

GYERMEKTELENSÉG – ÉS AMI MÖGÖTTE VAN. EGY INTERJÚS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI¹

SZALMA IVETT² – TAKÁCS JUDIT³

Összefoglaló

A gyermektelenség nem új keletű jelenség, de a szociológusok és a demográfusok csak a 20. század végétől kezdtek e témára egyre több figyelmet fordítani. Ennek hátterében az állhat, hogy a nyugati társadalmakban növekszik a gyermektelen párok és egyének aránya, és egyre többen választják tudatosan a gyermek nélküli életet. Mindazonáltal a közép-kelet-európai országokban ez idáig kevés figyelmet szenteltek a gyermektelenség empirikus vizsgálatának. Jelen kutatás célja, hogy hozzájáruljon azon tényezők és folyamatok feltárásához, amelyek a mai Magyarországon a gyermektelenség mögött állhatnak. A kutatás empirikus bázisát húsz 40 év feletti heteroszexuális nővel készített életútinterjú adja. Az interjúalanyok felkutatása hólabda módszerrel történt. Iskolai végzettség és településtípus szempontjából is rétegzett mintát alkalmaztunk.

Kutatásunk rávilágított arra, hogy a gyermektelenség ritkán vezethető vissza egyetlen okra vagy egyetlen döntésre: a gyermektelen állapot fennmaradása egy komplex folyamat eredménye, amelynek során több faktor hat egymásra. Például a párkapcsolathány gyakran vezethet a gyermekvállalás halasztásához, ez pedig – különösen 35–40 éves kor felett – könnyen reprodukív egészségi problémákba torkollhat. Ugyanakkor az is kiderült, hogy a saját gyermek hiánya ma Magyarországon nem feltétlenül jelent „gyermekmentes” életformát, hiszen interjúalanyaink egy része aktívan részt vesz közeli hozzátartozói vagy barátai gyermekeinek nevelésében.

Tárgyszavak: gyermektelenség, Magyarország, pilot study, kvalitatív kutatás

¹ A tanulmány elkészítését a *FamiliesAndSocieties* projekt támogatta a 320116. sz. (FP7/2007-2013) szerződés keretében. Takács Judit kutatása az Európai Unió és Magyarország támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program” című kiemelt projekt keretei között valósult meg.

² Postdoc kutató, Swiss Center of Expertise in the Social Sciences, email: ivett.szalma@unil.ch.

³ Tudományos tanácsadó, MTA TK Szociológiai Intézet, email: takacs.judit@tk.mta.hu.

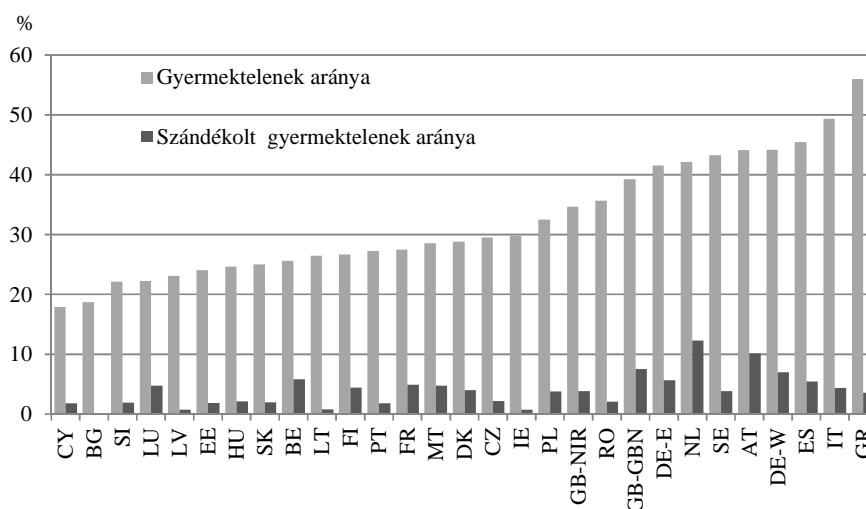
Bevezetés

A gyermektelenség nem új keletű jelenség, bár korábban nem volt társadalmilag észlelhető módon elterjedt Európában. Eredetileg sokkal inkább biológiai- ilag meghatározott állapotként értelmezték, ezért kevésbé került a társadalomkutatók figyelmének középpontjába. A biológiai okokból gyermektelen nők aránya Európában 4–5%-ra tehető, de a legtöbb EU-tagállamban sokkal több olyan nő van, aki sohasem szül (Kapitány – Spéder 2009, OECD 2014, Schmitt 2008), ezért az utóbbi időben egyre több társadalomtudós is felfigyelt a jelenségre. A demográfusok és a szociológusok a 21. század elején legtöbbször arra a kérdésre keresték a választ a gyermekvállalás csökkenése kapcsán, hogy milyen tényezők akadályozzák a fiatalokat gyermekvállalási terveik megvalósításában (például Billari – Kohler 2004, Kreyenfeld et al. 2011, Szalma 2011, Takács 2012). Ugyanakkor egyre elterjedtebbé váltak azok a megközelítések is, amelyek a jelenlegi fertilitási trendek megértéséhez a gyermek társadalmi jelentését vizsgálják (Ellingsaeter et al. 2013), illetve arra keresik a választ, hogy miért vállal ma valaki gyermeket (Tóth 2012), vagy miért választja a gyermekmentes (*childfree*) életet (Gillespie 2003, Tanturri – Mencarini 2008).

Az angolszász szakirodalomban már a hetvenes években elkezdték a gyermektelenség témakörének feldolgozását (Bloom – Trussell 1984, De Jong – Sell 1977, Houseknecht 1979, Veevers 1973). A kontinentális Európában, különösen a posztoszocialista országokban azonban a téma feltárása néhány kivételtől – például a cseh Hašková (2010, 2011) és a lengyel Mynarska et al. (2013) munkáitól – eltekintve még várat magára; holott fontos lenne, hogy ne csak nyugat-európai gyermektelenségi mintázatokat vizsgáljunk, mivel feltételezhető, hogy Közép- és Kelet-Európában a nyugat-európaiktól – legalábbis részben – eltérő okok állhatnak a gyermektelenség kialakulása és terjedése mögött.

Ezt a feltevést támaszthatja alá, mennyire különböző a gyermekmentes – azaz tudatosan gyermektelennek tervezett – életmód-preferenciák elterjedtsége az egyes európai országokban. Miettinen és Szalma (2014) Eurobarometer-adatokat elemezve azt találták, hogy a tudatosan gyermektelen életmódot választók aránya a 18 és 40 év közötti korcsoportban átlagosan 1–6% közé tehető Európában (lásd az *I.* és *II. ábrát*). Az egyes országok között azonban jelentős különbségek figyelhetők meg: míg a gyermekmentes életmódot preferálók aránya tartósan 8–10% körül mozog például Ausztriában, Luxemburgban, Németországban és Svájcban, addig a közép-kelet-európai országokban ez 2% alattira tehető. Spéder és Kapitány (2014) emellett egy másik lényeges termékenységi különbségre hívta fel a figyelmet: eredményeik szerint a nyugat-európai országokban a tervezett gyerekek nagyobb arányban születnek meg, mint az általuk vizsgált közép- és kelet-európai országokban (Magyarországon, Bulgáriában és Grúziában). Ennek okait a szerzőpáros abban látta, hogy a

posztoszocialista társadalmakban az elmúlt 20–30 év során nagyon jelentős strukturális és kulturális változások zajlottak le, amelyek gyorsasága miatt racionálisnak tűnt a gyermekvállalás elhalasztása.



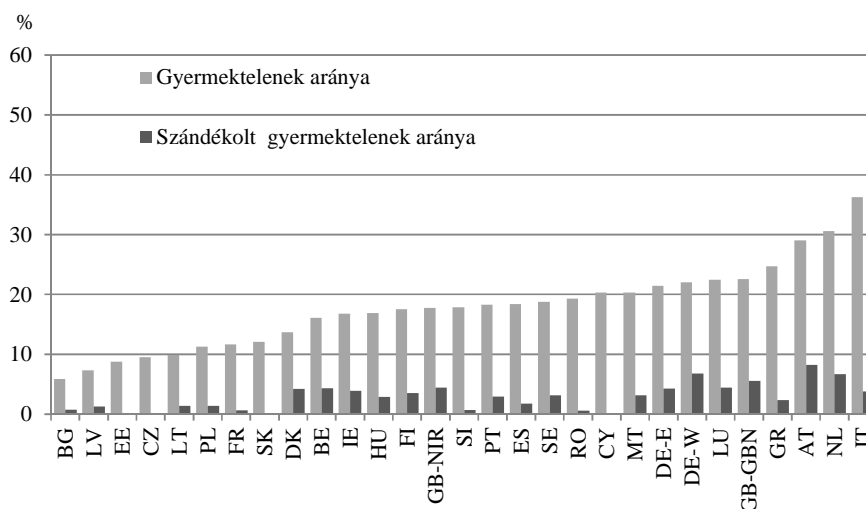
Forrás: Miettinen – Szalma 2014: 37.

I. Gyermektelenségi és szándékolt gyermektelenségi arányok 30–45 év közötti európai férfiak körében

Rates of total childlessness and voluntary childlessness among men aged 30–45 by countries

Mynarska és szerzőtársai (2013) szekvencia-analízist használtak lengyel paneladatokon, és azt vizsgálták, hogy különböző életesemények – mint az iskola befejezése, a munkaerőpiacra való belépés és a párkapcsolat kialakítása – miként hatnak arra, hogy egy nő végül szül vagy nem szül gyermeket. Lengyelországot és Olaszországot összehasonlítva azt találták, hogy a két országban hasonló életutak vezetnek a gyermektelenséghez. A vizsgált gyermektelenek között éppúgy akadtak magas iskolai végzettségű egyedülálló dolgozó nők, mint alacsony végzettségű egyedülálló dolgozó nők vagy házas nők, akik szintén dolgoztak, valamint alacsony végzettségű nők, akik nem voltak jelen a munkaerőpiacon. A bizonytalan munkaerő-piaci helyzet azonban csak Lengyelországban bizonyult gyermektelenséghez vezető tipikus életút-elemnek. Hašková (2011) kvantitatív és kvalitatív adatokat is használt annak feltérképezésére, hogy milyen tényezők vezethetnek a gyermektelenség növekedéséhez Csehországban. Eredményei szerint az értékek változása (az

individualizáció és az önmegvalósítás előtérbe kerülése) és más – többek között a szociális biztonság csökkenésével és a munkaerő-piaci kiszolgáltatottság növekedésével összefüggő – bizonytalansági tényezők növekedése egyaránt hozzájárult ehhez.



Forrás: Miettinen – Szalma 2014: 37.

II. Gyermektelenségi és szándékolt gyermektelenségi arányok 30–45 év közötti európai nők körében

Rates of total childlessness and voluntary childlessness among women aged 30–45 by countries

Magyarországon eddig kevés figyelmet szenteltek a gyermektelenség empirikus vizsgálatának – bár például a 2002 és 2005 között lezajlott európai kutatás, a PPAS (*Population Policy Acceptance Study*) 14 országban, több mint 34 ezer főt megkérdező kvantitatív felmérés keretében vizsgálta többek között az akaratlagos gyermektelenség kérdését is. E kutatás eredményei szerint a vizsgált országokban átlagosan 10% alatti a szándékolt gyermektelenek aránya: ám míg ez az arány 5% alatt maradt Cipruson, Szlovéniában és Litvániában mind a női, mind a férfi válaszadók, valamint Lengyelországban, Magyarországon és Észtországban csak a női válaszadók körében, addig a nyugat-európai válaszadókat ennél jóval magasabb arányok jellemezték. Németországban a nők 15,4%-a és a férfiak 22,5%-a, Hollandiában a nők 12,5%-a és a férfiak 17,5%-a, míg Belgiumban (a Flamand Régióban) a nők 10,4%-a és a férfiak 15,3%-a nem akart gyermeket. Emellett az is kiderült, hogy a gyermekvállalás elutasítá-

sára vonatkozó döntéseket Észtországban, Németországban, Magyarországon, Romániában és Cipruson erősen befolyásolták a jövőre vonatkozó kétségek (European Commission 2007: 47–48).

Az első, kifejezetten a gyermektelenség témakörére fókuszáló magyarországi tanulmány az Életünk Fordulópontjai panelkutatás első és harmadik hullámának adatait elemezte (Szalma – Takács 2012). Egy másik friss kutatás a népszámlálási adatokon alapult, amely lehetővé tette, hogy pontos képet kapjunk a gyermektelenek arányáról Magyarországon: a népszámlálási adatokból kiderült, hogy 2001-ben a 41 évesnél idősebb nők 7,8%-a volt gyermektelen, 2011-ben ez az arány már 11,2%-ra nőtt (Szabó 2015). Mindkét kutatás azt találta, hogy a fővárosban élő magas iskolai végzettségű nők felülreprezentáltak a gyermektelenek között. Ugyanakkor mindkét kutatás felhívta a figyelmet arra is, hogy a gyermektelenek korántsem tekinthetők homogén csoportnak, hiszen nemcsak a magas iskolai végzettség, de a rossz lakáskörülmények és az instabil munkaerő-piaci helyzet is hozzájárulhat ahhoz, ha egy személy vagy egy pár nem vállal gyermeket. Szalma és Takács (2012) azt találták, hogy a gyermektelenség legfontosabb magyarázó változója mind a férfiak, mind a nők körében a partnerkapcsolat hiánya. A népszámlálási adatok alapján azonban megállapíthatjuk, hogy ennek a változónak a szerepe időben csökken: míg 2001-ben a 41–45 éves egyedülálló nők 67%-a volt gyermektelen, addig 2011-re az arányuk 51%-ra csökkent (Szabó 2015).

Jelen tanulmány újdonsága a korábbi magyar kutatásokhoz képest, hogy kvalitatív adatokat dolgoz fel: célja pedig elsősorban azoknak a mechanizmusoknak a közelebbi vizsgálata, amelyek hozzájárulhatnak a gyermektelenséghez vezető potenciális tényezők működéséhez. Tanulmányunkban a gyermektelenséget akaratlagosan vagy nem akaratlagosan megvalósuló gyermektelen életmódként értelmezzük, és csak a gyermektelenül maradókra koncentrálnak (vagyis nem foglalkozunk a gyermekük elvesztése révén gyermektelenné válókkal). Többek között olyan kérdésekre keressük a választ, hogy azonosíthatók-e konkrét életkorok vagy döntési helyzetek, amelyekhez interjúalanyaink gyermektelensége, illetve gyermek-nemvállalása köthető. S ha valakinek nem született gyermeke, ez vajon ténylegesen együtt jár-e a gyermek nélküli életmóddal; illetve a partnerkapcsolat hiánya esetén mi akadályozza meg a nőket abban, hogy akár egyedül is gyermeket vállaljanak. Ha valaki egészségügyi okok miatt nem válhat anyává, a gyermekvállalás lehetséges módjaként megjelenik-e számára az örökbefogadás? Ez a megközelítési mód lehetőséget nyújt rá, hogy komplexebb képet kapjunk mind a gyermektelenséghez vezető tényezőkről, mind a gyermektelenek életmódjáról, amely a későbbiekben majd lehetővé teheti, hogy megalapozottabb szakpolitikai döntések szülessenek – a gyermekteleneket is érintő – olyan kérdésekben, mint például a nyugdíjrendszer esetleges átalakítása, az örökbefogadás szabályozása vagy a mesterséges megtermékenyítés támogatása.

Minta

2012-ben, egy nagyobb szabású kvalitatív kutatás előkészítési szakaszában – amolyan *pilot study*ként – húsz életútinterjút készítettünk⁴ gyermektelen heteroszexuális nőkkel. A mintába kerülés kritériumait életkori szempontból úgy határoztuk meg, hogy interjúalanyaink 40 évesnél idősebbek legyenek; felső korhatárt nem szabtuk meg, de ügyeltünk rá, hogy lehetőleg minél több korcsoportból kerüljenek a mintába. A 40 éves korhatár megadását azok az orvosi eredmények indokolták, melyek szerint e kor fölött a női termékenység drasztikus csökkenése tapasztalható.⁵

Mintánk iskolai végzettség és településtípus szempontjából egyaránt változatos: alacsony végzettségű (érettségi nélküli), érettségizett és magas iskolai végzettségű nők egyaránt szerepeltek interjúalanyaink között. Emellett eltérő méretű, illetve típusú településekről – a fővárosból, egy megyeszékhelyről és egy 3000 fős faluból is – választottunk interjúalanyokat. Mintánk összetételét a *1. táblázatban* foglaltuk össze. Ebből jól látszik, hogy sikerült – a kutatók számára általában nehezebben hozzáférhető és különösen az érzékeny témák tekintetében nehezebben szóra bírható⁶ – alacsonyabb iskolai végzettségű, vidéki kistelepüléseken élőket is elérni: interjúalanyaink fele községben él és többségük maximum érettségivel rendelkezik.

⁴ Az interjúkat a szerzők készítették, betartva a kutatás etikai normáit. Mivel a téma szakértelmet és tapintatot igényel, így a szerzők előzetesen átbeszélték az esetlegesen felbukkanó nehézségeket, illetve a terepmunka folyamán megosztották tapasztalataikat. A szerzőknek már voltak korábbi tapasztalataik a társadalmilag érzékeny témák feldolgozásában (például melegekkel, hátrányos helyzetű szakiskolákban tanuló diákokkal készítették interjúkat).

⁵ Lásd például az *American Society for Reproductive Medicine* termékenységi panaszokkal küzdő páciensek számára készített kiadványát, melynek az „idősödő nő” termékenységről szóló része szerint 35 éves kortól fokozott csökkenés jellemzi a női termékenységet: míg egy egészséges 30 éves nőnek egy-egy ciklus során átlagosan 20%-os esélye van a teherbe esésre, ez az arány 40 éves korára 5% alá csökken (Age and Fertility 2012). Gasztonyi Zoltán meddőségi kivizsgálásokat is végző nőgyógyász ennél is szigorúbban fogalmaz: „Amíg a legtermékenyebb időszakban, a 20–30 éves kor között rendszeres házasélet mellett havonta körülbelül 20–25% eséllyel esik teherbe egy egészséges asszony, addig 40 éves kor felett az arány 1% alá esik” (Gasztonyi 2009: 157).

⁶ Általában az idősebb, alacsonyabb végzettségű, vidéki népesség elérése és megszólaltatása szokott problémát jelenteni a kutatók számára – különösen, ha olyan érzékeny témát vizsgálnak például személyes interjúk készítésével, melynek során az interjúalanyok attól tarthatnak, hogy a téma társadalmilag stigmatizált jellege átragadhat rájuk (hasonló problémákról számol be például McManus 2003). E tekintetben a kevesebb közvetlen társadalmi kontrollt kifejtő nagyvárosi környezet éppúgy előnyt jelenthet, mint a magasabb iskolai végzettség, amely gyakran együtt jár azzal, hogy az interjúalanyok az adott érzékeny témát a potenciális társadalmi stigmatizációval tudatosan szembenézve dolgozzák föl.

1. A minta összetétele
Sample composition

<i>Iskolai végzettség</i>	<i>N</i>	<i>Partnerkapcsolat</i>	<i>N</i>	<i>Település</i>	<i>N</i>	<i>Életkor</i>	<i>N</i>
Alacsony	7	Házasság	3	Község	10	40–45	7
Közepes	7	Egyedülálló	12	Megye- székhely	5	46–59	9
Magas	6	Egyéb párkapcsolat (élettársi kapcsolat, LAT)	4	Budapest	5	60 felett	4
Összesen	20	Összesen	20	Összesen	20	Összesen	20

Az interjúalanyok felkutatása hólabda módszerrel történt. A téma társadalmi érzékenységet mutatja, hogy sokan voltak, akik a gyermektelen ismerősüket igyekeztek „védeni”: nem közvetítették nekik az interjú felkérését, mondván, hogy szerintük az illetőt érzelmileg megviselné, ha erről a témáról kérdeznék. Az interjúra felkért gyermektelen nők között azonban csak néhány olyan akadt, aki teljes mértékben elzárkózott a kutatásban való részvételtől. E tekintetben az életkornak lehetett jelentősége, ugyanis főként a korai negyvenes éveikben járók tűntek érzékenynek a témával kapcsolatban (feltehetően éppen a nem akaratlagos gyermektelen helyzet véglegessé válásának feldolgozási kísérletei miatt).

A félig strukturált életútinterjú készítése előtt lekérdeztük az interjúalanyok demográfiai jellemzőit, valamint egy külön önkitöltős kérdőív keretében rákérdeztünk reprodukciós történetükre (például arra, hogy tudomása szerint nehezítette-e valamilyen egészségi probléma a teherbe esését; előfordult-e korábbi terhesség, s ha igen, mi történt). Az interjú során arra törekedtünk, hogy minél részletesebb képet kapjunk interjúalanyaink családfogalmáról, munkavállalási és párkapcsolati történetéről, a saját gyermektelenségével kapcsolatban érzékelt előnyökről és hátrányokról, valamint a jövőképeiről. (Az interjú vázlata a Függelékben található.)

A gyermektelenséghez vezető utak

Különböző okok vezethetnek ahhoz, hogy valaki gyermektelen marad. Korábban a házasságban élők körében a gyermektelenség leggyakoribb oka az egyik (esetleg mindkét) félnél tapasztalható infertilitás volt, a fogantatási nehézségek mellé pedig a nőknél kihordási nehézségek is társulhattak. Az Egészségügyi Minisztérium 2010-es szakmai protokollja szerint a heteroszexuális párok 10–15%-a tekinthető meddőnek (EÜM 2010). Az orvosilag asszisztált reprodukciós technológiák (ART) egyre szélesebb körű elérhetővé válásával immár a korábbiaknál több párnak és egyedülálló nőnek tudnak segíteni a med-

dőségi problémákra specializálódott központokban, ugyanakkor e beavatkozások terjedése közel sem jelenti a biológiai okokból eredő gyermektelenség teljes felszámolását. Ez egyrészt azzal magyarázható, hogy a gyermekvállalási döntések meghozatalának időpontja egyre inkább kitolódik az emberek életében, miközben az életkor előrehaladtával a nők számára egyre nehezebbé válik a teherbe esés (Dunson et al. 2004, Ziebe – Devroey 2008); másrészt azzal, hogy az orvosilag asszisztált reprodukciós technológiákat alkalmazó klinikák – melyek gyakran fizetős szolgáltatásaihoz az érintettek csak bizonyos körei férhetnek hozzá – sikeraránya Európa-szerte viszonylag alacsonynak tekinthető: például a hozzájuk forduló 40 év feletti nők körében már csupán átlagosan 15%-os teherbe esési arányt tudnak elérni (Mouzon et al. 2010), a szülési arányok pedig feltehetően még ennél is alacsonyabbak.

A 20. század végén jelentős változások kezdődtek Magyarországon: nem csupán az első gyermekvállalás életkori eltolódásának tekintetében, hanem a párkapcsolatok formája szerint is. Korábban a házasságkötés és az első gyermek megszületésének ideje általában szorosan összekapcsolódott: ahogy Kapitány és Spéder hangsúlyozta, „1990 előtt sokan éppen amiatt házasodtak össze, mert már »útban volt a baba«” (2009: 34). Napjainkban ez a jelenség lényegesen ritkább, bár nem elhanyagolható, emellett pedig szokványosnak számít az élettársi kapcsolatok keretein belüli gyermekvállalás. Ugyanakkor az egyedülálló gyermekvállalását továbbra sem fogadja nagyarányú társadalmi támogatottság (Szalma 2014).

Európa más országaihoz hasonlóan Magyarországon is a családi életformák pluralizálódása figyelhető meg (Somlai 2013), ami együtt jár a fiatalok közötti tartós párkapcsolatok viszonylag kései kialakításával, valamint újfajta partnerkapcsolat-típusok – például a házasság nélküli együttélés és a látogató partnerkapcsolat – elterjedésével (Szalma 2009). Emellett itthon is nő azoknak a fiatal felnőtteknek a száma, akik egyáltalán nem alakítanak ki tartós párkapcsolatot – bár többségük tartós párkapcsolatban és gyermekesen képzelel el a jövőjét (Utasi 2004). A partnerkapcsolat kialakítása és jellege szorosan összefügg a gyermekvállalással: a magyar empirikus vizsgálatok azt mutatják, hogy legnagyobb valószínűséggel a házasságban élőknek születik gyermekük, őket követik az élettársi kapcsolatban élők, legkisebb esélyük pedig az egyedülállóknak van a gyermekvállalásra (Szalma – Takács 2012). Elmondható tehát, hogy a párkapcsolat hiánya interperszonális szinten nagyon jelentős szerepet játszik a gyermektelen állapotok fennmaradásában, míg társadalmilag jellemző trend, hogy életük során egyre többen egyre hosszabb időt töltenek el gyermek nélkül – azok közül is, akik végül gyermeket akarnak és tudnak vállalni.

Biológiaiilag meghatározott gyermektelenség

Az interjúk készítése során arra kértük interjúalanyainkat, hogy származási családjuk által közvetített családképük, foglalkoztatás- és párkapcsolat-történetük mellett beszéljenek arról is, hogyan értelmezik saját gyermektelenségüket. Ennek alapján meg tudtuk különböztetni interjúalanyaink akaratlagos és nem akaratlagos gyermektelenségét, valamint az utóbbi kategórián belül elkülöníthetővé váltak a biológiaiilag meghatározott állapotok és az olyan helyzetek, melyek passzív döntések eredményeként, azaz a gyermekvállalásban megnyilvánuló aktív döntés elkerülésével, illetve (túl)halasztásával jöhettek létre. Interjúalanyaink életében nem játszottak jelentős szerepet az általunk korábban „társadalmilag előírt gyermektelenségnek” nevezett fogalmat meghatározó tényezők: azaz például a mentális vagy egyéb betegségben szenvedők termékenységét korlátozó intézkedések és preferenciák, vagy az azonos nemű párok gyermekvállalását érintő törvényi korlátok (Szalma – Takács 2012, Takács – Szalma 2013).

Bár a média és a közgondolkodás gyakran felnagyítja az akaratlagos gyermektelenség jelenségét, mintánkba csupán egyetlen olyan nő került be, aki tudatosan választotta a gyermektelenséget, és döntése háttérében nem karrierje előtérbe helyezése állt. A 47 éves, vidéken élő és laboránsként dolgozó Eszter⁷ mindig idegennek érezte az anyává válás gondolatát: „Igazából engem sosem érdekelt, hogy van egy kisgyerek és azt pátyolgatni [kell]”. Mivel egyik korábbi partnerkapcsolata azért ment tönkre, mert a férfi gyermeket szeretett volna, Eszter a későbbiekben már tudatosan olyan párt választott, aki ugyancsak nem szeretett volna gyermeket.

Ugyanakkor interjúalanyaink közül négyen számoltak be arról, hogy gyermektelenségük egészségügyi okokkal magyarázható, egyiküknél pedig a férjnek nem lehetett biológiai gyermeke. Mindannyian házasságban éltek és eredetileg szerettek volna gyermeket, ám az örökbefogadás lehetőségére csak ketten gondoltak közülük. Ágota (62 éves, vidéki, érettségizett) elmondta, hogy ők örökbe akartak fogadni egy gyermeket, „amikor már biztosak voltunk benne, hogy nekünk nem lehet”.

Mire azonban sor kerülhetett volna rá, Ágota közeli családtagjai megbetegedtek, energiáikat az ő ápolásukra fordították, így végül le kellett mondaniuk az örökbefogadásról. A 62 éves Klárának sem zárkóztak el az örökbefogadás gondolatától, ők azonban végül nem indították el a folyamatot, mivel Klára nővérének gyermekei születtek, úgy döntöttek, hogy szabadidejüket, energiáikat és pénzügyi megtakarításait inkább rájuk fordítják: „Úgyhogy aztán én az összes erőmet a két gyerek nevelésére fordítottam.”

⁷ Az interjúalanyok anonimitásának megőrzése érdekében a neveket mindenhol megváltoztattuk.

A 78 éves, vidéki, alacsony végzettségű Ilona és férje ezzel szemben teljesen elutasította az örökbefogadás lehetőségét: „Úgysem tudja azt úgy szeretni, mintha ő szülte volna... Hát mert nem az ő vére.” A vérségi kapcsolat fontossága miatt az lett volna az általuk preferált megoldás, ha meddőségi problémáik megoldásához orvosi segítséget vehettek volna igénybe. Az idősebb korosztályhoz tartozók számára azonban ezek az eljárások akkoriban még nem voltak elérhetők – s persze az sem biztos, hogy egészségügyi problémájukra olyan megoldást tudtak volna kínálni ezek az eljárások, melynek révén gyermeket tudtak volna szülni. A 62 éves Ágota szerint az orvostudomány fejlődésének köszönhetően manapság sokkal könnyebb helyzetben vannak a hasonló problémával küzdő nők: „Hát akkor is próbálkoztunk, csak akkor az orvosi lehetőség az nem az volt, mint most. Akkor még ó olyan, hogy beültetés, akkor még olyan gyerekcipőben járt, hogy mondták, hogy lehetséges egy ilyen is. De nem volt elérhető valóság.”

Négy, biológiailag meghatározott okból gyermektelen női interjúalanyunk közül csupán az 55 éves GeorGINÁBAN merült fel fiatalabb korában reális opcióként orvosi segítség igénybevétele. Őt viszont elbizonytalanították az eljárásokat övező rémhírek és tartott az esetleges következményektől is, amelyek kiválthaták volna falusi környezetük rosszallását: „neki [a férjemnek] nem az, hogy kevés volt [a spermája], hanem semmi. Úgyhogy és akkor felmerült az is, hogy akkor mesterséges beültetés egy harmadik személytől, és képzeld el, hogy akkor volt az, hogy ott [külföldön] robbant ki egy ilyen ronda dolog, hogy hát ugye több nőnek is volt ilyen gondja. Nem én voltam egyedül az első, meg az utolsó sem, hogy bevállalták és én nem tudom, hogy mit csináltak, összekeverték, képzeld el, az ondósejteket, és a fehér apuka és a fehér anyuka kapott fekete, néger gyereket. Na most, képzeld el, mi is falun laktunk, én is hazaállítottam volna egy fekete gyerekekkel.”

Ma már a meddőségi klinikák szolgáltatásai praktikusán is szélesebb körben hozzáférhetők, mint húsz-harminc évvel ezelőtt. A meddőségi eljárásokról, asszisztált reprodukcióról, *in vitro* fertilizációról szóló – az akkori Egészségügyi Minisztérium által 2010-ben kiadott – szakmai protokoll úgy fogalmaz, hogy az „*in vitro* fertilizációnak viszonylag rövid története van. Az elmúlt három évtized során viszont nagyon dinamikusan fejlődött ez a terület, és mára már kb. 2 000 000 gyermek születése köszönhető neki világszerte. Magyarországon a születendő gyermekek kb. 1,5–2%-a IVF kezelést követően fogan” (EÜM 2010: 6467).⁸

Az orvosi szolgáltatások megléte mellett fontos új fejlemény, hogy az internethasználat is szabadabb információáramlást biztosít, így egyrészt megbízhatóbb tájékoztatást nyújthat az orvosi eljárások és szolgáltatások részleteiről,

⁸ A protokoll definíciója szerint „*in vitro* fertilizációnak (IVF) minősül minden olyan beavatkozás, amelynek során a petesejtet az ováriumból eltávolítjuk, és laboratóriumi körülmények között („*in vitro*”) termékenyítjük meg” (EÜM 2010:6467).

másrészt az érintettek között is hozzájárul a kapcsolatteremtéshez, önszorgító csoportok, virtuális közösségek létrehozásához. A 62 éves Ágota szerint „az internet, nagyon sokat segíthet még ebben is, információt gyűjteni”, ugyanakkor a múltat visszatekintve úgy látja, hogy „akkor még kicsit olyan szegénylős korszak volt, szóval nem beszéltek róla ennyire nyíltan. Ez egyébként nekem jobban tetszik, hogy beszélnek róla, mert bátorságot ad a nőknek. Nem lesznek olyan... én láttam akkor is a női klinikán, hogy olyan szegénylősök, nem beszélnek meg... Szóval ez jobb, határozottan jobbnak tartom azt, hogy beszélnek róla. Nem fojtják vissza, sokkal jobb. Nagyobb a lehetősége a segítségnek így.”

Az érintettek számára kiemelt fontosságú az önszorgítást és egymás támogatását egyaránt biztosító tudás elérhetővé tétele. Egy friss magyar vizsgálat (Bauer 2013) eredményei azt mutatták, hogy a meddőségi problémákkal küzdő nők olyan támogató közösséget alkotnak az interneten keresztül, mely virtuális közösség nemcsak empatikus támogatást nyújt nekik, hanem fontos szakmai információkat is megoszthatnak egymással: például szakembereket véleményeznek és ajánlanak másoknak.

Az asszisztált reprodukciós eljárásokhoz való könnyebb hozzáférés, amely 2006 óta az egyedülálló nők számára is biztosított,⁹ többekben – esetenként nem feltétlenül megalapozott – reményeket kelthet a gyermekvállalás halasztásával kapcsolatban. E halasztáshoz természetesen külső, objektív tényezőként nagymértékben hozzájárulhat a párkapcsolat, illetve a partner hiánya. A partnerhiány okozta halasztás pedig az évek során biológiai gyermektelenséghez vezethet. Interjúalanyaink közül például a 43 éves, egyetemi végzettségű, fővárosi Nelli egy hasonló helyzetről számolt be: „nagyobb a félelem [bennem] attól, hogy egyáltalán nem lesz gyerekem, mint attól, hogy lesz, és akkor [egyedülállóként] milyen nehézségek lesznek.” Mire Nelli meghozta a döntést, hogy most már akár egyedül is belevágná a gyermekvállalásba, és a jövőben mesterséges megtermékenyítés útján szeretne gyermeket vállalni, valószínűleg egészségügyi nehézségekkel is szembe kell néznie: „szóval ez egy nagyon-nagyon nehéz kérdés, és éppen egyébként pont ebben vagyok, hogy most mit csináljak, mert igen erősen kezdek kifutni az időből sajnos egészségügyileg.”

Mivel az asszisztált reprodukciós eljárások sikerstatisztikája a 40 évesnél idősebb nők körében elég alacsonynak mondható, feltételezhető, hogy e nők egy része ténylegesen „kifut az időből”. Mindez jól rávilágít a gyermektelenséghez vezető okok komplexitására. Az esetek többségében nehéz számszerűsíteni, hogy pontosan milyen okok állnak a gyermekvállalás elmaradásának a háttérben: mennyiben járul hozzá a kialakult helyzethez a párkapcsolat hiánya, egy esetleges egészségügyi probléma vagy akár az az erős társadalmi norma, mely szerint heteroszexuális házasságban, illetve párkapcsolatban kell gyermeket vál-

⁹ 2005. évi CLXXXI. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról, 12.§.

alni (Szalma 2014). E tényezők ugyanis az egyéni életutakban sem függetlenek egymástól, hanem sokkal inkább egymásból fakadó okok és okozatok sorozatai.

Életkori határok

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 167. §-a szerint: „Reprodukciós eljárás házastársi vagy különneműek közötti élettársi kapcsolatban álló személyeknél végezhető el, amennyiben bármely félnél fennálló egészségi ok (meddőség) következtében a kapcsolatból természetes úton nagy valószínűséggel egészséges gyermek nem származhat.” Egy 2006-os törvénymódosítás óta a paragrafus kiegészült a következő résszel: „Egyedülálló nő esetében a reprodukciós eljárás akkor végezhető el, amennyiben a nő életkora vagy egészségi állapota (meddőség) következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat.” Azaz a törvény hatályos változata szerint a (heteroszexuális) párkapcsolatban élő nőknél csak egészségi okok miatt végezhető el az adott eljárások, míg az egyedülálló nők esetében az egészségi indikáció mellett az életkor is szerepel a figyelembe veendő okok között, így kifejezetten hangsúlyossá válik az egyedülálló nők reprodukciós korból való kicsúszásának a veszélye. Ugyanakkor Navratyil Zoltán (2012), a reprodukciós eljárások egyik ismert magyarországi jogi szakértője éppen a 2006 óta érvényes törvényi rendelkezés és a 2010-es szakmai protokoll ellentmondásaira hívja fel a figyelmet, hiszen míg a törvény egyik célcsoportját a reprodukciós korhatárt már elért egyedülálló nők alkotnák, addig a 2010-es egészségügyi minisztériumi protokollban ellenjavallatként szerepel a 45. évben meghatározott reprodukciós korhatár túllépése.¹⁰

Az orvosilag asszisztált reprodukciós eljárásra vonatkozó magyarországi jogi normák tehát az egyedülálló nők számára is lehetővé teszik az ezen eljárásokhoz való hozzáférést.¹¹ Úgy tűnik azonban, hogy az egyedülálló nők gyermekvállalására vonatkozó társadalmi normák szigorúbbak, mint a törvényi szabályozás, és így akadályozhatják azt, hogy az egyedülálló nők még abban az életkorban kezdjenek próbálkozni például a mesterséges megtermékenyítéssel,

¹⁰ Tény, hogy a protokoll kimondja: az „életkorra történő utalások szakmai körökben elfogadott általános elvek szerint történtek. Kellően indokolt, speciális körülmények között ettől el lehet térni” (EÜM 2010: 6467); ugyanakkor azt is hangsúlyozzák, hogy a „teherbeesés esélye a 30. életévtől folyamatosan esik; a harmincas évek végétől az esélyek romlása felgyorsul és 45 éves korban már csak minimális esélye van a sikeres terhességnek” (EÜM 2010: 6480).

¹¹ Amit nem tesznek lehetővé, az az azonos nemű (női) párok reprodukciós eljárásban való részvétele. Valószínűsíthető, hogy – legalábbis részben – emiatt nem túl népszerű az azonos nemű női párok körében a regisztrált partnerkapcsolat, hiszen a regisztráció révén hivatalosan kizárják magukat az egyedülálló nők számára nyitott eljárásokhoz való hozzáféréstől.

amikor erre még egészségügyileg reális(abb) esélyük lenne. Emellett a gyermekvállalást befolyásoló másik erős társadalmi norma éppen az életkorra vonatkozik: gondoljunk csak a túl korai vagy a túl kései terhességekre, amelyekkel szemben a társadalom többsége nem elfogadó (Szalma 2014). Korábbi magyar kvantitatív kutatási eredmények szerint az iskolai végzettség tekintetében nincs különbség abban, hogy hány éves korban gondolják ideálisnak az anyává válást; azonban abban a tekintetben, hogy mikor túl késő egy nőnek gyermeket vállalnia, már szignifikáns különbség található a magas és alacsony iskolai végzettségűek között. Minél magasabb valakinek az iskolai végzettsége, annál későbbre helyezi azt az időpontot, amikor már túl késő gyermeket vállalni (Paksi – Szalma 2009). Az európai adatok azt mutatják, hogy a fiatalabb (25–39 éves) korosztályba tartozók valamivel megengedőbbek a gyermekvállalás legkésőbbi elfogadható korhatárának megszabásában, mint az idősebbek (40–65 évesek). 2006-os magyar adatok szerint az anyává válás legkésőbbi életkora (a fiatalabbak szerint) a 41, illetve 40,3 év (az idősebbek szerint) (Testa 2006).

Az interjúkban nem kérdeztünk rá konkrétan, mikor döntötte el valaki, hogy most már „túl öreg” ahhoz, hogy gyermeke legyen, azonban szinte valamennyi interjúalany beszámolt arról, hogy egy adott életkorhoz, illetve életeseményhez kapcsolódva már megszületett benne ez a döntés. Kivételként említhető az a három magas iskolai végzettségű értelmiségi interjúalany, akik annak ellenére, hogy a negyvenes éveikben járnak és nincs tartós párkapcsolatuk, még nem tettek le arról, hogy egy vagy akár több gyermeket szüljenek: ilyen irányú terveikről akkor beszéltek, amikor azt a kérdést tettük fel nekik, miként képzelik az életüket tíz év múlva.

A 40 éves, felsőfokú végzettségű, fővárosi Emese például így nyilatkozott: „Tíz év múlva, hát akkor már mindenképpen szeretnék gyereket... Szóval szeretem lesz gyerekeim vagy gyerekeim meg férjem, és akkor valószínűleg családi házában fogok lakni”; a 44 éves, szintén felsőfokú végzettségű Zsanett pedig így: „Tíz év múlva családban élek és vannak gyerekeim. Ez a vágyam. Ez a tervem.” Mindkettőjük közös vonása, hogy vallásosak és vallásuk normáit követve élnek, így mindenképpen házasság keretében képzelik el a gyermekvállalást, és semmiképpen sem vállalkoznának arra, hogy egyedül neveljenek gyermeket.

A három, negyvenes éveiben járó értelmiségi nő közül egyedül a 43 éves Nelli beszélt arról, hogy kezd kifutni az időből, a másik két interjúalany nem aggódott túlságosan az idő múlása miatt. Bár a 40 éves Emese tett rá utalást, hogy egy nőnek talán egyszerűbb a harmincas éveiben szülni, mint a negyvenes éveiben, ugyanakkor úgy látta, hogy ez nem jelent majd számára problémát: „Elég jól karban tartom a testemet és elég fitt vagyok ahhoz, hogy kihordjak egy gyereket, hogy egészséges gyereket szüljek. Szerintem ennek így nincsen akadály.”

Ezzel szemben idősebb és alacsonyabb iskolai végzettségű interjúalanyaink körében a gyermekvállalás elfogadhatónak tartott életkori határa sokkal alacsonyabbra került. Többségük már 30 éves kora körül úgy döntött, hogy nem vállal gyermeket akkor sem, ha ez lehetséges volna a számára. Az 50 éves, középfokú végzettségű, községben élő Lívia például így emlékszik vissza a húsz évvel korábbi történésekre: „Aztán teltek-múltak az évek, 28 lettem, meg 30, meg 30 elmúltam. Jó... még mindig lehetett volna gyereke, de aztán meg már mondom, ha eddig nem, akkor most már nem lesz.” Lívia tisztában volt vele, hogy biológiailag még 30 évesen is nyugodtan vállalhatott volna gyermeket: inkább a társadalmi, illetve talán még inkább a helyi közösségi normáknak való megfelelés akadályozta meg abban, hogy idősebben gyermeket vállaljon. Meg is említi azt az esetet, amikor egyik szomszédja a szájára vette, hogy a terhessége miatt ment olyan gyorsan férjhez. Hosszú évek múltán is némi elégtétellel gondol vissza arra, hogy mivel nem született gyereke, meg tudta védeni magát az alaptalan gyanúsítástól: „Azt mondta Julis néni, hogy azért kellett olyan gyorsan férjhez mennem, mert útban volt a baba. Hát mondtam Julis nénire, hogy a fránya öregasszony csak a pletykát terjeszti. Legalább győződött volna meg róla. És aztán úgy elgondolkodtam rajta, hogy most ha Julis néninek igaza lett volna, akkor lenne egy gyereke.”

A 62 éves, felsőfokú végzettségű Janka jól összehasonlítható Emesével és Zsanettel, mivel ő is vallásos lévén, számára is nagyon fontos lett volna, hogy a gyermek családban érkezzen: „Ott voltam 29 évesen, amikor jött ez a dolog [új szakmát tanult ki és munkahelyet változtatott], és akkor már gondoltam, hogy elég idős vagyok ahhoz, hogy most már egyedül maradok. Gyereket már nem vállalom, mert mire én még olyannal találkozom... az már késő gyerekvállalásra... Fel is kell nevelni azt a gyereket, nem elég 40 évesen megszülni.” Itt azonban már megjelent a párkeresés időbelisége is mint fontos tapasztalat: annak felismerése, hogy időbe telik, míg valaki találkozik a megfelelő partnerrel, és megismerik egymást annyira, hogy együtt gyermeket vállaljanak.

Emellett előkerült a gyermekvállalási döntések egy további potenciális korlátja, mégpedig a gyermek felnevelésének időbelisége, amely egy olyan hosszú folyamatot jelent, amire szintén föl kell készülni. Ez utóbbi gyermekvállalási korlát az idősebbeknél és az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél erőteljesebben jelent meg. Az 50 éves, alacsony végzettségű, falusi Ibolya számára az örökbefogadással kapcsolatos döntésnél is felvetődött ez az aspektus: „Maholnap, mit tagadjam, 50 éves lesz az ember, tehát ahhoz, hogy most elkezdjen iskolába járni [úgy véli, már csak iskolás korú gyermeket tudna örökbe fogadni], tehát amilyenek a tananyagok is, tehát vagy érti már az ember, vagy tud segíteni neki vagy nem. Meg ilyenkor már azért attól fél az ember, hogy bármikor bármi történhet. Tehát azért ezt is csak fiatalabban kellene elkezdni, gondolom én.”

Mindebből valószínűsíthetően nem arra következtethetünk, hogy a fiatalabb, magasabb iskolai végzettségű nők kevésbé felelősségteljes döntések meghozatalára készülnének gyermekvállalásukkal kapcsolatban, mint alacsonyabb iskolai végzettségű és/vagy idősebb társaik. Inkább az a magyarázat kínálkozik, hogy azok a nők, akik még nem adták fel a reményt, hogy gyermekük születésen, megpróbálják az előttük álló korlátokat és akadályokat lekicsinyíteni, és inkább a gyermekvállalás pozitív aspektusaira fókuszálnak. Ezt támasztja alá az is, hogy mindhárom nő, aki még nem zárta le magában a gyermekvállalás lehetőségét, hangsúlyozta – anélkül, hogy erre vonatkozó kérdést feltettünk volna –, hogy idejüket hasznosan töltötték, és eddigi tapasztalataik alapján lehetőségük nyílt rá, hogy érettebb személyiséggé váljanak és lelkiileg is felkészüljenek az anyává válásra. A 44 éves Zsanett a következőket mondta: „úgy gondolom, hogy egy csomó tudást szereztem és ez nem csupán lexikális tudás, hanem most már tudom, hogy mit akarok.” A 40 éves Emese pedig úgy véli: „A gyerekvállaláshoz szükség van egy elég komoly pszichológiai vagy személyiségbeli érettségre... az utóbbi tíz év, vagy inkább azt mondom, hogy amikor véget ért az a négyéves kapcsolat, akkor kezdtem én nagyon erős önismereti dolgokkal foglalkozni, és ez mindenképpen a személyiségfejlődést nagyon elősegítette.”

A párkapcsolat hiánya és (rossz) minősége

Mintánkban összesen 12 egyedülálló nő szerepelt: ketten közülük korábban már éltek házasságban, négyen viszont még nem éltek együtt soha senkivel. Az ő esetükben különböző okok álltak a háttérben, például a szülői házból hozott problémák vagy a társas kapcsolatok hiánya. A szülői házból hozott problémák egyik fajtája lelki eredetű, és a szülőkkel kialakított boldogtalan családi kapcsolatokban gyökerezett. A 44 éves, fővárosi, diplomás Zsanett például elmondta, hogy „túl sebzett voltam, tehát így nem hittem el, hogy alkalmas vagyok [a családi életre], ...hogy én jó vagyok erre, nekem ez sokáig tartott ebből kigyógyulni”. A megyeszékhelyen élő, 45 éves, diplomás Editnek az édesanyjával támadt konfliktusai rendezésére mentek el évei: „Eléggé uralkodó természetű a drága jó édesanyánk, és ebből kifolyólag azért én nagyon sok dolognak alámentem inkább, csak hogy béke legyen”.

A szülők párkapcsolatot visszatartó hatása abban is megnyilvánulhatott, hogy ragaszkodtak hozzá: egyik gyerekük – általában a legfiatalabb – ne kerüljön el otthonról. A kistelepülésen élő, alacsony végzettségű, 67 éves Jelena édesanyja mellett maradt a szülői házban és őt gondozta annak haláláig. Édesanyja viszont nem fogadta barátságosan Jelena udvarlóit, akiket „csak elmarta a jó anyám mellőlem”.

A pártalálást hátráltathatja a társas kapcsolatok hiánya, melyhez több tényező is hozzájárulhat. A kisebb településeken élők számára nem mindig áll ren-

delkezésre megfelelő nagyságú és összetételű baráti kör (akik közül később akár párt is választhatnak); az alacsonyabb szintű iskolázottság következményeként a (felsőbb) iskolai és egyéb közösségek nem alakulhatnak ki; a korlátozott mobilitás révén az emberek nem ismernek meg más települések, munkahelyek, közösségek által nyújtott lehetőségeket, ahol párt találhatnának. Jól illusztrálja ezt az 58 éves, alacsony végzettségű, falun élő Izabella esete, aki huszonegy éves kora óta otthon varr, így soha nem került kapcsolatba például munkahelyi közösséggel: „Itthon evett a fene, állandóan itt ültem a varrógépnél, hát nem jártam el szórakozni. Hát ki a fene, nem is ismerhetett meg senki, hát honnan?” A hasonló strukturális körülmények között – kistelepelesen – élő, alacsony végzettségű, 50 éves Ibolya nem keresett, illetve nem talált semmiféle konkrét magyarázatot arra, miért nem tudott párkapcsolatot kialakítani, hanem kissé rezignáltan csak ennyit mondott: „Valami nem úgy működött, ahogy kellett volna. Hát nem jött össze, hát ennyi.” Ibolya szeretett volna párkapcsolatot, de eddigi életére visszatekintve nem érzi úgy, hogy bármit is elrontott volna, ezért nem tudja, mit kellett volna másként csinálnia.

Vele ellentétben a másik három, mindig is párkapcsolat nélkül élő interjúalanyunk megbánta, hogy az életüknek ez a része így alakult. Mindannyian elmondták, ha újra kezdenének, másként döntenének, és megpróbálnának partnerkapcsolatot kialakítani. A 45 éves Edit így fogalmazott: „Az az időszak [amikor párt találhattam volna] talán az egyetlen az életemben, amire azt mondom, hogy ha újra kezdeném, akkor lehet, hogy egy picit másképp csinálnám.” Az évtizedek óta otthoni varrómunkát végző 58 éves Izabella szerint „Ez egy elég rossz döntés volt. Ahhoz azért korán volt, hogy mondjuk, húszévesen itthon maradjak... Azért hogy ha nem maradok itthon, hanem eljárak dolgozni, azért lehet, hogy nem maradtam volna egyedül.” Az édesanyját hosszú ideig otthon egyedül gondozó 67 éves Jelena pedig ma már úgy látja: „Önállóbbnak kellett volna lenni, meg határozottabbnak.”

A párkapcsolat megléte kétségkívül az egyik legfontosabb előfeltétele a gyermekvállalásnak. Ezt korábbi kérdőíves vizsgálatok eredményei is alátámasztották, amikor rávilágítottak, hogy házasságban nagyobb eséllyel születik gyermek, mint élettársi kapcsolatban, és mindenfajta kapcsolatban nagyobb eséllyel születik gyermek, mint kapcsolat nélkül (Szalma 2011). A kérdőíves vizsgálatok eredményei alapján azonban nehezen deríthető fel, milyen okai lehetnek, ha egy párkapcsolatban annak ellenére nem születik gyermek, hogy nem áll fenn egészségügyi probléma. Bár a demográfiai jellegű kérdőíves felmérések is (például az *Életünk Fordulópontjai*) tartalmazhatnak kérdéseket a párkapcsolat minőségére vonatkozóan, az e kérdésekre adott válaszok kevésbé tekinthetők megbízhatónak, mert a kérdezettre nagy külső-belső nyomás nehezedik, hogy a kapcsolatot, amelyben él, mindenképpen viszonylag jó kapcsolatként jelenítse meg (Kapitány 2012).

Húsz interjúalanyunk közül ketten voltak (egyikük házastárssal, a másik élettárssal él), akik saját párkapcsolatukat kritikusan szemlélve úgy nyilatkoztak, azért nem vállaltak gyermeket, mert egyáltalán nem elégedettek a partnerkapcsolatuk minőségével. A 40 éves, alacsony végzettségű, községben élő Magda lesújtóan szólt élettársáról: „Egy olyan jellemmel vagyok együtt, hogy tehát borzasztó. Ő lehet, hogy szeretne gyereket, de úgy konkrétan sose mondja, csak azt, hogy mivel hogy negyvenéves vagyok, jó lenne, hogyha valamit tennék már érte. Sejtí szerintem, hogy ebbe a kapcsolatba nem akarok gyereket. Konkrétan nem mondtam meg neki soha, de szerintem érzi. Benne van a levegőben.” Magda anyagi okok miatt nem vet véget ennek a rossz párkapcsolatnak: élettársával együtt hozták létre azt a vállalkozást, amiből most megélnék; ha a kapcsolatnak véget vetne, a megélhetését is veszélyeztetné. Az 50 éves, középfokú végzettségű, vidéki Lívia többször megcsalta a férjét és már a válás gondolata is felmerült bennük. Végül mégsem váltak el, de mivel teljesen eltérő elképzeléseik vannak a gyermeknevelésről is, Lívia úgy döntött, hogy e házasságban nem vállal gyermeket: „És aztán amikor közölte néha közben, hogy a gyereket, azt nadrágszíjjal kell nevelni, mondom, nem az enyémet. Meg úgy elgondoltam, hogy azt hiszem, a gyereknevelésben maximálisan nem lennénk összehangolva, úgyhogy ha addig nem váltunk volna el, utána biztos.” Lívia saját bevallása szerint azért marad továbbra is együtt a férjével, mert nem bízik benne, hogy egy másik férfivel jobb lenne a kapcsolata, ezért inkább a válást sem kockáztatja.

E két párkapcsolat példája jól illusztrálja, hogy a párkapcsolatok megléte csupán szükséges, de nem feltétlenül elégséges feltétele a közös gyermek vállalásának. A partnerek – vagy legalábbis az egyik partner – által a gyermekvállaláshoz nem elég jó minőségüként értékelt kapcsolatok fenntartása persze további kérdéseket vethet fel: többek között felmerülhetnének a kapcsolat javítását célzó közös erőfeszítések lehetőségei, ám interjúinkban ilyen kezdeményezésekről nem esett szó.

Gyermekvállalás párkapcsolat nélkül – de segítő hálózattal?

Bár legtöbb egyedülálló interjúalanyunk a párkapcsolat hiányát tekintette gyermektelensége fő okának, azért megkérdeztük tőlük azt is, vajon gondoltak-e rá, hogy egyedül vállaljanak gyermeket, illetve általában mi a véleményük azokról a nőkről, akik ezt teszik. A válaszokban különböző álláspontok jelentek meg: egyesek bátor dolognak tartották, mások önzésnek – de e kérdés megítélésében sem iskolai végzettség, sem életkor, sem településtípus szerint nem rajzolódott ki markáns eltérés. Különbség sokkal inkább a vallási értékrend szerint adódott: a vallásos(abb)ak – feltehetően az általuk elfogadott vallási tanításokkal összhangban – inkább látták önző cselekedetnek az egyedüli

gyermekvállalást. A 40 éves Emese például elmondta, hogy „én ezt egy önző célnak tartom, hogy én kitalálom, hogy legyen gyerekem, és azért ennek minden egyebet alárendelek”; az 50 éves Lívia szerint egy ilyen nő „egy kicsit önző, mert csak magának akarja, és akkor már eleve a gyereket ítéli arra, hogy csonka családban nőjön fel”. Ezzel szemben a kevésbé vallásos 62 éves, középfokú végzettségű, vidéki nagyvárosban élő Klára „nagyon bátornak” tartotta őket, a 45 éves, vidéki nagyvárosban élő, diplomás Edit pedig egyenesen csodálatát fejezte ki: „Minden elismerés azé a nőé, aki így próbálkozik.”

Azzal kapcsolatban, hogy ők maguk vállaltak volna-e gyermeket egyedül, igen sokféle, ám többségében elutasító válasz született. Jellemző különbségek csupán az életkor tekintetében mutatkoztak: az idősebb generációhoz tartozók szerint akkoriban megszólták volna őket ezért, így életük korábbi szakaszára visszagondolva ma is úgy látják, nem hoznának más döntést. Ha azonban a mostani társadalmi viszonyok között kezdhették újra az életüket, valószínűleg másképp döntenének, és akár egyedül is belevágnának a gyermekvállalásba. A 68 éves, alacsony végzettségű Jelena például így fogalmazott: „Én erre nem gondoltam, egyedül én nem mertem volna nekivágni. Akkor ez olyan téma volt, hogy ez nem egy elfogadott téma, akkor még nem. [És manapság, hogyha most lenne fiatal?] Lehet, hogy másképp változtatnám. Sőt, biztos.” A felsőfokú végzettségű, 60 éves Janka korábbi családfelfogásába nem fért volna bele a gyermekét egyedül nevelő szülő: „Mert a család az én felfogásom szerint, főleg abban az időben ez volt, hogy a család a szülői párból áll és gyerekekből. Úgy-hogy egy mama a gyerekével, az nem egy teljes család... Hát lehet, hogy ma már más lenne a véleményem.”

Valamennyi interjúalany egyetértett abban, hogy nagyon nehéz egyedül gyermeket nevelni: ez mind anyagilag, mind érzelmileg megterhelő lehet. Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők a többiekhez képest nagyobb hangsúlyt fektettek az egyedülálló szülőséggel járó anyagi nehézségekre, ahogy ezt a 78 éves, alapfokú végzettségű, vidéken élő Ilona véleménye jól illusztrálja: „Most olyan nagyok az igények már, hogy olyan szépen kell öltöztetni, és gondolom, hogy az anyuka egymaga nem is volna rá lehetősége”. Korábbi kutatásokból tudható, hogy a társadalmi normák azt is befolyásolják, milyen anyagi feltételek meglétét tekintjük szükségesnek ahhoz, hogy valaki (nyugodtan) szülővé váljon (Szalma 2010), viszont számos interjúalanynál a személyesen megtapasztalt anyagi nehézségek is szóba kerültek saját gyermekvállalásuk elmaradása kapcsán. Az 50 éves, alacsony végzettségű, vidéken élő Ibolya kifejezetten anyagi nehézségei miatt nem vágott bele egyedülállóként az örökbefogadásba. Erről így beszélt: „Szerintem először úgyis kijönnének, szétnéznének, hogy a körülmények, feltételek megvannak-e, és tehát emiatt nem igazán mertem sose belevágni.” Ugyanezt fogalmazta meg az 55 éves, alacsony végzettségű, elvált Georgina is: „Anyagilag soha nem álltam olyan helyzetben, hogy be merjem vállalni. Hát olyankor letesztelik a befogadót, az örökbefogadót, hogy így

mondjam, és nem is biztos, hogy megfelelt volna, pont az anyagiak miatt, mert pont lakásom volt, de nem volt akkora fizetésem, hogy be tudjak vállalni egy gyereket.” Ugyanakkor a nem egyedülállók között is akadtak olyanok, akik azért nem vállalták, hogy gyermekük szülessen, mert még saját lakóházuk sincs. A 48 éves Antónia és a férje sokáig nagyon nehéz körülmények között élt – többek között öt évig hajléktalanként –, és ilyen anyagi bizonytalanságban nem mertek gyermeket vállalni. Antónia föl is tette a költői kérdést: „Miért [vállaltunk volna gyereket], hogy ő tartson el bennünket?”

Az egyedülállóként való gyermekvállalás kapcsán a magasabb iskolai végzettségű interjúalanyok – a potenciális anyagi nehézségek elismerése mellett – inkább az időhiányt emelték ki. A 44 éves diplomás Zsanett szerint „A napi élet szervezése szerintem elég nehéz lehet. Anyagilag elég nehéz lehet. Meg hát egyáltalán, amikor te elfoglalt vagy, akkor ki van a gyerekkel?” A szintén diplomás, 43 éves Nelli pedig azt jegyezte meg, hogy „egy csomó helyre például nem tud elmenni az egyedülálló szülő, meg sok mindent nehezebb megoldani”.

A többség negatívumként említette a férfi nemi szerepek elsajátíthatóságának vélt hiányát is. Az e téren eléggé egységes vélemények foglatatát adta az 50 éves Lívia, aki szerint az egyedülálló nő által nevelt gyerek „nem tudja, hogy egy családban milyen az, hogy most egy férfi is él, és egy családban mi a férfinak a dolga”. Ugyanakkor elvétve hangot kaptak azok a nézetek is, melyek szerint a háztartásban tapasztalható férfihiány nem feltétlenül vezet nagymértékű hátrányokhoz az érintett gyerekeknél. Ide kapcsolhatók a válás után anyjukkal maradók tapasztalatai, akik akár külön élő apjuk révén, akár más forrásokból (például férfi tanárok, nagyszülők példáján vagy a médián, interneten keresztül) juthatnak követhető férfiszerep-modellekhez.

Mindegyikük egyetértett abban, hogy elsősorban a nagyszülőkből, a tágabb családból, barátokból, a bölcsődei és óvodai intézményekből álló támogató közeg elengedhetetlen ahhoz, hogy valaki egyedül vállaljon gyermeket; s persze akkor is rengeteg támogatás várható innen, ha valaki párkapcsolat keretében szeretne gyereket. A 68 éves Jelena a nagyszülői segítség fontosságát emelte ki: „Anyagilag is jó, ha számíthat a szülőre, viszont a gyereknevelésben is azért, mikor segítség kell, hogy vigyázni a gyerekre vagy valami, akkor viszont a szülő, az jó, ha segít”; a 48 éves, felsőfokú végzettségű Edit szerint pedig „egy nagynéni, egy nagybácsi, egy unokatestvér, tehát egy picikét tágítva a családi kötődéseket, tehát bárki lehet. Nem konkrétan gondolom, hogy a gyerek apjának kell lenni, hanem valakinek, valakiknek, akik tudnak segíteni és időnként nem is biztos, hogy aktívan kell tényleg ott fizikailag jelen lenni, maga a tudat is énszerintem nagyon sokat tud segíteni, hogy ha baj van, akkor tudok kit keresni”. A személyes kapcsolathálók mellett kiemelték a bölcsődei és óvodai ellátások fontosságát, melyek hiánya különösen érzékenyen érintheti az egyszülős családokat. A felsőfokú végzettségű, 43 éves Nelli ezt így fogalmazta meg: „Ha egy kereső van egy családban, akkor azt csak úgy lehet megoldani, hogy

ha van bölcsőde, meg óvoda, meg ilyesmi. Hát én nem nagyon látom azt, hogy ezzel jól el lennének látva.”

Ugyanakkor a személyes – elsősorban rokoni – segítő hálózatok elvárásai visszafelé is működhetnek: az idős, megromlott egészségű szülők gondozási igényei például negatív hatással lehetnek a gyermekvállalási tervek megvalósítására. A 62 éves Ágota például arról számolt be, hogy az általuk elindított örökbefogadási eljárás főként a rájuk háruló gondozási feladatok miatt hiúsult meg: „Érdekes, hogy az élet miért szól közbe, és mire oda jutottunk volna, hogy na most már legalizálódik a gyerek örökbefogadása, addigra beteg lett az anyósom, beteg lett a nagynéném, de annyira, hogy... már majdnem azon gondolkoztunk, hogy melyikünk ne dolgozzon, mert ápolni kellett. Na most, ehhez egy gyerek pluszba, az már nem, és még ráadásul úgy, hogy nem is a sajátom... Csak hát aztán mire megoldottuk, már oda jutottunk volna, hogy na most már rendben van minden, jöhet a gyerek, addigra meg már negyvenen túl voltunk, és mondtam, hogy na akkor ezt nem... Azt el kell indítani az életnek, és én honnan tudjam, hogy hány évig fogok negyvenen túl élni még.” A gondozási feladatok nemcsak közvetlenül hathatnak a gyermekvállalási döntésre, hanem közvetten is. Az 50 éves, középfokú végzettségű, vidéken élő Veronika állás- és párválasztását egyaránt befolyásolta édesanyja gondozása. Olyan munkát kellett ugyanis keresnie, amelyet össze tudott egyeztetni ápolási teendőivel, továbbá benne maradt egy olyan párkapcsolatban, amelyben a párja nem szeretne gyermeket, de mivel Veronikának nem volt ideje más párt keresni, elfogadta ezt a helyzetet is. Veronika elmondta: „Februárban meghalt az apu, az anyu ugye itt volt egy lábbal, nagyon úgy nézett ki, hogy a ruhagyárban egy műszak lesz és mondtam, hogy én nem tudom vállalni az egy műszakot, mert nekem az anyunak gyógyszer kell írtni, mentőt kell hívni, cukorbeteg, vizsgálatra kell vinnem ide-oda... Időm arra nem volt, hogy én eljárjak, meg szívem se volt az anyut itt hagyni, hogy én most itt szombat vagy vasárnap elmenjek szórakozni, vagy párkapcsolatot teremteni vagy bármi.”

Összegzés

Interjú vizsgálatunk során a közbeszédben gyakran homogén témaként föl-tűnő gyermektelenség kérdéskörét dekonstruáltuk oly módon, hogy interjúalanyaink beszámolóit alapján a gyermektelenség társadalmi jelenségének három fő tematikai összetevőjeként a biológiailag meghatározott gyermektelenséget, a gyermek-nemvállalási helyzeteket és a gyermekmentes életmód-preferenciákat azonosítottuk. E három tematikai összetevő közül az utóbbi csupán egy interjúalanyunkat jellemezte, míg a biológiailag meghatározott gyermektelenségre és a gyermek-nemvállalási helyzetekre számos példát találtunk interjúalanyaink életéből.

Az orvosilag asszisztált reprodukciós eljárások elérhetővé – vagy inkább: elérhetőbbé – tételével (amely Magyarországon 2006 óta biztosított az egyedülálló nők számára is) valószínűsíthetően valamelyest csökkenhet a biológiai gyermektelenség szerepe a gyermektelenség kockázati tényezői között. Az új eljárások léte azonban esetenként megalapozatlan reményeket kelthet a gyermekvállalás halasztásával kapcsolatban. A halasztás egyik fő oka lehet a partnerhiány, ami aztán több éves várakozás esetén biológiai gyermektelenségbe torkollhat. A partnerhiány és az egyedüli gyermekvállalás áthidalását nem segíti az az erős társadalmi norma, mely szerint a gyermeknek a legjobb anyával és apával felnőni (s amely sokakban szinte már úgy értelmeződik, mintha anya és/vagy apa nélkül már megszületni sem lenne érdemes). E társadalmi norma fennmaradását praktikusán is erősítik a nem megfelelően kiépített bölcsődei és óvodai hálózatok, valamint a munkaerő-piaci bizonytalanságok.

Az interjúk elemzése során a gyermektelenséghez vezető okok komplexitásával szembesültünk: sok esetben ugyanis nehéz szétszálazni, hogy a párkapcsolat-hiány, az eleve meglévő vagy a halasztás révén kialakuló egészségi okok, vagy különféle (társadalmi és/vagy helyi közösségi normáknak való) megfelelési kényszerek állnak a gyermekvállalás elmaradásának a háttérében (vagy akár több tényező összjátékával is számolnunk kell). Ugyanakkor kutatásunk arra is rávilágított, hogy a saját gyermek hiánya nem feltétlenül jelent „gyermek- és gondozásmentes” életformát. Interjúalanyaink egy része aktívan részt vesz közeli hozzátartozói vagy barátai gyermekeinek nevelésében, s emellett az idősebb generáció rászoruló tagjairól való gondoskodás is gyakran éppen rájuk hárul. Kutatásunk alapján elmondható, hogy a jövőbeli szakpolitikai intézkedéseknek szem előtt kellene tartaniuk, hogy a gyermektelenek közül sokan gyermekes társaikhoz hasonlóan gondozási feladatokat látnak el, és anyagi transzfereket nyújtanak a családon belül.

Interjúink többféle erős normatív elvárást tükröztek, többek között a gyermekvállalás elfogadható életkori határai és a párkapcsolat nélkül induló gyermekvállalás vonatkozásában. Az életkori határokkal összefüggésben a biológiai meghatározottságok kevésbé tűntek hangsúlyozottnak, mint a pártalálás és a megszületendő gyermek felnevelésének időigényességére vonatkozó tudatos megfontolások (bár azoknak a negyvenes éveikben járó, egyedülálló értelmiségi interjúalanyainknak a szempontjából, akik még nem mondtak le gyermekvállalási terveikről, a – biológiai – akadályozó tényezők lekicsinyítése nyilván egy racionális önmegerősítő stratégia részeként is értelmezhető).

Vallásos interjúalanyaink számára a pártalálás a gyermekvállalás elengedhetetlen feltételként jelent meg, hiszen számukra a családalapítás és a családtervezés fogalma elválaszthatatlanul összekapcsolódik. Itt fontos megemlíteni, hogy míg az – individualizációs és szekularizációs irányú – értékváltozásokat a korábbi kutatások a gyermektelenségi arányok növekedésének egyik fontos tényezőjeként interpretálták, a jelen interjú vizsgálat arra is rávilágíthat, hogy az

értékek változásának ennél sokkal összetettebb szerepe lehet. Azok a gyermektelen nők ugyanis, akik vallásosnak mondták magukat, sokkal kevésbé tűntek elfogadónak az olyan új családi formákkal szemben, mint például az egyszülős családok. Így a vallásos beállítottság azon nők körében, akik nem találnak megfelelő partnert, akár a gyermekvállalás akadályja is lehet. Az individualizáció és a szekularizáció terjedése viszont akár a gyermekvállalást serkentő tényezőként is értelmezhető, hiszen az idősebb interjúalanyok közül többen is arról számoltak be, hogy ha a mai társadalmi körülmények között újra kezdhetnék az életüket, nem zárják ki az egyedüli gyermekvállalás lehetőségét.

A párkapcsolat hiánya interjúalanyaink többsége számára döntő fontosságú tényező volt gyermektelenségük fennmaradása szempontjából: a tizenkét egyedülálló nő közül többen utaltak a saját származási családjukon belül megtapasztalt boldogtalan(ító) élményekre, valamint más olyan strukturális tényezőkre – például a munkahelyi közösségek hiányára –, amelyek hátráltatták vagy megakadályozták őket a hatékony párkeresésben. A párkapcsolatok gyermektelenség-felszámolási kapacitását korábbi empirikus kutatások is kimutatták, ugyanakkor a jelen interjú vizsgálat arra is rávilágított, hogy nem elég egy stabil párkapcsolat megléte, gyermekvállalási szempontból annak jó vagy rossz minősége is meghatározó tényezővé válhat.

Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők a többiekhez képest nagyobb hangsúlyt fektettek az egyedülálló szülőséggel járó anyagi nehézségekre, míg diplomás interjúalanyaink a potenciális anyagi nehézségek elismerése mellett inkább a helyzetből adódó szervezési és időmenedzselési problémákat emelték ki. A válaszokból az is kiderült: többen személyes tapasztalattal rendelkeznek arról, hogy az anyagi nehézségek valóban megakadályozhatják a gyermekvállalást (két esetben a szűkös anyagi körülmények riasztották el interjúalanyainkat az örökbefogadási eljárás megindításától). Ez azonban nemcsak az egyedülállókat, de esetenként a párkapcsolatban élőket is jellemezte. Mivel interjúalanyaink többsége olyan idős, hogy munkaerő-piaci tapasztalatait jórészt még az államszocializmus idején szerezte, náluk kevésbé jelent meg a fiatalabb korosztályokat sújtó munkaerő-piaci bizonytalanság: így sokkal inkább az alacsony jövedelem hátráltatta őket abban, hogy például egyedül belevágjanak egy örökbefogadási eljárásba. A fiatalabb és alacsonyabb végzettségű nők azonban szembesülnek már a bizonytalan kilátásokkal, és szinte valamilyen nyien félve tekintenek a jövőbe.

Interjúinkban a párkapcsolat nélküli gyermekvállalás egyik kiemelten fontos feltételként jelent meg egy erős segítő hálózat megléte, melyen keresztül a nagyszülők, a közelebbi rokonok és barátok támogatni tudják az egyedülálló gyermekeseket (e segítő háló persze a nem egyedülálló gyermekesek számára is óriási erőforrás lehet). Emellett – különösen a magasabb iskolai végzettségű, nagyvárosban élő nők – az intézményes gyermekellátás elérhetőségét és színvonalát is fontos szempontnak tartották. Ugyanakkor a személyes – elsősorban

rokoni – segítő hálózatok elvárásai visszafelé is működhetnek: amennyiben közeli családtagok – különösképpen a szülők – ápolásra szorulnak, ez a gyermekvállalási tervek elhalasztásával, illetve végleges elmulasztásával járhat. A tradicionális családi működéseken belül arra is találtunk példát, hogy éppen a szülői akarat akadályozta a párkapcsolat kialakítását és ezáltal a családalapítást: mivel az idősödő szülő nem szeretett volna egyedül maradni. (Ilyen értelemben a szülő gondozása miatt feladott szülőség – mint törődésre cserélt törődés – akár egyfajta társadalmilag elvárt gyermektelenség-típusnak is tekinthető.)

Összességében elmondható, hogy a gyermektelenséget – legalábbis átmeneti állapotként – egyre többen és életük egyre hosszabb szakaszában élik át a szülővé válás időpontjának az egyéni életutakban megfigyelhető kitolódása miatt. A tartós vagy végleges jellemzőként megjelenő gyermektelenség ritkán vezethető vissza egyetlen okra vagy egyetlen döntésre: a gyermektelen állapot egy komplex folyamat eredménye, amelynek során több faktor hat egymásra, és amely a legtöbb esetben nem jelent gyermek nélküli életet.

A gyermektelenség jelenségének további magyarországi kvalitatív és kvantitatív vizsgálata 2013 óta a *FamiliesAndSocieties* című nagyszabású európai kutatás részeként jelenleg is zajlik, melynek keretében összesen száz szakértői és érintetti interjút készítünk. A szakértők közé az orvosok (meddősségi specialisták, nőgyógyászok), pszichológusok és jogászok mellé egy-egy református lelkész, katolikus pap, nyugdíjszakértő és helyettes államtitkár is került. Az érintettek köre pedig kiterjed nőkre és férfiakra, párkapcsolatban és egyedül élőkre, tudatosan gyermekmentes életmódot választókra és egészségi okok miatt a gyermekvállalásról lemondani kényszerülőkre egyaránt. A jelen tanulmányban feldolgozott tapasztalatainkat folyamatosan használjuk most zajló kutatásunk során. A *FamiliesAndSocieties* kutatás nagyobb volumene mellett komparatív jellege miatt is a most bemutatott kutatás folytatásának tekinthető, hiszen a közeljövőben lehetőségünk lesz arra, hogy két posztoszocialista országot hasonlítsuk össze e téren, ugyanis Romániában is jelenleg zajlanak a gyermektelenség témakörével kapcsolatos interjú vizsgálatok.

IRODALOM

- Age and Fertility 2012: *Age and Fertility: A Guide for Patients*. American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, AL. https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/agefertility.pdf. Letöltve: 2015. 06. 18.
- Bauer Zsófia 2013: Bound together by Fate and Faith: A Qualitative Analysis of Online Discussions on Assisted Reproduction in Hungary. In Szekeres

- Valéria (ed.): *Proceedings of FIKUSZ '13 Symposium for Young Researchers*. Óbuda University, Budapest, 109–122.
http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/09_Bauer_Zsofia.pdf. Letöltve: 2015. 03.10.
- Billari, Francesco C. – Kohler, Hans-Peter 2004: Patterns of lowest low fertility in Europe. *Population Studies*, 58(2), 161–176.
- Bloom, David E. – Trussell, James 1984: What are the determinants of delayed childbearing and permanent childlessness in the United States? *Demography*, 21(4), 591–611.
- De Jong, Gordon F. – Sell, Ralph Robert 1977: Changes in Childlessness in the United States: A Demographic Path Analysis. *Population Studies*, 31(1), 129–141.
- Dunson, David B. – Baird, Donna D. – Colombo, Bernardo 2004: Increased Infertility with Age in Men and Women. *The American College of Obstetricians and Gynaecologists*, 103(1), 51–56.
- Ellingsaeter, Anne Lise – Jensen, An-Magrit – Lie, Merete 2013: The social meaning of children and fertility change. In Ellingsaeter, Anne Lise – Jensen, An-Magrit – Lie, Merete (eds.) *The social meaning of children and fertility change in Europe*. Routledge, London, 1–11.
- European Commission 2007: *Population Policy Acceptance Study – The Viewpoint of Citizens and Policy Actors Regarding the Management of Population Related Change*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
<http://cordis.europa.eu/documents/documentlibrary/100124311EN6.pdf>
Letöltve: 2015. 03. 10.
- EÜM 2010: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a meddőség ellátásról – asszisztált reprodukcióról – in vitro fertilizációról (1. módosított változat). *Egészségügyi Közlöny*, 30, 6467–6479.
- Gasztonyi Zoltán 2009: *Születéskönyv: babára várva*. Laureus, Budapest.
- Gillespie, Rosemary 2003: Childfree and Feminine: Understanding the Gender Identity of Voluntarily Childless Women. *Gender and Society*, 17(1), 122–136.
- Hašková, Hana 2010: Fertility decline, the postponement of childbearing and the increase in childlessness in Central and Eastern Europe: A gender equality approach. In Crompton, Rosemary – Lewis, Susan – Lyonette, Clare (eds.): *Women, men, work and family in Europe*. Palgrave Macmillan, London, 76–85.
- Hašková, Hana 2011: The Role of Work in Fertility Plans of Childless Men and Women in Their Thirties. In Cuzzocrea, Valentina – Laws, Jennifer (eds.): *Value of Work: Updates on Old Issues*. Inter-Disciplinary Press, Oxford, 149–158.

- Houseknecht, Sharon K. 1979: Timing of the decision to remain voluntarily childless: Evidence for continuous socialization. *Psychology of Women Quarterly*, 4(1), 81–96.
- Kapitány Balázs 2012: 'Látogató párkapcsolatok' Magyarországon. *Szociológia Szemle*, 22(1), 4–29.
- Kapitány Balázs – Spéder Zsolt 2009: Gyermekvállalás. In Monostori Judit – Óri Péter – S. Molnár Edit – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2009: Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 29–41.
- Kreyenfeld, Michaela – Zeman, Kryštof – Burkimsher, Marion – Jaschinski, Ina 2011: Fertility Data for German-Speaking Countries: What is the Potential? Where are the Pitfalls? *Comparative Population Studies*, 36(2–3), 1–33.
- McManus, Sally 2003: *Sexual Orientation Research Phase 1: A Review of Methodological Approaches*. Scottish Executive Social Research, Edinburgh.
- Miettinen, Anneli – Szalma Ivett 2014: Childlessness intentions and ideals in Europe. *Finnish Yearbook of Population Research*, 49, 31–55.
- Mouzon, Jacques – Goossens, Veerle – Bhattacharya, Siladitya – Castilla, José A. – Ferraretti, Anna Pia – Korsak, Vladislav – Kupka, Markus – Nygren, Karl G. – Nyboe Andersen, Anders 2010: Assisted reproductive technology in Europe, 2006: Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 25(8), 1851–1862.
- Mynarska, Monika – Matysiak, Anna – Rybińska, Anna – Vignoli, Daniele – Tocchioni, Valentina 2013: *Diverse paths into childlessness over the life course*. Zeszyty Naukowe, Instytutu Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa, ISID Working Papers 34.
- Navratyil Zoltán 2012: *A varázsló eltöri pálcáját? A jogi szabályozás vonulata az asszisztált humán reprodukciótól a reprodukív klónozásig*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- OECD 2014: OECD Family Database. OECD, Paris. www.oecd.org/social/family/database. Letöltve: 2014. 08. 02.
- Paksi Veronika – Szalma Ivett 2009: Age norms of childbearing. Early, ideal and late childbearing in European countries. *Review of Sociology*, 15(2), 57–80.
- Schmitt, Christian 2008: Increasing childlessness in Germany. In Headey, Bruce – Holst, Elke (eds): *A Quarter Century of Social and Economic Change: Results from the German Panel Survey (SOEP)*. DIW, Berlin, 23–28.
- Somlai Péter 2013: *Család 2.0. Együttélési formák a polgári családtól a jelenkorig*. Napvilág Kiadó, Budapest.
- Spéder Zsolt – Kapitány Balázs 2014: Failure to realize fertility intentions: A key aspect of the post-communist fertility transition. *Population Research and Policy Review*, 33(3), 393–418.

- Szabó Laura 2015: Terjed a gyermektelenség Magyarországon: A fővárosi nők egyötöde gyermek nélkül éli le életét. *Korfa Népesedési Hírlevél*, 15(1), 1–4.
- Szalma Ivett 2009: Az iskolai és a munkaerő-piaci státus hatása a párkapcsolat-formálódásra. *Demográfia*, 52(2–3), 175–205.
- Szalma Ivett 2010: Attitűdök a házasságról és a gyermekvállalásról. *Demográfia*, 53(1), 38–67.
- Szalma Ivett 2011: *A munkaerő-piaci helyzet hatása az első tartós párkapcsolat kialakítására és a szülővé válásra Magyarországon*. PhD Disszertáció. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.
http://phd.lib.uni-corvinus.hu/589/1/Szalma_Ivett.pdf. Letöltve: 2015. 03. 10.
- Szalma Ivett 2014: A gyermekvállalás társadalmi normái és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata Magyarországon és Európában. *Replika*, 85–86, 35–57.
- Szalma Ivett – Takács Judit 2012: A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia*, 55(1), 44–68.
- Takács Judit 2012: Termékenységi korlátok a 21. század eleji Magyarországon. *Demográfia*, 55(2–3), 147–171.
- Takács Judit – Szalma Ivett 2013: Az azonos nemű párok általi örökbefogadással kapcsolatos attitűdök Magyarországon. *SOCIO.HU*, 3(1), 1–33. DOI: 10.18030/socio.hu.2013.1.1.
- Tanturri, Maria Letizia – Mencarini, Letizia 2008: Childless or Childfree? Paths to Voluntary Childlessness in Italy. *Population Development Review*, 34(1), 51–77.
- Testa, Maria Rita 2006: *Childbearing Preferences and Family Issues in Europe*. Report for the Eurobarometer (Special Eurobarometer 253/Wave 65.1 – TNS Opinion & Social). European Commission, Brussels.
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_253_en.pdf. Letöltve: 2009. 09. 18.
- Tóth Olga 2012: Új anyák és új apák. A gyerekvállalás motivációi. *Demográfia*, 55(2–3), 136–146.
- Utasi Ágnes 2004: *Feláldozott kapcsolatok. A magyar szingli*. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest.
- Veevers, Jean E. 1973: Voluntary childlessness: A neglected area of family study. *The Family Coordinator*, 22(2), 199–205.
- Ziebe, Søren – Devroey, Paul 2008: Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. *Human Reproduction Update*, 14(6), 583–592.

A QUALITATIVE STUDY OF CHILDLISSNESS FROM HUNGARY*Abstract*

Childlessness is not a new social phenomenon, but for a long time it has been interpreted in close connection with biologically determined infertility and as belonging mainly to medical interest. Sociologists and demographers have started to devote increasing attention to this issue only from the late 20th century, since when the proportion of voluntarily childless people started to increase in Western societies and being “childfree” became a non-stigmatized lifestyle option.

However, in Central-Eastern Europe there have been only a limited number of empirical studies focusing on childlessness. The main aim of this article is to contribute to the exploration of those factors and processes that characterize the social phenomenon of childlessness in present day Hungary. The empirical base of our study is a set of 20 in-depth life history interviews conducted with heterosexual single women over 35, and women in a steady relationship over 40, who were recruited by using a chain-referral sampling. Regarding education and settlement type we have used a stratified sample: more than half of the interviewees had a maximum of medium level education, and most of them were from the countryside, mainly from smaller settlements.

Our findings highlighted that childlessness can hardly be traced back to one single reason or decision. Remaining childless results from a complex process of several interacting factors: for instance, the lack of partnership can contribute to the postponement of childbearing, which can lead to reproductive health problems especially over the age of 35/40. At the same time it should also be emphasized that not having one’s “own” child does not necessarily lead to a “childfree” lifestyle: our interviewees reported on their active involvement in raising the children of close family members and/or friends.

FÜGGELÉK

*Interjúvázlat**I. Család fogalma, családkép*

1. Ha visszaemlékszik a gyermekkorára, voltak-e boldog családok? Milyenek voltak ezek?
2. Találkozott boldogtalan családokkal? És ők milyenek voltak?
3. Mit gondol arról, hogy egy nő egyedül vállal gyermeket? Ismer Ön olyan nőt, aki egyedül nevel gyermeket?
4. Milyen nehézségekkel kell szembesülnie, ha egyedül vállal gyermeket egy nő/férfi?
5. Gondolt-e Ön valaha arra, hogy egyedül vállalna gyermeket? Ha nem, miért nem? Ha igen, végül miért alakult másképp az élete?
6. Mit gondol az örökbefogadásról? És a homoszexuális párok örökbefogadásáról?
7. Hogyan fogalmazná meg a család főbb jellemzőit? Mit tekint Ön családnak?

II. Munkatörténet

1. Mi volt az Ön első tartós foglalkozása, amely legalább három hónapig tartott? Hány éves volt akkor?
2. Hány munkahelye volt Önnek eddig?
3. Előfordult, hogy Ön munkanélküli volt?
4. Mi volt a legizgalmasabb munkája?
5. Mikor kellett a legtöbbet dolgoznia?
6. Mikor érezte magát a legsikeresebbnek a munkájában?
7. Mi az, amire büszke volt a munkája kapcsán?
8. Mit jelent az Ön számára a munka?

III. Partnerkapcsolat-történet

1. Volt Önnek tartós párkapcsolata? Mikor alakította ki az elsőt?
2. Hány tartós párkapcsolata volt?
3. Melyik volt a legkomolyabb tartós párkapcsolata? Milyen volt ez a kapcsolat? Miért ezt tartja a legfontosabbnak?
4. Mesélne a legutolsó párkapcsolatáról (ha az nem egyezik meg a „legfontosabbal”)? Milyen volt ez a kapcsolat? Esett szó a gyermekvállalásról (Ön hogyan gondolta és partnere miként vélekedett erről a kérdésről)?

IV. Gyermektelenség percepciója

1. Az Ön barátai, ismerősei között vannak olyanok, akiknek nem született gyermeke?
2. Mit gondol az Ön családja arról, hogy Önnek nincs gyermeke? A barátai? A kollégái?
3. Származott-e Önnek a magánéletében előnye abból, hogy nem született gyermeke (könnyebben talál magának partnert, több szabadideje jut olyan dolgokra, amelyeket szeret csinálni)?
4. Tapasztalt-e bármiféle negatív megkülönböztetést a magánéletében azzal kapcsolatban, hogy Önnek nincs gyermeke?
5. A munkájában/karrierjében származott-e Önnek bármiféle előnye abból, hogy nem született gyermeke? (Gyorsabb előrelépés, komolyabban veszik Önt.)
6. Tapasztalt bármiféle negatív megkülönböztetést a munkahelyén azzal kapcsolatban, hogy Önnek nincs gyermeke?
7. Ha újra kezdhethé az életét, a gyermekvállalással kapcsolatban hozna-e más döntést? (Vállalna-e gyermeket egyedül is? Korábban vállalna-e gyermeket?) Mit csinálna másképp?

V. Jövőkép

1. Milyen tervei vannak a jövőre vonatkozóan? Hogyan fog élni 10 év múlva?
2. Ha nyugdíjba vonul, akkor milyen tervei vannak: mivel fog Ön foglalkozni?