

Katarzyna Piątek

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Realizacja funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny w kontekście niepełnej sprawności kobiety

ABSTRAKT Rodzina w ujęciu instytucjonalnym postrzegana jest przede wszystkim przez pryzmat swych funkcji. Ich rola nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji choroby czy niepełnosprawności jednego z jej członków, zwłaszcza kobiety. Celem artykułu jest ukazanie na podstawie badań własnych trudności w realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, będącej tradycyjnie domeną kobiet, w rodzinach, w których to właśnie kobietę dotknęła niepełnosprawność. Starano się również przedstawić czynniki wpływające na zakres i formę realizacji tej funkcji. Materiał badawczy stanowiły 152 ankiety przeprowadzone wśród kobiet z orzeczoną niepełnosprawnością, będącą konsekwencją przebytej choroby nowotworowej piersi. Jak wykazano, rodzina w obliczu niepełnosprawności żony/matki przechodzi istotną transformację, a jej efektywność początkowo spada, aby później się ustabilizować. Zakres i forma realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej są ściśle zależne od kondycji rodziny, jej zasobów materialnych, emocjonalnych, społecznych, wiedzy i umiejętności oraz więzi będących podstawą działania systemu rodzinnego.

SŁOWA KLUCZOWE

RODZINA, FUNKCJE
RODZINY, FUNKCJA
OPIEKUŃCZO-
-ZABEZPIECZAJĄCA,
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ,
KOBIETA

Wprowadzenie

Współczesna rodzina zmienia się tak, jak otaczająca ją rzeczywistość. Przeobrażeniu ulega nie tylko sposób jej definiowania, ale także przypisywany sens i zakres realizowanych przez nią celów. Pomimo tego, że środowisko zewnętrzne w coraz większym stopniu przejmuje obowiązki i zadania rodziny, nadal w jej instytucjonalnym rozumieniu odwołujemy się do pełnionych przez nią społecznych funkcji (por. Kocik, 2006, s. 68). I chociaż, jak zauważa Franciszek Adamski, obecnie rodzina wyzbywa się „zewnętrznych, instytucjonalnych form i wpływów na rzecz wewnątrznoosobowego zaangażowania wszystkich członków, gwarantującego im pełny rozwój osobowy, a grupie rodzinnej wewnętrzną spójność i funkcjonalność” (Adamski, 2002, s. 171), znaczenie tradycyjnych funkcji rodziny przybiera na sile w sytuacji pojawienia się niepełnosprawności lub przewlekłej choroby, która zawsze jest wydarzeniem kryzysowym. Wpływa ono na działanie całego systemu rodzinnego i wymaga szybkiej reakcji w obliczu zaistniałego problemu.

Zakres i forma wsparcia są ściśle zależne od kondycji rodziny, jej zasobów materialnych, emocjonalnych, społecznych, wiedzy i umiejętności oraz więzi, będących podstawą funkcjonowania rodziny (zob. m.in. Piątek, 2015a, s. 459–469; Kawczyńska-Butrym, 2009, s. 189–210; Janocha, 2009; Ogryzko-Wiewiórowska, 2008, s. 108–111; Balcerzak-Paradowska, 2008, s. 27–41; Taranowicz, 2002, s. 105–115; Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 161–180). Nie bez znaczenia pozostają też: rodzaj choroby czy niepełnosprawności, pozycja osoby niepełnosprawnej w strukturze rodziny, pełnione role i podział obowiązków, sytuacja rodziny i jej wydolność w zakresie opieki oraz uwarunkowania środowiskowe (Kawczyńska-Butrym, 2009, s. 207).

Pierwszym i najważniejszym kręgiem zapewniającym bezpieczeństwo i wsparcie w sytuacji wystąpienia niepełnosprawności jest najbliższa rodzina (Kirenko, 2006, s. 111). W tym kontekście kluczowe są trzy jej funkcje: emocjonalno-ekspresyjna, opiekuńczo-zabezpieczająca (stanowiąca główny przedmiot rozważań w niniejszym artykule) oraz materialno-ekonomiczna. Czasami konieczne jest całkowite przejęcie przez sprawnych członków obowiązków, związanych z zapewnieniem środków na utrzymanie, organizacją życia rodzinnego oraz funkcjonowaniem rodziny w społeczności lokalnej, co nie pozostaje bez wpływu na działanie systemu rodzinnego, jego efektywność i stan. Niepełnosprawność i długotrwała choroba pociąga za sobą zwiększenie kosztów, które ponoszone są przez wszystkich członków rodziny, narażając ich na pogorszenie sytuacji bytowej i ograniczenie szans życiowych.

Realia, w których kobieta staje się osobą niepełnosprawną, są szczególnie trudne. Wynika to z faktu, że właśnie kobiety w znaczącej mierze odpowiadają za realizację istotnych funkcji rodziny w sytuacji pojawienia się w niej przewlekłej choroby lub niepełnej sprawności. Jak zauważa Anna Kotlarska-Michalska, kobiety dużo częściej niż mężczyźni pełnią zadania wynikające z funkcji emocjonalno-ekspresyjnej i opiekuńczo-zabezpieczającej w stosunku do dzieci i osób wymagających opieki oraz pomocy (2004, s. 102). Także badania Iwony Taranowicz potwierdzają, że opieka nad chorymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny jest domeną kobiet. W momencie, gdy to one wymagają pomocy i wsparcia, sytuacja się nieco komplikuje (Taranowicz, 2001, s. 209–228). Wnioski te pozostają w zgodzie zarówno z analizami autorki, jak i też innych badaczek (m.in. Chodkowska, 1993; Świątkiewicz-Mośny, 2010; Nowak, 2012; Ostrowska, 2015). Głównym celem artykułu jest ukazanie, na podstawie badań własnych, czynników wpływających na zakres i formę

realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej w rodzinach, w których to kobieta jest osobą z niepełnosprawnością.

Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca rodziny – próba definicji

Istnieje wiele sposobów definiowania rodziny. Można określić ją jako instytucję i zarazem grupę społeczną opartą na więziach małżeńskich, pokrewieństwa, powinowactwa lub adopcji (Tyszka, 1990, s. 234). Rozumienie rodziny jako instytucji wymusza uwzględnienie wielu cech i funkcji oraz specyficznego układu stosunków między osobami różnej płci i wieku (Adamski, 2002, s. 30). W ujęciu instytucjonalnym zwraca się szczególną uwagę właśnie na funkcje pełnione przez rodzinę. Zdefiniować można je jako „wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadamianych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych” (Tyszka, 1990, s. 235).

Socjologowie stosują różne klasyfikacje funkcji rodziny. Za Janem Szczepańskim wymienić możemy funkcje: utrzymania ciągłości biologicznej, utrzymania ciągłości kulturalnej, nadawania pozycji społecznej, zaspokajania potrzeb emocjonalnych i kontroli nad postępowaniem (Szczepański, 1972, s. 303–307). Zbigniew Tyszka wyróżnia funkcje: materialno-ekonomiczną, opiekuńczo-zabezpieczającą, ekspresyjno-emocjonalną, prokreacyjną, seksualną, legalizacyjno-kontrolną, socjalizacyjną, stratyfikacyjną, kulturalną i rekreacyjno-towarzyską (Tyszka, 1976, s. 61). Franciszek Adamski wylicza z kolei funkcje instytucjonalne: prokreacyjną, ekonomiczną (gospodarczą), opiekuńczą, socjalizacyjną, stratyfikacyjną oraz funkcje osobowe: małżeńską, rodzicielską i braterską (2002, s. 36–43).

Tradycyjnianie socjologowie wymieniają dziesięć funkcji rodziny: reprodukcyjną, socjalizacyjną, opiekuńczą, emocjonalną, seksualną, ekonomiczną, stratyfikacyjną, identyfikacyjną, integracyjno-kontrolną oraz rekreacyjno-towarzyską (Szlendak, 2010, s. 116–117; Kocik, 2002, s. 90–94). Funkcje te są ze sobą powiązane i wzajemnie się przenikają, dlatego pojawia się wiele trudności w klasyfikowaniu i definiowaniu niektórych z nich. Często charakterystyki funkcji zawierają niepełny i nieostry zakres czynności, co utrudnia określenie ich jednoznacznych wskaźników definicyjnych (Kotlarska-Michalska, 1985, s. 243).

Tomasz Szlendak krytycznie ocenia ujmowanie rodziny w kontekście jej funkcji, gdyż wskazuje na współczesne przemiany rodziny i przejęcie wielu czynności przez instytucje pozarodzinne, co czyni takie spojrzenie nie do końca uzasadnionym (Szlendak, 2010, s. 118). Pomimo że ta argumentacja jest przekonująca, zaznaczyć należy, że myślenie o rodzinie przez pryzmat wypełnianych zadań umożliwia dostrzeżenie pewnych zmian i ograniczeń rodziny w obliczu niepełnosprawności jednego z jej członków. Z tego też powodu przyjęto w dalszych rozważaniach instytucjonalną definicję rodziny.

W artykule uwaga skupiona zostanie, jak już nadmieniono, na jednej z funkcji rodziny – opiekuńczo-zabezpieczającej. W klasycznym rozumieniu ujmowana jest ona jako zabezpieczenie materialne i zapewnienie pomocy oraz wsparcia członkom rodziny pozbawionym w części lub całkowicie środków do życia albo fizycznie niesprawnym, wymagającym opieki. Działania wchodzące w zakres tej funkcji to pielęgnowanie niemowląt i małych dzieci, pomoc materialna osobom starszym oraz opieka nad zniechęconymi członkami rodziny (Tyszka, 1977, s. 156). Funkcja ta, chociaż uznawana za akcydentalną (Adamski, 2002, s. 37), w sytuacji pojawienia się niepełnosprawności lub przewlekłej choroby w rodzinie,

nabiera szczególnego znaczenia, nawet w tych środowiskach, gdzie pomoc instytucjonalna jest rozwinięta i powszechnie dostępna.

Istnieje wiele definicji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, ich szczegółowego przeglądu dokonuje Anna Kotlarska-Michalska (1985, s. 243–253). W związku ze złożonością i szerokim zakresem tej funkcji oraz brakiem jednoznacznie określonego zespołu cech składających się na jej treść, zasadne jest przyjęcie definicji opisowo-wyliczającej (Kotlarska-Michalska, 1985, s. 251). I tak, do funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej zaliczone zostały następujące postawy, działania i czynności: opieka nad małymi dziećmi, gwarantowanie bezpieczeństwa dzieciom w domu i poza domem, zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych rodzinie, okazywanie życzliwej postawy i gotowości udzielania pomocy, podnoszenie kwalifikacji w zakresie sprawowania opieki, świadczenie pomocy osobom niepełnosprawnym i znieдоłężniałym, udzielanie opieki osobom starszym, wykazywanie dbałości o fachowość porad lekarskich, zapewnienie leków i środków higieny, świadczenie opieki osobom przewlekle chorym, zapewnienie opieki okresowo chorym, zapewnienie startu życiowego dzieciom, świadczenie porad potrzebującym wsparcia członkom rodziny, gwarantowanie utrzymania niepracującym okresowo członkom rodziny, okazywanie zainteresowania warunkami bytowymi bliższej i dalszej rodziny, świadczenie różnorodnej pomocy rodzinie bliższej i dalszej w wypadku trudnej sytuacji życiowej (Kotlarska-Michalska, 1990, s. 32–33).

Przy ocenie wydolności rodziny, w zakresie wypełniania funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, należy uwzględnić także: wiedzę i umiejętności członków rodziny, strukturę rodziny, sprawność fizyczną i psychiczną członków, funkcjonowanie emocjonalne i społeczne członków rodziny oraz sytuację bytową (Kawczyńska-Butrym, 2001, s. 88). Dodatkowo, z punktu widzenia rodzin z osobą niepełnosprawną, istotne mogą być także takie determinanty jak: moment wystąpienia niepełnosprawności, jej rodzaj i zakres, kogo z członków rodziny dotknęła, model rodziny, umiejętność kompensowania konsekwencji niepełnej sprawności przez system rodzinny. Czynniki te powinny zostać wzięte pod uwagę w badaniu wydolności rodziny w zakresie realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej.

Rys metodologiczny

Prezentowane w artykule badania stanowią wycinek szerszego projektu badawczego realizowanego przez autorkę w podregionie bielskim (powiaty cieszyński, żywiecki, bielski i miasto Bielsko-Biała)¹ wśród dorosłych kobiet z orzeczoną niepełnosprawnością fizyczną w stopniu umiarkowanym i znacznym². W pierwszej części badań prowadzonych metodą sondażową, przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety, uczestniczyło łącznie 460³ kobiet z nabytą niepełnosprawnością fizyczną. W pozyskaniu respondentek pomagały

¹ Badania ankietowe stanowią jeden z elementów projektu badawczego realizowanego przez autorkę w latach 2009–2014 (I etap), 2015–2017 (II etap). Etap pierwszy finansowany był z grantu wewnętrznego ATH w Bielsku-Białej (nr 13/I/GW/08) pt. *Psychospołeczne uwarunkowania adaptacji i integracji kobiet z orzeczoną niepełnosprawnością w społeczności lokalnej*.

² Do kategorii osób z niepełnosprawnością fizyczną zaliczone zostały osoby z uszkodzonym narządkiem ruchu (niepełnosprawnością motoryczną) oraz osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych w stopniu umiarkowanym i znacznym na zasadach określonych przez *Ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz.U. z 2011 nr 127, poz. 721).

³ W okresie 2009–2014 w podregionie bielskim, który był objęty badaniem, orzeczenie uzyskało 60 270 osób powyżej 16 roku życia, w tym 31 126 kobiet (Raport EKSMOoN 2009–2014). W grupie dorosłych kobiet z niepełnosprawnością fizyczną około 8% stanowiły kobiety, których niepełna sprawność była konsekwencją przebytej choroby nowotworowej piersi.

zlokalizowane na terenie podregionu bielskiego zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności. Procedura doboru respondentek do badania przebiegała w następujący sposób: osoba odbierająca orzeczenie, spełniająca określone kryteria celowego doboru próby (płeć – kobieta, wiek pomiędzy 18 a 65 r. ż., rodzaj niepełnosprawności – fizyczna, kod niepełnosprawności – 05-R, 07-S, 08-T, 09-M, 10-N lub 11-I, umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności uzyskany po raz pierwszy w okresie objętym badaniem) proszona była o wypełnienie ankiety i wrzucenie jej do urny lub odesłanie na adres placówki.

W związku z dużym zróżnicowaniem materiału empirycznego i wielością zmiennych, na potrzeby niniejszego artykułu, do dalszej analizy wybrano tylko 152 ankiety wypełnione przez kobiety, które z powodu choroby nowotworowej piersi i jej konsekwencji (naruszenie sprawności organizmu skutkujące koniecznością uzyskania długotrwałej opieki i pomocy lub częściowej/czasowej pomocy i wsparcia innych osób w celu pełnienia ról społecznych) uzyskały orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności, a więc tym samym otrzymały status osoby niepełnosprawnej.

Jeden z kluczowych aspektów poruszanych w badaniach dotyczył funkcjonowania kobiet w sferze rodzinnej oraz jakości wsparcia zapewnianego właśnie przez rodzinę w sytuacji wystąpienia niepełnej sprawności. Istotne było również określenie wpływu niepełnosprawności kobiety na wydolność całego systemu rodzinnego oraz zakres i stopień realizowanych funkcji.

Pośród wskazanych 152 uczestniczek badania przeważały kobiety z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (59%), orzeczenie o znacznym stopniu miało 41% badanych. Aż 78% respondentek znajdowało się w przedziale wiekowym 50–59 lat i więcej, 16% stanowiły badane pomiędzy 40 a 49 rokiem życia. Najmniej licznie reprezentowane były kobiety w grupie wiekowej 30–39 lat (6%). Ponad połowa kobiet (62%) deklarowała jako swoje miejsce zamieszkania miasto, pozostałe to mieszkanki wsi (38%) (tab. 1).

Tabela 1

Struktura badanych według wieku i miejsca zamieszkania (%)

Wiek	Miasto 62% respondentek	Wieś 38% respondentek
18–24	0	0
25–29	0	0
30–34	1	0
35–39	3	2
40–44	4	2
45–49	7	3
50–54	16	11
55–59	6	4
60 lat i więcej	25	16

Źródło: badania własne.

Przewaga wśród respondentek kobiet w przedziale wiekowym 50–60 lat i więcej oraz mieszkanek miasta, pozostaje w zgodzie z trendami zachorowalności na nowotwór piersi w Polsce. „Liczba zachorowań z powodu raka piersi wzrasta po 35 roku życia, a w przedziale wiekowym 50–64 lat odnotowuje się najwięcej zachorowań (około 2300–2600 w każdej 5-letniej grupie wiekowej)” (Didkowska, Wojciechowska, 2013, s. 113–114).

Kolejną z uwzględnionych w analizie cechą był stan cywilny. Największą liczebnie grupę stanowiły respondentki będące w związku małżeńskim (79%), następnie wdowy (12%), panny (6%) i osoby rozwiedzione (3%). Najczęściej respondentki miały dwoje (40%) lub jedno dziecko (27%), dalej troje i więcej dzieci (19%). Tylko 14% badanych nie miało dzieci, co pokazuje tabela 2.

Tabela 2

Struktura badanych według stanu cywilnego oraz liczby dzieci (%)

Stan cywilny		Liczba dzieci			
		0	1	2	3 i więcej
Mężatka	79	9	24	33	13
Panna	6	4	1	1	0
Wdowa	12	0	1	5	6
Rozwiedziona	3	1	1	1	0

Źródło: badania własne.

Określając swoją aktualną sytuację rodzinną, ponad połowa kobiet (56%) wskazała, iż żyje w małej, dwupokoleniowej rodzinie lub tylko z mężem/partnerem bez dzieci (21%), które w większości są już usamodzielnione. W pozostałych przypadkach respondentki funkcjonowały w rodzinach wielopokoleniowych (8%) lub żyły samotnie (15%).

Ogólnie rzecz ujmując, w analizowanej próbie badanych dominowały kobiety w średnim wieku i starsze, mieszkanki miasta, pozostające w związkach małżeńskich, żyjące w nuklearnych rodzinach, mające jedno lub dwoje dzieci.

Realizacja funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej w rodzinach kobiet z niepełnosprawnością – prezentacja wyników badań

Aby dokonać analizy zakresu i formy realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej w rodzinach badanych kobiet konieczne jest określenie dodatkowych wskaźników funkcjonalnych rodziny. Są nimi: zakres i forma wsparcia oraz pomocy, opieki w wykonywaniu czynności samoobsługowych (mycie, ubieranie, spożywanie posiłków, itp.); zakres i forma wsparcia w realizacji obowiązków domowych (sprząatanie, pranie, prasowanie, gotowanie, robienie zakupów, planowanie budżetu domowego, dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe itp.); zmiany w wykonywaniu innych funkcji w związku z dominacją zadań opiekuńczych i zabezpieczających; zmiany w podziale ról; zmiana sytuacji materialnej rodziny; stopień mobilizacji poszczególnych członków rodziny i zaangażowanie w działania na rzecz dobrostanu rodziny; zmiany w planach życiowych członków rodziny; intensywność kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym.

Oceniając zakres pomocy i opieki ze strony rodziny w realizacji czynności samoobsługowych przez respondentki, należy zauważyć, że aż 65% badanych deklarowało pełną samodzielność w utrzymywaniu codziennej higieny osobistej i ubieraniu się, co zwalniało rodzinę z realizacji tych zadań; 30% wskazywało na potrzebę pomocy ze strony innych osób zwłaszcza w okresie terapii, intensywnego leczenia oraz rehabilitacji, najczęściej świadczyli ją współmałżonkowie i dorośle lub nastoletnie dzieci; 5% kobiet zaznaczyło pełną zależność od innych osób – zwykle byli to najbliżsi. Jeśli chodzi o spożywanie posiłków to wszystkie respondentki były w pełni samodzielne w wykonywaniu tej czynności.

Zadania związane z codziennymi obowiązkami domowymi typu: sprzątanie, pranie, prasowanie, gotowanie, zmywanie – wykonywane były samodzielnie tylko przez 29% badanych, pozostałe respondenci (71%) potrzebowali pomocy i wsparcia ze strony innych, najczęściej współmałżonka i dzieci. Cięższe prace domowe, robienie zakupów oraz dbałość o bezpieczeństwo były czynnościami wymagającymi w zdecydowanej większości pomocy (65%), a nawet opieki (35%) ze strony innych członków rodziny (męża oraz nastoletnich lub dorosłych dzieci). Co ważne, w przypadku większości obowiązków domowych, kobiety pomimo problemów zdrowotnych nie wycofały się całkowicie z ich realizacji i nadal dzięki wsparciu bliskich pozostawały aktywne w sferze domowej. Żadna z badanych kobiet (nawet te mające znaczny stopień niepełnosprawności) nie zadeklarowała całkowitego przejęcia zadań związanych z prowadzeniem domu przez pozostałych członków rodziny. Okazuje się więc, że „tradycyjna rola kobiety lokuje ją w znacznym stopniu wśród obowiązków domowych” (Ostrowska, 2015, s. 181–186) i nie zmienia tego nawet jej niepełna sprawność.

Respondentki posiadające dziecko/dzieci, wymagające pomocy lub opieki (42% ogółu badanych, które miały dzieci), najczęściej nadal realizowały większość obowiązków rodzicielskich (53%) lub dzieliły te obowiązki na równi z ojcem dziecka/dzieci (39%). Tylko w 8% przypadków to ojcowie i dziadkowie przejęli całkowicie zadania w tym zakresie.

Analizując z kolei zaangażowanie dzieci w wykonywanie czynności na rzecz rodziny i niepełnosprawnej matki, ocenić można je jako dostateczne. Niespełna 6% respondentek wskazało, że to dzieci niepodzielnie przejęły kluczowe obowiązki domowe, 31% wspominało o tym, iż dzieci wspierają je w wykonywaniu niektórych czynności, typu: pranie, prasowanie, zakupy, cięższe prace domowe; pozostałe badane (63%) mówiły o doraźnej, wynikającej z aktualnych potrzeb pomocy ze strony dzieci (np. towarzyszenie w trakcie wizyty u lekarza, większe zakupy, mycie okien itp.). Tak więc można stwierdzić, iż w zdecydowanej większości przypadków dzieci pełniły głównie funkcję wspomagającą działania matek lub obojga rodziców, w zależności od aktualnych potrzeb, nie przejmując w pełni wszystkich obowiązków domowych. Jak wykazywały respondenci, czasowa niedyspozycyjność i deficyt opieki ze strony dzieci, jeśli taki występował, związany był głównie z obowiązkami szkolnymi, zawodowymi lub sprawowaniem opieki nad własnym potomstwem.

Źródłem informacji związanych z procesem leczenia i rehabilitacji był głównie personel medyczny (62%), a dodatkowa wiedza czerpana była od innych chorych lub niepełnosprawnych osób (57%) oraz z internetu (49%). Ponieważ specyfika niepełnosprawności wynikającej z choroby nowotworowej piersi nie wymagała od członków rodziny wykonywania skomplikowanych czynności pielęgnacyjnych i fachowej, pogłębionej wiedzy na ten temat, poziom umiejętności i kompetencji członków rodziny okazywał się wystarczający i adekwatny do potrzeb respondentek (żadna z badanych kobiet nie zwracała uwagi na deficyty w tej kwestii).

W związku z tym, że realizacja funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej powiązana jest także z mieszkaniową, materialną sytuacją rodziny i ten aspekt został wzięty pod uwagę. Jeśli chodzi o kwestie mieszkaniowe ani jedna z badanych kobiet nie zgłaszała trudności w tym zakresie oraz konieczności likwidacji barier architektonicznych – co uzasadnia rodzaj niepełnosprawności. Odnośnie do finansowej sytuacji rodziny niemal w każdym przypadku odnotowano pogorszenie sytuacji materialnej (87% badanych wskazało na odczuwalne pogorszenie sytuacji finansowej w wyniku wystąpienia problemów zdrowotnych). Nawet jeśli niepełnosprawność respondentek nie wiązała się z całkowitą rezygnacją z aktywności

zawodowej czy utratą pracy (lub gdy miały one stałe świadczenia emerytalne czy rentowe), to koszty leczenia oraz rehabilitacji znacząco uszczupliły fundusze rodziny.

Jednym z ostatnich tematów, który poruszono w kontekście omawianego zagadnienia, było społeczne funkcjonowanie rodziny. Okazuje się, że w wyniku niepełnosprawności aż 63% badanych doświadczyło trudności w kontaktach w swoim środowisku. Najczęściej wskazywaną przyczyną tych problemów, w opinii respondentek, był lęk i skrępowanie w relacji z osobą i rodziną doświadczającą niepełnosprawności związanej z chorobą nowotworową, a ponadto nieumiejętność zachowania się w takiej sytuacji oraz poczucie presji pomocy (szerzej zob. Piątek, 2015b, s. 86, 101–102). W konsekwencji oznaczało to wycofanie się z życia społecznego nie tylko niepełnosprawnych kobiet, ale także członków ich rodzin, a tym samym ograniczenie wsparcia ze strony środowiska pozarodzinnego.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na kilka dodatkowych zależności pomiędzy zmiennymi, które wpływały na realizację funkcji rodziny (nie tylko tych omawianych w artykule), w sytuacji pojawienia się niepełnej sprawności kobiety. Były to:

- Stopień niepełnosprawności. Im poważniejsze konsekwencje niepełnosprawności, tym bardziej złożony i długotrwały proces adaptacji do zmian całego systemu rodzinnego, tym większe trudności w efektywnej realizacji funkcji rodziny. Kobiety ze znacznym stopniem niepełnosprawności zdecydowanie częściej wspominały o potrzebie pomocy lub całkowitego przejęcia niektórych czynności związanych z funkcją opiekuńczo-zabezpieczającą, w porównaniu z kobietami ze stopniem umiarkowanym. I tak spośród 30% badanych, wskazujących na potrzebę pomocy w czynnościach samoobsługowych, niemal 75% stanowiły kobiety ze znacznym stopniem niepełnosprawności, natomiast wśród deklarujących w tym obszarze pełną zależność (5% ogółu badanych) wszystkie respondenci legitymowały się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. W przypadku realizacji obowiązków domowych spośród respondentek, deklarujących samodzielność w tym zakresie, tylko 10% stanowiły osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w pozostałych przypadkach wskazywano na konieczność udzielenia pomocy i wsparcia. Niemal wszystkie respondenci, które zaznaczały, iż nie są w stanie samodzielnie wykonywać cięższych prac domowych i wymagają w tym zakresie opieki (35% ogółu badanych) były osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności.
- Faza związku i cykl życia rodziny, w którym pojawił się problem niepełnosprawności. Uwzględniając przewagę w badaniach respondentek w wieku średnim (40–49 lat – 16%) i starszych (50–59 lat i więcej – 78%), pozostających w związkach małżeńskich, założycy można, iż w zdecydowanej większości były to kobiety z wieloletnim stażem małżeńskim oraz stabilną sytuacją rodzinną, co sprzyjało efektywniejszemu przystosowaniu do nowej sytuacji. Zauważono, iż lepiej radziły sobie właśnie te rodziny, które zdążyły wytworzyć w miarę stabilne więzi i miały możliwość wypracowania mechanizmów adaptacyjnych oraz zaradczych w innych sytuacjach kryzysowych. Dzięki temu sprawniej przebiegała reorganizacja życia rodzinnego oraz nowy podział obowiązków, a sytuacja normowała się w pierwszych miesiącach po wystąpieniu niepełnosprawności. Jak wskazywały badane głównym źródłem wsparcia i pomocy były dla nich dzieci (78%) i współmałżonkowie (68%) przejmujący częściowo lub całkowicie wiele zadań związanych z realizacją funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej. Kobiety żyjące w rodzinach o słabych więziach niemal w każdym przypadku wspominały o długotrwałej dezorganizacji życia rodzinnego i konieczności szukania pomocy w różnych pozarodzinnych instytucjach, w obliczu własnej niepełnej sprawności (szerzej zob. Piątek, 2015b, s. 96–97).

- Typ związku i model rodziny. Partnerski model sprawdzał się lepiej niż tradycyjny lub mieszany. W rodzinach, gdzie jeszcze przed wystąpieniem niepełnosprawności obowiązki były dzielone przez wszystkich domowników (39% badanych wskazało na taki model), pojawiała się większa umiejętność kompensowania braków i ich konsekwencji przez system rodzinny, a przejęcie odpowiedzialności za czynności związane z realizacją funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej przez innych, niż niepełnosprawna kobieta, członków rodziny, następowało w sposób naturalny i bezkolizyjny. Wskazywało na to ponad 90% badanych deklarujących partnerski podział obowiązków w rodzinie i tylko 36% kobiet, które przed wystąpieniem niepełnosprawności funkcjonowało w tradycyjnym modelu rodziny.
- Fakt posiadania dzieci. Posiadanie dzieci, szczególnie nastoletnich i dorosłych, sprzyjało sprawniejszej realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, zwłaszcza w obszarze pomocy i wsparcia. Jak wskazano wcześniej, w około 63% przypadków, dzieci wspierały niepełnosprawną matkę w zależności od bieżących potrzeb, 31% dzieci pomagało w sposób systematyczny w realizacji niektórych obowiązków domowych, a 6% całkowicie je przejęło. Tak więc dzieci w większości sytuacji wspomagały niepełnosprawnego rodzica, nawet jeśli z nim nie mieszkaly.

Podsumowanie

Badania wykazały istotność systemu rodzinnego w zakresie opieki, pomocy i wsparcia, w sytuacji niepełnosprawności. Na pytanie: *Jak ocenia Pani pomoc i wsparcie najbliższej rodziny?*, aż 84% respondentek odpowiedziało, że rodzina jest dla nich bardzo dużym oparciem i pomocą (co odzwierciedlone zostało w poczuciu zadowolenia ze swego życia); 14% kobiet zaznaczyło, że rodzina w ograniczonym stopniu stanowi dla nich pomoc i wsparcie; 2% uznało, iż rodzina w ogóle nie stanowi dla nich wsparcia i pomocy. Największą podporą dla badanych stanowiły dzieci (74% wskazań), współmałżonkowie (65% wskazań), rodzeństwo (14% wskazań) oraz rodzice (11% wskazań). Aż 93% kobiet utrzymywało zażyte kontakty z najbliższą rodziną. Dodatkowo w niewielkim stopniu rodzinę wspierali dalsi krewni.

W świetle wskazań respondentek funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca w zakresie: gwarantowania bezpieczeństwa, wykazywania dbałości o fachowość opieki medycznej, świadczenia porad i udzielania wsparcia, okazywania życzliwej postawy i gotowości udzielania pomocy, jak też faktycznego świadczenia pomocy zgodnie z bieżącymi potrzebami – realizowana była w ponad 75% rodzin. Dowodzi to, jak już wielokrotnie podkreślano, iż rodzina nadal stanowi kluczowe ogniwo w łańcuchu opieki i zabezpieczenia podstawowych potrzeb w przypadku niepełnosprawności jednego z jej członków (por. Musiał, Sendecka, Zalewska-Puchała, 2013, s. 41, 45).

Chociaż liczebność próby badawczej nie uprawnia do daleko idących uogólnień, przyjąć można, iż najefektywniejsze w realizacji zarówno funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, jak i innych, w obliczu niepełnosprawności, okazują się rodziny o wysokim poziomie więzi, spójności i wytrzymałości, które wykazują się jednakże znaczącą elastycznością w reagowaniu na sytuacje kryzysowe i trudne. Są to rodziny, których siłą jest zdolność do zmiany, ale równocześnie poczucie wewnętrznej jedności, solidarności z wszystkimi członkami i wzajemnego zaufania (por. Kawczyńska-Butrym, 2001, 2009; Piątek, 2015a, s. 462–463).

Podsumowując, pomimo rozwoju infrastruktury pomocowej i wzrostu znaczenia organizacji pozarządowych, jak też w obliczu transformacji współczesnej rodziny, nadal pozostaje ona głównym i niezaprzeczalnym źródłem wsparcia oraz realizatorem kluczowych funkcji.

BIBLIOGRAFIA

- Adamski, F. (2002). *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Balcerzak-Paradowska, B. (2008). Znaczenie rodziny dla jakości życia osoby niepełnosprawnej. W: L. Frąckiewicz (red.), *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych* (s. 27–41). Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Chodkowska, M. (1993). *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Didkowska, J., Wojciechowska, U. (2013). Nowotwory piersi w Polsce i Europie — populacyjny punkt widzenia. *NOWOTWORY Journal of Oncology*, 63 (2), 111–118.
- Janocha, W. (2009). *Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2001). *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2009). Rodzina – zdrowie – choroba. Kontekst społeczny i zakres badań empirycznych. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy* (s. 189–210). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Kirenko, J. (2006). *Oblicza niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP.
- Kocik, L. (2006). *Rodzina w obliczu wartości i wzorów życia ponowoczesnego świata*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Kocik, L. (2002). *Wzory małżeństwa i rodziny. Od tradycyjnej jednorodności do współczesnych skrajności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Kotlarska-Michalska, A. (1985). Zakres funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, XLVII (1), 243–253.
- Kotlarska-Michalska, A. (1990). *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*. Poznań: WN UAM.
- Kotlarska-Michalska, A. (2004). Przemiany rodzinnych ról kobiecych w okresie transformacji ustrojowej. W: Z. Tysza (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian* (s. 91–103). Poznań: WN UAM.
- Musiał, Z., Senddecka, W., Zalewska-Puchał, J. (2013). Jakość życia kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (1), 38–46.
- Nowak, A. (2012). *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Ogryzko-Wiewiórska, M. (2008). Społeczna kondycja polskiej rodziny zmagającej się z niepełnosprawnością. W: *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie polskim okresu transformacji* (s. 101–118). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993–2013*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Piątek, K. (2015a). Rodzina jako źródło wsparcia w doświadczeniu kobiet z niepełnosprawnością. W: W. Muszyński (red.), *Rodzina jako wartość: wzory – modele – redefinicje* (s. 459–469). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Piątek, K. (2015b). Szanse i zagrożenia w funkcjonowaniu kobiet z niepełnosprawnością. Studium socjologiczne. W: B. Gąciarz, S. Rudnicki, D. Żuchowska-Skiba (red.), *Polscy niepełnosprawni. Pomiędzy deklaracją a realiami* (s. 85–106). Kraków: Wydawnictwa AGH.

- Szczepański, J. (1972). *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: PWN.
- Szlendak, T. (2010). *Socjologia rodziny. Ewaluacja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: WN PWN.
- Świątkiewicz-Mośny, M. (2010). *Tożsamość napiętnowana*. Kraków: Nomos.
- Taranowicz, I. (2001). Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym. W: Z. Tyszka (red.), *Rodzina w czasach szybkich przemian. Roczniki socjologii rodziny, XIII* (s. 209–228). Poznań: WN UAM.
- Taranowicz, I. (2002). Rodzina a problemy zdrowia i choroby. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (s. 105–115). Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Tyszka, Z. (1976). *Socjologia rodziny*. Warszawa: WN PWN.
- Tyszka, Z. (1977). *Rodziny robotnicze w Polsce: różnice i podobieństwa*. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ.
- Tyszka, Z. (1990). Socjologia rodziny w Polsce. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, LII* (3–4), s. 233–248.

PROTECTIVE FUNCTION OF THE FAMILY IN THE CONTEXT OF THE NON FULLY ABLE-BODIED WOMAN

ABSTRACT From an institutional perspective the family is perceived via its functions. Their role acquires a special significance in case of an illness or disability in one of the family members, especially if it is a woman. The purpose of the article is to present – which has been based on the author’s own explorations – the difficulties in performing the protective function – which traditionally is the province of women – in families where it is the woman who suffers from a disability. The article also presents the factors influencing the scope and form of the function in question. The research has been based on 152 questionnaires carried out among women with certified disabilities that are consequences of breast cancer. It has been proved that the family facing a wife’s or mother’s disability undergoes a transformation, and its effectiveness decreases at the beginning to stabilise in the end. The scope and form of the protective function largely depends on the family’s condition, on its material, emotional and social resources, on its knowledge, abilities and ties that are the basis for the functioning of the family’s system.

KEYWORDS

FAMILY, FAMILY’S FUNCTIONS, PROTECTIVE FUNCTION, DISABILITY, WOMAN