

Univerzita Karlova v Praze

2. lékařská fakulta

Studijní program: Preventivní medicína



MUDr. Radmila Konkol'ová

Postoj pacientů dlouhodobě sledovaných pro dg. Maligní melanom
k prevenci a dispenzarizaci

The attitude towards prevention and long-term follow-up in patients
diagnosed with melanoma

Disertační práce

Vedoucí závěrečné práce/školitel: Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.

Konzultanti: Prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc., Mgr. Viktor Hynčica, prom. mat.

Praha, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15.4.2013

Radmila Konkořová

Poděkování za pomoc při vzniku této práce náleží níže jmenovaným:

Doc. MUDr. Haně Provazníkové, CSc. (Ústav zdraví dětí a mládeže UK 3. LF, Praha), školitelce

Prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. (Státní zdravotní ústav, Centrum podpory veřejného zdraví, Oddělení psychosociálních determinant zdraví, Praha), konzultantovi

Mgr. Viktoru Hynčicovi, prom. mat. (Státní zdravotní ústav, oddělení biostatistiky a informatiky, Praha), konzultantovi

paní Zdeňce Červenkové (Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF UK, Praha)

Identifikační záznam:

KONKOLOVÁ, Radmila. *Postoj pacientů dlouhodobě sledovaných pro dg. Maligní melanom k prevenci a dispenzarizaci. [The attitude towards prevention and long-term follow-up in patients diagnosed with melanoma]*. Praha, 2013. 70 s., 3 příl. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Dermatovenerologická klinika / Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF UK. Vedoucí práce Provazníková, Hana.

OBSAH

<i>1. KOMPOZICE PŘEDKLÁDANÉ PRÁCE</i>	6
<i>2. ÚVOD A PŘEHLED PROBLEMATIKY</i>	8
<i>2.1 Stres</i>	8
<i>2.2 Stres a kůže</i>	8
<i>2.3 Maligní melanom</i>	9
<i>2.4 Maligní melanom a stres</i>	17
<i>2.5 Prevence melanomu</i>	18
<i>3. METODIKA</i>	20
<i>3.1 Výběr zkoumaného souboru</i>	20
<i>3.2 Struktura dotazníků</i>	20
<i>3.3 Organizace a průběh studie</i>	21
<i>3.4 Zpracování výsledků</i>	21
<i>4. VÝSLEDKY</i>	22
<i>5. DISKUSE</i>	46
<i>6. ZÁVĚR</i>	49
<i>7. SOUHRN</i>	50
<i>7.1 Souhrn v českém jazyce</i>	50
<i>7.2 Souhrn v anglickém jazyce</i>	52
<i>8. POUŽITÁ LITERATURA</i>	54
<i>9. SEZNAM PŘÍLOH</i>	58
<i>9.1 Seznam použitých zkratk</i>	59
<i>9.2 Dotazníky</i>	60
<i>9.3 Seznam publikací</i>	68

1. KOMPOZICE PŘEDKLÁDANÉ PRÁCE

Cílem práce bylo provedení průřezové epidemiologické studie na souboru pacientů, kteří jsou v dispenzární péči „poradny pro pigmentové névy a nádory kůže“ Dermatovenerologické kliniky UK 2. LF a Nemocnice Na Bulovce v Praze.

Výběr respondentů byl omezen na pacienty s diagnózou maligní melanom ve stadiu I a II (dle TNM klasifikace zhoubných novotvarů), tedy na ty, u kterých není zahajována žádná adjuvantní ani jiná léčba. Dalšími kritérii pro výběr vzorku byly: věk do 75 let, délka dispenzarizace alespoň 1 rok, jasná diagnóza a informovanost pacienta o ní. Zajímá nás tedy informovaný pacient, který není vlastně nijak léčen, ale který by již měl na základě doporučení lékaře a svých zkušeností s nemocí nějak modifikovat svůj postoj k prevenci před UV zářením.

Náhodný výběr zkoumaného vzorku byl zajištěn časovým intervalem provedení studie – 4 měsíce. Časový interval byl zvolen tak, aby bylo možno oslovit polovinu dispenzarizovaného souboru pacientů. Celkový počet pacientů v souboru, po výše uvedeném výběru, byl 276.

Studie byla provedena anonymně, dotazníkovou formou. Baterie dotazníků byla zaměřena na postoje respondentů ke slunečnímu záření, k jejich spolupráci se zdravotnickým zařízením a na informovanost pacientů o nemoci. Připojeny byly 4 dotazníky psychologické: PSSS (Personal Social Support Scale) sloužící ke zjištění úrovně sociální opory, Z.A.S. (Zátěž a stres) k posouzení stupně uspokojení ve vztahu k přátelům, práci, zdravotnímu stavu, dále BSSD (Beckův dotazník deprese) a LC úsečka (Locus of control), která vyjadřuje možné rozpětí interní či externí kontroly.

Cílem bylo zjištění úrovně praktické aplikace doporučených preventivních opatření, zjištění míry zátěže, kterou s sebou nesou opakované dispenzární kontroly a posouzení zvládnutí nemoci u tohoto vzorku respondentů. Při volbě metodiky nebylo možné tuto

srovnat s jinými podobnými, protože dostupné literární zdroje podobně zaměřenou studii neuvádějí.

Výsledky byly zpracovány v programu epi-info a následně statisticky vyhodnoceny. U psychologické části dotazníků byla administrace provedena skórováním a výsledky byly také posléze statisticky vyhodnoceny.

2. ÚVOD A PŘEHLED PROBLEMATIKY

2.1 Stres

Stres je nepřiměřenou zátěží, která se dotýká hranice možností člověka ji zvládat, či ji dokonce překračuje. Krátkodobý stres může mít efekt pozitivní a vést ke zvýšení výkonu. Dlouhodobý stres však pracovní výkon snižuje a oslabuje individuální kapacitu odolnosti člověka vůči stresu.

Stres může mít dvě formy: eustres a distres. Eustres je nepřiměřená zátěž, kterou člověk může prožívat při příjemných a volených činnostech (sex, sport). Distres je nechtěnou nepřiměřenou zátěží, které se lidé obvykle vyhýbají. Reakce na stres může být aktivní (útok) nebo pasivní (útěk). Všechny exogenní i endogenní faktory, které vedou ke vzniku adaptačního syndromu, jsou nazývány stresory.

Stresory působí neustále na všechny jedince a slouží jim k adaptaci. V adaptačních reakcích mají významnou roli nervový a endokrinní systém. Pokud se však tato metabolická příprava na akci opakuje příliš často, může dojít až k orgánovému poškození (1). Charakter stresorů může být velmi různý – vnitřní, zevní, akutní, chronický, fyzický, psychický. Hypotalamus často nedokáže rozlišovat mezi různými stresory a ty pak spouštějí obdobnou stresovou reakci. Prostřednictvím neuronů v paraventriculárním jádru hypotalamu aktivují osu hypotalamus – hypofýza – nadledviny. V hypofýze je do oběhu secernován kortikotropin, který pak v nadledvinách indukuje uvolňování adrenálních glukokortikoidů. Aktivují také adrenergní systém locus coeruleus, následkem čeho stoupají i hladiny norepinefrinu (2). Glukokortikoidy a katecholaminy mají regulační vliv na buněčnou funkci a diferenciaci T-buněk a makrofágů a ovlivňují tak zánět a imunitu (3).

2.2 Stres a kůže

Také kůže může být periferním cílovým orgánem pro efektorovou část stresové reakce. Akutní stres má stimulující vliv na imunitu a může vést k posílení hypersenzitivity pozdního typu a k degranulaci žírných buněk (4). Chronický stres může zhoršovat hojení ran (5, 6, 7).

Působení psychosociálních vlivů na průběh některých kožních chorob je známé poměrně dlouho. Předmětem zkoumání v tomto směru jsou především psoriáza a atopický ekzém (8, 9, 10). Jedním z možných mechanismů působení stresu u těchto chorob by mohla být změna bariérové funkce kůže (2).

U dermatóz a kožních vad obecně může být ovlivněna socializace nemocných. Dermatóza se stává zdrojem stresu a stres zhoršuje kožní projevy. Je tomu tak opět např. u atopického ekzému a psoriázy (11, 12), ale i u jiných dermatóz. Mezi ně patří bércové vředy (13), sklerodermie (14), vitiligo (15), areální alopecie (16), hyperhidrosa (17, 18), akné (19, 20), chronická urtikarie (21) aj. Kožní reaktivita závisí do značné míry na osobnostních rysech zvládání stresu, kognitivních faktorech a sociálním zázemí (22). Zkoumání je podrobována také oblast vlivu stresujících životních událostí na vznik a frekvenci výskytu kožních sensorických symptomů (23).

2.3 Maligní melanom

Melanom je maligní kožní nádor, který vzniká neoplastickou proměnou melanocytů. Nejčastěji vychází z melanocytárního systému kůže. Pro přítomnost melanocytů i v jiných orgánech, se melanom může primárně vyskytnout také např. v oku nebo na sliznicích.

Epidemiologie. Melanom přestal být vzácným kožním tumorem a jeho incidence u bílé rasy celosvětově stoupá. U nás se jeho incidence pohybuje kolem 10 - 12 hlášených

melanomů na 100.000 obyvatel ročně. Ale např. německé literární zdroje uvádějí incidenci 12-14/100.000 ob. a v Austrálii je uváděna ještě vyšší, až 40/100.000 obyvatel. Melanom se vyskytuje nejčastěji u lidí středního věku, mírně více u žen. V dětském věku je výskyt melanomu dosud celkem vzácný (kolem 2-3% melanomů). V období do 12 let věku je výskyt jen 0,3% ze všech hlášených melanomů (24).

Etiologie a patogeneze. Etiologie dosud známa není. Za rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku melanomu, jsou považovány: kožní fototypy I a II, nadměrná sluneční expozice (celoživotní kumulace dávek i občasná, ale intenzivní expozice slunci vedoucí ke spálení kůže), současný výskyt vrozených i získaných melanocytárních névů na kůži (melanom může ovšem vzniknout i na kůži zcela normální nebo na neosluněných partiích kůže), imunosuprese a imunodeficiencie. Byl popsán také zvýšený výskyt melanomu v některých rodinách, který většinou souvisí se syndromem dysplastických névů. U 30% takto postižených rodin byl nalezen defekt genu p16 (CDKN2A gen nebo MTS1- multiple tumor suppressor gene 1) lokalizovaný na 9q21. Genetická problematika není prozatím dořešena.

Obvykle lze rozlišit dvě fáze růstu nádoru. Radiálně-horizontální a vertikální. V radiálně-horizontální fázi se atypické melanocyty šíří pouze v epidermis. Ve vertikální fázi buňky některého klonu proměněných melanocytů začínají pronikat hlouběji do dermis a melanom může metastazovat (25).

Klinické projevy. Přes různost názorů na dělení klinických projevů kožního melanomu na jednotlivé formy, se dosud užívá následující dělení:

Lentigo maligna a Lentigo maligna melanom (LMM)

Lentigo maligna (Melanosis circumscripta precancerosa Dubreuilh) je pomalu rostoucí, neostře ohraničená, nehomogenně pigmentovaná skvrna mapovitého tvaru,

různé velikosti, vyskytující se nejčastěji na obličejích starších lidí. Radiálně-horizontální fáze v tomto případě trvá léta, je považována za melanoma in situ. Počátek vertikálního růstu již nazýváme lentigo maligna melanom. V této fázi se v dosud plošném ložisku klinicky objevuje hrbolek hnědočerné barvy, může však být také amelanotický (bez pigmentu). Ze všech forem melanomu má nejpříznivější prognózu.

Povrchově se šířící melanom (superficial spreading melanoma – SSM)

Jedná se o nejčastější formu melanomu (až 70% všech melanomů) a postihuje především lidi středního věku. Ve své radiálně-horizontální fázi, která trvá asi 1-5 let, bývá často mylně diagnostikován jako melanocytární névus, ze kterého ovšem také může vzniknout. Klinicky se jedná o poměrně ostře ohraničené ložisko se značně nehomogenní hnědočernou, modrošedou nebo světle hnědou pigmentací, nepravidelného tvaru, s výběžky a zářezy na obvodu. Může docházet také ke spontánní regresi tumoru, což se klinicky projevuje v některých místech depigmentací a ložisko nabývá mapovitého vzhledu. Velikost může být různá, obvykle od 1 do několika centimetrů. Ve fázi vertikálního růstu se na povrchu této léze objeví hnědočerný nebo narůžovělý (amelanotický) hrbolek a prognóza se výrazně zhoršuje.

Nodulární melanom (NM)

Ve spektru forem melanomu zaujímá 2. místo v četnosti. Roste poměrně rychle. V původním melanocytárním névu, nebo na normální kůži, náhle vyrostou polokulovitý hrbol různé velikosti, s hladkým, olupujícím se, či záhy erodovaným povrchem. Barvu mívá výrazně nehomogenní, hnědočernou, nebo může být amelanotický. Horizontální

fáze růstu je velmi krátká, proto bývá často přehlédnuta. Vertikální fáze nastupuje velmi rychle. Prognóza je nepříznivá.

Akrolentiginózní melanom (ALM)

Je charakteristický tím, že primárně vzniká na místech s chybějícími vlasovými folikuly. Na dlaních, na ploskách, na prstech, v nehtovém lůžku apod. – tedy na akrech. Klinicky má vzhled LMM, roste poměrně pomalu. Může být i typu SSM nebo NM. Pokud má původ v nehtové matrix, je klinicky na nehtu patrný podélný šedomodrý pruh. U melanomu subunguálního je to prosvítající hnědočerné zbarvení nehtového lůžka. Prognóza není příznivá.

Mimo výše uvedených čtyř základních forem melanomu známe řadu dalších variant tohoto tumoru: *melanom asociovaný s melanocytárním névem, amelanotický melanom, mnohočetný primární melanom, verukózní melanom, polypoidní melanom, slizniční melanom, melanom oka, desmoplastický a neurotropický melanom* a další.

Způsob šíření. Melanom je agresivní nádor, který poměrně časně metastazuje lymfatickou cestou (okolní kůže, regionální lymfatické uzliny, vzdálené lymfatické uzliny) a poté i cestou hematogenní (plíce, játra, mozek, kosti, srdce, kůže). Možný je také vznik satelitních nebo in-tranzitních metastáz v blízkém okolí místa původního nádoru. Obvykle melanom metastazuje během prvního pětiletého pooperačního období (50 až 90% metastáz).

Diagnostika. *Anamnestické údaje* sdělené pacientem (doba vzniku léze, změny, krvácení, trauma, původní stav postižené kůže apod.) jsou velmi důležité.

Klinický obraz bývá pro zkušené oko poměrně charakteristický. Pomoci mohou tzv. ABCD (E) kritéria, která se používají k diagnostice a identifikaci maligní kožní

pigmentové léze. A (Asymmetry) označuje nepravidelnost tvaru léze s výběžky a zářezy, B (Border) značí změnu ve vyjádření ostrosti ohraničení léze, C (Color) označuje změnu barvy projevu či vznik nehomogenity jeho zbarvení, D (Diameter) označuje velikost léze, která bývá obvykle větší než 5 mm a plošně se šíří. Jako další kritérium se někdy uvádí také E (Elevation), které znamená vyvyšování léze nad niveau okolní kůže. Klinické diagnostice mohou také pomoci dermatoskopie a event. epiluminiscentní mikroskopie, které jsou schopny zlepšit vizualizaci pigmentových struktur v kůži. Zcela jednoznačnou odpověď nám ale poskytne pouze histopatologické, event. imunohistochemické vyšetření excidovaného útvaru.

Histopatologický obraz - nalézáme izolované nebo hnízdovitě uspořádané atypické melanocyty v epidermis s různě hlubokou infiltrací do koría a různým stupněm melanizace, zánětlivý infiltrát v okolí. Imunohistochemicky se prokazuje pozitivita na S-100 protein nebo HMB-45 (důležité např. u desmoplastického melanomu). Důležitými údaji, které by zpravidla mělo histopatologické vyšetření také poskytnout, jsou uvedení tloušťky nádoru v mm (Breslow), hloubky průniku nádorových buněk (Clark I-V), přítomnost ulcerace a počet mitóz na mm². Z těchto údajů vychází také TNM klasifikace maligního melanomu kůže dle AJCC 2009, 7. revize, UICC.

Staging. Kromě histopatologického vyšetření se všemi potřebnými údaji, je přirozeně nutné využít k určení stadia melanomu i dalších vyšetřovacích metod. Patří sem rutinní vyšetření krve, rtg hrudníku, sonografické či CT vyš. břišních orgánů, palpační, event. sonografické vyšetření regionálních lymfatických uzlin a další (PET, MRT).

Léčba. Základ terapie primárního nádoru tvoří především léčba chirurgická. Operabilní tumor má být odstraněn s dostatečným lemlem zdravé tkáně v okolí (1-3 cm) a do dostatečné hloubky (i s podkožím). Pokud melanom nebyl poznán klinicky a rozsah excize výše uvedeným podmínkám neodpovídal, je nutné provést reexcizi. Profylaktická disekce regionálních uzlin se u stadia I a II neprovádí. Tyto se odstraňují pouze v případě jejich postižení metastatickým procesem. Nověji zavedenou metodou je odstranění tzv. sentinelové uzliny (selektivní lymfadenektomie), tj. uzliny, která je pro

tumor nejbližší spádovou. Cílem metody je identifikace pacientů se subklinickými mikrometastázami. V případě, že je tato uzlina histopatologicky negativní, disekce regionálních uzlin se následně neprovádí. Pokud je ovšem pozitivní, musí být tento radikální výkon proveden. Metoda je používána jen na některých pracovištích, protože vyžaduje speciální barvení modrým barvivem (isosulfan blue), značení lymfatických cest radioaktivním techneciem (Tc99) a příslušné technické vybavení pracoviště. V posledních letech se metoda stává standardním postupem u pacientů s melanomem o tloušťce 1 mm a větší. Není však metodou v pravém slova smyslu léčebnou, ale má prognostickou informační hodnotu.

Radioterapie je někdy využívána pooperačně, k lokálnímu ozáření po lymfadenektomii, jinak je většinou metodou paliativní při metastatickém procesu (skeletální a intracerebrální metastázy). Obecně lze ale říci, že melanom je k aktinoterapii méně senzitivní nádor.

Chemoterapie adjuvantní u nižších stadií nepřináší žádné signifikantní výsledky. Proto se od ní upouští. V pokročilých stadiích onemocnění je chemoterapie ovšem hlavní metodou léčby. V monoterapii je užíván hlavně dakarbazin (DTIC). Častěji je dnes používána polychemoterapie, tedy kombinace různých cytostatik. Doporučená schémata jsou různá

a četná, vždy obsahující karmustin nebo dakarbazin (event. oba). Dále se v těchto chemoterapeutických schématech používají: bleomycin, vinblastin, vinkristin, cisplatina, hydroxyurea, tamoxifen, tenipozid, fotemustin, lomustin apod. Všechna cytostatika vedou k myelosupresi a vykazují různou orgánovou toxicitu. Mohou být nefrotoxické, neurotoxické, hepatotoxické a vedou také ke vzniku difúzní alopecie. Chemoterapie se dnes často kombinuje s imunoterapií.

Nespecifická imunoterapie BCG (Bacille Calmette Guerin) vakcínou, dinitrochlorbenzenem (DNCB) a pomocí *Corynebacterium parvum* je již opouštěná. Dnes stojí v popředí zájmu cytokiny.

Interferon alfa se podává ve vyšších stadiích nemoci jako adjuvantní systémová léčba dlouhodobě (např. 3-5 mil. IU 3x týdně, 2 roky). Doporučená dávkovací schémata i

délka podávání interferonů se však různí. Indikováni jsou pacienti s pokročilým melanomem ve stadiu III. Ukazuje se, že léčba může prodlužovat především přežívání bez relapsů nemoci. Léčebně lze použít také interferonu beta a gama.

Interleukiny (hlavně IL-2) jsou používány především v kombinovaných schématech společně s chemoterapií. Tato chemoimunoterapie je kombinací cytostatik a interferonů, či interleukinů.

V současné době se zkoumají možnosti využití specifické vakcinace antigeny melanomových buněk (GM2 gangliosid) s cílem, aby se prolomila tolerance hostitele vůči nádoru a tím se zvýšila imunitní odpověď na něj. Dalším pokusem o modulaci imunitní odpovědi na nádor je zatím experimentální použití monoklonálních protilátek.

Hypertermická perfuzní léčba je vhodná u končetinových satelitních (in-tranzitních) metastáz. Hypertermie zvyšuje její účinnost (podobně jako zvyšuje účinnost radioterapie). Protože je kombinována s radikální lymfadenektomií, může mít za následek nejen těžké poškození arteriovenózního systému, ale také vznik lymfedému (26, 27, 28).

Obecně u melanomu platí, že operabilní metastázy by měly být odstraněny chirurgickou cestou. Teprve poté se mají ke slovu dostat další metody léčby. Toto pochopitelně neplatí u mnohočetného orgánového metastatického procesu. Melanom zůstává, i přes všechny dosud prezentované terapeutické možnosti, velmi nevyzpytatelným zhoubným nádorem.

Prognóza. Je určována četnými prognostickými faktory. Jsou to: včasnost excize tumoru (nejlépe ještě v radiálně-horizontální fázi růstu), hodnota Breslowa (nádory s hodnotou nižší nebo rovnou 0,75 mm mají nízkou tendenci k metastazování a 10 - leté přežívání je uváděno kolem 97%, u nádorů s hodnotou vyšší než 4 mm je to jen 50 %), hloubka invaze (Clark) a mitotická aktivita tumoru. Dále to jsou: lokalizace primárního nádoru (lokalizace na trupu, krku a hlavě má horší prognózu než jiné lokality), pohlaví (muži mají horší prognózu), věk (mladší jedinci mívají horší prognózu), typ melanomu (viz výše), ulcerace tumoru a také přirozeně přítomnost a lokalizace metastáz (24).

TNM klasifikace maligního melanomu uvádí celkem 4 stadia tumoru. Stadium I uvádí tloušťku primárního tumoru do 1 mm, hodnotu Clark II či III bez ulcerace (pT1a), Clark IV a V s ulcerací (pT1b) nebo tloušťku nádoru 1 – 2 mm bez ulcerace (pT2a). Stadium II zahrnuje hodnoty tloušťky primárního tumoru 1 – 2 mm s ulcerací (pT2b), 2 – 4 mm bez ulcerace (pT3a) nebo s ulcerací (pT3b), event. tloušťku větší než 4 mm bez ulcerace (pT4a) či s ulcerací (pT4b). V obou těchto stadiích nejsou ještě přítomny metastázy v lymfatických uzlinách či vzdálené metastázy tumoru (29).

Dispenzarizace. Pacienti s diagnostikovaným melanomem bývají u nás celoživotně dispenzarizováni - zpravidla na dermatologických klinikách či odděleních, v tzv. melanomových komisích. Melanomovou komisí tvoří odborníci různých oborů zabývající se problematikou melanomu (dermatovenerolog, onkolog, chirurg, event. imunolog). Cílem těchto komisí je stanovení optimálního terapeutického postupu a včasné odhalení recidivy. Vyšetření pacientů při pravidelných kontrolách spočívá ve vyšetření aktuálního stavu kůže a uzlin aspekci i palpačně, v sonografickém vyšetření břišní dutiny a lymfatických uzlin, v rtg vyšetření hrudníku, event. dalších (CT, scintigrafie skeletu apod.). Specifické vyšetření z krve, které by jednoznačně pomohlo poznat počínající zakládání metastáz nádorem, není dosud známo. Soubor laboratorních vyšetření spočívá v rutinních vyšetřeních krevního obrazu, jaterních testů, vyšetření markerů orgánového postižení, event. imunologického lymfocytárního panelu. Melanogeny v moči jsou detekovatelné až v pokročilém stadiu onemocnění.

V oblasti dispenzarice, resp. četnosti i obsahu prohlídek nevládne v odborných kruzích soulad. U nás je však tato péče poměrně dobře organizována. Cílem je včasné odhalení případné progresy nemoci či duplicitních nádorů.

Komplikace a pozdní následky. Bezprostřední komplikace plynou z rozsahu chirurgického výkonu. Dnes již nejsou doporučovány velké mutilující výkony, přesto je vhodnější, když se chirurgii melanomu věnuje plastický chirurg, aby výsledný efekt byl pro pacienta co nejvíce kosmeticky přijatelný. Následné terapeutické postupy (radioterapie, chemoterapie, imunoterapie) mají své specifické komplikace. Všechny

další pozdní následky jsou závislé na faktu, zda melanom metastazuje či nikoli. Např. při vzniku metastázy v aktinoterapii ošetřené lokality, se tato stává inoperabilní. Další možnou komplikací je možnost vzniku melanomu u pacienta s jinou kožní nemocí, která se běžně efektivně léčí fototerapií (psoriáza, lymfomy). Pacientům s diagnostikovaným melanomem se obecně doporučuje důsledná ochrana před slunečním zářením (oděv, fotoprotektiva).

2.4 Maligní melanom a stres

Vztahem „psychosociální faktory – nádorová onemocnění“ se zabývá psychoonkologie. Odborná literatura nabízí relativně dost odkazů na tuto problematiku. Shodně naznačuje, že období očekávání diagnózy, její sdělení, čekání na terapii a další kontroly, jsou pro pacienty obrovskými faktory stresu. Stresem je u onkologicky nemocných již samotné sdělení diagnózy. Pak jistě také každé čekání na výsledek vyšetření, obava z neznámých terapeutických postupů, relapsu onemocnění apod.

Je zdůrazňována potřeba současné intervence v psychosociální oblasti (30). Ženy a pacienti s nádorovým onemocněním hlavy, krku či hrudníku vykazují vyšší míru stresu (31). Studie jsou obvykle uskutečňovány dotazníkovou metodou. Návratnost dotazníků bývá vysoká, což je indikátorem vůle nemocných participovat na rozhodovacím procesu léčby. Pacienti často poukazují na nedostatek či chybění psychologické podpory ze strany zdravotníků (32). Psychologická intervence významně snižuje úzkost, zoufalost, depresi a stres, může pomoci zlepšit kvalitu života a eliminovat komunikační problémy (33, 34).

Po radikálním chirurgickém odstranění primárního tumoru (melanomu) a při nepřítomnosti zjištěných metastáz následuje pouze dlouhodobé sledování nemocných (viz 2.3 *Dispenzarizace*).

To u nich přirozeně vede ke stresu. V odborné literatuře je doporučována psychologická intervence především u pacientů se špatnou prognózou a viditelnými jizvami (35). Další

práce poukazují na to, že vysoká sociální opora je asociována s dobrým přijetím nemoci a naopak, nízká sociální opora, u lidí žijících osaměle či depresivně laděných, je spojena s horší adaptací (36). Jsou popisovány rozdíly v úrovni stresu v různých věkových skupinách a u pacientů v různých stádiích nemoci (37) a potřeba kognitivně – behaviorální a psychiatrické intervence u pacientů sledovaných pro tuto diagnózu (38, 39).

U nás jakákoli zmínka o této problematice v odborné literatuře chybí.

Z výše uvedených informací vyplývá, že pacientům s diagnostikovaným melanomem, jejichž stadiem nemoci je I a II, nelze nabídnout žádnou jednoznačně přesvědčivou adjuvantní terapii. U nich, ale i u těch, kteří díky vyššímu stadiu nemoci adjuvantní terapií (interferony) prošli, spočívá pak další péče v pravidelných dispenzárních kontrolách. Je obvyklé, že nemocní jsou v melanomových komisích kontrolováni v průměru jednou za půl roku (dle stadia nemoci po 3, 6 měsících nebo až po roce). Je možné předpokládat, že být je jistě příznivý výsledek pravidelných kontrolních vyšetření pro tyto pacienty zdrojem úlevy, cyklické kontroly jsou pro ně určitým stresem. V jisté míře se na stres v průběhu času adaptují, přesto však opakovaný kontakt s faktem možné přítomnosti nemoci tento stresor aktivuje.

2.5 Prevence melanomu

Následujícími preventivními opatřeními nelze bezvýhradně zaručit zabránění vzniku melanomu na kůži, ale rozhodně lze jeho hrozivý nárůst v populaci pozitivně ovlivnit. Prevence by měla být zaměřena hlavně na jediný známý etiopatogenetický faktor melanomu – nadměrnou expozici UV záření, osvětlu a následné prohlídky kožního povrchu především u rizikové části populace.

Výchovou ke správným návykům při pobytu na slunci se dermatologové zabývají v posledních 20 letech poměrně intenzivně. A to v celém vyspělém světě. U nás se např. jednou ročně pořádá akce nazvaná Evropský den melanomu, kdy dermatologové

dobrovolně otevírají své ordinace všem, kteří mají zájem nechat si kůži prohlédnout. Vyšetření je bezplatné a každoročně je při něm zachyceno několik původně nepoznaných, či dosud nevyšetřených, nádorů.

Ke správným návykům patří samozřejmě také povědomí veřejnosti o stavu ozonové díry a UV indexu. UV index je mezinárodně uznávaný způsob měření intenzity slunečního UV záření v konkrétním místě i čase. V České republice jeho výpočet provádí Český hydrometeorologický ústav a uvádí jej ve svých letních předpovědích počasí.

Dalším důležitým prvkem prevence je omezení expozice slunci mezi 11 – 15 hodinou, kdy je přirozeně UV záření nejintenzivnější. Jiným problematickým chováním lidí, které je nutné osvětou korigovat, je popularita umělých zdrojů UV záření (UVA) v soláriích.

A i když je dnes k dispozici řada velmi účinných fotoprotektivních přípravků, k jejichž používání je třeba populaci nadále nabádat, je současně nutné zdůrazňovat také vhodnost ochrany kůže oděvem. V některých státech, např. Austrálii, se s velkým úspěchem setkaly speciálně navržené pokrývky hlavy pro děti a dospělé. Začíná se uplatňovat i uvádění tzv. UPF, ultraviolet protection factor), který obdobně jako SPF (sun protection factor) u fotoprotektivních krémů, uvádí přepočítanou hodnotu ochranného faktoru daného oděvu. Tato problematika je nám však dosud poměrně vzdálená a je i relativně složitá, protože k výpočtům je důležité znát technologie výroby, síly vláken, hustotu, barvu, případná aditiva apod. (40).

V neposlední řadě je třeba populaci vést k samovyšetřování kůže a včasné návštěvě lékaře v případě jakýchkoli neobvyklých kožních změn. Včasný záchyt totiž znamená zvýšení šance na plnou úzdravu. Nádor o malé tloušťce, s malým či žádným potenciálem metastazování, lze odstranit prostým chirurgickým zákrokem zcela.

3. METODIKA

3.1 Výběr zkoumaného souboru

Registr dispenzarizovaných pacientů v dermatoonkologické poradně Dermatovenerologické kliniky 2. LF a Nemocnice na Bulovce obsahoval v průběhu studie cca 350 pacientů, z toho 276 pacientů s diagnózou melanomu ve stadiu I a II (dle TNM klasifikace zhoubných novotvarů). Ze zkoumaného souboru byli vyloučeni ti, kterým z jakýchkoli důvodů nebyla v minulosti sdělena diagnóza, dále lidé starší 75 let a ti, kteří jsou dispenzarizováni pro jinou diagnózu (syndrom dysplastických névů, maligní lymfom, spinocelulární karcinom, prekancerózu lentigo maligna apod.), či jsou dispenzarizováni velmi krátce. Pacienti jsou v rámci dispenzarizace kontrolováni v přibližně půlročních intervalech, takže z této skupiny byla v období 3 - 4 měsíců dotazníkovou formou oslovena přibližně polovina nemocných. Společnými znaky zkoumaného souboru jsou jednoznačná diagnóza (maligní melanom), stadium I a II (TNM klasifikace), délka doby dispenzarizace alespoň 1 rok a věk pacientů do 75 let.

3.2 Struktura dotazníků

Použitá baterie dotazníků vycházela z anonymity respondentů. Tato forma byla zvolena z důvodu maximální otevřenosti respondentů u zvlášť citlivých otázek (způsob sdělení diagnózy apod.). Dotazníky měly celkem 7 stran. Úvodní část obsahovala orientační osobní údaje, údaje o informovanosti pacienta o diagnóze a jeho postoji k nemoci, pravidelným kontrolám a ochraně před slunečním zářením. Dále byl připojen dotazník PSSS (Personal Social Support Scale), který zjišťuje úroveň a strukturu sociální opory (41) a dotazník Z.A.S. (škála „Zátěž a Stres“) posuzující stupeň uspokojení ve vztahu k přátelům, práci, zdravotnímu stavu apod (42). Připojena byla také zkrácená verze Beckova dotazníku deprese (BSSD) (43) vycházející z delší verze

původní (44) a vizuální analogová škála, zjišťující lokalizaci životní kontroly (locus of control) respondentů (45). Tázaný v tomto případě na 10 cm stupnici označí bod, který vyjadřuje jeho vnímání toho, nakolik má svůj život pod kontrolou. Dotazníková forma byla zvolena pro časovou a prostorovou nemožnost vést individuální rozhovor.

3.3 Organizace a průběh studie

Z důvodu časové i prostorové nemožnosti vést s každým pacientem individuální rozhovor, ale také kvůli početnímu rozsahu kladených otázek, všichni pacienti obdrželi dotazník, se kterým mohli pracovat v domácím prostředí. Dotazníky byly vydány všem respondentům za stejných podmínek (v den, kdy přicházejí k laboratorním odběrům) a vyplněné je měli možnost odevzdat do schránky k tomu určené v den jejich kontroly v ambulanci (kdy si přicházejí pro výsledky vyšetření). Dotazník byl tedy pacienty vyplňován přesně v období, kdy očekávají příznivý či nepříznivý výsledek půlroční kontroly.

Dotazníky byly opatřeny pořadovým číslem, které by umožnilo identifikaci pacienta v případě nutné psychologické či jiné intervence.

3.4 Zpracování výsledků

Respondenti, až na jedinou výjimku, vybírali z nabízených možností odpovědí, což posléze ulehčilo statistické zpracování výsledků. Zmiňovanou výjimkou byla otázka, kdy mohli konkrétně uvést kritiku postupu či chování zdravotníků vůči jim samotným. Výsledky byly zpracovány pomocí programu epi-info a vyhodnocení bylo provedeno pomocí statistických metod (k výpočtu statistické významnosti bylo použito Chí-kvadrát testu a F-testu).

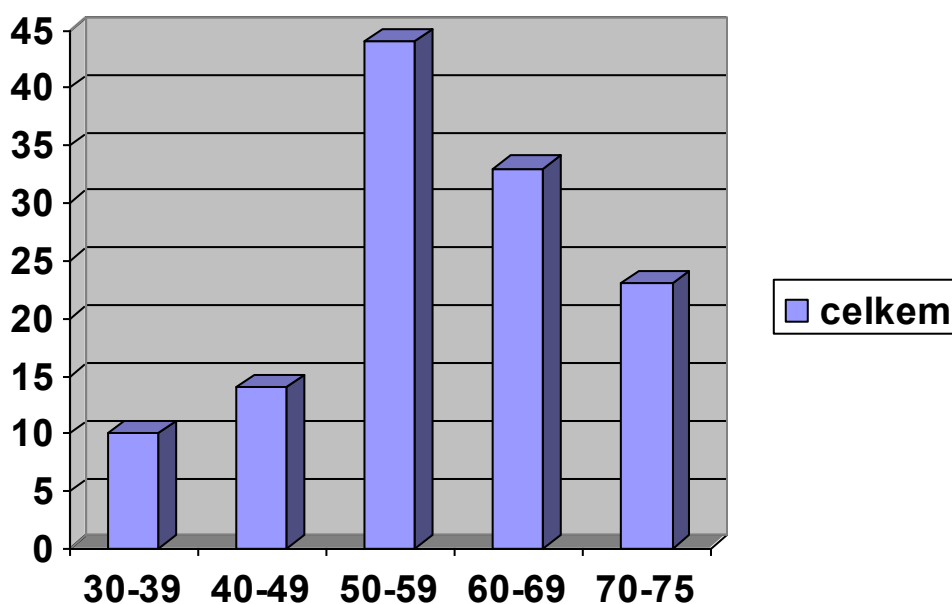
4. VÝSLEDKY

Dotazníkovou formou bylo osloveno celkem 136 pacientů. Na studii participovali celkem 124 respondenti ($n = 124$), 54 mužů a 70 žen. Návratnost dotazníků byla 91,17 %.

Struktura souboru podle věkových skupin byla následující (graf 1):

30 – 39 let 10 pacientů (8,1 %)
40 – 49 let 14 pacientů (11,3 %)
50 – 59 let 44 pacienti (35,5 %)
60 – 69 let 33 pacienti (26,6 %)
70 – 75 let 23 pacienti (18,5 %)

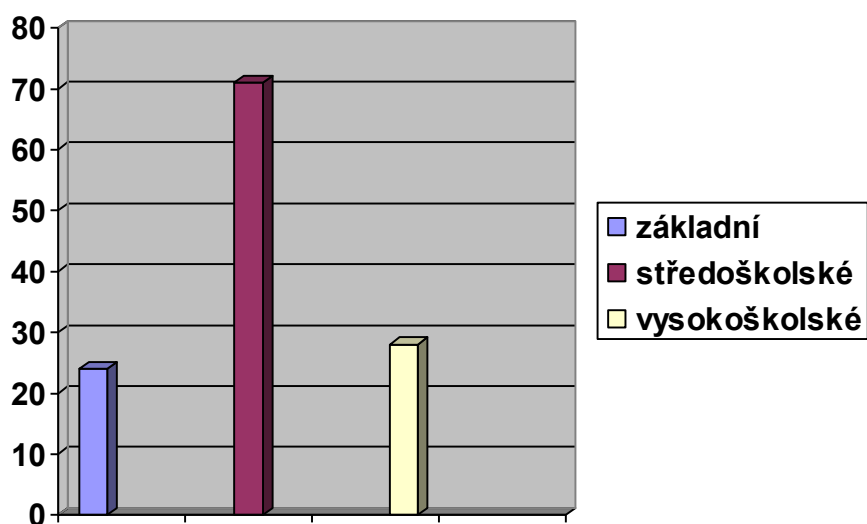
Graf 1
Struktura souboru podle věkových skupin ($n = 124$)



Struktura souboru podle stupně dosaženého vzdělání – 1 pacient úroveň vzdělání neuvedl (n = 123) (graf 2):

Základní	24 pacienti (19,5 %)
Středoškolské	71 pacient (57,7 %)
Vysokoškolské	28 pacientů (22,8 %)

Graf 2

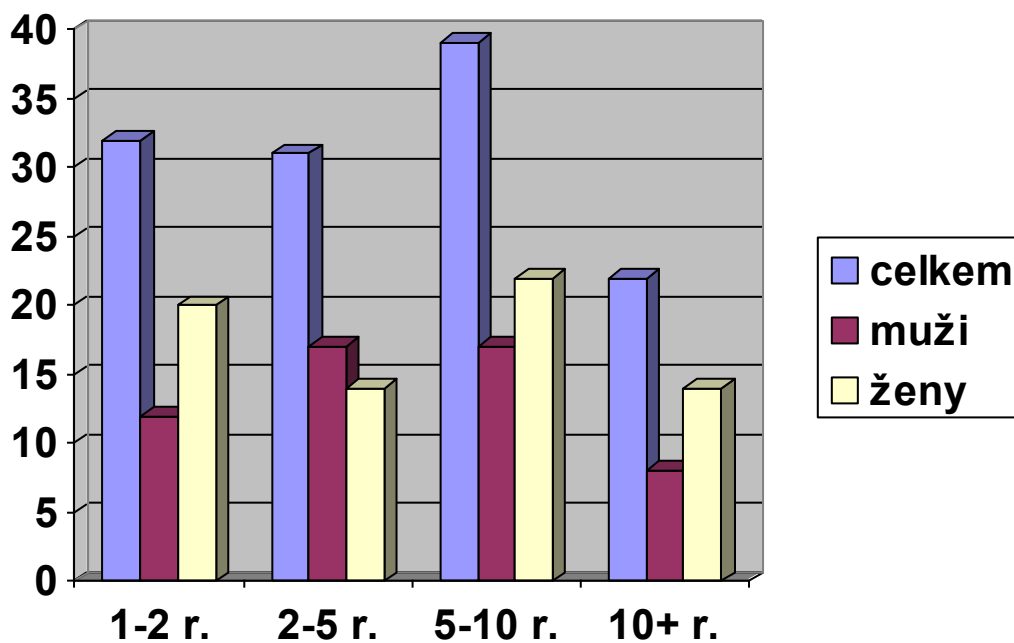


Struktura souboru podle délky dispenzární péče (graf 3):

0 – 2 roky	32 pacienti (25,8 %)
2 – 5 let	31 pacient (25,0 %)
5 – 10 let	39 pacientů (31,5 %)
10 a více let	22 pacienti (17,7 %)

Graf 3

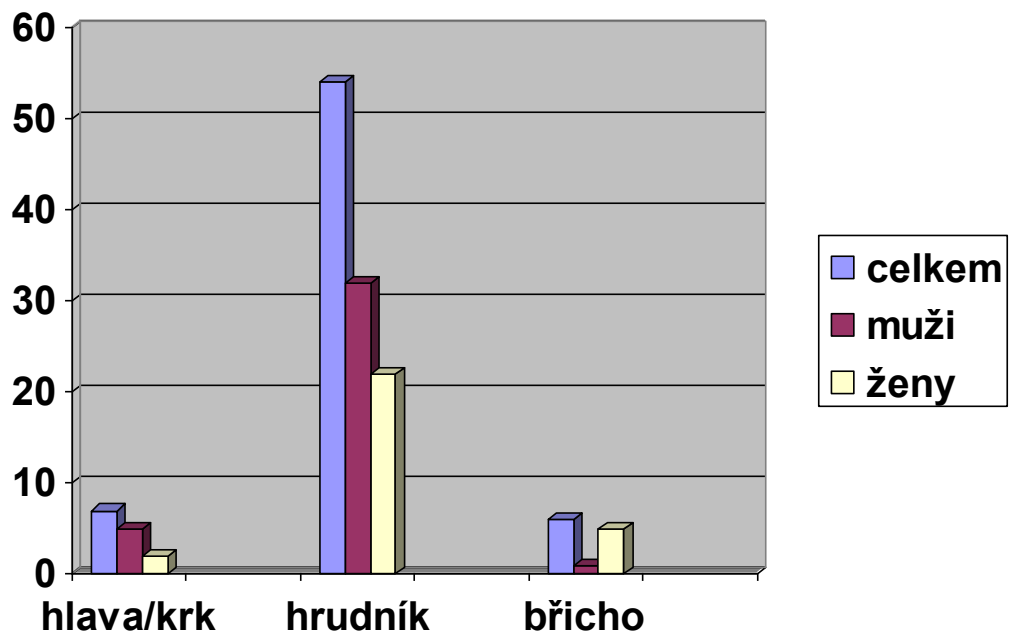
Struktura souboru podle délky dispenzární péče (n = 124)



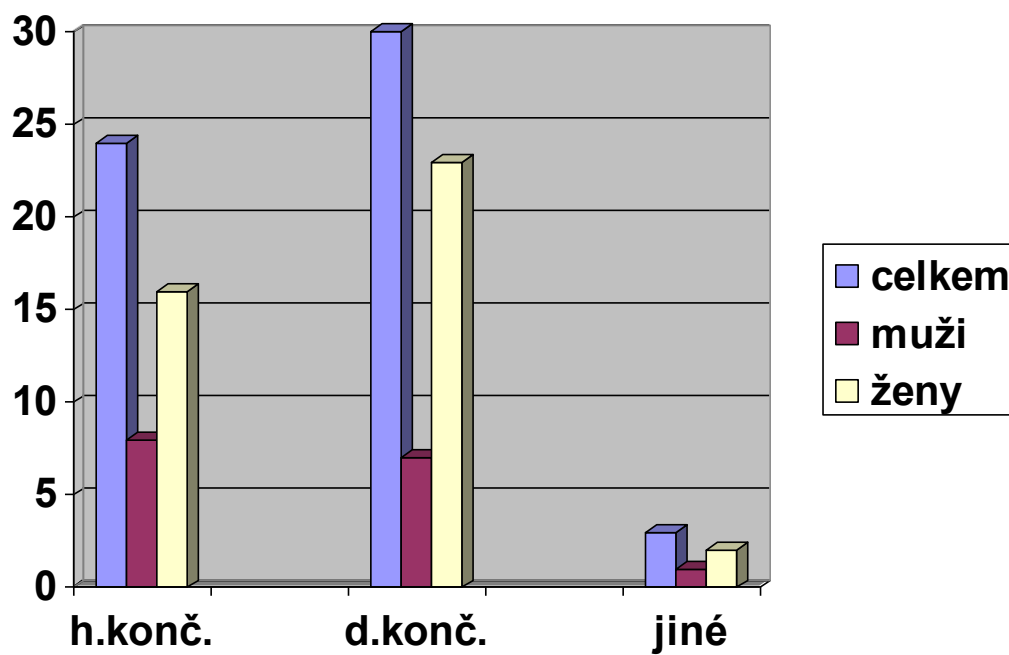
Struktura souboru podle operované oblasti (graf 4 a, b):

Hlava/krk	7	(5,6 %)
Hrudník/záda	54	(43,5 %)
Břicho	6	(4,8 %)
Horní končetina	24	(19,4 %)
Dolní končetina	30	(24,2 %)
Jiná oblast	3	(2,4 %)

Graf 4a *Struktura souboru podle operované oblasti (n = 124)*



Graf 4b

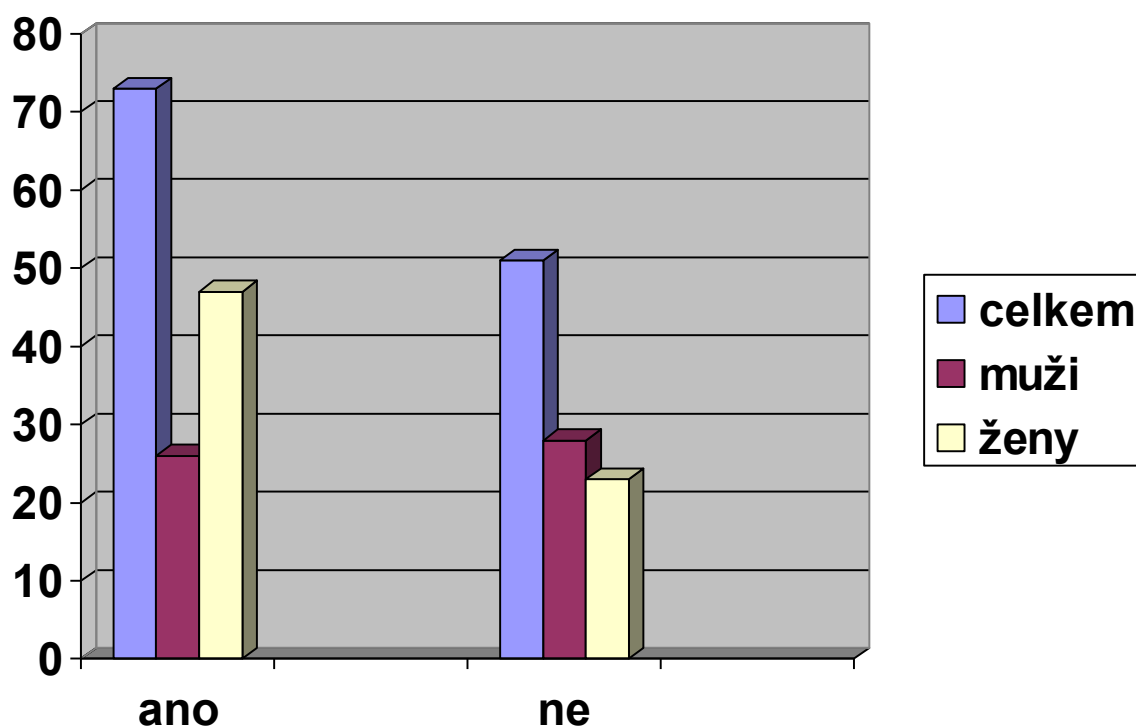


Okruh otázek týkajících se vztahu respondentů ke slunění

Odpověděli 124 pacienti (n = 124). 73 pacienti uvedli, že se před vznikem onemocnění opalovali rádi (26 mužů, 47 žen) a 51 pacient tvrdil opak (28 mužů, 23 žen). Rozložení hodnot bylo statisticky významné na 3% hladině významnosti (graf 5). Srovnání podle věkových skupin a stupně dosaženého vzdělání neposkytlo statisticky významné výsledky.

Graf 5

Vztah respondentů k opalování před vznikem onemocnění (n = 124)

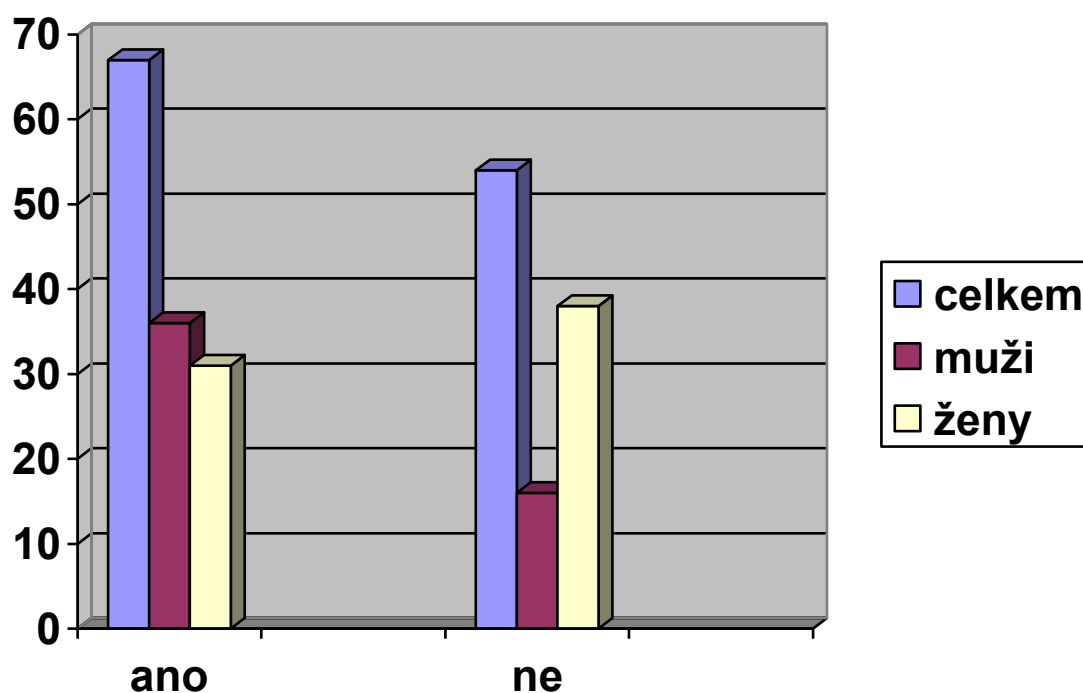


Dále měli pacienti odpovědět na otázku, zda na slunci pobývali výhradně z důvodů pracovních či sportovních. Souhlas s tímto výrokem uvedlo 67 pacientů (55,4 %), 36

mužů a 31 žen. Nesouhlasili 54 pacienti (44,6 %), 16 mužů a 38 žen (graf 6). 3 pacienti na otázku neodpověděli (n = 121). Nadpoloviční většina pacientů tedy pobývala na slunci v minulosti výhradně z důvodů pracovních či sportovních, zbylí připustili cílené opalování. V této skupině pak převažoval podíl žen. Statistická významnost rozložení hodnot je v tomto případě 0,07. Srovnání podle vzdělání neposkytlo statisticky významné výsledky.

Graf 6

Pobyt respondentů na slunci v předchorobí z důvodů pracovních či sportovních (n = 121)



115 pacientů (n = 124) považuje v současné době opálenou kůži obecně za hezkou a zdravěji vypadající alespoň částečně. Z toho 42 „ano“ (33,9 %) a 73 „částečně!“ (58,9 %). Jen 9 (7,3 %) pacientů uvedlo odpověď „ne“. Odpověď „ano“ zvolilo 22 mužů

(40,7 %) a 20 žen (28,6 %). Odpověď „částečně“ zvolilo 28 mužů (51,9 %) a 45 žen (64,3 %). Toto rozložení hodnot nebylo statisticky významné (tab. 1, graf 7). Srovnání podle věkových skupin a stupně dosaženého vzdělání nepřineslo statisticky významné výsledky.

Tab. 1

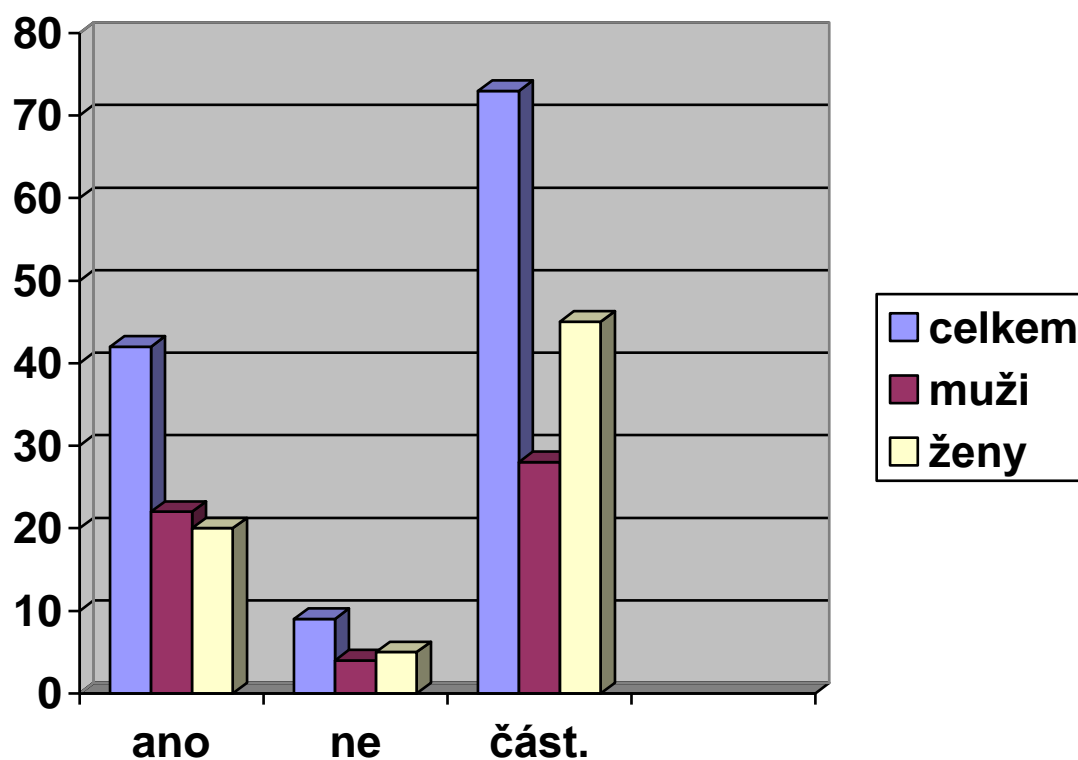
Vztah respondentů k opálené kůži (hezká a zdravěji vypadající)

	N = 124	N %	M	M %	Ž	Ž %
Ano	42	33,9	22	40,7	20	28,6
Ne	9	7,3	4	7,4	5	7,1
Částečně	73	58,9	28	51,9	45	64,3

(M = muži, Ž = ženy)

Graf 7

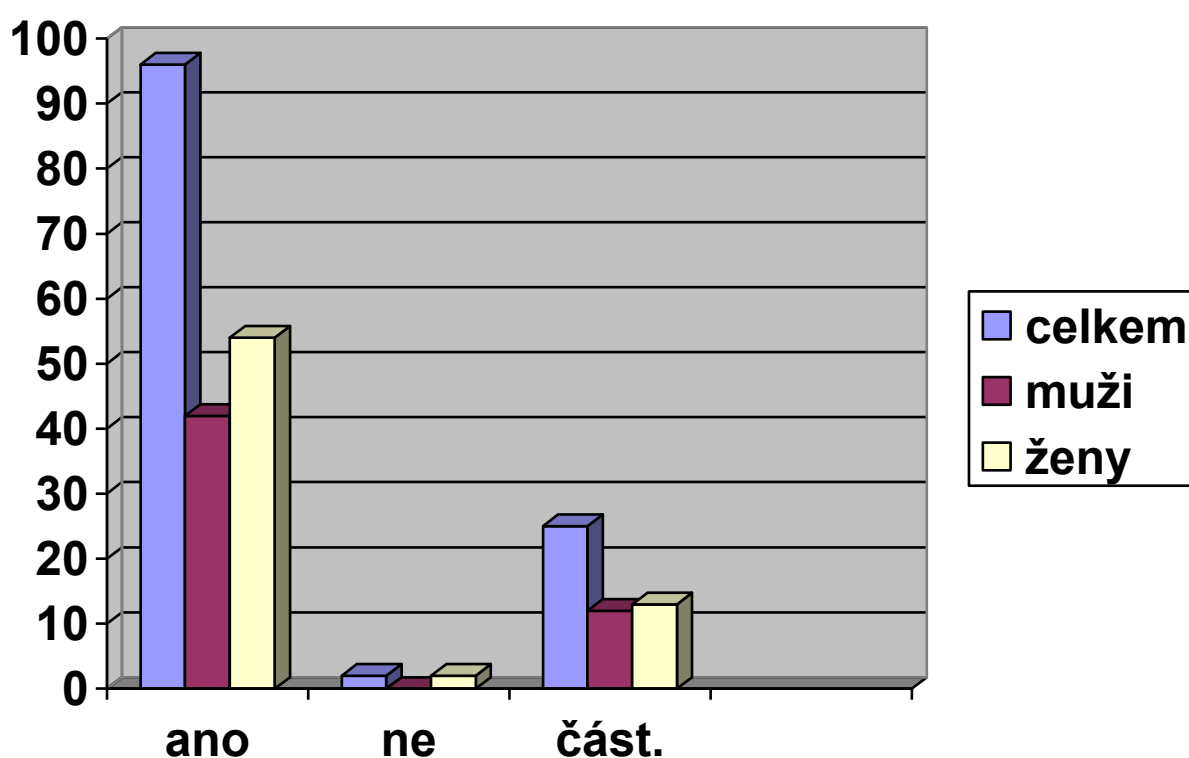
Pozitivní postoj respondentů k opálené kůži – podle pohlaví (n = 124)



Pobyt na slunci po vzniku onemocnění omezilo 96 pacientů (78,0 %), 25 pacientů omezilo pobyt na slunci částečně (20,3 %), 2 pacienti pobyt na slunci neomezili vůbec (1,6 %) (graf 8). V tomto posledním případě se jednalo o ženy. Jinak bylo rozložení výsledků podle pohlaví srovnatelné. Výsledek není statisticky významný. Srovnání podle věkových skupin a stupně vzdělání nepřineslo statisticky významné rozdíly. Jeden respondent na otázku neodpověděl (n = 123).

Graf 8

Omezení pobytu respondentů na slunci po vzniku onemocnění (n = 123)



Další otázka byla zaměřena na aktivní ochranu pacientů před UV zářením pomocí používání UV filtrů v exterech. Odpověděl celkem 121 pacient (n = 121). 68 (56,2 %) pacientů, 34,6 % mužů a 72,5 % žen, používá při pobytu na slunci UV filtry, 36 (29,8 %), 38,5 % mužů a 23,2 % žen, je používá občas a 17 (14,0 %), 26,9 % mužů a 4,3 % žen, UV filtry nepoužívá vůbec. Výsledky jsou vysoce statisticky významné (tab. 2, graf 9). Ženy mají jednoznačně vyšší povědomí o prevenci před UV zářením a prakticky

ji vykonávají. Výsledky srovnání podle věkových skupin byly také statisticky vysoce významné. Ve skupině 30 - 39 a 40 – 49letých se chrání pravidelně nebo občas krémy s UV faktory 100 % pacientů, ve skupině 50 – 59letých 95,5 % pacientů, ve skupině 60 – 69letých 84,4 % pacientů a ve skupině 70 – 75 let je to jen 52,4 % pacientů s již diagnostikovaným melanomem (tab. 3, graf 10). Srovnání podle stupně vzdělání ukázalo, že ochranu UV faktory nepoužívá 31,8 % lidí se základním vzděláním, 5,7 % lidí se středoškolským vzděláním a 21,4 % lidí s vysokoškolským vzděláním. Tyto výsledky byly také vysoce statisticky významné (tab. 4, graf 11).

Tab. 2

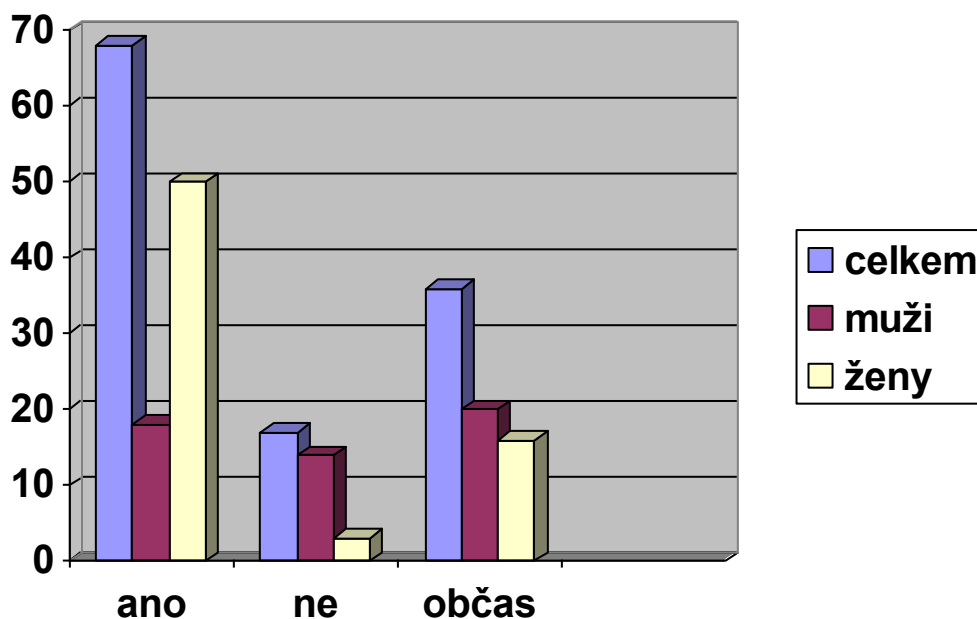
Vztah respondentů k používání krémů s UV filtry - podle pohlaví

	n = 121	%	M	M %	Ž	Ž %
Ano	68	56,2	18	34,6	50	72,5
Občas	36	29,8	20	38,5	16	23,2
Ne	17	14,0	14	26,9	3	4,3

Statistická významnost výsledků (chi- kvadrát test) 0,0000 (M = muži, Ž = ženy)

Graf 9

Současné používání extern s UV filtry respondenty – podle pohlaví (n = 121)



Tab. 3

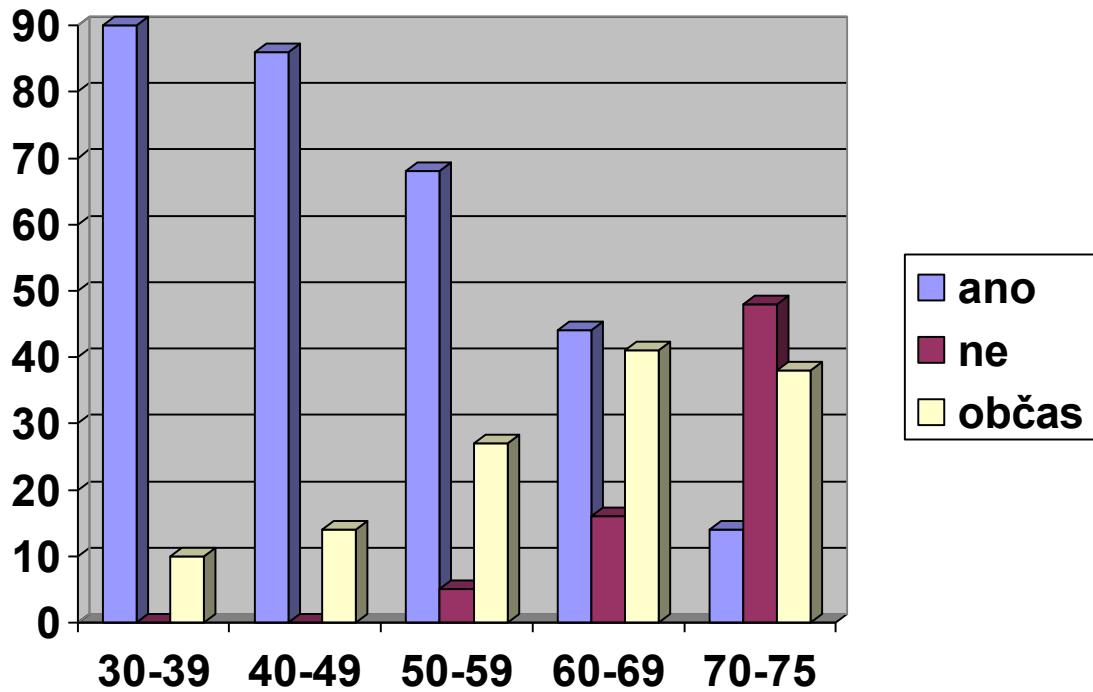
Vztah respondentů k používání krémů s UV filtry – podle věkových skupin

	n =121	30 – 39 let	40 – 49 let	50 – 59 let	60 – 69 let	70 – 75 let
Ano	Abs. počet	9	12	30	14	3
	%	90,0	85,7	68,2	43,8	14,3
Ne	Abs. počet	0	0	2	5	10
	%	0	0	4,5	15,6	47,6
Občas	Abs. počet	1	2	12	13	8
	%	10,0	14,3	27,3	40,6	38,1

Statistická významnost výsledků (chi- kvadrát test) 0,0000

Graf 10

Současné používání extern s UV filtry respondenty - podle věkových skupin (%)



Tab. 4

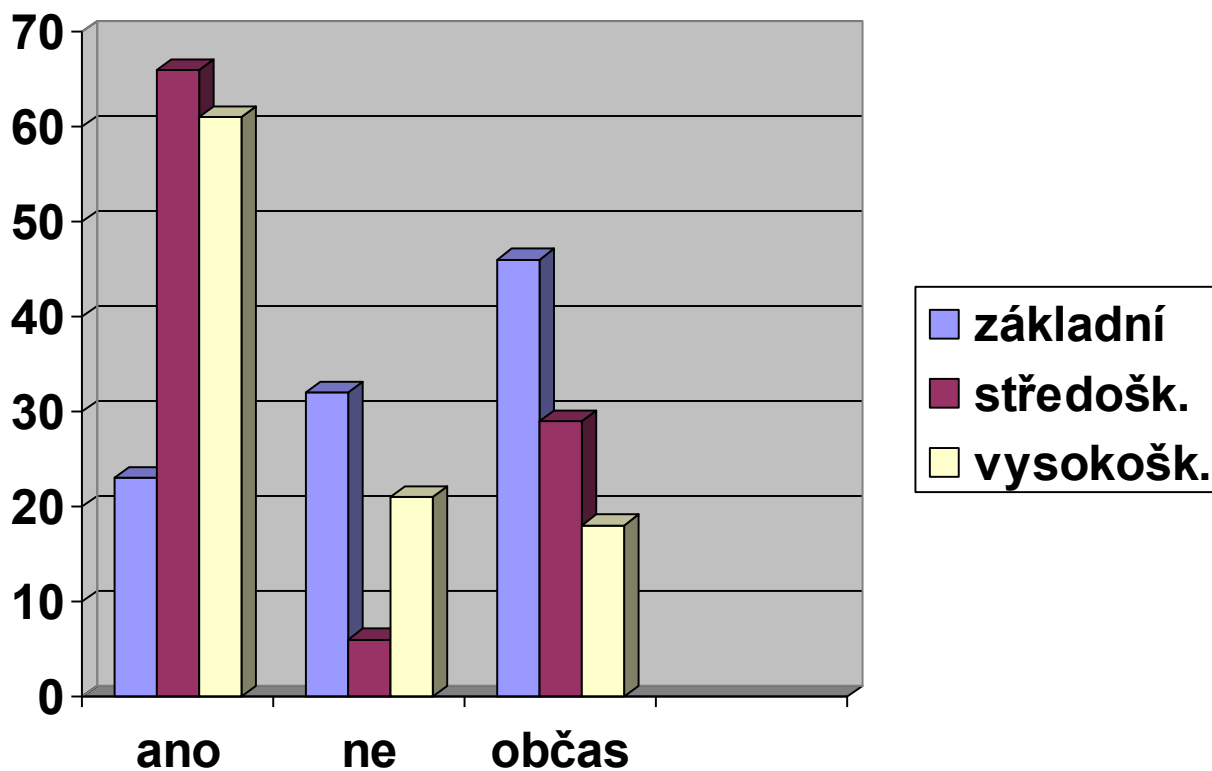
Vztah respondentů k používání krémů s UV filtry – podle vzdělání

	n = 121	základní	středoškolské	vysokoškolské
Ano	Abs. počet	5	46	17
	%	22,7	65,7	60,7
Ne	Abs. počet	7	4	6
	%	31,8	5,7	21,4
Občas	Abs. počet	10	20	5
	%	45,5	28,6	17,9

Statistická významnost výsledků (chí-kvadrát test) 0,0011

Graf 11

Současné používání extern s UV filtry respondenty – podle vzdělání (%)



Okruh otázek týkajících se informovanosti pacienta o diagnóze

Přesto, že všichni respondenti byli se svou diagnózou seznámeni, 4 (3,3 %) pacienti tento fakt popřeli, 1 pacient na tuto část dotazníku neodpověděl (n = 123). Srovnání podle vzdělání ukázalo, že se jednalo o respondenty se středoškolským vzděláním. Výsledky nebyly statisticky významné.

Zajímalo nás také, zda byli pacienti o své diagnóze informováni lékařem a jakou formou. Na tuto otázku odpovědělo 119 respondentů (n = 119). 115 (96,6 %) pacientů potvrdilo, že diagnózu jim sdělil lékař, ale u 3 (2,5 %) pacientů to byl jiný zdravotnický pracovník. Zajímalo nás, zda se tyto případy vyskytly v nějakém konkrétním období. Srovnání podle délky dispenzarizace pacientů však ukázalo, že se tak stalo patrně nahodile, protože délka dispenzarizace uvedených 3 pacientů byla 1 x 0-2 roky, 1x 2-5 let a 1x 5-10 let. Rozložení výsledků nebylo statisticky významné.

Na otázku, zda způsob sdělení diagnózy považovali pacienti za šetrný, odpovědělo celkem 118 respondentů (n = 118). 100 (84,7 %) pacientů souhlasně, 4 (3,4 %) pacienti nesouhlasně a 14 (11,9 %) částečně souhlasně. Srovnání podle věkových skupin ukázalo, že se pacienti, kteří sdělení diagnózy považovali za částečně šetrné či nešetrné, vyskytovali vesměs ve vyšších věkových kategoriích (50-75 let) (tab. 5). Srovnání podle vzdělání naznačilo, že se hodnocení nešetrného způsobu sdělení diagnózy vyskytuje v našem souboru u lidí se základním a středoškolským vzděláním. Toto srovnání, stejně jako srovnání podle délky dispenzarizace, nepřineslo statisticky významné výsledky.

Tab. 5

Způsob sdělení diagnózy podle věkových skupin (n = 118)

	šetrný	%	částečně šetrný	%	nešetrný	%
30 – 39 let	7	77,8	2	22,2	0	0
40 – 49 let	13	100,0	0	0	0	0
50 – 59 let	36	85,7	5	11,9	1	2,4
60 – 69 let	26	78,8	6	18,2	1	3,0
70 – 75 let	18	85,7	1	4,8	2	9,5

Výsledky nejsou statisticky významné

Respondenti mohli také uvést konkrétní postup či chování zdravotníků vůči své osobě, který jim vadil či vadí. Konkrétní výtku však nevedl ani jeden respondent, a to i přes anonymitu dotazníků.

Další otázka měla přinést odpověď, zda mají pacienti o nemoci dostatek informací (n = 119). 69 (58 %) pacientů považuje své současné informace za dostačující, 42 (35,3 %) za částečně dostačující a 8 (6,7 %) za nedostačující (tab. 6). Výsledky nejsou statisticky významné. Ani srovnání podle věku a pohlaví nevykazovala statisticky významné rozdíly. Srovnání podle vzdělání ukázalo, že nejvíce hodnotí současné informace o nemoci jako nedostačující vysokoškoláci (14,3 %). U lidí se základním vzděláním to bylo pouze 4,3 % a u středoškoláků 4,5 % (tab. 7). Rozložení hodnot však nebylo statisticky významné.

Tab. 6

Dostatek informací o nemoci podle pohlaví (n = 119)

	Ano	%	Částečně	%	Ne	%
Celkem	69	58,0	42	35,3	8	6,7
Muži	34	64,2	16	30,2	3	5,7
Ženy	35	53,0	26	39,4	5	7,6

Výsledky nejsou statisticky významné

Tab. 7

Dostatek informací o nemoci podle vzdělání (n = 119)

	Ano	%	Částečně	%	Ne	%
Základní	16	69,6	6	26,1	1	4,3
Středoškolské	36	53,7	28	41,8	3	4,5
Vysokoškolské	17	60,7	7	25,0	4	14,3

Výsledky nejsou statisticky významné

Jako zdroj svých informací uvedlo 90 (77,6 %) pacientů ošetřujícího lékaře, 67 (58,3 %) pacientů tisk a 27 (24,5 %) pacientů jiné zdroje (tab. 8). Srovnání podle věkových skupin naznačilo, že z tisku čerpá informace nejvíce skupina 40 – 69letých (statistická významnost 0,01), jiné zdroje převažují u mladších věkových kategorií a jejich význam má se stoupajícím věkem klesající tendenci (statistická významnost 0,04) (tab. 9, graf 12). Srovnání podle vzdělání ukázalo význam informací z tisku především pro středoškoláky a vysokoškoláky (výsledky jsou vysoce statisticky významné), podobně tomu bylo i u jiných zdrojů informací, byť tady výsledky statisticky významné nebyly (tab. 10). Posouzení významu lékaře, coby zdroje informací, zůstávalo při všech srovnáních poměrně stabilní (rozložení hodnot nebylo statisticky významné).

Tab. 8

Zdroje informací o nemoci podle pohlaví (n = 116)

	lékař	%	tisk	%	jiné	%
Celkem	90	77,6	67	58,3	27	24,5
Muži	44	83,0	24	45,3	6	11,3
Ženy	46	73,0	43	69,4	21	36,8

Výsledky srovnávající zdroje informací – „tisk“ a „jiné“ - jsou vysoce statisticky významné (chí-kvadrát test) 0,00.

Tab. 9

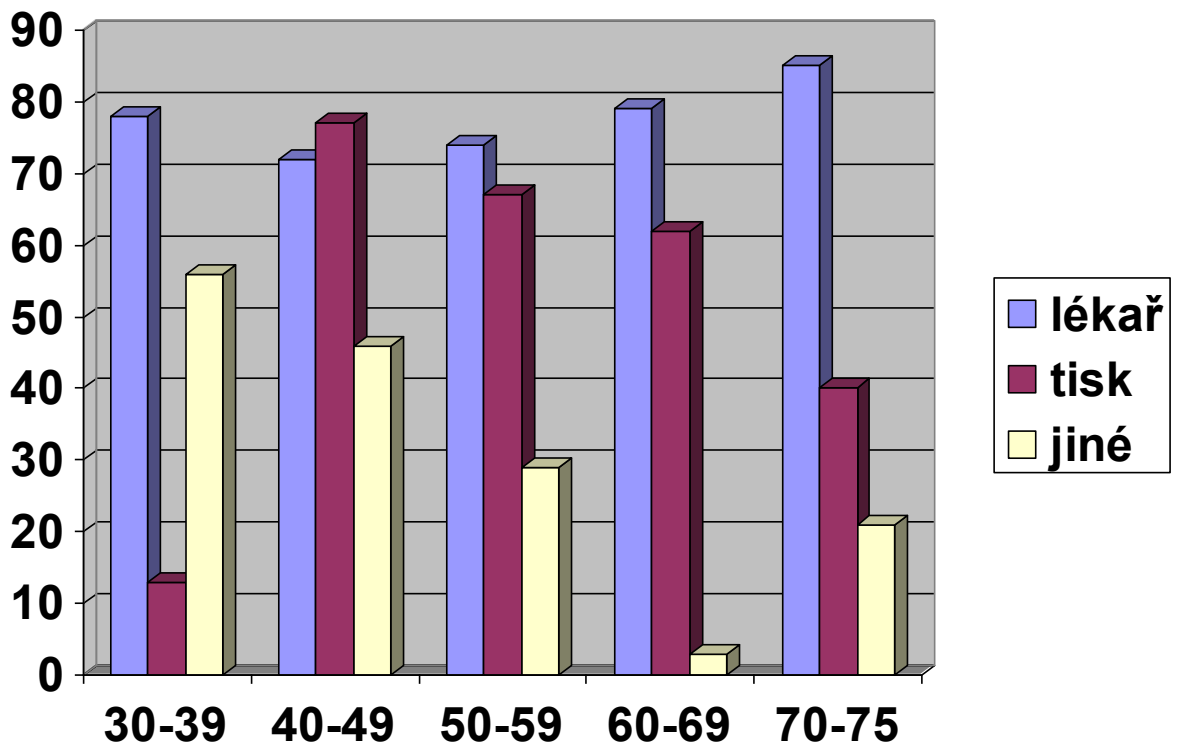
Zdroje informací o nemoci podle věkových skupin (n = 116)

	lékař	%	tisk	%	jiné	%
30 – 39 let	7	77,8	1	12,5	5	55,6
40 – 49 let	8	72,7	10	76,9	5	45,5
50 – 59 let	32	74,4	28	66,7	12	29,3
60 – 69 let	26	78,8	20	62,5	1	3,3
70 – 75 let	17	85,0	8	40,0	4	21,1

Statistická významnost srovnání u zdroje informací „tisk“ je 0,01 a u zdroje „jiné“ 0,00 (chí-kvadrát test)

Graf 12

Zdroje informací o nemoci podle věkových skupin (%)



Tab. 10

Zdroje informací o nemoci podle vzdělání (n = 115)

	lékař	%	tisk	%	jiné	%
Základní	19	82,6	6	27,3	2	9,5
Středoškolské	50	76,9	44	68,8	16	26,2
Vysokoškolské	20	74,1	17	60,7	9	33,3

Statistická významnost zdroje informací „tisk“ 0,00 (chí-kvadrát test).

Zbýlá srovnání nejsou statisticky významná.

Okruh otázek týkajících se kontrol a spolupráce pacienta se zdravotnickým zařízením

Ke své účasti na systému dispenzarizace uvedli 122 (99,2 %) pacienti, že na kontroly docházejí pravidelně a 1 (0,8 %) pacient částečně pravidelně (pacientka z nejvyšší věkové kategorie). Nepravidelnou docházku ke kontrolám neuvedl nikdo (n = 123).

Všech 123 pacientů vyjádřilo svou spokojenost nebo částečnou spokojenost s faktem, že jsou kontrolováni (115 ano, 8 částečně – 93,5 %, 6,5 %), nespokojenost nevyjádřil žádný pacient.

Příznivý výsledek kontroly pacientům přináší jednoznačně pocit úlevy v 93,5% (115 pacientů) a částečnou úlevu v 6,5 % (8 pacientů). Negativně se nevyjádřil nikdo z respondentů (tab. 11). Tyto výsledky jsou statisticky významné na 1%ní hladině významnosti. Srovnání podle věku ani podle délky dispenzarizace neukázala statisticky významné rozložení hodnot.

Tab. 11

*Spokojenost pacientů s faktem trvalých kontrol a následný pocit úlevy podle pohlaví
(n = 123)*

		ano	%	ne	%	Částečně	%
Spokojenost	Celkem	115	93,5	0	0	8	6,5
	Muži	48	88,9	0	0	6	11,1
	Ženy	67	97,1	0	0	2	2,9
Pocit úlevy	Celkem	115	93,5	0	0	8	6,5
	Muži	47	87,0	0	0	7	13,0
	Ženy	68	98,6	0	0	1	1,4

Statistická významnost výsledků srovnání u „pocitu úlevy“ je 0,01 (chí-kvadrát test)

Pacienti dále hodnotili vliv nemoci na vztahy v rodině, pracovní vztahy, vztahy s cizími lidmi a ekonomickou situaci. Neodpověděli 2 respondenti (n = 122).

Vliv nemoci na vztahy v rodině připustil 1 (0,8 %) pacient, 17 pacientů (13,9 %) částečně a 104 (85,2 %) pacienti tento vliv popřeli. Srovnání podle věkových skupin ukázalo, že nemoc má alespoň částečný vliv na rodinné vztahy nejvíce u pacientů ve věkové skupině 40 - 49letých – rozložení hodnot je statisticky významné na 3%ní hladině významnosti. Rozložení výsledků srovnání podle vzdělání a délky dispenzarizace nebylo statisticky významné.

Vliv nemoci na pracovní vztahy byl uveden jako jednoznačný nebo částečný 7 (5,9 %) pacienty, zbylí pacienti tento vliv popřeli. Uvedených 7 pacientů náleželo do věkové skupiny 40 – 69 let. Výsledky nebyly statisticky významné. Srovnání podle vzdělání a délky dispenzarizace nepřinesly statisticky významné hodnoty.

Vliv nemoci na vztahy s cizími lidmi hodnotilo souhlasně nebo částečně souhlasně 6 (4,9 %) pacientů, zbytek jej popřel. Výsledek nebyl statisticky významný. Srovnání podle věkových skupin posunulo tuto skupinu do mladších věkových kategorií (30-59 let). Rozložení výsledků je statisticky významné na 3% hladině statistické významnosti. Srovnání podle vzdělání a délky sledování nepřineslo statisticky významné hodnoty.

Vliv nemoci na ekonomickou situaci popřelo 113 (94,2 %) pacientů, 1 (0,8 %) pacient odpověděl souhlasně a 6 (5,0) pacientů uvedlo vliv částečný. Nemoc měla alespoň částečný vliv na ekonomickou situaci u výše uvedeného počtu pacientů ve věkové skupině 40 – 69 let. Srovnání podle vzdělání a délky sledování nepřineslo významné rozdíly. Všechny uvedené výsledky nebyly statisticky významné (tab. 12).

Tab. 12

Vliv nemoci na vztahy s okolím a ekonomickou situaci (n = 122)

		Celkem	30-39 (%)	40-49 (%)	50-59 (%)	60-69 (%)	70-75 (%)
Rodina	Ano	1 (0,8%)	0	1 (7,1)	0	0	0
	Ne	104 (85,2%)	9 (90,0)	8 (57,1)	41 (93,2)	26 (81,3)	20 (90,9)
	Část.	17 (13,9%)	1 (10,0)	5 (35,7)	3 (6,8)	6 (18,8)	2 (9,1)
Práce	Ano	1 (0,8%)	0	1 (7,1)	0	0	0
	Ne	111 (94,1%)	10 (100,0)	11 (78,6)	41 (93,2)	30 (96,8)	19 (100,0)
	Část.	6 (5,1%)	0	2 (14,3)	3 (6,8)	1 (3,2)	0
Cizí lidé	Ano	1 (0,8%)	0	1 (7,1)	0	0	0
	Ne	115 (95,0%)	8 (80,0)	12 (85,7)	42 (95,5)	32 (100,0)	21 (100,0)
	Část.	5 (4,1%)	2 (20,0)	1 (7,1)	2 (4,5)	0	0
Ekonomika	Ano	1 (0,8%)	0	1 (7,1)	0	0	0
	Ne	113 (94,2%)	10 (100,0)	12 (85,7)	41 (93,2)	29 (93,5)	21 (100,0)
	Část.	6 (5,0%)	0	1 (7,1)	3 (6,8)	2 (6,5)	0

Rozložení výsledků posuzujících vliv nemoci na rodinné vztahy a vztahy k cizím lidem podle věkových kategorií jsou statisticky významné na 3%ní hladině významnosti (chí-kvadrát test).

Psychologické dotazníky

PSSS (Personal Social Support Scale) – průměrná hodnota celkového skóru celého souboru byla 70,31, u mužů 70,71 a u žen 70,0 (rozdíl nebyl statisticky významný). Jen 9 pacientů mělo absolutní hodnotu skóru pod 55, jednalo se o 5 mužů a 4 ženy. Hodnoty skóru *PSSS* podle stupně vzdělání (základní, středoškolské, vysokoškolské) nevykazovaly významné rozdíly. Srovnání jednotlivých věkových kategorií vykazovalo mírně klesající hodnotu skóru ve vyšších věkových kategoriích (tab. 13, graf 13), rozložení však nebylo statisticky významné.

Tab. 13

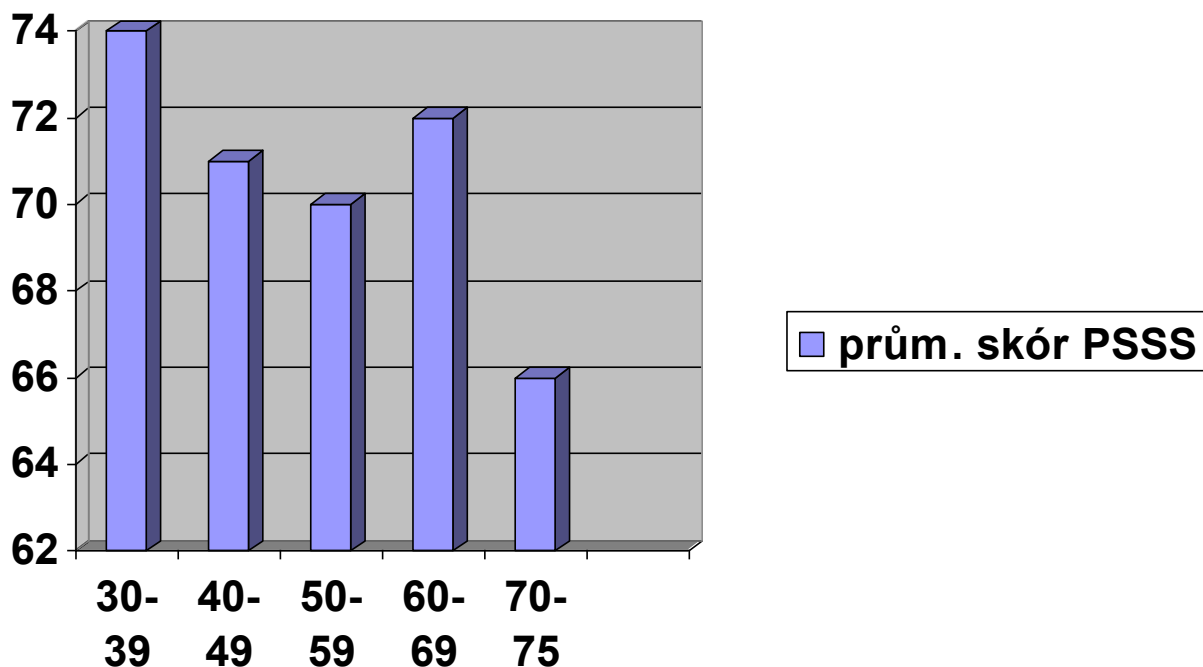
Hodnoty PSSS podle věkových skupin (n = 121)

Věková skupina	Průměrná hodnota	Počet případů	Std. Dev.
30 – 39 let	74,10	10	5,28
40 – 49 let	71,14	14	11,22
50 – 59 let	70,14	43	9,55
60 – 69 let	71,84	32	11,13
70 – 79 let	66,14	22	16,61

Rozložení hodnot není statisticky významné (F-test)

Graf 13

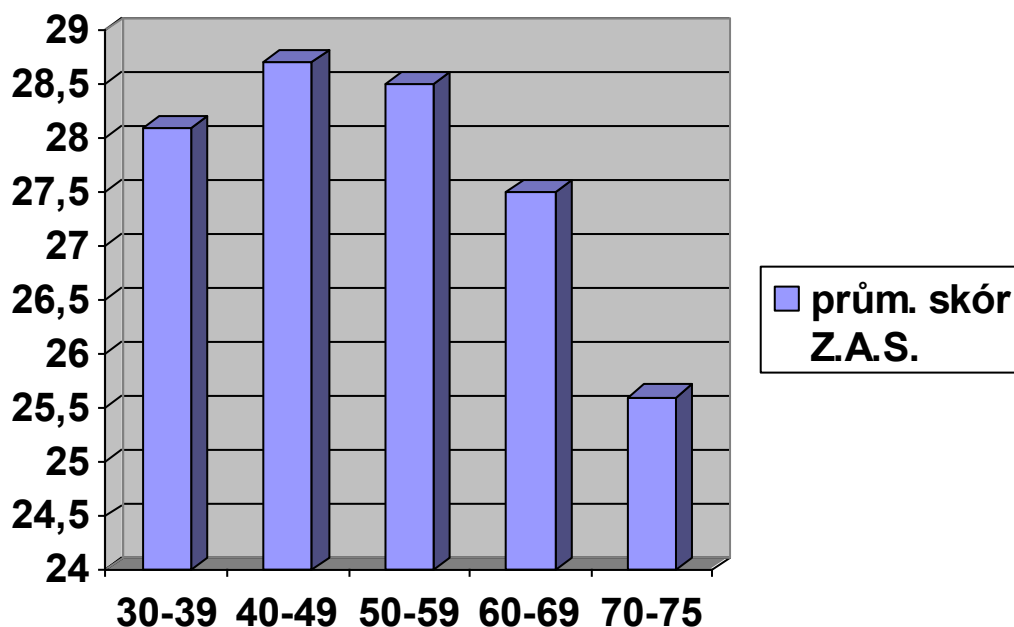
Hodnoty průměrného skóru PSSS podle věkových skupin



Z.A.S. (Zátěž a stres) – průměrná hodnota skóru celého souboru ($n = 118$) byla 27,75, u mužů 26,06 a u žen 29,12. Uvedený rozdíl byl statisticky významný. Srovnání skóru podle věkových kategorií mělo s věkem tendenci k poklesu (graf 14). Podle stupně dosaženého vzdělání respondentů nevykazovaly hodnoty statisticky významné rozdíly. Podobně tomu bylo i v případě porovnání podle délky sledování pacientů.

Graf 14

Průměrné hodnoty skóru Z.A.S. podle věkových skupin



BSSD (zkrácená verze Beckova dotazníku deprese) – průměrná hodnota skóru u celého souboru byla 4,67, u mužů 4,43 a u žen 4,86. Rozdíl nebyl statisticky významný. Jen jeden respondent měl skór 23 – v tomto jediném případě byla jeho identita odtajněna, aby byl stanoven další terapeutický postup – pacientka je však již léta v péči psychiatra. Hodnoty skóru mají s vyšším věkem stoupající tendenci a rozložení hodnot je statisticky významné (tab. 14, graf 15).

Tab. 14

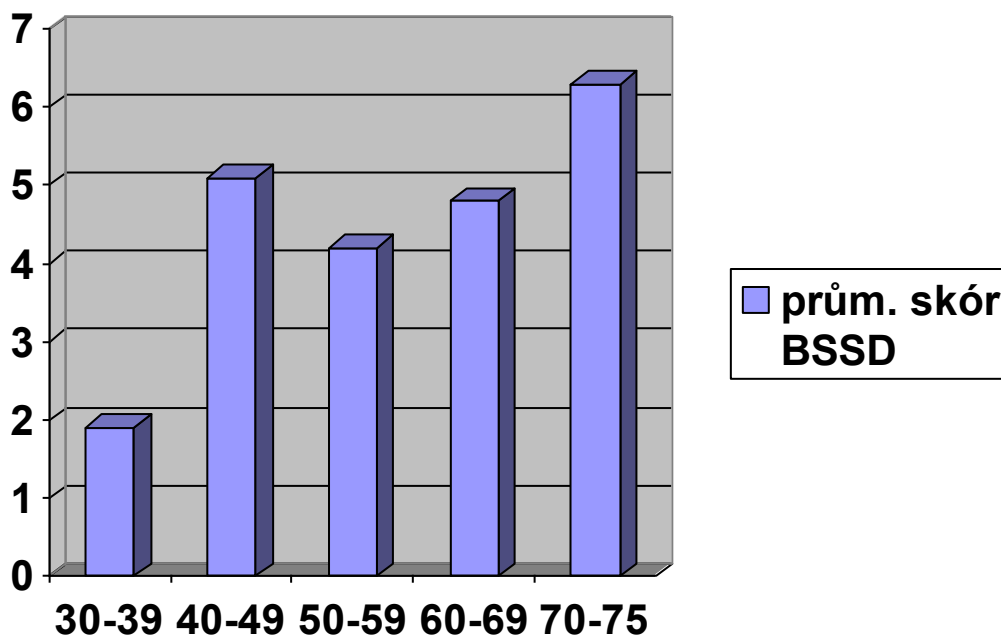
Hodnoty BSSD podle věkových skupin (n = 123)

	30 – 39 let	40 – 49 let	50 – 59 let	60 – 69 let	70 – 79 let
BSSD – aritm. průměr	1,90	5,14	4,16	4,83	6,35
Std. Dev.	1,45	5,92	4,39	3,25	3,47

Hladina statistické významnosti 0,05 (F-test)

Graf 15

Průměrné hodnoty skóru BSSD podle věkových skupin



Locus of control – průměrná hodnota u celého souboru činila 69,48, u mužů 72,69 a u žen 66,97 (rozložení výsledků není statisticky významné). S věkem měly hodnoty skóru zpočátku klesající tendenci, poté opět mírně stoupaly - rozložení hodnot bylo v tomto případě statisticky významné (tab. 15, graf 16).

Tab. 15

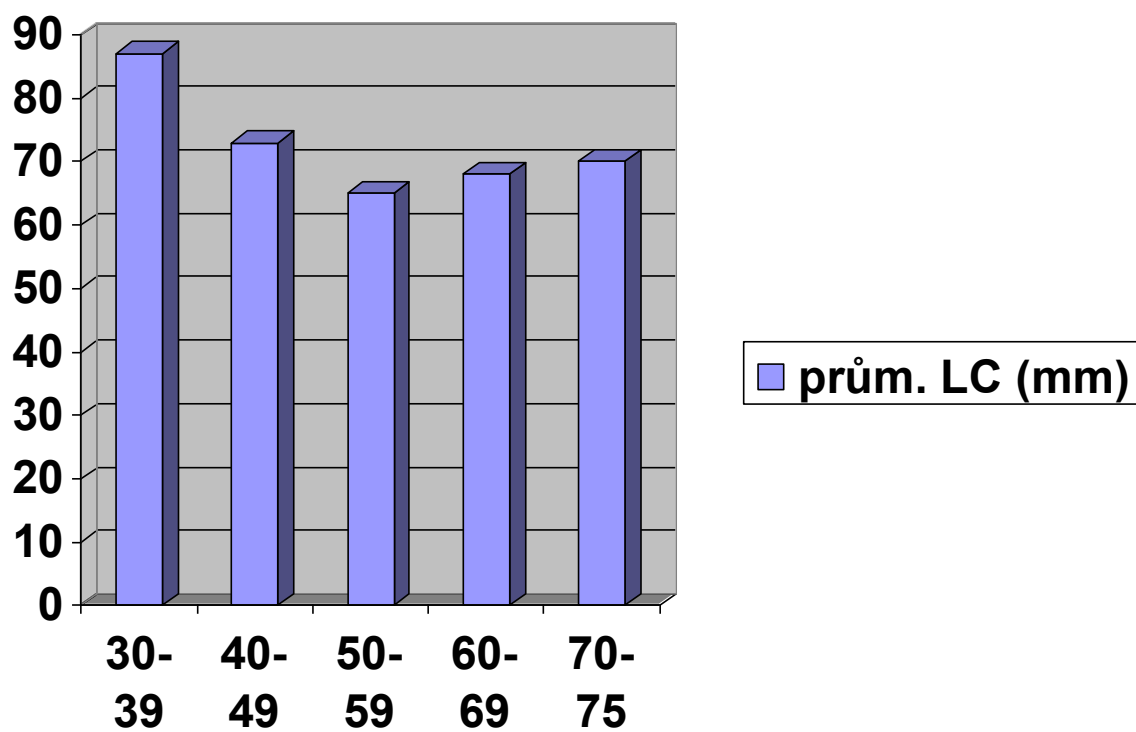
Locus of control – hodnoty podle věkových skupin (n = 123)

	30 – 39 let	40 – 49 let	50 – 59 let	60 – 69 let	70 – 79 let
LC – aritm. průměr	87,30	73,57	64,95	68,06	69,74
Std. Dev.	13,11	26,06	24,42	17,41	19,99

Hladina statistické významnosti 0,05 (F-test)

Graf 16

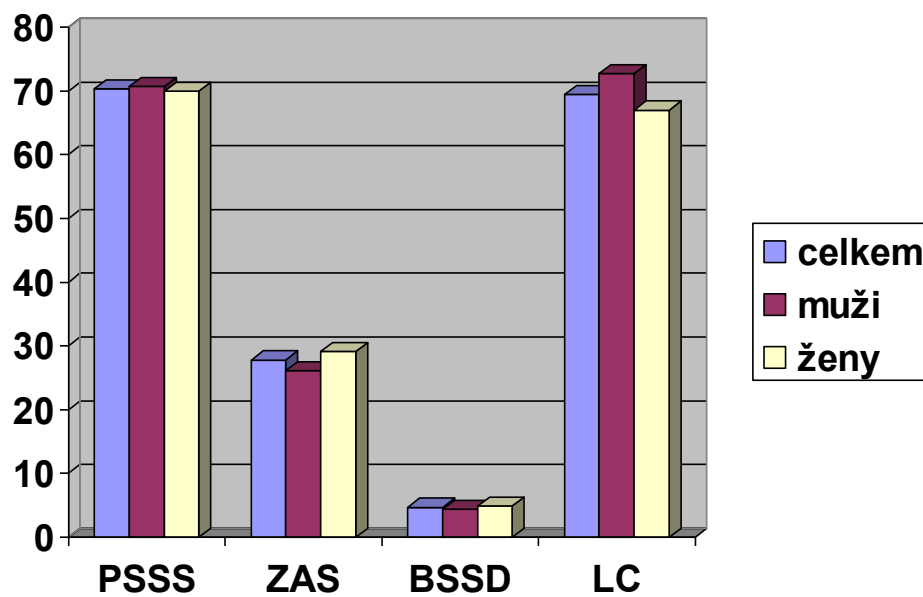
Průměrné hodnoty LC podle věkových skupin



Přehled průměrných hodnot PSSS, Z.A.S., BSSD a LC podle pohlaví viz graf 17.

Graf 17

Přehled průměrných hodnot PSSS, ZAS, BSSD a LC podle pohlaví



5. DISKUSE

Kůže může být cílovým orgánem pro efektorovou část stresové reakce. Je také známo, že působení psychosociálních faktorů může mít vliv na průběh některých dermatóz. U onkologických diagnóz však literatura prozatím potvrzuje spíše vztah mezi psychosociálními proměnnými a postupem nemoci než mezi těmito proměnnými a vznikem onemocnění.

Diagnóza rakoviny vyvolává v každém jedinci existenční krizi. První stres nastupuje s prvním podezřením na přítomnost nemoci. Dalšími stresujícími událostmi jsou pak období sdělení diagnózy, očekávání terapie, terapie sama, každé očekávání výsledků kontrolních vyšetření, relaps onemocnění apod. (11).

V naší studii jsme ze souboru respondentů záměrně eliminovali pacienty, kteří by v době výzkumu procházeli obdobím očekávání a sdělení diagnózy. Zaměřili jsme se na ty, u kterých se dalo předpokládat, že období prvního šoku u nich pominulo a jsou již v různé míře na nemoc adaptováni. Jejich zdravotní stav je pravidelně kontrolován. Dalo se také předpokládat, že u části nemocných bude trvalá dispenzarizace možná až obtěžující. Obzvláště u těch, kteří jsou v dispenzární péči již delší dobu. Výsledky však ukázaly, že všichni respondenti v souboru přijímali tento fakt s uspokojením nebo alespoň částečným uspokojením a že příznivý výsledek kontroly přináší pacientům pocit úlevy.

Zajímavé výsledky jsme získali v oblasti vztahu respondentů ke slunění. Je známým faktem, že se UV záření (UVA i UVB) podílí na vzniku kožních nádorů (24). Všem pacientům s melanomem je tedy důrazně doporučováno omezení pobytu na slunci a důsledné používání krémů s UV filtry. Pobyt na slunci však jednoznačně omezilo jen 78 % pacientů a částečně tak učinilo 20 %. Ještě více alarmující výsledky poskytl dotaz na používání externí ochrany fotoprotektivními krémy. Jen 56 % pacientů používá při pobytu na slunci krémy s UV filtry, 30 % je používá občas a 14 % je nepoužívá vůbec. Aktivní ochrana v našem souboru klesala s vyšším věkem a nižším vzděláním. Výstupem by měl být větší důraz na informování o škodlivosti nadměrné expozice UV

záření v ambulancích dermatovenerologů, praktických lékařů pro dospělé, ale také pro děti a dorost. Užitečnými by mohly být osvětové programy např. ve školách. Tím spíše, že estetický význam opálené kůže je pořád vysoký. Až 93 % pacientů s diagnostikovaným melanomem v našem souboru považuje opálenou pokožku za hezkou a zdravěji vypadající alespoň částečně.

Další výsledky ukázaly, že pacienty o diagnóze informuje vesměs lékař a jen 3,4 % nemocných způsob sdělení této informace považovalo za nešetrný (celkem 4 případy ve věkovém intervalu 50 – 75 let). Tento výsledek považujeme za překvapivě dobrý, byť literární srovnání chybí. Spolupodílejících se vlivů je však mnoho (menší rutíně dermatologa při sdělování onkologických diagnóz, příznivý moment takového sdělení – stadium I, II, nabídka prevence, milosrdná paměť pacienta apod.).

Posuzování zdroje informací o nemoci ukázalo, že role lékaře je u všech věkových i vzdělanostních skupin vysoká (73 – 85 %). Informace z tisku čerpají výrazně více ženy, lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Význam tohoto zdroje informací je největší pro věkový interval 40 – 69 let. Jiných zdrojů informací využívají opět více ženy a středoškoláci či vysokoškoláci. Význam jiných zdrojů je nejvyšší pro nižší věkové kategorie a postupně s věkem klesá.

Alespoň částečný vliv nemoci na rodinné vztahy uvedlo 14,7 % respondentů, na pracovní vztahy 5,9 % respondentů, na vztahy s cizími lidmi 4,9 % respondentů a na ekonomickou situaci 5,8 % respondentů.

Fawzy et al. ve své studii z r. 1993 prokázali u pacientů s maligním melanomem ve stadiu I příznivý účinek aktivně - behaviorálního a aktivně – kognitivního zvládnání na další průběh onemocnění, na rozdíl od pacientů s pasivním zvládnáním (39). Často zkoumanou charakteristikou je existence sociální opory. Sociální izolace zvyšuje obecně riziko úmrtnosti a má patrně také vliv na průběh nádorového onemocnění (33, 34).

Psychologicko – edukační a kognitivně – behaviorální intervence se ukazují být přínosem v efektivním zvládnání nemoci u pacientů s melanomem (46). V našich podmínkách tíha takovéto intervence spočívá téměř výhradně na ošetřujícím lékaři, v případě melanomu ve stadiu I a II hlavně na dermatologovi. Zdá se, že pacienti rozhovor s ošetřujícím lékařem preferují (47), což částečně potvrdily i výsledky naší studie. Otázkou však zůstává, zda pacientům, kteří odbornou psychoterapeutickou pomoc potřebují, ji také můžeme v našich podmínkách reálně nabídnout. Taková nabídka by byla potřebná u pacientů pociťujících velký strach z postupu nemoci, a to především v době sdělení diagnózy a nástupu recidivy či metastazování (35).

Respondenti našeho souboru dosáhli v průměru hodnot sociální opory mírně nadprůměrných, což je z hlediska vývoje onemocnění zjištění uspokojivé, i když získané hodnoty mají s přibývajícím věkem klesající tendenci. Jak ukázaly výsledky hodnocení skóre u dotazníků „Zátěž a stres“, respondenti dosáhli také průměrných hodnot, což naznačuje, že expozice stresorům není patrně nadměrná anebo se je naučili úspěšně zvládat. Kontroly v průběhu dispenzarizace sice jsou pro nemocné stresem (sledovaný pocit úlevy), ale mají i z jejich pohledu velký význam (viz výše). Depresivní symptomatologii pacienti (až na 1 pacientku, která je v současné době v péči psychiatra) nevykazovali. Průměrné hodnoty Locus of control se u našich pacientů pohybovaly v nadprůměru, byť s věkem vykazovaly tendenci k poklesu.

6. ZÁVĚR

Výsledky předložené průřezové epidemiologické studie naznačují, že soubor oslovených pacientů vykazuje, po době dispenzární péče delší než 1 rok, dobré zvládnutí nemoci. Pacienti s maligním melanomem ve stadiu I a II vítají možnost být kontrolováni a profit dispenzarizace převažuje nad zátěží (stresem), kterou opakované kontroly s sebou nesou.

Relativně velké rezervy byly zjištěny v oblasti aktivní ochrany před UV zářením. I přes fakt přítomnosti nemoci, je řada pacientů, která se před UV zářením nechrání vůbec nebo jen občas. Estetický význam opálené kůže zůstává v populaci velmi vysoký. Nutnost široké osvěty ohledně prevence škod, které nadměrné vystavování se UV záření může způsobit, je tedy nadále aktuální.

7. SOUHRN

7.1 Souhrn v českém jazyce

Maligní melanom je nejzhoubnějším kožním nádorem, jehož incidence celosvětově stoupá. Prognóza onemocnění je závislá na mnoha faktorech – postižené lokalitě, věku, formě nádoru a na fázi růstu tumoru, ve které byl chirurgicky odstraněn. Spolehlivá adjuvantní léčba dosud k dispozici není, i když se v posledních letech u vysoce rizikových pacientů využívá injekčního podávání některých cytokinů. Důraz je tedy kladen především na včasný záchyt a dostatečný rozsah chirurgické intervence, jejíž míra je závislá na stadiu onemocnění.

Z výše uvedeného vyplývá nutnost včasné diagnostiky nových onemocnění a trvalé dispenzarizace pacientů s již jednou potvrzeným melanomem. Dispenzarizovaní pacienti jsou celoživotně pravidelně kontrolováni v tzv. melanomových komisích (poradnách), obvykle na dermatovenerologických klinikách. Trvalý kontakt s faktem možné přítomnosti nemoci (sdělení diagnózy, opakované kontroly, očekávání výsledků vyšetření) je pro tyto pacienty stresující, byť se na stres v určité míře postupně adaptují. Dobrá adaptace je však také závislá na míře sociální opory, deprese, tíži onemocnění a na dalších faktorech.

Předkládaná průřezová epidemiologická studie měla za cíl zjistit míru zátěže, kterou zmíněné dispenzární kontroly obnášejí a současně také postoj pacientů k prevenci. Studie byla provedena na souboru pacientů s maligním melanomem ve stadiu I a II ($n = 124$), kteří jsou ve sledování nejméně po dobu 1 roku. Výzkum proběhl formou anonymních dotazníků, které zahrnovaly okruhy otázek týkajících se prevence a současného postoje respondentů ke slunečnímu záření, dále skupiny otázek na informovanost pacientů o nemoci, na jejich spolupráci se zdravotnickým zařízením a připojeny byly také dotazníky PSSS (úroveň sociální opory), Z.A.S. (zátěž a stres), BSSD (Beckův dotazník deprese) a LC (rozpětí interní či externí lokalizace kontroly).

Získané výsledky ukázaly, že soubor oslovených pacientů vykazuje dobré zvládnání nemoci. Respondenti možnost dispenzarizace vítají a její profit převažuje nad zátěží, kterou s sebou opakované kontroly nesou. Psychoterapeutická intervence nebyla u žádného pacienta nutná, vyjma jednoho, který je v péči psychiatra. Estetický význam opálení je nadále vysoký. Značné rezervy byly zjištěny v oblasti aktivní ochrany respondentů před UV zářením. Tím spíše, že se jednalo o respondenty s již diagnostikovaným melanomem. Nutnost široké osvěty ohledně ochrany před nadměrným působením slunečního záření je tedy stále velmi aktuální.

Klíčová slova

melanom – dispenzarizace – stres – prevence

7.2 Souhrn v anglickém jazyce

Malignant melanoma is the most lethal skin cancer whose incidence has been worldwide increasing. The prognosis of the disease is dependent on many factors – the effected locality, age, form of the tumor and the growth stage at which it was surgically removed. There has been no reliable adjuvant treatment available so far; although cytokins have been recently administered to high-risk patients. The accent is therefore put mainly on the timely detection and the relevant extent of surgical intervention whose degree depends on the stage of the disease.

The result of the above mentioned facts is the necessity of an early diagnosis of new cases and permanent follow-up of the patients in whom melanoma has been already confirmed. The patients in the follow-up care are regularly checked, for the rest of their lives, at by the so called melanoma commissions, usually at dermatological clinics. The permanent contact with fact of the possible presence of the disease (information about the diagnosis, repeated follow-ups, waiting for the results of the examination) is stressful for these patients, although they become, to a certain extent, gradually adapted to stress. A good adaptation is however dependent also on the extent of social support, depression, the severity of the disease and other factors.

The present cross-sectional epidemiological study was carried out in a group of patients diagnosed with stage I and II malignant melanoma (n = 124) followed for at least one year. The research was carried out in a form of anonymous questionnaires which included various types of questions concerning prevention and the current attitude of respondents toward solar radiation, the patients' awareness of the disease and their cooperation with the health centre (institution). In the appendix there are also the PSSS questionnaire (the level of social support), Z. A. S. (Load and Stress), BSSD (Beck's depression questionnaire) and LC (the extent of internal and external localization of control).

The obtained results revealed that the group of patients addressed shows a good management of the disease. The respondents welcome the opportunity of dispensary (follow-up) care and its benefit outweighs the load represented by the repeated controls.

In no patient a psychotherapeutic intervention was necessary. The values of social support were slightly above-average and the results of the Z.A.S. scale (scale “load and stress”) suggested that the stressor exposure probably is not immoderate or the respondents learned how to cope with it. However the aesthetic importance of suntan is still high. Substantial reserves were found out in the field of an active protection against UV radiation. All the more so, they were respondents in whom melanoma was already diagnosed. The necessity of wide public education as for the protection against an excessive effect of solar radiation is still very urgent.

Key words

melanoma – long-term follow-up – stress - prevention

8. POUŽITÁ LITERATURA

1. Jiráček, R.: Psychosomatika. In: Volský, P. a kol.: Speciální psychiatrie, Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2001, s. 133-137.
2. Tausk, F.A.: Stress and the skin. *Arch. Dermatol.*, 2001, 137, s. 78-82.
3. Chrousos, G.P.: The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *N. Engl. J. Med.*, 1995, 332, s. 1351-1362.
4. Dhabhar, F.S.: Stress-induced enhancement of cell-mediated immunity. *Ann. NY Acad. Sci.* 1998, 840, s. 359-372.
5. Marucha, P.T., Kiecolt-Glaser, J.K., Favagehi, M.: Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosom. Med.*, 1998, 60, s. 362-365.
6. Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey W.B. et al.: Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 1995, 346, s. 1194-1196.
7. Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T. et al.: Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, 56, s. 450-456.
8. Arnetz, B.B., Fjellner, B., Eneroth, P. et al.: Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosom. Med.*, 1985, 47, s. 528-541.
9. Kodama, A., Horikawa, T., Suzuki, T. et al.: Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the Great Hanshin Earthquake. *J. Allergy. Clin. Immunol.*, 1999, 104, s. 173-176.
10. Březáková, A.: Psychosomatic aspects of dermatoses. *Prakt. Lek*, 1999, 79(11), s. 652-656.
11. Mofaert, M.: Psychodermatology in overview. *Psychother. Psychosom.* 58, 1992, 3-4, s. 126-136.
12. Choi, J., Koo, J.Y.: Quality of life issues in psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2003, Aug, 49(2 Suppl), s. 57-61.
13. Morgan, P.A., Franks, P.J., Moffatt, C.J. et al.: Illness behavior and social support in patients with chronic venous ulcers. *Ostomy. Wound. Manage.*, 2004, Jan, 50(1), s. 25-32.

14. Matsuura, E., Ohta, A., Kanegae, F. et al.: Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *J. Rheumatol.* 2003, Aug, 30(8), s. 1782-1787.
15. Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M.S. et al.: Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. *Psychother. Psychosom.*, 2003, May-Jun, 72(3), s. 150-158.
16. Ruiz-Doblado, S., Carrizosa, A., Garcia-Hernandes, M.J.: Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int. J. Dermatol.*, 2003, Jun, 42(6), s. 434-437.
17. Davidson, J.R., Foa, E.B., Connor, K.M., Churchill, L.E.: Hyperhidrosis in social anxiety disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 2002, Dec, 26(7-8), s. 1327-1331.
18. Ruchinskas, R.A., Narayan, R.K., Meagher, R.J., Furukawa, S.: The relationship of psychopathology and hyperhidrosis. *Br. J. Dermatol.*, 2002, Oct, 147(4), s. 733-735.
19. Lee, S.H., Ahn, B.K.: The quality of life of acne patients. *Korean. J. Dermatol.*, 2003, 41(10), s. 1271-1277.
20. Mulder, M.M., Sigurdsson, V., Van Zuuren, E.J. et al.: Psychosocial impact of acne vulgaris, evaluation of the relation between a change in clinical acne severity and psychosocial state. *Dermatology*, 2001, 203(2), s. 124-130.
21. Yokota, K., Fujise, S., Toyomura, K. et al.: Psychotherapy for chronic urticaria. *Jpn. J. Psychosom. Med.*, 1999, 39(7), s. 533-539.
22. Arnetz, B.B. a kol.: Endocrine and dermatological concomitants of mental stress. *Acta Derm. Venereol.*, 1991, Suppl. 156, s. 9-12.
23. Gupta, M.A., Gupta, A.K.: Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *JEADV*, 2004, 18, s. 560-565.
24. Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff, H.H., Burgdorf, W.H.C.: Malignant Melanoma, In: *Dermatology*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2000, 2. revidované vydání, s. 1531-1548.
25. Vosmík, F. a kol.: Prekancerózy a maligní nádory. In: *Dermatovenerologie*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 1999, 1. vydání, s. 279-299.
26. Klener, P.: Maligní melanom. In: *Protinádorová chemoterapie*. Galén Praha 1996, 1. vydání, s. 560-564.

27. Korting, H.C., Callies, R., Reusch, M., Schlaeger, M., Schöpf, E., Sterry, W.: Malignes Melanom. In: Dermatologische Qualitätssicherung. W. Zuckschwerdt Verlag GmbH München 2000, s. 88-99.
28. Orfanos, C.E., Garbe, C.: Malignes Melanom. In: Therapie der Hautkrankheiten, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1995, s. 856-882.
29. Pathology and Genetics of Skin Tumours. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press (International Agency for Research on Cancer), 2006, Lyon, France
30. Saegrov, S., Holding, A.G.: What is it like living with the diagnosis of cancer? Eur. J. Cancer. Care, 2004, May, 13(2), s. 145-153.
31. Liang, L.P., Dunn, S.M., Gorman, A., Stuart-Harris, R.: Identifying priorities of psychosocial need in cancer patients. Br. J. Cancer, 1990, Dec, 62(6), s. 1000-1003.
32. Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Brown, L.L., Cross, P.A., Walsh, W.P., Hurwitz, S.: Factors associated with psychological distress in cancer patients. Med. Pediatr. Oncol., 1986, 14(5), s. 251-254.
33. Tschuschke, V.: Psychotherapeutic interventions with cancer patients. Psychotherapeut, 2003, 48(2), s. 100-108.
34. Tschuschke, V.: Psychoonkologie: psychologische aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál, 2004, 1. vydání
35. Sollner, W., Zschocke, I., Augustin, M.: Melanompacienten: Psychosoziale Belastung, Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 1998, Sep-Oct, 48(9-10), s. 338-348.
36. Sollner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., Augustin, M.: Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. Psychosomatics, 1999, May-Jun, 40(3), s. 239-250.
37. Rumpold, G., Augustin, M., Zschocke, I., Strittmatter, G., Sollner, W.: Die Validität des Hornheider Fragebogens zur psychosozialen Unterstützung bei Tumorpacienten. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 2001, Jan, 51(1), s. 25-33.
38. Trask, P.C., Paterson, A.G., Griffith, K.A., Riba, M.B., Schwarz J.L.: Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. Cancer, 2003, Aug 15, 8(4), s. 854-864.

39. Fawzy, F.I., Canada, A.L., Fawzy, N.W.: Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10 – year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2003, Jan, 60(1), s. 100-103.
40. Gambichler, T., Dissel, M., Altmeyer, P., Rotterdam, S.: Evaluation of sun awareness with an emphasis on ultraviolet protection by clothing: A survey of adults in Western Germany. *JEADV* 2010, Feb, 24(2), s. 155-162.
41. Blumenthal, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.B., Haney, T., Zimet, G.: Social support, type A behavior and coronary artery disease. *Psychosomatic medicine*, 1987, 49, s. 331-340.
42. Farquhar, J.W., Fortman, S.O., Flora, J.A., Taylor, C.B., Haskell, W.L., Williams, P.T., Macoby, N., Wood, P.D.: Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five – City Project. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 264, s. 359-365.
43. Beck, A.T., Rial, W.Y., Rickels, K.: Short form of depression inventory: cross validation. *Psychological Reports*, 1974, 34, s. 1184-1186.
44. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., Erbaugh, J.: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, s. 561-571.
45. Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80 (1, whole No.609).
46. Boesen, E.H., Ross, L., Frederiksen, K., Thomsen, B.L., Dalhlstrom, K., Schmidt, G., Noested, J., Krag, Ch., Johansen, Ch.: Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study. *J. Clin. Oncol.* 2005, 23, s. 1270-1277.
47. Söllner, W., Mairinger, G., Zingg-Schir, M., Fritsch, P.: Krankheitsprognose, psychosoziale Belastung und Einstellung von Melanom-patienten zu unterstützenden psychotherapeutischen Massnahmen. *Hautarzt*, 1996, 47, s. 200-205.

9. SEZNAM PŘÍLOH

9.1 Seznam použitých zkratk

9.2 Dotazníky

9.3 Seznam publikací

9.1 Seznam použitých zkratk

AJCC – American Joint Committee on Cancer

ALM – acral lentiginous melanoma (akrolentiginózní melanom)

BCG – Bacille Calmette Guerin

BSSD - Beckův dotazník deprese

LC – locus of control

LMM – lentigo maligna melanoma

MM – melanoma malignum (maligní melanom)

NM – nodular melanoma (nodulární melanom)

PSSS – Personal Social Support Scale

SSM – superficial spreading melanoma (povrchově se šířící melanom)

TNM – TNM klasifikace zhoubných novotvarů

UICC – International Union Against Cancer

Z.A.S. – škála „Zátěž a stres“

2. Informace o Vašem vztahu ke sluníčku

Před vznikem onemocnění jste se rád/a opaloval/a? ano ne

Pobýval/a jste na slunci výhradně z důvodů pracovních či sportovních (ne za účelem cíleného opalování):

ano ne

Považujete opálenou kůži obecně za hezkou a zdravěji vypadající?

ano ne částečně

Pobyt na slunci jste po vzniku onemocnění omezil/a: ano ne částečně
Používáte při pobytu na slunci krémy s ochrannými faktory proti slunečnímu záření:

ano ne občas

3. Údaje o Vaší informovanosti

Znáte název nemoci, pro kterou jste na kožní klinice pravidelně kontrolován/a?:

ano ne

Pokud jste odpověděl/a ano, pokračujte dále, pokud jste odpověděl/a ne, postupte rovnou ke 4. okruhu otázek.

O diagnóze jste byl/a informován/a:

lékařem / jiným zdrav. pracovníkem

Způsob sdělení diagnózy považujete za šetrný:

ano ne částečně

Vadil/vadí vám nějaký konkrétní postup či chování zdravotníků k vaší osobě? (uved'te):

Považujete informace, které o nemoci v současné době máte, za dostačující?

ano ne částečně

Informace o nemoci jste získal/a převážně:

od lékaře z tisku z jiných zdrojů

4. Vaše spolupráce se zdravotnickým zařízením

Na kontroly docházíte pravidelně:	ano	ne	částečně
Jste rád/a, že jste pravidelně kontrolován/a:	ano	ne	částečně
Příznivý výsledek kontroly vám přináší pocit úlevy:	ano	ne	částečně
Nemoc má (nebo měla) vliv na vaše:			
vztahy v rodině:	ano	ne	částečně
pracovní vztahy:	ano	ne	částečně
vztahy s cizími lidmi:	ano	ne	částečně
ekonomickou situaci:	ano	ne	částečně

II. (PSSS)

Prosíme, přečtete si pozorně každou z níže uvedených položek a zakroužkujte u ní to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu. Uvedená čísla znamenají:

7 – rozhodně souhlasím	3 – spíše nesouhlasím
6 - souhlasím	2 - nesouhlasím
5 - spíše souhlasím	1 - rozhodně nesouhlasím
4 - nevím	

1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který mi je nablízku.
7 6 5 4 3 2 1
2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.
7 6 5 4 3 2 1
3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.
7 6 5 4 3 2 1
4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc jakou potřebuji.
7 6 5 4 3 2 1
5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.
7 6 5 4 3 2 1
6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.
7 6 5 4 3 2 1
7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně.
7 6 5 4 3 2 1
8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.
7 6 5 4 3 2 1
9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.

		7	6	5	4	3	2	1
10.	Existuje člověk, kterému není jedno co cítím a jak na tom jsem.							
		7	6	5	4	3	2	1
11.	Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.							
		7	6	5	4	3	2	1
12.	O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.							
		7	6	5	4	3	2	1
13.	Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci, poradit a podepřít mne, když jsem v nesnázích, jsou:							
	I. členové mé rodiny	7	6	5	4	3	2	1
	II. moji přátelé	7	6	5	4	3	2	1
	III. moji spolupracovníci	7	6	5	4	3	2	1
	IV. moji nadřízení	7	6	5	4	3	2	1

III. (Z.A.S.)

Pro následující otázky vyberte vždy jednu nejlépe vyhovující odpověď. Neexistují zde „správné“

a „nesprávné“ odpovědi, ale jde o vyjádření Vašich osobních stanovisek.

Chtěli bychom nejprve znát stupeň Vašeho uspokojení ve vztahu k některým oblastem Vašeho života. U každé z následujících položek zakroužkujte vždy jedno číslo nejlépe vystihující stupeň Vašeho uspokojení. Vaše hodnocení se může pohybovat v níže uvedeném rozpětí:

zcela uspokojivé zcela neuspokojivé
 1 2 3 4 5 6 7

1. Posuďte nyní, prosíme, tímto způsobem následující oblasti:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Vaše vztahy k přátelům | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Vaši práci, event. studium, nebo práci v domácnosti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Vaši finanční situaci | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d) Vaše zdraví | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e) Vaše manželství nebo partnerský vztah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Pokud nyní nežijete v manželském nebo partnerském vztahu, udělejte do vyznačeného prostoru křížek:

Nyní bychom se rádi dozvěděli, jak se obvykle cítíte v průběhu běžného pracovního dne. Pokud jste nyní v důchodu nebo nezaměstnaní, vyjádřete se, prosím, k Vašemu poslednímu zaměstnání. Pokud jste v domácnosti, vyjádřete se k této práci a pokud studujete, vyjádřete se ke studiu.

Zakroužkujte pouze jednu odpověď na každou otázku:

2. Jak často pociťujete nedostatek času ("časový pres")?

1. nikdy
2. téměř nikdy
3. příležitostně
4. poměrně často
5. často
6. velmi často
7. vždy

3. Jak často na Vás klade Vaše práce požadavky na horní hranici Vašich možností a vzbuzuje ve Vás pocit celkové vyčerpanosti?

1. nikdy
2. téměř nikdy
3. příležitostně
4. poměrně často
5. často
6. velmi často
7. vždy

4. Jak často prožíváte pocity nespokojenosti nebo nejistoty ve vztahu k tomu, jak se Vám dařilo v zaměstnání?

1. nikdy
2. téměř nikdy
3. příležitostně
4. poměrně často
5. často
6. velmi často
7. vždy

5. Jak často se Vám udělá až fyzicky špatně, když máte na něco čekat v práci, ve škole nebo na úřadě?

1. nikdy
2. téměř nikdy
3. příležitostně
4. poměrně často
5. často
6. velmi často
7. vždy

6. Napište do vyznačeného prostoru číslo, vyjadřující kolikrát za týden se v průměru rozzlobíte nebo máte pocit zklamání či marnosti:

7. Jak často máte potíže s usínáním?

1. nikdy
2. jednou nebo dvakrát za rok
3. jednou nebo dvakrát během několika měsíců
4. jednou nebo dvakrát za měsíc
5. čtyřikrát nebo pětkrát za měsíc
6. dvakrát nebo třikrát týdně
7. téměř každou noc

IV. (BSSD)

Pročtěte si pozorně nabízené výroky a číslo Vaší odpovědi napište do pravého sloupce.

<p>1. Nálada</p> <p>0 – nemám smutnou náladu 1 – cítím se poněkud posmutnělý/á, sklíčený/á 2 – jsem stále smutný/á nebo sklíčený/á a nemohu se z toho dostat 3 – jsem tak smutný/á nebo nešťastný/á, že to už nemohu snést</p>	
<p>2. Pesimismus</p> <p>0 – do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně 1 – poněkud se obávám budoucnosti 2 – vidím, že se už nemám na co těšit 3 – vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit</p>	
<p>3. Pocit neúspěchu</p> <p>0 – nemám pocit nějakého životního neúspěchu 1 – mám pocit, že jsem měla/a v životě více smůly a neúspěchů, než obvykle lidé mívají 2 – podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů 3 – vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/ka apod.) v životě zcela zklamal/a</p>	
<p>4. Neuspokojení z činnosti</p> <p>0 – nejsem nijak zvlášť nespokojený/á 1 – nemám z věci takové potěšení jako jsem míval/a 2 – už mě netěší skoro vůbec nic 3 – ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení</p>	
<p>5. Vina</p> <p>0 – necítím se nijak provinile 1 – občas cítím, že jsem méněcenný/á, horší než ostatní 2 – mám trvalý pocit viny 3 – ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk</p>	
<p>6. Nenávisť sebe sama</p> <p>0 – necítím se zklamán/a sám sebou 1 – zklamal/a jsem se sám/sama v sobě 2 – jsem dosti znechucen/a sám/sama sebou 3 – nenávidím se</p>	

<p>7. Myšlenky na sebevraždu</p> <p>0 – vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl/a něco udělat 1 – mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít 2 – často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu 3 - kdybych měl/a příležitost, tak bych si vzal/a život</p>	
<p>8. Sociální izolace</p> <p>0 – neztratil/a jsem zájem o lidi v okolí 1 - mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve 2 – ztratil/a jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní 3 – ztratil/a jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít</p>	
<p>9. Nerozhodnost</p> <p>0 – dokážu se rozhodnout v běžných situacích 1 – někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí 2 – rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže 3 – vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout</p>	
<p>10. Vlastní vzhled</p> <p>0 – vypadám stejně jako dříve 1 – mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně 2 – mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně 3 – mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě</p>	
<p>11. Potíže při práci</p> <p>0 – práce mi jde od ruky jako dříve 1 – musím se nutit, když chci začít něco dělat 2 – dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal/a 3 – nejsem schopen/na jakékoli práce</p>	
<p>12. Únavnost</p> <p>0 – necítím se více unaven/a než obvykle 1 – unavím se snáze než dříve 2 – všechno mě unavuje 3 – únava mi zabraňuje cokoli dělat</p>	
<p>13. Nechutenství</p> <p>0 – mám svou obvyklou chuť k jídlu 1 – nemám takovou chuť k jídlu, jako jsem míval/a 2 – mnohem hůře mi teď chutná jíst 3 – zcela jsem ztratil/a chuť k jídlu</p>	

IV.

Na níže uvedené úsečce udělejte, prosíme, značku v bodě, který vystihuje Váš pocit.

Nakolik se domníváte, že máte svůj život ve svých rukou (máte na něj vliv, řídíte jeho běh)?

vůbec ne

plně

Děkujeme za vyplnění dotazníku a přejeme Vám hodně zdraví!

Vyplněný dotazník nám nemusíte posílat poštou. Postačí, když jej v den Vaší kontroly vhodíte do schránky v ambulanci.

9.3 Seznam publikací

Publikace s IF se vztahem k tématu disertační práce

1. JANOUŠKOVÁ, Gabriela, CAMPR, Vít, KONKOLOVÁ, Radmila et. al. Multiple granular cell tumor. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2004, 18, p. 347-349. (IF = 0,981)
2. POCK, Lumír, KONKOLOVÁ, Radmila., DRAGON, Jaroslav et. al. Agminated histiocytomas in 23- year old patient. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2004, 18, p. 350-352. (IF = 0,981)
3. KONKOLOVÁ, R., PROVAZNÍKOVÁ, H., JIRÁKOVÁ, A. et al. Can melanoma therapy change the attitude towards prevention and tanning? *Biomedical papers*, III/2013 přijato k publikování. (IF= 0,702)

Publikace bez IF (recenzované) se vztahem k tématu disertační práce

1. VOJÁČKOVÁ, Naděžda, HEJCMANOVÁ, Irena, KONKOLOVÁ, Radmila et al. Výskyt druhé primární malignity v souboru nemocných s maligním melanomem sledovaných na Dermatovenerologické klinice 2. LF UK a FN Na Bulovce. Retrospektivní analýza. *Česko--Slovenská dermatologie*, 2005, vol. 80, no. 3, p. 169-172.
2. VOJÁČKOVÁ, Naděžda, HEJCMANOVÁ, Irena, KONKOLOVÁ, Radmila et al. Druhá primární malignita u pacientů s kožním melanomem hlášených v České republice v letech 1991-2000. Retrospektivní analýza souboru. *Česko – Slovenská dermatologie*, 2006, vol. 81, no. 5, p. 271-276.
3. KONKOLOVÁ, Radmila, PROVAZNÍKOVÁ, Hana. Postoj k dispenzarizaci a zvládání stresu u pacientů dlouhodobě sledovaných pro dg. Melanom. *Praktický lékař*, 2009, 89, no. 1, p. 22-25.

Publikace s IF bez vztahu k tématu disertační práce

1. POCK, Lumír, BLAŽKOVÁ, Jaroslava, ČALOUDOVÁ, Helena, VARJASSYOVÁ, I., KONKOLOVÁ, Radmila and HERCOGOVÁ, Jana. Annular elastolytic giant cell granuloma causes an irreversible disappearance of the elastic fibers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2004, 18, p. 365-368. (IF = 0,981)

Kapitoly v monografiích

1. KONKOLOVÁ, Radmila. Acquired hypomelanoses. In LOTTI, Torello and HERCOGOVÁ, Jana. *Vitiligo: Problems and Solutions*. New York: Marcel Decker, 2004, 381-388. ISBN 0-8247-4305-9

2. KONKOLOVÁ, Radmila. Melanom. In KOUTECKÝ, Josef a kol. *Klinická onkologie*. Praha: Riopress, 2004. ISBN 80-86221-77-6

Přednášková činnost

1. KONKOLOVÁ, Radmila. Prevence kožních nádorů. Seminář pro praktické lékaře. Praha, 12. 5. 2005

2. KONKOLOVÁ, Radmila. Bělící prostředky. 11. Pražské dermatologické sympozium, International Society of Dermatology, regional meeting, Praha, 15. – 17. 9. 2005

3. HERCOGOVÁ, Jana, KONKOLOVÁ, Radmila. Chemical peeling. COSMODERM 2005 (European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology, Granada (Spain), 23. – 24. 9. 2005

4. VOJÁČKOVÁ, N., HEJCMANOVÁ, I., KONKOLOVÁ, R. et al. Druhá primární malignita u pacientů s kožním melanomem hlášených v České republice v letech 1991 – 2000. II. Pražský melanomový den, 10. 11. 2005

5. KONKOLOVÁ, Radmila, PROVAZNÍKOVÁ, Hana. Postoj pacientů dispenzarizovaných pro maligní melanom (stadium I. a II.) ke slunění a pravidelnému klinickému sledování: předběžné výsledky průřezové epidemiologické studie. II. Kongres slovenských a českých dermatovenerologů s mezinárodní účastí, Bratislava, 15. – 17. 6. 2006

6. KONKOLOVÁ, Radmila. Ekzémy a seborrhoická dermatitida. Pracovní večer – Spolek farmaceutů při ČFS JEP, Lékařský dům, Praha, 18. 10. 2006

7. KONKOLOVÁ, Radmila. Chemický peeling a jeho limity. Česko-Slovenský kongres dermatologie a estetické medicíny. 10th International Congress of Dermatology (ISD), Praha, 20.- 24.5.2009