

Sdělování špatných zpráv pacientům a náročná komunikace v onkologické praxi

Martin Pospíchal^{1,3}, Ivona Šporcrová^{2,3}

¹ Katedra psychologie, Univerzita Karlova, Praha

² Ambulance klinické psychologie, Praha

³ Česká onkologická společnost, Psychoonkologická sekce

Onkologická praxe s sebou nevyhnutelně přináší vedle nesporných úspěchů také situace, kdy nemáme pro pacienty dobré zprávy. Okamžiky, ve kterých nemůžeme nabídnout nic víc, než svojí přítomnost a oporu. Zde více než kdy jindy záleží na tom, jak ke druhému člověku přistoupíme, jak lidsky mu špatné zprávy sdělíme. Právě problematice sdělování špatných zpráv v onkologické praxi je věnován tento článek.

Klíčová slova: psychologie, paliativní péče, psychoonkologie, komunikace, onkologie.

Communicating bad news to cancer patients and demanding communications in practice

Oncology practice brings along with undeniable successes. On the other side also brings situations where we do not have good news for patients. Moments in which we can offer nothing more than our presence and support. Here, more than ever, it depends on how we approach the other person, how we communicate humanly bad news. This article deals with the issue of communicating bad news in oncology practice.

Key words: psychology, paliative care, psycho-oncology, communication, oncology.

Úvod

Každý den komunikujeme s lidmi okolo nás. S naší rodinou, přáteli a blízkými. Také s našimi kolegy a pacienty. Ve většině případů nám to nedělá zásadnější problém. Jsou ale situace, kdy je to najednou těžší. Kdy musíme tomu druhému říci něco, co se nám neříká lehko. Člověk člověku jen velmi nerad říká špatné zprávy, ať už se týkají čeholiv. Velmi podobná situace bývá v okamžiku, kdy jako lékaři musíme říci svým pacientům tíživou zprávu, například v podobně nepříznivých lékařských zjištění.

Existují výzkumné studie (1) poukazující na fakt, že prožívaná bolest (ať už fyzická či psychická), kterou vidíme u našich blízkých lidí, aktivuje stejná centra bolesti v našem vlastním mozku. Do určité míry to platí i u jiných lidí, kteří nejsou našimi blízkými a to dle stupně naší empatie.

Právě tato zjištění mohou do určité míry vysvětlit fakt, proč se nám do sdělování nepříjemných zpráv moc nechce. A také skutečnost, že se někdy snažíme (mnohdy i podvědomě) této komunikaci vyhnout.

V našich praxích slyšíme příběhy od klientů, kterým byla zpráva o nepříznivém vývoji jejich zdraví či nemoci sdělena způsobem, který můžeme označit za ne příliš šťastný či přímo velmi nevhodný. Tedy v extrémním případě sms zprávou, pouze telefonickým hovorem nebo jinou, ne příliš vhodnou formou podání. Formou, která postrádala ono "hřejivé lidské", potřebnou empatii, projevený zájem, čas na otázky, čas na to, aby člověk celou tíhu zprávy zpracoval, a to s oporou lékaře či širšího zdravotního personálu.

Každý z nás by si jistě přál mít ošetřujícího lékaře (sestru či jiného pracovníka v pomáhajících

profesích) empatického, naslouchajícího a připraveného vždy pomoci. Každodenní pracovní realita onkologických center však může být jiná. Je to především nárůstem výskytu nemoci a tím i množstvím přicházejících klientů, což komplikuje výše uvedené. Základním problémem je mnohdy právě nedostatek času. V praxi vidíme mnoho statečných lékařů, kteří do svého přístupu k pacientům vše zmíněné (a v míře jaké jim to pracovní tempo dovoluje) dávají. Jim, i mnoha dalším, snad mohou být k užítku níže uvedené informace, věnující se sdělování nepříznivých zpráv.

Sdělování nepříznivých zpráv „psycho-podporujícím“ způsobem

Ve své praxi se pravidelně setkáváme s klienty, kterým byla sdělena diagnóza onkologické

kého onemocnění či zpráva o vývoji nemoci různými způsoby. Ve stručnosti, a při velkém zjednodušení je můžeme rozdělit na ty klienty, kterým byla zpráva sdělena spíše „**psycho-podporujícím**“ nebo spíše „**psycho-traumatizujícím**“ způsobem.

Bezpochyby, sdělování nepříznivé zprávy typu: jste nemocný, nemoc se vrátila, výsledky nejsou dobré apod., není příjemné už ze své podstaty. Cílem tohoto článku není navádět lékaře k tomu, aby „přebarvovali“ klientům skutečnost a nasazovali jim pomyslné růžové brýle. Přesto se domníváme, že i nepříznivé zprávy lze říci psycho-podporujícím způsobem. Způsobem, který zmírní „dopad“ zprávy na nemocného.

Na základě zkušeností z praxe si myslíme, že jakákoliv informace se dá podat způsobem, který umožní její lepší zpracování. Pokud pacient zprávu dobře zpracuje, je i větší pravděpodobnost, že bude dále (a o to lépe) spolupracovat na léčbě (ať už kurativní nebo paliativní). Dále pokud lékař podá zprávu empaticky a se ZÁJMEM o nemocného ČLOVĚKA, sníží tím pravděpodobnost, že klient bude hledat pomoc někde jinde. Ať už hledáním názorů u jiných lékařů (čímž ještě dále zatíží zdravotní systém a ostatní kolegy) nebo úplným odklonem od západní medicíny k hledání řešení alternativních.

Laskavý čtenář si jistě povšimnul, že jsme ve výše uvedeném odstavci záměrně použili velká písmena u dvou slov. Jsou to slova ZÁJEM a ČLOVĚK. V mnoha odborných článcích se používají slova jako: pacient a klient. Nejinak je tomu i v našem článku. Nicméně, je dobré zdůraznit, že pacient či klient v tíživé situaci je hlavně člověkem. A lékař sdělující nepříznivou zprávu je také člověkem. Zní to jako opakování známých faktů, ale praxe ukazuje, že je dobré si je občas připomenout. Současná medicína velmi pokročila z pohledu dostupných prostředků léčby, a to je dobře. Nemocnému člověku jsme dnes schopni nabídnout mnohé z oblasti technologických vymožeností, přesto se domníváme, že právě v oblasti sdělování nepříznivých zpráv stroj člověka nezastoupí. Stejně tak i technologiemi přenášená komunikace zatím nedokáže plně zastoupit fyzický kontakt. Například v situacích, kdy z pohledu současného vědeckého poznání (a tedy i dostupné léčby) nemáme co nabídnout, jsme jako odborníci – lidé potřeba nejvíce. Jsou to právě chvíle, kdy je pacientem oceňováno naše lidství. Být tam s ním, v oné tíživé situaci.

Ač to zní srozumitelně, ono „být tam s někým“ tak, aby to ON (pacient, klient) skutečně cítil, není z hlediska proveditelnosti uvedeného vůbec jednoduché. Často se jako lékaři setkáváme s vlastní (mnohdy nevědomou) bezmocí, když najednou to technické (tedy možnosti léčby) nemáme vůbec, anebo jen v omezené míře. Případně, když je naše sdělení pro nemocného zásadně nepříznivé apod. Právě v těchto okamžicích můžeme mít tendenci sahát k vyhubým frázím, příliš odborným formulacím nebo sdělujeme „tvrdá fakta“ napřímo, „strojově s kamenným obličejem“. Zkušený lékař si jistě vybaví i další možné reakce, které v danou chvíli nejsou ničím jiným, než našimi vlastními obranami před tíživou situací. Často se to děje právě proto, že se ve svých odborných rolích cítíme takřikajíc „u zdi“. Chtěli bychom pacienta dále léčit, mít mu co nabídnout, ale nemáme co. Mnohdy pak zapomínáme na to, že přeci máme ještě něco v záloze, že jeden podpůrný nástroj zbyl, ale dosud jsme ho možná nevyužili v jeho plné síle. Něco, co stroj nabídnout nedokáže. Tím nástrojem je zmíněné LIDSTVÍ, které může objektivně danou a pro obě strany nepříjemnou situaci ulehčit. Lidská a obvyklejše vypadající komunikace může lékaře (tedy nás) částečně osvobodit, a to i když není sdělovaná informace dobrá či příznivá.

Možná některému z praktikujících lékařů onkologů jde právě hlavou: „Hezky se to poslouchá, ale na to není čas.“ Z naší strany nechceme oponovat a respektujeme časovou tíseň, o které lékaři tak často mluví a která je vidět na množství lidí v jejich čekárnách. Na straně druhé se zdá, že na projevení **autentického zájmu** a případné vyjádření pochopení, není potřeba mnoho času. V praxi se ukazuje, že jsou to spíše jen minuty potřebného času navíc.

K čemu je vlastně takový „zájem“ o druhého člověka dobrý? Zájem umožňuje sdílet potřeby druhého. Autentický zájem vytváří **bezpečný prostor** pro sdílení toho, co pacienta tíží a zároveň podporuje **atmosféru důvěry**. Důvěra je pak důležitá z pohledu dodržování lékařem navržené léčby klientem. Je to mnohdy právě chybějící důvěra, která motivuje klienty pro hledání „alternativ“, obíhání dalších lékařských center a hledání názorů jiných odborníků. Slova, která slýcháme od pacientů, jsou: „Neměl na mě čas. Nevěnoval mi pozornost. Neměla jsem z něj pocit, že mu na tom záleží ...“ Logicky pak v nechtěně nastolené atmosféře „nedůvěry“, jdou hledat tento pocit důvěry někam jina.

Dalším aspektem, kterým lze zájem o pacienta umocnit a který zdravotníky nestojí žádný čas, je určitá míra osobního přístupu k nemocným. Tím je myšleno vyjádřování faktu, že vnímáme pacienta jako KONKRÉTNÍHO (svým způsobem jedinečného) ČLOVĚKA. Naši pacienti často sdělují: „Říkal mi to jako stroj, jakoby si neuměl představit, co to pro MĚ znamená. Bylo to tak chladné ...“ Opět máme potřebu říci, že respektujeme přetíženost, které jsou lékaři mnohdy vystaveni. Přesto to nic nemění na tom, jak pacienti prožívají jejich případný neosobní přístup.

Pokud se lékaři podaří projevít zájem o člověka a navázat s ním díky tomu vztah, klient tím získává něco navíc. Něco, co opět stroj poskytnout neodkáže, a sice „**pocit opory**“. Vnímaná opora jiného člověka (navíc lékaře odborníka) není vůbec malým ziskem. Dnes už existuje velké množství odborných studií, které ukazují vliv pocíťované opory lidí v naší blízkosti na biologické pochody našeho těla. Včetně imunitního systému (2), chronického zánětu (3), neovaskularizace nádoru (4) a mnoha další procesů souvisejících s progresí nemoci. S trochou psychologické odvahy můžeme říci, že skrze navázaný vztah, může lékař působit nejen na psychiku nemocného člověka, ale i na biologické procesy jeho těla (5). V naší praxi velmi často vidíme, že pacient skutečně cítí v lékaři důležitou osobu. Po dobu nemoci se lékař stává součástí pomyslného kruhu jeho blízkých lidí.

Zkusme se nyní na celou oblast sdělování špatných zpráv pacientům podívat prakticky a popsat si ji na dvou extrémních případech. Tedy na jednom velmi nevhodném a druhém naopak až idealisticky žádoucím.

Příběh první: klient čeká na výsledky onkologického vyšetření. Sedí v autobuse a najednou mu přijde sms zpráva se sdělením: „*Bohužel pane XY, váš nález je pozitivní, jde o nemalobuněčný karcinom. Přijďte ve středu.*“ Rozhodně si nemyslíme, že by podobný způsob sdělování zpráv byl nějak rozšířen, a to je dobře. Jde spíše o extrémní případ. Na druhou stranu, toto je víceméně autentický přepis sms zprávy, která nám byla ukázána klientem. Za předpokladu, že budeme klientovi důvěřovat, tak se zdá, že i tato forma sdělování se bohužel může vyskytnout. Zkusme se na okamžik vžít do člověka, který sedí v autobuse a dostane tuto zprávu. Pohledem našeho článku, zde byl projeven jen pramalý zájem o to,

co zpráva s člověkem vlastně udělá. Dostal ji v prostředí (v autobuse), kde není možné zajistit klidnou atmosféru a kde je těžké takto náročné sdělení dobře zpracovat. Rozhodně se tedy nejedná o bezpečný prostor ve výše uvedeném smyslu. Navíc je zde jen velmi obtížné autenticky a bezpečně projevit emoce, které v nás podobná zpráva vyvolá. Člověku se nechce v autobuse plakat, případně křičet, být naštvaný. Emoce jsou potlačeny a mohou tak vytvořit podhoubí pro rozvoj psychického traumatu. Pacient je na to sám, bez opory a uprostřed cizích lidí. Jeho mozek se to snaží pochopit, ale nemá k tomu dostatek informací. Co je „nemalobuněčný“, co to pro mě znamená, je to léčitelné a jak? Chtěl by zavolat na číslo zpátky, ale nemá na to dost sil. Případně by síly nakonec sebral, ale přemítá, zda si to může dovolit apod. Zůstal s tou zprávou osamocen, bojí se. V jeho mysli rezonuje slovo „karcinom“ se slovem „asi zemřu“. V mysli klienta se začíná spouštět potenciální traumatizující proces, který byl i důvodem našeho setkání v psychologické poradně. Asi nikdo z nás, by se nechtěl dozvídat tíživé zprávy tímto způsobem.

Příběh druhý: pacient přichází na domluvenou návštěvu do ambulance onkologa. Onkolog má na pacienta rozumnou míru času. Nikdo je neruší a telefony jsou ztlumeny. V tomto případě byl pacient pozván přímo do separátní místnosti s více neformálním zařízením. Cílem je zajistit klidné prostředí a atmosféru intimity, odpovídající závažnosti sdělení. Vedle lékaře je přítomna i zdravotní sestřička. Oba zmiňované už pacient zná z předchozí návštěvy. Mimo pacienta je přítomna i jemu blízká osoba, která ho doprovází. Pacient sedí přes roh stolu lékaře, blízká doprovázející osoba pak hned vedle pacienta. Lékař se dívá na pacienta, nikoliv do monitoru počítače. Dívá se mu do očí. Tím ukazuje zájem a důležitost sdělení. Řekne mu srozumitelnou formou nepříznivou zprávu a zkráceně jaký bude další postup. Mluví klidně, z jeho hlasu je cítit empatie, která odpovídá závažnosti sdělení. Zprávu nechává chvíli doznít, aby ji mohl pacient i jeho doprovod zpracovat. Nemocný i jeho blízký mají prostor doptat se na to, co je zajímavé, lékař je vybídne k otázkám. I to je další projev zájmu z jeho strany. Zároveň je zde prostor podrobněji popsat další postup léčby či paliativní péče. Následně lékař odchází a nabídne pacientovi a jeho doprovodu možnost ještě chvíli v místnosti zůstat. Nepříjemné zprávy bývají

zahlcující a člověk tak potřebuje více času na jejich zpracování. V intimní bezpečné a klidné atmosféře separátní místnosti mohou propuknout emoce v jejich plné síle.

Mimo rámec toho příkladu, zde může být přítomen i psycholog. Případně o návštěvě psychologa či čerpání psychologické péče může být pacient informován (osvědčuje se třeba i předání lístku s kontaktem) jako o možnosti další formy pomoci, kterou může využít. Pomoci, která mu může posloužit, aby se lépe zorientoval v tom, co prožívá. Případně, aby si mohl ověřit, že jeho způsob prožívání situace není ničím neočekávaným či řekněme „nenormálním“. Zjednodušeně řečeno, že se jedná o víceméně pochopitelnou reakci na vzniklou šokující situaci. Takovýto zprostředkovaný náhled na situaci, pak pacienta většinou psychicky posílí a může být další pevnou cihlou do společného díla pacienta a léčebného týmu. Pokud už psycholog má s pacientem navázaný vztah z předchozích setkání, je pro něj o něco jednodušší být nemocnému dobrou oporou. Pokud nikoliv, tak i přesto může pacientovi pomoci v lepším zpracování této nepříznivé informace.

V takto náročné a vlastně „nenormální“ životní situaci, je každá emoční reakce tak trochu „normální“. Emoce se dostávají ven, člověk je sdílí, ventiluje a velmi často zažívá úlevu. Pokud člověk neuzavírá emoce v sobě, bere jim tím částečně možnost způsobit hlubší psychické trauma.

Stejně jako první extrémní příklad se sdělováním přes sms zprávu, obsahuje i tento druhý příklad několik extrémů, ale v pozitivním slova smyslu. I takový způsob sdělování jsme měli možnost zažít, i když patří k těm méně častým, a to hned z několika důvodů. Nedostatek času a nedostatek psychologů na pracovištích jsou jen některé z nich. Vyrušování v ambulanci při sdělování náročné zprávy a zvonění telefonů jsou věci další. Myslíme, že zkušené lékaře – praktiky napadnou i další nechtěné vlivy.

Cílem uvedeného sdělení není vytvářet nereálné nároky na lékaře nebo jim dokonce něco vyčítat. Velká část z nich se snaží sic jim síly stačit. Spíše jde o to zdůraznit, že i v prostředí s nedostatkem času, který mají k dispozici, dává smysl projevit zájem a snažit se uplatnit něco z výše zmíněného. Pro inspiraci uvádíme jednu takovou praktickou pomůcku, kterou nazýváme „POCIT DO PLOCHY“. Na první pohled může mít čtenář

dojem, že tato slova nedávají smysl. Nicméně jedná se o zkrácené vyjádření určitých účelných zásad, které mohou zdravotníkům pomoci lépe ustát téma sdělování nepříznivých zpráv. Tedy projít takovými situacemi lehčeji a podpořit vzájemně snadnější spolupráci s pacienty. K těmto pravidlům patří dobrá schopnost pozorovat; citlivě reagovat na to, co vidíme; klást účelné a podpůrné dotazy; vystavět aktuální plán na pár hodin, dnů či týdnů a také srozumitelně vyjadřovat ochotu, do jaké míry jsme k dispozici. Tedy „pocit do plochy“ znamená: **PO**zornost, **CIT**livost, **DO**tazy, **PL**án, a dostatek **OCH**oty.

Schopnost **dobře POzorovat** je míněna víceméně ochota připustit si, co jako lékaři v dané situaci na straně pacienta vnímáme. Může jít třeba o fakt, že pacient nevěří tomu, co právě slyšel. Případně, že se vylekal nebo nyní přestal vnímat, co mu právě říkáme apod. Dobré pozorování a jistá dávka empatie, nám následně umožňuje podpůrně a **CITlivě reagovat**. Dovoluje nám nahlas a s určitou jemností říci, že vnímáme co se s pacientem (například po sdělení nepříjemné zprávy) děje. Pokud oslovíme pacientovy právě prožívané emoce, vyjadřujeme tím fakt, že mu rozumíme a svým způsobem se mu přibližujeme. Snižujeme tak na chvíli pomyslný rozdíl daný našimi rolemi (experta a laika). V uvedeném okamžiku se tak může lékař, který bezpochyby je expertem na léčbu pacientova onemocnění, stát současně „obyčejnou“ cítící lidskou bytostí, která dává najevo, že je s pacientem takříkajíc „na jedné lodi“. Je výhodou, když za citlivou reakcí lékaře následuje krátký **prostor pro DOtazy a PLán**. Pokud nemáme dostatečný čas pro zmiňované, tak postačí, když o dotazech a plánu padne alespoň zmínka. Pacient pocítí, že lékaři není lhostejný. Zároveň tím dává lékař najevo, že do určité míry počítá s tím, že pacient má právo k právě probíhající věci něco říci. Tím je vytvořena upřímná nabídka pro budování vzájemné spolupráce. A zároveň je dále prohlubována pacientova důvěra. Současně je to též způsob vyjádření úcty k pacientovi, jako k člověku, který je myslící a citlivou živoucí bytostí. Člověkem, který je pravděpodobně stále kompetentní v mnoha oblastech svého života. K tomu, co se s výše popsaným prolíná ve všech bodech, je také **lékařova OCHota**, a to ve smyslu, jak lékař může být pacientovi k dispozici. Je třeba podotknout, že tím rozhodně není myšlena nějaká bezmezná ochota ve smyslu „kdykoli či

jakmile bude pacient cokoli potřebovat". Spíše jistá limitovaná a korektní ochota; tedy určité vstřícné vymezení se – tj. co, kdy a kde může lékař pacientovi poskytnout. Nezřídka se stává, že se pacienti na svého lékaře upínají a mají tendenci přesahovat přiměřené hranice vztahu, především v situacích, kdy hledají spásu. To samozřejmě není optimální, a tak je na lékaři jako na „vůdčím členovi týmu a dobrém manažerovi“, aby svou míru ochoty otevřeně vyjádřil a držel hranice, které nastavil. Nezapomínejme, že lékař je též člověk (se svými možnostmi, potřebami atd.) a není na místě, aby byl svou profesí nepřiměřeně pohlcen a v extrémních případech „obětován“.

Snad nám čtenář dovolí ještě jeden pohled, tentokrát z trochu z jiné strany. Mnozí z nás si jistě vzpomenou na známé úsloví, že i vztah může léčit. Úsloví, které má oporu i ve vědeckých studiích, již uvedených výše. Většinou si v takovém případě (kdy vztah může léčit) vybavíme nějaký velmi blízký vztah. Například partnerský, rodičovský či přátelský apod. V těchto případech se jedná o vztahy, které se rodí spontánně. Nicméně léčit může též vztah, který je (již) formálně dán.

Vztah, který je v mnohem větší míře vymezen konkrétními rolemi, a stanovenými hranicemi, co v něm jednotliví zúčastnění plní apod. Do této kategorie vztahů patří svým způsobem i vztah lékaře a pacienta. Pomyslné „kouzlo“, které jakémukoliv vztahu „propůjčuje léčivé schopnosti“ minimálně z psychologického pohledu, spočívá ve formě přijetí toho druhého, schopnosti naslouchání a porozumění, vyjadřování vřelosti, upřímnosti, otevřenosti a opravdovosti – vlastní autenticity. To je „vztahová nabídka“, se kterou může lékař přijít.

Na druhé straně, každý vztah je ale vždy minimálně o dvou lidech. Veškerá odpovědnost za kvalitu vztahu, tedy zdaleka nepadá na bedra lékaře. Přestože se jako lékaři budeme chtít pacientovi přiblížit a pomoci mu, reálně můžeme svůj vztah pacientovi jen nabízet. Je na něm, zda a do jaké míry ho přijme. Na základě zkušeností můžeme konstatovat, že většina lidí vlídnost a investici do vztahu ze strany lékaře velmi ocení. Ve značné části případů se takové počínání následně kladně odrazí na jeho spolupráci. Nicméně je potřeba počítat i s případy, kdy nelze vést vztah popsanou cestou, i když se o to lékař snaží.

Závěr

Sdělování nepříznivých zpráv je nevyhnutelnou součástí onkologické praxe, a to i přes pokroky, které medicína v oblasti léčby dosáhla. Jsme si vědomi, že vyžadovat po lékařích empatický přístup plný zájmu o přicházejícího člověka je velkou prosbou. Přesto máme potřebu říci, že i málo z výše uvedeného stačí pro to, aby nemocný člověk váš autentický zájem rozpoznal, důvěřoval vám a přijal léčbu, kterou mu navrhnete.

Předkládaný článek není a nemůže být vyčerpávajícím popisem tématu sdělování náročné diagnózy. Jde o téma, které by bez problémů obsáhlo i několikadenní seminář nebo zaplnilo mnoho stránek odborné literatury. Inspirací v této oblasti může být laikům i odborníkům nově vycházející kniha „Rakovina v rodině v otázkách a odpovědích blízkým“, která velkou měrou pokrývá právě téma komunikace s pacientem a jeho blízkými. Závěrem dovoluji říci, že vztah mezi pacientem a lékařem je z našeho pohledu pro úspěch léčby velmi důležitý, a v okamžicích sdělování nepříznivých zpráv to platí dvojnásob.

LITERATURA

1. Bernhard KB, Singer T. Neural basis of empathy. Annual Review of Neuroscience. 2012; 35:1–323.
2. Levy SM, Herberman RB, Whiteside T, Sanzo K, Lee J, Kirkwood J. Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activi-

- ty in breast cancer patients. Psychosom Med. 1990; 52: 73–85.
3. Kiecolt-Glaser JK, Gouin J-P, Hantsoo L. Close Relationships, Inflammation, and Health. Neuroscience and biobehavioral reviews. 2010; 35(1): 33–38.
4. Lutgendorf SK, Johnsen EL, Cooper B, Anderson B, Soro-

- sky JI, Buller RE, Sood AK. Vascular endothelial growth factor and social support in patients with ovarian carcinoma. Cancer. 2002; 95: 808–815.
5. Pospíchal M. Možný vliv psychologických faktorů na progresi onkologického onemocnění. Onkologie 2018; 12: 194–197.