

## IRODALOM

- Albert Fruzsina – Tóth Olga (2012): *A fiatalok bűnelkövetői és erőszakos viselkedése: Kutatási eredmények és prevenció megközelítések*. MTA SzKI, Budapest • [http://www.youprev.eu/pdf/YouPrev\\_National\\_Report\\_HU.pdf](http://www.youprev.eu/pdf/YouPrev_National_Report_HU.pdf)
- Földházi Erzsébet (2015): Válás és szétválás. In: Monostori Judit – Öri P. – Spéder Zs. (szerk.) (2015) *Demográfiai portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH–NKI, Budapest, 27–39. • <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/article/download/2485/2483>
- Kovács Éva – Balog P. – Mészáros E. – Kopp M. (2013): A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 14, 3, 205–230. • <http://dx.doi.org/10.1556/Mental.14.2013.3.2>
- KSH (2014): *Demográfiai Évkönyv 2013*. KSH, Budapest • <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2013.pdf>

- Monostori Judit – Öri P. – Spéder Zs. (szerk.) (2015) *Demográfiai portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH–NKI, Budapest • <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/article/download/2485/2483>
- Murinkó Livia – Spéder Zsolt: Monostori Judit – Öri P. – Spéder Zs. (szerk.) (2015) *Demográfiai portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH–NKI, Budapest, 9–26. • <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/article/download/2485/2483>
- Pilinszki Attila (2014): *A párkapcsolati instabilitást meghatározó tényezők*. Doktori dolgozat. ELTE, Bp. • [https://www.researchgate.net/publication/269465900\\_A\\_parkapcsolati\\_instabilitast\\_meghatarozo\\_tenyezok\\_Doktori\\_ertekezes\\_Determinants\\_of\\_Partnership\\_Instability\\_Dissertation](https://www.researchgate.net/publication/269465900_A_parkapcsolati_instabilitast_meghatarozo_tenyezok_Doktori_ertekezes_Determinants_of_Partnership_Instability_Dissertation)
- Szél Bernadett (2010): *A párkapcsolati összetartást segítő minták elemzése*. Doktori dolgozat. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest • [http://phd.lib.uni-corvinus.hu/541/1/szel\\_bernadett.pdf](http://phd.lib.uni-corvinus.hu/541/1/szel_bernadett.pdf)
- URL: [www.familyplatform.eu](http://www.familyplatform.eu)



# AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓS ELJÁRÁSOK ELTERJEDTSÉGE ÉS ELFOGADOTTSÁGA MAGYARORSZÁGON, EURÓPAI KITEKINTÉSBEN

Szalma Ivett

PhD, posztdoktori kutató,  
Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences (FORS)  
[Ivett.szalma@unil.ch](mailto:Ivett.szalma@unil.ch)

## I. Bevezetés

Egyre későbbi életkorra tolódik ki az első gyermek megszületésének az életkora, amely súlyosbíthatja a nem szándékos gyermektelenség arányát, hiszen a nők termékenysége csökken az életkor előrehaladtával. Az asszisztált reprodukciós eljárások (ART – Assisted Reproduction Technologies) így segíthetnek azoknak a nőknek is, akik későbbi életkorban szeretnének gyermeket vállalni. Figyelembe véve, hogy a legtöbb európai országban nagyon alacsony a termékenység, néha az ART-ra nemcsak egyéni szinten tekintenek, amely segít gyerekekhez juttatni nem saját szándékukból gyermekteleneket, hanem makroszinten olyan eszközzé vált, amely növelheti a termékenységi rátát. Így az ART-tal kapcsolatos attitűdök vizsgálata nemcsak egyéni szinten fontos, hanem családpolitikai relevanciája is lehet. Különösen annak a fényében, hogy világviszonylatban mintegy ötmillió gyermek született az elmúlt négy évtizedben (Adamson et al., 2013), míg „Magyarországon a születendő gyermekek kb. 1,5–2%-a IVF-kezelést követően fogant” (EÜM, 2010, 6467.).

Az asszisztált reprodukciós eljárások témáját vizsgálva számos nehézségbe ütközhet a kutató, ugyanis a technika fejlődésével az ART gyűjtőfogalommá vált, amely többféle eljárást takar, attól függően, hogy a beavatkozás a nő testén vagy azon kívül történik, illetve, hogy az eljáráshoz szükség van-e idegen ivarsejt donor(ok) bevonására. Ezek jelentős különbséget okozhatnak, mind a jogi szabályozás, mind az ezzel kapcsolatos attitűdvizsgálatok terén. Svájcban például a jogi szabályozás tiltja a petesejt-donorságot,<sup>1</sup> így nem teszi lehetővé, hogy azon párok részt vegyenek asszisztált reprodukciós eljárásokban, ahol a nők valamilyen petefészkek-rendellenességgel küzdenek. A mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdöket is befolyásolhatja az eljárások sokfélesége, például sokan azon az alapon utasítják el a mesterséges megtermékenyítési eljárást, hogy általa lehetővé válhat, hogy valakinek nem saját biológiai gyermeke

<sup>1</sup> Ez a férfiak és a nők közötti egyenlőség kérdését is felveti, hiszen a spermasejtet lehet adományozni. Ebből a nézőpontból a férfiaknak több lehetőségük van arra, hogy egészségi probléma esetén apává váljanak, mint a nőknek.

szülessen, így kettéválik a biológiai és a szociális szülőség. Habár a legtöbb kérdőívben pontosan megnevezik, hogy melyik eljárásra vonatkozik a kérdés, azonban nem biztos, hogy valamennyi válaszadónak megvan a szükséges háttértudása ahhoz, hogy pontosan válaszoljon a feltett kérdésre.<sup>2</sup>

A téma kutatásának másik nehézségét az adja, hogy a kérdés megítélése rendkívül összetett, és különböző okokból támogathatják vagy éppen ellenezhetik azt a válaszadók. Támogathatják például azok, aki egyetértenek a pronatalista szemlélettel, mely szerint a termékenység növekedése kedvező és szükséges. Miközben ugyanezen válaszadók ellenezhetik is abból a szempontból, hogy ne mindenki férhessen hozzá (például egyedülálló nők és/vagy leszbikus párok). Eközben a liberálisabb beállítottságú válaszadónak éppen azért lehet pozitív az attitűdjük az asszisztált reprodukciós eljárásokhoz, mert támogatják, hogy azok is szülővé válhassanak, akik korábban ettől a lehetőségtől el voltak zárva (például egyedülálló nők, leszbikus nők és meddőséggel küzdő párok), miközben nem biztos, hogy egyetértenek a pronatalista szemlélettel (Szalma, 2014). A különböző álláspontok szétszálazásakor nehézségekbe ütközhetünk, miközben a szociológia szemszögéből ezek az összefüggések érdekesek lehetnek számunkra.

Ebben az írásban először azokat a tényezőket tekintjük át, amelyek az ART elterjedt-

ségét befolyásolhatják, vagyis az asszisztált reprodukciós eljárások jogi szabályozásának főbb kereteit, valamint a finanszírozást. Ezt követően azt mutatjuk be, hogy milyen az emberek hozzáállása a mesterséges megtermékenyítési eljárásokhoz, és hogy ezeket az attitűdöket mely tényezők befolyásolják. Kutatásunkban Európára és ezen belül különösen Magyarországra fókuszálunk.

*II. Az ART elterjedtségét befolyásoló tényezők* • Az ART elterjedtsége változó Európában: minden európai országban elérhető a szolgáltatás, de nagy különbségek vannak az egyes országok között a szabályozásban és a költségek finanszírozásában is. Az elérhető adatok (Präg – Mills, 2015) szerint Európán belül a legtöbben Dániában, Belgiumban, Izlandon, Svédországban és Norvégiában veszik igénybe, legkevésbé pedig Németországban, Ukrajnában, Írországon, Ausztriában, Albániában, Litvániában, Portugáliában, Macedóniában, Montenegróban, Magyarországon, Lengyelországban és Moldovában fordulnak ezzel foglalkozó egészségügyi intézményekhez. Látható, hogy nincs keleti–nyugati megosztottság, bár Észak-Európában elterjedtebb, mint a kontinens más részeiben.

*II.1. Kik vehetik igénybe az ART-ot Európában?* • Az ART elterjedtségét erősen befolyásolja a jogi környezet: különösen az arra vonatkozó jogi szabályozások, amelyek azt határozzák meg, hogy kik vehetik azt igénybe. A leggyakrabban használt korlátozások az életkorra és a párkapcsolati formára vonatkoznak (Szalma, 2014).

*II.1.1. Az életkori korlátok alkalmazása* • Annak ellenére, hogy egyre inkább kitolódik az első gyermekvállalás életkora Európa-szerint, mégis van egy felső határa, amelyet a társadalom úgy ítél, hogy még azelőtt az életkor előtt kell gyermeket vállalni. A European

Social Survey 2006-os adatai alapján Európában egy nőt negyvenkét éves kor után, egy férfit negyvenhét éves kora után már idősek tartanak ahhoz, hogy (újabb) gyermeket vállaljon. Magyarországon alacsonyabb ez az érték, mint a nyugat-európai országokban mind a nőkre, mind a férfiakra vonatkozóan, mert úgy gondoljuk, hogy egy nő harminckilenc éves kor után, egy férfi pedig 45,7 éves kora után ne vállaljon gyermeket (Paksi – Szalma, 2009). Azonban biológiailag lehetséges a gyermekvállalás ennél későbbi életkorban is, bár a nők életkorával ez fokozatosan csökken. Az *American Society for Reproductive Medicine* termékenységi panaszokkal küzdő páciensek számára készített kiadványának az „idősödő nő” termékenységéről szóló része szerint harmincöt éves kortól fokozott csökkenés jellemzi a női termékenységet: míg egy egészséges harmincéves nőnek egy-egy ciklus során átlagosan 20%-os esélye van a teherbe esésre, ez az arány negyvenéves korára 5% alá csökken (Age and Fertility, 2012). Gasztonyi Zoltán meddőségi kivizsgálásokat is végző nőgyógyász ennél is szigorúbban fogalmaz: „Amíg a legtermékenyebb időszakban, a 20–30 éves kor között rendszeres házaseset mellett havonta körülbelül 20–25% eséllyel esik teherbe egy egészséges asszony, addig 40 éves kor felett az arány 1% alá esik” (Gasztonyi, 2009. 157.).

A legtöbb európai országban az ART-ban részt vevő nők életkorára vannak korlátozások. Az életkori korlátozások a legtöbb esetben akkor is számítanak, ha az asszisztált reprodukciós eljárásban részt vevők magánellátásként veszik azt igénybe, és semmiféle állami támogatásban nem részesülnek. Ez alól kivétel: Belgium, Anglia, Finnország, Spanyolország, Svédország – ahol csak abban az esetben él a nők életkorára vonatkozó felső korlát, ha

finanszírozásban részesülnek, azonban ha magánellátásként veszik azt igénybe, ez a korlátozás nem számít. Az államilag finanszírozott eljárásokban részt vevőkre sincs életkori korlát például Ausztriában és Magyarországon: az orvosszakmai szabály szerint addig lehet a beavatkozást elvégezni, amíg „a nő nem éri el a reprodukciós kor felső határát”, vagyis nemzőképes.

Ezek az életkori korlátozások legtöbbször meghaladják a társadalmilag meghatározott életkori normákat. A legszigorúbbak Finnországban, ahol a nők negyvenéves korukig vehetnek részt, negyvenhárom éves korukig Luxemburgban és Szlovéniában, negyvenöt éves korukig Bulgáriában, Belgiumban és Dániában. A legmegengedőbb életkori szabályozást Hollandiában, Görögországban és Észtországban alkalmazzák, ahol a nők ötvenéves korukig vehetnek részt ezekben az eljárásokban (Final Report, 2008). Néhány országban pedig nemcsak a nők életkorát maximalizálják, de a férfiak életkorára vonatkozóan is létezik felső korlát, például Franciaországban és Svédországban. Ha figyelembe vesszük, hogy petesejtadonorsággal a nők is – a férfiakhoz hasonlóan – képesek szülővé válni későbbi életkorban, akkor egy újabb, a nemek közötti egyenlőséget firtató kérdéshez jutunk: vajon miért különböznek az életkori normák a férfiakra és a nőkre vonatkozóan? Sozos J. Schenker és Joseph G. Schenker szerint (1999) ez abból származhat, hogy a nőktől nagyobb elköteleződést vár a társadalom a gyermeknevelést illetően, mint a férfiaktól. Amennyiben a nőktől nagyobb fokú felelősséget vár, így érthető, hogy rájuk szigorúbb életkori határok vonatkoznak, hogy a gyermek felnőtt koráig elég fiatalok maradjanak ahhoz, hogy képesek legyenek ellátni a gyermekneveléssel kapcsolatos teendőket.

<sup>2</sup> Azok a kutatások, amelyek valamilyen fertilitási eljárásban részt vevő személyt kérdezték meg, pontosabbak lehetnek, hiszen valószínűleg az érintett személyek ismerik az eljárások közötti különbségeket. Azonban ha nem csak érintettek szerepelnek a mintában, akkor érdemes lenne egy olyan kérdést is alkalmazni az attitűdkérdés előtt, amely arra vonatkozik, hogy a válaszadó ismeri az adott fogalmakat.

Mindazonáltal érdemes figyelembe venni, hogy az orvosilag asszisztált reprodukciós technológiákat alkalmazó klinikák sikeraránya Európaszerte viszonylag alacsonynak tekinthető: például a hozzájuk forduló negyven év feletti nők körében már csupán átlagosan 15%-os teherbeesési arányt tudnak elérni (Mouzon et al., 2010), a szülési arányok pedig feltehetően még ennél is alacsonyabbak.<sup>3</sup>

*II.1.2. Párkapcsolatra vonatkozó korlátozások* • Az életkorra vonatkozó korlátozás mellett a másik legelterjedtebb szabályozás az asszisztált reprodukciós eljárásban való részvétellel kapcsolatban a párkapcsolati állapotra vonatkozik. Számos országban (például Ausztriában, Horvátországban, Csehországban, Franciaországban, Írországon, Olaszországban, Svédországban, Svájcban és Törökországban) ugyanis kizárják az asszisztált reprodukciós eljárásból az azonos nemű párkapcsolatban élőket, illetve az egyedülálló nőket.<sup>4</sup> Míg más országokban (például Belgiumban, Bulgáriában, Dániában, Finnországban, Lettországon, Spanyolországban és Angliában) az egyedülállóknak és leszbikus párkapcsolatban élőknek ugyanolyan joguk van ezekhez az eljárásokhoz, mint a (heteroszexuális) párkapcsolatban élőknek. Vannak olyan országok is (például Magyarország, Görögország vagy Oroszország), ahol az egyedülállóknak megengedett, de leszbikus párok nem vehetnek részt megtermékenyítési eljárásban (Präg – Mills, 2015).

Magyarországon 2006-ig kizárólag házasságban élők vagy különmű létezési kapcsolatban élők fordulhattak csak segítségért,

azaz mind az egyedülállókat, mind a leszbikus párokat kizárták ennek lehetőségéből.<sup>5</sup> Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 167. §-a szerint „Reprodukciós eljárás házastársi vagy különműek közötti létezési kapcsolatban álló személyeknél végezhető el, amennyiben bármely félnél fennálló egészségi ok (meddőség) következtében a kapcsolatból természetes úton nagy valószínűséggel egészséges gyermek nem származhat”. Egy 2006-os törvénymódosítás óta e paragrafus kiegészült a következő résszel: „Egyedülálló nő esetében a reprodukciós eljárás akkor végezhető el, amennyiben a nő életkora vagy egészségi állapota (meddőség) következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat”. Magyarországon tehát nincs érvényben életkori felső korlátozás, ellenben úgy tűnik, létezik az ART-nak egy ún. alsó korlátja az egyedülálló nőkre vonatkozóan, mivel az egészséges, fiatal egyedülállókat továbbra is kizárják az asszisztált reprodukciós eljárásokból.

Navratyil Zoltán, a reprodukciós eljárások egyik ismert magyarországi jogi szakértője éppen a 2006 óta érvényes törvényi rendelkezés és a 2010-es szakmai protokoll ellentmondásaira hívja fel a figyelmet, hiszen míg a törvény egyik célcsoportja a reprodukciós korhatárt már elért egyedülálló nők lennének, addig a 2010-es egészségügyi minisztériumi protokollban ellenjavallatként szerepel a 45. évben meghatározott reprodukciós

<sup>3</sup> Bejegyzett létezési kapcsolatban élő férfiak sem lehetnek részt, az ő esetüket azért nem emeltük ki, mert a béranyaság intézménye ma nem pontosan szabályozott, és rendkívül ritka jelenség Magyarországon, így nemcsak az azonos nemű párkapcsolatban élő férfiak, de az szexuális orientációtól függetlenül egyedülálló férfiak is ki vannak zárva ebből a lehetőségéből.

korhatár túllépése<sup>6</sup> (Szalma – Takács, 2014). A leszbikus nők kizárása és az egyedülálló nők reprodukciós eljárásokhoz való hozzáféréseinek korlátozása mögött az az érv húzódik meg, hogy a gyermeknek szüksége van az apára is, és egy ilyen kapcsolatban a gyermeket az apához való jogától fosztaná meg. Természetesen sok olyan család van, ahol az apa nem vesz részt a család életében (például válás vagy halálozás folytán). Az empirikus kutatások nem igazolják azt, hogy az egyszülős családokban nevelkedő gyermekek hátrányban lennének a kétszülős társaikhoz képest, amennyiben az anyagi dimenziót kontrolláljuk. Ugyanakkor a leszbikus párok esetén még csak anyagi hátrányban sincsenek a gyermekek. A törvényt továbbgondolva a következő anomáliára bukkanhatunk: leszbikus pár csak úgy vehet részt az asszisztált reprodukciós eljárásban, amennyiben az egyik tagja egyedülállóként jelentkezik be. Ez pedig gyerekjogi kérdéseket vett fel, hiszen a gyerek szempontjából az a jobb, ha két felnőtt ember vállal felelősséget érte, ahelyett, hogy csak egy felnőtt tenné azt meg.<sup>7</sup>

*II.1.3. Egyéb korlátozások* • Ugyanakkor egyéb korlátozások is lehetségesek, például a maximális beültetések számára vonatkozóan. Vannak országok, ahol kizárják a büntetett

előéletűeket, és van, ahol a szülők egészségi állapotára vonatkozóan (például HIV-fertőzés esetén) korlátozzák az asszisztált reprodukciós eljárásban való részvételt (Final Report, 2008).

*II.2. Az ART finanszírozása* • Ahogyan az ART hozzáférést is különbözőképpen szabályozzák Európa egyes országaiban, ugyanígy nagy különbségek fedezhetők fel a finanszírozás oldalán is. Például Írországon és Svájcban semmilyen támogatásban nem részesülhetnek az ART-ot igénybe vevők, míg Dániában és Belgiumban nagyvonalú az állami támogatás e téren (Szalma, 2014). Az ART költsége és hozzáférése nem teljesen független egymástól, hiszen például Spanyolországban csak abban az esetben támogatja az állam az ART-ot igénybe vevőket, ha a nő negyven év alatti. Szlovéniában negyvenhárom éves korig kaphatnak állami támogatást az igénybevevők (Präg – Mills, 2015). Magyarországon öt beültetést finanszíroz az állam – nem gyermekként, hanem összesen ötöt. Azaz, ha valaki két gyermeket szeretne és a negyedik beültetés után születik meg az első gyermeke, akkor utána már csak egy lehetősége lesz arra, hogy állami finanszírozással megpróbáljon második gyermeket is vállalni asszisztált reprodukciós eljárással.<sup>8</sup> Európai összehasonlításban tekintve a magyar támogatás nagyvonalúnak számít, mert például Angliában csak egyet, Németországban pedig csak két ciklust fizetnek a biztosítók. Azonban Magyarországon a szükséges gyógyszereket csak

<sup>6</sup> Tény, hogy a protokoll kimondja: az „életkorra történő utalások szakmai körökben elfogadott általános elvek szerint történtek. Kellően indokolt, speciális körülmények között ettől el lehet térni” (EÜM, 2010, 6467.); ugyanakkor azt is hangsúlyozzák, hogy „a teherbeesési esélye a 30. életévtől folyamatosan esik; a harmincas évek végétől az esélyek romlása felgyorsul és 45 éves korban már csak minimális esélye van a sikeres terhességnek” (EÜM, 2010, 6480.).

<sup>7</sup> Ugyanez a kérdés merül fel az azonos neműek örökbe fogadásával kapcsolatban is: meleg párok együttesen nem fogadhatnak örökbe gyermeket, csak egyedülállóként, részletesebben: Takács – Szalma, 2013.

<sup>8</sup> Itt meg kell jegyezni, hogy a fertilitás–infertilitás időben nem állandó, statikus állapotot jelent. Sok olyan eset is létezik, hogy csak az első gyermek megfogásához kell asszisztált reprodukciós eljárást alkalmazni, a második gyermek természetes úton is megfoghat. Ennek a fordítottja is lehetséges, azaz a későbbi gyermek megszületéséhez kell ART-ot alkalmazni.

részben támogatja az állam, viszont ezek költségei korántsem elhanyagolhatóak egy átlagos magyar család számára.

### III. Az ART társadalmi elfogadottsága

Az ART elterjedtsége mellett az ART társadalmi elfogadottsága is fontos kérdés a szociológusok számára, hiszen az elterjedtség és az elfogadottság hathat is egymásra. Ha egy adott társadalomban elterjedtebb az ART, akkor valószínűleg elfogadóbb is ezzel kapcsolatosan a közvélekedés. Ugyanez fordítva is igaz lehet: ha tehát elfogadóbb a közvélekedés az ART-tal, akkor valószínűleg az előbb-utóbb elterjedtebbé is válik az adott társadalomban.

Az ART elfogadottságát egy attitűdkérdéssel mértük, melyet a *European Value Study* (EVS), egy európai nagymintás, longitudinális *survey*-kutatás 2008-as hullámában tettek fel először. A kérdőív felvétele kérdezőbiztosok alkalmazásával történt. A tizennyolc évnél idősebb magyar lakosságra reprezentatív minta 1513 főből állt, míg a harmincnégy országra vonatkozó minta nagysága 45 863 fő volt. A kérdés a következőképpen hangzott: „Kérem, mondja meg a következő állításokról, hogy azokat mindig megengedhetőnek tartja-e, vagy soha meg nem engedhetőnek tartja, vagy valami a kettő között: Mesterséges, vagy laboratóriumi megtermékenyítés”. A kérdésre egy tízfokú egyetértési skálán lehetett válaszolni, ahol a 10-es azt jelentette, hogy mindig megengedhető, az 1-es pedig azt, hogy soha meg nem engedhető.

Az érvénytelen válaszok száma ennél a kérdésnél valamivel magasabb volt, mint a többi kérdésnél: 6,8% körül alakult, míg a többi kérdésnél általában 1–5% közé esett ez az arány. Az egyes országok között az érvénytelen válaszok arányában jelentős különbségek találhatók: ez egyrészt abból eredhet,

hogy az alkalmazott kifejezés mennyire elterjedt, másrészt pedig, hogy magát a mesterséges megtermékenyítést mennyire ismerik a kérdeztettek az adott társadalomban. Magyarországon a válaszmegtagadók aránya ennél a kérdésnél az átlag alatt volt, mindösszesen a válaszadók 1% nem válaszolt valamilyen okból. Az 1. ábra az egyes országokban mutatja meg a válaszok átlagát.

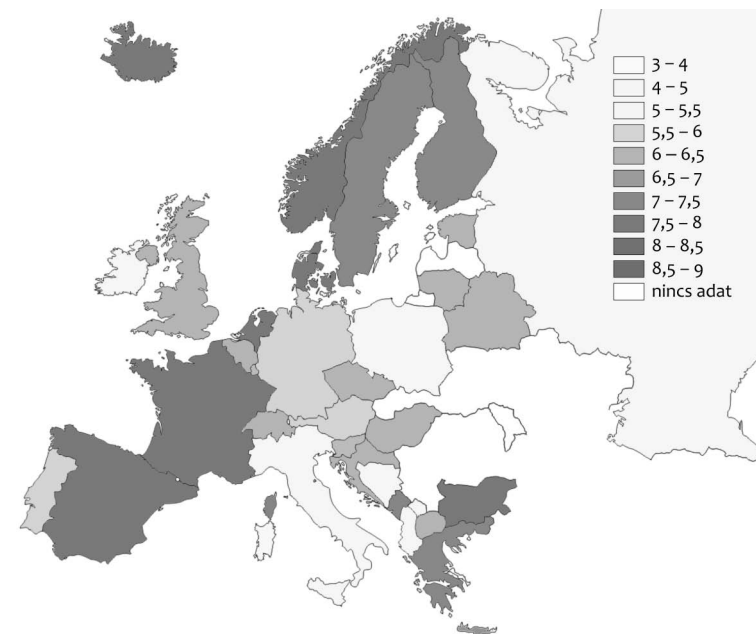
Látható, hogy az északi országok és Bulgária a leginkább elfogadó. Miközben Románia és két katolikus ország, Lengyelország és Olaszország a legkevésbé elfogadóak között helyezkednek el. Bulgáriában a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos megengedő attitűd meglepő lehet, hiszen ez az egyetlen posztszocialista ország, amely az északi országokhoz hasonló átlaggal rendelkezik.<sup>9</sup>

*III.1 Mi befolyásolja a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolat attitűdöket? • A szociodemográfiai változók közül a nemnek, az életkornak, az iskolai végzettségnek és a háztartás jövedelmének<sup>10</sup> volt szignifikáns hatása e kérdés megítélésére.*

**Nem** – Mind Magyarországon, mind Európában a nők elfogadóbbnak bizonyultak a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatban, mint a férfiak (Szalma, 2014; Szalma – Djundeve, 2014). Ennek háttérében az állhat, hogy a gyermekvállalás fontosabb a nőknek, mint a férfiaknak, hiszen a nőket egészen kisgyermek koruk óta az anyává válás feladatára nevelik a legtöbb társadalomban (Szalma, 2014).

<sup>9</sup> Bulgária esete azt mutathatja, hogy kapcsolat fedezhető fel az ART megengedő szabályozásában (lásd II. fejezet) és az ART-tal kapcsolatos attitűdök között.

<sup>10</sup> A háztartások jövedelmi adatai a kérdeztettek mintegy 16%-ánál nem álltak rendelkezésünkre, ott többszörös imputálás módszerével helyettesítettük a hiányzó adatokat.



1. ábra • Mindig megengedhetőnek tartja, vagy soha nem tartja megengedhetőnek a mesterséges megtermékenyítést (1 – soha nem megengedhető; 10 – mindig megengedhető)  
Forrás: Saját számítás a European Values Study, 2008 adatok alapján

**Életkor** – A legidősebb korosztály a legkevésbé elfogadó ebben a kérdésben. Habár sem a magyar, sem a nemzetközi mintán nem találtunk teljesen lineáris összefüggést az életkori csoportok és az ART elfogadása között. A legfiatalabbak, a 18–29 év közöttiek és a 30–39 év közöttiek nem különböznek szignifikánsan ebben a kérdésben. A legfiatalabb korosztály valószínűleg nyitottabb mindenféle technikai újításra, míg a 30–39 év közöttiek a legtöbb európai országban az első gyermekvállalás életkorában vannak, emiatt érzékenyebbek lehetnek a téma iránt (Szalma, 2014; Szalma – Djundeve, 2014).

**Iskolai végzettség** – A magasabb iskolai végzettségűek mindkét mintán elfogadóbbak az ART-tal, mint az alacsonyabb végzettségű társaik. Emögött az is állhat, hogy a magasabb végzettségűek több információval rendelkez-

hetnek a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatban (Szalma, 2014; Szalma – Djundeve, 2014).

**A háztartás jövedelme** – A háztartás jövedelmének Magyarországon nincs szignifikáns hatása, a harmincnégy országban azonban azt találtuk, hogy minél magasabb a háztartás havi jövedelme, annál elfogadóbbak a kérdeztettek a vizsgált kérdés tekintetében. Ennek háttérében az húzódnak, hogy a jobb anyagi helyzetben élőknek jobb hozzáférési lehetőségük van az ART-hoz, hiszen a legtöbb esetben ezek költséges eljárások, melyet az egészségbiztosítás csak részben fedez. A jobb elérhetőség pedig pozitívvá teheti az ART-tal kapcsolatos attitűdöket (Szalma, 2014; Szalma – Djundeve, 2014).

**Vallás** – A felekezethez tartozásnak a magyar adatokon nem volt szignifikáns hatása

(Szalma, 2014). Azonban a harmincnégy országot vizsgálva jelentős különbségekre bukkantunk (Szalma – Djundeva, 2014). A muszlimok a legkevésbé elfogadóak az ART-tal, míg az ortodox egyházhoz tartozók elfogadóbbak, mint a katolikusok. A nem vallásosak nem különböztek a katolikusoktól. Az ortodox egyházhoz tartozók azért lehetnek elfogadóbbak, mert náluk engedélyezett az orvosi segítség igénybevétele bizonyos korlátok között.

A felekezethez tartozás mellett a templomba járás gyakoriságának a hatását is vizsgáltuk. Ennek pedig mind Magyarországon, mind Európában negatív hatása van: azaz, akik gyakrabban vesznek részt vallási szertatásokon, azok elutasítóbb attitűddel rendelkeznek a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatosan (Szalma, 2014; Szalma – Djundeva, 2014).

#### *Melegekkel és leszbikusokkal kapcsolatos attitűdök*

Szoros kapcsolatot találtunk a meleg elfogadása és az ART elfogadása között. A meleg elfogadását a következő változókkal mértük: „nem szeretné, hogy homoszexuálisok legyenek a szomszédjai”, valamint „a homoszexuális pároknak lehetővé kellene tenni, hogy gyermeket fogadjanak örökbe”. Az első állításkor az egyet nem értés, a másodiknál az egyetértés mérte a meleg elfogadását. Azt találtuk, hogy azok, akik elfogadóak a melegekkel és a leszbikusokkal, szintén elfogadóbb attitűddel rendelkeznek az asszisztált reprodukciós eljárásokkal kapcsolatosan. Ez azt mutatja, hogy az ART elfogadása szorosan összefügg az olyan új családformák elfogadásával, mint a szivárványcsaládok, azaz: akik az ART-tal inkább elfogadóak, azok kevésbé gondolják úgy, hogy a szülőség (kizárólag vagy elsősorban) vérségi kötelékeken alapul,

hanem sokkal inkább a (törődés általi) szülővé válás szociális oldalát tartják fontosnak (Szalma, 2014; Szalma – Djundeva, 2014).

#### *A tradicionális családdal kapcsolatos attitűdök*

A tradicionális családdal kapcsolatos attitűdöket a következő két változóval mértük: „A gyermekvállalás a társadalommal szembeni kötelesség” és „Rendben lévő, ha két ember együtt él házasság nélkül”. Az első esetben az állítással való egyetértés, a második esetben pedig az állítással való egyet nem értés jelezte a családdal kapcsolatos tradicionális attitűdöt. Azok, akik nem értettek egyet azzal, hogy a gyermekvállalás a társadalommal szembeni kötelesség, mind Magyarországon, mind a nemzetközi adatok tükrében elfogadóbbnak bizonyultak az asszisztált reprodukciós eljárásokkal kapcsolatosan (Szalma, 2014). Ez egyfajta paradoxonnak is tűnhet, hiszen annak ellenére, hogy valaki a pronatalista szemlélettel ért egyet, mégsem támogatja azokat a gyermeket vállalni szándékozó párokat vagy egyéneket, akik különböző nehézségekkel néznek szembe, és ezért segítségért fordulnak az asszisztált reprodukciós eljárásokkal foglalkozó intézményekhez. A második változó esetén azt találtuk, hogy akik egyetértenek ezzel, azok elfogadóbban ítélik meg az asszisztált reprodukciós eljárásokat is (Szalma – Djundeva, 2014).

#### *Összefoglalás*

Ebben a tanulmányban a mesterséges megtermékenyítési eljárások szociológiai vonatkozásait vizsgáltuk. A tanulmány első felében áttekintettük az ART elterjedtségét Európában és Magyarországon, valamint azt vizsgáltuk, hogy milyen tényezők befolyásolhatják az elterjedtségét. Ennek keretében áttekintet-

tük a jogi szabályozásokat arra vonatkozóan, hogy kik vehetik igénybe az ART-ot, és hogyan finanszírozzák azt. Az írás második felében azt mutattuk be, hogy az ART-tal kapcsolatos attitűdök hogyan változnak Európában, emellett azt is vizsgáltuk, hogy milyen tényezők befolyásolják az ART elfogadottságát Európában, különös figyelmet szentelve a magyar környezetnek.

A kutatások rávilágítottak arra, hogy az ART elterjedtségét erősen befolyásolhatja annak jogi és finanszírozási környezete. Az ART elfogadottságát pedig a szocio-demográfiai változók (nem, életkor, iskolai végzettség, vallási hovatartozás) mellett, a meleg és leszbikus párokkal, valamint a tradicionális családokkal kapcsolatos attitűdök is befolyásolják. Ezeknek az eredményeknek a fényében azt feltételezhetjük, hogy az ART elfogadottabb azon liberálisabb válaszadók között, akik olyan eszközként tekintenek ezekre a kezelésekre, mint eljárásra, ami lehetővé teszi, hogy

azok is gyermeket vállalhassanak, akiknek erre korábban nem lett volna lehetőségük (például leszbikus párok, egyedülálló nők), mint azon válaszadók között, akik csupán pronatalista álláspontból támogatnák azt.

Az ART vizsgálata azért fontos, mert egy viszonylag új jelenségről van szó (1978-ban született meg az első mesterséges megtermékenyítéssel fogant gyerek), amelynek jogi szabályozása még változóban van, és várhatóan a jövőben még több ember számára teszi lehetővé a gyermekvállalást. Továbbá azt is, hogy az ART segítségével lehetővé vált, hogy genetikailag nem saját gyermeke is szülessen például meddő pároknak, azonos nemű párokban élőknél és egyedülálló nőknél, így hozzájárulhat ahhoz is, hogy új családformák terjedjenek el, melynek alapja nem a vérségi kötelék, hanem az aktív szülőség.

*Kulcsszavak: asszisztált reprodukciós eljárások, jogi környezet, attitűdök*

#### **IRODALOM**

- Adamson, Geoffrey David – Tabangin, M. – Macaluso, M. – de Mouzon, J. (2013): The Number of Babies Born Globally after Treatment with the Assisted Reproductive Technologies (ART). *Fertility and Sterility*. 100, 3, (Supplement), S42. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2013.07.1807 • [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)02586-7/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)02586-7/fulltext)
- Age and Fertility (2012): *Age and Fertility: A Guide for Patients*. American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, AL • [https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/Resources/Patient\\_Resources/Fact\\_Sheets\\_and\\_Info\\_Booklets/agefertility.pdf](https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/agefertility.pdf)
- EÜM (2010): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a meddőségi ellátásról – asszisztált reprodukcióról – in vitro fertilizációról (1. módosított változat). *Egészségügyi Közlöny*. 30, 6467–6479.
- Fasouliotis, Sozos J. – Schenker, Joseph G. (1999): Social Aspects in Assisted Reproduction. *Human Reproduction Update*. 5, 1, 26–39. DOI: 10.1093/humupd/5.1.26 • <http://humupd.oxfordjournals.org/content/5/1/26.long>

- Final Report (2008): *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies* • [http://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organs/docs/study\\_eshre\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/study_eshre_en.pdf)
- Gasztonyi Zoltán (2009): *Születéskönyv – babána várva*. Laureus, Budapest
- Mouzon, Jacques – Goossens, Veerle – Bhattacharya, Siladitya – Castilla, José A. – Ferraretti, Anna Pia – Korsak, Vladislav – Kupka, Markus – Nygren, Karl – Nyboe Andersen, Anders (2010): Assisted reproductive technology in Europe, 2006: Results generated from European registers by *ESHRE Human Reproduction*, 25(8), 1851–1862.
- Paksi Veronika – Szalma Ivett (2009): Age Norms of Childbearing. Early, Ideal And Late Childbearing in European Countries. *Review of Sociology*. 15, 2, 57–80. • [https://www.researchgate.net/publication/259646579\\_Paksi\\_Veronika\\_-\\_Szalma\\_Ivett\\_2009\\_Age\\_norms\\_of\\_childbearing\\_Early\\_ideal\\_and\\_late\\_childbearing\\_in\\_European\\_countries\\_In\\_Review\\_of\\_Sociology\\_2009\\_2\\_57-80](https://www.researchgate.net/publication/259646579_Paksi_Veronika_-_Szalma_Ivett_2009_Age_norms_of_childbearing_Early_ideal_and_late_childbearing_in_European_countries_In_Review_of_Sociology_2009_2_57-80)

Präg, Patrick – Mills, Melinda (2015): *Assisted Reproductive Technology in Europe Usage and Regulation in the Context of Cross-border Reproductive Care*. Working paper 43(2015) • <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/09/WP43PragMills2015.pdf>

Szalma Ivett (2014): A gyermekvállalás társadalmi normái és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata Magyarországon és Európában. *Replika*. 85-86, 35-57.

Szalma, Ivett – Djundeva, Maja (2014): *What Shapes Attitudes towards Fertility Treatments in Present Day Europe?* Distributed Paper, XIII. ISA World Congress, Yokohama, Japan, 15 July 2014.

Takács Judit – Szalma Ivett (2013): Az azonos nemű párok általi örökbefogadással kapcsolatos attitűdök Magyarországon. *SOCIO.HU*. 3, 7, 1–33. • DOI: 10.18030/socio.hu.2013.1.1 [http://www.policy.hu/takacs/pdf-lib/Itakacs\\_szalma.pdf](http://www.policy.hu/takacs/pdf-lib/Itakacs_szalma.pdf)



## GYERMEKTELENSÉG MAGYARORSZÁGON: MÍTOSZOK ÉS KUTATÁSI EREDMÉNYEK

Szalma Ivett

PhD, posztdoktori kutató  
Swiss Centre of Expertise  
in the Social Sciences (FORS)  
Ivett.szalma@unil.ch

Takács Judit

PhD, tudományos tanácsadó  
MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont  
Szociológiai Intézet  
takacs.judit@tk.mta.hu

### I. Bevezetés

A családformálódás és a gyermekvállalás (illetve -nemvállalás) területén az utóbbi néhány évtizedben jelentős átalakulások zajlottak mind nemzetközileg, mind Magyarországon. Ennek köszönhetően egyre több kutatás fókuszál a gyermekvállalást meghatározó tényezőkre. A legújabb kutatások úgy próbálják a jelenlegi fertilitási trendeket értelmezni, hogy a gyermek társadalmi jelentését vizsgálják (Szalma, 2014), illetve arra keresik a választ, hogy egyáltalán miért vállal ma valaki gyermeket (Tóth, 2012), illetve mások miért választják a gyermek nélküli vagy „gyermekmentes” életet (Szalma – Takács, 2012, 2014).

A tudományos kutatások mellett a médiában és a közbeszédben is fontos témává vált az (el)halasztott gyermekvállalás és a gyermektelenség kérdésköre. Annak ellenére, hogy a téma egyre inkább fókuszba került mind a tudományos szinten, mind a hétköznapi életben, gyakran hallunk olyan véleményeket és közhiedelmeket a gyermektelenekről a médiában, amelyek köszönő viszonyban sincsenek a tényszerű kutatási eredményekkel.

A gyermekvállalás (illetve -nemvállalás) kérdéskörének tudományos kutatása éppen azért nehéz, mert erről a témáról mindenkinek van valamilyen hétköznapi tudása, mely személyes tapasztalati elemek társadalmi szinten – gyakran a tömegmédiák aktív közreműködésével – masszív közhiedelmekké gyűrődnek össze. E tudás leggyakrabban véletlenszerű hétköznapi megfigyeléseken alapul, mely megfigyelések azonban sokszor tévesek: például túl szelektívek, túláltalánosítók vagy éppen téves percepción alapulnak. A témával foglalkozó kutatóknak viszont a tudományos megfigyelés és vizsgálat szabályait kell alkalmazniuk egy olyan – a magyar válaszadók önképe szerint nagyon is – családorientált társadalomban, mint a magyar, ahol a gyermektelenség érzékeny – s némileg stigmatizáló – témának is számíthat. Ezt a megközelítést támaszthatja alá az a tény, hogy egyik interjú vizsgálatunkban többször előfordult interjúalanyaink felkutatása során, hogy olyan emberekkel találkoztunk, akik gyermektelen ismerősüket igyekeztek „védeni” azáltal, hogy nem közvetítették feléjük a gyermektelenséggel foglalkozó interjúnkra való felkérés,