlődés szempontjából.

Az egyes demográfiaileg lehatárolt csoportokat célzó elemzéseknek komoly hagyományuk van mind a nemzetközi, mind a hazai demográfiában. Például az egyik legelső longitudinális demográfiai vizsgálat (Princeton Fertility Study) kifejezetten a kétgyermekes párok körében a harmadik gyermekek vállalásáról készült (pl. Westoff et al. 1963). Az egyszülős családokról Elsa Ferri (1976), a fiatal korban gyermeket vállalókról Kathleen E. Kiernan (1995, 1997) készített klasszikus elemzést születési kohorszvizsgálatok adatai alapján.

Magyarországon a Népeségtudományi Kutatóintézetben a rendszerváltás környéki években több – részben longitudinális jellegű – kutatás készült a gyermeket vállaló családok speciális demográfiai viszonyok között élő csoportjairól. Ezekre a célvizsgálatokra mi is alapozhatunk, hiszen e kutatások hipotéziseiket, eredményeiket tekintve előzménynek, hivatkozási és összehasonlítási alapnak tekinthetők a kohorszvizsgálat számára is. Ráadásul e korábbi kutatások esetén a célzott vizsgálatok alapsokaságát mindig a várandós nők jelentették, a mintakiválasztás és az adatgyűjtés ekkor is a védőnői hálózat feladata volt. Tehát ezek a vizsgálatok nemcsak a vizsgálandó kutatási kérdésekben, hanem a terepmunkával kapcsolatos megoldásaikban is a kohorszvizsgálat előzményeinek tekinthetők.

Ilyen vizsgálat készült – közvetlenül a szüléskor a kórházban – a serdülőkori gyermekvállalásról (1983), illetve – longitudinális módon, a szülés után tíz évvel – a serdülőkori gyermekvállalás későbbi következményeiről, mind a szülőre, mind a gyermekekre nézve (1993) (összefoglalóan: Pongrácz – S. Molnár 1994).

Az 1996-os „egyszülős vizsgálat” – amely során az alapsokaságba az akkoriban még jóval ritkább élettársi kapcsolatot is beleszámították – szintén részben longitudinális adatgyűjtési designra épült. A mintakijelölés a védőnők segítségével még várandós korban történt, a személyes kikérdezésre viszont már szülést követően – jellemzően a baba 6–9 hónapos kora körül – került sor, így alaposan fel lehetett térképezni a szülés körüli családi szerkezetváltozásokat (S. Molnár et al. 1998).

Az 1985-ös „nagy családos vizsgálat” az 1981-ben harmadik vagy többedik gyermeküket szült nők körében történt, akik a gyermek 4 éves korában (1985-ben) válaszoltak. A terepmunkát a védőnők végezték (Pongrácz – S. Molnár 1991).

A téma kapcsán elsősorban magyar nyelvű publikációk, főként kutatási jelentések, részben szakcikknek publikálását tervezzük. A korábbi vizsgálatokkal való megfeleltethetőség miatt

a várandós adatfelvétel kapcsán a korábbi „kiskorú anyák vizsgálatának” eredményeivel való összevetés tűnik logikusnak, ezért a várandós kérdőív tervezésekor arra törekedtünk, hogy a kérdésprogramban minél több közös pontot alakítsunk ki a két vizsgálat között.

A féléves adatfelvétel kialakításakor arra törekedtünk, hogy a nem házas válaszadók adatait részben a korábbi házasságon kívüli gyermekvállalás kutatás eredményeivel lehessen összevetni, míg a nagycsaládos elemzést a 2022-es adatfelvételi hullám kapcsán tervezzük elvégezni, a korábbi nagycsaládos vizsgálat eredményeivel összevetve. A többi kutatási téma esetében – konkrét előzményvizsgálat hiányában – a népszámlálás, a mikrocenzus, illetve a népmozgalmi regiszter adatai egészíthetnék ki, „keretezhetnék” a kohorszvizsgálatból származó eredményeket.

### 3.3. GYERMEKVÁLLALÁS ÉS PARTNERKAPCSOLATI STABILITÁS

A demográfia klasszikus témája, hogy a gyermekvállalás (Breitenbach 2013; Cox et al. 1999), illetve annak következményei (pl. az anya kilépése a munkapiacról), vagy maguk a gyermekek milyen hatással vannak a *partnerkapcsolat minőségére és stabilitására*. Például mi lehet az oka annak az empirikusan meggyőzően alátámasztott eredménynek, hogy amennyiben lány az elsőszülött gyermek, jóval nagyobb a válási esély (Hamoudi – Nobles 2014)? Az ilyen elemzések természetesen nem csak a házasságban élőkre szűkíthetők le, a partnerkapcsolatok körébe tehát nemcsak a házasságokat, hanem az élettársi kapcsolatokat – ezek esetleges felbontását, illetve házassággá alakulását – is beleértjük (Lundberg – Rose 2003). Az elemzések kimeneti változója sem csak a partnerkapcsolati státusz változása lehet, hanem esetlegesen „puhább” változók is, mint például a partnerkapcsolattal való elégedettség.

Ezek a kutatási kérdések valójában követéses vizsgálatokkal kutathatók, és különösen kiemelkedőek a születési kohorszvizsgálatok lehetőségei ezen a téren. Emiatt, bár egy ilyen kutatásnak közvetlen konkrét hazai előzménye nincs, a témát felvettük a Kohorsz '18 kutatás tervezett demográfiai kutatási kérdései közé. Közvetlen előzmény híján időbeli összehasonlításra részben alkalmas eredményeket a 60-as évektől összesen háromszor, évtizedenként megismételt hazai házassági longitudinális vizsgálat (pl. Kamarás – Szukicsné Serfőző 2003; KSH 1983) eredményei szolgáltathatnak. Ezen vizsgálatok idején a házasságkötés és a gyermekvállalás között még lényegesen erősebb korreláció volt megfigyelhető, és a vizsgálat eredményeiből adatbázis is rendelkezésünkre áll. A 10 éves követési időszak alapján pedig már ezekre az adatbázisokra alapozva olyan eseménytörténeti modellek állíthatók fel, amelyek összevethetők lehetnek a Kohorsz '18 vizsgálat eredményeivel.

### 3.4. A TESTVÉR VÁLLALÁSÁT ELŐREJELZŐ, SEGÍTŐ ÉS HÁTRÁLTATÓ TÉNYEZŐK

A kérdőív tervezésekor fontos cél volt, hogy olyan adatbázist állítsunk össze, amely segítségével középtávon lehetőségessé válik a további (2. és többedik) *testvér vállalását* előrejelző, segítő és hátráltató tényezők feltárása és elemzése.

A hazai termékenységi magatartás szempontjából ugyanis kulcskérdés a korábban évtizedekig jellemző kétgyermekes családmódelll fellazulásának a vizsgálata. Amennyiben a jelenlegi 17–18%-os gyermektelenségi arány (amelynek növekedése a posztponement miatt részben szinte törvényszerűnek tekinthető) mellett az egygyermekesek aránya is erőteljesen növekszik, akkor ennek következtében – hiába nő a 3. és többedik gyermekek születésének esélye – össztársadalmilag hosszú távon is elérhetetlenné válik a társadalmi reprodukcióhoz szükséges termékenységi szint (Kapitány – Spéder 2015). A születési kohorszvizsgálat a gyermektelenség terjedésének a vizsgálatát nem teszi lehetővé, de arra tökéletesen alkalmas, hogy segítségével megértsük az első paritásról való továbblépést mint családi döntést a mai magyar társadalomban. A potenciális magyarázó tényezők összegyűjtéséhez igen jól használható a második gyermek születését magyarázó hazai (Matysiak – Szalma 2014; Bartus et al. 2013; Drjenovszky 2009) és bőséges nemzetközi szakirodalom (Kalmuss – Brickner Namerow 1994; Kreyenfeld 2002; Gerster et al. 2007; Van Bavel – Nitsche 2013; Kreyenfeld et al. 2017). Ugyanakkor ezek, néhány kivétellel, retrospektív jellegű adatbázisokat használnak, és a longitudinális megközelítések is általános kohorszvizsgálatokra alapoznak. Egy valóban követéses, születési kohorszra alapozó megközelítés nem csak növelné a modellek magyarázó erejét, de részben módszertani újdonságot is jelenthetne, amelyből kiindulva nemzetközi publikációk is születhetnének. Természetesen a kutatási kérdés vizsgálatának komoly népesedéspolitikai relevanciája is van.

### 3.5. TERVEZETT/NEM TERVEZETT GYERMEKVÁLLALÁS

A *gyermekvállalási tervek* felmérése az aktuális várandósságra vagy gyermekszületésre vonatkozóan több tudományterületet érint. A szakirodalom elkülöníti a tervezett gyermekeket, azaz azokat a gyermekszületéseket, ahol a várandósság tervezett volt, és a várt időben került rá sor; a nem szándékolt várandósságot, ami a nem kívánt terhességet jelenti (ennek oka lehet a védekezés hiánya vagy a fogamzásgátlás sikertelensége); illetve a nem tervezett várandósságot. Utóbbinak két altípusát szokás elkülöníteni: a nem jól időzített (mistimed) várandósságot, amikor a szülők a ténylegesnél általában későbbre, vagy esetleg korábbra tették volna az ideális időpontot, illetve a ténylegesen nem tervezett (unplanned/unintended) várandósságot (Santelli et al. 2003: 94).

A nem tervezett és nem szándékolt várandósságnak a szakirodalom szerint szociális, gazdasági és egészségügyi hatása van, befolyásolja a várandósság alatti anyai viselkedést, a gyermek (fizikai és mentális) fejlődését és a család alakulását is (Kaufmann et al. 1997; Kost et al. 1998; Joyce et al. 2000). A nemzetközi vizsgálatok általában elsősorban az édesanyát kérdezik a várandósság tervezettségéről, és erre csak a gyermek születése után kerül sor. Előzetes hipotézisünk szerint a gyermek születése felülírhatja a várandósság alatti érzéseket, érzelmeket, korábbi intenciókat, így fontos, és egyben úttörő jellegű lenne már a várandósság idején vizsgálni a gyermekvállalási terveket, és ezt később, a gyermek születése után kiegészíteni a kérdéssor megismétlésével.

A jelenlegi várandóssággal kapcsolatos (nem jövőbeli gyermekekre vonatkozó vagy retrospektív) intenciók mérése egyrészt olyan demográfiai szempontból fontos kérdésekre adhat választ, mint hogy Magyarországon mennyire tudatos a családtervezés, a gyermekek milyen arányban érkeznak korábban, megfelelő időben vagy később a családokba, illetve

egy nem várt terhességnek milyen hatása van a párkapcsolatok alakulására vagy a későbbi gyermekvállalási tervekre, azok megvalósulására.

### 3.6. EGYÉB, A DEMOGRÁFIAI FÓKUSZHOZ SOROLT KUTATÁSI KÉRDÉSEK

A kohorszvizsgálat keretében természetesen nem csak az előbb felsorolt demográfiai kutatási kérdések vizsgálatára van lehetőség. A kérdőív tervezésekor felmerült sok más, „másodlagos fontosságú demográfiai kutatási kérdés” közül röviden – egy-egy bekezdésben – kiemelünk néhány témát.

A születési kohorszvizsgálat értelemszerűen általános *népesedéspolitikai hatásvizsgálato*k elvégzésére nem alkalmas, hiszen az alapsokaságot kizárólag a már a gyermekvállalás mellett döntők jelentik. Ennek ellenére a követéses design lehetőséget biztosít arra, hogy segítségével jobban megértsük az egyes családi támogatások termékenységre gyakorolt hatását vagy éppen hatástalanságát és háttértényezőit. A követéses design segítségével megállapítható lesz majd, hogy ezek a tervek hogyan viszonyulnak a későbbi tényleges gyakorlathoz, illetve hogyan befolyásolják a további gyermek vállalásáról szóló döntéseket. A kérdésprogram kialakításakor arra törekedtünk, hogy a fenti kérdések jelentős részben megválaszolhatók legyenek.

*A roma közösségek demográfiai helyzetét*, viselkedését nagy figyelem övezi, mert egyre jelentősebb mértékben befolyásolják hazánk általános népesedési folyamatait. Ugyanakkor a 2003-as utolsó Kemény-féle vizsgálat óta (Kemény 2004; Janky 2007) kevés olyan tudományosan megalapozott kutatás, megbízható adatgyűjtés zajlik, amely valóban alkalmas lehet arra, hogy átfogóan bemutassa a magyarországi cigányság gyermekvállalási magatartását, termékenységi jellemzőit. A témával foglalkozó kutatások jelentős része ugyanis – érthető módon – vagy kvalitatív jellegű, vagy csak érintőlegesen foglalkozik a termékenységi kérdéskörével, esetleg területileg szelektált mintán készült (Husz 2011).

A születési kohorszvizsgálat adatállománya, a megfelelő mintavétel és a kellőképpen nagy mintaelemszám segítségével reményeink szerint születhet egy olyan általános helyzetleíró kutatási jelentés, amely átfogóan mutatja be a gyermekvállalási magatartást, a gyermekvállalási körülményeket a roma családokban. Ebben az egész országra vonatkozó adatokkal összevetve mutathatók be a gyermeket vállaló roma családok jellemzői: a termékenység szintje, a gyermekvállalás életúton belüli időzítése, a gyermeket vállaló családok társadalmi és demográfiai helyzete, vélekedései stb.

Célunk, hogy a születési kohorszvizsgálat kérdésprogramja lehetőséget biztosítson majd a demográfia egyik klasszikus kérdésének, a *születéskori családszerkezetnek* a gyermekfejlődés különféle dimenzióira gyakorolt hatásainak modern eszközökkel történő vizsgálatára. A születés körüli és azt követő időszak nem hagyományos családi, családdemográfiai viszonyainak a hatása a gyermek későbbi életére (a fejlődésére, jóllétére, iskolai sikerességére stb.) egy olyan témakör, amely létrejötté óta foglalkoztatja a demográfia tudományát, természetesen állandóan újraértelmezve a „nem hagyományos” fogalmát, és átértelmezve a magyarázott változót is (amely eleinte pl. jellemzően a csecsemőhalandóság volt). Ezzel



a kutatási iránnyal reményeink szerint kutatásunk illeszkedik majd a születési kohorszvizsgálatok demográfiai elemzésekben való felhasználásának kurrens nemzetközi trendjeihez. (A témakörrel foglalkozik vezető demográfiai folyóiratokban, pl. a Millennium Cohort Study (MCS) adatállományának felhasználásával Mariani et al. 2017; a The 1970 British Cohort Study-t (BCS70) használja Bernardi – Boertien 2016; a Fragile Families and Child Wellbeing Study-t (FFCWS) használja Bzostek – Berger 2017.)

Az *apák családon belüli szerepeinek* vizsgálata az elmúlt időszakban erőteljesen felértékelődött, és ugrásszerűen nő a témához kapcsolódó publikációk száma is. Magyarországon ez a folyamat még kevésbé bontakozott ki. A kutatás során az apák szerepének is kiemelt figyelmet kívánunk szentelni. Ehhez a fő adatforrásunk eleinte az anya lesz: tőle kérünk a biológiai apára, illetve amennyiben a biológiai apa személye nem egyezik a partner személyével, úgy a partnerre vonatkozó információkat. Ez egyfelől azért szükséges, hogy átfogó képet kapjunk a kohorsz-gyermek családjának szocio-demográfiai helyzetéről, másfelől pedig fontos, hogy rendelkezünk információval az apai bevonódásról, annak praktikus- (például gyermeknevelésben és háztartási munkában való részvétel), érzelmi- (például apa-szereppel kapcsolatos attitűdök és magabiztosság) oldaláról. A későbbi hullámokban ennek érdekében a partnertől való közvetlen adatgyűjtést is tervezünk. Az ausztrál születési kohorszvizsgálatban készült jelentések mintájára (Baxter – Smart 2012; Baxter et al. 2012), vagy esetleg a két egymáshoz kapcsolódó témát összevonva (nem elkülönítve a „hagyományos” és a „nem hagyományos” apákat) tervezzük egy általános jelentés kiadását a magyarországi helyzetről. Ez elsősorban leíró jelleggel mutatná be az apák szerepét a kisgyermekes családokban. A részletes jelentés publikálására ideális esetben az apára vonatkozó adatgyűjtések után, azok adataira nagyban építve kerülhetne sor.

A demográfia egyik klasszikus és folyamatosan kutatott témája a demográfiai jelenségek (gyermekszám, családi viszonyok, gyermekvállalási kor) *generációk közötti* átörökítődése. A demográfiai minták generációk közötti átörökítése (I. Barber 2001; Stanfors – Scott 2013; Liefbroer – Elzinga 2012; Beaujouan – Solaz 2016; Kolk 2014) nem csupán egy önmagában is érdekes jelenség, pontosabb megismerése a jelen demográfiai folyamatainak (pl. a társadalom gyermekszám szerinti polarizálódásának, vagy a nagyon korai gyermekvállalásnak) és a társadalom működési rendszerének a megértéséhez is hozzásegít.

A kohorszvizsgálat – néhány kiegészítő visszatekintő kérdés feltételével, illetve a követéses időszak partnerkapcsolati dinamikájának a mérésével – lehetőséget biztosíthat a gyorsan (és időnként váratlan irányba) változó hazai házassági magatartás és a gyermekvállalás közötti összefüggések pontosabb feltérképezésére. Ez a kutatási kérdés is hatott a kérdés-programra.

### 3.7. FORRÁSOK

Életünk fordulópontjai kutatás (KSH NKI)  
 Európai Termékenységi és Családvizsgálat (FFS)  
 Growing Up in Australia. The Longitudinal Study of Australian Children (LSAC) (Ausztrália)  
 Kérdőív a 18 évesnél fiatalabb korban szült nők vizsgálatához (KSH NKI)

Közvélemény-kutatás népesedéspolitikai kérdésekről (KSH NKI, 2011, 2016)

### 3.8. HIVATKOZÁSOK

- Barber, J. S. (2001): The Intergenerational Transmission of Age at First Birth among Married and Unmarried Men and Women. *Social Science Research*, 30(2), 219–247.
- Bartus, T. – Murinkó, L. – Szalma, I. – Szél, B. (2013): The effect of education on second births in Hungary: A test of the time-squeeze, self-selection, and partner-effect hypotheses. *Demographic Research*, 28(1), 1–32.
- Baxter, J. – Edwards, B. – Maguire, B. (2012): *New father figures and fathers who live elsewhere*. Occasional Paper, 42. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
- Baxter, J. – Smart, D. (2012): *Fathering in Australia among couple families with young children*. Occasional Paper, 37. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
- Beaujouan, E. – Solaz, A. (2016): *Are family sizes of parents and children still related? Re-visiting the cross-generational relationship over the last century*. Documents de Travail, 223. INED.
- Bernardi, F. – Boertien, D. (2016): Understanding Heterogeneity in the Effects of Parental Separation on Educational Attainment in Britain: Do Children from Lower Educational Backgrounds Have Less to Lose? *European Sociological Review*, 32(6), 807–819.
- Breitenbach, A. (2013): *Der Einfluss von Kinder auf die Ehestabilität* Springer. Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialpsychologie.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Bzostek, S. H. – Berger, L. M. (2017): Family Structure Experiences and Child Socioemotional Development During the First Nine Years of Life: Examining Heterogeneity by Family Structure at Birth. *Demography*, 54(2), 513–540.
- Cooper, C. E. – McLanahan, S. S. – Meadows, S. O. – Brooks-Gunn, J. (2009): Family Structure Transitions and Maternal Parenting Stress. *Journal of Marriage and the Family*, 71(3), 558–574.
- Cox, M. J. – Paley, B. – Burchinal, M. – Payne, C. Ch. (1999): Marital Perceptions and Interactions Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 61(3), 611–625.
- Drjenovszky, Zs. (2009): Research on the length of maternity leave after the birth of the first child. *Review of Sociology*, 15(2), 81–112.
- Elder, G. H. Jr. (1998): The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), 1–12.
- Ferri, E. (1976): *Growing Up in a One-parent Family: A Long-term Study of Child Development*. NFER Publishing Company, London.
- Fomby, P. – Mollborn, S. (2017): Ecological Instability and Children's Classroom Behavior in Kindergarten. *Demography*, 54(5), 1627–1651.
- Fomby, P. – Osborne, C. (2017): Family Instability, Multipartner Fertility, and Behavior in Middle Childhood. *Journal of Marriage and Family*, 79(1), 75–93.
- Gerster, M. – Keiding, N. – Knudsen, L. B. – Strandberg-Larsen, K. (2007): Education and second birth rates in Denmark 1981–1994. *Demographic Research*, 17(8), 181–210.
- Hamoudi, A. – Nobles, J. (2014): Do Daughters Really Cause Divorce? Stress, pregnancy, and family composition. *Demography*, 51(4), 1423–1449.
- Husz I. (2011): Alacsony végzettség – sok gyerek? *Demográfia*, 54(1), 5–22.

- Janky B. (2007): A korai gyermekvállalást meghatározó tényezők a cigány nők körében. *Demográfia*, 50(1), 55–73.
- Joubert K. – Gárdos É. (1991): *Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. A kutatási program általános ismertetése*. Kutatási Jelentések 40. KSH NKI, Budapest.
- Joyce, T. J. – Kaestner, R. – Korenman, S. (2000): The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*, 37(1), 83–94.
- Kalmuss, D. S. – Brickner Namerow, P. (1994): Subsequent Childbearing Among Teenage Mothers: The Determinants of a Closely Spaced Second Birth. *Family Planning Perspectives*, 26(4), 149–153, 159.
- Kamarás F. – Szukicsné Serfőző K. (2003): *Tíz évvel a házasságkötés után*. KSH, Budapest.
- Kapitány B. – Spéder Zs. (2015): Gyermekvállalás. In Monostori J. – Öri P. – Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH NKI, Budapest, 41–56.
- Kaufmann, R. B. – Morris, L. – Spitz, A. M. (1997): Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions. *American Journal of Epidemiology*, 145(9), 810–816.
- Kemény I. (2004): A magyarországi cigány népesség demográfiája. *Demográfia*, 47(3–4), 335–346.
- Kiernan, K. E. (1995): *Transition to parenthood: Young mothers, young fathers: associated factors and later life experiences*. STICERD Discussion Paper, WSP/113. London School of Economics, London.
- Kiernan, K. E. (1997): Becoming a Young Parent: A longitudinal study of associated factors. *British Journal of Sociology*, 48(3), 406–428.
- Kolk, M. (2014): Understanding transmission of fertility across multiple generations – Socialization or socioeconomics? *Research in Social Stratification and Mobility*, 35, 89–103.
- Kost, K. – Landry, D. J. – Darroch, J. E. (1998): The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Family Planning Perspectives*, 30(5), 223–230.
- Kreyenfeld, M. (2002): Time Squeeze, Partner Effect or Self-Selection?: An Investigation into the Positive Effect of Women’s Education on Second Birth Risks in West Germany. *Demographic Research*, 7(2), 15–48.
- Kreyenfeld, M. – Geisler, E. – Castro-Martin, T. – Hannemann, T. – Heintz-Martin, V. – Jalo-vaara, M. – Kulu, H. – Meggiolaro, S. – Mortelmans, D. – Pasteels, I. – Seiz, M. – Solaz, A. (2017): Social policies, separation, and second birth spacing in Western Europe. *Demographic Research*, 37(37), 1245–1274.
- KSH (1983): *Házasság és család az 1970-es években. Az 1966-ban és 1974-ben kötött házasságok longitudinális vizsgálata 1980-ig*. KSH, Budapest.
- Levy, R. – Ghisletta, P. – Le Goff, J-M. – Spini, D. – Widmer, E. (eds.) (2005): *Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course*. Advances in Life Course Research, vol. 10. Elsevier.
- Liefbroer, A. C. – Elzinga, C. H. (2012): Intergenerational transmission of behavioural patterns: How similar are parents and children’s demographic trajectories? *Advances in Life Course Research*, 17(1), 1–10.
- Lundberg, S. – Rose, E. (2003): Child gender and the transition to marriage. *Demography*, 40(2), 333–349.
- Mariani, E. – Özcan, B. – Goisis, A. (2017): Family Trajectories and Well-being of Children Born to Lone Mothers in the UK. *European Journal of Population*, 33(2), 185–215.
- Matysiak, A. – Szalma, I. (2014): Effects of parental leave policies on second birth and women’s employment in Hungary and Poland. *Population*, 69(4), 659–698.

- Pongrácz T. – S. Molnár E. (1991): *Sokgyermekes családok*. Kutatási Jelentések 41. KSH NKI, Budapest.
- Pongrácz T. – S. Molnár E. (1994): *Serdülőkorban szült anyák társadalmi, demográfiai jellemzőinek longitudinális vizsgálata*. Kutatási Jelentések 53. KSH NKI, Budapest.
- Santelli, J. S. – Rochat, R. – Hatfield-Timajchy, K. – Colley Gilbert, B. – Curtis, K. M. – Cabral, R. – Hirsch, J. S. – Schieve, L. – Other Members of the Unintended Pregnancy Working Group (2003): The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94–101.
- Settersten, R. A. Jr. (2015): Relationships in time and the life course: The significance of linked lives in. *Research in Human Development*, 12(3–4), 217–223.
- S. Molnár E. – Pongrácz T. – Kamarás F. – Hablicsek L. (1998): *Házasságon kívüli születések*. Kutatási Jelentések 61. KSH NKI, Budapest.
- Stanfors, M. – Scott, K. (2013): Intergenerational transmission of young motherhood: Evidence from Sweden, 1986–2009. *The History of the Family*, 18(2), 187–208.
- Van Bavel, J. – Nitsche, N. (2013): The Proper Age for Parenthood and Second Birth Rates in Europe. *European Sociological Review*, 29(6), 1149–1161.
- Veroszta Zs. (szerk.) (2018): *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése*. Kutatási Jelentések 99. KSH Népeségutományi Kutatóintézet, Budapest.
- Vikat, A. – Spéder, Zs. – Beets, G. – Billari, F. C. – Bühler, C. – Désesquelles, A. – Fokkema, T. – Hoem, J. M. – MacDonald, A. – Neyer, G. – Pailhé, A. – Pinnelli, A. – Solaz, A. (2007): Generations and Gender Survey (GGS): Towards a better understanding of relationships and processes in the life course. *Demographic Research*, 17(14), 389–440.
- Waldfoegel, J. – Craigie, T. A. – Brooks-Gunn, J. (2010): Fragile families and child wellbeing. *Future Child*, 20(2), 87–112.
- Westoff, Ch. F. – Potter, R. G. Jr. – Sagi, Ph. C. (1963): *The Third Child: A Study in the Prediction of Fertility*. Princeton University Press.



---

## 4. EGÉSZSÉG ÉS FEJLŐDÉS FELTÉRKÉPEZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI A KOHORSZ '18 KUTATÁSBAN

BOROS JULIANNA – KOPCSÓ KRISZTINA – MAKAY ZSUZSANNA – SZABÓ LAURA

---

### 4.1. MEGKÖZELÍTÉSMÓD

A születési kohorszvizsgálatok ugyan jellemzően más-más témakört helyeznek fókuszba, az egészséggel kapcsolatos kérdések azonban valamennyi ismert esetben megkerülhetetlenek bizonyultak. A Kohorsz '18 vizsgálatban is kiemelkedő fontosságú a (születendő) *gyermek egészségének feltérképezése*, az egyes egészségtényezők és a szociodemográfiai háttér kapcsolatának elemzése. A gyermekegészség nyomon követése előtt (illetve a későbbiekben azzal párhuzamosan) azonban mindenképpen szükséges a *szülői egészség vizsgálata* is, ezért a várandós kérdőívnek a jövőbeli édesanyák egészségi állapotára, egészség-magatartására vonatkozó kérdéseket is nagy számban kell tartalmaznia.

A Kohorsz '18 vizsgálat egészségügyi kérdésblokkjának, az általános gyakorlatnak megfelelően, az alábbi három fő témakört mindenképpen szükséges tartalmaznia: az *egészségi állapot*, az *egészség-magatartás*, illetve az *egészségügyi ellátórendszer igénybevétele*.

Emellett az egészség és fejlődés kérdésblokkba tartozónak tekintünk több ezzel összefüggő altémát, amelynek vizsgálatára fel kell készítenünk a kutatás kérdőívét. A(z első) gyermekvállalás átlagos életkorának kitolódásával összefüggésben a fejlett országokban, így Magyarországon is, egyre nő a különféle *asszisztált reprodukciós eljárások* jelentősége a gyermekvállalásban. Ugyanakkor, noha nemzetközileg óriási jelentőségű téma, itthon lényegében semmilyen adatunk, tudásunk nincs arról, hogy kik, mikor és milyen eredménnyel fordulnak orvoshoz, amennyiben nem fogan meg a kívánt gyermek. Márpedig ennek mind a születésszámok alakulásában, mind az egyének gyermekterveinek beteljesülésében jelentős szerepe van. Szorosan kapcsolódva a demográfiai fejezetben már felvetett problémához, az egészség és fejlődés szempontjából sem lehet megkerülni azt a kérdést, hogy a várandósság kezelését, a születendő gyermek fejlődését, a partnerkapcsolat minőségét, a család sorsát mennyiben befolyásolja, hogy a családba érkező gyermek tervezett volt-e. A cél annak felmérése, hogy a Kohorsz '18 kutatás keretében született gyermekek szülei tervezték-e a várandósságot, és vettek-e igénybe orvosi segítséget a várandósság elősegíté-

sére. Illetve amennyiben nem tervezték, ennek oka a „rossz időzítés” (a tervezettnél korábbi vagy későbbi várandósság), vagy a nem szándékolt teherbeesés volt-e.

Az egészségügyi és fejlődési kutatási fókuszhoz kapcsolódóan – ám tartalmában, sőt módszertanában is erősen elkülöníthető elemként – jelenik meg a kutatás kérdőívében a *pszichológiai tényezők* mérése. Az erre vonatkozó koncepciót két, a Kohorsz '18 kutatás előkészítése céljából írt pszichiátriai és pszichológiai fókuszú tanulmány alapozta meg (Döme 2016; Lábadi – Pohárnok 2016). A peripartum depresszió precíz és részletes vizsgálata abban a formában, ahogy azt Dr. Döme Péter javasolta, meghaladja a kutatás kereteit, helyette a várandósok érzelmi-hangulati problémáinak kérdőíves felmérése valósul meg. Dr. Lábadi Beatrix és Dr. Pohárnok Melinda előkészítő tanulmányukban a következő anyai tényezők *várandósságkori* felmérésére tettek javaslatot: mentális egészség, várandóssággal kapcsolatos szorongás, reziliencia, társas támogatottság, párkapcsolati elégedettség, párkapcsolati konfliktusok és konfliktusmegoldási módok, valamint a magzathoz fűződő érzelmi kapcsolat. Ezen változók, bár mérőeszközeiket tekintve a javasoltaktól többnyire eltérően, a kutatás fókuszát képezik.

## 4.2. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

Az egészségi állapotra vonatkozóan többféle megközelítés elfogadott. A hagyományos *biomedikális modell* szerint a betegségek meglétével vagy éppen hiányával lehet leginkább jellemezni az egyén egészségét, de napjainkban mindinkább előtérbe kerül a *funkcionális-adaptív egészségmodell* (Ádány 2011) is, amely szerint akkor egészséges valaki, ha mindennapi tevékenységét, társadalmi funkcióit korlátozottságtól, akadályozottságtól függetlenül el tudja végezni, be tudja tölteni.

Az Egészségügyi Világszervezet 1946-os alapokmányának preambulumban szereplő közismert definíció szerint „Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapota” (WHO 1946). Ez egy pozitív, holisztikus szemléletű meghatározás, ugyanakkor kissé idealisztikus és nehezen operacionalizálható. Kétségtelen vívmánya azonban, hogy mindenképpen túllép a laikus egészség-értelmezéseken.

A WHO 1984-ben újabb meghatározást vezetett be: „Az egészség olyan fokon áll, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint képesek megbirkózni a környezet kihívásaival. Az egészség a mindennapi élet forrása, nem az élet célja; ez egy pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat éppúgy kiemeli, mint a fizikai képességeket” (WHO 1984).

Az új definíció nem terjedt el annyira a köztudatban, mint az 1946-os változat, s továbbra is újabb és újabb elképzelések jelennek meg a szakirodalomban.

Larson szerint továbbra is négy modell az uralkodó az egészség meghatározásában, s ezek egymással párhuzamosan léteznek (Larson 1999).

Az első a jól ismert medikális modell, amely a betegségre koncentrál, de némi finomítás itt is tapasztalható: nemcsak a betegségek, hanem a korlátozottság/akadályozottság hiányával is

definiálható az egészség. Vagyis érdemes figyelmet fordítani a magyarban egy szóval lefordíthatatlan, de az angolban két szóval kifejezett – „disease”, illetve „illness” – fogalmak különbségére. A „disease” a betegség objektív leírása, azaz a test valamely funkciózavara, amelyet orvos állapít meg; az „illness” ezzel szemben az egyén szubjektív észlelése a betegségről. A kettő nem minden esetben jelentkezik együttesen: lehet, hogy valakinek vannak fizikális tünetei, de ezeket nem éli meg korlátozottságként, hanem teljes életet képes élni, s egészségesnek érzi magát; ugyanakkor az is elképzelhető, hogy látszólag kimutathatatlan fizikai tünetek esetén is lehet valakinek betegségtudata (például számos mentális betegség esetén).

A medikális modell természetesen leegyszerűsítő elképzelés, amely a biológiai faktorokkal szemben alulértékeli a társadalmi és gazdasági tényezőket az egészség meghatározásában, ugyanakkor kétségkívül jelentős mértékben hozzájárult az orvostudomány fejlődéséhez, az újabb és újabb betegségek gyógyíthatóvá tételéhez.

Larson második modellként a WHO első definícióját emeli ki, amely ugyan sok szempontból túlhaladott, a holisztikus szemléletet azonban sikeresen meggyökereztetette a köztudatban, s ezért elvülhetetlenek az érdemei.

Harmadikként a jóllét-modellt említi, amely szintén holisztikus alapokra, a test, a lélek és a szellem egységére épít, s a medikális modell kritikájára alapozva a betegséget és az egészséget nem egymás ellenpólusaként, hanem párhuzamos dimenziókként értékeli. A jóllét-modell szerint az egészség belső tapasztalás vagy érzés; a teljes, termékeny és kreatív élet megélése (Goldsmith 1972, idézi Larson 1999), vagy az az erő és képesség, egyfajta tartalék, amelynek segítségével úrrá lehet lenni a betegségeken. A magas szintű jóllét magában foglalja a fejlődést a funkcionalitás magas szintje irányában, a saját lehetőségeinkbe vetett hitet és az optimista jövőképet, illetve a teljes személyiség integrálását a működési folyamatba (Neilson 1988, idézi Larson 1999). Sartorius szerint az egészség egy egyensúlyi állapot, amely megvalósul mind az egyén személyiségén belül, mind pedig az egyén és a társadalmi-fizikai környezet között. Ez azt jelenti, hogy betegségtünetek ellenére is érezheti magát valaki egészségesnek, vagyis az egészség az emberi létezés egyik dimenziója, ami akkor is létezik, ha valakinek van valamilyen betegsége. Azaz a betegség létezése nem határozza meg egyértelműen az egészséget, bár természetesen hatással van rá kisebb-nagyobb mértékben (Sartorius 2006).

Negyedik modellként a környezeti megközelítést mutatja be Larson. Eszerint a modell szerint az egészség a fizikai és társadalmi környezethez való adaptálódás, egy egyensúlyi állapot, amely mentes a túlzott fájdalomtól, a rossz közérzettől és a korlátozottságtól. Az irányzatnak számos képviselője van, s az általuk megfogalmazott definíciók is meglehetősen széles spektrumon mozognak. Talcott Parsons például az egészséget úgy határozta meg, mint „az egyén optimális képessége a szocializációjának megfelelő szerepei és feladatai ellátásához” (Parsons 1972: 117). Selye János stresszelmélete is ide kapcsolódik, ő a környezeti stresszre adott inadaptív reakciókban látja számos betegség kialakulásának okát (Selye 1965).

A jólléti és a környezeti modellek között egyensúlyoz a Meikirch-egészségmodell (Bircher – Kuruvilla 2014). A modell úgy definiálja az egészséget, mint az egyén lehetőségei, az életben felmerülő igények, illetve a társadalmi és gazdasági determinánsok közötti előre-



mutató interakciókból fakadó jóllét állapotát. A modell szerint az egészségnek három fő összetevője van: az egyéni tényezők (a személy öröklött és szerzett tulajdonságaiból fakadó lehetőségek és életigényei – ezek lehetnek testiek, lelkiek vagy környezeti, amelyek esetében a nem kielégítő egyéni válaszok vezethetnek a betegségekhez); az egészség társadalmi meghatározó tényezői; illetve a környezeti determinánsok. Ezek a tényezők interakcióban állhatnak egymással, és befolyásolhatják az egyéni tényezőket is. Egészségről akkor beszélhetünk, amikor az egyén a biológiailag adott és élete során szerzett lehetőségeivel úgy tudja kielégíteni az élet-követelményeket, hogy az jóllét érzésével párosul a számára. Ez a folyamat az egész életút során ismétlődik, beágyazódva a társadalmi és környezeti tényezők közé. A Meikirch-modell tehát egy komplex adaptív rendszerként látja az egészséget. Előnye, hogy kompatibilis az egészségügyi ellátórendszerrel és a népegészségügyi törekvésekkel, biológiai és antropológiai alapokra épülve magába foglalja a reziliencia, a megbirkózási képesség, az egyéni integritás és jóllét, a képességek és a célok közötti egyensúly területét, valamint figyelembe veszi a szomatikus, pszichés, szociális és szemiótikai dimenziókat.

A modell azonban bizonyos szempontból korlátozott, elméleti meghatározottsága miatt nehezen mérhetőek a komponensei, ehhez a jelenleg rendelkezésre álló eszközök finomítására van szükség, mind az egészségi állapot egyéni, illetve populációs szinten történő, mind pedig a társadalmi-környezeti háttérváltozók mérésével kapcsolatosan.

Áttekintve az eddigi vizsgálatokat, a Kohorsz '18 kutatásban a *biomedikális modell és a funkcionális adaptív megközelítés* elegyét próbáltuk alkalmazni. Ez azt jelenti, hogy a konkrét betegségek megléte/hiánya képezi a kiindulópontot, de a szubjektív szempontokat is figyelembe véve, a korlátozottságra/akadályozottságra is rákérdezőnk, illetve az egészségi állapot generalizált megközelítését is figyelembe vesszük. Tekintettel a speciális témakörre, vagyis, hogy alapvetően a születendő gyermekek követése a cél, s az anyák egészsége ennek egyik háttértényezője, kiemelt hangsúlyt kap a reprodukív egészség is.

### 4.3. EGÉSZSÉG-MAGATARTÁS

Az Egészségügyi Világszervezet éves jelentése 2002-ben az *egészség-magatartást* helyezte a középpontba, bemutatva, hogy a fejlett ipari országokban becslések szerint az összes betegségteher több mint 30 százaléka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás következménye (WHO 2002).

Az egyik első jelentős dokumentum, amely felhívta a figyelmet az egészség-magatartás fontosságára, a Marc Lalonde által a kanadaiak egészségéről szóló jelentés volt. A Lalonde Riport hangsúlyozta, hogy a korai halálozás és a korlátozottság csökkenthető a megelőzés által. Lalonde bevezette az egészségmező-elméletet: az egészséget a biológiai, életmódbeli és környezeti faktorok, illetve az egészségügyi ellátás egyaránt befolyásolják, de eltérő mértékben (Lalonde 1974).

A jelentés tudatosította, hogy egészségünk alakításáért nagy részben mi magunk vagyunk felelősek, hiszen egészség-magatartásunk, káros vagy éppen hasznos életmódbeli szokásaink számos betegség kialakulásához vagy megelőzéséhez járulhatnak hozzá. Az egész-

ség-magatartás hatással van a vezető halálokokra és a főbb megbetegedésekre, beleértve a betegségek kialakulását, illetve előrehaladását, a kezelések hatékonyságát és az életminőséget (Behrens et al. 2013; Fisher et al. 2011). Ma már egyértelműnek tűnik, hogy a leggyakoribb betegségek jelentős része visszaszorítható az egészség-magatartás megváltoztatásával (Alwan et al. 2010).

A Lalonde-jelentés utáni egyik legfontosabb egészségpolitikai dokumentum az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott Ottawa Charta (WHO 1986). Az egyezményben az egészség pozitív és holisztikus megközelítése kapott teret, s megalkották az egészség társadalmi modelljét, vagyis az egyéni életmód mellett felhívták a figyelmet az egészség és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolatra is.

Az életmódot kissé leszűkítve, az egészség-magatartás fogalmát használva Gochman mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat érti alatta, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, helyreállításához vagy javításához (Gochman 1997).

Becker úgy definiálja az egészség-magatartást, mint az egészségünk érdekében végrehajtott cselekvéseket, amelyeket a tudás, az attitűdök, a gyakorlatok, a normák, az elérhető választási lehetőségek, illetve az adott szituáció kontextusa befolyásol. Az egészség-magatartás hozzájárulhat a jó egészség megőrzéséhez vagy fejlesztéséhez, ugyanakkor betegségekhez is vezethet (Becker 1974).

Kasl és Cobb (1966, idézi Glanz – Maddock 2002) az egészség-magatartás három típusát különíti el: a *preventív magatartást*, a *betegség-magatartást*, és a *betegszerep-magatartást*. A preventív egészség-magatartás magában foglal minden olyan tevékenységet, amelynek célja, hogy az önmagát egészségesnek tartó egyén megelőzze a betegségeket, egészségproblémákat (például bukósisak viselése kerékpározás közben). A betegség-magatartás ezzel szemben az önmagukat betegnnek érző egyének olyan tevékenységeit foglalja magában, amelyek célja a betegség pontos meghatározása, a gyógymód keresése. A betegszerep-magatartás szintén a betegekhez kötődik, de célja a betegségből való felépülés (ide tartozik például a különböző kezeléseken való részvétel).

Az egészség-magatartást értelmezhetjük úgy, mint egészséggel kapcsolatos, illetve mint egészségre irányuló magatartást (Glanz – Maddock 2002). Az előbbi általában nem tudatosan irányul az egészségre, de nem szándékolt következményként az egészségi állapotra is hatással van, az utóbbi pedig minden esetben célzottan az egészség fenntartását vagy javítását hivatott elősegíteni.

Az egészség-magatartásnak számos megnyilvánulási formája lehet, mint az öngondoskodás, az egészségügyi ellátórendszer használata, a táplálkozási szokások, a szexuális magatartás, a függőséget okozó szerek használata, vagy éppen a kockázatkereső magatartás.

Az egészség-magatartás természetesen időben változó lehet, a változás azonban többnyire folyamatjellegű, és nem egy egyszeri, hirtelen eseményt jelent – bár van rá példa, hogy valaki egyik nappól a másikra abbahagyja a dohányzást –, sokkal gyakoribb, hogy apróbb lépésenként zajlik a változás bevezetése. Kérdés az is, hogy a megváltozott magatartási mód mennyire tartós, vagy mennyire várható visszaesés. Ez utóbbit a racionális döntéssel-

mélet alapján nagyban befolyásolja a cselekvés nettó hasznának értékelése, azaz annak figyelembevételére, hogy az erőfeszítéseket mennyire ellensúlyozza a várható hozam.

A Kohorsz '18 kérdőívében az elméleti modelleket, az egészség-fejezethez hasonlóan, az egészség-magatartással kapcsolatos kérdések kialakításakor is csak némiképp leegyszerűsítve tudjuk figyelembe venni. A témakörök kijelölésénél a dohányzásra és az alkohol-fogyasztásra, illetve a testmozgásra és a táplálkozásra, valamint az ennek következtében kialakuló testtömegindexre fókuszáltunk.

#### **4.4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER IGÉNYBEVÉTELE**

Az egészségi állapot és az egészség-magatartás mellett a harmadik, a várandós kérdőívben érintendő, egészséghez kapcsolódó terület az *egészségügyi ellátórendszer igénybevétele*. A már említett Lalonde Riport (Lalonde 1974) ugyan az életmód, a genetika és a környezet mellett csak a negyedik helyen említi az egészségügyi ellátás hatását az egészségre (becslése szerint 11%-ban tehető felelőssé az egészségügyi rendszer az egészségi állapotért, szemben az életmód 43, a genetika 27, illetve a környezet 19%-os részesedésével), azért szerepe semmiképpen sem elhanyagolható. Ugyanakkor a három vizsgált terület miatt ez kapja a legkisebb hangsúlyt, mivel az ellátórendszer igénybevétele a védőnői gondozásban jól dokumentált.

#### **4.5. AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓS ELJÁRÁSOK DEMOGRÁFIAI JELENTŐSÉGE**

A születési kohorszvizsgálat keretében lehetőség van annak feltérképezésére, hogy az évente született gyermekek számán belül hányan jöttek világra valamilyen orvosi segítség után, melyek voltak a beavatkozás körülményei.

Sokat kutatott és egyelőre nem tisztázott kérdés, hogy az asszisztált reprodukciós eljárások következtében fogant gyermekek születésének körülményei, egészségi állapota, kognitív-intellektuális fejlődése eltér-e a természetes úton fogant gyermekekétől (Bay et al. 2014; Kettner et al. 2015; Leslie et al. 2003). Kimutatták például, hogy e gyermekek átlagosan kisebb súllyal születnek, és nagyobb a koraszülés kockázata. De mennyire magyarázható ez az anyák magasabb átlagéletkorával, illetve azzal, hogy esetükben gyakoribbak az ikerszületések, ami a koraszülés egyik fő kockázati tényezője? Az ezekre való kontroll után a különbség nem tűnik minden esetben mérvadónak (Ceelen et al. 2008; Kondapalli – Perales-Puchalt 2013).

A kohorszvizsgálat ezen túlmenően hosszú távon is vizsgálhatná a nem természetes fogantatás hatását: mennyiben más e gyermekek egészségügyi helyzete, fejlődése? Azok a szülők, akiknek gyermekterve csak nehezen valósult meg, mennyiben nevelik máshogy a gyermeküket?

## 4.6. PSZICHOLÓGIAI ASPEKTUS

A modern fejlődéseméletek szerint (pl. interakciós, tranzakciós és rendszerszemléletű megközelítés) a gyermek biológiai és tanult, szerzett készségei és személyisége a környezettel kölcsönhatásban formálják a gyermek fejlődését (Danis – Kalmár 2011). A Kohorsz '18 kutatás pszichológiai vetületének elméleti kiindulópontja az, hogy a gyermekek fejlődését számos *proximális* és *disztális bio-pszicho-szociális tényező* befolyásolhatja pozitív (védőfaktorok) és negatív (rizikófaktorok) irányba, és a gyermekek különböző mértékben *sérülékenyek* (vulnerabilisek) vagy *ellenállóak* (reziliensek) a rizikófaktorokkal szemben. Izgalmas elméleti keretet jelenthet továbbá a differenciált érzékenység elmélet (differential susceptibility theory) (Belsky 1997; Boyce – Ellis 2005), amely értelmében bizonyos egyének összességében érzékenyebbek másoknál, vagyis a pozitív és negatív környezeti hatások is fokozott mértékben formálják fejlődésüket. A nagy mintás longitudinális elrendezés egyedülálló lehetőséget teremt ezen bonyolult kölcsönhatások vizsgálatára.

Az első kutatási hullámban a *várandósokat* jellemző, *születendő gyermekük fejlődésére* potenciálisan hatást gyakorló változókat fogjuk felmérni. A várandósság lényegében fejlődési krízis, amely lehetőséget ad az identitás újraszervezésére (Labossa – Tényi 2017). Lederman és Weis (2009, idézi Pohárnok 2017) szerint a következő pszichoszociális tényezők befolyásolják, hogy milyen kimenettel zárul ez a folyamat: a várandósság elfogadása és az alkalmazkodás a várandóssághoz; a szülői szerep és az érkező gyermekkel való kapcsolat kibontakozása; a várandós anyjával való jelenlegi és múltbéli kapcsolatának minősége; a várandós partnerével való kapcsolatának hatása a várandóssághoz való alkalmazkodásra; a szüléssel kapcsolatos tudás és a józan mértékű felkészülés a szülésre; a várandós elvárásai azzal kapcsolatban, hogy a szülés alatt mennyire lesz képes megküzdeni az önértékelés elvesztésével kapcsolatos félelmeivel; és végül a várandós elvárásai azzal kapcsolatban, hogy mennyire lesz képes megküzdeni a fájdalommal, a tehetetlenséggel, a kontrollvesztéstől való félelemmel a szülés alatt. Mindezen tényezők hatással lehetnek a várandós jóllétére és gyermekének fejlődésére. A várandós adatfelvétel révén lehetőségünk lesz bepillantást nyerni ebbe az izgalmas folyamatba.

A várandóssághoz való alkalmazkodás kapcsán feltérképezzük a várandósok kontrollérzetét, mentális egészségét és a várandóssággal kapcsolatos szorongását. A szülői szerep és az anya-gyermek kapcsolat kibontakozása kapcsán vizsgálni fogjuk az anya-magzat kötődést és a szoptatást, és az apák szerepét illető elképzeléseket. Felmérjük továbbá a partnerkapcsolat minőségét, a társas támogatottságot, a szüléssel kapcsolatos terveket és a felkészülést, valamint a várandósságot érintő tájékozódás gyakoriságát és forrásait. A transzgenerációs hatások vizsgálata túlmutat a Kohorsz '18 kutatás első felméréseinek lehetséges keretein.

A magzati fejlődés és jóllét szempontjából meghatározó változó a *várandós anya mentális egészsége*, avagy az őt jellemző distressz, amelyet a következő változók mentén kívánunk megragadni: az általános szorongás, a várandóssággal kapcsolatos szorongás, a depresszió, valamint az orvos által diagnosztizált érzelmi-hangulati betegségek. A súlyos prenatális depresszió előfordulási aránya a nemzetközi adatok szerint 12,7% (Faludi – Döme 2016), míg a várandósságkori szorongásproblémáké – a különböző kutatások alapján – 14-54% között van (Madhavanprabhakaran et al. 2015). A prenatális depresszió és szorongás nem

ritkán társuló, vagyis komorbid formában jelentkezik (Andersson et al. 2006), amelyről azonban kevés szakirodalmi adat áll rendelkezésünkre. Elkülönítési bizonytalanságukat jelzi az is, hogy a prenatális időszakban előszeretettel alkalmazott Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al. 1987) népszerű depresszió-szűrőeszköz, szorongásra vonatkozó tételket is tartalmaz. A vizsgálati eredmények arra engednek következtetni, hogy a várandósságspecifikus szorongás az általános szorongástól és a depressziótól is elkülönülő jelenség (Huizink et al. 2004), amely esetenként ezeknél erősebben és pontosabban jósolja be a későbbi anyai és gyermeki kimeneteket (Bayrampour et al. 2016). A várandósságkori distressz születendő gyermekekre kifejtett negatív hatását számos kutatási eredmény támasztja alá (Bussières et al. 2015; Dunkel Schetter –Tanner 2012; Evans et al. 2007; Grigoriadis et al. 2013; Hollins 2007; Togher et al. 2017), melyek közül hangsúlyos a koraszülés és a kis születési súly kockázatának emelkedése, valamint az alacsonyabb szoptatási arány. A várandósságspecifikus szorongás, különösen a szüléstől való félelem, összefüggést mutat a szülés megélt fájdalmasságával és a császármetszés önkéntes választásával (Haines et al. 2012). Az ALSPAC kohorszkutatás eredményei szerint a prenatális szorongás kiemelkedő hatást gyakorol a gyermek neurológiai fejlődésére és 4 éves kori érzelmi-viselkedéses problémáira (Glover – O’Connor 2002; O’Connor et al. 2002). Bussières és munkatársai (2015) áttekintő tanulmánya alapján azokban a kutatásokban, ahol várandósságspecifikus stressz és szorongás révén mérték fel a prenatális stressz gyermekekre kifejtett hatását, erősebb összefüggések kerültek kimutatásra, mint azokban a vizsgálatokban, ahol vonásszintű változók, negatív életesemények vagy természeti katasztrófáknak való kitettség jelezték a stressz mértékét. Bár a várandósság kimenetét a kezeletlen pszichiátriai zavarok és egyes pszichotróp gyógyszerek szedése egyaránt befolyásolhatják (Labossa – Tényi 2017), részletes pszichodiagnosztikai és -farmakológiai felmérésre nincs lehetőség.

A születendő gyermek szempontjából környezeti rizikó- vagy védőfaktoroként elemezni fogjuk a várandós kontrollérzetét és szüléssel kapcsolatos felkészülését, információszerezését. Az ALSPAC eredményei szerint a szülői belső kontrollosság pozitív gyermeki kimenetekkel jár együtt (Nowicki et al. 2017), és összefügg a várandóssággal kapcsolatos információkereséssel és a szoptatással. Az információszerezés jelentőségét több kutatás is kiemeli: a szülő helyes tudása a gyermekfejlődésről negatív összefüggést mutat a szülői stresszrel, depresszióval, szorongással, gyermekbántalmazással és a gyermek viselkedési problémáival (Reich 2005); a várandósság alatt pedig a szülői ismeretanyag, az információval való ellátottság csökkentheti a várandós rizikómagatartását (Esposito et al. 2015), és befolyásolja a szülési kimenetet (Morton et al. 2010).

A magzat- és gyermekfejlődés egyik fontos motorja a *szülői bánásmód (parenting) és a szülő-gyermek kapcsolat*. Ha nincs jól működő, pozitív kapcsolat a szülő és a gyermek között, akkor veszteségek és hátrányok egész sora alakulhat ki a gyermekfejlődés során, amely emocionális deprivációhoz vezethet. Ez hosszú távon a gyermek alacsony teljesítményét, nehezebb szocializációját, kevésbé önálló életvitelét és alacsonyabb humán tőkével való ellátottságát eredményezi (Amato – Fowler 2002; Bono et al. 2016; Ermisch 2008; Flouri et al. 2017; Gutman – Feinstein 2010; Williams et al. 2010). A szülői bánásmód már magzati korban elkezdődik, a magzati kötődéssel és a várandóssági tudatos magatartással, befektetésekkel (Glover – Capron 2017). A Growing Up in Australia (Lucas et al. 2010) definíciójának megfelelően, szülői bánásmód alatt azon összetett és bonyolult szülői viselkedési rendszert értjük, amely jellemzi a szülő-gyermek napi szintű kapcsolatot, illetve azokat az elképzeléseket, attitűdöket és ér-

zéseket, amelyek alapján ezek a napi szintű kapcsolatok működnek. Várandós korban a szülői bánásmód vizsgálatának fókuszában értelemszerűen a szülőséggel kapcsolatos attitűdök állnak majd, annak mind az affektív (hogyan érez az anya a magzat iránt), mind a kognitív (milyen gondolatai, elképzelései és tervei vannak a megszületendő gyermekével kapcsolatban), mind a viselkedési (mit tesz, hogyan viselkedik az anya várandóssága alatt: táplálkozás, mozgás, életmód) dimenziói. A tényleges szülő-gyermek kapcsolat, illetve a szülői nevelési stílus kulcsfontosságú változóit a későbbi adatfelvételi hullámokban kérdezzük le. Kutatási eredmények alapján feltételezhetjük, hogy már a várandósságkori szülőséggel kapcsolatos attitűdök, elképzelések és tervek is hatást gyakorolnak a későbbi szülői és gyermeki kimenetekre. Így például a szoptatással kapcsolatos tervek összefüggenek a későbbi tényleges szoptatással (Morton et al. 2010), a szabályozással kapcsolatos elképzelések pedig hatást gyakorolnak az anyák depresszióval szembeni sérülékenységére, nehéz temperamentumú babák esetén (Muscat et al. 2014). A várandós születendő gyermekével kialakulóban lévő kapcsolatának minőségét és intenzitását az anya-magzat kötődés pszichológiai konstruktumával mérjük fel. Andrek, Hadházi és Kekecs (2016) eredményei szerint a magzattal való kötődés összefüggést mutat a gesztációs korról és az anya családi állapotával; Makó és Deák (2014) a gesztációs kor mellett a várandósság tervezettségével és elfogadásával, a prenatális depresszióval és szorongással, valamint a párkapcsolati alkalmazkodással fennálló együttjárást mutatták ki. Longitudinális felmérések szerint a magzattal való kötődés bejósolja a posztnatális kötődést (Rossen et al. 2017) és a posztnatális anyai szenzitivitást (Maas et al. 2016).

Környezeti faktorként elemezni kívánjuk továbbá a *várandós társas támogatottságát és párkapcsolatának aktuális és jövőbeni minőségét*. A társas támogatottság különösen fontos változó a fizikai és mentális egészség szempontjából, a stresszel szembeni ellenállóképeség növelése is a hatása részét képezi (Ozbay et al. 2007). Ennek megfelelően a várandósok társas támogatottsága és konfliktusai egyaránt összefüggést mutatnak a gyermek későbbi fejlődésével (Collins et al. 1993) és a prenatális depresszió mértékével (Westdahl et al. 2007). A társas támogatás komplex hatására hívja fel a figyelmet Emmott és Mace (2015) eredménye mely szerint a MCS kutatásban résztvevő anyák szoptatási hajlandóságát növelte, hogyha kétszülős háztartásban éltek (az egyedülálló anyák kevésbé szándékoztak szoptatni), azonban a partnertől és nagyszülőktől kapott praktikus támogatás nagyobb mértéke korábbi elválasztást valószínűsített.

A szociológiai kérdésblokkban a várandós szubjektíven megélt támogatottsága mellett a kapcsolati hálózata nagysága és pénzügyi támogatottsága is felmérésre kerül. A párkapcsolatban élő várandósok esetében nyilvánvaló jelentőséggel bír a kapcsolat formája, minősége és tartóssága. Az elkötelezett és boldog párkapcsolat, különösen a házasság, összefüggést mutat a szubjektív jólléttel (Dush – Amato 2005). A szülők párkapcsolata és esetleges válása pedig jelentős hatással van gyermekük jóllétére (Amato 2010). Az ALSPAC kutatás tanulsága szerint a várandósságkori szülői konfliktusok és a depresszió egymással összefüggést mutató, és a gyermek későbbi fejlődését egymástól függetlenül is meghatározó változók (Hanington et al. 2012). A Kohorsz '18 kutatásban visszatérő témaként a partnerkapcsolat jellegzetességeit a kapcsolattal való elégedettség, az elköteleződés mértéke és a pozitív és negatív párkapcsolati interakciók gyakorisága mentén mérjük majd fel.

A lehetőségekhez mérten vizsgálni tervezzük továbbá a kutatás során az apai bevonódás különféle aspektusait, hiszen az apa gyermeknevelésbe való praktikus és érzelmi involvált-

sága nagy jelentőséggel bír gyermeke fejlődése szempontjából. A brit kohorszkatások számtalan kiindulópontot szolgáltatnak ehhez a témához. Egyfelől megállapítást nyert, hogy a biológiai apa gyermekkori hiánya kedvezőtlenebb érzelmi-viselkedéses kimenetekhez vezet: az ALSPAC adatainak tanulása szerint az apa első öt életév során bekövetkező hiánya növeli a serdülőkori depresszió kockázatát (Culpin et al. 2013), és a vér szerinti apa gyermekkori távozása a MCS résztvevői esetén is hátrányokhoz vezetett (Fitzsimons - Villadsen 2018), növelte az internalizációs és externalizációs problémák valószínűségét. Mindkét kutatás felhívja a figyelmet a szocio-demográfiai és szocio-ökonómiai változók, valamint a gyermek nemének jelentőségére. Egy másik kutatási szempont lehet a mostohaapák hatásának vizsgálata: azokban a családokban, ahol az anya partnereként nem a biológiai apa volt jelen, mind a mostohaapa, mind a vér szerinti anya kevesebb tevékenységet végzett a gyermekkel, és részben ennek eredményeként a gyermekek iskolai teljesítménye és viselkedése is kedvezőtlenebb volt, mint a hagyományos, biológiai apával kiegészült családokban (Emmott - Mace 2014). Azon családok esetén, ahol a biológiai apa a család része volt, a gyermek későbbi adaptív viselkedése szempontjából a korai apa-gyermek kapcsolat és az apasággal kapcsolatos érzések és vélekedések (Opondo et al. 2016), valamint a szülői bánásmóddal kapcsolatos pozitív vélekedések és a kreatív játéktevékenység gyakorisága (Kroll et al. 2016) bizonyultak relevánsnak. Vagyis, inkább az apai bevonódás pszichológia színeze, semmint az apa gyermekgondozási tevékenységeiben való részvétele határozta meg a gyermekek későbbi jóllétét. Természetesen az apai bevonódást számos háttérváltozó befolyásolhatja, így például kiemelt jelentőséggel bír az apa hangulati állapota. Ramchandani és munkatársai (2008) eredménye szerint a kora-gyermekkori apai depresszió növeli a gyermekek kisgyermekkori érzelmi-és viselkedéskérdéseinek, valamint hétéves-kori pszichiátriai problémáinak esélyét.

Hipotézisünk szerint a várandósságkori distressz, a kontrollérzet, a társas támogatottság, a párkapcsolati minőség, a magzattal kialakított kapcsolat és a szülőiséggel kapcsolatos tervek és elképzelések egymással kölcsönhatásban jósolják be a későbbi anyai és gyermeki kimeneteket (így például a kis születési súlyt, a koraszülést, a gyermekfejlődést, a poszt-natális anyai distresszt, a szoptatást, a szülői bánásmódot). Mindezek elemzése céljából, a Kohorsz '18 későbbi kutatási hullámai pszichológiai moduljának fókuszában a gyermekek fejlődésének átfogó felmérése áll majd, kiegészítve a releváns szülői változókkal, mint az anyai és apai mentális egészség, az átélt negatív életesemények, a párkapcsolat minősége és a szülői bánásmód jellegzetességei. A gyermekfejlődést illetően, a féléves adatfelvételkor a temperamentumot és bizonyos viselkedésszabályozási jellegzetességeket, a totyogó- és kisgyermekkori szakaszokban pedig a kognitív, érzelmi és szociális fejlődés jellemzőit tervezzük felmérni. Hosszútávú célkitűzésünk továbbá, hogy azonosítsuk a reziliensnek bizonyuló gyermekek csoportját (azon személyeket, akik a rizikótényezők ellenére is megfelelő fejlődést mutatnak), illetve az olyan változókat, amelyek támogatják a rezilienciát, és alapot szolgáltathatnak a magyarországi intervenciós programok kidolgozásához.

A longitudinális elemzés megalapozása mellett az első kutatási szakasz célja a felmért változók kapcsolatának keresztmetszeti vizsgálata, a releváns demográfiai és szociológiai összefüggések feltárása, valamint hozzávetőleges epidemiológiai adatok szolgáltatása a magyarországi várandósok pszichológiai problémáira vonatkozóan. A későbbi kutatási szakaszok szintúgy lehetőséget teremtenek izgalmas keresztmetszeti elemzésekre, így például a tipikus és atipikus gyermekfejlődés mutatóinak reprezentatív mintán történő leírására.

A várandósságkori pszichológiai változók túlnyomó részéről önkitöltős skálák révén gyűjtünk információt. A kutatás módszertanáról és az alkalmazott kérdőívekről a kutatás előkészítő szakaszának módszertani leírása (Veroszta 2018) és annak melléklete (A várandós adatfelvételi szakasz kutatási kérdőívei) tartalmaznak bővebb információt.

#### **4.7. FORRÁSOK**

Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) (Egyesült Királyság)

Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) (Norvégia)

Life Study (Egyesült Királyság)

Growing Up in Ireland. National Longitudinal Study of Children (GUI) (Írország)

West-Australian Pregnancy Cohort Study (Raine) (Ausztrália)

Growing Up in Australia. The Longitudinal Study of Australian Children (LSAC) (Ausztrália)

Growing Up in New-Zealand (Új-Zéland)

Etude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE) (Franciaország)

Born in Bradford (BiB) (Egyesült Királyság)

Millennium Cohort Study (MCS) (Egyesült Királyság)

Danish National Birth Cohort (DNBC) (Dánia)

Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009, ELEF2014) (Európai Unió)

Országos lakossági egészségfelmérések (OLEF2000, OLEF2003) (Magyarország)

Listening to Mothers (Amerikai Egyesült Államok)



## 4.8. HIVATKOZÁSOK

- Alwan, A. – Maclean, D. R. – Riley, L. M. – d'Espaignet, E. T. – Mathers, C. D. – Stevens, G. A. – Bettcher, D. (2010): Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 376(9755), 1861–1868.
- Amato, P. R. (2010): Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650–666.
- Amato, P. R. – Fowler, F. (2002): Parenting Practices, Child Adjustment, and Family Diversity. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 703–716.
- Andersson, L. – Sundström-Poromaa, I. – Wulff, M. – Åström, M. – Bixo, M. (2006): Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937–944.
- Andrek A. – Hadházi É. – Kekecs Z. (2016): Az anya-magzat kötődést mérő Maternal-Fetal Attachment Scale kérdőív magyar nyelvű adaptálása és felhasználásának lehetőségei az ultrahang-kommunikációs vizsgálatok során. *Orvosi Hetilap*, 157(20), 789–795.
- Ádány R. (2011): Az egészség funkcionális (bio-pszicho-szociális) modellje. In Ádány R.: *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Debreceni Egyetem, 2–3.
- Bay, B. – Mortensen, E. L. – Kesmodel, U. S. (2014): Fertility treatment and child intelligence, attention, and executive functions in 5-year-old singletons: a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(13), 1642–1651.
- Bayrampour, H. – Ali, E. – McNeil, D. A. – Benzies, K. – MacQueen, G. – Tough, S. (2016): Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115–130.
- Becker, M. H. (ed.) (1974): *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Slack, Thorofare.
- Behrens, G. – Fischer, B. – Kohler, S. – Park, Y. – Hollenbeck, A. R. – Leitzmann, M. F. (2013): Healthy lifestyle behaviors and decreased risk of mortality in a large prospective study of U. S. women and men. *European Journal of Epidemiology*, 28(5), 361–372.
- Belsky, J. (1997): Variation in Susceptibility to Environmental Influence: An Evolutionary Argument. *Psychological Inquiry*, 8(3), 182–186.
- Bircher, J. – Kuruvilla, S. (2014): Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy*, 35(3), 363–386.
- Bono, E. D. – Francesconi, M. – Kelly, Y. – Sacker, A. (2016): Early Maternal Time Investment and Early Child Outcomes. *The Economic Journal*, 126(596), F96–F135.
- Boyce, W. T. – Ellis, B. J. (2005): Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17(2), 271–301.
- Bussièrès, E-L. – Tarabulsy, G. M. – Pearson, J. – Tessier, R. – Forest, J-C. – Giguère, Y. (2015): Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. *Developmental Review*, 36, 179–199.
- Ceelen, M. – van Weissenbruch, M. M. – Vermeiden, J. P. W. – van Leeuwen, F. E. – Delemarre-van de Waal, H. A. (2008): Growth and development of children born after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 90(5), 1662–1673.
- Collins, N. L. – Dunkel-Schetter, C. – Lobel, M. – Scrimshaw, S. C. (1993): Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243–1258.

- Cox, J. L. – Holden, J. M. – Sagovsky, R. (1987): Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.
- Culpin, I. – Heron, J. – Araya, R. – Melotti, R. – Joinson, C. (2013): Father absence and depressive symptoms in adolescence: findings from a UK cohort. *Psychological Medicine*, 43(12), 2615–2626. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000603>
- Danis I. – Kalmár M. (2011): A fejlődés természete és modelljei. In Danis I. – Farkas M. – Herczog M. – Szilvási L. (szerk.): *A génektől a társadalomig. A koragyermekkori fejlődés szinterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 76–125.
- Döme P. (2016): A peripartum depresszió gyakoriságának, rizikófaktorainak és hatásainak felmérése a „Magyar Születési Kohorszívizsgálat-ban: előzetes tervek. KSH NKI, Budapest [Kézirat].
- Dunkel Schetter, C. – Tanner, L. (2012): Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148.
- Dush, C. M. K. – Amato, P. R. (2005): Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 607–627.
- Emmott, E. H. – Mace, R. (2014): Direct investment by stepfathers can mitigate effects on educational outcomes but does not improve behavioural difficulties. *Evolution and Human Behavior*, 35(5), 438–444. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2014.05.010>
- Emmott, E. H. – Mace, R. (2015): Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLOS ONE*, 10(7), e0133547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133547>
- Ermisch, J. (2008): Origins of Social Immobility and Inequality: Parenting and Early Child Development. *National Institute Economic Review*, 205(1), 62–71.
- Esposito, G. – Ambrosio, R. – Napolitano, F. – Giuseppe, G. D. (2015): Women’s knowledge, attitudes and behavior about maternal risk factors in pregnancy. *PLOS ONE*, 10(12), e0145873.
- Evans, J. – Heron, J. – Patel, R. R. – Wiles, N. (2007): Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191, 84–85.
- Faludi G. – Döme P. (2016): Gyakoribb pszichiátriai zavarok. In Papp Z. (szerk.): *A várandósgondozás kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 559–576.
- Fisher, E. B. – Fitzgibbon, M. L. – Glasgow, R. E. – Haire-Joshu, D. – Hayman, L. L. – Kaplan, R. M. – Ockene, J. K. (2011): Behavior matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), e15–30.
- Fitzsimons, E. – Villadsen, A. (2018): Father departure from the household and childhood mental health: how does timing matter? Working paper 2018/1, London: Centre for Longitudinal Studies.
- Flouri, E. – Midouhas, E. – Ruddy, A. – Moulton, V. (2017): The role of socio-economic disadvantage in the development of comorbid emotional and conduct problems in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 723–732.
- Glanz, K. – Maddock, J. (2002): Behavior, Health-Related. In *Encyclopedia of Public Health*. Encyclopedia.com, [http://www.encyclopedia.com/topic/Health\\_behavior.aspx](http://www.encyclopedia.com/topic/Health_behavior.aspx).
- Glover, V. – Capron, L. (2017): Prenatal parenting. *Opinion in Psychology*, 15, 66–70.
- Glover, V. – O’Connor, T. G. (2002): Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 389–391.

- Gochman, D. S. (ed.) (1997): *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York.
- Goldsmith, S. (1972): The Status of Health Indicators. *Health Service Reports*, 87, 212–220.
- Grigoriadis, S. – VonderPorten, E. H. – Mamisashvili, L. – Tomlinson, G. – Dennis, C-L. – Koren, G. – Steiner, M. – Mousmanis, P. – Cheung, A. – Radford, K. – Martinovic, J. – Ross, L. E. (2013): The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 321–341.
- Gutman, L. M. – Feinstein, L. (2010): Parenting behaviours and children's development from infancy to early childhood: changes, continuities and contributions. *Early Child Development and Care*, 180(4), 535–556.
- Haines, H. M. – Rubertsson, C. – Pallant, J. F. – Hildingsson, I. (2012): The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 55.
- Hanington, L. – Heron, J. – Stein, A. – Ramchandani, P. (2012) Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 520–529.
- Hollins, K. (2007): Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(6), 568–572.
- Huizink, A. C. – Mulder, E. J. H. – Robles de Medina, P. G. – Visser, G. H. A. – Buitelaar, J. K. (2004): Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91.
- Kasl, S. V. – Cobb, S. (1996): Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246–266, 531–541.
- Kettner, L. O. – Henriksen, T. B. – Bay, B. – Ramlau-Hansen, C. H. – Kesmodel, U. S. (2015): Assisted reproductive technology and somatic morbidity in childhood: a systematic review. *Fertility and Sterility*, 103(3), 707–719.
- Kondapalli, L. A. – Perales-Puchalt, A. (2013): Low birth weight: Is it related to assisted reproductive technology or underlying infertility? *Fertility and Sterility*, 99(2), 303–310.
- Kroll, M. E. – Carson, C. – Redshaw, M. – Quigley, M. A. (2016): Early Father Involvement and Subsequent Child Behaviour at Ages 3, 5 and 7 Years: Prospective Analysis of the UK Millennium Cohort Study. *PLOS ONE*, 11(9), e0162339. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162339>
- Lábadi B. – Pohárnok M. (2016): Előkészítő anyag a születési kohorszvizsgálat fejlődés-lélektani kutatási kérdéseiről és módszereiről. KSH NKI, Budapest [Kézirat].
- Labossa G. – Tényi T. (2017): Pszichiátriai zavarok és terápiás lehetőségeik a várandósság idején. In Makó S. H. – Veszprémi B. (szerk.): *A párkapcsolattól a gyermekágyig*. Octoport Nonprofit Kft., Pécs, 230–245.
- Lalonde, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Minister of Supply and Services Canada, Ottawa.
- Larson, J. S. (1999): The Conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123–136.
- Leslie, G. I. – Gibson, F. L. – McMahon, C. – Cohen, J. – Saunders, D. M. – Tennant, C. (2003): Children conceived using ICSI do not have an increased risk of delayed mental development at 5 years of age. *Human Reproduction*, 18(10), 2067–2072.
- Lucas, N. – Nicholson, J. M. – Maguire, B. (2010): Parenting practices and behaviours. In Maguire, B. (ed.): *The Longitudinal Study of Australian Children: Annual statistical report 2010*. Australian Institute of Family Studies, 43–55.

- Maas, A. J. B. M. – de Cock, E. S. A. – Vreeswijk, C. M. J. M. – Vingerhoets, A. J. J. M. – van Bakel, H. J. A. (2016): A longitudinal study on the maternal-fetal relationship and postnatal maternal sensitivity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(2), 110–121.
- Madhavanprabhakaran, G. K. – D'Souza, M. S. – Nairy, K. S. (2015): Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 1–7.
- Makó, S. H. – Deák, A. (2014): Reliability and validity of the Hungarian version of the maternal antenatal attachment scale. *International Journal of Gynecological and Obstetrical Research*, 1, 33–44.
- Morton, S. M. B. – Atatoa Carr, P. E. – Bandara, D. K. – Grant, C. C. – Ivory, V. C. – Kingi, T. R. – Liang, R. – Perese, L. M. – Peterson, E. – Pryor, J. E. – Reese, E. – Robinson, E. M. – Schmidt, J. M. – Waldie, K. E. (2010): Growing Up in New Zealand: A longitudinal study of New Zealand children and their families. Report 1: Before we are born. Growing Up in New Zealand, Auckland.
- Muscat, T. – Obst, P. – Cockshaw, W. – Thorpe, K. (2014): Beliefs About Infant Regulation, Early Infant Behaviors and Maternal Postnatal Depressive Symptoms. *Birth*, 41(2), 206–213.
- Neilson, E. (1988): Health Values: Achieving High Level Wellness-Origins, Philosophy, Purpose. *Health Values*, 12, 3–5.
- Nowicki, S. – Iles-Caven, Y. – Gregory, S. – Ellis, G. – Golding, J. (2017): The Impact of Prenatal Parental Locus of Control on Children's Psychological Outcomes in Infancy and Early Childhood: A Prospective 5 Year Study. *Frontiers in Psychology*, 8(546).
- O'Connor, T. G. – Heron, J. – Golding, J. – Beveridge, M. – Glover, V. (2002): Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502–508.
- Opondo, C. – Redshaw, M. – Quigley, M. A. (2017): Association between father involvement and attitudes in early child-rearing and depressive symptoms in the pre-adolescent period in a UK birth cohort. *Journal of Affective Disorders*, 221, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.010>
- Ozbay, F. – Johnson, D. C. – Dimoulas, E. – Morgan, C. A. – Charney, D. – Southwick, S. (2007): Social support and resilience to stress. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.
- Parsons, T. (1972): Definitions of health and illness in light of American values and social structure. In Jaco, E. G. (ed.): *Patients, Physicians and Illness*. Free Press, New York.
- Pohárnok M. (2017): A gyermekvárás lélektani jellemzői – anyai perspektívából. In Makó S. H. – Veszprémi B. (szerk.): *A párkapcsolattól a gyermekágyig*. Octoport Nonprofit Kft., Pécs, 105–119.
- Ramchandani, P. G. – O'Connor, T. G. – Evans, J. – Heron, J. – Murray, L. – Stein, A. (2008): The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>
- Reich, S. (2005): What do mothers know? Maternal knowledge of child development. *Infant Mental Health Journal*, 26(2), 143–156.
- Rossen, L. – Hutchinson, D – Wilson, J. – Burns, L. – Allsop, S. – Elliott, E. – Mattick, R. (2017): Maternal Bonding through Pregnancy and Postnatal: Findings from an Australian Longitudinal Study. *American Journal of Perinatology*, 34(08), 808–817.
- Sartorius, N. (2006): The Meanings of Health and its Promotion. *Croatian Medical Journal*, 47(4), 662–664.
- Selye J. (1965): *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

- Togher, K. L. – Treacy, E. – O’Keeffe, G. W. – Kenny, L. C. (2017): Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signalling. *Psychiatry Research*, 255, 17–26.
- Veroszta Zs. (szerk.) (2018): Kohorsz ,18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése. Kutatási Jelentések 99. KSH Népeség-tudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Westdahl, C. – Milan, S. – Magriples, U. – Kershaw, T. S. – Rising, S. S. – Ickovics, J. R. (2007): Social Support and Social Conflict as Predictors of Prenatal Depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110(1), 134–140.
- WHO (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2: 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHO (1984): Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9–13 July 1984. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. WHO European Regional Office, Copenhagen.
- WHO (2002): The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Williams, J. – Greene, S. – McNally, S. – Murray, A. – Quail, A. (2010): Growing up in Ireland: National Longitudinal Study of Children: the infants and their families. The Stationery Office, Dublin.

---

## 5. A TÁRSADALMI HÁTTÉR VIZSGÁLATI LEHETŐSÉGEI SZÜLETÉSI KOHORSZKUTATÁSBAN

HALÁSZ ANITA – VEROSZTA ZSUZSANNA

---

### 5.1. MEGKÖZELÍTÉSMÓD

Az alábbiakban a kohorszkutatás kérdőívbe beemelt változók elméleti megalapozása során számba vesszük a kutatás során felvállalt vizsgálandó szociológiai és közgazdasági problémákat, miközben azokra a változócsoportokra is tekintettel kell lennünk, amelyek a kutatás más – demográfiai vagy egészségügyi – tartalmi blokkjaihoz biztosítanak bemeneti adatokat, ennél fogva a kérdőívbe való beemelésük szintén indokolt.

A Kohorsz '18 kutatás kérdőívének társadalomtudományi blokkjához kapcsolódó témák lehatárolásakor több forrásra támaszkodtunk. Egyfelől a születési kohorszvizsgálatok *nemzetközi gyakorlatai* jelentettek alapot. Ez esetben nem a kérdőívek változókészletéből indultunk ki, hanem – mivel a lehatárolás elméleti megalapozására törekedtünk – a kutatások publikációs kimenetének áttanulmányozásával azonosítottuk a főbb társadalomtudományi témákat és kutatási kérdéseket. E kutatásokban nyilván nem feltétlenül a szociológiai/közgazdaságtudományi fókusz dominál. Számos esetben az egészségügyi, szocializációs, integrációs, fejlődési stb. kérdések állnak a születési kohorszkutatások középpontjában, és a publikációs kimenetük is ez irányba mutat. Ennek következtében egy másik irányból, a szociológia és közgazdaságtudomány *aktuális kérdései* felől is meg kellett közelítenünk a hazai kohorszkutatás tartalmi elemeit. A lehatárolás során mindemellett a longitudinális kutatásból adódó *időbeliség* szempontjait is figyelembe kellett vennünk. Ennek megfelelően előtérbe helyeztük azokat a témákat és kutatási kérdéseket, amelyek vizsgálatához a kutatási módszer különösen nagy mértékben – ha nem kizárólagosan – tudja biztosítani a megfelelő feltételeket. Mindemellett természetesen a keresztmetszeti vizsgálatok jelentőségét is számba vettük.

Átfogóan elmondható, hogy a kohorszkutatás szociológiai fókusza esetében a *társadalmi egyenlőtlenségek* definiálhatók általános problémakeretként. (E tekintetben egyébként a kutatási program a brit Millennium Cohort Study elméleti háttéréhez kapcsolható leginkább, szemben az alapvetően a fejlődésre (ELFE), egészségügyre (NCBI), szocializációra (LSAC) vagy épp az életmódra fókuszáló (BiB) vizsgálatokkal.)

A Kohorsz '18 kutatás szociológiai kérdésblokkja a társadalmi egyenlőtlenségek tág körén belül mindezek *megnyilvánulásait, összekapcsolódásait és hatásait* (átörökítését) vizsgálja. Jóllehet a vizsgálat a várandós szakasztól indul, ezáltal az ahhoz kapcsolódó témák és hipotézisek konkrétan jelennek meg a koncepció tervezésekor, a társadalmi háttér modul esetében különösen fontos a hosszabb távú kutatói szemléletmód érvényesítése. A szociológiai kutatási modul alapvető kérdése az, hogy a kora gyermekkor időszakában miben mutatkoznak meg és milyen közvetett, avagy közvetlen mechanizmusokon keresztül működnek (öröklődnek át, avagy hogyan kompenzálódnak) a társadalmi egyenlőtlenségek. A társadalmi háttér szerepének vizsgálata ennek megfelelően gyakran nagyon hosszú követési időt igényel, ám a megalapozására a longitudinális kutatás kezdetétől tekintettel kell lenni.

Mindemellett a társadalomtudományi megközelítésmódon belül *közgazdaságtudományi* szempontból ugyancsak fontos kérdés, hogy milyen közpolitikai eszközökkel, hogyan alakíthatók a fenti folyamatok, a jelenlegi magyarországi közpolitikai beavatkozások milyen hatással vannak a gyermekek fejlődésére, és milyen új javaslatokat alakíthatunk ki a gyermeki fejlődés jellemzőinek pontosabb megismerésével. A Kohorsz '18 kutatás közgazdasági fókuszának a teljes időszakán átívelő célja, hogy pontosabb képet kapjunk arról, hogy a családok, háztartások jövedelmi és munkaerőpiaci helyzete milyen csatornákon keresztül, mekkora mértékben befolyásolja a gyermekek fejlődését, és ezt hogyan tudják befolyásolni az állami szakpolitikák. A hatások várható csatornáit életkoronként eltérőek, és a kisgyermek növekedésével egyre szélesebbé válik a vizsgálatba vonható szakpolitikák köre (Waldfoegel 2004; Waldfoegel – Washbrook 2011; Albert 2014).

## 5.2. SZÁRMAZÁSI EGYENLŐTLENSÉGEK

A kutatás szociológiai blokkjának középpontjában a társadalmi egyenlőtlenségek állnak. Ennek érdekében a társadalmi egyenlőtlenségek azonosítására és hatásuk vizsgálatára alkalmas kérdéssor kidolgozása a cél. Mindkét szempont – maguk az egyenlőtlenségek, illetve társadalmi hatásuk (átörökítésük) – számos elméleti nézőpontból és empirikus irányból közelíthető meg. A születési kohorsz kutatás esetében a társadalmi egyenlőtlenségek voltaképpen a származást jelentik (hiszen az anyai várandósságtól követjük a gyermeket), melynek azonosításában a családi tökeellátottság, foglalkoztatási helyzet és a társadalmi státusz különböző méréseire tudunk támaszkodni. Nyilván nem törekszünk új rétegződés-kutatás lebonyolítására, de a kohorsz kutatáson belül az egyenlőtlenségek leírásához, ill. később majd a magyarázó célú elemzésekhez a rétegződés- és mobilitáskutatásban bevett változószettekkel tudunk válogatni. Ezek szükségesek a magyarázó szerepet betöltő családi szociális háttérindex megalkotásához is. Az egyenlőtlenség mérése során figyelembe kell vennünk azt is, hogy a korai kutatási szakaszokban alapvetően a leíró jelleg dominál majd, de a kérdőívet a kutatás későbbi, mobilitási és reprodukciós vizsgálatára hosszú távon is fel kell készítenünk. Ennek során figyelembe kell vennünk azt a szempontot is, hogy a származási egyenlőtlenségek és főként a mobilitás méréséhez az intézményesültség – adott esetben egy hosszabb iskolai életút – elégséges mértékéről kell adattal rendelkezni.

*A származási egyenlőtlenségek méréséhez két irányból közelítünk – ez esetünkben egy integrált (komplex), de azért elsősorban vertikális orientációjú vizsgálatra alkalmas meg-*

közéltést jelentene (Róbert 2015). Egyfelől a *(szülői) foglalkozás alapú különbségeket* (Huszár 2013), másfelől a szülők különböző *tőkefajtákkal való ellátottságát* vizsgálná a kérdőív szociológiai blokkja. Ezzel a származási háttér mérése változókészletét tekintve lényegében a Savage és munkatársai által kidolgozott osztálykutatási sémához illeszkedik (Savage et al. 2013), noha módszertanában és feldolgozási módszerében nem követi az ott kidolgozott kutatási dizájnt. Osztálystruktúra feltárása helyett egy az egyenlőtlenségek minél több dimenzióját rendezetten megragadó kérdéssor összeállítása a célunk.

Feltételezve a munkamegosztásban elfoglalt hely alapvetően meghatározó jellegét, a foglalkoztatáson alapuló mérések a szülői (utolsó) foglalkozások részletes megadásán (FEOR szintű rögzítés pl. az ISEI számára), valamint a gazdasági aktivitáson, a tulajdonviszonyon és a foglalkoztatás jellegén alapulnak. Magára a foglalkozásszerkezetre az EGP-osztályozás (Erikson et al. 1979) vagy az ESeC-séma (Rose – Harrison 2010) változókészlete alkalmazható (Róbert 1997). A foglalkoztatási helyzetre vonatkozó mérés technikailag (az összetettség érdekében is) az Életünk fordulópontjai kutatásban bevett, munkajelleg-csoportok (Ferge 1969) azonosítására alkalmas kérdéssort jelenti. A kérdéssor az aktuális foglalkozás mellett az utolsó foglalkozás mérésére is szolgálhat, ez a várandósság időszakában, de a későbbiekben is, hasznos lehet. A továbbiakban a szülők bármely foglalkozási besorolásához szükségszerűen kapcsolódhatnak majd az egyéb változók, mint az iskolázottság vagy a jövedelem, sőt a fogyasztás és az életstílus is (Bukodi et al. 2005; Kolosi – Pósch 2014).

A tőkék eloszlása mentén értelmezett egyenlőtlenségek vizsgálatakor logikailag a hagyományos hármas – gazdasági/kulturális/szociális – felosztást érdemes követni (Bourdieu 1983). Ez a gazdasági tőke esetében a jövedelem mellett a vagyoni helyzet, a lakhatási és életkörülmények felvételét jelenti (Fábián 2015). A vizsgálat itt a hiteltartozások, az eladósodottság mértékére is kiterjedhet. A kulturális tőke esetében a mennyiségi mérések az iskolázottsági szintre, a kulturális fogyasztás és ellátottság mértékére vonatkoznak. Ide kapcsolódhatnak ugyanakkor az olyan minőségre vonatkozó mérések is, mint a végzettség szakmai jellege vagy a fogyasztás minősége. Itt már az informatikai és online eszközhasználat felmérése sem tűnik kihagyhatónak. A kapcsolati tőke mérésének esetében a jelenlegi hazai rétegződéskutatási gyakorlat többnyire a networkelemzés pozíció-generátor módszerével dolgozik. Ez a mérési eszköz mennyiségi és minőségi vonatkozások rögzítésére egyaránt alkalmazható (Tardos 1995). A kutatás ezen szakaszában mégis a társas kapcsolatok alapmérését vezettük be, tekintettel arra, hogy ennek időbeni változásaitól sokat várunk (Albert – Dávid 2016).

Az egyes származási egyenlőtlenségi dimenziók megragadása mellett, sőt arra ráépülve, a kérdőív társadalmi háttér blokkjának egy alap magyarázó változóként létrehozott családi háttérindex megalkotásához szükséges változókról is szükséges gondoskodnia. Az index kialakítására nyilván csak a mért adatok birtokában kerülhet majd sor, de ezzel együtt érdemes figyelembe vennünk a közoktatási kompetenciamérések által beemelt (abban a közegben relevánsnak bizonyult) változók körét. A magyar Országos Kompetenciamérés háttérkérdőíve a szülők iskolai végzettségét, a könyvek számát, a számítógép-ellátottságot és a rögzített hátrányos státuszt építi be a CSH-indexbe (Balázi et al. 2013). A PISA ESCS indexe a szülői ISEI-értékkel, iskolai végzettséggel, az otthoni oktatási eszközellátottsággal, a könyvek számával és a családi gazdasági helyzettel számol (OECD 2014).



A kérdésblokk alapján vizsgálhatóvá válnak a születendő gyermekek származási háttérnek egyenlőtlenségei; a kulturális/anyagi/szociális tőke megoszlása és a gyermekvállalási, családi konstrukciók; az egyenlőtlenségek összekapcsolódásai. Ennek alapján lehetővé válik a csoportképzés, például a születéskori hátrányos helyzet(ek) azonosítása a gyermeket vállaló családokban.

### 5.3. SZÁRMAZÁSI HATÁSOK

A vizsgálat szociológiai blokkja a longitudinális kutatás révén lehetőséget biztosít a fenti egyenlőtlenségek alakulásának vizsgálatára is. Az „alakulás” alatt az *egyenlőtlenségek gyermekre gyakorolt hatásainak azonosítása és az ezekhez kapcsolódó mechanizmusok feltárása* értendő (nem pedig magában a származási háttérben végbemenő változások megragadása), mint hosszú távú kutatási cél.

A származási hatások azonosításában *bemenetként* a korábban feltárt egyenlőtlenségi dimenziók szolgálhatnak (amelyekhez magyarázó erőként az egészségügyi, pszichés, demográfiai, környezeti meghatározottságok is társulnak), *kimenetként* pedig a fejlődési (fizikai, kognitív, szocioemocionális) és – a későbbi szakaszokban elsősorban – a teljesítménykülönbségek (Sabates – Dex 2012). Még nagyobb távlatban tekintve a kutatásra, nyilvánvalóan a származási háttér és a mobilitás kapcsolatának vizsgálatáig is tágíthatjuk a kereteket (Bukodi – Goldthorpe 2009; Bukodi et al. 2015). Folyamatként különösen a tőkekonverzió, az (ön)szelekció, a reziliencia, a meritokrácia kérdései mutatkoznak részletesen vizsgálhatónak a kutatás során, hosszú távon.

A kérdőív kialakítása során azokat a *kimeneti változókat* szükséges biztosítanunk, amelyek mind a hatás, mind a folyamat vizsgálatát támogatják (jóllehet ezek alapvetően nem szociológiai jellegűek). Az áttekintett kohorszkutatási témák alapján ilyen fejlődési kimenet lehet az egészségügyi blokk számos változója (a születési súly, a BMI, a magasság, a koraszülés, a táplálás, a korai fejlődés, az egészség mutatói). Teljesítmény-kimenetként pedig majd a kognitív és nem kognitív képességek mérése, a kompetenciamérések és a tanulmányi teljesítmények lesznek hangsúlyosak. Nem feltétlenül ehhez a blokkhoz tartozik, de az egyenlőtlenségi hatások vizsgálatától sem független a korai fejlődési és a későbbi teljesítményértékek összekapcsolása.

A kérdésblokk alapján közép- és hosszútávon válnak vizsgálhatóvá az olyan kérdések, mint a származási háttér és a fejlődés, az egészség kapcsolata (Watt – Kelly 2005), a születési súly (Joffe 1989), a koraszülés (Snelgrove – Murphy 2014), az alultápláltság/elhízás (Pearce et al. 2015; Goisis et al. 2016), később pedig ezeknek a kognitív fejlődésre, majd a teljesítményre gyakorolt hatásai is (Sullivan et al. 2013). A gyermek intézménybe kerülésével aztán mindezek iskolázottsági, sőt végzettségi egyenlőtlenségként is megragadhatóvá válnak majd (Bukodi – Goldthorpe 2013; Breen et al. 2009). Ugyancsak vizsgálhatóvá válnak az intézménybe kerülés hatásai is (Esping-Andersen et al. 2012). Az egyenlőtlenségek időbeli változásának vizsgálata azok összekapcsolódásáról, erősödési, gyengülési mechanizmusairól, konverziós módjairól nyújt képet (meritokratikus és reprodukciós hatások, mobilitás, reziliencia, önszelekció, szelekció, üvegplafon, üvegpadló).

## 5.4. ÉLETMÓD ÉS ÉLETTERVEZÉS

A Kohorsz '18 kutatás kérdőívének tervezése során összegzően egy „lágú változók” tartalmi blokkba sorolhatjuk a következő szociológiai jelenségeket: életvezetés és -tervezés, időzítés, munkamegosztás, elégedettség, fogyasztás, értékek, percepciók, jóllét (well-being), életszervezés (life-work balance). Jóllehet ezek a tényezők nem feltétlenül alkotnak összefüggő jelenséghalmazt, vizsgálatuk módszere és erős szubjektív kötődésük miatt a kérdőívtervezés során egy tartalmi egységként kezeljük őket.

A társadalmi háttér pontosabb feltérképezése érdekében is szükségszerű lehet egy *fogyasztás és életstílus* alapú mérés, amelynek adatai akár foglalkoztatási csoportokra vonatkoztatva is kezelhetők lesznek (Bukodi et al. 2005). Ehhez az anyagi javakkal való ellátottság mellett az időbeosztást (szabadidő, kulturális aktivitás) és a lakáshasználat jellemzőit is szükséges megvizsgálni. Ezen adatkörök nagy részét egyébként a fentebb említett tőkeformák mérése is lefedi. Az ellátottság, a fogyasztás mérése mellett ide tartozik a mindezekről való megfosztottság mérése is, ahogyan azt az Életünk fordulópontjai kutatás mérőeszközei kínálják. Mindezek alapján fogyasztási vagy életmódcsoportok képzésére is lehetőség nyílhat.

Az életmód vizsgálatát a kutatás várandós szakaszában a *családon belüli munkamegosztásra* vonatkozó kérdéssel alapoználunk meg, biztosítva annak lehetőségét, hogy a feladatmegosztásnak a gyermek megszületésével bekövetkezett átrendeződését a későbbi szakaszokban elemezhesük (Dribe – Stanfors 2009; Kühhirt 2012).

A *tervek és bevalásuk* vizsgálata a longitudinális kutatási módszertan miatt különösen fontos szerepet kaphat a kohorsz kutatásban. Ez a módszer teszi lehetővé a tervek és későbbi megvalósulásuk közti kapcsolat kutatását, különös tekintettel az életút individualizációs elemeinek a társadalmi-gazdasági különbségekkel és hatásokkal szembeni azonosítására. Emellett a tervezés témájához kapcsolódhat magának az élettervezés folyamatának a tanulmányozása. Ehhez társulnak a gyermekvállalás időzítése, az életszervezés (life-work balance) vagy a kései gyermekvállalás hatásai (Miller 2009) – ezt a demográfiai kérdőív-blokkal összhangban szükséges megvalósítani. Ugyancsak vizsgálatra érdemes a tervezés az azt befolyásoló tényezők függvényében. Ennek során azt vizsgáljuk, hogyan hatnak a tervezésre mint jelenségre (pl. annak időtávjára) és a konkrét tervekre a különféle etnikai, vallási, kulturális, gazdasági, származási stb. háttértényezők vagy épp a családi állapot változásai. Ezek a vizsgálati szempontok egyfelől demográfiai, közgazdaságtani, szociológiai vagy pszichológiai szemléletmódot egyaránt igényelhetnek, másfelől pedig tág lehetőséget biztosítanak standard mérőeszközök alkalmazására (érték- és attitűdskálák, jóllét- (well-being) vagy időmérleg-mérőeszközök stb.).

## 5.5. A KISGYERMEKES NŐK MUNKAVÁLLALÁSÁNAK SZOCIOLÓGIAI SZEMPONTJAI

A kohorsz kutatás ezen témaköre a gyermekek felnövekedésének körülményeit, meghatározóit vizsgálva elsősorban a szülők munkaviszonyainak, ezen belül is az anya foglalkoztatási helyzetének, terveinek és stratégiáinak a gyermekvállalásra, -nevelésre és -fejlődésre gyakorolt hatására fókuszál (Verropoulou – Joshi 2009). Úgy célszerű tehát kialakítanunk a kérdőív blokkot, hogy az alapvetően a gyermek, és ne a kisgyermekes anya szempontjából releváns kérdések mentén kövesse a munkaerőpiaci életút aspektusait, jóllehet a válaszok (elsősorban) az anyára vonatkoznak.

A tematikus kérdőív blokk a *gyermeket vállaló nők munkavállalásának* mintáit, meghatározóit, körülményeit és a gyermekfejlődésre gyakorolt következményeit feltáró vizsgálatok számára nyújt adatokat. A kérdések esetében az időbeliség, az időzítés fontos szempont lesz (Hawkes – Joshi 2011). Az első, várandósság idejére eső lekérdezésben az aktuális foglalkoztatási státusznál fontosabbnak tűnik az utolsó munkahely és néhány retrospektív életútelem adatainak rögzítése. Az időben előre haladva pedig e ponton érdemes felvenni a későbbi munkavállalásra vonatkozó terveket, stratégiákat és kényszereket/lehetőségeket is, hiszen a longitudinális kutatás lehetőséget nyújt ezek ellenőrzésére.

A közgazdaságtani irányultságú *humán tőke elmélet* alkalmazása ez esetben is releváns lehet a stratégiák, a beruházási döntések és a megtérülés viszonylatában (Mincer – Ofek 1982; Neidell 2000). Ezen adatokon nemcsak a gyermekvállalás munkaerőpiaci életúton belüli időzítésének (Jenkins et al. 2008; Spéder 2006), az életútelemek további tervezésének, hanem a gyermekvállalás és a (tovább)képzések stratégiai szempontú vizsgálata is megvalósítható (Spéder – Bartus 2017; Engler 2007). A közgazdaságtani megközelítés mindemellett makroszinten is a fókuszába emelheti a munkaerőpiaci terveket (majd ezek beválását), a női munkaerőpiaci életciklusok azonosítását és tipizálását, a női munkavállalás számos strukturális jellemzőjét (képzési különbségek, foglalkozásszerkezeti különbségek, pozíció, munkaidő- és jövedelem különbségei), alapvetően azzal a céllal, hogy azonosítani lehessen mindezek gyermekvállalásra, -gondozásra és -fejlődésre gyakorolt hatását (Wald-fogel et al. 2002; Gregg et al. 2005; Benedek 2007).

A téma kapcsán a *szabályozási- és támogatórendszer* vizsgálatai is adekvátak. Tartalmilag ez kiterjedhet a rugalmas foglalkoztatási formák, a nem regisztrált vagy atipikus munkavállalás, vagy a gyermekellátási rendszer és a munkába állás és gyermekgondozás kapcsolatának elemzésére (Blaskó – Makay 2012; Makay 2008; Lakatos 1996).

Szintén ebből az adatcsoportból férhető hozzá számos, a demográfiai irányultságú kutatások számára releváns adat. Ilyen lehet a női munkavállalás kapcsolata a családszerkezettel, annak stabilitásával, a gyermekvállalási tervekkel, a női szerepekkel stb. (Pongrácz – S. Molnár 2011; Tóth 2000). Ide tartozhatnak a kitolódott gyermekvállalás munkaerőpiaci következményei, a családszerkezet-változás hatása a munkavállalásra (és persze fordítva is), de a családon belüli munkatervezés-munkavállalás-munkamegosztás kérdésköre is (Blaskó 2006; Pongrácz – Murinkó 2009).

## 5.6. A HUMÁN TŐKE MÉRÉSE

A gyermeki fejlődés közgazdasági megközelítésű elemzése a humán tőke „termelésének” technológiáját törekszik feltárni, ahol a humán tőke állománya minden időszakban a gyermeki fejlődés aktuális mérhető kimeneteivel jellemezhető<sup>21</sup> (Cunha – Heckman 2007; Cunha et al. 2010; Heckman – Mosso 2014; Attanasio 2015). Ez a megközelítés azt vizsgálja, hogy a gyermek fejlődése során az egyes időszakok humán tőke beruházásai (a szülők és a gyermek részéről) hogyan alakítják a gyermek fejlődését.

A várandósság idején a *humán tőke beruházás* elsődlegesen a gyermek egészségébe történhet (Currie 2009, 2011; Currie – Almond 2011). Születéskor a humán tőke egyik mutatója a születéskori egészség. Közgazdasági, népegészségügyi és pszichológiai kutatások alapján a születéskori egészséget a szülők saját egészsége, az anya fizikai és mentális egészsége, várandósság alatti egészség-magatartása (fizikai aktivitása, táplálkozása, dohányzása, alkoholfogyasztása), stressznek és környezeti ártalmaknak való kitettsége, társas támogatásának mértéke határozzák meg (Abrevaya – Dahl 2008; Aizer – Currie 2014; Larsen et al. 2013; Raat et al. 2011; Bödecs 2010). Fontos tényező továbbá az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. Ezek a terheségi körülmények maguk is a szülők jövedelme, társadalmi pozíciója, munkaerőpiaci helyzete által meghatározottak.<sup>22</sup> Ezért a kohorszvizsgálat célja, hogy minél pontosabb képet kapjunk a magzat fejlődésének ezen körülményeiről.

A várandósság idején a gyermek fejlődésébe való beruházásként értelmezhetjük a várandósságba való lelki beruházást, amit az anya és a magzat közötti kötődés pszichológiai mérőeszközével mérhetünk. Emellett fontos kapcsolódó változók lehetnek a várandósság idején a magzati és kisgyermeki fizikai és lelki fejlődéssel, valamint a szülői viselkedéssel kapcsolatos információszerzésre fordított erőfeszítések.

## 5.7. A JÖVEDELMI HELYZET MÉRÉSE

A család jövedelmi helyzetének mérése során a széles körű információgyűjtést és a viszonylag rövid rendelkezésre álló kérdőívidőt kell kiegyensúlyozni. A kérdések részletessége meghatározza a válaszadó terhelését, befolyásolhatja a kutatásban való hosszabb távú részvétel mintázatait; ugyanakkor meghatározza a megvalósítható kutatások körét is (Hauser 1994; Duncan – Petersen 2001; Duncan – Magnuson 2003; Micklewright – Schnepf 2010; Canberra Group 2001). A jövedelmi kérdések szenzitív kérdések. Emellett a háztartás jövedelmét a kérdezés időpontjában befolyásolja a várandóssági helyzet. A kutatás ezeket a szempontokat mérlegelve arra jutott, hogy a *háztartás elmúlt havi*, valamint a *várandós-*

<sup>21</sup> A Kohorsz '18 kutatás későbbi hullámai szolgáltatnak adatokat a kisgyermekkorú kognitív, érzelmi és szociális fejlődésről és az ezt meghatározó tényezőkről, mint például az otthoni környezet minősége és a szülők szülői viselkedése (Kalil 2015; Kalil – DeLeire 2004).

<sup>22</sup> Ugyanezek a változók fontos bemeneti változói lehetnek más elméleti alapra épülő szociológiai és közegészségügyi elemzéseknek, pszichológiai kutatásoknak is (a stressz és a mentális egészség, valamint a szülői viselkedés meghatározóinak elemzésével) (Duncan – Murnane 2011). A szülők jövedelmi helyzetét, munkaerőpiaci pozícióját, társadalmi státuszát befolyásolhatják a szülők kognitív és nem kognitív készségei (Brunello – Schlotter 2011). A Kohorsz '18 későbbi hullámai során sor kerülhet ezen készségek felmérésére.

ság előtti nettó összjövedelmét kérdezi meg, nyitott és zárt kérdéssel. Továbbá rákérdez az elmúlt egy év háztartási szintű egyszeri jövedelmeinek összegére és a kapott szociális és jóléti juttatások fajtáira. Az anya jövedelme kapcsán a kutatás az anya jövedelmének a várandósság előtti hónapban a teljes háztartási jövedelmen belüli arányát méri. Az objektív, számszerű jövedelmi kérdések mellett vannak kérdések a szubjektív anyagi helyzetről és a háztartás által megélt deprivációról.

## 5.8. A VÁRANDÓSSÁG ALATTI EGYENLŐTLENSÉGEK ÉS A KÖZPOLITIKAI ESZKÖZÖK

Kapcsolódva az egészség-fejlődés fejezetben írtakhoz, kiemelve egy konkrét gyakorlati aspektust: a *kis születési súly* fontos meghatározója a gyermek későbbi egészségének, kognitív és érzelmi-társas fejlődésének, iskolai előmenetelének (Case – Paxson 2006; Figlio et al. 2014; Oreopoulos et al. 2008; Currie 2009, 2011; Waldhovd et al. 2012), azaz a kisgyermekkorban humán tőke mutatóinak, s így nemcsak népegészségügyi, hanem *közgazdasági szempontból* is fontos ennek a problémának a vizsgálata. Az alacsony születési súly meghatározza a későbbi állami intervenciók költségességét, jelentős társadalmi költségekkel járhat (Alderman – Behrman 2006). Az ún. magzati eredet hipotézis (fetal origins hypothesis) szerint pedig a magzati időszakban olyan fontos egészségi kimenetek kerülnek meghatározásra, amelyeket a későbbi környezeti jellemzők kevésbé befolyásolnak (Almond – Currie 2011; Almond – Mazumder 2011). Vitatott kérdés, hogy a kis születési súly kognitív hatásai idővel mérséklődnek-e (Kalmár 2011). A Kohorsz '18 kutatás a várandósok életkörülményeinek, egészség-magatartásának megismerésével, valamint a várandósgondozás jellemzőinek feltárásával hozzájárulhat az alacsony születési súly társadalmi okainak alaposabb megértéséhez Magyarországon.<sup>23</sup>

A várandósok és családjuk helyzetének javítását Magyarországon jelenleg három fő *közpolitikai eszköz* szolgálja: a várandósgondozás rendszere, a munkaerőpiac szabályozása és a családtámogatások rendszere.<sup>24</sup>

A *várandósgondozásban* nemzetközi összehasonlításban egyedülálló a *magyar védőnői rendszer* (Ódor 2007): univerzális, lefedi a várandósok és a kisgyermekes teljes körét, és sok szempontból úgy működik, ahogyan a nemzetközi kutatásokban a sikeres programok működését azonosítják (egészségügyi képzettségű szakemberek, otthoni látogatásokon keresztül érik el a családokat, a családok számára olyan információkat, lehetőségeket mutatnak meg, amelyeket a családok értékesnek találhatnak). Emellett azonban az univerzális rendszeren belül területi hozzáférési és minőségi egyenlőtlenségek is jellemzik a rendszert. Ezek feltárásához és a későbbi hatásaik elemzéséhez szükséges, hogy a vizsgálat már a várandós időszakról információt szerezzen az ellátás és hozzáférés mintázatairól.<sup>25</sup>

A *munkaerőpiaci szabályozás* célja a várandós és kisgyermekes nők munkaerőpiaci diszkri-

<sup>23</sup> Egy, a témához kapcsolódó magyar kutatásról lásd: Balázs et al. 2012.

<sup>24</sup> Emellett releváns lehet az uniós forrásokból támogatott RSZTOP (Rászoruló Személyeket Támogató Operatív Program) várandósok életkörülményeire gyakorolt hatásának felmérése is.

<sup>25</sup> További lehetőség a kutatás következő hullámában a szülők megkérdezése a védőnői rendszerben szerzett tapasztalataikról, a rendszer minőségének elemzéséhez.

minációjának megakadályozása, a várandósság idejére az anya körülményeinek biztosítása (a fizikai, lelki megterhelés, a környezeti terhelés, a fertőzésveszély csökkentése), valamint a kisgyermekes anyák munkaerőpiaci visszatérésének elősegítése. A kutatás elemezheti, hogyan befolyásolja a születéskori egészséget az, hogy a várandósok meddig dolgoznak, milyen munkát végeznek, mikor, miért és milyen körülmények között (mekkora családtámogatáshoz jutva) hagyják abba a munkát a terhesség alatt.

A várandósság idején, kifejezetten a várandóssághoz kapcsolódóan, az egyetlen *elérhető juttatás* a magzat után járó családi adókedvezmény. A kutatás a családi adókedvezmény mértékének számszerűsítésére nem tesz kísérletet, az igénylés formájának, időzítésének összetettsége miatt, és amiatt, hogy erről kérdőíves formában aligha lehetséges megbízhatóan információt gyűjteni.

A kutatás célja, hogy a kérdőíves felvétel adatait össze lehessen kapcsolni az adminisztratív adatbázisok adataival. Ezért a kutatásban az anyát megkérdezzük a tájszámáról, és engedélyt kérünk tőle a válaszainak adminisztratív adatokkal való összekapcsolására, anonim tudományos kutatás céljából. Az anya tájszámához kapcsolható lehet a gyermekek táj- és adószáma, és ez alapján az adminisztratív adatok potenciálisan széles köre, ami további kutatásokat tehet lehetővé.<sup>26</sup>

## 5.9. FORRÁSOK

Life Study. Pregnancy Component, Mother Pregnancy Module (Egyesült Királyság)

Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) (Egyesült Királyság)

Millennium Cohort Study (MCS). First, Second, Third, Fourth, Fifth and Sixth Survey: CAPI Parent Questionnaires 2003, 2006, 2009, 2012, 2015 (Egyesült Királyság)

Életünk fordulópontjai kutatás. V. hullám (KSH NKI)

PISA 2012 Student Questionnaire (OECD)

Országos Kompetenciamérés tanulói kérdőív 2012 (Oktatási Hivatal)

Magyar Osztálykutatás kérdőív 2014 (MTA TK)

Miből élünk? KSH Lakossági felmérés a háztartások életkörülményeinek feltárására (KSH)

Mikrocenzus 2016. Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel (KSH)

Mikrocenzus 2016. Személyi kérdőív (KSH)

<sup>26</sup>Például a várandósság idején tapasztalt környezetszennyezési terhelés mérése megvalósítható lehet külső adatbázisok kapcsolásával.

Mikrocenzus 2016. Lakáskérdőív (KSH)

KSH Háztartási és Költségvetési Életkörülmény Adatfelvétel kérdőívei (KSH)

TÁRKI Magyar Háztartás Panel Háztartáskérdőív (TÁRKI)

TÁRKI Magyar Háztartás Panel Egyéni kérdőív (TÁRKI)

TÁRKI Háztartás Monitor kérdőív (TÁRKI)

Born in Bradford (BiB). Mother's Questionnaire (Egyesült Királyság)

Terhesek és Csecsemők Egészségügyi és Demográfiai Vizsgálata. Magyar Terhes Adatlap (KSH NKI)

Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Mother Questionnaire: 15th, 30th week of gestation (Norvégia)

Growing Up in Ireland. National Longitudinal Study of Children (GUI) Infant Questionnaire Primary Caregiver (Írország)

## 5.10. HIVATKOZÁSOK

Abrevaya, J. – Dahl, C. M. (2008) The effects of birth inputs on birthweight: evidence from quantile estimation on panel data. *Journal of Business & Economic Statistics*, 26(4), 379–397.

Aizer, A. – Currie, J. (2014): The intergenerational transmission of inequality: Maternal disadvantage and health at birth. *Science*, 344(6186), 856–861.

Albert F. (2014): *Beruházás a gyerekekbe – a hátrányos helyzet továbbörökítésének megszakítása. A nemzeti szakpolitikák vizsgálata. Magyarország.* EU Network of Independent Experts on Social Inclusion, European Commission.

Albert F. – Dávid B. (2016): A magyarországi kapcsolathálózati struktúrák jellemzői 2015-ben. *Socio.hu*, 2016(3).

Alderman, H. – Behrman, J. R. (2006): Reducing the incidence of low birth weight in low-income countries has substantial economic benefits. *The World Bank Research Observer*, 21(1), 25–48.

Almond, D. – Currie, J. (2011): Killing me softly: The fetal origins hypothesis. *The Journal of Economic Perspectives*, 25(3), 153–172.

Almond, D. – Mazumder, B. A. (2011): Health capital and the prenatal environment: the effect of Ramadan observance during pregnancy. *American Economic Journal: Applied Economics*, 3(4), 56–85.

Attanasio, O. P. (2015): The determinants of human capital formation during the early years of life: Theory, measurement, and policies. *Journal of the European Economic Association*, 13(6), 949–997.

Balázs, P. – Rákóczi, I. – Greczer, A. – Foley, K. L. (2012): Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 480–485.

- Balázsi I. – Lak Á. R. – Szabó V. – Vadász Cs. (2013): *Országos kompetenciamérés 2012. Országos jelentés*. Oktatási Hivatal.
- Benedek D. (2007): A szülés utáni munkába állás hatása a gyerek fejlődésére. In Fazekas K. – Cseres-Gergely Zs. – Scharle Á. (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör 2007*. MTA Közgazdaságtudományi Intézet Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 72–75.
- Blaskó Zs. – Makay Zs. (2012): *Családtámogatás, gyermeknevelés, munkavállalás*. In Őri P. – Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH NKI, Budapest, 45–57.
- Blaskó Zs. (2006): *Nők és férfiak – keresőmunka, házimunka*. Kutatási Jelentések 82. KSH NKI, Budapest.
- Bödecs T. (2010): *A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetekre gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása*. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola.
- Bourdieu, P. (1983): The Forms of Capital. In Richardson, J. (ed.): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press, New York.
- Breen, R. – Luijckx, R. – Müller, W. – Richardson, J. – Pollak, R. (2009): Non-Persistent Inequality in Educational Attainment: Evidence from Eight European Countries. *American Journal of Sociology*, 114(5), 1475–1521.
- Brunello, G. – Schlotter, M. (2011): *Non-cognitive skills and personality traits: Labour market relevance and their development in education & training systems*. IZA Discussion Paper, 5743. IZA, Bonn.
- Bukodi E. – Altorjai Sz. – Tallér A. (2005): *A társadalmi rétegződés aspektusai*. Társadalomstatistikai Füzetek 45. KSH NKI, Budapest.
- Bukodi, E. – Goldthorpe, J. H. (2009): *Class Origins, Education and Occupational Attainment: Cross-cohort Changes among Men in Britain*. CLS Working Paper, 2009/3. Centre for Longitudinal Studies, London.
- Bukodi, E. – Goldthorpe, J. H. (2013): Decomposing 'Social Origins': The Effects of Parents' Class, Status, and Education on the Educational Attainment of Their Children. *European Sociological Review*, 29(5), 1024–1039.
- Bukodi, E. – Goldthorpe, J. H. – Waller, L. – Kuha, J. (2015): The mobility problem in Britain: new findings from the analysis of birth cohort data. *British Journal of Sociology*, 66(1), 93–117.
- Canberra Group (2001): *Expert group on household income statistics: final report and recommendations*. Canberra Group.
- Case, A. – Paxson, C. (2006): Children's health and social mobility. *The Future of Children*, 16(2), 151–173.
- Cunha, F. – Heckman, J. (2007): *The technology of skill formation*. NBER Working Paper, 12840. National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Cunha, F. – Heckman, J. J. – Schennach, S. M. (2010): Estimating the technology of cognitive and noncognitive skill formation. *Econometrica*, 78(3), 883–931.
- Currie, J. (2009): Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. *Journal of Economic Literature*, 47(1), 87–122.
- Currie, J. (2011): *Inequality at birth: Some causes and consequences*. NBER Working Paper, 16798. National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Currie, J. – Almond, D. (2011): Human capital development before age five. *Handbook of Labor Economics*, 4(B), 1315–1486.



- Dribe, M. – Stanfors, M. (2009): Does parenthood strengthen a traditional household division of labor? Evidence from Sweden. *Journal of Marriage and Family*, 71(1), 33–45.
- Duncan, G. J. – Magnuson, K. A. (2003): Off with Hollingshead: Socioeconomic resources, parenting, and child development. In Bornstein, M. H. – Bradley, R. H. (eds.): *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 83–106.
- Duncan, G. J. – Murnane, R. J. (2011): *Whither opportunity? Rising inequality, schools, and children's life chances*. Russell Sage Foundation.
- Duncan, G. J. – Petersen, E. (2001): The long and short of asking questions about income, wealth, and labor supply. *Social Science Research*, 30(2), 248–263.
- Engler Á. (2007): A felsőfokú tanulmányokat folytató kismamák tanulási attitűdjei. *Educatio*, 2007(4), 685–695.
- Erikson, R. – Goldthorpe, J. H. – Portocarero, L. (1979): Intergenerational Class Mobility in Three Western European Societies. *British Journal of Sociology*, 30.
- Esping-Andersen, G. – Garfinkel, I. – Han, W.-J. – Magnuson, K. – Wagner, S. – Waldfogel, J. (2012): Child Care and School Performance in Denmark and the United States. *Children and Youth Services Review*, 34(3), 576–589.
- Fábián Z. (2015): Társadalmi rétegek, fogyasztási státuszcsoportok Magyarországon. In Szivós P. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Jól nézünk ki (...?)! Háztartások helyzete a válság után*. Társadalmi Jelentések 2014. TÁRKI, Budapest, 128–142.
- Ferge Zs. (1969): *Társadalmunk rétegződése. Elvek és tények*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Figlio, D. – Guryan, J. – Karbownik, K. – Roth, J. (2014): The effects of poor neonatal health on children's cognitive development. *The American Economic Review*, 104(12), 3921–3955.
- Goisis, A. – Sacker, A. – Kelly, Y. (2016): Why are poorer children at higher risk of obesity and overweight? A UK cohort study. *European Journal of Public Health*, 26(1), 7–13.
- Gregg, P. – Washbrook, E. – Propper, C. – Burgess, S. (2005): The effects of a mother's return to work decision on child development in the UK. *The Economic Journal*, 115(501), 48–80.
- Hauser, R. M. (1994): Measuring socioeconomic status in studies of child development. *Child Development*, 65(6), 1541–1545.
- Hawkes, D. – Joshi, H. (2011): *Unequal entry to motherhood and unequal outcomes for children*. CLS Working Paper, 2011/3. Centre for Longitudinal Studies, London.
- Heckman, J. J. – Mosso, S. (2014): The economics of human development and social mobility. *Annual Review of Economics*, 6(1), 689–733.
- Huszár Á. (2013): Foglalkozási osztályszerkezet (I.) – Elméletek, modellek. *Statisztikai Szemle*, 91(1), 31–56.
- Joffe, M. (1989): Social inequalities in low birthweight: timing of effects and selective social mobility. *Social Science and Medicine*, 28(6), 613–619.
- Kalil, A. (2015): Inequality begins at home: The role of parenting in the diverging destinies of rich and poor children. In Amato, P. R. – Booth, A. – McHale, S. M. – Van Hook, J. (eds.): *Families in an era of increasing inequality*. Springer, 63–82.
- Kalil, A. – DeLeire, T. (2004): *Family investments in children's potential: Resources and parenting behaviors that promote success*. Psychology Press.
- Kalmár M. (2011): Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszély elhárításának lehetőségei. In Balázs I. (szerk.): *A génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei*. Biztos Kezdet kötetek I. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 206–229.

- Kolosi T. – Pósch K. (2014): Osztályok és társadalomkép. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2014*. TÁRKI, Budapest, 139–156.
- Kühhirt, M. (2012): Childbirth and the long-term division of labour within couples: How do substitution, bargaining power, and norms affect parents' time allocation in West Germany? *European Sociological Review*, 28(5), 565–582.
- Lakatos J. (1996): Visszatérés a munkaerőpiacra a gyermekgondozási idő letelte után. *Statisztikai Szemle*, 74(7), 565–575.
- Larsen, A. D. – Hannerz, H. – Juhl, M. – Obel, C. – Thulstrup, A. M. – Bonde, J. P. – Hougaard, K. S. (2013): Psychosocial job strain and risk of adverse birth outcomes: a study within the Danish national birth cohort. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(12), 845–851.
- Makay Zs. (2008): Ki vigyáz a munkavállaló anyja gyermekére? *Demográfia*, 51(2–3), 217–240.
- Micklewright, J. – Schnepf, S. V. (2010): How reliable are income data collected with a single question? *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 173(2), 409–429.
- Miller, A. (2009): Motherhood delay and the human capital of the next generation. *American Economic Review*, 99(2), 154–158.
- Mincer, J. – Ofek, H. (1982): Interrupted Work Careers: Depreciation and Restoration of Human Capital. *The Journal of Human Resources*, 17(1), 3–24.
- Neidell, M. J. (2000): *Early Parental Time Investments in Children's Human Capital Development: Effects of Time in the First Year on Cognitive and Non-cognitive Outcomes*. UCLA Economics Working Papers, 806. UCLA Department of Economics.
- Odor A. (2007): *A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása*. <http://www.mave.hu/?q=webpage/123>
- OECD (2014): Scaling Procedures and Construct Validation of Context Questionnaire Data. In *PISA 2012 Technical Report*. OECD, 305–359.
- Oreopoulos, P. – Stabile, M. – Walld, R. – Roos, L. L. (2008): Short-, medium-, and long-term consequences of poor infant health an analysis using siblings and twins. *Journal of Human Resources*, 43(1), 88–138.
- Pearce, A. – Rougeaux, E. – Law, C. (2015): Disadvantaged children at greater relative risk of thinness (as well as obesity): a secondary data analysis of the England National Child Measurement Programme and the UK Millennium Cohort Study. *International Journal for Equity in Health*, 14(61).
- Pongrácz T. – Murinkó L. (2009): Háztartási munkamegosztás. *Korfa*, 9(2), 1–3.
- Pongrácz T. – S. Molnár E. (2011): A nemi szerepmegosztásról, a családi élet és a munka öszszhangjáról alkotott vélemények változása 2000–2009 között. In Pongrácz T. (szerk.): *A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai*. Kutatási Jelentések 91. KSH NKI, Budapest, 95–112.
- Raat, H. – Wijtzes, A. – Jaddoe, V. W. – Moll, H. A. – Hofman, A. – Mackenbach, J. P. (2011): The health impact of social disadvantage in early childhood; the Generation R study. *Early Human Development*, 87(11), 729–733.
- Róbert P. (1997): Foglalkozási osztályszerkezet: elméleti és módszertani problémák. *Szociológiai Szemle*, 7(2), 5–48.
- Róbert P. (2015): Osztály- és rétegződéskutatási dilemmák a magyar társadalomban. *Replika*, 92–93(3–4), 77–93.

- Rose, D. – Harrison, E. (eds.) (2010): *Social Class in Europe. An introduction to the European Socio-economic Classification*. Routledge, London.
- Sabates, R. – Dex, S. (2012): *Multiple risk factors in young children's development*. CLS Working Paper, 2012/1. Centre for Longitudinal Studies, London.
- Savage, M. – Devine, F. – Cunningham, N. – Taylor, M. – Li, Y. – Hjellbrekke, J. – Le Roux, B. – Friedman, S. – Miles, A. (2013): A New Model of Social Class? Findings from the BBC's Great British Class Survey experiment. *Sociology*, 47(2), 219–250.
- Snelgrove, J. – Murphy, K. (2014): Material and psychosocial determinants of preterm birth: assessing the effects of social inequality using birth cohort data from the U.K. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 210(1. Suppl.), S223.
- Spéder Zs. (2006): Mintaváltás közben. A gyermekvállalás időzítése az életútban, különös tekintettel a szülő nők iskolai végzettségére és párkapcsolati státusára. *Demográfia*, 49(2–3), 113–148.
- Spéder, Zs. – Bartus, T. (2017): Educational enrolment, double-status positions and the transition to motherhood in Hungary. *European Journal of Population*, 33(1), 55–85.
- Sullivan, A. – Ketende, S. – Joshi, H. (2013): Social Class and Inequalities in Early Cognitive Scores. *Sociology*, 47(6), 1187–1206.
- Tardos R. (1995): Kapcsolathálózati megközelítés: új paradigma? *Szociológiai Szemle*, 5(4), 73–80.
- Tóth O. (2000): A családi élet és a fizetett munka harmonizálása. In Frey M. (szerk.): *EU-konform foglalkoztatáspolitikai*. Munkaügyi Minisztérium, Budapest, 418–437.
- Verropoulou, G. – Joshi, H. (2009): Does mothers' employment conflict with child development? Multilevel analysis of British mothers born in 1958. *Journal of Population Economics*, 22(3), 665–692.
- Waldfoegel, J. – Han, W.-J. – Brooks-Gunn, J. (2002): The effects of early maternal employment on children's cognitive development. *Demography*, 39(2), 369–392.
- Waldfoegel, J. (2004): *Social mobility, life chances, and the early years*. LSE STICERD Research Paper, CASE088. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1159319](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1159319)
- Waldfoegel, J. – Washbrook, E. (2011): Early years policy. *Child Development Research*, 2011(343016).
- Walhovd, K. B. – Fjell, A. M. – Brown, T. T. – Kuperman, J. M. – Chung, Y. – Hagler, D. J. Jr., and others (2012): Long-term influence of normal variation in neonatal characteristics on human brain development. *PNAS*, 109(49), 20089–20094.
- Watt, R. G. – Kelly, Y. J. (2005): Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class – results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutrition*, 8(4), 417–421.

---

# A NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓINTÉZET KUTATÁSI JELENTÉSEI

---

## 1982.

1. (Előszót írta: Monigl István)  
Népesedés és népesedéspolitikai tárcaszintű középtávú kiemelt kutatási főirány (1982–1985).  
A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet távlati tevékenységének irányelvei (1982–1990).
2. S. Molnár Edit: Érték-orientációk a népesedési magatartásban.
3. Összeállította: Nemeskéri János, Juhász Attila: Sorköteles fiatalok testi fejlettsége, biológiai, egészségi állapota (Előzetes tájékoztató).
4. Szabó Kálmán: A népességelőszámítások néhány módszertani kérdése (Előterjesztés az MTA Demográfiai Bizottságának).
5. Valkovics Emil: A demográfiai átmenet elemzésének néhány gyakorlati nehézségéről.
6. Bies Klára: A területi népességprognózisok előkészítése.
7. Készítette az MTA Gazdaság és Jogtudományok Osztályának megbízásából az MTA Demográfiai Bizottsága: A demográfiai tudomány helyzete Magyarországon.

## 1983.

8. S. Molnár Edit – Pataki Judit: Vélemények és előítéletek az öregségről.
9. Máday Lajos: Az utolsó nagy kolerajárvány demográfiai képe Európában és az Egyesült Államokban (1872–1873).
10. Vukovich Gabriella: A népesedéspolitikai tartalma, jellege, céljai, eszközei, hatékonysága. Nyugat-európai tapasztalatok.
11. Hoóz István: Társadalompolitika, gazdaságpolitika, szociálpolitika, valamint a népesedéspolitikai kapcsolatai a szocialista országokban.
12. Joubert Kálmán: Születési súly és születési hossz standard az 1973–78 évben elveszüllett újszülöttek adatai alapján (angol és orosz nyelven).
13. Pongrácz Tiborné: Fiatalkori terhességek társadalmi, demográfiai vizsgálata.
14. Hoóz István: A népesedéspolitikai eszközei, különös tekintettel a gazdasági jellegű eszközök alkalmazásának gyakorlatára és az ezekkel összefüggő nézetekre a szocialista országokban.

## 1984.

15. Készítették: Bies Klára, Hablicsek László: Területi népességelőszámítás 1981–2001.
16. Szabó Kálmán: Családok és háztartások néhány jellemzőjének alakulása, 1981–2001. (Előzetes változat.)
17. Szerkesztette: Hablicsek László, Monigl István: Társadalmi-demográfiai prognózisok. A Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest 1983. május 17–18.
18. Klinger András: A családtervezési programokon kívüli népesedéspolitikai intézkedések hatása a termékenységre (angol nyelven).
19. Moksony Ferenc: Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei.
20. Csernák Józsefné: A 18 éven aluli nők házasságkötésének néhány demográfiai jellemzője Magyarországon.
21. Összeállította: Cseh-Szombathy László, Klinger András, Monigl István, Vukovich György: A népesedéssel összefüggő tudományos kutatások főbb eredményei, a jövőbeni kutatás fő irányai.
22. Szukicsné Serfőző Klára: Budapest és Pest megye népességfejlődése, az ezredfordulóig várható tendenciák.

## 1985.

23. Rátay Csaba – Tusnány Gábor: Veszélyeztetett gyermekek szocializációjának vizsgálata a családtípusok kialakításával.
24. Terestényi Tamás: Népesedéspolitikai tartalmak a sajtóban.
25. Szerkesztette: Káposztás Ferenc: A népesség területi elhelyezkedése és mozgása. Pécs, 1984. április 25–26.
26. Hablicsek László – Monigl István – Vukovich Gabriella: A magyarországi népességfejlődés keretei és jövőbeni lehetséges irányai 1880–2050.
27. Munkácsy Ferenc – Szentgáli Tamás – Szívós Péter: A népesség gazdasági aktivitásának demográfiai tényezői.

## 1986.

28. Szukicsné Serfőző Klára: A termékenység és az iskolai végzettség néhány összefüggése Magyarországon az elmúlt negyedszázadban.
29. Szerkesztette: S. Molnár Edit: Népesedési folyamatokat befolyásoló kulturális-tudati tényezők. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1985. november 12–13.
30. Munkácsy Ferenc: Népesedés és foglalkoztatás.

## 1987.

31. Szerkesztette: Káposztás Ferenc, Monigl István: A népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet nemzetközi szemináriuma Budapest, 1986. október 14–15.
32. Pongrácz Tiborné: Serdülőkori terhességek társadalmi-demográfiai vonatkozása.

33. Szerkesztette: Barabás Miklós: Az erősen fogyó népességű települések demográfiai jellemzői.

### **1988.**

34. Szerkesztette: Hablicsek Lászlók, Monigl István: Az 1986–2021 közötti időszakra szóló népességprognózisok. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1987. január 28.

35. Csernák Józsefné – Szabó Kálmán: A családok és háztartások előreszámítása, 1986–2021.

### **1989.**

36. Fóti János: A magyar népesség gazdasági aktivitásának távlati alakulása.

### **1990.**

37. Szerkesztette: Monigl István: Népesedési viták Magyarországon, 1960–1986. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos vitaülése Budapest, 1988. június 2.

38. S. Molnár Edit – Virágh Eszter: Közvélemény-kutatás népesedési kérdésekről – 1989.

### **1991.**

39. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Abortuszkérdés Magyarországon – 1991.

40. Joubert Kálmán – Gárdos Éva: Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. (A kutatási program általános ismertetése.)

41. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Sokgyermekes családok.

### **1992.**

42. Hablicsek László: A magyarországi hosszú távú népességfejlődés vizsgálata.

43. Fóti János – Illés Sándor: A munkanélküliség demográfiai vonatkozásai.

44. Falussy Béla – Miltényi Károly – Mórítz Pálné – Paksy András: Az egészségi állapot összefüggései az életmóddal és az időfelhasználással.

45. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Összefoglaló a terhességmegszakításról tartott 1992. júliusi közvélemény-kutatás főbb eredményeiről.

46. Csernák Józsefné – Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Élettársi kapcsolatok Magyarországon.

### **1993.**

47. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Kisgyermekes szülők. (Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat főbb magyarországi eredményei.)

48. Szukicsné Serfőző Klára: Iskolázottságunk alakulása a népszámlálási adatok tükrében.

49. Tóth Pál Péter: Nemzetközi vándorlás – Magyarország.

## 1994.

50. Illés Sándor: Miért költöztek az emberek Pásztóra 1989–91-ben?
51. Szukicsné Serfőző Klára: A szülők és gyermekeik iskolázottsága.
52. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Kisgyermekes anyák és apák szülői, családi attitűdjei négy európai országban.
53. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit: Serdülőkorban szült anyák társadalmi, demográfiai jellemzőinek longitudinális vizsgálata.

## 1995.

54. Hablicsek László: Az első és második demográfiai átmenet Magyarországon és Közép-Kelet-Európában.
55. Szukicsné Serfőző Klára: Az egyszülős családok társadalmi–demográfiai jellemzői.

## 1996.

56. Szűcs Zoltán: Az élettársi kapcsolatban élő családok társadalmi–demográfiai jellemzői.
57. S. Molnár Edit – Pongrácz Tiborné: Változások a gyermeknevelési támogatások rendszerében és azok megítélése a közgondolkodásban
58. Illés Sándor – Hablicsek László: A külső vándorlások népesség hatásai Magyarországon 1955–1995 között.
59. Szukicsné Serfőző Klára: Az egyszülős családok az állandó és a lakónépesség alapján.

## 1997.

60. Daróczi Etelka: A halandóság területi eltérései Magyarországon 1959/60–1992.

## 1998.

61. S. Molnár Edit – Pongrácz Tiborné – Kamarás Ferenc – Hablicsek László: Házasságon kívüli szülések.

## 2000.

62. Pongrácz Tiborné – S. Molnár Edit – Dobossy Imre: Család és munka – értékek és aggodalmak a rendszerváltozás után.
63. Illés Sándor: Belföldi vándormozgalom a XX. század utolsó évtizedeiben.
64. Daróczi Etelka – Spéder Zsolt (szerk.): A korfa tetején. Az idősök helyzete Magyarországon.
65. Melegh Attila: Kiskunhalas népesedéstörténete a 17. század végétől a 20. század elejéig.

## 2001.

66. Gödri Irén: A házassági kapcsolatok minősége és stabilitása.
67. Tárkányi Ákos: A családdal kapcsolatos jogszabályok Magyarországon 1980–98-ig.
68. Hablicsek László: A népességreprodukció alakulása a 20–21. században.

69. Spéder Zsolt – Monostori Judit: Mozaikok a gyermekszegénységről.  
70. Joubert Kálmán – Gyenis Gyula: A 18 éves sorköteles ifjak egészségi állapota, testfejllettsége I.

## **2002.**

71. Illés Sándor – Lukács Éva: Migráció és statisztika.  
72. Tóth Pál Péter – Valkovics Emil: Népesedési helyzetünk.  
73. Pongrácz Tiborné – Spéder Zsolt (szerk.): Népeség – értékek – vélemények

## **2003.**

74. Daróczi Etelka (szerk.): Kettős szorításban.  
75. Óri Péter: A demográfiai viselkedés mintái a 18. században.

## **2004.**

76. Tóth Pál Péter: Külföldiekkel vagy idegenekkel.  
77. Daróczi Etelka – Kovács Katalin: Halálzási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak.

## **2005.**

78. Hablicsek László: A Kárpát-medencei magyarság demográfiai helyzete és előreszámítása, 1991–2021.  
79. Gellénné Lukács Éva – Illés Sándor: Migrációs politikák és jogharmonizáció.  
80. Gödri Irén – Tóth Pál Péter: Bevándorlás és beilleszkedés.  
81. Kamarás Ferenc – Kapitány Balázs – Vaskovics László: Fiatal házaspárok életútja Németországban és Magyarországon.

## **2006.**

82. Blaskó Zsuzsa: Nők és férfiak – keresőmunka, házimunka.  
83. Joubert Kálmán (szerk.): Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig I.

## **2007.**

84. Hablicsek László – Kovács Katalin: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005.

## **2009.**

85. Illés Sándor (szerk.): Magyarország vonzásában.  
86. Spéder Zsolt (szerk.): Párhuzamok. Anyaországi és erdélyi magyarok a századfordulón.  
87. Kovács Katalin: Munkapiac, munkakörülmények és egészség.



## 2010.

88. Melegh Attila–Kovács Éva–Gödri Irén: „Azt hittem célt tévesztettem.” A bevándorló nők élettörténeti perspektívái, integrációja és a bevándorlókkal kapcsolatos attitűdök nyolc európai országban.
89. Gödri Irén: Migráció a kapcsolatok hálójában. A kapcsolati tőke és kapcsolathálók jelenléte és szerepe az ezredvégi magyarországi bevándorlásban.
90. Bálint Lajos: A területi halandósági különbségek alakulása Magyarországon, 1980–2006.

## 2011.

91. Pongrácz Tiborné (szerk.): A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai.
92. Kovács Katalin: Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban Magyarországon (1971–2008) és az epidemiológiai átmenet elmélete.
93. Németh Zsolt: Az urbanizáció és a térbeli társadalomszerkezet változása Magyarországon 1990 és 2001 között.

## 2013.

94. Murinkó Livia: Első elköltözés a szülői házból Magyarországon.
95. Pakot Levente: Nemek és nemzedékek. Demográfiai reprodukció a 19–20. századi Székelyföldön.

## 2015.

96. Gál Róbert Iván – Vargha Lili: Jövedelemáramlás együtt élő korosztályok között: a nemzeti transzfeszámmlák és nemzeti időtranszfeszámmlák.

## 2016.

97. Murinkó Livia és Spéder Zsolt (szerk.): Felhasználói kézikönyv az Életünk fordulópontjai panelkutatás 1–4. hullámához.
98. Gödri Irén: Elvándorlási szándékok – álmok és konkrét tervek között. A migrációs potenciál jellemzői és meghatározó tényezői a 18–40 évesek körében Magyarországon.

## 2018.

99. Veroszta Zsuzsanna (szerk.): Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése.