



DEMOGRÁFIA

63. ÉVFOLYAM, 2-3. SZÁM

Budapest
2020





Az MTA Demográfiai Bizottsága és
a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
Folyóirata
Alapítás éve: 1958

A Population Quarterly of the Committee for Demography
of the Hungarian Academy of Sciences
and the Hungarian Demographic Research Institute
Founded in 1958

A szerkesztő bizottság tagjai | Editorial board

BARTUS Tamás, BUKODI Erzsébet, DÖVÉNYI Zoltán, ELEKES Zsuzsanna, GÁBOS András,
GÁL Róbert Iván, GÁRDOS Éva, JANKY Béla, JÓZAN Péter, HOÓZ István, KOVÁCS Erzsébet,
RÓBERT Péter, SPÉDER Zsolt (elnök), TAKÁCS Judit, TOMKA Béla, TÓTH Pál Péter, VALUCH Tibor

Szerkesztőség | Editors

KAPITÁNY Balázs főszerkesztő | editor-in-chief

ŐRI Péter szerkesztő | editor

MURINKÓ Livia szerkesztő | editor

PAKOT Levente szerkesztő | editor

TÖRŐ Ágnes szerkesztőségi titkár | editorial secretary

A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült.

Kiadja a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
Felelős kiadó: Spéder Zsolt igazgató

Olvasószerkesztők: Nagy Ildikó és Törő Ágnes

Design: Anagraphic

Tördelőszerkesztő: Simonné Horváth Gabriella

ISSN 0011-8249



TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

Makay Zsuzsanna: Miért kell sokat várni a babára? – Teherbeesési nehézségek, életkori hatások és asszisztált reprodukción Magyarországon	137
Kopcsó Krisztina: A várandósság alatti depresszió és szorongás szocio-demográfiai rizikótényezői	171
Leitheiser Fruzsina – Veroszta Zsuzsanna: A várandósok szülés utáni munkavállalási terveit meghatározó tényezők	199
Szabó Laura – Makay Zsuzsanna: 20 év alatti várandósok: mennyire jellemző és mi befolyásolja a hátrányos helyzetet?	229
SZERZŐINKNEK	259
MEGRENDELŐLAP	263



CONTENTS

STUDIES

Zsuzsanna Makay: Why is the waiting for the baby so long? –
Difficulties in getting pregnant, effects of the age and assisted
reproduction in Hungary 137

Krisztina Kopcsó: Socio-demographic risk factors
for prenatal depression and anxiety 171

Fruzsina Leitheiser, Zsuzsanna Veroszta: Veroszta: Determinants
of maternal plans for labor market return after childbirth 199

Laura Szabó, Zsuzsanna Makay: Teenage pregnancy:
how prevalent is social disadvantage
and what are the factors behind? 229

SZERZŐINKNEK (FOR OUR AUTHORS) 259

MEGRENDELŐLAP (ORDER FORM) 263



MIÉRT KELL SOKAT VÁRNI A BABÁRA? – TEHERBEESÉSI NEHÉZSÉGEK, ÉLETKORI HATÁSOK ÉS ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓ MAGYARORSZÁGON

Makay Zsuzsanna

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmányban a Kohorsz'18 (Magyar Születési Kohorszvizsgálat) várandósságról szóló adataival számszerűsítettük, hogy a gyermeket váró párok esetében külön az anya és az apa életkora, valamint a kettő kombinációja milyen mértékben befolyásolja, hogy a várandósság elérése nehézségbe ütközik-e vagy sem. Ezt a következőképpen definiáltuk: 12 hónapnál tovább tartott mire a várandósság bekövetkezett, és/vagy valamilyen kezelésre került sor, ami hozzájárult a kívánt fogantatás megvalósulásához. A logisztikus regressziók eredményei szerint az életkor emelkedése szignifikánsan növeli annak a valószínűségét, hogy a kívánt várandósság elérése nehézségekbe ütközik. A 30 év alatti nőkhöz viszonyítva ez a hatás már a 30–34 évesek körében szignifikáns, esetükben 1,63 volt az esélyhányados. A 35–39 évesek körében a hatás 3,6-szoros, a 40 évesek és idősebbek esetében pedig 8,3-szoros. Az első gyermeküket váró nők esetében még nagyobb annak a valószínűsége, hogy 30 éves koruk felett a kívánt várandósság várat magára, ugyanakkor, ha már nem az első gyermekét vállalja, akkor nem számít, hogy a baba 30 éves kor alatt vagy 30 és 35 év között valósul meg. A férfiak esetében, amennyiben 40 évesek vagy idősebbek, a 40 év alattiakhoz képest kétszeresére nő annak a valószínűsége, hogy nehézségek adódnak.

Becslést készítettünk arra vonatkozóan, hogy évente Magyarországon hány gyermek születik asszisztált reprodukciós eljárások következtében: mintegy 1920 gyermek születik lombikbabaként, szervezeten kívüli megtermékenyítéssel, akikhez még 427 olyan gyermek társul, akik inszemináció után fogannak meg.



A két eljárás az egy azon évben született gyermekek 2,64%-át, 2347 gyermeket érint. A becslés 95%-os konfidenciaintervalluma alapján az így született gyermekek éves száma 1920 és 2631 között valószínűsíthető.

Tárgyszavak: meddőség, termékenység, gyermektervezés, asszisztált reprodukció, életkor

Makay Zsuzsanna, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

E-mail: makay@demografia.hu

BEVEZETÉS

Az utóbbi évtizedekben a fejlett országokban lezajlott demográfiai változások egyik fő jellemzője a gyermekvállalás későbbre halasztása volt. A nők és a férfiak egyaránt egyre előrehaladottabb életkorban vállalnak gyermeket, így a főbb gyermekvállalási évek az életútban áttevődtek a 20-asról a 30-as évekre. Magyarországon 1990-ben az átlagos életkor gyermekvállaláskor 25,7 év volt, ami 2018-ra 30,3 évre emelkedett (Központi Statisztikai Hivatal [KSH] Demográfiai Évkönyv, 2019), de a nyugati országokban ennél még magasabb értékek is megfigyelhetők.

Számos tanulmány kimutatta, hogy az anya életkora befolyásolja a várandósság bekövetkeztének valószínűségét, és annak az esélyét is, hogy egészséges gyermek születik-e. A kívánt várandósság elérésnek céljából pedig egyre gyakoribb, hogy a meddőségi problémákkal küzdő nők és férfiak orvoshoz fordulnak és asszisztált reprodukciós eljárások segítségével próbálják elérni a fogantatást.

A témával kapcsolatos kutatások egyre gyakoribbak a nemzetközi szakirodalomban, ezek elsősorban a jelenség társadalmi és orvosi kontextusát vizsgálják. Magyarországon azonban még kevés kutatás zajlott e témában, amelyek pedig már végbementek, azok leginkább az orvosi vagy a jogi kérdésekkel foglalkoztak (pl. Navratyil, 2011), kvalitatív módszert alkalmaztak (pl. Bauer, 2014; Vicsek et al., 2019), vagy általános társadalmi adatfelvételekből egy kérdést kiragadva a társadalmi véleményeket elemezve jutottak különböző következtetésekre az asszisztált reprodukciós eljárásokkal kapcsolatban (Szalma, 2016).

Tanulmányomban a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kohorsz'18 adatait használom fel, és mintegy ötezer „tudatos gyermekvállaló” várandós nő válaszait elemzem a teherbeesés körülményeivel kapcsolatban. Céloom an-

nak a feltárása, hogy körükben mennyi ideig tartott, mire a várandósság bekövetkezett, szükség volt-e ehhez orvosi segítségre, kezelésre vagy beavatkozásra? Fő kérdésem, hogy a magasabb életkorú nők esetében milyen mértékben befolyásolta az életkor a teherbeesési nehézségeket? E kérdést az apa életkorára vonatkozóan is felteszem, hiszen a nők döntő hányada párkapcsolatban él, és az adatbázisban rendelkezésünkre áll a férfiak életkora is. Az elemzés azt is lehetővé teszi, hogy egy adott év élveszületési számára kivetítve kiszámoljuk, hogy a nők mekkora arányát érinti meddőségi probléma, valamint, hogy évente hány gyermek születik valamilyen asszisztált reprodukciós technológia (ART) segítségével.

A tanulmány a következőképpen épül fel. Az első és a második részben áttekintjük, hogy a születésszabályozás különböző formái hogyan befolyásolják a gyermekvállalási életkort, és hogy e tekintetben milyen átalakulást hozott a 20. század második felében a modern fogamzásgátlási eszközök megjelenése. Bemutatom, hogyan változott az utóbbi évtizedekben a gyermekvállalási életkor Magyarországon és Európában, és hogy milyen problémákat vet fel a késői gyermekvállalás. Erre választ adnak az asszisztált reprodukciós technológiák, amelyekről a tanulmány 6. részében értekezek. Majd az adatok, az elemzett minta és a módszer bemutatása után ismertetem az életkori hatásokra vonatkozó eredményeket. Ezután bemutatom az éves születésszámokon, hogy mennyire gyakoriak a teherbeesési nehézségek, és hogy évente hány gyermek születik valamilyen ART-eljárás következtében. A tanulmány végén megvitatom az eredményeket.

SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁS ÉS GYERMEKVÁLLALÁSI ÉLETKOR

A 20. század második felében a modern fogamzásgátló módszerek megjelenése után különvált egymástól a szexualitás és a gyermekvállalás. Korábban e kettő erőteljesen összefonódott, hiszen nem volt olyan módszer, amely megbízhatóan meggátolta volna a nemi érintkezést követő fogantatást. Különféle, jellemzően alacsony hatékonyságú módszerek mindig is léteztek a nem kívánt terhességek elkerülésére, és az alkalmazott fogamzásgátlási módszerek – megbízhatatlanságuk ellenére is – együttesen elég hatékonyak voltak ahhoz, hogy a termékenység a 17–18. századtól nagymértékű csökkenésnek induljon a fejlett országokban (Van De Walle, 2005). Nem tették azonban teljeskörűen lehetővé, hogy a gyermekvállalás tudatos tervezés és időzítés keretében valósuljon meg.

Társadalmi szinten a születésszabályozás leginkább a házasságkötési kor szabályozásával, valamint az ezzel kapcsolatos társadalmi normákkal valósult meg (Van De Walle, 1973). Ha ugyanis a gyermekvállalás elsősorban házasságon belül valósul meg – ahogy ez az utóbbi évtizedekig bevett gyakorlat volt a legtöbb országban – akkor a későbbi házasodás azt jelenti, hogy a termékeny korban lévő nők kevesebb ideig vannak kitéve a gyermekvállalás „kockázatának”. Ez pedig erőteljesen hat a végső gyermekszámra. Ezzel is magyarázható, hogy a nők nem mindig a 20-as éveik elején kötöttek házasságot, hanem voltak időszakok, amikor minderre később került sor.

Például Svédországban az 1900-as években született nők átlagosan 27,3 évesen kötöttek házasságot, vagyis a késői házasodási rezsim jellemezte őket (Monnier, 2006). A gyermekvállaláskor az átlagos életkoruk 29,3 év volt, hasonlóan Norvégiához, Németországhoz és Angliához, ami Finnországban és Hollandiában a 30 éves életkort is meghaladta. Majd csökkentek az átlagos életkorok, és az 1930-as években született nők – a nyugati „baby-boom” generáció tagjai – korábban, Svédországban például átlagosan már 23,8 évesen házasságot kötöttek. Nekik átlagosan 2,12 gyermekük született, míg az 1900-es generációnak 1,90. A „baby-boom” generáció magasabb gyermekszáma nagyrészt a házasodási kor csökkenésével, valamint a házasodási hajlandóság növekedésével volt magyarázható (Van Bavel and Reher, 2013).

A 20. század közepéig tehát a nők és férfiak elsősorban a házasság későbbre halasztásával, egyéb biológiai tényezőkkel (pl. szoptatás), valamint hagyományos fogamzásgátlási módszerekkel igyekeztek hatni a gyermekszámra. A gyermekvállalás időzítésének kérdése kevésbé merült fel, és még nem beszélhetünk tudatos gyermekvállalási döntésekről sem (Van de Walle, 1992), noha egyre gyakoribbak az arra utaló kutatási eredmények, hogy a házaspárok bizonyos tényezőket figyelembe véve (gyermekhalálozás, gyermekeik neve) megpróbálták aktívan befolyásolni a termékenységüket (Reher et al., 2017). A házasságot megelőző szexuális kapcsolat a megbízható fogamzásgátlási módszerek hiányában igen gyakran gyermekáldáshoz, emiatt gyors házasságkötéshez, majd ahhoz vezetett, hogy az első gyermek sok esetben már a házasság első nyolc hónapjában világra jött (Van de Kaa, 2011).

Az 1960-as években megjelentek a modern fogamzásgátló eszközök, amelyek a megbízhatóságuk révén teljesen új dimenzióba helyezték a gyermekvállalást, lehetővé téve a gyermeknemzés nélküli szexuális együttlétet. A „fogamzásgátlási forradalom” (Frejka, 2008; Westoff and Ryder, 1977), amely során a hagyományos módszerek helyett előtérbe kerültek a modern, közel 100%-os megbízhatóságú eszközök, az 1960-as és az 1970-es években játszódott le a leg-

több fejlett államban. Magyarországon 1967-ben jelent meg az első hormonális fogamzásgátló tablettá, majd 1973-tól vált lehetővé, hogy gyakorlatilag minden orvos a társadalombiztosítás költségeire írja fel (Acsádi et al., 1970). 1974-ben a 35 éves kor alatti, nem kívánt terhesség ellen védekező házas nők több mint fele modern fogamzásgátlási módszert alkalmazott (Makay, 2014).

Ezek a modern eszközök (elsősorban a hormonális fogamzásgátló tabletták) csökkentették a nem kívánt, valamint a rosszul időzített fogantatások előfordulását, ezáltal lehetővé tették a nőknek, hogy megtervezzék a gyermekvállalást, adott esetben későbbre halasszák azt, valamint meghatározzák a gyermekeik számát (Schmidt et al., 2012). A gyermekvállalás immár tudatos döntés eredményeképpen valósulhat meg, ezáltal a nők és a férfiak akár egy életen át élhetnek szexuális életet anélkül, hogy a nem kívánt fogantatással kellene számolniuk.

A GYERMEKVÁLLALÁS KÉSŐBBRE HALASZTÁSÁNAK MÉRTÉKE ÉS OKAI

A modern fogamzásgátlók elterjedésével párhuzamosan egy sor társadalmi változás lezajlott, amelyek hatással voltak a demográfiai magatartásra is. A témánk szempontjából ezek közül azok érdemelnek említést, amelyek hozzájárultak a gyermekvállalás későbbi időpontra való halasztásához: a fizetett női munkavállalás tömegessé válása, az oktatási expanzió, a fiatalok munkapiaci helyzetének bizonytalanná válása, valamint az anyagi helyzetük törékenysége (Kohler et al., 2002). Mindezzel összefüggésben kitolódott az önálló életkezdés, illetve a stabil párokapcsolatalakítás és a házasságkötés (Billari et al., 2006; Pailhé et al., 2014). Egyrészt egyre nehezebb megteremteni a gyermekvállaláshoz szükséges anyagi és egyéb feltételeket, másrészt a gyermekvállalás olyan lehetőséggé vált, amely mellett, helyett, illetve időben előbbre hozva még számos egyéb kompetitív életcél is megvalósítható (Huinink and Kohli, 2014).

Ezek következtében a fejlett országokban az utóbbi négy évtizedben mintegy 4–6 évvel tolódott későbbre a gyermekvállalási kor. A nők az első gyermeküket leggyakrabban 26 és 30 éves koruk között vállalják. Magyarországon 5,3 évvel nőtt az első gyermek vállalásának az életkora 1980 és 2014 között. Az Európai Unióban 2018-ban 31,3 év volt a nők átlagos életkora gyermekvállaláskor, az első gyermek vállalásakor pedig 29,2 évesek voltak.

A halasztás kétféleképpen hat a termékenységre. Egyrészt a gyermekvállalás későbbre tolódása csökkenti az élveszületések számát a halasztás évei alatt, ez a hatás az ún. 'tempo effect' (Bongaarts, 2002). Az európai országokban az

1990-es években megfigyelhető erőteljes, éves termékenységcsökkenést a leginkább ezzel lehet magyarázni (Sobotka, 2004). A német nyelvű országokban, valamint Dél-Európában a teljes termékenységi arányszám 2006-ban mintegy 0,2–0,3-del alacsonyabb volt, mint ami halasztás nélkül megfigyelhető lett volna. Magyarországról is ugyanez elmondható: 2006-ban a teljes termékenységi arányszám 0,34-dal maradt el attól, ami halasztási magatartás nélkül lett volna (Kapitány és Spéder, 2015).

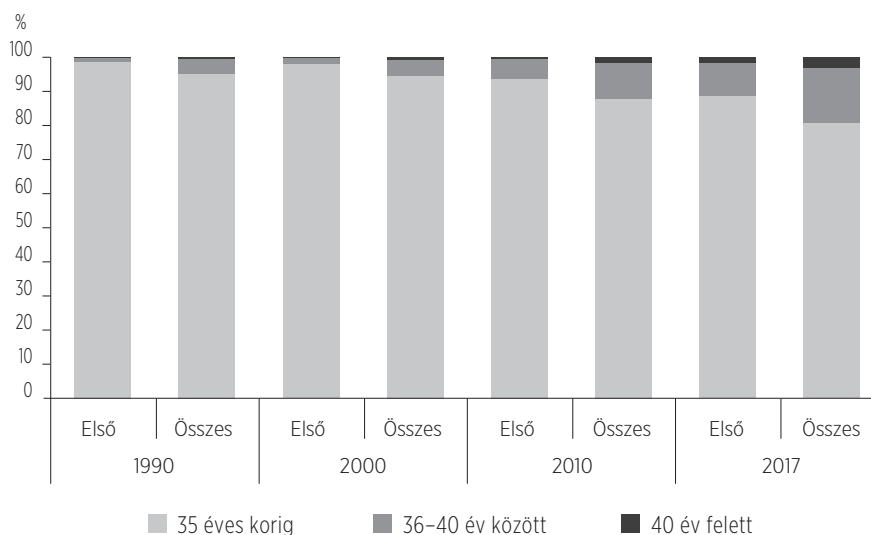
A másik hatás a befejezett kohorsz termékenységben figyelhető meg, ezt azonban nehezebb számszerűsíteni. Egyrészt egy teljes generáció befejezett termékenységi életpályája szükséges hozzá, másrészt nehéz elkülöníteni, hogy az esetleges alacsonyabb gyermekszám mögött – az életkori hatás mellett vagy helyett – nem a megváltozott preferenciák állnak-e (Leridon, 2017; Schmidt et al., 2012). Egyes kutatások arra jutottak, hogy nem a halasztás felelős az alacsonyabb termékenységért, hanem számos európai országban egyéb tényezők állnak emögött, mint például a családi feladatok és a munkavégzés összeegyeztetésének nehézsége (Kohler et al., 2002). Ennek ellenére kimutatható negatív összefüggés a gyermekvállalás halasztása és a befejezett termékenység között: a gyermekvállalás egy évvel történő kitolódása a nők befejezett termékenységét 3, míg a férfiakét 3,4%-kal csökkenti (Kohler and Skytthe, 2001). A halasztó magatartás egyértelműen megnöveli a gyermektelenséget valószínűségét is. Ugyanakkor a gyermek nélküliek egy része nem akaratlagosan gyermektelen: a folyamatos halasztás következtében végül kifut az időből, mert vagy hozzásozik a gyermek nélküli élethez, vagy pedig egyszerűen túl idős lesz a gyermekvállaláshoz (Berrington, 2004; Kneale and Joshi, 2008)

Előfordul, hogy már nem következik be a kívánt fogantatás, de az is meggátolhatja a kései gyermektervek megvalósulását, hogy a nők és férfiak már túl idősnek érzik magukat a gyerekeknéveléshez, esetleg a társadalom tartja őket túl idősnek. Billari és szerzőtársai kimutatták, hogy viszonylag erős társadalmi normák léteznek arra vonatkozóan, hogy mikor túl idős valaki a gyermekvállaláshoz, és ezek a normák egyaránt megfigyelhetőek a nőknél és a férfiaknál, de erősebbek a nőkre vonatkoztatva (Billari et al., 2011). 25 ország közül a 2000-es évek második felében Magyarországon volt a legalacsonyabb az az életkor (39,3 év), aminél a társadalom már úgy vélte, hogy egy nő túl idős a gyermekvállaláshoz, míg Ausztriában a közel 44 éves nőkről gondolták ugyanezt. Minél magasabb a 40 év feletti termékenysége, annál elfogadottabb társadalmilag ezen korcsoport gyermekvállalása. Magyarországon még viszonylag alacsony a 40 év feletti gyermekvállalása, ám már megfigyelhető növekvő tendencia.

A GYERMEKVÁLLALÁSI ÉLETKOR VÁLTOZÁSA MAGYARORSZÁGON ÉS EURÓPÁBAN

1990-ben Magyarországon az első születések 98,6%-ánál az anya 36 évesnél fiatalabb volt. Majdnem ugyanez igaz az összes születésre: az ebben az évben gyermeket vállaló anyáknak csak 5%-a volt 35 évesnél idősebb. Egészen 2000-ig e téren nem történt lényeges változás (1. ábra). Noha az ezredfordulón a gyermekvállaláskor az átlagos életkor már 25,8 év volt, a 35 éves kor fölötti születések továbbra is elenyésző számban fordultak elő. Ezután azonban az átlagos életkor további, illetve a 30 év fölött való emelkedésével párhuzamosan (erre 2010-ben került sor) számottevően nőtt a 35 éves koruk felett gyermeket vállalók aránya. 2017-ben már az összes születés közel 20%-ában ennél idősebbek voltak az anyák, a gyermekek 3%-át pedig 40 év feletti nők vállalták. Az első születéseknél a nők az esetek 12%-ában már betöltötték a 35. életévüket, 1,6%-ban pedig a 40. életévüket is.

1. ábra: Az első születések és összes születés megoszlása az anya korcsoportja szerint, %, 1990, 2000, 2010, 2017



Forrás: KSH népmozgalmi adatok, saját számítás.

Iskolai végzettség szerint jelentős különbségek figyelhetők meg a magasabb korban történő gyermekvállalásban. A 2016-os élvészületési adatokat, illetve az ugyanebben az évben lezajlott mikrocenzus adatait elemezve (utóbbiban vannak

információink a nők iskolai végzettségére is) láthatjuk, hogy a 35 és 39 év közötti, felsőfokú végzettséggel rendelkező nők 6,1, az érettségizettek 4,3, a középfokú, szakmai képzettséggel rendelkezők 3%-ának született abban az évben gyermeke (1. táblázat). A legfeljebb általános iskolát végzettek körében valamivel magasabb ez az arány, ami valószínűleg annak tudható be, hogy ezek a nők szignifikánsan ritkábban alkalmaznak fogamzásgátlási módszereket (Makay, 2014).

1. táblázat: A gyermeket vállalók százalékos aránya a 35–39 éveseknél, valamint a 40 éves és annál idősebbek körében iskolai végzettség szerint 2016-ban

	(%)	
Legmagasabb befejezett végzettség:	35–39	40–
Max. általános iskola 8 osztálya	3.23	0.87
Szaktanulmányi iskola, szakiskola	2.98	0.65
Középiskola	4.33	0.94
Felsőfokú iskola	6.11	1.55

Forrás: Saját számítás a KSH Demográfiai évkönyv 2016. (4.2.21-es táblázat) és a KSH Mikrocenzus 2016. Iskolázottsági adatok (2.1.1 táblázat) alapján. (A 40 éves és annál idősebb korcsoport esetében a 40–44 éves korcsoport iskolázottságát vettem alapul). Olvasátpélda: a 35–39 éves korcsoportba tartozó, legfeljebb általános iskolát végzett nők 3,23%-ának született gyermeke 2016-ban.

Amennyiben azt nézzük meg, hogy az adott korcsoportban iskolai végzettség szerint hogyan oszlott meg a gyermekvállalás 2016-ban, azt látjuk, hogy a 35–39 éves korosztály születéseinek közel fele a felsőfokú végzettségű nőkhöz köthető (akik a nők 37%-át adják ebben a korcsoportban), és az iskolázottság csökkenésével csökken a születések részaránya is. A legfeljebb 8 osztályt végzett nők e korcsoport 11%-át alkotják, ők a gyermekek 7,6%-ának adtak életet (2. táblázat). A 40 éves kor feletti szülések esetében arányaiban valamelyest csökken a magasabb végzettségű nők részvállalása (noha továbbra is ők alkotják a többséget), és emelkedik a két alacsonyabb végzettségű csoporté. Magyarországon a magasabb végzettségűek később vállalnak gyermeket, a gyermekszámuk is alacsonyabb (Kapitány és Spéder, 2015; Spéder, 2006), ami visszatükröződik a korcsoportos megoszlásokban is.

Európában az utóbbi évtizedekben minden országban emelkedett a nők átlagos életkora gyermekvállaláskor. A közép-kelet-európai országokban a rendszerváltást követő években 25 és 26 éves kor körül volt az átlagos életkor, ami közel 30 évre emelkedett 2018-ra. Magyarországon a régióhoz képest már 1990-ben is magasabb volt az átlagos gyermekvállalási életkor, és ez a különbség napjainkig megmaradt, noha valamelyest csökkent (2. ábra). A keleti régióhoz képest Európa többi részében már 1990-ben mintegy 3–4 évvel magasabb

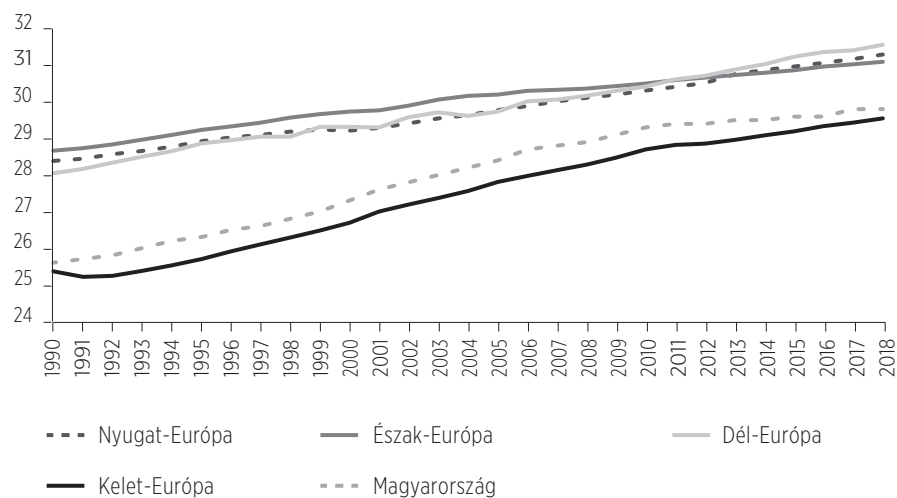
volt a gyermekvállalás átlagéletkora, jellemzően 28 és 29 év közötti értékekkel. Innen tovább emelkedett, és 2018-ban a legalacsonyabb érték az északi országokban, míg a legmagasabbak a déli országokban figyelhetők meg, az utóbbiakban a nők átlagosan 31,6 éves korukban vállaltak gyermeket.

2. táblázat: A 35–39 évesek, valamint a 40 éves és annál idősebbek körében az élveszületések megoszlása az anya legmagasabb iskolai végzettsége szerint, 2016

	35–39 éves	40 éves és annál idősebb
Maximum általános iskola 8 osztálya	7,6	10,8
Szaktunskáképző iskola, szakiskola	11,3	12,8
Szakmai középfokú	31,8	31,2
Felsőfokú	47,7	43,3
Ismeretlen	1,7	1,9

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv 2016, saját számítás.

2. ábra: A nők átlagos életkora gyermekvállaláskor az Európai Unió 28 országában régiók szerint, 1990-2018



Forrás: Eurostat.

Országsoportosítások: Nyugat-Európa: Belgium, Németország, Írország, Franciaország, Luxemburg, Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság. Észak-Európa: Dánia, Finnország, Svédország. Dél-Európa: Görögország, Spanyolország, Olaszország, Ciprus, Málta, Portugália. Kelet-Európa: Bulgária, Észtország, Horvátország, Lettország, Litvánia, Lengyelország, Románia, Szlovénia, Szlovákia.

Megjegyzés: A magyarországi adatok alacsonyabbak, mint a KSH által publikáltak, ugyanis az Eurostat a nők betöltött életkorával számol, míg a KSH ehhez még hozzáad 0,5 évet azt feltételezve, hogy a születések egyenletesen oszlanak el az adott év folyamán.

Az országok között számottevő különbségek figyelhetők meg a tekintetben is, hogy a születések mekkora hányada valósul meg idősebb életkorban. Olaszországban – ahol 31,2 évvel a legmagasabb Európában a nők átlagos életkora az első gyermekvállalásakor (Eurostat-adat, 2018) – az anyák az esetek 27%-ában 35 évesnél idősebbek az első gyermek születésekor, 5,1%-ban pedig 40 év felett vállaltak gyermeket (3. táblázat). Lengyelországban, ahol a magyarországinál korábban születnek meg az első gyermekek, a 40 év feletti gyermekvállalás elenyésző, és a gyermekek 88%-át 36 évesnél fiatalabb anya hozta világra 2018-ban.

3. táblázat: A gyermekszületések megoszlása az anya életkori csoportja szerint néhány európai országban, 2018

	(%)		
	35 éves korig	36–40 év között	40 év felett
Lengyelország	87,8	10,6	1,6
Svédország	83,1	14,3	2,6
Magyarország	80,9	16,0	3,1
Németország	80,4	15,7	4,0
Olaszország	73,0	21,9	5,1

Forrás: Human Fertility Database, saját számítások.

A KÉSŐI GYERMEKVÁLLALÁS PROBLEMATIKÁJA

A kitolódott gyermekvállalás miatt az idősebb „szülőség” a kutatások homlokterébe került: fejlődési, pszichológiai szempontból jó vagy rossz-e a gyermeknek, hogyha idősebbek a szülei? Milyen előnnyel és hátrányokkal szembesülnek ezek a gyermekek? Miben más az idősebb szülők nevelési hozzáállása, nevelési stílusa, mint a fiatalabbaké?

A kutatási eredmények szerint a későbbi gyermekvállalás számos előnnyel jár. Jellemzően jobb például a szülők anyagi helyzete, hiszen már régebb óta aktívak a munkaerőpiacon, emiatt jobb körülményeket tudnak biztosítani a gyermekeiknek. Egy amerikai tanulmány szerint az anyaság egy évvel későbbre való halasztása 20 és 34 éves kor között 9%-os jövedelememelkedést jelent (Miller, 2011). Emellett a gyermekek általában stabilabb párkapcsolatba születnek, ritkább hogy nincs jelen apa, valamint a 30 évesnél idősebb apák jobban bevonódnak a gyermeknevelésbe (Cooney et al., 1993).

Ugyanakkor az idősebb szülőknek kisebb az esélyük arra, hogy megéljék a gyermekük felnőtté válását, valamint a családalapítását. Az alacsony mortalitási

tású, fejlett országokban azok a nők és férfiak, akik 25 éves korukban vállalnak gyermeket, szinte kivétel nélkül megélik a nagyszülővé válásukat, de ha 35 éves korukban születik a gyermekük, akkor a nők 11, míg a férfiak 23%-a már nem éli meg az unokái világra jöttét (Schmidt et al., 2012).

Orvosi szempontból egyértelműen a hátrányok felé billen el a mérleg. A későbbi gyermekvállalás magában rejti annak a kockázatát, hogy nehezebben fogan meg a baba, vagyis több időbe telik, és nehezebben következik be a kívánt várandósság. Erről a későbbiekben részletesen lesz szó. Emellett növekszik a vetélés és a halva születés kockázata is (Fretts et al., 1995). Míg a spontán vetélés valószínűsége átlagosan 13,5%, addig az anya 42 éves korában már minden második várandósság vetéléssel végződik (Nybo Andersen et al., 2000). Emellett nagyobb egyes genetikai betegségek, így pl. a Down-szindróma esélye, és nagyobb a koraszülések és az ikerterhességek kockázata is (Newburn-Cook and Onyskiw, 2005; Pinborg, 2005). A későbbi gyermekvállalás tehát amellest, hogy csökkenti a gyermekvállalás esélyét, egyértelműen növeli a nem egészséges gyermek születésének valószínűségét, tehát magas orvosi kockázattal jár.

A továbbiakban részletesen megvizsgáljuk, hogy a kívánt várandósság elérésében milyen szerepet játszik az életkor.

Számos kutatás kimutatta, hogy a későbbi életkorban történő gyermekvállalás erőteljesen befolyásolja annak sikerességét, a termékenységi képesség ugyanis erőteljesen csökken az életkorral. Eijkemans és szerzőtársai 17. és 19. század közötti történelmi adatokat – közel 60 ezer nő adatait – elemezve vizsgálták meg az utolsó gyermekvállalás életkorát. Arra keresték a választ, hogy mely életkorban szűnik meg a nők termékenységi képessége, mikortól nem következik már be várandósság. Ez az életkor ugyanis nem feltétlenül esik egybe a menopauzával, amelyre átlagosan 50,5 évesen kerül sor (Leridon, 2004). Abból indultak ki, hogy természetes közegben, a modern fogamzásgátlási módszerek megjelenése előtti időszakban a nők utolsó gyermekvállalási életkora jó proxija a termékenységi kor végének. És valóban, a különböző népcsoportokban, illetve a tág időkeret dacára feltűnő hasonlóságot mutatott az utolsó gyermek vállalásának medián életkora, ami 40–41 éves kor között volt. Az adatokat Kaplan–Meier-görbék segítségével elemezve kiszámolták, hogy mely életkorban kezd el csökkenni a termékenység, és növekszik annak a valószínűsége, hogy egy nő biológiai okokból kifolyólag gyermektelen marad. Az eredmények azt mutatják, hogy ennek az esélye 25 éves korban csupán 4,5%, 35 évesen már 12, 38 évesen 20%. A 38 éves kort meghaladva egyre gyorsabb tempóban emelkedik, 41 évesen 50, 45 évesen már 90, míg 50 éves korban közel 100% (Eijkemans et al., 2014). Vagyis az előrehaladott életkorral egyértelműen romlik a gyermekvállalási képesség, és

a gyermektelen nők esetében emelkedik a nem akaratlagos gyermektelenség kockázata.

A frissebb adatokat elemezve ugyanez a következtetés vonható le. A *Generations and Gender Survey* 2010-es években felvett adatait vizsgálva egy tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy a rövid távú (négy éven belüli) gyermekvállalási szándékok megvalósulásának sikeressége erőteljesen függ az életkortól. A 29–31 éves nők esetében nagyjából 70% volt annak a valószínűsége, hogy megszületik a kívánt gyermek, ugyanez a 32–34 évesek körében 61, a 35–37 éveseknél 48%, míg a 38 és 41 évesek kevesebb mint negyedénél született meg a tervezett gyermek (Beaujouan et al., 2019).

A tanulmányok tehát nem csak arra világítanak rá, hogy a magasabb életkorral csökken a gyermekvállalás esélye, hanem arra is, hogy ez a folyamat már 30 éves kor körül elkezdődik. Ahogy későbbi életkorra tolódik a gyermekvállalás, úgy egyre több pár szembesül a meddőségi problémákkal. A továbbiakban megnézzük, hogy ezalatt mit értünk, és milyen eltérő meghatározások vannak.

Orvosi értelemben a meddőség „sterilitás, azaz utódok létrehozására képtelen állapotot jelent, amit az ivarmirigyek vagy a kivetető utak elváltozása okoz. Klinikai értelemben csak hosszabb, rendszeres nemi élet után lehet meddőségről beszélni, melynek két fajtája vagy: *sterilitas primaria*, amikor terhesség sohasem jött létre, valamint *sterilitas secundaria*, ha volt már vetélés vagy szülés, és ezt követően alakult ki a meddőség” (Orvosi lexikon, 1973). Orvosi szempontból megkülönböztetésre kerül tehát a gyermektelen nők és a már gyermekesek meddősége, míg a demográfiában használatos megközelítésben ez nem jelenik meg.

A demográfiában leggyakrabban használt klinikai megközelítés szerint a meddőség a reprodukciós rendszer betegsége, ami abban nyilvánul meg, hogy legalább 12 hónapos rendszeres és védekezés nélküli szexuális érintkezés után nem következik be klinikai terhesség (Zegers-Hochschild et al., 2009). Ezért javasolják a szakemberek az érintett pároknak, hogy 12 hónapnyi, hiábavaló próbálkozás után forduljanak orvoshoz (a legfrissebb ajánlások 35 év felett ezt már 6 hónap után javasolják). Ugyanakkor annak a valószínűsége, hogy 12 hónapon belül bekövetkezik a terhesség, az amúgy „egészséges” párok esetében sem biztos, és erőteljesen csökken az életkorral: 30 éves korban 75,4% az esélye, 35 évesen 66%, 40 évesen pedig csak 44,3% (Leridon, 2004). Az időkorlát lejárta után sem feltétlenül betegség áll a háttérben, sok esetben a terhesség később spontán bekövetkezik, így amennyiben tágabb időtartamot vizsgálunk, úgy ezek az arányok számottevően nőnek (ám továbbra is jelentős életkori különbségek figyelhetők meg). Például 90,7%-ra emelkedik a négy éven belül bekövetkező spontán terhesség valószínűsége, ha a kezdő életkor 30 év, 83,9%-ra a 35 éveseknél és 63,7%-ra a 40 éveseknél.

Négyévnyi hiábavaló várakozás után sem esélytelen a gyermekvállalás, ám ennek a valószínűsége ezután már legfeljebb 3 százalékpontot nő a legfiatalabb korosztály körében, az idősebbeknél pedig ennél is kevesebbet (Leridon, 2004).

E megközelítésben a meddőség tehát nem jelenti feltétlenül, hogy kizárt a spontán terhesség bekövetkezése, hiszen nem ritka, hogy a megadott 12 hónapon túl fogan meg a gyermek. Annyit jelent, hogy a megnövekedett fogantatás nélküli időtartam valamilyen egészségügyi problémára utalhat.

A sikeres gyermekvállalás szempontjából a férfi életkora sem elhanyagolható, noha az összefüggés kevésbé egyértelmű (Paulson et al., 2001). Az azonban kimutatható, hogy a magasabb női életkorhoz (35–39 év között) társult magasabb férfi életkor (40 éves vagy annál idősebb) egyértelműen csökkenti a spontán terhesség valószínűségét (Rochebrochard and Thonneau, 2003).

Nem meglepő tehát, hogy a gyermekvállalás kitolódásával növekszik azok aránya, akik nehézségekbe ütköznek gyermekvállalási tervük megvalósításánál. Ők gyakran orvosi segítséget vesznek igénybe a kívánt várandósság eléréséhez, és jó esetben a különböző asszisztált reprodukciós technológiák (ART) segítségével meg tudják valósítani a gyermekvállalási tervüket.

AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓS TECHNOLÓGIÁK NEMZETKÖZI ÉS MAGYAR VISZONYLATBAN

Asszisztált reprodukciós technológiák vagy eljárások alatt „az összes olyan kezelést vagy eljárást értjük, melyek a petesejt és hímivarsejt együttes, illetve az embrió *in vitro* kezelését foglalják magukba azzal a céllal, hogy terhesség következzen be”¹ (Zegers-Hochschild et al., 2009). Ez a meghatározás magában foglalja tehát például (de nem kizárólagosan) az *in vitro* megtermékenyítést és az embriótranszfert, de nem része a mesterséges spermafelhelyezés (inszemináció), noha Magyarországon az 1997-es egészségügyi törvény belefoglalja².

Európában évről évre növekszik a mesterséges megtermékenyítések aránya, egy év alatt, 2012 és 2013 között, 34 országban csaknem 4%-os emelkedés volt megfigyelhető (Calhaz-Jorge et al., 2017). 17 országról rendelkezünk teljes körű adattal, közülük Dániában volt a legmagasabb ez az arány, ahol egy év alatt a gyermekek közel 6%-a született valamilyen asszisztált reprodukciós eljárás következtében (Calhaz-Jorge et al., 2017).

¹Saját fordítás az alábbiak alapján: „all treatments or procedures that include the *in vitro* handling of both human oocytes and sperm, or embryos, for the purpose of establishing a pregnancy”.

² Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Az országok erőteljesen eltérnek egymástól a tekintetben, hogy hány asszisztált reprodukciós eljáráshoz köthető beavatkozást hajtanak végre. A lista élén Belgium, Dánia és Izland áll, de a keleti országok közül Szlovénia és Csehország is az élvonalban található mintegy 9000 ART-ciklussal egymillió, 15–45 éves nőre számítva. Magyarország a 30 európai országot tartalmazó lista végén van, nagyjából 2500 ciklussal (Präg et al., 2016).

A különbségek egy része azzal magyarázható, hogy eltérő az országok jogi szabályozása az asszisztált reprodukciós eljárásokra vonatkozóan. Eltér abban, hogy kik jogosultak rá (csak házasok, vagy egyedülállók, illetve homoszexuális kapcsolatban élők is), másrészt pedig, hogy milyen eljárás szabályszerű az adott országban (pl. petesejt-donáció, béranyaság stb.) (Präg and Mills, 2015).

Magyarországon hivatalosan létezik a „reprodukciós eljárások adatbázisa”, ami az eljárások jellegét, eredményét, illetve az abban résztvevők főbb ismérveit tartalmazza. Az adatbázis a jogszabály szerint nyilvános, és a többször módosított 339/2008 (XII. 30.) Korm. rendelet szerint jelenleg az országos tisztifőorvos működteti. Feladata az adatok összegyűjtése, feldolgozása és évenkénti jelentés összeállítása, amelyet a tárgyévét követő második év február 20-ig kell a honlapján közzétennie. Ám az utóbbi évekre vonatkozóan nem található ilyen adatbázis³, a legfrissebb adatok 2014-re vonatkozóan érhetőek el, amelyeket az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) állított össze az akkor érvényes jogszabályok értelmében. Összesen 12 intézet adatai érhetőek el intézeti bontásban, ám az adatszolgáltatás hiányos, nem érhető el például a lejelentett esetek aránya. Ahogy a bevezetőben írják, „az adatgyűjtés nem a rendeletben előírtaknak megfelelően történt”, „a jelentés a meglévő adatok összesítése és leírása” (OBDK, 2016).

A jelentés szerint mintegy 7000 esetben indult meg asszisztált reprodukciós eljárással kapcsolatos kezelés 2014-ben ezekben az intézetekben. 1803 klinikai terhességet regisztráltak, ám az esetek közel negyedére vonatkozóan nincsen arról információ, hogy bekövetkezett-e a klinikai terhesség vagy sem. A sikerráta 25,7%, de ha csak azokat az eseteket vesszük figyelembe, ahol van adat, akkor 30,6%-os volt. A terhességi rátát tekintve úgy tűnik, hogy Magyarország a középmezőnyben helyezkedik el, hiszen a legtöbb országban a sikerességi ráták eljárástól függően 16 és 30% között mozognak (Calhaz-Jorge et al., 2017). Az adatbázis ugyanakkor nem tartalmaz adatot arra vonatkozóan, hogy az eljárások mekkora hányada végződött élveszületéssel, szemben a nemzetközi elvárásokkal.

³ Az erre vonatkozó megkeresésemre az országos tisztifőorvos nem adott választ.

2008-hoz képest Magyarországon számottevően nőtt a beavatkozások száma, hiszen a 2010-es jelentés szerint ekkor csak nagyjából 2300 beavatkozásról számoltak be a klinikák (EMKI, 2010). A két időpont között megfigyelhető, hogy az eljárásban részt vevő nők életkora számottevően emelkedett. Az adatok korcsoportos bontásban érhetőek el, és míg 2008-ban a nők az esetek 40%-ában töltötték be a 34. évüket, addig 2014-ben már a 64%-uk tartozott a felsőbb korosztályokba (4. táblázat).

4. táblázat: A lejelentett asszisztált reprodukciós eljárások százalékos megoszlása a nők korcsoportjai szerint, 2008 és 2014

Nők életkora	2008	2014
30 év alatt	17,0	7,8
30–34 év	42,4	28,1
35–39 év	26,9	39,1
40–44 év	12,3	22,0
44 év felett	1,4	3,0
Esetek száma	2 289	7 023

Forrás: Saját számítás EMKI 2010 és OBDK 2014 alapján.

A hiányos adatok és a mélyebb elemzési lehetőségek miatt a továbbiakban a Kohorsz'18-adatokat elemezzük arra vonatkozóan, hogy a várandós nők és gyermeküket váró férfiak milyen arányban szembesültek nehézségekkel a gyermektervezés során, és milyen mértékben vettek igénybe kezelést, vagy valamilyen asszisztált reprodukciós eljárást a célból, hogy a kívánt várandósság bekövetkezzen.

ADATOK, MINTA ÉS ELEMZÉSI MÓDSZER

A Népeségtudományi Kutatóintézet Kohorsz'18 kutatásában a várandósság 7. hónapjában történt adatfelvétel a gyermeküket váró nőkkel 2017–2018 során. Az adatfelvételt a védőnők végezték, a minta nagysága mintegy 8300 fő volt (Veroszta, 2018). A kérdőívben helyet kaptak a fogantatás körülményeit taglaló kérdések is, amelyek egy része arra vonatkozott, hogy a párnak⁴ voltak-e gyermekvállalási nehézségei, és hogy a várandósság előtt ezzel kapcsolatban fordultak-e orvoshoz, részt vettek-e asszisztált reprodukciós eljárásban. Így a Kohorsz

⁴ A megkérdezett nők mindössze 1,7%-ának nem volt partnere.

adatbázisa egyedi módon lehetőséget ad ezen alapinformációk megismerésére, megtudhatjuk belőle, hogy a gyermeket vállaló párok esetében mennyire sikerült a gyermekvállalási terveiket akkor megvalósítani, amikor akarták, illetve milyen gyakori volt, hogy ehhez valamilyen kezelésre volt szükség.

Az elemzésben arra keressük a választ, hogy a nők és férfiak életkora mennyiben függött össze a gyermekvállalási nehézségekkel. Összehasonlítjuk a különböző korcsoportú nőket, férfiakat, valamint párokat, és regressziós elemzésekkel kiszámítjuk, hogy az előrehaladott életkor mennyivel növelte annak a valószínűségét, hogy a gyermekvállalás nehézségekbe ütközött. Magyarországon ismereteink szerint még nem készült erre vonatkozóan becslés.

A Kohorsz'18 adatfelvétel-mintája reprezentálja az egy adott évben Magyarországon gyermeket vállaló nőket a főbb demográfiai mutatók szerint (nem, életkor, iskolai végzettség stb.). Célunk a tervezetten gyermeket vállaló nők teherbeesési körülményeinek, nehézségeinek elemzése. Így azokat a nőket elemezzük, akik „tudatos gyermekvállalók”, vagyis egyrészt igenlő választ adtak arra a kérdésre, hogy „Mielőtt most terhes lett, szeretne volna-e, hogy valaha még gyermeke szülessen?”, másrészt azt állították, hogy a kívánt gyermek „pont időben” vagy ennél „később” érkezett. Kizárjuk azokat, akiknek nem voltak ilyen terveik, illetve akiknél a várnál korábban érkezett a gyermek, hiszen esetükben nem releváns a kívánt várandósság elérésének idejét vizsgálni. A várandós nők kétharmada tervezte e definíció szerint a gyermekvállalást, ők alkotják tehát a leválogatott mintánkat.

GYERMEKVÁLLALÁSI NEHÉZSÉGEK A VÁRANDÓSSÁGOK MEGELŐZŐEN ÉS A TEHERBEESÉSI IDŐ

Az elemzés elvégzése előtt a kérdőív kérdéseit követve leíró jelleggel megnézzük, hogy a gyermekvállalást tervező nők milyen válaszokat adtak az asszisztált reprodukciós blokkra. Itt csak azokat vesszük figyelembe, akik a kérdőív minden kérdésére következetesen válaszoltak, így elemszámunk ebben a leíró részben 5116 főt tett ki.

A nők átlagéletkora 31,3 év volt, és valamivel több mint minden második nő az első gyermekét várta az adatfelvétel idején. A kérdőív „Asszisztált reprodukció” című része azzal kezdődött, hogy megkérdeztük a várandósoktól, hogy jelenlegi várandósságukat megelőzően volt-e tudomásuk valamilyen őket vagy a partnerüket érintő egészségügyi problémáról, amely megnehezíthette a teherbeesést. Majd feltettük azt a kérdést is, hogy mennyi ideig tartott, mire

a kívánt várandósság bekövetkezett. Végül pedig, hogy „a célból, hogy jelenlegi várandóssága bekövetkezzen „Őn és/vagy partnere fordultak-e orvoshoz?”. A kérdésekre adott válaszok megoszlását a kérdőív (részleges) folyamatábrája mutatja be (3. ábra).

Az anyák egyötöde nyilatkozta, hogy már előzőleg tudtak egészségügyi problémáról. Ők az esetek 62%-ában gyermektelenek voltak, tehát az egészségügyi probléma feltehetően nem egy korábbi gyermekvállalással függött össze (noha előfordulhatott pl. korábbi vetélés), hanem vélhetően egyéb egészségügyi vagy nőgyógyászati okokkal (műtét stb.) magyarázható.

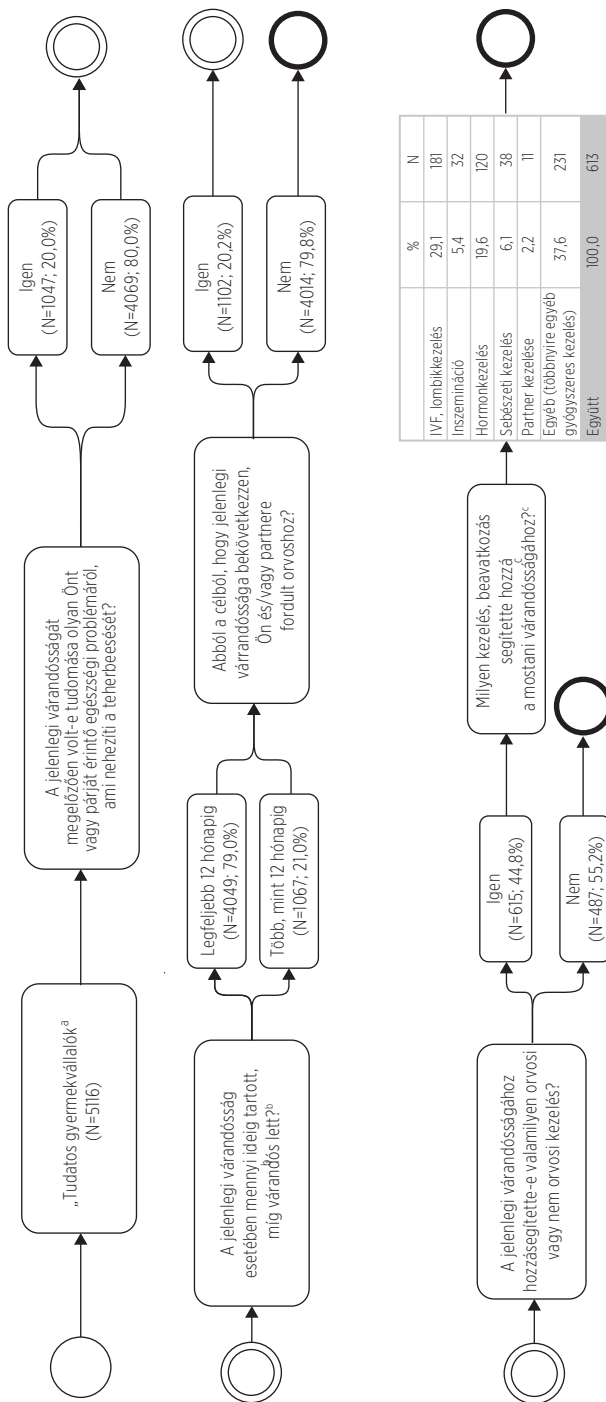
Arra a kérdésre, hogy mennyi időbe telt, mire a várandósság bekövetkezett, a nők 93%-a válaszolt. Náluk az esetek 79%-ában a várandósság egy éven belül következett be, ugyanakkor minden ötödik nő esetében tovább tartott. 10,1 hónap volt az átlag, miközben a mediánérték ennél jóval alacsonyabb, 4 hónap. A nők 20%-a fordult orvoshoz amiatt, hogy a várandósság bekövetkezzen, és a várandósságok 11%-át (az orvoshoz fordulók esetében 45%) segítette hozzá valamilyen orvosi vagy nem orvosi kezelés (diéta, pszichológiai kezelés stb.). Ha a teljes mintánkat nézzük (azokat a nőket, akik gyermeket terveztek), akkor 12% (613 fő) volt azon nők aránya, akiknek a várandósságukhoz valamilyen kezelés hozzájárult.

A kérdőívben előre meg voltak adva válaszlehetőségek arra vonatkozóan, hogy a „kismamát” milyen kezelés segítette hozzá a mostani várandósságához, ahol többet is be lehetett jelölni. Ezeket úgy csoportosítottuk, hogy amennyiben a válaszadó egynél több kezelést jelölt be, akkor a válaszokat rangsoroltuk, és a megfelelő kategóriába illesztettük. Rangsorban: 1.) in vitro fertilizáció (mesterséges megtermékenyítés / in vitro fertilization IVF); 2.) inszemináció; 3.) hormonkezelés 4.) sebészeti beavatkozás 5.) partner kezelése 6.) egyéb (itt többnyire gyógyszeres kezeléstről számoltak be a nők).

A válaszokat ilyen módon csoportosítva látható, hogy a kezelés segítségével gyermeket várók (a minta 12%-a) közel harmada (29%) lombikkezelés következtében lett várandós. Nagyjából 40%-uk esetében azonban elégséges volt kisebb mértékű beavatkozás, ami többnyire gyógyszeres kezelést jelentett. Minden ötödik nőt hormonkezelés segítette hozzá a várandóssághoz, 6%-ukat sebészeti kezelés, 5%-ot inszemináció, 2%-ot pedig a partner kezelése.

Amennyiben a fenti kérdéseket megnézzük korcsoportos bontásban, úgy látszik, hogy az idősebb nők nagyobb arányban szembesültek nehézségekkel a fogantatás során (5. táblázat). Többen közülük már a tervezett gyermek előtt is tudtak valamilyen, a teherbeesést nehezítő egészségügyi problémáról. A 30 év alattiak 15%-át érintette, míg 40 éves korban vagy afelett már a nők közel

3. ábra: A kérdőívben feltett kérdések és a válaszok megoszlásának sematikus ábrája (kivonat a kérdőívből)



Megjegyzések: ^a „Tudatos gyermekvállalók”: definícióját lásd a szövegben. Súlyozott adatok.
^b Amennyiben közben vetélese volt, számítsa bele azt az időt is: 7% esetében hiányzik ez az adat.
^c Több válasz is lehetséges!

egyharmada számított a nehézségekre. Utóbbi korcsoportban a nők közel fele számolt be arról, hogy egy évnél tovább tartott mire várandós lett, ez a 35 év alattiak mindössze 17%-áról mondható el, míg a 35–39 évesek alig ötödéről.

A várandósság elősegítése érdekében a fiatalabb nők körében 17%-ot tett ki azok aránya, akik orvoshoz fordultak, ám 30 éves kor alatt csak 8%-uknak volt végül szüksége valamilyen kezelésre. A 35 és 39 év közötti nők 28%-a fordult orvoshoz, és 17%-uk valamilyen kezelés után lett várandós, míg a 40 év felettiek negyede így érte el a várandósságot (és több mint harmaduk keresett fel orvost).

A leíró elemzés szerint az életkor a szükséges kezelésnek is jó előjelzője: míg a kezelést igénybe vevő 30 év alattiak 87%-ánál nem volt szükség lombikkezelésre, addig a magasabb életkorokban ez a nők kevesebb mint feléről mondható el. A kezelést igénybe vevők az esetek több mint 25%-ában lombikkezelés után lettek várandósok.

5. táblázat: A kérdőívben a teherbeesési nehézségére utaló kérdések korcsoport szerinti megoszlása

		< 30 év	30–34 év	35–39 év	40=< év	Együtt
A jelenlegi várandósságát megelőzően volt-e tudomása olyan Önt vagy párját érintő egészségi problémáról, ami nehezíti a teherbeesést?	Igen	15,4	20,4	25,1	31,8	20,0
A jelenlegi várandóssága esetében mennyi ideig tartott, míg várandós lett?	Több, mint 1 évig	15,9	18,2	18,5	48,7	21,0
Abból a célból, hogy jelenlegi várandóssága bekövetkezzen, Ön és/vagy partnere fordult orvoshoz?	Igen	16,6	20,2	27,8	38,0	21,2
A jelenlegi várandósságához hozzásegítette-e valamilyen orvosi vagy nem orvosi kezelés?	Igen	8,1	10,9	17,4	24,3	11,8
Amennyiben releváns: Milyen kezelés, beavatkozás segített hozzá a mostani várandósságához?	IVF a teljes minta %-ában	1,0	2,0	7,3	14,0	3,2
	IVF (a kezelések %-ában)	13,2	19,1	44,7	57,0	29,1
Esetszám (teljes)		2016	1792	1031	277	5116

Forrás: A Kohorsz'18 várandós adatfelvétele, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, saját számítások. Súlyozott adatok.

EREDMÉNYEK: AZ ÉLETKOR HATÁSA A TEHERBEESÉS NEHÉZSÉGEIRE

Elemzésünkben arra keressük a választ, hogy a várandósok, valamint a partnereik életkora hogyan befolyásolta a teherbeesést. Feltételezzük, hogy a magasabb életkorú nők gyakrabban szembesültek nehézségekkel, vagyis több ideig tartott, mire a várandósságuk bekövetkezett, és esetükben nagyobb valószínűséggel kellett valamilyen kezelést alkalmazni, mint a fiatalabbaknál. Célunk ennek a hatásnak a számszerűsítése.

Fentebb láttuk, hogy a nemzetközi adatok egyértelműen kimutatták ezt az összefüggést, ám a magyar adatok elemzése újdonságnak számít. Ugyanakkor a nemzetközi irodalom keveset foglalkozik az apai életkorral (Gunes et al., 2016); nekünk lehetőségünk van ezt is, valamint a női és a férfi életkort együtt is megvizsgálni. Feltételezzük, hogy az apa életkora is negatívan befolyásolja a fogantatást, noha feltételezéseink szerint csak magasabb, 40 év feletti életkorban (Rochebrochard and Thonneau, 2003).

Azt is vizsgáljuk, hogy attól függően, hogy első vagy már nem az első gyermekről van-e szó, mekkora eltérések figyelhetők meg a gyermekvállalási nehézségekben. Erre vonatkozóan kifejezetten hiányos a nemzetközi szakirodalom is, miközben a meglévő kutatások arra utalnak, hogy az első gyermeket váró nők körében gyakoribbak a problémák (Leridon, 1982).

A teherbeesési nehézségeket elemezzük tehát, amit az alábbi módon definiáltunk:

- 1) a várandósságra 12 hónapnál többet kellett várni, és/vagy
- 2) a pár női és/vagy férfi tagja orvoshoz fordult, és a várandósság bekövetkezéséhez hozzájárult valamilyen orvosi vagy nem orvosi kezelés.

E meghatározás szerint a gyermeket tervezők közel negyedénél (23,6%) fordult elő nehézség, ami 1310 nőt érintett. Ők alkotják azt a csoportot, akiknél a definíciónk szerint nehezebben következett be a várandósság⁵.

⁵ Ahogy fentebb láttuk, a nők 7%-ánál nem volt érvényes válasz arra vonatkozóan, hogy mennyi ideig tartott mire várandósok lettek. 95%-uk nem fordult orvoshoz, nem részesült kezelésben, ezért azok közé lettek besorolva, akiknél a gyermekvállalás nem ütközött nehézségbe.

6. táblázat: Az elemzett minta leíró statisztikája

Jellemzők	N	%
Teherbeesési nehézségek ^a		
	Nem	4 209
	Igen	1 310
Várandós anya korcsoportja		
	< 30	2 215
	30-34	1 919
	35-39	1 089
	40=<	296
Leendő apa korcsoportja		
	< 40	4 333
	40=<	1 186
Anya legmagasabb iskolai végzettsége		
	Max. 8 általános	446
	Szakképzés érettségi nélkül	562
	Érettségi	2 098
	Felsőfokú	2 413
Apa legmagasabb iskolai végzettsége		
	Max. 8 általános	408
	Szakképzés érettségi nélkül	1 296
	Érettségi	2 027
	Felsőfokú	1 788
Anya meglévő gyermekszáma		
	Nincs még gyermeke	2 899
	Van már gyermeke	2 620
Apa meglévő gyermekszáma		
	Nincs még gyermeke	2 827
	Van már gyermeke	2 692
Partnerkapcsolat		
	Házasság	3 490
	Élettársi kapcsolat	1 972
	Egyéb	57
Szubjektív anyagi helyzet		
	Nehezen élnek	230
	Közepesen élnek	3 774
	Jól élnek	1 515
Régió		
	Nyugat-Dunántúl	444
	Közép-Dunántúl	706
	Dél-Dunántúl	699
	Közép-Magyarország	1 960
	Észak-Magyarország	258
	Észak-Alföld	851
	Dél-Alföld	601
Esetszám (teljes)		5 519

Forrás: A Kohorsz'18 várandós adatfelvétele, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, saját számítások. Súlyozott adatok.

^a *Definíciója:* a várandósságra 12 hónapnál többet kellett várni, vagy a pár női és/vagy férfi tagja orvoshoz fordult, és a várandósság bekövetkezéséhez hozzájárult valamilyen orvosi vagy nem orvosi kezelés.

Logisztikus regressziós modellekkel megnézzük, hogy az életkor milyen mértékben nehezítette a várandósság bekövetkeztét. Kontrollváltozóink: a nők és a férfiak legmagasabb iskolai végzettsége, a partnerkapcsolat jellege, a szubjektív anyagi helyzet, a régió, valamint a nem gyermekszám-specifikus modellekben a meglévő gyermekszám (első vagy már nem az első gyermek érkezik). Mintánkat a partnerrel rendelkező nők alkotják, akik tervezték a gyermekvállalást. Elemzésünk 5519 fő⁶. A 6. táblázat mutatja a minta főbb ismérvek szerinti megoszlását. A nők mintegy 41%-a 30 év alatti, a férfiak 79%-a pedig 40 év alatti a várandósság 7. hónapjában. A nők iskolai végzettsége magasabb, több mint 38%-uk felsőfokú végzettségű, ez a férfiak kevesebb mint egyharmadáról mondható el. Az anyák több mint fele első gyermekét várja, és több mint kétharmaduk házasságban él. A többség közepes, illetve jó anyagi helyzetben van.

Először a nők életkorának hatását elemezzük. A 30 éves koruk alatt gyermeket vállalókhöz viszonyítjuk az idősebb korcsoportokat, 5 éves korcsoportokat alkotva.

Az első modellben együtt vizsgáltuk a gyermekes és gyermektelen nőket, kontrollálva a gyermekszámra. Az eredmények szerint a 30 év alatti nőkhöz képest a 40 éves korban vagy afelett gyermeket vállalók 8,3-szer nagyobb valószínűséggel ütköztek nehézségekbe, amikor a várandósságot tervezték. De a 30 év alattiakhoz képest a másik kettő, 40 év alatti korcsoportban is szignifikánsan nagyobb ennek a valószínűsége, kezdve a 30–34 évesekkel, mivel már az ő esetükben is 1,6-szer gyakoribb, hogy nehézségek adódtak, mint a 30 év alattiaknál. 35 és 39 éves kor között pedig 3,6 az esélyhányados (7. táblázat, A panel).

Hogyan alakulnak ezek a számok, amennyiben csak a gyermektelen nőket foglaljuk bele az elemzésbe? Összességében azt látjuk, hogy a hatások felerősödnek. Akinek 30 éves koráig nem született meg az első gyermeke, az 30 és 34 éves kora között 1,9-szer akkora valószínűséggel szembesül nehézséggel a várandósság tervezésekor, mint a fiatalabbak. A 35 és 39 éves koruk között első gyermeket vállalók körében ez a valószínűség 4-szeresre nő, a 40 évesen vagy annál idősebb korban gyermeket tervezők esetében már 8,8-szeres ez a szorzó (7. táblázat, B panel).

A harmadik elemzés azokra a nőkre vonatkozik, akiknek már született legalább egy gyermekük. Itt eltűnik egy hatás: a gyermektelenektől eltérően nincs jelentősége, hogy a következő gyermek 30 éves kor előtt, vagy 30 és 34 éves kor között születik meg. Tehát, ha már született egy gyermekük fiatalabb korukban, úgy 35 éves kor alatt eltűnik az életkor „nehezítő” hatása. Magasabb életkorban azonban itt is szig-

⁶ Ez több, mint a fenti leíró részben, mert itt azokat is figyelembe vettük, akik egyes reprodukciós kérdésekre nem adtak érvényes választ, elég volt, ha be tudtuk őket kategorizálni a függő változó kategóriái szerint.

nifikánsan megnő annak a valószínűsége, hogy nehézségek adódnak: a 35–39 nél 2,8-szer olyan gyakran, mint 30 éves kor alatt, e fölött pedig a szorzó már 6,8-szeres⁷. Ezek a számok ugyanakkor számottevően alacsonyabbak, mint a gyermektelenek körében voltak. Vagyis, ha már megszületett az első gyermek, úgy magasabb életkorban könnyebben következik be újabb várandósság (7. táblázat, C panel).

7. táblázat: A női életkor hatása a teherbeesési nehézségekre (12 hónap utáni várandósság és/vagy kezelés igénybevétele). Logisztikus regressziók eredményei

Anya életkora	Esélyhányados	Szignif.	[95% Conf. Interval]		Esetszám	Megoszlás, %
A. Gyermekszámtól függetlenül						
<30	1,00	ref.			2 215	41,0
30–34	1,63	***	1,37	1,94	1 919	34,3
35–39	3,58	***	3,00	4,34	1 089	19,6
40≤	8,30	***	6,20	11,00	296	5,1
					5 519	100,0
B. Első gyermeküket váró nők						
<30	1,00	ref.			1 484	51,8
30–34	1,89	***	1,54	2,33	920	31,2
35–39	4,01	***	3,10	5,18	397	13,6
40≤	8,78	***	5,54	13,89	98	3,4
					2 899	100,0
C. Többedik gyermeküket váró nők						
<30	1,00	ref.			731	29,5
30–34	1,15	n.sz.	0,84	1,56	999	37,5
35–39	2,83	***	2,09	3,84	692	26,0
40≤	6,81	***	4,62	10,05	198	7,0
					2 620	100,0

Megjegyzés: Kontrollváltozók: nők és férfiak legmagasabb iskolai végzettsége, partnerkapcsolat jellege, szubjektív anyagi helyzet, régió, valamint a nem gyermekszám-specifikus modellekben a meglévő gyermekszám (első vagy többedik gyermek érkezik).

Minta: A partnerrel rendelkező várandós nők a várandósság 7. hónapjában.

Forrás: A Kohorsz'18 várandós adatfelvétele, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, saját számítások. Súlyozott adatok.

A továbbiakban a férfiak életkorának a hatását nézzük meg arra vonatkozóan, hogy a párnak támadtak-e nehézségei. Ennek a mérése ugyanazokon a (nők által) adott válaszokon alapulnak, mint fentebb, de ezúttal a partnerek életkorát elemezzük. A férfiak esetében a 40 éves korig, valamint az e felett történő gyermekvállalást vizsgáltuk elkülönítve, az apa életkorát tehát az anyai életkortól

⁷ A 40 év feletti esetszáma viszonylag alacsony. Így a konfidenciaintervallumok tágabbak, vagyis ezekre az eredményekre vonatkozó következtetések valamivel bizonytalanabbak.

eltérően kódoltuk. A férfiak esetében ugyanis kimutathatóan 40 éves kor fölött befolyásolja az életkor a gyermeknemzést (Rochebrochard and Thonneau, 2003), noha az eredmények egy részét vitatják. Van olyan tanulmány, amely nem talált összefüggést a férfi életkora és a fogamzóképesége között (Paulson et al., 2001).

Elemzésünkben az eredmények a férfiakra vonatkozóan is szignifikánsak: eszerint 40 év felett a férfiaknak kétszer akkora valószínűséggel akad nehézségük a gyermekvállaláskor, mint a fiatalabbaknak (8. táblázat, A panel). A férfiak esetében sem mindegy tehát, hogy mikor döntenek a gyermekvállalás mellett.

A férfiak csoportját is külön bontva a gyermekekre és az első gyermeküket várókra az eredmény megmarad, számottevően nem változik (8. táblázat, B és C panel): az első és a már nem első gyermek esetén is nehezítő tényező a 40 év feletti életkor.

8. táblázat: A férfi életkorának hatása a teherbeesési nehézségekre (12 hónap utáni várandósság és/vagy kezelés igénybevétele). Logisztikus regressziók eredményei

Apa életkora	Esélyhányados	Szignif.	[95% Conf. Interval]		Esetszám	Megoszlás, %
A. Gyermekszámtól függetlenül						
<40	1,00	ref.			4 333	78,8
40≤	2,08	***	1,78	2,43	1 186	21,2
					5 519	100,0
B. Első gyermeküket váró férfiak						
<40	1,00	ref.			2 462	87,4
40≤	2,12	***	1,67	2,69	365	12,6
					2 827	100,0
C. Többedik gyermeküket váró férfiak						
<40	1,00	ref.			1 871	70,1
40≤	2,07	***	1,68	2,55	821	29,9
					2 692	100,0

Megjegyzés: Kontrollváltozók: nők és férfiak legmagasabb iskolai végzettsége, partnerkapcsolat jellege, szubjektív anyagi helyzet, régió, valamint a nem gyermekszám specifikus modellekben a meglévő gyermekszám (első vagy többedik gyermek érkezik).

Minta: A 7. hónapban lévő várandós partnerrel rendelkező férfiak.

Forrás: A Kohorsz'18 várandós adatfelvétele, KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, saját számítások. Súlyozott adatok.

Végül együttesen vizsgáltuk meg a partnerek életkorát. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a hatások kumulálódnak-e: az idősebb életkorban lévő nők esetében például nehezebben valósul-e meg a várandósság, amennyiben a férfi is elmúlt már 40 éves? Fiatalabb nők esetén felerősödnek-e a nehézségek, amennyiben idősebb a partnerük?

9. táblázat: A női és férfi életkor együttes hatása a teherbeesési nehézségekre (12 hónap utáni várandósság és/vagy kezelés igénybevétele). Logisztikus regressziók eredményei

Anya életkora	Apa életkora	Esély-hányados	Szignif.	[95% Conf. Interval]	Esetszám	Megoszlás, %
A. Gyermekszámtól függetlenül						
<30	<40	1,00	ref.		2 050	92,6
	40≤	1,36	n.sz.	0,89 2,09	165	7,4
30-34	<40	1,00	ref.		1 593	83,1
	40≤	1,39	**	1,01 1,91	326	16,9
35-39	<40	1,00	ref.		614	56,6
	40≤	1,17	n. sz.	0,89 1,54	475	43,4
40≤	<40	1,00	ref.		76	25,7
	40≤	1,40	n. sz.	0,78 2,53	220	74,3
					5 519	
B. Első gyereüket váró párok ^a						
<30	<40	1,00	ref.		1 296	96,5
	40≤	1,91	*	0,98 3,71	49	3,5
30-34	<40	1,00	ref.		736	80,3
	40≤	1,49	n.sz.	0,89 2,48	84	9,7
35-39	<40	1,00	ref.		213	67,1
	40≤	1,28	n.sz.	0,76 2,16	105	32,9
40≤	<40	1,00	ref.		20	25,7
	40≤	1,93	n.sz.	0,51 7,38	59	74,3
					2 562	
C. Többedik gyereüket váró párok ^a						
<30	<40	1,00	ref.		754	87,1
	40≤	1,05	n.sz.	0,59 1,87	116	12,9
30-34	<40	1,00	ref.		857	77,9
	40≤	1,36	n.sz.	0,89 2,06	242	22,1
35-39	<40	1,00	ref.		401	52,3
	40≤	1,16	n.sz.	0,83 1,61	370	47,7
40≤	<40	1,00	ref.		56	25,7
	40≤	1,41	n.sz.	0,70 2,85	161	74,3
					2 957	

Megjegyzés: Kontrollváltozók: nők és férfiak legmagasabb iskolai végzettsége, partnerkapcsolat jellege, szubjektív anyagi helyzet, régió, valamint a nem gyermekszám-specifikus modellekben a meglévő gyermekszám (első vagy többedik gyermek érkezés).

^a Mind a nők mind a férfiak gyermekszámát figyelembe véve.

Minta: A várandósság 7. hónapjában lévő párok.

Forrás: A Kohorsz'18 várandós adatfelvétele, KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, saját számítások. Súlyozott adatok.

Eredményeink azt jelzik, hogy az összefüggés nem ilyen egyszerű. Az állapítható meg ugyanis, hogy a 30 éves kor alatti nők esetében a partner életkora nem befolyásolja a fogantatás sikerességét. Azon párok esetében azonban, ahol a nő 30 és 34 év között van, nehezebben sikerül a gyermekvállalás, amennyiben a

férfi 40 éves vagy annál idősebb (1,39-os az esélyhányados), vagyis az ő esetükben szignifikáns negatív hatása van a partner életkorának (9.táblázat, A panel). 35 éves vagy idősebb nők esetében nem szignifikánsak az eredmények, vagyis úgy tűnik, hogy nem számít a partner életkora.

Azt látjuk, hogy az első gyermeküket váró párok esetében, amennyiben a nő 30 év alatti, számít, hogy a partnere mennyi idős. Amennyiben 40 éves vagy idősebb, úgy nagyobb az esélye, hogy nehézségekbe ütközik a gyermekvállalás. Ezt az eredményt azonban érdemes fenntartásokkal kezelni, nagyon alacsony ugyanis az elemszám, és a számítás pontatlanságára utalnak a tág konfidenciaintervallumok is. A többi esetben nem mutatható ki hatás, ha együtt vizsgáljuk a nők és férfi partnereik életkorát, ami arra utalhat, hogy nem adódnak össze a korábban bemutatott életkori hátrányok.

Ezt a modellt is szétbontottuk az első gyermeküket váró, illetve a már nem az első gyermeküket várókra, a párok gyermekszámát együttesen figyelembe véve. A párok 11%-ában van ugyanis eltérés abban, hogy a nők és a férfiak mindketten első gyermeküket várják-e vagy egyiküknek született-e már korábban gyermeke. Akkor kerültek a párok az első gyermeküket várók kategóriájába, amennyiben egyikük sem számolt be arról, hogy lenne életben lévő gyermeke.

Azt látjuk, hogy az első gyermeküket váró párok esetében, amennyiben a nő 30 év alatti, számít, hogy a partnere mennyi idős. Amennyiben 40 éves vagy idősebb, úgy nagyobb az esélye, hogy nehézségekbe ütközik a gyermekvállalás. Ezt az eredményt azonban érdemes fenntartásokkal kezelni, nagyon alacsony ugyanis az elemszám, és a számítás pontatlanságára utalnak a tág konfidenciaintervallumok is. A többi esetben nem mutatható ki hatás, ha együtt vizsgáljuk a nők és férfi partnereik életkorát, ami arra utalhat, hogy nem adódnak össze a korábban bemutatott életkori hátrányok.

ÉVENTE MINTEGY 2000 GYERMEK SZÜLETIK ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓS ELJÁRÁSSAL

A Kohorsz'18 adatai lehetővé teszik, hogy az eredményeket kivetítsük egy adott év teljes magyarországi élveszületéseinek a számára, és megbecsüljük, hogy az egy adott évben gyermeket vállalók közül mekkora hányadot tesz ki azok aránya, akiknek a várandósság elérése nehezen sikerült.

Az adatok reprezentatívak, a 2018 április 1. és 2019. március 31. közötti magyarországi születésekre vonatkoznak, ekkor számszerűleg 88 894 gyermek jött világra⁸.

Ahhoz, hogy az összes válaszadót kategorizáljuk, először két csoportot alkotunk az alapján, hogy mennyire volt tudatos a gyermekvállalási döntés. Így alakult ki a „nem tudatos tervezők” csoportja, akik a fenti elemzésben nincsenek benne, mert a várandósság előtt vagy nem terveztek gyermekvállalást, vagy a gyermek korábban érkezett, mint tervezték, vagy nem adtak erre vonatkozóan értelmezhető választ. Ők teszik ki a várandósok nagyjából egyharmadát; vagyis a becslés szerint körükben évente mintegy 30 ezer gyermek születik Magyarországon.

A gyermekek közel kétharmada ugyanakkor tudatos tervezés után jön világra: a párok terveztek és időzítették a gyermekvállalást. Ők alkották a fenti elemzések tárgyát.

Az adatok alapján úgy becsüljük, hogy ma Magyarországon a mintegy évi 90 ezerből 20 ezer gyermek jön úgy világra, hogy a várandósság kisebb-nagyobb nehézségek után tudott csak megvalósulni, vagyis – a korábbi definíciókat alkalmazva – arra egy évnél tovább kellett várni, és/vagy rövidebb volt ugyan a várakozás, de valamilyen kezelés (orvosi vagy nem orvosi) szükségesnek bizonyult a gyermekvállalás sikerességéhez. Ez az egy adott évben született gyermekek 22,5%-át érintheti.

Tovább bontva az adatokat megállapítható, hogy összesen 1920 gyermek születik lombikbabaként, szervezeten kívüli megtermékenyítéssel, akikhez még 427 olyan gyermek társul, akik inszemináció útján fogannak meg. A két eljárás az egy évben született gyermekek 2,64%-át⁹, 2347 gyermeket érint (10. táblázat). A becslés 95%-os konfidenciaintervalluma alapján az így született gyermekek éves száma 1920 és 2631 között valószínűsíthető.

A magyarországi arányt nemzetközi összevetésben 2013-ra vonatkozóan tudjuk kontextusba helyezni. 23 európai országra vonatkozóan áll rendelkezésünkre adat, jellemzően a reprodukciós intézetek statisztikáiból (Calhaz-Jorge et al., 2017). Ahogy már korábban említettük, Dániában a legmagasabb, 6,2% a mesterséges megtermékenyítés segítségével született gyermekek aránya, ám ez egy kiugró érték, mivel 14 ország átlagát tekintve 2,2%-ot kapunk, vagyis a magyar adatok is átlagosnak mondhatók.

⁸ Az ikerterhességeket nem vesszük figyelembe.

⁹ 2,16% IVF és 0,48% inszemináció.

10. táblázat: Egy adott év élveszületéseinek megoszlása „tervezettség”, illetve meddőségi problémák szerint a Kohorsz'18 adatai alapján*

	Élveszületések száma	%
I. Tudatos tervezők	58 679	66,01
Ebből: Nem merült fel meddőségi probléma	44 820	50,42
Felmerült meddőségi probléma	13 859	15,59
Ebből: IVF vagy inszemináció után született	2 347	2,64
II. Nem tudatos tervezők	30 215	33,99
Ebből: Tervezte a gyermeket, de későbbre	17 690	19,9
Nem tervezett gyermekvállalást	5 645	6,35
Egyéb, gyermekvállalásban bizonytalanok	6 880	7,74
Együtt (I. + II. sor)	88 894	100,00

* A Kohorsz'18-adatok a 2018 április 1. és 2019. március 31. között lezajlott élveszületésekre vetítettük ki (88 894 élveszületés).

Forrás: A Kohorsz'18 várandós adatfelvétele, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, saját számítások.

ÖSSZEGZÉS ÉS AZ EREDMÉNYEK MEGVITATÁSA

Ahogy a fejlett országokban, úgy az utóbbi évtizedekben Magyarországon is számottevően megnőtt az életkor a gyermekvállaláskor, noha még mindig alacsonyabb, mint a legtöbb nyugat-európai országban. A későbbi gyermekvállalásnak vannak pozitív hozadécai is, ám orvosi, biológiai szempontból egyértelműen a hátrányok felé billen el a mérleg. A tanulmányban részletesen kifejtettük ezzel kapcsolatban a korábbi kutatások eredményeit: nem csupán a fogantatás valószínűsége csökken az életkor előrehaladtával, de annak az esélye is, hogy a várandósságból egészséges gyermek születik.

Magyarországon tudomásunk szerint még nem készült nagymintás kutatás arra vonatkozóan, hogy a gyermekekre vágyó párok mekkora része küzd meddőségi problémákkal, mennyien fordulnak orvoshoz, és hogy a gyermekvállalás milyen gyakran sikerül a kezeléseik, orvosi beavatkozások, asszisztált reprodukciós eljárások következményeként. A Kohorsz'18 adatait felhasználva célunk ennek az úrnek a (legalább részben történő) betöltése volt.

A tanulmányban számszerűsítettük, hogy gyermeket váró párok esetében a nő, illetve a férfi életkora milyen mértékben befolyásolja a várandósság nehézségbe ütközését. Ezt a következőképpen definiáltuk: vagy 12 hónapnál tovább tartott mire a várandósság bekövetkezett, és/vagy valamilyen kezelésre került sor, amely hozzájárult a kívánt fogantatás megvalósulásához. Logisztikus reg-

ressziókkal kiszámoltuk, hogy az ilyen fajta nehézségek mennyivel gyakoribbak a 30 év alattiakhoz képest magasabb korcsoportokban.

Eredményeink egybevágnak a nemzetközi szakirodalommal, továbbá mutatják, hogy az életkornak számottevő hatása van a gyermekvállalás megvalósulására: az életkor-emelkedés szignifikánsan növeli annak a valószínűségét, hogy a kívánt várandósság elérése nehézségekbe ütközik. Lényeges eredmény, hogy a 30 év alatti nőkhöz viszonyítva ez a hatás már a 30–34 évesek körében szignifikáns: esetükben 1,63-szor akkora annak a valószínűsége, hogy nehézségbe ütköznek. A 35–39 évesek körében ez a hatás 3,6-szeres, a 40 évesek és idősebbek esetében pedig 8,3-szeres. Vagyis 30 éves kortól fogva emelkedik annak az esélye, hogy a várandósság nehézségek árán következik csak be, és az életkor előrehaladtával ez a hatás tovább fokozódik.

Amennyiben az elemzést leszűkítjük az első gyermeküket váró nőkre, úgy még nagyobb annak a valószínűsége, hogy 30 éves kor felett a kívánt baba várat magára. Ugyanakkor az első gyermek után vállalt újabb várandósság esetén nem számít, hogy a következő baba 30 év alatt vagy 30 és 35 éves kor között valósul meg. Tehát amennyiben már sor került legalább egy szülésre, úgy valamelyest csökkennek az életkori hatások. Ez magasabb életkorban is igaz, noha 35 éves kor felett a már gyermekkel rendelkezők esetében is nehezebben következik be a következő várandósság.

Külön elemeztük a férfiak életkorának hatását is, attól függően, hogy a választadó nők párja 40 év alatti vagy idősebb. Kimutattuk, hogy magasabb életkorban a férfiak esetében is nehézségekbe ütközik a gyermekvállalás: amennyiben 40 évesek vagy idősebbek, kétszeresére nő a 40 év alattiakhoz képest annak a valószínűsége, hogy nehézségek adódnak. Attól függően ugyanakkor, hogy a férfiaknak született-e már gyermekük vagy sem, nem találtunk számottevő eltérést.

Megvizsgáltuk kombinálva a női és férfi életkorokat, azt feltételezve, hogy a nehézségek összeadódnak, ám erre vonatkozóan nem egyértelműek az eredmények. Kizárólag a 30–34 éves nők körében emelkedik meg valamelyest annak az esélye (1,39-szorosára), hogy valamilyen nehézséggel szembesülnek a gyermekvállaláskor, amennyiben 40 éves vagy idősebb partnerük van (a 40 év alatti partnerrel rendelkező 30–34 éves nőkhöz viszonyítva.). A nehézségek tehát magasabb életkorban nem kumulálódnak.

Eredményeink rávilágítanak arra, hogy mennyire fontos tényező az életkor a gyermekvállaláskor, továbbá nagy jelentősége van annak, hogy az első gyermek vállalására 30 éves kor előtt sor kerüljön. Ezzel egyértelműen csökkenteni lehet a meddőségi problémák felmerülésének a valószínűségét.

Fontos hangsúlyozni, hogy bár az életkori hatások erősek, gyermektelen nők esetében is nagyobb a valószínűsége annak, hogy összejön a kívánt baba, mint hogy nem. Ha egy éven belül nem is valósul meg a fogantatás, úgy a gyermektelen, 35 év alatti nők több mint felének 2 éven belül spontán módon sikerülni fog (Leridon, 2004). 35 éves kor után azonban tovább csökken az esélye, annak ellenére, hogy továbbra is nagy a valószínűsége, hogy spontán módon létrejön a terhesség.

Az asszisztált reprodukciós technológiák sikerességi aránya a spontán fogantatáshoz hasonlóan csökken a kor előrehaladtával: 30 éves korban 30, 35 évesen 24, míg 40 éves korban 17% (Leridon, 2004). Összességében az asszisztált reprodukciós technológiák messze nem kompenzálják azt, hogy 35 éves kor után számottevően csökken a spontán fogantatás valószínűsége (Leridon, 2004), illetve azt, hogy a gyermekvállalás kitolódása miatt makroszinten csökken a termékenység (Präg et al., 2016). Szimulációs modellekkel kimutatták, ha a nők lombikprogramot vesznek igénybe 2, 3 vagy 4 évnyi sikertelen teherbeesési próbálkozás után, akkor is csak fele annyi gyermek fog születni, mint ha nem halasztódott volna el a gyermekvállalás 30-ról 35 éves korra (Leridon, 2004). Összességében tehát ezek az eljárások nem kompenzálják az életkor emelkedése miatt elmaradt gyermekszületéseket. Ahogy a magyarországi adatokból becsülve láttuk, évente a gyermekek mintegy 2,7 százalék születik „lombikbabaként”, illetve inszemináció után.

Kutatásunk csak a gyermekekre vágyók egy részét ölelte fel, mégpedig azokat, akiknél bekövetkezett a várandósság. Kimaradtak azok, akik gyermekekre vágnak, de nem sikerült kiküszöbölni az egészségügyi problémákat és elérni a kívánt várandósságot, esetleg azt megtartani. Nem tudtuk meg, hányan szembesülnek problémákkal, amikor gyermeket szeretnének vállalni, valamint hányan fordulnak orvoshoz, illetve vesznek részt kezelésen anélkül, hogy megszületne a kívánt gyermek. Elképzelhető, hogy az általunk kimutatott hatások sokkal erőteljesebbek, és hogy az életkor még erőteljesebben hátráltatja a gyermekvállalást, amennyiben azokat is figyelembe vennénk, akiknél nem következik be várandósság.

IRODALOM

- Acsádi, G., Klinger, A., and Szabady, E. (1970). *Családtervezés Magyarországon. Az 1966. évi Termékenységi és Családtervezési Vizsgálat (TCS) fontosabb adatai. 27.* <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kozlemenyek/issue/view/437>
- Bauer, Zs. (2014). 'Laikus szakértő' páciensek, avagy a változó orvos-beteg viszony megélése és értékelése a meddőségkezelési eljárásban. *Kultúra És Közösség, 45(3)*, 159–172.
- Beaujouan, É., Reimondos, A., Gray, E., Evans, A., and Sobotka, T. (2019). Declining realisation of reproductive intentions with age. *Human Reproduction, 34(10)*, 1906–1914. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez150>
- Berrington, A. (2004). Perpetual postponers? Women's, men's and couple's fertility intentions and subsequent fertility behaviour. *Population Trends, 117*, 9–19.
- Billari, F. C., Goisis, A., Liefbroer, A. C., Settersten, R. A., Aassve, A., Hagestad, G., and Spéder, Zs. (2011). Social age deadlines for the childbearing of women and men. *Human Reproduction, 26(3)*, 616–622. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq360>
- Billari, F. C., Liefbroer, A. C., and Philipov, D. (2006). The Postponement of Childbearing in Europe: Driving Forces and Implications. *Vienna Yearbook of Population Research, 4*, 1–17. JSTOR.
- Bongaarts, J. (2002). The End of the Fertility Transition in the Developed World. *Population and Development Review, 28(3)*, 419–443.
- Calhaz-Jorge, C., Kupka, M. S., de Mouzon, J., Erb, K., Mocanu, E., Motrenko, T., Scaravelli, G., Wyns, C., Goossens, V., and De Geyter, C. (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: Results generated from European registers by ESHRE†. *Human Reproduction, 32(10)*, 1957–1973. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex264>
- Cooney, T. M., Pedersen, F. A., Indelicato, S., and Palkovitz, R. (1993). Timing of Fatherhood: Is 'On-Time' Optimal? *Journal of Marriage and Family, 55(1)*, 205–215. <https://doi.org/10.2307/352969>
- Eijkemans, M. J. C., van Poppel, F., Habbema, D. F., Smith, K. R., Leridon, H., and te Velde, E. R. (2014). Too old to have children? Lessons from natural fertility populations. *Human Reproduction, 29(6)*, 1304–1312. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu056>
- EMKI. (2010). *Jelentés asszisztált reprodukciós eljárásokról.* Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet.
- Frejka, T. (2008). Overview Chapter 3: Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution. *Demographic Research, 19(5)*, 73–84.
- Fretts, R. C., Schmittiel, J., McLean, F. H., Usher, R. H., and Goldman, M. B. (1995). Increased Maternal Age and the Risk of Fetal Death. *New England Journal of Medicine, 333(15)*, 953–957. <https://doi.org/10.1056/NEJM199510123331501>
- Gunes, S., Hekim, G. N. T., Arslan, M. A., and Asci, R. (2016). Effects of aging on the male reproductive system. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 33(4)*, 441–454. <https://doi.org/10.1007/s10815-016-0663-y>
- Huinink, J., and Kohli, M. (2014). A life-course approach to fertility. *Demographic Research, 30*, 1293–1326.
- Kapitány, B., és Spéder, Zs. (2015). Gyermekvállalás. In *Demográfiai Portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 41–46).

- Kneale, D., and Joshi, H. (2008). Postponement and childlessness—Evidence from two British cohorts. *Demographic Research*, 19, 1935–1968. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2008.19.58>
- Kohler, H.-P., Billari, F. C., and Ortega, J. A. (2002). The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, 28(4), 641–680.
- Kohler, H.-P., and Skytthe, A. (2001). The Age at First Birth and Completed Fertility Reconsidered: Findings from a Sample of Identical Twins. *MPIDR Working Paper, WP 2001-006*.
- Leridon, H. (1982). Stérilité, hypofertilité et infécondité en France. *Population (French Edition)*, 37(4/5), 807. <https://doi.org/10.2307/1532457>
- Leridon, H. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction*, 19(7), 1548–1553. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh304>
- Leridon, H. (2017). Effets biologiques du retard à la première maternité et du recours à l'aide médicale à la procréation sur la descendance finale. *Population*, 72(3), 463. <https://doi.org/10.3917/popu.1703.0463>
- Makay, Zs. (2014). Fogamzásgátlási módszerek alkalmazása párkapcsolatban élő nők körében. In *A család vonzásában. Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére*. (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, pp. 127–156).
- Miller, A. R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, 24(3), 1071–1100.
- Monnier, A. (2006). *Démographie contemporaine de l'Europe. Évolutions, tendances, défis*. Armand Colin.
- Navratyil, Z. (2011). Családtervezés másképp. 'Tökéletes' utód asszisztált reprodukció útján? – A jogszabályozás lehetőségei. *Családi Jog*, 9(2), 7–16.
- Newburn-Cook, C. V., and Onyskiw, J. E. (2005). Is Older Maternal Age a Risk Factor for Preterm Birth and Fetal Growth Restriction? A Systematic Review. *Health Care for Women International*, 26(9), 852–875. <https://doi.org/10.1080/07399330500230912>
- Nybo Andersen, A.-M., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., and Melbye, M. (2000). Maternal age and fetal loss: Population based register linkage study. *BMJ*, 320(7251), 1708–1712. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7251.1708>
- OBDK. (2016). *Éves jelentés a humán reprodukciós eljárásokról 2014*. Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ. *Orvosi lexikon* (Akadémiai Kiadó). (1973).
- Pailhé, A., Mortelmans, D., Castro, T., Trilla, C. C., Digoix, M., Festy, P., Krapf, S., Kreyenfeld, M., Lyssens-Danneboom, V., Martín-García, T., Rault, W., Thévenon, O., and Toulemon, L. (2014). Changes in the life course. *Families and Societies Working Paper Series*, 6, 67.
- Paulson, R. J., Milligan, R. C., and Sokol, R. Z. (2001). The lack of influence of age on male fertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5), 818–824. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113852>
- Pinborg, A. (2005). IVF/ICSI twin pregnancies: Risks and prevention. *Human Reproduction Update*, 11(6), 575–593. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi027>
- Präg, P., and Mills, M. (2015). *Assisted reproductive technology in Europe. Usage and regulation in the context of cross-border reproductive care*. <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/09/WP43PragMills2015.pdf>

- Präg, P., Sobotka, T., Lappalainen, E., Miettinen, A., Rotkirch, A., Takács, J., Donno, A., Tanturri, M. L., and Mills, M. C. (2016). *Childlessness and Assisted Reproduction in Europe* [Preprint]. SocArXiv. <https://doi.org/10.31235/osf.io/sxgu4>
- Reher, D. S., Sandström, G., Sanz-Gimeno, A., and van Poppel, F. W. A. (2017). Agency in Fertility Decisions in Western Europe During the Demographic Transition: A Comparative Perspective. *Demography*, 54(1), 3–22. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0536-0>
- Rochebrochard, E. de L., and Thonneau, P. (2003). Paternal age ≥ 40 years: An important risk factor for infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(4), 901–905. [https://doi.org/10.1067/S0002-9378\(03\)00753-1](https://doi.org/10.1067/S0002-9378(03)00753-1)
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G., Nyboe Andersen, A., and on behalf of the ESHRE Reproduction and Society Task Force. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18(1), 29–43. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr040>
- Sobotka, T. (2004). *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe* (Doctoral thesis, University of Groningen, Amsterdam: Dutch University Press.).
- Széder, Zs. (2006). Mintaváltás közben. A gyermekvállalás időzítése az életútban, különös tekintettel a szülő nők iskolai végzettségére és párkapcsolati státusára. *Demográfia*, 49(2–3), 113–149.
- Szalma, I. (2016). Az asszisztált reprodukciós eljárások elterjedtsége és elfogadottsága Magyarországon európai kitekintésben. *Magyar Tudomány*, 2, 149–158.
- Van Bavel, J., and Reher, D. S. (2013). The Baby Boom and Its Causes: What We Know and What We Need to Know. *Population and Development Review*, 39(2), 257–288. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2013.00591.x>
- Van de Kaa, D. J. (2011). On the Societal Impact of Modern Contraception. In G. Beets, J. Schippers, and E. R. te Velde (Eds.), *The Future of Motherhood in Western Societies: Late Fertility and its Consequences* (pp. 49–60). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-8969-4_5
- Van De Walle, E. (1973). Age at marriage and fertility (Implications for family planning). *IPPF Medical Bulletin*, 7(3), 1–2.
- Van De Walle, E. (1992). Fertility transition, conscious choice, and numeracy. *Demography*, 29(4), 487–502.
- Van De Walle, E. (2005). Birth prevention before the era of modern contraception. *Population and Societies*, 418.
- Veroszta, Zs. (2018). Kutatási koncepció Kohorsz '18 - Magyar Születési Kohorszvizsgálat. *Kutatási Jelentések 100.*, 100. <https://doi.org/10.21543/Kut.2018.100>
- Vicssek, L., Bauer, Zs., és Szolnoki, N. (2019). 'A cél, hogy legyen kisbabád, és minden mást félreteszél'—Etikai keretek az embriókkal kapcsolatos döntéseknél a lombikeljárás során. *Szociológiai Szemle*, 29(3), 40–79.
- Westoff, C. F., and Ryder, N. B. (1977). *The Contraceptive Revolution*. Princeton University Press; <https://doi.org/10.2307/j.ctt13x0r1q>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., van der Poel, S., and on behalf of ICMART and WHO. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Human Reproduction*, 24(11), 2683–2687. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep343>



MAKAY ZSUZSANNA

WHY IS THE WAITING FOR THE BABY SO LONG? – DIFFICULTIES IN GETTING PREGNANT, EFFECTS OF THE AGE AND ASSISTED REPRODUCTION IN HUNGARY

ABSTRACT

Using data from the Hungarian Birth Cohort Study (Cohort'18) the aim of this study is to quantify how mother and paternal age (independently and then combined) influence the difficulties in getting pregnant. These difficulties are defined as: waiting more than 12 months for the pregnancy and / or turning to a physician and getting help in the form of one or more treatments to achieve a live birth. According to the results of the logistic regression models, higher age is a good predictor of difficulties in getting pregnant. Compared to women below 30, this effect is already visible in the age group 30-34 with an odds ratio of 1.63. Among the 35-39 the effect is 3.6 and it is 8.3 among women above 40. For women waiting for their first child the effects are stronger; for mothers however they disappear in the age group 30-34 compared to those below 30. For men over 40 the difficulties are two times more frequent compared to those below 40.

An estimation on the number of children born after the use of an assisted reproduction technology was made according to which about 1920 are born after in vitro fertilization and 427 after insemination. The two procedures concern 2.64% of the children born in Hungary in one year, this means between 1920 and 2631 children taken into account the 95% confidence intervals of the estimate.





A VÁRANDÓSSÁG ALATTI DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS SZOCIO-DEMOGRÁFIAI RIZIKÓTÉNYEZŐI*

Kopcsó Krisztina

ÖSSZEFOGLALÓ

A várandósság idején fennálló depresszió és szorongás a várandósok körülbelül ötödét érintő, az anya és a gyermek egészségére is negatív hatást gyakorló mentális problémák, amelyek előfordulására a korábbi kutatások eredményei szerint befolyást gyakorolhatnak az anya szocio-demográfiai jellemzői. Jelen elemzés célja a várandósság alatti depresszió és szorongás szocio-demográfiai kockázati tényezőkkel mutatott összefüggéseinek feltárása a mai magyarországi várandósok populációjára nézve reprezentatív hazai mintán. Az elemzés tárgyát a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat első szakaszának adatai adták (n=7701). A szorongás és depresszió felmérése önkitöltős szűrőeszközökkel történt, amelyek alapján a harmadik trimeszterben járó várandósok 12,5%-ánál volt valószínűsíthető depresszió és 15,8%-uk esetén szorongásos zavar. A várandósság alatti depresszió és szorongás fennállásának valószínűsége az egyváltozós statisztikai elemzésekben mindegyik vizsgált prediktor változóval (iskolai végzettség, életkor, paritás, partnerkapcsolati helyzet, várandósság tervezettség, háztartás jövedelme, saját és partner munkaviszonya, lakhely) szignifikáns összefüggést mutatott. A többváltozós statisztikai elemzésben a prediktor változók hatása a várandós és a partnere munkaviszonyának kivételével változatlanul fennállt, és összességében a várandósság alatti depresszió és szorongás variációjának 9–14%-át magyarázta. Az elemzés eredményei igazolták, hogy az

* Jelen tanulmány elkészülte és a Kohorsz '18 kutatás adatfelvétele az EFOP-1.9.4-VEKOP-16-2016-00001 azonosítószámú, „A szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása” című kiemelt projekt keretében valósult meg.





KOPCSÓ KRISZTINA

alacsonyabb iskolai végzettség, a fiatalabb életkor, a többgyermekesség, a nem házaspáros családi állapot, a nem tervezett várandósság, a háztartás alacsony jövedelme és az észak-magyarországi, észak-alföldi, valamint pesti lakhely összefüggést mutatnak a várandósság alatti szorongás és depresszió fennállásának magasabb kockázatával, ugyanakkor az egyének közötti különbségek csupán csekély részéért felelnek. A vizsgált rizikótényezők közül a depressziós és/vagy szorongásos tünetek fennállásának valószínűségéhez a többváltozós modellben az járult hozzá a legnagyobb mértékben, ha a várandósnak nem volt vele élő partnere, ha a harmadik vagy többedik gyermekét várta, ha a háztartásának a jövedelme az alsó ötödhöz tartozott, és ha a lakhelye Pest régióban volt.

Tárgyszavak: prenatális depresszió; prenatális szorongás; várandósság, rizikótényezők

Kopcsó Krisztina, Népeségtudományi Kutatóintézet
E-mail: kopcs@demografia.hu



BEVEZETÉS

A várandósság normatív krízisnek tekinthető, amely jelentős alkalmazkodást igényel, és esetenként pszichés tünetekhez vezethet. Az erre irányuló kutatások az általánosságban is legnagyobb prevalenciát mutató (World Health Organization, 2017) depresszív és szorongásos zavarokat a leggyakrabban előforduló prenatális pszichológiai problémákként tárgyalják (Bödecs et al., 2013). A várandósság alatti szorongás kapcsán egyfelől az ebben az időszakban jelen lévő, a szorongásos zavarok (pl. generalizált szorongásos zavar, pánikzavar, különféle fóbiák) közé sorolt tünetegyütteseket említhetjük meg, amelyekben a vezető tünet a túlzott mértékű félelem, szorongás és aggodalom. Másfelől vizsgálhatjuk a személy általános, illetve a várandóssággal összefüggő szorongásszintjének mértékét, mintegy folytonos változóként. A depresszió klinikai kórképére a szomorúság/lehangoltság mellett csökkent érdeklődés és az örömrzésre való kép telenség, a testsúly-/étvágyváltozás, csökkent gondolkodási/összpontosítási/döntési képesség, alacsony önértékelés, alvászavar, fáradtság/energiátlanság érzése, agitáció vagy éppen gátoltság, és a halál/öngyilkosság gondolatával való gyakori foglalkozás jellemző. A diagnózis felállításához az említettek közül meghatározott számú tünetnek kell ugyancsak meghatározott ideig jelen lennie (American Psychiatric Association, 2013). A klinikai tünetegyüttes (egyszeri vagy visszatérő major depresszív zavar) meglétének megállapítása mellett azonban szintén létjogosultsága lehet a depresszív tünete súlyosság vizsgálataának. A várandósság alatti szorongás és depresszió következményeit kutató elemzések gyakrabban vizsgálják a szorongásos és depresszív tünetek önbeszámoló teszte kkel felmért súlyosságát (akár folytonos, akár kategoriális változókként kezelve azt), mint a szakember által megállapított klinikai tünetegyüttes fennállását, amelynek hátterében főként a diagnosztikai interjúk alkalmazásának és finanszírozásának nehézsége állhat (Dunkel Schetter and Tanner, 2012).

Elméleti szempontból aközött is különbséget tehetnénk, hogy a szorongásos/depresszív zavar a várandósságot megelőzően és aközben egyaránt fennáll (vagyis a várandósság a pszichológiai probléma fennállása alatt következett be), a várandósság alatt lép fel azzal összefüggésben, vagy pedig a várandósság alatt lép fel, ám attól függetlenül. Gyakorlati szempontból ennek a vizsgálatára azonban csak kevés kutatási elrendezés alkalmas, így jelen adatok sem teszik ezt lehetővé. Mindemellett azt is fontos szem előtt tartani, hogy a várandósság során természetesen fellépő szomatikus tünetek – étvággal, alvással kapcsolatos problémák, fáradtság – nehezítik a depresszív zavar felismerését, mert ha depresszív tüneteknek tekintjük őket, az a depresszív zavar felüldiagnosztizálásához,

az ellenkezője pedig az aluldiagnosztizálásához vezethet. Ugyan ezek a testi tünetek a várandósság idején egyébként is gyakoriak, az étvágyváltozás kivételével azonban gyakrabban jelennek meg depresszív zavarral diagnosztizált nők esetén (Nylen, Williamson, O'Hara, Watson, and Engeldinger, 2013).

A nagyobb mértékű szorongással vagy depresszióval jellemezhető várandósok mellett, hogy több szomatikus panaszt tapasztalnak, több időt töltenek betegszabadságon, többször fordulnak orvoshoz, valamint gyakrabban választják az epidurális érzéstelenítést és a tervezett császármetszést is (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström, and Bixo, 2004). A prenatális depresszió összefüggést mutat a nem megfelelő súlygyarapodással, a magasabb mértékű alkoholfogyasztással, szerhasználattal és dohányzással (Zuckerman, Amaro, Bauchner, and Cabral, 1989). A várandósság alatti szorongás és depresszió az anya szülést követő szorongását és depresszióját is előre jelzik (Hompoth, Gálosi, Becsei, és Töreki, 2020; Hompoth, Töreki, Baloghné Fűrész, és Németh, 2017; Lefkovics et al., 2018). A prenatális depresszió, szorongás és stressz feltehetőleg a fentiekkel is összefüggésben negatív hatást gyakorol a születendő gyermek fejlődésére (Bussières et al., 2015; Dunkel Schetter and Tanner, 2012; Grigoriadis et al., 2013; Hollins, 2007; Togher, Treacy, O'Keeffe, and Kenny, 2017), amelyek közül kiemelkedik a koraszülés és a kis születési súly kockázatának a növekedése. Ez a negatív hatás a felnövekedés későbbi időszakában is megmutatkozik, a várandósság idején tapasztalt anyai depresszió és szorongás mértéke ugyanis összefüggést mutat a gyermek későbbi szocio-emocionális (Madigan et al., 2018) és kognitív (Kingston, McDonald, Austin, and Tough, 2015; Tuovinen et al., 2018) fejlődésével.

Elemzésem célja a várandósság alatti depresszív és generalizált szorongásos tünetek szocio-demográfiai kockázati tényezőinek számbavétele, a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat várandósság alatt felvett, önbeszámolón alapuló adatainak alapján. Amint az az alábbi szakirodalmi összefoglalóban körvonalazódik, külföldi elemzésekben számos társadalmi és demográfiai tényező bizonyult relevánsnak ezek vonatkozásában, melyek egy részének jelentősége magyarországi minták esetén is elemzésre került (Bödecs et al., 2013; Dudas et al., 2012; Hompoth et al., 2020, 2017; Lefkovics et al., 2018).

A VÁRANDÓSSÁG ALATTI DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS EPIDEMIOLÓGIÁJA

Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford és Harris (2017) 96 kutatást összegző metaanalízisének tanulságai szerint a prenatális depresszió előfordulási aránya alacsony és közepes bevételű országokban 19,2, míg a magas bevételekkel rendelkező országokban 9,2% volt. Dennis, Falah-Hassani és Shiri (2017) 102 kutatást összegző metaanalízise pedig azt mutatta, hogy a várandósok 15,2%-a küzd klinikailag diagnosztizálható szorongásos zavarral. Szorongásos tüneteket összességében ennél többen, a várandósok 22,9%-a tapasztalt (az első trimeszterben 18,2, a másodikban 19,1, a harmadikban pedig 24,6%). A prevalenciaértékek ez esetben is különböztek az ország bevétele szerint: alacsony és közepes jövedelmű országokban a szorongásos zavar (18,2%) és a szorongásos tünetek (34,4%) előfordulása egyaránt gyakoribb volt, mint a magas bevételű országok esetén (13,4% és 19,4%). A depresszív és szorongásos zavarok együttes fennállása meglehetősen gyakori (Rush et al., 2005), ami a várandósság alatti szorongás és depresszió vonatkozásában is megfigyelhető (Falah-Hassani, Shiri, and Dennis, 2017).

Nagyobb, hazai kutatásokból főként a prenatális depresszióról állnak rendelkezésre adatok, amelyek 8-tól 20%-ig terjedő prevalenciáról adnak számot. Hompoth és munkatársai (2017) szegedi perinatális depressziószűrésre (n=3849) támaszkodó eredményei szerint a magyar várandósok 6,5–10,8%-ánál valószínűsíthető minor vagy major depresszió, és a depressziós várandósok aránya az első trimeszterben a legmagasabb (10,8%), majd a második (6,9%) és harmadik (6,5%) trimeszterben alacsonyabb. Hompoth és munkatársai (2020) békéscsabai depressziószűrésen (n=1708) alapuló kutatása alapján a várandósok 11,9–15,3%-ánál valószínűsíthető minor vagy major depresszió, ami szintén a harmadik trimeszterben volt a legalacsonyabb (11,9%). A depressziós várandósok arányának csökkenése szempontjából számottevő lehet a felmérések szűrésen alapuló módszertana, ami ideális esetben intervenciót is von maga után. Dudas és munkatársai (2012) Délkelet-Magyarországon lezajlott kutatásának eredménye szerint (n=1719) a 12–24. hét között felmért várandósok 17,2%-ánál valószínűsíthető depresszió. Végül Bödecs és munkatársainak (2013) Szombathely bizonyos védőnői körzeteire kiterjedt, teljes körű (n=503) kutatása – amely egyaránt vonatkozott a depresszióra és a szorongásra – arra az eredményre jutott, hogy várandósságuk első trimeszterében a gyermeket váró nők 14,2%-a vonásszorongás, 19,9%-a pedig enyhe, közepes vagy súlyos depresszió jelét mutatta.

A VÁRANDÓSSÁG ALATTI DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS KOCKÁZATI TÉNYEZŐI

A prenatális depresszió és szorongás kockázati tényezőinek kapcsán gazdag külföldi szakirodalmi háttér áll rendelkezésünkre, több áttekintő tanulmánnyal (Bayrampour, Vinturache, Hetherington, Lorenzetti, and Tough, 2018; Biaggi, Conroy, Pawlby, and Pariante, 2016; Lancaster et al., 2010). Biaggi és munkatársai (2016) 97 tanulmány (köztük 12 áttekintő tanulmány) összegzése révén vizsgálták a várandósság alatti depresszió és szorongás pszicho-szociális és környezeti rizikófaktorait. Elemzésükben a következő szocio-demográfiai rizikófaktorokat azonosították (figyelembe véve azon tanulmányok számát, amelyekben az adott tényező rizikófaktorak bizonyult, szemben azokéval, amelyekben nem): egyedülálló partnerkapcsolati státusz (14 vs. 5), nem tervezett vagy nem kívánt terhesség (22 vs. 2), alacsony iskolai végzettség (17 vs. 9), és alacsony jövedelem (15 vs. 3). Az eredmények a munkanélküliség (11 vs. 6) és a kisebbségi etnikum (7 vs. 4) esetén vegyesebbnek mutatkoztak. Az életkor kapcsán 13 kutatás a fiatal, míg 10 az idős életkort találta rizikófaktorának, további 10 kutatás nem mutatott ki összefüggést az életkor és a várandósság alatti szorongás vagy depresszió között. A paritást illető eredmények hasonlóképp vegyesnek mutatkoztak: 5 tanulmány a többgyermekes, 3 kutatás az első gyermekét váró anyák esetén mutatott ki nagyobb rizikót, 10 pedig nem mutatott ki összefüggést a paritás és várandósság alatti depresszió/szorongás között. Ezzel összhangban a graviditást vizsgáló kutatások is vegyes eredményeket mutattak: 2 szerint a már több alkalommal várandós, míg 1 szerint az első alkalommal várandós anyák depresszió-/szorongásszintje magasabb, 2 kutatás pedig nem talált összefüggést. Végül a partner munkanélkülisége jelentősnek bizonyult (4 vs. 0), de ennek megítélésére mindaddig csupán kevés adat áll rendelkezésre. A szocio-demográfiai tényezők mellett a kutatás természetesen a pszicho-szociális és egészségi rizikófaktorokra (pl. a partnerkapcsolat minősége, a partner támogatása, korábbi mentális betegség, negatív életesemények, abúzus, terhességi komplikációk, szerhasználat stb.) is kiterjedt, igazolva azok jelentőségét.

A hazai vizsgálatok a fenti összefüggésekkel többnyire összhangban állnak. Dombi, Berta és Jámbori (2019) hozzáférési mintán (n=364) igazolták a depresszió nagyobb mértékét multiparitás és nem tervezett várandósság esetén. A szerzők elemzésében a depresszió előfordulása az anya iskolai végzettségével, lakóhelyével, családi állapotával és életkorával nem mutatott összefüggést, a vizsgálatban azonban jelentősen alulreprezentáltak voltak az alacsony iskolai végzettségű személyek. A jövedelem, illetve a várandós és a partnere munkavi-

szonyának a hatását nem vizsgálták. Hompoth és munkatársai (2017) a várandósság alatti depresszió magasabb mértékét mutatták ki nem tervezett várandósság, 26 év alatti vagy 34 év fölötti életkor, egyedülálló családi állapot, illetve multiparitás esetén. Hompoth és munkatársai (2020) vizsgálatában az életkor és a családi állapot csak az első trimeszterben befolyásolta a depresszió előfordulását, amit ekkor a 21 év alattiak és az egyedülálló anyák nagyobb hányadánál valószínűsítettek. A nem tervezett várandósságok mindhárom trimeszterben a depresszió nagyobb előfordulásával jártak együtt, a multiparitás negatív hatása ebben a felmérésben azonban csak tendenciaerősséggel mutatkozott meg. Az iskolai végzettség, jövedelem, munkanélküliség, lakhely hatását Hompoth és munkatársai (2017, 2020) nem vizsgálták. Dudas és kollégái (2012) vizsgálata szintén alátámasztotta az egyedülálló családi állapot, az alacsony iskolai végzettség, a multiparitás, a nem tervezett várandósság, és a szubjektíven megítélt rosszabb anyagi háttér összefüggéseit a depresszióval, valamint a felmérésükben a tanyán élő várandósok körében magasabb volt a depresszió becsült előfordulása. A várandós vagy partnerének munkaviszonyának meglétét közvetlenül nem vizsgálták, azonban egyváltozós elemzésben a nem depressziós anyák nagyobb hányada tervezte, hogy a posztpartum időszakot követően visszamegy dolgozni, ami feltehetőleg összefüggött az anyák fennálló munkaviszonyával. Az életkor, a gyermekek száma, és az hogy valaki élettársi vagy házastársi kapcsolatban élt kutatásukban nem mutatott összefüggést a depresszióval, és többváltozós elemzésben a szocio-demográfiai változók közül már csak a multiparitás, valamint a nem tervezett várandósság bizonyult rizikófaktornak. Bödecs és munkatársai (2013) a várandósság alatti szorongást és depressziót egyaránt vizsgálva azt találták, hogy mindkét probléma előfordulása magasabb a munkanélküli, a 20 évesnél fiatalabb, az alacsony iskolai végzettségű, és a rosszabb anyagi helyzetű várandósoknál. A párkapcsolati státusz csak a depresszió esetén bizonyult relevánsnak: az élettársi kapcsolatban élők a házasságban élőkhez viszonyítva több depresszív tünettől küzdöttek. A paritás, a várandósság tervezettsége, a lakhely, és a partner munkaviszonyának hatását nem vizsgálták.

Ami tehát a szocio-demográfiai változókat illeti, a külföldi szakirodalommal részben összhangban a hazai mintán megerősítést nyert a multiparitás, az alacsony iskolai végzettség, az egyedülálló partnerkapcsolati státusz, a nem tervezett várandósság, a rosszabb anyagi helyzet, továbbá a munkanélküliség – mint rizikófaktorok – jelentősége. Az élettársi kapcsolatot, és az életkort illető eredmények nem mutattak egyértelmű képet, a partner munkanélküliségének, valamint az etnikumnak az esetleges hatásai nem kerültek felmérésre. A hazai prevalenciaadatok, így például a szegedi, békéscsabai, szombathelyi, és délke-

let-magyarországi előfordulási arányok különbözőségei annak a lehetőségét is felvetik, hogy a prenatális depresszió és szorongás esetleg területi különbségeket is mutat, ám ezt eddig még egyetlen átfogó kutatás keretein belül nem vizsgálták.

Jelen elemzés célja a szóban forgó potenciális rizikófaktorok várandósság alatti depresszióval és szorongással mutatott összefüggéseinek feltárása reprezentatív hazai mintán, különös hangsúllyal a korábban felmérésre nem került vagy vegyes eredményeket mutató változókra. Az etnikai kisebbséghez tartozás esetleges hatását mindazonáltal az elemzés nem vizsgálja, mert annak felmérésére a Kohorsz '18 kutatás első hullámában nem került sor.

MÓDSZER

Minta és eljárás

Az elemzés a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet (NKI) által folytatott Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat első, várandós szakaszának adatain történt (n=8287). A Kohorsz '18 kutatás súlyozott, várandós adatbázisa a 2018-ban várandós anyák populációjára nézve reprezentatív (iskolai végzettséget, paritást, hivatalos családi állapotot, életkort, illetve a lakhely fejlettségi mutatóját tekintve), és azon anyák közel 10%-át foglalja magában, akik a várandósgondozási könyvben rögzített adatok alapján a 2018 április 1. és 2019 április 30. közötti időszakra várták a gyermekük születését (lásd bővebben Kapitány, 2018; Szabó et al., 2020). Az adatbázis a várandósok lakhelyének földrajzi elhelyezkedését illetően nem tekinthető reprezentatívnak.

A mintavétel a védőnői körzeteken alapuló, és a területek társadalmi státuszát is figyelembe vevő véletlen kezdőpontú szisztematikus mintavétellel történt. A mintába kerülő védőnői körzetekben az adott időszakra gyermeket váró nők kutatásra való felkérése teljes körű volt. A várandós nők felkérését és lekérdezését az NKI által képzett védőnők végezték a várandósok tájékoztatását és írásos beleegyezését követően. Az adatfelvétel ajánlott ideje a várandósság 28–31. hete közé esett, a várandósok lekérdezése azonban az esetek 3%-ában ennél korábban, 11%-ában pedig ennél később történt. A kutatás módszertanáról további részletes információkat tartalmaz a témában megjelent két jelentés (Szabó et al., 2020; Veroszta, 2018).

Az elemzés a várandós adatgyűjtés két forrására, a védőnők által szóban lekérdezett főkérdőív súlyozott adataira, és a gyermeket váró nők által kitöltött

önkitöltős kérdőív ehhez kapcsolt adataira támaszkodott. Jelen elemzésbe azon várandósok adatait vontuk be, akik lekérdezése a harmadik trimeszterben történt (a 28. terhességi héten vagy azt követően), és akiknek teljes körű adatai álltak rendelkezésre a vizsgált kimeneti változók vonatkozásában (n=7701).

Változók

Az elemzés kimeneti változói a várandósság alatti depresszió és generalizált szorongásos zavar fennállásának valószínűsége, amelyek meghatározása önkitöltős szűrőskálák segítségével történt. A szorongásos tüneteket a Generalized Anxiety Disorder-2-skála (GAD-2; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, and Löwe, 2007) magyar fordítása (<http://www.phqscreeners.com>) révén mértük fel. A GAD-2-skála két tételt tartalmaz, amelyek esetén a várandósok négyfokú Likert-skálán jelezték, hogy az elmúlt két hétben milyen gyakran tapasztaltak bizonyos érzéseket, viselkedésmódokat (0=egyszer sem, 3=majdnem mindennap). A pontszáma így 0 és 6 pont között változhat.

A depresszív tüneteket pedig a Center for Epidemiologic Studies–Depression-kérdőív (Radloff, 1977) 8 tételes változatával (CESD–D-8; Bracke, Levecque, and Van de Velde, 2008) mértük fel, amelynek magyar fordítását Szeifert (2010) adaptációjából ültettük át. A CESD–D-8-skála összesen 8 tételt tartalmaz, amelyeknél a várandósok szintén négyfokú Likert-skálán jelezték, hogy az elmúlt egy hétben milyen gyakran tapasztaltak bizonyos érzéseket vagy viselkedéseket (0=ritkán vagy soha [1 napnál rövidebb ideig], 3=legtöbbször vagy állandóan [5–7 napig]). A pontszám így 0 és 24 között változhat. A CES–D-8-skála hiányzó adatait legalább 80%-os kitöltöttség esetén a személy által megválasztott tételek átlagpontszámával helyettesítettük (lásd bővebben Szabó et al., 2020). Egyéb adathiányt tartalmazó esetek az elemzésből kihagyásra kerültek.

Mindkét kérdőív adatai jobbra ferde eloszlást mutattak. A kimeneti változók kategoriálissá alakítása mellett azok eloszlásait, az interpretálhatóságot, és a korábbi szakirodalmak módszertanát (Underwood, Waldie, D’Souza, Peterson, and Morton, 2017; Waldie et al., 2015) figyelembe véve döntöttem¹. Mivel sem

¹ Ugyan statisztikai szempontból egyéb megoldások is felmerülhetnének, véleményem szerint az elemzés eredményei dichotóm változókat alkalmazva interpretálhatóak igazán. A ferde eloszlás mind a depresszív, mind a szorongásos tünetek kapcsán magától értetődő, miszerint a válaszadók többsége csupán ritkán tapasztal ilyen jellegű tüneteket, míg néhányan igencsak gyakran. Jelen vizsgálat célja az utóbbi csoporthoz tartozás rizikótényezőinek elemzése, és nem tárgya a normatív tartományon belüli különbségek hátterének a vizsgálata.

a CES-D-8-, sem a GAD-2-skálának nincs magyarra validált vágópontja, ennek meghatározásakor a külföldi vágópontokra, valamint a külföldi és a magyarországi prevalenciaadatokra támaszkodtam. A GAD-2-skála javasolt vágópontja ≥ 3 (Kroenke et al., 2007; NICE, 2014). Ezzel a vágóponttal jelen minta 15,8%-ánál azonosítottuk a szorongásos zavar valószínűségét, amely érték összhangban van a korábbi szakirodalmi adatokkal (Bödecs et al., 2013; Dennis et al., 2017). A CES-D-8-skálának nincsen konszenzuális vágópontja. Mivel 7, 8, illetve 9 pontos vágópontot alkalmazva jelen várandós minta 23,4, 17,1 és 12,5%-át azonosítanánk, a legújabb hazai és a magas bevételű országokra jellemző prevalenciaadatokat figyelembe véve jelen elemzésben a szigorúbbnak tekinthető ≥ 9 vágópont mellett döntöttem.

A mentális betegségek korábbi és aktuális fennállását emellett a főkérdőív arra vonatkozó kérdései is felmérték, hogy a válaszadónak a várandósságot megelőzően és az adatfelvételkor volt-e orvos által megállapított depressziója vagy bipoláris hangulatzavara, illetve szorongásos zavara, kényszerbetegsége, pánikbetegsége vagy fóbiája, és amennyiben igen, úgy szed-e ezek valamelyikére gyógyszert. Az orvos által megállapított zavarok alacsony előfordulása végett (lásd Eredmények) ezek elemzésére azonban függő változóként nem került sor.

Prediktor változóként a következők kerültek bevonásra: (1) legmagasabb befejezett iskolai végzettség (alacsony, közepes, magas)²; (2) életkor (26 év alatti, 26–34 éves, 34 év fölötti); (3) paritás (első, második, harmadik, vagy negyedik vagy többedik gyermekét várja a várandós); (4) valós partnerkapcsolati helyzet (házastársával él, élettársával él, nincs együtt élő partnere); (5) nem tervezett várandósság (tervezett, nem tervezett³, bizonytalan vagy nem besorolható⁴); (6) jövedelem (a háztartás havi, nettó, ekvivalens jövedelme, ötödökre sorolva); (7) munkaviszony megléte; (8) a partner munkaviszonyának megléte; (9) lakhely tervezési-statisztikai régiók szerinti felosztásban.

² Alacsony iskolai végzettségnek a legfeljebb szakmunkásképző vagy szakképzés érettségi nélküli végzettséget tekintettem. Közepes iskolai végzettségnek az ennél magasabb, de legfeljebb érettségit követő, felsőfokra nem akkreditált szakképzést vagy középfokú technikai végzettséget tekintettem.

³ A nem tervezett várandósságok a nem kívánt várandósságokat és a kívántnál előbb bekövetkező várandósságokat egyaránt magukba foglalják.

⁴ Ide tartozott, ha a várandós arra a kérdésre, szeretne volna-e, hogy valaha még gyermeke szülessen, „bizonytalan volt”, „nem gondolkodott rajta” „nem tudja” választ adott, vagy megtagadta a kérdésre a választást, valamint, ha az időzítést illető kérdésre „nem tudja” választ adott, vagy megtagadta a választást.

Elemzés

Az adatelemzést IBM SPSS Statistics 22 programban végeztem. Első lépésben egyváltozós statisztikai módszerrel, khí-négyzet-próbákat alkalmazva vizsgáltam meg, hogy a depresszió és a szorongás előfordulása egyenként együtt jár-e az elemzésbe bevont prediktor változókkal. Ezek során az elsőfajú hibát csökkentendő, Bonferroni-korrekciót alkalmazva a szükséges szignifikanciaszintet $p < ,006$ -ban határoztam meg. Ezt követően logisztikus regressziós modellt alkalmaztam annak elemzésére, hogy az egyes prediktor változók többváltozós modellben miként növelik meg a depresszív és/vagy szorongásos tünetek fennállásának valószínűségét a tünetmentes csoporthoz viszonyítva, a változókat egyszerre bevonó (enter-) módszerrel. A tárgyalt többváltozós modell a partner munkaviszonyát nem tartalmazza, ugyanakkor két alternatív modell eredményeit is megvizsgáltam: ezek egyike a partner munkaviszonyának meglétét tartalmazta (de a partnerkapcsolati helyzetet nem), a másik pedig a mentális betegségek korábbi fennállását.

EREDMÉNYEK

A kimeneti és prediktor változók jellemzői

A GAD-2-skála pontszáma 0–6 között váltakozott, átlaga 1,45 (SD=1,38) volt. A CES–D-8-skála pontszáma 0–24 között váltakozott, átlaga 4,63 (SD=3,58) volt. A skálák fentebb ismertetett vágópontjait alkalmazva a szorongásos zavar feltételezett előfordulása 15,8, a depresszió feltételezett előfordulása pedig 12,5% volt. A komorbiditás lehetőségét vizsgálva azt az eredményt kapjuk, hogy feltehetőleg az elemzésbe bevont várandósok 21,3%-a küzdött érzelmi-hangulati problémákkal: 5,5% depresszióval, 8,8% szorongással, 7% komorbid (együttesen fennálló) depresszióval és szorongással. Ezek az előfordulások mindazonáltal a rizikótenyezők elemzése miatt kerültek bevezetésre, epidemiológiai szempontból nem tekinthetők megbízhatónak.

A prediktor változók részletes eloszlásait az *1. táblázat* ismerteti. A várandósok átlagéletkora 29,59 év volt (SD=6,03).

1. táblázat: A szocio-demográfiai változók eloszlásai

Változó	n (%)
Iskolai végzettség (n=7699)	
alacsony	2354 (30,6)
közepes	2627 (34,1)
magas	2718 (35,3)
Életkor (n=7701)	
<25	1937 (25,2)
26-34	4056 (52,7)
>35	1708 (22,2)
Paritás (n=7701)	
első gyermekét várja	3644 (47,3)
2. gyermekét várja	2529 (32,8)
3. gyermekét várja	1029 (13,4)
4+ gyermekét várja	498 (6,5)
Partnerkapcsolati helyzet (n=7701)	
házas	4232 (55)
élettársi kapcsolatban él	3161 (41)
nincs együtt élő partnere	308 (4)
Várandósság tervezettsége (n=7701)	
tervezett	5112 (66,4)
nem tervezett	2008 (26,1)
bizonytalan, nem besorolható	581 (7,5)
Jövedelmi ötödök (n=7014)	
alsó ötöd	1381 (19,7)
2. ötöd	1377 (19,6)
középső ötöd	1351 (19,3)
4. ötöd	1496 (21,3)
felső ötöd	1409 (20,1)
Munkaviszony (n=7701)	
nincs	2109 (27,4)
van	5592 (72,6)
Partner munkaviszonya (n=7537)	
nincs	259 (3,4)
van	7278 (96,6)
Lakhely (n=7701)	
Észak-Magyarország	454 (5,9)
Észak-Alföld	1475 (19,2)
Dél-Alföld	823 (10,7)
Budapest	1309 (17)
Pest régió	1055 (13,7)
Közép-Dunántúl	903 (11,7)
Dél-Dunántúl	1144 (14,9)
Nyugat-Dunántúl	537 (7)

Az orvos által megállapított mentális zavarokat illetően 69 fő (0,9%) számolt be a várandósságot megelőzően fennálló, huszonketten (0,3%) a várandósságot megelőzően és az alatt is meglévő, ötven (0,1%) pedig a várandósság alatt fennálló hangulatzavarról. A szorongásos zavar várandósság előtti előfordulását 102 fő (1,3%), várandósság előtti és az alatt előfordulását nyolcvan (1%), kizárólag várandósság alatti előfordulását heten (0,1%) jelezték. Hatan (0,1%) szedtek gyógyszert hangulatzavarra, míg szorongásos zavarra 29 fő (0,4%). Mivel a várandósság alatti orvos által megállapított hangulatzavar (0,35%) és szorongásos zavar (1,13%) gyakorisága egyaránt jelentősen elmaradt a korábbi prevalenciaadatok mentén feltételezhető értékektől, így ezen változók érvényességét kérdésesnek ítélttem és a vizsgálatot nem terjesztettem ki rájuk.

A jelen elemzésbe való bevonás feltétele volt a harmadik trimeszterben történő adatfelvétel és a kimeneti változók megléte. A szorongás- és/vagy depresszióérték hiánya az esetek 4,2%-ában állt fenn. Ennek a hiáynak az aránya összefüggést mutatott a várandós társadalmi-demográfiai helyzetével: nagyobb arányú adathiány állt fenn 26 év alatti és 34 év feletti életkor, több korábbi gyermek, nem házassági állapot, nem tervezett várandósság, alacsony vagy nem ismert jövedelem, alacsony iskolai végzettség, munkanélküli várandósok, és munkanélküli partner esetén. Figyelembe véve a várandósság alatti mentális betegségek ismert rizikótényezőit feltételezhető tehát, hogy az elemzésből kieső résztvevők valamelyest növelték volna a depressziós és/vagy szorongásos tünetekkel jellemezhető arányát.

Harmadik trimeszter előtti kérdezés az esetek 3%-ában történt, ami szintén összefüggött néhány társadalmi-demográfiai változóval. A 28. hetet megelőző kérdezés valamelyest gyakoribb volt a 26 év feletti várandósok, a tervezett várandósság és a munkavisztonnyal rendelkező várandósok esetén. A harmadik trimeszter előtti kérdezés ténye a szorongás- és depresszió értékeknek sem a meglétével, sem az értékével nem mutatott összefüggést.

A várandósság alatti depresszió és szorongás kockázati tényezőinek egyváltozós elemzése

A várandósság alatti depresszió és szorongás fennállásának valószínűségét az egyváltozós statisztikai elemzésekben mindegyik vizsgált szocio-demográfiai változó (iskolai végzettség, életkor, paritás, partnerkapcsolati helyzet, várandósság tervezettsége, háztartás ekvivalens jövedelme, saját és partner munkaviszonyának léte, lakhely) szignifikánsan befolyásolta (lásd 2. és 3. táblázat).

A várandósság alatt fennálló depresszió aránya – a teljes mintán átlagosan 12,5% volt – különösen magas volt: az alacsony iskolai végzettség (22,3%), a 25 év alatti életkor (18,5%), a harmadik (17,5%), a negyedik vagy többedik (24,4%) gyermekét váró anya, a partner nélkül élő anya (33,4%), a nem tervezett várandósság (20,1%), vagy az ezt illető bizonytalanság, illetve válaszmegtágadás (20,1%), az alsó jövedelmi ötévhöz tartozás (24%), a saját (21,9%) vagy a partner (21,6%) munkaviszonyának hiánya, és az észak-alföldi lakhely (17,4%) esetén.

A szorongás fennállását – a teljes mintán átlagosan 15,8% volt a gyakorisága – szintén jelentősen növelte az alacsony iskolai végzettség (26%), a 25 év alatti életkor (23,3%), ha az anya harmadik (21,5%), negyedik vagy többedik gyermekét várta (30,1%), ha az anyának nem volt vele együtt élő partnere (30,5%), a várandósság nem tervezettsége (25,4%), vagy ehhez kapcsolódó bizonytalanság vagy válaszmegtágadás (23,2%), az alsó jövedelmi ötévhöz tartozás (27,5%), a saját (26,5%) vagy a partner (25,9%) munkaviszonyának a hiánya, és az észak-alföldi lakhely (22,8%).

2. táblázat. Depresszió előfordulása^a az egyes szocio-demográfiai csoportokban

Változó	Nem depressziós n (%)	Depressziós n (%)	Pearson χ^2
Iskolai végzettség (n=7698)			316,01**
alacsony	1830 (77,7)	524 (22,3)	
közepes	2361 (89,9)	266 (10,1)	
magas	2547 (93,7)	170 (6,3)	
Életkor (n=7700)			85,92**
<25	1579 (81,5)	358 (18,5)	
26–34	3622 (89,3)	433 (10,7)	
>35	1538 (90)	170 (10)	
Paritás (n=7701)			117,90**
első gyermekét várja	3297 (90,5)	348 (9,5)	
2. gyermekét várja	2217 (87,7)	311 (12,3)	
3. gyermekét várja	849 (82,5)	180 (17,5)	
4+ gyermekét várja	377 (75,6)	122 (24,4)	
Partnerkapcsolati helyzet (n=7700)			200,62**
házas	3860 (91,2)	372 (8,8)	
élettársi kapcsolatban él	2675 (84,7)	485 (15,3)	
nincs együtt élő partnere	205 (66,6)	103 (33,4)	
Várandósság tervezettség (n=7701)			208,70**
tervezett	4672 (91,4)	440 (8,8)	
nem tervezett	1604 (79,9)	404 (20,1)	
bizonytalan, nem besorolható	464 (79,9)	117 (20,1)	
Jövedelmi ötödök (n=7015)			280,76**
alsó ötöd	1049 (76)	332 (24)	
2. ötöd	1162 (84,4)	215 (15,6)	
középső ötöd	1213 (89,8)	138 (10,2)	
4. ötöd	1382 (92,3)	115 (7,7)	
felső ötöd	1331 (94,5)	78 (5,5)	
Munkaviszony (n=7701)			233,97**
nincs	1648 (78,1)	461 (21,9)	
van	5092 (91,1)	500 (8,9)	
Partner munkaviszonya (n=7537)			23,64**
nincs	203 (78,4)	56 (21,6)	
van	6431 (88,4)	847 (11,6)	
Lakhely (n=7701)			69,58**
Észak-Magyarország	383 (84,4)	71 (15,6)	
Észak-Alföld	1219 (82,6)	256 (17,4)	
Dél-Alföld	733 (89,1)	90 (10,9)	
Budapest	1197 (91,4)	112 (8,6)	
Pest régió	915 (86,7)	140 (13,3)	
Közép-Dunántúl	814 (90)	90 (10)	
Dél-Dunántúl	989 (86,5)	154 (13,5)	
Nyugat-Dunántúl	489 (91,1)	48 (8,9)	

^a A depresszió fennállása a 9 vagy annál nagyobb CES-D-8-pontszám alapján valószínűsített. **p<,001

3. táblázat. Szorongás előfordulása^a az egyes szocio-demográfiai csoportokban

Változó	Nem szorongó n (%)	Szorongó ¹ n (%)	Pearson χ^2
Iskolai végzettség (n=7698)			290,80**
alacsony	1743 (74)	611 (26)	
közepes	2259 (86)	369 (14)	
magas	2480 (91,3)	237 (8,7)	
Életkor (n=7700)			114,72**
<25	1485 (76,7)	452 (23,3)	
26–34	3488 (86)	567 (14)	
>35	1509 (88,3)	199 (11,7)	
Paritás (n=7700)			137,82**
első gyermekét várja	3201 (87,8)	443 (12,2)	
2. gyermekét várja	2124 (84)	404 (16)	
3. gyermekét várja	809 (78,5)	221 (21,5)	
4+ gyermekét várja	348 (69,9)	150 (30,1)	
Partnerkapcsolati helyzet (n=7700)			113,28**
házas	3710 (87,7)	522 (12,3)	
élettársi kapcsolatban él	2559 (81)	602 (19)	
nincs együtt élő partnere	214 (69,5)	94 (30,5)	
Várandósság tervezettség (n=7700)			243,88**
tervezett	4538 (88,8)	573 (11,2)	
nem tervezett	1498 (74,6)	510 (25,4)	
bizonytalan, nem besorolható	446 (76,8)	135 (23,2)	
Jövedelmi ötödök (n=7015)			238,91**
alsó ötöd	1001 (72,7)	380 (27,5)	
2. ötöd	1125 (81,7)	252 (18,3)	
középső ötöd	1162 (86)	189 (14)	
4. ötöd	1334 (89,1)	163 (10,9)	
felső ötöd	1291 (91,6)	118 (8,4)	
Munkaviszony (n=7700)			247,35**
nincs	1550 (73,5)	558 (26,5)	
van	4932 (88,2)	660 (11,8)	
Partner munkaviszonya (n=7537)			22,03**
nincs	192 (74,1)	67 (25,9)	
van	6177 (84,9)	1101 (15,1)	
Lakhely (n=7699)			97,55**
Észak-Magyarország	366 (80,8)	87 (19,2)	
Észak-Alföld	1139 (77,2)	336 (22,8)	
Dél-Alföld	705 (85,7)	118 (14,3)	
Budapest	1167 (89,2)	142 (10,8)	
Pest régió	881 (83,5)	174 (16,5)	
Közép-Dunántúl	767 (84,8)	137 (15,2)	
Dél-Dunántúl	975 (85,3)	168 (14,7)	
Nyugat-Dunántúl	482 (89,8)	55 (10,2)	

^a A szorongásos zavar fennállása a 3 vagy annál nagyobb GAD-2-pontszám alapján valószínűsített. **p<,001

A várandósság alatti depresszió és szorongás kockázati tényezőinek többváltozós elemzése

Mivel a szorongás és a depresszió valószínűségét a rizikófaktorok azonos irányba látszottak befolyásolni, és az esetek 7%-ában a depresszió és a szorongás egyébként is együttesen álltak fenn, a továbbiakban többváltozós modell segítségével azt a kérdést vizsgáltam, hogy a várandósság alatti depresszív és/vagy szorongásos tünetek fennállásának valószínűségét mely tényezők milyen mértékben növelik meg a tünetmentes csoporthoz viszonyítva.⁵

Referenciakategóriának az egyváltozós statisztikai elemzések alapján legkisebb kockázatú csoportnak bizonyuló kategóriákat alkalmaztam. Ez a lakhely kivételével a depresszió és szorongás esetén egybeesett: lakhely vonatkozásában a Nyugat-Dunántúlt választottam referenciának, ahol a szorongás előfordulása 0,6 százalékponttal alacsonyabb, a depresszió előfordulása pedig 0,3% százalékponttal magasabb volt, mint Budapesten.

Mivel a többváltozós modellbe nem volt érdemes beépíteni a partnerkapcsolati helyzetet és a partner munkaviszonyát is, ráadásul a partnerkapcsolati helyzet mind elméleti alapon, mind az egyváltozós statisztikai elemzések alapján meghatározóbb rizikófaktora a mentális betegségeknek, emiatt az itt részletesen ismertetett többváltozós modellben a partner munkaviszonya változó nem szerepel.⁶

A logisztikus regressziós modell (n=7052) szignifikánsnak bizonyult (-2LL=6591,61; $\chi^2_{(23)}=652,98$ p<,001). Multikollinearitás nem állt fenn (VIF<2 minden esetben). A vizsgált társadalmi-demográfiai változók a várandósság alatti depresszió és szorongás variációjának 9–14%-át magyarázták ($R^2=0,09$ (Cox and Snell), 0,14 (Nagelkerke)). A modellben összességében egyedül a gyermeket váró nő munkaviszonya nem bírt szignifikáns bejósoló erővel. A modell értékeit részletesen a 4. táblázat ismerteti.

A jelentős mértékű várandósság alatti depresszió és/vagy szorongás fennállásának valószínűségét logisztikus regressziós modellben szignifikánsan növelte az alacsony (OR=1,60) és a közepes (OR=1,21) iskolai végzettség, a 26 év alatti (OR=1,33) és a 26–34 éves (OR=1,20) életkor, ha az anya második (OR=1,43),

⁵ A depresszív, a szorongásos és az együttesen fennálló tünetek rizikófaktorainak egyenként történő vizsgálata túlmutat jelen tanulmány keretein. A kétféle tünetegyüttes kockázati tényezőinek összevont vizsgálata mindazonáltal nem idegen a téma korábbi tárgyalásától (lásd például Biaggi et al., 2016), emellett a rizikófaktorok hasonlóságait hazai viszonylatban jelen tanulmány mellett Bódecs és munkatársai (2013) eredményei is igazolták.

⁶ Az alternatív modell (n=6929), amely a partner munkaviszonyát tartalmazza, a partnerkapcsolati helyzetet pedig nem, úgyszintén szignifikánsnak bizonyult (-2LL=6422,53; Model $\chi^2(22)=579,59$, p<,001, $R^2=0,08$ [Cox and Snell], 0,13 [Nagelkerke]), ugyanakkor a partner munkaviszonyának hiánya nem bírt benne szignifikáns magyarázó erővel (p=,682).

harmadik (OR=1,86) vagy többedik (OR=1,89) gyermekét várta, ha élettársi kapcsolatban élt (OR=1,19), vagy nem volt vele együtt élő partnere (OR=2,19), ha a várandósság nem volt tervezett (OR=1,65), vagy az anya efelől bizonytalan volt vagy nem adott választ (OR=1,53), ha az anya háztartásának ekvivalens jövedelme az alsó (OR=1,88), a második (1,51), vagy a középső (OR=1,35) ötödbe esett, és ha az anya lakhelye Észak-Magyarországon (OR=1,48), Észak-Alföldön (OR=1,56), vagy Pest régióban (OR=1,77) volt.

Tekintve, hogy várandósságot megelőzően esetlegesen fennálló mentális zavarok a mentális problémák aktuális előfordulása mellett a vizsgált szociodemográfiai tényezők egy részét (pl. iskolai végzettség, családi állapot, várandósság tervezettség, jövedelem, munkaviszony) is nagymértékben érinthetik, a fenti modellt ezeket bevonva is ellenőriztem, és nagyjából érvényesnek találtam.⁷

⁷ A várandósságot megelőzően orvos által diagnosztizált depresszív és szorongásos zavarok előfordulásának bevonása amellett, hogy értelemszerűen növelte a modell magyarázóerejét (-2LL=6514,71; Model $\chi^2(25)=729,88$, $p<.001$, $R^2=0,10$ [Cox and Snell], 0,15 [Nagelkerke]), annyiban módosította annak eredményeit, hogy a közepes iskolai végzettség hatását „semlegesítette”, amely ebben a módosított modellben már nem bizonyult szignifikánsnak ($p=.051$, OR=1,19).

4. táblázat. A depresszió és/vagy szorongás fennállását^a bejósoló tényezők többváltozós modellje, tünetmentes csoporthoz viszonyítva

Változó	B	S.E.	OR	95% CI	p	Wald
Iskolai végzettség						
alacsony	,47	,11	1,60	1,29	1,98	,000 18,56**
közepes	,19	,09	1,21	1,02	1,45	,029 4,76*
magas (ref)						,000 19,056**
Életkor						
<25	,29	,11	1,33	1,08	1,66	,009 6,86*
26–34	,19	,09	1,20	1,02	1,42	,030 4,69*
>35 (ref)						,027 7,22*
Paritás						
első gyermekét várja (ref)						,000 48,57**
2. gyermekét várja	,36	,08	1,43	1,23	1,66	,000 22,37**
3. gyermekét várja	,62	,10	1,86	1,53	2,25	,000 39,26**
4+ gyermekét várja	,64	,13	1,89	1,46	2,44	,000 23,96**
Partnerkapcsolati helyzet						
házas (ref)						,000 29,03**
élettársi kapcsolatban él	,17	,07	1,19	1,04	1,37	,014 6,08*
nincs együtt élő partnere	,79	,15	2,19	1,64	2,93	,000 28,57**
Várandósság tervezettség						
tervezett						,000 49,24**
nem tervezett	,50	,07	1,65	1,43	1,91	,000 46,65**
bizonytalan, nem besorolható	,42	,11	1,53	1,23	1,90	,000 14,26**
Jövedelmi ötödök						
alsó ötöd	,63	,13	1,88	1,47	2,42	,000 24,53**
2. ötöd	,41	,12	1,51	1,19	1,91	,001 11,66*
középső ötöd	,30	,12	1,35	1,07	1,70	,011 6,46*
4. ötöd	,21	,12	1,23	0,98	1,55	,070 3,27
felső ötöd (ref)						,000 26,65**
Munkaviszony						
nincs	,13	,08	1,14	0,97	1,34	,117 2,46
van (ref)						
Lakhely						
Észak-Magyarország	,39	,18	1,48	1,05	2,10	,027 4,91*
Észak-Alföld	,45	,15	1,56	1,17	2,08	,002 9,32*
Dél-Alföld	,12	,16	1,13	0,83	1,55	,441 0,59
Budapest	,24	,16	1,28	0,94	1,73	,120 2,41
Pest régió	,57	,15	1,77	1,31	2,39	,000 13,78**
Közép-Dunántúl	,24	,16	1,27	0,93	1,73	,137 2,22
Dél-Dunántúl	,14	,15	1,15	0,85	1,55	,373 0,79
Nyugat-Dunántúl (ref)						,000 30,79**

^a Depresszió fennállása valószínűsíthető a 9 vagy annál nagyobb CES-D-8-pontszám alapján, és/vagy szorongásos zavar fennállása valószínűsíthető a 3 vagy annál nagyobb GAD-2-pontszám alapján. **p<,001 *p<,05

MEGVITATÁS

Jelen elemzés a várandósság harmadik trimesztere idején fennálló generalizált szorongásos és depresszív zavar valószínűségét növelő társadalmi-demográfiai rizikótényezők vizsgálatát tűzte ki célul. Az alkalmazott szűrőeszközök révén a várandósok 21,3%-ánál azonosítottuk a mentális problémák valószínűségét: a szorongásos tünetek feltételezett előfordulása 15,8, a depresszív tüneteké 12,5% volt, és az esetek 7%-ában a két probléma együttesen állt fenn.

Az elemzés eredményei igazolták a várandósság alatti szorongás és depresszió szocio-demográfiai tényezőkkel mutatott összefüggéseit. Egyváltozós elemzésekben az összes vizsgált prediktor változó (iskolai végzettség, életkor, paritás, partnerkapcsolati helyzet, várandósság tervezettsége, háztartás jövedelme, saját és partner munkaviszonyának léte, lakhely) összefüggést mutatott a várandósság alatti szorongással és depresszióval. A depresszió és a szorongás előfordulása egyaránt abban az esetben volt a legmagasabb, ha az anyának nem volt vele együtt élő partnere, ha negyedik vagy többedik gyermekét várta, és ha háztartásának jövedelme az alsó ötödhez tartozott. Lakhely vonatkozásában mindkét probléma előfordulása Budapesten és a Nyugat-Dunántúlon volt a legalacsonyabb. A zavarok feltételezhető előfordulása egyaránt az észak-alföldi és az észak-magyarországi lakhely esetén volt a legnagyobb, emellett valamelyest magasabb előfordulást figyeltünk meg a Pest régióban levő lakhely esetén. Mindemellett a szorongásos zavar feltételezhető előfordulása a dél-dunántúli várandósok körében is kismértékben átlagon felüli volt.

Többváltozós elemzésben együttesen megvizsgálva a szorongás és depresszió rizikótényezőit szintén azt az eredményt kaptuk, hogy ezek fennállásának valószínűségét legnagyobb mértékben – a házasságokhoz viszonyítva 2,2-szeresére – az fokozta, ha az anyának nem volt vele együtt élő partnere, tehát egyedülálló volt vagy látogató partnerkapcsolatban élt. Ez megfelel azon korábbi eredményeknek, melyek szerint az egyedülálló kapcsolati állapot kockázati tényezőnek tekinthető (Biaggi et al., 2016; Dudas et al., 2012; Hompoth et al., 2017; Hompoth et al., 2020). Az élettársi kapcsolat Bődecs és munkatársai (2013) eredményei szerint csak a depresszió esetén rizikófaktor, szorongás esetén nem. Jelen kutatásban a két zavar előfordulásának valószínűségét az élettársi kapcsolat a házastársi kapcsolathoz képest szignifikánsan növelte, ugyanakkor csupán 1,2-szeresére.

Kutatásunkban szintén közel kétszeresére növelte a magas depresszió és/vagy szorongás előfordulásának valószínűségét, ha az anya a harmadik vagy többedik gyermekét várta (az első gyermekét váróhoz viszonyítva), ha háztartásának jövedelme az alsó ötödhez tartozott (a felső ötödhez viszonyítva), és

ha Pest régióban élt (Nyugat-Dunántúlhoz viszonyítva). A második gyermek várása (az első gyermekét váróhoz viszonyítva), valamint a második és a középső jövedelmi ötödhöz tartozás (a felső ötödhöz viszonyítva) szintén szignifikánsan, ám kisebb mértékben fokozták a mentális problémák valószínűségét. Jelen eredmények konzisztensek a korábbi multiparitást (Dombi et al., 2019; Dudas et al., 2012; Hompoth et al., 2017), és szubjektív anyagi helyzetet (Bödecs et al., 2013, Dudas et al., 2012) vizsgáló hazai eredményekkel. Ugyan a paritást illető külföldi vizsgálatok vegyesebb képet mutatnak (Biaggi et al., 2016), és hazánkban is előfordult olyan vizsgálat, amely nem támasztotta alá a többgyermekesség negatív hatását (Hompoth et al., 2020), jelen elemzés eredményei alapján a többedik, különösen a legalább harmadik gyermek várása egyértelmű rizikótényező, függetlenül az anya további szocio-demográfiai jellemzőitől. Figyelemre méltó, hogy míg Dudas és munkatársai (2012) a szubjektíven megítélt rossz anyagi helyzet (ennek előfordulása kutatásukban 19,3% volt a vélhetően depressziós és 11,2% a vélhetően nem depressziós várandósok esetén) hatását csak egyváltozós elemzésben mutatták ki, többváltozós elemzésben már nem, addig jelen kutatás többváltozós elemzéseinek eredményei szerint minél kisebb a háztartás jövedelme, annál fokozottabb a várandósság alatti szorongás és depresszió valószínűsége. A magas depresszió- és/vagy szorongásszintet leginkább valószínűsítő egyedülálló vagy látogató partnerkapcsolati státusz, az alacsony jövedelem és a sokgyermekesség közös vonása lehet a gyermekvárás és a gyermek felnevelését övező bizonytalanság, vagy épp az, hogy az anya sokféle teendővel és nehézséggel néz szembe a mindennapokban, amelyek miatt nem tudja teljes figyelmét a várandósságnak szentelni.

A regionális adatokat illetően Nyugat-Dunántúlhoz viszonyítva a Pest régióban található, valamint az észak-magyarországi és észak-alföldi lakhely bizonyult szignifikáns rizikótényezőnek. Az elemzés tehát alátámasztja azon – legjobb tudomásom szerint elsőként tesztelt – feltevést, hogy a várandósság idején fellépő szorongás és depresszió területi különbségeket mutat, és ezek szempontjából, kontrollálva az összes további vizsgált szocio-demográfiai változó hatását Pest régió, Észak-Alföld és Észak-Magyarország a legveszélyeztetettebb. Korábbi magyarországi felmérések alapján (Bödecs et al., 2013; Dudas et al., 2012; Hompoth et al., 2017, 2020) a prenatális depresszió előfordulása a harmadik trimeszterben a dél-alföldi Szegeden és Békéscsabán az Edinburgh Postnatal Depression Scale kérdőívvel mérve 6,5 és 11,9%, Délkelet-Magyarországon (amely egyszerűen tartalmaz dél-alföldi és észak-alföldi megyéket) a Leverton Questionnaire kérdőívvel mérve a 14–24. héten 17,2%, a Nyugat-Dunántúlon fekvő Szombathelyen kilencféle Beck Depression Inventory kérdőívvel mérve az első trimesz-

terben 19,9% volt. Jelen kutatás eredményei – miszerint a depresszió feltételezett előfordulása Dél-Alföldön 10,9, Észak-Alföldön 17,4, Nyugat-Dunántúlon pedig 8,9% – arra utalnak, hogy a korábban közölt dél-alföldi és délkelet-magyarországi prevalenciaadatok különbségei valós területi eltéréseket jelezhetnek (ami főként a magasabb észak-alföldi előfordulásból fakad), a korábban kapott, kiemelkedően magas szombathelyi prevalenciaarány azonban vélhetően inkább módszertani sajátosság (pl. a használt depresszióskálának vagy a trimeszterek között megfigyelhető különbségeknek) következménye. Megjegyzendő azonban, hogy jelen kutatás földrajzi szempontból nem volt reprezentatív, és Szombathely nem tartozott a mintához, így az sem zárható ki, hogy Szombathelyen magasabb az előfordulás, mint más, a kutatásban részt vevő nyugat-dunántúli városokban. A jövőbeni kutatásoknak érdemes lehet tovább vizsgálnia a regionális eltéréseket, és hogy a körvonalazódó különbségek hátterében milyen terüleetspecifikus tényezők húzódnak meg.

A nem tervezett, vagy későbbre tervezett várandósság a korábbi szakirodalomnak megfelelően növelte a depresszív és/vagy szorongásos tünetek előfordulását (Biaggi et al.; Dombi et al., 2019; Dudas et al., 2012; Hompoth et al., 2017; Hompoth et al., 2020), és érdekes módon a bizonytalan válaszadók vagy a válasszegtagadók körében a kockázat közel ugyanakkora volt a tervezett várandóssághoz viszonyítva, mint a nem vagy a későbbre tervezett gyermekeket váró anyák körében. Jelen kutatásban a nem vagy a későbbre tervezett várandósság aránya 26,1, a bizonytalan vagy a nem besorolható válaszadók aránya pedig további 7,5% volt, vagyis összesen a várandósok 33,6%-áról nem jelenthető ki bizonyosan, hogy (ekkorra) tervezték a teherbe esésüket. Ez lényegesen magasabb arány, mint amelyet Hompoth és munkatársai (2017, 2020) a szűrésen alapuló kutatásaikban nem tervezett várandósságként megállapítottak (11,1, illetve 9,52%), és felhívja a figyelmet arra, hogy a várandósság alatti pszichológiai problémák rizikójának felmérésekor a várandósság tervezettségét és időzítését érdemes lehet több kérdéssel felmérni, megengedve a bizonytalan választ és a válasz megtagadását is, tudva, hogy ezek is utalhatnak a várandósság alatti szorongás és depresszió fokozott valószínűségére.

Az iskolai végzettség jelentősége a várandósság alatti depresszió és szorongás vonatkozásában konzisztens bizonyos korábbi eredményekkel (Biaggi et al., 2016; Bödecs et al., 2013; Dudas et al., 2012). Ugyan Bödecs és kollégái (2013) csak a legalacsonyabb iskolai végzettséget azonosították kockázati tényezőként, jelen elemzés eredményei arra utalnak, hogy mind az alacsony, mind a közepes iskolai végzettség rizikótényezőnek tekinthető, ugyanakkor az alacsony iskolai végzettség hatása sokkal számottevőbb.

Az életkor Biaggi és munkatársai (2016) átfogó vizsgálatában vegyes eredményeket hozott, és a korábbi hazai eredmények sem voltak konzisztensek: a 26 év alatti és 34 év feletti korcsoport magasabb depressziószintje (Hompoth et al., 2017), a 20 év alattiak magasabb szorongás- és depressziószintje (Bödecs et al., 2013), valamint a 21 év alattiak magasabb depresszió szintje (Hompoth et al., 2020) egyaránt kimutatásra került, akárcsak a korral mutatott összefüggés hiánya (Dombi et al., 2019). Jelen eredmények arra engednek következtetni, hogy a várandósság alatti érzelmi-hangulati problémák előfordulása a 34 év feletti korosztályban a legalacsonyabb, hozzájuk viszonyítva pedig mind a 26–34 éves, mind a 26 év alatti anyák körében valamelyest gyakoribb.

A jelen elemzésben vizsgált prediktor változók közül az EMMI hatályos szakmai irányelve (2017) az egyedülálló partnerkapcsolati státuszt, a nem tervezett várandósságot és az anya munkanélküliségét sorolja fel a perinatális depresszió rizikófaktoraik között, és a gyermekágyi lehangoltság előfordulásával összefüggő tényezőként említi még az iskolázottságot, a családi háttért és az életkort is (a 35 év feletti életkort jelölve meg a legkockázatosabb időszaknak). Mindemellett, a depresszióval is összefüggő perinatális öngyilkosság rizikófaktoraik között szerepelteti a fiatal életkort, a nem házas családi állapotot, az etnikai kisebbséghez tartozást, a túlsúlyos/nem megfelelő, illetve vidéki lakhelyet és a nulliparitást. Amellett, hogy jelen elemzés eredményei megerősítik az egyedülálló családi állapothoz tartozó magasabb kockázatot, rávilágítanak arra is, hogy a multiparitás – különösen ha az anya a harmadik vagy többedik gyermekét várja – és a háztartás alacsony jövedelme közel olyan mértékben fokozza a depresszió és a szorongás valószínűségét, mint amikor az anyának nincs együtt élő partnere, de kiemelendő még az alacsony iskolai végzettség jelentősége is. Figyelemre méltóak a várandósság alatti mentális problémákat illető területi különbségek is. Mindemellett az eredmények arra is rámutatnak, hogy manapság 35 év felett nem tekinthetők különösen veszélyeztetettnek a várandósok a mentális problémák szempontjából, ami összefügghet a gyermekvállalás egyre későbbre tolódásával (Kapitány és Spéder, 2018), aminek köszönhetően kezd megszokottá válni, hogy a nők 35 éves koruk felett vállalnak gyermeket.

Az, hogy a várandósnak vagy partnerének volt-e aktuálisan munkaviszonya az adatfelvétel idején, a többváltozós modellben vizsgálva nem növelte a várandósság alatti depresszió vagy szorongás előfordulásának kockázatát. Ez a korábbiakban esetenként kimutatott (Biaggi et al., 2016; Bödecs et al., 2013) egyváltozós összefüggés tehát vélhetően a többi vizsgált társadalmi-demográfiai változóval magyarázható.

Jelen kutatás legmeghatározóbb korlátja a mentális problémák azonosítási módja, amely rövid szűrőeszközök felvételéből állt, ezek eredményeként a tünete súlyosságról kaphattunk csak képet, míg a klinikai diagnózisok (specifikus szorongásos és hangulati tünetekből álló tünetegyüttesek) előfordulási gyakoriságáról nem. A jövőben fontos volna a felmért szocio-demográfiai kockázati tényezők jelentőségének vizsgálata a klinikailag diagnosztizálható szorongásos és depresszív problémák szempontjából is. Szintén fontos lenne a használt mérőeszközök vágópontjainak klinikai validálása. Emellett a mérés egyszeri alkalommal valósult meg, még hozzá a harmadik trimeszterben, így nem tudhatjuk, hogy a depresszív/szorongásos tünetek előfordulása átmeneti, vagy tartós volt-e, és eredményeink nem általánosíthatóak a várandósság egész időtartamára. Végül nem áll rendelkezésünkre a válaszadók által igénybe vett gyógyszeres és pszichoterápiás kezelésekre vonatkozó teljes körű információ, amelyek azonban valamelyest „elfedhetik” a kockázati tényezők kedvezőtlen hatásait. Mindazonáltal a kutatás limitációival is összefüggő erőssége, hogy reprezentatív hazai mintán elemezte a várandósság alatti depresszió és szorongás szocio-demográfiai kockázati tényezőit, a nagy mintaelemszám által lehetővé váló többváltozós statisztikai módszertannal.

Összességében a kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a várandósok pszichológiai jólléte nem független a társadalmi és demográfiai háttérüktől, és a sérülékenyebb csoportok esetén a depresszió és szorongás rutinszerű szűrésének fokozott jelentőségét igazolják. A jövőbeni kutatásokban érdemes volna kiterjeszteni a vizsgálat fókuszát a várandósok etnikai kisebbséghez tartozására.

IRODALOM

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., and Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 467–476. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9>
- Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., and Tough, S. (2018). Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 476–503. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1492097>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., and Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., and Horváth, B. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: Data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina*, 25(4), 352–358.
- Bracke, P., Levecque, K., and Van de Velde, S. (2008). *The psychometric properties of the CES-D 8 depression inventory and the estimation of cross-national differences in the true prevalence of depression*. Ghent: Ghent University.
- Bussièrès, E.-L., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., Tessier, R., Forest, J.-C., and Giguère, Y. (2015). Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. *Developmental Review*, 36, 179–199. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.04.001>
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., and Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Dombi, E., Berta, R., és Jámbori, S. (2019). Az ante- és posztnatális időszakban előforduló hangulati zavarokat befolyásoló szociális, szociodemográfiai és intrapszichés tényezők vizsgálata. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 82, 257–266.
- Dudas, R. B., Csatornai, S., Devosa, I., Tőreki, A., Andó, B., Barabás, K., ... Kozinszky, Z. (2012). Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 323–328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.017>
- Dunkel Schetter, C., and Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- EMMI (2017). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről, *Egészségügyi Közlöny*, 66(4), 1120–1167.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., and Dennis, C.-L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(12), 2041–2053. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000617>

- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G., ... Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), e321–e341. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07968>
- Hollins, K. (2007). Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(6), 568–572. <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e3282f1bf28>
- Hompoth, E. A., Gálosi, N., Becsei, L., és Töreki, A. (2020). Depressziósűrítés a várandós-gondozásban. Eredmények Békéscsaba körzetéből. *Orvosi Hetilap*, 161(10), 374–381. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31659>
- Hompoth E. A., Töreki A., Baloghné Fűrész V., és Németh G. (2017). A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban. *Orvosi Hetilap*, 158(4), 139–146. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30598>
- Kapitány, B. (2018). Az alapsokaság meghatározásának, a minta kialakításának gyakorlati lépései. In Zs. Veroszta (Ed.), *Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése* (pp. 11–18). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kapitány, B., és Spéder, Zs. (2018). Gyermekvállalás. In Monostori J., Őri P., és Spéder Zs. (Eds.), *Demográfiai portré* (pp. 47–64). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kingston, D., McDonald, S., Austin, M.-P., and Tough, S. (2015). Association between prenatal and postnatal psychological distress and toddler cognitive development: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(5).
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., and Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., and Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Lefkovich, E., Rigó, J., Szita, B., Talabér, J., Kecskeméti, A., Kovács, I., and Baji, I. (2018). Relevance of anxiety in the perinatal period: Prospective study in a Hungarian sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(3), 220–227. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1338264>
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., ... Tarabulsky, G. M. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645–657.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012>
- NICE (2014). *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305023/>
- Nylen, K. J., Williamson, J. A., O'Hara, M. W., Watson, D., and Engeldinger, J. (2013). Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 203–210. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0334-2>

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rush, A. J., Zimmerman, M., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hollon, S. D., Warden, D., ... Trivedi, M. H. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 43–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.03.005>
- Szabó, L., Boros, J., Fábíán, I., Gresits, G., Hortobágyi, A., Kapitány, B., ... Spéder, Zs. (2020). *Várandós kutatási szakasz. Technikai riport. Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Szabó, L. (Ed.). (2020). *Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat: Várandós kutatási szakasz, Technikai riport*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Szeifert, L. (2010). *Depresszió és életminőség krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek körében*. Budapest: doktori disszertáció.
- Togher, K. L., Treacy, E., O'Keefe, G. W., and Kenny, L. C. (2017). Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signalling. *Psychiatry Research*, 255, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.013>
- Tuovinen, S., Lahti-Pulkkinen, M., Girchenko, P., Lipsanen, J., Lahti, J., Heinonen, K., ... Räikkönen, K. (2018). Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depression and Anxiety*, 35(8), 732–741. <https://doi.org/10.1002/da.22756>
- Underwood, L., Waldie, K. E., D'Souza, S., Peterson, E. R., and Morton, S. M. B. (2017). A Longitudinal Study of Pre-pregnancy and Pregnancy Risk Factors Associated with Antenatal and Postnatal Symptoms of Depression: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 915–931. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2191-x>
- Veroszta, Zs. (Ed.). (2018). *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Waldie, K. E., Peterson, E. R., D'Souza, S., Underwood, L., Pryor, J. E., Carr, P. A., ... Morton, S. M. B. (2015). Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Journal of Affective Disorders*, 186, 66–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.009>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., and Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., and Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 160(5), 1107–1111. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(89\)90170-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(89)90170-1)
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.

SOCIO-DEMOGRAPHIC RISK FACTORS FOR PRENATAL DEPRESSION AND ANXIETY

ABSTRACT

Depression and anxiety during pregnancy affect about one-fifth of pregnant women and has a negative impact on the health of both mother and child. According to previous research, their occurrence may be influenced by the socio-demographic characteristics of the mother. The aim of the present analysis is to explore the associations between prenatal depression and anxiety with socio-demographic risk factors among a representative Hungarian sample. The subject of the analysis was the data of the first wave of the Cohort '18 Growing Up in Hungary study (n = 7701). Anxiety and depressive symptoms were assessed using self-administered screening tools, which suggested that 12.5% of women were likely to have depression and 15.8% to have an anxiety disorder in the third-trimester of pregnancy. The likelihood of depression and anxiety during pregnancy was significantly correlated with each of the predictor variables (level of education, age, parity, partnership status, pregnancy planning, household income, own and partner employment, residence) in univariate statistical analyses. In the multivariate statistical analysis, the effects of the predictor variables remained significant, with the exception of the mother's and her partner's employment status, and explained 9–14% of the variance in prenatal depression and anxiety altogether. The results of the analysis confirmed that lower education, younger age, expecting the second or subsequent child, unmarried marital status, unplanned pregnancy, low household income and residence in Northern Hungary, the Northern Great Plain and Pest region are associated with a higher risk of depression and anxiety during pregnancy, though they account for only a small proportion of the differences between individuals. Among the risk factors examined, the most likely contributors to the likelihood of depressive and / or anxiety symptoms in the multivariate model were if the pregnant woman did not live with a partner, if she was expecting her third or subsequent child, if her household income was in the lower fifth, and if she lived in Pest region.

Keywords: prenatal depression; prenatal anxiety; pregnancy, risk factors



A VÁRANDÓSOK SZÜLÉS UTÁNI MUNKAVÁLLALÁSI TERVEIT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK*

Leitheiser Fruzsina – Veroszta Zsuzsanna

ÖSSZEFOGLALÓ

Tanulmányunkban a kisgyermekes anyák munkavállalási terveit meghatározó tényezőket vizsgáljuk a téma szakirodalmi előzményei, valamint a KSH Népeség-tudományi Kutatóintézet által 2018 elején indított *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat* elnevezésű longitudinális panelvizsgálat első hullámának adatai alapján. Az elemzés során a munkavállalás tervezett idejére ható tényezőket öt hipotézis alapján tárjuk fel, amelyeket multinomiális logisztikus regressziós modell segítségével tesztelünk. A várandósok munkavállalási terveit erősen kapcsolódnak a hazai anyasági ellátási rendszer elemeihez: a mintában szereplő várandósok többsége gyermekük kétéves korát követően, azaz már a gyed lejártá után tervezi a munkaerőpiaci visszatérést. Őket követik azok, akik a visszatérést a gyermek kétéves korára, tehát a gyed ellátási időszakának a végére szeretnék időzíteni, majd azok, akik relatíve korán, a gyermek kétéves kora előtt szeretnének ismét munkát vállalni. Regressziós eredményeink azt mutatják, hogy önmagában a modernebb férfi–női szerepfelfogás, a női domináns foglalkozások, a kedvezőbb jövedelmi szint, a lakóhely bölcsődei ellátottsága, de főként az alacsonyabb, már meglévő és tervezett gyermekszám rövidítik le a munkaerőpiaci

* Az elemzés elkészültét támogató az EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00007 azonosítószámú, „Tehetségből fiatal kutató. A kutatói életpályát támogató tevékenységek a felsőoktatásban” megnevezésű projekt a Széchenyi 2020 program keretében, európai uniós (Európai Szociális Alap) társfinanszírozással valósult meg.

A tanulmány továbbá az Innovációs és Technológiai Minisztérium KDP-13-1/PALY-2021 kódszámú Kooperatív Doktori Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.





LEITHEISER FRUZZSINA - VEROSZTA ZSUZZSANNÁ

visszatérés várandós időszakban tervezett idejét. Amíg a gyed lejártára időzített munkavállalást döntően strukturális tényezők alakítják, a korai, két évnél korábbi visszatérés tervezésében az értékrend és a szemléletmód is közrejátszanak.

Tárgyszavak: anyai munkavállalás, munkaerőpiac, családtámogatási rendszer, kvantitatív elemzés

Leitheiser Fruzzsina, KSH Népezzégtudományi Kutatóintézet

E-mail: leitheiser@demografia.hu

Veroszta Zsuzsanna, KSH Népezzégtudományi Kutatóintézet

E-mail: veroszta@demografia.hu





BEVEZETÉS

Magyarországon az utóbbi években több családpolitikai intézkedés bevezetésével igyekeztek könnyíteni a kisgyermekes anyák munkavállalását. A téma előtérbe kerülésével párhuzamosan számos kutatás vizsgálja, hogy egyes tényezők milyen módon befolyásolják az anyák szülés utáni munkaerőpiaci visszatérését, valamint az ezzel kapcsolatos döntéseket, illetve a szülés utáni otthon, a gyermekkel töltött idő hosszát (R. Fedor, 2015; Makay, 2017; Hofferth and Curtin, 2006; Saurel-Cubizolles et al., 1999). E kutatások többsége azonban viszszaemlékezőleg, az anyák munkaerőpiaci reintegrációját követően tárja fel az azt befolyásoló tényezőket. Jóllehet ez a nézőpont határozottabban körvonalazható időtávon alapul (tervek helyett tényeket rögzít), a visszatérésre vonatkozó tervek elemzésének is meg lehet a maga hozadéka a probléma feltárásában. Egy, a szülés utáni munkaerőpiaci visszatérés tervezett idejére épülő vizsgálatban ugyanis az értékek, preferenciák, párhuzamos élettervek szerepe érzékenyebben vizsgálható, miközben kisebb hatást tulajdoníthatunk a munkaerőpiaci, gazdasági meghatározottságoknak. Mindemellett azzal, ha a visszatérés *tervezett* idejét befolyásoló tényezőkre fókuszálunk, ezek viszonya is vizsgálható lesz a visszatérés *valós* idejét meghatározó, korábban kutatott faktorokhoz. Tanulmányunk célja tehát, hogy meghatározzuk, mely tényezők milyen módon befolyásolják a várandósok munkavállalásra vonatkozó terveit, és e hatásokat elhelyezzük a tényleges visszatérés kapcsán korábban már feltárt kutatási eredmények viszonyrendszerében is.

A KISGYERMEKES NŐK MUNKAVÁLLALÁSI TERVEIT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

A 20. században lezajlott történelmi folyamatok egyik következményeként az iparosodott társadalmakban a családok anyagi biztonságának megőrzése érdekében egyre elterjedtebbé vált a kétkeresős modell. Magyarország és a legtöbb egykori szocialista blokkhoz tartozó ország esetében azonban fontos hangsúlyozni, hogy már az államszocializmus évei alatt is megfigyelhető volt a nők magas arányú foglalkoztatottsága, mivel munkaerőpiaci jelenlétük ideológiai alapon is elvárt volt. A látszólagos egyenlőség ellenére a kommunizmus ideje alatt is megmaradtak a nemek közti társadalmi különbségek, valamint a munkaerőpiaci horizontális és vertikális nemi szegregáció (Makay, 2015; Acsády, 2018). A rendszerváltozást követő folyamatok következtében





drasztikusan megnövekedett mind a nők, mind a férfiak munkanélküliségi rátája, amely csak az 1990-es évek közepétől kezdett csökkenni, és csak az évtized utolsó éveitől párosult a foglalkoztatottak arányának növekedésével. Bár a kétezres évek végén kibontakozó gazdasági válság némileg visszavetette ezt a növekedést, 2010-től ismét növekedni kezdett mindkét nem foglalkoztatási rátája (Koncz, 2004; Frey, 1997; KSH munkaerő-felmérései). Mindezek eredményeként a nők, beleértve az anyákat is, egyre szélesebb körben jelennek meg a munkaerőpiacon (Bácsné Bába, 2014). Különösen igaz ez a 25–45 éves női korosztályra, amely a fő gyermekvállalási időszakkal is egybeesik (Saurel-Cubizolles et al., 1999). A munkavállalás és a család összeegyeztethetősége azonban igen komplex és megterhelő feladat, éppen ezért az ebből fakadó szerepkonfliktus okozza az egyik legnagyobb nehézséget a nők életében. Annak érdekében, hogy meghatározzuk milyen tényezők alakítják a szülés utáni tervezett munkaerőpiaci visszatérés időzítését, elengedhetetlen, hogy áttekinthessük azokat a fontosabb kutatásokat, amelyek a visszatérés idejét befolyásoló tényezőket vizsgálták.

NORMÁK ÉS PREFERENCIÁK

Hakim (2002) preferenciaelmélete szerint a család-munka konfliktusra és az ezzel kapcsolatos szociálpolitikai kezdeményezésekre adott reakciók alapján a nők preferenciái nagyon eltérőek lehetnek. A brit szociológus három kategóriát különböztet meg egymástól a nők munka- és életstílus-preferenciái alapján: az otthoncentrikusak (*home-centred*), az alkalmazkodók (*adaptive*) és a munkacentrikusak (*work-centred*) csoportjait. Az elsőbe azok a nők tartoznak, akik számára a gyermek és a család a legfontosabb, így nem lényeges számukra a munkavállalás, és nem is terveznek dolgozni a szülést követően. A második kategóriába sorolható a nők többsége, akik annak ellenére, hogy nem a karriert tartják a legfontosabbnak, a gyermeknevelés mellett is szeretnének dolgozni. A harmadik csoportba túlnyomórészt olyan gyermektelen nők tartoznak, akik számára a karrierjük áll a középpontban. A nők gazdasági vagy család- illetve szociálpolitikai döntésekre adott reakciói szintén eltérnek egymástól az egyes csoportok alapján. Az otthoncentrikus nőkre inkább jellemző, hogy aktívan reagálnak a családokat, illetve szociális témákat érintő politikára, ezzel szemben a munkacentrikusak számára inkább a gazdaságot, illetve a foglalkoztatást célzó döntések fontosabbak (Hakim 2002, 2006; Nagy és Paksi, 2014).





R. Fedor és Hajnal (2014) a kisgyermekes nők négy munkaerőpiaci karaktercsoportját különbözteti meg a munkaerőpiaci szerepvállalás és a gyermekvállalás, -nevelés kontextusában. Az *alkalmazkodó* típus a családon belüli és a munkaerőpiaci szerepek összehangolását hangsúlyozza. A *családcentrikus* típusba tartozók a gyermekkel otthon töltött idő fontosságát helyezik előtérbe, egalitárius elveket vallanak. Számítanak az apa gyermeknevelésben nyújtott segítségére. Meghatározónak tekintik az állam szerepét, elismerését a gyermeket nevelők szempontjából. Az *összehangoló-egyensúlyozó* anyák értékrendjének középpontjában a gyermek iskoláskoráig terjedő anyai gondoskodás áll. A családpolitikai eszközökön belül a gyermekvállaláshoz kötődő pénzbeli ellátások egyenlő elosztását vallják, de nem tartanak igényt az állami gyermekgondozásra a gyermek akár öt éves koráig. A házimunkában, gyermeknevelésben a szülők egyenlő teherviselése mellett érvelnek. A *karrierépítő karaktercsoport*hoz tartozók a gyermekgondozás egyéni felelősségét hangsúlyozzák, mindemellett számukra is fontos az állami családpolitika, de az ellátások odaitélését munkaviszonyhoz kötötten érzik igazságosnak. A fizetett munka és a gyermekgondozás közötti diszharmónia miatt kevésbé aggódnak. Fontosnak tartják a munkaerőpiaci szerepüket, a munkahelyi sikereket.

Bár Magyarországon az utóbbi évtizedekben a társadalom szemléletében egyfajta modernizálódás követhető nyomon általában a nők, és ezen belül pedig a kisgyermekes anyák munkaerőpiaci részvételével kapcsolatban, mégis kijelenthető, hogy a társadalom többsége a hagyományos értékrendet, illetve a tradicionális nemi szerepfelfogást preferálja. Erre mutat rá R. Fedor és Takács (2013) kutatása; empirikus munkájukban azt tapasztalták, hogy a megkérdezett anyák 70%-a a hároméves korig tartó gyermekgondozási szabadságot tartja a legideálisabbnak. E meglehetősen berögzült felfogás egyik meghatározó tényezője az 1967-ben bevezetett gyermekgondozási segély (gyes), amely lehetővé tette az anyák számára, hogy a nevelésre összpontosítva otthon maradhassanak gyermekük hároméves koráig (Blaskó, 2011).

Makay (2017) a francia- és magyarországi anyák szülés utáni munkaerőpiaci helyzetét befolyásoló tényezőket vizsgálva, a szociális normákról alkotott vélemények vonatkozásában azt találta, hogy bár Magyarországon a társadalom többségének az a véleménye, hogy a gyermeknek nem tesz jót, ha az anya a gyermeke hároméves kora előtt munkába áll, a vélekedések csak Franciaországban – ahol jelentősen elfogadóbb a közvélemény – függenek össze a visszatérés tényleges idejével. Ezek alapján Franciaországban a modernebb társadalmi attitűdökkel rendelkező anyák esetében valószínűbb, hogy kevesebb ideig maradnak otthon a gyermekükkel a szülést követően.





FOGLALKOZÁSI JELLEMZŐK

Desai és Waite (1991) kutatásukban többek között azt a jelenséget vizsgálták, miszerint a nők általában azért választanak hagyományosan nőinek címkézett (*gender labeling* [Shehan, 1996]) foglalkozásokat, mert azok könnyebben összeegyeztethetők a későbbi, gyermekvállalási és családalapítási tervekkel. Ezek többnyire olyan állásokat jelentenek, amelyek esetében egyrészt a munkavégzés felfüggesztése – akár véglegesen is – alacsony költséggel jár, másrészt megkönnyítik az anyák számára a dolgozó nő és a családanya szerepének szimultán kivitelezését. Mivel a két lehetőség két ellentétes irányú feltételezést kívánna meg (az első foglalkoztatási típus alacsony kilépési költségei lassíthatják a visszatérés tervezett idejét, a második típus esetében azonban az összeegyeztethetőség növelheti azt), az idézett szerzők úgy döntöttek, nem fogalmazzák meg külön-külön ezekre vonatkozó várakozásokat, eredményeikben azonban hangsúlyozták, hogy a foglalkozások esetében a genderdominanciának nem volt hatása sem a kilépés idejére, sem a szülést követő visszatérésre. Koncz (2010) szerint a nemi alapú munkaerőpiaci szegregáció már az oktatási intézmények kiválasztásával megkezdődik, hiszen a nők inkább tipikusan női domináns, a férfiak pedig férfi domináns foglalkozásoknak megfelelő képzésben vesznek részt.¹

Az elhelyezkedésben mindezek mellett fontos szerepe van a szülés utáni munkavállalási preferenciáknak is. Azok a nők, akik a gyermekük megszületését követően sokáig nem terveznek visszatérni a munkaerőpiacra, általában olyan foglalkozásokat részesítenek előnyben, ahonnan könnyű a kilépés, később pedig az esetleges visszatérés. Ezzel szemben azok az anyák, akik a szülést követően viszonylag rövid időn belül dolgozni szeretnének, többnyire olyan helyen igyekeznek munkát vállalni, ahol nem kifejezetten anyagi juttatásokkal (pl. rugalmas munkaidő, fizikai terhelés mellőzése, többi anya jelenléte és támogatása a munkahelyen), de támogatják a kisgyermekes anyák szerepvállalását (Desai and Waite, 1991). Schwartz (1989) is arra a következtetésre jutott a kutatásában, hogy az ilyen juttatásokkal a munkaadók meggyorsíthatják az anyák visszatérését a szülés után.

¹ A szerzők azokat a foglalkozásokat tekintik női vagy férfi domináns foglalkozásoknak, „ahol a foglalkoztatottak száma meghaladja a másik nemhez tartozó foglalkoztatottak számát, vagy a nők/férfiak aránya meghalad egy előre megadott arányt” (Koncz, 2010, 1089. o.). Ez az arány 20-80%-ig terjedhet.



MUNKAERŐPIACI TAPASZTALAT ÉS ELÉRHETŐ GYERMEKFELÜGYELET

A nők fokozódó megjelenése a munkaerőpiacon egyre inkább indokolta bizonyos munkahelyhez és munkavállaláshoz köthető szabályozások szükségességét, különösen a várandós nők esetében. Ma már számos nemzetközi és hazai törvény biztosítja a várandós munkavállalók védelmét – például az ILO 183. sz. Egyezménye, 8. cikk,² 2006/54/EK³ és 2010/18/EU⁴ irányelve – mind a foglalkoztatottság, mind a hátrányos megkülönböztetés szempontjából (Sütő, 2016; Göndör, 2013). Magyarország Alaptörvénye XV. cikkének (5) bekezdése szerint „Magyarország külön intézkedésekkel védi a családokat, a gyermekeket, a nőket, az időseket és a fogyatékkal élőket”, az L cikk (2) bekezdése pedig kijelenti, hogy „Magyarország támogatja a gyermekvállalást”. Mindezek mellett némileg konkrétabb intézkedéseket előírva fogadták el 2011-ben a CCXI. számú, a családok védelméről szóló törvényt,⁵ amely biztosítja a munkavállaló számára, hogy a várandósság, a szülési szabadság, illetve a gyermekgondozás céljából igénybe vett szabadság ideje alatt a munkáltató nem közölhet felmondást. Továbbá a törvény 15.§-ának (1) bekezdése úgy határoz, hogy „A kiskorú gyermeket nevelő szülőt a foglalkoztatása során a külön törvényben foglaltak szerint kiemelt munkajogi védelem, illetve a szülői szerep és a munkavégzés összehangolását, valamint a családi élet védelmét biztosító kedvezmények illetik meg. Az állam a család és a munkavállalás összeegyeztethetőségének érdekében ösztönzi a részmunkaidőben történő, illetve az egyéb atipikus foglalkoztatási formákban való munkavégzést.”

Makay (2017) korábban már említett tanulmányában a szociális normákról alkotott vélemények mellett a szülői szabadságok hatását, illetve az anyák munkaerőpiaci jellemzőit is bemutatja a szülés előtt és után Magyarországon az 1976 és 2004, valamint Franciaországban az 1976 és 2007 között születettek esetében. A szülés utáni munkavállalás két legfontosabb tényezője a szülés előtti munkaerőpiaci státusz – azaz volt-e az anyának munkahelye –, illetve a munkahelyi pozíció védelme a szülői szabadság alatt, amely a munka törvénykönyve által biztosított Magyarországon. Minél inkább úgy érzik az anyák, hogy a szülés után is visszavárják és biztosítják számukra a munkahelyet, annál valószínűbb, hogy csak rövid ideig maradnak otthon. Mindezek mellett R. Fedor (2015) tanulmányában a szülést megelőző munkaviszony hosszának a fontosságát hangsúlyozta a

² <https://2010-2014.kormany.hu/download/f/5a/01000/183E.pdf>

³ <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2006/54/oj>

⁴ <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2010/18/oj>

⁵ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100211.tv>

visszatérés idejének vonatkozásában. Bár az emberitőke-elméletekkel összhangban a szerző azt várta, hogy a hosszabb ideje fennálló munkaviszonyból fakadó tapasztalat, illetve a karrier felépítésébe fektetett idő pozitívan befolyásolja a fízett munkába való visszalépést, eredményeiben mégis az ellenkezőjét tapasztalta. Kutatásában a gyeden/gyesen lévő anyákat a visszatéréssel kapcsolatos terveikről, a már foglalkoztatott anyákat pedig a már lezárult munkaerőpiaci helyzetükről kérdezte. Bár az előbbi csoport esetében azt állapította meg, hogy a szülést megelőző munkaviszony hossza nem befolyásolja a visszatérés tervezett idejét, a foglalkoztatott anyáknál azonban egyértelműen látszott, hogy a pályakezdők, illetve az egy évnél rövidebb munkaviszonnyal rendelkezők a gyermekvállalást követően hamarabb vállaltak munkát, mint az ennél több munkatapasztalattal rendelkezők. A szerző abban látja ennek a magyarázatát, hogy a munkaerőpiacon eltöltött hosszabb idő egyfajta biztonságot ad az anyának, aki így nyugodtabban marad otthon a gyermekével – akár hosszú távon is – a szülést követően. A minimális tapasztalattal rendelkezők esetében azonban ez a fajta biztonságérzet hiányzik, így inkább hajlandóak a korai visszatérésre.

Nem elég azonban csak az otthonmaradás idejének csökkentésére fókuszálni, mivel a megfelelő napközbeni gyermekfelügyeletet biztosító intézmények hiánya a visszatérés egyik legnagyobb akadálya. Az egyes anyagi támogatások, valamint az anyák munkavállalását motiváló intézkedések mellett az elmúlt években nagy hangsúlyt fektettek a kisgyermekeket ellátó intézmények fejlesztésére és bővítésére. Az anyák munkaerőpiaci reintegrációja szempontjából kiemelten fontos, hogy a gyermekeiket megfelelő felügyeletre bízassák, hiszen a rossz minőségű vagy alacsony színvonalú ellátás negatív hatást gyakorolhat a gyermekek fejlődésére, valamint fokozhatja a viselkedési zavarok kialakulásának kockázatát (Blaskó, 2010; Gregg et al., 2005). 2018-ban összesen 47 169 rendelkezésre álló bölcsődei férőhelyet tartottak nyilván, a beíratott gyermekek száma pedig 44 577 fő volt. Bár a három éven alul gyermekek 25%-a nem fért hozzá napközbeni ellátáshoz, a férőhelyek száma várhatóan növekedni fog. A hatályban lévő gyermekvédelmi törvény értelmében az önkormányzat köteles biztosítani 2020. december végéig minden olyan településen az ellátás ezen formáját, ahol 40-nél több három év alatti gyermek él, vagy legalább öt gyermek esetében erre szükség lenne. Az új ellátási formák tehát igyekeznek igazodni a település kisgyermekkorú népességszámához, továbbá a munkahelyek jellemzőihez (KSH, 2019a). A szakpolitikának tehát az az egyik leghatásosabb eszköze az anyák munkavállalásának motiválására, ha megnövelik a kedvező áron hozzáférhető gyermekfelügyeletet biztosító intézmények férőhelyeinek számát (Szabó-Morvai és Lovász, 2017; Nollenberger and Rodríguez-Palanas, 2015;



Bauernschuster and Schlotter, 2015; Hardoy and Schøne, 2015). Szabó-Morvai és Lovász (2017) kutatásukban arra a következtetésre jutottak, hogy Magyarországon – és a közép-kelet-európai országok többségében – a bölcsődei férőhelyek számának megnövelése pozitívan hat az anyák munkavállalására. Ezzel szemben a dél-európai országokban ezek az intézkedések nem befolyásolják jelentősen az anyák munkakínálatát, a nyugati országok esetében pedig változó eredményeket figyelhetünk meg. Ausztriában például pozitív hatást tapasztalhatunk, míg Franciaország esetében nincs szignifikáns összefüggés. Kapitány (2019) friss kutatásában a Kohorsz '18 adatait felhasználva vizsgálta meg az anyák bölcsődével kapcsolatos terveit és az ezt befolyásoló tényezőket. Bár ő is kiemelte a férőhelyek növelésének szükségességét, fontosnak tartja a bölcsődék társadalmi népszerűsítését is, mivel a bölcsődéztetési terveket nagymértékben meghatározzák a családok háttérjellemei (pl. anya iskolai végzettsége, a településen elérhető bölcsődei férőhelyek stb.). Mindezek mellett megvizsgálta, hogy a bölcsődéztetési tervek milyen mértékben függenek a munkavállalási tervektől. Eredményei alapján úgy tűnik, hogy azok a várandós anyák, „akik tervezik gyermeküket bölcsődébe adni, igen nagy eséllyel munkát terveznek vállalni (93%-ban), illetve akik a gyermek hároméves kora előtt munkavállalást terveznek, azok igen nagy eséllyel (83%-ban) egyszerre bölcsődéztetésben is gondolkodnak.” (Kapitány, 2019, 67. o.). Továbbá megállapította, hogy azokon a településeken, ahol nincsenek bölcsődék, igen magas arányban (31%) fordulnak elő olyan várandós anyák, akik ugyan nem tervezik a bölcsődéztetést, de a munkavállalást igen. Bár a munkavállalási tervek vizsgálatakor fontosnak tarjuk a bölcsődék hozzáférhetőségének kérdését, Kapitány eredményei alapján mégis úgy döntöttünk, hogy a modellből kihagyjuk az erre vonatkozó változó bevonását, mivel a nagymértékű együtt járás (azok az anyák, akik tervezik bölcsődébe adni gyermeküket, nagy valószínűséggel dolgozni is terveznek) csökkentené a modellben vizsgált jelenség interpretálhatóságát. Lehetőség nyílik ugyanakkor a bölcsődei ellátás településszintű adatainak bevonására, amely kisgyermekes anyák esetében a környezet visszatérést befolyásoló kiszámíthatósági aspektusának tekinthető.

TÁRSADALMI STÁTUSZ

A korábban már hivatkozott szerzőpáros, Desai és Waite (1991) kutatásukban azt az összefüggést találták, miszerint a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező anyák akár már három hónap elteltével újra munkába állnak a szülés után, és a



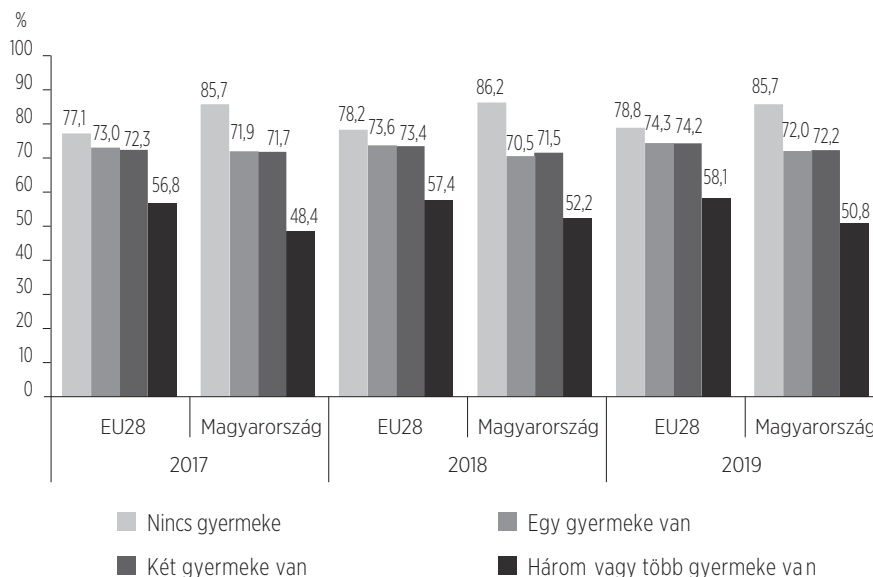
magas fizetés is meggyorsítja a visszatérést. Mindezek mellett kijelenthető, hogy minél tovább marad otthon az anya szülés után, annál valószínűbb, hogy nem a szülést megelőző munkahelyre fog visszatérni. Bár kihangsúlyoztuk a nők, illetve anyák előzetes terveinek, elképzeléseinek, valamint egyéni preferenciáinak fontosságát, mégis sok esetben rajtuk kívül álló faktorok (pl. egészségi állapot, gyermekkori otthoni környezet, szocioökonómiai státuszról fakadó hátrányok vagy előnyök, kultúra, a társadalmi normákról alkotott elképzelések) is befolyásolják a munkaerőpiaci elhelyezkedést (Lucia-Casademunt et al., 2018; Damaske, 2016).

A magyarországi anyák munkaerőpiaci visszatérését az iskolai végzettség fényében vizsgálva Makay (2017) a korábban bemutatott kutatások eredményeihez hasonló összefüggést tárt fel, vagyis minél magasabb az anya iskolai végzettsége, annál valószínűbb a korai visszatérés. (Ez az összefüggés Franciaország esetében is kimutatható.) R. Fedor és Toldi (2017) tanulmányukban a kor bevonásával tovább árnyalják a magyar anyák visszatérésének a jellemzőit. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében végzett kutatásukban, amely során 427 anyát sikerült lekérdezniük, azt tapasztalták, hogy a magasán kvalifikált idősebb anyák később térnek vissza a munka világába, mint a fiatalabb társaik. Az iskolai végzettség okozta visszatérési különbségek a gyermekszám tekintetében még inkább nyomon követhetőek, mivel a második gyermek születése után az alacsonyabb képzettséggel rendelkező anyák körében még inkább jellemző, hogy kivárlják az állami szülői juttatások lejártát, és csak ezt követően vállalnak újra munkát.

GYERMEKSZÁM

R. Fedor (2015), valamint Hofferth és Curtin (2006) kutatásaikban többek között a gyermekszám befolyását hangsúlyozzák, amely szerint minél több gyermeke van egy anyának, annál magasabb az otthon töltött idejének értéke, ami lassítja a visszatérést és csökkenti a foglalkoztatási rátát. Különösen igaz ez az állítás a harmadik vagy többedik gyermek esetében. Ezt az Eurostat (2020) adatai is alátámasztják, amelyek alapján kijelenthető, hogy a 2017 és 2019 közti időszakot vizsgálva minden esetben a gyermektelen nők foglalkoztatási rátája a legmagasabb, a három vagy több gyermeket nevelő anyáké pedig jóval alacsonyabb.

1. ábra: A 20–49 éves nők foglalkoztatási rátája gyermekszám szerint, EU28 és Magyarország, 2017–2019



Forrás: Eurostat, 2020.

A meglévő gyermekszám mellett a gyermekvállalási tervek is fontos aspektusai lehetnek a munkaerőpiacra történő visszalépésnek. Kapitány és Spéder (2009) azt hangsúlyozták, hogy a tervek megvalósításában a családpolitikai rendszerek mellett a munkaerőpiaci helyzetnek van kiemelkedő szerepe. Eredményeik szerint a dolgozó, ám alacsony keresetű nők számára az anyasági ellátások egészen kedvező kompenzációt jelentenek a keresetkiesésre az otthonmaradás ideje alatt, ezért nagyobb arányban tudják megvalósítani a gyermekvállalási terveiket. A magas jövedelemmel rendelkező anyák számára azonban már sok esetben ezek a támogatások nem tudják kellő mértékig helyettesíteni a gyermekvállalás okozta jövedelemkiesést. Figyelembe véve a társadalmi státuszt, azok az anyasági ellátásban részesülő anyák képesek nagyobb valószínűséggel realizálni további gyermek vállalására vonatkozó terveiket, akik magas végzettséggel rendelkeznek. A szerzők azonban hangsúlyozták, hogy abban az esetben, amikor az anyasági támogatások ideje alatt nem születik meg a következő gyermek, és az anya visszalép a munkaerőpiacra, lényegesen lecsökken a tervek megvalósításának az esélye, mivel minden kilépést követően egyre nehezebb a visszatérés.



A HAZAI CSALÁDPOLITIKA ÉS AZ ANYASÁGI TÁMOGATÁSOK

Mivel a visszatérés tervezett idejére alapvető hatással lehetnek az egyes anyasági támogatások, fontosnak tartjuk bemutatni a vonatkozó magyarországi családtámogatási rendszert. Uniós viszonylatban a hazai családtámogatási rendszer meglehetősen bőkezűnek tekinthető.

A komplex kormányzati intézkedések (pl. a családokat segítő szolgáltatások, a pénzbeli ellátások, az adó- és járulékkedvezmények, a lakástámogatások, a nők kedvezményes öregségi nyugdíja,⁶ az egyedi támogatások) eredményeként megnövekedett a családtámogatásra fordított költségvetési forrás. 2010-ben a felsorolt intézkedések a GDP 3,5%-át tették ki, míg 2018-ra ez az arány 4,8%-ra növekedett (Állami Számvevőszék, 2019). A magyarországi családtámogatási rendszer közel húsz különböző ellátásból áll, amelyek egyik fajtáját a pénzbeli juttatások, egy másik csoportját pedig a gyermek melletti munkavállalás elősegítését célzó intézkedések képezik. A gyermekek után járó anyagi támogatások esetében kijelenthető, hogy bizonyos mértékig – a csecsemőgondozási és a gyermekgondozási díj esetében a szülés előtti jövedelemtől függően – képesek kompenzálni a munka felfüggesztése nyomán kialakult anyagi kiesést, így lehetővé válik a szülők számára, hogy otthon maradjanak a gyermekükkel. Mindazonáltal a támogatásokat igénybe vevők számára jogilag biztosított a visszatérés lehetősége ugyanarra a munkahelyre, ahol a gyermekvállalást megelőzően dolgoztak (Spéder et al., 2019).

⁶ Életkortól függetlenül az a nő jogosult öregségi teljes nyugdíjra, aki legalább 40 év jogosultsági idővel rendelkezik, amelyből minimum 32 évet keresőtevékenységgel szerzett. A szükséges keresőtevékenységgel töltött évek száma változhat, többek között a gyermekszám, valamint a vér szerinti vagy az örökbefogadott gyermek egészségi állapotának tekintetében (Kormányhivatalok, 2019b).



A VÁRANDÓSOK SZÜLÉS UTÁNI MUNKAVÁLLALÁSI TERVEIT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

1. táblázat. A kisgyermek otthongondozási időszaka alatt folyósítható magyarországi pénzbeli ellátások

Támogatás megnevezése	Támogatás jellemzői
Csecsemőgondozási díj (csed)	Már várandóskorban is igénybe vehető, összesen 24 hétig tartó juttatás, amely a szülés előtt dolgozó anyák korábbi fizetésének a 70%-a.
Gyermekgondozási díj (gyed)	A csed lejártától függően a megszületett gyermek 24 hónapos koráig járó juttatás, amely felső határösszege az anya vagy az apa jövedelme alapján megállapított naptári napi alap 70%-a, de maximum a mindenkori havi minimálbér kétszeresének a 70%-a (2020-ban 225 400 forint). Egy újabb gyermek születése után a gyed extra bevezetésével lehetőség nyílt mind a fiatalabb, mind az idősebb testvér után járó juttatások igénybevételére. A gyed igénybevétele mellett a kormány 2014-től korlátozások nélkül lehetővé tette a munkavállalást.
Gyermekgondozási segély (gyes)	A megszületett gyermek 24–36 hónapos koráig járó juttatás (csedre és gyedre nem jogosultak esetében 0–36 hónapos korig), amely egy fix összegű juttatás az anya vagy az apa korábbi munkaerőpiaci státuszától függetlenül mindenkinek jár. 2020-ban a gyes összege gyermekenként havi 28 500 forint, amiből 10% nyugdíjjárulékot vonnak le. Ma már a gyes mellett is megengedett a munkavállalás.
Gyermeknevelési támogatás (gyet)	Három vagy több gyermek nevelése esetén járó, (gyermekek számától független) fix összegű családi támogatás, amely a legfiatalabb gyermek 3-tól 8 éves koráig jár. Ha a legidősebb gyermek betölti a 18 éves kort, de a legfiatalabb még nem érte el a 8. életévét, akkor a juttatás megszűnik, ám méltányossági kérelem benyújtásával hosszabbítható. 2020-ban a gyet összege havi 28 500 forint, amiből 10% nyugdíjjárulékot vonnak le. Bizonyos korlátozásokat betartva ma már a gyet mellett is megengedett a munkavállalás.
Nagyszülői gyed	A juttatás igénybe vételének feltétele, hogy a szülők és a nagyszülők is jogosultak legyenek a gyedre. A nagyszülő több unoka után is igénybe veheti a juttatást (a gyermekek 2 éves koráig), aminek az összege a korábbi keresetének 70%-a, felső határral.
Diplomás gyed	Azok a szülő nők kaphatják, akik az általános gyedre nem lennének jogosultak, de a gyermek születése előtti két évben valamely államilag elismert felsőoktatási intézmény teljes idejű képzésében legalább két félév aktív hallgatói jogvisztonnyal rendelkeztek. A gyermek két éves koráig járó, fix összegű támogatás 2020-ban alapképzés esetén 112 700 forintra, mesterképzés esetén 147 420 forintra emelkedett.

Forrás: Makay és Blaskó, 2012; Makay, 2015; Dudás, 2019, 2020; Kormányhivatalok, 2014; Szörényi, 2019.

A bőkezű pénzbeli támogatások egyik hátránya, hogy sok esetben az anyákat otthonmaradásra ösztönözik, így hosszú időre kiszakítják őket a munkaerőpiacról, ami a későbbiekben alacsonyabb bérekhez és foglalkoztatáshoz vezethet (Makay, 2015; Budig et al., 2012). Ennek felismerését követően a kormány lazított a gyermekek után járó támogatások feltételein, így lehetővé tették a munkavállalást a gyermek hathónapos korát követően a gyed és a gyes folyósítása mellett. Bár a gyest igénybe vevő szülők már korábban is vállalhattak rész-munkaidős munkát a juttatás ideje alatt, de az ilyen állások alacsony száma ezt nem kifejezetten tette lehetővé. Ennek hatására 2012-ben módosították a munka törvénykönyvét, amelyben előírták, hogy a munkaadó köteles rész-munkaidős foglalkoztatást biztosítani a három éven aluli gyermeket nevelő munkavállaló számára, amennyiben ezt kéri. Az új munka törvénykönyvének egyik negatívuma azonban, hogy megszüntette a szülők felmondási védelmét (Makay, 2015; Makó, 2018). A kormányzati döntések nem csak az anyákat igyekeznek motiválni a munkaerőpiaci szerepvállalásra, hanem egyes intézkedéssel a munkavállalók számára is próbálják vonzóvá tenni a kisgyermekes anyák alkalmazását. A szociális hozzájárulási adóról szóló 2018. évi LII. törvény⁷ 11–12. §-ának értelmében azok a munkáltatók, akik kisgyermekes anyákat foglalkoztatnak, adókedvezményben részesülnek, amely a foglalkoztatás első három évében, három vagy több gyermeket nevelő nők esetében az első öt évében igényelhető. Az említett intézkedések mellett a 2019-ben indított Családvédelmi Akciótervnek is több, a kisgyermekes családokat érintő intézkedése van (babaváró támogatás, jelzáloghitel-elengedés, nagycsaládosok autóvásárlási támogatása, családi otthonteremtési kedvezmény kibővítése), amelyek közvetlen vagy közvetett hatással, de befolyásolhatják az anyák munkavállalását is (Kormányhivatalok, 2019a).

HIPOTÉZISEK

Az áttekintett szakirodalom fényében a gyermekvállalás utáni munkavállalási terveket alakító tényezők vizsgálatára öt hipotézist állítottunk fel.

Az első, 'szerepfelfogás' hipotézist (H1) a tradicionális és modern párkapcsolati szerepfelfogások mentén alakítottuk ki, amelyben Makay (2017) eredményével összhangban azt feltételezzük, hogy a társadalmi szerepekkel kapcsolatos modernebb értékrend a szülés utáni rövidebb otthon töltött periódus tervezéséhez vezet.

⁷ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1800052.tv>



Második, 'foglalkoztatás' hipotézisünket (H2) a foglalkoztatás jellege alapján alakítottuk ki. Ennek során, egyebek mellett Desai és Waite (1991) kutatására támaszkodva, azt feltételezzük, hogy a tervezett visszatérést rövidítheti a női domináns foglalkozásban, a vezetőként, önállóként végzett munka, és magának az aktív munkavállalói státusznak a ténye is.

A 'kiszámíthatóság' hipotézis (H3) azokkal a környezeti, intézményi tényezőkkel számol, amelyek megkönnyíthetik (gyorsíthatják) a munkába való visszatérés melletti döntést. A bölcsődei ellátás rendelkezésre állása – Szabó-Morvai és Lovász (2017), Kapitány (2019), valamint Makay (2017) kutatására alapozva – vagy a munkahely biztosíthatósága ilyen szempontok lehetnek. Ez utóbbi esetében R. Fedor (2015) eredményei alapján úgy gondoljuk, hogy a hosszabb idejű munkaviszonnal rendelkező anyák a munkaerőpiaci beágyazottságukból fakadóan inkább érzik biztosítottak állásukat egy esetleges későbbi visszatérést követően is, míg a pályakezdők és a rövidebb munkaviszonnal rendelkezők éppen a biztonsági tényező hiánya miatt a szülést követően rövidebb ideig terveznek otthon maradni.

Negyedik hipotézisünk a 'társadalmi státusz' tervezett munkába állásra gyakorolt hatására vonatkozik (H4). Desai és Waite (1991), valamint Makay (2017) kutatásai alapján feltételezzük, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező anyák korábban terveznek munkát vállalni a szülést követően, a szülést megelőző munkahelyen kapott alacsony fizetés és a magasabb jövedelem azonban elodázhathatják a tervezett visszatérést.

A 'gyermekszám' hipotézis (H5) azt az erős hatást feltételezi, amellyel a már megszületett és tervezett gyermekek alakítják az anyák munkavállalási terveit. E tekintetben – R. Fedor (2015), valamint Hofferth és Curtin (2006) kutatásaira hivatkozva – azt várjuk, hogy azok az anyák, akik a többedik gyermeküket várják, későbbi munkavállalásban gondolkodnak. Kapitány és Spéder (2009) megfigyelései szerint pedig úgy gondoljuk, hogy azok az anyák, akik több gyermeket terveznek vállalni, szintén hosszabb ideig nem tervezik a visszatérést.

MÓDSZER

Az adatok

A kutatáshoz szükséges adatok a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetben 2018-ban indult Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat elnevezésű longitudinális panelfelvételből állnak rendelkezésünkre, amelynek a célja a 2018–2019-ben szü-



letett gyermekek felnövekedésének a vizsgálata, illetve az erre ható körülmények feltárása (Veroszta, 2018). Az első, várandós kori adatfelvételi hullámban a várandósságuk hetedik hónapjában lévő anyákkal zajlott az adatfelvétel. Az elemzés során felhasznált kutatási adatbázis $n=8287$ várandós válaszait tartalmazza, amit személyes lekérdezés során saját körzeti védőnőjük rögzített 2018–2019 folyamán. A kutatási adatbázis reprezentativitását súlyozási eljárással az anya életkorára, családi állapotára, gyermekei számára, iskolai végzettségére és lakóhelyére biztosították (Szabó et al., 2020).

A születési kohorszvizsgálat első hullámának adatbázisán elemzésünk során az anyai munkavállalási tervekhez igazodóan szelekciót végeztünk. Ennek megfelelően csak azokat a válaszadó várandósokat vonjuk be az elemzésbe, akik meg tudták mondani a gyermekük születése utáni munkaerőpiaci visszatérésük tervezett idejét ($n=7010$). Emellett e részadatbázisból kiemeltük és alacsony esetszámuk miatt külön kategóriaként sem szerepeltettük a partnerrel nem rendelkező várandósokat (119 fő). Az elemzés során használt adatbázis elemszáma eszerint 6891 fő.

A változók kialakítása

Az anya tervezett munkaerőpiaci visszatérésének vizsgálatára a kutatási kérdőív alábbi kérdése szolgált: „A baba mennyi idős korában tervezi, hogy Ön (újra) munkát vállal?”. A válaszlehetőségek nyitott és zárt mezők kombinációjából álltak,⁸ ezért az adattisztítás, majd a függő változó kialakítása során egy új választáruktúrát alakítottunk ki, igazodva egyfelől a nyitott válaszártékek megoszlásának töréspontjaihoz, másfelől a magyarországi anyasági támogatási rendszer gyed-gyes időszakaihoz (lásd 3. táblázatot).

A vizsgálati hipotéziseknek megfelelően a Kohorsz '18 várandós adatbázisában szereplő adatokból alakítottuk ki a szülés utáni munkavállalást esetlegesen befolyásoló háttérváltozó-készletet (lásd 2. táblázatot). A társadalmi szerepek hatását (H1) két változóval mérjük. Egyfelől a férfi–női szerepmegosztás⁹ hagyományos–modern tengelyen értelmezett értékelésének, másfelől a válaszadó partnerkapcsolati státuszának (házas/élettársi kapcsolatban élő) összevont változóival. A 'foglalkoztatás' hipotézisben (H2) feltételezett hatások vizsgálatához

⁸ A kérdőív válaszlehetőségei: _____ éves és _____ hónapos korában tervezi a munkavállalást/nem tervezi a munkavállalást/nem tudja, mikorra tervezi/nem tudja/nem kíván válaszolni.

⁹ Az alábbi állítással való egyetértés 1–5-ig tartó skálán (ahol 1=egyáltalán nem ért egyet, 5=teljesen egyetért) adott válaszait két kategóriába kódoltuk (modern=1–2; hagyományos=3–5): „Az a helyes, ha a férj számára a munka a fontosabb, a feleség számára pedig az otthon és a gyermekek, még akkor is, ha mindketten dolgoznak”.

három változót alakítottunk ki. Ezek egyike a válaszadó aktuális foglalkoztatási státuszát mérő kétértékű változó (a megkereséskor foglalkoztatott/nem foglalkoztatott), ahol a foglalkoztatott kategóriába a megkereséskor (már) nem aktív, de munkavállalói jogviszonyban álló várandósok is beletartoztak. Másik, a foglalkoztatás jellegét mérő változónkban egybevontuk az alkalmazottakon belüli vezetői/beosztott pozíciót és az önálló, vállalkozói státuszt annak érdekében, hogy a válaszadó foglalkoztatási rendszerben elfoglalt helyét rögzíteni tudjuk. A változó a megkérdezett aktuális vagy – inaktív státusz esetén – utolsó foglalkozásának munkajellegcsoport-alapú felosztásának (Andorka, 1982) egyszerűsített modellje.¹⁰ A hipotézisnek megfelelően a foglalkozás nemi dominanciájának képviselőjére is létrehoztunk egy változót. Itt az aktuális vagy utolsó foglalkozást vettük alapul, ám ez esetben a foglalkozás megnevezésére vonatkozó nyitott kérdésekre adott válaszok Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere (FEOR-08) szerinti négyjegyű kódjaival dolgoztunk. A kódok alapján kialakított FEOR-főcsoportokhoz rendeltünk 'férfi domináns' vagy 'női domináns' foglalkozási értékeket a Központi Statisztikai Hivatal 2019. IV. negyedévi foglalkoztatási statisztikája alapján, a foglalkozási főcsoportok átlagos nemi arányaihoz képesti legalább 5 százalékpontos eltérések figyelembevételével (KSH, 2019b). A relatíve nagy adathiány miatt (n=526; 6,3%) e változó esetében a „nem tudja/nem válaszolt” kategóriát összevontuk a nem foglalkoztatottak csoportjával. A gyermek- és munkavállalási környezet 'kiszámíthatóságának' (H3) képviselőjében a munkahelybiztonság mérésére az adott foglalkoztatónál eltöltött időt vettük alapul, ahol a legalább négy év, azonos foglalkoztatónál eltöltött munkaviszonyt tekintettük a kétértékű változó megkülönböztető értékének. Emellett a tervezés kiszámíthatóságaként tekintünk a településen elérhető hagyományos bölcsődei ellátásra is. A 'társadalmi státusz' (H4) változói esetében az adatbázisból módosítás nélkül át-emelt várandós végzettségi szintjének négyértékű változójával, valamint az egyéni havi nettó jövedelem kvintiliseinek változójával dolgoztunk. Utóbbi esetében a relatíve magas válaszhíányt (16,5%) a magyarázó modell végső esetszámának megtartása érdekében külön értéként kódolva megtartottuk a modellben, összevontva a jövedelemmel nem rendelkezők csoportjával. Végül a 'gyermekszám' munkavállalási tervekre gyakorolt hatásának vizsgálatához (H5) a várandós már megszületett és életben lévő gyermekeinek számára (paritás), illetve a következő három évben tervezett esetleges újabb gyermek vállalására vonatkozó változókkal dolgoztunk. A gyermekvállalási tervekhez kapcsolódó kétértékű változót itt is kiegészítettük a bizonytalan választ adók és a nem válaszolók körével.

¹⁰ A változó értékei: önálló/vállalkozó; vezetőként alkalmazott; beosztottként alkalmazott; még nem dolgozott.

2. táblázat. A háttérváltozók megoszlása a munkába visszatérés tervezett ideje alapján a várandósságuk hetedik hónapjában lévő, párkapcsolatban élő nők körében

		A születendő gyermek..				Összesen
		2 éves kora előtt	2 éves korában	2 éves kora után	Összesen (sorszázalék)	(oszlop-százalék)
Nemi szerepek megítélése	hagyományos	11,2	22,4	66,4	100,0	35,4
	modern	14,6	30,7	54,7	100,0	64,6
Párkapcsolati státusz	élettársi kapcsolatban él	12,6	23,0	64,4	100,0	44,3
	házas	14,0	31,6	54,4	100,0	55,7
Aktivitás	nem foglalkoztatott	9,0	10,3	80,7	100,0	26,5
	foglalkoztatásban áll	14,9	33,9	51,2	100,0	73,5
(Utolsó) foglalkoztatási státusz	önálló	46,9	19,3	33,9	100,0	5,6
	vezető alkalmazott	21,0	36,0	43,0	100,0	8,4
	beosztott alkalmazott	11,0	29,9	59,1	100,0	77,9
	még nem dolgozott	5,5	5,0	89,5	100,0	8,2
Férfi vagy női többségű munka FEOR-főcsoport-onként	férfi többségű foglalkozás	10,1	25,5	64,4	100,0	10,9
	női többségű foglalkozás még nem dolgozott, nem tudja vagy nem válaszolt	15,1	31,3	53,6	100,0	75,1
		5,5	5,0	89,6	100,0	8,2
Munkavállalás időtartama a jelenlegi munkahelyen	legalább négy év	14,3	35,7	50,0	100,0	48,4
	kevesebb, mint négy év	12,6	20,3	67,1	100,0	51,6
A településen hagyományos bölcsőde működik	igen	16,2	32,9	50,9	100,0	67,2
	nem	7,6	17,2	75,2	100,0	32,8
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 osztály	7,9	9,7	82,3	100,0	18,7
	szakmunkás	9,9	19,6	70,5	100,0	11,4
	középfok	12,1	30,8	57,1	100,0	34,0
	felsőfok	18,6	36,8	44,6	100,0	35,8
Egyéni havi nettó jövedelmi ötödök	1. ötöd	8,7	24,3	67,0	100,0	11,1
	2. ötöd	10,3	32,8	56,9	100,0	12,2
	3. ötöd	8,9	35,7	55,4	100,0	10,7
	4. ötöd	15,7	36,6	47,8	100,0	11,9
	5. ötöd	27,2	41,0	31,9	100,0	11,8
	nem foglalkoztatott, nem tudja vagy nem válaszolt	12,1	19,1	68,8	100,0	42,2

2. táblázat. A háttérváltozók megoszlása a munkába visszatérés tervezett ideje alapján a várandósságuk hetedik hónapjában lévő, párkapcsolatban élő nők körében (folytatás)

		A születendő gyermek..				Összesen	Összesen
		2 éves kora előtt	2 éves korában	2 éves kora után	Összesen (sorszázalék)	(oszlop-százalék)	(%)
Hányadik gyermekét várja	első	14,4	30,0	55,6	100,0	45,4	
	második	12,9	30,3	56,8	100,0	34,5	
	harmadik vagy többedik	12,1	18,5	69,4	100,0	20,2	
Újabb gyermeket tervez három éven belül	nem tervez	13,3	26,7	60,0	100,0	61,6	
	tervez	13,6	29,4	57,0	100,0	33,7	
	nem tudja vagy nem válaszolt	14,2	30,1	55,7	100,0	4,7	
Életkor	25 évesnél fiatalabb	8,8	12,4	78,8	100,0	19,3	
	25–34 év közötti	13,4	30,1	56,6	100,0	57,5	
	35 éves vagy idősebb	17,3	34,9	47,9	100,0	23,2	
Összesen		13,4	27,8	58,8	100,0	100,0	

Forrás: Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, várandós kutatási adatbázis, KSH NKI, n=6891, a szerzők számítása.

AZ ELEMZÉS MÓDSZERE

Az elemzés során a kutatási kérdésben szereplő, a gyermekvállalást követő munkavállalási terveket befolyásoló szempontok önálló magyarázó erejét többváltozós, multinomiális logisztikus regressziós modellben vizsgáltuk. A modell függő változója a várandósok munkavállalási terveit mérő, háromértékű nominális változó, amelynek az értékei közül referenciakategóriának a gyermek kétéves korán túlnyúló tervezett munkavállalást jelöltük ki. A modellbe beemelt magyarázó változók szelekcióját khi-négyzet-statisztikára épülő, előzetes eljárással végeztük el, amelynek során a független változók és a kimeneti/függő változó közötti kapcsolat erősségét külön ellenőriztük. Az előzetes hipotézisekhez rendelt magyarázó változók mellett a modellbe beépített kontroll változó szerepe a munkavállalási tervekre ható életkori hatások leválasztása volt. Emellett az egyes háttérváltozók közti kapcsolatok vizsgálatára alapozva az egyes változópárok közti kölcsönhatások kiszűrésére interakciós változókat emeltünk be a modellbe. Ezek közül végül a statisztikailag szignifikánsnak mu-

atkozó életkor és iskolai végzettség közötti interakciós változót építettük be. Az iskolaivégzettség- és jövedelem-, a foglalkoztatásistátusz- és időtartam-, valamint a foglalkoztatásistátusz- és aktivitásváltozók hatása egymástól függetlennek bizonyult.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

A várandósok szülés utáni munkavállalási terveit az alábbi függő változóba sűrítve ragadjuk meg és magyarázzuk (3. táblázat). Eszerint a várandósságuk hetedik hónapjában lévő várandósok 15%-ának nincsenek körvonalazott munkavállalási terveik (ezt az alcsoportot kiemeljük a magyarázó modellből). A munkavállalási terveikről beszámoló válaszadók között többségben (58,8%) vannak azok, akik a gyés időszakát még – terveik szerint – legalább részben bizonyosan otthon töltik majd. A tervekkel rendelkező várandósok korai visszatérőnek nevezhető, 13,6%-os (az összes várandóson belül 11,5%-os) alcsoportja már a gyed időszaka alatt, tehát a születendő gyermek kétéves kora előtt visszatérne a munkaerőpiacra. A gyed időszakának lejártára, a gyermek kétéves korára időzített munkavállalás a tervekkel rendelkező várandósok 27,6%-át jellemzi (az összes várandós 23,4%-a).

3. táblázat. Szülés utáni munkavállalási tervek megoszlása a várandósságuk hetedik hónapjában lévő, párkapcsolatban élő nők körében

Szülés utáni munkavállalási tervek	N	Össze-	
		sen, %	%
A gyermek 2 éves kora előtt tervezi a munkavállalást (gyed alatt)	923	11,4	13,4
A gyermek 2 éves korában tervezi a munkavállalást (gyed lejártakor)	1913	23,5	27,8
A gyermek 2 éves kora után tervezi a munkavállalást (gyes alatt, vagy később)	4055	49,9	58,8
Összesen	6891	84,7	100,0
Nem tudja, nem válaszol	1242	15,3	
Mindösszesen	8132	100,0	

Forrás: Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, várandós kutatási adatbázis, KSH NKI, a szerzők számítása.

A hazai anyasági támogatási rendszer határpontjaihoz illesztett szülés utáni munkavállalási tervek tehát inkább a támogatási időszakok kihasználtsága felé mutatnak, a tervezetten a gyed időszakot sem kitöltők alig egytizedes aránya is erre utal.

Magyarázó modell

A szülés utáni munkavállalási terveket magyarázó multinomiális logisztikus regressziós modell eredményeit a 4. táblázat tartalmazza.

Az eredmények azt mutatják, hogy a későbbi (a gyermek kétéves korát követő) munkavállalást tervezőkhöz képest a leghamarabb, már a gyed alatt visszatérést tervező várandósok közé szignifikánsan nagyobb eséllyel tartoznak azok, akik élettársi kapcsolatban élnek, önállók (önfoglalkoztatók) avagy vezető pozícióban vannak, női domináns foglalkozást űznek, és nem tekinthetnek vissza hosszabb foglalkoztatotti múltra a munkáltatóiknál. A visszatérést felgyorsító hatás a párkapcsolatok tekintetében modernebb szerepfelfogást képviselők esetében is kimutatható. A várandósok jövedelmi szintjét tekintve a magasabb keresetű anyáknál nagyobb a korai visszatérés tervezésének esélye (a későn visszatérőkhöz viszonyítva). A nagyobb gyermekszám, a további gyermekvállalás tervezése és a bölcsőde hiánya a várandós nő településén erős negatív hatással bír a korai visszatérési tervekre.

A későbbi, a gyés időszakába is benyúló vagy azon is túllépő visszatérést tervezők csoportjához képest szintén nagyobb eséllyel időzítik épp a gyed lejártára az (újbóli) munkavállalást a további gyermekvállalást nem tervező, foglalkoztatásban álló, kisebb gyermekszámú anyák, és akiknek a településén működik hagyományos bölcsőde. Itt megmutatkozik az alkalmazotti jogviszonyban dolgozók nagyobb hajlandósága a közvetlenül a gyed lejárt utáni munkavállalásra. Esetükben a hagyományos értékek (nemi szerepfelfogás, házasság) hatása a visszatérési tervekre nem szignifikáns.

4. táblázat. A gyermekvállalás utáni munkavállalási terveket meghatározó tényezők

	Visszatérést tervez a gyermek két éves kora előtt (gyed alatt) (n=923)		Visszatérést tervez a gyermek két éves korában (gyed lejártakor) (n=1913)		95%-os konfidencia-intervallum
	Exp(B)	95%-os konfidencia-intervallum	Exp(B)	95%-os konfidencia-intervallum	
Nemi szerepek megítélése (ref.: hagyományos)	1,191*	1,002 – 1,416	1,080	0,948 – 1,230	modern
Párkapcsolati státusz (ref.: házas)	1,254*	1,054 – 1,491	1,016	0,891 – 1,159	életvársi kapcsolatban él
Aktivitás (ref.: foglalkoztatásban áll)	0,626**	0,462 – 0,847	0,421***	0,328 – 0,541	nem foglalkoztatott
(Utolsó) foglalkoztatási státusz (ref.: még nem dolgozott)	7,001*** 2,049* 1,036	3,878 – 12,658 1,131 – 3,713 0,600 – 1,790	1,540 1,924* 1,668*	0,862 – 2,753 1,122 – 3,299 1,007 – 2,763	önálló vezető alkalmazott beosztott alkalmazott
Férfi vagy női többségű munka FEOR-főcsoportonként (ref.: női többségű foglalkozás)	0,685** 0,574**	0,519 – 0,906 0,390 – 0,844	0,938 0,845	0,770 – 1,143 0,633 – 1,128	férfi többségű foglalkozás még nem dolgozott/nem tudja/nem válaszolt
Munkavállalás időtartama a jelenlegi munkahelyen (ref.: legalább négy év)	1,418***	1,175 – 1,711	1,101	0,873 – 1,175	kevesebb mint négy év
A településen hagyományos bölcsőde működik (ref.: igen)	0,449***	0,371 – 0,544	0,531***	0,463 – 0,610	nem
Iskolai végzettség (ref.: felsőfok)	0,850 0,552+ 0,848	0,413 – 1,749 0,300 – 1,015 0,602 – 1,195	0,782 0,799 1,210	0,442 – 1,383 0,526 – 1,125 0,938 – 1,561	legfeljebb 8 osztály szakmunkás középfok

4. táblázat. A gyermekvállalás utáni munkavállalási terveket meghatározó tényezők (folytatás)

	Visszatérést tervez a gyermek két éves kora előtt (gyved alatt) (n=923)		Visszatérést tervez a gyermek két éves kora előtt (gyved lejártakor) (n=1913)	
	Exp(B)	95%-os konfidencia-intervallum	Exp(B)	95%-os konfidencia-intervallum
nem dolgozik/nem tudja/nem választott	1,877***	1,358 - 2,594	1,069	0,867 - 1,318
1. ötöd	0,988	0,674 - 1,447	0,710**	0,560 - 0,900
2. ötöd	1,227	0,855 - 1,759	0,976	0,783 - 1,216
4. ötöd	2,032***	1,443 - 2,861	1,146	0,918 - 1,430
5. ötöd	4,687***	3,346 - 6,566	1,768***	1,398 - 2,235
első	1,456**	1,127 - 1,882	2,046***	1,670 - 2,508
második	1,300*	1,031 - 1,640	1,768***	1,472 - 2,123
nem tervez	1,542***	1,265 - 1,880	1,551***	1,338 - 1,798
nem tudja/nem választott	1,369	0,941 - 1,943	1,294+	0,975 - 1,718
25 évesnél fiatalabb	1,058	0,369 - 3,038	1,292	0,602 - 2,774
25-34 év közötti	0,929	0,723 - 1,193	0,983	0,807 - 1,199
legfeljebb 8 osztály X 25 évesnél fiatalabb	0,564	0,156 - 2,030	0,312*	0,117 - 0,827
szakmunkás X 25 évesnél fiatalabb	0,544	0,144 - 2,053	0,436+	0,173 - 1,103
középfok X 25 évesnél fiatalabb	0,841	0,272 - 2,605	0,341*	0,147 - 0,783
legfeljebb 8 osztály X 25-34 éves	0,926	0,420 - 2,043	0,753	0,397 - 1,426
szakmunkás X 25-34 éves	1,237	0,618 - 2,476	0,669	0,408 - 1,097
középfok X 25-34 éves	0,756	0,502 - 1,138	0,671**	0,498 - 0,904

Megjegyzések: n=6891; -2LL= 7870,1; Pseudo (Nagelkerke) R²=0,233; +p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. A regressziós modell referenciakategóriája: munkába visszatérés tervezett ideje a gyermek két éves kora után (n=4055).

Forrás: Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, várandós kutatási adatbázis, KSH NKI, n=6891, a szerzők számítása.

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS ÖSSZEZGÉS

A hazai várandósok körében a gyermekük megszületése utáni munkavállalási tervek erősen illeszkednek a hazai anyasági ellátások által kijelölt határpontokhoz. A legnagyobb arányban azok az anyák vannak, akik legkorábban a gyed időszakára időzítenék munkaerőpiaci visszatérésüket. Aránylag csekély és – mint láthattuk – jól körülhatárolható csoportot alkotnak azok a várandósok, akik már a gyed időszaka alatt visszakapcsolódnának a munkába. A gyed időszakának vége, azaz a gyermek kétéves kora a várandósok több mint egynegyede számára a munkavállalás tervezett kezdetét jelenti. A fenti modellszámítások alapján ezekre a várandósság alatti, a munkaerőpiaci visszatérésre vonatkozó tervekre az alábbi tényezők vannak hatással:

1. A 'szerepfelfogás' hipotézist (H1) az eredmények a korai visszatérést tervező anyák esetében alátámasztják. A feltételezett összefüggés azon várandósok esetében kimutatható, akik a férfi-női szerepmegosztás tekintetében kevésbé tradicionális értékrenddel bírnak. Az élettársi kapcsolatban élők esetében hasonló irányú hatást sikerült feltárni, amely szerint az e csoportba tartozó anyák már a gyed időszaka alatt nagyobb eséllyel terveznek visszakapcsolódni a munkába. A gyed lejártára – azaz a hazai anyai támogatási rendszer egy sarokpontjára – időzített munkavállalást tervezők esetében e hatásokat már nem leltük fel.
2. A 'foglalkoztatás' hipotézis (H2) alapján várt összefüggések közül a foglalkoztatás jellege, a vezetői dimenziók a gyed lejártát megelőző időszakra időzített visszatérést tervező anyák esetében mutattak hatást a munkavállalási tervekre. A foglalkozások genderdominanciája kapcsán eredményeink a várakozásoknak megfelelően alakultak, amennyiben a foglalkozási főcsoportok alapján a férfi többséggel rendelkező szakmákhoz tartozás csökkenti a korai, két évnél rövidebb visszatérés tervezésének az esélyét. Ez tehát inkább a nők által dominált szakmákban dolgozó anyákra jellemző, és a korai visszatérést tervezők esetében érvényesül.
3. A 'kiszámíthatóság' hipotézis (H3) esetében az egyazon munkáltatónál a régóta, legalább négy éve tartó foglalkoztatás a munkavállalói biztonság indikátoraként a korai visszatérést tervezők esetében – az eredményeink szerint és a feltételezésünkkel összhangban – lassítja a visszatérést. Úgy tűnik, hogy a korai (két év alatti) visszatérési tervekkel az adott cégnél kevésbé régóta dolgozó munkavállalók szignifikánsan nagyobb eséllyel jellemezhetők, mint a legalább négy éve ugyanannál a munkáltatónál foglalkoztatottak. A kiszámíthatóság másik aspektusa a településen elér-

hető hagyományos bölcsődei ellátás erősen és pozitívan hat a korai és a gyed lejártára időzített visszatérési tervekre egyaránt.

4. A 'társadalmi státusz' tervezett munkába állásra gyakorolt hatásán (H4) belül az iskolai végzettség esetében nem találtunk önálló, szignifikáns hatást. Az anya jövedelmi szintjét tekintve mind a korai, mind a gyed lejártához igazodó tervek esélyét növeli a magasabb egyéni jövedelem.
5. A 'gyermekszám' hipotézisben (H5) feltételezett következetes és erős, a munkavállalás-tervezés kitolódására vonatkozó hatásokat az adataink hátróztan megerősítik.

A Kohorsz '18 várandós hullámának adatai alapján készült kutatásunk mindezek alapján jól illeszkedik az áttekintett témába vágó tanulmányok sorába, kiegészítve azokat a szülés utáni munkavállalás tervezettségi aspektusával.

A vizsgálódás legfontosabb eredményének azt tekintjük, hogy a két, visszatérést tervező várandóskategória közötti különbségeket azonosítottuk. A korai, még a gyed időszaka alatti visszatérést tervező anyák esetében az anyagi és szervezési (ellátórendszer, gyermekvállalás) szempontok mellett a szerepspecifikus jellemzők között is fellelhetjük a terveket befolyásoló hatásokat. A gyed lezárulásának időszakára időzített újbóli munkavállalás ugyanakkor a hazai támogatási rendszer sarokpontjához igazodó erős anyagi és foglalkoztatási meghatározottságot mutat, az előbbi némileg értékszempontú hatások nélkül.

A téma elemzését továbbfejlesztve a longitudinális kutatás későbbi hullámaiban az anyai munkavállalási tervek és a ténylegesen megvalósult reintegráció egyéni szintű összevetésére nyílik lehetőség. A jelenlegi modellben azon változók bevonására törekedtünk, amelyekkel a tervezés időtartamára vonatkozó hipotéziseinket tesztelhetjük. Ezek közül a várakozásainknak ellentmond, ezért részletesebb vizsgálatot igényelhet a munkahely biztosítottságának a várandósok visszatérési terveivel és stratégiáival való kapcsolata. Itt a munkáltató gyermekvállalással kapcsolatos attitűdjének vizsgálatára lehet érdemes kitérnünk. A kiszámíthatóság másik aspektusa, a gyermekfelügyelet elérhetősége ugyanakkor egyértelműen kihat a visszatérési tervekre, érdemes ennek tényleges elérhetőségét, igénybevételét feltárni a továbbiakban. A foglalkozások genderdominanciájának azonosítására egyfelől szofisztikáltabb mérőeszközök kialakítására törekszünk, másfelől a kapott eredmények és az előbbi - munkáltatói - szempontrendszer alapján vizsgálódásunkat kibővítjük a férfi domináns munkák munkáltatói aspektusaira is. Ugyancsak tovább vizsgálandó a háztartási versus egyéni jövedelemszint és az újrafoglalkoztatottság időzítésének kapcsolata. Érdemes itt a háztartási jövedelem részletesebb felosztásával, az anya részesedésének külön mérésével árnyalni a képet a későbbiekben. Szintén figye-



lembe veendő szempont lesz a bölcsődei ellátás mellett a gyermekgondozásban igénybe vehető fizetett segítség jelenléte, amely egyrészt gyorsíthatja a visszatérést, másrészt nyilvánvalóan anyagi helyzethez kötött tényező.

A fenti mérlegelések, kiegészítések mellett a további elemzések során azonban új szempontok beemelése is indokolt lesz. A munkáltatói oldal fogadókészségének, a reintegráció nehézségeinek feltárására a kutatás későbbi szakaszaiban felvett anyai interjúkból tudunk majd kiindulni. Az apák egyre inkább fokozódó jelenléte a gyermeknevelésben és az otthoni teendőkben jelentőssé teheti a partner munkaerőpiaci jellemzőinek a bevonását. Ehhez a Kohorsz '18 longitudinális kutatás későbbi adatfelvételeiben mind az anyai, mind az apai forrásból rendelkezésre állnak majd adatok a gyermek megszületését követő időszakokban. Emellett a munkába visszatérés magyarázó tényezőjeként hasonlóan fontos és szintén tervezetten a vizsgálatba emelt tényező lehet a nagyszülők szerepvállalása a kisgyermekes családok életében. Az anyák, valamint gyermekük egészségi állapota is releváns és a kutatás során folyamatában vizsgált hatótényező lehet. Az utóbb felsoroltak mind olyan további faktorok lehetnek, amelyek befolyását érdemes – akár az eddigiek kontextusában is – az anyák szülést követő munkaerőpiaci reintegrációja kapcsán megvizsgálni.



IRODALOM

- Acsódy J. (2018). Államszocializmus – nők – ellenzékiesség. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat*, 8(1), 1–15.
- Állami Számvevőszék (2019). *A családtámogatások rendszere Magyarországon – ÁSZ-elemzés*. Elérhető: <https://www.aszhirportal.hu/hu/hirek/a-csaladtamogatások-rendszere-magyarországon-asz-elemzes>
- Andorka R. (1982). *A társadalmi mobilitás változásai Magyarországon*. Budapest: Gondolat.
- Bácsné Bába É. (2014). Kisgyermekes anyák a munkaerőpiacon – pro és contra. *TAYLOR*, 6(1-2), 250–259.
- Bauernschuster, S. and Schlotter, M. (2015). Public child care and mothers' labor supply and evidence from two quasi-experiments. *Journal of Public Economics*, 123(C), 1–16.
- Blaskó Zs. (2010). Meddig maradjon otthon az anya? – a gyermekfejlődés szempontjai. Kutatási tapasztalatok és társadalmpolitikai következtetések. *Esély*, 21(3), 89–116.
- Blaskó Zs. (2011). Három évig a gyermek mellett – de nem mindenáron. A közvélemény a kisgyermekes anyák munkába állásáról. *Demográfia*, 54(1), 23–44.
- Budig, M. J., Misra, J. and Boeckmann, I. (2012). The Motherhood Penalty in Cross-National Perspective: The Importance of Work–Family Policies and Cultural Attitudes. *Social Politics*, 19(2), 163–93.
- Damaske, S. (2016). Women's Work Pathways Across the Life Course. *Demography*, 53(2), 365–391.
- Desai, S. and Waite, L. (1991). Women's Employment During Pregnancy and After the First Birth: Occupational Characteristics and Work Commitment. *American Sociological Review*, 56(4), 551–566.
- Dudás Á. (2019). *Diplomás gyed*. Elérhető: <https://csalad.hu/tamogatasok/diplomas-gyed>
- Dudás Á. (2020). *Gyermekgondozási díj (gyed)*. Elérhető: <https://csalad.hu/cikk/gyermekgondozasi-dij-ismertebb-neven-gyed>
- Eurostat (2020). Employment rate of adults by sex, age groups, educational attainment level, number of children and age of youngest child (%) [lfst_hheredch]. Elérhető: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Frey M. (1997). Nők a munkaerőpiacon. In Lévai K. és Tóth I. Gy., (szerk.), *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. (13–34. o.). Budapest: TÁRKI, Munkaügyi Minisztérium, Egyenlő Esélyek Titkársága.
- Göndör É. (2013). A nők és a család munkajogi védelme a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet egyezményeiben. In Szoboszlai-Kiss K. és Deli G., (szerk.), *Tanulmányok a 70 éves Bihari Mihály tiszteletére* (205–215. o.). Győr: Universitas-Győr.
- Gregg, P., Washbrook, E., Propper, C. and Burgess, S. (2005). The Effects of a Mother's Return to Work Decision on Child Development in the UK. *Economic Journal*, 115(501), 48–80.
- Hakim, C. (2002). Lifestyle Preferences as Determinants of Women's Differentiated Labour Market Careers. *Work and Occupations*, 29(4), 428–459.
- Hakim, C. (2006). Women, Careers, and Work-Life Preferences. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34(3), 279–294.

- Hardoy, I. and Schöne, P. (2015). Enticing even higher female labour supply: the impact of cheaper day care. *Review of Economics of the Household*, 13(4), 815–836.
- Hofferth, S. L. and Curtin, S. C. (2006). Parental Leave Statutes and Maternal Return to Work After Childbirth in the United States. *Work and Occupations*, 33(1), 73–105.
- Kapitány B. és Spéder Zs., (2009). Gyermekvállalás. In Monostori J., Óri P., S. Molnár E. és Spéder Zs., (szerk.), *Demográfiai Portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*, (29–40. o.) Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kapitány B. (2019). Bölcsődéztetési tervek Magyarországon. *Gyermeknevelés*, 8(2), 55–73.
- Koncz K. (2004). A nők munkaerőpiaci helyzete az ezredfordulón Magyarországon. *Statisztikai Szemle*, 82(12), 1092–1106.
- Koncz K. (2010). A munkaerőpiac nemek szerinti szegregációjának jelensége és mérése. *Statisztikai Szemle*, 88(10-11), 1082–1105.
- Kormányhivatalok (2014). *Gyed extra*. Letöltve: <http://www.kormanyhivatal.hu/download/2/b0/f0000/Gyed%20extra1.pdf>
- Kormányhivatalok (2019a). *Elindult a Családvédelmi Akcióterv*. Letöltve: www.kormanyhivatal.hu/hu/hirek/napokon-belul-indul-a-csaladvedelmi-akcioterv
- Kormányhivatalok (2019b). *Öregségi nyugdíj*. Letöltve: <http://www.kormanyhivatal.hu/download/c/84/25000/40%20%C3%A9ves%20kedvezm%C3%A9nyes%20nyugd%C3%ADj%202019%20t%C3%A1j%C3%A9koztat%C3%B3.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal (2019a). A gyermekek napközbeni ellátása. *Statisztikai Tükör*, december. Letöltve: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/kisgyermnapkozbeni/gyermnapkozbeni19.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal (2019b). A foglalkoztatottak száma foglalkozási főcsoport szerint, nemenként – FEOR'08 (ezer fő) [adatbázis]. *Stadat*. Elérhető: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf035a.html
- Lucia-Casademunt, A. M., García-Cabrera, A. M., Padilla-Angulo, L. and Cuéllar-Molina, D. (2018). Returning to Work after Childbirth in Europe: Well-Being, Work-Life Balance, and the Interplay of Supervisor Support. *Frontiers in Psychology*, 9, 68.
- Makay Zs. és Blaskó Zs. (2012). Családtámogatás, gyermeknevelés, munkavállalás. In Monostori J., Óri P., S. Molnár E. és Spéder Zs., (szerk.), *Demográfiai portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről* (45–56. o.) Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Makay Zs. (2015). Családtámogatás, gyermeknevelés, munkavállalás. In Monostori J., Óri P., S. Molnár E. és Spéder Zs., (szerk.), *Demográfiai portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről* (57–74.o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Makay Zs. (2017). Parental Leave and Career Interruption of Mothers in France and Hungary. In Régnier-Voilier, A., (Ed.), *A Longitudinal Approach to Family Trajectories in France. The Generations and Gender Survey* (pp. 173–197.) Paris: INED/Springer.
- Makó Á. (2018). A nők foglalkoztatására ható jogszabályi környezet. In Fazekas K. és Szabó-Morvai Á., (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2017* (179–184. o.). Budapest: MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet.

- Nagy B. és Paksi V. (2014). A munka-magánélet összehangolásának kérdései a magasan képzett nők körében. In Spéder Zs., (szerk.), *A család vonzásában: Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére* (159-175. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Nollenberger, N. and Rodríguez-Planas, N. (2015). Full-time universal childcare in a context of low maternal employment: Quasi-experimental evidence from Spain. *Labour Economics*, 36(C), 124-136.
- R. Fedor A. (2015). *Egyensúlyban? – A munkaerőpiaci karriertől a familiarizmusig*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.
- R. Fedor A. és Hajnal B. (2014). A kisgyermeket nevelő nők (munkaerőpiaci) karaktercsoportjai. *Statisztikai Szemle*, 92(6), 541-568.
- R. Fedor A. és Takács P. (2013). A gyermekgondozási szabadság optimális időtartama. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 3, 65-78.
- R. Fedor A. and Toldi A. (2017). Labour market opportunities of women with young children after childbirth. *Kontakt*, 19(3), 236-243.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Escribà-Aguir, V., Lelong, N., Mas Pons, R., and Ancel, P. Y. (1999). Returning to Work after Childbirth in France, Italy, and Spain. *European Sociological Review*, 15(2), 179-194.
- Schwartz, F. N. (1989). Management Women and the New Facts of Life. *Harvard Business Review*, 67, 65-76.
- Shehan, C. L. (1996). Sociodemographic Perspectives on Pregnant Women at Work. *Seminars in Perinatology*, 20(1), 3-10.
- Spéder Zs., Murinkó L. és Oláh Sz. L. (2019). Cash support vs. tax incentives: The differential impact of policy interventions on third births in contemporary Hungary. *Population Studies*, 74(1), 39-54.
- Sütő K. (2016). Az anyaság és az állás biztonsága. In Fazekas M., (szerk.), *Jogi Tanulmányok* (444-454. o.). Budapest: ELTE Állam- és Jogtudományi Kar Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola.
- Szabó L., Boros J., Fábrián I., Gresits G., Hortobágyi A., Kapitány B., Kis R., Kopcsó K., Leitheiser F., Rohr A., Spéder Zs. és Veroszta Zs. (2020). *Várandós kutatási szakasz. Technikai riport. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat*. (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 102). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Szabó-Morvai Á. és Lovász A. (2017). *Childcare and Maternal Labour Supply – a Cross-Country Analysis of Quasi-Experimental Estimates from 7 Countries*. (Working Papers on the Labour Market, 2017/3). Budapest: MTA KRTK KTI.
- Szörényi M. (2019): *A nagyszülői gyed feltételei*. Elérhető: <https://ado.hu/tb-nyugdij/a-nagyszuloi-gyed-feltetelei/>
- Veroszta Zs. (szerk.) (2018). *Kutatási koncepció. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat*. (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 100). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

DETERMINANTS OF MATERNAL PLANS FOR LABOR MARKET RETURN AFTER CHILDBIRTH

ABSTRACT

The paper investigates factors determining the employment plans of pregnant women in Hungary. The study sets up five hypotheses regarding the determinants of labor market return plans among pregnant women based on relevant literature. Our empirical analysis is based on data from the first wave of the “Cohort '18 Growing Up in Hungary” longitudinal birth cohort project, which started in 2018 and is run by the Hungarian Demographic Research Institute. A multinomial logistic regression model was built to test our hypotheses. The majority of pregnant women in the sample plan to return to the labor market after the age of two of their (youngest) child, during the third childcare allowance period in the Hungarian maternity benefit system (gyes). They are followed by those who want to return when their child turns two (end of the second childcare allowance period – gyed), and the smallest group is those who want to return to work earlier, during gyed. Based on regression results it appears that a less traditional perception of gender roles, involvement in a female-dominated occupation, higher income, together with a lower number of (planned) children reduce the projected time of labor market return after childbirth. While re-employment plans timed for the expiration of gyed are mainly determined by structural factors, values and attitudes also seem to play a significant role in the case of women who plan an early labor market return.

Keywords: maternal employment, labor market, childcare allowance, pregnancy, birth cohort study



20 ÉV ALATTI VÁRANDÓSOK: MENNYIRE JELLEMZŐ ÉS MI BEFOLYÁSOLJA A HÁTRÁNYOS HELYZETET?*

Szabó Laura – Makay Zsuzsanna

ÖSSZEFOGLALÓ

A fiatalkori gyermekvállalás gyakorisága számottevően csökkent az utóbbi évtizedekben, ám továbbra is fontos a jelenség társadalmi vonatkozása. A Kohorsz '18 adatait felhasználva a várandósság 7. hónapjában válaszoló, 20 éves kor alatti várandósok társadalmi státuszát elemezzük. Arra keressük a választ, hogy mennyire hátrányos helyzetű ez a csoport? Mennyire figyelhetők meg különbségek náluk e téren, vannak-e körükben a többi kiskorú várandóshoz képest rosszabb körülmények között élők és olyanok, akikre ez kevésbé igaz? A hátrányos helyzet milyen mértékben magyarázható az alacsony életkorral?

Eredményeink szerint a fiatalkori várandósság egy erőteljesen hátrányos társadalmi réteghez kötődik: a nők iskolai végzettsége kortársaikhoz képest is alacsony; a párkapcsolati helyzetük bizonytalan, hiszen közel ötödüknek nincs együtt élő partnere a várandósság idején; tíz gyermekből kilenc várhatóan házasságon kívül születik; és a fiatalkori várandósok fele a legalsó jövedelmi ötöd-be tartozik a becsült ekvivalens háztartási jövedelem alapján.

Klaszterelemzéssel kimutatjuk ugyanakkor, hogy a hátrányos helyzet szempontjából nem homogén ez a csoport: főként a párkapcsolati helyzete szerint lehet elkülöníteni egy különösen hátrányos csoportot, a fiatal gyermekvállalók 18%-át, akik jellemzően kiskorúak, nincs együtt élő partnerük, és a többieknél

* Jelen tanulmány elkészülte és a Kohorsz '18 kutatás adatfelvétele az EFOP-1.9.4-VEKOP-16-2016-00001 azonosítószámú, „A szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása” című kiemelt projekt keretében valósult meg. Köszönettel tartozunk a három anonim bírálónak a kézirat első változatához fűzött megjegyzéseikért és javaslataikért.





SZABÓ LAURA - MAKAY ZSUZSANNA

is rosszabb jövedelmi körülmények között élnek. Regressziós elemzéssel alátámasztjuk, hogy a többi várandóshoz képest a fiatal életkor önmagában is erőteljes előjelzője az alacsony társadalmi státusznak: a 20 év alattiak mintegy 35%-kal nagyobb eséllyel hátrányos helyzetűek, mint az idősebb várandósok. Emellett több változó is kihat a hátrányos helyzetre, a legerőteljesebben a munkapiaci státusz.

Tárgyszavak: fiatalkorú gyermekvállalás, termékenység, hátrányos helyzet, Kohorsz '18

Szabó Laura, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

E-mail: szabo@demografia.hu

Makay Zsuzsanna, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

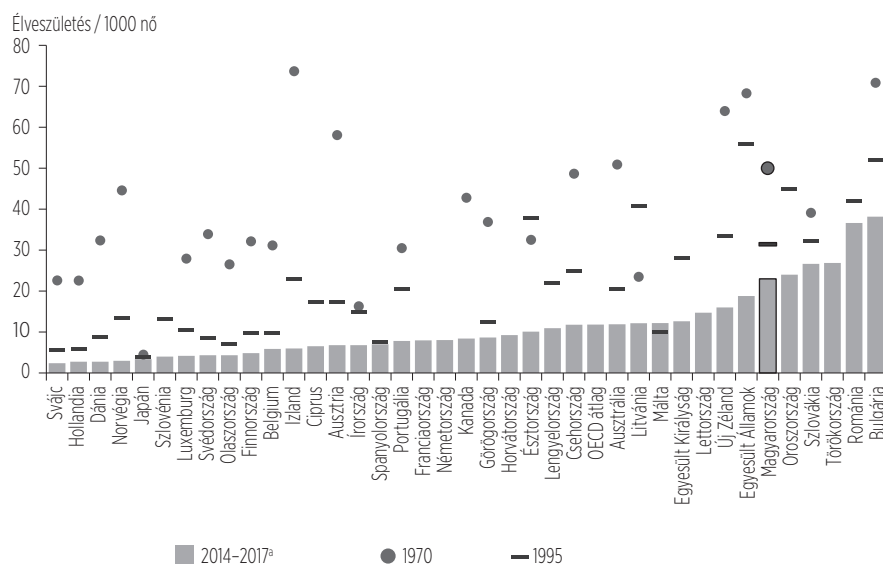
E-mail: makay@demografia.hu



BEVEZETÉS

Az 1970-es évektől a fejlett országokban számottevően csökkent a 20 év alatti nők gyermekvállalása. Ekkor ezer 20 év alatti nőre átlagosan mintegy 40 élveszületés jutott évente (az országok között igen nagy eltérésekkel) (1. ábra). Magyarországon ez időben az értéke 50 ezrelék körül alakult, majd számos országgal ellentétben tovább emelkedett, és 1980-ban érte el a csúcát, 68 ezrelékkal (1. táblázat). Majd csak ezt követően indult meg a – számos országban már folyamatban lévő – csökkenés.

1. ábra: Ezer fiatalkorú nőre (15–19 éves) jutó élveszületések az OECD-országokban



^a 2017 vagy az utolsó elérhető év.
Forrás: OECD.

Számos, nyugat-európai országban ezer fiatal nőnek a 2000-es években már csak mintegy 10 gyermeke született évente. Hazánkban a legalacsonyabb értéket, 18 ezreléket 2010-ben figyelték meg. Ezt követően néhány évig – meglepő módon – ismét emelkedés történt, és az újabb csökkenés előtt, 2016-ban 24,8 élveszületés jutott a 20 év alatti fiatalokra (1. táblázat), ami azonban még mindig igen magasnak számít, összevetve több nyugati ország 2 és 7 ezrelék közötti értékeivel.

1. táblázat: Ezer fiatalkorú nőre (15–19 éves) jutó élveszületések száma Magyarországon

1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
52,5	50,5	68,0	39,5	23,3	17,9	18,0	19,2	21,1	23,1	22,8	24,8	22,9	22,0

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv, 2018.

A szakirodalomban széles körben dokumentált, hogy a fiatalkori gyermekvállalás nagymértékben kötődik egy alacsony társadalmi státuszú, gazdasági, etnikai és földrajzi szempontból hátrányos helyzetben lévő csoporthoz (Kiernan, 1980, 1997; Imamura et al., 2007; Wellings et al., 2016; WHO, 2018), és ez Magyarországra is jellemző (Makay, 2019; Pongrácz, 1987b; Pongrácz és S. Molnár, 1994; Gyukits, 2003, 2009, 2015). A jelenség emellett csökkenti a gyakran már amúgy is hátrányos helyzetben lévő fiatalok pozitív életkilátásait: ezek a nők ritkábban házasok, iskolai tanulmányaik befejezetlensége miatt alacsony végzettségűek maradnak, és jellemzően hosszabb távon is alacsony gazdasági aktivitásúak (Kelly, 1994; Gyukits, 2015).

Emiatt egyes, hagyományosan magas fiatalkori gyermekvállalási mintázattal rendelkező országokban komoly politikai intézkedésekre került sor a jelenség visszaszorítására. 1999-ben az Egyesült Királyság kormánya azzal a céllal indította el a „Teenage Pregnancy Strategy” című programot, hogy a 18 éven aluliak teherbeesése 2010-re a felére csökkenjen. A program többek között felvilágosító médiakampányt, valamint egyéb, a fiatalok szexuális felvilágosítását elősegítő programokat, a megbízható fogamzásgátlási eszközökhöz jobb hozzáférési lehetőségeket tartalmazott, illetve támogatási formákat dolgoztak ki a már várandós tinédzserek számára az oktatásban és a munkaerőpiacon való részvételhez (Skinner & Marino, 2016). A program eredményeként számottevően csökkent a fiatalkori gyermekvállalás az Egyesült Királyságban, valamint emelkedett a 18 év alatti anyák oktatásban való részvétele (Wellings et al., 2016).

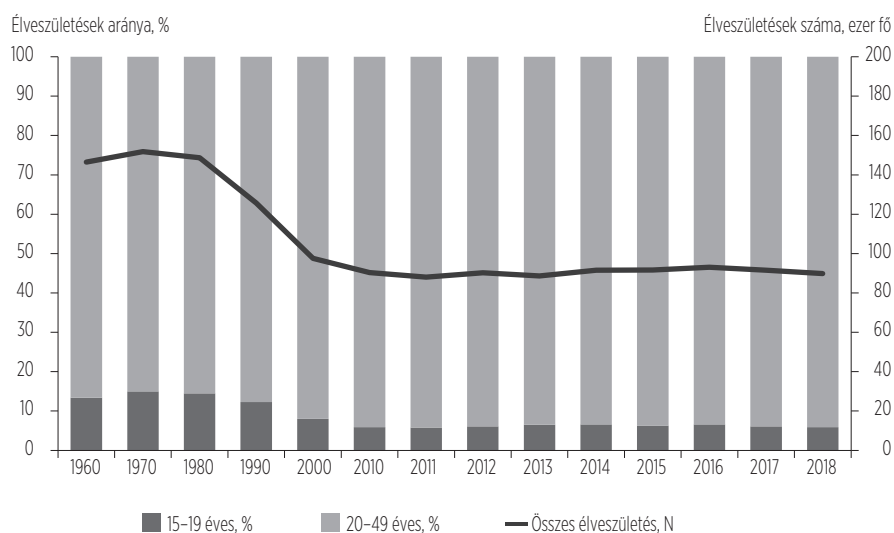
A fiatalkori teherbeesés tehát komoly társadalmi probléma, amelyre erőteljesen kihat az oktatásban eltöltött idő (Humlum et al., 2017). A tankötelezettség emelése ugyanis egyértelműen csökkenti a tinédzser anyák számát, miközben a középiskola félbeszakítása erőteljesen megnöveli a fiatalkori gyermekvállalás kockázatát (Suri, 1994; Tan, 2017). A hátrányos társadalmi pozíció az iskolai sikertelenséggel együtt ugyanakkor a gyermekvállalás mozgatórugója is lehet, mivel alacsony teljesítmény esetén a fiatal nők a további tanulmányi előmenetelüket negatívan, a munkaerőpiaci helyzetüket kilátástalannak ítélik meg, és ez egy esetleges teherbeesés esetén inkább az anyaság melletti választásra sarkallja

őket (Suri, 1994). Ilyen szempontból az oktatási rendszer egyszerre fékezheti, de okozhatja is a fiatalkori gyermekvállalást.

A szakirodalom egyetért abban, hogy ezen várandósságok visszaszorításában komoly szerepet játszik a fogamzásgátló módszerek népszerűsítése, és az azokhoz való könnyített hozzáférés, elsősorban a fogamzásgátló tabletta és az óvszer könnyű elérhetősége (mind anyagilag, mind „logisztikailag”). Emellett lényeges elem a szexuális életről való nyílt diskurzus, amelyben – a szülők mellett – az oktatási intézményeknek, a védőnői, családtervezési központoknak is komoly szerepük kell, hogy legyen. De a média felelőssége sem elhanyagolható, hiszen a fiatalok szexuális ismereteik jó részét onnan merítik (Jones et al., 1985; Polis & Jones, 2018).

A fejlett országokban a fiatalkorú gyermekvállalás háttérbe szorulása egybeesett a termékenységi szint 20. század második felében lezajló csökkenésével, amely a fiatalkorúak körében még erőteljesebb volt, mint a többi női korcsoportban. Ennek következményeként a születések kisebb hányada érinti manapság a fiatalkorúakat, mint például az 1970-es vagy 1980-as években (2. ábra).

2. ábra: Az élveszületések megoszlása az anya korcsoportja szerint



Forrás: KSH Demográfiai évkönyv, 2018.

Magyarországon az 1980-as és 1990-es években készült átfogó, longitudinális vizsgálat a fiatalkorú várandósokról (Pongrácz, 1983, 1987a, 1987b; Pongrácz és S. Molnár, 1986, 1987, 1994). Kimutatták, hogy a tinédzserkorban (18 év alatt)

teherbe esett fiatalok heterogén csoportot képeztek abból a szempontból, hogy eltéréseket mutattak a teherbeesésük körülményei, a teherbeesést motiváló okok, illetve a teherbeesés utáni magatartásuk, és ezeket a különbségeket vissza lehetett vezetni a társadalmi háttérben és a demográfiai jellemzőkben kimutatható eltérésekre. Ebben a kutatásban a várandósok három jól differenciálható csoportját elemezték: a házasságban, az élettársi kapcsolatban és a partnerkapcsolat nélkül élőket. Közülük a *gyermeküket élettársi kapcsolatban vállaló* anyák voltak a leghátrányosabb helyzetben mind az iskolai végzettségük, mind a családi háttérük miatt. Az alacsony iskolai végzettség nemcsak rájuk, hanem még inkább a szüleikre volt jellemző, ezenfelül alacsony „kulturális szint” mellett, ingerszegény környezetben éltek. Ennek a csoportnak a többsége roma nemzetiségű volt, akikre az is jellemző volt, hogy elutasították a fogamzásgátlást, és a gyermeküket tudatosan vállalták egy elfogadó környezetben (Pongrácz, 1987a; Pongrácz és S. Molnár, 1987).

Az *egyedülálló anyák csoportjában* sokféle háttérű nő volt a „félanalfabéta cigánylányoktól” (Pongrácz 1987a: 165) kezdve a jobb körülmények között élő, középiskolából kiesett lányokig, akik jellemzően későn észlelték a várandósságukat, ezért belekényszerültek a terhesség kihordásába (Pongrácz, 1987b; Pongrácz és S. Molnár, 1994). Ez a csoport abból a szempontból számított hátrányos helyzetűnek, hogy a partnerkapcsolatuk már a szülés időpontjára felbomlott, vagy a gyermek apja az apaságot nem volt hajlandó elismerni, és ezért egy nagyon bizonytalan párkapcsolati helyzetben születtek meg a gyermekeik. A *házasságban élő* fiatalkorú gyermekvállalók csoportja – habár az iskolai végzettségük, valamint a családi-társadalmi háttérük elmaradt az átlagostól – nem számított ebből a szempontból periférikus helyzetűnek, a házasságban élő fiatalkorúak voltak a legkevésbé hátrányos helyzetben (Pongrácz és S. Molnár, 1986). Pongrácz és S. Molnár (1994) megjegyzik, hogy a fiatalkorú várandósságok meglepően magas hányada volt kívánt terhesség (legalábbis a várandósoknak a szülés időpontjában tett vallomásuk szerint), ami elsősorban a házasságban és élettársi kapcsolatban élő fiatalkorúakat jellemezte.

A párkapcsolati státusz különbségei nagymértékben megmagyarázták tehát a várandósok társadalmi helyzetét, így a házasságban, illetve élettársi kapcsolatban gyermeket vállaló fiatalok teljesen eltérő élethelyzetben voltak.

Ugyanakkor tudjuk, hogy az elmúlt 35 évben sokat változtak a párkapcsolatok. Az első házasságkötés ideje erőteljesen kitolódott, a házasság előtt a fiatalok nagy része élettársi kapcsolatban él, valamint az élettársi kapcsolatok a házassággal azonos megítélés alá kerültek a lakosság egy döntő része számára (Murinkó és Rohr, 2018; Spéder, 2005). Éppen ezért azt feltételezzük, hogy

ma már mind a házastársukkal, mind az élettársukkal élő fiatalkorú várandósok párkapcsolati szempontból biztonságosabb környezetben várják gyermekeiket, mint néhány évtizeddel korábban; elképzelhető, hogy mindkét csoportra kevésbé jellemző a hátrányos helyzet szemben azokkal, akiknek nincs együtt élő párkapcsolatuk. Vagyis az a feltételezésünk, hogy a 21. század első felében nem az élettársi kapcsolatban élő fiatalkorú várandósok vannak a leghátrányosabb helyzetben, hanem a partnerkapcsolat nélkül élő fiatalkorú várandósok, mivel a társadalmi-gazdasági, demográfiai és egészségi hátrányok őket érintik a leginkább.

Az eddigi elemzések tehát azt jelezték, hogy a fiatalkorú várandósok csoportja összességében egyértelműen hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetben van. Ezzel mi is egyetértünk, ugyanakkor azt is gondoljuk, hogy ha a társadalmi és gazdasági hátrányos helyzet szempontjából talán homogénnek is tekinthető ez a csoport, akkor is léteznek közöttük különbségek demográfiai, párkapcsolati, egészségi jellemzők mentén. Tanulmányunkban két- és többváltozós elemzésekkel arra keressük a választ, hogy milyen jellemzők különböztetik meg a fiatalkorú várandósok egyes csoportjait, és a demográfiai, párkapcsolati, egészségi jellemzőikben eltérő fiatalkorú várandósok csoportjait hogyan érintik a különböző hátrányok. Ugyanis nemcsak a fiatalon gyermeket vállaló nők további elszegényedése a kockázat, hanem az is, hogy a fiatalkorú várandósoktól született gyermekek körében nagyobb az esélye mind a szegénységnek (Bradshaw et al., 2005; Mollborn, 2017; Social Exclusion Unit, 1999), mind a későbbi társadalmi és egészségi hátrányoknak (Fullerton et al., 1997), így növelve és tovább örökítve a szegénységet, valamint a szegénységben élők számát.

ADATOK, MÓDSZERTAN

Kutatási kérdéseinket a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat adatai segítségével válaszoljuk meg. A Kohorsz '18 a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet által indított longitudinális kutatás, amely közel 9000, 2018–2019-ben született gyermek felnövekedésének vizsgálatát célozta meg a magzati kortól a felnövekedésig, több adatfelvételi hullámon keresztül. A mintavételhez összetett, többlépcsős mintavételi eljárást használtunk, amelynek elsődleges mintavételi egysége a területi védőnői körzet volt. A minta kiválasztásakor figyelembe vettük a védőnői körzetekben várható születésszámot, az adott körzet földrajzi elhelyezkedését és társadalmi státuszát, illetve a becsült válaszadási hajlandóságot (Kapitány, 2018). Az ún. főkérdőívet a védőnők kérdezték le személyesen, az ér-

zékeny kérdésekre pedig önkitöltős formában válaszoltak a várandósok. Emellett a védőnők rögzítették a várandósgondozási könyv kiválasztott adatait is (például a nőgyógyász által jegyzett szülés várható idejét is, az előző terhességek idejét, számát és kimenetelét). Adataink forrása ezen adatfelvétel egyéni szintű, súlyozott adatbázisa, az elemszám 8287 fő (Szabó et al., 2020). A későbbi adatfelvételekből egy-egy (időben változatlan) anyai jellemzőt leíró változót emeltünk át a várandósokori adatbázisba, de elsősorban a várandós kutatás alapfelvételének kérdéseivel dolgozunk, a várandósgondozási könyv (például a terhességek, vetélések száma, hányadik héten jelentkezett a várandós a védőnőnél), illetve az önkitöltős kérdőív(ek) adataival (háztartási jövedelem, nemzetiség).

2. táblázat: A válaszadók száma

Ország	Teljes minta, N (13–49 év)	Fiatalkorú várandósok, N (13–19 év)
Várandós főkérdőív		
Összes nő száma és aránya	8287	501 (6,05%)
Várandósgondozási könyv		
Várandós önkitöltős kérdőív:		
– háztartási jövedelem	7002	396
Féléves kori önkitöltős kérdőív:		
– nemzetiség	7382	419
18 hónapos kérdőív:		
– várandós szüleinek iskolai végzettsége	4977	213
– szülők párkapcsolati helyzete, reprodukció	2380	128

Forrás: Kohorsz '18, Magyar Születési Kohorszvizsgálat.

A csoport egy kis részéről (akiket a 18 hónapos adatfelvétel során erről kérdeztünk) tudjuk, hogy mi volt a szülei iskolai végzettsége, hány évesen szülte az édesanyjuk az első gyermekét, és hogy milyen volt a szülei párkapcsolati helyzete (elváltak-e vagy sem), illetve nevelkedtek-e egy ideig egyszülős vagy nevelőapával egy háztartásban.

Elemzésünkben azokat tekintjük fiatalkorú várandósoknak, akik még nem töltötték be a 20. életévüket, ez a teljes – várandós – minta 6%-a, összesen 501 fő.¹

¹ A súlyozatlan adatbázisban a 19 éves és annál fiatalabbak száma 414 fő, de elemzésünkben anyai súllyal súlyozott adatokkal dolgozunk (a minta súlyozásáról lásd részletesen Kapitány, 2018; illetve Szabó et al., 2020).



Leíró elemzésünkben két- és többváltozós módszerekkel dolgozunk. A fiatalok várandósok jellemzőinek bemutatása után hierarchikus klaszterelemzéssel osztjuk csoportokra a fiatalok várandósokat. Majd megnézzük, hogy a fiatal életkor egyéb változók kiszűrése után is mutat-e összefüggést a hátrányos társadalmi, gazdasági helyzettel, amit logisztikus regressziós elemzéssel ellenőrizzük.

EREDMÉNYEK

I. LEÍRÓ ELEMZÉSEK: A FIATALKORÚ VÁRANDÓSOK BEMUTATÁSA...

A szakirodalom áttekintése azt jelezte számunkra, hogy a fiatalok várandósok több szempontból is hátrányos helyzetűek, aminek a hátterében értelem szerűen a csoport fiatal életkora áll, hiszen 19 évesen vagy még ennél is fiatalabb életkorban a szakmai, párkapcsolati és családi életútjuknak nagyon az elején vannak, és ez implicite meghatározza mind az iskolai végzettségüket, mind a foglalkozási státuszukat, valamint a jövedelmi helyzetüket. A következőkben azt tekintjük át, hogyan oszlik meg a fiatalok, 2018-2019-ben várandós nők csoportja egyes kiemelt demográfiai, gazdasági, társadalmi és egészségi szempont alapján. (A részletes adatokat az online melléklet tartalmazza: [1. melléklet](#)).

... főbb demográfiai jellemzőik szerint

A fiatalok várandósok közel kétharmada 18-19 éves (64%), míg bő egyharmada 17 éves vagy annál fiatalabb (36%). Ez az életkori megoszlás értelem szerűen befolyásolja mind az iskolai végzettség, mind a gazdasági és párkapcsolati státusz szerinti megoszlásokat, hiszen 16 éves korukban a fiatalok még nem szerezhetnek sem érettségit, sem diplomát, 15 éves koruk előtt nem lehetnek foglalkoztatottak, illetve 18 éves koruk előtt házasságot sem köthetnek gyámhatósági engedély nélkül.²

² A kérdéses időpontjában Magyarországon 18 év volt a házasságkötés megengedett életkora, 16-18 év között pedig csak gyámhatósági engedéllyel köthető házasság.



3. táblázat: A 14–19 éves női népesség száma és megoszlása iskolai végzettség szerint a népszámlálási és Kohorsz '18-adatok szerint

Iskolai végzettség	14 éves	15 éves	16 éves	17 éves	18 éves	19 éves	14–19 év
Teljes női népesség (népszámlálás)							
<8 általános	76,7	8,0	3,5	2,0	1,4	1,3	21,7
8 általános	23,3	92,0	96,5	97,7	69,2	29,8	62,9
Szakiskola, szakmunkás				0,3	2,5	7,1	1,6
Érettségi					26,9	61,8	13,9
<i>N (100%)</i>	97,790	54,712	55,904	58,705	58,972	61,166	387,249
Fiatalkorú, 2018-2019-ben várandós nők							
<8 általános	100,0	44,6	32,1	18,0	15,1	15,8	19,7
8 általános		55,4	67,9	78,7	69,8	59,6	66,7
Szakiskola, szakmunkás				3,3	9,4	15,3	8,7
Érettségi					5,7	9,3	4,9
<i>N_{unwght} (100%)</i>	5	18	41	92	119	139	414

Forrás: A 2011. évi népszámlálás és a Kohorsz '18, várandós kutatás.

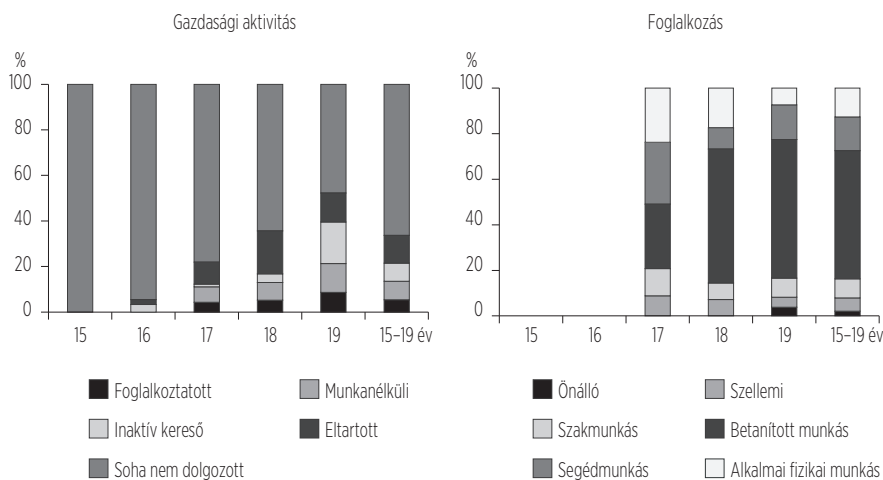
A fiatalkorú várandósok alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek: 20%-uk nem fejezte be a 8 általánost, 67%-uknak pedig legfeljebb 8 általános iskolai végzettsége van. Szakiskolai, szakmunkás végzettsége 9, míg érettségije 5%-uknak van (3. táblázat). Ezek az arányok messze alacsonyabbak, mint a kortársaik körében a népszámlálás alapján mért arányok (3. táblázat). Ha alacsony az iskolai végzettségük, akkor alacsonyabb a gazdasági aktivitási státuszuk is: 79%-uk eltartott, illetve soha nem dolgozott, és alig 5%-uk foglalkoztatott, elsősorban az idősebb, 19 éves korosztályból (3. ábra). Azon 17–19 éves fiatalkorú várandósok közül, akik dolgoznak vagy valaha dolgoztak, a többség betanított (56%), segéd- (15%), vagy alkalmi fizikai munkás (13%) volt, életkoronként eltérő arányokban (3. ábra).

A Kohorsz '18-kutatásban a várandósok a nemzetiségüket önkitöltős formában jelölték meg: 28% vallotta romának magát, 55% nem romának, míg 16%-ról nincs információnk (1. melléklet).³ Kiemeljük, hogy ezt megelőző kutatások is azt

³ Ezen adat forrása a hat hónapos adatfelvétel önkitöltős kérdőívéből származik. A nemzetiségi kérdésre való válaszadás önkéntes volt, és a KSH népszámlálási gyakorlatát követte (KSH, 2011). Romának azt tekintettük, aki az első vagy második nemzetiségi kérdésre magát romának vallotta. Ha valaki üresen hagyta az önkitöltős kérdőív e kérdését, akkor nincs információnk a nemzetiségéről.

jelezték, hogy a fiatalkorú várandósság „nem cigánykérdés” (Pongrácz 1987a; Gyukits 2003, 2009), hanem szociális, de mivel a romák többsége nagyon nehéz szociális helyzetben él, gyakoribb körükben a fiatalkorú gyermekvállalás.⁴ Ezzel a ténnyel függhet össze az is, hogy a fiatalkorú várandósok többsége a kérdés idején a kevésbé fejlett vidéki megyékben (65%), illetve döntő többségük (84%) 20 ezer főnél kisebb lélekszámú településeken élt (1. melléklet).

3. ábra: A fiatalkorú várandósok megoszlása fő demográfiai jellemzőik szerint



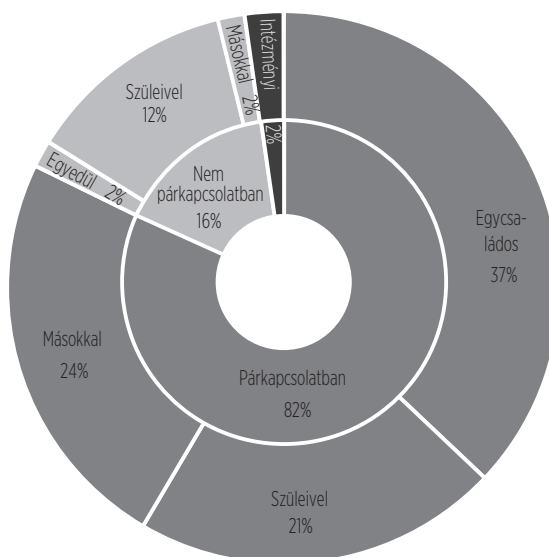
Forrás: Kohorsz '18, várandós kutatás. Az esetszámokat lásd az 1. mellékletben.

⁴ Vagy ahogy Pongrácz és S. Molnár (1987:16) jelezte: „Azok a demográfiai, társadalmi és szocializációs hatások, amelyek a házasságon kívül szült serdülők etnikai összetételéből (megjegyzés: 53% roma) és az élettársi kapcsolatban élő fiatal anyák jelentős arányából következnek, meghatározó szerepet játszanak, s visszatükröződnek a kutatási eredményekben, megállapításokban is. Más szóval a házasságon kívül szült, de élettársi kapcsolatban élő anyák magatartása sok vonatkozásban inkább a házasságban szült fiatal anykéhoz, semmint az egyedülálló, megeseett lányokéhoz hasonló.”

... a háztartásra vonatkozó jellemzők szerint

A fiatalok nagy többsége (82%) párkapcsolatban él, 16%-uknak nincs együtt élő párkapcsolata, míg 2%-uk intézményi háztartásban él (4. ábra).

4. ábra: Háztartásszerkezet a várandósok körében



Forrás: Kohorsz '18, várandós kutatás. (N: 1. mellékletben)

Azok, akiknek van párkapcsolata, többségében egycsaládos, párkapcsolaton alapuló háztartásban élnek (37%), ennél kevesebben a szüleikkel (21%) vagy más személyekkel élnek egy háztartásban (24%). Míg azok a várandósok, akiknek nincs együtt élő párkapcsolatuk, többségében a szüleikkel élnek (12%), és kevésbé egyedül (2%) vagy másokkal (2%). Elsősorban az idősebbek élnek a párjukkal egycsaládos háztartásban: a 19 évesek 54%-a (1. melléklet).

A fiatalok 45%-a olyan háztartásban él, amelynek jövedelme a legelső jövedelmi ötödben helyezkedik el (ekvivalens háztartási jövedelem⁵, négyzetgyökös ekvivalenciaskála használatával képezve), míg 66%-uk az alsó két jövedelmi ötödhöz tartozik. Ugyanakkor, ha a szubjektív jövedelmi helyze-

⁵ Az eredményeket befolyásolhatja, ha a kutatásban használt egyéb jövedelmi változóval becsüljük az eredményeket.

tet nézzük, közel fele-fele arányban jelölték meg, hogy *nehézségek árán*, illetve, hogy *könnyen* tudja a háztartásuk fedezni a szokásos kiadásait (51% vs. 48%). Igaz, míg csak 1%-uk mondta, hogy „nagyon könnyen”, addig 7%-uk úgy nyilatkozott, hogy „nagy nehézségek árán” tudják ezt fedezni. Számításaink azt is jelezték, hogy azokban a háztartásokban, amelyekben a várandósok a szüleikkel élnek együtt, mind az átlag (89 ezer vs. 100 ezer forint), mind a medián ekvivalens háztartási jövedelem (76 ezer vs. 95 ezer forint) alacsonyabb volt, mint a többi háztartásban.

... párkapcsolati jellemzők szerint

A 20 év alatti várandósok közel háromnegyede élettársi kapcsolatban (73%), és 10%-a házasságban él. Közel egyötödüknek nincs együtt élő párkapcsolata (4. táblázat).

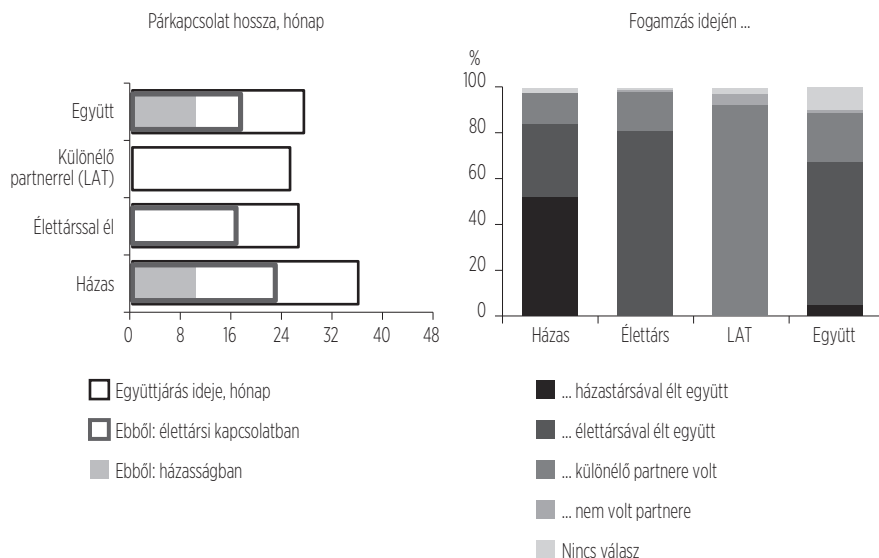
4. táblázat: A női népesség megoszlása a valós párkapcsolati helyzet szerint, életkoronként, 2011

	Házastársával él, %	Élettársával él, %	Külön élő partnerre van, %	Nincs partnere, %	N, súlyozott, fő
Együtt	9,6	73,2	8,6	8,6	501
13–17 éves	4,8	66,7	16,8	11,7	182
18–19 éves	12,3	76,9	4,0	6,9	319

Forrás: Kohorsz '18, várandós kutatás.

A fiatalokú 13–17 évesek körében alacsony, alig 5%, míg a 18–19 évesek körében magasabb, 12% a házastárssal élők aránya (4. táblázat). Az együtt élő párkapcsolat nélküliek aránya, illetve azoké, akiknek nincs partnerük, éppen a 13–17 évesek körében magasabb, míg a 18–19 évesek esetében viszonylag alacsonyabb. Vagyis az életkorból fakadó előny értelemszerűen a párkapcsolati státuszról származó előnnyel párosul, hiszen mind a házások, mind az élettársi kapcsolatban élők egyben idősebbek is. A 20 év alatti várandósok az életkorukból kifolyólag sem rendelkezhetnek hosszú párkapcsolattal, ennek ellenére 21 hónapja (mediánértékben) éltek párjaikkal (5. ábra).

5. ábra: A fiatalkorú várandósok megoszlása párkapcsolati jellemzőik szerint



Forrás: Kohorsz '18, várandós kutatás.

Azoknak tartott a leghosszabb ideje, 32 hónapja (mediánértékben) a párkapcsolatuk, akik a kérdezés idején házasságban éltek, míg a külön élő partnerrel rendelkezőknek a legrövidebb ideje, 15 hónapja (mediánértékben).

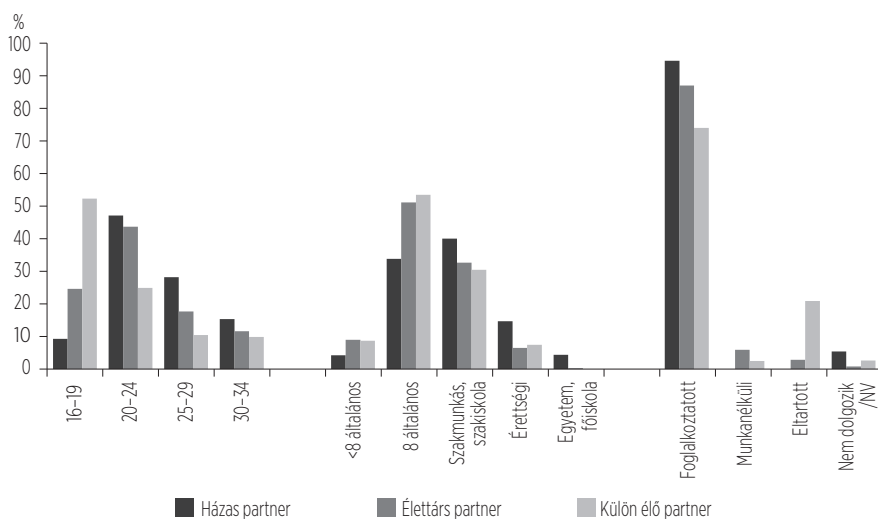
A Kohorsz '18-gyermekek nagy többsége, 90%-a házasságon kívül fog szülni (4. táblázat). A szülés várható ideje alapján becsült fogamzási dátumból kiindulva azt is látjuk, hogy a többség esetében a fogamzás és a várandósság 7. hónapja között nem volt változás a párkapcsolati státuszban: 92%-uknak külön élő partnere volt és a kérdezés idején is az van; 81%-uk élettársi kapcsolatban élt és most is úgy él (5. ábra). Igaz, a kérdezés időpontjában házasoknak alig több mint a fele volt házas a fogantatás idején, 46%-uk a várandósság létrejötte után lépett frigyre. Ha emellett figyelembe vesszük azt is, hogy az élettársi kapcsolatban élők 17%-a külön élt a partnerétől a fogantatás idején, de a várandósság 7. hónapjára összeköltöztek, akkor azt mondhatjuk, hogy a várandósok közel kétharmada stabilizálta a párkapcsolatát a gyermek születéséig, mert vagy házasságot kötött vagy összeköltözött a partnerével. A párkapcsolatok további szorosabbá tétele is várható a közeljövőben, hiszen a kérdezés idején élettársi kapcsolatban élők közül a többség házasságkötést tervez (63%), 32%-uk egy éven belül; a külön élő partnerrel rendelkezők döntő többsége (98%) pedig

összeköltözést tervez a partnerével, közel egyharmaduk (29%) még a gyermek születése előtt.

... a partner demográfiai jellemzői szerint

A fiatalkorú várandósok partnerei valamivel előnyösebb társadalmi-gazdasági helyzetben vannak, mint maguk a várandósok. A relatív többségnek a partnere 20–24 éves (42%), de azoknak is magas az aránya, akiknek szintén 20 év alatti a partnere (26%), ez leginkább a 15–17 éves fiatalokra jellemző (1. melléklet). A fiatalkorú várandósok felének a partnere legfeljebb 8 általánost végzett (58%), és relatíve magas azok aránya is, akiknél szakmunkás végzettségű a partner (33%). Ezzel függhet össze, hogy a fiatalkorú várandósok többségének a partnere foglalkoztatott (87%), és nem feltétlenül közmunkásként (5%), hanem a legtöbbjük határozott vagy határozatlan idejű alkalmazottként (72%) dolgozik. Azok a magasabb társadalmi-gazdasági státuszú partnerek, akik házasságban élnek a várandóssal, és azok az alacsonyabb státuszúak, akik a várandós külön élő partnerei (6. ábra).

6. ábra: A partnerek megoszlása demográfiai jellemzők és párkapcsolati státusz szerint



Forrás: Kohorsz '18, várandós kutatás.

II. A FIATALKORÚAK KÜLÖNBÖZŐ CSOPORTJAI

A fent leírt eredmények arra engednek következtetni, hogy a fiatalkorú gyermekvállalók összességében valóban a társadalom hátrányos rétegéből kerülnek ki. Felvetődik azonban a kérdés, hogy ebből a szempontból homogén csoportot alkotnak-e, vagy van-e közöttük olyan csoport is, amely a többieknél valamivel jobb társadalmi helyzetben van? E kérdésre klaszterelemzéssel válaszolunk, hiszen nincsen egy olyan változónk, amely rögzítené, hogy egyes fiatalok különböznek-e ilyen szempontból a többiektől. Emiatt bizonyos ismérvek alapján megpróbáljuk a fiatal várandósok sokaságát homogén csoportokba rendezni. A módszer fontos eleme, hogy a csoportokon belül nagymértékű legyen a homogeneitás, miközben a különböző csoportok egymástól minél inkább eltérjenek. Vagyis a klaszterelemzés lényege, hogy minimalizáljuk a klaszteren belüli különbségeket az egyének között, és maximalizáljuk a klaszterek közötti különbségeket.

Többféle módszer tesztelése után a hierarchikus klaszterelemzés bizonyult a leghatékonyabbnak, amely leginkább a mintegy 500 főig terjedő minta esetén ad jó eredményt (Mooi et al., 2018). A hierarchikus eljárás során az elemzés abból indul ki, hogy a mintában előforduló minden egyén külön klasztert alkot; az egyénekből kiindulva tehát a használt számítógépes program⁶ megkeresi a leginkább egymásra hasonlító egyéneket, és közös klaszterbe teszi őket. Ezeket a meglévő klasztereket a továbbiakban vagy bővíti a program, vagy új klasztereket hoz létre egymáshoz közel álló elemekből. Majd folytatódik az eljárás mindaddig, amíg az összes elem egyetlen közös klaszterbe nem tömörül. Elemzésünkben összesen 10 klaszterig vizsgáltuk az építkezési folyamatot, és ezekből választottuk ki azt az n számú klasztert, amely a Duda-Hart-index alapján a fiatal várandósokat a legjobban csoportosította (Duda et al., 2001). A klaszterek távolságának meghatározásához Ward's módszert használtunk, amely a klaszteren belüli legkisebb eltérésekre, így a klasztereken belül a legnagyobb homogeneitásra törekszik (Mooi et al., 2018). Kategóriális változókat vontunk be az elemzésbe, és végső modellünk ún. simple matching eljárással számolta ki az egyének közötti hasonlóságot. Ez az eljárás kategóriális változók esetén alkalmazható, hiszen az objektumok közötti távolság mérésének alapja ez esetben a változók közötti asszociáció, illetve hasonlóság, nem pedig a leggyakrabban használt euklideszi távolság (Everitt, 2011). Az eljáráshoz a változókat dichotomizáltuk, és az alábbi változókat vontuk be az elemzésbe,

⁶ Az elemzés STATA/SE 16.0 -val készült.

vagyis a klasztereket ezek alapján alakítottuk ki: párkapcsolat (0=nincs partnere vagy külön élő partnere van, 1=házastársa vagy élettársa van), az anya életkora (0=18 év alatti, 1=18 vagy 19 éves), a jövedelmi helyzet (0=legalsó ötöd; 1=2–5 jövedelmi ötödök)⁷, és az anya aktivitása (0=nincs állása, munkája; 1=van állása, munkája [még akkor is, ha a kérdés idején nem dolgozik aktívan; ilyen szempontból ez egy másik változó, mint amely mentén a leíró részben bemutattuk a fiatalokat]). A hátrányos helyzetre egyéb tényezők is hathatnak, mint például a partner aktivitása vagy az anya iskolai végzettsége, de ezek erősen korrelálnak a fenti változókkal, így ezek alapján nem differenciáltuk a csoportokat. A későbbiekben azonban bemutatjuk, hogy a létrejött klaszterekben lévő egyének milyen eltérést vagy hasonlóságot mutatnak ezen ismérvek szerint is (2. melléklet).

A hierarchikus klaszterelemzés eredménye és a Duda-Hart-index egy háromklaszteres felosztást mutat, amelyben a nők az életkoruk és a partnerkapcsolati helyzetük alapján különböznek a leginkább egymástól. A továbbiakban ezeket a csoportokat egyrészt azon változók mentén írjuk le, amelyek alapján létrehoztuk a klasztereket, másrészt azon többi, a társadalmi helyzetet jelző változó mentén, amelyek az erős korreláció miatt kikerültek a klaszterelemzésből.

(1) Első csoportunk (5. táblázat) olyan nőkből áll, akik többségének nincsen együtt élő partnere, nagyrészt kiskorúak (61%-uk még nem töltötte be a 18. életévét a várandósság 7. hónapjában), jellemzően nincs munkájuk, illetve még sosem dolgoztak (90%), és az esetek 93%-ában legfeljebb az általános iskola 8 osztályát végzeték el. Ők a fiatal várandósok mintegy 18%-át teszik ki, és a leginkább úgy jellemezhetők csoportként, mint „egyedülálló”. Közel 60%-uk jövedelme a legalsó ötödbe esik, és minden jel arra mutat, hogy ez a leghátrányosabb helyzetben lévő csoport a 20 év alatti várandósok körében. A későbbiekben látni fogjuk, hogy ezt a csoportot olyanok alkotják, akik szüleikkel élnek, de ide tömörülnek az intézetben élő kiskorúak is.

(2) A második csoportban minden várandós kiskorú. A korábbi csoporttal szemben azonban kivétel nélkül van együtt élő partnerük, ami miatt feltehetően az előzőnél előnyösebb helyzetben vannak. Valamivel jobb az anyagi helyzetük az első csoporténál, hiszen a 46%-uknak az első ötödnél magasabb sávba esik a jövedelme. Ugyanakkor a nők iskolai végzettsége még az előző csoporténál is

⁷ A jövedelmi ötödre vonatkozó információ a nők mintegy ötödénél hiányzik; a célból, hogy e nőket ne kelljen kizárni az elemzésből, a klaszterelemzéshez többféle imputálási kísérlet után a hiányzó adatokat az átlaggal helyettesítettük, és lényegében bármely módszert használva (keresztábra cellamediánnal való helyettesítés stb.) ugyanazt a felosztást kaptuk az itt használt kétosztatú változóra, azaz a legalsó kvintilisbe tartozó háztartások aránya nem változik.

alacsonyabb: alig találni közöttük olyat, aki túllépett az általános iskola 8. osztályán, és senkinek nincs munkája. Ám az esetek 79%-ában a partnerük dolgozik. Ezt a csoportot hívhatjuk „kiskorú, partnerrel rendelkező várandósok” (rövidítve: „kiskorú partneresek) csoportjának.

(3) A harmadik klaszterbe a 18. életévüket már betöltött nők kerültek, ez a legnépesebb csoport, a nők 57%-a ide sorolható. Van együtt élő partnerük, sőt 14%-uk házas. Jobb anyagi helyzetben vannak, mint az előző két csoport, de még így is az első jövedelmi ötöd szintjén él az ide tartozók közel fele (48%). Itt a leggyakoribb (17%), hogy a nőknek van munkájuk, és az esetek 92%-ában a partnereik is dolgoznak. A nők iskolai végzettsége számottevően magasabb, mint a másik két csoporté: 13%-uk szakmunkás végzettségű, 8%-uk legalább érettségivel rendelkezik. Ez a „nagykorú, partnerrel rendelkezők” (a „nagykorú partneresek) csoportja.

Ez a felosztás azt mutatja, hogy a fiatalkorú várandósok mintegy 18%-a – az első csoport – különösen hátrányos helyzetű, hiszen nincs együtt élő partnerük, de ha van is, a partnereik csak az esetek 39%-ában dolgoznak, miközben a várandós nőknek nincs munkájuk. Élesen elválik tőlük a második csoport, itt várhatóan együtt élő párkapcsolatba érkezik a gyermek, és a partnerek 79%-a dolgozik, miközben a nők több mint harmadának is van munkája, noha körükben a legmagasabb az alacsony iskolai végzettségűek aránya (és az alacsony iskolai végzettségű szülőké is, ahogy látni fogjuk). A harmadik csoport tagjai mind az életkor, mind az egyéb változók szerint előnyösebb helyzetben vannak.

Nézzük, mit tudunk még e három klaszterbe sorolható fiatalkorú várandósokról (a részletes megoszlások az online mellékletben található: [2. melléklet](#)). Az egyedülálló csoportjának társadalmilag és gazdaságilag hátrányosabb helyzetét az is jelzi, hogy a körükben szignifikánsan magasabb nemcsak a szüleikkel (71%) vagy másokkal (9%) egy háztartásban élők aránya, hanem azoké is, akik intézményi háztartásban élnek (10%). Emellett, a magánháztartásokban élő egyedülálló várandósok háztartásaiban szignifikánsan magasabb az eltartási ráta értéke, illetve a fiatalkorúak, időskorúak és inaktívak aránya, mint a másik két csoportban. Mindhárom csoportra egyformán jellemző, hogy többségüknél alacsony iskolai végzettségűek a várandós szülei is, az anyák (62–84%) és az apák (56–71%) esetében egyaránt. Igaz, nem az egyedülálló várandósok, hanem a kiskorú partneres várandósok szüleire jellemző a leginkább az alacsony iskolai végzettség (az anyák 84, az apák 71%-ának legfeljebb 8 általános iskolai végzettsége van).

5. táblázat: A klaszterelemzés során létrejött klaszterek és a csoporttagok jellemzőinek megoszlása

		Klasztermegnevezés		
		„Egyedülállók”	„Kiskorú partneresek”	„Nagykorú partneresek”
Megoszlás (súlyozott)		17,8%	25,4%	56,8%
Súlyozott esetszámok, fő		89	127	285
Életkor	< 18 éves	61,2%	100,0%	
	18 vagy 19 éves	38,8%		100,0%
Partnerkapcsolat	házas	,9%	6,2%	13,8%
	élettársa van	2,0%	93,8%	86,2%
	nincs együtt élő partnere	97,2%		
Jövedelem	alsó 1. ötöd	58,8%	54,4%	47,9%
	magasabb	41,2%	45,6%	52,1%
Munka	van munkája	10,0%		16,5%
	egyéb	90,0%	100,0%	83,5%
Iskolai végzettség	8 osztály	93,2%	98,6%	78,8%
	magasabb	6,8%	1,4%	21,2%
Régió	Közép-Magyarország	18,6%	11,5%	12,9%
	fejlett vidéki megyék	19,2%	11,3%	27,0%
	kevésbé fejlett vidéki megyék	62,3%	77,2%	60,1%
Partner aktivitása	dolgozik	38,8%	78,5%	91,9%
	nem dolgozik / nincs partner	61,2%	21,5%	8,1%
Nemzetiség	nem roma	53,3%	54,1%	58,8%
	roma	24,2%	31,8%	28,9%
	ismeretlen	22,5%	14,1%	12,3%

Forrás: Kohorsz '18, várandós és fél éves kutatás. Saját számítás.

Mit tudunk a várandósok szüleinek párkapcsolati helyzetéről, és a várandós anyjának termékenységi gyakorlatáról? Ezeket az adatokat a várandósok egy kisebb mintájáról tudtuk begyűjteni a 18 hónapos adatfelvétel során, és azt találtuk, hogy ezen mutatók alapján a három klaszterhez tartozó várandósok statisztikailag nem különböznek egymástól (2. melléklet). A többségüknél a szülők házasságban éltek a várandós születésekor (57–60%), és a várandósok 14 éves koráig zömében együtt is maradtak (61–71%). 14 éves koráig az egyedülálló várandósok 36%-a, míg a nagykorú várandósok 30%-a, a kiskorú partneresek 27%-a élte át a szülei párkapcsolatának megszűnését. Ezek az adatok azt sej-

tetik, hogy talán az egyedülállók nagyobb eséllyel éltek meg olyan helyzeteket, amikor a szüleik párkapcsolata turbulens volt.

A várandósok szülőanyjai szintén 20 éves koruk előtt vagy akörül születték az első gyermeküket: az egyedülálló várandósoké – legalábbis a várandós bevallása alapján – átlagosan 20 évesen, addig a partnerrel élő nagykorú és kiskorú várandósoké átlagosan 19 évesen.

Az abortuszok számában és az azt megélők arányában sincs szignifikáns eltérés a három csoport között, és abban sem, hogy a jelenlegi várandósságuk előtt nem védekeztek. Az egyedülállók körében azonban szignifikánsan többen vannak azok, mint a másik két csoportban, akik bevallották, hogy nem szerettek volna most teherbe esni (21% vs. 9%; 7%), és hogy a várandósságuk előbb következett be, mint szerették volna (86% vs. 59%; 68%). Ezzel függ össze az is, hogy időben legkésőbb (a 10,3. héten) az egyedülállók vették észre a várandósságukat, míg a másik két csoport a 7,9. és a 8,6. héten észlelte másállapotát. Az életminőségükre is kihat, hogy nem várták a gyermekeik érkezését: a kiskorú egyedülállók szignifikánsan magasabb arányban (3,4%) mondták, mint a többiek (nagykorú partneresek: 0,4%; kiskorú partneresek: 0%), hogy az életük boldogtalanabb lesz a most születendő gyermek miatt. Úgy tűnik, ezen szempontok alapján is a kiskorú egyedülállók csoportja van a legrosszabb helyzetben.

III. AZ ÉLETKOR ÉS A TÁRSADALMI-GAZDASÁGI STÁTUSZ ÖSSZEFÜGGÉSE A VÁRANDÓSOK KÖRÉBEN

Felmerült bennünk az a kérdés, hogy a fiatal életkor önmagában is, vagy csak az iskolai végzettségen, gazdasági aktivitáson, párkapcsolati helyzeten vagy egyéb változókon keresztül idézi elő a társadalmi-gazdasági hátrányos helyzetet. Ezért a 15–49 éves várandósok körében azt is megpróbáltuk körüljárni, hogy egyes kiválasztott háttértényezőket kontrollálva, maga a fiatal életkor hogyan befolyásolja a várandósok társadalmi-gazdasági helyzetét. De ki számít társadalmilag és gazdaságilag hátrányos helyzetűnek és ki nem? Hogyan lehetne ezt operacionalizálni, van-e egy olyan változó – és melyik az – amelyre azt mondhatnánk, hogy a társadalmi-gazdasági helyzetnek ez a releváns mutatója, és ez igaz a várandósok esetében is? Ezen kétségeink enyhítése céljából a várandósok (tehát nemcsak a 20 év alatti, hanem az összes, 8287 várandós) társadalmi-gazdasági helyzetének egy mutatóba történő sűrítéséhez több változót is felhasználtunk a Kohorsz '18-adatfelvételtől. A társadalmi-gazdasági helyzet megragadásához egy olyan mutatót képeztünk

főfaktorelemzés segítségével, amely magába sűrítette mind az iskolai végzettség (1=érettségi vagy magasabb, többi 0), foglalkozási státusz (1=önálló vagy szellemi foglalkozású; többi 0), személygépkocsi-tulajdon (1=van; többi 0), és háztartási ekvivalens jövedelem (1=átlag fölött; 0=átlag alatt) jellemzőket⁸. Ebben az elemzésben elsősorban nem a társadalmi-gazdasági helyzet különböző szintjeinek szórását kívánjuk becsülni (noha az is érdekes kérdés), hanem a várandósokat szeretnénk csoportosítani, és meghatározni, kit soroljunk be hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetűnek és kit nem. A várandósok ezen két csoportját a létrehozott főfaktor segítségével hoztuk létre, mégpedig úgy, hogy azokat a várandósokat soroltuk be *hátrányos helyzetűnek*, akik ezen index átlaga alatti (a várandósok 45%-a), és azokat *nem hátrányos helyzetűnek*, akik az átlaga fölötti értékeket vették fel (a várandósok 55%-a). Logisztikus regressziós elemzéssel pedig azt próbáljuk megbecsülni, mekkora a valószínűsége annak, hogy a várandós a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetűek csoportjába tartozék, ha ismerjük, hogy a várandós melyik életkori csoportban van, milyen a párkapcsolati helyzete, gazdasági aktivitása, nemzetisége és melyik régióban él.⁹

Az eredmények azt jelzik, hogy az életkor és a többi bevont változó közötti interakciós hatások nem szignifikánsak, ellenben az összes bevont kovariáns szignifikánsan növeli (vagy csökkenti) a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű csoporthoz tartozás valószínűségét. A logisztikus regressziós elemzés első modellje csak a várandós életkori csoportját tartalmazza. Ennek a modellnek a „magyarázó ereje” (amely tulajdonképpen azt jelzi, hogy a bevont független változóval a lehető legrosszabb illeszkedést mennyire sikerült javítani) azonban alig 7% (6. táblázat, Model 1). A második modell tartalmazza a bevont kontrollváltozókat, és ennek a modellnek a magyarázó ereje már 31% (6. táblázat, Model 2).

⁸ Több gazdasági és társadalmi helyzetet leíró változóval indultunk neki a főfaktor elemzésének: befejezett iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, foglalkozási státusz, szubjektív jövedelmi helyzet, anyagi helyzettel való elégedettség, lakástulajdon, személygépkocsi, illetve nyaraló tulajdonlása, településméret és háztartási ekvivalens jövedelem, de a végső elemzésből elhagytuk azokat, amelyek nem járultak hozzá szignifikánsan a modell magyarázóerejének növeléséhez. Az eredménytáblák azt jelezték (Scree plot), hogy a megmaradt változók alapján egyértelműen elkülöníthető egy főfaktor. Ezen változók közötti korrelációk szignifikánsak (Pearson Correlation Sig. <0,000 minden esetben), és az értékük 0,319–0,648 között mozog. A főfaktorelemzés illeszkedését jelző mutatók értékei jók: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: 0,745; Bartlett's Test of Sphericity Sig. <0,000, és a főfaktor a változók varianciájának 59,6%-át magyarázza. A főfaktor és összetevőik közötti korrelációs értékek magasak: iskolai végzettség (0,852), foglalkozási státusz (0,827), háztartási ekvivalens jövedelem (0,714), személygépkocsi-tulajdon (0,682).

⁹ A lineáris regressziós elemzések is megerősítették a következtetéseinket. Ha a főfaktorral képzett, folytonos társadalmi hátrányoshelyzet-változót tekintjük függő változónak (és nem a dichotomizált változatát), a lépésenként bevont (ugyan-ezen) magyarázóváltozók lépésről lépésre növelik a modell magyarázóerejét (R² értéke 11,1-ről 33,4%-ra növekedett a végső modellben); minden változó hatása szignifikáns és a végső modellben is az marad: a 20 év alatti életkor, az élettársi vagy LAT/partner nélküli kapcsolat, a kevésbé fejlett vidéki régióban lévő lakóhely, továbbá a roma nemzetiséghez tartozás szignifikánsan csökkenti, míg az anya gazdasági aktivitása (gazdaságilag aktív vagy nem) szignifikánsan növeli a várandósok és háztartásuk társadalmi-gazdasági státuszát.

Az életkori csoporthoz (fiatalkorú vagy nem) tartozás ismerete erőteljesen javítja az esetek helyes besorolásának valószínűségét, akárcsak a többi változóé. A harmadik modellben (ezt nem ábrázoltuk) vontuk be az életkori csoport és a többi kovariáns interakciós hatásait, de ez a bővítés nem javított a modell illeszkedésén ($R^2=31\%$), és a bevont interakciós változók hatása sem volt szignifikáns.

6. táblázat: A várandósok hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetét magyarázó logisztikus regressziós elemzés modellje^a

	Model 0		Model 1		Model 2	
	Exp(B)	Exp(B)	Parciális R	Exp(B)	Parciális R	
Constant	,827	,718		1,380		
Várandós korcsoportja (14–19 éves)		20,832	0,091	34,916	0,059	
Párkapcsolat (házas)						
Élettárs				2,729	0,165	
Külön élő partner				4,572	0,064	
Nincs partnere				8,701	0,070	
Munka (van állása)						
Régió (Közép-Magyarország)						
Fejlett vidéki megyék				2,111	0,098	
Kevésbé fejlett vidéki megyék				2,425	0,118	
Nemzetiség (nem roma)						
Roma				8,200	0,093	
Nem tudjuk				1,058	0,000	
-2LL(0)	11413,422					
-2LL(i)			10623,555			7907,653
Model chi2			789,867			3505,769
Block sign.			0,000			0,000
Modell magyarázóereje R^2			0,069			0,307

^a A szürke alapon jelölt exp(B) értékek szignifikánsak 0.000 szinten. A parciális R-együttható az adott kovariáns relatív fontosságát mutatja a többihez képest a modellben és ezzel a képletel számoljuk: $(B \text{ előjele}) * \sqrt{\frac{B^2 \cdot \text{var}(B)}{\text{var}(B) + 1}}$, ahol B a logisztikus regressziós elemzésbe bevont kovariáns B regressziós együtthatója, Wald a Wald mutatója, df a szabadságfoka, és -2LL(0) a kiinduló log-likelihood függvény értéke. Az RL2-statisztika azt fejezi ki, hogy a független változók bevonása a modellben milyen mértékben csökkenti a -2LL(0) kiinduló log-likelihood függvény értékét. A statisztika értéke 0 és 1 között mozog.

Forrás: Kohorsz '18, várandós és fél éves kutatás. Saját számítás.



Nézzük a 2. modellbe bevont változók *esélyhányadosait* ($Exp(B)$). Az életkori csoport mellett álló 34,92-es esélyhányados azt jelzi, hogy ha kontroll alatt tartjuk a párkapcsolati helyzetet, a gazdasági aktivitást, a nemzetiséget és a lakóhely régióját, akkor a fiatalok, 14–19 éves várandósok között 34,92-szor akkora valószínűséggel találunk alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű egyént, mint a 20 éves vagy ennél idősebb várandósok körében.¹⁰ Ha azonban a kovariánsok egymással összemérhető hatásait kifejező *parciális R-együtthatók* értékeit hasonlítjuk össze, azt látjuk, hogy az életkor relatív fontossága a legkisebb, míg a foglalkoztatottsági helyzeté a legnagyobb, ami arra utal, hogy a hátrányos helyzetnek a munkaerőpiaci szituáció a legfontosabb előjelzője, hiszen ez a legfontosabb kovariáns a modellben. Az életkor tehát lényeges, de nem a leglényegesebb előjelzője a hátrányos helyzetnek: az elemzésbe bevont változók közül a munkaerőpiacnak van rá a legnagyobb hatása.

ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A szakirodalom áttekintése azt jelezte számunkra, hogy a fiatalok hátrányosabb helyzetűek a nem várandós kortársaikhoz képest. A Kohorsz '18-kutatásban részt vevő fiatalok országos szintű, reprezentatív adatait elemezve tanulmányunkban mi is hasonló következtetésekre jutottunk. A fiatalok alacsony iskolai végzettségűek: míg kétharmaduk legfeljebb a 8 általánost járta ki, addig szakiskolai, szakmunkás végzettsége alig 9%-nak, ennél magasabb végzettsége, érettségije pedig még ennél is kevesebbnek, 5%-nak van, ezzel messze elmaradva a kortársaik körében mért országos arányoktól. Életkorukból fakadóan gazdasági aktivitási státuszuk is alacsony: 79%-uk eltartott, illetve soha nem dolgozott, és azok többsége (56%), akik dolgoznak vagy valaha dolgoztak (17–19 évesen) betanított munkásként végezte tevékenységét. Hasonlóan az 1983-as vizsgálat során megállapítottakhoz (Pongrácz, 1987a), mi is azt találtuk, hogy a fiatalok hátrányos helyzetűek nem feltétlenül roma kérdés: a nemzetiségüket megjelölő fiatalok 55%-a nem romának vallotta magát, ugyanakkor fontos látnunk, hogy a várandósok 16%-ának nem ismerjük a nemzetiségét. A fiatalok relatív többsége (37%) egycsaládos, párkapcsolaton alapuló háztartásban, egyharmada pedig a szüleivel él. A háztartási ekvivalens jövedelmi ötödök alapján a fiatalok hátrányos helyzetűek.

¹⁰ A nemzetiségüket nem bevallók körében (az esélyhányados hatása nem szignifikáns) éppen akkora a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű fiatalok aránya, mint a nem roma nemzetiségűek (a referenciakategória) körében.



tartásainak relatív többsége a legalsó jövedelmi ötödbe tartozik, és ez inkább igaz azokra a háztartásokra, amelyekben a fiatalok a szüleikkel élnek együtt. Közel kétharmaduk (65%) a kevésbé fejlett vidéki megyékben él (Baranya, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Nógrád, Somogy és Szabolcs-Szatmár-Bereg), a 84%-uk 20 ezer főnél kisebb lélekszámú településen.

Az élettársi kapcsolatok elterjedése a Kohorsz '18-kutatásban részt vevő várandósok párkapcsolati helyzetének megoszlásán is egyértelműen látszik, hiszen közel háromnegyedük élettársi kapcsolatban él. Inkább a 17 év felettiek élnek házasságban, míg az együtt élő párkapcsolat nélküli várandósság inkább a 18 éven aluliakra jellemző. Így az életkorból és a párkapcsolati helyzetből fakadó hátrányok a tinédzsereknél erőteljesen összekapcsolódnak. A fiatalok várandósok gyermekeinek túlnyomó többsége (90%-a) házasságon kívül fog születni, és a házasságban született gyermekek szülei is fele arányban a fogantatás után kötötték házasságot, az élettársi kapcsolatban élőknek pedig 17%-a költözött össze párjával a fogantatás után. Azaz úgy tűnik, hogy a fogantatás után a fiatalok közel kétharmada stabilizálta a kapcsolatát vagy házassággal, vagy azzal, hogy összeköltözött párjával. A gyermek születéséig további kapcsolatok szorosabbá válása is várható, ugyanis a kérdés idején élettársi kapcsolatban élők közül a többség tervezi a házasságkötést (63%), míg a külön élők döntő többsége (90%) az összeköltözést. A párkapcsolatok anyagi helyzetének stabilizálása szempontjából fontos adalék, hogy a fiatalok várandósok partnerei előnyösebb társadalmi-gazdasági helyzetben vannak, mint maguk a várandósok: idősebbek, magasabb iskolai végzettségűek és foglalkoztatottak.

Hierarchikus klaszterelemzéssel próbáltuk megválaszolni azt a kérdésünket, hogy vajon a fiatalok várandósok egységes csoportot alkotnak-e, vagy elkülöníthetők bizonyos jellemzők mentén különálló csoportokba. Az eredmények egy háromklaszteres felosztás fele mutattak, amelyben a fiatalok várandósok leginkább az életkoruk és a partnerkapcsolati helyzetük alapján különböznek egymástól. Ez a felosztás arra utal, hogy a fiatalok várandósok mintegy 18%-a különösen hátrányos helyzetű, hiszen nincsen együtt élő partnere, amennyiben van, abban az esetben is a partner az esetek kis hányadában dolgozik, miközben a várandós nőknek sincs munkájuk. Élesen elválik tőlük a második csoport, amelynél várhatóan együtt élő párkapcsolatba érkezik a gyermek, és a partnerek 79%-a dolgozik. Náluk mind az életkor, mind az egyéb változók szerint előnyösebb helyzetben vannak a harmadik, többnyire már nagykorú nőkből álló csoport tagjai.

Felmerült bennünk az a kérdés, hogy a fiatal életkor önmagában is, vagy csak az iskolai végzettségen, gazdasági aktivitáson, párkapcsolati helyzeten vagy egyéb változókon keresztül idézi elő a társadalmilag, gazdaságilag hátrányos helyzetet. Regressziós elemzéseink azt jelezték, hogy ha kontroll alatt tartjuk a párkapcsolati helyzetet, gazdasági aktivitást, nemzetiséget és a lakóhely régióját, akkor a 14–19 éves várandósok között 34,92-szor akkora valószínűséggel találunk alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű egyént, mint a 20 éves vagy ennél idősebb várandósok körében. Ugyanakkor azt is láttuk, hogy a többi kovariánshoz képest a fiatal életkornak a legkisebb a hatása, főleg ahhoz képest, hogy a várandós van-e vagy nincs állása.

Az a tény, hogy önmagában a fiatalkori gyermekvállalás – tehát az életkor – is nagymértékben összefügg a hátrányos helyzettel, komoly társadalmi problémát jelez, hiszen a vállalt gyermekek nagy eséllyel maguk is hátrányos helyzetűek lesznek. Tanulmányunkban ráadásul a fiatalkori várandósságoknak csak egy részét tudtuk megragadni, hiszen nem elemeztük azokat a várandósokat, akik terhességmegszakításon esnek át. Ugyanakkor ők (vagyis a 20 év alattiak) alkotják az abortuszon átesettek 17,5%-át (a terhességmegszakítások 6,2%-a a 18 év alattiakat érinti)¹¹. Fontos lenne tehát különböző, az érintett korosztályt célzó programokat indítani, és ezek eredményeképpen arra törekedni, hogy csökkenjen a fiatalkori teherbeesés mértéke. Nemzetközi tapasztalatokat felhasználva, felvilágosító programokkal, a fogamzásgátlási kultúra növelésével, és a fogamzásgátlók könnyebb elérhetőségével megcélozható lenne, hogy kevesebb fiatal nő legyen akarata ellenére várandós, illetve ha már megtörtént, nagyon fontos lenne támogatni az oktatási rendszerben való részvételüket. Ez nemcsak az ő saját életkilátásaikat növelné számottevően, hanem a megszületendő gyermekek szegénységi kockázatát is csökkentené.

¹¹ KSH Demográfiai táblázó adatbázis, 2018-as adat.

IRODALOM

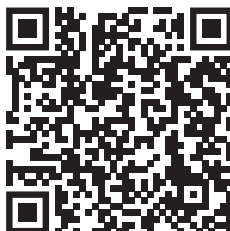
- Bradshaw, J., Finch, N., & Miles, J. N. V. (2005). Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(1), 15–19. <https://doi.org/10.1783/0000000052973022>
- Duda, R. O., Hart, P. E., & Stork, D. G. (2001). *Pattern classification* (2nd ed). Wiley.
- Everitt, B. (Ed.). (2011). *Cluster analysis* (5th ed). Wiley.
- Fullerton, D., Dickson, R., Eastwood, A. J., & Sheldon, T. A. (1997). Preventing unintended teenage pregnancies and reducing their adverse effects. *Quality and Safety in Health Care*, 6(2), 102–108. <https://doi.org/10.1136/qshc.6.2.102>
- Gyukits, Gy. (2003). Gyermekvállalás a nagyvárosi szegénynegyedben élő fiatalok roma nők körében. *Szociológiai Szemle*, 2, 59–83.
- Gyukits, Gy. (2009). A szegénységben élő fiatalok anyák életminősége és a szociális ellátórendszer. *Publicationes Universitatis Miskolciensis*, 2009–179.
- Gyukits, Gy. (2015). *A fiatalok terhesség és gyermekvállalás a mélyszegénységben élők körében, különös tekintettel Borsod-Abaúj-Zemplén megyére*. Miskolci Egyetem BTK Szociológiai Intézet. Miskolc-Egyetemváros 2015. 135–157.
- Humlum, M. K., Kristoffersen, J. H. G., & Vejlin, R. (2017). College admissions decisions, educational outcomes, and family formation. *Labour Economics*, 48, 215–230. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.08.008>
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., da Silva, M. O., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K. W. M., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J., Temmerman, M., & on behalf of the REPROSTAT 2 group. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: A systematic review. *The European Journal of Public Health*, 17(6), 630–636. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm014>
- Jones, E. F., Forrest, J. D., Goldman, N., Henshaw, S. K., Lincoln, R., Rosoff, J. I., Westoff, C. F., & Wulf, D. (1985). Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. *Family Planning Perspectives*, 17(2), 53–63. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2135261>
- Kapitány, B. (2018). *Az alapsokaság meghatározásának, a minta kialakításának gyakorlati lépései*. In *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése* (pp. 11–18). KSH Népszámtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 99. <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/view/2719/pdf>
- Kelly, M. P. F. (1994). Towanda's triumph: Social and cultural capital in the transition to adulthood in the urban ghetto. *International Journal of Urban and Regional Research*, 18(1), 88–111.
- Kiernan, K. E. (1997). Becoming a young parent: A longitudinal study of associated factors. *The British Journal of Sociology*, 48(3), 406–428.
- Kiernan, K.E. (1980). Teenage motherhood—Associated factors and consequences—The experiences of a british birth cohort. *Journal of Biosocial Science*, 12(4), 393–405. <https://doi.org/10.1017/S0021932000013006>
- Központi Statisztikai Hivatal (2011). *Népszámlálás 2011. Módszertani megjegyzések, fogalmak*. <http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/modszertan.pdf>

- Központi Statisztikai Hivatal (2018). *Demográfiai évkönyv 2017*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Központi Statisztikai Hivatal (2019). *Demográfiai évkönyv, 2018*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Makay, Zs. (2019). *Fiatalkori gyermekvállalás Magyarországon (No. 1; KorFa)*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/issue/view/570>
- Mollborn, S. (2017). Teenage Mothers Today: What We Know and How It Matters. *Child Development Perspectives*, 11(1), 63–69. <https://doi.org/10.1111/cdep.12205>
- Mooi, E., Sarstedt, M., & Mooi-Reci, I. (2018). *Market research: The process, data, and methods using Stata*. Springer. <https://www.guide-market-research.com/stata/downloads/>
- Murinkó, L., & Rohr, A. (2018). Párkapcsolatok, házasságkötés. In J. Monostori, P. Óri, & Z. Spéder (Eds.), *Demográfiai Portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről* (pp. 9–28). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Polis, C. B., & Jones, R. K. (2018). Multiple contraceptive method use and prevalence of fertility awareness based method use in the United States, 2013–2015. *Contraception*, 98(3), 188–192. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.013>
- Pongrácz, T. (1983). *Fiatalkori terhességek társadalmi, demográfiai vizsgálata* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 13). <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/issue/view/361>
- Pongrácz, T. (1987a). Serdülőkori terhesek demográfiai jellemzői és a családi környezet szocializáló hatása. *Demográfia*, 30(2–3), 273–290.
- Pongrácz, T. (1987b). *Serdülőkori terhességek társadalmi-demográfiai vonatkozása* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 32). <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/issue/view/380>
- Pongrácz, T., & S. Molnár, E. (1986). A 18 éven aluli házasságban élő anyák társadalmi-demográfiai, egészségügyi jellemzői. KSH Népeségtudományi Kutatóintézetnek és az MTA Demográfiai Bizottságának közleményei (1963–1988), (63).
- Pongrácz, T., & S. Molnár, E. (1987). *A 18 éven aluli házasságban kívül született anyák társadalmi, demográfiai és egészségügyi jellemzői*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézetnek és az MTA Demográfiai Bizottságának közleményei, 64.
- Pongrácz, T., & S. Molnár, E. (1994). *Serdülőkorban született anyák társadalmi, demográfiai jellemzőinek longitudinális vizsgálata* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 53). <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/issue/view/402>
- Skinner, S. R., & Marino, J. L. (2016). England's Teenage Pregnancy Strategy: A hard-won success. *The Lancet*, 388(10044), 538–540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30589-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30589-X)
- Social Exclusion Unit. (1999). Teenage pregnancy: Report by the Social Exclusion Unit presented to Parliament by the Prime Minister by command of Her Majesty, June 1999.
- Spéder, Zs. (2005). Az élettársi kapcsolat térhódítása Magyarországon és néhány szempont a demográfiai átalakulás értelmezéséhez. *Demográfia*, 48(2–3), 187–217.
- Suri, K. B. (1994). The Problem of Teenage Pregnancy: An Educational Imperative. *Journal of Multicultural Social Work*, 3(3), 35–48. https://doi.org/10.1300/J285v03n03_03

- Szabó, L., Boros, J., Fábián, I., Gresits, G., Hortobágyi, A., Kapitány, B., Kis, R., Kopcsó, K., Leitheiser, F., Rohr, A., Spéder, Z., & Veroszta, Zs. (2020). *Várandós kutatási szakasz. Technikai riport. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések102). <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/view/2789/2691>
- Tan, P. L. (2017). The impact of school entry laws on female education and teenage fertility. *Journal of Population Economics*, 30(2), 503–536. <https://doi.org/10.1007/s00148-016-0609-9>
- Wellings, K., Palmer, M. J., Geary, R. S., Gibson, L. J., Copas, A., Datta, J., Glasier, A., Scott, R. H., Mercer, C. H., Erens, B., Macdowall, W., French, R. S., Jones, K., Johnson, A. M., Tanton, C., & Wilkinson, P. (2016). Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000–12: An observational study. *The Lancet*, 388(10044), 586–595. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30449-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30449-4)
- World Health Organization (2018). *Adolescent Pregnancy Fact Sheet*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112320/WHO_RHR_14.08_eng.pdf EZ 2014-ES

MELLÉKLET

1. melléklet: A 20 év alatti várandósok megoszlása demográfiai, társadalmi összetevők szerint



<https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/2814/2703>

2. melléklet: A 20 év alatti várandósok klasztereinek leírása, %



<https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/2814/2704>



TEENAGE PREGNANCY: HOW PREVALENT IS SOCIAL DISADVANTAGE AND WHAT ARE THE FACTORS BEHIND?

ABSTRACT

The prevalence of early motherhood has decreased in the last decades, but its social consequences are still of great importance. Using data from the Hungarian Birth Cohort Study (Cohort '18), this article looks at the social status of women below 20 who are in the seventh month of their pregnancy at the time of data collection in 2018–2019. The main questions are: to which extent this group of young mothers is socially disadvantaged? Are there any differences between them in this regard, is there a group in a more favourable situation than the others? To which extent can the social disadvantage be explained by their young age?

The results show that youth pregnancy is still strongly associated with social disadvantage: the educational attainment of these women is low, even compared to their peers; their partnership situation is often uncertain, since almost 20% of them have no co-resident partner; nine out of ten children will be born out of wedlock; and the income of half of these young women is in the lowest quintile when looking at equivalent household income. Results of cluster analysis show that the group of these women is not homogeneous concerning their social disadvantaged status. A group in an even less favourable situation can be distinguished on the basis of partnership status: 18% of the pregnant young women – mainly minors – do not have a cohabiting partner and are financially more disadvantaged than the others. Regression analysis has shown that, compared to all pregnant women of any age, low age itself is an important covariate of low social status. Those below 20 have 35% more probability of being disadvantaged than the “older” pregnant women. Besides, several other factors influence low social status, among which labour-market position is the most important one.

Keywords: adolescent pregnancy; fertility; disadvantaged social status; Cohort '18.





SZERZŐINKNEK

(1) GYORS VAGY HAGYOMÁNYOS BÍRÁLATI ELJÁRÁS?

A Demográfia folyóiratban 2019 óta két bírálati eljárásrend működik. A lenti táblázat ezek különbségeit mutatja be, hogy a szerzőt segítse a számára ideális bírálati rend kiválasztásában.

Hagyományos bírálati rend	Gyors bírálati rend
<ul style="list-style-type: none">▼ a cikkek átfutási ideje a megjelentetésig átlagosan 6 hónap	<ul style="list-style-type: none">▲ ha a szerző együttműködik és gyorsan reagál a cikk a leadást követően két hónapon belül (online formában) publikálásra kerül
<ul style="list-style-type: none">▲ a szerzői jogok a szerzőnél maradnak (kötetben, más nyelven publikálásnál, átdolgozáshoz, stb. nem kell engedélyt kérni)▲ a formai kritériumoknak (pl. hivatkozási formátum) megfelelőre ráér átalakítani a kéziratot ez elfogadó döntést követően▲ hagyományos, lassú, de részletes és támogató lektorálási folyamat, esetleges átdolgozási igény esetén, részletes támogató jellegű szaklektori megjegyzésekkel▲ angol / német nyelvű kézirat is leadható, ekkor a bírálati folyamatot az adott nyelven folytatjuk le, és az esetleges pozitív döntést követően a kéziratot magyarra fordítatjuk▲ a szerzőt 5 (társszerzők esetén társszerzőnként 3-3) nyomtatott tiszteletpéldány illeti meg	<ul style="list-style-type: none">▼ a szerző felhasználói szerződésben lemond a szerzői jogokról, de tiszteletdíjat kap (100 ezer forint / cikk)▼ csak a formai előírásoknak mindenben szigorúan megfelelő kézirat esetén választható▼ a lektorálási kör során csak elfogadás, minor revízió (kis átdolgozás), vagy elutasító döntés hozható, tehát az elutasítás esélye jóval nagyobb▼ idegen nyelvi nyelvhelyességi ellenőrzés (pl. az absztrakt esetén) a szerző felelőssége▼ a szerző nem kap ingyenes print (nyomtatott) tiszteletpéldányokat. (De természetesen vehet.)

(2) FORMAI ELLENŐRZŐ LISTA

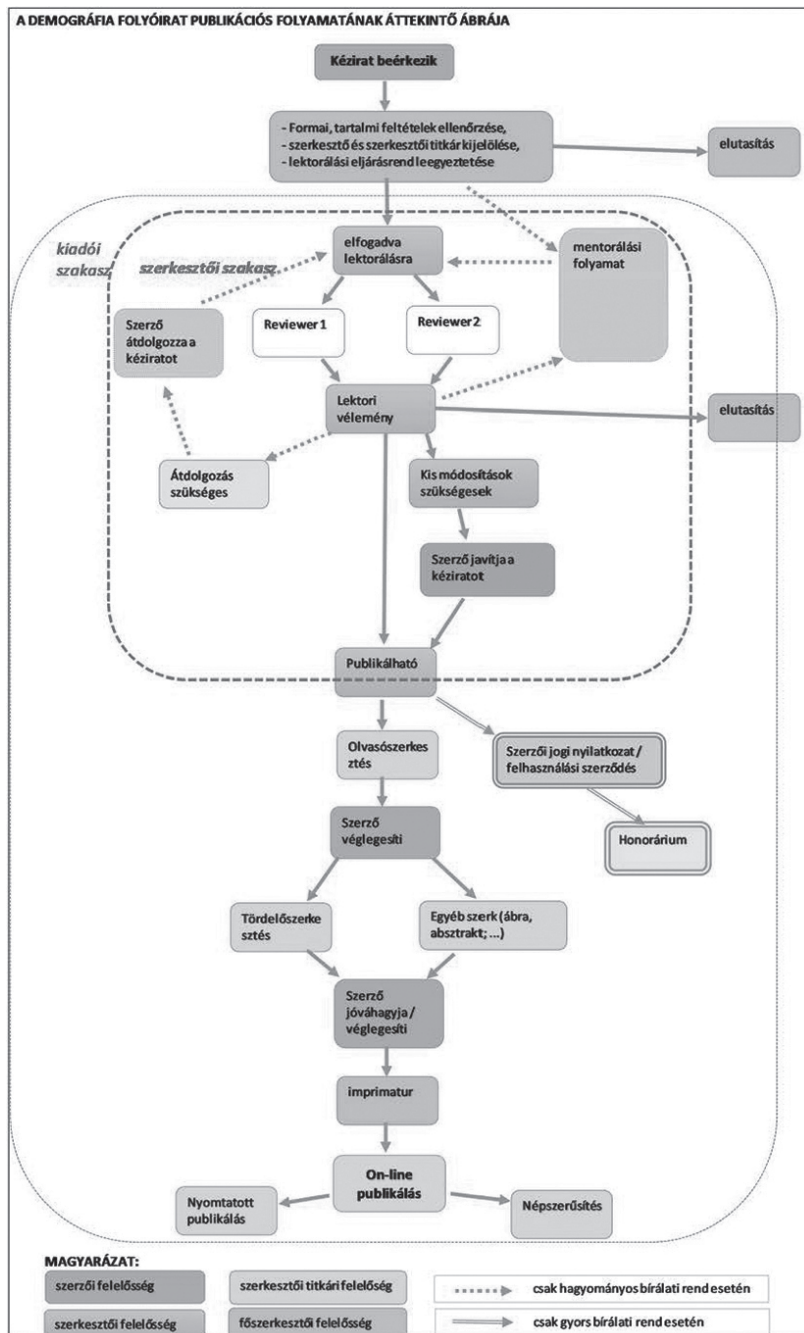
Ahhoz, hogy a kéziratot a gyors bírálati eljárás keretében be tudjuk fogadni a következő formai elvárásoknak egyértelműen meg kell felelnie:

- ✓ .docx formátumban benyújtott magyar nyelvű kézirat,
- ✓ Terjedelem: minimum 30 ezer, maximum 80 ezer karakter hosszú (szóközökkel, absztrakttal, irodalomjegyzékkel, stb. együtt)
- ✓ Kézirathoz mellékelte angol nyelvű absztrakt, amelynek terjedelme minimum 700, maximum 1500 karakter (szóközökkel)
- ✓ ábrák, táblák külön excell filében is mellékelve, munkalaponként egy ábra/tábla, a szükséges háttér-adatokkal
- ✓ Az Demográfia folyóirat (APA hivatkozási stílusra alapozó) hivatkozási stílusának pontos használata (leírása letölthető a folyóirat honlapjáról), vagy szoftveres hivatkozáskézelő (EndNote, Zotero stb.) használata esetén APA (hatodik kiadás) hivatkozási stílus pontos használata.

(3) FELELŐS SZERKESZTŐ ÉS SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR

A Demográfiai folyóiratnál minden kéziratot anonimizálunk, és két független szaklektorral bíráltatunk el. Azonban amellet folyóiratnál minden befogadott kéziratnak van egy felelős szerkesztője és a egy szerkesztőségi titkára. Ők – a bírálókkal szemben nem 'névtelenek' s szerző számára. A feladatuk a kézirat végigkísérése a publikációs folyamaton. (ld. az ábrát a következő oldalon.) A szerző velük egyeztethet, hozzájuk bármikor fordulhat gondoljaival, ötleteivel.

(4) A PUBLIKÁCIÓS FOLYAMAT ÁTTEKINTŐ ÁBRÁJA



(5) NEM KÖTELEZŐ FORMAI ELVÁRÁS, DE AZ OLVASÓ-SZERKESZTŐ MUNKÁJÁT MEGKÖNNYÍTI, HA SZERZŐKÉNT ÜGYEL A KÖVETKEZŐKRE:

- ✓ A tanulmány címe ne legyen túl hosszú, a főcím és alcím között legyen kettőspont
- ✓ A támogatók, a köszönetnyilvánítás, a tanulmány korábbi megjelenése stb. a tanulmány címének végére tett számozott lábjegyzetbe kerül (ez lesz az 1-es lábjegyzet)
- ✓ Szakaszokra tagolásakor legfeljebb 3 szintet használjunk, a szakaszokat nem számozzuk
- ✓ A szövegben használt rövidítéseket, mozaikszavakat az első előforduláskor zárójelben fel kell oldani.
- ✓ A folyó szövegben a minimálisra csökkentjük a kurzivált kiemeléseket (pl. szakkifejezések első használata). Boldot kiemelési céllal nem használunk.
- ✓ Internetes linkek és email címek ne legyenek aláhúzva és kék betűvel (de maga a hivatkozás maradhat).
- ✓ Szövegben a táblázat, ábra stb. számára történő utalás dőlt betűs: (1. táblázat), az irodalmi hivatkozás nem.
- ✓ A mondat végére tett zárójeles hivatkozás megelőzi a mondatvégi pontot.
- ✓ A táblázatok, ábrák, térképek stb. alatt mindig szerepel a Forrás(ok) megjelölése, és kerülhet oda Megjegyzés(ek) is. Más információ csak kivételes esetben szerepel az ábrák, táblázatok alatt.
- ✓ A táblázatok, ábrák, térképek stb. forrásmegjelölése is bibliográfiai hivatkozásnak számít, tehát nem kell minden adatot kiírni, csak hivatkozni rá, és az irodalmak vagy a források között feloldani.
- ✓ A táblázatok férjenek ki egy, legfeljebb két nyomtatott oldalra, és lehetőleg kerüljük a fektetett táblákat.
- ✓ Több oldalas táblázat esetén nem kell minden oldal aljára kitenni a forrásmegjelölést és a megjegyzéseket, elég csak a táblázat végére.
- ✓ A százalékos értékek esetén nem írjuk ki, hogy „százalék”, vagyis „5,6 százalék” helyett „5,6%” szerepel, és a % tapad a számhoz.
- ✓ A számokban az ezresek elválasztása szóközzel, tizedespont helyett -vessző.
- ✓ Évszámoknál mindig kiírjuk mind a 4 számjegyet: 1980–89 helyett 1980–1989, 2000–4 helyett 2000–2004, 60-as évek helyett 1960-as évek.
- ✓ Számok, évszámok, oldalszámok stb. közé kötőjelet rakjunk (-), nem pedig elválasztójelet (-).

MEGRENDELŐLAP - DEMOGRÁFIA FOLYÓIRAT

Alulírott megrendelem a **Demográfia** című folyóirat (kiadó: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet 1024 Budapest, Buday László utca 1-3) jelen megrendelés leadását követően megjelenő évfolyamának (3 db magyar, 1 db angol kötet) számait példányban.

Kiadó: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
(1024 Budapest, Buday László utca 1-3.)
ISSN szám: 0011-8249

A folyóirat éves előfizetési díja **4000 Ft**. Az előfizetés megrendelhető a KSH Népeségtudományi Kutatóintézettől az alábbi megrendelőlap kitöltésével, postai vagy elektronikus úton (szkennelve) történő visszaküldésével.

Postacím: 1525 Budapest Pf. 51.
E-mail cím: nki@demografia.hu

A megrendelő adatai:

Név:

Szállítási/levelezési cím:

Számlázási név (ha eltér):

Számlázási cím (ha eltér):

Adószám (nem magánszemély megrendelők esetén):

Telefonszám:

E-mail cím:

Egyéb megjegyzés, kérés:

A megrendelőlap alapján kiállított számlát intézetünk postai úton juttatja el a megrendelőhöz.

A megrendelés összegét a számlán feltüntetett bankszámlaszámra kérjük majd átutalni, a megjegyzés rovatban feltüntetve: „Demográfia éves előfizetés”

Dátum:.....

Alírás:.....

(Figyelem ! A nyomtatott változat előfizetői korábbi számainkat kedvezményesen rendelhetik meg. További terjesztési ügyekkel kapcsolatos kérdéseivel, gondjaival, ötleteivel nyugodtan keresse Törő Ágnes szerkesztőségi titkárt (toro@demografia.hu).)



DEMOGRÁFIA

Megjelenik negyedévente
Szerkesztőség: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet,
1024 Budapest, Buday László u. 1-3.
Telefon: (+36-1)-345-6573
E-mail: szerkesztoseg@demografia.hu

Kiadásért felel a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet igazgatója.

Előfizethető a Szerkesztőségben.
Előfizetési díj: egész évre 4000,- Ft

Editorial Office: H-1024 Budapest, Buday László u. 1-3.

