

LÁSZLÓFI VIOLA – SÁNDOR JUDIT

Nők az állami és orvosi paternalizmus hálójában

A terhességmegszakítás engedélyezésének változó kontextusai 1954–1980 között Magyarországon*

DOI: <https://doi.org/10.56944/multunk.2025.1.5>

„[A]zzal a kéréssel fordulok a bizottsághoz, hogy a jelenlegi 3 hónapos terhességi állapotomon sürgősen segíteni szíveskedjenek, olyan értelemben, hogy ne engedjenek megszületni egy olyan lányt, akire körülményeim között semmi szükség nincs”¹ – kezdte a Budapest XX. kerületi abortuszbizottsághoz intézett, terhességmegszakítási kérelmét indokló, 1954. január közepén írott levelét Sz. J. A harminchárom éves gyári műhelyírnok a levél folytatásában részletesen kifejtette, mit ért „jelen körülmény”-en: egyrészt rámutatott, hogy a szoba-konyhás lakásban élő négyfős családja egyetlen keresőjeként ő tartja el beteg szüleit, valamint epilepsziás testvérét. Másrészt azt is a bizottság tudomására hozta, hogy a gyermeknevelésben az apa segítségére sem számíthat, mivel az egy „lelketlen szélhámos [...], aki csábos házassági ígéretekkel behálóz[ta], valósággal rábeszéléseivel médiumpént érkezett és aki, amikor végképp kiderült a dolog galádul és aljas utolsó módon cserbenhagy[ta]”.² A kérelmező mind

* A tanulmány az Európai Tanács által támogatott Taming the European Leviathan: The Legacy of Post-War Medicine and the Common Good ERC Synergy projekt keretében készült (szerződésszám 854503). Szeretnénk köszönetet mondani Koltai Gábornak, Budapest Főváros Levéltára főlevéltárosának a kutatás során a levéltári anyagokban való eligazodásban nyújtott segítségével.

¹ Budapest Főváros Levéltára (továbbiakban BFL) VIII. 1144. Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthon iratai, 18. kötet. Sz. J. szülészeti fejlapja és a hozzá csatolt dokumentumok.

² BFL VIII. 1144. Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthon iratai, 18. kötet. Sz. J. szülészeti fejlapja és a hozzá csatolt dokumentumok.

a saját egyedüli kenyérkeresői funkciójának hangsúlyozásával, mind pedig az apa hiányával azt igyekezett érzékeltetni a bizottsággal, hogy egy újabb, kizárólag az ő keresetéből eltartandó személy ellehetetlenítene megélhetését. Érvelése sikeresnek bizonyult, a terhességmegszakítást elbíráló helyileg illetékes másodfokú bizottság szerint „szociális helyzete igazoltan súlyos”³-nak minősült, így január 20-án engedélyezte terhessége megszakítását.

Sz. J. azon nők egyike volt, akik számára egy, a terhességmegszakítást elbíráló másodfokú bizottság az egészségügyi miniszter 8100-9/1953. számú, 1954. január elsejétől hatályos utasítása értelmében legálisan elérhetővé tette a terhességük „rendkívüli méltánylást érdemlő személyi vagy családi körülményei” miatti – vagyis nem kizárólag orvosi indokok alapján történő – megszakítását. Az utasítás illeszkedett a Nagy Imre-kormány azon törekvéseibe, amelyek a direkt politikai repressziót igyekeztek enyhíteni a társadalom és a gazdaság különböző területein: ilyen volt például a mezőgazdasági politika felülvizsgálata, az iparfejlesztésben a nehéz- és könnyűipar prioritásainak megváltozása, és a politikai elnyomás enyhítése.⁴ Mindezek a magyar társadalomban kialakuló feszültségekre – az erőszakos szovjetizálás következményeként kialakuló társadalmi elégedetlenségre, a gazdasági nehézségekre és a szegénységre – keresték a válaszokat.⁵ A politikai elnyomás oldása kiemelt jelentőséget kapott a reprodukció szabályozására rátelepülő politikai-ideoló-

³ Uo.

⁴ RAINER M. János: *Nagy Imre. Politikai életrajz*. II. kötet. (1953–1958). 1956-os Intézet, Budapest, 1999. 22–35., 125–139.

⁵ A folyamat kiindulópontját az adta, hogy Sztálin halála után a hruscsovi vezetés amellett foglalt állást, hogy a szatellitállamokban a sztalinizáció uniformizáló törekvései hibásak voltak, és az egyes gazdaságok és társadalmak fejlettségében visszaesést hoztak. Ennek elkerülésére az SZKP vezetése elismerte, hogy minden államnak joga van kijelölni a szocializmus felé vezető saját útját. Ennek a saját útnak a kialakítása a magyar esetben azért bírt jelentőséggel, mert a kelet-közép-európai szatellitállamok közül a magyar politikai vezetés rendelkezett legkevésbé a „saját magyar út koncepciójával”, így a szovjet minta másolása itt a más államoknál is erőteljesebben érvényesült. MITROVITS Miklós: *Együtt vagy külön utakon a szocializmushoz? A desztalinizáció első szakasza Közép-Kelet-Európában. Századok*, 2014/1. 97.

giai szemlélet átalakulásában, amely után az enyhülés a szociális szempontok méltánylásának utat engedhetett.

Bár a terhességmegszakítás 1952-től kezdődően az államszocializmus évtizedei alatt gyakran változó szabályozása már magyar kontextusban is számos tanulmány témáját képezte,⁶ ezek inkább csak megemlítették az 1954 elején életbe lépő módosulást, annak ellenére, hogy ezt követően jelentősebb emelkedés is történt az ilyen műtétek számában. Míg 1953-ban 2677 alkalommal engedélyezték a terhességek műtéti megszakítását országosan, addig 1954-ben 16 281 alkalommal, ami hatszoros növekedést jelent.⁷ A korábbi kutatások azonban amellet, hogy árnyalták a Ratkó-korszak „abortusztilalmának” mítoszát,⁸ és rámutattak arra, hogy a terhességek megszakításával kapcsolatos intézkedések represszív jellegét a sztálinizmus évei alatt valójában nem a jogi keretek szigorítása, hanem azoknak a korábbiakhoz képest sokkal szigorúbb betartása adta, abban is egyetértettek, hogy a női test feletti szigorú kontroll évei után

⁶ Katerina LIŠKOVÁ: History of Medicine in Eastern Europe: Sexual Medicine and Women's Reproductive Health in Czechoslovakia, Poland, and Hungary. *European Journal for the History of Medicine and Health*, 2021/1. 182–194. DOI: <https://doi.org/10.1163/26667711-78010029>; PALASIK Mária: A női egyenjogúság szabályozása Magyarországon a 20. század második felében. In: PALASIK Mária–SÍPOS Balázs (szerk.): *A nő és a politikum. A nők politikai szerepvállalása a 20. század második felében*. Napvilág Kiadó, Budapest, 2007. 118–121.; NÉMETH György: Volt-e Ratkó-törvény? *Társadalmi Szemle*, 1992/12. 81–92.; KOCIS Piroska: „Aki ettől a naptól abortuszt hajt végre, azt a legkeményebben büntetjük”. *Archív.Net*, 2016/3. https://www.archivnet.hu/politika/aki_ettol_a_naptol_fogva_abortuszt_hajt_vegre_azt_a_legkemenyebben_buntetjuk.html?oldal=1 (Letöltve: 2025. 01. 25.); Andrea PETŐ–Fanni SVÉGEL: Nationalism, Pronatalism, and the Guild of Gynecology: The Complex Legacy of Abortion Regulation in Hungary. *Central European History*, 2024/1. 1–18. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0008938924000037>

⁷ FÖLDES Béláné (szerk.): *A szülészeti rendtartás statisztikájának adatai. 1946–1964*. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 1965. 82.

⁸ Ezeknek a kutatásoknak a fókuszát így az 1950-es évekre vonatkozóan leginkább az alábbi négy jogszabály jelentette: 81/34/1952. EüM számú miniszteri utasítások *A terhességmegszakítás szabályzásáról*; 81/32/1952. EüM. számú miniszteri utasítás *Az abortusz elleni küzdelem felvilágosító-nevelő munkájának megszervezése*; a Minisztertanács 1.004/1953. számú határozata *Az anya és gyermekvédelem továbbfejlesztéséről*, valamint szintén a Minisztertanács 1.047/1956. számú határozata *A terhesség megszakításával kapcsolatos kérdések szabályzásáról és a magzatelhajtásról*.

leginkább az 1956-os megengedő szabályozás jelentett megkönnyebbülést és szemléletváltást, amely minden kérelmező számára lehetővé tette a terhességmegszakítást.

Tanulmányunkban egy ezzel részben konkuráló folyamatot igyekszünk bemutatni, és azt vizsgáljuk, hogy miként váltak 1954-től kezdődően az orvosi szempontokkal szemben az egyének életkörülményei, személyes és családi viszonyai, problémái a terhességmegszakítások leggyakoribb okává. A szakirodalomban és a korabeli diskurzusban is legtöbbször szociális okokként hivatkozott körülmények megjelenése a korszakban számos alkalommal változó szabályozásban, mind annak implementálása az orvosi gyakorlatban azért bír jelentőséggel, mivel rávilágít arra is, hogy a szocialista országokban és a polgári demokráciákban milyen eltérő keretezést kapott a terhességmegszakításról szóló diskurzus. Míg a „vasfüggönytől” nyugatra, valamint a rendszerváltást követően Magyarországon is inkább az élet kezdetének, a méhmagzat életvédelmének és az anya testi önrendelkezésének, magánélethez való jogának morális kérdései alakították a vitákat, addig a szocialista Magyarországon e morális és vallási aspektusok nem merültek fel, az anya egészségének védelme, valamint az 1950-es évek második harmadától a gyermekvállalás anyagi vonatkozásai viszont annál inkább szerepet kaptak a politikai és társadalmi diskurzusban. E hangsúlyeltolódás a nem egészségügyi indokok irányában a terhességmegszakításokra vonatkozó magyar szabályozás 1973-as szigorításában csücsodott ki. Ennek keretében a pártállam egyértelműen mérhetővé kívánta tenni a terhességmegszakításra indokot jelentő egyéni élethelyzeteket, olyan szempontokat figyelembe véve, mint a lakás nagysága, a jövőbeli szülők keresete és tulajdonviszonyai (ingatlanok, autó) vagy a nő családi állapota.⁹

⁹ Arra már korábbi kutatások rámutattak, hogy a nők egyéni életkörülményeinek, szociális környezetének felértékelődése és tárgyalása a reprodukcióhoz kapcsolódóan része volt a modernizációs és szakértői diskurzusoknak a szocialista rendszerekben. Kateřina LIŠKOVÁ–Natalia JARSKA–Annina GAGYIOVA–José Luis AGUILAR LÓPEZ–BARAJAS–Šárka Caitlín RÁBOVÁ: Work, marriage and premature birth: the sociomedicalisation of pregnancy in state socialist East-Central Europe. *Medical History*, 2023/4 109. DOI: <https://doi.org/10.1017/mdh.2024.1>

Kutatásunk fókuszában a terhességmegszakítás szabályozásának változása, a mögötte meghúzódó különböző hatalmi szándékok és azok lokális implementációja áll. Arra a kérdésre keressük a választ, hogy vajon az orvosi döntéshozás és tudástermelés paternalista struktúrái, amelyek mind az 1950-es évek művi abortuszok kritériumait meghatározó jogszabályalkotásban, mind helyi szinten, az azt engedélyező bizottságok működtetésében szerepet játszottak, hogyan alakították a terhességmegszakításon keresztül a női test feletti kontroll mechanizmusait az államszocializmus különböző időszakában. Arra az ellentmondásos helyzetre szeretnénk rámutatni, hogy habár az 1950-es években az orvosok komoly beleszólást kaptak a szabályozás megalkotásába, valamint az egyes ügyeket elbíráló bizottságok az egyéni kérelmekről szóló döntéshozatalra az egész korszakban meghatározó szereppel bírtak, a terhességmegszakítási kérelmek elbírálása egyre kevésbé az egészségügyi indikációk, azaz orvosszakmai döntések összessége alapján történt. Az ingyenes gyermeknevelő intézmények és egészségügyi ellátás biztosítását, az elérhető lakhatás megteremtését a szocialista állam saját feladatának tekintette, amelyek hiánya egyre inkább a gyermekvállalás konkrét akadályává vált, így azt a pártállam mindinkább a terhességmegszakítás legitim indokaként ismerte el. A kérelmező nőknek azonban nemcsak a gyakran változó szabályozásnak kellett megfelelniük, hanem ki voltak szolgáltatva a kórházakban és klinikákon üléselő bizottságokra jellemző intézményi, valamint az általában férfi orvos és a nő páciens között fellépő nemi és orvosi paternalizmus struktúráinak is. Ennek szabályai szerint a páciens passzív elfogadója volt a testét érintő, az orvos saját szakmája szabályai szerint hozott döntésének, beleszólása azonban abba nem volt. Az így létrejövő környezet arra is lehetőséget adott, hogy az orvosok bizonyos esetekben az állami szándékokkal konkuráló döntéseket hozzanak a terhességmegszakítással kapcsolatban.

A kutatás empirikus forrásbázisát részben a terhességmegszakítás jogi szabályozása és az azt megelőző minisztériumi egyeztetések adják. Emellett, habár a kérelmeket elbíráló bizottságok iratanyaga kevés esetben került levéltárba, az

1952–1956 közötti időszakra vonatkozóan a Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthonban 1954-ben és 1956-ban elvégzett terhességmegszakítások jegyzőkönyvei, az 1956–1973 közötti időszak bizonyos éveiből a XII. Kerületi Tanács Egyesített Kórházában, valamint a szintén a Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthonban működő bizottságok iratai elérhetők. Az 1973-at követő időszakból az egyik pécsi és a budapesti II. kerületi bizottságok iratai mellett a Péterfy Sándor Utcai Kórházban engedélyezett terhességmegszakításokról szóló döntések jegyzőkönyvei kerültek a kutatás fókuszába.¹⁰ Tanulmányunkban az egyszerűség kedvéért abortuszbizottságnak nevezzük ezeket a jogszabályokban létrehozott, a terhességmegszakítás iránti kérelmekről döntő testületeket. Ennek a megnevezésnek a használatát azért érdemes tisztázni, mivel az említett szerveket illetően is jelentős bizonytalanság uralkodott a korszakban: az általunk elemzett jogszabályokban csak az első-, illetve másodfokú bizottság kifejezés szerepel, míg a köznyelvben, a sajtóban és bizonyos esetekben adminisztratív dokumentumokban is abortuszbizottság (rövidítve AB vagy AB-bizottság), vagy az ennél jóval körülményesebb, a bizottságokat azok funkcióján keresztül megragadni igyekvő terhességmegszakítást elbíráló bizottság (rövidítve TEMEB) szerepelt.

Modernizációs törekvések és a paternalizmus különböző formái az 1950-es évek abortuszpolitikájában

Az 1940-es évek végétől kezdődően a kiépülő pártállam modernizációs és demokratizáló törekvéseit az oktatáshoz, egészségügyhöz, szociális ellátásokhoz való hozzáférés területén kettősség jellemezte: egyrészt az 1949-es sztálini alkotmány

¹⁰ BFL VIII. 1144. Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthon iratai, BFL VIII. 1160. XXII. Kerületi Tanács Egyesített Kórházának Anyaotthona (Jókai Szülőotthon) iratai, BFL VIII. 1158. Péterfy Sándor Utcai Kórház iratai – Abortuszelbírási Jegyzőkönyvek, Magyar Nemzeti Levéltár Baranya Megyei Levéltára (a továbbiakban: MNL BAML) XXIII. 148. e. Pécs megyei város I. kerületi Hivatalának iratai, Terhességmegszakítást elbíráló bizottság iratai, BFL XXIII. 202b 707. II. kerületi Tanács AB Bizottság (1981).

– jelképezve a párt paternalista gondoskodását a társadalom korábban elhanyagolt csoportjairól – a dolgozók egészségének védelmét állami feladatként ismerte el.¹¹ Ennek tényleges megvalósítására azonban várni kellett: 1961-től az egészségbiztosítás kiterjesztésével a társadalom 91%-a vált jogosulttá az ingyenes egészségügyi ellátásra, 1972-re pedig ez mindenki számára állampolgári jogon elérhetővé vált.¹² A hozzáférés kiterjesztése mellett az ellátás biztosításáról is állami intézmények gondoskodtak. Az 1950-es évek elején 195 kórházat államosítottak, az Országos Társadalombiztosító Intézetből a Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ kialakításával pedig az ellátás finanszírozásának korábbiaknál hatékonyabb megszervezése vált lehetővé. A központosított állami ellátórendszerrel és az állami alkalmazottakká váló dolgozóikkal egy olyan infrastruktúra jött létre, amelyre a jóléti szándékokat alapozni lehetett.¹³

Másrészt azonban az ingyenes egészségügyi ellátás biztosítása nemcsak jóléti, de az egyének teste fölötti ellenőrző-felügyelő szándékokat is közvetített. Mivel a kiépülő szocialista társadalom modernizációs céljaihoz a racionalitás, a tudományos módszerek egyre szélesebb körű alkalmazása szervesen hozzátartozott, így a népi gyógyászat, valamint az intézményesített orvosláson¹⁴ kívül minden, az emberi test folyamataiba való beavatkozásra irányuló technika veszélyesnek minősült, diszkreditálódott és üldözendővé vált.¹⁵ Habár az orvos-beteg viszony paternalista jel-

¹¹ Márton VARJÚ–Judít SÁNDOR: Needs Over Rights: The Right to Health in State Socialist Hungary and its Implementation. *Pravni Zapisi*, 2024/1. 199–201. DOI: <https://doi.org/10.5937/pravzap0-49493>

¹² Uo. 202–206.

¹³ HAHN Géza: *A magyar egészségügy története*. Medicina Kiadó, Budapest, 1960. 154–172.

¹⁴ Az intézményesített orvosláson a tanulmány kontextusában nem a hidegháború időszakának földrajzi megosztottsága alapján szerveződő gyógyítást, hanem a felvilágosodás racionalizmusa által áthatott episztemológiai rendszerben gondolkodó, a tradicionális gyógymódotól elkülönülő diagnosztikai és terápiás gyakorlatokat értjük.

¹⁵ A jogi értelemben vett kuruzslás és a kuruzslók üldözése nem ekkor jelent meg először, hanem hosszú múltra tekintett vissza már az 1950-es években is. Mivel a 19. század második felétől felerősödő, a társadalmi élet minél több aspektusát racionalizálni kívánó törekvések teleológiájának tudományos modelljét az orvostudomány adta, így az sem volt kirívó vagy meglepő, hogy a

lege már korábban is jelen volt, a szocialista egészségpolitika ezt tovább fokozta, azáltal, hogy egyértelműen közvetítették azt az elképzelést, mely szerint az állam, egészen pontosan az államilag finanszírozott kórházak és az állami alkalmazott orvosok jobban tudják az egyéneknél, mi vezet a jólétükhöz, testi folyamataik optimális működéséhez. Az orvos–beteg viszony paternalizmusa így a szocialista állam paternalizmusával egymást erősítette. Ebben a rendszerben a beteg passzív befogadója volt az orvosi kezelésnek, és kevés beleszólása volt a folyamatba, amelyet egy erős állami intézménytípus (kórházak, rendelőintézetek) és a specifikus, a társadalom „laikus” tagjai számára nem hozzáférhető tudással rendelkező orvosok irányítottak.

Az új szabályozás kezdeményezésének két fő célja illeszkedett az 1950-es évek elejének paternalista és jóléti aspektusokkal is bíró modernizációs programjába: egyrészt a magzatelhajtások, azaz a terhességek nem orvosok által végzett, illegális megszakításának a szigorúbb büntetését célozta. Az ilyen eljárások mellett, hogy ellenőrizhetetlenek voltak, az orvosok által végzett és szintén egészségi kockázatokat rejtő terhességmegszakításokhoz képest még veszélyesebbnek számítottak. Így a magzatelhajtás nyilvános – és az 1953 közepéig tartó igazán szigorú¹⁶ – üldözése a pronatalizmus megvalósítása mellett a nem orvosok által végzett beavatkozások egészségkárosító hatásának elkerülését is szolgálta. Másrészt pedig az orvosok által végzett

nyíltan modernizációs projektként definiált szocialista átalakulás célkeresztjébe hamar bekerült a kuruzslás (azaz bármilyen gyógyító tevékenység, amelyet diplomával nem rendelkező orvosok vagy gyógyszerészek, esetleg szakképzettség nélküli szülésznők, nővérek stb. végeztek) és a nem szakemberek által végzett terhességmegszakítás. Ugyanakkor, míg a dolgozók esetében ezeknek a törekvéseknek a célja a munkaerőként funkcionáló test minél produktívabbá, kiszámíthatóbbá tétele volt, addig a szocialista társadalomban – legalábbis az ideológia szintjén – kapott egy jóléti-gondoskodó keretet. K. HORVÁTH Zsolt: A betegség varázstalanítása és a varázshegy érzéki betegségei. Dr. Levendel László gondolkodásának lélektani, biopolitikai és művészeti vonatkozásai. *Ars Hungarica*, 2018/4. 497.; ÖZE Eszter: Ipari kapitalizmus és biopolitika. A munkásság teste és a Társadalmi és Népegészségügyi Múzeum. *Sic Itur ad Astra*, 2020/72. 198–202.

¹⁶ Judit SÁNDOR–Viola LÁSZLÓFI: Woman Facing the Committee: Decision-Making on Abortion in Postwar Hungary. *Hungarian Historical Review*, 2023/3. 493–523. DOI: <https://doi.org/10.38145/2023.3.493>

terhességmegszakításokról szóló jogszabályok tényleges korszerűsítése is cél volt, mivel az érvényben lévő jogi keretek a 19. század végének szemléletét tükrözték, ám még abban a kontextusban is ellentmondásosak voltak.¹⁷ Míg a Csemegi-kódex 285. és 286. §-a a terhesség megszakításának minden formáját büntetendőként definiálta – nem téve különbséget az orvos által végzett terhességmegszakítás és a magzatelhajtás között –,¹⁸ az 1876-os közegészségügyi törvény VI. fejezetének 46. §-a szerint „gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátozható”.¹⁹ Utóbbi azt jelentette, hogy ha a beteg életének megmentése vagy súlyos betegsége gyógyítása a terhesség megszakításával volt elérhető, akkor az orvosilag indokoltnak számított.²⁰ Az egymásnak ellentmondó jogszabályok ellenére 1928-ban az Országos Orvosszövetség keretei között létrejött konszenzus szerint a közvetlen életveszélyt elhárító terhességmegszakítás szakmai szempontból indokolhatóan és elvégzendőnek minősült,²¹ míg azokban az esetekben, ahol a nő egészségi állapotán rontott a terhesség, ugyanakkor nem

¹⁷ Körendelet terhességmegszakítás tárgyában. Előterjesztés Minisztertanácsához (1951. június 16.) Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára (a továbbiakban: MNL OL) XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

¹⁸ 1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről.

¹⁹ 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről.

²⁰ MENDELÉNYI László: A magzatelhajtás de lege ferenda. In: HELLER Erik–MOOR Gyula–RÁCZ György (szerk.): *Büntetőjogi tanulmányok Angyal Pál születése 60-ik és jogtanári működése 35-ik évfordulójának emlékére*. MTA, Budapest, 1933. 193.

²¹ Az Országos Orvos-Szövetség 1928. évi szeptember hó 8-án tartott XXX. rendes kongresszusának jegyzőkönyve. *Országos Orvosszövetség, 1928/17–18. 201–239.* – 1930-ban egy, a Legfelsőbb Bíróság által tárgyalta, orvosok által elvégzett terhességmegszakítás kapcsán a Legfelsőbb Bíróság elismerte, hogy „az eljáró orvosok abban a meggyőződésben voltak, hogy a terhes nő életveszélyes állapotának megszüntetése az abortusznak művi levezetése útján szükséges s ennek folytán cselekményük nem jogsértő”, és felmentette a vádlott orvosokat. (MENDELÉNYI László: I. m. 193.) Ugyanakkor ezt követően sem következett be változás a jogi szabályozásban, ez a döntés inkább egy különálló esetnek tekinthető. Ez az eset így inkább arra mutat rá, hogy az orvosi konszenzus – a jogi szabályozás ellentmondásai ellenére – azért bizonyulhatott elég hatékonyan az abortuszt végző orvosok érdekvédelmében, mivel az igazságügyi orvosszakértőként felkért orvosok is figyelembe vették és ezeknek a szakmai elveknek az ésszerű tartásával mérlegették az egyes eseteket.

állt fenn életveszély, három orvos konszenzusának eredményeként volt elfogadható a beavatkozás.²² Bár a fővárosban a szovjet megszállók által elkövetett nemi erőszak esetei miatt ideiglenesen könnyítették a terhességmegszakításhoz való hozzáférést,²³ a Csemegi-kódex továbbra is hatályban maradt.

Az új jogszabályról szóló, az orvosszakma képviselőit nagy számban bevonó egyeztetések 1951 júliusában kezdődtek a megyei intézmények szülész-nőgyógyászati osztályainak osztályvezető főorvosainak, valamint az orvosi egyetemek klinikavezető nőgyógyászainak bevonásával.²⁴ Habár a levéltári dokumentumokból nem derül ki pontosan, hogy ki kezdeményezte ezeket a sztálinizálódó Magyarországon meglepően széles körűnek tűnő egyeztetéseket,²⁵ abból, hogy nem csak az MDP-hez legközelebb álló szakmai elitet vonták be a diskurzusba, az következik, hogy a terhességmegszakítás kritériumainak meghatározásában az állampárt célja nem a szovjet szabályozás változtatás nélküli implementálása volt. Sokkal inkább egy olyan konszenzus létrehozása lehetett a cél, amely a politikai vezetés pronatalista szándékaihoz is illeszkedett, ugyanakkor betartása nem elsősorban politikai elköteleződést igényelt, mivel szakmai szempontból is vállalha-

²² Az Országos Orvosszövetség 1928. évi szeptember hó 8-án tartott XXX. rendes kongresszusának jegyzőkönyve. *Országos Orvos-Szövetség, 1928/17-18. 201-239.* Különösen Tauffer Vilmos javaslata.

²³ PETÓ Andrea-SVÉGEL Fanni: A háborús nemi erőszak és a nőgyógyász lobbihatása a magyarországi születésszabályozási rendszerre. *Per Aspera ad Astra, 2021/1.* 50–70. DOI: <https://doi.org/10.15170/PAAA.2021.08.01.03>

²⁴ A válaszadó orvosok név szerint az alábbiak voltak: megyei kórházak szülész-nőgyógyász főorvosai: Hoffmann Ferenc, Pál Ferenc, Bándi Andor, Abádi Gyula, Fónai Sándor, Gábor Ernő, Várady Jenő, Katona István, Pálos Imre, Hints Elek. A fővárosi és egyetemi klinikai elitből Róna Andor, Benedek László, Bársony János, Hirschler Imre, Battizfalvy János, Árvay Sándor, Zoltán Imre, Kovács Ferenc, valamint egy olvashatatlan aláírású orvos véleményezték a tervezetet.

²⁵ A fennmaradt iratokból az rajzolódik ki, hogy az egyeztetés megkezdése előtt az Egészségügyi Minisztérium már 1951 júniusában elküldött egy szövegverziót a Minisztertanácsnak, ami arra utal, hogy a tervezetet az Egészségügyi Minisztérium egy tartalmilag közel végleges verzióként gondolhatta. Ezt azonban a testület nem tárgyalta, sőt ezt követően kezdődtek meg a szakmai egyeztetések. Körrendelet terhességmegszakítás tárgyában. Előterjesztés a Minisztertanácshoz (1951. június 16.) MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.; Minisztertanácsi Jegyzőkönyvek, 1951–1952. MNL OL XIX-A-83-a.

tó volt. A politikai és orvosi kooperáció szükségességét egyrészt az adta, hogy a terhességmegszakítás újraszabályozásával párhuzamosan a magzatelhajtásokat is egyre erősebben üldözte a pártállam, amelyek felderítésében az orvostársadalomnak is szerepet szántak.²⁶ Másrészt a két világháború között elszaporodó, az orvosok által, de egészségügyileg nem indokolt esetekben is elvégzett terhességmegszakítások rendszere arra is rámutatott, hogy a szabályozás mögötti szélesebb szakmai konszenzus nélkül teljesen elképzelhetetlen volt a szigorúbb gyakorlat betartatása.²⁷

A javaslat, amelyet az Egészségügyi Minisztérium véleményezésre küldött, két részből állt: egyrészt a törvényerejű rendelettervezet szöveges részéből, amely amellet, hogy kodifikálta az 1928-tól szakmai konszenzussá vált orvosi gyakorlatot, amelynek értelmében a terhes nő „egészségének, életének érdekében”²⁸ annak 28. hetéig megszakítható a terhesség,²⁹ az 1936-os szovjet abortuszszabályozás magyar alkalmazására is kísérletet tett,

²⁶ Erről bővebben, és arról, hogy ez hogyan hathatott az orvosok és páciensek közötti bizalmi viszonyra lásd bővebben: Judit SÁNDOR–Viola LÁSZLÓFI: I. m. 497–499.

²⁷ Erre a legjobb példa az 1928-ban az Orvosszövetség keretei között létrehozott konszenzus be nem tartása volt. Bár abban, hogy milyen súlyos és életveszélyes egészségi állapotok indokolják a terhességek megszakítását, az orvosi elit ekkoriban megegyezett, mind a szakma felszólaló, kisebb hatalommal bíró képviselőinek a meg nem valósuló javaslati, mind pedig a két világháború közötti időszak orvosok által elvégzett, de orvosilag nem indokolt abortuszainak nagy száma bizonyította. Az Országos Orvosszövetség 1928. évi szeptember hó 8-án tartott XXX. rendes kongresszusának jegyzőkönyve. *Országos Orvosszövetség, 1928/17–18.* 201–239., különösen Apáthy Károly és Bereczki Károly felszólalásai; BARSÓNY János: Magzatúzás útján elkövetett bűnözésről és azok korlátozásának módozatairól. *Orvosi Hetilap, 1924/23.* 335–337.; BOCHKOR Ádám: A művi magzatelhajtásról. *Orvosi Hetilap, 1924/34.* 620–621. Ezek pedig már a korábbi évtizedekben is kiterjedt szakmai kritikák, szigorítási tervek témái voltak, így az 1950-es évek elejének szakpolitikusi számára ismerősek lehettek.

²⁸ Körrendelet terhességmegszakítás tárgyában. Előterjesztés Minisztertanácsához (1951. június 16.) MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954. A korábbi szakmai konszenzust lásd: Az Országos Orvosszövetség 1928. évi szeptember hó 8-án tartott XXX. rendes kongresszusának jegyzőkönyve. *Országos Orvosszövetség, 1928/17–18.* 201–239.

²⁹ A 28. hét a későbbi szabályozásokhoz és a magzat fejlettsége szempontjából is extrém kritériumnak tűnik, azonban nem szabad elfelejteni, hogy ebben az időszakban a terhesség megállapításának módszerei közel sem voltak annyira pontosak, mint ma. Ez a szabályozás azt igyekezett biztosítani, hogy a

amennyiben rendelkezett az első- és másodfokú abortuszbizottságok létrehozásáról.³⁰ A véleményezendő dokumentum másik része egy olyan – szintén a szovjet mintából átvett – taxatív lista volt, amely összesítette azokat az egészségügyi indikációkat, amelyek alapján a bizottságok engedélyezhetik a művi megszakítást. A megkérdezett osztály- és klinikavezetők feladata az volt, hogy egyrészt maguk jelöljék ki azokat az intézményeket, amelyekben a bizottságok felállítását indokoltnak tartották, másrészt az, hogy kritikai javaslatokat tegyenek a készülő jogszabály szövegéhez.

Azt, hogy a korábbi gyakorlatot a szabályozás alapjává tevő tervezet már első verziójában sem volt teljesen elfogadhatatlan az orvosok számára, az a tény támasztja alá leginkább, hogy csak a művi abortusz alapját képező betegségek taxatív listáját érintette. Erre vonatkozóan a fennmaradt 20 orvosi véleményből 12 tartalmazott valamilyen javaslatot. Habár ezek célja egyértelműen az volt, hogy a szovjet mintából átvett, 1936-ban íródott listát az éppen aktuális orvosi gyakorlathoz igazítsák, konszenzus inkább csak a lista szigorításában volt.³¹ A válaszadók egyrészt bizonyos betegségek listáról való lehúzását javasolták. Ilyen volt például a szifilisz, a „veszületett siketnémaság” és a vérzékenység (hemofília).³² Míg az előbbi kezelhető volt, a hemofília és a

terhesség késői felfedezése esetében is legyen mód a megszakításra, ha azt az egészségügyi okok indokolják.

³⁰ Ilyen bizottságokat más szocialista országokban is létrehozta a szovjetizálódó közép-európai államokban. Mie NAKACHI: *Replacing the Dead. The Politics of Reproduction in the Postwar Soviet Union*. Oxford University Press, New York, NY, 2021, 59. DOI: <https://doi.org/10.1093/oso/9780190635138.001.0001>; Kateřina LIŠKOVÁ: *Sexual Liberation, Socialist Style. Communist Czechoslovakia and the Science of Desire, 1945–1989*. Cambridge University Press, Cambridge, 2018, 100–102. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781108341332> – A szabályozás első verziója a rendezetlen levéltári anyagok között nem azonosítható egyértelműen, ugyanakkor a tervezetről folytatott szakmai levelezésből az első tervezet számos pontja visszakövethető, kikövetkeztethető.

³¹ Ezek az egyeztetések több körben folytak 1951 júliusától 1952 késő teléig. A különböző egyeztetési körök részletes kifejtésére jelen tanulmányban terjedelmi okok miatt nincs mód.

³² Lásd például Róna Andor, Batizfalvy János és egy harmadik, az olvashatatlan aláírási véleményező javaslatait. A hemofília lehúzása a listáról a beérkezett véleményekből és a minisztériumi tárgyalás tanulságaiból készített, összszegett módosítási javaslatban is szerepelt. – Körrendelet terhességmegszakítás tárgyában. dr. Hoffman Ferenc, dr. Pál Ferenc, dr. Abádi Gyula, dr. Katona

siketnémaság esetében az volt a szempont, hogy a korszakban nem rendelkeztek pontos ismeretekkel arról, hogy mi alapján öröklődnek ezek a betegségek. A magas vérnyomás, a vérzékenység különböző formái, az Addison-kór vagy a tuberkulózis esetében, mivel a kezelés elvileg a várandósság alatt is lehetséges volt, a terhesség megszakítását csak azt követően javasolták, hogy a terápia hatástalan volt.

Ezek a kezdeményezések azért említésre méltók, mivel rámutatnak arra, hogy sem a megyei, sem az egyetemi orvosi elit tagjai nem vettek figyelembe a szakmai indikációkon kívül más okokat.³³ Azokban az esetekben, ahol a terápia sikerességéhez kötötték volna a terhességszakítást, nem számoltak azzal, hogy az 1950-es évek elejének viszonyai között mind a gyógyszerek elérhetősége,³⁴ mind pedig a lakáshiány, az élelmiszer-ellátás fel-felmerülő problémái, valamint az általános szegénység is hátráltatták a gyógyulást.

Az 1951 nyara és 1952 tavasza között folyó hosszú és kiterjedt szakmai egyeztetések után 1952. május 29-én hatályba lépő 81/34/1953. számú egészségügyi miniszteri utasítás szerint az elsőfokú abortuszbizottságok állandó tagjai a fővárosi és a megyei tanácsok által kijelölt nőgyógyász – mint elnök – és egy bel-

István, dr. Róna Andor, dr. Batizfalvy János, dr. Lajos László, dr. Bársony Jenő és dr. Benedek László levelei az Egészségügyi Minisztérium megkeresésére; Jegyzőkönyv a nőgyógyász szakcsoport 1951. IX. 20-án megtartott vezetőségi üléséről; Javaslat a 3.135 közjg. számú rendelethez MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

³³ Azért említésre méltó, hogy e körülményt ilyen nyíltan figyelmen kívül hagyták, mivel az egészségügy szocialista átalakításával, valamint a termelés szocialista átszervezésével kapcsolatban pontosan az volt a politikai-ideológiai elvárás, hogy hosszabb távon csökkentse a betegségek számát. Ebben a gondolatmenetben egyrészt pontosan a betegségek szociális okainak hangsúlyozása, valamint az új társadalmi rendszer kiépítésével ezek felszámolódása számított logikai kiindulópontnak. Másrészt ezt nem is rövid, hanem hosszú távú célnak tekintették, azaz az 1950-es évek elején még beleférhetett volna a megengedőbb hozzáállás a szociális okok fennállásához. FARÁDI László: *Dialektikus materializmus a gyakorlati orvosi tevékenységben*. II. rész. *Katonaorvosi Szemle*, 1953/5. 713–721; Uő: *Dialektikus materializmus a gyakorlati orvosi tevékenységben*. III. rész. *Katonaorvosi Szemle*, 1953/5. 817–822.

³⁴ Magyar Dolgozók Pártja és a Magyar Szocialista Munkáspárt központi szervei, Adminisztratív Osztály iratai. Levél Ratkó Anna egészségügyi miniszternek (1953. március 25.) MNL OL M-KS 276. f. 96. cs. 3. ó. e. 1952.

gyógyász,³⁵ nem állandó tagja pedig a kérelmező betegségének megfelelő szakorvos voltak. A másodfokú bizottság elnöke az illetékes tanács végrehajtó bizottsága egészségügyi osztályának vezetője volt, ő nevezte ki a további három állandó tagot, szintén orvosokat, és hívta meg az egyes ügyben korábban illetékes elsőfokú bizottság vezetőjét.³⁶ A másodfokú bizottság amellett, hogy az elsőfokú elutasításába bele nem nyugvók számára fellebbviteli fórumot jelentett, ellenőrző funkciót is gyakorolt az elsőfokú bizottságok felett. Utóbbi lehetőséggel azonban az eddig feltárt források alapján nem éltek. A bizottságok mindkét szinten egészségügyi intézményekben – szülőotthonokban, kórházak szülészeti-nőgyógyászati osztályán – tartották üléseiket, ezzel is érzékeltetve a hozzájuk fordulókkal, hogy az orvosszakma szabályai szerint hozzák meg döntésüket. A módosítási javaslatokból és a végső szabályozásból egyértelműen kitűnik, hogy a megkérdezett orvosokban nem merült fel az, hogy az egyének életkörülményeivel és nem egészségügyi okokkal indokolhatóvá tegyék a terhesség megszakítását. Sokkal fontosabbnak tekintették a taxatív szabályozás legkorszerűbb orvosi ismeretek szerinti átalakítását – az ennek megfelelést ráadásul csak orvosok tudták eldönteni –, valamint olyan szakorvosok bizottságokba helyezését, akik specializált tudásuknak köszönhetően a legmagasabb szinten lehettek képesek eldönteni azt, hogy a betegségen valóban nem lehet-e a terhesség megszakítása nélkül segíteni.³⁷ Az pedig, hogy a végső döntéshez a tagoknak kellett konszenzusra jutniuk, azt is jelentette, hogy a kérelmező a teste fölött hozott paternalista döntéshez asszisztálhatott, de beleszólása nem volt.

³⁵ Az 1950-es évek elején a mai viszonyokhoz képest a belgyógyászat jóval egészségesebb diszciplínának számított, az olyan rész tudományok, mint a kardiológia, az endokrinológia, a gasztroenterológia stb. még sokkal kevésbé képeztek különálló aldiszciplínát, mint a 20. század utolsó harmadában. Ez pedig a belgyógyász mint széles körű szaktudás birtokosának jelenlétét egyértelműen indokoltá tette.

³⁶ Az egészségügyi miniszter 81/34/1952. EüM számú utasítása a terhesség megszakításának szabályozása tárgyában.

³⁷ Az egészségügyi miniszter 81/34/1952. EüM számú utasítása a terhesség megszakításának szabályozása tárgyában; Körrendelet terhességmegszakítás tárgyában. MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

Habár a 81/34/1953. számú egészségügyi miniszteri utasítást övező széles körű egyeztetés és szakmai-politikai konszenzus-igény akár jelenthette volna egy hosszabb távon is működőképes jogszabály alapját, az utasítás magán viselte a korszak reprodukcióval kapcsolatos rendelkezéseinek legfőbb sajátosságát. Mint általában az alapjogokat, a test feletti rendelkezéshez való jogot sem magas szintű – például az országgyűlésben megvitatott – törvények szabályozták, hanem jóval alacsonyabb szintű jogszabályok. Az 1952 májusában életbe lépő szabályozás esetében ez olyannyira igaz volt, hogy a kezdetben törvényerejű rendeletként induló jogszabály végül mint egészségügyi miniszteri utasítás került elfogadásra.³⁸ Annak, hogy a reprodukcióval kapcsolatos döntéseket viszonylag alacsony szinten szabályozták, kétségtelen előnye lehetett, hogy a népesedéspolitika párt által kijelölt irányainak változását gyorsabban lekövetthette a szabályozás. Emellett a szabályozás alacsony szintjéből következett az is, hogy ezek a normák nem is voltak megismerhetők az érintett nők számára. Ezért is volt gyakori, hogy számos különféle – egészségügyi, szociális, élethelyzeti – okot soroltak fel, mert az éppen aktuális jogszabály sem volt ismert számukra, nem beszélve annak helyleg is eltérő értelmezéséről.

A szigorú taxatív kritériumok ellenére a bizottságok döntéshozatali gyakorlata a statisztikák alapján már működésük első időszakában is engedékenynek tűnik. 1952 júliusa és októbere között a kérvények 75%-át fogadták el. Ezt a képet azonban jelentősen árnyalja, hogy habár az országos arányt vizsgálva tényleg

³⁸ Azt is érdemes kiemelni, hogy habár az említett 81/34/1953. számú egészségügyi miniszteri utasítás Ratkó Anna minisztersége alatt készült és került bevezetésre, a levéltári dokumentáció alapján azonban az első magyar miniszternő sem az egyeztetéseken nem volt jelen, sem a különböző szövegverziók megfogalmazásában, javaslatok polirozásában nem vett részt. Azok között a szakemberek között viszont, akik a tényleges egyeztetési folyamatokban, véleményezésben szerepet vállaltak, egy nő sem volt. Bővebben a jogi szabályozásról: Judit SÁNDOR: *Legal debates in reproduction in Hungary*. In: Mo DAHLIN–Jameson GARLAND–Anna-Sara LID –Anna SINGER–Santa SLOKENBERGA (eds.): *Festskrift till Elisabeth Rynning*. [Ünnepi kötet Elisabeth Rynning tiszteletére]. Iustus, Uppsala, 2023; Judit SÁNDOR: *From Ministry Orders towards the Constitutional Debate: Lessons Drawn from the Past 50 Years of Abortion Laws in Hungary*. *Medicine and Law*, 1999/2–3. 389–409.

kevés kivételtől eltekintve minden kérelmet befogadtak a bizottságok első- vagy másodfokon, a kezdeti időszakban az általános bizalmatlanság miatt a kérelmek száma alacsony volt: 1952 júliusa és októbere között országos szinten mindössze 762 kérelemmel foglalkoztak. Másrészt a befogadott kérvények aránya nem volt országosan kiegyenlített: míg Szabolcs-Szatmár megyében 42 kérelemből csupán 2, Békésben 20-ból 19 került elutasításra. Ráadásul a spontán vetélések száma továbbra is magas maradt a megengedőbb abortuszszabályozás éveivel képest: míg 1954-ben 3527, 1956-ban 2631 spontán vetélés került a szülészeti rendtartás statisztikájába, addig 1952-ben ez a szám 5198 volt – míg az erre az évre jutó összes művi megszakítások száma 1715.³⁹ Ez arra utal, hogy sok nő kényszerült arra, hogy otthon vagy nem orvosok által megindított vetélését kórházban fejezze be. A spontán vetélések nagy száma ugyanakkor az orvosokat is nehéz helyzetbe hozta, mivel jelentési kötelezettségüket az abortum kötelező igazságügyi orvostani vizsgálata követte, így ha nem jelentették az illegálisan megindított vetélést, maguk is bajba kerülhettek.⁴⁰ Mindezekből adódóan, habár a bizottságok a női test és reprodukció kontrolljának ellenőrzésére jöttek létre, és az engedélyezett kérelmek magas aránya is ezt a célt látszik igazolni, funkciójukat mind az őket övező kedvezőtlen megítélés, mind a következtelen döntési rendszer miatt csak korlátozottan gyakorolhatták.

A hatályos jogi szabályozás hibáinak kijavítására 1953 őszén újabb minisztériumi egyeztetések kezdődtek. Ennek időszaka már a Sztálin halálát követően meginduló gazdasági és társadalmi korrekciós folyamatok, illetve Nagy Imre első kormányzásának idejére esett. A folyamat nemcsak az olyan emblemikus sztálinista projektek jelentőségének csökkentésében nyilvánult meg, mint a nehézipari beruházások túlsúlya a termelésben, a mezőgazdaságból való forráskivonás, de a lakosság emiatt egyre romló életszínvonala is a politikai gondolkodás fókuszába került.⁴¹ Az MDP-nek így a szocializmus építésével párhuzamosan gyors

³⁹ FÖLDES Béláné: I. m. 82.

⁴⁰ Az egészségügyi miniszter 81/34/1952. EüM számú utasítása a terhesség megszakításának szabályozása tárgyában.

⁴¹ MITROVITS Miklós: I. m. 94.

ütemben eltűnő társadalmi nehézségek tételét is módosítania kellett, és azt hosszabb távú projektté kellett átkereteznie.⁴² Mivel ezek a problémák nemcsak a mindennapi megélhetés nehézségeiben, hanem a súlyos lakáshiányban is jelentkeztek, ami előrevetítette, hogy a jövőben nem nő a gyermekvállalási kedv, és az illegális abortusz kísérletek száma sem mutat csökkenést, a művi terhességmegszakítás szabályainak enyhítése valójában arról való döntést jelentett, hogy a modernizációs céloknak megfelelően, modern fogamzásgátló módszerek hiányában, a pártállam lehetővé teszi-e a nők számára, hogy a lehető legbiztonságosabban és ellenőrizhetőbb módon szakíthassák meg a terhességüket.

Az egyeztetések forgatókönyve nagyon hasonlított az 1952–1953-ban már kipróbálthoz: a változtatási javaslatokat ebben az esetben is a minisztérium fogalmazta meg, és erről kérte ki az orvostársadalom véleményét. Ez alkalommal azonban a megkérdezettek köre már csak a fővárosi nőgyógyász elitre korlátozódott. A másfél évvel korábban felkértek közül Róna Andor, Zoltán Imre, Bársony János, Hints Elek mellett Kiss József, a XX. Kerületi Szülő- és Nőbeteg Kórház igazgatója, Szolnoki Ferenc, az István Kórház, Lóránd Sándor, az Árpád Kórház, és Zágon András, a Tétényi úti kórház szülészeti- és nőgyógyászati osztályvezető főorvosai véleményét kérte ki a minisztérium.⁴³ A szakemberek állásfoglalását elsősorban abban várták, hogy az egészségügyi indokok mellett a készülő jogszabály miként emeljen be nem orvosi indokokat. A megkérdezetteknek arról kellett dönteniük, hogy a terhessége megszakítását kérelmező „életkorát, személyes és egyéb életkörülményeit” önmagukban is tekinthessék-e a terhességmegszakítás okának a másodfokú abortuszbizottságok – nem orvosi kérdésekben ugyanis kizárólag nekik kívánt a minisztérium döntési lehetőséget biztosítani –, vagy csak jóval korlátozottabban, azokban az esetekben, ahol a

⁴² Izsák Lajos: A Rákosi-rendszer (1948–1956 nyara). *Történelmi Szemle*, 1995/1. 54–62.

⁴³ Körrendelet terhességmegszakítás tárgyában. Róna Andor, Zoltán Imre, Bársony János, Hints Elek, Kiss József, Szolnoki Lóránd Sándor és Zágon András levelei az Egészségügyi Minisztériumnak. MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

rossz egyéni körülmények és a szülés során potenciálisan felmerülő veszélyek sokkal direkter kapcsolatban állnak.⁴⁴

Bár a beérkező válaszok nagyobb része amellet foglalt állást, hogy csak utóbbi esetben mérlegelhessék a bizottságok a nem egészségügyi okokat, a válaszadó orvosokat jobban aggasztotta az, hogy kiknél és milyen szociális körülményeket tekinthetnek indokként, és legfőbbképpen hogyan lehet ezek jelenlétét és súlyosságát bizonyítani. A beérkezett válaszok jelentős részében közös, hogy egyrészt csak olyan esetekben tartották elképzelhetőnek a terhesség nem orvosi okok miatti megszakítását, ahol a nő már legalább egyszer szült. Emellett a fennálló rossz helyzet igazolását vagy jogász bevonásával, vagy védőnői környezettanulmány igénylésével tartották elképzelhetőnek. A javaslat tükrözi a szabályozásban a korábbiakban is az orvosok indítványára még erősebben alkalmazott paternalista szándékot. Az eredeti minisztériumi javaslat bár lehetőséget adott volna arra, hogy az illetékes bizottság, „amikor szükségesnek tartja, bevonja a munkájába az adott terület védőnőit”, ezt nem kötelező, hanem eseti jelleggel javasolta, a döntéshozás alapjául – kötelező elemként – a kérelmező meghallgatását, saját narratívájának értékelését említette.⁴⁵ Korábbi terhesség mérlegelése fel sem merült. Ezzel szemben az orvosok javaslatában a gyermektelenség a nők életében olyan körülményként merült fel, amelyet a rossz személyes helyzet nem indokolhatott, emellett pedig magukat a kérelmezőket abban sem tartották kellően megbízhatónak és kompetensnek, hogy a saját hátrányos helyzetükre rámutassanak.

Az orvosi javaslatok közül a gyermektelenség mint a nem egészségügyi indokú abortuszok kizáró oka nem került bele a végül mind Erdei Ferenc igazságügyi miniszter, mind Zsoldos Sándor egészségügyi miniszter által 1953 decemberében elfogadott rendelkezésbe, két olyan javaslat azonban igen, amelyek az eredeti koncepcióhoz képest jelentősen megerősítették az abortuszbizottságok által a női test fölött gyakorolt paternalista hatalmat. Egyrészt

⁴⁴ Körendelet terhességmegszakítás tárgyában. Javaslat a 81/34/1953. EÜM számú utasítás módosítására. MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

⁴⁵ Körendelet terhességmegszakítás tárgyában. Javaslat a 81/34/1953. EÜM számú utasítás módosítására. MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

– Róna Andor szövegezési javaslatát szó szerint átvéve – a 8100-9/1953 EüM számú utasítás csak „kivételes esetben” és „rendkívüli méltánylást igénylő személyes vagy családi körülmény” fennállása esetén engedélyezte a nem orvosi indokú megszakítást.⁴⁶ Másrészt a miniszteri utasítás azt is megerősítette, hogy a terhesség megszakítása csak az abortuszbizottságok engedélyével, csak a nő beleegyezésével és csak abban az intézményben hajtható végre, amelyben illetékes elsőfokú bizottság működik. Ezeknek a kikötéseknek az egymás utáni felsorolása azt az érzetet kelti, hogy habár az elképesztő gyorsasággal, szűk egy hónap alatt leegyeztetett és megszövegezett enyhítés ellenére is igyekeztek valamiféle szigorúságot is hangsúlyozni az új szabályozásban.

Emellett a védőnő által írt környezettanulmányt is kötelezővé tették a nem orvosi indokú igénylések esetében, amelynek megírásához a védőnőnek személyesen kellett a kérelmező lakhelyét megnéznie. A lakókörnyezet gyereknevelésre való alkalmasságáról viszont már az abortuszbizottságok orvos tagjai döntöttek a jelentésben foglaltak alapján. Az elfogadott orvosi javallatok nyomán a minisztériumi tervet tehát oly módon szigorították, hogy nemcsak a bizottságok paternalista kontrollját szélesítették ki, de ennek gyakorlásába azok életterét is egyre inkább bevonták. A 8100-9/1953-as miniszteri rendelet abból a szempontból azonban még az orvosok által javasolt szigorítások ellenére is megfelelt az 1953 második felében megváltozó általánosabb politikai céloknak, hogy az egészségügyi okokon túl, a magyar abortuszszabályozás történetében először, más indokok alapján is lehetővé tette a terhességmegszakítást, ami illeszkedett az 1953 második felétől átalakuló, az állami repressziót enyhítő, és az életszínvonalra és az egyének megélhetésére és jólétére nagyobb figyelmet fordító politikai irányvonalba. Az új rendelet jelentőségét az is mutatta, hogy a terhességmegszakítások engedélyezhetőségét újraszabályozó 1956-os utasítás is visszautalt rá.⁴⁷

⁴⁶ Körrendelet terhességmegszakítás tárgyában. Róna Andor levele az Egészségügyi Minisztériumnak. MNL OL XIX-C-2-d 8. doboz. 81-(4)/1954.

⁴⁷ „Az egészségügyi intézmény köteles a jelen rendelet alapján végrehajtott terhességmegszakításokat – az ott lezajló valamennyi vetéléssel együtt – a 8.100-9/1953. (EüK 1954. 1.) EüM utasítás III. számú mellékleteként rendszere-

Orvosi paternalizmus az abortuszbizottságok működési gyakorlatában

A vezető nőgyógyászok mind 1951–1952-ben, mind pedig 1953-ban úgy igyekeztek a nekik megküldött tervezeteket módosítani, hogy az minél inkább az orvos–beteg között fennálló, a tudáskülönbségből is adódó hierarchikus viszony szabályai szerint működjön. A Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthonból az 1954-es évből fennmaradt abortuszbizottsági jegyzőkönyvek arra utalnak, hogy ez a paternalizmus a bizottságok gyakorlati működtetésében ennél kétarcúbb volt: bizonyos diagnosztikai kategóriákat felhasználva az empatikus orvosok képesek lehettek megkönnyíteni a terhességmegszakítást a nehéz szociális helyzetben lévő nők számára.

Erre volt példa a vérszegénység diagnózisa a pesterzsébeti bizottság működésében.⁴⁸ A vérszegénység a terhességmegszakítás legitim indokaként szerepelt a 81-34/1952 EüM számú rendeletben, de a bizottságokra bízta annak eldöntését, hogy az adott eset elég súlyos-e ahhoz, hogy veszélyt jelentsen az anya és a magzat életére.⁴⁹ A pesterzsébeti AB-döntések szerint, míg 1954 első hónapjaiban a vérszegénység az első fokon elfogadott terhességmegszakítási indokok között szerepelt,⁵⁰ addig az év második felében az elsőfokú bizottságok elutasították azokat a kérelmeket, amelyeket e diagnózis alapján, egészségügyi okokra hivatkozva adtak be. Ezeket a kérelmeket aztán másodfokra fel-

sített megfelelő nyilvántartásba bevezetni. A nyilvántartás adatait havonként a 8.100–2/1952. (Eü. K. 14.) EüM utasítással rendszeresített 7. számú mintának megfelelő űrlapot a tárgyhónapot követő hó 15. napjáig meg kell küldeni a megyei kórház – Budapesten az illetékes vezető kórház – szülész főorvosának.”

⁴⁸ A vérszegénység a vörösvérsejtek számának és az általuk tartalmazott hemoglobin (az oxigént szállító fehérje) mennyiségének csökkenését jelenti a vérben. Ennek a problémának és az alultápláltságnak az összefüggését már az 1950-es évek előtt ismerték. Bővebben lásd: BARTA Imre. Az anaemia felosztása. *Orvosok Lapja*, 1948/12. 386–389.

⁴⁹ A vérszegénység az I. és. II. fokú bizottságok munkájáról szóló jelentésben is ott szerepel, mint a megszakítás oka: Az I. és II. fokú Bizottságok munkájáról szóló jelentések értékelése. MNL OL M-KS 276. f. 96. cs. 3. ő. e. 1952.

⁵⁰ Pesterzsébet Város Szülő- és Nőbeteg Otthona irata, 17–38. kötetek BFL VIII.1144.

terjesztve, nem egészségügyi indokok, hanem a kérvényező rossz lakáskörülményei, nehéz anyagi helyzete alapján hagyták jóvá. Ez a folyamat arra utal, hogy a bizottságok munkájában a gyermekvállaláshoz elégtelen körülmények bizonyos diagnózisoknak megfeleltethetők voltak (1. táblázat).

1. táblázat. Terhességmegszakítások adatai a Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthonból, 1954⁵¹

Hónap	Összes, az abortuszbizottság által elfogadott, majd elvégzett terhességmegszakítás	Az összes nem egészségügyi indikáció alapján elvégzett terhességmegszakítás száma és aránya	Az összes egészségügyi okok miatt kért, majd nem orvosi okok miatt II. fokon elfogadott kérelem száma és aránya	Az összes vészes vérszegénység miatt kérelmezett, majd nem egészségügyi ok miatt II. fokon elfogadott kérelem száma és aránya
Január	11	0	0	0
Február	13	3 (25%)	0	0
Március	4	2 (50%)	0	0
Április	15	7 (46,7%)	2 (13,4%)	1 (6,7%)
Május	13	12 (92,3%)	5 (38,5%)	3 (23,2%)
Június	23	14 (50,1%)	0	0
Július	25	22 (88%)	6 (24%)	3 (12%)
Augusztus	40	25 (62,5%)	8 (20%)	4 (10%)
Október	72	50 (69,4%)	9 (12,5%)	5 (6,94%)
November	55	49 (89,1%)	15 (36,7%)	13 (23,6%)
December	63	53 (84,1%)	5 (7,9%)	2 (3,2%)
Összesen:	334	237 (71%)	50 (15%)	31 (9,3%)

⁵¹ BFL VIII.1144 Pesterzsébet Város Szülő- és Nőbeteg Otthona irata, 17–38. kötetek. (A szeptemberi adatok sajnálatos módon nem állnak rendelkezésre.)

A vérszegénység esetében a betegség társadalmi okai magyarázzák ezt, és így azt a jelenséget is, hogy ez a kórkép az 1954 januárjában életbe lépő enyhítéssel körülbelül fél év alatt teljesen kikopott az elfogadható okok közül. A szegénység és az ebből fakadó alultápláltság a vérszegénység fő okai voltak. Ez a betegség azonban már a két világháború közötti időszakban is kezelhetőnek minősült terhesség esetén is. Már az 1930-as években publikáltak magyar szerzők olyan tanulmányokat, amelyek mind városi, mind vidéki közkórházakból származó esetek alapján mutatták be a vészes vérszegénység sikeres kezelését várandósoknál. Ez pedig azt jelzi, hogy a gyógy mód nemcsak a jó anyagi helyzettel bíró elit, hanem a társadalom szélesebb rétegei számára is elérhető volt.⁵² Bár az 1950-es évek elejére jellemző volt bizonyos gyógyszerek hiánya, ez nem érintette a vérszegénység kezelését.⁵³ Ezért az orvosok szakmai és jogi kötelessége a betegek gyógyítása lett volna, nem pedig a terhességük megszakítása. Amit azonban az elérhető kezelés nem tudott megváltoztatni, az a környezet volt, amelyben a betegség kialakult, és amelyben a betegeknek élniük kellett. Az élelmiszerhiány, az alapvető szükségletek kielégíthetlensége és a nem megfelelő lakhatás a mindennapi élet része volt az 1950-es évek elején.⁵⁴ Ez a fővárosban kivételesen súlyos problémát jelentett,⁵⁵ ami szembevető lehetett a Pesterzsébeti Szülőotthon betegei körében. Az intézmény a főváros XX. (Pesterzsébet), XXI. (Csepel) és XXIII. (Soroksár) kerületének lakosságát látta el, amelyek Budapest legszegényebb területei közé tartoztak. Pesterzsébetet a háború során több bombatámadás érte, az újjáépítés pedig lassan haladt. A megmaradt lakóépületek közül sok közművek nélkül

⁵² KORÁNYI Sándor–TAUFFER Vilmos: Anaemia és graviditás. *Orvosi Hetilap*, 1913/31. 583.; STEFANCSIK Szilárd: A terhességi anaemia perniciososa kezelése. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 1939/8. 390–395.

⁵³ Levél Ratkó Anna egészségügyi miniszternek. (1953. március 25.) MNL OL M-KS 276. f. 96/3. ó. e. 1952.

⁵⁴ Tibor VALUCH: *Everyday Life under Communism and After: Lifestyle and Consumption in Hungary, 1945–2000*. CEU Press, Budapest–Vienna–New York, 2021. 213–314., 416–429. DOI: <https://doi.org/10.7829/9789633863770>.

⁵⁵ A korai szocialista időszak lakáshiányáról lásd: KELLER Márkus: Szocialista lakhatás? A lakáskérdés az 1950-es években Magyarországon. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2018.

maradt. Az 1940-es évek végén a lakosság 72%-a (25 000 fő) munkás volt, akik a csepeli és soroksári nehézipari létesítményekben dolgoztak. Lakhatási lehetőségeiket azonban nem fejlesztették olyan gyorsan, mint üzemeik termelőerejét.⁵⁶ Ez különösen nehéz helyzetbe hozta a várandósokat: amellett, hogy ilyen körülmények között a terhesség kihordása sem volt egyszerű, a megszületett gyerek jelentősen nehezíthette a család anyagi helyzetét. Ilyen körülmények között gyakran előfordult a vérszegénység, amely orvosi alapot nyújtott az orvosoknak az abortusz engedélyezéséhez.⁵⁷ Habár az egyéni és családi indokok alapján történő terhességmegszakítás már 1954 elejétől lehetséges volt, azért találhatunk még az év elején vérszegénység alapján elfogadott kérelmeket, mert a bizottságok számára is idő kellett, hogy az új szabályozáshoz adaptálódjanak.

A bizottságokon kívül a kérelmezőknek is alkalmazkodniuk kellett a folyamatosan változó jogszabályokhoz, annak érdekében, hogy kérelmüket elfogadják. A szabályok kiismerését az is nehezítette, hogy a 8100-9/1952-es miniszteri utasítás előtt kiadott szabályok még a közlönyökben sem kerültek kihirdetésre, csak az abortuszbizottságok tagjai és a nőgyógyászati osztályok orvosai kapták meg őket. Kutatásunk során 25 olyan levelet találtunk, amelyeket terhességmegszakítást kérő nők írtak a bizottságoknak 1954. január 16. és december 15. között.⁵⁸ Ezek a levelek azt mutatják, hogy bár a kérelmezők igyekeztek gyorsan adaptálódni a változó jogi környezethez, a szabályok gyors változása bizonytalanságokat szült. A 25 levélben kérelmezőből 20 nem orvosi okok alapján kérte a terhessége megszakítását. Ezekben a levelekben a rossz lakáskörülmények és az alacsony

⁵⁶ BOGYIRKA Emil (szerk.): *Pesterzsébet története*. Pesterzsébet Önkormányzata, Pesterzsébet, 2001; RÁNKI György et al.: *Csepel története*. Csepel Vas-és Fémművek Pártbizottsága, Budapest, 1965.

⁵⁷ A diagnosztikai kategóriák használata olyan problémák megoldása esetében, amelyek nem orvosi, hanem néha szociális, sőt politikai szinten képződtek meg, nem volt egyedi gyakorlat a szocialista időszakban az orvosi működésben. Erről bővebben lásd: VIOLA LÁSZLÓFI: Doctors into Agents: The Technologies of Medical Knowledge and Social Control in State Socialist Hungary. *Hungarian Historical Review*, 2021/2. 328–356. DOI: <https://doi.org/10.38145/2021.2.328>

⁵⁸ Pesterzsébet Város Szülő- és Nőbeteg Otthona irata, 18–37. kötet. BFL VIII.1144.

jövedelem visszatérő elem volt, ami egyúttal rávilágít a pártállam szociálpolitikájának hiányosságaira, és jól illusztrálja, hogy a népesedéspolitika és a korábban elhanyagolt társadalmi csoportok (például a munkások) jólétének propagálása ellenére a pártállam nem volt képes megfelelő gazdasági feltételeket teremteni sok nő számára a gyermekvállaláshoz. A 25 kérelem közül 24-ben azonban a meggyőző szociális okok mellett érzelmi-magánéleti nehézségeket⁵⁹ és olyan egészségügyi okokat is említettek a kérelem indokaként, amelyek nem szerepeltek a taxatív listában. Az érvek sokfélesége arra utal, hogy a nők nem voltak biztosak abban, hogy kéréseiket hogyan fogják kezelni, mely érveik lehetnek a bizottságok számára elfogadhatók, még akkor sem, ha olyan kihívást jelentő anyagi körülmények között éltek, amelyek alapján pozitív válaszra számíthattak. Az okok halmozása az év folyamán nem is csökkent a levelekben, azaz a bizalmatlanság nehezen volt felülírható.

Terhességmegszakítás 1956 és 1973 között

Újabb fordulatot az 1047/1956 (VI.3.) számú minisztertanácsi határozat hozott az abortuszszabályozásban, amelybe a betegségek és a szociális okok mellett „a terhességmegszakításhoz való ragaszkodás” is bekerült az elfogadható indokok közé. A változás a Szovjetunió Kommunista Pártjának 1956. februári 20-án tartott – a személyi kultuszt és a sztálini diktatúrát nyíltan elítélő – XX. kongresszusát követő – a repressziót tovább enyhítő – folyamatok részeként értelmezhető. Bár a terhességmegszakítás szigorú szabályozásának enyhítési folyamata a Szovjetunióban 1953-ban, közvetlenül Sztálin halála után,⁶⁰ Magyarországon pedig 1954 januárjában elkezdődött, a rossz szociális körülmé-

⁵⁹ Ilyen volt például a félelem attól, hogy nem tudnak elég időt tölteni egy beteg gyermekkel, a szülők halála miatti intenzív gyász, vagy két esetben a hűtlen férj okozta érzelmi szorongás és kiszolgáltatottság.

⁶⁰ Mie NAKACHI: I. m. 163. Így például az abortusz dekriminalizálásáról szóló diskurzus és ennek kodifikációja már 1953 áprilisában elkezdődött. A magyar esetben az Egészségügyi Minisztérium később eszmélt, és más módokon is képzelte el a korábbi szabályozás enyhítését: a művi terhességmegszakítás

nyek indokként való elfogadásával a folyamat az 1956-os rendelkezésben csúcsosodott ki. Román József egészségügyi miniszter azzal indokolta a döntést, hogy „a nők helytállása népgazdaságunk minden területén, fejlett öntudatuk, túlnyomó többségük áldozatos ragaszkodása a családhoz és a gyermekhez nálunk is *erkölcsi alapot teremtettek ahhoz, hogy anyaságuk kérdését maguk dönthessék el*”.⁶¹ Bár a megfogalmazás a nőkre háritotta mind az anyaság, mind pedig a terhességmegszakítás felelősségét, a kijelentés háttérében annak a szomorú ténynek az elismerése állhatott, hogy a megfelelő családtervezés hiánya és az elnyomó abortuszpolitika számos illegális abortuszt és nem kívánt, de kihordott terhességet eredményezett. Az egészségügyi miniszter 2/1956. számú rendelete (VI. 24.)⁶² alapján a bizottság továbbra is engedélyezte a terhesség megszakítását, ha arra a várandós életének megmentése vagy súlyos betegségtől, esetleg a meglévő betegség további súlyosbodásától való megóvása érdekében volt szükség, vagy ha a magzatot előre láthatóan súlyos károsodás fenyegette. Ezenfelül azt is elfogadhatónak minősítették, ha a beavatkozást megfontolandó személyes és családi körülmények indokolták, vagy ha a kérelmező a terhesség megszakításához a következményekről való tájékoztatás után is ragaszkodott. A gyakorlatban ez azt jelentette, hogy az első trimeszter végéig bárki megszakíthatta a terhességet. Ebben az esetben viszont csak a terhesség 12. hetéig lehetett kérni a beavatkozást.⁶³

Az új jogszabály azt a benyomást keltheti, hogy az állam kénytelen volt felülvizsgálni pronatalista szándékait. Az 1960-as évek jóléti politikájának kontextusában azonban az új törvény inkább tekinthető a korábbi célokhoz vezető népesedéspolitikai eszközkészlet megváltoztatásának, mintsem a pronatalista célok feladásának. 1956-ig a fő cél az volt, hogy minden megfogant gyermek megszülessen. Ezt követően – különösen a gyés 1967-

kritériumainak kiszélesítésével élt. Ez a Szovjetunióban csak később, 1956-ban következett be.

⁶¹ Kiemelés az eredetiben. Román József egészségügyi miniszter nyilatkozata a terhességmegszakítás egyszerűsítéséről. *Népszava*, 1956. május 27. 5.

⁶² 2/1956.(VI.24.) EüM rendelet 3§) (1) a. pont.

⁶³ Uo. 3§) (2)

es bevezetésétől – a párt a tudatos gyermekvállalás ösztönzésére törekedett.⁶⁴ Az abortusz tiltása helyett a gyermekvállalás támogatása a nőket a pronatalista célok követésére és az állammal való együttműködésre ösztönözte. Ez praktikusán azt jelentette, hogy az anyagi és általánosabb jóléti politikai ösztönzőkkel a gyermekvállalási kedvet szerette volna meghozni az állam, és azt, hogy minél több kívánt gyerek szülessen meg. A második világháború utáni első másfél évtizedhez képest az 1960-as évek elejétől a szociális ellátórendszer (egészségügyi és gyermekintézmények) egyre inkább kibővültek.⁶⁵ Új támogatási formákat is bevezettek, mint például 1967-től a gyermekgondozási segélyt és a fiatal anyákat segítő, szakképzett tanácsadók (nevelési tanácsadók, védőnők) országos hálózata is a gyermekeket vállalók rendelkezésére állt.

Az így kialakuló rendszer a reprodukció feletti állami ellenőrzést a gyermeknevelés állami támogatásának és pénzügyi támogatásának kiterjesztése révén tartotta fenn, nem pedig az államilag finanszírozott egészségügyi intézmények és az orvos–beteg kapcsolat hierarchikus és paternalista struktúráin keresztül. A reprodukció fölött gyakorolt befolyás formáinak megváltozása ráadásul illeszkedett a Kádár-korszak átalakuló társadalompolitikai keretéhez, amely 1956-ot követően, de még inkább az 1960-as évektől a politikai és társadalmi stabilitás megtartása érdekében a jóléti politikára egyre nagyobb hangsúlyt helyezett.

⁶⁴ A gyesre mint olyan támogatási konstrukcióra, amely a munkaképes korú nők jelentős része számára lehetővé tette, hogy több évig otthon maradjon a csecsemőjével, eredetileg az új gazdasági mechanizmus bevezetése miatt volt szükség, és nem népesedéspolitikai okból. Az 1968-ban bevezetett új gazdasági mechanizmus a vállalatok jelentős részének visszaadta az önálló irányítást, így a tervezést is. Ettől a termelés racionalizálását várták, valamint a munkanélküliség növekedését. Hogy ennek nyomán az elbocsátások ne vezessenek tömeges munkanélküliséghez, a gyes arra is szolgált, hogy az aktív korú lakosság egy részét kivonja a munkaerőpiacról, így csökkentve a munkaerő-felesleget. Bony Zsombor: A Népeségstudományi Kutatóintézet története és a népesedéspolitikai a Kádár-rendszerben. *Demográfia*, 2019/4. 280–285.

⁶⁵ 1960 és 1967 között például mind a bölcsődei, mind az óvodai férőhelyek száma több mint 20%-kal nőtt, a kórházi ágyak száma pedig elérte a nyolcvanezret. *Statistikai Évkönyv 1972*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1973. 440., 444.; *Egészségügyi helyzet 1968*, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1969. 80.

A politikai jogok vagy az – 1956-os forradalom kitöréséhez hozzájáruló – etnikulturális – hasonlóság hangsúlyozása helyett az újraelosztott szociális javakhoz való morális köteléken keresztül igyekezett az „alattvalóival” való viszonyát meghatározni, azaz az egyének részvételét az állampolgárok közösségében nem a politikai aktivitásban vagy a nemzethez tartozással határozta meg.⁶⁶ Csak az volt a fontos, hogy az egyének az állami ellátás hálás elfogadói legyenek.

A megengedőbb abortuszszabályozás és a gyermekvállalás társadalmi jellegének egyre erősebb állami priorizálása a terhességmegszakításról szóló lokális döntéshozatalt is formálta. Bár az abortuszbizottságok megmaradtak, döntési jogkörüket lényegében elveszítették – feladatuk „a kérelmező meggyőzése [volt] olyan esetekben, ahol a megszakítás nem látszik indokoltnak”.⁶⁷ A bizottságok tagsága pedig ettől kezdve az illetékes tanács VB szociálpolitikai osztályának vezetőjéből és előadójából, valamint egy „lehetőleg a szakszervezetek által javasolt asszony”-ból állt, a másodfokú bizottságok pedig ideiglenesen meg is szűntek. A tagok közül így legalább két személy, még ha egészségügyi szakembernek is számított, nem rendelkezett orvosi végzettséggel. Ennek köszönhetően pedig a kérelmek között is drasztikusan csökkent az orvosi indikációk alapján engedélyezett művi megszakítások száma. Már az új szabályozás hatályosságának első teljes évében, 1957-ben is csak a beavatkozások 8,6%-a történt egészségügyi indikációk alapján, ez az arány 1969-re 3,6%-ra zuhant.⁶⁸ A drasztikus aránymódosulást egyrészt az is elősegítette, hogy a modern medicina fejlődésével egyre kevesebb betegség jelentett olyan mértékű veszélyt az anya életére, hogy az

⁶⁶ Ez az elképzelés Földes György antinacionalista nemzetépítés fogalmával egyeztethető össze. FÖLDES György: *Nemzet és hegemonia – 1920–1990. Múltunk*, 2020/3. 22–60.

⁶⁷ 1.047/1956 (VI.1.) számú minisztertanácsi határozat a terhesség megszakításával kapcsolatos kérdések szabályzásáról a magzatelhajtás büntetéről.

⁶⁸ *A vetélések adatai 1969*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1970. 29. Az országos átlaggal egybevágó arányok állapíthatók meg a kutatás fókuszába került két fővárosi intézmény esetében is. XXII. Kerületi Tanács Egyesített Kórházának Anyaotthona (Jókai Szülőotthon) iratai. BFL VIII. 1144. Pesterzsébeti Szülő- és Nőbeteg Otthon iratai, BFL VIII. 1160.

a terhesség megszakításának jóváhagyását indokolhatta volna. Ugyanakkor az sem hagyható figyelmen kívül, hogy – mivel a bizottság nem akadályozhatta meg a kérelmek elfogadását – a nem orvosi indokok alapján beadott kérvények azokban az esetekben is egyszerűbb utat jelenthettek, ahol egészségügyi indikáció is volt. Ezek nem igényeltek adott esetben hosszas kivizsgálásokat, így a műtét rögtön elvégezhető volt.⁶⁹

A nem egészségügyi szempontok újraértékelése: terhességmegszakítás 1973 után

Az 1960-as évek végére az abortuszok száma drámaian megnőtt Magyarországon. 1960-ban az átlagos abortuszszám 66,3 volt 1000 reprodukív korú nőre vetítve, ami 1968-ra 76,5-re emelkedett.⁷⁰ Bár az abortuszok abszolút számának a növekedésében az is szerepet játszott, hogy a születésszám 1950-es évek elején megfigyelhető növekedésének idején születettek is felnőttek, ez nem változtatott a drasztikus népességfogyástól való félelmen, amely mind a politika legfelsőbb szintjein, mind pedig bizonyos társadalmi csoportokban megfogalmazódott. Ugyanakkor itt is fontos kiemelni, hogy mind a pártállam népesedéspolitikusaiban, mind pedig az *Élet és Irodalom*, valamint a *Nők Lapja* hasábjain megjelenő félelmek – amelyek nyilvánosság elé kerülésében a népi írók köréhez tartozók jelentős szerepet vállaltak – a csökkenő népszaporulattal kapcsolatban szociális szempontok bevonásával fogalmazódtak meg: a nyugdíj és egyéb szociális juttatások finanszírozásának ellehetetlenülé-

⁶⁹ Agatha Ignaciuk kutatása arra mutat rá, hogy a lengyel esetben is egyre nagyobb jelentőséget kaptak a nem orvosi indokok a terhesség megszakításában. Ugyanakkor a szocialista időszak vége felé az orvosi diskurzus, az örökletes betegségek kérdése megint megjelenik a terhességmegszakításról szóló diskurzusban. Agatha IGNACIUK: In *Sickness and in Health: Expert Discussions on Abortion Indications, Risks, and Patient-Doctor Relationships in Postwar Poland*. *Bulletin of the History of Medicine*, 2021/1. 83–112. DOI: <https://doi.org/10.1353/bhm.2021.0003>

⁷⁰ SZABÓ Emilné-KALÁSZ Lászlóné. *Egészségügyi helyzet, 1971*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1972.

se felől. Hasonló, finansiális okokat említettek azok is, akik a terhességmegszakításra családtervezési eszközként tekintettek, és a családi jólét megőrzésével magyarázták a beavatkozás széles körű hozzáférhetőségét.⁷¹

Ez a sajtódiskurzus nemcsak a népességsökkenéssel kapcsolatos problémák komolyságára mutatott rá, hanem arra is, hogy az újraszabályozásnak olyan társadalompolitikai jelentősége volt, hogy a szocializmus korlátozott nyilvánosságának és sajtóirányításának keretrendszerében a társadalmi szempontból várhatóan megosztó politikai változásokat előkészítő, szokásos szemléletformáló mechanizmusok életbe léptetését tette szükségessé. Ezek a cikkek, kötetek, levelek ugyanis nemcsak a félelmek kommunikálására szolgáltak, hanem a terhességmegszakítás szigorodó szabályozásának feltételezett negatív társadalmi megítélését – és annak politikai hatásait – is hivatottak voltak csökkenteni. Azáltal, hogy a vita nem csak egy fórumon zajlott 1972-ben és 1973-ban – a *Nők Lapja* és az *ÉS* mellett a *Népszabadság*, a *Kritika* és a *Világosság* is közölt ebben az időszakban egymásra reagáló cikkeket –, a minél szélesebb körű, egymással sokszor ellentétes véleményeket is igyekeztek megjelentetni.⁷² Ebben a

⁷¹ Bódy Zsombor tanulmánya részletesen bemutatja, hogy az 1960-as évek elejétől a Politikai Bizottság hogyan ítélte egyre aggasztóbbnak a születési statisztikákat. BÓDY Zsombor: I. m. 271–272., 280–290. A Fekete Gyula által publikált kötetben a *Nők Lapjában* a gyermekvállalás témájában megjelent körkérdésre adott válaszok szerepelnek. A kötet szelektáltan közli a válaszokat, és – igazodva a szerző világnézetéhez – az alacsony gyerekszámot igyekszik a társadalmi morál lezüléseként, a fenyegető nemzethalál tényezőjeként bemutatni. Azonban még így is bekerültek a válogatásba olyan vélemények, amelyek inkább anyagi kérdésként látták a gyerekvállalást vagy nem vállalást. Lásd például a teljesség igénye nélkül az alábbi szöveghelyeket: FEKETE Gyula: *Éljünk magunknak?* Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest, 1972. 30., 32–34., 186–198., 245–275., 346–349. Ezek a szöveghelyek nemcsak olyan példákat hoznak, ahol a levelek beküldőit idézi a szerző, hanem a kötetben szereplő tanulmányokban is megjelenik az anyagi érvelés. Lásd még: MAJTÉNYI György: *Egy forint a krumpilis lángos. A Kádár-kor társadalma*. Libri Kiadó, Budapest, 2018. 193–202.

⁷² ZÖLDI László: *Az ÉS vitái*. Múzsák Közművelődési Kiadó, Budapest, 1987. 130–132. Az egészségüggyel és a biopolitikával kapcsolatos diskurzusban gyakran alkalmazták ezt a módszert. Hasonló tendenciák figyelhetők meg például az egészségügyi ellátás állapotromlásával kapcsolatban, szintén az 1970-es évek második harmadától. – VIOLA LÁSZLÓFI: *The Crisis of Biopolitics or Biopoliticizing the Crisis? Discourses on the Problems of Socialist Healthcare in Late Socialist*

rendszerben a cikkek abból a szempontból nem voltak propagandisztikusak, hogy nem kizárólag egy konkrét, a párt számára elfogadható üzenet kommunikálására szolgáltak – így összehasonlíthatóak sem voltak például a magzatelhajtásról és az anyaságról az 1950-es évek elején formálódó sajtódiskurzussal. Sokkal inkább a pár hónappal később, 1973 végén bevezetett szabályozásnak próbálták előkészíteni a terepet, már jóval korábban előhangolva a társadalmi gondolkodást.

Hogy a fent említett riasztó arányt csökkentsék, az MSZMP újra a terhességmegszakítás korlátozásához nyúlt. Az ezt végrehajtó 4/1973. sz. (XII. 1.) egészségügyi miniszteri rendelet tíz olyan okot határozott meg, amely alapján engedélyt lehetett adni az abortuszra. Habár ez az 1956 és 1973 között érvényben lévő szabályokhoz képesti jelentős szigorítás meghagyta az egészségügyi indokokat, a megszakítások okainak a jogszabályban felsorolt jelentős része már anyagi és úgynevezett szociális okokra vonatkozott.⁷³

Bár a szigorúbb szabályozás bevezetését Magyarországon kifejezetten az országos demográfiai adatok motiválták, hasonló tendenciák figyelhetők meg a szocialista blokk más országaiban is. Míg az egyre megengedőbb szabályozások kialakítása során a Szovjetunióban történő változtatások, ha nem is a minta teljes adaptálásával, de érezhetően annak hatására történtek, a szigorításokat már elsősorban az egyes országok társadalma, demográfiai mutatói, politikai vezetése és szakértői közötti eltérő viszonyok befolyásolták. Romániában a terhességmegszakítás már az 1960-as évek közepén újra megjelent a politikai diskurzusban mint a népességcsökkenés egyik oka, ami végül az eljárás 1967-es rekriminalizálásához vezetett. Ezzel szemben Lengyelországban a terhességmegszakítást az 1970-es évektől kezdve a fogamzásgátlás káros alternatívájaként és a modern fo-

Hungary. In: Balázs TRENCSENYI–Lucija BALIKIĆ–Una BLAGOJEVIĆ–Isidora GRUBAČKI (eds.): *East Central European Crisis Discourses in the Twentieth Century. A Never-Ending Story?* New York, Routledge, 2024. 343–367. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781003438298-17>

⁷³ 4/1973. (XII. 1.) EüM rendelet a terhességmegszakítás iránti kérelem elbírálásáról.

gamzásgátló módszerek elterjedésének akadályaként emlegették. A fogamzásgátlás és a szexuális élet modernizációja körüli diskurzussal párhuzamosan az abortusz már nem a rossz szociális helyzetben lévő nők megoldásaként jelent meg, hanem inkább a beteg, „biopolitikailag haszontalan” utódoktól való megszabadulás eszközeként, akik anyagi terhet jelentettek volna az állam számára.⁷⁴

Az 1973-as újraszabályozás eredményeként Magyarországon a terhesség megszakítása a terhes nő írásbeli kérésére, engedély alapján volt elvégezhető. A kérelmet továbbra is az erre a célra létrehozott bizottság bírálta el, amely az indokok három nagyobb kategóriája alapján adhatott engedélyt. Az első az egészségügyi okok köre volt, amelyek értelmében a terhesség megszakítható volt, ha azt „a szülőknél fennálló vagy a születendő gyermeknél valószínűsíthető egészségügyi ok” indokolta, ha a terhes nő betöltötte a negyvenedik életévét, vagy ha a terhesnek három vagy több gyermeke volt. Esetleg két élő gyermeke volt, és emellett legalább egy szülészeti eseményen átesett, vagy a születendő magzat életképessége és fejlődése egészségügyi szempontból várhatóan veszélyeztetett volt.⁷⁵ Emellett a döntéshozóknak akkor is engedélyezniük kellett a beavatkozást, ha a terhesség bűncselekmény következménye volt. Az engedélyezés lehetséges okainak harmadik kategóriáját azok az indokok adták, amelyek a bizottságokat a nők személyes körülményeinek mérlegelésére

⁷⁴ Corina DOBOȘ: „Whose Children?” Pronatalist Incentives and Social Categorization in Socialist Romania. In: Barbara KLICH-KLUCZEWSKA–Joachim VON PUTTKAMER–Immo REBITSCHKE (eds.): *Biopolitics in Central and Eastern Europe in the 20th Century. In Fearing for the Nation*. Routledge, London–New York, 2023. 88.; Agata IGNACIUK: I. m. 93–95.

⁷⁵ A szülészeti események közé tartozik a szülés mellett a terhességmegszakítás, a spontán vetélés, a méhen kívüli terhesség, valamint az ún. mola terhesség is. Utóbbi egy olyan állapot, amelyben a méhlepény jóindulatú tumorra fejlődik. Ez akkor fordul elő, amikor a megtermékenyített petesejt nagyobb adag apai kromoszómakészlettel rendelkezik, ennek eredményeként pedig a méhlepény helyett szőlőfürtszerű ciszták tömegévé alakul. Ugyanakkor a terhességmegszakítást csak akkor lehetett szülészeti eseményként figyelembe venni, ha nem két kihordott terhesség között történt. SZELÉNYI Béla: Néhány tapasztalat az AB bizottság munkájából. *Tolna Megyei Népiújság*, 1974. december 3. 5.

készítették. Így engedélyezhették a megszakítást, ha a nő nem volt házas, vagy legalább hat hónapja folyamatosan külön élt a férjétől, ha a terhes nő vagy házastársa nem rendelkezett saját, beköltözhető lakással vagy önálló bérlakással, emellett, ha az apa még legalább hat hónapig sorállományú katonai szolgálatát vagy börtönbüntetését töltötte. Ezen indokok alapján a bizottság a tizenkettedik hétig engedélyezhette a terhesség megszakítását, kiskorúak esetében a tizennyolcadik hétig.

Az indokok utolsó csoportja jól rámutat annak a folyamatnak a betetőzésére, amely a nem orvosi okok 1954-es első engedélyezésével kezdődött. A desztalinizáció első hulláma alatt született rendelkezés kevésbé konkrétan kezelte a nem egészségügyi okokat, és teret engedett a szubjektív megélések artikulálásának, és lényegében az orvosokra és a védőnőkre bízta azt, hogy miként értékelik a kérelmezők helyzetét. Ellentétben ezekkel az esetekkel, amikor a nők több okot is megadtak az abortusz iránti kérelmükben, 1973 után a figyelembe veendő „szociális” helyzet olyan körülményekkel lehetett definiálni, mint a lakhatási lehetőségek, a foglalkozás, a jövedelem, a kérelmező – és a házastársa, ha volt – által birtokolt nagyobb ingóságok, például gépkocsi, és a már megszületett gyerekek száma. Bár ezeknek lehetővé kellett volna tenniük az egyéni helyzetek minél árnyaltabb megítélését, a gyakorlatban inkább uniformizálták a kérelmeket, mivel csak bizonyos életkörülményeket tekintettek figyelembe veendőnek.

Az uniformizált döntéshozatal egyszerűsítése érdekében egy négyoldalas terhességmegszakítás elbírálási lapon kellett a kérelmeket benyújtani. Ezen két teljes oldal csak arra a huszonegy körülményre kérdezett rá, amelyet a döntéshozásban figyelembe lehetett venni. Ezek közül a teherbe esés körülményeit firtató kérdések mellett a lakhatás, valamint a kérelmező és férje gondozására bízott egyének bemutatása kapta az egyes témák közül a legnagyobb teret összesen hat kérdéssel.⁷⁶ Erre azért is érdemes rámutatni, mert arra következtethetünk belőle, hogy az állam

⁷⁶ Ezek a nyomtatványok minden általunk vizsgált 1974 utáni anyagban feltűntek, használatuktól nem volt eltérés. Azt is fontos megjegyezni, hogy az állam igyekezett a nem teljesülő állami szociális vállalások miatt beadott és el-

azok esetében tartotta a leginkább elfogadhatónak a terhesség megszakítását – és azoknak igyekezett ezt a leginkább biztosítani –, akik számára nem tudta azokat az ellátási formákat elérhetővé tenni, amelyeket a szocialista állam mind ideológiai, mind elvi szempontból magára vállalt. A keresőképtelenek ellátása, valamint az elfogadható lakhatás biztosítása állami feladat lett volna, amelyet azonban nem minden esetben láttak el az állami intézmények és alrendszerek kifogástalanul, így az engedélyezési folyamat egyik elsődleges célja ennek felderítése volt.

A jobb módúak reprodukciójának elősegítését ráadásul az a feltételezés is indokoltta, hogy ezek a szülők megbecsültebb tagjai voltak a szocialista társadalomnak.⁷⁷ Így a gyermekvállalás ösztönzése – és az abortuszok korlátozása – egyben társadalomformáló eszköznek is tűnhetett esetükben. Az ő gyermekeik nagyobb eséllyel sajátíthatták el a megfelelő politikai és társadalmi értékrendet már a családon belül.

Annak érdekében, hogy a terhes nő szociális és anyagi helyzetét mint az abortusz indokát jobban nyomon lehessen követni, jelentősen módosították az abortuszbizottságokra vonatkozó szabályozást is. Míg az 1950-es években az elsőfokú abortuszbizottság mindhárom tagjának orvosnak kellett lennie, 1956 és 1973 között inkább az egészségügyi végzettséggel rendelkező, de nem orvos tagok voltak többségben, 1973-tól a bizottságok elnökeinek újfent kötelezően orvosnak kellett lenniük.⁷⁸ Kinevezésükről az adott település politikai vezetői döntöttek, így ezt politikai és szakmai képzettségük is befolyásolhatta. A másik tag a városi tanács képviselője volt, akit azonban rendszerint a Szociális Osztály küldött, és orvos végzettséggel bírt, és aki kinevezésében

fogadott kérelmeket monitorozni, mivel minden kérelem egy példányát el kellett küldeni a Központi Statisztikai Hivatalnak.

⁷⁷ Az egyes megyei bizottságok számára kiküldött útmutató nyíltan kimondta, hogy a szülők erkölcsi magatartása is veszélyeztetheti a gyermekvállalást. A dokumentum érzékelteti, hogy ezekben az esetekben érdemes megfontolni az engedélyezést. A terhességmegszakítás elbírálása során mérlegelhető szociális szempontok. MNL BAML XXIII.158. e. Terhességmegszakítást Elbíráló Bizottság iratai.

⁷⁸ 4/1973. (XII. 1.) EüM rendelet a terhességmegszakítás iránti kérelem elbírálásáról.

politikai szempontok szintén szerepet játszottak, míg a harmadik pedig egy védőnő volt. A bizottsági tagok, akik az átalakuló kinevezési gyakorlat miatt többségében megint orvosok voltak, személyesen is kapcsolatban álltak a politikai vezetéssel, amelynek népesedéspolitikai szándékait képviselniük kellett, ugyanakkor a védőnők részvétele a bizottságban egy női perspektívát adott a döntéshozatali folyamathoz.

Az új szabályozás ellenére a bizottságok döntési gyakorlata nem minden esetben támogatta a pártállam népesedéspolitikai elképzeléseit. Habár a bizottságok működése során azt, hogy a szociális szempontok valóban indokolják-e a terhesség megszakítását, a nő lakhelyére ellátogató védőnő jelentésének kellett volna igazolnia, a bizottságok működéséről fennmaradt anyagok alapján sem a két fővárosi, sem a pécsi bizottság esetében nem érvényesült ez a gyakorlat. A pécsi II. számú abortuszbizottság dokumentumai szerint környezettanulmányok vagy más írásos jelentés elkészítését ugyan nem igényelték a döntéshozásban, a szóbeli meghallgatáson azonban a védőnőnek részt kellett vennie és megerősítenie a rossz körülmények meglétét.⁷⁹ A kérelmező nő körülményeinek írásos bemutatásáról való lemondás a működés szempontjából azért lehetett logikus, mivel a bizottságoknak a beadástól számított néhány napon belül tárgyalniuk kellett a kérelmeket, ebben az időtartamban szinte lehetetlen volt a védőnőknek – akik a településeken a várandósok és csecsemők gondozásában is részt vettek – egy környezettanulmányt elkészíteni. Ugyanakkor a védőnő beszámolóján keresztül lehetőség nyílt arra, hogy a kérelem alapjául szolgáló szempontok súlyosságáról az mondjon véleményt, aki azon a településen már számos családot végiglátogatott. Így pedig nemcsak az egyes eseteket mérlegelhette önállóan, hanem viszonyítási alapja is volt, hogy az a probléma az adott településen mennyire számít általánosnak.

⁷⁹ Terhességmegszakítást Elbíráló Bizottság iratai. Szempontok a terhességmegszakítási kérelmek elbírálásáról szóló rendelet végrehajtásához. MNL BAML XXIII.158. e.

2. táblázat. A tanulmányok folytatásának és a székeltöltözés különböző megítélései hasonló esetekben a pécsi bizottság gyakorlatában⁸⁰

A kérelmező kora	19	19	30	27	20	26
Az anya jövedelme	1,300	a kérelmezőnek nincs jövedelme, a szüleié 4,500 Ft	2,700	2,150	1,500	1,600
Az apa jövedelme	–		2,700	2,000 (két hete munkanélküli)	2,300	3,800
Gyermekek száma	–	–	1	–	–	2
A terhesség-megszakítási kérelem indoka	„Nincs férjnél, és folytatni szeretné a tanulmányait”	„Szeretné folytatni a tanulmányait, és egyedülálló”	„Folytatni kívánja a tanulmányait”	„A férje beteg, és 3 napja elhagyta”	„Nem él együtt a férjével”	„Rosszban vannak a férjével”
Védekezett-e?	coitus interruptus	nem	coitus interruptus	nem	nem	óvszer
Engedélyezi az I. fokú bizottság	X					
Elutasítja az I. fokú bizottság		X	X	X	X	X
Engedélyezi a II. fokú bizottság				X		X
Elutasítja a II. fokú bizottság		X			X	
A beavatkozás AB által kiszabott ára (0 Ft – 300 Ft – 600 Ft – 1000 Ft)	1,000	–		1,000		1,000

A főváros esetében azonban a gyakorlat még lazább volt: sem a II., sem a VII. kerületi AB nem küldött védőnőket a kérelmezők otthonába – legalábbis a vizsgálat alá a forrásadottságok miatt bevonható 1974-es és 1981-es években ennek nincs nyoma.⁸¹

⁸⁰ MNL BAML XIII. 158e Pécs MV Tanácsa VB Terhességmegszakítási Bizottság iratai 1974. I–II. félév.

⁸¹ BFL VIII. 1158. Péterfy Sándor Utcai Kórház iratai – Abortuszlelőbírási Jegyzőkönyvek, BFL XXIII. 202b 707. II. kerületi Tanács AB Bizottság (1981).

Ezekben az esetekben csak a kérelmezők narratívái alapján mérlegeltek. Az egyes kérelmek szociális indikációinak ellenőrzéséről való lemondás azt is jelentette, hogy a bizottságban az orvos tagoknak kellett a szociális aspektusokat is értékelniük, és dönteniük arról, hogy az adott helyzetben mi képviseli leginkább a nő érdekét.

Bár az új rendelet hangsúlyozta az egységes döntéshozatalt, az egyes bizottságok eltérő gyakorlata nemcsak a védőnők munkájában volt tapasztalható, hanem magában a döntési praxisban is. Ennek következtében nem volt biztos, hogy az egyik esetben elfogadhatónak ítélt indok egy másik esetben, más kérelmezőnél még ugyanazon bizottság előtt is megfelelő lesz. A 2. táblázat első két oszlopa ezt szemlélteti. Míg egy 19 éves, állandó jövedelemmel rendelkező, hajadon nőnek megengedték, hogy megszakítsa terhességét, hogy folytathassa tanulmányait, ezt nem ítélték elfogadható érvnek egy hasonló helyzetben lévő, állandó jövedelemmel nem rendelkező, hasonló korú lány esetében. Ilyen eseteket a fővárosi anyagban is visszatérően találunk, ám a budapesti bizottságok jóval konzekvensebben jártak el, és minden alkalommal a kérelmezőnek kedvező döntést hoztak – engedélyezve a terhesség megszakítását.⁸²

Ezekre a nagyon eltérő döntési gyakorlatokra azért érdemes felfigyelni, mert bár a törvény egyik esetben sem engedélyezte volna a terhesség megszakítását, az államszocializmus nőképeben erősen kívánatos volt az, hogy a fiatal lányok is minél magasabb szintű oktatásban részesüljenek. Ebből adódóan a kérvényezők elfogadható indoklásnak tekinthették a tanulmányaik folytatását, amelyet mind személyes életük szempontjából, mind a szocializmus politikai és társadalmi céljait illetően érvként alkalmaztak.⁸³ A táblázat alapján a nők anyagi helyzete sem magyarázza a különbségeket. Hasonlóképpen a bizottság összetételének megváltozása sem indokolhatja a hasonló hely-

⁸² Péterfy Sándor Utcai Kórház iratai – Abortuszfelbírálási Jegyzőkönyvek BFL VIII. 1158., II. kerületi Tanács AB Bizottság (1981). BFL XXIII. 202b 707.

⁸³ MAJTÉNYI György: *A tudomány lajtorjája*. Gondolat Kiadó, Budapest, 2005. 199–203.

zettekben hozott eltérő döntést, mivel a bizottság tagjait néhány évre választották.

A legészszerűbb magyarázatnak az tűnik, hogy a bizottság meg sem próbált következetes lenni, és minden helyzetet külön-külön ítelt meg, amelyben a kérvényező és a bizottság közötti szimpátiafaktor, más esetben pedig a hálapénz is szerepet játszhatott. Az egyes helyzetek eltérő megítélése miatt a még hasonló kérelmeket is másként lehetett megítélni, az általános ideológiai- (népesedés)politikai szándékok mellett az azokkal konkuráló társadalmi gyakorlatokat és értékrendet is figyelembe lehetett venni a döntéshozásban. Így például, habár a nők felsőoktatásban való részvételének politikai támogatása érv volt az ilyen beadványok elfogadása mellett, a nők diplomaszerezési és értelmiségivé válási törekvéseit a közvetlen és kevésbé közvetlen társadalmi közeg nem mindig fogadta el, és az elvi-politikai támogatás ellenére nem mindig élveztek egyértelmű támogatást felsőoktatásban való részvételükhöz. Ezt az ellentétet a hivatalos politika és a társadalmi gyakorlatok és percepció között a bizottságok döntésében is érvényre lehetett juttatni.

Voltak azonban olyan esetek is, amelyekben a terhesség megszakításának miniszteri utasításban engedélyezett indokait a bizottságok egyértelműen felülbírálták. A különköltözés például mind a pécsi, mind a fővárosi esetekben ilyennek számított. A bizottságok engedélyezhették a beavatkozást a külön élő párok számára, de csak akkor, ha a férfi és a nő legalább hat hónapja külön élt. A különélés megkezdésének időpontját a kérelmen is pontosan fel kellett tüntetni. A gyakorlatban azonban, amint azt a 2. táblázat harmadik oszlopa mutatja, a bizottság a különélés három napja után engedélyezhette a megszakítást anélkül, hogy más okokat figyelembe vett volna, míg egy másik pár esetében a hosszabb különélés sem tette a döntéshozók szemében indokoltá ezt. Egy másik példában, ahol két gyermek volt, a különélés nem is volt szükséges. Az állítólagosan rossz házasság említése elegendő indok volt a terhesség megszakítására. Ezeket a kérelmeket egy éven belül tárgyalták meg, ami viszonylag rövid idő, és azt mutatja, hogy az 1950-es évek első feléhez hasonlóan a beavatkozást kérő nők nem lehettek biztosak az eredményben,

amikor engedélyt kértek a terhesség megszakítására.⁸⁴ Ez arra is utal, hogy a kérelmezési folyamat bürokratizálása és a szociális depriváció mérésének szabványosítási kísérlete sem tette teljesen átláthatóvá a folyamatot. Csökkentett orvosi jellegük ellenére a bizottságok, mint állami szervek, még mindig képesek voltak hatékony ellenőrzést gyakorolni a nők teste felett, ráadásul egyes esetekben a párt szándékaitól eltérő módon. Ezek a bizottságok így nem nyújtottak egyértelmű biztosítékot a nőknek a pozitív elbírálásra, és legalább bizonyos mértékig szabotálták a rezsim népesedéspolitikáját is.

Összegzés

Tanulmányunkban azt mutattuk be, hogy 1954-től kezdődően a terhességmegszakítások leggyakoribb indokai miért és hogyan tolódtak el fokozatosan az orvosi szempontoktól az egyéni élethelyzetek és az egyéneket illető komplex társadalmi és gazdasági folyamatok mérlegelése felé, valamint hogy milyen szerepet játszott ebben az orvosi és az állami paternalizmus. Az államszocialista rendszer modernizációs törekvései, népesedéspolitikája, valamint az orvosi döntéshozatal paternalista struktúrái a terhességmegszakítás gyakran változó szabályozásán keresztül alakították a női test feletti kontroll mechanizmusait. Ezek a paternalista szempontok az 1950-es évek elején mind a jogalkotásban, mind a művi megszakításokról szóló döntéshozatalban érvényesültek: míg az orvosi elit igyekezett egy taxatív, kizárólag a kurrens orvosi gyakorlat sajátosságait figyelembe vevő szabályozást létrehozni, addig a gyakorlatban már ekkor is érvényesült bizonyos mértékű átjárás az orvosi és

⁸⁴ Az, hogy az egészségügy keretei között létrehozott, politikai és társadalmi szempontból fontos bizottságok viszonylag nagy döntési szabadságfokukat nem a létrehozásukat indokló politikai céloknak megfelelően használták ki, nemcsak az abortuszbizottságok, hanem az orvostikai bizottságok esetében is jellemző volt. Lásd bővebben: Viola LÁSZLÓFI: (Un)disciplined Patients, (Un)controlled Medical Authority? Governmentality and the Changing Norms of Healthcare in State Socialist Hungary. *East Central Europe*, 2024/4. 26–52. DOI: <https://doi.org/10.30965/18763308-51010004>

szociális szempontok között. 1953 őszén, a Sztálin halálát követő desztalinizációs folyamatok részeként a szabályozás megváltozott, és az egyének családi- és lakáskörülményei, egyéb nehézségei a terhességmegszakítás legitim okaivá váltak. Bár a jogszabályok létrehozásában részt vevő és azokat alkalmazó orvosok szándékai és szerepe ebben a kontextusban eltérőnek tűnhetett, valójában mindkettő beilleszthető volt az orvosi paternalista gondolkodásba, amennyiben saját hatáskörében kívánta eldönteni, hogy mi a jó a kérelmező nőknek.

Az orvosok szerepe a terhességmegszakításokkal kapcsolatos döntéshozásban 1956 és 1973 között minimalizálódott, azonban a hetvenes években nyilvánvalóvá vált, hogy a gyermekvállalás ösztönzése nem elégséges eszköz, ezért a kádári népesedéspolitika megint a terhességmegszakítás korlátozásához nyúlt. Mivel az állam saját feladatának tekintette az ingyenes gyermeknevelő intézmények és az egészségügyi ellátás biztosítását, valamint a lakhatás elősegítését, így ezek hiánya maga vált a terhességmegszakítás leggyakoribb legitim indokává. Ugyanakkor az új rendszer egészségügyi kérdésekben kompetens orvosokra bízta annak eldöntését, hogy indokolt-e a terhességmegszakítás, amely a „szociális” körülmények pontos mérése és mérlegelése helyett újfent a paternalista orvosi gondoskodás néha kiszámíthatatlan, néha intézményspecifikus, máskor orvosspecifikus gyakorlatait hívta életre. A nőknek így nemcsak a gyakran változó szabályokhoz kellett alkalmazkodniuk, hanem a lokális gyakorlatokhoz is, a kérvényükről szóló döntés nemcsak az állami politikai szándékok, hanem az orvosi paternalizmus és az intézményi hatalomgyakorlás kettős szorításában született meg.

A jogszabályok gyakran váltogatták a tiltó, a méltánylásokon alapuló, a megengedő és a taxatív megközelítést a terhességmegszakítások elbírálásában, azonban ezek a normák és alkalmazásuk is több lényeges közös ponttal bírtak az egész időszak alatt. Bár a kérvényező – és közvetve családtagjaik – életét, egészségét, életkörülményeit súlyosan befolyásolta a változó jogi környezet, és ez alapjogokat érintett, az épp aktuális szabályok vagy azok módosításai mégsem voltak széles körben kiismerhető-

ek az érintettek számára. Emellett a pártállam gyermekvállalásról egyre inkább kikristályosodó, morális szempontoktól mentes, anyagi és jóléti kérdésként megfogalmazódó megközelítése azonban azt eredményezte, hogy bizonyos szempontok szinte teljesen elsikkadtak mind a jogszabályokban, mind az azokat megelőző előkészítő anyagokban. Így például a nő testi, lelki egészsége, méltósága, magánélethez való joga, reprodukciós egészsége, az általa elszenvedett hátrányos megkülönböztetés, a – jelenkori vitákban domináló – magzat védelmét illető jogok sem szerepeltek a szabályozást megelőző egyeztetéseken. Az egészségügyi szempontok is inkább abban a modernizációs megközelítésben kaptak szerepet, amelyben elsődleges céljuk a tiltott magzatelhajtások komoly egészségügyi következményeinek kiküszöbölése volt. Ez sajátos képet ad az államszocialista rendszer népesedéspolitikai céljairól és az attól részben független egészségügyi, orvosi megvalósításáról, amelyben hol behódolva, hol dacolva, hol csak formális követelményeknek megfelelően hajtották végre a jogszabályokat, utasításokat.