

Miért vagy itt? Az egyházak képviselőinek diaszpóra-tapasztalata a szekuláris egészségügyi intézményekben

PÁL-JAKAB ORSOLYA

Babeş-Bolyai Tudományegyetem – Vallás, Kultúra,
Társadalom Doktori Iskola, Kolozsvár (RO)
Simmelweis Egyetem – Egészségügyi Menedzserképző Központ (HU)
orsolya.paljakab@gmail.com

***Title:** Why are you here? The diaspora experience of church representatives in secular health care institutions.*

***Abstract:** First, we examine the diaspora experience of church representatives working in secular health care institutions within the context of hospital pastoral care. In the second part, we discuss the negative and positive aspects of this experience, with a special focus on the work of Catholic hospital pastoral caregiver in the Transylvanian region. The theoretical research questions were explored through primary and literature document analysis. The characteristics of the concept identified by Robin Cohen were then juxtaposed with a phenomenological analysis of the diaspora experience of hospital chaplains, and pastoral caregiver. Following Hauerwas, we can recognize the diasporic experience of churches in western secular societies. This phenomenon can be paralleled with the inadequacy of hospital pastoral care in secular health care institutions. The negatives of*

the diaspora experience include that the field of hospital pastoral care still searching for its place and there are many unanswered questions related to it. The phenomenon also has positive effects: stimulating inter-religious solidarity and shaping the Church's image according to Pope Francis' ecclesiological vision.

Key words: diaspora experience; hospital pastoral care; incomprehension; interfaith solidarity; field hospital.

Stanley Hauerwas *War and the American differences* című könyvét vizsgálva Nathan Scot Hosler egy jelentős következtetésre jut:

„A 10. fejezetben – *Egy világi egyház: Politika, teológia és a közjó* – Hauerwas kidolgozza az egyház egy olyan vízióját, amely megfelelően számot ad az egyház diaszpóra-helyzetéről a globalizált világban. (...) Azt sugallja: »Az, hogy az egyházak most diaszpórában találják magukat, talán egy ajándék, amit Isten adott nekünk, hogy segítsen újra felfedezni lassú, nehéz munkáját a keresztény egységnek.«¹

A fent idézett szövegrészlet arra mutat rá, hogy a diaszpóra-tapasztalat nemcsak etnikai és földrajzi jelentésében értelmezhető. Hauerwas nyomán beszélhetünk az egyházak diaszpóra-tapasztalatáról a nyugati szekuláris társadalmakban.

Jelen tanulmány kiinduló hipotézise, hogy a Nathan Scott H. és Stanley Hauerwas által beazonosított jelenség párhuzamba állítható a kórházi lelkigondozás helyzetével. Mint ahogyan az egyházak diaszpórahelyzetbe kerülnek a globalizált világban, úgy a különböző egyházak lelkigondozói is diaszpórahelyzetben találhatják magukat a szekuláris kórházakban. Az első alfeje-

¹ HOSLER: Brother Hauerwas, 211. Lásd még: HAUERWAS: War and the American Differences, 137–139.

zetben a diaszpóralétet és a kórházi lelkigondozók tapasztalatát vetjük alá fenomenológiai elemzésnek, ezáltal kutatva, hogy milyen értelemben használható a diaszpóra fogalma ebben a kontextusban. A második és harmadik alfejezetben azt vizsgáljuk, hogy a kórházi lelkigondozók diaszpóra-tapasztalatának milyen negatív, illetve pozitív velejárói vannak.

1. A kórházi lelkigondozók diaszpóra-tapasztalatának fenomenológiai elemzése

A diaszpóra fogalom a szociológia által egy korunkban sokat használt kifejezéssé vált. Jelen kutatásban a diaszpóra-tapasztalat fenomenológiai analízisére törekszünk, és elsősorban az alábbiakban feltártak összefüggésben használjuk.

Maria Hämmerli szerint ironikus a helyzet, hogy bár a diaszpóra fogalmát a teológia területéről emelték át a szociológiai-tudomány terminológiájába, a szociológusok mégis kevésbé használják vallási közösségek kapcsán.² Ha diaszpóra-tapasztalatot fenomenológiai elemzésnek vetjük alá, akkor érdemes visszamenni az eredeti koncepcióhoz, ami a diaszpóra koncepció zsidó modelljében rejlik.³ A szakirodalmak szerint megfelelő hivatkozási pontnak Robin Cohen kutatásai tekinthetők, aki beazonosította a diaszpóra-tapasztalat alábbi jellemzőit.⁴ A jellemzők ismertetése mellett a következőkben kifejítjük,

² HÄMMERLI: Orthodox Diaspora, 99.

³ HÄMMERLI: Orthodox Diaspora, 99.

⁴ PÄTRU: Religious Diaspora, 1–3. Vö. HÄMMERLI: Orthodox Diaspora, 99.

hogyan érvényesülnek ezek a kórházi lelkigondozók diaszpórá-tapasztalata esetén.

b) *szétszóródás egy eredeti központból* – a kórházi lelkigondozó szempontjából ez az egyházi közösségből, rendszerből való szétszóródást jelenti, másrészt kifejezi, hogy a lelkigondozó egy idegen „társadalomba”, a szekuláris egészségügyi rendszerbe kerül át. Ugyanakkor ez a szétszóródás a keresztény lelkigondozás esetében egy mélyebb teológiában gyökerezik. A szétszóródás ugyanis az evangéliumban található jézusi misszióból (Vö. KEK 1421) fakad: „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.” (Lk 9,2; vö. Mt 10,8 és Mk 6,7) A jézusi praxis nyomán a kórházi lelkigondozók, kórházlelkészek vállalják, hogy elhagyják a komfortot jelentő egyházi struktúrákat, és kilépnek a sebzett világba.⁵

b) *kollektív emlékezet és az eredeti szülőföld idealizálása* – a kollektív emlékezet a kórházi lelkigondozásban a vallásos tanokat, a liturgikus cselekvéseket, rituális tevékenységeket, hittartalmakat, imaszövegeket és imamódokat jelentheti, amelyek annak ellenére is összeköti őket az egyházzal, ha nem szent térben végzik tevékenységüket, hanem egy világi intézményben. Az eredeti szülőföld idealizálása pedig jelentheti mind az egyházat, mind eszkatologikus értelemben az Isten Országát. Érdekes módon a keresztény lelkigondozás esetében ezt a jellemzőt még szorosabban lehet értelmezni a kórházi lelkigondozás történelmiségéből kifolyólag: a kórházi lelkigondozás kapcsán rendszeresen felidéződnek azok

⁵ Vö. NÉMETH – CSISZÁR: Gyógyító szeretet, 92.

a történelmi korszakok, amikor a keresztény szemlélet uralta a társadalmat, és ezekről úgy gondolkodnak, mint a betegek spirituális, vallásos gondozásának fénykoráról. Ilyen például a betegápoló szerzetesrendek kora, amikor a kórházak működtetője az egyház volt, és a kórházi struktúra legalább annyira szolgálta a betegek lelki üdvösségét, mint a fizikai gyógyulásukat.⁶

c) *a visszatérés-mozgalom kifejlődése* – a kórházi lelkigondozók közössége részéről a visszatérési mozgalom kifejlődése olyan értelemben van jelen, hogy a lelkigondozók kezdeményezik és képviselik az evangéliumi gyógyítás eszményét a kórházakban.⁷ Ugyanis az evangéliumi történetek arról tanúskodnak, hogy a jézusi gyógyítás együtt jár a beteg ember fizikai, lelki/érzelmi állapotának javulásával, ugyanakkor a gyógyulás egyben az Istennel való kapcsolatának megújulását és közösségben való integrációját és szociális státuszának javulását is jelenti.⁸ (Lk 5,25; 13,13; 17,15; 18,43) A betegek lelki kísérése, páciensközpontság, a személyes élettörténetek beemelése, a vallásos igényeik figyelembevétele mind a jézusi praxishoz való visszatérés jelei.

d) *egy erőteljes etnikai csoporttudat, amely hosszú időn keresztül fennmaradt, és ami a különbözőség érzésén alapul* – itt elsőként az juthat eszünkbe, hogy a kórházi lelkigondozás esetében az etnikai csoporttudat a vallási identitásból fakadó csoporttudattal cserélhető fel, a különbözőség érzése pedig a más vallásúakkal, vagy éppen a nem vallásos emberekkel szemben alakul ki. Azonban ez a jellemző

⁶ MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 68–72.

⁷ BAKÓ: Logoterapeutikus kórházpasztoráció, 46–47.

⁸ WEISS: Lelkigondozás – Szupervízió – Pasztorálpszichológia, 34.

nem feltétlenül e szerint a logika szerint érvényesül a lelkipozítói gyakorlatban. Megfigyelhetjük, hogy különböző vallások, felekezetek kórházi lelkipozítói sokszor közös csoporttudattal, csoportidentitással rendelkeznek, ami abban gyökerezik, hogy ők képezik a betegek spirituális és lelki igényeivel foglalkozók közösségét. A tevékenységük, a hitük és a világnézetük azok a sajátosságaik, amelyek megkülönböztetik őket a nem vallásos egészségügyi dolgozóktól, vagy a szekuláris kórházi struktúráktól, amelyek legfőképp az emberek fizikai dimenziójával foglalkoznak, tevékenységük sokszor orvosszakmai tevékenységekre és ápolásra korlátozódik.⁹

e) *a befogadó társadalmakkal való problémás kapcsolat* – ennek alapját képezheti a lelkipozítás iránti meg nem értettség a profán szemléletű egészségügyi intézményben. Ez a problémás kapcsolat értelmezhető úgy is, hogy a kórházi lelkipozítók és az egészségügyi intézmény között problémás a kommunikáció és a kapcsolódás. Ennek oka lehet a „közös nyelv” hiánya, a kórház és az egyház intézményei kultúrájának vagy éppen emberszemléletének eltérése. Ez gyakorlati szinten számos példával szemléltethető: a lelkipozító nem tud bekapcsolódni az interdiszciplináris teammunkába, vagy a beteg állapotáról, gyógyításáról szóló konzíliumokba, vizitekbe, mert nem ismeri az egészségügyi szakkifejezéseket, szakzsargont. Fordított esetben is nehezített a kommunikáció, amennyiben a lelkipozító is ragaszkodik a saját terminológiájához: teológiai vagy pasztorálpszichológiai fogalmakat használ, így nem alakulhat ki hatékony párbeszéd köztük.

⁹ Tésényi: A kórházi lelkipozítás útkeresése, 97.

A fentiekből láthatjuk, hogy milyen összetett módon jelenik meg a kórházi lelkipozítók diaszpóra-tapasztalata. Tésényi Tímea doktori értekezésében hozzánk hasonlóan érinti a témát, bár nem a diaszpóra-tapasztalat kifejezést használja a jelenség leírására. A szerző a kórházi lelkipozító és a kórház mint befogadó közeg kapcsolatát „összetett viszonyrendszernek”¹⁰ nevezi. Ez az összetettség abban a feszültségben rejlik, hogy a kórházi lelkipozítói szolgálat egyszerre igyekszik integrálódni, az intézmény szerves részévé válni, ugyanakkor küldetéséből és céljából fakadóan valahogy mindig „idegen test” marad.¹¹ A szerző kiemeli, hogy a kórházi lelkipozítás 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 tagolható be a lelkipozítás, amely a betegség és egészség szubjektív tényezőivel foglalkozik. A kórházi lelkipozítás 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 lelkipozítónak néha fel kell hívnia a figyelmet a személyre és szükségleteire a működési szabályzat betartása mögött.¹²

¹⁰ Tésényi: A kórházi lelkipozítás útkeresése, 61.

¹¹ Tésényi: A kórházi lelkipozítás útkeresése, 61.

¹² Tésényi: A kórházi lelkipozítás útkeresése, 61–62.

2. A diaszpóra-tapasztalat negatív aspektusai és a szakterület kihívásai

A bevezető fejezetben már elővételeztük, hogy a diaszpóra-tapasztalat negatív aspektusokkal is járhat. Az alábbiakban két jelenséget vizsgálunk részletesebben, amelyek a hazai, az erdélyi régióban zajló kórházi lelkipozítói gyakorlatra mindenképpen jellemzőek.

A Gyulafehérvári Főegyházmege területén főként szekuláris állami tulajdonban lévő kórházak, egészségügyi centrumok működnek. Ezek az intézmények – az egyházi fenntartású kórházakkal ellentétben – nem tartják prioritásnak a betegek vallásos vagy lelkipozítást. Ebbe a valóságba gyökerezik a hazai kórházi lelkipozítók diaszpóra-tapasztalata, amelynek két negatív aspektusát azonosítottuk: elsősorban a szakterület helykeresése még mindig zajlik, másodsorban rengeteg megválaszolatlan kérdés van a kórházi lelkipozítás hazai gyakorlata és intézményben betöltött szerepe körül.

2.1. A hazai kórházi lelkipozítás helykeresése és meg nem értettsége

„Miért van Ön itt?” – fogalmazódik meg a kérdés az egészségügyi dolgozóknak a kórházlelkészek, lelkipozító láttán, amely néha kimondásra is kerül. A mai kor embere, illetve a modern orvostudomány és az egészségügyi menedzsment számára nem egyértelmű, hogy van-e helye a kórházakban – és ha igen, akkor hol – a lelkipozításnak, a hitnek vagy éppen az egyházak képviselőinek. Ez a helykeresés és a szekuláris intézmény általi meg nem értettség egyik kulcseleme a kórházi lelkipozítók diaszpóra-tapasztalatának.

Paul M. Zuhener 1990-ben megjelent könyvében a kórházban történő egyházi képviselők által nyújtott lelkipozításáról olvasva kénytelenek vagyunk a hazai gyakorlatra ismerni. A kórházlelkészek és lelkipozítók esetében a diaszpóra-tapasztalathoz hasonló marginalitás-élményről ír a szerző:

„A kórház működése szempontjából a lelkipozítás jelentősége kezdetben marginális. (...) A lelkipozítói gondozás idegen test. A lelkészeket nem integrálják folyamatosan a kórterem mindennapi életébe. Ők látogatóba jönnek. A lelkészek nem tartoznak semmilyen formális hierarchikus szinthez, kívülről jönnek, üres kézzel, kapcsolatteremtő és beszélgetésre való hajlandóságukkal, bizonytalanságukkal és nyitottságukkal, a saját törekény motivációjukkal, az emberekbe vetett bizalmukkal és a reményükkel...”¹³

A problémafelvetésről Michna Krisztina szemléletesen így ír: „A kórházi lelkipozítás 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.”¹⁴

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 lelkipozítást kiépíthessenek. Ezekben az országokban ugyanis a hosszabb ideig tartó kommunista rezsim idején nem lehetett a vallásról nyíltan beszélni, vallási szokásokat szabadon gyakorolni, melynek eredményeképpen ma az emberek kevésbé merik

¹³ ZULEHNER: *Übergänge*, 40.

¹⁴ MICHNA: *A Magyarországi Református Egyház*, 85.

vagy tudják kifejezni hitüket, spirituális igényüket vagy reménysegeiket. A lelkigondozóknak tehát meg kell küzdeniük egyrészt a vallásos tradíció hiányával,¹⁵ másrészt pedig az egészségügyi rendszerben jelenlévő finánciális problémákkal. Ezekben az országokban az egészségügy tehát akadályt jelent a kórházlelkészek képzésében, foglalkoztatásában és integrációjában.”¹⁶

A Gyulafehérvári Főegyházmegye területén található szekuláris kórházakban a kórházi lelkigondozás mint kívülről jövő szolgálat van jelen. Ez alatt azt értjük, hogy a lelkigondozásra az egészségügyi intézmények és az egyházak is úgy tekintenek, mint egy egyházi szolgálat beszivárgására a kórházak osztályaira. Ekkor a lelkigondozás valóban az egészségügyi intézmény határán helyezkedik el, és fennáll a veszélye, hogy nem lesz más, mint „jelentéktelen függelék, kolonc az intézmény nyakán”.¹⁷ Ennek a modellnek előnye lehet, hogy a lelkigondozónak van szakmai szabadsága, és független maradhat a kórházi vezetőség érdekeitől. Bár a lelkigondozó híddá válhat a két intézmény – a kórház és az egyház – között, mégis jelentéktelen marad a kórházi struktúra szintjén.¹⁸

¹⁵ Meg kell jegyeznünk, hogy régióinkra nem jellemző a vallási tradíció teljes hiánya, tehát ez a szempont nem érvényes esetünkben. Ugyanakkor a betegek lelkigondozásának gyakorlata a kommunista rezsim alatt nem működhetett, az ezzel foglalkozó szerzetesi rendek kiszorultak az egészségügyi szférából. Erről ír Bánkúti Gábor: „A Romániában működő 25 római katolikus szerzetesrend közül a Minisztertanács 1949. július 29-én kelt, a Hivatalos Közlöny 1949. augusztus 1-jén közölt 810. számú határozata tizenöt – az államosítások előtt oktatással és betegápolással foglalkozó – rend működésének betiltásáról döntött.” BÁNKÚTI: A szerzetesrendek szétszórása Romániában, 50.

¹⁶ MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 94–95.

¹⁷ MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 89. Vö. SCHNEIDER-HARPPRECHT: Seelsorge als systemische Praxis, 436–441.

¹⁸ MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 89.

Láthatjuk, hogy e kórházi lelkigondozói modell esetében valóban érvényesül az első alfejezetben vázolt diaszpóra-tapasztalat minden jellemzője. A lelkigondozói gyakorlat teljes mértékben *idegen test*¹⁹ az egészségügyi intézményben, és a kórházi lelkigondozók a meg nem értett kisebbség, aki a fő sodorral ellentétében nem a betegek testi jólétéért, hanem a spirituális igényeikért felelős.

2.2. A diaszpóra-tapasztalattal együtt járó megválaszolatlan kérdések problematikája

A diaszpóra lét egyik jellemzője: sok megválaszolatlan kérdés a kórházi lelkigondozói munka kapcsán. Ha a kórházi lelkigondozó egészségügyi rendszeren kívül álló egyházi személy marad – akárcsak a fő egyházmegyénk területén található legtöbb intézményben – akkor olyan kérdések vetődnek fel, mint: Kinek a feladata a kórházi lelkigondozás megszervezése?; Ki felelős a lelkigondozók képzéséért? És ami talán a legpragmatikusabb, ugyanakkor mellőzhetetlen kérdés, hogy kinek az alkalmazottai a kórházi lelkigondozók: az egyházé, vagy a kórházaké? Honnan kapják a fizetésüket? Ki a felelős a lelkigondozói munka minőségbiztosításáért? Hozzáférhet-e a kórházi lelkigondozó a beteg adataihoz?

Ezek mögött a gyakorlati kérdések mögött meghúzódik egy filozófiai kérdésfelvetés: Hogyan tekintünk a kórházi lelkigondozásra? 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

¹⁹ ZULEHNER: *Übergänge*, 40.

szolgált, az egyház szolgál.”²⁰ Ennek fényében hogyan tekintünk a kórházi lelkipozícióra: mint szolgáltatásra, vagy mint szolgálatra?

A válasz sejthető: a kórházi lelkipozíció egy határterület, félúton az egyházak és az egészségügyi rendszerek között. Fontos, hogy kapcsolódjon hozzájuk, ugyanakkor az is, hogy függetlenedni tudjon mindkettőtől. Michna Krisztina szavaival élve: a lelkipozíció egyszerre legyen lojális és legyen képes kritikai távolságtartásra az egészségügyi intézménytől²¹ – és az egyházi struktúráktól, tehetnénk hozzá.

Zárógondolatként elmondhatjuk, hogy a kórházi lelkipozíció diaszpóra-tapasztalata együtt jár azzal a jelenséggel, hogy a kórházi lelkipozíciói munka kapcsán rengeteg megválaszolatlan kérdés van jelen. Annak érdekében, hogy ezeket a 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 lelkipozícióra, és ennek érdekében milyen erőforrásokat kívánnak mozgósítani”.²² Ennek a párbeszédnek elsősorban helyi, regionális szinten kell lefolynia, hiszen az igények, lehetőségek, erőforrások országoként, régióként változnak. Reményeink szerint jelen kutatás és dolgozat is hozzájárul a kórházi lelkipozícióról szóló helyi párbeszédhez.

²⁰ MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 82.

²¹ MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 91.

²² MICHNA: A Magyarországi Református Egyház, 111–112.

3. A kórházi lelkipozíció diaszpóra-tapasztalataiból fakadó pozitívumok

A kórházi lelkipozíció diaszpóra-tapasztalata pozitívan is értelmezhető, ugyanis gyümölcsözően hathat mind az egyházi struktúrára, mind az egészségügyi intézményre. Az alábbiakban néhány fontosabb jelenséget tárgyalunk, melyeket a kórházi lelkipozíció diaszpóra-tapasztalata katalizált.

3.1. A diaszpóra-tapasztalat serkentő hatása a vallások/felekezetek közötti szolidaritásra

A kórházi lelkipozíció diaszpóra-tapasztalata – a fentiek értelmében – magába foglalja azt az élményt, hogy a lelkipozíciói szemlélet kilóg a szekuláris egészségügyi intézményekben uralkodó orvosszakmai és tudományos szemléletből. Ebben a diaszpóra-tapasztalatban közösen osztoznak a különböző vallásokhoz tartozó kórházi lelkipozíciók, lelkészek. Ez a tapasztalat katalizálja a vallások képviselői közötti szolidaritást: különböző vallásokat képviselő kórházi lelkipozíciók közösen próbálnak érvényesülni a szekuláris intézményben.²³ Ez a terep az igazi ökumené helye, ahol a különböző felekezetek lelkészei gyümölcsözően együttműködnek.²⁴ Együtt tesznek tanúságot az emberi élet szent voltáról, az elkerülhetetlen szenvedés értelmességéről és arról, hogy a betegek vallásos és spirituális igényeit figyelembe kell venni.²⁵

²³ Tésenyi: A kórházi lelkipozíció útkeresése, 158–159.

²⁴ SIEVERNICH: Pastoral Care for the Sick, 23–37.

²⁵ LOGAN: Baptism by Fire, 125–142.

A Hittani Kongregáció a *Samaritanus Bonus* című levelében²⁶ leleplezi azokat a kulturális akadályokat, amelyek elhomályosítják minden emberi élet szent értékét, és amelyek gyakran tetten érhetőek az egészségügyi intézményekben is. A szöveg sugallja, hogy a kórházi lelkigondozók éppen ezt a mélyebb, személyközi, spirituális és vallásos dimenziót hivatottak képviselni, amely minden emberben jelen van. Ez a tevékenység azonban nemcsak a katolikus egyház kórházlelkészeinek és lelkigondozónak sajátossága, hanem közösségben, a többi vallás és felekezet képviselőivel egységben valósul meg. A *Samaritanus Bonus* erre is kitér: „Ezért az Egyház mindig szívesen együttműködik minden jóakarátú emberrel, más felekezetek vagy vallások hívóival és nem hívőkkel egyaránt, akik tiszteletben tartják az emberi élet méltóságát, még a szenvedés és a halál utolsó szakaszában is, és elutasítanak minden olyan cselekedetet, amely ellentétes az emberi étellel.”²⁷

A vallásos emberek a szekuláris egészségügyi intézményekben szerzett közös diaszpóra-tapasztalata, illetve az ebből fakadó szolidaritás kultúrája az egyik alapja a más vallású betegek lelkigondozásának. 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”.²⁸ A kórházi lelkigondozó nemcsak egy adott egyház képviselője, hanem az emberekben egyetemesen jelenlévő spirituá-

²⁶ HITTANI KONGREGÁCIÓ: *Samaritanus bonus* levél.

²⁷ HITTANI KONGREGÁCIÓ: *Samaritanus bonus* levél.

²⁸ SOMOSINÉ TÉSENYI: Emberhez méltó jelenlét, 19–33.

lis dimenzió képviselője. Az ő jelenléte azt sugallja, hogy az intézmény észreveszi és reagál az emberek értelemkeresésére, a spirituális igényeikre, a transzcendensre való irányulás igényére.²⁹ A kórházi lelkigondozó ezért nem keltheti azt a benyomást, hogy csupán a plébánia közösségének híveit látogatja a kórházban.

3.2. Ferenc pápa egyházi víziója: a field hospital metafora

A kórházi lelkigondozás diaszpóra-tapasztalata formálja az egyház önmagáról alkotott képét is. Ezen tapasztalat révén az egyház közelíteni kezd Ferenc pápa ekkleziológiai víziójához, miszerint az egyház nem más, mint egy hadi kórház (*field hospital*).

„Világosan látom – folytatja a pápa –, hogy amire az egyháznak ma leginkább szüksége van, az a képesség, hogy gyógyítsa a sebeket és felmelegítse a hívek szívét; szüksége van a közelségre. Úgy látom az egyházat, mint egy csaták utáni tábortábor kórházat. Hiábavaló egy súlyosan sérült embertől megkérdezni, hogy magas-e a koleszterinszintje, és hogy milyen a vércukorszintje! Meg kell gyógyítani a sebeit.”³⁰

„Az Egyház pedig arra hivatott, hogy küldetését a szeretetben végezze, nem ítélkezve mások felett, (...) hogy »hadi kórház« legyen, amelynek ajtajai szélesre tárva állnak mindenki előtt, aki segítséget és támogatást keresve kopogtat; sőt, hogy igaz szeretettel forduljon mások felé, hogy együtt járjon szenvedő embertársa-

²⁹ SCHMID – EGLER: A Christian for the Christians, 239–256

³⁰ A szerző saját fordítása. Vö. SPADARO: Interview with Pope Francis.

inkkal, hogy befogadja őket, és az üdvösség forrásához vezesse őket.”³¹

A fenti idézetek margóján arra következtethetünk, hogy az egyház missziója és hivatása nem más, mint a segítségre szorulóknak felé fordulás, a velük való együtt járás. Ez valósul meg a kórházi lelkipozítás által is, a periférián lévő betegek szolgálata révén. Ahogyan a hadi kórház egy kis szigetként tárul fel gyógyításra és a betegek iránti szolidaritásra a háborús övezet közepén, úgy értelmezhető a kórházi lelkipozítás is a beteg emberek spirituális igényeinek, az emberi élet szentségének és méltóságának bástyájaként a szekuláris egészségügyi rendszerben. Ahogyan a tábori kórház az élet, a gyógyulás, a remény megtestesítője a háború dehumanizáló közegében, úgy jelenik meg a kórházi lelkipozítás az Istenben vetett hit – mint a szenvedés értelmetlenségének tudatán átívelő személyes gondoskodás megtestesítője –, a sokszor utilitarista logikát követő kórházi rendszerben.

Meghan J. Clark összefüggésbe hozza Ferenc pápa a társadalom perifériáján tett látogatását a *field hospital* metaforával és a *szolidaritás kultúrájának* építésével.³² A társadalomból marginalizált személyek, a betegek, a szegények, a kizsároltak állnak Ferenc Pápa teológiájának középpontjában, az egyház feladatát a velük való közösség vállalásában azonosítja be.³³ Ez a közösségvállalás a biztosítéka annak, hogy ne a profán világ elterjedt közömbösség-kultúrája érvényesüljön³⁴ – amely látatlan sebeket ejt a gyöngéken –, hanem tudatosan a szolidaritás

³¹ A szerző saját fordítása. Vö. FERENC PÁPA: Homily – Holy Mass for the Opening of the XIV Ordinary General Assembly of the Synod of Bishops.

³² MEGHAN: Pope Francis and the Christological Dimensions, 116.

³³ CSISZÁR: Kirche in Liebesdynamik, 63–64.

³⁴ Vö. ZULEHNER: Übergänge, 8.

kultúráját építsük, az emberek alapvető jogainak védelmével és érvényesítésével kezdve.³⁵

A kórházi lelkipozítás jelenléte az egészségügyi intézményben párhuzamba helyezhető a katolikus egyház pozícionálásával a világban Ferenc pápa teológiája szerint. Az egyház küldetéséhez hasonlóan a kórházi lelkipozítóknak is az a feladatuk, hogy a közömbösség kultúrájával szemben a szolidaritás kultúráját támogassa, közösséget vállalva a társadalom perifériáján lévő betegekkel, céljaul tűzve az ő szolgálataikat.³⁶

A kórházi lelkipozítás diaszpóra-tapasztalata a záloga lehet annak, hogy az egyház nem egy önmaga körül forgó egyház e szolgálat végzése közben,³⁷ hanem a jézusi praxis követve³⁸ a világban munkálkodik, a rászorulóknak sebeit gyógyítja.³⁹ A jézusi praxis nem más, mint hogy az egyház, vagy esetünkben a kórházi lelkipozító, a szükségben lévő emberek, a betegek igényei szerint legyenek jelen a világban és a betegágnál.⁴⁰ Összegzésként kijelenthetjük, hogy a diaszpóra-tapasztalat hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyház önértelmezése még inkább az evangéliumba és a krisztusi praxisba gyökerezzen.

³⁵ ZULEHNER: Übergänge, 8.

³⁶ MEGHAN: Pope Francis and the Christological Dimensions, 116.

³⁷ NÉMET–CSISZÁR: Gyógyító szeretet, 87–90.

³⁸ LISAUGH: Las Periferias El Pan, 429.

³⁹ CSISZÁR: Következétesen: irgalmas.

⁴⁰ LISAUGH: Las Periferias y El Pan, 429.

Irodalomjegyzék

- BAKÓ Cs. I.: *Logoterapeutikus kórházasztoráció pszichoonkológiai kontextusban* (BBTE: PhD értekezés), Kolozsvár 2013.
- BÁNKUTI G.: A szerzetesrendek szétszórátása Romániában, in *Egyháztörténeti Szemle* 17 (2016/1) 41–52.
- CLARK, M. J.: Pope Francis and the Christological Dimensions of Solidarity in Catholic Social Teaching, in *Theological Studies* 80 (2019/1) 102–122.
- CSISZÁR K.: Kirche in Liebesdynamik – integrales Missionsverständnis mit praktischen Konsequenzen. Skizze einer existenzanalytischen Pastoraltheologie, in *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Theologia Catholica Latina* 63 (2018) 52–67.
- CSISZÁR K.: Következtesen: irgalmas. Ferenc pápa teológiájának rövid foglalata a XXXI. Ifjúsági Világtalálkozó fényében, in *Keresztény Szó* 27 (2016/9)1-4.
- FERENC PÁPA: Homily – Holy Mass for the Opening of the XIV Ordinary General Assembly of the Synod of Bishops (2015.10.04.), in *vatican.va*, https://www.vatican.va/content/francesco/en/homilies/2015/documents/papa-francesco_20151004_omelia-apertura-sinodo-vescovi.html (2022.05.30).
- HAUERWAS, S.: *War and the American Differences. Theological Reflections on Violence and National Identity*, Michigan 2011.
- HÄMMERLI, M.: Orthodox Diaspora? A Sociological and Theological Problematisation of a Stock Phrase, in *International Journal for the Study of the Christian Church* 10 (2010/2–3) 97–115.
- HITTANI KONGREGÁCIÓ: *Samaritanus bonus* levél (2020.09.22.), in *Bollettino: Sala Stampa della Santa Sede*, <https://press.vatican.va/content/salastampa/en/bollettino/pubblico/2020/09/22/200922a.pdf> (2022. 05. 01.)
- HOSLER, N.: *Brother Hauerwas. An Analysis of the Contribution of Stanley Hauerwas to Peacemaking* (University of the Western Cape: MTh értekezés), Fokváros 2017.
- LOGAN, C. J.: Baptism by Fire in Clinical Pastoral Education. The Theory and Practice of Learning the Art of Pastoral Care Through Verbatims, in *Reflective Practice* 7 (2006/1) 125–142.
- LYSAUGH, M. T.: Las Periferias y El Pan. Pope Francis, the Theology of the People, and the Conversion of Catholic Bioethics, in *Perspectivas Teológica Bioética* 51 (2019/3) 421–442.

- MICHNA, K.: *A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának rendszerszemléletű vizsgálata* (Károli Gáspár Református Egyetem: PhD értekezés), Budapest 2015.
- PÁTRU, A.: Religious Diaspora: A New Approach to Its Existence and Meaning, in *Religions* 831 (2021/12) 1–16.
- NÉMET L. – CSISZÁR K.: *Gyógyító szeretet. Bevezetés a katolikus missziológiába*, Kolozsvár 2022.
- SCHNEIDER-HARPPRECHT, C.: Seelsorge als systemische Praxis. Der soziale und politische Auftrag der Seelsorge, in *Wege zum Menschen* 55 (2003) 436–441.
- SCHMID K. W. – EGLER, G.: A Christian for the Christians, a Muslim for the Muslims? Reflections on a Protestant View of Pastoral Care for all Religions, in *Christian Bioethics* 4 (1998/3) 239–256.
- SIEVERNICH, M.: Pastoral Care for the Sick in a Post-Secular Age: An Ignatian Perspective, in *Christian Bioethics* 9 (2003/1) 23–37.
- SOMOSINÉ TÉSENYI T.: Emberhez méltó jelenlét: a lelkigondozás és a hospice kapcsolódásának lehetőségei, in *Kharón* 23 (2019/1) 19–33.
- SPADARO, A.: Interview with Pope Francis. The Church as Field Hospital, in *Vatican.va* (2013. 09.21), https://www.vatican.va/content/francesco/en/speeches/2013/september/documents/papa-francesco_20130921_intervista-spadaro.html (2022.05.30).
- SZÁSZ I. SZ.: Csiszár Klára: Az egyház nem lehet egy önmaga körül forgó egyház, in *RomKat* (2021.10.31.), <https://romkat.ro/2021/10/31/csiszar-klara-az-egyhazi-nem-lehet-egy-onmaga-korul-forgo-egyhazi/> (2022.04.15).
- TÉSENYI T.: *A kórházi lelkigondozás útkeresése Magyarországon* (ELTE: PhD értekezés), Budapest 2018.
- ZULEHNER, P. M.: *Übergänge. Pastoral zu den Lebenswenden*, Wien 1990.
- WEISS, H.: *Lelkigondozás – Szupervízió – Pasztorálpszichológia*, Kolozsvár 2011.