

Kapcsolathálózati kutatás magyarországi kórházi lelkigondozók körében

Tanulmányunkban a magyarországi kórházi lelkigondozók körében végzett online kérdőíves kapcsolathálózati kutatás első eredményeit mutatjuk be. Munkánk fókuszában a magyarországi kórházi lelkigondozók kapcsolatrendszer áll. Kutatási eredményeink alapján megállapítjuk, hogy a kapcsolatok eloszlása nem homogén a hálózatban, vannak nagy befolyású szereplők, akiknek jellemzően a közöttiség- (betweenness)értékük is magas, amely azt jelzi, hogy a hálózat szereplői közül sokakat összekötnek. Megállapítottuk továbbá, hogy bár magát a hálózatot a felekezeti hovatartozás strukturálja a legerősebben, az ismertség jobban meghatározza a kapcsolatokat, mint a felekezeti hovatartozás. Ez alapján már nem tartható az az álláspont, miszerint a kórházi lelkigondozók kapcsolatrendszerében jól megfigyelhető felekezeti elkülönülés határozza meg az információs csatornák kialakulását és működését. A lelkigondozók azért elsősorban saját felekezetű munkatársaikkal osztják meg szakmai dilemmáikat, mivel főként őket ismerik, ugyanakkor érzékelhető a bizalom, a nyitottság a más felekezetűekkel való együttműködésre. A kutatás eredményei így aláhúzzák a kapcsolatépítésre lehetőséget adó ökumenikus szakmai rendezvények, esetmegbeszélések, szupervíziós csoportok, valamint az eddig kiaknázatlan internetes kommunikációs formák szerepét a szakma szervezeti fejlődése és térenyerése szempontjából.

Kulcsszavak: kórházi lelkigondozás, kapcsolatrendszer, kapcsolathálózat.

BEVEZETÉS

A professzionális kórházi lelkigondozás – más országokkal ellentétben – hazánkban máig olyan diszciplína, melyre leginkább az úttörő jellegű kezdeményezések, egyedi megjelenési formák és a társadalmi elfogadottságért való küzdelem jellemző.

Az e helyzetből adódó kihívások kezelésének egyik adaptív módja lehet, ha a lelkes egyedi próbálkozásoktól az intézményesülés felé vivő, akadályuktól sem mentes, hosszadalmas utat olyan lehetőségeknek tekintjük, melynek során a kutatók és elméletalkotók gyakorlati segítséget nyújthatnak a munka dandárját végző lelkigondozó szakembereknek. Kiváló alkalom ez arra, hogy az összefüggések feltérképezése iránt elkötelezett kutatók egy olyan társadalmi folyamatot vizsgáljanak, melynek jövőbeli lefolyására és kimenetelére döntő hatással lehetnek a kellő elméleti háttérrel alátámasztott kutatási eredmények és gyakorlati alkalmazásuk.

Egy nagyobb kutatás keretében azt a napjainkban is zajló folyamatot vizsgáljuk, melynek révén az egyedi, amatőr kórházi lelkigondozói kezdeményezések kiterjedt mozgalommá, majd más tudományágak által is elismert szakterületté válhatnak. Munkánk egyik célja, hogy képet adjunk arról, kik, hol, milyen szervezettségen, milyen szemléletben és kapcsolatrendszerben végeznek ma Magyarországon kórházi lelkigondozói tevékenységet.

Jelen tanulmány keretében ezen utolsó paramétert, a kapcsolatrendszer fókusza helyezve a magyarországi kórházi lelkigondozók körében végzett online kérdőíves kapcsolathálózati

kutatás első eredményeit kívánjuk bemutatni. A kapott eredmények lehetővé teszik a felekezeti együttműködés, a szervezeti felépítés következtében fellépő viszonyrendszerek, az alakuló hálózatosság vizsgálatát, valamint a jövőbeli fejlődés lehetséges útjaira és eszközeire vonatkozó következtetések levonását.

A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS – AHOGY A SZERZŐK LÁTJÁK

Az alábbiakban a kórházi lelkigondozói tevékenységnek a kutatás alapjául szolgáló értelmezését mutatjuk be. Tisztában vagyunk azzal, hogy számos más, eltérő szakmai hangsúlyokkal meghatározható definíció is létezik, de ezek ismertetését jelen tanulmány kerelei nem teszik lehetővé.

A betegekkel foglalkozó ember folyamatos élménye, tapasztalata, hogy a betegség tünetein kezelése, gyógyítása mellett változó mértékben, de szinte minden szükség van pszichés és spirituális támogatásra is. Akár azért, mert megérthetetlen és feldolgozhatatlan élmény a hirtelen jött szenvedés – és az ennek során jelentkező kétségektől még a hitükben erős emberek sem védettek biztosan; akár azért, mert olyan belső, illetve családi, munkahelyi és egyéb feszültségek kerülnek felszínre ilyenkor, amelyek a „normális” minden napirellefelkészülés mellett kompenzálgathatók, kezelhetők voltak. Különösen fontos, és társadalmunk által nehezen kezelt, tabuként elutasított terület a halálközeli állapot, az élet végső kérdései felvetődésének ideje, amellyel gyakran a teljesen magukra maradt, magányosan szenvedő öregeknek kell megküzdeniük, vagy olyanoknak, akiknek rokonsága is menekül a helyzettel való szembenézés elől, és így tőlük nem számíthatnak támogatásra, segítségre.

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

A kórházi lelkigondozás tehát „lényegében kereszteny indíttatású gondoskodás, támasztás, értő jelenlét, meghallgatás, rendelkezésre állás, melyet a betegség krízisállapotában nyújt a lelkigondozó betegsében szenvedő testvéreinek, azok hozzáartozónainak és a kórházi személyzetnek”.¹

A kórházi lelkigondozó munkáját küldetésből adódóan egyfajta spirituális többletdimenzióban végzi, szolgálata ugyanakkor nem korlátozódik a magukat vallásosnak vagy hívőnek valló kliensekre.

A lelkigondozás tehát „köztes térben”² helyezkedik el az egyház és a kórház között, és azoknak, akik ezt a munkát végzik, fontos feladatuk, hogy „az ebből adódó feszültségeket és ellentmondásokat kibírhatóvá és kreatívan gyümölcsözővé tegyék”.³

1 TÉSENYI T.: A modern kórházi lelkigondozói szemlélet kialakulása, in ITTZÉS G. (szerk.): *Cura mentis – Salus populi*, SE EKK MHI, Budapest, 2013, 277–293. ■ 2 M. KLESSMANN (szerk.): *A klinikai lelkigondozás kézikönyve*, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Debrecen 2002, 11. ■ 3 Uo. 11.

SZEMELVÉNYEK

A MAGYARORSZÁGI MODERN KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS TÖRTÉNETÉBŐL

A modern lelkigondozói szemlélet elsőként hollandiai, németországi, illetve amerikai mintákat meghonosítva, külföldi és magyar szakemberek közvetítésével jutott el hazánkba. A következőkben rövid bepillantást nyújtunk néhány, a jelenkorai gyakorlat szempontjából meghatározó kezdeményezésre.

Az egyháza keretein messze túlnyúló úttörő munka Gyökössy Endre református pasztorálpszichológus-lelkész érdeme, aki az ötvenes évektől a jungi és frankli indíttatású pszichológia alapján végezte lelkigondozói munkáját és irodalmi munkásságát. A hatvanas években kis műhelyeket hozott létre; úgynevezett lelkigondozói szemináriumain az elméleti bevezetőt minden követte egy-két esetmegbeszélés is a jelen lévő lelkészek praxisából. Először az ő meghívására jött Magyarországra 1986-ban Heije Faber holland pasztorálpszichológus, a klinikai lelkigondozás európai „apostola”.

A nyolcvanas években elsősorban a gyakorlati teológia valamely ágában külföldi ösztöndíjjal nyert protestáns lelkészek értezték hazaérve az odakint megszokott gyakorlatközeli képzési szemlélet, az esetmegbeszélések és a szupervízió itthoni hiányát. Az ő kezdeményezésükre és igényeik kielégítésére jött létre 1980-ban a Lelkigondozói Munkacsoport (LEGMUCS), mely rendezvényein az úgynevezett berlini modell⁴ szerinti, szupervizor nélküli esetmegbeszéléseket tartott.

A munkacsoport tagjai, vidéki lelkéskollégák meghívására, később „missziós utakra” is elindultak az ország különböző régióiba, s bemutató esetmegbeszélést, előadást tartottak a lelkigondozás egyes témaköreiben.

1985 őszén Magyarországra látogatott Hans van der Geest holland származású svájci lelkész, akinek szupervíziójával kéthetes lelkigondozói tanfolyamra került sor a Ráday Kollegiumban. Ennek kifejezett célja az volt, hogy a résztvevők a lelkészeti igényekhez, a hozott esetekhez és a megfogalmazott problémákhoz igazodva a Clinical Pastoral Training (CPT) elemeinek felhasználásával keressék a valódi segítséget nyújtó lelkigondozói magatartást.

A fejlődés következő lépcsőfokaként 1989-ben az Országos Onkológiai Intézetben elkezdte működését egy ökumenikus lelkigondozói szolgálat, majd ugyanitt létrejött egy úgynevezett onkopszichológiai osztály. Emellett az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben is tevékenykedett egy ökumenikus lelkigondozói közösséggel.

1992-ben a lelkigondozás ügye iránt elkötelezett orvosok, nővérek, pszichológusok és teológusok hozták létre a Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesületét (a továbbiakban KLÖE), amely Debrecenyi Károly István egykori elnök vezetésével szakmai szervezetként ma is igyekezik képviselni az egészségügyi és egyházi intézményeknél a klinikai lelkigondozás ügyét. Többéves tanfolyami tapasztalataikat összegezve és külföldi (elsősorban német és holland) mintákat is hasznosítva 1996-ban lelkigondozói képzési rendszert hoztak létre (klinikai lelkigondozói, hospice-tanácsadói, klinikai lelkigondozó asszisztensi és bibliadráma-vezetői képzések). Az elmúlt két évtizedben több mint negyszázan vettek részt

⁴ A berlini modell részletes leírását lásd HUBAINÉ MUZSNAI M.: Lelkigondozói műhelyek a református egyházban, in JELENITS I. – TOMCSÁNYI T. (szerk.): *Tanulmányok a vallás és lélektan határterületeiről*, Semmelweis Egyetem TF-Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest 2003, 337.

képzéseiken és tréningjeiken. Számos szakmai fórumot, tudományos ülést szerveztek, hogy elinduljon és folyamatosan megújuljon a gyógyításban részt vevő különböző diszciplinák közötti párbeszéd. Megalkották a klinikai lelkigondozók etikai kódexét;⁵ szakmai állásfoglalást⁶ dolgoztak ki a kórházi lelkigondozásról; önismereti és esetmegbeszélő csoportokkal, regionális és országos találkozókkal igyekeznek segíteni kollégáik folyamatos szakmai fejlődését.

Az amerikai lelkigondozói iskola (Clinical Pastoral Education, a továbbiakban CPE) egy amerikai magyar orvosnak, *Forgách Péternek* köszönhetően érkezett Magyarországra. Ő betegei ágya mellett találkozott először amerikai lelkigondozó-hallgatókkal, majd felismerve e szolgálat fontosságát létrehozott egy ösztöndíjprogramot (Calasantius Training Program, a továbbiakban CTP), s ezzel a CPE-programot magyar fiatalok számára is hozzáérhetővé tette. 1994 óta több tucat fiatal magyar szakember (teológusok, pszichológusok, orvosok, szociális munkások) végzett valamilyen szintű kórházi lelkigondozói képzést az Amerikai Egyesült Államokban. (A *Forgách Péter* által létrehozott program azóta számos ösztöndíjlehetőséget magában foglaló, magas színvonalú képzőközponttá fejlődött.)

Nem állíthatjuk azonban, hogy a magyar kórházakban a képzett kórházi lelkigondozók megjelenése előtt nem folyt lelkigondozói tevékenység. Már a rendszerváltás előtt is számos önkéntes beteglátogató járta a kórházi osztályokat, s jó szóval, odafigyeléssel igyekeztek enyhíteni a betegséggel küzdők terheit.

Ismeretes számos római katolikus pap és protestáns lelkész áldozatos kórházpasztorációs munkássága is (például *Kerényi Lajos* atya több évtizeden át látogatta civil kísérőivel tíz budapesti kórház betegeit).

A rendszerváltás után több kórházban is kezdeményezték a lelkigondozói szolgálat létrehozását, így például Budapesten önkéntes lelkigondozók látogatták a betegeket az Országos Onkológiai Intézetben, az Országos Baleseti és Súrgősségi Intézetben (a továbbiakban OBSI), a Szent Rókus Kórházban stb. Az OBSI-ban 1997 óta van szervezett lelkigondozás, *Egri László* orvos-diakónus-lelkigondozó 2002 hosszú időn keresztül főállásban végezte itt professzionális lelkigondozói munkáját, és összefogta a kórház nagy létszámú önkéntes-csoportját.

Az amerikai CPE-képzésen részt vett magyar fiatalok különösen motiváltak voltak arra, hogy előmozdításak a magyarországi lelkigondozás ügyét, ezért 1997-től kísérleti jelleggel megszervezték a Szent Rókus Kórház két osztályának (önkéntes) lelkigondozói ellátását. 2000-ben néhányan közülük meghívást kaptak az akkor újjáalakuló Budai Irgalmasrendi Kórház professzionális lelkigondozói szolgálatának létrehozására. Ez *Margaret Dougherty* irgalmas nővér, szupervizor, a buffalói CPE trénerének szakmai támogatásával és szupervíziójával született meg, és ma is igen elismert, hatékony és fontos munkát végez.

A református és az evangéliikus egyház részéről több főállású kórházelkész és számos civil lelkigondozó lát el lelkigondozói feladatokat az egészségügyi intézményekben. Jelen tanulmány keretében az alábbiakban csak röviden utalunk tevékenységükre, tekintettel arra, hogy a protestáns kórházelkész szolgálatok munkáját protestáns kollégáink e lapszám további tanulmányainban nálunk szakavatottabban mutathatják be.

5 Lásd KLÖE Etikai Kódexe: kloe.info.hu/etikaikodex.html ■ 6 Lásd KLÖE Szakmai Állásfoglalás: <http://kloe.info.hu/allasfoglalas.html>

A negyedszázados református kórházelkész szolgálat (kórházmisszió) Gál Judit vezetésével fogja össze a mintegy harminc kinevezett kórházelkész munkáját.

A kapcsolathálózati kutatás 2015-ös adatvételi időszakában az evangélikus egyházban hét főállású kórházelkész tevékenykedett, munkájukat a 2014-ben alakult gyülekezeti és missziós osztály koordinálja.

Kiemelkedő és hiteles munkát végeznek a betegek szolgálatára szerveződött szerzetesközösségek és lelkiségi mozgalmak is. Ilyen például a Kamilliánus Család, amely a mindenkorai lelkipásztorkodás „segédcsapatának” tekinti magát a betegek szolgálatában. Küldetésük szerint a helyi lelkipásztorral együtt tovább akarják sugározni a betegekre és szenvedőkre Krisztus gondoskodó szeretetét.

Példaértékű lehet e pasztorális területen az a kezdeményezés, melyet a Váci Egyházmegye kórházelkészse, Faragó Artúr és Egri László, az OBSI lelkigondozója és a KLÖE kiképzője javaslatára valósítottak meg 2004-től az egyházmegyében. A tizenegy egyházmegyei kórház ellátásának biztosítására tizenöt kórházi lelkipásztori munkatársat képeztek a KLÖE keretében, akik még ugyanabban az évben megkezdték tevékenységüket a helyi kórházakban. A munkához szükséges infrastruktúrát az egészségügyi intézmények biztosítják az egyházi státuszban tevékenykedő lelkipásztori munkatársaknak. Ez az ötlet egyben jó képzési lehetőséget és új szolgálati területet ad az egyházmegye civil hitoktatónak, ezt mutatta a meghirdetést követő nagy érdeklődés is (közel százan jelentkeztek a tizenöt helyre). A szolgálat munkatársai jelenleg tizenegy kórházból, közel hatezer betegágy mellett vannak jelen tizenöt főállású lelkigondozó és csaknem kilencven önkéntes alkalmazásával. Figyelemre méltó szerepük van a kórházi lelkigondozók közti kapcsolatépítésben a honlapjukon⁷ elérhető tartalmakon, más szolgálatokra utaló linkeken és ökumenikus konferenciák szervezésén keresztül.

Bár pontos adatok nem állnak rendelkezésre, a későbbiekben bemutatott felmérés eredményei szerint ma Magyarországon közel száz főre becsülhetjük azon szakemberek számát, akik hivatásos kórházi lelkigondozói munkát végeznek egyházi, illetve kórházi alkalmazásban.

A MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZI LELKIGONDOZÁS HELYZETE ÉS JÖVŐKÉPE KÉRDŐÍVES FELMÉRÉSEK TÜKRÉBEN

1999 nyarán a KLÖE nevében Egri László és Debrecenyi Károly István kérdőíves vizsgálatot végeztek annak felmérésére, hogy az ország jelentősebb súlyú egészségügyi intézményei hogyan viszonyulnak a lelkigondozás kérdéséhez. Ötvenhét intézménynek (valamennyi egyetemi és országos intézet, megyei kórház, fővárosi kórház stb.) küldték el a KLÖE szakmai állásfoglalását a lelkigondozói munika lényeges pontjairól, mellékelve a felmérés kérdőívért. A harminchét válaszoló intézményvezető közül harminchárom jelezte, hogy van valamilyen lelkigondozói tevékenység az intézményében, de a további kérdésekre adott válaszokból kiderült, hogy ez nagy többségben csak a vasárnapi istentiszteletet és lelkészek sporadicus látogatását jelenti. A válaszokból kitűnt, hogy csak nagyon kevés olyan hely volt ebben az időszakban, ahol képzett lelkigondozók működtek.

7 A honlap címe: www.korhazelkesz.hu

Az intézményvezetők döntő többsége (89 százalék) nagyon fontosnak tartotta a lelkigondozói szolgálat fenntartását intézetében, s helyet adott volna egy ilyen jellegű képzésnek is (67 százalék), de csak 37 százalékuk nyilatkozott úgy, hogy a lelkigondozói státusz létrehozását saját keretből tudná finanszírozni. A kérdőív eredményei ma is aktuális tendenciákat jeleznek, és meglátásunk szerint a kapott eredmények fontos szakmapolitikai feladatokat jelölnek ki a lelkigondozás ügye iránt elkötelezett szakemberek számára.

Míg a KLÖE felmérése a „fogadó oldalt”, az egészségügyi intézményeket szólította meg, más szemszögből tekinthetünk rá a lelkigondozás helyzetére a Budapesti Kórházlelkészsg felmérése alapján.

2004-ben *Erdő Péter* bíboros, prímás, esztergom–budapesti érsek megbízta a Budapesti Kórházlelkészsgét, hogy végezzen felmérést a budapesti plébániák körében a lelkipásztorok kórházi szolgálatával kapcsolatban. A felmérés keretében személyes beszélgetést folytattak az összes budapesti plébánossal, templomigazgatóval, kápolnaigazgatóval és lelkéssel a kórházi lelkipásztorkodás témájáról.

A kérdésekre adott válaszokból kitűnt, hogy a katolikus egyház a szentségek kiszolgáltatása mellett lelki beszélgetésekkel és szentmisékkal is jelen van a kórházakban. A plébánosok tapasztalatai szerint a betegek elsősorban meghallgatást várnak tőlük, s emellett vigasztalást és megerősítést a szentségekkel. A papok körülbelül 90 százaléka sürgős esetben a legfontosabb feladatai közé sorolta a kórházi szolgálatot (a köznapi szolgálatban természetesen már nagyobbak az eltérések). A megkérdezett papok 87 százaléka szükségesnek tartotta állandó lelkipásztorral biztosítani az egyház jelenlétét a kórházakban. A felmérés szerint ebben az időszakban Budapest nyolcvanhárom kórházából csak harmincségybe járt be lelkipásztor rendszeresen, a többibe csak hívásra. A jelen gyakorlat szerint a túlterhelt lelkipásztorok többségének nincs ideje kapcsolatot építeni a betegekkel és a személyzettel. A megkérdezettek 64 százalékának lenne igénye önkéntes segítőkre a kórházi szolgálatban, akik közvetítő szerepben működve felmérnek a betegek igényeit, és értesítenék a lelkipásztort. A lelkipásztorok 93 százaléka el tudja képzelni, hogy civil teológusok is szolgáljanak ezen a területen.

A felmérés konstruktív javaslatokat fogalmazott meg állandó státuszú kórházi lelkipásztori kisegítők alkalmazására és a szentségi ellátás biztosítását szolgáló sürgősségi ügyeleti rendszer kialakítására, valamint a kórházi lelkipásztorkodást érintő sok más fontos kérdéssel is foglalkozik.

A felmérés eredményeinek felhasználásával került sor a Budapesti Kórházlelkészsg szervezésében a budapesti kórházak teljes lelkipásztori lefedettségét biztosító, jelenleg is működő sürgősségi ügyeleti rendszer kidolgozására.

Kutatásunk szempontjából kiemelkedő jelentősége van *Michna Krisztina* 2007 szeptemberében a Magyarországi Református Egyház kórházlelkészei között végzett kérdőíves felmérésének,⁸ mely huszonkét református kórházlelkész megkérdezésével vizsgálta az érintettek szolgálatának külső és belső paramétereit, az egyházi és egészségügyi rendszerben elfoglalt helyüket és szerepüket. A kutatás számos fontos megállapításából azokra utalunk röviden, amelyek tanulmányunk témaja szempontjából lényegesek.

8 MICHNA K.: *A Magyarországi Református Egyház lelkigondozó-kórházlelkészi szolgálatának rendszerszemléletű vizsgálata*, doktori értekezés, Károli Gáspár Református Egyetem Hittudományi Kar, Budapest, 2015, 128–144. http://193.224.191.196:8080/phd/Michna_Krisztina.pdf

A megkérdezett lelkigondozók közül kilencen kórházi, heten egyházi alkalmazásban állnak. Feladataik közül egy fő kivételével mindenki a betegek lelkigondozását tartják a legfontosabbnak, ezt követi a hozzájárulás, majd a munkatársak lelkigondozása. A betegek által való elfogadottság tekintetében a főállású lelkigondozók egyértelműen pozitívvabb tapasztalatokról számoltak be, mint részvállásban tevékenykedő kollégáik. A megkérdezettek szolgálata nem csupán a református betegekre terjed ki, egyaránt látogatnak más felekezetű, illetve felekezeten kívüli betegeket is.

A kutatás eredményeiből kitűnik, hogy a kórházlelkészek mind az egyházi, mind a kórházi rendszerben keresik a helyüket. A főállású lelkigondozók integrálódása a kórházi rendszerbe erősebb egyházi kapcsolódásaiknál. Az egyházi rendszer peremére szorulva érzik magukat, hiszen nincs gyülekezeti kapcsolódásuk. Kevés lehetőségük van továbbképzéseken való részvételre és szupervízióra, sokan küzdenek munkájuk nem kellő elismeréssel. Fontosnak tartják az egymással való kapcsolattartást, és sokan gyülekezeti kapcsolataik elő helyezik a kórházlelkészi közösséget.

A KÓRHÁZI LELKIGONDOZÓK KÖRÉBEN VÉGZETT KAPCSOLATHÁLÓZATI KUTATÁS

1. A kapcsolatok és a kommunikáció jelentősége szervezetekben, csoportokban

Kutatásunk fókusza a magyarországi kórházi lelkigondozók kapcsolatrendszere áll. A kapcsolatok és a kommunikáció nagymértékben befolyásolják egy szervezet működésének hatékonyságát, legyen az kreativitás- vagy termelékenységgözpontú szervezet.⁹ A karizmatikus vezetőknek érhetően nagy jelentőségük van. A szervezetek, csoportok között hídszerepet kapó személyek komoly előnyt jelenthetnek széles tudásukkal, az információ áramlásának növelésével és több csoport gyors stratégiai koordinálásával. A jobb csapatkommunikáció és az ezáltal történő csapatépítés is hozzájárul az eredményességhöz. Példaképpen: egy pénzügyi szolgáltató telefonos ügyfélszolgálatának hatékonyságát 8 százalékkal sikerült növelni egyetlen költségmentes intézkedéssel, a kávészünetek kommunikációt javító átszervezésével.¹⁰

2. A kapcsolathálózati kutatás mint módszer

A kapcsolathálózatok kutatása egyre elterjedtebb.¹¹ Mind módszerként, mind szemléletként egyre több tudományág ismeri fel jelentőségét. Ha valaki az interneten kezd keresgálni a jelenleg is zajló vagy éppen publikált kutatások között, rögtön szembetűnhet a témaik és tudományágak sokszínűsége. Jelen tanulmánynak is egy mentálhigiénés szakember-lelkigondozó, egy szociológus, egy lelkész és egy informatikus a szerzője. Emellett az is szembeötlő, hogy a megközelítést kvantitatív és kvalitatív kutatásokban, a politikában,

9 A. PENTLAND: The New Science of Building Great Teams, *Harvard Business Review*, Vol. 90, No. 4. (April 2012), 60–70. ■ 10 B. N. WABER – D. OLGUIN OLGUIN – T. KIM – A. PENTLAND: *Productivity Through Coffee Breaks. Changing Social Networks by Changing Break Structure* (January 11, 2010): <http://ssrn.com/abstract=1586375> vagy <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1586375> ■ 11 DÁVID B.: Bevezető, *Esély*, 22 (5), 2011, 3–10.



az üzleti világban, a szociális szférában és a civil életben egyaránt használják. A mi célunk is az volt, hogy egy kérdőíves felmérés segítségével ilyen szemszögből is rátekinthessünk a magyarországi kórházi lelkigondozás állapotára.

E kvantitatív módszerrel lehetséges volt megvizsgálni a szakmai együttműködések jellemzőit, egy nagy közösség (magyarországi kórházi lelkigondozók) kisebb csoportokra tagolt-ságának jellegzetes mintázatait, valamint az e csoportokon belül kirajzolódó kapcsolati sűrűséget, a kulcsszereplők (központi aktorok) számát, helyzetét, valamint a csoportok között hidat képező személyeket. A későbbiekben még a képzettség és a lelkigondozói képzést nyújtó intézménynel, esetleg egyéb szakmai körökkel, műhelyekkel való kapcsolatok összefüggésében is vizsgálni szeretnénk a hálózat sajátosságait. Feltételezéseink szerint ugyanis a kollégák közötti minél szélesebb és minél intenzívebb szakmai együttműködés a kórházi lelkigondozói szolgálat erősödéséhez vezet, mind szakmai, mind szervezeti szinten.

3. A kutatás sajátosságai

A felmérés megkezdése előtt szükséges volt meghatároznunk a vizsgálatban részt vevők körét, mind az érintett egyházak, mind a kórházi lelkigondozói munka értelmezése szempontjából.

A célcsoportba való bekerülés feltételéül azt szabtuk meg, hogy azokat kérdezzük meg, akik önmagukat elsősorban kórházi lelkigondozóként definiálják, ilyen státuszban vannak foglalkoztatva, és munkaidéjük nagyobb részét ezen a területen töltik (a munkaidőre vonatkozó feltételt később a kapott eredményekre tekintettel módosítanunk kellett). Emellett jelen kutatásunkban a római katolikus, a református és az evangélikus egyház által delegált lelkigondozókat vizsgáltuk. Természetesen tudjuk, hogy mind az önkéntesek, mind a további felekezetek szempontjából nézve ez viszonylag szűk kör, ugyanakkor a kórházi lelkigondozó definíciójának ilyen szűkitése nélkül olyan nagy halmazt kapnánk, amelyben ezek a kapcsolathálóra jellemző mérhető sajátosságok már sokkal kevésbé rajzolódnának ki.

Kutatásunk másik sajátossága, hogy egy pillanatképet ragad meg. A három felekezetben és a kórházakban egyaránt speciális helyet foglalnak el a kórházi lelkigondozók. Az egyházak néha felülről indítva, néhol alulról szerveződve, de egyre inkább törékednek arra, hogy kialakitsák ezt a státuszt, és az egészségügyi intézményekben is erősödő nyitottság tapasztalható a lelkigondozói szolgálat iránt, ugyanakkor mind a mai napig sokszor kis megbeszültségekőről van szó. Ez a fajta munka, a delegálók, de néha még a munkavállalók részéről is. Ennek eredményeként nagy a fluktuáció. Így például az is megtörtént, hogy a kérdőív egyik kitöltője a kiértékelési fázisban már más munkakörben dolgozott.

E sajátosságokkal együtt azt látjuk, hogy rendszerszintű megállapításokat tehetünk, és ebből következően olyan célokat fogalmazhatunk meg, amelyek a későbbi szakmai fejlődés szempontjából előremutatók lehetnek az egyházak e szolgálati területén.

4. A felmérés

A kérdőívet a résztvevők 2015. március 3. és május 23. között töltötték ki. A kutatás előkészítési fázisának mintegy három hónapos időszakát töltötte ki a kutatási definícióinak megfelelő alanyok nevének és elérhetőségének megszerzése, mivel Magyarországon nem létezik

összesítő lista a kórházi lelkigondozókról. Hólabdamódszerrel dolgoztunk, melynek lényege, hogy a megkérdezett személyektől kértünk javaslatot arra nézve, hogy még kiket vonjunk be a kutatás célcsoportjába. Célunk az volt, hogy a lehető legteljesebb körű országos mintához jussunk. A kitöltési szempontoknak megfelelő résztvevők felkutatását akkor zártuk le, amikor már hosszabb időn (tizenöt munkanapon) keresztül már csak ismert új elérhetőségek érkeztek hozzáink megkereséseink alapján. Munkánkat nehezítette, hogy az online kitölthető kérdőív szükségessé tette az internetes hozzáférés és e-mail cím meglétét a kérdezetteknél (mintegy 98 százalékuk rendelkezett e-mail címmel.)

Összesen 95 lelkigondozót szólítottunk meg három felekezetből, 57 fogott neki a kérdőív kitöltésének, és 51 kiértékelhető válasz született.

A nem kitöltők részéről többféle indok is elhangzott. Például az, hogy „frissen került a stáruszba”, ezért érdemben még nem tud nyilatkozni szakmai kapcsolatairól. De szem-besülnünk kellett azzal is, hogy volt, aki bevallottan azért nem töltötte ki felmérésünket, mert bizalmatlan volt azzal kapcsolatban, hogy az eredmények értelmezésekor kirajzolódó kép nem érinti-e hátrányosan a megítélését. Ez a fajta bizalmatlanság nem ismeretlen a módszerrel kapcsolatban.¹² Ezt kiküszöbölgendő a kérdőív feldolgozásakor kódokkal dolgoztunk, hogy az általánosan megfogalmazható sajátosságokat láthatassuk. Azt is tapasztaltuk, hogy az eredmények bemutatása a megkérdezettek körében óvatosságot igényelt. Az például, hogy kik a központi személyek akár befolyás, akár presztízs szempontjából, illetve hogy a személyek közötti kapcsolatok hol erősek, hol gyengék, egy rendszer működésének hiányosságairól is képet adhat. Az eredmények bemutatásánál tehát főleg az a célunk, hogy rávilágítunk a fejlesztendő területekre. Ilyen például a felekezetek közötti szorosabb szakmai együttműködés, vagy az, hogy a jól működő kisebb modellek kutatásunkban is látható eredményeit a többiek számára is megismerhetővé tegyük.

A kutatási kérdéseknél figyelnünk kellett, hogy könnyen és gyorsan kitölthető kérdőív készüljön. Rákérdeztünk a kitöltők felekezetére, korára, szolgálati helyére (melyik kórház), kórházi szolgálatban töltött éveinek számára, szakirányú tanulmányaira, valamint arra is, hogy tagja-e valamilyen szakmai csoportnak.

A munkadefinícióknak való megfelelést három kérdéssel is vizsgáltuk. Az egyik arra vonatkozott, hogy a kitöltő fő tevékenységének tekinti-e a kórházi lelkigondozást, a másik kettő pedig a munkaidőre kérdezett rá. Mivel a jelen tanulmányban felvetett kutatási kérdések elsősorban az egymás közötti kapcsolatokra vonatkoznak, és a megkérdezetteknek csupán 10 százaléka (öt fő) jelzett 25 százalék alatti munkaidőarányt, az itt bemutatott eredmények esetében megengedtük a fél munkaidőnél kisebb mértékben foglalkoztatottak vizsgálati részvételét is.

A hazai lelkigondozók közötti kapcsolatokat összesen négy szituációban vizsgáltuk a kérdezés előtti egy évre vonatkoztatva:

1. Ismeretség: ismeri-e a kérdezett az adott személyt?
2. Tanácsadás: adott-e már a kérdezett tanácsot az adott személynek?
3. Tanácskérés: kért-e a kérdezett tanácsot az adott személytől?
4. Tanácsot kérne: kérne-e a kérdezett tanácsot az adott személytől?

12 DÁVID B. – MAGVAS M.: „A munkakapcsolat határozza meg a jelzőrendszerét”. Az észlelő- és jelzőrendszer működése Veszprémben, *Esély*, 22 (5), 2011, 11–29.

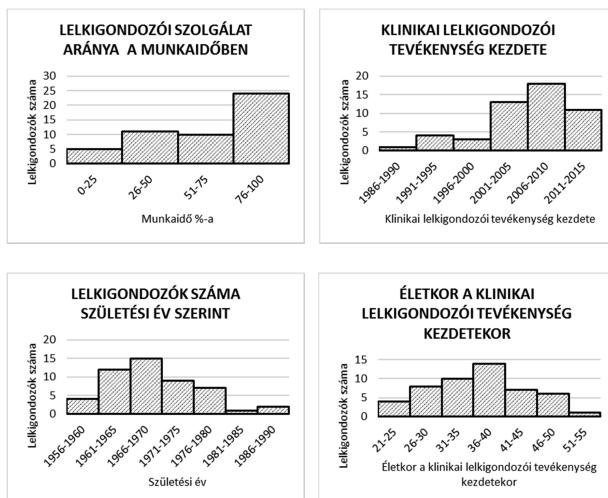
Azt is meghatároztuk, hogy milyen attribútumok szerint szeretnénk vizsgálni az eredményeket. A legfontosabbnak a felekezetet és a szakmai csoporthoz tartozást látottuk. Érdekes lenne további eredményeket is vizsgálni a nemek, valamint a képzettséget adó intézmények szerint.

5. Az online kutatás informatikai háttere

A felmérés a LimeSurvey¹³ rendszerrel készített webes kérdőível történt. A meghívót e-mailben küldtük el a kórházi lelkigondozóknak, a kitöltéshez internetkapcsolatra és webböngészőre volt szükségük. A saját névre és lelkigondozói szolgálatra vonatkozó kérdések után a kilencvennégy előre ismert kórházi lelkigondozóra és a négy fentebb ismertetett szituációra vonatkozó kapcsolati háló lekérdezése történt meg egy táblázat segítségével, öt lapra osztva el a 94×4 mezőt. Ötvenegy résztvevő fejezte be értékelhetően a kitöltést. Az átlagos kitöltési idő tizenhárom perc volt, a kiugróan magas, egyértelműen szüneteket is tartalmazó értékeket kiszűrve ez tíz percre csökkent.

Kutatásunkban tehát az ötvenegy kitöltött kérdőív nyomán kirajzolódó kapcsolathálózatot elemeztük. A felmérésben részt vevők 61 százaléka (harminchat fő) volt nő, és 78 százalékuk (negyven fő) nyilatkozott úgy, hogy tagja valamilyen szakmai csoportnak. A megkérdezett lelkigondozók közül huszonhárman reformátusok, huszonketten római katolikusok, hatan pedig evangéliuskos voltak. Huszonnegyen közel teljes munkaidőben, tízen valamivel több, tizenegyen valamivel kevesebb, mint fél munkaidőben, ötén pedig kevesebb, mint negyed munkaidőben végezték ezt a feladatot.

1. ábra: A kitöltők legfontosabb adatai



13 LIMESURVEY PROJECT TEAM – C. SCHMITZ: *LimeSurvey. An Open Source survey tool*, LimeSurvey Project, Hamburg, 2015: <http://www.limesurvey.org>

Elemzésünk során a fentebb említett négy szituációban kirajzolódó teljes kapcsolathálózatokat vizsgáltuk a felekezet, illetve a szakmai szervezeti tagság változói mentén, amelyeket az alábbi szimbólumok szerint jelöltünk.

1. táblázat: Jelmagyarázat

Evangélikus	
Katolikus	
Református	
Tagja szakmai szervezetnek	
Nem tagja szakmai szervezetnek	
Szimmetrikus kapcsolat	
Aszimmetrikus kapcsolat	

Az elemzésben a szimmetrikus kötéseket (amikor a kérdezett és az adott személy ismeri egymást) vastag vonallal, az aszimmetrikus kapcsolatokat (amikor a kérdezett és az adott személy közül csak egyik jelölte a másikat) vékony vonallal jeleztük az ábrákon. A szimbólumok méretét az határozza meg, hogy az illető hány kötéssel kapcsolódik a hálózathoz (hány embert említett, és öt hányan említettek). A szimbólumok mérete így az adott személy hálózathoz való kötődéseinek számával arányos: minél több embert említett, és minél többen említettek, annál nagyobb a szimbólum.

Az elemzést UCINET 6 szoftverrel végeztük,¹⁴ MDS (Multi Dimensional Scaling) módszerrel, amely a hasonló kapcsolati struktúrával rendelkező személyeket helyezi egymás-hoz közelebb.

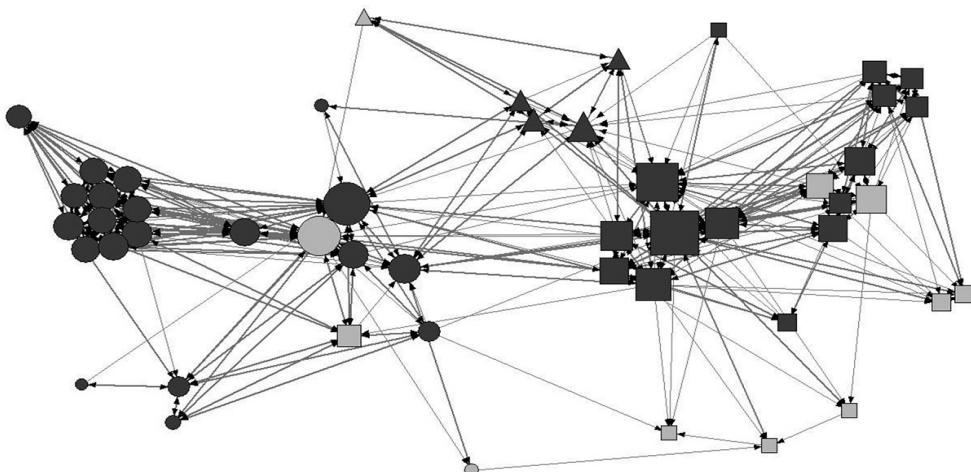
6. Eredmények

A megkérdezettek átlagosan tíz embert ismertek a vizsgált lelkigondozói hálózatból (Std. Dev. 5). Volt olyan válaszadó, aki senkit nem ismert, és olyan is, aki huszonöt lelkigondozót jelölt ismerősként. Ugyanakkor nem volt olyan lelkigondozó a hálózatban, akit legalább egy kérdezett ne ismert volna, a legismertebben lelkigondozót pedig huszonnyolcan említettek. Azt mondhatjuk, minél több embert jelölt meg valaki ismerősként (*kifok*), annál nagyobb a befolyása a hálózatra, és minél többen említettek valakit a hálózatból (*befok*), annál nagyobb a presztízse.¹⁵

14 S. P. BORGATTI – M. G. EVERETT – L. C. FREEMAN: *Ucinet for Windows. Software for Social Network Analysis*, Harvard, MA, Analytic Technologies., 2015. ■ 15 DÁVID B.: Bevezető, *Esély*, 22 (5), 2011, 3–10.

Az ismeretség nyomán kirajzolódó network sűrűsége 0,21, ami azt jelenti, hogy az összes lehetséges kapcsolat (amikor egy hálózatban mindenki ismer mindenkit) 21 százaléka realizálódik. A szórás meglehetősen magas (Std. Dev. 0,41), ami arra utal, hogy a kapcsolatok nem egyenlően oszlanak meg a hálózat szereplői között. A kimenő kapcsolatok esetén (ki hány ismerőst említett) a hálózatcentralizáció értéke 29,9 százalék, az egyén felé irányuló kötések kapcsán pedig (hány lelkigondozó említette) még magasabb, 36 százalék, ami arról árulkodik, hogy a kapcsolatok nem „egyenletesen” oszlanak el a hálózatban, találunk központi pozícióban lévő szereplőket. A hálózatban négy magas presztízsű aktort látunk (28, 27, 24 és 22 kérdezett említette őket), kettőt a katolikus, kettőt a református felekezetű csoport élén. Ezeknek a szereplőknek egy kivétellel a befolyásuk is erős a hálózatban, valamint a közöttiségrőlük (*betweenness*) is magas (20,9, 17,6, 15,6 és 10,4), ami azt jelzi, hogy a hálózat szereplői közül sokat összekötnek, közvetítik és egyben ellenőrzik is az erőforrásokat, információkat.¹⁶

2. ábra: Lelkigondozói network ismeretségek szerint



A vizsgált lelkigondozói hálózat egy komponensbe rendeződik, legalább egy szalon minden kérdezett kapcsolódik. Az ismeretség alapján kirajzolódó kapcsolathálózatot elemezve harmincnégy kisebb klikket találunk, azonban jól látható, hogy a networköt a felekezeti hovatartozás strukturálja a legerősebben. Nem meglepő módon az evangélius egyházhhoz tartozó mindössze hat lelkigondozó között a legsűrűbb a hálózat, szinte mindenki ismerik egymást. Figyelemre méltó ugyanakkor a huszonkét tagú, katolikus felekezetű lelkigondozói hálózat kohéziója, ahol az összes lehetséges kapcsolatnak több mint a fele megvalósul (0,53). A református, illetve az evangélius felekezethez tartozók között több kapcsolódás található a katolikusokhoz képest. Azok a szereplők, akik semmilyen szakmai szervezetnek sem tagjai, kevesebb kötéssel rendelkeznek.

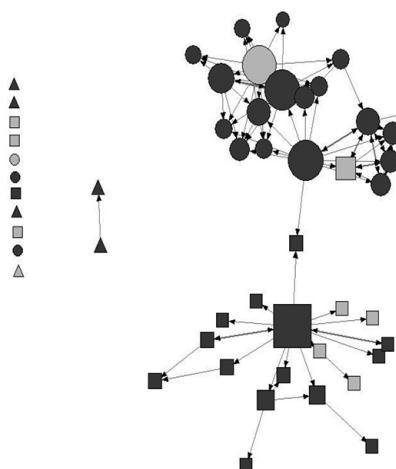
Ha megvizsgáljuk a másik három szituációt, kevésbé aktív kapcsolathálózatokat találunk, ahol a központi szereplők még erőteljesebben megjelennek (2. táblázat, 3–4. ábra).

Mind a tanácsadási, mind a tanácskérési szituáció esetében nagyon gyengén kapcsolódó hálózat rajzolódik ki, az összes lehetséges kapcsolat mindenkihez valósul meg ezekben a networkökben. A kérdezettek átlagosan 1,7 személynek adtak tanácsot, és átlagosan ugyanennyien kértek tanácsot másuktól. Ezekben a hálózatokban is erőteljesen érvényesül a centralizáció, vannak olyan szereplők, akik soknak adtak és akiktől sokan kértek tanácsot, és olyan szereplők is, akik nem kérnek (huszonhárom fő) és nem is adnak tanácsot (harmincnégy fő). A tanácsadási szituációban tizenegy, a tanácskérési szituációban tizenöt fő nem kapcsolódik egyáltalán a hálózathoz (ezek 70 százalékban ugyanazokat a szereplőket jelentik).

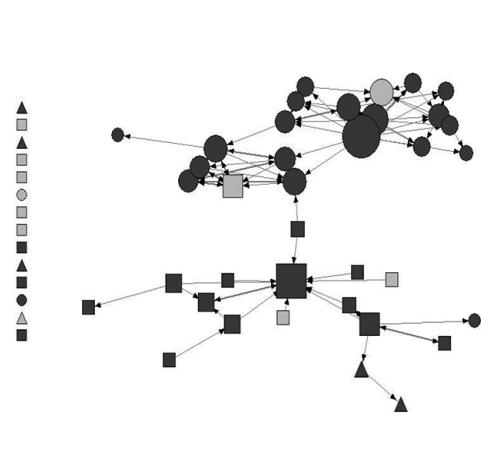
2. táblázat: A kapcsolathálózat egyes jellemzői a vizsgált szituációkban

	Ismeretség	Tanácsadás	Tanácskérés	Tanácsot kérne
Sűrűség	0,21	0,03	0,03	0,07
Befok (átlag)	10,4	1,7	1,7	3,7
Centralizáció (befok)	36%	6,7%	16,8%	9,5%
Kifok (átlag)	10,4	1,7	1,7	3,7
Centralizáció (kifok)	29,9%	25%	25%	11,5%

3. ábra: Lelkigondozói network tanácsadás szerint



4. ábra: Lelkigondozói network tanácskérés szerint



Ezekben a szituációkban még egyértelműbben megmutatkoznak a hálózat kulcsszereplői. A katolikus felekezethez tartozó lelkigondozói csoport két meghatározó szereplője mellett a tanácsadás-tanácskérés szituációkban megjelenik egy harmadik is, de neki inkább a befolyása nagyobb, mint a presztízse: soknak ad és soktól kér tanácsot, de kevesen adnak neki és kérnek tőle tanácsot. A református lelkigondozók csoportja – ahogy a 3–4. ábrán is plasztikusan megjelenik – erősen centralizált, egy központi személy köré csortosul: a huszonkét református szakemberből tízen keresték már fel tanácsért, ő maga pedig tizennégy lelkigondozónak adott tanácsot. Fontos lehet megjegyezni, hogy a központi szereplők pozíciója a tanácsadási szituációban a kifelé, a tanácskérési szituációban a befelé irányuló kötések miatt erős, azaz ők adnak és tőlük kérnek tanácsot, de nekik kevésbé adnak és ők kevésbé kérnek tanácsot a hálózat többi tagjától.

A tanácsadási és tanácskérési szituációban még hangsúlyosabban megjelenik a felekezeti strukturáltság, a csoportokon belüli sűrűség itt a legnagyobb, ahogy az a 3–4. ábrán is jól látszik. Az egyes felekezetekhez tartozó lelkigondozók egy-két kivétellel szinte csak azonos felekezetű szakemberekkel vitatják meg szakmai dilemmáikat. Ennek okaként első megközelítésben a felekezeti elhatárolódást feltételeztük, egy későbbi elemzés azonban kimutatta (*lásd a 3. táblázatot*), hogy az ismertség jobban meghatározza a kapcsolatokat, mint a felekezeti hovatartozás. Egyszerűbben kifejezve: a lelkigondozók az általuk ismert kollégákkal konzultálnak, függetlenül azok felekezeti hovatartozásától, így azonos felekezetű kollégáikat csupán azért választják gyakrabban, mert őket ismerik.

Fontos felhívni a figyelmet a katolikus és református egyházhhoz tartozó lelkigondozók között hídszerepet betöltő aktorokra. A tanácsadási és a tanácskérési szituációban is megjelenik egy-egy olyan református lelkigondozó (mindkét szituációban más), aki összeköti a két csoportot. Közöttiségrétekük megközelíti a kulcspozícióban lévő szereplőkét, és pozíciójuk, azzal, hogy mindenki csoport információiból és erőforrásairól részesülhetnek, fontos, annál is inkább, mivel ezeket közvetíthetik a két csoport között, de ezzel együtt meg is szűrhetik őket.

Fontos eredmény ugyanakkor, hogy amikor arról kérdeztük a válaszadókat, hogy a hálózat szereplői közül kiktöl kérnének tanácsot, megduplázódott a kötések száma, vagyis két-szer sűrűbb hálózatot kaptunk (2. táblázat, 5. ábra). A hálózat szereplőiben tehát megvan az igény egy aktívabb, együttműködőbb network kialakítására.

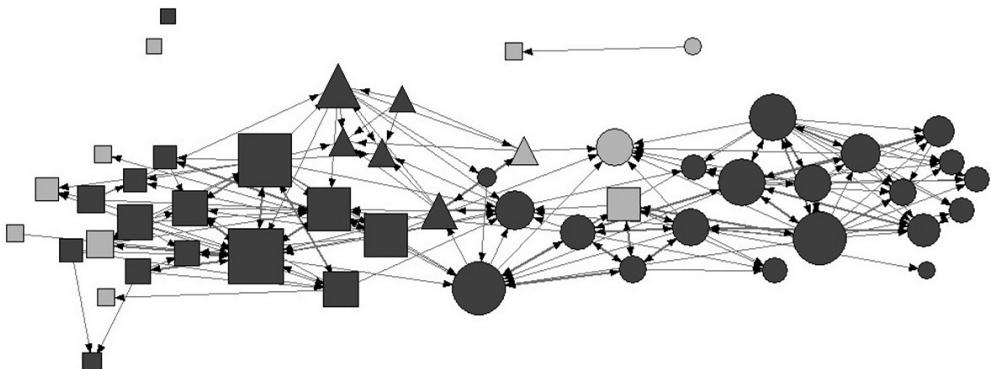
Az együttműködésre való készséget elsősorban az ismertség határozza meg, nem a felekezeti struktúra. A 3. táblázat a „tanácsot kérne” kötések számát viszonyítja az „ismertség” kötések számához, felekezetek szerinti bontásban. Az értékek – egy adott személyt ismervé kérnék-e tőle tanácsot – hasonlók, függetlenül attól, melyik felekezet tagja, aki tanácsot kérne (a táblázat sorai), és melyik felekezet tagja, akitől tanácsot kérne (a táblázat oszlopai). A főátlóban szereplő, felekezeten belüli értékek sem kiemelkedők a felekezetek közötti értékekhez képest.

3. táblázat: A „tanácsot kérne” és az „ismertség” kötések aránya felekezeten belül és felekezetek között

Tanácsot kérne	Evangélikustól	Katolikustól	Reformátustól
Evangélikus	0,46	0,40	0,44
Katolikus	0,31	0,30	0,65
Református	0,50	0,32	0,35

Ebben a hálózatban ugyan változatlanul jelen van a felekezeti struktúra, és még mindig meghatározók a felekezeten belüli kapcsolódások, sokkal többen kérnének tanácsot más felekezetekhez tartozó szakemberektől, ami a felekezetek egymás közötti szakmai elismeréséről is tanúskodik. A korábban is központi szerepet betöltő aktorok mellett más szereplők is érvényesülni látszanak ebben a hálózatban, ez a legkevésbé centralizált network (2. táblázat).

5. ábra: Lelkigondozói network aszerint, kiktől kérnének tanácsot



7. Következtetések

A felmérés eredményeit a kiértékelést követő évben különböző fórumokon ismertettük megvitásra, továbbgondolásra is lehetőséget adó előadások keretében. Az eredmények értékelésekor így az alábbiakban építünk a felmérésben részt vevő református és evangélikus lelkigondozóknak, a Budai Irgalmasrendi Kórház lelkigondozó munkatársainak, a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet munkatársainak, valamint a Debreceni Egyetem szociológiai doktorandusznapok résztvevőinek meglátásaira is.

A kutatás eredeti célja az volt, hogy feltérképezze a kórházi lelkigondozásban aktív szakmai csoportokat, láthatóvá tegye az információáramlás csatornáit, a kapcsolatrendszer szervezettségét, működését.

A kapott eredmények az alábbi következtetések levonását teszik lehetővé:

- Már nem tartható az az álláspont, miszerint a kórházi lelkigondozók kapcsolatrendsze-reben jól megfigyelhető felekezeti elkülönülés határozza meg az információs csatornák kialakulását és működését. A lelkigondozók elsősorban azért saját felekezetű munkatársaikkal osztják meg szakmai dilemmáikat, mivel főként őket ismerik. Vágyszinten ugyanakkor érzékelhető a bizalom, a nyitottság a más felekezetűekkel való együttműködésre. Valamennyi egyházban, bár különböző mértékben, de érvényesül a centralizáció, a kapcsolatok eloszlása nem egyenletes, a központi szereplők pedig elsősorban magas presztízsű tekintélyszemélyek, azaz elsősorban ők adnak és tölük kérnek tanácsot. A kapcsolathálóban megtalálható harmincnégy kisebb klikk ugyanakkor lehetőséget ad az alulról építkező, egyéni kapcsolati szintről kiinduló hálózatos fejlődésre.
- Az összes lehetséges kapcsolatnak mintegy az egyötöde realizálódik az ismeretségszin-tén, ebből azonban nem következik, hogy élnének a tanácsadás, tanácskérés lehetősé-gével. Ennek okait – a kutatásban részt vevők véleményét is osztva – abban kereshetjük, hogy a munkájuk tekintetében az egészségügyi szektorban új szereplőnek számító, a szakmaiság elismeréséért küzdő lelkigondozóknak még nincs energiájuk, szabad ide-jük arra, hogy szakmai nehézségeiket, elakadásaiat kollégáikkal átbeszéljék. Mindeh-hez hozzájárul, hogy a magyarországi segítőszakmákban még mindig nem alakult ki a tanácskérés, együttműködés kultúrája; az elakadás, az elbizonytalanság, a segítségkérés a gyengeség, a képzetlenség, az alkalmatlanság jelének minősül az egyén értékíté-teiben. Ily módon a lelkigondozók körében is tovább él a „hős magányos farkas” mítosza, mely szerint a jó lelkigondozó egyedül is helytáll, mindenhez ért, minden szituációban kompetens – erősen kitéve magát ezáltal a kiégés, kifáradás, túlterhelődés veszélyének. Ugyanakkor azokban a lelkigondozói körökben, ahol a vezetői döntéseknek köszönhetően kialakult a szupervízió, illetve esetmegbeszélés kultúrája, érzékelhetően nő az egy-más közti tanácskérések-tanácsadások száma. A tanácskéréshez-tanácsadáshoz viszo-nyulás összefüggését mutatja az az eredmény is, mely szerint a tanácsot nem kérő személyek 70 százalékban megegyeznek a tanácsot nem adó személyekkel.
- A felsmérés tanúsága szerint a szakmai rendezvényekhez hasonló szerepet tölt be a szak-mai szervezethez kötődés is: azoknak, akik semmilyen szervezetnek sem tagjai, kevesebb kapcsolati kötésük van a rendszerben.
- Fontos még kiemelni a felekezetek közti hídszereben lévő aktorok szerepét, akik nem azonosak a tekintélyszemélyekkel, ily módon a szubszidiaritás elve szerint alulról építkezve hatnak a kapcsolatháló fejlődésére. Szervezeti szempontból nézve így a jövő a vezetők mellett azon lelkigondozók kezében van, akik szakmai téren is felismerik és értékelik a fele-kezetek közti nyitás jelentőségét. Ezt az az eredmény is alátámasztja, mely szerint elsősorban az ismeretség és nem az azonos felekezethető tartozás határozza meg a működő szakmai kapcsolatokat.

CÉLOK, LEHETŐSÉGEK

A kórházi lelkigondozás intézményesülésének és fejlődésének szempontjából elengedhetetlenül fontos a szakma presztízsnekedése, elismertsége mind az egésszségügyi szektorban, mind az egyházak, mind a potenciális kliensek részéről. Ehhez jól szervezett és hatékonyan működő rendszerek létrejötte szükséges, melyek tagjai hálózatos együttműködésben és egymásrautaltságban dolgoznak.¹⁷ Ahhoz azonban, hogy az eddigieknel sűrűbb és jobban funkcionáló kapcsolathálózat jöhessen létre, fontos lenne azon tényezők erősítése, amelyek lehetővé teszik, hogy a kórházi lelkigondozók megismérjék egymást, és legyen tapasztalatuk arról, hogy szakmai kérdésekben hatékonyan tudnak együttműködni egymással (akár más felekezetű kollégákkal is). Így kiemelten fontos szerepet játszanak a jövő lelkigondozói rendszereinek fejlődésében azok a szakmai rendezvények, képzések, szupervíziós vagy esetmegbeszélő alkalmak, ahol lehetőség van egymás megismérésére és a tapasztalatcserére. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy az egy helyen képződött lelkigondozók szakmai együttműködése a képzés után is fennmarad. További kiaknázatlan lehetőség a kommunikáció fejlesztése egyszerű internetes eszközök, levelezőlisták, Facebook-csoporthoz létrehozása és működtetése által.¹⁸

A vezetői szerep tehermentesítése és az informális kapcsolatok erősítése szempontjából fontosak azon alulról szerveződő csoportok is, amelyek megerősítik az egyén szakmaiságát, és katalizálják egy működőképes kapcsolati háló létrejöttét.

Reményeink szerint kutatásunk nem csupán a jelenlegi struktúrák áttekinthetőbbé tételelőt szolgálta, hanem az eredményeknek az érintettekkel való megvitatása révén hozzájárult az információáramlás és a szakmai tudásmegosztás csatornáinak fejlesztéséhez is, s ezáltal a kórházi lelkigondozás intézményesülésének és elfogadottságának erősödéséhez.

*A tanulmány a Pázmány Péter Katolikus Egyetem
KAP16-71005-1.1-ITK projektjének támogatásával született.*

A szerzők:

Tésenyi Timea tanár, mentálhigiénés szakember, kórházi lelkigondozó, tanársegéd (Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet)

Lukács Ágnes szociológus, doktorjelölt, tanársegéd (Semmelweis Egyetem Egésszégtudományi Kar)

Járay Márton lelkigondozó, az Antropos Mentálhygiénés Egyesület titkára

Lukács Gergely informatikus, adattudomány súlyponnal, a PPKE ITK egyetemi docense

17 S. TÉSENYI T.: Magyarországi lelkigondozó szolgálatok hálózatos együttműködésének lehetőségei és kihívásai, in KARLOVITZ J. T.: Társadalom, kulturális háttér, gazdaság, IRI, Komárno, 2016. ■ 18 Számos informális közösségen megfigyelhető e kapcsolati formák együttműködés- és aktivitásfejlesztő hatása. Példaérettük szakmaközeli kezdeményezés az SE mentálhigiénés és lelkigondozói képzésein végzett szakemberek most épülő hálózata: www.antroposegyesulet.hu



Timea Tésenyi – Ágnes Lukács – Márton Járay – Gergely Lukács: Social network research conducted within Hungarian clinical pastoral care professionals. In this paper we present the first results of the online questionnaire-based social network research conducted within Hungarian clinical pastoral care professionals. The research was focused on the social connections among Hungarian clinical pastoral care professionals. Results of our research show that distribution of connections in this network is not homogeneous; there exist actors with high influence, whose betweenness value is typically also high, indicating that they connect many members of the network. We also establish that, although the structure of the network is most strongly structured by religious affiliation, nevertheless, personal acquaintances define the connections more strongly than this religious affiliation. Therefore, the statement that the emergence and operations of communication channels among Hungarian clinical pastoral care professionals is defined by religious affiliation is no longer valid. The primary reason why pastoral care professionals discuss their professional issues within their religious affiliates is that they know this group the best, however, openness and trust concerning the cooperation with members of other spiritual groups is also present. Therefore, results of our research underline the role of ecumenical professional events as platforms for networking, case studies, supervision groups and insofar underutilized Internet-based communication channels in the expansion and organizational development of the profession.

Keywords: *clinical pastoral care, social connections, social network.*

