



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Život pacienta po chirurgické léčbě pro maligní nádory
kůže**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Miroslava Koldová

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šuplerová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Život pacienta po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže*“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2023

.....
Miroslava Koldová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Michaele Šuplerové za cenné rady, ochotu, připomínky a spolupráci, která mě dovedla k dokončení mé bakalářské práce.

Život pacienta po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže

Abstrakt: Tato bakalářská práce se věnuje životu pacientů po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže.

Cíle práce: Zjistit, jak pacienti vnímají svůj život po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže. Zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže.

Metodika a výzkumný soubor: Na základě zvolených cílů byly vytvořeny výzkumné otázky. Jak pacienti vnímají svůj život po chirurgickém odstranění maligní nádoru kůže? Jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže? Pro uskutečnění mého výzkumného šetření jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, kdy se technikou sběru dat staly polostrukturované rozhovory. Výzkumný soubor tvořilo 12 pacientů, kteří si prošli chirurgickou léčbou maligní nádoru kůže. Pacienti byli záměrně osloveni za pomoci sociální sítě Facebook. Získané informace byly zpracovány metodou tužka – papír.

Výsledky: Výzkumné šetření prokázalo, že pacienti v nynějším životě pocítují omezení v rámci ochrany před slunečním zářením, které jim neumožňuje věnovat se naplno svým aktivitám. Došlo u nich ke změně životních hodnot, narušení obrazu těla a potýkají se s neustálým strachem z relapsu onemocnění. Dále bylo zjištěno, že pacienti nejsou dostatečně informováni o režimových opatřeních, což je často zapříčiněné nedostatkem času, empatie a ochoty pro sdělování informací ze stran zdravotnického personálu. Praktickým výstupem z bakalářské práce je vytvoření Informačního letáku pro pacienty a zároveň může být nápomocen k doplnění informací pro střední zdravotnický personál.

Doporučení pro praxi: Doporučuji zahrnout do vzdělávání sester problematiku sdělování informací a edukaci v péči o nemocné s maligním onemocněním kůže. Vhodné je doporučit vzájemnou spolupráci s rodinnými příslušníky nemocného.

Klíčová slova: zhoubné onemocnění kůže; edukace; informovanost; kvalita života; všeobecná sestra

Patient's Life after Surgical Treatment for Malignant Skin Tumours

Abstract: This thesis deals with lives of patients after surgical treatment for malignant skin tumours.

The goal of the thesis: To find out how patients perceive their lives after surgical treatment for malignant skin tumours. To find out how patients are informed on regimen measures after surgical treatment for malignant skin tumours.

Methodology and the sample set: Research questions were set on the basis of the chosen goals. How do patients perceive their lives after a surgical excision of a malignant skin tumour? How are patients informed on regimen measures after surgical treatment for malignant skin tumours? I chose a qualitative research strategy for the accomplishment of my survey, where the technique of semi-structured interviews was used for the data collection. The sample set consisted of 12 patients, who had undergone surgical treatment for malignant skin tumours. The patients were intentionally addressed by means of Facebook. The obtained information was processed by means of the paper-and-pencil method.

Results: The survey has revealed that in their today's lives the patients feel limitation within the protection against the sun's UV radiation, which hampers them from their activities to the fullest. Their life values have changed and the perception of their own bodies deviated, they moreover fight permanent fear from the disease relapse. We have also found out that patients are insufficiently informed on regime measures, which is often caused by lack of time, empathy and willingness to give information on the side of healthcare staff. The ascertainment of these facts led me to preparation of an informational leaflet, which, apart from being useful for patients, can also serve as a complementary source of information for healthcare staff.

Recommendations for the practice: I recommend that the issue of providing information and education in the care about patients with malignant skin disease should be included in the education for nurses. Recommendation of mutual cooperation with patients' family members is suitable.

Key words: malignant skin disease; education; information; life quality; general nurse

OBSAH

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Anatomie kůže.....	9
1.2 Benigní a maligní nádory kůže	11
1.2.1 Maligní melanom	12
1.2.2 Bazaliom	13
1.2.3 Spinaliom	14
1.3 Diagnostika kožních karcinomů	15
1.4 Léčba nádorů kůže.....	17
1.4.1 Léčba maligní melanomu.....	17
1.4.2 Léčba bazaliomu	18
1.4.3 Léčba spinaliomu.....	19
1.5 Role sestry v rámci primární prevence a screeningu maligních nádorů kůže ...	20
1.6 Role sestry v rámci léčby maligních nádorů kůže.....	21
1.6.1 Předoperační péče v roli sestry	23
1.6.2 Pooperační péče v roli sestry.....	24
1.7 Role sestry pečující o psychický stav pacienta po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže	25
1.8 Role sestry jako edukátorky o pacienty po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže.....	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3 Metodika	28
3.1 Metodika výzkumu	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky.....	30

4.1	<i>Kategorizace výsledků (výzkumný soubor pacientů)</i>	30
4.1.1	<i>Identifikace pacientů</i>	30
4.1.2	<i>Životní styl pacientů</i>	31
4.1.3	<i>Informovanost pacientů</i>	33
4.1.4	<i>Režimová opatření</i>	34
4.1.5	<i>Zvládání psychické zátěže</i>	36
5	Diskuse	38
6	Závěr	43
7	Zdroje	45
8	Seznam tabulek	50
9	Seznam příloh	51
10	Přílohy	52
11	Seznam použitých zkratk	56

Úvod

Incidence maligních nádorů kůže celosvětově stoupá a celkově patří k jedním z nejčastěji se vyskytujícím zhoubným nádorům vůbec. V ČR jsou nádory kůže sedmým nejčastějším nádorem. Mezi nejčastější nádory kůže se řadí bazaliom, spinaliom a melanom. Přičemž nejvíce nebezpečný je právě maligní melanom, který je schopen velmi časně vytvářet dceřiná ložiska neboli metastázy.

Právě díky jeho poměrně velké incidenci je potřeba zaměřit se na včasnou prevenci, edukaci a rozšířenou informovanost o tomto onemocnění široké veřejnosti. Díky preventivním přístupům dochází k časně diagnostice, která je klíčová k úspěšné léčbě a záchraně života pacienta. Celý tento proces je pro pacienty náročný nejen po psychické, biologické, sociální, ale i fyzické stránce. Proto se tato bakalářská práce zaměřuje na celkové vnímání člověka po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže.

Jak již bylo výše zmíněno, tak právě dostatečná informovanost a edukace vede k časně diagnostice nemoci. Ta je ale důležitá i po celkovém zákroku, protože pacienti musejí dodržovat jistá opatření pro to, aby nenastalo období relapsu, či se pacienti nebezpečným chováním sami nepoškodili. Proto je druhým cílem této práce zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže.

Výzkum této práce bude veden kvalitativní metodou, kdy se zaměřím na pacienty, kteří již diagnostiku a celkovou léčbu karcinomu podstoupili. Proto mi tedy budou moci zpětně zhodnotit, zda jejich informovanost byla dostatečná a na jaké jejich bio-psycho-socio-spirituální stránky nemoc nejvíce působila. Celkové výpovědi pacientů budu zpracovávat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Pevně věřím, že díky této metodě dokážu odhalit možné nedostatky v edukaci těchto pacientů, které by později mohly být přínosem pro praxi. Zároveň tato práce může rozšířit zdravotnickému personálu vědomosti o potřebách pacientů po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže a být informačním materiálem nejen pro zdravotnický personál, ale i širokou veřejnost zajímající se o tuto problematiku.

1 Současný stav

1.1 Anatomie kůže

Kůže (cutis) je vnější orgán, který pokrývá povrch těla každého člověka, a jeho celková velikost je přibližně 2 m². Tloušťka, jejíž rozmezí se pohybuje od 0,5 mm až 4 mm, se liší v závislosti na jejím umístění. Přičemž nejtenčí je na očních víčkách a penisu. Naopak nejtlustší kůži najdeme na zádech (Čihák, 2016). Tloušťku kůže může ovlivňovat i vnější působení, jako je mechanický tlak, kdy dochází k zmnožení kožních buněk. Kůže se tak stává tlustší na místech, jako jsou paty nohou (Kittnar, 2020).

Váha kůže se pohybuje okolo 3 kg, pokud je však obohacená o tukový polštář, tak se její hmotnost může zvýšit až na 20 kg. Kůže je velmi důležitým orgánem a má celou řadu funkcí, které jsou důkladně rozepsány níže. Mezi funkce se řadí ochrana organismu proti vnějším vlivům, díky své pružnosti se dokonale přizpůsobuje tělesným proměnám, udržuje tělesnou teplotu, vytváří vitamín D, podílí se na látkové výměně a je důležitá z hlediska estetiky pro každého jedince (Čihák, 2016).

Kůže každého člověka je složena ze tří základních vrstev, mezi které se řadí pokožka, škára a podkožní vazivo. Nejsvrchnější vrstvou je pokožka neboli epidermis. Ta je složena z dlaždicového epitelu, který se v nejsvrchnější vrstvě neustále odlupuje. Ihned však bývá nahrazen dělicími buňkami, které jsou připravené v hlubších vrstvách epidermis, aby zaujaly místo po odlupujících odumřelých kožních buňkách (Dylevský, 2019). Z těchto vrstev vznikají obávané kožní karcinomy, jako jsou bazaliomy a spinocelulární karcinomy.

V zárodečné vrstvě pokožky najdeme mimo jiné i buňky melanocyty, které obsahují hnědý kožní pigment nazývaný melanin, jenž je zodpovědný za barvu kůže. Právě z něj může vzniknout melanom, který se řadí mezi zhoubné nádory (Fiala et al., 2015). Mezi další kožní buňky se řadí Langerhansovy. Ty se svou imunitní funkcí chrání organismus před vnikem látek s antigenními vlastnostmi a předávají informace o nich lymfocytům. Ovšem při intenzivním ultrafialovém záření zanikají a kůže se stává zranitelnou pro mikroby. Nezaměnitelnou roli s imunitní funkcí mají i buňky Gransteinovy, které se také podílejí na obranných reakcích kůže (Kittnar, 2020).

Během procesu náhrady odumřelých kožních buněk za nové se mění jejich celkový tvar a struktura vlivem přibývajících keratinu. Celá obnova pokožky bývá ukončena po 15-30

dnech. Její tloušťka se pohybuje od 0,1 mm až 1 mm. Na místech s vyšším podílem mechanického tlaku jako jsou paty, dosahuje dokonce 3-4 mm (Kachlík, 2018).

Škára neboli corium je vazivovou částí kůže, která se skládá z elastických a kolagenních vláken. Ta zajišťuje celkovou flexibilitu kůže, stejně jako její pevnost a štěpitelnost. Při chirurgických výkonech je třeba věnovat pozornost směřům štěpitelnosti. Pokud tomu tak není, dochází ke vzniku nevzhledné a esteticky závadné jizvy bez dostatečné pevnosti (Dylevský, 2019). Pro povrch škáry jsou typické výběžky neboli papily. Díky jejich jedinečnému uspořádání nejen na konečcích prstů a dlaních jsou pak hojně využívány při identifikaci osob a při daktyloskopii (Fiala et al., 2015). Dále ve škáře najdeme mazové a potní žlázy, pochvy vlasů/chlupů a četné množství cév a vlasečnic nebo nervových vláken (Orel, 2019).

Podkožní vazivo tvoří tzv. tukovou zásobárnu těla. Množství tuku se liší v závislosti na výživě daného jedince. Kromě toho je i její rozložení specifické pro určité pohlaví. U mužů je nejvíce uloženo na břicho, naopak u žen to jsou nadra, horní část stehen nebo hýždě (Fiala et al., 2015). Podkožní hustota vaziva je různorodá. Běžně je hustá a upevňuje kůži, jinde je řídká a umožňuje posun kůže, jako je tomu na očních víčkách nebo pyji (Kachlík, 2018).

Dále je potřeba zahrnout přídatné kožní orgány, mezi které se řadí vlasy a chlupy vyrůstající z vlasové/chlupové cibulky umístěné ve škáře. Chlupy jsou přítomny na celém těle s výjimkou rtů, chodidel, dlaní, malých stydkých pysků a žaludu. Jejich růst je zcela individuální, ovšem přibližný růst u člověka činí cca 0,4 mm za den. Dalším adnexem jsou nehty, tvrdé a zrohovatělé zakončení prstů. Nehty chrání nehtové lůžko, ze kterého vyrůstají. Povrch nehtu je růžový díky prosvítajícím krevním cévám. Rychlost jejich růstu je přibližně 0,1 mm za den, přičemž na ruku rostou rychleji (Kachlík, 2018).

Mezi další přídatné kožní orgány řadíme mazové žlázy. Ty se nacházejí v blízkosti vlasové/chlupové pochvy a většina z nich ústí na povrch kůže. Jejich produktem je kožní maz chránící kůži před bakteriemi, vysycháním a celkově ji zvláčňuje. Dále je třeba zmínit potní žlázy skládající se z potního klubička, vývodu a potního póru ústící na povrch kůže. Jejich produktem je pot, který díky odpařování ochlazuje tělo. Má tedy významný podíl při celkové termoregulaci (Orel, 2019).

Jako poslední je třeba zmínit největší žlázu lidského těla a tou je žláza mléčná. Ta je přítomna u obou pohlaví, ovšem roste pouze u dívek v období dospívání. Skládá se přibližně z dvaceti laloků a lalůčků, které se spojují v mlékovody ústící na prsní bradavky. Největší význam má především v období kojení, kdy díky produkci mateřského mléka představuje přirozenou výživu novorozence a kojence (Orel, 2019).

1.2 Benigní a maligní nádory kůže

Nádory můžeme rozdělit na zhoubné (maligní), či nezhooubné (benigní). Nádory nezhooubné oproti maligním neprorůstají do okolních tkání, jejich růst bývá pomalejší a neutvářejí druhotná ložiska neboli metastázy. Velmi vzácně ohrožují člověka na životě, jsou však schopny utlačovat okolní struktury a obávaný je i jejich maligní zvrát (Dvořáčková, 2003). Nejčastěji můžeme považovat za benigní nádory fibromy, lipomy, hemangiomy, znaménka a cysty, které bývají komplikované zánětem. U těchto benigních tvarů je po komplexním zhodnocení nutná excize, kdy se část odebraného vzorku odesílá k histologickému vyšetření (Adam et al., 2011).

Kožní nádory jsou epiteliálního původu a jejich samotný vznik započíná v regulačních drahách podílející se nejen na buněčném dělení. Pokud je buněčné dělení narušeno, tak díky nadměrné tvorbě nepotřebných buněk pro lidský organismus vznikají ideální podmínky pro vytvoření nové buněčné tkáně, kterou lze nazvat nádorem. Nádorové buňky mají rychlý růst nezávisle na faktorech, které jejich zmnožení podporují. Mutace vedoucí ke vzniku nádoru mohou být vnitřní (neovlivnitelné) nebo vnější (karcinogeny), které buď jejich vzniku napomáhají, nebo jej dokonce způsobují (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Maligní nádory kůže jsou mnohem závažnější. Jsou schopny agresivního růstu, prorůstání do okolních orgánů a vytváření metastáz. Mezi nejčastější karcinomy řadíme bazocelulární, spinocelulární a melanocytové, pro které je typickým zástupcem maligní melanom (Třešňák Hercogová, 2022).

Existují však i vzácné a méně známé formy kožních karcinomů, jako je karcinom z Merkelových buněk, který vychází z vlasového folikulu, nebo základní vrstvy epidermis. Je typický svým fialovo růžovým vředem, který připomíná bodnutí od hmyzu. Dále bychom do této skupiny vzácných karcinomů mohli zařadit karcinomy

z dendritických buněk, kožních adnex, cévní, nervové, či svalové tkáně (Kubáčková, 2015).

Karcinomy se rozdělují dle klasifikace TNM. Písmeno T znázorňuje primární nádor, který lze díky jeho specifickým rozdílům rozdělit do podřadných kategorií v závislosti na jeho velikosti a postižení okolních tkání, či kosti. Písmeno N znázorňuje postižení přilehlých lymfatických uzlin. Jako poslední písmeno M označuje přítomnost či absenci druhotných ložisek karcinomu – metastáz (Brierley et al., 2018).

1.2.1 Maligní melanom

Mezi jeden z nejčastěji se vyskytujících karcinomů se řadí maligní melanom kůže. Vzniká přeměnou melanocytů, které jsou uloženy v zárodečné vrstvě pokožky, a produkují kožní pigment nazývaný melanin (Krajsová, 2017).

Rozlišujeme hned 6 druhů melanomů, mezi které zařazujeme povrchově šířící se melanom (SSM), který je nejčastější. Typicky se vyskytuje na trupu a končetinách v nepravidelných tvarech s pigmentací. Dále uzlovitý melanom (NM), pro nějž je typický růst do výšky provázený mokváním a krvácením. Lentigo maligna melanom (LMM) postihuje místa, která byla nejvíce vystavena UV záření jako obličej, krk a výstřih. Další akrolentiginózní melanom (ALM) je nejvíce přítomen na ploskách nohou, dlaních a pod nehty vyskytující se typicky u Asiatů a Černochoů. Pro Amelanotický melanom (AMM) je charakteristické narůžovělé, až červené znaménko bez pigmentu. Jako poslední se do druhů melanomů řadí slizniční a oční, který se objevuje ojediněle (Česko-slovenská dermatologie, 2019).

Výskyt melanomu v ČR stále stoupá, a to za posledních 30 let 4,5x ze záznamů z roku 2012 na 26,7/100 000 obyvatel. Naštěstí díky včasnému zachytu a preventivnímu přístupu zůstává úmrtnost v posledních desetiletích na stejné úrovni (Novotný et al., 2019). Přesto se však ve společnosti nacházejí jedinci, kterým je zjištěn melanom v již pokročilé fázi růstu. Genetika hraje v tvorbě melanomů hlavní roli, jestliže byl pozitivní nálezh v rodině, je vhodné u příbuzných osob věnovat kůži zvýšenou pozornost (Pizinger, 2003).

Melanom se nejčastěji vyskytuje u nemocných ve věku kolem 54 let, 75 % nemocných je mladší 70 let, postihuje však již i mladší jedince. Incidence u dětí ve věku pod 14 let bývá spíše ojedinělá a zaujímá pouze 1-5 % všech případů. Melanomy postihují mírně více

ženy než muže. Celková mortalita je však četnější u mužů, a to zřejmě kvůli pozdní detekci kožních změn, kterým nepřikládají dostatečnou závažnost (Rajská et al., 2017).

Melanom se objevuje kdekoliv na nepostižené pokožce, a to v menším počtu, přičemž nejčastěji bývá postižena kůže trupu, končetin a hlavy. Jeho výskyt byl zaznamenán i v oční bulvě a ve velmi výjimečných případech na sliznicích. Melanomem jsou především ohroženi jedinci s fototypem I. a II., jedná se zejména o světlomasé, zrzavomasé a špatně opalující se jedince, kteří jsou nadměrně vystaveni UV záření (Adam et al., 2010).

Dle Třešňák Hercogové et al. (2019) je však mnohem nebezpečnější UVB záření, které má menší vlnovou délku, poškozují DNA keratinocytů, a tak je přímým karcinogenem. Zdůrazňuje však, že je vhodné věnovat pozornost i karcinogenním chemickým sloučeninám, mezi které řadíme arsen, minerální oleje, polycyklické uhlovodíky.

Mezi další rizikové faktory řadíme přímé opalování bez dostatečné fotoprotekce, neodborná aplikace UVA v soláriích, opakované spálení kůže od slunce v dětství, imunosuprese, či vysoký počet mateřských znamének (Kodet a Krajsová, 2017). Mateřská znaménka je obecně vhodné sledovat. Větší pozornost vždy přikládáme těm, které mění svou barvu či velikost. Ideální dobou pro kontrolu je období po intenzivním slunění, a to nejen po létě, protože s UV zářením se setkáme i v zimních měsících, při pobytu na horách. Melanom se může objevit v jakémkoliv věku, kontroly je tedy vhodné provádět v průběhu celého života jedince (Žaloudík, 2008).

1.2.2 Bazaliom

Bazaliom, též nazývaný bazocelulární karcinom, je maligní kožní nádor vycházející z bazální vrstvy epidermis. Řadí se mezi nejčastější druh karcinomu v Evropě. Podobně jako u melanomu, bývají více postiženy osoby s bílou barvou pleti. Jeho výskyt úzce souvisí se silou UV záření daného kontinentu. Proto v oblastech s vysokým UV zářením, jako je Jižní Afrika a Austrálie, bývá nejvíce postižených touto nemocí. V ČR bylo v roce 2013 detekováno 230 případů na 100 000 obyvatel, přičemž se bazaliom vyskytoval 2x více u mužů (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Postihnout může osoby každého věku, avšak nejvyšší nárůst pozorujeme kolem 40. roku života, nejrizikovější je poté období kolem 60. roku. Rozlišujeme tři typy bazaliomu,

mezi které se řadí nejčastější nodulární bazaliom, a další, jako je superficiální a sklerodermiformní (Arenberger a Ettlér, 2016).

Typicky se vyskytuje na místech ohrožených přímým UV zářením, nejčastějším místem výskytu tedy bývá ze 70% obličej. Vysoce riziková je oblast nosu a periorificiální oblast hlavy. Středně rizikové jsou části čela, tváře, brady, krku a kštiny. Místa s nízkým rizikem jsou končetiny a trup (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Bazaliom většinou celkový zdravotní stav nemocného neohrožuje, protože metastazuje zcela výjimečně. Negativní vliv však má jeho růst a tendence zasahovat do okolních struktur (Adam et al., 2010). Jeho vzhled připomíná vrídek s vyvýšenou papulou a lesklým povrchem, který postupem času zasahuje do hloubky a šířky jeho okolí (Vorlíček et al., 2012). Třešňák Hercogová et al. (2019) ale dodává, že bazaliom často nejeví žádné příznaky a postižený o jeho přítomnosti ani netuší. Zároveň dle citlivosti jedince může eroze svědčit, nebo být citlivá na vnější podněty.

1.2.3 Spinaliom

Spinaliom, též nazývaný spinocelulární karcinom, vzniká bujením buněk nezrohovatělých vrstev epidermis (keratinocytů) a přídatných kožních orgánů, nejčastěji na podkladě prekancerózy. Ihned po bazaliomu se řadí jako druhý nejčastější kožní nádor s narůstající incidencí (Třešňák Hercogová et al., 2019). Incidence bazaliomu stále roste. V roce 2018 bylo nově hlášeno 268 nových případů na 100 000 obyvatel. Celkové počty čítají však 7 000 spinaliomů a z toho 557 úmrtí na toto závažné onemocnění (Medical tribune, 2021).

Spinaliom je schopen metastazovat, ovšem pouze ve 2-5 % všech případů. Hlavní příčinou ve vzniku spinaliomu hraje genetika, UV záření, karcinogeny, chronické píštěle a vředy. Ohroženy jsou především imunosuprimovaní pacienti, jak po transplantacích, tak i pacienti s diagnózou leukémie, HIV, AIDS a další (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Nejčastěji se vyskytuje na místech ohrožené přímým slunečním zářením, typicky se tedy jedná o obličej a horní končetiny. Ve vzácných případech jej však nalezneme i na jazyku, rtu, vulvě a penisu. Vyskytuje se častěji po padesátém pátém roku života, a to více u mužů, než u žen (Bergerová, Brychta a Stanek, 2014).

Spinaliom je nevzhledná granulační tkáň, která připomíná zvrhovatělé uzly a hrboly s tvrdou krustou. Při pohmatu je útvar tvrdý, napohled s infikovanými okraji a má tendenci krvácet. V oblasti rtů a genitálu se zpočátku může jevit jako malá prasklinka, která je však vstupní branou infekce. V další již pokročilé fázi nemoci mohou být na pohmat zvětšené lymfatické uzliny, které nejčastěji značí metastázy (Adam et al., 2010). Rychlost růstu karcinomu je zcela individuální. Ovšem u rychle rostoucích nádorů, zvláště v místech s nedostatečnou tukovou vrstvou (jako jsou rty, dutina ústní či ucho), bývají značně náchylné k vytváření metastáz a jsou označovány za vysoce rizikové (Třešňák Hercogová et al., 2019).

1.3 Diagnostika kožních karcinomů

V diagnostice postupujeme od těch nejjednodušších postupů ke složitějším. Jako první se pohledem hodnotí celkový vzhled karcinomu za pomoci TNM klasifikace. Do hodnotících kritérií se zahrnuje především velikost nádoru v mm, tloušťka, invaze zasahující do hloubky a ulcerace (Novotný et al., 2019). Krajsová (2017) však uvádí charakteristiku dle ABCDE, která se využívá především v rané fázi postupu maligního melanomu. Tato charakteristika lékaři pomůže zhodnotit asymetrii útvaru, okraje, barvu, průměr a jeho celkový vývoj (Kodet a Krajsová, 2017). Je však důležité zmínit, že počáteční diagnostika v rámci odhalení nádoru by měla započít již u pacienta samotného při samovyšetření. Jak již bylo uvedeno výše, je nutné věnovat pozornost novým kožním útvarům za dostatečného osvětlení, a to případně i za pomoci druhé osoby (Robinson et al., 2016).

Velmi významnou metodou diagnostiky kožních zhoubných nádorů je dermatoskopie. Jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu, kdy za pomoci dermatoskopu dochází k podrobnému vyšetření a popisu kožních lézí. Pro lepší kontakt s dermatoskopem bývá pacientovi na kůži aplikován inverzní roztok (Kodet a Krajsová, 2017).

Dnes jsou využívány především digitální dermatoskopy, které umožňují pořídit i fotogenický záznam. Pořízené snímky se často přikládají k odebranému vzorku na histologii, kdy jsou histologovi nápomocny ke kvalitnějšímu vyšetření nálezu. To je totiž klíčové ke správnému určení postupu léčby (Marzuka et al., 2015).

Kvalita dermatoskopického vyšetření je vždy závislá na zkušenostech a znalostech ošetřujícího dermatologa. Tomu jsou při prohlídkách nápomocny různé metody, jako je

například CASH algoritmus. Ten najde své uplatnění především při diagnostice melanomu. Lékař se zaměřuje na barvu, stavbu, souměrnost a stejnorodost, kterou pozoruje ve strukturách kůže. Podobně je na tom metoda Chaos and clues, která hledá jakékoliv asymetrie v barvách kůže a její struktuře. Následně určuje osm klíčů maligního poškození. Díky své jednoduchosti dokáže najít uplatnění, jak u méně zkušených dermatologů, tak i obvodních lékařů (Drhlík et al., 2014).

Další metodou je konfokální mikroskopie využívaná při diagnostice bazocelulárního karcinomu a maligní melanomu. V ČR není tak hojně rozšířená, ovšem díky svému optickému mikroskopu má vyšší schopnost rozlišení. Stejně jako je tomu u dermatoskopie, vyžaduje pro správnou diagnostiku určité zkušenosti dermatologa. V případě, že karcinom dále postupuje a částečně narušuje kostní tkáň, chrupavku, dutiny obličeje a další, je vhodné celkovou diagnostiku doplnit o zobrazovací metody, jako je CT, UZ, či MR (Třešňák Hercogová et al., 2019).

V rámci laboratorních vyšetření je odebírána žilní krev na tumorové markery. Je však prokázáno, že tento ukazatel nemůžeme považovat za zcela spolehlivý. Tumorové markery mohou být v rané fázi nádoru zcela negativní (Novotný et al., 2019). Dále krevní obraz a diferenciál, renální a jaterní parametry a marker rozpadu buněk LDH. V neposlední řadě ještě protein S100, MIA a enzym tyrozináza, ty však nejsou zatím příliš rozšířené ve standardních vyšetřeních (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Významné je vyšetření pro stanovení BRAF mutace, která může mít návaznost k budoucí terapii. Tato mutace bývá přítomna u většiny maligních melanomů. Vyšetření se provádí z primárního nádoru, či metastáz. Cílem je mutaci co nejdříve zpomalit, aby dále nedocházelo k jejímu nádorovému bujení (Harapátová, 2015).

Dále je vhodné přistoupit k vyšetření sentinelové uzliny, za pomoci celotělové scintigrafie. Postižená oblast se označí barvivem, chirurgicky se odstraní a odešle k histopatologickému vyšetření. Vyšetření se provádí především proto, že u maligního melanomu bývá jedním z prvních postižených míst metastázou (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Jako jeden z možných rizikových faktorů vzniku melanomu je výskyt onemocnění v rodině. Genetika tedy hraje důležitou roli jak v rámci prevence, tak i diagnostiky. Z toho důvodu se provádí vyšetření mutace genů CDKN2A a CDK4. Kromě pacientů

s pozitivní rodinnou anamnézou se toto vyšetření provádí i u osob s atypickými névy, nebo u pacientů s četnými diagnostikovanými melanomy (Krajsová a Bauer, 2017).

1.4 Léčba nádorů kůže

1.4.1 Léčba maligní melanomu

Po stanovení správné diagnózy je potřeba zaměřit se na co nejadekvátnější léčbu. Ta by měla vést k vyléčení nemoci, případně k ulevění od bolesti a zástavě prorůstání nádoru do okolních struktur. Lékař musí před zahájením léčby vždy zhodnotit celkový stav pacienta, rizikové faktory a přidružená onemocnění (Třešňák Hercogová et al., 2019).

V případě primárního maligního melanomu se za co nejúspěšnější léčbu považuje excize. Dle rozsahu nádoru se přistupuje k odstranění nejen karcinomu samotného, ale i jeho okolního lemu. Lem je potřeba odstranit z důvodu zabránění možné recidivy nádoru. V případě, že je rána po odstranění nádoru na kůži rozsáhlá, se přistupuje k plastické chirurgii a aplikaci kožního štěpu. Ten by však neměl být odebírán ze stejné části těla, jakou melanom postihl (Schub, 2018).

Konečné stanovisko, zda byl nádor radikálně odstraněn celý a v jeho okolí nebyly ponechány žádné nádorové buňky, určí až mikroskopicky histopatolog. Ovšem i po úplném vynětí nádoru je zapotřebí pacientův stav nadále sledovat (Dostálová, 2018). Není totiž výjimkou, že může dojít k opětovnému návratu onemocnění, a to i na základě chirurgického selhání. V tom případě se přistupuje k opětovné excizi v místě jizvy po odebrání nádoru včetně kožního štěpu. Dále se vyšetřuje i nejbližší místo spádové uzliny kvůli možným metastázám (Třešňák Hercogová et al., 2019).

V kombinaci s další léčbou se využívá i metoda radioterapie s jejím ionizujícím zářením, které mají za úkol zmenšení, či úplnou destrukci nádoru. Pacienti se však často nevyhnou nežádoucím účinkům této metody, jako je poškození zdravé tkáně v okolí nádoru, nebo radiační dermatitida (Dostálová, 2018). Kůže může být po ionizujícím záření pouze začervenalá, ale postupem času se mohou objevit až ulcerující nekrotické změny.

Před samotným zahájením léčby je tedy velmi důležité pacienta edukovat o správné péči o svou pokožku. Můžeme sem například zařadit ochranu před dráždivými vlivy, sluncem, zvolení mýdla s neutrálním pH. Význam má i po samotném zákroku nepřikládat na kůži přilehlý oděv, či ji několikrát denně promastit vhodnými přípravky (Třešňák Hercogová,

2022). Bajčiová (2016) však dodává, že radioterapie má často paliativní roli, kdy se zaměřuje na zmírnění obtíží a bolesti. Například u kostních a mozkových metastáz, či krvácejících lézí.

Dále je možné využití chemoterapie cytostatickými léky jako je dacarbazin, temozolomid, taxány a platinové deriváty. Ovšem samotná léčba neměla příliš velký vliv na délku přežití, diagnózu pozitivně ovlivnila pouze u 20 % pacientů. Jako další postupy léčby můžeme zmínit nádorové vakcíny, nebo zařazení pacienta do klinické studie (Bajčiová, 2016).

1.4.2 Léčba bazaliomu

Podobně jako u maligního melanomu se i za nejúčinnější léčbu bazaliomu považuje chirurgická excize. Ta je závislá na lokalizaci, která podmiňuje funkci i estetiku daného segmentu. Přihlížet musíme i na recidivu léze (Marzuka et al., 2015). Při chirurgické excizi se odstraňuje spolu s nádorem i jeho úzký lem, který je později pečlivěji prohlédnut za pomoci mikroskopu neboli tzv. Mohsovy mikrochirurgie. Vzorek tkáně je později nutné podrobit histologickému vyšetření. Další hojně využívanou metodou pro bazaliomy menších velikostí je kryoterapie tekutým dusíkem, která se provádí ve 2-3 cyklech trvajících cca 10 sekund. Úspěšnost této metody byla určena na 93 %, není však vhodná pro agresivně rostoucí nádory (Třešňák Hercogová et al., 2019).

Ve speciálních dermatologických centrech je nabízena metoda léčby zvaná fotodynamická terapie. Před zahájením se na kůži aplikuje fotosenzibilizátor (Metvix krém) a pokožka se následně ozáří červeným světlem o síle 600-800 nm. Má hned několik výhod, mezi které patří například možná kombinace s jinými léčebnými postupy, nebo šetrný zásah do pokožky, kdy prakticky nezpůsobuje žádné zjizvení (Arenberger a Ettlner, 2016).

V lokální léčbě našel uplatnění i imiquimod, díky kterému dochází k apoptóze nádorových buněk v místě nanesení přípravku. Velkou výhodou je, že si pacienti mohou imiquimod aplikovat na kůži ve formě 5 % krému v pohodlí domova. Celková doba léčby je 6 týdnů, je však určen pouze pro léčbu povrchových bazaliomů (Marzuka et al., 2015).

Metodou, která se využívá u nejasných a znovu se vracejících bazaliomů, je radioterapie. Rovněž je volena i u pacientů, při kterých z různých důvodů nelze provést léčbu chirurgickou. Úspěšnost této léčby činí 91,3 % (Třešňák Hercogová et al., 2019). Pokud

však bazaliom recidivuje i po ozáření, je možné zvolit systémovou léčbu ve formě cytostatické chemoterapie. Ta však nemá mezi lékaři přílišné zastoupení, protože její celkové účinky i terapie bývají značně neuspokojivé (Arenberger a Ettlér, 2016).

V celkové léčbě může být podávána i medikace ve formě tablet. Jedním ze zástupců je lék Vismodegib, který se užívá jedenkrát denně po dobu 10 měsíců. Dalším je lék Isotretinonin, který se podává dle hmotnosti pacienta, ale je závislý i na snášení vedlejších účinků. Značnou nevýhodou je, že po ukončení léčby tímto přípravkem má karcinom časté sklony k recidivě. Pacienty s bazaliomem je nutné celoživotně sledovat. Kontrolu u svého dermatologa by měli podstupovat alespoň 1x ročně (Třešňák Hercogová et al., 2019).

1.4.3 Léčba spinaliomu

Jako nejvhodnější léčba spinaliomu je označována chirurgická excize. Vždy však lékař, stejně jako u jiných zhoubných nádorů kůže, musí zhodnotit celkový stav pacienta a jeho rizikové faktory (Česká dermatovenerologie, 2015).

Rozlišit můžeme dva přístupy chirurgické excize. Jako první je nejčastější typ nazývaný standardní excize. Při tomto výkonu se odesílá vzorek odebrané tkáně na histopatologické vyšetření a opět se odebírá kožní lem dle rozsahu zasažené tkáně nádorem. Za těchto podmínek lze dosáhnout pozitivních výsledků s 95 % úspěšností odstranění nádoru.

Druhou metodou je mikroskopicky kontrolovaná excize též nazývaná Mohsova mikrochirurgie, která se též provádí u bazaliomu. K tomuto zákroku se přistupuje u vysoce rizikových spinaliomů. Jeho nevýhodou je nákladnost výkonu, komplementace specializovaného týmu a dlouhý proces zákroku (Třešňák Hercogová et al., 2019).

V případě, že u pacienta nelze přistoupit k chirurgické léčbě, je zvolena metoda radiologická. Doporučovaná dávka ionizačního záření činí 45–60 Gy (Medical tribune, 2021). Dále je terapie obdobná jako výše zmíněná léčba u bazocelulárního karcinomu. Jsou tedy využívány destruktivní metody jako je fotodynamická terapie, kryolizace, laser nebo lokální nanesení 5 % imiquimodu (Česká dermatovenerologie, 2015).

Málo využívaná je léčba za pomoci cytostatik, kdy nebyly prokázány pozitivní výsledky ovlivňující prodloužení života pacienta. Výzkum se tedy v posledních letech začal více upínat k využití imunoterapie. Zde byla prokázána účinná léčba nejen u spinaliomu, ale

i bazaliomu, či melanomu. Nově tedy byla schválená protilátka cemiplimab, která je od 1. ledna roku 2021 plně hrazena zdravotní pojišťovnou (Medical tribune, 2021).

1.5 Role sestry v rámci primární prevence a screeningu maligních nádorů kůže

Primární prevence se zaměřuje na předcházení a zabránění vzniku onkologického onemocnění kůže všemi dostupnými prostředky. Snaží se o snížení i případné vyloučení rizikových faktorů, které přímo působí na vznik karcinomu (Dostálová, 2018). V první řadě by měl nejen lékař, ale i sestra řádně své pacienty poučit o správném životním stylu a upozornit na škodlivost nevhodných návyků. V obecném doporučení primární prevence rakoviny může sestra zmínit denní intenzivní pohyb trvající alespoň 30 minut, udržování BMI mezi 21 až 23 body a úplné zamezení kouření. Dále snížený příjem alkoholu, smažených jídel a konzumace červeného masa na maximálně 500 g týdně. V případě zhoubných nádorů kůže je to především dostatečná ochrana pokožky před slunečním zářením (Béliveau a Gingras, 2016). Je velmi důležité si uvědomit, že všechna doporučení mohou bez efektu selhat, pokud pacient nebude brát zřetel na doporučení jak sestry, tak ošetřujícího lékaře (Dostálová, 2018).

Pokud to tak lze nazvat, tak výhodou karcinomů kůže je to, že jejich postupný rozvoj může kontrolovat pacient sám. Sestra by tedy měla pacienta poučit o tom, aby bedlivě sledoval svá mateřská znaménka. Za pozornost stojí vždy ta, která mění svůj tvar, výšku i barvu (Žaloudík, 2008).

Kontroly je vhodné provádět po intenzivním slunění, a to nejen v letním období, ale i po pobytu na horách. Zde tedy nastává otázka, jak svou kůži co nejlépe chránit před UV zářením? Odborníci si jsou jisti, že k tomu napomůže pouze dostatečná fotoprotekce, neboť intenzivní UV záření je často zodpovědné za vznik kožních karcinomů (Šternberský, 2016).

Kůže člověka má své vlastní obranné mechanismy před UV zářením. K dostatečné fotoprotekci je však třeba ji pomoci. Sestra by tedy měla pacienta upozornit, aby se vyhýbal přímému slunění od 10:00 - 14:00 hodin. Důležitá je aplikace sunscreenu s vysokým UV filtrem, který by se měl aplikovat 30 minut před sluněním. Aplikaci je dobré zopakovat po dalších 30 minutách, nebo pokud dojde k jejímu narušení například během koupání, otření ručníkem apod (Litvik, 2016). Pacienti se často domnívají, že za spolehlivou ochranu lze považovat pobyt ve stínu. Sestra by tedy měla mylné tvrzení

vyvrátit s vysvětlením, že vždy záleží na charakteru okolí. Písek, vodní hladina či sníh jsou schopny odrazet sluneční záření a to ve 30 % a více.

Ochránit kůži může i běžný oděv, zde však záleží na materiálu a jeho tloušťce. Například syntetické materiály jako je nylon jsou méně propustné pro UV záření oproti přírodním materiálům jako je bavlna. V neposlední řadě je třeba pamatovat i na ochranu hlavy pomocí čepice nebo očí slunečními brýlemi s certifikovaným UV filtrem (Ettler a Ettler, 2016).

Sestra nesmí opomenout především ty pacienty, kteří mají pozitivní rodinnou anamnézu pro karcinom kůže. Zejména melanomy mohou být způsobeny dědičnými faktory, a proto je důležité zahájit edukaci o ochraně kůže již od dětství. Dětská kůže je výrazně tenčí a tím i náchylnější. Vhodné je tedy zmínit, že děti do 6. měsíce věku by se přímému slunci neměly vystavovat vůbec. Od 2. roku života je k ochraně účinný oděv a absence dítěte na přímém poledním slunci (Ettler a Ettler, 2016).

Je dokázáno, že časté spálení pokožky od slunce v dětství přímo souvisí s pozdějším rozvojem melanomu (Litvik, 2016). Jednou z nevhodných aktivit je i opalování kůže v komerčních soláriích. Jejich velkým nebezpečím je to, že UVA záření vyzářující ze zařízení zvyšuje riziko vzniku melanomu o 75 % (Béliveau a Gingras, 2016).

Na závěr je nutné říci, že by pacient měl při jakémkoliv podezření na nové, či měnící se znaménko navštívit dermatologa. K prohlídce není nutná žádanka od obvodního lékaře. Využit lze i preventivní prohlídky, které se každoročně konají zdarma na akci Evropský den melanomu. Mezi další osvětové akce můžeme zařadit stan proti melanomu a jiné, které se přímo podílejí na osvětě o rizicích tohoto vážného onemocnění (Šternberský, 2016).

1.6 Role sestry v rámci léčby maligních nádorů kůže

Role sestry v rámci léčby u onkologicky nemocného pacienta má nezaměnitelnou roli. Díky svým odborným dovednostem pečuje o pacienta jak při léčebných postupech indikovaných lékařem, tak je mu na blízku v průběhu celé léčby. Častokrát tak pocit beznaděje, bolesti a strachu sdílí společně. Aby se dostalo pacientovi opory a uklidnění, musí sestra zvolit vhodnou formu komunikace (Kabelka, 2020).

Sestra by vždy měla působit klidným dojmem a nepodléhat negativnímu naladění ze strany pacienta. Hovořit by měla srozumitelně, mírným hlasem a při sdělování veškerých informací si ověřit, zda jim pacient opravdu porozuměl. Vždy podporuje jeho naději pro úspěšnou léčbu a sleduje jeho změny nálad. Pokud je však pacientův stav velmi vážný, nevytváří zbytečné naděje. Před jakýmkoliv výkonem sestra pacienta seznámí s jeho průběhem, ochotně mu odpovídá na všechny jeho dotazy a je mu stále k dispozici (Dostálová, 2016).

Sestra ke každému pacientovi přistupuje individuálně a sleduje jeho biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Při aplikaci cytostatik dodržuje aseptický postup, používá ochranné pomůcky a sleduje reakce pacienta během celé aplikace. Nutná je i kontrola místa vpichu, aby nedošlo k paravenóznímu úniku látky (Andréssová a Slezáková, 2013). Pokud dojde k extravazaci, sestra zastaví aplikaci, pokusí se látku aspirovat a o této skutečnosti informuje lékaře. Dále vše zaznamená do dokumentace a pečuje o extravazát dle standardu pro daný druh uniklého léčiva (Vorlíček et al., 2012).

Dále je vhodné, aby sestra pacientovi před i v průběhu terapie cytostatiky sdělila informace, které mohou průběh terapie pozitivně ovlivnit. Dle Cmurové (2017) je vhodné osm dní před terapií pít 2 - 4x denně ovocné šťávy. Dále se doporučuje doplnit antioxidanty jako je selen, vitamín E a C a dodržovat dostatečný pitný režim. V průběhu terapie by pak pacient měl vynechat syrovou stravu, uzeniny, smažené jídlo a ořechy. Naopak zdůrazňuje pitný režim ve formě vody nebo zředěných šťáv. Přímo v den terapie by měl pacient jíst lehká jídla, ovšem se značnou kalorickou hodnotou (Cmurová, 2017).

Úloha sestry spočívá i při edukaci pacientů v rámci radioterapie. Měla by jim doporučit nošení volného oděvu z přírodních materiálů, lehké sprchování, kůži často větrat a nevystavovat ji dráždivým látkám jako jsou parfémy či deodoranty, místo záření neholit. Při ozařování zvláště kožních nádorů lze předpokládat kožní reakci. Úlohou sestry tedy je její kontrola a časté promazávání napomáhající ochranně kůže. Vhodný je především přípravek Mepitel Film, který snižuje kožní reakci o 92 % (Lexová et al., 2017). Vhodný je i přípravek Cavilon spray, Panthenol a další. Pokud místo ozáření začne vykazovat známky mokvání, tak sestra provádí oplachy, ránu udržuje sterilní, pravidelně ji převazuje a podává analgetika dle ordinace lékaře (Vorlíček et al., 2012).

1.6.1 Předoperační péče v roli sestry

Předoperační období specifikuje dobu před operačním výkonem, během které se pacient připravuje k výkonu. Řádná příprava je prevencí vzniku možných pooperačních komplikací a zahrnuje mnoho ošetrovatelských intervencí. Předoperační přípravu můžeme rozdělit na krátkodobou, dlouhodobou a bezprostřední (Čoupková et al., 2021). Sestra opět zapojuje své dovednosti komunikace a pacientovi vysvětluje průběh operace. Vždy se musí přesvědčit, zda pacient sděleným informacím porozuměl. Chápe duchovní potřeby pacienta, zjistí jeho kulturní rozdíly, překážky v komunikaci a uplatňuje holistický přístup (Vorlíček et al., 2012).

Zvláštní péče je třeba věnovat onkologickým ranám, které jsou často pro pacienta omezující kvůli své estetické a funkční stránce. Úkolem sestry je tedy pečovat o ránu tak, aby nedošlo k jejímu zanícení a celkovému zhoršení do doby operace. K ošetření sestra využívá krytí dle vyvíjejícího se stavu rány. Nejčastěji se jedná o vlhké krytí, nebo krytí pohlcující zápach. V neposlední řadě je třeba myslet na léčbu bolesti pacienta, a to i po psychické stránce (Holečková, 2019).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy u onkologických pacientů je potřeba věnovat dostatečnou pozornost zvládnutí bolesti. Důležitý je i dohled nad výživou a pokud tomu nejde jinak, tak i na parenterální. Má totiž přímý vliv na snížení pooperačních komplikací (Čoupková et al., 2021). Předoperační příprava dále zahrnuje interní vyšetření, které nesmí být starší než 14 dní. Důležitý je rentgen srdce a plic, EKG a laboratorní vyšetření. Sestra odebere pacientovi krev na vyšetření krevního obrazu, základní biochemie, quickův test, APTT, krevní skupinu a RH faktoru. Dále musí pacient dodat sterilní moč pro vyšetření močového sedimentu, cukru a acetonu (Slezáková, 2019).

Krátkodobá příprava se odehrává 24 h před výkonem. Zahrnuje specifickou přípravu pacienta, o které jej informuje ošetřující sestra. Dle indikace anesteziologa sestra podá pacientovi den před operací hypnotika. Dohlédne, aby byl nejméně 6–8 h lačný a provedl řádnou hygienu. Nepřípustné jsou nalakované vlasy nebo neodlícený obličej. Sestra odebere od pacienta veškeré cennosti, které uchová do trezoru. Nesmí zapomenout na kontrolu operačního pole a provede vysokou bandáž jako prevenci tromboembolické nemoci (Slezáková, 2019).

Bezprostřední příprava je limitována časovým úsekem 2 hodiny před operací. Spočívá v kontrole operačního pole, lačnění, vitálních funkcí, hygieny a vyprázdnění (Slezáková, 2019). Nutné je i podepsání informovaného souhlasu pacientem, sepsání cenností a odevzdání protetických pomůcek. Sestra zavede invazivní vstup a podá léky dle indikace lékaře. Aplikuje premedikaci a po vyzvání předá připraveného pacienta do péče operačního týmu (Čoupková et al., 2021).

1.6.2 Pooperační péče v roli sestry

Bezprostředně po operaci sestra sleduje zejména fyziologické funkce. První hodinu probíhá monitorace po 15minutových intervalech, druhou hodinu po 30 minutách a následně po dobu 24 hodin každou hodinu. Dále sleduje operační ránu, odvod tekutin z drénu, bolest a odchod moče a stolice (Slezáková, 2019).

Sestra v rámci pooperační péče provádí systematické výkony, které by měly vést ke snížení možných pooperačních komplikací. Vzhledem ke snížené imunitě onkologických pacientů se zvyšuje riziko infekce a pomalejšího hojení rány. Sestra tedy musí stav rány bedlivě sledovat a dodržovat aseptický přístup (Vorlíček et al., 2012). Hodnotí spodinu rány, okraje, ulceraci a dle toho volí případné krytí.

Sestra krytí pravidelně obměňuje a pro čištění rány provádí výplachy vhodnými roztoky s antimikrobiálním účinkem, jako je Ringerův roztok, Betadine, polyhexanid HCL a další. Na ráně přilehlé krytí musí být nepřilnavé, jako je mastný tyl. Sekundární krytí musí být absorpčního materiálu, připevněné obvazovou fixací. Důležitá je především spolupráce s celým týmem a edukace pacienta, který by měl být obeznámen s průběhem, cílem hojení i možnými komplikacemi (Vokurka et al., 2022).

Častou komplikací je nahromadění tekutiny bohaté na sérum v místě po odstranění tkáně. Tento jev se nazývá serom a je typickým úkazem po chirurgickém odebrání spádové uzliny pro maligní melanom. Sestra musí na tuto skutečnost upozornit lékaře, který dle stavu provede punkci či drenáž. Mezi další komplikace řadíme dehiscenci rány, hypertrofickou jizvu, nekrózu a další (Turcaj, 2020).

1.7 Role sestry pečující o psychický stav pacienta po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže

Onkologické onemocnění představuje pro pacienta velkou psychickou zátěž, která se neobejde nejen bez pomoci rodiny, ale i zdravotnického personálu. Osobou, která často bývá pacientovi na blízku, je právě zdravotní sestra. Ta se mu stává oporou během všech fází nemoci. Klíčovou se v tomto ohledu stává komunikace, která tlumí strach, pomáhá při úzkostech nebo stresu (Vorlíček et al., 2012).

Sestra musí být empatickou bytostí, naslouchající a velmi trpělivou. Do pacientovy diagnózy se snaží zapojit i rodinu, neboť je dokázáno, že pacienti s rodinným zázemím se zotavují rychleji oproti těm, kteří toto postrádají (Adam et al., 2019). Sestra se s pacientem snaží vytvořit terapeutický vztah, díky kterému dojde k vybudování důvěry, která později vede k pozitivním změnám ze strany pacienta (Dostálová, 2016).

Maligní melanom je onemocnění, které často recidivuje. Až 74 % všech pacientů, kteří úspěšně přežili, udávají obavy z návratu onemocnění. Tyto získané informace vybízejí k zpracování psychologických intervencí podpůrné péče. Je dokázáno, že skupinové či jednotlivé sezení se sestrou, nebo jiným zdravotnickým odborníkem, který pacienty edukoval o následné a podpůrné péči, vedlo k významně nižší úzkosti a strachu (McLoone et al., 2013). Pacienti tedy mají zpočátku velké problémy opět důvěřovat svému tělu a častokrát přikládají každému nově objevenému znaménku až zbytečnou váhu. Sestra se tedy snaží pacientův stav pochopit a hledat alternativy, jak jej nejlépe podpořit (Bednařík a Andrášiová, 2020).

Po úspěšné a často zdlouhavé léčbě u pacientů přicházejí obavy z návratu do zaměstnání a běžného života. Tím, že se dlouhodobě zařazovali do skupiny nemocných, pocítují nevýhodu oproti ostatním zdravým osobám. K tomu se přidává i pocit méněcennosti a ztracení důvěry v sebe sama. V takovém případě je pacientovi vhodné doporučit psychoterapeutickou péči. Úkolem sestry je, aby zjistila více informací o důvodech toho, proč se pacient nemůže, nebo nechce vrátit zpět do zaměstnání a života před onemocněním (Šutorová a Romaňáková, 2016).

1.8 Role sestry jako edukátorky o pacienty po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže

Bezprostředně po operaci by měla sestra pacientovi připomenout správnou péči o hojící se ránu. Důležité je pacienta edukovat o tom, jak rozpoznat začínající infekci v ráně, jako je zarudnutí, otok, či sekrece (Turcaj, 2020).

Nejdůležitější součástí edukace je poučení o prevenci vzhledem k tomu, že karcinomy kůže mají tendenci se vracet. Například u spinocelulárního karcinomu je riziko vzniku nových nádorů do 5 let až z 95 % (Třešňák Hercogová et al., 2019). Postižení pacienti obecně mívají pocit nedostatečné informovanosti o svém onemocnění a o tom, jak sledovat nově se rozvíjející karcinomy. Tyto skutečnosti vedou k zamyšlení, jak přizpůsobit dostatečnou edukaci těchto pacientů (Waalboer-Spuij et al., 2019).

Primární prevence by měla být zaměřena na správnou fotoprotekci. Sestra by tedy měla pacienty informovat o nebezpečích UV záření a jak se před ním spolehlivě chránit. V první řadě jsou to sunscreensy s dostatečně ochranným faktorem značící se SPF, kdy nejnižší číslo ochrany je 6 a nejvyšší 50+ (Šternberský, 2016). Aplikace sunscreenu by měla být opakovaná v dostatečné vrstvě. Nevhodné jsou i návštěvy komerčních solárií (Litvik, 2016). Důležité je chránit i povrch hlavy čepicí s širokým lemem, oči brýlemi s UV filtrem, případně tělo oblečením ze syntetických materiálů. Pobyt na slunci by měl být omezen v čase 10:00 - 14:00 (Ettler a Ettler, 2016).

Neopomenutelnou součástí jak primární, tak i sekundární prevence je samovyšetření kůže. To by mělo probíhat 1x měsíčně za pomoci metody ABCDE. Pacient by si měl všimnout toho, zda je jeho znaménko asymetrické, má nepravidelný tvar a ohraničení. Dále změnu barvy, povrchu, nebo velikosti. Pokud u pacienta dojde k jednomu z výše uvedených změn, měl by vyhledat dermatologa (Manuál prevence: #prsakoule / Loono, pod záštitou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 2020).

Sekundární prevence by měla být zaměřena na pravidelnou dispenzarizaci. Pacienti by tedy měli navštěvovat svého onkologa a dermatologa pro celkovou kontrolu kůže alespoň 1x ročně. U vysoce rizikových nádorů jsou kontroly mnohem častější v rámci měsíců. Osoby postižené melanomem pak docházejí do melanových poraden, či center. Zde za spolupráce celého týmu dochází ke komplexnímu zhodnocení stavu pacienta. Lékaři provádějí klinická, zobrazovací a laboratorní vyšetření včetně kontroly místa excize nádoru a spádových lymfatických uzlin.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- Cíl 1: Zjistit, jak pacienti vnímají svůj život po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže.
- Cíl 2: Zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže.

2.2 Výzkumné otázky

- Výzkumná otázka 1: Jak pacienti vnímají svůj život po chirurgickém odstranění maligní nádoru kůže?
- Výzkumná otázka 2: Jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo provedeno za pomoci kvalitativní výzkumné strategie. Jako metoda pro získání informací od pacientů byla zvolena metoda dotazování. Technika sběru dat probíhala formou polostrukturovaných rozhovorů, jejichž struktura byla zpracována před počátkem šetření. Cílem bylo zjištění míry informovanosti pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě maligní nádoru kůže a vnímání kvality života. Jako praktický výstup byl zpracován informační letáček, o jehož budoucí existenci byli seznámeni i dotazovaní pacienti. Zároveň projevíli zájem se později se zpracovanými informacemi seznámit.

Pacienti byli záměrně osloveni za pomoci sociální sítě Facebook, na které se nachází Facebookové skupiny pod názvy “Melanom- nebezpečné znaménko,, a “Rakovinový začátek,,. Díky těmto skupinám byl získán dostatek pacientů, kterým byl karcinom kůže diagnostikován, a zároveň i za pomoci chirurgické léčby odstraněn. Výzkumné šetření probíhalo v období od února do března roku 2023.

Rozhovory byly za souhlasu všech účastníků zaznamenány na diktafon, kdy vyslovili souhlas s dalším zpracováním informací a zároveň byli obeznámeni s možností seznámit se s výsledky výzkumu. Pacienti byli nejprve dotazováni na základní informace, jako je věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání a pak otázky charakterizující přímo problematiku nádorů kůže. Například jaké mělo zjištění jejich diagnózy vliv na jejich rodinu, pracovní nasazení, společenský život a jak se změnil pohled na obraz jejich těla. Celkem bylo položeno 25 otázek, které byly individuálně doplněny dle vývoje rozhovoru. Následně byly přepsány do písemné formy a zpracovány metodou otevřeného kódování tužka – papír, vše bylo následně rozděleno do kategorií. Délka rozhovorů byla různorodá, kdy byl nejkratší rozhovor veden po dobu 12 minut a nejdelší činil 31 minut. Všichni oslovovaní otevřeným otázkám rozhovoru porozuměli.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen celkem 12 pacienty, kteří jsou nemocní, či sledování pro zhoubné onemocnění kůže. Ve výzkumném vzorku bylo 11 žen ve věku od 31 až 55 let. Oslovenému muži bylo 54 let. Pacienti byli záměrně osloveni za pomoci sociální sítě Facebook a pocházeli z různých krajů ČR. Pacienti jsou dále ve výzkumném šetření označováni jako P1 – P12.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků (výzkumný soubor pacientů)

4.1.1 Identifikace pacientů

V této kategorii jsou popisovány identifikační údaje pacientů. Ti byli dotazováni na věk, vzdělání, typ onemocnění, rok diagnostiky jejich onemocnění. V neposlední řadě na jejich zaměstnání (Tabulka 1). Průměrný věk pacientů byl 39 let. Z dotazovaných pacientů byli 4 vysokoškolsky vzdělaní, 6 vystudovalo střední školu s maturitou a jeden středoškolské vzdělání zakončené výučním listem. Všichni pacienti trpěli onemocněním maligní melanom, pouze pacientka P5 má bazaliom. Všem pacientům bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění kůže po roce 2020, kromě pacientů P6, P8 a P11, kteří onemocněli mezi roky 2017 až 2019. Oslovovaný pacient muž P12 onemocněl v roce 2008. Jednotlivé pracovní zaměření pacientů je rozepsáno v tabulce 1 níže.

Tab. 1: Identifikační údaje pacientů

pacientka	věk	vzdělání	zaměstnání	typ onemocnění	doba diagnostiky
P1	55	vysokoškolské	sociální pracovnice	maligní melanom	2020
P2	34	vysokoškolské	editor v časopise	maligní melanom	2021
P3	45	středoškolské s maturitou	fotografka	maligní melanom	2022
P4	31	středoškolské s maturitou	nákupčí	maligní melanom	2021
P5	32	vysokoškolské	Account manager	Bazaliom	2022
P6	35	vysokoškolské	audit státní správy	maligní melanom	2017
P7	42	středoškolské s maturitou	zootechnik	maligní melanom	2022
P8	34	středoškolské bez maturity	cukrářka	maligní melanom	2019
P9	34	středoškolské s maturitou	státní ústav pro kontrolu léčiv	maligní melanom	2020
P10	50	středoškolské s maturitou	operátorka výroby	maligní melanom	2021
P11	42	středoškolské s maturitou	jízdní policie	maligní melanom	2019
P12	54	středoškolské s maturitou	invalidní důchodce	Maligní melanom	2008

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

4.1.2 Životní styl pacientů

Tato kategorie je zaměřena na životní styl pacientů. Ti byli dotazováni na četnost návštěv v rámci kontrol a sledování vývoje jejich onemocnění. Zajímá se také o to, jaký byl životní styl pacientů před propuknutím nemoci a jak se následně změnil po diagnostice a uvědomění si vážnosti onemocnění.

První podkategorie zahrnuje četnost návštěv pro sledování stavu pacientů. Ve výzkumném šetření jsem se pacientů dotazovala, jak často navštěvují svého dermatologa

a onkologa pro sledování vývoje jejich onemocnění. Je patrné, že všichni pacienti si uvědomují závažnost onemocnění a dochází na pravidelné kontroly. Pacienti P1, P4, P6 a P7 docházejí pravidelně každého půl roku na kontrolu ke svému dermatologovi a onkologovi. Pacientka P2 se snaží více sledovat, uvedla: „ *Já chodím jednou za 6 měsíců na kontrolu do melanové poradny. Chci mít ale jistotu, takže navštěvuji každé 3 měsíce svého kožního lékaře, aby mé pihy vidělo více očí.* “ Pacientka P3, je také velmi pečlivá. Trápí ji však to, že není dostatečně informovaná a setkává se s negativním postojem ošetrovatelského personálu vůči její osobě. Pacientka P3 uvedla: „ *Byla jsem jednou na kožním na kontrole a poté bych měla chodit 2x ročně. Velmi mě ale trápí to, že nevím, jak navštěvovat onkologa. Léčila jsem se v Praze, ale odkázali mě na kožaře v mém okolí. Sdělili mi, že kvůli takovým pacientům jako jsem já, nemají čas na polední pauzu. V Písku máme dvě kožní lékařky, ale ty mi nechtějí odebrat krev. Objednala jsem se na onkologii, kam mám jít za 14 dní poprvé. Nikdo na mě nemá čas.* “ Pacientka P5 a P8 dochází pouze na kožní kontrolu každých 6 měsíců. Pacientka P9 uvedla, že dochází každé 3 měsíce na dermatologii, u onkologa nemůže být léčena, protože je těhotná. Dále pacientka P10 dochází k onkologovi jedenkrát za 4 měsíce a u dermatologa je sledována 1x ročně. Pacientku P11 a pacienta P12 již lékaři vyřadili ze sledování a nedocházejí na pravidelné kontroly, pouze pacientka P11 je sledována každý půl rok u svého kožního lékaře.

Následující podkategorie se zabývá otázkou toho, jaký byl životní styl pacientů před zjištěním diagnózy a jak se následně změnil po uvědomění si nemoci. Více jak polovina pacientů (P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P12) odpověděla, že se jejich životní styl před propuknutím nemoci nijak zvláště nelišil. Pacientka P1 uvedla, že razantní změna u ní nastala především ve stravování: „ *Vše nezdravé jsem vyhodila a zhubla 16 kg. Změnila jsem především stravování.* “ Dále pacienti P3 a P10 poznamenali, že předtím vedli život plný stresu a byli velmi pracovně vytížení. Pacientka P3 odpověděla: „ *Změnila jsem hodně. Neřeším už malichernosti, zjištění mé diagnózy mě velmi posunulo. Vyměnila jsem přátele ve svém okolí, protože jsem viděla, jak se ke mně zachovali poté, co jsem jim oznámila svou diagnózu. Změnila jsem práci, přátele, svůj osobní život, všechno.* “ Jako poslední pacientka P11 dodala, že se vyhýbá soláriím a přímému slunci, na tom se shodli i všichni ostatní pacienti ve výzkumném souboru.

4.1.3 Informovanost pacientů

Kategorie informovanost pacientů zkoumá, jak velké měli pacienti povědomí o onemocnění kůže před tím, než se u nich projevilo. Zajímala jsem se také o to, jaký byl prvotní impulz vedoucí k návštěvě dermatologa v souvislosti s podezřením na onemocnění kůže. Dále je v podkategoriích zahrnuto z jakých zdrojů pacienti čerpali informace o své diagnóze a na koho se obraceli pro doplnění informací. Jako poslední mě zajímalo, jaké informace pacientům ošetřovatelský personál poskytl a jak reagovali, pokud podaným informacím nerozuměli.

V první podkategorii jsem se pacientů dotazovala na to, jaké měli informace o onemocnění kůže před tím, než se u nich projevilo, a co je přivedlo k tomu, aby navštívili svého dermatologa. Většina pacientů (P2, P4, P5, P6, P9, P12) o onemocnění kůže slyšela, ale nijak zvláště se jím nezaobírali. Pacienti P1 a P7 o onemocnění kůže měli dostatečné informace, a to především proto, že rakovina kůže se již objevila u nich v rodině. Pacientka P7 odpověděla: *„Měla jsem informaci dost, obdobným typem rakoviny kůže trpěla i má babička.“* Dostatek informací měla i pacientka P10. Naopak absolutně žádné povědomí o existenci nemoci měli pacienti P3, P8 a P11. Na to navazovala následující otázka o tom, co pacienty přimělo k prvotní návštěvě lékaře v souvislosti s onemocněním kůže. Z výsledků je patrné, že pozorování sebe sama hraje důležitou roli pro odhalení onemocnění. Pacienti (P1, P5, P6, P8, P10, P11) při sebezpozorování odhalili zvláště vyhlížející, často i krvácející znaménko, kvůli kterému se rozhodli navštívit svého dermatologa. Pacienti P2, P3 a P12 by podezřelé znaménko neodhalili, protože se jim projevilo v oblasti zad. Byli tedy upozorněni druhou osobou, pacient P12 uvedl: *„Byl jsem na masáži. Masérka mě upozornila na zvláštní znaménko na mých zádech, zašel jsem tedy proto na preventivní prohlídku.“* Důležitou roli zaujímá i prevence, protože pacientům P4, P7 a P9 bylo odhaleno podezření na onemocnění kůže právě v rámci preventivní prohlídky.

Následující podkategorie sleduje, z jakých zdrojů pacienti čerpali informace o své diagnóze a dodržování režimových opatření. Většina pacientů čerpala za pomoci internetu (P1, P6). Kromě jednoduchého vyhledávání na internetu se pacienti (P2, P3, P4, P5, P10) soustředili také na sociální síť Facebook, kde za pomoci facebookové skupiny „Melanom- nebezpečné znaménko“ získali dostatek informací. Pacientka P2 uvedla: *„Nejvíce jsem čerpala z internetu a z Facebookové skupiny melanom- nebezpečné*

znaménko. Je tam mnoho lidí se stejnými problémy a mají mnoho vlastních zkušeností.“ Pouze pacienti P8 a P9 se obraceli výhradně na lékaře. Dále i pacienti P7 a P12 se dotazovali svých lékařů, ale k doplnění využili i internet.

Následující podkategorie se zabývá tím, na koho se pacienti obraceli, když potřebovali doplnit informace týkající se jejich diagnózy a jak reagovali, pokud pro ně informace nebyly dostatečně srozumitelné. Pro většinu pacientů (P1, P2, P4, P6, P8, P9, P12) byli první volbou pro doplnění informací lékaři. Pacientka P5 kromě lékařů čerpala informace z odborných článků a pacientka P10 nacházela dostatek informací skrze Facebookovou skupinu. Jediná pacientka P11 se obracela pouze na internet. Oproti tomu by pacientka P3 ráda čerpala od lékařů, ti ji však nijak nepomohli, uvedla: „*Obrátila jsem se na spoustu lékařů, ale nikde mi neporadili. Informace tedy sbírám sama.*“ Naopak pacientka P7 se nemusela obracet na nikoho, protože byla dostatečně informovaná. Dále jsem kladla otázku, jak pacienti reagovali, pokud podaným informacím nerozuměli. Většina pacientů se doptávala (P3, P6, P8, P9, P11, P12), nebo ke kombinaci využila internet (P1, P4, P5, P10). Pacientka P7 vůbec dotazů nevyužila, protože byla dostatečně informovaná. Valná většina pacientů mě upozornila, že vlivem stresu při počátečním zjištění diagnózy si téměř nepamatovali nic z toho, co jim ošetřovatelský personál sděloval. Položila jsem jim tedy doplňující otázku, zda jim byl poskytnut nějaký prospekt, ve kterém by našli obecné informace o jejich onemocnění. Všichni oslovení pacienti uvedli, že ne a velmi by informační letáček ocenili. Pacientka P2 uvedla: „*Moc si toho z kontrol nepamatuji, nebyla jsem vlivem stresu schopna moc pochytit. Vše jsem si pak dohledala na internetu. Určitě bych nějaký informační letáček ocenila.*“

4.1.4 Režimová opatření

V této kategorii jsem se zaměřila na režimová opatření. Zajímala jsem se o to, kdo pacienty edukoval a o čem. Dotazovala jsem se na specifická režimová opatření a především na to, zda je pacienti dodržují. Zaměřila jsem se i na oblast sociálního života a změn ve stravování, u kterých mohlo vlivem onemocnění a léčby dojít ke změně. Poslední dotaz byl vznesen na možné zkvalitnění přístupu ošetřovatelského personálu a podávání informací vůči pacientům.

První podkategorie se zabývá otázkou, kdo a o čem pacienty informoval v rámci režimových opatření. Většina pacientů (P1, P2, P4, P6, P8, P9, P10, P11, P12) byla informována lékařem. Pouze pacientka P7 byla prvotně edukována svými rodiči, kteří

měli již s onemocněním kůže vlastní zkušenost. Pacienti P3 a P5 uvedli, že je nikdo needukoval a vše si museli zjistit sami. Edukace informovaných pacientů se týkala obecných informací, mezi které se řadí ochrana před sluncem sunscreeny, čepicí, brýlemi a oblečením s UV filtrem. Byli upozorněni i na důležitost preventivních prohlídek a pozorování sebe sama. Všichni pacienti se snaží režimová opatření dodržovat. Pouze pacientka P4 uvedla: „*Snažím se dodržovat hlavně ochranu před sluncem, používám přírodní kosmetiku. Když je ale hezky, tak jdu prostě s dcerou ven.*“ Pacientka P5 se také snaží vše dodržovat, nedokáže si však odpustit návštěvu solária, a i přes varování služby několikrát využila. Pacient P12 je na tom obdobně, dodržuje šetrící režim na svou ruku, měl by však nosit kompresní rukáv a tomu se vyhýbá.

Další podkategorie se věnuje tomu, jak pacienty ovlivňuje dodržování režimových opatření v jejich každodenním životě a jaké nastaly změny ve stravování po zjištění diagnózy. Zde byly odpovědi velmi rozmanité. Kromě toho, že se pacienti P2 a P7 snaží chránit před sluncem, tak se pacientka P3 stále strachuje, aby se jí vlivem záření neobjevilo nové znaménko vedoucí k onemocnění. Pacientka P4 přenesla svůj strach do péče o svou dceru, nyní více dbá na péči o její pokožku. Dále pacientka P6 poznamenala: „*Určitě mě ovlivňují. Ochranné krémy jsou celkem hodně drahé, takže je to pro mě finančně náročné. Tím, jak se stále mažu mám vše mastné, také se stále hlídám, abych měla krém vždy po ruce.*“ Stejně omezení popisovala i pacientka P9, která dodala, že přes sezónu volí kromě jiného i trička s dlouhým rukávem nebo dlouhé sukně. Pacientka P10 si stěžovala na dodržování medikace. Měla problém s přizpůsobením jídelníčku, protože u některých léků je potřeba, aby před jejich pozřením dvě hodiny před nic nejedla, nebo naopak. Pacient P12 pocítuje omezení ohledně jeho stálého šetrícího režimu, neumožňuje mu naplno se věnovat práci kolem domu. Oproti tomu pacienti P5, P8 a P11 nepocítují omezení žádné. Co se týká stravování, tak polovina pacientů (P1, P2, P3, P5, P7, P8, P10) se zaměřila na zdravější životní styl. Snaží se stravovat pravidelně, přijímat více ovoce a zeleniny, sportovat a vyvarovat alkoholu. Ostatní pacienti (P4, P6, P9, P11, P12) ve svém stravování nezměnili nic, protože již předtím dodržovali zdravý životní styl.

Poslední podkategorie se věnovala otázce, co by pacienti změnili v rámci přístupu ošetrovatelského personálu a podávání informací. Výzkum bohužel ukázal, že pacienti (P2, P3, P5, P6, P7, P10, P11) celkově nebyli spokojení. Stížnosti většinou směřovali k lékařům, kdy pacienti zmiňovali nedostatek empatie, důslednosti a zájmu. Pacientka

P11 uvedla: „*Lékaři mě brali jak na běžícím pásu. Chtěla jsem více informací. Pokaždé jsem mluvila s jiným lékařem, cítila bych se lépe, kdybych měla jen jednoho.*“

4.1.5 Zvládání psychické zátěže

V poslední kategorii jsem se zaměřila na zvládání psychické zátěže a otázky s tím související. Dotazovala jsem se, jaký dopad má onemocnění na současný i společenský život pacientů. Zajímalo mě, co ovlivňovalo jejich pracovní nasazení a jak nyní vnímají sami sebe. Důležitá byla i otázka ohledně reakcí jejich blízkých a podpoře během léčby a dispenzarizace.

V této podkategorii jsem se dotazovala na dopad zjištění diagnózy promítající se do současného života pacientů. Ti popisovali (P1, P2, P4, P5, P7, P9, P10, P11, P12) pocity šoku, strachu, psychické zátěže a většího sebezpozorování. Pacientka P10 uvedla: „*Začala jsem brát antidepressiva, navštívila i psychologa, ten mi ale příliš nepomohl. Teď mi dodávají optimismus děvčata ze skupiny melanom nebezpečné znaménko. Dřív jsem žila ve spěchu, teď už na to tak nehledím, užíváme si s manželem a jezdíme na wellness.*“

U mnoha pacientů došlo i ke změně hodnot. Pacientka P3 odpověděla, že zjištění diagnózy bylo pro ni největší změnou v životě. Pacientka P6 přehodnotila vztah k penězům. Dále pacientka P8 upřednostňuje nyní především rodinu. V otázce působení onemocnění na pracovní nasazení pacientů dotazovaní (P3, P4, P5, P8, P9, P10) uváděli snížení jejich výkonu a cítili se unavení. Pacientka P1 v práci výrazně zvolnila a nyní myslí více sama na sebe. Díky velmi přátelskému a ochotnému kolektivu pacientku P2 uvolňovali nadřízení z práce, aby měla dostatek času na kontroly a odpočinek. Jinak by musela své zaměstnání opustit. Oproti tomu pacient P12 musel své zaměstnání úplně změnit, aby mohl dodržovat šetřící režim. Pacientka P7 byla omezena bolestí, kterou ji způsobovala jizva na břicho. Poslední pacienti P6 a P11 nepociťovali omezení žádné.

V další podkategorii jsem se dotazovala pacientů, jak nyní vnímají svůj obraz těla po chirurgické léčbě. Polovina pacientů (P3, P7, P9, P10, P11, P12) se naučila se svou jizvou žít a v současnosti jizvu po operačním výkonu neshledávají za nijak zatěžující a ovlivňující jejich vzhled. Pacientka P3 uvedla: „*To jak vypadám, je mi jedno, jsem šťastná za každý nový den, který tu mohu být. Hlavně, že žiju.*“ Pacientky P1 a P5 považují své jizvy za nevzhledné a mají tendenci je zakrývat, pokud jsou na veřejnosti v plavkách. Pacientka P4 uvedla: „*Má jizva mi připomíná to, že tady ta nemoc byla a musím na sebe dávat pozor. Občas mám tendenci jizvu schovávat a vadí mi, když se mě na původ jizvy*

ptají ostatní.“ Obdobně reagovala pacientka P6 a i pacientku P8 jizva velmi ovlivnila. Její jizva je velmi rozsáhlá v oblasti hlavy, protože ji melanom metastazoval do mozku. Musela si ostříhat vlasy a nyní nosí ofinu, děti se jí kvůli jizvě bály. Pacientka P2 uvedla: *„Měla jsem s tím velký problém a pořád mám, nejsem schopna na svou jizvu sáhnout, je mi odporná. Nemám ale tendenci ji schovávat.“*

V poslední podkategorii výzkumu jsem se dotazovala na reakce rodin pacientů při zjištění jejich diagnózy. Zajímala jsem se, od koho a jakým způsobem pociťovali oporu během léčby a dispenzarizace. Všichni pacienti se shodli, že jejich rodiny s nimi sdílely strach a obavy z nemoci. Zjištění diagnózy u pacientů P7 a P11 přimělo jejich rodiny k preventivní dermatologické prohlídce. Co se týče podpory, tak tu pacienti vnímali především ze stran jejich rodin. Pacientka P8 uvedla: *„Melanom mi metastazoval do mozku, takže se o mě starala maminka a pomáhala mi s péčí o děti. Podporovali mě i kolegové, všichni v mém okolí.“* Pouze pacientka P5 pociťovala podporu ne ze stran rodiny, ale především kolegů. Dále pacienti P10, P6 a P3 poznamenali, že si nyní jejich okolí myslí, že jsou vyléčení, i když jejich boj zdaleka neskončil a nemoc se může kdykoliv vrátit.

5 Diskuse

Nádorové onemocnění kůže je jedním z nejčastěji se vyskytujících nádorů. Novotný (2019) uvádí, že za posledních 30 let stoupl výskyt 4,5x ze záznamů z roku 2012 na 26,7/100 000 obyvatel. Kvůli jeho četnosti a riziku vzniku v populaci je nutné zaměřit se nejen na včasnou prevenci, ale také na to, jak již nemocné pacienty správně edukovat. Je jasné, že pacienti, kteří mají dostatek informací o jejich onemocnění mají větší pocit jistoty a dokážou se připravit na následnou léčbu. Později umí spolehlivě rozeznat počínající změny jejich kožních znamének a lépe se připravit nejen na léčbu, ale i následnou biologickou, psychologickou, sociologickou, ale i spirituální dispenzarizaci.

Proto jsem se ve své bakalářské práci *Život pacienta po chirurgické léčbě pro maligní nádory kůže* zaměřila na celkové vnímání onemocnění očima pacientů a také na to, v jaké míře jsou informovaní. Stanoveny byly 2 cíle. Prvním bylo zjistit, jak pacienti vnímají svůj život po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže. Mým druhým cílem bylo zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních. K těmto cílům jsem si stanovila 2 výzkumné otázky.

Pro mé výzkumné šetření byl vybrán výzkumný soubor „pacienti“, kteří jsou označováni jako P1 – P12. Tyto pacienty jsem získala za pomoci sociální sítě Facebook, kde se nacházejí skupiny „Melanom- nebezpečné znaménko“ a „Rakovina- nový začátek“. Na mou žádost o pomoc v rámci výzkumu mé bakalářské práce mě pacienti samostatně kontaktovali za účelem rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, vše bylo zaznamenáváno na diktafon a později zpracováno metodou tužka – papír. Rozhovory byly pro mou bakalářskou práci velmi přínosné. Po analýze výsledků jsem následně vytvořila 5 kategorií a 11 podkategorií.

V podkategorii „*životní styl pacientů*“ jsem se zaměřovala na četnost návštěv u dermatologa a onkologa pro sledování stavu pacientů. Všichni docházejí na preventivní prohlídky a uvědomují si jejich naléhavost. Dle Novotného (2019) se právě díky preventivním prohlídkám ustálila úmrtnost na nádorové onemocnění kůže. Pacientka P3 si však stěžovala na neochotu ze stran ošetrovatelského personálu a zejména lékařů, kteří ji nebyli schopni poskytnout dostatečné informace o preventivních prohlídkách, a byla tak z veškerých sdělení velmi zmatená. Dostálová (2016) přitom sama poukazuje na to,

jak je správné podávání informací důležité, a vždy je potřeba si ověřit, zda pacient sděleným informacím dostatečně porozuměl.

V následující podkategorii „*životní styl pacientů*“ jsem se dotazovala na možné změny v životním stylu před a po zjištění diagnózy. Více jak polovina nezměnila mnoho. Přesto však někteří poukazovali na změnu životosprávy, zahájení sportování a zvolnění v pracovním nasazení. Všichni se shodli na nynější ochraně před sluncem. Právě dostatečná fotoprotekce je zásadní, neboť UV záření je nejčastěji zodpovědné za vznik kožních karcinomů, udává Šternberský (2016). Domnívám se, že pacienti tyto změny provedli, neboť se obávají možného návratu onemocnění a chtějí si svůj nynější život naplno užívat. MCLoone et al. (2013) dodává, že až 74 % všech pacientů se obávají návratu onemocnění.

V další podkategorii „*informovanost pacientů*“ jsem se dotazovala na povědomí o onemocnění kůže před tím, než se u nich projevilo. Většina pacientů měla pouze všeobecné informace. Ovšem pacientky P1 a P7 měly dostatek informací díky výskytu onemocnění v rodině. Jak uvádí Wu et al. (2018) melanom, kterým obě pacientky trpěly, je často způsoben dědičnými faktory, proto je vhodná edukace již od dětství. To nyní pacientky praktikují i na svých dětech.

Následně jsem se dotazovala, co pacientky přivedlo k první návštěvě dermatologa. Zde je vhodné zmínit, jak velmi důležitou úlohu při odhalení onemocnění kůže hraje sebezpozorování. Polovina pacientů si totiž nerovnoměrného znaménka všimla během běžné prohlídky pokožky.

Dále je vhodné doporučit, aby se při kontrole kůže zapojila i druhá osoba. U pacientů P2, P3 a P12 došlo k odhalení onemocnění právě díky druhé osobě, neboť znaménko měli na místě, kam nemohou sami dohlédnout. Zapojení druhé osoby doporučuje i Robinson et al. (2016), která ve své klinické studii „*Early Detection of New Melanomas by Patients. With Melanoma and Their Partners Using a Structured. Skin Self-examination Skills Training Intervention*“ poukazuje na to, že přizvání druhé osoby přispělo k včasné detekci onemocnění, a tím i nezvýšení zátěže pro zdravotnický personál. Velmi důležité jsou samozřejmě i preventivní prohlídky, neboť zbylým pacientům bylo odhaleno onemocnění právě v rámci preventivního vyšetření. Šternberský (2016) navíc doporučuje, aby pacient při jakémkoliv podezření navštívil svého dermatologa, nebo využil preventivní prohlídky, která se každoročně koná na Evropský den melanomu, a to

zcela zdarma. Žaloudík (2008) zmiňuje, jak je důležité, aby sestra pacienta naučila sledovat jeho znaménka.

Jako další jsem se dotazovala, na koho se pacienti obraceli pro doplnění informací a jak reagovali, jestliže podaným informacím nerozuměli. Ti se nejčastěji odkazovali na svého lékaře, odborné články nebo facebookové skupiny pod názvem „*melanom- nebezpečné znaménko*“, či „*rakovina- nový začátek*“. Z mého pohledu považuji za vhodné, aby pacienti sdíleli své emoce i zkušenosti s jinými uživateli Facebookové skupiny. Nepovažuji to však za adekvátní zdroj informací. Pro mnoho pacientů je to ovšem mnohem snazší možnost, protože lékaři na ně nemají buď dostatek času, či jim nejsou informace schopni laicky vyložit. Přitom z analýzy jsem zjistila, že všichni pacienti měli potřebu se opakovaně dotazovat. Možná to je i důvodem, proč nejsou dostatečně informováni.

Dále mě zajímalo, jak pacienti reagovali, pokud informacím nerozuměli. Valná většina se doptávala, našli se však i tací, kteří si informace doplňovali opět pomocí internetu. Dostálová (2016) přitom upozorňuje, že nejen sestra má být pacientovi k dispozici, ale i ochotně zodpovídat na všechny jeho dotazy. V závěru si má ověřit, zda pacient informacím porozuměl.

V další kategorii „*režimová opatření*“ jsem se zabývala otázkou toho, kdo a o čem pacienty edukoval. Z výzkumného šetření jsem zjistila, že kromě pacienta P7, který byl edukován prvně rodiči, byl prvotním edukátorem lékař. Dále pacienti P3 a P5 uvedli, že je needukoval nikdo a o ničem. Přitom Třešňák Hercogová et al. (2019) zdůrazňuje, jak je edukace zejména o prevenci, ochraně a pozorování sebe sama důležitá, neboť často dochází k relapsu onemocnění.

Pacienti byli nejčastěji informováni o všeobecných informacích, jako je ochrana před sluncem, pravidelné sebepozorování nebo preventivní prohlídky. Z analýzy jsem zjistila, že se všichni pacienti snaží režimová opatření dodržovat. Mylně se však domnívají, že ochranou jim je i pobyt ve stínu. Ettler a Ettler (2016) přitom poukazují na skutečnost, že záleží na okolí, ve kterém pacient pobývá. Sníh, písek či vodní hladina je schopna odrážet sluneční záření ve 30 % a více. Jedna z pacientek P5 dodala, že se snaží vše dodržovat, ovšem výjimečně si nedovede odpustit návštěvu solária. Béliveau a Gingras (2016) však upozorňují, že UVA záření pocházející ze solárií zvyšuje riziko vzniku melanomu o 75 %.

Dále jsem se zaměřila na to, jak režimová opatření ovlivňují každodenní život pacientů a zda nastaly nějaké změny ve stravování. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti pociťují změny v mnoha oblastech. V první řadě je to neustálá hra na schovávanou před slunečním zářením. Dále pacientka P6 poukázala na finanční náročnost, co se týče neustálého mazání kvalitními sunscreensy, které jsou poměrně nákladné. Ženy pociťují omezení v oblékání, protože musí stále volit oblečení pro co největší zahalení pokožky.

Béliveau a Gingras (2016) doporučují zahájit zdravý životní styl, kdy by se pacienti měli vyvarovat kouření, konzumaci alkoholu a spíše se zaměřit na zdravé stravování a udržování BMI mezi 21 až 23 body. Z analýzy jsem zjistila, že polovina pacientů svůj životní styl změnila a druhá polovina již zdravý životní styl dodržovala a nadále v něm pokračuje.

Důležitou otázkou také bylo, co by pacienti změnili v rámci přístupu zdravotnického personálu a podávání informací. Bohužel z výzkumu vyplynulo, že více jak polovině pacientů chyběla ze stran zdravotnického personálu empatie, důslednost, informace a dostatečný zájem. To může být zapříčiněno tím, že se pacienti obávají doptávat v případech, kdy jim informace nejsou zcela jasné. To mi vyplynulo i analýzou poté, co někteří pacienti na otázku, kde se doptávají, odpověděli, že jsou to často neadekvátní internetové zdroje. Dle mého názoru může také pramenit pocit nedostatečného zájmu a důslednosti z faktu, že jsou lékaři často vyčerpáni množstvím pacientů. Kabelka (2020) také dodává, že pro pocit opory a zájmu je potřeba zvolit vhodnou formu komunikace.

Pacienti mě také během výzkumného šetření upozornili, že vlivem stresu a strachu pramenící z jejich diagnózy, měli problém vstřebat veškeré informace z konzultace s lékařem či sestrou. Z ordinace tedy odcházeli zmatení a vlastně netušili, o čem s nimi zdravotnický personál hovořil. I toto může být jeden z faktorů, který vede k nedostatečnému pocitu informací ze stran pacientů. Nicméně mě odpověď navedla k doplňující otázce, zda byl pacientům předložen nějaký prospekt se souhrnnými obecnými informacemi. Všichni dotazovaní odpověděli, že ne, ale tuto možnost by uvítali. Tato situace mě tedy dovedla k tomu, abych po důkladné analýze zpracovala informační letáček, který by mohl pomoci takovýmto pacientům či veřejnosti zajímající se o tuto problematiku.

V poslední kategorii „*zvládnutí psychické zátěže*“ jsem pacientům položila otázku, jaké mělo zjištění diagnózy a prognózy dopad na jejich současný život. Z výzkumného šetření

mi zcela jasně vyplynulo, že se pacienti potýkali s pocity strachu a psychická zátěž byla velmi vysoká. Někteří se dokonce museli obrátit na odbornou pomoc jejich psychologa.

Pacienti mají nyní až přehnanou tendenci se sebezpozorovat a přikládají velký význam každému nově objevenému znaménku. Získané informace vybízejí ke zpracování psychologických intervencí podpůrné péče. McLoone et al. (2013) doporučuje skupinový nebo jednotlivý rozbor pacientova problému zdravotnickým odborníkem. Je dokázáno, že pokud došlo k edukaci o následné a podpůrné péči, tak to pacienty pozitivně ovlivnilo a následně došlo ke snížení strachu a úzkosti. Vorlíček et al. (2012) také poznamenává, že především správná komunikace dokáže tlumit strach, stres a pomoci při úzkostech.

Dále pacienti poukazovali na změnu jejich hodnot, kdy nyní upřednostňují více rodinu, nebo zvolnili své pracovní tempo. Pochopili, jak křehké může zdraví být a není samozřejmostí. V otázce, jak pacienty ovlivňuje nemoc v jejich pracovním nasazení, jsem analýzou zjistila, že většina pacientů již není schopna podávat takové výkony. Někteří zvolnili své tempo, či vlivem šetřícího režimu jim nebylo umožněno vrátit se zpět do zaměstnání. Šustorová a Romaňáková (2016) také poukazují na skutečnost, že pacienti často mívají obavy z návratu do zaměstnání a úkolem sestry je zjistit důvody, které k tomu vedou. Z mého pohledu je to patrně způsobeno tím, že si nemocní již nejsou tolik jisti svými schopnostmi a pracovním výkonem.

Důležitá byla i otázka, jak pacienti nyní vnímají svůj obraz těla, neboť chirurgická léčba často zanechá na kůži nevzhledné jizvy. Pozitivní je, že z výzkumného šetření vzešlo, že polovina pacientů svůj narušený obraz těla přijala. Poukazovali, že jim je nyní cennější to, že mohou dále žít. Druhá polovina pacientů má často tendenci své jizvy schovávat a nyní tomu museli přizpůsobit své oblékání nebo vzhled. Jak odpověděla pacientka P4: *„Jizva je pro mě připomínkou toho, že tu ta nemoc byla“*.

Jako poslední jsem se zajímala, jaká byla reakce rodin pacientů na diagnostiku onemocnění a kdo jim byl oporou během léčby a dispenzarizace. Zjistila jsem, že vyjma jedné pacientky všichni pociťovali oporu ve své rodině, která jim byla nápomocna. Soucítila s nimi, pečovala o ně, nebo je doprovázela na vyšetření. Adam et al. (2019) poukazuje na důležitost milující a pečující rodiny, neboť je dokázáno, že pacienti s rodinným zázemím se rychleji zotavují. Vorlíček et al. (2012) ale také zmiňuje důležitou roli sestry, která se stává průvodcem pacienta ve všech fázích jeho nemoci.

6 Závěr

Má bakalářská práce se zabývala životem pacientů po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže. Jak už bylo výše zmíněno, incidence onemocnění má stálou tendenci růstu. Proto je vhodné se touto problematikou zabývat a hledat stále nové intervence, které mohou vést ke zlepšení bio-psycho-socio-spirituálního přístupu přičiněním sestry. Snažila jsem se najít mezery v tomto přístupu, které by mohly vést ke zkvalitnění péče.

Stanovila jsem si dva cíle. Mým prvním cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají svůj život po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže. K té jsem si stanovila výzkumnou otázku, která zjišťovala, jak pacienti vnímají svůj život po chirurgickém odstranění maligní nádoru kůže. Tento cíl byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že pacienti nyní věnují velkou pozornost ochraně před sluncem, což je pro ně často omezující. Nemohou vycházet na slunce v jakoukoliv denní hodinu, protože stále bojují se strachem z relapsu onemocnění. To přímo souvisí s přehnanou kontrolou jejich nově objevených znamének. Pacienti dále přehodnotili i své životní hodnoty. Onemocnění na ně mělo takový vliv, že se nyní více soustřeďují na svou rodinu, zdraví, životní styl. Omezili své až nadměrné pracovní výkony a zvolnili své tempo. Aktuálně se zabývají více sebou a svými potřebami, snaží se žít naplno. Někteří pacienti vnímají jejich narušený obraz těla způsobený jizvou. Mají tendenci k zakrývání defektu a přizpůsobili tomu své oblékání, což je pro ně omezující. Nejen pacienti, ale i rodiny si spolu s nimi museli projít těžkou etapou jejich života, která pro ně byla velmi náročná.

Mým druhým cílem bylo zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže. K té jsem si stanovila výzkumnou otázku, která zjišťovala, jaká je informovanost pacientů po chirurgické léčbě pro maligní nádor kůže. Tento cíl byl splněn.

Z výzkumného šetření jsem analýzou dat zjistila, že se pacienti celkově potýkají s nedostatkem informací. Poukazovali na nedostačující zájem a empatii ze stran zdravotnického personálu. Ten byl častokrát neochotný a nedokázal jim věnovat dostatek času pro vysvětlení nejen režimových opatření. Pacienti se tak často museli obracet na neadekvátní zdroje informací a celkově se necítili dostatečně informováni. Tato skutečnost mě navedla ke zpracování informací formou informačního letáčku (příloha 2),

který pacientům nebyl poskytnut, ale jeho existenci by velmi uvítali. Prospekt by mohl být nápomocný nejen pacientům s onemocněním kůže, ale sloužit jako doplňující materiál zdravotnickému personálu při předávání informací. Lékaři i sestry by si měli tento problém uvědomovat, zaměřit se na komunikaci a ověření, zda pacienti vždy sděleným informacím porozuměli. Napravení této skutečnosti by jistě vedlo k větší jistotě ze stran pacientů. Stejně tak i zvládání léčby a následné dispenzarizace. Sestra by měla zaujmout svou roli a podat pacientům svou pomocnou ruku ve všech fázích nemoci.

7 Zdroje

1. ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK, 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK, 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.
3. ADAM, Z. et al., 2019. Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2539-5.
4. ANDRÉSOVÁ, M. a I. SLEZÁKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
5. ARENBERGER, P. a J. ETTLER, 2016. Basal cell carcinoma. *Onkologie*. [online]. 10(2), 62-65 [cit. 2022-12-1]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/doi/10.36290/xon.2016.015.html>.
6. BAJČIOVÁ, V., 2016. Malignant melanoma and new options of treatment. *Onkologie*. [online]. 10(6), 256-262 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/doi/10.36290/xon.2016.054.html>.
7. BEDNAŘÍK, A. a M. ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
8. BERGEROVÁ, Y., P. BRYCHTA a J. STANEK, 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-0795-2.
9. BÉLIVEAU, R. a D. GINGRAS, 2016. *Jak předcházet rakovině a snižovat její riziko*. Přeložila Gabriela KLIKOVÁ. Praha: Vyšehrad. 278 s. ISBN 978-80-7429-689-5.
10. BRIERLEY, J. et al., 2018. *TNM: klasifikace zhoubných novotvarů*. Česká verze 2018. Přeložili Kristýna MATUŠKOVÁ a Miroslav ZVOLSKÝ. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 264 s. ISBN 978-80-7472-173-1.
11. CMUROVÁ, H., 2017. *Diagnóza: rakovina - co dělat při chemoterapii a ozařování*. Plzeň: Nempe. 61 s. ISBN 978-80-906522-2-4.

12. Česká dermatovenerologie, 2015. Spinocelulární karcinom. 65 s. [online]. [cit. 2022-12-27] Dostupné z: https://www.dermanet.cz/files/casopisy2/CDV_0115.pdf.
13. ČESKO-SLOVENSKÁ DERMATOLOGIE, 2019. *Kožní nádory*. 94(5), 217-219 s.. ISSN 0009-0514.
14. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie*. 3, upravené a doplněné vydání. Ilustrovali Ivan HELEKAL, Jan KACVINSKÝ, Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
15. ČOUPKOVÁ, H. et al., 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
16. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.
17. DOSTÁLOVÁ, O., 2018. *Nemoc jako křižovatka: rady onkologickým pacientům*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. 351 s. ISBN 978-80-7553-454-5.
18. DRLÍK, L, V. PAŤAVOVÁ a L. POCK, 2014. *Dermatoskopie. Dermatologie pro praxi*. [online]. [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/03/05.pdf>.
19. DVOŘÁČKOVÁ, B., 2003. *Co potřebujete vědět o nádorech kůže*. Brno: Masarykův onkologický ústav. Bez ISBN.
20. DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-271-2111-3.
21. ETTLER, J. a K. ETTLER, 2016. Aktuální pohled na fotoprotekci kůže: Current view on skin photoprotection. *Dermatológia pre prax*. Bratislava: SOLEN, 10(3), 108-110. ISSN 1337-1746.
22. FIALA, P., J. VALENTA a L. EBERLOVÁ, 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
23. HARAPÁTOVÁ, E., 2015. Maligní melanom s BRAF mutací a možnosti jeho léčby. *Klinická farmakologie a farmacie*. [online]. 29(2), 65-68 [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2015/02/05.pdf>.

24. HAVLÍKOVÁ, A., 2016. Znaménka. *Florence*. 12(11), 47 s. ISSN 1801-464X.
25. HOLEČKOVÁ, P., 2019. Onkologické rány. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 61(3), 36-48 s. ISSN: 1213-9106.
26. KABELKA, L., 2020. Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1688-1.
27. KACHLÍK, D., 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-4058-7.
28. KITTNAR, O., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-1963-4.
29. KODET, O. a I. KRAJSOVÁ, 2017. Malignant melanoma, incidence, risk factor and early diagnosis. *Onkologie* [online]. 11(3), 138-143 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/doi/10.36290/xon.2017.027.html>.
30. KRAJSOVÁ, I., 2017. Maligní kožní nádory: průvodce diagnostikou a léčbou nemelanomových kožních nádorů a melanomu. Praha: Mladá fronta. 381 s. ISBN 978-80-204-4186-7.
31. KRAJSOVÁ, I. a J. BAUER, 2017. *Melanom: imunoterapie a cílená léčba*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 381 s. ISBN 978-80-7345-515-6.
32. KUBÁČKOVÁ, K., 2015. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 335 s. ISBN 978-80-204-3658-0.
33. LEXOVÁ, P., D. VRÁNA, M. MATZENAUER a K. CWIERTKA, 2017. Ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickou ránou. *Florence*. 13(5), 41 s. ISSN 1801-464X.
34. LITVIK, R., 2016. Jaký a jak silný UV filtr na cestách. *Dermatológia pre prax*. Bratislava: SOLEN, 10(2), 50-52 s. ISSN 1337-1746.
35. MANUÁL PREVENCE, 2020. *Jak na prevenci rakoviny kůže?* [online]. [cit. 2023-1-1]. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/MED00207152>.
36. MARZUKA, A. G. and S. E. Book, 2015. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *The Yale journal of biology and medicine*. 88(2), 79-167 s.

37. MCLOONE, J. et al. 2013. Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. *Psycho-Oncology*. [online]. 22(7), 1444-1456 [cit. 2022-12-31]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3165>.
38. MEDICAL TRIBUNE, 2021. I spinaliom se dočkal vysoce účinné systémové léčby. 17(10), 10 s. ISSN 1214-8911.
39. MELANOMA, 2018. Surgical Staging and Treatment. *Cinahl Nursing Guide*; Nov 09. AN: T702131.
40. NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a Z. KLEIBL, 2019. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 638 s. ISBN 978-80-204-5103-3.
41. OREL, M., 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
42. PIZINGER, K., 2003. *Kožní pigmentové projevy*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 80-247-0616-4.
43. RAJSKÁ, L., A. KUBÁTOVÁ, J. TŘEŠŇÁK HERCOGOVÁ a V. BROŽOVÁ, 2017. Melanom. *Česká dermatovenerologie*. 7(3), 191-195 s. ISSN 1805-0611.
44. ROBINSON, J. K. et al., 2016. Early Detection of New Melanomas by Patients With Melanoma and Their Partners Using a Structured Skin Self-examination Skills Training Intervention. *JAMA Dermatology* [online]. 152(9) [cit. 2022-12-1]. Dostupné z: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama-dermatol.2016.1985>.
45. SLEZÁKOVÁ, L., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
46. ŠTERNBERSKÝ, J., 2016. Sluneční záření a jak se chránit před jeho negativními účinky. *Dermatologie pro praxi*. Praha: SOLEN, 10(2), 59 s. ISSN 1802-2960.
47. ŠUTOROVÁ, V. a M. ROMAŇÁKOVÁ, 2016. Psychické stavy provázející návrat do zaměstnání po onkologické nemoci. *Onkologie*. [online]. [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2016/02/09.pdf>.

48. TŘEŠŇÁK HERCOGOVÁ, J. et al., 2019. *Klinická dermatovenerologie*. Praha: Mladá fronta. Medical services. 863 s. ISBN 978-80-204-5321-1.
49. TŘEŠŇÁK HERCOGOVÁ, J., 2022. Česká dermatovenerologie 1/22. *Česká dermatovenerologie*. [online]. [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/ceska-dermatovenerologie-1-22-1064098/>.
50. TURCAJ, M., 2020. Komplikace v dermatochirurgii. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. [online]. [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <http://referatovyvyber.cz/dermatovenerologie/>.
51. VOKURKA, S. et al., 2022. Onkologické rány – doporučení péče vycházející z multioborové spolupráce. [online]. 33(5), 426 s. [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/511/6126.pdf>.
52. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
53. WAALBOER-SPUIJ, R., L. HOLLESTEIN, T. NIJSTEN a L., GROUP, 2019. Satisfaction with Information Provision and Health-related Quality of Life in Basal and Squamous Cell Carcinoma Patients: A Cross-sectional Population-based Study. *Acta Dermato Venereologica*. [online]. 99(10), 933-934 [cit. 2023-1-1]. Dostupné z: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/3299>.
54. WU, Y. P. et al., 2018. Development of an Educational Program Integrating Concepts of Genetic Risk and Preventive Strategies for Children with a Family History of Melanoma. *Journal of Cancer Education*. [online]. 33(4), 774-781 s. [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-016-1144-9>.
55. ŽALOUDÍK, J., 2008. *Vyhnete se rakovině, aneb, prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2307-5.

8 Seznam tabulek

Tab. 1: Identifikační údaje pacientů	31
--	----

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru s pacienty

Příloha č. 2: Informační leták

10 Přílohy

Příloha č. 1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru s pacienty

Základní informace o pacientovi

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše pohlaví?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaké bylo nebo je Vaše zaměstnání?
5. Jakým typem onemocnění kůže trpíte?
6. Kdy Vám bylo diagnostikováno onemocnění kůže?

Životní styl pacienta

1. Jak často navštěvujete svého lékaře pro sledování vývoje Vašeho onemocnění?
2. Jaký byl Váš životní styl před tím, než Vám diagnostikovali onemocnění kůže?
3. Jak se změnil Váš životní styl po tom, co Vám diagnostikovali onemocnění kůže?

Informovanost pacienta

1. Jaké jste měl/a informace o onemocnění kůže před jeho vznikem?
2. Co Vás přivedlo k tomu, abyste navštívil/a lékaře v souvislosti s onemocněním kůže?
3. Z jakých zdrojů jste čerpal/a informace o své diagnóze a dodržování režimových opatření?
4. Pokud jste potřeboval/a doplnit informace týkající se dodržování režimových opatření, na koho jste se obrátil/a?
5. Jaké informace Vám ošetřovatelský personál poskytl o režimových opatřeních?
6. Pokud jste podaným informacím nerozuměl/a, jak jste reagoval/a?

Režimová opatření

1. Kdo Vás informoval o režimových opatřeních v souvislosti s onemocněním kůže?
2. Jaká režimová opatření byste měl/a dodržovat v souvislosti s onemocněním kůže a dodržujete je?
3. Jak ovlivňují režimová opatření Váš každodenní život?
4. Jaké změny ve stravování u Vás nastaly při zjištění vaší diagnózy?
5. Co byste změnil/a v rámci přístupu ošetřovatelského personálu a podávání informací?

Zvládání psychické zátěže

1. Jaký dopad mělo zjištění Vaší diagnózy na váš současný život?
2. Jaká byla reakce Vaší rodiny a blízkých na zjištění Vaší diagnózy?
3. Jak Vás ovlivnila vaše nemoc v pracovním nasazení ve vašem zaměstnání?
4. Jaký má onemocnění a dodržování režimových opatření vliv na Váš společenský život?
5. Jak vnímáte svůj obraz těla po chirurgickém odstranění nádoru kůže?
6. Kdo a jak Vás podporuje během léčby a dispenzarizace?

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2023*

ONEMOCNĚNÍM KŮŽE ŽIVOT NEKONČÍ

Neotáčej se k pravdě zády, zhoubné onemocnění kůže patří mezi jednu z nejčastějších maligní onemocnění vůbec. Pojď se nemoci postavit tváří v tvář a zjisti, jak se správně chránit.

Co se mi to stalo?

Zhoubné onemocnění kůže si představ jako nekontrolovatelné množení kožních buněk, nejčastěji se jedná o melanocyty. Ty později rostou a mohou po těle cestovat krevní, nebo lymfatickou cestou. To vede k vytvoření druhotných ložisek, nebo-li metastáz.



Jaká bude léčba?

V rané fázi lze onemocnění léčit chirurgicky. Případně se využívá metoda chemoterapie, či radioterapie. Věda jde stále vpřed, takže možná narazíš i na možnost imunoterapie, či kombinaci více metod. Veškeré informace týkající se léčby, vždy směřuj na svého ošetřujícího lékaře. Neboj se dotazovat!

Mám teď hrozný strach

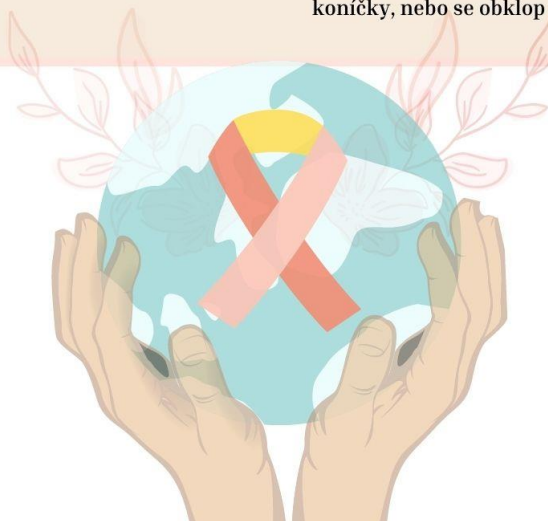
Je naprosto v pořádku cítit strach, hněv, nebo lítost. Najdi oporu ve svých blízkých a svěť se jim s tvým strachem a obavami. Nezapomeň, že rozhodně není tvou slabostí vyhledat pomoc psychologa. Být schopen sdílet s někým druhým své nynější emoce, je často velmi utišující!

Musím teď chodit často k lékaři?

Určitě ano. Právě teď je ta chvíle, kdy tě bude mít pod dohledem celý tým odborníků, kteří udělají vše pro to, aby ti pomohli. Je třeba docházet na preventivní prohlídky k tvému dermatologovi a onkologovi. Sledován můžeš být i řadu let, aby bylo jisté, že je vše v pořádku. Na datum tvé plánované kontroly nikdy nezapomeň!

Můžu chodit do práce?

Možná ti teď tvůj zdravotní stav nedovoluje vrátit se zpět do zaměstnání. Zkus si promluvit se svým zaměstnavatelem, třeba společně najdete alternativu, jako je home office, nebo částečný úvazek. Jestli to však není možné, využij čas a zaměstnej se svými koníčky, nebo se obklop svými nejbližšími!



Hra na schovávanou před sluncem

- Omez vycházení na přímé slunce mezi 11:00 - 15:00 h
- Používej kvalitní fotoprotektivní krémy s faktorem 50+
- Sunscreen měj vždy u sebe a mazej se opakovaně v dostatečné vrstvě (nezapomeň, že ručník, či voda může tvou ochranu smýt)
- Chraň svou hlavu kloboukem s širokým lemem
- Nezapomeň na brýle s UVA a UVB filtrem
- Zakup si oblečení s UV filtrem, nebo si oblékej syntetické materiály, které jsou pro UV záření méně propustné
- Stín tě neochrání. Vodní hladina, sníh, nebo písek odrážejí sluneční záření ve 30% a více
- Vyhní se soláriím
- Chraň své děti, četné spálení od slunce v dětství souvisí s pozdějším rozvojem kožních onemocnění

Pozorování sebe sama

- Věnuj pozornost novým kožním znaménkům
- K prohlídce tvého těla přizvi i druhou osobu, jsou přeci místa kam si nedohlédneš
- Nechceš aby tě někdo z blízkých prohlížel? Nevadí, můžeš si pomoci zrcátkem, či navštívit svého dermatologa
- Na nové znaménka uplatňuj metodu ABCDE. Zaměř se na asymetrii, tvar, ohraničení, barvu, velikost a jeho změny v čase
- Pravidelně docházej na preventivní prohlídky, ke svému dermatologovi



Ve zdravém těle zdravý duch

- Pokus se snížit příjem alkoholu, smažených jídel a konzumaci červeného masa na 500g týdně
- Přestaň kouřit
- Zvyš svůj příjem tekutin na 1,5 - 2 l
- Pij dostatek vody, neslazených čajů, nebo zředěné ovocné, či zeleninové šťávy
- Jez dostatek ovoce, zeleniny a libového masa
- Dbej na tepelnou úpravu pokrmů
- Snaž se o pravidelný pohyb, vhodné jsou procházky, relaxační a protahovací cvičení, plavání a další



Samovyšetřuj se metodou ABCDE



Nejsi v tom sám

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2023*

11 Seznam použitých zkratek

ALM – Akrolentiginózní melanom

AMM – Amelanotický melanom

APPT – Aktivovaný částečný tromboplastinový čas

BMI – Body Mass Index

CT – Počítačová tomografie

DNA – Deoxyribonukleová kyselina

EKG – Elektrokardiogram

LDH – Laktátdehydrogenáza

LMM – Lentigo maligna melanom

MR – Magnetická rezonance

NM – Uzlovitý melanom

P – Pacient

SPF – Sun protection factor

SSM – Povrchově šířící se melanom

TNM – Tumor, nodus, metastáz

tzv – Tak zvaný

UV – Ultrafialové záření

UVA – Dlouhovlnné záření

UVB – Středněvlnné záření

UZ – Ultrazvuk