

Psychické stavy provázející návrat do zaměstnání po onkologické nemoci

Veronika Šutorová, Marta Romaňáková

Úsek klinické psychologie, Masarykův onkologický ústav v Brně

Obtížný návrat onkologicky nemocných do zaměstnání je celospolečenským problémem. Invalidizace postihuje téměř polovinu nemocných. Příčinou se ukazuje být nikoliv pouze onkologická nemoc (vedlejší účinky léčby a funkční handicap), ale převážně přidružené psychické poruchy z okruhu úzkostí a depresí. Za řešení považujeme monitorovat a vytipovat rizikové pacienty, doporučovat je do psychotherapeutické péče v průběhu celé léčby, nikoliv až v době žádostí o pracovní neschopnost.

Klíčová slova: návrat do zaměstnání, pracovní neschopnost, onkologicky nemocní, psychické poruchy, úzkosti, deprese, psychotherapeutická péče

Work ability in cancer survivors

Re-entry to work in cancer survivors is difficult and it became society-wide issue. Disability and invalidity concerns nearly fifty percent patients. The cause concerns not just the oncological illness (side effects, functional disorders), but mostly attached mental disorders as anxiety and depression diseases. To solve the problem we recommend keeping an eye and select patients under the risk of suffering from mental failure and work disability, advise them to visit psychotherapeutic care during whole oncological care, not just in time up to asking for work disability.

Key words: work ability, work disability, cancer survivors, mental disorder, anxiety, depression, psychotherapeutic care

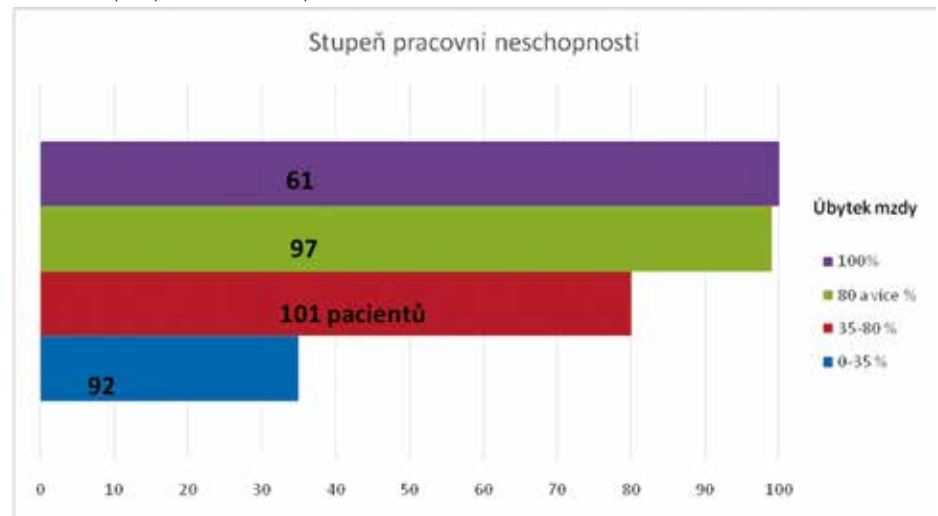
Úvod

Onkologičtí pacienti patří mezi jednu z nejčetnějších skupin nemocných, kteří dokládají pracovní neschopnost a žádají tomu odpovídající sociálně-finanční podporu. Stabilizace jejich zdravotního stavu vyžaduje dlouhodobou léčbu a rekonvalescenci až po dobu jednoho, zpravidla více let. Během tohoto času přichází o svá zaměstnání, jsou obtížně zaměstnatelní na jiných pracovních místech, hrozí jim existenciální nejistoty. Nemoc má někdy natolik tíživý dopad, že pacienta invalidizuje, a to především za okolností omezení a handicapů, kdy se nedaří nemocnému nastoupit do zaměstnání ani po prodloužení podpůrní doby a tedy dvouleté absenci.

Onkologická nemoc má krom jiného celospolečenský vliv. Finanční náklady státu rostou na podkladě růstu počtu nemocných, zároveň pozitivního trendu léčby, někdy příliš protektivnímu lékařskému přístupu a chybějícímu programu zabývající se podporou nástupu onkologických pacientů zpět do zaměstnání.

Invalidizace se v klinické praxi ukazuje čtenější z **psychických důvodů**. Pacient se ztotožní se stavem nemocného, tento často přetrvává jako ochrana před vstupem do světa zdravých, a to

Tab. 1. Stupeň pracovní neschopnosti



z několika důvodů. Prvním je fakt nemoci a všudypřítomná otázka, zdali není potřeba být obezřetný a hlídat se, a tudíž nerozptylovat svoji pozornost jinými vlivy. Další důvody jsou nepochybně strach z konkurence zdravých a oslabení vlastních kompetencí, absence pracovní stability, strach z finančního oslabení a pracovní nejistoty, invalidní důchod pak dodává paradoxně pocit jistoty. Rozvíjí se sekundární traumatizace, nárůst psychických symptomů, většinou z okruhu úzkostných či depresivních poruch. Je nutná odborná péče, obvykle i medikace.

Takto nemocný ví, jak žádat o ztrátu mzdy, která je posuzována revizním lékařem, případně o sociální dávky a příspěvky u sociálních pracovníků, méně často je monitorován stran rizikovitosti v nástupu do zaměstnání, či požaduje psychologickou podporu.

Bariéry v návratu do zaměstnání

Studie dokazují, že největšími bariérami v návratu do zaměstnání jsou prožívané vedlejší účinky léčby; funkční a psychické handicap (1), příp. typ po-

Tab. 2. Rizikové faktory návratu do zaměstnaní

| Tělo | Psychika | Povolání | Obecné |
|---|---|--|---|
| Stadium onemocnění dle TNM systému | Subjektivně vnímaný tělesný stav po léčbě | Flexibilní a tolerantní zaměstnavatel | Věk, vzdělání |
| Pooperační handicap | Celková psychická integrita a spokojenost | Požadavky na pracovní pozici, psychické a fyzické nároky | Osobní rysy, neuroticizmus, bezmoc |
| Nežádoucí účinky systémové léčby, včetně mírné kognitivní poruchy po CHT, celková únava | Porucha zvládání nemoci a léčby, posttraumatické symptomy | Soutěživé prostředí | Tělesná duševní hygiena, motivace, sekundární zisky |

volání (2). Rizikovější skupinou jsou lidé vyššího věku, nízkého vzdělání a příjmu. Překážkou v obnově práce schopnosti je fyzicky či manažersky náročné povolání, apatie k duševní a tělesné hygieně (3), která bývá podpořena depresí či únavou.

Pomoc v náročnosti zvládání života v nemoci a podporu při resocializaci v ideálním případě poskytuje pacientovi celá skupina lidí – empatický lékař, psycholog, sociální pracovník, represivní orgán, rehabilitační pracovník, tolerantní zaměstnavatel, ale také partner, rodina či přátelé.

Počet nezaměstnaných

V České republice bohužel chybí statistika nezaměstnanosti onkologických pacientů. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR zná údaje o počtu nemocných dle stupně zdravotního postižení, nikoliv však jeho ekonomického statusu. Stejně tak nedělá přehled o diagnóze pacienta v souvislosti s mírou handicapu.

Takové statistiky byly provedeny v Holandsku v roce 2009 a 2013, kde bylo zjištěno, že se nepodařilo celkem šedesáti pěti procentům onkologicky nemocných navrátit do zaměstnání a žádali o úplnou finanční podporu.

Ve studii v Holandsku v roce 2013 ze 351 pacientů 24 měsíců na neschopnosti jich téměř 45% dosáhlo na úplnou nebo téměř úplnou kompenzaci. Procentuální úbytek mzdy ukazuje tabulka 1 (4).

Z klinické praxe lze usuzovat, že většina našich pacientů žádá o invalidní důchod, část z nich si prosí před invalidním důchodem ještě o druhý rok pracovní neschopnosti. O této možnosti jsou pacienti omezeně informováni, spíše o ní nevědí, bývají tlačeni k rozhodnutí invalidity nebo nástupu do práce.

Drtivá většina se vyhýbá znovu-zapojení se do pracovního procesu.

Rizikové faktory návratu do zaměstnání

Vysoká čísla práceneschopnosti, selhání v zaměstnání či „práce-neochoty“ mohou být dána **posttraumatickými symptomy**, konkrétně se jedná o anhedonii, emoční zahlcení, sociální staženost, zlost, podráždění, ostražitost. Studie Amira (2002) dokládá, že posttraumatické symptomy jsou signifikantně vyšší u pacientů podstupivších chemoterapii. Subklinickou formou posttraumatické stresové poruchy je ohroženo až padesát procent takto nemocných (5). Více ohroženi jsou nemocní žijící bez partnera, vzdáleni od rodiny, bez dostatečné emočně-sociální podpory v zátěžovém období, lidé bez schopnosti říci si o pomoc. Dobrá finanční situace partnera může snižovat motivaci k obnově povolání a zvyšovat hyperprotektivitu. S vysokou pravděpodobností neúspěchu se potkají nejspíše nemocní v zaměstnání vyžadující vysokou zodpovědnost, flexibilitu, vedení lidí, soutěživost; bez možnosti dočasně snížit pracovní úvazek (Bloom, 2004).

Schopnost návratu do zaměstnání je dána **zvládnutím onkologické léčby**. Pacient je vystaven dlouhodobému, fyzicky a psychicky náročnému léčebnému postupu. U invazivních nádorů systémová léčba trvá až rok a omezuje pacienta v pracovním uplatnění. V onkologii je primární léčbou chirurgické odstranění, operační výkony mohou přinést dle zásahu tomu odpovídající handicap a požadavek na délku zotavení. Léčba cytostatiky, radiační, příp. hormonální a biologická léčba s sebou nese nežádoucí účinky – únavu, nespavost, nevolnost,

sníženou imunitu, celkovou slabost a jiné somatické stesky, které snižují kvalitu práce či mají vliv na absenci v zaměstnání. Úplnému zotavení v jiném případě zabrání recidiva nemoci. Při úspěšném ukončení léčby se setkáváme se stížnostmi pacientů na sníženou kvalitu tělesného a psychického stavu. Pacienti vykazují traumatizaci.

Psychická integrita a emoční pohoda je významná v dobrém sebeuplatnění člověka. V době onkologické nemoci je narušena v každém stadiu léčby. V době diagnostiky je u člověka ohrožen základní pocit bytí a existence, resp. nemocný prožívá strach z konečnosti a smrtelnosti, během operačního procesu obavou z narkózy, bezmocnosti, bolesti, mutilace. V rámci léčby obvykle trpí negativní náladou a prožíváním. Po ukončení psychickou pohodu a štěstí narušuje sebedpřijetí s důsledky nemoci, umění se začlenit zpět do mezilidských vztahů a kolektivů bez pocitu neporozumění, žárlivosti na zdraví ostatních, schopnosti nabýt zpětně vlastní samostatnosti po déledobé bezmoci v nemoci, zvládnout opětovně nároky kladené na člověka – jako nápor v zaměstnání, snaha vypořádat se s dlouhou absencí a „dohonit“ všechny ušlé informace, akceptovat změny v zaměstnání a adaptovat se, přehodnotit životní smysl, který je ohrožen nemocí samotnou, a změnou preferencí. Onkologicky zaléčení bývají obvykle senzitivní. Hledají způsoby, jak hovořit o své nemoci bez smutku, pro některé je nepředstavitelné být vystaveni reakcím okolí v souvislosti s jejich nemocí, obávají se nastoupit do práce se změnami tělesného konceptu (paruky, epitézy), neuměli by odpovědět na otázky týkající se jejich zdraví kolegovi či nadřízenému. Existuje i nadále preference nemoc tajit, nebo věnovat své nemoci až příliš mnoho pozornosti a setrvat v zármutku a strachu, tedy vyhýbat se pracovnímu prostředí.

Z ambulance psychologa I – snížená sebedůvěra

V souvislosti s celkovou zátěží má léčba následky ve snížené sebedůvěře, která se projevuje zvýšenou úzkostí a nejistotou, zvýšenou potřebou kontroly, na podkladě pochybností o sobě.

Mentální chudost, pocit, že neumím myslet tak jak před nemocí, je způsobena vyčerpáním mentálních zdrojů, negativní vliv má na pracovní tempo, pozornost, především koncentraci a flexibilitu, tvořivost práce. Při subjektivně vnímaných selháních v pracovním výkonu podléhá takový člověk snadněji frustraci, omezenému sebeprosazení. Proto se výkon takových jedinců podobá klinickému obrazu diskrétní poruchy paměti.

Fyzické limity jsou člověkem snadněji přijímané než omezené zásoby psychické energie, a to jak ze strany pacienta, tak i okolí. Tendence „být silný“ nejen před sebou samým, ale i před okolím, je převažujícím postojem. Na druhou stranu vyčerpání rezerv vede ke zvýšené potřebě citlivého zacházení. Adaptace v zaměstnání je ztížena jak pacientem, tak postojem společnosti k nemocným uplatňujícím vysoké pracovní tempo bez akceptace limitů. V zaměstnání se po návratu nemocný setká s bagatelizujícím postojem a tlakem na stav plného uzdravení („vypadáš dobře“). Někteří pacienti změny osobní preference, přehodnotí pracovní cíle, pole působnosti, trávení času.

Z ambulance psychologa II – obtížná adaptace na nemoc

Pacient vyhledává situace, ve kterých se vyhýbá začlenění, ač podporu má převážně v každé oblasti, mimo tu psychickou. V psychologické ambulanci se často setkáváme s pacienty, kteří jako první kontakt návštěvy odborníka na psychické zdraví volí paradoxně až dobu, kdy by se po úspěšné léčbě měli vracet do svých běžných rolí. Stížnosti jsou obvykle na masivní únavu, nevykonnost, poruchu spánku, deprese, úzkosti v souvislosti s budoucností. Dříve či později se ve svých sděleních dotýkají i pracovního života, očekávají či explicitně žádají o podporu odborníka v zajištění invalidního důchodu. Obvykle takový pacient ví, že chce uznání invalidním, což bývá v přímém protikladu s tím, jak sám sebe charakterizuje v době před nemocí. Dříve pracovitý, s důrazem na výkonnost, svědomitý, perfekcionista, zastávající všechny své činnosti s maximálním nasazením. Odborník dokáže predikovat, do jaké míry je možné

očekávat změny v postojích pacienta vlivem psychotherapeutické spolupráce. Jako vhodné řešení se jeví prodloužení pracovní neschopnosti po dobu dalšího roku, zvláště pak u mladších ročníků je možné vnímat přezkoumání invalidního důchodu jako jednu z nejzazších možností s ohledem na budoucnost. V ostatních případech je obvykle invalidní důchod uznán ne z důvodu onkologické nemoci, ale spíše z přidružených poruch z okruhu úzkostí či depresí. I z toho důvodu se jeví spolupráce s odborníky jako nezbytná součást komplexní léčby onkologického pacienta.

Z ambulance psychologa III – psychotherapeutická péče

Onkologicky nemocní by měli být podpořeni v přijetí pomoci od psychosociálních odborníků. Vhodná se ukazuje **psychotherapeutická péče** u pacienta v průběhu celé léčby, ale i po jejím ukončení. Při zvažování nástupu do zaměstnání se s psychologem mohou věnovat tématu zvládnutí a přijatelného vyjadřování a projevování nemoci, jak přijmout omezené schopnosti či handicap v důsledky léčby, jak zvládat život ve společnosti po přehodnocení priorit, sdílet nemoc s okolím bez nutnosti mít nasazenou masku zdánlivého klidu. Psychologická péče pomáhá snižovat nároky na sebe a vidět nároky po absolvované léčbě realisticky, legitimizuje projevy jako poruchu soustředění, a mírnou kognitivní poruchu po chemoterapeutické léčbě, podporuje pacientovu autenticitu v komunikaci s okolím. Pomáhá nastavit denní režim, aby nedocházelo u pacientů k přetěžování a pocitům selhání. Podporuje touhu žít i za snížené kvality života, upevňuje u zaléčeného člověka vůli, zvládnutelnost, a vnitřní sílu, dává nárok na dobrý život.

Nároky na zaměstnavatele

Zaměstnavatel by měl vědět, že onkologický pacient, přestože je považován za zdravého, prožívá fyziologické a psychické důsledky léčby, může mít funkční a fyziologické handicap. Proto vyžaduje od zaměstnavatele jeho flexibilitu, toleranci, lidský přístup, empatickou schopnost komunikace, umění ocenit a podpořit.

Práceschopnost v rámci onkologické nemoci vyžaduje podporu zaměstnavatele a to nejen pro pacienta, ale i rodinného příslušníka. Je žádoucí, aby pacient dostával podporu od svých nejbližších. S těžkostmi v této oblasti se setkávají i partneři nemocného, kteří se nezdědka setkávají s neochotou svých vedoucích umožnit jim flexibilitu pracovního času tak, aby mohli svého blízkého v léčbě doprovázet.

Závěr

Návrat onkologicky nemocného do zaměstnání je ztížen mnoha vlivy – věkem, vzděláním, typem léčby, stadiem onemocnění, handicapem. Zahraniční studie uvádí za stěžejní **determinanty ztíženého nástupu podstoupení hormonální terapie, recidivu nemoci, fyzické omezení a stížnosti, nízkou subjektivně hodnocenou pracovní schopnost (4); sníženou schopnost pozornosti, řešení problémů, schopnost pamatovat si, koncentrovat se (6, 7, 8)**. Klinická psychologická praxe v ČR ukazuje především na **psychické důvody (úzkostné a depresivní symptomy), sníženou sebedůvěru, strach z konkurence, oslabení vlastních kompetencí, sekundární traumatizaci**. Proto doporučujeme klienty do psychotherapeutické péče. Obecnými charakteristikami výtěžnosti psychologické péče jsou – schopnost intuice a vhledu, ochota práce na sobě, flexibilita a schopnost měnit své zaryté způsoby fungování a chování, zaléčení, nižší stupeň postižení. Tito pacienti však tolik pomoc psychologa nepotřebují. Je potřeba se zaměřit také na ty, kteří to mají zcela jinak (viz praktické implikace).

Praktické implikace nezaměstnanosti z pohledu psychologa

Praktickou implikaci vidíme ve zdůraznění toho, **aby se pacientova situace řešila konglomerátem všech odborností** – aby o pacientově problému se zaměstnaností, věcech finančního, pracovního a psychického charakteru byl informován jeho ošetřující lékař, a aby se do situace zapojil nikoliv pouze on, ale i psycholog a sociální pracovníce. Zároveň by ošetřující personál měl znát a vycházet z toho, zdali pacient profituje z pracovní neschopnosti, zdali se ne-

může/může, chce nebo nechce vrátet do zaměstnání. Takto bychom získali více informací o příčinách obtížného návratu, vč. příp. limitů i na straně zaměstnavatele, pracovního trhu.

Jako důležitou vidíme i **edukaci v rámci programů vzdělávání pro praktické lékaře**, kde formou seminářů zaměřených na určitou diagnózu, by bylo žádoucí představit onkologickou problematiku, zvláště co se týče oblasti zařazení pacientů do aktivního života.

Je vhodné vytvářet nové **pracovně-rehabilitační kurzy a psychologické programy**, které by podpořily nové uplatnění u pacientů, kterým se nedaří zařadit na své předchozí pracoviště z důvodů handicapů, k posílení pocitu normality a nové pracovní identity.

Literatura

1. Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, Kaplan E. Measuring fatigue and other anemia related symptoms with the functional assessment of cancer therapy (FACT) measurement system. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13 (2): 63.
2. Ilmarinen J, Tuomi K. Work ability index for aging workers. Helsinki: Finnish institute of occupational health; 1993.
3. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19(8): 758–805.
4. Muijen P, Duijts FA Saskia, Bonefaas-Groenewoud K, van der Beek A, Anema JR. Factors associated with work disability in employed cancer survivors at 24-month sick leave. *BMC Cancer* 2014; 14: 236.
5. Macounová M. Psychologické následky nádorového onemocnění a kvalita života u onkologických pacientů v remisi. 2009 [online]. Brno: Diplomová práce. Získáno 11–2012 z http://is.muni.cz/th/103238/fss_m/?id=150572.
6. Calvio L, Feuerstein M, Hansen J, Luff GM. Cognitive limitation occupationally active malignant brain tumour survivors. *Occup Med* 2009; 59(6): 406–412.
7. Calvio L, Peugeot M, Bruns GL, Todd BL, Feuerstein M. Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors. *J Occup Environ Med* 2010; 52(2): 219–227.

8. Feuerstein M, Hansen JA, Calvio LC, Johnson L, Ronquillo JG: Work productivity in brain tumor survivors. *J Occup Environ Med* 2007; 49(7): 803–811.

9. Hubard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for woman with breast cancer after Surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. 2013 [PubMed-MEDLINE]. *Trials*, vol. 14 (175). Získáno 12–2013. Marcus 2010.

Článek je převzatý z:
Onkologie 2016; 10(2): 98–101

PhDr. Veronika Šutorová

Úsek klinické psychologie Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec 7, 656 53 Brno
veronika.sutorova@mou.cz