

Boszorkányság vagy nőközpontúság: női önrendelkezés a szülészetben

Csányi Gergely és Kerényi Szabina

A feminista mozgalom mostohagyereke

Vajúdhatok kádban? Kimehetek a mosdóba? Lejőhetek az ágyról? Megkaphatom a babát?

A fenti mondatok különlegessége abban áll, hogy teljesen szokványosnak számítanak a szülőszobán még ma is a világ számos országában, de Magyarországon és a régiókban mindenképpen. Ahogy Milli Hill is kiemeli a *Give Birth like a Feminist* (2019) című könyvében, a kórházi szülőszoba az a hely, ahol teljesen természetesnek számít, hogy felnőtt, autonóm nők engedélyt kérnek olyan alapvető tevékenységekre, amelyek az ő saját testét, illetve saját újszülöttjét közvetlenül érintik. Más társadalmi jelenségekkel ellentétben ez ugyanúgy jellemző a tanulatlan, alacsony státuszú nőkre, mint a magasan iskolázott középosztálybeliekre: a testi integritás és az autonómia kérdése egyszerűen nem tartozik a szülőszobára. Szintén Hill jegyzi meg, hogy amíg az elmúlt évtizedek feminista mozgalmi tematizáltak és a felszínre hoztak olyan fontos kérdéseket, mint a jogegyenlőség, a szavazati jog, a választás szabadsága, a kisgyerekes nők munkajogai (persze érdemes elgondolkozni azon, hogy ezek közül melyik milyen mértékben valósult meg, és milyen tennivalók maradtak még ezeken a területeken), a szülés kérdésköre, egy kis képzavarral élve, még mindig a fősodorbéli feminista diskurzusok mostohagyermekének számít.

A feminizmus negyedik hullámának egyik legfontosabb témája a testi integritás, az erőszak elutasítása; ismét középpontba került az „én testem, az én döntésem” elve, amelyet a hetvenes évek nőjogi mozgalmi az abortusz kérdésével és a választáspártiság elvével összefüggésben használtak, és az erőszak és a konszenzus kérdése is nagyobb teret kapott, mint valaha. Lengyelországban még a koronavírus miatti lezárások idején is tüntetők tízezrei vonultak utcára heteken át tiltakozni a szigorított abortusztörvény-tervezet ellen¹. A nők önrendelkezése, ha nem is mozgatott meg tömegeket Magyarországon, mégis bekerült a közbeszédbe, nagyrészt a nemzetközi #metoo-mozgalomnak köszönhetően. Az önrendelkezés, a test autonómiája, a választás lehetősége, az egyén méltósága és az összes olyan téma, amelyet

¹ 2020 októberében a lengyel kormánypárti PiS az addig is szigorúnak számító abortusztörvény további szigorítását jelentette be, amelynek értelmében a várandós nők akkor sem szakíthatják meg törvényes úton a terhességüket, ha magzatuk súlyosan sérült. A törvény végül 2021 januárjában, minimális enyhítések mellett életbe lépett.

a feminista mozgalmak hoztak a köztudatba, látványosan hiányoznak a várandóssággal, a szüléssel és a kisgyermekgondozással kapcsolatban. Mindezek az ügyek ugyanis fokozott jelentőséget kapnak a szülészobán, ahol a rossz bánásmód és a rutinszerű beavatkozások a felkészült, iskolázott és tájékozott nőket is fenyegetik, s ahol a szülő nők számára többnyire megismerhetetlen a kórházi protokoll.

Ebben a közegben szembetűnő kivételt jelent a Másállapotot a szülészetben! mozgalom, amely amellet, hogy kiemeli a nők önrendelkezésének fontosságát a teljes perinatális időszakban, behozta a köztudatba a szülészeti erőszak fogalmát. Közösségi médiaoldalukon teret kapnak a nők saját, szubjektív szülésélményeinek beszámolóí, amelyeknek köszönhetően nyilvánvalóvá vált, hogy a szülészeti erőszak megtapasztalása sokkal inkább rendszerhiba, mint szerencsétlen, elszigetelt esetek sorozata. Noha szép és megható történetek is szép számban szerepelnek az oldalon, ugyanakkor meghökkentően nagy arányban lehet találkozni felkavaró és traumatikus beszámolókkal is. Ezek az esetek paradox módon éppen arra világítanak rá, hogy bár egyáltalán nem számítanak kivételesnek, mégis létezett egy társadalmi konszenzus arról, hogy mindez együtt jár a szüléssel, ezeken a rossz, sokszor megalázó élményeken egy szülő nőnek törvényszerűen át kell esnie, s ezt a tudást adták át egymásnak a nők generációkon át. A kézzel tágítás, rutinszerű burokrepesztés, beleegyezés, sőt bármilyen tájékoztatás nélküli szülésindítás, a (sokszor rutinszerű) gátmetszés után az úgynevezett „férjcsomó” vagy „völegény varrat” (nem ritkán explicit módon kikacsintva a férjre és jelezve, hogy a varrásnál az ő szempontjainak kedveznek) mind gyakran ismétlődő elemei ezeknek a történeteknek, amelyekről mindeddig azt kellett gondolni, hogy nem pusztán szükséges, de egyben megkérdőjelezhetetlen elemei a szülésnek.

A bábaság története a boszorkánypercek árnyékában

„Senki sem árt többet a katolikus egyháznak, mint a bábák” – írta a 15. század közepén két angol boszorkányvadász, Kramer és Sprenger, akik a *The Malleus Maleficarum* („Boszorkánypöröly”; 1484) című boszorkány kínvallató kézikönyv szerzői voltak. Ebből is látható, hogy azoknak a harcoknak a története, amelyek a feminista mozgalom követeléseí körül, vagy az utóbbi években például Magyarországon az otthonszülés, vagy Lengyelországban az abortusz körül zajlottak, többszáz éves – majd egy évezredes – múltra tekintenek vissza (Erenreich és English 1973; Federici 1998).

A boszorkányüldözések több mint négy évszázadot öleltek fel és számos strukturális és kulturális okra vezethetőek vissza, mint például a feudalizmus válsága és a kapitalizmus

születése, a reformáció és az ellenreformáció. Ugyanakkor a boszorkányüldözés magába foglalta a női test és a társadalmi reprodukció feletti kontroll, az osztályellentétek és az új születő orvostudomány monopolisztikus törekvései körüli harcokat. Mindezt jól mutatja, hogy ugyan boszorkánysággal számos férfit és nembest is megvádoltak az évszázadok alatt, de a boszorkányüldözések célpontja alapvetően sosem változott: a parasztasszonyokat és ezek közül is kiemelten a bábákat üldözték (Erenreich és English 1973; Federici 1998).

A boszorkányokat érő vádak között fontos helyet foglalt el, hogy ártnak és hogy különböző módokon gátolják a reprodukciót, férfiakat tesznek impotenssé, magzatokat vágnak ki az anyjuk hasából és gyerekeket rabolnak el, de érdekes módon azzal is vádolták őket, hogy képesek *gyógyítani*. És valóban, a bábák, a „boszorkánygyógyítók” gyakran nagy befolyást gyakoroltak a paraszti közösségekre. A szegények nyomorúságára az egyház azzal válaszolt, hogy a tapasztalatok ebben a világban múlandók és jelentéktelenek. Ugyanakkor az egyház nem volt ellene a felsőbb osztályok orvosi ellátásának. A királyoknak és a nemeseknek udvari orvosaik voltak, persze férfiak, néha papok. A bábák gyógynövényeket használtak a vajúdas fájdalmára, miközben az egyház úgy ítélte meg, hogy a vajúdas fájdalom az Úr igazságos büntetése Éva eredendő bűnéért. A bábák gyógyítottak és abortuszt végeztek a parasztság körében, amikor azok senki máshoz nem fordulhattak. Ezért önmagukban veszélyt jelentettek az egyház befolyására, egyrészt mert sokkal kézzelfoghatóbb segítséget nyújtottak a parasztság számára, másrészt lehetővé tették az abortuszhoz való hozzáférést a parasztasszonyok számára. A saját test és a reprodukció feletti kontrollhoz való hozzásegítés és a parasztságra gyakorolt hatás miatt fonódott össze örökre a bába és a boszorkány figurája az európai folklórban (Erenreich és English 1973; Federici 1998).

Mindeközben a 13. századtól kezdve az orvostudomány, mint világi szakma elterjed Európában. Egyetemeken tanították az orvoslást, mint leginkább logikai spekulációkon, teológián és filozófián alapuló tudományt. Az egyetemek természetesen szigorúan zárva voltak a nők előtt, az orvosok sokáig nem gyakorolhatták a gyógyítást papi felügyelet nélkül, és az orvostudomány élesen megkülönböztette magát a műtetet (amputáció) a boncolás durva mesterségétől (Erenreich és English 1973; Federici 1998). Viszont a modern orvostudomány kezdetei a 16. századtól összefonódtak a kapitalizmus születésével. A demográfiai átmenetek Nyugat-Európában, az adminisztratív államok létrejötte, a polgárság születése, a megnövekedett és kapitalizálódó munkaerő szükséglet felhívták a figyelmet test kérdésére. Majd a 18. századtól előtérbe kerültek azok a kollektív technikák, melyek sokkal inkább a népesség, mintsem az egyén teste feletti kontrollra összpontosítottak. Létrejöttek a demográfia, népességgazdaság, társadalomstatisztika, orvostudomány és orvosi statisztika diskurzusai,

melyek értelmében prognosztizálhatóvá vált a népesség várható élettartama, egészségi állapota és termékenysége. Körülbelül egy időben történt, hogy a testről, a szexualitásról és a szülésről való beszéd medikalizálódott, és hogy az eredetileg nem gyógyításra szolgáló kórházak működés módja gyökeresen megváltozott. A kórházakban, amik eredetileg a munkaképtelenek elszállásolására szolgáltak, rendezetlenül halmozódtak fel az emberek, mint egy „emberi selejtezőként”. Az újkortól kezdődően, amikor a kórházak funkciója egyre inkább a gyógyítás, tehát a munkaképesség visszaadása lett – azzal párhuzamosan, hogy a munkaerő iránti kereslet és így az individuum, illetve a munkaképesség értéke folyamatosan nőtt –, egyre inkább megjelent a kórházak átlátható elrendezése. Innentől kezdve formálódott az igény, hogy a betegszobák átláthatók és leírhatók legyenek. Kialakultak a különálló kórtermek és ágyak, illetve az olyan adminisztrációs technikák, mint a kórlap. Ezzel együtt kezdett el specifikálódni az orvoslás, megjelentek a különálló szülészeti és nőgyógyászati osztályok. Az egyre formalizálódó orvosképzés egyik hatása volt a formális képzéssel nem rendelkező bábák képességeinek megkérdőjelezése (Foucault 2007).

Magyarországon 1745-től kötelezték a bábákat vizsgára és 1806-tól vezették be az egységes, formalizált bábaképzést. Budapesten 1812-ben alakult meg az első szülészeti tanszék, de a századfordulón a szüléseknek még mindig csak az 5%-zajlott különböző orvosi intézményekben. A szülés medikalizálása és patologizálása lassan zajlott. Taufer Vilmos a 20. század elején dolgozta ki a Taufer-statisztikaként is emlegetett Szülészeti Rendtartást, kötelezővé téve a szülések bejelentését. 1953-ban a szülések 42%-a már kórházban vagy szülőotthonban zajlott. Egy 1953-as rendelet szerint négy éven belül minden szülésnek intézményben kellett volna történnie, de ez csak az 1970-es évekre történt meg (Kremmer 2018).

Mindezzel együtt járt a női szakemberek kiszorítása a szülés intézményéből. A nők a 19. század végéig nem járhattak egyetemre, de az orvosi karon a női hallgatók aránya az 1910-es évek elején is csak 5–6% körül volt. Mindeközben az ápolói hivatás feminizált foglalkozásként jött létre az otthoni ápolási munka professzionalizálódásával, mint az orvosoknak hierarchikusan alárendelt egészségügyi segítők foglalkozása. Magyarországon 1879-ben alakult meg a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. Ez a szervezet alapította meg 1885-ben a Betegápolónői Intézetet, mint oktató és módszertani központot. 1906-ban pedig megalakult a Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete. 1920-ban a Debreceni Egyetem Orvosi Kara mellett hozták létre az Ápoló- és Védőnőképző Intézetet, ahonnan 2 éves képzés után elsősorban ápolókat bocsátottak ki. E mellett 1922-től a Magyar Vöröskereszt elindította ápolónőképző programját, valamint zajlott képzés a Mártha Ápolónő Egyesület, a

Diakonissza Ápolónőképző Intézet és a Pesti Izraelita Nőegylet Ápolónő otthona szervezésében is. Az Országos Közegészségügyi Intézet 1927-ben dolgozta ki az egységes ápolóképzés irányelveit (Papp 2006). Ennek mintájára az 1950-es évektől a korábban autonóm módon dolgozó bábák a kórházakban jellemzően férfi orvosoknak alárendelve, asszisztálva kezdtek dolgozni (Kremmer 2018). Említhetnénk továbbá Hugonnai Vilmát is, aki férje engedélyével, viszont anyagi támogatása nélkül orvosi diplomát szerezhetett Svájcban, és hiába praktizált orvosként Zürichben, évekig kellett várnia, hogy később Magyarországon is dolgozhasson, mindaddig pedig szülésznőként tevékenykedett és publikált a nők szerepéről az egészségügyben.

A medikális szemlélet és a biztonság mítosza

A szülészet bábai oldalát ragadja meg Trapp Dominika és Kremmer Sarolta Bábaíre című installációja a Semmelweis Orvostörténeti Múzeumban., *A Várószoba – női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján* című kiállítás a női testet, a női szerepeket és a medikalizáció kérdését tárgyalja az orvoslásban, az installáció ezen belül is a szülészetben. A műrávilágít arra a kontrasztra, amely a szülés „puhasága,” meghittsége, egy baba születése, illetve az évszázadokon át a szülészet során alkalmazott, sokszor félelmetes és ma már meghökkentő eszközök között húzódik. A kemény, fém tárgyakat ellensúlyozza az az installáció, amely a bábaság természetes eszközeit, a hagyományosan használt gyógynövényeket és puha tárgyakat mutatja be, s a kiállítótermen köldökszinórként fut végig a puha, természetes anyagból horgolt fonál. A munkaa bábaság megítéléséhez kapcsolódó sztereotípiákkal megy szembe azáltal, hogy nem a „modern és biztonságos” szülészet sztereotípiáját állítja szembe a „veszélyes és elmaradott” bábasággal, hanem éppen ellenkezőleg, a bábai szemlélet személyközpontú, vagyis nőközpontú, egyben (és nem ellentmondásosan) biztonságos módját hangsúlyozza. A legfőbb törésvonal ugyanis nem a hagyományos vs. modern, beavatkozáspárti vs. természetes, de még csak nem is feltétlenül a kórházi vs. otthoni szülés között húzódik, hanem a nőközpontúság mentén, vagyis, hogy az adott szülés során a közreműködők a szülés alanyának vagy tárgyának tekintik-e a szülő nőt.

A bábaság történetének fényében talán nem meglepő, hogy ma Magyarországon a nőgyógyászatban a női orvosok aránya még mindig alig éri el a 10–20%-ot. A fő probléma azonban ettől nehezen elválasztható módon az a szemlélet, amelyben a szülésnél éppen a szülő nő szempontjai hiányoznak. A medikális szemlélet és a modern szülészeti gyakorlat szöszólóinak központi érve a biztonság, vagyis az a felfogás, amely szerint a szülés célja nem

a jó élmény, hanem a születő baba épsége és biztonsága, amelyre hivatkozva gyakorlatilag bármilyen helyzetben felül lehet írni a vajúdnő döntéseit és kéréseit, a nőknél kellő informálása nélkül.

A medikalizációt mint biztonságot feltételező megközelítéssel szemben két főbb probléma is felmerül: az első és legfontosabb, hogy ez az állítás eleve azt feltételezi, hogy az anya és a baba ellentétes oldalakon állnak, és az anya részéről a szülés élménye ellentétben állhat a baba biztonságával. Az anyai beszámolók mind a Másállapotot! oldalán, mind pedig bábái beszámolók alapján (Gaskin 2015) szinte kivétel nélkül arról tanúskodnak, hogy a szülés során nem valamiféle exkluzív élményre vágnak, hanem elsősorban biztonságra. A baba biztonságára való hivatkozás pedig sokszor fenyegetésszerűen jelenik meg a szülőszobákban a valós és szükséges informálás helyett. A másik, legalább ennyire aggasztó érv pedig az, hogy a medikális, beavatkozáspárti szemlélet valójában egyáltalán nem garantálja a biztonságot, hiszen a beavatkozások további beavatkozásokat eredményezhetnek, ami jellemzően növeli a kockázatot a szülés során, ráadásul a nő beleegyezése nélkül végrehajtott beavatkozások komoly etikai problémákat vetnek fel, és a szülés minőségére is hatással vannak (Szebik et al. 2018).

A medikális szemlélet okai és gyökerei nagyon összetettek, egyszerre van meg benne a folyamat kontrollálhatóságának igénye az orvosi oldalról, szerepel benne a nők gyenge érdekérvényesítő képessége a rendszeren belül, nem mellékesen a fogadott orvos és a hálapénz (2020 végéig létező²) intézménye, amely mögött a nők biztonság iránti vágya áll, azonban paradox módon éppen a beavatkozásokat és a további komplikációkat növeli (Baji et al. 2017). Nem utolsósorban pedig, és részben az előző két tényezőből is következik az a szülészeti gyakorlat, amely annyira eltávolodik a természetesnek tekinthető, beavatkozásmentes szüléstől, hogy napjainkban alig van a rendszerben olyan orvos, aki egyáltalán látott például faros szülést vagy hüvelyi úton történő ikerszülést.

Mindehhez szervesen kapcsolódik az a piaci és versenyszemlélet, amely egyfelől nyomás alá helyezi a családokat, elsősorban a nőket, hogy születendő gyermekük érdekében a lehető legjobb döntéseket hozzák minden téren, és akár anyagi áldozatokat is hozzanak ezek érdekében (vö. Kovai és Szőke 2021). Így jött létre többek között a szülészeti területén is egy „fogyasztói termékcsomag,” amely a szülő nők számára a biztonságot és a minőségi szülést

² 2021 január 1-jén lépett érvénybe az egészségügyi szolgálatról szóló új törvény, amelynek értelmében mind a hálapénz felajánlása, mind az elfogadása büntetendőnek számít. A hálapénzben különösen érintett szülészeti területen mindez egyben azt is jelenti, hogy megszűnik a fogadott orvos intézménye a kórházakon belül, és a területi alapú ellátás érvényesül.

hivatott garantálni. Ez a szemlélet azonban csak tovább mélyíti a nők másodlagos és passzív szerepét az ellátásban, hiszen az intézmények az ellátásért cserébe valamilyen szolgáltatást igyekeznek nyújtani. Ezt támasztják alá a fent említett törvényi változásig szokványosnak tekintett fogadott orvos intézményén túl a magánkórházak statisztikái is, ahol jellemzően kiemelkedően magas arányban, akár 80%-ban is előfordulnak császármetszések és egyéb szülészeti beavatkozások. Mindez azt eredményezi, hogy a nők a pénzükért nem biztonságot, hanem a beavatkozások, és ennek megfelelően komplikációk sorát vásárolják meg, a medikalizáció fogalma pedig egyre jobban összeolvad a kiváltságos, vagyis a „minőségi” és „biztonságos” szülés illúziójával.

Míg a rendszerváltás óta folyamatosan csökken az ország népessége, és az egymást követő kormányok egyik kiemelt szempontja a demográfiai növekedés, ezen felül pedig a 2010 utáni konzervatív, és deklaráltan családbarát kormány prioritásként kezeli a családpolitikát és a gyerekvállalási szándék növelését, szembetűnő, hogy a szülésnek csupán a mennyiségi dimenziója kerül előtérbe, és kevés szó esik a szülészeti ellátás minőségi oldaláról. A hálapénz betiltása egy komplex problémának csupán egy szeletére kínál megoldást, míg a szülészeti ellátásban és a szülés kérdésében elsődleges, hogy a nőket a társadalom és az egészségügyi, valamint a szociális intézmények a népszaporulat kívánatos eszközeinek, vagy a folyamat alanyainak tekintik, akik képesek rendelkezni a testük fölött.

Hivatkozások

- Baji, Petra; Nicholas Rubashkin; Imre Szebik; Kathrin Stoll és Saraswathi Vedam (2017): Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Social Science & Medicine*, (189): 86–95.
- Ehrenreich, Barbara és Deirdre English (1973): *Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers*. The Feminist Press.
- Federici, Silvia (1998): *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation*. Autonomedia.
- Foucault, Michel (2007): The Incorporation of the Hospital into Modern Technology. In *Space, Knowledge, and Power*. Ahgate, 141–151.
- Gaskin, Ina May (2015): *Útmutató a szüléshez*. Jaffa Kiadó.
- Hill, Milli (2019): *Give Birth like a Feminist*. Harper Collins Publishers.
- Kremmer Sarolta (2018): *Biopolitika és a magyarországi szülészeti ellátórendszer*. Kézirat, ELTE Társadalomtudományi Kar.

- Kovai Cecília és Szőke Alexandra (2021): A gyermeknevelés, mint befektetés? A szülői felelőségek átalakulása. *Portfolio* https://www.portfolio.hu/krtk/20210127/a-gyermekneveles-mint-befektetes-a-szuloi-felelossegek-atalakulasa-466834?fbclid=IwAR0v8DAd6HlvuCkZ9xnpXzUnXmorf2ysRSF0GME19V7rNmT8_8A0QOLYb_Y#
- Papp László (2006): Ápolás hivatástudatból – Az ápolás és az orvoslás történetének összefüggésében. *Acta Sana*, 1(1):19–26.
- Szebik Imre, Susánszky Éva és Nicolas Rubashkin (2018): 'Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey' *European Journal of Mental Health* 13(1): 51–69.