

Gyermekvállalás a rendszerváltás idején – alul- vagy felülteljesítés az anyák biztonságérzetével és általános jóllétével összefüggésben

Doktori értekezés

Bóné Veronika

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezetők:

Dr. Pethesné Dávid Beáta PhD,
egyetemi tanár

Dr. Török Szabolcs János PhD,
egyetemi docens

Hivatalos bírálók:

Dr. Susánszky Éva PhD, egyetemi docens

Dr. Takács Judit PhD, tudományos tanácsadó

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Kovács József PhD, egyetemi tanár,
az MTA doktora

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Földházi Erzsébet PhD, egyetemi adjunktus

Dr. Hoyer Mária PhD, főiskolai docens

Budapest

2019

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	6
Ábrák jegyzéke	7
1 Bevezetés.....	8
1.1 A témaválasztás indoklása.....	8
1.2 Demográfiai trendek	11
1.2.1 Idősödő Európa.....	11
1.2.2 Idősödés Magyarországon	11
1.2.3 Alacsony termékenység Európában.....	12
1.2.4 Alacsony termékenység Magyarországon	13
1.3 Az alacsony termékenységet magyarázó elméletek	16
1.3.1 Gyermekbarát politikák	17
1.3.2 Gyermekbarát Magyarország	19
2 Gyermekvállalási tervek és megvalósulás	21
2.1 A gyermekvállalás tervezése – elméleti keretek.....	21
2.1.1 Termékenységi elméletek	23
2.1.1.1 Tervezett viselkedés elmélet (TPB).....	24
2.1.1.2 Jellemzők-vágyak-szándékok-viselkedés modell (TDIB).....	28
2.1.2 A vágyak, tervek, szándékok és a valós viselkedés – a TPB és a TDIB komplex modellje	31
2.2 A termékenységi döntés folyamatára ható tényezők	34
2.2.1 A háttérváltozók szerepe	34
2.2.1.1 Személyes jellemzők	34
2.2.1.2 Családi háttér	36
2.2.1.3 Szituációs háttér.....	37
2.2.2 Attitűdök – észlelt norma – észlelt kontroll a vizsgálatokban.....	38
2.2.2.1 Attitűdök.....	38
2.2.2.2 Az észlelt norma	39
2.2.2.3 Észlelt kontroll.....	40
2.2.3 Vágyak és Szándékok.....	41
2.2.4 A termékenységi szándék és viselkedés az életútba ágyazva.....	43

2.2.4.1	Versengő célok hatása a termékenységi döntésre.....	46
2.2.4.2	A bizonytalanság hatása a gyermekvállalási szándékok módosulására	47
2.2.4.3	A biztonságérzet alapvető pillérei	48
2.2.4.4	A rendszerváltás okozta bizonytalanság.....	50
2.3	Viselkedés – Megvalósulás	53
2.3.1	Akiknek sikerült	54
2.3.2	Az alulteljesítők.....	55
2.3.2.1	A halasztás miatt bekövetkező alulteljesítés	58
2.3.2.2	A halasztás, illetve alulteljesítés következményei.....	59
2.3.3	A felülteljesítők	60
2.3.3.1	A felülteljesítés következményei a gyermekekre és a családra.....	62
2.4	Összegzés	64
3	Célkitűzések	65
3.1	A kutatás kezdetei.....	65
3.2	A kutatás általános célkitűzései.....	65
3.3	Az értekezéshez kapcsolódó célkitűzések	66
4	Hipotézisek	67
5	Módszerek	68
5.1	Adatgyűjtés, a kutatás leírása	68
5.1.1	Az első hullám – 1989	70
5.1.2	A második hullám – 1990.....	71
5.1.3	A harmadik hullám – 2012	71
5.2	Elemzési módszerek	72
5.3	A minta leírása.....	73
5.4	Az adatfelvétel helyszíne.....	74
5.5	A teljes minta egyéb jellemzői	74
5.6	A harmadik hullámban megtalált anyák eltérése a kutatás induló összetételétől	76
6	Eredmények	79
6.1	A biztonság hét dimenziója	79
6.1.1	Személyes – külső biztonságdimenziók	81

6.1.1.1	A párkapcsolat dimenziója	81
6.1.1.2	A családi kapcsolatok dimenziója	81
6.1.1.3	A baráti kapcsolatok dimenziója	82
6.1.2	Személyes – belső biztonságdimenzió	82
6.1.2.1	A testi-lelki egészség dimenziója	82
6.1.3	Társadalmi-külső biztonságdimenziók	83
6.1.3.1	A munka dimenziója.....	83
6.1.3.2	Az otthon dimenziója	83
6.1.4	Társadalmi – belső biztonságdimenzió.....	84
6.1.4.1	A jövő dimenziója	84
6.1.5	A személyes biztonságérzet modellje.....	84
6.2	A gyermekvállalási tervek megvalósulása	88
6.2.1	A gyermekszámtervek megvalósulása alapján kialakított csoportok	89
6.2.2	A gyermekszámtervek megvalósulását befolyásoló tényezők	90
6.2.2.1	Az eredeti gyermekszámtervekre ható tényezők	91
6.2.2.2	A gyerekszámkülönbség okai	92
6.2.2.3	A gyermekszámkülönbség következményei	97
6.2.3	A személyes biztonságérzet alakulása a gyerekszámtervek teljesülése szerint	100
6.2.3.1	A gyermekszámtervek megvalósulása szerinti dimenziómodellek..	101
7	Megbeszélés	105
7.1	A gyermekvállalási tervek kialakításával összefüggő tényezők.....	106
7.2	A gyermekszámtervek valóra válásával összefüggő tényezők.....	107
7.3	A gyermekvállalási tervek valóra válása	108
7.4	A gyermekvállalási tervek valóra válásának következményei	108
8	Következtetések	111
8.1	A hipotézisek ellenőrzése	111
8.2	A kutatás limitációi.....	113
8.3	A kutatás jövője, az eredmények felhasználása.....	113
9	Összefoglalás	115
10	Summary	116

11 Irodalomjegyzék	117
12 Saját publikációk jegyzéke	137
12.1 Az értekezés témájában megjelent publikációk.....	137
12.2 Az értekezés témájától független publikációk.....	138
Köszönetnyilvánítás.....	139
Mellékletek	140

Rövidítések jegyzéke

EC – European Commission (Európai Bizottság)

GYED – Gyermekgondozási díj

GYES – Gyermekgondozási segély

GYET – Gyermeknevelési támogatás

KSH NKI – Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet

MTA-SZKI – Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutató Intézete

NLSY – National Longitudinal Survey of Youth (Nemzeti Longitudinális Kutatás az Ifjúságról)

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együtműködési és Fejlesztési Szervezet)

PSIN – Panel Study on Social Integration in the Netherlands (Panelkutatás a Szociális Integrációról Hollandiában)

PTSD – Poszttraumatikus Stressz Szindróma

SZSZK – Szülés-Születés Kutatás

TDIB – Traits-Desires-Intentions-Behaviours (Jellemzők-Vágyak-Szándékok-Viselkedés)

TORA – Theory of Reasoned Action (indokolt cselekvés elmélet)

TPB – Theory of Planned Behaviour (Tervezett Viselkedés Elmélet)

TTA – Teljes Termékenységi Arányszám (Total Fertility Rate)

UNPF – United Nations Population Fund (Egyesült Nemzetek Szervezetének Népesedési Alapja)

Ábrák jegyzéke

1.ábra	Ajzen: Tervezett viselkedés elmélet	24
2.ábra	Miller és Pasta: Jellemzők-Vágyak-Szándékok-Viselkedés modell	28
3.ábra	A termékenységi döntés folyamata a TPB és a TDIB elméletek alapján	33
4.ábra	A különböző célokra irányuló viselkedések cirkuláris folyamata az életútban..	45
5.ábra	A kutatási terep	69
6.ábra	A kutatás három hullámának elemszámai	73
7.ábra	A minta településeinek elemszáma.....	74
8.ábra	Az anyák és apák iskolai végzettsége a gyermekváráskor	75
9.ábra	A lakásban lakók száma	76
10.ábra	Lemorzsolódási arányok településenként.....	77
11.ábra	A biztonság dimenziói a külső-belső és a társadalmi-személyes tengelyeken	80
12.ábra	Az anyák 1990-es dimenzióhálózata	86
13.ábra	Az anyák 2012-ben mért dimenzióhálózata	87
14.ábra	Tervek és megvalósult gyermekszámok a mintában	88
15.ábra	A gyermekszámtervek megvalósulása alapján létrehozott csoportok	90
16.ábra	Teljesítés aránya a gyermekszámtervek alapján.....	93
17.ábra	1989 utáni tanulás és a gyermekszámtervek teljesítése.....	94
18.ábra	Szülési élmények hatása a gyermekszámtervek teljesítésére	95
19.ábra	A gyermekvállalást befolyásoló tényezők.....	96
20.ábra	Az együttélés során felmerülő konfliktusok	98
21.ábra	A biztonságérzet dimenziói a teljesítés szerint.....	101
22.ábra	A teljesítők dimenzióhálózata	102
23.ábra	Az alulteljesítők dimenzióhálózata.....	103
24.ábra	A felülteljesítők dimenzióhálózata	104

1 Bevezetés

1.1 A témaválasztás indoklása

Talán nem túlzás kijelenteni, hogy Európa demográfiai krízishelyzete a társadalomtudományok egyik legfelkapottabb témája. Az öregedés, a kitolódó gyermekvállalás, az alacsony termékenység arra sarkallják mind a politikusokat, mind a tudományos élet szereplőit, hogy megtalálják a trendek mögött húzódó okokat, és az ezeket korrigáló lehetséges beavatkozásokat (McDonald 2006).

Európában a születéskor várható élettartam folyamatosan növekszik¹ (2. melléklet, 1.4-es táblázat), a legutóbbi adatok alapján (2016) az Unióban 81, míg Magyarországon 76,2 évvel számolhatunk. A születések száma tartósan alacsonyan marad (azaz az egyszerű reprodukcióhoz szükséges szint alatt – 2. melléklet, 1.3-as táblázat), jelenleg nincs olyan uniós ország, amelynek a teljes termékenységi arányszáma elérné a kettőt. Az Európára jellemző 1,6-os érték következtében a népesség összetétele eltolódik az idősök irányába². A projekciók szerint ez a trend folytatódni fog, így 2060-ra Magyarországon akár meg is duplázódhat azon idősök aránya, akiket az aktív korú népesség tart el (Földházi 2015). Az első gyermek vállalásának ideje minden országban kitolódik (2. melléklet, 1.3-as táblázat), ami növeli annak a kockázatát, hogy a tervezett, várt gyermekek nem születnek meg.

Könnyű belátni, hogy a vázolt demográfiai helyzetnek komoly egészségügyi, gazdasági következményei is vannak (Meier és Werding 2010), ezért érthető a kormányzatok azon szándéka, mely a folyamatok megértésére és a hatékony beavatkozások tervezésére irányul (Bongaarts és Sinding 2011). Az európai tapasztalat azt mutatja, hogy ösztársadalmi szinten a gyermekellátási intézmények elérhetősége és megfizethetősége (Baizan 2009) vagy a nemek közötti egyenlőség megteremtése (ezáltal a női munkavállalás és a gyermeknevelés könnyebb összeegyeztethetősége) pozitív hatással van a termékenységre (Duvander és mtsai 2010).

¹ A statisztikai adatok forrása az Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat>. A hivatkozott táblázatok a mellékletekben találhatók.

² A népesség összetételének változásához a születések és halálozások számának alakulása mellett a migráció is hozzájárul, azonban ezt a témakört az értekezésben csak érintem.

Ezek a statisztikák és célok azonban csak a makroszinteket jellemző száraz adatok. A számok mögött mindig emberek állnak egyéni célokkal, döntésekkel, megvalósult és meg nem valósult tervekkel, sokszor kudarcokkal. Van, aki szeretne (több) gyermeket, de nem talál alkalmas társat. Van, akinek egészségügyi problémák miatt nem lehet gyermeke, van, aki szeretne, de halogat, és aztán „kifut” az időből. Nem elhanyagolható az a csoport sem, akik a korábban vázolt demográfiai trendek „gyógyítói”, hiszen hozzájárulnak a magasabb termékenységi mutatókhoz, de ők maguk ezt nem így tervezték. A tervezettnél, vágyottnál kevesebb gyermeket nevelők mellett ugyanúgy csalódást élhetnek át azok, akik erkölcsi, hitbeli meggyőződésük, avagy az országonként eltérő születésszabályozási korlátok miatt több gyermeket nevelnek, mint amennyit szerettek volna. Az előbbi csoporttal – nem kis részben a növekvő gyermekszámért folyó küzdelemben – viszonylag sokat foglalkozunk. A rizikófaktorokat próbáljuk csökkenteni (Moos és mtsai 2008), és különféle intézkedések születnek a helyzet javítására³⁴⁵. Eközben mindazok, akiknek nem sikerül a gyermekvállalás, komoly érzelmi terheket viselnek. Túl azon, hogy a saját céljaikat nem sikerül valóra váltani, a társadalmi nyomással is szembesülniük kell, „karrieristának”, „önzőnek” bélyegzik őket. Eközben a másik oldal problémái sokszor a kutatásokban is eltörpülnek. Azok ugyanis, akik végül több gyermeket nevelnek, mint korábban tervezték, hasonlóképpen nehéz helyzetben lehetnek. Újra kell tervezniük az életüket, erőforrásaikat át kell csoportosítaniuk, miközben a környezetük rájuk is bélyeget tesz: felelőtlennek tartják őket.

Az értekezés alapját képező longitudinális kutatás a Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutató Intézetében 1989 és 2012 között zajlott, és lehetőséget teremtett arra, hogy nyomon követhessük az eredeti gyermekszámtervek alakulását. Az 1989-ben még első gyermekük érkezését váró édesanyák gyermekvállalási terveinek változását vagy beteljesülését 2012-ben - korukból adódóan termékenységi életszakaszuk végén – újra meg tudtuk kérdezni. A kutatásban szereplő családok közül voltak, akik annyi gyermeket

³ http://medicalonline.hu/nogyogyaszat/cikk/bovitik_a_lombikprogram_finanszirozasi

⁴ <https://www.elte.hu/content/parbeszed-a-csaladokert.t.16804>

⁵ <http://akadalymentes.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/csalad-es-ifjusagugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/vasarnap-kezdodik-a-hazassag-hete>

neveltek, mint amennyi korábbi terveikben szerepelt, de jelentős számban voltak olyanok is, akik kisebb vagy nagyobb családban éltek.

Az egyéni életutak változékonysága mellett a tervek megvalósulásában egy másik fontos tényező is szerepet játszhatott. A rendszerváltás körüli bizonytalanság, kiszámíthatatlanság az élet sok területén okozott kényszerű változásokat. A kutatásunkban szereplő családoknak tehát egyszerre kellett megküzdeniük az egyéni szinten jelentkező nehézségekkel és a makrotársadalmi szinten fellépő drasztikus változásokkal. Kérdés azonban az, hogy egy ilyen mértékű, az élet minden területére és minden szintjére ható fordulat milyen módon befolyásolja azokat a következményeket, amelyek a fiatalkori gyermekszámtervek meg nem valósulásából fakadnak. Vajon eltörpül a sok változás mellett, hogy ezek a tervek is módosultak? Vagy az életadás lehetősége egy sokkal mélyebben rögzült esszenciális eleme az emberi létnek, és a tervek valóra válásának következményei ebben a történelmi helyzetben is tetten érhetőek?

Dolgozatomban először bemutatom azokat a demográfiai trendeket, melyek alátámasztják a gyermekvállalási folyamatok minél szélesebb körű vizsgálatának jelentőségét, majd a gyermekvállalási vágyak és tervek kialakulására ható tényezőket, azok változását az életútban, továbbá a gyermekvállalási tervek megvalósulásának, illetve az attól való eltérésnek a lehetséges hatásait a családokra. Az értekezés egyik központi kérdése, hogy a rendszerváltás milyen hatással volt az akkor formálódó családokra, döntéseikre, illetve a következő generációra, ezért a szakirodalmi összefoglalóban külön kitérek a bizonytalanságérzet rendszerváltást kísérő változásaira. Az 1989-es első adatfelvétellel indult 23 évet felölelő longitudinális Szülés-születés kutatás adatainak elemzése erre a kérdéskörre kísérel meg választ adni.

1.2 Demográfiai trendek

1.2.1 Idősödő Európa

A történelem során Európa népessége a gazdasági fejlődés, a javuló technikai és egészségügyi feltételek következtében folyamatosan nőtt. A második demográfiai átmenetnek hívott folyamat során azonban a 60-as évektől Európa-szerte megfigyelhető a termékenység egyszerű reprodukciós szint alá csökkenése (Van de Kaa 1997, Tárkányi 2008). A szülőképes kohorszok korábbi nagyobb létszáma azt eredményezte, hogy még további 50 évig pozitív volt a születés-halálozás mérlege, amely azonban 2015-ben megfordult: ettől kezdve Európában a halálozások száma meghaladja a születéseket.

A népesség számának alakulását harmadik tényezőként a migráció is jelentősen módosítja, ez azonban különbözőképpen érinti az egyes államokat. A nyugati-északi országokban a népesség további növekedését okozza, míg Dél- és Kelet-Európában nem egyenlíti ki a természetes fogyást sem (KSH 2018). Az előrejelzések szerint a halálozás-születés-migráció várható alakulása következtében Európa népessége egy-két évtizedig még nőni fog, aztán csökkenésnek indul, amely nagymértékű idősődéssel jár majd együtt: a földrész lakóinak átlagéletkora 50 év alatt 8 évvel növekszik, a 80 évesnél idősebbek száma megtriplázódik (Giannakouris 2008).

A növekvő migráció mérsékli az idősödés folyamatait, ezért a demográfusok közül sokan lehetőségként tekintenek a beáramló tömegekre, ugyanakkor a bevándorlók korösszetétele nyilvánvalóan eltér a fogadó ország ideális korösszetételétől, ezért a 14 év alatti korosztály arányának javulása nem várható tőlük (Lanzieri 2011).

1.2.2 Idősödés Magyarországon

Magyarországon is nő az idősek élettartama, növekszik az arányuk: 1990 és 2017 között a 65 évesnél idősebbek aránya 13%-ról 19%-ra emelkedett. Tovább nőtt a 80 év felettek, azaz a nagyon idősek aránya és száma, 2016-ban már 412 ezer legalább 80 éves élt hazánkban. A várható élettartam is sokáig folyamatosan nőtt, de 2013 óta stagnál, 72,3 körül ingadozik a férfiak és 79,2 körül a nők esetében (Kovács és Bálint 2018).

Az öregedés társadalmakra gyakorolt hatásának az egyik legfontosabb mutatója az úgynevezett „old-age dependency ratio”, azaz az időskori eltartottsági ráta. Ez a szám

mutatja a 65 évesnél idősebbek és a 15-64 évesek arányát, azaz egyszerűsítve jelzi, hogy mekkora teher hárul az eltartó, dolgozó korosztályra. Ez 1990-ben 0,2 volt Magyarországon, míg 2060-ra vonatkozó becslés szerint ez a szám 0,6 lesz. Ez azt jelenti, hogy míg korábban egy eltartottra öt aktív korú jutott, a nem is olyan távoli jövőben egy időskorúra már kevesebb mint két aktív korú jut. (Földházi 2015). Ez a jelentős népeségszerkezeti változás egyaránt érinti a családokat – különösen azokat a családtagokat, akik idősebb családtagjaik gondozását vállalják –, illetve a jóléti államokban kialakult hagyományos, szolidaritásra épülő ellátórendszerek működőképességét (Vukovich 2004). A nehézségek mikro-, illetve makroszintű mértékét nagyban befolyásolja, hogy egy adott állam mekkora részt vállal az idősellátás, a gondozás, az egészségügy, továbbá a gyermeknevelés, oktatás és egyéb anyagi jellegű családtámogatások területein (Meier és Werding 2010). Ily módon minden olyan demográfiai-társadalmi változás, amely ezek egyikének átalakítását igényli, szükségszerűen hat a többire is. Ezek változtatása, adott esetben új alapokra helyezése komplex, sokszintű elemzéssel alátámasztott stratégiai döntéseket kíván.

A kétségtelen terhek mellett azonban fontos azt is látni, hogy az idősek egyfajta „láthatatlan családpolitikai intézményként” részt tudnak venni a családok életében (gyermekgondozási segítséget nyújtanak, anyagi vagy érzelmi támogatást jelentenek, részt vesznek a gyermekek oktatásában, nevelésében). Ezen támogatások mennyisége, minősége – az idősek fizikai és mentális állapotától függően – változhat, de a szülők a legtöbb esetben számíthatnak rájuk (Bóné 2018). 2016-ban Magyarországon az 55 és 79 év közötti korosztály háromnegyedének volt unokája, az ő kétharmaduk (69,2%) részt vett az unokák ellátásában, felügyeletében (Monostori és Gresits 2018). A kitolódó gyermekvállalás, alacsony termékenység azonban azzal a következménnyel is jár, hogy az idősek később vagy egyáltalán nem válnak nagyszülővé, ezáltal szűkül az általuk nyújtható támogatások mértéke, nagyobb teher hárul az államilag fenntartott családtámogató intézményekre.

1.2.3 Alacsony termékenység Európában

A már említett második demográfiai átmenetet jellemző termékenységsökkenés a 1990-es években az egyre idősebb korra halasztott gyermekvállalás következtében Európában tovább fokozódott. 2000 után átmenetileg a bepótlódó halasztó viselkedések miatt

(úgynevezett tempo effect) újra emelkedni kezdett az európai termékenység. A 2001-es 1,46-os teljes termékenységi arányszám 2008-ra 1,61-re nőtt (KSH 2015b). A várankozások ellenére az ezt követő 2006-2011-ig jelentkező gazdasági visszaesésnek (Great Recession) nem volt jelentős termékenységcsökkentő hatása (Testa és Basten 2014). Azokban az országokban ugyan (Lettország, Magyarország), ahol a leginkább esett a GDP, jelentősen visszaesett a termékenység is, de több országban stagnált, Litvániában nőtt, ezért összeeurópai szinten csak enyhe csökkenés volt megfigyelhető (Kapitány és Spéder 2012). Területileg Dél-, Kelet- és Közép-Európa alacsonyabb termékenységű, mint Észak- és Nyugat-Európa, a termékenység megoszlása azonban hasonló maradt a termékenységi változások ellenére is (KSH 2015b). Tovább nőtt az első gyermekek vállalásának kora, 2013-ban már átlagosan 28,7 éves korban szülnék először az anyák, az összes megszületett gyermek 55 %-ának pedig 30 évesnél idősebb édesanyja van (KSH 2015b).

1.2.4 Alacsony termékenység Magyarországon

Magyarországon a második világháborút követő drasztikus gazdasági és foglalkoztatottsági átalakulások a nők tömeges munkábaállását eredményezték, amelynek hatására jelentősen csökkent a megszülető gyermekek száma. Hazánk már az 50-es években is a közepes vagy inkább alacsony termékenységű országok közé tartozott, ezért születtek a Ratkó Anna fémjelezte hírhedt intézkedések, többek között a szigorú abortusztilalom és a gyermektelenségi adó (Pongrácz 2013). Ezek a szabályozások átmenetileg vissza tudták fordítani a csökkenő termékenységet, de eltörlésük után folyamatosan csökkent az éves gyermekszám (KSH 2012). A tendenciákat felismerve a következő évtizedekben folyamatosan új és új családokat támogató intézkedések születtek, bevezették a gyest, pénzbeli támogatásokkal, az általános gyermekgondozó intézmények létrehozásával segítették a nők számára a munkavállalás és a gyermeknevelés összeegyeztetését, átmeneti hatással. Ugyan a korábbi nagylétszámú termékeny kohorszok még évtizedekig alacsony TTA-val is ellensúlyozni tudták a halálozásokat (Vukovich 2002), így Magyarország lélekszáma nőtt, de 1981-ben bekövetkezett a fordulat, azóta folyamatosan csökken a népesség. A világháború utáni közel 200 000 fős éves születésszám addigra 130 000-re esett (KSH 2012).

A rendszerváltás hatása kétségtelenül érezhető a termékenységi arányszámok, illetve az éves születésszámok tekintetében, de ahogy az előbbiekből látható, nem ez tett minket Európa egyik legalacsonyabb termékenységi mutatójával rendelkező országává. Ezzel együtt az 1990-es éveket követő gazdasági átalakulás hatására 10 év alatt további jelentős csökkenés volt tapasztalható, az 1990-ben mért 1,87-ről 1999-re 1,29-re esett a termékenység (2. melléklet, 1.3-as táblázat), amely értékre a demográfusok külön kifejezést alkottak, „szuperalacsony termékenységnek” (lowest low fertility) nevezik (Hollós és Bernardi 2009). Az 1,3 alatti teljes termékenységi arányszám azt jelenti, hogy stabil népesség esetén 45 évenként megfeleződik az adott terület lélekszáma (Kapitány és Spéder 2012). Az alacsony termékenység és a szülőképes kohorszok csökkenő létszáma hatására 1998-ra a lélektani 100 000 fős határ alá süllyedt az éves gyermekszám, és tartósan ott is maradt (KSH 2012).

A termékenységcsökkenés mellett megfigyelhető volt a szülővé válás átlagos korának növekedése is, a gyermekvállalás későbbi évekre halasztása. Csökkent a húszas éveikben lévő nők termékenysége, nőtt a harminc év felettieké (KSH 2009), továbbá stabilan emelkedett az első gyermek vállalásának ideje mind a nők, mind a férfiak esetében (Kapitány és Spéder 2015). A demográfusok egy ideig azt várták, hogy ezek a halasztó kohorszok később a tempo effect érvényesülésével bepótolják az ebben az időben kieső születéseket, de a harmincas éveikben lévő nők egy évtizeddel később tapasztalt termékenységi növekedésének megtorpanása azt jelzi, hogy ez csak részben történik meg (KSH 2011).

A 2000-es éveket követően felgyorsult a magyarországi népességfogyás, 16 év alatt több, mint 400 ezer fővel csökkent hazánk lakossága (Obádovics 2018). Ennek egyik oka a halálozások és a születések számának különbségéből fakadó természetes fogyás, másik oka a magyar állampolgárok nagyobb arányú elvándorlása. 2005 újabb mérföldkő a lakosság szerkezetének változásában, ettől kezdve több 65 évesnél idősebb van, mint 14 év alatti gyermek. A korfát tekintve ez azt jelenti, hogy jelenleg 100 aktív korúra (15-64 év) 150 eltartott (fiatal és idős) jut (KSH 2018b). Az ezredfordulót követő évtizedet a tartósan alacsony (2011-ben, negatív rekordot jelentő, 1,23-as) TTA szint jellemezte (2. melléklet, 1.3-as táblázat). Az ezt követő években emelkedésnek indult TTA azonban nem jelentett nagyobb arányú születésszámot. A 2011-ben újabb lélektani határt jelentő 90 ezer fő alá eső gyermekszámot sikerült visszafordítani, de a 2017-es jelentősen

magasabb 1,5 körüli TTA mellett is csak 91 600 gyermek született a szülőképes korú nők kohorszának folyamatos csökkenése miatt (Kapitány és Spéder 2018).

Az ezt követő időszak emelkedő termékenységeinek okai vitatottak. Részben a hatalmon levő kormány következetes családtámogató politikájának tartják, ugyanakkor mások arra hívják fel a figyelmet, hogy a régió országaiban mindenhol jellemző az emelkedés. Az első gyermeküket váró anyák életkorának növekedése 2011-ig folyamatos és stabil volt, az azóta eltelt időszakban stagnálni látszik, 28-29 éves kor körül (Kapitány és Spéder 2018), ugyanakkor az összes gyermeket figyelembe véve ötven százalékot meghaladó a harminc évesnél idősebb anyától születettek aránya (KSH 2015b). Az egyéni szinten érthető és racionális okokkal magyarázható halasztó viselkedésnek a demográfia számára is jól látható korlátai vannak. Hiába tapasztalható jelentős növekedés a negyven feletti nők termékenységében, valójában ebben a kohorszban már olyan alacsonyak a születésszámok, hogy az arányok kétségtelenül pozitív változása nem képes pótolni a húszas években kimaradó születéseket (KSH 2018b).

A termékenység szintje mellett az adott társadalom szerkezetének másik fontos jellemzője a gyermekek számának családon belüli megoszlása. Magyarországon sokáig uralkodó családforma volt a kétgyermekesség, de az utóbbi két évtizedben pluralizálódás figyelhető meg, csökkent a kétgyermekesek aránya, nőtt a gyermektelenek, az egygyermekes és a nagycsaládok aránya is (Kapitány és Spéder 2018, Monostori és Murinkó 2018).

A termékenységet, illetve Magyarország népességét tekintve különböző forgatókönyvek léteznek. Minden termékenységnövelő szándék és beavatkozás ellenére nem várható, hogy a teljes reprodukciós szintet elérjük, még a legoptimistább számítások is 1,8 körül maximalizálják a várható TTA-t, amely a tovább csökkenő szülőképes kohorszokkal együtt jelentős népességcsökkenést (és további korosztályi szerkezeti átalakulást) eredményez (Obádovics 2018).

1.3 Az alacsony termékenységet magyarázó elméletek

Az alacsony termékenység, a családok változó szerkezete mögött meghúzódó okokra többféle magyarázat született. Testa (2012b) négy főbb gondolatkör köré csoportosítja a magyarázó elméleteket:

A közgazdasági, racionális döntéseken nyugvó elméletek kulcsa a gyermekvállalás költsége, illetve a várható haszon mérlegelése. A nők magasabb iskolai végzettsége, munkaerőpiaci jelenléte csökkentette számukra a hagyományos szerepeken nyugvó házasság és a gyermekvállalás nyújtotta státuszbeli és anyagi előnyöket, miközben növelte a gyermekvállalás relatív költségét. A racionális alapú döntéseket nagymértékben elősegítette a technikai fejlődés, a fogamzásgátlás eszközeinek elterjedése, melyek csökkentették a fogamzás természetéből fakadó bizonytalanságokat. Ezzel egyidőben a hagyományos társadalmakban lévő előírások is gyengültek, amely egy standard életút helyett (melyben az adott életesemények meghatározott sorrendben és időszakhoz kötve követték egymást) nagyobb választást biztosított (Kalwij 2010, Schmidt és társai 2012, Testa 2012b, Testa és Rampazzo 2017).

A nemi szerepek változását hangsúlyozó elméletek szerint az alacsony termékenység abból következik, hogy a női egyenlőségre való törekvés nem egyszerre jelentkezik az élet különböző területein. Míg a munkaerőpiacon vagy az oktatásban határozottan csökkent a férfiak és nők megítélése közötti különbség, addig a családi normákban, feladatmegosztásban – különösképpen a mediterrán országokban – még a hagyományos szerepek az uralkodóak. Ilyen módon a halasztás vagy alacsony termékenység a nők természetes válasza erre a kettős elvárásrendszerre (Testa 2012b).

Az elméletek harmadik csoportja a bizonytalanságot állítja középpontba. Egyre hosszabb időt igényel a későbbi munkához való tudás megszerzése, a fiatalok hosszabb ideig függenek a szüleiktől, ez egyrészt a gyermekvállalás tervezett költségét is növeli, másrészt az önálló egzisztenciát is később tudják kialakítani. Többek mellett Macura és Kadri gazdasági és társadalmi krízis hipotézise (2000) vagy a Ranjan által leírt gazdasági bizonytalanság elmélet (1999) is azt hangsúlyozzák, hogy a gyermekvállalás halasztása racionális válasz a kiszámíthatatlanná váló gazdasági tényezők megjelenésére. Ennek társadalmi következménye a termékenység csökkenése, hiszen a harmincas-negyvenes évekre halasztott gyermekvállalás valóra váltásának kockázata nagyobb (Szalma 2010, Schmidt és társai 2012, Testa 2012b).

Végül az elméletek negyedik csoportja az *értékrendbeli változásokat* állítja középpontba. A második demográfiai átmenetet kísérő értékváltozások hatására megváltozott a szociális környezet, amelyben az egyének a gyermekvállalási döntéseiket meghozzák. Az individualizáció erősödésével csökkent a termékenységre irányuló társas nyomás, a családformálás már nem külső kontroll vagy morális törvény által szabályozott, heterogénebbek lettek a családi viszonyok. Ebben a felfogásban szabadabban lehet döntéseket hozni akkor is, ha az egyén adott esetben rosszul mérheti fel a döntés mögötti kockázatot (azaz a későbbi párkapcsolati elköteleződés vagy gyermekvállalás esélyeit) (Van de Kaa 1987, Kamarás 2005, Testa 2012b, Testa 2016, Testa és Rampazzo 2017). Az értékrendszer változásainak hatására összeomlott a Hajnal-vonal: míg korábban a Szentpétervár és Trieszt között húzódó képzeletbeli tengely osztotta ketté Európát, keleten magas házasodási arányokkal, nyugaton későbbre halasztott házassággal, több egyedülállóval, ma már a termékenységi mutatók alapján másképp válik ketté Európa (Kamarás 2005), és a legkevesbé sem várt módon: a dél-európai és a németnyelvű országok alacsony termékenységgel, míg a nyugati, északi országok magas termékenységgel rendelkeznek. A volt szocialista országok helyzete ebből a szempontból még nem egyértelmű, a közeljövőben kiderül, hogy melyik ország melyik trendhez csatlakozik inkább (Kapitány és Spéder 2018).

Az első három elmélet azt sugallja, hogy a feltételek megváltozása esetén racionális döntési mechanizmust követően növekedhet a termékenység, az értékrendbeli változás azonban maradandóbb és nehezebben visszafordítható hatást jelent. Ha ugyanis egy társadalomban objektív okokból csökken a termékenység (például növekszik a gyermeknevelés költsége, egy anya számára nagyobb „veszteséget”, kieső költséget és fejlődési lehetőséget jelent a gyermekvállalás, vagy nehezebbé válik az egzisztenciateremtés), akkor azzal olyan értékrendbeli változások járnak, amely a racionális okok megszűnése (akár komoly kormányzati intézkedések hatására) után is hosszan fennmaradnak (Testa és mtársai 2003, McDonald 2006).

1.3.1 Gyermekbarát politikák

A TTA valójában egyéni döntések sorozata, amit a kormányzati döntések csak befolyásolnak, de nem határoznak meg (Liefbroer és mtársai 2015), ugyanakkor hiba volna azt feltételezni, hogy a politikai döntéshozóknak nincs valódi hatásuk a

termékenységre. A gyermeknevelés relatív költségeinek csökkentése, a nemi egyenlőség megteremtése, a gyermeket vállaló családok egzisztenciális biztonságának növelése pozitív hatással lehet a termékenységre (Neyer 2006, Stefán-Makay 2009, Kalwij 2010). Az európai országok értékrendkutatásaiban meglepőnek, ellentmondásosnak tűnhet, hogy a hagyományosan család- és gyermekcentrikus államok (ahol a férfi-női szerepek konzervatív mintát követnek, a családi értékek, a házasság, a gyermekvállalás fontosak, a népesség nagy része a gyermeket az élet fontos, elengedhetetlen részének tartja), mint például a mediterrán térség országai, jellemzően alacsonyabb termékenyséűek (S. Molnár 2009, Szalma 2010). Ezekben az országokban az állam azonban kisebb segítséget nyújt a kisgyermek gondozásában a családoknak, sokkal nagyobb szerepe van a tágabb családnak, nagyszülőknek (Baizán 2009, Arpino és mtársai 2012). Az individualista szemlélet és értékrendszer ugyanakkor azt kívánná, hogy az egyén minél kevésbé szoruljon rá a többnyire családtól kapott a szívességjellegű támogatásokra, és inkább támaszkodhasson a rendszerszintű, az államtól kiszámíthatóan kapott anyagi és szolgáltatásbeli transzferekre.

Luci-Greulich és Thévenon egy 2013-as tanulmányukban összefoglalták a hatékonyak bizonyult állami ösztönzőket: a fizetett szabadság (mind a szülést követően, mind később, a gyermek nagykorúságáig), a gyermekelhelyezési lehetőségek elérhetősége (különösen a háromévesnél fiatalabb gyermekek számára), illetve a különböző pénzbeli juttatások egyaránt növelték a gyermekvállalási hajlandóságot. Az európai államok családpolitikája tükröződik a már említett termékenységi megosztottságban. Azokban az országokban, ahol magas a női foglalkoztatottság, támogatott a részmunkaidős alkalmazás, elérhetőek és megfizethetőek a gyermekellátó intézmények, anyagilag ösztönzik a gyermekvállalást, magasabb a gyermekvállalási hajlandóság is (McDonald 2006, Mörk és mtársai 2009, Duvander és mtársai 2010, Thévenon 2015). Testa és társai 2016-os elemzésükben rámutatnak, hogy míg a 15 és 64 év közötti olaszországi női foglalkoztatottság mindössze 46% 1,43-as TTA, ugyanez az arány Norvégiában 73% 1,85-ös TTA mellett. Úgy tűnik tehát, hogy míg korábban, a második világháború utáni években a termékenység csökkenését a nők tömeges munkábaállása indokolta, ez az összefüggés az értékrendbeli változásokkal megfordult. Ma már a nők otthonmaradása, a munkaerőpiacról való kiesése csökkenti a gyermekvállalási hajlandóságot (Nagy 2009).

1.3.2 Gyermekbarát Magyarország

Magyarországot hagyományosan Európa legcsaládbarátabb országai közé sorolják. Dupcsik és Tóth azonban (2008) kifejtik, hogy bár nemzetközi összehasonlításban valóban családközpontúnak tűnünk, ez részben annak köszönhető, hogy a familizmus ideológiája mellett nem igazán jelennek meg alternatívák, ezért véleményük szerint a többség azért ért egyet a tradicionális értékrenddel, mert nincs valódi, megfogalmazható kompetitív ideológia. A családi értékek fontossága azért magas viszonylag, mert minden más társadalmi elembe (intézményi, kapcsolati) vetett bizalom tartósan alacsony. Függetlenül attól, hogy ez valódi familizmus vagy csak más értékrendszerek hiánya, a gyermekvállalás terén jelentkező trendek a mediterrán országokban tapasztalható alacsony termékenységhez illeszkednek. A rendszerváltást követő gazdasági sokk és a stabilizálási törekvések alapjaiban rázták meg a magyar családpolitikát. Intézmények szűntek meg, az alanyi jogon járó családtámogatások rendszere átalakult, melynek hatására növekedtek a gyermeknevelési költségek, emellett sokkal nehezebbé vált a nevelés és a munka összeegyeztetése (Spéder és Kapitány 2014). Míg az 1990-es évek előtt Magyarországon igen magas volt a női gazdasági aktivitás, 1990 és 1996 között megduplázódott azon nők aránya (leginkább a legbizonytalanabb helyzetű, alacsony iskolai végzettségűek körében), akik szociális-jóléti ellátásokból vagy mások jövedelméből éltek, és hosszútávon is erre rendezkedtek be, inaktív státuszúak maradtak (Kolosi és Róbert 2004). Ez a folyamat értékrendi változásokkal is járt, nőtt azoknak a száma a társadalomban, akik nem támogatják, hogy a nők munkát vállaljanak (Frey 1997). Az összeomlásban leginkább érintett szektorok a mezőgazdaság, az építőipar, a kohászat és a fémfeldolgozás voltak, az itt dolgozók (nők, férfiak egyaránt) nemcsak a munkájukat veszítették el, hanem a lehetőséget is a szakmájukban (vagy az addigi betanított tevékenység területén) való elhelyezkedésre, így kettős biztonságvesztést éltek át (Frey 1997). Az említett szektorok összeomlása nem egyenlő mértékben érintette az ország különböző területeit. Magyarország méretéhez képest mindig is nagy területi különbségek voltak megfigyelhetők, ez a rendszerváltást követő időszakban fokozódott. Nemcsak munkahelyek szűntek meg, hanem romlott a mobilitáshoz elengedhetetlen infrastruktúra is, ezért a korábban ingázó munkára berendezkedettek lehetőségei is beszűkültek (Dabasi Halász 2011). Az általános biztonságérzetvesztést fokozta, hogy romlott a közoktatás megítélése, egyre kevésbé adott a munkaerőpiacra belépéshez

szükséges hasznos tudást az iskola, az egészségi állapot javítását célzó állami intézkedések halasztódtak (Fazekas és Scharle 2012), a középosztály anyagi helyzete leromlott (Kolosi és Róbert 2004). A viszonylag magas szociális juttatások egyrészt csökkentették a munkára való motivációt, másrészt a válság kezelése során a szinte évről évre történő korrekciók (többek között a gyermekgondozási díj /gyed/ eltörlése, majd visszaállítása, a gyermekgondozási segély /gyes/ és a /gyet/ jövedelemvizsgálathoz kötése, majd később alanyai jogúvá tétele, a gyes időtartamának változtatásai) fokozták a kiszámíthatatlanságot (Köllő 2012).

A családtámogatási rendszerünk még így is a legbőkezűbbek közé tartozik (OECD 2009 és 2011), ideértve az otthontölthető idő mennyiségét, a fizetett távollétet, a jövedelemhelyettesítési arányt (gyed), a termékenység mégis alacsonyan maradt. A munkába visszatérni kívánó anyák számára ugyanis nem elég rugalmas a munkaerőpiac, nem vagy alig megoldott a részmunkaidős foglalkoztatás, illetve a gyermekellátóintézmények fogadókapacitása is korlátos (Gábos 2005, Stefán-Makay 2009, Blaskó 2012). Nehezíti a munkába visszatérni kívánó anyák döntését az a társadalmi nyomás is, amely elvárja, hogy egy anya három éves korig maradjon otthon a gyermeke mellett (Makay 2018).

További kérdéseket vet fel a megfelelő támogatási formák megtalálásához, hogy a magas gyermeknevelési támogatások sokszor ellenősztrönzöt jelentenek a nők munkahelyi integrációjának, így az alacsony végzettségű nők esetében egyfajta alternatívaként, szociális segélyként működnek (Nagy 2009), úgy tűnik tehát, hogy a magyar gondolkodás még nem lépett ki abból a keretből, mely szükségképpen negatív kapcsolatot feltételez a női munkavállalás és a gyermekvállalási kedv fokozódása között (Köllő 2012).

2 Gyermekvállalási tervek és megvalósulás

2.1 A gyermekvállalás tervezése – elméleti keretek

A szociálpszichológia a hetvenes évektől foglalkozik behatóbban a viselkedéses szándékok és a valós viselkedés közötti kapcsolat feltárásával (Miller és Pasta 1995). Ez a kérdés a termékenység témakörében akkor vált igazán relevánssá, amikor megjelentek a hatékony és biztonságos fogamzásgátló eszközök – így nagyobb lett az egyének döntési szabadsága.

A gyermekvállalás időzítése, az arról való döntéshozatal lehetősége alapvető emberi jog (a nyilvánvaló közegészségügyi, társadalmi szempontok és korlátok mellett). Az 1994-es kairói ICPD (Nemzetközi Népesedési és Fejlesztési Konferencia) Akcióprogramja (UNFP 1994) deklarálja:

„A reprodukív jogok olyan emberi jogokat foglalnak magukba, amelyeket nemzeti jogszabályokban, nemzetközi emberi jogi dokumentumokban és az ENSZ egyéb egyezményeiben már korábban rögzítettek. Ezek a jogok a párok és egyének olyan alapvető jogainak felismerésén alapulnak, melyek lehetővé teszik, hogy mindenki szabadon és felelősen dönthessen a gyermekei számáról, születésük időzítéséről, illetve a köztük levő különbségről, továbbá rendelkezzenek a döntéshez szükséges minden olyan információval és eszközzel, amely szükséges a legmagasabb szintű szexuális és reprodukív egészséghez. Tartalmazzák továbbá a jogot ahhoz, hogy minden ember diszkriminációmentesen, kényszer és erőszak nélkül dönthessen ezekben a kérdésekben, ahogy ezt az emberi jogi dokumentumok biztosítják. Ezen jog gyakorlása közben ugyanakkor tekintettel kell lenniük jelenlegi és megszületendő gyermekeik szükségleteire, valamint a közösséggel szembeni kötelezettségeikre is.”(ICPD Programme of Action, 7.3. paragrafus, 2004)⁶

⁶ saját fordítás

A nyilatkozat tehát kölcsönös jogokat és kötelességeket fogalmaz meg mind a társadalom, mind az egyén számára. A társadalomnak biztosítania kell a döntés szabadságát, a megfelelő eszközöket és információkat, az egyénnek pedig mindezek birtokában úgy kell döntenie, hogy eközben tekintettel van a társadalomra. A gyermekvállalási szándékok vizsgálatakor ugyanezek a szempontok jelennek meg az elméletekben: mik azok az információk és eszközök, amelyek a döntés meghozatala előtt rendelkezésre állnak, milyen szabadsága van az egyénnek a döntésben (milyen objektív és szubjektív elemek korlátozzák – ha igen), illetve milyen következményeket feltételez magára, a gyermekeire és a társadalomra nézve.

A legleegyszerűsítőbb termékenységre vonatkozó megközelítés szerint a szülői karrier kezdetekor az egyén (adott esetben pár) döntést hoz arról, hogy mennyi gyermeket szeretne, majd a kívánt gyermekszám elérésekor befejezi a családgyarapítást (Becker 1981). Ez a közgazdasági elmélet nem számol a kockázatokkal, a döntés szociálpszichológiai hátterével, sem egyéb – a termékenységet befolyásoló – tényezőkkel. Ennek ellenére egyszerű és tömör megfogalmazása mutatja a döntési folyamatok mélyén húzódó alapvető reményt és optimizmust, amely arra biztatja az egyént, hogy szándékokat fogalmazzon meg, hiszen a végrehajtás kontrollja a saját kezében van.

Namboodiri elmélete a túlságosan hosszú és előre tervezhetetlen teljes termékenységi periódus helyett szakaszos döntési mechanizmust modellez. Eszerint ez a döntés minden egyes gyermek születése után újra megszületik, hiszen minden gyermek alapjaiban változtatja meg a család szerkezetét. Ebben az esetben tehát nincs „ideális” vagy „vágott” gyermekszám, amelyet mérni lehetne (Namboodiri 1983).

A legtöbb elmélet azonban foglalkozik a vágyakkal, szándékokkal (ezek különbözőségével) és a megvalósítással. A megfigyelt tapasztalat szerint ugyanakkor nagy különbség van a vágyak és a valóság között, ezért felmerül a kérdés, hogy van-e értelme egyáltalán a vágyak vizsgálatának. Mennyire van jósló ereje a vágyak mérésének, ha a cél az életút során megváltozik? Mennyire van értelme vizsgálni a termékenységi vágyakat, amikor a megvalósulás több olyan tényezőtől függ, amelyek fiatal felnőttként is még előreláthatatlanok? A tervek-vágyak mérésének másik nehézsége a megbízhatatlan válaszadás. Sokszor, főleg ha a válaszadó maga is bizonytalan, vagy úgy érzi, normasértőek a vágyai (gyermektelen szeretne maradni vagy épp ellenkezőleg,

nagyon sok gyermeket szeretne), hajlamosabb a normát követni, és az elvártnak érzett kétgyermekes modellt (de valamiképpen a saját szélsőséges vágyaiknál elfogadhatóbb számot) jelölni meg vágyként (Hayford 2009). Ezért Quesnel-Vallée és Morgan (2003) meg is kérdőjelezi a szándékok mérésének előrejelző voltát. Kétségeik ellenére azonban ők is hasznosnak ítélik a szándékokra vonatkozó kérdést egyrészt a változások követése, másrészt a vágyak ellenére alacsony fertilitás megértése miatt. A gyermekvállalással foglalkozó tanulmányok végleges konklúziója mégis az, hogy van összefüggés, még akkor is, ha sok idő telik el a két mérés között (Hayford 2009), és sokszor jelentősen eltérő is a két eredmény (Klobas és Lappega 2015).

A termékenység vizsgálatok a viselkedési szándékok és a valós viselkedés közötti összefüggés mérése azonban nem egyértelmű. Kérdéses, hogy mit tekintünk ebben az esetben végső viselkedésnek. A kutatások során egyaránt szerepel eredményként a fogamzásgátlás eszközeinek elhagyása, a prokonceptív viselkedés, maga a teherbeesés, illetve a végső gyermekszám, ezek pedig nagyon különbözhetnek egymástól (Miller és Pasta 1995).

2.1.1 Termékenységi elméletek

A termékenységgel foglalkozó szakirodalomban leggyakrabban használt két komplex elmélet a szociálpszichológus Ajzen Tervezett Viselkedés Elmélete (Theory of Planned Behaviour; TPB) (Ajzen 1991), amely a bármilyen viselkedésre irányuló szándék és a megvalósulás közötti kapcsolatra ad egy magyarázó keretet, illetve Miller és Pasta (1988, 1995, Miller és társai, 2010) Jellemzők-Vágyak-Szándékok-Viselkedés (Traits-Desires-Intentions-Behaviour, TDIB) modellje, amely már konkrétan magyarázza a termékenységi viselkedést is (először a gyermekvállalás időzítésére vonatkozóan). Míg a TPB középpontjában a szándék áll, és nem foglalkozik a vágy meglétével, a TDIB úgy határozza meg a vágyakat, mint viszonylag stabil képződményeket, ezért kritikusai szerint nem alkalmas a vágyak változásának megértésére (Gray és társai 2013). Buhr és Huinink (2014) empirikus vizsgálatokat összegző tanulmányukban is amellet érvelnek, hogy a vágyak a körülmények hatására változnak, de írásukban bizonytalan a distinkció a vágyak és a szándékok között, a szándékok változását egyértelműen a vágyak változásaként értelmezik. Jelen dolgozat kiindulópontja a TDIB modellhez illeszkedik,

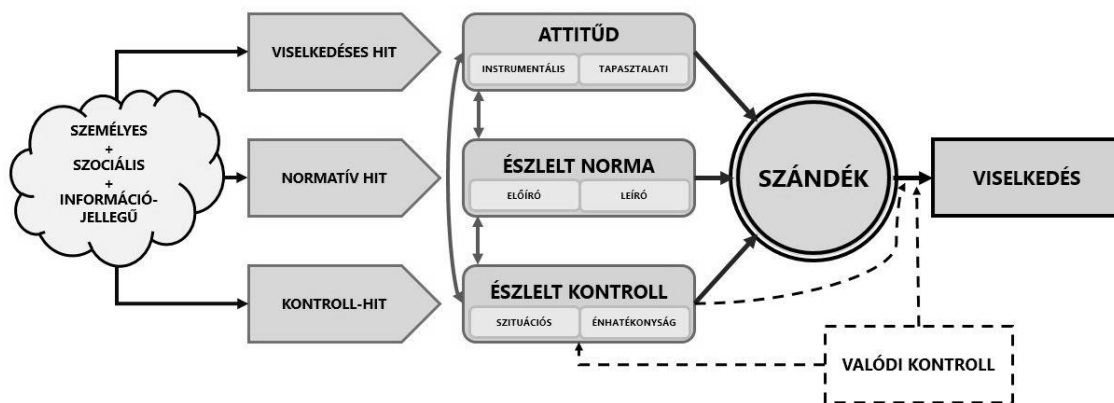
eszerint a vágyak stabilak maradnak, de a változó körülmények hatására változhat a szándék.

2.1.1.1 Tervezett viselkedés elmélet (TPB)

Az Ajzen és Fishbein által megalkotott Indokolt Cselekvés Elmélet („Theory of Reasoned Action”, TORA) (Fishbein és Ajzen 1975) továbbfejlesztett változata a Tervezett Viselkedés Elmélete (Ajzen, 1991 – 1. ábra), melyet nagyon gyakran használnak az emberi döntéshozatal, illetve az azt követő viselkedés mérésére a legkülönbözőbb területeken. A gyermekvállalás mellett vizsgálták többek között olyan rövidebb-hosszabb távú célok elérésének mérésére is, mint a szülői házból való elköltözés, a szexuális úton történő betegségek elleni védekezés, oktatásban való részvétel, a kisbaba táplálása, a testsúlycsökkentés vagy a környezetvédelem (Ajzen és Fishbein 2005, Dommermuth és mtársai 2011, Liebroer 2011, Ma és munkatársai 2018).

Az elmélet középpontjában egy cselekvés kivitelezésére irányuló egyéni szándék áll. Maga a viselkedés – Ajzen és Fishbein definíciója szerint – négy tényezőt foglal magában: egy *cselekvést*, amely egy *célra* irányul, egy adott *kontextusban*, az *idő* egy adott pontján (Ajzen és Fishbein 2005).

A TPB az egyéni döntés folyamatát (nem pedig hatékonyságát) modellezi, ezért az objektív korlátozó tényezők az egyén személyiségén, tudatosan vagy tudattalanul megélt percepcióin keresztül jelennek meg.



Ajzen és Fishbein (2005), Billari és munkatársai (2009) és Dommermuth és munkatársai (2011) tanulmányai alapján

1.ábra Ajzen: Tervezett viselkedés elmélet

A szándék erőssége dönti el, hogy milyen valószínűséggel történik meg maga a viselkedés, mekkora erőfeszítést tesz az egyén (és hányszor), hogy elérje a szándékolt célt. A viselkedés létrejöttének valószínűségét a szándék erőssége mellett objektív tényezők is korlátozzák, amelyek az adott viselkedés végrehajtásának feltételül szolgálnak. A viselkedés feletti objektív kontrollt befolyásolja a rendelkezésre álló idő, pénz, az egyén szükséges képességei, illetve adott esetben mások kooperációja.

A szándék az elméletben három, egymással szoros kapcsolatban lévő tényező következménye: a személyes attitűdök, az észlelt norma és az észlelt kontroll együttesen alakítják ki a viselkedésre irányuló szándék erősségét, határozottságát. Ezek a tényezők ugyanazon a tudáson, információn alapulnak, mégis konceptuálisan függetlenek egymástól (Ajzen és Fishbein 2005). A viselkedésre irányuló attitűdök tartalmazzák az egyén vélekedését arról, hogy meglátása szerint végeredményben milyen pozitív, illetve negatív hatásokkal jár maga a viselkedés, mekkora a várható költsége, mik a várható előnyei. Az attitűdök részben instrumentális jellegűek, arra irányulnak, hogy az adott cselekvés önmagában mennyire értékes vagy kívánatos, részben pedig tapasztalati jellegűek, azaz korábbi élmények hatására társul hozzájuk pozitív vagy negatív érzés (kellemes-kellemetlen, unalmas-érdekes).

A szubjektív normák tartalmazzák az egyén megítélését arról, hogy a viselkedéshez milyen társas (társadalmi vagy a szűk környezetére jellemző) vélekedés társul, azaz milyen pszichés támogatásra számíthat a környezetétől, illetve mennyire tartja a környezete elítélendőnek vagy követendőnek az adott viselkedést. Ez a tényező is két típusba osztható, a leíró jellegű normák azt mutatják, hogy az egyén környezetére mennyire jellemző az adott viselkedés, az előíró jellegű normák pedig azt jelzik, hogy az egyén megítélése szerint a környezet mennyire várja el tőle az adott viselkedést.

A TORA-ban még nem szereplő szubjektíven megélt kontrollérzet azt a vélekedést tartalmazza, hogy milyen fokon érzi az egyén az adott cselekvés végrehajtását a maga számára megvalósíthatónak. Egyik típusa a belső kontrollérzet, azaz mennyire tartja az egyén könnyűnek vagy bonyolultnak, képességeihez illeszkedőnek a cselekvést. A külső kontrollérzet a környezet egyén által felismert vagy vélt korlátaira, lehetőségeire irányul (Ajzen 1991, Ajzen és Fishbein 2005).

A *szándék*, az ezt követő *viselkedés* és az ezt megelőző három tényező (*attitűd*, *észlelt norma* és *észlelt kontroll*) kölcsönösen egymásra ható és visszaható rendszert alkotnak.

Ha a tervezett viselkedésre irányuló attitűd erősen pozitív következményeket feltételez, az befolyásolja a külső normák, illetve kontroll percepcióját, vagy éppen csökkentheti ez utóbbiak jelentőségét. Ha nagyon erős az észlelt norma, a közösségi elvárás az adott viselkedéssel kapcsolatban, az felerősíti az észlelt külső kontroll felismerését is, csökkentve az egyén belső kontrollérzetének fokát (Billari 2009).

A szándékot követő viselkedés végrehajtására irányuló kísérletek tapasztalatai (könnyedsége, hatékonysága) visszahatnak ezekre, és megváltoztathatják mind a szándékot, mind a kontrollérzetet, ezek megerősödése pedig növeli az adott viselkedés bekövetkeztének valószínűségét (Ajzen 1991).

Az attitűd, a szubjektív normák és a szubjektív kontroll kialakulását közvetlenül megelőzik az ezekre vonatkozó személyes hitek, amelyek további egyéni és társas háttérváltozókon, illetve elérhető információon, tudáson alapulnak.

Az individuális háttérváltozók közé tartoznak többek között a személyiségjellemzők, érzelmi állapot, intelligencia, sztereotípiák, általános attitűdök, értékek, tapasztalat, paritás (a már meglévő gyermekek száma), alkalmi hangulat. A szociális háttérváltozók közé tartoznak a gyermekellátás intézményi rendszere, a szülők munkaerőpiaci helyzete, végzettsége, kora, neme, vallása, kultúrája, etnicitása. Az információs háttérváltozók körébe tartozik a média által közvetített üzenetek, az adott viselkedésre vonatkozó megszerzhető tudás, illetve a kontrollt, normát befolyásoló intervenciók lehetőségei ismerete (Ajzen és Fishbein 2005, Billari és társai 2009, Dommermuth és társai 2011).

Az elmélet megkülönbözteti a szándék erősségét a végrehajtás valószínűségétől (erős általános szándék ellenére /pl. a gyógyszer bevétele/, alkalmas időben elmaradhat a tervezett viselkedés), továbbá a viselkedés szándékát az elért céltól. Ez magas szintű személyes kontroll esetében nagyon hasonló lehet, máshol viszont – a kontroll téves megítélése miatt vagy bizonyos információk hiányában – távol áll egymástól (pl. a szándék súlyemelés testsúlycsökkentés érdekében → megtörténik a súlyemelés mint viselkedés, de nem történik meg a fogyás mint cél). A szubjektív kontroll, illetve akadályok ilyen esetben felerősödnek, amelyek később a (viselkedés ismétlésére irányuló) szándék erősségére is hatnak (Ajzen és Fishbein 2005). Ahhoz tehát, hogy a szubjektív és objektív kontrollérzet egymáshoz közelítsen, szükség van információra a rendelkezésre álló forrásokról, illetve azok változásáról az időben.

A TPB hatékonysága jelentősen függ attól, hogy a cél vagy a célhoz vezető viselkedés milyen távol van időben a döntés meghozatalától. Tipikusan a gyermekvállalási döntések kivételének ideje egy nő esetében 20-30 évet is felölelhet (férfinál még többet), ez alatt a szándékot befolyásoló összes objektív és szubjektív tényező megváltozhat, míg egy rövidtávú cél (pl. kondomhasználat) elérése alatt a környezet várhatóan nem változik döntően. Minél hosszabb idő telik el a szándék megformálása és az viselkedés végrehajtása között, annál nagyobb az esélye, hogy más tényezők megakadályozzák a végrehajtást, de a TPB még akkor is jóslóerejű marad (Dommermuth és mtársai 2011, Klobas és Lappega 2015). A szándékok mérésének további fontos kérdése a (döntés előtt álló) válaszadó vélekedése a szándékok kifejezésének szabadságáról, kimondhatónak gondolja-e a viselkedésre irányuló valós szándékát, ez is jelentősen megnövelheti a szándékok és a későbbi valós viselkedés közötti különbségeket.

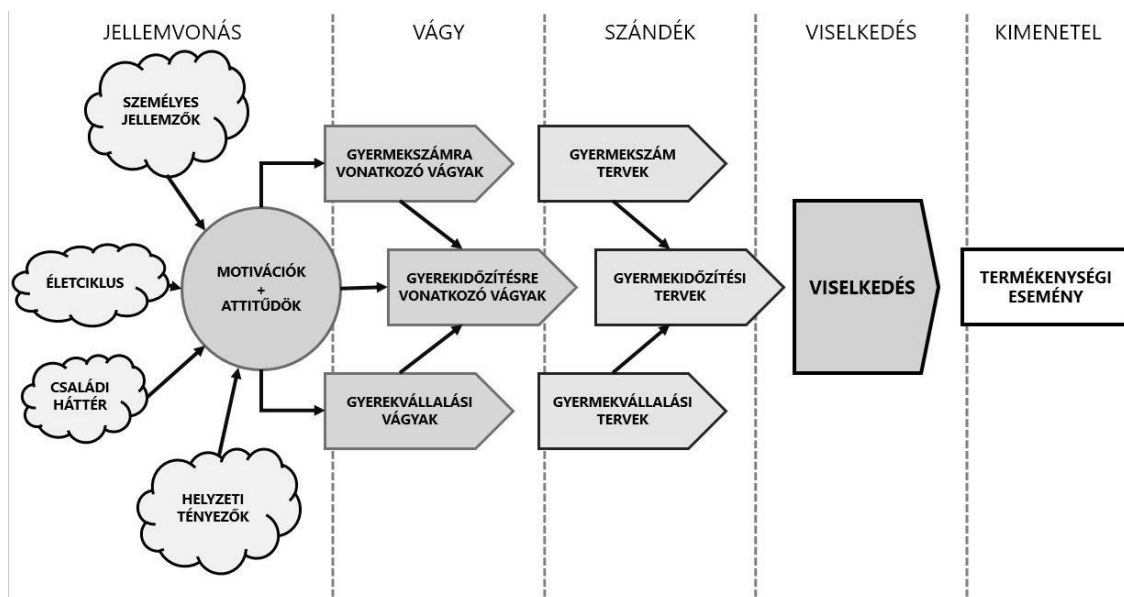
Bár a kutatások jelentős része használja a TPB-t elméleti keretként a termékenységgel kapcsolatos viselkedések mérésére, több kritikát is megfogalmaztak a modell ezen a területen való használhatóságával kapcsolatban. Nem jelennek meg ugyanis a kompetitív egyéb szándékok sem a döntéshozó életének más területeiről, sem a partner termékenységi szándékait illetően. Billari és mtársai (2009) az elmélet adaptálásakor a pár másik tagjának intencióit besorolták az egyén szubjektív normára vonatkozó elképzeléseibe, Testa és Rampazzo (2017) értékelésében ez az elem a külső kontrolltényezők közés tartozik, de érezhető a kutatók törekvése arra, hogy a partner gyermekvállalásra irányuló szándéka kiemeltebb helyet foglaljon el a modellben.

Barber (2001a) A TPB egydimenziós létét kritizálva megállapítja, hogy valójában az életben párhuzamos viselkedésekre vonatkozó párhuzamos szándékok vannak jelen, amelyek végrehajtása néha kompromisszumokat igényel. Ezek a szándékok (a gyermekvállalás mellett például a tanulás, a munka vagy a fogyasztás) néha egymást kizáróak, és versengenek az egyén erőforrásaiért. Barber hangsúlyozza, hogy itt nem a jelenlegi résztvétel vagy viselkedés a döntő szempont, hanem az ezekre irányuló attitűdök, különösképpen, mert az észlelt kontroll ezekben a tevékenységekben magasabb lehet, mint a gyermekvállalás esetében.

2.1.1.2 Jellemzők-vágyak-szándékok-viselkedés modell (TDIB)

A TPB másik hiányossága – egydimenziós volta mellett –, hogy a vágyakkal, ideákkal nem foglalkozik, nem építi be a modellbe (Liefbroer és munkatársai 2015). Miller és Pasta kifejezetten termékenységre kidolgozott modellje (1988, 1993, 1995, Miller és mtársai 2010) mindkét kritikára megoldást kínál. Megkülönbözteti a vágyakat és a szándékokat, illetve lehetőséget teremt a kompetitív célok megjelenítésére.

Az elmélet fontos sarokköve a személy nem tudatosan észlelt gyermekvállaláshoz kötődő motivációja, amelynek gyökerei részben biológiaiak, részben környezeti hatások következtében alakulnak ki. Amikor ezek a motivációk aktiválódnak, akkor alakul ki – immár tudatos szinten – a vágy a gyermek után. A vágy azonban ritkán válik valóra közvetlenül, a valóság integrációja kell hozzá. Az egyén a folyamat során a vágyat integrálja a körülötte észlelt valósággal és gátló körülményekkel, majd a józan értékelést követően jelenik meg maga a szándék, amely ily módon jelentősen különbözhet a vágytól.



Miller és Pasta 1995 és Miller és munkatársai 2010 tanulmányai alapján

2.ábra Miller és Pasta: Jellemzők-Vágyak-Szándékok-Viselkedés modell

A személyes jellemzők közé tartoznak mindazok a motivációk és attitűdök, amelyek akár tudattalanul is befolyásolják a gyermekvállalási vágyakat. Ezek lehetnek biológiai alapúak, ösztönösek, részben a korai gyermekévek tapasztalatai által alakítottak. Mivel többrétűek, sokféle gyökérrel és múltbeli tapasztalattal is rendelkeznek, a motivációk

egymáshoz való viszonya ambivalens lehet. Miller és társai (1998) megállapítják, hogy az agyban két típusú alapvető motivációs rendszer működik, egyik a kívánatos dolgok megszerzésére irányul, másik a kellemetlen dolgok elkerülésére. Ez a két rendszer azonban nem szükségszerűen reciprokálisan működik (Cacioppo és társai 1999), ezért nem írhatók le egy egyszerű pozitív-negatív tengelyen. A pozitív gyermekvállalási motivációk (várandósság, szülés, gyermekkor öröme, hagyományos szülőség vágya, gyermeknevelés okozta elégedettség, gyermekkori nagycsaládban megélt „gondoskodó idősebb testvér” érzésének öröme, kötődés, „szükség van rám” érzése, önmagában a gyermek értékessége) és a negatív motivációk (nehézségek a várandósság, illetve a szülés során, szülőséggel kapcsolatban érzett félelmek, aggodalmak, gyermekgondozás hátrányai, szülői stressz, erős rendigény, amelyet fenyeget a megterhelő és sokszor kaotikus gyermeknevelés képe, gyermekkori nagycsalád kellemetlen emléke) egyszerre lehetnek jelen. A fentiek miatt Miller úgy találta, hogy a pozitív és negatív motivációkat érdemes külön vizsgálni, hiszen elképzelhető, hogy egy egyén esetében mindkettő szintje magas vagy éppen mindkettő alacsony. Mindemellett a folyamat végpontján nehezen elképzelhető, hogy valaki ténylegesen proceptív és kontrceptív magatartást is folytat, a pozitív és negatív motivációk mérlege a szándéknál véglegesen elbillen.

Ezek mellett megjelennek további – a gyermekvállalási szándéokra ható – módosító tényezők. A nemi szerepekről való elképzelés (a hagyományos férfi-női szerepek elfogadása inkább vezet a nagyobb gyermekszám vágya felé, míg a modern nemi szerepek a kevesebb gyermek irányába hatnak), a vallási meggyőződés, demográfiai tényezők (pl. végzettség) vagy a szűk közösség más tagjaival való interakciók is (Miller és Pasta 1993, Miller 1994, 1995, 2007, Billari és társai 2009, Miller és társai 2010). A látens jellemzők végül felszínre törve arra vezetnek az egyént, hogy a gyermekvállalás vagy annak elutasítása megjelenjen benne vágyként. A motivációk erőssége, intenzitása tükröződik a gyermekszám és időzítés tekintetében kialakított vágyakban is. Ezek azonban olyan ideák, amelyek még nem sarkallnak cselekvésre, és nem tartalmaznak racionális szempontokat. A modell törekszik arra, hogy használható legyen a termékenység különböző szintjeinek mérésére, ezért ezen a ponton háromfelé ágaznak a vágyak (és később az ebből kialakított szándékok). Az általános gyermekvállalási vágy mellett (vágy arra, hogy szülessen gyermeke) megfogalmazódik a gyermekszámra, illetve időzítésre vonatkozó vágy is. Ezzel a modell alkalmazható lesz egy teljes életútciklus

termékenységi döntéseinek leírására, de rövidtávon is használható megadott időszakon belüli, vagy csak a következő gyermek meg(nem)születésére vonatkozó vágyak szándékká, illetve tetté alakulásának mérésére is (Miller és mtársai 2010, Testa 2012b). A szándék – megtartva a vágy hármas tagozódását – már tudatos elköteleződés a tett felé, amely figyelembe veszi a jelentős mások (különösen a partner) vágyait, továbbá más helyzeti tényezőket, szituációs korlátokat (Miller és Pasta 1995, Miller és mtársai 2010, Testa 2012b).

Maga a termékenységi viselkedés többféleképpen képzelhető el: lehet tisztán viselkedéses változás (azaz a szexuális kapcsolat időzítése termékeny/terméketlen napokra), biotechnikai fogamzásgátló alkalmazása/abbahagyása ⁷, asszisztált reprodukcióban való részvétel. A modell végpontja, azaz az egész döntési mechanizmus kimenetele végeredményben maga a termékenységi esemény, azaz a teherbeesés (Miller és Pasta 1995).

Ugyanúgy, ahogy a TPB-ben láttuk, ezek az egymástól független konstruktumok a valóságban egymástól kölcsönös függőségben léteznek, együtt mozognak. A szándék erőssége összefügg a gyermekvállalás időzítésének tervével, minél erősebb a szándék, annál korábban időzítik a gyermekvállalást. Ugyanígy a szándékolt gyermekszám is hat az időzítésre, könnyen belátható módon a magasabb tervezett gyermekszám korábbi kezdést indokol (Miller és Pasta 1995).

A TPB-vel szemben a modell törekszik a reprodukció diádikus természetének a megjelenítésére. A pár közös döntése interakciók következménye, amiben egyrészt a pár a megélt közös életút során hasonló élményeket él át, ezért hasonlóképpen formálódik a gyermekvállalásra irányuló vágy, másrészt amikor a vágyból szándék formálódik, akkor a partnerek már számításba veszik a másik fél vélt elképzelését a gyermekvállalásról. Ha a közös múlt és jellembeli hasonlóság ellenére nincs konszenzusos döntés, a pár döntési konfliktusából több forgatókönyv alapján következik a közös szándék. Előfordulhat, hogy az egyik partnernek nagyobb hatása van a döntésre, erősebb a motivációja, ezért az ő vágyához közelebb áll a végső szándék.

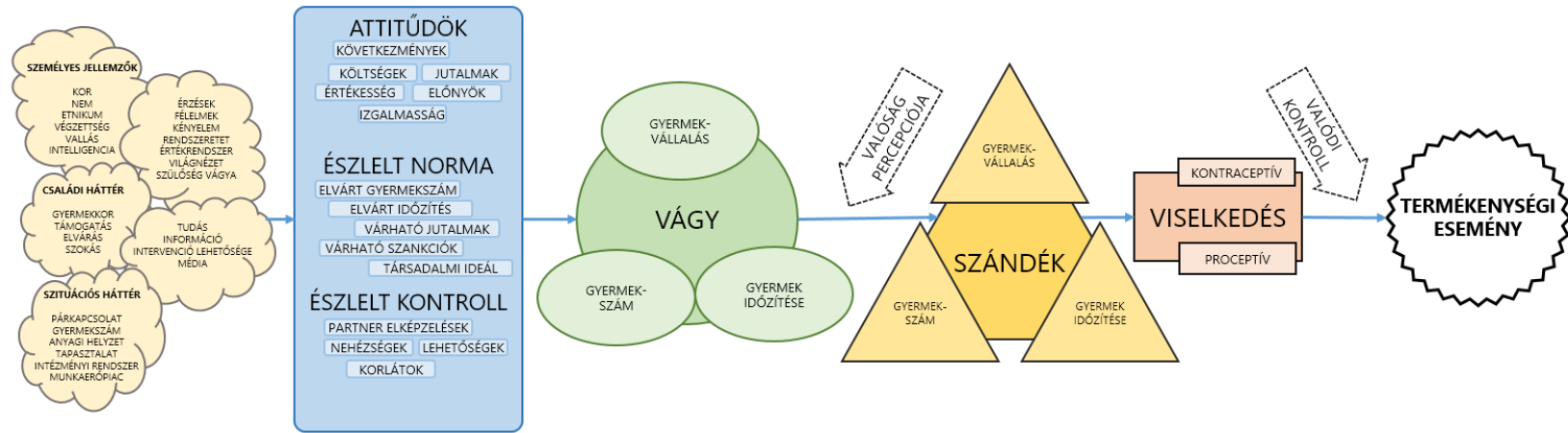
⁷ Biotechnikai fogamzásgátlónak tekinthető minden olyan gyógyszeres, illetve mechanikai eszközös megoldás, amely a fogamzást vagy a megtermékenyült petesejt beágyazódását akadályozza.

A TPB-hez hasonlóan a TDIB modelljét is több kutatás használta a termékenységi szándék megvalósulásának mérésére. Ebben az esetben is bizonyítást nyert, hogy bár a hosszú termékenységi életút alatt a vágy szándékká, majd viselkedéssé transzformációja során rengeteg új befolyásoló tényező léphet fel, a késő kamaszkori-korai felnőttkori mérések valódi jóslóerővel bírnak a megvalósult termékenységre nézve (Miller és Pasta 1995, Miller és mtársai 2010).

2.1.2 A vágyak, tervek, szándékok és a valós viselkedés – a TPB és a TDIB komplex modellje

Ajzen és Fishbein, illetve Miller és Pasta modelljei megvilágítják azt a döntési folyamatot, amely során az egyén – a koragyermekkorától őt ért impulzusok és alapvető örökölt tulajdonságai hatására – a maga számára megfogalmazza a gyermekvállalással kapcsolatos vágyait, terveit, majd megfelelőnek ítélt körülmények megléte esetén megpróbálja azokat megvalósítani. Jelen értekezés szempontjából a legfontosabb elemek mindkettőnek, hogy az egyén gondolkodásában is megjelenő sokféle tényező, a változó körülmények, szituációs korlátok hatására az életút során nem íródik felül teljesen a korán megfogalmazott vágy, az a teljes termékenységi ciklus végére érve is meghatározó marad (Hayford 2009). Bár többen szembeállítják a két elméletet (Billari és mtársai 2009, Miller 2011, Testa és Rampazzo 2017, Liebroer és mtársai 2015, Ray és mtársai 2018), az alapvető döntési mechanizmust nagyon hasonlóképpen írják le. A különbségekre például jelentenek a TDIB-ben kiemelt szerepet kapó ideák, amelyek a TPB háttértényezői között jelennek meg (Ray és mtársai 2018), vagy a partner elképzelésének kérdése, amely Miller elméletében külön súlyt kap, míg Ajzen a jelentős mások által közvetített szubjektív normák között vizsgálja (Miller 2011). A 3. ábra a TPB és a TDIB modellek szintézise, megjelennek benne mindazok az elemek, amelyeket a két elmélet valamelyike tartalmaz, továbbá lehetőséget teremt mind a rövid, mind a hosszútávú termékenységi döntésekre ható tényezők áttekintésére, éppen ezért tartalmaz olyan tényezőket is, amelyek az adott időtartamra nem relevánsak. Rövidtávú („Tervezi-e, hogy következő gyermeket vállal az elkövetkező három évben?”) alkalmazásnál fontos háttértényező például a már meglévő gyermekek száma, míg ez a kérdés nem merül fel a fiatalok egész életútra vonatkozó gyermekszámterveinek mérésekor. Fordított esetben tizenévesek esetében nem használható a végzettség erős háttértényezőként, hiszen azon a területen még jelentős

változások lehetnek. Az ábra a modell bővített, bármilyen távú vizsgálatra alkalmas formáját tartalmazza.



(saját szerkesztés)

3.ábra A termékenységi döntés folyamata a TPB és a TDIB elméletek alapján (saját szerkesztés)

2.2 A termékenységi döntés folyamatára ható tényezők

A következő fejezetekben a TPB-TDIB komplex modell struktúrája alapján veszem sorra a termékenységi döntésben részt vevő tényezők szerepét. Bemutatom az ismert kutatási eredményeket, amelyek a háttérváltozók különböző elemei és a termékenység közötti összefüggést tárják fel, az ezekből következő attitűdöket, norma- és kontrollpercepciókat, illetve vágyakat és szándékokat. Mivel jelen értekezés célja a termékenység teljes életút során való megvalósulása, végleges viselkedésnek és termékenységi eseménynek a teljes elért gyermekszámot tekintem, ezért a megvalósulás leírását megelőzi azon események, módosító tényezők bemutatása, amelyek a döntési mechanizmus valamely pontján változást indukálnak.

2.2.1 A háttérváltozók szerepe

2.2.1.1 Személyes jellemzők

Minden társadalmi jelenség kiindulópontja szükségszerűen a személyes jellemzők leírása. A kor, nem, végzettség, vallás, etnikum olyan adottságok, amelyek alapvetően határozzák meg az egyén döntéseinek korlátait, függőségi helyzetét. Gyermekvállalási szándékok esetén kiemelt jelentősége van a nemnek, hiszen egyrészt a női termékeny életciklus sokkal korlátozottabb, mint a férfié, másrészt a gyermekvállalás során a nőkre hárulnak (legalábbis eleinte) a nagyobb terhek (Quesnel-Vallée és Morgan 2003, Testa és társai 2011). A szándékok mérésének idején szintén jelentős tényező az életkor: minél idősebbek a válaszadók, annál valószínűbb, hogy a (még) tervezett gyermekek száma alacsonyabb lesz. A korról ugyanis egyrészt nagyobb valószínűséggel jelennek meg kompetitív életcélok, másrészt csökken a gyermekre fordítható energia, továbbá idősebbek esetén inkább jellemző, hogy az aktuális szándékot az élettapasztalat – azaz a meglévő gyermek neveléséhez kapcsolódó élmények, nehézségek – visszafogják (Miller és Pasta 1993).

A végzettség és a tervek összefüggései is gyakran vizsgált terület: bár a TDIB szerint a magas végzettség azzal jár, hogy több – elérhető – versengő cél jelenik meg a nő terveiben (Testa 2012b), az Eurobarometer kutatásai azt mutatják, hogy a nők iskolai végzettsége és gyermekvállalási szándéka pozitív korrelációt mutat. Míg korábban – az ezredforduló előtt – inkább volt jellemző a karrier és a gyermekvállalás versengése (Pongrácz 2002,

Miller 1992), és a fejlődő országokban még továbbra is ez érvényes (Testa, 2012b), 2000 után a trend megfordult, és úgy tűnik, a nők mára összeegyeztethetőnek tartják a saját emberi tőkébe való befektetést és a nagycsaládot (Temesváry 2012, Testa 2014). A magasabb termékenységi szándék nem feltétlenül a végzettség „terméke”, makro és mikro moderáló tényezőkön keresztül hathat. A magasan képzett nőknek nagyobb eséllyel van magas iskolai végzettségű partnerük, jobbak az esélyeik a házasságra, képesek nagyobb egyenlőséget elérni a házimunka terén, előnyösebb munkahelyi pozícióba kerülnek, így jobb lehetőségeik vannak arra, hogy egyensúlyozzanak a munka és a család között (Gauthier 2007, Kreyenfeld 2012, Testa 2012b, 2014, Testa és mtársai 2016). A lehetőségek skálájának másik végén azok a nők helyezkednek el, akiknek az átlagnál jóval alacsonyabb iskolai végzettségük miatt nagyon bizonytalan a várható munkahelyi karrierjük, így a bizonytalanságérzet csökkentésére kiemelt céljuk a gyermekvállalás lesz (Friedman és mtársai 1994). Az előbbieket alapján elmondhatjuk tehát, hogy magasabb a tervezett gyermekszám azoknál, akik nagyon magas, illetve akik nagyon alacsony iskolázottságúak. A végzettség nemcsak a gyermekszámra vonatkozó vágyakkal függ össze. A munka és a család összeegyeztethetőségére a képzettebb nőknek két alternatíva kínálkozik: az első megoldás szerint a tudás és tapasztalat összegyűjtése idő, kitolódik a származási családtól való függetlenedés ideje, inkább későbbre halasztják a gyermekvállalást (Kapitány és Spéder 2018). Ugyanakkor megfigyelhető az az irány is, hogy a magas végzettségű nők – meglévő stabil párkapcsolat esetén – inkább felgyorsítják a gyermeknevelési terveiket, hogy minél hamarabb kezdhessék a karrierjüket (Barber 2001a). Ez a gyorsító szándék megjelenik az első – halasztó – magatartást választóknál is, sokszor a munkából való kiesés rövidítése érdekében kisebb gyermekek közötti intervallumot terveznek (Kreyenfeld 2012).

A legtöbb vallás rendelkezik egységes – többnyire családközpontú – értékrendszerrel, nem meglepő tehát, hogy mind a vallásosság meglétével, mind annak fokával pozitív összefüggésben van a magasabb tervezett gyermekszám (Miller és Pasta 2003, Heiland és mtársai 2008, Berghammer 2009). A vallás azonban nemcsak a hitrendszeren keresztül hat. A vallásos nevelésben részesült válaszadók nagyobb valószínűséggel rendelkeznek vallásos nagyszülőkkel, rokonsággal, illetve szüleik hatására kiskoruktól hívő közösségek (kórus, hittan, sport) tagjai lettek, amelyek lehetőséget teremtettek a hasonló világnézetű kortársakkal való baráti kapcsolatok kialakítására (Berghammer 2009).

2.2.1.2 Családi háttér

A gyermekvállalási szándékok vizsgálatok az egyik legrészletesebben kutatott terület a családi háttér szerepe volt. Az elmúlt négy-öt évtizedben, amióta a modern születésszabályozás megjelent, szorosabb lett a kapcsolat a szülők és gyermekeik fertilitása és a gyermekvállalásuk időzítése között (Barber 2001b, Murphy és Wang 2002). Ez azt mutatja, hogy a genetikai tulajdonságok öröklődése (azaz a termékenységgel kapcsolatos fiziológiai tényezők) mellett a döntés során a gyermekek szülei társadalmi-gazdasági státuszát viszik tovább, amelyekhez hasonló lehetőségek, preferenciák és normatív meggyőződések is kapcsolódnak (Moen és mtársai 1997, Rodgers és mtársai 2001). Testa és munkatársai (2016) vizsgálatukban azt találták, hogy a termékenység továbbadásában a szülők egyrészt direkt módon vesznek részt, azaz tudatosan tanítják, nevelik őket, másrészt indirekt módon, a gyermekek utánozzák a szüleiket ezen a területen is. Ez utóbbi jelenséget Elder (1977) „összekapcsolt életek”-nek (linked life) nevezi, és azt írja le, ahogy a családtagok – az egymástól való folyamatos függés és interakciók következtében – viselkedésükkel hatnak a másokra. A család elsődleges színtere a normák átadásának. A szociális tanulás (a szülői minta követése), a szociális befolyásolás (közvetített elvárások), a szociális terjedés (a szülők által felépített network jellemző mintái), illetve a szociális támogatás (szülők jelenléte és elérhetősége) mind elősegíti, hogy a gyermek később saját családjá tervezésekor is érvényesítse az interiorizált normát (Rossier és Bernardi 2009, Keim 2011, Bernardi és Klärner 2014). A szülők nemcsak tudatos normakövetésükkel hatnak gyermekeikre, azok termékenységi szándéka összefügg a szülői iskolai végzettséggel, vallásosságával, partnerkapcsolati minőségével (Buhr és Hunink 2014), illetve ha az anyjának sikerült (vagy éppen ellenkezőleg, konfliktusos volt) a munkahelyi karrier és a gyermeknevelés összeegyeztetése, az modelltént szolgálhat a lánya számára is (Testa és mtársai 2016). Azok a gyermekek tehát, akiknek több testvérük volt, a származási családjukban erős volt a gyermek mint érték normája, illetve szülei harmonikus családi életet tudtak teremteni, nagyobb eséllyel terveznek maguk is nagyobb családot (Heiland és mtársai 2008, Rossier és Bernardi 2009, Buhr és Hunink 2014).

2.2.1.3 Szituációs háttér

A háttértényezők egyik legváltozékonyabb területe a szándékot megfogalmazó válaszadók szituációs háttere. A párkapcsolat megléte, stabilitása az adott helyzetben hatással van nemcsak a gyermekszámtervekre, de azok erősségére is (Hayford 2009). Az alkalmas és elérhető társ nemcsak közvetlen stabilitást jelent, általa megduplázódik az elérhető források száma, a személyes kapcsolati háló, a tágabb családtól várható anyagi, szolgáltatásbeli vagy érzelmi segítség (Heiland és mtársai 2008). A már meglévő gyermeknevelési tapasztalat is (akár pozitív, akár negatív) hatással van a következő gyermek vállalására. Annál is inkább, mert a termékenységi szándékok meghatározása kétirányú: erősebb, fontosabb a szülőség vágya, amely akár egy gyermekkel is teljesül már, míg gyengébb és időben ezt követő szándék a gyermekszám – így az első gyermek vállalása után könnyebben átrendeződhetnek a szándékok (Billari és mtársai 2009). Az első gyermek megszületése utáni átrendeződést Heiland és munkatársai (2008) „baby-shock” hipotézisnek nevezik, amely plasztikusan írja le azt a helyzetet, amikor az első gyermek megszületése után szembesülnek a szülők a gyermeknevelés valóságával.

Az aktuális gazdasági helyzet – függetlenül a végzettségtől – szintén hatással van a gyermekvállalási szándékokra. A globális kilátások, az ország vagy a szűkebb környezet gazdasági helyzetének rossz irányba alakulása visszavetheti a fiatalokat már a szándék megfogalmazásakor (Hollós és Bernardi 2009), ugyanakkor egyéb személyes jellemzők moderálhatják ezek hatását a gyermekvállalásra. Hakim (2003) három típusba sorolja a nőket az alapján, hogy hogyan hatnak rájuk a környezeti tényezők: az otthoncentrikus nők elsődleges célja a család, a gyermekvállalás, tanulásuk célja inkább az önfejlesztés helyénvalóságának érzése, értékesség, nem pedig a jobb karrier lehetősége. Érzékenyek a családpolitikai intézkedésekre, de a globális gazdasági kilátások kevésbé érdeklik őket. A munkaközpontú nők sokat fektetnek tanulásba, önfejlesztésbe, céljuk inkább a karrier, sport, művészetek terén van, kevésbé érzékenyek a szociális-családpolitikai változásokra, de figyelik a gazdasági-politikai környezetet. A kettő típus között helyezkedik el az adaptív nők csoportja, akik ötvözni szeretnék a munkát és a családot, és minden típusú intézményi változásra érzékenyen reagálnak.

2.2.2 Attitűdök – észlelt norma – észlelt kontroll a vizsgálatokban

2.2.2.1 Attitűdök

A gyermekvállalási döntés előnyök és kockázatok mérlegelése (Namboodiri 1983, Liefbroer 2005, Morgan és Rackin 2010, Kariman és mtársai 2014). Ez nagymértékben függ az egyén személyétől, a kultúrától, amiben él, az őt körülvevő környezettől, a szociális hálótól, az általános, illetve egyéni gazdasági helyzettől, illetve számos további tényezőtől (Balbo és Mills 2011). A gyermek önmagában érték, a szülők kulturális és genetikai örökségének továbbvivője, léte örömforrás, lehetőség a személyes fejlődésre, társadalmi megbecsültségre, szorosabb társadalmi kapcsolódásokra (Hayford 2009, Kariman és mtársai 2014).

Hoffman és Hoffman (1973) kilenc alapvető szükségletet sorol fel, amelyet a leendő gyermekvállalás kielégít: 1) szociális identitás és felnőttstátusz 2) énkiterjesztés, halhatatlanság iránti vágy 3) altruista, vallásos, erkölcsös viselkedés, normakövetés 4) elsődleges kötődés, ragaszkodás, 5) újdonságkeresés, élvezet 6) alkotás, képességérzés 7) erő, befolyás, hatékonyság 8) szociális versengés 9) gazdasági hasznosság.

Liefbroer (2005) hasonló elmélete három csoportba sorolja a gyermekvállalás előnyeit: a szociális előnyök a csoportnormákhoz való alkalmazkodást jelentik, illetve egy kapcsolódási formát a nagyobb közösséghez. Az érzelmi és pszichológiai jellegű előnyök tartalmazzák a kompetenciaérzést, a hatalomgyakorlás örömet, a gyermekek ösztönzést és szórakozást jelentenek, továbbá a szülők részesedhetnek a gyermek által elért eredmények előnyeiből. A gazdasági jellegűek pedig jelentik az öregkori várható támogatást, illetve a család gazdasági stabilitásához való hozzájárulást. Liefbroer kitér a férfiak és nők közötti különbségekre: a nők a partnerkapcsolat minőségének javulásán túl a biztonságérzet növekedését is várják a gyermekvállalástól.

A gyermekvállalás költségei közé (ideértve az anyagiak mellett az érzelmi, illetve szociális költségeket is) nemcsak a közvetlen nevelési költségek tartoznak (élelmezés, lakhatás, ruházkodás, oktatás), hanem közvetetten a más lehetőségekről való lemondás is. Ez különösen a nőket érinti, a férfiaknál kevesebb személyes költség várható és nagyobb előnyök, a nők viszont karrierlehetőségeik és személyes autonómiájuk csökkenésével, anyagi helyzetük romlásával számolhatnak (Liefbroer 2005, Kariman és mtársai 2014)

Ezen előnyök és kockázatok mérlegelése ugyanakkor jelentősen helyzet- és kultúrafüggő. Az Életünk fordulópontjai kutatásban a három éven belül gyermeket tervezők inkább várják életük jobbra fordulását szemben a gyermeket nem tervezőkkel, akik munkahelyi kilátásaik, anyagi helyzetük romlását várnák inkább egy gyermek érkezésétől (Spéder és Kapitány 2007). Ezek az eredmények arra is utalhatnak, hogy azok a háttértényezők, amelyek szerepet játszanak a gyermekvállalással szembeni attitűd formálásában, később befolyásolják a racionális döntési folyamatot, egyes objektív tényezők szerepét felnagyíthatják, másokét csökkenthetik.

2.2.2.2 Az észlelt norma

Az észlelt norma mérése során a tanulmányok családtagok, a barátok, a szűk környezet, illetve a társadalom felől érkező támogatásokat, elvárásokat veszik számításba. Míg az individualizáció a második demográfiai átmenetnél már taglalt módon azt sugallná, hogy egyre kevesebb hatása van a környezetnek a gyermekvállalási döntésekre, a kutatások azt mutatják, hogy a külső elvárásokhoz való alkalmazkodás továbbra is erős (Billari és mtársai 2009, Balbo és Mills 2011). Miller és Pasta 1995-ben még azt mérte, hogy a nagyszülői nyomásnak van inkább szerepe, a barátok attitűdje nem volt szignifikáns, Spéder és Kapitány (2007) már azt mutatták ki, hogy közelítenek egymáshoz a különböző interperszonális hálózatok által közvetített normák, és bár megfigyelhető különbség a barátok és a nagyszülők elvárásai között, ezek kisebb jelentőségűek. A gyermekek sorrendjét figyelembe vevő kutatások azt mutatták, hogy míg az első gyermek megszületése inkább tekinthető belső igénynek, saját döntésnek, a második-harmadik gyermek vállalása erősen függött a szociális nyomástól, illetve várható társas támogatástól, amelyek nemcsak a rokonok, nagyszülők, hanem a barátok felől is érkeznek (Billari és mtársai 2009, Balbo és Mills 2011). Ezt támasztja alá a családpolitikai intézkedések hatékonysága is, a családtámogatások változása jobban magyarázza a későbbi gyermekek megszületésének arányát (Gábos 2005). A szociális nyomás nemcsak abba az irányba hat, hogy teljesítse valaki a társadalommal (környezettel, leendő nagyszülőkkel) szembeni kötelességét, a másik irányban is működik, amikor elvárásként jelentkezik az, hogy akkor vállaljon valaki gyermeket, ha már stabil az anyagi és lakhatási helyzete, az elvárt módon tudja ő(ke)t eltartani (Kapitány és Spéder 2018). A gyermeket

tervező párok a döntési folyamat során további normatív érveket is felsorakoztathatnak a gyermekvállalás mellett, mint például a világ túlnépesedésének kérdését (Ory 1978).

2.2.2.3 Észlelt kontroll

A partner megjelent már a modellben a háttérváltozóknál (van-e stabil kapcsolat egyáltalán vagy nincs), de igazi szerepe az észlelt kontroll tényezőknél van.

Jelenleg az egyedüli gyermekvállalás még meglehetősen ritka jelenség (Kapitány és Spéder 2018), és míg a személyes ideál vagy vágy tekintetében az egyének önálló elképzelésekkel rendelkeznek, amikor a szándék meghatározásáról van szó, abban már a legtöbb esetben a partner vágya külső kontrolltényezőként szintén jelen van⁸.

A kutatások azt mutatják, hogy általában a két félnek hasonló elképzelése van a gyermekvállalásról, hiszen a párválasztás során a hasonló értékrend fontos tényező, illetve a közösen eltöltött idő is hasonló impulzusokat jelent, ezért érthető, hogy magas a két fél gyermekvállalási tervei közötti korreláció (Miller és Pasta 1998, Stein és társai 2014). Amikor a szándékok különböznek, magából a konfliktusból (még a végleges döntés előtt) bizonytalanság fakadhat, amely önmagában ok lehet a gyermekvállalás halasztására, ezért a különböző elképzelések tulajdonképpen annak a vágya felé terelik a közös döntést, aki később vagy egyáltalán nem szeretne gyermeket (Miller és Pasta 1995). Ezt a mechanizmust nevezte el Testa (2012a) szimmetrikus vétó modellnek, hiszen azon párok végső viselkedése, ahol egyik sem akar gyermeket, és ahol csak az egyik, végeredményben ugyanaz. Emellett további létező döntési stratégiák is megfigyelhetők a nem egyetértő pároknál. Az aranyközépút szabály szerint egyenrangú döntés születik, amelyben mindkét fél elképzelései hasonló súllyal szerepelnek. A nagyobb fokú érintettség elvének alkalmazásakor az anya dönt, hiszen az ő költségvállalása – idő és karrieráldozattal – nagyobb, és általában ő alkalmazza a fogamzásgátlás eszközeit is. Ha a társadalomban van élő szabály arra nézve, hogy melyik félnek kell ebben a kérdésben döntenie, szocio-kulturális alapú döntés születik. Fontos megjegyezni, hogy több

⁸ Ehelyett nem térek ki az örökbefogadás, illetve az egyedüli gyermekvállalás speciális eseteire, a partner kontrollszerepe azokban a helyzetekben jelenik meg a modellértelmezésben, ahol valamilyen együttműködő partnerkapcsolat van annak erősségétől függetlenül. Partnerkapcsolat hiányában az észlelt kontroll tényezői a többi elemre szűkülnek.

tanulmány szerint a termékenységi döntés – és az abban való dominancia – független a párkapcsolat egyéb területein működő társadalmilag elfogadott döntési mechanizmusoktól (Testa 2012a, Testa és mtársai 2012, Stein és mtársai 2014, Bauer és Kneip 2014).

A kontroll érzékelésének kardinális pontja a későbbre halasztott gyermekvállalás kockázatainak mérlegelése. A kutatások azt mutatják, hogy az egyének magukra nézve jelentősen alábecsülik az idősődéssel együtt járó termékenységsökkenés esélyét, a párkapcsolati, szituációs korlátokat, illetve felülbecsülik a személyes hatásukat a változások fölött (Miller és Pasta 1994, Morgan és Rackin 2010, Cooke és társai 2012, Schmidt és mtársai 2012).

Az észlelt kontroll tényezői közé tartozik a korábban részletezett gazdasági-politikai környezet változása, kiszámíthatatlansága is. Amennyiben az intézményi környezet változékony, kiszámíthatatlanok a támogatási formák, a gyermekvállalás következtében várható gazdasági helyzetbeli változások, az visszaveti a gyermekvállalási szándékot is, nemcsak a valós termékenységet (Hollós és Bernardi 2009).

2.2.3 Vágyak és Szándékok

A gyakrabban használt keresztmetszeti kutatások sokszor támaszkodnak retrospektív adatokra, és az alanyok visszaemlékezése alapján kódolják a válaszokat. Bizonyos életesemények esetében a kismértékű eltérés miatt ez elegendő is, máshol – például a gyermek tervezettségét illetően – az emlékezet jelentősen torzíthat mindkét irányba (Axinn és mtársai 1998, Spéder és Kapitány 2007). A longitudinális avagy panelkutatások – bár megvalósításuk költségesebb és kockázatosabb – jobban megragadják az egyén életében történt változásokat (Hillygus és Snell 2015). Annak ellenére, hogy a vágyak és szándékok a korábbiakban már részletezett módon különböznek egymástól, a termékenységi elképzeléseket vizsgáló kutatások nem mindig tesznek közöttük különbséget, vegyesen fordulnak elő a „gyermekvállalási vágy”, a „gyermekvállalási terv” és a „gyermekvállalási szándék” kifejezések változó jelentéstartalommal, ezért az összehasonlíthatóságuk is kérdéses (Gray és mtársai 2013, Bálicity 2017). Ezekre a különböző – a még meg nem történt termékenységi eseményekre vonatkozó – kifejezésekre és mögöttük húzódó kutatói vagy válaszadói jelentéstartalomra használja Philipov és Bernardi (2012) a hipotetikus termékenység („hypothetical fertility) terminust

(az angol tanulmányokban a következő szavak írják le: ideals, intentions, desires, expectations, aspirations).

A gyermekvállalás alakulásának kutatásakor – akár keresztmetszeti, akár longitudinális eszközökkel történik az adatgyűjtés – a következő kérdéskörök merülnek fel leggyakrabban: mit tekint a válaszadó ideális gyermekszámra általában, illetve a maga számára, ehhez képest mennyi gyermeket tervez, mikor, milyen időközökkel, illetve milyen tényezőktől teszi függővé a gyermekvállalást. A termékenységi időszakot követő kérdéskörök vonatkoznak a végül teljesült gyermekszámra, az eltérés önkéntes vagy kényszerű okaira, a gyermekek tervezettségére.

Általános megfigyelés, hogy az ideális gyermekszám a tényleges és a korábbi generációk termékenysége között húzódik, valamelyest követve a termékenységi trendeket (Bóné 2013). Van normatív hatása, azt közvetíti, miszerint jó lenne a magasabb születésszám, a több gyermek, de beépíti a változó értékrendeket is: az sem vonzó, ha túl sok van (S. Molnár 2009). A 2011-es Eurobarometer eredményei szerint nincs ugyan nagy különbség a személyes és társadalmi ideálokban, de azért ez a szignifikáns különbség folyamatosan megfigyelhető. A válaszadók kétharmada ugyanazt találja a maga és a társadalom számára ideálisnak, egyharmad eltérő módon oszlik meg aszerint, hogy többet vagy kevesebbet tart a maga számára a legjobbnak. Az európai polgárok nagyobbik része még mindig a kétgyermekes családmódot tartja ideálisnak a maga és a társadalom számára is (Testa 2012c). Magyarországon – a változó fertilitási mutatók ellenére – az ideális gyermekszám stabilan 2 körül van, enyhe növekedéssel 2016-ban 2,2-t mértek, ennél egy-két tizeddel alacsonyabb a saját maguknak tervezett gyermekszám (nőknél 2,0, férfiaknál 1,9). Jellemző, hogy társadalmi szinten a termékenységi szándék magasabb a valós termékenységnél, és ezek szintje szimmetrikusan halad (Testa és Basten 2014). Ennek ellenére a Magyarországon tapasztalható enyhe növekedés nem tükröződik a megvalósulási arányokban, miközben 2001 és 2016 között a nők esetében 0,48-ról 0,65-re emelkedett az eltérés a tervezett és a végül megszületett gyermekek között (Kapitány és Spéder 2018).

Külön kitérőt érdemel az akaratlagos gyermektelenség kérdése. Sokáig azt gondolták, ez csak átmeneti, fiatalokkor jellemző értékválasztás, amely az idősődéssel átalakul (Szalma és Takács 2012, Miettinen és Szalma 2014), de ahogy nő a társadalomban azok száma, akik akaratuk, terveik ellenére gyermek nélkül élnek, illetve erősödött a szabad

gondolkodás lehetősége, egyre többen merik bevallani, hogy ők valójában nem szeretnék gyermeket. Az Eurobarometer vizsgálatai szerint Európában a fiatal felnőttek körében 11-15%-ra tehető azok száma, akik soha nem szeretnék szülővé válni. (Miettinen és Szalma 2014). Nagyon nehéz azonban a döntően retrospektív adatokon nyugvó vizsgálati eredmények alapján elkülöníteni a tudatos gyermektelenséget attól a helyzettől, amikor azok, akik a halasztás vagy külső körülmények miatt végül mégsem vállaltak gyermeket, utólag tudatos döntésként emlékeznek erre – feloldandó a kognitív disszonanciát (Szalma és Takács 2012). Magyarországon is egyre nagyobb azoknak a száma, akik nem szeretnék gyermeket nevelni, a 70-es években még egy ezrelék volt az arányuk, ez a szám 2009-re elérte a 3,3%-ot (S. Molnár 2009).

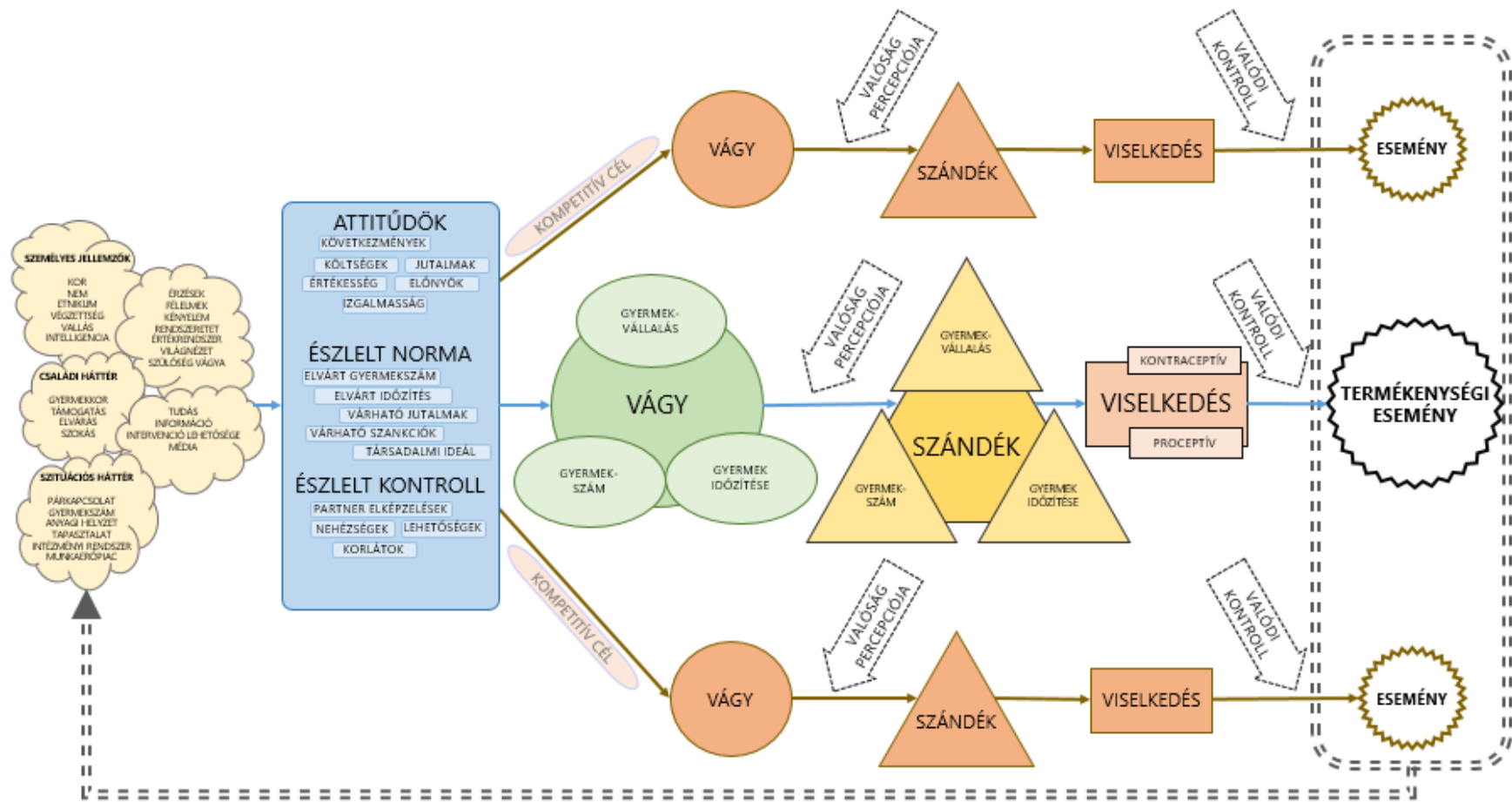
A tudatos gyermektelenségnek két iránya lehet: fakadhat a szabadságvágyból, a „gyermekmentes” életmód választásából, amelyben több idő jut a pihenésre, feltöltődésre, illetve fakadhat a szülőség elutasításából, az önállóság elvesztésének félelméből (Szalma és Takács 2012).

2.2.4 A termékenységi szándék és viselkedés az életútba ágyazva

Az életútelmélet vonatkozó szakirodalma a gyermekvállalás és az egyéb versengő célok illesztését vizsgálja. Az életútvizsgálatoknál két szempontot vesznek döntően figyelembe: a választások függőségét, azaz mennyire következik egyik a másikból (párkapcsolati elköteleződés nélkül nincs gyermekvállalás sem – legalábbis az európai társadalmakban jelenleg uralkodó norma szerint), illetve hogy a választás az élet mely szféráit érinti (a gyermekvállalás döntően a családi szférát érinti, de a nő számára a munkahelyit is) (Szalma és Takács 2012). Ha az élet két területén két cél verseng egymással, amelyek egy időben nem végrehajthatók, akkor az egyén vagy végleg feladja az egyiket, vagy megpróbál valamiféle sorrendiséget felállítani az életúton belül. Ezek a konfliktusok, dilemmák részben maguktól feloldódnak, ahogy az egyén életében a lehetőségek követik egymást (oktatás, párkapcsolat, gyermekvállalás, munka, lakhatás). Testa és Rampazzo (2017) „párhuzamos pályafutások kölcsönös függőségének” nevezi azt a jelenséget, amikor az életút során az egyik területen bekövetkező változás, formálódás ellehetetleníti, késleltetheti, akadályozhatja a másik terület céljait.

A fertilitás életútmodellek szerinti értelmezésében három alapvető kölcsönös függőségi tényező van. 1) Az időtényező: múltbeli döntések, viselkedések, élmények határozzák

meg a jelenkori döntéseink kereteit, határait. 2) Az életút szerkezete ömagában többszintű rendszerbe illeszkedik, a külső és belső feltételek komplex struktúrája határozza meg a célok kiválasztását, amelybe az egyéni vágyakon, terveken, végzettségen, gazdasági helyzeten túl a regionális és osztársadalmi intézményi struktúra, politikai-gazdasági rendszer is beletartozik. 3) az életút szintjei soha nem egydimenziósak, a termékenységi döntés ki fog hatni minden más alapvető területre az egyén életében, ideértve a munkát, tanulást, párkapcsolatot, szórakozást (Buhr és Huinink 2014). Az emberek tervei multidimenzionálisak, és minél több szimultán szándékuk van, annál kevésbé valószínű, hogy termékenységi céljaikat elérik. Bizonyos célok (költözés) előremozdítják a gyermekvállalást, mások (munkahelyi váltás) eltolják azt (Testa és Rampazzo 2017). A komplex TPB és TDIB modell alkalmas termékenységi szándékok életút során történő változásainak leírására is. A 4. ábrán látható, ahogy az alternatív célok irányába (például munka, önkéntes tevékenység, hobbi) tett lépések visszahatnak a háttérváltozókra, azokon keresztül pedig a vágyat és a szándékot megelőző tulajdonságokra, észlelésekre, viszonyulásokra. Ugyanígy, a körülményekben bekövetkező jelentős változások, amelyek akár az egyént érintik, akár egy nagyobb közösségre vagy a társadalom egészére hatnak, jelentős módosulásokat eredményezhetnek a modell legtöbb elemében.



(saját szerkesztés)

4.ábra A különböző célokra irányuló viselkedések cirkuláris folyamata az életútban

2.2.4.1 Versengő célok hatása a termékenységi döntésre

A Generations and Gender Surveys (melyhez Magyarország az Életünk fordulópontjai kutatással kapcsolódott) adatai szerint az öt vizsgált országban (Magyarország, Franciaország, Ausztria, Bulgária és Litvánia) 25% válaszolta azt, hogy nincs a gyermeknevelés mellett más célja, a többség számára volt még további egy (34%), kettő (27%) vagy legalább három (15%) kompetitív cél. Az öt vizsgált ország közül Magyarországon volt a legmagasabb a csak gyermekvállalási tervekkel rendelkezők aránya (37%), míg Franciaországon volt ez a legkevesebb (15%) (Testa és Rampazzo 2017). Bár a további tervek hiánya elméletben növelné a gyermekvállalásra irányuló szándék valóra váltását, Magyarországon ennek az ellenkezője látszik (Kapitány és Spéder 2018), ez alátámasztja Dupcsik és Tóth (2008) elméletét, miszerint a magyarokra jellemző kiemelkedő familizmus valójában nem értékválasztás, hanem a versengő értékrendek hiányából fakadó kényszerűség.

A TDIB szerint a vágyak nem változnak az életút során, a változó körülmények a szándékot módosítják („moving the target”: Morgan 2001). Az ezzel vitatkozó elméletek szerint azonban a vágyak és valóság közötti különbség felismerése két lehetséges utat eredményez: az asszimilációs megküzdés stratégiája szerint az egyén minden energiáját arra fordítja, hogy megváltoztassa az eredeti vágnak megfelelő viselkedés gátló körülményeit, hogy mégiscsak elérje az elsődleges célját, míg az alkalmazkodó megküzdés elfogadja, hogy a viselkedés megvalósítása lehetetlen, és a korábbi célt leértékelve új, alternatív célokat keres (Grey 2013).

A panelkutatások eredményei azt mutatják, hogy az emberek jelentős része változtat az eredeti gyermekvállalási szándékain. Az Életünk fordulópontjai kutatásban a vizsgált 3-4 éves periódus alatt a válaszadók kétharmada maradt csak meg eredeti elképzelése mellett (Spéder és Kapitány 2007), Liefbroer (2009) 18 évet felölelő kutatásában pedig a kérdezettek több mint fele megváltoztatta a szándékait, és mindkét mintán a végül nem teljesítők közül nagyobb volt a terveiket lefelé módosítók aránya.

Változhat a szándék a körülmények a várttól eltérő alakulása miatt, vagy változik a személy által a körülmények értékelése. Ahogy az élet halad tovább, változik az anya percepciója a tervezett viselkedés (azaz a gyermekvállalás) következtében várható előnyökről, kockázatokról, újra és újra mérlegelnie kell ezeket, amikor a viselkedésről

dönt. Módosítja a szándékokat a párkapcsolat megléte, nemléte, bizonytalansága, új párkapcsolat, szociális, finánciális bizonytalanság, munkaerőpiaci helyzet, egészségi állapotbeli változás, a kor, az eltelt évek termékenységű tapasztalatai (nemvart terhességek, magzati vagy gyermeki veszteségek, nem a kívánt nemű gyermekek megszületése (Namboodiri 1983, Spéder és Kapitány 2007, Kodzi és mtársai 2012, Kariman és mtársai 2014, Ray és mtársai 2018)).

2.2.4.2 A bizonytalanság hatása a gyermekvállalási szándékok módosulására

A jelen értekezésben bemutatott kutatás egyik sajátossága, hogy a vizsgált családok a rendszerváltás környékén várták első gyermeküket, ezért érdemes külön fejezetet szentelni a szülővé válás okozta természetes bizonytalanság és külső körülményekben váratlanul bekövetkező bizonytalanság gyermekvállalási szándékokra gyakorolt hatásának.

A bizonytalanság fogalma egyaránt jelentheti a külső, objektív feltételek változását, kiszámíthatatlanságát, romlását, amely kihat az egyének mindennapjaira, döntéseire, de az ehhez kapcsolódóan (vagy ettől függetlenül is) fellépő belső bizonytalanságérzetet is, amely az egyén percepcióját jelenti a saját helyzetére nézve (Vicsek 2003). A biztonság ilyen módon meglehetősen szubjektív fogalom, amelyben valamihez képest érezzük magunkat biztonságban vagy bizonytalanságban. Jól szemlélteti ezt az a tény, hogy bár Európa az elmúlt évszázadokat tekintve mind gazdaságilag, mind politikailag a legstabilabb korát éli, mégis folyamatosan jelen van a biztonságért való aggodás (Castel 2005). A kockázat vagy kockázatvállalás valójában a modern társadalom alapvető mozgatórugója, ezért az a fajta kockázati következmény, amely korábban például a munkanélküliséget kísérte, egész másként jelenik meg a XXI. század társadalmában. A ma embere hozzá van szokva a folyamatos és intenzív kockázatvállaláshoz, és megvannak a kezeléséhez szükséges alternatív stratégiái (Testa és Basten 2014). Ezek során azonban olyannyira átalakult a kockázat értékelése, hogy a társadalmak által szavatolt védőháló már egyfajta jog, amelyet mindenki alapvetőnek tart. Ennek következtében hiába számít a kor történelmi távlatból biztonságosnak, a szubjektív megélés más: az Eurobarometer eredményei szerint a válaszadók nagy része (országtól függetlenül) nagyon borúsan látja a kontinens szocio-ökonómiai kilátásait. A többség

nagyon rossznak látja országában a megélhetési költségeket, a lakhatás feltételeit és a gazdasági helyzetet (Testa 2012c).

Ugyanakkor az élet különböző területein megélt bizonytalanságérzet nem egyértelműen eredményezi a gyermekvállalási tervek lefelé való korrekcióját. Mills és Blossfeld dinamikus racionális döntési modellje (2005, idézi Szalma 2011) szerint bizonytalan időkben a jövővel kapcsolatos döntések meghozatalát három törekvés határozza meg: a vágyak, a rendelkezésre álló információk figyelembe vétele, illetve ezen információk minél szélesebb körű összegyűjtése. Ez látszik a 2006 és 2010 között bekövetkezett európai gazdasági visszaesés következményeinek elemzésében is: a szándékok, tervek nem változnak gazdasági krízis esetén, ám az emberek sokkal kevésbé biztosak benne, hogy a szándékaik valóra válnak, emellett az egyéni döntésekben kevésbé volt jelentősége az objektív gazdasági különbségeknek, inkább az egyén percepciója számított arról, hogy mi várható az országában, családjában vagy a személyes életében (Testa és Basten 2010).

2.2.4.3 A biztonságérzet alapvető pillérei

Felnőtt életünk során átlagosan több aktív időt töltünk a munkahelyünkön, mint bárhol máshol (Csíkszentmihályi és LeFavre 1989), ezért ez az egyik legalapvetőbb pillére a biztonságérzetnek. A munka az önmegvalósítás terepe (Beck-Bíró 2009), másrészt az ön- és családfenntartás nélkülözhetetlen forrása, nem utolsósorban pedig az ott megismert munkatársak a közösséghez tartozást, barátságokat jelentik (Albert és Dávid 1998, 2007, 2015). Az elmúlt évtizedekben a nyugati országok mindegyikében változás figyelhető meg, többek között növekszik az átlagos munkaidő (R. Nagy 2015), egyre magasabb a női munkavállalók száma, és egyre hamarabb évül el a megszerzett tudás (Köllő 2002). Ugyanakkor a vizsgálatokból az is kirajzolódik, hogy a munkanélküliség előremozdíthatja a gyermekvállalást, hiszen a költsége (azaz ebben az esetben a kimaradó bevétel) alacsonyabb, mint stabil munkahely esetén (KSH 2012, Testa és Basten 2014), továbbá egyfajta menekülőstratégiát jelent, a siker és kiteljesedés érzését adja meg alacsony szocio-ökonómiai státuszú nők körében (Buhr és Huinink 2014, Ray és társai 2018). Ezzel együtt a társadalomra gyakorolt hatása összességében negatív, bizonytalan munkaerőpiaci helyzetben mind a gyermekvállalási szándék, mind a megvalósulás alacsonyabb lesz (Nagy 2009).

Hasonlóan jelentős az ott töltött időt, illetve járulékos jelentéstartalmat tekintve az otthon szerepe. A ház vagy lakás elhelyezkedése, a szomszédság, a településkörnyezet jelentősen befolyásolja a megélt biztonságérzetet (Honold és mtsai 2012). Egyrészt az otthon az a hely, ahol önmagunk lehetünk, teljes személyiségünkkel vagyunk benne jelen, másrészt – hivatalos vagy személyes célú látogatások esetén – egyfajta üzenet is a társadalom felé (Sallay 2014). Az otthon akkor nyújt igazi biztonságérzetet, ha saját tulajdon, és nem terheli visszafizethetetlen lakáshitel, így az államilag támogatott otthonteremtés valóban hozzájárul a gyermekvállalási szándékok valóra válásához (Hollós és Bernardi 2009).

A biztonságérzet személyes percepciójának alapját mégis leginkább az emberi kapcsolatok jelentik. A gyermekvállaláshoz leginkább – feltételezhetnénk – a biztonságot nyújtó, hosszú elköteleződést kínáló párkapcsolat vezet. Ugyanakkor a különböző társadalmak termékenységi adatainak, illetve az adott közegben uralkodó párkapcsolati normák, trendek elemzése azt mutatja, hogy ez az összefüggés erősen korlátozott és kultúrafüggő. A mediterrán országokban viszonylag stabilnak tekinthetők a párkapcsolatok, ezzel együtt alacsony a termékenység általános szintje, míg a skandináv országokban több gyermek születik, de a családok törékenyebbek, könnyebben felbomlanak (Oinonen 2008). A párkapcsolat stabilitása nem független a gyermekvállalás tényétől, illetve folyamatától sem. Az első gyermek születése normatív krízist jelent a párnak (Pápay és mtsai 2014), amellyel mindenkinek szembesülnie kell. Ez azzal is jár, hogy a kiegyensúlyozott, elégedettséget nyújtó párkapcsolatokban a krízis hatására (mely sokszor együtt jár a karrierépítés, az új otthon kialakításának feszültségével) a házasság szubjektív megítélése romlik, majd a krízis megoldásával, átvészelésével újra nő (Földházi 2008). A gyermekszületés után mindkét félnek új típusú szerepekkel kell szembesülnie, amit csak nehezítenek a gyorsan változó társadalmi elvárások. Az elmúlt évtizedekben mind a női (=családi tűzhely őrzője), mind a férfi (=kenyérkereső) szerepek megváltoztak, komplexebbé lettek (Spéder 2011). Jól tetten érhető ez az apás szülés kérdéskörében. A rendszerváltás előtt pár évvel vált legálissá Magyarországon az apák szülőszobai jelenléte (Szeverényi és mtsai 2009), amely eleinte többnyire ellenérzést okozott mindkét nem számára, később pedig a jó apaság szimbóluma lett, erőteljes elvárásként nyomasztva a férfiakat (Bóné és Biró 2015).

Az interperszonális kapcsolatok másik jelentős formája a nem rokon vagy jogi kötelékekkel fűzött, mégis komoly társadalmi és személyes értékkel bíró barátság. Tartalmi elemei Argyle (1992) szerint (idézi F. Lassú 2004) a közös beszélgetés, a segítségnyújtás különböző formái, illetve a közös szabadidő-eltöltés. A gyermekvállalás mindig egy kicsit a baráti kapcsolatok távolodásával, átrendeződésével jár, ami bizonytalanságot okoz. Egy időre megszakadnak a sűrű találkozások, a közös élmények, majd a baba növekedésével kell újraépíteni a régi vagy megszilárdítani az új élethelyzet hozta kapcsolatokat (F. Lassú 2014).

A társadalmi környezet, az emberre ható negatív vagy pozitív hatások lenyomatot képeznek az egészségen (Pikó 2002). A munkával való elégedettség (Laki 2011), a párkapcsolat minősége (Gödri 2001), az otthon (Sallay 2014), a társas kapcsolatok (F. Lassú 2004) mind összefüggnek az egészséggel. Ugyanakkor az ezekben megélt biztonságérzet mégiscsak az egyén belső szubjektív szűrőjén, döntésein, rezilienciáján keresztül realizálódik. A funkcionális egészségmodell szerint az egészség négy részből tevődik össze: biológiai meghatározottság, pszichés tulajdonságok, egészségmagatartás és képzettség (Albert és Dávid 2006). Magyarország egészségi állapota komoly problémákat jelez, a magyar lakosságnak rossz a pszichés állapota, sok a krónikusan beteg, és nagy arányban vannak jelen önkárosító magatartásformák (Kopp és Skrabski 2007), ez komoly bizonytalansági tényező, amely összefügg a gyermekvállalással (Kapitány 2016).

2.2.4.4 A rendszerváltás okozta bizonytalanság

A rendszerváltást megelőző évek erős biztonságérzetet jelentettek: az állam a szabadság korlátozása mellett viszonylag tartós elemi létbiztonságot nyújtott, mindenkinek volt lakása, munkája, az iskoláztatás minden család gyermeke számára elérhető volt (Ferge 1994, Gyarmati 2013). A régi rendszer leomlását kísérő elsődlegesen megélt szabadságérzet és öröm ezért hamar váltott át rettenetes csalódássá, amelyben a rendszerváltás kifejezés nem egy új, jó állapot elérését jelentette, hanem a régi biztonságérzet elvesztését (Ferge 1994). A rendszerváltás alapjaiban rengette meg a társadalomszerkezetet. A nehézipar összeomlása, a mezőgazdaság gyökeres átszervezése, a foglalkoztatás átalakulása hatására megnőtt (láthatóvá vált) a munkanélküliség, megjelentek teljesen új társadalmi csoportok, a vállalkozók, nagytőkések, a paletta másik

oldalán pedig a mélyszegénységben élők is aránya is emelkedett (Valuch 2010). A kétségtelenül jelenlévő krízist tovább fokozta a médiában, társadalmi diskurzusokban egyre gyakrabban felemlgetett bizonytalanság-fogalom, amelynek használata szinte divattá vált (Vicsek 2003).

A rendszerváltás utáni bizonytalanság, a munkaerőpiac összeomlása érzékenyen érintette mindkét nemet. A posztoszocialista országokban jellemzően a nők helyzetét nehezítette, beszűkültek a részmunkaidős lehetőségek, a gyermekellátás és a munkavállalás összeegyeztetése nehezebbé vált, ugyanakkor a döntően férfiakat foglalkoztató nehézipar és a mezőgazdaság szektorai voltak a leginkább érintettek. Hollós és Bernardi (2009) párokkal készített interjúiból az is kiderült, hogy a régi rendszerrel kapcsolatos legnagyobb hiányérzet a biztonság és kiszámíthatóság elvesztése volt, ezzel együtt az új rendszer a bizonytalanság következtében megváltozó új életstratégiákat, új identitásokat termelt ki. A családtámogatások átalakultak, megszűnt az oktatás ingyenessége, a családtámogatások univerzalitása, ami a magasabb jövedelműek gyermekvállalási költségeit jelentősen megemelte (Hollós és Bernardi 2009).

Ahogy Macura és Kadri rámutatnak (2000), krízishelyzetekben (világháború, gazdasági világválság), amikor az emberi létfeltételek sérülnek, jellemző a gyermekvállalás elhalasztása addig, amíg valamelyest normalizálódnak a viszonyok. Krízishipotézisüket alkalmazzák a rendszerváltás utáni posztoszocialista országokat jellemző átmenetre is, ahol az új kormányoknak kellett nagyon rövid idő alatt politikai, gazdasági és intézményi reformokat életbe léptetniük, amelyek hatása a kisemberek számára kiszámíthatatlan volt. (Ez jelentkezett a gazdasági teljesítmény visszaesésében, a munkanélküliség tömeges megjelenésében, a foglalkoztatásban és az anyagi helyzet kiszámíthatatlanságában.) A családtámogatások jelentős csökkentése azt jelentette, hogy a gyermekvállalás az egyébként is jelentősen rosszabb körülmények közé kerülő családokat még kilátástalanabb helyzetbe hozta volna. A posztoszocialista országokra – különösen a nőkre – különböző értékrendkutatások szerint jellemzőbb a magas bizonytalanságkerülés, a rövidtávra tervezés (Neumann-Bódi Edit és mtársai 2008), így sokan választották azt az utat, hogy a gyermekvállalást elhalasztották, vagy – annak érdekében, hogy legalább saját maguk számára biztosítsanak valamelyest stabil körülményeket – teljesen feladták (Losonczy 1999, Macura és Kadri 2000).

A rendszerváltást követő szabadság több fronton rengette meg az emberi kapcsolatokat is. A nyugati alternatívák megjelenésével a hagyományosan családközpontúnak mondott társadalomban lazultak a családi kapcsolatok (Tóth 2012), így már nem egyedül a család jelentette a támasztóerőt. Ezzel párhuzamosan növekedett a külső kapcsolatok szerepe, de nem teljesen egyenes arányban, a baráti kapcsolatok számában hullámzás figyelhető meg (Albert és Dávid 2015), amely így nem pótolhatja a korábban családi kapcsolatokban megélt biztonságérzetet.

Az életfeltételek folyamatos változása, a bizonytalanság megélése, a már megszületett gyermek(ek) nevelési nehézségei mind arra vezethetik a családokat, hogy felülvizsgálják korábbi terveiket. A bizonytalanná váló vagy elvesztett munkahely, a változó társadalmi-gazdasági helyzet hatására nehezebben bejósolhatóvá válik a döntések kimenetele, ezért az egyének fokozottan mérlegelik annak kockázatát, hogy elköteleződjenek. Ez a halasztó vagy lemondó magatartás megjelenik a párkapcsolati formákban és a gyermekvállalási hajlandóságban is (Hollós és Bernardi 2009, Kodzi és társai 2012).

A rendszerváltás hatása kettős bizonytalanságérzettel járt: elsősorban jelentkezett az egyéneket közvetlenül érintő alapvetően gazdasági kérdésekben (munkaerőpiac, lakhatás, anyagi helyzet), másodsorban a folyamat hosszútávú értékváltozásokkal járt. Megjelent az egyre inkább a versenyre épülő, fejlett társadalmakban tapasztalható kiszámíthatatlanság (Molnár 2014), a multikulturalizmus erősödéséből fakadó problémák, a globális pénzügyi válság, vagy éppen az emberi tevékenység következtében fellépő természeti katasztrófák (Nováky 2010), illetve a szabadabb információáramlás következtében sokkal inkább tudatosodott előfordulásuk és súlyosságuk foka. Ezek a folyamatok társadalmi anómiához vezettek, amely tovább emelte a társadalomban a bizonytalanság szintjét, és új életstratégiák formálását követelte (Hollós és Bernardi 2009, Spéder és Kapitány 2014).

2.3 Viselkedés – Megvalósulás

A gyermekvállalási szándékot követő proceptív viselkedést nem mindig követi maga a termékenységi esemény, akár teherbeesésről beszélünk, akár élveszületésről, de ennek alapvetően egészségi állapotbeli okai vannak. Akkor is így van ez, ha a célok el nem érése társadalmi gyökerű, hiszen például a párkapcsolat instabilitása vagy az egyéb versengő célok korábbra időzített megvalósítása következtében fellépő halasztás végeredményben az egészségi kockázatot növeli⁹. A gyermekvállalás azonban nemcsak proceptív viselkedés eredménye lehet, kontraceptív vagy a következményekkel nem számoló viselkedés is teherbeeséssel járhat (Hayford 2009).

A termékenységi szándék és a végső valós termékenység közötti különbség leírására Quesnel-Vallée és Morgan modellje (2003, Morgan és Rackin 2010) a legalkalmasabb. A szerzők elutasítják a szándékok és a vágyak mérését, mint a végső termékenységet jósoló tényezőket, ugyanakkor modelljük kiindulópontja mégis a tervezett gyermekszám.

Ebben a modellben Bongaarts korábbi munkájára építve és saját kutatási eredményeiket felhasználva szerepeltetik mindazon tényezőket, amelyek egymással kölcsönhatásban eredményezik a végső termékenységet:

$$FP=IP*(F,U,M,S,C)$$

A végső gyermekszám (Final Parity) kiszámolható a következő tényezőkkel módosított tervezett gyermekszámból (Intended Parity): termékenység csökkenés (Fecundity impairment), nemvárt szülések (Unwanted births), párkapcsolat megléte (finding a partner, M)¹⁰, elfogadható nemi arány a meglévő gyermekek között (Sex composition), más versengő célok jelenléte (Competition). A modell alkalmas a mikro- és makroszintű termékenység jellemzésére is, továbbá a végső gyermekszámot eredményező összes módosító tényezőt leírja, ezért a következő fejezetekben ennek segítségével tekintem át a végleges termékenység szerinti csoportokat: a terveiket megvalósítókat, az alul-, illetve felülteljesítőket.

⁹ A halasztás kockázatairól bővebben a 2.3.2.1 fejezetben lesz szó.

¹⁰ A tanulmányban nem kerül kifejtésre az M betű eredete, véleményem szerint a „marital status” bármilyen stabil párkapcsolatra történő kiszélesítése volt a cél.

2.3.1 Akiknek sikerült

Ez az a kategória, ahol az $IP=FP$: erős az M és S hatása (van partner, megfelelő a meglévő gyermek neme), nem történik U (nemtervezett terhesség), a C (alternatív célok) elérése vagy nem ütközik a gyermekvállalási tervekkel, vagy nem elég erős a hatása, illetve nem lép fel közben egészségügyi probléma (F). A normatív életút stratégia szerint a célok úgy rendeződnek el, hogy azok ne egymást kizáróak legyenek, ne kerüljenek direkt összeütközésbe, de mindegyik megvalósulhasson (Quesnel-Vallée és Morgan 2003). Tudatosan vagy tudattalanul elemzi az egyén a kiválasztott célokat (párkapcsolat, gyermekvállalás, tanulás, munka, hobbi, egyéb), a célspecifikus tényezőket (megvalósítás lehetséges és optimális intervalluma, költség, következmény, más céllal való interferencia), illetve felállít az adott célok között a saját maga számára egy fontossági sorrendet. Ha a termékenységi szándék és a megvalósult gyermekszám egyezik ($IP=FP$), akkor a termékenységre vonatkozó cél teljesült, de ez önmagában természetesen nem jelenti azt, hogy sikerült olyan életútstratégiát felállítani, amelyben a felállított célok nem kerülnek összeütközésbe, illetve hogy minden céllal kapcsolatban helyes a vélt költség vagy következmény.

Hosszabb – teljes termékenységi időszakot felölelő – longitudinális kutatások alapján a válaszadók kevesebb, mint fele éri el a kitűzött gyermekszámot. A National Longitudinal Survey of Youth (NLSY) 18 évet felölelő amerikai mintán végzett vizsgálatban a nők 38%-ának, a férfiak 33%-ának született annyi gyermeke, amennyit tervezett (Quesnel-Vallée és Morgan 2003), míg a hasonlóan hosszú holland Panel Study on Social Integration in the Netherlands (PSIN) eredményei szerint (Liefbroer 2009) ez az arány 42% (nőknél) és 48% (férfiaknál). A hosszabb-rövidebb távot vizsgáló longitudinális kutatások, vagy az egyéb – akár retrospektív – adatokon nyugvó vizsgálatok eredményei alapján azok teljesítik leginkább termékenységi céljaikat, akiknél a versengő célok között kiemelt jelentősége van a gyermekvállalásnak, azaz akik eleve gyermekközpontúak, akik hagyományos párkapcsolati elképzeléssel rendelkeznek, házasságban élnek, vallásosak, ahol az apa munkaerőpiaci helyzete jobb és általában elégedettebbek az életükkel (Kreyenfeld 2002, Spéder és Kapitány 2006, Spéder és Kapitány 2009, Szalma és Takács 2012). Az iskolai végzettség, illetve az anya munkaerőpiaci helyzete külön kitérőt érdemel. Általában megállapítható, hogy a magasabb végzettségű nők termékenységi szándéka magasabb, a valós termékenységük viszont alacsonyabb, mint az alacsonyabb

végzettségüké, illetve az életútjuk során is többször korrigálnak lefelé termékenységi terveiken (Testa 2012b, Kapitány és Spéder 2018). Azonban ha a második gyermek megszületését elemezzük, akkor az is megfigyelhető, hogy egy adott – rövid – időszakban inkább teljesítik a következő gyermek tervét, hiszen a munkahelyről való kiesés lemondást jelent az előrelépésről, ezért hajlamosabbak „összesűríteni” a kívánt gyermekeket, hogy csökkentsék az így kieső karrierlehetőségeket, ezzel együtt viszont a halasztás kockázataként nem megszülető többedik gyermekek száma is alacsonyabb lehet (Kreyenfeld 2002, Bartus és mtársai 2013). A környezet szerepe is kiemelten fontos, általában is elmondható, hogy olyan környezetben sikeresek a nők termékenységi céljaik elérésében, amelyben a munka és a család összeegyeztethető (Testa és Rampazzo 2017), de a rokonoktól – leginkább nagyszülőktől – érkező támogatás hatása növeli a tervezett második-harmadik gyermekek megszületésének esélyét is. A nagyszülői bevonódás mértéke, a nagyszülők lakóhelyének közelsége egyrészt érzelmi támogatást jelent, másrészt csökkenti a gyermekvállalás kapcsán jelentkező anyagi terheket (Waynforth 2012, Thomese és Liefbroer 2013, Tanskanen és Rotkirch 2014, Pink 2017). Ugyanakkor fontos megjegyezni azt is, hogy a nagyszülők esetében konfliktusos helyzetet eredményez a pénz- és időtranszfer kérdése (Bóné 2018), társadalmanként és gazdasági helyzetétől függ, hogy melyik segíti inkább a gyermekvállalást, a dolgozó nagyszülő által nyújtott pénzübeli támogatás vagy az inaktív nagyszülő gyermekgondozási segítsége.

2.3.2 Az alulteljesítők

A PSIN kutatás szerint az alulteljesítés a nők 44%-ára, a férfiak 37%-ára, míg a NLSY kutatásban a nők 38%-ra és a férfiak 46%-ra jellemző (Quesnel-Vallée és Morgan 2003, Liefboer 2009). Európában nagy különbség van országok között a tervezett termékenységi szint elérésében, az Eurobarometer – retrospektív – mérései alapján 30% körül van az alulteljesítők aránya, de míg Dániában ez az arány 45%, addig Bulgáriában csak 18% (Testa 2012b).

Az idézett modell szerint ebben az esetben $IP-FP > 0$, köszönhetően az IP (nem reális tervezett gyermekszám) az F (egészségügyi hatások, a termékenység csökkenése), az M (a gyermekvállaláshoz nem megfelelő párkapcsolat) vagy a C (erős alternatív célok) előfordulásának.

Minél távolabbi a kérdés időpontja a teljesítéstől, illetve minél távolabb van a válasz a társadalmi normától, annál valószínűbb, hogy a tervezett gyermekszám nem teljesül. Ha több, mint két gyermeket tervez valaki, ha a kérdés idején még nincs stabil párkapcsolata vagy még képzésben vesz részt, valószínűbb, hogy végül alulteljesít (Quesnel-Vallée és Morgan 2003).

Az Életünk Fordulópontjai panelkutatásban azon kohorszok vizsgálata, amelynek gyermekvállalási karrierje a vége felé jár (35-49), lehetőséget teremtett a kutatóknak, hogy rákérdezzenek a végül kevesebb gyermeket nevelők körében a miértekre: 28%-a családi okot (a modellben M-nek feleltethető meg), 26% egészségügyi okot (F), 24% anyagi okot mondott (C) (Kapitány 2012). Az egészségügyi ok döntően az első gyermeknél (nem jött össze), illetve az egyről a kettőre lépéskor jelenik meg leginkább. Az egészségi állapot és gyermektelenségben összefüggései komplexek: tartós párkapcsolatban sokkal kevésbé jelentkezik, amely mögött állhat az a jelenség, hogy az egészségi problémák sok esetben megterhelik a párkapcsolatot, ezért azok kevésbé tartósak (Szalma és Takács 2012), másrészt – ahogy egy másik magyar nagymintás kutatásból, a Hungarostudyból kiderül – a jó párkapcsolat jó hatással van az egészségi állapotra (Kovács és társai 2013).

A korral járó termékenységcsökkenés főként a nőket érinti (bár valamelyest megfigyelhető férfiaknál is), és jellemzően inkább alulbecsülik annak a kockázatát, hogy végül kifutnak az időből (Testa és társai 2016). Ritkán foglalkozik vele a társadalomtudományi szakirodalom, de amikor a kívánt második gyermekek meg nem születésének okait vizsgáljuk, nagyon fontos kitérni a szülésélményre, az azt követő első év szubjektív megélésére. Több kutatás mutatja, hogy a szülőszobán megélt negatív események, a szülés során jelen lévő szakemberek nem megfelelő hozzáállása, a szülő nő dehumanizálása, a kontrollvesztés, a láthatatlanság érzése hatással lehetnek a következő gyermek vállalására (Nilsson 2014). A traumatikus szülésélmény után jelentkező nehézségek közé tartoznak az erős negatív érzelmek, továbbá személyes és családi ideálok elvesztése, romló szociális kapcsolatok, illetve az összes szülés 7%-ában kialakulhat poszttraumatikus stressz szindróma (PTSD) (Ayers 2014). Ez az állapot nehezíti a gyermekekhez való kapcsolódást (az érintett és a már meglévő gyermekeivel szemben is türelmetlenebb lehet, a szülőséggel kapcsolatos általános nehézségek fokozódása várható), a partnerrel való viszonyt, továbbá eredményezheti a szexualitás kerülését is. Ez utóbbi egyrészt triggerként működhet a szülés élményeinek újra átélésére,

másrészt szülés utáni PTSD következménye az intenzív félelem a teherbeeséstől (Beck 2004, Nicholls és Ayers 2007, Fenech és Thompson 2014). Egy svéd mintán végzett elemzés szerint a rossz szülésélmény hatására hosszabb idő telik el a következő gyermek vállalásáig, kevesebb következő gyermek születik (Gotwall és Waldenström 2002), illetve a végül vállalt újabb várandósság intenzív félelemmel teli, amely nyilvánvalóan kihat a következő gyermekkel való kapcsolódásra is (Fenech és Thompson 2014).

Még jelentősebb tényező a császármetszés hatása a következő szülésekre. Önmagában a gyermekvállalás kitolódása, az idősebb korban vállalt szülések növelik a császármetszés előfordulását. Magyarországon azonban még ehhez képest is magas, és folyamatosan tovább nő a beavatkozások aránya: 2015-ben már a szülések 38,7%-a volt császármetszés (ÁEEK 2016), miközben a WHO által kiadott közlemény szerint a szükséges császármetszések aránya 10-15%, az afeletti műtéti beavatkozások már nem csökkentik a peri- vagy posztnatális mortalitást és morbiditást esélyét (Betrán és mtsai 2016). Mivel Magyarországon a császármetszések 82%-a alacsony kockázatú szüléseknél következik be (ÁEEK 2016), feltételezhetjük, hogy egy részük nem indokolt, miközben hatásuk lehet az anyára és a későbbi szülésekre. A császármetszés ugyanis önmagában egészségi kockázatot jelent, egy ilyen műtét után a nők lassabban épülnek fel, gyakrabban számolnak be a műtétet követően hosszabb fájdalomról, vérzés léphet fel, fertőzések és további problémák jelentkezhetnek. A császármetszéssel átesett nők végül kevesebbet szülnek (egy norvég kutatásban azt találták, hogy 20%-kal kevesebb nő vállal következő gyermeket, mint hüvelyi szülés után), és több idő telik el a következő gyermek vállalásáig. Ebben a halasztásban szerepe van a szülés fiziológiai következményeinek, de nagy jelentőségű a személyes megélés is (Kjerulff és mtsai 2013). Továbbá császármetszés után az újszülött állapota is rosszabb lehet, amely részben kiváltó oka is lehetett a beavatkozásnak, másrészt önmagában következménye is, így az újszülött adaptációs nehézsége (és az azzal való megküzdés) is kitolhatja a következő gyermek születését (Kjerulff és mtsai 2013, Norberg és Pantano 2016). A WHO ajánlása és a hazai szülészeti gyakorlat közötti eltéréstől könnyen kiszámolható, hogy jelenleg a szülések 25-30%-a felesleges műtéti beavatkozással zajlik le, annak minden testi-lelki-társadalmi kockázatával.

A párkapcsolat (M) kérdése többször említésre került már, akkor a valószínűbb a gyermekszámtervek valóra váltása, ha van (bármilyen) párkapcsolat. Az együttélés

formája továbbra is hatással van a gyermekvállalásra, inkább teljesítik a terveiket azok, akik házasságot kötnek (Spéder és Kapitány 2009).

A házasságkötés halasztása szintén csökkenti a végső gyermekszámot (Quesnel-Vallée és Morgan 2003), amely terület részben már a kompetitív célok (C) által okozott eltéréshez is tartozik. Általában azok, akik magasan képzettek, több karrierlehetőségük van, hajlamosabbak a gyermekvállalási terveiket lefelé korrigálni (Kapitány 2012, Testa 2012b). Számukra nagyobb a gyermeknevelés költsége is, nemcsak a kieső jövedelem, hanem a magasabb befektetések (minőségi környezet, oktatás, szórakozás megteremtésének igénye) miatt, ráadásul a nőknek átmenetileg fel kell adniuk a megszerzett szociális státuszukat is, ezért hajlamosabbak a halasztásra, amely növeli a végül meg nem született (de tervezett) gyermekek számát (Kreyenfeld 2002, Schmidt és társai 2012, Testa és társai 2016).

2.3.2.1 A halasztás miatt bekövetkező alulteljesítés

A halasztás bemutatása nagyon fontos része az alulteljesítés témakörének. Érinti mindhárom területet, előidézője lehet egészségi nehézségeknek, következménye lehet a nem megfelelő párkapcsolati helyzetnek és a kompetitív célok intenzívebb jelenlétének. Megfigyelhető, hogy bár mind az első gyermek vállalásának ideális kora, mind a valós gyermekvállalás kitolódik, a két görbe nem együtt halad, ez utóbbi jelentősebb emelkedést mutat (Kapitány és Spéder 2018). A korábbi döntések, egyéb célok megvalósítása hatnak a gyermekvállalás idejének elkezdésére: akik később költöznek el a szülői házból, később alakítják ki saját gazdasági bázisukat, később alakítanak ki tartós párkapcsolatot, később döntenek a gyermekvállalás mellett, ezért később szülnek, kevesebbet vagy nagyobb arányban maradnak gyermektelenek (Szalma és Takács 2012, Buhr és Huinink 2014). A kitolódott gyermekvállalás sokszor nem teljesen tudatos, a kismértékű (tervezett) halasztás kompetitív egyéb célok megjelenését vagy az anya kontrollján kívül eső gátló tényezők felbukkanását eredményezheti (Cooke és társai 2012). A „minőségi gyermeknevelés” igénye szintén olyan tényező, amelynek következménye a halasztás: idő kell ahhoz, hogy a szülők megteremtsék az elvárt anyagi és kapcsolati feltételeket (Testa és Basten 2014).

2.3.2.2 A halasztás, illetve alulteljesítés következményei

A halasztás következményei demográfiaiak, egészségiek és szociálisak is lehetnek. Demográfiai következmények közé tartozik, hogy nő a szándékolt és a végül meg nem született gyermekek közötti szakadék, nő a nemszándékolt gyermektelenség, csökken a második, még nagyobb arányban a harmadik gyermekek megszületésének esélye (Klinger 2002, Spéder és Kapitány 2009, Schmidt és mtársai 2012). A tempo effect megjelenésével egyre többször fordul elő, hogy addig halasztják a gyermekvállalást, míg végül úgy érzik, hogy kifutottak az időből, esetleg hozzászoktak a gyermektelenséghez (kevesebb gyermekhez), és már nincs vágyuk váltani (Schmidt és mtársai 2012). A halasztás komoly biológiai kockázatot is hordoz magában. 30 éves kortól kezdve eleinte lassabban, majd később gyorsuló ütemben csökken a női fogamzóképeség, nő a várandósság során fellépő kockázatok esélye. Leridon francia demográfus számításai megmutatják, hogy egy év alatt egy egészséges 30 éves nőnek 75% esélye van a teherbeesésre, 35 éves korban 66%, 40 éves korban már csak 44%. A véglegesen meddővé váló párok aránya a nők életkorára vetítve 30 éves korban 7-12%, 35 éves nő esetén 13-22%, 40 évesen pedig 24-46% (Kapitány és Spéder 2012). Az idősebb anyáktól született gyermekek veszélyeztetettebbek is, míg 30 éves korban a fogamzás következménye 88%-os eséllyel élveszületés, addig ez az arány 44 éves kor fölött nem éri el az 50%-ot, azaz a fogamzóképeség csökkenése miatt egyébként is sokkal ritkábban bekövetkezett várandósságok fele vetéléssel végződik (Klinger 2002, KSH 2010). Az idősebb korban vállalt gyermekszülés további kockázatokat hordoz, megnő az esélye méhen kívül terhességeknek, a különböző kromoszómarendellenességeknek, továbbá a leendő szülők életmódja (dohányzás, szerhasználat, egészségtelen táplálkozás, túlsúly) is nagyobb hatással lehet az anya vagy a gyermek egészségi állapotára. Az asszisztált reprodukció több problémára megoldást kínál, de – amellet, hogy magasabb szintű stresszel, depressziós állapotok előfordulásának esélyével jár – makroszinten nem tudja pótolni a korhoz kapcsolódó termékenységsökkenést (Schmidt és mtársai 2012).

A késői gyermekszülésnek szociális, kapcsolati következményei is lehetnek: nagyobb lehet a szülők, nagyszülők és gyermekek közötti érzelmi távolság, a kamasz viselkedéses problémái jobban megviselik az idősebb szülőket, továbbá az idősebb szülők kisebb eséllyel érik meg mindketten a gyermek felnőttkorát, unokáik születését. Más megközelítésben azonban előnyök is származhatnak belőle: magasabb lehet a szülők

szocio-ökonómiai státusza, stabilabb a párkapcsolata, ez pedig a gyermekeknél jobb tanulmányi eredményekhez, jobb intellektuális és pszichológiai mutatókhoz vezethet (Schmidt és mtársai 2012).

A nemszándékolt gyermektelenségnek és az alulteljesítésnek komoly mentális következményei vannak az érintettekre. Erős az egyén saját életeseményei fölött érzett kontrollvesztettség érzése, a vágyott értékesség megszerzésére irányuló sikertelen erőfeszítések pszichológiai distresst okoznak. A megélt szorongás foka függ attól, hogy milyen távolságban van a vágyott cél, azaz, ha valaki gyermektelen maradt, mentális egészsége rosszabb lehet, mint az ugyanúgy alulteljesítő, de gyermekkel rendelkező társának (Quesnel-Vallée és Maximova 2009).

2.3.3 A felülteljesítők

Annak megbecslése, hogy egy adott társadalomban mekkora lehet a felülteljesítő családok száma, több okból is nehéz. A retrospektív vizsgálatok hátránya, hogy a teherbeesést kísérő vagy követő életesemények hatására megváltozhat az anya elképzelése arról, hogy a várandósság tervezett volt-e. Eredetileg kívánt gyermekből nem várt lehet többek között, ha a várandósság alatt felbomlik a párkapcsolat, ha munkanélküli lesz valamelyik szülő, ha az anya mentális állapotában változás áll be, vagy ha a gyermek nem felel meg a szülői várakozásoknak. Még gyakoribb a fordított helyzet: a kognitív konzisztencia vagy ex-post racionalizáció következtében az anya úgy vélheti, hogy ő a gyermeket eredetileg is akarta, ha egyébként javulnak az életkilátásai, vagy ha később örömet lel a gyermekében. A várandósság tervezése sem tekinthető egyszerű dichotómiának, a skála két vége között (az anya nem akar gyermeket, ezért megszakíttatja a terhességet – az anya tervezi a gyermeket és boldogan várja) rengeteg egyéni történet van. A karrier és a gyermekvállalás közötti döntésekben az előnyök és költségek mérlegelése után dönthet úgy az anya, hogy gyermeket szeretne, de az ambivalens érzések végigkísérhetik a várandósságát. Ezért a vizsgálatok értékelésénél nagyon fontos pontosan meghatározni, hogy kiket tekintünk „nemvártnak” (Axinn és mtársai 1998, Barber és mtársai 1999). A szakirodalom legtöbbször a nemszándékolt (unintended) kategóriába sorolja azokat is, akik korábban érkeztek (mistimed), és azokat is, akik nemkívánt (unwanted) terhességből születnek (Orr 1997, Axinn és mtársai 1998, Logan 2007). Ezek közül a korábban érkezett gyermekek nem okoznak összességében

„felülteljesítést”, mégis a gyermekekre, családra gyakorolt hatásuk hasonló lehet (Orr 1997).

Amikor a korábbi terveket összevetjük a későbbi valós gyermekszámmal, sok esetben fordul elő, hogy a korábbi tervek megváltoztatása miatt a többedik gyermek is szándékoltan érkezik a családba. A szülők a gyermeknevelés során megélt pozitív élményeik vagy a nem elképzelésük szerinti nemi arány javítása miatt további gyermekeket vállalhatnak (Miller és Pasta 1993), de ennek ellenére gyakoribb, hogy a sokadik gyermek már nem tervezetten érkezik (Axinn és mtársai 1998, Quesnel-Vallée és Morgan 2003, Spéder és Kapitány 2007).

A felülteljesítők aránya az előbbieken részletezett okokból nagy szórást mutat. A PSIN kutatás (Liefbroer 2009) longitudinális eredményei alapján a holland nők 13%-a, míg a férfiak 15%-ának született több gyermeke, mint tervezte, ugyanez az arány az amerikai mintán (Quesnel-Vallée és Morgan 2003) 24% és 21%. Ugyanebben a kutatásban egy másik kohorszon Baydar (1995) azt találta, hogy a gyermekek 61%-a volt akart, 34% rossz időben született, 5%-a nem várt. Az Életünk Fordulópontjai rövidtávú teljesítést néző mintáján az érkezett gyermekek 26% érkezett korábban, 13%-uk nem tervezetten (Spéder és Kapitány 2007). Az Egyesült Államokban a terhességek közel fele nem szándékolt, és ezeknek kevesebb mint fele végződik abortusszal, tehát minden negyedik gyermek nem tervezett (Gipson és mtársai 2008).

A gyermekvállalás megvalósulásának leírására használt modell alapján a felülteljesítők a $IP-FP < 0$ képlettel írhatóak le, köszönhetően a nem tervezett terhességeknek (U), a gyermekek nem megfelelő nemi arányának (S), azaz a pár tovább próbálkozik annak reményében, hogy megszületik a várt nemű gyermek is, vagy a gyengébb erejű kompetitív célok (C) jelenlétének, ahol a gyermekvállalás mint elsődleges feladat teljesítése után nem jelentkezik újabb kitűzendő cél (Quesnel-Vallée és Morgan 2003).

A nemvárt gyermekek érkezése annak ellenére magas, hogy hatékony és az emberi szervezet számára egyre kisebb kockázatot hordozó fogamzásgátló, illetve abortív eszközök állnak rendelkezésre (Grussu és mtársai 2005). Az ezek alkalmazására vonatkozó normák vegyesek, és társadalmanként, kultúránként eltérőek lehetnek. Az eszközök, gyógyszerek anyagi támogatása, alkalmazásának jogi lehetőségei, illetve a használatukra vonatkozó erkölcsi normák változatossága okozza a nagyarányú nem

szándékolt fogamzást, és a terhesség folytatása melletti döntést (Axinn és mtársai 1998, Barber és mtársai 1999, Hayford 2009).

2.3.3.1 A felülteljesítés következményei a gyermekre és a családra

A nemkívánt gyermekek érkezésével pozitív hatások is együttjárhatnak: erősíthetik a társas kapcsolatokat, boldog pillanatokot okozhatnak, helyreállíthatják a megbillent családi egyensúlyt. Vitathatatlan azonban, hogy emellett növelik a családok kiadásait (élelmezésre, öltözködésre, iskoláztatásra, egészségre), rengeteg időt, odafigyelést igényelnek, amelyek kivitelezése sokszor nehézségekbe ütközik (Bongaarts és Sinding 2011). Ezeket a családokat a gyermek fogantatásától kezdve a felnőtté válásáig több rizikófaktor érinti.

Általában az anyák később észlelik a várandósságot, ezért később kerülnek a gondozási rendszerbe, nagyobb eséllyel tartják fent a magzatra nézve káros egészségmagatartásukat (dohányzás, alkohol, egyéb szerhasználat) (Baydar 1995, Logan 2007, Gipson és mtársai 2008). A nemvárt terhességeknek egyéb pszichoszociális kockázatai is vannak, kihathatnak a nő családi kapcsolataira, munkájára, tanulmányaira, anyagi helyzetére, növelhetik a depresszív szimptomákat és csökkenthetik az általános étellel való elégedettségét (Orr 1997).

A perinatális időszakra jellemző negatív hatások között szerepel a koraszülés, a nagyobb arányú magzati halálozás, az alacsony születési súly, az anyák pre- és posztpartum érzelmi nehézségekkel küzdhetnek, nő a distress, a posztpartum depresszió aránya, és mivel a család anyagi helyzete is romlik, az közvetítőként további mentális egészségbeli problémákhoz vezethet (Baydar 1995, Logan 2007, Gipson és mtársai 2008, Quesnel-Vallée és Maximova 2009).

A gyermek születése után fokozódnak az anya gazdasági és érzelmi terhei, amelyek önmagukban is magasabb depressziós tünetekhez és alacsonyabb boldogságérzethez vezethetnek. A gyermekneveléssel eltöltött (több) idő emellett csökkenti az anya testi egészségét, amely tovább fokozza a depressziós és szorongó tüneteket (Barber és mtársai 1999).

Mindezekhez hozzájárulhatnak a gyermekre ható negatív következmények. Irritábilisabbak lehetnek, gyengébb motoros képességek jellemezhetik őket, melyek részben következményei az alacsony születési súlynak, nem megfelelő fejlettségnek,

részben az elegendő anyai figyelem hiányából is fakadhatnak (Axinn és mtársai 1998, Logan 2007). A koragyermekkorai hátrányok több kutatás eredményei szerint később is megmaradnak. Gyermekkorban végig lassabb a fejlődésük, rosszabb az egészségi állapotuk, önbecsülésük alacsonyabb, és rosszabb a szülőkkel való kapcsolatuk minősége is (Axinn és mtársai 1998, Barber és mtársai 1999, David 2006).

A negatív hatások kiterjedhetnek az egész családra, a nemvárt gyermeket nevelő szülők kevesebb időt tudnak egymásra fordítani, megsínyli a párkapcsolatuk és a további gyermekeikkel való kapcsolatuk is (Barber és mtársai 1999). Bár a kutatások általában az anyai várakozásokat helyezik a középpontba, de az apák attitűdjeit is vizsgáló tanulmányok szerint az apai elutasítás hasonlóan rossz egészségi következményekkel járhat (Korenman és mtársai 2002).

A kutatások olykor ellentmondásos eredményekre jutnak attól függően, hogy milyen kontrollváltozókkal számoltak. A nemszándékolt terhesség gyakoribb azok között, akikre egyébként is jellemzőek a kockázati viselkedések, ezek kontrollálása egyes kutatásokban csökkentette az összefüggést a tervezettség és a terhességi veszélyeztetettség között (Gipson és mtársai 2008). További szempont az eredmények értékelésekor, hogy mi volt a terhesség megtartása mögötti motiváció. Azok a kutatások, amelyek olyan helyzetben születtek, ahol tiltott vagy nagyon szigorú az abortusz, fokozott negatív következményeket mutattak ki (David 2006), míg ahol engedett, de erkölcsi vagy egyéb megfontolásból nem vették igénybe, ott a depressziós tünetekben szülés után hat hónappal már nem volt különbség (Hardee és mtársai 2004). A perinatális időszakban jelentkező fokozott hangulati zavarokat igazoló eredmények is ellentmondásosak, egyes vizsgálatok szerint ezek hatásai fél-egy évvel a szülés után már nem kimutathatóak (Gipson és mtársai 2008, Quesnel-Vallée és Maximova 2009), ugyanakkor a korai gátolt, nehezített kapcsolódás eredményei megalapozzák a későbbi évek kötődési mintázatát is.

Mindezek a negatív következmények azonban nemcsak attól függtek, hogy milyen erős volt az ellenérzés a gyermek érkezésével szemben, hanem a család rugalmasságától, a környezettől kapott segítségtől is. A társadalmi, környezeti normák, a családok szociális beágyazottsága, az általános gazdasági fejlettség befolyásolta a hatás erősségét: a környezettől kapott érzelmi, anyagi és egyéb segítség tehát komoly moderáló tényező lehet (Logan 2007, Gipson és mtársai 2008).

2.4 Összegzés

Testa (2016) szerint a gyermekvállalási szándéknál kritikus pont, hogy egy nő mennyire képes megjósolni Ajzen elméletéhez illeszkedve a várható előnyöket és költségeket, tehát a jövőbeli támogatási, ösztönzési formák akkor tudnak sikeresek lenni, ha nemcsak az egyik (előnyök), hanem a másik oldalt (költségek) is megmutatják, és megoldási javaslatokat kínálnak rá. A társadalmi-gazdasági környezet ilyen módon való megváltozása elősegítheti, hogy kisebb legyen a különbség a vágyott és a megvalósult gyermekszám között, növelve ezáltal az egyének és családok általános jóllétét, továbbá a tervezett gyermekszámra vonatkozó statisztikák alapján javíthat a demográfiai trendeken is.

Az értekezésben bemutatott elemzések célja a gyermekvállalási vágyak, szándékok alakulását befolyásoló tényezők, a végleges gyermekszám és a vágyak közötti összefüggések, illetve az eltérések hatásainak feltárása a szakirodalmi bevezetőben bemutatott modell struktúrája szerint egy olyan speciálisan kiválasztott mintán, amely a gyermekvállalás időszakában súlyos társadalmi krízist élt meg. A hivatkozott empirikus eredmények ellenőrzése a rendszerváltás idején első gyermeküket vállaló anyák mintáján hozzájárulhat annak megértéséhez, hogy vajon az egyéni vágyak megvalósulásának következményeit milyen mértékben módosítja egy olyan egész társadalmat megrendítő biztonságvesztés, amelyet Magyarország 1989-es politikai-gazdasági átalakulást követően élt át.

3 Célkitűzések

3.1 A kutatás kezdetei

A Gyermekvárás, Szülés, Születés néven 1988-ban indult panelkutatás eredeti célja a romló csecsemőhalandósági mutatók okainak feltárása volt. A Losonczy Ágnes vezette kutatócsoport ezt a mutatót nem elszigetelt egészségügyi jelenségként vizsgálta, hittek abban, hogy ez a társadalom életállapotának egyik kiemelt indikátora (Hanák 1988). A gyermekszülés az egyik legjelentősebb életforduló, a megszületendő gyermek már a várandósság idején hordozza magán mindazon szocio-demográfiai jellemzőket, amellyel a szülei rendelkeznek. Az anya életmódja, táplálkozása, életkörülményei növelik a pre- és posztnatális kockázatok előfordulását (Ribiczey 2010) és az újszülött idegrendszeri fejlődését, fizikai állapotát (C. Molnár 1996, Lumley 2003).

A kiválasztott kutatási terep Budapest déli agglomerációs övezete lett, ahol az átlagnál magasabb volt a csecsemőhalandóság. Az első adatfelvétel (1989) után bekövetkező nagymértékű társadalmi változás azonban módosította, kiegészítette az induló célkitűzéseket. A vizsgálat már nemcsak a szülés-születés körülményeire és az egyének a társadalmi palettán elfoglalt helyére fókuszált, hanem arról is próbált láttelepet adni, hogy hogyan látja és hogyan értelmezi a „kisember” a makrotársadalmi, gazdasági-politikai folyamatokat. A megszületett gyermek első évében lezajlott második hullámbeli adatfelvételt (1990) kutatócsoportunk hosszú idő elteltével Dávid Bea vezetésével folytatta 2012-ben. A Szülés-születés kutatásra átkeresztelt vizsgálat jelentős méretű adathalmazra arra is lehetőséget biztosított, hogy az időközben termékenységi koruk végéhez közeledő anyák életútjára visszatekintve hozzátegyen a gyermekvállalási célok teljesülését és annak következményeit vizsgáló szakirodalomhoz.

3.2 A kutatás általános célkitűzései

Az 1989-től 2012-ig három hullámban felvett adatok elemzésekor a kutatócsoport a következő célokat tűzte ki:

- Készüljön egy átfogó, leíró jellegű kutatás a gyermekvárás körüli időszakról. Tudjunk meg minél többet a leendő anyák általános és

várandóssággal összefüggő egészségi állapotáról, életmódjáról, a velük foglalkozó egészségügyi rendszer működéséről.

- Vizsgáljuk meg, hogy ezen anyák mikorra időzítik az első gyermek vállalását, milyen körülmények közé érkezik a baba, a szülők milyen egyéni támogató hálózattal rendelkeznek.
- Tudjunk meg minél többet a friss szülők mindennapjairól, a babagondozással kapcsolatos nehézségekről, problémákról, dilemmákról.
- A második hullám során a kiinduló kérdésfelvetés kiegészítő céljaként megjelent, hogy mérjük fel a rendszerváltás okozta átalakulás, bizonytalanság egyéni percepcióját.
- Közel negyedszázad után rajzoljunk fel tipikus életutakat, melyeket ezek a hátrányos helyzetű településekről induló családok bejárnak. Találjuk meg azokat, akiknek sikerült előrelépniük, kitörniük a reménytelenségből, és fejtsük meg, kik azok, akik lejjebb csúsztak a társadalom lejtőjén.
- Vessük össze az anyák eredeti terveit a továbbtanulásról, költözésről, jövőbeli terveikről a 2012-ben tapasztalt valósággal. Ezen tervek részleges vagy teljes megvalósulatlansága esetén vizsgáljuk meg, hogy milyen bizalommal tekintenek a jövő felé, változtattak-e céljaikon, visszafogottabbak-e a terveik (ha vannak), vagy továbbra is küzdenek értük.

3.3 Az értekezéshez kapcsolódó célkitűzések

- Nézzük meg az anyák azon céljainak teljesülését, amelyeknek valóra váltása valószínűleg – biológiai és társadalmi korlátok miatt is – már lezárult, azaz vizsgáljuk meg, hogy az első gyermekük várásakor tervezett gyermekszámnál végül több, kevesebb vagy ugyanennyi gyermeket nevelnek.

- Vizsgáljuk meg, hogy a rendszerváltás társadalmi hatásai milyen módon jelentek meg az egyes családok életében, a megélt bizonytalanság hogyan befolyásolja akár a következő generációk életét.
- Fogalmazzunk meg javaslatokat az eredmények alapján, hogy milyen beavatkozásokkal, támogatásokkal lehetne a tervezett gyermekek megszületését elősegíteni.

4 Hipotézisek

Az alul-, és felülteljesítéssel foglalkozó, illetve a bizonytalanságérzet gyermekvállalásra kifejtett hatását vizsgáló szakirodalom alapján hipotéziseimet két központi gondolat köré csoportosítottam:

- H1: általános hipotézisek a gyermekvállalási tervek alakulásáról,
- H2: az alul-, illetve felülteljesítéssel összefüggő hipotézisek.

A H1 alhipotézisei a következők:

- H1a: A tervezett gyermekszám összefügg a személyes jellemzőkkel, családi és szituációs háttérrel.
- H1b: A minta nagyobb részének nem sikerül a gyermekszámterveit valóra váltani, és közülük is többen lesznek olyanok, akiknek végül kevesebb gyermekük születik terveiknél.

A H2 alhipotézisei a következők:

- H2a: A szülés, a korai gyermekévek időszakának nehezebb megélése összefüggésben van a tervekhez képest kevesebb gyermek vállalásával.
- H2b: Akik a rendszerváltás következtében nagyobb bizonytalanságot élnek át, inkább teljesítik alul a céljaikat.
- H2c: Még olyan nagy társadalmi krízis esetén is, mint a rendszerváltás, erősebb marad a korábban kialakított gyermekvállalásra vonatkozó vágy, így annak nem teljesülése negatív következményekkel jár.
- H2d: A tervezettnél több, illetve kevesebb gyermeket vállalók biztonságérzete, általános jólléte hasonlóságokat mutat.

- H2e: Azok, akik annyi gyermeket szültek, mint szerettek volna, elégedettebbek az életükkel, jobb általános jóllétről számolnak be, ideértve az egészségi állapotot, a párkapcsolatot, a családi és baráti kapcsolatokat és az általános biztonságérzetet.
- H2f: A gyermekvállalási terveiket nem teljesítő anyák rosszabb általános állapota megjelenik a gyermekek jólléti, biztonságérzeti mutatóiban is.

5 Módszerek

5.1 Adatgyűjtés, a kutatás leírása

A Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutató Intézetében (MTA SZKI) a hetvenes évek végén indult a megbetegedés, az egészség és az egészségügy kérdéseiről kutatássorozat. Ennek közvetlen folytatásaként fordult a Losonczi Ágnes vezette kutatócsoport a „gyökerekhez”, a gyermekvállalás kezdetéhez (Hanák 1988). A feltáró kutatás célja nem a minél szélesebb körű adatgyűjtés volt, sokkal inkább a kisebb, de mélységében megismerhető minta kiválasztása. A Pest megye déli agglomerációs övezetében megfigyelt romló csecsemőhalandósági mutatók következtében a kutási terep erre a kritikus területre szűkült (Hanák 1991). A mintába bekerült hat település: Szigetszentmiklós, Dunaharaszti, Szigethalom, Érd, Dabas és Monor, ezek mellett pedig kontrollként egy hagyományos (Cegléd) és egy új ipari város (Százhalombatta) is. Az eredeti célkitűzés tehát a romló egészségügyi mutatók (köztük a csecsemőhalandóság) okainak feltárására irányult, azonban a politikai-gazdasági-társadalmi változások felülírták az indító szándékot.



5.ábra A kutatási terep

A mintába bekerült minden olyan édesanya, aki a kiválasztott településén 1989-ben az első gyermekét várta, és a – majdnem 100%-os lefedettséget jelentő – védőnői hálózat látóterébe került. A terv egy kislétszámú panelkutatás volt, amelyben a családokat rendszeresen – először a várandósság harmadik trimeszterében, majd közvetlenül a szülés után, ezt követően pedig háromévente – felkeresték volna, ily módon nyerve mélyebb betekintést a személyes, illetve társadalmi életfordulók okozta változásokba.

A rendszerváltás több szempontból is jelentős módosítást hozott a kutatás lefolytatásában. Egyrészt megváltozott a társadalmi környezet, a települések szerkezete, a munkaerőpiac jelentősen átalakult, így fontosabb kérdéssé vált, hogy a családok hogyan adaptálódnak egy ilyen kettős (személyes és társadalmi) változáshoz. Másrészt a kutatásfinanszírozás, illetve átszervezések következtében a családok második felkeresése után hosszú időre lezárult az ismételt adatfelvétel.

2011-ben az OTKA 83336 számú pályázatának segítségével lehetőség nyílt a folytatásra. Az ekkor már Dávid Beáta vezette kutatócsoport (az előkészítésben részt vett Albert Fruzsina, Tóth Olga, Husz Ildikó, Orosz Katalin, Örkényi Ágota, Szénási Kornélia, később az elemzési szakaszban csatlakozott Barna Ildikó, Hegedüs Réka, Izsák Éva és Bóné Veronika) azt a célt tűzte ki, hogy 22 év után újra felkeressük a családokat, és ahol lehet, készüljön adatfelvétel a szülőkkel, illetve az ekkorra már nagykorú első

gyermekükkel is. Az eltelt majdnem negyed század alatt nagymértékű változások következtek be, melyek megnehezítették a családok megtalálását. A személyes oldalon költözések, válások, halálozások, a települések oldaláról ledózerolt negyedek, utcanévváltozások akadályozták a felderítést. Sokszor ennyi év után arra sem emlékeztek a megkeresettek, hogy valaha részt vettek egy szülés környéki vizsgálatban. Ennek ellenére munkatársunk, Hegedüs Réka kutatómunkája eredményesnek bizonyult, és a családok kétharmadát be tudtuk azonosítani. Az immár Szülés-születés kutatás néven futó munka tehát három (1989, 1990, 2012) adatfelvételi hullám eredményeinek elemzését végezte el. A nemzetközi panelkutatások irodalmában egyedülálló jelenség, hogy két adatfelvétel között több mint húsz év teljen el. Kutatásunk egyik különlegességét és további hasznosíthatóságát éppen az adja, hogy a tapasztalatok átadásával segítséget nyújt egy nagyobb időközönként felvett panelvizsgálat tervezéséhez.

5.1.1 Az első hullám – 1989

1989-ben 301 első gyermekét váró anyát kerestek fel. Az adatgyűjtésre a védőnőket kérték meg, hiszen az anyák többsége már korábban kialakított velük egyfajta bizalmi kapcsolatot, amely megkönnyítette, hogy válaszoljanak szenzitívebb típusú kérdésekre is. A védőnők felkészítését, illetve a kutatás első két hullámának gyakorlati lebonyolítását a Mimikri Bt. végezte. Ebben az első kérdőívben¹¹ kérdésblokkok szerepeltek a család összetételéről, lakásadatokról, az egészségügyi hálózatról, az anya várandóssághoz való viszonyáról, egészségi állapotáról, a szülésre való készületéről, a születendő gyermekről, a gyermek apjához fűződő viszonyáról, a munkahelyéről, az otthoni munkamegosztásról, a gyermekkori családjáról, végül a család vagyoni helyzetéről. A mintegy 80 oldalas kérdőív során a visszaemlékezésekkel együtt két generáció családi életútja rajzolódott ki előttünk.

¹¹ A kérdőívek megtekinthetők a következő tárhelyen: <http://openarchive.tk.mta.hu/221/>

5.1.2 A második hullám – 1990

Az 1990-es megkeresés több részről tevődött össze. A 301 családból 238-at tudott a kutatócsoport valamilyen formában újra megkérdezni. 44 anyával a védőnője készített mélyinterjú ¹² a szülés részletes körülményeiről, illetve az első időszak otthoni nehézségeiről. 194 további családnál kérdőíves adatfelvétel folyt. 194 anyát kérdeztek a szülésről, az otthonlétről, a gyermekgondozásról, az anya általános közérzetéről, illetve a párkapcsolatáról. Ebben a hullámban bevonásra kerültek az édesapák is, 192-en feleltek kérdésekre a gyermekükhöz, saját apaságukhoz való viszonyukról, a párkapcsolatukról, a munkájukról, az otthoni tevékenységeikről, anyagi helyzetükről.

5.1.3 A harmadik hullám – 2012

2012-ben szintén komplex adatgyűjtés zajlott (Dávid és mtsai 2016). Közel 200 családot sikerült azonosítani, ugyanakkor a személyes tragédiák vagy az általános bizalmatlanság miatt 116 családdal (legalább egy családtaggal) tudunk kérdőívet kitöltetni. Az időközben megszűnt Mimikri Bt-től a dokumentáció átkerült az Eruditio Hungaria Kft-hez, így a lebonyolításban az ő szakmai segítségüket vettük igénybe. A kutatás kérdéseinek, mérőeszközeinek összeállításában a korábban felsorolt kutatótársak mellett részt vett a Perinatus Alapítvány is. 110 anya, 67 apa, illetve 84 elsőszülött gyermek töltötte ki a rá vonatkozó kérdőívet. A kérdések vonatkoztak a lakáshelyzetre, iskolai végzettségre, továbbtanulásra, a munkára, a jelenlegi párkapcsolatra, a gyermekkel/szülőkkel való viszonyra, egyéb társas kapcsolataikra, illetve az elmúlt húsz év legjelentősebb eseményeire. 20 édesanyával a kérdőíves adatfelvétel mellett mélyinterjú készült, mely főleg a párkapcsolatra, a gyermekkel való viszonyra, illetve az általános biztonságérzetre fókuszált.

¹² Ezek az interjúk csak az MTA SZKI 2017-es költözésekor kerültek elő, így az adatokból korábban született publikációk és az értekezés számításai néhány ponton eltérhetnek, azonban ezek a végső következtetéseket döntően sehol sem módosították.

5.2 Elemzési módszerek

A három hullám során felvett kérdőíves adatok rögzítése az SPSS programcsomag segítségével történt. Az elsődleges kvantitatív elemzések során azt tapasztaltuk, hogy elveszett a kutatás eredeti célkitűzéséből fakadó mélységi elemzés lehetősége. A „mesélős” első két hullám adatai sokszor egy nagy gondolati halmazt alkotnak, ahol a válaszadó hol ennél, hol annál a nyílt kérdésnél fogalmazta meg az emlékeit, véleményét ugyanarról az eseményről. A családonként több száz oldalnyi anyag feltárásához kevert kvalitatív-kvantitatív módszert alkalmaztunk a kapott információk minél teljesebb feldolgozására.

Elsőként hagyományos tartalomelemzési módszerekkel elemeztük a nyílt kérdéseket, és a kérdőívekben megjelenő ismétlődő elemek alapján készítettünk nominális vagy ordinális mérési szintű változókat. Ezt követően a válaszokban rejlő további információk hasznosítására az összes változó segítségével egy kvalitatív elemzésre alkalmas alapanyagot hoztunk létre. Ennek során szociológus egyetemi hallgatók¹³ bevonásával a családok adataiból, nyílt és zárt kérdésekre adott válaszaiból, a használt mérőeszközök végső értékeiből szöveges dokumentumokat készítettünk. A következőkben ezeket a később „minisztorik” néven futó összefoglaló leírásokat tartalomelemzésnek vetettük alá. A családtörténetekből kiemelkedő értelmezési keret végül a biztonság koncepciója lett. Megkülönböztítettünk 7 biztonságdimenziót (munka, otthon, párkapcsolat, családi kapcsolatok, baráti kapcsolatok, testi-lelki egészség és jövő), amelyek minden leírásban megjelentek. A szövegelemzés során a hét dimenzió mindegyikét egy négyfokú skála (nagyfokú biztonságérzet – biztonságérzet – bizonytalanságérzet – nagyfokú bizonytalanságérzet) segítségével értékelte két független kódoló¹⁴. A két elemzés összevetése során a különböző ítéletek esetében a kódolók konszenzusos döntést hoztak. Ily módon a kvalitatív szövegfájlokból kvantitatív adatok keletkeztek, amelyek azonban már tartalmazták azt a mélységet, amely a korai elemzésekből hiányzott.

A másodlagos kvantitatív elemzések egyszerű összefüggéseinek vizsgálatára khí-négyzet próba és t-próba elemzéseket, illetve korreláció számításokat alkalmaztunk. A kutatás eredményeinek bemutatása során mindenhol feltüntettem a hatásnagyságokat, illetve a

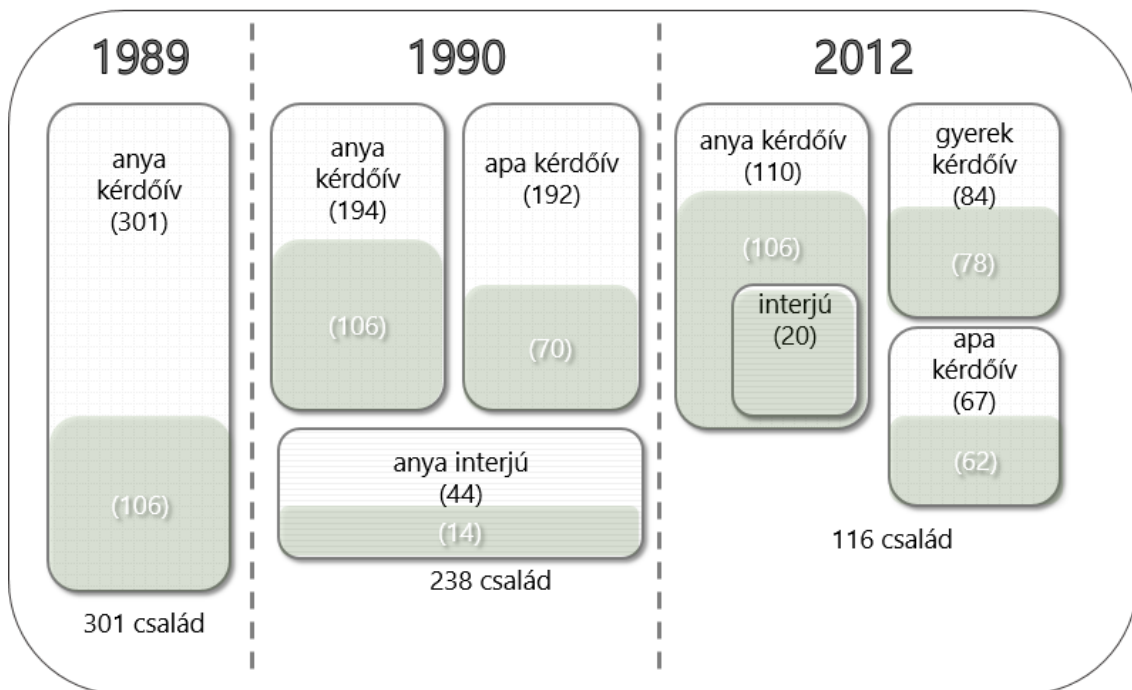
¹³ Köszönet Mogyorósi Pálmának, Skandera Nikolettnek és Menráth Marcellnek a segítségért.

¹⁴ A részletes kódolási útmutatót az 1. számú melléklet tartalmazza.

szignifikanciaszinteket. A társadalomtudományok publikációiban évtizedes bevett hagyomány a p-érték 5% küszöbének használata, ugyanakkor a p-érték rendkívüli mértékben függ az elemzett minta nagyságától. Ha ragaszkodunk az 5%-os (egyébként pusztán megegyezésen alapuló) szignifikanciaszinthez, a kis elemszámú kutatásoknál nagyon fontos összefüggések nem válnak kimutathatóvá. Ezért – követve és elfogadva az ebben a témában született összefoglalókat (Bárdits és mtársai 2016, Bárdits és Németh 2017) – dolgozatomban az ennél magasabb mutatóval, ellenben jelentős hatásnagysággal rendelkező összefüggéseket is bemutatom.

5.3 A minta leírása

A kutatás három hullámában változatos módon szereztünk információkat a családoktól. Az adott adatfelvételnél megszólított családtagokat, illetve az összesített elemszámokat 6. ábra mutatja be.

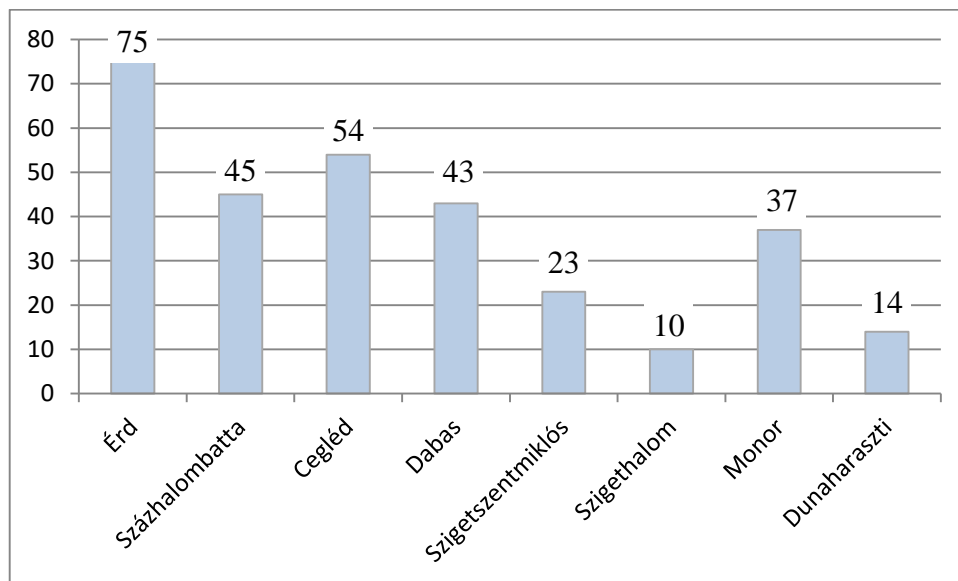


(a sátozott terület jelzi a jelen értekezés során elemzésre került elemszámokat)

6.ábra A kutatás három hullámának elemszámjai

5.4 Az adatfelvétel helyszíne

A mintába majdnem teljeskörűen¹⁵ bekerültek a Budapest déli övezetébe tartozó 8 településen, Szigetszentmiklóson, Dunaharasziban, Százhalombattán, Szigethalmon, Érden, Dabason, Monoron és Ceglédben élő harmadik tremeszterben lévő kismamák (7. ábra). A második-harmadik hullám megkeresése során természetesen voltak olyanok, akik közben más településre költöztek, őket az elemzések során végig az eredeti település mintájához soroltuk.



N=301 (1989)

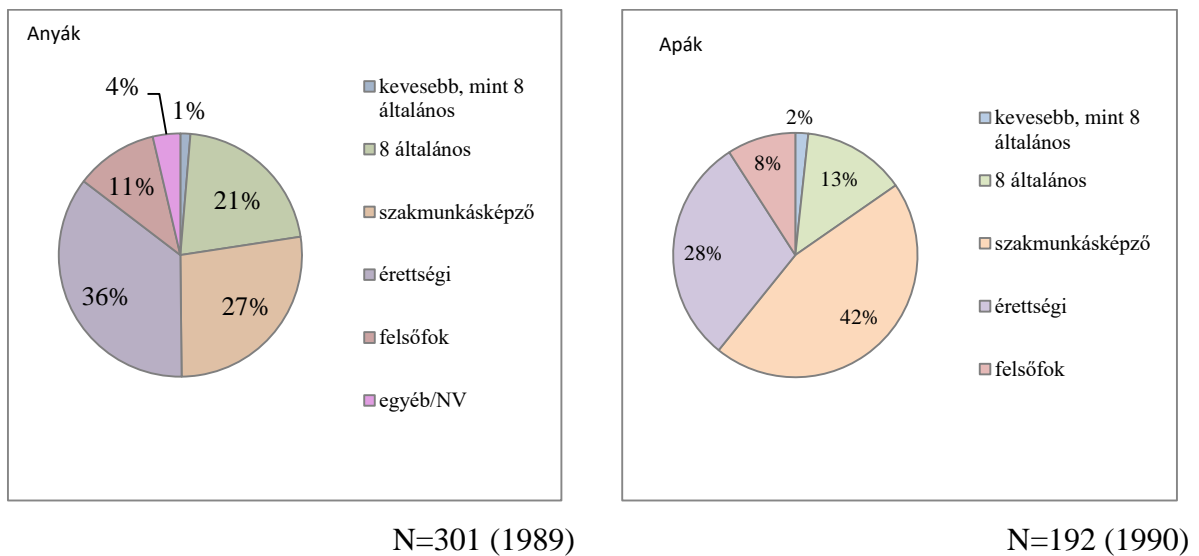
7.ábra A minta településeinek elemszáma

5.5 A teljes minta egyéb jellemzői

Az anyák átlagéletkora az első gyermek várásakor 22, az apáké pedig 27 év volt. Megjegyzendő, hogy több (21 fő, 7%) olyan apa volt, aki nem első gyermekét várta, azonban az apai átlagéletkort ez alig befolyásolta. A párok jelentős többsége élt (86%) házasságban, 12% élettársi kapcsolatban, illetve az anyák 2%-a egyedül vállalta a babát.

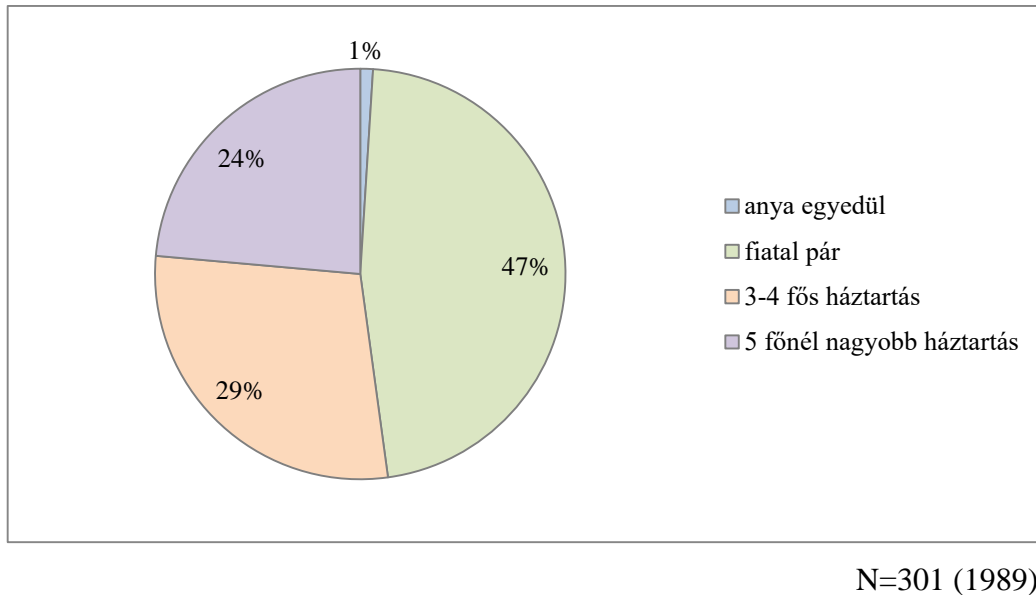
¹⁵ A védőnői hálózat látóterébe nem kerülő, a társadalom „lejtőjén” élő édesanyákhöz ez az adatfelvétel nem juthatott el.

A rendszerváltás előtti teljeskörű (vagy azt célzó) foglalkoztatás a mintán is látszik. Az anyák közül 12-en (5%) voltak háztartásbeliek vagy egyéb inaktívak, a többség még dolgozott, illetve már a szülési szabadságát kezdte meg. Az apák két kivételtől eltekintve (egy fő gyes-en volt, egy további fizetés nélküli szabadságon) mind dolgoztak. Az iskolai végzettsége (8. ábra) a nőknek heterogénebb, nagyobb közöttük az átlagnál alacsonyabb (kevesebb, mint 8 általános), illetve magasabb (érettségi, felsőfok) végzettséggel rendelkezők aránya, mint a homogénebb megoszlású férfiaknál.



8.ábra Az anyák és apák iskolai végzettsége a gyermekvárásakor

Az anyák vagy fiatal párok többségének nem volt hosszú távon megoldott a lakhatása. Csupán egyharmaduk (103 család) rendelkezett önálló lakással, a többiek vagy bérlakásban vagy egyéb családtagokkal osztoztak az otthonukon (9. ábra), a minta negyedében legalább 5 fős háztartásban.



9.ábra A lakásban lakók száma

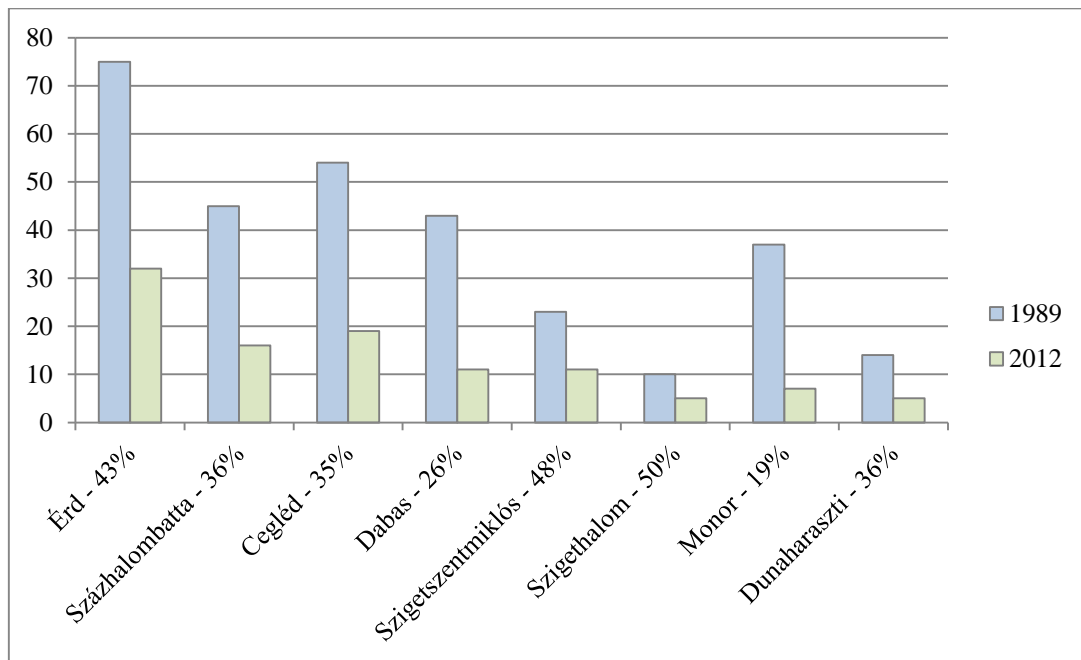
5.6 A harmadik hullámban megtalált anyák eltérése a kutatás induló összetételétől

A panelkutatások egyik legnagyobb hátránya, hogy minden egyes megkeresésnél csökken a minta elemszáma. Az eredeti megkérdezettek közül többen meghalnak, messzire költöznek, visszautasítják a kutatásban való további részvételt, vagy egyéb okokból elérhetetlenné válnak (Menard 2008). A kutatók egy része a lemorzsolódást véletlenszerűnek tartja, amely nem befolyásolja a vizsgálat eredményeit (Ahern és Le Brocque 2005). Mások amellet érvelnek, hogy olyan egyéni jellemzők, mint a jövedelem, iskolai végzettség vagy a rassz korrelál a lemorzsolódással (Hillygus és Snell 2015). Laurie módszertani leírásában viszont azt olvashatjuk, hogy ha nem is feltétlenül véletlenszerű a lemorzsolódás, minimális hatása van az alapvető eredményekre (Laurie 2008). Bár az SZSZK kutatás eredeti célja nem a reprezentativitás, sokkal inkább a kiválasztott családok mélységi megismerése volt, mégis érdemes egy pillantást vetni arra, hogy az értekezés témájául választott anyák csoportja miben különbözik az eredeti minta összetételétől.

106 főtől van adatunk arról is, hogy mennyi gyermeket tervezett korábban (már első várandóssága vége felé – azaz a tragédiáktól eltekintve egygyermekes anyaként), illetve

az általános vélekedés szerint a szülőképes koron túl (átlagéletkoruk 45 felett) hány gyermeke lett¹⁶.

A településeken különböző arányban találtuk meg a családokat. A 10. ábrán látható arányok azt támasztják alá, hogy valóban nem véletlenszerű a lemorzsolódás. A KSH 2011-es népszámlálási adatait alapul véve készítettünk egy településhierarchiát (Dávid és mtsai 2016), eszerint a lemorzsolódás nagyobb arányú a hátrányosabb helyzetű településeken (Dabas, Monor, Cegléd).



N= 301/116 (1989/2012)

10.ábra Lemorzsolódási arányok településenként

Ugyanígy megerősítést nyert az a megfigyelés is, hogy az iskolai végzettség összefügg a lemorzsolódással. A megtalált családok esetében mind az anyák ($p=0,040$), mind az apák

¹⁶ Az adatok összevethetősége kedvéért ebben a fejezetben a 106 anya adatait hasonlítom össze a teljes mintával, így azt a 4 anyát is lemorzsolódottnak tekintem, akivel ugyan sikerült interjút készítenünk, de kódolási hiba vagy válaszmegtagadás miatt gyermekei végleges számát nem tudjuk. Ettől eltérő leírás esetén a későbbi fejezetekben bemutatott eredmények a 106 fős vizsgált minta esetében (elhanyagolható mértékben bár, de) különböznenének az itt leírt 110 fős mintától.

iskolai végzettségének átlaga magasabb volt, mint az eredeti mintában ($p=0,044$)¹⁷. A párkapcsolat szempontjából gyakorlatilag nincs különbség a házasság és az élettársi kapcsolat között (sőt, a kapcsolaton kívül gyermeket vállalók esetében sem), az együttélés (rosszabb) minősége viszont mutat kapcsolatot a lemorzsolódással. A várakozással ellentétben azonban sem a szülők életkora, sem a gyermekükkel kapcsolatos olyan adatok, minthogy tervezték-e érkezését, olyan nemű-e, mint várták, nem befolyásolta a lemorzsolódást.

¹⁷ Ebben az esetben a továbbtanulást nem vettem figyelembe, az eredeti iskolai végzettség a számítás alapja.

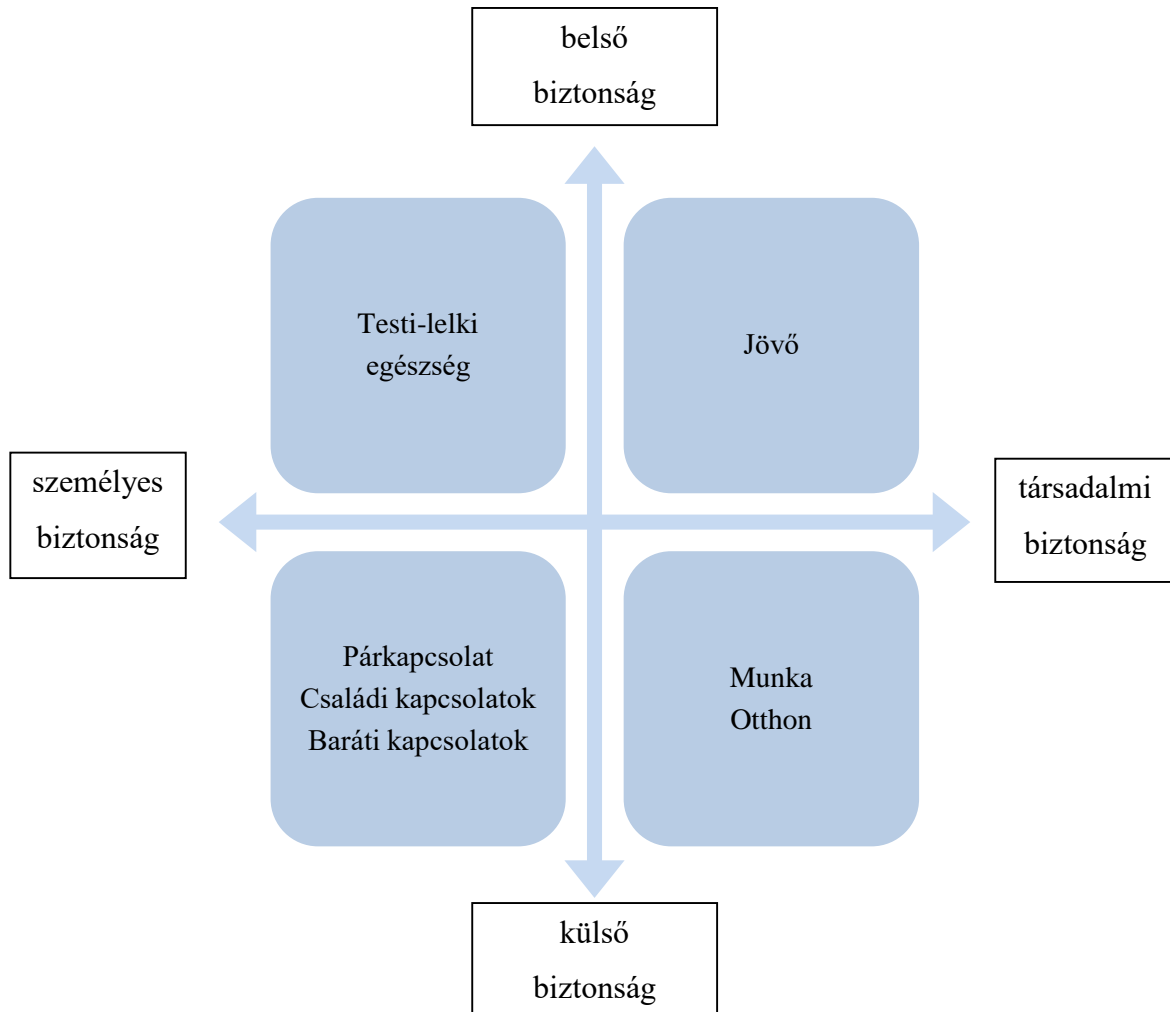
6 Eredmények

6.1 A biztonság hét dimenziója

A kvalitatív-kvantitatív vegyes módszerű elemzés legalapvetőbb eredménye a biztonság dimenzióinak megalkotása volt (Dávid és mtsai 2016, Bóné és mtsai 2017). A kvantitatív adatbázisból konvertált kvalitatív szöveges dokumentumok kirajzolták elénk a megtalált 116 család életútjának alakulását. A számok mondatokká alakításával, illetve az azonos életútbeli elemek tematikus csoportosításával kiemelkedett az az értelmezési keret, amely aztán később a kutatási elemzések alapja lett. A családokról írt élettörténetek mindegyikében hét témakör vált jól elkülöníthetővé, amelyek mindegyikében tetten érhető volt a bizonytalanság-biztonság szubjektív megélése¹⁸.

A biztonság dimenziói két tengely mentén helyezhetőek el. Aszerint, hogy a megélt biztonságérzet az egyén személyes jellemzője vagy a közvetlen környezetével, a társadalommal való kapcsolatából fakad, beszélhetünk belső vagy külső biztonságérzetről. A Bronfenbrenner-féle humánokológiai modell (Bronfenbrenner 1979) szerint mikroszisztéma körébe tartozó dimenziókat, azaz azokat a tevékenységeket, kapcsolatokat, amelyek közvetlenül a mindennapokban vannak jelen az egyének életében, a személyes biztonságérzet kategóriáiba, míg azokat, amelyek a mezo-, illetve makroszisztémába illenek inkább, társadalmi biztonságérzet kategóriáiba soroltuk.

¹⁸ A dimenziók kódutasításait a 1. számú melléklet tartalmazza



11.ábra A **biztonság dimenziói a külső-belső és a társadalmi-személyes tengelyeken**

A korábbi hazai és nemzetközi kutatásokban már részletesen feltárt és vizsgált dimenziókat a kutatás eredményei alapján, az egymással való korrelációjuk szerint dimenzióhálózatba rendeztük, amely alkalmas egy vizsgált csoport általános biztonságérzetét egy komplex konstruktummal jellemezni.

6.1.1 Személyes – külső biztonságdimenziók

6.1.1.1 A párkapcsolat dimenziója

Kutatásunk központi eleme akkor is a formálódó család marad, ha adott elemzések (többek között ez az értekezés is) egy szűkebb csoportot vizsgálnak. Az első gyermek érkezésével járó normatív krízissel való megküzdés nyomán a párkapcsolatokban megélt biztonságérzet változott. 1989-ben a párok egyik része stabil párkapcsolatban, tervezetten várta az első gyermek megszületését, míg mások éppen a gyermekvárás jelentette kényszerhelyzet miatt kezdtek közös életet. Bármiképp is indult a szülővé válás, a gyermek érkezésével a – többnyire – euforikus örömet követték a kisbabás mindennapok, ahol újra kellett definiálniuk a szerepeiket. Ez az időszak könnyebb volt azoknak, akiknek korábban harmonikus, nagyfokú biztonságérzetet adó párkapcsolatuk volt, de a nem tervezetten szorosabbá váló kapcsolatokban is többször volt érezhető sikeres megküzdés az új helyzettel. A párkapcsolat dimenziójának 1990-es értékelésekor a kapott érzelmi és fizikai támogatás meglétét értékeltük elsősorban, illetve azt, hogy mennyire működnek ebben az új szerepükben „párként”, 2012-ben inkább a hagyományos kérdések, témakörök jelentek meg: mennyire elégedett a házasságával, vannak-e közös (élményt adó) tevékenységeik, valódi biztonságot jelent-e a párkapcsolat.

6.1.1.2 A családi kapcsolatok dimenziója

A társadalmi bizalom rendszerváltás előtt tapasztalható megrendülése szorosabbra fűzte a családi kapcsolatokat. Ennek egyrészt érzelmi jelentősége volt, másrészt anyagi kényszer is szülte, hiszen a legtöbb fiatal párnak nem volt még saját tulajdonú otthona. A baba érkezésével járó pluszfeladatok, illetve az anyai szerepen való közös osztozkodás összehozza a nagymamát és az anyát, ugyanakkor mindez konfliktusokkal is jár. Mintánk 1990-es adatain az látszik, hogy az elérhető, jelenlévő nagyszülő pozitívan hat a szülők általános jóllétére, párkapcsolatuk minőségére – még viták közepette is. Később, az anya középkorúvá válásakor is nagy erőforrást jelent az élő családi kapcsolat a szülőkkel, testvérekkel, még akkor is, ha ilyenkor már a segítségnyújtás iránya sokszor megfordul. Az elsőszülött fiatalok körében a biztonságérzet a családi kapcsolatok erőforrásainak-korlátainak megélését tükrözte. A korunkra jellemző késői adolescencia látszott a

mintán is: szükségük volt még a szülők jelentette korlátra, ugyanakkor érezniük kellett azt is, hogy saját döntéseikért ők a felelősek.

6.1.1.3 A baráti kapcsolatok dimenziója

A rendszerváltás okozta változások a kutatásunkban szereplő anyáknál a barátságok területén is nagyobb mértékű veszteséget hoztak. A később – a munka dimenziójánál – emlegetett munkatársi kollektíva megszűnt, nem volt már kikhez „látogatóba menni”, nem várta őket vissza a régi közösség. Azok, akik heterogénebb baráti körrel rendelkeztek (munkahelyi, szomszédsági, régi iskolatársi barátságaik is voltak), nagyobb biztonságban érezhették magukat azoknál, akiknek az egyetlen baráti terep a munkahelyük volt. Ez érződött a dimenziók 2012-es értékelésénél is, a szélesebb kapcsolati háló erősebb támaszt jelentett. Ahogy a szülők baráti kapcsolatok terén megélt biztonságérzetét a munkahely adta, a fiatalok baráti kapcsolatainak bázisa az iskola volt. Ugyanakkor közülük sokan már abbahagyták tanulmányaikat, amellyel óhatatlanul együttjárt ezeknek a kapcsolatoknak a gyengülése. Számukra az jelentett biztonságérzetet, ha közös hobbi vagy civil, esetleg egyházi szervezet kötelékében rendszeres keretek között maradt fent a kapcsolat.

6.1.2 Személyes – belső biztonságdimenzió

6.1.2.1 A testi-lelki egészség dimenziója

A leginkább belsőnek tekinthető dimenzió a testi-lelki egészség dimenziója, holott nagyon függ a társadalmi környezettől és a többi dimenziótól. A kutatás eredeti kérdésfeltevése szerint (miért nagyobb ezeken a településeken a koraszülés, perinatális halálozás) kifejezetten fontossá vált ennek a témakörnek a vizsgálata. A várandós anya táplálkozása, a mozgás, a dohányzás (terhesség és szoptatás alatt is) nagyon fontos tényezői mind az anya, mind a megszületendő gyermek egészségi állapotának. Az egészség dimenziójának értékelését az objektíven értékelhető rizikófaktorok megléte mellett az egészségi állapot személyes percepciója adta. 2012-ben a középkorba lépő anyák egészségi állapota nagy különbségeket mutatott. Az eltelt évek, a más területeken megélt bizonytalanságok nyomot hagytak mind a szubjektív, mind az objektív egészségi állapoton. A gyerekek

egészségdimenziójának értékelésekor az életmódban rejlő kockázatok mellett szintén figyelembe vettük az objektív és a szubjektív egészségi állapotot is.

6.1.3 Társadalmi-külső biztonságdimenziók

6.1.3.1 A munka dimenziója

A munka dimenziója a kutatásban szereplő anyák számára kettős bizonytalanságérzetet hordozott. A kisbaba érkezése miatti átmeneti munkapiacról való kiesésre felkészültek, bár így is sokszor váratlanul érte őket az a magány és elszigeteltség, amit átéltek, később azonban a többségnek azzal kellett szembesülnie, hogy munkahelye vagy megszűnt, vagy az átalakítások miatt új munkakörbe kényszerült. A munka dimenziójának kódolásakor figyelembe kellett vennünk azt a társadalmi környezetet, amely az adott időszakban jellemző volt, mert más jelentette a biztonságot 1989-ben és más 2012-ben. Az első hullám adatainak elemzésekor fontosabb volt, hogy a (majdnem) mindenki számára biztosított munkahely körülményei mennyire voltak ideálisak, milyen volt a munkatársakkal a kapcsolat, míg 2012-ben az lett döntő, hogy van-e munkahely, fenyegeti-e a megszűnés, illetve alkalmas terep-e az önmegvalósításra. A gyermekek dimenziójának értékelésekor fontos volt a tanulmányok és az elkezdett munkahelyen megélt stabilitás, biztonságérzet: annak az érzete, hogy a megszerzett tudás, és a saját képességek elegendőek-e az érvényesüléshez.

6.1.3.2 Az otthon dimenziója

Belső, azaz az egyén erején, személyiségén múló tényezőnek tűnhet, de valójában erősen a külső, társadalmi interakciókban megélt biztonságérzetet jelenti az otthon. A kismamák beszámolóiból kiderült, hogy többen tartottak a közeli gyárak okozta légszennyezettségtől, és emiatt fontolgatták a költözést (amire a legtöbbjüknek nem volt lehetősége). A lakáshelyzet Magyarországon nem változott olyan drasztikusan, mint a korábban bemutatott munkero piac. Ugyanúgy kérdéses a fiatalok számára, hogy miből és hogyan engedhetik meg maguknak a saját lakást, illetve ha van lakásuk, az milyen állapotban van, milyen környéken helyezkedik el, és a szó valódi értelmében otthonnak tekinthető-e. A kódolás során tehát mindkét mérési ponton elsősorban a saját tulajdonú lakás vagy ház megléte jelentette a biztonságot, amelyet nem terhel bizonytalanul

visszafizethető hitel, illetve a fiatalok esetében a kilátás, hogy lehet saját otthonuk, ha nem is azonnal, de belátható időn belül.

6.1.4 Társadalmi – belső biztonságdimenzió

6.1.4.1 A jövő dimenziója

A rendszerváltás körüli évek a legteljesebb mértékben bizonytalan időknek nevezhetők, könnyen meghatározhatóvá vált, hogy mit is értünk a jövő dimenzióján. A kutatás központi kérdése a gyermek érkezése volt, nem meglepő, hogy sok szülő írta le, amikor a jövővel kapcsolatos félelmeiről, terveiről kérdeztük, hogy teljesen megváltozott a világ, nem tudják, hogy mi vár a gyermekeikre. Ez a félelem sokszor a gyermekvállalási terveikben is megjelent. 2012-re a jövővel kapcsolatos tervek, félelmek spektruma szélesebbé vált. Az ember jóságába, ésszerűségébe vetett hit megkérdőjeleződött, ugyanakkor volt különbség a válaszadók között abban, hogy megtalálják-e a helyüket ebben az új világban. Eluralkodott-e a gondolkodásukon a minden mindegy érzése, vagy terveik vannak, és hisznek abban, hogy számít az, amit az egyes ember tesz, tehet.

6.1.5 A személyes biztonságérzet modellje

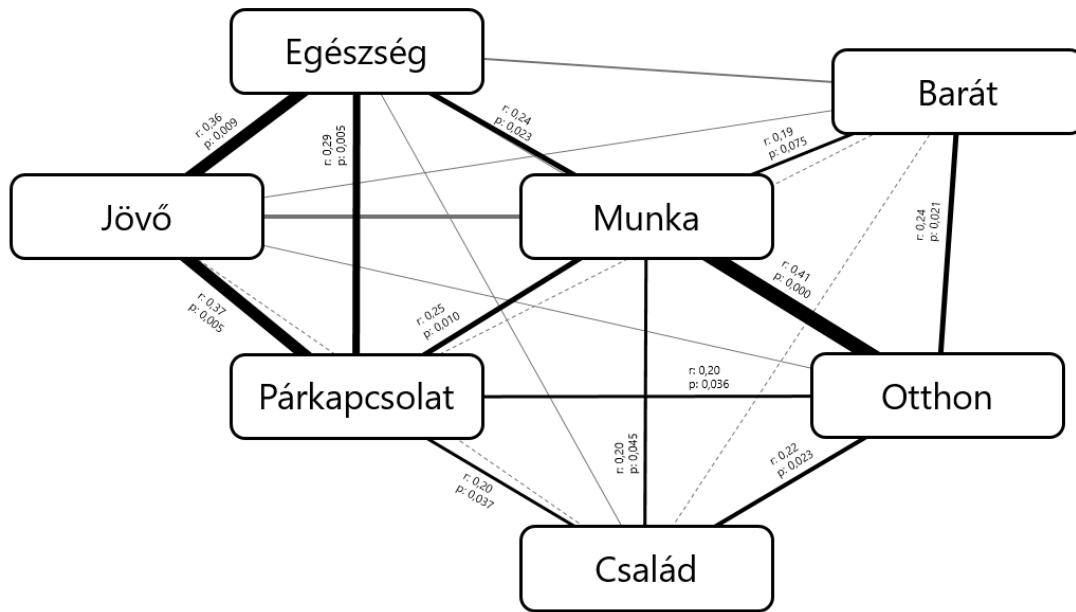
A dimenziók további általános leírása szerepel a kutatás eredményeinek korábbi publikációiban (Dávid és mtsai 2016, Bóné és mtsai 2017, Bóné és Hegedüs 2018, Bóné és mtsai 2019), jelen fejezetben a dimenziók komplex hálózatának bemutatására szorítkozom.

A hét dimenzió mindegyikét négyfokú skála segítségével értékeltük. (A dimenziók egy-egy skálára való redukálását az is indokolta, hogy célunk volt egy később kifejlesztésre kerülő rövid, egy-egy tételből álló, általános biztonságérzetre vonatkozó mérőeszköz megalapozása. Ezek az egytételű alskálák reményeink szerint megbízható, ugyanakkor a válaszadókat kevésbé igénybevevő mérést tesznek lehetővé /Ittész és mtsai 2014/) Első lépésként arra voltunk kíváncsiak, hogy a hét változó milyen együttjárást mutat. Az egymással történő korrelációk kiszámítása után a Google Fusion Tables gráfrajzoló program segítségével vizualizáltuk az egyes vizsgált csoportok dimenzióhálózatát. (Az anyák 1989-es és 1990-es adatait a nagyfokú hasonlóság, illetve az eltelt idő rövidege miatt összevontuk.) Az ábrákon az összekötő vonalak vastagsága a korrelációs kapcsolat

mértékét jelzi, illetve erős hatásnagyság esetén a pontos értékeket is feltüntettem. A negatív kapcsolatokat szaggatott vonalak jelzik.

A dimenziók témájában született szakirodalmak áttekintése, illetve saját kutatási és személyes tapasztalataink alapján is feltételeztük, hogy bizonyos területek szorosabb együttjárást mutatnak majd. Ugyanakkor nagyon érdekes eredményeket hozott a különböző csoportok dimenzióhálózatainak összevetése. A jelen értekezésben közelebbről vizsgált 106 anya 1990-es és 2012-es dimenzióin jól láthatóvá válnak az alapvető változások.

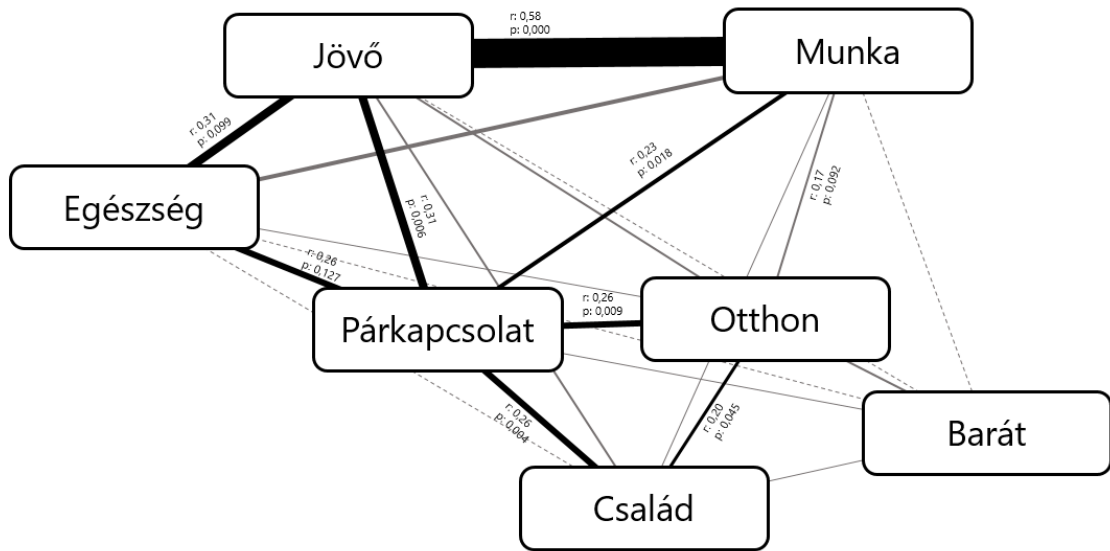
A rendszerváltás környékén első gyermeküket váró anyák hálózatának középpontjában a párkapcsolat-egészség-munka-jövő négyszöge ($r=0,2-0,41$, $p=0,000-0,045$) áll, ugyanakkor egy meglehetősen kiegyensúlyozott kép rajzolódik ki. A dimenziók többsége fontos szerepet játszik, összefüggésben van a többivel. A baráti kapcsolatok viszonylagos gyenge szerepe jelzi a szocializmus időszakára jellemző külső bizalmatlanságot, illetve az első gyermek születésével átmenetileg lazuló, gyengülő baráti kötődéseket is. Hálózatelemzési szempontból ez egy biztosabb rendszernek tekinthető, a 12. ábrán jól látszik, hogyha az egyik csomópont valamilyen krízis következtében meggyengülne, az általános biztonságérzet nem csökkenne jelentősen, az erős kapcsolódások védőhálót biztosítanak.



N=106 (1990)

12.ábra Az anyák 1990-es dimenzióhálózata

Ezzel szemben a 2012-es adatok (13. ábra) enyhén kiegyensúlyozatlanabb képet mutatnak. A hálózat középpontjában a jövő és a munka dimenziójának domináns együttjárása áll ($r=0,58$; $p=0,000$), de továbbra is fontos része a biztonságérzetnek a párkapcsolat, a családi kapcsolatok, az egészség és az otthon biztonsága ($r=0,2-0,31$; $p=0,007-0,099$). Két lábon áll ez a hálózat, melyet a párkapcsolat dimenziója köt össze: a jövő és a munka dimenziója a párkapcsolaton keresztül kapcsolódik az otthon és a tágabb családi kapcsolatok dimenziója által alkotott hármasszoporthoz. Ilyen módon látszik, hogy bár külön-külön a párkapcsolat korrelációi alacsonyabbak ($r=0,23-0,31$, $p=0,007-0,127$) a társdimenziókkal, mégis a komplex hálózat központi, integráló elemének ez tekinthető. A baráti kapcsolatok szerepe az általános biztonságérzetben továbbra sem jelentős. Ez nem feltétlenül jelenti ezen kapcsolatok lazaságát, de az mindenképpen elmondható, hogy nem ezek megléte vagy hiánya az, ami a mintánkban szereplő középkorú nők általános biztonságérzetét meghatározza.



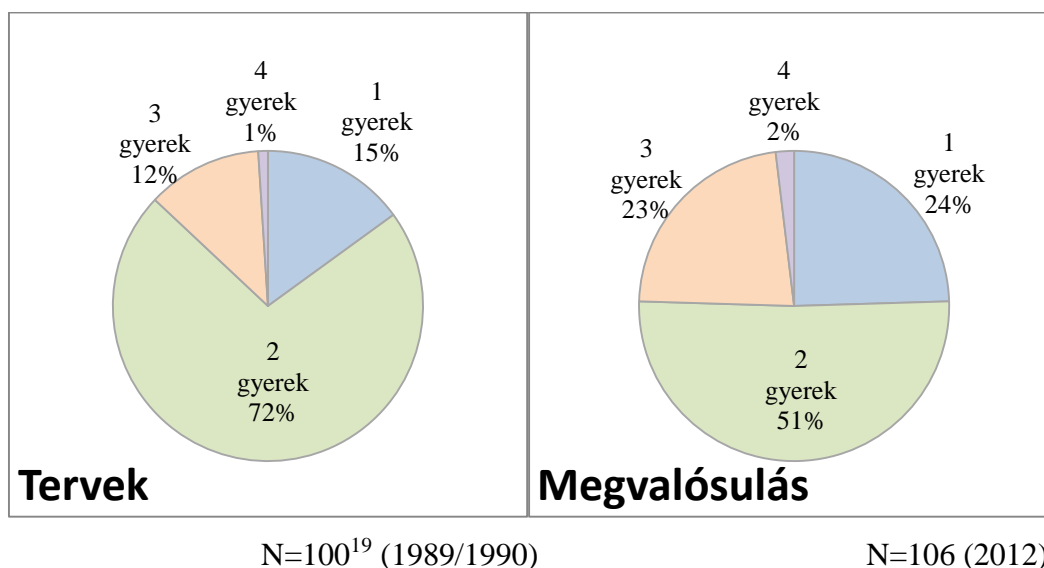
N=106 (2012)

13.ábra Az anyák 2012-ben mért dimenzióhálózata

6.2 A gyermekvállalási tervek megvalósulása

Az értekezés legfontosabb célkitűzése azoknak az összefüggéseknek a megismerése volt, amelyek a korábban tervezett, majd végül megvalósult gyermekszám különbségéből fakadnak. Az első két adatfelvétel során mindkét szülőt megkérdeztük arról, hogy mik a gyermekvállalási tervek, szeretnének-e további gyermekeket, ha igen, akkor mi lenne a következő gyermek(ek) optimális időzítése. A férfiak és nők közötti legnagyobb különbség a tervek *megléte* volt: a legtöbb anya konkrét elképzeléssel rendelkezett arról, hogy mennyi gyermeket szeretne, az apák közül többen válaszolták azt, hogy nem foglalkoznak a kérdéssel.

Az eredetileg tervezett gyermekszámra vonatkozó kérdés három hullámban is szerepel. Megkérdeztük az anyákat 1989-ben és 1990-ben a terveikről, 2012-ben pedig az erre vonatkozó emlékeikről, illetve a gyermekeik végleges számáról. Az anyák átlagosan két gyermeket szerettek volna, és 2 gyermekük is született. A leggyakrabban tervezett család a kétgyermekes családmódellet követte, az anyák 72%-a szeretett volna két gyermeket. Közel azonos számban (15% és 13%) terveztek egy, illetve három vagy több gyermeket.



14.ábra **Tervek és megvalósult gyermekszámok a mintában**

¹⁹ Az a 6 anya, akinek nem tudtuk az eredeti terveit, az alapján került végül csoportba, hogy utólag mit válaszolt az eredeti tervekre vonatkozó kérdésre.

Jól látszik, hogy bár az átlag ugyanaz a terveknél és a megvalósulásnál, a családméretnek azonban eltérnek. A vizsgált anyák felének lett végül két gyermeke, nagyobb mind az egy, mind a három, mind a négy gyermekes családok aránya. Ez a különbség vezetett minket annak a kutatására, hogy mi lett azokkal a családokkal, ahol nem teljesültek a tervek. (Az 14. ábra csak a minta *összesített* különbségeit mutatja, az egyének terveinek megvalósulása a 15. ábrán látszik a képzett csoportoknál.)

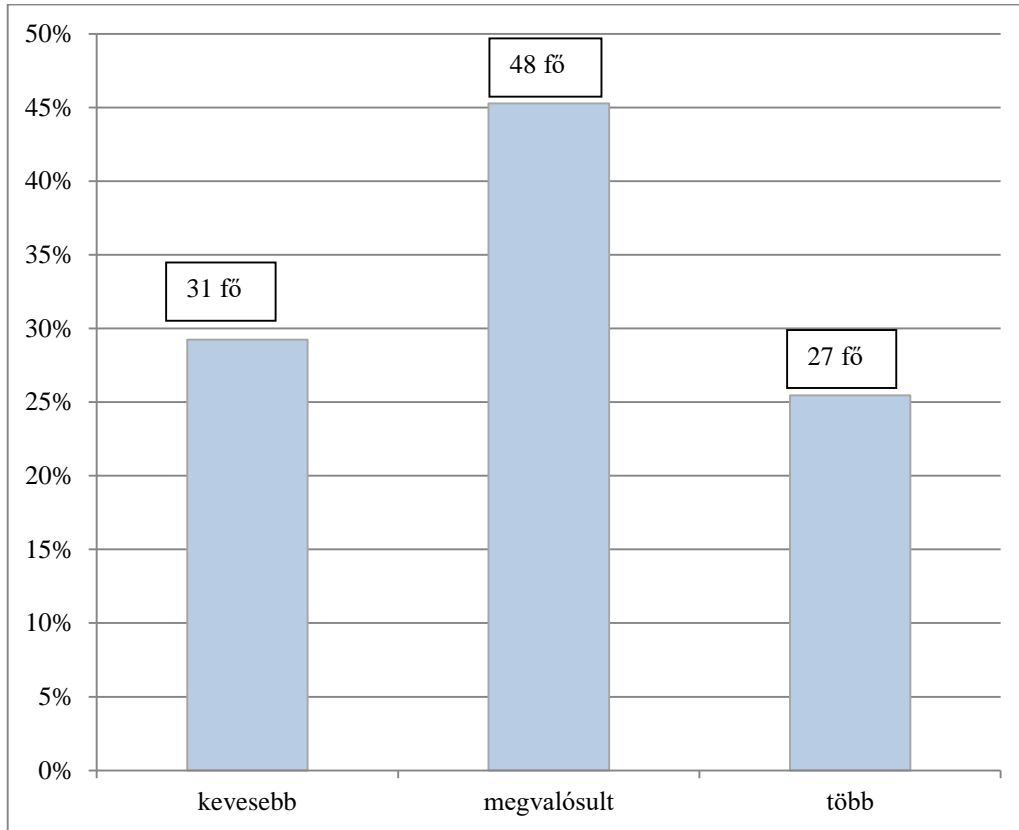
6.2.1 A gyermekszámtervek megvalósulása alapján kialakított csoportok

Az elemzés tárgyául szolgáló alapvető három csoport kiválasztása (teljesítők – felülteljesítők – alülteljesítők) komoly dilemmát jelentett. Az anyák egy része ugyanis másként emlékezett a korábbi terveire 2012-ben (vagy nem az 1989-es terveit idézte fel, hanem korábbi vagy későbbit), így aztán dönteni kellett, hogy melyik változó legyen a csoportbontás alapja.

Ha azt választom a teljesítés kritériumának, hogy mit mondott az anya *akkor*, azok kerülhetnek be a terveket teljesítők közé (tévesen), akik esetleg 2012-ben úgy válaszoltak, hogy nem annyi gyermekük lett, mint amennyit terveztek. Ha az a csoportdöntés alapja, hogy mit mondott az anya *most*, akkor azokat veszítem el, akik máshogy emlékeznek, de az eredeti terveiknek mégsem felelnek meg. Összessen öt olyan anya volt, akinek besorolása a két időpontban adott különböző válasza miatt bizonytalan volt, mindannyiuknál az volt kérdéses, hogy teljesítőknek vagy felülteljesítőknek számítanak-e. Készítettem két csoportbontást, az egyik beosztás szerint mind az öt bizonytalanok tekinthető válaszadót a teljesítők, a másik beosztás szerint pedig a túlteljesítők közé soroltam, és ellenőrző vizsgálatokat futtattam le a különbség mérésére. A kutatás központi elemeinek, a biztonságdimenziók értékeinek egyszerű T-próbás elemzése nem mutattak hatáskülönbséget a két csoport között (az átlagos eltérés 0,04 volt egy 1,93 és 3,53 szélsőértékeket felvevő skálán). Emiatt feltételezhető volt, hogy az eredményeket nem befolyásolja az érintett anyák besorolása, ugyanakkor a kevésbé robusztus beosztás (azaz a bizonytalanok túlteljesítőkhöz való sorolása) kiegyensúlyozottabban elemezhető csoportlétszámokat eredményezett.

A kiválasztás végső szempontja szerint tehát azok kerültek a nem teljesítő csoportokba, akik *életük valamely pontján (1989-ben, 1990-ben vagy 2012-ben) más tervekről nyilatkoztak*, azaz az eltelt időszakban volt olyan szakasz az életükben, amikor nem annyi

gyermeket szerettek volna, mint amennyi végül született. Az ezek alapján létrehozott három csoport a következő:



N=106 (2012)

15.ábra A gyermekszámtervek megvalósulása alapján létrehozott csoportok

6.2.2 A gyermekszámtervek megvalósulását befolyásoló tényezők

A minta egyik jellegzetessége, hogy harmadik trimeszterben lévő várandós édesanyákat vontak be a vizsgálatba, ezért az alulteljesítés mértéke – tekintettel az akkor is uralkodó kétgyerekes családmódel dominanciájára – többnyire alacsony volt (azaz a tervezetthez képest egy, ritkábban két gyermekkel kevesebb született). A kiválasztás további következménye, hogy a gyermekvállalás sikertelenségével összefüggő (veleszületett, nem pedig szerzett, az életút során kialakuló) biológiai tényezők nem jelenhettek meg az alulteljesítés okaként. Az ebből fakadó kisebb különbségek hatására, továbbá a viszonylag alacsony elemszám miatt korlátozottabb összefüggések mutathatók ki, ugyanakkor a kimutatott eredmények egyértelműen jelzik, hogy a gyermekszámtervek

megvalósulása nem csak véletlenszerűen alakul, bizonyos életesemények, tapasztalások határozottan befolyásolják a valóra váltás esélyeit.

6.2.2.1 Az eredeti gyermekszámtervekre ható tényezők

A termékenységi döntés felvázolt modellje szerinti kezdőállapot leírására nem ad lehetőséget a kutatás, hiszen az adatfelvétel idején az anyák már első gyermekük születésére készültek. Olyan édesanya egy sem volt köztük, aki azt válaszolta volna, hogy korábban egyáltalán nem akart gyermeket. Ez egyrészt a kor normáiból is fakadhatott (az akaratlagos gyermektelenség nem volt valós opció), másrészt a harmadik trimeszterre óhatatlanul bekövetkező ex-post racionalizáció miatt. A kérdések elemzésénél nem elhanyagolható az a körülmény sem, hogy a kérdőívet az a védőnő vette fel, aki a továbbiakban a család életét kísérte, így a válaszadó eltitkolhatta a számára „hatóságként” megjelenő kérdező előtt a véleménye szerint megbélyegzésre okot adó elképzeléseit.

Mind a párválasztás, mind a teherbeesés és várandósság folyamatai, a válaszadás előtt megélt pozitív vagy negatív események módosíthatták a korábbi terveket, ugyanakkor bizonyos területeken ennek ellenére érdemesnek látszott a kismama akkori vágyainak jelentős életeseményekkel, mért attitűdökkel való összevetése.

Két kiemelt terület elemzésére ad lehetőséget az adatbázis: a gyermekkori családi hatások, illetve a párkapcsolati jellemzők.

A várakozások ellenére családi háttértényezők közül nem lehetett kimutatni szignifikáns kapcsolatot sem a gyermekkori család mérete (azaz a testvérek száma), sem a szülői iskolai végzettség vagy gyermekvállalás időzítése és a tervek között. Ugyanakkor a gyermekkor általános megélése már nagyban befolyásolta a tervezett gyermekszámot. A szülők válása, vagy válásig nem jutó konfliktusos együttélése, a gyermekkorban megélt halálesetek, esetleg egy közeli családtag alkoholizmusa mind olyan életesemények, amelyek a szakirodalom alapján várhatóan hatnak a családtervekre. A várakozásoknak megfelelően kimutatható szignifikáns kapcsolat a gyermekszámra vonatkozó tervek és a családi krízishelyzetek száma között, ugyanakkor talán meglepő irányban: minél több ilyen emléke volt a válaszadónak, annál magasabb volt a tervezett gyermekszám ($r=0,22$; $p=0,042$). Ennek magyarázata lehet a saját (nagyobb) család megteremtésén keresztüli öngyógyítás/öngyógyulás igénye, a családi minták meghaladásának vágya, esetleg annak

a gyermekkori megtapasztalása, hogy egy krízishelyzetben mennyire erőt adó tud lenni a testvér.

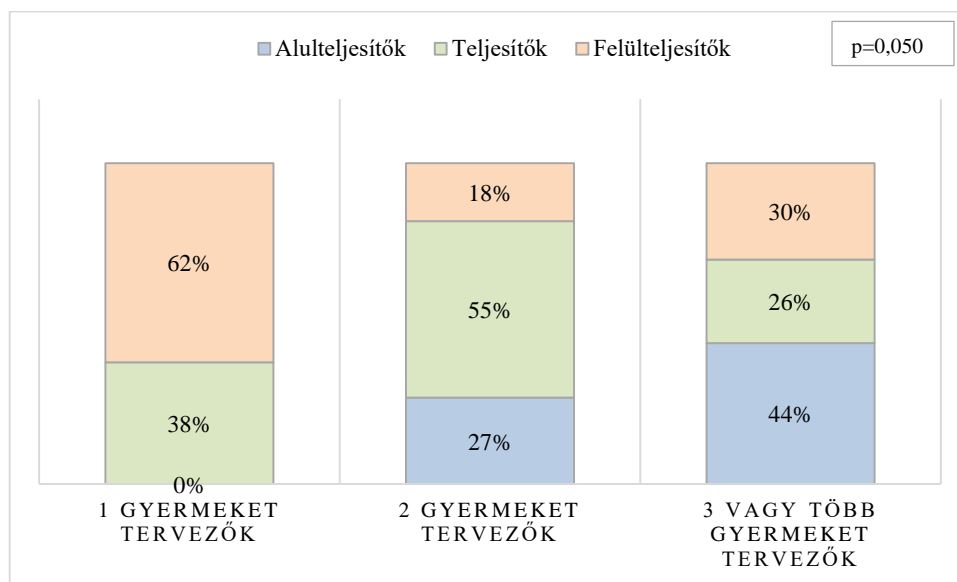
A párkapcsolat, illetve az apa szerepének bemutatásánál is nehézséget jelent az anyák első hullámbeli életállapota. Többségük stabil párkapcsolattal rendelkezett (86%-uk házasságban, bár ezek egy része már a teherbeesés után kötött), az együtt töltött idő és a hasonló hatások (különös tekintettel a várandósság tényére) együtt formálták elképzeléseiket. Nehéz megmondani, hogy melyiknek milyen szerepe volt az adott pillanatban mért állapotban, ennek ellenére fontos megjegyezni, hogy eredményeink is nagyfokú összefüggést mutatnak az anya és az apa gyermekvállalási tervei között ($r=0,32$; $p=0,012$). A párok 69%-ánál volt teljes egyetértés a tervezett gyermekszámában, további 29%-ban eggyel tért csak el a két fél véleménye. Ez utóbbi esetben éppúgy megfigyelhető volt az is, hogy az anya szeretett volna többet, illetve az is, hogy az apa (a mintában egyébként a férfiak enyhén magasabb gyermekszámot terveztek – ennek mértéke azonban nem volt szignifikáns). A párkapcsolat minősége, stabilitása is összefüggést mutatott a gyermekszám tervekkel. Ahol a házasságot az átlagosnál jobbnak ítélték, illetve ahol magasabb volt a párkapcsolati összetett biztonságdimenzió értéke, az anya több gyermeket tervezett ($r=0,23$; $p=0,023$).

6.2.2.2 A gyerekszámkülönbség okai

A 15. ábrán már bemutatott módon a tervek megvalósulása szerint három csoportot képeztem. Az anyák 45%-a (48 fő) teljesítette korábbi terveit, 29%-nak kevesebb (31 fő), 26%-ának (27 fő) több gyermeke született. Az elemzések azt mutatják, hogy vannak olyan tényezők, amelyek előrevetítik, hogy a korábban megfogalmazott tervek teljesülnek-e.

Nyilvánvalónak tűnik, mégis érdemes számokkal, mérésekkel alátámasztani, hogy valóban leginkább azok teljesítik korábbi terveiket ($p=0,050$), akik két gyermeket terveznek (16. ábra). Akik a kutatás kezdetén egy gyermeket terveztek, azok a minta sajátosságai miatt nem kerülhettek az „aluteljesítő” kategóriába, de közülük 38% teljesítette a terveit, 62% pedig többet szült, mint korábban tervezte. A két gyermeket tervezők bizonyultak a legsikeresebbnek: 55%-uknak annyi lett, mint tervezték, 27%-uknak kevesebb, 18%-uknak több gyermeke született. A három vagy több gyermeket

tervezők közül 26%-nak lett annyi gyermeke, amennyit szeretett volna, 43%-nak lett kevesebb, 30%-nak több.



N=106 (2012)

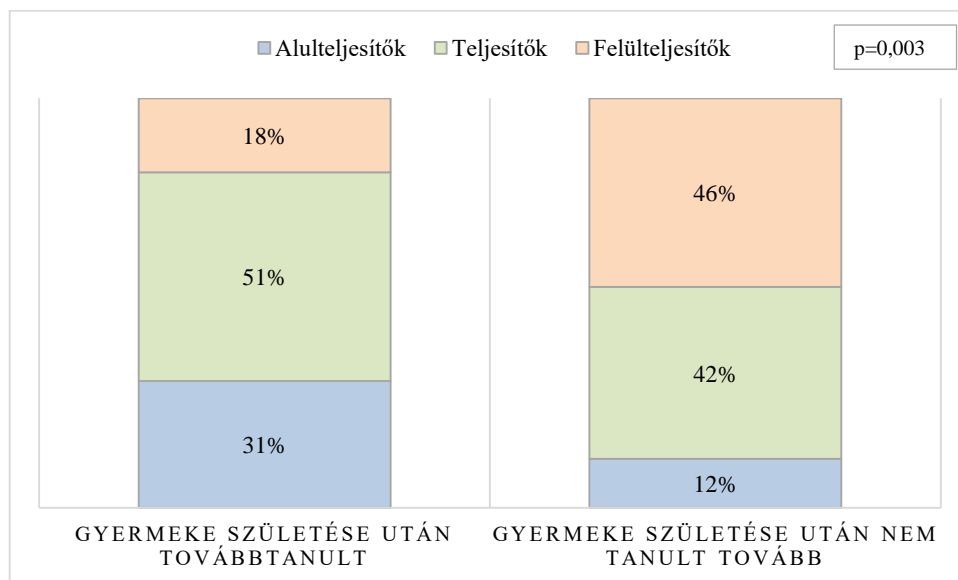
16.ábra Teljesítés aránya a gyermekszámtervek alapján

Az eredmények szerint nagyobb eséllyel kerültek a felülteljesítő kategóriába azok a családok, ahol az első gyermek nem tervezetten érkezett ($p=0,029$). Az alulteljesítő és a teljesítő első gyermekei döntően (94 és 96%) tervezett babák voltak, a végül felülteljesítőknél ez az arány 78%. Ennek feltételezhető oka egyrészt a kevésbé tudatos gyermektervezés, ugyanakkor az a vágy is megjelenhet, hogyha elsőre nem is sikerült a tökéletes partnerrel ideális módon gyermeket vállalni, egy új házasságban, új tervekkel ez megvalósulhat.

A vallással kapcsolatos kérdés az első hullámban még nem adott lehetőséget a különbségtételre. Az anyák 88%-a mondta azt, hogy nem vallásos, így a kis elemszám miatt a minta nem volt alkalmas arra, hogy megnézzük, van-e különbség a vallásosság szempontjából a gyermekszámtervek alakulásában. A harmadik hullám idejére azonban változás állt be. A hittel szembeni megváltozó környezet, az élettapasztalat vagy az életkor hatására 2012-ben az anyák 51%-a nyilatkozta azt, hogy akár az egyház tanítása szerint, akár a maga módján vallásos. A magukat nem vallásosnak tartók 59%-a teljesítette a terveit, szemben a vallásos válaszadók 35%-ával ($p=0,031$). Adódna a

feltételezés, hogy ez abból fakad, hogy a hívők számára korlátozottak az elfogadható fogamzásgátló eszközök vagy tiltott az abortusz, ezért ők inkább a felülteljesítők közé tartoznak, de ennek az ellenkezője bizonyult igaznak: a vallásosak 38%-a teljesítette alul terveit, szemben a nem vallásosok 16%-ával. Erre a látszólagos ellentmondásra megoldást adhat az a feltételezés, hogy az 1989-ben vallásos értékrenddel rendelkező válaszadók jelentős része eltitkolta vallásosságát a kérdező elől, azonban a vallásosságával összefüggésben általában azok közé tartoztak, akik magasabb gyermekszámot terveztek, így végül nagyobb arányban kerültek az alulteljesítők közé. Ennek ellenőrzésére összehasonlítottam a mostani vallásosságot az eredetileg tervezett gyermekszámmal, és igazolódott a feltételezés: a magukat 2012-ben vallásosnak mondók átlagosan magasabb tervekkel rendelkeztek 1989-ben, 2,1 gyermeket terveztek szemben a nem vallásosak 1,9-es terveivel ($p=0,102$).

Az anya eredeti iskolai végzettsége és a gyermekszámtervek valóra váltásának sikeressége között nem találtam szignifikáns kapcsolatot. Figyelembe véve, hogy a minta átlagéletkora első gyermekük születésekor 23 év volt, továbbá, hogy az anyák 72%-a szülés után járt még (bármilyen képzési szinten) iskolába, összevettem a gyermeke születése után további képződését a gyermekszámtervek teljesítésével (17. ábra).

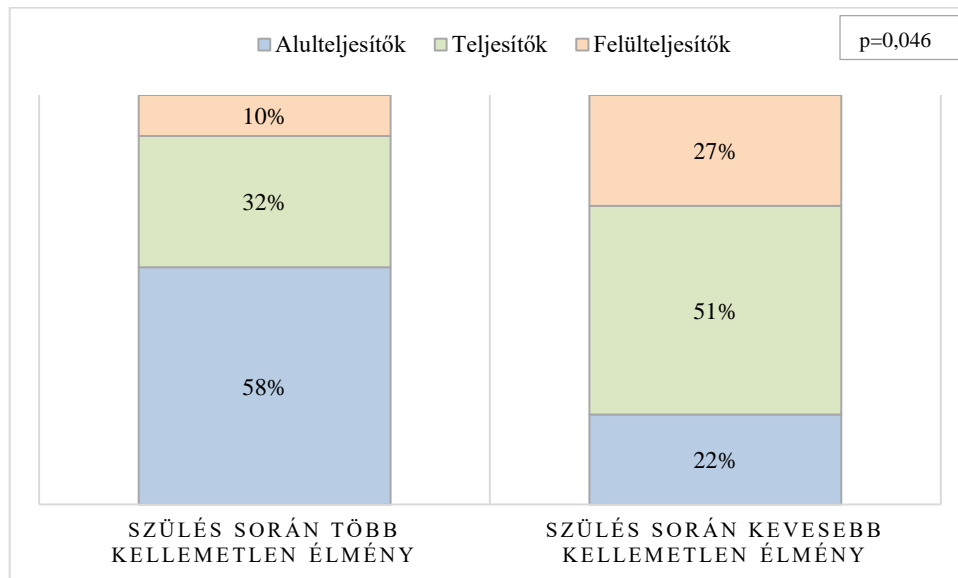


N=94 (2012)

17.ábra 1989 utáni tanulás és a gyermekszámtervek teljesítése

Az ábrán nagyon jól látszik, hogy azok, akik nem tanultak tovább, nagyobb arányban teljesítették felül, és kisebb arányban alul a terveiket. Akik továbbtanultak, azok fele teljesítette terveit, de sokkal inkább jellemző rájuk az alulteljesítés ($p=0,003$).

Bár a kutatás idején a szülészeten hasonló elvek alapján folyt a szülésvezetés, a személyes percepció és az objektívebben mérhető szülészeti beavatkozások, komplikációk számának összesítése összefüggést mutat a végül megvalósult gyermekszámmal ($p=0,046$). Azok, akik legalább három negatív élményt említettek (ide értve a szülésindítást, a szülés alatti fájdalmas beavatkozásokat, illetve a szülés alatti kellemetlen érzéseket, tapasztalásokat), nagyobb arányban vállaltak végül kevesebb gyermeket a terveiknél, mint azok, akiknek kevesebb negatív élményük volt (58% és 22% – 18. ábra).



N=81²⁰ (1990)

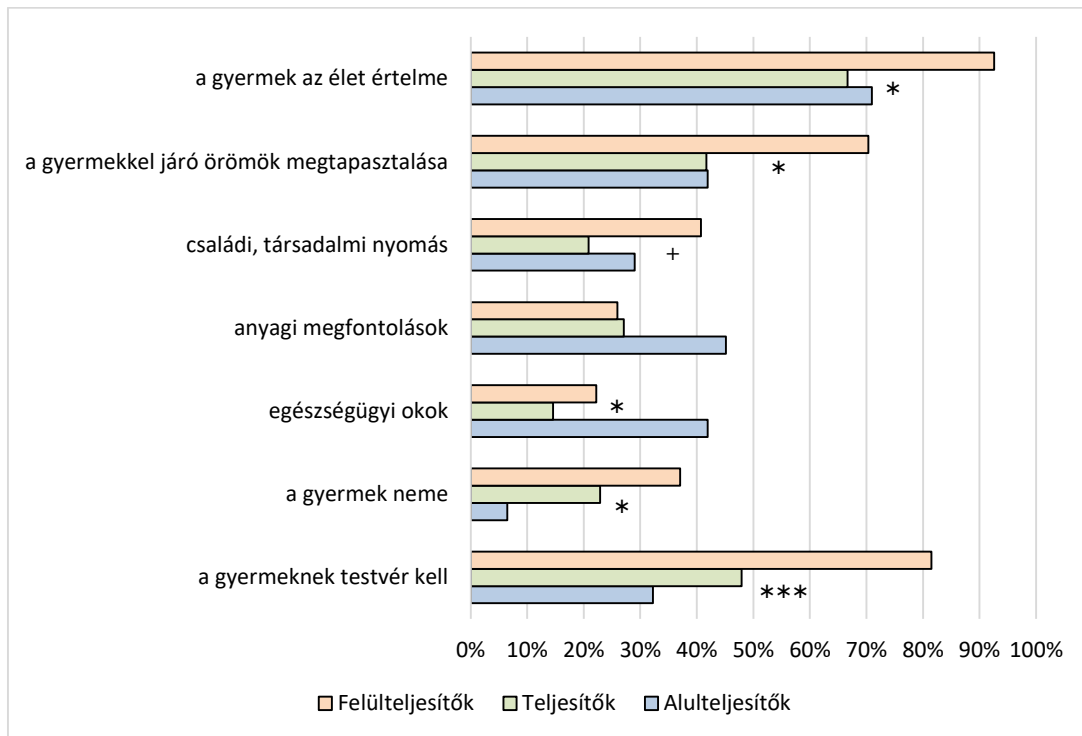
18.ábra Szülési élmények hatása a gyermekszámtervek teljesítésére

A tudatosság nehezen operacionalizálható fogalom, továbbá részben összefügg (legalábbis verbális kifejezésében) az iskolai végzettséggel is, mégis érdemes külön elemzés alá vonni. Az első két hullám során nem szerepelt olyan kérdés, amely egyértelműen erre a tulajdonságra vonatkozott volna, ugyanakkor áttételesen

²⁰ 25 anya adatai a második hullámban hiányosak (vagy azért, mert más fókuszú interjú készült velük, vagy azért, mert 1990-ben visszautasították a válaszadást, 22 évvel később azonban rendelkezésünkre álltak)

következtethetünk rá. Azok az anyák, akik tudatosabban készültek a gyermekvállalásra ($p=0,029$), határozottabb gyermeknevelési elképzelésekkel rendelkeztek ($p=0,020$), inkább lettek sikeresek a gyermekvállalási terveik valóra váltásában is, míg mind az alul-, mind a felülteljesítőkre jellemzőbb volt, hogy kevésbé pontos vagy differenciált választ adtak ezekre a kérdésre.

2012-ben megkérdeztük az anyákat arról, hogy összességében mi befolyásolta őket az újabb gyerekvállalásról való döntésben (19. ábra).



*** $p < 1\%$, * $p < 5\%$, + $p < 10\%$

N=106 (2012)

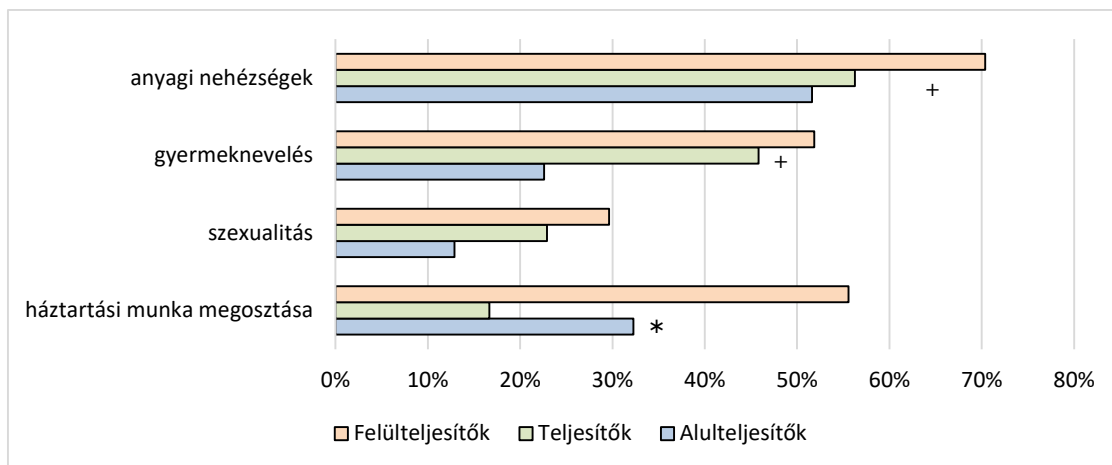
19.ábra A gyermekvállalást befolyásoló tényezők

A felülteljesítőkre inkább volt jellemző, hogy a gyermekvállalást önmagáért való célnak, az élet értelmének tekintették, az anyaságot pedig hivatásnak ($p=0,04$), bár ez a szempont mindhárom kategóriában a legmagasabb említésszámot kapta (az anyák 75%-a említette). Nagy különbség mutatkozik a testvér jelentőségében. Mivel mintánkban alülteljesítők főleg az egy gyermeket vállalók lettek, ezért nem meglepő, hogy az ő esetükben sokkal kevésbé jelenik meg, míg a felülteljesítők közül 82% hangsúlyozta a testvér fontosságát ($p=0,000$). Hasonlóan várható különbség mutatkozik meg a gyermek nemének

említésekor. Várható, hogy ahol a gyermek neme fontos, több azonos nemű gyermek után is inkább vállalkoznak egy újabb várandósságra akkor is, ha ez már korábbi terveiken felül gyermekvállalást jelent ($p=0,017$). Szintén jól érthető és magyarázható az a válaszadási különbség, amely a gyermekkel járó pozitív érzések megtapasztalására vonatkozik ($p=0,037$). Ez persze részben önigazolás is lehet, de emellett valóban okozhat változást a gyermekszámtervek alakulásában a korábbi gyermekekkel megélt jó tapasztalat. Lehet ez az érzés relatív, amennyiben jelen esetben a rendszerváltást kísérő bizonytalanság csökkentette az élet más területein megvalósítható célok esélyeit, de megjelenhet teljesen objektív módon, minden más érzéstől függetlenül is. Ezzel szemben viszont nem jelent meg a gyermekkel járó rossz tapasztalat az alulteljesítőknél fontos szempontként. Akiknek kevesebb gyermekük lett, mint tervezték, inkább hivatkoztak egészségügyi, párkapcsolati szempontokra, nehézségekre, illetve a munka vagy tanulás az anyasággal való versengésére.

6.2.2.3 A gyermekszámkülönbség következményei

A mintánkban az első gyermeküket váró anyák 86%-a élt házasságban, 12% élettársi kapcsolatban. 2012-ben 68% még mindig a gyermekei apjával élt együtt (4% élettárs), 31%-ra nőtt az egyedül vagy más kapcsolatban nevelők aránya. A szülőpár együttmaradásától függetlenül azonban fontos és lehetséges elemezni a párkapcsolatban megjelenő konfliktusok anya percepciója szerinti okait a gyermekszámtervek megvalósulásával összefüggésben. Mind az elváltaktól, mind a házasságban élőktől ugyanazokat a tipikus konfliktuscsoportokat kérdeztük meg, ez alapján a három vizsgált csoport főbb konfliktusforrásai a következők voltak:



* $p < 5\%$, + $p < 10\%$

N=103 (2012)

20. ábra Az együttélés során felmerülő konfliktusok

A 20. ábrából egyértelműen látszik, hogy vagy konfliktusosabb a felülteljesítők viszonya, vagy az anya éli meg ezeket nehezebben, de minden egyes témacsoportban nagyobb az említés aránya. Ezek közül a legkiugróbb eredményt az otthoni munka megosztása mutatja. Ahol több gyermek születik, ott érezhetően nagyobb a teher, amely leginkább a háztartási munkákban jelentkezik az anya számára ($p=0,037$), az ebben való segítség, vagy még inkább az apa természetes részvételének elvárása komoly konfliktusforrás ezekben a családokban. Az alulteljesítőknél lévő magasabb arány részben annak köszönhető, hogy az elváltak körében kiemelkedően nagy volt azoknak a száma, akik ezt az okot hozták fel, a többi tényezőnek kisebb jelentősége volt a válasz során.

A nagyobb családoknál megjelenő növekvő terheknek anyagi vonatkozásai is vannak, illetve az időbeosztás nehézsége a munka-család terén is konfliktusos helyzeteket teremt. Ezzel részben összefügghetnek a szexualitás, párkapcsolati intimitás terén megélt nehézségek is: túlterhelt, fáradt, ingerlékeny szülők kevésbé találnak időt és lehetőséget az egymáshoz való közeledésre, ezt szintén viszonylag sokan említették konfliktusként.

A gyermekszámtervek megvalósulásának következményei leginkább a gyermeknevelésben, a gyermekkel való viszony alakulásában voltak tettenérhetőek.

Általában a válaszadó gyermekek döntő többsége jó példaként tekint a szülei gyermeknevelésére, ennek oka azonban nagy valószínűséggel az, hogy ők voltak leginkább hajlandóak részt venni egy olyan kutatásban, amely a saját szüleiknek fontos, illetve ők voltak a lakásban leginkább elérhetőek a kérdezőbiztosok számára. Ennél

fontosabb és érdekesebb eredmény, hogy leginkább azok követnék szüleik példáját az életükben (akár a gyermeknevelésről, akár a munkavállalásról van szó), akiknek a családja a teljesítők kategóriájába tartozott (83%). Ennél kicsit kevesebben, 79% tartja jó példának a szüleit az alulteljesítők közül, a felülteljesítők aránya pedig ennél is rosszabb, 71% ($p=0,035$). A hosszabb, kifejtősebb nyílt kérdésre adott válaszokban, amelyek a gyermekkor általános megélésére, konkrét emlékeire vonatkoztak, tartalomelemzéssel elkülönítettük azokat a területeket, amelyek ismétlődően megjelentek a különböző életszakaszra vonatkozó leírásokban. Ezek a területek az iskolával (korábban óvodával), a baráti kapcsolatok alakulásával, az iskolán kívüli tehetséggondozó foglalkozásokkal, az otthoni családi eseményekkel, a család esetleges elköltözésével, illetve az őket közelről érintő traumákkal (súlyosabb betegség, baleset, haláleset) foglalkoztak. Összességében szignifikánsan több területen és több pozitív említés jelent meg az alulteljesítők és teljesítők családjában, mint a felülteljesítőknél ($p=0,033$).

Az iskolával, pályaválasztással, munkával kapcsolatos kérdések mutatják a legkomolyabb összefüggést a gyermekszámtervek megvalósulásával kapcsolatban. Ez a kapcsolat megjelenik mind az anyai, mind a gyermekek által adott válaszokban, elképzelésekben, érzésekben.

Az anyák közül legkevésbé azok elégedettek (50%-uk) a gyermek tanulmányi eredményeivel, haladásával, akiknek kevesebb gyermekük született a terveknél. Azok, akiknek a tervezett számú gyermeke született, elégedettebbek (65%-uk), a legelégedettebbek viszont talán meglepő módon azok, akiknek több gyermekük van, mint tervezték (71%) ($p=0,019$). Ezek az eredmények azt mutatják, hogy bár sokszor a változó, bizonytalan körülmények között, ahol az elképzelések, félelmek szerint nehezebb biztosítani a gyermekek számára az alapvető feltételeket, jellemzőbb viselkedéssé válik a terveknél kevesebb gyermek vállalása, valójában az ilyen családokban sokkal nehezebb a gyermeknek megfelelni az elvárásoknak, kevésbé tudják „teljesíteni” a szülők által elvárt szintet. Általában véve azok a szülők, akiknek kevesebb gyermekük lett, a végül megszületett egy vagy két gyermekkel szorosabb kapcsolatot igyekeztek fenntartani, több időt töltöttek velük, több segítséget nyújtottak nekik céljaik eléréséhez, de többet is vártak el tőlük. A gyermekkel való beszélgetés, közös döntés a leírások szerint megvalósíthatóbb a kevesebb gyereket vállalóknál, míg az alulteljesítők 100%-a mondta azt, hogy ez rájuk

jellemző, a teljesítőknek csak 91%-a, a felülteljesítőknek pedig már csak 78%-a ($p=0,017$).

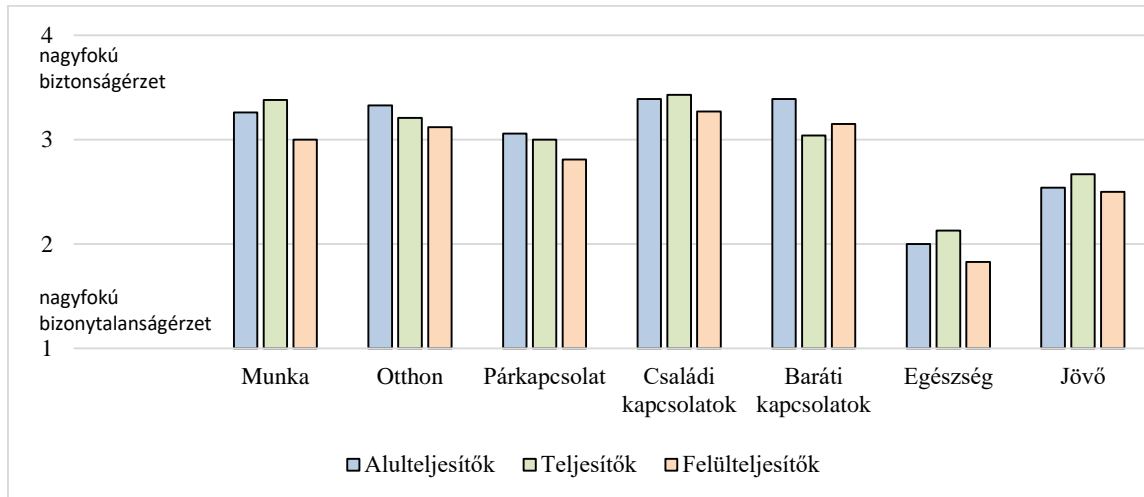
Ehhez illeszkedő eredményeket mutat annak a kérdésnek az elemzése, hogy mit gondol az anya a gyermek teljesítménye vagy annak hiánya mögött meghúzódó okokról. Akiknek pont annyi gyerekük van, mint tervezték, hajlamosak a gyerekekben látni az okokat, szerintük a gyermek hibája, lustasága, oda nem figyelése az ok. Ezzel szemben azok, akiknek kevesebb gyermekük lett végül, inkább azt hangsúlyozzák, hogy valami külső ok (pályamódosítás, betegség) volt az elvárt eredmény akadály (p=0,045).

Érdekes megnézni a teljesítmény kérdésében a másik oldal, a gyermek megélését, szempontjait is. Amikor a gyereket kérdeztük a továbbtanulásáról, leginkább az alulteljesítők gyermekeire volt érvényes, hogy a „könnyebb utat választják”, olyan továbbtanulási célokat választanak, amelyeket könnyebb elérni, kevésbé kell küzdeniük érte ($p=0,002$), illetve a túlteljesítők gyermekei sokkal inkább a saját eredményeiknek, erőfeszítéseiknek tartják, ha sikeresek tudnak lenni a tanulásban, a munkájukban. A saját teljesítménnyel való elégedettség ellentétes a szülői mintán látottakkal. Az ott legelégedetlenebbnek mutatózó alulteljesítő anyák gyermekei a leginkább elégedettek a saját teljesítményükkel, és fordítva. Ezek alapján tehát leginkább a felülteljesítők gyermekei tanulnak meg küzdeni, ők látják és ők hisznek benne leginkább, hogy a befektetett munkának lesz gyümölcse, míg az alulteljesítők gyermekei a nagyobb szülői odafigyelés ellenére vagy éppen amiatt, kevésbé küzdenek, és jobban elfogadják a közép-szerű helyzeteket.

6.2.3 A személyes biztonságérzet alakulása a gyerekszámtervek teljesülése szerint

Az egyes dimenziók vizsgált csoportok szerinti különbsége nem tűnik jelentősnek (21. ábra), de egyértelműen látszik, hogy a túlteljesítők minden területen kisebb fokú biztonságérzettel rendelkeznek. Az eredmények nem igazolják azt a hipotézist, mely szerint az alulteljesítők a felülteljesítőkhöz hasonlóan rosszabb általános jólléttel, biztonságérzettel rendelkeznek. Bizonyos dimenziókban, az otthon, a párkapcsolat és a baráti kapcsolatok terén jobb általános biztonságérzetet élnek meg. Ez összefügghet a konfliktusoknál is tapasztalt, a gyermekek számával összefüggő megnövekedett terhekkel. Akinek kevesebb gyermeke van, több időt, energiát vagy pénzt tud fordítani az

otthonára, a párkapcsolata, a gyermekeivel való vagy baráti kapcsolatai működtetésére. Ugyanakkor a munkahelyi biztonság, a családi kapcsolatok, az egészségi állapot és a jövő területein így is a legmagasabb biztonságérzettel a teljesítők rendelkeznek.

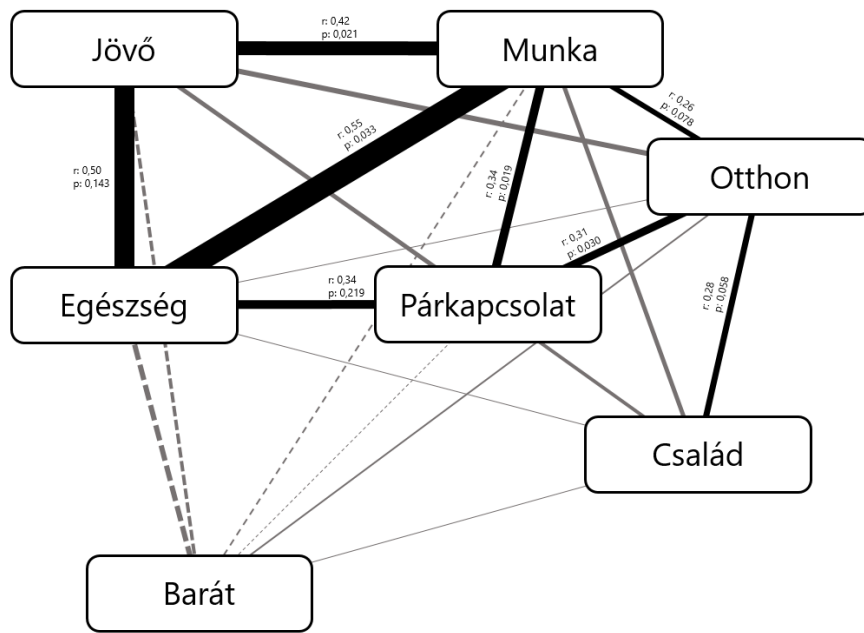


N=106 (2012)

21. ábra A biztonságérzet dimenziói a teljesítés szerint

6.2.3.1 A gyermekszámtervek megvalósulása szerinti dimenziómodellek

Az anyák különböző csoportjainak dimenziómodelljeiben jól látható különbségek rajzolódnak ki. A 22. ábrán látható összefüggések mutatják, hogy azoknak az anyáknak, akik teljesítették korábbi vágyaikat, a biztonságérzetük központi eleme a munka, az egészségi állapot és a jövő területének hármasa ($r=0,37-0,55$; $p=0,021-0,143$), de szignifikáns kapcsolat van a párkapcsolat dimenziója ($r=0,37$; $p=0,019$) felé is. A tágabb család, a barátok jelentősége az általános biztonságérzetre nincs hatással, nem található szignifikáns vagy erős együttjárás a többi dimenzióval. A baráti kapcsolatok nyújtotta biztonságérzet enyhe negatív együttjárásai inkább azt jelzik, hogy a külső kapcsolatok amolyan „ellentételezéseként” akkor jelennek meg, akkor támaszkodik rájuk erősen az egyén, amikor a biztonságérzet hálóját alkotó központi elemek sérülnek.

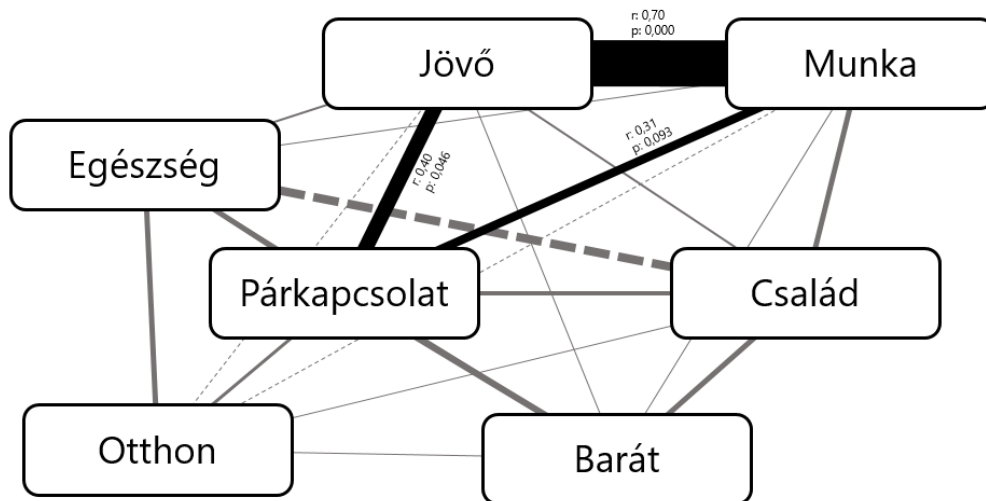


N=48 (2012)

22.ábra A teljesítők dimenzióhálózata

Azon anyák biztonsági dimenzióhálózata (23. ábra), akiknek kevesebb gyerekük született, mint tervezték, erősen jövőközpontú. Bár az 1990-ben mért általános dimenzióhálózatnak nem volt erős jóslóereje arra nézve, hogy valaki várhatóan teljesít-e a terveit, a jövő dimenziójának értékei már előre jelezték, hogy kik azok, akik a rendszerváltás hatásaira már akkor aggodalommal tekintettek. Azok, akik végül kevesebb gyermeket vállaltak, 1990-ben átlagosan 2,21-es értéket adtak a jövő dimenziójára, szemben a másik két csoport egységesen 2,61-es pontszámával ($p=0,066$). A jövőtől való félelem vagy abba vetett bizalom erős hangsúlya 2012-ben is érezhető maradt ennél a csoportnál – erős együttjárással a munka dimenziójával. E két dimenzió kapcsolata annyira erős, amely semelyik másik hálózaton nem figyelhető meg. A 0,7-es korrelációs együttható ($p=0,000$) azt sugallja, hogy ennek a csoportnak az életében a munkahellyel kapcsolatos célok (akár a megtartás, a biztonság növelése, akár a karrier, önmegvalósítás lebeg az egyes anyák szeme előtt) váltották fel a családra, gyermekvállalásra vonatkozó célokat. Ezt a nagyon erős együttjárást némiképp befolyásolja a párkapcsolati dimenzió, amely szintén hat a jövőbe vetett hitre ($p=0,046$), ám a többi hálózat számaihoz képest

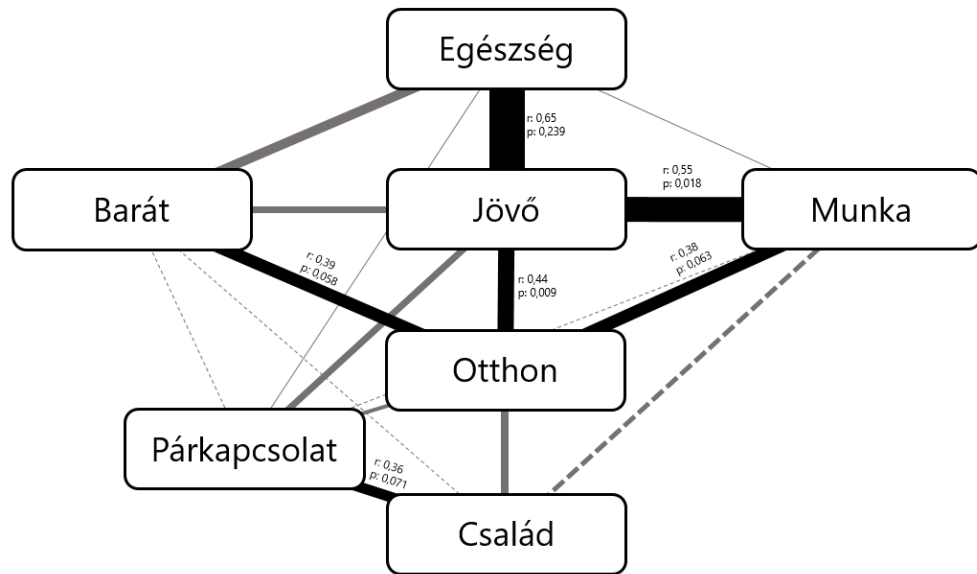
viszonylag magas 0,4-es korrelációs együttható még így is alig több mint a fele a munkahely és jövő együttjárásának.



N=31 (2012)

23. ábra Az alulteljesítők dimenzióhálózata

A felülteljesítők csoportja (24. ábra) annyiban különbözik az alulteljesítőktől, hogy náluk már eltűnik a párkapcsolat erős jelenléte, ebben a csoportban nagyon erős korreláció csak a munka és a jövő dimenziója között figyelhető meg ($r=0,55$, $p=0,018$). Emellett elég gyenge szignifikanciaértékkal ($p=0,239$), de nagyon magas korrelációs együtthatóval ($r=0,65$) összefügg az egészségdimenzió a jövővel. (Feltételezem, hogy itt van egy olyan tényező az egészségdimenzió elemében, amely eltérő szerepet játszik a személyes biztonság értékelésében, ennek további elkülönítésére azonban nem volt lehetőség.) A teljesítők és alulteljesítők csoportjához képest legnagyobb különbség, hogy ebben a hálózatban már megjelenik az otthon kiemelt szerepe, ugyanakkor a párkapcsolat és a tágabb család dimenziói kevésbé hangsúlyosak. A felülteljesítő anyák biztonsága eszerint inkább társadalmi, mint személyes megalapozottságú, nagyobb szükségük van a tágabb környezet által kapott támogatásra, amely megteremti számukra a stabil biztonságérzetet.



N=27 (2012)

24.ábra A felülteljesítők dimenzióhálózata

Az egyes témakörök elemzésekor már jól látszott, hogy nem lehet egyértelműen kijelenteni, hogy a gyermekszámterveiket teljesítőket összességében jobb mutatók jellemzik, mint a másik két csoportot. Voltak olyan területek, ahol ez igazolódott, más területeken nem volt különbség, vagy akár jobb mutatói voltak az alul- vagy a felülteljesítőknek. A biztonságdimenziók komplex eredménye azt mutatja, hogy mindent összevetve a vizsgált mintában nem elkülöníthető a három csoport, a vártnál jobban hasonlít egymásra az alulteljesítők és a teljesítők csoportja, míg velük szemben a felülteljesítők valóban rosszabb eredményeket mutatnak. A felülteljesítők átlagosan rosszabb értékeket mutattak a hét dimenzió összesített pontszámában a másik két csoporthoz képest (16,9 szemben a teljesítők 18,1 és az alulteljesítők 19,4-es összpontszámával, $p=0,026$), illetve sokkal kevesebb dimenzióban érezték magukat inkább biztonságban (míg a hét dimenzióból az alulteljesítők 2,6 dimenzióban érezték magukat teljes biztonságban, addig a teljesítők ennél enyhén alacsonyabb, 2,4-es, a felülteljesítők pedig csak 1,8-as átlagos nagyfokú biztonságérzetről számoltak be).

7 Megbeszélés

Az értekezés Ajzen TDP elméletének (1991), illetve Miller és Pasta TDIB modelljének (1988) 1989-ben induló magyar longitudinális mintán való elemzésének bemutatása. Ezek az elméletek megkísérlik a gyermekvállalás (illetve Ajzen esetében tágabban értelmezve bármilyen rövid vagy hosszabb távú viselkedés) terveinek létrejöttében szerepet játszó tényezők leírását, illetve modellt kínálnak arra, hogy ezek az életút során tervekké formálódó vágyak milyen környezeti hatások vagy éppen személyiségbeli változások következtében válnak valóra vagy hiúsulnak meg, illetve melyek azok a kockázati tényezők, amelyek egyik vagy másik kimenetelt valószínűbbé teszik. Az emberi döntések, viselkedések soha nem kiszámíthatóak teljesen, még rövidtávú, viszonylag konkrét tervek esetében sem lehetünk teljes mértékben biztosak abban, hogy a mégoly elkötelezett (magas motivációs szinttel rendelkező alany), könnyűnek ígérkező (kis költséggel, alacsony környezeti kontroll mellett megvalósítható), nagy előnyökkel kecsegtető (nagy értékességgel, jutalmakkal rendelkező) viselkedést a megfigyelt alany végre is hajtja. A gyermekvállalás esetében azonban közel sem ilyen egyértelmű a helyzet, sem a valós motiváció mérése, sem az előnyök, hátrányok, következmények felmérése nem egyszerű. Emellett egy nő esetében optimális esetben 20-25 év a megvalósítás lehetséges és tervezett ideje, amely az összes közreműködő faktort módosíthatja.

A kutatás alapvetően nem a gyermekvállalási tervek megvalósítását tűzte ki célul, és a kutatási dizájn megtervezésekor sem lebegett a résztvevő kutatók szeme előtt szociálpszichológiai döntéshozó modell. (Mindkét modell első említése pár évvel korábbi, Ajzen 1985-ben, Miller és Pasta modellje 1988-ban került bemutatásra, ezek a kutatás tervezésekor még nem voltak széleskörűen ismertek.) Azonban a Losonczy Ágnes kutatásaira mindig is jellemző átfogó szemlélet, kiterjedtség sokszor véletlen szerencse folytán, de mégis egyfajta kutatói erőteljes megérzésnek köszönhetően ebben az esetben is lehetőséget teremtett arra, hogy a kutatás indítását követően ismertté és népszerűvé váló elméletek tényezőit, elemeit a mintán azonosítsuk.

7.1 A gyermekvállalási tervek kialakításával összefüggő tényezők

A modellek mindegyike a vágy és az abból fakadó szándék kialakítása előtt felrajzol egy személyiségjellemzőkből, életpasztalatokból, általános attitűdökből, észlelt környezetből felépülő kiinduló helyzetet.

Az első hullámban 301 első gyermekét váró nő került a mintába, amely alapvető korlátokat állít fel a gyermekvállalási szándék mérésének: a nem jelentősége, esetleges különbségei nem vizsgálhatóak, olyan formában biztosan nem, hogy milyen arányban váltják valóra terveiket, illetve az első gyermekük megszületése előtt az apák milyen gyermekvállalási tervekkel rendelkeztek. Természetesen maga a várandósság ténye, illetve annak előrehaladott állapota már a szülésre készülő nők válaszait is módosíthatja, ez közrejátszhatott abban, hogy a mintánkban nem tapasztalható jelentős különbség az összesen tervezett és végül megszületett gyermekek között.

A minta homogenitása – akár azért, mert az 1989-ben még uralkodónak vélt szocialista normák erősen jelen voltak, akár a kiválasztott településekre jellemző hasonló szocio-ökonómiai státuszú családok jelenléte miatt – bizonyos háttértényezők vizsgálatát nem tette lehetővé. Az anyák döntő többsége (Magyarországon még nem indult el a gyermekvállalás korának tolódása) 22 évesen várta első gyermekét, így a szakirodalomban megfigyelhető korról összefüggő gyermekszámtervek (Miller és Pasta 1993) nem voltak mérhetőek, hasonlóképpen nem jelent meg a különbség az iskolai végzettséget tekintve sem. Összességében azonban elmondható, hogy a nemzetközi és hazai kutatásokban mért kétgyermekes családmódel (Testa 2012c, Kapitány és Spéder 2018) uralkodó volta mintánkban is kimutatható: az anyák 72%-a tervezett két gyermeket. A családi háttér, a gyermekkorából hozott tapasztalatok, a megélt családi biztonság továbbadásának vagy a bizonytalanság elkerülésének vágya azonban – illeszkedve Heiland és társai (2008), Buhr és Huinink (2014) és Rossier és Bernardi (2009) elemzéseikhez – összefüggött a várandós édesanyák terveivel. Erősebb volt az összefüggésben a reparatív elem, mint várható volt: azok, akik valamilyen erőteljes hiányt éltek meg gyermekkorukban, fontosabb célnak tekintették az ideális család megvalósítását, a gyermekeiken keresztül akarták megélni a családi összetartást.

A párok terveinek összefüggésének vizsgálatokor Miller és Pasta (1995), Testa és munkatársai (2012) illetve Stein és munkatársai (2014) eredményeihez hasonlóan magas korrelációt mértünk. Ezek oka egyrészt a hasonló értékrendű párválasztás lehetett,

másrészt a nyitott kérdésekre adott válaszokból kiderül, hogy adott esetben a társ, a párkapcsolat hatására módosítja valaki a terveit.

7.2 A gyermekszámtervek valóra válásával összefüggő tényezők

Eredményeink összhangban vannak azokkal a korábbi eredményekkel, melyek szerint a tanulás, a munkaerőpiaci erősebb jelenlét összefügg az alacsonyabb teljesítéssel (Testa 2012b, Kapitány és Spéder 2018). A gyermekszámtervek esetében a mintánkban nem látszott különbség a végzettség tekintetében, de erős kapcsolat mutatkozott az első gyermek születését követő továbbtanulás és aközött, hogy végül a terveknél kevesebb gyermek született. Fontosnak tartom kiemelni, hogy ez nem azt jelenti, hogy a termékenység növekedésének akadálya lenne a nők továbbtanulása, és hogy a kettő természetesen összefügg. Valójában a magasabb iskolai végzettségű, komolyabb munkaerőpiaci jelenlétet tervező nők esetében kiemeltebb szerepet kap az olyan kiegészítő intézkedések megléte, amelyek összeegyeztethetővé teszik a gyermekvállalást és az aktív munkát. Tehát az ő termékenységük akkor tudja a tervezett és számukra is ideálisnak gondolt szintet elérni, ha elérhetőek a gyermekelhelyezési lehetőségek, a részmunkaidős foglalkoztatás (ameddig az anya igénybe szeretné venni), és egyéb más – az államtól kapott – anyagi jellegű ösztönzés (Luci-Greulich és Thévenon 2013).

Jelentős hatása mutatkozott a tervek valóra váltásában az attitűdbeli különbségeknek. 20 évvel a rendszerváltás után mérhetővé vált a vallás kérdése (akár egyháziasan, akár a maga módján vallásos hitekről beszélünk), amely így már mutatott összefüggést a gyermekszámtervek teljesítésével. A korábbi tanulmányokkal ellentétben a vallásos anyák inkább teljesítették alul a terveiket, amely azonban együtt járt azzal a megfigyelt összefüggéssel, hogy magasabb gyermekszámot is terveznek (Miller és Pasta 2003, Heiland és mtársai 2008, Berghammer 2009). Természetesen a vallásos hit is változhat 20 év során, de a nagyarányú vallásosságnövekedés, amely 1989 és 2012 között a mintán bekövetkezett, inkább tekinthető a vallással szembeni elfogadóbb közegnek, így feltételezhetjük, hogy azok, akik 2012-ben vallásosnak tartották magukat, 1989-ben is már azok voltak, vagy nyitottabbak voltak a hit iránt.

A korábbi gyermekszülés tapasztalatai szintén összefüggést mutattak a későbbi gyermekszámmal. A szülés módjainak hatása, azaz annak az átlagosnál negatívabb megélése illeszkedett Gottvall és Waldenström 2002-ben, illetve Nilsson 2014-ben

publikált eredményeihez: akik több rossz élményről számoltak be, inkább vállaltak végül kevesebb gyermeket. A gyermekekkel kapcsolatos tapasztalások akkor is befolyásolták a későbbi gyermekszámot, ha valami hiányérzetet generáltak a szülőkben. A nem megfelelő nemi arány (Namboodiri 1983, Miller és Pasta 1993, Spéder és Kapitány 2007, Kodzi és mtársai 2012, Ray és mtársai 2018), amely a legtöbb esetben azt jelentette, hogy szülessen egy fiú és egy lány, nagyobb arányban vezetett újabb gyermek vállalására, hátha megszületik a kívánt nemű gyermek is.

7.3 A gyermekvállalási tervek valóra válása

A mintánkban szereplő édesanyák tervei és a megvalósult gyermekszám között nem volt különbség, átlagosan 2 gyermeket szerettek volna, és az összes gyermekszám ennyi is lett végül. Azonban a minta átlaga sok egyéni eltérés összeadódásán keresztül alakult ki. Az amerikai NLSY longitudinális kutatásában a nők 38%-a teljesítette a terveit (Quesnel-Vallée és Morgan 2003), míg a holland PSIN kutatásban ez az arány 42% (Liefboer 2009). A Szülés-születés mintájában ehhez hasonlóan, 45%-ban teljesítették terveiket. Mindkét említett kutatásban kevesebben voltak azok, akik végül több gyermeket vállaltak, hasonlóan az értekezéshez bemutatott kutatáshoz.

Nagyobb mintán végzett kutatásokban, elemzésekben megfigyelhető, hogy a tervezettnél mindig alacsonyabb a megszületett gyermekek száma átlagosan 0,4-0,7-del (Kapitány és Spéder 2018). Kutatásunk eredményeinek eltérését indokolhatja az a tény, hogy a nagymintás kutatások adatait „lehúzzák” azok a nők, akiknek végül egyáltalán nem születik gyermekük, a mi mintánkban pedig a bekerülés feltétele az első gyermek várása volt. Nagyon fontos továbbá, hogy az akkori társadalomra (és ezért a mintára is) jellemző viszonylag alacsony életkor (22 év) az első gyermek születésekor jelentősen lecsökkentette a halasztás kockázatai miatt (Szalma és Takács 2012, Buhr és Huinink 2014) kieső gyermekek számát. Mindezzel együtt – különösen a rendszerváltás hatása miatt – a megfigyelt adatok ilyen alakulása számunkra is meglepő volt, és a kisebb létszámú minta vagy a lemorzsolódás torzító hatásának tekintjük.

7.4 A gyermekvállalási tervek valóra válásának következményei

A minta elemzése során az összefüggések vizsgálatakor az kristályosodott ki, hogy bár bizonyos területeken valóban a terveiket teljesítők és a nemteljesítők különülnek el

egymástól, valójában az alulteljesítők és teljesítők csoportja sok szempontból hasonlóbbnak tekinthető a vártnál, és a következmények tekintetében inkább ott figyelhető meg éles határ, ahol több gyermek született a tervezettnél. A rendszerváltás hatását itt lehet a leginkább tettenérni. Mindazok, akik a környezetükben lezajló nagy horderejű változásokra reflektálva tudatos életstratégiaváltás mellett döntöttek, és végül kevesebb gyermeket vállaltak, az életútmodellben lerajzolt kompetitív célok, illetve lehetőségek komplex megközelítése alapján úgy érezhetik, hogy a helyzetükből, lehetőségeikből így tudták kihozni a legtöbbet, ezért alulteljesítőként válhattak sikeressé. A felülteljesítők általános biztonságérzete és a gyermekeikhez való kapcsolódása ezzel szemben a szakirodalomban leírtaknak megfelelően (Axinn és mtársai 1998, Barber és mtársai 1999, David 2006) rosszabb eredményeket mutat, konfliktusosabb a családi életük, párkapcsolatuk.

A rendszerváltás okozta átrendeződés olyan erős értékrendi, életkörülménybeli változásokat hozhatott, amely már krízishelyzetnek volt tekinthető, ezért a tervek megvalósítása során (akár gyermekvállalási, akár az élet más területére vonatkozó tervekre gondolunk) természetessé vált azok folyamatos újragondolása (Ranjan 1999, Hollós és Bernardi 2009, Macura és Kadri 2010). A dolgozat bevezetőjében feltett kérdésre tehát, hogy erősebb-e az életadás iránti esszenciális vágy a rendszerváltás jelentette történelmi helyzet okozta krízisnél, a válasz egyértelmű *nem*. A gyermekvállalás alulteljesítésének következményei nem voltak tettenérhetők egy olyan korszakban, amely mikro- és makroszinten is drasztikus és kiszámíthatatlan változásokat hozott.

Azok azonban, akiknek több gyermekük lett, mint tervezték, a várakozásoknak megfelelően (Baydar 1995, Logan 2007, Gipson és mtársai 2008, Quesnel-Vallée és Maximova 2009, Bongaarts és Sinding 2011) szignifikánsan rosszabb mutatókkal rendelkeznek, mint a többi vizsgált édesanya. Konfliktusosabb a családi életük, kevesebb időt töltenek gyermekeikkel és rosszabb az általános biztonságérzetük. Hangsúlyoznunk kell, hogy ebben az esetben nem 7-8 gyermekes, a terveknél 2-3 gyermekkel többet vállalt nagycsaládokról beszélünk, hanem olyan családokról, ahol a tervezett egy helyett kettő, esetleg kettő helyett három gyermek él. A felülteljesítőkre viszonylag alacsony gyermekszám mellett jellemző rosszabb általános mutatók azt jelzik, hogy nem önmagában a gyermekek magas száma jelenti a nagyobb terhet, hanem az előre nem

tervezetten megszülető többedik gyermek okozta újratervezés szükségessége. A termékenység fokozását célzó intézkedések ebből fakadóan akkor lehetnek igazán sikeresek, ha a pusztán gyermekszámon kívül figyelembe veszik a társadalom egészére gyakorolt hatást, a szülők és az őket támogató környezet jóllétét, testi-lelki egészségét, és abban támogatják a családokat, hogy megszülessenek a *tervezett* többedik gyermekek.

8 Következtetések

8.1 A hipotézisek ellenőrzése

Jelen értekezés a Szülés-születés kutatás longitudinális adatbázisának elemzését tartalmazza a gyermekvállalási szándékok valóra válásáról, különös tekintettel a kutatás indítása után bekövetkezett rendszerváltásra. Az adatok korábbi feldolgozásai, illetve a vonatkozó szakirodalom segítségével felállított hipotéziseim közül néhány bizonyítást nyert, voltak olyanok, amelyekre nem találtam meggyőző bizonyítékot (azonban nem volt megállapítható, hogy a hipotézist el kell vetni), és voltak, amelyek nem igazolódtak. A következőkben az 5. fejezetben már bemutatott hipotézisek vizsgálatát mutatom be.

A gyermekvállalási tervek alakulására vonatkozó általános hipotézisek közül a H1a tételben feltételeztem, hogy a tervezett gyermekszám összefügg a személyes jellemzőkkel, családi és szituációs háttérrel. A minta homogenitása (kor, nem, vallásosság, családi állapot) nem adott lehetőséget ennek kiterjedt elemzésére, ugyanakkor igazolást nyert, hogy az akkori párkapcsolat stabilitása, minősége összefüggött a magasabb tervezett gyermekszámmal. A családi háttér elemzésekor a szakirodalom alapján U-alakú görbe volt feltételezhető. Mintánkban igazolást nyert, hogy azok, akik az átlagosnál rosszabb gyermekkorral, családi emlékekkel rendelkeztek, valóban több gyermeket terveztek, az átlagosnál jobb háttérből érkezők esetében azonban nem volt kimutatható különbség a gyermekszámtervek tekintetében. Az akkori iskolai végzettség esetén nem volt kimutatható kapcsolat a gyermekszámtervekkel.

A H1b hipotézis korábbi nagymintás (magyar és nemzetközi terepen felvett) kutatások eredményein alapult. Feltételeztem, hogy a minta nagyobb részének nem sikerül a terveit teljesíteni, és közülük is nagyobb lesz az alulteljesítők aránya. Ez a hipotézis igazolást nyert, a minta 45%-ának lett végül annyi gyermeke, amennyit tervezett, és a nemteljesítők (26%, illetve 29%) között némileg többen vannak az alulteljesítők.

A második hipotéziscsoport a gyermekvállalási tervek megvalósításának sikerességével összefüggő feltevéseket tartalmazta. A H2a hipotézis szerint a perinatális események rosszabb szubjektív megélése, illetve a nehezebben adaptálódó baba és/vagy szülőpár következtében, azaz a vártnál nehezebb kezdeti időszak hatására kevésbé születnek meg a tervezett többedik gyermekek. A hipotézis első fele igazolódtott, a nehezebb(en megélt)

szülés, a magasabb számú beavatkozás hatására nagyobb arányú lett az alulteljesítés. A gyermeknevelés korai szakaszának nehézségeivel ugyanakkor nem volt kimutatható összefüggés. Ennek oka lehet az emberre jellemző nagyfokú rugalmasság és adaptációs képesség, amely végül nem járt a tervek felülírásával, ugyanakkor az is, hogy a szülést követően még nem telt el a második hullám során elég idő ahhoz, hogy a valódi nehézségek kiderüljenek.

A H2b hipotézis, mely szerint a rendszerváltás okozta bizonytalanságérzet a gyermekszám alulteljesítésével járt, igazolódott. A gyermek jövőjét jobban féltő családok, ahol a bizonytalanságérzet percepciója erősebb volt, inkább döntöttek úgy, hogy kevesebb gyermeket vállalnak, hogy annak megfelelő lehetőségeket teremtsenek, illetve azok az anyák, akik a változó körülményekhez alkalmazkodva új életstratégiákat gyártottak, inkább kerültek az alulteljesítők közé.

Nem igazolódott a kutatás alapvető feltételezése (H2c), amely szerint az ösztönös késztetések, tapasztalatok, személyes háttér megalapozta gyermekvállalási vágyak hatása erősebb lenne egy jelentős társadalmi krízishelyzetnél. A személyes tervek rendszerváltás okozta kényszerű módosítása (a gyermekszám esetén lefelé korrekciója) ezért nem a várt következményekkel járt, az alkalmazkodás nem járt a sikertelenség érzésével együtt.

Ebből következik, hogy nem igazolódott az a feltételezés sem (H2d), mely szerint azok, akik akár felfelé, akár lefelé eltértek a korábbi gyermekvállalási terveiktől, a vizsgált mutatókban egymáshoz hasonlítanak. Valójában sokkal nagyobb volt a hasonlóság a teljesítők és az alulteljesítők között, így őket lehetett inkább egy csoportnak kezelni, szemben a felülteljesítőkkal.

A további – erre épülő – hipotézisek ebből következően csak részben igazolódhatnak:

A H2e hipotézis feltételezi, hogy általánosságban a terveiket teljesítők elégedettek az életükkel, jobb általános jóllétről számolnak be, illetve nagyobb fokú biztonságérzetük van. Nem igazolódott, hogy különbség lenne az alulteljesítők és a teljesítők csoportja között, a rendszerváltás hatása ezekben a mutatókban is érvényesült. A felülteljesítők csoportjára igazolódott a feltételezés: alacsonyabb az általános biztonságérzetük, több párkapcsolati, családi konfliktus jellemzi őket.

H2f: Feltételezésem szerint az, hogy az anya terveihez képest kevesebb vagy több gyermek születik egy családba, a gyermekek általános állapotára is hatással van.

Igazolódott, hogy azokban a családokban, ahol a tervezettnél több gyermek született (szintén a felülteljesítők csoportját szembeállítva a másik kettő csoporttal), a kutatásban szereplő elsőszülött gyermekek kevésbé örömteli gyermekkorról számoltak be, illetve általában kevésbé szoros szülő-gyermek kapcsolatáról. Azonban ezek nem voltak olyan erős hatásúak, hogy a gyermekek általános biztonságérzetét befolyásolták volna, nem volt kimutatható összefüggés a felülteljesítés és a gyermekekre vonatkozó rosszabb biztonságérzet között.

8.2 A kutatás limitációi

A kutatók célja az 1989-es első adatfelvételkor a kiválasztott településeken az adott időszakon belül szült összes anya utánkövetése volt 2-3 évente. Az induló 301 anya – eltekintve a „társadalom lejtőjén” élő, a védőnői hálózaton átesőszerű néhányaktól – a teljes populáció volt. Semmilyen nagyobb populációra (például 1989-ben szült anyák, első gyermeküket váró anyák, termékeny korú nők, stb.) nem tekinthető reprezentatívnak. A végrehajtott második hullámbeli megkérdezés utáni két évtized, a lemorzsolódások kiszámíthatatlansága az eleve kicsi mintát még szűkebbé, ezáltal az elemzésüket még korlátozottabbá tette. A kis elemszámot tovább nehezítette a minta fokozott homogenitása (első gyermeküket váró, hasonló korú, életállapotú, szociális háttérű családok, akiknél a gyermekvállalás életkorral össze nem függő biológiai akadályai kizárhatók), amelyek következtében a csak kismértékben jelen lévő eltérések, különbségek sem bizonyultak sok esetben szignifikánsnak.

Jelen értekezés (illetve a kutatás egyéb részelemzéseinek) célja így nem az volt, nem is lehetett, hogy általános érvényű összefüggést állapítson meg a gyermekvállalási tervekről, sokkal inkább egy elméleti keret kidolgozása a biztonság dimenzióiról.

8.3 A kutatás jövője, az eredmények felhasználása

A minta és az elemzések tehát inkább tekinthetőek egy nagyobb mintán lefolytatott kutatás „pilotjának”, amelyben a nyílt kérdések, az interjúkban fellelhető kvalitatív eredmények felszínre hozták a személyes biztonságérzet modelljét. A hét dimenziót megfelelően (széles skálán) operacionalizálva érdemes egy kvantitatív kutatásban, nagy mintaelemszámmal, heterogénebb alanyok körében megnézni, így azok nemcsak egy

adott részpopuláció általános biztonságérzetét tudják leírni, hanem lehetővé teszik az egyén komplex biztonságérzetének felrajzolását.

A gyermekvállalási tervek különböző kutatásokban mért eredményeinek, leírásának összehasonlítását nehézkessé teszi a különböző kifejezések mögött meghúzódó változatos tartalom. A döntéshozatal modelljének minél pontosabb alkalmazásának érdekében fontos lenne megkülönböztetni a vágyakat a szándékoktól, hogy ezáltal még pontosabb képet nyerjünk a végső viselkedést megelőző szakaszokról, az azokra ható tényezőkről, illetve az azokban az életút során bekövetkezett változások a hatásairól. Ez a tudás ugyanis lehetőséget teremt nemcsak arra, hogy célzott intézkedések születhessenek a vágyak és megvalósult termékenység közötti különbségek csökkentésére, hanem az esetleges sikertelenség negatív következményeinek enyhítésére is. Ugyanakkor már ennek a kutatásnak az eredményei alapján is meg lehet fogalmazni bizonyos javaslatokat, amelyek megfontolásra érdemesek a szakpolitika számára, ha a szülőképes korosztály tervezett további gyermekeinek megszületésének valószínűségét szeretnék növelni. Fontos lenne további lépéseket tenni a munka, illetve képződés és a gyermekvállalás összeegyeztetésének javítására a bölcsődei férőhelyek számának növelésével, a gyermekellátó intézmények fogadóidejének rugalmasabbá tételével, illetve a részmunkaidős alkalmazás, a távmunka és rugalmas munkaidő egyre szélesebb körű alkalmazásával. Mind a mentális, mind a fizikai egészségi állapot – akár azok objektív, akár szubjektív megítéléséről van szó – javítható és javítandó egyrészt szemléletformálással, az egészséges életmód igényének fokozásával, akár az egészségügyben dolgozók szemléletformálásával, amely elősegíti, hogy a szülés és a perinatális időszak pozitív emlékként maradjon meg az anyában és a szülőpárban. A szemlélet- vagy attitűdformálásnak azonban nemcsak a szűk családot kell céloznia. Fel kell ismernünk, hogy a gyermekvállalás okozta normatív krízishelyzet vagy a gyermekvállalási célok nem teljesülését kísérő fokozott terhek enyhítésében nagy szerepe van a tágabb környezetnek is. Ha az érintettek azt érzik, hogy van segítség, számíthatnak támogatásra, bizalommal váltják valóra terveiket, illetve kérnek és fogadnak el segítséget, amely egy egészségesebb társadalomhoz vezet.

9 Összefoglalás

Az értekezés egy kismintás longitudinális kutatás eredményeit mutatja be. A Losonczy Ágnes indította Szülés-születés kutatás első hullámában, 1989-ben 301, Budapest déli agglomerációjában élő első gyermekét váró édesanyát kérdeztek meg a körülményeiről, a gyermekvállalás indokairól, terveiről. A szülés után 1990-ben, a második hullám során újra felkeresték a családokat, és az anya mellett az apát is részletesen kikérdezték a szülésről, az azóta eltelt időszakról, a gyermekvállalás megélt hatásairól. Kutatói szándéktól függetlenül az első két megkeresés időpontja egybeesett a rendszerváltás okozta társadalmi változásokkal, így az 1990-es adatfelvétel során kiemelt témaként megjelent az új helyzettől való félelem, a biztonságérzet, illetve az alkalmazkodás lehetőségeinek mérése is. Hosszú idő elteltével 2012-ben Dávid Bea vezetésével újra felkerestük a családokat, amelyek közül 116-ot sikerült megtalálni. A tervezett és megvalósult gyermekszám alapján három csoportot hoztunk létre (terveiket teljesítőket, alulteljesítőket és felülteljesítőket), majd összevetettük ezen csoportok személyes jellemzőit, életeseményeit, gyermekükkel való kapcsolatát.

A gyermekvállalási tervek operacionalizálására Ajzen Tervezett Viselkedés Elméletének (Ajzen 1991) és Miller és Pasta Jellemzők-Vágyak-Szándékok-Viselkedés modelljének (Miller és Pasta 1988) felhasználásával került sor. A gyermekvállalási vágy és szándék kialakítását a modellekre épített szakirodalomhoz illeszkedően befolyásolták a személyes jellemzők, családi háttér (párkapcsolati státusz, a gyermekkori család mintája), az észlelt norma (a kétgyerekes családkép), a személyes attitűd (gyermeknek tulajdonított érték), illetve az észlelt kontroll (társ jellemzői, egészségi állapot).

Az elemzés alapján kijelenthető, hogy a rendszerváltás okozta társadalmi krízis olyan hatással bírt a gyermekvállalás kezdetén álló anyákra, hogy – szemben a szakirodalom alapján kialakított hipotézisekkel – az eredeti gyermekszám lefelé történő korrekciója felelős és kompetens döntésnek minősülve nem okozott rosszabb jólléti mutatókat. Ezzel szemben a terveiket felülteljesítő a várakozásoknak megfelelően rosszabb általános állapotról számoltak be.

10 Summary

The dissertation shows the results of a small sample longitudinal study. In the first phase of the Birth-natality study initiated by Ágnes Losonczi, 301 mothers expecting their first child living in the Southern agglomeration of Budapest were asked about their circumstances, reasons for having children, and their plans in 1989. Following childbirth, in the course of the second phase, families were asked again in 1990, and beside mothers, fathers were also deeply interviewed about the childbirth, the period that had passed since then, and the experienced effects of having a child. Independently of the intentions of the researchers, the date of the first two phases coincided with the social changes caused by the system change, therefore, as an accentuated topic, measurements of fears of the new situation, sense of security, and the opportunities for adaptation emerged in the course of data collection in 1990. After a long period, in 2012, with the lead of Bea Dávid, we revisited the interrogated families, and we could successfully find 116 of them. Based on the planned and realized number of children, we created three clusters (those of achieving their plans, underachievers and overachievers), and compared the characteristics of these clusters, the personal characteristics and connections with their child(ren).

The operationalization of the childbearing plans was conducted with the use of Ajzen's Theory of Planned Behaviour (Ajzen 1991) and the Traits-Desires-Intentions-Behaviours model conceptualized by Miller and Pasta (Miller and Pasta, 1988). The formation of desire and intention of childbearing has been affected in line with literature findings according to the models by personal characteristics and family background (couplehood status, role models of their childhood families), the perceived norm (scheme of families with two-children), personal attitude (value attributed to child) and the perceived control (characteristics of the partner, health status).

On the basis of the analysis, it can be stated that the crisis caused by the system change affected the mothers expecting their first child in such a manner, that - in contrast with the hypotheses set by using literature sources - it had not resulted in worsened indices of well-being, since the downward correction of the originally planned number of children qualified as a responsible and competent decision. However, in line with the expectations, those overachieving their plans reported worse general state.

11 Irodalomjegyzék

Ahern K, Le Brocque R. (2005) Methodological issues in the effects of attrition: simple solutions for social scientists. *FIELD METH*, 17: 53-69.

Ajzen I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J. (szerk.) *Action control: From cognition to behavior*. Springer, Berlin, Heidelberg, 11-39.

Ajzen I. (1991) The Theory of Planned Behavior. *ORGAN BEHAV HUM DEC*, 50: 179-211.

Ajzen I, Fishbein M. (2005) The influence of attitudes on behavior. In: Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP. (szerk.) *The handbook of attitudes* Lawrence Erlbaum, NJ: Mahwah, 173-221.

Albert F, Dávid B. (1998) A barátokról. In: Kolosi és társai. (szerk.) *Társadalmi Riport 1998*. TÁRKI, Budapest, 257-278.

Albert F, Dávid B. (2006) Fenntarthatóság és egészség. In: Bulla M, Tamás P. (szerk.) *Fenntartható fejlődés Magyarországon: jövőképek és forgatókönyvek*. Új Mandátum Kiadó (ÚMK), Budapest, 476-492.

Albert F, Dávid B. (2007) Embert barátjáról. *A barátság szociológiája*. Századvég, Budapest.

Albert F, Dávid B. (2015) Mikromilió integrációs megközelítésben. A személyes kapcsolatokra vonatkozó eddigi kutatási eredmények áttekintése. *SOCIO.HU*, 2015/4.

Argyle M. (1992) Social relationships. In: Argyle M. *The social psychology of everyday life*. Routledge, London, 38-71.

Armitage CJ, Conner M. (2001) Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *BR J SOC PSYCHOL*, 40: 471-499.

Arpino B, Pronzato C, Tavares LP. (2012) Mothers' labour market participation: Do grandparents make it easier? IZA Discussion Paper 7065, Institute for the Study of Labor, Bonn, 113: 3.

Axinn WG, Barber JS, Thornton A. (1998) The long-term impact of parent's childbearing decisions on children's self-esteem. DEMOGRAPHY, 35 4: 435-443.

Ayers S. (2014) Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. MIDWIFERY, 30 Editorial.

ÁEEK. (2016) Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja: A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest.

Baizán P. (2009) Regional child care availability and fertility decisions in Spain. DEMOGRAPHIC RES, 21 27: 803-842.

Balbo N, Mills M. (2011) The effects of social capital and social pressure on the intention to have a second or third child in France, Germany, and Bulgaria, 2004-05. POP STUD J DEMOG, 65 3: 335-351.

Bálicity Cs. (2017) Nagycsaládban élő fiatalok gyermekszám preferenciáit befolyásoló tényezők. Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest.

Barber JS. (2001a) Ideational influences on the transition to parenthood: attitudes toward childbearing and competing alternatives. SOC PSYCHOL QUAR, 64 2: 101-127.

Barber JS. (2001b) The intergenerational transmission of age at first birth among married and unmarried men and women. SOC SCI RES, 30 2: 219-247.

Barber JS, Axinn WG, Thornton A. (1999) Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. J HEALTH SOC BEHAV, 40 3: 237-257.

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 RES, 28 1.

Bauer G, Kneip T. (2014) Dyadic fertility decisions in a life course perspective. *ADV LIFE COURSE RES*, 21: 87-100.

Baydar N. (1995) Consequences for children of their birth planning status. *FAMILY PLANN PERSPECT*, 27 6: 228-234, 245.

Bárdits A, Németh R. (2017) A statisztikai szignifikanciateszt rítusa – kortárs kritikák; a rítus a szociológiában. *SZOCIOLÓGIAI SZEMLE* 27 1: 119–125.

Bárdits A, Németh R, Terplán Gy. (2016) Egy régi probléma újra előtérben: a nullhipotézis szignifikanciateszt téves gyakorlata. *STATISZTIKAI SZEMLE* 94 1: 52-75.

Beck CT. (2004) Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *NURS RES*, 53 4.

Beck-Bíró K. (2009) Önmegvalósítás a munkahelyen, megélések és meg nem élések, illetve azok okai. *VEZETÉSTUDOMÁNY*, 2009/11.

Becker G. (1981) *A treatise on the family*. Harvard University Press, MA: Cambridge.

Berghammer C. (2009) Religious socialisation and fertility: transition to third birth in The Netherlands. *EUR J POPUL*, 25: 297-324.

Bernardi L, Klärner A. (2014) Social networks and fertility. *DEMOGRAPHIC RES*, 30 22.

Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM for the WHO Working Group on Caesarean Section. (2016) WHO statement on caesarean section rates. *BR J OBSTET GYNAECOL*, 123 5: 667-670.

Billari FC, Philipov D, Testa MR. (2009) Attitudes, norms and perceived behavioural control: explaining fertility intentions in Bulgaria. *EUR J POPUL*, 25 4: 439-465.

Bóné V. (2018) Grandparenting – created by evolution revised by history: still in use today. *EUR J MENT HEALTH*, 13: 82-105.

Bóné V, Biró E. (2015) „Ha összetartozunk testileg, tartozunk össze lelkileg is." Az apás szülést választó párok motivációinak elemzése. In: Kisdi B. (szerk.) Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében. L'Harmattan, Budapest, 339-363.

Bóné V, Dávid B, Hegedüs R. (2019) A rendszerváltás családtörténetei perinatális szemszögből. In: Varka K, Andrek A, Molnár JE. (szerk.) A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében. Medicina Kiadó, Budapest, 52-62.

Bóné V, Dávid B, Hegedüs R. (2017) Gyermekvállalás és rendszerváltás – Anyák biztonságérzete akkor és most. KAPOCS, 16 72.

Bóné V, Hegedüs R. (2018) A biztonság dimenziói és a pályaválasztás – a Szülés-születés longitudinális kutatásának vonatkozó eredményei. In: Karlovitz JT. (szerk.) Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből. International Research Institute, Komárno, 180-186.

Bongaarts J, Sinding SW. (2011) Family planning as an economic investment. SAIS REV INT AFF, 31 2: 35-44.

Bronfenbrenner U. (1979) The ecology of human development. experiments by nature and design. Harvard University Press, MA: Cambridge.

Buhr P, Huinink J. (2014) Fertility analysis from a life course perspective. ADV LIFE COURSE RES, 21: 1-9.

C. Molnár E. (1996) Az anyaság pszichológiája. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Cacioppo JT, Gardner WL, Berntson GG. (1999) The affect system has parallel and integrative processing components: form follows function. J PERS SOC PSYCHOL, 76: 839-855.

Castel R. (2005) A társadalmi biztonság elvesztése. ESÉLY, 2005 4.

Cooke A, Mills TA, Lavender T. (2012) Advanced maternal age: delayed childbearing is rarely a conscious choice. A qualitative study of women's views and experiences. *INT J NURS STUD*, 49: 30-39.

Csikszentmihalyi M, Le Fevre J. (1989) Optimal experience in work and leisure. *J PERS SOC PSY*, 56: 815-22.

Dabasi Halász Zs. (2011) A gazdasági válság hatása 2008-2011 között a munkaerőpiac területi különbségeire hazánkban. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek* 8 2: 57-70.

Dávid B, Barna I, Bóné V, Hegedüs R, Izsák É. (2016) A rendszerváltás családtörténetei. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

David HP. (2006) Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *RHS*, 14 27: 181-190.

Dommermuth L, Klobas J, Lappega T. (2011) Now or later? The Theory of Planned Behavior and timing of fertility intentions. *ADV LIFE COURSE RES*, 16: 42-53.

Dommermuth L, Klobas J, Lappega T. (2015) Realization of fertility intentions by different time frames. *ADV LIFE COURSE RES*, 24: 34-46.

Dupcsik Cs, Tóth O. (2008) Feminizmus helyett familizmus. *DEMOGRÁFIA*, 51 4: 307-328.

Duvander AZ, Lappegård T, Andersson G. (2010) Family policy and fertility: fathers' and mothers' use of parental leave and continued childbearing in Norway and Sweden. *J EUR SOC POL*, 20 1: 45-57.

Elder GH Jr. (1977) Family history and the life course. *J FAM HIST*, 2 4: 279-304.

EC. (2018) Eurostat. Letöltve innen: <https://ec.europa.eu/eurostat> (2018. november 30.)

F. Lassú Zs. (2004) Barátok és barátnők – együtt és egymás ellen. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Fazekas K, Scharle Á. (2012) Munkaerő-piaci láttelel. In: Fazekas K, Scharle Á. (szerk.) Nyugdíj, segély, közmunka. A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990-2010. Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet és MTA KRTK Közgazdaság-tudományi Intézet, Budapest.

Fenech G, Thomson G. (2014) Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. MIDWIFERY, 30 2: 85-193.

Ferge Zs. (1994) Szabadság és biztonság. ESÉLY, 5: 3-24.

Fishbein M, Ajzen, I. (1975) Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Addison-Wesley, MA: Reading.

Földházi E. (2008) Az első házasság felbomlása – eseménytörténeti elemzés. DEMOGRÁFIA, 51 1: 79-111.

Földházi E. (2015) A népesség szerkezete és jövője. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. (szerk.) Demográfiai portré. KSH NKI, Budapest, 213-226.

Frey M. (1997): Nők a munkaerőpiacon. In: Lévai K, Tóth IGy. (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. TÁRKI, Munkaügyi Minisztérium Egyenlő Esélyek Titkársága, Budapest, 13–34.

Friedman D, Hechter M, Kanazawa S. (1994) A theory of the value of children. DEMOGRAPHY, 31 3: 375-401.

Gábos A. (2005) A magyar családtámogatási rendszer termékenység hatásai. Doktori értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.

Gauthier AH. (2007) The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature. POPUL RES POL REV, 26 3: 323-346.

Giannakouris K. (2008) Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. STATISTICS IN FOCUS, 72/2008.

Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. (2008) The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *STUD FAM PLANN*, 39 1.

Gottvall K, Waldenström U. (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BR J OBSTET GYNAECOL*, 109 3: 254-60.

Gödri I. (2001) A házassági kapcsolatok minősége és stabilitása. KSH NKI Kutatási Jelentései 66. Budapest, 2001/1.

Gray E, Evans A, Reimondos A. (2013) Childbearing desires of childless men and women: when are goals adjusted? *ADV LIFE COURSE RES*, 18: 141-149.

Grussu P, Quatraro RM, Nasta MT. (2005) Profile of mood states and parental attitudes in motherhood: comparing women with unplanned and planned pregnancies. *BIRTH*, 32 2: 107-114.

Gyarmati Gy. (2013) A nosztalgia esete a Kádár-korszakkal. *METSZETEK*. 2-3: 3-21.

Hakim C. (2003) A new approach to explaining fertility patterns: preference theory. *POPUL DEV REV*, 29 3: 349-374.

Hanák K. (szerk.) (1988) Társadalmi változások - Életfordulók. Terhesség - szülés – születés I. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.

Hanák K. (szerk.) (1991) Társadalmi változások - Életfordulók. Terhesség - szülés – születés II. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.

Hardee K, Eggleston E, Wong EL, Irwanto, Hull TH. (2004) Unintended pregnancy and women's psychological well-being in Indonesia. *J BIOSOC SCI*, 36 5: 617-626.

Hayford SR. (2009) The evolution of fertility expectations over the life course. *DEMOGRAPHY*, 46 4: 765-783.

Heiland F, Prskawetz A, Sanderson WC. (2008) Are individuals' desired family sizes stable? Evidence from West German panel data. *EUR J POPUL*, 24 2: 129-156.

Hillygus DS, Snell SA. (2015) Longitudinal surveys: issues and opportunities. Oxford handbook on polling and polling methods. Oxford University Press, CA: San Francisco, NY: New York.

Hoffman LW, Hoffman ML. (1973) The value of children to parents. In: Fawcett JT (szerk.) Psychological perspectives on population. Basic Books, NY: New York, 19-76.

Hollós M, Bernardi L. (2009) Gyermekvállalás bizonytalan időkben magyarországi fiatal párok beszámolói alapján. DEMOGRÁFIA, 52 1.

Honold J, Beyera R, Lakes T, van der Meer E. (2012) Multiple environmental burdens and neighborhood-related health of city residents. J ENVIRON PSYCHOL, 32 4.

Kalwij A. (2010) The impact of family policy expenditure on fertility in Western Europe. DEMOGRAPHY, 47: 503-519.

Kamarás F. (2005) Családalapítás és gyermekvállalás Európában. Kérdések és kérdőjelek In: Nagy I, Pongrácz T, Tóth IGY. (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2005. TÁRKI és Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest, 87-101.

Kapitány B. (2012) A gyermekvállalási tervek beteljesületlenségének okai. KORFA, 12 2.

Kapitány B. (2016) Lakáshelyzet és gyermekvállalás: fontos, de nem a legfontosabb. A csok termékenységi hatásairól. KORFA 16 1.

Kapitány B, Spéder Zs. (2012) Gyermekvállalás. In: Óri P, Spéder Zs. (szerk.) Demográfiai portré 2012. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 31-43.

Kapitány B, Spéder Zs. (2015) Gyermekvállalás. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. (szerk.) Demográfiai portré 2015. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 41-56.

Kapitány B, Spéder Zs. (2018) Gyermekvállalás. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. Demográfiai Portré 2018. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 47-64.

Kariman N, Simbar M, Ahmadi F, Vedadhir AA. (2014) Concerns about one's own future or securing child's future: paradox of childbearing decision making. *HEALTH*, 6:1019-1029.

Keim S. (2011) Social networks and family formation processes. Young adults' decision making about parenthood. Verlag für Sozialwissenschaftlern, Wiesbaden.

Kinsella K, Phillips DR. (2005) Global aging: the challenge of success. *POPUL BULL*, 60 1.

Kjerulff KH, Velott DL, Zhu J, Chuang CH, Hillemeier MM, Paul IM, Repke JT. (2013) Mode of first delivery and women's intentions for subsequent childbearing: findings from the First Baby Study. *PAEDIATR PERINAT EPIDEMIOL*, 27 1: 62-71.

Klinger A. (2002) A késői gyermekvállalás problémái. In: Nagy I, Pongrácz T, Tóth IGY. (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2001. TÁRKI, Budapest, 134-154.

Kodzi IA, Johnson DR, Casterline JB. (2012) To have or not to have another child: life cycle, health and cost considerations of Ghanaian women. *SOC SCI MED*, 74: 966-972.

Kolosi T, Róbert P. (2004) A magyar társadalom szerkezetének átalakulásának és mobilitásának fő folyamatai a rendszer-váltás óta. In: Kolosi T, Tóth IGY, Vukovich Gy. (szerk.) Társadalmi riport 2004. TÁRKI, Budapest, 48-74.

Kopp M, Skrabski Á. (2007) A magyar népesség életkilátásai. *MAGYAR TUDOMÁNY*, 2007/9.

Korenman S, Kaestner R, Joyce T. (2002) Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention. *PERSPECT SEX REPROD HEALTH*, 34 4: 198-205.

Kovács É, Balog P, Mészáros E, Kopp M. (2013) A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel. *MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA*, 14 3: 205-230.

Kovács K, Bálint L. (2018) Halandóság. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. (szerk.) Demográfiai Portré 2018. KSH NKI, Budapest, 147-176.

Köllő J. (2002) Tudás-avulás és „öregedés” a rendszerváltozás utáni Magyarországon. MAGYAR TUDOMÁNY, 47 4: 440-446.

Köllő J. (2012) A család és a munka összeegyeztetése – a gyermeknevelési támogatások hatásai. In: Fazekas K, Scharle Á. (szerk.) Nyugdíj, segély, közmunka. A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990-2010, Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet és MTA KRTK Közgazdaság-tudományi Intézet, Budapest.

KSH. (2009) A termékenység területi különbségei. STATISZTIKAI TÜKÖR 2009, 159.

KSH. (2010) Társadalmi Helyzetkép. KSH, Budapest.

KSH. (2011) A hazai termékenység legújabb irányzatai. STATISZTIKAI TÜKÖR 2011, 80.

KSH. (2012) A gyermekvállalás társadalmigazdasági háttérének területi jellemzői. KSH, Budapest.

KSH. (2015a) A kisgyermeket nevelő nők és a munkaerőpiac. STATISZTIKAI TÜKÖR 2015, 55.

KSH. (2015b) Élveszületések és termékenység az Európai Unióban. STATISZTIKAI TÜKÖR 2015, 35.

KSH. (2018a) Népesedési világnap, 2018. július 11. STATISZTIKAI TÜKÖR.

KSH. (2018b) Népmozgalom, 2017. STATISZTIKAI TÜKÖR.

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 RES, 7.

Laki L. (2011) A rendszerváltás és az újkapitalizmus állapotáról, netán válságjelenségeiről. EGYENLÍTŐ, 2011/6.

Lanzieri G. (2011) Eurostat - Statistics in focus: The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. STAT FOCUS, 23 :1-12.

Laurie H. (2008) Minimizing panel attrition. In: Menard S.(szerk.) Handbook of longitudinal research: design, measurement, and analysis. Elsevier, MA: Burlington.

Liefbroer AC. (2005) The impact of perceived costs and rewards of childbearing on entry into parenthood: evidence from a panel study. EUR J POPUL, 21: 367-391.

Liefbroer AC. (2009) Changes in family size intentions across young adulthood: a life-course perspective. EUR J POPUL, 25: 363-386.

Liefbroer AC. (2011) On the usefulness of the Theory of Planned Behaviour for fertility research. Vienna Yearbook of Population Research, 9: 55-62.

Liefbroer AC, Klobas J, Philipov D, Ajzen I. (2015) Reproductive decision-making in a macro-micro perspective: a conceptual framework. In: Philipov D, Liefbroer AC, Klobas J. (szerk.) Reproductive decision-making in a macro-micro perspective. Springer, NY: New York, 1-16.

Logan C, Holcombe E, Manlove J, Ryan S. (2007) The consequences of unintended childbearing. CHILD TRENDS AND NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY, 28: 142-151.

Losonczy Á. (1999) A legnagyobb életforduló: a gyerekvárás, szülés, születés – a társadalomkutató szemével. In: Raffai E. (szerk.) Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban. Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság, Budapest, 104-117.

Luci-Greulich A, Thévenon O. (2013) The impact of family policy packages on fertility trends in developed countries. EUR J POPUL, 29 2.

Lumley J. (2003): Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. BR J OBSTET GYNAECOL, 110 20.

Ma J, Hipel KW, Hanson ML, Cai X, Liu Y. (2018) An analysis of influencing factors on municipal solid waste source-separated collection behavior in Guilin, China by Using the Theory of Planned Behavior. *SUSTAIN CITIES SOC.* 37: 336-43.

Macura M, Kadri A. (2000) Fertility decline in the transition economies, 1989-1998: Economic and social factors revisited. *ECONOMIC SURVEY OF EUROPE*, 1: 189-207.

Makay Zs, Blaskó Zs. (2012) Családtámogatás, gyermeknevelés, munkavállalás. In: Óri P, Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai Portré 2012*. KSH NKI, Budapest, 45-56.

Makay Zs. (2018) Családtámogatás, női munkavállalás. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai Portré 2018*. KSH NKI, Budapest, 83-102.

Mcdonald P. (2006) Low fertility and the state: the efficacy of policy. *POPUL DEV REV*, 32 3: 485-510.

Meier V, Werding M. (2010) Ageing and the welfare state: securing sustainability. *OXF REV ECON POL*, 26 4: 655-673.

Menard S. (2007): Introduction: longitudinal research design and analysis. In: Menard S. (szerk.) *Handbook of longitudinal research: design, measurement, and analysis*. Elsevier, MA: Burlington, 3-13.

Miettinen A, Szalma I. (2014) Childlessness intentions and ideals in Europe. *THE FINNISH YEARBOOK OF POPULATION RESEARCH*, 49: 31-55.

Miller WB. (1992) Personality traits and developmental experiences as antecedents of childbearing motivation. *DEMOGRAPHY*, 29 2: 265-285.

Miller WB. (1995) Childbearing motivation and its measurement. *J BIOSOC SCI*, 27: 473-487.

Miller WB. (2011) Comparing the TPB and the T-D-I-B Framework. *Vienna Yearbook of Population Research*, 9.

Miller WB, Pasta DJ. (1988) A model of fertility motivation, desires, and expectations early in women's reproductive careers. *SOC BIOL*, 35: 3-4.

Miller WB, Pasta DJ. (1993) Motivational and nonmotivational determinants of child-number desires. *POPUL ENVIRON*, 15 2: 113-138.

Miller WB, Pasta DJ. (1995) Behavioural intentions: which ones predict fertility behaviour in married couples? *J APPL SOC PSYCHOL*, 25: 530-555.

Miller WB, Rodgers JL, Pasta DJ. (2010) The fertility motivations of youth predict later fertility outcomes: a prospective analysis of NLSY data. *SOC BIOL*, 56 1: 1-23.

Mills M, Blossfeld H-P. (2005) Globalization, uncertainty and the early life course. A theoretical framework. In: Blossfeld, HP, Klijzing E, Mills M, Kurz K. (szerk.) *Globalization, uncertainty and youth in society*. Routledge, London, 1-24.

Moen P, Erickson MA, Dempster-McClain D. (1997) Their mother's daughters? The intergenerational transmission of gender attitudes in a world of changing roles. *J MARRIAGE FAM*, 5 1: 281-293.

Molnár É. (2014) A kapunyitási pánik jelenségének vizsgálata a debreceni egyetemisták körében. *METSZETEK*, 2014/1.

Monostori J, Gresits G. (2018) Idősödés. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs.(szerk.) *Demográfiai Portré 2018*. KSH NKI, Budapest, 127-146.

Monostori J, Murinkó L. (2018) Háztartás és családszerkezet. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai Portré 2018*. KSH NKI, Budapest, 177-198.

Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, Boggess K, Gardiner PM. (2008) Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *AM J OBSTET GYNECOL*, 6 2: S280-S289.

Morgan SP, Rackin H. (2010) The correspondence between fertility intentions and behavior in the United States. *POPUL DEV REV*, 36 1: 91-118.

Morgan SP. (2001) Should fertility intentions inform fertility forecasts? Proceedings of U.S. Census Bureau Conference: the direction of fertility in the United States. Census Bureau, Washington, D.C.

Mörk E, Sjögren A, Svaleryd H. (2009) Cheaper child care, more children, IZA Discussion Paper 3942. Institute for the Study of Labor, Bonn.

Murphy M, Wang D. (2002) The impact of intergenerationally-transmitted fertility and nuptiality on population dynamics in contemporary populations. In: Rodgers JL, Kohler HP. (szerk.) Biodemography of human reproduction and fertility. Kluwer Academic Publishers, MA: Boston, 209-228.

Nagy B. (2009) A munkavállalás és gyermekvállalás paradoxona – bevezető gondolatok. SZOCIOLÓGIAI SZEMLE, 2009/3 81-91.

Namboodiri NK. (1983) Sequential fertility decision making and the life course. In: Bulatao RA, Lee RD. (szerk.) Determinants of fertility in developing countries. Fertility regulation and institutional influences. Academic Press, NY: New York, 444-472.

Neumann-Bódi E, Hofmeister-Tóth Á, Kopp M. (2008) Kulturális értékek vizsgálata a magyar társadalomban Hofstede kulturális dimenziói alapján. In: Kopp M. (szerk.) Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest, 365-372.

Neyer G. (2006) Family policies and fertility in Europe. Fertility policies at the intersection of gender policies, employment policies and care policies. MPIDR Working paper, 2006/010.

Nicholls K, Ayers S. (2007) Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. BR J HEALTH PSYCHOL, 12: 491-509.

Nilsson C. (2014) The delivery room: is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE, 5 4: 199-204.

Norberg K, Pantano J. (2016) Cesarean sections and subsequent fertility. *J POPUL ECON*, 29 1: 5-37.

Nováky E. (2010) Negyven éves a magyar jövőkutatás. *KÖZ-GAZDASÁG*, 2010/2.

Obádovics Cs. (2018) A népesség szerkezete és jövője. In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. *Demográfiai Portré 2018*. KSH NKI, Budapest, 271-294.

Oinonen E. (2008) Families in converging Europe – A comparison of forms, structures, and ideals. Palgrave MacMillan, NY: New York.

OECD. (2009) Babies and bosses – reconciling work and family life. A synthesis of findings for OECD countries. OECD Publishing, Paris.

OECD. (2011) Doing better for families. OECD Publishing, Paris.

Orr ST. (1997) Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. *WOM HEALTH ISSUES*, 7 1: 38-46.

Ory MG. (1978) The decision to parent or not: normative and structural components. *J MARRIAGE FAM*, 40 3: 531-539.

Pápay N, Rigó A, Nagybányai Nagy O, Soltész A. (2014) A gyermekvállalási attitűdök alakulásának pszichoszociális meghatározói. *MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA*, 15 1: 1-30.

Philipov D, Bernardi L. (2012) Concepts and operationalisation of reproductive decisions implementation in Austria, Germany, and Switzerland. *COMPARATIVE POPULATION STUDIES*, 36 2-3: 495-530.

Pikó B. (2002) *Egészségyszociológia*. Új Mandátum Kiadó (ÚMK), Budapest.

Pink S. (2017) Anticipated (grand-)parental childcare support and the decision to become a parent. *EUR J POPUL*, 34 5: 691-720.

Pongrácz T. (2001) A család és a munka szerepe a nők életében. In: Nagy I, Pongrácz T, Tóth IGY. (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2001. TÁRKI, Budapest, 30-45.

Pongrácz T. (2002) Az első gyermek vállalásának társadalmidemográfiai aspektusai. DEMOGRÁFIA, 45 4.

Pongrácz T. (2013) A Ratkó-korszak. KORFA 13 1.

Quesnel-Vallée A, Morgan SP. (2003) Missing the target? Correspondence of fertility intentions and behavior in the U.S. POPUL RES POL REV, 22 5-6: 497-525.

Quesnel-Vallée A, Maximova K. (2009) Mental health consequences of unintended childlessness and unplanned births: gender differences and life course dynamics. SOC SCI MED, 68 5: 850-857.

R. Nagy J. (2015) Változásban: munka és szabadidő 1984-2014. KULTÚRA ÉS KÖZÖSSÉG, 2015/1.

Ranjan P. (1999) Fertility behaviour under income uncertainty. EUR J POPUL, 15: 25-43.

Ray CM, Harcey SR, Greil AL, Tiemeyer S, McQuillan J. (2018): Stability and change in personal fertility ideals among US women in heterosexual relationships. DEMOGRAPHIC RESEARCH, 39 16.

Ribiczey N. (2010) Az anya-gyerek interakció szerepe a koraszülött gyermek kognitív fejlődésében: követés az iskoláskorig. Doktori értekezés, ELTE, Budapest.

Rodgers JL, Kohler HP, Kyvik KO, Christensen K. (2001) Behavior genetic modeling of human fertility: findings from a contemporary danish twin study. DEMOGRAPHY, 38 1: 29-42.

Rossier C, Bernardi L. (2009) Social interaction effects on fertility: intentions and behaviors. EUR J POPUL, 25 4: 467-485.

S. Molnár E. (2009) A gyermekszám-preferenciák alakulása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. DEMOGRÁFIA, 52 4: 283-312.

Sallay V. (2014) Környezeti-érzelmi önszabályozási folyamatok a családi otthon terében. Doktori értekezés, ELTE, Budapest.

Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A. (2012) Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. HUM REPROD UPDATE, 18 1: 29-43.

Spéder Zs. (2011) Ellentmondó elvárások között... Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon. In: Nagy I, Pongrácz T. (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2011. TÁRKI, Budapest, 207-228.

Spéder Zs, Kapitány B. (2006) Szülővé válás az ezredforduló után: a strukturális körülmények és a tudati tényezők szerepe az első gyermek vállalásakor. In: Kolosi T, Tóth I Gy, Vukovich Gy. (szerk.) Társadalmi riport. TÁRKI, Budapest, 183-203.

Spéder Zs, Kapitány B. (2007) Gyermek: vágyak és tények. KSH NKI, Budapest.

Spéder Zs, Kapitány B. (2009) How are time-dependent childbearing intentions realized? Realization, postponement, abandonment, bringing forward. EUR J POPUL, 25: 503-523.

Spéder Zs, Kapitány B. (2014) Failure to realize fertility intentions: a key aspect of the post-communist fertility transition. POPUL RES POL REV, 33 393.

Stefán-Makay Zs. (2009) A franciaországi családpolitika és a magas termékenység összefüggése. DEMOGRÁFIA, 52 4: 313-348.

Stein P, Willen S, Pavetic M. (2014) Couples' fertility decision-making. DEMOGRAPHIC RESEARCH, 30 63.

Szalma I. (2010) Attitűdök a házasságról és a gyermekvállalásról. DEMOGRÁFIA, 53 1: 38-67.

Szalma I. (2011) A munkaerő-piaci helyzet hatása az első tartós párkapcsolat kialakítására és a szülővé válásra Magyarországon. Doktori értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.

Szalma I, Takács J. (2012) A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. DEMOGRÁFIA, 55 1: 44-68.

Szalma I, Takács J. (2018) Is there voluntary childlessness at all in Hungary? In: Sappleton N. (szerk.) Voluntary and involuntary childlessness: the joys of otherhood? Emerald studies in reproduction, culture, and society. Emerald Publishing Limited, Bingley, 309-336.

Szeverényi P, Hetey A, Forgács A, Kovácsné Török Zs, Csiszár P, Bodnár B. (2009) Felkészítés az együttszülésre. In: Forgács A. (szerk): Pszichoarcheológia. 22 lélektani töredék. Aula, Budapest, 43-52.

Tanskanen AO, Rotkirch A. (2014) The impact of grandparental investment on mothers' fertility intentions in four European countries. DEMOGRAPHIC RESEARCH, 31 1.

Tárkányi Á. (2008) A második demográfiai átmenet néhány főbb tényezője a fejlett világban és Magyarországon. DEMOGRÁFIA, 51 4: 406-440.

Temesváry Zs. (2012) Magasan képzett fiatalok gyermekvállaláshoz és házasságkötéshez kapcsolódó attitűdjei. KAPOCS, 9 3: 8-20.

Testa MR. (2012a) Couple disagreement about short-term fertility desires in Austria: effects on intentions and contraceptive behaviour. DEMOGRAPHIC RESEARCH, 26 3: 63-98.

Testa MR. (2012b). Women's fertility intentions and level of education: why are they positively correlated in Europe? European Demographic Research Papers No.3. Vienna Institute of Demography, Austrian Academy of Science.

Testa MR. (2012c) Family sizes in Europe: evidence from the 2011 Eurobarometer survey. European Demographic Research Paper, No.2. Vienna Institute of Demography, Austrian Academy of Science.

Testa MR. (2014) On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: individual and country-level evidence. *ADV LIFE COURSE RES*, 21: 28-42.

Testa MR, Basten S. (2014) Certainty of meeting fertility intentions declines in Europe during the 'Great Recession'. *DEMOGRAPHIC RESEARCH*, 31 23: 687-734.

Testa MR, Bordone V, Osiewalska B, Skirbekk V. (2016) Are daughters' childbearing intentions related to their mothers' socio-economic status? *DEMOGRAPHIC RESEARCH*, 35 21: 581-616.

Testa MR, Cavalli L, Rosina A. (2012) The decision of whether to have a child: does couple disagreement matter? Vienna Institute of Demography Working Papers 7/2012.

Testa MR, Rampazzo F. (2017) Intentions and childbearing. Vienna Institute of Demography Working Papers 7/2017.

Thévenon O. (2015) A comparison of family policy development across OECD countries. In: Philipov D, Liefbroer AC, Klobas JE. (szerk.) Reproductive decision-making in a macro-micro perspective. Springer, London 2015: 17-40.

Thomese F, Liefbroer AC. (2013) Child care and child births: the role of grandparents in the Netherlands. *J MARRIAGE FAM*, 75: 403-421.

Tóth O. (2012) Társadalmi integráció és család. In: Kovách I, Dupcsik Cs, P. Tóth T, Takács J. (szerk.) Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon. Argumentum Kiadó és MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet, Budapest, 369-382.

UNPF. (1994) ICPD Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 5-13 September 1994.

Valuch T. (2010) Az 1989-1990-es rendszerváltás társadalmi hatásai. In: Gerhard P, Koltai G, Rácz A, V. László Zs. (szerk.) Rendszerváltás(ok) Magyarországon. Mundus Novus, Budapest, 191-206.

Van de Kaa DJ. (1987) Europe's second demographic transition. POPUL BULL, 42 1: 1-59.

Van de Kaa DJ. (1997) Options and sequences: Europe's demographic patterns. J AUST POPUL ASSOC, 14 1: 1-30.

Vicsek LM. (2003) Bizonytalanságérzet és meghatározó tényezői a mai Magyarországon. Doktori értekezés, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem, Budapest.

Vukovich G. (2002) Főbb népesedési folyamatok. In: Kolosi T, Tóth IGy, Vukovich Gy. (szerk.) Társadalmi riport 2002. TÁRKI, Budapest, 138-151.

Vukovich G. (2004) Népesedési folyamataink uniós összehasonlításban. In: Kolosi T, Tóth IGy, Vukovich Gy. (szerk.) Társadalmi riport 2004. TÁRKI, Budapest, 121-136.

Waynforth D. (2012) Grandparental investment and reproductive decisions in the longitudinal 1970 British Cohort Study. PROC BIOL SCI, 279 1731: 1155-1160.

12 Saját publikációk jegyzéke

12.1 Az értekezés témájában megjelent publikációk

Bóné V. (2018) Grandparenting – created by evolution revised by history: still in use today. EUR J MENT HEALTH, 13: 82-105. (5 pont)

Bóné V. (2013) Lost Children. Review of scientific literature on planned but not born children. In: Karlovitz JT. (szerk.) Egészségügy és haladás. International Research Institute, Komárno, 11-17. (3 pont)

Bóné V, Biró E. (2015) „Ha összetartozunk testileg, tartozunk össze lelkileg is.” Az apás szülést választó párok motivációinak elemzése. In: Kisdi B. (szerk.) Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében. L'Harmattan, Budapest, 339-363. (2 pont)

Bóné V, Dávid B, Hegedüs R. (2017) Gyermekvállalás és rendszerváltás – Anyák biztonságérzete akkor és most. KAPOCS, 16 72. (2 pont)

Bóné V. Hegedüs R. (2018) A biztonság dimenziói és a pályaválasztás – a Szülés-születés longitudinális kutatásának vonatkozó eredményei. In: Karlovitz JT. (szerk.) Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből. International Research Institute, Komárno, 180-186. (2 pont)

Dávid B, Barna I, Bóné V, Hegedüs R, Izsák É. (2016) A rendszerváltás családtörténetei. L'Harmattan Kiadó, Budapest. (4 pont)

Bóné V, Dávid B, Hegedüs R. (2019) A rendszerváltás családtörténetei perinatális szemszögből. In: Varka K, Andrek A, Molnár JE. (szerk.) A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében. Medicina Kiadó, Budapest, 52-62. (2 pont)

Ittész A, Martos T, Bóné V, Dávid B. (2014) Elégedettséget és hangulatot mérő egytényes skálák használhatósága jóllétre vonatkozó vizsgálatokban. MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA 15: 3. (4 pont)

12.2 Az értekezés témájától független publikációk

Bóné V. (2009) A „Regnum Marianum” katolikus (felnőtt) közösség vallási, nemzeti és kulturális identitása. In: Gereben F. (szerk.) Vallásosság és kultúra. JTMR Faludi Ferenc Akadémia, Budapest, 97-120. *(2 pont)*

Bóné V, Török Sz. (2013) Specific Features and Novelty of the Hungarian Lactation Consultant Post Graduate Course. In: Karlovitz JT. (szerk.) Questions and Perspectives in Education. International Research Institute, Komárno, 257-265. *(3 pont)*

Török Sz, Bóné V. (2015) A párterápia költséghatékonysága a nemzetközi irodalom tükrében. In: Pilinszki A, Szabó T. (szerk.) Családi és közösségi konfliktusok. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Budapest, 145-148. *(1 pont)*

Köszönetnyilvánítás

Egy sokszor idézett afrikai eredetűnek tartott közmondás szerint egy gyermek felneveléséhez egy falu kell. Hasonlóan éltem meg a doktori értekezés megírását, méginkább a fokozatszerzés egész folyamatát. Szeretnék köszönetet mondani mindazoknak, akik akár a falu vezetőiként, akár szomszédaimként, a családomként vagy egyszerű falubeliekként szerepet játszottak abban, hogy ez az értekezés megszülessen.

Elsőként szeretném megköszönni konzulenseimnek, Dávid Beátának és Török Szabolcsnak, akik ha kellett, szakmai segítséget nyújtottak, az elakadásaim során pedig mindvégig mellettem álltak és biztattak.

Köszönöm kollégáimnak, különösen Hegedüs Rékának és Lente Boglárkának, hogy munkatársként és barátként is támogattak, és időről időre figyelmeztettek arra, hogy a világ több, mint amit éppen érzékelek belőle.

Hálával tartozom a phd-hallgatók körének, leginkább Lukács Ágnesnek és Bálint Csabának, akikkel az évek során szakmailag és emberileg is összecsiszolódtunk, és akikkel reményeim szerint sokáig erős csapatot alkotunk majd.

Köszönettel tartozom továbbá minden barátomnak, akihez az elmúlt évek során fordultam érzelmi támogatásért. Voltak közöttük, akik kérés nélkül adták hozzá a kutatáshoz saját szakmai tudásukat, Kocsis Mártonnak köszönöm az angol nyelvi, Ruzsek Róbertnek a jogi, Várnagy Gábornak pedig a módszertani segítséget.

Végül pedig köszönöm férjemnek, Bóné Gergelynek, gyermekeimnek, Mártonnak, Kingának, Kristófnak, Dánielnek és Leventének, hogy vállalták a rájuk háruló pluszterheket, és csak igen ritkán zúgolódtak az anyahiányuk miatt.

Mellékletek