

Maligní melanom- Nepodceňujeme prevenci?

Kristýna Dvořáková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Dvořáková**
Osobní číslo: **H11609**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Maligní melanom – Nepodceňujeme prevenci?**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a problematiky maligního melanomu.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace dotazníkového šetření v oblasti prevence maligního melanomu.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jeho shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DIENSTBIER, Zdeněk a Evžen SKALKA. Předcházíme rakovině. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 80-7226-375-7.

KRAJSOVÁ, Ivana. Je opalování nebezpečné? Jsou pihy nebezpečné? 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-24-1.

KRAJSOVÁ, Ivana. Melanom. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-098-8.

RAJNOCHOVÁ SVOBODOVÁ, Alena. Poškození kůže působením slunečního záření, možnost ochrany a prevence. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3183-3.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Petr Snopek, DiS.
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

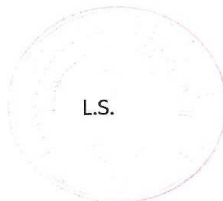
15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14. 2. 2014

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějiho projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce je „Maligní melanom- nepodceňujeme prevenci?“

Maligní melanom je velmi nebezpečné onemocnění, proto je velmi důležité věnovat se všem dostupným preventivním opatřením. Nesmíme zapomínat na pravidelné samovyšetření kůže, ochranu před slunečním zářením a omezit dobu pobytu na slunci od 11-14 hodiny.

Teoretická část objasňuje problematiku maligního melanomu, jeho diagnostiku a léčbu. Další kapitola popisuje sluneční záření a nejdůležitější kapitola práce se věnuje prevenci maligního melanomu.

Praktická část prezentuje výsledky kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na laickou veřejnost. Výsledek dotazníku nám ukázal, kde je potřeba přitlačit v edukaci veřejnosti. Rádi bychom chtěli výsledky výzkumu prezentovat pomocí článku v časopise dostupném pro širokou veřejnost.

Klíčová slova: maligní melanom, prevence, sluneční záření, samovyšetření kůže

ABSTRACT

The theme of this bachelor's thesis is "Malignant Melanoma- Do we not underestimate the prevention?"

Malignant Melanoma is a very serious disease, that's why it's very important to deal with all the available precautions. We mustn't forget the regular self-screening of the skin, protection against sunshine and reduce time spent on the sun between 11 a.m. and 4 p.m.

This thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part clarifies the issues of malignant melanoma, its diagnosis and treatment. The next chapter describes the sunshine, the most important chapter of this thesis deals with the prevention of malignant melanoma.

The practical part contains the results of quantitative research, which was realized by public questionnaire survey. The results tell us where to increase the education of public. We would like to present the results of our survey as an article in a magazine available for general public.

Keywords: malignant melanoma, prevention, sunshine, self-screening of skin

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce PhDr. Petru Snopkovi Dis. a PhDr. Evě Hrenákové za jejich odborné vedení, velkou trpělivost a jejich cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji rodině, hlavně mamince za pomoc a kamarádce Janě Špendlíkové za velkou podporu po celou délku studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MALIGNÍ MELANOM KŮŽE	12
1.1 HISTORIE MELANOMU	12
1.2 CHARAKTERISTIKA MALIGNÍHO MELANOMU	13
1.3 EPIDEMIOLOGIE	13
1.3.1 Incidence	14
1.3.2 Muži versus ženy.....	14
1.3.3 Věk pacientů.....	14
1.4 TYPY MELANOMU	14
1.4.1 Melanom in situ.....	15
1.4.2 Superficiálně se šířící melanom, sekundárně nodulární melanom	15
1.4.3 Nodulární melanom.....	16
1.4.4 Lentigo maligna a Lentigo maligna melanom.....	16
1.4.5 Akrolentiginózní melanom.....	17
1.4.6 Slizniční melanom.....	17
1.4.7 Desmoplastický melanom	17
2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA MELANOMU	18
2.1 DIAGNOSTIKA MELANOMU	18
2.1.1 Pravidlo ABCD(E)	18
2.1.2 Dermatoskopické vyšetření	19
2.1.3 Histologické vyšetření.....	20
Hloubka invaze dle Clarka.....	20
2.2 LÉČBA MELANOMU	21
2.2.1 Chirurgická léčba primárního melanomu.....	21
2.2.2 Biopsie sentinelové uzliny	21
2.2.3 Adjuvantní léčba	22
2.2.4 Chemoterapie a radioterapie.....	22
2.2.5 Dispenzarizace pacientů.....	22
2.3 KOMPLIKACE MELANOMU	23
2.4 PROGNÓZA MELANOMU	23
3 SLUNEČNÍ ZÁŘENÍ	25
3.1 ULTRAFIALOVÉ ZÁŘENÍ	25
UVA záření.....	25
UVB záření	26
UVC záření.....	26
3.2 VLIVY NA MNOŽSTVÍ UV ZÁŘENÍ	26
Roční období	26
Denní doba	26
Nadmořská výška	27

3.3	OPALOVÁNÍ.....	27
3.4	SOLÁRIA.....	27
3.4.1	Tanoxie.....	28
3.5	KOŽNÍ FOTOTYP.....	28
4	PREVENCE VZNIKU MELANOMU	30
4.1	SAMOVYŠETŘENÍ KŮŽE.....	30
4.2	OPALOVACÍ KRÉMY	31
4.2.1	Zásady při pobytu na slunci.....	32
4.2.2	Péče po pobytu na slunci	32
4.2.3	Péče o spálenou kůži	33
4.3	OCHRANNÝ ODĚV	33
4.4	EVROPSKÝ DEN MELANOMU.....	34
4.5	ROLE SESTRY V PREVENCI	35
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	METODIKA PRŮZKUMU	37
5.1	CÍL PRÁCE	37
5.1.1	Dílčí cíle	37
5.2	PRŮZKUMNÁ METODA	37
5.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	38
5.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	38
5.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	38
5.6	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	39
6	DISKUZE	75
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM TABULEK.....	85
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Maligní melanom- nepodceňujeme prevenci?

Téma jsme si zvolili, protože jsme se s tímto onemocněním denně setkávali na našem, teď již bývalém, pracovišti. Než jsme nastoupili do práce, nikdy jsme si rizika spojená s tímto onemocněním neuvědomovali a preventivní opatření podceňovali a nedodržovali. Velmi brzo nás překvapila četnost onemocnění a nízký věk pacientů, kteří vyhledali péči našeho pracoviště. Nikdo z nás si ze začátku neuvědomovali závažnost tohoto onemocnění a jeho dopadu na naše zdraví. Dochází k podceňování závažnosti maligního melanomu.

Maligní melanom je nejzhoubnější nádor kůže s nejrychlejší incidencí na světě, přestože tomuto onemocnění můžeme prevencí předejít. Velmi důležitá je edukace veřejnosti o onemocnění; jak se chránit a správně provádět samovyšetření kůže.

V České republice byla incidence maligního melanomu počátkem 70 let 20. století 3,2/100000 obyvatel, zatímco v roce 2006 byla incidence již u mužů 18,4/100000 a u žen 15,6/100000 obyvatel. Ročně zemře v ČR na melanom 130- 170 žen a 170- 190 mužů. Přitom tato čísla by nemusela být tak velká, kdybychom všichni dodržovali daná doporučení a pravidelně prováděli samovyšetření kůže. (Krajsová, 2006, s.80)

Velkou „výhodu“ tohoto onemocnění, hlavně co se týče prevence a jeho včasné diagnostiky, vidíme v tom, že se téměř vždy vyskytuje na kůži, která je velmi dobře přístupná našemu pohledu.

Jako hlavní cíl práce jsme si stanovili zjistit znalosti laické veřejnosti v oblasti prevence onemocnění maligní melanom, dále jsme se chtěli dozvědět, jakým způsobem se veřejnost chrání před UV zářením, jak eliminuje riziko spojené s opalováním a zda správně provádí samovyšetření kůže či vůbec zná jeho zásady.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MALIGNÍ MELANOM KŮŽE

Maligní melanom je zhoubné nádorové onemocnění kůže, které sice nepatří mezi časté onemocnění, ale agresivitou se řadí melanom mezi nejzávažnější maligní onemocnění. Zrádný je v tom, že tvoří metastázy, které se mohou projevit po desetiletém, někdy i delším bezpříznakovém období. Nejvíce se s maligním melanomem setkáváme u lidí středního věku, ale nevyhýbá se ani mladší populaci. U dětí je toto onemocnění vzácné. Největší incidence je u lidí se světlou kůží, která se lehce spálí a je náchylná k tvorbě pih, u modrookých a světlolasých. (Vosmik, 1995, s.67)

1.1 Historie melanomu

Termín „černá rakovina“ použil již Hippokrates v 5.století před naším letopočtem a metastázy melanomu v kůži a v kostech byly nalezeny také na mumii starých Inků.

První zmínka o melanomu v odborné literatuře je z roku 1787, kdy John Hunter popsal nádorovou masu u 35letého muže, u kterého se objevila recidiva po chirurgickém odstranění. Tento preparát je uložen v Hunterově muzeu v Anglii. V roce 1968 byl tento preparát histologicky vyšetřen a potvrdil diagnózu melanomu. (Krajsová, 2006, s.11)

Jedním z prvních autorů, kteří popsali melanom, je uváděn Dupuytren. Byl to výborný chirurg, který zastával teorii, že se melanom nemá operovat, protože je to zbytečné a nemocnému to nepomůže. René Laenneca popsal v roce 1806 melanom jako samostatnou klinickou jednotku, ten také jako první diagnostikoval plicní metastázy melanomu. Samuel Cooper nazval melanom „černou rakovinou“ v roce 1840. Uváděl, že jedinou léčbou melanomu je jeho včasné chirurgické odstranění, jestliže to ovšem lokalizace a velikost umožňuje. Podle tohoto tvrzení je jasné, že diagnostika melanomu byla až v pokročilém stádiu nemoci. (Krajsová, 2006, s.11-12)

V roce 1885 popisoval Tennet zvláštní zelenočerné zbarvení moči u nemocného s pokročilým melanomem. V roce 1899 byl popsán první případ tohoto onemocnění u Američana s černou pletí. (Krajsová, 2006, s.12)

V Čechách jsou první zmínky z roku 1858 od profesora Eiselta. Další citace jsou uváděny v Časopise lékařů českých z roku 1911. Profesor Hlava v roce 1919 nejspíš jako první popsal v Čechách případ melanosarkomu s metastázemi do plic, mozku, srdce, ovaria a omenta bez nálezu primárního ložiska. (Krajsová, 2006, s.13)

1.2 Charakteristika maligního melanomu

Melanom je zhoubný nádor z melanoplastů, tj. z nezralých melanocytů a patří k neuroektodermovým nádorům. Zralé melanocyty leží mezi buňkami bazální vrstvy pokožky, případně se vytvářejí hnízda melanocytů (névových buněk) ve škáře jako tzv. mateřská znaménka. Vyskytují se prakticky u všech lidí a někdy ve velkém množství. Jejich charakteristickou vlastností je, že tvoří melanin. (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012, s.149)

Lokalizovat ho můžeme nejčastěji na kůži, ale může se vyskytnout ve vnitřních orgánech, na sliznici nebo v oku. (Krajsová, Bauer, 1994, s.49)

U bělochů vzniká melanom kdekoli na trupu, končetinách, ve vlasech i pod nehtovými ploténkami. U mužů je nejčastěji lokalizován na trupu, u žen převážně na dolních končetinách. U černochoů se vyskytuje pouze na ploskách a dlaních. (Krajsová, 2011, s.34)

1.3 Epidemiologie

V současnosti toto onemocnění představuje zejména u bílé populace na celém světě velký a závažný problém. I přes veškerou snahu incidence tohoto onemocnění nebezpečně stoupá. Na vzniku onemocnění se podílí několik na sebe navzájem působících faktorů jako intenzita slunečního záření, kožní fototyp, genetické faktory, familiární výskyt, socioekonomické faktory a spousta dalších vlivů. (Krajsová, 2006, s.79)

Lancaster popsal v roce 1956 vztah mezi melanomem, typem kůže a zeměpisnou šířkou. Porovnával mortalitu mezi Evropany žijícími v Evropě, na Novém Zélandě, v Austrálii, Jižní Africe nebo v USA. Nejpresnější a nejvýznamnější jsou studie, kde se porovnávají skupiny obyvatelstva se stejným kožním fototypem s rozdílnou expozicí slunečního záření. Některé studie poukazují na vztah sociální a ekonomický pro vznik melanomu. Je častější u lidí z vyšší vrstvy, městské populace. Důvodem je jejich životní styl, častější návštěvy moře a hor, návštěvy solárií a nárazové opalování. (Krajsová, 2006, s. 79)

1.3.1 Incidence

Navzdory preventivním opatřením incidence trvale stoupá. Největší incidence melanomu na světě je v Queenslandu, která se pohybuje mezi 60- 70 novými případy ročně na 100 000 obyvatel. V současnosti je u evropské populace uváděn 5- 8% nárůst ročně. (Krajsová, 2006, s. 80)

I v České republice se incidence melanomu zvyšuje. 813 pacientů onemocnělo v roce 1897, v roce 1997 jich bylo už 1368 a v roce 2007 dokonce 2358 pacientů s touto diagnózou. (Krajsová, 2011, s. 32)

1.3.2 Muži versus ženy

Dřívější studie uvádí, že nádor postihuje častěji ženy v poměru 2:1. Dle údajů onkologického registru je v České republice poměr postižení žen a mužů za poslední léta téměř 1:1. V roce 2002 bylo hlášeno 758 nových případů u mužů, a u žen 803 případů. Nejčastěji je u mužů melanom diagnostikován na trupu v oblasti zad. U žen je nejčastější výskyt na dolních končetinách, převážně na bérkách. (Krajsová, 2006, s.81)

U žen je melanom nejčastějším zhoubným nádorem diagnostikován mezi 20.– 30. rokem života. (Melanom, © 2002)

1.3.3 Věk pacientů

Dříve byl výskyt onemocnění typický pro pacienty vyššího věku, ale v posledních desetiletích se výskyt posunuje do mladších věkových kategorií. (Krajsová, 2006, s. 81)

V dřívější době byl melanom diagnostikován až mezi 60. – 70. rokem, nyní se tato hranice snížila mezi 30.- 40. rokem a kolem 60 let. (Melanom, © 2002)

1.4 Typy melanomu

Melanom může vzniknout všude, kde je výskyt melanocytů. Nejčastější varianta je kožní melanom. Slizniční melanom se vyskytuje asi v 1 % u lidí bílé rasy, u Asiatů je to 5-8 % populace. Oční melanom tvoří asi 3-5 % všech melanomů. (Krajsová, 2011, s.34)

V 60. letech minulého století na podkladě rozdílných rysů klinických, histopatologických a biologických navrhl Clark rozdělení melanomu na 3 klinické varianty. Později přibýly další typy. (Krajsová, 2006, s. 105-106)

1.4.1 Melanom in situ

Jedná se o počínající fázi melanomu, kdy se nádorové buňky nerozšířily mimo úroveň epidermis. Vzhled je nejvíce podobný atypickému névus, je často skvrnitě pigmentovaný, výrazný. Jeho okraje jsou nepatrně nepravidelné. Jeho velikost se trvale zvětšuje. V této fázi pacientovi nedělá žádné potíže, svědění se objevuje zřídka. Po včasném chirurgickém odstranění je úplné vyléčení nemocného, pokud se však neodstraní, proliferace nádorových buněk pokračuje, a nádor přechází do pokročilého stádia. (Krajsová, 2006, s.107-108)

1.4.2 Superficiálně se šířící melanom, sekundárně nodulární melanom

Je to nejčastější typ, představuje asi 70 % všech melanomů. Objevuje se již v mladším a středním věku, obě pohlaví jsou postihnuta stejně. U mužů je nejčastěji diagnostikován na trupu, u žen na bérce. U superficiálně se šířícího melanomu se doba pohybuje od vzniku nádoru po stanovení diagnózy v rozmezí 1- 7 let. Je pro něj typický pomalý nepravidelný růst. Vznikají asymetrická, až několik centimetrů velká pigmentová ložiska. U více jak poloviny pacientů je pozorováno občasné svědění v místě, což je nápomocné pro objevení melanomu na místě špatně přístupném při běžném samovyšetření. (Krajsová, 2006, s.108-109)

Jako sekundárně nodulární melanom označujeme nádor s horizontálním a vertikálním růstem. Doba potřebná pro vznik vertikální vývojové fáze je různá, může to být několik měsíců až několik let. Nejdelší popsaná doba byla 12 let. (Krajsová, 2006, s.110)

Melanom je v době vertikálního růstu křehký, jeho povrch se snadno zraní, pak mokvá a krvácí. Spontánní regrese, neboli nádor, mizí, ale v jiném okrsku dále roste. To je typický rys tohoto druhu melanomu. (Krajsová, 2011, s.36)

Po přechodu superficiálně se šířícího melanomu v sekundárně nodulární melanom se stává nádor velmi agresivní, s velkým rizikem tvoření metastáz. Oba tyto melanomy tvoří typická ložiska, která se velmi dobře diagnostikují. Mezi základní rysy patří: asymetrická ložiska, nepravidelné okraje, výrazně skvrnitá barva a velikost přesahující 1 cm. (Krajsová, 2006, s.114)

1.4.3 Nodulární melanom

Pro tento melanom je typické šíření vertikálně, nejen na povrch kůže, ale i hluboko do koria. Představuje asi 15- 30 % všech melanomů. Nejčastěji je lokalizován na trupu, hlavě, krku i na končetinách (u obou pohlaví stejně), nejčastěji ve středním věku. Vzniká nejčastěji ve zdravé kůži, vývoj z névu je ojedinělý. Typický je rychlý růst, a počátku vytváří drobný uzlík, ten se velmi rychle zvětšuje do výšky. Někdy může vytvářet stopkaté až kvěťákovité uzly. Povrch bývá lehce zranitelný, může mokvat nebo krváčet. Velikost je v rozmezích 1- 2 cm. Diagnostika bývá v tomto případě obtížná, nemá typické rysy. Je proto důležité při diagnostice myslet na možnost tohoto melanomu a při indikované excizi nezapomenout na histologické vyšetření vzorku tkáně. (Krajsová, 2006, s.114-117)

U tohoto typu chybí plošné šíření, nepravidelné okraje a asymetrie. Mohou mít hnědé až černé zbarvení, ale u 5 % případů jsou načervenalé nebo v barvě kůže, protože neobsahují žádný pigment. (Krajsová, 2011, s.36-37)

1.4.4 Lentigo maligna a Lentigo maligna melanom

Jedná se o různé vývojové fáze jednoho typu melanomu. Lentigo maligna je spíše považován za prekancerózu a teprve přechod v lentigo maligna melanom je zvrát v plně vyvinutý maligní nádor. (Krajsová, 2006, s.118)

Lentigo maligna se projevuje jako plošné, hnědě pigmentové ložisko, které se v průběhu několika let zvětšuje až vytváří makulózní, různě velká skvrnitá ložiska asymetrického tvaru. Často, hlavně u starších lidí, můžou ložiska dosáhnout velkých rozměrů. Po nedostatečné excizi může recidivovat, naštěstí nemá schopnost tvořit metastázy. Rozsáhlá ložiska nelze kompletně odstranit chirurgickou metodou. Doba přechodu v Lentigo maligna melanomu je 5-20 let. (Krajsová, 2006, s.118-120)

Lentigo maligna melanom postihuje převážně starší jedince, průměrný věk v době stanovení diagnózy je 65 let. Do věku 40 let je výskyt velmi vzácný, nejčastější je výskyt v obličeji, hlavně, na tváři a nose, v zácnějších případech se objevuje na hřbetech rukou nebo nohou nebo kdekoliv jinde na těle. Charakteristické je modulárním růstem v kterékoliv části původně plošné pigmentace. Jakmile je vertikální růst, nádor invazivně roste a metastazuje. (Krajsová, 2006, s.120-122)

1.4.5 Akrolentiginózní melanom

Nejčastější varianta melanomu u lidí černé rasy, u bílé rasy je tato varianta vzácnější. Postihuje pouze plosky dlaní, oblast pod nehtovými ploténkami, nejčastěji jsou postihnuty palce dolních končetin. Výskyt na jiných prstech je vzácnější. Postihuje především starší populaci okolo 60 let. Doba od vzniku po diagnostiku melanomu je 2,5 roku. Ze začátku se projevuje jako skvrnitě pigmentované asymetrické plošné ložisko, které roste do hlubších struktur kůže. (Krajsová, 2006, s.123-125)

Ve většině případů dochází k diagnostice velmi pozdě, a to až při krvácení ložiska. Velmi často je překrytý otlaky zrohovatělé kůže, která velmi dobře maskuje černou barvu ložiska. Lékaři jej často mylně považují za virovou bradavici nebo za mozol. Někdy ho sami pacienti považují pod nehtem za krevní sraženinu po úrazu. (Krajsová, 2011, s.38)

1.4.6 Slizniční melanom

Tyto primární melanomy mohou také vzniknout z epitelů gastrointestinálního, respiračního i genitourinárního traktu. U bílé rasy je však velmi nízké procento výskytu, a to asi 1 % , u asijské populace je výskyt častější, asi 5- 8 %. U černé rasy jsou ještě vzácnější než u bělochů. Nejčastěji je lokalizován (asi 40- 50 % všech slizničních melanomů) na sliznici ústní dutiny, nosu, hrtanu a vedlejších nosních dutin. Dalších 40 % tvoří slizniční melanomy, které vznikají na sliznici zevních rodidel a pochvy. (Krajsová, 2006, s.127-129)

U mužů je nejčastěji diagnostikován na kůži glans penis. Jeho barva může být zcela bez pigmentu i sytě pigmentová. (Krajsová, 2011, s.39)

1.4.7 Desmoplastický melanom

Tento melanom byl popsán jako invazivní vřetenobuněčný nádor s výraznou desmoplazií v roce 1971. Jde o velmi vzácný nádor, který postihuje častěji muže než ženy, a to po 60. roce věku. Nejčastěji bývá lokalizován na hlavě, krku, horních partiích trupu a pažích. Na dolních končetinách není výskyt tak častý. Velmi často je prokázán až v době, kdy je plně vyvinut. U tohoto typu jsou častější lokální recidivy než u jiných typů. (Krajsová, 2006, s.130-131)

2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA MELANOMU

Pro stanovení diagnózy maligního melanomu je důležité důkladné vyšetření kůže na celém těle a porovnání znamének. Velmi často bývá melanom odlišný od znamének - je výrazný, sytý s nepravidelnou pigmentací, osovou asymetrií ložiska. (Krajsová, 2006.s.84)

I přes velmi snadnou dostupnost vyšetření, při kterém stačí pouze pohled, a tak objevit nádor v počáteční fázi růstu, dochází ke stanovení až v pozdní fázi, kdy je melanom plně vyvinut a jeho léčba je již složitá a s nejasnou prognózou.

Mezi hlavní příčiny patří špatná informovanost pacientů, strach a bagatelizování onemocnění, ale taky špatně stanovená diagnóza ze strany lékaře. Nejenom dermatolog, ale každý lékař při vyšetření pacienta by si měl všimnout změn na kůži, a na případné změny pacienta upozornit a doporučit mu návštěvu specialisty. (Krajsová,2006,s. 84)

Přestože je melanom na kůži nepřehlédnutelný, velmi často se stává, že pacient vyhledá pomoc odborníků až v pokročilém stádiu nemoci, kdy je již melanom vyvinut a krvácí. Přitom během několika předchozích měsíců byl vyšetřen lékařem, který ho však ani neupozornil na možný melanom, ani neodeslal na kožní vyšetření pro možné nebezpečí rostoucího kožního nádoru. (Krajsová, Bauer,1994,s.58)

2.1 Diagnostika melanomu

Velmi důležité v další prognóze onemocnění je včasná diagnostika tohoto onemocnění.

2.1.1 Pravidlo ABCD(E)

Je to nejstarší a nejjednodušší pomůcka, která popisuje typické charakteristiky pro počínající plošně se šířící melanom. Tato pomůcka byla již zavedena v roce 1985 pro zdravotnickou i laickou veřejnost.

A (asymetry- asymetrie) - Viditelná asymetrie tvaru.

B (bordur- okraje) - Typické nepravidelné výběžky, kterými se nádor šíří do okolí.

C (color- barva) - Je výrazná tmavě hnědá s barevnou nepravidelností.

D (diameter- velikost) - Rozměr ložiska je větší jak 6 mm, objevují se i velikosti kolem 10 mm.

E (evolving- vývoj) - Jsou to změny ve velikosti, změně okrajů, tvaru, barvy, povrchu, růstu a pocitů .

(Krajsová,2006.s.86-88)

Pro možné podezření na melanom je nutné splnění 3- 4 z uvedených parametrů. Jestliže některá změna trvá déle než 1-3 měsíce, je důležité odeslat pacienta na specializované pracoviště. (Krajsová,Bauer,1994,str.52)

2.1.2 Dermatoskopické vyšetření

Je to neinvazivní vyšetřovací metoda, při které se využívá Dermatoskop. Je to vlastně osvětlená, 10- 20x zvětšující lupa, která umožňuje pozorovat strukturální, barevné i cévní změny na pigmentové lézi. Do dermatologické praxe byla tato metoda zavedena v 50. letech 20. století. Cílem vyšetření je včasné indikování potencionální maligní pigmentové léze k chirurgické excizi. Pro správné využití jsou nezbytné dostatečné zkušenosti v diagnostice a odborné proškolení. Toto vyšetření zlepšuje diagnostiku u počínajícího melanomu, přesnost stoupla z 50 % na 83 % a u pokročilého stádia je zvýšení na 91 % z 54 %. (Krajsová, 2006, s .91,100)

Pro zpřesnění diagnostiky a uchování opakovaných dermatoskopických obrazů slouží digitální dermatoskopie. Využívá se převážně u pigmentových projevů, u kterých je nutné jejich sledování. Objektivní údaje získáváme z matematické analýzy, která převádí dermatoskopické parametry do čísel. Toto vyšetření podrobněji hodnotí jednotlivé barevné odstíny, lépe zachycuje velikost ložiska, osovou symetrii i charakter okrajů léze. (Krajsová, 2006, s.101)

Velkou výhodou digitální dermatoskopie je zlepšení možné diagnostiky i méně zkušeným lékařům. Díky telemedicině je umožněna konzultace u nejasných a sporných případů s jinými pracovišti a samozřejmě sledování pigmentových lézí a uchování jejich dat. (Krajsová, 2006, s.102)

Avšak jediné vyšetření, které nám na 100 % potvrdí diagnózu melanomu, je histologické vyšetření. (Krajsová,2006.s.100)

2.1.3 Histologické vyšetření

Histologický popis je základním předpokladem pro správnou léčbu. Toto vyšetření vyžaduje spolupráci chirurga a patologa. Patolog při vyšetření potřebuje informace; zejména o velikosti ložiska a místě, kde se nachází. Dále je potřebné vědět o případné ulceraci nebo regresi a zda se jedná o parciální nebo kompletní excizi. (Krajsová, 2006, s.140)

Jedním z cílů vyšetření je určení, zda se jedná o maligní nebo benigní lézi a odhadnout další chování nádoru. Součástí vyšetření je hodnocení tloušťky nádoru, hloubky invaze. (Krajsová, 2006, s.146)

Tloušťka nádoru dle Breslowa

Je to základní a nejdůležitější faktor pro prognózu melanomu. Hodnota je uváděna v milimetrech za pomoci kalibrovaného okulárního mikrometru. Čím vyšší je hodnota, tím horší je prognóza.

Breslow do 0,75 mm- Pro léčbu nádoru stačí pouhá excize. Nádor není schopen vytvářet metastázy, desetiletá délka přežití je v rozmezí 95- 100 %.

Breslow 0,76- 1,49 mm- Nádor je vyvýšen nad okolí, prognóza je neurčitá.

Breslow 1,5- 2,99 mm- Zde je již vertikální růst, prognóza se zhoršuje.

Breslow nad 3,0 mm- Nádor je již vyvinutý s možností vzniku vzdálených metastáz. Desetileté přežití je již jen 15- 47 %.

(Krajsová, Bauer, 1994, s.49-50)

Hloubka invaze dle Clarka

Je to druhý nejvýznamnější faktor pro stanovení prognózy. Hodnoty jsou rozděleny do 5 skupin a udávají, jak hluboko nádor prorůstá.

Clark I.- Melanom in situ.

Clark II.- Nádorové buňky prorůstají do vrstvy koria.

Clark III.- Nádor zcela vyplnil vrstvu koria a prorůstá dál.

Clark IV.- Nádor se šíří mezi kolagenními vlákny.

(Krajsová, Bauer, 1994, s.51)

2.2 Léčba melanomu

Jedinou úspěšnou léčbou melanomu je včasná diagnóza a včasné chirurgické odstranění počínajícího melanomu. (Krajsová, Bauer, 1994, s.59)

2.2.1 Chirurgická léčba primárního melanomu

Je to úplné odstranění nádoru s lemem odpovídajícím nádorové tloušťce. Pokud není diagnóza 100%, nejprve se provádí excize bez ochranného lemu, teprve po histologickém potvrzení diagnózy je indikovaná excize zajišťujícího lemu. Reexcize v rozsahu odpovídajícím tloušťce odstraněného melanomu má být provedena 1- 3 měsíce od primární neširoké excize. U rozsáhlých ložisek, u lentigo maligna nebo u slizničního nádoru, se prvně indikuje probatorní biopsie. (Krajsová, 2006, s.153)

Nedílnou součástí chirurgické léčby u nádoru s hodnotou Breslowa vyšší jak 1 mm, je správný postup radikální excize melanomu společně s biopsií sentinelové uzliny. Tento výkon by se měl provádět ve specializovaných centrech, kde je na základě nejnovějších poznatků poskytnuta komplexní péče. Po stanovení histologické diagnózy pracoviště rozhodne o intervalech dispenzarizace a o případném dalším postupu. (Krajsová, 2006, s.154)

2.2.2 Biopsie sentinelové uzliny

Sentinelová uzlina je první lymfatická uzlina nebo skupina uzlin drénující oblast kůže, na které melanom roste. Jde o uzlinu, která je nejbližší nádoru současně leží přímo ve směru lymfatické drenáže z místa nádoru do regionální lymfatické oblasti. (Krajsová, 2006, s.155-156)

Protože melanom má tendenci metastazovat do regionálních lymfatických uzlin, u kterých nelze klinickým vyšetřením vyloučit mikroskopické uzlinové postižení, musíme danou sentinelovou uzlinu vyšetřit. Tuto uzlinu nelze palpačně prokázat. Pro zjištění lokality uzliny se provádí předoperační lymfoscintigrafie. (Krajsová, 2006, s.156)

Příznivá prognóza je pro pacienta, jestliže v uzlině nebyly nalezeny nádorové buňky. Při prokázání pozitivní uzliny, nádorové buňky byly v uzlině prokázány, musí dojít ke kompletnímu odstranění i ostatních uzlin v dané oblasti. Tomuto zákroku se říká disekce regionálních lymfatických uzlin. (Krajsová, 2011, s.44)

2.2.3 Adjuvantní léčba

Cílem této léčby je kompletní nebo částečná likvidace mikrometastáz, která vede k prodloužení období bez recidivy a k celkovému prodloužení života pacienta. (Krajsová, 2006, s.189)

Při této zajišťovací léčbě je používán jediný schválený přípravek, a to interferon alfa. Tento lék je v injekční formě, pacienti si jej po dobu jednoho roku až dvou let aplikují doma sami. (Krajsová, 2011, s.45)

Interferon alfa je možné podávat intravenózně, intramuskulárně i subkutánně. V Evropě se upřednostňuje podávání subkutánně na rozdíl od USA, kde je aplikace intravenózně. Prvních 4- 8 týdnů se podává minimálně 5x týdně, poté se přechází na tzv. udržovací léčbu, kdy se aplikuje pouze 3x týdně. (Krajsová, 2006, s.206)

2.2.4 Chemoterapie a radioterapie

Chemoterapie a radioterapie mají u metastatického onemocnění velmi omezenou účinnost. Dakarbazin a jeho perorální derivát temozolomid vykazují pouze mírnou léčebnou odpověď v rozmezí od 10 do 20 % s trváním pouze 4 až 6 měsíců. U velmi pečlivě selektované skupiny pacientů v celkově dobrém zdravotním stavu je možné přistoupit k léčbě vysokodávkovaným interleukinem 2. Analýzou výsledků této léčby z několika pracovišť byla zjištěna celková objektivní odpověď v 16 % případů (v 6 % kompletní). Vzhledem k významným toxickým nežádoucím účinkům má tato terapie pouze omezené využití – v České republice se nepoužívá vůbec. (Léčba maligního melanomu, © 2011)

2.2.5 Dispenzarizace pacientů

Cílem dispenzarizace je včasné odhalení recidivy. Melanom je nádor s vysokým rizikem vzniku metastáz, proto musíme pacienty sledovat intenzivně. Zatím nejsou stanoveny četnosti kontrol, vše je na rozhodnutí lékaře. Dispenzarizace by měla probíhat v melanových centrech, kde je pacientům poskytnuta komplexní diagnostická a léčebná péče. Pacienti s melanomen in situ mohou být v dispenzarizaci praktického lékaře, dermatologa nebo onkologa v místě bydliště, jelikož zde je téměř nulové riziko další progresse. (Krajsová, 2006, s.246)

Protože většina metastáz vzniká po operaci v prvních 2- 3 letech, kontroly by proto měly být častější, po uplynutí této doby mohou být kontroly méně časté. Nádory s vyšší hodnotou Breslowa vyžadují častější kontroly, jelikož je nádor více rozvinutý a je zde i větší riziko tvorby metastáz. (Krajsová, 2006, s.245)

Dle pokročilosti nádoru se při dispenzarizaci provádí vyšetření jizvy, aspekce kůže celého těla, fyzikální vyšetření lymfatických uzlin, sono břicha a uzlin, RTG plic, laboratorní vyšetření krve. Počítačová tomografie (CT), pozitronová emisní tomografie (PET) a PET/CT sken a magnetická rezonance (MR) se využívají při nejasným nálezech rentgenu či sona. (Krajsová, 2006, 249-250)

2.3 Komplikace melanomu

Melanom může metastazovat lymfatickou i hematogenní cestou. Je obtížné při vzniku prvních metastáz odhadnout jeho další chování, protože v průběhu metastazování mění vzhled i biologické vlastnosti. Může metastazovat do všech orgánů a tkání. Nejčastější místa lokalizace metastáz melanomu jsou: kůže a podkoží– 45- 55 %, lymfatické uzliny– 40- 50 %, plíce– 35- 47 %, játra– 25- 34 %, CNS– 25- 37 %, kosti– 15- 20 %, GIT– 10- 15 %, jiné– 5- 10%. (Krajsová,2006, s.212-213)

Metastázy rozdělujeme na lokální, lokoregionální a vzdálené. *V současnosti neexistuje standartní léčebný přístup k jednotlivým typům metastáz, které by bylo možné aplikovat za každých okolností.* (Krajsová, 2006, s.214)

2.4 Prognóza melanomu

Přestože mezi laiky převládá představa, že většina pacientů na onemocnění zemře, není tomu tak. Včasný záchyt onemocnění v počáteční fázi plošného růstu znamená, že chirurgické odstranění je jedinou léčbou. Samozřejmě je poté důležitá dispenzarizace a pravidelné samovyšetření kůže. (Krajsová, 2011, s.39)

Přesné určení prognózy je závislé na histologickém vyšetření. Čím vyšší je hodnota Breslowa, tím je větší riziko vzniku recidiv, metastáz a postižení uzlin. Tím pádem klesá doba přežití nemocných. Druhým prognosticky nepříznivým faktorem je ulcerace. Vertikální růst nádoru se objevuje u agresivních nádorů, které často metastazují. Je-li přítomen

vertikální růst u melanomu s hodnotou Breslowa pod 1,0 mm, doporučuje se vyšetření sentinelových uzlin. (Krajsová, 2006, s.180-181)

3 SLUNEČNÍ ZÁŘENÍ

Sluneční záření je tvořeno kontinuálním spektrem elektromagnetického vlnění a skládá se z několika oblastí: gama, rentgenová, ultrafialová (UV), viditelná (VIS) a infračervená (IR). (Rajnochová Svobodová, 2012, s.17)

Sluneční záření má velký význam pro vitální funkce živých organismů, pro řadu důležitých pochodů na zemi, ale i v atmosféře, působí na lidskou psychiku. Některé složky záření našly i terapeutické využití při stabilizaci nebo léčbě některých kožních onemocnění. Kromě příznivých účinků má i účinky nežádoucí, hlavně na kůži a oči. Škodlivé působení je připisováno hlavně UV záření. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.17)

3.1 Ultrafialové záření

Nejobvyklejším přirozeným zdrojem elektromagnetického záření je slunce. (Ettler, 2004, s.10)

Toto záření tvoří asi 5 % slunečního světla, které dopadá na povrch zemský.

Faktory, které ovlivňují příkon UV záření jsou: atmosférické podmínky, denní doba, nadmořská výška, roční období, zeměpisná šířka, oblačnost a zákal, odraz od zemského povrchu. Dle vlnové délky se toto záření rozděluje na UVA, UVB a UVC záření. (Krajsová, 2006, s.16-17)

UVA záření

Tomuto záření se říká „černé světlo“ nebo také měkké UV záření, a tvoří asi 90 % slunečního UV záření. Toto záření není absorbováno ozónovou vrstvou ani okenním sklem. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.18)

V průběhu dne se intenzita UVA záření neměří. (Krajsová, 2006, s.19)

Záření může poškodit kožní buňky, narušit kožní cévy a způsobit nekrózu endoteliálních buněk. Při dlouhodobém působení způsobuje předčasné stárnutí kůže. Kromě nepříznivých účinků má i účinky příznivé, v kombinaci s léčivými se používá při léčbě lupénky. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.19-21)

UVB záření

60 % tohoto záření pohlcuje ozonová vrstva, přesto tvoří z 5-10 % celkové sluneční UV záření. (Krajsová, 2006, s.16)

Intenzita záření je závislá na denní době, ročním období, zeměpisné šířce nebo nadmořské výšce. Záření je považováno za silný karcinogen, je asi 1000x účinnější než UVA záření. Kromě negativního účinku na kůži má škodlivé účinky i na oči. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.21)

UVC záření

Toto je nejtoxičtější složka UV záření. Naštěstí pro nás toto záření neproniká ozónovou vrstvou na zemský povrch, a proto nemá podíl na patologických procesech na kůži. Svoje prospěšné využití našlo v prostorové dezinfekci na operačních sálech nebo laboratořích. (Rajnochová Svobodová, 2012, str.22-23)

3.2 Vlivy na množství UV záření

Profesor Una popsal v roce 1894 vztah mezi slunečním zářením a vznikem kožních nádorů. Expozice slunečního záření vyvolává vedlejší nežádoucí účinky jako je nejen vznik nádorů, ale také předčasné stárnutí kůže a její spálení. (Krajsová, 2011, str.10)

Roční období

V letních měsících 3x větší množství UV záření dopadá na povrch zemský než v zimě. Čím blíže se nacházíme k rovníku, tím je doba intenzivního UV záření prodloužena. V České republice jsou měsíce od května do srpna považovány za nebezpečné. (Krajsová, 1995, str.10)

Denní doba

UV záření a jeho množství kolísá během dne. Největší intenzita UV paprsků je, když je slunce nejvýše na obloze, tj. mezi 11- 14 hodinou. (Krajsová, 1995, str.10)

Nadmořská výška

Mnohem větší riziko spálení kůže a jejího poškození je na horských svazích než u moře, může za to tenčí vrstva atmosféry. Proto bychom se měli chránit nejen v létě u moře, ale i v zimních i letních měsících na horských hřebenech. Sníh odráží až 90 % UV záření na naši nechráněnou tvář. (Krajsová, 1995, s.12)

Ozónová vrstva

Tato vrstva je součástí atmosféry, která nám chrání zemský povrch před sluncem. Působením civilizace byla v posledních letech tato vrstva poškozena a došlo k jejímu ztenčení. K zabránění dalšímu poškození ozónové vrstvy by měl pomoci Montrealský protokol, který doporučuje omezit až zakázat používání freonů a ostatních látek, které tuto vrstvu poškozují. (Krajsová, 1995, s.13-14)

3.3 Opalování

Studie prokázaly, že 60- 90 % nově vzniklých nádorů vzniklo v důsledku zvýšené doby pobytu na slunci, hlavně v tropických a subtropických oblastech, kde často hlavně bílá rasa tráví dovolenou. Prodloužila se i doba, kterou strávíme v těchto oblastech, navíc lidé chtějí mít krásnou snědou pleť, klobouky a slunečníky lidé používají minimálně. Při nadměrném a prudkém pobytu na slunci se objevuje spálení kůže různé intenzity. Za těžké spálení považujeme takové spálení, kdy se na kůži objevují puchýře nebo bolest trvá minimálně 2 dny. Čím častěji se kůže spálí, tím stoupá riziko vzniku melanomu. (Krajsová, 2006, s.20-22)

3.4 Solária

Solárium je přístroj, který za použití UV záření slouží k opalování kůže. V České republice je přibližně 5000 solárií, která jsou provozována v salonech, fitness nebo wellness centrech. V posledních přibližně dvaceti letech došlo k rapidnímu nárůstu opalování v tomto přístroji, zejména u mladých dívek, které chtějí mít krásnou barvu i v zimních měsících. Tzv. umělé opalování bylo, a i přes medializaci je, stále považováno za bezpečné v domněnku, že UVA záření naší kůži neškodí. Bohužel opak je pravdou, intenzita poledního slunce je až 15 krát menší než intenzita UVA vyzařovaná soláriem. V praxi to znamená,

že 20 minut v soláriu vydá za celý den strávený u moře. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.37)

Kontrola solárií v roce 2009 za přítomnosti nizozemského zástupce akreditované zkušební Úřadu pro bezpečnost spotřebitelských a potravinářských výrobků EU odhalila, že více jak 62 % solárií nevyhovuje. Došli k zjištění, že tato solária překračují maximální hodnoty vyzařování UV z trubic a navíc provozovatelé dostatečně neinformují spotřebitele o rizicích spojených s umělým opalováním. V roce 2010 neprošlo kontrolou „pouze“ 33,4 % zařízení. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.38)

3.4.1 Tanoxie

Tento pojem označuje závislost na opalování, která postihuje převážně ženy, které se díky snědé kůži cítí přitažlivější. Průzkum v USA, kde jsou solária rozšířená již od 80. let minulého století, prokazuje závislost u dospělé populace kolem 41 %. Velmi závažná je skutečnost, že až u 12 % amerických studentů můžeme najít příznaky tanoxie! (Rajnochová Svobodová, 2012, s.38)

3.5 Kožní fototyp

Na naší kůži můžeme pozorovat rasové odchylky, hlavně se to týká barevné odlišnosti. Barva kůže je především určována melaninem a jeho distribucí v epidermis. Proto lékaři rozdělují lidi všech barev do tzv. kožních fototypů. Celosvětová populace byla rozdělena do 6 kožních fototypů, v České republice si téměř vždy vystačíme s prvními čtyři fototypy.

Fototyp I

Reakce kůže na sluneční záření v letních měsících v polední době 45- 60 min. expozice je taková, že kůže vždy zrudne, nepigmentuje.

Lidé s tímto fototypem mají bílou nebo světlou kůži, modré oči, četné pihy, které se tvoří nejen na obličeji, ale také na trupu a končetinách.

Fototyp II

Kůže zrudne, jen mírně pigmentuje.

Tuto skupinu tvoří lidé se světlou pletí, blond vlasy.

Fototyp III

Kůže může ojediněle zrudnout, pigmentuje.

U tohoto fototypu je kůže relativně odolná před poškozením, kůže je již mírně pigmentovaná. Lidé mají tmavé vlasy a převážně hnědé oči.

Fototyp IV

Kůže nerudne, ale velmi dobře pigmentuje.

Lidé mají přirozeně snědou kůži, tmavě hnědé až černé vlasy. Je to většina obyvatel jižní Evropy a středomoří.

Fototyp V

Lidé s tímto fototypem žijí převážně v Mexiku, Egyptě. Kůže se jim nikdy nespálí, jen více pigmentuje.

Fototyp VI

Do této skupiny patří černoši a australští domorodci.

(Krajsová, 2006, st.30- 32)

V České republice u bílé populace převažuje kožní fototyp II a III. Se vzrůstající pigmentací kůže je riziko poškození UV zářením a riziko vzniku melanomu nižší. (Ettler, 2004, s.64)

4 PREVENCE VZNIKU MELANOMU

Žádný člověk by nemusel na melanom zemřít, protože co můžeme rozpoznat, můžeme také ovlivnit a zastavit! (Krajsová, 1995, str. 60-61)

Prevence je nejlevnější a nejúčinnější opatření v boji proti malignímu melanomu, avšak statistické údaje nás přesvědčují o opaku. Prevencí rozumíme činnosti, které mají veřejnost informovat o možných rizicích a změně životního stylu, který snižuje výskyt onemocnění. Cílem prevence je podávat informace o prevenci před onemocněním a o počátečních příznacích melanomu. (Hrubá, Floretová, Vorlíčková, 2001, s. 5, 8)

Preventivní opatření, to je to nejdůležitější, co u tohoto onemocnění můžeme udělat. Průzkumy nejen ve světě, ale i u nás poukazují na nedostatečnou informovanost veřejnosti o rizicích spojených se slunečním zářením. Je také možné, že tyto informace mají, ale nepřikládají jim velký význam. Studie, které se zúčastnilo téměř tisíc dětí ve věku 14- 18 let, uvádí, že 85 % tázaných odpovědělo, že již v tomto věku měli spálenou kůži. Dále byla zjištěna špatná informovanost v této problematice, nejvíce informací se mladiství dozví z televize. Je velmi důležité začít s osvětou u dětí v předškolním a mladším školním věku, aby došlo k ovlivnění jejich postoje ke slunění, protože epidemiologické studie ukazují na souvislost mezi frekvencí spálení kůže v dětském věku a výskytem rakoviny v dospělosti. (Rajnochová Svobodová, 2012, s. 77)

4.1 Samovyšetření kůže

Jedná se o velmi jednoduché vyšetření, které by každý z nás měl pravidelně provádět. Je to vlastně systematické vyšetření všech partií těla. Zabere zhruba 5 minut z našeho času a je potřeba pouze velké zrcadlo, ruční zrcátko. Vyšetření provádíme v dobře osvětlené místnosti. Všímáme si mateřských znamének, zda nemění tvar, barvu, velikost; nově vzniklých útvarů nebo míst, která nám mokvají nebo krváčí a doba hojení přesáhla 3 týdny. Při jakémkoliv nálezu znaménka nebo něčeho, co se nám nezdá, vyhledáme odborníka, který tyto projevy odborně posoudí a zajistí další postup. (Krajsová, 1995, s. 63)

Toto vyšetření bychom měli provádět 3- 4 krát do roka, lidé, kteří již měli diagnostikovan kožní nádor, by měli toto vyšetření provádět 1 krát za měsíc. Samozřejmě si změn na kůži, znamének a jiných projevů, všímáme během běžných denních aktivit, jako je mazání kůže, při sprchování aj. Vyšetření by mělo být i součástí preventivní prohlídky u lékaře.

Cílem vyšetření je brzké odhalení melanomu nebo jiného nádoru kůže a tím i zajištění lepšího průběhu léčby onemocnění. (Krajsová, 1995, s.67)

4.2 Opalovací krémy

„Na slunci bys neměl spát, máš-li svoji kůži rád!“ (Krajsová, 1995, s.70)

Sluneční záření má i příznivé vlivy na člověka, přispívá nejen k duševní pohodě, ale podporuje i tvorbu vitamínu D, který ovlivňuje kvalitu kostí. (Diensbier, Skala, 2001, s.87)

Před škodlivými účinky slunečního záření bychom měli používat ochranné přípravky, které nás chrání před spálením kůže a dalšími negativními účinky, které se projevují až po letech. Moderní přípravky již obsahují složky, které naši kůži chrání před UVB i UVA zářením. Ochranný sluneční faktor uváděn pod zkratkou SPF prodlužuje dobu, po které pokožka zčervená. To znamená, že když kůže zčervená po 10 minutách bez použití ochranného přípravku, kůže chráněná prostředkem s ochranným faktorem 10 se spálí po 100 minutách. (Krajsová, 1995, s.29)

Jako další příklad uvedeme: Kůže bez ochrany zčervená po 11 minutách. Při použití ochranného prostředku s ochranným faktorem 25, bude naše kůže s tímto ochranným prostředkem chráněna 275 minut. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.65)

Vhodný výběr ochranného faktoru je závislý na fototypu kůže jedince, doby pobytu na slunci a intenzitě záření. I když je slunce schováno za mraky, stále vyzařuje nebezpečné UV záření. Doporučuje se postupné opalování, a v době mezi 11. až 15. hodinou pobyt na slunci omezit. Neměli bychom zapomínat chránit i oči se rty vhodnými prostředky. Při výběru by neměla být důležitá cena, ale kvalita výrobku. (Zajíc, Miketa, 2000, s.140-141)

Neměli bychom zapomínat na to, že účinnost ochranných prostředků je ovlivněna lidským faktorem- správným používáním. Ochranný prostředek bychom měli aplikovat v dostatečném množství a rovnoměrně ho nanášet na kůži. Dále bychom měli přípravek aplikovat na kůži 15- 30 minut před pobytem na slunci, aplikaci pravidelně provádět i po 2 až 3 hodinách pobytu na slunci. Ochranný prostředek nanést ihned po koupání, utírání, výrazném pocení nebo při kontaktu s pískem. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.65)

4.2.1 Zásady při pobytu na slunci

Velmi důležité v prevenci melanomu je pokud možno se nikdy nespálit, proto bychom měli dodržovat tyto zásady:

Omezit dobu pobytu na slunci mezi 11. až 15. hodinou.

Pokud to situace dovolí, chránit maximální možnou plochu kůže oděvem.

Nosit klobouk, který chrání obličej i krk.

Nosit kvalitní sluneční brýle.

Na nechráněnou kůži aplikovat 15 až 30 minut před vstupem na slunce ochranné přípravky, aplikaci provádět každé 2 hodiny v dostatečném množství.

Používat pouze přípravky, které nás chrání před UVA a UVB zářením.

Rizikové části těla, jako jsou rty, nos, uši, krk a ramena chránit přípravkem s vyšším ochranným faktorem.

Dodržovat pitný režim, nekonzumovat alkoholické nápoje na slunci.

Používat i přípravky po opalování, které kůži ochladí a regenerují.

Děti do jednoho roku nevystavujeme slunečnímu záření.

Děti ve věku jednoho až dvou let chráníme vhodným oděvem, nezbytná je pokrývka hlavy.

(Rajnochová Svobodová, 2012, s.79-81)

4.2.2 Péče po pobytu na slunci

Je velmi důležité ošetřovat večer kůži, která je za celý den velmi namáhána. Tyto přípravky jsou veřejností nazývány jako přípravky po opalování. Jejich cílem je regenerace a zklidnění kůže, hlavně obnovení vlhkosti a pružnosti kůže. Nejčastěji obsahují účinnou látku D- pantenol s vitamíny A a E. Můžeme je zakoupit ve formě mlék, gelů nebo také ve spreji. (Rajnochová Svobodová, 2012, s. 66)

Aplikaci těchto přípravků je dobré provádět každý den večer po koupeli nebo sprchování.

4.2.3 Péče o spálenou kůži

Spálená kůže je vlastně zánětlivá reakce povrchových vrstev kůže. Vzniká při dlouhodobém působení slunce na kůži. Velmi důležité je odhadnout míru spálení. U těžkých spálenin neotálíme a vyhledáme lékařské ošetření.

Mírné spálení se projevuje začervenáním kůže, která je na dotek teplá a bolestivá.

U středně těžkého spálení se tvoří malé puchýřky, které svědí a praskají. Spálená kůže se sloupne.

Těžké spálení je doprovázeno zimnicí, bolestí hlavy, nevolností atd. Kůže má tmavočervenou barvu a mohou se vytvořit i puchýře. (NĚMEČKOVÁ, Kateřina, © 2012)

Velmi důležitá je hydratace a chlazení postiženého místa. Na chlazení můžeme použít masti z lékárny, které obsahují panthenol. Mezi veřejností převládá pověra, že spálená místa se po domácku léčí jogurtem nebo tvarohem, která pokožku ochladí a vytáhnou horkost. Bohužel takovou léčbou si můžeme do rány zanést infekci, která zkomplikuje hojení.

4.3 Ochranný oděv

Oděv je nejstarší a nejjednodušší způsob ochrany nejen před slunečním zářením. Na trhu je dostupné i oblečení s UV ochrannou, ale v České republice není bohužel nošení těchto oděvů rozšířené. Nevyužití připisujeme nedostatečné informovanosti o možnosti této ochrany. Na našem trhu se nejčastěji kupují dětské plavky s UV ochrannou, které se skládají z trička a šortek. Oděv s touto ochranou by neměli používat pouze děti, ale i lidé, kteří pracují na přímém slunečním záření. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.57)

V poslední době se zkoumají různé textilie, které by mohly poskytnout ochranu před UV zářením. Různé složení látek poskytuje různé ochranné vlastnosti, protože různé materiály látek rozdílně pohlcují UV záření. Největší ochranu poskytuje oděv z polyesteru, poté následuje vlna a hedvábí, nylon. Námi oblíbená bavlna poskytuje ochranu nejslabší. Ochranná vlastnost látek je ovlivněna i barvivem a hustotou vláken látky. Při praní prádla můžeme používat speciální prostředky s obsahem UVA a UVB absorbérů, které zvyšují ochranu. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.58)

Pokrývka hlavy, jako je klobouk, čepice nebo šátek, je důležitá před slunečním zářením, její účinnost je ovlivněna materiálem; velmi důležitá je velikost, zejména u klobouků je vhodný širší okraj, který poskytuje ochranu krku, tváře, nosu. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.57)

Neměli bychom zapomínat i na ochranu očí. Sluneční brýle by měly mít UVA i UVB filtr. Účinnost těchto brýlí je závislá na velikosti, tvaru a na UV filtrech. Při výzkumu trhu bylo zjištěno, že ne všechny prodávané brýle poskytují dostatečnou ochranu, proto máme kupovat brýle ve specializovaných prodejnách. (Rajnochová Svobodová, 2012, s.59)

Oční lékaři doporučují: velká skla, která cloní okolo očí, propustnost UVA a UVB záření menší než 1 %, šedé nebo téměř neutrální zbarvení skel, dobrou propustnost pro viditelné světlo zajišťující dobré vidění. Širší nosníky obrub navíc chrání před vnikáním odražených UV paprsků do oka ze stran. (Rajnochová Svobodová, 2012, s. 59)

4.4 Evropský Den melanomu

Myšlenka uspořádat den, který by se zabýval prevencí vzniku melanomu, vznikla v Belgii, která také v roce 1999 zorganizovala poprvé tento den pod patronem Dr. Thomase Maselise. Česká republika se do této akce zapojuje již od roku 2001. (Evropský den maligního melanomu v České republice, © 2013)

Letošní rok se Evropský Den melanomu v České republice uskuteční 12. května. Jedním z cílů dne je upozornit veřejnost na rizika spojená s touto chorobou. Přestože je to nejsnáze odhalitelný nádor, jeho incidence se nadále zvyšuje, zejména u žen ve velmi nízkém věku. Ročně v České republice zemře kolem 300 osob na maligní melanom, přitom jsou tato úmrtí zbytečná. Další cíl je včasné odhalení melanomu, a to v takovém stádiu, kdy je prognóza léčby na velmi dobré úrovni. Krédem dermatologů je, že žádný pacient by neměl na melanom zemřít!

Lidem byla zdarma pomocí dermatoskopu vyšetřena pigmentová znaménka a pochybné útvary na kůži. Výsledek nebo další doporučení se dozvěděli hned na místě, navíc dostali odbornou radu a informační letáky, jak si vhodně chránit kůži.

V roce 2013 se do projektu zapojily i lékárny. Byly zapojeny z toho důvodu, že často lidé, než by vyhledali lékařskou pomoc, hledají radu a další informace právě v lékárně. (Evropský den melanomu 13.5.2013, © 2013)

Za 12 let, během kterých je tento den pořádán v České republice, bylo zdarma vyšetřeno více jak 54 tisíc osob. (Evropský den melanomu, © 2013)

4.5 Role sestry v prevenci

Sestra je členkou týmu, spolupracuje v preventivních programech. Je s pacientem v daleko užším kontaktu než lékař, pacient se jí často svěřuje s problémy a na oplátku od sestry očekává radu a povzbuzení. Sestra hraje významnou roli v sekundární prevenci, protože může rozpoznat příznaky, které mohou být prvním projevem melanomu. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s.5)

Primární prevence

Je zaměřená na zdravé lidi. Cílem je snížení incidence melanomu, následné snížení mortality. Základní podmínkou této prevence je dodržování zásad správného opalování. Nástroji prevence jsou informační brožury a letáky, programy v televizi a rádiu. Měly by oslovit širokou veřejnost. (Krajsová, 2006, s.267-268)

Sekundární prevence

Cílem je výchova populace k časnému rozpoznání počínajícího nádoru. Samovyšetření kůže je podmínkou pro včasné objevení počínajícího melanomu. *Jak již v roce 1978 napsal Davis, melanom píše na kůži svým vlastním inkoustem vzkaz, který je pro každého viditelný a čitelný.* (Krajsová, 2006, s.269)

Terciární prevence

Věnuje se lidem, u kterých onemocnění propuklo a jeho vzniku není možno zabránit. Vzdělává nejen nemocného, ale i jeho rodinu. Věnuje se využití stávajících možností života a snaží se předejít komplikacím a problémům vzniklým skrz onemocnění. (Hrubá, Foretová, Vorlíčková, 2001, s.5)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMU

5.1 Cíl práce

Hlavní cíl práce je zjistit znalosti laické veřejnosti v oblasti prevence maligního melanomu.

5.1.1 Dílčí cíle

Zjistit, jakým způsobem se veřejnost chrání před UV zářením.

Zjistit, zda veřejnost eliminuje riziko spojené s opalováním na slunci nebo v soláriu.

Zjistit zda a jak veřejnost provádí samovyšetření kůže.

5.2 Průzkumná metoda

K získání potřebných dat jsme použili metodu dotazníkového šetření. Jde o kvantitativní metodu. Bártlová ve své knize Výzkum a ošetřovatelství uvádí: *Dotazník je v podstatě standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jim empirické informace založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku.* (Bártlová a kol., 2008, s.98)

Dotazník se skládá z uzavřených a otevřených otázek. Respondenti si vybírali z nabízených možností. U otázky č. 11 bylo možno označit více odpovědí a u otevřených otázek č. 15 a 19 měli respondenti možnost se volně vyjádřit.

Dotazník obsahuje celkem 32 otázek (viz příloha PII). Úvod dotazníku tvoří vstupní část, která se zaměřuje na seznámení respondentů s dotazníkem. První otázky zjišťují informace o respondentech, dále jsou otázky zaměřené na maligní melanom a zjištění znalostí veřejnosti v problematice onemocnění, dále na samovyšetření kůže, ochranné prostředky a jejich používání. U otázky č. 15 a 19 mohli respondenti dokázat své vědomosti.

Na seznámení se s respondenty jsme použili otázky č. 1, 2, 3, 4, 5. Otázky č. 6, 7, 8, 9 a 10 zjišťovaly znalosti veřejnosti o onemocnění Maligní melanom. Na získání informací na zodpovězení hlavního cíle jsme použily otázky č. 11, 23, 24, 31, 32.

Odpovědi na dílčí cíl č. 1 jsme získali z otázek č. 25, 26, 27, 28, 29, 30. Ma dílčí cíl č.2 jsme získali odpovědi z otázek č. 21, 22 a třetímu cíli se věnovaly otázky č. 14, 15, 16 a 17.

5.3 Organizace šetření

Průzkumnému šetření předcházela studie v měsíci lednu. Dotazník byl vyplněn 7 respondenty, kteří dostali za úkol posoudit úplnost a smysluplnost otázek. Na základě vyjádření respondentů bylo znění některých otázek pozměněno, některé otázky vyřazeny a nahrazeny jinými. Po schválení dotazníku vedoucím práce byly dotazníky rozeslány přes email rodině a známým, dotazník byl také umístěn na sociální síť, takže dotazník mohl vyplnit kdokoliv i na druhé straně republiky i v zahraničí. Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci únoru, celkový počet úplně vyplněných dotazníků je 117.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření bylo určeno pro širokou veřejnost, odpovědět mohl kdokoli. Výhodou této metody je rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů.

I přes umístění na sociální síť se vrátilo pouze 117 vyplněných dotazníku. Tento „malý počet“ přikládáme tomu, že nejvíce dotazníků bylo vyplněno v prvních pár dnech, kdy byl odkaz na dotazník v popředí stránky. Po několika dnech už nebyl příspěvek topován a nedostalo se mu takové pozornosti.

5.5 Zpracování získaných dat

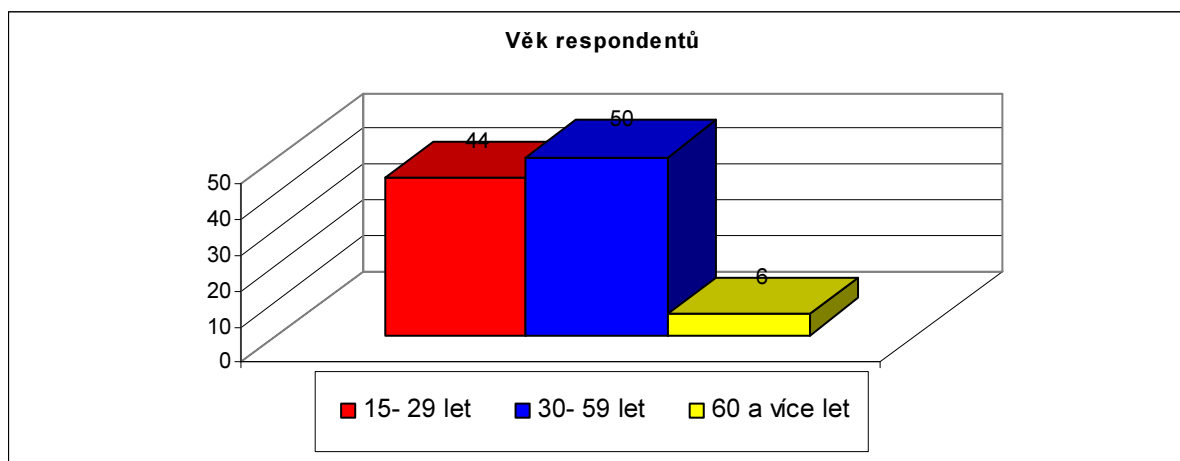
Získaná data jsme zaznamenali do tabulek a prostorových grafů za pomoci programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Jednotlivá tabulka s grafem byla doplněna komentářem. Výsledky byly zaokrouhleny na dvě desetinná čísla.

5.6 Výsledky průzkumu

Otázka č. 1: Věk :

Tab. 1. Věk respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
15- 29	51	44
30- 59	59	50
60 a více let	7	6
CELKEM	117	100



Graf 1. Věk respondentů

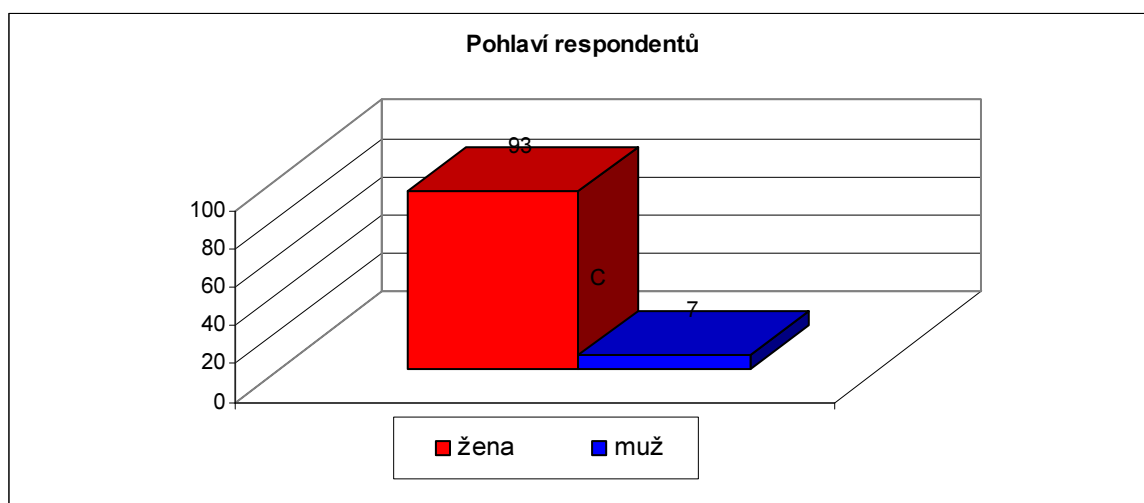
Komentář:

Největší počet respondentů, 59, (50 %) je zastoupen ve věkové kategorii 30- 59 let. Věková hranice 15- 29 let je zastoupena 51 respondenty (44 %). Věková hranice 60 a více let tvoří 7 respondentů (6 %) .

Otázka č.2: **Pohlaví:**

Tab. 2. Pohlaví respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	109	93
Muž	8	7
CELKEM	117	100



Graf 2. Pohlaví respondentů

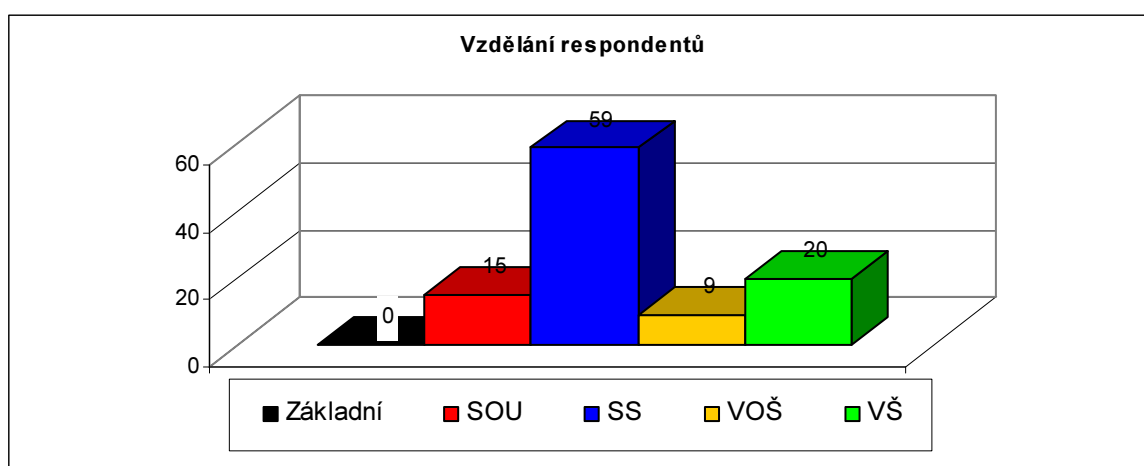
Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 109 (93 %) žen. Pouze 8 respondentů (7 %) bylo mužského pohlaví.

Otázka č. 3: Dosažené vzdělání:

Tab. 3. Vzdělání respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	0	0
SOU	15	13
SS	69	59
VOŠ	10	9
VŠ	23	20
CELKEM	117	100



Graf 3. Vzdělání respondentů

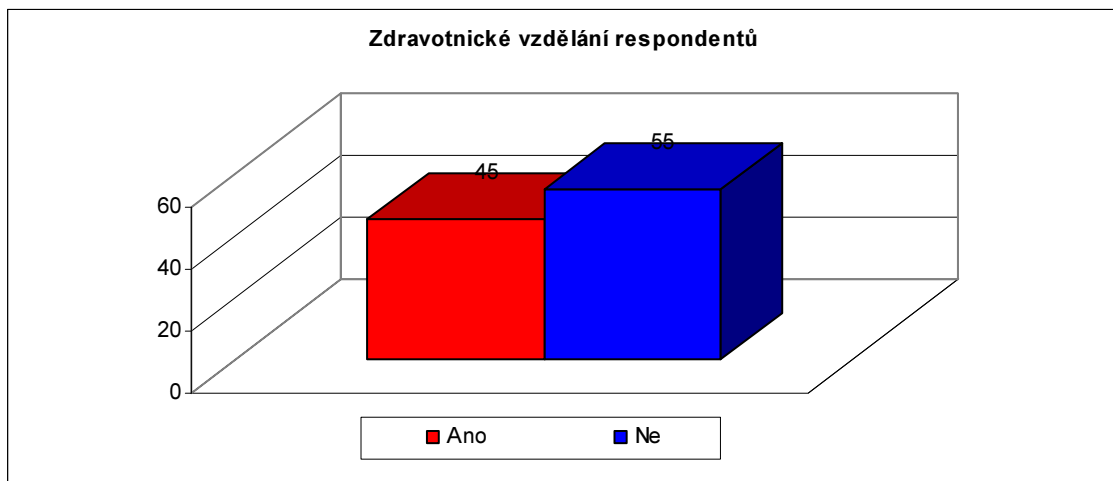
Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných má 69 (59 %) respondentů středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má 23 (20 %) osob. SOU absolvovalo 15 (13 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání má 10 (9 %) dotázaných. Nikdo z dotázaných nemá základní vzdělání.

Otázka č. 4: Máte zdravotnické vzdělání?

Tab. 4. Zdravotnické vzdělání respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	52	45
Ne	65	55
CELKEM	117	100



Graf 4. Zdravotnické vzdělání respondentů

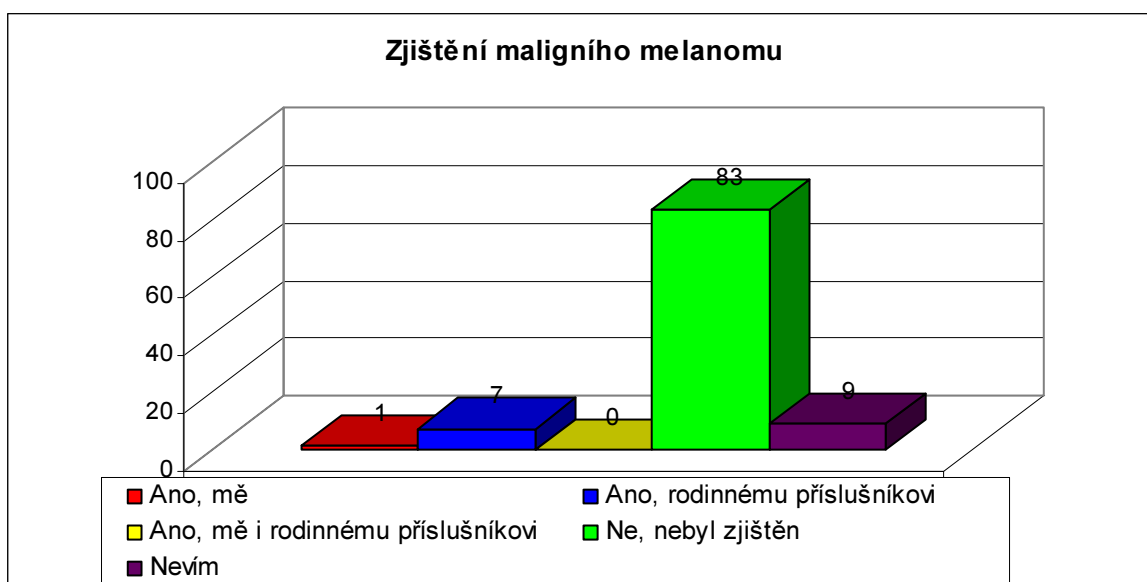
Komentář:

Z celkového počtu dotázaných mělo 52 (45 %) respondentů zdravotnické vzdělání.

Otázka č.5: **Byl Vám nebo rodinnému příslušníku zjištěn maligní melanom?**

Tab. 5. Zjištění maligního melanomu

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, mně	1	1
Ano, rodinnému příslušníkovi	8	7
Ano, mně i rodinnému příslušníkovi	0	0
Ne, nebyl zjištěn	97	83
Nevím	11	9
CELKEM	117	100



Graf 5. Zjištění maligního melanomu

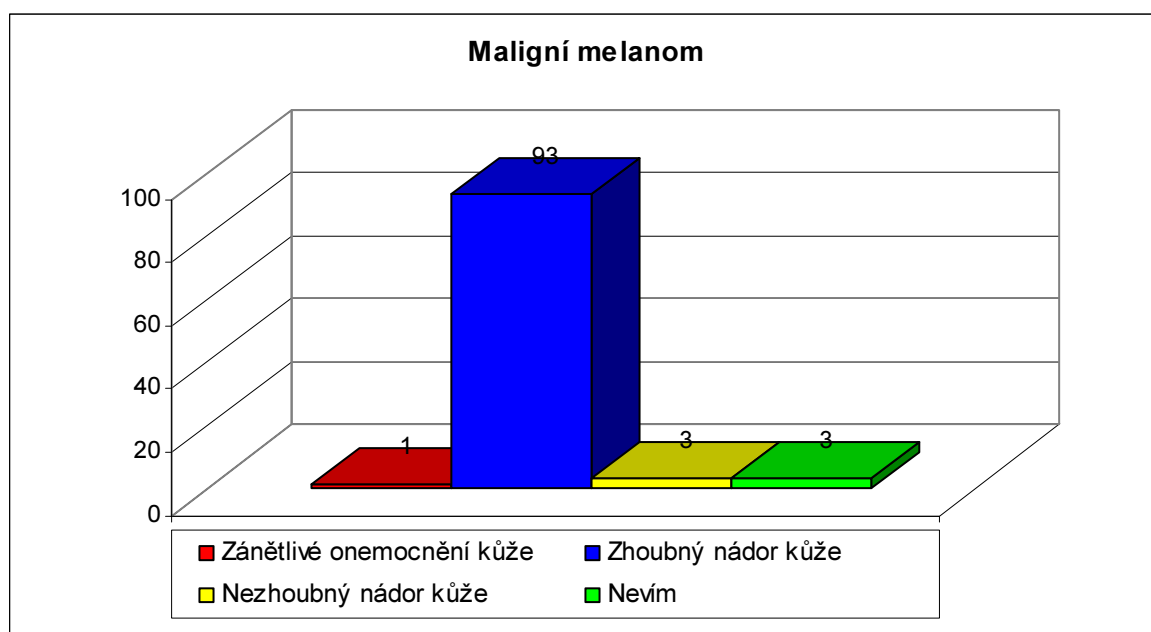
Komentář:

Na dotaz, zda byl respondentovi nebo rodinnému příslušníkovi zjištěn maligní melanom, odpovědělo 97 (83 %) ne, nebyl zjištěn. U 8 (7 %) respondentů, byl zjištěn rodinnému příslušníkovi a jeden (1 %) respondent měl maligní melanom diagnostikován. Dokonce 11 (9 %) dotázaných uvedlo, že neví. Odpověď ano, mně i rodinnému příslušníkovi, neodpověděl žádný respondent.

Otázka č.6 : Jak byste popsal(a) onemocnění maligní melanom? Je to:

Tab. 6. Maligní melanom

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zánětlivé onemocnění kůže	1	1
Zhoubný nádor kůže	109	93
Nezhoubný nádor kůže	3	3
Nevím	4	3
CELKEM	117	100



Graf 6. Maligní melanom

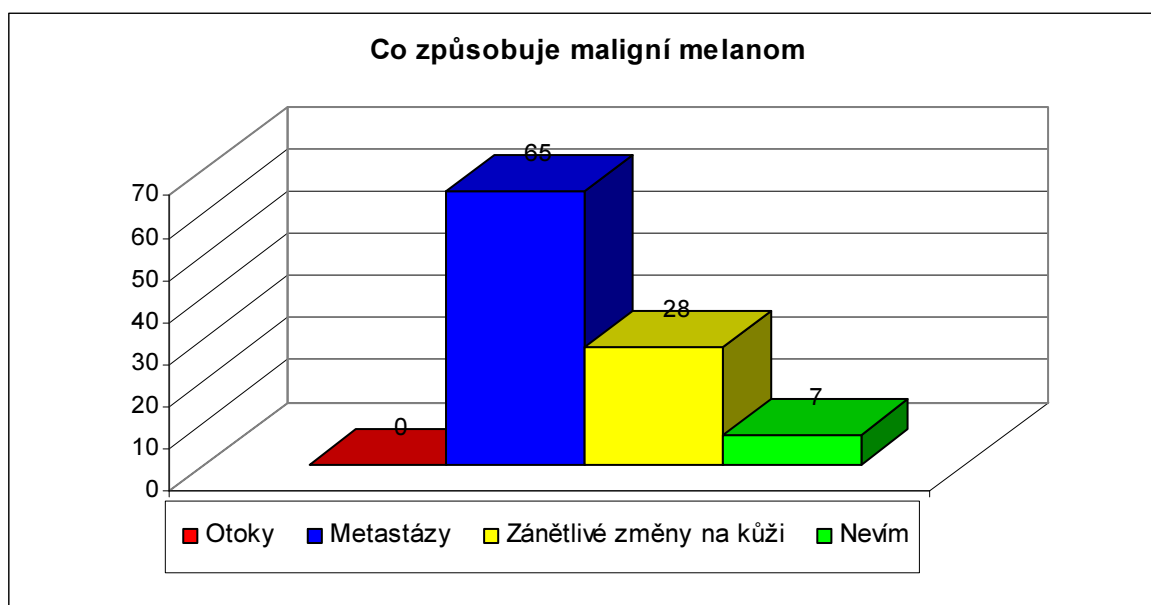
Komentář:

U otázky, jak byste popsal(a) onemocnění maligní melanom, odpovědělo správně 109 (93 %) respondentů, kteří označili, že je to zhoubný nádor kůže. Chybně odpovědělo 7% dotázaných. 3 (3 %) respondenti označili odpověď nezhoubný nádor kůže, 4 (3 %) respondenti odpověď nevěděli a 1 (1 %) dotázaný odpověděl, že maligní melanom je zánětlivé onemocnění kůže.

Otázka č. 7: Podle Vás toto onemocnění způsobuje:

Tab. 7. Co způsobuje maligní melanom

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Otoky	0	0
Metastázy (druhotné ložisko nádoru)	76	65
Zánětlivé změny na kůži	33	28
Nevím	8	7
CELKEM	117	100



Graf 7. Co způsobuje maligní melanom

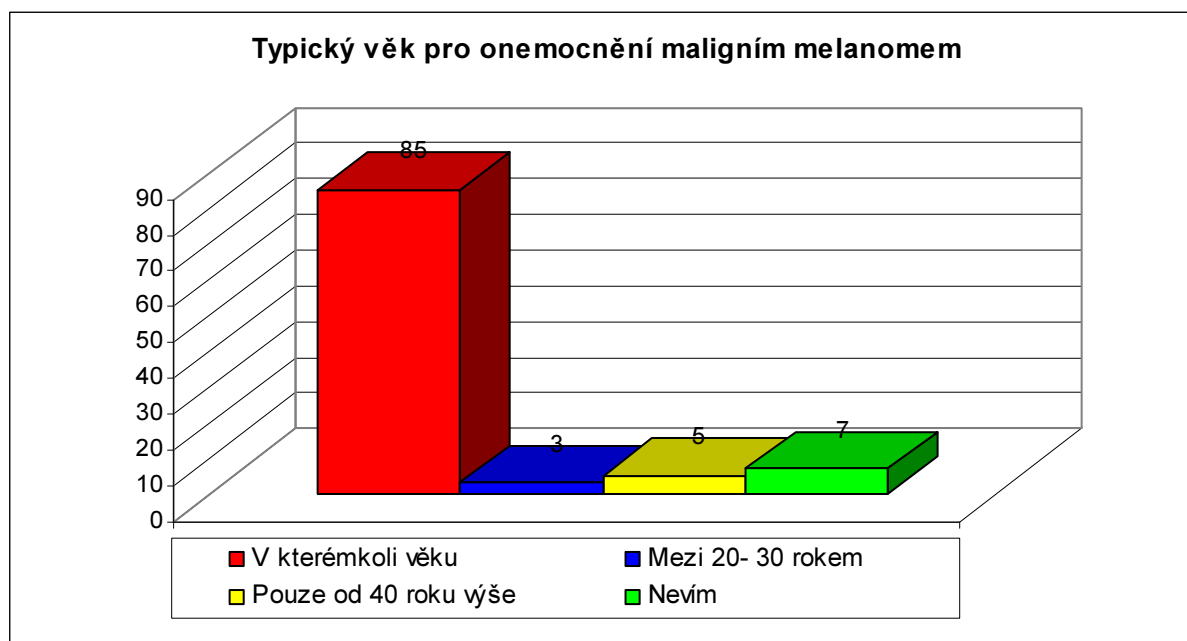
Komentář:

Jen 75 (65 %) respondentů odpovědělo správně, že melanom způsobuje metastázy- druhotné ložisko nádoru. Dalších 33 (20 %) dotázaných odpovědělo, že způsobuje zánětlivé změny na kůži, 8 (7 %) respondentů odpověď nevědělo. Odpověď otoky neoznačil žádný respondent.

Otázka č. 8: Ve kterém věku je podle Vás typické onemocnění maligní melanom?

Tab. 8. Typický věk pro onemocnění maligním melanomem

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
V kterémkoli věku	99	85
Mezi 20.- 30. rokem	4	3
Pouze od 40. roku výše	6	5
Nevím	8	7
CELKEM	117	100



Graf 8. Typický věk pro onemocnění maligním melanomem

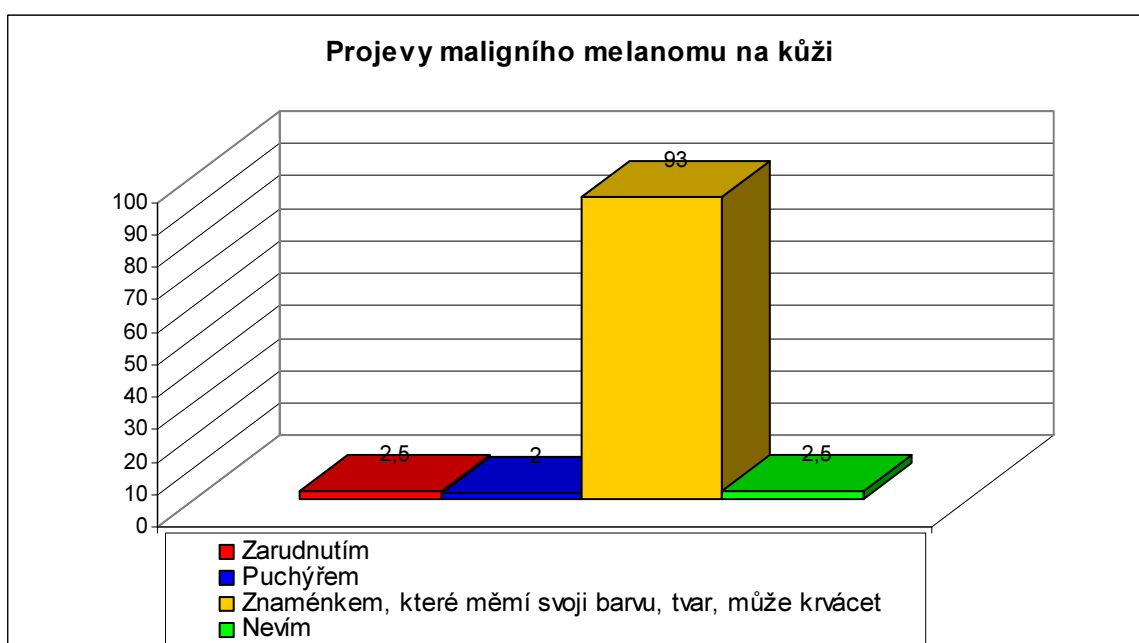
Komentář:

Celkově 99 (85 %) respondentů si správně myslí, že můžeme tímto onemocněním onemocnět v každém věku. Typické onemocnět mezi 20.- 30. rokem odpověděli 4 (3 %) dotázaní, od 40. roku výše odpovědělo 6 (5 %) respondentů a 8 (7 %) respondentů odpověď nevědělo.

Otázka č. 9: Podle Vás se maligní melanom projevuje na kůži:

Tab. 9. Projevy maligního melanomu na kůži

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zarudnutím	3	2,5
Puchýřem	2	2
Znaménkem, které mění svoji barvu, tvar, může krvácet	109	93
Nevím	3	2,5
CELKEM	117	100



Graf 9. Projevy maligního melanomu na kůži

Komentář:

Na otázku, jak se projevuje maligní melanom na kůži, odpovědělo správně 109 (93 %) respondentů. Další 3 (2,5 %) respondenti si mylně myslí, že se projevuje zarudnutím, 2 (2 %) respondenti puchýřem. Poslední 3 (2,5 %) respondenti odpověď nevěděli.

Otázka č. 10: Co uděláte, když si na těle objevíte podezřelé znaménko, které mění tvar, barvu nebo krvácí?

Tab. 10. Objev podezřelého znaménka na kůži

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ihned navštívím lékaře	90	77
Znaménko několik týdnů sleduji, než navštívím lékaře	26	22
Navštívím lékaře, až znaménko začne bolet	1	1
Znaménku nevěnuji pozornost	0	0
CELKEM	117	100



Graf 10. Objev podezřelého znaménka na kůži

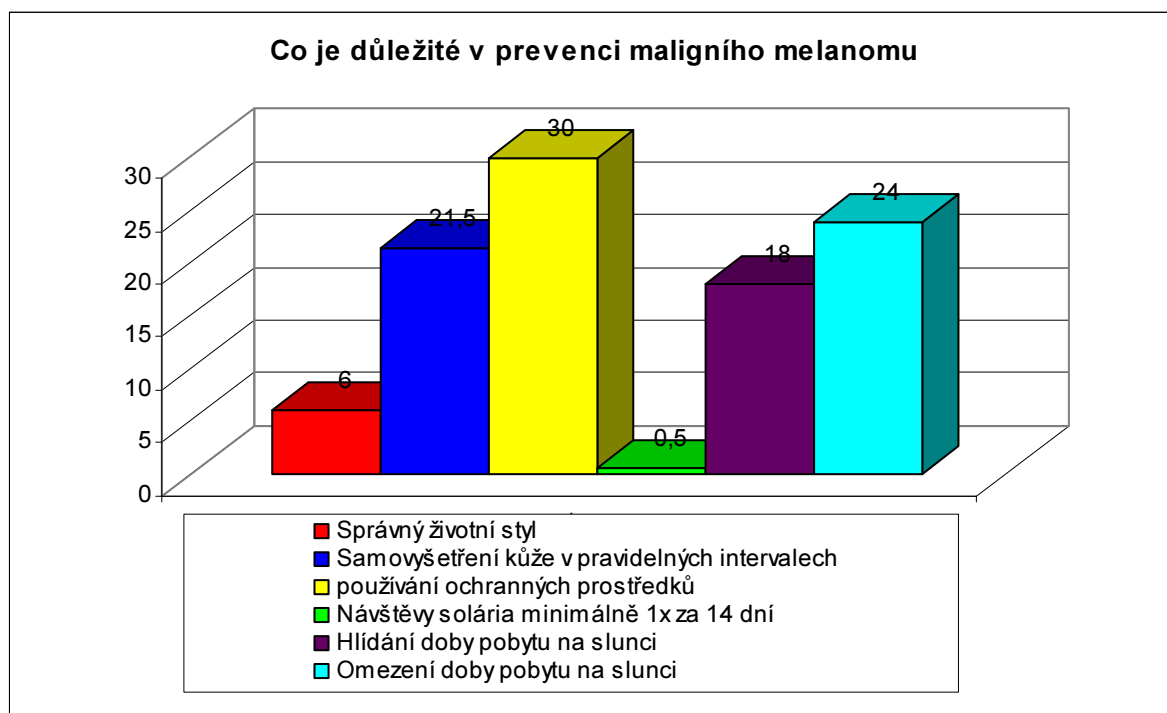
Komentář:

Na otázku, co uděláte, když si na těle objevíte podezřelé znaménko, které mění tvar, barvu nebo krvácí, odpovědělo správně 90 (77 %) respondentů, že ihned navštíví lékaře. 26 (22 %) dotázaných, by několik týdnů znaménko sledovalo, než by navštívilo lékaře. Bohužel tato odpověď není správná. Jen jeden (1 %) respondent by čekal, až znaménko začne bolet. Naštěstí odpověď, že znaménku nebude věnovat pozornost, neoznačil nikdo.

Otázka č. 11? Co je podle Vás důležité v prevenci maligního melanomu? (Možno označit více odpovědí).

Tab. 11. Co je důležité v prevenci maligního melanomu

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Správný životní styl	23	6
Samovyšetření kůže v pravidelných intervalech	83	21,5
Používání ochranných prostředků před UV zářením (krémy, oděv)	114	30
Návštěvy solária minimálně 1 x za 14 dní	2	0,5
Hlídnání doby pobytu na slunci	71	18
Omezení doby pobytu na slunci v poledních hodinách	93	24
CELKEM	386	100



Graf 11. Co je důležité v prevenci maligního melanomu

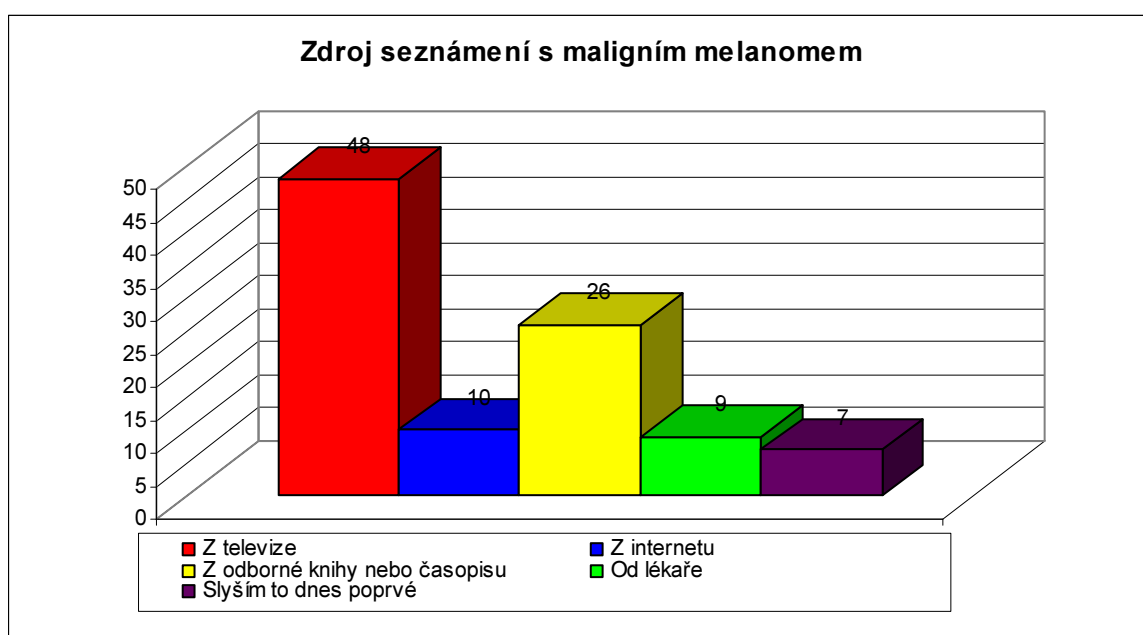
Komentář:

U této otázky byla možnost označit více odpovědí, proto 386 odpovědí bylo 100%. Nejvíce uvedli respondenti, a to v 30%, že je důležité v oblasti prevence používání ochranných prostředků před UV zářením (krémy, oděv), druhá nejčastější odpověď, a to v 24 %, byla odpověď omezení doby pobytu na slunci. Na třetím místě bylo označeno samovyšetření kůže v pravidelných intervalech. Dále byla v 18 % označena odpověď hlídání doby pobytu na slunci. Správný životní styl tvoří 6 % odpovědí. Odpověď, že návštěvy solária minimálně 1 x za 14 dní jsou důležité v prevenci tohoto onemocnění, označili 2 respondenti, tato odpověď je však špatná.

Otázka č. 12: **O onemocnění maligní melanom jsem se dozvěděl(a) :**

Tab. 12. Zdroj seznámení s maligním melanomem

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Z televize	56	48
Z internetu	12	10
Z odborné knihy nebo časopisu	30	26
Od lékaře	11	9
Slyším to dnes poprvé	8	7
CELKEM	117	100



Graf 12. Zdroj seznámení s maligním melanomem

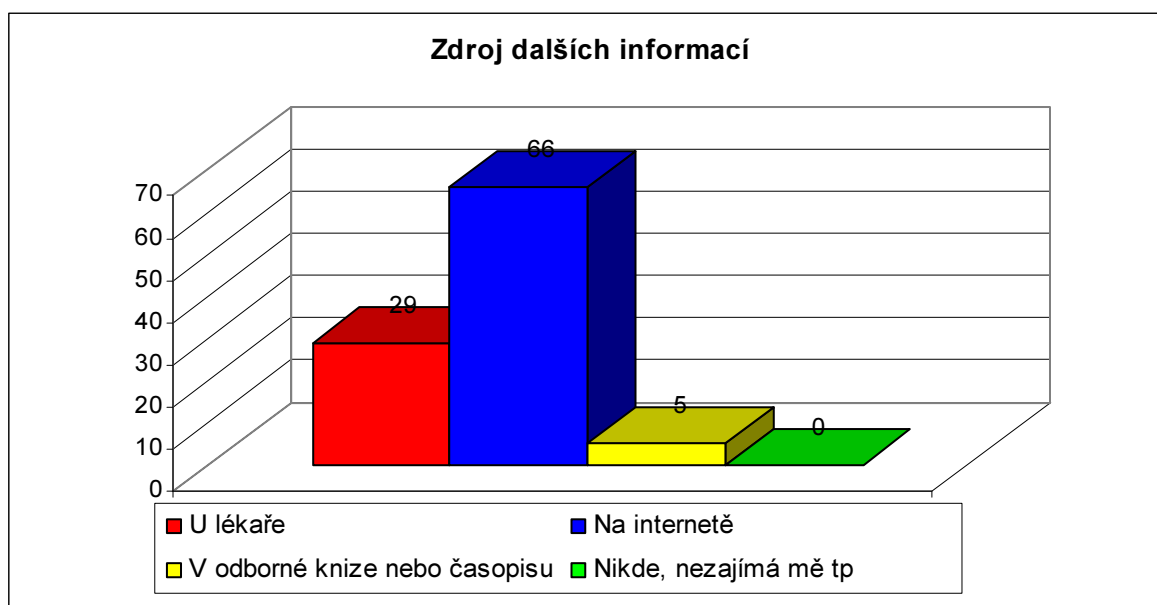
Komentář:

Celkem 56 (48 %) respondentů poprvé o tomto onemocnění slyšelo v televizi. Dalších 30 (26 %) respondent se o tomto onemocnění poprvé dočetlo v odborné knize nebo v časopisu. Prvotní informace z internetu mělo 12 (10 %) dotázaných. Pouhých 11 (9 %) respondentů poprvé o tomto onemocnění slyšelo od lékaře. Naštěstí jen 8 (7 %) respondentů o tomto onemocnění slyšelo díky dotazníku.

Otázka č. 13: Další informace o tomto onemocnění bych hledala:

Tab. 13. Zdroj dalších informací

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
U lékaře	34	29
Na internetu	77	66
V odborné knize nebo časopisu	6	5
Nikde, nezajímá mě to	0	0
CELKEM	117	100



Graf 13. Zdroj dalších informací

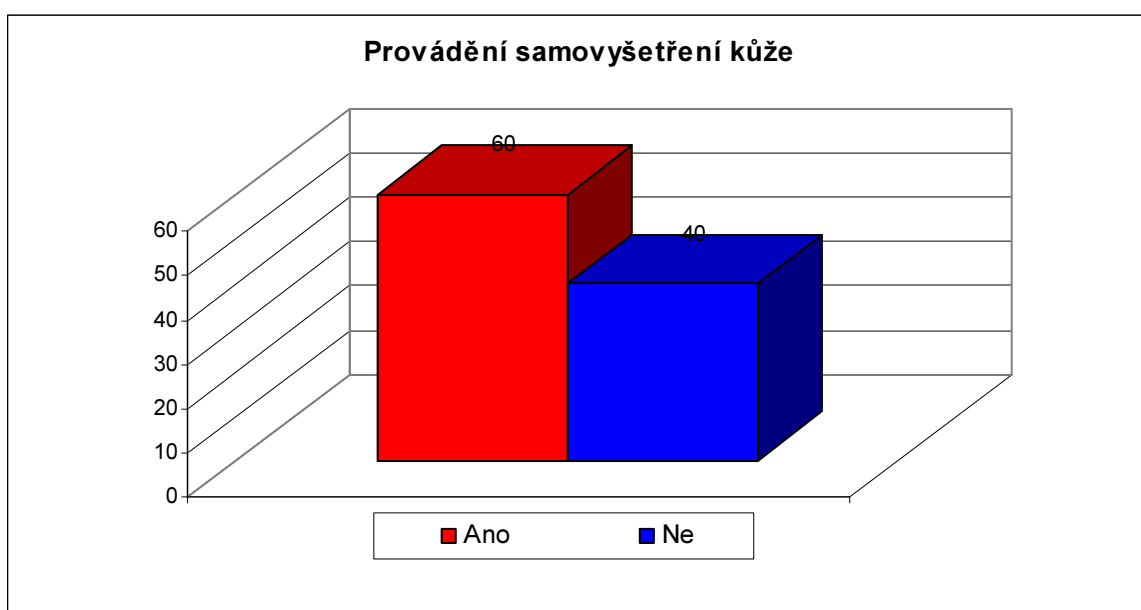
Komentář:

Celkem 77 (66 %) respondentů by další informace o onemocnění maligní melanom hledalo na internetu. Dalších 34 (29 %) respondentů by tyto informace hledali u lékaře; v odborné knize nebo v časopise by hledalo 6 (5 %) dotázaných. Odpověď nikde, nezajímá mě to, neoznačil nikdo.

Otázka č. 14: **Provádíte samovyšetření kůže?**

Tab. 14. Provádění samovyšetření kůže

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	70	60
Ne	47	40
CELKEM	117	100



Graf 14. Provádění samovyšetření kůže

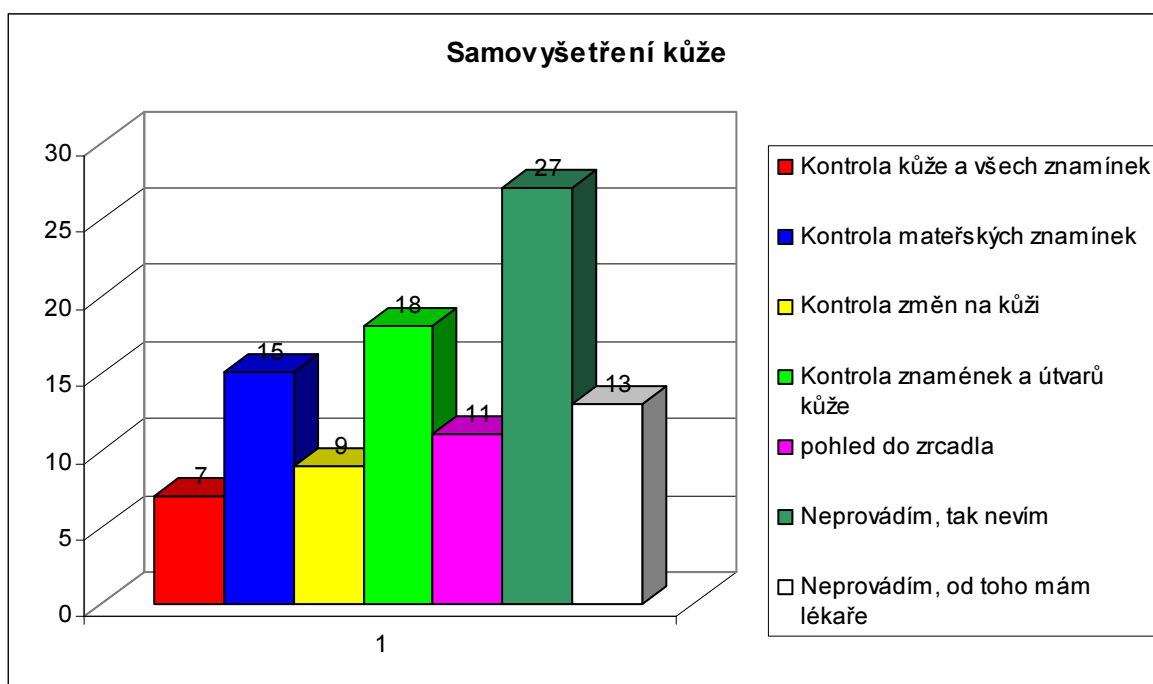
Komentář:

U této otázky bylo zjištěno, že 70 (60 %) respondentů provádí samovyšetření kůže, 47 (40 %) dotázaných vyšetření neprovádí.

Otázka č. 15: Jak si představujete samovyšetření kůže? Stručně popište.

Tab. 15. Samovyšetření kůže

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Kontrola kůže a všech znamínek	8	7
Kontrola mateřských znamínek	18	15
Kontrola změn na kůži	10	9
Kontrola znamének a útvarů na kůži	21	18
Pohled do zrcadla	13	11
Neprovádím, tak nevím	32	27
Neprovádím, od toho mám lékaře	15	13
Celkem	117	100



Graf 15. Samovyšetření kůže

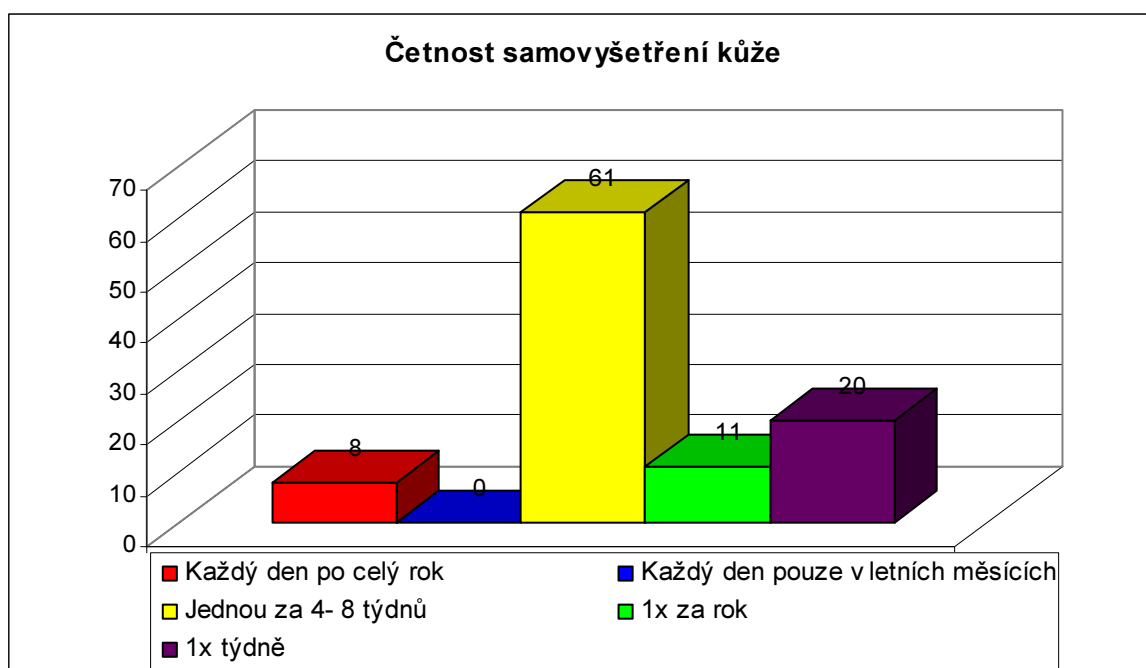
Komentář:

Celkem 32 (27 %) dotázaných uvedlo, že toto vyšetření neprovádí, tak neví. Dalších 15 (13 %) dotázaných přenechává vyšetření na lékaře. Jen 21 (18 %) respondentů, kontroluje znaménka a útvary na kůži. Mateřská znaménka si kontroluje 18 (15 %) respondentů. Pohled do zrcadla využívá 13 (11 %) dotázaných. Změny na kůži kontroluje 10 (9 %) respondentů a kontrolu kůže a všech znamínek provádí pouhých 8 (7 %) respondentů.

Otázka č. 16: Samovyšetření kůže jako prevence maligního melanomu by se mělo provádět:

Tab. 16. Četnost samovyšetření kůže

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Každý den po celý rok	9	8
Každý den pouze v letních měsících	0	0
Jednou za 4- 8 týdnů	71	61
1 x za rok	13	11
1 x týdně	24	20
CELKEM	117	100



Graf 16. Četnost samovyšetření kůže

Komentář:

Podle 71 (61 %) respondentů by se samovyšetření kůže mělo provádět jednou za 4 až 8 týdnů. Tato odpověď je správná. Dalších 24 (20 %) respondentů si myslí, že by se toto vyšetření mělo provádět 1x za týden. Jen 1x za rok označilo 13 (11 %) respondentů. Každý den po celý rok označilo 9 (8 %) dotázaných. Každý den v letních měsících neodpověděl nikdo z respondentů.

Otázka č.17: Při samovyšetření kůže byste si měl(a) kontrolovat:

Tab. 17. Místa kontroly při samovyšetření kůže

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Celé tělo	116	99
Pouze horní polovinu těla	0	0
Jen místa, která vystavují slunci	0	0
Nekontroloval(a) bych nic, samovyšetření je zbytečné	1	1
CELKEM	117	100



Graf 17. Místa kontroly při samovyšetření kůže

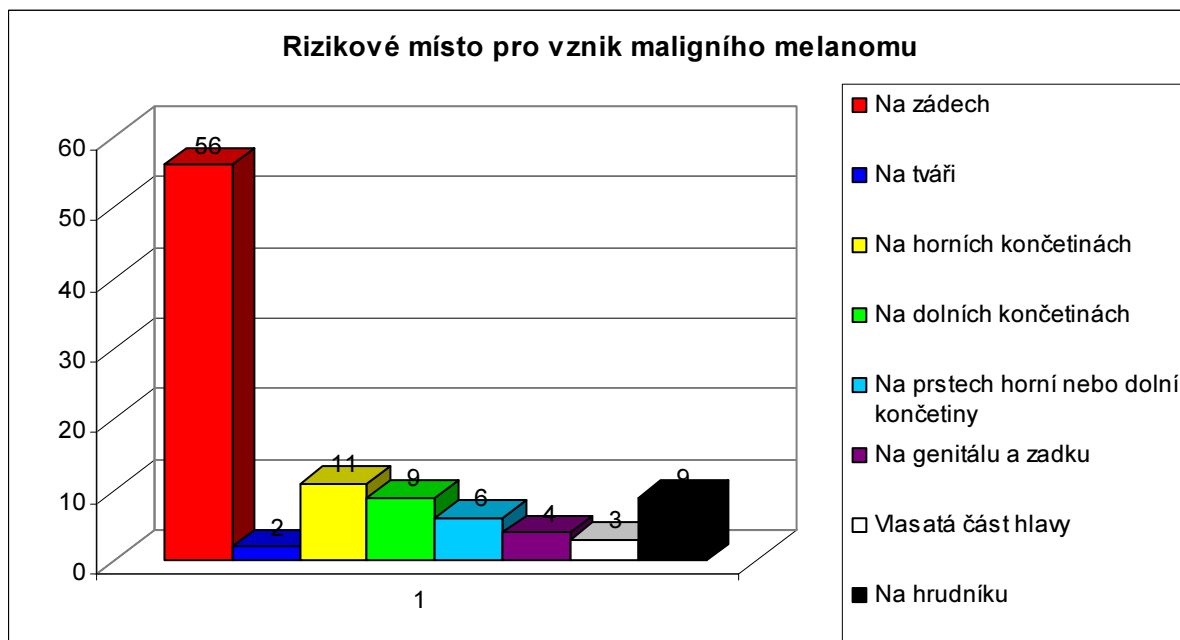
Komentář:

Celkem 116 (99 %) respondentů označilo správně, že bychom si při samovyšetření kůže měli kontrolovat celé tělo. Jen jeden respondent (1 %) označil samovyšetření kůže za zbytečné. Jen místa, která vystavují slunci a horní polovinu těla, neoznačil žádný respondent.

Otázka č. 18: Které místo je podle Vás nejrizikovější pro vznik maligního melanomu a kde se nachází?

Tab. 18. Rizikové místo pro vznik maligního melanomu

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Na zádech	65	56
Na tváři	2	2
Na horních končetinách	13	11
Na dolních končetinách	11	9
Na prstech horní nebo dolní končetiny	7	6
Na genitálu a zadku	5	4
Vlasatá část hlavy	4	3
Na hrudníku	10	9
CELKEM	117	100



Graf 18. Rizikové místo pro vznik maligního melanomu

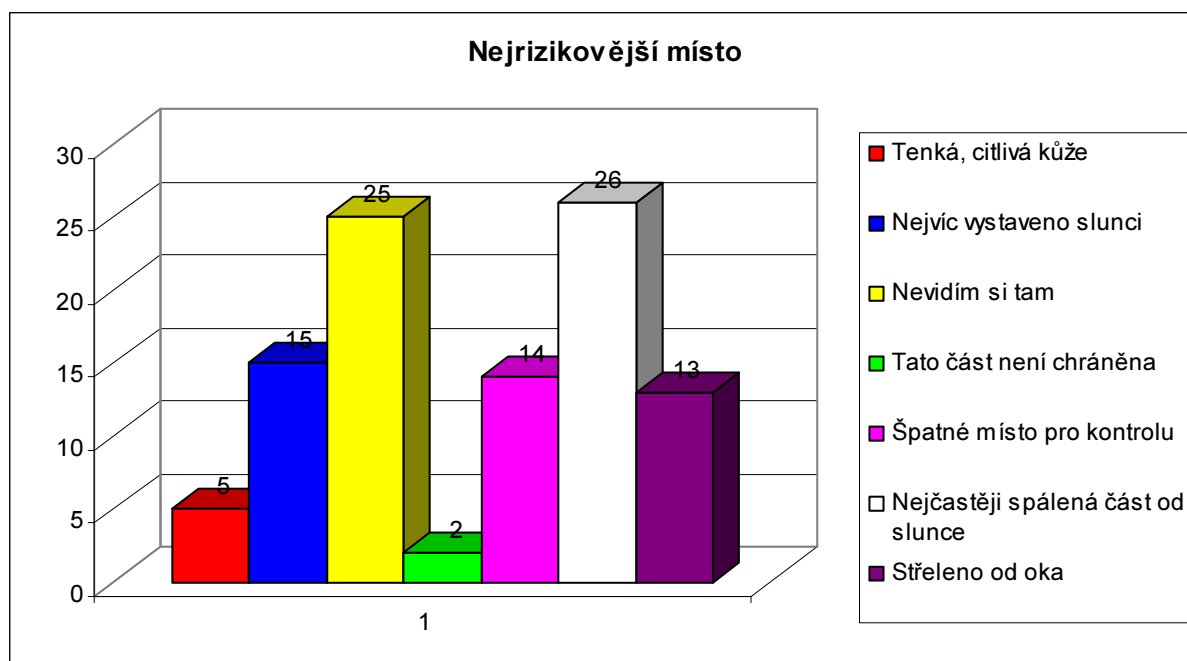
Komentář:

65 (56 %) respondentů si myslí, že nejrizikovější místo pro vznik maligního melanomu jsou záda. Celkem 13 (11 %) respondentů označilo za rizikové místo horní končetiny. Dalších 11 (9 %) respondentů označilo dolní končetiny. Na hrudníku označilo 10 (9 %) dotázaných. Na genitálu a zadku označilo 5 (4 %) respondentů. Vlasatou část hlavy označili 4 (3 %) respondenti, 2 (2 %) respondenti si myslí, že nejrizikovější místo je tvář.

Otázka č. 19: Proč si myslíte, že Vámi udané místo je nejrizikovější? Stručně napiš-
te:

Tab. 19. Nejrizikovější místo

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Tenká, citlivá kůže	6	5
Nejvíc vystaveno slunci	18	15
Nevidím si tam	29	25
Tato část není chráněna	2	2
Špatné místo pro kontrolu	16	14
Nejčastěji spálená část od slunce	31	26
Střeleno od oka	15	13
CELKEM	117	100



Graf 19. Nejrizikovější místo

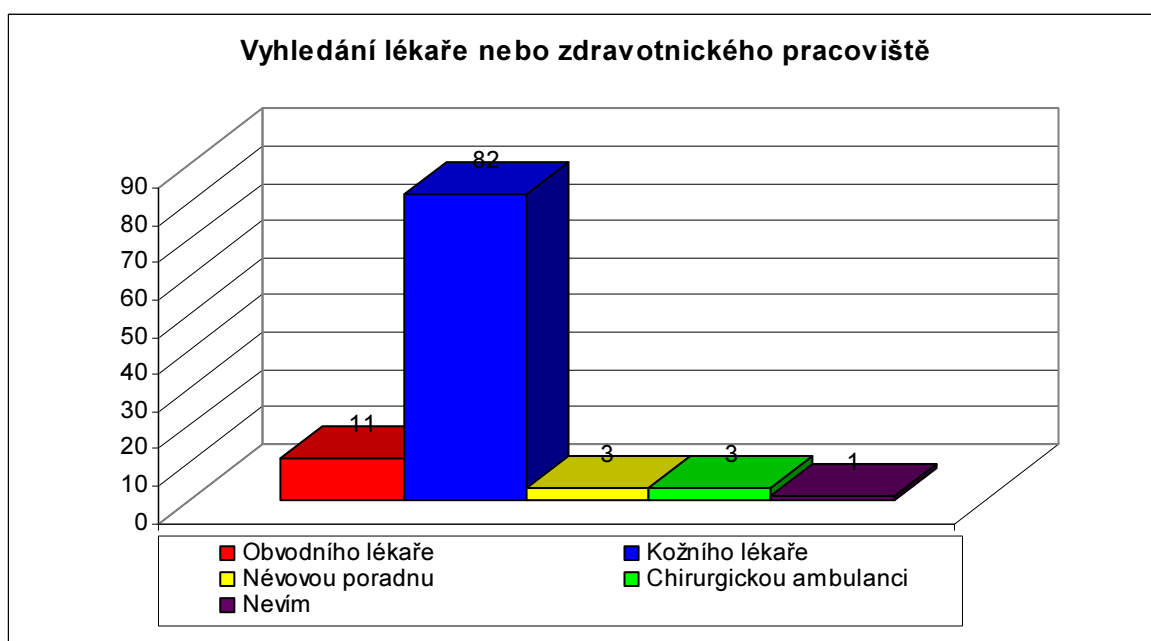
Komentář:

Jako nejčastější důvod, proč je dané místo nejrizikovější uvedlo 31 (26 %) respondentů, že tato část je nejčastěji spálená od slunce. Protože si tam nevidí uvedlo 29 (25 %) respondentů. Místo nejvíc vystavené slunci napsalo 18 (25 %) dotázaných, špatné místo pro kontrolu uvedlo 16 (14 %) dotázaných, 15 (13 %) respondentů střelilo od oka. Tenká, citlivá kůže napsalo 6 (5 %) respondentů, tato část není chráněna napsali 2 (2 %) respondenti.

Otázka č. 20: Pokud byste na svém těle objevil(a) podezřelé znaménko, kterého lékaře nebo zařízení byste vyhledal(a)?

Tab. 20. Vyhledání lékaře nebo zdravotnického zařízení

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Obvodního lékaře	13	11
Kožního lékaře	96	82
Névovou poradnu	3	3
Chirurgickou ambulanci	4	3
Nevím	1	0
CELKEM	117	100



Graf 20. Vyhledání lékaře nebo zdravotnického pracoviště

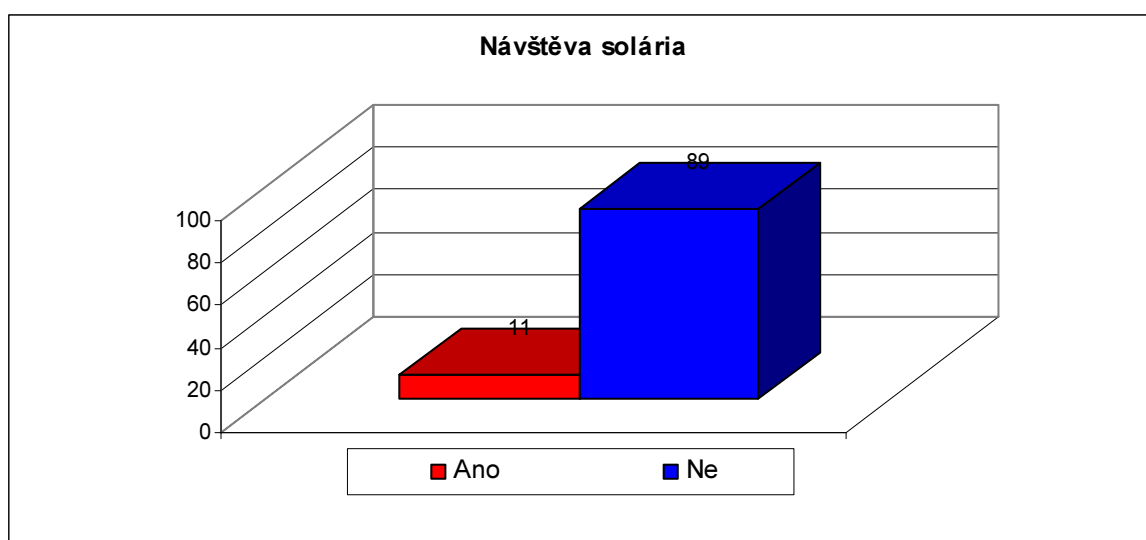
Komentář:

Celkově 96 (82 %) respondentů správně označilo, že by při nálezů podezřelého znaménka navštívilo kožního lékaře. Dalších 13 (11 %) respondentů by nejprve vyhledalo pomoc u obvodního lékaře. Jen 4 (3 %) respondenti by hledali pomoc na chirurgické ambulanci, pouze 3 (3 %) respondenti by navštívili névovou poradnu. Jeden dotázaný (1 %) neví, kterého lékaře by měl navštívit.

Otázka č. 21: Navštěvujete solárium?

Tab. 21. Návštěva solária

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	13	11
Ne	104	89
CELKEM	117	100



Graf 21. Návštěva solária

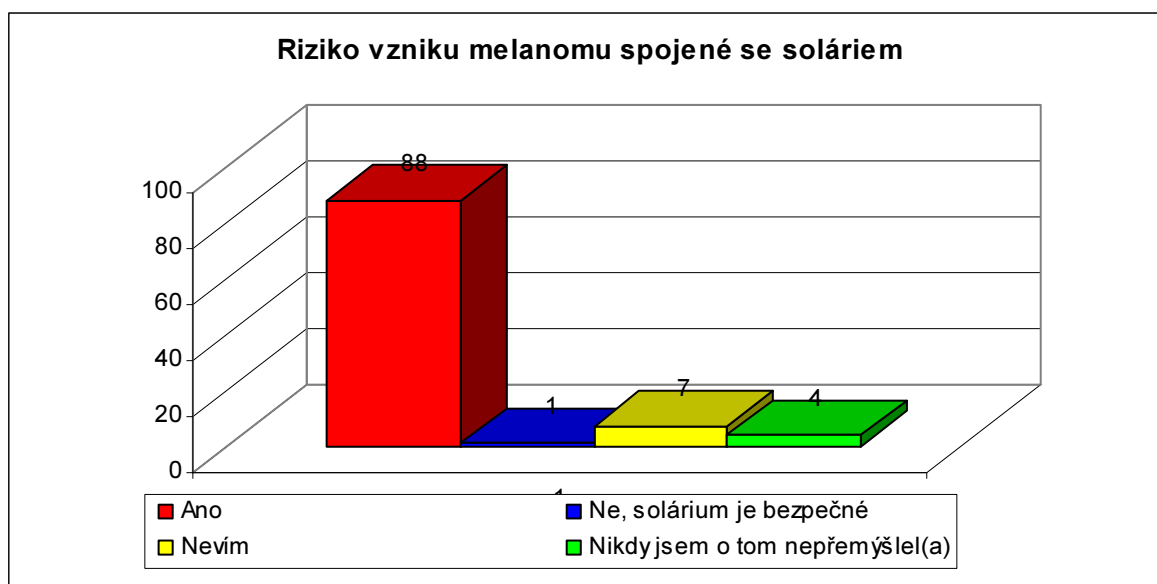
Komentář:

Ze 117 respondentů navštěvuje solárium 13 (11 %) respondentů. Zbýlých 104 (89 %) respondentů solárium nenavštěvuje.

Otázka č. 22: **Myslíte si, že návštěvy solária mohou zvýšit riziko vzniku maligního melanomu?**

Tab. 22. Riziko vzniku melanomu spojené se soláriem

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	103	88
Ne, solárium je bezpečné	1	1
Nevím	8	7
Nikdy jsem o tom nepřemýšlela	5	4
CELKEM	117	100



Graf 22. Riziko vzniku melanomu spojené se soláriem

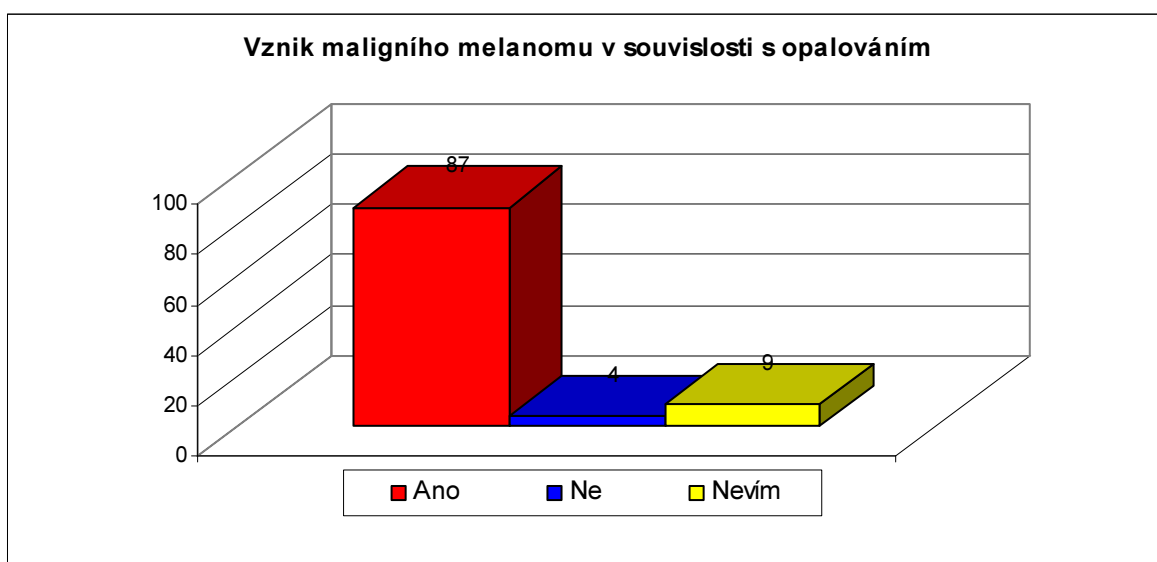
Komentář:

Odpověď Ano odpovědělo správně 103 (88 %) respondentů, kteří si myslí, že používání solária zvyšuje riziko vzniku maligního melanomu. Jen 8 (7 %) respondentů neví, zda je solárium rizikové pro vznik onemocnění. Celkem 5 (4 %) respondentů o tom takto neuvažovalo. Jen jeden (1 %) z respondentů si myslí, že solárium je bezpečné a jeho užívání nezvyšuje riziko vzniku maligního melanomu.

Otázka č. 23: **Myslíte si, že vznik maligního melanomu má souvislost s nadměrným opalováním?**

Tab. 23. *Vznik maligního melanomu v souvislosti s nadměrným opalováním*

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	102	87
Ne	5	4
Nevím	10	9
CELKEM	117	100



Graf 23. *Vznik maligního melanomu v souvislosti s opalováním*

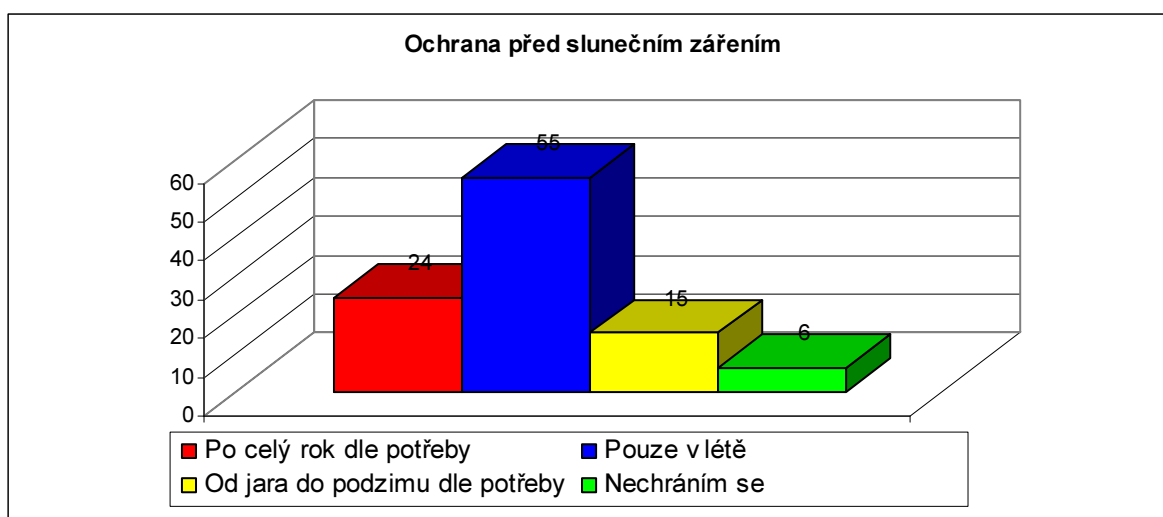
Komentář:

Celkově 102 (87 %) respondentů si správně myslí, že vznik maligního melanomu je v souvislosti s nadměrným opalováním. Dalších 10 (9 %) dotázaných neví, zda má nadměrné opalování vliv na vznik onemocnění. Dokonce 5 (4 %) respondentů odpovědělo ne, opalování nemá vliv na vznik maligního melanomu

Otázka č. 24: Před slunečním zářením se chráním:

Tab. 24. Ochrana před slunečním zářením

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Po celý rok dle potřeby	28	24
Pouze v létě	64	55
Od jara do podzimu dle potřeby	18	15
Nechráním se	7	6
CELKEM	117	100



Graf 24. Ochrana před slunečním zářením

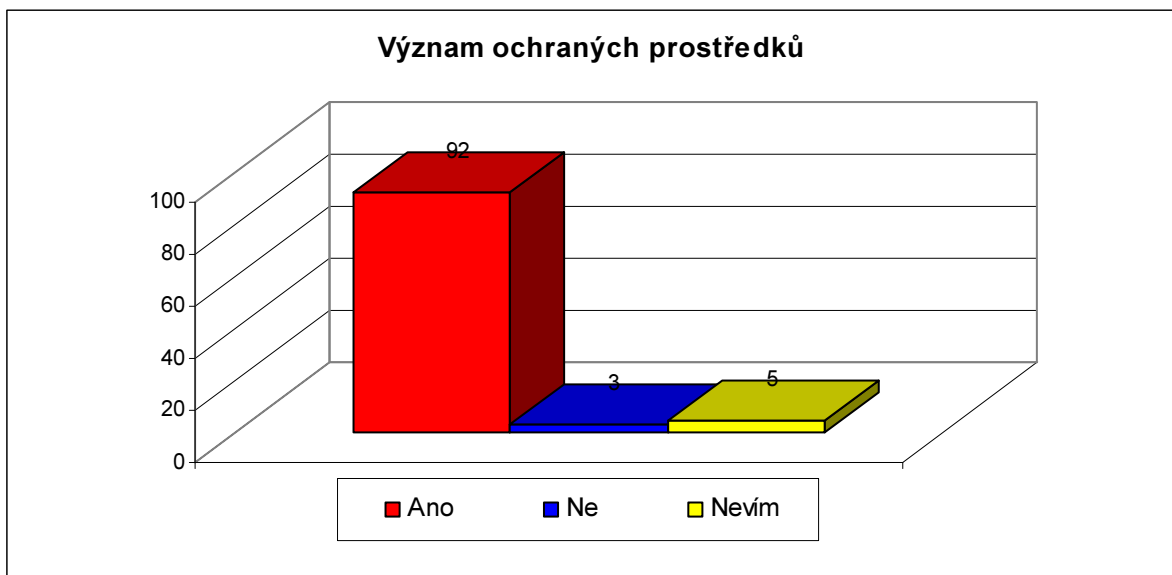
Komentář:

Nejvíce respondentů, to je 64 (55 %), se chrání před slunečním zářením pouze v létě. Po celý rok dle potřeby se správně chrání pouze 28 (24 %) respondentů. Od jara do podzimu se chrání 18 (15 %) dotázaných. 7 (6 %) respondentů se před slunečním zářením nechrání vůbec.

Otázka č. 25: **Myslíte si, že ochranné prostředky (krém, oděv) má význam v prevenci maligního melanomu?**

Tab. 25. Význam ochranných prostředků

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	107	92
Ne	4	3
Nevím	6	5
CELKEM	117	100



Graf 25. Význam ochranných prostředků

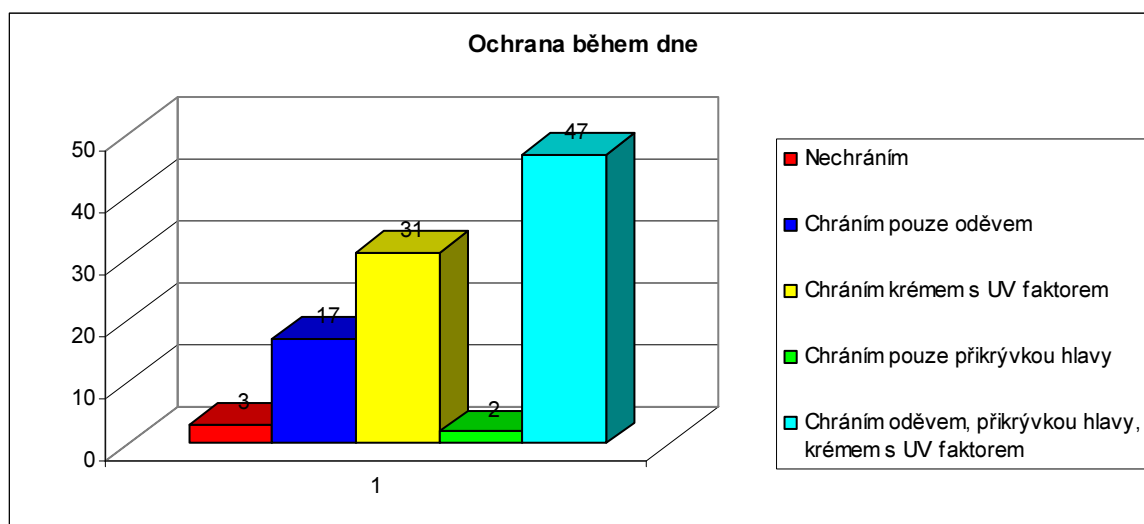
Komentář:

Celkem 107 (92 %) respondentů si myslí správně, že ochranné prostředky, jako jsou krémy a oděv, mají význam v prevenci maligního melanomu. Šest respondentů (5 %) odpověď nevěděli. Odpověď ne, nemají význam odpověděli 4 (3 %) respondentů.

Otázka č. 26: Před sluncem během dne se:

Tab. 26. Ochrana během dne

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nechráním	4	3
Chráním pouze oděvem	20	17
Chráním krémem s UV faktorem	36	31
Chráním pouze příkrývkou hlavy	3	2
Chráním oděvem, příkrývkou hlavy, krémem s UV faktorem	54	47
CELKEM	117	100



Graf 26. Ochrana během dne

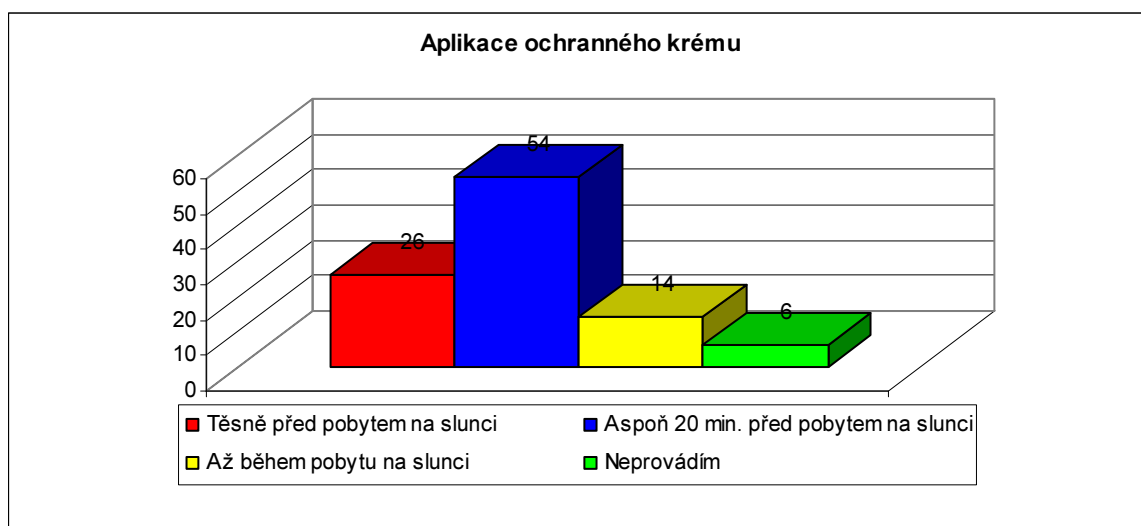
Komentář:

Celkem 54 (47 %) dotázaných se před slunečním zářením během dne správně chrání oděvem, příkrývkou hlavy a krémem s UV faktorem. Jen krémem s UV faktorem se chrání 36 (31 %) respondentů. Pouze oděvem se chrání 20 (17 %) respondentů. Nechrání se vůbec 4 (3 %) dotázaných a příkrývkou hlavy se chrání 3 (2 %) respondentů.

Otázka č. 27: Aplikaci ochranného krému s UV faktorem provádím:

Tab. 27. Aplikace ochranného krému

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Těsně před pobytem na slunci	31	26
Aspoň 20 min. před pobytem na slunci	63	54
Až během pobytu na slunci	16	14
Neprovádím	7	6
CELKEM	117	100



Graf 27. Aplikace ochranného krému

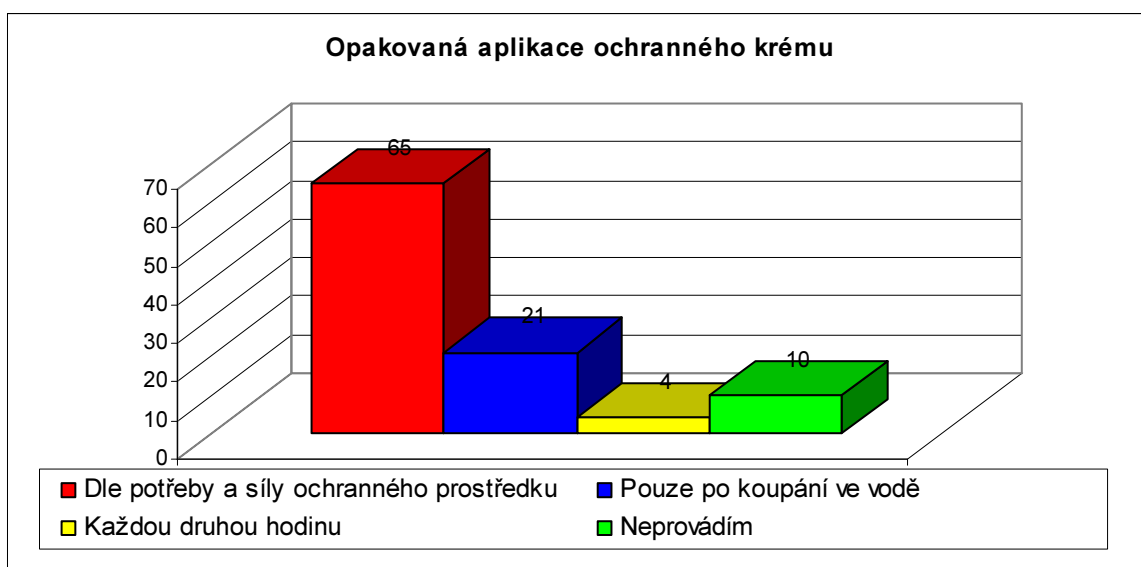
Komentář:

Správně provádí aplikaci ochranného krému aspoň 20 min. před pobytem na slunci 63 (54 %). Těsně před pobytem na slunci provádí aplikaci 31 (26 %) respondentů. Dalších 16 (14 %) respondentů si ochranný krém aplikuje až během pobytu na slunci. Dokonce 7 (6 %) respondentů nepoužívá žádný ochranný krém.

Otázka č. 28: **Opakovanou aplikaci ochranného krému s UV faktorem provádím:**

Tab. 28. *Opakovaná aplikace ochranného krému*

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dle potřeby a síly ochranného prostředku	76	65
Pouze po koupání ve vodě	24	21
Každou druhou hodinu	5	4
Neprovádím	12	10
CELKEM	117	100



Graf 28. *Opakovaná aplikace ochranného krému*

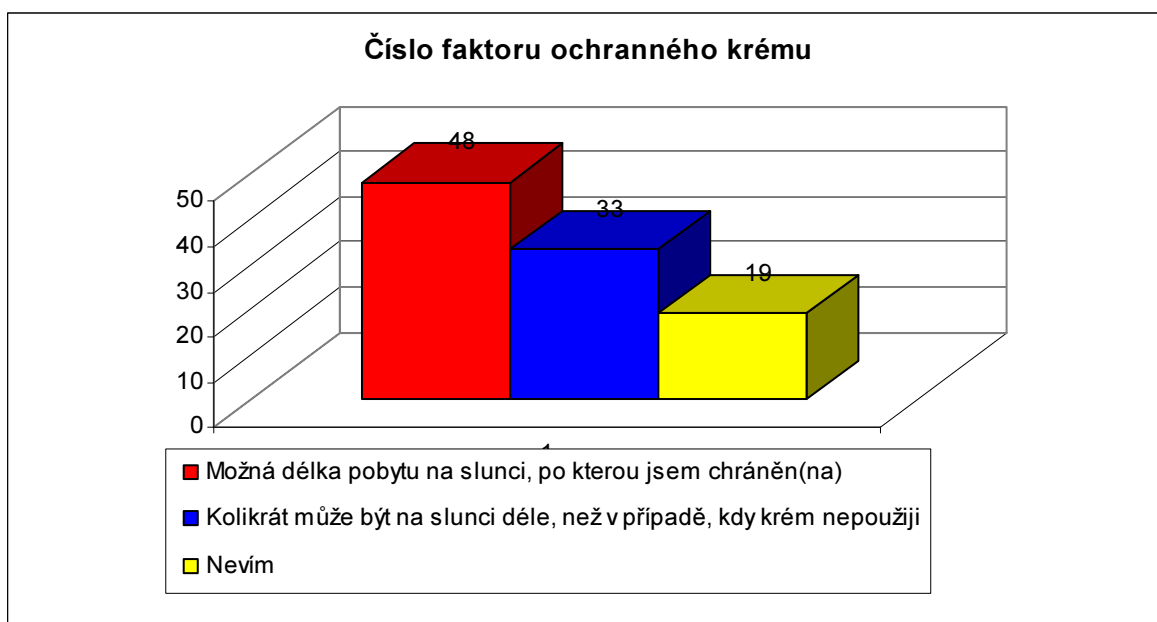
Komentář:

Dle potřeby a síly ochranného prostředku provádí opakovanou aplikaci ochranného krému s UV faktorem 76 (65 %) respondentů. Celkem 24 (21 %) respondentů provádí opakovanou aplikaci ochranného krému pouze po koupání ve vodě. 12 (10 %) respondentů opakovanou aplikaci neprovádí. Správně bychom měli aplikaci provádět každé dvě hodiny, tuto odpověď označilo pouze 5 (4 %) respondentů.

Otázka č.29: Co podle Vás značí číslo faktoru ochranného krému proti slunci?

Tab. 29. Číslo faktoru ochranného krému

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Možná délka pobytu na slunci, po kterou jsem chráněn (a)	56	48
Kolikrát můžu být na slunci déle, než v případě, kdy krém nepoužiji	39	33
Nevím	22	19
CELKEM	117	100



Graf 29. Číslo faktoru ochranného krému

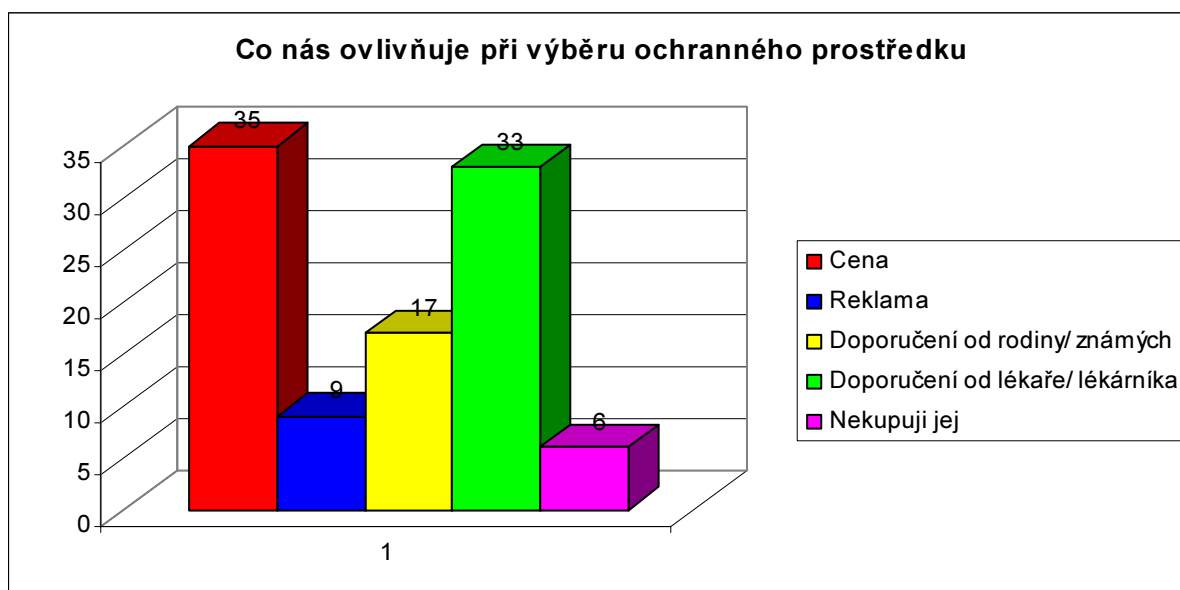
Komentář:

Správně na tuto otázku odpovědělo pouze 39 (33 %) respondentů. Celkem 56 (48 %) respondentů si myslí, že číslo ochranného faktoru je možná délka pobytu na slunci, po kterou jsou chráněni. Odpověď neví označilo 22 (19 %) respondentů.

Otázka č. 30: Co Vás nejčastěji ovlivňuje při výběru ochranného krému s UV faktorem?

Tab. 30. Co nás ovlivňuje při výběru ochranného faktoru

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Cena	41	35
Reklama	10	9
Doporučení od rodiny/ známých	20	17
Doporučení od lékaře/ lékárníka	39	33
Nekupuji jej	7	6
CELKEM	117	100



Graf 30. Co nás ovlivňuje při výběru ochranného prostředku

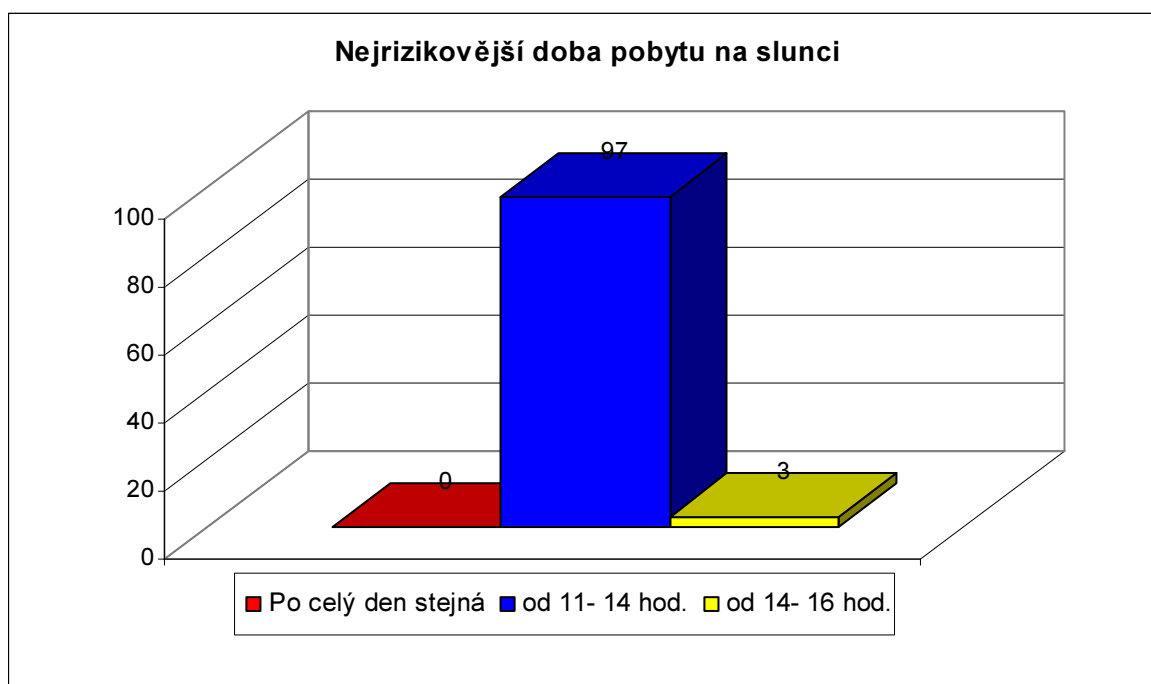
Komentář:

Nejvíce nás při výběru ochranného krému s UV faktorem ovlivňuje cena, a to u 41 (35 %) respondentů. Doporučení od lékaře/ lékárníka ovlivňuje 39 (33 %) respondentů. Na doporučení od rodiny/ známých dá 20 (17 %) respondentů. Reklama ovlivňuje 10 (9 %) respondentů a 7 (6 %) respondentů krém nekupuje.

Otázka č. 31: Nejrizikovější doba pobytu na slunci je podle Vás:

Tab. 31. Nejrizikovější doba pobytu na slunci

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Po celý den stejná	0	0
Od 11- 14 hod.	114	97
Od 14- 16 hod.	3	3
CELKEM	117	100



Graf 31. Nejrizikovější doba pobytu na slunci

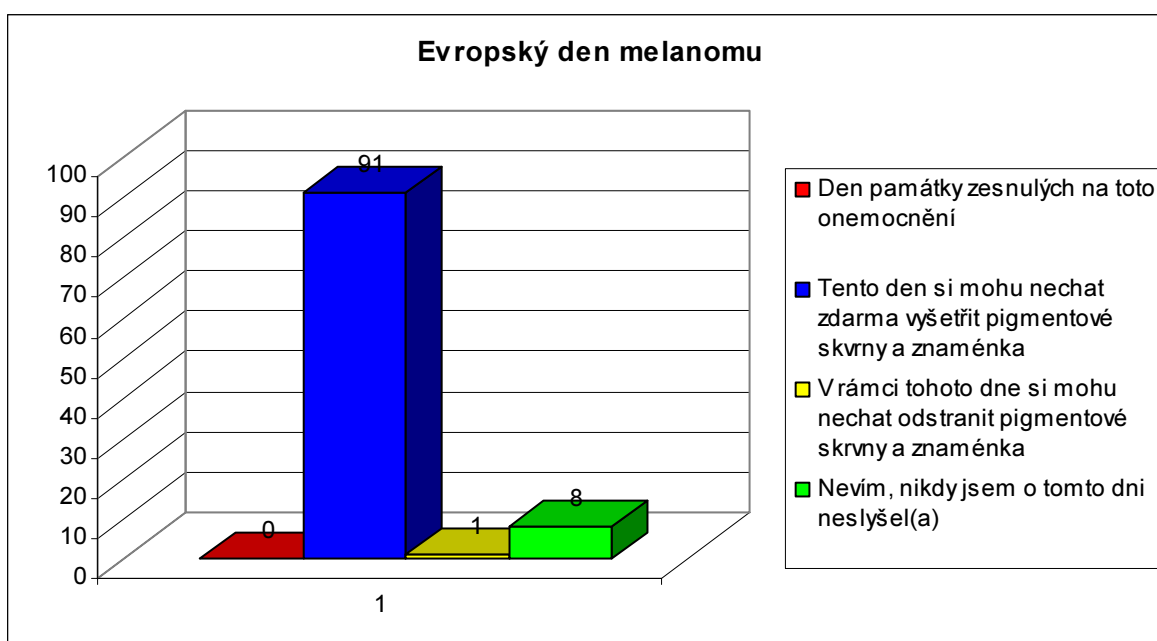
Komentář:

Správně na otázku, jaká je nejrizikovější doba pobytu na slunci, odpovědělo 114 (97 %) respondentů; ti označili dobu od 11 do 14 hodin. Tři (3 %) respondenti odpověděli, že nejrizikovější doba je od 14 do 16 hodin. Odpověď po celý den stejná neodpověděl nikdo.

Otázka č. 32: Evropský den maligního melanomu je podle Vás:

Tab. 32. Evropský den melanomu

Možné odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Den památky zesnulých na toto onemocnění	0	0
V rámci tohoto dne si mohu nechat zdarma vyšetřit pigmentové skvrny a znaménka na kůži	106	91
V rámci tohoto dne si mohu nechat odstranit pigmentové skvrny a znaménka	1	1
Nevím, nikdy jsem o tomto dni neslyšel(a)	10	8
CELKEM	117	100



Graf 32. Evropský den melanomu

Komentář:

Správně na tuto otázku, která zjišťovala, co je Evropský den melanomu, odpovědělo 106 (91 %) respondentů. O tomto dni neslyšelo 10 (8 %) dotázaných. Jeden respondent (1 %) si myslí, že v rámci tohoto dne si může nechat odstranit pigmentové skvrny nebo znaménka. Odpověď, že je to den památky zesnulých na toto onemocnění, neodpověděl nikdo.

6 DISKUZE

Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí laické veřejnosti v oblasti prevence maligního melanomu. Z důvodu velké obsáhlosti cíle jsme zvolili ještě tři dílčí cíle, které se zaměřují na určitou oblast podrobněji. Pro získání informací jsme použili dotazníkové šetření

Na začátku diskuze bychom Vás rádi seznámili s respondenty. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 109 (93 %). Muži tvořili 8 (7 %) dotázaných. Tento údaj nás moc nepřekvapuje, je nám tím, že muži jsou méně ochotní vyplňovat různé dotazníky, když nemusí a jejich přístup k prevenci je velmi záporný. Nejvíce, a to v 50 %, byla zastoupena věková hranice 30- 59 let. Respondenti 15- 29 let tvořili 44 %. Respondenti 60 a více let tvoří 6% dotázaných. Nejvíce respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání, a to v 59 %. Vysokoškolské vzdělání mělo 20 % respondentů, vyšší odborné 9 % z dotázaných. SOU absolvovalo 13 % respondentů. Zdravotnické vzdělání mělo 45 % dotázaných. I přes poměrně vyšší číslo respondentů se zdravotnickým vzděláním nemuselo znamenat, a ani neznamenovalo, že lidé jsou dostatečně informovaní o onemocnění a prevenci před jeho vznikem. Je to dáno tím, že každý člověk je po určité době zaměřen jen na svůj obor, na kterém pracuje. Porodní asistentka určitě nemá velký přehled v problematice tohoto onemocnění, pokud se o něj nezajímá s osobních důvodů. Na závěr úvodních otázek nás zajímalo, zda se onemocnění maligní melanom objevilo u respondenta nebo u rodinného příslušníka. Toto onemocnění bylo diagnostikováno u jednoho respondenta, onemocnění u rodinného příslušníka se vyskytlo u 7 % respondentů. Devět procent respondentů nevědělo, zda onemocnění bylo diagnostikováno v rodině. Uvedené informace jsme získali z otázek 1, 2, 3, 4 a 5.

Než jsme přistoupili k otázkám, které se týkaly dílčích cílů, velmi nás zajímalo, na jaké úrovni jsou znalosti respondentů v problematice onemocnění. Hned u první otázky, jak by respondent popsal onemocnění maligní melanom, jsme byli nemile překvapeni, že správně odpovědělo „jen“ 93 %, kteří uvedli, že maligní melanom je zhoubný nádor kůže.. Zbýlých 7 % odpovědělo chybně nebo odpověď nevěděli. 3 (3 %) respondentů uvedlo, že maligní melanom je nezhooubný nádor kůže, 3 respondenti odpověď nevěděli a jeden respondent si myslí, že je to zánětlivé onemocnění kůže. Na otázku, co onemocnění způsobuje, odpovědělo správně už jen 65 % respondentů, když označili odpověď metastázy- druhotné ložisko nádoru. Chybně odpovědělo 28 % dotázaných, kteří uvedli, že melanom způsobuje zánětlivé změny na kůži. Odpověď nevědělo 7% dotázaných. Jak se onemocnění projevuje na ků-

ži, vědělo 93 % respondentů, kteří označili, že se onemocnění projevuje znaménkem, které mění svoji barvu, tvar, může krváčet. 7% odpovědělo špatně nebo odpověď nevědělo. Že se projevuje zarudnutím odpověděli 3 respondenti, puchýřem 2 respondenti a odpověď nevěděli 3 respondenti. U sestavování dotazníku jsme předpokládali, že na tyto otázky odpoví správně aspoň 98 % respondentů, protože v dnešní době, kdy je celosvětová osvěta veřejnosti, dobrá dostupnost informací z medií nebo z internetu, u lékaře nebo v lékárně, nás nenapadlo, že 7 % respondentů nemá vůbec žádnou představu o tomto onemocnění, jak se projevuje, co způsobuje. Může se Vám zdát, že je to poměrně malé číslo, ale kdyby byl větší počet respondentů, domníváme se, že by tato čísla byla mnohem vyšší. Je důležité najít efektivní způsob pro informovanost veřejnosti. Při nálezů podezřelého znaménka, které již mění tvar, barvu nebo krvácí, by pouze 77 % respondentů ihned navštívilo lékaře! Bohužel 22 % dotázaných by znaménko několik týdnů sledovalo, než by navštívilo lékaře, jeden respondent by dokonce čekal na bolest znaménka. Toto zjištění je velmi špatné, protože čas v diagnostice onemocnění hraje významnou roli v prognóze onemocnění a otálení způsobuje plný rozvoj onemocnění. Čím později je maligní melanom diagnostikován, tak je melanom agresivnější, velmi brzo tvoří metastázy. Léčba je náročnější a prognóza nejistá. Tyto cenné informace jsme získali z otázek 6, 7, 8, 9, 10.

Co se týká prevence maligního melanomu, nejčastěji si respondenti u otázky č. 11 mysleli, že ochranné prostředky, jako jsou krémy nebo oděv, mají největší význam v prevenci, a to ve 30 %. Omezení doby pobytu na slunci tvořilo 24 %. Význam samovyšetření kůže v pravidelných intervalech bylo 21,5 %. Hlídní doby pobytu na slunci bylo uvedeno v 18 %. Všeobecná odpověď jako správný životní styl byla zastoupena 6 %. Dva respondenti překvapili, když uvedli, že návštěva solária minimálně 1x za 14 dní má význam v prevenci vzniku daného onemocnění. Otázka č. 32 se týkala velmi medializovaného Evropského dne maligního melanomu. I přes veškerou medializaci nejen v televizi, ale i v časopisech či na informačních letácích, odpověď vědělo 91 % respondentů. Osm procent respondentů o tomto dni nikdy neslyšelo. Jeden respondent si myslel, že během tohoto dne si může nechat zdarma odstranit pigmentové skvrny nebo znaménka. Tyto výsledky dokazují, že bychom v informovanosti neměli polevovat, spíše naopak!

Jako zdroj informací o onemocnění odpovědělo nejvíce respondentů, a to 48 %, že nejvíce informací mají prostřednictvím televize. Z odborné knihy nebo z časopisu má prvotní informace 26 % dotázaných. Z internetu získalo informace 10 % respondentů, od lékaře

9 %. Sedm procent respondentů slyšelo pojem maligní melanom až díky dotazníku! Další informace by respondenti v 66 % hledali na internetu, u lékaře 29 %. Odbornou knihu nebo časopis by vyhledalo 5 % respondentů. Tyto otázky č. 12 a 13 nás utvrzují v tom, že by se měla zvýšit informovanost, zaměřit bychom se měli na televizi jako zprostředkovatele a dále na lékaře.

Dílčí cíl č. 1- Zjistit jakým způsobem se veřejnost chrání před UV zářením

Na tento cíl se zaměřují otázky 25, 26, 27, 28, 29 a 30. Na úvod jsme zvolili otázku, zda mají ochranné prostředky, jako je krém nebo oděv, význam v prevenci maligního melanomu. Celkem 92 % respondentů si myslí, že tyto ochranné prostředky mají význam. Tři procenta odpověděla ne, nemají a 5% respondentů odpověď nevědělo. Určitě by měla být i větší informovanost veřejnosti o těchto prostředcích a jejich velkému významu v boji proti malignímu melanomu. Správně se před slunečním zářením chrání jen 47 % respondentů, ti využívají ochranu oděvem, příkrývkou hlavy a krémem s UV faktorem. Dalších 31 % respondentů se chrání pouze ochranným krémem, oděvem 17 % dotázaných. Tři procenta respondentů se nechrání vůbec a příkrývkou hlavy se chrání 2 % dotázaných. Ochrana před škodlivým zářením by měla být maximální. Bohužel víc jak polovina dotázaných se chrání nedostatečně nebo vůbec. Mělo by být automatické během slunečních dní využívat všechny dostupné ochranné prostředky, abychom zabránili poškození kůže sluníčkem. Velmi důležitá je aplikace ochranného krému s UV faktorem aspoň 20 minut před pobytem na slunci, kterou ovšem provádí pouhých 54 % respondentů. Těsně před pobytem nebo během pobytu na slunci provádí aplikaci ochranného krému 40 % respondentů. Bohužel určitou dobu není kůže chráněna před škodlivým zářením a může tak snadno dojít ke spálení. Opakovaná aplikace ochranného krému by měla být přibližně každé dvě hodiny, to provádí pouze 4 % respondentů. Dle potřeby a síly ochranného prostředku provádí opakovanou aplikaci 65 % respondentů. Otázkou je, zda dokážou respondenti posoudit správný čas, kdy je potřeba provést aplikaci? Důležitá je také správná aplikace v dostatečné vrstvě a pokrýt opravdu každý kousek kůže. Pouze po koupání ve vodě provádí opakovanou aplikaci 21 % respondentů. Deset procent dotázaných už opakovanou aplikaci ochranného krému neprovádí vůbec. Výsledkem je, že respondenti využívají ochranu prostřednictvím krému s ochranným faktorem, ale jen 54 % aplikaci provádí správně. Velmi důležitá je opakovaná aplikace, která by měla být každé dvě hodiny, tu už provádí správně jen 4 % respondentů, což je velmi alarmující číslo! Zajímalo nás, zda respondenti vědí, co značí číslo faktoru

ochranného krému. Znamená to, kolikrát můžeme být na slunci déle než v případě, kdy krém nepoužijeme. Správnou odpověď vědělo jen 33 % respondentů. Zajímala nás odpověď na otázku, co nás ovlivňuje při výběru ochranného krému. Na dnešní dobu a ne malou pořizovací cenu přípravku nás nepřekvapily odpovědi. Celých 35 % respondentů ovlivňuje cena, na doporučení lékaře/ lékárníka dá 33 % dotázaných. Na rodinu a známé dá 17 % respondentů. Reklamou je ovlivněno 9 % respondentů. 6% dotázaných ochranné krémy nepoužívá.

Na závěr můžeme říci, že dílčího cíle jsme dosáhli. Rovná polovina respondentů se nějakým způsobem (jako oděvem, ochranným krémem nebo příkrývkou hlavy) chrání před slunečním zářením, kombinací všech uvedených ochran se chrání správně 47 % respondentů. Tři procenta respondentů se nechrání vůbec. Aplikaci ochranného krému neprovádí 6 % respondentů, správně si ochranný krém aplikuje 54 % respondentů, 40 % sice aplikaci provádí, ale chybně, tudíž ochrana není dokonalá.

Dílčí cíl č. 2- Zjistit, zda veřejnost eliminuje riziko spojené s opalováním na slunci nebo v soláriu.

Na úvod jsme chtěli zjistit, kolik respondentů navštěvuje solárium. Jen 11% respondentů solárium navštěvuje, 89 % nenavštěvuje. Lidé, kteří solárium navštěvují, by měli být při každé návštěvě upozorněni, že je zde riziko vzniku onemocnění z důvodu použití tohoto přístroje. Bohužel pokud lidé chtějí mít snědou plet, ani tohle riziko jejich přístup nezmění. Osobám do 18 let by měl být vstup do solária zakázán. Pro některé lidi je to posedlost, může se zvrhnout až na závislost. Naštěstí 88 % respondentů si je tohoto rizika vědomo, odpověď nevím označilo 7 % respondentů. Dokonce 4 % respondentů o tom nikdy nepřemýšlela. Jen jeden respondent uvedl, že solárium je bezpečné. Také nás zajímalo, kdy se veřejnost chrání. Všichni bychom si měli uvědomit, že sluníčko není nebezpečné jen v létě u moře, ale i při nižších teplotách z jara nebo na podzim, kdy tomu nevěnujeme takovou pozornost. Na ochranu nesmíme zapomínat i za zimních dnů, kdy se slunce odráží i od sněhové příkrývky a má stejnou intenzitu jako bychom byli u moře. Po celý rok dle potřeby se chrání pouze 24 % respondentů. V létě se chrání nejvíce, to je 55 %. Od jara do podzimu se chrání 15 % dotázaných, 6 % se nechrání vůbec. Lidé ví, že nejrizikovější doba pobytu na sluníčku je mezi 11. až 14. hodinou, to také odpovědělo 97 % dotázaných. Jen 3 % si myslí, že tato doba je až od 14. do 16. hodiny.

Na závěr můžeme říci, že se veřejnost snaží eliminovat riziko spojené s opalováním na sluníčku nebo v soláriu, bohužel však nedostatečně.

Dílčí cíl č. 3- Zjistit, zda a jak provádí veřejnost samovyšetření kůže.

Samovyšetření kůže je jedno z nejdůležitějších preventivních opatření, která můžeme pro sebe udělat. Vyšetření nám nezabere mnoho času, život nám může prodloužit až o několik desítek let. Je velmi důležité pravidelně vyšetření provádět a při jakémkoliv pochybném nálezu navštívit odborného lékaře. U onemocnění je důležité přijít včas a odhalit jeho začátek. Samovyšetření kůže provádí pouze 60 % dotázaných. Když jsme po respondentech chtěli, aby nám stručně popsali, jak má takové vyšetření doma vypadat, jejich odpovědi byly buď až moc stručné nebo úplně přesně neuměli vyšetření popsat. Určitě by bylo vhodné samovyšetření kůže medializovat, aby veřejnost vyšetření prováděla správně.

I četnost vyšetření by měla být častější než 1x za rok. Vhodná je pečlivá kontrola kůže za 4 až 8 týdnů, jak uvedlo 61 % respondentů, a obětovat 5 minut času na důkladnou kontrolu kůže celého těla. Nemělo by se zapomínat na oblast, kterou nám zakrývají vlasy nebo ochlupení, velmi důležitá je i kontrola prstů horní i dolní končetiny. Jako nejrizikovější místo pro vznik maligního melanomu vedli v 56 % respondenti místo na zádech, horní končetiny uvedlo 11 % dotázaných. Dolní končetiny uvedlo 9%, stejně jako hrudník. Prsty horní nebo dolní končetiny označilo 6% respondentů. Nejrizikovější místo pro vznik melanomu je genitál a zadek uvedli 4%, vlasatou část hlavy 3% a tvář uvedlo 2%.

Na závěr můžeme říci, že samovyšetření kůže by měl provádět každý člověk. Potřebné informace o vyšetření by lidé mohli dostávat v ordinaci obvodního lékaře, popřípadě dodávkou edukačních letáků. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že velké procento respondentů, celých čtyřicet, vyšetření neprovádí vůbec. Jen 60 % respondentů vyšetření provádí, ale pospaný postup byl buď moc stručný, nebo respondenti nebyli ochotní celý postup popsat.

Chtěla bych upozornit na skutečnost, že na podobné téma „Melanom a jeho prevence“ psala svoji bakalářskou práci studentka Univerzity Tomáše Baťi ve Zlíně Lucie Nečasová v roce 2009. Výsledek její práce je srovnatelný s naší prací, která je psána o 5 let později. Bohužel nedošlo u veřejnosti k nárůstu informovanosti o důležitosti ochrany a prevence, proto se nemůžeme divit, že výskyt onemocnění se nadále zvyšuje. (Nečasová, 2009, s. 62-70).

Informovaností veřejnosti o prevenci maligního melanomu se zabývala také studentka Šárka Bednářová z Masarykovy univerzity v roce 2012. Práci zaměřuje na informovanost laické veřejnosti bez zdravotnického vzdělání na rozdíl od naší, kde se šetření zúčastnilo 40% respondentů. V dotazníku se objevily podobné otázky jako vliv solária na kůži, používání opalovacích prostředků, samovyšetření kůže. Docházeli jsme k podobným výsledkům, výrazný rozdíl byl u provádění samovyšetření kůže, které neprovádělo 95% respondentů na rozdíl od naší práce, kde samovyšetření neprovádělo „pouze“ 40% dotázaných. Rádi by jsme věřili tomu, že za dva roky stoupla informovanost o důležitosti provádění samovyšetření kůže. Rozdílná byla i opakovaná aplikace ochranného krému. V naší práci prováděli opakovanou aplikaci správně každé dvě hodiny jen 4% respondentů, v této práci byl výsledek 13%. (Bednářová, 2012, s.33- 57).

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Maligní melanom - Nepodceňujeme prevenci?“ jsme si zvolili z více důvodů.

Nejvíce nás kromě znalostí veřejnosti v problematice onemocnění zajímalo, jak se veřejnost chrání před možným vznikem onemocnění. Pracovala jsem na Oddělení plastické a estetické chirurgii ve Fakultní nemocnici a velmi mě překvapil nízký věk nemocných a četnost onemocnění. Při sdělení diagnózy si ani kolikrát pacienti neuvědomovali závažnost onemocnění a jeho následky. Možná si neuvědomovali, že jedno malé znaménko jim může převrátit život naruby.

Je velmi důležité za zaměřit na všechny dostupné preventivní opatření, abychom možného výskytu onemocnění předešli. Pokud dojde k diagnostice maligního melanomu, naším cílem je zachycení nemoci v počátečním stádiu, kdy je velmi dobrá šance na plné vyléčení. Bohužel prevence je všeobecně podceňována, lidé v dnešní uspěchané době si neudělají na sebe čas. Je typické přecházení nemoci, protože lidé si nemohou dovolit být na neschopence, natož tak věnovat pozornost změnám na kůži, které je v počáteční fázi nijak neomezují.

V praxi by jsme se měli zaměřit na informační letáky, které by podávaly dostačující informace o onemocnění, jeho projevech a dalších důležitých informací. Kontrolu znamének by měl provádět i praktický lékař a při podezřelém nálezů zaslat pacienta k odbornému lékaři. Pozornost bychom měli věnovat hlavně čekárně praktického lékaře, přece jenom je to námi nejnavštěvovanější lékař.

Na závěr můžeme říct, že napsání práce mělo smysl už jen v tom, že několik rodinných příslušníků a známých po přečtení práce vyhledalo dermatologa a nechalo si vyšetřit znaménka. Takže spousta hodin strávené studiem literatury a psaní mělo smysl, za což jsme moc rádi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 978-807-0134-672.

BEDNÁŘOVÁ, Šárka, 2012. *Informovanost veřejnosti o prevenci maligního melanomu* [online]. Brno. [2014-05-20]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/358717/lf_b/Informovanost_ver_ejnosti_o_prevenci_maligniho_melanomu.pdf

DIENSTBIER, Z., SKALKA, E., 2001. *Předcházíme rakovině*. Praha: Computer Press. ISBN 80-7226-375-7.

ETTLER, Karel, 2004. *Fotoprotekce kůže, ochrana kůže před účinky ultrafialového záření*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-463-2.

HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., 2001. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Brno: Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec. ISBN 80-238-7618-X

Evropský den melanomu, ©2013. *Česká akademie dermatovenerologie* [online]. Praha: Česká akademie dermatovenerologie [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.dermanet.cz/cs/vzdelavani/evropsky-den-melanomu/>

Evropský den melanomu v České republice: 13.května 2013. ©2013. In: *Receptyprimanapadu.cz* [online]. [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.receptyprimanapadu.cz/zdravi/poradna/476-evropsky-den-melanomu-v-ceske-republice-13-kvetna-2013.htm>

Evropský den melanomu 13. 5. 2013, ©2013. *Česká lékárnická komora* [online]. Praha: Česká akademie dermatovenerologie

KRAJSOVÁ, Ivana, 2008. *Atlas kožního melanomu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-151-6.

KRAJSOVÁ, Ivana, 1995. *Je opalování nebezpečné? Jsou pihy nebezpečné?*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-24-1.

KRAJSOVÁ, Ivana, 2011. *Kožní nádory- typy, příčiny vzniku, léčba a prevence*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2404-4

KRAJSOVÁ, Ivana, 2006. *Melanom*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-24-1

KRAJSOVÁ, Ivana, BAUER, Jan, 1994. *Kožní nádory, prevence a včasná diagnostika*. Praha: Jessenius. ISBN 80- 85800-13-6

Léčba maligního melanomu: po desetiletích frustrace konečně pokrok, ©2011. In: *Tribune.cz* [online]. [cit. 2013-10-28]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/24598-lecba-maligniho-melanomu-po-desetiletich-flustrace-konecne-pokrok>

MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J., 2012. *Patologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.

Melanom- nejzhoubnější kožní nádor. ©2002. In: *Zdraví.e15.cz* [online]. [cit. 2014-01-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/maligni-melanom-463624>

NEČASOVÁ, Lucie, 2009. *Melanom a jeho prevence* [online]. Zlín. [2014-02-04]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Baťi ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: https://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/8407/nečasova_2009_bp.pdf?sequence=1

NĚMEČKOVÁ, Kateřina, ©2012. Jak vyžrát na spáleniny od slunce. In: *Krasobrana.cz* [online]. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.krasobrana.cz/jak-vyzrat-na-spaleniny-od-slunce>

RAJNOCHOVÁ SVOBODOVÁ, Alena, 2012. *Poškození kůže působením slunečního záření, možnosti ochrany a prevence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3183-3

ZAJÍC, P., MIKETA, K., 2000. *Laser pro krásu a zdraví*. Euromedia group, ISBN 80-242-0408-8

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
UV	Ultrafialové
USA	United states of Amerika
s.	Strana
mm.	Milimetr
X	Krát
Rtg.	Rentgen
CT	Počítačová tomografie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PET/CT	Pozitronová emisní tomografie/ počítačová tomografie
MR	Magnetická rezonance
CNS	Centrální nervová soustava
GIT	Gastrointestinální trakt
UVA	Ultrafialové záření typu A
UVB	Ultrafialové záření typu B
UVC	Ultrafialové záření typu C
EU	Evropská unie
min.	Minut
SPF	Faktor udávající poměr chráněné a nechráněné kůže
Dr.	Lékař
č.	Číslo

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1. Věk respondentů</i>	39
<i>Tab. 2. Pohlaví respondentů</i>	40
<i>Tab. 3. Vzdělání respondentů</i>	41
<i>Tab. 4. Zdravotnické vzdělání respondentů</i>	42
<i>Tab. 5. Zjištění maligního melanomu</i>	43
<i>Tab. 6. Maligní melanom</i>	44
<i>Tab. 7. Co způsobuje maligní melanom</i>	45
<i>Tab. 8. Typický věk pro onemocnění maligním melanomem</i>	46
<i>Tab. 9. Projevy maligního melanomu na kůži</i>	47
<i>Tab. 10. Objev podezřelého znaménka na kůži</i>	48
<i>Tab. 11. Co je důležité v prevenci maligního melanomu</i>	49
<i>Tab. 12. Zdroj seznámení s maligním melanomem</i>	51
<i>Tab. 13. Zdroj dalších informací</i>	52
<i>Tab. 14. Provádění samovyšetření kůže</i>	53
<i>Tab. 15. Samovyšetření kůže</i>	54
<i>Tab. 16. Četnost samovyšetření kůže</i>	56
<i>Tab. 17. Místa kontroly při samovyšetření kůže</i>	57
<i>Tab. 18. Rizikové místo pro vznik maligního melanomu</i>	58
<i>Tab. 19. Nejrizikovější místo</i>	60
<i>Tab. 20. Vyhledání lékaře nebo zdravotnického zařízení</i>	62
<i>Tab. 21. Návštěva solária</i>	63
<i>Tab. 22. Riziko vzniku melanomu spojené se soláriem</i>	64
<i>Tab. 23. Vznik maligního melanomu v souvislosti s nadměrným opalováním</i>	65
<i>Tab. 24. Ochrana před slunečním zářením</i>	66
<i>Tab. 25. Význam ochranných prostředků</i>	67
<i>Tab. 26. Ochrana během dne</i>	68
<i>Tab. 27. Aplikace ochranného krému</i>	69
<i>Tab. 28. Opakovaná aplikace ochranného krému</i>	70
<i>Tab. 29. Číslo faktoru ochranného krému</i>	71
<i>Tab. 30. Co nás ovlivňuje při výběru ochranného faktoru</i>	72
<i>Tab. 31. Nejrizikovější doba pobytu na slunci</i>	73

Tab. 32. Evropský den melanomu 74

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1. Věk respondentů</i>	39
<i>Graf 2. Pohlaví respondentů.....</i>	40
<i>Graf 3. Vzdělání respondentů</i>	41
<i>Graf 4. Zdravotnické vzdělání respondentů.....</i>	42
<i>Graf 5. Zjištění maligního melanomu</i>	43
<i>Graf 6. Maligní melanom.....</i>	44
<i>Graf 7. Co způsobuje maligní melanom</i>	45
<i>Graf 8. Typický věk pro onemocnění maligním melanomem</i>	46
<i>Graf 9. Projevy maligního melanomu na kůži</i>	47
<i>Graf 10. Objev podezřelého znaménka na kůži</i>	48
<i>Graf 11. Co je důležité v prevenci maligního melanomu.....</i>	49
<i>Graf 12. Zdroj seznámení s maligním melanomem.....</i>	51
<i>Graf 13. Zdroj dalších informací.....</i>	52
<i>Graf 14. Provádění samovyšetření kůže</i>	53
<i>Graf 15. Samovyšetření kůže.....</i>	54
<i>Graf 16. Četnost samovyšetření kůže.....</i>	56
<i>Graf 17. Místa kontroly při samovyšetření kůže.....</i>	57
<i>Graf 18. Rizikové místo pro vznik maligního melanomu</i>	58
<i>Graf 19. Nejrizikovější místo</i>	60
<i>Graf 20. Vyhledání lékaře nebo zdravotnického pracoviště</i>	62
<i>Graf 21. Návštěva solária</i>	63
<i>Graf 22. Riziko vzniku melanomu spojené se soláriem.....</i>	64
<i>Graf 23. Vznik maligního melanomu v souvislosti s opalováním</i>	65
<i>Graf 24. Ochrana před slunečním zářením</i>	66
<i>Graf 25. Význam ochranných prostředků</i>	67
<i>Graf 26. Ochrana během dne.....</i>	68
<i>Graf 27. Aplikace ochranného krému</i>	69
<i>Graf 28. Opakovaná aplikace ochranného krému</i>	70
<i>Graf 29. Číslo faktoru ochranného krému.....</i>	71
<i>Graf 30. Co nás ovlivňuje při výběru ochranného prostředku</i>	72
<i>Graf 31. Nejrizikovější doba pobytu na slunci</i>	73

Graf 32. Evropský den melanomu..... 74

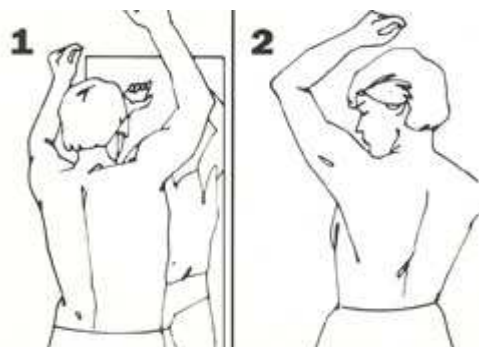
SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: Samovyšetření kůže

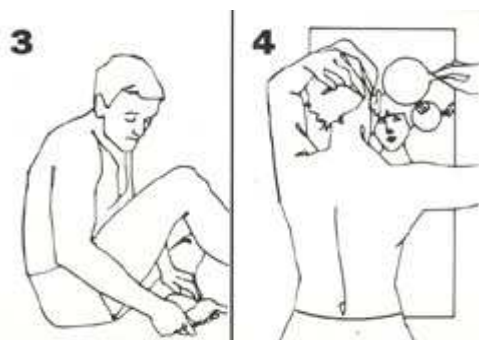
PŘÍLOHA P2: Dotazník

PŘÍLOHA P I: SAMOVYŠETŘENÍ KŮŽE

Naučte se pravidelně vyšetřovat svou kůži! Přispějete tím ke včasnému rozpoznání rizikového pigmentového útvaru.



1. Vyšetřete přední a zadní část těla, poté boky se zdviženými pažemi.
2. Ohněte paže v lokti a vyšetřete dlaně, předloktí a vnitřní strany paží.



3. Posad'te se a prohlédněte vnitřní strany stehen, lýtek, chodidla a prostory mezi prsty u nohou.
4. Prohlédněte týlní krajinu a prostory za uchem pomocí ručního zrcadla, vlasy mějte zvednuté.



5. Vyšetřete záda, jak horní, tak dolní část, poté hýždě pomocí ručního zrcátka.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Vážený pane, vážená paní (slečno),

jmenuji se Kristýna Dvořáková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, Fakulta Humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto Vás chci poprosit o vyplnění dotazníku na téma Maligní melanom- Nepodceňujeme prevenci?

Maligní melanom je velmi závažné zhoubné onemocnění kůže, které může skončit až smrtí. Přitom prevence před tímto onemocněním je tak snadná- chránit sebe a své děti před UV zářením a všimnout si změn na kůži. Pokud si na svém těle objevíte podezřelé znaménko, neotálejte a ihned vyhledejte lékaře!

Dotazník je anonymní, výsledky budou použity jen pro zpracování bakalářské práce. Každý Vámi vyplněný dotazník je pro mě a moji práci velmi cenný. Výsledek práce bych chtěla zveřejnit v časopise dostupném široké veřejnosti.

Pokud není uvedeno jinak, vyberte jednu odpověď.

Děkuji za spolupráci.

Kristýna Dvořáková

1. Věk:

- 15 – 29 let
- 30 – 59 let
- 60 a více let

2. Pohlaví:

- Žena
- Muž

3. Dosažené vzdělání:

- Základní
- SOU
- SS
- VOŠ
- VŠ

4. Máte zdravotnické vzdělání?

Ano
Ne

5. Byl Vám nebo rodinnému příslušníku zjištěn maligní melanom?

Ano, mně
Ano, rodinnému příslušníkovi
Ano, mně i rodinnému příslušníkovi
Ne, nebyl zjištěn
Nevím

6. Jak byste popsal(a) onemocnění maligní melanom? Je to:

Zánětlivé onemocnění kůže
Zhoubný nádor kůže
Nezhoubný nádor kůže
Nevím

7. Podle Vás toto onemocnění způsobuje:

Otoky
Metastázy (druhotné ložisko nádoru)
Zánětlivé změny na kůži
Nevím

8. Ve kterém věku je podle Vás typické onemocnění maligní melanom?

V kterémkoli věku
Mezi 20-30 rokem
Pouze od 40 roku výše
Nevím

9. Podle Vás se maligní melanom projevuje na kůži:

Zarudnutím
Puchýřem
Znaménkem, které mění svoji barvu, tvar, může krvácet
Nevím

10. Co uděláte, když si na těle objevíte podezřelé znaménko, které mění tvar, barvu nebo krvácí?

- Ihned navštívím lékaře
- Znaménko několik týdnů sleduji, než navštívím lékaře
- Navštívím lékaře, až znaménko začne bolet
- Znaménku nevěnuji pozornost

11. Co je podle Vás důležité v prevenci maligního melanomu? (Možno označit více odpovědí.)

- Správný životní styl
- Samovyšetření kůže v pravidelných intervalech
- Používání ochranných prostředků před UV zářením (krémy, oděv)
- Návštěvy solária minimálně 1x za 14 dní
- Hlídnání doby pobytu na slunci
- Omezení doby pobytu na slunci v poledních hodinách

12. O onemocnění maligní melanom jsem se dozvěděl(a):

- Z televize
- Z internetu
- Z odborné knihy nebo časopisu
- Od lékaře
- Slyším to dnes poprvé

13. Další informace o tomto onemocnění bych hledal(a):

- U lékaře
- Na internetu
- V odborné knize nebo časopise
- Nikde, nezajímá mě to

14. Provádíte samovyšetření kůže?

- Ano
- Ne

15. Jak si představujete samovyšetření kůže? Stručně popište.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Samovyšetření kůže jako prevence maligního melanomu by se mělo provádět:

- Každý den po celý rok
- Každý den pouze v letních měsících
- Jednou za 4-8 týdnů
- 1x za rok
- 1x týdně

17. Při samovyšetření kůže byste si měl(a) kontrolovat:

- Celé tělo
- Pouze horní polovinu těla
- Jen místa, která vystavují slunci
- Nekontroloval(a) bych nic, samovyšetření je zbytečné

18. Které místo je podle Vás nejrizikovější pro vznik maligního melanomu a kde se nachází?

- Na zádech
- Na tváři
- Na horních končetinách
- Na dolních končetinách
- Na prstech horní nebo dolní končetiny
- Na genitálu a zadku
- Vlasatá část hlavy
- Na hrudníku

19. Proč si myslíte, že Vámi udané místo je nejrizikovější? Stručně napište.

.....

.....

.....

.....

.....

20. Pokud byste na svém těle objevil(a) podezřelé znaménko, kterého lékaře nebo zařízení byste vyhledal(a)?

- Obvodního lékaře
- Kožního lékaře
- Névovou poradnu
- Chirurgickou ambulanci
- Nevím

21. Navštěvujete solárium?

- Ano
- Ne

22. Myslíte si, že návštěvy solária mohou zvýšit riziko vzniku maligního melanomu?

- Ano
- Ne, solárium je bezpečné
- Nevím
- Nikdy jsem o tom nepřemýšlel(a)

23. Myslíte si, že vznik maligního melanomu má souvislost s nadměrným opalováním?

- Ano
- Ne
- Nevím

24. Před slunečním zářením se chráním:

Po celý rok dle potřeby
Pouze v létě
Od jara do podzimu dle potřeby
Nechráním se

25. Myslíte si, že ochranné prostředky (krém, oděv) má význam v prevenci maligního melanomu?

Ano
Ne
Nevím

26. Před sluncem během dne se:

Nechráním
Chráním pouze oděvem
Chráním krémem s UV faktorem
Chráním pouze příkrývkou hlavy
Chráním oděvem, příkrývkou hlavy, krémem s UV faktorem

27. Aplikaci ochranného krému s UV faktorem provádím:

Těsně před pobytem na slunci
Aspoň 20 min. před pobytem na slunci
Až během pobytu na slunci
Neprovádím

28. Opakovanou aplikaci ochranného krému s UV faktorem provádím:

Dle potřeby a síly ochranného prostředku
Pouze po koupání ve vodě
Každou druhou hodinu
Neprovádím

29. Co podle Vás značí číslo faktoru ochranném krému proti slunci?

Možná délka pobytu na slunci, po kterou jsem chráněn(ná)
Kolikrát můžu být na slunci déle, než v případě, kdy krém nepoužiji
Nevím

30. Co Vás nejčastěji ovlivňuje při výběru ochranného krému s UV faktorem?

Cena
Reklama
Doporučení od rodiny/známých
Doporučení od lékaře/lékárníka
Nekupuji jej

31. Nejrizikovější doba pobytu na slunci je podle Vás:

Po celý den stejná
Od 11 – 14 hod.
Od 14 – 16 hod.

32. Evropský den maligního melanomu je podle Vás:

Den památky zesnulých na toto onemocnění
V rámci tohoto dne si mohu nechat zdarma vyšetřit pigmentové skvrny a znaménka na kůži, cílem je upozornit veřejnost na rizika této nemoci
V rámci tohoto dne si mohu nechat odstranit pigmentové skvrny a znaménka
Nevím, nikdy jsem o tomto dni neslyšel(a)

Ještě jednou bych Vám chtěla poděkovat za vyplnění dotazníku.