



Natalia Ułaniecka*

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Pacjenci onkologiczni w środowisku pracy – reakcje i wsparcie ze strony współpracowników¹

KEYWORDS

cancer, oncological diseases, professional activity, support, work

ABSTRACT

Natalia Ułaniecka, *Pacjenci onkologiczni w środowisku pracy – reakcje i wsparcie ze strony współpracowników* [Cancer patients in the workplace: Co-workers' reactions and support]. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* nr 2(24) 2023, Poznań 2023, pp. 115–128, Adam Mickiewicz University Press. ISSN (Online) 2719-2717, ISSN (Print) 2300-0422. <https://doi.org/10.14746/kse.2023.24.2.7>

The article discusses the challenges cancer patients face in the workplace, with a focus on the reactions and support they receive from their colleagues. The study involved in-depth interviews with cancer patients, employers representatives, and trade union representative. Specific examples of support and negative reactions were discussed - during treatment and in return-to-work process (RTW) after absence. The article also provides quotes from the respondents to highlight the diverse experiences of cancer patients in the workplace. The study revealed knowledge deficits among colleagues regarding the specificities of cancer, particularly in relation to long-term side effects. It also highlighted the persistent stereotypes and fears associated with cancer. Therefore, there is a need for social education to increase awareness about cancer and its long-term consequences, better communication among colleagues, and constructive support for cancer patients in the workplace.

* ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2514-3094>.

¹ Artykuł powstał na podstawie niepublikowanych wcześniej fragmentów pracy doktorskiej pt. *Funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób z wybranymi postaciami choroby nowotworowej*, napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Kazimierza Przyszczypkowskiego i dr Izabeli Cytlak, obronionej w 2021 roku na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. W trakcie realizacji badań autorka była stypendystką programu PhDo Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności.

Wprowadzenie

Obserwowane rosnące wskaźniki zachorowań² na nowotwory należy uznać nie tylko za istotne wyzwanie medyczne i epidemiologiczne, ale również za ważny i newralgiczny problem społeczny – ze względu na związane z tym indywidualne i ogólnospołeczne reperkusje. Jednym z obszarów aktywności życiowych, na który istotnie wpływa choroba nowotworowa i związane z nią leczenie, jest funkcjonowanie zawodowe, którego ważnym komponentem jest funkcjonowanie społeczne w miejscu pracy (Chimienti i in., 2023; Duijts i in., 2014; Hernandez i Schlander, 2021; Kemp i in., 2021; Tamminga i in., 2020). Z uwagi na widoczny wśród wielu osób chorujących konflikt ról, który możemy uszczegółowić jako konflikt ról „pacjent-pracownik”, bardzo duży wpływ na samopoczucie psychiczne i efektywność prób godzenia tych sprzecznych wymagań mają reakcje i wsparcie ze strony współpracowników. Od dawna wskazuje się, że wsparcie społeczne w pracy ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie i stanowi bufor w sytuacjach stresowych (Kahn i Antonucci, 1980, s. 263–264). Jednocześnie nieprzychylna reakcja otoczenia mogą pogłębiać stres związany z – i tak już trudną – sytuacją osób zmagających się z negatywnymi konsekwencjami choroby i leczenia (które rzutują na samopoczucie, sprawność i możliwości zawodowe).

Wobec powyższego w artykule skupiono się na funkcjonowaniu społecznym osób chorujących onkologicznie w ich środowisku pracy – na co składa się otrzymane wsparcie w trakcie choroby, a także obserwowane przez badanych reakcje współpracowników³. Przytoczone zostaną również cytaty z wybranych wypowiedzi osób badanych, stanowiące egemplifikację różnorodnych doświadczeń aktywnych zawodowo pacjentów onkologicznych.

Założenia metodologiczne i charakterystyka osób badanych

Zrealizowane badania zostały oparte na *holistycznym paradygmacie zdrowia* (Galuszka, 2005; Ślusarska i in., 2013). Z uwagi na specyfikę badanej problematyki wybrano podejście jakościowe, wobec czego wykorzystano metodę narracyjno-

² Opublikowane w 2023 roku szacunki europejskiego systemu informacji o raku (ECIS) prognozują blisko 200 tys. nowych zachorowań corocznie w Polsce (dane za: *Krajowe profile dotyczące nowotworów*, 2023, s. 4).

³ Z uwagi na szeroki zakres materiału w artykule omówiono reakcje i wsparcie ze strony współpracowników, nie podjęto natomiast wątku wsparcia ze strony pracodawców, który wymaga odrębnej, rozbudowanej analizy.

-biograficzną, a główną techniką badania były wywiady pogłębione z osobami chorującymi onkologicznie. Dodatkowo przeprowadzono wywiady pogłębione z przedstawicielami pracodawców różnych sektorów oraz z przedstawicielem związków zawodowych.

Przedmiotem badań były doświadczenia osób leczonych onkologicznie związane z ich funkcjonowaniem społecznym w środowisku pracy. Postawiono następujące problemy badawcze:

1. Z jakimi reakcjami ze strony współpracowników spotykają się osoby chorujące onkologicznie?
2. Jakie wsparcie ze strony współpracowników otrzymują osoby chorujące onkologicznie w trakcie i po leczeniu?

Ze względu na wybór metody jakościowej zrezygnowano z formułowania hipotez oraz związanych z nimi zmiennych i wskaźników (zgodnie ze stanowiskiem Tadeusza Pilcha (1995) o bezzakończoności na temat natury badanego zjawiska).

Osoby badane wyłoniono zgodnie z zasadą celowego doboru. Przedstawione w artykule wyniki są częścią bardziej rozbudowanych badań dotyczących funkcjonowania rodzinnego, społecznego i zawodowego osób chorujących onkologicznie, w ramach których przebadano 40 osób z doświadczeniem choroby nowotworowej (32 kobiety i 8 mężczyzn). 75% z nich pierwszą diagnozę usłyszało w okresie do 5 lat przed momentem przeprowadzania wywiadu, 25% powyżej 5 lat, przy czym najbardziej liczna była grupa około roku od diagnozy. Były to osoby z następującymi rozpoznaniem: rak jajnika, rak piersi (zarówno przypadki operacji oszczędzającej, jak i wykonanej mastektomii i usunięcia węzłów chłonnych), rak szyjki macicy, rak jądra, (nasieniak), rak przełyku i żołądka, rak żołądka (z resekcją żołądka), rak jelita grubego (bez wyłonionej stomii oraz z wyłonioną stomią), rak jelita z naciekiem na odbyt i odbytnicę (z wyłonioną stomią i amputowanym odbytem), rak krtani, rak nerki, szpiczak, ostra białaczka szpikowa, ostra białaczka limfoblastyczna, chłoniak Hodgkina, chłoniaki nieziarnicze, nowotwór kości (z amputacją nogi), mięsak, rak ślinianki podżuchwowej, nowotwory głowy i twarzoczaszki, nowotwór mózgu (glejak) oraz nowotwory bardzo rzadkie: histiocytoza (nowotwór krwi umiejscowiony w kości, w tym przypadku z przerzutem na węzły chłonne), mięsak naczyń krwionośnych oraz liposarcoma przestrzeni zaotrzewnowej. Grupa była zróżnicowana wiekowo: 1 osoba została zdiagnozowana w wieku 17 lat (proces leczenia zbiegł się z momentem wchodzenia w dorosłość), 11 osób w momencie diagnozy było w przedziale wiekowym 20–29 lat, 8 osób w kohorcie wiekowej 30–39 lat, 12 osób w wieku od 40 do 49 lat, 3 osoby w przedziale wiekowym 50–59 lat, a 4 osoby miały powyżej 60 lat.

W związku z obraną problematyką w przedstawionej analizie uwzględniono wyłącznie wywiady z osobami aktywnymi zawodowo w chwili zachorowania (35 osób). Badani stanowili grupę silnie zróżnicowaną pod względem zawodowym – różniły ich wykonywane zawody i pozycje zawodowe oraz sektor i status zatrudnienia.

W przypadku wywiadów z pracodawcami grupę badanych tworzyły osoby na kierowniczych stanowiskach lub te, które zostały wskazane jako najbardziej zorientowane w sytuacji pracowniczej, zdrowotnej i społecznej personelu. Byli to: specjalistka w dziale kadr fabryki niemieckiego koncernu, menadżerka zespołu w firmie zajmującej się doradztwem personalnym i rekrutacją zagraniczną, specjalistka w dziale zarządzania zasobami ludzkimi w polskim oddziale fabryki skandynewskiej firmy, osoba na stanowisku dowódczym w Państwowej Straży Pożarnej, osoba na stanowisku dowódczym w Wojsku Polskim, osoba na stanowisku kierowniczym w jednostce samorządowej (pełniąca funkcję wiceburmistrza w niewielkim mieście), właścicielka biura księgowego, właściciele firmy rodzinnej (hurtownia i sieć sklepów spożywczych) oraz przedstawiciel związków zawodowych przedsiębiorstwa państwowego.

Wsparcie ze strony współpracowników otrzymywane w trakcie leczenia

Jak podkreśla Heinrich Pera – solidarność okazana przez współpracowników jest dla osoby chorującej (zwłaszcza w często pojawiającym się osamotnieniu) niezwykle ważna (Pera, 1993, s. 187–188). Również moi badani bardzo doceniali okazaną troskę i konstruktywne zainteresowanie, a podtrzymywanie kontaktu ze środowiskiem pracy było dla nich bardzo motywujące i wspierające (zob też: Caron i in., 2018; Kalfa i in., 2019, s. 852).

Samo to było miłe, że ktoś po prostu się interesuje. (PA_01⁴, sekretarka medyczna w szpitalu)

Koleżanki z pracy... – mi to pasowało, jak one się zachowują. Bo nie to, że wydzwaniały do mnie wszystkie i się martwiły, tylko miałam jedną taką bliższą koleżankę, która była ze mną w kontakcie i ona jakby co przekazywała jakieś informacje, ona tak jakby była blisko i tak dalej – jakbym coś potrzebowała, to mi pomagała czy... no po prostu nawet przesała mi jakiś, powiedzmy, prezent na święta. No takie rzeczy, że tam czułam po prostu, że tam o mnie myślą w tej pracy, nie? [...]. (PA_18, urzędniczka w sądzie)

⁴ W związku z realizacją wywiadów zarówno z pacjentami, ekspertami, jak i pracodawcami zastosowano podczas transkrypcji i analizy wywiadów oznaczenia wskazujące, do której podgrupy należy osoba badana; „PA” oznacza pacjentów.

Zarówno moje badania, jak i te zrealizowane przez innych badaczy pokazują, że wsparcie współpracowników w chorobie obejmuje zwykle deklaracje chęci pomocy, wsparcie finansowe i emocjonalne (Main i in., 2005, s. 999–1000; Tiedtke i in., 2009, s. 681). Bardzo ciepło przez moich rozmówców z doświadczeniem choroby nowotworowej były odbierane drobne wyrazy pamięci i wsparcia, takie jak symboliczne upominki, kartki czy nagrane telefonem filmiki z życzeniami. Bardzo doceniana i postrzegana jako jedna z najbardziej przydatnych form wsparcia – choć stosunkowo najrzadsza – była także pomoc praktyczna (np. zawiezenie do szpitala, zrobienie i dostarczenie obiadu w czasie rekonwalescencji, pomoc w załatwieniu różnych spraw). W kilku przypadkach współpracownicy zorganizowali zbiórki pieniędzy – i choć ta forma pomocy czasami wiąże się z początkowym zakłopotaniem osoby chorej, to troska współpracowników i chęć wsparcia finansowego również odbierana była jako bardzo budująca (głównie ze względu na jej pozamaterialne znaczenie i poczucie okazanej solidarności). W przypadku chorób nowotworowych (zwłaszcza białaczek) specyficzną i ważną formą wsparcia są również organizowane przez współpracowników zbiórki krwi.

To znaczy powiem tak, ja do dzisiaj pracuję z tymi ludźmi i po prostu no relacje mamy takie, że tak powiem, no wiele już razem przeszliśmy i oni mieli różne życiowe zakręty, i ja też. I po prostu wprost powiedziałam. I powiem tak – wsparcie w pracy miałam ogromne. Ja nie musiałam na przykład, idąc na USG, brać cały dzień urlopu czy tam kombinować jakieś tam zwolnienie, po prostu mogłam sobie na te kilka godzin wyjść. [...]. Nawet mi proponowali, jak do Warszawy, że mnie ktoś odwiezie, przywiezie i przyjadą do mnie – no po prostu wsparcie takie maksymalne. [...]. I wie pani, jak mi się zdarzyło rozplakać przy biurku, to tam nikt... no wspierali mnie, że tak powiem, nie było jakiejś takiej niezdrowej sensacji, tylko pełne zrozumienie. (PA_33, ekonomistka, księgowka)

Miałem mnóstwo przyjaciół z tej firmy, z którymi pracowałem (jesteśmy przyjaciółmi do dzisiaj tak naprawdę). Tak, wsparcie było duże: była zorganizowana zbiórka krwi, zbiórka płytek krwi dla mnie. Ale nie było to... nie wyszło to od zarządu spółki, tylko była to prywatna akcja moich kolegów. (PA_20, kontroler jakości w dużej korporacji)

Duża lojalność, empatia i wsparcie są szczególnie widoczne w zawodach, w których relacje oparte są na wzajemnym zaufaniu i wspólnych przeżyciach – o czym świadczą wypowiedzi moich rozmówców związanych z Państwową Strażą Pożarną i Wojskiem Polskim. Wsparcie to okazywane jest zarówno nieformalnie, jak i formalnie (dużą rolę odgrywa działalność różnych stowarzyszeń, np. wojskowego stowarzyszenia rodzin). Ponadto obserwowana jest ogromna solidarność zawodowa – co szczególnie widoczne jest w trakcie apeli o pomoc, m.in. podczas zbiórek krwi, gdzie mobilizacja jest ogromna, nawet wśród osób, które bezpośrednio nie znają potrzebującej osoby. Co istotne, wsparciem obej-

mowani są zarówno pracownicy znajdujący się w trudnej sytuacji, jak i ich bliscy, a pomoc ta jest traktowana jako naturalna i oczywista (co – jak stwierdził jeden z badanych – daje poczucie bezpieczeństwa, że „nikt nie zostanie sam w potrzebie”)⁵. Można założyć, że w miejscach pracy, w których widoczny jest kolektywistyczny etos pracy, solidarność, poczucie wzajemnej odpowiedzialności są większe, a więzi społeczne i stopień identyfikacji silniejsze, co ma swoje przełożenie również na udzielaną w sytuacjach kryzysowych pomoc (zob. Cybal-Michalska, 2009).

Dużym wsparciem w środowisku pracowniczym mogą być również związki zawodowe. Jak stwierdza ich przedstawiciel biorący udział w badaniu: zakres pomocy obejmuje zarówno wsparcie informacyjne (zwłaszcza w zakresie przysługujących praw), emocjonalne (w tym budowanie poczucia bezpieczeństwa), jak i – w miarę możliwości – finansowe (w postaci zapomóg z funduszy pracodawcy i funduszy związku zawodowego). Ponadto, jak podkreślił mój rozmówca, stojąc na straży praw pracowniczych, związki zawodowe wspierają pracownika nie tylko w okresie choroby, ale i podczas procesu powrotu do pracy, m.in. pilnując, aby pracodawca dostosował miejsce pracy wracającego po chorobie pracownika oraz stworzył taką atmosferę, „by ten człowiek nie czuł się odrzucony, tylko po prostu potrzebny i wykonywał swoje czynności zawodowe”. Trzeba jednak pamiętać, że – jak wskazuje badany – nie we wszystkich miejscach pracy istnieją związki zawodowe (raczej dotyczy to tylko dużych przedsiębiorstw, zwłaszcza państwowych), a tam gdzie są, nie wszyscy pracownicy do nich należą.

W wielu przypadkach istotnego wsparcia udzielali również pracownicy działów kadr w firmach zatrudniających badane osoby, którzy często służyli wsparciem informacyjnym w kwestii załatwiania różnych formalności, a także emocjonalnym, wzmacniając poczucie bezpieczeństwa badanych podczas kontaktu w okresie nieobecności w pracy.

Można przyjąć, że zwykle dobra atmosfera w pracy i sympatia współpracowników procentują również w okresie choroby w postaci wsparcia, troski i większej wyrozumiałości. Niestety, nie jest to jednak jednoznaczne i jak pokazują doświadczenia badanych, nie zawsze dobre relacje przed zachorowaniem mają swoje przedłużenie w trakcie choroby.

⁵ Poza tym w służbach mundurowych bardzo dużym ułatwieniem jest obecność psychologów (i kapelanów), którzy mogą stanowić wsparcie dla chorego pracownika i jego rodziny, ale także przygotować pozostałe osoby do tego, jak rozmawiać z osobą chorą i jak ją wspierać.

Negatywne doświadczenia w środowisku pracowniczym

Jak wspomniano wcześniej – w pierwszej fazie choroby wiele osób spotkało się z troską i deklaracjami współpracowników, że mogą w razie potrzeby liczyć na ich pomoc. Niestety, w trakcie choroby pojawiały się przypadki unikania kontaktu przez kolegów i koleżanki z pracy (co tłumaczono tym, że: „ludzie nie wiedzą, co powiedzieć, jak się zachować”), a także nieprzychylnie zachowania współpracowników, którzy negatywnie reagowali na dodatkowe obowiązki wynikające z nieobecności osoby chorującej (obwiniając o to osobę chorą, wobec której kierowali swoją niechęć). Warto podkreślić, że wspomniane negatywne reakcje zdarzały się nie tylko w mało zintegrowanych czy skonfliktowanych zespołach, ale również w przypadku pozornie bliskich relacji koleżeńskich.

W jednym przypadku badana osoba (nauczycielka) została oskarżona przez współpracowniczkę (będącą jednocześnie jej sąsiadką) o to, że symuluje chorobę, ponieważ „za dobrze wyglądała” i była widziana, jak chodzi na zakupy podczas zwolnienia lekarskiego. Co więcej – jak wynika z przypuszczeń mojej rozmówczynie – wspomniana współpracowniczka prawdopodobnie złożyła na nią donos, ponieważ niedługo po przypadkowym spotkaniu i przytoczonych oskarżeniach miała kontrolę z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Te przypuszczenia spowodowały w badanej lęk przed wychodzeniem z domu (mimo że kontrola nie wykazała żadnych nieprawidłowości w jej zwolnieniu lekarskim) i obawy, że jest ciągle obserwowana. Warto w tym miejscu podkreślić, że – jak stwierdza onkolog Krystyna Ostrowska – specyfika choroby nowotworowej powoduje, że pozornie dobrze wyglądająca i funkcjonująca osoba może być w bardzo złym stanie klinicznym, co przez innych (jako że odbiega od wyobrażeń i doświadczeń związanych ze znanymi im innymi chorobami) często jest niezrozumiane (za: Kryńska i Marzec, 2016, s. 79). Choć przytoczony przeze mnie przykład stanowi pewne ekstremum, to dobrze obrazuje skalę problemu, jakim jest stereotypowe postrzeganie chorób nowotworowych i brak wiedzy na temat (mniej widocznych dla postronnych osób) powikłań i dolegliwości związanych z leczeniem.

Powrót do pracy – reakcje współpracowników

W przypadku osób, które w trakcie leczenia i rekonwalescencji przebywały na zwolnieniach lekarskich (często długotrwałych), szczególne znaczenie ma pierwszy dzień w pracy po nieobecności związanej z chorobą. U kilkorga moich rozmówców pierwszy dzień w pracy po chorobie przybrał formę swoistego firmowego

święta (z gratulacjami od przełożonych i współpracowników, tortem i wspólnym celebrowaniem powrotu). W innych powitanie miało bardziej kameralny charakter i ograniczyło się do okazania przez najbliższych współpracowników radości z powrotu chorującej osoby do pracy. W niektórych przypadkach dzień powrotu do pracy (mimo długiej nieobecności i ogólnej wiedzy w firmie na temat choroby nowotworowej pracownika) był całkowicie zwyczajny i neutralny – bez jakichkolwiek słów powitania czy innych form celebrowania tego dnia. Co istotne, część osób była zadowolona z braku specjalnego przywitania po chorobie i pytań o samopoczucie (były to osoby, dla których choroba była bardzo intymnym doświadczeniem i które za wszelką cenę chciały być traktowane całkowicie normalnie); wiele osób zgłaszało jednak, że odczuło to jako brak jakiegokolwiek zainteresowania ze strony przełożonych oraz kolegów i koleżanek z pracy, co wiązało się dla nich z pewnym rozczarowaniem.

W kontekście powrotu do pracy po nieobecności znaczenie mają nie tylko własne emocje związane z tym wyzwaniem, ale również reakcje i zachowanie otoczenia.

Na początku było dziwnie, bo miałas wrażenie, że wszyscy cię oglądają – jak małpkę w zoo, nie? To było takie dziwne. [...]. Miało się wrażenie, że się spodziewali, że się przyjdzie takim wymęczonym, zmizerowanym, że się tak będzie wyglądało, jak w tym momencie jak się chemię bierze, tak? (PA_18, urzędniczka w sądzie)

Doświadczenia przedstawione w cytowanej wypowiedzi są zbieżne z wnioskami, jakie płyną z badań jakościowych przeprowadzonych przez Deborah S. Main z zespołem: osoby z doświadczeniem choroby nowotworowej zwykle wzbudzają nadmierne zainteresowanie w miejscu pracy, nierzadko wyłania się z niego bardziej lub mniej bezpośrednie zdziwienie dotyczące tego, że dana osoba jeszcze żyje, że dobrze wygląda itd., a także dyskomfort związany z obcowaniem z osobą, której przeżycia przypominają nam o własnej śmiertelności (Main i in., 2005, s. 999–1000; zob. też: Tiedtke i in., 2009, s. 682).

Im bardziej widoczne są wizualne reperkusje choroby, tym większą sensację (nawet nieświadomą, odruchową) może budzić u otoczenia widok osoby z doświadczeniem choroby onkologicznej. Zauważalne oznaki choroby i jej leczenia – nie tylko brak włosów, ale również np. utrzymujący się skurcz twarzy czy obrzęki limfatyczne – były przez część badanych relacjonowane jako duży problem. W kilku przypadkach lęk związany z niechcianymi spojrzeniami i wzbudzaniem sensacji potęgował wątpliwości co do powrotu do pracy. O podobnych obawach piszą również inni autorzy – wskazując, że z uwagi na przekonanie o tym, że spowodowana nowotworem zmiana w wyglądzie będzie przyciągać niezdrowe zainteresowanie współpracowników oraz ze względu na lęk przed negatywnym zachowaniem osób

z otoczenia, wiele osób odwleka powrót do pracy lub w ogóle rezygnuje z aktywności zawodowej, izolując się od potencjalnie wrogich (w ich percepcji) kontaktów (Juchnicka i in., 2015, s. 122; Kalfa i in., 2019, s. 852).

Warto zaznaczyć, że powrót do aktywności zawodowej po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (zwłaszcza w przypadku leczenia onkologicznego) nie jest jedynie pojedynczym wydarzeniem (choć, jak wspomniałam, pierwszy dzień odgrywa ważną rolę, zwłaszcza pod względem emocjonalnym). Jest to długotrwały i złożony proces – i właśnie w takich kategoriach powinniśmy rozpatrywać ten problem.

Opisując reakcje i wsparcie współpracowników, należy również zauważyć pewną negatywną prawidłowość, która pojawia się zarówno w wypowiedziach moich badanych, jak i w wywiadach prowadzonych przez zagranicznych badaczy: w pierwszych dniach/tygodniach po powrocie onkopacjenci zazwyczaj spotykają się z dużym entuzjazmem i wsparciem współpracowników oraz przełożonych, niemniej z czasem, gdy wraca proza codziennego zawodowego życia, to zrozumienie i wsparcie się zmniejsza (Duijts i in., 2014, s. 488; Nilsson, Petersson, i in., 2013, s. 2757–2758; Yarker i in., 2009, s. 1082–1083). Tymczasem wiele osób po zakończeniu leczenia nadal odczuwa długotrwałe reperkusje choroby, które wpływają na samopoczucie i możliwości zawodowe, takie jak m.in. zespół przewlekłego zmęczenia (obserwowany nawet przez lata po leczeniu), zaburzenia poznawcze (zwłaszcza kłopoty z koncentracją i pamięcią oraz trudności z podejmowaniem decyzji) czy uderzenia gorąca (Banning, 2011, s. 716; Corbett i in., 2016, s. 2–8; de Jong i in., 2016, s. 2; Duijts i in., 2014, s. 488–491; Grunfeld i Cooper, 2012, s. 85–87; Haywood i in., 2023; Lange i Joly, 2017, s. 786; Rasmussen i Elverdam, 2008, s. 1236; Von Ah i in., 2016; Zierkiewicz i Wechmann, 2016, s. 114). Niestety – ze względu na brak powszechnej wiedzy na temat specyfiki późnych, długoterminowych powikłań onkologicznych – osoby nimi dotknięte masowo spotykają się z brakiem zrozumienia tego problemu przez otoczenie. Podczas zgłaszania wynikających z nich trudności często są traktowane jako symulanci, a ich mniejsza wydajność zawodowa jest powodem irytacji współpracowników.

Jednocześnie zaskakująco często w przeprowadzonych przeze mnie wywiadach (zarówno z osobami chorującymi, jak i z przedstawicielami pracodawców) pojawiał się wątek dużej zazdrości współpracowników o przywileje związane z posiadaniem przez część badanych orzeczeniem o niepełnosprawności.

Wróciłam do tego samego zakładu, do tej samej pracy i tu był bardzo trudny moment, bo spotkałam się z zawiścią ludzi – współpracowników, którzy tam pracowali – bo wręcz zazdrościli mi tego, że miałam umiarkowany [stopień niepełnosprawności – N.U.], że przysługiwało mi dodatkowych 10 dni [urlopu – N.U.], że mogę pracować 7 godzin i mam płacone jak za 8 godzin (co prawda ja pracowałam te 8 godzin, ale ta ósma godzina była dla

mnie liczona jako nadgodzina, tak?). No i z takimi wręcz... ten nawet jeden z pracowników powiedział takie słowa, że: „no trzeba mieć znajomości, żeby sobie załatwić umiarkowany”. No to wtedy już nie wytrzymałam [...] – oni wiedzieli, że jestem po chorobie onkologicznej – no to wtedy nie wytrzymałam i mu powiedziałam: „to sobie załatw raka i też będziesz miał umiarkowany”. Po prostu ludzie są mało tolerancyjni, bo ja wróciłam też na to samo stanowisko, nikt mi nie pomagał, wykonywałam obowiązki, które wykonywałam przed chorobą, mało tego – jeszcze mnóstwo obowiązków dostałam, dołożone miałam i nikt mi nie pomagał, nikt nie ten... Ale jednak stale spotykałam się z tą zazdrością. (PA_21, pracowniczka magazynu odzieżowego)

Z opowieści dziewczyn [koleżanek ze stowarzyszenia pacjentek onkologicznych – N.U.] też wiem, że niektóre miały nawet takie bardzo nieprzyjemne sytuacje w pracy. Że nawet mówiły do nich współpracownicy: „no, one też by chciały tak sobie wychodzić po 7 godzinach” – no to co można takiej osobie powiedzieć? No chyba tylko tyle, czy chce się zamienić na tą całą sytuację. No bo takie... Ja też na początku miałam takie: „ojej, ja sobie wychodzę godzinę wcześniej a one tutaj...”. Czasami jakiś komentarz gdzieś tam słyszałam. [...]. Takie wprost to może tak za bardzo nie, tylko takie oględne mówienie (ale ja wiedziałam, że to chodzi o mnie). [...]. Taka niechęć, że się wychodzi wcześniej, że się idzie do lekarza i nie trzeba brać urlopu [...], że jest ta możliwość, że można się tam zwolnić czy przyjść później, w ramach tych świadczeń, które mamy. No więc to są takie też niefajne rzeczy, które się słyszy, nie? (PA_18, urzędniczka w sądzie)

Warto przy tym zaznaczyć, że liczne badania potwierdzają, że dobra atmosfera w pracy, poczucie bezpieczeństwa oraz wsparcie ze strony współpracowników i przełożonych to niezwykle istotne aspekty brane pod uwagę w podejmowaniu decyzji o powrocie do pracy w trakcie / po leczeniu onkologicznym (Carlsen i in., 2013, s. 425–428; Marinas-Sanz i in., 2023; Nilsson, Olsson i in., 2013, s. 1642; Sun i in., 2016, s. 789–790; Tamminga i in., 2019, s. 472; Tiedtke i in., 2009, s. 681). I odwrotnie – w przypadku złej atmosfery i konfliktów w środowisku pracy pacjenci częściej decydują się na pozostanie na zwolnieniu lekarskim (Lilliehorn i in., 2013, s. 271; Lindbohm i in., 2014, s. 637; Nilsson, Olsson i in., 2013, s. 1642; Robinson i in., 2015, s. 447; Sun i in., 2016, s. 786). Potwierdzają to słowa jednej z moich rozmówczyń, która podkreślała, że to nie choroba, ale (jak sama określiła) „toksyczne” w jej odbiorze wcześniejsze zachowania kilku współpracowników odwiodły ją od szybkiego powrotu do pracy (jak stwierdziła: „wolała iść na zwolnienie, niż męczyć się tam”). Dla innej badanej – pracującej w drukarni – możliwość przebywania na zwolnieniu lekarskim (z innego powodu niż choroba nowotworowa) stanowiło swoistą ucieczkę od złej atmosfery w firmie związanej ze zmianami i zwolnieniami pracowników.

Można zatem zauważyć, że środowisko pracy może być zarówno „katalizatorem” powrotu do aktywności zawodowej, jak i jego „hamulcem”. Uwrażliwienie

i przygotowanie współpracowników na możliwe trudności, a także nauka mądrego wspierania osób chorujących onkologicznie w ich miejscu pracy jawią się zatem jako istotny – a pomijany – element rehabilitacji zawodowej osób chorujących onkologicznie. Tym bardziej cieszy, że aspekty te zostały poruszone w amerykańskim poradniku kierowanym do współpracowników osób chorujących na nowotwory (National Business Group on Health, American Cancer Society, 2017) – co warto byłoby zaimplementować również na gruncie polskim.

Wnioski

Opisane w artykule doświadczenia osób chorujących onkologicznie pokazują, że reakcje współpracowników w sytuacji choroby nowotworowej są różnorodne. Oprócz wielu widocznych przykładów empatii, życzliwości i konstruktywnego wsparcia pojawiają się także reakcje i zachowania, które powodują, że sytuacja ta jest dla chorego (lub powracającego po leczeniu) pracownika podwójnie trudna. Z przedstawionych analiz wyłania się pewna – ciekawa dla implikacji pedagogicznych – prawidłowość: genezy negatywnie odbieranych zachowań ze strony współpracowników możemy upatrywać głównie w deficytach umiejętności społecznych i wiedzy. Wiedzy odnoszącej się do specyfiki chorób onkologicznych, ich leczenia i późnych, długoterminowych powikłań, jak i tej dotyczącej komunikacji z osobą zmagającą się z chorobą nowotworową (czy ogólnie osobą w trudnej sytuacji życiowej). Można jednak zaryzykować stwierdzenie, że wprawdzie problem ten dotyczy w sposób szczególny chorób nowotworowych (ze względu na lękotwórcze stereotypy), ale prawdziwym jego podłożem jest to, że nie umiemy rozmawiać na trudne tematy, nie potrafimy wspierać osób w trudnych sytuacjach i im po prostu życzliwie (i bez uprzedzeń) w tych sytuacjach towarzyszyć.

Jak pisał Bogdan Suchodolski – nauki społeczne (w tym pedagogika) „nie ograniczają się dzisiaj do prostej obserwacji rzeczywistości, ale uczestniczą w stwarzaniu rzeczywistości społecznej nowej, uczestnicząc w tym stwarzaniu nowej rzeczywistości odkrywają prawa rządzące całą rzeczywistością społeczną” (Suchodolski, 1974, s. 19–20). Jeżeli będziemy – indywidualnie i jako społeczeństwo – wiedzieć, w jaki sposób konstruktywnie wspierać osoby chorujące onkologicznie, a rak przestanie być czymś, co przeraża i blokuje przed kontaktem, istnieje duże prawdopodobieństwo, że opisane w artykule negatywne reakcje i zachowania będą pojawiały się marginalnie. Jest to trudne, ale jednocześnie bardzo ważne (zwłaszcza w kontekście rosnących wskaźników zachorowań) zadanie pedagogiki.

Bibliografia

- Banning, M. (2011). Employment and breast cancer: A meta-ethnography: Breast cancer survivors and return to work experience. *European Journal of Cancer Care*, 20(6), 708–719. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01291.x>
- Carlsen, K., Jensen, A.J., Rugulies, R., Christensen, J., Bidstrup, P.E., Johansen, Ch., Huitfeldt Madsen, I.E., Dalton, S.O. (2013). Self-reported work ability in long-term breast cancer survivors. A population-based questionnaire study in Denmark. *Acta Oncologica*, 52(2), 423–429. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.744877>
- Caron, M., Durand, M.J., Tremblay, D. (2018). Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work process: A qualitative descriptive study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 89–96. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9698-x>
- Chimienti, M., Morlino, G., Ingravalle, F., Vinci, A., Colarusso, E., De Santo, C., Formosa, V., Gentile, L., Lorusso, G., Mosconi, C., Scaramella, M., Rosca, V., Veneziano, E., Torino, F., Emberti Gialloreti, L., Palombi, L. (2023). Unemployment status subsequent to cancer diagnosis and therapies: A systematic review and meta-analysis. *Cancers*, 15(5), 1513. <https://doi.org/10.3390/cancers15051513>
- Corbett, T., Groarke, A., Walsh, J.C., McGuire, B.E. (2016). Cancer-related fatigue in post-treatment cancer survivors: Application of the common sense model of illness representations. *BMC Cancer*, 16(1), 919. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2907-8>
- Cybal-Michalska, A. (2009). Orientacje indywidualizm vs kolektywizm jako wzory mentalności – przyczynek do dyskusji na temat odmiennych etosów pracy. W: M. Piorunek (red.), *Człowiek w kontekście pracy. Teoria, empiria, praktyka* (s. 31–47). Wydawnictwo Adam Marszałek.
- de Jong, M., Tamminga, S.J., de Boer, A.G.E.M., Frings-Dresen, M.H.W. (2016). The Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors (QWLQ-CS): A pre-test study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1440-4>
- Duijts, S.F.A., van Egmond, M.P., Spelten, E., van Muijen, P., Anema, J.R., van der Beek, A.J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481–492. <https://doi.org/10.1002/pon.3467>
- Gałuszka, A. (2005). *Człowiek przewlekle chory: Aspekty psychoegzystencjalne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Grunfeld, E.A., Cooper, A.F. (2012). A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 21(1), 82–89. <https://doi.org/10.1002/pon.1874>
- Haywood, D., Dauer, E., Baughman, F.D., Lawrence, B.J., Rossell, S.L., Hart, N.H., O'Connor, M. (2023). „Is my brain ever going to work fully again?": Challenges and needs of cancer survivors with persistent cancer-related cognitive impairment. *Cancers*, 15(22), 5331. <https://doi.org/10.3390/cancers15225331>
- Hernandez, D., Schlander, M. (2021). Income loss after a cancer diagnosis in Germany: An analysis based on the socio-economic panel survey. *Cancer Medicine*, 10(11), 3726–3740. <https://doi.org/10.1002/cam4.3913>
- Juchnicka, M., Prystrom, J., Pogorzelski, M., Siderska, D. (2015). *Przekroczyć granice – wsparcie doradczo-edukacyjne osób dotkniętych chorobą nowotworową. Modelowa asysta osobista*. Białostocka Fundacja Kształcenia Kadr.

- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-Span Development and Behavior*, 3, 253–286.
- Kalfa, S., Koelmeyer, L., Taksa, L., Winch, C., Viveros, H., Gollan, P.J., Mackie, H., Boyages, J. (2019). Work experiences of Australian cancer survivors with lymphoedema: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 848–855. <https://doi.org/10.1111/hsc.12698>
- Kemp, E., Knott, V., Ward, P., Freegard, S., Olver, I., Fallon-Ferguson, J., Emery, J., Christensen, Ch., Bareham, M., Koczwara, B. (2021). Barriers to employment of Australian cancer survivors living with geographic or socio-economic disadvantage: A qualitative study. *Health Expectations*, 24(3), 951–966. <https://doi.org/10.1111/hex.13238>
- Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023. (2023). OECD Publishing.
- Kryńska, J., Marzec, T. (2016). *Onkologdy. Walka na śmierć i życie*. The Facto.
- Lange, M., Joly, F. (2017). How to identify and manage cognitive dysfunction after breast cancer treatment. *Journal of Oncology Practice*, 13(12), 784–790. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.026286>
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A., Salander, P. (2013). Meaning of work and the returning process after breast cancer: A longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 267–274. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01026.x>
- Lindbohm, M.L., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K., Gudbergsson, S., Gunnarsdottir, H. (2014). Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(6), 634–641. <https://doi.org/10.1002/pon.3459>
- Main, D.S., Nowels, C.T., Cavender, T.A., Etschmaier, M., Steiner, J.F. (2005). A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14(11), 992–1004. <https://doi.org/10.1002/pon.913>
- Marinas-Sanz, R., Iguacel, I., Maqueda, J., Mínguez, L., Alquézar, P., Andrés, R., Pérez, E., Sousa, R., Moreno-Atahonero, E., Solé, D., Güemes, A., Martínez-Jarreta, B. (2023). Facilitating factors and barriers in the return to work of working women survivors of breast cancer: A qualitative study. *Cancers*, 15(3), 874. <https://doi.org/10.3390/cancers15030874>
- National Business Group on Health, American Cancer Society. (2017). *CANCER IN THE WORKPLACE. Co-worker Tip Sheet. For co-workers of employees diagnosed with cancer, in treatment and beyond*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/online-documents/en/pdf/flyers/cancer-in-the-workplace-co-worker-tip-sheet.pdf>
- Nilsson, M.I., Olsson, M., Wennman-Larsen, A., Petersson, L.M., Alexanderson, K. (2013). Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery – a focus group study. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1639–1644. <https://doi.org/10.1002/pon.3192>
- Nilsson, M.I., Petersson, L.M., Wennman-Larsen, A., Olsson, M., Vaez, M., Alexanderson, K. (2013). Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2755–2762. <https://doi.org/10.1002/pon.3341>
- Pera, H. (1993). Sam nie podołam. W: H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia* (s. 177–252). Wydawnictwo Znak.
- Pilch, T. (1995). *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Rasmussen, D.M., Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: An interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1232–1238. <https://doi.org/10.1002/pon.1354>
- Robinson, L., Kocum, L., Loughlin, C., Bryson, L., Dimoff, J.K. (2015). I wanted you to know: Breast cancer survivors' control of workplace communication about cancer. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 446–456. <https://doi.org/10.1037/a0039142>

- Suchodolski, B. (1974). Integracja człowieka i współczesnej cywilizacji. W: J. Aleksandrowicz (red.), *Rewolucja naukowo-humanistyczna* (s. 15–26). Państwowe Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”.
- Sun, W., Chen, K., Terhaar, A., Wiegmann, D.A., Heidrich, S.M., Tevaarwerk, A.J., Sesto, M.E. (2016). Work-related barriers, facilitators, and strategies of breast cancer survivors working during curative treatment. *Work*, 55(4), 783–795. <https://doi.org/10.3233/WOR-162449>
- Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(4), 667–674.
- Tamminga, S.J., Jansen, L.P., Frings-Dresen, M.H.W., de Boer, A.G.E.M. (2020). Long-term employment status and quality of life after cancer: A longitudinal prospective cohort study from diagnosis up to and including 5 years post diagnosis. *Work*, 66(4), 901–907. <https://doi.org/10.3233/WOR-203234>
- Tamminga, S.J., Wolvers, M.D.J., Greidanus, M.A., Zaman, A.G.N.M., Braspenning, A.M., Frings-Dresen, M.H.W., de Boer, A.G.E.M. (2019). Employees Diagnosed with Cancer: Current Perspectives and Future Directions from an Employer’s Point of View. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 472–474. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9802-x>
- Tiedtke, C., de Rijk, A., Dierckx de Casterlé, B., Christiaens, M.R., Donceel, P. (2009). Experiences and concerns about ‘returning to work’ for women breast cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 19(7), 677–683. <https://doi.org/10.1002/pon.1633>
- Von Ah, D., Storey, S., Tallman, E., Nielsen, A., Johns, S., Pressler, S. (2016). Cancer, cognitive impairment, and work-related outcomes: An integrative review. *Oncology Nursing Forum*, 43(5), 602–616. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.602-616>
- Yarker, J., Munir, F., Bains, M., Kalawsky, K., Haslam, C. (2009). The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1078–1085. <https://doi.org/10.1002/pon.1662>
- Zierkiewicz, E., Wechmann, K. (2016). *Życie od nowa: Społeczne zaangażowanie Amazonek – aktywnych pacjentek*. Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”: Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego.