

RODZINA WOBEC POSZKODOWANEGO W WYPADKU JEJ CZŁONKA

MAGDALENA FLOREK

ABSTRACT. Florek Magdalena, *Rodzina wobec poszkodowanego w wypadku jej członka* (The family facing one of their members falling victim to an accident). Dylematy współczesnych rodzin. Roczniki Socjologii Rodziny, XVI, Poznań 2005. Adam Mickiewicz University Press, pp. 141-151. ISBN 83-232-1509-X. ISSN 0862-2059. Text in Polish with a summary in English.

Magdalena Florek, Instytut Socjologii UMCS (Institute of Sociology Maria Skłodowska-Curie University), ul. Langiewicza 6A, 20-032 Lublin, Poland.

WPROWADZENIE

Codzienna egzystencja niesie za sobą szereg zagrożeń dla zdrowia i życia człowieka. Postęp cywilizacyjny, wyrażający się m.in. rozwojem techniki i przemysłu oraz pojawieniem się nowych środków lokomocji spowodował, że to, co w założeniu miało służyć poprawie warunków bytowania, stało się zarazem czynnikiem zagrożającym bezpieczeństwu człowieka. W terminologię dnia codziennego na stałe wpisało się słowo „wypadek”, kojarzące się z czymś nagłym, nieprzewidzianym i niosącym za sobą negatywne skutki.

Owe negatywne wieloaspektowe konsekwencje w sposób szczególny są odczuwalne przez te osoby poszkodowane w wypadkach, które doznały urazów wymagających leczenia szpitalnego. Na skutek choroby (doznanych urazów), osoba poddana hospitalizacji zostaje wytrącona z normalnego bądź akceptowanego środowiska bytowania, co w połączeniu z dolegliwościami somatycznymi, obawami o stan zdrowia i o możliwości powrotu do pełnej aktywności może wywoływać u niej frustrację i lęk o kształt przyszłego życia¹.

Wypadek bezpośrednio lub pośrednio dotyka również rodziny osób poszkodowanych. Zaburzenia w stanie zdrowia rodziny czy poszczególnych jej członków powodują wzrost zapotrzebowania na czynności mieszczące się w zakresie funkcji opiekuńczej. To właśnie w rodzinie osoba chora, niepełnosprawna szuka wsparcia psychicznego, oczekuje pomocy w adaptacji do nowych warunków życia, cierpliwości, wyrozumiałości². Ponadto z punktu widzenia medycyny jest bardzo istotne, że rodzina: tworzy fizyczną przestrzeń i warunki odpowiednie dla chorego i sytuacji

¹ C. Surowik, *Służba zdrowia a rodzina*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1989, s. 97.

² Tamże, s. 33

chorowania; kontroluje przebieg choroby, obserwuje objawy [...], wykonuje proste czynności pielęgnacyjno-lecznicze [...]; jest łącznikiem między chorym a światem zewnętrznym; daje wsparcie socjalne i emocjonalne³, a zatem staje się ważnym środowiskiem terapeutycznym.

W artykule omówiono wybrane wyniki badań przeprowadzonych wśród osób poszkodowanych w wypadkach na terenie województwa lubelskiego (od 1.07.2000 r. do 30.06.2001 r.), które korzystały ze świadczeń pogotowia ratunkowego, a następnie były hospitalizowane. Całość badań posłużyła do napisania rozprawy doktorskiej⁴.

Główny jej problem badawczy sformułowany został w formie pytania, które brzmi: jakie konsekwencje społeczne i zdrowotne ponoszą osoby, które uległy wypadkowi? Rozwiązanie tego problemu wymagało sformułowania problemów szczegółowych, wśród których znalazł się między innymi ten związany ze sferą funkcjonowania osoby poszkodowanej w wypadku po zakończonej hospitalizacji – w rodzinie, będący przedmiotem dalszych rozważań. W badaniach zastosowano ankietę pocztową oraz wykorzystano dokumenty i materiały urzędowe Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Lublinie, podstacji w Annopolu, Kraśniku, Lubartowie i Łęcznej.

Badania oparto na dwuetapowo dobranej 976-osobowej próbie spośród 8 526 osób, które uległy wypadkom w woj. lubelskim w okresie 1.07.2000 r – 30.06.2001 r. i korzystały ze świadczeń pogotowia ratunkowego.

W ciągu 3 miesięcy od daty wysłania ankiet, z odpowiednią instrukcją oraz kopertą zwrotną z naklejonym znaczkiem i adresem, zostały zwrócone 254 wypełnione ankiety. Po ich weryfikacji analizie poddano 246 respondentów. Wśród nich znalazło się 95 kobiet (38,6%) i 151 mężczyzn (61,4%); mieszkańcy miast stanowili 80,1% (197), a pozostałe 19,9% (49) były to osoby zamieszkujące wieś.

Najwięcej poszkodowanych w wypadkach było poniżej 30. roku życia (3 z 10 respondentów znalazło się w tej kategorii) oraz mieszcących się w przedziale wiekowym 40-49 lat (niemal 3 z 10). Najniższy odsetek respondentów miało 60 i więcej lat. Największy odsetek respondentów miał wykształcenie średnie, a co trzeci badany – zasadnicze zawodowe. Najmniej liczną kategorię stanowili badani z wykształceniem podstawowym (3,7%).

Istnieje także zróżnicowanie pomiędzy badanymi ze względu na rodzaj wypadku jakiemu ulegli. 2 z 5 respondentów uległo wypadkowi komunikacyjnemu, a zbliżone odsetki badanych osób – wypadkowi w domu (18,7%) i przy pracy (17,5%). Pozostali badani byli uczestnikami tego nagłego, nieprzewidzianego zdarzenia podczas drogi do pracy lub z pracy, w drodze do szkoły lub ze szkoły, w szkole lub w „innych” okolicznościach. Fakt dominującego udziału respondentów w wypadkach komunikacyjnych jest zbieżny z ogólnopolskimi tendencjami, zgodnie z którymi to właśnie ten rodzaj

³ I. Taranowicz, *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (red.), J. Barański, W. Piątkowski, ATUT, Wrocław 2002, s. 109.

⁴ M. Florek, praca doktorska *Socjomedyczne następstwa wypadków (na podstawie badań pacjentów pogotowia ratunkowego w województwie lubelskim)*, promotor prof. dr hab. S. Kosiński, Instytut Socjologii UMCS, Lublin 2003.

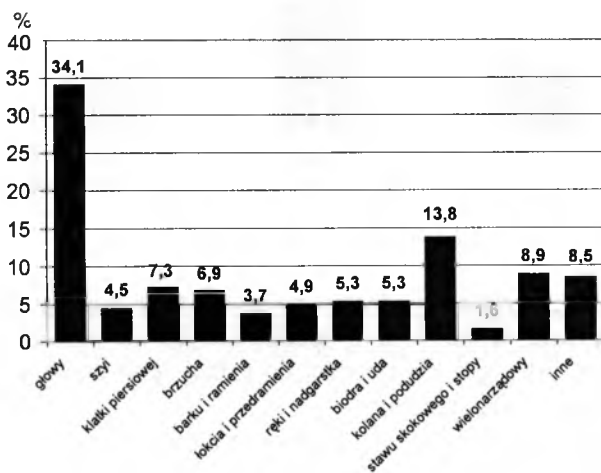
wypadków należy do najczęściej występujących. Wysoki odsetek niefortunnych zdarzeń w domu (m.in. upadków, potknięć, zatruc tlenkiem węgla) świadczy o dużej skali tego zjawiska, niestety bardzo często lekceważonego i pomijanego w analizach dotyczących wypadkowości, ze względu na jego „prywatny“ charakter i wiążącą się z nim ograniczoną możliwość prowadzenia w tym zakresie odpowiednich statystyk.

WPLYW WYPADKU NA SYTUACJĘ RODZINNĄ POSZKODOWANYCH

Wypadek bez wątpienia modyfikuje dotychczasowy sposób funkcjonowania rodziny osoby poszkodowanej. Owe zmiany i ich efekty są zauważalne na wielu płaszczyznach bytowania. Ze względu na problematykę przeprowadzonych badań skupiono się m.in. na zdrowotnych konsekwencjach wypadku u badanych, ich wpływie na życie rodzinne (relacje wewnątrzrodzinne, problemy z aktywnością zawodową, wydatki na leczenie) oraz relacje z szerszym otoczeniem społecznym. Poszkodowani w wypadkach respondenci odnieśli rozmaite obrażenia ciała. Nie wszystkie z nich były poważne i ciężkie, niemniej skutkowały hospitalizacją.

Posługując się Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, obowiązującą w Polsce, można wyróżnić około 12 typów urazów najbardziej związanych ze sferą wypadkowości. Są to m.in. urazy: głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha, barku i ramienia, łokcia i przedramienia, ręki i nadgarstka, biodra i uda, kolana i podudzia, stawu skokowego i stopy, wielonarządowe, zatrucia i oparzenia⁵.

Sugerując się wspomnianą klasyfikacją, pogrupowano urazy, których doznali badani (ryc. 1).



Ryc. 1. Urazy, których doznali respondenci (odsetki nie sumują się, gdyż niektórzy respondenci doznali więcej niż jednego z wymienionych typów urazów)

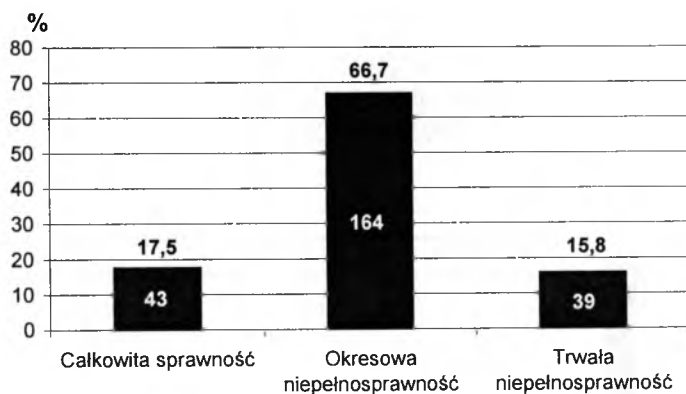
⁵ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja X, Wyd. ESA-LIUS, Kraków 1997.

Wśród najczęściej doznawanych w wypadkach znalazły się urazy głowy – doświadczył ich co 3. respondent, co 7. badany na skutek wypadku doznał urazu kolana lub podudzia. Najmniej wypadkowiczów (4-1,6%) doznało natomiast urazu stawu skokowego lub stopy.

Jak już wcześniej nadmieniono wszystkie urazy, jakich doznali badani, wymagały hospitalizacji. Długość pobytu w szpitalu poszczególnych poszkodowanych była różna, średnia z ich pobytu wyniosła 17,08 dnia. Na potrzeby niniejszego opracowania utworzono 3 przedziały czasowe: 1-7 dni – krótka hospitalizacja, 8-21 dni – średni okres hospitalizacji oraz 22 dni i więcej – długa hospitalizacja.

Zbliżone odsetki respondentów przebywały w szpitalu przez 8-21 dni i powyżej 21 dni (odpowiednio 30,5% i 28,9%). Najwyższy odsetek badanych poddanych było hospitalizacji przez okres nie przekraczający 7 dni (37,8%), co wskazuje na fakt, iż wśród respondentów najwięcej było osób, które doznały niezbyt ciężkich obrażeń ciała.

Rodzaj urazów odniesionych przez osoby poszkodowane w wypadkach, skuteczność procesu leczenia skutkowałą ich stanem zdrowia w momencie opuszczania szpitala (ryc. 2).



Ryc. 2. Stopień sprawności po opuszczeniu szpitala

Zdecydowana większość respondentów po zakończonej hospitalizacji była okresowo niepełnosprawna, a aż 1 z 6 ankietowanych na skutek odniesionych w wypadku obrażeń już nigdy nie powróci do pełnej sprawności, a tym samym i pełnego uczestnictwa w życiu rodziny.

Przeprowadzone badania wykazały, że poza rodzajem doznanych urazów (osoby trwale niepełnosprawne w zdecydowanej większości doznały ciężkich obrażeń głowy, a także urazów: ręki i nadgarstka, biodra i uda, kolana i podudzia oraz urazów oka, ciężkich oparzeń), także długość pobytu w szpitalu i zmienna niezależna, jaką jest wiek respondentów, pozostają w ścisłym związku ze sprawnością poszkodowanych w wypadkach po zakończonej hospitalizacji ($\chi^2 = 24,21$, $p < 0,01$). Wśród

osób, które odzyskały pełną sprawność znalazły się przede wszystkim te poddane krótkiej hospitalizacji – do 7 dni (72,1%), prawie połowa z nich to ludzie młodzi (18-29 lat), co wskazuje na fakt, iż osoby te doznały niezbyt ciężkich urazów, a ich młody wiek dodatkowo sprzyjał szybkiemu i pełnemu powrotowi do zdrowia.

Co drugi respondent przebywający w szpitalu powyżej 21 dni, na skutek urazu odniesionego w wypadku został trwale niepełnosprawny, co było tragedią nie tylko dla niego, ale i jego rodziny. Zdecydowana większość spośród tych, którzy opuścili szpital z trwałą niepełnosprawnością, to osoby w wieku 40-59 lat (69,2%).

Nie zauważa się natomiast większych różnic w długości hospitalizacji osób, które dotknęła okresowa niepełnosprawność. Biorąc pod uwagę ich wiek, największe odsetki respondentów znalazły się w przedziałach wiekowych 18-29 lat i 40-49 lat.

Opuszczenie szpitala i powrót badanych do przedwypadkowej rzeczywistości społecznej nie jest łatwe.

Szczególnie negatywne oddziaływanie mają te urazy i schorzenia, które pozostawiają jakies skutki w funkcjonowaniu jednostki. W ich rezultacie bowiem jednostka narażona jest na pewne ograniczenia. Mogą one przybrać postać:

a) zależności – dotychczasowa samodzielność zmienia się w uzależnienie od innych;

b) izolacji – spadek częstości kontaktów i relacji z innymi ludźmi;

c) wypadania z ról społecznych – jednostka staje się często niezdolna do realizowania dotychczasowych i podejmowania nowych ról społecznych, będących przedmiotem jej pragnień⁶.

Wszystkie powyższe ograniczenia powodują, że osoba chora czuje się niepełnowartościową, nieprzydatną społecznie, a jednocześnie uzależnioną od bliskich członków rodziny lub niekiedy całkiem obcych osób, instytucji. Za potwierdzenie tej tezy mogą posłużyć refleksje respondentów: „W wyniku wypadku straciłem oko, w jednej chwili cały mój „uporządkowany świat” i praca zawodowa, którą kochałem, stanowiąca jedyne źródło utrzymania mojej rodziny legły w gruzach. Na twarzy mam liczne szpecące blizny, co wraz z brakiem oka nie napawa optymizmem na przyszłość. Pomimo że minął już rok od wypadku, nie mogę się przyzwyczaić do tych wszystkich spojrzeń mijających mnie ludzi na ulicy, czy też przyglądających mi się w środkach komunikacji miejskiej. To wszystko sprawia, iż zamykam się w domu – gdyby nie moja rodzina i dzieci, już dawno pożegnałbym ten niesprawiedliwy świat” (mężczyzna, 30 lat); „W trakcie wypadku przy pracy doznałem częściowej amputacji 2 palców. Kto przyjmie do pracy takiego 41-letniego człowieka jako mechanika, gdy szukają ludzi młodych (do 30 lat). Wniosek o rentę został odrzucony, bo za mały uszczerbek na zdrowiu – to bezsens” (mężczyzna, 41 lat); „Wypadek to coś strasznego, w jednej chwili człowiek może stracić życie, albo jeśli uda mu się z niego wyjść, to i tak jego życie ulega przewartościowaniu, docenia zdrowie” (kobieta, 36 lat). Te wypowiedzi dowodzą faktu, że na skutek wypadku na próbę została

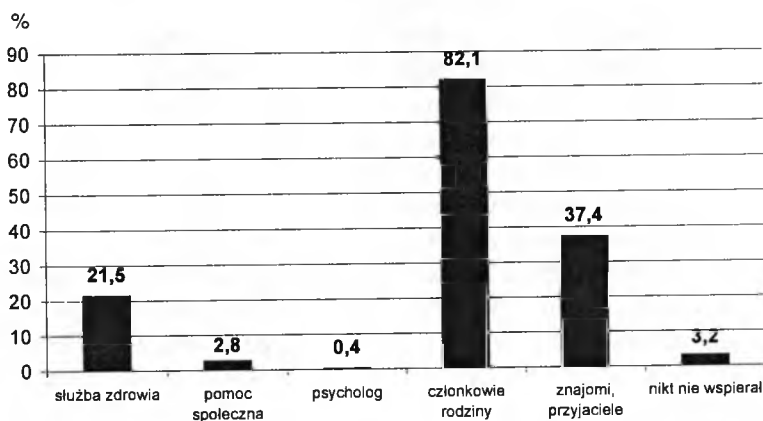
⁶ M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Socjologia medycyny. Wybrane zagadnienia*, UMCS, Lublin 1989, s. 105.

wystawiona psychika poszkodowanych w nim, ale także członków ich rodzin, zazwyczaj nieprzygotowanych do tego, by pełnić rolę opiekunów, „psychologów” i „pielęgniarzy”.

Jednocześnie nowa sytuacja (po opuszczeniu szpitala) wymuszała na respondentach podejmowanie ról społecznych już wcześniej przyswojonych, ale także naukę tych dotąd nie znanych, w odmiennych okolicznościach – bo zdeterminowanych stanem zdrowia. Realizacja tych działań przystosowawczych, będących elementem rehabilitacji społecznej, bardzo często nie byłaby możliwa bez pomocy rodziny.

Należy jednak zauważyć, że przebieg rehabilitacji psychospołecznej jest inny u mężczyzn niż u kobiet. Jest to spowodowane różnicami osobowości, ale przede wszystkim odmiennością pełnionych ról społecznych, które dają kobietom większą swobodę adaptacji w przypadku choroby lub inwalidztwa. Fakt łatwiejszej adaptacji kobiet do nowej sytuacji życiowej wywołanej chorobą wynika między innymi z silniejszych związków kobiety ze środowiskiem domowo-rodzinnym, podczas gdy aktywność mężczyzny nastawiona jest przede wszystkim na środowiska pozarodzinne. Pewne różnice w przystosowaniu się do nowej sytuacji życiowej można także zaobserwować u osób młodych i starszych. Ludziom młodym, zwykle bardziej aktywnym (zawodowo, towarzysko itp.) aniżeli osoby starsze, znacznie trudniej pogodzić się z własnymi ułomnościami. Poziom wykształcenia osób „uwikłanych” w chorobę rzutuje tylko na potencjalne możliwości przeorganizowania trybu życia (praca zawodowa i wypoczynek)⁷.

Doznane urazy, ograniczona sprawność, niezdolność do zarobkowania itp. sprawiły, że badani poszukiwali wsparcia w swoim najbliższym otoczeniu społecznym, ale także w instytucjach (ryc. 3).



Ryc. 3. Osoby i instytucje wspierające respondentów w trudnej sytuacji. Odsetki nie sumują się, gdyż respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi

⁷ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. UJ, Kraków 2000, s. 220-221.

Dominująca większość ankietowanych (4 z 5) w trudnej sytuacji było wspieranych przez członków rodziny. I jest to zrozumiałe, gdyż dobrze funkcjonująca rodzina, czyli taka która realizuje przypisane jej zadania, może stać się miejscem schronienia, opieki i pomocy dla osób mających problemy zdrowotne. Tutaj bowiem najczęściej doświadczają akceptacji, życzliwości⁸. Obecność w najbliższym otoczeniu osób gotowych do udzielania wsparcia, posiadanie odpowiednich umiejętności i wystarczającej ilości czasu na pomoc i opiekę są podstawowymi warunkami łagodzenia dolegliwości codziennego życia osób niepełnosprawnych i ułatwiający powrót do zdrowia, jeśli jest to możliwe do osiągnięcia z medycznego punktu widzenia. Rodzina jest zatem główną podporą osób dotkniętych chorobą⁹.

O połowę mniej respondentów (37,4%) uzyskało pomoc od znajomych, przyjaciół, a wśród instytucji, które pomogły badanym w rozwiązywaniu problemów wywołanych wypadkiem znalazły się: służba zdrowia – z jej pomocy skorzystał co piąty badany, pomoc społeczna i psycholog (odpowiednio 2,8% i 0,4%). Zapotrzebowanie respondentów na fachowe wsparcie pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej oraz psychologa, świadczy o specyfice i randze problemów, będących konsekwencją wypadku, z jakimi przyszło im się borykać.

Ogólny rozkład odpowiedzi wskazuje na fakt, iż to rodzina jest tą grupą i instytucją, która realizując funkcję opiekuńczą, najbardziej aktywnie włącza się we wspieranie swych członków w trudnej sytuacji. Także duży udział osób zaprzyjawnionych z poszkodowanymi w wypadkach w niesienie pomocy tymże świadczy o pełnej lub przynajmniej częściowej ich akceptacji.

Taka sytuacja bez wątpienia sprzyja adaptacji badanych do nowej sytuacji życiowej uwarunkowanej stanem zdrowia, gdyż poza akceptacją następstw urazów przez nich samych konieczna jest także akceptacja otoczenia¹⁰.

Badania wykazały, że niemal 4 z 10 respondentów w sposób wyraźny doświadczyło zmiany stosunku członków rodziny wobec nich po powrocie do domu (po zakończonej hospitalizacji). Natomiast pozostali badani stwierdzili, że wypadek nie wywołał żadnych zmian w relacjach wewnątrzrodzinnych.

Istnieje pewna zależność pomiędzy stopniem sprawności poszkodowanych w wypadkach i ich relacjami ze współdomownikami ($\chi^2 = 10,56$, $p < 0,01$). Zmian w zachowaniu wobec swojej osoby ze strony najbliższych członków rodziny doświadczyli przede wszystkim respondenci, którzy szpital opuścili jako okresowo niepełnosprawni (prawie 3/4 z nich) i trwale niepełnosprawni (ok. 1/5 z nich). A zatem można przypuszczać, że problemy zdrowotne badanych osób i wynikające z nich konsekwencje związane z niemożnością pełnienia dotychczasowych

⁸ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986, s. 2000.

⁹ A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001, s. 154.

¹⁰ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. UJ, Kraków 2000, s. 215.

ról społecznych były czynnikiem wywołującym określonego rodzaju zachowania członków rodziny.

Brak zmian w relacjach wewnątrzrodzinnych dotyczył głównie osób z okresową niepełnosprawnością (6 z 10 osób) i tych, u których wypadek nie pozostawił żadnych trwałych skutków zdrowotnych (prawie co 4. takiej osoby).

By w sposób pełny ukazać sytuację poszkodowanych w wypadkach, zapytano ich o rodzaj zmian, jakich doświadczyli w rodzinie po zakończonej hospitalizacji.

Respondenci wskazywali na zmiany w relacjach wewnątrzrodzinnych, które można ocenić jako pozytywne, dające im poczucie zainteresowania i wsparcia w trudnej sytuacji, ale nie zabrakło także tych o zabarwieniu pejoratywnym (tab. 1).

Tabela 1

Zmiany stosunku członków rodziny wobec respondentów

Rodzaj zmian	Liczba badanych	%
Nadopiekuńczość	33	35,5
Wyręczanie w obowiązkach	43	46,2
Problemy we wzajemnym kontaktach, zrozumieniu	33	35,5
Niechęć, odtrącenie przez członków rodziny	7	7,5
Inne (rozwód, rozstanie)	2	2,1
Ogółem	93	100,0

Liczby i odsetki nie sumują się, gdyż respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi (z analizy wyłączono osoby, które nie doświadczyły zmian w zachowaniu ze strony członków rodziny)

Wśród pozytywnych zachowań współdomowników wobec badanych osób znalazło się wyręczanie ich w obowiązkach (prawie co drugi badany), dominowało ono wśród osób, które szpital opuściły z okresową niepełnosprawnością i trwały niepełnosprawnością (odpowiednio 52,2% i 36,8% spośród nich) oraz nadopiekuńczość (co trzeci badany). Doświadczyli jej przede wszystkim respondenci całkowicie sprawni i okresowo niepełnosprawni (odpowiednio 42,9% i 38,8%).

Jednocześnie, aż u 35,5% wypadkowiczów pojawiły się problemy w kontaktach z członkami rodziny, we wzajemnym zrozumieniu. Doświadczyli oni także niechęci i odtrącenia ze strony swych najbliższych, rozstali się z nimi. Te negatywne zmiany stały się udziałem przede wszystkim osób trwale niepełnosprawnych. Można przypuszczać, że w rodzinach tych osób nowa i trudna sytuacja doprowadziła do zaburzenia dotychczasowych relacji. Niemożność sprostania nowym wyzwaniom, brak umiejętności, możliwości lub chęci niesienia pomocy przez współdomowników wspomnianym respondentom skutkowałą odsunięciem się od nich, konfliktami.

Należy przypuszczać, że nie bez znaczenia pozostawał tu fakt zachwianej sytuacji materialnej rodzin osób niepełnosprawnych wywołanej brakiem możliwości zarobkowania (absencja w pracy) i stratami finansowymi z tego tytułu (tab. 2), trudnościami ze znalezieniem zatrudnienia, przy jednoczesnych wysokich nakładach finansowych na leczenie (tab. 3).

Tabela 2

Straty ekonomiczne respondentów na skutek absencji w pracy (niemożności wykonywania pracy zarobkowej)

Straty w zł	Liczba badanych	%
0	72	29,3
Do 1000	43	17,5
1001-5000	50	20,3
Powyżej 5000	25	10,2
Nie dotyczy - respondent nie zarabkował	27	10,9
Brak danych	29	11,8
Ogółem	246	100,0

Wśród respondentów, którzy ponieśli straty pieniężne dominowali ci, którzy na skutek wypadku stracili 1001-5000 zł (co 5. respondent) oraz 1000 zł lub mniej (prawie co 5. respondent). Co dziesiąty poszkodowany w wypadku, biorący udział w badaniach poniósł wysokie straty, bo przekraczające 5000 zł. Tylko co trzeci respondent odpowiedział, że okres nieobecności w pracy lub niemożności zarobkowania nie spowodował u niego strat finansowych.

Warto także nadmienić, że średnia strata finansowa poniesiona przez badane osoby wyniosła aż 8356,28 zł. Dane te dowodzą, że dla wielu badanych, poza bardzo istotnymi następstwami zdrowotnymi, wypadek wiązał się także z poważnymi następstwami materialnymi, co nie pozostawało bez znaczenia na realizację funkcji ekonomicznej rodziny i mogło generować wewnątrzrodzinne nieporozumienia.

Badania wykazały ponadto, że tylko co drugi respondent, który opuścił szpital jako okresowo niepełnosprawny, w chwili przeprowadzania badań, był aktywny zawodowo. Taka sama sytuacja dotyczyła także prawie połowy respondentów, których hospitalizacja zakończyła się pełną sprawnością i tylko 15,4% tych trwale niepełnosprawnych. Aż 7 z 10 spośród tych ostatnich nie pracowało i nie czyniło starań o uzyskanie zatrudnienia. Zbliżone odsetki badanych całkowicie sprawnych i okresowo niepełnosprawnych poszukiwało pracy (odpowiednio 20,9% i 17,7%) oraz nie pracowało i nie zgłaszało chęci podjęcia pracy (odpowiednio 34,9% i 32,3%).

Tak niski odsetek respondentów trwale niepełnosprawnych, będących aktywnymi zawodowo wskazuje na to, że problem bezrobocia wśród inwalidów dotknął także znacznej części tych, biorących udział w badaniach. Pozostaje to zresztą w ścisłym związku z ogólną sytuacją panującą na polskim rynku pracy, czego dowodem mogą być wysokie odsetki niezatrudnionych wśród badanych osób, których stan zdrowia pozwala na podjęcie pracy. Badani w swobodnych wypowiedziach akcentowali swoją bezradność i rozgoryczenie wynikające z faktu utraty szans na znalezienie pracy wywołane wypadkiem: „Po złamanym kręgosłupie trudno znaleźć jakąkolwiek pracę, gdyż nadal boli kość krzyżowa, uniemożliwia chodzenie, dłuższe siedzenie” (kobieta, 49 lat); „Po wypadku mam trudności z dostaniem nowej pracy, gdyż w poprzedniej na moje miejsce została przyjęta inna osoba (zakład prywatny), w ten sposób „wypadłem” z rynku pracy” (mężczyzna, 47 lat); „Wypadek zmienił

moje życie zawodowe. Byłem kierowcą, teraz już nie mogę pracować. Poszedłem na emeryturę” (mężczyzna, 66 lat).

Jak już nadmieniono, poza pewnymi ograniczeniami respondentów w sferze aktywności zawodowej, dodatkowym obciążeniem ich samych, ale także ich rodzin były wydatki finansowe na leczenie (tab. 3).

Tabela 3

Koszty leczenia pokrywane przez respondentów (i rodziny)

Koszty w zł	Liczba badanych	%
0	18	7,3
Do 1000	85	34,5
1001-5000	52	21,1
Powyżej 5000	10	4,1
Brak danych	81	33,0
Ogółem	246	100,0

Jedna trzecia badanych na leczenie urazów doznanych w trakcie wypadku wydała nie więcej niż 1000 zł. Co piąty poszkodowany natomiast musiał wydatkować na ten cel od 1000 do 5000 zł, u nielicznych kwota ta przekroczyła 5000 zł. Tylko 7,3% respondentów w sposób wyraźny zaznaczyło, iż w ogóle nie pokrywało kosztów leczenia z własnych (rodziny) pieniędzy. Średni wydatek badanych na leczenie urazów odniesionych w wyniku wypadku wyniósł aż 1322,05 zł, co mogło u znacznej ich części wywołać istotne obciążenie finansowe budżetów domowych. Można przypuszczać, że zróżnicowana wysokość wydatków na leczenie pokrywanych przez respondentów i ich rodziny to wynik braku jednolitych możliwości finansowych, a także efekt tego, iż proces leczenia i rehabilitacji przebiegał odmiennie w każdym przypadku, a przez to różniły się związane z nim koszty.

Następstwa ekonomiczne wypadku w sposób znaczący mogły utrudniać funkcjonowanie respondentów i ich rodzin, gdyż niedobory finansowe uniemożliwiają normalną egzystencję i wzbudzają obawy o przyszłość.

Dodatkowo deficyt budżetowy rodzin osób chorych, niepełnosprawnych, może wymuszać na zdrowych członkach rodzin kompensujący wzrost aktywności zarobkowej, co nie pozostaje bez znaczenia dla funkcjonowanie tej pierwotnej grupy społecznej¹¹.

PODSUMOWANIE

Podsumowując – można stwierdzić (na podstawie przeprowadzonych badań), że wypadek to zdarzenie, które wywołuje wiele negatywnych skutków u samych poszkodowanych, ale nierzadko ma też destruktywny wpływ na funkcjonowanie ich

¹¹ Z. Kawczyńska-Butrym, *Zmiany w rodzinie pod wpływem choroby*, [w:] *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, (red.) A. Firkowska-Mankiewicz, CPBP 09.02, Warszawa 1990, s. 96.

rodzin. Następstwa zdrowotne u badanych osób (urazy), będąca ich efektem niepełnosprawność, ograniczenia w zakresie wypełniania przedwypadkowych ról społecznych, w tym i ról rodzinnych oraz straty materialne, w połączeniu z ogromnym stresem, jaki bez wątplenia towarzyszy wypadkowi, to czynniki, które u co trzeciego respondenta wywołały negatywne zmiany w relacjach wewnątrzrodzinnych.

Budującym jest jednak fakt, że dla większości poszkodowanych rodzina okazała się grupą pierwotną, w sposób wyraźny realizującą przypisaną jej funkcję opiekuńczą, grupą w której znaleźli wsparcie i pomoc.

LITERATURA

- Kawczyńska-Butrym Z. (1990), *Zmiany w rodzinie pod wpływem choroby*, [w:] *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, (red.) A. Firkowska-Mankiewicz, CPBP 09.02, Warszawa Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja X, Wyd. ESALIUS, Kraków 1997
- Ogryzko-Wiewiórowska M. (1989), *Socjologia medycyny. Wybrane zagadnienia*, UMCS, Lublin
- Ostrowska A., Sikorska J., Gąciarz B. (2001), *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa
- Sokołowska M. (1986), *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa
- Surowik C. (1989), *Służba zdrowia a rodzina*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Taranowicz I. (2002), *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, (red.) J. Barański, W. Piątkowski, ATUT, Wrocław
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. UJ, Kraków

THE FAMILY FACING ONE OF THEIR MEMBERS FALLING VICTIM TO AN ACCIDENT

S u m m a r y

An accident is an event which primarily causes many negative effects in its direct victim, but which also has a destructive influence on the way the families of the victims function. The factors that cause the negative effects stem from the limited performance of social roles and family roles, as well as from material losses, and stress. It is uplifting that for the majority of the injured, the family have showed up to be a support group, explicitly performing their caretaking role.