

**UNIVERSITATEA „BABEȘ–BOLYAI” CLUJ NAPOCA  
FACULTATEA DE TEOLOGIE ROMANO-CATOLICĂ  
SPECIALIZAREA CONSILIERE PASTORALĂ**

**LUCRAREA DE DISERTAȚIE**

Conducător științific:

Dr. Vik János

egyetemi docens

Absolvent:

Dani Orsolya

Cluj–Napoca

2021

**UNIVERSITATEA „BABEȘ–BOLYAI” CLUJ NAPOCA  
FACULTATEA DE TEOLOGIE ROMANO-CATOLICĂ  
SPECIALIZAREA CONSILIERE PASTORALĂ**

**Aspectele actuale ale îngrijirii pastorale spitalicești și modalitățile  
de dezvoltare din Arhiepiscopia Romano-Catolică Alba Iulia**

Conducător științific:  
Dr. Vik János  
conferențiar universitar

Absolvent:  
Dani Orsolya

Cluj–Napoca

2021

**BABEŞ-BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM  
RÓMAI KATOLIKUS TEOLÓGIA KAR  
DIDAKTIKAI TEOLÓGIA INTÉZET**

**MAGISZTERI DISSZERTÁCIÓ**

**A kórházi lelkipozás jelene és jövője a Gyulafehérvári  
Római Katolikus Főegyházmege területén található  
városokban**

Témavezető:  
Dr. Vik János  
egyetemi docens

Hallgató: Dani Orsolya  
Pasztorális tanácsadás mesterképzés  
II. évf.

Kolozsvár

2021

## REZUMAT

Tema disertației de masterat este starea actuală și potențialul de dezvoltare al îngrijirii pastorale din spitale, analizate pe baza literaturii de specialitate și practicii din prezent.

După clarificarea termenilor specifici, am identificat următoarele necesități fundamentale, care stau la baza îngrijirii spirituale spitalicești: antropologie unică, necesitățile spirituale a pacienților, drepturile civice pentru aceste practici. Am identificat problemele specifice îngrijirii spirituale, constând din implicarea unor practici și servicii între două instituții: sistemul sanitar și sistemul religios, bisericesc. Cu ajutorul modelelor de îngrijire pastorală, am demonstrat, ce poziție și ce rol poate să îndeplinească îngrijirea pastorală într-un mediu spitalicesc. După acestea a urmat identificarea activităților specifice, datorate contextului interdisciplinar al acestuia: care sunt abilitățile necesare și care este atitudinea corectă pentru a putea îndeplini atribuțiile specifice îngrijirii pastorale creștine spitalicești.

Am acordat atenție specială metodologiei, care implică utilizarea tehnicilor logoterapiei. În partea practică a disertației am examinat prezentul și modalitățile de dezvoltare al îngrijirii pastorale spitalicești de pe teritoriul Arhiepiscopiei Romano-Catolice din Alba Iulia. Informațiile necesare pentru această parte a studiului au fost culese prin intermediul unor interviuri semi-formale pe care le-am analizat cu ajutorul software-ului MAXQDA.

## ABSTRACT

The main subject of the magistral dissertation is the present and the future improvement modalities of the pastoral care, expected in the light of the actual field-specific literature.

After defining the basic terminology, we identified the following theoretical aspects of the pastoral care: unique anthropology, the spiritual needs of patients, and the supporting civic rights civic rights. We've identified those problems that resulted from the interdisciplinary aspect of the pastoral care, being a field between healthcare and church, and on the edge of these two systems.

We identified models for the pastoral care practices within hospitals and healthcare facilities. This was followed by identifying the main problems that arise from the interdisciplinarity of pastoral care. We payed special attention to the methods of pastoral care that included application of logotherapy.

In the practical part of the study we inspected the present and improving modalities of pastoral care practice in the Roman-Catholic Archdiocese of Alba Iulia. The data for this part of the study is a result of semi-formal interviews and data postprocessing using MAXQDA text analysing software.

## KIVONAT

A magiszteri disszertáció témája a kórházi lelkipozás jelene és fejlődési lehetőségei, melyeket aktuális szakirodalmak fényében vizsgáltunk.

A szükséges fogalmak tisztázása után, a kórházi lelkipozás alábbi ismeretelméleti feltételeit azonosítottuk be: sajátos antropológia, a beteg spirituális szükségletei és ezek civiljogi alapjai. Kutattuk azokat a problémákat, amelyek a kórházi lelkipozás sajátos helyzetéből fakadnak, mert két rendszer – az egyház és az egészségügy – határán helyezkedik el. Lelkipozói modellek által szemléltettük, hogy milyen lehetséges helyet foglalhat el a spirituális gondozás egy adott egészségügyi intézményben. Majd a kórházi lelkipozás sajátosságait vizsgáltuk, elsősorban a szükséges készségeket és attitűdöt, majd a sajátos feladatait a kórházi lelkipozónak, amelyeket interdiszciplináris szakterülete megkíván. Figyelmet fordítottunk kórházi lelkipozás alapvető módszereire, melyet egy logoterápiás megközelítés alkalmazási lehetőségével egészítettünk ki

A kutatás gyakorlati részében a Gyulafehérvári Római Katolikus Főegyházmegyében folyó kórházi lelkipozás jelenét és fejlődési lehetőségeit tártuk fel. Az ehhez szükséges adatokhoz interjúkat által jutottunk, melyeket a MAXQDA szövegelemző szoftver segítségével dolgoztunk fel.

## *Köszönetnyilvánítás*

Egy tudományos munka mögött talán sohasem egyetlen ember áll. Jelen magiszteri disszertáció létrejöttéhez is számos szakember hozzájárult, emiatt fejezem ki hálámat.

Köszönöm a dolgozat témavezetőjének, Dr. Vik János egyetemi docensnek a türelmét, a szaktudását, a szakmai konzultációk inspiráló iránymutatását, a módszertani eligazításokat és az idejét, amelyet erre a munkára fordított. Nemcsak a disszertáció szakmaiságához járult nagy mértékben hozzá, hanem saját fejlődésemhez a kutatói és publikációs munka terén.

Köszönettel tartozom azon szakembereknek, egyházi személyeknek és a világban tevékenykedőknek, akik saját tapasztalataikat megosztva segítették a kutatás relevanciáját. Hálás vagyok Ft. Bakó Csongor István kórházlelkésznek és Ft. Fábíán László-János plébános úrnak és kórházlelkésznek a szakmai párbeszédért és azért, hogy részt vállaltak a gyakorlati kutatásban. Valamint külön köszönöm az idejét és elhivatottságát Csillag Csilla segítő nővérnek, illetve azoknak a kedves egészségügyi dolgozóknak, akik hajlandóak voltak beszélni a kórházban történő lelkipozíciós tapasztalatokról.

# Tartalom

Bevezető.....	5
1. Mit értünk kórházi lelkigondozás alatt? .....	6
1.1. Meghatározások és fogalomtisztázás .....	6
1.1.1. A kórházi lelkigondozás különböző megnevezései és meghatározásai .....	6
1.1.2. Kapcsolódó fogalmak tisztázása .....	9
1.1.3. Kritikai kitekintő .....	11
1.2. A kórházi lelkigondozás ismeretelméleti feltételei .....	12
1.2.1. A kórházi lelkigondozás sajátos antropológiája.....	13
1.2.1.1. Háromdimenziós emberkép .....	14
1.2.1.2. Az ember spirituális lény, vagyis szellemi létező .....	15
1.2.1.3. A spirituális/szellemi dimenzió mint a testi egészség és a pszichés jóllét támasza ....	16
1.2.2. A beteg joga a spirituális szükségleteinek figyelembevételére .....	18
1.2.3. A beteg spirituális igényei.....	20
2.Miért határterület a kórházi lelkigondozás?.....	20
2.1. Szolgálat vagy szekuláris szakma? .....	21
1.3. A kórházi lelkigondozás helye a gyakorlati teológiában .....	23
1.4. A spirituális gondozás helye az egészségügyi rendszerben .....	24
2.3.1. Kórházi lelkigondozói modellek .....	26
2.3.2. Kritikai kitekintő .....	28
2.3.3. A kórházi lelkigondozás hatékonysága az egészségügyi intézmény menedzsmentjének szempontjából .....	29
1.5. A kórház mint a spirituális gondozás tere .....	31
3. A kórházi lelkigondozás sajátosságai .....	33
3.1. Ki a kórházi lelkigondozó? .....	33
3.4.1. Készség az empátiára .....	34
3.4.2. Kísérői attitűd.....	35
3.4.3. Élő hit és a spirituális térben való munka .....	36
3.5. A kórházi lelkigondozók sajátos feladatai .....	37
3.5.1. A ökumenikus beállítódás és nyitottság a különböző világnézetek felé .....	37
3.5.2. Specifikus szakmai tájékozottság.....	38
3.2.3. Interdiszciplináris team-ben való együtt dolgozás .....	40
2.1.4. Szupervízióban való részvétel.....	41
3.6. A kórházi lelkigondozás módszere .....	42



3.6.1. Kórházi lelkipozozói segítőbeszélgetés .....	43
3.6.2. A lelkipozozói kapcsolat és az Emmausz-modell.....	44
3.6.3. Logoterápiás megközelítés bevonása.....	45
3.6.3.1. A személyt felértékelni .....	46
3.6.3.2. Hozzájárulni a tisztánlátáshoz.....	47
3.6.3.3. Alternatívákkal játszani.....	48
3.6.3.4. Az értelmet kipuhatólni.....	49
4. Hogyan működik a kórházi lelkipozozás a Gyulafehérvári Főegyházmegyében?.....	51
4.1. A gyakorlati kutatás célja és a kutatási kérdések .....	51
4.2. A gyakorlati kutatás módszertana és menete .....	52
4.3. Az interjúk elmezése.....	55
4.4. A gyakorlati kutatás eredményeinek összegzése és szintézise az elméleti kutatással .....	57
A kutatás eredményeinek összefoglalása.....	66
Függelék.....	68
Bibliográfia .....	110

## Bevezető

A kutatásomat az a személyes tapasztalat motiválta, amely során másodéves teológus hallgatóként belekóstoltam a kórházi lelkigondozás gyakorlatába. Nagyon inspiráltta tett az élmény, hogy lelkigondozóként a betegek mellett a cselekvő Isten eszközei lehetünk. Szintén ebbe a tapasztalatba gyökerezik a felismerés, hogy a teológiai tanulmányaim elefántcsonttoronyán túl milyen hasznos módon lehet embertársaink javára fordítani a meglévő tudásunkat és figyelő jelenlétünket. A kórházi ágyakhoz lépve, a betegekkel való személyes találkozás olyan, nem várt, megerősítésként hatot a hivatástudatomra, amelyből e munka megírása közben, jelenleg is, táplálkozom.

A személyes megszólítottságon túl az a felismerés késztetett a téma egyetemi magiszteri disszertáció szintjén történő kutatására, hogy a betegek spirituális kísérése egy olyan terület, ahol a szekuláris társadalom számára is nyilvánvalóvá válhat a teológiai képzésnek és az egyház hozzáértő jelenlétének hasznossága. Ebből kifolyólag, úgy gondolom, a lelkigondozás egy olyan terület, amely a jövőben támogatja, hogy az egyház jelen legyen a világban, és személyesen kapcsolódni tudjon a ma emberéhez. Az egészségügy, mint sok más terület, egyre jobban eltechnikálizálódik, de ezzel párhuzamosan felértékelődik a személyes odafigyelés, az emberi gondoskodás az egészségügyi ellátásban. Mi ez, ha nem lehetőség a lelki kísérésre?

# 1. Mit értünk kórházi lelkipozás alatt?

## 1.1. Meghatározások és fogalomsztázás

A kórházi lelkipozás fogalmának meghatározása első látásra nem tűnik problémásnak. Ha a magyar kifejezésből indulunk ki: olyan lelkipozói beavatkozást értünk alatta, amelyet egy beteg, egy páciens vehet igénybe a megfelelő szakembertől, s melynek sajátos színhelye a kórház, vagy más egészségügyi intézmény. De mit értünk pontosan a fent említett kórházban történő lelkipozói beavatkozásra? Miben rejlik a sajátossága az általános értelemben vett lelkipozáshoz képest? Valóban csak a kórházi betegek részesülnek kórházi lelkipozásban? Ki tekinthető szakembernek? A fejezet célkitűzése egy olyan meghatározás leírása, amely a hazánkban működő kórházi lelkipozásra érvényes. Továbbá a kórházi lelkipozáshoz kapcsolódó megnevezések és fogalmak tisztázására is törekszünk.

### 1.1.1. A kórházi lelkipozás különböző megnevezései és meghatározásai

A köztudatban gyakran összerosódnak a következő fogalmak: kórházpasztoráció, kórházi lelkipozás, klinikai lelkipozás, *spiritual care*, *hospice*. A fogalmak gyakran átfedik egymást, mivel ugyanazt a jelenséget, vagy gyakorlatot több különböző elnevezéssel illetjük. A fogalmak árnyaltságát és a megnevezések gazdagságát egyrészt a szekularizáció jelenségével magyarázhatjuk. A kórházi lelkipozás a vallások és az egyházak szakterületéről származik, gyakorlata egy olyan korba nyúlik vissza, amikor a vallás nagyban meghatározta a társadalom működését. Mára azonban a kórházi lelkipozásnak meg kell állnia a helyét a modern szekuláris társadalmak egészségügyi rendszerében. A teológiai nyelvezet és bibliai kifejezések már nem közérthetőek a 21. században, sőt akadályosak minősülhetnek az interdiszciplináris kommunikációban, és sok esetben az egyháztól eltávolodott emberekkel való párbeszédben is.

Ez a tendencia figyelhető meg, amikor nyugaton a beteg világnézetéről<sup>1</sup> és nem a vallásáról vagy hitéről érdeklődnek.<sup>2</sup> Szintén ezzel magyarázható, hogy hogyan váltja fel a keresztény egyházakban bevett kórházi lelkipozás terminológiát a kevésbé vallás specifikus spirituális gondozás, vagyis a *spiritual care* megnevezés. Tény, hogy kórházi lelkipozás a keresztény vallásokhoz kötődik. Erről tanúskodik Tésenyi Timea meghatározása, miszerint: „A kórházi lelkipozás lényegében keresztény indíttatású gondoskodás, támasz-nyújtás, értő jelenlét, meghallgatás, rendelkezésre állás, amelyet a betegség krízisállapotaiban nyújt a lelkipozó betegségben szenvedő testvéreinek, hozzátartozóiknak és a kórházi személyzetnek.”<sup>3</sup> Vessük össze ezt egy szekulárisabb megközelítésével a spirituális gondozásnak: „A spirituális gondozás egy nyitás a spirituális dimenzió irányába, ugyanakkor tudomásul vétele a betegek és gondozóik szükségleteinek, lehetőségeinek, erőforrásainak, civil jogaiknak és a lehetséges spirituális vagy vallásos határaiknak. A spirituális gondozás tolerancia a betegek és a gondozók abbéli kívánsága iránt, hogy a spirituális szükségleteiket és aggodalmaikat ne az egészségügyi ellátókkal kelljen megbeszéljék. A spirituális gondozás a palliatív terápiában figyelmet szentel a spiritualitásnak a jelenlétben, a megerősítésen és a megbékélésen keresztül.”<sup>4</sup> Megfigyelhetjük, hogy itt elsősorban mint a palliatív terápiát segítő gondozási lehetőségként jelenik meg

A *spiritual care* kifejezés az egyik legelterjedtebb a nemzetközi szakirodalomban. A hagyományos értelemben vett kórházi lelkipozás és a spirituális gondozás fogalmak között a legjelentősebb különbség az, hogy az utóbbi, mint szekuláris szakma jelenik meg, nem keresztény terminológia – ellentétben a lelkipozással – , hanem vallástól független, univerzálisan használható megnevezése annak a kórházi munkatársnak, aki a hozzáfordulók spirituális szükségleteivel foglalkozik.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> *worldview*.

<sup>2</sup> Wim SMEETS: *Spiritual Care in a Hospital Setting*. An Empirical-theological Exploration, Brill Publisher, Leiden, 2006, 4-5.

<sup>3</sup> TÉSENYI Timea: *A kórházi lelkipozás útkeresése Magyarországon*, PhD értekezés, Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola, 2018, 5.

<sup>4</sup> A szerző saját fordítása, az eredeti idézet itt olvasható: „spiritual care is openness towards spiritual dimension and acknowledges patients’ and caregivers’ needs, options, resources, civil rights and possible spiritual or religious limits. Spiritual care is tolerance towards patients’ and caregivers’ wish not to discuss spiritual needs and concerns with healthcare providers. Spiritual care in palliative care pays attention to spirituality via presence, empowerment and bringing peace.” Piret PAAL – Katharina Maria LEX – Cornelia BRANDSTÖTTER – Christiane WECK – Stefan LORENZL: Spiritual care as an integrated approach to palliative care for patients with neurodegenerative diseases and their caregivers: a literature review, in: *Annals of Palliative Medicine* 9/4, 2020, 2303-2313, 2306.

<sup>5</sup> Simon Peng-Keller a következőképpen reflektál erre a jelenségre: „In this book ‘spiritual care’ is seen no more in Christian terms, but has been transformed into a duty of a secular profession.” Simon PENG-KELLER: Genealogies of spirituality: An historical analysis of a travelling term, in: *Journal for the Study of Spirituality*, 9/2, 2019, 86-98. 92.

Kétségtelen, hogy a spiritualitás egy tágabb fogalom a vallásosságnál. A spiritualitás egy egyén vagy csoport transzcendenssel való kapcsolatára utal,<sup>6</sup> míg a vallásosság „valamely vallás (felekezet) tanításait valló és azok szerint élő személy”<sup>7</sup>-re jellemző. Természetesen a két fogalom kapcsolódik egymáshoz, hiszen sok személy a spiritualitását vallásos gyakorlatok által fejezi ki. Így a vallásos spiritualitás a tág értelemben használt spiritualitás fogalomkörébe beletartozik.<sup>8</sup> Minden vallás egy út a transzcendens valóság felé, a transzcendens értelem megtalálásának egy módja. A vallásokat sajátos hittartalmak, vallásos gyakorlatok és sajátos nyelvezet jellemzi, ezáltal körvonalazódik a vallásos közösség identitása. De nem mindenki tartozik vallásos közösséghez, nem mindenkinek van vallása, viszont mindenkinek – aki keresi a dolgok végső értelmét vagy a transzcendens értelmét – van spiritualitása. A személy spiritualitása kifejeződik életmódjában, életfilozófiájában, az emberekkel való kapcsolatában, a természettel való kapcsolatában.<sup>9</sup> A vallásosság mindig magába foglalja és feltételezi a spiritualitást is, míg a spiritualitás szükségszerűen nem foglalja magába a vallásosságot.<sup>10</sup> VandeCreek és Bruton szerint a spirituális gondozásba beleértjük a pasztorális gondozást is.<sup>11</sup>

Egy harmadik megnevezés a klinikai lelkigondozás, melyet a következőképpen határozhatunk meg: „Olyan komplex pszichés és spirituális támogatás, betegkísérés, melynek módszere a terápiás hatású értékközvetítés, azaz a gyógyító jelenlét, empatikus meghallgatás, nondirektív értelemkeresés, olyan segítő kapcsolat, amely spirituális erőterben – Isten jelenlétében – történik.”<sup>12</sup> A definícióból érezhető, hogy itt a lelkigondozás még nyitottabb a pszichológia irányába, a cél már nem csak a személy spirituális dimenziójával kapcsolatos, hanem a pszichés támogatás és a terápia is hangsúlyos. Ennek ellenére úgy gondolom, hogy egyenlőség jelet tehetünk a kórházi lelkigondozás és a klinikai lelkigondozás közé, mert, nincs számottevő mennyiségbeli különbség a pszichológiai ismeretek felhasználása terén, ez inkább a lelkigondozó egyéni tudásától függ.

---

<sup>6</sup> Daniel P. SULLIVAN, O.F.M.: *The Rebirth of the Clinic. An Introduction to Spirituality in Health Care*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 2006, 124.

<sup>7</sup> BÁRCZI Géza – ORSZÁGH László (főszerk.): *A magyar nyelv értelmező szótára*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1952–1962, *vallásos* címszó.

<sup>8</sup> SMEETS: *Spiritual Care*, 6.

<sup>9</sup> SULLIVAN: *The Rebirth*, 124.

<sup>10</sup> Léon van OMMEN: *Spiritual care*, in: *Theology* 121/1, 2018, 43-47, 44.

<sup>11</sup> Larry VANDECREEK – Laurel BURTON: *Professional Chaplaincy. Its role and importance in Healthcare*, in: *Journal of Pastoral Care* 55/1, 2001, 81-98, 82.

<sup>12</sup> Sz. n.: *Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe*, Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete, k. n. 2008. <http://kloe.info.hu/etikakodex.html> (2021.03.05.)

Bár az elnevezések különböző hangsúlyokról tanúskodnak, a fent említett fogalmak gyakorlati megvalósulásukat és céljukat tekintve nagy mértékben azonosak. Mind a kórházi lelkigondozás, mind a spirituális gondozás során a szakember a beteg értő meghallgatására törekszik, egyfajta együttműködésre, ami a személyes kapcsolódáson alapszik,<sup>13</sup> mindkettő célja, hogy a lelkigondozott spirituális igényére válaszoljon.

Megnevezés	Sajátos hangsúlyok	Közös pontok
Kórházi lelkigondozás	1. A szentháromság Istenbe vetett hite a lelkigondozónak 2. nem választja el a lelkigondozást a keresztény értelemben vett szolgálatától	- háromdimenziós emberkép: spirituális/szellemi dimenzió jelenléte, holisztikus szemlélet - lelki kísérés - egyéni és csoportos segítő beszélgetés útján valósul meg - lényeges közös szempontok: empátia, személyközpontúság, nondirektívitás. - a lelkigondozó személyes spiritualitása és a transzcendenssel való kapcsolata alapja a lelkigondozásnak
Spirituális gondozás <i>spiritual care</i>	1. hit a transzcendens valóságban 2. magát „profán szakma”-ként határozza meg <sup>14</sup>	
Klinikai lelkigondozás	- Az Istenbe vetett hite a lelkigondozónak - pszichés támogatás - terápiás cél - célja a gyógyítás elősegítése is <sup>15</sup>	

1.1. táblázat: A kórházi lelkigondozás különböző megnevezéseinek összehasonlítása.

### 1.1.2. Kapcsolódó fogalmak tisztázása

A kórházi lelkigondozást a laikusok sokszor asszociálják a *hospice*-al. A *hospice*-t úgy határozhatjuk meg mint: „az életvégi palliatív ellátásnak keretet adó szemlélet, filozófiai

<sup>13</sup> Vesd össze: Piret PAAL – Yousef HELO – Eckhard FRICK: Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review, in: *Journal of Pastoral Care* 69/1, 2015, 19-30, 19; TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 5.

<sup>14</sup> PENG-KELLER: *Genealogies*, 92.

<sup>15</sup> Sz. n.: *Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe*, 1.2. A lelkigondozás célja c. alfejezet.

alapokkal, szervezeti formákkal és interdiszciplináris megközelítéssel.”<sup>16</sup> Tehát ez egy szemlélet, ami kiterjed a palliatív ellátás teljes egészére, nemcsak a beteg és a hozzátartozók lelki kísérésére, hanem aktív ápolói beavatkozásokat stb. foglal magába. A hospice szemlélet beszél a betegek spirituális igényeiről, az azonban változik, hogy az erre való választ a hospice team melyik tagjának feladatkörébe sorolja. Ugyanis nem mindig van kijelölt lelkigondozó, sokszor ez a lelkész vagy a pszichológus feladatai közé tartozik.<sup>17</sup> Hangsúlyoznunk kell, hogy a kórházban történő lelkigondozás nemcsak a palliatív terápiában részesülők privilégiuma, és nem korlátozódhat csupán a haldoklók vagy a gyógyíthatatlan betegek lelki kísérésére.

Gyakran teszik fel a kérdést, hogy mi a különbség a pszichológus és a lelkigondozó között. A szakképesítésbeli, illetve az egyes irányzatok közti különbségektől elvonatkoztatva, lényegre törően úgy tudnánk összefoglalni, hogy a pszichológusok a pszichével foglalkoznak – a klinikai pszichológia tárgya a pszichés zavarok, pl. az emocionális zavarok stb., de a mentális egészség kérdése is –, míg a lelkigondozás főleg a személy szellemi/spirituális dimenziójával.<sup>18</sup> Mivel azonban ez a két dimenzió egymást áthatja és a lelkigondozás mindig holisztikus módon közelít az emberhez, szüksége van a lelkigondozónak egy széleskörű tájékozottságra a pszichológia területén, hiszen a beteg belső világával foglalkozva szüksége van ezekre az ismeretkerekre és azok helyes alkalmazására. A legtöbb szerző úgy tekint a betegségre, mint krízisállapotról.<sup>19</sup> Ennek fényében válik érthetővé egy másik kulcsfogalom: a spirituális intervenció – a krízisintervenció mintájára.

A két szakterület közötti párbeszéd lehetőségét a pasztorálpszichológia biztosítja. A pasztorálpszichológia mintegy „lefordítja” a pszichológia eredményeit és felhasználhatóvá teszi a lelkigondozás és a teológia számára.<sup>20</sup> A pasztorálpszichológia nem köteleződhet el egyetlen pszichológiai irányzat mellett sem, hiszen arra törekszik, hogy közvetítőként lépjen fel a pszichológia, a medicina és a teológia, a lelkigondozás között, olyan nyelven fogalmazva meg

---

<sup>16</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 54.

<sup>17</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 54-56.

<sup>18</sup> Félreértésre adnak okot a magyar nyelvben használt elnevezések, amikor a pszichológiát *lélektannak* nevezzük, majd keresztény *lelkigondozásról* beszélünk. A „lélek” és „lelki” előtagok jelentése a két fogalomban nem fedik teljesen egymást. A pszichológia kapcsán a lélekről mint *psziché*-ről beszélünk, míg lelkigondozás kapcsán a lélek alatt a *szellem*it értjük. A két, pszichés és szellemi, dimenzió közötti különbségről bővebben a *Háromdimenziós emberkép* c. alfejezetben írok.

<sup>19</sup> Tésenyi Tímea: *A kórházi lelkigondozás útkeresése Magyarországon*, PhD dolgozat, ELTE, Budapest, 2018, 5.

<sup>20</sup> DEBRECENYI Károly István - TÓTH Mihály: *Életesemények a pásztori lélektan és filozófia tükrében*, Semmelweis Egyetem TF - Dialógus Alapítvány, Budapest 2004, 17.

tudományos felismeréseit, amelyet a különböző tudományterületek képviselői egyaránt értenek, és a gyakorlatban, a gyógyító folyamatban felhasználni is képesek.<sup>21</sup>

Szükségszerű röviden tárgyalnunk a klinikai pszichológus és a kórházlelkész szerepét. Ők is végezhetnek lelkipozást a kórházakban, a fent feltüntetett sajátosságok mentén, azonban szakmájukból kifolyólag elsősorban más feladatkörük van.

Megnevezés	Feladatkör
klinikai pszichológus	A klinikai pszichológusok az egészségügyi ellátórendszerekben felméri, diagnosztizálják a páciensek pszichés problémáit és azokat a viselkedésbeli diszfunkciókat, amelyek fizikai vagy mentális megbetegedésből erednek. Ezenkívül szerepük van az egészséges viselkedés támogatásában, a betegségek megelőzésében és betegek életminőségének javításában. <sup>22</sup>
kórházlelkész	Elsősorban saját egyházának képviselőjeként van jelen. Feladatkörébe tartozik a szentségek kiszolgáltatása, a kórház kápolnájában vagy erre kijelölt helyen mise vagy istentisztelet tartása, gyülekezethez tartozó hívek látogatása, a kórházpasztoráció felügyelése és megszervezése.

1.2. táblázat: A kórházlelkész és a klinikai pszichológus feladatkörének összefoglalása.

Visszatérve az első bekezdésben feltett kérdésekre, a következő komplex meghatározás tud választ adni: A kórházi lelkipozás alatt a személyes istenkapcsolattal és háromdimenziós emberképpel rendelkező szakképzett lelkipozónak azt a szolgálatát értjük, amely során spirituális, lelki kísérést, s közvetve pszichés támogatást is nyújt a hozzáforduló betegeknek, hozzátartozóknak és egészségügyi alkalmazottaknak. A lelkipozás célja a gondozott személy spirituális dimenziójának közös felderítése, a spirituális igényekre való odafigyelés.

### 1.1.3. Kritikai kitekintő

A fentiekben rámutattunk a hangsúlybeli különbségekre a spirituális gondozás és a kórházi lelkipozás között. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy több szakirodalom nem választja

<sup>21</sup> FERENCZI Enikő: A teológia és pszichológia közös nyelve. Klinikai lelkipozás, in: *Keresztény Magvető* 111/1, 2005, 24-30, 25.

<sup>22</sup> Saeed H. WAHASS: The Role of Psychologists in Health Care Delivery, in: *Journal of Family & Community Medicine* 12/2, 2005, 63-70, 63.



külön a két fogalmat. A spirituális gondozás kifejezést főként angol nyelvterületen használják, ez azzal is magyarázható, hogy az irányzat amerikai gyökerekkel rendelkezik.<sup>23</sup> Nem mellékes, hogy gyakran interdiszciplináris kutatásokról beszámoló tanulmányok<sup>24</sup> használják a *spiritual care* kifejezést, s amiatt részesíthetik előnyben ezt a fogalmat, mert nem vallásos terminológia. Ennek ellenére, a spirituális gondozás és a kórházi lelkipogozás elméleti kérdései között van eltérés. Úgy véljük, a két irányzat és az általuk képviselt lelkipogozói modellek közti különbség gyümölcsöző hatással lehet egymásra.

Saját meglátásunk alapján a spirituális gondozás hosszútávon elterjedtebbé válhat, a nyugati szekularizált társadalomban már most biztosabb talajon áll, mint a kórházi lelkipogozás. Hiszen olyan aktuális ideológiai paradigmáknak felel meg, mint a diszkriminációmentesség a vallási hovatartozást illetően, vagy a fizikai egészség-centrikus életfelfogás támogatása, mely által vállalja annak a kockázatát, hogy úgy váljék legitimé az egészségügyi rendszerben, hogy a spirituális gondozást, mint a testi vagy pszichés egészség visszanyerésének társeszközét fesse le. Ezzel szemben a keresztény lelkipogozás mindig túl mutat az egészségre való törekvésen, hiszen a kórházi lelkipogozás sikeressége nem azon múlik, hogy hozzájárul-e a beteg fizikai vagy mentális felépüléséhez. A lelkipogozásban a gyógyulás jelentése evangéliumi, az a személy gyógyult, aki „fel tudja mutatni »az emberi léthez szükséges erőt«”<sup>25</sup>. A keresztény lelkipogozó spirituális tere tágas, hiszen ott a meggyőződés, hogy a földi létünk csak egy része az életünknek, amely nem ér itt véget. Ennek fényében egyértelmű, hogy a fizikai gyógyulás, vagy a földi lét meghosszabbításának kísérlete nem elsődleges célja a lelkipogozásnak, bár a személy spirituális dimenziójának kibontakozása gyakorolhat pozitív hatást a fizikai és pszichés dimenziójára.<sup>26</sup> A keresztény alapokon álló kórházi lelkipogozás egyik másik sajátossága, hogy érzékenyen tud bánni a szenvedéssel, nem tagadja le annak létét és fájdalmát, viszont értelmet tulajdonít az elkerülhetetlen szenvedés elviselésének.

## 1.2. A kórházi lelkipogozás ismeretelméleti feltételei

---

<sup>23</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipogozás*, 36.

<sup>24</sup> Ezek a tanulmányok orvoslással, egészségügyi dolgozók továbbképzésével vagy éppen egészségügyi intézmények menedzsmentjével kapcsolatos kérdésekre keresik a választ.

<sup>25</sup> Isidor BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*, Interdiszciplináris Szakkönyvtár 4, Budapest 2006, 50. Vö. Jürgen MOLTMANN: *Gott in der Schöpfung. Ökologische Schöpfungslehre*, Chr.Kaiser, München, 1985, 275.

<sup>26</sup> Lásd *A spirituális/szellemi dimenzió mint a testi-pszichés egészség támasza* című alfejezetben.

Ahhoz, hogy a kórházi lelkigondozás elméletét és gyakorlatát gyökereiben megértsük, illetve körvonalazni tudjuk a szakterület a létjogosultságát, célkitűzéseit és határait, szükséges megismerni a főbb ismeretelméleti feltételeket, amelyen ez a terület alapszik. Elsősorban a kórházi lelkigondozás mögött meghúzódó antropológiát vizsgáljuk, majd azt kutatjuk, hogy milyen jogi alapokra vezethető vissza a személy spirituális szükségleteinek figyelembevétele.

### **1.2.1. A kórházi lelkigondozás sajátos antropológiája**

Az, hogy hogyan tekintünk az emberre, befolyásolja, hogy miképpen közelítjük meg annak egészségét, vagy éppen a gyógyulási folyamatait. A 20. századi egészségügyi ellátást jellemző orvosi paradigma szerint a „gyógyítás egy egészségi hiányállapot megszüntetése.”<sup>27</sup> E mögött egy materialista emberkép áll, amely túlhangsúlyozza az ember fizikai voltát, csakis a test gyógyítására törekszik. Erről tanúskodnak a pszichosebészeti túlkapásai, például az 1930 körül elhíresült frontális lobotómia gyakorlata.<sup>28</sup> Ezt a beavatkozást azzal a materialista elképzeléssel indokolták, hogy a mentális és pszichés megbetegségek mögött az agy fizikai elváltozásai, vagyis konkrét szervi probléma áll.

Napjainkra már távolról sem ilyen egyoldalú az orvoslás, ez részben a modern pszichológia térhódításának és széleslátókörű kutatásainak köszönhető. Mégis érvényben marad a modern orvostudomány kritikusainak az a meglátása, mely szerint az ember holisztikus szemlélete és a teljes gyógyulás eszméje gyakran háttérbe szorul az esetek monitorozása, az orvostechnikai intézkedések mögött. Azok az egészségügyi rendszerek vagy kórházak, amelyek nem ismerik el az ember spirituális dimenzióját könnyen „biológiai javító műhelyekké” válhatnak.<sup>29</sup>

A kórházi lelkigondozás egy olyan antropológiát feltételez, amely az emberre nem úgy tekint mint csupán fizikai létezőre, hanem állítja, hogy pszichés és spirituális/szellemi dimenziója is van létének.

---

<sup>27</sup> BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*, 48.

<sup>28</sup> Az eljárás során a páciens szemüregén keresztül bevezetett eszközzel szétroncsolták frontális agylebenyek szöveteit, ezáltal idézve elő változást a beteg magatartásában. VALÁLIK István et al.: Kényszerbetegek idegsebészeti kezelése, in: Valálik István (szerk.): *Stereotaxiás és funkcionális idegsebészet*, Akadémia Kiadó, Budapest, 2012, 499-526. Vö. Szabik Imre: Neuroetika, in: *Lege Artis Medicinae* 24/4, 2014, 234-240, 234.

<sup>29</sup> VANDECREEK – BURTON: *Professional Chaplaincy*, 244 Vö. TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás* 35.

### 1.2.1.1. Háromdimenziós emberkép

A háromdimenziós antropológiai megközelítés szerint az ember egyszerre testi, pszichés/lelki és spirituális/szellemi létező, tehát e három dimenzió összetettségében létezik.

A háromdimenziós emberkép megjelenik a Szentírásban, különböző filozófusok és gondolkodók antropológiájában, pszichológiai modellekben. Terjedelmi okokból nem térhetünk ki a három létidimenzió részletes ismertetésére, mivel azonban ez az emberkép az alapja a lelkigondozásnak az alábbi táblázatba vázlatosan összefoglaljuk, milyen területek kapcsolódnak a különböző dimenziókhoz. A táblázat tartalmát Viktor E. Frankl dimenzionálonológiai koncepciójára alapozom, aki nemcsak a logoterápia megteremtője, hanem a háromdimenziós emberkép szószólója az orvostudomány és a pszichológia területén.

Testi dimenzió – szomatikus sík	minden testi jelenség, biológiai-fiziológiai testfunkciók, kémiai és fizikális folyamatok
Pszichés dimenzió – pszichikai sík	a lelki jelenségek: közérzet, érzelmek, ösztönök, indulatok, vágyak, hangoltság az intellektuális képességek, viselkedés minták, szociális jellemzők
Spirituális dimenzió – szellemi sík	önálló akarati döntések, értékfelfogás, etikai érzék, lelkiismeret, tárgyi és művészi érdeklődés, teremtő alkotás, vallásosság, szeretet.

*1.3.Összefoglaló táblázat a három emberi létidimenzióról, Viktor E. Frankl dimenzionálonológia koncepciója alapján<sup>30</sup>*

Fontos megjegyezni, hogy a test, a psziché és a szellem nem párhuzamos síkok, hanem egymással kölcsönhatásban vannak és egységet alkotnak, ezáltal teremtve meg az ember integritását. Csupán az elméleti vizsgálódás érdekében választjuk szét ezeket a dimenziókat. Az

<sup>30</sup> Elisabeth LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, Agapé Kiadó, Kiskundorozsma, 2011, 20-21.

ember oszthatatlan egység, éppen ezért hangsúlyozza Ferenczi Enikő, hogy ebben az egységben összeér a kórházi lelkigondozás, a pasztorálpszichológia és a pszichoszomatikus orvoslás.<sup>31</sup>

A fenti antropológia nyomán terjedt el a pszichoszomatikus szemlélet az orvostudományban, amely szerint „a beteg ember, immár testi-lelki-spirituális-szociális összetettségében jelenik meg.”<sup>32</sup> Ennek fényében a betegség nem korlátozódik már a test abnormális állapotára, hanem az ember testi-lelki-spirituális-szociális egészségének a meg bomlásával egyenlő.<sup>33</sup>

A háromdimenziós emberkép a gyógyításban azt eredményezheti, hogy egy beteg mellett nem csupán az orvos áll, hanem egy egész csapat, vagyis *team*. Hiszen „a gyógyításkor a megsérült egészt kell figyelembe venni. Az ilyen jellegű orvosláshoz különböző diszciplínák szakembereire s azok együttműködésére van szükség.”<sup>34</sup> Az 1920-as években, Amerikában születik meg a felismerés, hogy a gyógyítás hatékonyabb, ha az orvosok, pszichológusok és kórházi lelkigondozók együttműködnek.<sup>35</sup>

#### 1.2.1.2. *Az ember spirituális lény, vagyis szellemi létező*

Felmerülhet a kérdés, hogy pontosan mit értünk a spirituális dimenzió alatt. És hogy hogyan lehet szétválasztani a személy spirituális, szellemi oldalát a pszichés, lelki oldalától. A kérdés megválaszolásakor óvatosan kell eljárni, mert a teljes és kategorikus szétválasztás könnyen redukcióhoz vezethet.

A végső értelem keresése az egyik legfontosabb jellemzője az ember szellemi dimenziójának. Ide tartoznak azok a kérdések, hogy „ki vagyok én?”, „mi a létem értelme?”, „mit remélhetek?”.<sup>36</sup> Tehát a spiritualitás az emberi életnek az a dinamikus dimenziója, ami kapcsolatban áll az értelem kereséssel, a célokkal, az értékrendszerrel, a transzcendens valóság keresésével. Ide tartozik az, ahogyan a személy kapcsolódik a jelenhez, önmagához, másokhoz, a

---

<sup>31</sup> FERENCZI: A teológia, 24.

<sup>32</sup> FERENCZI: A teológia, 24.

<sup>33</sup> FERENCZI: A teológia, 24.

<sup>34</sup> FERENCZI: A teológia, 24-25.

<sup>35</sup> FERENCZI: A teológia, 24-25.

<sup>36</sup> Marie-José H. E. GUISBERTS – Anke I. LIEFBROER – René OTTEN – Erik OLSMAN: Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature, in: *Med Sci (Basel)* 7/2, 2019, 1-21, 10.

természethez és a szakralitáshoz,<sup>37</sup> ez viszont kihat a pszichikai viselkedésünkre, magatartásunkra, tehát nem lehet élesen szétválasztani a két dimenziót.

Wilfred McSherry szerint a spiritualitás folyamatosan jelen van az emberben, nem ki és be kapcsolható érzék. Ez a dimenzió kivetkőzhetetlen, akkor is létezik, ha az illető tudatában van, akkor is, ha nem; az intellektuális funkciók vagy más pszichikai folyamatok hiányában is.<sup>38</sup> Az említett szerző szerint a spiritualitás komplex módon áthatja a többi dimenziót, akkor is ha ez a személyben nem tudatosul. A szellem a testünkön és a pszichés megnyilvánulásainkon keresztül fejezi ki magát, de nem tartozik egyikhez sem, hanem a transzcendens valósághoz köthető.<sup>39</sup>

A kórházi lelkipozítás mindig épít a spirituális dimenzióra, amely jelen van egyrészt a lelkipozító személyes hitén, illetve istenkapcsolatán keresztül, másrészt a gondozott személyes spiritualitásán keresztül is. A lelkipozítói kapcsolat része a spiritualitás felkutatása és kommunikálása.<sup>40</sup> A beteg ember számára a spirituális dimenzió jelentős, hiszen ez felelős lehet a történések értelmének megtalálásáért, szerepe van az egészség megőrzésében, a betegségekkel, krízisekkel való megküzdésben, az életszakaszok közti átmenetek megélésben.<sup>41</sup>

### ***1.2.1.3. A spirituális/szellemi dimenzió mint a testi egészség és a pszichés jóllét támasza***

A hazánkban jelenlevő és az általunk ismert kórházi lelkipozítás nem kívánja azt a látszatot kelteni, hogy a lelkipozítás egy „csodagyógyszer”, ami elősegíti a fizikai és a mentális betegségekből való kigyógyulást. Ugyanakkor fontos tudatában lenni, hogy számos tudományos kutatás igazolja, hogy a spirituális szükségletek figyelembevétele mérhetően pozitív hatással van a betegek egészségállapotára és szubjektív jóllétére. Ebben a fejezetben ezt a jelenséget szeretnénk röviden áttekinteni. Figyelemreméltó, hogy az alább bemutatásra kerülő kutatások megerősítően hatnak a spirituális gondozásnak az egészségügyi rendszerekbe való integrálására.

---

<sup>37</sup> A szerző saját fordítása, az eredeti idézet itt olvasható: „Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred.” Steve NOLAN – Philip SALTMARSH – Carlo LEGET: Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care*, 2011, 86-89.

<sup>38</sup> Wilfred MCSHERRY: *Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice, An Interactive Approach*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 2006, 89-90.

<sup>39</sup> MCSHERRY: *Making Sense of Spirituality*, 91.

<sup>40</sup> Helmut WEIB: *Lelkipozítás – Szupervízió – Pasztorálpszichológia*, Exit Kiadó, Kolozsvár, 2011, 125.

<sup>41</sup> VANDECREEK – BURTON: *Professional Chaplaincy*, 243.

Larry VandeCreek és Laurel Burton állítják, hogy az emberek gyakran tapasztalják azt, hogy spiritualitásuk segít az egészség megőrzésében és a betegséggel, traumákkal való megküzdésben.<sup>42</sup>

Gijsberts és társai a kórházi spirituális gondozásról szóló európai szakirodalomról készítettek szisztematikus áttekintést. Beszámolnak a spirituális gondozásnak a betegek életminőségére tett pozitív hatásáról, amelyet több tanulmány és kutatás igazol. Ezek a kutatások különböző korú és egészségállapotban lévő betegeket vizsgálnak ebből a szempontból. Szintén ők hívják fel a figyelmet arra, hogy a spirituális támogatás hiánya, főleg a kisebbségi közösségben élő betegek és a magasabb vallásos megküzdőképességgel rendelkező betegek körében, összefüggésben van az alacsony életminőséggel és az egészségügyi ellátás iránti elégedetlenséggel, az agresszív terápiával és a magas költségekkel.<sup>43</sup>

Tény, hogy a pszichológiai jólétre közvetlenül hatással van a spirituális dimenzió.<sup>44</sup> A pozitív pszichológia területén végzett kutatások – amelyek az ember belső erőforrásait, a személyes fejlődés iránti vágyát és életminőségjavító tevékenységeit térképezi fel – alátámasztják, hogy miképpen segíti elő a spiritualitás, azon belül a remény, az élet értelmességébe vetett hit, és más hasonló tényezők a mentális és fizikai egészségmegőrzést. Emellett empirikus kutatásokkal támasztják alá, hogy az előbb felsoroltaknak miképpen van az emberi életet meghosszabbító, életminőséget javító és a mentális betegségeket gyógyító hatásuk.<sup>45</sup>

A Magyarországon széles körben ismert Oláh Attila pszichológus által leírt globális jóllét modelljének négy dimenziója közül egyik a spiritualitás.<sup>46</sup> A spiritualitás és a mentális egészség kapcsolatáról több magyar nyelvű kutatás számol. Pauwlik Orsika pszichológus doktori értekezésében a következőre jut: A spiritualításra fogékony egyetemisták szubjektív jóllétmutatója jobb, mint a spiritualításra nem fogékonyaké.<sup>47</sup>

---

<sup>42</sup> VANDECREEK – BURTON: *Professional Chaplaincy*, 243.

<sup>43</sup> GIJSBERTS et al: *Spiritual Care*, 10-11.

<sup>44</sup> MCSHERRY: *Making Sense*, 89.

<sup>45</sup> KOPP Mária – BALOG Piroska – KONKOLY Barna – SALAVECZ Gyöngyvér – TAUDER Adrienn – CSÓKA Szilvia – BÓDIZS Róbert: A lelki egészség epidemiológiai, pszichofiziológiai vizsgálata és a lelki egészségmegőrzés lehetőségei; *Népegészségügy* 87/2, 52-58.

<sup>46</sup> NAGY Henriett: Pozitív pszichológia: az elmélettől a gyakorlatig, in: *Magyar Pszichológiai Szemle* 74/3, 2019, 289-299, 290.

<sup>47</sup> PAUWLIK Zsuzsa Orsika: *Szubjektív érték kategóriák és vallásosság/spiritualitás mint a mentális egészség meghatározó faktorai főiskolai hallgatóknál*. Doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem 2008, 168.

Ebben a fejezetben arról bizonyosodtunk meg, hogy a pszichés és fizikai egészséghez, a személy életminőségének javításához és szubjektív jóllétéhez hozzájárul a spirituális gondozás, vagyis az ember spirituális dimenziójának figyelembevétele.

### 1.2.2. A beteg joga a spirituális szükségleteinek figyelembevételére

Az egészségügyi ellátórendszereket irányító alapelv az ember egészséghez való joga. Ezt a jogot kimondja az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata,<sup>48</sup> és erre épít a WHO alap dokumentuma is: „A lehető legmagasabb szintű egészségi állapot élvezete egyike az alapvető emberi jogoknak, amely faji, vallási, politikai, gazdasági vagy társadalmi megkülönböztetés nélkül kijár minden emberi lénynek.”<sup>49</sup> Az egészséghez való jog ugyanakkor benne foglaltatik Románia alkotmányában,<sup>50</sup> Magyarország alkotmányában szintén megtalálható.<sup>51</sup> Fontos megkülönböztetni az egészséghez való jogot az egészségügyi ellátáshoz való jogtól.

A fenti rendelkezésekből az is kitűnik, hogy az egészség nem csupán a betegség hiányát jelenti. A WHO szerinti egészség-meghatározás a következőképpen hangzik: „Az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jóllét állapota, nemcsak a betegség vagy a fogyatékoság hiánya.”<sup>52</sup> Tehát itt fontos, hangsúlyozni, hogy az Egészségügyi Világszervezet egészségfogalma sem korlátozódik a fizikai egészségre. Szintén innen származik a lelki egészség definíciója: „a jól-lét állapota,

---

<sup>48</sup>Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának 25. cikkelyében ezt olvashatjuk:

„Minden személynek joga van saját maga és családjá egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz, nevezetesen élelemhez, ruházathoz, lakáshoz, orvosi gondozáshoz, valamint a szükséges szociális szolgáltatásokhoz, joga van a munkanélküliség, betegség, rokkantság, özvegység, öregség esetére szóló, valamint mindazon más esetekre szóló biztosításhoz, amikor létfenntartási eszközeit akarától független körülmények miatt elveszíti.” Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948, 25. cikk, 1. paragrafus.

<sup>49</sup> A szerző saját fordítása, az eredeti idézet itt olvasható: „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.” Constitution of the World Health Organization, *Alapdokumentum*, 15. kiadás, 2006, 1.

<sup>50</sup> Vö. „Art. 34 – Dreptul la ocrotirea sănătății (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.”<sup>50</sup>” és „Art 47 (2) Cetățenii au dreptul la pensie, la concediu de maternitate plătit, la asistență medicală în unitățile sanitare de stat, la ajutor de șomaj și la alte forme de asigurări sociale publice sau private, prevăzute de lege. Cetățenii au dreptul și la măsuri de asistență socială, potrivit legii.” Constituția României, 34. § (1) bekezdése és 47. § (2) bekezdése.

<sup>51</sup> „A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.” A Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/D. § (1) bekezdése. I. Az Alkotmány és annak módosításai, in: *Magyarközlöny*, 2009/150, 38632.

<sup>52</sup> A szerző saját fordítása, az eredeti idézet itt olvasható: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” Constitution of the World Health Organization, *Alapdokumentum*, 15. kiadás, 2006, 1.

melyben az egyén felismeri képességeit, képes megbirkózni a napi stresszforrásokkal, képes hatékonyan és eredményesen dolgozni, valamint hozzájárulni a közössége felvirágoztatásához.”<sup>53</sup>

A lelki egészség fogalomköréhez a pozitív pszichológia szerint olyan fogalmak tartoznak, mint a megbocsátás, az élet értelmességének a tudata, a spiritualitás, a remény, a kreativitás. Később látni fogjuk, hogy szintén ezek lesznek a kórházban zajló lelkigondozói beszélgetések kulcstémái.<sup>54</sup>

Hazánkban a polgárok alkotmányos jogai közé tartozik a lelkiismeret szabadsága, ami magába foglalja a vallásos gondozás gyakorlatát és igénybe vételét a kórházakban: „A vallási kultuszok függetlenek az államtól és élvezik annak támogatását, beleértve a vallásos gondozás megkönnyítését a hadseregben, a kórházakban, a büntetés-végrehajtási intézetekben, a menedékházakban és az árvaházakban.”<sup>55</sup>

Észak Amerikában – ahonnan a spirituális gondozás szakterülete származik – már a múlt század végén konkrét előírások születtek a betegek spirituális igényeinek ellátásról. A JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations), amely az Egyesült Államokban egészségügyi intézményeket akkreditáló szervezet, a betegek jogai közé sorolja az olyan ellátást, amely biztosítja a beteg személyes méltóságát és tiszteletben tartja a beteg kulturális, pszicho-szociális és spirituális értékrendszerét. A Kanadai Egészségügyi Szolgáltatások Akkreditációjáért felelős Tanács (The Canadian Council on Health Services Accreditation) kijelenti, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat fejlesztő csapatoknak tekintettel kell lenniük a beteg spirituális szükségleteire, tiszteletben kell tartaniuk annak vallásos meggyőződéseit és amennyiben lehetséges tegyék lehetővé a szokásos vallásgyakorlatának megvalósítását.<sup>56</sup>

A fejezet összegzéseként elmondható, hogy kórházi lelkigondozás és a spirituális gondozás jelenléte az egészségügyi ellátásban nemcsak nyitás a személy spirituális dimenziója felé, hanem egyszersmind a betegek szükségleteinek és civil jogainak figyelembevétele.<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> KOPP et al.: A lelki egészség, 52-58.

<sup>54</sup> KOPP et al.: A lelki egészség, 52-58.

<sup>55</sup> „Art. 29 – Libertatea conștiinței (5) Cultele religioase sunt autonome față de stat și se bucură de sprijinul acestuia, inclusiv prin înlesnirea asistenței religioase în armată, în spitale, în penitenciare, în azile și în orfelinate.” Constituția României, 29. § (5) bekezdése.

<sup>56</sup> VANDECREEK – BURTON: Professional Chaplaincy, 245.

<sup>57</sup> PAAL et. al.: Spiritual care as an integrated approach, 3.



### 1.2.3. A beteg spirituális igényei

Az ember egzisztenciális igényeihez tartozik a spiritualitás. Ennek az alapigénynek a figyelembevétele és a rá való válasz még jelentősebbé válik, amikor egy kórházba kerülő beteg emberről van szó, aki vissza akarja nyerni testi-pszichés-szellemi egészségét.<sup>58</sup> McSherry szerint téves elgondolás, hogy a beteg a kórház kapujánál hagyja a spirituális igényeit, hiszen minden ellátásra szoruló személy teljes valójában, egyedi élettörténetével, sajátos spirituális igényeivel együtt érkezik.<sup>59</sup>

A betegség felbukkanása, a kórházba kerülés vagy az ehhez fűződő krízis tapasztalatok gyakran kiváltják az emberből az igényt, hogy újra kapcsolatba kerüljön saját spiritualitásával, hogy átértékelje azt, vagy esetleg erőt merítsen belőle.<sup>60</sup>

Egyes szerzők megjegyzik azt, hogy nem minden a beteg fejezi ki spirituális szükségleteit és nem minden esetben van jelen ez az igény. Nem minden beteg esetében jellennek meg egzisztenciális vagy spirituális problémák, vagy legalábbis nem minden beteg kommunikálja kifelé, ezt az igényét.<sup>61</sup> Más szerzők, például Harold G. Koenig vagy Léon van Ommen szerint ezek az igények univerzálisak, csak még egyes betegekben felfedezésre várnak.<sup>62</sup>

## 2. Miért határterület a kórházi lelkigondozás?

A kórházi lelkigondozás történetét vizsgálva észrevehetjük, hogy a vallás és a spiritualitás a történelem során mindig kapcsolódott a kórházakhoz, a beteggyógyításhoz. Wilfred McSherry az egészségügyi ellátás spirituális örökségéről beszél, amely bizonyíték arról, hogy a vallás hogyan formálta az egészségügyi ellátást évszázadokon keresztül. Ez a spirituális örökség a szerző szerint mindmáig jelen van.<sup>63</sup> Ilyen jellegű örökség a Hippokratészi eskü-tétel a modern szekuláris társadalmakban végzett orvosnövendékek körében. Az egyén szintjén megjelenő spirituális örökség a beteg meggyőződése, hogy a testi betegség Isten vagy az istenség büntetése, vagyis a

---

<sup>58</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 35.

<sup>59</sup> MCSHERRY: *Making Sense*, 97.

<sup>60</sup> MCSHERRY: *Making Sense*, 97.

<sup>61</sup> MCSHERRY: *Making Sense*, 97.

<sup>62</sup> Harold G. KOENIG, M.D.: *Spirituality in Patient Care*, Templeton Foundation Press, Philadelphia & London, 2002, 2; OMMEN: *Spiritual care*, 31.

<sup>63</sup> MCSHERRY: *Making Sense*, 22.

személy fizikai valóságára hatást gyakorol egy magasabb erő.<sup>64</sup> Ennek ellenére a mai kor embere illetve a modern orvostudomány és az egészségügyi menedzsment számára nem egyértelmű az, hogy van-e helye a kórházakban – és ha igen, akkor hol – a lelkipozásnak, a hitnek vagy éppen az egyházak képviselőinek.

A fejezet problémafelvetéséről Michna Krisztina szemléletesen így ír: „A kórházi lelkipozás nemcsak Magyarországon, hanem általában mindenhol, ahol teret kap, keresi a helyét. Általános helykeresésének oka, hogy rendszerek határán működik, mégpedig az egyházi és a kórházi alrendszer határán.”<sup>65</sup>

## 2.1. Szolgálat vagy szekuláris szakma?

.Az előző fejezetekben megértettük, hogy szükség van lelkipozásra az egészségügyi intézményekben, de felmerülhet a kérdés, hogy kinek a feladata a kórházi lelkipozás megszervezése? Ki felelős a lelkipozók képzéséért? És ami talán a legpragmatikusabb, ugyanakkor mellőzhetetlen kérdés, hogy kinek az alkalmazottai a kórházi lelkipozók: az egyházé, vagy a kórházaké? Honnan kapják a fizetésüket?

E mögött a gyakorlati kérdések mögött meghúzódik egy filozófiai kérdésfelvetés: Hogyan tekintünk a kórházi lelkipozásra? Mint az egyházaknak a diakónia szellemében végzett karitatív szolgálatára a társadalom felé? Vagy mint egy profán szakmára, amely az egészségügyi intézménynek egy specifikus szolgáltatását biztosítja? „A kórház szolgálat, az egyház szolgál.”<sup>66</sup> Ennek fényében, hogyan tekintünk a kórházi lelkipozásra: mint szolgáltatásra vagy mint szolgálatra?

A válasz sejthető: a kórházi lelkipozás egy határterület, félúton az egyházak és az egészségügyi rendszerek között. Fontos, hogy kapcsolódjon hozzájuk, ugyanakkor hogy függetlenedni is tudjon mindkettőtől. Michna Krisztina szavaival élve: a lelkipozó egyszerre legyen lojális és legyen képes kritikai távolságtartásra az egészségügyi intézménytől,<sup>67</sup> – és az egyházi struktúráktól – tehetnének hozzá.

---

<sup>64</sup> MCSHERRY: *Making Sense*, 22.

<sup>65</sup> MICHNA Krisztina: *A Magyarországi Református Egyház lelkipozó-kórházlelkészi szolgálatának rendszerszemléletű vizsgálata*, PhD értekezés, Károli Gáspár Református Egyetem, Hittudományi Kar, Budapest, 2015, 85.

<sup>66</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 82.

<sup>67</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 91.

Különböző lelkigondozói irányzatoktól is függhet, hogy a kórházi lelkigondozást az egészségügyi ellátórendszer vagy az egyház hatáskörébe sorolják.<sup>68</sup> Ez gyakran olyan tényezőkkel magyarázható, hogy az adott régióban mennyire elfogadott és bevett a kórházi lelkigondozás gyakorlata, illetve, hogy milyen a presztízse a helyi egészségügyi ellátórendszerekben. A gyakorlatban találunk példát olyan esetre is, amikor a kórházi lelkigondozás az egyházaktól függetlenül működik: például több kezdeményezés támogatja a spirituális gondozás készségeinek szélesebb körben való oktatását, vagyis egészségügyi személyzet lelkigondozói továbbkésztését.<sup>69</sup>

Gyümölcsöző, ha a két szakterület – egészségügy és vallás – és képviselői között együttműködés alakul ki, sokszor maguk a kórházi lelkigondozók válnak közvetítőkké.

Ez a hatékony együttműködés megmutatkozhat a kórházi lelkigondozói képzések terén. Magyar nyelvterületen például mindkét oldalról megvan a közeledés. A Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola teológia mesterképzésének része a kórházi lelkigondozás nevű tantárgy, amelynek szakmai gyakorlatát a Budai Irgalmasrendi Kórházzal együttműködve teszik lehetővé. Az intézmények között Buza Patrik egyetemi tanár közvetít, aki egyszersmind a kórházban működő Lelkigondozó Szolgálat vezetője. A Semmelweis Egyetem 2002-ben indított szakirányú továbbkésztést mentálhigiénés lelkigondozó szaknévvel. Az egyetem Mentálhigiéné Intézete a képzés során együttműködik az Evangélikus Hittudományi Egyetemmel és a Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskolával.<sup>70</sup>

Annak érdekében, hogy a fejezet elején feltett lényeges és gyakorlati kérdésekre választ tudjunk adni, az „egyháznak, az egészségügynek és a társadalomnak párbeszédet kell folytatnia arról, hogy milyen mértékben van szükségük egy páciensközpontú, teljes egészében az emberi létre, s az ember testi és lelki állapotára figyelő kórházi lelkigondozásra, és ennek érdekében milyen erőforrásokat kívánnak mozgósítani.”<sup>71</sup> Ennek a párbeszédnek elsősorban helyi, regionális szinten kell lefolynia, hiszen az igények, lehetőségek, erőforrások országonként, régióként változnak. Reményeink szerint jelen kutatás és dolgozat is hozzájárul a kórházi lelkigondozásról szóló helyi párbeszédhez.

---

<sup>68</sup> A lelkigondozói irányzatokról és modellekről *A spirituális gondozás helye az egészségügyi rendszerben, lelkigondozói modellek* c. fejezetben olvashatunk részletesebben.

<sup>69</sup> Verna Benner CARSON – Harold G. KOENIG: *Spiritual Caregiving, Healthcare as a Ministry*, Templeton Foundation Press, Philadelphia and London, 2004.

MCSHERRY: *Making Sense*.

<sup>70</sup> A Semmelweis Egyetem weboldalán található lelkigondozói képzést bemutató adatlap:

<https://semmelweis.hu/mental/szakiranyu-kepzesek/lelkigondozoi-kepzes/a-kepzes-bemutata-a-lelki/> (2021.03.10.)

<sup>71</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 111-112.

### 1.3. A kórházi lelkigondozás helye a gyakorlati teológiában

A keresztény egyházak felismerték azon feladatukat, hogy folytassák Jézus gyógyító és üdvözítő tevékenységét. Az elméleti teológia gyakran egymásra vonatkoztatva tárgyalja a krisztusi gyógyítás és az üdvösségszerzés kérdését, s ezek a kérdések a gyakorlatban is összeérnek, többek között a kórházi lelkigondozás szakterületén belül.

„A legalapvetőbb teológiai és Bibliái alapja a kórházi lelkigondozásnak Jézus gyógyítói tevékenysége, amely mindig egyszerre hatott a beteg fizikai és lelki állapotára.”<sup>72</sup> Sőt ezt kiegészíthetjük azzal, hogy a jézusi gyógyítás kihat a személy spirituális állapotára<sup>73</sup> és szociális helyzetére is.<sup>74</sup> Nem mellékes, hogy a betegek gyógyításának misszióját Jézus továbbadja a tanítványainak és egyházának<sup>75</sup>, s kijelenti, hogy a csodás gyógyulások tesznek majd tanúságot az ősegyházzal.<sup>76</sup>

Az egyház felismerte küldetését a betegek között,<sup>77</sup> igyekezett teljesíteni a Megváltó parancsát a történelem folyamán egészen jelenünkig, erre bizonyítékok azok a szerzetesrendek, amelyeknek fő missziója a betegek gondozása és gyógyítása, rengeteg világ intézmény és szervezet.<sup>78</sup> A betegek, a szenvedők, a gyógyítás nemcsak a teológiai elmélkedések egy sarkalatos témája kell, hogy legyen, hanem Krisztus egyháza a küldetésében is ezekre irányul.

Bakó Csongor a klinikai lelkigondozást a gyakorlati teológia külön ágazataként tárgyalja.<sup>79</sup> Az említett szerző a kórházi lelkigondozást a lelkipásztorkodás területéhez sorolja, de nem feltétel,

---

<sup>72</sup> TÖRÖK Gábor Pál: *A lelkigondozó szakirányú továbbképzés curriculumának kidolgozása, eredményességvizsgálata és fejlesztése*, PhD értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2013, 9.

<sup>73</sup> A jézusi gyógyítás hatására gyakran változás megy végbe a személy spirituális/szellemi dimenziójában, erről tanúskodnak azok a szentírási részek, amikor a gyógyult ember Istent dicsőíti vagy békére talál a gyógyulását követően. Lásd Lk 5,25; 13,13; 17,15; 18,43.

<sup>74</sup> Számos szentírási rész bizonyítja, hogy a betegségből való gyógyulás együttjár a gyógyult személy szociális státuszának javulásával, a közösségbe való integrálódással, emberi kapcsolatok megerősödésével. Lásd Weiß: *Lelkigondozás*, 34.

<sup>75</sup> Lk 9,2: „Összehívta a tizenkettőt, erőt és hatalmat adott nekik az ördögök fölött és a betegségek gyógyítására. Aztán elküldte őket, hogy hirdessék az Isten országát és gyógyítsák meg a betegeket.” Vö. Mt 10,8 és Mk 6,7.

SIMON-WAGNER István: *A személyi elv komplementaritásáról a II. Vatikáni Zsinat utáni egyházjogban*, Tézisfüzet, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Kánonjogi Posztgraduális Intézet, Budapest, 2018, 140.

<sup>76</sup> Apcsel 5,12-16.

<sup>77</sup> „Az Úr Jézus Krisztus lelkünk és testünk orvosa, aki a bűnnek megbocsátotta bűneit, és visszaadta teste egészségét, úgy akarta, hogy Egyháza a Szentlélek erejével folytassa gyógyító és üdvözítő művét, saját tagjaira vonatkozóan is. Ez a gyógyítás két szentségének célja: a bűnbánat és a betegek kenete szentségéé.” (KEK 1421).

<sup>78</sup> SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 139-140.

<sup>79</sup> BAKÓ Csongor István: *Logoterapeutikus kórházpasztoráció pszichoönkológiai kontextusban*, in: Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica, 2014/1-2, 21.

hogy a kórházi lelkipásztor felszentelt pap vagy lelkipásztor legyen. Ugyanakkor hangsúlyozza a kórházi lelkipásztorság specifikus munkaterületét, melynek számos sajátos követelménye van, emiatt ez nem nevezhető a plébániai vagy gyülekezeti lelkipásztorság egy változatának.<sup>80</sup>

Ray S. Anderson szerint a klinikai lelkipásztorság számára a gyakorlati teológia biztosít olyan paradigmát, ami lehetővé teszi az emberi személy holisztikusabb szemléletét.<sup>81</sup> A vallásos ember hite, a szenvedéssel, a tragikus veszteségekkel való szembesülés során, gyakran kerül krízisbe. Ez a hitkrízis sokszor a kórházi tartózkodás ideje alatt bontakozik ki. Így ez a jelenség teológiai problémává is válik, amellyel a gyakorlati teológia foglalkozik. A szerző azt vizsgálja miként valósulhat meg a személynek az a fajta spirituális fejlődése, amely lehetővé teszi a pszichés sérülésekből való felépülést, a fogyatékosok adta korlátokkal való együttélést, a halál elkerülhetetlenségével való szembesülést.<sup>82</sup>

A gyakorlati teológia kidolgozta a keresztyén lelkipásztorság alapjait és módszereit, amelyek ismeretében a kórházi lelkipásztorság professzionális munkát végezhet klinikai praxisa során. A pasztorálpszichológia – amely szintén a gyakorlati teológia egy ága<sup>83</sup> – nagy mértékben hozzájárulhat a kórházi lelkipásztorság szakmaiságához. A gyakorlati teológia képes párbeszédet folytatni és beépíteni kutatásaiba a pszichológiai, társadalom- és egészségtudományi ismereteket, ezáltal elősegítve a kórházi lelkipásztorság professzionális munkáját.<sup>84</sup>

#### **1.4. A spirituális gondozás helye az egészségügyi rendszerben**

A különböző országokban, régiókban működő kórházi lelkipásztorsági modellek arról tanúskodnak, hogy változó a lelkipásztorság egészségügyi rendszerben elfoglalt helye és presztízse. Anne Vandenhoeck Romániára vonatkozó szakmai véleményét Michna Krisztina tolmácsolásában olvashatjuk:

„Az első csoportba sorolja többek között Magyarországot, Bulgáriát, vagy Romániát, mely országoknak politikai és gazdasági okokból azért kell küzdeniük, hogy egy professzionális kórházi lelkipásztorságot kiépíthessenek. Ezekben az országokban ugyanis a hosszabb ideig tartó

---

<sup>80</sup> BAKÓ: *Logoterapeutikus kórházpásztoráció*, 21.

<sup>81</sup> Ray S. ANDERSON: *Spiritual Caregiving As Secular Sacrament: A Practical Theology for Professional Caregivers*, Practical Theology Series, Jessica Kingsley Publishers, 2003, 25.

<sup>82</sup> ANDERSON: *Spiritual Caregiving*, 25.

<sup>83</sup> SELMECZI Lajos Péter: A látogatás mint lehetőség: A lelkipásztorság sajátosságai a magyar evangélikus egyházban, in: *Embertárs*, 2014/1, 33-50.

<sup>84</sup> TÖRÖK: *A lelkipásztorság szakirányú*, 13.

kommunista rezsim idején nem lehetett a vallásról nyíltan beszélni, vallási szokásokat szabadon gyakorolni, melynek eredményeképpen ma az emberek kevésbé merik vagy tudják kifejezni hitüket, spirituális igényüket vagy reménységeiket. A lelkigondozóknak tehát meg kell küzdeniük egyrészt a vallásos tradíció hiányával,<sup>85</sup> másrészt pedig az egészségügyi rendszerben jelenlévő finánciális problémákkal. Ezekben az országokban az egészségügy tehát akadályt jelent a kórházlelkészek képzésében, foglalkoztatásában és integrációjában.”<sup>86</sup>

A legfőbb kérdésfelvetés azonban ez: Lehet-e a lelkigondozás alárendelt a kórházi rendszerben? Mennyire integrálódhat az egészségügyi rendszerbe anélkül, hogy vesztené sajátos küldetéséből? A kórházi lelkigondozó több módon lehet jelen a kórházban: Lehet vendég, kívülálló, mint aki strukturális és finánciális szempontból is az egyházhhoz tartozik és nem a kórház intézményéhez. Vagy, a németországi példa szerint, a lelkigondozás különálló részterületté válhat a kórházi szervezeti struktúrában, amely egyenrangú az orvosi és az ápolói területekkel.<sup>87</sup> A kórházi lelkigondozás integrálásának kérdésére tehát egy-egy társadalmi rendszer más-más választ ad. Függ az adott ország történelmétől, kultúrájától, politikájától, hogy hogyan kezelik és szabályozzák a lelkigondozói jelenlétet az adott egészségügyi rendszerben<sup>88</sup>. Ha a lelkigondozó egészségügyi rendszeren kívül álló marad, akkor olyan kérdések is felvetődhetnek mint:

1. Hozzáférhet-e a beteg adataihoz? Az adatvédelmi törvények szerint, ha a lelkigondozó nem a kórház alkalmazottja, hanem az egyházé, akkor a páciens adatait illetően harmadik félnek minősül, így a kórház nem biztosíthat hozzáférést a beteg személyes adataihoz.<sup>89</sup> Ha viszont kórházi munkatárs a lelkigondozó, akkor jogosult a beteg adataihoz való hozzáférésre, viszont azt nem adhatja tovább az egyháza felé.
2. Ki a felelős a kórházi lelkigondozás minőségért? A kórházra, mint egészségügyi intézményre érvényesek a minőségbiztosítási intézkedések, amelyek azzal járnak együtt, hogy a különböző kórházi részlegek rendszeresen minőségellenőrzésen mennek keresztül.

---

<sup>85</sup> Meg kell jegyeznünk, hogy régiókra nem jellemző a vallási tradíció teljes hiánya, tehát ez a szempont nem érvényes esetünkben. Ugyanakkor a betegek lelkigondozásának gyakorlata a kommunista rezsim alatt nem működhetett, az ezzel foglalkozó szerzetesi rendek kiszorultak az egészségügyi szférából. Erről ír Bánkúti Gábor: „A Romániában működő 25 római katolikus szerzetesrend közül a Minisztertanács 1949. július 29-én kelt, a Hivatalos Közlöny 1949. augusztus 1-én közölt 810. számú határozata tizenöt – az államosítások előtt oktatással és betegápolással foglalkozó – rend működésének betiltásáról döntött.” BÁNKUTI GÁBOR: A szerzetesrendek szétszórátása Romániában, *Egyháztörténeti Szemle*, 17/1, 2016, 41-52, 50.

<sup>86</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 94-95.

<sup>87</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 92.

<sup>88</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 94-95.

<sup>89</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 96.

„A kórházi lelkipozás rendszerek határán működő szolgálata, helykeresése sokáig lehetővé tette, hogy mint az egyház speciális szolgálata, ebből kimaradjon. Ez azonban nem segíti a kórházi rendszerbe integrálódását. Ha nem akarjuk, hogy a kórházi lelkipozást idegen testként tartsák számon az egészségügyi intézményekben, akkor foglalkozni kell a lelkipozói tevékenységre vonatkozó minőségi standardokkal.”<sup>90</sup>

Fontos leszögezni, hogy sok esetben a lelkipozó személyiségétől is függhet az, hogy a kórházi lelkipozás milyen helyet foglal el az egészségügyi intézményben.<sup>91</sup> Egy olyan lelkipozó, aki könnyedén tud együttműködni az egészségügyi munkatársakkal, aki képes szaktudását gyakorlatba ültetni és határozottan ki tud állni szakvéleménye mellett, hatással lehet az intézményre, annak működésére és a munkatársak viszonyulására, akkor is, ha külsőként érkezett a kórházba.

### ***2.3.1. Kórházi lelkipozói modellek***

A továbbiakban a szakirodalmakból leszűrt saját osztályozásomat mutatom be a lelkipozás egészségügyi rendszerben elfoglalt helyére vonatkozólag:

#### **A. Kórházi lelkipozás, mint kívülről jövő szolgálat**

A lelkipozás, mint az egyházi szolgálat beszivárgása a kórház osztályaira. Ekkor a lelkipozás valóban az intézmény határán helyezkedik el és fennáll a veszélye, hogy nem lesz más mint „jelentéktelen függelék, kolonc az intézmény nyakán”.<sup>92</sup> Ennek a modellnek előnye lehet, hogy a lelkipozónak van szakmai szabadsága, és független maradhat a kórházi vezetőség érdekeitől. Bár a lelkipozó híddá válhat a két intézmény – a kórház és az egyház – között, mégis, jelentéktelen marad a kórházi struktúra szintjén.<sup>93</sup>

#### **B. Az egészségügyi intézménybe integrált lelkipozás**

Ekkor a kórházi lelkipozás integrált szolgáltatása az egészségügyi intézménynek. A lelkipozó munkadója és megbízója a kórház.<sup>94</sup> A modell szerint a lelkipozó

---

<sup>90</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 98.

<sup>91</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 91-92.

<sup>92</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 89. Vö. SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph: *Seelsorge als systemische Praxis. Der soziale und Politische Auftrag der Seelsorge*, in: *Wege zum Menschen*, 2003, 436-441.

<sup>93</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 89.

<sup>94</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 90.

jelenléte pontosan annyira elfogadott, mint más egészségügyi munkatársaké. A beteg ellátásáért felelős egészségügyi team teljes jogú tagja a kórházi lelkiprendozó, akinek szakvéleménye számít, akár csak a gondozók, az orvosok, az asszisztensek, vagy a klinikai szakpszichológus meglátásai. A modell lehetővé teszi, hogy a lelkiprendozói beavatkozások, a spirituális gondozás már ne csak a betegek számára legyen bevett szolgáltatás, hanem a hozzátartozók és az egészségügyi munkatársak is igényelhesék. A modell hátránya az, hogy a lelkiprendozás csak mint egy kórházi részzolgáltatás van jelen, s bár az egészségügyi struktúrának részévé vált, nincs direkt módon hatással a struktúrára, a szervezeti magatartására vagy a vezetésre.

### C. A lelkiprendozás mint szervezeti kísérés

A lelkiprendozásra tekinthetünk úgy is, mint egy hollisztikus szemléletre, ami áthatja az egész intézményt. Ez a fajta lelkiprendozás már nem korlátozódik a betegek, hozzátartozók és a munkatársak lelkiprendozására, hanem „küldetése van magára a kórházra mint intézményre, annak célkitűzéseire, struktúrájára, az intézményi légkörre, a kliensközpontúságára és a kommunikációs kultúrára vonatkozóan is”<sup>95</sup>. Tésenyi így írja le ezt a modellt: „A lelkiprendozás mint *szervezeti kísérés* az intézmény gyógyító kultúráját fejleszti. Önálló munkaterülettel bír a kórházon belül, de már nincs peremhelyzetben, az intézmény (ill. az intézmény cselekvési koncepciójának) integrált részeként nyer elfogadást.”<sup>96</sup>

### D. A lelkiprendozás a kórházi vezetés középpontjában

A modell szerint az intézményvezető egyszerre lelkiprendozó is, ebből figyolólag a lelkiprendozás központi helyet kap az intézményben.<sup>97</sup> Lényeges, hogy nemcsak az intézményvezetőként munkálkodik, hanem megmarad a lelkiprendozói attitűdje is.<sup>98</sup> Tésenyi Tímea hasonlóról ír, Jager A. nyomán: „A lelkiprendozás *diakóniai vállalkozáspolitikai* értelmezése összeköti a vezetési és lelkiprendozási koncepciókat és ezáltal a lelkiprendozás felelősségi körébe sorolja az egész vállalkozás orientációját. »A

---

<sup>95</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkiprendozás*, 35.

<sup>96</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkiprendozás*, 36.

<sup>97</sup> MICHNA: *A Magyarország*, 91.

<sup>98</sup> Michna Krisztina megjegyzi, hogy a 21. században nem kivitelezhető, hogy a lelkiprendozó egyszerre intézményvezető is legyen. Ennek ellenére, mi úgy látjuk, hogy megfelelő szakképesítések birtokában megvalósulhat ez.



lelkipozozás a diakóniai vállalkozás szellemiségének, etikájának és kultúrájának, vallásosságának és spiritualitásának gondozása és ápolása« (Jager 2000). A lelkipozozás így nem csupán az egyes betegek és az egészségügyi személyzetre irányul, hanem az egész kórház számára integratív funkcióval bír.”<sup>99</sup>

### 2.3.2. *Kritikai kitekintő*

Említést érdemel Simon-Wagner István víziója arról a személyi prelaturáról, amely a különleges helyzetben lévő krisztushívők lelkipozozásának tesz eleget. A személyi prelatura itt úgy jelenik meg, mint egy lehetséges egyházszerkezeti modell, amely egyesítené a kórházi lelkipozozókat. A szerző szerint a betegek is különleges helyzetben lévő személyek, akiket a betegségük krízisbe taszíthat, ilyenkor a lelkipozozó jelenléte és intervenciója kulcsfontosságú lehet. A betegek pasztorációját végző személy a gyakorlati teológiának egy külön ágában jártas: a klinikai teológiában. Simon-Wagner így ír erről: „A betegek és haldoklók lelkipásztori ellátása akár szentségi, akár lelkipozozói formában tulajdonképpen klinikai teológia.”<sup>100</sup> A szerző szerint a jelenkorban a betegek lelkipozozását nehéz hatékonyan ellátni a képzett lelkipásztorok és lelkipásztori munkatársak kis létszáma miatt, ezért egy új egyházi struktúra meghonosítását ajánlja e téren: „A II. Vaticanum ajánlásával összhangban egy komplementer személyi pasztorális struktúra létesítését tartom célravezetőnek. Gondolok itt a személyi prelaturára.”<sup>101</sup>

Az alábbiakban a szerző lényegre törő leírását idézzük a személyi prelaturáról, majd néhány kritikai szempontot vetünk fel a vízió kapcsán:

„Egy olyan személyi struktúra keretében történhetne ez az ellátás, mely egyesítené a nemzeti püspöki konferencia területén lévő összes kórházlelkészi szolgálatot és a hasonló helyi intézményeket egy személyi prelaturába, amelyhez azok a világi krisztushívők is csatlakozhatnának, akik részt vesznek, vagy részt szeretnének venni e szolgálatban. A fő profil a megfelelő képzés és lelkipozozás volna, anélkül hogy a benne részt vevő klérus inkardinálna a személyi struktúrába. A helyi püspökök jogai nem sérülnének, amennyiben megőrződne a klerikusok eredeti inkardinációja, a világiak eredeti tagsága, a püspökök felügyeleti joga pasztorális téren. A személyi struktúrák esetében megkívánt kooperáció pedig biztosítaná az összhangot a területi és személyi entitás pasztorális terve között. Egy katolikus egészségügyi struktúra feladatai lehetnének:

<sup>99</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipozozás*, 36.

<sup>100</sup> SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 141-142.

<sup>101</sup> SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 141.

- a betegek teljes személyét érintő segítségnyújtás (fizikai, pszichikai, lelki, társadalmi);
  - a betegek-egészségesek közötti kapcsolatok humanizációja;
  - képzési feladatok emberi, keresztény és szakmai szinten (állandó műszaki- tudományos, etikai-vallási képzés);
  - egyházi szolgálat, mely a szentségkiszolgáltatás mellett, arra is törekszik, hogy:
    - morálisan felemelje a beteget;
    - segítse őt abban, hogy elfogadja és értékesítse a szenvedés tapasztalatát;
    - kísérje őt az imádság erejével és a szentségek kegyelmével;
    - segítse a családtagokat abban, hogy a hit szellemében, trauma nélkül éljék meg szeretteik betegségét.
- Egy ilyen betegek és szenvedők pasztorációját célul kitűző személyi hierarchikus struktúra az egység jele és megteremtője lehetne a szenvedők társadalmában, valamint az ökumenikus kapcsolatok eszköze. Hozzájárulhatna ahhoz, hogy az ország egész területén azonos módszerekkel és eszközökkel szolgálják a betegek üdvösségét.”<sup>102</sup>

A fentiek fényében úgy tűnik Simon-Wagner István egy egységesített katolikus kórházi lelkigondozói szervezetről ír. A szervezeti modell azonban felvet néhány kérdést, ami a kórházi lelkigondozás sajátosságainak szempontjából nem mellékes. Egyrészt ez a katolikus egészségügyi struktúra nem ad választ arra a kérdésre, hogy milyen helyet foglalna el a kórházi lelkigondozás az egészségügyi rendszerben és hogy milyen viszonyban állna a személyi prelatúra az egészségügyi intézményekkel. Másrészt kérdésessé válik a más felekezetű kórházi lelkigondozókkal való együttműködés, hiszen ők látszólag ki vannak zárva ebből szerveződési formából.

### ***2.3.3. A kórházi lelkigondozás hatékonysága az egészségügyi intézmény menedzsmentjének szempontjából***

Az *European Network of Health Care Chaplaincy* 7. konferencián összegyűlt európai országok egyházait és intézményeit képviselő szakemberek a következőképpen határozták meg a kórházi lelkigondozás fogalmát: „A kórházi lelkigondozás az egészségügy különféle intézményei számára kínálja fel szolgálatát. Azoknak az embereknek az egzisztenciális, spirituális és vallásos szükségleteit vállalja fel, akik szenvednek, és akik a szenvedők gondjait hordozzák. Figyelembe veszi a személyes, vallási, kulturális és társadalmi erőforrásokat.”<sup>103</sup> Láthatjuk, hogy a

<sup>102</sup> SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 142-143.

<sup>103</sup> MICHNA: *A Magyarországi*, 102.

meghatározás szerint a kórházi lelkipozítói szolgálatot az egyes egészségügyi intézmények vehetik igénybe, ezért nem mellékes az a kérdés, hogy miért éri meg az adott egészségügyi intézménynek teret adnia vagy éppen finanszírozni a kórházi lelkipozítást?

Az alábbiakban olyan szempontokat vázolunk fel, amelyek felkelthetik az intézmények menedzsereinek és vezetőinek érdeklődését a kórházi lelkipozítás iránt.

#### A. Hiánypótló szolgáltatás

A kórházakban egyre kevesebb figyelem jut a beteg ember személyiségére, érzéseire, szociális és spirituális igényeire. Ennek számos oka van: az egészségügyi dolgozók leterheltsége, szakképzettség hiánya, időhiány az orvos-beteg kapcsolatban, a gyógyítás eltechnikalizálódása stb. Az egészségügyi intézményekben más – szintén nem mellékes – tényezők válnak prioritássá (pl. gördülékeny betegellátás, higiéniai előírások betartása, orvostudományi kutatások támogatása stb.), így a betegek és hozzátartozóik magukra maradnak pszichés, szociális és spirituális szükségleteikkel.

A kórházi lelkipozítás pontosan ezekre az elhanyagolt szubjektív tényezőkre reagál, a betegnek olyan szükségleteire ad választ,<sup>104</sup> amelyekre más egészségügyi dolgozóknak gyakran nem áll módjukban reagálni. Ezzel a tevékenységgel a kórházi lelkipozítás pozitív hatást gyakorolhat a beteg szubjektív jóllétére.

#### B. Költséghatékonyság:

1. A lelkipozítók segítenek abban, hogy a betegek olyan döntéseket hozzanak a kezelésük, a kórházi szolgáltatások igénybevételét illetően, amelyek kongruensek a saját értékrendjükkel, világnézetükkel. Amerikai kutatások támasztják alá, hogy azokban a kórházakban, ahol működik kórházi lelkipozítói szolgálat, jelentősen kevesebb a kórházban meghaló terminális betegségben szenvedő páciens, mert a lelkipozítók támogatásával tudnak amellettt dönteni, hogy otthonaikban töltsék utolsó napjaikat (természetesen megfelelő palliatív ellátásban részesülve), és ne a kórházi osztályokon. Ezáltal csökken a kéteskimenetelű és javarészt fölösleges aktív kórházi orvosi ellátás igénybevétele.<sup>105</sup>

---

<sup>104</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítás*, 9.

<sup>105</sup> Kevin J. FLANNELLY – Linda L. EMANUEL – George F. HANDZO – Kathleen GALEK – Nava R. SILTON5 – Melissa CARLSON: A national study of chaplaincy services and end-of-life outcomes, in: *BMC Palliative Care* 11, 2012, 10-16.

2. Balboni és munkatársainak kutatása a rákos betegek körében egy jelentős összefüggésre hívja fel a figyelmet: „a betegek életük végén felmerülő spirituális igényeinek kielégítése fordított arányban van az igényelt orvosi ellátással és az ellátás költségeivel is”<sup>106</sup>

#### C. Az egészségügyi ellátással való elégedettség

1. A lelkipozítók által történő spirituális és pszichés támasznyújtás hozzájárulhat a beteg és hozzátartozói elégedettségének növekedéséhez az ellátást illetően.<sup>107</sup>
2. A betegek meglegedettségét illetően Tésenyi Timea a következő megállapításra jut: „Számos magyar és külföldi példa mutatja, hogy a lelkipozítók gyakran közvetítő szerepet tölt be az orvos-beteg kapcsolatban, így munkája révén a problémás betegek kezelhetőbbé válnak, javul az orvos-beteg kommunikáció, csökken a feljelentések száma.”<sup>108</sup>

#### D. Az egészségügyi dolgozók java

A kórházi lelkipozítók munkájával megelőzheti az egészségügyi dolgozók kiégését,<sup>109</sup> a hivatástudatuk megerősödését és munkájuk iránti elköteleződésüket segítheti.

### **1.5. A kórház mint a spirituális gondozás tere**

A kórház két szinten válik a lelkipozítók terevé. Egyrészt fizikailag tere a lelkipozítók tevékenységnek. Másrészt tágabb értelemben az egész intézmény befogadó közege a lelkipozítók tere. A közeg alatt gondolunk az intézmény profiljára, működési módjára, struktúrára vagy éppen a kórházban dolgozó munkatársak közösségére.

A kórházi lelkipozítók munkájára komoly hatással lehetnek az egészségügyi intézmény körülményei, előfordulhat, hogy emiatt bővül a feladatköre, vagy speciális tevékenységeket folytat.<sup>110</sup> Például lényeges szempont lehet, hogy a kórház tud-e biztosítani egy saját termet a

---

<sup>106</sup>TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 61; Tracy BALBONI – Michael BALBONI – M. Elisabeth PAULK et. al.: Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life, in: *Cancer*, 2011/December, 5383–5391.

<sup>107</sup>TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 61; Alan B. ASTROW – Ann WEXLER – Kenneth TEXEIRA – M. Kai HE – Daniel P. SULMASY: Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? in: *Journal of Clinical Oncology*, 2007/December, 573–575.

<sup>108</sup>TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 9.

<sup>109</sup>TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 9.

<sup>110</sup>TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 37.

lelkigondozóknak, ahol lehetőség van félre vonulni a lelkigondozói beavatkozások között, vagy ahol szupervíziós beszélgetéseket lehet tartani, illetve ahol van lehetőség a betegek hozzátartozóival vagy a kórházi személyzettel lelkigondozói beszélgetéseket folytatni. Az intézmény körülményeihez tartozik, hogy egy kórteremben hány beteg fekszik, mekkorák a kórtermek. Van-e lehetőség az ágyban fekvő beteggel személyes beszélgetést folytatni, anélkül, hogy a szobatársakat zavarná a lelkigondozó jelenléte, és úgy, hogy közben megmaradjon a beszélgetés intimitása? Kérdés lehet, hogy van-e kápolna, vagy imára, vallásos rituálékra kijelölt terem a kórházban.

Szintén lényeges szempont a kórháznak, mint térnek a miliője, a pszichés hatása. Sok páciens már eleve szorong, ha kórházba kerül, mert szenvedéssel kapcsolatos emlékeket idézhet fel benne a tér, vagy már előre tart a kiszolgáltatottság érzésétől. A kórházi lelkigondozónak ezekkel mind, mind számolnia kell és tudatosítani, hogy a kórház egy speciális tere a lelkigondozásnak, amely speciális követelményeket és szaktudást igényel.

Tésenyi Tímea a kórházi lelkigondozó és a kórház, mint befogadó közeg kapcsolatát „összetett viszonyrendszernek”<sup>111</sup> nevezi. Ez az összetettség abban a feszültségben rejlik, hogy a kórházi lelkigondozói szolgálat egyszerre igyekszik integrálódni, az intézmény szerves részévé válni, ugyanakkor küldetéséből és céljából fakadóan valahogy mindig is „idegen test” marad.<sup>112</sup> A szerző kiemeli, hogy a kórházi lelkigondozás ereje éppen a missziójának függetlenségében rejlik.

Az intézménybe való teljes integrálódás lehetősége kérdésessé válik az alábbi szempontok mentén: 1. Az intézmény profilját tekintve orvosi-technikai és szerveződése hierarchikus, ebbe nehezen betagozható a lelkigondozás, amely a betegség és egészség szubjektív tényezőivel foglalkozik.<sup>113</sup> A kórházi lelkigondozás hatékonyságát kevésbé lehet számadatokban lemérni és visszaigazolni az objektivitást az eredményességet és a célszerűséget szem előtt tartó intézmény felé. 2. A kórházi rendszer a betegek gördülékeny ellátására törekszik, ezzel szemben a kórházi lelkigondozónak néha felkell hívnia a figyelmet a személyre és szükségleteire a működési szabályzat betartása mögött.

A fentiek fényében elmondhatjuk, hogy a kórház különleges tere a betegek lelkigondozásának. Emiatt a kórházi lelkigondozó feladatköre változhat intézményenként, de

---

<sup>111</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 61.

<sup>112</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 61.

<sup>113</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 62.

szaktudása képessé teszi arra, hogy az intézmény körülményeit és az ebből fakadó lehetőségeket szem előtt tartva végezze munkáját. A kórházi lelkigondozó hivatásából fakadóan kissé kilóg az egészségügyi intézmény közegéből, de ez a különbözőség segítheti abban hogy reflektáljon és a fejlődés érdekében párbeszédet folytathasson a befogadó egészségügyi intézménnyel.

### **3. A kórházi lelkigondozás sajátosságai**

Fejezetünk fő kérdésfelvetése: Ki a lelkigondozó és melyek a kórházi lelkigondozás sajátosságai? Az alábbiakban olyan készségeket vizsgálunk, amelyek kifejezetten a kórházi lelkigondozó sajátos feladatköréből származnak. Majd a következő alfejezetben azokat a főbb feladatköröket kutatjuk, amelyek sajátosan a kórházi lelkigondozáshoz tartoznak, vagy különös hangsúlyt kapnak ebben szakmában. Az utolsó alfejezet, pedig a kórházi lelkigondozás módszertanával és alapvető módszereivel foglalkozik.

#### **3.1. Ki a kórházi lelkigondozó?**

A lelkigondozás legalapvetőbb eszköze maga a lelkigondozó és a lelkigondozói kapcsolat, ami kialakul közte és a lelkigondozott között. Török Gábor Pál így fogalmaz: „A lelkigondozó sajátos munkaeszközei: hitélete, teológiai ismeretei és lelkigondozói identitása.”<sup>114</sup> Az, hogy ki a lelkigondozó és hogyan kapcsolódik a lelkigondozotthoz, elsőrendű kérdés elméleti vizsgálódásunk számára.

Ebben a fejezetben a kórházi lelkigondozó szakmai portréját igyekszünk felvázolni, oly módon, hogy közben törekedünk reflektálni a lelkigondozói kapcsolatra is. Körbejárjuk azt a kérdést, hogy milyen készségekre van szüksége a kórházi lelkigondozónak a szakmájából fakadóan.

Az alábbiakban olyan készségeket és attitűdöket ismertetek, amelyek elengedhetetlenek a lelkigondozói munkához. A leírásokból látni fogjuk, hogy nem a lelkigondozók egyes tulajdonságairól van szó, hanem készség csoportokról, magatartásokról, szakmai attitűdökről. A felsorolás nem kimerítő jellegű, hiszen nem tartozik a dolgozat fő kutatási kérdéseire ez a téma,

---

<sup>114</sup> TÖRÖK: *A lelkigondozó szakirányú*, 12.

azonban más tudományos munkák behatóbban foglalkoznak vele.<sup>115</sup> Mi azokat a szempontokat igyekszünk kiemelni, amelyek nélkülözhetetlenek a professzionális lelkipozáshoz.

### 3.4.1. Készség az empátiára

Az empátia a másokhoz való kapcsolódás készsége, az empatikus személy képes a másik egyén fájdalmában való osztozásra.<sup>116</sup> Ferenczi Enikő rávilágít arra, hogy nem lehet teljesen azonosulni a lelkipozott helyzetével, de lelkipozóként próbálni kell annyira közel kerülni hozzá, amennyire csak lehetséges. Az empátia fotnosságát Carl Rogers emelte ki a személyközpontú terápiában, a terápia sikerességét többek közt ettől tette függővé. Az empátia a Rogers-féle terápiás triász egyik eleme. A neves pszichológia kutató hangsúlyozza az empátia folyamat jellegét, úgy határozza meg, mint a páciens életébe, privát észlelési világába való belépést és az ebbe való beleérzés kompetenciája. A terapeuta nem külső megfigyelő, hanem a páciens világát belülről éli meg vele együtt, nem csak a páciens által közölt tényekre figyel, hanem érzelmileg is ráhangolódik.<sup>117</sup>

Az empátiát ugyanakkor teológiai szemszögből is megközelíthetjük. Teun Kruijne világít rá erre a következőképpen: „A megtestesülés azt is jelenti, hogy a kiüresítés (kenosisz) (...) megvalósítható egy empátiás, egészen a másokra irányuló magatartással is, amivel a lelkipásztor »csupa fül« lesz.”<sup>118</sup> A teológiai reflexió számára az empátia tehát kiüresedést jelent, az én háttérben maradását, annak érdekében, hogy teljesen a másokra irányulhassunk.

Érdekes kérdés, hogy az empátia megköveteli-e a másik ember iránti szeretetet. Ha a kórházi lelkipozásra úgy tekintünk mint keresztényi szolgálatra, akkor az empátiához kapcsolódik a szolgálattelvő attitűd. Verna Benner Carson és Harold G. Koenig, amikor leírták a szolgálattelvő egészségügyi szakember jellemzőit, néhány radikálisnak tűnő megállapításra jutottak. Meglátásuk szerint a szolgálattelvőnek képesnek kell lennie szeretni azt a személyt is, akit mások nem tartanak szeretetre méltónak, vagy aki ellenszenves.<sup>119</sup>

---

<sup>115</sup> Például Török Gábor Pál doktori értékezésében számos fejezet foglalkozik a lelkipozók személyiségjellemzőivel és kulcskompetenciáival. TÖRÖK: *A lelkipozó szakirányú*, 42-44, 89-93.

<sup>116</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 5.

<sup>117</sup> BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*, 451; Teun KRUIJNE: A klinikai lelkipozó-képzés Hollandiában, in: *Keresztény Magvető*, 111/2, 2005, 158-173, 163.

<sup>118</sup> KRUIJNE: A klinikai lelkipozó-képzés, 173.

<sup>119</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 5.

Meglátásom szerint a kórházi lelkigondozónak saját maga iránt is képesnek kell lennie empátiával fordulni. Az imént említett szerzők állítják, hogy lényeges elfogadni a saját törekvésünket, korlátjainkat. Mindezt annak érdekében, hogy néha együtt sírhassunk az embertárssal, máskor meg haragot érezhessünk az igazságtalansággal szemben, vagy elismerjük az élet eseményei fölött érzett zavarunkat és kétségeinket.<sup>120</sup> Az önmaga felé való empatikus viszonyulás segíti a lelkigondozót a szuperviziós munkában, a megpróbáló szituációkban való helytállásban, az esetleges szakmai kudarcok feldolgozásában, ugyanakkor a mások iránti empátiát is megalapozza.

### 3.4.2. Kísérői attitűd

A kórházi lelkigondozó nem problémamegoldó vagy megmentő, hanem inkább egy útitárs szerepében van jelen a lelkigondozói beszélgetésben. A kísérői attitűd magával vonja a lelkigondozottra való reflexió készségéig és a jelenlétet a másik ember számára.<sup>121</sup> Ez a kísérés azt is jelenti, hogy a lelkigondozó facilitátora azoknak a változásoknak, amelyek a lelkigondozottban végbemennek, de nem vállalja át a felelősséget ezeknek.<sup>122</sup> Például lehet, hogy jelenlétével katalizálja a lelkigondozott Isten iránti vágyát, vagy a spirituális igényeket, de nem vállalja át az ezzel járó kereső munkát, vagy éppen a személyes megtérés munkáját, csak segítőtársként van a másik mellett.

A kísérőként való jelenlét azt is jelenti, hogy amikor a páciens úgy érzi, hogy emberi lényként meg van szólítva az élet által, akkor a kórházi lelkigondozó elköteleződik mellette, társa lesz az úton, amíg válaszol a megszólításra.<sup>123</sup>

Szintén kísérői attitűdhez tartozik annak a készség, hogy a kórházi lelkigondozó engedje és támogassa a lelkigondozottat abban, hogy saját döntéseket hozzon.<sup>124</sup> Ez nagyon lényeges, például olyan esetekben, amikor egy betegnek arról kell döntenie, hogy milyen egészségügyi beavatkozásokat vállal, vagy éppen, hogy meddig marad az adott intézményben. Nélkülözhetetlen egy orvos kísérése közben, amikor olyan dilemmák merülnek fel, hogy az orvos a szakmai protokollt kövesse, vagy saját lelkiismerete szerint járjon el. Fontos elkerülni azt, hogy a

---

<sup>120</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 6.

<sup>121</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 5.

<sup>122</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 6.

<sup>123</sup> WIMM SMEETS: *Spiritual Care in Hospital Setting. An Empirical-Theological Exploration*, Brill Publisher, Leiden, Boston, 2006, 165.

<sup>124</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 7.



lelkigondozó saját értékrendjét erőltesse rá a lelkigondozottra, és azt a félreértést is, hogy vállalja a felelősséget a másik személy által meghozott döntésnek a következményeiért.<sup>125</sup>

A kísérői attitűd alázatot követel, hogy legyünk képesek elfogadni azt, hogy az általunk szolgált személy által felfedezett megoldás a legjobb megoldás az ő gondjaira,<sup>126</sup> és ne helyezzük a magunk meglátásait ez elé.

### 3.4.3. Élő hit és a spirituális térben való munka

A lelkigondozónak, aki a kórházban már a jelenlétével is bizonyosságot tesz az ember spirituális dimenziójának a létéről és a Transzcendenssel való kapcsolatáról, az a fő jellemzője, hogy nyitott az élet spirituális és vallásos értelmezése iránt. Ő maga is élő és személyes hittel, Isten-kapcsolattal rendelkezik és feltehetően rendszeres imaélete van. Mindez azért elengedhetetlen, mert ebbe gyökerezik a lelkigondozói identitás, a betegágynál nem csak mi vagyunk jelen, hanem maga Jézus csatlakozik a szenvedőhöz. A lelkigondozó attitűdjével és cselekedeteivel folyamatosan tanúságot tesz arról, hogy az emberi létezés több mint a fizikai és a pszichés lét, illetve, hogy nem a betegség, a halálé az utolsó szó. A lelkigondozó hite ugyanakkor eszköze is a lelkigondozásnak, ezáltal képes a lelkigondozottra úgy tekinteni, mint Isten szeretett teremtményére, képes látni a Teremtő általi meghívását egy teljesebb életre, akkor is, ha a lelkigondozott ezt még nem látja.

A kórházi lelkigondozó munkáját a spirituális erőterben végzi. A lelkigondozó nemcsak emberközpontú, hanem istenközpontú is, hiszen hivatását is Istentől kapta, hagyja Őt munkálkodni a lelkigondozás során. Debrecenyi István, aki onkológiai és pszichiátriai betegek kórházi lelkigondozásával foglalkozik, szakszerűen ír a segítő beszélgetéseiben jelenlevő spirituális erőterről. Szerinte a kórházi lelkigondozás olyan segítői kapcsolat, amely spirituális térben történik, akkor is, ha szó sem esik Istenről vagy a hitről.<sup>127</sup> Ahhoz hogy a spirituális tér megszülethessen a segítő beszélgetésben, az szükséges, hogy a kórházi lelkigondozó hármas kapcsolatrendszere – tudniillik önmagával, Istennel és a külvilággal – tudatos és ápolts legyen. Debrecenyi megjegyzi, hogy hozzájárulhatunk a spirituális tér jelenlétéhez azáltal is, hogy előre imádkozunk a lelkigondozottért és a segítőbeszélgetésért. Egy másik szükséges lépés, hogy a

---

<sup>125</sup> Sz. n.: *Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe*, 1.3. A klinikai lelkigondozás módszere c. alfejezet.

<sup>126</sup> CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 8.

<sup>127</sup> DEBRECENYI Károly István: A forrásoktól az imazsámolyig. A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesületének lelkigondozói szemlélete és képzési modellje, *Embertárs* 2013/2, 129-136, 133.

lelkigondozottra úgy tekintünk, mint aki szintén ebben a hármas kapcsolatrendszerben létezik, még ha ezt nem is tudatosítja.

A lelkigondozó ápolat kapcsolata Istennel és az emberképe az, ami a lelkigondozást valóban lelkigondozássá teszi, a lelkigondozói beszélgetés így nem légtüres térben történik, hanem spirituális térben, ahol nemcsak a kórházi lelkigondozó, hanem Isten munkálkodik.

### **3.5. A kórházi lelkigondozók sajátos feladatai**

#### **3.5.1. A ökumenikus beállítódás és nyitottság a különböző világnézetek felé**

A kórházi lelkigondozónak meg kell őriznie nyitottságát mindenki iránt, akivel kapcsolatba lép, nem tagadhatja meg valakinek a kísérését amiatt, mert az illető más világnézettel rendelkezik. A kórházi lelkigondozó által tanúsított „gondoskodó jelenlét mindenki felé nyitott, vallási, felekezeti, kisebbségi hovatartozástól függetlenül.”<sup>128</sup>

A kórházi lelkigondozónak nem szabad azt a benyomást kelteni, hogy csupán a plébániai közösségének híveit látogatja a kórházban. Az ökumenikus beállítódás a munkajog szempontjából is hangsúlyosabbá válik abban az esetben, ha a kórházi lelkigondozó nem csak az egyház megbízottja, hanem az adott egészségügyi intézmény alkalmazottja. Ebben az esetben, a lelkigondozó elsősorban nem egy vallás, felekezet, egy adott egyház képviselője, hanem az emberekben egyetemesen jelenlévő spirituális dimenzió képviselője. Az ő jelenléte azt jelenti, hogy az intézmény észreveszi és reagál az emberek értelemkeresésére, a spirituális igényeikre, a transzcendensre való irányulás igényére.

Ha eltérő vallásúak lelkigondozásáról gondolkodunk, akkor ezt két építő vallásfilozófiai szemlélet alapozhatja meg: 1. Az inkluzivizmus jegyében meg lehet győződve a lelkigondozó arról, hogy az üdvösség nem korlátozódik a keresztény egyházak híveire, valaki lehet úgy Krisztus-követő, hogy nem ismeri az evangéliumokat, sőt még Jézus nevét sem hallotta. Ugyanakkor ez a szemlélet fenntartja Krisztus egyedüli üdvösségszerző szerepét. 2. A pluralista szemlélet szerint a lelkigondozó úgy gondolja, hogy a különböző valláshagyományok egyaránt vezethetnek az ember üdvösségére.<sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> SOMOSINÉ TÉSENYI Timea: Emberhez méltó jelenlét: a lelkigondozás és a hospice kapcsolódásának lehetőségei, in: *Kharón*, 23/1, 2019, 19-33.

<sup>129</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 33-34.

Fontos hangsúlyozni, hogy a térítés nem célja a kórházi lelkipázkodozónak, a saját hitéről akkor tegyen bizonytságot, ha maga a lelkipázkodozott kezdeményezi ezt. Plesek Zoltán Ákos jegyzi meg Bakos Gergely egyik tanulmánya kapcsán, hogy ha a lelkipázkodozó képes a hozzáforduló személy saját értékmegítélését segíteni, akkor eltűnik „a hagyományos pszichoterápiák és a vallásos lelkipázkodozás közötti szakadék, amely éppen azon alapult, hogy a pszichoterápiák képviselői feltételezték, hogy a lelkipázkodozók ebben az értelemben nem tartják tiszteletben a klienseik személyes értékrendszerét, és megpróbálják őket a klasszikusnak nevezhető vallásos értékrendszer szerint befolyásolni, megsértve személyes döntési szabadságukat.”<sup>130</sup>

A spirituális többlet-dimenzió akkor is jelen van, ha a lelkipázkodozott nem hívő, vagy ateista, mégpedig a kórházi lelkipázkodozó saját hitéből, istenközpontúságából és egyházi küldetéséből fakadóan. A lelkipázkodozás sajátossága, hogy „az evangéliumi üzenet – értelmezési horizontként – legalább a háttérben mindig jelen van.”<sup>131</sup> Ebben a dimenzióban végzi munkáját a lelkipázkodozó, s ezért nyitott a lelkipázkodozott életének vallásos megközelítésére, de ezt csak akkor fejezi ki, ha a hozzáforduló kezdeményezi ezt.<sup>132</sup>

### 3.5.2. Szefikus szakmai tájékozottság

Mivel a kórházi lelkipázkodozó úgy van jelen a profán intézményben mint, aki az emberi méltóság védőbástyája, a betegre nem úgy tekint, mint egy esetre, hanem mint spirituális dimenzióval és emberi méltósággal rendelkező személyre. Ez a szemléletbeli különbség hatással van a körülötte lévőkre, ezért gyakran fordulhatnak hozzá etikai és erkölcsi kérdésekkel, tanács kéréssel, krízis helyzetekkel, sürgető életvezetési kérdésekkel. Lényeges tehát, hogy a lelkipázkodozónak legyen rálátása az aktuális bioetikai kérdésekre. Itt hangsúlyozni kell, hogy ne csak az egyház tanítását ismerje, hanem legyen tájékozott az emberi méltóságot védő törvények terén, és – ami talán még fontosabb – a különböző orvosi beavatkozások gyakorlata és következményei terén. Tésenyi Tímea így ír erről a jelenségről:

„A kórházi lelkipázkodozás társadalmi nézőpontból egy szimbólum arra nézve, hogy az egyházak nem hagyják magára az egészségügy nagy társadalmi szektorát, hanem lelkipázkodozói,

---

<sup>130</sup> PLESEK Zoltán Ákos: Az orvosi lelkipázkodozás a bölcselők zseb(könyv)ében, in: *Erdélyi Múzeum*, 2016/4, 148-152, 150.

<sup>131</sup> DEBRECENYI Károly István – NEMES Ödön SJ – SZARKA Miklós: Lelkipázkodozás – lelkipavezetés. Szempontok a fogalmak tisztázásához, in: *Embortárs*, 2004/2, 152-155, 152.

<sup>132</sup> FERENCZI: A teológia, 28-29.

antropológiai, etikai nézőpontból hozzá akarnak szólni, és kialakításában részt kívánnak venni. Ez egyfajta interdiszciplináris együttműködést követel meg, melyhez a lelkipapoknak megfelelő szakmai kompetenciákkal és önérvényesítő képességgel kell bírnia. A kórházi lelkipapozás így hidat képezhet a természettudományos-technikai és az egyházi világ, és mindkettő eltérő gondolkodásmódja között.”<sup>133</sup>

A kórházi lelkipap nem lehet teljesen tájékozatlan az egészségügyi és orvostudományi nyelvezet és gyakorlatok kapcsán, hiszen a kórházi milió, ahol érvényesülnie kell, feltételezi a szaknyelv bizonyos fokú ismeretét. Ha a kórházi lelkipap nem ismeri a gyakoribb orvosi beavatkozás és egészségügyi ellátás velejáróit, illetve gyakoribb betegségek tüneteit és kezelési módjait, előfordulhat, hogy kommunikációs gát alakul ki emiatt közte és a páciens között, akinek gondolatai nem egyszer éppen a betegsége körül forognak. Iatrogén sérülést okozhat, ha a tudás hiánya miatt a lelkipap értetlenkedik, vagy nem veszi elég komolyan a hozzáfutók betegségét vagy a kezelés viszontagságait. Ilyen esetben sajnos nem elégséges az empátiára való készség, a megértést akadályozza az, ha a lelkipap és a lelkipapozott „nem beszélnek egy nyelvet”.

A lelkipaphoz az egészségügyi dolgozók szintén fordulhatnak, ezért nélkülözhetetlen bizonyos fokú belelátás az orvos, az ápoló, az intéző intézményvezető vagy a menedzser szerepébe és feladatkörébe. A kórházi dolgozók olyan lelkiismereti problémákkal, erkölcsi dilemmákkal és döntéshelyi kételyekkel keresik fel őket, amely bizonyos szaktudást igényel. Nagyon fontos itt szétválasztani, hogy a kórházi lelkipap lelkipapozói attitűdben van jelen egy ilyen beszélgetésben, vagy a teológusi, etikai szakvéleményét kéri ki. E kettő nem fed teljesen egymást. Kísérőként ugyanis az a cél, hogy segítsük a lelkipapozottat egy olyan lelkiismereti döntés meghozásában vagy egy olyan attitűd kiválasztásában, ami megfelel a lelkipapozott értékrendjének, ami neki belső békét hoz, ami az ő értelemkeresésének megfelel. Viszont, amikor bioetikai szakvéleményére kíváncsiak és szeretnének konzultálni vele, akkor gyakran etikai irányelvek felidézésére van szükség. Mindkét esetben fontos az, hogy a lelkipap ne keltse annak a látszatát, hogy a hozzáfutó helyett ő hoz döntést az adott kérdéstről. A döntés mindig a cselekvést végző szakemberé, a tanácskérésnek nem szabad a felelősség átvállalását jelentenie. A lelkipap felelőssége itt elsősorban a tájékozott és érthető szakvéleménynyilvánítás. Illetve az

---

<sup>133</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipapozás*, 9.

a tudatos hozzáállás, hogy ha nem tud kielégítő választ adni a feltett kérdésekre, legyen képes tovább irányítani megfelelő szaktudással rendelkező kollégáihoz a konzulenszt.

A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete a következő álláspontra jut a szakmai tájékozottság kapcsán: A kórházi lelkigondozó „(n)em szűkíti le látásmódját egyetlen tudomány szempontjai szerint, interdiszciplináris, ugyanakkor ismeri illetékességének határait – segítséget kér a team tagjaitól vagy szupervizorától, ha tudását meghaladó feladattal találkozik.”<sup>134</sup>

Zárásképpen kijelenthetjük, hogy a sikeresen működő kórházi lelkigondozás magába foglalja a szakmai tájékozottságot, de nemcsak a lelkigondozás terén. Szükséges, hogy a lelkigondozó nyitott legyen az orvostudományok, az egészségügyi intézmények rendszerei felé, hajlandó legyen tájékozódni és fejlődni ezeken a területeken. Csak így képes integrálódni a kórház munkaközösségébe, és csak így tudja lelkigondozói, bioetikai és teológiai szaktudását kamatoztatni az egész intézmény javára.

### **3.2.3. Interdiszciplináris team-ben való együtt dolgozás**

A Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe úgy jellemzi a kórházi lelkigondozót, mint aki a gyógyító team tagja, ezen belül a beteg pszichés és spirituális támogatásáért felelős.<sup>135</sup> Számos szakirodalom hívja fel a figyelmet arra, hogy a beteg kezelése és sokrétű ellátása mögött nem csupán egy orvos áll, hanem egy egész csapat. Ez azzal a holisztikus szemlélettel indokolható, amely az emberre a testi, pszichés, spirituális és szociális összetettségében tekint, így a teljes ember gyógyítása is csak interdiszciplináris módon történhet.<sup>136</sup> A beteg mellett álló interdiszciplináris gyógyító team tagjai lehetnek a következők: az orvos, az nővér, az ápoló, a szociális munkás, a pszichológus, a kórházi lelkigondozó, a kórház lelkész, a mentálhigiénés szakember. A team tagjainak feladatköréről és a köztük megvalósuló együttműködésről a kórházi lelkigondozás szakterülete rengeteget tanulhat a hospice ellátással foglalkozó kutatásokból és tanulmányokból.<sup>137</sup>

Ferenczi Enikő, Debrecenyi István nyomán, hangsúlyozza, hogy a kórházi lelkigondozói szolgálatot végző személynek képesnek kell lennie konstruktívan együttműködni más egészségügyi

---

<sup>134</sup> Sz. n.: *Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe*, A klinikai lelkigondozás módszere c. alfejezet.

<sup>135</sup> Sz. n.: *Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe*, 1.2. A klinikai lelkigondozás célja c. alfejezet.

<sup>136</sup> FERENCZI: *A teológia*, 29.

<sup>137</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 54-55.

dolgozókkal.<sup>138</sup> Le'on van Ommen a kórházi lelkigondozói munkát úgy jellemzi, mint ami inkább interdiszciplináris és kooperatív, mint plébániai és kompetitív.<sup>139</sup>

Az előző fejezetben a kórházi lelkigondozó széleskörű szakmai tájékozottságáról beszélünk. Ez az, ami lehetővé teszi az interdiszciplináris team tagjainak együttműködését. Ferenczi Enikő a pasztorálpszichológiáról úgy ír, mint a kórházi lelkigondozás egy lehetséges eszközéről, mely „arra törekszik, hogy közvetítő szerepet vigyen a pszichológia, medicina és a teológia, lelkigondozás között, olyan nyelven fogalmazva meg tudományos felismeréseit, amelyet a különböző tudományterület képviselői egyaránt értenek, és a gyakorlatban, a gyógyító folyamatban használni is képesek.”<sup>140</sup> Az interdiszciplináris teamben való munkát a fentiek fényében segíti a kórházi lelkigondozó pasztorálpszichológiai szaktudása.

A kórházi lelkigondozás és más tudományterületek közötti interdiszciplináris szakmai dialógusnak fontos szerepe van a kórházi lelkigondozás szakterületének fejlődésében,<sup>141</sup> emiatt több aktuális kutatás foglalkozik a gyógyító teamben való együttműködés kérdésével.

#### **2.1.4. Szupervízióban való részvétel**

A csapatban való együtt dolgozás nemcsak a különböző szakterületeken dolgozókat érinti. A kórházi lelkigondozó számára a saját szakmai közösségével való kapcsolattartás és a gyümölcsöző együttműködés legalább annyira nélkülözhetetlen, mint az egészségügyi dolgozókkal.

Azokban az intézményekben, ahol a kórház maga igényli a spirituális kísérés jelenlétét, általában nem egyetlen kórházi lelkigondozót alkalmaznak, hanem külön lelkigondozói team van, ezek a munkacsoportok gyakran interkulturálisak és vallásköziek.<sup>142</sup>

Mint a segítőszakmában dolgozóknál általában véve, itt is hangsúlyos szerep jut a szakmai kontrollnak és a szupervíziónak. A folyamatos szakmai kontroll és támogatás elengedhetetlen. A lelkigondozónak is kell, hogy legyen lelkigondozója.<sup>143</sup> „Neki aztán különösen is fontos! Ez az a szolgálat, amelyet magányosan nem lehet végezni a kiégés, a kifáradás veszélye nélkül. Ezért vigyáznunk kell egymásra! Valljuk, hogy emberileg és szakmailag is felelősek vagyunk

---

<sup>138</sup> FERENCZI: A teológia, 29.

<sup>139</sup> OMMEN: Spiritual care, 45.

<sup>140</sup> FERENCZI: A teológia, 28.

<sup>141</sup> TÉSENYI: A kórházi lelkigondozás, 66.

<sup>142</sup> WEIB: *Lelkigondozás – Szupervízió – Pasztorálpszichológia*, 152.

<sup>143</sup> FERENCZI: A teológia, 28.

egymásért. Ügyelnünk kell arra, hogy biztosítva legyen szolgálatunk szakmai kontrollja (egyéni és csoportos szupervízió), képzések, továbbképzések folyamatossága, az esetmegbeszélések rendszeressége, hogy emberileg és szakmailag közülünk senki ne magányosodjon el.”<sup>144</sup>

A szupervízió az elméleti tudás gyakorlatba ültetését támogató módszer. Thomas Klink a klinkai lelkipozítóképzés kapcsán így ír a szupervízió hatásáról: „A szupervízió (vagy pasztorális szupervízió) mint kiképzési módszer olyan személyes változást kíván elérni, amelynek alapján sikerül a gyakorlati cselekvésbe integrálni a magunkról alkotott képet, a fontos elméleteket, a konkrét ismereteket és a foglalkozással kapcsolatos képességeket.”<sup>145</sup>

A szupervízó lényeges, mert az a célja, hogy a kórházi lelkipozítónak kialakuljon a saját, személyes lelkipozítói identitása.<sup>146</sup> Ez az identitás a munkaeszköze a kórházi lelkipozítónak, ugyanakkor a szakmai motivációjáért, elhivatottságáért is felelős.

### **3.6. A kórházi lelkipozítás módszere**

A kórházi lelkipozítás módszertanában elkülönítjük az alapvető és a kiegészítő elemeket. A lelkipozítás alapvető módszeréhez tartozik a rogersi személyközpontú segítő beszélgetés.<sup>147</sup> Ugyanakkor rengeteg kiegészítő módszer van, amelyeket különböző eseteknél alkalmazhatnak a kórházi lelkipozítók. A kórházi lelkipozítók eszköztára folyamatosan bővül a kutatásoknak és az egyéni alkalmazásoknak köszönhetően, ezért óriási munka a teljes módszertani paletta feltérképezése.

Fejezetünkben az alapvető módszert, a személyközpontú segítő beszélgetés kórházi lelkipozításban való alkalmazásának irányelveit ismertetjük röviden, mindezt a Carl Rogers-féle személyközpontúság fényében. Majd a módszertanhoz is fűződő másik fontos tényezőt, a kórházi lelkipozításban kialakuló segítőkapcsolatot vizsgáljuk meg a baumgartneri pasztorálpszichológia és az Eammausz-modell megvilágításában.

Az utolsó alfejezetben egy saját vizsgálódást olvashatnak a logoterápia eszköztárában leírt *szereket retorikájának* kiegészítő módszerként való alkalmazási lehetőségeiről a kórházi lelkipozításban.

---

<sup>144</sup> DEBRECENYI – TÓTH: *Életesemények*, 33.

<sup>145</sup> KRUIJNE: *A klinikai lelkipozító-képzés*, 173. 165.

<sup>146</sup> KRUIJNE: *A klinikai lelkipozító-képzés*, 166.

<sup>147</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítás*, 40.

### 3.6.1. Kórházi lelkipozói segítőbeszélgetés

Az alábbi fejezetben a lelkipozói segítőbeszélgetés kórházban történő alkalmazásának sajátos aspektusait ismertetjük. Mivel a lelkipozózással foglakozó szakirodalom sokrétűen foglakozik a rogersi személyközpontú segítő beszélgetés lelkipozózássba való integrálásával, ezért itt nem erre fektetjük a hangsúlyt. A fejezet fő kérdésfelvetése: Milyen hangsúlyok jellemzik a kórházi lelkipozói segítőbeszélgetést?

Carl R. Rogers munkásságához kötődik a személyközpontú elmélet, erre alapszik a nondirektív szemlélet, melynek célja a személyes növekedése a segítőbeszélgetést kérőknek, ezt a segítőkapcsolat teszi lehetővé, és az, hogy a terapeuta attitűdjével katalizálja a páciens tisztánlátását és a megoldások keresését. A Rogers által feltárt attitűd fő jellemzői a feltétel nélküli elfogadás, az empátia, a hitelesség.<sup>148</sup> Ezek bevonása a kórházi lelkipozói beszélgetésbe meglehetősen hatékony, hiszen segíthetik a kórházi betegeket az önmaguk elfogadására és mélyebb megismerésére, a kórházi élmények valódi átélését és feldolgozását is lehetővé teszik. Az imént feltüntetett rogersi irányelvek gyakran jelen vannak a kórházi lelkipozózássban megvalósuló segítőbeszélgetésekben. Ahogyan az alábbiakban is látni fogjuk, ezek az alapjai sok módszertani megfontolásnak is.

A Klinikai Lelkipozók Ökumenikus Egyesülete által kidolgozott etikai kódex a kórházi lelkipozózás módszerének kapcsán a következő rogersi alapokra visszavezethető szempontokat emeli ki:<sup>149</sup> A módszernek mindig elsősorban lelkipozózt-centrikusnak kell lenni, ez magával vonja az empátiával való közeledést, illetve azt, hogy a lelkipozózt mindig holisztikusan tekint, figyelembe véve annak testi-lelki-szociális-spirituális egységét.<sup>150</sup> Másodsorban ajánlják a non direktív módszer használatát, amely elősegíti a beteg emberi méltóságának és döntéseinek tiszteletben tartását. A nondirektivitás elvének érvényesülése a lelkipozói beszélgetésben lehetővé teszi, hogy elkerüljük a moralizálást, az ítéletmondást, a térítő attitűdöt, a dogmatizálást és más hasonló hibákat.<sup>151</sup> A nondirektivitás alkalmazásának ugyanakkor határai is vannak: pl. krízis esetén. Harmadsorban hangsúlyozzák, hogy a lelkipozó módszere interdiszciplináris,

---

<sup>148</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipozózás*, 40-43.

<sup>149</sup> Sz. n.: *Klinikai Lelkipozók Etikai Kódexe*, 1.3. A klinikai lelkipozózás módszere c. alfejezet.

<sup>150</sup> FERENCZI: *A teológia*, 28.

<sup>151</sup> FERENCZI: *A teológia*, 28.



látásmódja ne szűküljön le egyetlen tudományágra. Tehát az új módszerek bevonása és fejlesztése a kórházi lelkipozó beszélgetésbe ajánlott.

Az intervenciós segítő beszélgetésben a lelkipozó legfőbb eszköze a személye és a jelenléte, itt értékessé válik két másik rogersi elv is: az aktív hallgatás és az lelkipozott érzelmeinek értő visszatükrözése.<sup>152</sup> Az aktív hallgatás a kórházi lelkipozónak lényeges munkaeszköze, a figyelme nem kerüli el a lelkipozott által ki nem mondott tartalmakat és érzelmeiket.

### 3.6.2. A lelkipozói kapcsolat és az Emmausz-modell

Fejezetünkben többször esett szó a lelkipozó és a lelkipozott kapcsolatának fontosságáról. Bár e téren Carl Rogers munkásságának is sokat köszönhetünk, az alábbiakban mégis egy, a pasztorálpszichológiában elterjedt modell alapján szeretnénk ezt vizsgálni.

A kórházi lelkipozó és a lelkipozott közti kapcsolat fő jellemzői a következők: 1. Aszimmetrikus kapcsolat, mivel a lelkipozó mint segítő vesz részt, saját gondolataiból úgy és annyit oszt meg, ami a páciens javára válik. 2. Nem hosszútávú kapcsolat, hiszen legtöbb esetben a beteg kórházi tartózkodásának idejére korlátozódik, de a tanácsadói alkalmak számának ettől függetlenül is van egy behatárolható száma. 3. Harmadik tulajdonság pedig az, hogy a lelkipozó és a lelkipozott kapcsolata egy, a kapcsolaton kívül eső célra irányul.<sup>153</sup> Ez azt jelenti, hogy a segítőkapcsolat nem önmagáért való, hanem a lelkipozott spirituális szükségleteire irányul.

A kórházi lelkipozó és a lelkipozott közti kapcsolat természetét leginkább az Emmausz-modell alapján érthetjük meg. A megközelítés Isidor Baumgartnertől származik, erre épül a *Pasztorálpszichológia* című átfogó műve.<sup>154</sup> „Isidor Baumgartner szerint az úgynevezett Emmausz-modell felfogásában »a lelkipozói kísérés ott kezdődik, ahol az emberek *útközben* vannak«, ahol szenvednek az élettől. A lelkipozó feladata az, hogy melléjük álljon és velük tartson ezen az úton.”<sup>155</sup> Az Emmausz-modell szerint a lelkipozó úgy csatlakozik a lelkipozotthoz, ahogyan a feltámadt Krisztus csatlakozott a tanítványokhoz az emmauszi úton.

---

<sup>152</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkipozás*, 43.

<sup>153</sup> SMEETS: *Spiritual Care*, 164.

<sup>154</sup> BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*.

<sup>155</sup> CSÁKY-PALLAVICINI Zsófia: A gyermek fejlődése a lelkipozás szempontjából, *Embterárs* 2012/1, 9; BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*, 147.

A Baumgartner által feltárt gyógyító lelkigondozás során nem csak a lelkigondozó és a lelkigondozott kerül egymással kapcsolatba, hanem Isten is kapcsolatba lép velük. A szerző így fogalmaz:

„Akkor viszont a *gyógyító lelkigondozás* azt jelenti, hogy egészségesekkel és betegekkel úgy kell együtt lenni, hogy (a lelkigondozót is beleértve) megtanulják az Isten kegyelmében véges emberi lényként elfogadni magukat, leküzdhetetlen hibáikkal és erre árnyoldalaikkal együtt. Az emberi létnek ez a bátorítása sokféleképpen megvalósulhat: segítő beszélgetés, együttérző meghallgatás, az Istenről szóló történetek elbeszélése, közös ima, áldás, a szentségek megünneplése, istentisztelet formájában. Mindezek olyan folyamatok, amelyek során az emberek Isten gyógyító erejével kerülnek kapcsolatba. Végül is egyedül ez az erő teheti őket képessé arra, hogy önmagukra és a világ egészére igent mondjanak. Mivel az ember testi-lelki-szellemi egész, elvárható, hogy az emberi léttel való hit általi megbékélésből jó adag életkedv és életerő fakad a testi és a lelki betegségek legyőzéséhez.”<sup>156</sup>

A Baumgartner-i „úton levés” és „kísérés”, mind megfelelő kifejezése annak, ami a lelkigondozói beszélgetés során történik, amikor a lelkigondozó hozzászegődik, mint útitárs a beteghez, az ápolójához, a hozzátartozóhoz, az orvoshoz. Bakó Csongor rámutat, hogy hogyan alkalmazható az Emmausz-modell a kórházi lelkigondozásban, a szerző daganatos betegek lelkigondozásában használja ezt a modell-t a Frankl-i exodus-moddal összekapcsolva.<sup>157</sup>

Az emmauszi történetet nem csak Baumgartner kapcsolja össze a lelkigondozással. Johann Samuel Büttner, már egy évszázaddal ezelőtt arról ír, hogy a kórházi lelkigondozói beszélgetésbe Isten szava úgy lehet jelen a lelkigondozó által, ahogyan azt az emmauszi történetben tapasztaljuk: egyszerű és természetes módon.<sup>158</sup> Ebben a megvilágításban az Emmausz-modell útmutató az iránt is, hogy hogyan lehet a segítő beszélgetésben megadni a lehetőséget a lelkigondozottnak, hogy megnyíljon a spirituális szinten is.

### **3.6.3. Logoterápiás megközelítés bevonása**

A logoterápia és az egzisztenciaanalízis emberképét és módszereit gyümölcsözően lehet alkalmazni a kórházi lelkigondozásban. Több szerző magyar nyelvterületről is beszámol már a logoterápia alkalmazási lehetőségéről a lelkigondozásban. Sárkány Péter és Vik János a

---

<sup>156</sup> BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*, 51.

<sup>157</sup> BAKÓ Csongor István: *Logoterapeutikus kórházasztoráció*, 5-41.

<sup>158</sup> TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 19. Vö. Hans-Christ PIPER: *Meghívás beszélgetésre. Témák a lelkigondozás területéről*, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Debrecen, 2003, 7-15.

Szociálpedagógia folyóirat szerkesztői előszavában<sup>159</sup> a lelkigondozást a Frankl-i logoterápia és egzisztenciaanalízis bevett alkalmazási lehetőségei közé sorolja.<sup>160</sup>

Feltehetően, számos kórházi lelkigondozó már használja a Viktor E. Frankl és Elisabeth Lukas által feltárt módszereket, még ha nem is tudatosan, hiszen a lelkigondozói beszélgetés nem áll távol a logoterápia beszélgetésformájától.

Bakó Csongor doktori tézisében behatóan foglalkozik a kórházi lelkigondozás és logoterápia kapcsolatával. A logoterápiás módszerek bevonása kapcsán a következő megállapításra jut:

„Mindent egybevetve tehát a pasztorális tanácsadásban logoterápiás módszereket alkalmazó lelkigondozó pap feladata nem más, mint bábáskodva segíteni.”<sup>161</sup>

Hipotéziseink tehát a következők: 1. A logoterápia módszereinek alkalmazása a kórházi lelkigondozói segítőbeszélgetésben hatékonyan alkalmazható. 2. A logoterápiás módszerek bevonása már intuitívan is megtörténhet a lelkigondozó által, amiatt, hogy a két beszélgetési forma közel áll egymáshoz. Annak érdekében, hogy ezek igazságértékét megvizsgáljuk, részletesebben szemügyre vesszük Elisabeth Lukas *A logoterápia tankönyve* című művének *Gondolatok a szeretet retorikájához* című alfejezetét.<sup>162</sup>

A szerző itt négy beszélgetésstílus-elemet ismertet, melyekről azt állítja, hogy a logoterápia emberképébe gyökereznek és teljesen összeegyeztethetők a logoterápia céljával.<sup>163</sup> Ugyanakkor Lukas azt is megállapítja, hogy ezek a stíluselemek jelen vannak a sikeres emberközi kommunikációkban, tehát nemcsak terápiás beszélgetéseken használják. Amiatt nevezi a szerző a négy elemet „a szeretet retorikájának”, mert a szeretetteljes kommunikációnak ismertetőjegyei, ahol ezek felbukkannak, ott gyógyító erővel bírnak.<sup>164</sup>

### **3.6.3.1. A személyt felértékelni**

Carl Rogers munkásságának köszönhetően vált elismertté a tiszteletteljes bánásmód fontossága a (lelki) beteg ember felé. A tiszteletteljes bánásmód a hozzánk forduló személy

---

<sup>159</sup> SÁRKÁNY Péter – VIK János: Szerkesztői előszó, in: *Szociálpedagógia*, 2014/3–4, 3-4.

<sup>160</sup> SÁRKÁNY – VIK: Szerkesztői előszó, 3.

<sup>161</sup> BAKÓ Csongor István: Logoterapeutikus kórházpasztoráció pszichoonkológiai kontextusban, Doktori tézis, Babeş–Bolyai Tudományegyetem, Református Teológia Kar, Kolozsvár, 2013, 113.

<sup>162</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 75-89.

<sup>163</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 77.

<sup>164</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 78.

panaszainak türelmes meghallgatását jelenti, valamint a személy énjét erősítő belátásokra való összpontosítást és a barátságos visszakérdezést.<sup>165</sup> Láthatjuk, hogy ezek milyen különös hangsúlyt érdemelnek a kórházi lelkipozás gyakorlata közben, amikor rengeteg beteg elsősorban a fizikai állapotával és a körülményekkel kapcsolatos panaszairól tud beszélni. A lelkipozó állandóan fáradozik azon, hogy visszatükrözze azokat a belátásokat, amelyek erősítően hatnak a beteg ember énjére, aki viszont gyakorta azt érzi, hogy nem jó már semmire, csak mások terhére van.

Frankl azonban nem áll meg a rogersi alapelvénél – tudniillik a tiszteletteljes bánásmódnál a másik személy iránt – hanem szükségét látja folyamatosan felhívni a figyelmet a páciens ép személyiségmagjára, a szabad térre, ahol azok a képességei vannak, amelyekre a betegség nincs hatással. Logoterápiailag a személy felértékelése két szempontot jelent: Egyrészt szembesítjük őt a saját jó oldalaival, amelyek a jelenben, itt és most, tapasztalhatók. Másrészt rávilágítunk a jövőbeni „kedvező kiteljesedési lehetőségeire”<sup>166</sup>

A kórházi lelkipozás gyakorlatában nemegyszer tapasztaljuk, hogy a kórházi betegeket mennyire leköti a betegségük, jelen fizikai és pszichés szenvedéseik, a beteg státuszba való jutásuk okozta negatív érzéseik. A lelkipozó biztosítja a hozzá fordulót, hogy ő benne nem csak egy betegséget, egy esetet lát, hanem az illető személyét, látja annak szabad cselekvési tereit, hogy a betegsége ellenére, képes kapcsolatba lépni másokkal, képes például a gyógyulása érdekében tenni. Nemegyszer a lelkipozó emlékezteti a beteget arról, hogy kórházi tartózkodása nem végleges, hanem átmeneti, buzdítja, hogy vegye számításba jövőbeli lehetőségeit.

Mindez mögött az a felismerés áll, amelyet reményeink szerint gyakran tapasztalnak a kórházi lelkipozók: „hogyan minden páciens *több*, mint a zavarai, *több*, mint a betegsége és sokkal *több* mint múltja árnyékainak összessége, akkor bátran hivatkozhatunk erre a *többre*.”<sup>167</sup>

### **3.6.3.2. Hozzájárulni a tisztánlátáshoz**

A szenvedés egyes esetekben tisztánlátóvá teszi az embert, más esetben pedig beszűkíti a szenvedőt, a negatív érzelmek úrrá lesznek rajta és borúlátóvá válik, azaz tévesen sötét képe alakul ki a valóságról. A logoterápia feladatákként ismeri fel a páciens tisztánlátásának fejlesztését, hogy valódi belátás és gyarapodás történhessen. A tisztánlátás segítésére Lukás a következő

---

<sup>165</sup> LUKÁS: *A logoterápia tankönyve*, 78.

<sup>166</sup> LUKÁS: *A logoterápia tankönyve*, 78-79.

<sup>167</sup> LUKÁS: *A logoterápia tankönyve*, 80.

lehetőségeket hozza fel: 1. az elhamarkodott magyarázatok megfékezése, például azáltal, hogy visszakérdezzünk; 2. az ellentmondásokra való rávilágítás; 3. buzdítása a páciensnek, hogy mondjon le a rejtett gyanúsítgatásokról.<sup>168</sup>

A szerző kiemeli azt a terápiás üzenetet, amikor a terapeuta úgy fordul a pácienshez, hogy „Segíts, hogy megértselek.” Ez a fajta jóindulatú érdeklődés jelen van a kórházi lelkigondozóban is, aki őszinte odafordulásával segíti a lelkigondozottat arra, hogy nézzen rá helyzetére, vetkőzze le például az áldozat szerep téves nézőpontját és valódi belátásra jusson. A beteg tisztánlátásra való segítése fontos, amikor a terápiás lehetőségei felől kell döntést hozzon, vagy amikor a saját felelősségét kell felismernie a felépülés folyamatában, pl. egy káros életmód feladásában. Hasonlóan szükségeszerű a társas kapcsolataiban felmerülő problémák kezelésekor. A tisztánlátás kérdése jelen van akkor is, amikor a lelkigondozó egy egészségügyi dolgozót kísér, például az orvost vagy az ápolót, számukra kulcsfontosságú mindez a munkájuk végzéséhez és lelki egyensúlyuk miatt.

### 3.6.3.3. *Alternatívákkal játszani*<sup>169</sup>

Elisabeth Lukas egy esettanulmányon keresztül mutatja be, hogy mit jelent az alternatívákkal játszani: a személy szabad terében a konkrét és lehetséges viszonyulások, cselekvések számbavétele egy bizonyos élethelyzetben.

A beteg ember nemegyszer kilátástalannak látja a helyzetét, vagy csak egyféleképpen tud viszonyulni az állapotához, vagy az őt körülvevő szituációkhoz. A lelkigondozásban a lelkigondozó, mint a beteg útítársa, segít képzeletben végig járni a lehetséges útvonalakat, hogy milyen választási lehetőségei vannak. A fantáziájuk bevonása által együtt gyűjtenek ötleteket arról, hogy milyen más cselekvési vagy viszonyulási lehetőségek vannak. Olyan ez, mint egy csillagtúra, ahol mindig visszatérnek a kezdeti helyzethez és onnan kiindulva, akár a humor bevonásával, de felfedezik a lehetséges útvonalak horizontját. Ezáltal a beteg megbizonyosodik arról, hogy igenis van személyes, szabad mozgástere, ahol felelős döntést hozhat, ha egyébről nem is, de arról igen, hogy hogyan viszonyul azokhoz a tényezőkhöz, amelyeket befolyásolni nem tud. Egy kitalált példával szemléltethetjük ezt: A kórházi lelkigondozásban részesülő egyik beteg arról számol be a lelkigondozójának, hogy terhes viszonyban áll közeli családtagjaival, akik rendkívül

---

<sup>168</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 80-82.

<sup>169</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 84-86.

megsértették őt a közelmúltban, ezért nem hajlandó fogadni a látogatására érkező hozzátartozóit. A beteg elmondása szerint „nem tehet másképp” az őt ért sérelmek miatt. A lelkigondozó ez esetben meghívhatja az illetőt arra, hogy gondolják végig, „mi lenne, ha...”. Mi lenne, ha egy ápolótól üzenne a folyosón toporgó családjának, hogy jobban van, de nem szeretne velük találkozni? Mi lenne, ha mégis behívná őket a kórterembe, de továbbra is kimutatná, hogy neheztel rájuk? Mi lenne, ha kimenne a folyosóra, elfogadná a neki szánt virágcsokrot, szólna néhány udvarias szót, majd visszatérne a kórterembe? Mi lenne, ha hajlandó lenne velük találkozni, és eltökéli, hogy meghallgatja őket, amíg kiderül, hogy miért jöttek el hozzá, stb. Ezáltal, a lelkigondozó felhívja a beteg figyelmét, hogy nem is olyan egyértelmű, hogy nem tehet másképp.

#### **3.6.3.4. Az értelmet kipuhatolni<sup>170</sup>**

A negyedik elem összefügg a harmadikkal, ugyanis a szabad térben felmerülő lehetséges opciók közül a pácines azt választja, amelyet a legértelmesebbnek talál, amelyekkel a legszívesebben azonosulna. A szerző azt állítja, hogy a logoterapeuta feladata, hogy a páciens kapcsolatba hozza a saját belső hangjával. A lelkigondozói fogalomtárban ezt úgy neveznék, hogy a beteg segítése, hogy azt az utat válassza, amelyet a lelkiismerete a legtöbbre tart. Fontos, hogy ezt az értelmet nem a lelkigondozó találja ki, se nem a lelkigondozott, ez az értelem adott, ők csak a beszélgetés során felismerik és a lelkigondozó megerősíti a legértelmesebb lehetőség választásának szándékát.

Az előző példánál maradva, a lehetséges magatartások palettáján a beteg találhat olyant, amelyre eddig nem gondolt, mégis megfelelőbbnek véli, mint korábbi viszonyulását. A kórházi lelkigondozó feladta, hogy kérdéseivel segítse a megvalósítandó értelem felismerését. Lukás leírja, hogy a kinyomozott értelem, úgy jelenik meg a személy számára, mint egy feladat, amely megszólítja az illetőt és amelyet csak ő tud megtenni.<sup>171</sup>

Láthatjuk, hogy a szeretet retorikájaként azonosított négy stíluselem, mennyire illik a kórházi lelkigondozás kontextusához. A lelkigondozók intuitív módon is beépíthetik ezeket az elemeket a lelkigondozói beszélgetésbe, ami nem más, mint szeretetteljes kommunikáció.

---

<sup>170</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 86-88.

<sup>171</sup> LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 187.



## **4. Hogyan működik a kórházi lelkipozás a Gyulafehérvári Főegyházmegeében?**

### **4.1. A gyakorlati kutatás célja és a kutatási kérdések**

A dolgozat elméleti részében áttekintettük azokat a főbb elméleti kérdéseket, amelyek nagy mértékben kihatnak arra, hogy a kórházi lelkipozás hogyan valósul meg a gyakorlatban. A disszertáció kérdésfelvetései közé tartozik, hogy megvizsgáljuk: hogyan működik jelenleg és milyen irányba fejlődhet tovább a kórházi lelkipozói tevékenység a Gyulafehérvári Római Katolikus Főegyházmege területén.

A gyakorlati kutatás célja, hogy a kórházi lelkipozás helyi és jelenlegi gyakorlatába betekintést nyerjünk, feltérképezzük a sajátosságokat, problémakörét, fejlődési lehetőségeit. Célunk négy témakörrel foglalkozni:

1. a helyi kórházi lelkipozói munka sajátosságai
2. a kórházi lelkipozó helyzete az egészségügyi intézményben
3. kihívások, akadályok, nehézségek a kórházi lelkipozás helyi gyakorlatában
4. a kórházi lelkipozás jövője és fejlődési lehetőségek

Láthatjuk, hogy a gyakorlati kutatás témái kapcsolódnak az elméleti kutatáséhoz, mert az elméleti kutatásból kikövetkeztett főbb kérdéskörök jelennek meg itt is. A négy témához, négy átfogó kutatási kérdés kapcsolódik. A kérdésekre adott válasz-hipotéziseket az elméleti kutatás alapozza meg illetve az eddigi tapasztalataink. Ezeket az alábbiakban vázoljuk:

#### **1. A régiókban működő kórházi lelkipozásnak melyek a sajátosságai, sajátos feladatai?**

Hipotézis: A lelkipozók pont-szerűen vannak jelen, egy-egy – a lelkipozásra nyitott – kórházban. A lelkipozók főképp teológiai képesítéssel rendelkeznek, bár az egyház által ismerik fel hívatásukat, munkájukban mégis távolabb kerülnek a helyi egyház életétől és elköteleződnek az adott kórház iránt is. Legfőbb sajátos feladatuk, hogy személyes lelkipozói beszélgetést nyújtsanak a hozzáférőknek, akik feltehetően többségében a páciensek, kisebb számban egészségügyi alkalmazottak és hozzátartozók. A régió kórházi lelkipozóinak sajátos feladatai nem egységesek, mert részben a saját



szerepvállalásaiktól függenek. Ez azzal magyarázható, hogy a köztudatban és a régió egészségügyi intézményeiben kevésbé körvonalazott a kórházi lelkipozás feladatköre.

## **2. Mi a kórházi lelkipozás helyzete a régiók egészségügyi intézményeiben?**

Hipotézis: A kórházi lelkipozás egy idegen elem az egészségügyi intézményben, amelynek elfogadottsága nagyrészt a kórházi lelkipozó személyétől és munkásságának tapasztalható eredményeitől függ.

## **3. Milyen akadályokba ütközik hazánkban a kórházi lelkipozás?**

Hipotézis: Különböző akadályokba ütközik a kórházi lelkipozói munka, mely főként abból fakad, hogy a kórházi lelkipozás gyakorlata kevésbé elterjedt és bevett a régiókban (pl. a kórházi lelkipozói státusz hiánya, a támogató szakmai csoport hiánya, körülmények hiánya). További akadályok merülhetnek fel a romániai egészségügyi rendszer sajátosságaiból kifolyólag.

## **4. A régiókban gyakorló kórházi lelkipozók milyen fejlődési lehetőségeket ismernek fel a szakterület szempontjából?**

Hipotézis: A felismert lehetőségek egyrészt a lelkipozói szolgálat intézményesülése irányába mutatnak. Másrészt a kórházi és egészségügyi struktúrák, és az intézményi kultúra fejlesztését vázolják olyan irányba, amely megegyezik a kórházi lelkipozás irányelveivel.

A gyakorlati kutatásunk célja, hogy ezekre a főbb kérdéskörökre választ adhassunk. Ezáltal a felállított hipotéziseink igazságértékét tesztelni tudjuk, illetve árnyaljuk oly módon, hogy a valósághoz közelebb álljanak.

Jelen tudományos munka akkor válik relevánssá, ha nemcsak a kérdésfelvetésekben kapcsolódunk az elméleti kutatás eredményeihez, hanem a gyakorlati kutatás eredményeire is reflektálunk az elmélet fényében. Emiatt az interjú elemzések után az eredmények összefoglalásakor figyelmet szentelünk a gyakorlati és az elméleti kutatás közötti összefüggések felderítésére.

### **4.2. A gyakorlati kutatás módszertana és menete**

A kutatás módszertanának kidolgozásához két elméleti útmutatóra alapoztunk. Elsősorban Dr. Majoros Pál *A Kutatásmódszertan Alpjai* című munkájára támaszkodunk,<sup>172</sup> amely főként a társadalomtudomány területén történő kutatással foglalkozik. Mivel a kórházi lelkipozás egy interdiszciplináris terület és érintkezésben áll az orvostudománnyal és az egészségügygel, ezért felhasználtuk Prof. Dr. Boncz Imre a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Karának tanára által szerkesztett átfogó munkát, ahol főként az orvostudományi kutatómódszertani alapismereteket tárgyalják.<sup>173</sup>

Az előző fejezetünkből kitűnik, hogy a gyakorlati kutatás kérdésfelvetése problémafeltáró jellegű, és a Főegyházmegye területén dolgozó kórházi lelkipozók meglátásaira vagyunk kíváncsiak. Emiatt célszerűbb volt kvalitatív kutatást végezni, hiszen ez a módszer a kutatott jelenség minőségi megismerésére, vélemények összegyűjtésére alkalmas. Dr. Boncz Imre így fogalmaz a kvalitatív kutatások kapcsán: „Ezek a vizsgálatok a kutatott terület részletes, kimerítő feltárását végzik el, általában kis mintát alkalmaznak, melyekben nem cél a reprezentativitás. A kvalitatív technikával készített vizsgálatokban az interaktivitás, az induktív megközelítés, a rugalmasság és a reflexivitás a jellemző.”<sup>174</sup>

A fentiek fényében az adatgyűjtést a féltstrukturált interjúk által valósítottuk meg. Az interjú megtervezése hosszabb folyamatot igényelt. Olyan kérdéssor összeállítására törekedtünk, amely mind a négy kutatási témakört érinti és teret hagy az interjúalanyok személyes meglátásainak és tapasztalatainak behozására is. Mindegyik – fent ismertetett – témakörhöz 1-3 kérdés fogalmazódott meg. Az előkészítő munka végeredményeként az alábbi kérdéssor született.

### **Interjú kérdések**

#### **A. a kórházi lelkipozói munka sajátosságai:**

1. Ez egy nem szokványos foglalkozás a régióinkban. Hogyan vált ön kórházi lelkipozóvá?  
(Milyen szakképesítéssel rendelkezik? Jelenleg az egyház vagy a kórház a munkaadója?)
2. Miből áll egy munkanapja, milyen sajátos feladatai vannak a kórházban?
3. Ha jól értem ideje nagy részét személyes kísérésre, lelkipozói beszélgetésekre fordítja.  
Hogyan zajlanak a lelkipozói beszélgetések? Hogyan van ön jelen a beszélgetésben?

---

<sup>172</sup> Dr. MAJOROS Pál: *A kutatómódszertan alapjai*. Tanácsok, tippek, trükkök (nemcsak szakdolgozat-íróknak). Perfekt Kiadó, h. n., 2011.

<sup>173</sup> BONCZ Imre: *Kutatómódszertani Alapismeretek*, k. n. Pécs, 2015.

<sup>174</sup> BONCZ: *Kutatómódszertani*, 25.

### **B. a kórházi lelkigondozó helyzete az egészségügyi intézményben**

4. Lelkigondozóként valami olyasmit képvisel, ami nem teljesen része a jelenlegi egészségügyi ellátásnak, ugyanakkor munkahelyén elszakad az egyházi környezettől is. Hogyan látja mennyire elfogadott ebben az intézményben a kórházi lelkigondozás? (Tapasztalt változást az egészségügyi dolgozók, az intézmény vezetőségének, vagy a betegek viszonyulásában, amióta gyakorolja munkáját?)
5. Mi jellemzi viszonyát a munkatársaival, az egészségügyi dolgozókkal? Kivel tud együttműködni az egészségügyi intézményben? (Milyen témákban fordulnak önhöz, mint lelkigondozóhoz? Van kapcsolata a vezetőséggel?)

### **C. kihívások akadályok**

6. Mi jelent kihívást a munkavégzése során? Milyen akadályokat tapasztal, amelyek megnehezítik a kórházban folyó lelkigondozói munkáját?

### **D. jövő, fejlődési lehetőségek**

7. Mi lenne a megoldás a felmerülő nehézségekre? Milyen fejlődési lehetőségeket lát a kórházi lelkigondozás számára ebben az intézményben?
8. Ön szerint milyen az ideális egészségügyi ellátás vagy az ideális kórház? Hogyan van jelen ebben a vízióban a kórházi lelkigondozás?

Mivel a félstruktúrált interjú és a kvalitatív módszer szerinti adatgyűjtés lehetővé teszi a rugalmasabb munkafolyamatot,<sup>175</sup> az interjúzás során nem feltétlenül ebben a sorrendben történt a kérdezés, a zárójelben feltüntetett részkerdesek is változtak esetenként, illetve néhány új kérdés is megjelent a válaszok tartalmából adódóan. Az előkészítés során olyan pragmatikus szempontoknak is igyekeztünk eleget tenni a kérdések számát illetően, hogy az interjú ideje lehetőleg ne vegyen fel több időt 40-60 percnél. A megfontolás mögött egyrészt az interjúalanyok szabadidejének tisztelete és a dolgozat terjedelmi korlátai állnak.

A kutatás kezdeti fázisánál felmerült a kérdés, hogy az interjúalanyok a kórházi lelkigondozásban jártas személyek legyenek-e, egyszersmind különböző felekezetek képviselői. A kórházi lelkigondozás ökumenikus jelenség, és az egyházemgye területén nemcsak katolikus vonalon működik a kórházi lelkigondozás, hanem élen járnak a protestáns egyházak is. Azonban

---

<sup>175</sup> BONCZ: *Kutatásmódszertani*, 25.

a dolgozat terjedelmi korlátai miatt a kutatás során öt interjú készülhet, ezért nem állt módunkban, releváns módon, bevonni más felekezetek kórházi lelkipásztorait.

Az interjúalanyok kiválasztásánál a következő szempontokat vettük figyelembe: 1. A Gyulafehérvári Római Katolikus Főegyházmegye területén tevékenykedjen katolikus hívőként. 2. Lelkipásztorban jártas legyen, akár teológiai képzés által, akár lelkipásztori képzés által. 3. Napi rendszerességgel járjon a kórházakba, ha lehetséges a kórház alkalmazottja legyen. 4. Kórházi lelkipásztori segítőbeszélgetésekben is legyen gyakorlati tapasztalata.

A kutatásba öt interjúalanyt sikerült bevonni, ebből három kifejezetten egyházi szerepkörrel is rendelkezik, amíg két alany foglalkozása szerint egészségügyi dolgozó. A két kórházi asszisztens bevonása amiatt volt indokolt, mert egyetlen egy hivatásos világi kórházi lelkipásztor találtunk aki megfelelt a fenti feltételeknek. Ugyanakkor felfigyeltünk ezekre az egészségügyi dolgozókra, akik lelkipásztori képzésben részesültek és ez a szemlélet jelen van a munkájukban. Az ő munkásságuk is hozzátartozik a régióban működő kórházi lelkipásztor jelenéhez, és az alanyok eleget tettek az interjúalanyok kiválasztási kritériumainak.

Az interjúközlés anonim módon történt, ezért az interjúalanyok jelölésére a következő rövidítéseket használjuk: Kórházlelkész 1 (rövidítése KL1), Kórházlelkész 2 (rövidítése KL2), Kórházi Lelkipásztor (rövidítése LG), Asszisztens 1 (rövidítése A1), Asszisztens 2 (rövidítése A2). Az interjúalanyok négy különböző város kórházaiban tevékenykednek. LG szerzetesnő és ugyanabban a kórházban dolgozik lelkipásztorként mint A1. Az anonimitás megőrzése érdekében az interjúszövegekben szereplő személyek neveit, illetve helységneveket és utcanéveket a görög ábécé betűivel helyettesítettük.

Az interjúbeszélgetés előtt az alanyokkal e-mailben, majd telefonon is felvettük a kapcsolatot. Az interjú témájáról voltak értesítve, illetve a kutatás céljáról. KL2 kifejezett kérésére, egyedülként előre megkapta az interjú kérdéseket, a többi alany az interjú alatt találkozott először a konkrét kérdésekkel. Az interjúzás négy esetben online módon, telekommunikációs eszközök által történt: az alanyokkal videó hívásban találkoztunk, az interjúbeszélgetésről hangfelvétel készült, amelyet gépelt formában rögzítettünk. KL2 esetében pedig lehetséges volt a személyes találkozás, így az interjúzás személyesen történt, egy semleges helyen beszélgettünk és készítettük el a hangfelvételt.

### **4.3. Az interjúk elmezése**

Az interjúk elemzése a MAXQDA szövegelemző szoftverrel történt, melyet kiválóan lehet alkalmazni az interjúk által gyűjtött adatok rendezéséhez. Azonban ez a program, csak a kutatói munka átláthatóságát teszi lehetővé, segít az adatok rendszerezésében, kódolásban és vizuális megjelenítésében. A jelenségek feltárása, az elemzés és a következtetések levonása a kutató feladata maradt.<sup>176</sup> A MAXQDA előnye az, hogy a kvalitatív adatokból kvantitatív eredmények is levonhatók: „A kvalitatív adatok a kódolás folyamán úgy alakulnak kvantitatívvá, hogy az azonos kódok előfordulásának számát, gyakoriságát őrzi a projekt. Ezek az előfordulások egy olyan mátrixba kerülnek, amelyeket aztán az spss-be vagy Excelbe exportálhatunk. A végén a kvantitatív adatokat kvalitatív elemzésnek vetjük alá.”<sup>177</sup>

Az interjúalanyok jelölésére a fenteiekben vázolt betű és számkódokat használtunk. Az interjúk pontos szövegeit a Függelékben<sup>178</sup> találják. Az interjúszövegekre való hivatkozás az interjúalany rövidítése, majd a zárójelbe megadott sorok számai által történik.

A négy fő kód a négy nagy kutatási téma volt, ehhez rendelődnek az alkódok, amelyek a témakörön belüli személyes észrevételeiket tartalmazzák az interjúalanyoknak. Az alkódokba vannak csoportosítva azok a gondolatmenetek és szövegrészletek, amelyek akár több interjúalanynál is előfordultak, vagyis ugyanarról a jelenségről szólnak. A program számon tartja, a kódok előfordulásának gyakoriságát, azaz pontos számát, így az adatok feldolgozásánál egyértelmű, hogy melyik altéma, jelenség szerepelt hangsúlyosan az interjúk során.

Az alábbi összefoglaló táblázatban láthatják, hogy a négy fő témakörhöz, összesen hány kód van rendelve, azaz, hány szövegrészletben olvashatunk az adott kérdésfelvetésről:

Főkódok/ A négy nagy kutatási téma	Kódolt elemek száma	Százalék szerinti eloszlás
lelkigondozás helyzete az egészségügyi intézményben	92	19,29
kihívások, akadályok, nehézségek	134	28,09
a kórházi lelkigondozói munka sajátosságai	139	29,14
jövő, fejlődési lehetőségek	112	23,48

<sup>176</sup> JUHÁSZ Valéria: *A MaxQDA szövegelemző program*. In: A magyar nyelv mint európai világnyelv MANYE XVIII. Magyar Alkalmazott Nyelvészeti Kongresszus, Budapest, 2009.

<sup>177</sup> JUHÁSZ: *A MaxQDA szövegelemző*, 3-4

<sup>178</sup> A Függelék című fejezet ezen tudományos dolgozat 67. oldalától kezdődik és az interjúk szövegeit tartalmazza.

#### **4.4. A gyakorlati kutatás eredményeinek összegzése és szintézise az elméleti kutatással**

A gyakorlati kutatás eredményeinek összegzése úgy a legátláthatóbb, ha ezek alapján adunk választ a négy fő kutatási kérdésre. Ezáltal induktív módon is megválaszoljuk ezeket, az interjúk által begyűjtött adatokból állítunk fel új hipotézist, árnyalva az elsődleges feltevéseket.

##### **1. A régiókban működő kórházi lelkipozásnak melyek a sajátosságai, sajátos feladatai?**

Hipotézis: A lelkipozók pont-szerűen vannak jelen, egy-egy – a lelkipozásra nyitott – kórházban. A lelkipozók főképp teológiai képesítéssel rendelkeznek, bár az egyház által ismerik fel hivatásukat, munkájukban mégis távolabb kerülnek a helyi egyház életétől és elköteleződnek az adott kórház iránt is. Legfőbb sajátos feladatuk, hogy személyes lelkipozói beszélgetést nyújtsanak a hozzájuk fordulóknak, akik feltehetően többségében a páciensek, kisebb számban egészségügyi alkalmazottak és hozzátartozók. A régió kórházi lelkipozóinak sajátos feladatai nem egységesek, mert részben a saját szerepvállalásaiktól függenek. Ez azzal magyarázható, hogy a köztudatban és a régió egészségügyi intézményeiben kevésbé körvonalazott a kórházi lelkipozás feladatköre.

**Induktív hipotézis:** Egyházmegyénkben akutálisan a kórházi lelkipozás pont-szerűen működik. A lelkipozás elsősorban nem főállású kórházi lelkipozókon keresztül valósul meg, hanem a kórházlelkészek szerepvállalásán és a lelkipozásban jártas egészségügyi dolgozókon is. A kórházi lelkipozással foglalkozó szakemberek egy része teológiai képesítéssel is rendelkezik. A kórházi lelkipozók hivatásukat főként az egyház által ismerik fel. A kórházi lelkipozást biztosító egészségügyi dolgozók szempontjából pedig a hivatásfelismerésben lényeges szerepet játszik a saját, személyes hitük és az egészségügyben szerzett tapasztalataik, illetve az egyház holisztikus emberképének ismerete. A régió kórházi lelkipozóinak sajátos feladatai valóban nem egységesek, amiatt is különböznek, mert nem mindenki kórházi lelkipozói szerepkörben tevékenykedik, hanem papként vagy egészségügyi dolgozóként is jelen vannak az intézményekben.

*Magyarázat:*

Az előfeltevés, miszerint „a lelkigondozók pont-szerűen vannak jelen, egy-egy – a lelkigondozásra nyitott – kórházban” alapvetően igaznak bizonyult. Azonban, mint kiderült főállású kórházi lelkigondozó igencsak kevés működik az egyházmegyében. Az interjúk során 9 helyen is említették, a kórházi lelkigondozói munkakör hiányát. Például így beszél erről A2:

„Ilyen szervezet szinten nincsen, én azt látom, hogy arra lenne szükség, hogy bár egy ember, de lehet is, hogy nem elég, még egy ilyen kis kórházban is egy ember, aki ezért lenne alkalmazva, hogy elmenjen és meglátogassa azt a beteget, akit éppen műtenek, aki igazából álmatlan éjszakát vesz le mert, azt mondja holnap műtik és ténleg fontos az, ahogy mondta, jó lenne egy kis egészségügyi rálátás is. Így, hogy szakmai szemmel is látom, az egészségügyi oldalról is a dolgokat és ha a lelkét is egy kicsit fel lehetne tární, akkor az úgy lenne teljesen egyensúlyban, hogy biztatni is lehessen műtét előtt vagy, hogy ez fog történi, vagy az fog történi, vagy ezek a lehetséges komplikációk. Bármiről beszélni, hogy tiszta lappal induljon a beteg, mert igazából az orvosi személyzetnek nincs effektív ideje ezeket elmagyarázni, elmondani és akkor ott van a nyugtalanság, a kétely, félelem.” A2, sorok: 42-52.

Ennek értelmében a helyes állítás így hangzik: Egyházmegyénkben akutálisan a kórházi lelkigondozás pont-szerűen működik. A lelkigondozás elsősorban nem főállású kórházi lelkigondozókon keresztül valósul meg, hanem a kórházlelkészek szerepválallásán és a lelkigondozásban jártas egészségügyi dolgozókon keresztül. Az interjúválaszokból kiderül, hogy nemcsak a kórház nyitottságán múlik a lelkigondozás elterjedése, hanem a szakember hiányon, az önkéntesek hiányán és azon, hogy a helyi egyház számára sem prioritás ez a rétegpasztoráció.

Az elgondolás miszerint a kórházi lelkigondozást biztosító személyek teológiai képesítéssel rendelkeznek, csak részben igaz: elsősorban a kórházlelkészek esetében. A hipotézis megfogalmazásakor nem számoltunk azokkal az egészségügyi dolgozókkal, akiknek lehetőségük van lelkigondozói képzéseken részt venni és ezáltal kapcsolódni a területhez, nem a teológiai tanulmányokon keresztül teszik ezt. Tehát állíthatjuk, hogy a kórházi lelkigondozással foglalkozó szakemberek egy része teológiai képesítéssel is rendelkezik.

A hipotézis azon része, miszerint, az egyház által kerülnek kapcsolatba a kórházi lelkigondozói hivatással, az valós, azonban emellett a személyes hitnek és az emberekkel való munka sajátos tapasztalatának is jelentős szerepe van, a hivatás felismerésében – lásd A1 és A2. Érdekes módon azonban az a nyugati – főleg a Magyarországi szakirodalmakból – ismert jelenség, miszerint a

kórházi lelkigondozással foglalkozó egyházi személyek kiszorulnak az egyházi életből, vagy elizolálódnak az egyházi közösségtől nem tűnt relevánsnak a hazai helyzetben. Ez azzal magyarázható, hogy mind KL1 és KL2 egy városi plébániához is kapcsolódott, itt is vannak lelkészi feladataik, illetve itt laknak. (KL1, sorok: 5-6, KL2, sorok: 54-74, 441-492) LG esetében pedig az egyházhhoz kapcsolja maga a szerzetesi közösség, amelyhez tartozik. Mindemelett megfigyelhető egyfajta elköteleződés a kórház, az egészségügy mellett, amelyhez „odatartoznak”:  
„Muszáj tartozzál, mert ezt valahogy ők is megérik, ha nem vagy közülük való. Muszáj odatartozzál, muszáj kedves legyél, muszáj közvetlen legyél, muszáj rajtad keresztül megtapasztalják azt, hogy a beteggel lehet másféleképpen is beszélni, nyugodtsággal, meghallgatással s nem csak átfutok a betegen.” ( KL1, sorok: 316-319)

Ami a legfőbb sajátos feladatát jelenti a lelkigondozóknak, azt nehezen lehetett kibontani, ugyanis a lelkigondozással foglalkozók egy része papi szolgálatot teljesít főként: szentségek kiszolgáltatása, misecelebrálás stb. Míg a megkérdezettek másik része a kórházban elsősorban egészségügyi dolgozó szerepkörben tevékenykednek. Ennek ellenére a kórházi lelkigondozás sajátos feladatai közül kiemelkedett két szempont: elsősorban a betegek lelki igényeire való odafigyelés, amelyet több mint 40-szer említettek az interjúkban. Olyan igényekről van szó, mint: meghallgatás, jelenlét, szentségekben való részesítés, lelki támasznyújtás, krízisintervenció, vigasz, közvetítés a beteg és az egészségügyi dolgozók között, stb. Ami a lelkigondozói beszélgetést illeti, ez is a sajátos feladatok közé tartozik az interjúalanyok szerint, azonban ehhez is változó igények kapcsolódnak.

A gyakorlati kutatásból kirajzolódó sajátosságai a kórházi lelkigondozásnak nagy mértékben korelálnak az elméleti részben feltártakkal. Láthatjuk, hogy a sajátosságokhoz alárendelődő gyakoribb alkódok az elméleti kutatás kulcsfogalmai is egyszerre: ökumenikus, kísérés, hozzátartozók lelkigondozása stb.

A régió kórházi lelkigondozóinak sajátos feladatai valóban nem egységesek, ez amiatt is különbözik, hogy többen nem csak kórházi lelkigondozói szerepkörben, hanem papként vagy egészségügyi dolgozóként is jelen vannak az intézményben.

## **2. Mi a kórházi lelkigondozás helyzete a régiónk egészségügyi intézményeiben?**



Hipotézis: A kórházi lelkipozítás egy idegen elem az egészségügyi intézményben, amelynek elfogadottsága nagyrészt a kórházi lelkipozító személyétől és munkásságának tapasztalható eredményeitől függ.

**Induktív hipotézis:** A kórházi lelkipozítók személyének és magának a lelkipozításnak a megítélése nem esik egybe. A kórházi lelkipozítók belsőssé válhatnak, az intézmény dolgozóihoz tartoznak, sikeresen kapcsolódnak hozzájuk. A lelkipozítás integrálódása az egészségügyi intézményben nem gördülékeny. A lelkipozító sokszor „útban van”, a szemlélete nem kompatibilis az egészségügyi rendszerrel. Az elfogadást elősegíti, hogy a lelkipozítók, kórházlelkészek hivatalos munkaviszonyban állnak a kórházzal, de az intézmény vezetőségétől gyakrabban tapasztalnak közömbösséget, mint támogatást.

*Magyarázat:*

Külön kell beszélnünk a kórházi lelkipozító személyének elfogadásáról, az intézményen betöltött helyéről, illetve magának a lelkipozításnak a helyéről, státuszáról az egészségügyben.

Az elfogadása a szakterületnek valóban múlik a kórházi lelkipozító személyiségén, és azon, hogy milyen ismerettség, személyes kapcsolatot alakít ki a többi egészségügyi dolgozóval. Ezt tanúsítja LG: „Ilyen szinten elfogadnak, sőt gyakran mondják, hogy ne siessek, nem menjek tovább, maradjak egy kávéra vagy maradjak egy kicsit s akkor elcsevegünk és ez fontosnak találom, mert így látják, így találkoznak velem. Így nem csak a pozíciómmal, amit képviselek azzal találkoznak, hanem az emberrel is, személyemmel is és ilyen szinten elfogadnak.” ( LG, sorok: 241-245). A kórházlelkész, a kórházi lelkipozító tehát valamilyen szinten belsőssé válik, „közéjük tartozik” (lásd: KL1, sorok: 307-313). Az egészségügyi dolgozókkal kialakított személyes kapcsolat rengetegszer előkerült a beszélgetésekben. Számos esetben sikeresen kapcsolódnak, gyakran ez a beteg érdekében történik: „Van olyan orvosom, amelyik felhív és orvos létére jelzi, hogy ezen az osztályon van egy katolikus beteg, gyere látogasd meg mert nem sok van hátra. (KL2, sorok: 328-330)”

Ugyanakkor a lelkipozítás, mint a spirituális igényekre való válasz, korántsem magától értetődő az egészségügyi rendszerben. Ezt támasztja alá, hogy a lelkipozítást végzett asszisztensek egyike sem híreszteli a munkahelyén, hogy ők ilyen téren is képződtek, mintha nem lenne ez a szemlélet teljesen kompatibilis és felvállalható az egészségügyi rendszerben (lásd. A1, sorok 27-28. A2, sorok: 208.)

A lelkigondozás elismert volta az egészségügyi intézmény által megmutatkozik abban, hogy a kórházi lelkigondozók és kórházlelkészek hivatalos munkaviszonyban állnak az intézménnyel. Ezt pozitívumként hangsúlyozták mind a kórházlelkészek mind, a világi kórházi lelkigondozó. Lásd: KL1, sor: 45, KL1, sorok: 157-167, KL2, sorok: 322-325, LG, sorok: 62-65.

Az elméleti szinten való elfogadása a lelkigondozásnak nem esik egybe gyakorlati megvalósulása támogatásával. Gyakran számolnak be az interjúalanyok arról, hogy a munkájuk során az egészségügyi dolgozók „útjában állnak” és fordítva, hogy ők is akadályozva vannak tevékenységükben. Pl. KL2, sorok: 289-306. LG 302-309.

Azt is elmondhatjuk, hogy az egészségügyi intézmény vezetősége általában közömbös a lelkigondozói munka iránt, nem is támogatják és nem is akadályozzák különösebben: A2, sorok:152-156, LG, sorok: 62-65, LG, sorok: 350-353, KL1, sorok:163-165. Ennek ellenére rengeteg helyi kezdeményezés van, amelyeket a kórházi lelkigondozásban jártas munkatársak valósítanak meg, és bevonják az egészségügyi dolgozókat. Örömmel számoltak be ezekről a sikerekről. pl. nagybőjti lelkinap az egészségügyi dolgozóknak (A2, sorok: 112-123), képzés az egészségügyi dolgozóknak, amelyen munkidőben is részt vehetnek, és lelkigondozói szemléletet is tanítanak (LG, 285-403), kolindálás az egészségügyi intézmény vezetőségének (KL2, sorok: 129-139), betegek világnapján előadás tartás (KL2, sorok: 400-407).

Az, hogy tapasztalják-e a kórházi lelkigondozó munkájának eredményét az egészségügyi dolgozók, és hogy ez pozitív hatással bír a szakterület integrálására, arról LG a következőképpen számol be: „Igen, szerintem igen, van aki még szkeptikusan, de szerintem igen, mert ha ezzel jönnek be, hogy jaj de jó, hogy bejöttél, légy szíves menj be a korterembe, mert, hogy délelőtt mi történt és akkor én nem tudom mi történt, de bemegyek és akkor jön a takarítónő és hallja, hogy mi beszélgetünk, ő egy kicsit lassabban dolgozik, hogy kicsit figyelje mit is beszélünk és később megjegyzi, hogy hú egészen másképp beszélt veled a beteg. Igen, miért? Mondja, hogy délelőtt milyen helyzetben volt vagy pedig visszajeleznek, hogy ’hú de jó, hogy ott voltál’ elfogadta, a nem tudom mit, amit én most mondtam neki. Hatunk egymás munkájára.” (LG, sorok: 271-288)

### **3. Milyen akadályokba ütközik hazánkban a kórházi lelkigondozás?**

Hipotézis: Különböző akadályokba ütközik a kórházi lelkigondozói munka, mely főként abból fakad, hogy a kórházi lelkigondozás gyakorlata kevésbé elterjedt és bevett a régiókban. (pl. a

kórházi lelkipozítói státusz hiánya, a támogató szakmai csoport hiánya, körülmények hiánya). További akadályok merülhetnek fel a romániai egészségügyi rendszer sajátosságaiból kifolyólag.

**Induktív hipotézis:** A hazai kórházi lelkipozítás akadályai négy fő csoportba oszthatók: Vannak akadályok, amelyek az ország egészségügyi rendszerének hiányosságaiból fakadnak. Más nehézségek pedig abból, hogy a kórházi lelkipozítás hazánkban kevésbé elterjedt, nincs intézményesült formája. Harmadsorban pedig néhány akadály az egyházi támogatás hiányából adódik. Ezenkívül fény derült néhány olyan kihívásra is, amelyek nem sorolhatók be a fenti kategóriákba.

*Magyarázat:*

Az alábbiakban láthatják a kórházi lelkipozítás hazai működését akadályozó tényezők összefoglaló táblázatát. A táblázat utolsó oszlopában az akadályok említésének gyakorisága található. A táblázat után néhány gyakoribb akadályt részletesebben is feltárunk.

Főbb csoportok:	Az akadályok konkrét megnevezése	előfordulás helyeinek száma
<b>A kórházi lelkipozítás fejletlensége</b>	szupervízió hiánya	1
	betegek megszólításának nehézsége	4
	nincs hely a személyes beszélgetésre	7
	csak szentségek miatt hívják	4
	kórházi lelkipozítói munkakör hiánya	9
	időzítés	5
	saját helység	11
	kevés közös felület az orvosokkal	3
<b>Akadályok a egészségügyi rendszerből fakadóan</b>	orvosok empátia nélkül	3
	Egészségügyi dolgozók számára nem prioritás a spirituális dimenzió	3
	túlterheltség	6
	határok átlépése	1
	adminisztráció	4
	Egészségügyi dolgozók kevésbé nyitottak spirituálisan	7
	egyoldalú emberkép	3
	kiégés	6
	keresni kell a híveket	3
	egészségügyi rendszer hibái	9
	időhiány, megosztott feladatok	11

	paraszolvenca	3
	Egyház útmutatásának hiánya sajátos helyzetekben	2
	Egyház támogatásának hiánya	4
<b>Egyéb akadályok</b>	az ortodoxia kivételezettsége	6
	betegség fizikai akadályok	2
	személyes hit hiánya	2
	kisebbségi lét	2

Az egyik leggyakoribb nehézség, hogy a lelkigondozásnak nincs saját fizikai tere a kórházban. Az intézmény gyakran nem biztosít saját helyiséget a lelkigondozóknak, ahol személyes beszélgetéseket lehet folytatni a lelkigondozást igénylőkkel, vagy sok esetben a miséknek, istentiszteleknek sincs fenntartva egy kápolna. Erről a problémáról olvashatunk az alábbi helyeken: KL2, sorok: 310-318, A1, sorok: 110-112 stb.

Egy másik tényező, ami miatt nehézkesen működik a kórházi lelkigondozás aktuálisan, az, hogy nem jut elég idő a betegekre, a lelkigondozói beszélgetésre, hogy túl kevés ember van alkalmazva ezekre a feladatokra, nincs akivel megosztani a munkát. A kórházlelkészekhez túl sok intézmény tartozik, nem tudja egy ember átfogni egy adott város összes kórházát: KL2, sorok: 144-162, nem beszélve a plébániai feladatokról. A lelkigondozásban jártas egészségügyi alkalmazottaknak pedig kell követniük a szakmai protokolt és a munkaprogramot, emiatt nem jut idő a segítőtbeszélgetésekre: A2, sorok: 38-42.

Az egyéb akadályokhoz tartoznak bizonyos belső, intrinzik okok. Például az, hogy kevés az az egészségügyi dolgozó, aki nyitott a betegek spirituális igényeire, úgy tűnik, hogy ez kivételnek számít:

„Nagyon kevés az az orvos, akivel lehet, mondjam úgy Isten létéről is beszélni, a betegséget azt úgy beszélni meg, hogy ez most éppen egy krízishelyzet, de ennek is megvan a miértje. Szerencsés helyzetben vagyok, mert a fülorrgéész az egyetlen Kézdin, akivel dolgozok, annak a felesége egy paplány, egy református lelkésznek a lánya. Van egy olyan töltöttsége a dolognak, hogy nem Isten nélküli életformát élnek úgyhogy ilyen szempontból azt is érzem, hogy amikor én az egyik, éppen ahhoz a beteghez valahogy úgy szolók, kicsit ilyen lelki megvilágítás is forduljon meg az ő fejében, hogy lehet nem is a torkommal van a baj, hanem a lelkemmel akkor, akkor ő úgy rám hagyja, hogy egy két mondat erejéig én is

úgy érintsem meg a beteget, úgyhogy ilyen szempontból egy két orvos, de nagyon kevés, hogy nyitottak legyenek az orvosok ilyesmire.” (A2, sorok 132-144),

#### 4. A régiókban gyakorló kórházi lelkipozítók milyen fejlődési lehetőségeket ismernek fel a szakterület szempontjából?

Hipotézis: A felismert lehetőségek egyrészt a lelkipozítói szolgálat intézményesülése irányába mutatnak. Másrészt a kórházi és egészségügyi struktúrák, az intézményi kultúra fejlesztését vázolják olyan irányba, amely megegyezik a kórházi lelkipozítás irányelveivel.

**Induktív hipotézis:** A kórházi lelkipozítás fejlődésének lehetőségei három rendszeren keresztül valósulhatnak meg. Egyrészt a szakterület szempontjából nem mellékes a hazai egészségügyi rendszer fejlődése, oly módon, hogy az kedvezzen a kórházi lelkipozítás szemléltetésének. Másrészt magának a kórházi lelkipozításnak a terjedésében rengeteg lehetőséget látnak, a fejlődéshez hozzátartozik az intézményesülés folyamata is. Ugyanakkor a fejlődésben szerepet kell vállalnia az egyháznak is. Az kvalitatív kutatás kimutatta, a legnagyobb fejlődés az egyház és az egészségügyi rendszer együttműködéséből várható, főleg felülről, a két rendszer vezetőségének részéről van szükség előrelépésre.

*Magyarázat:*

Az alábbiakban látható a kórházi lelkipozítás felkutatott fejlődési lehetőségeinek összefoglaló táblázata:

A fejlődés területei	Konkrét fejlődési lehetőségek	Említések száma
<b>Egészségügy fejlődése</b>	hivatástudata az egészségügyi dolgozóknak	3
	paraszolvenca ellehetelenítése	1
	több személyes kapcsolatot kívánnék az egészségügyben,	1
	fiatal orvosok	2
	menálhigiénés központ	1
	hollisztikus szemlélet szerinti gyógyítás	4
	a beteg eligazítása az egészségügyi rendszerben	1
	páciensközpontú Erendszer	4
	egészségügyi tamácsadás	1
<b>Egyház szerepe a fejlődésben</b>	Egyház és kórház együttműködés	9
	egyház támogatása	1
<b>Kórházi lelkipozítás fejlődése</b>	a vallási hovatarozás nyilvántartása	2
	értesíteni a saját hívekről	3
	szuperviziós csoport szervezése	6

nyugati trendek átvétele	4
egészségügyi dolgozók lelkipozozói képzése	5
kórházi alkalmazás	2
lelkipozozás, a betegek és az Eü dolgozók együttműködés	2
hivatalos poszt, munkaköri kód	7
világiak lelkipozozói képzése	3
lelkipozozás az Egészségügyi dolgozóknak	6
munkamegosztás	5
lelkipozozói csapat	5
vezetőség nyitott	4
hozzáférni a betegek nyilvántartásához	1
lelkipozozók egészségügyi szaktudása	1
fejlődés vezetősé által, felülről	7
önkéntesek bevonása	5

Az egészségügy fejlődésének terén a kórházi lelkipozozás komoly lehetőséget lát abban, ha az egészségügyi intézmények a holisztikus szemlélet szerinti gyógyítást tűzik ki célul. Azaz az ember gyógyulása a fizikai pszichés, spirituális diemenziók figyelembevételével történik. Az elméleti kutatásunkból tudjuk, hogy ez kapcsolódik a kórházi lelkipozozás komplex emberképéhez.

A helyi egyház legfontosabb szerepe a régióban működő kórházi lelkipozozás előremozdításában az együttműködés a kórházakkal, egészségügyi intézményekkel. A kórházi lelkipozozással foglalkozók szerint nem elég a saját munkájuk, hivatástudatuk és az a néhány helyi kezdeményezés, amelyet kitartással véghezvisznek. Több interjú alany is arról beszél, hogy felülről, a vezetőség szintjéről van szükség támogatásra a fejlődéshez. Javasolják, hogy az egyházi vezetők párbeszédet folytassanak a kórházak vezetőivel a kórházi lelkipozozás fejlődési lehetőségeiről. A2 interjú alany meglátását olvashatják erről: „Én azt érzem, hogy igazából az egyház részéről várnék egy lépést, ők kellene felkérjék a vezetőséget, hogy nyújtsanak lehetőséget ezekre a dolgokra.” (164-165)

## A kutatás eredményeinek összefoglalása

Kutatásunk első részében a kórházi lelkipozás meghatározását jártuk körül a kapcsolódó fogalmakon keresztül. Tisztáztuk a hangsúlybeli különbségeket a kórházi lelkipozás és a *spiritual care* között. A gyümölcsöző összehasonlításból a kórházi lelkipozás bővülési lehetőségeit térképeztük fel, majd kritikát fogalmaztuk meg a spirituális gondozás modellje iránt.

A második fejezetben a kórházi lelkipozás ismeretelméleti feltételeit kerestük meg. Elsősorban azzal a sajátos emberképpel foglalkoztunk, amely az emberre, annak testi, pszichés és spirituális dimenziójának teljességében tekint. A továbbiakban a beteg ember sajátos spirituális igényeit vizsgáltuk és azt, hogy az erre való válasz szükségességét, hogyan ismerte fel a profán jogalkotás. Arra jutottunk, hogy kórházi lelkipozás és a spirituális gondozás jelenléte az egészségügyi ellátásban nemcsak nyitás a személy spirituális dimenziója felé, hanem egyszersmind a betegek szükségleteinek és civil jogainak figyelembevétele.

A következő nagyobb fejezet a kórházi lelkipozás helykereséséről szól a két rendszer, az egyházi gyakorlat és az egészségügy határán. Arra a következtetésre jutottunk, hogy a határhelyzetben való lét miatt, több terület kevésbé kidolgozott, pl. a minőségbiztosítás, a lelkipozottak adataival való bánásmód. Fény derült arra, hogy a kórházi lelkipozás helyzete az egészségügyi intézményekben nem egységes, ezért számba vettük a különböző kórházi lelkipozói modelleket. Az egyik alfejezetben azokat az egészségügyi menedzsmenttel kapcsolatos megfontolásokat térképeztük fel, amelyek alátámasztják, hogy miért érdemes egy kórháznak lelkipozókat alkalmaznia.

A kutatás utolsó részében a kórházi lelkipozás sajátosságait vizsgáltuk. A vizsgálódásunk eredménye, hogy az empátiára való készség, a kísérői attitűd, az élő hit és az istenkapcsolat feltétlenül szükséges a kórházban történő lelkipozáshoz. Majd a kórházi lelkipozás sajátos feladatait vázoltuk, amelyeket megkövetelhet az egészségügyi intézményben folyó munkájuk. Utolsóként a kórházi lelkipozás módszertanának alapvető elemeit, a személyközpontú segítőbeszélgetést és segítőkapsolatot vizsgáltuk. Végül arra az eredményre jutottunk, hogy a logoterápia módszertanából származó „szeretet retorikáját” hatékonyan lehet alkalmazni a kórházi lelkipozásban.

A diszertáció egy gyakorlati kutatást is tartalmaz, amely kvalitatív módon tárja fel a Gyulafehérvári Római Katolikus Főegyházmegyében folyó kórházi lelkigondozói munkát. A félstrukturált interjúk által öt interjúalanytól gyűjtöttünk anyagot, amely alapján feltártuk az egyházmegyében aktuálisan folyó kórházi lelkigondozói munka sajátosságait, az egészségügyi intézményekben elfoglalt helyét, a kórházi lelkigondozás akadályait, nehézségeit, és a fejlődési lehetőségeket.



## **Függelék**





























































































## Bibliográfia

1. ANDERSON, Ray S.: *Spiritual Caregiving As Secular Sacrament: A Practical Theology for Professional Caregivers*, Practical Theology Series, Jessica Kingsley Publishers, 2003
2. ASTROW, Alan B. – WEXLER, Ann – TEXEIRA, Kenneth – HE, M. Kai – SULMASY, Daniel P.: Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? in: *Journal of Clinical Oncology*, 2007/December, 573-575.
3. BAKÓ Csongor István: Logoterapeutikus kórházasztoráció pszichoonkológiai kontextusban, Doktori tézis, Babeş–Bolyai Tudományegyetem, Református Teológia Kar, Kolozsvár, 2013.
4. BAKÓ Csongor István: *Logoterapeutikus kórházasztoráció pszichoonkológiai kontextusban*, in: *Studia Universitatis Babes-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*, 2014/1-2, 5-40.
5. BALBONI, Tracy – BALBONI Michael – PAULK M. Elizabeth et. al.: Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life, in: *Cancer*, 2011/December, 5383–5391.
6. BÁNKUTI Gábor: A szerzetesrendek szétszórátása Romániában, in: *Egyháztörténeti Szemle*, 17/1, 2016, 41-52.
7. BÁRCZI Géza – ORSZÁGH László (főszerk.): *A magyar nyelv értelmező szótára*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1952-1962.
8. BAUMGARTNER, Isidor: *Pasztorálpszichológia* (ford. Major Judit – Fekete László – Mohi Zsolt), Interdiszciplináris Szakkönyvtár 4, Budapest 2006.
9. BONCZ Imre: *Kutatásmódszertani Alapismeretek*, k. n. Pécs, 2015.
10. CARSON, Verna Benner – KOENIG, Harold G.: *Spiritual Caregiving, Healthcare as a Ministry*, Templeton Foundation Press, Philadelphia and London, 2004.
11. CSÁKY-PALLAVICINI Zsófia: A gyermek fejlődése a lelkigondozás szempontjából, in: *Embertárs*, 2012/1, 9-17.

12. DEBRECENYI Károly István: A forrásoktól az imazsámolyig. A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesületének lelkigondozói szemlélete és képzési modellje, in: *Embertárs* 2013/2, 129-136.
13. DEBRECENYI Károly István – TÓTH Mihály: *Életesemények a pásztori lélektan és filozófia tükrében*, Semmelweis Egyetem TF - Dialógus Alapítvány, Budapest 2004.
14. DEBRECENYI Károly István – NEMES Ödön SJ – SZARKA Miklós: Lelkigondozás – lelkivezetés. Szempontok a fogalmak tisztázásához, in: *Embertárs*, 2004/2, 152-155.
15. FERENCZI Enikő: A teológia és pszichológia közös nyelve. Klinikai lelkigondozás, in: *Keresztény Magvető* 111/1, 2005, 24-30.
16. FLANNELLY, Kevin J. – EMANUEL, Linda L. – HANDZO, George F. – GALEK, Kathleen – SILTON, Nava R. – CARLSON, Melissa: A national study of chaplaincy services and end-of-life outcomes, in: *BMC Palliative Care* 11, 2012, 10-16.
17. GIJSBERTS, Marie-José H. E.– LIEFBROER, Anke I. – OTTEN, René – OLSMAN, Erik: Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature, in: *Med Sci (Basel)* 7/2, 2019, 1-21. [www.mdpi.com/journal/medsci](http://www.mdpi.com/journal/medsci) (2021.04.20).
18. JUHÁSZ Valéria: *A MaxQDA szövegelemző program*. In: A magyar nyelv mint európai világnyelv MANYE XVIII. Magyar Alkalmazott Nyelvészeti Kongresszus, Budapest, 2009.
19. KOENIG, Harold G. M. D.: *Spirituality in Patient Care*, Templeton Foundation Press, Philadelphia & London, 2002.
20. KOPP Mária – BALOG Piroska – KONKOLY Barna – SALAVECZ Gyöngyvér – TAUDER Adrienn – CSÓKA Szilvia – BÓDIZS Róbert: A lelki egészség epidemiológiai, pszichofiziológiai vizsgálata és a lelki egészségmegőrzés lehetőségei; *Népegészségügy* 87/2, 52-58.
21. KRUIJNE, Teun: A klinikai lelkigondozó-képzés Hollandiában, in: *Keresztény Magvető*, 111/2, 2005, 158-173.
22. LUKAS, Elisabeth: *A logoterápia tankönyve*, Agapé Kiadó, Kiskundorozsma, 2011.
23. Dr. MAJOROS Pál: *A kutatómódszertan alapjai*. Tanácsok, tippek, trükkök (nemcsak szakdolgozat-íróknak). Perfekt Kiadó, h. n., 2011.
24. MCSHERRY, Wilfred: *Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice, An Interactive Approach*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 2006.

25. MICHNA Krisztina: *A Magyarországi Református Egyház lelkipásztor-kórházlelkészi szolgálatának rendszerszemléletű vizsgálata*, PhD értekezés, Károli Gáspár Református Egyetem, Hittudományi Kar, Budapest, 2015.
26. MOLTMANN, Jürgen: *Gott in der Schöpfung. Ökologische Schöpfungslehre*, Chr. Kaiser, München, 1985.
27. NAGY Henriett: Pozitív pszichológia: az elmélettől a gyakorlatig, in: *Magyar Pszichológiai Szemle* 74/3, 2019, 289-299.
28. NOLAN, Steve – SALTMARSH, Philip – LEGET, Carlo: Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force, in: *European Journal of Palliative Care*, 2011, 86-89.
29. OMMEN, Léon van: Spiritual care, in: *Theology* 121/1, 2018, 43-47.
30. PAAL, Piret – LEX, Katharina Maria – BRANDSTÖTTER, Cornelia – WECK, Christiane – LORENZL, Stefan: Spiritual care as an integrated approach to palliative care for patients with neurodegenerative diseases and their caregivers: a literature review, in: *Annals of Palliative Medicine* 9/4, 2020, 2303-2313.
31. PAAL, Piret – HELO, Yousef – FRICK, Eckhard: Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review, in: *Journal of Pastoral Care* 69/1, 2015, 19-30.
32. PAUWLIK Zsuzsa Orsika: *Szubjektív értékkategóriák és vallásosság/spiritualitás mint a mentálisegészség meghatározó faktorai főiskolai hallgatóknál*. Doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem Interdiszciplináris Doktori Iskola, 2008.
33. PENG-KELLER, Simon: Genealogies of spirituality: An historical analysis of a travelling term, in: *Journal for the Study of Spirituality*, 9/2, 2019, 86-98.
34. PLESEK Zoltán Ákos: Az orvosi lelkipásztorság a bölcselek zsebkönyvében, in: *Erdélyi Múzeum*, 2016/4, 148-152.
35. SELMECZI Lajos Péter: A látogatás mint lehetőség: A lelkipásztorság sajátosságai a magyar evangélikus egyházban, in: *Embertárs*, 2014/1, 33-50.
36. SIMON-WAGNER István: *A személyi elv komplementaritásáról a II. Vatikáni Zsinat utáni egyházjogban*, Tézisfüzet, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Kánonjogi Posztgraduális Intézet, Budapest, 2018.

37. SMEETS, Wim: *Spiritual Care in a Hospital Setting. An Empirical-theological Exploration*, Brill Publisher, Leiden, 2006.
38. SULMASY, Daniel P. O.F.M., M.D.: *The Rebirth of the Clinic. An Introduction to Spirituality in Health Care*, Georgetown University Press, Washington, D.C., 2006.
39. SZEBIK Imre: Neuroetika, in: *Lege Artis Medicinae* 24/4, 2014, 234-240.
40. TÉSENYI Timea: *A kórházi lelkipozozás útkeresése Magyarországon*, PhD értekezés, Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola, 2018.
41. TÖRÖK Gábor Pál: *A lelkipozozó szakirányú továbbképzés curriculumának kidolgozása, eredményességvizsgálata és fejlesztése*, PhD értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2013.
42. VALÁLIK István et al.: Kényszerbetegek idegsebészeti kezelése, in: Valálik István (szerk.): *Stereotaxiás és funkcionális idegsebészet*, Akadémia Kiadó, Budapest, 2012, 499-526.
43. VANDECREEK, Larry – BURTON, Laurel: Professional Chaplaincy. Its role and importance in Healthcare, in: *Journal of Pastoral Care* 55/1, 2001, 81-98.
44. WAHASS, Saeed H.: The Role of Psychologists in Health Care Delivery, in: *Journal of Family & Community Medicine* 12/2, 2005, 63-70.

### **Egyéb források:**

1. Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948. United Nations Department of Public Information. [https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr\\_translations/hng.pdf](https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/hng.pdf) (2021.04.01)
2. Constitution of the World Health Organization, *Alapdokumentum*, 15. kiadás, 2006. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (2021.03.05.)
3. Constituția României. <http://www.cdep.ro/pls/dic/site.page?id=339> (2021.03.05.)
4. Az Alkotmány és annak módosításai, in: *Magyarközöny*, 2009/150. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/mkpdf/hiteles/mk09150.pdf> (2021.03.05.)
5. *Klinikai Lelkipozozók Etikai Kódexe*, Klinikai Lelkipozozók Ökumenikus Egyesülete, k. n. 2008. <http://kloe.info.hu/etikaikodex.html> (2021.03.05.)

6. A Katolikus Egyház katekizmusa, Szent István Kézikönyvek 6., Szent István Társulat, Budapest, 2002.