

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Prevence maligního melanomu kůže**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí bakalářské práce:**

**Mgr. Andrea Hudáčková**

**2007**

**Autor práce:**

**Lenka Šťastnová**

# **Abstract**

## **Prevention of malignant melanoma of derm**

The occurrence of malignant melanoma is rising. About 2.2 million cases of skin cancer emerge every year worldwide. The occurrence is not caused only by genetic preconditions, but also by excessive sunburn (mainly in early childhood). People are affected by “cult of brown skin”, popularity of tanning etc. We should keep in mind that human skin is not able to be healed completely. Although it can be healed on the surface, the damage deep inside the skin is persistent.

This thesis deals with malignant melanoma and its prevention. There are described the different types of prevention of ultra-violet radiation: wearing the adequate clothes, UV-protective cosmetics and the adequate time spent sunbathing. The significant role in prevention plays also the health education of the society supported by European programme Euro-Melanoma Day - its part is an endowment fund IKAROS. An organization Liga proti rakovině Praha supports the education of the society in the Czech Republic.

The quantitative analysis is based on a questionnaire survey. The respondents were selected by random sampling and the “snowball method” and they were chosen among the medical personnel, people without personal experience with malignant melanoma and the patients with personal experience with malignant melanoma. The age of the respondents was between 18 and 65 years, the age of some patients was over 65 years.

The purpose of this thesis was to detect the differences in the malignant melanoma prevention approach of the medical personnel and the “ordinary” people, and to detect the differences in approach of the people without personal experience with malignant melanoma and the patients with this experience.

All the hypotheses were proved. The medical personnel focus more on the malignant melanoma prevention than the “ordinary” people (H1). People without personal experience with malignant melanoma sunbathe excessively (H2). People with

personal experience with malignant melanoma (patients) are more protective than people without personal experience with malignant melanoma (H3). People with personal experience with malignant melanoma avoid the sunbathing and sunburn (H4). People with personal experience with malignant melanoma visit regularly a dermatologist (H5).

Conclusions demonstrate that the approach to the malignant melanoma prevention is influenced by the medical personnel qualification and the patients' personal experience. Protective creams are mainly used for the prevention and the patients avoid the sunbathing and the sun at all. People get the information mainly from newspapers and mass-media. Nurses informed only 2 % of the "ordinary" people and 4 % of the patients.

It is important to promote the prevention and to raise the importance of nurses. The personal experience should not be the first impulse to start the malignant melanoma prevention.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Prevence maligního melanomu kůže“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Andree Hudáčkové za cenné a přínosné rady, které mi poskytla při psaní této práce.

Děkuji všem, kteří se podíleli na výzkumné části.

# Obsah

Úvod .....	8
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>10</b>
<b>1. 1 Maligní melanom kůže .....</b>	<b>10</b>
<b>1. 1. 1 Rizikové faktory.....</b>	<b>10</b>
<b>1. 1. 2 Typy melanomu .....</b>	<b>10</b>
<b>1. 1. 3 Diagnostika .....</b>	<b>11</b>
<b>1. 1. 4 Průběh onemocnění.....</b>	<b>12</b>
<b>1. 1. 5 Terapie.....</b>	<b>13</b>
<b>1. 2 UV záření a účinek na kůži .....</b>	<b>13</b>
<b>1. 2. 1 UV záření a jeho základní vlastnosti.....</b>	<b>13</b>
<b>1. 2. 2 Faktory ovlivňující spektrální rozsah a intenzitu slunečního záření.....</b>	<b>14</b>
<b>1. 2. 3 Vzájemné působení UV záření a kůže .....</b>	<b>14</b>
<b>1. 2. 4 Časný typ účinku UV záření na kůži.....</b>	<b>15</b>
<b>1. 2. 5 Pozdní typ účinku.....</b>	<b>16</b>
<b>1. 3 Prevence maligního melanomu kůže .....</b>	<b>16</b>
<b>1. 3. 1 Primární prevence.....</b>	<b>17</b>
<b>1. 3. 1. 1 Přírozená ochrana a kožní fototyp.....</b>	<b>18</b>
<b>1. 3. 1. 2 Jak se chránit před UV paprsky.....</b>	<b>19</b>
<b>1. 3. 2 Sekundární prevence .....</b>	<b>23</b>
<b>1. 3. 2. 1 Euro-Melanoma Day.....</b>	<b>24</b>
<b>1. 3. 2. 2 Nadační fond IKAROS.....</b>	<b>25</b>
<b>1. 3. 2. 3 Periodické akce Ligy proti rakovině Praha.....</b>	<b>25</b>
<b>1. 3. 3 Terciální prevence.....</b>	<b>26</b>
<b>1. 4 Úloha sestry v prevenci .....</b>	<b>27</b>
<b>1. 5 Co si veřejnost myslí a co je pravda o maligním melanomu .....</b>	<b>27</b>
<b>1.5.1 Blednutí znaménka .....</b>	<b>27</b>
<b>1.5.2 Vzhled bradavice .....</b>	<b>27</b>
<b>1.5.3 Poranění znaménka .....</b>	<b>28</b>

<b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>29</b>
<b>2. 1 Cíle práce.....</b>	<b>29</b>
<b>2. 2 Hypotézy práce .....</b>	<b>29</b>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>30</b>
<b>3. 1 Metodika práce.....</b>	<b>30</b>
<b>3. 2 Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>30</b>
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>31</b>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>73</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>78</b>
<b>7. Literatura .....</b>	<b>80</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>83</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>84</b>

## Úvod

Podle UN Environment Programme na celém světě přibude každý rok na 2,2 miliónů případů rakoviny kůže.

Maligní melanom se vyskytuje stále častěji. V ČR stoupl za posledních třicet let počet případů 4x. Nyní připadá v ČR na 100 000 obyvatel 14 nově zjištěných onemocnění. Výskyt u obou pohlaví je téměř stejný. V posledních letech je nejvyšší výskyt mezi 20. a 40. rokem života a kolem 60. roku života. Melanom je mnohem častější u osob bílé pleti.

Krátkovlnné UV záření se stalo pro nás rizikovým faktorem v souvislosti se zvyšujícím se rizikem poškození ozónové vrstvy. Na zvyšující se výskyt melanomu (i jiných kožních nádorů) má tedy vliv i idol krásy opáleného těla.

Proto se vyvíjí ochranné prostředky proti vlivu slunečního záření. Ochranou může být kosmetika, ale i oděv a hlavně uvážlivý pobyt na slunci během dne.

Rizikovou skupinu tvoří ti, kteří se vystavují slunečnímu, ale i umělému záření bez jakékoliv ochrany, jedinci, kteří se vystavovali nadměrnému slunečnímu záření už v dětství a osoby s rodinnou dispozicí.

Jako u jiných onemocnění, tak i u maligního melanomu platí, že včasná diagnostika vede k lepší prognóze.

Během Evropského dne melanomu 30. 5. 2005 pod názvem „The sun does not only you at the beach“ (Slunce vás nespálí pouze na pláži) bylo v České republice vyšetřeno ve 189 pracovištích kolem 5000 pacientů. U 74 bylo podezření na melanom a 24 z nich jich bylo histologicky potvrzeno.

Další ročník Evropského dne melanomu pod heslem: „Check your moles, save your life“ (Vyšetři si znaménka, zachraň si život) se konal 15. 5 2006.

Ve Velké Británii probíhá „Celonárodní program“, který spočívá v maximální redukci expozice UV záření hlavně v dětství, nošení klobouků, nošení triček, výsadba košatých stromů kolem škol, zákaz pobytu na slunci mezi 11. – 15. hodinou. Před pobytem u moře se doporučuje epizodické, postupné a pomalé opalování, sunscreeny. Podobně je tomu tak už řadu let i v Austrálii (12, 13, 14, 15).



Téma – Prevence maligního melanomu kůže – jsem si vybrala, protože jsem chtěla zjistit, jaký vliv mají odborné znalosti a zkušenost s onemocněním na prevenci a péči o vlastní zdraví. Krásný chce být téměř každý, ale jakým způsobem toho dosáhne, je také důležité. Zdraví máme jen jedno.

# 1. Současný stav

## 1. 1 Maligní melanom kůže

Melanom je zhoubný epiteliální nádor, který vzniká zdegenerováním pigmentotvořivých buněk kůže či sliznic – melanocytů. Nevyznačuje se sice lokálním destruktivním růstem, jako například bazaliomy či spinaliomy, ale je zde nebezpečí časného hematogenního nebo lymfogenního metastazování (2, 3).

### 1. 1. 1 Rizikové faktory

K faktorům, které se podílejí na vzniku tohoto onemocnění, patří:

1. genetické dispozice – FAMM (familial atypical multiple mole and melanoma), syndrom dysplastických névů, xeroderma pigmentosum
2. velké kongenitální névy, dysplastické névy
3. imunosuprese – léková, při HIV
4. UV záření – imunosuprese, vznik volných kyslíkových radikálů, poškození DNA melanocytů; chronická expozice UV záření se podílí na vzniku pouze lentiga maligna melanoma (2, 3).

### 1. 1. 2 Typy melanomu

Melanom roste ve dvou fázích: 1. horizontálně – radiální (atypické melanocyty se šíří v epidermis), 2. vertikální (melanomové buňky pronikají do koria a zde se množí).

Povrchově se šířící melanom SSM – představuje až 70 % všech maligních melanomů. U žen se vyskytuje obvykle na stehnech, bérkách, u mužů v horních partiích trupu. Má horizontální růst, okraje získávají typické nepravidelné kontury až později, hnědá ložiska s příměsí růžové, bílé, šedé a modré barvy.

Nodulární melanom NM – 20 % všech melanomů. Rychlý vertikální růst na podkladě melanocytárního névů či na klinicky intaktní kůži. Je hnědé až černé barvy.

Lentigo maligna melanom LMM – podkladem je lentigo maligna. Obvyklý výskyt je na obličeji starších osob, velikost může být až 10 cm, má velmi nepravidelné okraje, je žlutohnědé až hnědé barvy.

Akrolentigiózní melanom ALM – nodulární/povrchově se šířící melanom. Vyskytuje se v oblastech bez vlasových folikulů – dlaně, plosky nohou, pod nehty. Je plochý, nepravidelný, tmavě hnědě až černě zbarvený. Má nejrizikovější prognózu (2, 3).

### **1. 1. 3 Diagnostika**

Jako u všech onemocnění i zde se začíná anamnézou. Zjišťují se změny preexistujících lézí nebo nově vzniklého útvaru jako plošný růst léze do šířky (6 mm), elevace útvaru nad úroveň kůže, změna barvy (ztmavnutí, zčervenání, nepravidelné rozmístění pigmentu), nepravidelné okraje. Známkami pokročilého stádia jsou krvácení, svědění, zánětlivý okraj, ulcerace.

Klinické vyšetření zahrnuje posouzení léze podle hlediska ABCDE. Sledují se tato kritéria:

A	- asymetry	- asymetrie	- u melanomu	je přítomna
B	- border	- ohraničení	- u melanomu	neostré
C	- colour	- barva	- u melanomu	nehomogenní
D	- diameter	- průměr	- u melanomu	nad 5 mm
E	- elevation	- elevace	- u melanomu	přítomna

Tvar podezřelého útvaru je nepravidelný, se zářezy či zubatými okraji. Barevně je nepravidelný s oblastmi tříslivé, hnědé či černé barvy, s ložisky odstínu červené, modré či bílé. Pigmentované léze tmavnou. Velikost je v průměru větší než 5 mm, dochází ke zvětšování. Na povrchu jsou různé eroze či ulcerace, může krvácet, tvoří se krusty, nepravidelně se vyvyšuje. Může být přítomen zánět s pnutím či bolestí. Nejčastěji se vyskytuje na zádech, dolních končetinách a místech vystavovaných dráždění či traumatizaci. Podle posledních studií je nejrizikovější oblast horní části

zad, posterolaterální část paže, zadní a postranní oblast krku a zadní oblast vlasaté části hlavy.

K podezření na melanom stačí přítomnost i jen některých známek.

Suspektní léze se pak vyšetřují dermatoskopicky. Jde o osvětlenou lupu, která umožňuje vyšetřit struktury v hlubších vrstvách tkáně. Zvětšení léze je asi desetinásobné.

Lze zjistit úroveň dermální invaze (dle Clarka 1 – 5) a celkovou tloušťku léze (Breslow).

Při podezření na maligní melanom by se neměla provádět biopsie z léze. Je zde riziko krevního a lymfatického metastazování.

Velký význam zde má i histologické vyšetření, které je doplněno o imunohistochemické barvení.

Vyšetření sentinelové uzliny patří k novějším chirurgickým technikám. Může pacienta chránit před invazivnějším chirurgickým postupem. Sentinelová uzlina je úplně první uzlina, která drénuje lokalitu s melanomem. Je-li tato uzlina bez patologického nálezu, je šance, že i ostatní uzliny nebudou postiženy. Tato operace není vhodná pro každého. Musí ji provádět dermatochirurg (2, 3).

#### ***1. 1. 4 Průběh onemocnění***

Rozlišujeme 4 klinická stádia:

- I. tenký primární nádor, který je omezený jen na kůži
- II. primární nádor omezený na kůži jakékoliv tloušťky
- III. primární nádor s metastázemi prokazatelnými v regionálních uzlinách nebo s metastázemi postihujícími kůži či podkoží ve směru toku lymfy
- IV. vzdálené metastázy primárního nádoru, nejčastěji v plicích, játrech, CNS, kostech a jinde (2, 3).

### ***1. 1. 5 Terapie***

Na prvním místě je chirurgická léčba – včasná totální excize primárního tumoru s dostatečným ochranným lemem, popřípadě reexcize jizvy s dostatečným lemem provedená nejpozději do 4 týdnů od primární excize.

K radikální lymfadenektomii se přistupuje při pozitivě sentinelové uzliny či regionálních uzlin na nádorové buňky. Provádí se v příslušné oblasti.

V pokročilých stádiích se využívá adjuvantní imunoterapie interferonem alfa. Je zde široký imunomodulační a antiproliferativní účinek a umožňuje prodloužení bezpříznakového období pacienta. Výhodou je, že si tuto léčbu může pacient v podobě podkožních injekcí provádět sám doma.

Chemoterapie se využívá, má-li pacient již vzdálené metastázy. Zde je ale prognóza závažná. Metastázy jsou nejčastěji v plicích, játrech, CNS, kostech a jinde.

Využívá se i imunoterapie, chemoimunoterapie či experimentální léčba. Sem patří zejména vakcíny nebo antiangiogenní terapie (2, 3, 24).

## ***1. 2 UV záření a účinek na kůži***

UV záření je jeden z mnoha faktorů, které působí na kůži, na orgán přicházející do přímého kontaktu se zevním prostředím (21).

### ***1. 2. 1 UV záření a jeho základní vlastnosti***

Ultrafialové záření – elektromagnetické záření o vlnových délkách 100 – 400 nm rozdělujeme na: krátkovlnné UVC (200 – 290 nm), středněvlnné UVB (290 – 320 nm), dlouhovlnné UVA (320 – 400 nm).

Přirozeným zdrojem elektromagnetického záření je Slunce. Část slunečního záření se odrazí a rozptýlí zpět do kosmu – nedostane se k zemskému povrchu. Větší část dopadá na zemský povrch v podobě viditelného světla (50 %), infračerveného světla (40 %) a UV záření (5 %) (21).

### ***1. 2. 2 Faktory ovlivňující spektrální rozsah a intenzitu slunečního záření***

Spektrální rozsah a intenzita slunečního záření jsou ovlivňovány faktory časovými, geografickými i meteorologickými. Patří sem poloha Slunce, nadmořská výška, vlastnosti atmosféry a odraz od zemského povrchu.

#### *Poloha Slunce*

Čím je slunce výš nad obzorem, tím kratší je trasa průchodu radiace atmosférou a naopak. Poloha Slunce závisí na zeměpisné šířce, mění se v průběhu dne i roku. Na období mezi 11. a 15. hodinou připadá z celkové denní dávky 50 % UV záření. Intenzita UV radiace je uprostřed léta až 100 x vyšší než uprostřed zimy. Intenzita stoupá směrem k rovníku.

#### *Nadmořská výška*

S nadmořskou výškou klesá množství látek, které mohou absorbovat radiaci, a tím stoupá intenzita UV záření.

#### *Vlastnosti atmosféry*

Na molekulách plynů a na pevných částicích dochází k rozptylu UV záření. Za jasné oblohy a za minimálního znečištění vzduchu je intenzita UV záření nejvyšší. Ani při mírné oblačnosti nemusí dojít k výraznému snížení této intenzity. Nesporný je také vliv množství ozónu ve stratosféře – odfiltruje až 95 % UVB.

#### *Odraz od zemského povrchu*

Až 80 % UV záření odráží sníh, 25 % písek, méně než 10 % tráva, zemina, voda. Ale až 95 % UV radiace prochází vodní hladinou (21).

### ***1. 2. 3 Vzájemné působení UV záření a kůže***

Část UV záření se při dopadu na kůži odráží, část se vždy absorbuje v různých vrstvách a část proniká hlouběji do kůže. Na povrchu kůže (zevní stratus corneum) se odráží asi 5 % světla. K odrazu dochází i ze stratus corneum, epidermis a koria. Epidermis proniká UVB záření, až na rozhraní koria proniká UVA, viditelné světlo se dostane až do podkoží.

Záření pohlcuje podle svého absorpčního spektra látka zvaná chromofor a posléze způsobuje další fotobiologické děje. Pro delší vlnové délky (UVA, UVB, UVC) je chromoformem melanin (21).

#### **1. 2. 4 Časný typ účinku UV záření na kůži**

*Erytém* (zánět podmíněný zářením). Akutní kožní reakce spojená s erytémem, otokem, bolestí a zvýšenou teplotou. Je podmíněn vazodilatací dermálních cév. Pozdní erytemová reakce je vyvolána UVB zářením. Vzniká několik hodin po ozáření, vrcholí za 12 až 24 hodin a mizí během několika dnů. Okamžitý erytém způsobuje UVA záření, vrcholí zhruba po 8 hodinách a přetrvává 24 až 48 hodin.

Mikroskopické změny v kůži jsou již asi po 30 minutách po expozici.

*Pigmentace*. Kombinuje se zde časná (immediate pigmented darkening, IPD) a pozdní pigmentace (persistent – pigmented darkening, PPD). IPD je způsobena hlavně UVA zářením. Nepředstavuje velkou ochranu před UVB erytémem. Objevuje se již během ozáření, maxima dosahuje několik sekund po ozáření. PPD je vyvolána hlavně UVB zářením. Představuje větší ochranu před UVB erytémem. Objevuje se po 72 hodinách po expozici a trvá déle.

*Imunologické změny*. Dochází k imunosupresivnímu účinku. UVA záření poškozují řadu struktur kůže (anatomie kůže viz Příloha 2), dochází k vyplavování řady vysoce účinných látek typu cytokinu, histaminu, prostaglandinu. Výsledkem jsou funkční změny, jako změna schopnosti předkládat efektivně antigen T lymfocytům. V konečném důsledku jsou potlačeny imunitní reakce a následně dochází k snadnému šíření infekčních chorob a nádorových procesů.

*Hyperplasie kůže*, což je ztlustění epidermis a str. corneum na podkladě zvýšené epidermální buněčné proliferace.

*Syntéza vitamínu D*. Pro endogenní tvorbu vitamínu D stačí, když v období od jara do podzimu vystavíme slunci obličej, ruce a paže v době mezi 9. – 16. hodinou na 15 minut (21).

### ***1. 2. 5 Pozdní typ účinku***

Ke změnám dochází v důsledku chronického, obvykle mnoholetého poškození sluncem. Je zde souvislost i s akutními změnami (viz výše).

*Photoageing* (solární stárnutí kůže) se projevuje výraznými vráskami, ochabnutím tonu, atrofií, zdrsňeným, suchým a šupinatým povrchem kůže žlutavé barvy a četnými barevnými posuny. Projevují se i různé benigní či maligní změny. Zde se uplatňuje UVB i UVA záření. Epidermální změny má na svědomí spíše UVB záření, hlubší, dermální změny více UVA záření.

V kůži dochází k výraznému úbytku kolagenu a elastických vláken.

*Fotokarcinogeneze* – zvýšené riziko pro nemelanomové kožní nádory (bazaliom, spinaliom) představuje kumulativní expozice UVA záření. Objevují se spíše až ve vyšším věku. Bazaliom roste destruktivně v místě vzniku, spinaliom metastazuje již do vnitřních orgánů. U melanomu je za rizikové považováno hlavně akutní spálení až do puchýřů, především v dětském věku. Na kůži může vznikat po celý život (v dětství výjimečně). Pokud není včas rozpoznán a odstraněn, může svého nositele brzy i zahubit, protože rychle metastazuje. Proto je kladen velký důraz na prevenci a ochranu před UV zářením (21).

### ***1. 3 Prevence maligního melanomu kůže***

V prevenci jako takové by se člověk neměl spoléhat pouze na státní zdravotnictví, ale i na sebe a svoji zodpovědnost. Svě zdraví má každý ve svých rukách.

Odborníci by měli veřejnosti poskytnout informace o daném onemocnění, o věkových, rodinných, pracovních a jiných faktorech, o možnostech diagnostiky, léčby, prevence a o různých specializovaných pracovištích (4).

Důležitou roli hraje motivace veřejnosti k prevenci. Důležité je podporovat zájem o jejich zdraví a inspirovat je, aby do něj investovali svůj čas, peníze a hlavně vůli (4).

Význam zde má výchova ke zdraví, jejíž zásadou by měla být systematičnost, komplexnost, cílenost k věku, vzdělání, zdravotním, společenským i sociálním podmínkám, aktualizovanost poznatků, respektování životního prostředí jedince



a zainteresovanost jedince. Správný životní styl může člověk realizovat, pokud sám chce své zdraví šetřit, ví, co je prospěšné a co naopak škodlivé a má vytvořené vhodné podmínky pro realizaci správného životního stylu (23).

Výchova ke zdraví musí být zaměřena jak na jednotlivce, na skupiny obyvatelstva, na komunitu, tak i na celou populaci. K tomu je zapotřebí využít celostátní, regionální i místní veřejné sdělovací prostředky formou celoplošné reklamy, plakátů, televizních spotů, článků v novinách a časopisech, internetu, televizních a rozhlasových pořadů, besed, přednášek a různých kampaní (23).

Jako u každého onemocnění, choroby se i zde uplatňuje prevence primární, sekundární a terciální.

Cílem primární prevence je zabránit poškození kůže a vzniku nádoru. Včasné odhalení onemocnění a jeho léčba ještě před plným rozvinutím onemocnění je úkolem sekundární prevence. Úkolem terciální prevence je sledování řádně odléčeného nemocného a zabránění nové recidivě.

Největší důraz se klade na prevenci primární (4, 9).

### ***1. 3. 1 Primární prevence***

Podle vyhlášky 183/2000 Sb. je součástí preventivních prohlídek v oboru praktických lékařů pro dospělé i doplnění anamnézy o nádorová onemocnění, provedení preventivní prohlídky se zaměřením na onkologická onemocnění (vyšetření kůže, per rectum atd.) a poučení klienta o nutnosti a způsobu samovyšetřování. Tato vyšetření jsou většinou hrazena pojišťovnou.

Součástí preventivní prohlídky je také poskytnutí informací klientovi či jeho rodině, individuální edukace, psychoterapeutický rozhovor a rozhovor o onkologické prevenci (4).

Preventivní vyšetření k malignímu melanomu s nízkým rizikem vzniku jsou konziliární ambulantní vyšetření a dle potřeby instrumentální vyšetření. Při vysokém riziku jsou to navíc genetická poradenství a digitální dermatoskopie (17).

Známe mnoho faktorů přispívajících ke vzniku maligního melanomu. Patří sem kožní fototyp I, II, pozitivní rodinná anamnéza, jedinci, kteří onemocněli melanomem

již v minulosti, větší počet pigmentových znamének na kůži či oslabený imunitní systém (6).

Většinu faktorů neovlivníme, ale ochrana proti slunečnímu záření je zcela v našich rukách (6).

### *1. 3. 1. 1 Přirozená ochrana a kožní fototyp*

Kůže tvoří povrch těla a je přirozenou ochranou před nepříznivými vlivy zevního prostředí jako je poranění, chemické látky, plísně a UV záření (7).

Zesílením nejsvrchnější, rohové vrstvy a zbarvením (melaninovou pigmentací) se kůže přirozeně brání proti slunečním paprskům. Tato vlastnost kůže je podmíněna geneticky. Ztlustění pokožky probíhá postupně, jak je kůže vystavována slunci. I přesto musíme brát v úvahu svůj fototyp. Ten se liší u každého z nás (10, 19, 20).

Lidská kůže vykazuje určité rasové odchylky projevující se zejména odlišnou barvou, která je určena obsahem melaninu a jeho distribucí v epidermis, což nám je dáno také geneticky. Tendence kůže ke zrudnutí a schopnost ztmavnout dovoluje rozdělit lidi všech barev do tzv. kožních fototypů. Určit nám je pomáhá i barva vlasů a očí (10, 19, 20).

Rozlišujeme 6 druhů kožního fototypu (některé zdroje uvádějí 4). I. fototyp vždy zrudne, nikdy neztmavne, přirozená ochrana trvá 5 – 10 minut. Patří sem lidé s bledou, citlivou pokožkou, většinou zrzavými vlasy. II. typ obvykle zrudne, pigmentuje jen málo, přirozená ochrana je 10 až 20 minut. Většinou jsou to lidé pihovatí, se světlými vlasy. III. typ někdy rudne, pigmentuje dobře, vlastní ochrana funguje 15 až 25 minut. Jsou to tmavě blond až světle hnědovlasí lidé s málo pihami. IV. typ nerudne, vždy ztmavne, vlastní ochrana vydrží 20 – 30 minut. Tento fototyp najdeme u lidí s tmavými vlasy a téměř žádnými pihami, pokožku mají snědou. K V. fototypu se řadí středomořská populace a Arabové. VI. fototyp má populace černé pleti (8, 20).

### *1. 3. 1. 2 Jak se chránit před UV paprsky*

Kůže nezapomíná! Jizvy či vrásky připomínají úrazy, věk, naše zlozvyky v hygieně. Na povrchu se kůže zahojí, ale uvnitř jsou její změny trvalé (7).

Chránit se před slunečním zářením můžeme jednak oděvem, kosmetikou, ale i uvážlivým pobytem na slunci.

Už v historii se lidé chránili různými způsoby před účinky slunečních paprsků. 5000 let před naším letopočtem se v Egyptě zhotovovaly oděvy z vlny, bavlny a lnu, které postupně zakrývaly celé tělo. Klobouky mají svou historii také v Egyptě a Mezopotámii. V 18. století se objevily slunečníky, které chránily bílou pleť dam. Jejich neopálená kůže znamenala módnost a příslušnost k „vyššímu“ stavu. K ochraně před slunečními paprsky se používaly bílé pudry. Koncem 19. století začaly být doporučovány první chemické sunscreens (10).

#### *Stínění, ochrana oděvem*

Protože nemůžeme a nechceme být celý den zavřeni někde v místnosti, měli bychom při pobytu venku vyhledávat spíše stín, například stromů, budov, slunečníků. Pozor musíme dávat i na odražené světlo od vodní plochy, stěn budov (bílý beton), sněhu, písku, asfaltu. Tímto způsobem může být odraženo až 30 % záření. Pobytu na slunci bychom se měli vyvarovat mezi 11. až 15. hodinou (6, 8, 18).

Oděv bychom měli doplnit kloboukem (s širokou krempou), který pomůže odstínit hlavu a šíji. Důležitým doplňkem jsou pak i sluneční brýle. Zapomínat bychom neměli ani na různé přístřešky, slunečníky a budky kočárků (10).

Ochrana oděvem patří k nejpřirozenějším metodám fotoprotekce. V letním období jsou ale na oděv kladeny vysoké nároky. Oděv nesmí zahřívát, musí odpovídat módním trendům a navíc chránit před UV zářením. Ochrana závisí na druhu použitého materiálu, barvě, struktuře vláken, stáří látky, sepranosti, suchosti či vlhkosti materiálu. Nejlépe chrání barevné oděvy. Ty se ale nepříjemně zahřívají, protože pohlcují nejen více UV, ale i viditelného světla a infračerveného záření. Lépe nás chrání také syntetické materiály (nylon, dacron, atd.), protože propouštějí méně UV záření než bavlněná vlákna. S menší ochranou musíme počítat u tkanin bílých, tenkých či vlhkých. U pružných látek je důležité jejich smrštění či natažení. Čím vyšší porozita, tím vyšší

prostupnost pro UV paprsky. V Austrálii a na Novém Zélandu již existují standardy (6, 8, 10, 18).

V poslední době se začal k oděvům přidávat i ochranný faktor UPF (UV protecting factor). Ten je deklarovaný výrobcem a udává propustnost pro UV záření. UPF nad 50 znamená vynikající ochranu (6, 8, 18).

#### *Sunscreeny*

Sunscreeny jsou látky, které ochraňují lidskou kůži před působením UV záření. Při ochraně proti ultrafialovému záření nejde o to, jak kvalitní mast'ový základ použijeme, ale jak silný ochranný faktor proti UV záření obsahuje. *Ochranný faktor SPF* uvádí, jaká část UV záření se při jeho použití dostane do kůže. Například faktor 20 propustí 1/20 UV záření, zjednodušeně řečeno prodlouží náš pobyt na slunci 20x při vzniku stejných škod jako bez použití tohoto faktoru. Ochrání nás tedy před 95 % dopadajícího záření. Faktor 50 propustí 1/50 UV záření a ochrání nás před 98 % záření. Čím je vyšší, tím účinnější je ochrana. Orientovat se nám pomáhá také zpravodajství ve sdělovacích prostředcích, které informuje o tzv. UV indexu (nabývá hodnot 1-10, čím je vyšší, tím větší intenzita záření). Podle odborníků by měl člověk pro každodenní přecházení po městských ulicích používat faktor minimálně 15.

Kosmetické přípravky obsahují buď chemické nebo fyzikální filtry.

Chemické filtry se používají již delší dobu. Patří sem asi 9 chemikálií, které jsou schváleny ve všech zemích světa. Principem účinku je přeměna ultrafialového záření na neškodné teplo.

Fyzikální filtry se začaly používat až v poslední době. Patří sem oxid zinku, titanu. Principem je odraz slunečního záření. Chrání i proti UVA záření. Na obalech se uvádějí například jako minerální filtr. Jsou vhodné především pro děti.

Moderní prostředky s vysokým ochranným faktorem obsahují většinou oba typy filtrů (6, 8, 18).

Při nákupu sunscreenů bychom měli zvážit, jaký jsme fototyp, jaké slunce na naší kůži bude dopadat (zda se budeme pohybovat v našich zeměpisných šířkách, na jihu, v nížinách či v horách) a jaké je roční období. V úvahu musíme brát i rizika spojená s jejich užíváním. Některé formy mohou provokovat již existující kožní potíže,

například akné. Přípravky bychom měli vybírat i podle vlastního typu pleti. Zda máme pleť suchou, citlivou nebo naopak mastnou, aknézní. Nemalý význam mají i podmínky, za kterých bude sunscreen používán (např. sport, koupání). Riziko je spojeno i s falešným pocitem bezpečí. Pokud nevznikne erytém, myslíme si, že k žádnému poškození nedošlo. Výzkumy ale ukazují, že opak je pravdou (10).

Přípravky se vyrábí v různých formách: krémy, mléka, spreje, opalovací oleje, vody, pasty (20).

Mléka zvlhčují kůži a dobře se roztírají. Jsou nejprodávanější. Krémy jsou hutnější, hůře se nanášejí. Spreje umožňují jednoduchou aplikaci, dobře se roztírají. Oleje se hodí pro sušší pokožku, dobře ji promastí. Opalovací voda se snadno roztírá, ale nezajišťuje silnou ochranu. Hodí se pro kůži již opálenou. Pasty mají nápadnou bělavou barvu, účinnost je do jisté míry určena velikostí a dokonalým rozptýlením částic fyzikálních filtrů. Hodí se na zvláště citlivé partie – nos, uši, rty a pro děti (20).

Při koupání u moře je vhodné používat vodě odolné přípravky (ty se večer lehce smyjí mírně alkalickým mýdlem a vodou) (20).

#### *Jak ochranné opalovací prostředky správně používat*

Aby ochranné prostředky plnily svůj účel, musí se používat správně. Ochrana proti slunečnímu záření by se měla stát každodenním návykem zejména u lidí s nízkým fototypem a zvýšenou citlivostí na UV záření. Zabránit tak můžeme i akutnímu spálení či předčasnému stárnutí kůže (8, 20).

Chránit musíme už i ty nejmenší. Dětská pokožka je tenčí, opaluje se pomalu, ale rychle se spálí, nemá dostatečnou vlastní imunitu. Kojenci do 6 měsíců věku by se neměli vystavovat přímému slunci vůbec, do 2 let věku by se měla batolata chránit oděvem a nevystavovat se polednímu slunci. Starší děti by měly používat sunscreeny s vysokým SPF – minimálně 10 až 15. Doporučují se přípravky s fyzikálními filtry – fungují na mechanismu odrazu a kůži nealergizují. Většinou jsou ve formě past. Vhodné jsou i tmavé brýle na ochranu očí (8, 20).

Ochranný prostředek nanášíme na kůži v dostatečném množství. Publikace „UV index pro veřejnost“ vydaná před časem Českým hydrometeorologickým ústavem uvádí evropskou normu 2 mg sunscreenu na 1cm<sup>2</sup>. Celý povrch pokožky je 2 m<sup>2</sup>.

Spotřeba by tedy měla být značná. Pozor musíme dávat při kožních nemocech, používání různé kosmetiky, mastí či užívání některých léků. Zde se může prudce zvýšit citlivost vůči záření – fotosensitivita. Prostředek aplikujeme alespoň 20 minut před pobytem na slunci, aby se dostatečně vstřebal a navázal na rohovou vrstvu pokožky, a podle jeho druhu a našeho chování na slunci jej pravidelně během dne opakujeme. Účinek se tím udržuje (8, 20).

95 % UV záření prochází vodní hladinou a až 50 % se dostává do hloubky 3 metrů. Proto při koupání volíme prostředky water-resistant, které nanášíme každých 40 minut či fater-proof. Ty nanášíme po 80 minutách (8).

I když se nekoupeme, aplikaci sunscreenu opakujeme každé 2 hodiny, protože pot nám odplavuje ochranný faktor a některé chemické faktory ztrácejí své ochranné vlastnosti při přeměně UV paprsků na teplo (8, 20).

Po slunění je vhodné pokožku osprchovat a zbavit ji zbytků sunscreenu. A po té pro zklidnění a hydrataci pokožky použít přípravky s panthenolem, betakarotenem či antioxidanty. „After sun lotions“ zotavují kůži po slunění a mírní nepříjemné šupení pokožky fyziologicky ztlustěné rohové vrstvy (10, 20).

Když už se spálíme až do puchýřů, musíme přijímat dostatek tekutin, puchýře nestrhávat, kůži chladit a po zaschnutí puchýřů používat zklidňující kosmetiku. Při velkém spálení bychom měli vyhledat lékaře (8, 20).

Na trhu se objevují přípravky k podpoře pokožky pro snadnější opálení předcházející i spálení. Jsou to různé výrobky s karotenoidy (betakaroten, lykopen, lutein), s antioxidantními látkami (vit. E, C, selen), které podporují tvorbu kožního barviva – melaninu a napomáhají k zhnědnutí pokožky. Antioxidantní látky neutralizují volné radikály, které by jinak způsobily úbytek kolagenu a elastických vláken. Tyto výrobky jsou i ve formě tablet (20).

#### *Systémová fotoprotekce*

Tento způsob ochrany není zatím příliš účinný a rozhodně patří do rukou lékaře – dermatologa. Ordinuje se jen při některých fotodermatózách. V úvahu připadají antimalarika, léky ovlivňující prostaglandiny (např. indometacin) a karotenoidy.

Nejvíce se používá beta-karoten, také pro své antioxidantní účinky (lapač volných radikálů) (8).

Primární prevence by měla být propagována ve školách, v rekreačních a turistických centrech. Ve sdělovacích prostředcích by se měly objevovat reportáže a pořady s touto problematikou, které upozorňují na škodlivost UV záření a na možnosti fotoprotekce. V hlavních vysílacích časech by se mělo objevovat ozónové a solární zpravodajství ve spolupráci s Českým hydrometeorologickým ústavem (9).

Mnoho lidí, jak vyplynulo ze studie Dupuyho a spol., považuje opalovací prostředky spíše za pomoc k opálení než za prostředek ochrany proti UV záření. Proto se kampaň autorů Naylor a Robinson snaží přejít od „kázání k vysvětlování“. Metoda má postup podobný metodě při odvykání kouření. K protisluneční ochraně tedy patří stanovení si datumu, kdy se pacient přestane záměrně opalovat. Dále je to souhrn zkušeností se spálením se na slunci a s nechráněnou expozicí slunci, zkušenosti s předchozím chováním pacienta a návrh na protisluneční ochranu v budoucnu. Třetím bodem je strategie k překonání problémů spojených s nesouhlasným postojem. Důležité je i zapojení rodiny a komunikace (22).

### ***1. 3. 2 Sekundární prevence***

Sekundární prevence je zaměřena na včasnou diagnostiku maligního melanomu a jeho léčbu ještě před plným rozvinutím. Při diagnostice by měl mít hlavní roli dermatolog (dermatovenerolog) (1).

V roce 1985 byl navržen pro screening maligního melanomu akronym ABCD, který byl později rozšířen na ABCDE. Umožňuje jak lékařům, tak laické veřejnosti posouzení podezřelé léze podle několika hledisek:

A = Asymmetry – asymetrický tvar

B = Border irregularity – nepravidelné okraje

C = Color variegation – nestejněměrné zbarvení

D = Diameter – průměr (větší než 6mm)

E = Evolution – vývoj velikosti, tvaru, zbarvení atd. (1).

Veřejnost by měla být informována o zásadách samovyšetřování.

Pomocí zrcadla či druhé osoby by si měl člověk „vyšetřovat“ znaménka sám na celém těle. Postup je podobný jako při hledání případného klíštěte. Jednotlivé kroky jsou popsány v příloze č. 3. Sledujeme asymetrii, ohraničení, barvu, velikost a celkové změny (17).

Riziková jsou též znaménka na místech vystavených mechanickému dráždění (např. oblečením – v pase, pod ramínky apod.).

K podezření stačí přítomnost jen několika kritérií. Následovat by mělo odborné hodnocení pigmentových lézí dermatoskopicky, biopticky (1).

### *1. 3. 2. 1 Euro-Melanoma Day*

Pro podporu a zviditelnění včasné diagnostiky byla v 15 evropských zemích vyhlášena akce Euro-Melanoma Day. Česká republika se jí účastní od roku 2001. Koná se vždy v květnu. Myšlenka věnovat se jeden den v roce osvětě se původně zrodila v Belgii, koordinátorkou pro ČR byla od samého počátku profesorka Jana Hercogová se svou dermatovenerologickou klinikou UK 2. LF a FN Na Bulovce (9).

Obsahem Evropského dne melanomu je 1) nabídka bezplatného vyšetření pigmentových znamének spoluobčanům, 2) distribuce tiskových materiálů s osvětovou tematikou ochrany před sluncem, 3) zřízení bezplatné telefonní linky, na které spoluobčané získají informace o adresách a ordinační době dermatovenerologů ve svém okolí, 4) zřízení webových stránek se shodnými údaji, 5) pořádání tiskových konferencí cílených k prevenci před ultrafialovým zářením, 6) prezentace problematiky fotoprotekce a melanomu ve veřejných sdělovacích prostředcích, 7) pořádání doškolovacích akcí pro dermatovenerology (fotobiologické semináře, dermatoskopické kurzy), 8) od roku 2003 pořádání mezioborové konference „Pražský den melanomu“ spolu s onkology a chirurgy (13, 15).

V roce 2005 proběhl 5. ročník Euro – Melanoma Day, kdy bylo vyšetřeno kolem 5000 pacientů. Z toho bylo odhaleno 74 melanomů a 24 se jich histologicky potvrdilo. 15. 5. 2006 se konala tato akce pod názvem "CHECK YOUR MOLES, SAVE YOUR



LIFE" (Vyšetři si znaménka, zachraň si život). Zúčastnilo se jí 221 lékařů, kteří vyšetřili kolem 5800 pacientů. Bylo odhaleno 54 melanomů a 14 se jich prokázalo histologicky.

Každým rokem roste zájem veřejnosti i odborníků o účast v boji proti tomuto onemocnění (13, 15).

#### *1. 3. 2. 2 Nadační fond IKAROS*

Na podporu výzkumu, diagnostiky, prevence a léčby rakoviny kůže byl založen Nadační fond IKAROS. Cílem Nadačního fondu IKAROS je snížit výskyt kožní rakoviny i úmrtnost na rakovinu kůže nejméně na úroveň evropského průměru, a to prostřednictvím podpory výzkumných center, organizace či podpory preventivních programů, publikací, odborných konferencí a seminářů, populárně vědeckých akcí, převzetí záštity nad akcemi pro odbornou a/nebo laickou veřejnost, které jsou v souladu s účelem fondu.

V loňském roce zahájil fond celorepublikovou kampaň na školách cílenou k vyhledání rizikových osob a jejich další sledování v ordinacích kožních lékařů. Nedílnou součástí je edukace dětí a jejich rodičů ke správnému chování na slunci a k pravidelnému vyšetřování kůže.

Nadace a její preventivní program se orientuje na všechny věkové kategorie s různým životním stylem, a to především i na děti. Prosazuje více preventivních prohlídek, osvětových akcí, spolupráci s médii, podporuje informace založené na důkazech (výzkumných projektech) a podporuje ochranu před sluncem (16).

#### *1. 3. 2. 3 Periodické akce Ligy proti rakovině Praha*

Tato Liga každoročně v květnu pořádá v celé ČR *Květinový den*, který je pokaždé věnován jinému onkologickému onemocnění. Studenti středních škol, skauti, ženy z dobrovolných onkologických organizací a z Českého svazu žen nabízejí občanům žlutý květ měsíčku lékařského a letáček s varováním před rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny. Z finanční sbírky jsou financovány preventivní a poradenské brožury, příspěvky členským onkologickým sdružením atd. (7).

Dále se Liga podílí každý rok na organizování nesoutěžních *Běhů Terryho Foxe*. Finanční sbírka je rozdělena pomocí grantů na řešení onkologických výzkumných úkolů (7).

### ***1. 3. 3 Terciální prevence***

Při sdělování diagnózy pacientovi je cílem navázat důvěryhodný vztah a získat ho ke spolupráci při léčbě jeho nemoci. Podle řady studií nejsou pacienti obecně spokojeni s množstvím podaných informací. I když se pacient sám neptá, neznamená to, že by další informace neuvítal. Proto se zde uplatňují informační centra. Informace zde mohou získávat pacienti, ale i jejich příbuzní či široká veřejnost formou písemnou, audiovizuální nebo přímým kontaktem s odborníkem. Mnoho informací najdeme i na internetu (11).

Nemocní se zjištěným melanomem jsou ve srovnání s ostatní populací významně více ohroženi vznikem dalšího melanomu v budoucnu. Až 80 % metastáz se vytvoří během 3 let a až 97 % případů metastazuje do 10 let po chirurgickém odstranění primárního tumoru. Proto je nutné pacienta dispenzarizovat minimálně 10 let. Sledování probíhá ve specializovaných ambulancích. Zde se pravidelně provádějí klinická vyšetření kůže, lymfatických uzlin, RTG plic, sono břicha a lymfatických uzlin, biochemické vyšetření krve, CT. Podle stádia onemocnění se vyšetření provádí v různých intervalech (3).

Klinická pracoviště se speciální komisí pro pigmentové útvary jsou v ČR v Ústí nad Labem, Plzni, Českých Budějovicích, Praze - Fakultní nemocnice Karlovo náměstí, Motol, Královské Vinohrady, Hradci Králové, Brně, Olomouci, Ostravě (11).

Z jedné Anglické studie vyplývá, že znalost nutně nemusí vést k opatrnosti před expozicí UV záření. Ale i přesto se odborníci domnívají, že čím více bude veřejnost informována, tím lepší budou výsledky v prevenci maligního melanomu kůže (12).

## ***1. 4 Úloha sestry v prevenci***

Díky blízkému kontaktu s pacientem hraje sestra velkou úlohu v preventivní činnosti. Jednak informuje lékaře o nádorových rizicích u pacientů, ale hlavně instruuje pacienty o správné životosprávě, zvládnání nezdravých návyků, upozorňuje na varovné příznaky onemocnění (viz příloha 4, 5). Společně s lékařem organizuje preventivní prohlídky, v rámci svých kompetencí provádí některá vyšetření, podílí se na sledování pacientů a jejich edukaci (4).

Sestra se zaměřuje především na vhodný rozhovor s klientem o problematice nádorového onemocnění kůže, nezapomíná na rodinnou anamnézu v rámci nádorového onemocnění kůže, zvláště se zaměřuje na klienty se zvýšeným výskytem mateřských znamének, diskutuje s klienty o jejich životním stylu, upozorňuje na škodlivost UV záření a solárií, vyzdvihuje používání ochranných prostředků, jako sluneční brýle, pokrývka hlavy, vhodný oděv, opalovací krémy a jejich správné používání, vede klienty k ochraně dětí před UV zářením, edukuje klienty o technikách samovyšetřování kůže, vede záznamy o preventivních prohlídkách a zajišťuje dostatek propagačního materiálu. Příklad edukace je uveden v příloze č. 6 (17).

## ***1. 5 Co si veřejnost myslí a co je pravda o maligním melanomu***

### ***1.5.1 Blednutí znaménka***

Veřejnost mylně považuje blednutí znaménka za pozitivní odpověď obranného mechanismu svého organismu. Může se ale jednat o tzv. regredující maligní melanom. V tomto případě by se měl urychleně vyhledat lékař, stejně jako když mateřské znaménko začíná měnit barvu a tvar, a přitom si zachovává pigmentaci (5).

### ***1.5.2 Vzhled bradavice***

Vyrůstají-li z mateřského znaménka chlupy a jedná-li se hlavně o větší znaménka, mají stejný sklon ke zhoubné přeměně jako jiné pigmentové névy (5).

### ***1.5.3 Poranění znaménka***

Pokud dojde k poranění klidného znaménka, které pak může krvácet, nemusí se nutně jednat o rakovinu. Kožní lékař šetrně odstraní zbytky znaménka jako prevenci případných buněčných změn. Krvácí-li však znaménko bez jakékoli příčiny, či začne svědit nebo se jinak měnit, měl by tuto situaci co nejdříve posoudit kožní lékař (5).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2. 1 Cíle práce***

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou rozdíly v prevenci maligního melanomu kůže mezi zdravotníky a nezdravotnickou veřejností.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou rozdíly v prevenci maligního melanomu kůže mezi nezdravotnickou veřejností bez osobní zkušenosti (veřejnost) a veřejností s osobní zkušeností (pacienti).

### ***2. 2 Hypotézy práce***

H1: Zdravotníci se věnují více prevenci maligního melanomu kůže než nezdravotnická veřejnost.

H2: Nezdravotnická veřejnost bez osobní zkušenosti s maligním melanomem kůže se nadměrně sluní.

H3: Veřejnost s osobní zkušeností používá více ochranných prostředků než nezdravotnická veřejnost bez osobní zkušenosti.

H4: Veřejnost s osobní zkušeností se vyhýbá přímému slunci.

H5: Veřejnost s osobní zkušeností chodí na dermatologické kontroly.

## **3. Metodika**

### ***3. 1 Metodika práce***

Téma je zpracováno na základě odborné literatury a informací sebraných formou dotazníku.

Jedná se o kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byl dotazník jednotné formy pro všechny výzkumné soubory a skládal se z 25 uzavřených a 7 polootevřených otázek.

### ***3. 2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumnými soubory byli zdravotníci, nezdravotnická veřejnost bez osobní zkušenosti a veřejnost s osobní zkušeností s maligním melanomem kůže. Věkové rozmezí respondentů bylo 18 – 65 let. Veřejnost s osobní zkušeností je i starší 65 let.

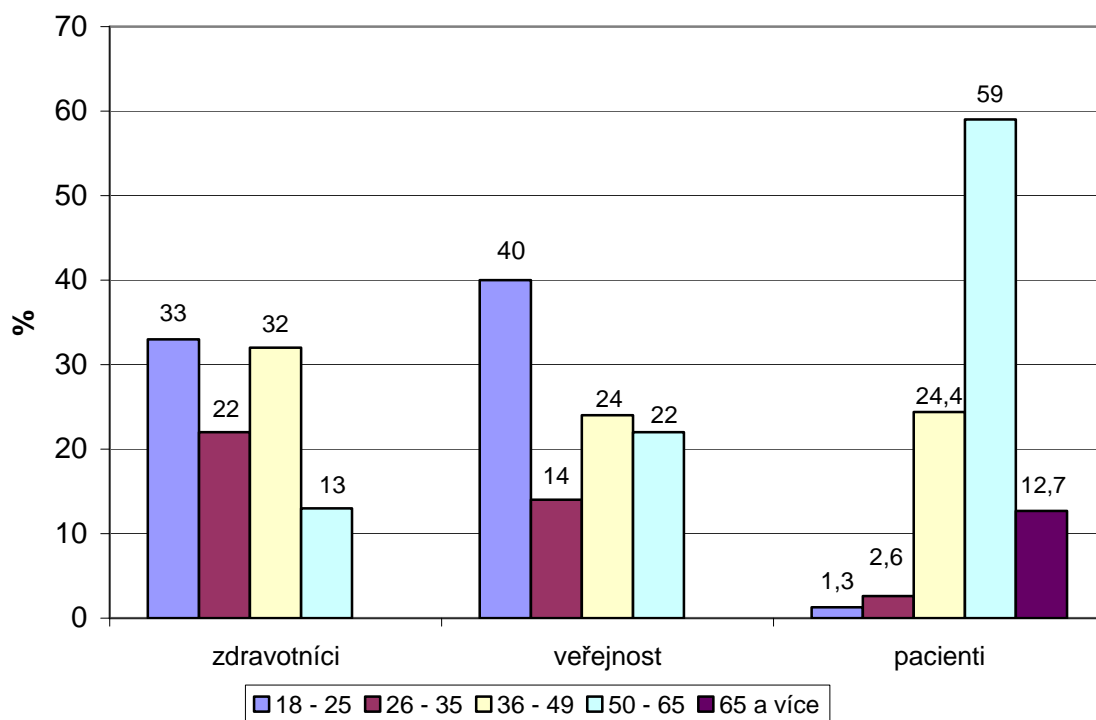
Prvním výzkumným souborem byli zdravotníci z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, návratnost byla 100 %. 10 dotazníků bylo ale nutno vyřadit pro částečné nevyplnění. Do výzkumu bylo v závěru zařazeno 100 zdravotníků.

Druhým výzkumným souborem byli občané z řad nezdravotnické veřejnosti pocházející z více krajů ČR, s různou úrovní vzdělání a typů povolání. Výběr respondentů proběhl technikou sněhové koule za účelem získání 100 respondentů, kteří nemají osobní zkušenost s maligním melanomem.

Třetím výzkumným souborem byli občané z řad veřejnosti s osobní zkušeností – pacienti. Dotazníky byly rozdány především na Dermatovenerologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň, dále v Masarykově onkologickém ústavu Brno a Nemocnici České Budějovice, a.s. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, vráceno jich bylo 90. Návratnost tedy byla 75 %. 12 dotazníků bylo pro neúplné vyplnění vyřazeno. Výzkumu se tak účastnilo 78 pacientů, kteří osobní zkušenost s maligním melanomem měli.

## 4. Výsledky

**Graf 1** Věk respondentů (otázka č. 1)



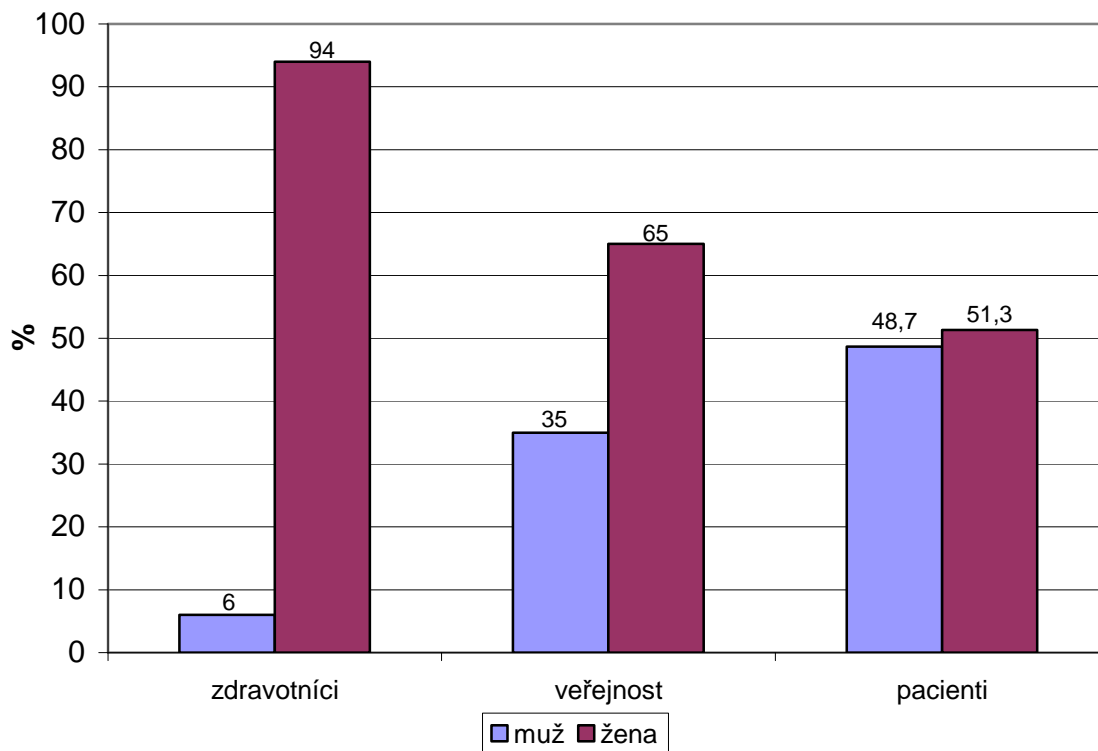
Z celkového počtu zdravotníků (100) je jich ve výzkumu 33 (33 %) ve věku 18 – 25 let, 22 (22 %) ve věku 26 – 35 let, 32 (32 %) ve věku 36 – 49 let a 13 (13 %) ve věku 53 – 65 let.

Z celkového počtu veřejnosti (100) je ve výzkumu 40 (40 %) respondentů ve věku 18 – 25 let, 14 (14 %) ve věku 26 – 35 let, 24 (24 %) ve věku 36 – 49 let a 22 (22 %) ve věku 50 – 65 let.

Pacientů (78) je 1 (1,3 %) ve věku 18 – 25 let, 2 (2,6 %) ve věku 26 – 35 let, 19 (24,4 %) ve věku 36 – 49 let, 46 (59 %) ve věku 50 – 65 let a 10 (12,7 %) starších 65 let.

**Graf 2****Pohlaví**

(otázka č. 2)



Ve skupině zdravotníků (100) bylo 6 (6 %) mužů a 94 (94 %) žen.

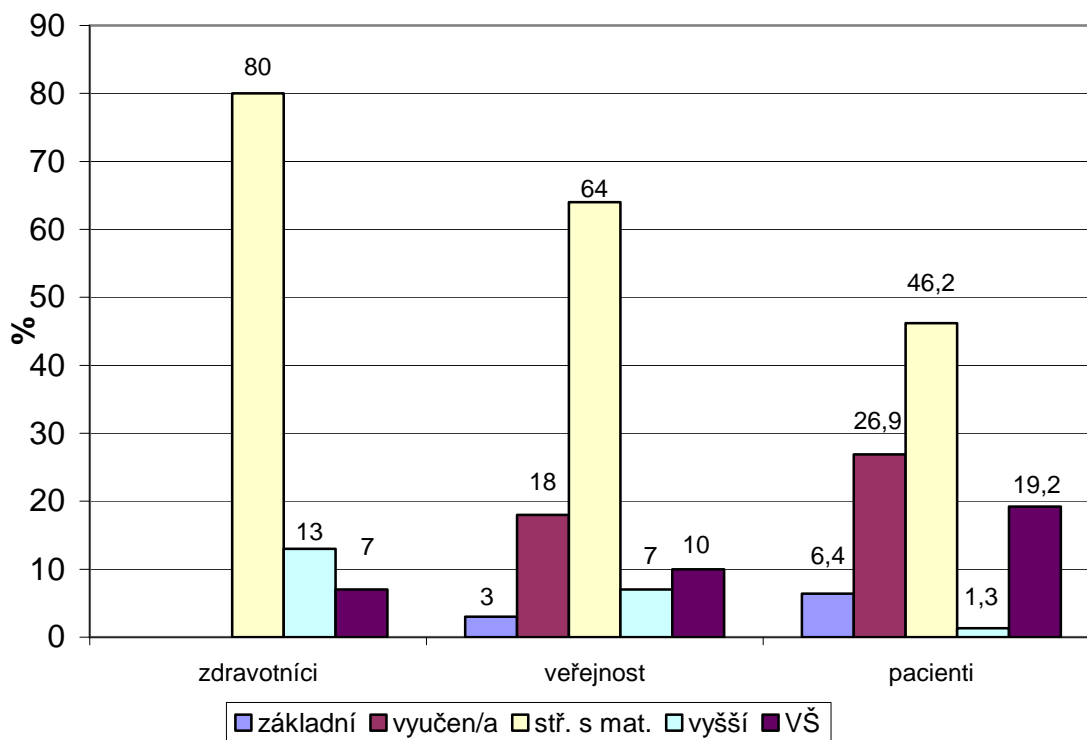
Ve skupině veřejnosti (100) bylo 35 (35 %) mužů a 65 (65 %) žen.

Z pacientů (78) bylo 38 (48,7 %) mužů a 40 (51,3 %) žen.



**Graf 3****Nejvyšší dosažené vzdělání**

(otázka č. 3)



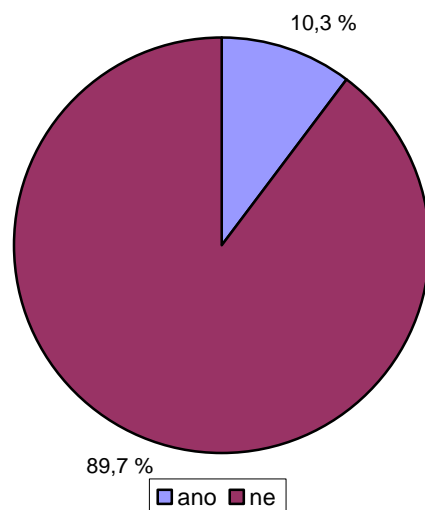
Z celkového počtu zdravotníků (100) jich má 80 (80 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 13 (13 %) vyšší zdravotnické vzdělání a 7 (7 %) vysokoškolské vzdělání.

Z celkového počtu veřejnosti (100) mají 3 (3 %) základní vzdělání, 18 (18 %) jich je vyučeno, 64 (64 %) má středoškolské vzdělání s maturitou a 7 (7 %) má vysokoškolské vzdělání.

Z pacientů (78) má 5 (6,4 %) základní vzdělání, 21 (26,9 %) jich je vyučeno, 36 (46,2 %) má středoškolské vzdělání s maturitou, 1 (1,3 %) vyšší vzdělání a 15 (19,2 %) vysokoškolské vzdělání.

**Graf 4****Zdravotnické vzdělání u pacientů**

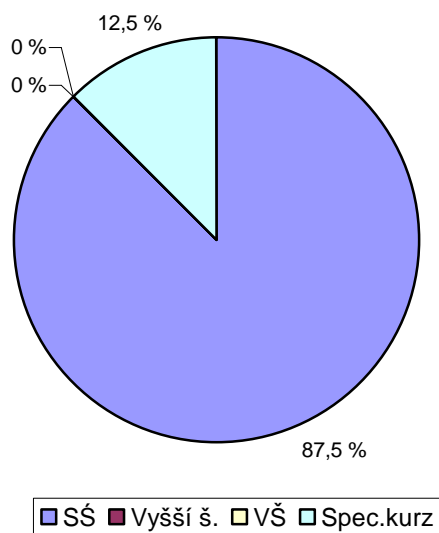
(otázka č. 4)



Z pacientů (78) jich má 8 (10,3 %) zdravotnické vzdělání, 70 (89,7 %) nemá zdravotnické vzdělání.

**Graf 5****Typ zdravotnického vzdělání pacientů**

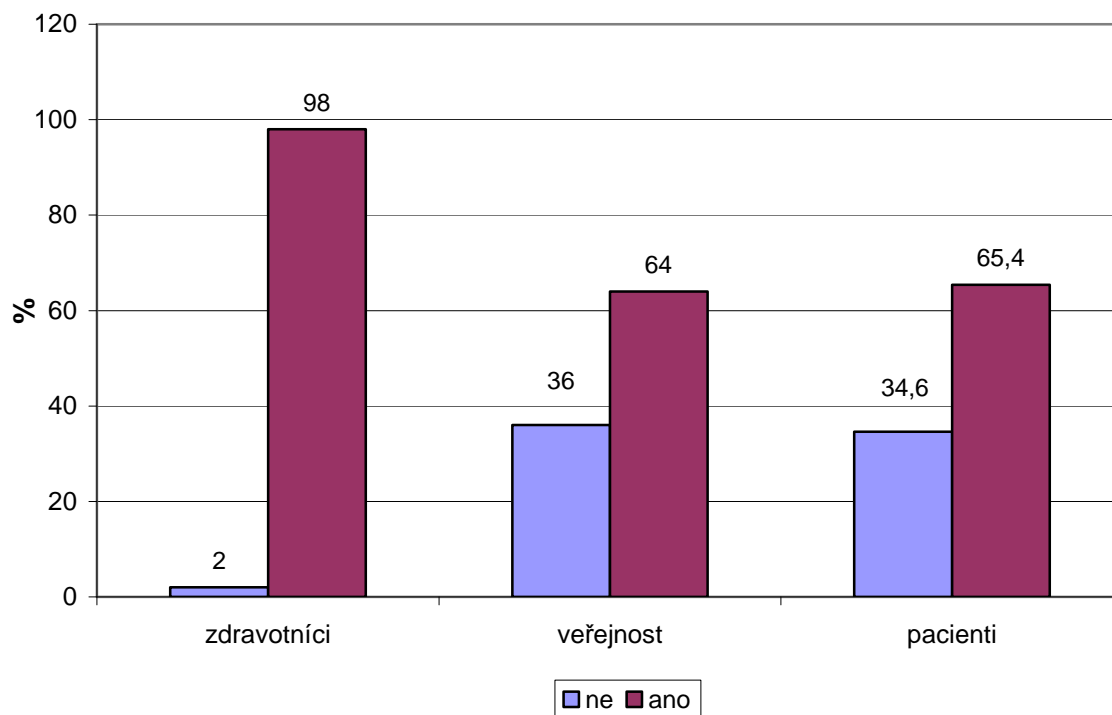
(otázka č. 4)



Z pacientů, kteří mají zdravotnické vzdělání (8), jich má 7 (87,5 %) středoškolské vzdělání s maturitou a 2 (12,5 %) mají speciální zdravotnický kurz.

**Graf 6****Znalost příčiny MMK**

(otázka č. 5)

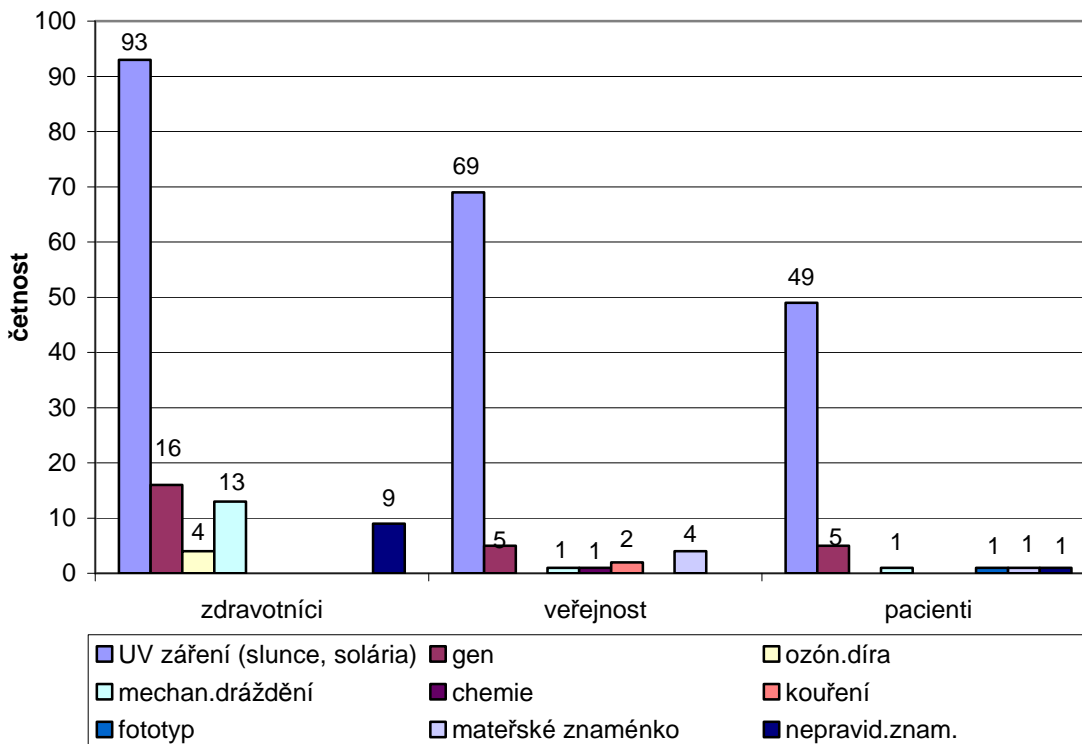


Ze zdravotníků (100) 2 (2 %) neznají příčinu mmk, 98 (98 %) uvádí, že ano  
Z veřejnosti (100) jich 36 (36 %) nezná příčinu mmk, 64 (64 %) uvádí, že ano.  
Z pacientů (78) jich 27 (34,6 %) nezná příčinu mmk a 51 (65,4 %) uvádí, že ano.

**Graf 7**

**Příčiny MMK**

(otázka č. 5)



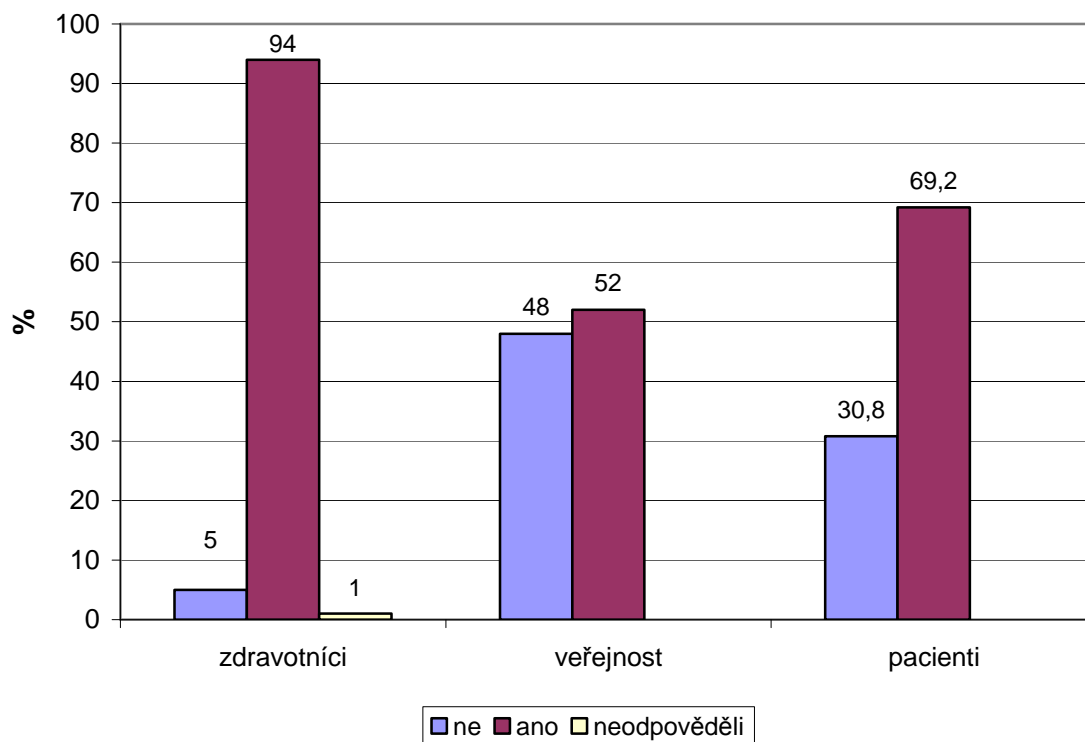
Zdravotníci (98) uvádějí jako příčinu mmk nejčastěji UV záření, dále v pořadí: genetické faktory, mechanické dráždění, nepravidelná znaménka, ozónovou díru.

Veřejnost (64) uvádí nejvíce UV záření, další příčiny v pořadí: gen. faktory, přítomnost mateřského znaménka, kouření, mechanické dráždění, chemické faktory.

Pacienti (51) uvádějí jako příčinu nejčastěji UV záření, dále v pořadí: gen. faktory, mechan. dráždění, kožní fototyp, mateřská znaménka, nepravidelnost znamének.

**Graf 8****Znalost prevence MMK**

(otázka č. 6)



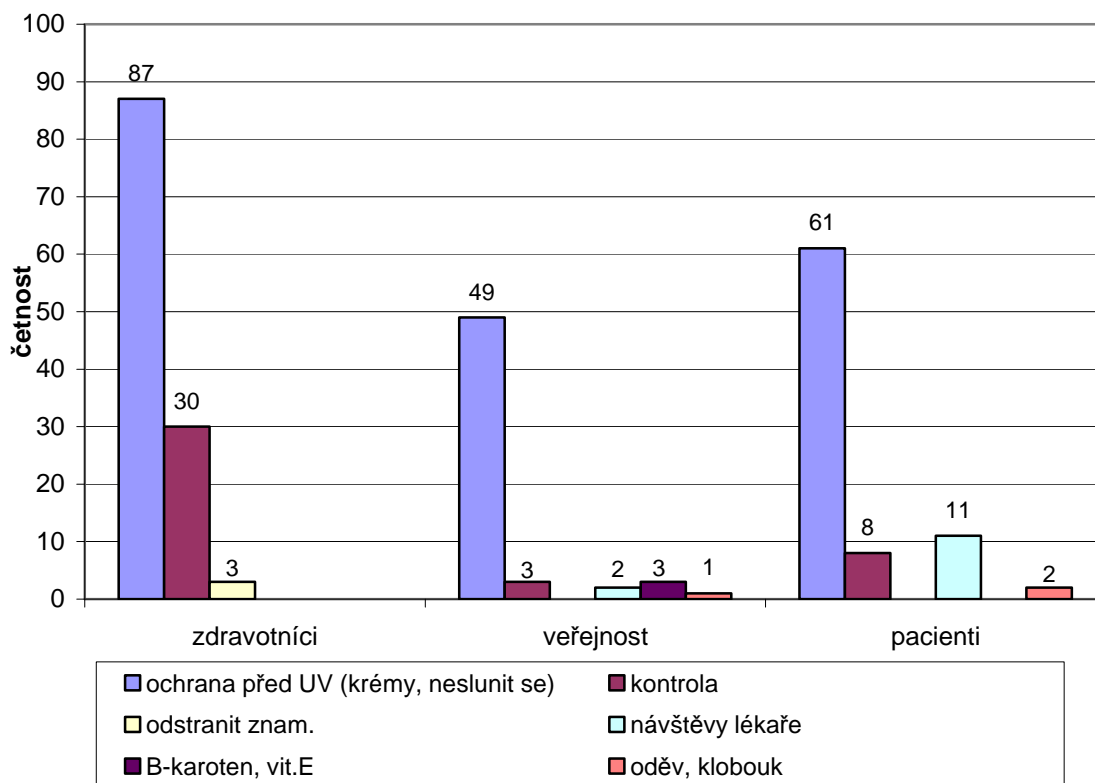
Z celkového počtu zdravotníků (100) jich 5 (5 %) nezná prevenci mmk, 94 (94 %) zná prevenci a 1 (1 %) neodpověděl.

Z celkového počtu veřejnosti (100) jich 48 (48 %) nezná prevenci mmk a 52 (52 %) zná prevenci.

Z celkového počtu pacientů (78) jich 24 (30,8 %) nezná prevenci mmk a 54 (69,2 %) pacientů zná prevenci.

**Graf 9****Prevence MMK**

(otázka č. 6)



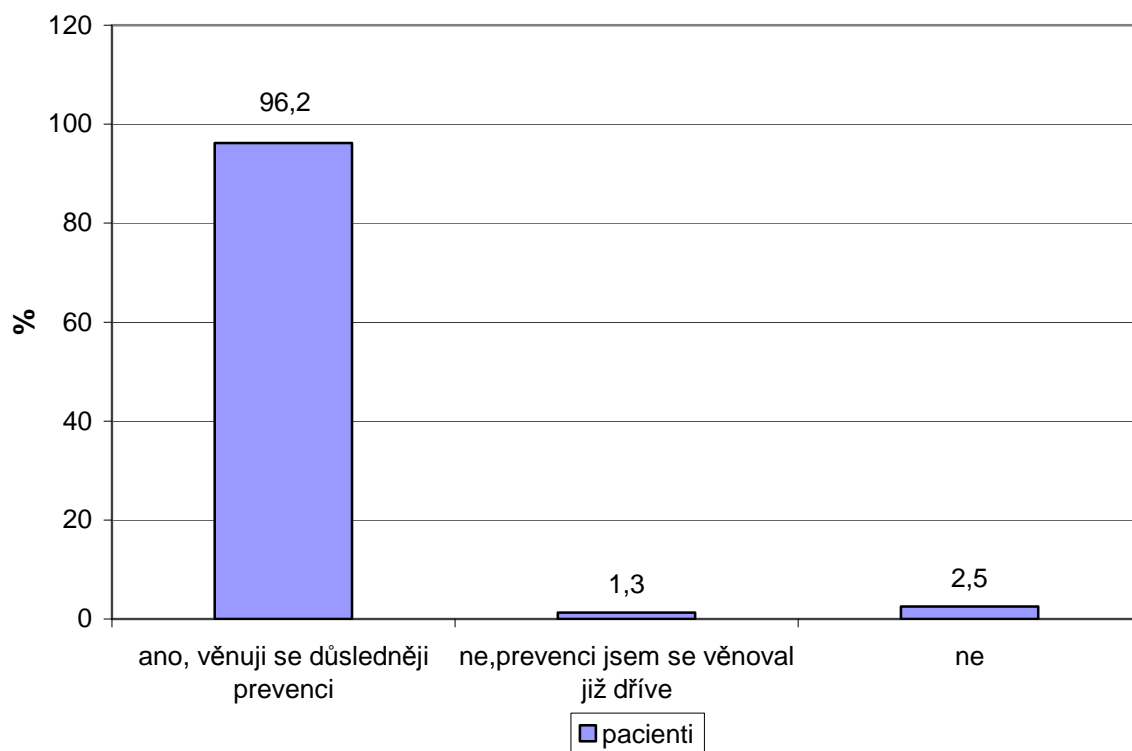
Zdravotníci (94) uvádějí v prevenci nejčastěji ochranu před UV zářením, dále kontroly pigment. znamének, odstranění rizikových znamének

Veřejnost (52) uvádí nejčastěji v prevenci ochranu před UV zářením, dále kontroly pigm. znamének, B-karoten a vit. E, kontroly u lékaře, zvláště uvedli vhodný oděv a klobouk.

Pacienti (54) uvádějí nejčastěji ochranu před UV zářením, kontroly lékařem, samovyšetřování, vhodný oděv, klobouk.

**Graf 10****Vliv dg. MMK na prevenci**

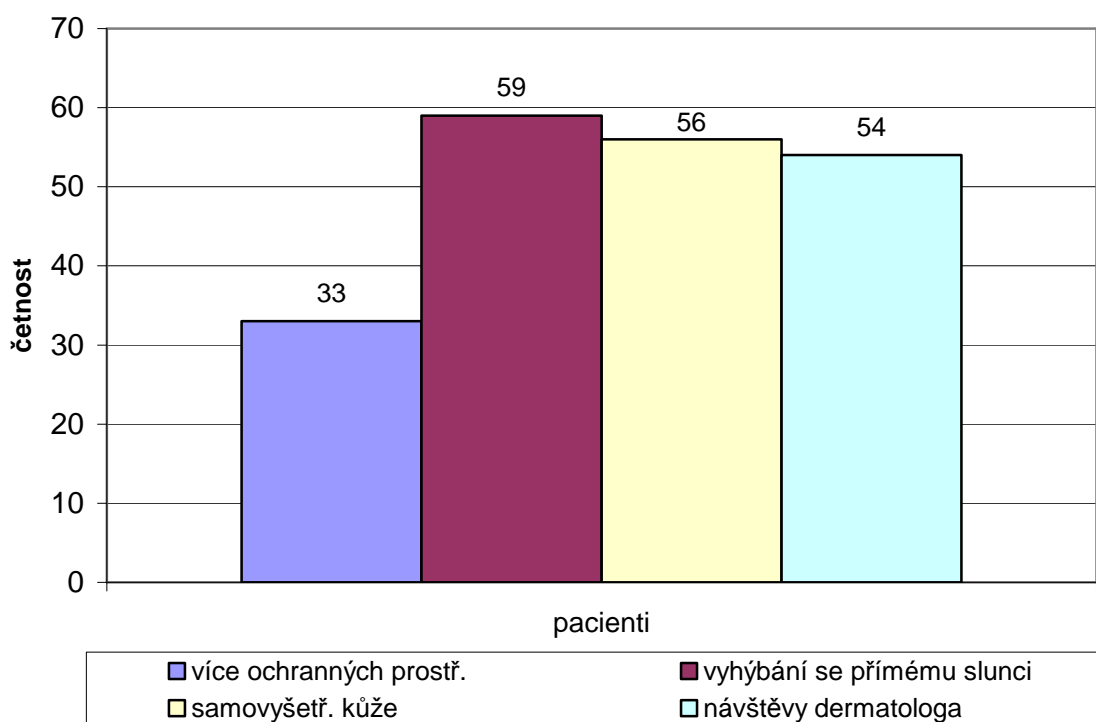
(otázka č. 8)



Z grafu vyplývá, že se pacienti (78) nyní věnují prevenci důsledněji v 75 (96,2 %) případech, prevenci se již dříve věnoval 1 (1,3 %) a ani po osobní zkušenosti se prevenci nevěnují 2 (2,5 %) dotázaní.

**Graf 11****Prevence po stanovení dg. MMK**

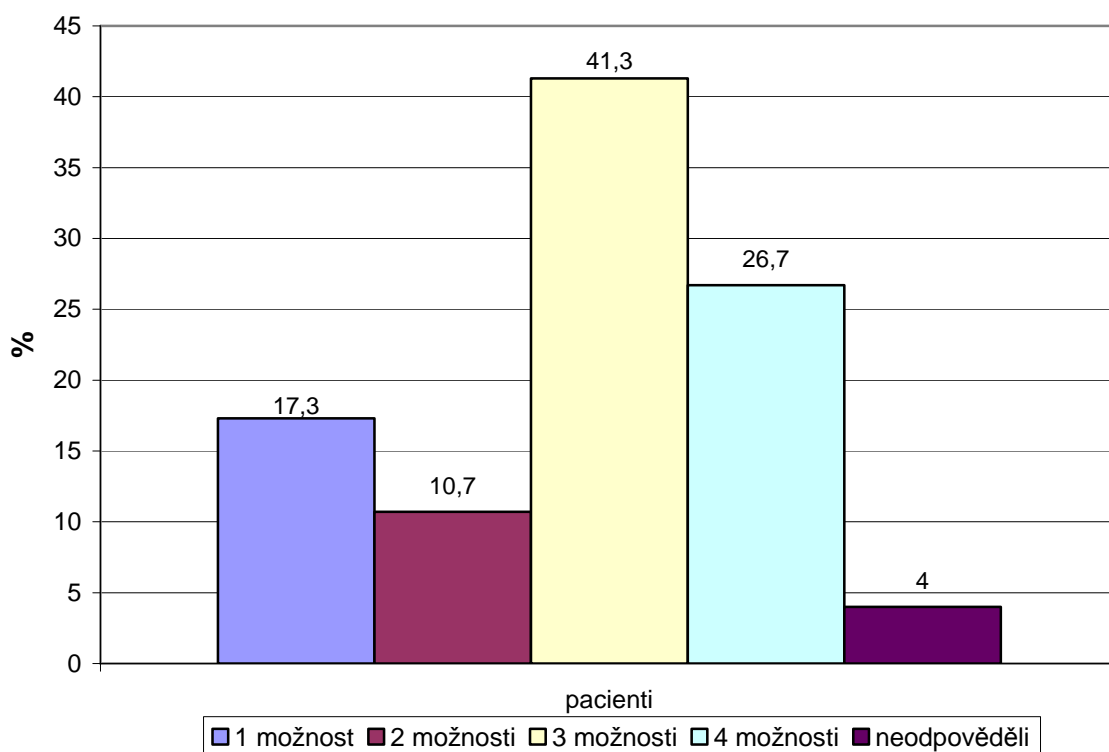
(otázka č.8)



Nejčastěji se pacienti (75) v prevenci vyhýbají přímému slunci, dále v pořadí: provádějí samovyšetřování kůže, navštěvují dermatologa, používají ochranné prostředky.



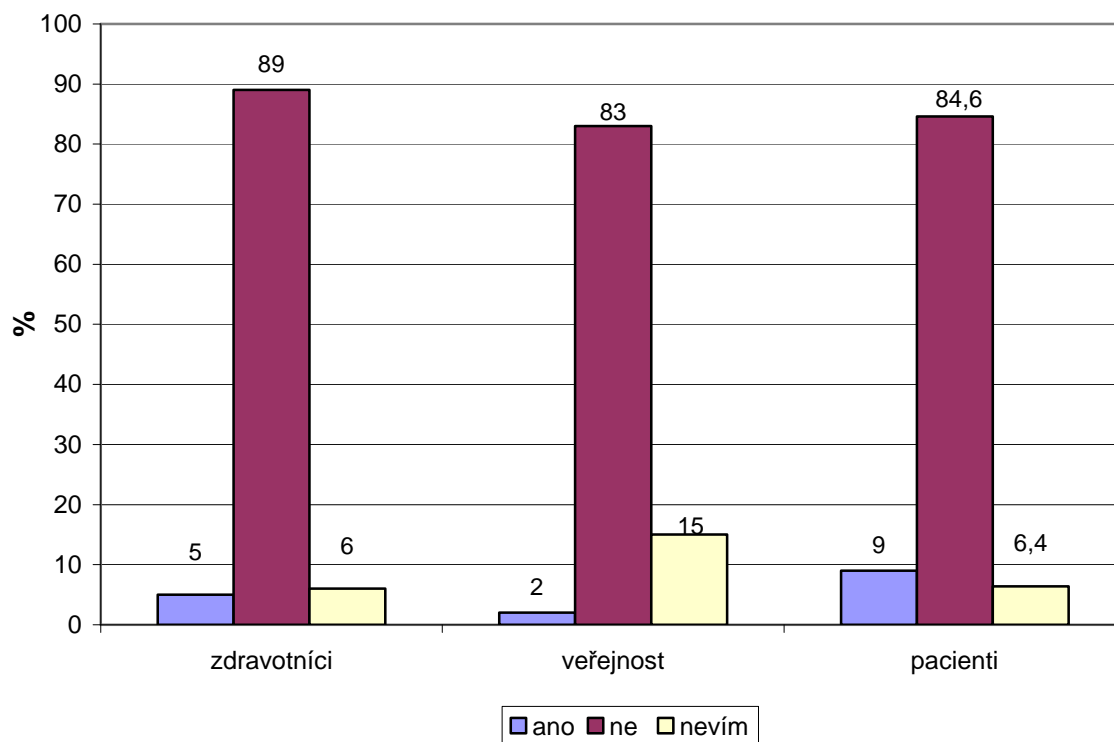
**Graf 12** Míra prevence po stanovení dg. MMK (otázka č. 8)



Z celkového počtu pacientů, kteří se důsledněji věnují prevenci (75), jich 31 (41,3 %) volí 3 možnosti prevence, 20 (26,7 %) 4 možnosti, 13 (17,3 %) 1 možnost, 8 (10,7 %) 2 možnosti a 3 (4 %) pacienti na tuto otázku neodpověděli.

**Graf 13****Maligní melanom v rodině**

(otázka č. 9)



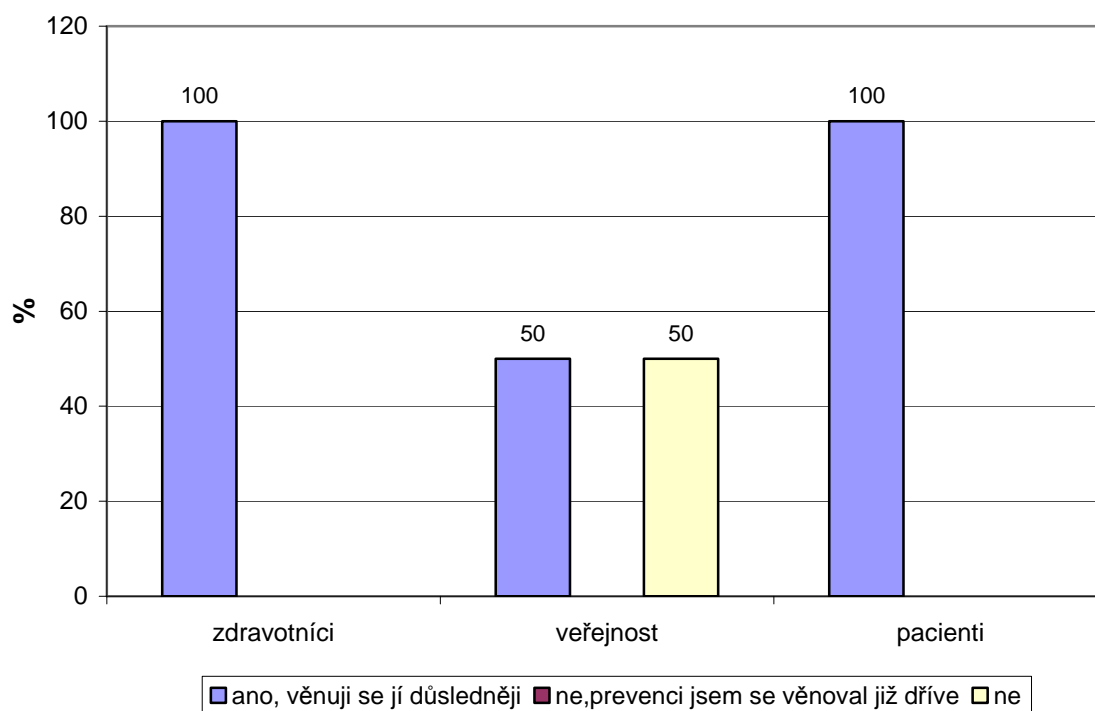
Z celkového počtu zdravotníků (100) jich má zkušenost s mmk v rodině 5 (5 %), 89 (89 %) ne a 6 (6 %) dotázaných neví o výskytu mmk v rodině.

Z celkového počtu veřejnosti (100) mají zkušenost s mmk v rodině 2 (2 %), 83 (83 %) ne a 15 (15 %) neví.

Pacienti (78) se s mmk v rodině setkali v 7 případech (9 %), 66 (84,6 %) se nesetkalo a 5 (6,4 %) neví.

**Graf 14****Vliv MMK v rodině na prevenci**

(otázka č. 10)

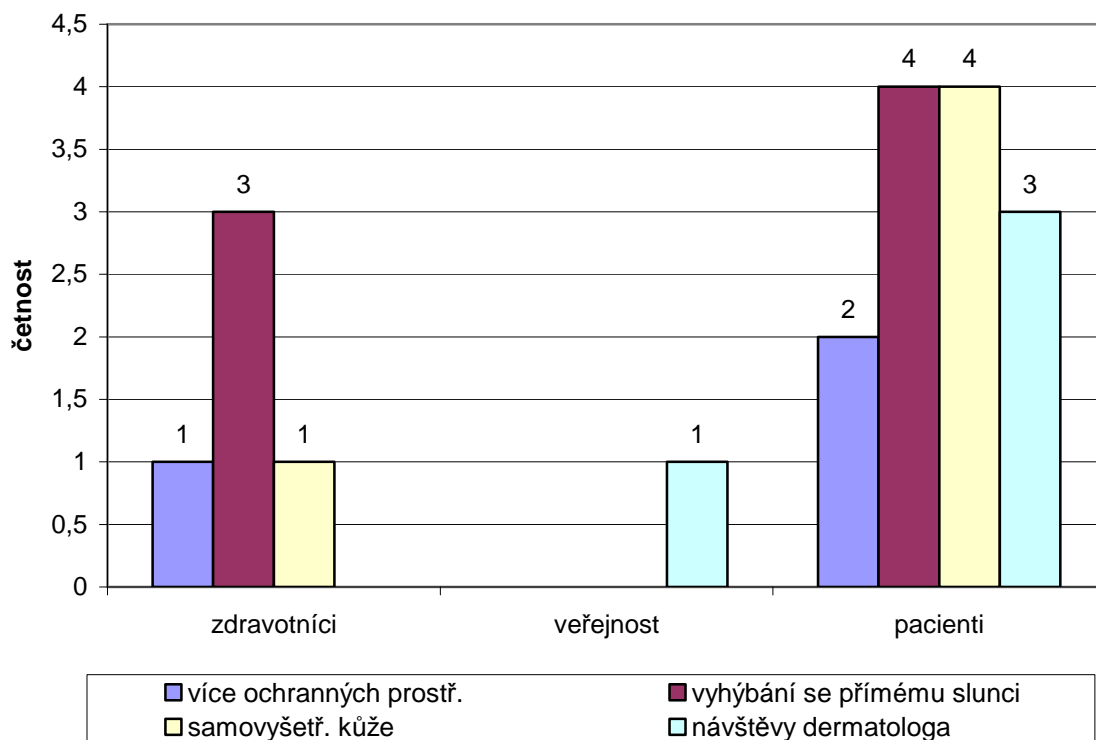


Ze zdravotníků, kteří se setkali s mmk v rodině (5), se všichni (100 %) věnují důsledněji prevenci.

Z veřejnosti, která se setkala s mmk v rodině (2), se 1 (50 %) věnuje důsledněji prevenci a 1 (50 %) nezměnil přístup k prevenci vůbec.

Z pacientů, kteří se setkali s mmk v rodině (7), se všichni (100 %) věnují důsledněji prevenci mmk.

**Graf 15** Prevence ovlivněná zkušeností s mmk v rodině (otázka č. 10)

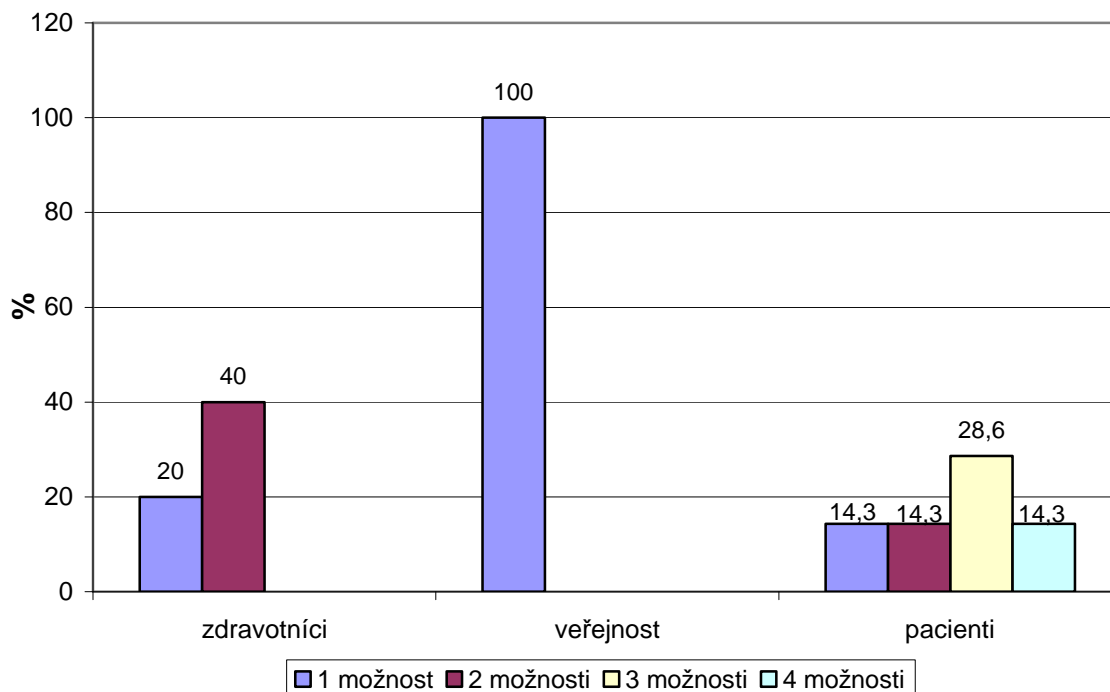


Zdravotníci po zkušenosti s mmk v rodině (5) se nejčastěji vyhýbají přímému slunci, dále používají ochranné prostředky proti UV záření a provádějí samovyšetřování kůže.

Veřejnost (2) nejčastěji navštěvuje dermatologa.

Pacienti se zkušenosti mmk v rodině (7) se nejčastěji vyhýbají přímému slunci, provádí samovyšetřování kůže, dále navštěvují dermatologa a používají ochranné prostředky.

**Graf 16 Míra prevence ovlivněná zkušeností s mmk v rodině**  
(otázka č. 10)



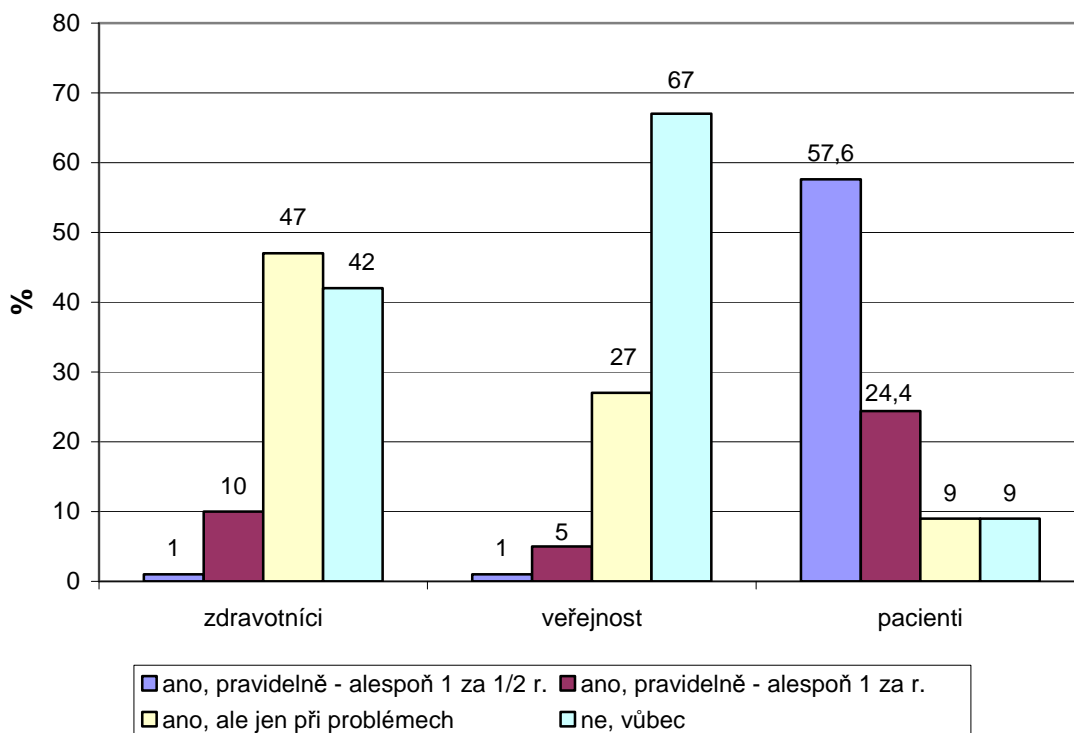
Z celkového počtu zdravotníků, kteří mají zkušenost s mmk v rodině (5), využívá 1 možnost prevence 1 (20 %), 2 (40 %) 2 možnosti.

Z veřejnosti se zkušeností s mmk v rodině (2) využívají všichni (100 %) 1 možnost prevence.

Z pacientů, kteří se setkali s mmk v rodině (7), využívá 1 možnost prevence 1 (14,3 %), 2 možnosti 1 (14,3 %), 3 možnosti 2 (28,6 %) a 4 možnosti 1 (14,3 %). 2 dotázaní (28,6 %) neodpověděli.

**Graf 17**    **Kontrola pigm. znamének dermatologem**

(otázka č. 11)



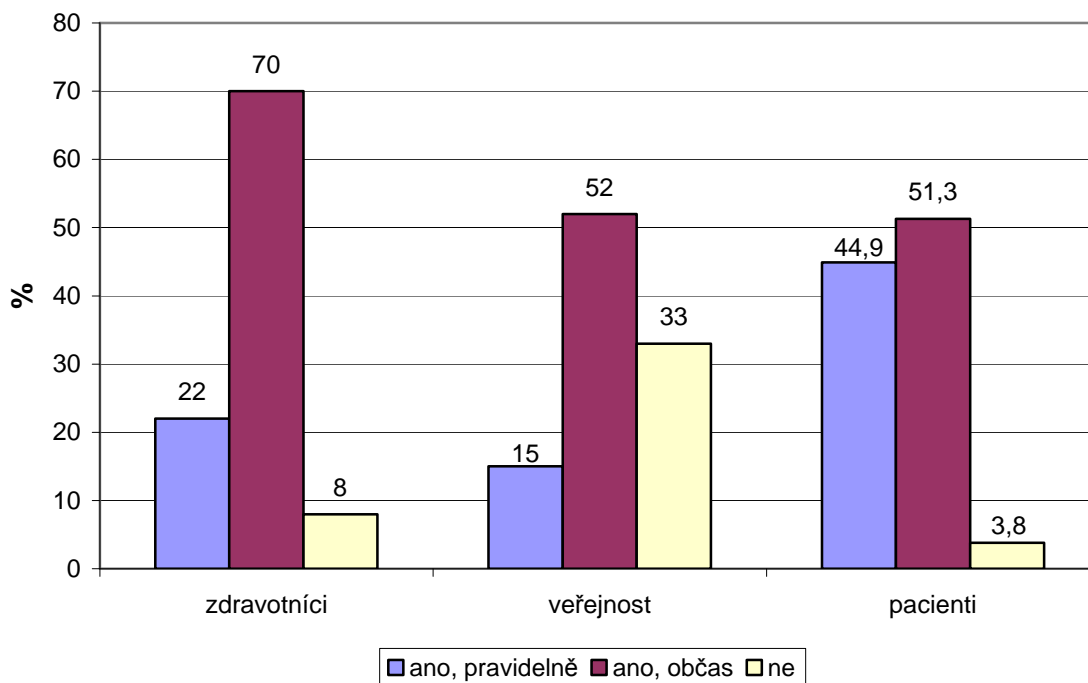
Z celkového počtu zdravotníků (100) si pigm. znaménka nechává kontrolovat 1 (1 %) pravidelně, alespoň 1 za ½ roku, 10 (10 %) dotázaných alespoň 1 ročně, 47 (47 %) jen při problémech a 42 (42 %) zdravotníků vůbec.

Z celkového počtu veřejnosti (100) si pigm. znaménka nechává kontrolovat 1 (1 %) pravidelně, alespoň 1 za ½ roku, 5 (5 %) 1 ročně, 27 (27 %) jen při problémech a 67 (67 %) vůbec.

Z celkového počtu pacientů (78) si pigm. znaménka nechává kontrolovat dermatologem 45 (57,6 %) pacientů pravidelně, alespoň 1 za ½ roku, 19 (24,4 %) pacientů alespoň 1 ročně, 7 (9 %) jen při problémech a 7 (9 %) dotázaných vůbec.

**Graf 18****Samovyšetřování pigm. znamének**

(otázka č. 12)

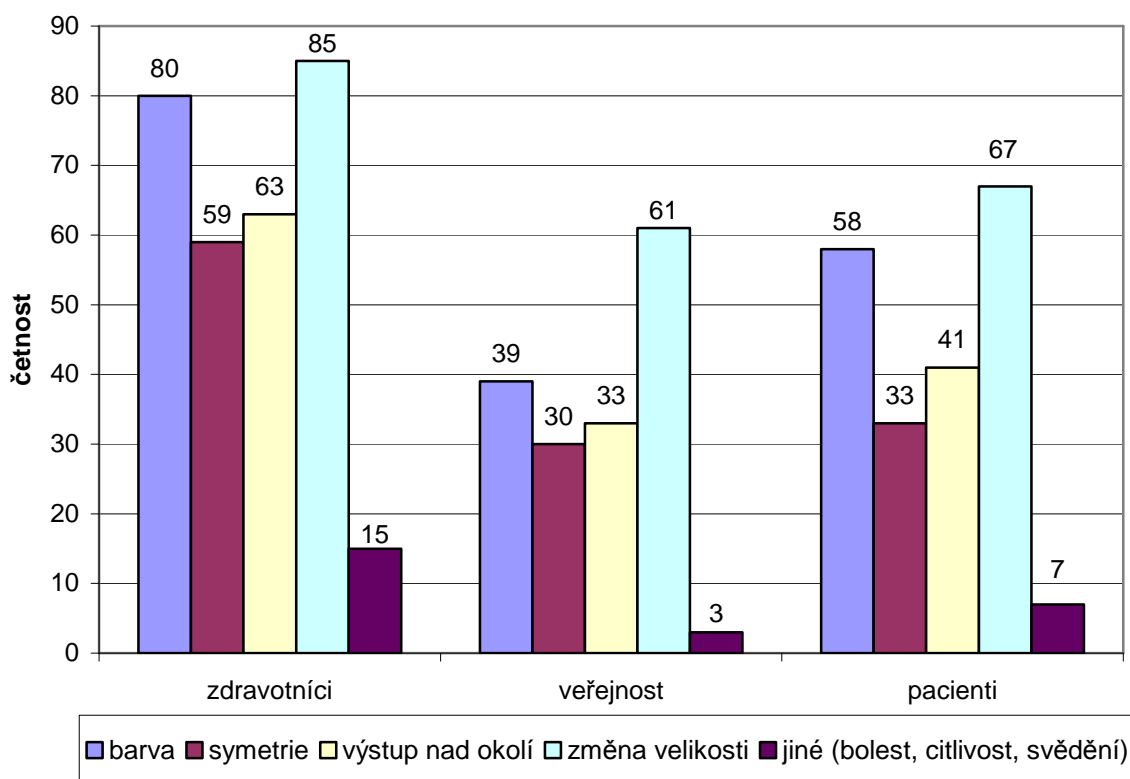


Z celkového počtu zdravotníků (100) jich 22 (22 %) provádí samovyšetřování pigm. znamének pravidelně, 70 (70 %) občas a 8 (8 %) zdravotníků neprovádí samovyšetřování vůbec.

Z celkového počtu veřejnosti (100) jich 15 (15 %) provádí samovyšetřování pravidelně, 52 (52 %) občas a 33 (33 %) vůbec.

Z celkového počtu pacientů (78) jich 35 (44,9 %) provádí samovyšetřování pravidelně, 40 (51,3 %) občas a 3 (3,8 %) vůbec.

**Graf 19** Znamky sledované při samovyšetřování kůže (otázka č. 13)



Z grafu vyplývá, že zdravotníci (92) sledují při samovyšetřování nejčastěji změnu velikosti znaménka, dále barvu, výstup nad okolí, symetrii, jiné.

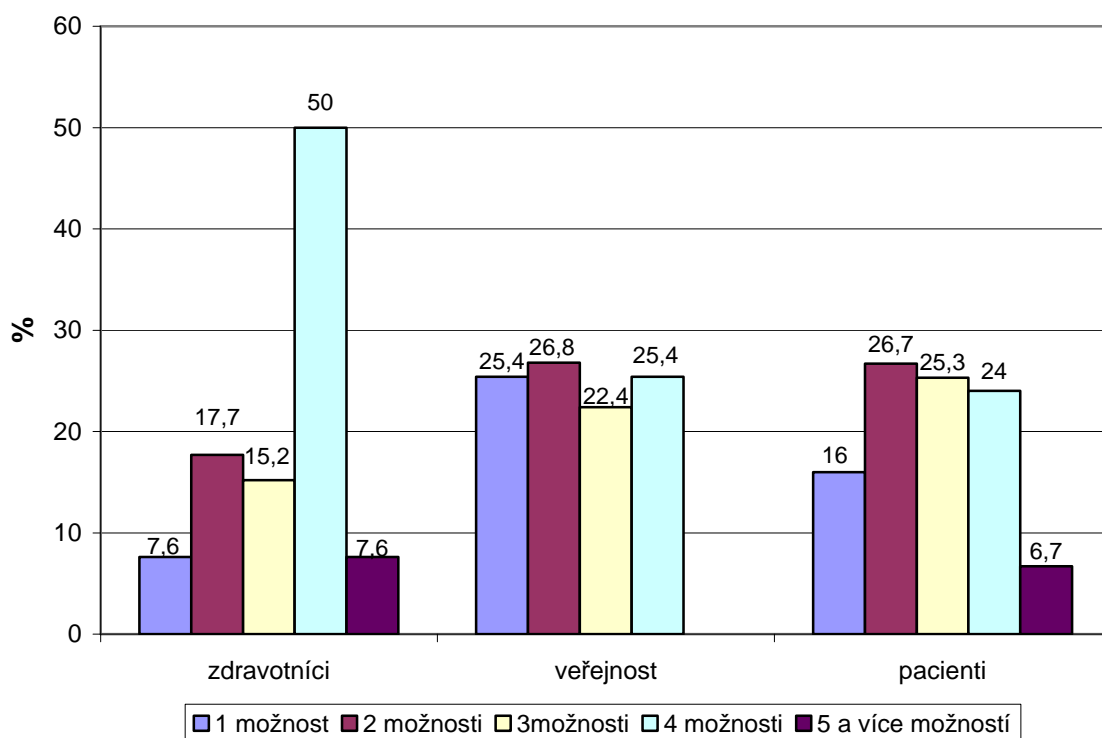
Veřejnost (67) se nejvíce zaměřuje na změnu velikosti, dále na barvu, výstup nad okolí, symetrii, jiné.

Pacienti (75) se zaměřují na změnu velikosti, dále na barvu znaménka, výstup nad okolí, symetrii, jiné.



**Graf 20****Rozsah samovyšetřování kůže**

(otázka č. 13)

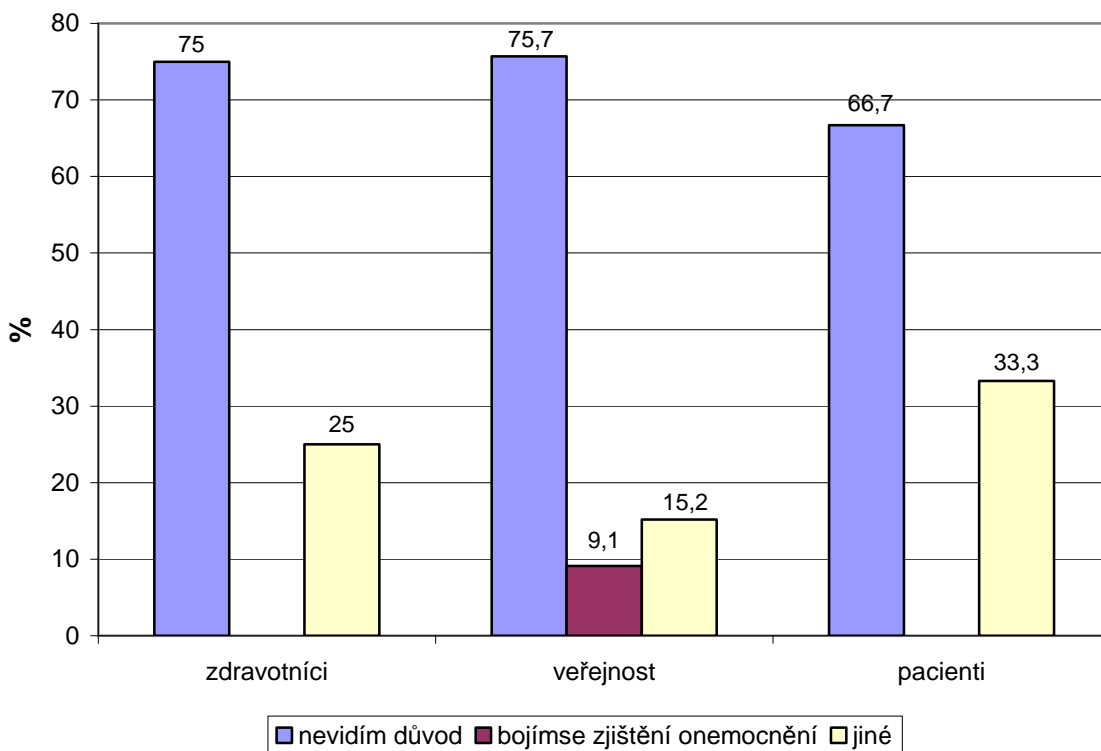


Z celkového počtu zdravotníků, kteří provádí samovyšetřování kůže (92), jich 7 (7,6 %) sleduje jen jeden znak, 17 (17,7 %) 2 znaky, 14 (15,2 %) 3 znaky, 46 (50 %) 4 znaky a 7 (7,6 %) 5 více znaků.

Z celkového počtu veřejnosti, která provádí samovyšetřování (67), jich 17 (25,4 %) sleduje 1 znak, 18 (26,8 %) 2 znaky, 15 (22,4 %) 3 znaky a 17 (25,4 %) 4 znaky.

Z pacientů (75) jich sleduje 1 znak 12 (16 %), 2 znaky 20 (26,7 %), 3 znaky 19 (25,3 %), 4 znaky 18 (24 %) a 5 a více znaků 5 (6,7 %). 1 (1,3 %) pacient neodpověděl.

**Graf 21**      **Důvod neprovádění samovyšetřování kůže**      (otázka č. 14)



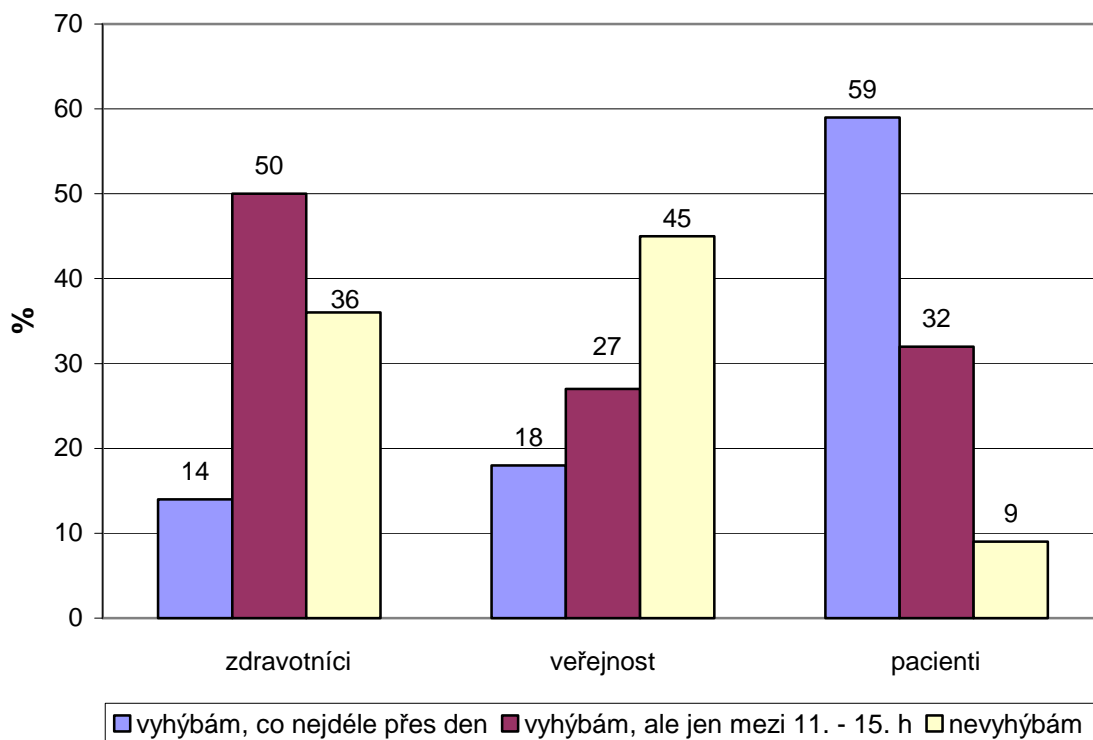
Ze zdravotníků, kteří neprovádějí samovyšetřování kůže (8), jich 6 (75 %) nevidí důvod ke kontrole, 2 (25 %) uvádí jiný důvod.

Z veřejnosti, která neprovádí samovyšetřování kůže (33), jich 25 (75,7 %) nevidí důvod ke kontrole, 3 (9,1 %) se bojí případného zjištění onemocnění a 5 (15,2 %) uvádí jiný důvod.

Z pacientů, kteří neprovádí samovyšetřování kůže (3), 2 (66,7 %) nevidí důvod ke kontrole a 1 (33,3 %) uvádí jiný důvod.

**Graf 22****Vyhýbání se přímému slunci**

(otázka č. 15)



Z celkového počtu zdravotníků (100) se jich přímému slunci vyhýbá co nejdéle přes den 14 (14 %) 50 (50 %) zdravotníků se mu vyhýbá, ale jen mezi 11. - 15. h. a 36 (36 %) zdravotníků se slunci nevyhýbá.

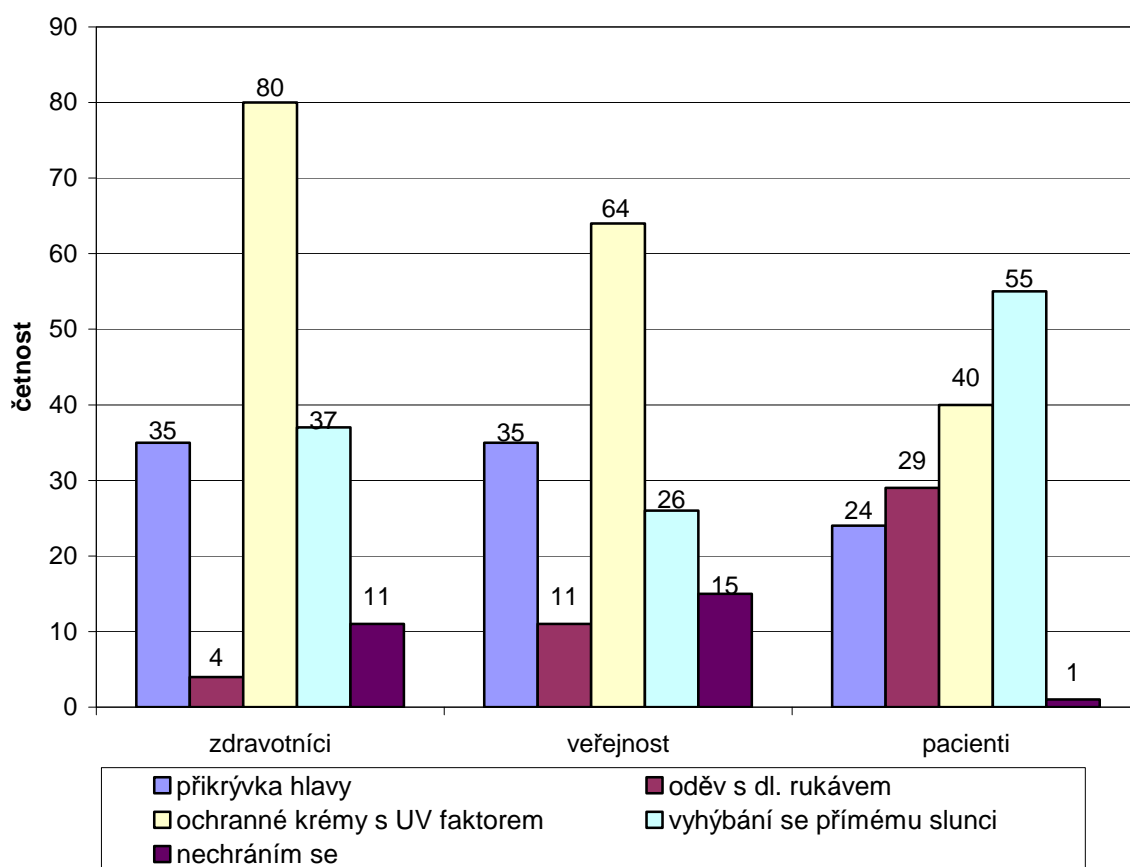
Z celkového počtu veřejnosti (100) se jich přímému slunci vyhýbá co nejdéle přes den 18 (18 %), 27 (27 %) se vyhýbá jen mezi 11. - 15. hodinou a 45 (45 %) dotázaných se přímému slunci nevyhýbá.

Z celkového počtu pacientů (78) se jich 46 (59 %) přímému slunci vyhýbá co nejdéle přes den, 25 (32 %) se slunci vyhýbá jen mezi 11. - 15. h. a 7 (9 %) pacientů se přímému slunci nevyhýbá.

**Graf 23**

**Ochrana před sluncem**

(otázka č. 16)

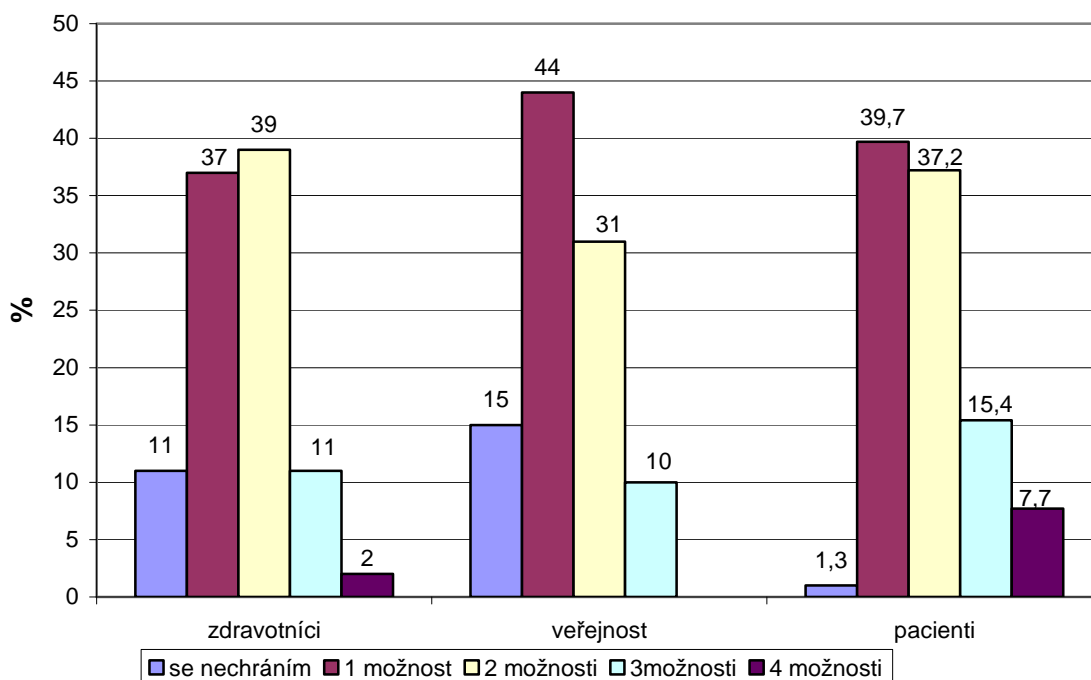


Z grafu vyplývá, že zdravotníci (100) jako ochranu před sluncem během dne používají nejčastěji ochranné krémy s UV faktorem, dále v pořadí: vyhýbají se přímému slunci, chrání se přikrývkou hlavy, oděvem s dlouhým rukávem. 11 (11 %) se nechrání.

Veřejnost (100) používá nejčastěji ochranné krémy s UV faktorem, dále v pořadí: používá přikrývku hlavy, vyhýbá se přímému slunci, používá vhodný oděv. 15 dotázaných (15 %) se před sluncem během dne nechrání.

Pacienti (78) se nejčastěji vyhýbají slunci, dále v pořadí: používají ochranné krémy, vhodný oděv, přikrývku hlavy. V 1 % se nechrání.

**Graf 24** Míra ochrany před sluncem během dne (otázka č. 16)



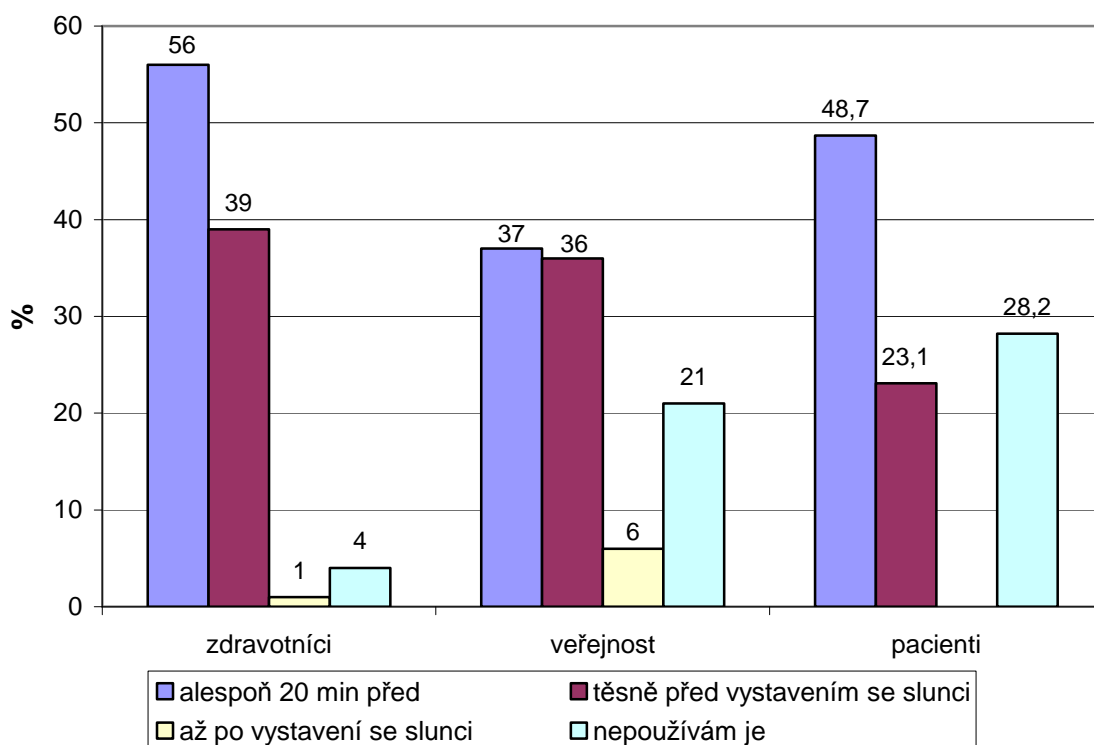
Z celkového počtu zdravotníků (100) jich v ochraně před slunce během dne 1 možnost využívá 37 (37 %), 2 možnosti 39 (39 %), 3 možnosti 11 (11 %), 4 možnosti 2 (2 %) a 11 (11 %) zdravotníků se před sluncem nechrání.

Z celkového počtu veřejnosti (100) jich 1 možnost využívá 44 (44 %), 2 možnosti 31 (31 %), 3 možnosti 10 (10 %) a 15 (15 %) dotázaných se nechrání.

Z pacientů (78) jich 31 (39,7 %) využívá v ochraně před slunce během dne 1 možnost, 29 (37,2 %) 2 možnosti, 12 (15,4 %) pacientů 3 možnosti, 6 (7,7 %) 4 možnosti a 1 (1,3 %) z dotázaných se nechrání.

**Graf 25****Čas aplikace ochranných prostředků**

(otázka č.17)



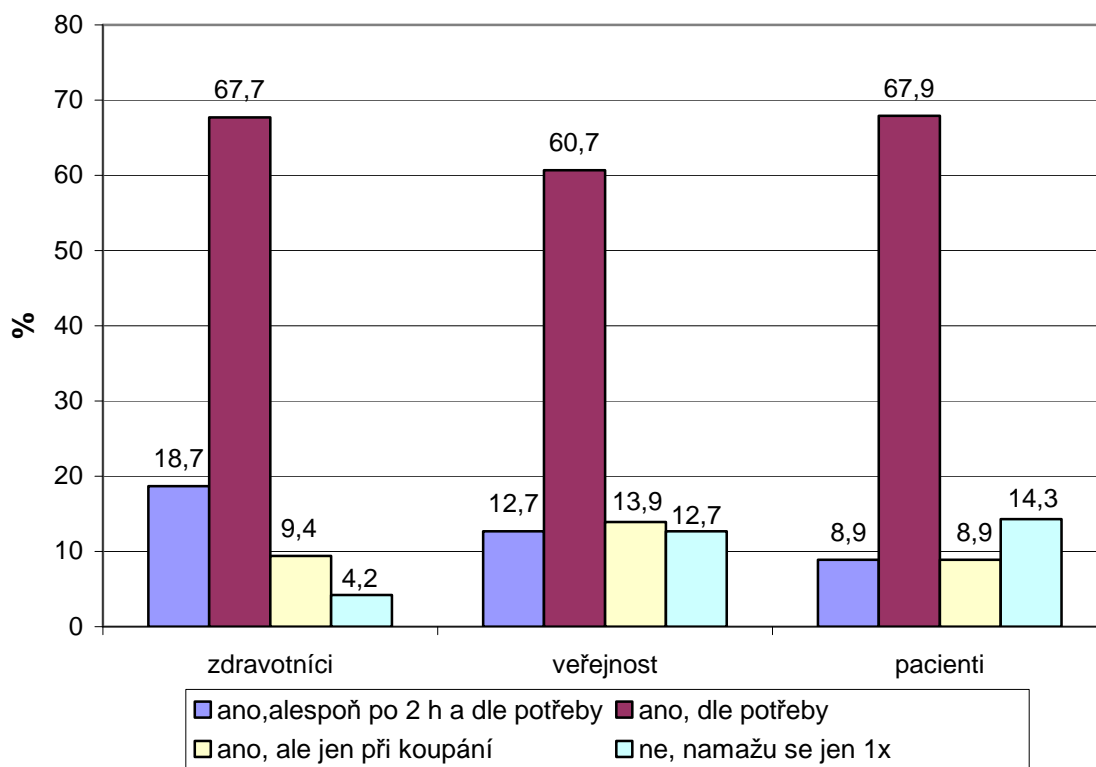
Z celkového počtu zdravotníků (100) si jich 56 (56 %) aplikuje kosmetické přípravky s UV faktorem alespoň 20 minut před vystavením se slunci, 39 (39 %) těsně před vystavením se slunci, 1 (1 %) až po vystavení se slunci a 4 (4 %) zdravotníci nepoužívají ochranné krémy.

Z celkového počtu veřejnosti (100) si jich 37 (37 %) aplikuje ochranné krémy alespoň 20 minut předem, 36 (36 %) těsně před vystavením se slunci, 6 (6 %) až po vystavení se slunci a 21 (21 %) dotázaných ochranné krémy nepoužívá.

Z celkového počtu pacientů (78) si jich 38 (48,7 %) aplikuje ochranné krémy alespoň 20 minut předem, 18 (23,1 %) těsně před vystavením se slunci a 22 (28,2 %) pacientů nepoužívá ochranné krémy.

**Graf 26 Opakování aplikace ochranných krémů**

(otázka č. 18)



Z grafu vyplývá, že zdravotníci, kteří používají ochranné krémy (96), jejich aplikaci opakují v 18 (18,7 %) případech alespoň po 2 hodinách a dle potřeby, 65 (67,7 %) zdravotníků opakuje aplikaci dle potřeby, v 9 (9,4 %) případech opakují aplikaci jen při koupání a 4 (4,2 %) zdravotníci se namažou jen jednou.

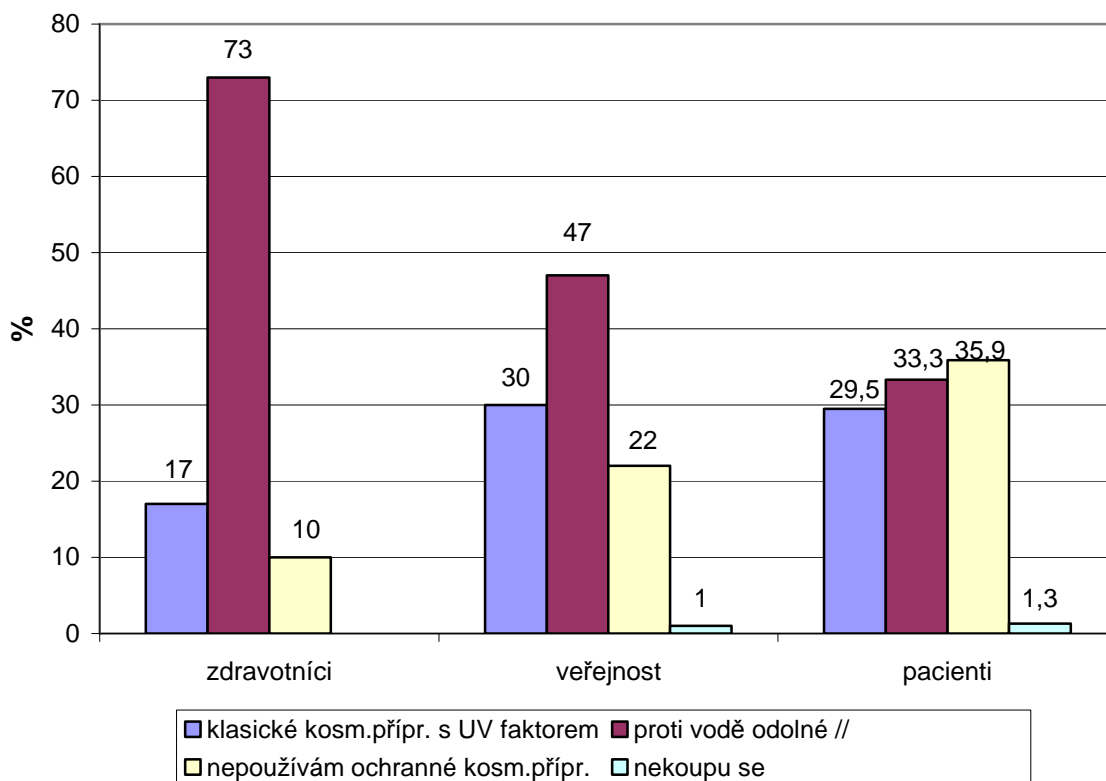
Z celkového počtu veřejnosti, která používá ochranné krémy (79), jich 10 (12,7 %) opakuje aplikaci alespoň po 2 hodinách a dle potřeby, 48 (60,7 %) dotázaných opakuje aplikaci dle potřeby, 11 (13,9 %) opakuje aplikaci jen při koupání a 10 (12,7 %) se jich namaže jen jednou.

Z pacientů, kteří používají ochranné krémy (56), jich 5 (8,9 %) opakuje aplikaci alespoň po 2 hodinách a dle potřeby, 38 (67,9 %) dle potřeby, 5 (8,9 %) jen při koupání a 8 (14,3 %) pacientů se namaže jen jednou.

Graf 27

## Ochranné prostředky při koupání

(otázka č. 19)



Z celkového počtu zdravotníků (100) jich 17 (17 %) používá při koupání klasické ochranné prostředky s UV faktorem, 73 (73 %) jich používá voděodolné kosmetické přípravky s UV faktorem a 10 (10 %) zdravotníků nepoužívá při koupání žádné ochranné přípravky.

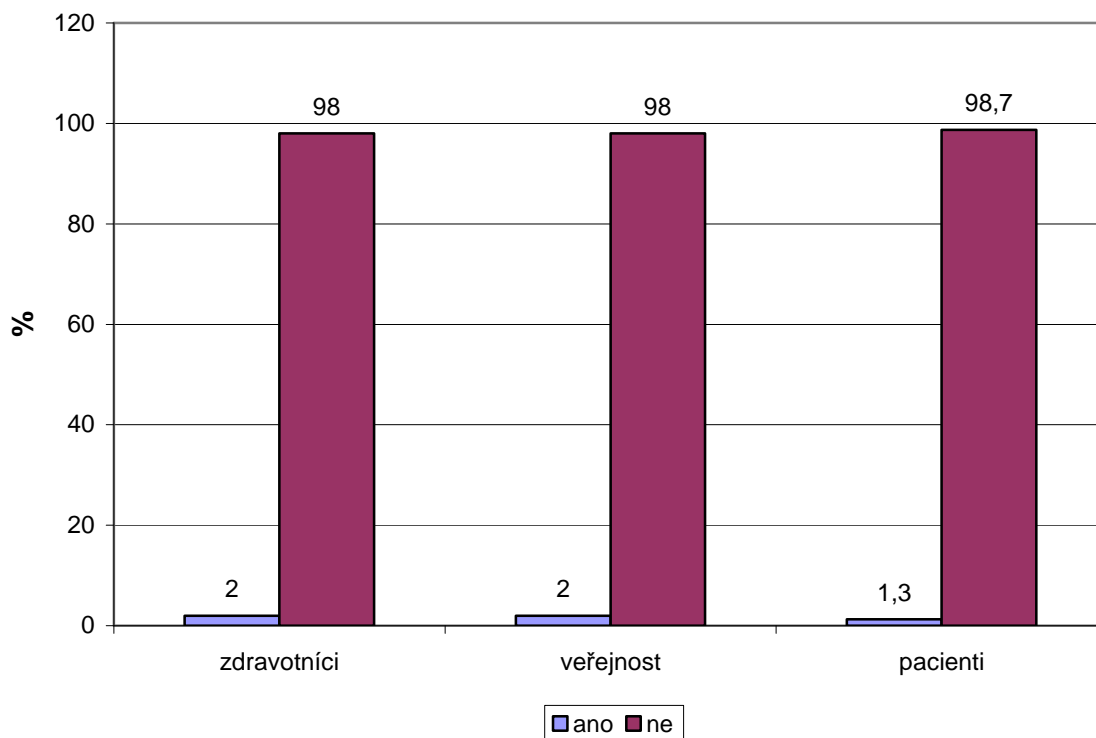
Z veřejnosti (100) jich 30 (30 %) používá při koupání klasické ochranné přípravky s UV faktorem, 47 (47 %) jich používá voděodolné kosmetické přípravky s UV faktorem, 22 (22 %) dotázaných nepoužívá žádné ochranné přípravky a 1 (1 %) uvedl, že se nekoupe.

Z celkového počtu pacientů (78) jich 23 (29,5 %) používá při koupání klasické ochranné přípravky s UV faktorem, 26 (33,3 %) dotázaných používá voděodolné ochranné přípravky, 28 (35,9 %) jich nepoužívá žádné ochranné kosmetické prostředky a 1 (1,3 %) se nekoupe.



**Graf 28****Používání oděvu s UPF**

(otázka č. 20)



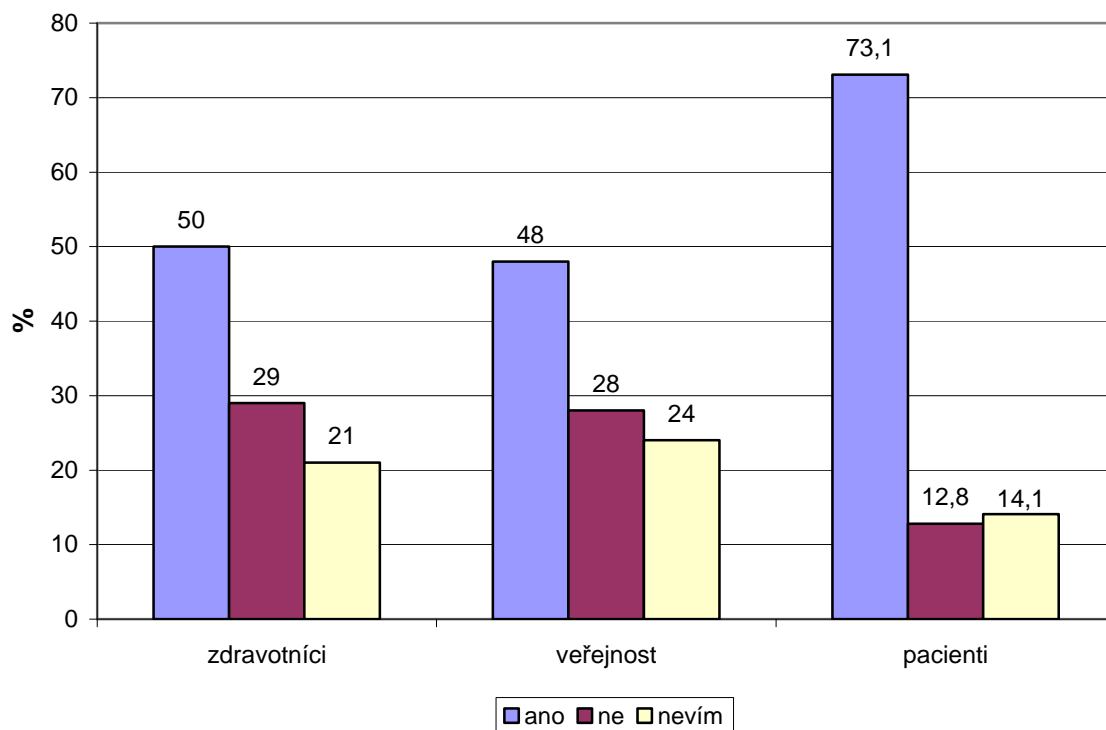
Ze zdravotníků (100) používají oděv s UPF faktorem 2 (2 %) a 98 (98 %) zdravotníků ho nepoužívá.

Z veřejnosti (100) používají oděv s UPF 2 (2 %) a 98 (98 %) veřejnosti ne.

Z pacientů (78) používá oděv s UPF 1 (1,3 %) a 77 (98,7 %) pacientů ho nepoužívá.

**Graf 29****Opakované spálení v dětství**

(otázka č. 21)



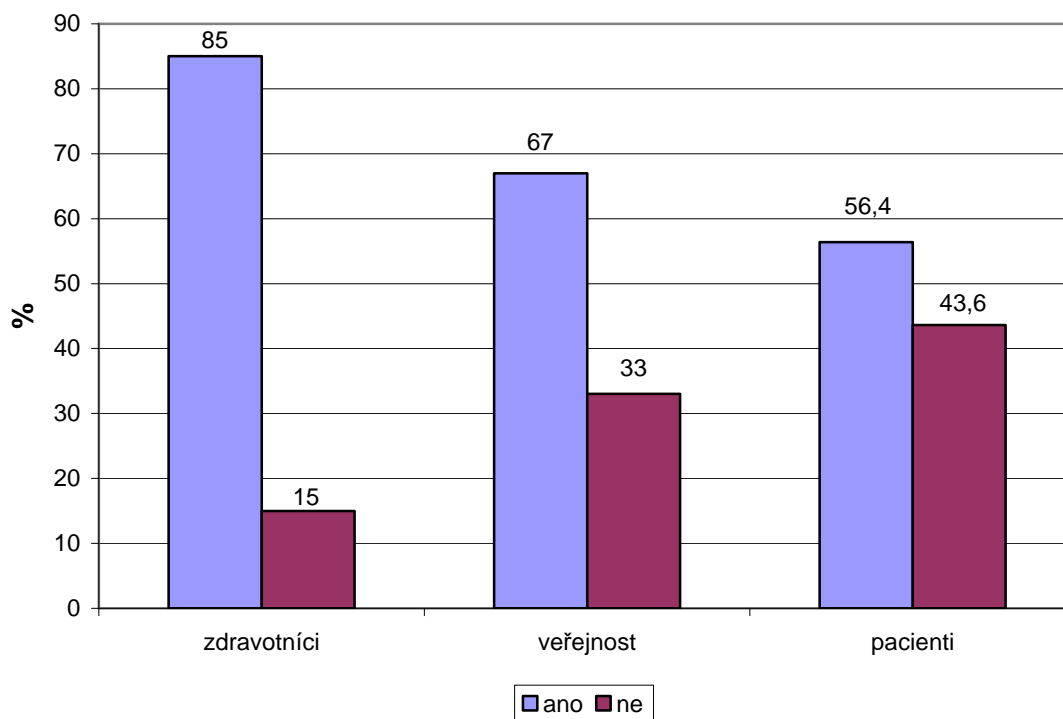
Ze zdravotníků (100) jich 50 (50 %) udává opakované spálení kůže v dětství, 29 (29 %) si jich nespálilo kůží a 21 (21 %) zdravotníků neví.

Z veřejnosti (100) si jich 48 (48 %) v dětství opakovaně spálilo kůží, 28 (28 %) ne a 24 (24 %) neví.

Z pacientů (78) si jich opakovaně spálilo v dětství kůží 57 (73,1 %), 10 (12,8 %) uvádí, že ne a 11 (14,1 %) pacientů neví.

**Graf 30****Znalost vlastního fototypu**

(otázka č. 22)



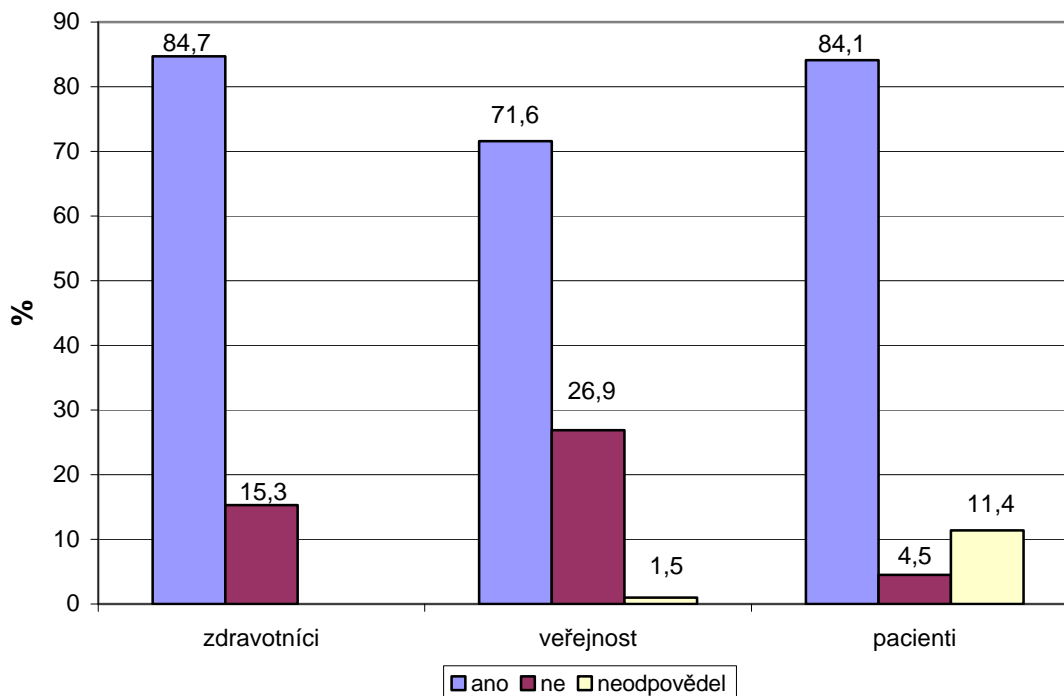
Z grafu vyplývá, že zdravotníci (100) znají svůj fototyp v 85 (85 %) případech, 15 (15 %) dotázaných ho nezná.

Z veřejnosti (100 %) jich 67 (67 %) zná svůj fototyp, 33 (33 %) ne.

Z pacientů (78) jich 44 (56,4 %) zná svůj fototyp, 34 (43,6 %) pacientů ho nezná.

**Graf 31****Respektování fototypu**

(otázka č. 23)



Ze zdravotníků, kteří znají svůj kožní fototyp (85), se jím řídí 72 (84,7 %) dotázaných, 13 (15,3 %) zdravotníků se jím neřídí.

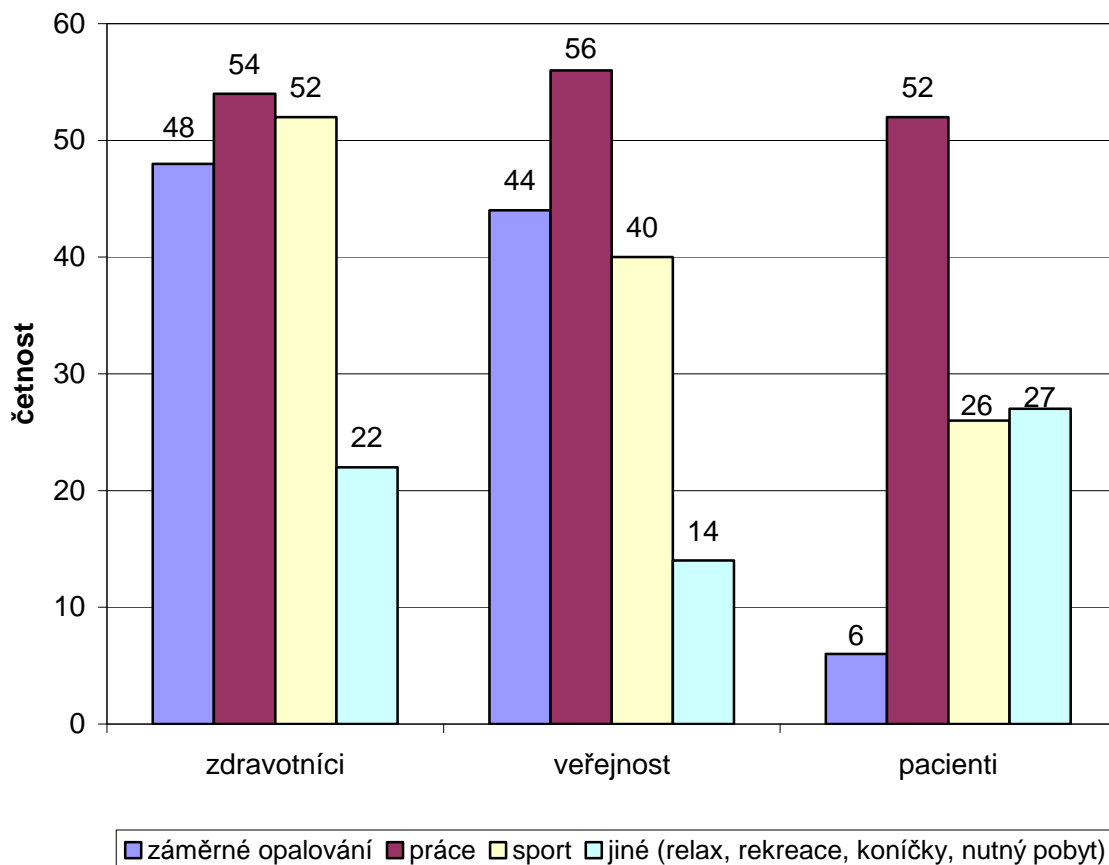
Z veřejnosti, která zná svůj fototyp ( 67), se jím řídí 48 (71,6 %) dotázaných, 18 (26,9 %) se jím neřídí a 1 (1,5%) neodpověděl.

Z pacientů, kteří znají svůj fototyp (44), se jím řídí 37 (84,1 %) pacientů, 2 (4,5 %) se jím neřídí a 5 (11,4 %) pacientů neodpovědělo.

**Graf 32**

**Důvod pobývání na slunci**

(otázka č. 24)



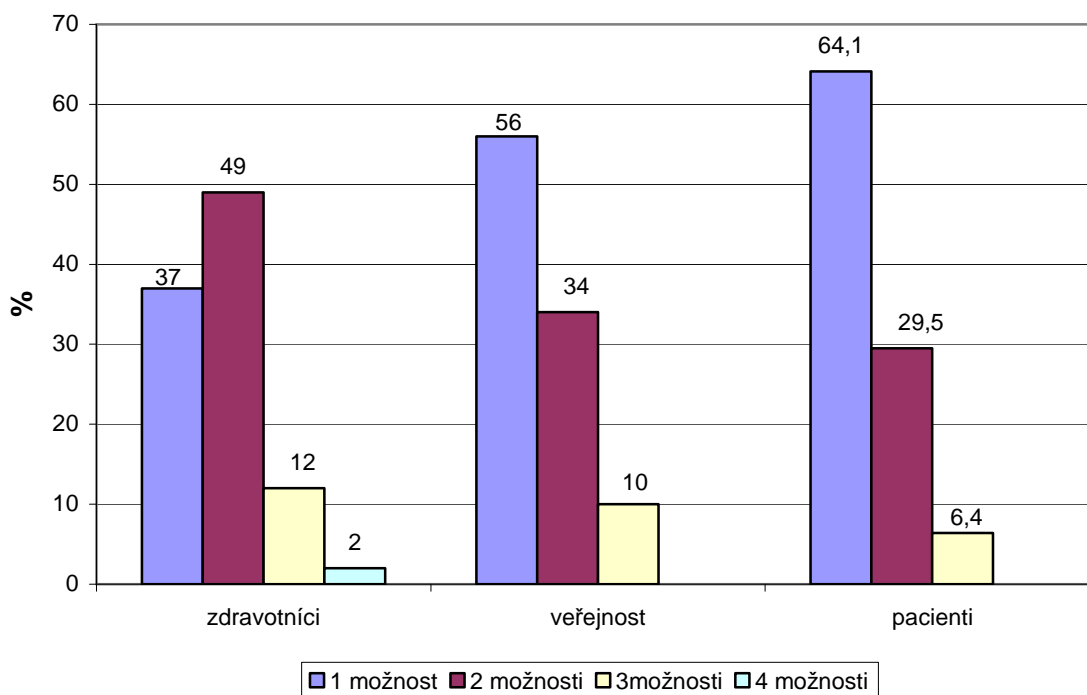
Z grafu vyplývá, že zdravotníci (100) pobývají na slunci nejčastěji při práci, dále v pořadí: při sportu, záměrného opalování, jiné.

Veřejnost (100) pobývá na slunci nejčastěji z důvodu práce, dále v pořadí: při záměrném opalování, při sportu, jiné.

Pacienti (78) pobývají na slunci nejvíce z důvodu práce, dále v pořadí: jiné, sport, záměrné opalování.

**Graf 33****Možnosti pobytu na slunci**

(otázka č. 24)



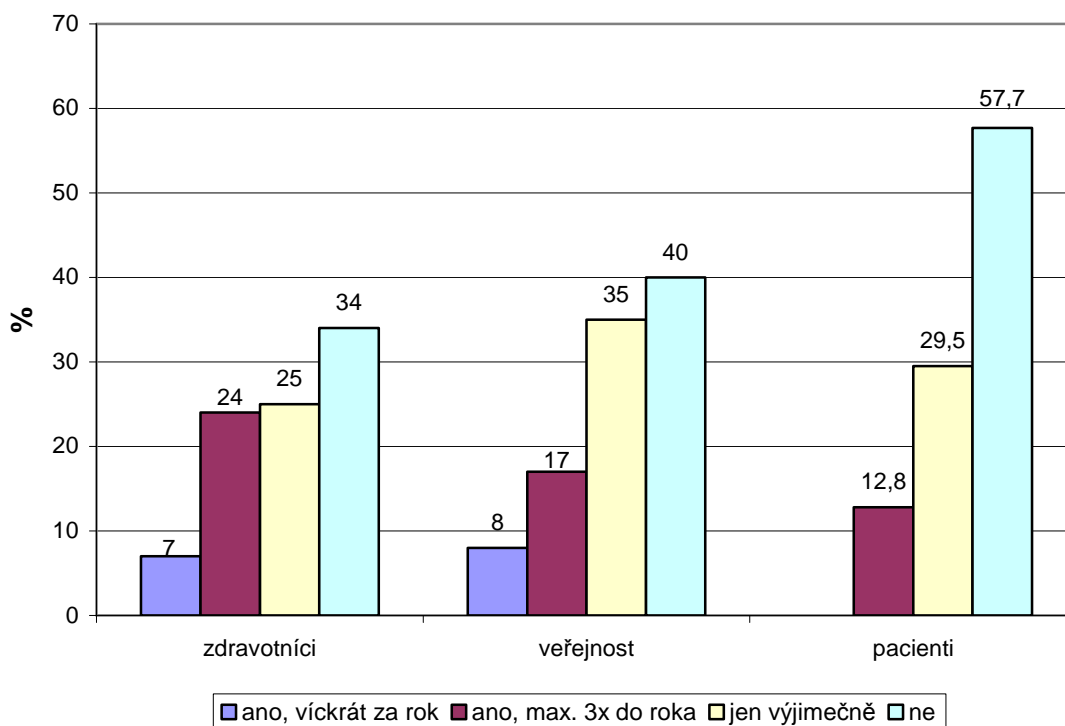
Z celkového počtu zdravotníků (100) jich 37 (37 %) uvedlo jako důvod pobytu na slunci jen 1 možnost, 49 (49 %) 2 možnosti, 12 (12 %) 3 možnosti a 2 (2 %) 4 možnosti.

Z veřejnosti (100) jich 1 důvod pobytu na slunci uvedlo 56 (56 %), 2 možnosti 34 (34 %) a 3 možnosti 10 (10 %) dotázaných.

Z pacientů (78) jich 50 (64,1 %) uvedlo 1 možnost jako důvod pobytu na slunci, 23 (29,5 %) 2 možnosti a 5 (6,4 %) 3 možnosti.

**Graf 34****Dovolená v jižních/alpských zemích**

(otázka č. 25)



Ze zdravotníků (100) jich 7 (7 %) uvedlo, že jezdí do jižních/alpských zemí víckrát ročně, 24 (24 %) dotázaných maximálně 3x ročně, 25 (25 %) jen výjimečně a 34 (34 %) nejezdí vůbec.

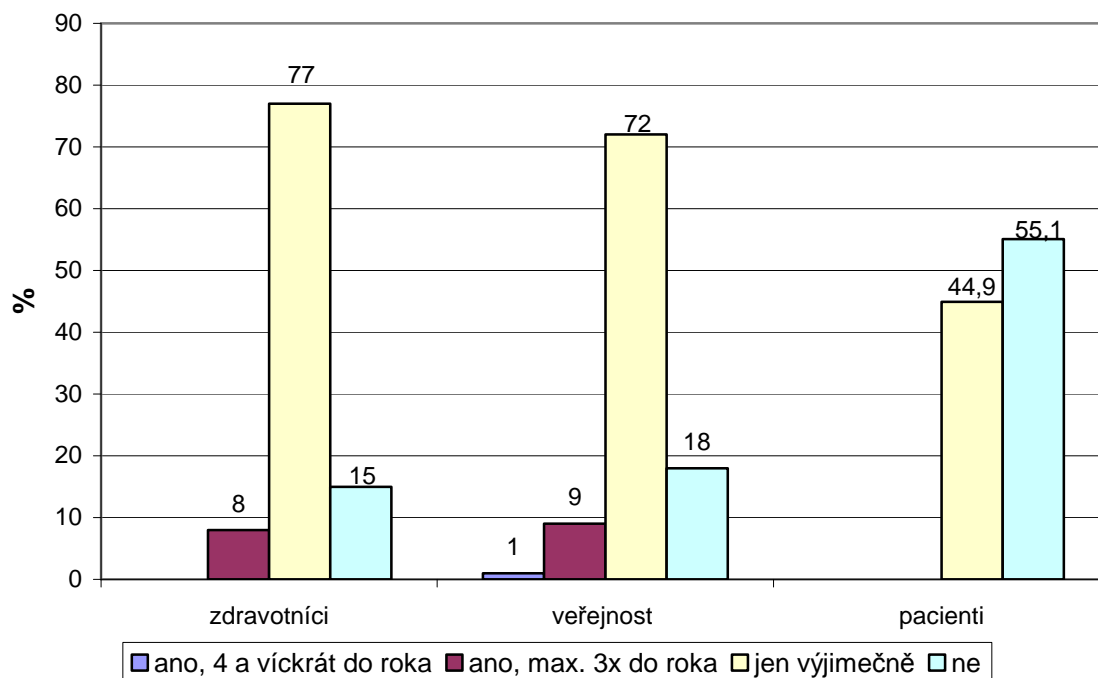
Z celkového počtu veřejnosti jich do jižních/alpských zemí jezdí 8 (8 %) víckrát ročně, 17 (17 %) maximálně 3x ročně, 35 (35 %) jen výjimečně a 40 (40 %) vůbec.

Z pacientů (78) jich do jižních/alpských zemí jezdí 10 (12,8 %) maximálně 3x ročně, 23 (29,5 %) jen výjimečně a 45 (57,7 %) vůbec.

**Graf 35**

**Spálení na slunci**

(otázka č. 26)



Z celkového počtu zdravotníků (100) jich 8 (8 %) uvádí, že se spálí maximálně 3x do roka, 77 (77 %) se spálí jen výjimečně a 15 (15 %) zdravotníků se nespálí vůbec.

Z veřejnosti (100) udává 1 (1 %), že se spálí 4x a vícekrát ročně, 9 (9 %) jich udává, že se spálí maximálně 3x, 72 (72 %) jen výjimečně a 18 (18 %) vůbec.

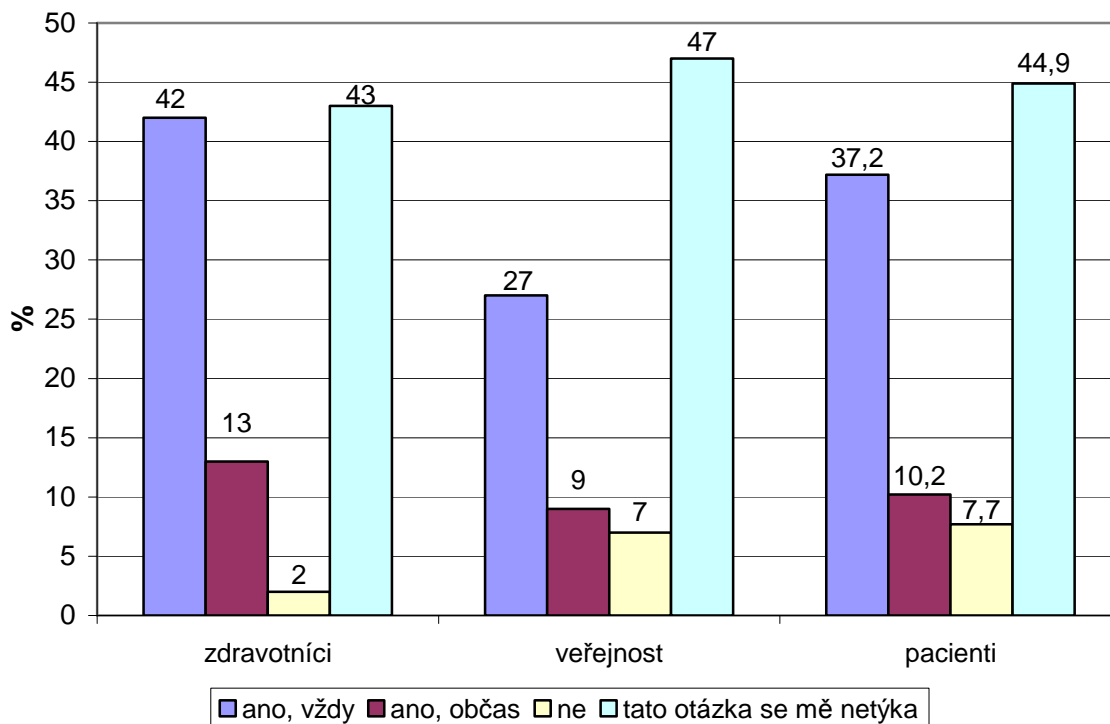
Z pacientů (78) se jich 35 (44,9 %) spálí jen výjimečně a 43 (55,1 %) se nespálí vůbec.



Graf 36

## Krémy s UV faktorem pro děti

(otázka č. 27)

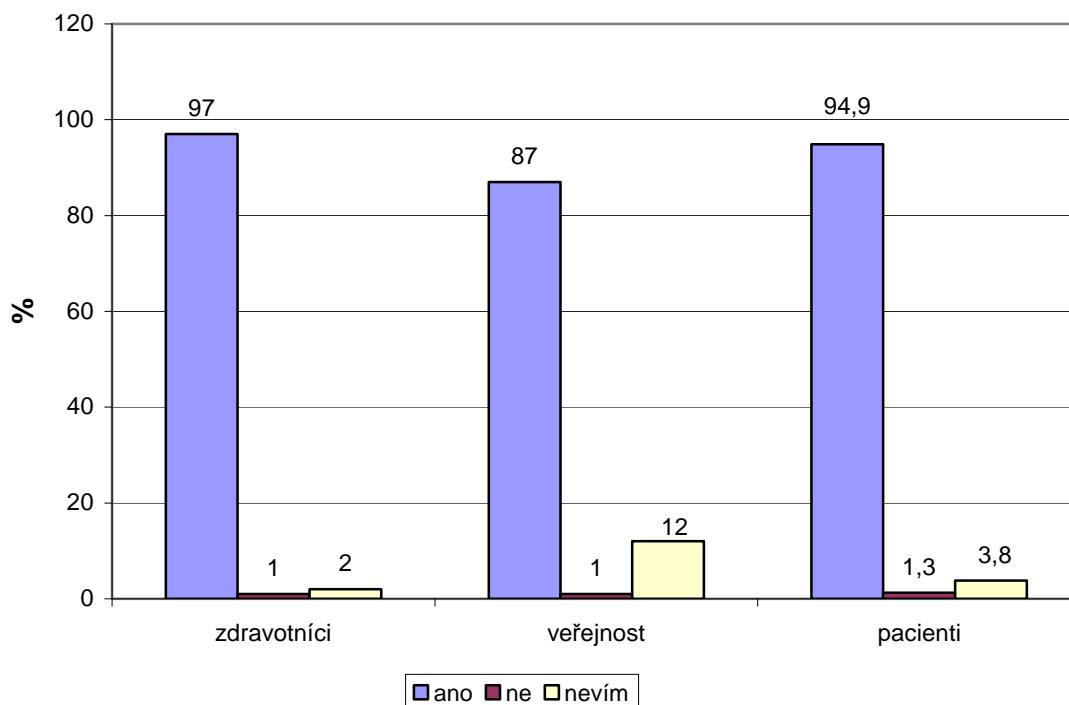


Z grafu vyplývá, že zdravotníci (100) ve 42 (42 %) případech používají pro děti vždy „dětské“ ochranné krémy, 13 (13 %) zdravotníků je používá jen občas, 2 (2 %) tyto krémy nepoužívají vůbec a 43 (43 %) dotazovaných odpovědělo, že se jich tato otázka netýká.

Z veřejnosti (100) používá pro děti vždy „dětské“ ochranné krémy 27 (27 %) dotazovaných, 9 (9 %) dotazovaných jen občas, 7 (7 %) respondentů je nepoužívá vůbec a 47 (47 %) dotázaných uvedlo, že se jich tato otázka netýká.

Z pacientů (78) používá pro děti vždy „dětské“ ochranné krémy 29 (37,2 %) dotázaných, 8 (10,2 %) jen občas, 6 (7,7 %) dotázaných je nepoužívá a 35 (44,9 %) pacientů uvedlo, že se jich tato otázka netýká.

**Graf 37** Názor na smysl prevence pro ochranu kůže (otázka č. 28)



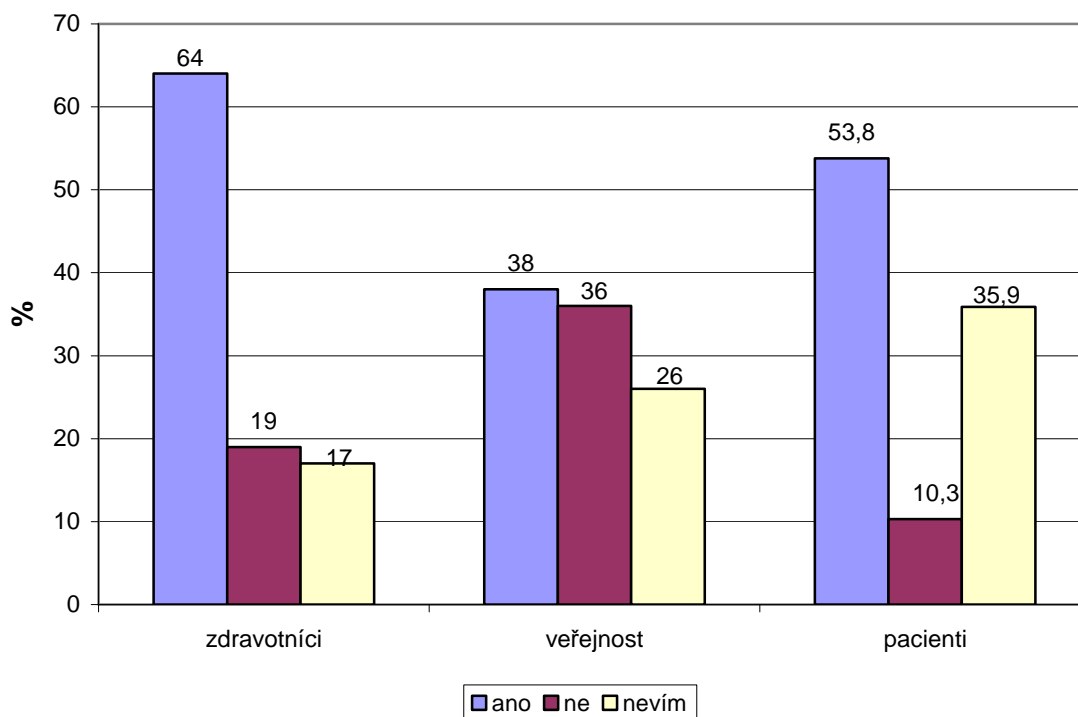
Ze zdravotníků (100) jich 97 (97 %) vidí smysl v prevenci pro ochranu kůže, 1 (1 %) nevidí smysl a 2 (2 %) neví.

Z veřejnosti (100) vidí v prevenci smysl 87 (87 %) dotázaných, 1 (1 %) nevidí smysl a 12 (12 %) dotázaných neví.

Z pacientů (78) vidí smysl v prevenci pro ochranu kůže 74 (94,9 %) dotázaných, 1 (1,3 %) ne a 3 (3,8 %) dotázaných neví.

**Graf 38****Informovanost o prevenci MMK**

(otázka č. 29)



Ze zdravotníků (100) jich 64 (64 %) uvedlo, že má dostatek informací o prevenci mmk, 19 (19 %) zdravotníků udává, že nemá dostatek informací a 17 (17 %) neví.

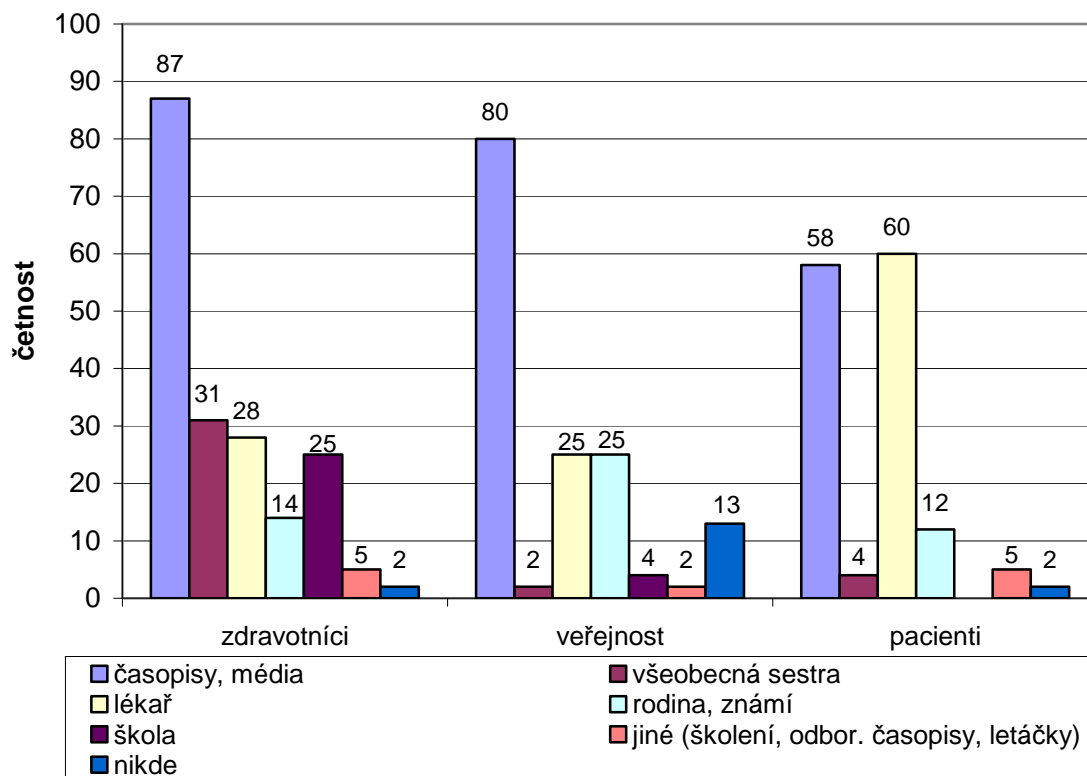
Z veřejnosti (100) má dostatek informací 38 (38 %) dotázaných, 36 (36 %) dotázaných nemá dostatek informací a ve 26 (26 %) případech neví.

Z pacientů (78) uvedlo 42 (53,8 %) dotázaných, že má dostatek informací o prevenci, 8 (10,3 %) pacientů nemá dostatek informací a 28 (35,9 %) pacientů neví.

Graf 39

## Zdroj informací

(otázka č. 30)



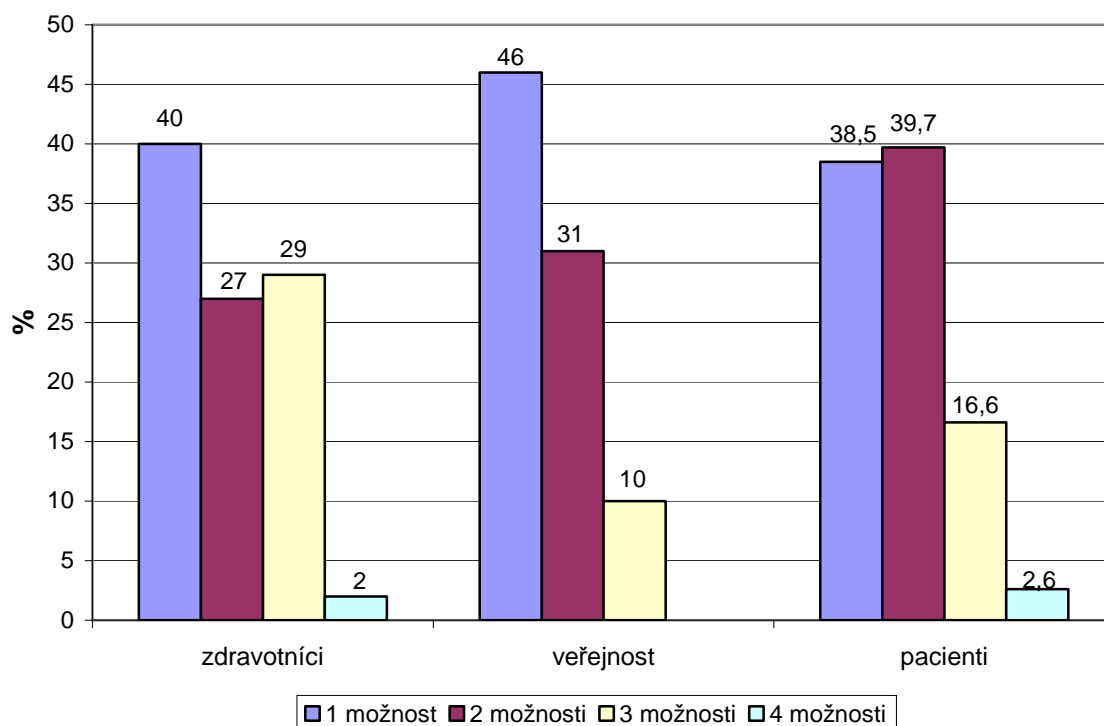
Z grafu vyplývá, že zdravotníci (100) získávají informace o prevenci mmk nejčastěji z časopisů a médií, dále v pořadí: všeobecná sestra, lékař, škola, rodina a známí, jiné. 2 (2 %) dotázaní nezískávají informace nikde.

Veřejnost (100) získává nejčastěji informace o prevenci z časopisů a médií, dále v pořadí: od lékaře, rodiny a známých, ve škole, jiné. 13 (13 %) dotázaných nezískává informace nikde.

Pacienti (78) získávají informace v největší míře od lékaře, dále v pořadí: časopisy a média, od rodiny a známých, jiné. 2 (2 %) z dotázaných nezískávají informace nikde.

**Graf 40****Míra získávání informací o prevenci**

(otázka č. 30)



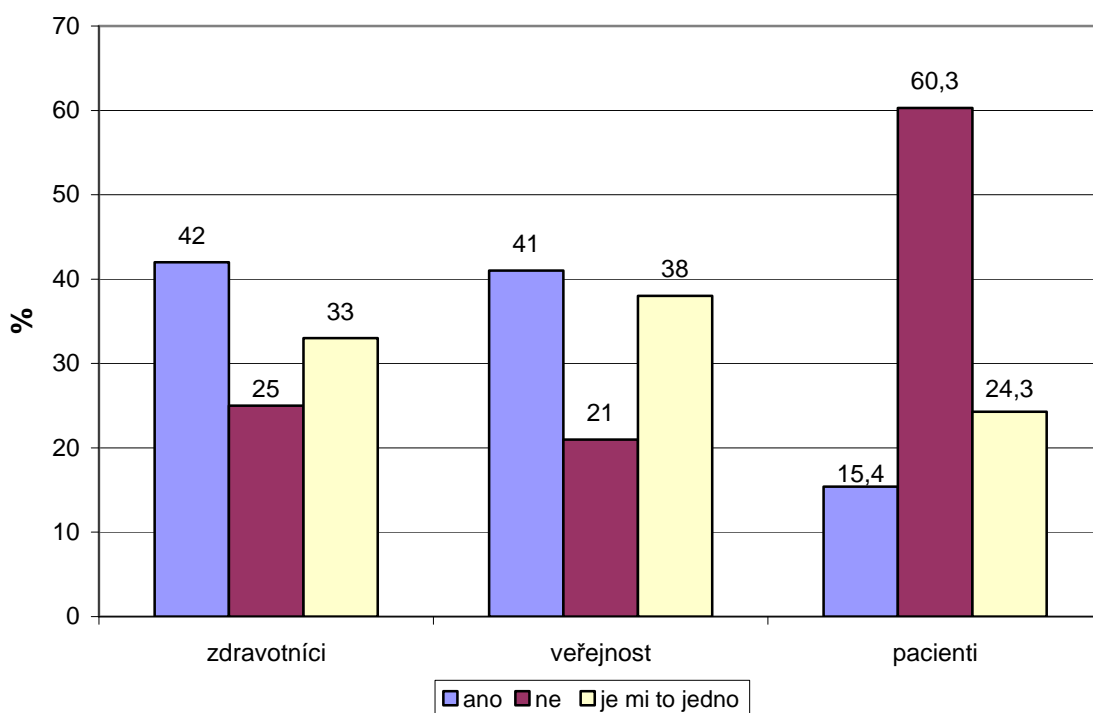
Ze zdravotníků (100) jich 40 (40 %) využívá 1 zdroj informací, 27 (27 %) 2 zdroje, 29 (29 %) dotázaných 3 možnosti a 2 (2 %) 4 možnosti získávání informací.

Z veřejnosti (100) využívá 1 možnost 46 (46 %) dotázaných, 2 možnosti 31 (31 %) dotázaných a 3 možnosti 10 (10 %) dotázaných.

Pacienti (78) využívají 1 možnost ve 30 (38,5 %) případech, 2 možnosti využívá 31 (39,7 %) pacientů, 3 možnosti 13 (16,6 %) dotázaných a 4 možnosti 2 (2,6 %) pacientů.

**Graf 41****Upřednostňování opálené pokožky**

(otázka č. 31)

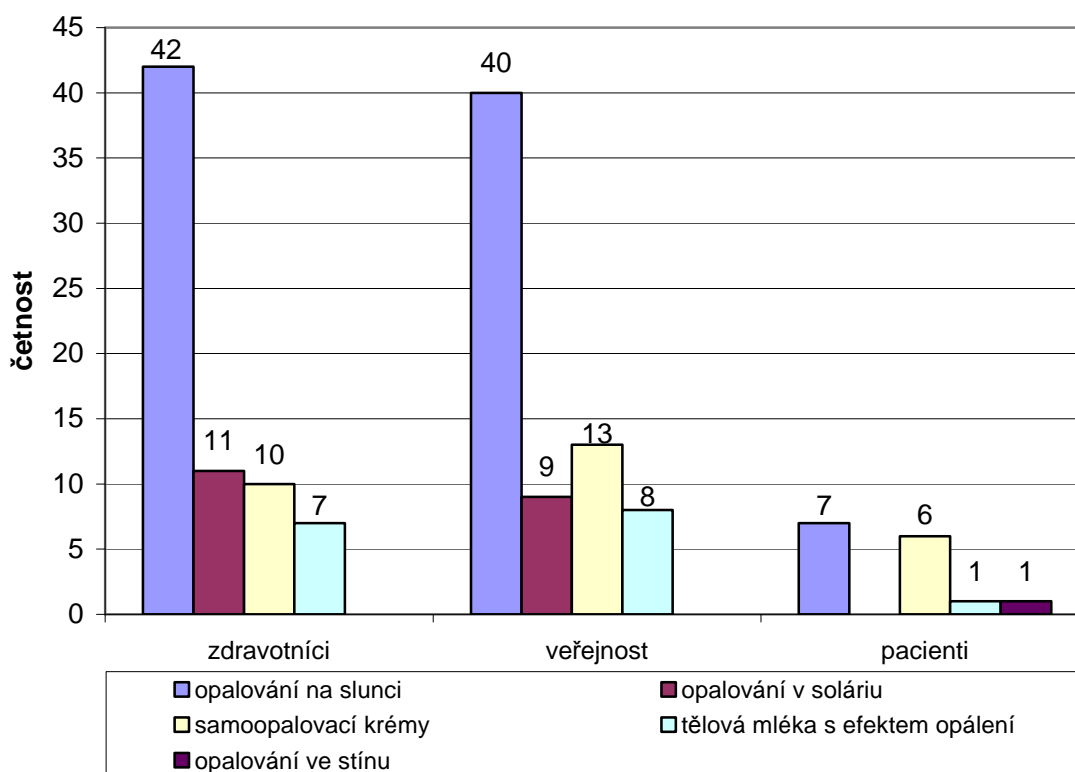


Z výzkumu vyplynulo, že ze zdravotníků (100) upřednostňuje opálenou pokožku 42 (42 %) dotázaných, 25 (25 %) zdravotníků ji neupřednostňuje a 33 (33 %) dotázaných je to jedno.

Z veřejnosti upřednostňuje opálenou pokožku 41 (41 %) dotázaných, 21 (21 %) dotázaných ji neupřednostňuje a 38 (38 %) je to jedno.

Z pacientů (78) odpovědělo 12 (15,4 %) pacientů, že upřednostňuje opálenou pokožku, 47 (60,3 %) pacientů ji neupřednostňuje a 19 (19 %) pacientům je to jedno.

**Graf 42**                      **Způsob dosahování opáleného vzhledu**      (otázka č. 32)



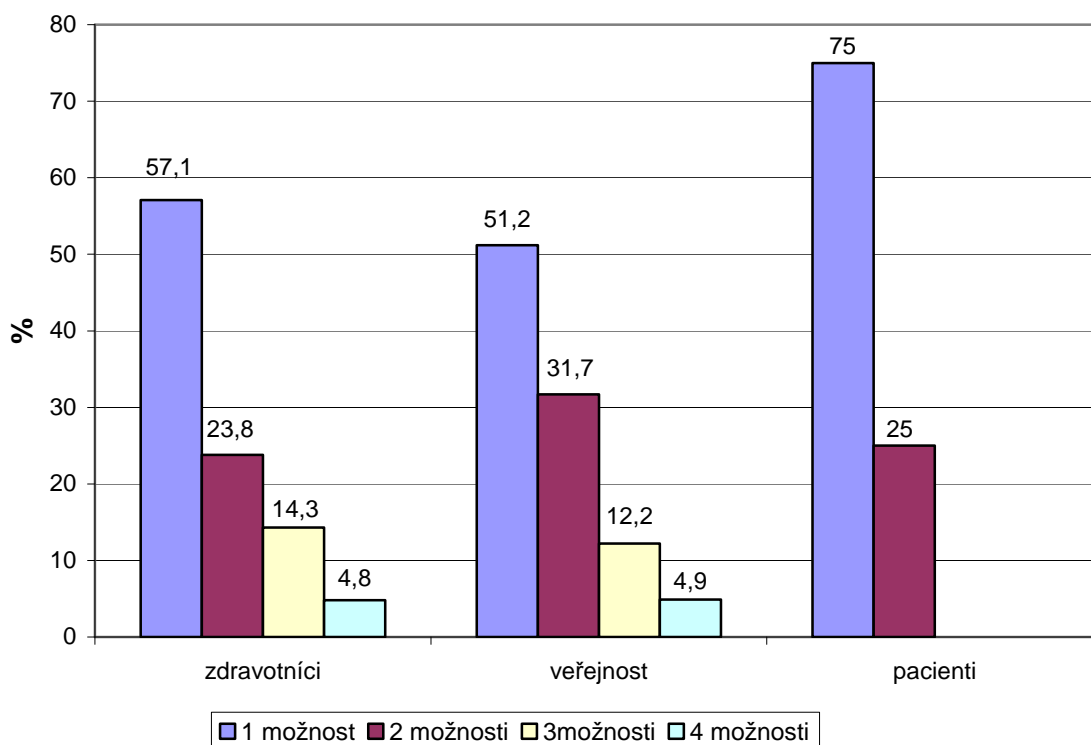
Zdravotníci, kteří upřednostňují opálenou pokožku (42), využívají k jejímu dosažení nejvíce opalování na slunci, dále v pořadí: solária, samoopalovací krémy a tělová mléka s efektem opálení.

Veřejnost (41) nejvíce využívá opalování na slunci, dále v pořadí: samoopalovací krémy, solária a mléka s efektem opálení.

Pacienti (12) využívají nejvíce opalování na slunci, dále v pořadí: samoopalovací krémy, tělová mléka s efektem opálení a opalování ve stínu.

**Graf 43****Míra využití způsobů k opálení**

(otázka č. 32)



Zdravotníci, kteří upřednostňují opálenou pokožku (42), volí k jejímu dosažení ve 24 případech (57,1 %) 1 možnost, v 10 případech (23,8 %) 2 možnosti, v 6 případech (14,3 %) 3 možnosti a ve 2 případech (4,8 %) 4 možnosti.

Z veřejnosti, která upřednostňuje opálený vzhled (41), volí k jejímu dosažení 21 dotázaných (51,2 %) 1 možnost, 13 dotázaných (31,7 %) 2 možnosti, 5 dotázaných (12,2 %) 3 možnosti a 2 (4,9 %) 4 možnosti.

Pacienti (12) v 9 odpovědích (75 %) volí 1 možnost a ve 3 odpovědích (25 %) volí 2 možnosti.



## 5. Diskuse

Během psaní teoretické části byl velkým problémem nedostatek informací o prevenci před následky UV záření. Zatímco materiálů o maligním melanomu je mnoho, prevenci je většinou věnováno jen pár řádků. Přínosnými zdroji byly internetové stránky, odborné časopisy a brožury.

Při hledání vhodné literatury nebyly k dispozici ani žádné výsledky, které by popisovaly vliv odborných znalostí či osobní zkušenosti na přístup k prevenci u zdravotníků, nezdravotníků a veřejnosti se zkušeností s maligním melanomem kůže. Výsledky tedy nemohou být prozatím s ničím porovnány. Tato práce se tak může stát podkladem alespoň pro další studie.

Výzkum je zaměřen na rozdíl mezi zdravotníky a veřejností a mezi pacienty a veřejností.

Ze skupiny zdravotníci se výzkumu účastnilo 6 (6 %) mužů a 94 (94 %) žen, ve skupině veřejnost bez osobní zkušenosti s mmk (dále jen veřejnost) bylo 35 (35 %) mužů a 65 (65 %) žen, ve skupině veřejnost s osobní zkušeností s mmk (dále jen pacienti) bylo 38 (48,7 %) mužů a 40 (51,3 %) žen. Výsledky jsou uplatňovány bez ohledu na pohlaví, protože mužů bylo nepoměrně méně – 79 : 199.

Zdravotníci byli nejvíce zastoupeni ve věkové kategorii 18 – 25 let, (33 %), veřejnost také ve věkové kategorii 18 – 25 let, (40 %). Pacientů bylo nejvíce ve věku 50 – 65 let, a to 59 %. 10 (12,7 %) pacientů bylo starších 65 let. To potvrzuje, že výskyt mmk je mnohem častější u osob starších. Ve věku 36 – 49 let bylo pacientů 19 (24,4 %). 18ti až 35ti letí pacienti byli 3 – necelá 4 %.

Ze zdravotníků se výzkumu účastnily především zdravotní sestry. Lékaři byli jen 3 (3 %). 80 (80 %) zdravotníků uvádí jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Z uvedených oborů je 33 všeobecných sester, další 4 mají specializaci (PSS v interně, chirurgii, ortopedie, masérský kurz), 7 dětských sester (DS), 5 DS se specializací (chirurgie, ARIP), 8 porodních asistentek se specializací (PSS, audiologie, patologické stavy v gynekologii a porodnictví), 1 sestra v oboru rehabilitace. 22 sester nevedlo obor, z toho jich 6 uvedlo specializaci (urologie, ortopedie, interna, chirurgie).

Vyšší vzdělání uvedlo 13 (13 %) zdravotníků. 6 zdravotníků uvedlo obor všeobecná sestra – DIS, 2 zdravotníci uvedli obor JIP, 2 PA (porodní asistentka) a 3 zdravotníci neuvedli obor. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 7 zdravotníků. 2 mají obor všeobecná sestra s titulem Bc., 1 navíc specializaci v audiologii. 1 uvedl Bc. se zaměřením na pedagogiku a s podobně zaměřenou specializací, v dalším případě byl uveden Mgr. Tři zdravotníci uvedli titul MUDr., z toho 2 se specializací v urologii. I když byly dotazníky rozdány také na kožním oddělení, tuto specializaci neuvedl žádný ze zdravotníků.

Z pacientů jich 8 (10,3 %) mělo zdravotnické vzdělání – 7 x středoškolské a 2 x specializaci.

Výzkum je zaměřen na vliv odborných znalostí a osobní zkušenosti na prevenci maligního melanomu kůže (mmk). Z výsledků vyplynulo, že 98 % zdravotníků zná příčinu mmk, což je pochopitelné. Bylo by zážející, kdyby tomu bylo naopak. Nejčastěji uvádějí UV záření, genetické dispozice a mechanické dráždění znaménka. Veřejnost zná příčinu mmk v 64 %, opět nejčastěji uvádí UV záření a genetické dispozice. U pacientů by znalost příčiny měla být také vysoká vzhledem k osobní zkušenosti a informacím od lékaře při pravidelných kontrolách. Příčinu ale znají jen v 65 %. Uvádějí stejné možnosti jako zdravotníci a veřejnost (viz graf 7).

Znalost příčiny odpovídá i znalostem možností v prevenci, i když jsou zde mírné rozdíly. Prevenci zná 94 % zdravotníků, 52 % veřejnosti a 69 % pacientů. Zdravotníci uvádějí nejčastěji ochranu sunscreeny a nevystavovat se nadměrně slunci, dále kontroly pigmentových znamének. Veřejnost tyto možnosti volí zhruba v polovině případů. Pacienti mimo jiné upřednostňují i kontroly dermatologem (viz graf 9).

Zajímalo nás, jestli zkušenost s mmk ovlivní přístup k prevenci. S melanomem se v rodině setkala 14 lidí z 278 dotázaných. Je to sice malé množství lidí pro tvoření závěrů o vlivu „neosobní“ zkušenosti na prevenci, ale z našeho výzkumného vzorku vyplývá, že tato zkušenost má velký vliv. Daní zdravotníci i pacienti se věnují nyní prevenci důsledněji ve 100 %, veřejnost v 50 %. U osobní zkušenosti je tento vliv 96 %.

V první hypotéze byl předpoklad, že se zdravotníci věnují více prevenci mmk než nezdravotnická veřejnost. Hypotéza byla potvrzena. Graf 24 ukazuje, že se

zdravotníci chrání před sluncem v 98 %, a to nejčastěji pomocí krémů s UV faktorem. 37 % zdravotníků se vyhýbá přímému slunci (graf 23), více jak polovina jich chodí na dermatologické kontroly, 92 % jich provádí samovyšetřování kůže (grafy 17, 18) a 72 % zdravotníků zná a respektuje svůj kožní fototyp (grafy 30, 31). Nezdravotnická veřejnost se chrání před sluncem v 85 %. Opět nejčastěji volí sunscreeny. K dermatologovi chodí na kontroly ale jen 33 % a samovyšetřování provádí 67 % dotázaných. Mohlo by se tedy zdát, že kontrole kožních projevů se věnují ve 100 %, ale není tomu tak. Jsou tací, kteří se podrobují dvojí kontrole a někteří si znaménka nekontrolují vůbec. Ti téměř v 75 % uvádějí, že nevidí důvod ke kontrole. Mohli bychom si myslet, že je důvodem i strach z odhalení případného onemocnění. Je tomu tak ale jen v 9 %, a to jen u veřejnosti. Zde se potvrzuje i třetí hypotéza, ve které se domníváme, že veřejnost s osobní zkušeností s mmk používá více ochranných prostředků než nezdravotníci bez osobní zkušenosti. Pacienti se nějakým způsobem chrání před sluncem v 99 %. Více jak 3/4 se jich vyhýbá slunci. Polovina těch, kteří se slunci přeci jen vystaví, používá ochranné krémy, téměř 30 z dotázaných pacientů používá oděv s dlouhým rukávem a 1/3 pokrývku hlavy. Kontrole pigmentových znamének se podrobuje více jak 90 % pacientů. Veřejnost se slunci vyhýbá v 1/4 dotázaných. Ochranné krémy používá více dotázaných, ale také se ve větší míře vystavují slunci. Oděv s dlouhým rukávem používá jenom zhruba 10 dotázaných a pokrývku hlavy 1/3 veřejnosti. Využívání ochranných prostředků znázorňuje graf 23.

S využitím ochranných krémů také souvisí správný způsob aplikace. Základní pravidla uvádí například autorka Zdena Lacková ve svém článku *Kůže pod sluncem. Názory se změnily* (20). Proto nás zajímalo, kdy si respondenti aplikují kosmetické prostředky. Zhruba polovina zdravotníků i pacientů si aplikuje sunscreeny alespoň 20 minut před vystavením se slunci, veřejnost v necelých 40 %. 6 % veřejnosti si dokonce aplikuje krém až po vystavení se slunci. Necelých 70 % zdravotníků i pacientů opakuje jejich aplikaci dle potřeby, u veřejnosti je tomu tak v 61 %. Zhruba 3/4 zdravotníků, 1/2 veřejnosti a 1/3 pacientů volí při koupání voděodolné přípravky. Správné a nebo alespoň dostačující používání ochranných prostředků či uvážlivý pobyt na slunci může být příčinou, že se 3/4 zdravotníků a veřejnosti spálí na slunci jen

výjimečně a 1/2 pacientů se dokonce nespálí vůbec. Zajímalo nás také, jestli dospělí myslí na zdraví dětí. Výsledky ukázaly, že polovina všech dotázaných používá pro děti speciálně dětské krémy. Nesmíme ale zapomenout dodat, že téměř 45 % dotázaných se tato otázka netýkala, takže výsledek je potěšující.

Druhou hypotézu, že nezdravotnická veřejnost bez osobní zkušenosti se nadměrně sluní, výzkum také potvrdil. Veřejnost, zdravotníci i pacienti pobývají na slunci nejčastěji při práci, což ukazuje graf 32. Ve 44 % je ale na druhém místě u veřejnosti záměrné opalování a zhruba 40 % veřejnosti i zdravotníků dosahuje opáleného vzhledu právě opalováním na slunci. Pacienti se záměrně opalují zhruba v 1/10 dotázaných a na slunci se pohybují jen v nejnútnejších případech. Zde se výrazně potvrzuje, že osobní zkušenost má významnou roli v prevenci.

Jednou z otázek bylo i využívání oděvu s deklarovaným UPF (UV protecting factor), který udává propustnost oděvu pro UV záření, jak zmiňuje například autor článku *Nežádoucí účinky ultrafialového záření a možnosti ochrany*, Karel Ettler (8). Z výsledků se můžeme domnívat, že tato novinka není stále ještě v povědomí veřejnosti, pacientů ani zdravotníků, protože ji využívají pouze 2 % všech dotázaných. Je otázkou, zda se o této možnosti neví nebo se jí nedůvěřuje. Ani já si nejsem zcela jistá o principu tohoto speciálního oděvu. Zda je to běžný oděv, ke kterému je pouze přidaná informace o propustnosti pro UV paprsky, jak je uvedeno v publikaci K. Ettlera – *Fotoprotekce kůže* (10) nebo je to oděv ze speciálních tkanin, jak uvádí například internetové stránky [www.plazoveobleceni.cz](http://www.plazoveobleceni.cz).

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že se veřejnost s osobní zkušeností vyhýbá přímému slunci. Podle grafu 22 je tomu tak v necelých 60 %, a to co nejdéle přes den. Mezi 11. až 15. hodinou se pak slunci vyhýbá 32 % pacientů. Hypotéza se nám tak potvrdila. Varující je, že téměř polovina veřejnosti a více jak třetina zdravotníků se slunci nevyhýbá vůbec. Můžeme tedy jen doufat, že tito lidé používají intenzivněji ochranné prostředky, a to nejen ochranné krémy.

Poslední (pátá) hypotéza, která zní: Veřejnost s osobní zkušeností chodí na dermatologické kontroly, se také potvrdila. 57,6 % pacientů chodí na pravidelné kontroly ke kožnímu lékaři alespoň jednou za půl roku a 24,4 % pacientů alespoň

jednou za rok, zatímco veřejnost téměř v 70 % a zdravotníci ve více jak 40 % nechodí na kontroly vůbec. Pozitivní ale je, že v průměru 85 % všech dotázaných provádí samovyšetřování kůže, i když většinou jen občas. Pacienti jsou na tom lépe. Téměř polovina provádí samovyšetřování pravidelně. Nejčastějším znakem při sledování znamének je změna velikosti, dále výstup nad okolí, symetrie (graf 19). Zdravotníci sledují i případnou bolestivost či svědění. Polovina jich sleduje 4 znaky. Pacienti nejčastěji sledují 2 a více znaků. Jakým způsobem a co by měli lidé sledovat uvádí například M. Hrubá v publikaci *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění* (17) a M. Arenbergerová ve svých článcích o maligním melanomu vydávaných v odborných časopisech (2, 3). Tyto informace by se měly ale dostat i k široké veřejnosti, a to prostřednictvím sester v ordinacích a pomocí mediálních prostředků či tisku. Proto jsme se ptali i na míru informovanosti. Zdravotníci i pacienti si převážně myslí, že mají dostatek informací o prevenci maligního melanomu. Veřejnost je v této otázce rozdělena na třetiny. Jedni uvádí dostatek informací, druzí nedostatek a třetí neví, zda mají dost informací. Nejčastěji je ale všichni získávají právě z časopisů a médií, pacienti nejvíce od lékaře, jak je uvedeno v grafu 39. Překvapivé bylo zjištění, že sestry se na informovanosti podílejí velmi málo. U zdravotníků to bylo sice kolem 30 %, ale u veřejnosti a pacientů nepřesáhly 4 %. Kde je tedy chyba? Kdo by měl mít zodpovědnost za prevenci?

## 6. Závěr

Maligní melanom kůže je zhoubné onemocnění, jehož výskyt neustále stoupá a souvisí i s idolem opáleného těla.

V této práci – Prevence maligního melanomu kůže – jsme se zaměřili na rozdíly v prevenci mezi zdravotníky, veřejností a pacienty.

Cílem práce bylo: Zjistit, jaké jsou rozdíly v prevenci mezi zdravotníky a veřejností. Zjistit, jaké jsou rozdíly v prevenci mezi veřejností se zkušeností a bez zkušenosti s maligním melanomem kůže. Stanoveno bylo 5 hypotéz. Zdravotníci se věnují více prevenci maligního melanomu kůže než nezdravotnická veřejnost (H1). Nezdravotnická veřejnost bez osobní zkušenosti s maligním melanomem kůže se nadměrně sluní (H2). Veřejnost s osobní zkušeností používá více ochranných prostředků než nezdravotnická veřejnost bez osobní zkušenosti (H3). Veřejnost s osobní zkušeností se vyhýbá přímému slunci (H4). Veřejnost s osobní zkušeností chodí na dermatologické kontroly (H5). Stanovené cíle byly splněny a hypotézy se potvrdily.

Z výsledků vyplynulo, že odborné znalosti i osobní zkušenost mají vliv na prevenci. Obecně jsme očekávali větší rozdíly. Ty se ukázaly v míře pobývání na slunci. Naštěstí se ale zdá, že široká veřejnost je už dnes mnohem více zodpovědnější a využívá více ochranných prostředků.

Ale stále je co zlepšovat. Většina lidí sice vidí smysl v prevenci, ale jen kolem 60 % zdravotníků, 40 % veřejnosti a 70 % pacientů tvrdí, že má dostatek informací. Překvapující také bylo zjištění, že sestra se na informovanosti veřejnosti a pacientů podílí ani ne v 5 %. Kde je tedy chyba?

Ve vyhlášce 183/2000 Sb. je stanoveno, že součástí preventivní prohlídky, kterou provádí praktický lékař pro dospělé, je mimo jiné i doplnění anamnézy o nádorová onemocnění. Patří sem tedy i preventivní vyšetření kůže. A jakékoliv vyšetření by se nemělo provádět bez řádného poučení. K tomuto poučení by měla patřit i edukace, do které se zapojuje sestra ať už osobně nebo prostřednictvím edukačních materiálů, které mohou být poskytnuty i pasivní formou (letáčky), například v čekárně u lékaře. Nedílnou součástí je pak i mediální osvěta.

Výsledky výzkumu byly prezentovány na II. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských studijních programů Ošetřovatelství a Specializace ve zdravotnictví s mezinárodní účastí v Pardubicích.

Tento výzkum zmapoval alespoň částečně chování lidí v souvislosti s danou problematikou. Může posloužit přinejmenším jako informace, na koho, jakým způsobem a v jaké míře se zaměřit v posilování prevence.

Je patrné, že i nadále je nutné propagovat prevenci, uvážlivý pobyt na slunci, vhodné ochranné prostředky, samovyšetřování a kontroly dermatologem. V tomto všem může ve velké míře přispět i sestra.

Osobní zkušenost by neměla být prvním impulsem k zahájení prevence.

## 7. Literatura

1. ABBASI, N. *Časná diagnóza kožního melanomu. Přezkoumání kritérií ABCD.* Přel. PharmDr. Kučová, Daria, CSc. J. Amer. Med. Ass ( čes. a slov. vyd.) 2005, roč. 13, č. 4, s. 262 – 267. ISSN 1210–4132.
2. ARENBERGEROVÁ, M. Maligní melanom kůže. *Praktický lékař.* Praha 2, 2005, roč.85, suppl. 1, s. 17 – 19. ISSN 0032 – 6739.
3. ARENBERGEROVÁ, M. Výskyt maligního melanomu stoupá. *Lékařské listy.* Praha 2, 2006, roč. 55, č. 11, s. 17 – 21. ISSN 0044 – 1996.
4. BARTOŇKOVÁ, H. a kolektiv. *Manuál prevence a časně detekce nádorových onemocnění.* 1. vyd. Brno: GAD STUDIO, 2002. Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec, Brno. ISBN 80–238-9513–3.
5. Dermatovenerologická klinika 3. LF UK, 2005. *Mýty a pověry o melanomu.*  
URL originálu: <http://www.melanomy.cz/?touch=mytyapover> [cit. 2006–08-31].
6. Dermatovenerologická klinika 3.l.f. UK, 2005. *Prevence vzniku melanomu.*  
URL originálu: <http://www.melanomy.cz/?touch=prevence> [cit. 2006–08-31].
7. DIENSTBIER, Z. *Jak a proč si chránit kůži.* Vyd.: Praha – Liga proti rakovině, Praha 2, 2000. 8 s. ISBN 80–239-3837–1.
8. ETTLER, K., *Nežádoucí účinky ultrafialového záření a možnosti ochrany.*  
URL originálu:  
[http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select\\_id=45](http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select_id=45)  
[cit. 2006–08-20].



9. ETTLER, K. Prevence – zatím neúspěšnější způsob boje proti melanomu. *Ref. Výb. Dermatovenerol., Speciál*, 2005, roč. 47. s. 55 – 56. ISSN 1213–9106.
10. ETTLER, K. *Fotoprotekce kůže. Ochrana kůže před účinky ultrafialového záření*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2004. 133 s. ISBN 80–7254-463–2.
11. HANÁKOVÁ, M. Co zajímá pacienty a veřejnost v onkologii? *Zdravotnické noviny*. 2002, roč. 51, č. 26, s. 24–25. ISSN 0044 – 1996.
12. HAŠKOVÁ, M. Maligní melanom. *Lékařské listy*. 2002, č. 13, s. 20–24. ISSN 0044 – 1996.
13. HERCOGOVÁ, J. *Euromelanoma day 2006*. URL originálu: [http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select\\_id=50](http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select_id=50)  
[cit. 2006–02-24].
14. HERCOGOVÁ, J. *Evropský den melanomu v České republice v roce 2005*. URL originálu: [http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select\\_id=38](http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select_id=38)  
[cit. 2006–02-24].
15. HERCOGOVÁ, J. *Evropský den melanomu v České republice*. URL originálu: [http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select\\_id=21](http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select_id=21)  
[cit. 2006–09-14].
16. HERCOGOVÁ, J. *Nadační fond IKAROS pro podporu výzkumu, diagnostiky, prevence a léčby rakoviny kůže*. URL originálu: [http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select\\_id=52](http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select_id=52)  
[cit. 2006–08-6].

17. HRUBÁ, M. a kolektiv. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: GAD STUDIO, 2001. Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec, Brno. 77 s. ISBN 80–238-7618X.
18. JIRÁSKOVÁ, M. *Kůže a sluneční záření*.  
URL originálu:  
[http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select\\_id=44](http://www.melanoma.cz/?page=includes/schowpage.php&select_id=44)  
[cit. 2006–08-20].
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Prevence nádorových onemocnění pro ženu po čtyřicítce*. 3.vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec, Brno, 2005. 40 s. ISBN 80–238-6227–8.
20. LACKOVÁ, Zdena. Kůže pod sluncem. Názory se změnilly. *Moje zdraví*. Praha 4, 2006, roč. 4, s. 32 – 37. ISSN 1214 – 3871.
21. MICHALÍKOVÁ, H. UV záření a kůže. *Praktický lékař*. Praha 2, 2005, roč. 85, suppl. 1 s. 7 – 10. ISSN 0032 – 6739.
22. NAYLOR, M., ROBINSON, June K. Opalovací prostředky před slunečním zářením a naše četné omyly. Přel. Kojanová M. *Arch dermatology* (české a slovenské vyd.). Praha, 2006, roč. 6, č. 1. s. 34 – 36. ISSN 1215–5130.
23. WASSERBAUER, S. a kolektiv. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. 2. vyd. Praha: SZU ve spolupráci s OHS Jihlava, 2000. 47 s. ISBN 80–7071-145–0.
24. WAY, Lawrence W. a kolektiv. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. 2. díl. Přel. Antoř František. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 1660 s. ISBN 80–7169-397–9.

## **8. Klíčová slova**

Dispenzarizace

Edukace klientů

Euro-Melanoma Day

Maligní melanom

Prevence

Screening

Úloha sestry

UV záření

## 9. Přílohy

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Kůže
Příloha 3	Samovyšetření kůže
Příloha 4	Sedm varovných signálů možného nádorového onemocnění
Příloha 5	Evropský kodex proti rakovině, Desatero pro život
Příloha 6	Ošetřovatelský plán k edukaci

## **Příloha 1     Dotazník**

Vážená/ý paní, pane,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra ZSF JCU v Českých Budějovicích. Tento dotazník je anonymní a poslouží k mé bakalářské práci na téma Prevence maligního melanomu kůže.

Prosím Vás, abyste věnovali pozornost těmto otázkám a odpovědi zaškrtnli dle nabídnutých možností.

Děkuji Vám za spolupráci.

Lenka Šťastnová

Na otázky odpovídejte vždy jen 1 možností. U otázek č. 4, 8, 10, 13, 16, 24, 30, 32 je možné zatrhnout více odpovědí.

### **I.**

1) Kolik Vám je let?

18 – 25 let

26 – 35 let

36 – 49 let

50 – 65 let

2) Pohlaví:

muž

žena

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní

vyučen/a

střední s maturitou

vyšší

vysoká škola

4) Máte zdravotnické vzdělání?

ano

možno více odpovědí

střední škola – uveďte obor \_\_\_\_\_

vyšší škola – uveďte obor \_\_\_\_\_

vysoká škola – uveďte obor, dosažený titul \_\_\_\_\_

specializované kurzy – uveďte \_\_\_\_\_

ne

5) Víte, co může být příčinou vzniku maligního melanomu kůže (zhoubný nádor kůže z poškozených buněk tvořících pigment – melanin)?

ne

ano – napište:

6) Víte, co zahrnuje prevence maligního melanomu kůže?

ne

ano – napište:

7) Byl Vám někdy diagnostikován maligní melanom kůže? (zhoubný nádor kůže z poškozených buněk tvořících pigment – melanin)

ano

ne

## II.

8) Pokud Vám byl někdy diagnostikován maligní melanom kůže, změnilo to Váš přístup k prevenci tohoto onemocnění?

ano, věnuji se důsledněji prevenci

možno více odpovědí

používání více ochranných prostředků

vyhýbání se přímému slunci

samovyšetřování (sledování) kůže

návštěvy dermatologa (kožního lékaře)

ne, prevenci jsem se věnoval/a již dříve

ne

9) Byl někdy diagnostikován maligní melanom kůže někomu z Vaší rodiny?

ano

ne

nevím

10) Pokud ano, změnilo to Váš přístup k prevenci tohoto onemocnění?

ano, věnuji se důsledněji prevenci      možno více odpovědí

používání více ochranných prostředků

vyhýbání se přímému slunci

samovyšetřování (sledování) kůže

návštěvy dermatologa (kožního lékaře)

ne, prevenci jsem se věnoval/a již dříve

ne

11) Necháváte si kontrolovat pigmentová znaménka (pihy) kožním lékařem?

ano, pravidelně – alespoň 1x za půl roku

ano, pravidelně – alespoň 1x za rok

ano, ale jen při nějakých problémech

ne, vůbec

12) Kontrolujete si svá pigmentová znaménka sami?

ano, pravidelně

ano, občas

ne

13) Pokud ano, sledujete:      možno více odpovědí

barvu

symetrii (pravidelnost)

výstup nad okolní pokožku

změnu velikosti

jiné \_\_\_\_\_

14) Pokud si nekontrolujete pigmentová znaménka, proč?

nevidím důvod

bojím se případného zjištění onemocnění

jiné \_\_\_\_\_

15) Přímému slunci se:

vyhýbám, pokud možno co nejdéle přes den

vyhýbám, ale jen mezi 11. – 15.h

nevyhýbám

16) Před sluncem během dne: možno více odpovědí

se chráním přikrývkou hlavy

se chráním oděvem s dlouhými rukávy

se chráním ochranným krémem s UV faktorem

vyhýbám se přímému slunci

se nechráním

17) Kdy si aplikujete kosmetické prostředky s UV faktorem?

alespoň 20 minut před vystavením se slunci

těsně před vystavením se slunci

až po vystavení se slunci

nepoužívám je

18) Opakujete aplikaci kosmetických přípravků s UV faktorem?

ano, alespoň po 2 hodinách a dle potřeby

ano, dle potřeby

ano, ale jen při koupání

ne, namažu se jen 1 x



19) Při koupání používáte:

- klasické kosmetické prostředky s UV faktorem
- proti vodě odolné kosmetické prostředky s UV faktorem
- nepoužívám žádné ochranné kosmetické prostředky

20) Používáte oděv s ochranným faktorem (UPF)?

- ano
- ne

21) Spálil/a jste si v dětství opakovaně kůži?

- ano
- ne
- nevím

22) Znáte svůj fototyp? (náchyllost kůže k zarudnutí a schopnost ztmavnout)

- ano
- ne

23) Pokud ano, řídíte se jím?

- ano
- ne

24) Na slunci pobýváte z důvodu: možno více odpovědí

- záměrného opalování
- práce
- sportu
- jiné \_\_\_\_\_

25) Jezdíte na dovolenou do jižních / alpských zemí?

- ano, vícekrát za rok
- ano, 1 za rok
- občas
- ne

26) Spálíte se často při pobytu na slunci?

ano, 4 a vícekrát do roka

ano, maximálně 3 do roka

jen výjimečně

ne

27) Používáte pro děti krémy s UV filtrem speciálně určené pro ně?

ano, vždy

ano, občas

ne

tato otázka se mě netýká

28) Myslíte si, že mají smysl preventivní opatření pro ochranu kůže?

ano

ne

nevím

29) Máte, podle Vás, dostatek informací o prevenci maligního melanomu kůže?

ano

ne

nevím

30) Kde získáváte informace o prevenci?

možno více odpovědí

časopisy, média (TV, rádio, internet)

všeobecná sestra

lékař

rodina, známí

škola

jiné \_\_\_\_\_

nikde

31) Upřednostňujete opálenou pokožku?

ano

ne

je mi to jedno

32) Pokud ano, jakým způsobem dosahujete opáleného vzhledu?

možno

více

odpovědí

opalováním na slunci

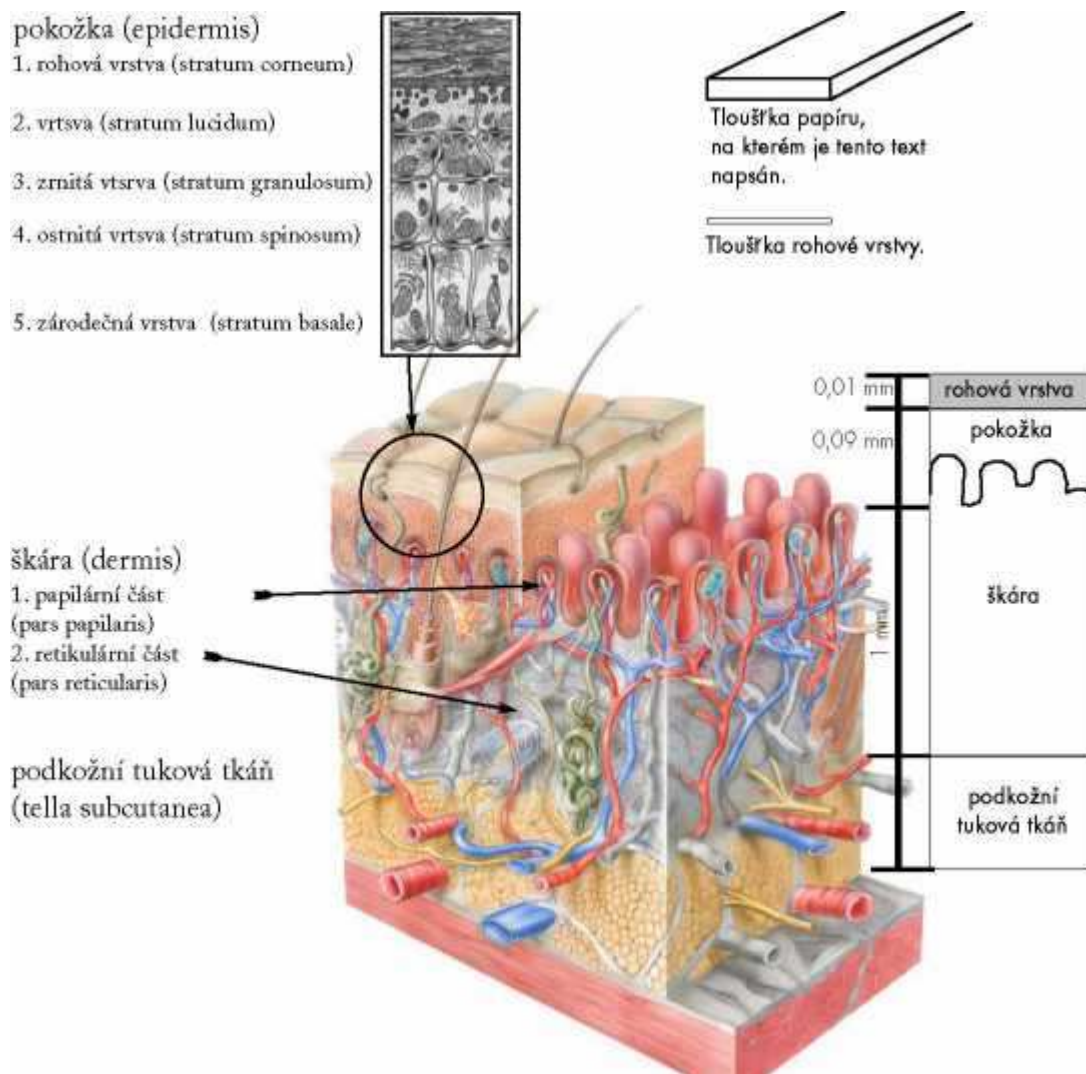
opalováním v soláriu

samoopalovacími krémy

tělovými mléky s efektem opálení

Zdroj: vlastní

## Příloha 2 Kůže



Zdroj: <http://www.syncare.cz/lekarna/info>

### **Příloha 3 Samovyšetření kůže**

Doporučeno American Cancer Society

1. Prohlédni si celé tělo zepředu i zezadu, z levé i z pravé strany v zrcadle
2. Prohlédni si ruce zepředu a při poloze zvednutých rukou ohni lokty a prohlédni si bedlivě ruce na zadní straně, pod pažemi a na dlaních.
3. Posad' se, pokud je to pohodlnější, a prohlédni si nohy zezadu, chodidla a prostor mezi prsty.
4. Prohlédni si ze zadní strany krk a pokožku hlavy za pomoci zrcadla v ruce a prohlédni rovněž vlasovou část.
5. Pokud provádíte samovyšetřování pravidelně, víte, co je u vás normální a můžete se cítit klidní.
6. Pokud objevíte jakoukoliv změnu, kontaktujte ihned svého lékaře.

Zdroj: 17, HRUBÁ, M. a kolektiv. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: GAD STUDIO, 2001. Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec, Brno. 77 s. ISBN 80–238-7618X.

#### **Příloha 4      Sedm varovných signálů možného nádorového onemocnění**

1. Změna ve vyprazdňování moče a stolice
2. Neobvyklé bolesti
3. Neobvyklé krvácení nebo výtok
4. Zvětšení nebo vytvoření bulky v prsu nebo jinde
5. Potíže při zažívání, ztížené polykání
6. Zřejmá změna mateřského znaménka nebo jiné kožní léze
7. Dráždivý kašel nebo chraptění

Zdroj: 17, HRUBÁ, M. a kolektiv. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: GAD STUDIO, 2001. Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec, Brno. 77 s. ISBN 80–238-7618X.

## **Příloha 5      Evropský kodex proti rakovině. Desatero pro život**

- I.      Nekuřte.
- II.     Mírněte se v konzumaci alkoholických nápojů.
- III.    Vyhýbejte se nadměrnému slunění.
- IV.    Dodržujte zdravotní a bezpečnostní pokyny, zejména při práci zahrnující výrobu a manipulaci s látkami, které mohou způsobit rakovinu.
- V.     Často jezte čerstvé ovoce a zeleninu i obiloviny, neboť obsahují ochrannou vlákninu.
- VI.    Vyvarujte se vzniku nadváhy a omezte spotřebu tučných jídel.
- VII.   Navštivte lékaře, objevíte-li kdekoliv na těle bulku, pozorujete-li změny pigmentového znaménka, nebo zjistíte-li krvácení bez známé příčiny.
- VIII.  Navštivte lékaře, máte-li přetrvávající potíže, jako jsou kašel, chrapt, nepravidelná stolice, nebo jestliže hubnete bez známé příčiny.
- IX.    Ženy, chod'te pravidelně na gynekologické prohlídky a žádejte vyšetření stěru z děložního hrdla.
- X.     Ženy, kontrolujte si pravidelně prsy (samovyšetřováním) a nechte si po dosažení 50 let pravidelně provádět mammografii.

Zdroj: 17, HRUBÁ, M. a kolektiv. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: GAD STUDIO, 2001. Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec, Brno. 77 s. ISBN 80–238-7618X.

## **Příloha 6 Ošetřovatelský plán k edukaci**

**Potencionální zvýšení zdravotního rizika v souvislosti s nadměrnou expozicí slunečnímu záření.**

**Cíl:** K nemá zdravotní rizika v souvislosti s nadměrnou expozicí slunečnímu záření.

**Kritéria:** K si uvědomuje zdravotní rizika plynoucí z nadměrné expozice UV záření.

K dodržuje ochranná opatření proti nadměrné expozici UV záření.

K si sám kontroluje pigmentová znaménka.

### **Intervence:**

- Seznam K s následky nadměrné expozice slunci.
- Seznam K s možností ochranných prostředků proti UV záření (krémy s ochrannými faktory, používání klobouků, vhodného oblečení, slunečních brýlí).
- Seznam K se správným používáním ochranných prostředků.
- Upozorni K na nevhodnost pobytu na slunci mezi 11. – 15. hodinou.
- Upozorni K na nutnost těchto opatření zvláště u dětí a vysvětlí proč.
- Vysvětlí K, popřípadě ukaž, jak správně provádět samovyšetřování kůže, popřípadě doporuč kožního lékaře.
- Upozorni K, kteří lidé jsou náchylnější na negativní účinky UV záření (světlá pleť, světlé vlasy, modré či zelené oči, zrzaví, lidé, kteří jsou často vystavováni slunci).
- Upozorni K na nevhodnost nadměrné návštěvy solárií – mají stejný účinek jako sluneční záření.
- Zapoj K rodinu.
- Zjistí zpětnou vazbu.

Zdroj: vlastní