

- 22 Buda B., Füredi J.: i. m. 23.
 23 Athanasiu A.: *Elemente de psihologie medicală*. Ed. Med. Buc. 1983. 125.
 24 Buda B., Füredi J.: i. m. 30.
 25 Flamand V.: uo.
 26 Ozsváth K.: i. m. 2567.
 27 Bánki M. Cs.: *Vannak-e az öngyilkosság hajlamnak biológiai tényezői?* Orv. Htl. 1983. 124. 50. 3045-3053.
 28 Czeizel E.: *Az öngyilkosság hajlam genetikai elemzése ikrekben*. Levelek a szerkesztőhöz. Orv. Htl. 1984. 125. 15. 918.
 29 Ozsváth K.: i. m. 2566. 2568-2569.
 30 Erdő J.: *Teológiai tanulmányok*. Az Unitárius Egyház kiadása. Kolozsvár. 1986. 211.
 31 Hárdi I.: *Pszichológia a betegágyánál*. Medicina Könyvkiadó. Bp. 1972. 79. 82.
 32 Füredi J.: *A rózsátó is ideges*. Magvető kiadás. Bp. 1989. 44-45.
 33 Ayers T. D.: *A laikus segítség dimenziói és jellegzetességei*. Am. J. Ortopsy-chiatry. 1989. 59. 215. Orv. Htl. Folyóiratref. 1990. 131. 15. 832.

Dr. Virágh Enikő

A MAGZATI ÉLET VÉDELME

Emlékezzünk: 1995-ben lesz 130 éve annak, hogy "az anyák megmentője", Semmelweis elköltözött az élők sorából. Ezek az évfordulók nemcsak nagyjaink munkásságára emlékeztetnek, de arra is, mennyire más a ma orvostudománya, mennyit változtak lehetőségeink, problémáink, sőt, feladataink is. Ma már világosan látható, hogy a 20. század első fele a halál és a halálos betegségek elleni rendkívüli eredményes küzdelem jegyében zajlott le, második felének orvostörténetére azonban egyre inkább az élet keletkezésével, az emberi reprodukcióval kapcsolatos problémák válnak jellemzővé. Rendkívüli feladat és felelősség az emberiség egyik legnagyobb problémájának, a szaporodás szabályozásának a megoldása is, hiszen a családtervezés egyéni, társadalmi és egészségügyi jelentősége hallatlanul nagy.

A gyermek a nő élethivatásának beteljesülése és szervesen hozzátartozik a házaseset boldogságához. Az utódok nemzése, világrahozatala és felnevelése mindig az egyik legnemesebb emberi tevékenység volt és beláthatatlan időnkig az is marad. Korunkban ezek az alapigazságok mindössze annyiban módosultak, hogy ma már számos olyan korszerű lehetőség birtokában vagyunk, amellyel a gyermekáldás bekövetkezését - a szexuális élet teljes zavartalansága mellett - szabályozhatjuk; tehát kiküszöbölhetjük annak véletlenszerű, elemi erőként ható jellegét. Minden ivarérett, egészséges nő és férfi szembetalálkozik életének valamely szakaszában a születésszabályozás problémájával, akár annak pozitív (a gyermek vállalása), akár negatív (születéskorlátozás) értelmében.

Az emberi szaporodás mérséklésére irányuló szándék a történelem minden ismert időszakában fellelhető. Megoldására a társadalmi és tudományos fejlődés egyes szakaszaiban a különféle földrajzi, demográfiai, szociális, vallási, erkölcsi, egészségügyi és egyéni tényezők hatása alatt más-más módszereket alkalmaztak. A születésszám befolyásolására használatos módszerek az idők folyamán egyre tökéletesedtek, jelenünkben pedig ugrásszerű fejlődést mutatnak.

Tévedések elkerülése végett először néhány fogalmat kell tisztáznunk.

1. Fogamzásgátlás (contraceptio): minden olyan beavatkozás - akár a férfi, akár a nő, akár mindkettő részéről -, amelynek az a célja, hogy életképes concep-

tus keletkezését meggátolja. Így mechanikai, kémiai, hormonális eljárások (implantáció gátlása is), absztinencia, sterilizálás stb.

2. Abortusz (művi vetélés). A már implantálódott, beágyazódott megtermékenyített pete elpusztítása (életképes magzattá fejlődésének megakadályozása).

3. Családtervezés az egyének azon tudatos cselekedeteinek összességét értjük, amellyel utódaik (nevelt gyermekeik) számát és az utódlással kapcsolatos egészségügyi és társadalmi teendőket, a gyermek, a szülő és a társadalom szempontjából egyaránt optimálisan, felelősséggel és tervszerűen alakítják. A családtervezés ugyanis társadalmi és biológiai terminológia. A családtervezés egyetlen célja, hogy kizárólag tervezett gyermekek szülessenek és nevelődjenek.

4. Időztés és távkozbeosztás ("timing and spacing"). Ezen azt értjük, hogy a szülést az anya bizonyos korára, kedvező időpontra időztítjük és meghatározzuk a szülések közötti intervallumot.

5. Születési arány (natalitás). Az élve szülések száma meghatározott populációban. Elkülönböztendő a fertilitástól, amely a biológiában a fajfenntartási képességet jelenti, de a demográfus számára a reprodukció eredményét.

6. A születésszabályozás nem azonos a családtervezéssel, hanem csupán annak egy része, eszköze. A születésszabályozás kétirányú lehet: pozitív, ha a reprodukció irányába hat és negatív, ha a születéskorlátozást szolgálja.

A pozitív irányú születésszabályozás körébe azok a biológiai természetű törekvések tartoznak, amelyek célja a családnövekedés. A reprodukciót hivatott elősegíteni a terhességkonzerválás, a meddőség kezelése, a mesterséges megtermékenyítés, a jövőben esetleg a gyermek nemének és az ikerszületéseknek a befolyásolása.

A negatív irányú születésszabályozás pedig a születések számának korlátozására irányuló tevékenységet jelenti. A születéskorlátozást szolgálja a fogamzásgátlás és a terhességmegszakítás. A születések korlátozásának gondolata és empirikus gyakorlata a legtávolibb múlt homályába vész. Ezért vallja sok kutató azt a nézetet, hogy eredete megközelítően egyidős az emberiséggel. Bárhogy legyen is, annyi mindenestre bizonyított tény, hogy a szaporodás mérséklésére irányuló - preventív és abortív - eljárások használata az emberi korok mindegyikében fellelhető. A történeti feldolgozásokban az antikongienciens és az abortív eljárásokat szigorúan különválasztani teljességgel lehetetlen.

Az antikongienciensek olyan módszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyszerek, melyek a fogamzás létrejöttét nagy biztonsággal hivatottak kivédeni, anélkül, hogy különösebb általános szervezeti ártalmat okoznának. Használatukra a gyakorlatban egészségügyi és szociális (ezen belül egyéni) okokból kerül sor. Ez az a pont, amelyen a fogamzásgátlók túllépik egy gyógyszerhatástani csoport, tágabb értelemben az egészségügy kereteit, hiszen hatásaik révén széleskörű társadalmi vetületük is van. Ugyanez a tulajdonságuk vezet ahhoz az igényhez, mely a kérdéssel foglalkozó vagy ezzel kapcsolatban álló szakemberektől sokirányú ismeretet követel meg, nemcsak gyógyszerhatástani és klinikai, hanem szociológiai értelemben is.

Az antikoncepció egészségügyi javallatai ugyanazok, mint a terhesség elenjavallatai, bár az utóbbiakról a korszerű terápiás lehetőségeink birtokában egyre ritkábban beszélhetünk. Ide tartoznak a komoly szívbetegségek (endocarditis lenta, aktív heveny reumás carditis) és a vérkeringési elégtelenségek, a tüdőtuberkulózis, a diabetes, a vérképzőszervi megbetegedések (fehérvérűség, fokozott véralvadási hajlam, gyakori trombózisok), a partnerek Rh inkompatibilitása (összeférhetetlensége), az idült vesebajok, bél- végbélrák, gyomor- és nyombélfekély, súlyosabb máj- és epebetegségek, súlyosabb astma bronchiale, fertőző betegségek. Joggal idesorolhatjuk még a terhesség nőgyógyászati kontra-indikációit:

- a. ahol az előző gyermek fejlődési rendellenességgel született,
- b. az öröklődő elmebetegségeket,
- c. az előrelátható bénulásos folyamatokat (például atrofia musculorum

progressiva)

- d. a sugárártalmat.

Általános értelemben: a fogamzásgátlás mindenkori egészségügyi javallatának a kriminális és legális abortuszok prevenciója tekinthető.

A szociális javallat ugyancsak heterogén probléma, éppen a fogamzásgátlás társadalmi háttere miatt. Szociális indokok lehetnek a következők: kedvezőtlen családi állapot, életkor, lakásviszonyok, anyagi helyzet, politikai-gazdasági körülmények, a meglévő gyermekek száma, munkavállalás, tanulmányok folytatása, rendezetlen családi élet stb. Az antikoncepció társadalmilag mindaddig indokolt, míg a partnerek vagy házasfelek részéről ki nem alakultak a gyermek fogadásának erkölcsi és gazdasági feltételei. A fogamzásgátlás szociális indokainak tárgyaltáshoz kívánkoznak azok a kormányprogramok is, amelyeket egyes kifejezetten túlnépesedett fejlődő országban kénytelenek folytatni.

Terhesség megszakadása a 28. hét előtt vetélés vagy abortusz néven ismeretes. Az abortusz aetiológiai (ok-okozati) szempontból lehet spontán (esetleg habituális abortusz) és művi abortusz (legális és kriminális).

Anatomo-klinikai szempontból megkülönböztetünk:

- a. fenyegető vetélést (abortus iminens),
- b. befejezetlen vetélést (abortus imperfectus),
- c. befejezett vetélést (abortus perfectus),
- d. visszatartott vetélést (missed abortion).

A spontán-vetélés a fentiek bármelyik válfaját tartalmazhatja. Tünettaniilag hozzá kell tennünk, hogy minél fiatalabb a terhesség, annál inkább a vérzés, minél idősebb (12. héten túl), annál inkább a méhkontrakciók, görcsök dominálnak. Okai nagyon sokrétűek, ezekre itt most nem is térek ki. Minden esetben intézeti, kórházi kezelés indokolt. Fenyegető abortusz esetén a cél a terhesség megtartása. A többi típusú abortuszban a méh kiűrtendő. Az abortus perfectus nem igényel kezelést. Habituális vetélés, ha kettőnél több egymásutáni terhesség szakad meg. Kezelése nagy gond, mert okát gyakran nem lehet kideríteni. Lehet a női nemi szervek fejlődési rendellenességeinek tulajdonítani (ezek korrigálhatók, például cervix-incompetencia vagyis méhnyak-elégtelenség), de lehet sárgatest elégtelenség vagyis hormonális okok (ezek nem korrigálhatók, csak részben); vagy a terhesség ma még ismeretlen immunvédelmének a hiányát kell feltételeznünk. Habituálisan vetélő nő a magzat élete védelmében: terhessége alatt ne dolgozzék, szigorú ellenőrzést és gondos kezelést igényel.

A művi vetélést kiváltó módszerek nem fogamzásgátló eljárások. A művi terhességmegszakítás kórházban való elvégzésére a fennálló rendelet szociális indokkal is lehetőséget nyújt, elsősorban azért, hogy a bűnös vetélések elkerülhetők, az elmulasztott vagy helytelenül eszközölt fogamzásgátlás következményei pedig elháríthatók legyenek. Mindebből nem következik, hogy az abortuszról - egészségügyileg és társadalmilag egyaránt - ne legyünk elítélő véleménnyel, hiszen számuk még mindig magas. Velük egyenes arányban áll az egészségre káros szövődmények és utóhatások száma, valamint társadalmi kihatásaik súlya, de talán még társadalometikailag demoralizáló sajátosságuk is.

A művi vetélés kétféle: legális terhességmegszakítás és kriminális abortusz. A legális terhességmegszakítás végezhető orvosi indikációra és szociális javallat alapján. Ezeket az okokat már ismertettem, mint fogamzásgátlási indikációkat. Az antikoncepció fejlődésével azonban már nem engedhető meg a családtervezésnek ez a módszere, sok káros közvetlen és késői következménye miatt. A kriminális abortusz a vetélések igen veszélyes formája. Két lehetőség van: az egyik, hogy az orvos titokban szabályos kiűrtést végez, természetesen kellő asszisztencia, narkózis stb. nélkül. Ezért ez a forma is veszélyes. Még nagyobb a kockázat, ha laikus avatkozik be, ami nem a méh kiűrtését, csak a terhesség megsértését célozza, amit azután vetélés követ. A légmentesebb, természetesen nem steril eszközökkel sokszor halálos sérüléseket vagy komoly fertőzést okoznak.

A terhesség megszakítását a terhesség 12. hetéig lehet engedélyezni. A műtétek korai szövődményeinek előfordulási aránya 7,68%; a késői szövődményeké átlagosan 11,79%.

Korai utókövetkezményként tekinthető a gyulladás, a láz, az utóvérzés, a sérülés, a méhátfűródás, a visszérgyulladás és a trombóembólia. A késői szövődmények között a méhnyak kóros szöveti elváltozásai, a vérzészavar, a krónikus gyulladás, a meddőség, az ismételt méhkaparás szükségessége, láz, tumor szerepel a szerzők adataiban. A műtétek letalitása átlagosan 0,123%. A felsoroltakon kívül ok-okozati kapcsolatot igazoltak az abortuszok és a koraszülések, valamint a termékenység csökkenés, spontán vetélés, hormonzavar és újabban a foeto-maternális izoimmunizáció között.

Ez a lakonikus felsorolás is beszédesen alátámasztja azt a korábbi kijelentést, hogy az abortuszokról egészségügyi értelemben nem lehet optimista hangon nyilatkozni (ami alól legfeljebb a kriminális abortuszok megelőzésének a lehetősége lehet kivétel). Hasonlóan kedvezőtlen a művi abortuszok társadalmi hatása is. Elég, ha a nőknek a termelésből, a családi életből stb. való időleges kieséséről, a nőgyógyászati osztályok agyagi és személyzeti túlterheltségéről, valamint arról a gyórgyszerekre fordított anyagi befektetésekről beszélünk, amelyet az egyre szaporodó szövődmények későbbi gyógyítása megkövetel.

A gyakorló orvost felelősség terheli a fogamzásgátlásra való nevelésben. A művi abortuszok veszélyei, költségei, kellemetlenségei, morális negatívumai sok százszor nagyobbak, mint bármely megelőző módszeréi; és amire talán sokszor nem gondolunk, főként az első terhesség megszakítása rontja a később kiviselen-dő magzat esélyeit (cervix-incompetentia vagyis a méhnyakelégtelenség, Rh-szenszibilizálás, koraszülés!).

Tehát, amint láttuk, az emberi reprodukció ellenőrzése rendkívül komplex kérdés, demográfiai, társadalmi és egyéb tényezők szerepelnek. Ezekről itt természetesen nem eshet szó. A kérdés jelentősége azonban hallatlanul nagy, mégpedig három szempontból:

1. Egészségügyi szempontok: az ideális az, ha az asszonyok csak húsz és harminc éves koruk között szülnék; egy-egy szülés között legalább 3 év időköz van, és a gyermekek száma 2 vagy 3. Mindez azonban nemcsak az utódok halálózása, de az asszonyok és gyermekek tápláltsági viszonyai, betegségei és sok más egészségügyi szempontból is jelentős.

2. Egyéni szempontok. A fajfenntartás folyamatában a nőre összehasonlíthatatlanul nagyobb feladat hárul. A felvilágosult társadalom nem tagadhatja meg azt a jogot a nőtől, hogy védekezzék a nem kívánt terhesség ellen, korlátozza gyermekei számát, vagy úgy is fogalmazhatjuk, hogy szexuális élete lehessen következmények nélküli. A család szempontjából a gyermekek számának megtervezése alapvető gazdasági kérdés és főleg a fejletlen országokban újabb családtagok születése a már élő utódok testi és szellemi fejlődését is sokszor lehetetlenné teszi.

3. Társadalmi-gazdasági szempontok. Közismert, hogy a fertőző betegségek, a csecsemőhalálozás gyors csökkenése, az emberi életkor meghosszabbodása, egyszóval a halálozási arányszám csökkenése sok országban megelőzte a születési arányszám hasonló változásait, ami robbanásszerű túlnépesedéshez vezet. (Lásd India vagy Kína esetét.) Minden társadalom alapvető érdeke, hogy arányba hozza termelését a népesség számával, esetenként éppen az utóbbit emelve. (Lásd Magyarország és egyáltalán a magyarság kérdését.) Itt megemlítem Sárosi Arthúr *Az emberi élet szent* című cikkéből a következőket:

Az utóbbi harmincöt esztendő alatt annyi magyart "irtottunk ki", hogy elég lenne 75 Hiroshimának és 300 mohácsi vésznek. Az abortusz, amely ma már világlajosság, a magyarság legújabbkori történelmében nemzeti tragédiává fajult. Tízszer annyi magyar pusztult el így, mint amennyit a nemzet a második világháború során veszített el. Döbbenetek ezek az adatok. Millió meg nem születettet temetett el egy hibás mentalitás vagy felelőtlenség! És mindez többbe került a magyar nemzetnek, mint az elvesztett háborúk és a szerencsétlen békekötések (s ha a veszített csatáink hőseit megsiratjuk, akkor szót kell ejtenünk a halálra ítélték milliós hadáról is).

A magyar nép harca önmaga és Isten ellen nem újkeletű. Sajnos évszázadokra nyúlik vissza a gyökere e mai felelőtlenségünknek. Eleinte a mostoha történelmi körülmények - tatárjárás, török uralom, járványok - tizedelik meg a

magyarságot. Később azonban egy hibás erkölcsi felfogás váltja ki a népesedés rohamos csökkenését. Másképpen nem magyarázható az a tény, hogy a 19. század második felében több száz erdélyi magyar község románosodott el. A folyamatot elősegítette az osztrák önkényuralom is.

A jobbágyfelszabadítás után sok magyar kisnemes elszegényedett; a felszabadult jobbágyok pedig még nem tudtak maguknak viszonylag biztos egzisztenciát teremteni. Az átmeneti időszaknak ez a bizonytalansága pedig rányomta bélyegét a demográfiai képre is, hiszen a magyar családok anyagi megfontolások miatt nem mertek 1-2-nél több gyermek felnevelésére vállalkozni. Ezzel szemben a románság, amely 1848 után az osztrák kormánytól nem remélt jogokat kapott és jobban hozzá volt szokva a mostoha körülményekhez, továbbszaporodott és döntő módon befolyásolta Erdély népesség-arculatát.

Ez a jelenség azonban nemcsak Erdélyre volt jellemző, hanem az egész Magyarországra. 1933-ban Illyés Gyula tanulmányt írt "Pusztulás" címen a délmagyarországi Ormánságról, amely 45 falut foglalt magában Baranyában. Itt azt tapasztalta, hogy pusztul a magyarság, nincs elég gyermek, egyre több a bedeszkázott ablakú ház. Érdekes módon viszont az egykezés nem a szegényebb rétegre volt jellemző, hanem a kisbirtokos parasztságra. A magyarság mostani helyzete mind Erdélyben, mind Magyarországon kísértetiesen hasonlít az Ormánsághoz. Állandóan csökken a magyar falvak lakossága Erdélyben; a szász falvak elnéptelenedtek és az üres házakat a románok és cigányok vették meg. Mindez természetes, hiszen csak annak van joga, aki él. Romániaszerte a magyarok vidékeken a legkisebb a népszaporulat. Megemléltendő még, hogy Magyarországon 1985-től folyamatosan csökken a születések száma. A pártállam évtizedeiben több mint négy és félmillió legális abortuszt hajtottak végre és ennek következménye az lett, hogy a magyarság demográfiai helyzete katasztrófális, Európában a legrosszabb.

A megoldás csak egy új erkölcsi renden nyugvó szemlélet lehet, amely elítéli az indokolatlan művi vetélést és amely a gyermeket Isten áldásaként fogadja. Ezt pedig nem lehet törvényes rendelkezésekkel elérni, hiszen az elmúlt húsz esztendő alatt rengeteg tiltott művi vetélést hajtottak végre nem megfelelő körülmények között, ami sok áldozatot követelt a gyermeküktől szabadulni akaró anyák körében. Mindezt Illyés Gyula gondolata is alátámasztja: "Ha egy nép elhatározza, hogy öngyilkos lesz, akkor fegyverrel is megvédi a jogát arra, hogy öngyilkos lehessen".

Az egyes vallások más-más felfogást hirdetnek híveiknek a terhesség megelőzése vagy megszakítása kérdésében.

A mohamedán vallás kategorikusan nem tiltja ugyan a fogamzásgátlás gyakorlatát, de a Korán magyarázatával foglalkozók a népes család eszményét és az Allah akaratába való belenyugvást hirdetik. Ezért a mohamedán országokban a vallás ma is nagy kerékkötője a születéskorlátozásnak. Marokkóban például a városi nők körében az ideális gyerekszám átlaga 3,3, a vidékiek között pedig 5,5!

A hinduizmus szembehelyezkedik az élet kioltásának gondolatával. Ez a szemlélet előnytelenül hat az India számára létfontos családtervezési programok végrehajtására.

Az ortodox zsidó vallás a mai napig is tilt minden férfi által használatos fogamzásgátló eszközt.

A protestáns felekezetek nem hirdetnek különösebb tilalmakat a fogamzásgátlással szemben. Egyes szélsőséges szekták a teljes önmegtartóztatás vagy a közösülés nélküli szerelmi élet álláspontján vannak.

Nagy tömegekre gyakorolt befolyást a katolikus egyház szigorú tilalma. A tridentini zsinat gyilkosságnak minősített minden preventív és abortív tevékenységet. XII. Pius, XXIII. János és VI. Pál pápa egyértelműen megerősítették a katolikus egyház korábbi tiltó állásfoglalását.

IRODALOM

Fekete Gy.: *Idáig a számla: 75 Hiroshima...300 mohácsi vész.* Confessio, Magyarországi Ref. Egyház, 1990. 2. sz.

- Homer, C. J., James, S. A.: *Work-Related Psychosocial Stress and Risk of Preterm, Low Birthweight Delivery*. American Journal of Public Health, 1990, vol. 80, no. 2
- Kleinman, R. L.: *Family Planning Handbook for Doctors*. IPPF, London 1974
- Lampé, L.: *A reprodukció medicina új útjai, új etikai dilemmák*. Orvosi Hetilap, 1988, 129. évf., 40. sz.
- Lindbohm, Marja-Liisa; Hemminki, K.: *Parental Occupational Exposure and Spontaneous Abortions in Finland*. American Journal of Epidemiology, 1984, vol. 120, no. 3.
- Muresan, P.: *Manual de statistică sanitară*. Ed. Med. Bucuresti, 1980.
- Niculescu, T., Virágh Enikő: *Femeia în procesul muncii-comportament reproductiv* (ref. gen.). Rev. Igiena, 1988, vol. XXXVIII. nr. 4.
- Nunley, Wallace C., Kolp, Lisa A.: *Subsequent Fertility in Women who Undergo Cardiac Surgery*. American Journal of Obstetrics-Gynaecology, 1989. vol. 161. no. 3.
- Pressat, R.: *Analiza demografică*. Ed. Stiint. Bucuresti, 1974.
- Rane, A.: *Formation and Metabolism of Toxic Metabolites in the Human Fetus*. Raven Press, New-York, 1981.
- Rabkin, C. S.; Anderson, H. R.: *Maternal Activity and Birth Weight: A Prospective, Population-Based Study*. American Journal of Epidemiology, 1990, vol. 131, no. 3.
- Rusu O.: *Propedeutica Ginecologico-Obstetricală*, Ed. Dacia Cluj, 1975.
- Sárosi A.: *Az emberi élet szent*. Keresztény Szó, 1992. 9. sz.
- Savitz, D. A.: *Maternal Employment and Reproductive Risk Factors*. American Journal of Epidemiology, 1990, vol. 132. no. 5.
- Stoica, T.: *Sexologie*. Ed. Med. Bucuresti, 1975.
- Seregély Gy.: *Fogamzástáplás*. Medicina Kk. Bp, 1976.
- Szontágh F.: *Szülészet és nőgyógyászat. A gyakorló orvos enciklopédiája*. Medicina Kk. Bp, 1973.
- Virágh Enikő, Gábor, Silvia: *Fertilitatea si efecte ale unor noxe*. (Comunicare) USSM-Clin. Boli profes., 1986.
- WHO Technical Report Series No. 424.: *Developments in Fertility Control*, WHO, Geneva, 1969.
- WHO Technical Report Series No. 442.: *Health Aspects of Family Planning*. WHO, Geneva, 1970.
- Zoltán I.: *A születésszabályozás. Az orvostudomány aktuális problémái*. Medicina Kk. Bp., 1968, 1. sz.

Gálfalvi Sándor

KARÁCSONY SÁNDOR NEVELÉSELMÉLETE

Karácsony Sándor a magyar pedagógiai irodalom legjelentősebb alakjai közé tartozik, akinek jelentősége - szellemi rokonsága következtében is - Németh Lászlóéhoz hasonlítható.

Szász János egyik frásában azt közli: "Olyan sok Sütő Andrásunk van, hogy arról az egyről is lemondhatunk?" Parafrazálva a gondolatot, az oly méltatlanul agyonhallgatott, elfelejtett Karácsony Sándorral kapcsolatosan is feltehetjük a kérdést: olyan gazdag a pedagógiai irodalmunk, olyan sok neveléseméleti kutatónk van, hogy még a legjobbokról is megfeleledkezhetünk? Nem jelent ez öncsonkítást?