

SABINA PAWLAS^a

PSYCHOSPOŁECZNE KONSEKWENCJE DOŚWIADCZANIA CHOROBY ONKOLOGICZNEJ NA TERENACH WIEJSKICH – WYZWANIE DLA BADAŃ I PRAKTYKI PRACY SOCJALNEJ

PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF CANCER IN RURAL AREAS: A CHALLENGE FOR SOCIAL WORK RESEARCH AND PRACTICE

Being a resident of non-urbanized areas may entail several consequences important for coping with cancer and for treatment and recovery. In Poland, there is a lack of in-depth analyses devoted to these issues. Research in this area is necessary to build a comprehensive support system that uses social work resources, eliminating inequalities related to the place of residence in the context of cancer. The article aims to discuss the potential of social work in counteracting the exclusion from psychosocial support of people with cancer living in rural areas. Analysis of available scientific data allowed us to indicate several factors related to living in rural areas, which may interact with the psychosocial consequences of having cancer. As a result of these interactions, special non-medical needs may arise among patients and their families. The manner and degree to which these unique needs are met may affect the mental health of patients during treatment and after its completion. The results of the empirical analyses presented in the text justify the urgent need to conduct empirical studies in Poland, defining the psychosocial needs of people 'with cancer' and 'after cancer' living in rural areas. Care for cancer patients and their mental health should extend throughout the entire trajectory of the disease, including the period after treatment, when individuals actively participate in family and professional roles. Convalescents and cancer patients in rural areas require preventive measures, with social work playing an important role in diagnosis and the design of appropriate support.

Keywords: rural areas; oncological social work; cancer survivor; psychosocial needs

Bycie mieszkańcem terenów nieurbanizowanych może pociągać za sobą szereg konsekwencji istotnych dla procesu radzenia sobie z chorobą onkologiczną, dla procesu leczenia oraz powrotu do zdrowia. W naszym kraju brakuje pogłębionych analiz poświęconych tym zagadnieniom. Ustalenia w tym obszarze są konieczne do budowania kompleksowego systemu wsparcia wykorzystującego zasoby pracy socjalnej, niwelującego nierówności związane z miejscem zamieszkania w sytuacji choroby onkologicznej. Celem artykułu jest podjęcie dyskusji nad potencjałem pracy socjalnej w obszarze przeciwdziałania wykluczeniu ze wsparcia psychospołecznego osób chorujących onkologicznie zamieszkujących tereny wiejskie. Analiza dostępnych danych naukowych pozwoliła na wskazanie kilku aspektów związanych z zamieszkiwaniem terenów wiejskich, które

^a Uniwersytet Śląski w Katowicach, Polska / Silesia University in Katowice, Poland
sabina.pawlas@us.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-0047-5378>

mogą wchodzić w interakcje z psychospołecznymi konsekwencjami doświadczania choroby nowotworowej. W wyniku ich wzajemnych oddziaływań mogą być kreowane szczególne potrzeby o charakterze pozamedycznym, dotyczące chorych i ich rodzin. Od sposobu i stopnia zaspokojenia tych unikalnych potrzeb zależeć może m.in. stan zdrowia psychicznego chorych w trakcie leczenia, a także po jego zakończeniu. Wyniki referowanych na łamach tekstu analiz empirycznych uzasadniają pilną potrzebę realizowania w naszym kraju badań empirycznych określających potrzeby psychospołeczne osób „z rakiem” oraz „po raku” zamieszkujących tereny wiejskie. Troska o pacjentów onkologicznych i kondycję ich zdrowia psychicznego powinna dotyczyć osób w całej trajektorii choroby, włączając w to osoby wyleczone, aktywnie uczestniczące w rolach rodzinnych i zawodowych. Ozdrowieńcy i chorzy onkologicznie na terenach wiejskich wymagają objęcia działaniami profilaktycznymi, z wyraźną obecnością pracy socjalnej jako istotnego ogniwa procesu diagnozy i projektowania trafnego wsparcia.

Słowa kluczowe: obszary wiejskie; onkologiczna praca socjalna; cancer survivor; potrzeby psychospołeczne

I. WPROWADZENIE

Dobry stan zdrowia, wskazywany jako jedna z najwyższej cenionych wartości w naszym kraju (69% respondentów wskazuje zachowanie dobrego zdrowia jako jedną z najważniejszych wartości w życiu; CBOS, 2020) rozstrzyga o wielu istotnych wymiarach życia społecznego. Stanowi główny czynnik decydujący o jakości życia jednostek i ich rodzin, wpływa na poziom produktywności całej populacji. Rosnący poziom zachorowań, w tym na choroby wymagające złożonego i obciążającego procesu leczenia tak jak w wypadku chorób nowotworowych, generuje szereg wyzwań dla systemu zdrowia i polityki społecznej. Jednym z nich staje się zadanie niwelowania nierówności związanych z szeroką rozumianą opieką nad pacjentem onkologicznym i jego rodziną.

W zakresie leczenia przeciwnowotworowego obserwowany jest wyraźny postęp jego skuteczności. Wynika on ze stosowania wysokorozwiniętych technologii medycznych (m.in. immunoterapii, terapii celowanych, chirurgii robotowej, radioterapii stereotaktycznej, nanotechnologii onkologicznej, terapii fotodynamicznej) oraz wcześniejszej wykrywalności choroby. Jednakże zaawansowane rozwiązania biomedyczne same nie wystarczą, aby radzić sobie z wszystkimi następstwami choroby onkologicznej, szczególnie tymi, które pojawiają się w sferze psychologicznego i społecznego funkcjonowania osoby chorującej oraz jej rodziny.

Niedocenianie znaczenia szczególnych potrzeb psychospołecznych w obliczu choroby, zarówno w odniesieniu do samych osób chorujących, jak i ich najbliższych, rodzi poważne konsekwencje. Mogą obejmować one niższą jakość życia, trudności w radzeniu sobie z chorobą, adaptacją do niej, komplikacje w przebiegu procesu leczenia/zdrowienia, a nawet gorsze rezultaty terapii onkologicznej. W wypadku opiekunów rodzinnych pozostawianie ich bez pomocy skutkuje wieloaspektowym wykluczeniem ze wsparcia. Badacze makroekonomicznych konsekwencji chorób zaznaczają, że choroby nowotworowe w znacznie większym stopniu niż inne dotyczą bliskich krewnych osób cho-

rych. Wskazują, że oprócz czasu poświęcanego na opiekę bliscy doświadczają obciążeń behawioralnych, fizjologicznych, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne. Może to wywoływać negatywne skutki w sferze ekonomiczno-zawodowej, gdzie podnoszą poziom absencji oraz prezenteizmu (tj. nieefektywną obecność w pracy; Macioch, 2013, s. 181–183).

Rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb psychospołecznych w chorobie onkologicznej stało się istotnym elementem organizacji całosciowego systemu leczenia w wielu krajach, a wdrażane w tym celu praktyki stanowią przedmiot systematycznie prowadzonych badań ewaluacyjnych. Ważnym ogniwem tego systemu jest onkologiczna praca socjalna, ukierunkowana na przezwyciężanie indywidualnych i społecznych skutków choroby nowotworowej.

Problematyka onkologicznej pracy socjalnej jest niedoreprezentowana w polskiej literaturze. Nie oznacza to jednak, że osoby cierpiące na raka nie uzyskują profesjonalnego wsparcia ze strony pracowników socjalnych. Dla niektórych chorujących na raka pracownik socjalny staje się jedynym źródłem wieloaspektowego wsparcia w kryzysie powodowanym chorobą zagrażającą życiu. Podejmowane interwencje, zarówno te świadczone bezpośrednio, jak i działania pomocowe koordynowane przez pracowników socjalnych, stanowią potwierdzenie istotnej rangi zawodu pracownika socjalnego wśród profesjonalistów kompetentnych do współtworzenia holistycznego systemu wsparcia dla osób doświadczających choroby onkologicznej (Pawlas 2024). Prawdą jest jednak, że brakuje nam pogłębionych analiz tego zjawiska.

Europejski kodeks postępowania w leczeniu nowotworów (The European Code of Cancer Patients) zawierający 10 kluczowych, nadrzędnych praw, których zagwarantowania pacjent chory na raka powinien oczekiwać od systemu opieki zdrowotnej, jest jednym z dokumentów, które podkreślają uniwersalność praw niezależnie od miejsca zamieszkania chorego. W znacznym stopniu współtworzyli go pacjenci onkologiczni, specjaliści onkologiczni i rzecznicy pacjentów. Zapisy w nim zawarte poparły organizacje zawodowe, organizacje pacjentów onkologicznych i Komisja Europejska. Wśród podnoszonych kwestii pojawia się w nim m.in. prawo do uzyskiwania wielopłaszczyznowej pomocy na każdym etapie chorowania oraz po jego zakończeniu. Pojawia się także prawo dotyczące możliwie jak najwyższej jakości życia w chorobie (Nelson i in., 2024). W zapisach polskiej Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 kładzie się nacisk na „koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin” (Ministerstwo Zdrowia, 2000, s. 3).

Tymczasem jak wynika z badań, jakkolwiek sprawiedliwa opieka w obszarze zdrowia i choroby jest kluczowym celem polityki europejskiej, w wielu krajach potrzeby mieszkańców obszarów wiejskich żyjących z chorobą nowotworową mogą być zaniedbywane. Studia empiryczne prowadzone nad implementacją Europejskiego kodeksu postępowania w leczeniu nowotworów dowodzą, że w większości krajów europejskich realizacja najważniejszych praw pacjentów onkologicznych stanowi szczególne wyzwanie przede wszystkim na terenach wiejskich (Nelson i in., 2024). Niedostateczna ilość projektów badawczych w tym obszarze uzasadnia pilną potrzebę wnikliwego rozpoznawania

sytuacji leczonych onkologicznie mieszkańców wsi w Polsce i w wielu krajach europejskich.

Celem artykułu jest podjęcie dyskusji nad potencjałem pracy socjalnej w obszarze przeciwdziałania wykluczeniu ze wsparcia psychospołecznego zamieszkujących tereny wiejskie osób chorujących onkologicznie. Szczególną uwagę zwrócono także na osoby, które na obszarach wiejskich przeżyły walkę z rakiem, przechodząc do grona tzw. *cancer survivors*. Jakkolwiek onkologiczna praca socjalna stawia sobie za cel niesienie adekwatnych form wsparcia w całej trajektorii chorowania, zdecydowano, ze względu na ograniczenia krótkiego tekstu, by zwrócić uwagę także na problematykę wspomnianej grupy, często pozostającej w cieniu rozważań akademickich oraz wdrażanych rozwiązań pomocowych. Wzrost przeżywalności wśród osób chorujących na nowotwory nakazuje postawić pytania o jakość systemu wsparcia, dzięki któremu powrót do wysokiej jakości życia, ról zawodowych i społecznych będzie możliwie jak najbardziej korzystny, niezależnie od tego, czy jest się mieszkańcem terenów zurbanizowanych, czy wiejskich.

II. DOŚWIADCZANIE CHOROBY ONKOLOGICZNEJ NA TERENACH WIEJSKICH – PRZEGLĄD WYBRANYCH BADAŃ

Choroba onkologiczna stanowi poważne wyzwanie dla osoby, która jej doświadcza, a także dla osób jej najbliższych, członków rodziny. Ilość i ciężar generowanych przez chorobę nowotworową zadań powodują, że niezależnie od zmiennych społeczno-demograficznych rozważna jest w kategoriach zakłócenia biograficznego dla jednostki (Bury, 1982) oraz biograficznego wyzwania dla bliskich, szczególnie opiekunów rodzinnych (Chamberlayne, 1997).

Konfrontacja z chorobą onkologiczną, jeśli dotyczy osób zamieszkujących tereny wiejskie, przebiegać może w sposób różniący się od tego, jaki staje się udziałem chorujących w miastach. Potwierdzają to liczne badania nierówności społecznych w kontekście chorób onkologicznych. Miejsce zamieszkania jest wyraźnie wskazywane jako cecha populacji, która może być powiązana z klinicznie istotnymi nierównościami w stanie zdrowia (United States Department of Health and Human Services, 2000). Badania te relatywnie częściej dotyczą problematyki dostępu do leczenia i przeżywalności w zależności od zamieszkiwania obszarów wiejskich lub miast. Zagadnienie potrzeb psychospołecznych czy kondycji psychicznej osób po zakończonym leczeniu onkologicznym podejmowane jest rzadko (Burris i Andrykowski, 2010). Dokonując przeglądu dostępnych w tym zakresie badań, można wskazać kilka kwestii pozwalających sądzić, że zamieszkiwanie na obszarach wiejskich może istotnie wpływać na radzenie sobie z chorobą po uzyskaniu diagnozy onkologicznej.

Wyniki badań dotyczących wpływu miejsca zamieszkania na doświadczenie choroby onkologicznej sugerują, że jednym z elementów determinujących proces adaptacji do choroby na obszarach wiejskich jest terytorialna odległość od ośrodków leczenia przeciwnowotworowego. Czynniki ten pociąga za sobą

szereg zróżnicowanych konsekwencji. Podkreśla się, że osoby zmagające się z chorobą nowotworową na wsi potrzebują znacznie większego wsparcia instrumentalnego oraz materialnego w zakresie organizowania transportu związanego z leczeniem. Wpływ czynnika związanego z odległością od centrów terapeutycznych na tym się nie kończy. Większa ilość czasu, jaki musi zostać poświęcony podróżom, generuje utrudnienia w zarządzaniu codziennymi obowiązkami oraz synchronizacją zadań domowo-rodzinnych, godzeniem ról zawodowych z procesem leczenia. Powtarzające się wyjazdy mogą rzutować na ograniczanie zasobów energii osób chorych, poziom ich sił fizycznych, a także mogą powodować zaostrzenie symptomów chorobowych (Ambroggi, 2015; Payne, 2000). Często dodatkowo nadwyrężają stan budżetu domowego. Omawiane kwestie mogą oddziaływać na kondycję psychofizyczną chorego oraz głównego opiekuna rodzinnego (Loughery i Woodgate, 2015). Co istotne, badania dowodzą, że omawiane obciążenia nie skupiają zbyt wiele uwagi osób chorych dopóty, dopóki trwa prowadzone leczenie. Jednakże po jego zakończeniu wpływ trudności związanych z podróżami docierał mocno do świadomości respondentów i wówczas wyraźnie podkreślano ich wieloaspektowy, bardzo negatywny charakter (Egilsdóttir i in., 2022). Pozostaje to w zgodzie z wynikami innych badań, w których podkreślano, że duża odległość od specjalistycznej opieki może nasilać psychosomatyczne konsekwencje choroby onkologicznej (Butow, 2012; Loughery i Woodgate, 2015).

Opisywane konsekwencje trudności komunikacyjnych mogą przybierać dużo bardziej skomplikowaną postać w zależności od indywidualnego przebiegu choroby. Stadium choroby, lokalizacja raka, jego rzadkie postaci wymieniane są jako dodatkowe aspekty rzutujące na proces leczenia i stan psychiczny osoby chorującej oraz jemu najbliższych w zależności od miejsca zamieszkania.

Chorujący onkologicznie mieszkańcy obszarów wiejskich, podobnie jak ich miejscy odpowiednicy, doświadczają współistniejących chorób przewlekłych. Biorąc pod uwagę utrudniony dostęp do usług medycznych, pojawiać się mogą dodatkowe komplikacje. Badacze tej problematyki wskazują, że lekarzom pierwszego kontaktu, przy ograniczonym dostępie do wsparcia onkologicznego, trudniej jest prowadzić leczenie chorób współwystępujących w trakcie aktywnej terapii onkologicznej. Jednocześnie zwraca się uwagę, że onkolodzy prowadzący osoby zamieszkujące tereny ze słabą infrastrukturą medyczną częściej muszą oprócz koncentracji na leczeniu raka zajmować się chorobami współistniejącymi (Charlton i in., 2015).

Miejsce zamieszkania – jak wskazują inne badania (Oshiro i in., 2022) – może w istotny sposób różnicować nastawienie poznawcze jednostek wobec własnej choroby. Ważna rola w jego kształtowaniu przypada działaniu procesów intrapersonalnych oraz interpersonalnych, których przebieg może być determinowany wpływem środowiska zamieszkania. Podobnie istotny może być efekt oddziaływań norm kulturowych i obyczajów obowiązujących w konkretnej, wiejskiej społeczności. Wchodząc w interakcje ze szczególnymi konsekwencjami chorób onkologicznych, wymieniane czynniki związane z miejscem zamieszkania mogą tworzyć unikalny obraz potrzeb psychospołecznych mieszkańców wsi.

Poziom wykształcenia uznawany jest za jeden z istotniejszych czynników wpływających na zakres wiedzy na temat choroby nowotworowej (Adamowicz, 2016). Stanowi ważny element decydujący o zachowaniach wobec własnych symptomów chorobowych, np. o poszukiwaniu specjalistycznej pomocy diagnostycznej i terapeutycznej. Podzielanie określonych przekonań na temat raka, jak zaobserwowano w jednym z badań z udziałem kobiet mieszkających na wsiach, stanowić może skuteczną barierę w podejmowaniu wysiłku związanego z docieraniem do wsparcia medycznego i rozpoczęciem leczenia. Przykładem indywidualnych przekonań na temat choroby zniechęcających do podejmowania leczenia jest twierdzenie, które obserwowano w przywoływanym badaniu, że rak to choroba, która zawsze ma złe rokowania (Grunfeld i Kohli, 2010). Upowszechnienie w danym środowisku zamieszkania fatalistycznych, nieprawdziwych przekonań dotyczących choroby nowotworowej może utrzymywać system wewnętrznych barier, nie pozwalając na ich poznawczą modyfikację. Jak wykazano w badaniach przeprowadzanych w naszym kraju, wśród kobiet chorujących na raka piersi kobiety mniej wykształcone deklarowały wyższy poziom nieufności wobec skuteczności leczenia, odwołując się przy tym do opinii i sugestii bliskich sobie osób. Zachowania tego rodzaju mogą być także, jak piszą autorzy badań, konsekwencją negatywnych doświadczeń zastępczych, jak straszenie przykładem chorych, którym się nie powiodło w walce z chorobą — dość częste w niektórych środowiskach (Grodecka-Gazdecka i in., 2013). Pacjentki nieco częściej ulegały sugestiom bliskich osób, jeśli miały niższe wykształcenie.

Bycie mieszkańcem wsi może wiązać się z mniej korzystną sytuacją ekonomiczną. Subiektywna ocena w tym zakresie nie pozostaje bez znaczenia dla decyzji podejmowanych w momencie diagnozy nowotworowej (Richardson, 1992). Postrzeganie własnej sytuacji finansowej jako trudnej stanowi czynnik demotywujący do podejmowania wysiłku związanego z diagnostyką, leczeniem, dojazdem do instytucji medycznych w przypadku zachorowań onkologicznych (Lyons, 2004). Jak wykazały jedno z badań, kobiety o niskich dochodach, chorujące na raka piersi lub raka szyjki macicy borykają się częściej z nieodpowiednimi warunkami mieszkaniowymi, a także strachem, złością i żalem, które są potęgowane przez negatywne nastawienie świadczeniodawców i stereotypy dotyczące statusu społeczno-ekonomicznego (Levine, 2001).

Nawyki związane z korzystaniem z usług medycznych, utrwalane w obrębie rodzin, popularne w danym środowisku również należy rozpatrywać jako czynnik, który może mieć związek z miejscem zamieszkania. Brak przyzwyczajenia do kontaktowania się z lekarzami i ośrodkami medycznymi to nierzadko obserwowany skutek dużej odległości od specjalistycznych poradni czy szpitali. Utrwalone schematy myślenia na ten temat mogą stanowić istotną przeszkodę w poszukiwaniu pomocy. Studia empiryczne dostarczają potwierdzenia obserwacji, że osoby nieprzyzwyczajone do odwiedzania szpitali (ponieważ ich rodzina zazwyczaj tego wcześniej nie robiła), ujawniają tendencję do opóźniania konsultacji swoich symptomów ze specjalistami medycznymi (Oshiro i in., 2022).

Zachowania w chorobie, szczególnie te związane z podejmowaniem aktywnych działań, by omawiać ze specjalistami medycznymi objawy chorobowe,

w znacznej mierze mogą być kształtowane przez wpływ osób bliskich, szczególnie członków rodziny (Grodecka-Gazdecka i in., 2013). Poziom zrozumienia i wsparcia, jakiego udzielają choremu, jest warunkowany m.in. poziomem posiadanej wiedzy na temat chorób i najlepszych sposobów reagowania na pojawiające się objawy. Badania podkreślają istotny wpływ przekonań na temat zachowań w chorobie osób z kręgu najbliższych choremu na zachęcanie do rozpoczęcia poszukiwania pomocy medycznej (Tobiasz-Adamczyk, 2012).

Trafne wsparcie społeczne płynące ze strony innych osób, także spoza naturalnej sieci wsparcia, jest wysoko wartościowane w całej trajektorii choroby nowotworowej. Zamieszkiwanie na wsi może w tym wypadku, ze względu na izolację geograficzną, ograniczać możliwości korzystania z uczestnictwa we wspierających spotkaniach z ludźmi, także w spotkaniach grup wsparcia (Burris i Andrykowski, 2010). Mniejszy dostęp do informacji, które mogłyby być przydatne w radzeniu sobie z konsekwencjami raka i leczenia, to kolejny czynnik, który może wiązać się z zamieszkiwaniem na terenach wiejskich (Nelson i in., 2024). Ma to szczególne znaczenie w związku z doświadczaniem wysokiego lęku, który na skutek barku dostępu do wiedzy może ulegać nasileniu. Badania realizowane wśród pacjentek z nowotworem piersi wykazały, że kobiety z terenów wiejskich potrzebują więcej edukacji na temat raka i więcej wsparcia emocjonalnego po postawieniu diagnozy niż kobiety miejskie (Wilson, 2000). Naukowcy innego zespołu badawczego (Angell, 2003) stwierdzili, że chorujące onkologicznie kobiety na obszarach wiejskich potrzebują szybkiej interwencji psychospołecznej, dostępnej pomimo odległości, odpowiedniej kulturowo i przeznaczonej także dla osób z niskim wykształceniem.

Jest jeszcze kilka innych kwestii, które powinny koncentrować uwagę badacza zainteresowanego unikalnymi interakcjami, jakie mogą zachodzić pomiędzy miejscem zamieszkania a aspektami doświadczenia choroby onkologicznej, kształtującymi zespół specyficznych psychospołecznych potrzeb osób chorujących. Będą do nich należały stereotypy, uprzedzenia, społeczna stygma związana z rakiem, podzielane przez mieszkańców konkretnej społeczności. Ich wpływ należy rozpatrywać w kontekście opóźniania procesu szukania pomocy medycznej, ale też negatywnego wpływu na stan mentalny chorego i jego bliskich (Botek, 2023). Wyniki badań wskazują, że poczucie wstydu w wyniku zachorowania na raka było tym, co zwiększało niepewność i wątpliwości co do ujawniania diagnozy, prowadzenia otwartych rozmów na ten temat, a nawet podejmowania decyzji o rozpoczęciu leczenia. „Przez piętno społeczne raka płuca, często nawet pacjenci, którzy nigdy nie palili, nie chcą rozmawiać o diagnozie” – można przeczytać w raporcie dotyczącym stygmatyzacji pacjentów z rakiem płuc w naszym kraju (Fundacja Wygrajmy Zdrowie, 2022, s. 8).

Przynależność do społeczności, w której mieszkańcy doświadczają poczucia mniejszej anonimowości, trudności w zakresie zachowania własnej prywatności mogą nasilać poczucie obciążenia psychicznego chorych i wpływać na decyzje dotyczące rozpoczęcia konsultacji medycznych swoich objawów (Burris i Andrykowski, 2010). Nierzadko jest to wpływ niekorzystny, powodujący odwleknięcie decyzji o rozpoczęciu leczenia. Niektórzy badacze dodatkowo zwracają uwagę na fakt, że diagnoza raka może być dużo trudniejsza do omó-

wienia na obszarach wiejskich. Będzie to dotyczyło tych środowisk wiejskich, w których obowiązują normy społeczne dotyczące nieujawniania swoich problemów emocjonalnych, niekoncentrowania uwagi na stanach psychologicznych, niezgłaszania ich innym osobom, nawet specjalistom z zakresu zdrowia psychicznego. Istnieją dowody sugerujące, że niektórzy mieszkańcy obszarów wiejskich chorzy na nowotwór nie chcą być postrzegani jako słabi, co powoduje, że rzadziej konsultują się z lekarzem w sprawie objawów, rzadziej proszą o pomoc w leczeniu choroby (Nelson i in., 2024).

Obszar norm społecznych mocno zakorzenionych w danej wiejskiej społeczności warto także rozeznaczyć w zakresie przepisów ról społecznych związanych z płcią. Szczególnie niekorzystne dla zachowań w chorobie może być nadmierne podporządkowywanie się społecznym oczekiwaniom dotyczącym cech i zachowań stereotypowo uznawanych za męskie lub kobiece. Utożsamianie męskości wyłącznie z siłą i tężyzną fizyczną oraz pełnym zdrowiem, bliskie stereotypowej wizji macho może stanowić utrudnienie dla chorujących mężczyzn w zasięganiu porady lekarskiej. Takie dane zebrano w badaniach realizowanych m.in. w Australii i w Stanach Zjednoczonych. W badaniach polskich nad kondycją psychiczną osób chorujących onkologicznie również wskazywano na znaczenie uwarunkowań kulturowych. Ich negatywny wpływ na stan psychiczny obserwowano m.in. wtedy, gdy zachorowanie jest spostrzegane jako zagrożeniem dla męskiej tożsamości, wiązanym z utratą kontroli nad własnym ciałem, co nie mieści się w stereotypowym wizerunku mężczyzny. Natomiast w odniesieniu do kobiet choroba utrudniająca realizację tradycyjnie przypisanych ról opiekuńczych, rodzinno-domowych może zwiększyć ich podatność na czynniki stresogenne związane z nowotworem (Ziętalewicz i in., 2014).

III. PRACA SOCJALNA NIEZBĘDNYM OGNIWEM SYSTEMU WSPARCIA OSÓB CHORUJĄCYCH ONKOLOGICZNIE

Przegląd badań skupionych na problematyce doświadczania choroby nowotworowej na obszarach wiejskich pozwala wskazać konkretne aspekty związane z miejscem zamieszkania, które mogą wpływać na pacjentów z rakiem. Oddziaływanie to dotyczy indywidualnego sposobu przeżywania skutków choroby w różnych, dotkniętych nią sferach.

Na świecie onkologiczna praca socjalna pierwotnie obejmowała zapewne podstawowych potrzeb osób chorych, podejmowanie działań administracyjnych na ich rzecz i wykorzystywanie metody towarzyszenia. Dziś zorientowana jest na zapewnienie wieloaspektowego wsparcia, obejmującego również wsparcie emocjonalne i psychologiczne.

Onkologiczna praca socjalna rozwijała się w odpowiedzi na rosnącą świadomość znaczenia psychospołecznych determinant zdrowia. Przełomowym okresem dla jej kształtowania się była druga połowa XX w., kiedy z jednej strony wyraźnie wzrastała liczba zachorowań na nowotwory, a z drugiej – wydłużał się czas przeżycia i podnosiły się statystyki pełnych wyleczeń. Obserwo-

wane zjawiska sprzyjały pogłębieniu rozumienia wpływu choroby i leczenia na wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka, tym samym ujawniając konieczność kompleksowego podejścia do pacjenta, uwzględniającego nie tylko proces leczenia, ale i wsparcie o charakterze emocjonalnym, społecznym i egzystencjalnym. Wówczas oczywistą stała się potrzeba wysoko wyspecjalizowanego wsparcia pozamedycznego, świadczonego pacjentom leczonym przeciwnowotworowo i ich rodzinom. Onkologiczna praca socjalna teoretycznie jest zakorzeniona w paradygmacie bio-psycho-społecznym, zrywającym z redukcjonizmem ujmowania choroby jako zjawiska tylko biomedycznego. Jest widziana jako kluczowy element holistycznej opieki nad pacjentem i jego rodziną.

W analizach dotyczących efektów osiągniętych za pośrednictwem onkologicznej pracy socjalnej zwraca się uwagę na poprawę opieki w obszarze wyników leczenia pacjentów, ograniczenia kosztów, poprawy zdrowia populacji i przeciwdziałania wypaleniu opiekunów (Zebrack i in., 2024). Trzeba też podkreślić znaczny wkład badań nad pracą socjalną w onkologii dla ożywienia i legitymizacji tej dziedziny. Ich wyniki dowodzą pozytywnego wpływu na poprawę jakości życia onkopacjentów i ich rodzin, a także na rekompensatę kosztów medycznych. Skuteczne interwencje psychospołeczne sprzyjają obniżaniu poziomu lęku i objawów depresji, co przekłada się na mniejszą liczbę wizyt u lekarzy rodzinnych i innych specjalistów medycznych (Carlson, 2003; Fu i in., 2016).

Zasadnicze działania dotyczące sprawowania opieki nad osobami chorymi oraz ich rodzinami, jakie rekomendowane są w zadaniach onkologicznych pracowników socjalnych obejmują:

1) towarzyszenie jednostkom oraz rodzinom w obliczu choroby onkologicznej w odzyskiwaniu, przywracaniu możliwości jak najbardziej satysfakcjonującego funkcjonowania w rolach społecznych: małżeńskich/partnerskich, rodzicielskich, w rolach zawodowych;

2) podejmowanie skutecznych interwencji umożliwiających uporanie się z konsekwencjami kryzysu wywołanego chorobą i wzmacnianie zasobów tkwiących w relacjach interpersonalnych i w środowisku osoby chorej (Zebrack i in., 2015).

Interwencje te podejmowane są wobec osób chorych, ich rodzin oraz opiekunów i obejmują pomoc w zarządzaniu kryzysami wywołanymi chorobą, wyjaśnianiu wpływu choroby na sferę emocji i społecznego funkcjonowania, uruchamianiu źródeł wsparcia, poszukiwaniu możliwości zaspokojenia indywidualnych potrzeb, ułatwiania dostępu do wysokiej jakości opieki (Davis, 2008). Bezpośrednie zadania pracowników socjalnych w niesieniu wsparcia osobom chorującym onkologicznie obejmują: (a) ocenę i monitoring psychospołecznego funkcjonowania chorych i ich bliskich, (b) pomoc w przystosowaniu do choroby, (c) emocjonalne wsparcie i poradnictwo, (d) planowanie usług, (e) rzecznictwo interesów (Zebrack i in., 2015).

Wsparcie psychospołeczne udzielane w obliczu choroby nowotworowej przynosi szereg potwierdzonych empirycznie korzyści dla funkcjonowania jednostki oraz systemu rodzinnego. Wśród udokumentowanych rezultatów zwraca się uwagę na to, że działania psychospołeczne mogą m.in. obniżać poziom

wyczerpania w przebiegu choroby onkologicznej (Tinderholt i in., 2020). Badania nad wpływem wsparcia psychoedukacyjnego dowodzą, że jeśli kierowane jest do osób chorych we wczesnym stadium, może przynieść długoterminowe korzyści, obejmujące także dłuższe przeżycie (Oh i in., 2016). Pozytywne rezultaty interwencji psychospołecznych, zdaniem niektórych badaczy, są porównywalne z korzyściami z interwencji zaprojektowanych w celu zmniejszenia depresji, obniżenia bólu i zmęczenia u pacjentów z chorobą nowotworową (Park i in., 2019). Wedle niektórych badań istotną zmienną moderującą jest czas trwania interwencji psychospołecznej: te trwające dłużej niż 12 tygodni były znacząco bardziej skuteczne niż interwencje krótkoterminowe (Cwikel i in., 2000). Wysoko wartościowana jest obecność pracowników wykwalifikowanych w realizacji interwencji psychospołecznych. Pracownik socjalny wskazywany jest tutaj jako osoba posiadająca wiedzę, umiejętności i kompetencje pozwalające na oferowanie wsparcia, które będzie świadczone w całej trajektorii choroby w środowisku zamieszkania i będzie obejmowało wszystkie sfery funkcjonowania osoby chorej oraz jej rodziny. Jego warsztat pozwala zarówno na prowadzenie pogłębionej pracy socjalnej z indywidualnym przypadkiem, jak i na koordynowanie zasobami specjalistów innych dziedzin, instytucji w ramach *case management* (Pawlas-Czyż, 2018).

Teoretycy i praktycy z zakresu onkologicznej pracy socjalnej jako jedno z najważniejszych zadań pracowników socjalnych w tym obszarze wskazują rozpoznawanie i odpowiadanie na psychospołeczne konsekwencje choroby w różnych sferach życia (Zebrack i in., 2015). Problematyka dotycząca jakości psychospołecznego wsparcia pacjentów onkologicznych na obszarach wiejskich podejmowana jest w wielu krajach, m.in. tam, gdzie obserwowany jest od kilkudziesięciu lat bardzo dynamiczny rozwój onkologicznej pracy socjalnej. W Stanach Zjednoczonych, kraju, w którym profesja ta od dekad odnotowuje stały progres, nadal podkreśla się, że w porównaniu z obszarami miejskimi na terenach wiejskich brakuje pracowników socjalnych, szczególnie tych wyspecjalizowanych w obszarze choroby onkologicznej. Dostęp do specjalistów, którzy mogliby pomóc pacjentom chorym na raka w rozwiązaniu ważnych problemów natury społecznej i psychologicznej, w naszym kraju także nie należy do łatwych. Zebrane obserwacje każą zastanowić się nad możliwościami wyrównywania dostępu do odpowiednich form wsparcia osób chorujących onkologicznie zamieszkujących tereny wiejskie.

Z badań prowadzonych w naszym kraju wynika, że pracownicy socjalni podejmujący pracę z osobami chorymi onkologicznie odpowiadali na szereg potrzeb psychospołecznych. Oferowane wsparcie w znacznej mierze świadczone indywidualnie, w bezpośrednim kontakcie, w miejscu zamieszkania chorego (Pawlas, 2024). Odpowiedź na zauważane potrzeby często wymagała stwarzania warunków pozwalających na narracyjną aktywność chorych, pomocną w odnalezieniu się w sytuacji kryzysu powodowanego chorobą, radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, doświadczeniem lęku, niepewności i strat. Możliwość artykułowania doświadczeń związanych z chorobą stanowi istotny czynnik radzenia sobie w nowej sytuacji (Pawlas, 2025). W przypadku osób, u których zdiagnozowano chorobę zagrażającą życiu, prowadzenie narracji pozwala

osobie chorej radzić sobie z biograficznymi zakłóceniami, które są konsekwencją choroby i jej leczenia (Vindrola-Padros i Brage, 2017, s. 16).

Wątkiem pojawiającym się w wielu rozmowach z pracownikami socjalnymi było nawiązanie do potrzeby normalizowania życia osób chorych. Pracownicy socjalni, opierając się na swoim doświadczeniu, wyrażali przekonanie, że ich rola we wsparciu wiązała się z zapotrzebowaniem na „normalne spotkanie”, „poczucie się normalnie”, „normalne rozmowy, „cokolwiek normalnego, co nie dotyczy choroby”. Zdecydowana większość badanych pracowników socjalnych podzielała opinię, że pomoc w chorobie onkologicznej stanowi odpowiedź na potrzebę przełamywania poczucia osamotnienia, obserwowanego nie tylko w odniesieniu do osób mieszkających w pojedynkę. Osamotnienie psychiczne osób posiadających rodziny nasilały zróżnicowane czynniki. W jednym z przypadków poczucie osamotnienia osoby chorej wynikało z oczekiwania rodziny, że w związku z otrzymywaną opieką chory powinien wyrażać wyłącznie pozytywne emocje, zadowolenie, wdzięczność za okazywaną ze strony rodziny pomoc. Pracownik socjalny był tym, przy kim chory mógł pozwolić sobie na przeżywanie choroby w sposób autentyczny, pełniejszy.

Wyzwaniem dla pracowników były rozmowy po uzyskaniu diagnozy choroby, związane z lękiem przedoperacyjnym, dotyczące pogarszającego się stanu zdrowia. Wielokrotnie źródłem niepokojów było „biograficzne zakłócenie”, eskalujące troskę o zmieniającą się w wyniku choroby sytuację najbliższych – małżonków, dzieci. Konfrontację z intensywnym lękiem, poczuciem zagubienia poznawczego osoby chorej, rozpaczą, bezsilnością, stanami silnych, negatywnych emocji wskazywano jako jeden z trudniejszych aspektów relacji pomocy w przypadku chorób zagrażających życiu.

Pracownicy wskazywali na potrzebę upowszechniania wiedzy na temat możliwości uzyskania wsparcia w chorobie onkologicznej w ramach pracy socjalnej. Podkreślano, że niektórzy chorujący znaleźli się pod ich opieką bardzo późno, w stanie głębokiego kryzysu lub przez zupełny przypadek (np. doradziła tak bliskim chorego ekspedientka osiedlowego sklepiku; Pawlas, 2023). Brak dostatecznej wiedzy na temat roli pracy socjalnej w kontekście choroby onkologicznej dyskutowany jest nie tylko w naszym kraju. Clausen i in. (2005) wykazali, iż mimo, że wielu pacjentów i opiekunów wyrażało potrzeby psychospołeczne, które w oczywisty sposób mogły być zaspokojone przez pracowników socjalnych, niewielu z nich korzystało ze wsparcia. Częściowo przypisywano to właśnie brakowi zrozumienia roli i zadań współczesnej pracy socjalnej wykraczającej poza administrowanie pomocą finansową.

IV. *CANCERSUVIVORSHIP* NA TERENACH WIEJSKICH. CZYLI CO Z ŻYCIEM PO RAKU W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA ZAMIESZKANIA?

Profesjonalne projektowanie i świadczenie skutecznych usług pomocowych osobom chorującym onkologicznie wymaga wnikliwej identyfikacji potrzeb tej

grupy osób w trakcie całej trajektorii choroby. Etap przebiegu choroby stanowi jeden z istotnych czynników, wyznaczających treść i zakres potrzeb biomedycznych i psychospołecznych chorych oraz ich rodzin. Zakończenie leczenia przeciwnowotworowego otwiera nowy, szczególny okres wyzwań związanych z powrotem do zdrowia.

Potrzeba rozeznawania sytuacji psychospołecznej *cancer survivors* jest zadaniem wymagającym szczególnej uwagi z punktu widzenia systemu polityki społecznej i systemu zdrowia. Po pierwsze, liczba osób o statusie „po raku” rośnie i nadal będzie rosła zarówno w skali kraju, jak i całej społeczności europejskiej. W Polsce przeżywalność na dwa z najczęstszych nowotworów wzrosła w 2024 r. Najwyższe wskaźniki przeżyć odnotowano w wypadku raka gruczołu krokowego (85%) i raka sutka (80%; OECD i European Commission, 2025, s. 20). Choć nadal ogólna przeżywalność w naszym kraju jest niższa od wielu innych krajów europejskich i oznacza zróżnicowane wyniki w zależności od typu nowotworów, obserwowany jest wzrost przeżywalności. Po drugie, tendencja wzrostowa dotyczy całej populacji, zarówno mieszkańców metropolii, miast, jak i osób zamieszkujących wsie i małe miasteczka. Co ważne, od stanu zdrowia *cancer survivors* zależeć będą indywidualne możliwości powrotu do ról społecznych związanych z aktualnym etapem życia, a zatem ról edukacyjnych, zawodowych, rodzinnych. Coraz mocniej zwraca się uwagę w rekomendacjach unijnych adresowanych do decydentów polityki zdrowia i polityki społecznej, że należy zachęcać do wyraźniejszego planowania opieki nad osobami, które przebyły chorobę nowotworową. Kwestie przeżycia i jakości życia po zakończonym leczeniu powinny być podstawowymi elementami misji UE na rzecz walki z rakiem. Szacuje się, że spośród osób, które przeżyły raka, znaczna część, sięgająca nawet 50% (od 30% do 50%) może zmagać się z różnymi postaciami cierpienia psychicznego. Niejednokrotnie może ono przyjmować taki poziom nasilenia, że wskazane byłoby podjęcie profesjonalnej interwencji (Mitchell i in., 2011). Mimo to wskazuje się, że zagadnienie dotyczące stanu psychologicznego *cancer survivors*, osób, które przeżyły raka, jest stosunkowo niezbadanym obszarem (Jacobsen, 2009).

Komisja Europejska we współpracy z reprezentantami społeczności onkologicznej podjęła wysiłek opracowania dla rządów krajów unijnych wytycznych dotyczących budowania planów opieki nad osobami po przebytych nowotworze. Dokument „Europejski przewodnik dotyczący poprawy jakości w kompleksowej kontroli nowotworów” (przygotowany przez European Commission’s Joint Action on Cancer Control [CanCon]; Albrecht i in., 2017) oparto na analizach danych ilustrujących, jak osoby po przebytych nowotworze są uwzględniane w ramach europejskich krajowych planów leczenia nowotworów. Wykorzystując szczegółowe badania oraz dokładny przegląd literatury, przygotowano rozdział „Survivorship and rehabilitation: Policy recommendations for quality improvement in cancer survivorship and rehabilitation in EU Member States”, poświęcony osobom po przebytych nowotworze; jego współtwórcami byli Europejska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz eksperci UE w zakresie kontroli nowotworów i osób po przebytych nowotworze. Wśród głównych zaleceń, dotyczących opracowywania krajowych planów opieki nad

osobami po przebytych nowotworach znajdują się m.in. wskazania obejmujące ulepszanie sposobów wczesnego wykrywania potrzeb pacjentów, ich dostępu do usług rehabilitacyjnych, psychospołecznych i opieki paliatywnej. Wyraźnie zaznaczono potrzebę włączania do ścieżek opieki opiekę nad osobami, które przeżyły raka, opiekę, która w dużej mierze miałaby charakter zindywidualizowanej profilaktyki trzeciorzędowej. W roli aktywnie współdziałających partnerów tych przedsięwzięć występować powinny osoby, które przeżyły raka (Albrecht i in., 2017). Wdrażanie tych działań wymaga także ukierunkowania na zmianę kulturową, zrywającą z postrzeganiem raka jako wyroku śmierci i przeciwstawiającą się stygmatyzacji osób chorujących. Plan opieki nad osobami, które przeżyły, jeśli ma poprawić jakość życia pacjenta, wymaga – jak czytamy w dokumencie – zintegrowanego i wielodyscyplinarnego podejścia do opieki, wymaga koordynacji dostawców opieki społecznej i usług. Tymczasem mimo rosnącej liczby osób doświadczających przeżycia choroby nowotworowej wiele istotnych potrzeb tej grupy nie zostaje zaspokojonych (Recklitis, 2017). Co więcej, niektóre studia empiryczne sugerują, że ozdrowieńcy zamieszkujący tereny wiejskie są w znacznie większym stopniu narażeni na brak wsparcia w zakresie ważnych potrzeb niż *cancer survivors* będący rezydentami terenów zurbanizowanych (van der Kruk i in., 2022).

Brak odpowiednio zaprojektowanych form zaspokajania potrzeb psychospołecznych w czasie i po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego może skutkować pogorszeniem kondycji zdrowotnej. Z badań skoncentrowanych na stanie zdrowia tzw. ozdrowieńców wynika, że istotne nierówności między mieszkańcami miast i wsi mogą dotyczyć m.in. pewnych wymiarów zdrowia psychicznego. Bycie mieszkańcem wsi oznaczać może większe trudności w obszarze dobrej kondycji psychicznej po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego. Zaobserwowane różnice stanowią istotne uzasadnienie prowadzenia pogłębionych badań nad osobami leczonymi przeciwnowotworowo zamieszkującymi tereny wiejskie (Burris i Andrykowski, 2010).

Termin „ocalony” pojawił się w dyskursie na temat raka w roku 1985, kiedy dr Fitzhugh Mullan opisał swoje doświadczenia związane z rakiem w artykule „Seasons of survival” zamieszczonym w *New England Journal of Medicine* (Kolata, 2004; Mullan, 1985). W ramach założonej później National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) pracował nad zmianą postrzegania pacjentów z rakiem. Definicja osoby, która przeżyła chorobę nowotworową, przyjęta przez NCCS, od momentu diagnozy i przez resztę życia, jest obecnie normą dla całej społeczności osób dotkniętych rakiem. NCCS rozszerzyła definicję osoby, która przeżyła chorobę nowotworową, tak aby obejmowała ona również rodzinę, przyjaciół i opiekunów (NCCS, 2017). W 2006 r. w raporcie Insititute of Medicine and National Research Council „From cancer patient to cancer survivor – Lost in transition” (Hewitt i in., 2006) zdefiniowano pojęcie *cancer survivorship* jako obejmujące całe kontinuum trajektorii nowotworu od początkowej diagnozy i przez resztę życia oraz opisujące fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty życia po uzyskaniu diagnozy raka. Z klinicznego punktu widzenia osoby, które przeżyły raka, są zwykle identyfikowane jako osoby, które były wolne od choroby przez co najmniej pięć lat, kiedy ryzyko nawrotu

jest niższe (Hewitt i in., 2006). Warto też dodać, że w dyskursie poświęconemu definicji ocalałego z raka podejmowana jest problematyka indywidualnej akceptowalności tego terminu. Badania empiryczne wskazują, że nie wszyscy byli pacjenci onkologiczni lubią być określani jako ocaleni, uzasadniając to w różnorodny sposób. Termin – jak twierdzi część rozmówców – może uaktywniać obawy przed nawrotem choroby. Część pacjentów nie identyfikuje się z heroiczną konotacją tego pojęcia. Inni kojarzą go w większym stopniu z doświadczeniami ocalenia, jakie przeżyły ofiary przestępstw kryminalnych. Ważny jest też głos osób podkreślających, że definicja ocalałego nie może koncentrować się głównie na długości życia po raku, sprawy jakości życia pozostawiając na drugim planie (Lorgelly i Neri, 2018).

Postępująca efektywność i skuteczność leczenia chorób nowotworowych przyczyniła się do kształtowania nowej społecznej kategorii opisywanej za pomocą pojęcia społeczeństwa remisji. Przed osobami z tej grupy pojawiają się zupełnie nowe wyzwania, m.in. związane z przeżywaniem pełnowartościowego, dobrego życia mimo możliwości nawrotu choroby. Szczególny charakter sytuacji, w jakiej się znajdują, zawiera się w braku możliwości określenia ich w danym czasie ani jako w pełni zdrowych, ani też jako w pełni chorych. Jakkolwiek medycyna nie diagnozuje jakichkolwiek znamion obecności choroby, sytuację wyleczonych osób cechować może ryzyko nawrotu choroby (Skrzypek, 2011, s. 292). Pacjenci onkologiczni przeżywają chorobę dzięki coraz wyższemu standardowi leczenia, a także dzięki poprawie w zakresie zarządzania chorobą. Jednocześnie rządy wielu krajów nie uwzględniają w wystarczającym stopniu tego, co dzieje się z osobą po zakończonym procesie leczenia. Trudności finansowe i bariery w powrocie do normalnego życia to ogromny problem dla wielu osób, które przeżyły raka. Jest to także istotne, nowe wyzwanie społeczne (Liu i Meunier, 2018).

Osoby zamieszkujące obszary wiejskie w porównaniu z mieszkańcami miast mogą z kilku co najmniej powodów doświadczać większych problemów w adaptacji do sytuacji choroby onkologicznej, procesu leczenia oraz życia „po raku”. Począwszy od okresu okołodiagnostycznego można postawić pytanie o dostęp mieszkańców wsi do źródeł wsparcia, które w tym okresie mają szczególne znaczenie. Chodzi tutaj o dostęp do informacji, pracy socjalnej, pomocy psychologicznej, psychiatrycznej, grup wsparcia. Zagadnieniem wymagającym rozpoznania pozostaje także kwestia możliwości otwartej rozmowy na temat diagnozy i stanów psychicznych jej towarzyszących, przebiegu leczenia wraz z jego wpływem na dotychczasowe życie, a także myśleniu o sobie po wyleczeniu. Zbadania wymaga także, czy chorzy z terenów wiejskich doświadczają w innym stopniu niż mieszkańcy miast barier związanych z silniejszą stygmatyzacją osób chorych.

Wyniki badań realizowanych przez Burriss i Andrykowski (2010) sugerują, że osoby, które przeżyły raka na wsi, mogą wykazywać gorszy stan zdrowia psychicznego niż osoby, które chorowały, będąc rezydentami miast. W porównaniu z osobami mieszkającymi poza obszarami wiejskimi u osób zamieszkujących tereny wiejskie obserwowano częstsze występowanie takich symptomów, jak: objawy lękowe, stany depresyjne, wyższy poziom niepokoju, problemy emocjonalne i gorsze funkcjonowanie psychiczne. Uczestnicy badań

rekrutowani z obszarów wiejskich zgłaszali również znacznie mniejszą satysfakcję z życia niż uczestnicy mieszkańcy miast.

Podsumowując, wybrane aspekty zamieszkiwania na obszarach wiejskich mogą kształtować szczególnie sposób doświadczenia diagnozy raka, procesu leczenia oraz powrotu do zdrowia. W kwestii wyrównywania szans osób chorujących niezależnie od geografii miejsca zamieszkania istotne wydaje się, by wiedzieć, czy w naszym kraju osoby, które przeżyły raka na obszarach wiejskich, doświadczają większych trudności w zakresie zdrowia psychicznego niż osoby, które przeżyły raka na obszarach miejskich.

V. REFLEKSJE KOŃCOWE

Profesjonalna praca socjalna zorientowana na wzmacnianie osób chorych onkologicznie oraz ich rodzin stanowi szczególną egzemplifikację łączenia tradycyjnego warsztatu metodologicznego pracownika socjalnego z nowymi obszarami wiedzy. Rozszerza zawodową tożsamość pracownika socjalnego o aktywność na polu, które jakkolwiek jest wpisany ustawowo zadaniem pracy socjalnej, to jego stosowanie w praktyce (gdy mowa o chorobach onkologicznych) jest dopiero rozpoznawane. W szczególności dotyczy to terenów wiejskich. Dla zapewnienia odpowiedniej jakości wsparcia w chorobie nowotworowej niezależnie od miejsca zamieszkania konieczne będzie prowadzenie w naszym kraju badań empirycznych pozwalających odpowiedzieć na pytanie, jak opisywane w tekście aspekty zamieszkiwania terenów wiejskich wpływają na psychospołeczne konsekwencje życia z rakiem oraz po raku osób chorych i członków ich rodzin.

Prowadzone badania powinny dostarczać informacji potrzebnych do wprowadzania kilku podstawowych rozwiązań. Po pierwsze, potrzebne są działania związane z dostarczaniem mieszkańcom wsi rzetelnych informacji na temat zróżnicowanych potrzeb o charakterze pozamedycznym, jakie mogą współwystępować z doświadczaniem choroby nowotworowej. Podniesienie świadomości dotyczącej korzyści płynących dla zdrowia z uzyskiwania wsparcia psychospołecznego stanowiłoby istotny element wzmacniania praw pacjenta onkologicznego w zakresie dostępu do wiedzy na temat holistycznego modelu leczenia. Po drugie, konieczne byłoby opracowanie narzędzi oraz ścieżek i procedur ich stosowania w zakresie identyfikowania/diagnozowania potrzeb psychospołecznych osób chorujących onkologicznie oraz członków ich rodzin. Pomocne byłoby opracowanie sposobów docierania do pacjentów na każdym etapie trajektorii chorowania, kiedy zmianom ulega rodzaj i zakres poszczególnych potrzeb. Największym wyzwaniem wydaje się łączenie pacjentów i członków ich rodzin z odpowiednimi źródłami wsparcia, zasobami pozwalającymi na zaspokojenie ich indywidualnych potrzeb. Niezbędnym ogniwem systemu wsparcia powinien być pracownik socjalny. Wśród przedstawicieli profesji pomocowych pracownicy socjalni wyróżniają się kompetencjami wdrażania działań uwzględniających perspektywę ekosystemową w projektowaniu całego proce-

su pomocowego. Działania te powstają na podstawie identyfikacji czynników, które na poszczególnych poziomach funkcjonowania społecznego: mikro, mezo oraz makro mają szczególny wpływ na indywidualne oraz rodzinne doświadczanie choroby nowotworowej (Zebrack i in., 2015). Potrzeba stosowania tego podejścia wynika ze złożonych sieci wzajemnych oddziaływań, działających zarówno w obrębie wszystkich tych systemów, jak i pomiędzy nimi. Skuteczność praktyk pomocowych pracowników socjalnych jest związana z podejmowaniem działań wielopłaszczyznowych, wynikających z wnikliwej obserwacji tego, jakie zmiany w społecznościach, instytucjach, społeczeństwach są pożądane dla osiągania jak najlepszych rezultatów pomocy na rzecz pacjentów i rodzin w obliczu choroby onkologicznej (Otis-Green, 2015).

Jak dowodzą przytaczane wyżej badania, określone aspekty zamieszkania na obszarach wiejskich mogą wchodzić w złożone interakcje ze skutkami doświadczenia diagnozy raka i procesu leczenia. Kreowane w ten sposób wyzwania dotyczą zaspokajania potrzeb pozamedycznych o istotnym wpływie dla jakości życia i ogólnego dobrostanu chorych i ich rodzin. W rękach badaczy, decydentów, a następnie praktyków pozostaje kwestia podejmowania rozwiązań badawczych, koncepcyjnych i organizacyjnych wykorzystujących rosnący dorobek badawczy w tej płaszczyźnie, które będą sprzyjały dobremu powrotowi do zdrowia niezależnie od miejsca zamieszkania.

Author contributions / Indywidualny wkład autora (CRediT): Sabina Pawlas – 100% (Conceptualization / Konceptualizacja; Investigation / Przeprowadzenie badań; Writing – original draft / Pisanie – pierwszy szkic; Writing – review & editing / Pisanie – recenzja i edycja).

Conflict of interest / Konflikt interesów: The author declares no conflict of interest. / Autorka nie zgłosiła konfliktu interesów.

Funding / Finansowanie: The author declares no institutional funding. / Autorka oświadczyła, że nie korzystała z finansowania instytucjonalnego.

The use of AI tools / Wykorzystanie narzędzi AI: The author declares no use of AI tools. / Autorka oświadczyła, że nie korzystała z narzędzi AI.

Data availability / Dostępność danych: Not applicable. / Nie dotyczy.

References / Bibliografia

- Adamowicz, K. (2016). Ocena wiedzy w zakresie chorób nowotworowych oraz wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca w trakcie chemioterapii. *Psychoonkologia*, 20(2), 84–89. <https://doi.org/10.5114/pspon.2016.62056>
- Albrecht, T., Andrés, J. M. B., Dalmas, M., De Lorenzo, F., Ferrari, C., Honing, C., Huovinen, R., Kaasa, S., Kiasuwa, R., Knudsen, A. K., Ko, W., Krogstad, H., Mattioli, W., Barceló, A. M., Pérez, R. P., Pourcel, G., Prades, J., Pylkkanen, L., Tognetti, J., ... Yared, W. (2017). Survivorship and rehabilitation: Policy recommendations for quality improvement in cancer survivorship and rehabilitation in EU Member States. W: R. K. T. Albrecht (red.), *European guide on quality improvement in comprehensive cancer control* (s. 135–164). National Institute of Public Health.
- Albrecht, T., Kiasuwa, R., i Van den Bulcke, M. (red.). (2017). *European guide on quality improvement in comprehensive cancer control*. National Institute of Public Health.

- Ambroggi, M. B. (2015). Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: Review of the literature. *Oncologist*, 20(12), 1378–1385. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0110>
- Angell, K. K.-C. (2003). Psychosocial intervention for rural women with breast cancer. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 499–507. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20316.x>
- Botek, O., Mandrysz, W., Patyan, L., i Pawlas, S. (2023). Challenges of community-based care for chronically ill people and their families in Central and Eastern European countries: The case of Slovakia, Hungary and Poland. *Pedagogika Społeczna*, 2, 53–85.
- Burris, J., i Andrykowski, M. (2010). Disparities in mental health between rural and nonrural cancer survivors: A preliminary study. *Psychooncology*, 19(6), 637–645. <https://doi.org/10.1002/pon.1600>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Butow, P. N. (2012). Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients living in urban and rural/regional areas: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 20(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1270-1>
- Carlson, L. B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health Quality of Life Outcomes*, 1, artykuł 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-8>
- CBOS. (2020). System wartości Polaków 2019. <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2020/02/newsletter.php>
- Chamberlayne, P. K. (1997). The biographical challenge of caring. *Sociology of Health & Illness*, 19(5), 601–621. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00422.x>
- Charlton, M., Schlichting, J., Chioreso, C., Ward, M., i Vikas, P. (2015, Sep). Challenges of rural cancer care in the United States. *Oncology*, 29(9), 633–640.
- Cwikel, J. R.-H. (2000). Comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. *Research on Social Work Practice*, 10(1), 139–158. <https://doi.org/10.1177/15527581-00010001-02>
- De Lorenzo, F., Apostolidis, K., Florindi, F., i Makaroff, L. (2018). Improving European policy to support cancer survivors. *Journal of Cancer Policy*, 15(15), 72–75. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2018.01.004>
- Egilsdóttir, H., Jónsdóttir, H., i Klinke, M. E. (2022). Living in rural areas and receiving cancer treatment away from home: A qualitative study foregrounding temporality. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 1–13. <https://doi.org/10.1177/23333936221111802>
- Fu, W. W., Popovic, M., Agarwal, A., Milakovic, M., Fu, T. S., McDonald, R., Fu, G., Lam, M., Chow, R., Cheon, S., Pulezas, N., Lam, H., DeAngelis, C., i Chow, E. (2016). The impact of psychosocial intervention on survival in cancer: A meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 5(2), 93–106. <https://doi.org/10.21037/apm.2016.03.06>
- Fundacja Wygrajmy Zdrowie. (2022). *Stygmatyzacja pacjentów z rakiem płuca*. Suplement raportu Fundacji Wygrajmy Zdrowie „Rak płuca – standardy diagnostyki i leczenia w Polsce. 2019”.
- Grodecka-Gazdecka, S. Z., Didkowska, J., de Walden-Gałuszko, K., Handschuh, P., Jassem, J., i Pieńkowski, T. (2013). Uwarunkowania opóźnień w diagnostyce i terapii kobiet chorych na raka piersi w Polsce związane z postawami wobec choroby. *Journal of Oncology*, 63(4), 286–294. <https://doi.org/10.5603/NJO.2013.0015>
- Grunfeld, E., i Kohli, N. (2010). Beliefs about breast cancer and help-seeking intentions for the disease among women in India. *Women Health*, 50(4), 327–341. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.498752>
- Harrison, J. Y. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17(8), 1117–1128. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0615-5>
- Hewitt, M., Greenfield, S., i Stovall, E. (red.). (2006). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. Insititute of Medicine and National Research Council. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11468>
- Jacobsen, P. (2009). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of cancer survivors: Current status and future prospects. *Cancer*, 115, 4419–4429. <https://doi.org/10.1002/cncr.24589>
- Lagergren, P., Schandl, A., Aaronson, N., Adami, H.-O., de Lorenzo, F., Faithfull, S., Liu, L., Meunier, F., i Ulrich, C. (2019). Cancer survivorship: An integral part of Europe’s research agenda. *Molecular Oncology*, 13, 624–635. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12428>

- Levine, E. L. (2001). The efficacy of a retreat for low-income women with breast cancer. *Health Promotion Practice*, 2(2), 143–154. <https://doi.org/10.1177/152483990100200210>
- Liu, L., i Meunier, F. (2018). Cancer survivorship: An innovative era for research and the need for cross-sector collaboration. *Journal of Cancer Policy*, 15(Part B), 67–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2018.03.002>
- Lorgelly, P., i Neri, M. (2018). Survivorship burden for individuals, households and society: Estimates and methodology. *Journal of Cancer Policy*, 15(Part B), 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2018.02.005>
- Loughery, J., i Woodgate, R. L. (2015). Supportive care needs of rural individuals living with cancer: A literature review. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(2), 157–166. <https://doi.org/10.5737/23688076252157166>
- Lyons, M. S. (2004). Psychosocial impact of cancer in low-income rural/urban women: Phase II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 4(2), 6–24. <https://doi.org/10.14574/ojrn-hc.v4i2.196>
- Macioch, T. H. (2013). Koszty pośrednie chorób nowotworowych w Polsce w roku 2009. W: T. Hermanowski (red.), *Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność pracy* (s. 181–210). Wolters Kluwer.
- Ministerstwo Zdrowia. (2020). *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*.
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L. J., i Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- National Council for Cancer Survivorship. (2017). Our history. <http://www.canceradvocacy.org/about-us/our-history/>
- Nelson, D., Selby, P., Kane, R., Harding-Bell, A., Kenny, A., McPeake, K., Cooke, S., Hogue, T., Oliver, K., Gussy, M., i Lawler, M. (2024). Implementing the European code of cancer practice in rural settings. *Journal of Cancer Policy*, 39, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2023.100465>
- OECD, i European Commission. (2025). Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2025. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/dbc6b1f7-pl>
- Oh, P. S. (2016). Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychology & Health*, 31(4), 396–419. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111370>
- Oshiro, M., Kamizato, M., i Jahana, S. (2022). Factors related to help-seeking for cancer medical care among people living in rural areas: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, artykuł 836. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08205-w>
- Otis-Green, S. J. (2015). ExCEL in social work: Excellence in cancer education & leadership an oncology social work response to the 2008 Institute of Medicine Report: Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs. *Journal of Cancer Education*, 30, 503–513. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0717-8>
- Park, C. P. (2019). Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*, 125(14), 2383–2393. <https://doi.org/10.1002/cncr.32078>
- Pawlas, S. (2023). Mobilizacja potencjału zdrowia rodziny w obliczu choroby onkologicznej. Praca socjalna w praktyce bezpośredniej. *Pedagogika Społeczna*, 2(88), 21–36.
- Pawlas, S. (2024). Holistyczna opieka nad chorym onkologicznie seniorem i jego rodziną – przeszczerzeń dla pracy socjalnej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia. Praca socjalna wobec współczesnych wyzwań*, 37(1), 57–71. <https://doi.org/10.17951/j.2024.37.1.57-71>
- Pawlas, S. (2025). Aktywność narracyjna w radzeniu sobie z chorobą onkologiczną. Znaczenie audytorium illness narratives na terenach wiejskich. *Praca Socjalna*, 3(40), 65–80. <https://doi.org/10.71358/ps.2494>
- Pawlas-Czyż, S. (2018). Społeczna rzeczywistość choroby nowotworowej w rodzinie. Profesjonalna praca socjalna w obszarze wsparcia opiekunów nieformalnych osób chorych onkologicznie. *Przyczynek do refleksji nad onkologiczną pracą socjalną*. Akapit.
- Payne, S. J., Jarret, N., i Jeffs, D. (2000). The impact of travel on cancer patients' experiences of treatment: A literature review. *European Journal of Cancer Care*, 9(4), 197–203. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2000.00225.x>

- Recklitis, C. S. (2017). Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *Lancet Oncology*, 18(1), 39–50. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30659-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30659-3)
- Richardson, J. L. (1992). Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. *British Journal of Cancer*, 65, 922–926. <https://doi.org/10.1038/bjc.1992.193>
- Skrzypek, M. (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej: ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*. Wydawnictwo KUL.
- Smith, S. N. (2019). Psychosocial oncology disparities: Treating the whole person in rural indigenous communities. *Journal of Mental Health of Social Behaviour*, 1(1), 105. <https://doi.org/10.33790/jmhsb1100105>
- Tinderholt, M. M. (2020). The effects of multidisciplinary psychosocial interventions on adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Disability & Rehabilitation*, 42(8), 1062–1070. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1515265>
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2012). Życie w ramach wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 81–118.
- United States Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health*.
- van der Kruk, S. R., Butow, P., Mesters, I., Boyle, T., Olver, I., White, K., Sabesan, S., Zielinski, R., Chan, B. A., Spronk, K., Grimison, P., Underhill, C., Kirsten, L., i Gunn, K. M. (2022). Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients and survivors living in rural or regional areas: A systematic review from 2010 to 2021. *Supportive Care in Cancer*, 30, 1021–1064. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06440-1>
- Vindrola-Padros, C. B. (2017). What is not, but might be: The disnarrated in parents' stories of their child's cancer treatment. *Social Science and Medicine*, 193, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.048>
- Wilson, S. A. (2000). Meeting the needs of rural breast cancer survivors: What still needs to be done? *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 667–677. <https://doi.org/10.1089/15246090050118198>
- Zebrack, B., Jones, B., i Smolinski, K. (2015). Oncology social work interventions throughout the continuum of cancer care. W: G. Christ, C. Messner i L. Behar (red.), *Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer* (s. 35–42). Oxford University Press.
- Zebrack, B., Schapmire, T., Damaskos, P., Grignon, M., i Smith, S. K. (2024). The essential and evolving nature of oncology social work: Accomplishments and impact, 2010-present. *Journal of Psychosocial Oncology*, 42(6), 739–768. <https://doi.org/10.1080/07347332.2024.2404577>
- Zebrack, B., Kayser, K., Padgett, L., Sundstrom, L., Jobin, C., Nelson, K., i Fineberg, I. C. (2016). Institutional capacity to provide psychosocial oncology support services: A report from the Association of Oncology Social Work. *Cancer*, 122, 1937–1945. <https://doi.org/10.1002/cncr.30016>
- Ziętałewicz, U., Kulpa, M., Stypuła-Ciuba, B. J., i Kosowicz, M. (2014). Funkcjonowanie psychologiczne u kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową. *Medycyna Paliatywna*, 6(3), 145–150.

