

VICSEK LILLA¹

EGYETEMI HALLGATÓNŐK GYERMEKVÁLLALÁSI TERVEI ÉS ÉRTELMEZÉSEI A KORHOZ KAPCSOLÓDÓ FERTILITÁS-CSÖKKENÉSRŐL

DOI: 10.18030/SOCIO.HU.2018.3.80

ABSZTRAKT

Más országokhoz hasonlóan a korábbi évtizedekhez képest Magyarországon is emelkedett a gyermekvállalási átlagéletkor. A gyermekvállalási projekt halasztása esetén a biológiai korlátok miatt fennáll a veszély, hogy egyes nők ne tudják megvalósítani gyermekvállalással kapcsolatos terveiket. Tanulmányok széles köre vizsgálta már a gyermekvállalás időzítését befolyásoló tényezőket. Egy potenciális befolyásoló tényező, ami csak az utóbbi években kezdett nemzetközi figyelmet kapni: a korhoz kapcsolódó fertilitás-csökkenésre vonatkozó tudáshiány a laikusok körében. Ehhez a területhez kíván hozzájárulni jelen írás, azt a korábbi kvalitatív kutatások által elhanyagolt kérdést vizsgálva, hogy hogyan gondolkodnak az egyetemi hallgatónők a kor és fertilitás viszonyáról. A 12 fókuszcsoporthoz tartozó fiatal nők körében biológiai korlátok nem jelentkeztek explicit szempontként gyermekvállalásukat időzítő terveik megfogalmazásakor, a gyermekvállalás időpontjának diskurzusában inkább az volt meghatározó, hogy miket szeretnének, hogy teljesüljön még a gyermekvállalás előtt. A beszélgetések során számos esetben megfigyelhető volt körükben tudásdeficit a biológiai tényezőkkel kapcsolatban, és felbukkantak különböző fertilitás- és technológiai mítoszok – pozitív tévhitek saját fertilitásuk és a lombikeljárás kapcsán. A mítoszokat a csoporttagok gyakran különböző médiából ismert esetekre vagy ismerősök eseteire hivatkozva fejtették ki, ezekből általánosítottak. A diskurzusokban jelentkezett egyfajta ellenálló hozzáállás is, többek között az általuk érzékelt társadalmi nyomásra válaszul. A mielőbbi gyerekszülésre vonatkozóan számos kérdezett több oldalról is úgy érezte, hogy nyomás nehezedik rá, ugyanakkor ezekben a diskurzusokban percepciójuk szerint a korról járó fertilitáscsökkenés nem jelentkezett szempontként. Az eredmények értelmezéséhez az exemplifikáció szociálpszichológiai elméletén túl többek között felhasználok a *Science and Technology Studies* laikusok percepcióira vonatkozó egyes modelljeit.

Kulcsszavak: meddőség, gyermekvállalás, fókuszcsoporthoz

¹ Ph.D., egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Társadalompolitika Intézet

FEMALE UNIVERSITY STUDENTS' PLANS FOR TIMING OF MOTHERHOOD AND INTERPRETATIONS OF AGE RELATED INFERTILITY

ABSTRACT

Similarly to many other countries, the average age of mothers at first childbirth has increased in Hungary compared to previous decades. In the event of a deferral of planned childbirth there is a danger, due to biological limitations, that some women cannot implement their childbirth plans. A wide range of studies have already examined the factors influencing the timing of childbirth. One potential influencing factor that has only recently received international attention is the lack of knowledge about age-related fertility decline among lay people. This paper intends to contribute to this area by examining an under-researched qualitative research agenda: how students perceive the relationship between age and fertility. In 12 focus groups, among the investigated young women, biological limitations did not explicitly surface in their discussions on the timing of childbirth. On the other hand factors were emphasized that they would like to achieve before having a child. During the conversations a knowledge deficit could often be observed about biological factors and fertility, and technological myths surfaced recurrently- positive myths about their own fertility and about the IVF procedure. Myths were often discussed by group members by referring to various media cases or cases of acquaintances, which were then generalized. In the discourses, a resistant attitude was also present, in response to the social pressure they perceived. They felt that there was a pressure on them for early childbirth, but that in these discourses, according to their perception, decreasing age-related fertility did not appear as a topic. To interpret the results, besides the social psychology theory of exemplification, I use the deficit and contextual model of public understanding of science/technology.

Keywords: infertility, childbearing, focus group

EGYETEMI HALLGATÓNŐK GYERMEKVÁLLALÁSI TERVEI ÉS ÉRTELMEZÉSEI A KORHOZ KAPCSOLÓDÓ FERTILITÁS-CSÖKKENÉSRŐL

BEVEZETÉS

A magyarországi termékenységi mintázatokban is megjelenik a szülővé válás későbbre halasztása, ami számos társadalomban megfigyelhető (Kamarás 2012, KSH 2017, Soini et al. 2006, Sobotka 2004). A 35–40 éves kor között első gyermeket vállaló nők aránya 2011-ben lényegesen magasabb volt, mint két évtizeddel korábban (Kamarás 2012). Óriásit változott az első gyermeküket vállaló édesanyák átlagos életkora 1995 és 2014 között: 23,8 évről 27,7-re nőtt (OECD 2016). Más országokhoz viszonyítva ez meredek növekedésnek számít, bár az elmúlt pár évben a gyermekvállalás halasztásának üteme valamelyest mérséklődött (Kapitány–Spéder 2015), illetve az első szülés átlagéletkora még mindig alacsonyabb, mint az OECD-25 országok átlaga, ami 28,9 év (OECD 2016). Figyelemreméltó, hogy a mikrocenzus szerint 2016-ban a 30–34 év közötti nők több mint négy tizedének nem volt gyereke, a 35–39-es korcsoportban is viszonylag magas, egynegyedese volt ez az arány (KSH 2017). Az önként vállalt gyermektelenség Magyarországon igen ritka (Miettinen–Szalma 2014), így feltételezhető, hogy az adatok mögött álló magyarázó tényező nem tudatos döntésen alapul, inkább arról van szó, hogy a nők egy része nem tudja teljesíteni a gyermekvállalással kapcsolatos terveit, különösen annak fényében, hogy a magyarok legnagyobb része továbbra is kettő vagy több gyereket szeretne (Spéder 2014).

Meddőségi szakemberek kutatások alapján rámutattak, hogy a késleltetett gyermekvállalás az infertilitás magasabb szintjéhez vezet, és kockázatosabb mind az anya, mind a magzat számára. A magasabb kor önmagában is negatívan hat a fertilitásra, ugyanakkor számos betegség, amelyeknek előfordulási valószínűsége nő a kor előrehaladtával, hozzájárulhat a fertilitás csökkenéséhez (ACOG – ASRM Committee 2014).

Miközben kitolódott a gyermekvállalás, Magyarországon erős normák élnek azzal kapcsolatban, hogy milyen kor számít későinek a gyermekvállaláshoz (Paksi–Szalma 2009, Sándor et al. 2017). Egy 2006-os reprezentatív vizsgálat azt találta, hogy a magyar közvélemény szerint 39 évesen már túl idős egy nő, hogy akkor váljon édesanyává. Számos vizsgálat megerősíti, hogy a gyermekek továbbra is nagy értéket hordoznak a magyarok számára, és fontosnak tartják, hogy legyen gyerekek (Miettinen–Szalma 2014, Szalma 2014). Az sem mindegy, hogy vérségi kapcsolatok jelen vannak-e a szülő és gyermek között: sok más országhoz hasonlóan Magyarországon is a szülő és gyerek között genetikai kapcsolatot biztosító gyermekvállalást pozitívabban ítéli meg a közvélemény, mint például az örökbefogadást (Neményi–Takács 2015).

Bár léteznek olyan technológiai megoldások, amelyek bizonyos mértékig segítenek kezelni a késői gyermekvállalásból eredő egészségügyi kockázatokat, ezeknek megvannak a maguk korlátai; nem tudják teljes mértékben áthidalni a termékenység csökkenését (Leridon 2004). Az *in vitro* fertilizáció (IVF – lombikbébi eljárás) költséges, és a korrallal csökken a saját petesejtrel való sikeres megtermékenyülés esélye. Az Egyesült Államokban végzett 2014-es adatgyűjtés alapján, míg a 35 évesnél fiatalabb nők esetében 37 százalékos volt az egy *in vitro*

megtermékenyítési ciklust követő élve születések aránya, addig a 43 éves nőknél ez 5 százalékosra csökkent, a 44 éveseknél 2 százalékra, és csupán 1 százalékos volt 44 évesnél idősebb nők esetében (frissen kinyert, nem donorpetesejttel). Fiatal, egészséges donortól származó petesejt beültetésével azonban nagyon hasonló volt a sikeres beavatkozások aránya a különböző életkorcsoportok esetében. Igen lényeges tehát a petesejt minőségének korral együtt járó csökkenése a korhoz köthető meddőség kérdésében (CDC et al. 2016). Azonban, bár az IVF módszer donorpetesejt segítségével lehetővé teszi a teherbe esést akár a menopauza után is, és így egyesek ezt szinte csodaszernek tartják, sok pár nem szívesen használna fel donorpetesejtet a genetikai szülőség fontosnak tartása miatt (Friese et al. 2006).

A technológia által kínált megoldások közé tartozik még a petesejtfagyasztás, amikor a petesejtet a teherbe esni kívánó nő egy későbbi életkorban használja fel mesterséges megtermékenyítéshez. Csakhogy ez a módszer is költséges, nem minden országban legális, az élve születés esélyének maximalizálásához pedig a petesejtet még 34 éves kor előtt kell leszívni és fagyasztani (Mesen et al. 2015). Ez a megoldás sem jelent csodaszert, csupán egy módszer a teherbe esés esélyének növelésére. Fontos szempont az is, hogy a beavatkozás mellett döntő páciensnek előzetesen, időben tisztában kell lennie annak előnyeivel. Tudnia kell, hogy a termékenység az életkor előrehaladtával csökken, és el kell fogadnia, hogy ez az ő esetében sincs másként. Mint majd látni fogjuk a jelen kutatás eredményeiből, a termékenység és a kor kapcsolatának elismerése, és annak elfogadása, hogy őket is érintheti a probléma, két külön dolog. Ráadásul súlyos tudáshiány létezhet az eredeti kapcsolatra vonatkozóan is. A petesejt magas túlélési rátával történő fagyasztása emellett új technológiai lehetőség, a krioprezervációs eljárás egyes orvosi szervezetek körében csak a közelmúltban lépte át a kísérleti stádiumot, így a világszerte jelenleg is IVF módszert alkalmazó nők legnagyobb részének még nem volt lehetősége arra, hogy saját petesejtjét használja fel ilyen módon.

Magyarországon a jogszabályok lehetővé teszik az IVF beavatkozást mind saját, mind donorpetesejttel, bár az utóbbi megoldást tekintve szigorú szabályok vonatkoznak arra, hogy ki lehet petesejtdonor. Donorpetesejttel ugyanakkor nagyon kevés beavatkozásra kerül sor. A béranyaság nem megengedett, a cikk írásának időpontjában pedig a saját petesejt lefagyasztása nem egészségügyi okból tiltott, bár már megkezdődött a párbeszéd a módszer lehetséges beemeléséről a meddőségi kezelések körébe (Sándor et al. 2017). Becslések szerint Magyarországon a gyermekek 1,5–2,5 százaléka születik sikeres IVF beavatkozást követő teherbe esés után (HCOG 2012). Meghatározott feltételek teljesülése esetén a teherbe esni kívánó páciens öt IVF ciklus erejéig részesülhet állami támogatásban. Egyes költségeket ebben az esetben is magának kell állnia, különösen akkor, ha jobb minőségű gyógyszeres kezelést szeretne igénybe venni, ez azonban számos páciensnek nehézséget jelent (Bauer 2014a, 2014b).

A teherbe esés későbbre halasztása következtében számos párnak kevesebb gyereke lesz végül, mint amennyit eredetileg szeretett volna, másoknak végül egyáltalán nem lesz gyermeke (Mills et al. 2011). Kutatások arra mutatnak, hogy a gyermektelenség az egyén szintjén komoly lélektani megterhelést jelenthet (Hansen et al. 2011). A gyermekvállalás későbbi életkorra halasztása következtében a termékenységi ráta még inkább lecsökkenhet egy olyan időszakban, amikor számos európai országban – köztük Magyarországon – a termékenységi arányszám már jelenleg is a reprodukciós szint alatt van (Matysiak–Szalma 2014).

A cikk alapját képező kutatás során egyetemi hallgatók körében fókuszcsoportokban jelentkező laikus érvelést vizsgáltam a korhoz kapcsolódó fertilitás csökkenésről a következő dimenziók mentén:

1. A gyermekvállalásuk időzítésével kapcsolatos diskurzusban megjelenik-e a korhoz kapcsolódó fertilitás-csökkenés mint szempont, és ha igen, hogyan?
2. Hogyan gondolkodnak a kor és fertilitás kapcsolatáról?
3. Mit gondolnak, mi lehet a technológiák szerepe a korral járó fertilitási problémák kiküszöbölésében?
4. Milyen információforrásokra hivatkozva, hogyan érvelnek a témában?
5. Hogy érzik, a társadalmi elvárásokban a gyermekvállalás időzítése kapcsán jelentkezik-e, és ha igen, hogyan a korral csökkenő fertilitás érve?

A GYERMEKVÁLLALÁS IDŐZÍTÉSÉT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A szülővé válás idejének kitolása alapvető társadalmi, gazdasági és kulturális átalakulások eredménye (Sobotka 2004). Hazai és külföldi kutatások a gyerekvállalási döntésekre ható mikro, makro és mezo szintű tényezők széles körét állapították meg: mint például a munkaerőpiaci helyzet, iskolázottság, anyagi helyzet, párkapcsolat minősége, jóléti intézkedések; különféle normák, attitűdök (Bálint–Köllő 2008, Billari–Philipov–Testa 2009, Blossfeld–Hofmeister 2006, Hakim 2000, 2006, Husz 2006, Mills et al. 2011, Nagy Beáta 2009, Paksi–Szalma 2009, Paksi–Király–Luksander 2014, Pongrácz–S. Molnár 2011, Róbert–Bukodi 2005, S. Molnár 2010, Sobotka 2004, Spéder–Kapitány 2006, 2007, Szalma–Takács 2015).

A 2008-as *European Value Survey* magyar adatfelvételének kiegészítő moduljában szereplő kérdésekre adott válaszok azt mutatják, hogy a hazai közvélemény szerint a nők gyermekvállalásának késleltetésére a következő tényezők lehetnek jelentős hatással: bizonytalan jövő, nem megfelelő lakáshelyzet, karrierépítés, gyermek melletti munkavállalás nehézségei, illetve a pártalálás nehézségei (Paksi–Király–Luksander 2014). A survey adatok és a szülésekre vonatkozó statisztikai adatok összevetésével látható, hogy az anyává válást fiatalabb korban tartották ideálisnak a kérdezettek, mint ami a tényleges átlagos kor (Paksi–Király–Luksander 2014, Kapitány–Spéder 2009).

Az ideálisnak tartott anyává válási korra vonatkozó álláspontokat a felmérésben többek között a településtípus, a kérdezett életkora, neme és iskolai végzettsége befolyásolta. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők későbbi kort tartottak ideálisnak a szülésre, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők (Paksi–Király–Luksander 2014).

Az első gyermek vállalásának időpontja szorosan összefügg az anya iskolai végzettségével (KSH 2016, Paksi 2015). Emiatt a magasabb végzettségű nők esetében nagyobb a korral járó meddőségi problémák és az anyasági tervek megvalósításának kockázata, és így különösen releváns egyetemi hallgatók megkérdezése terveikről.

Magasan képzett – mint például egyetemet végzett – nők esetében fontos tényező lehet a gyermekvállalás időzítése szempontjából, hogy a hagyományos karriermodelleknek megfelelően a karrier megalapozása arra az időszakra esik, amikor a gyermekvállalásra is sor kerülhetne. A rugalmatlan karriermodell egyik jellemzője a megszakításmentes jelenlét a munkában. Ha valaki akár szülés miatt megszakítja a karrierpályáját, az szembe-

megy ezzel a hagyományos karrierúttal. A modell másik jellemzője, hogy a munkaidőn túl is elköteleződést vár el, és magas a munkaórák száma. Ez pedig azoknak a nőknek a helyzetét nehezíti meg, akik szülés után, kisgyerekekkel visszamennének dolgozni, különösen, ha a hagyományos családi munkamegosztásnak megfelelően rájuk hárulnak a kisgyerek és a házimunka teendői (Hewlett 2003). A hazánkban is jelentkező erőteljes társadalmi elvárások arra vonatkozóan, hogy mit jelent jó anyának lenni, gyakran nem összeegyeztethetőek a hagyományos karriermodellel (Nagy–Paksi 2014).

Hewlett (2003) sikeres karriert befutó, egyetemet végzet nőket vizsgáló híres amerikai kutatásában azt találta, hogy egyrészt gyakori volt kutatási alanyai körében a gyermektelenség, miközben sokuk szeretett volna gyereket, másrészt azok, akiknek viszont volt gyerekük, zömében a húszas éveik elején vagy közepén szültek. Karrierjüket tehát a gyerekük születése után építették fel, és nem előtte.

Az elmúlt években egyes újabb külföldi kutatások arra is felhívták a figyelmet, hogy a biológiával és a teherbe esést megkönnyítő technológiákkal kapcsolatos tudás is befolyásolhatja a szülés időpontjával kapcsolatos döntéseket. Vannak ugyanis arra utaló jelek, hogy az ezekkel kapcsolatos tudás hiánya szerepet játszhat a gyermekvállalás időzítésében. Bár maga a kutatási téma olyannyira új, hogy a szülőket vagy csak utólagosan, vagy a jövőben tervezett gyermekekről kérdezték, és nem vetették össze a terveket a ténylegesen megszületett gyermekek számával (Mac Dougall et al. 2012, Stern et al. 2013, Wojcieszek–Thompson 2013). Az eredmények azt sejtetik, hogy amennyiben a nők a fertilitás és kor viszonyáról megfelelő tudással rendelkeznek, az befolyásolhatja egyesek életstratégiáit a gyermekvállalás tervezett időzítésével kapcsolatban: amennyiben jobb információkkal rendelkeznek a biológiai korlátokról, akkor a nők egy részénél ez hozzájárulhat ahhoz, hogy hamarabb belefogjanak párjukkal a babavállalási projektbe. Így az ismeretek és elképzelések tanulmányozása releváns kutatási cél.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDÉSEK LAIKUS ÉRTELMEZÉSÉNEK MODELLEI

Az egészségügyi és tudományos kérdésekkel kapcsolatos laikus elméletalkotásnak, illetve a laikus elképzelések és a szakértői vélemények eltéréseinek számos modellje létezik. A „deficitmodell” hosszú időn keresztül népszerű volt mind a *Science and Technology Studies*, mind pedig a tudomány-kommunikáció területén (Bensaude–Vincent 2001, Meyer 2016). Ez az elképzelés „*a tudományos ismeretek egyfajta egységes, monumentális halmazát feltételezi, amely ki van szolgáltatva a laikus tudatlanság szeszélyeinek*” (Ezrahi 2008: 183). A deficitmodellből kiinduló kutatások hiányos tudást feltételeznek a laikus közönség részéről, amelyet „be kell tölteni”, a tudományos közösség tehát felülről lefelé, egyirányúan ad át információt a közönség felé a tömegmédián keresztül; az így kapott tudományos információ pedig jelentős hatással bír az azt passzívan befogadó hallgatóságra.

Az egészségügy-kommunikáció és kockázatkommunikáció gyakorlóiban azonban kontextuális megközelítésből vitatják a deficitmodellt: eszerint „*az egyén nem csupán üres tárolóként fogadja be az információt, hanem olyan társadalmi és pszichológiai sémák mentén dolgozza fel azt, amelyet meglévő tapasztalatai, a kulturális közeg és személyes körülményei alakítottak*” (Lewenstein 2003: 3).

A kontextuális modellel összhangban számos kutatás szolgáltatott arra példákat, hogy az egészségüggyel kapcsolatos információ az egyén számára felkavaró lehet, például olyan negatív személyes kockázatokra mutathat rá, amelynek hatására bizonyos pszichológiai mechanizmusok – például tagadás – (Gallagher 2011) vagy félelem (Maeda et al. 2016) léphetnek életbe. Tagadás esetén lehetnek esetek, amikor például az egyének nem ismerik el, hogy őket is érintheti az adott probléma, még ha egyes esetekben el is fogadják, hogy maga az egészségügyi kockázat létezik a népességben (Gallagher 2011). Azok körében, akik viszont elfogadják, hogy velük is előfordulhat, hogy egészségügyi nehézségük lesz, félelem keletkezhet (Maeda et al. 2016). Egészségügy-kommunikátor szakemberek arra is rámutattak, hogy a kulturális kontextus befolyásolja az információ befogadását: különbségek jelentkezhetnek az egyes társadalmak között, de egy társadalom különféle népelemszegmensei között is (Sorensen et al. 2007, Kreps–Thornton 1992, Kreuter–McClure 2004, Takács 2016), például a népesség különböző szintű egészségügyi ismeretekkel rendelkező csoportjai közt (Hinnant 2009).

A kontextuális megközelítésbe illeszkednek azok az érvek is, miszerint az átadni kívánt információ megfogalmazása befolyásolhatja a befogadást. Az exemplifikáció szociálpszichológiai elmélete szerint egy médiában bemutatott eset erősebb hatást gyakorol a közönség véleményére, mint ha statisztikákat mutatnak be személytelenül. Ilyen esetben az emberek a példából általánosítanak valamilyen jellemző alapján (amit számukra a példa megtestesít) egy tágabb populációra (pl. bemutatott kisebbséghez tartozó egyén munkanélküli – ebből általánosítanak, hogy ehhez a kisebbséghez tartozó emberek munkanélküliek). Bár vannak ellentmondó eredmények az exemplifikáció kutatásának területén, mégis a kutatások többsége azt találta, hogy teljesül az exemplifikációs hatás: jobban hat a percepciókra, attitűdökre egy konkrét példa bemutatása, mint ha statisztikákkal szembesítjük az embereket (Hastall 2013, Zilman 1999, 2006). Ezen felül létezhet egy olyan szelekciós hatás is, hogy inkább figyelnek az emberek olyan hírekre, amelyek eseteket tartalmaznak, szemben az olyan hírekkel, amelyek statisztikákra építik a mondandójukat (Hastall 2013). Mások szerint az is befolyásolhatja a kommunikáció hatásosságát, hogy alacsony vagy magas a kapcsolódó kockázat, illetve hogy a médiában bemutatott információ a lehetséges nyereségre vagy veszteségre koncentrál. A nyereségre fókuszáló üzenetek hatékonyabbnak tűnnek, mint a veszteséget a középpontba helyező hírek (Gallagher 2011). Hastall (2013) kutatásai alapján úgy tűnik, az is befolyásolhatja egy hír fogyasztását, hogy olyan egészségügyi kockázatról van-e szó, amely ellen az egyén hatékonyan fel tud lépni: kísérlete során az emberek szívesebben olvastak olyan híreket, amelyek olyan egészségügyi kockázatokkal foglalkoznak, amelyek ellen hatékony védelem elérhető, amelyeket hatékonyan meg tudnak előzni (Hastall 2013).

A deficitmodell egyes feltevései a kontextuális értelmezésekben is megjelennek: bár a befogadó közönséget ezek már nem tekintik „üres edénynek”, az elsődleges probléma szemükben is sokszor a hallgatóság információkra adott „tudományos szempontból nem megfelelő” reakciója (Lewenstein 2003: 4). A laikus közönség tehát ebben az értelmezésben sem rendelkezik megfelelő ítélőképességgel a tudományos közösség tagjaihoz képest.

A deficitmodell feltevéseivel szemben számos kritika fogalmazódott meg. A tudományos kommunikáció nemzetközi színterén a deficitmodell kifejezést manapság inkább bírálatként használják, és kritikusai szerint „a tudományos kommunikáció elitista, egyirányú és felülről jövő” hozzáállását közvetíti (Meyer 2016: 440).

Milyen következtetést vonhatunk le mindezekből? Bucchi (2008) kiemeli, hogy a kommunikációs helyzetek jó részét több modell kombinációja jellemzi, még ha egy modell tulajdonságai dominálnak is adott helyzetben. Jelen cikk szerzője egyetért Lewensteinnel (2003) abban, miszerint különböző témákban és különböző körülmények között más és más modell bizonyulhat a leghasznosabbnak. A tudományos körökben is nyitott, vitás vagy ellentmondásos kérdésekben például a felülről lefelé irányuló informáló deficitmodell különösen problémás lehet. Azokban a témákban azonban, amelyben a tudományos közösség többé-kevésbé konszenzusosan egyetért (Bucchi 2008: 69–70), valamint jellemző a közösségi mobilizáció alacsony szintje, a kérdéses téma korlátozott közismertsége és a „*politikai és kulturális kontextussal kapcsolatos magas szintű átfogó társadalmi egyetértés*”, az egyirányú felülről lefelé haladó, deficitmodellen alapuló séma adekvát módon írhatja le a kommunikációs folyamatokat. A jelen írásban vizsgált kérdések és kontextusok jelentős részére igazak ezek a megállapítások. És míg a deficitmodellt sok tudományos kommunikáció szakértő továbbra is „ellentmondásos fogalomnak” tekinti, addig az egészség tudatosság (és ezen belül az egészségügyi információk) terjesztése az egészségügy-kommunikáció legitim céljának számít, melynek pozitív népegészségügyi hatását kutatások bizonyították (Bay et al. 2012, Champlin et al. 2017, Fogg-Rogers et al. 2015). Ezek a megközelítések is bizonyos szempontból a deficitmodellhez köthetőek.

Az itt bemutatott kutatás elméleti háttérének megfogalmazásához felhasználom mind a deficitmodellt, mind a kontextuális modell egyes elemeit, míg más elemeket nem építem be. Az eredeti deficitmodell alábbi feltevését használom fel:

- Az életkorral csökkenő termékenység tekintetében elég erős a tudományos konszenzus (Macintosh 2015), így ha a laikus közönség kételkedik ezek összefüggésében, úgy az a tudás hiányának tekinthető.

A kontextuális modellek alábbi feltevéseit veszem át:

- Az egészségügygel kapcsolatos információk befogadását számos kontextuális tényező befolyásolja: szociálpszichológiai jelenségek, a közvetítő médium formátuma, egyéni tulajdonságok és a társadalom jellegzetességei (Gallagher 2011, Hastall 2013).
- A közönség tagjai nem tekinthetők „*tabula rasának*”: a vizsgált kérdéssel kapcsolatos hiedelmeik, feltevéseik, gondolkodásmódjuk megértése a későbbiekben segíthet a hatékony informáláshoz szükséges stratégia kialakításában.

Míg a deficitmodell a közönséget pusztán passzív befogadónak tekinti, a jelen írásban alkalmazott megközelítésben a közönség tagjai aktívan részt vesznek nézeteik kialakításában. Gamson (1992) megközelítését alkalmazva a médiatartalmakat olyan erőforrásnak tekintem, amelyet az egyének párbeszédekben felhasználhatnak. A médiaeffektusok ilyen megközelítése a gyakorlatban vizsgálja, hogyan használják az egyének a médiatartalmakat a beszélgetéseik eszközeként – például milyen módon jelennek meg a köznap párbeszédekben a médiából átvett információk vagy érvek. Ezeket az eszközöket az elemzésben médiaeffektusnak tekintem. A párbeszéd azonban más forrásokból is meríthet, például személyes tapasztalatból, másokkal való beszélgetésből stb.

AZ ÉLETKORRAL JÁRÓ TERMÉKENYSÉG-CSÖKKENÉS LAIKUS ÉRTELMEZÉSÉVEL KAPCSOLATOS EMPIRIKUS KUTATÁSOK

Az elmúlt években kvantitatív kutatások sora vizsgálta a témához kapcsolódó kérdéseket (Bretherick et al. 2010, Bunting–Tsubulsky–Boivin 2013, Conceição–Pedro–Martins 2017, Daniluk–Koert 2015, Daniluk–Koert–Cheung 2012, Hashiloni–Dolev–Kaplan–Shkedi–Rafid 2011, Hewlett 2002, Gossett et al. 2013, Lampic et al. 2006, Maheshwari et al. 2008, Maeda et al. 2016, Peterson et al. 2012). A kapcsolódó kutatási eredmények empirikus bázisa azonban korlátozott. A legtöbb vizsgálat kis elemszámú mintát használt, és a nagyobb mintát használó kutatások közül is kevés dolgozott reprezentatív mintával. Az idézett kutatások egy része pedig inkább a termékenységgel kapcsolatos általános ismereteket vizsgálta, semmint az életkorral kapcsolatos kérdéseket.

Nemzetközi szinten hiányoznak azok a kvalitatív kutatások, amelyek a jelen írás témáját alaposan, elsődleges fókuszba helyezve dolgoznák fel. Ezen a területen pedig szükségyszerű a kvalitatív eszközök használata, mivel képes rávilágítani arra az értelmezési folyamatra, ahogyan a kutatás alanyai érvelésüket felépítik, ahelyett, hogy statikus képet nyújtana a kialakult értelmezésekről (Kotchetkova–Evans–Langer 2008). A korábbi, a kérdéskör egyes elemeit érintő kvalitatív vizsgálatok jellemzően tágabb vagy eltérő területekre irányultak, melyeknek az itt bemutatott központi téma csupán egy szelete volt (lásd például Cook et al. 2010, 2012, Hewlett 2002, Jarrett–Lethbridge 1994), vagy olyan nők speciális populációnak tudását vizsgálták utólagosan, akik termékenységet támogató technológiák segítségével estek teherbe (például IVF módszerrel megtermékenyült 40 fölötti nők, lásd MacDougall et al. 2012; donorpetesejtet felhasználó párok, lásd Friese et al. 2006), vagy olyan nőket kérdeztek, akik sikertelenül fordultak a lombikeljáráshoz 35 éves kor felett, és akik előtte fogamzásgátló tablettával védekeztek (Szuwczek 2012).

A korábbi kvantitatív és kvalitatív vizsgálatok módszertani, témabeli, mintavételi és társadalmi kontextusbeli különbségei ellenére is számos hasonló következtetést vonhatunk le azok eredményeiből a jelenlegi kutatásra nézve. A létező kutatási eredmények alapján sok esetben jellemző tudásbeli szakadék húzódhat meg nők – illetve általában a laikus közönség – egyes csoportjai között az életkor termékenységre gyakorolt hatását illetően. Sokan például túlbecsülik a teherbeesés valószínűségét egyes életkorokban (Bretherick et al. 2010, Bunting–Boivin 2008, Bunting et al. 2013, Cooke et al. 2012, Daniluk–Koert 2015, Daniluk–Koert–Cheung 2012, Friese et al. 2006, Hashiloni–Dolev 2011, Hewlett 2002, Gossett et al. 2013). Az IVF és az egyes életkorcsoportokban alkalmazott IVF-beavatkozások sikerességi rátáját is rendszerint túlbecsülték a kérdeztettek (Maheshwari et al. 2008, Hashiloni–Dolev 2011).

A korábban idézett empirikus eredmények részben arra is következtetni engednek, hogy a tudásbeli hiányosságok nagyobbak a fiatalabbak – például egyetemi hallgatók – körében (Maeda et al. 2015). Bretherick és szerzőtársai (2010) azt találták, hogy az általuk kérdezett kanadai egyetemista hallgatók bár többnyire tisztában voltak azzal, hogy a fertilitás csökken a korrallal, de szignifikánsan felülbecsülték mindegyik korcsoportban a terhesség esélyét, és nem voltak tisztában azzal, hogy milyen meredeken csökken a fertilitás az életkor előrehaladtával. A Bunting és szerzőtársai (2013) mintájába tartozó 169 brit egyetemi hallgató esetében a tudáshiány, a tévhitek elsősorban ahhoz kapcsolódtak, hogy mit gondoltak, milyen tényezők növelhetik a fertilitás esélyét: tévesen úgy vélték, hogy növelik a fertilitást bizonyos egészséges életstílus-elemek. Hashiloni–Dolev

és szerzőtársai (2011) pedig izraeli egyetemi hallgatók körében jutottak arra a következtetésre, hogy különösen az általuk „későinek” titulált 35 év feletti – és „nagyon későinek” nevezett 45 év feletti esélyeket becsülték túl a hallgatók a genetikai anyaság megvalósíthatóságára vonatkozóan. Csak a diákok 11 százaléka tudta, hogy a genetikai anyaság valószínűtlen a negyvenes évek közepe tája után, hacsak nem fagyasztotta le korábban az illető a petesejtjeit.

Jelen cikkben a „technológiai mítoszok” és a „termékenységi mítoszok” fogalmát használom a technológiák és termékenység tévesen pozitív értékelésével és az azokhoz kapcsolódó érvekkel és elképzelésekkel kapcsolatban. A technológiai mítosz tehát a technológiai lehetőségek (elsősorban a saját petesejtet felhasználó IVF beavatkozás) irreálisan optimista értékelését jelöli a természetes megtermékenyülés sikertelensége, és különösen az életkor miatti terméketlenség esetén. A termékenységi mítosz a teherbe esés valószínűségének túlbecslését jelenti az egyes életkor-csoportok esetében, valamint az életkor termékenységre gyakorolt hatásának alábecslését. Ahogy fentebb bemutatásra került, a korábbi nemzetközi vizsgálatok számos esetben kaptak olyan eredményt, amit ez alapján a terminológia alapján úgy értékelhetünk, hogy technológiai és termékenységi mítoszok vannak jelen a vizsgált mintákban.

Hazánkban tudomásunk szerint nem került sor még olyan empirikus társadalomtudományi vizsgálatra, amelyik a magyar nők korhoz kapcsolódó fertilitási ismereteinek vizsgálatát tűzte volna ki kutatási célként, illetve azt, hogy hogyan ítélik meg ezen belül a technológiák szerepét.² Szalma Ivett és Takács Judit (2014) gyermektelenség kutatásaiban ugyanakkor felmerültek adalékok ehhez kapcsolódóan, amik arra utalhatnak, hogy itthon is lehetnek gondok a tudás területén. Saját interjúink klinikai dolgozókkal (amely alapvetően a petesejt-fagyasztás megítélésére fókuszált körökben, erről lásd: Sándor et al. 2017) is tartalmazznak arra utaló jeleket, hogy lehetnek nők, akiknek téves elképzeléseik vannak a kérdéskörrel, és ez befolyásolja azt is, hogy mit várnak el, miben tud segíteni nekik egy-egy technológiai eljárás. Egy reprezentatív kérdőíves kutatás eredményei alapján az is látható, hogy a mesterséges megtermékenyítés megítélése pozitív (Szalma 2014).

ADATOK ÉS MÓDSZER

A kutatás során tizenkét fókuszcsoportos beszélgetést szerveztünk meg 2015. október és 2016. április között. A mintába 71 nő került be. A résztvevőket gyakornokok toborozták, és a részvételükért cserébe pénz-díjazást kaptak (ez bevett gyakorlat a fókuszcsoportok esetében). A 19 és 25 év közötti egyetemi hallgatók különböző budapesti felsőoktatási intézményekben tanultak; bölcsész-, társadalomtudományi és természettudományi képzésre járók voltak vegyesen. A fókuszcsoportok vegyesen épültek fel a hallgatók egyetemi háttere és szakja szempontjából. A mintaválasztás feltételei közé tartozott, hogy biológia vagy orvostudományi képzésben résztvevők nem kerülhettek a csoportokba, mivel a többiekhez képest lényegesen mélyebb tudással rendelkezhetnek a kutatási témát illetően. Négy csoportba MA és MSc képzésre járó diákok kerültek be; öt csoportban csak BA és BSc képzésre járók voltak, három csoportban pedig mindkét képzési szint képviselve volt.

A vezérfonal három fő részből állt. Az első részben arra vonatkozóan szerepeltek kérdések, hogy a részt-

² A téma a jövőben várhatóan itthon is nagyobb figyelmet fog kapni: Szalma Ivettnek 2017 őszén kezdődött és 2020-ig tart *A fertilitással kapcsolatos ismeretek és az ismeretátadás hatékonysága* című NKFI PD projektje, amely a gyermektelenség körében végzendő kérdőíves és hatásvizsgálatos fókuszcsoportos kutatáskomponenseket tartalmaz majd.

vevők mikor terveznek gyermeket és miért akkor, illetve hogy a kor és termékenység közötti összefüggéssel kapcsolatban milyen nézeteik vannak. Ezt követően a kérdések arra irányultak, hogy hogyan látják a reprodukciós technológiák szerepét a korról járó termékenységi problémák kezelésében. A második részben a különböző reprodukciós technológiákkal kapcsolatos véleményekre vonatkoztak a kérdések, valamint arra, hogy elgondolkodnának-e ezek használatán a saját esetükben. A harmadik részben a témával kapcsolatos információforrásaik kerültek a középpontba. Jelen elemzés során elsősorban az első és harmadik szakaszban kapott információkat használok fel. Egy fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés átlagosan nagyjából 80 percig tartott.

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekről átirat készült, amit az NVivo kvalitatív adatelemző szoftver segítségével kvalitatív tematikus elemzéssel dolgoztam fel (Braun–Clarke 2006). A fókuszcsoporthoz tartozó laikus érvelésének dinamikus jellegét, a felmerülő témák értelmezésének folyamatát is elemeztem. A cikkben idézett résztvevők nevét a kutatási alanyok anonimitásának érdekében megváltoztattam.

A fókuszcsoporthoz tartozó eredményeinek interpretációja során figyelembe kell venni, hogy a csoportos helyzet miatt bizonyos szociálpszichológiai jelenségek változtathatják azok kimenetét. A résztvevők kevésbé mernek esetleg eltérni a csoport egésze által képviselt normáktól (Stewart–Shamdasani 1990). A résztvevőket így arra biztattuk, hogy akkor is fogalmazzák meg véleményüket, ha nem teljesen biztosak benne, és bátran mondják el, ha valamit nem tudnak. De még így is előfordulhatott, hogy a véleményükben kevésbé biztos résztvevők több teret engedtek azoknak, akik határozottabbnak tűntek, vagy a válaszaikat befolyásolta a jobban informált beszélgetőtársak véleménye (Vicsek 2007).

EREDMÉNYEK

A korhoz kapcsolódó fertilitás-csökkenés és a gyermekvállalás időzítése

A gyermekvállalás időzítésére vonatkozó diskurzusban a fókuszcsoporthoz tartozóban nem a biológiai korlátok voltak hangsúlyosak. A biológiai korlátok mint szempont alig jelentkeztek a beszélgetéseken, amikor arról kérdeztük az egyetemi hallgatókat, hogy milyen szempontokat vesznek figyelembe, amikor arról gondolkodnak, hogy mikor szeretnének szülni. Az említett néhány esetben, amikor a biológiai időbeli korlátok felmerültek, ezek nem ahhoz kapcsolódtak, hogy a korról csökkenhet a teherbeesés esélye, hanem ahhoz, hogy bizonyos kor felett nő az esély, hogy nem lesz egészséges a gyerek, szülési komplikációk lehetnek – tehát a teherbeesés megvalósulása utáni tényezőkre tették a hangsúlyt.

Azt, hogy a biológiai korlátok ennyire ritkán jelentek meg az érvelésükben, részben magyarázhatja az is, hogy a többségük az első gyerek vállalását 35 éves kor előtt tervezi. A kérdezett egyetemi hallgatók többsége a 28-cal kezdődő pár évet adta meg mint azt a kort, amikor szülni szeretnének, körülbelül harmaduk azt mondta, harmincéves kora után tervez először szülni. Fiatalabb kort, mint 28 ennél kevesebben adtak meg. A legkorábbi megadott tervezett szülési év 24 év volt, és az ezt tervező személy ennek okaként azt jelölte meg, hogy ő „nagyon fiatalon” akar szülni. Ugyanakkor, amennyiben több gyermeket szeretnének, akkor, akik 30 éves kor felé tették a gyermekvállalás megkezdését is szembesülhettek azzal, hogy ez egy nem túl nagy időbeli ablak a gyermekvállalásra. Számos probléma még közbejőhet, mikor a 30-as évek elején úgy éreznék, hogy már jó,

ha gyerek születik (pl. válás, egészségügyi probléma, családi trauma stb.), és így a tényleges gyermekvállalás, különösen a többedik gyermek esetében akár 35 éves határ fölé tolódhat.

Ugyanakkor olyan is volt, aki 35 éves kora felett tervezte az első gyermekvállalást, és nem említett amellet potenciális biológiai nehézségeket:

„Én a 35 év alatt semmiképpen nem vállalnék gyereket, mivel későn érő típus vagyok, mármint én személy szerint, de az egzisztencia miatt is. Egy nőnek a 21. században muszáj kialakítani egy egzisztenciát mielőtt gyerekeket vállal, mert ha bármi probléma adódna, mondjuk a párjával szétmennek, akármilyen történik, akkor a társadalom nem nyújt olyan háttérrel, hogy biztonságban fel tudja nevelni azt a gyereket szerintem.” (Anikó)

A válaszokból az derült ki, hogy elsősorban bizonyos körülmények együttes teljesüléséhez kötik azt, hogy mikor szeretnének majd gyereket. Voltak, akik mondták is, hogy nem életkorhoz kapcsolnák elsősorban, hanem ezen feltételek teljesüléséhez, és a kort becslésnek tartották arra nézve, hogy számukra mikorra fognak teljesülni a feltételek.

Megfelelő pár, megfelelő stádiumban lévő párkapcsolat mint alapszempont jelentkezett (sokan kiemelték: több év, esetleg 4–5 év párkapcsolat után vállalnának csak valakivel közösen gyereket). Hangsúlyos szempont volt sokaknál a megfelelő anyagi és munkahelyzet. Ugyanakkor, egyes említett munka- és anyagi feltételek olyannak tűnnek, amelyeket nehéz lehet az általuk említett életkorra megvalósítani. Míg volt, aki csak azt említette, hogy pár évet szeretne dolgozni a gyermekvállalásig, ami várhatóan könnyebben teljesíthető az általuk tervezett szülési évig, a többség ennél több feltételt emelt ki a munkával kapcsolatban, ami már jóval kétségesebb, hogy sokuknál tud-e teljesülni az általuk tervezett gyermekvállalási korig. Sokan egyfajta stabilizált munkahelyzetre vágytak, ahová visszatérhetnek szülés után is hasonló pozícióba, illetve voltak néhányan, akik a karriert és a kiteljesedést tartották fontosnak. Az „anyagi biztonság”, „anyagi háttér” megteremtése is ismétlődően megjelent. Voltak, akik az anyagi háttérnél azt hangsúlyozták, hogy ez egy közös háttér a párjukkal. Ugyanakkor voltak, akik azt emelték ki, hogy ők saját egyéni anyagi és munkahelyzetüket is stabilizálni akarják, hogy ha nem maradnak együtt a párral, akivel a gyereket vállalják, el tudják tartani saját magukat és gyerekeiket. Mindezek mellett viszont 28–29 éves korukban tervezték megszülni első gyerekeiket, azt gondolták, hogy ezek addigra teljesülni fognak.

„28–29 éves korra. Akkorra igazából kiépít egy ember egy karriert, van munkája, megfelelő pénz ahhoz, hogy ellássa a későbbiekben is, és megfelelő háttérrel nyújtson a gyereknek. Gyermekvállalás előtt mindenképpen fel kell építened a saját életedet.” (Gitta)

„Nekem például az az elsődleges, hogy még ott tartok a karrieremben, hogy el tudok jönni a munkahelyemről, hogy mondjuk 2 évet gyerekezek, ugyanúgy vissza tudok menni, ugyanolyan fizetéssel, ugyanolyan pozícióba.” (Joli)

„Én a 28 éves koromat jelölném meg, karrier szempontjából egy saját magamnak egzisztenciát felállítanék, hogy ne szoruljak rá esetleg a páromra. Ez a szempont és a biztonság.” (Réka)

Volt olyan hallgató, aki be is látta, hogy az életkor, amikor gyereket szeretne, és amilyen feltételeknek addigra teljesülnie kell, az talán túlzottan optimista scenárió:

„Én azt... nem az, hogy így belőttem, de nekem is az tűnik így jónak, hogy talán így harminc éves kor előtt. ... Azt sem tartom kizártnak, hogy harmincéves korom előtt tényleg ez meg fog történni, ha nem számolgom, hogy már ismernem kéne azt, akivel szeretném ezt.” (mindenki nevet) (Gizi)

A párkapcsolaton, a munkán és az anyagiakon kívül az érzelmi érettség jelentkezett mint hangsúlyos szempont: a felelősségvállalás és a hedonizmusról való lemondás. Az is felmerült, hogy fontos, hogy gyerek születés előtt „kiélje magát az ember”.

A különféle feltételek együttes teljesülése esetén történő gyermekvállalás ideáján kívül néhány válaszadónál még két másik felfogás jelent meg a beszélgetéseken.

Néhány válaszadónál a fiatalon születés eszméje jelentkezett mint önmagában vett érték. Itt volt, aki saját édesanyját említette, hogy ő is fiatalon szülte őt, és ez szerinte jó volt az anya-lánya kapcsolat szempontjából. Ugyanakkor, többen azok közül, akik ezt ideálként említették, végül arra jutottak, hogy ez náluk nem fog teljesülni, mert előbb a fent említett körülmények kell, hogy létrejöhessen számukra. Kivéve egy-két hallgatót, akik hangsúlyozták, hogy családcentrikusak és szeretnék „nagyon fiatalon szülni” (ami itt 24-et jelentett).

Egy másik vélemény, ami néhány esetben jelentkezett, az az volt, hogy érzelmi érettség megléte esetén ha egyes feltételek nem is teljesülnek, akkor véletlen teherbeesés esetén, ha „becsúszik a gyerek”, akkor azért megtartanák.

A korról járó termékenységcsökkenés laikus értelmezései

Amikor a kor és a termékenység közötti kapcsolatáról kérdeztük a hallgatókat, néhány fókuszcsoportban a beszélgetés annak beismerésével kezdődött, hogy valóban létezik ilyen kapcsolat.

„Szerintem igen, összefügg. Minél később szülsz, annál kevésbé tudsz teherbe esni, és annál kevésbé lesz egészséges a gyerek. S annál kevésbé lesz jó szülni.” (Erika)

Más csoportokban az értelmezési folyamat során a csoporttagok azonnal áttértek egyéb tényezőkre, amelyek szerintük befolyásolják a terméketlenséget – ez olyan stratégiának tűnt, amellyel retorikailag csökkenthető az életkor szerepe. Sokszor nyíltan érveltek amellett, hogy ezek a tényezők – a stressz, a mentális és pszichológiai jóllét, az életmód, az erőnlét, a korábbi abortusz, a genetikai adottságok, betegségek – nagyobb súllyal esnek latba, mint az életkor. A genetikai adottságokat leszámítva a beszélgetésbe bevont fiatal nők sokszor olyan termékenységet befolyásoló tényezőket említettek meg, amelyekkel kapcsolatban vagy azt érezték, hogy képesek kontrollálni őket, vagy olyan jellemzőket, amellyel ők maguk nem rendelkeztek (például egészségesnek ítélték meg saját magukat, szemben a meddő beteg személyekkel). Rendszeresen vélekedtek úgy, hogy ha egy nő mentálisan egészséges, jó erőnlétben van, sportol és egészségesen étkezik, úgy a termékenysége kisebb mértékben vagy akár egyáltalán nem csökken.

„Hogyha egészséges, sportol, úgymond fiatalosan tartja a testét, akkor szerintem van esélye arra, hogy ezeket az időskori dolgokat kiküszöbölje, szerintem.” (Kitti)

„Inkább genetika, mint kor, tehát valaki nehezebben esik teherbe valaki meg könnyebben, és azért 40 évesen is sikerül, hipp-hopp, más meg próbálkozik és megy lombikbébi programra; meg ugye egészségi állapottól is függ, hogy volt e komolyabb betegsége, volt e petefészek-gyulladás, meg ilyenek, úgyhogy

nem feltétlenül a kortól függ, hanem sok minden ráakódik azért erre.” (Jutka)

Néhány résztvevő szemében a lélektani tényezők szerepe olyannyira fontos volt, hogy egyáltalán nem is hittek a korral járó biológiai fertilitás-csökkenés létezésében. Egyes esetekben azonban felmerült az életkor és a pszichológia összefüggésének lehetősége is – feltételezték, hogy egy idősebb nő túlságosan stresszes lehet ahhoz, hogy teherbe essen. Más esetekben azonban a pszichológiai állapot szerepe a kortól független tényezőként merült fel, csökkentve annak fontosságát.

A fókuszcsoport során számos résztvevő egy idő után megemlítette, hogy létezik bizonyos mértékű összefüggés az életkor és a termékenység között. Sok esetben azonban azt is gyorsan hozzátették, hogy az összefüggés szorossága nagyon egyénfüggő, nem feltétlenül erős, hogy egyesek viszonylag idősebb korban is könnyen teherbe esnek, vagy akár azt, hogy maga az összefüggés nem minden emberre érvényes. Néhány esetben a termékenységi mítosz (téves nézetek a lehetőségekre vonatkozóan) még tisztábban volt megfigyelhető: a résztvevők egy része amellet érvelt, hogy az életkor nem játszik szerepet a teherbe esés valószínűségében.

„Szerintem is összefügg így valamilyen szinten, hogy időskorban már nem annyira termékeny úgymond, de hát tudunk olyanokról, akik negyven-ötven évesen is anyák. Úgyhogy egyénfüggő is.” (Kriszta)

„Hát szerintem is, nyilvánvalóan van köze hozzá, hogy akkor kevesebb az esélye, de tényleg, ahogy előttem is mondták, ez nem mindenkire vonatkozik, szóval ez ilyen, a személytől is függ, hogy mondjuk, milyen lelki állapotban van.” (Doloresz)

A 35 éves korhatárt sok csoportban megemlítették. Amikor arról kérdeztük a résztvevőket, mikor kezdődik a termékenységi szint csökkenése, több különböző életkort is megjelöltek, de ez volt a leggyakoribb válasz. A 35 esztendő kort azonban elsősorban azért emelték ki, mert vélekedésük szerint ezután nagyobb valószínűséggel kerül veszélybe az édesanya vagy a gyermek egészsége. A kérdés maga arra vonatkozott, hogy milyen kortól nehezebb teherbe esni, de a válaszok sokszor inkább a betegségek veszélyét hangsúlyozták a teherbe esés után, sőt esetleg a szülés után. Úgy tűnik tehát, hogy ezek a fiatal nők az idősebb életkort inkább egyéb egészségügyi problémák forrásának látják, nem pedig magát a termékenységet érintő problémának. A csoportok egy részében a résztvevők ugyanakkor úgy vélekedtek, hogy az, hogy a 35 éves kor felett nagyobb valószínűséggel fordulnak elő terhesség alatt egészségügyi problémák, inkább sztereotípiát, vagy csupán statisztikát, riogatást, vagy régebben így lehetett, de mára az orvostudomány segítségével nem valós probléma – ami azonban az egyes személyekkel történik, az teljesen egyéni, a kimenet pedig már a pozitív hozzáállással is javítható.

Ennél jobban szóródtak az elképzelések abban a tekintetben, hogy milyen könnyen esnek teherbe a 40–45 éves kor közötti nők. Néhány résztvevő hangsúlyozta a 40 fölötti teherbe esés nehézségét, másokra azonban jellemzőbb volt a termékenységi mítosz: úgy gondolták, ebben a korban nem sokkal nehezebb teherbe esni, mint fiatalabban. Ezt az elképzelést az ismerősi körükből vagy a médiából hallott történetekkel támasztották alá, ami 40 évesnél idősebben teherbe esett nőkről szólt (ezzel később részletesebben foglalkozom). Egyesek úgy vélték, hogy a gyermekvállalás későbbre tolódásával tendenciává vált a negyvenes években szülés, és ez azt igazolja, hogy ez az életkor a termékenység szempontjából nem különbözik a többitől.

Moderátor: „Szerintetek mennyire lehet könnyű negyvenévesen vagy negyvenöt évesen teherbe esni?”

„Szerintem nem annyira, mint előtte... de attól előfordulhat.” (Kriszta)

„Ez is változó. Mivel átlagban nehezebb, de valaki meg nagyon-nagyon könnyen teherbe esik bármikor igazából.” (Dézi)

Moderátor: „És hogyha 40–45 évesen akar valaki teherbe esni, annak szerintetek mennyire könnyű vagy mennyire nehéz?”

„Genetikai adottságoktól függ. Ezt nem lehet így előre megmondani szerintem.” (Adri)

Említettek 45 után, sőt, 60, 65 évesen gyermeket szülő nőket, bár nem magas valószínűséggel. Bár néhány esetben zavart okozott az, hogy hogyan eshet valaki teherbe ebben a korban. A beszélgetésnek ez a szakasza még azelőtt zajlott le, hogy a moderátor beemelte volna a technológia kérdését, és figyelemre méltó, hogy a résztvevők maguktól sokszor meg sem említették, hogy arra szükség lehet.

„Mindig voltak ilyenek. Tavaly is volt egy nő, aki 65 évesen esett teherbe.” (Edit)

Az előrehaladottabb kori termékenység mítosza egyes esetekben egyfajta ellenállásban is testet öltött az általuk érzékelt és jelzett társadalmi, kormányzati vagy családi-rokoni nyomással szemben: a gyermekvállalás időzítésével vagy a gyermekek számával kapcsolatban. Úgy vélték, ez a nyomás társadalmi okok miatt alakult ki. Úgy értékelték, hogy a konzervatív kormányzat a nők szerepét elsősorban az anyaságban határozza meg, és hogy a több gyermek vállalását csupán demográfiai szempontból tartja fontosnak. A szülők és idősebb családtagok érzésük szerint nem fogadták még el a gyermekvállalás későbbre halasztásának tendenciáját. Vélekedésük szerint ezek az érvek csupán abba az irányba mutatnak, hogy a nők vállaljanak gyermeket, a korral járó termékenység-csökkenés biológiai okai nem merültek fel. Több résztvevő hangsúlyozta, hogy elutasította a kormányzat konzervatív üzenetét, s ők emiatt akkor sem hittek a teherbe esés valószínűségének csökkenésében az életkor előrehaladtával, ha ezzel kapcsolatos információt találtak:

„De ami nekem ebben kevésbé tetszik, az az, hogy mintha sokkal előbb indulna be egy erős társadalmi nyomás, hogy az ember most már vállaljon gyereket, mint hogy az ténylegesen biológiailag bármilyen nehézséget jelentene. Szóval nekem olyan érzésem van a 40 éves korhatárról, hogy szerintem nem biztos pont a 40 év lenne az, ahol ez már nehézséget jelentene, vagy bármi, hanem akkorra jön rá a társadalom, hogy itt egy ember, akinek még nincs gyereke, pedig nem ártana, ha lenne neki.” (Mari)

A termékenység-csökkenés mögött álló mechanizmust kevesen ismerték, vagy nehezen hozzáférhető információ volt. Amikor a moderátor rákérdezett, hogy szerintük mi okozhatja a kor előrehaladtával járó termékenység-csökkenést, a résztvevők egy része csendben maradt, vagy nem tudta a választ, vagy nem válaszolt. Mások a méh tulajdonságaira, a női test idősödésére és csökkenő regenerációjára, a magasabb stresszre, vagy az életmódbeli okok akkumulációjára gondoltak. Volt, aki a hormonszint-változást említette.

Csupán a csoportok felében említették meg a petesejtszám csökkenését, sokszor kis hangsúllyal és nagyon bizonytalanul, miközben a petesejt minőségének romlása alig merült fel.

„Ja, valami ilyesmiről amúgy én is hallottam, mármint hogy nem tudom, valami, bizonyos kor után a petesejtek így, tehát hogy egyre kevesebb van, vagy nem tudom, szóval nem értek a bioszhoz...” (Diána)

A technológia szerepének laikus értelmezése

A csoportokban a reprodukciós technológiák közül az IVF donorspermiummal vagy anélkül, a gyógyszeres/hormonális kezelés és a bérnyaság vetődött fel a leggyakrabban. Az inszemináció,³ a petesejtfagyasztás és a donorpetesejtes IVF kevésbé volt ismert, a résztvevők többsége nem hallott róluk, vagy nem tudta, mit jelent. A petesejtfagyasztásról valamivel többen hallottak, mint a donorpetesejtes megtermékenyítésről vagy az inszeminációról, azonban ilyenkor sem voltak tisztában azzal, hogy ennek ki a célcsoportja, és hogyan történik. Egy csoportban sem említették meg, hogy az idősebb nők meddősége kezelhető fiatalabb nőtől származó donorpetesejtes IVF eljárással. Figyelemre méltó, hogy míg a donorpetesejtes IVF Magyarországon megengedett, a résztvevők gyakorlatilag semmit nem tudtak róla – miközben a bérnyaság nem legális hazánkban, és mégis rendszeresen felmerült a beszélgetések során. Amikor a résztvevők megpróbálták értelmezni a donorpetesejtes IVF-et (a moderátor által feltett kérdésre válaszolva), sokszor összekeverték a bérnyasággal.

Erős optimizmus volt tapasztalható a csoportokban a technológiai lehetőségekről a meddőség kezelését illetően általában, illetve konkrétan a kor miatti termékenységcsökkenés kérdésében. A csoportok egy részében már azelőtt spontánul felvetődött a téma, hogy a moderátor beemelte volna a beszélgetésbe – különösen az IVF-et tekintették olyan eszköznek, amellyel megoldható a teherbe esés akár idősebb korban is.

A technológiával kapcsolatos kérdések során az egyetemi hallgatók kihangsúlyozták a technológia és az orvostudomány folyamatos fejlődését, és a későbbi életszakaszbeli anyasághoz nyújtott segítségét:

„Szerintem biztosan van különbség a sikerességben kor szerint lombikeljárásnál, de talán nem annyira nagy a különbség, nem tudom, de nyilván nehezebben esik alapból teherbe egy idősebb nő, mondjuk egy 40 feletti, míg egy 20 éves könnyebben. De szerintem így, ha beültetési dolog van és próbálkoznak, így azért szerintem jóval kisebb ez a különbség.” (Rozi)

Moderátor: *„Mit gondoltok, az orvosi módszerek fejlődése mennyiben segítheti az életkor miatt felmerülő meddőségi problémákat?”*

„Szerintem most nagyon. 25 évesen abszolút nem vagyok tisztában a dolgokkal, csak azt tudom, hogy ez van mint lehetőség, és eléggé hasznos tud lenni, ha az ember rászorul.” (Aliz)

Olyanok is voltak, akik úgy vélték, hogy a mostani technológiákkal olyan nők is sikeresen teherbe tudnak esni, akik számára ez természetes úton már nem volna lehetséges.

„Szerintem nagyon nehéz (abban a késői korban teherbe esni). Nem is tudom elképzelni, hogy úgy még természetes úton lehetséges-e. Szerintem úgy már csak ilyen beültetéssel lehet és nagyon-nagyon odafigyelnek a terhességre.” (Zsófi)

Moderátor: *„Szerintetek mi befolyásolja azt, hogy sikeres-e a lombikeljárás? A kor befolyásolhatja?”*

„Szerintem kevésbé, nekem olyan érzésem van, hogy ha a kor miatt, vagy bármi más miatt nem sikerül megtermékenyülni, akkor mintha ezt a fázist pont helyettesítené. Olyan érzésem van, hogy ezeket a lehetőségeket küszöbölné ki.” (Ivett)

³ Ondófelhelyezés, amely során ondómintát helyeznek fel a méhbe.

A csoporttagokat arról is kérdeztük, mi lehet szerintük a sikeres saját petesejtes IVF kezelés felső korhatára. A különböző csoportokban eltérő válaszokat fogalmaztak meg a résztvevők, de a legtöbb esetben a nagy többségük kitartott amellett a technológiai mítosz mellett, hogy legalább 50 éves korig tolható így ki a többé-kevésbé biztos teherbe esés. Nagyon meglepődtek, amikor arról tájékoztattuk őket, hogy 43 éves kor fölött a saját petesejtes *in vitro* megtermékenyítés sikerességi rátája (hacsak nem saját lefagyasztott petesejttel történik) néhány százalékosra esik (CDC et al. 2016). A többség tehát azt gondolta, hogy a lombikeljárás segítségével a genetikai szülőség az anya részére is megoldható idős korban is, anélkül, hogy ehhez bármit korábban tennie kellett volna.

Mivel a résztvevők nagy része nem volt tisztában a saját petesejtes IVF korhatárával, nem ismerte a petesejt-lefagyasztás lehetőségét, illetve annak célcsoportját, sem a donorpetesejtes megtermékenyítést, pozitívan vélekedtek arról, hogy az IVF technológia akár igen előrehaladott korú nőknek is segíthet teherbe esni saját petesejttel, annak előzetes lefagyasztása nélkül. Egyik csoportban sem említették, hogy a 45–50 közötti nők – egyes esetekben akár 60, 65 évesek –, akik a létező technológiák segítségével sikeresen estek teherbe – donorpetesejtet használtak volna.

Míg a legtöbb résztvevő nagyon pozitívnak értékelte az IVF sikerességi rátáját, mások kevésbé voltak bizakodóak a technológia lehetőségeit illetően a meddőség kezelésében, vagy megemlítették, hogy idősebb korban ezek kevésbé sikeresek, mint a fiatalabban. Felmerült az is, hogy ezek a technológiák költségesek, így nem mindenki fér hozzájuk.

Az információforrások használata az értelmezési folyamatban

A beszélgetések során a bevont hallgatók sokszor hivatkoztak szórakoztató médián keresztül megismert példákra, amelyek híres vagy hétköznapi emberek élettörténeteit mutatták be, esetleg akár fiktív példákra is. Minden ilyen példa sikeres volt: a központi figura mindig sikeresen teherbe esett, esetenként kifejezetten idős korban is.

Azok a résztvevők, akik erősen ragaszkodtak az időskori anyaság mítoszához, gyakran érveltek ilyen médiából átvett esetekkel. A hatvanesztendős anya története népszerű hivatkozási pont volt, ezen kívül elsősorban a viszonylag idősen teherbe eső hírességekre történtek utalások. Az érettkori anyává válás médiából megismert példái alapján gyakran fogalmaztak meg általánosításokat azzal kapcsolatban, hogy az életkor és a termékenység közti kapcsolat mennyire egyénfüggő, vagy legalábbis lehetséges teherbe esni idősebb korban is.

„Meg én már olyat is olvastam, hogy valaki hatvan évesen esett teherbe, amikor elvileg már alaptól nem is lehetne, szóval... ez nagyon egyedül, hogy kinek milyen a termékenysége.” (Dézi)

A 12 fókuszcsoportban összesen egyszer történt utalás olyan cikkekre, amely nem konkrét esetet mutatott be, hanem az életkor és termékenység kapcsolatát írta le. Érdekes volt, hogy az ezt megemlítő hallgató később a 60 esztendősen teherbe esett nőről szóló médiapéldát hozta fel anélkül, hogy elgondolkodott volna, hogyan volt ez lehetséges.

Moderátor: *„Mit gondoltok, összefügg a kor meg a teherbeesés esélye, tehát hogy összefügg a kor meg az hogy valaki mennyire könnyen esik teherbe, illetve hogy meg is szül?”*

„Igen... Pont a múlt héten olvastam egy cikket, hogy a nőknek a petesejtje, meg a teherbeesési aránya csökken a korral, és 30 fölött, vagy 35 fölött már sokkal kisebb... Nyilván jó, hát van olyan nő, aki 60 évesen szül.” (Léna)

Az egyedi eseteket bemutató médiatörténeteket általánosították a hallgatók a pszichológiai tényezők fontosságának hangsúlyozására is, amelyek szerintük jelentős részben ellensúlyozzák az életkor hatását. Egy esetben egy magyar médiahírességet említettek meg, aki természetes úton esett teherbe, miután az első gyermeke IVF technológiával fogant. Egy másik példa pedig a *Szex és New York* tévésorozat Charlotte nevű szereplője volt, aki azután esett teherbe, hogy örökbe fogadott egy gyermeket.

A reprodukciós technológiákkal kapcsolatos optimizmust is médiából megismert sikertörténetekre alapozták, és olykor explicit módon megfogalmazták a kiemelt példa és az IVF sikerességéről alkotott bizakodó véleményük közötti kapcsolatot:

„Utoljára akkor olvastam erről, amikor Ördög Nórának is lombikkal lett gyereke. Neki ez egy hosszú menet volt, de végül neki is lett gyereke. Ha erről az oldalról gondolkodok bele, akkor ez egy tök jó lehetőség.” (Kitti)

A donorspermát felhasználó IVF-et játékfilmes példákkal illusztrálták; az IVF és a béranyaság hírességek esetein keresztül merült fel, vagy játékfilmek kapcsán. A procedúrák kimenete valamennyi beszélgetés során a felhozott példában pozitív volt. Nem mondtak olyan esetet, amikor a teherbe esni próbáló nő donorpetesejtet használt volna. A béranyasággal kapcsolatban egy olyan esetről is beszámoltak, amikor egy édesanya a lánya biológiai gyermekét hordta ki, hogy segítsen a lány meddőségén. Ez a médiából származó példa akkor merült fel, amikor amellet érveltek, hogy orvosi technológiákkal akár idősebb nők is teherbe eshetnek. Azt figyelhettük meg tehát, hogy a résztvevők tudtak a béranyaság létezéséről, mivel a médiában találkozhattak vele, a donorpetesejtes IVF viszont nem jelenik meg a médiában, és így a kérdezett hallgatók nem is tudtak róla.

Bár számos résztvevő azt a következtetést vonta le a médiából megismert esetek alapján, hogy a létező technológiák megoldást nyújtanak, néhány interjúalany nem úgy értelmezte azokat, hogy bárki esetében sikerrel segíthetnek a meddőség kezelésében. Ők inkább úgy látták, a pénz és hírnév segítségével ezeknek az embereknek olyan lehetőségeik vannak, amik a köznapiság embereknek nem adatnak meg.

Moderátor: „És a média szerintetek mit sugall a technológia szerepéről, fontosságáról?”

„Sztárok mindent megtehetnek.” (Szilvi)

„Hogy nekik van rá pénzük.” (Léna)

Az egyik csoportban felmerült, hogy ezek a médiában bemutatott sikertörténetek olyan dolgokat hitetnek el a közönséggel, amiben az hinni szeretne (például, hogy bármilyen életkorban teherbe eshetnek). A fertilitási mítosz ereje tehát néhány nő számára arról szólt, hogy hinni akarnak benne, és így nem kell aggódniuk.

„Ez a kép is akár azt mutathatja, amit szeretnénk látni. Azt hogy szeretnénk elhinni, áá, mégsem vagyok elkésve, és hogy még bármikor sikerülhet és tényleg, hogy a média sokszor arra hajaz, hogy azt mutatja, amit te szeretnél látni, nem feltétlenül azt, ami helyes.” (Luca)

A média mellett rendszeresen megjelent a beszélgetők gondolatmenetében egy másik hivatkozási forrás is: számos esetben ismerősökre hivatkoztak, egyes esetben családtagok tapasztalataira.

Az ilyesfajta általánosítások ismerősi körből származó információk alapján jellemzően az időskori anyaság mítoszát támasztották alá. Számos csoportban 40 éves kor után teherbe eső nőket említettek meg bizonyítékként arra, hogy ez a korcsoport is könnyen teherbe eshet. Az ilyenkor megemlített, túláltalánosításon alapuló logikai tévkövetkeztetésekben a teherbe esni kívánó nő minden esetben sikeres volt – a következtetés az volt, hogy a teherbe esés valószínűsége tehát nem is annyira függ az életkortól. Az általánosítást jellemzően egyetlen példa alapján vonták le. Úgy tűnt, a résztvevők kevésbé érték a két tényező közti összefüggés valószínűségének logikáját is, mivel néhányuk számára egyetlen sikeres példa elegendő volt, hogy úgy gondolják, az életkort nem kell számon tartani a termékenységet csökkentő tényezők között.

Moderátor: „És szerintetek mennyire könnyen lehet 40 és 45 év körül teherbe esni?”

„Nekem van egy ismerősöm, aki 44 éves és tavaly született gyereke, de hogy így nem volt neki nehéz teherbe esni meg akart is gyereket. Úgyhogy, lehet, hogy ez is nem kötött annyira életkorhoz” (Diána)

Moderátor: „Akkor mennyire jár ez a kettő szorosban vagy kézen fogva, hogy bizonyos korban mennyire könnyű vagy nehéz teherbe esni?”

„Pont most olyannal találkoztam, aki simán ilyen 40 évesen, szült két ikerbabát, és semmi, semmi nem volt, semmi komplikáció az égardta égvilágon, vagyis, hogy akkor nem mondhatnánk azt, hogy akkor ezt így ráhúzzhatjuk, mondjuk általánosságban, merthogy a kor az nehezítő tényező...” (Sztella)

Megemlítettek azonban egy-egy esetben olyan példákat is, amelyekben a teherbe esni szándékozó nőnek ez problémásabb volt idősebb, mint fiatalabb korában, bizonyítandó az életkor előrehaladásával járó termékenységcsökkenést. Ezeket az eseteket közelebbi családtagoktól hallották, míg a sikertörténetek szélesebb ismeretségi körből származtak.

Néhány hallgató ismert olyan nőket – elsősorban rokonokat –, akik IVF kezelésben vesznek részt. A technológiai beavatkozások sikerességének alátámasztására is felhasználták olykor ezeket az eseteket. Néha felületesen általánosítottak: mivel rokonoknak segített az orvosi beavatkozás, úgy gondolták, ezek általában működnek és összességében igen sikeresek. Sokszor egyetlen eset alapján általánosítottak. Voltak azonban az orvosi beavatkozások sikerességével kapcsolatban kevésbé optimista résztvevők is. Állításait ők is ismerősök – többnyire rokonok – történeteire alapozták, előfordult, hogy a technológia sikertelenségét is egyetlen esetre alapozták.

„Szerintem viszont nehéz (hogy segítsenek a technológiák), mert nekem keresztanyukám is ezzel a gondal küzd, és nála nem tudtak segíteni.” (Kriszta)

Moderátor: „És mit gondoltok, mennyire sikeresek ezek a beültetések?”

„Van egy nagynéném, aki ha jól tudom, próbálkozott, sajnos nem tudom, hogy hányszor, de tudom, hogy ez nem volt sikeres. Nekem az van a fejemben, hogy annyira nem, hogy az esetek többségében nem működik.” (Nina)

Voltak olyan esetek is, amikor a résztvevők a családtagjaik IVF-fel kapcsolatos negatív tapasztalatairól számoltak be, ám mivel olyan esetekről is tudtak (jellemzően a médiából), amikor az sikeres volt, összességében optimisták voltak.

Egyetlen olyan esetről sem tudtak a családtagjaiktól, amikor egy nő az életkora miatt nem eshetett teherbe IVF eljárással, vagy egyértelműen tudható volt, hogy a meddőség oka a családtag életkora. A donorpetesejtes megtermékenyítésről szintén nem hallottak a rokonokon keresztül.

A beszámolóik alapján a meddőség és a reprodukív technológiák csak akkor kerültek be a fiatal nők és családtagjaik/rokonok beszélgetési témái közé, amikor egy családtagnál felmerült ez a probléma. A mesterszakos hallgatók egy része érzékelt nyomást a család, idősebb rokonok részéről, hogy minél fiatalabban szüljenek – a korral járó termékenységsökkenés azonban nem merült fel témaként ezekben a beszélgetésekben.

Az iskolában tanultak alig jelentek meg mint társalgási forrás a beszélgetésekben. A résztvevők ritkán használták az iskolában tanultakat érvelésükben. Többen kifejezetten azt említették, hogy az iskolában inkább arra tanították őket, mennyire könnyű teherbe esni, és ezért megfelelően kell védekezniük.

ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A biológiai korlátok mint szempont nem igazán volt jelen az egyetemi hallgatók életúttervezésében, gyermekvállalásuk tervezett időzítéséről való diskurzusban. A hangsúly inkább azon volt, hogy miket szeretnének, hogy teljesüljön még a gyermekvállalás előtt, milyen tényezők optimális együttállása kell ahhoz, hogy belefogjanak a gyermekvállalásba (párkapcsolat, anyagi tényezők, munka területén). Eltérően tehát attól, amit Hewlett (2003) talált kimagasló karriert befutó amerikai nők esetében, akik egyben anyák is voltak; a kérdezett egyetemi hallgatók előbb szerették volna egyes munka- és karriercéljaikat teljesíteni, mielőtt szülnének. A párkapcsolati mintázatok változásának az életúttervezésre gyakorolt hatása tükröződött azokban a válaszokban, amelyek azt emelték ki, hogy önállóan is egzisztenciát szeretnének teremteni még a szülés előtt, nemcsak egy párral együtt, hanem amiatt is, mert nem lehet tudni, mi lesz hosszú távon egy párkapcsolattal. Ugyanakkor úgy tűnt, többen elég optimistán álltak hozzá, mi mindent tudnak az általuk választott életkorig munka és anyagiak terén megvalósítani. Úgy gondolták, hogy ezek a tervek az ő elgondolásaik szerinti időben teljesülnek majd.

A cikkben a kor és termékenység kapcsolatára vonatkozó laikus elképzeléseket a *Science and Technology Studies*-ban, valamint az egészségkommunikációban használt deficitmodell és kontextuális modellek egyes elemeinek felhasználásával értelmeztem. A deficitmodell egyes feltevéseire építve amellet érveltem, hogy ha a laikus közönség a szakértőktől eltérően értékeli a teherbe esés valószínűségét, az a közönség részéről tudáshiánynak tekinthető. A fiatal nők diskurzusaiban megfigyelt ellenállást a saját lehetséges terméketlenségük kapcsán és az általuk használt exemplifikációs folyamatokat kontextuális megközelítésbe ágyazva értelmeztem.

A legtöbb fókuszcsoport-résztvevő úgy gondolta, hogy van valamilyen kapcsolat az életkor és a termékenység között. Ugyanakkor hiányos volt a tudásuk arról, mi a fertilitáscsökkenés mértéke a kor előrehaladtával, illetve arról is, hogy mikor kezdődik meg a termékenységsökkenés, illetve mennyi idős korban válik egy nő gyakorlatilag meddővé. A csoporttagok hiányos tudással rendelkeztek a korral járó fertilitáscsökkenés biológiai okairól, és jellemzően nem tudták, hogy IVF eljárással bizonyos életkor fölött csak donorpetesejttel lehet

teherbe esni, így saját genetikai szülőségük nem megvalósítható. A laikus gondolatmenetekben rendszeresen felszínre kerültek termékenységi és technológiai mítoszok. A résztvevők gyakran túlbecsülték a genetikai gyermekvállalás esélyeit előrehaladott korban, miközben alulbecsülték az életkor hatását a termékenység csökkenésére. Sokan túlzóan optimistán értékelték a technológia lehetőségeit az idősebb kori gyermekvállalásban.

A kérdezett fiatal nők körében elterjedt jelenség volt a személyes kockázatok gondolatával szembeni ellenállás. Ez megerősíti a kontextuális modell érveit, amely szerint az egészségügyi kockázatokkal kapcsolatos információ befogadását számos szociálpszichológiai tényező befolyásolja (Gallagher–Updegraff 2012). Sok csoportagnál ellenállást lehetett megfigyelni arra vonatkozóan, hogy előfordulhat, hogy idővel ők maguk kell, hogy szembenézenek az életkor miatti termékenységcsökkenéssel. Ehelyett sokan magukat próbálták megnyugtatni saját termékenységükkel kapcsolatban azáltal, hogy az életkor szerepe helyett azokra a szerintük fertilitást befolyásoló tényezőkre helyezték a hangsúlyt, melyeket képesek kontrollálni (pl. egészséges életmód). Az életkor szerepét több csoportban is bagatellizálni próbálták: kiemelték, hogy ennek szerepe nagyon „egyéni”, és nem mindenre érvényes. A résztvevők ellenállást mutattak az életkor és terméketlenség összefüggését alátámasztó információkkal szemben oly módon, hogy saját magukat jellemzően egészségesnek értékelték, így ezzel is elkülönítették a „beteg” nők csoportjától, akiknek – szerintük – valós problémát jelenthet a meddőség. Többen úgy érezték, hogy a család és társadalom részéről nyomás nehezedik rájuk, hogy a lehető leghamarabb vállaljanak gyermeket, és ellenállást érezték a nyomással szemben. Néhány résztvevő nyíltan kifejezte, hogy inkább hinni szeretne a médiában megjelenő sikertörténeteknek. A kutatási eredmények alapján a korral járó termékenységcsökkenés megfelelő értelmezése nem csupán a két tényező közti összefüggés elismerését jelenti – hiszen ezt számos résztvevő elfogadta –, hanem annak a második gondolati lépésnek az elfogadását is, hogy ez az összefüggés idővel őket is érintheti majd. Ez a lépés azonban sokaknál elmaradt.

A kapott eredmények arra is rámutattak, mennyire erős a példák szerepe a laikus érvelésben – amint azt az exemplifikáció-elméletet kutatók más témákkal kapcsolatban már korábban is jelezték (Zilman 1999, 2006). A csoportos beszélgetésekben kiemelkedő szerepet kapott az életkorral járó termékenységcsökkenés és a technológia szerepének értelmezésében a médiában bemutatott és a családban, baráti, ismerősi körben előforduló esetekre való hivatkozás. Ezekből a példákból a résztvevők gyakran nyíltan, máskor implicit módon vezettek le logikai tévkövetkeztetéseket és felületes általánosításokat. Az általánosítások többségében a termékenységgel vagy technológiával kapcsolatos mítoszok alátámasztására szolgáltak (bár a közelebbi ismerősi körből idézett eseteknél néha éppen a technológiai beavatkozás sikertelenségét illusztrálták).

A sikeres és sikertelen esetek laikusok előtti láthatósága aszimmetrikusnak tűnik. A sikertörténetek mind a médiában, mind az ismerősi körben nagy nyilvánosságot kapnak. A médiának és ismerősöknek még csak a részletekre sem kell kitérniük: önmagában a tény, hogy látható, hogy egy nő egy bizonyos életkorban gyereket szült, a résztvevők szemében alátámasztja azt az elképzelést, hogy az adott életkorban teherbe lehet esni – sőt, akár könnyen teherbe lehet esni. A szülővé válás későbbre halasztásával Magyarországon egyre több nő dönt a későbbi gyermekvállalás mellett, mint a korábbi évtizedekben (Kamarás 2012), így gyakrabban találkozunk viszonylag későn gyermeket vállaló nőkkel, ami megerősíti a sikeres késői teherbe eséssel kapcsolatos elképzeléseket.

A korral járó fertilitáscsökkenés azonban nagyrészt rejtett jelenség marad. Úgy tűnik, hogy egyes esetekben az ismerősök nem beszélnek a teherbe esés nehézségéről, legfőljebb családtagoknak vagy közeli barátoknak. Így sokan valószínűleg nem tudnak róla, ha a gyermekvállalás nehézségbe ütközik a kevésbé szűk ismeretségi körükben. Emellett a résztvevők észrevételei alapján az életkor miatti termékenységcsökkenés gyakorlatilag egyáltalán nem jelenik meg a médiában.

Figyelemreméltó módon a csoportos beszélgetésekbe bevont fiatal nők sem a családban, sem az iskolában nem kaptak információt az életkor előrehaladtával járó termékenységcsökkenésről (legalábbis úgy, hogy ez megmaradt volna bennük). Ennek egyik oka az lehet, hogy az iskolai felvilágosítás elsősorban a teherbe esés magas kockázatára hívja fel a figyelmet, a szülők generációjában pedig még nem jelentkezett a mostanihoz hasonló mértékben a késői teherbe esés mint probléma, így nem is tudnak erről vagy nem gondolnak rá, hogy előfordulhat. Illetve elképzelhető az is, hogy a hallgatók fiatal kora miatt a család még nem emelte be a diskurzusba a korral járó fertilitáscsökkenés témakörét.

A kérdéskör alacsony láthatóságához hozzátesz valamennyit az is, hogy nehéz lehet egyes egyéni esetekben a kor hatását bizonyítani. Nem könnyű elválasztani a kor miatti meddőséget egyes életkorral járó betegségek miatti termékenységi problémáktól (Mills et al. 2014).

A tudáshiányt, valamint a termékenység és technológiai mítoszok jelenlétét igazoló eredmények egyeznek a korábbi külföldi kutatások megállapításaival, amelyek szerint a laikus közönség hiányos ismeretekkel rendelkezik ezen a téren, a reprodukív beavatkozások eredményességével kapcsolatos becslések pedig sokszor túlzóan optimisták (Bretherick et al. 2010, Bunting et al. 2013, Conceição et al. 2017, Cooke et al. 2012, Daniluk–Koert 2015, Daniluk et al. 2012, Friese et al. 2006, Hashiloni–Dolev et al. 2011, Hewlett 2002, Gossett et al. 2013, Lampic et al. 2006, Maheshwari et al. 2008, Maeda et al. 2016, Mac Dougall et al. 2013, Peterson et al. 2012).

A jelen tanulmány célja a témában végzett (jellemzően kvantitatív) kutatások kibővítése volt a magyarországi fiatal nők fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések során megjelenő laikus értelmezési folyamatának gazdag és mély leírásával. A cikkben azt mutattam be, hogy érvelésükben milyen információforrásokra milyen módon támaszkodtak ezek a fiatal nők, illetve az ellenállás és exemplifikáció jelenségei hogyan jelennek meg az értelmezési folyamatban, és milyen módon járulnak hozzá a túlzóan optimista elképzelésekhez, illetve a saját idősebb kori termékenységgel kapcsolatos optimizmusukhoz.

Bunting és kollégái (2013) kutatásához hasonlóan a mintánkban sokan tévesen úgy gondolták, az egészséges életmód védettséget jelenthet a korral járó infertilitással szemben. Több külföldi kutatás elemezte a média reprezentációját, és arra jutott, hogy az ott bemutatottak is hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a nők tévesen felülbecsüljék genetikai szülővé válási esélyeiket (Mills et al. 2014) (anélkül, hogy az exemplifikáció elméleti kereteit használták volna rá). A mostani vizsgálat alapján úgy tűnik, ez a jelenség Magyarországon is előfordulhat. Jelen vizsgálat azt találta, hogy vannak arra utaló jelek, hogy a médiaképen kívül egy másik hivatkozási forrásnak is szerepe lehet a termékenységi mítoszok fenntartásában: az exemplifikáció alkalmazásának egy másik forrása a tágabb ismeretségi körbe eső, 40 feletti nők sikeres terhességeinek esetei lehetnek.

Maeda és munkatársai (2016) úgy találták, amennyiben információt adtak nőknek a termékenységcsökkenésről, akkor az aggodalmak nagyobbak voltak az idősebbek, mint a fiatalabb nők között. A jelen kutatás által vizsgált kis elemszámú, fiatal női mintájában azonban nem jelent meg ilyen típusú aggodalom, ehelyett a résztvevők inkább elhárították a gondolatot, hogy az életkor miatti meddőség problémájával akár ők maguk is szembesülhetnek.

A kutatás korlátai közé tartozik az eredmények nem reprezentatív jellege, a tanulmányban taglalt eredmények azonban ismétlődtek a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések során, ami arra utal, hogy jelentőségük túlmutathat az egyes fókuszcsoporthoz tartozó helyzeteken, amelyekben megjelentek.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatás az OTKA/NKFI támogatásával történt, a „Meddőség és asszisztált reprodukciós technológiák társadalmi-technikai gyakorlatok” című kutatási projekt keretei között (OTKA nyilvántartási szám: K 108981). A projekt futamideje alatt Vicsek Lilla a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatási Ösztöndíjában részesül. A szerző köszönetét fejezi ki a kutatást segítő gyakornokok és kutatási asszisztensek, különösen Szabó Adrienn és Nádasi Eszter munkájáért.

HIVATKOZÁSOK

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Gynecologic Practice – Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2014) *Female age-related fertility decline, Committee Opinion No. 589, Fertility and Sterility*, 101, 633–634. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.12.032>.
- Baldwin, K. – Culley, L. – Hudson, N. – Mitchell, H. (2014) Reproductive Technology and the Life Course: Current Debates and Research in Social Egg Freezing. *Human Fertility*, 17, 170–179. <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.939723>
- Bálint M. – Köllő J. (2008) A gyermeknevelési támogatások munkaerő-piaci hatásai. *Esély*, 1, 3–27. www.esely.org/kiadvanyok/2008_1/BALINT.pdf
- Bauer Zs. (2014a) Systematic inequalities in medically assisted reproduction in Hungary – the patients’ perspective- STS Conference- Graz, 5-6 May 2014. Proceedings: STS Conference Graz 2014: Critical Issues in Science and Technology Studies ISSN: 2304-4233, Elérhető: <http://www.ifz.aau.at/ias/IAS-STS/Publications/Proceedings-STS-Conference-Graz-2014>.
- Bauer Zs. (2014b) „Laikus szakértő” páciensek, avagy a változó orvos- beteg viszony megélése és értékelése a meddőségkezelési eljárásban. *Kultúra és Közösség*, 3, 159–172.
- Bay, J. L. – Mora, H. A. – Sloboda, D. M. – Morton, S. M. – Vickers, M. H. – Gluckman, P. D. (2012) Adolescent understanding of DOHaD concepts: A school-based intervention to support knowledge translation and behavior change. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 3, 469–482. <https://doi.org/10.1017/S2040174412000505>
- Billari, FC – Philipov D – Testa, MR (2009) Attitudes, Norms and Perceived Behavioural Control: Explaining Fertility Intentions in Bulgaria, *European Journal of Population*, 25, 439–465. <https://doi.org/10.1007/s10680-009-9187-9>.
- Blossfeld, H. P. – Hofmeister, H. (szerk.) (2006) *Globalization, uncertainty and women’s career*. London, UK: Routledge.
- Braun, V. – Clarke, V. (2006) Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bucchi, M. (2008) Of deficits, deviations and dialogues: Theories of public communication of science. In M. Bucchi – B. Trench (szerk.) *Handbook of Public Communication of Science and Technology*, 57–76. London, UK: Routledge.
- Bretherick, K. L. – Fairbrother, N. – Avila, L. – Harbord, S. H. A. – Robinson W. P. (2010) Fertility and aging: Do Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility*, 93, 2162–2168. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.064>
- Bunting L. – Tsibulsky I – Boivin J. (2013) Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the international fertility decision-making study. *Human Reproduction*, 28, 385–397. <https://doi.org/10.1093/humrep/des402>
- Champlin, S. – Mackert, M. – Glowacki, E. M. – Donovan, E. E. (2017) Toward a Better Understanding of Patient Health Literacy. A Focus on the Skills Patients Need to Find Health Information. *Qualitative Health Research*, 27(8): 1160–1176. <https://doi.org/10.1177/1049732316646355>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – American Society for Reproductive Medicine (ASRM) – Society for Assisted Reproductive Technology (2016) *2014 Assisted Reproductive Technology National Summary Report*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/art/pdf/2014-report/art-2014-national-summary-report.pdf> [Letöltve: 2018-06-07]
- Conceição, C. – Pedro, J. – Martins, M. V. (2017) Effectiveness of a video intervention on fertility knowledge among college students: a randomized, pretest–posttest study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 22, 107–113. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1288903>
- Cooke, A. – Mills, T. A. – Lavender, T. (2012) Advanced Maternal Age: Delayed Childbearing Is Rarely a Conscious Choice. A Qualitative Study of Women’s Views. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.013>
- Dahlstrom, M. F. (2014) Using narratives and storytelling to communicate science with nonexpert audiences. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111, 13614–13620. <https://doi.org/10.1073/pnas.1320645111>
- Daniluk, J. C. – Koert, E. (2015) Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction*, 30, 353–363. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu328>
- Daniluk, J. C. – Koert, E. – Cheung, A. (2012) Childless women’s knowledge of fertility and assisted human reproduction: Identifying the gaps. *Fertility and Sterility*, 97, 420–426. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.11.046>
- Ezrahi, Y. (2008) Controlling biotechnology: Science, democracy and “civic epistemology”. *Metascience*, 17, 177–198. <https://doi.org/10.1007/s11016-008-9201-6>
- Fogg–Rogers, L. – Bay, J. L. – Burgess, H. – Purdy, S. C. (2015) “Knowledge Is Power”: A Mixed-Methods Study Exploring Adult Audience Preferences for Engagement and Learning Formats Over 3 Years of a Health Science Festival, *Science Communication*, 37, 1–33. <https://doi.org/10.1177/1075547015585006>
- Friese, C. – Becker, G. – Nachtigall, R. D. (2006) Rethinking the biological clock: Eleventh-hour moms, miracle moms and meanings of age-related infertility. *Social Science & Medicine*, 63, 1550–60. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.034>

- Gallagher, K. M. – Updegraff, J. A. (2012) Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 43, 101–116. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9308-7>
- Gamson, W. A. (1992) *Talking Politics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gossett, D. R. – Nayak, S. – Bhatt, S. – Bailey, S. C. (2013) What do healthy women know about the consequences of delayed childbearing? *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 118–128. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825677>
- Hakim, C. (2000) *Work-Lifestyles Choices in the 21st Century: Preference Theory*, New York: Oxford University Press.
- Hakim, C. (2006) Women, careers, and work-life preferences, *British Journal of Guidance & Counselling*, 34 (3), 279–294. <https://doi.org/10.1080/03069880600769118>
- Hastall, M. R. – Knobloch-Westerwick, S. (2013) Severity, efficacy and evidence type as determinants of health message exposure. *Health Communication*, 28, 378–388. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.690175>
- Hansen, T. – Slagsvold, B. – Moum, T. (2009) Childlessness and Psychological Well-Being in Midlife and Old Age: An Examination of Parental Status Effects Across a Range of Outcomes, *Social Indicators Research*, 94, 343–362. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9426-1>
- Hashiloni-Dolev, Y. – Kaplan, A. – Shkedi-Rafid, S. (2011) The fertility myth: Israeli students' knowledge regarding age-related fertility decline and late pregnancies in an era of assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, 26, 3045–3053. <https://doi.org/10.1093/humrep/der304>
- HCOG (2012) *Clinical protocols regarding infertility and IVF issued by the Hungarian College of Obstetricians and Gynecologists* (valid 2010-2012). Elérhető: www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/he-2010-30. [Letöltve: 2014.5.20.]
- Hewlett, S. (2002) *Creating a Life: Professional Women and the Quest For Children*. New York, NY: Talk Miramax Books.
- Hinnant, A. – Len-Ríos, M. (2009) Tacit Understandings of Health Literacy. *Science Communication*, 31, 84–115. <https://doi.org/10.1177/1075547009335345>
- Husz I. (2006) Iskolázottság és a gyermekvállalás időzítése. *Demográfia*, 49, 46–67.
- Jarrett, M. E. – Lethbridge, D. J. (1994) Looking forward, looking back: women's experience with waning fertility during midlife. *Qualitative Health Research*, 4, 370–84.
- Kapitány B. (2012) A gyermekvállalási tervek beteljesületlenségének okai. *Korfa*, 12, 1–4.
- Kapitány B. – Spéder Zs. (2015) Fertility. In Monostori J. – Óri P. – Spéder Zs. (szerk.) *Demographic Portrait of Hungary*, 41–56. Budapest: Human Demographic Research Institute.
- Kamarás F. (2012) A születések és a termékenység hazai irányzatai. *Demográfia*, 55, 243–267.
- Kotchetkova, I. – Evans, R. – Langer, S. (2008) Articulating contextualized knowledge: Focus groups and/as public participation? *Science as Culture*, 17, 71–84. <https://doi.org/10.1080/09505430701872897>
- Kreps, G.L. – Thornton, B. C. (1992) *Health communication: theory & practice*. 2nd ed. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Kreuter, M. W. – McClure S. M. (2004) The Role of Culture in Health Communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439–455. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2016) *Népesedési helyzetkép, 2015*. Budapest: KSH.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2017) *Mikrocenzus 2016. 3. Demográfiai adatok, 2017*. Budapest: KSH.
- Lampic, C. – Skoog Svanberg, A. – Karlstrom P. – Tyden, T. (2006) Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21, 558–564. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei367>
- Leridon, H. (2004) Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction*, 19, 1548–1553. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh304>
- Lewenstein, B. V. (2003) Models of public communication of science and technology. Kézirat. Elérhető: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/43775/mod_resource/content/1/Texto/Lewenstein%202003.pdf [Letöltve: 2012.3.3.]
- Lundsberg, L. S. – Pal, L. – Garipey, A. M. – Xu, X. – Chu, M. C. – Illuzzi, J. L. (2014) Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: a population-based survey among reproductive-age United States women. *Fertility and Sterility*, 101, 767–774. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.12.006>
- Mac Dougall, K. – Beyene, Y. – Nachtigall, R. D. (2013) Age shock: misperceptions of the impact of age on fertility before and after IVF in women who conceived after age 40. *Human Reproduction*, 28, 350–356. <https://doi.org/10.1093/humrep/des409>
- Macintosh, K. L. (2015) Teaching About the Biological Clock: Age-Related Fertility Decline and Sex Education. *UCLA Women's Law Journal*, 22, 1–38. Elérhető: <http://escholarship.org/uc/item/5b1147x9>. [Letöltve: 2017.2.4.]

- Maeda, E. – Nakamura, F. – Kobayashi, Y. – Boivin, J. – Sugimori, H. – Murata, K. – Saito, H. (2016) Effects of fertility education on knowledge, desires and anxiety among the reproductive-aged population: findings from a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 31, 2051–2060. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew133>
- Maheshwari, A. – Porter, M. – Shetty, A. – Bhattacharya, S. (2008) Women’s awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertility and Sterility*, 90, 1036–42. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.07.1338>
- Miller-Day, M. – Hecht, M. L. (2013) Narrative means to preventative ends: a narrative engagement framework for designing prevention interventions. *Health communication*, 28, 657–670. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.762861>
- Mills, M. – Rindfuss, R. R. – McDonald, P. – te Velde, E. on behalf of the ESHRE Reproduction and Society Task Force (2011) Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17, 848–860. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr026>
- Mills, T. A. – Lavender, R. – Lavender, T. (2014) “Forty is the new twenty”: an analysis of British media portrayals of older mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.10.005>
- Miettinen, A. – Szalma, I. (2014) Childlessness Intentions and Ideals in Europe. *Finnish Yearbook of Population Research*, XLIX, 31–55.
- Mesen, T. B. – Mersereau – J. E. – Kane, J. B. – Steiner, A. Z. (2015) Optimal timing for elective egg freezing. *Fertility and Sterility*, 103, 1551–1556. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.002>
- Meyer, G. (2016) In science communication, why does the idea of a public deficit always return? *Public Understanding of Science*, 25, 433–446. <https://doi.org/10.1177/0963662516629747>
- Nagy B. (2009) A munkavállalás és gyermekvállalás paradoxona – bevezető gondolatok. *Szociológiai Szemle*, 3, 81–91.
- Nagy B. – Paksi V. (2014) *A munka-magánélet összehangolásának kérdései a magasan képzett nők körében*. In Spéder Zs (szerk.) *A család vonzásában. Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére*. Budapest: KSH NKI, 159–175.
- Neményi M. – Takács J. (2015) Örökbefogadás és diszkrimináció Magyarországon, *Esély*, 2, 67–96.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016) *OECD Family Database, Indicator SF2.1, “Fertility Rates”*. Elérhető: https://www.oecd.org/els/family/SF_2_1_Fertility_rates.pdf [Letöltve: 2017.2.4.]
- Paksi V. – Szalma I. (2009) Mikor vállaljunk gyermeket? A túl korai, az ideális, és a túl késői gyermekvállalás életkori normái európai összehasonlításban. *Szociológiai Szemle*, 3, 92–115.
- Paksi V. – Király G. – Luksander A. (2014) A gyermekvállalás időzítésével kapcsolatos lakossági attitűdök egyes bizonytalansági tényezők tükrében, *Szociológiai Szemle* 24(3): 84–112.
- Paksi V. (2015) A magasan képzett nők gyermekvállalása és a tudományterület hatása, *Kultúra és közösség*, 5 (4), 143–151.
- Petropanagos, A. (2010) Reproductive ‘Choice’ and Egg Freezing. *Cancer Treatment and Research*, 156, 223–235. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6518-9_17
- Peterson, B. D. – Pirritano, M. – Tucker L. – Lampic, C. (2012) Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction*, 27, 1375–1382. <https://doi.org/10.1093/humrep/des011>
- Pongrácz T. – S. Molnár E. (2011) Nemi szerepek és a közvélemény változásának kölcsönhatása. In Nagy I. Pongrácz, T. (szerk.) *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, Budapest: TÁRKI–NEFMI, 192–206.
- Róbert P. – Bukodi E. (2005) Transition to adulthood in Hungary. In: Blossfeld, H. P. – Klizjing, E. – Mills, M. – Kurz, K. (szerk.): *Globalization, uncertainty and youth in society*. London, UK: Routledge, 177–213.
- Sándor, J. – Vicsek, L. – Bauer Zs. (2017) Let us talk about eggs! Professional resistance to elective egg vitrification and gendered medical paternalism. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3):311–323. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9805-y>
- Shkedi-Rafid, S. – Hashiloni-Dolev, Y. (2012) Egg freezing for non-medical uses: the lack of a relational approach to autonomy in the new Israeli policy and in academic discussion. *Journal of Medical Ethics*, 38, 154–157. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100088>
- S. Molnár E. (2010) Párkapcsolat létesítését/megszüntetését érintő magatartási normák változásának megfigyelése. *Demográfia*, 53 (2–3), 234–275.
- Sobotka, T. (2004) *Postponement of childbearing and low fertility in Europe*. Doctoral Thesis: University of Groningen.
- Soini, S. – Ibarreta, D. – Anastasiadou, V. – Ayme, S. – Braga, S. – Cornel, M. – ESHRE (2006) The interface between assisted reproductive technologies and genetics: technical, social, ethical and legal issues. *European Journal of Human Genetics*, 14, 588–645. <https://doi.org/10.1038/sj.ejhg.5201598>
- Sorensen, G. – Stoddard A. – Dubowitz, T. – Barbeau, E.M. – Bigby J. – Emmons, K. M. – Berkman, L.F. – Peterson, K. E. (2007) The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the Healthy Directions Studies. *American Journal of Public Health*, 97, 1216–27. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.088120>

- 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. – Vulkovich Gy. (szerk.) *Társadalmi riport 2006*. Budapest: TÁRKI.
- Spéder, Zs. (2014) Gyermekszám(szenáriók) – Az új családmodell kontúrjai. In Zs. Spéder (szerk.) *A család vonzásában. Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére*. 105–128. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Stern, J. – Larsson, M. – Kristiansson, P. – Tydén, T. (2013) Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: An RCT. *Human Reproduction*, 28, 2450–2461.
- Stewart, D. W. – Shamdasani, P. N. – Rook, D. W. (2007) *Focus Groups: Theory and Practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Szalma I. (2014) A gyermekvállalás társadalmi normái és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata Magyarországon és Európában. *Replika*, 85–86, 35–57.
- Szalma I. (2016) Az asszisztált reprodukciós eljárások elterjedtsége és elfogadottsága Magyarországon, európai kitekintésben. *Magyar Tudomány*, 2016. febr., 149–158. Elérhető: http://epa.oszk.hu/00600/00691/00149/pdf/EPA00691_mtud_2016_02_149-158.pdf [Letöltve: 2018-06-07]
- Szalma, I. – Takács, J. (2012) A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia*, 55, 44–68.
- Szalma I. – Takács J. (2014) Gyermektelenség és ami mögötte van, *Demográfia*, 57 (2–3), 109–136.
- Szalma I. – Takács J. (2015) Who Remains Childless? Unrealized Fertility Plans in Hungary. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 51(6), 1047–1075. <http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2015.51.6.228>
- Takács E. (2016) Mechanisms of power, victimization and autonomy in the health care system. *Metszetek*, 5, 60–80.
- Vicsek L. (2007) A Scheme for Analyzing the Results of Focus Groups. *International Journal of Qualitative Methods*, 6 (4), 20–34. <https://doi.org/10.1177/160940690700600402>,
- Wojcieszek, A. M. – Thompson, R. (2013) Conceiving of change: a brief intervention increases young adults' knowledge of fertility and the effectiveness of in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 100, 523–529. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.03.050>
- Yu, L. – Peterson, B. – Inhorn, M. C. – Boehm, J. K. – Patrizio, P. (2016) Knowledge, attitudes, and intentions toward fertility awareness and oocyte cryopreservation among obstetrics and gynecology resident physicians. *Human Reproduction*, 31, 403–411. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev308>
- Zillmann, D. (1999) Exemplification theory: Judging the whole by some of its parts. *Media Psychology*, 1, 69–94. https://doi.org/10.1207/s1532785xmep0101_5
- Zillmann, D. (2006) Exemplification Effects in the Promotion of Safety and Health. *Journal of Communication*, 56, S221–S237. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00291.x>