

השתלבות חוזרת בעבודה בקרוב מחלימות מסרטן השד: תוצאות מחקר גישושי¹

אליעזר רובינזון,² לי גרינבלט-קמרון,³ רונית לייבה⁴ ומירי כהן⁵

מספר המחלימות מסרטן שד עולה בהתמדה, ואולם מחקרים בעולם מדווחים על קשייהן לחזור לעבודה, למרות תרומתה לרווחה האישית של רבות מהן, למעסיקיהן ולחברה. בארץ נערכו אך מחקרים ספורים על הנושא, ונחוצה תמונת מצב עדכנית. במחקר המתואר במאמר זה ביקשנו לזהות את מאפייני ההשתלבות בעבודה של מחלימות מסרטן שד, את קשייהן ואת הקשר בינם לבין סוג הטיפול והתסמינים. המחקר היה מחקר-חתך, והשתתפו בו 79 מחלימות מסרטן שד, שלב I-II, 1-5 שנים מהאבחון, שגויסו מתוך מאגר של מחקר רחב אודות החלמה מסרטן. במחקר עלו הממצאים האלה: רוב המשתתפות עבדו לפני אבחון המחלה, ו-82% מתוכן חזרו לעבודה. שיעור גבוה יותר של אלה שלא שבו לעבודה היו אלה שקיבלו טיפול כימי ונשים ערביות. כ-40% מהמשתתפות דיווחו על ירידה בהכנסות, מחצית מהן על ירידה תלולה. רמת התסמינים הייתה קשורה לירידה גבוהה יותר בהכנסות וניבאה אי-חזרה לעבודה (OR=2.1, 95%CI=0.05-8.9). הממצאים מלמדים שחשוב להגביר את מודעותם של אנשי מקצוע בשירותי בריאות ובשירותים אחרים לקשייהן של מחלימות מסרטן השד לחזור לעבודה. מומלץ למקד משאבים בפיתוח תוכניות ארציות להתמודדות עם סוגיה זו.

מלות מפתח: מחלימות מסרטן השד, השתלבות בעבודה, ירידה בהכנסות, תסמינים לאחר טיפול

- 1 ברצוננו להודות לאחיות שרה גפני ודפנה שרמן שראיינו את החולים. המחקר נתמך בחלקו בידי האגודה למלחמה בסרטן בישראל.
- 2 יו"ר האגודה למלחמה בסרטן.
- 3 בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת אריאל.
- 4 מרכז רפואי רמב"ם.
- 5 בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

ביטחון סוציאלי 107, ניסן תשע"ט, אפריל 2019: 59-77

נשלח לפרסום ב-21.07.18, התקבל ב-25.01.19

מבוא

מדי שנה מאובחנות במדינת ישראל כ-5,000 נשים עם גידולים ממאירים חודרניים בשד. בשנת 2018 אובחנו 4,846 נשים (הרישום הלאומי לסרטן, 2018). לאור השיפור באבחון המוקדם ובטיפול הרפואי, עלה מאוד בעשור האחרון שיעור ההישרדות היחסית מסרטן השד בטווח חמש השנים (אי חזרתה של המחלה). שיעור ההישרדות הכולל עומד על כ-87%, כאשר כ-99% מהנשים שאובחנו עם גידול בשלב המוקדם שורדות את המחלה (הרישום הלאומי לסרטן, 2018). נשים שאובחנו וטופלו בשל גידול ממאיר בשד מוגדרות כמחלימות משלב סיום הטיפולים האקטיביים במחלה (NCI, 2018).

בשנים 2010-2014 היה הגיל הממוצע בעת האבחנה 60.9, ו-59% מהנשים היו בגילאי העבודה (רישום סרטן לאומי, 2018). לכן, לאור העלייה בשיעורי ההחלמה של חולות סרטן השד והעלייה בתוחלת החיים, עולה בהתמדה מספר המחלימות בגיל העבודה. אף שחזרה לעבודה חיונית לרווחתן הנפשית והכלכלית של הנשים המחלימות, למשפחותיהן ולחברה בישראל, חסר כיום מידע אודות שיעור המחלימות השבות ומשתלבות בעבודה ואודות מאפייניהן.

השתלבות בעבודה של מחלימים מסרטן⁶

מחלימים מסרטן בכלל ומחלימות מסרטן השד בפרט מדווחים על שיעורים מגוונים של אי-חזרה לעבודה (10%-40%) או על חזרה למשרה חלקית או לתפקידים שהשכר עליהם נמוך יותר (Menhert, 2011; Nowrouzi et al., 2009; Sun, Shigak, & Armer, 2017). מחקר סקירה נרחב מצא שרק כ-65% מהמחלימים מסרטן בגיל העבודה חוזרים לעבוד (Menhert, 2011). במחקר-על שכלל מחקרים מאירופה ומארצות הברית (Nowrouzi et al., 2009) והשווה בין אנשים שלא חלו בסרטן למחלימים מסרטן נמצא, שרבים יותר מאלה האחרונים מחליפים מקום עבודה, יוצאים לפרישה מוקדמת, משתכרים שכר נמוך ומובטלים. ההסתברות לאבטלה אצל מחלימים מסרטן היא פי 1.37 מזו של אנשים שלא חלו בסרטן (שם). שני מחקרי סקירה עדכניים, האחד כלל 25 מאמרים (Sun, Shigak, & Armer, 2017), והאחר 13 (Zomkowski et al., 2018), בחנו השתלבות בעבודה של מחלימות מסרטן שד. למרות המגבלות המתודולוגיות של השוואה בין מחקרים, מצאו שניהם, שאף שנשים רבות (כ-80%) חוזרות לעבודה בטווח של 2-3 שנים (Sun et al., 2018; Zomkowski et al., 2017), שיעור התעסוקה שלהן נמוך מזה שלפני אבחון

6 אף שהמאמר מתמקד במחלימות מסרטן השד, עסקו רבים מהמחקרים במחלימים מסוגי סרטן שונים, ולכן כשהתייחסו למחקרים אלה בסקירת הספרות השתמשנו במונח מחלימי סרטן.

הסרטן, וניכרת אצלן ירידה בכושר העבודה ובתפוקה עקב התסמינים הגופניים והקוגניטיביים.

יתרה מזאת, מחלימי סרטן, ובעיקר מחלימות מסרטן שד, מדווחים לעתים קרובות על ירידה של ממש בהכנסות, עקב צמצום שעות העבודה ועקב החלפת מקום עבודה או תפקיד בשל מגבלות תפקוד (Ahn et al., 2009; Lauzier et al., 2008; Menhert, 2011). מחקר קנדי מצא שמחלימות מסרטן השד איבדו בממוצע 27% מהכנסתן השנתית, ואובדן ההכנסות עורר אצלן מתח ודאגה (Lauzier et al., 2008). ממצאים דומים נמצאו במחקר שנערך במלזיה, כש-21% ממחלימות סרטן השד דיווחו על אובדן הכנסותיהן או על ירידה בהן (Su, Azzani, Tan, & Loh, 2018).

בישראל נערכו שלושה מחקרים פרוספקטיביים המבוססים על מרשם התושבים, שבדקו סיכון לאי-תעסוקה בקרב מחלימים מסרטן. שלושתם נערכו בהשוואה לקבוצת ביקורת. הם מצאו סיכון מוגבר לאי-תעסוקה בקרב מחלימים מסרטן המעי הגס, שנתיים וארבע שנים אחרי האבחון (Rottenberg et al., 2016), סיכון מוגבר כעבור שנתיים, אך לא ארבע, לאי-תעסוקה בקרב מחלימים מסרטן הקיבה (Rottenberg et al., 2017), וכן סיכון מוגבר לאי-תעסוקה ולהכנסה נמוכה יותר בקרב מחלימים מסרטן בלוטת התריס (Ratson, Uziely, de Boer, & Rottenberg, 2016). במחקר אחר בישראל, שהשתתפו בו 60 מחלימות מסרטן השד בנות 25-65, צמצמו כ-67% מהן את היקף עבודתן, וכ-18% לא חזרו כלל לעבודה (Loubani-Hawaita et al., 2016). עוד מחקר עדכני שבחן מדגם של 410 נשים, שאובחן אצלן סרטן שד בשלבים מוקדמים, מצא ש-33% מאלה שעבדו לפני האבחון הפסיקו את עבודתן, 48% צמצמו את היקף משרתן, ורק 19% לא שינו את תנאי עבודתן. נמצא גם קשר בין שינוי תנאי העבודה לרמת חיים נמוכה יותר (Hamood et al., 2018).

הגורמים לאי-חזרה לעבודה או להפחתה בהכנסות בקרב מחלימים מסרטן

יש תיעוד נרחב לכך שמחלת הסרטן על הטיפולים הכרוכים בה (ניתוחים, טיפולים כימיים והקרנות) עלולים לייצר תסמינים ארוכי טווח, המאפיינים לעתים קרובות מחלימים מסרטן, ובעיקר מחלימות מסרטן שד (Harrington et al., 2010). לתסמינים אלה השלכות מרחיקות לכת על המחלימים בכלל, ועל מחלימות מסרטן השד במיוחד. העיקריים שבהם הם תשישות מתמשכת, קשיים קוגניטיביים (קשיי ריכוז או זיכרון), מגבלות פיסיות (כאב, נזירות או הגבלות בתנועה) ומצוקה נפשית (de Boer et al., 2009; Harrington et al., 2010; Janelins et al., 2017; Levkovich et al., 2017, 2018). רמות גבוהות של תשישות, קשיים קוגניטיביים ומצוקה נפשית נמצאו בעיקר בקרב מחלימות צעירות מסרטן השד (Levkovich et al., 2015, 2017, 2018). אחד ממחקרי הסקירה מצא

ש-35% בקירוב ממחלימי סרטן, שעברו טיפול כימותרפי, ממשיכים לסבול מקשיים קוגניטיביים לאחר שהסתיימו הטיפולים (Janelins, Kesler, Ahles, & Morrow, 2017). חלה אצלם ירידה ביכולת לבצע משימות מנטליות, כגון ריכוז, לימוד דברים חדשים, ניתוח נתונים (Bradley & Bednarek, 2002). מחקר אחר מצא אצל שלישי מהמחלימים מסרטן תפקוד קוגניטיבי לקוי עקב ירידה ביכולת התפקוד המקצועית (Nieuwenhuijsen et al., 2009). לצד אלה נפוצות בעיות בריאות שהתעוררו עקב הטיפול הכימי או הקרינתי, כמו בעיות לב, בעיות נשימה וירידה בשמיעה (Harrington et al., 2010). אצל רבים מהמחלימים הן נמשכות תקופה ארוכה לאחר שהסתיימו הטיפולים.

כיום מקדישים תשומת לב מיוחדת לצמצום ההשפעות השליליות, קצרות וארוכות הטווח, של הטיפולים ולשימור תפקוד מיטבי, כדי לאפשר למחלימים לשוב ולהשתלב בעבודה (de Boer et al., 2009). ועדיין מאפייני המחלה והטיפולים הכרוכים בה הם המחסום העיקרי לפני השתלבות בעבודה של מחלימים מסרטן. בשנים האחרונות מצטברות עדויות לכך שלתסמינים המתוארים לעיל השפעה גדולה על התעסוקה שלהם (Munir, Yarker, & McDermott, 2009). מחקרים הראו שתשישות, מצוקה רגשית (Mehnert, 2011; Pryce, Munir, & Haslam, 2007; Spelten et al., 2002) ובעיות קוגניטיביות (Steiner, Nowels, & Main, 2010; Tiedtke et al., 2011) מקשות על החזרה לעבודה; לעתים זה מתבטא בפסקי זמן ארוכים ולעתים באי-חזרה כלל.

לקשיים אלה מצטרפים גורמי סיכון ספציפיים, הקשורים למאפיינים אישיים וארגוניים. בין המאפיינים האישיים נמנו גיל מבוגר, בעיקר קרוב לפרישה, השכלה נמוכה, מקצוע הכרוך בעבודה פיסית או העדר מקצוע (Muijen et al., 2013). בין המאפיינים הארגוניים נמנו העדר מדיניות של קליטה בחזרה לעבודה, מחסור בידע של מעסיקים או מנהלים ישירים באשר לקשיים הכרוכים בחזרתם לעבודה של חולי סרטן ואי תמיכה של עמיתים (Amir, Neary, & Luker, 2008; Amir et al., 2010; Pryce et al., 2007; Yagil et al., 2018).

חשיבות החזרה לעבודה

מחקרים רבים מצביעים על כך שלעבודה תפקיד חשוב לא רק במתן ביטחון כלכלי, אלא גם בשימור תחושת ערך עצמי ושייכות לרשת חברתית (Nilsson et al., 2013). אצל רבים מהמחלימים מסרטן בכלל, והמחלימות מסרטן השד בפרט, חזרה לעבודה היא הוכחה לכך ששבו לקו הבריאות; היא מסמלת חזרה לשגרת החיים, נתפסת כצעד חיובי למען שיפור איכותם ומשקפת תקווה לעתיד (Wells et al., 2013). ואולם אצל חלק מהמחלימות החזרה לעבודה עשויה לשקף הכרח כלכלי ולא אמצעי להשגת רווחה נפשית (Islam et al., 2014).

בהיבט החברתי מראים המחקרים שהשתלבות מחלימים מסרטן בעבודה משיאה תועלת גם למעסיק ולחברה כולה (Schweigert, McNeil, & Doupe, 2004). בהפחיתה את תשלומי הקצבאות והוצאות אחרות בגין אי-עבודה, היא תורמת למשק (Luengo-Fernandez et al., 2013). למשל: ב-2009 עמד סך ההוצאות בגין מחלת הסרטן באירופה על 126 טריליון יורו, 9.43 טריליון מתוכם עקב אובדן ימי עבודה (שם).

אם כן, לאור היותה של קבוצת המחלימות מסרטן השד אחת הקבוצות הגדולות ביותר של מחלימי סרטן בגיל העבודה, חיוני ללמוד אודות שיעור החזרה לעבודה, מאפייני ההשתלבות והקשר להכנסה, כדי להבין אם יש קושי לשוב ולהשתלב, ואם כן, לזהות את היקפו ואת סיבותיו. על בסיס ידע זה ניתן יהיה לתכנן דרכי התערבות או להתאים מדיניות. מטרת המחקר המתואר במאמר זה הייתה אפוא לבחון את שיעור החזרה לעבודה של מחלימות מסרטן השד, את עיתוי החזרה ואת הקשר שלה למאפייני רקע דמוגרפיים ורפואיים. הדחף שלנו לצאת למחקר זה היה ההכרה בתרומת העבודה לרווחה האישית והכלכלית של המחלימות, כמו גם לחברה ולמדינה.

שיטה

משתתפות

השתתפו במחקר 79 נשים שאובחן אצלן סרטן שד, שלב II-I (מקומי או אזורי ונתיח), והיו 5-1 שנים מאז האבחון של סרטן השד ולאחר סיום הטיפולים הכימיים או הקרינתיים (טווח 5-1 שנים המוגדר במחקרים כשלב ההסתגלות וגם כשלב של החלמה, ושימש במחקרים קודמים; Cronin et al., 2018). המשתתפות היו נשים בגיל העבודה (20-65), ששליטתן בעברית מספקת כדי לענות על השאלון. הן אותרו במאגר מידע שהוקם במרכז הרפואי רמב"ם כדי לאסוף נתונים על מחלימים מסוגי סרטן שונים ולבדוק את השלכות הטיפולים עליהם (Robinson et al., 2014). 21 מתוך ה-100 שאותרו לא הגיבו או לא יכלו לענות על השאלון (79% השתתפות).

לוח 1 מתאר את מאפייני הרקע של המשתתפות. גילאי המשתתפות נעו בין 35 ל-59, כשהגיל הממוצע היה 50, והגיל הממוצע בעת האבחון היה 47.4 (±6.9). רוב המשתתפות היו בעלות השכלה תיכונית או אקדמית, ומיעוטן בעלות השכלה יסודית. כשני שלישים מהן היו נשואות, השאר גרושות ומיעוטן רווקות ואלמנות. ל-94.9% היו ילד אחד או יותר. כ-85% היו יהודיות, השאר מוסלמיות ונוצריות. רובן היו ילידות הארץ, וכרבע עלו ממזרח אירופה. בהתייחס למאפייני המחלה היו המשתתפות כאמור 5-1 שנים מהאבחון ולאחר סיום הטיפולים הקרינתיים או הכימיים, ובממוצע 2.6 שנים מסיום הטיפולים. רובן עברו התערבות כירורגית (כריתת שד או ניתוח חלקי להסרת הגידול), כולן קיבלו טיפול קרינתי, ומעט יותר ממחציתן קיבלו גם טיפול כימותרפי משלים. מעט יותר ממחציתן קיבלו או עדיין מקבלות טיפול הורמונלי, ושש מחלימות קיבלו טיפול ביולוגי.

לוח 1: מאפייני הרקע של המשתתפות

משתנה	ערך
גיל, ממוצע, סטיית תקן	50.5 (6.4)
טווח	59-35
השכלה, שכיחות (%)	
יסודית	6 (7.6)
תיכונית	35 (44.4)
אקדמית	38 (48.1)
מצב משפחתי, שכיחות (%)	
נשואות	58 (73.4)
גרושות	14 (17.7)
רווקות	4 (5.1)
אלמנות	3 (3.8)
דת, שכיחות (%)	
יהודיות	67 (84.8)
מוסלמיות	7 (8.9)
נוצריות	5 (6.3)
ארץ לידה, שכיחות (%)	
ישראל	56 (70.9)
מזרח אירופה	19 (24.0)
אחר	4 (5.1)
זמן מהאבחון, ממוצע, סטיית תקן	2.6 (1.2)
טווח	1-5
סוג טיפול, שכיחות (%)*	
כירורגי	76 (96.2)
כימי	46 (58.2)
הקרנות	79 (100)
הורמונלי	56 (70.9)
ביולוגי	6 (7.6)

* סך הטיפולים מסתכם ביותר מ-100%, משום שרוב המשתתפות קיבלו סוגי טיפולים שונים.

כלי המחקר

פרטים דמוגרפיים ורפואיים: המשתתפות נשאלו בנוגע לגילן בזמן המחקר ובזמן האבחנה, למוצאן, להשכלתן, למצבן המשפחתי ולמספר ילדיהן. הפרטים הרפואיים (אבחון סרטן השד, שלב המחלה וסוג הטיפול) נלקחו מתוך התיקים הרפואיים. מלבד זאת דיווחו המשתתפות על הזמן שחלף מאז האבחנה ועל הזמן שחלף מסיום הטיפול.

שאלון עבודה שכלל מידע על סטטוס העבודה: אם עבדו טרם המחלה, אם חזרו לעבודה חלקית או מלאה, אם נמצאות בחופשת מחלה, אם פרשו או פוטרו, ואם חזרו לעבודה, מתי חזרו ואם החליפו עבודה. כן נשאלו המשתתפות אם בעקבות המחלה חל שינוי ברמת הכנסתן.

שאלון קשיים בעבודה בהן אם הן חוות במקום העבודה עייפות, קשיי ריכוז, מצב רוח ירוד או מגבלות פיזיות. השאלות הותאמו מתוך שאלון איכות חיים של מחלימות מסרטן השד (European Organisation for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module, EORTC QLQ-BR23, Sprangers et al., 1996). לצורך ניתוח הרגרסיה חושב ממוצע ארבעת התסמינים (משתנה תסמינים). המרואיינות נשאלו גם אם חוו אי-הבנות מצד המעסיק או אי-התחשבות (משתנה "יחס המעסיק") שלו בקשיים אלה. התשובות דורגו בסולם 0 (כלל לא) עד 4 (במידה רבה). בהעדר שאלונים מתוקפים הבודקים היבטים אלה, חוברו השאלות האחרונות לצורך המחקר.

הליך

המחקר נערך במכון האונקולוגי במרכז הרפואי רמב"ם, לאחר אישור ועדת הלסינקי של המרכז. כשביקרו המרואיינות במרפאה, פנתה אליהן האחות, הזמינה אותן להשתתף בו, ומסרה להן שאלונים למילוי עצמי.

ניתוח נתונים

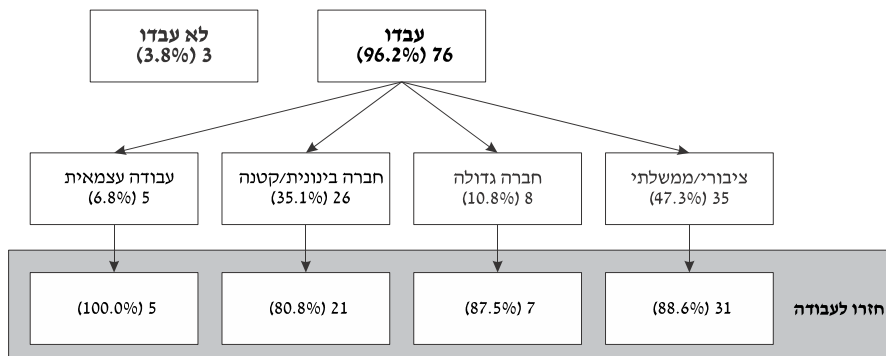
נערכה סטטיסטיקה תיאורית של משתני המחקר, נבחנו מתאמים ביניהם (מסוג ספירמן) וכן הבדלים באמצעות חי בריבוע ומבחני שונות חד-כיווניים. נערך ניתוח רגרסיה לוגיסטית לניבוי חזרה לעבודה ורגרסיה מרובה לניבוי ירידה בהכנסה. הוכנסו משתנים שנמצא קשר ביניהם לבין משתני התוצאה. לאור המדגם הקטן וכדי לצמצם את האפשרות של הטיה, נערכו הניתוחים באמצעות Bootstrap.

ממצאים

מאפייני ההשתלבות בעבודה והכנסה

לפני אבחון המחלה עבדו 76 (96.2%) מהמחלימות, 11 (14.5%) מהן במשרה חלקית, ו-65 (85.5%) במשרה מלאה. תרשים 1 (להלן) מלמד שרוב אלה שעבדו לפני האבחון עבדו במסגרת ציבורית או ממשלתית, שיעור מעט נמוך מזה עבדו בחברות פרטיות, וחמש היו עצמאיות (שתי משתתפות לא דיווחו על סוג המעסיק). מתוך אלה שעבדו לפני האבחון חזרו לעבודה 64 נשים (84.2%). מועד החזרה לעבודה נע בין ימים ספורים לאחר האבחון לשלוש שנים מסיום הטיפול. לא נמצאו הבדלים מובהקים בשיעורי החזרה לעבודה לפי סוג מקום העבודה ($\chi^2_{(3)}=1.04, p>.05$). בין הנשים שלא חזרו לעבודה פרשו שבע (9.5%) בעקבות המחלה, שתיים (2.8%) עדיין בחופשת מחלה. אף לא אחת מהמשתתפות פוטרה בעקבות המחלה. מתוך המחלימות שחזרו לעבודה, חזרו 16 (21.1%) למשרה חלקית והשאר למשרה מלאה. רוב החוזרות למשרה חלקית עבדו גם לפני כן באופן חלקי, אבל גם תשע נשים (11.8%) שעבדו במשרה מלאה לפני האבחון חזרו למשרה חלקית. שבע מחלימות החליפו מקום עבודה: שלוש מצאו מקום חדש שיתאים ליכולת התפקוד שלהן, מחלימה אחת חשה צורך בשינוי, מחלימה אחרת חיפשה עבודה רגועה יותר, ושתי מחלימות נאלצו לחפש מקום אחר, כי מקום העבודה לא נקט את או לא יכול היה לנקוט את הצעדים שיאפשרו להן להמשיך.

תרשים 1: שיעור העובדות לפני האבחון לפי מסגרת ההעסקה ושיעור המחלימות שחזרו לעבודה



זאת ועוד, המחלה השפיעה בדרגות שונות על רמת הכנסתן: 17 נשים (23.0%) דיווחו שחלה ירידה גדולה עד גדולה מאוד ברמת ההכנסה (22.9%), 13 (17.6%) דיווחו על ירידה בינונית, ו-44 (59.4%) דיווחו על ירידה מועטה או כלל לא.

קשרים בין מאפיינים דמוגרפיים ורפואיים לבין חזרה לעבודה וירידה בהכנסות

לוח 2 (להלן) מתאר את הממוצעים, את סטיות התקן ואת טווח הקשיים שחוו המשתתפות במקום העבודה. הלוח משקף ממצאים אלה: רמת התסמינים הממוצעת נמוכה, ועדיין היו כאלה שדיווחו על רמות שונות, מהעדר כל תסמין ועד תסמינים מרובים. קשיי ריכוז גדולים יותר קשורים לגיל נמוך יותר ($r=-.33, p<.01$). מגבלות גופניות רבות יותר קשורות לירידה גדולה יותר בהכנסה ($r=.40, p<.01$). המגבלות הגופניות אצל הנשים הערביות גדולות מאלה שאצל הנשים היהודיות ($F_{(1,64)}=5.69, p<.05$). נשים עם השכלה נמוכה יותר סבלו יותר מקשיי ריכוז ($F_{(1,68)}=6.31, p<.05$). נשים שקיבלו טיפול כימי בנוסף להקרנות סבלו ממגבלות רפואיות ($F_{(1,69)}=6.01, p<.05$) ומקשיי ריכוז ($F_{(1,68)}=6.31, p<.05$) גדולים יותר. לא נמצאו קשרים בין משתני הרקע האחרים לבין משתני התסמינים. לא נמצאו קשרים בין משתנה יחס המעסיק למאפייני הרקע הדמוגרפיים.

לוח 2: ממוצעים, סטיות תקן וטווח של משתני קשיים בעבודה

טווח	סטיות תקן	ממוצע	
4-0	1.18	1.97	עייפות
4-0	1.25	1.39	קשיי ריכוז
3-0	0.98	1.21	מצב רוח ירוד
3-0	1.0	1.09	מגבלה גופנית
4-0	0.83	0.34	יחס המעסיק

מחלימות שעברו טיפול משולב (20.9%) חזרו פחות לעבודה בהשוואה לאלה שעברו רק הקרנות (9.7%). 53.6% מהמחלימות שקיבלו הקרנות בלבד חזרו לעבודה סמוך לאבחון או לניתוח לעומת 32.6% בלבד ממקבלות הטיפול המשולב. לא נמצאה מובהקות סטטיסטית בהבדלים ($\chi^2_{(2)}=2.65, p>.05$). 25% מהנשים שעברו טיפול משולב לעומת 3.4% מהנשים שעברו הקרנות בלבד החליפו עבודה. ההבדל נמצא מובהק סטטיסטית ($\chi^2_{(2)}=5.58, p<.05$).

מנבאי סיכון לאי-חזרה לעבודה נבחנו באמצעות רגרסיה לוגיסטית. לחישוב הוכנס משתנה ההשכלה, שנמצא במתאם מובהק עם חזרה לעבודה, ומשתנה רמת התסמינים. בבקרה על רמת ההשכלה וסוג הטיפול נמצא, שעם כל סטיית תקן אחת ברמת התסמינים ($OR=.21, 95\%CI=0.05-0.89$), ההסתברות של אי-חזרה לעבודה עולה ב-21%.

מנבאי סיכון לירידה ברמת ההכנסה נבחנו באמצעות רגרסיה מרובה. לחישוב הוכנסו המשתנים השכלה, גיל (שנמצאו במתאם מובהק עם ירידה ברמת ההכנסה) ורמת התסמינים. ניתוח רגרסיה מרובה (לוח 3 להלן) לימד שמשתני הגיל והתסמינים ($F_{(3,58)}=4.81, p<.05$)

($p < .01$) הסבירו 20% מהשונות של ירידה בהכנסה. ככל שגיל הנשים גבוה יותר ורמת התסמינים גבוהה יותר, כך הירידה בהכנסה גדולה יותר.

לוח 3: ניבוי ירידה ברמת ההכנסה

משתנה	B	SE	β
השכלה	-.09	.31	.04
גיל	.05	.02	* .27
תסמינים	.61	.18	** .41

* $p < .05$
** $p < .01$

דיון

מבט על תמונת הממצאים מלמד, שאף ש-84% מהמשתתפות חזרו לעבודה, הרי בהשוואה בין אלה שקיבלו טיפול קרינתי בלבד לאלה שקיבלו גם טיפול כימי, חזרו אלה האחרונות בשיעור נמוך יותר, רבות יותר מהן החליפו עבודה ואיחרו לחזור ולהשתלב במעגל העבודה. הן סבלו יותר מבעיות ריכוז ובעיות גופניות, וההסתברות שלא יחזרו לעבודה עלתה בד בבד עם העלייה ברמת התסמינים.

הממצא ולפיו כ-16% מהמחלימות אינן חוזרות לעבודה נמצא בהלימה עם חלק מהמחקרים הקודמים (Sun et al., 2017; Zomkowski et al., 2018), שמצאו ש-20%-11% אינן חוזרות לעבודה לאחר שנתיים-שלוש. גם מחקרים קודמים שנעשו בישראל בהקשר של סוגי סרטן שונים, והצביעו על שיעור גבוה יותר של אי-תעסוקה בהשוואה לקבוצות מותאמות של אנשים שאינם חולים בסרטן, תומכים בממצא זה (Rottenberg et al., 2016, 2017). שיעור דומה – 18% שלא חזרו לעבודה – דווח במחקר בקרב מחלימות מסרטן שד בגיל העבודה (Loubani-Hawaita et al., 2016). במחקר אחר שנערך בישראל דווח על 33% אי-תעסוקה, אבל השתתפו בו מחלימות שהיו עד 14 שנים מאבחון המחלה, ובשנים אלה יכלו להיות סיבות שונות לשינויים בתעסוקה, כולל עלייה בגיל (Hamood et al., 2018). במחקרם של חמוד ועמיתים היה גיל המשתתפות גבוה יותר, וכמחציתן בשלב מחלה מתקדם מזה של משתתפות המחקר הנוכחי שהיו כולן בשלבים II-I. גם ההבדלים ברמת ההשכלה, בארץ המוצא (ילידות ישראל ועולות חדשות) ובשיעור הנשים העובדות מלכתחילה יכולים להסביר את שיעורי התעסוקה הגבוהים יותר במחקר הנוכחי בהשוואה למחקר של חמוד ועמיתים (Hamood et al., 2018). יש לציין שמלכתחילה היה שיעור התעסוקה במחקר הנוכחי גבוה משיעור התעסוקה של נשים בישראל, הנאמד ב-72% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018), ממצא שעשוי להשפיע על שיעורי החזרה לעבודה. במחקר הנוכחי

נמצאה בקרב המחלימות שחזרו לעבודה ירידה מתונה בשיעור היקף התעסוקה (רק 11.8% צמצמו את היקף משרתן). אף שכמו במחקרים האחרים חזרו רבות מהמחלימות במחקר לעבודה, הרי אצל אלה שלא חזרו לעבוד עלולות להיות לכך השלכות כבדות משקל מבחינת מצבן הכלכלי, האישי והמשפחתי (Islam et al., 2014; Schweigert, McNeil, & Doupe, 2004).

מחקר זה גם נתמך בממצאי מחקרים קודמים שדיווחו על רמות גבוהות של תשישות, מצוקה רגשית וקשיים קוגניטיביים בקרב מחלימות מסרטן, ובעיקר נשים המחלימות מסרטן שד (Harrington et al., 2010; Janelins, Kesler, Ahles, & Morrow, 2017; Levkovich et al., 2015, 2017, 2018). ממחקרים בארצות שונות, כולל ישראל, עולה שלתסמינים אלה, שהם במידה רבה תופעות לוואי של טיפולים כימיים, זיקה הדוקה לאי-תעסוקה או לקשיים בעבודה (Mehnert, 2011; Munir et al., 2009; Spelten, 2010; Sprangers, & Verbeek, 2002; Tiedtke et al., 2010). למשל: נמצא שבקרב מחלימות סרטן שד שחזרו לעבודה סבלו 77% מתשישות (Fantoni, et al., 2010).

ממצא מרכזי אחר שהעלינו היה הירידה ברמת ההכנסה המאפיינת רבות מהמשתתפות, כולל אלה שחזרו לעבודה, וגם אותה ניתן היה לנבא דרך רמת התסמינים. מכאן שמחלת הסרטן, והטיפול הכימותרפי בעיקר, עלולים להביא את מחלימי הסרטן ואת משפחותיהם לידי קשיים כלכליים (Ahn et al., 2009; Lauzier et al., 2008; Ratzon et al., 2016; Su et al., 2017). ומשום שהכנסותיהן של נשים נמוכות מאלה של הגברים, ההשלכות הכלכליות אצל מחלימות מסרטן שד קשות עוד יותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018).

עוד מראים ממצאי המחקר הנוכחי, כמו ממצאי מחקרים אחרים, שהשכלה נמוכה קשורה לשיעורים נמוכים יותר של מחלימים מסרטן, השבים ומשתלבים בעבודה (Lauzier et al., 2013; Muijen et al., 2008). ההסבר לכך הוא שבעלי השכלה נמוכה יותר עובדים בדרך כלל בעבודה פיסית או שהיצע המשרות הפתוחות לפניהם מצומצם יותר (Muijen et al., 2013), והם סובלים יותר ממחלות רקע וממצב בריאות כללי רעוע יותר (Ahn et al., 2009). אם כן, ההסתברות שנשים בעלות השכלה נמוכה, המחלימות מסרטן שד, יסבלו יותר מאי-תעסוקה ומירידה בהכנסות גבוהה. מחקרים קודמים מצאו שמחלימות מסרטן השד – רווקות, גרושות או אלמנות – העדיפו במידה רבה יותר לחזור לעבודה (Fantoni et al., 2010), אפשר שמחמת חוסר ביטחון פיננסי (Islam et al., 2014). אם כן, מחלימות מסרטן השד ובני משפחתן עלולים להיכנס למעגל העוני. ולמצב זה יש השלכות ארוכות טווח עליהן, על בני זוגן ועל עתיד ילדיהן. חשוב אפוא לזהות קבוצה זו ולסייע לאלה הנמנות עמה להתגבר על הקשיים לשוב ולהשתלב בעבודה, אם רצונן בכך.

על פי הממצאים דיווחו הנשים הערביות על מגבלות גופניות חמורות משל אלה היהודיות. אולי משום שמצב בריאותן הכללי גרוע מזה של היהודיות; רבות יותר מהן סובלות ממשקל יתר ומלחץ דם גבוה (Kalter-Leibovici et al., 2012; Muhsen et al., 2017). יש

לזכור שחומרת המגבלות הגופניות שדווח עליהן הייתה קשורה לשיעורים נמוכים יותר של השתלבות בעבודה, מה שמסביר את ההשתלבות הנמוכה יותר של המחלימות הערביות.

למחקר מספר מגבלות: (1) זהו מחקר חתך שהמשתתפות בו נדגמו ממרכז רפואי אחד בצפון הארץ. (2) המדגם קטן יחסית. (3) נכללו בו רק נשים השולטות מספיק בשפה העברית. (4) אף שנתוני המחלה נלקחו מתוך התיקים הרפואיים, נתוני התעסוקה מבוססים על דיווחי המשתתפות, ולא על נתוני מרשם תושבים. (5) אפשר שהבדלים במאפייני החזרה לעבודה יהיו קשורים לסוגים השונים של הטיפולים הכימיים, נתונים שלא נבדקו במחקר הנוכחי. לאור מגבלות אלה לא ניתן לשלול הטיה של הנתונים על פי מאפייני הנשים שבחרו להשתתף במחקר. לכן נדרשת זהירות בהכללת הממצאים על קבוצות אחרות של נשים חולות סרטן. זאת ועוד, מומלץ לערוך מחקר אורך ארצי שיכלול את כל קבוצות האוכלוסייה.

סיכום והמלצות

נדרשת תשומת לב ברמת המדיניות וברמת הביצוע לכך שאף שרוב המחלימות דיווחו שהן חוזרות לעבודה, עדיין רבות מהן נשארות מחוץ למעגל ומדווחות על ירידה חדה בהכנסות.

בשל תרומתה של החזרה לעבודה לרווחה האישית ולאיכות החיים של המחלימות, מומלץ לכלול אותה בשיקולים הרפואיים הנוגעים לטיב הטיפול (de Boer et al., 2015). בעוד שבעבר התמקד הטיפול בעיקר במניעת הישנות, כיום יש לתת את הדעת על השלכותיו על התפקוד ולהתאים טיפולים שיאפשרו את התפקוד הטוב ביותר ויאפשרו למחלימות לחזור לעבודה (Senkus et al., 2013). לשם כך פותחו במהלך השנים שיטות קליניות ומולקולריות מתקדמות המאפשרות לרסן את תופעות הלוואי ולצמצם את השפעתן (Krop et al., 2017).

עוד בתחילת הטיפול הרפואי יש להעמיד במרכז השיח של אנשי מקצועות הטיפול השונים עם המטופלות את סוגיית ההשתלבות בעבודה, ולתמוך באלה המעוניינות בכך להתמודד עם הקשיים הפיסיים והרגשיים הניצבים בדרכן (Kropet al., 2017). יש חשיבות רבה למודעותם של אנשי מקצוע לקשיים הכרוכים בחזרה לעבודה אצל מחלימי סרטן. במסגרת הערכה רפואית ופסיכו-סוציאלית חשוב להתמקד באתגרים שמחלימי הסרטן פוגשים בהקשר זה, ולהקדיש תשומת לב מיוחדת לקבוצות סיכון (נשים עם השכלה נמוכה, נשים ערביות).

מומלץ לתכנן תוכניות התערבות שיסייעו למחלימות מקבוצות הסיכון להתמודד עם הקושי לחזור לעבודה ולהתמיד בה (de Boer et al., 2015; Hoving et al., 2009). כמו כן חשובה ערנותם של עובדים סוציאליים, אנשי שירותי אנוש ועובדי רווחה במסגרות תעסוקתיות לקשיים ארוכי הטווח של המחלימות ולמתן מענים לקשיים אלה (Yagil et al., 2018).

טיפול פסיכו-סוציאלי למחלימי סרטן הוא תחום מפותח, האוצר בתוכו ידע רב והמציע מגוון אפשרויות תמיכה וסיוע. בעולם נוהגות התערבויות רב-תחומיות – פסיכו-חינוכיות, מקצועיות ופיסיות – המיועדות להגביר את שיבתם לעבודה של מחלימים מסרטן (de Boer et al., 2009; Hoving et al., 2015). ואולם אנשי המקצוע מדווחים שחסרות כיום תוכניות כאלה בארץ (Yagil et al., 2018). חשוב אפוא ללמוד מהניסיון שנרכש בעולם, להתאימו למחלימים בישראל וללוות את תוכניות ההתערבות במחקרי הערכה. מתפקידנו להגביר את מודעותם של אנשי מקצוע בצוותים הרב-מקצועיים, עובדים סוציאליים, רופאים, אחים ואחיות, מרפאים בעיסוק ופיסיותרפיסטים, לסוגיית החזרה לעבודה ולחשיבותה, ולבנות תוכניות התערבות משולבות. ברמת המקרו מומלץ למקד משאבים בפיתוח תוכניות ארציות ובקיודום שיתוף פעולה בין הצוות הרב-מקצועי בבתי החולים לבין רופאים תעסוקתיים בשירותי הבריאות וגורמים משקמים כמו הביטוח הלאומי.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015). סקר כוח אדם 2015 – אחוז המשתתפים בכוח העבודה האזרחי, לפי גיל ומין. אוהזר מ-
https://old.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=68&CYear=2015&CMonth=1
- הרישום הלאומי לסרטן. (2018). סרטן השד בישראל: עדכון נותני היארעות ותמותה. אוהזר מ-
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/breast_cancer_SEPT2018.pdf
- Ahn, E., Cho, J., Shin, D. W., Park, B. W., Ahn, S. H., Noh, D. Y., & Yun, Y. H. (2009). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Research and Treatment*, 116(3), 609-616.
- Amir, Z., Neary, D., & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: A UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 190-197.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.01.006>
- Amir, Z., Wynn, P., Chan, F., Strauser, D., Whitaker, S., & Luker, K. (2010). Return to work after cancer in the UK: Attitudes and experiences of line managers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 435-442.
<https://doi.org/10.1007/s10926-009-9197-9>

- Bradley, C. J. & Bednarek, H. L. (2002). Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *11*, 188-198.
- Cronin, K. A., Lake, A. J., Scott, S., Sherman, R. L., Noone, A. M., Howlader, N., & Jemal, A. (2018). Annual report to the nation on the status of cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer*, *124*, 2801-2814.
doi: 10.1002/ncr.31551.
- de Boer, A. G., Taskila, T., Ojajärvi, A., Van Dijk, F. J., & Verbeek, J. H. (2009). Cancer survivors and unemployment: A meta-analysis and meta-regression. *JAMA*, *301*, 753-762.
doi:10.1001/jama.2009.187.
- de Boer, A. G., Taskila, T. K., Tamminga, S. J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M. H., & Verbeek, J. H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*, CD007569.
doi:10.1002/14651858.CD007569.pub3.
- Fantoni, S. Q., Peugniez, C., Duhamel, A., Skrzypczak, J., Frimat, P., & Leroyer, A. (2010). Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *20*(1), 49-58.
doi:10.1007/s10926-009-9215.
- Hamood, R., Hamood, H., Merhasin, I., & Keinan-Boker, L. (2018). Work transitions in breast cancer survivors and effects on quality of life. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
<https://doi.org/10.1007/s10926-018-9789-3>.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors – A systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *40*, 163-181.
doi.org/10.2190/PM.40.2c.

- Hoving, J. L., Broekhuizen, M. L., & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*, *9*(1), 117.
doi.org/10.1186/1471-2407-9-117.
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Taib, N. A. M., & Su, T. T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: A systematic review. *BMC Public Health*, *14*(3), 1-13.
- Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry*, *26*(1), 102-113.
doi.org/10.3109/09540261.2013.864260
- Kalter-Leibovici, O., Chetrit, A., Lubin, F., Atamna, A., Alpert, G., Ziv, A., & Goldbourt, U. (2012). Adult-onset diabetes among Arabs and Jews in Israel: A population-based study. *Diabetic Medicine*, *29*, 748-754.
doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03516x.
- Krop, I., Ismaila, N., Andre, F., Bast, R. C., Barlow, W., Collyar, D. E., & Stearns, V. (2017). Use of biomarkers to guide decisions on adjuvant systemic therapy for women with early-stage invasive breast cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline focused update. *Journal of Clinical Oncology*, *35*, 2838-2847.
doi:10.1200/JCO.2017.74.0472
- Lauzier, S., Maunsell, E., Drolet, M., Coyle, D., Hebert-Croteau, N., Brisson, J., & Robert, J. (2008). Wage losses in the year after breast cancer: Extent and determinants among Canadian women. *Journal of the National Cancer Institute*, *100*, 321-332.
doi.org/10.1093/jnci/djn028.
- Levkovich, I., Cohen, M., Alon, S., Kuchuk, I., Nissenbaum, B., Evron, E., Pollack, S., & Fried, G. (2018). Symptom cluster of emotional distress, fatigue and cognitive difficulties among young and older breast cancer survivors: The mediating role of subjective stress.

Journal of Geriatric Oncology, 9, 469-475. Pii: S1879-4068(17)30287-4.

doi: 10.1016/j.jgo.2018.05.002.

Levkovich, I., Cohen, M., & Karkabi, K. (2017). The experience of fatigue in breast cancer patients, 1-12 month' post-chemotherapy: A qualitative study. *Behavioral Medicine*, Nov 2, 1-12.

doi: 10.1080/08964289.2017.1399100.

Levkovich, I., Cohen, M., Pollack, S., Drumea, K., & Fried, G. (2015). Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients post chemotherapy: Different associations with optimism and stress appraisals. *Palliative Support Care*, 13, 1141-1151.

doi: 10.1017/S147895151400087X.

Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., & Sullivan, R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: A population-based cost analysis. *The Lancet Oncology*, 14, 1165-1174.

doi:10.1016/S1470-2045(13)70442-X.

Loubani-Hawaita, K., Schreuer, N., & Milman, U. (2016). Participation in daily activities among working women following breast cancer. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 4, 150-162.

doi:10.4236/ojtr.2016.43014.

Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 77, 109-130.

doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004.

Muijen, P., Weevers, N. L. E. C., Snels, I. A., Duijts, S. F. A., Bruinvels, D. J., Schellart, A. J., & Beek, A. J. (2013). Predictors of return to work and employment in cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 22, 144-160.

doi:10.1111/ecc.12033.

Munir, F., Yarker, J., & McDermott, H. (2009). Employment and the common cancers: Correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occupational Medicine*, 59, 381-389.

doi:10.1093/occmed/kqp088.

Muhsen, K., Green, M. S., Soskolne, V., & Neumark, Y. (2017). Inequalities in non-communicable diseases between the major population groups in Israel: Achievements and challenges. *Lancet*, 389(10088), 2531-2541.

doi:10.1016/S0140-6736(17)30574-3.

NCI (2018). NCI Dictionary of Cancer Terms. Retrieved from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>.

Nieuwenhuijsen, K., de Boer, A., Spelten, E., Sprangers, M. A., & Verbeek, J. H. (2009). The role of neuropsychological functioning in cancer survivors' return to work one year after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 18, 589-597.

Nilsson, M. I., Olsson, M., Wennman-Larsen, A., Petersson, L. M., & Alexanderson, K. (2013). Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery – A focus group study. *Psycho-Oncology*, 22, 1639-1644.

doi:10.1002/pon.3192

Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Cote, K., & Watson, R. (2009). Workplace support for employees with cancer. *Current Oncology*, 16, 15.

doi:10.3747/co.v16i5.381.

Pryce, J., Munir, F., & Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 83-92.

doi:10.1007/s10926-006-9040-5.

Ratzon, N. Z., Uziely, B., de Boer, A. G., & Rottenberg, Y. (2016). Unemployment risk and decreased income two and four years after thyroid cancer diagnosis: A population-based study. *Thyroid*, 26, 1251-1258.

doi:10.1089/thy.2015.0608.

Robinson, E., Gafni, S., Muller, E., & Leiba, R. (2014). Improving quality of life in cancer survivors. *The ASCO Post*. Retrieved from

<http://www.ascopost.com/issues/may-15-2014/improving-quality-of-life-in-cancer-survivors>.

- Rottenberg, Y., Ratzon, N. Z., Cohen, M., Hubert, A., Uziely, B., & de Boer, A. G. M. (2016). Unemployment risk at 2 and 4 years following colorectal cancer diagnosis: A population-based study. *European Journal of Cancer*, *69*, 70-76.
doi:10.1016/j.ejca.2016.09.025.
- Rottenberg, Y., Jacobs, J. M., Ratzon, N. Z., Grinshpun, A., Cohen, M., Uziely, B., & de Boer, A. G. M. (2017). Unemployment risk 2 years and 4 years following gastric cancer diagnosis: A population-based study. *Journal of Cancer Survivorship*, *11*(1), 119-125.
doi:10.1007/s11764-016-0568-x.
- Schweigert, M. K., McNeil, D., & Doupe, L. (2004). Treating physicians' perceptions of barriers to return to work of their patients in Southern Ontario. *Occupational Medicine*, *54*, 425-429.
doi:10.1093/occmed/kqh076.
- Senkus, E., Kyriakides, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Thompson, A., Zackrisson, S., & ESMO Guidelines Working Group (2013). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, *24* (suppl. 6), vi7-vi23.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., & Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 124-131.
doi:10.1002/pon.585.
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, *14*, 2756-2768.
- Steiner, J. F., Nowels, C. T., & Main, D. S. (2010). Returning to work after cancer: Quantitative studies and prototypical narratives. *Psycho-Oncology*, *19*, 115-124.
doi:10.1002/pon.1591.

Su, T. T., Azzani, M., Tan, F. L., & Loh, S. Y. (2018). Breast cancer survivors: Return to work and wage loss in selected hospitals in Malaysia. *Supportive Care in Cancer*, *26*, 1617-1624.

Sun, Y., Shigaki, C. L., & Armer, J. M. (2017). Return to work among breast cancer survivors: A literature review. *Supportive Care in Cancer*, *25*, 709-718.

doi:10.1007/s0052.

Tiedtke, C., de Rijk, A., Dierckx de Casterlé, B., Christiaens, M. R., & Donceel, P. (2010). Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, *19*, 677-683.

doi:10.1002/pon.1633.

Wells, M., Williams, B., Firnigl, D., Lang, H., Coyle, J., Kroll, T., & MacGillivray, S. (2013). Supporting 'work-related goals' rather than 'return to work' after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies. *Psycho-Oncology*, *22*, 1208-1219.

doi:10.1002/pon.3148.

Yagil, D., Eshed-Lavi, N., Carel, R., & Cohen, M. (2018). Health care professionals' perspective on return to work in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *27*(4), 1206-1212.

doi: 10.1002/pon.4649.

Yagil, D., Goldblatt, H., & Cohen, M. (2018). Dyadic resources in the return to work of cancer survivors: Exploring supervisor-employee perspectives. *Disability and Rehabilitation*, *10*, 1-8.

doi:10.1080/09638288.2018.1459885.

Zomkowski, K., Cruz de Souza, B., Pinheiro da Silva, F., Moreira, G. M., de Souza Cunha, N., & Sperandio, F. F. (2018). Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *40*, 1485-1493.

doi:10.1080/09638288.2017.1300950.

