

Ks. Wojciech Kułak

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

TERAPEUTYCZNA *OBECNOŚĆ* DOROSŁYCH DZIECI I WNUKÓW W HOSPITALIZACJI LUDZI STARSZYCH

Inspiracją do wnikliwego przyjrzenia się rodzinnym relacjom osób starszych/komunikacji międzypokoleniowej w sytuacji hospitalizacji babci, czy dziadka stała się konferencja naukowa (UWM, Olsztyn): *Pedagogika społeczna. Dokonania – Aktualność – Perspektywy. Wokół 'szkoły pedagogiki społecznej' Stanisława Kawuli*. Prof. Kawula nie pozostawia wątpliwości – wartość i znaczenie rodziny dla osób starszych staje się najważniejsza. Z rodziną osoby starsze wiążą się przez całe życie najbardziej. Pragną one dzielić swoje przeżycia, doświadczenia, miłość z osobami, które mają dla nich szczególne znaczenie. Należą do nich żyjący małżonkowie, dorosłe dzieci i wnuki, czasem krewni i przyjaciele.

Siłę więzi łączących małżonków potwierdza wzajemna troska i pomoc w chorobie. Dopóki mogą, osoby w podeszłym wieku nie korzystają z pomocy innych, tylko same wzajemnie się wspierają. Kobiety bardziej samodzielnie podejmują opiekę nad niedomagającymi mężczyznami. Mężczyźni częściej korzystają z pomocy dzieci i wnuków lub innych osób w opiece nad żonami¹. Małżeństwo w większym stopniu zapewnia mężczyznom niż kobietom w starszym wieku wsparcie i pomoc w chorobie. „W momencie, gdy współmałżonek umiera, mężczyźni w większym stopniu niż kobiety odczuwają wówczas stratę wsparcia społecznego. Są oni bardziej od kobiet uzależnieni”².

¹ M. Komorowska-Pudło, *Relacje rodzinne osób starszych*, [w:] *Życie w starości*, pod red. B. Bugajskiej, Szczecin 2007, s. 214–215.

² Tamże, s. 215.

Dla większości starszych ludzi bardzo ważne stają się wówczas więzi międzypokoleniowe/bliskie relacje z własnymi dziećmi i wnukami, na które składają się:

- wsparcie, pomoc, opieka,
- bliskość emocjonalna, przynależność, poczucie bezpieczeństwa, empatia, miłość³.

Społeczne problemy związane z hospitalizacją coraz większej liczby osób w podeszłym wieku, niepokojące zmiany wzajemnych powinności poszczególnych pokoleń, załamanie więzi rodzinnych uwidaczniające się bardzo wyraźnie podczas ich pobytu w szpitalach i innych placówkach leczenia zamkniętego, doskonale wpisują się w obszar poszukiwań badawczych pedagogiki społecznej. Niezbędna staje się pogłębiona refleksja nad kondycją polskiej rodziny w kontekście zmian tradycyjnych wzorów rodzinnych i systemu wartości, które spowodowały, że podstawą więzi rodzinnych są najczęściej jedynie więzi emocjonalne, z pominięciem moralnych zobowiązań dzieci/wnuków wobec starzejących się, schorowanych rodziców/dziadków. To, co zdawało się być do tej pory w miarę trwałe, co dla wielu pozostawało stałym odniesieniem, co pozwalało na poczucie afiliacji i bezpieczeństwa młodym i starym, ulega dynamicznej przemianie. I to nie tylko chodzi o zmieniające się granice strukturalne rozmywające dotychczasowe fundamenty oparcia na drodze wzrostu i rozwoju jednostki. Niepokojącym jest, że w konsekwencji zamiast wzmocnienia przynależności *do kogoś, do drugiego, do innych, do rodziny*, następuje osłabienie wzajemnych więzi, a nawet prowadzi do całkowitego ich zerwania. Nawiązywane szybko i bez zobowiązań przelotne znajomości nie zastępują naturalnej bliskości kochających się osób w rodzinie. Cieszących się pełnią praw, ale i świadomych wzajemności obowiązków.

Z wieloletniego doświadczenia (systematycznej jawnej obserwacji) w szpitalu zaobserwowałem, że tradycyjne wartości opiekuńcze przestały być punktem oparcia dla wielu spotykanych rodzin. Jak zauważył L. Kołakowski, nowe pokolenie skłania się ku obyczajowości, „w której nikt nie wierzy, nikomu o nic nie chodzi, byleby życie było zabawne...”⁴ Nie zdefiniowane do końca teoretycznie dominujące w praktyce idee witalności, skuteczności i konsumpcji ściśle związane z globalnym zachodnioatlantyckim rynkiem popytu/podaży pogłębiają rozdrożą pedagogii rodzinnej. Wystarczy wsłuchać się w głosy ponowoczesnych mento-
rów życia społecznego biadolących na kryzysem finansowo-gospodarczym, czy

³ Słusznie zauważa Bee pisząc, że związki rodzinne są „niezbędnym składnikiem pomocy i opieki nad starszymi ludźmi, są równocześnie pełne fal i zawirowań, żądań i niesprawiedliwości oraz paradoksów, są również źródłem przyjemności” (H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004, s. 590).

⁴ L. Kołakowski, *Mini wykłady o maxi sprawach*, Kraków 1997, s. 41.

nad groźbą totalnej zagłady, jak nie nuklearnej (zagrożenie ze strony tzw. „państw zbójcekich”), to ekologicznej (np. po ociepleniu klimatu), aby doznać zdumienia i zapytać, dlaczego nie sięga się do źródeł zagrożeń, do przyczyn braku wzajemnego zaufania, do kryzysu człowieczeństwa, zaburzonych międzyludzkich relacji, do regresu rodzinnej opieki, do ucieczki od solidarnego współprzeżywania jawiących się słabości/choroby, czy wreszcie rezygnowania z wysiłku asystencji przy śmierci i umieraniu osoby najbliższej⁵. To, czy dorosłe dzieci i wnuki podejmą dzisiaj wyzwanie terapeutycznej obecności/aktywnej rodzinnej opieki nad swymi starzejącymi się rodzicami i dziadkami przebywającymi w szpitalach, „czy (pozostaną w skórze) ubezwłasnowolnionych nieludzkich stworzeń”⁶, zależy zarówno od siły ich wzajemnych więzi uczuciowych, zdolności do empatii, a nade wszystko rozumienia odpowiedzialności i trudu osobowego/etosu życia rodzinnego. Stąd pedagogika społeczna uwalnia się od powierzchowności postmodernistycznego myślenia i ucieczki od głębszych wyzwań intelektualnych, odcinając się zarówno od skrajnego empiryzmu, jak i subiektywnej łatwizny pozbawionych racjonalności dociekań. Istnieje pilna potrzeba renesansu wartości opiekuńczych zobowiązujących mocą *rozumu praktycznego* dorosłych dzieci i wnuków do określonych zachowań i postaw.

Według B. Suchodolskiego sięgnięcie ku prymatowi wartości uniwersalnych jest możliwe poprzez skupienie uwagi na słowie *jestem* w sensie metafizyczno-osobowym oraz nowoczesny humanizm, „który uzasadnia na gruncie filozoficznym konieczność posiadania obiektywnej i trwałej hierarchii dóbr, i który podejmuje walkę z ubóstwem świata rzeczy, [...] – nieładem wewnętrznym powodowanym nietamowaniem żądz i upodobań”⁷. Autor zdaje się nawoływać, by jak najszybciej odrzucić groźne w skutkach dla życia rodzinno-społecznego zastępowanie hierarchii wartości hetearchią i postuluje przywrócić w przestrzeni społecznej równowagę pomiędzy wolnością/prawami jednostki, a jej zobowiązaniami/powinnościami moralnymi. W tym aksjologicznym kontekście postaram się przybliżyć i opisać specyfikę/ niezastąpioną rolę rodziny w złożonym procesie hospitalizacji osób starszych.

J. Szczepański charakteryzuje rodzinę jako grupę osób połączonych stosunkiem małżeńskim i rodzicielskim. Odnacza się ona spójnością wewnętrzną, utrzymaną dzięki siłom wewnętrznym oraz zewnętrznemu naciskowi⁸. Spójność wewnętrzna – wzajemne uczucie, przywiązanie emocjonalne małżonków, rodziców, dzieci, dziadków, ich wzajemny szacunek, troska i ofiarność – powodują, że

⁵ A. Filkielkraut, *Zagubione człowieczeństwo*, Warszawa 1999, s. 45–55.

⁶ K. Lorenz, *Regres człowieczeństwa*, Warszawa 1996, s. 89.

⁷ B. Suchodolski, *Stąd i dokąd idziemy*, Warszawa 1999, s. 39.

⁸ J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1966, s. 300–302.

rodzina jest naturalną wspólnotą, tworzącą się w toku spontanicznego zaspokajania potrzeb. Jej stabilizację i rozwój wzmacniają pomoc i wsparcie społeczne. Doświadczane w rodzinie wartości i normy postępowania, „jako pojęcia dobra osobistego i wspólnego, obowiązku i odpowiedzialności, sensu życia i otwartości na wartość drugiego, życzliwości, altruizmu głęboko zapadają w psychikę człowieka”⁹. Nigdzie tak jak w rodzinie nie postrzega się blasku wartości i nie uczy społecznej wrażliwości. Stąd żadne środowisko, poza zdrową, dojrzałą, wypełniającą z należytą starannością swoje określone funkcje, zjednoczoną wokół uniwersalnych wartości rodziną, nie jest w stanie zaspokoić głodu miłości/przynależności/bezpieczeństwa/znaczenia oraz opiekuńczych, zindywidualizowanych, dynamicznie zmieniających się w chorobie potrzeb/oczekiwań ludzi starych.

Przyglądając się przez wiele lat osobom starszym leżącym w szpitalu, poznając ich bliskich, dzieci, wnuki, krewnych, sąsiadów, prowadząc z nimi długie, otwarte rozmowy widziałem, jak w większości przypadków „dorosłe potomstwo staje się opiekunami, a starsi rodzice odbiorcami opieki”¹⁰. Nie wszystkim łatwo było odnaleźć się w nowych rolach.

Stąd podjąłem obserwację i jej analizę dotyczącą *obecności* dorosłych dzieci i wnuków w życiu dziadków podczas procesu hospitalizacji. Udział dorosłego potomstwa w życiu rodziców wygląda inaczej w szpitalu niż w domu. Wyróżniono obecność fizyczną, wyróżniającą się częstotliwością odwiedzin oraz konkretne zaangażowanie się, pomoc i opiekę, wyrażającą się w bezpośrednim wsparciu, zaspokajaniu potrzeb, rozwijaniu więzi.

Spośród wielu pacjentów w podeszłym wieku wybrałem tych powyżej 70 roku życia hospitalizowanych dłużej niż pięć dni na oddziale ortopedyczno-urazowym¹¹. Charakteryzowała ich zwiększona niewydolność fizyczna, czasami i umysłowa, załamanie funkcji biologicznych (inwolucja), wieloletnie wycofanie z życia zawodowego, zależność od innych. Przebyty uraz, wypadek, przewlekła, zwyrodnieniowa choroba. Dzięki wzajemnemu otwarciu, uważnemu wsłuchiowaniu się w długie opowieści o rodzinie, o zakresie obecności dzieci, wnuków w ich aktualnym życiu, o minionych szybko latach pracy i zmaganiu z pojawiającymi się coraz częściej ograniczeniami i chorobami (oczywiście nie mogło w tym dyskursie zabraknąć odniesień do obecnej polityki – ten segment wypowiedzi czasami bardzo się przedłużał), bezpośredniej, „z pierwszej ręki” obserwacji

⁹ E. Ozorowski, *Słownik małżeństwa i rodziny*, Warszawa 1999, s. 393.

¹⁰ J. S. Turner, D. B. Helms, *Rozwój człowieka*, Warszawa 1999, s. 573.

¹¹ Światowa Organizacja Zdrowia, WHO, za początek starości uznaje 60 rok życia. Wyróżnia w niej trzy zasadnicze etapy: wczesną starość od 60 do 75 roku życia, późną starość od 75 do 90 roku życia, powyżej 90 roku życia długowieczność.

w różnych porach i dniach tygodnia, wyrobiłem pogląd, że hospitalizacja/terapia ściśle wiąże się tu z sytuacją rodzinno-socjalną chorego.

Częstotliwość i jakość odwiedzin/relacji między osobami bliskimi w szpitalu wpływa na leczenie pacjenta w każdym wieku, ale w odniesieniu do pacjenta w wieku podeszłym ma szczególne znaczenie. Hospitalizacja w okresie starości jest bardzo traumatycznym doświadczeniem. Przyczyn tej sytuacji jest wiele. Osoby starsze w szpitalu, długotrwale unieruchomione, czują się zagubione, skrzywdzone, rozżalone, osamotnione, bardziej samotne niż bywało to przed wypadkiem i chorobą. Dochodzi nierzadko do sytuacji, którą można określić mianem sieroctwa społecznego. Dom rodzinny, który był znanym/przyjaznym/bezpiecznym miejscem nie z własnej woli, ale z konieczności został zamieniony na szpital. Rodzina/dzieci/wnuki, która w sferze emocjonalnej wypełniała całe dotychczasowe życie, szczególnie w przypadku kobiet, funkcjonuje dalej tak, jakby nic się istotnie nie zmieniło, a partner umiera. Wśród 54 pacjentów w wieku senioralnym leżących dłużej niż pięć dni na oddziale szpitalnym powyżej 70 roku życia w pierwszym półroczu 2010 r. były 34 kobiety i 20 mężczyzn. W liczbie kobiet znalazło się jedenaście wdów, dwie rozwódki i jedna stanu wolnego. Jedna kobieta zamężna, jedna wdowa, jedna rozwódka i jedna stanu wolnego były bezdzietne. W liczbie mężczyzn było trzech wdowców, trzech rozwiedzionych i dwóch bezżennych. Bezdziennych było dwóch żonatych, jeden wdowiec i jeden stanu wolnego. Zatem aż 30 pacjentek miało dorosłe dzieci i wnuki, zaś pacjentów mających dzieci i wnuki było 16.

Uważa się, że na jakość wzajemnych relacji ma wpływ częstotliwość kontaktów dzieci i wnuków z chorymi rodzicami i dziadkami. Analiza uzyskanych wyników badań pokazuje, że regularnie odwiedzało swoich starych, schorowanych rodziców tylko 48% dorosłych dzieci; 27% starało się ich odwiedzać od czasu do czasu; 15% robiło to sporadycznie. Aż 10% starzych rodziców nie odwiedzały w szpitalu ich dorosłe dzieci. Jeszcze gorzej sytuacja wyglądała z wnukami. Nie odwiedzało w ogóle swoich chorych dziadków w szpitalu aż 19% wnuków. Najrzadziej odwiedzali dziadków gimnazjaliści, 11%. Sporadycznie spotykali się z dziadkami podczas pobytu w szpitalu studenci, 16%. Od czasu do czasu odwiedzała chorujących dziadków młodzież szkół średnich, 24%. Najczęściej odwiedzały hospitalizowanych dziadków wraz z rodzicami dzieci w młodszym wieku i maluchy w wieku przedszkolnym, 29%. Łatwo zatem jest rozpoznać, że tradycja wielkiej rodziny w jakimś stopniu kurczy się i przestaje być żywa.

Współczesne pokolenie ludzi aktywnych zawodowo funkcjonuje w zupełnie odmiennym okresie społeczno-ekonomicznym niż ich rodzice i dziadkowie. Dorosłe dzieci mają ogromne problemy w dostosowaniu się do tego typu przemian cywilizacyjnych. Wnuki obciążone permanentną edukacją, dostosowywaniem się

do trudnych reguł gospodarki rynkowej, paradygmatem kultu młodości, zdrowia i urody, medialnym brakiem szacunku dla starszych, którzy nie spełniają kryteriów nowoczesności, przejawiają tendencje do uciekania przed rodzinnymi zobowiązaniami. Dla uzupełnienia posłużę się korelującą ilustracją indywidualnego przypadku i analizą jakościową sytuacji Adolfa, lat 72, męża i ojca dwojga dorosłych dzieci. Adolf cztery tygodnie przebywał unieruchomiony w łóżku po operacji na oddziale ortopedycznym. Cierpiał z powodu nie tylko otwartego złamania kości, dwóch w krótkim czasie poważnych operacji, ale nade wszystko poczucia osamotnienia. Syn odwiedził ojca dwa razy na początku choroby. Spotkaliśmy się wtedy wszyscy razem przy łóżku Adolfa. Pomimo cierpienia pacjent był pogodny i chętny do rozmowy. Z jego twarzy na chwilę zniknął nieodłączny grymas towarzyszącego bólu. Po kilku dniach pacjent zgłosił ponownie potrzebę rozmowy ze mną. Był smutny. Widać było, że ma w sobie wiele żalu. Usłyszałem wówczas słowa: „Oboje wyjechali do pracy, do Anglii. Ale syn chociaż mnie odwiedził, a córka...?! Wyjechali za pracę. Dobrze tam mają, a tu, co mieli? Nic.” Dowiedziałem się, że oboje dzieci wyjechały do pracy za granicę. Córka pięć lat temu, a syn przed trzema laty. „Dzwonią do nas, ale to nie to samo. Śmiertelnie chora żona bardziej potrzebuje opieki niż ja. Ja w szpitalu mam wszystko...oprócz moich dzieci. A ona? Co ona sama w domu zrobi? Bez opieki...” Kiedy spytałem o wnuki, pacjent przez dłuższą chwilę milczał, a potem ściszone głosem dodał: „One nie mają czasu. Wie ksiądz, jedna wnuczka studiuje, druga już pracuje, a wnuk uczy się jeszcze w gimnazjum... i sam przecież potrzebuje opieki. A żyje prawie jak sierota... Bo co to życie małego. Matka i ojciec daleko, ja w szpitalu, żona ciężko chora, a jego starsza siostra zajęta ciągle swoimi sprawami. Martwię się o niego.”

Jak się okazuje, dopóki oboje starszych ludzi nie dotykają w małżeństwie poważne choroby, potrafią oni w miarę skutecznie zająć się własnymi sprawami. Natomiast problemy zdrowotne, choroby, hospitalizacje skłaniają ich do częstszych kontaktów z dziećmi i wnukami. Trudno w chorobie być samotnym, opuszczonym, pozbawionym z nimi kontaktów. W związku z tym powstaje pytanie, czy potrzeby ludzi starszych leczonych okresowo w szpitalach różnią się w jakiś sposób od tych we wcześniejszych okresach ludzkiego życia, czy też jedynie hierarchia ich ważności i możliwości ich zaspokojenia tak naprawdę je odróżniają?

Potrzeby Adolfa i pozostałych pacjentów ortopedii wpisują się całkowicie w znany katalog potrzeb A. H. Masłowa¹². Niektóre z nich w okresie starości nasilają się, są odczuwane bardziej intensywnie, inne zaś słabną, nie mając aż

¹² A. H. Maslov, *Motywacja i osobowość*, Warszawa 1990.

tak wielkiego znaczenia, jak w latach poprzednich. U osób hospitalizowanych w podeszłym wieku potrzeba rozwoju, znaczenia i dominacji ustępuje potrzebom miłości, przynależności i bezpieczeństwa. Niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa wywołuje lęk opanowujący cały organizm. Wszystko, co nowe, nieznane wywołuje, szczególnie w szpitalu, trwogę, zagrożenie, przerażenie osłabiając komunikację interpersonalną i skuteczność leczenia. Potrzeba bezpieczeństwa nie jest zaspokajana, gdy permanentne zagrożenie chorobą potęguje dokuczliwa pustka z zewnątrz. Nie sposób przecenić kontaktów z bliskim człowiekiem dla zdrowego funkcjonowania jednostki. Trafnie tę tezę potwierdza następujący cytat: „każdy ma swoje granice samotności, poza które nie chce wychodzić. Po przekroczeniu tej granicy samotność zamienia się w udrękę. Innymi słowy, wszyscy potrzebujemy ludzi. Wszyscy odczuwamy potrzebę porozumiewania się”¹³.

Zaspokojenie potrzeby miłości i przynależności związane jest z bliskością kochających osób, z przebywaniem w towarzystwie tych, którym ufamy. O jej zaspokojeniu, albo niezaspokojeniu świadczy intensywność kontaktów z innymi, siła wzajemnej więzi, identyfikacja z rodziną oraz adaptacja do warunków szpitalnych. Wobec trudności w kontaktach ze światem szpitalnym istnieje niebezpieczeństwo wycofania się ludzi starszych – automarginalizacji. Aby temu przeciwdziałać, potrzeba zaangażowania/aktywności dorosłych dzieci i wnuków nastawionych na zrozumienie i wsparcie człowieka starego w okresie hospitalizacji, na znalezienie dlań odpowiedniego i trwałego miejsca w niełatwej dla każdego członka rodziny dezintegracji dotychczasowego życia.

Znajomość potrzeb fizjologicznych, jak i psychospołecznych oraz możliwości ich zaspokajania pomagają lepiej zrozumieć osoby starsze zapewniając im godne warunki opieki w procesie hospitalizacji. Terapeutyczna *obecność*, empatyczna wyobraźnia, konkretna opieka, wsparcie dzieci i wnuków pozwalają osobom starszym podjąć decyzję świadomej współpracy z lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami i pomimo ograniczeń/słabości zachować pogodę ducha, optymizm, wyzwolić wewnętrzne siły/motywacje do walki z chorobą¹⁴. Otoczeni rodziną, czują się w nowym środowisku bardziej bezpiecznie, szanowani, i akceptowani. Nie obawiają się prosić o pomoc, gdy jej potrzebują.

W wielu indywidualnych rozmowach prowadzonych ścisłym głosem przy łóżkach pacjentów usłyszałem w prostych słowach to, o czym mówił i pisał naukowo profesor S. Kawula. W wypowiedziach seniorów uwidocznił się „pogląd na człowieka, jako na istotę generatywną, a nie tylko reaktywną, jak to ma miej-

¹³ R. B. Adler, L. B. Rosenfeld, R. F. Proctor, *Relacje interpersonalne. Procesy porozumiewania się*, Poznań 2006, s. 5.

¹⁴ R. Konieczna-Woźniak, *Wpływ relacji interpersonalnych ludzi starszych na jakość ich życia*, [w:] *Życie w starości...*, s. 202.

sce w psychologii behawioryzmu”. Potwierdzali *stricte* najważniejsze przesłanie Kawuli: „Łączne ich uwzględnianie w procesie wspomagania innych osób oraz we własnym samorozwoju może uczynić życie pełniejszym. [...] W tym też podejściu, mówiąc słowami Martina Bubera ‘fundamentalnym faktem egzystencji ludzkiej nie jest człowiek sam w sobie, lecz człowiek z drugim człowiekiem’, a właściwie ‘dla drugiego człowieka’ (M. Buber, *Problem człowieka*, Warszawa 1993, s. XV)”¹⁵.

Jeżeli za integralną część hospitalizacji starszych uznamy wspomaganie, „a więc pedagogikę spotkania i dialogu (przynajmniej dwóch osób), to bliższe określenie zasad relacji bezpośrednich możemy ująć w kategoriach komunikacji międzyludzkich (K. Obuchowski, *Człowiek intencjonalny*, Warszawa 1993). Najpierw należy uzmysłwić sobie ‘ku czemu’, ‘ku jakim wartościom’ mamy ów dialog, spotkanie, komunikację prowadzić i czym powinny być nacechowane nasze relacje z drugim człowiekiem”¹⁶. Nie skłaniając się do egzemplifikacji pełnej ich listy, wskażę na najważniejsze, najczęściej wymieniane przez pacjentów: miłość, jako troskliwą obecność, zrozumienie, współczucie, ale także czas na szczerą rozmowę, nie wymuszoną, delikatną pomoc przy najprostszych zdawałoby się nawet czynnościach: myciu, jedzeniu, ubieraniu, a dopiero na końcu drobne zakupy oraz pieniądze, które sprzyjałyby pewnej niezależności. Realizacja tych wartości wymaga *obecności* kochających i bliskich osób. „[...] aby ochronić miłość, nadzieję i wiarę oraz humanizm i człowieka, trzeba mądrze i życzliwie być obecnym właściwie wszędzie, na wszystkich polach spraw ludzkich, wszędzie tam, gdzie istnieją lub też kształtują się wartościowe relacje międzyludzkie. Nie jest to kolejny wzorzec, ideał wychowawczy, ale nakreślony kierunek naszego postępowania, właśnie ‘ku człowiekowi’”¹⁷. Osobowej bliskości duchowej i emocjonalnej człowieka z drugim człowiekiem nie zastąpi instytucjonalna opieka szpitalna. Taka możliwość dotyczy przede wszystkim rodziny – wspólnoty „życia i miłości” (Jan Paweł II) – będącej „kontrastem” cech wypaczających ideę personalizmu (humanizmu) w obecnych opartych coraz częściej o cywilnoprawne kontrakty/usługi oraz ekonomiczne zyski/straty w relacjach lekarz/pielęgniarka–pacjent¹⁸. Potwierdziły to badania, z których wynika, że pomimo zaburzonego przekazu międzygeneracyjnego dzieci w dużym stopniu „martwią się o swoich

¹⁵ S. Kawula, *Moja pedagogika – uwagi do jednej z nauk o człowieku*, [w:] Stanisław Kawula. *Naukowiec – Dydaktyk – Humanista*, Olsztyn 2009, s. 51–52.

¹⁶ Tamże, s. 52.

¹⁷ Tamże, s. 56.

¹⁸ A. Pawlucki, *Personalizm dla pedagogiki zdrowia*, [w:] *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie*, pod red. E. Malewskiej, B. Śliwerskiego, Kraków 2002, s. 244–249.

starszych rodziców i pragną mieć integralny udział w opiece i wsparciu, jakie oni otrzymują”¹⁹.

Pedagogika personalistyczna odwołuje się jednocześnie do antropologii i aksjologii człowieka, jako osoby. „Wyłania się z niej prawda o człowieku, jako bycie partycypującym w dobru najwyższym, a zarazem tworzącym to dobro”²⁰. O wartości człowieczeństwa, co więcej, o sensie życia *dla* ludzi, *dla* opieki, edukacji, wychowania, bez ryzyka realizacji utopii jakiegoś projektu nieosobowego. W tego rodzaju przypadkach terapeutyczna *obecność* dzieci i wnuków podtrzymuje w starszym pacjencie/rodzicu/dziadku/babci wolę życia i zdrowienia, walkę z własnym ograniczeniem i niemocą fizyczną, zapobiega poczuciu nieprzydatności i marginalizacji, racjonalnie organizuje czas wolny, podejmuje sprzyjające leczeniu zabiegi pielęgnacyjne, a nade wszystko przybliża oddalony przez chorobę dom rodzinny, łagodzi tęsknotę za bliskimi, wprowadza w pogodny nastrój.

Mając na uwadze przesłanki wysunięte przez S. Kawulę w formułowaniu relacji międzyludzkich w sposób bardziej dynamiczny „na kształtowanie postaw ludzkich czy grup ludzkich w kierunku zmiany społecznej”²¹ niezbędne są dalsze, poszerzone badania empiryczne w obszarze pedagogiki społecznej nad uwarunkowaniami wsparcia rodzinnego – lub zaniedbaniami – wobec osób starszych hospitalizowanych w szpitalach.

¹⁹ J. S. Turner, D. B. Helms, dz. cyt., s. 573.

²⁰ A. Pawłucki, dz. cyt., s. 248.

²¹ Wywiad z Jubilatem Profesorem Stanisławem Kawulą, [w:] *Stanisław Kawula. Naukowiec – Dydaktyk – Humanista...*, s. 37.