

DR. SOMOSINÉ DR. TÉSENYI TIMEA

Emberhez méltó jelenlét

A lelkipozás és a hospice kapcsolódásának lehetőségei

Összefoglalás ♦ *A tanulmányban bemutatom a kórházi lelkipozást mint a betegek, hozzátartozóik, az egészségügyi személyzet lelki és spirituális jóllétét és a betegség okozta krízishelyzettel való belső megküzdés folyamatát támogató szolgáltatást. Alátámasztom indokoltságát és betekintést adok a lelkipozók feladatkörébe és alkalmazott módszertanába. A hospice és a lelkipozás kapcsolatát érintő kérdések tárgyalásakor kitérek a lelkipozásnak az életvégi ellátásokban betöltött szerepére és a jövőbeni szorosabb együttműködés lehetőségeire, valamint a hospice szemlélet mindazon elemeire, amelyek követendőek és példaadóak lehetnek a nem terminális állapotú betegek kórházi lelkipozói ellátásának fejlesztésére nézve is.*

Human Encounter

Overlaps of Pastoral Care and Hospice

Abstract ♦ *In this study I present clinical pastoral care both as a service supporting the spiritual well-being of patients, relatives and health-care professionals as well as a service aiding the inner struggles of patients with their illness-induced crisis situations. I demonstrate the justification of this health care service and I provide an insight into the duties and applied methodology of clinical pastoral care professionals. When discussing the connection between hospice and clinical pastoral care I address the role of clinical pastoral care in end-of-life care services, the possibilities of a closer future collaboration between the two services as well as those components of the hospice approach that may be exemplar and useful in the further development of clinical pastoral care services for non-terminal state patients.*

Huszonéves koromban, 1997 nyarán egy amerikai kórház hospice osztályán tölthettem kórházi lelkipozói tanulmányaim gyakorlati óráit. Életre szóló élményt jelentett számomra egyik első kliensem, aki első találkozásunkkor szabályosan kidobott a szobájából. Kezdő

lelkipogozóként erős szupervizori támogatásra volt szükségem, hogy még egyszer be merjek lépni a 60 év körüli haldokló férfi szobájába. Emlékezetes első találkozásunkat hosszú, a halál órájáig tartó kísérés követte, melyben megérthettem, hogy a lelkipogozóként felkínált „nem kötelező” találkozási lehetőségben épp azt nyújtottam számára, amire legnagyobb szüksége volt: én voltam az egyetlen ebben a rendszerben, akit idő előtt bekövetkező, kiszolgáltatott helyzetében minden gond nélkül, dühösen elküldhetett.

A fenti élményt követő két évtizedben jelen lehettem a magyarországi kórházi lelkipogozás újjászületésénél, majd doktori képzésemnek köszönhetően lehetőségem nyílt a magyar lelkipogozás helyzetének alapos tanulmányozására.

Az alábbi tanulmányban a kórházi lelkipogozás mibenlétének bemutatása után egy hiánypótló terület, a lelkipogozás¹ és a hospice kapcsolódásának lehetőségeibe nyújtok bepillantást abban a reményben, hogy gondolataim inspirálóan hatnak majd a téma iránt nyitott szakemberek együttműködésének fejlődésére.

1. A kórházi lelkipogozás

A *kórházi lelkipogozás*² lényegében keresztény indíttatású gondoskodás, támasznyújtás, értő jelenlét, meghallgatás, rendelkezésre állás, amelyet a betegség krízisállapotaiban nyújt a lelkipogozó a betegségben szenvedőknek, hozzátartozóknak és a kórházi személyzetnek. Krízisállapot alatt mindazokat a külső és belső lelki történéseket értjük, amelyek a kórházba kerüléssel, beteg-léttel, a diagnózis megismerésével, operációkkal, haldoklással, halállal kapcsolatban fellépnek. A gondoskodó jelenlét mindenki felé nyitott vallási, felekezeti, kisebbségi hovatartozástól függetlenül, ugyanakkor a lelkipogozó – szolgálatának egyházi küldetéséből fakadóan – mindig egyfajta spirituális többlet-dimenzióban végzi munkáját, s nyitott a felmerülő életkérdések vallásos megközelítésére, ha a kliens – verbálisan vagy más módon - jelzi erre való igényét. A lelkipogozás sajátossága, hogy az evangéliumi üzenet értelmezési horizontként legalább a háttérben mindig jelen van. A lelkipogozó tisztában van kompetenciahatáraival, a beteg igénye esetén pap, lelkész, pszichológus vagy más szakember segítségét kéri, sőt, a lelkipogozó a lelkész, illetve a kórházi szakszemélyzet, orvos, ápoló, szociális munkás, gyógytornász, pszichológus együttműködésére, team-munkájára épít.

¹ A *kórházi lelkipogozás* az általános *lelkipogozás* leszűkítő fogalma. A tanulmányban az egyszerűség és rövideg kedvéért – a téma egyértelműségére építve - a két kifejezést következetesen ekvivalens értelemben használom.

² Meghatározásomban építke a Budai Irgalmasrendi Kórház Lelkipogozó Szolgálatának létrehozásakor (2002) Buza Patrikkal és munkatársainkkal közösen készített belső szakanyagainkra.

Kórházi lelkipozítói munkát általában szakirányú képzéssel és teológiai előképzéssel rendelkező civil, pap vagy lelkész végezhet.

A kórházi lelkipozítók feladatkörét egyrészt hivatásukból adódó egyházi küldetésük, másrészt a konkrét intézmény (kórház) körülményei szabják meg, ezt helyi sajátosságokkal színezzhetik a lelkipozítói team saját önértékeléséből adódó feladatok, tevékenységek, speciális vállalkozások. Nem elhanyagolható tényezőként van jelen az egyes lelkipozító személyisége, képességei, személyes érdeklődése és motiváltsága.

2. Mire jó a lelkipozítás?

A betegekkel foglalkozó ember folyamatos élménye, tapasztalata, hogy a betegség tüneteinek kezelése, gyógyítása mellett változó mértékben, de szinte mindig szükség van pszichés és spirituális támogatásra is. Akár azért, mert megérthetetlen és feldolgozhatatlan élmény a hirtelen jött szenvedés, - és e kétségektől még a hitükben erős emberek sem védettek biztosan; akár azért, mert olyan belső, illetve családi, munkahelyi és egyéb feszültségek kerülnek felszínre, amelyek a „normális” mindennapi élet lelki terhelése mellett kompenzálhatóak, kezelhetőek voltak. Különösen fontos és társadalmunk által nehezen kezelt, tabuként elutasított terület a halál-közeli állapot, az élet végső kérdéseinek felvetődésének ideje, amellyel gyakran a teljesen magukra maradt, magányosan szenvedő öregeknek kell megküzdniük vagy olyanoknak, akiknek rokonsága is menekül a helyzettel való szembenézés elől, és így támogatásra, segítségre tőlük nem számíthatnak.

Ez a krízis tehát nemcsak a beteg embert, hanem családtagjait, környezetét is érinti: hasonló értetlenséggel állnak a szeretett személy szenvedése, életlehetőségeinek hirtelen beszűkülése előtt. Ezeknek a helyzeteknek a megoldása gyakran nemcsak lelki, hanem legalább annyira szervezési és életmódbeli feladatokat is jelent a beteg és környezete számára. A kórházi lelkipozító személyes odafordulásával, csendes együttérzésével, stabilitásával segíthet a krízisállapot átélésében.

A professzionális kórházi lelkipozítás magyarországi megjelenése a rendszerváltozást megelőző évekre tehető, s más országokkal ellentétben hazánkban máig is olyan diszciplína, melyre leginkább az úttörő jellegű kezdeményezések, egyedi megjelenési formák és a társadalmi elfogadottságért való küzdelem jellemző.

Felvetődhet a kérdés, hogy a kórházi pszichológusi és mentálhigiénés szakellátás mellett miért lehet szükség még lelkipozítóra is. A szakterületek részleges átfedése és a lelkipozítói szakma folyamatosan súlyponteltolódásai miatt nehéz pontosan meghatározni a

lelkigondozás elidegeníthetetlen specifikumát, sajátosságát. A helyzetet tovább nehezíti a magyar nyelv azon sajátossága, melyben a « lelki » kifejezés egyaránt vonatkozhat pszichés és spirituális tartalmakra is. Mégis, egyszerű megközelítésben, ha a mentálhigiénés szakember szakterületének a lelki egészség fejlesztését, a pszichológus feladatának pedig a lelki betegségek, torzulások gyógyulásának mélyebb szintű, terápiás támogatását tekintjük, akkor a lelkigondozó elsődleges feladata a szakterületébe eső spirituális és egzisztenciális kérdések és elakadások megoldásának kísérése lehet.

3. A kórházi lelkigondozó feladatai

A lelkigondozó alapvető feladatköréhez az alábbi tevékenységek tartoznak:

3.1. A betegek és hozzátartozóik látogatása és a velük folytatott lelkigondozói beszélgetések

A lelkigondozók optimális esetben minden, a kórházba felvételre kerülő beteghez eljutnak legalább egy rövid bemutatkozás erejéig. A gyakorlatban gyakran 400 ágyra jut egy lelkigondozói státusz (az interjúkban bemutatott lelkigondozók közlése alapján), így a betegekkel való találkozások más preferenciák mentén történnek. A lelkigondozók – amennyiben többen is vannak egy intézményben – felosztják maguk között az osztályokat, így minden fekvő és járóbetegellátó részlegnek saját lelkigondozója van. A lelkigondozó, amennyiben személyes megkeresést nem kap, sorra látogatja osztályait és az egészségügyi személyzetnél érdeklődik a meglátogatandó kliensek után. Egyes lelkigondozók részt vesznek a saját osztályukon történő orvosi viziteken, ezáltal képet kapnak a betegek lelki státuszáról és ez alapján keresik fel később a legrászorulóbbakat. A vizitek dokumentálása a helyi szokások függvényében különféleképpen történhet: a látogatásról vezetett adatkártyáktól a számítógépes feldolgozáson át a részletes esetleírásokig.

A lelkigondozói találkozások speciális formáját jelentik a sürgősségi esetek: a haldoklók, lelki krízisbe kerülők, műtét előtti erős szorongást megelőzővel folytatott beszélgetések. Az ilyen esetek ellátására gyakran 24 órás ügyeleti rendszert alakítanak ki.

3.2. A kórházi személyzet lelkigondozása

A komoly fizikai és lelki megterhelést jelentő betegápolói illetve gyógyítói munkát végző egészségügyi dolgozók a lelkigondozók tapasztalatai alapján maguk is mind gyakrabban igénylik az élményeik feldolgozását segítő lelkigondozói beszélgetéseket. Egy-egy kudarc, a terápia sikertelensége vagy a kliens halála, a fokozódó munkahelyi stressz okozta kiégés

tünetei mind olyan események, tényezők, amelyek fontos küldetést adnak a lelkigondozónak: az osztályon dolgozókkal jó kapcsolatot kialakítva ő lehet az a segítő, akit a „megszégyenülés” veszélye nélkül megkereshetnek az orvosok, nővérek aktuális problémáikkal, az ellátásban végzett tevékenységüket akadályozó nehézségeikkel vagy akár örömeikkel is.

3.3. Az orvosokkal és ápolószeméllyel való együttműködés

A jól működő lelkigondozó a gyógyító team egyenrangú tagjaként értékes információkkal, új szempontokkal járul hozzá az egyes betegek terápiájához, kezeléséhez. A holisztikus, az emberi testet és lelket egységként szemlélő gyógyító szemlélet szerinti orvoslás felismerte a lelki és testi folyamatok összefüggését a betegségben és a gyógyulásban. Egy-egy lelki folyamat elakadása megnehezítheti vagy akár lehetetlenné is teheti a gyógyulást, s így értelemszerűen a lelki nehézségek oldódása „köveket görgethet el” a testi gyógyulás útjából. Saját lelkigondozói tapasztalatom szerint a betegek gyakran pl. megrázó múltbeli élményeik hatására állnak ellen az orvos által kiírt terápiának, s ilyenkor „életmentő” szolgálatot tehet egy felszabadító lelkigondozói beszélgetés³.

A lelkigondozó gyakran kerül közvetítő szerepbe az orvos és a beteg között elakadt információáramlásban, ilyenkor persze szem előtt kell tartania, hogy feladata elsősorban a kliens önérvényesítésének erősítése. A közvetítő szerep túlzott vállalása a beteget a lelkigondozótól függővé teheti és megerősítheti a kórházba kerülésből egyébként is adódó, kiszolgáltatott gyermekszerepében.

A jól működő lelkigondozót az egészségügyi személyzet gyakran keresi meg a nem együttműködő betegekkel kapcsolatos kéréseivel, ilyenkor viszont a lelkigondozónak arra kell vigyázni, hogy kompetenciahatárait őrizve ne az orvos vagy nővér képviselőjében járjon el, hanem szabadon, delegációktól mentesen létesítsen őszinte kapcsolatot a beteggel. Az így létrejövő kapcsolatban feltárulhat a probléma gyökere, de a szükséges változások elérése a kliensnél semmiképp nem a lelkigondozó feladata.

3.4. A kórház liturgikus és lelkiéleti életének megszervezése

A lelkigondozó a világi intézményben saját egyháza képviselőjében van jelen, s megbízatása van a kórház liturgikus életének kialakítására, formálására is. Imaórákat, istentiszteleteket, szentmiséket szervez; az egyházi év ünnepeit liturgikus formákban a betegek és a

³ Kórházi lelkigondozói munkám során az egyik betegemmel való beszélgetésben kiderült, hogy azért ódzkodik a gyógyulásához szükséges gyógyszer bevitelétől, mert az édesanyja is ezt szedte halála előtt.

munkatársak számára is átélhetővé teszi. 2002-ben a Budai Irgalmasrendi Kórház Lelkigondozói Szolgálatának létrehozatalakor a kórház vezetése a lelkigondozóknak delegálta a megbízó szerzetesrendre jellemző lelkeség kialakítását. Ez a megbízatás a lelkigondozók mindennapi munkáját kiegészítette pl. az adventi, nagyböjti liturgiák megszervezésével, a Szent Lukács napi ünnepek megtervezésével vagy a kórházi újság lelkeségi rovatának szerkesztésével is.

3.5. Az önkéntes munkatársak bevonása a kórházi szolgálatba

A kórházakban működő önkéntes munkatársak csoportja általában a lelkigondozó szolgálaton keresztül kapcsolódik az intézményhez, így a lelkigondozók feladata az önkéntesek toborzása, képzésük és munkájuk megszervezése, valamint a szupervízió ellátása is.

3.6. Kapcsolattartás a lelkészekkel, papokkal, helyi gyülekezetekkel, plébániákkal

A lelkigondozók – amennyiben maguk nem egyházi személyek – kapcsolatot építenek ki a kórház szentségi⁴ illetve lelkeszi ellátását biztosító papokkal, lelkészekkel. Az önkéntesekkel karöltve segítségükre vannak a kórházi istentiszteletek, szentmisék, áldoztatások megszervezésében és lebonyolításában. Amennyiben a beteg igényli, kórházba kerüléséről értesítik a saját gyülekezete vezetőjét.

A fentiekben felsorolt alapfeladatokon túl még számos más terület jelenhet meg a lelkigondozók munkakörében, így pl. együttműködés etikai problémák esetén, képzés- illetve terepgyakorlatvezetési feladatok, tudományos kutatások, esetmegbeszélő csoportok szervezése és vezetése stb.

4. A lelkigondozás módszertana

A lelkigondozás módszertani megközelítésében megkülönböztetünk alapvető és kiegészítő jellegű elemeket. Az alábbi bemutatásban elsőként a modern kórházi lelkigondozás legalapvetőbb szemléleti és módszertani alapját képező rogersi személyközpontú megközelítést mutatom be, majd kitérek az esetileg alkalmazott módszerekre valamint a lelkigondozói eszköztár bővítésére lehetőséget adó további elméleti és gyakorlati elemekre.

⁴A katolikus szentségi ellátás kórházi betegek esetében általában a betegek kenete és az eucharisztia (szentáldozás) kiszolgáltatását jelenti.

4.1. A rogersi személyközpontú segítő beszélgetés

A modern kórházi lelkipozás legfontosabb módszere a rogersi segítő beszélgetés (Faber-Schoot 2005, Mearns-Thorne 2011, Tringer 2007, Rogers 2015, Geest 2004, Ferris 2004, Semsey-Tésenyi-Pilinszki 2013). A segítő beszélgetés nem csupán módszer, hanem a segítő és a kliens viszonyulását, kapcsolatát alapjaiban meghatározó szemlélet és az abból fakadó attitűd. Megalkotója, Carl R. Rogers pszichológus egzisztencialista filozófiai alapokra építve, folyamatos terápiás tapasztalatából és kísérleti eredményekből kiindulva alkotta meg elméletét és gyakorlatát. Alapvető terápiás élménye az volt, hogy klienseit az önismerethez és önmaguk mélyebb megismeréséhez nem a terapeuta tisztázó kérdései vagy interpretációi vezették, hanem az elfogadó jelenlétben megvalósuló empatikus érzelemtükrözés.

4.2. A kórházi lelkipozásban alkalmazott egyéb módszerek

A magyarországi kórházi lelkipozók a személyközpontú megközelítésen túl elsősorban olyan módszereket alkalmaznak, amelyeket lelkipozói alapképzésükben vagy az arra épített egyéni képződési folyamatokkal találkoztak. Így jelenleg az egyik kollégám az általa megismert kontextuális lelkipozás alapjait ismerteti a Budai Irgalmasrendi Kórház lelkipozói teamje számára, ugyanott számos lelkipozó kezdte meg Reindhardt Krüger monodramatikus eszközeinek (Krüger 2017) alkalmazását a betegágy melletti munkában (pl. kövekkel kirakott életút narratív megközelítésében). Hasonló módon egy evangélikus lelkipozó logoterápiás képesítést szerzett, és ezen ismereteit nem csak lelkipozói munkájába építi be, hanem konferenciák, eszmegbeszélő csoportok alkalmával ismerteti is.

Az életvégi ellátások módszertanából is számos megközelítés vált hasznosíthatóvá a gyakorlati lelkipozás számára, mint pl. az anticipált, a haldoklás folyamatát kísérő elővételezett gyász fogalma és megfelelő kezelése.

5. A hospice és a kórházi lelkipozás kapcsolata

A lelkipozás kifejezést nem szakmai körökben említve, a lelkipozás mibenlétét értelmező gondolatok kapcsán sokan a Magyarországon jóval ismertebb hospice fogalmát említik mint kapcsolódási pontot.

A leegyszerűsítő, a „lelkipozás ugyanez, csak nem az élet végén” jellegű, félreérthető magyarázkodáson túl fontos lehet megvizsgálni a hospice szemlélet és gyakorlat, illetve a lelkipozás viszonyát.

Az összefüggések és különbségek kifejtésére ugyanakkor jelen tanulmány keretei között csak korlátozott mértékben van lehetőségem. A hospice irodalmak tanulmányozása és a lelkipozítással való összevetés során két megközelítési irány tűnt számomra célravezetőnek: a lelkipozítás esetleges helyének és ténylegesen megvalósult szerepének keresése a hospice ellátásban, valamint az életvégi ellátások gazdag kidolgozottságú módszertani elemeinek alkalmazási lehetősége a lelkipozításban.

Az alábbiakban e két kapcsolódási pont elemzését mutatom be, abban a reményben, hogy az általam felvetett szempontok továbbgondolásra inspirálhatják a szakavatott olvasót.

5.1 A lelkipozítás szerepe a hospice-ban

A hospice lelkipozítói szemszögből röviden megfogalmazva az életvégi palliatív ellátásnak keretet adó szemlélet, filozófiai alapokkal, szervezeti formákkal és interdiszciplináris megközelítéssel (Hegedűs 2017).

A lelkipozítás lehetséges helyét mindebben leginkább az Európai Palliatív Szövetség hivatalos állásfoglalásában találhatjuk meg, mely szerint a palliatív ellátás *„azon betegek aktív, teljes körű ellátása, akiknek a betegségére a gyógyító kezelések már nincsenek hatással. A középpontban a fájdalomcsillapítás, a többi tünet enyhítése, illetve a szociális, lelki és spirituális problémák kezelése áll. A palliatív ellátás interdiszciplináris megközelítésű; hatókörébe tartozik a beteg, a család és a közösség. Bizonyos értelemben a palliatív ellátás a legalapvetőbb gondoskodást jelenti: segítség a beteg szükségleteinek kielégítésében, akár otthon, akár a kórházban. A palliatív ellátás életigenlő, és a halált normális folyamatnak tekinti, amit se nem siettet, se nem késleltet. Célja a lehető legmagasabb életminőség megőrzése a halál pillanatáig.”* (Radbruch et al. 2010)

A fenti meghatározásban központi helyen említik a lelki és spirituális problémák kezelését, sőt, későbbiekben kiemelik azok korai felismerését és kifogástalan értékelését is. A „lehető legmagasabb életminőség” fogalmába értelemszerűen beletartozik a pszichoszociális és spirituális szükségletek kielégítése is, így a lelkipozításban ez nélkülözhetetlenül hozzá tartozik a minőségi életvégi ellátáshoz.

A palliatív ellátás olyan csapatot feltételez, amelyben különböző tudományokban és szakismeretekben megfelelően képzett szakemberek vesznek részt, akik szakértelmükkel hozzá tudnak járulni a beteg életminőségének javításához.

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület korábbi szakmai irányelveiben (2002) a palliatív ellátó csoport kötelező alap-csapat tagjainak felsorolásában – többek között – az alábbiakat találjuk: *„mentálhigiénés szakember, aki a lelki problémák megoldásában jártas, és aki a*

feladat ellátására előírt szakmai képesítéssel rendelkezik (pszichiáter, pszichológus, lelkész, mentálhigiénés képzésben részesült egyéb diplomás.” (Hegedűs 2002, 13)

Az otthoni hospice ellátást biztosító személyzet tagjainak felsorolásában már megjelenik a „lelkigondozó” kifejezés, zárójelben felsorolva a pszichológus, lelkész, mentálhigiénés szakember szakmákat. A palliatív ápolás folyamatának bemutatása (Hegedűs 2002, 50) külön tárgyalja a „lelki gondozás és kommunikáció” fogalmakat.

A palliatív ellátásban dolgozó szakemberek kompetencia- és feladatkörének bemutatásában mind a pszichológus, mind a mentálhigiénés szakember eszköztárának ismertetésében szerepel a rogersi személyközpontú szemlélet (a szakmától függően rogersi személyközpontú terápia vagy segítő beszélgetés formájában). Még az önkéntesek feladatkörében is megjelennek a meghallgatás, lelki támasznyújtás kifejezések.

Külön részletes ismertetést találunk a „lelkész (lelkigondozó)” kifejezés alatt:

„A hospice team teljes jogú tagja a lelkigondozó-lelkész, aki ökumenikus alapon végzi szolgálatát. Munkájához tartozik a betegekkel és a hozzátartozókkal való lelki foglalkozás. Nem csupán hitbeli kérdésekben nyújt segítséget, hanem a pasztorálpszichológia segítségével pszichés támogatást is ad. A hospice minden munkatársának is lelki támogatást nyújt.” (Hegedűs 2002, 60)

A fenti ismertetés alapján elmondhatjuk, hogy a hospice ellátás elvi feltételeinek leírása kellő helyet és megfelelő szakmai megalapozottságot nyújt a modern szemléletben végzett lelkigondozói munka számára.

A magyarországi hospice személyzet felépítésében (2014-es és 2015-ös adatok) ugyanakkor nem található a lelkigondozó kifejezés, a lelkigondozás jelenlétét a lelkész, a pszichológus és a mentálhigiénés szakemberek és az önkéntesek tevékenységébe integráltan feltételezhetjük (Hegedűs 2017).

A Magyar Hospice Alapítvány tájékoztatása (2018) szerint a hospice team tagjai között nincs jelen lelkész vagy lelkigondozó, a beteg kifejezett kérésére hívnak ugyan papot, de ez meglehetősen ritkán fordul elő és csak a katolikus szentségkiszolgáltatásra vonatkozik.

A fenti szakemberek (lelkész, pszichológus, mentálhigiénés szakember, önkéntes) tanulmányaiban és esetleírásaiban ugyanakkor fellelhetjük a lelkigondozói szemlélet jegyeit: a jelenlét, a hallgatás, meghallgatás szerepét (Singer 2001, 2003), a lelki támogatást és a segítő beszélgetést (Benyó et al. 2017), a betegek, a hozzátartozók és az egészségügyi személyzet lelki kísérését (Gecse 2001).

Ahogy Singer Magdolna, hospice és gyásztanácsadó, a Napfogyatkozás Egyesület elnöke írja: „*Legtöbbször semmi más feladatunk nincs, mint kellő türelemmel és odaadással meghallgatni a beteg embert*” (Singer 2003, 9).

A hospice pszichológusi gyakorlatban ugyanakkor gyakran más értelmezésben jelenik meg a segítő beszélgetés, mint a lelkigondozói szemléletben: egyfajta, az életvégi kérdések felé irányított, tematikus beszélgetést jelent (Benyó et al.2017).

Markó Mária szociális munkás, a Magyar Hospice Alapítvány és a Budai Irgalmasrendi Kórház munkatársa szerint a jelenkori magyar gyakorlatban a hospice team valamennyi tagja végez valamilyen értelemben vett lelkigondozást, a heti team-megbeszélések pedig kifejezetten alkalmasak arra, hogy a testi ápolás kérdései mellett a lelki problémák is felvetődhessenek. A Magyar Hospice Alapítvány egyik munkatársa által közölt adatok arról tanúskodnak, hogy a hospice önkéntesképzés részeként megvalósuló, pszichológusok vezetésével tartott kommunikációs gyakorlatok tartalmazznak ugyan a megértő jelenlétre vonatkozó elemeket, de a rogersi nondirektív attitűd nem kifejezett része a képzési anyagnak.

A jelenkori magyar gyakorlatban az otthoni hospice tevékenység százalékos megoszlása OEP adatokra támaszkodva Hegedűs Katalin (2017) szerint: 60 % az ápolás, 20 % fájdalomcsillapítás, s csak mintegy 2 % a mentálhigiénés gondozás, tanácsadás (hozzáteszem, hogy a lelkigondozás kifejezetten nem tanácsadás). Az okok között Hegedűs finanszírozási hiányosságokat és szemléletbeli problémákat vél felfedezni.

A hospice személyzet felépítését mutató 2014-es és 2015-ös országos adatok (Hegedűs 2017) sem szerepeltetik a lelkigondozó kifejezést a felmért 1537 (2014) illetve 1648 (2015) munkatárs szakmai megoszlásában (a 30 (2014) illetve 32 (2015) lelkész szerepeltetése mellett).

5.2 Lehetőségek a lelkigondozás számára

A fentiek ismeretében a következő két kérdés vetődik fel a lelkigondozás és a hospice jövőbeni szorosabb együttműködését illetően:

Van-e igény a lelkigondozó munkájára a hospice teamben, vagy a hospice munkatársak és önkéntesek szemléletében és gyakorlatában megvalósul az a fajta kísérés, amely a lelkigondozás propiuma (sajátossága)? Vannak-e a lelkigondozói szemléletnek olyan jegyei, amelyek nincsenek jelen a hospice gyakorlatban és hozzájárulhatnak a haldoklók életminőségének javításához?

Debrecenyi Károly István, egykori tanárom, az Országos Onkológiai Intézetben szerveződött első pszichoonkológiai munkacsoport alapító tagja kifejezetten a spiritualitást

tartja a hazai hospice mozgalom életre hívó és megtartó belső erejének (1999). Szerinte a spiritualitás így nem csak a hospice ellátásban dolgozó lelkész munkájának ad keretet, hanem a hospice szellemiségű ellátás valamennyi résztvevőjének. A haldoklás érzelmi terhének megosztása, enyhítése mellett különleges teret ad a lelkigondozásnak az az alapvető pszichés szükséglet, mely az egyént élete végén egyfajta összegzésre, értékelésre, számvetésre indítja.

Kiemelkedő témánk szempontjából Gecse Attila, lelkigondozói szemléletű református lelkész szakmai tapasztalata, aki egyedülálló módon hét évig látott el hospice lelkészi feladatokat az Erzsébet Hospice Alapítványánál. Visszatekintésében (Gecse 2001) különválasztja az emberi, a lelkigondozói és a lelkészi feladatokat mind a betegek, mind a hozzátartozók és az egészségügyi személyzet gondozásában. A lelkigondozás számára is fontos tapasztalata szerint a betegek már az első találkozás után érzékelik a lelkigondozás különbözőségét a pszichológusi támogatástól és a lelkészi szolgáltatótól. Munkájában olyan, nem hagyományos eszközöket is használ, mint a zeneművek vagy a hospice osztályra általa beköltöztetett állatok, mely módszerek alkalmazását az életvégi ellátások sajátos jellege tesz lehetővé. Hagyományos, terápiás jellegű kezelések esetén nehezen lenne elképzelhető ezen különleges eszközök (pl. madarak) jelenléte a kórházi osztályon⁵.

Nem feledkezhetünk el arról sem, hogy a hospice gondozási tervében külön célcsoportként jelennek meg a hozzátartozók, így az elhunyt beteg hozzátartozóinak kísérése, a gyász munka segítése kapcsán – a testi ellátásra koncentráló feladatok megszűnésével – kiemelkedhet, fontos teret kaphat a lelkigondozó szerepe: „A gyászolók lelkigondozása nem más, mint empátia, szótlán együttérzés a megtört szívűekkel” (Gecse 2001,8.)

A lelkigondozó speciális identitásának és szemléletének önálló helyet adhat a hospice teamben az a szemlélet, mely szerint: „az elköszönő személy direkt kommunikációját és interaktivitását egyéni, személyes, indirekt jellegzetességek szövik át, melyek csak kognitív felismerő, értelmező és válaszoló viszonyulásokkal nem, vagy csak részben, - olykor hibásan kezelhetők” (Blaskovich-Iván 2001, 147)

Bár a Hospice Alapítvány tapasztalatai szerint a hospice betegek igen ritkán kérnek betegágyuk mellé lelkigondozót, megkockáztatom azt a feltevést, hogy amennyiben a hospice team állandó tagjai között lenne lelkigondozó szakmai identitású szakember, speciális, a betegágy melletti aktív feladatokba nem bevonódó jelenléte lehetőséget adna a betegeknek az életvégi kérdések átgondolásra, a halálra és az elköszönésre való lelki készületre.

⁵ A 2001-es tanulmány megjelenése óta egyre nagyobb teret kap a hospice-okban az állatasszisztált terápia (a szerk.).

A lelkipandozóval megosztható kérdések éppen ott kezdődnek, ahol az aktivitás kategóriái véget érnek, s ez az állapot éppen az aktív életből távozó életszakasz attribútuma.

Az integráció illetve specifikáció örök dilemmájának feszültségét érzékelhetjük abban a kérdésben, hogy mi előnyösebb a haldokló számára: ha a hospice team valamennyi tagja képzett az élet utolsó szakaszára jellemző spirituális kérdéseinek kísérésében, vagy ha kifejezetten erre delegált lelkipandozók válnak elérhetővé erre a feladatra. Meglátásom szerint a legjobb a két megoldás integrálása, amely lehetőséget ad a betegnek a felmerülő feszültségei azonnali enyhítésére, de adott esetben egy-egy kérdés mélyebb, szakember kísérésével történő átgondolására is. A lelki kérdések, elakadások felismerésére kellően érzékenyített teamtagok pedig jelzőrendszeri funkciót is láthatnak el a lelkipandozás számára, ehhez azonban szükséges, hogy maga a lelkipandozó tájékoztathassa őket szakmai kompetenciaterületeiről. Tisztában vagyok ugyanakkor azzal is, hogy egy lelkipandozó hospice teamben történő alkalmazása nem csupán elméleti vagy szakmai, hanem financiaális kérdés is.

Az alábbiakban röviden felsorolok olyan területeket, amelyeket kifejezetten egy hospice lelkipandozó kompetenciaterületébe sorolhatónak tartok: a „rossz hír közlés” feldolgozásának kísérése, az életút feldolgozása, a halál elfogadásának stádiumaiban történő kísérés, a betegségfolyamatban megélt veszteségek kezelése, a meghalás méltóságának támogatása, az elköszönés rítusának megszervezése és lebonyolítása, a kliens saját lelkipásztorának értesítése, a lelki és spirituális problémák felismerése, a spirituális szükségletek kielégítése, a büntudat és a hitbeli félelmek kezelése, a személyzet mentálhigiénéje, a team tagjainak lelki kísérése, a gyászfeldolgozás segítése, stb.

Összességében úgy gondolom, hogy bár a jelenlegi gyakorlatban a lelkipandozó nem tagja a jelenleg is jól működő hospice teameknek, de munkájával nagyban hozzájárulhatna az életvégi ellátás minőségi megvalósításához.

5.3. A hospice szemlélet és gyakorlat lelkipandozásban használható elemei

A lelkipandozás és a lelkipandozói gyakorlat módszereinek a hospice szemléletben való megjelenése mellett érdemes fordítva is feltennünk a kérdést: a hospice módszertan és működésmód mely elemei lehetnek hasznosak a lelkipandozói gyakorlat számára?

Első megközelítésben példaértékű lehet az az elméleti alapjaiban is kidolgozott együttműködés, amely a hospice személyzet interdiszciplináris teamjének tagjai között megvalósul.

Felvetődhet a kérdés, hogy amennyiben a hospice teamekben a team valamennyi tagja érzékenyítve van a lelki problémák felé való nyitottságra, nem lehetne-e az itt megvalósuló jó

példa nyomán hatékonyabban elterjeszteni a lelkgondozói szemléletet a gyógyító jellegű osztályokon is. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azonban azt a tényt, hogy míg a hagyományos gyógyítás célja az egészség és a munkaképesség visszaállítása, addig a hospice deklaráltan elengedi ezen célokat és az életminőség javítását tűzi ki feladatául. A mai kor egészségparadigmáiban ugyanakkor még mindig kevésbé van jelen a lelki egészség mint fontos szegmens, amely a munkaképesség egyik fontos helyreállító faktora. Az életvégi életminőség javításába könnyebben beilleszthető a lelki egyensúly szerepe.

További fontos tanulság a lelkgondozás számára az a hospice ellátásban megvalósuló, integrált gero-thanatológiai szemlélet, mely az emberi élet utolsó szakaszát a szomatikus-pszichés-szociális-spirituális aspektus egységében vizsgálja (Blaskovich-Iván 2001). Ez a fajta holisztikus szemlélet lehetőséget ad a testi, lelki és pszichés tünetek folyamatos egységben látására és átfogó kezelésére. A lelkgondozás egészségügybe való integrációja szempontjából is ez az a vágyott szemléleti keret, amelynek részletes gyakorlati kidolgozása az egészségügyi személyzet és a lelkgondozók közös feladata. Egy példával szemléltetve: az időskori kiszáradás oka lehet mentális jellegű hanyatlás, a megfelelő kezelés (szájon illetve infúzióval történő folyadékbevitel) elutasításának ugyanakkor lehetnek olyan lelki okai (pl. rejtett halálvágy), amelyek felismerésében, megértésében és kezelésében az egészségügyi team a lelkgondozó segítségét kérheti. Természetesen a testi-lelki-pszichés működések összefüggésében vannak ennél árnyaltabb, kevésbé megmagyarázható együttjárások, amelyek nem mindig támaszthatóak alá egyértelmű kutatási eredményekkel (pl. az élet elengedésének pszichés illetve lelki folyamata. Saját tapasztalataim szerint sokan csak akkor tudnak meghalni, ha egy pillanatra minden „itt-tartó” kapcsolat, hozzátartozó elhagyja a beteg szobáját.)

A gerontológiai ellátásban megvalósuló integrált ellátás a gyógyszeres kezelés mellett magában foglalja a testi ápolást, a mozgáskészség megtartásának elősegítését, az érdeklődés és a szellemi tevékenységet serkentését, az érzelmi reakciók követését, a társas kapcsolatok tartásának biztosítását és a hitéleti igények kielégítését is (Blaskovich-Iván 2001). Mindez nem csupán a lelkgondozás szerepét hangsúlyozza az életvégi ellátások megtervezésében, de alkalmas elméleti és gyakorlati háttérrel nyújt a lelkgondozás egészségügybe történő integrálódási törekvései számára.

A tanulmányban tárgyalt témák összefoglalásaként megállapíthatjuk, hogy a hospice szemlélet és gyakorlat, illetve a lelkgondozás kölcsönös, mindkét fél számára gyümölcsöző együttműködése sem az elmélet, sem a gyakorlat szintjén nincs még kellően kidolgozva, így

mind szakmai, mind intézményesülési szempontból sok jó, feltáratlan lehetőséget jelent a jövő szakemberei számára.

IRODALOM

- BENYÓ, G.- RÉVÉSZ, R.- KRÁLIK, I. (2017) A Tábita Gyermekhospice Ház működésének bemutatása és esetismertetés, *Kharón Tanatológiai Szemle* 2017; 21 (2), https://kharon.hu/docu/2017-2_benyo-tabitha.pdf (letöltés ideje: 2018. 01. 13.)
- BLASKOVICH, E., IVÁN, L. (2001) Idős betegek és haldoklók ellátása Kalkuttai Teréz anya szerint, SZCSM.
- DEBRECENYI, K.I. (1999) A spiritualitás mint a hospice ellátásban megtanulható közös nyelv, *Kharón- Thanatológiai Szemle*, III (3), 1999, https://kharon.hu/docu/1999-osz_debrecenyi-spiritualitas.pdf, 1-14. (letöltve: 2017.06.15.)
- FABER, H. - VAN DER SCHOOT, E. (2005) *A lelkigondozói beszélgetés lélektana*, Budapest. SE MHI – Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány.
- FERRIS, M. (2004) *Együttérzés: lelkigondozói és lelkivezetői alapismeretek keresztény segítők számára*. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet - Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest.
- GECSE, A. (2001) Lelkészként a hospiceban. *Kharón Tanatológiai Szemle*, 2001; 5 (3), https://kharon.hu/docu/2001-tavasz-nyar_gecse-lelkeszkent.pdf (letöltés ideje: 2018. 01. 13.)
- GEEST, H. (2004) *Négyszemközt: példák a sikeres lelkigondozásra*. Semmelweis Egyetem TF - Dialógus (Párbeszéd) Alapítvány, Budapest.
- HEGEDŰS, K. (2017) *Létezik-e jó halál?* Oriold és társai, Budapest
- HEGEDŰS, K. (szerk.) (2002) *A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása, Szakmai irányelvek 2.*, Magyar Hospice Palliatív Egyesület, Budapest.
- KRÜGER, R. (2017) *A zavarosspecifikus pszichodráma-terápia elmélete és gyakorlata*, L'Harmattan, Budapest.
- MEARNS, D. - THORNE, B. (2011) *A személyközpontú pszichoterápia és tanácsadás a gyakorlatban*. Oriold és társai, Budapest. 45-61.
- RADBRUCH, L. – PAYNE, S. – EURÓPAI PALLIATÍV SZÖVETSÉG VEZETŐSÉGE (2010) Fehér könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról, *Kharón*

- Tanatológiai Szemle* 2010; 14 (3): 8. https://kharon.hu/docu/2010-3_lukas-feher-1.pdf
(letöltés ideje: 2018. 01. 13.)
- ROGERS, C. (2015) *Valakivé válni*. Edge2000, Budapest, 63-71, 75-96.
- SEMSEY, G. – TÉSENYI, T. – PILINSZKI, A. (2013) *Segítő találkozások mentálhigiénés szemléletben*, Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet – Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány, Budapest.
- SINGER, M. (2001) Cselekvő gyász: Áramlat-élmény a hallgatás, meghallgatás által a gyógyíthatatlan betegek mellett, *Kharón Tanatológiai Szemle* 2001; 5 (1), https://kharon.hu/docu/2000-2001-tel_singer-cselekvo.pdf (letöltés ideje: 2018. 01. 13.)
- SINGER, M. (2003) Együtt lenni, együtt érezni. Önkéntes betegkísérés a hospiceban. *Kharón Tanatológiai Szemle*, 2003; 7 (1-2), https://kharon.hu/docu/2003-1-2_singer-egyutt.pdf (letöltés ideje: 2018. 01. 13.)
- TRINGER, L. (2007) *A gyógyító beszélgetés*, Medicina, Budapest

dr. Somosiné dr. Tésenyi Timea
mentálhigiénés szakember, kórházi lelkipozó
SE Mentálhigiéné Intézet (egyetemi tanársegéd)
tesenyi.timea@public.semmelweis-univ.hu