

**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 Főegyházmegeyében folyó kórházi lelkipozás jelenét és fejlődési lehetőségeit tártuk fel. Az ehhez szükséges adatokhoz interjúk 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 lelkipozíói 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 Főegyházmegeében?.....	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 eltechnikalizálódik, 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 fogalomtisztázás

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 beavatkozáson? 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 akadálynak minősülhetnek az interdiszciplináris kommunikációban, és sok esetben az egyháztól eltávolodott emberekkel való párbeszédben is.

Ez a tendencia figyelhető meg, amikor nyugaton a beteg világnézetéről¹ és nem a vallásáról vagy hitéről érdeklődnek.² 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.”³ 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.”⁴ 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.⁵

¹ *worldview*.

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

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

⁴ 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.

⁵ 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,⁶ míg a vallásosság „valamely vallás (felekezet) tanításait valló és azok szerint élő személy”⁷-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.⁸ 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.⁹ A vallásosság mindig magába foglalja és feltételezi a spiritualitást is, míg a spiritualitás szükségszerűen nem foglalja magába a vallásosságot.¹⁰ VandeCreek és Bruton szerint a spirituális gondozásba beleértjük a pasztorális gondozást is.¹¹

Egy harmadik megnevezés a klinikai lelkipozás, melyet a következőképpen határozhatunk meg: „Olyan komplex pszichés és spirituális támogatás, betegkísérés, melynek módszere a terápiás hatású érték közvetítés, azaz a gyógyító jelenlét, empatikus meghallgatás, nondirektív értelemkeresés, olyan segítő kapcsolat, amely spirituális erőterben – Isten jelenlétében – történik.”¹² A definícióból érezhető, hogy itt a lelkipozás 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 lelkipozás és a klinikai lelkipozás közé, mert, nincs számottevő mennyiségbeli különbség a pszichológiai ismeretek felhasználása terén, ez inkább a lelkipozó egyéni tudásától függ.

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

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

⁸ SMEETS: *Spiritual Care*, 6.

⁹ SULLMASY: *The Rebirth*, 124.

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

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

¹² Sz. n.: *Klinikai Lelkipozók Etikai Kódexe*, Klinikai Lelkipozók 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,¹³ 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 szolgáltatótól	- 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 ¹⁴	
Klinikai lelkigondozás	- Az Istenbe vetett hite a lelkigondozónak - pszichés támogatás - terápiás cél - célja a gyógyítás elősegítése is ¹⁵	

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

¹³ 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.

¹⁴ PENG-KELLER: *Genealogies*, 92.

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

alapokkal, szervezeti formákkal és interdiszciplináris megközelítéssel.”¹⁶ 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.¹⁷ 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.¹⁸ 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 krízisállapotra¹⁹. 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.²⁰ 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

¹⁶ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 54.

¹⁷ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 54-56.

¹⁸ 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.

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

²⁰ 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.²¹

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 felmérnek, 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. ²²
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

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

²² 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.²³ Nem mellékes, hogy gyakran interdiszciplináris kutatásokról beszámoló tanulmányok²⁴ használják a *spiritual care* kifejezést, s amiatt részesíthetik előnyben ezt a fogalmat, mert nem vallásos terminológia. Ennek ellenére, a spirituális gondozás és a kórházi lelkipogondozás elméleti kérdései között van eltérés. Úgy véljük, a két irányzat és az általuk képviselt lelkipogondozói 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 lelkipogondozás. 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 lelkipogondozás mindig túl mutat az egészségre való törekvésen, hiszen a kórházi lelkipogondozás sikeressége nem azon múlik, hogy hozzájárul-e a beteg fizikai vagy mentális felépüléséhez. A lelkipogondozásban a gyógyulás jelentése evangéliumi, az a személy gyógyult, aki „fel tudja mutatni »az emberi léthez szükséges erőt«”²⁵. A keresztény lelkipogondozó 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 lelkipogondozásnak, bár a személy spirituális dimenziójának kibontakozása gyakorolhat pozitív hatást a fizikai és pszichés dimenziójára.²⁶ A keresztény alapokon álló kórházi lelkipogondozás 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 lelkipogondozás ismeretelméleti feltételei

²³ TÉSENYI: *A kórházi lelkipogondozás*, 36.

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

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

²⁶ 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.”²⁷ E mögött egy materialista emberkép áll, amely túlhangsúlyozza az ember fizikai voltát, csakis a test gyógyítására törekszik. Erről tanúskodnak a pszichosebészet túlkapásai, például az 1930 körül elhíresült frontális lobotómia gyakorlata.²⁸ 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.²⁹

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.

²⁷ BAUMGARTNER: *Pasztorálszichológia*, 48.

²⁸ 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. Szebik Imre: Neuroetika, in: *Lege Artis Medicinae* 24/4, 2014, 234-240, 234.

²⁹ 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 alapján³⁰

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

³⁰ 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.³¹

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

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.”³⁴ Az 1920-as években, Amerikában születik meg a felismerés, hogy a gyógyítás hatékonyabb, ha az orvosok, pszichológusok és kórházi lelkigondozók együttműködnek.³⁵

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?”.³⁶ 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

³¹ FERENCZI: A teológia, 24.

³² FERENCZI: A teológia, 24.

³³ FERENCZI: A teológia, 24.

³⁴ FERENCZI: A teológia, 24-25.

³⁵ FERENCZI: A teológia, 24-25.

³⁶ 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,³⁷ 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.³⁸ 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.³⁹

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.⁴⁰ 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.⁴¹

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.

³⁷ 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.

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

³⁹ MCSHERRY: *Making Sense of Spirituality*, 91.

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

⁴¹ 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.⁴²

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 közösségekben 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.⁴³

Tény, hogy a pszichológiai jólétre közvetlenül hatással van a spirituális dimenzió.⁴⁴ A pozitív pszichológia területén végzett kutatások – amelyek az ember belső erőforrásait, a személyes fejlődés iránti vágyát és életminőségjavító tevékenységeit térképezik 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.⁴⁵

A Magyarországon széles körben ismert Oláh Attila pszichológus által leírt globális jólét modelljének négy dimenziója közül egyik a spiritualitás.⁴⁶ 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 jólétmutatója jobb, mint a spiritualításra nem fogékonyaké.⁴⁷

⁴² VANDECREEK – BURTON: Professional Chaplaincy, 243.

⁴³ GIJSBERTS et al: Spiritual Care, 10-11.

⁴⁴ MCSHERRY: *Making Sense*, 89.

⁴⁵ 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.

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

⁴⁷ 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,⁴⁸ 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.”⁴⁹ Az egészséghez való jog ugyanakkor benne foglaltatik Románia alkotmányában,⁵⁰ Magyarország alkotmányában szintén megtalálható.⁵¹ 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.”⁵² 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,

⁴⁸Az 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.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Vö. „Art. 34 – Dreptul la ocrotirea sănătății (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.”⁵⁰” 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.

⁵¹ „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.

⁵² 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.”⁵³

A lelki egészség fogalmköréhez 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.⁵⁴

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.”⁵⁵

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.⁵⁶

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.⁵⁷

⁵³ KOPP et al.: A lelki egészség, 52-58.

⁵⁴ KOPP et al.: A lelki egészség, 52-58.

⁵⁵ „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 orfelinăte.” Constituția României, 29. § (5) bekezdése.

⁵⁶ VANDECREEK – BURTON: Professional Chaplaincy, 245.

⁵⁷ 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.⁵⁸ 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.⁵⁹

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.⁶⁰

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.⁶¹ Más szerzők, például Harold G. Koenig vagy Léon van Ommen szerint ezek az igények univerzálisak, csak még egyes betegekben felfedezésre várnak.⁶²

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.⁶³ 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

⁵⁸ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 35.

⁵⁹ MCSHERRY: *Making Sense*, 97.

⁶⁰ MCSHERRY: *Making Sense*, 97.

⁶¹ MCSHERRY: *Making Sense*, 97.

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

⁶³ MCSHERRY: *Making Sense*, 22.

személy fizikai valóságára hatást gyakorol egy magasabb erő.⁶⁴ 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.”⁶⁵

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.”⁶⁶ 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,⁶⁷ – és az egyházi struktúráktól – tehetnének hozzá.

⁶⁴ MCSHERRY: *Making Sense*, 22.

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

⁶⁶ MICHNA: *A Magyarországi*, 82.

⁶⁷ MICHNA: *A Magyarországi*, 91.

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

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

Ez a hatékony együttműködés megmutatkozhat a kórházi lelkipásztori képzések terén. Magyar nyelvterületen például mindkét oldalról megvan a közeledés. A Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola teológia mesterképzésének része a kórházi lelkipásztoriaszt 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 Lelekipásztoriaszt Szolgálat vezetője. A Semmelweis Egyetem 2002-ben indított szakirányú továbbképzést mentálhigiénés lelkipásztoriaszt szaknévvel. Az egyetem Mentálhigiéné Intézete a képzés során együttműködik az Evangélikus Hittudományi Egyetemmel és a Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskolával.⁷⁰

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 lelkipásztoriasztára, és ennek érdekében milyen erőforrásokat kívánnak mozgósítani.”⁷¹ 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 lelkipásztoriasztáról szóló helyi párbeszédhez.

⁶⁸ A lelkipásztori irányzatokról és modellekről *A spirituális gondozás helye az egészségügyi rendszerben, lelkipásztori modellek* c. fejezetben olvashatunk részletesebben.

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

MCSHERRY: *Making Sense*.

⁷⁰ A Semmelweis Egyetem weboldalán található lelkipásztori képzést bemutató adatlap:

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

⁷¹ 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 Bibliai alapja a kórházi lelkigondozásnak Jézus gyógyítói tevékenysége, amely mindig egyszerre hatott a beteg fizikai és lelki állapotára.”⁷² Sőt ezt kiegészíthetjük azzal, hogy a jézusi gyógyítás kihat a személy spirituális állapotára⁷³ és szociális helyzetére is.⁷⁴ Nem mellékes, hogy a betegek gyógyításának misszióját Jézus továbbadja a tanítványainak és egyházának⁷⁵, s kijelenti, hogy a csodás gyógyulások tesznek majd tanúságot az ősegyházzal.⁷⁶

Az egyház felismerte küldetését a betegek között,⁷⁷ 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.⁷⁸ 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.⁷⁹ Az említett szerző a kórházi lelkigondozást a lelkipásztorkodás területéhez sorolja, de nem feltétel,

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

⁷³ 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.

⁷⁴ 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.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Apcsel 5,12-16.

⁷⁷ „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).

⁷⁸ SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 139-140.

⁷⁹ BAKÓ Csongor István: *Logoterapeutikus kórházpasztoráció pszichoonkológiai 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.⁸⁰

Ray S. Anderson szerint a klinikai lelkipásztorság számára a gyakorlati teológia biztosít olyan paradigmát, ami lehetővé teszi az emberi személy holisztikusabb szemléletét.⁸¹ 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.⁸²

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 ága⁸³ – 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.⁸⁴

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

⁸⁰ BAKÓ: *Logoterapeutikus kórházpásztoráció*, 21.

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

⁸² ANDERSON: *Spiritual Caregiving*, 25.

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

⁸⁴ 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,⁸⁵ másrészt pedig az egészségügyi rendszerben jelenlévő finánciális problémákkal. Ezekben az országokban az egészségügy tehát akadályt jelent a kórházlelkészek képzésében, foglalkoztatásában és integrációjában.”⁸⁶

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.⁸⁷ 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 rendszerben⁸⁸. 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.⁸⁹ 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.

⁸⁵ 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 Bánkuti 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.

⁸⁶ MICHNA: *A Magyarországi*, 94-95.

⁸⁷ MICHNA: *A Magyarországi*, 92.

⁸⁸ MICHNA: *A Magyarországi*, 94-95.

⁸⁹ 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.”⁹⁰

Fontos leszögezni, hogy sok esetben a lelkipozó személyiségétől is függhet az, hogy a kórházi lelkipozás milyen helyet foglal el az egészségügyi intézményben.⁹¹ 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”.⁹² 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.⁹³

B. Az egészségügyi intézménybe integrált lelkipozás

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

⁹⁰ MICHNA: *A Magyarországi*, 98.

⁹¹ MICHNA: *A Magyarországi*, 91-92.

⁹² 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.

⁹³ MICHNA: *A Magyarországi*, 89.

⁹⁴ 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 igényelhessék. 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 kliensközponúságára és a kommunikációs kultúrára vonatkozóan is”⁹⁵. 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.”⁹⁶

D. A lelkiprendozás a kórházi vezetés középpontjában

A modell szerint az intézményvezető egyszerre lelkiprendozó is, ebből figyólyag a lelkiprendozás központi helyet kap az intézményben.⁹⁷ Lényeges, hogy nemcsak az intézményvezetőként munkálkodik, hanem megmarad a lelkiprendozói attitűdje is.⁹⁸ 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

⁹⁵ TÉSENYI: *A kórházi lelkiprendozás*, 35.

⁹⁶ TÉSENYI: *A kórházi lelkiprendozás*, 36.

⁹⁷ MICHNA: *A Magyarország*, 91.

⁹⁸ 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.”⁹⁹

2.3.2. *Kritikai kitekintő*

Említést érdemel Simon-Wagner István víziója arról a személyi prelatúráról, amely a különleges helyzetben lévő krisztushívők lelkipozozásának tesz eleget. A személyi prelatúra 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.”¹⁰⁰ 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 prelatúrára.”¹⁰¹

Az alábbiakban a szerző lényegre törő leírását idézzük a személyi prelatúráról, 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 prelatúrába, 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:

⁹⁹ TÉSENYI: *A kórházi lelkipozozás*, 36.

¹⁰⁰ SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 141-142.

¹⁰¹ 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.”¹⁰²

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.”¹⁰³ Láthatjuk, hogy a

¹⁰² SIMON-WAGNER: *A személyi elv*, 142-143.

¹⁰³ 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,¹⁰⁴ 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.¹⁰⁵

¹⁰⁴ TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítás*, 9.

¹⁰⁵ 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”¹⁰⁶

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.¹⁰⁷
2. A betegek megelégedettségét illetően Tésenyi Timea a következő megállapításra jut: „Számos magyar és külföldi példa mutatja, hogy a lelkipozítók gyakran közvetítő szerepet töltenek be az orvos-beteg kapcsolatban, így munkájuk révén a problémás betegek kezelhetőbbé válnak, javul az orvos-beteg kommunikáció, csökken a feljelentések száma.”¹⁰⁸

D. Az egészségügyi dolgozók java

A kórházi lelkipozítók munkájával megelőzheti az egészségügyi dolgozók kiegészését,¹⁰⁹ 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 lelkipozítói tevékenységnek. Másrészt tágabb értelemben az egész intézmény befogadó közege a lelkipozítók számára. 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.¹¹⁰ Például lényeges szempont lehet, hogy a kórház tud-e biztosítani egy saját termet a

¹⁰⁶TÉSENYI: *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.

¹⁰⁷ 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.

¹⁰⁸ TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 9.

¹⁰⁹ TÉSENYI: *A kórházi lelkipozítók*, 9.

¹¹⁰ 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”¹¹¹ 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.¹¹² 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.¹¹³ 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

¹¹¹ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 61.

¹¹² TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 61.

¹¹³ 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.”¹¹⁴ Az, hogy ki a lelkigondozó és hogyan kapcsolódik a lelkigondozotthoz, elsőrendű kérdés elméleti vizsgálódásunk számára.

Ebben a fejezetben a kórházi lelkigondozó szakmai portréját igyekezünk 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,

¹¹⁴ TÖRÖK: *A lelkigondozó szakirányú*, 12.

azonban más tudományos munkák behatóbban foglalkoznak vele.¹¹⁵ Mi azokat a szempontokat igyekszünk kiemelni, amelyek nélkülözhetetlenek a professzionális lelkigondozáshoz.

3.4.1. Készség az empátiára

Az empátia a másokhoz való kapcsolódás készsége, az empatikus személy képes a másik egyén fájdalmában való osztozásra.¹¹⁶ Ferenczi Enikő rávilágít arra, hogy nem lehet teljesen azonosulni a lelkigondozott helyzetével, de lelkigondozóként 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 pácines 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 pácines által közölt tényekre figyel, hanem érzelmileg is ráhangolódik.¹¹⁷

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.”¹¹⁸ 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 lelkigondozásra úgy tekintünk mint keresztényi szolgálatra, akkor az empátiához kapcsolódik a szolgálattevő attitűd. Verna Benner Carson és Harold G. Koenig, amikor leírták a szolgálattevő egészségügyi szakember jellemzőit, néhány radikálisnak tűnő megállapításra jutottak. Meglátásuk szerint a szolgálattevőnek képesnek kell lennie szeretni azt a személyt is, akit mások nem tartanak szeretetre méltónak, vagy aki ellenszenves.¹¹⁹

¹¹⁵ Például Török Gábor Pál doktori értékezésében számos fejezet foglalkozik a lelkigondozók személyiségjellemzőivel és kulcskompetenciáival. TÖRÖK: *A lelkigondozó szakirányú*, 42-44, 89-93.

¹¹⁶ CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 5.

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

¹¹⁸ KRUIJNE: A klinikai lelkigondozó-képzés, 173.

¹¹⁹ 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.¹²⁰ 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.¹²¹ Ez a kísérés azt is jelenti, hogy a lelkigondozó facilitátora azoknak a változásoknak, amelyek a lelkigondozottban végbemennek, de nem vállalja át a felelősséget ezeknek.¹²² 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.¹²³

Szintén kísérői attitűdhez tartozik annak a készség, hogy a kórházi lelkigondozó engedje és támogassa a lelkigondozottat abban, hogy saját döntéseket hozzon.¹²⁴ 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

¹²⁰ CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 6.

¹²¹ CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 5.

¹²² CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 6.

¹²³ Wimm SMEETS: *Spiritual Care in Hospital Setting. An Empirical-Theological Exploration*, Brill Publisher, Leiden, Boston, 2006, 165.

¹²⁴ CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 7.

lelkipogondozó saját értékrendjét erőltesse rá a lelkipogondozottra, és azt a félreértést is, hogy vállalja a felelősséget a másik személy által meghozott döntésnek a következményeiért.¹²⁵

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

3.4.3. Élő hit és a spirituális térben való munka

A lelkipogondozónak, aki a kórházban már a jelenlétével is bizonytságot 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 lelkipogondozói identitás, a betegágnál nem csak mi vagyunk jelen, hanem maga Jézus csatlakozik a szenvedőhöz. A lelkipogondozó 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 lelkipogondozó hite ugyanakkor eszköze is a lelkipogondozásnak, ezáltal képes a lelkipogondozottra úgy tekinteni, mint Isten szeretett teremtményére, képes látni a Teremtő általi meghívását egy teljesebb életre, akkor is, ha a lelkipogondozott ezt még nem látja.

A kórházi lelkipogondozó munkáját a spirituális erőterben végzi. A lelkipogondozó nemcsak emberközpontú, hanem istenközpontú is, hiszen hivatását is Istentől kapta, hagyja Őt munkálkodni a lelkipogondozás során. Debrecenyi István, aki onkológiai és pszichiátriai betegek kórházi lelkipogondozásával foglalkozik, szakszerűen ír a segítő beszélgetéseiben jelenlevő spirituális erőterről. Szerinte a kórházi lelkipogondozás olyan segítői kapcsolat, amely spirituális térben történik, akkor is, ha szó sem esik Istenről vagy a hitről.¹²⁷ Ahhoz hogy a spirituális tér megszülethesen a segítő beszélgetésben, az szükséges, hogy a kórházi lelkipogondozó 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 lelkipogondozottért és a segítőbeszélgetésért. Egy másik szükséges lépés, hogy a

¹²⁵ Sz. n.: *Klinikai Lelkipogondozók Etikai Kódexe*, 1.3. A klinikai lelkipogondozás módszere c. alfejezet.

¹²⁶ CARSON – KOENIG: *Spiritual Caregiving*, 8.

¹²⁷ DEBRECENYI Károly István: A forrásoktól az imazsámolyig. A Klinikai Lelkipogondozók Ökumenikus Egyesületének lelkipogondozói szemlélete és képzési modellje, *Embortárs* 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 légüres 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.”¹²⁸

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.¹²⁹

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

¹²⁹ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 33-34.

Fontos hangsúlyozni, hogy a térítés nem célja a kórházi lelkipázkodozónak, a saját hitéról 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 eltúnik „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.”¹³⁰

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.”¹³¹ 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.¹³²

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,

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

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

¹³² 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.”¹³³

A kórházi lelkipapozó 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 lelkipapozó 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 lelkipapozó értetlenkedik, vagy nem veszi elég komolyan a hozzáférők betegségeit vagy a kezelés viszonyosságait. Ilyen esetben sajnos nem elégséges az empátiára való készség, a megértést akadályozza az, ha a lelkipapozó és a lelkipapozott „nem beszélnek egy nyelvet”.

A lelkipapozóhoz 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 lelkipapozó 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 szeretnék konzultálni vele, akkor gyakran etikai irányelvek felidézésére van szükség. Mindkét esetben fontos az, hogy a lelkipapozó ne keltse annak a látszatát, hogy a hozzáférő helyett ő hoz döntést az adott kérdéstről. A döntés mindig a cselekvést végző szakemberé, a tanácskérésnek nem szabad a felelősség átvállalását jelentenie. A lelkipapozó felelőssége itt elsősorban a tájékozott és érthető szakvéleménynyilvánítás. Illetve az

¹³³ 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.”¹³⁴

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.¹³⁵ 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.¹³⁶ 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.¹³⁷

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

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

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

¹³⁶ FERENCZI: *A teológia*, 29.

¹³⁷ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 54-55.

dolgozókkal.¹³⁸ Le'on van Ommen a kórházi lelkipasztorálói munkát úgy jellemzi, mint ami inkább interdiszciplináris és kooperatív, mint plébániai és kompetitív.¹³⁹

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

A kórházi lelkipasztorálás és más tudományterületek közötti interdiszciplináris szakmai dialógusnak fontos szerepe van a kórházi lelkipasztorálás szakterületének fejlődésében,¹⁴¹ 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 lelkipasztoráló 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 lelkipasztorálót alkalmaznak, hanem külön lelkipasztorálói team van, ezek a munkacsoportok gyakran interkulturálisak és vallásköziek.¹⁴²

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

¹³⁸ FERENCZI: A teológia, 29.

¹³⁹ OMMEN: Spiritual care, 45.

¹⁴⁰ FERENCZI: A teológia, 28.

¹⁴¹ TÉSENYI: A kórházi lelkipasztorálás, 66.

¹⁴² WEIB: *Lelkipasztorálás – Szupervízió – Pasztorálpszichológia*, 152.

¹⁴³ 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.”¹⁴⁴

A szupervízió az elméleti tudás gyakorlatba ültetését támogató módszer. Thomas Klink a klinkai lelkigondozóképzés 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.”¹⁴⁵

A szupervízó lényeges, mert az a célja, hogy a kórházi lelkigondozónak kialakuljon a saját, személyes lelkigondozói identitása.¹⁴⁶ Ez az identitás a munkaeszköze a kórházi lelkigondozónak, ugyanakkor a szakmai motivációjáért, elhivatottságáért is felelős.

3.6. A kórházi lelkigondozás módszere

A kórházi lelkigondozás módszertanában elkülönítjük az alapvető és a kiegészítő elemeket. A lelkigondozás alapvető módszeréhez tartozik a rogersi személyközpontú segítő beszélgetés.¹⁴⁷ Ugyanakkor rengeteg kiegészítő módszer van, amelyeket különböző eseteknél alkalmazhatnak a kórházi lelkigondozók. A kórházi lelkigondozók 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 lelkigondozásban való alkalmazásának irányelveit ismertetjük röviden, mindezt a Carl Rogers-féle személyközpontúság fényében. Majd a módszertanhoz is fűződő másik fontos tényezőt, a kórházi lelkigondozásban kialakuló segítőkapcsolatot vizsgáljuk meg a baumgartneri pasztorálpszichológia és az Eammausz-modell megvilágításában.

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

¹⁴⁴ DEBRECENYI – TÓTH: *Életesemények*, 33.

¹⁴⁵ KRUIJNE: *A klinikai lelkigondozó-képzés*, 173. 165.

¹⁴⁶ KRUIJNE: *A klinikai lelkigondozó-képzés*, 166.

¹⁴⁷ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 40.

3.6.1. Kórházi lelkigondozói segítőbeszélgetés

Az alábbi fejezetben a lelkigondozói segítőbeszélgetés kórházban történő alkalmazásának sajátos aspektusait ismertetjük. Mivel a lelkigondozással foglalkozó szakirodalom sokrétűen foglalkozik a rogersi személyközpontú segítő beszélgetés lelkigondozásba való integrálásával, ezért itt nem erre fektetjük a hangsúlyt. A fejezet fő kérdésfelvetése: Milyen hangsúlyok jellemzik a kórházi lelkigondozói segítőbeszélgetést?

Carl R. Rogers munkásságához kötődik a személyközpontú elmélet, erre alapszik a nondirektív szemlélet, melynek célja a személyes növekedése a segítőbeszélgetést kérőnek, 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.¹⁴⁸ Ezek bevonása a kórházi lelkigondozói 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 lelkigondozásban megvalósuló segítőbeszélgetésekben. Ahogyan az alábbiakban is látni fogjuk, ezek az alapjai sok módszertani megfontolásnak is.

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

¹⁴⁸ TÉSENYI: *A kórházi lelkigondozás*, 40-43.

¹⁴⁹ Sz. n.: *Klinikai Lelkigondozók Etikai Kódexe*, 1.3. A klinikai lelkigondozás módszere c. alfejezet.

¹⁵⁰ FERENCZI: *A teológia*, 28.

¹⁵¹ FERENCZI: *A teológia*, 28.

látásmódja ne szűküljön le egyetlen tudományágra. Tehát az új módszerek bevonása és fejlesztése a kórházi lelkipozói 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.¹⁵² 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.¹⁵³ 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.¹⁵⁴ „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.”¹⁵⁵ Az Emmausz-modell szerint a lelkipozó úgy csatlakozik a lelkipozotthoz, ahogyan a feltámadt Krisztus csatlakozott a tanítványokhoz az emmauszi úton.

¹⁵² TÉSENYI: *A kórházi lelkipozás*, 43.

¹⁵³ SMEETS: *Spiritual Care*, 164.

¹⁵⁴ BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*.

¹⁵⁵ CSÁKY-PALLAVICINI Zsófia: A gyermek fejlődése a lelkipozás szempontjából, *Embertárs* 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.”¹⁵⁶

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.¹⁵⁷

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.¹⁵⁸ 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

¹⁵⁶ BAUMGARTNER: *Pasztorálpszichológia*, 51.

¹⁵⁷ BAKÓ Csongor István: *Logoterapeutikus kórházasztoráció*, 5-41.

¹⁵⁸ 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 előszavában¹⁵⁹ a lelkipozítást a Frankl-i logoterápia és egzisztenciaanalízis bevett alkalmazási lehetőségei közé sorolja.¹⁶⁰

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

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

„Mindent egybevetve tehát a pasztorális tanácsadásban logoterápiás módszereket alkalmazó lelkipozító pap feladata nem más, mint bábáskodva segíteni.”¹⁶¹

Hipotéziseink tehát a következők: 1. A logoterápia módszereinek alkalmazása a kórházi lelkipozítói segítőbeszélgetésben hatékonyan alkalmazható. 2. A logoterápiás módszerek bevonása már intuitívan is megtörténhet a lelkipozító 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.¹⁶²

A szerző itt négy beszélgetésstílus-elemet ismertet, melyekről azt állítja, hogy a logoterápia emberképébe gyökereznek és teljesen összeegyeztethetők a logoterápia céljával.¹⁶³ 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.¹⁶⁴

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

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

¹⁶⁰ SÁRKÁNY – VIK: Szerkesztői előszó, 3.

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

¹⁶² LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 75-89.

¹⁶³ LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 77.

¹⁶⁴ LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 78.

panaszainak türelmes meghallgatását jelenti, valamint a személy énjét erősítő belátásokra való összpontosítást és a barátságos visszakérdezést.¹⁶⁵ Láthatjuk, hogy ezek milyen különös hangsúlyt érdemelnek a kórházi lelkipogondozás gyakorlata közben, amikor rengeteg beteg elsősorban a fizikai állapotával és a körülményekkel kapcsolatos panaszairól tud beszélni. A lelkipogondozó 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”¹⁶⁶

A kórházi lelkipogondozás 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 lelkipogondozó 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 lelkipogondozó 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 lelkipogondozók: „hogy minden páciens *több*, mint a zavarai, *több*, mint a betegsége és sokkal *több* mint múltja árnyékainak összessége, akkor bátran hivatkozhatunk erre a *többre*.”¹⁶⁷

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 feladataként ismeri fel a páciens tisztánlátásának fejlesztését, hogy valódi belátás és gyarapodás történhessen. A tisztánlátás segítésére Lukás a következő

¹⁶⁵ LUKÁS: *A logoterápia tankönyve*, 78.

¹⁶⁶ LUKÁS: *A logoterápia tankönyve*, 78-79.

¹⁶⁷ LUKÁS: *A logoterápia tankönyve*, 80.

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

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 szükséges 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*¹⁶⁹

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

¹⁶⁸ LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 80-82.

¹⁶⁹ 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 lelkipogozó 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 lelkipogozó felhívja a beteg figyelmét, hogy nem is olyan egyértelmű, hogy nem tehet másképp.

3.6.3.4. Az értelmet kipuhatolni¹⁷⁰

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 lelkipogozói 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 lelkipogozó találja ki, se nem a lelkipogozott, ez az értelem adott, ők csak a beszélgetés során felismerik és a lelkipogozó 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 lelkipogozó feladta, hogy kérdéseivel segítse a megvalósítandó értelem felismerését. Lukas leírja, hogy a kinyomozott értelem, úgy jelenik meg a személy számára, mint egy feladat, amely megszólítja az illetőt és amelyet csak ő tud megtenni.¹⁷¹

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

¹⁷⁰ LUKAS: *A logoterápia tankönyve*, 86-88.

¹⁷¹ 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 hozzáfordulóknak, 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,¹⁷² 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.¹⁷³

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.”¹⁷⁴

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?

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

¹⁷³ BONCZ Imre: *Kutatómódszertani Alapismeretek*, k. n. Pécs, 2015.

¹⁷⁴ 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,¹⁷⁵ az interjúzás során nem feltétlenül ebben a sorrendben történt a kérdésés, a zárójelben feltüntetett részkérdések 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

¹⁷⁵ 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.¹⁷⁶ 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.”¹⁷⁷

Az interjúalanyok jelölésére a fenteiekben vázolt betű és számkódokat használtunk. Az interjúk pontos szövegeit a Függelékben¹⁷⁸ 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

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

¹⁷⁷ JUHÁSZ: *A MaxQDA szövegelemző*, 3-4

¹⁷⁸ 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 lelkipozítás elismert volta az egészségügyi intézmény által megmutatkozik abban, hogy a kórházi lelkipozítók és kórházlelkészek hivatalos munkaviszonyban állnak az intézménnyel. Ezt pozitívumként hangsúlyozták mind a kórházlelkészek mind, a világi kórházi lelkipozító. Lásd: KL1, sor: 45, KL1, sorok: 157-167, KL2, sorok: 322-325, LG, sorok: 62-65.

Az elméleti szinten való elfogadása a lelkipozításnak 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 lelkipozítói 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 lelkipozításban 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 lelkipozítói 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 lelkipozító 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 lelkipozítás?

Hipotézis: Különböző akadályokba ütközik a kórházi lelkipozítói munka, mely főként abból fakad, hogy a kórházi lelkipozítás 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
A kórházi lelkipozítás fejletlensége	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
Akadályok a egészségügyi rendszerből fakadóan	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
Egyéb akadályok	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
Egészségügy fejlődése	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
Egyház szerepe a fejlődésben	Egyház és kórház együttműködés	9
	egyház támogatása	1
Kórházi lelkipozítás fejlődése	a vallási hovatartozás nyilvántartása	2
	értesíteni a saját hívekről	3
	szuperviziós csoport szervezése	6

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

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

A helyi egyház legfontosabb szerepe a régióban működő kórházi lelkipozós előremozdításában az együttműködés a kórházakkal, egészségügyi intézményekkel. A kórházi lelkipozóssal 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 lelkipozós 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.

2 INTERJÚ LG

3 **O:** Az első kérdés kicsit személyesebb, ugye ez nem szokványos foglalkozás így a régiómban,
4 a kórházi lelkipozítás és mi így a te történeted? Hogyan lettél Te kórházi lelkipozító?
5 Az egyház szolgálatában állsz vagy a kórházhoz tartozol? Mesélg kérlek kicsit erről.

6 **LG:** Örvendek, hogy tegezel, mert az írásodban még magázol. Hogy kerültem bele? Szerintem a
7 gondviselésnek a műve, mindenképpen egy mondatban megemlítem, hogy gyerekként orvos,
8 illetve asszisztens szerettem volna lenni. Nem úgy adódott és ez, hogy most visszakerültem,
9 illetve bekerültem a kórházba és betegekkel foglalkozom mindenképpen gondviselésnek tudom
10 be. Úgy jött az egész, hogy szívesen voltam betegekkel és rászorulókkal és kiszolgáltattott
11 emberekkel, szenvedőkkel és így hasonló. α -n éltem 7 évet és ott a házukban lehetőség
12 volt a Partiumból, illetve Erdélyből ismerősökön keresztül, ismerősök által betegeket és
13 beteg hozzátartozókat befogadni, mivel, hogy ott klinikák vannak és nagyobb az orvosi
14 ellátás, ezért Székelyföldről is és távolabbi vidékekről oda jöttek. Mivel a házuk erre
15 befogadóképes volt, mert azelőtt arra épült, hogy diákokat fogadjon be, viszont aztán
16 kollégiumok alakultak s erre nem volt már úgy szükség ezért arra gondoltunk, hogy a
17 rendünk karizmájához is hűek maradunk, mert a rendünk karizmája a szenvedő segíteni életbe
18 és a holtá után is, tehát minden szenvedőt, minden tisztulás útján járó emberen segíteni.
19 Akkor egyik nővértársammal együtt elvállaltuk azt, hogy ezeket úgymond lemenedzseljük,
20 tehát, hogy befogadunk beteget, beteg hozzátartozót, aki kezelésre jár és elkísérte
21 betegét. Nem csak szállást adtunk nekik, hanem sokat beszélgetünk is velük. Egyre több
22 volt és egyre mélyebb volt és egyre szükségesebbnek láttuk ezt az egészet. Közben a
23 nővértársunk is lebetegedett, akivel foglalkoztunk, úgyhogy úgy is megtapasztaltuk, hogy
24 mit jelent gondozni, ápolni, a családjával is tartani a kapcsolatot és én tovább
25 folytattam azt a tevékenységet. Az előjáróm úgy döntött, hogy 7 év után elhelyez β -ra,
26 ismét vissza mert, hogy én már voltam 5 évet itt, ezért munkahelyet kerestem és ez a két
27 opció volt számomra, hogy lelkipozítás vagy a diákok, fiatalok, egyetemisták fele vagy
28 akkor a kórházi szinten. Mivel valahogy úgy adódott, ezért mondom, hogy gondviselés szerű,
29 hogy volt két hölgy, már harminc éve, már azelőtt már vagy huszon valahány éve dolgoztak a
30 kórházban, mint lelkipozítók, illetve kórház pasztorációban dolgozók, így nevezték
31 magukat ezért az egyik, az elődöm úgymond, nyugdíjba vonult. Eljött az az időszak, hogy
32 nyugdíjba kellett menjen és akkor valahogy én így bekerültem. Kerestem a munkát, kerestem a
33 lehetőséget és akkor egyszer csak adódott ez a lehetőség és egyházi alkalmazottként
34 kerültünk be. Az egyház, a helyi γ plébánia évekkel ezelőtt, mondom 30 vagy 40 évvel
35 ezelőtt is nyitott a börtön, illetve a kórház fele is, hogy nem csak lekipásztorokat,
36 papokat, hanem világiakat is küldjön ezekre a terekre és akkor én így kerültem bele. Most
37 lassan öt éve lesz, december 1-én, hogy én bekerültem ebbe a munkakörbe. Folytatom tovább
38 a kérdéset, tehát igazából egyházi alkalmazottként kerültünk be a kórházhoz, egész
39 állással, tehát igazából 40 óra, de ezt nem lehet 40 órában folytatni, mert ez tényleg egy
40 megterhelő és erős és kemény munka. Viszont most elértük azt, hogy a kórház felől is
41 nyitottak felénk, ez valószínű azért is, mert mi is feljűk nyitottunk, illetve elkezdtem
42 én azt, hogy néhány éve, úgy másfél-két éve nagyon-nagyon mély vágyam volt, hogy nemcsak
43 mi így 3, a lelkész, a pap és a társam, a közvetlen munkatársam meg én, hanem nyissunk
44 azok fele is, azok a személyek fele is, akik a segítő szakmában olyan szinten dolgoznak,
45 ápoláson kívül. Gondolom, hogy ezt most így az Unió is kéri, illetve a kórház, a δ -i
46 kórház a kettes kategóriába szeretne bekerülni és ezért nyitott olyan szinten, hogy több
47 osztályon, a nehezebb osztályokon pszichológust alkalmaztak, illetve szociális munkást is.
48 Én tudva, hogy ők ott vannak, nem találkozáva, mert én délután mentem, ők mindig délelőtt
49 voltak, de úgy halottam az ápolóktól, illetve az orvosoktól is és a betegektől is, hogy
50 járt pszichológus, járt egy óvónő, járt valaki és akkor szerettem volna velük találkozni.
51 Így kezdtük el, így kezdtem el igazából felvenni velük a kapcsolatot és elindítani egy

52 csoportot, tehát van egy csoportunk, havonta találkozunk és eseteket beszélünk meg, vagy
53 egyszerűen kibeszéljük magunkat. Ebből a csoportból olyan szinten már tovább léptünk, most
54 már mondom is tovább, lehet nem ez a kérdésed, hogy felkért, illetve, hogy tudta az
55 ápolási igazgatónő, hogy ezt én elindítottam és akkor jött egy olyan kéréssel, hogy nem-e,
56 mint segítő szakmások, a segítő szakmabelieket, tehát ápolók, illetve takarítóknak így egy
57 öt témás, öt modulos képzést tartunk délutánonként. Folyamat volt, azt mondtam jó, persze
58 megszervezzük. Sikerült is megszervezni, éppen most folynak ezek a képzések délután, de
59 mondtam, hogy én mivel, hogy egyházi alkalmazott vagyok nem tudok úgy bekerülni a kórházi
60 programba és mi lenne ennek az eljárása. Visszautaltam, hogy én letettem két ével ezelőtt
61 egy kérést, hogy én látom a szükségét, hogy az asszisztensek, ápolók, takarítók,
62 orvosoknak is szükség lenne segítő beszélgetésre, lelkipozásra stb. Akkor arra nem volt
63 semmi válasz. Most egyszerűen csak úgy jött egy telefonhívás, hát, hogy tegyük le a kérést,
64 mert lehetőség van, hogy a kórház is nyisson felénk olyan szinten, hogy vizsgáznunk
65 kellett, szóbeli és írásbeli, de el tudunk foglalni egy négy órás állást a kórházi
66 intézményben.

67 **O:** Megkérdezhetem, hogy mi a poszt neve?

68 **LG:** Nem találtunk, mert hogy nincs. Nem tudom, hogy te tudod-e, próbáltál-e, tehát, hogy
69 nincsen a romániai egészségügyi kamarának, egészségügyi intézménynek nincs ilyen
70 megnevezése és akkor így találtuk ki a nevét, hirtelen volt ez, lehet, hogy ez nem is
71 megoldás, nem is jó, de ezen még fogunk dolgozni és csiszolni. Úgy nevezték és hirdették
72 meg az állást, hogy „referent de specialitate”

73 **O:** Szerintem erre nincs jó vagy rossz válasz, mert teljesen alakulóban van ez a dolog,
74 azért kérdeztem meg, hogy Önök mire jutottak.

75 **LG:** Igen nagyon alakulóban vannak. Én az alapidplomámhoz nyúltam és a humánerőforrásért
76 felelős hölgy nagyon-nagyon kedves volt és összedugtuk a fejünket, hogy hova tudnánk
77 beintegrálni, tehát hova tudnánk beilleszteni ezt a helyzetet. Az adminisztrációs
78 csoportba kerültünk, tehát, hogy még ez is keresendő, munkaköri leírásunk, még csak néhány
79 mondatban van megfogalmazva, ezen is most dolgozunk éppen. Még keressük a helyzetet, mert,
80 hogy ez egy új állapot, egy új állapot, egy nagyon kezdő és én úgy látom, hogy ezt nagyon
81 meg kellene alapozni és nagyon szépen meg kéne dolgozni és lehet az is, hogy éppen Ti
82 lesztetek azok, akik segítetek nekünk. Ti vagytok ott, ahol, mert én például nem tanultam
83 ilyet, nekem az alapképzésem a teológia és akkor még öt éves volt. Nem volt olyan szinten
84 mesteri és a mesteriben később nyitottak ilyet, hogy pasztorális tanácsadás meg minden, s
85 akkor én már nem kerültem úgy bele, viszont elvégeztem a lelkipozóit itt Romániába és
86 akkor így kaptam a Babeş-Bolyai Egyetemről is egy posztgraduális képzést. Az sem volt elég,
87 mert nem tudják beilleszteni a korcodhoz, van egy ilyen megnevezés, nem tudom hallottál-e
88 róla.

89 **O:** Igen. A kód, ami igazából bekerül a munkakönyvbe s ezzel megvannak a foglalkozásoknak a
90 konkrét elnevezései.

91 **LG:** A KALOT egyesület nagyon ügyesen dolgozott, lehet hallottál róla. A KALOT ügyeskedett
92 és körbejárta az ügyet és kapott egy ilyen számot, s az van, hogy „certificat de
93 calificare”, ha érdekel elküldöm, hogy hova iktatta ő be. Igazából a képzés, a szám nem
94 illeszkedik be a lelkipozói, hanem a csoport fejlesztése, kicsit kellett mellőzni és ez
95 a képzés csak néhány hónapos képzést tudott csak lefedni, tehát nem a két éves képzést.
96 Szerintem még rengeteg munka kellene mind a két részről. Nem tudom én abban mennyire tudok
97 aktív lenni, vagy, hogy mennyire én kell csináljak vagy nem tudom, hogy de nagyon
98 szükségesnek látom.

99 **O:** Erről csak annyit, hogy én úgy látom, hogy sok esetben pont helyi szinten, ha van egy
100 lelkipozó, aki tud az intézményvezetőségével stb. ez nagyon sokat számít amíg nincs egy
101 ilyen közösségi fellépés vagy úgymond a lelkipozó közössége addig ilyen egyéni
102 helyzetek, vagyis az egyének tudnak ebben előrelépést tenni, ezért nagyon jó hallani, amit
103 mondasz.

104 **LG:** Azért is örvendek, hogy ez így most ennyire elindult, mert hogy a kórházi menedzser, a
105 vezetőség részéről a menedzser asszonyt jól ismerjük. Ő is felkért minket néhány dologra,
106 de ezt megelőzte az, hogy mi lelkinapokat szerveztünk az orvosoknak, lelkinapokat
107 szervezünk összel, tavasszal az asszisztenseknek. Az első években több volt a résztvevő,
108 utána kevesebb. Nagyon nehéz, nagyon leterheltek egyébként az ottani alkalmazottak,
109 úgyhogy nem olyan könnyű ilyen helyzetekbe bevonni viszont ilyeneket is próbáltunk
110 szervezni és partnerre találtunk, hogy mindig azt az igent megkaptuk a vezetőségtől,
111 úgyhogy a kórház részéről ennyiben tényleg nagyon mellénk állnak és akarnak és látják a
112 munkánkat. Például, most, hogy ez a folyamat történt és ebben az úton levésben vagyunk úgy
113 érdeklődtem a η-i egyházmegyéről, hogy nekik milyen munkaköri leírásuk van és akkor
114 kiderült, hogy ők most sem járnak be teljes gőzzel a kórházhoz. Minket beengedtek, amikor
115 én felhívtam a pandémia idő alatt, hogy lehet bemenni, hogy lehet bemenni, akkor mondták
116 várjunk még pár hetet és telefonon is dolgoztunk, telefonon keresztül is, volt, aki beteg
117 felhívott vagy beteg hozzátartozó és kapcsolatuk volt. Később, azt hiszem május végén mi
118 már belopózkodtunk. Délelőtt volt egy, mindig ott volt a sátor elöl és akkor nehezen
119 jutottunk be, mivel mi nem voltunk kórházi alkalmazottak természetesen, de a vezetőség
120 tudta és amikor mi érdeklődtünk akkor bízattak, hogy ha nem félünk, ha szeretnénk bemenni,
121 ha úgy érezzük menjünk mert szükség van és mi bejártunk néhány órával. Délutánonként,
122 amikor kevesebb volt a forgalom, természetesen kevesebb volt a beteg is és nem engedtek be
123 a covid betegekhez, ott, ahol őket kezelték, de később már beengedtek, akár a lelkészt is
124 beengedték, hogyha szükség volt. Arrafele is például a δ-i kórház nyitott, hogy egy
125 alkalommal megkeresheti azt a beteget független milyen állapotban van, persze, hogyha
126 haldokló akkor még inkább a lelkész is, illetve hozzátartozó is. Tehát ilyen fele is
127 nyitottak és partnerek voltunk egymásnak.

128 **O:** Az lenne a kérdésem, hogy miből áll egy munkanapod, milyen sajátos feladatai vannak így
129 a kórházban, amikor ott vagy azt a négy, vagy hány órát, akkor miből épül fel és mit
130 csinálsz?

131 **LG:** Most visszatérek arra, hogy a pandémia előtti időben az osztályokat felosztottuk
132 kétfele, nekem is volt nyolc osztály, tehát nyolc osztályra járok és a kolléganőmnek is és
133 akkor, ami fix pont volt az a liturgiák, illetve a szentmise volt. Kaptuk ezt a programot
134 és ehhez ragaszkodtunk. Ez azt jelenti, hogy három alkalommal volt hetente, mert nem egy
135 épületben van az egész kezelési rész és akkor három alkalommal szerveztük meg attól
136 függetlenül, hogy mondjam, az épülettől függően igazából. Ez nagyon fontos volt, hogy
137 délutánonként egy szentmise, illetve egy liturgia volt, ahol gyónni és áldozni lehetet és
138 akkor találkoztunk nyitottabb térben a betegekkel. Ez nehéz volt mert nincsen erre
139 lehetőség, nem volt erre tér, de mindig megtaláltuk a lehetőséget, ez fix volt. Hetente
140 egy szentmise, a vasárnap esti, akkor később változott, ahogy a lelkész is változott, de
141 ez is nagyon fontos volt és ez is fix időpont volt. A napom az úgy néz ki, hogy délután
142 megyünk be kettő, fél három, háromra, amikor a délelőtti váltás, illetve a délelőtti
143 kezeléseket, laborvizsgálatok minden lecsendesedik. Délután, ebéd után, ha látogatási idő
144 van és nem ilyen helyzet, mint most, hogy nincs látogatás akkor bejöhettek a hozzátartozók
145 és a látogatók is és így ezért tettük be a liturgiákat, akinek nincs látogatója az jöhet
146 liturgiára. Viszont most délután megyünk be és úgy kezdődik a napom, hogy bemegyek az
147 osztályra, van egy kis helyiségünk, volt egy másik, sokkal szebb volt azt elvették a
148 helyzet miatt. A kórház most nagyon átalakulóban van, de így is kaptunk egy öltözői termet,
149 illetve egy kis kuckót. Bemegyünk az osztályra, én így tevékenykedek és ha előtte délelőtt
150 nem kaptam smst, telefonhívást, hogy itt van ott van beteg és kérlek menj oda, szükség van
151 rád, akkor az osztályra bemegyek és megkeresem valamelyik személyzetet vagy a szolgálati
152 orvost, őt ritkában érem el, de általában az asszisztentst, aki ott van azon az osztályon
153 és akkor az első kérdésem nekem mindig az, hogy látják a délelőttöt, kinek van most
154 szüksége leginkább rám. Ki van most olyan helyzetben, hogy ők nem tudtak sokat beszélni s
155 jó lenne, ha én mennék. Általában van, ritka mikor azt mondják hát úgy most nincs, de
156 menjél végig. Ha azt mondják ide, oda menjek akkor célirányosan megyek be, abba a
157 kórterembe, ha ott a beteg azt kéri, már volt ilyen helyzet is, hogy ő kéri a beszélgetést,

158 de azt mondja nem itt a többi beteg előtt, akkor meg kell oldjuk, hogy hogyan. Amikor nem
159 kérte senki délelőtt vagy előtte való nap a lehetőséget, a beszélgetést akkor bekopogok
160 szerez a kórtermekbe és akkor elmondom, hogy ki vagyok és mit tudok, vagy csak egyszerűen
161 elkezdünk beszélgetni vagy pedig bemegyek és miután üdvözlöm őket, látom, úgy megérezem.
162 Nagyon gyakran ráérezek arra, hogy ő egyedül van, vagy jó lenne, ha most rá figyelnék vagy
163 úgy megkérdezem, most nincs olyan sok beteg, de rákérdezek, hogy műtetre várnak, túl
164 vannak? Már látom azt, ki van túl és ki vár műtetre és akkor úgy elkezdünk beszélgetni.
165 Van amikor úgy az egész kórteremben, van, amikor úgy célirányosan odamegyek, de van,
166 amikor azt mondom ez vagyok itt vagyok, délután itt vagyok az épületbe és ha valaki
167 szeretne lehetőség van, jelezze s jövök, mert lehet akkor éppen telefonál, vagy látogatója
168 van s azt mondja később s akkor megkeres. Ez egy kicsit olyan kiszámíthatatlan, mert van,
169 amikor úgy érzem, hogy most megyek, adom magam, van egy ilyen része is, kell adnom magam,
170 itt vagyok, ha akarnak használhatnak, amit tudok nyújtok és ez a nyitottság segít abban,
171 hogy elinduljon bennünk is az a segítséget kérő vágy. Egy két mondat erejéig vagy egy szó
172 erejéig, hogy elmondja, de jó, hogy jöttem, jó is lenne vagy valami ilyesmi s akkor
173 odamegyek és elkezdek beszélgetni. Ez történhet úgy is, hogy egy alkalom, de az is lehet,
174 hogy azt mondja, hogy annyi mondanivalóm van, éppen holnap műtenek, de holnap is jöjjön be
175 vagy én ígérem meg, hogy holnap nem zavarom, mert műtét, holnapután se, de később jöhetnek,
176 mert úgy látom, hogy még szüksége van s azt mondják, hogy igen. Ha úgy látom még továbbra
177 is, még több alkalomra is van szükség akkor telefonszámot cserélünk. Jó Én még nem
178 készítettem névjegykártyát, de általában leírják a nevemet és szoktam mondani azt is, hogy
179 bármi történik a kezelői osztályon, illetve a nővérbe megtalálják az elérhetőséget,
180 merthogy én ezt odaadtam és van, amikor így hívnak. Ez egy rész, de van olyan is, hogy
181 éppen haldokló, bemegyek egy másik osztályra, kardiológiára, ahol vannak intenzív
182 osztályok is és ott vannak haldoklók, vagy akit ma hoztak be és akkor megpróbálom
183 megérezni, felismerni, hogy hívjak-e papot. Vagy megkérdezem az asszisztensnőtől, milyen
184 állapotban van, mit tudnak a hozzátartozói, van-e egy telefonszám, van elérhetőség, hogy
185 kérdezek-e rá. Van úgy, hogy bemegyek az osztályra és már adják nekem a kezembe a
186 telefonszámot, hogy hívjam fel xy hozzátartozót, mert szeretne beszélni velem, ilyen is
187 van, s lehet, hogy azt kéri, hogy menjek oda, nézzem meg, mivel ők nem tudják látogatni
188 vagy papot tudok-e hívni. Van egy kórházlelkészünk, ő nem teljes állásban van ott, őt már
189 azelőtt az intézmény öt órával alkalmazta, talán hetente öt órában, tehát ennyire már
190 nyitottak feléje is. A valamikori lelkész járta ki ennek is az útját és ez aztán
191 öröklődött egymás után, Ő viszont általában akkor jár bent, amikor behívjuk. Amikor
192 liturgiák voltak és szentmisék, mert hogy most nincs az osztályon, mivel, hogy a pandémia
193 miatt nem találkozhatnak a betegek nyílt téren, csak a kórteremben lehetnek, ezért
194 általában mi hívjuk be, hogy jöjjön és lássa el azt a beteget.

195 **O:** Visszatérnék egy pillanatra így a lelkigondozói beszélgetésekhez, hogy ezek hogyan
196 zajlanak vagy elmondható-e, hogy a kórházban töltött idő nagy része igazából a
197 beszélgetésekre fordul vagy, hogy arra fordítod az idő nagy részét?

198 **LG:** Igen, én általában erre fordítom az időmet. Nekem is fontos az, hogy a szentségekkel
199 el legyen látva a beteg, ha haldokló és úgy látom, de általában a többi részét és a nagy
200 részét a lelkigondozás és utána is megkeresnek. Például mondok egy ilyet, hogy a
201 pszichiátriára is bejárok, ott amíg kezelés alatt vannak, két-három hét s általában az
202 első héten a gyógyszerek hatása alatt vannak, nem tudnak beszélni. Második héten már
203 nyitnak, de akkor sem látják reálisan és akkor általában telefonszámot adok nekik, illetve
204 elkezdünk beszélgetni, megízlelik, hogy milyen és akkor megkeresnek később. Ez azt jelenti,
205 több alkalmi és olyan betegem is van, hogy havonta egyszer biztos, ha nem találkozunk
206 személyesen, akkor megbeszéljük, hogy Messengeren vagy telefonon is beszélhetünk. Én
207 nagyból arra teszem a hangsúlyt.

208 **O:** Hogy érzed, hogy vagy jelen egy beszélgetésben vagy mi határoz meg téged?

209 **LG:** Ez változó, nagyon-nagyon változó, nagyon függ attól, hogy én is milyen
210 lelkiállapotban vagyok, vagy akár fizikai állapot. Mi az, ami engem foglalkoztat például.

211 Gyakran érzem azt, hogy nem vagyok most önmagammal sem rendben. Van, amikor úgy az élet
212 nagy kérdéseit fontolgatom és dolgozgom magamba és nagyon érdekes, hogy általában
213 hasonló problémákkal találkozok s mint egy tükör jön sokszor felém, s gyakran ledöbbenek.
214 Van, amikor nem tudok úgy felkészülni, tehát ez a kimosakodás, bemosakodás nem történik
215 meg egyik betegről a másik betegek, mert nincs annyi idő vagy nincsen úgy lehetőség vagy
216 a délelőttöm is olyan pörgős volt, hogy nem tudtam erre figyelni és akkor gyakran érzem
217 ennek. Érdekes, hogy mond a Jóisten mindig, hát most azt mondom, hogy van neki humor és
218 van neki pedagógiája, gyakran szavamon fog, illetve kézen fog ilyen szinten, hogy á-á.
219 Rengetek ilyen képről tudnék mesélni, amikor csak úgy ledöbentem, hogy aha, megérkeztem a
220 kórházba, van kapcsolati problémákról, családi problémákról, igen sok mindenről van és
221 gyakran találkozok olyannal, amivel én is foglalkozom.

222 **O:** Köszí a választ, most egy kicsit más témakör.

223 **LG:** Még annyit elmondok, nem tudom miért, hogy ez hozzátartozik-e, de nagyon fontos
224 számomra az a fél óra amíg beutazok, fél óra negyven per, akkor tudok ráhangolódni,
225 hazafele viszont nagyon jó az az autózás vagy éppen buszozás, az a fél óra, mert akkor
226 leteszem a nehézségeket és ami nagyon jó még és nagyon-nagyon hálás vagyok, hogy van egy
227 kápolnánk ahova én be tudok menni és le tudom tenni az embereknek a sorsát, hogy nem
228 viszem olyan szinten végig magammal, vagy másnap reggel az imámba beteszem, vagy meg tudom
229 osztani a nővértársaimmal. Ez nekem nagyon-nagyon fontos és a mentálhigiéniához is
230 szükséges meg a lelki egészségemhez is.

231 **O:** Köszí, hogy hozzátetted, ez amúgy tényleg fontos. Amúgy ez a kápolna ez ott nálatok a
232 rendházban van, nem? Nem a kórházban.

233 **LG:** Igen a rendházban, a kórházban sajnos semmi nincs ilyesmi.

234 **O:** A következő kérdésem az lenne, hogy így lelki gondozóként valami többletet képviselsz,
235 ami annyira nem beskatulyázható az egészségügyi intézménybe vagy annak a profiljába és
236 hogy látod elfogadják-e a munkádat vagy a tevékenységedet az intézmény, az egészségügyi
237 dolgozók vagy milyen megítélése van a ti munkátoknak ott és esetleg ez változott-e az idők
238 folyamán, amióta ebben dolgozol, ez lenne a kérdés?

239 **LG:** Hát ez változó, mert tudják, hogy az egyháztól jövünk és gyakran, ez segítség volt sok
240 embernek és nyitottak és elfogadtak. Hallom gyakran azt, hogy de jó, hogy jöttél, mert
241 behozol egy más levegőt. Ez fontos volt, mert nem vagyok ott délelőtt, abban a zürzavarban,
242 abban a hajtásban és akkor bejövök egy más környezetből. Ilyen szinten elfogadnak, sőt
243 gyakran mondják, hogy ne siessek, nem menjek tovább, maradjak egy kávéra vagy maradjak egy
244 kicsit s akkor elcsevegünk és ez fontosnak találom, mert így látják, így találkoznak velem.
245 Így nem csak a pozíciómmal, amit képviselek azzal találkoznak, hanem az emberrel is,
246 személyemmel is és ilyen szinten elfogadnak.

247 A betegek részéről úgyszintén változó van, aki, ha meghallja, rákérdez „honnan jöttem?”
248 az egyháztól akkor nyitott, kérdez. Van, aki azt mondja „á hagyjon békén”, de látja, hogy
249 Én nem akarom ráerőltetni és akár egy humorral, egy viccel vagy akár egy beszéléssel vagy
250 a magatartásommal, a helyzetemmel, a fizikai jelenlétemmel valamit úgy meg tudok mozgatni.
251 Vannak olyan eseteim, hogy többször visszamentem és aztán nagyon-nagyon mély beszélgetések
252 tudtak lenni.

253 Az orvosok köréből változó, mivel nem vagyunk délelőtt ott, nem voltak olyan fórumok, ahol
254 tudtuk volna mi képviselni. Lassan már tudják kik vagyunk vagy rákérdeznek, hogy „igen és
255 Ön ki itt az osztályon?”, mert változnak és hála Istennek fiatal ügyes orvosok, nyitott
256 orvosok vannak. Van, aki az egyházzal barátságban van, tehát aki elfogadja, van, aki nem,
257 tehát ezt is el kell fogadni. Én nem szoktam csak azt kijelenteni, és nem úgy lépek föl
258 vagy nem úgy vagyok jelen, hogy csak az Egyházat képviselem. Ahogy találkozok ismeretlen
259 orvosokkal, gyakran mesélek és beszélek arról, hogy mi vagyok és nagyon-nagyon remélem,
260 hogy mivel mostmár alkalmazva is leszünk, akkor több lesz a kapcsolati munka is. Nagyon
261 látom, Én is voltam Ausztriában és kicsit beleláttam, nagyon fontosnak találnám például,

262 hogy akár, most mondjuk azt, hogy egy betegről tudjunk beszélni vagy most többet tudjak
263 egy betegről orvosi szemmel is, én nem értem, de ő annyit mondana, segítségül hívjon, hogy
264 igen éppen egy nagyon rossz diagnózist mondtam annak az xy betegnek és menjél be vagy menj
265 be légyszíves, egy kicsit figyelj rá. Van ilyen, van néhány fiatal orvos, akit még a-ről
266 ismerek és felhív és azt is elmondja, hogy LG nem az Én betegem, de látom, hogy szenved,
267 légy szíves menj arrafele és tudom az esetét, nem mondom el neked most így telefonba, de
268 menjél és beszélj vele.

269 **O:** Milyen jó hallani és magáról a lelki beszélgetésről, látják ennek a relevanciáját
270 orvosként vagy ápolóként látják ennek a hatását a betegeken, vagy ezzel inkább
271 szkeptikusabbak, gondolják, hogy ennek van helye a kórházban? Mi a tapasztalatod?

272 **LG:** Igen, szerintem igen, van, aki még szkeptikusan, de szerintem igen, mert ha ezzel
273 jönnek be, hogy jaj de jó, hogy bejöttél, légy szíves menj be a korterembe, mert, hogy
274 délelőtt mi történt és akkor Én nem tudom mi történt, de bemegyek és akkor jön a
275 takarítónő és hallja, hogy mi beszélgetünk, ő egy kicsit lassabban dolgozik, hogy kicsit
276 figyelje mit is beszélünk és később megjegyzi, hogy hű egészen másképp beszélt veled a
277 beteg. Igen, miért? Mondja, hogy délelőtt milyen helyzetben volt vagy pedig visszajeleznek,
278 hogy „hű de jó, hogy ott voltál” elfogadta, a nem tudom mit, amit én most mondtam neki.
279 hatunk egymás munkájára. Mondok egy másik példát, ha éppen törli fel a folyosót, mert
280 akkor megyek délután és emberségesen oda köszönök és viccelődök egy kicsit na, hogy
281 vagytok/hogy vannak? Milyen volt a délelőtt? vagy valamit ott még egy kicsit viccelődök,
282 általában az, hogy milyen megtiszteltetés, hogy előttem felmosták a földet és akkor
283 megállunk és beszélünk néhány mondatot. Gyakran elmondja az a személy, hogy a délelőtt
284 nagyon szörnyű volt és pocsek volt és ennyi szidást kaptam vagy annyi megjegyzést az
285 orvosi, az asszisztensig és akkor kiönti hirtelen, de kellett legyen egy alapja, tehát
286 ismernek már. Nem történnek nagy dolgok. Nem azt mondom, hogy nagy megtérések történtek.
287 Voltak olyanok, akik úgy mentek el, hogy otthon egy nagy mély gyónásban volt részük vagy a
288 családhoz is másképpen. Nem nagy-nagy dolgok történetek, apró dolgok történetek és úgy látom,
289 hogy van értelme, mindenképpen van és jó, hogy ott vagyunk.

290 **O:** Még egy ilyen kérdés, hogy esetleg így az ápolók vagy az orvosok vannak olyan témakörök,
291 amivel így gyakrabban felkeresnek, mondtad azt, hogy felhívják a figyelmedet betegekre, de
292 hogy így esetleg velük is beszélgetések alakulnak-e ki? Milyen témában, ha igen?

293 **LG:** Vannak olyan orvosok, akik már jó ismerősök, most nem azt mondom, hogy barátságban
294 vagyunk, de jó ismerősök és elpanaszolják, hogy hát veszítettem két héttel ezelőtt és már
295 a második alkalommal veszítettük el a magzatot és akkor egy kicsit leülünk és
296 elbeszélgetünk. Néha csak úgy odaszól, hogy LG imádkozzál, vizsgám van, lesz vagy
297 egyszerűen bejövök, itt van az a kuckó és bejön és akkor kicsit elbeszélgetünk. Ez azért
298 van így, mert ismerjük egymást.

299 Volt úgy, hogy ilyen megnyilvánulásban, hogy bementem, jött éppen az orvos, rákérdezett,
300 hogy én ki vagyok, mert nem látta a kitűzőmet és nincs nekem olyan szerkóm, értsd jól
301 ruhám, van egy köpenyem, de hogy na...: „Ki Ön?” Mondtam, hogy ki vagyok s mondta egy
302 pillanat beszélek a beteggel, utána nyugodtan beszélgethet. Van, aki azt mondja, hogy
303 megkérem menjen ki, ennyi s akkor bejövök. Volt olyan is, éppen egy olyan orvos, aki amúgy
304 nem tudott egy kicsit az indulatjainak parancsolni és akkor beteg előtt is leszólt, hogy
305 én mit keresek ott, hiszen van pszichológus az osztályon. Eljöttem, megvártam, hogy jöjjön
306 ki, elmondtam, hogy ki vagyok, akkor sem láttam, hogy meghallgatott volna, megértett volna
307 és nem csináltam ebből problémát. Igazából kell egyfajta alázattal ott lenni és azt hiszem
308 ezt kell megmutatni feléjük is. Egy belső kontrolom mindig kell legyen, van, amikor úgy
309 érzem most csak ott vagyok, végzem a dolgomat, de a Jóisten dolgozik vagy nem tudom ki
310 mert én most úgy nem vagyok nyitott erre, tehát el kell menjek és ezt is el kell fogadjam.

311 Az asszisztensek közül is nagyon sokan feltesznek egy-egy kérdést vagy én látom, hogy úgy
312 felteszek egy akármilyen kérdést, mert engem érdekel és úgy tapasztalják azt, hogy én is
313 számítok rájuk vagy, hogy az ő tudásukat, az kompetenciájukat, az ők helyzetüket elfogadom

314 és akkor elkezdünk beszélgetni.

315 **O:** Akkor van egy ilyen kölcsönösség?

316 **LG:** Igen és akkor kialakul vagy van olyan, hogy nehéz volt a napja és az egyik kollégája
317 azt mondja, hogy keresd meg LGt, szaladj fel az ötödikre biztos itt van. Van olyan
318 helyzetem és esetem is, aki válságban volt, kiégési fázisba volt, ott is hagyta az
319 egészségügyet és ennek a folyamatát, ebben a döntésben, döntéshozatalban kísértem és ilyen
320 is van.

321 **O:** Köszönöm ezek nagyon értékes tapasztalatok, tényleg ahogy így elmondod, még jó, hogy
322 fel van véve, mert nem győznék jegyzetelni, hogy milyen hasznos dolgok. Még két kisebb
323 téma van. Az egyik az, hogy mi jelent kihívást neked a munkavégzés során és vannak-e
324 esetleg valami akadályok, amik így nehezítik a kórházban a tevékenységedet, mondjuk így
325 rendszer szinten vagy az intézményben?

326 **LG:** Igen, tehát az akadályokkal kezdem akár rendszerszinten és intézményben is, hogy
327 harminc éve, hogy úgymond hivatalosan is és laikusként is, illetve viláigként is ott
328 vagyunk a kórházban és nem értük el, nem mi kell ezt elérjük, szerintem a vezetőség az
329 Egyház és az egészségügy, a két intézmény közötti vezetőség kellett volna ez elérje, hogy
330 egy kápolnánk legyen, egy szentségi kápolnánk legyen, például, ahol szentséget tarthatunk,
331 az Oltáriszentséget vagy pedig kicsit elvonul az a beteg vagy beteg hozzátartozó. Voltak
332 ilyen eseteim, hogy ott a műtő előtt egy baleset kapcsán éppen a műtőben volt a
333 hozzátartozó és előtte idegesem meg aggódva meg kétségbeesve, meg krízishelyzetben levő
334 személyeket láttam ott megtorpanva, hogy ott tud jönni menni és nagyon fájt az, hogy nem
335 volt, ahova behívjam, ahova leüljek vele, ahol tudnék beszélgetni vele. Helyiséghiány van,
336 az az egy kis kuckónk, ami nagyon jó helyen volt egyébként, berendeztük beszélgetős
337 lehetőségnek, megegyeztük azt, hogy a kolléganőmmel, hogy a lelkipásztorral is hogy
338 használjuk, ezt is elvették. Most átalakulóban van és nagyon remélem, hogy építik és lesz
339 majd egy kis kápolnánk, ami csak a miénk lesz. Ezt úgy látom és nem baj, ha ezt valahol
340 tudod és megjeleníted, mert ezt már gyakran mondtam két intézmény között kellene ez a
341 megállapodás. Én, mint laikus és munkásember nem tudom elérni. Teszek érte. Az elődöm is
342 például, amit lehetett megtett, de most ilyen, hogy aláírásokat gyűjtött, de nem ért el
343 sok mindent. A két, az egyházmegye, illetve az intézmény vezetősége kell. Ahogy működik
344 itt Romániában ez úgy történik, hogy én is adok valamit, ti is adtok valamit, közösbe
345 tegyük és lesz valami. A helységhiány biztos mindenképpen.

346 Hiányát látom annak is a működésnek, hogy ha be tudnánk szervezni és be tudnánk hozni
347 önkénteseket is. Akár most egy liturgiára meghívni, vagy a szentmisére meghívni, ahol csak
348 tényleg az kellene, hogy végig menni a kortermekbe. Hiába van kiírva a program, az a beteg
349 nem azzal van elfoglalva, vagy ki se mehet, nem tud járni, hogy mi van azon a
350 hirdetőablán. Nehéz helyeken kaptunk hirdetőablának is helyet, mert hogy egyebet kell
351 hirdetni. Az a mi hirdetőablánk valahol a sarokban van, eldugva. Ezt tudjuk, sok
352 mindentől függ. Osztályvezetőktől is függ és a nagyvezetőtől is függ. Igazából a nagy
353 vezető, mondjam azt a menedzserasszony nagyon nyitott, mindent megígér, de nem tud
354 mindenhova elérni a keze olyan szinten. Ilyen szinten látom a nehézséget és ami még úgy
355 nehézség és ezt mi kellett, én kellett kijárja és amit kezdtem is mondani, hogy nem voltak
356 biztosítva és nincsenek egy szupervíziós lehetőség vagy olyan fórum, ahol fel töltődünk,
357 ahol kiadjuk magunkból ezt a helyzetet. Én így kezdtem el a szupervíziós képzést, mert,
358 hogy éreztem én nem tudok, nem akarok és az előljáróim is erre bízattak, hogy nem akarok
359 én ebbe kiégni, belepusztulni, mert, hogy nehéz esetek vannak. Amikor napjában hat, hét,
360 nyolc, tíz, húsz nehéz problémás emberrel találkozol, haldoklóval vagy daganatos beteggel,
361 valahova le kell tenni, vagy bármivel és akkor ilyen fórumok sincsenek, tehát ilyen
362 lehetőség, egyénileg megkerestem az esetmegbeszélő csoportot is vagy a szupervíziós
363 csoportot is, de az a saját költségünkbe és időnkbe telik. Nincs a munkakörben ilyen
364 szinten benne és a munkaadóm erre nem volt nyitott. A munkaadóm megadta azt a pénzt a
365 kártyámra, azt az x összeget, de soha nem kérdezte meg azt, hogy vagyok? Mikor
366 találkozhatunk? Ennek nagyon látom a hiányát.

367 **O:** Itt most az egyházi munkaadóra is gondol? Az egyház sem vállalja fel ezt a témát,
368 nyilván akkor a kórházban sincs erre, s ezt meg kell oldani.

369 **LG:** Mi kell magunknak. Tehát ebben is nagy-nagy fejlődés kell, mert ha azt nézzem, hogy
370 nyugaton, vagy ott, ahol Te is jártál abban a kórházban biztos, hogy hallottál, láttál
371 ilyen helyzeteket. Akár erről beszélhetsz is. Én nem láttam, de hallottam, mert volt olyan
372 képzés, hogy Budapestről az onkopszichológiai intézetről jöttek és volt egy programsorozat
373 és azon részt vettünk, tehát ilyenmin mindig szeretnék részt venni, minél többet. Az egyik
374 nővértársam Ausztriában ugyanezt csinálja, egymással megosztunk dolgokat, de nagyon nagy a
375 szakadék, ami Ausztriában történik intézménye belül és ami nálunk. Nálunk még tényleg azt
376 sem mondhatom, hogy gyerekcipőben járunk még, mert még bele sem léptünk a gyerekcipőbe.

377 **O:** Úttörő szakasz inkább.

378 **LG:** Igen mert el volt látva olyan szinten a kórház, hogy járt be pap, feladta a betegek
379 kenetét, gyóntatott, áldoztatott, de egyéb munka nem volt, nem volt lehetőség, nem volt
380 fontos, nem látták ezt ilyen szinten fontosnak.

381 **O:** Ehhez kapcsolódik, már beszéltünk az önkéntesekről meg így erről a szupervíziós
382 csoportról is mint lehetőségről. Van-e még, amit így látsz és fejlődési lehetőség lehet a
383 lelki gondozás számára az intézményben? Hogyan tudna a lelki gondozás jobban kibontakozni az
384 intézményben?

385 **LG:** Látom, tehát a közreműködést nagyon látom. Lehet, hogy ebben az intézményben így, hogy
386 most vagyunk ketten, önkéntesekkel is megszervezni programokat most, hogy van ez a képzés
387 is amit mondta, hogy öt témakörben. Például én nagyon-nagyon jónak láttam, ügyesen
388 megtudtuk azt csinálni, hogy az az ott dolgozó asszisztens, infermer és takarító
389 külön-külön, ez a három munkakör most lefedve, hogy munkaidőben tud részt venni másfél
390 órát, úgy kell ő beosztani. Két hétig fut ugyanaz a téma és akkor ő a munkaidejében vagy a
391 délelőtti vagy, hogy mondjam vagy amikor délelőtt vagy, délután van egy ilyen lehetőség és
392 két héten belül részt kell vegyen, tehát nem plusz idő ez neki. Megbeszéltük az
393 osztályvezető főasszisztenssel, beosztották, nem kötelező, de nagyon sokan részt vesznek,
394 ezt úgy látom, hogy ez nem csak pszichológia, nem csak mentálhigiénés, nem csak
395 kommunikációs képzés, hanem valamilyen szinten lelki gondozás is benne van. Olyan témákat,
396 hogy kommunikáció, konfliktuskezelés, empátia, hogyan beszélnek a beteggel, titoktartásról
397 is lesz szó, érzelmi intelligencia. Én is vállaltam témakört, én nem tudom szétválasztani,
398 valamilyen szinten beviszem a lelki gondozói éneket ebbe az egészbe. Nagyon nyitott az
399 ápolási igazgató, hasonló témakörökben érdeklődik, együtt járunk imádkozni, szemlélni
400 hetente, tehát, hogy van ilyen lehetőség és van szükség mindenképpen. Nagyon látom azt,
401 hogy az orvosok fele is, évente egy lelkinapot, egy néhány órát szerveztünk meg a
402 kollégánokkal és mindig hívtunk egy kompetens és egy olyan személyt, aki előadást tart,
403 egy csoportbeszélgetés, egy kis megosztások. Nemcsak a kórházon belül, hanem a megyében
404 meg volt hirdetve és jöttek családi orvosok és nem csak kórházi részről.

405 Nagyon meg vannak terhelve, nagyon fontos az, hogy az alkalmazottak is, az orvosok is, de
406 főleg az asszisztensek nagyon le vannak terhelve. Hála Istennek több orvos került most az
407 osztályra, fiatalok és kevés a kisegítő személyzet.

408 **O:** Most az utolsó kérdésem kitekintő, nem is annyira az intézményhez, hogyan képzelned el
409 az ideális egészségügyi ellátást és ezen belül milyen szerepe lenne vagy milyen helye
410 lenne a kórházi lelki gondozásnak? Úgy mond egy elképzelt ideális kórházban vagy
411 intézményben.

412 **LG:** Azt hiszem, hogy nem tudok belelátni, hogy milyen is az ideális kórház viszont lenne
413 rengetek fejlődési lehetőség és elindult. Persze vannak korlátok, de hogy elindult. Én azt
414 hiszem, hogy több személyes kapcsolatot kívánnék az egészségügyben, mert kifele nagyon sok
415 minden látványosabb, mint ami bent van, mert találkozok ezzel. Ez egyfajta, az országnak
416 is jellegzetessége, de nyitottak. Én például a lelki gondozást vagy egy mentálhigiénés
417 szakembert akár a családorvosok mellé is elképzelnék vagy a családorvosi rendelőbe, ha

418 nem minden nap, de hetente néhány órával helyben legyen. Ilyen szinten mi itt a környéken
419 ezt végezzük, akár gyász témában is vagy akár problémásabb és betegségét nehezebben viselő
420 család vagy személy is, aki érintve van, ha elmegy a családi orvoshoz és úgy látja ez nem
421 elég gyakran elküldi hozzánk a családorvos, két családorvos van itt a faluban. Itt a
422 környéken tudják, hogy létezőnk, δ-ban még vannak a szociális testvérek is, tehát úgy ε-n,
423 δ környékén, ζ környékén igénybe vesznek mert, hogy lelki kísérettel, lelki gondozással
424 foglalkozunk, de még több kellene. Látom a lehetőséget is, illetve a szükségét is több
425 felekezettel is együtt dolgozunk. Én behívom, mi járunk a katolikus részről rendszeresen
426 be a kórházba, de ha éppen a beteg azt mondja, hogy ő unitárius, evangélikus vagy
427 református vagy ortodox akkor meg szoktam kérdezni és volt olyan példa, jónéhány, hogy
428 bejött a lelkész, de még többet is lehetne kollaborálni. Tervünkben van, hogy egy úgymond
429 mentálhigiénés központot létrehozunk, ahol lelki gondozók, pszichológusok, mentálhigiénés
430 lelkipásztor is jelen van a megyei kórházban, ez is a jövő titka. Ami még nagyon szép és
431 ez jó, hogy az eszembe jutott, hogy van egy családtervező osztály is, illetve család
432 segítő, egy nagyon ügyes és talpraesett δ-i nőgyógyász orvos, aki mélyen megéli a vallását
433 is és nem az osztályon dolgozik, hanem külön osztályt kapott, mert ő azt mondta, hogy
434 abortuszt nem végez. Ő csak védi a magzatot és nem elveszi és mellette van egy
435 asszisztensnő, illetve van egy pszichológusnő is. Ott is látnám, ha elnyúlna a kezünk,
436 akkor fontos lenne. A környéken van λ-n egy elfekvő ahová egy osztályt lehetne például
437 létrehozni. Van elképzelésem, úgyhogy gyertek és dolgozunk.

438 **O:** Köszönöm nagyon szépen, nagyon értékes tapasztalatok voltak és el is szaladt az idő.
439 Tényleg köszönöm, hogy erre fordítottad az időd.

1 INTERJÚ KL2

2 **O:** Az első kérdésem ez, hogy nem szokványos foglalkozás sem a kórházlelkészség sem a
3 kórházi lelkipozítás és hogyan vált Ön lelkipozítássá?

4 **KL2:** Igen ez nagyon, de nagyon jó megfogalmazás, hogy nem szokványos foglalkozás, ugye ez
5 valamikor természetes volt, valamikor, hogy a pap bent volt a kórházban ez magától
6 értetődő volt. Ezt követte a szekularizáció, amikor az állami kórház és a medicina
7 fejlődésével egyre jobban kiszorult az egyház. Utána következett a tiltás, tudjuk a
8 kommunizmus időkben milyen nehéz volt bejutni a papoknak a kórházakba. Ma talán azt
9 mondhatnám, hogy úgy ott van a köztudatban, inkább azt mondanám, hogy gyerekecipőben jár
10 nyugati országokhoz vagy akár Magyarországhoz képest is de mindenképpen az útkeresés
11 időszaka az, ami a jelent jellemzi, én legalább is úgy érzékelem itt η-n,
12 hogy jelenleg ez a helyzet.

13 **O:** Az Ön személyes története olyan téren, hogy mikor kezdett el ezzel foglalkozni vagy
14 milyen indíttatásra?

15 **KL2:** Igen. Azt mondják, hogy mindenki, aki a teológián köt ki valamilyen szinten sérült
16 ember.

17 **O:** Ezt nem is hallottam.

18 **KL2:** Legalábbis az én időmben volt egy ilyen felvetés. Na most belül is rengeteg
19 konferencián hallottam azt, hogy aki a segítő foglalkozások bármelyikét választja az
20 valamilyen szinten kötődik egy tragédiához, egy családi történethez stb. Én ugyan volt
21 tragédia elég a családban és van is, én úgy érzem, hogy úgy kerültem be, mint Pilátus a
22 Credoba, tehát a fordulat után, talán θ után η volt az a hely, ahol
23 egy κ nevezetű emberke mindenképp kórházlelkész akart lenni. Ketten λ
24 főesperes úrral kivívták maguknak ezt a külön pozíciót, hogy a kórházi rendszerbe kerüljön

25 bele, jó, hogy egy ideiglenes szerződése volt, amit minden évben újítani kellett stb. de
26 kezdetnek nem volt rossz. 2002-től κ alkalmazottja volt a kórháznak egy ilyen
27 megújítandó szerződéssel 2006-ig. Na most nem mondunk ilyeneket, hogy kilépett a papságból

28 vagy nem tudom én mit csinált, hanem azt mondjuk, hogy pályát módosított szépen, kinősült
29 és akkor azt mondja λ, Te KL2, Én jóformán nem is ismerlek, mert nagyon
30 viszontagságos körülmények között kerültem ide η-re az év kellős közepén,
31 nagyon hosszú a történet, viszont annyit látok rajtad, hogy nagyon szeretsz az emberekkel
32 beszélgetni, nem vennéd át a κ -nak a helyét? Akkor mondtam neki, hogy minden további
33 nélkül átveszem, már κ az utóbbi időben gondolkodott abban, hogy családalapítás, már
34 megvolt a jövődöbeli, már végezte a pszicho-szociális egyetemét itt a Sapientián. Elég
35 sokszor már az utóbbi időben küldött maga helyet a kórházakba, azért azt már viszonylag
36 tudtam, hogy melyik kórháznak az ajtaja merre nyílik. Nem volt teljesen új a terep viszont

37 az rövid idő alatt észrevettem, hogy egészen más történet, mint a házi-betegeknek az
38 ellátása és, hogy mennyire másképpen viselkedik egy sebészete levő beteg, egy
39 pszichiátriai
40 beteg, egy könnyebb osztályon levő beteg és akkor kezdtem kutatni anyagok után. Igazából
41 itt ennyi van, hogy λ mondta, hogy látom szeretsz beszélgetni az emberekkel. Na
42 most azt is elég hosszú lenne elmondani, hogy miután ennyi minden volt, hogy κ
43 és a főesperes úr ilyen nehezen kicsikarta ezt a helyett az egyháznak és akkor hirtelen
44 lelépik Ó és akkor megmagyarázni úgy, hogy akkor most jön egy új arc a képbe, tehát hogy
45 felváltom őt. De mi történt velem, ha mindenképp őt akarták, akkor most mi az, hogy négy év

46 után csak úgy hova lett el. Nehéz volt úgy beállni a sorba, hogy na jöttem Én, velem sem
47 történt különösebben semmi, az egyháznak a presztízsen sem essen túl nagy csorba, de

48 sikerült, szerintem sikerült és nagyon, de nagyon hálás vagyok, hogy abban az időben a
49 η-i származású v (politikus) akkor volt ökológiai miniszter és
50 akkor rajta keresztül sikerült már az én esetemben végleges szerződést aláírni. Innentől
51 kezdve nekem végleges posztom van.

52 **O:** Mai napig akkor, na ez nagy dolog.

53 **KL2:** Úgyhogy ez nagy dolog, de ennek vannak előnyei hátrányai.

54 **O:** Ez azt jelenti, hogy munkaszerződése van, mint ott dolgozó, fizetést kap onnan is vagy?

55 **KL2:** Igen, ez egy nagyon érdekes kérdés, mert az érseki kinevezés, anno nem tudom hányból
56 származó azt írja nekem, hogy főállásban legyek kórházlelkész. Főállásban nem lehetek
57 kórházlelkész, mert ha kijelentkezek a plébániától, akkor a plébánia szempontjából tehát
58 az országos nyilvántartási listán nem fogok szerepelni, mint pap. Tehát innen is megsúgták,
59 hogy oké lesz egy nyolcórás munka, de ha lehet akkor a főállást azért ne hagyjam el a
60 kórháztól, mert bármikor lehet egy olyan menedzsere a kórháznak, amelyik azt mondja belső
61 szabály, az országos szabályok mondják ezt, de belsőleg én azt mondom, hogy mától kezdve
62 nincs szükség kórházlelkészre és akkor Ön marad az út szélén. Úgyhogy egy álláshalmozás
63 áll fent és a román törvények értelmében ez egyelőre működik, hogy bejelentem, hogy van a
64 főállásom a plébánián és azon kívül azt mondja, hogy ugyanannál a munkaadónál nem lehet
65 több egy nyolcórás állásnál, tehát ugyanannál nincs, de másnál lehet vagy legalább is így
66 is értelmezhető ez a törvény. Remélem, hogy emiatt nem fognak valamikor visszamenőleg
67 megbüntetni és akkor a kórháznál is értetlenül állnak a helyzet előtt, hogy én annyi
68 előnyről lemaradok amiatt, hogy én a kórháznál nem vagyok főállásban. Nem kapok vakációs
69 jegyeket, nem kaptam annak idején étkezési jegyeket, ami ilyen 150-200 lejek. Az egyháznál
70 nem kapok, itt meg kapnám és mégsem állok át ide. Megtehetném, csak mondja a főkönyvelő
71 lent az egyháznál, hogy akkor az országos nyilvántartásban, mint pap nem fogok szerepelni,
72 tehát egy nagyon kettős dolog.

73 **O:** És legalább jogilag is annyira összetett a helyzet.

74 **KL2:** Legalább is, a civil és az egyházi jognak a konfrontálódása az valami elképesztő.
75 Gyakorlatilag egy icipici, talán három-négy oldalas protocollum van erre vonatkozólag,
76 amit
77 annak idején μ, amikor volt ő az egészségügyi miniszter, Krisztus előtt, tehát
78 valamikor a forradalom után ő volt a miniszter és akkor létrejött egy ilyen protocollum,
79 egy ilyen megállapodás a Római Katolikus Érsekség és az Egészségügyi Minisztérium között.
80 Ezt a protocollumot legalább annyira féltve őrzöm, mint azt a személyes levelet, amit ξ
81 -tól kaptam, mert hogy az egészségügyi minisztériumnak bárhol kerestem a szájtaján, már
82 nem található meg ez a dokumentum. Ez az egyetlen, ami feljogosít bennünket, hogy van
83 keresnivalónk a kórháznál, a szekuláris intézetben papként.

84 **O:** Most így ez nincs benne a kérdésekben, de a téma megköveteli, hogy Ön, hogy tudja az
85 ortodox papoknak úgymond van biztosított kórház lelkési posztjuk szinte minden
86 intézményben, nem?

87 **KL2:** Igen.

88 **O:** Ez azt jelenti, hogy igazából van valamilyen törvény, hogy van helyük vagy szintén a
89 kórház így dönt vagy ezt, hogy látja?

90 **KL2:** Az ortodoxia államegyház.

91 **O:** Külön megítélés alá esnek ilyen esetben a felekezetek?

92 **KL2:** Külön. A fizetés tekintetében nem tudom, mert az egy titkos dolog, azt soha nem
93 láthattam vagy nem tárták elem különben, viszont, hogy kiváltságaik vannak az egyszerű

94 biztos. Például engem alkalmaztak, előttem alkalmaztak egy református hölgyet is oké, de
95 jött egy unitárius például és már az unitárius atyánkfíát már nem alkalmazták mert azt
96 mondták mert nincs alap, nincs elegendő alap, amiből őt fizessük. Ugyanakkor, ugyanazon az
97 ősszel, szinte minden egyes kórházi kis alegységnek külön kórházlelkészt alkalmaztak,
98 ortodoxot, olyant, aki csak azzal a pici épülettel foglalkozik, nincs gyülekezete, nekik
99 volt alap. Nálunk az unitárius, magyar gyerek mai napig önszorgalomból jár be, önkéntes
100 módon teljesít szolgálatot, mert őt már nem alkalmazták. Meg vagyok győződve fizetés
101 tekintetében sem egy megítélés alá esünk. Ha már itt tartunk elmondom azt is, hogy itt
102 ahogy megyünk be a megyei sürgősségi kórházhoz egyik napról a másikra fölszabadítottak egy
103 hatalmas termet és kimondták, hogy az legyen egy ökumenikus kápolna, ami azt jelenti
104 mindegyik felekezet lelkésze, akinek a lelkészei alkalmazottai a kórháznak használhatják,
105 magyarul ezt jelenti. Még κ idejében talán működött a dolog, de én, amikor odakerültem
106 már le volt cserélve a zsaluzár, az ablakokban a vitrinálé át volt alakítva jellegzetes
107 ortodox ablakokká és bevan egy gyönyörű ortodox kápolna, Szent Andrásról elnevezett
108 kápolna be van rendezve, onnantól kezdve csak az ortodox kolléga használja, magától
109 értetődő. Akárhány kérvényt írtunk és adtunk be mi, magyar lelkészek, meg a többiek,
110 görög-katolikusok, szóba sem jöhetett és dicsőségesen ki van téve a bejárathoz ennek a kis
111 kápolnának a története is, azt az egy mondatot kivéve, ami világosan hozná azt, hogy ez,
112 amikor létre volt hozva ez ökumenikus jelleggel volt létrehozva. Megdicsérik az akkori
113 igazgatót, menedzsert, egészségügyben kijárt stb., le van oda írva minden csak éppen ez az
114 egy mondat hiányzik, hogy bocs ez ökumenikus kápolnaként volt jóváhagyva és ez maradt az.
115 Innentől kezdve egy nagyon, de nagyon kellemetlen helyzetben vagyunk, mert fölmegyünk,
116 főleg téli időszakban, akkor egy megkeressük a kapust, ha valahol megtaláljuk, nagy
117 álmosan előáll, akkor tud ideadni kulcsot, nem-e, az anfitéátrumok, tantermek foglaltak-e,
118 nem-e, mert ugye hétvége is vannak kurzusok, vannak bizonyos konferenciák amikor ezek
119 foglaltak. Ha netalántán üresek is, akkor két-három, maximum tíz ember, akik lejönnek a 10.
120 9. emeletről, valahogy lecsoszognak, lifttel, valahogy megtalálják, hogy hol van az
121 anfitéátrum, akkor ott szegények fázzanak, az ember azt sem tudja, hogy minél rövidebre
122 vegyem a dolgokat, hogy érezzék, hogy járt is a pap vasárnap fel, de ne is fázzanak,
123 időre, a perfúzióra érjenek vissza az osztályra, mert csak ezzel a feltétellel engedték le
124 őket. Egy nagyon kiszolgáltatott helyzet van.
125 **O:** Most egy kicsit átfordítva, ugyanakkor az, hogy az ortodox papok ennyire látványosan
126 jelen vannak a kórházba ez segítség-e más vallások képviselőinek olyan szempontból, hogy
127 ilyen téren a rendszer már, a köztudatban ott van, hogy igen van helye valamilyen szinten
128 a papoknak vagy a lelki gondozásnak a kórházban? Érti a kérdést, nem tudtam feltenni jól,
129 ugye sok esetben már az is kérdés, hogy egyáltalán egy a vallással foglalkozó vagy egy
130 lelki dolgokkal foglalkozó embernek van-e keresnivalója a kórházban?
131 **KL2:** Igen, ezt úgy nem mondhatjuk, hogy nincs keresnivalónk, de más megítélés alá esnek az
132 egyértelmű. Mondjuk az az igazság, hogy itt η-n román és ortodox beteg van a
133 legtöbb, ez az igazság, ők vannak ilyen szempontból is helyzetelőnyben és van szükség
134 rájuk. Kedvesek is, ha így találkozunk viszont, ha már egy ökumenikus megnyilvánulásra be
135 kell őket szervezni, akkor olyan nehezen adják be a derekukat. Van egy-kettő, aki olyan
136 vagány, kilóg a sorból és jönnek és legalább, ha színlelésből is de megveregetik a
137 vállunkat és eljönnek velünk, de van olyan amelyik megígéri és nem jön el arra a bizonyos
138 közös eseményre. Például karácsony előtt kolindákat éneklünk a vezetőségnek, mi magyarok
139 készülünk román kolindák alapján, hogy ne legyen baj, magyarul és románul is és egyszerűen

140 nem jelenik meg. Nagyon kedves, megölel, boldog új évet kíván stb. de ezekről a
141 részletkérdésekről ne beszéljünk, kápolna vagy közös együttműködés.

142 **O:** Most visszatérve, miből áll egy kórházi munkanapja? Milyen sajátos feladatai
143 vannak? A szentségek kiszolgáltatása mellett, mennyi idő juthat egy személyes beszélgetésre
144 vagy mi dominál?

145 **KL2:** Hú, hát lassan-lassan tízen és annyi éve próbálkozunk, hogy hogyan lehetne a
146 híveinket minél jobban elérni. Én az elején próbáltam egy olyant csinálni, hogy heti
147 program, ezt amúgy kéri is, tehát minden titkárságon le kell adni, mint a tanügyben egy
148 heti programot, azon belül a tanterv és a napi felosztás, hogy ki mit csinál. Meg is
149 próbáltam ezt valósítani viszont rájöttem, hogy egyedül, egy ekkora városban ez nem
150 működik. Ha működik esetleg elmaradnak más dolgok, amik talán fontosabbak. Mondok egy
151 példát, az onkológián kiírtam, hogy minden szerdán vagy kedden délután öttől hatig ott
152 vagyok. Öt óra előtt pár perccel felhívtak x kórház intenzív osztályáról, hogy haldoklik
153 valaki vagy a neonatológia osztályról, hogy egy koraszülöttet hamar meg kellene
154 keresztelni. Mit csináljon az ember? Az első dolog az, hogy ennek engedelmessé válik, beültem
155 az autóba, akármilyen hamar, míg fölmeleg az ember, átöltözik, elintézi addig itt késtek a
156 dolgok és az onkológián szépen egyes sorban az a pár az ebédlőből, mert akkor még külön
157 terem nem volt, az ebédlőből szépen visszamentek a szalonjaikba és teljesen ki voltak
158 ábrándulva. Ki van téve a nagy név, római katolikus pap, a program és ha még a pap is így
159 vesz, önmagában elég neki az ő baja, az onkológia és akkor az ember magyarázta n+1-szer
160 akkor úgysem értették meg. Akkor döböntem rá, hogy állj meg utas, hát így ez nem lehet
161 csinálni akkor sem, ha többen lennénk, egyedül végkép nem lehet ezt így csinálni és akkor
162 valahogy nagy nehezen eljutottunk odáig tíz vagy tizenöt év után, hogy maga a vezetőség a
163 kórház fejeletével ellátott programot tett ki minden osztályra, hogy ezek és ezek a kórház
164 lelkeszei és fel vagyunk sorolva. Mindenki ki van téve a felekezete a neve és a
165 telefonszáma és azt mondja az ortodox kolléga is, hogy is gondoltál ilyen örülségre, hogy
166 te mérsz korteremről korteremre, ráadásul európai jogba ütköző dolog is, mert vannak más
167 vallásuk, más felfogásúak, ateisták, mi az, hogy a katolikus pap csak a katolikus
168 betegekhez. Ezt amúgy sem törvényes csinálni és azt mondja az ortodox kolléga, hogy ő is
169 csak kizárólag a hívásokra reagál. Nem kezdi, honnan kezdje ebben a hatalmas mamut városba,
170 szalononként, házról-házra menni és keresni a híveinket. Igazából így kezdődtek a dolgok
171 és az elérhetőségünk mindenhová ki van téve és az egy garancia arra is, hogy vagy a
172 hozzátartozó, vagy a beteg tényleg várja a papot. Az embernek van egy kis sikerélménye is,
173 hogy igényelték stb. Mondhatnám a munkanappal kapcsolatban, hogy lefixált heti program le
174 van téve az irodában, de effektív egy spontán, teljesen szabadter van adva, korrektek, a
175 vezetőség nem várja el, hogy az ember nyolcórás alkalmazással van nyolc órát bent üljön,
176 tehát nyugodtan végezhetjük a dolgunkat, lelkiismeretünkre van bízva, de amikor az
177 adminisztratív osztályra vagy valamelyik beteghez hívnak, legyünk elérhetőek, ennyi
178 részükről a kérés. A szentségkiszolgáltatástól a lelki beszélgetésig mikor mire van igény,
179 helyszínnel is nagy gondjaink vannak, kápolnából ki vagyunk szorítva, van olyan beteg, aki
180 le tud jönni az osztályról van, aki a korteremből sem tud kijönni, hogy esetleg a
181 bemutatóterembe, tanterembe bemenjünk. Ezek általában klinikai kórházak, a kórházban van
182 előadóterem is és oda be szoktak engedni. A szentségkiszolgáltatás is nagyon érdekes,
183 időnként ezek a hagyományos székelyföldi betegek nyilván várják a papot, hogy kereszteljen
184 gyóntasson, áldoztasson. A fiatalabbak már igényesebbek, ők már inkább beszélgetést

185 akarnak, most ez lehet hétköznapi témákról, lehet hitbéli, filozófiai kérdésekről sokszor.

186 **O:** Milyen jó, hogy ilyenekkel is megszólítják.

187 **KL2:** Hát igen jók.

188 **O:** Olyan értelemben, hogy egyből nem jönnek hitbéli kérdésekkel.

189 **KL2:** Nem, a legtöbb esetben nem és azt vettem észre, bizony a teológián is azt gondolják,
190 hogy hét évet tanulunk, kitudja mindent kitanulunk, hát nem tanulunk ki semmit. Most
191 gyakorlatilag bemegy az ember, a szentség érvényességéhez kell a tudatosság, az emberben
192 felmerül millió egyszer a kérdés, most egy kómás beteg, akiből ezer csó áll ki, jó én
193 megkenem a betegek olajával, elmondom az imát, de hogy ebből mit érzéssel, mennyire
194 érvényes, mennyire nem. Inkubátor, van amelyiknél azt mondja a koraszülöttnél az
195 asszisztens, hogy nyugodtan a kis ajtót le nyithatja és megkeresztelheti, tehát szentelt
196 vízzel megérinthetem a gyerekek a homlokát, van, ahol annyira szkeptikus, annyira zárt az

197 az osztály és az inkubátort másodpercre sem szabad kinyitani. Most akkor mi a megoldás,
198 szentelt vízzel megkenem az inkubátort falát, érvényes, nem érvényes, hogy is van ez.
199 Beteg kenete, egy éget ember, egy olyan éget ember, akinek egy talpalatnyi hely sincs a
200 testén amelyik kint lenne és amelyiket meg lehetne kenni ugye, nem muszáj a homlokát
201 megkenni, megkenni máshol, de annyira be van kötve, hogy egyszerűen nincs, hogy. Ezek
202 óriási kérdések, beszélünk kell ezekről.

203 **O:** Mind ott helyben kell eldöntse.

204 **KL2:** Ott kell eldöntsem és ha úgy érzem utólag, hogy jól döntöttem, a kislábujjának azt a
205 kis részét megkente, hátha a jóistennek a logikája más és nagyvonalú és érvényes volt,
206 máskor pedig érzi az ember, hogy mellé tenyerelt és hogy kellett volna ezt tenni.

207 **O:** Az egyháznak is ilyenkor, hogy Ön egyedül van egy ilyen helyzetben és nincs egy ilyen
208 fórum, ahol meg lehetne beszélni.

209 **KL2:** Nincs, nagyon nincs. Közismert az úgynevezett Bálint csoport, amiről olyan túl sokat
210 én sem tudok, hogy állítólag kórházlelkészi és nem csak kórházlelkészi eseteket lehet
211 megbeszélni. Nem tudok, hogy lenne ilyen, itt a városban. Most az, hogy eljárak a gyóntató

212 atyámhoz és gyónok neki és elmegyek a lelki vezetőmhöz és esetleg vele megbeszélek
213 dolgokat nem mindig elég. Elmegyek egy pszichológushoz, ha nincs minimális Istenfélelem
214 benne, ha nem egy gyakorló keresztény az illető, nehéz. Ő mondja az ő szakmai dolgait és
215 én mondom az enyémet, tehát nagyon közös nevezőre jutni, most ebben a helyzetben, hogy
216 kellett volna eljárni, hogy az elkövetkező esetben esetleg ez a hiba ne forduljon elő.

217 **O:** Értem teljesen, csak visszatérek, hogy ezekkel is haladjunk, de nagyon érdekes témákat
218 mond.

219 **KL2:** Ezek keverednek a többi kérdéssel.

220 **O:** Itt volt egy ilyen kérdésem, hogy a személyes kísérés és beszélgetések és ilyenben is
221 van része, hogy ezek, hogy zajlanak, Ön így, hogy tud ebben jelen lenni vagy így mi
222 történik egy ilyen helyzetben?

223 **KL2:** Hát ez egyéntől függ. Van, akinek van igénye, mondtam már, érintettem már mélyebb
224 dolgokra. Van, akinek egyszerűen elég csak jelen lenni. Van egy nagyon jó barátom,
225 református lelkész, mondta egy alkalommal, hogy te KL2 elhívtak egy harminc
226 valahányéves beteg asszonyhoz, egyik napról a másikra kiderült, hogy utolsó stádium, egyik

227 gyereke kicsi a másik picit, itt azt mondja nektek könnyű, azt mondja elmentek,
228 leakasztjátok a nagy tanítást a feltámadásról, én még azt sem mondhatom, mert mi a

229 feltámadást másképpen képzeljük el, de azt mondja mit is tehettem volna. Akkor
230 beszélgettünk, akkor hallottam, hogy tíz-tizenöt évvel idősebb nálam, és elmondta, hogy ő
231 arra jött rá, hogy én ezután úgy teszem ahogy gondolom, nyomhatom a sódert és a szöveget
232 ilyen esetekben, de ő arra jött rá, a fiatal nőnél, hogy egyszerűen az egyház
233 képviselőjeként jelen volt, leült melléje és meghallgatta. Azóta én is próbálom követni
234 ezt,
235 mert vannak olyan kiélezett helyzetek, amikor ezek a nagy teológiák és filozófiák, nem
236 tudom mennyire van szükség rá, nem biztos, hogy szükség van rá. Amikor a doktorimat írtam
237 rengeteg módszert felkutattam, nagyon szimpatikusnak tűnt éppen a Brik János féle
238 logoterápia, benne is van a doktorimban, mert kellett választani egy módszert, amivel mérem

239 a betegeknek a nem tudom milyét. Igazából akkor jelent meg a mentálhigiéniai intézetnek,
240 bizonyára ismerős az a folyóirata, hogy Embertárs és annak az egyik száma teljesen a
241 kórházi lelki gondozásról szólt. Ott jegyeztem meg négy szót és azzal vagyok, mert azóta is

242 kerestem, ilyen konferenciára, meg olyanra, milyen jó lenne mert ez testreálló na ezt
243 tudnám alkalmazni, ezt úgy érzem stb. Akkor döbbsentem rá arra, hogy Loyolai Szent Ignác
244 valahol írja, hogy nincs fontosabb apostoli munka a személyes beszélgetésnél, egy. Kettő
245 Viktor Frankl, azért választottam őt többek között, nem csak az értelem központú
246 lelki gondozásáért, hanem azért is, mert azt mondja, hogy a lelki gondozónak a fő módszere a

247 saját személyisége. Nincs két egyforma eset és ezért nem választottam a gyakorlati részre,

248 amiért le is pontoztak keményen, a különféle örültebbnél örültebb statisztikát, hanem
249 egyszerűen eseteket írtam le, az eseteírás jobbnak tűnt, kézenfekvő. Mondták, hogy kevés
250 volt, nagyon kevés és több kellett volna, de ezt én így látom és ebből az embertársból
251 emlékszem, hogy egy amerikai apáca fejtegeti, hogy mi a lelki gondozás és a lelki vezetés
252 közti különbség. Leír négy szót, azt mondja szerinte jelen lenni, meghallgatni a beteget,
253 harmadik az értelem keresés, ez a három mondható lelki gondozásnak, civil is nyugodtan
254 végezheti, negyedik az ima, ami már lelki vezetés, ahol talán a papnak több
255 létjogosultsága van. Én ezt próbálom azóta, akinél úgy érzem, hogy a jelenlét elég ott
256 vagyok, ha úgy érzem, viszont vannak kiélezett helyzetek, emberből van a pap is. Voltak
257 olyan alkalmak, amikor annyira földön voltam, rossz kedvem volt, minden nap nem egyforma,
258 nem tud az ember mindig nagy optimistán és fennkölt módon bevágódni a kórházba, vannak
259 rosszabb napot. Volt olyan, amikor annyira vagányak voltak abban a korteremben a betegek,
260 hogy ők vidítottak fel engem például és annak is értelmét láttam, hogy milyen jó volt ez
261 így. Vannak esetek, amikor az embert megviseli egy másik dolog, akkor amikor egy
262 kisgyerekhez hívják, hogy rákos és beszélget az anyukával és mondom a süketebnél süketebb
263 dolgokat, hogy egy kicsi rózsafüzér és kezdődik a Szent Antal kilenced és milyen jó lenne
264 azt is, nem tudja az ember, hogy nehéz helyzetekben mit mondjon és mindenre mondják, hogy
265 ők már elimádkozták a Szent Antal imát, ők már a rózsafüzéren, látszott az imakönyvön,
266 hogy már sárga, cafatokra van szedve. Na ilyenkor mit mond az ember? Volt θ-ból egy
267 fiatal mérnök, mely akkor végezte el a mérnökit, 25 éves és rögtön kapott is egy nagyon jó

268 munkahelyet és bekerült súlyos-súlyos akt leukémiával. Az embert megkérdezi, hogy egyszer
269 elutasító volt, nem kell neki pap, de utána valahogy meggyőzték, szülők valaki, hogy
270 menjek el mégis. Elmentem és megkérdezte, hogy ő tudja mi van és tudja, hogy nincs sok és
271 nagyon beteg lesz pár napon belül és meg fog halni és kicsit meséljek, hogy milyen odaát?
272 Vagy most volt π-ből egy tizennyolc éves gyönyörű lány az intenzíven, sikerült a
273 felvételi az orvosira, egyke, a szülők meg voltak nyugodva, hogy na a Jóisten gondját
274 viseli és rögtön kapott a reformátusoknál bentlakást és minden oké volt. Egyik napról a
275 másikra, tizennyolc éves, sikerült a felvételi, egyik napról a másikra kapott egy olyan
276 fertőzést, hogy egyszerűen a gépek ott mentek, kattogtak ott mellette az intenzíven,
277 nézték, hogy mi áll meg, mi nem áll meg, máj megáll, vesék megállnak, de egy kicsit az
278 egyik nap valamelyik gyógyszerre mégis jobban reagált, akkor megint a remény. Megkeresett

279 megint az anyuka stb. Aztán a Covid alatt, két három hét, vagy nem tudom én, másfél hónap
280 után csak az lett a nóta vége, hogy meghalt. Ezeknek az embereknek, az anyukának mit
281 lehet mondani?

282 **O:** Én is úgy gondolom, hogy a meghallgatás. Sokszor a csend is beszédes vagy ilyenkor
283 emberileg ott lenni.

284 **KL2:** Hát igen, de úgy várják a paptól, hogy mondjon valamit.

285 **O:** Pont ezt akartam mondani, hogy ez egy nagyon nehéz helyzet és itt, amikor a beszélgetés
286 már olyan, hogy Öntől kérdeznak az nagyon.

287 **KL2:** Igen, így megkérdezte, hogy emlékszik a hitanórán tanultakra, de egy kicsit meséljek,
288 hogy ott mi is lesz, milyen is az a másvilág. Ez olyan rossz érzés úgy eljönni, mert érzi
289 az ember, hogy itt most mit mondjon, nem is tudom, hogy a végén, hogy köszöntem el, nem is
290 tudom, hogy mivel ütöttem el a dolgoknak az élet és jöttem el. Most lehet, hogy vannak
291 nálam sokkal ügyesebbek, vannak, akiknek erre is van egy megoldási kulcsuk, de azért
292 próbáltam a két lábammal mindig a földön maradni. Vagy a helyszínek, nincs egy csendes
293 szoba, sokszor a folyóson, olyan is volt, hogy az illetőt a mosdóban áldoztattam meg, mert
294 nem volt hely, különben van jóindulat a kórház részéről, ha van egy üres terem, akkor
295 bemehetünk oda, de ilyen is volt, hogy a mosdónak az ablakába tettem le a kis szelencét és
296 onnan áldoztattam meg, mert egyszerűen nem volt hová. Nagyon vallásosak románok, zömében
297 vallásosak, nagyon jóindulatúak, sokkal inkább tisztelik a papjaikat és más felekezetű
298 papokat is, mint a magunkfajta ezért ezt tegyük hozzá és sok minden függ attól, hogy az
299 egészségügyisékkel milyen a kapcsolatod, hogy meghatározó, hogy ki mennyire gyakorolj a
300 vallását. Ha gyakorolja vallását, akkor más a hozzáállása. Soha el nem felejttem az itteni
301 pályafutásomnak az elején volt egy fiatal ügyes neurológus doktornő, aki amikor látta,
302 hogy a neurológián megjelenek és mondtam kihez jöttem, miért jöttem, nem csak kiküldött
303 mindenkit a korteremből, minden asszisztenszt és ápolót és mindenkit, hanem őrt állt az
304 ajtóban, hogy amíg én elvégzem a dolgomat ne zavarjanak. Általában az ördög nem alszik és
305 amikor az ember bemegy és felveszi a kapcsolatot azzal a bizonyos beteggel és a hétköznapi
306 süket dumákról, az időjárásról beszélget nincs semmi, síri csend van a korteremben,
307 mihelyt az oltáriszentséget kezdem elővenni és kezdjük az imát rögtön öt asszisztens jön
308 egyből be, akkor jön a vizit, akkor jönnek a medikusok, az orvostanhallgatók. Ez n+1
309 alkalommal mértem le, ez nem mese, ez tapasztalat.

310 **O:** Ezt én is alá tudom írni, most egy idős otthonban vagyok önkéntes lelkipáter és mindig
311 akkor jönnek ágyneműt cserélni amikor végre vagy megnyílik vagy vallomást mond éppen és
312 ágyban fekvő, az sincs, hogy máshová menjünk. Ezekén én is bosszankodok.

313 **KL2:** A tíz év alatt a fél kezemen meg tudom számolni azoknak az eseteknek a számát, amikor
314 az öt-tíz perc, mert nem olyan hosszú a szertartásunk, mint az ortodoxoknál, tíz perc,
315 hogy éreztem az a nagy csend és feltettem magamnak a kérdést, Uram létezik, hogy nem zavar
316 senki, ez olyan, mint amikor megyünk házat szentelni és tudjuk, hogy a régi kommunista
317 időkben a magyar családokat vagy a negyedik a tizedik emeletre tették fel, véletlenül sem
318 lent, hogy legyen minél nehezebb. Házszenelésnél, amikor jön szembe a ministráns és
319 mondja, hogy a következő lépcsőházba az egy katolikus család a földszinten van nem a
320 negyediken, nem a tizediken, úgy vagyok ezzel, nagyon-nagyon kevés eset van, amikor el
321 tudom mondani, tényleg úgy alakult a konstelláció, hogy pont jó.

322 **O:** Ide visszatérve, hogy össze tudná foglalni, hogy látja, mennyire elfogadott az Ön
323 munkája a kórházban, mondjuk az egészségügyi dolgozók, az orvosok és az asszisztensek
324 részéről?

325 **KL2:** Elfogadottnak elfogadott, most már ennyi év után, minden nap az ember nem kell a
326 vörös kakas meséjét elmondja, hogy ki vagyok, mi vagyok, alkalmazott, van már kitézőm,
327 amelyiken írja, hogy „preot”. Mindenkinek nem kell elmondani, de úgy azért mindenki teszi
328 a
329 dolgát, különösebb jelentőséget nem tulajdonítanak.

330 **O:** Van olyan esetleg, hogy az ott dolgozók fordulnak valamilyen témával így Önhöz?

331 **KL2:** Igen, határozottan. Van ilyen is, hogy adminisztratív dolog, főlhív, hogy megkérdezze,
332 hogy vasárnap, melyik templomban hány órákor van szentmise. Van olyan orvosom, amelyik
333 felhív és orvos létére jelzi, hogy ezen az osztályon van egy katolikus beteg, gyere
334 látogasd meg mert nem sok van hátra. Van, de így nem tudott kiépülni egy rendszer, ami
335 rendszeresen működik. Az elején volt néhány idős néni, Mária Légió tagjai, akik az
336 elődömmek nagyon sokat segítettek, elsősorban abban, hogy feltérképezték, hogy hol vannak
337 a katolikus betegek és leírták egy kis lapra, hogy milyen igényük van. κ abból tudta,
338 hogy hova kell menjen, nem kellett senkitől sem érdeklődjön. Azért sok időt megtakarít az
339 ember, hogy állandóan kérdezze az ember, hogy hogy s mint. Forradalom után volt egy rövid
340 idő, amikor felvették a betegeket és beírták a vallást is. Jöttek aztán a nagy Európai
341 normák, amelyek azt mondták nem, az az intimitáshoz tartozik, azt nem írjuk fel és akkor
342 kértük sokszor, hogy milyen jó lenne, ha föl lenne írva és a rendszerhez mi is
343 hozzáférnénk
344 és akkor tudnánk. Egy csomó kérdést sokszor olyan ímmel-ámmal nézik ki a számítógépből,
345 hogy x hol van és hova helyezték át.

346 **O:** Akkor még mindig annak ellenére, hogy ismerik Önt, még mindig az van, hogy Ön kell
347 érdeklődjön a nővértől vagy az asszisztentstől? Nincs meg ez az előzékenység?

348 **KL2:** Abszolút. Nincs-nincs. Van egy pár, katolikus akár ápoló, akár asszisztens, akik
349 mondom azon az osztályon, ahol dolgoznak rendszeresen felhívnak, hogy itt van egy idős
350 személy ezt szeretné, azt szeretné, gyere. Ez a Mária Légió nagyon működött κ körül,
351 aztán kivénültek szegények, nem tudták a lépcsőket járni. Utána próbáltam a fiatalokat
352 megszólítani. Elmentem az egyetemi lelkészre és onnan kértem segítséget. Az itteni
353 egyetemisták nagy része mind orvostanhallgató, nekik köpenyük van, nekik bejárásuk van
354 minden kórházba, nem kell állandóan bemutatkozzanak, hogy kik vagyunk, mik vagyunk, mert
355 az önkéntesség még nagyon tabula rasa. Akkora volt a lelkesedés, hogy jaj, felírjuk, hogy
356 katolikus beteg és neked odaadjuk és átküldjük. Nagy volt a lelkesedés, de utána jött a
357 sok tanulás, a bulik nem működött. Volt egy pár olyan kisebb kórház, ahol akár egy
358 takarítónő, volt egy takarítónő segítségem, aki a ρ -n élt és a σ utcai
359 klinikán a belgyógyászatban, a kardiológián is és a hematológián is minden héten szerdán
360 délután végig járt a szekciókat, bolondnak nézték, hülyének nézték, azt mondták, hogy
361 vallásilag elszállt, túlzásokba esik, pedig ő csak nekem akart segíteni. Annyira
362 lelkiismeretes volt, hogy még a szabadsága alatt is bejött és összeírta nekem, hogy
363 csütörtökön tudjam azokat a betegeket meglátogatni. Jöttek családi problémák, kimaradt Ő
364 is, fiatalok lemaradoztak és valahogy egyedül nem igazán tudom átfogni. A másik, amit nem
365 értek, önkéntes képzés, Ferenc pápa, katolikus egyház, zsinat, világiaknak minél
366 intenzívebb bevonása, gyönyörű dolgok. Volt σ legalább egy kurzus,
367 φ -n, θ -ban és η -n. Legalább négy helyen volt, úgynevezett
368 pasztorál asszisztensi képzés, világi önkénteseket képeztek ki, lektorokat és
369 katolikusokat.
370 Itt is volt, ez vagy két-három éves keret, a Babes-Bolyairól jöttek ki tanárok, tartották
371 az előadásokat. Soha, de soha nem jutott belőlük legalább kettő, akik itt tevékenykednének.

372 Ilyen szempontból én azt látom az egyházi előjáróknak jobban kellene példálózniak ebbe
373 az irányba, mert hogy van ψ nevű, volt φ -i majd χ -i főesperes el
374 tudta azt intézni egy kisvárosba, φ -n, hogy holnaptól kórházlelkészt alkalmaztok
375 és felszabadítottok egy termet és ott lesz a kápolna. Ez egyik napról a másikra beindult
376 és azóta is így van, θ -ban, ahol a kórházlelkésznek nincsen éppen ez az
377 alkalmazottsága, mert ott a lelkész, egyetemi lelkész is és az egyháztól kapja a fizetést,

378 a kórháztól nem, csak bizonyos órákra van, viszont van két nővér, egy szociális nővér és a

379 υ , aki segítő nővér, akik gyakorlatilag, akik kifejezetten a papnak fenntartott
380 munkán kívül, gyóntatás, betegek kenete és a mise megtartásán kívül mindent elvégeznek.
381 Mennek, alig van pár kórház θ -ban és ez működik és a pap is van és a két kórház
382 asszisztens is, akiket az egyház fizet. Itt van egy hatalmas nagy dzsumbuj, ugyanígy
383 χ -n és egy ember. Egész egyszerűen nem látom át, hogy ezt, hogy lehetne jobban
384 csinálni. Nagyobb szükség is van, mert ugye ezek mind katolikus tömbök, φ is és
385 θ is, de akkor is egy kórház városban ne lehessen egy picit másképpen és kellene
386 lépniük. Én úgy látom a főespereseknek, igenis visszaszerezni ezt a kápolnát, ha
387 ökumenikus volt, ki a médiába, megszégyesített stb., de nem nagyon. Elégé elvagyunk, a
388 réteg-pasztorációra nem szívesen tesz hangsúlyt a régi vezetés sem, azt látom az új se,
389 mert hogy paphiány van és ezzel minden le van zárva.

390 **O:** De csak visszaigazolásként, több beszélgetésben fordult elő, hogy azok, akik tényleg
391 ott
392 vannak helyileg és a részüket teszik látják azt, hogy sokszor fentről kéne egy
393 közreműködés, hogy igenis az egyház és az egészségügyi intézmények tartsanak párbeszédet.
394 Teljesen értem, amit mond.

395 **KL2:** Lépni kellene és szerintem működne. Nyitottság volna mind a két részről. Hogy hogyan
396 vagyok Én jelen a beszélgetésben azt hiszem már érintettem, hogy van, ahol a rutin és az
397 empátia között, de ez nagyon nehéz.

398 **O:** Még visszatérve egy kérdésre, hogy volt olyan, hogy akár egészségügyi alkalmazottak,
399 nővérek, asszisztensek személyesebb témákkal vagy ők is inkább ilyen lelkipozítást kértek

400 Öntől vagy ez mindig csak betegek vagy hozzátartozók?

401 **KL2:** Az az igazság, hogy én tudom azt, hogy a kórházi lelkipozítás többet jelent és ezt a

402 szakkönyvek is hozzák, hogy nem arról van szó, hogy betegközpontú, hanem hogy velük is
403 kellene foglalkozni. Egy személyben nem lehet foglalkozni vele. Igény lenne rá, például
404 februárban a betegek világnapja körül, érdekes, hogy egyházi szempontból mi inkább ahhoz
405 ragaszkodunk. Nemzetközi szempontból április 7-én van az egészségügynek a világnapja,
406 ilyenkor, ha az egyik másik klinikán szerveztünk kisebb nagyobb előadást, szerepet, műsort,

407 hívtunk meg kórusokat stb., akkor az a pár egészségügyi káder, betegek, akik ott rész
408 vettek úgy jól érezték magukat, mondták, hogy erre lenne több szükség, igény. Itt is a
409 legfontosabb ki vezeti azt a bizonyos klinikát. Egy katolikus klinika vezető, főorvos
410 kérte, hogy na most gyertek, én biztosítom a helyet, gyertek mert szükség van rá. Ha nem
411 olyan az illető. A σ utcában éveken keresztül működött és mondták, hogy milyen
412 jó volt és legalább kicsit mi is összeszedtük magunkat és valamiről tartottunk előadást,
413 a pápának a betegek világnapjára kiadott üzenetét olvastam fel, több nyelvre lefordítottam

414 stb. Szerintem sokkal nagyobb igény lenne rá, mint amit nyújtani tudunk.

415 **O:** Azért kérdezem, hogy azért ilyen téren is van nyitottság az ott dolgozók között, nem
416 tudom mennyire látja őket túlterheltnak vagy vannak e nekik is személyes dilemmájuk munka
417 téren vagy lehet, hogy ez is egy olyan dolog, amit szívesen megbeszélnének.

418 **KL2:** Az új szakkönyvek nagyüzemről beszélnek, nevet adnak a betegeknek nem számot, mint
419 Auschwitzban, de tényleg egy nagy üzemről van szó, ahol az bizonyos szervi probléma s azon
420 túl, hogy más dimenziók nehezen rúgnak labdába s ezt is el kell fogadjuk. Az a valóság, ha
421 szétnézünk egyre több a beteg és egyre több olyan eset van, amit valahová besorolnak,
422 valahová föl kell vegyék azt a beteget, de legtöbbször maga az orvos sem tudja. Szóval
423 túlterheltek az egészségügyiek, nem csak a pandémia alatt, előtte is, egyre több a beteg
424 az az igazság és egyre komplexebb dolgok ütnek fel a fejüket. A magyar orvosok, hogy egy
425 kicsit jobban kezdeményeznek, itt voltak is, η-n van egy szuper kezdeményezése,
426 az úgynevezett Szent Balázs, keresztény orvosoknak a közössége, amit a τ meg
427 ξ ketten mozgatnak, na ők még szoktak meghívni bennünket és más előadókat is.
428 Nagyon szuper konferenciákat szerveztek kétévenként a kultúr palotában, emlékszek egyszer
429 a gyász volt a fő téma, utána a fájdalom, nem a szenvedés.

430 **O:** Azon én is voltam, a fájdalom konferencián, az tényleg a kultúrpalotában és nagyon
431 színvonala volt. Az tetszett nagyon, hogy teljesen interdiszciplinárisan közelítetek meg a
432 dolgot.

433 **KL2:** Teljesen és minden vallásfelekezet papja ott volt, cikket is írtam nagyon jó volt. Ők
434 azért működnek és azt hiszem a jezsuiták, itt a ω utcában adnak helye, van
435 egy kis kávézójuk és ott a Loyola Cafében adnak helyet ezeknek. Most a pandémia ideje
436 alatt minden megszűnt, de ők rendszeresen összeülnek. Van ilyen is, hogy Magyar Orvosok
437 Erdélyi Szövetsége vagy nem tudom mi. Én minden ében a programjukat végignézettem,
438 nagyjából sehol sincs egy olyan kategória, egy olyan műhely, ahová ez a munka úgy
439 becsúszna.

440 **O:** Még szinte a nyugati trendek sem értek el úgymond idáig, mert azért van most már, amit
441 Ön is az előbb mondott a szupervíziós csoport. Még ilyen téren azért már elég sok mindent
442 érintettünk itt a végből is, hogy milyen kihívások és akadályok vannak, akár a helyhiány,
443 de ha még valami jut eszébe, amit mindenképp megemlítené ide. Hogy látja, hogyan lehetne
444 úgymond jobban vagy rendszerben, ugye beszéltünk arról, hogy mint Ön, hogy egyedül van, ez
445 a legnagyobb kihívás, hogy nem lehet munkát megosztani. Még lát-e valamit vagy amiről még
446 nem beszéltünk eddig, de kihívás vagy nehézség a területen és esetleg ebből fejlődési
447 lehetőséget?

448 **KL2:** Itt volt egy ilyen felvetés, hogy ez a munkakör elszakadás az egyházi környezettől,
449 de nem teljesen része az egészségügyi rendszernek, ilyen kettőség. Én azt látom, hogy egy
450 ideális helyzetben vagyok vagy volnék. Az jó, hogy a kórházlelkész nem lakik teljesen
451 külön, egy plébánián él, ha már a kórház nem ad helyet, nyugaton a kórházlelkész a
452 kórházban él, ott lakik, ott van napi szinten kapcsolatba a betegekkel. Már Budapesten az
453 országos onkológia intézet udvarán van Janik Péter atyának a kis plébániája, külön
454 temploma és onnan igazgatja az egész várost. Ideális helyzet, de ez talán még ideálisabb,
455 amiben én vagyok, mert van egy vasárnapi fix misém, ahol a legidősebb hívek vannak jelen,
456 a fél nyolcas, a legkorábbi misét adták nekem, mondjuk én kértem, hogyha később hívnak a
457 kórházakba legyen szabad. Na most ezek a nénikék a legidősebbek jönnek a fél nyolcasra,
458 tehát nagyon nincs, ami feldobjon. Nekem is jobban imponálna, ha jönne egy fiatal, de nem,
459 eszméletlenül szeretnek, azért, mert hihetetlenül nagy a pofám és ma is például nem volt a
460 főtéren villany és ugyanúgy hallották a hangomat, mint mikor mikrofon van. Ezeknek az idős
461 embereknek annyira számít. Most egy másik kérdés az, hogy nem merem a mise végén
462 megkérdezni, hogy bár egy gondolatot mondjon vissza a prédikációból, mert lehet, hogy nem

463 tud visszamondani semmit. Nagyon fontos neki, hogy szép száll fiatalember, amit mond azt
464 lehet érteni, ez úgy nekik nagyon fontos és nekem is nagyon fontos, mert az ember kijön
465 délután, hányszor és hányszor az akadémiai tizenöt percet levárom és ha nem jön senki a
466 misére, akkor összecsomagolok és eljövök. Két-három emberért misézek, jó azért az
467 elveszett juhért is az evangéliumban, ez olyan szép, de olyan mintha egy szórvány lenne.
468 Két-három embernek ott egy nagy amfiteátrumban kántor és minden nélkül azért kicsit olyan.

469 Nagyon örvendek, hogy úgymond az egészséges közösséggel is van egy kapcsolatom, vagy
470 baráti kapcsolataim vannak, megkérnek keresztelni, megkérnek házasságkötésre. Na most az a
471 probléma, hogy ebből a nagy kettősségből, hogy kórház és egyház, ott is főnök, itt is
472 főnök, ráadásul egy hihetetlenül öntörvényű ember esetében ez azért nagyon nehezen működik,
473 a kórházban is elvárnák valószínűleg, hogy többet legyek jelen, itt elvárja a főnök, hogy
474 ha már ott kosztolok, ott eszek s nem fizetek, ott élek milyen jó és ráadásul két
475 fizetésem is van, kórháztól, egyháztól akkor többet teljesítsek. Ebből a kettősségből
476 adódik
477 egy csomó feszültség, holott a nagy könyvek régóta leírják, hogy az ember akarva,
478 akaratlanul, ha csak egy bizonyos réteg pasztorációval foglalkozik, akkor a szokványos
479 lelkipásztoroktól, papoktól, paptársaktól eltávolodik, kiszakad és ezt olyan nehezen értik
480 meg. Hívnak búcsúkra prédikálni, mindenhova el kell mondjam, hogy nincs, aki
481 helyettesítsen, ha valaki pont a búcsú közben szól rám telefonon, olyan nehezen működik ez
482 a kettőség. Tehát egy ideális hely lenne plébánián lakni és egy városnak a központjában,
483 mert olyan is volt, hogy egy másik társam, aki szintén a közeli faluban pályát módosított,
484 ki az elsőszámú szabadúszó a kórházlelkész, KL2 ki kell költözni Ernyébe, s kimentem
485 Nagyernyébe és egész éveben arról szólt a történet, hogy mihelyt bejöttem a városba
486 valamelyik kórházba, valamelyik beteghez rögtön a plébánián kerestek. Mihelyt otthon
487 voltam Nagyernyében rögtön innen hívtak a kórházból és olyan nap is volt, hogy nyolcszor-
488 kilencszer jöttem be, mert egyszerűen a kollegák, hiába van öt plébánia a város területén
489 azt mondták gyere, van egy fizetett ember, bocs a kórházba nem megyek. Ott a KL2 itt a
490 telefonszáma, hívjátok fel és oldja meg. Valahogy bármennyire is paphiány van és az egyre
491 inkább az lesz, mert ez a tendencia, valahogy az egyháztól, az egyházi elöljáróság be
492 kellene, hogy lássa azt, hogy a réteg pasztorációt vagy csinálja teljes ember, vagy
493 ennyifelé, ennyi főnökkel és ennyi elvárással ez így nem működik. Itt a nehézségekre
494 visszatérve igen, minden egyes eset új kihívás, az egyensúlynak a megtartása az egyházi és
495 a világi intézmény között, igen ezt is említettem. Az ortodox dominancia, a kápolna ügye,
496 ez is egy óriási akadály, nem kölcsönös tisztelet, tehát azt elvárják, hogy én délelőtt ne
497 menjek, hogy az orvosi munkát ne zavarjam, de az, hogyha én délután vagy az esti órákban
498 megyek akkor elvárnám én is, hogy legyek én helyzetelőnyben, amíg legalább bent vagyok a
499 betegnél addig ne zavarjanak. Vannak ateista egészségügyiek és betegek, akik ellenségesen
500 viszonyulnak is.

501 **O:** Igen ezt is kérdeztem, de akkor az a lényeg, hogy elég széles a spektrum.

502 **KL2:** Nagyon széles. Vannak bizonyos belső szabályok, amiket nem igazán tudok megtartani,
503 például egy szeptikus osztályban elvárnák, hogy az eszközöket, amiket használok azt utána
504 el kell égetni, ez a szabály, mondom, hogy a betegellátó felszerelésem, hogy lehet
505 elégetni. Itt a pandémia és a püspök is megtanult pálcikával bérálni, de ezek olyan
506 furcsa dolgok. Ezek mind az égettek, a koraszülöttek a komában fekvők, amire sajnos a
507 teológia sem készít fel és az önkénteseknek a hiánya. Megoldás ezekre a nehézségekre én
508 azt látom, amit az előbb is említettem, a gyakoribb kapcsolattartás a vezetőséggel,

509 nagyobb összefogás a kórházlelkészek tekintetében akár országos szinten is, nem csak az
510 anyagiak miatt, hogy abba a fizetési kategóriába se vagyunk besorolva, mint a klinikai
511 pszichológusok vagy stb.

512 **O:** Egy kérdés, katolikus részről a kórházlelkészek vagy az is elképzelhető, hogy
513 ökumenikus?

514 **KL2:** Csakis ökumenikus, erről már volt szó, hogy a definícióban ez benne van, minden
515 nagykönyvben, hogy a kórházi lelkipozíció az ökumenikus, az másképp nem lehet így csinálni.

516 Egy intenzív együttműködés az egészségüggyel, ha lenne rá kapacitás, egyházi elöljárók
517 nagyobb implikálása, θ és φ esete. Réteg pasztorációról ne úgy
518 nyilatkozzon egy egyházi vezető, ha ezt érzed személyes karizmádnak akkor menj
519 beteggondozónak vagy menj a kamiliánus rendbe állj be és legyél szerzetes. Tudják
520 elfogadni, hogy nekem nincs elég erős hivatásom, még papnak is alig vagyok jó, nem, hogy
521 szerzetesnek. Látom, hogy az új vezetőség is ezen a vonalon megy tovább. Azt érezzük néha
522 és ezt kollegák is, más felekezetűek, családjuk van minden, elmondták, hogy ők is a
523 református egyházon belül is a kórházlelkész úgy van nyilvántartva, hát erre nem tudunk
524 gyülekezetet bízni, ennek jó vagy még ennek sem jó. Ahelyett, hogy ez egy kiemelt dolog
525 lenen, mint nyugaton. Támogatás szinte egyáltalán, tehát a lábszákoktól elkezdve az
526 egyszerűhasználatos köpenyekig, az autó használata stb. önköltséges. Jó, hogy a plébánián
527 lakom és rezsit nem fizetek, kajára nem fizetek, de azért elég sok elmegy, erre támogatást

528 nem kapunk. Más vallásnál, református, unitárius egyháznál a püspök a kórházlelkészeket
529 évente egyszer összehívja és ad valamennyi támogatást, hogy legalább karácsonykor a
530 gyerekosztályra csomagokat akarnak vinni vagy stb., hogy akkor ezt fedezzék. Volt olyan,
531 hogy januárban az ökumenikus imahéten az onnan befolyt összeget az egyik évben a
532 kórház pasztorációra fordítottuk, de ezek mind ilyen helyi megoldások, erre országos vagy
533 egyházmegyei szintű megoldás nincsen vagy talán jobban kellene mediatizálni ezt a dolgot,
534 reklámozni vagy rendszeresebben jelen lenni, én nem is tusom, hogy mi lenne. Az utolsó,
535 ami talán kapcsolódik ehhez az ideális egészségügyi ellátáshoz én azt gondolom van ez a
536 nagy szó, hogy az az ideális egészségügyi ellátás, illetve kórház, ahol az ember egész
537 valóságát tartja szem előtt, az úgynevezett holisztikus szemlélet, testi lelki, szociális
538 aspektusoknak a figyelembevétele. Ez, hogy mennyire kivitelezhető, mert van pár egyházi
539 fenntartású kórház, pár magánklinika, hospice dolgok, ahol szerintem jobban odafigyelnek
540 ezekre a dolgokra, de ez egy átlagos állami klinikán mennyire megvalósítható. Vannak
541 nagyon szuper katolikus orvosok, orvos ismerőseim, akik tényleg szív-lélek emberek, de egy

542 időn túl ők is belefáradnak, ki is lógnak a rendszerből, mikor megkérdezik, hogy vasárnap
543 gárdás leszek, mikor mehetek misére, ha neked nem jönnek le hívek a kórházi misére akkor
544 hova tudok elmenni s akkor mindig megmondom, hogy van szombat előesti mise. Vannak szív
545 lélek emberek, de legtöbbjük belefárad egy idő után. Azt is a fél kezemen meg tudom
546 számolni, azoknak az orvos barátainknak a számát, akik megmaradtak ennek és leülnek és
547 mindegy, hogy összeomlik az épület vagy nem, de elbeszélgetnek a beteggel,
548 lelkiismeretesen, nem az anyagiakért, nem a presztízsért, nem a hírnévért.

1 INTERJÚ KL1

2 **O:** Az első kérdés az, hogy ugye nem szokványos ez a foglakozás, a kórházlelkészség sem, de
3 a kórházi lelkipozás sem így a régiókban. Ön, hogy vált kórházi lelkipozóvá vagy
4 hogyan jutott idáig?

5 **KL1:** Igen, nem csak kórház lelkész vagyok, hanem egyben plébános is, α településen plébános
6 vagyok és β kórházlelkész vagyok. Ezeket a helyeket is be kell töltenie
7 valakinek vagy kell vállaljuk, mert nem csak a mi egyházunk részéről, katolikus egyház
8 részéről, hanem más felekezetek, más vallások részéről is a papok, református, evangélikus,
9 görögkatolikus és ortodox papok is bejárnak a kórházakba, ahol betegeiket ellátják.
10 Elsősorban pont nekik van a legnagyobb szükségük lelki támaszra, mint az egészséges
11 embernek, akik be tudnak jönni a templomba. Én ezt, mint γ -i segédlelkész is, a
12 kórházi gondozás γ -ba, a mi híveink szempontjából, sőt még a börtönben is jártam, meg
13 ahova kellett menni és ott is elláttam a szentségekkel, karácsonykor és húsvétkor azokat,
14 akik ott be voltak zárva. Na most a kórházba, akik tényleg betegek azok leginkább
15 rászorulnak a lelki támaszra, rászorulnak az oltáriszentségnek a vételére tehát a betegek
16 kenetére, tehát ők elsőbbséget vagy ők elsődleges támaszt és segítségre való szorulást
17 képeznek. Nem hiába, hogy egyedüli esetben, például, ha valaki beteg és hívják a
18 kórházba, még a misét is meg lehet szakítani. Egyedüli eset amikor a szentmisét meg lehet
19 szakítani, más esetben nem. Tehát ha valaki jelzi, hogy valaki beteg és kórházba kellene
20 menni vagy haldoklóhoz kellene menni, akkor emiatt meg lehet a szentmisét is szakítani és
21 utána ugyanonnan folytatni. Szent János nem hiába említi meg a levelében, hogy ha beteg
22 valaki közületek hívassad az egyház papját, az kenje meg szent olajjal és a betegek
23 megbocsájtatik az ő bűne, illetve a beteg lelki támaszban részesül. Tehát nekünk is fontos,
24 főleg a mai világban, amikor ilyen járványhelyzet van, ha egyáltalán van valami, de
25 valami van, ha nem más gripa, akkor ezeknek az embereknek próbálunk, illetve próbáljunk
26 lelki támaszt adni.

27 **O:** Igen, köszönöm. Egy másik kérdésem az lenne, hogy miből áll egy kórházi munkanapja,
28 hogyha bemegy mondjuk délelőtt vagy reggeltől akkor milyen sajátos feladatai vannak, vagy
29 mit csinál ön ott?

30 **KL1:** Engem behívhatnak éjjel is, be kellett menjek keresztelni, nem felejttem el, pont α -ról jelzett
31 valaki, α -i származású volt, aki jelezte nekem, hogy
32 valakik bent vannak a kórházban, pont akkor szült ő is és a gyerekeket meg kellene
33 keresztelni, nem biztos, hogy a reggelt megérik, egy ikerpár volt, de szerencsére az egyik
34 megélte, a másik, az nem. Tehát akármikor hívhatnak, több helyen van megadva számom
35 orvosoknak, illetve asszisztenseknek vagy ápolóknak akikkel tartom a kapcsolatot vagy
36 próbálom tartani a kapcsolatot, mert elég nehéz bekerülni a kórházba, mint katolikus
37 lelkész, mivel minden kórháznak, itt β -n például minden kórháznak van saját
38 ortodox papja s akkor mindig nézik, hogy engem most hova tegyenek, én hova tartozok, nincs
39 szakál, nem reverendában járok be, s akkor nekik egy kicsit olyan furcsa, hogy római
40 katolikus, görög katolikus az ugyanaz vagy más? Van görögkatolikus papunk is, ő is be
41 szokott járni. Kórházban is úgy van, hogy váltakoznak a személyek ezért nem ismernek meg.
42 Most a maszkkal nehezebben ismerjük fel egymást s akkor mindig probléma nekik, hogy te ezt
43 most hová kell tenni, körülbelül hol vannak, akkor mondom ott van a δ templom, „Jaj a
44 nagy δ templom”, de én nem oda tartozom, én α -hoz tartozom, plébános
45 is vagyok, persze van egy igazolványom, kórházi igazolvány, mint alkalmazott. Nekünk a
46 kórházi ellátás abból áll, hogy a beteggel szóba állni. Attól függ, ha a beteg több ideig
47 bent van a kórházban akkor többször felkeresed, nem rohansz rá, nem szoktam általában
48 erőltetni na most meg kell gyónni, meg kell áldozni. A papnak lényeges feladata az, hogy a
49 szentségekkel próbálja ellátni az illető személyt és hogyha ellátta az illető személyt
50 akkor még felkeresse. Az onkológián szoktak a legtöbbet lenni az emberek: 8 hetet, 9 hetet,
51 attól függ, hogy a kemoterápiás kezelés mennyi. A papnak elsődleges feladata lelki
támaszt adni a betegnek, megerősíteni a beteget szentségekkel.

52 **O:** És így lelkigondozóként működik-e a papság mellett? Említette, hogy személyes
53 beszélgetésekre is, ha felkérjük a bent lévők akkor tud ezzel foglalkozni vagy körülbelül
54 az ideje mennyi részét tudja a papi teendőktől külön, mondjuk ilyen lelkigondozós segítő
55 beszélgetésekre vagy nem nagyon?

56 **KL1:** Ez attól függ, hogy a személy mennyire igényli, tehát ha igényli és van rá kérés,
57 akkor az illető személlyel többet tudsz foglalkozni. Kórházban általában elég nehéz, mert
58 többen vannak, ha nem tud felkelni az ágyból akkor s még vannak bent mások magyarok is,
59 akkor még a gyóntatás is, ilyenkor csak fel szoktam oldozni az illetőt személyt és később
60 majd a gyónást elvégzi utólag, tehát több mindentől függ ez. Vannak néhányan az intenzíven,
61 akikből csövek lógnak ki, beszélni sem tudnak jóformán, velük is nehézkes lenne a
62 lelki beszélgetés, sőt, az eukarisztiát sem tudják magukhoz venni. Vagy akiket éppen műteni
63 visznek és nem ehetnek előtte, akkor azt tiszteltetbe kell tartani. Gyónnak, de nem tudják
64 az eukarisztiát magukhoz venni.

65 **O:** Ott maradtunk abban, hogy ... a lelkigondozói beszélgetések hogy zajlanak. Nekem a
66 kutatásom főleg a kórházi lelkigondozásról és a segítőbeszélgetésekről szól, emiatt terelem
67 ebbe az irányba szót. Habár nagyom fontosnak tartom a papi munkáját is, a szentségek
68 eljuttatását a betegekhez, amint az előbb említette. Most arról kérdezném, hogy hogyan
69 zajlanak a lelki beszélgetésen, azokkal, akik igénylik.

70 **KL1:** Hát főleg az onkológián vannak olyan betegek, akik ugye több időt kórházban töltenek.
71 Nekik fontos a beszélgetés, a kísérés, de ott sem mindenkinek. Máshova konkrétan azért
72 hívnak, hogy a betegek szentségét, vagy ahogyan ők mondják az „utolsó kentet” feladjam,
73 vagy áldozni és gyónni akarnak. Itt Erdélyben szerencsére a népi vallásosság elterjedt, az
74 embereknek fontos, hogy a szentségekben megerősödjenek. Gyakran hívnak ezért. Van, akikkel
75 beszélgetünk is, ha ők igénylik, ezt nem lehet erőltetni, van aki nem hisz, vagy a
76 betegsége miatt nagyon elzárkózik. Pedig fontos lehet az, hogy kibeszéljék magukat
77 valakinek. Biztos ismeri, vagy halott már Bagdy Emőkérről, ő is ír erről, hogy a betegek a
78 lelki beszélgetés mennyire jót tesz. Egyeseknek erre szükségük van és megosztják az egész
79 életútjukat, akár órákig is lehet velük beszélgetni, anélkül, hogy nyaggatni kelljen őket.
80 Másoknak meg pont nem hiányzik még ez is, hogy valaki ott van és kérdezzeti őket. Ilyenkor,
81 ha nem akarnak beszélgetni, vagy gyónni sem, szoktam hagyni nekik egy szentképet az
82 éjjeliszekrényükön, azt általában elfogadják.

83 Papként azt tartom fontosnak, hogy minden beteg és a haldoklók részesülhessenek a
84 szentségekben, tapasztalják, hogy a szenvedő Krisztus velük van. Nekünk katolikusoknak ez
85 nagyon fontos. Ugye, a plébániai anyakönyvbe is van egy rubrika, ahova a pap beírja,
86 „ellátva” hogy halála előtt elláták-e a szentségekkel. De mi hiszünk és hirdetjük Isten
87 végtelen irgalmát és szeretetét, abban az esetben is, ha valaki ezt nem kapta meg, de ugye
88 nem mindegy.

89 **O:** Arról kérdezném még, hogy Ön ugye kórházi lelkigondozóként vagy lelkészként van jelen egy
90 egészségügyi intézményben, hogy viszonyulnak önhöz az egészségügyi dolgozók? Elfogadják-e
91 a kórházi lelkigondozást az egészségügyi dolgozók?

92 **KL1:** Engem ismernek már régóta, tudják, hogy szoktam bejárni. Más lelkészek is szoktak,
93 reformátusok, evangélikusok és unitáriusok is. Habár most, aki az unitárius részről
94 szokott jönni, az elment, úgyhogy nem tudom onnan most ki van. Az ortodoxoknál ott más,
95 mert nekik külön pópá van minden kórházban, aki csak ezzel foglalkozik.

96 Na de nekem is idő kellett amíg beletanultam a kórházi rendszerbe, fontos, hogy ne
97 hátráltassuk egymás munkáját. Ki kellett tapasztaljam, hogy 9 előtt nem érdemes menni a
98 kórházba, csak úgy 10 fele szoktam menni. Ugye reggel 8kor van a vizit, ahol jön a
99 professzor a betegekhez. Régebb 8-ra jártam, amikor ezt még nem tudtam. Több beteg van
100 egy kórterembe, ilyenkor viziten mindig néztek, hogy én ki vagyok és mit keresek ott.
101 Kellemetlen na... A viziten, az orvos előtt a beteg le kell vetkezzen, ha férfi ha nő, a
102 kórház lelkész előtt ugye nem kell levetkezni... Akkor ilyenkor megszakad a beszélgetés,
103 kimegyek a folyósora. A professzorok mellett ott egy sereg orvostanhallgató, azok is

104 néznek, hogy ott mit hókuszpokuszolunk, ugye ők is csak ennyit látnak a dologból. Ők csak
105 a fizikai gyógyításban hisznek... De a betegségeknek lelki okaik is lehetnek. Bagdy Emőkének
106 van egy olyan könyve – nekem is megvan - ahol leírja, hogy a szomatikus betegségeknek
107 sokszor lelki okai vannak. Van egy ilyen lista, hol társítja a fizikai betegségeket
108 azoknak a lelki okaival. Volt is egy ilyen eset, hogy ott volt a férfi a kórházban, mondta,
109 hogy ilyen és ilyen betegsége van, én meg mondtam neki, hogy az amiatt lehet, hogy rossz
110 a kapcsolata a nővel, el is volt válva, és tényleg a nővel való kapcsolataival voltak
111 gondjai. Kérdezte, hogy honnan tudtam, ha még soha nem is találkoztunk, Úgy nézett rám,
112 mint egy látokra vagy jósra... Mondtam neki, hogy van egy doktornő, egy pszichológus, aki
113 erről írt, ezt kutatja. És mondatm neki, hogy ezzel kell ő foglalkozzon, magában dolgozzon
114 az élményeivel, a lelki sebeivel, mert emiatt beteg és nem is tudnak vele mit kezdeni a
115 kórházban a fizikai gyógyulást hiába várja, amíg nem tisztázza magában ezeket. Nahát azóta
116 is jól van az illető, már kiengedték a kórházból, néha még ad jelt magáról.

117 **O:** És mi jellemzi a viszonyát a többi egészségügyi dolgozóval? Milyen témákban fordulnak
118 önhöz? Tudnak-e együttműködni? Például szólnak-e ők ha egy beteghez kell menni, vagy ön
119 kell megkeresse azt, akivel ...

120 **KL1:** Legtöbbször konkrétan felhívunk telefonon és úgy jutok el egy beteghez, meg ugye a
121 Vasárnapban is megvan adva a kórház lelkész telefonszáma. Aztán az egyik beteg visz a
122 másikhoz tovább. De persze olyan is van, hogy az asszisztensnők mondják, hogy melyik
123 kórterembe mennek, hol halottak magyar szót. Ugye a románok azt gondolják, hogy aki magyar,
124 azok biztos mind egyvalásuak, katolikusok vagy reformátusok, s nem értik, hogy ilyenkor
125 hogy van, hogy nem minden betegnél maradok. Szoktam szólni ilyenkor a kollégáknak, ha
126 református vagy evangélikus beteghez visznek. Szoktunk szólni egymásnak, például az
127 onkológián is, ha az egyikünk ott van, megírja a másiknak sms-ben, hogy ebbe s ebbe a
128 kórterembe menjek be mert ott vannak katolikusok is. Régebb volt úgy, hogy körbejártam a
129 kórteremben és mindenhol mondtam, hogy katolikus pap vagyok, és ha valaki szeretne gyónni
130 áldozni vagy beszélgetni akkor itt vagyok. Ezt románul is mondtam, ugye a görögkatolikusok
131 miatt. De ebbe, a mindenhova bekopogásba, azért bele lehet fásulni...

132 Az asszisztensekkel, orvosokkal meg szoktam beszélgetni, közvetlenebbül lenni, nekik erre
133 van igényük. A betegek sokszor kérnek meg hogy mondjak meg valamit az orvosnak, vagy
134 vigyek fel valami leleteket, papírokat, mert tudják, hogy ismerem őket. Közvetitek nekik.

135 A székely földről érkező idősebb emberek nem értik úgy a román szót, és nem is tudnak
136 beszélni, magukat románul kifejezni, értekezni az orvosokkal. Megkérnek, hogy fordítsak
137 nekik. Olyan is van, hogy az orvos már nincs bent a kórházban és akkor mi felhívjuk, én
138 beszélek az orvossal telefonon, a néni mondja, hogy mit kell megkérdezzek, én kérdezem,
139 majd fordítom a választ magyarra. De 15 év tapasztalatából most már látom, hogy minden
140 kórházban van magyar dolgozó is, és ő is segít így a betegeknek. Olyan is van, hogy az
141 orvos is tud magyarul, mert magyarok a szülei, vagy magyar a felesége, csak a neve román,
142 de mégsem szólal meg magyarul. Van úgy, hogy mondom a betegnek, hogy ehhez vagy ahhoz az
143 orvoshoz, nyugodtan szólhat magyarul, mert biztos, hogy válaszolni fog.

144 **O:** Ha jól értettem azt mondta, hogy vannak olyan ortodox papok akik a kórház alkalmazottai
145 és nem plébánosok, csak ezzel foglalkoznak.

146 **KL1:** Igen, nekik van saját szolgálati helyük és egész munkaidőben ezzel foglalkoznak,
147 Mennek körbe a kórtermekbe, mindenkinek rajzolnak egy keresztet a homlokára, beszélnek
148 velük. A protestáns lelkészek is sokszor mondják, hogy milyen jó nekünk katolikusoknak,
149 hogy van, amit adjunk a betegeknek, mert ugye náluk nincsenek szentségek. Az
150 eukarisztiában is csak pillanatnyilag, az istentiszteleten való részesülés pillanatában
151 hiszik, hogy van valóságos krisztusi jelenlét, míg mi azt tartjuk, hogy az átváltoztatás
152 után valóságos jelenlét van addig, amíg el nem konzumálódik a szentség. A reformátusok
153 sokszor mondják, hogy nekik csak az ének és az ima van, milyen jó nekünk.

154 **O:** Akkor önnek van ilyen alkalmazotti kártyája, amit a belépésre használ, de nem kórházi
155 alkalmazott, ugye?

156 **KL1:** De, én is részmunkaidőben alkalmazott vagyok. Ugye ez kell ahhoz, hogy anyagilag is
157 kijöjjenek, mert a plébánia nem bírja meg ezt költségi szempontból. De így legalább az
158 üzemanyag költséget el tudom számolni. Mert ha hívnak a beteghez, akár a város egyik
159 feléből a másikig el kell jussak, az kórházak között sokat autózok, ha dugó van, sokszor
160 több idő az eljutás a beteghez, mint a vele töltött idő.

161 **O:** És akkor ehhez a témához még egy utolsó kérdés: Van kapcsolata a kórházi vezetőséggel?

162 **KL1:** Csak abban a kórházban, ahol alkalmazva vagyok. A többi helyen nem igazán, ők is
163 hagynak engem, hogy végezzem a dolgom, én sem zavarom őket. Nem érdekli őket annál jobban
164 az én munkám.

165 **O:** A következő kérdés az, hogy mi jelent kihívást önnek, milyen akadályokba ütközik a
166 lelki gondozói munkája során? Volt itt már szó néhány dologról: pl. hogy többen vannak egy
167 kórteremben és nehéz a személyes beszélgetés... Vannak még ilyen nehézségek, akadályok, amin
168 lehetne változtatni?

169 **KL1:** Hát nem is tudom, így kifejezett akadályok nem nagyon vannak. A betegek nagyon
170 kiszolgáltatottak. Lenne min változtatni, csak ezt nem tudom, nem látják ők, vagy nem
171 akarják látni, hogy mi az elvárás. Tehát nehéz a betegeknek a sorsa, azért nehéz, mert
172 elég az embernek akkor amikor beteg, hogy magát kezelje, ne még azzal szórakozzon, hogy
173 várja az orvost egy fél óra múlva, látja, hogy elmegy mellette, figyelembe nem veszi. De,
174 amikor elmész a magánklinikára, olyan szépen beszélnek.

175 Nem könnyű a változás. Ugye már volt szó róla, hogy mindig kell keresni, hogy ki a
176 katolikus beteg az osztályon. Az onkológián javasoltam, hogy amikor vesznek fel egy
177 beteget az osztályra és a többi adat mellett kérdezzék meg, hogy milyen válasú, hogy mi
178 tudjuk azt. Sokkal könnyeb lenne nekünk lekésznek, mert szólnának már előre, tudnánk
179 melyik kórterembe kell menni. De azt mondták, hogy nem lehet, mert a vallás az magánügynek,
180 a romániai törvénykezés szerint nem lehet ilyent kérdezni. Beszéltem az osztályvezetővel
181 is erről, de nem lehet. Valamilyen szintem meg is értem, hogy ők be kell tratsák ezeket,
182 le kell legyenek fődve ilyen téren.

183 **O:** Hogyan képzeled el Ön az ideális egészségügyi ellátást, és milyen helye lenne ebben a
184 kórházi lelki gondozásnak? Mit változtatna, vagy merre kellene fejlődjön Ön szerint a
185 rendszer?

186 **KL1:** A betegeknek elég nehéz, s ilyenkor van az, hogy szüksége van arra, hogy lelkileg,
187 tehát mellettük legyen az egyház és érezzék azt, hogy a nehéz percekben van valaki
188 mellettük és van aki megérti őket és hogy elmondják a panaszukat, vagy elmondják, hogy az
189 orvos azóta, hogy megműtötte nem ment be hozzá, mert még nem adta oda a pénzt, s nem tudja,
190 hogyan adja oda a pénzt, mennyit kell adni. Sokszor tőlünk kérdezik, hogy mennyit kell
191 adni az orvosnak, mondom semmit meg kell köszöni. Elég szép fizetésük van, de hát valamit
192 kellene, mondom, hogy jelképes összeget próbáljon odaadni neki. Csak utána ott van, hogy
193 vissza kell gyere egy kontrolba, a kontrollba, hogy visz be. Sok olyan ismerőseim vannak,
194 akiket én ismerek, orvosok és tudom, hogy anyagi helyzetük nagyon jó és megvan mindenük,
195 nagy fizetésük és annak ellenére, hogy én viszem be a beteget hozzá, tehát annak ellenére
196 elveszi a pénzt tőlük. Tehát nem érdekli őket, megszokták azt, hogy kell kapjanak és nem
197 tudod kivetkőztetni őket.

198 **O:** A beteg tényleg ebben a kiszolgáltatott helyzetben van fizikailag meg anyagilag,
199 lelkileg is.

200 **KL1:** Igen az orvos el kell tartsa a feleségét, barátnőjét s akkor érthető, hogy oda pénz
201 is kell. Ismerek ilyen dolgokat és szomorú. Látod és te nem tudsz mit csinálni, mert ez
202 egy rendszer, egy akkora rendszer kiépítve. Látja mindenki, ez olyan, hogy mindenki tudja,
203 hogy a feleséged félrejár, csak te nem tudod, mint férj. Kórházban is vannak, tudok
204 ilyeneket. Nekem nem ez a lényeg, ezt mondtam én, hogy a papnak elsősorban a lelki
205 problémákat kell megoldja, betegeket megvigasztalni. Sokszor, ha meghal valaki s pont
206 jössz ki, s akkor látod, hogy ott vannak már, későre hívtak, ilyen is volt egy alkalommal

207 mire már felértem mondták, hogy már meg van halva, de mondtam, ameddig még meleg s ha él
208 akkor úgy adtam fel a szentségeket „ha még életben van, akkor feloldozlak téged bűneidtől
209 az Atya, a Fiú és a Szentlélek nevében”

210 Vannak problémák, amiket úgy látom 30 év után sem tudunk megoldani. Szerintem ezek
211 mindenhol megvannak, csak nem ilyen mértékben, nem ennyire kiszolgáltatva. Ha tőlem mennek
212 a betegek, akkor általában kedvesebbek az orvosnők vagy másképp kezelik őket, mert tudják
213 na, hogy „dîn partea parinte lui ε”, hamarabb beveszik a kórházba. De itt több
214 empátia kellene legyen az orvosok részéről, az ápolók részéről, a betegek nem jókedvükből
215 fekszenek be a kórházba. Igen, tehát nem jókedvből mész be a kórházba, hanem mert sajnos
216 be kell menni. Ilyenkor pont olyan mint a kicsi gyerekkel, lehet durván is beszélni, hogy
217 ha valamit eltört vagy azt lehet mondani egye fenne ezt történt, veszünk egy másat. A
218 betegnek is arra lenne szüksége, hogy a kórházban valamennyire megtapasztalja az
219 együttérzést, a toleranciát, a kedvességet, a figyelmességet, nem csak akkor, amikor be
220 kell tenni a zsebébe az 5 lejest/10 lejest vagy 100 eurost. Attól függetlenül, neked ha
221 hivatásod, csak itt a hivatással van probléma és itt erre lehetne inkább kitérni, hogy ha
222 hivatásból csinálod, vannak orvosok akik tényleg nagyon kedvesek, vannak kórházak ahol nem
223 szabad elvenni, kamerákkal van felszerelve és visszaadják a pénzt. Tehát ilyenek is vannak
224 s mind több és több, de sajnos vannak még olyan helyek, ahol.

225 **O:** Még az lenne a kérdésem, ön szerint így magánkórházakba így lehetséges lenne a lelki
226 gondozás, mint egy ilyen szolgáltatás vagy az ottani betegeknek is lehet erre szüksége s
227 van-e példa rá, hogy akár egy magánklinikára vagy ilyesmibe menjenek papok vagy
228 lelki gondozók?

229 **KL1:** Van. Mondom tehát ők nem szoktak problémázni, ha valaki behív téged nem problémáznak.
230 Sok helyen ha vallásos az orvos maga, akkor sőt örvendenek mert nekik is segíted a
231 munkájukat abban, hogy a beteg jobban tud koncentrálni. Sokszor egy szentgyónás, egy
232 beszélgetéssel látszik, hogy a beteg felszabadult. Évek óta, volt olyan, hogy 25 éve nem
233 gyónt, s a kórházban gyónt meg, volt olyan, hogy 10 éve nem gyónt és a kórházban gyónt meg.
234 Ezek a belső dolgok az embereket nagyon letörik. Ez olyan amikor jön egy nagy betegség,
235 vannak amikor jönnek ezek a nagy esőzések, egy hónapi eső leesik 10 perc alatt s akkor ott
236 mindent mos. Na most a betegek esetében ugyanez van, hogy megjött a betegség s az aztán
237 kiborítja őt teljesen, úgyhogy ott minden úszik, s akkor rájön arra, hogy tényleg most
238 rendet kell rakni belülről.

239 **O:** Ilyenkor igénylik már a beszélgetést is.

240 **KL1:** Igen s azt, hogy feloldozanak, látod, hogy szentáldozáshoz járulnak, látszik az, hogy
241 megnyugszik a beteg. Megnyugszik a beteg tehát akkor teljesen másképp áll a dolgokhoz, az
242 orvosokkal másképp tud kommunikálni. Benne van egy nyugalom, amit lát az orvos, tapasztal
243 az orvos. Azért mondjuk mi egy elég vallásos környezetben vagyunk még itt Erdély szinten,
244 hogy ezt az orvosokkal kapcsolatban is, bármennyire ők is istenek képzelik sokan magukat,
245 ott van az Isten hit.

246 Tehát mondom még egyszer a hivatások számát, látszik, ha egy orvos hivatásszerűen végzi a
247 munkáját vagy közönyből vagy már unja, amit csinál. A másik probléma az lenne, hogy a
248 szakoknál több orvos kellene legyen, tehát legyen lehetőséged. Nem tom most ha tudóval,
249 tüdőrákkal ne egy orvoshoz kelljen csak menjél, mert csak az az egy van a kórházban, hanem
250 legyen 2-3. Akkor már mindjárt ők is másképp álnak hozzá, mert ha nem hozzá jönnek,
251 átmennek a kollegához, az neki csinál reklámot, ha én nem fogadom. Így, hogy egyedül van
252 nem zavartatja magát, van idő, nem zavartatja magát.

253 **O:** Az már nem elég motiváció neki.

254 **KL1:** Nem, neki nem elég motiváció, akkor nem beszél vele sokszor, elmennek vagy elromlik a
255 gép vagy elmennek egy konferenciára, egy hétig nincsenek ott. A beteg nem tudja
256 szerencsétlen, feljön nem tudom honnan s itt a kórházból tudja meg, fordulhat vissza mert
257 az orvos nem tudja fogadni, akkor megint megtesz egy nagy utat.

258 **O:** Így összefoglalóként nekem még ez tűnt fel, hogy ön így sokszor közvetítő is a betegek
259 és az orvosok, a kórházi személyzet között, hogy így mondta ugye akkor is ha a magyar s a
260 román nyelv közti különbségek vannak s nem értenek szót, de hogy így sokszor, akkor is ha
261 például ki kell állni egy-egy betegért vagy ilyen értelemben is vagy programálás.

262 **KL1:** Igen, de inkább a papnak Isten és a beteg között kell közvetítő legyen. Itt is
263 meglegyen tehát a függőleges és merőleges közvetítés Isten és az ember között és az orvos
264 és a beteg között. Mind a kettő meg kell legyen. Kell alkalmazkodjál, mert bementek a
265 kórházba, pont olyan, hogy ha bejön az orvos a templomba, akkor ő kell alkalmazkodjon.
266 Bementél a kórházba, te kell alkalmazkodjál. Látsz sok mindent, hallasz sok mindent,
267 elmondanak sok mindent. Neked nem az a kötelességed, hogy te csináljál felnőtteket, neked
268 az a kötelességed, hogy a beteggel próbálj szoba állni, a beteget segítsd, biztassad,
269 bátorítsad. Vólt olyan az orvos mondta nekem, én mondja meg neki, hogy a diagnózisa rossz
270 és nincs sok hátra, mondom ne haragudjon, de én ezt nem tudom megmondani. Ha ön meg akarja
271 mondani akkor mondja meg, de én reményt hozok a betegnek nem gyászt. A beteg persze azóta
272 is él, hála Istennek és most ilyen kellemetlen helyzet lett volna, hogy most menjek oda és
273 papként én mondjam meg, amit orvos kellet volna elmondjon.

274 **O:** Egy orvosi véleményt igazából.

275 **KL1:** Az a baj a véleményekkel is nagyon kell vigyázni, mert ezt ζ doktor úr mondta
276 volt egyszer egy betegnek. ζ doktor az ideggyógyászatnak a főorvosa, ő is tud jól
277 magyarul, a felesége magyar, hogy én nem vagyok isten. Mindenkinek egyedi a helyzete,
278 egyedi az élete, a betegségek is egyiknél így hat, másiknál úgy hat, tehát az egyiket
279 kiüti, másik felerősödik, meggyógyul tovább megy. Mekkora a hited? Mennyire tört meg téged
280 a betegség? Itt az a probléma sokszor megtöri az embert mégjobban a betegség, akkor
281 mégjobban elhagyja magát, hogy miért pont vele s akkor nem azzal foglalkozik, hogy
282 helyreálljon, hanem miért vele történt, s miértnem a másikkal. Tehát ahány ember annyi
283 féle, a Jóistenek sincs könnyű dolga velünk, igen az orvosnak még inkább nincs, mert az
284 orvos nem lát belé az emberbe. Ő lát egy papírt, lát egy bizonyos diagnózist, látja a
285 véranalízist, tehát nem lát beléd. Sokszor mondom a betegeknek az orvos is tévedhet, egy
286 jó és egy rossz véleményt mondott, el kell menni egy másikhoz, más kórházba, ha kettő már
287 ugyanazt mondja akkor már több mint valószínű ebben. Az orvos is ember, aki papírok
288 alapján, elbeszélés alapján, ezért sokszor elküldik hozzám a papírokat, hogy nem megyek el
289 megkérdezni az orvostól s akkor az orvos mondja és igaza van neki is, hogy ezzel a
290 betegséggel egyesek feljönnek lábon és én csodálkozok, hogy tud ez még élni, másikat pedig
291 fel kell hozták mentőkocsival, mert annyira rossz a helyzete. Tehát elébe teszel egy
292 papírt, ami nem mondja meg pontosan az illető betegnek a helyzetét vagy nem mutatja. Ő
293 kell lássa a beteget, a gépe is, véranalízist csak úgy lehet csinálni, hogyha vért vesznek
294 a betegtől. Az, hogy én, hogy érzek, mit érzek, lehet fáj jobb oldalon, de az a
295 baloldaltól átsugárzik. Az orvos, ha hozzányúl akkor rögtön látja, hogy hol kell, itt fáj,
296 jó akkor kezd nyomogatni, akkor rájön, hogy neki nem ez az oldala fáj, a másik oldala, a
297 másik oldalán meg ezek és ezek a szerek vannak, tehát akkor ott van a probléma csak
298 átsugárzik a betegség, tehát ezért kell látni a beteget. Ezt az emberek sem értik meg
299 sokszor, hogy az orvos is ember, ő nem lát bele, ő nem Isten, hogy azt mondja gyógyulj meg
300 s a másik meggyógyul. Ő veszi a papírokat, analíziseket és azt mondja ezek alapján ez
301 lehet. De az igazit akkor látja, amikor felvágja az embert, akkor konkrétan belelát, látja,
302 hogy mi van, a többi az papírmunka.

303 **O:** Olyan érdekes hallgatni önt, hogy már benne van teljesen a kórházi miliónek a dolgaiba,
304 nekem is a férjem, ő orvos lesz és olyan részletességgel mesél Ön, mint ahogy azok szoktak,
305 akik tényleg a kórházban vannak nap mint nap.

306 **KL1:** Igen, mert láttom nap mint nap, hogy mi történik. Meg elmondanak sok mindent, egy idő
307 után tapasztalat van, s akkor másképp állsz szóba az orvosokkal, több mindent elárulnak ők
308 is, hogy mi papok szoktunk egymással viccelődni, befogadnak közösségbe, egyesekkel másképp
309 tudsz beszélni vagy elmondják, hogy a mostani járvány egy teljes átverés és nem értik,

310 hogy miért csinálják és nem mondhatnak semmit, nem tud dolgozni, nem tudja a munkáját
311 gyakorolni, nem tud műteni és a betegeivel nem tudja, hogy mi lesz. Tehát vannak orvosok
312 és orvosok.

313 **O:** Már egy belsős nézőpont az öné, valahogy úgy tűnik nekem, aki már úgy a kórházhoz is
314 tartozik.

315 **KL1:** Muszáj tartozzál, mert ezt valahogy ők is megérik, ha nem vagy közülük való. Muszáj
316 odatartozzál, muszáj kedves legyél, muszáj közvetlen legyél, muszáj rajtad keresztül
317 megtapasztalják azt, hogy a beteggel lehet másféleképen is beszélni, nyugodtsággal,
318 meghallgatással s nem csak átfutok a betegen. Csak tetszik tudni, amikor van nem tudom
319 hány kortermed és van 20 beteged akkor persze nem lehet mindenkiel szóba állni, csak nem
320 kell elmenni egy órákor a kórházból, a munkaidő az 2-3-ig tart, 8 óra.

321 **O:** Igen értem.

322 **KL1:** A professzornak van ideje foglalkozni vele, de annyi, mint egy fiatal orvosnak aki
323 még a hivatásának a kezdetén van s akkor ő szívet lelket beletesz abba, hogy a beszédből ő
324 is tanuljon és a betegnek is fontos, hogy másképp áll szóba az orvos vele.

325 **O:** Ez pont az, amit mondott ön is, három helyen dolgoznak sok esetben egyetemen is, meg
326 magánklinikán is és emiatt van az, hogy nem tudnak leülni egy teljes munkaidőt a kórházban.

327 **KL1:** Nem. Lehetetlen, amikor két órát kell tartás, három órát kell tartás, rházban meg
328 kell vizsgáld a betegeket, meg kell csináld a vizitet, még menjél át 3 órára a
329 magánklinikára vagy 4-re, ott be vagy téve órára, jönnek a betegek, fizetnek a betegek,
330 ahonnan te egy szép pénzt felveszel. Ne adj isten olyan orvosról is tudok, aki két helyre
331 jár ki vagy több orvos is van, nem csak egy orvos, tehát több helyre jár ki magánklinikára,
332 s mellette van még ne adj isten egy család is. Tehát ez még rájön. Nehéz, nehéz a helyzet,
333 ne történe ennyi tragédia a kórházakban, elfuserált munkálatok és nem megfelelő
334 gépezetek, nem korszerű gépezetek sok helyen, tartjuk a gépeket lent heteket, hónapokat a
335 folyósokon s nem nyitjuk ki, mert nincs aki használja, nem tudtuk felkészíteni az illető
336 személyt a gépre. Érdekes a sajátjába ottan profi gépek vannak, soha nem robbannak el,
337 azok nagyon jól működnek. Lehet mondani olyant is, hogy valakinek ki akarták venni például
338 az egyik veséjét β -n s amikor meghallottam, mondtam nem menjetek ehhez az orvoshoz
339 mert az eladja a veséteket, elküldtem egy másik orvoshoz, a másik orvos pedig orvosi
340 kezelést írt fel, s azóta is a lánynak megvan mind a két veséje.

341 **O:** Igen ennyit számít, hogy hova fordulnak.

342 **KL1:** Hát igen, csak itten kellett volna még fizessen, s amikor a lány mondta neki nincs
343 1500 eurója, hogy megműtse magát az orvosnak a magánklinikáján, akkor azt mondta
344 próbálgon kutatni a szemétnben, „Cautăți în gunoi”. Mondom most megvan a papír a kezdedben,
345 fel lehetne jelenteni az orvost. Konkrét helyzet volt, amikor én elküldtem a másik
346 orvoshoz az illető személyt, amikor megmondták nekem ki akarják venni. Tönkre voltam menve,
347 fiatal lányról volt szó, ki akarja venni a veséjét, mert beteg. Mondom nehogy még egyszer
348 visszamenjete, mert ez kiveszi és eladja. S tudják a kórházban, tudták, hogy ez működik,
349 mert ott van annak a román színésznek, aki olyan hamar kapott vesét.

350 **O:** Akkor már van konkrét történet is.

351 **KL1:** Abból a szempontból, hogy neki hirtelen került hamar vese, kompatibilis volt minden
352 téren. Mások pedig várnak heteket, hónapokat, sőt éveket egy vesére.

353 Azt mondta hogyne kapnának, hát színészről van szó persze, csak mindenki egyenlő,
354 mindenkinek pont úgy szüksége van erre, mint neki, mint színésznek, kortól függetlenül.

355 Suma sumarum, nekünk a papoknak a betegekkel a legfontosabb a kapcsolatot fenntartani és a
356 beteget minél közelebb vinni Krisztushoz és bemutatni a szenvedő Krisztust, aki, mint
357 igazságos ember és igazságos Isten értünk szenvedett és nem csak a jót kell elfogadjuk

358 emberi életünkben, hanem a megpróbáltatásokat is. Mindig azt szoktam mondani, hogy Isten
359 az erős katonákat az első sorba teszi, akitől a többiek tanulhatnak, akik erősek azokat
360 mindig az első sorba teszi. Ez hit terén érvényes, minden téren érvényes, hogy azokat,
361 akik erősek vagy jobban hisznek azokat pont azért mutatja meg, tessék itt van, mint Jób
362 esetében is, hogy kitartanak, tanuljatok tőlük. Ezért vannak a szentjeink is az életben,
363 hogy ők is emberek voltak, de különféle életstílussal, életutakkal be tudták mutatni, hogy
364 Isten felé nem csak egy út van „Én vagyok az út, az igazság és az élet.” de ezt az utat
365 lehet Szent Ferenc módjára járni, lehet Néri Szent Fülöp módjára járni, lehet Loyolai
366 Szent Ignác útjára járni vagy lehet nőként Szent Margit, vagy bármely másik szent, Szent
367 Erzsébet módjára. A lényeg a szolgálat, ha ápoló vagy, ha pap vagy, ha orvos vagy, hogy
368 tudod a betegeket szolgálni. Mennyire próbálsz észrevenni a beteg emberben a szenvedő
369 embert, a szenvedő Krisztust, akinek ahogy van a történetben Szent Márton, aki ketté vágja
370 köntösét és odaadja a szenvedő megfázott betegnek és akkor éjjel álmába Krisztus jelenik
371 meg és megköszöni neki a ruháját. Ez kellene magunk előtt legyen, hogy amikor bemész oda,
372 ha pap vagy akkor ez a szolgálatod, ezt a hivatást megélni.

1 INTERJÚ A1

2 **O:** Köszönöm szépen, hogy tetszett válaszolni és fogadni, igazából LG mondta, hogy
3 beszélhetünk és azt is kérdezném, hogy Ön, hol találkozott először a
4 lelki gondozással és honnan jött ez az ötlete, hogy kórházban dolgozóként azért jó lenne
5 valami ilyesmit is tanulni vagy ezzel is foglalkozni és végül mit végzet el? Ez lenne az
6 egyik első kérdésem.

7 **A1:** Egy kedves barátnőmön keresztül találkoztam ezzel a lelki gondozással, tudtam, hogy ő
8 már végezte ezt a képzést és nekem is nagyon vágytam rá, hogy elvégezzem, de nem voltam
9 elég határozott. Itthon még meg is említettem a férjemnek, hogy ezt szeretném, de nem
10 voltam elég határozott és akkor mondta, hogy hát építkezünk és autót kell cserélni és hú,
11 ennyi pénzt most költeni erre, na jó elengedtem, azt a képzést. Két év múlva ilyen
12 határozottan mondtam neki, hogy de én most eldöntöttem és akkor mondta, rendben, ha most
13 eldöntötted akkor tényleg ez a te utad és akkor menjél, amit nem bántam meg. Azért mentem
14 el erre a képzésre, mert tényleg emberekkel dolgozom és már huszonhat éve, hogy az
15 egészségügyben dolgozom asszisztensnőként. Posztliceális képzést végeztem el, mert akkor
16 az volt. Ennek az volt a hátrány, hogy például a lelki gondozói képzésen én nem tudtam
17 ilyen egyetemi diplomát kapni csak a KALOT diplomáját, mert nincsen egyetemi végzettségem
18 és akkor hivatalosan én nem tudok lelki gondozóként dolgozni. Ezért mondtam neked először
19 is, hogy én teljesen saját magamért végeztem el, mert vágytam rá, ha emberekkel dolgozom
20 kicsit többet értek önmagamból, belőlük, hogy működnek, az emberi kapcsolatokból, ez
21 vezetett oda, hogy elvégezzem.

22 **O:** Láta így a szükségét, úgymond a munka területén is, hogy jó lenne, ha egy kicsit
23 másképp tudna betegekkal foglalkozni, viszonyulni vagy inkább ez egy személyes? Hogy volt,
24 vagy tudja-e most ezt a lelki gondozós tudását vagy tapasztalatait így alkalmazni a
25 kórházban is?

26 **A1:** Mindenképpen tudom alkalmazni, de csak ilyen személyes indítatásból, személyes
27 jóérzésből. Láttam, hogy sokkal könnyebb így bánni az emberekkel, nekik is sokkal jobb,
28 így sokkal közelebb lehet kerülni viszont olyan frusztráló, hogy nekem ezt ugye a
29 kolleganóim amúgy nem is tudják, hogy én ezt elvégeztem, azt hiszem két kolléganóm tudja,
30 hogy én majdnem három évig egy csomó szabadidőmet itt töltöttem el.

31 **O:** Más egészségügyi dolgozók, hogy viszonyulnának ehhez vagy miért gondolja azt, hogy ezt
32 így jobb nem megosztani vagy kimondani vagy a lelki gondozás nem annyira elfogadott
33 gondolom a kórházon belül, vagy hogy van ez?

34 **A1:** Én egy olyan közösségben dolgozom, ahol, így spirituálisan nem annyira fejlett a
35 közösség és emiatt nehéz elfogadni, kicsit ilyen kakukktójásnak érzem magam. Nekem jó így
36 csak úgy szeretném, ha lenne társam ebben, egy kicsit lenne, akivel ezeket megosztani vagy
37 megbeszélni, úgy ez hiányzik.

38 **O:** Értem, kicsit egyedül maradt ezekkel a témákkal meg az indítatással.

39 **A1:** Igen, vannak találkozókat, ahol ott ki lehet, meg lehet beszélni ezeket, el lehet
40 mondani ezeket a gondokat, örömeiket, apróságokat. Ez jó és összetartja a csapatot.

41 **O:** Az jutott eszembe, hogy mondta a munkája nagy részében teljesen asszisztensként kell
42 dolgozzon és helytálljon, de hogy milyen apró dolgokba nyilvánulhat meg esetleg ez a
43 lelki gondozás a beszélgetésben, akár ahogyan megszólít egy beteget vagy konkrétan miben
44 érzi azt, hogy kicsit tudja ezt a szemléletet alkalmazni?

45 **A1:** Úgy az egész tevékenységemben én próbálom belevinni. Ahogy a beteget fogadom, ahogy
46 hozzá szólók vagy esetleg megsimogatom vagy ahogy a szemébe nézek vagy bátorítom,
47 biztatom, talán ezek is, azt hiszem minden ide jön. Ha lehetőség van akkor tényleg minden
48 pillanatot megragadok arra, hogy tudjak beszélgetni. Ezt legtöbbször a helyzet adja, mikor
49 kevesebben vannak vagy észreveszem, hogy szükség van rá akkor ilyenkor mindenképp.

50 **O:** Hogyha például egy beteg igényel egy személyesebb beszélgetést és éppen van is rá idő,

51 akkor azt, hogy tudom elképzelni, mi történik abban a beszélgetésben vagy milyen témával
52 keresik meg vagy ön, hogy tud ebben így jelen enni?

53 **A1:** Akkor leülök, ha nem az ágy szélére, akkor a másik ágy szélére, hogy
54 közel legyek a beteghez és az ő témájában mindenképpen, amit látom, hogy őt aggasztja,
55 vagy csak hagyom elmesélni vagy visszatükrözni neki esetleg, megerősíteni az érzéseit, a
56 gondolatait. Mi foglalkoztatja. Tehát ilyesmik szoktak történni vagy a Jóistenhez közelebb
57 vezetni vagy gyakran tudunk beszélni, amikor nincsenek sokan vagy az intenzív terápiás
58 részen nem mindig, tehát két-három beteg van egy teremben, ott van, amikor van lehetőség
59 tényleg ilyen mélyebb dolgokról is beszélgetni. Volt ilyen, hogy reggel mikor elvégeztem a
60 munkámat, akkor volt olyan beteg, aki így igényelte, még a napi igét is elolvastuk,
61 odaadtam a telefonomat, hogy tessék olvassa, mert látom úgy örül neki, ilyen apróságok.

62 **O:** Igen, de sokszor ezen is múlik, hogy egy beteg hogyan éli meg a kórházban lévő
63 helyzetét.

64 **A1:** Igen és ami úgy nekem kicsit megkönnyíti például a hozzátartozókkal való
65 kapcsolattartást is. Ezen keresztül sokkal könnyebben, emberségesebben tudok velük
66 beszélni, mert egy csomó szabály van. A betegekről nem szabad semmit elmondani csak az
67 orvosnak vagy ilyesmi, de mégis úgy beszélni velük, hogy ők ezt ne sértésnek vegyék, hanem
68 tényleg emberként az emberről tudja mondani olyan információt, amit mi elmondhatunk. Ők
69 mindig úgy érzik, hogy nekik ez nem elég és az orvosokat egyre nehezebb elérni. Sokszor
70 ilyen visszás helyzetek alakulnak ki ebből.

71 **O:** Valóban annyira nem mellékes, hogy a hozzátartozókkal is hogyan beszélünk. Nagyon
72 fontos, amit mondott, köszönöm és meg is lepődtem, hogy így bejött. Még így ennek
73 kapcsán lenne egy kérdésem, hogy mondja így az orvosokkal is van-e, akivel így tud
74 együttműködni a kórházi személyzet közül akár ilyen téren vagy van-e úgy, hogy esetleg
75 látják önben, hogy kicsit figyelmesebb és oda irányítják egy-egy beteghez vagy annyira
76 nincs ez így kialakulva?

77 **A1:** Nincs kialakulva, én szoktam ilyenkor, LG jár hozzánk és akkor amikor észreveszem,
78 hogy nekünk nincsen kapacitásunk erre vagy valamelyik betegnek szüksége lenne rá akkor azt
79 úgy sugom neki, hogy menjél LG, mer itt műtét lesz holnap vagy mit tudom én.

80 **O:** Esetleg volt olyan, hogy úgy mond kicsit lelki gondozta az egyik nővértársát vagy egy
81 egészségügyi dolgozót vagy ott az asszisztensek közül volt olyan, hogy valaki pont
82 felkereste önt egy ilyen személyesebb témával vagy olyasmivel, amivel pont úgy, mint
83 lelki gondozó tudott volna ott lenni?

84 **A1:** Hát igen mindenképp.

85 **O:** Akkor ez is, hogy nem csak a hozzátartozók és betegek fele, hanem..

86 **A1:** Hát igen a kollégákkal is, kicsit.

87 **O:** De gondolom ez nem annyira tudatos sem nekik, sem önnek, hanem csak úgy érzik magában.

88 **A1:** Igen, igen. Nem is tudják, hogy miért van ez így, úgy gondolják, hogy azért vagy ilyen,
89 mert van hited.

90 **O:** Akkor ezzel kapcsolják össze. Ha valakinek van hite, spirituálisan is nyitottabb vagy
91 érdeklik ezek a dolgok, az intézményben, ami egészségügyi, meg inkább a betegek fizikai
92 dolgaival foglalkozik, erre így, hogy tekintenek? Elfogadóak-e hittel kapcsolatban vagy
93 akár így LGnek a munkájával kapcsolatban vagy inkább kicsit kritikusabbak?

94 **A1:** A szakemberek munkájával mindenképpen elfogadóbbak, én úgy látom, hogy őket nem
95 hátráltatja senki vagy elfogadóak mindenképp. Tehát ez, hogy délelőtt olyan nagy a pörgés,
96 inkább délután jönnek, amikor úgy csendesebb. Főleg LG, neki ez a munkája és ő bele is
97 éli magát. Úgy örülünk, hogy jön. A papbácsi most nem olyan aktív vagy nem tudom, úgy a
98 régi kórházlelkészekkel olyan közelebbi kapcsolatban voltunk és velük is tudtuk jelezni,
99 hogy kinek van szüksége. Most ezzel az új kórházlelkésszel annyira még nem alakult ki a

100 kapcsolat. Ez gondolom a tavai évnek is a nehézsége, hogy akkor nem lehetett jönni vagy
101 kevesebbszer jöttek, az elején nem mertek jönni vagy tudom is én. Nehéz év volt a tavaly,
102 embert próbáló.

103 **O:** Igen és valószínűleg ezek is személyfüggő dolgok is, hogy van, akivel könnyebb
104 együttműködni.

105 **A1:** Igen, valószínű.

106 **O:** Még egy ilyen kérdésem van, hogy esetleg vannak így kihívásai vagy nehézségek abban
107 hogyha például egy lelki beszélgetésre kerülne a sor, akkor, akár ilyen körülménybeli
108 dolgokra, hogy többen vannak a szobában és nehezebb egy személyesebb témát beszélni. Ilyen
109 kihívásokat vagy akadályokat lát, ami miatt úgymond nehezebb a korházon belül a
110 lelkigondozás?

111 **A1:** Igen, persze. Jó lenne, hogy erre legyen külön, egy kis szoba vagy egy kápolnát nagyon
112 szeretnének itt a helyi kórházban, ahova egy kicsit lehet csendbe leülni
113 beszélgetni. Én úgy látom, hogy a súlyos betegek, akik tényleg annyira súlyosak, hogy az
114 intenzív osztályon így is elfogadják, mert annyira szükségük van rá, hogy valaki
115 közelítsen hozzájuk, lelkileg is közelebb kerüljenek. Ők meg tudják fogalmazni a
116 félelmeiket vagy szorongásukat, vagy a problémájukat és így is elfogadják, hogy esetleg, ha
117 a másik beteg is hallja, de az nem is mindig hallja, mert lehet az még súlyosabb, mint ő.
118 Én ezt tapasztalom, de lehet, hogy más osztályon, ahol több a fennjáró beteg, akkor ott
119 más lehetőségek és problémák vannak.

120 **O:** Köszönöm, de ha még így eszébe jut esetleg valami más hasonló, ami így, néha azt látja,
121 hogy milyen jó lenne, ha kicsit másképp lenne a rendszer, hogy jobban hozzá lehessen a
122 betegekhez vagy több tere legyen ennek, akkor nyugodtan mondja. Én gyakorlati dolgokra
123 gondolok, amiket így kívülről nem látok, de önök, akik benne vannak, lehet, hogy így
124 érznek.

125 **A1:** Igen, most, hogy látogatók sem jöhetnek a kórházba, családtagok se, erre egyre nagyobb
126 szükség van és tényleg szívesen veszik, örömmel veszik az emberek. Én még ilyen sok alatt
127 egyszer találkoztam elutasítással.

128 **O:** Igen, annyira keresik az alkalmat. Esetleg, ez most egy kicsit fantáziálás kérdés, hogy
129 elvonatkoztatva attól, ami épp most így van, hogy látna arra fejlődési lehetőséget, hogy a
130 kórházakba nagyobb tere legyen a lelkigondozásnak vagy ez jó lenne minden kórházba? Van
131 erről így elképzelése, ön, hogy látja, van-e egyáltalán erre szükség, hogy legyenek olyan
132 emberek akár, akik erre tudnak időt, figyelmet száni.

133 **A1:** Igen, mindenképp lenne igény is, hogy ha tényleg engednék ezt egy picit szabadabban,
134 akkor akár önkéntesekkel is megoldani. Így tűnik nekem, hogy erre mindenképpen szükség van.

135 **O:** Értem és ön szerint milyen lenne az ideális egészségügyi ellátás és ezen belül lenne-e
136 helye vagy milyen helye lenne a lelkigondozásnak, hogyha mondjuk így mi tudnánk egy
137 kórházat létrehozni, akkor ön, hogy képzelel el, hogy működik ez? Mik a főbb értékek, amik
138 mellett így viszonyulnak a betegekhez vagy ahogy kialakulna a rendszer? Ez egy nagyon tág
139 kérdés és ami eszébe jut nyugodtan mondhatja.

140 **A1:** Nem tudom, bármi, ami tényleg az emberi méltósághoz hozzátartozik, úgy érzem az,
141 bármit beletudnánk fantáziálni. Számomra például ez, hogy én most túlterheltnék érzem
142 magam ebbe a rendszerbe. Hogyha tényleg kevesebb betegem lenne, több időm lenne akkor
143 tényleg másképp lenne.

144 **O:** Akkor még személyesebben lehetne.

145 **A1:** Nyugodtabb boldogabb lenne. Azt hiszem három beteggel kellene én foglalkozzak az
146 intenzív osztályon, de olyan is van, hogy hét vagy tíz betegre kell figyeljek, örült a
147 tempó. A tavalyi év olyan nehéz volt, még el is kezdtem tornázni járni így aktívan mert
148 egyszerűen nem bírtam fizikailag sem úgy elvoltam fáradva, hogy valami erőt is gyűjtsek.

149 Ilyen körülmények között elképzelheted, hogy nehéz. Ha kevesebb, akkor erre is több idő
150 lenne. Rengeteg a papírmunka, rengeteg az adminisztráció, olyan szörnyű volt az egyik
151 betegnek a visszajelzése, hogy telefonon mondta a hozzátartozójának, hogy én ültem persze
152 az asztalnál és végeztem az adminisztrációs munkát és mondta a beteg szegény, hogy egy
153 órája ír és még rám sem nézett és tényleg igaza van, vannak ilyen helyzetek és
154 nagyon-nagyon sok.

155 **O:** Igen a rendszer sokszor másra van kiélezve.

156 **A1:** Nagyon, aki nincs benne és nem látja, most nem olyan rég voltam a kisfiam elvágta a
157 kezét, a sürgősségen és ő is ledöbbsent, hogy anyuci ennyit kell írni. Tényleg számítógépbe,
158 papíron is, tényleg a minimális idő a betegre jut.

159 **O:** Milyen furcsa, azt gondolná kívülállóként az ember, hogy pont ugye az emberért, a
160 betegért vannak ezek a rendszerek és a gyakorlat elszomorító tud lenni.

161 **A1:** Igen, átesik teljesen a ló másik oldalára.

162 **O:** Igen és valóban úgy igénylik is a betegek a személyes foglalkozást, de a sok mindenben,
163 aminek így eleget kell tenniük maguknak úgy valóban már alig jut energia erre. Esetleg még
164 az lenne a kérdésem, hogy olyanra példa, hogy így csapatként tudnak egy beteg mellé állni,
165 hogy van lehetőség információcserére, hogy az orvos is elmondja az ő meglátását és esetleg
166 ön is vagy ha van pszichológus az osztályon, akkor az is elmondja, hogy ő mit tapasztalt a
167 betegről és akkor van egy ilyen kis csapatmunka a háttérben vagy általában megvannak a
168 rendszerek és mindenki azon belül végzi a dolgát?

169 **A1:** Általában megvannak a rendszerek, én úgy egy doktornőben érzem ezt a közelséget és
170 lehet lelki szinten is, de úgy érezzük egymást. Nem is mindenki szereti, nem is mindegyik
171 orvos fogadja el, hogy ha elmondod, hogy te mit vettél észre vagy valami ilyesmi. Ezt csak
172 annak lehet elmondani, akit úgy látjuk, hogy elfogadja a mi meglátásunkat és pszichológus
173 így az osztályon nincsen. A kórházban van, de úgy tudom ilyen onkológiai esetekkel vagy
174 műtétek előtt, ilyenkor járnak hozzánk. A lelki gondozók járnak, LG-ék.

175 **O:** Köszönöm szépen a beszélgetést.

1 INTERJÚ A2

2 **O:** Az első kérdésem az lenne, hogy ugye nem szokványos dolog a kórházi lelkipozás és
3 hogy ön, hogy találkozott ezzel a területtel és miért végzett el egy lelkipozói képzést,
4 mi indította erre?

5 **A2:** Körülbelül egy tizenöt év, egészségügyben dolgozó, közép káderi szinten végző munka
6 után éreztem azt, hogy nem elég az, hogy a betegnek a fizikai fájdalmát csillapítjuk,
7 tehát legalább annyira fontos, hogy milyen lélekkel közelítem meg, hogy szólok hozzá,
8 mennyi empátiával, sokkal jobban nyílik, jobban gyógyul. Éreztem, hogy valami hiányzik,
9 hogy nem elég az a felírt gyógyszeres kezelés, hanem még valami oda kell pluszba, és akkor
10 azt hiszem a Vásárnap újságból, ott láttam meg a hirdetést, hogy Csíksomlyón indul egy
11 lelkipozói képzés és egy két érdeklődés után úgy döntöttem, hogy beállalnám, ez valami
12 olyan téma, ami engem is érdekel. Ez teljesen, annyira közel jött hozzám, az a két év
13 annyira meghatározza az életemet, amit ott tanultam, amivel tényleg bővültek az ismereteim,
14 hogy akkor éreztem, hogy ez kellett, ahhoz, hogy teljes legyen a gyógyítás, oda tettem
15 lelket egy időben kell gyógyítani.

16 **O:** Hogyan tudja beépíteni a mindennapi munkájába a lelkipozást, vannak-e spontán
17 lelkipozói alkalmak, amikor akár egy beszélgetés is kialakul vagy ezt, hogy tudja ön
18 gyakorlatban is végezni?

19 **A2:** Ilyen szakszerű kórházi lelkipozás nem létezik, ilyen még nincs. Azt hiszem a
20 kórházba is csak most került be, mint szakma a lelkipozás, idáig nem volt. Így
21 megszervezett szinten - sem egyház sem kórház szinten - nem látok, legalább is
22 itt ebben a városban nincs. Ide beszálló papok olyan szinten jönnek be, hogyha behívják egy
23 beteghez, egy hozzátartozó megkéri a plébánost, hogy legyen szíves jöjjön be gyóntassa,
24 áldoztassa, de azt sem a lelkipozás teljességében csak a szentségek kiszolgáltatása.
25 Igazából nem szakszerűen és nem megalapozottan van, de ahogy hozzázólók a beteghez, ahogy
26 elbeszélgetek vele, ahogy próbálom nyitogatni a lelkét, mert nagyon fontos, hogy ha eljön
27 el tudja mondani, hogy miért jön, mert olyan feszültséggel jön, egy alapkrízisben van, ha
28 már beteg és kb. negyede marad meg annak, amit az orvossal beszél. Mikor visszajön
29 kontrollba, akkor látjuk meg, hogy elmondtunk egy rakás dolgot és nem maradt meg
30 neki. Ezt próbálom, hogy egy olyan empatikus légkört kialakítani az orvos és páciens
31 között egy pár jó szóval, mert tényleg semmi nem kell igazából, hogy legyen bizalma és jól
32 érezze magát és el tudja mondani, hogy miért jött, mi gondja. Nagyon sokszor a beszélgetés
33 vagy a vizsgálat végére eljutunk odáig, hogy elkezd mondani, hogy neki a családban mi a
34 problémája, neki a munkahelyén van a problémája vagy ehhez hasonló. Eljutunk addig, hogy
35 egyéb van a háttérben, az a gombóc érzés, mikor van valami a torkomban és nem tudom
36 lenyelni, nahát ott kisül, hogy jó stresszfaktor van, amivel nem tud éppen megbirkózni.

37 **O:** Akkor így fordul elő az, hogy személyesen megnyílnak, amennyire a keret engedi?

38 **A2:** Amennyire az időnk engedi, mert egy páciensre tizenöt perc van adva, abba még bele
39 kell férjen a vizsgálat, bele kell férjen a receptírás, az éppen, hogy hogy megy a
40 számítógépes rendszerünk, de sokszor az a jó, amikor éppen nem megy a rendszer, amikor
41 elakadás van és forog a homokóra és akkor tudunk igazán a betegre több időt száni és akkor
42 jobban kikérdezni és rálátni, az ő problémájára igazából. Ilyen szervezett szinten
43 nincsen, én azt látom, hogy arra lenne szükség, hogy bár egy ember - de lehet is, hogy nem
44 elég, még egy ilyen kis kórházban is egy ember -, aki ezért lenne alkalmazva, hogy elmenjen
45 és meglátogassa azt a beteget, akit éppen műtenek, aki igazából álmatlan éjszakái vannak,
46 mert azt mondja holnap műtik és tényleg fontos az, ahogy mondta, jó lenne egy kis
47 egészségügyi rálátás is. Így, hogy szakmai szemmel is látom, az egészségügyi oldalról is
48 a dolgokat és ha a lelkét is egy kicsit fel lehetne tártani, akkor az úgy lenne teljesen
49 egyensúlyban. Hogy biztatni is lehessen műtét előtt vagy, hogy ez fog történni, vagy az fog
50 történni vagy ezek a lehetséges komplikációk. bármiről beszélni, hogy tiszta lappal
51 induljon a beteg, mert igazából az orvosi személyzetnek nincs effektív ideje ezeket
52 elmagyarázni, elmondani és akkor ott van a nyugtalanság, a kétely, félelem.

53 **O:** Kicsit magára maradva ezekkel az érzésekkel...

54 **A2:** Igen és nem beszélünk érzésekről, ilyen szövegrész nincs vagy nem sok van . Ha van
55 akkor már jó úton haladnak, akkor nagyon,

56 **O:** Igen akkor ott nyitottság van kölcsönösen. Még azt kérdezném meg, hogy mikor történik
57 ez a dinamika, amit mond ön, hogy van egyfajta megnyílás a beteg részéről, ebben ön, hogy
58 van jelen vagy hogy érzi magát? Erre nincs konkrét válasz vagy helyes válasz csak, hogy
59 kíváncsi vagyok, hogy érzi magát ezekben a helyzetekben?

60 **A2:** Azt érzem olyankor, hogy ez az én életem, tehát én szeretném csinálni, nincs
61 megoldás rá, de én ezt szeretném csinálni. Persze csinálom ezt is lassan 26 éve az
62 egészségügyi szakmában vagyok. Csinálom, azt is jó csinálni, de az ad nekem pozitív érzést,
63 mert azt, hogy hú de jó volt, ezt úgy megéreztem vagy ráláttam, úgyhogy ez jött ki belőle,
64 ott helyben elsírja magát a beteg. Semmi nem kell csak, hogy hagyni, hogy ő ezt így
65 elengedje, kiengedje magából és hogy el tudja fogadni, mert az a másik nagy probléma,
66 amikor a beteg például, én felhoztam ezt a gombócérzést a torokban, mert fülörregészeti
67 téma. Amikor ő ezt elkezd keresni, hogy mi okból és milyen szervi problémák lehetnek és
68 utána olvas az interneten, egy csomó, félremagyarázott dologgal találkozik és akkor kezdi
69 keresni, mondjam azt, hogy betegnek képzelet magát, holott neki lelki problémája van. Csak
70 forog önmaga körül, nem tud kilépni, nincs, aki rávilágítson, hogy állj meg, mert szervileg
71 rendben van minden. Ezek olyan érdekes dolgok és amikor én rálátok érzem, hogy ennek az
72 embernek csak beszélgetni kéne, mert oda jut és ez a protokoll a mai egészségügyben
73 Romániában, hogy megnézzük és szervileg kimutatjuk nincs semmi problémája, akkor elküldjük
74 pszichiáterhez.

75 Ott nagyon sok ember belecsúszik abba a tévedésbe, hogy elkezd nyugtatókat szedni, elkezd
76 stimuláló szereket szedni, amiktől megszabadulni nagyon nehéz és akkor belecsúszott és a
77 problémája meg nem oldódott.

78 **O:** Sok esetben, ugye gondolom egy kicsit szégyellik is ezt a pszichiátriai
79 kezelésre járást.

80 **A2:** Igen, de ha sok álmatlan éjszakája, ideges és lefogy és türelmetlen, akkor csak elmegy,
81 kell kezdjen vele valamit, valamit be kell vegyek, hogy oldódjon meg a bajom. De nem ettől
82 oldódik meg valójában, egy pár beszélgetés segítene rajta. A ma emberének most már
83 lelkiileg is nagyon szüksége van, igénye van, hogy segítséget kérjen, megfelelő
84 rávezetéssel.

85 **O:** Ezzel én is egyetértek, hogy ilyen téren, ahogy ön is mondta, hogy nincs ilyen munkahely a
86 kórházakban, semmi, miközben azért most már látható, hogy azért van igény rá. Aki úgy
87 benne van érzi, hogy önök is leterheltek, a betegek is.

88 **A2:** Igen a szakmai oldalból is le vagyunk terhelve, tehát nem tudunk, éppen annyi időt
89 rászánni erre. Nagyon kellene, nagyon jó lenne egy ilyen szinten elindulni, ahogy Orsolya
90 is elindult, menedzsmentet végezni és magasabb szinten megmozgatni a dolgokat, feldobni a
91 labdát, hogy erre igény van és máshol létezik. Például az egy szerencsés helyzet, ahogy
92 LG-ék vannak, a másik városban, hogy ott ők ketten is vannak és lelkes is van, de
93 például egy ilyen város, mint Kézdivásárhely ez a maximum, hogy feladjuk a betegek kenetét,
94 meggyóntatom, megáldoztatom és megyek a következőhöz mert hajt az idő, de ők napi nyolc
95 órában beszélgetéseket folytatnak és ilyen ki csírákat el lehet szórni és lehet, hogy
96 betegen nem is annyira értékeli az ember, de amikor kimegy és esszébe jut, hogy az jót
97 tett nekem, azt még meghallgatnám vagy ott még beszélgetnék. Ha ilyen helyzetbe kerülnek
98 akkor lehet, hogy megkeresne valakit. A sima pszichológia, a klinikai pszichológia nem
99 adja azt a lelki töltetést, ami a lelkiigondozás maga.

100 **O:** Közben ahogy haladunk néha visszatérek, elnézést kérek, ha néha a témaváltás
101 megtörténik. Ugye ez a lelkiigondozás valami olyant képvisel, mint ami kicsit több, mint az
102 egészségügyi rendszer s amit így ad, beszélünk már ezekről a részéről és hogyan látja ön,
103 mennyire elfogadott vagy mennyire támogatott ez, akár egy kórházban vagy abban az

104 intézményben, amit így ön ismer vagy esetleg a saját szemszögéből, hogy látja ezt, hogy
105 van-e nyitottság az egészségügyi dolgozók irányából ilyen szinten? Nyilván ez a kérdés
106 azért nehezebb mert nincs egy konkrét lelkiigazgató, aki így felvállalta folyamatosan végezze,
107 de hogy látja ön?

108 **A2:** Azt érzem, hogy az egészségügyi dolgozók részéről is, most ehhez kapcsolódik az a
109 dolog, hogy 27 év alatt, például, én magamról beszélek, senki nem kérdezte meg tőlem, hogy
110 vagy. Elvárások vannak, 30 kreditpontos továbbképzéseket kell évente végezni, de abban nem
111 szerepel semmi olyan, egy kicsi önismeret vagy valami, ami az, hogy hogy vagy te vagy hol
112 tartasz te? Hol vagy az életedben? Most a nagybőjtben szerveztünk egy olyan lelkinapot,
113 egészségügyben dolgozóknak nagybőjti lelkinapot. Megmondom őszintén, volt bennem egy kicsit
114 ilyen izgalom, hogy jaj vajon egyáltalán valakit megszólít-e. Körülbelül 200 alkalmazottja
115 van a kórháznak és voltunk 15-ön, ami egy jó szám, így elsősre és ezek közül a kolléganők
116 közül bizony jelezték, hogy ez valami nagyon jó, ilyen még kell. Az egészségügyben
117 dolgozóknak a kiégés az nagyon-nagyon gyakori és nincs egy kapaszkodó, lehet, hogy nem
118 lenne olyan nagy baj, ha csírájában lenne kivel, ahogyan megbeszélni és az segítene. Erre
119 is lenne igény és ez az első alkalom volt és voltunk 15-ön, ez is egy jó szám. Van rá
120 igény, többen visszajelezték, hogy, hát ők is szerettek volna menni így utólag, de hát nem
121 tudták, hogy ez miről szól vagy, hogy ugye ez egy templomban történt. Van, aki úgy
122 gondolta ez csak katolikusoknak szól. A kórházi lelkiigazgatóknak a másik alappillére, hogy
123 aki ott dolgozik, a rendszerbe dolgozik azokat megtartani, hogy egyensúlyban legyenek ők.

124 **O:** A közvetlen munkatársaira is gondolva, hogy ők így veszik-e észre önben ezt a
125 szemléletet vagy hogyan viszonyulnak?

126 **A2:** Kilenctől rendel az orvos és van már egy jó pár kolléganő, aki megkérdezi, hogy
127 jöhetnek-e, zavarhatok-e egy kicsit, van-e most sok dolgod és akkor leülünk és tényleg
128 személyes dolgokat is megbeszélünk. Van és érzik és valószínű, hogy azért jönnek és
129 nyitnak, hogy beszéljünk.

130 **O:** Esetleg kikkel tud úgy együttműködni, például lát-e úgy az orvosok részéről
131 együttműködést ilyen irányba?

132 **A2:** Nagyon kevés az az orvos, akivel lehet, mondjam úgy Isten létéről is beszélni, a
133 betegséget azt úgy beszélni meg, hogy ez most éppen egy krízishelyzet, de ennek is megvan
134 a miértje. Szerencsés helyzetben vagyok, mert a fülorr-gégész, akivel
135 dolgozok, annak a felesége egy paplány, egy református lelkésznek a lánya. Van egy olyan
136 töltöttsége a dolognak, hogy nem Isten nélküli életformát élnek, úgyhogy ilyen szempontból
137 azt is érzem, hogy amikor én az egyik, éppen ahhoz a beteghez valahogy úgy szólok, kicsit
138 ilyen lelki megvilágítás is forduljon meg az ő fejében, hogy "lehet nem is a torkommal van
139 a baj, hanem a lelkemmel" akkor, akkor ő úgy rám hagyja, hogy egy két mondat erejéig én is
140 úgy érintsem meg a beteget, úgyhogy ilyen szempontból egy két orvos, de nagyon kevés, hogy
141 nyitottak legyenek az orvosok ilyesmire.

142 **O:** Akkor most egy másik szintén ilyesmi kérdés, hogy a vezetőség szempontjából el tudja
143 képzelni, hogy támogatni egy vagy akár alkalmazni egy lelkiigazgatót, hogy olyan irányba
144 hozzanak döntéseket, az intézmény szempontjából, amik inkább ezt a szemléletet támogatja
145 vagy ezt a hozzáállást a betegekhez, vagy ez megint egy más világ?

146 **A2:** Nem tudom, hogyha megkérdezném igennel, vagy nemmel válaszolnának. Nem tudom
147 megítélni.

147 Elég fiatal, 3 éves vezetőség van, szerre változtak, előbb a menedzser, utána az orvosigazgató.
148 Most változás van, így nem tudom. Nem sok reményt látok benne, de nem tudom. Nem
149 akarom megítélni.

149 **O:** Például amikor lelki napot szerveztek, arról tudott a vezetőség? Inkább csak elfogadták,
150 vagy támogatták is?

151 **A2:** Igen, úgy történt, hogy mivel plakátot is kihelyeztünk, ehhez előbb engedély kellett,
152 a titkárnőt megkérdeztem, hogy lehetséges-e, ő azt mondta, hogy megkérdezi, ki lehet-e
153 tenni. Azt a választ kaptam, hogy igen, lehetséges és ki is tettem. A titkárnő megoldotta,
154 én személyesen nem beszéltem egy igazgatóval sem, így nem tudom, hogy milyen képet vágott,
155 csodálkozott, vagy örült. Vagy nem érdekelte, vagy passzív volt. De mindenképp tudtak róla.

156 **O:** Mi ön szerint a legnagyobb kihívás a mostani helyzetben, a mostani rendszerben,
157 egészségügyi rendszerben, ami akadályozhatja, vagy ami nehézség abban, hogy ez a
158 lelkipozíciói kezemenyezés megérkezzen, kibontakozzon, vagy hogy egyáltalán ez a szemlélet
159 jelen legyen. Említette az időhiányt példaként, de még miket lát, ami még akadályozhatja,
160 hogy ezzel Ön jobban tudjon foglalkozni?

161 **A2:** Ha arra gondolok, hogy mi lenne a kihívás, én személy szerint mit tudnék tenni, akkor
162 az én munkaköröm teljesen kitölti a 8 munkaórát. De el tudnám képzelni, hogy például
163 délután bemenni. Én azt érzem, hogy igazából az egyház részéről várnék egy lépést, ők
164 kellene felkérjék a vezetőséget, hogy nyújtsanak lehetőséget ezekre a dolgokra. Feltárni
165 azt, hogy ez betegség, mert ha azt mondom, hogy a kórház menedzsere gazdasági szakember,
166 az orvosigazgató egy belgyógyász, aki viszont nem a lelki világról híres ember, hanem egy
167 ilyen 1+1 az kettő és logikusan gondolkodó ember a belgyógyászatban, ami egyébként jó egy
168 orvosnál, de ha nem érzi ennek a jelentőségét, hogy lelki töltete is legyen a munkájuknak,
169 akkor ők nem fogják ezt észrevenni. Van pszichológus, de a klinikai pszichológia annyira
170 átment a tesztelesekre, hogy személyes beszélgetés ott sem folyik. Pszichoterápiát senki
171 sem végez itt nálunk. Pedig óriási igény lenne rá. Még a klinikai pszichológiára is. Úgy
172 érzem, hogy az útvestzőben érkező emberek könnyebben nyitnak Isten felé, mint
173 pszichológushoz elmenni, mert nem ismeri a fogalmat, hogy pszichiáter, pszichológia, akkor
174 én most bolond vagyok? Ezt rakják össze elsőre az emberek. De ha egy az egyház felől
175 megközelíthető beszélgetésről van szó, akkor nyitottabbak. Én azt szeretném, hogyha az
176 egyház lépne és tenne lépéseket. Amit mi végeztünk ez csak képzés, én nem is tudom
177 semmilyen szinten hivatalosan felhasználni, mert nincs felsőfokú végzettségem. A
178 posztliceum nem felel meg felsőfokú végzettségnek, úgyhogy én egyáltalán nem tudom igénybe
179 venni például azt, hogy én ebből éljek. De vannak többen, akiknek van felsőfokú
180 végzettségük, és a Bolyain ők is letették a vizsgát, tehát akkreditált diplomájuk van és
181 biztos vagyok benne, hogy az 5-6 évfolyamon van 15 ember, tehát közel 100, csak a
182 környéken. És nem beszélünk még a teológián végzett pasztorális asszisztensekről. Pedig a
183 kórház az egy olyan érzékeny terület, oda egészséges ember ritkán megy. Tehát testi- lelki
184 egyensúlyban lévő ember ritkán megy.

185 **O:** Ha az egyház felvállalja, hogy kiáll a szenvedő ember mellett, akkor ez egy közös
186 együttműködés tud lenni. El tudná képzelni, hogy a különböző felelkezetek együttműködjenek
187 ebben?

188 **A2:** Abszolút! Itt a mi városunkban abszolút. Nagyon nyitott a református lelkész, a város többnyire
189 katolikus és református a város lakossága, a környék is elég vegyes. De mindenképpen
190 lehetne összedolgozni, mert nyitottak a papok, plébánosok és lelkészek. Biztosan működne!

191 **O:** Már beszélünk is a fejlődési rendellenességekről, és itt kérdezném még meg, hogy más
192 igény, javaslat erre vonatkozóan? Lenne egy hely a kórházban, akár egy lelkipozíciói
193 szobácskát létrehozni?

194 **A2:** Igen, nekem egy nagy álmom ez a lelkipozíciói szobácska, ez nagyon talál! Amikor a
195 kórháznak átadtak egy kis területet, ami két helyiségből állt, egy kis előszoba és egy
196 nagyobb tér a másik, ahol kialakították a kápolnát. Ez egy óriási lépés volt. Annyi volt a
197 program, hogy heti egy alkalommal, vasárnap volt a mise. Az előtérben elképzeltem, hogy
198 atyáé, ott milyen jól lehetne beszélgetni, mert semmire nem lenne szükség, két szék, egy
199 asztal és ott volt a kápolna. Tehát, hogy ez egy ideális hely lenne, mert egy különálló
200 épület, ott nem hallod a hordágyak csapkodását. Most azt történt, hogy a pandémia miatt

201 átalakították oltóközponttá, kivették a formájából szegénykét. Remélem, hogy az is
202 előbb-utóbb vissza fog állni. Én azt is el tudom képzelni, hogy ott meg lehet oldani, és
203 ott legyen egy íróasztala a lelkipozíciónak és legyen két fotel, hogy tudjon egyet
204 beszélgetni és akár imádkozni együtt a beteggel az oltáriszentség előtt. Van rá lehetőség,
205 már csak valahogy el kellene ez a szál induljon.

206 **O:** Most, ilyen téren egyedül van ezzel a gondolattal..?

207 **A2:** Viszont az is meglehet, hogy nem is mondtam el senkinek. Lehet, hogy ..

208 **O:** Mondjuk, ha nem tapasztal elég nyitottságot ilyen irányba, akkor igen, de ez is érthető.

209 **A2:** Igen, de, hogy honnan kéne én a nyitottságot tapasztaljam, mert biztos, hogy a kórház
210 nem mondaná, hogy nem..Az, hogy ő nem fizet enem, csak azért, hogy az ORL-n aszisztens nő
211 legyek, az más tál tézta. De valamiből meg kell élnem, tehát erre rá vagyok kényszerítve,
212 de hogyha az egyház azt mondaná, hogy „oké akkor én téged..”, az egyház tudna alkalmazni
213 engem, ha éppen akarna. Úgy gondolom. Nem vagyok meggyőződve, hogy engem felső fokú
214 végzettséget igényel, az egyház fele a végzettségem. Nem tudom.

215 **O:** Igen, ez is ugye plébánián .. Most én sem tudom pontosan, hogy működik, de ott is van
216 ilyen, hogy részmunkaidővel alkalmaznak valakit, hogyha nem is teljesen.

217 **A2:** Igen, gondolom. Nem tudom. Az van még, amit látok, hogy itt, például Kézdivásárhelyen
218 egy elég idős esperes van, akivel, úgy nem tudom, hogy mennyire lehet kommunikálni. Biztos,
219 hogy a fiatal, többi plébániákon jobban lehetne, de, hogy ..ebbe látok egy kicsi ilyen
220 konzervatív beállítást ebben. Különben nagyon kedves papbácsi, de úgy nem nyit az új fele.

221 **O:** Igen, igen. Több minden kell itt összejátszódnom..

222 **A2:** Igen. Vagy egészen teljesen fentről kellene ezt valaki átgondolja, hogy lelkipozíció,
223 és azon belül, hogy ez tényleg a kórházi lelkipozíció az nagyon fontos lenne.

224 **O:** Még egy ilyen nagyobb kérdés van, ahonnan éri, onnan lehet megválaszolni. Ön
225 szerint milyen az ideális egészségügyi ellátás, egy ideális kórház, és, hogy hogyan lenne
226 jelen ebben a lelkipozíció, a kórházi lelkipozíció? Hogyha ön így most már mindkettőt
227 úgy valamiképpen látja vagy tapasztalta.

228 **A2:** Igen. El tudnám képzelni azt, hogy elég sok esetben ugye legnagyobb, a
229 legeslegnagyobb dolgokat, problémákat, az emberek esetében a daganatos betegségek okozzák.
230 Tehát idáig ez volt. Tehát a létfontosságú dolgokra gondolok, betegségekre, amelyek az
231 életet élére teszi. Nem olyan rég, vagy három éve volt egy olyan konferencia, a
232 művelődési házban, ahol magyarországi meghívottak voltak. Az Országos Onkológiai
233 Intézetnek az onkopszichológusai. Na azt láttam én, azt nagyon helyénvalónak láttam, hogy
234 elmegy a beteg, mikor mindenén túl van, szövettan és minden a kezében van. Tehát az orvos
235 elmondja, hogy kedves uram/hölgyem önnek daganatos betegsége van. Na ott összeomlik egy
236 emberi élet. Tehát ott le van nullázva. Akkor, nem haza küldik a beteget, hanem átküldik
237 az onkopszichológiára. Tehát ő, abban az órában már beszélget valakivel. Tehát az annyira
238 fontos, hogy ő nem úgy van itt, hogy, például mi, és nekünk például nagyon nehéz, tehát mi
239 ketten vagyunk az orvossal. Ebben a városban ez a főbb része, tehát egy orvos, egy
240 aszisztens, slussz-passz. Ez műtét, ez mindenről szól, de mi ketten vagyunk. Azt is mi
241 kell megmondjuk, mert ugye az első vonalban vagyunk, ide futnak be a betegek, és ha
242 vettünk egy szövettant, megjött az eredmény... azt meg kell mondani. Az a világ lejárt, hogy
243 „jajj semmi gond, és elszuttogunk, és elszuttogjuk a hozzátartozóval, és kész”, mert
244 intelligens emberek, és azt mondják, hogy hát „ide az onkológiára vagyok küldve, hát akkor
245 ne vicceljetelek velem, én tudom mi bajom van, rákos vagyok”. Tehát amikor ezt elő kell adni,
246 ez egy akkora lelki teher számunkra, hogy legtöbbször egy 5 perc nekünk is kell, hogy
247 ráhangolódjunk. Például egy fülmosás után jön egy ilyen beteg, és tudom, hogy az
248 következik, hogy most előveszem a szövettani eredményét, és a kezébe adjuk, és el kell

249 neki mondjuk. Tehát ez egy óriási nagy dolog, és akkor ennek a betegnek, mi elmondjuk, hát
250 ahogy mi tudjuk. Átadjuk neki ezt az életbevágó diagnózist, és ő köszöni szépen, azzal a
251 lappal ő haza megy. Ő nem tud sokszor mit kezdeni azzal. Nem tudja otthon, hogy hogy
252 mondja el... hogy mi van, mit értett meg abból, amit mi mondtunk, és mi a valóság. És hogyan
253 tovább, mert itt nem áll meg az élet, hanem hogyan tovább, mert bele kell állni és végig
254 kell járni. Úgyhogy nagyon... annyira megterhelő, hogy simán öt egyszerű betegséget elvisz
255 ennek az egy betegségnek az energiája, amit bele kell tgyünk, hogy ne vágjuk a képéhez,
256 hogy „ne, maga rákos”. Mert volt már olyan esetünk, aki azt mondta, hogy „na jó, akkor én
257 megyek és a pisztolyt teszem a fejemhez”, és akkor az orvos azt mondta, hogy csak egyetlen
258 egy kérése van, hogy ma egyet aludjon, s azután holnap teheti a pisztolyt. S másnap reggel
259 8-kor ott volt nálunk, s mondta, hogy „na akkor jó, leültem, s hallgatom, hogy én most mit
260 kell csináljak, mi az én dolgom?!”. Tehát nagyon nem mindegy, hogy hát, hogy tálalja fel
261 az ember az ilyesmit, akkora a tétje, hogy össze omlik-e benne valami. Vagy a 80 éves
262 bácsi, ezelőtt 2 héttel azt mondta, hogy „Doktor úr!”, tehát mi, mikor nagyon érzékenyen
263 és finoman próbáltuk átadni, de hát ő azt mondta, „De doktor úr, én 80 éves vagyok, én még
264 tartozok egy halállal az életnek.” Hú ilyenkor azt monjuk, hogy na ez, itt lehet beszélni...
265 Tehát valami fenomenális súlya van annak, hogy az egészségügyben dolgozók, hogy osztják
266 meg azt az eredményt, azt a verdiktet, mert, ezt lehet így nevezni. Mert megjött egy
267 eredmény... egy égbe kiállító nagy baj..

268 **O:** S, hogy utána van e lehetőség arra akár, hogy ezek után beszélhessen az, aki megpakja
269 ezeket a ..

270 **A2:** Igen. De hát itt nálunk semmi. Itt, amit mi ki tudunk hozni magunkból, ez a maximum.
271 Olyan is van, hogy ugye bele áll abba rendszerbe, hogy végig kell járni kemoterápiát vagy
272 sugárterápiát vagy műtétet, vagy bármit, ami következik, és van olyan, hogy nem is látjuk
273 többet a beteget. Mert mi annyira periférián vagyunk, tehát mi vagyunk az első vonal,
274 tehát mi nem tudjuk megoldani az ő problémáját. Jobb esetben, amikor végigjárták ezeket a
275 terápiákat, akkor kerül hozzánk vissza, ilyen periódikus vizsgálatokra. Ha éppen az
276 állapota engedi. Hát van elég sok betegünk, ilyen visszajáró, és maximálisan próbáljuk,
277 úgy lelkiileg támogatni, tehát így amennyit mi megtudunk tenni, mint az, hogy tényleg
278 elindítani bizonyos komissziók fele programálásokat tenni. Még ami nagyon hiányzik, az
279 egészségügyi tanácsadás, ez egészségügyi nevelés. Tehát egészen alap, gyermeki szintről
280 kellene ezt, tehát itt Romániában nincs ilyen. Tehát valaki úgy nő fel, hogy nem járt
281 kórházban, nem tudja a..mert szabályok vannak, egy csomó szabály van, s akkor azt hallom,
282 hogy „Jajj mert ezek az orvosok mennyit járatnak.” Tehát nem értik a rendszernek a
283 működését. Abszolút nagy hiány van ebben.

284 **O:** Akkor gondolom emellett egy kicsit, egy ilyen félre kommunikálós a helyzet.

285 **A2:** Így van, és mindenki negatívan éli meg. Tehát mikor a kórház mikor azt hallja az ember,
286 hogy kórház, az senkiben nem hoz fel pozitív dolgot. Ezt nem is várhatjuk el, mert a
287 fájdalom, s a szenvedésnek a helye.

288 **O:** A kiszolgáltatottság is ott van, ugye.

289 **A2:** Így van. Abszolút. Ezt megélni, máshol nem nagyon éli meg annyira az ember, mint a
290 kórházban, tényleg. S akkor nagyon rossz élménnyel mennek haza, és azt a rossz élményt
291 átadva, nagyon sok embert elriasztanak „nem megyek Isten őrizz, mert hogy járt a másik”.
292 Holott ő csak rosszul élte meg azt a pillanatot, legtöbbször, mert nem értette, hogy mi
293 történik vele, mert nem volt ideje egy kádernek, hogy elmagyarázza.

294 **O:** S ilyen esetben, így akkor egyet értene egy olyan funkciójával is a lelki gondozásnak,
295 ami egy fjtá közvetítés a beteg és a rendszer között, illetve egy kísérés akár konkrétan
296 is kísérése a betegnek.

297 **A2:** Igen, abszolút nagy szükség lenne egy ilyen megközelítésre, hogy értse meg a beteg,
298 hogy mi miért történik a kórházban. Vagy, hogy valahogy azt is elfogadni, hogy annak az
299 orvosnak a 22. betege vagyok. Tehát, hogy az az orvos is úgy ki van már fáradva, hogy nem

300 képes 100%-osan jelen lenni abban a 10-15 percben, mert nem képes, véges az energiája..az
301 orvos is egy ember. És akkor annyira rossz a benyomása, pedig nem volt semmi, nem történt
302 semmi rossz, de hát azt mondja, hogy „Hú hát ez..” Mert oda se figyelt, mert nem tudott.
303 De akkor is ne inszisztálja, hogy a 22.-nek is engem nézzen meg..tehát ez történik a
304 betegek részéről. Inszisztálja, hogy most, ma és most.. Most kell nekem az a vizsgálat.
305 Pedig abszolút nem éri meg, mert ő ha egy nyugodtabb pillanatában nézi meg az orvos, ahogy
306 beszélget vele, sokkal többet nyer. De itt például Romániában ez a másik nagyon rossz,
307 például a nyugati országokhoz viszonyítva, hogy nyugaton nem fut egyből orvoshoz az ember,
308 hanem felhívja telefonon és kap onnan egy minimális információt. A telefonnak a túlsó
309 végén az a diszpécser felméri, hogy mennyire súlyos a helyzet. Például egy szakorvosra rá
310 jusson, hogy egy fülörregészeti vizsgálatra időpontot kapjon 3 hónap. Persze, ha folyik
311 a vér és fájdalma van, az sürgösségi. De nagyon-nagyon sok idő, és ezalatt a 3 hónap alatt
312 nagyon sok probléma megoldódik. A nem életbevágó dolgok megoldódnak. Annyira érdekes, de a
313 nyugati ember az türelmes, de az itteninek, annak a tegnap kellett volna, mikor felhívja az
314 orvost. Arra tegnap kellett volna megnézze az orvos. És eljön. És kislül, hogy az a
315 kellemetlenség, ami neki ilyen, hú.. felnagyított, borzasztó képpel átadja nekünk, az egy
316 fülsár, fül dugó.
317 És akkor kipróbálja az orvosból, hogy őt még 22.-nek is nézzék meg, és akkor ha éppen nem
318 olyan kedves, akkor még meg is van sértődve, és még 5 embernek elmondja, hogy „Hú, hát ez
319 felületes volt..”. De az orvos is érzi, hogy nem kell több energiát beletegyek, mert ez
320 egy fülmosás. Nagyon érdekes, tehát így közepén nézve a dolgokat, nagyon érdekes.

321 **O:** Igen, hogy ön látja mind a két részt, az emberit, és a rendszernek a
322 gyengeségeit is, hogy ilyen helyzetek adódnak.

323 **A2:** Igen, és nagyon sok ez a fel nem világosított embernek a 'nem tudónak' az erőltetése.

324 **O:** Köszönöm. Lassan érünk a végére, esetleg azt kérdezném meg, hogy akár így a hozzátartozók
325 szintjén is el tudja képzelni ezt a tevékenységet, hogy a hozzátartozók lelki gondozása is feladata
326 lehet a kórházi lelki gondozásnak? Így az eddigi tapasztalatai alapján..

327 **A2:** Abszolút. Mondjam azt, hogy hozzátartozónak lenni például egy súlyosab esetenél, hát
328 az áldozatot követel, óriási áldozatot. Egy beteg 1-2 hozzátartozót ki tud pendíteni, meg
329 persze betege is válogatja. A türelmetlenség, az elvárások annyira magasak, és a
330 hozzátartozó részéről az a megfelelési kényszer, hogy "ugye ő most beteg, akkor most neki
331 mindent" és hogy mi nem vagyunk sehol. És akkor kiég a hozzátartozó és lebetegedik, tehát
332 ilyen közvetlen környezetben is van éppen ilyen, hogy annyira, de a beteg is már annyira
333 limitált egy bizonyos ponton, hogy már nem érzi azt, hogy megértő legyen a hozzátartozóval,
334 hogy még 5 percet hagyjak neki, hanem most, most és azonnal, azt a vizet, vagy azt a kacsát, vagy
335 azt az akármit és úgy kipendül a hozzátartozó, hogy
336 egyszerűen ketten fekszenek ágyban. Tehát ez is abszolút nagyon-nagyon fontos lenne, mind
337 a két részre. A beteggel is beszélni a hozzátartozó életéről és a hozzátartozónak is
338 beszélni arról, hogy én vagyok, de ha én nem vagyok, akkor vele mi lesz? Megtartani ezt a
339 határt, hogy eddig megyek el és tovább nem, akkor sem, ha kéred. Nagyon-nagyon fontos
339 lenne ez is egy jó része lenne.

340 **O:** Köszönöm szépen a válaszait, nagyon megerősítőek voltak és meg olyan dolgokat is
341 felhozott, amikre még nem is gondoltam, az elméleti kutatásokban ilyen gyakorlati
342 szempontok nem is jöttek elő, pedig ezek szerintem nagyon relevánsak arra, hogy ez hogyan
343 valósulhat meg tényleg itt nálunk, gyakorlatban, a kórházakban.

344 Még esetleg ehhez valamilyen hozzáfűznievalója, ami nem hangzott el eddig, de a témáról
345 fontosnak találja, hogy akár a gyakorlati megvalósulás szintjén ?

346 **A2:** Én amúgy is egy pozitív beállítottságú ember vagyok, de úgy gondolom, hogy ebből lesz!
347 Ebből lesz és nagyon remélem, hogy nem kell 10 év. Nagyon remélem, hogy egy jópár év alatt.
348 Azt érzem, hogy most az egyházi vezetés is fiatal és olyan dinamika van bennük, hogy
349 minden téren megmozult valami, és alig egy éve, hogy megtörtént ez a váltás. Én úgy

350 gondolom, hogy ez rövidebb időn belül. És nagyon-nagyon örülök, hogy például Orsolya is
351 ilyen nagyon fiatalon, azt hiszem, hogy ez egy kegyelem, hogy ilyen úton indult el! Ha én,
352 az én koromban lett volna ilyen, biztos én is ezt választottam volna! Örülök, hogy
353 teljesen magas szinten gondolkodik, olyan szinten, hogy menedzseri vénával, hogy a
354 megszervezése fontos ennek, mert hogy el kell induljon valami, mert hogy alulról is
355 forrásozhat valami, nem mondom, hogy alulról is nem alakulhat ki valami, de az, ami
356 fentről jön ... és kifejezetten örülök, hogy van Orsolya és hogy tényleg, ha kórházi
357 lelki gondozás, akkor kell valamilyen egészségügyi kapcsolódás, hogy át tudjam érezni, meg
358 tudjam tapasztalni. Mert egy kívülről jövő ember nem igazán érti, nem tapasztalja meg, s
359 nem fogja érteni, hogy mia a baja a betegnek. Az a baj, hogy nem érti a rendszert, a
360 rendszer működését és mindazok mellett, hogy neki nagy problémái vannak, megad a rendszer
361 működésében és azt kiabálja ki, mert az van felül, tehát a sérülése legutolsóként jön ki,
362 mert elakadt a rendszerben. De igazából neki egyéb problémája van. Mindenképpen,
363 fokozottan fontos az, hogy kórházi lelki gondozónak legyen egészségügyi kapcsolódása is. Tényleg,
nagyon örülök, hogy elindult valami! Bármiben, ha kérdése van, bármikor hívhat!

364 O: Jó, nagyon köszönöm és esetleg a dolgozatot is eljuttatom, amint meglesz.

365 A2: Köszönöm szépen, az jó lesz! Szívesen olvasnám!

366 O: Visszont látásra!

367 A2: Kitartást ehhez a munkához és hátha majd lesz egy csillag felettünk! Nagyon szépen köszönöm!

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 (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 lelkipozó-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 lelkipozó a bölcselők zseb(könyv)ében, in: *Erdélyi Múzeum*, 2016/4, 148-152.
35. SELMECZI Lajos Péter: A látogatás mint lehetőség: A lelkipozó sajátosságai a magyar evangélikus egyházban, in: *Embortárs*, 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 (2021.04.01)
2. Constitution of the World Health Organization, *Alapdokumentum*, 15. kiadás, 2006. 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: *Magyarközlöny*, 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.

Declarație pe proprie răspundere

Subsemnatul/a.....**Orsolya Dani**..... declar că lucrarea de licență/disertație pe care o voi prezenta în cadrul examenului de licență la Facultatea de Teologie Romano-Catolică a Universității Babeș-Bolyai, în sesiunea iulie 2021, sub îndrumarea **dr. Vik János conferențiar universitar** reprezintă o operă personală. Menționez că nu am plagiat o altă lucrare publicată, prezentată public sau un fișier postat pe Internet. Pentru realizarea lucrării am folosit exclusiv bibliografia prezentată și nu am ascuns nici o altă sursă bibliografică sau fișier electronic pe care să le fi folosit la redactarea lucrării. Prezenta declarație este parte a lucrării și se anexează la aceasta .

Data,

24.06.2021.

Semnătura,

Handwritten signature in blue ink, reading "Dani Orsolya" followed by a stylized flourish.