

NATALIA ULANIECKA
ORCID 0000-0003-2514-3094

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

REAKCJE PRACODAWCÓW NA CHOROBY NOWOTWOROWĄ PRACOWNIKA JAKO ELEMENT BUDOWANIA SOLIDARNOŚCI SPOŁECZNEJ – IMPLIKACJE DLA EDUKACJI OBYWATELSKIEJ¹

ABSTRACT. Ulaniecka Natalia, *Reakcje pracodawców na chorobę nowotworową pracownika jako element budowania solidarności społecznej – implikacje dla edukacji obywatelskiej* [Employers' Responses to Employee Cancer as an Element of Building Social Solidarity – Implications for Civic Education] *Studia Edukacyjne* no. 79, 2025, Poznań 2025, pp. 115-132. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Submitted: 5.12.2025. Accepted: 29.12.2025. DOI: 10.14746/se.2025.79.7

This article examines the experiences of cancer patients and employers in relation to patient–employee role conflict, with particular attention paid to forms of workplace support provided to employees with cancer. The study is based on in-depth interviews with cancer patients, employer representatives, and a trade union representative. The analysis addresses both supportive practices and negative employer responses observed during cancer treatment and throughout the return-to-work (RTW) process following periods of absence. Selected participant quotations are included to illustrate the diversity of workplace experiences among cancer patients. The findings indicate a clear need to strengthen civic education aimed at increasing awareness of employee rights, challenging stereotypes, enhancing knowledge of the social and occupational dimensions of cancer, and developing communication skills for crisis situations. Above all, the study highlights the importance of fostering prosocial attitudes and social solidarity, including within professional and organizational contexts.

Key words: cancer patients, employers, professional activity, support, work

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

Wprowadzenie

Wysokie wskaźniki zapadalności na nowotwory (zarówno w ujęciu aktualnych danych, jak i alarmujących prognoz na kolejne lata)² oraz obserwowane reperkusje życiowe wykraczające poza medyczne aspekty choroby, wskazują na konieczność włączenia do analiz naukowych dotyczących problematyki onkologicznej perspektywy psychospołecznej. Jednym z istotnych elementów życia, na które silnie oddziałuje zachorowanie na nowotwór i związane z tym leczenie, jest obszar aktywności zawodowej – zarówno w kontekście potencjalnego ograniczenia zdolności do pracy, jak i wpływu na zmianę pozycji zawodowej pracownika (Chimienti i in., 2023; Kemp i in., 2021; Hastert i in., 2020; Hernandez, Schlander, 2021).

Oprócz obiektywnych czynników medycznych, dużą rolę odgrywa reakcja pracodawcy – zwłaszcza wsparcie z jego strony (które można traktować również jako element solidarności społecznej) (Greidanus i in., 2020). Specyfika choroby nowotworowej (przebiegu leczenia i możliwych – trwałych lub czasowych – skutków ubocznych) wymaga dużej elastyczności w kontekście umożliwienia pracownikowi kontynuowania aktywności zawodowej w trakcie i/lub po leczeniu (Dos Santos i in., 2025; Kias i in., 2025; Rossiter i in., 2025). Jednocześnie reakcje pracodawcy związane z chorobą nowotworową pracownika oraz kwestia pewności zatrudnienia są czynnikami, które silnie wpływają na samopoczucie psychiczne, a także poczucie bezpieczeństwa oraz komfort psychiczny w trakcie leczenia i rekonwalescencji. Z kolei, niepewność zatrudnienia jest czynnikiem silnie stresującym, co w przypadku tak łękotwórczej choroby, jaką jest choroba nowotworowa (która poza tym często wiąże się z obciążeniem finansowym ze względu na dodatkowe koszty) ma szczególnie wyjątkowy wydźwięk (Ayala, García i in., 2024). Co istotne, jednym z czynników, przez które pacjenci rzadziej wracają do aktywności zawodowej jest nieprzystosowanie miejsca pracy, mała elastyczność i dyskryminacja (lub po prostu brak wsparcia) ze strony przełożonych (Chow i in., 2014; Islam i in., 2014; Kias i in., 2025).

Tym samym, budowanie świadomości w kontekście potrzeb konstruktywnego wspierania pacjentów onkologicznych w miejscu pracy można uznać za istotny element edukacji obywatelskiej.

W artykule przedstawione zostaną doświadczenia pacjentów i przedstawicieli pracodawców związane z konfliktem roli „pacjent-pracownik”, a tak-

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

że przykłady wsparcia udzielanego chorującym onkologicznie pracownikom przez pracodawców³, wraz z implikacjami dla edukacji obywatelskiej.

Material i metoda

Jak zauważa Waldemar Furmanek, obiektem zainteresowań wszystkich badań pedagogicznych jest człowiek, a funkcja badań pedagogicznych ma charakter prakseologiczny. Jednocześnie autor ten stwierdza, że:

(...) racjonalność działań pedagogicznych wymaga uprzedniego wyjaśnienia i zrozumienia prawidłowości, które w formułowaniu reguł prakseologicznych mogą być wykorzystywane (Furmanek, 2008).

W związku z tym, że jednym z głównych celów zrealizowanych badań było stworzenie implikacji dla edukacji obywatelskiej w obszarze zwiększania świadomości społecznej oraz umiejętności w zakresie wsparcia chorujących onkologicznie pracowników, wybrano podejście jakościowe, które pozwala efektywniej uchwycić trajektorię aktywności zawodowej i wzajemnych relacji między pracownikiem a pracodawcą. Z uwagi na specyfikę badanej problematyki i jej interdyscyplinarny charakter, badania wykorzystują *holistyczny paradygmat zdrowia* (Gałuszka, 2005; Ślusarska i in., 2013) oraz metodę narracyjno-biograficzną. Główną techniką badania były wywiady pogłębione z osobami chorującymi onkologicznie. W celu triangulacji danych, przeprowadzono również wywiady pogłębione z przedstawicielami pracodawców różnych sektorów oraz przedstawicielem związków zawodowych.

Przedmiot zrealizowanych badań stanowiły doświadczenia osób leczonych onkologicznie, związane z reakcjami i wsparciem ze strony pracodawców. Postawiono następujące problemy badawcze:

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

Badani zostali wyłonieni na podstawie zasady celowego doboru. W artykule przedstawiono fragmenty bardziej rozbudowanych badań dotyczących całościowego funkcjonowania psychospołecznego osób chorujących onkologicznie, w ramach których przebadano 40 osób z doświadczeniem

³ Z uwagi na szeroki zakres materiału, w artykule omówiono reakcje i wsparcie ze strony pracodawców, nie podjęto natomiast wątku wsparcia ze strony współpracowników, który został opisany w ramach odrębnej, rozbudowanej analizy (Ułaniecka, 2023).

choroby nowotworowej (32 kobiety i 8 mężczyzn). 75% osób badanych znajdowało się do 5 lat od pierwszej diagnozy, 25% – powyżej 5 lat, a najbardziej liczna grupa – około rok od diagnozy. Były to osoby z rozpoznaniem: raka jajnika, raka piersi (zarówno przypadki operacji oszczędzającej, jak i wykonanej mastektomii i usunięcia węzłów chłonnych), raka szyjki macicy, raka jądra (nasieniaka), raka przełyku i żołądka, raka żołądka (z resekcją żołądka), raka jelita grubego (bez wyłonionej stomii oraz z wyłonioną stomią), raka jelita z naciekiem na odbyt i odbytnicę (z wyłonioną stomią i amputowanym odbytem), raka krtani, raka nerki, szpiczaka, ostrej białaczki szpikowej, ostrej białaczki limfoblastycznej, chłoniaka Hodgkina, chłoniaka nieziarnicznego, nowotworu kości (z amputacją nogi), mięsaka, raka ślinianki podżuchwowej, nowotworów głowy i twarzoczaszki, nowotworów mózgu (glejaka) oraz nowotworów bardzo rzadkich: histiocytozy (nowotworu krwi umiejscowionego w kości, w tym przypadku z przerzutem na węzły chłonne), mięsaka naczyń krwionośnych oraz liposarcomy przestrzeni zaotrzewnowej. Grupa ogółu badanych była zróżnicowana wiekowo: 1 osobę zdiagnozowano w wieku 17 lat (proces leczenia zbiegł się z momentem wchodzenia w dorosłość), 11 osób w momencie diagnozy znajdowało się w przedziale wiekowym 20-29 lat, 8 osób – w kohorcie wiekowej 30-39, 12 osób – w wieku od 40 do 49 lat, 3 osoby – w przedziale wiekowym 50-59, a 4 osoby liczyły powyżej 60 lat.

W związku z omawianą problematyką, zaprezentowaną w niniejszym artykule analizę ograniczono wyłącznie do wywiadów z osobami aktywnymi zawodowo w momencie diagnozy (35 osób). Badani stanowili grupę silnie zróżnicowaną w kontekście zawodu i pozycji zawodowej oraz sektora i statusu zatrudnienia (jak też związanego z tym bezpieczeństwa socjalno-pracowniczego)⁴.

W przypadku badań z pracodawcami – wywiady przeprowadzono z osobami na kierowniczych stanowiskach lub pracującymi w działach personalnych, które zostały wskazane jako najbardziej zorientowane w sytuacji personelu oraz w obszarze polityki zarządzania zasobami ludzkimi. W doborze badanych uwzględniono zróżnicowanie w zakresie wielkości przedsiębiorstwa i profilu działalności. W gronie rozmówców, oprócz przedstawiciela związków zawodowych, znaleźli się: 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 skandynawskiej firmy, osoba na stanowisku dowódczym w Państwowej Straży Pożarnej, osoba na

⁴ W przypadku przytaczania wypowiedzi osób badanych, każdorazowo podawany jest wykonywany zawód.

stanowisku dowódczym w Wojsku Polskim, osoba na stanowisku kierowniczym w jednostce samorządowej (pełniąca funkcję wiceburmistrza w niewielkim mieście), mikroprzedsiębiorczyni – właścicielka biura księgowego (zatrudniająca dwie osoby) oraz właściciele firmy rodzinnej (hurtownia i sieć sklepów spożywczych).

Reakcje i wsparcie ze strony pracodawców – doświadczenia pacjentów onkologicznych

Stosunkowo często w relacjach osób badanych pojawiały się reperkusje zdrowotne związane z leczeniem, które wpływały na ich funkcjonowanie zawodowe. Również w badaniach zespołu z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dotyczących problemów i potrzeb psychosocjalnych pacjentów onkologicznych, 24% osób (w większości mężczyzn) stwierdziło znaczne pogorszenie sytuacji zawodowej z uwagi na pogorszenie samopoczucia, jakkolwiek, co ciekawe, respondenci nie zaznaczyli odpowiedzi: „niezrozumienie ze strony pracodawcy” czy „niechęć do dalszego wykonywania pracy” (Grabińska i in., 2011). Co optymistyczne, również w badaniach własnych, wielu badanych wskazywało, że pracodawcy ułatwiali im łączenie pracy z leczeniem i okresem rekonwalescencji.

Przede wszystkim możliwość powrotu do pracy i... no taka możliwość jak gdyby zwolnienia tempa, jak na przykład się źle czuję. Możliwość wzięcia urlopu na kontrolę – nie na zasadzie, że kombinuję zwolnienie czy tam ściemniam, że mam coś, bo muszę iść nie wiem... na kontrolne USG, tylko wprost mówię, że, nie wiem, w czwartek mam USG i to jest rzecz święta i wiadomo, że nikt mi nie powie, że «nie, tego dnia musisz być w pracy», tylko po prostu idę i koniec. (PA_33, ekonomistka, księgowa)

Trzeba robić swoje w pracy, ale oni [szefowie – N.U.] to dokładnie rozumieją, że jak jest potrzeba, nie wiem, dwóch dni wolnego albo na przykład mówię: „dzisiaj mnie nie będzie, bo mam to czy tamto” czy wyjazd do sanatorium – to absolutnie nie było żadnego problemu. No bo niektórzy to się boją wyjechać do sanatorium, (...) albo kasa mniejsza albo, że zaraz mnie wywalą jak wrócę. (PA_26, pracowniczka firmy ubezpieczeniowej)

Tutaj, jeśli chodzi o dyrektora – to mówię, to jest człowiek na medal. Nie mówię, że to jakaś litość czy coś, bo pani dyrektor jest bardzo obowiązkowa, przepisowa i w ogóle – jak trzeba, to też nakrzyczy (...), ale jeżeli chodzi o to, co mnie spotkało, to mówię, powinna kobieta dostać order. Ona UMOŻLIWIŁA mi wręcz powrót do

pracy, żeby się nie martwić, że „wszystko będzie dobrze, że nie jesteś tu sama, tak? Jak coś będzie trzeba, to ci pomożemy, wracaj i przestań już myśleć o głupotach”. W ten sposób to było. (PA_37, nauczycielka)

W kilku przypadkach osoby badane zmieniły w trakcie leczenia lub po nim stanowisko na bardziej dostosowane do obecnej sytuacji zdrowotnej – były to zmiany zarówno z inicjatywy pracodawcy i kadr, jak też efekt prośby samych pracowników.

W ogóle też poprosiłam o zmianę stanowiska (ale to jeszcze w trakcie, jak byłam na zwolnieniu, to się kontaktowałam z kadrami). (...). Także to też było przyjęte tak, że nie... – no po prostu przyjęte do wiadomości i że będę czegoś szukać. (...). No i faktycznie udało się coś tam. Także nie robię tego co robiłam wcześniej – mam mniej stresującą pracę, nie tak bardzo stresującą jak poprzednio i nie muszę dźwigać ciężkich rzeczy. Także taki ukłon w moją stronę został zrobiony. (PA_18, urzędniczka w sądzie)

O ile prawo zapewnia zamianę na stanowisko równorzędne, to w kilku przypadkach choroba spowodowała zmianę stanowiska na lepsze i związane z większym komfortem. Najbardziej widoczny skok polepszenia warunków pracy był zauważany w przypadku kobiety pracującej w Anglii, którą przesunięto z pracy fizycznej do pracy biurowej, gdzie jednocześnie mogła się rozwijać (co zresztą bardzo pozytywnie wykorzystywała w kontekście swojego dalszego rozwoju zawodowego). Jest to bardzo istotny wątek, z uwagi na to, że w trakcie choroby i po leczeniu warunki pracy mają szczególne znaczenie, w związku z odczuwanymi dolegliwościami i mniejszą odpornością. Jak zwraca uwagę jedna z pracodawczyń (osoba na stanowisku kierowniczym w jednostce samorządowej – wiceburmistrz): jeżeli nie można zmienić charakteru pracy, to ważne jest zapewnienie możliwie jak największego komfortu (na co składają się nawet tak trywialne kwestie jak dobry dostęp do łazienki, miejsce bez przeciągów itp.). Niestety, jak zauważyła wspomniana badana: *Czasami pracodawca może nie wiedzieć o tym, że potrzeba jest wsparcia, ale często może NIE CHCIEĆ wiedzieć.*

W niektórych przypadkach pomoc szefostwa polegała na ograniczeniu obowiązków (zob. też: Mazurek, 2013, s. 160). Koresponduje to z często zgłaszaną (choć w różnym stopniu realizowaną) potrzebą, związaną z dostosowaniem liczby godzin pracy do możliwości pracownika (który – już jako uznany za osobę zdrową – może nadal odczuwać długoterminowe skutki uboczne).

U badanych pracowników biurowych, w niektórych przypadkach pracodawcy wykorzystywali elastyczną organizację pracy, pozostawiając pew-

na dowolność w zakresie wykorzystania telepracy⁵ (co z uwagi na obniżenie odporności i zmienne samopoczucie stanowiło duże ułatwienie) (zob. też: Stergiou-Kita i in., 2016). Niestety, nie każdy rodzaj pracy pozwala na elastyczną reorganizację zadań. Niemniej czasami, w przypadku osób pracujących fizycznie, przełożeni starali się tak organizować pracę, by odciążyć pracownika, przydzielając mu wybiórczo zadania niewymagające dużej siły czy koncentracji. Jest to bardzo istotne wsparcie, z uwagi na to, że presja związana z wymaganym tempem i jakością pracy jest silnie deprymująca oraz powoduje lęk przed niepodołaniem i w konsekwencji – utratą możliwości zarobkowania osób chorujących (Kalfa i in., 2019, ss. 850-852; Tiedtke i in., 2012, ss. 6-10).

Umożliwienie kontynuowania pracy w trakcie leczenia, przy jednoczesnym zrozumieniu wobec ewentualnej niedyspozycji, spotykało się z bardzo dużą wdzięcznością osób badanych (którzy w wielu przypadkach traktowali pracę jako formę terapii). Z drugiej strony, czasami łatwiejszym rozwiązaniem dla pracodawcy jest przejście nie w pełni sprawnego pracownika na zwolnienie lekarskie (szczególnie, jeśli bywa ono długotrwałe i wynagrodzenie chorobowe nie jest już wypłacane z funduszy pracodawcy) oraz zlecenie jego zadań komuś innemu. Wobec tego, czasami pracodawcy oczekiwali od badanych (co było artykułowane w rozmowach), aby chorujący pracownik skorzystał ze zwolnienia lekarskiego (czy później świadczenia rehabilitacyjnego).

K.W. Hammel oraz S. Allen i G. Carlson, wśród działań pracodawców wspierających powrót do pracy po chorobie, wyszczególniają: zachęcanie do powrotu, dopasowanie obowiązków do możliwości pracownika, umożliwienie robienia przerw (np. na potrzeby rehabilitacji, wizyt lekarskich), propozycję zmiany stanowiska na dopasowane do bieżącego stanu, możliwość zmian w zakresie godzin pracy (za: Bargiel-Matusiewicz, 2007, s. 226; zob. też: Dos Santos i in., 2025; Kias i in., 2025; Munir i in., 2013; Rossiter i in., 2025; Sun i in., 2016). Potrzeba stopniowego powrotu do pracy pojawia się bardzo często w wypowiedziach pacjentów i jednocześnie jest rekomendowana przez ekspertów jako najbardziej optymalna i bezpieczna forma powrotu do aktywności (van Egmond i in., 2017). Nie zawsze jednak jest realizowana. Jak stwierdził jeden z badanych – brakuje też systemowych rozwiązań w tym zakresie. Część osób badanych skorzystała ze skróconego czasu pracy (z 8 na 7 godzin dziennie) i dodatkowych dni urlopu w ramach przywilejów związanych z przyznanym stopniem niepełnosprawności (oceniając je jako bardzo przydatne). Warto jednak zaznaczyć, że nie wszystkie osoby z doświadczeniem

⁵ Telepraca – rozumiana jako praca z wykorzystaniem technologii, umożliwiająca wykonywanie zadań z dowolnego miejsca.

choroby nowotworowej takie orzeczenie posiadają. Wielu ludzi w ogóle nie występuje o jego przyznanie, z obawy o dyskryminację czy nadmierne trudności biurokratyczne, choć oficjalny status osoby niepełnosprawnej otwiera dodatkowe możliwości, w tym te dotyczące aktywizacji zawodowej – między innymi wsparcie finansowe z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Poza tym, wiele projektów rehabilitacyjnych prowadzonych przez instytucje państwowe czy fundacje i stowarzyszenia skierowanych jest do osób posiadających takie orzeczenie. Jak pisze Tatiana Wroclawska,

(...) w zdecydowanej większości przepisy uzależniają powstanie po stronie niepełnosprawnego określonych uprawnień od posiadania odpowiedniego orzeczenia, a nie od samego faktu istnienia niepełnosprawności (Wroclawska, 2015, s. 155).

Tym samym, jeśli dana osoba nie ma wspomnianego orzeczenia, wszelkie udogodnienia są uzależnione wyłącznie od życzliwości pracodawcy.

Liczne badania wskazują, że w obliczu choroby nowotworowej pracownicy oczekują od pracodawców postaw, które będą wspierały ich poczucie bezpieczeństwa i ułatwią im przejście przez tę trudną (również w kontekście zawodowym) sytuację, dlatego ważne są dla nich: uczciwość i otwartość, zrozumienie i elastyczność, poszanowanie prywatności oraz wsparcie w zakresie załatwiania formalności (Dewa i in., 2016; National Business Group on Health, American Cancer Society, 2017; Robinson i in., 2015). Miało to swoje odbicie również w wypowiedziach badanych, w których jako najważniejsze i najbardziej doceniane wsparcie najczęściej pojawiały się zapewnienia ze strony pracodawcy, że dana osoba „ma gdzie wrócić po chorobie”.

Ja pierwszy rok pracowałam w tej szkole akurat, (...) więc dostałam umowę na rok, tak? Ja byłam pewna, że mi tej umowy nie przedłużą, ale pani dyrektor już w kwietniu mi powiedziała (nie wiedząc co będzie dalej tak naprawdę (...), żebym nie szukała pracy, bo jestem zaplanowana, tak? I to było naprawdę miłym akcentem. Poczucie bezpieczeństwa – tak jak mówię – miałam, sama praca mi to zapewniła. Dziewczyny zastępowały jak mogły. (...). Akurat dobrze trafiłam, jeśli chodzi o placówkę. (PA_37, nauczycielka)

To: „niczym mam się nie przejmować, wszystko będzie dobrze, tylko mam się zająć sobą”. Nooo [ton podkreślający pozytywne zaskoczenie – N.U.] – wiesz taka duża korporacja, to różnie bywa. (PA_26, pracowniczka firmy ubezpieczeniowej)

W tym czasie miałam fantastycznego dyrektora – naprawdę bardzo dobry człowiek. No i mąż jak do niego zadzwonił i mówił, że to była operacja onkologiczna – dla niego to było zdziwienie, bo ja wcale nie chorowałam, nie chodziłam na zwol-

nienia lekarskie. No i życzył mi wszystkiego dobrego, że mam się nie spieszyć do pracy, że stanowisko moje będzie trzymał, że tak załatwi, żeby nikt na moje miejsce nie był przyjęty, tylko na zasadzie takich tam zastępstw, nie? I żeby tam wracała do zdrowia. Super. Jeśli chodzi o tego dyrektora, to wykazał się taką bardzo dużą empatią. Później miałam chemioterapię... bo właściwie zawsze byłam w takim zawieszaniu, bo skończyła się operacja – trzeba było czekać na wynik histopatologiczny. (...). I wtedy kolejny etap i znowu dzwonienie do dyrektora, że praktycznie w tej chwili idę na konsultację i praktycznie nie wiem, co dalej, tak? Czy będzie chemia czy nie będzie chemia, czy będzie dalsze leczenie czy nie dalsze leczenie. Z tym, że on cały czas mówił, że spokojnie, spokojnie mogę. (...). Bo to było dla mnie też taki psychiczny... że będę miała powrót, tak? No bo w wieku 44 lat tak w domu przebywać, to niezbyt ciekawie, nie? Albo szukać – a tym bardziej po takiej operacji, to tak niechętnie [pracodawcy zatrudniają – N.U.], nie? (PA_21, pracowniczka magazynu odzieżowego).

Można jednak zaobserwować, że wspomniane bezpieczeństwo zatrudnienia na czas choroby i leczenia jest w dużej mierze uzależnione od form zatrudnienia – kiedy są one niestabilne, osoby chorujące z reguły nie mogą liczyć na podobne zabezpieczenie i wsparcie.

(...) to mi od razu powiedzieli, że to jest umowa-zlecenie i tu nie ma takich opcji [płatnego zwolnienia lekarskiego na czas leczenia i powrotu na dotychczasowe miejsce pracy po – N.U.]. Tym bardziej, że to i tak w tej pracy bym nie dostała umowy normalnej, bo to... tam były tylko śmieciówki, te umowy śmieciowe, nie? I tak by sobie od razu kogoś na moje miejsce znaleźli, no bo to była taka praca, że no niestety tam trzeba było cały czas robić. (PA_24, pracowniczka marketu)

Umowa wygasła. Bo akurat tak się złożyło, że byłam na okresie próbnym (...). Ja w ogóle byłam przerażona – po pierwsze, że ta choroba wystąpiła (że nagle taki cios), no i też rozmawiałam właśnie z tym prezesem i powiedział, że no nie przedłuży mi umowy, no, ale, że mogę wrócić – za jakiś czas, jak już będzie wszystko dobrze. No i też tak nagle – też się dziwnie poczułam, że bez pracy – bo wcześniej miałam ciągłość, cały czas ciągłość (...) i nagle zostałam bez pracy. No to dla mnie to było takie... no szok, nie? Żadnego zabezpieczenia takiego. (PA_25, pracowniczka fizyczna w sklepie budowlanym).

Jak stwierdziła jedna z rozmówczyń (menadżerka zespołu w firmie zajmującej się doradztwem personalnym i rekrutacją zagraniczną), w przypadku pracowników agencyjnych i tych zatrudnionych na tak zwane „umowy śmieciowe”, rotacja jest bardzo duża, natomiast status pracownika bardzo niski. Na pierwszy plan wychodzą kwestie opłacalności finansowej: jeśli pra-

cownik był bardzo wydajny (a co za tym idzie dochodowy – choć brzmi to przedmiotowo), pracodawcy są skłonni udzielić urlopu bezpłatnego (ewentualnie chorobowego), w innych przypadkach dąży się do zwolnienia (co w przypadku umów cywilnoprawnych nie następuje wielu trudności). Jak zauważa wspomniana specjalistka, szczególnie trudna jest sytuacja osób pracujących fizycznie za granicą (również w przypadku osób zatrudnionych na umowę o pracę) – długotrwałe chorobowe jest bardzo źle widziane i często niesie ze sobą późniejsze reperkusje. Co warto podkreślić, w historii pracy rozmówczyni zdarzało się, że pracodawcy zagraniczni w przypadku pojawienia się jakichkolwiek problemów (zwłaszcza choroby), wykorzystywali słabszą pozycję pracowników z obcych krajów i zwalniali ich z fikcyjnych powodów, zakładając, że ci nie będą dochodzić swoich praw z uwagi na barierę finansową i językową. Oczywiście, przedstawione w artykule badania w żaden sposób nie pokazują skali takiego procederu; dla pełniejszego obrazu warto też dodać, że doświadczenia badanych pracujących za granicą i chorujących onkologicznie były zasadniczo pozytywne i wskazywały na wsparcie ze strony pracodawców w sytuacji choroby. Niemniej wspomniane ewentualne problemy polskich pracowników najemnych w innych krajach warto są odnotowania.

Pojęciem, które wydaje się mieć w tym kontekście duże znaczenie jest *kontrakt psychologiczny*, co można określić jako subiektywne „przekonanie pracownika na temat wzajemnych zobowiązań między nim a zatrudniającym” i które zawiera w sobie również komponent relacyjny, a w nim takie elementy, jak: pewność zatrudnienia i wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych w zamian za lojalność pracownika (Żołnierczyk-Zreda, 2016, ss. 530-531). Kontrakt psychologiczny – jak pokazują również badania własne przedstawiane w artykule – w dużej mierze uwarunkowany jest formą zatrudnienia i stażem pracy w danej firmie. W przypadku umów na czas określony (zwłaszcza agencyjnych), zaangażowanie emocjonalne oraz relacje pozapłacowe między pracodawcą a pracownikiem są słabsze, co skutkuje mniejszym poczuciem odpowiedzialności za pracownika w przypadku jego choroby (a więc w momencie, gdy jego praca – a raczej jej brak – nie przynosi zysku), jak i w drugą stronę – mniejszym przywiązaniem i poziomem lojalności pracownika.

Jak zauważa Iwona Taranowicz, mimo rosnącej liczby osób z niepełnośprawnościami i osób przewlekle chorych, ludzie są mniej skłonni do ubiegania się o status osoby chorej, mniejsza jest też absencja związana z chorobą (Taranowicz, 2010). Tym samym, elastyczny rynek pracy, w dużej mierze ograniczający bezpieczeństwo i stabilizację zatrudnienia, powoduje swoiste przerzucenie odpowiedzialności na pracownika w zakresie konsekwencji utraty pracy czy choroby.

Innym problemem, który pojawił się w wywiadach była specyficzna sytuacja nauczycieli, którzy w trakcie roku szkolnego nie mogą brać urlopu – co może komplikować kwestię badań kontrolnych po powrocie do aktywności zawodowej. Jedna z badanych nauczycielka odczuła duże niezadowolenie dyrekcji związane z częstymi zwolnieniami lekarskimi w sezonie grypowym (które były zalecane przez lekarza rodzinnego z uwagi na obniżoną odporność), co według niej przełożyło się na jej gorszą pozycję w szkole i ograniczenie benefitów. Z drugiej strony, inna uczestnicząca w realizowanych badaniach nauczycielka podkreślała, że zarówno dyrekcja, jak i współpracownicy otoczyły ją ogromnym wsparciem w trakcie i po chorobie. W tym wypadku potrzeba zwolnienia się na badania była zawsze bardzo przychylnie przyjmowana. Ponadto, z inicjatywy pani dyrektor oraz koleżanek z pracy zawsze było to załatwiane w postaci zastępstw koleżeńskich i zamian tak, aby wspomniana osoba nie musiała korzystać z urlopu bezpłatnego czy zwolnienia. Obydwa przykłady – choć diametralnie odmienne – wskazują na istotną rolę pracodawcy i współpracowników w minimalizowaniu problemów związanych z aktywnością zawodową osób z problemami zdrowotnymi oraz na dużą wagę elastyczności i życzliwości otoczenia.

Niezależnie od wykonywanego zawodu, częste nieobecności w pracy rzeczywiście mogą być źle odbierane przez pracodawcę (Bilodeau i in., 2024; Dewa i in., 2016; Egan, 2014; Robinson i in., 2015). Niestety, zdarzają się sytuacje, że przełożeni nie tylko nie oferują wsparcia w trakcie i po chorobie nowotworowej, ale nawet zwiększają obciążenie psychiczne chorych poprzez wyrzuty na temat komplikacji związanych z ich nieobecnością w pracy (Yarker i in., 2009). O problemie braku wsparcia pracowników w trudnej sytuacji zdrowotnej wspomniał również przedstawiciel związków zawodowych:

Tak jak są różni pracownicy, tak różni są pracodawcy – jedni podchodzą zgodnie z prawem, obowiązками prawnymi w stosunku do pracownika i ze zrozumieniem; inni łamią przepisy, nie rozumieją tego pracownika i idą po najmniejszej linii oporu. To [choroba pracownika – N.U.] są jakieś dodatkowe problemy dla pracodawcy. [Pracodawcy – N.U.] Chcą po prostu bezproblemowo, więc się pozbywają pracownika, kierując go na rentę i tak dalej. (...). Pracodawcy różnie do tego podchodzą – taki pracownik nie jest zawsze stuprocentowo wydajny, ma jakieś niepełnosprawności i pracodawca musi dostosować miejsce pracy do stanu zdrowia danego pracownika (powinien dostosować – to nawet zalecają lekarze medycyny pracy). (Przedstawiciel związków zawodowych)

Ponadto, niestety, nie zawsze składane przez pracodawcę obietnice dotyczące bezpieczeństwa zatrudnienia miały swoje pokrycie w rzeczywistości:

Ponieważ jest to duża korporacja, otrzymałem jakieś tam wsparcie od dyrektora, z którym wówczas współpracowałem. Nie wróciłem do tej korporacji, ponieważ korporacja, mówiąc krótko: wyżuła mnie i wypłuła. Po chorobie chciałem wrócić, dowiedziałem się, że nie ma dla mnie miejsca (choć widziałem, że są przyjęcia), tak? Przez dyrektora z którym współpracowałem (który w momencie mojego powrotu już nie był dyrektorem tej firmy, przeszedł na inne stanowisko, wyżej, znacznie wyżej – natomiast kontakt się urwał) miałem zapewnienie, że po chorobie wracam. No puste słowa tak naprawdę, gdy chciałem wrócić potem do tej korporacji. (PA_20, kontroler jakości w dużej korporacji)

Poza tym, jak pokazują doświadczenia kilkorga badanych, różne jest też nastawienie wobec uprawnień pracowniczych wynikających z posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności.

(...) była komunikacja ze mną, ale słyszałam, że na przykład – bo mam to orzeczenie o niepełnosprawności – że nie będę pracownikiem stuprocentowym, że będę pracować na trochę etatu mniej, bo będę pracować 7 godzin (bo ze stopniem znacznym, no to bym pracowała mniej), że po roku pracy należy mi się 10 dni urlopu tego, no to już im nie pasowało (...), dla niego to jest niekorzystne, bo musi płacić za 8, tak? I tutaj tak między słowami słyszałam taką informację. (PA_17, kierowniczka w supermarkecie)

Podobne głosy wybrzmiewają z badań przeprowadzonych w ramach projektu badawczego *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, gdzie wykazano, że gwarantowane ustawowo przywileje dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (np. ograniczony czas pracy) często stanowią balast i odstraszały pracodawców przed ich zatrudnieniem (Sieradzki, 2007, ss. 290-291).

Niemniej warto podkreślić, że udzielane przez pracodawców wsparcie w wielu przypadkach wykraczało poza obowiązki wymagane prawem. Analizując doświadczenia osób badanych, można zauważyć, że może być to związane zarówno ze specyfiką zakładu pracy, jak i z ogólnymi postawami przełożonych wobec pracowników (indywidualnie – wobec konkretnych osób, jak i w kontekście całościowej troski o personel). Ciekawy tego przykład pojawia się między innymi we wspomnieniach Piotra Biesa, który prezentując w książce *Walczyłem z rakiem i...* własne przeżycia podczas leczenia onkologicznego (w latach 1997-1998), opisuje wsparcie w zakresie transportu doskonale zorganizowane przez Polskie Koleje Państwowe dla pracowników leczących się w Zakładzie Radioterapii Instytutu Onkologii w Gliwicach, dzięki czemu chorzy kolejarze byli wożeni na leczenie

w komfortowych i dogodnych czasowo warunkach (Bies, 2004, s. 110, 136). Również w narracjach badanych pojawiały się formy pomocy ze strony pracodawców, które zdecydowanie wykraczały poza standard. Jednym z nich było między innymi ufundowanie przez właścicielkę salonu medycyny estetycznej zagranicznych wakacji dla chorej na nowotwór pracowniczki zatrudnionej jako recepcjonistka – aby ta mogła odpocząć po leczeniu i zapomnieć o chorobie (jak argumentowała wspomniana pracodawczyni). Innemu badanemu (pracującemu w korporacji z branży logistycznej) przełożeni zorganizowali konsultacje ze specjalistami. W przypadku badanej, u której leczenie nowotworu wymagało amputacji nogi, zakład pracy pomógł finansowo w zakupie protezy i umożliwił powrót do pracy mimo wygaśnięcia umowy. O tym, jak ważne jest to wsparcie dobrze świadczy trudna sytuacja związana z dużymi kosztami tego typu protez, które są niezbędne do tego, by móc być aktywnym (również zawodowo) (zob. też: Cytlak, 2011, s. 82). Co istotne, wspomniana kobieta pracowała w Zakładzie Pracy Chronionej, co wiązało się również z tym, że otrzymywała zwrot kosztów rehabilitacji. Poza tym, badana bardzo dobrze oceniała otrzymywane przez nią wsparcie: emocjonalne i socjalne, a sam zakład był przystosowany do osób o obniżonej sprawności ruchowej (co wynika ze specyfiki miejsca pracy).

Warte odnotowania, jako przykład dobrych praktyk, jest rozbudowane wsparcie udzielane chorującym pracownikom przez polski oddział dużej skandynawskiej firmy produkcyjnej, z której przedstawicielką rozmawiałam. Pracownicy mogą liczyć między innymi na pomoc w codziennym życiu w trakcie choroby (w tym np. zapewnienie taksówki na dojazdy na badania i leczenie), większą ilość urlopu, by możliwe było łączenie pracy z leczeniem oraz na znaczące wsparcie finansowe. Co warto podkreślić, z uwagi na to, że jest to firma produkcyjna, absencja pracowników jest bardzo dużym problemem, jednak kultura organizacyjna nastawiona jest na relacje, a zatrudnieni w niej ludzie traktowani są (zgodnie z wartościami firmy) jako podmiotowo rozumiany zasób. Tym samym, można zauważyć, że stosunek do chorującego pracownika i zakres udzielanego wsparcia jest powiązany nie tylko z rozmiarem firmy i statusem pracowników, ale również (a być może w dużej mierze) z kulturą organizacyjną firmy i ogólnym etosem. Szczególnie widoczne jest to w zawodach mundurowych, w których relacje oparte są na wzajemnym zaufaniu i budowaniu wspólnoty – co widoczne było w wypowiedziach rozmówców związanych z Państwową Strażą Pożarną i Wojskiem Polskim. Co istotne, w tych przypadkach wsparcie było okazywane zarówno formalnie, jak i nieformalnie, a obejmowani nim są zarówno pracownicy znajdujący się w trudnej sytuacji, jak i ich bliscy.

Implikacje dla edukacji obywatelskiej

W przypadku uczestników zrealizowanych badań własnych, dynamika relacji zawodowych w trakcie choroby była bardzo różnorodna. Z uwagi na brak reprezentatywności oraz inne ograniczenia metodologiczne, nieuzasadnione byłoby wyciąganie z niniejszych badań wniosków statystycznych odnośnie jakości relacji zawodowych, niemniej niezaprzeczalnie choroba i związana z nią dłuższa nieobecność są czynnikami potencjalnie zaburzającymi kontakty zawodowe, co ma swoje przełożenie również na samopoczucie psychiczne chorych i proces ich readaptacji po chorobie. Prowokuje to jednocześnie pytania o rolę edukacji obywatelskiej w zakresie minimalizowania tych negatywnych skutków – zarówno w kontekście budowania świadomości praw pracowniczych, jak i przeciwdziałaniu stereotypom, budowaniu wiedzy na temat specyfiki chorób onkologicznych, rozwijaniu umiejętności komunikacji w kryzysowych sytuacjach życiowych, a przede wszystkim budowaniu zachowań prospołecznych i społecznej solidarności – również w środowisku zawodowym.

Jak stwierdzają osoby biorące udział w przedstawionych badaniach własnych (i co ma swoje odzwierciedlenie również w innych badaniach dotyczących aktywności zawodowej pacjentów onkologicznych (Bilodeau i in., 2024; Dewa i in., 2016; Egan, 2014; Robinson i in., 2015), często brak kontaktu i wsparcia nie bierze się ze złej woli, ale z braku wiedzy odnośnie tego, w jaki sposób pomóc i jak się zachować. Badania zagraniczne pokazują, że w firmach, w których już wcześniej były przypadki choroby nowotworowej u pracowników, wsparcie jest zazwyczaj lepsze (Yarker i in., 2009). Można zatem stwierdzić, że niezbędna jest większa świadomość pracodawców w zakresie roli i sposobów wsparcia chorego pracownika (również na etapie powrotu do pracy po leczeniu), a także przełamywanie oporów i lęków.

Podstawowym celem firmy jest zysk, a pracodawcy oczekują od pracowników zaangażowania i realizacji zadań. Stąd naturalne wydaje się negatywne nastawienie wobec problemów, które mogą wiązać się z chorobą pracownika (zwłaszcza tak poważną, jak choroba nowotworowa). Jednak, jeżeli weźmiemy pod uwagę racjonalne przesłanki, dochodzimy do wniosku, że takie sytuacje po prostu się zdarzają i trudno oczekiwać od pracownika zawsze stuprocentowej dyspozycyjności i wydajności.

Jak pisze Liz Egan z Macmillan Cancer Support:

Sposób, w jaki organizacja reaguje na potrzeby pracowników dotkniętych rakiem lub innymi ciężkimi chorobami będzie miał ogromny wpływ na morale pracowników i ich zaangażowanie (Egan, 2014)⁶.

⁶ Oryginalna wersja cytatu: „The way an organisation responds to the needs of employees affected by cancer or other critical illnesses will have a huge impact, both on employee morale and employee engagement” – tłumaczenie własne.

Pozytywne doświadczenia firm, które tego typu wsparcia udzielają, pokazują, że długofalowo wysiłek z tym związany przynosi duże korzyści. Takie podmiotowe podejście pracodawców i przełożonych bliskie jest idei humanizacji pracy, w której polu zainteresowań znajdują się nie tylko wymierne efekty pracy i wskaźniki krótkoterminowej efektywności, ale także komfort i godność pracownika (Bańka, 2005; Bilodeau i in., 2024; Jakimiuk, 2017). Humanistyczne zarządzanie pracą i pracownikami nie jest jedynie wyrazem odpowiedzialności społecznej i szacunku wobec drugiego człowieka – w szerszej perspektywie wpływa na efektywność pracy, zaangażowanie pracowników, ich rozwój i lojalność, co zgodnie z koncepcją Petera F. Druckera umożliwia ludziom wspólne osiągnięcie wybranych celów oraz konstruktywne i efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich, bez zapominania o ich człowieczeństwie (za: Sikora, 2005, ss. 61-67).

Jak stwierdził John Shad (przewodniczący amerykańskiej Komisji Papierów Wartościowych), społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa jest zyskowna, a etyka – w perspektywie długoterminowej – po prostu się opłaca (za: Walczak-Duraj, 2005, s. 75). Działania ukierunkowane na pomoc chorującym pracownikom można uzasadnić zarówno humanistyczną potrzebą wsparcia osób potrzebujących, ale również (opierając się na funkcjonalizmie strukturalnym (więcej o tym w: Melosik, 1999, ss. 10-12) i tym, że jest to swoista inwestycja, która pozwoli na efektywniejsze wykorzystanie *kapitału ludzkiego* (rozumianego jako zasób wiedzy i umiejętności oraz wartość produktywności wykwalifikowanych pracowników) (Black, 2008, s. 163; Przyszczykowski, 1999, ss. 28-36), którego część stanowi również (coraz liczniejsza) grupa osób z doświadczeniem choroby nowotworowej.

Wkład autorów

Autor deklaruje samodzielny wkład w powstanie pracy.

REFERENCES

Opracowania

- Ayala García, A., Serra, L., Rodriguez Arjona, D., Benavides, F. G., Utzet, M. (2024). *Understanding Return to Work After a Cancer Related Sickness Absence. Perceptions of Barriers and Facilitators Among all Relevant Stakeholders*. *Psycho-Oncology*, 33(12), e70036. <https://doi.org/10.1002/pon.70036>
- Bańka, W. (2005). *O niektórych paradygmatach humanizacji pracy*. W: D. Walczak-Duraj (red.), *Humanizacja pracy wobec wyzwań transformacyjnych i cywilizacyjnych* (ss. 53-60). Płock: Wydawnictwo Naukowe Novum
- Bargiel-Matusiewicz, K. (2007). *Aktywność zawodowa osób z przewlekłą chorobą somatyczną*. W: A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy* (ss. 219-230). Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”
- Bies, P. (2004). *Walczyłem z rakiem i...*. Baterex Jan i Kazimierz Kwaśniewicz
- Bilodeau, K., Gouin, M.-M., Fadhlou, A., Porro, B. (2024). *Supporting the return to work of breast cancer survivors: Perspectives from Canadian employer representatives*. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(4), 1384-1392. <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01382-5>
- Black, J. (2008). *Słownik ekonomii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- 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>
- Chow, S.L., Ting, A.S., Su, T.T. (2014). *Development of Conceptual Framework to Understand Factors Associated with Return to Work among Cancer Survivors: A Systematic Review*. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 391-405
- Cytlak, I. (2011). *NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ. Czyli o doświadczaniu ograniczonej sprawności z perspektywy jakości życia*. W: E. Włodarczyk, I. Cytlak (red.), *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych: Z teorii i praktyki pracy socjalnej*. Wyd. 1 (ss. 73-91). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Dewa, C.S., Trojanowski, L., Tamminga, S.J., Ringash, J., McQuestion, M., Hoch, J.S. (2016). *Advice about Work-Related Issues to Peers and Employers from Head and Neck Cancer Survivors*. *PLOS ONE*, 11(4), e0152944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152944>
- Dos Santos, B.B., Nascimento, J.D.S., Alonso, C.M.D.C. (2025). *Accommodations in the workplace for cancer survivors: A systematic review*. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 82(4), 982-993. <https://doi.org/10.1177/10519815251357580>
- Egan, L. (2014). *Managing cancer in the workplace*. *Training Journal*, 53-56. Business Source Ultimate
- Furmanek, W. (2008). *Orientacje metodologiczne w badaniach problematyki ścieżek edukacyjnych*. W: T.B. Kulik, B. Wolny, A. Pacian (red.), *Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie
- Gałuszka, A. (2005). *Człowiek przewlekle chory: Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
- Grabińska, K., Szewczyk-Cisek, I., Hernik, P., Mykała-Cieśla, J., Kaziród, D. (2011). *Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej*. *Psychoonkologia*, 2, 39-47

- Greidanus, M.A., De Boer, A.G.E. M., Tiedtke, C.M., Frings-Dresen, M.H.W., De Rijk, A.E., Tamminga, S.J. (2020). *Supporting employers to enhance the return to work of cancer survivors: Development of a web-based intervention (MiLES intervention)*. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(2), 200-210. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00844-z>
- Hastert, T.A., Kirchhoff, A.C., Banegas, M.P., Morales, J.F., Nair, M., Beebe Dimmer, J.L., Pandolfi, S.S., Baird, T.E., Schwartz, A.G. (2020). *Work changes and individual, cancer related, and work related predictors of decreased work participation among African American cancer survivors*. *Cancer Medicine*, 9(23), 9168-9177. <https://doi.org/10.1002/cam4.3512>
- 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>
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H., Nahar, A., Mohd Taib, N., Su, T., MyBCC study group. (2014). *Factors associated with return to work of breast cancer survivors: A systematic review*. *BMC Public Health*, 14(Suppl 3), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>
- Jakimiuk, B. (2017). *Humanizacja pracy jako obszar badań w pedagogice pracy*. W: R. Gerlach, R. Tomaszewska-Lipiec (red.), *Wokół podstawowych zagadnień pedagogiki pracy* (ss. 413-440). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
- 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, C., 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>
- Kias, A., Schmidt, M.E., Hiensch, A.E., Clauss, D., Monninkhof, E.M., Pelaez, M., Belloso, J., Gunasekara, N., Sweegers, M.G., Trevaskis, M., Rundqvist, H., Müller, J., Wiske-mann, J., Van Der Wall, E., Aaronson, N.K., Lachowicz, M., Urruticoechea, A., Zopf, E.M., Bloch, W., ... Steindorf, K. (2025). *Factors Associated With Employment and Quality of Working Life in Patients With Metastatic Breast Cancer*. *Cancer Medicine*, 14(15), e71074. <https://doi.org/10.1002/cam4.71074>
- Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023. (2023). OECD Publishing
- Mazurek, E. (2013). *Biografie edukacyjne kobiet dotkniętych rakiem piersi*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej
- Melosik, Z. (1999). *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: Konteksty teoretyczne*. W: Z. Melosik (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji* (ss. 7-23). Legnica: Wydawnictwo Edytor
- Munir, F., Kalawsky, K., Wallis, D.J., Donaldson-Feilder, E. (2013). *Using intervention mapping to develop a work-related guidance tool for those affected by cancer*. *BMC Public Health*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-6>
- National Business Group on Health, American Cancer Society. (2017, listopad). *CANCER IN THE WORKPLACE. Supervisor Tip Sheet. For supervisors of employees diagnosed with cancer, in treatment and beyond*. <http://www.wbgh.com/pub/?id=1E6F7C00-ED9D-FB12-95D2-90F77801448D>
- Przyszczykowski, K. (1999). *Edukacja dla demokracji: Strategie zmian a kompetencje obywatelskie*. Legnica: Wydawnictwo Edytor

- 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>
- Rossiter, L., Houdmont, J., Brooks, C. (2025). „It's a struggle”: *A qualitative investigation of relations between cancer-related fatigue and work outcomes*. Disability and Rehabilitation, 47(17), 4476-4485. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2451213>
- Sieradzki, M. (2007). *Wywiady z ekspertami: Analiza wyników dotyczących osób z ograniczeniami sprawności*. W: A. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy* (ss. 277-291). Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”
- Sikora, J. (2005). *Rola menadżera w kształtowaniu humanizacji pracy w świetle koncepcji P.F. Druckera*. W: D. Walczak-Duraj (red.), *Humanizacja pracy wobec wyzwań transformacyjnych i cywilizacyjnych* (ss. 61-68). Płock: Wydawnictwo Naukowe Novum
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., Van Eerd, D., Holness, L.D., Kirsh, B., Duncan, A., Jones, J. (2016). *The provision of workplace accommodations following cancer: Survivor, provider, and employer perspectives*. Journal of Cancer Survivorship, 10(3), 489-504. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0492-5>
- 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
- Taranowicz, I. (2010). *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami: Analiza socjologiczna*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum
- Tiedtke, C., de Rijk, A., Donceel, P., Christiaens, M.-R., de Casterlé, B.D. (2012). *Survived but feeling vulnerable and insecure: A qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment*. BMC Public Health, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-538>
- Ulaniecka, N. (2023). *Pacjenci onkologiczni w środowisku pracy – reakcje i wsparcie ze strony współpracowników*. Kultura - Społeczeństwo - Edukacja, 24(2), 115-128. <https://doi.org/10.14746/kse.2023.24.2.7>
- van Egmond, M.P., Duijts, S.F.A., Loyen, A., Vermeulen, S.J., van der Beek, A.J., Anema, J.R. (2017). *Barriers and facilitators for return to work in cancer survivors with job loss experience: A focus group study*. European Journal of Cancer Care, 26(5), 1-15. <https://doi.org/10.1111/ecc.12420>
- Walczak-Duraj, D. (red.). (2005). *Humanizacja pracy wobec wyzwań transformacyjnych i cywilizacyjnych*. Płock: Wydawnictwo Naukowe Novum
- Wrocławska, T. (2015). *Prawne pojęcie rehabilitacji*. Studia Prawno-ekonomiczne, XCV, 137-158
- 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>
- Żołnierczyk-Zreda, D. (2016). *Kontrakt psychologiczny w świetle elastycznego zatrudnienia pracowników – przegląd badań*. Medycyna Pracy, 67(4), 529-536