

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S MALIGNÍM MELANOMEM**

Bakalářská práce

PETRA FIALOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Straková, Ph.D.

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Fialová Petra
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem

Nursing Process for Patients with Malignant Melanoma

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Straková, Ph.D.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2014

.....

ABSTRAKT

FIALOVÁ, Petra. *Ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jana Straková, Ph.D. Praha 2014. s. 69.

Tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem. V teoretické části práce byla popsána epidemiologie, klinické příznaky, etiologie, diagnostika a prevence onemocnění. Dále byla práce zaměřena na léčbu onemocnění, klinické varianty melanomu a specifika péče o tyto pacienty. V druhé části práce byl popsán ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem. A na základě shromážděných informací byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Cílem práce bylo charakterizovat onemocnění maligní melanom, vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním a popsat specifika péče o tyto pacienty.

Klíčová slova:

Ošetrovatelský proces. Maligní melanom. Prevence. Chemoterapie. Aktinoterapie. Pacient.

ABSTRACT

FIALOVÁ, Petra. *Nursing Process for Patients with Malignant Melanoma*. College of Nursing, o.p.s. Qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jana Straková, Ph.D. Prague 2014. p. 69.

The topic of this thesis was the nursing process of a patient with malignant melanoma. Epidemiology, clinical symptoms, etiology, diagnosis and prevention were described in the theoretical part of the thesis. This part also focused on treatment, clinical variants of melanoma and the specifics of treating patients with this illness. The second part of the thesis described the nursing process of a patient with malignant melanoma. The goal of this thesis was to characterize the illness, create the nursing process and describe the specifics of treating patients with malignant melanoma.

Key words:

Nursing process. Malignant melanoma. Prevention. Chemotherapy. Actinotherapy. Patient.

PŘEDMLUVA

Téma mé bakalářské práce je nádorové onemocnění maligní melanom. Maligní melanom je onemocnění, u kterého dochází v posledních letech ke zvýšenému výskytu. A stále přibývá pacientů s touto diagnózou, jehož prognóza bývá mnohdy vážná.

Zvolení tématu nebylo zpočátku jednoduché, ale nakonec jsem zvolila téma, se kterým se jako všeobecná sestra setkávám při své práci na onkologii v Masarykově onkologickém ústavu. Jelikož se mi i tohle onemocnění jevílo jako zajímavé, chtěla jsem se prostřednictvím této práce dozvědět více o této diagnóze.

Zpočátku se zdálo být shromažďování informací a literatury o této problematice obtížné. Později však bylo hledání zdrojů uspokojivé. Informace jsem čerpala především z odborné literatury a z odborných článků týkající se tohoto onemocnění.

Práce může posloužit studentům připravující se na povolání ve zdravotnictví, všeobecným sestřám ale také pacientům a jejím příbuzným starající se o pacienty s tímto onemocněním.

Chtěla bych také touto cestou poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Strakové, Ph.D. za její cenné rady, odborné vedení práce, připomínky, trpělivost, laskavost a podporu při zpracovávání mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	17
1 MALIGNÍ MELANOM	18
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	18
1.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY.....	19
1.3 ETIOLOGIE.....	19
1.4 DIAGNOSTIKA	20
1.4.1 ANAMNÉZA.....	21
1.4.2 PRAVIDLO ABCD(E)	21
1.4.3 DERMATOSKOPIE.....	22
1.5 LÉČBA.....	22
1.5.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	22
1.5.2 CHEMOTERAPIE.....	23
1.5.3 AKTINOTERAPIE	23
1.5.4 IMUNOTERAPIE.....	24
1.5.5 CÍLENÁ LÉČBA.....	24
1.5.6 INTERFON ALFA.....	25
1.5.5 IZOLOVANÁ HYPERTERMICKÁ PERFÚZE	25
1.6 KLINICKÉ VARIANTY MELANOMU	26
1.6.1 MELANOMA IN SITU	26
1.6.2 SUPERFICIÁLNĚ SE ŠÍŘÍCÍ MALIGNÍ MELANOM	26
1.6.4 LENTIGO MALIGNA MELANOM.....	27
1.6.5 AKROLENTIGINÓZNÍ MALIGNÍ MELANOM	27
1.6.6 SLIZNIČNÍ MELANOM.....	28
1.7 PROGNÓZA	28
2 PREVENCE.....	30
2.1 DISPENZARIZACE.....	31
2.2 EVROPSKÝ DEN MELANOMU	31
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	33
3.1 BOLEST.....	33
3.2 CÉVNÍ VSTUPY	33

3.3 NAUZEJA A ZVRACENÍ	34
3.4 PÉČE O SLIZNICI DUTINY ÚSTNÍ	35
3.5 FEBRILNÍ NEUTROPENIE	35
3.6 EXTRAHAZACE	36
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	38
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	68
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Identifikační údaje.....	38
Tabulka 2 – Vitální funkce při přijetí.....	39
Tabulka 3 – Léková anamnéza.....	40
Tabulka 4 – Gynekologická anamnéza.....	41
Tabulka 5 – Popis fyzického stavu.....	43
Tabulka 6 – Aktivity denního života.....	46
Tabulka 7 – Posouzení psychického stavu.....	50
Tabulka 8 – Posouzení sociálního stavu.....	53

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT - alaninaminotransferáza, cytoplazmatický enzym vysoce specifický pro jaterní buňku

APTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

AST - aspartátaminotransferáza, enzym stanovovaný při jaterních testech

BRAF - lidský gen, který vytváří protein zvaný B-Raf. Protein B-Raf se vysílá signály uvnitř buněk, které se účastní řízení buněčného růstu.

CT - počítačová tomografie

CTLA receptor - receptor, který aktivuje imunitní systém

EKG - elektrokardiogram, je záznam časové změny elektrického potenciálu způsobeného srdeční aktivitou

ERK - extracelulární signál regulované kinázy, druh molekuly proteinu

GMT - gama-glutamyltransferáza, jaterní enzym

Gtt - kapky

HMB-45 - je monoklonální protilátka, která reaguje proti antigenu přítomnému v melanocytárních nádorech

IgG1- Imunoglobulin G

INR - protrombinový čas

MDC - mediastinální

MEK - mitogenem aktivovaná protein kináza

MOU- Masarykův onkologický ústav

MU - milion jednotek

PET/CT - pozitronová emisní tomografie, počítačová tomografie

PVC - polyvinylchlorid

RAF - protein, který slouží jako zprostředkovatel přenosu extracelulárních signálů z receptorů

RAS protein - je rodina genů ze skupiny protoonkogenů

S 100 B - malý dimerický protein ze skupiny proteinů vázících vápník

Tbl - tablety

TSH - hormon, který stimuluje sekreci hormonů štítné žlázy

T4 - thyroxin je jeden z hormonů produkovaných v folikulárních buňkách štítné žlázy

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adjuvantní terapie - léčba přicházející po úplném chirurgickém odstranění makroskopicky patrného ložiska

Aktinoterapie - léčba zářením

Alopecie - vypadávání vlasů

Albumin - je jeden z proteinů krevní plazmy

Amenalotická forma - nezbarvený pigmentem melaninem tam, kde se toto zbarvení dá očekávat

Analgetika - léky tlumící bolest

Anamnéza - je soubor informací potřebných k bližší analýze zdravotního stavu pacienta

Antiemetika - léky tlumící nevolnost a zvracení

Antiulcerotika - léky snižující tvorbu a množství žaludečních šťáv

Anus – anální otvor

Anxiolytika – léky odstraňují úzkost, psychickou tenzi a napětí, strach, trému

Apatie - netečnost

Atypický - zvláštní, neobvyklý, vymykající se pravidlu

Autoimunitní – stav, kdy imunitní odpověď organismu reaguje na své vlastní složky

Bilirubin - je odpadní produkt metabolismu červeného krevního barviva

C-reaktivní protein - sérový protein, svědčící pro zánět v těle

Cytostatika - jsou látky, které se používají k léčbě nádorových onemocnění

De novo - nově, od začátku

Dermatoskop - přístroj k diagnostice pigmentových kožních změn

Dispenzarizace - aktivní sledování či dohled nad osobou, která má určitý rizikový faktor

Dysfunkce - narušená nebo odchylná funkce orgánů

Dysplastický - porušený vývoj nebo růst projevující se utlumeným nebo odchylným vytvářením stavby těla

Endokrinologie - odvětví medicíny zabývající se diagnózou a léčbou žláz s vnitřní sekrecí

Epidermis - nejsvrchnější vrstva kůže

Epitel - krycí tkáň

Erytrocyty - červené krvinky

Etiologie - příčina onemocnění

Excize - operativní odnětí, vyříznutí

Extravazace - únik tekutiny mimo cévní řečiště do okolní tkáně

Exulcerovaný - zvrhodovatělý

Febrilní neutropenie - pokles bílých krvinek pod fyziologickou mez provázený teplotou

Fenotyp - soubor všech pozorovatelných vlastností a znaků živého organismu

Fibrinogen - koagulační faktor, který se vyskytuje rozpuštěný v krevní plazmě

Flexila - kanyla zajišťující cévní přístup

Flu-like syndrom - chřipkové příznaky

Fotosenzitivita - zvýšená citlivost kůže na slunce

Fototyp - popisuje, jak reaguje kůže na první pobyt na slunci

Fibróza - zhuštění vaziva ve tkáni

Gastrointestinální trakt - trávicí trakt

Genotyp - soubor veškerých genetických informací organismu

Gonády - pohlavní žlázy

Hematokrit - poměr mezi objemem červených krvinek a plné krve

Hematologická toxicita - výskyt jedů v krvi

Hemoglobin - červené krevní barvivo

Hemokultury - mikrobiologické kultivační vyšetření krve na přítomnost bakterií

Hepatální toxicita - výskyt jedů v játrech

Hepatotoxicita - výskyt jedů v játrech

Histologické vyšetření - mikroskopický rozbor vzorků tkání odebraných z organismu

Histopatologický typ - schopnost vytvářet struktury podobné strukturám výchozí tkáně

Hypertenze - zvýšený krevní tlak

Chloridy - soli kyseliny chlorovodíkové

Chromozom - specifická barvitelná buněčná struktura eukaryot přítomná v jádře

Imunoterapie - léčebné postupy, které využívají přirozené imunitní mechanismy, směřující k aktivaci protinádorové imunity

Incidence - nemocnost, demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel

Indikace - stanovení léčebného postupu

Inoperabilní - neoperovatelný

Integrita - celistvost

Intramuskulárně - do svalu

Intravenózní port - komůrka s membránou, která je umístěná v podkoží ze které vede katétr do centrální žíly

Kalcium - vápník

Kalium - draslík

Kanylace - zavedení kanyly například do cévního řečiště

Kardiotoxicita - přítomnost jedu v srdci

Ketony - organické sloučeniny, které obsahují karbonylovou skupinu

Koagulace - srážení krve

Korium - prokrvená a inervovaná vazivová vrstva kůže pod pokožkou

Kortikoidy - léčiva užívaná k léčbě různých poruch imunity

Kreatinin - látka vznikající ve svalech

Laktátdehydrogenáza - enzym účastnící se metabolismu glukosy

Leukocyty - bílé krvinky

Leukopenie - snížený počet bílých krvinek v krvi

Lipoproteiny - komplex bílkovin a lipidů vyskytující se v krevní plazmě

Lymfedém - mízní otok

Magnetická rezonance - zobrazovací metoda sloužící k zobrazení vnitřních orgánů

Maligní - zhoubný

Melanocyt - pigmentová buňka

Melanom - je zhoubný nádor melanocytů, který se vyskytuje převážně na kůži

Metastázy - druhotné ložisko nádorových buněk

Morfy - metastázy maligního melanomu

Mutace - změněná genetická informace

Nauzea - nevolnost

Nádorové markery - laboratorně prokazatelné známky, kterými se nádorové onemocnění projevuje

Natrium - sodík

Nefrotoxicita - přítomnost jedu v ledvinách

Neinvazivní - nepronikající dovnitř organismu

Neoplastické proliferace - nádorové bujení

Neopioidní analgetika - léčiva, která působí proti bolesti, teplotě a zčásti i protizánětlivě

Neurotoxicita - přítomnost jedu v nervové soustavě

Nitrity - soli kyseliny dusité

Opioidní analgetika - snižují přenos bolestivého podnětu v míše a mozku

Paliativní - mírnící bolest ale neodstraňující příčinu choroby a bolesti

Paravazace - únik tekutiny mimo cévní řečiště do okolní tkáně

Pigment - barvivo

Pigmentová léze - zbarvené poškození

Prevence - soustava opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem

Prognóza - odhad dalšího vývoje

Prokinetika - skupina léků ovlivňujících pohyb dutých orgánů, v jejichž stěně je hladká svalovina

Proliferace - chorobný růst tkáně

Protrombinový test - měří funkčnost vnějšího systému aktivace koagulační kaskády, používá se jako základní test krevní srážlivosti

Recidiva - návrat

Reexcize - opětovné operativní odnětí, vyříznutí

Rektum - konečník

Setronová antiemetika - léky proti nevolnosti a zvracení

Scintigrafie - diagnostická metoda používaná v nukleární medicíně

Subjektivní - z osobního hlediska

Subkutánně - podkožně

Toxicita - jedovatost

Trombinový čas - test k vyšetření koagulace krve

Trombocytopenie - snížené množství krevních destiček

Trombocyty - krevní destičky

Ulcerace - tvorba vředů

Ultrasonografie - zobrazovací diagnostická metoda

Urobilinogen - látka vznikající z bilirubinu činností střevních bakterií

Varixy - žilní městsky

Vimentin – protein, vyskytuje se v těle během zárodečného vývoje

ÚVOD

Nádorové onemocnění maligní melanom se řadí mezi nejzhoubnější nádory, které relativně brzy tvoří metastázy do jiných orgánů. Jedná se o onemocnění, kterému lze prevencí předcházet. Ale i přes tato opatření dochází v posledních letech k nárůstu tohoto onemocnění nejen u starší populace, ale v poslední době se častěji vyskytuje i u mladé generace. Přispívá k tomu též moderní trend navštěvování solárií a dovolené v oblastech s vyšším působením slunečního záření.

Cílem práce bylo získat dostatečné množství informací o tomto onemocnění, aby bylo možné jej charakterizovat. Dalším cílem bylo získat informace o pacientovi s maligním melanomem a sestavit ošetrovatelský proces u pacienta s touto diagnózou. Cílem bylo také shrnout specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

V první části práce bylo charakterizováno onemocnění maligní melanom. Byly zde popsány příznaky onemocnění, jeho výskyt, léčba onemocnění a diagnostika. Následně také byly charakterizovány jednotlivé typy maligního melanomu a možnosti jak lze předcházet tomuto onemocnění. Další kapitola byla věnována specifickým ošetřování takto nemocných pacientů.

V praktické části práce byl sestaven ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem. Byly shromážděny všechny potřebné informace, od ošetřujícího personálu, rozhovorem s pacientem, z dokumentace a pozorováním. Dále byl stanoven na podkladě zjištěných problémů ošetrovatelský proces a stanoveny ošetrovatelské diagnózy, které byly následně rozpracovány. Nedílnou součástí práce byly uvedeny doporučení pro praxi.

1 MALIGNÍ MELANOM

Onkologické onemocnění maligní melanom vzniká v důsledku neoplastické proliferace kožních melanocytů, tedy buněk, které vytváří pigment. Vyskytuje se v několika histopatologických typech a nejčastěji vzniká na kůži, ale může se objevit také v oku, uchu, na sliznici gastrointestinálního traktu, sliznici úst nebo genitálu a rekta. V poslední době se jeho výskyt zvyšuje a častěji se objevuje u mladé populace. Může se objevit nově na zdravé kůži ale také na již existujícím vrozeném nebo získaném névu. Při jeho včasné diagnostice má pacient lepší šanci na úplné vyléčení, v opačném případě je průběh onemocnění závažný a nádor může tvořit vzdálené metastázy. Proto je nezbytná u tohoto onemocnění prevence, která umožňuje časné rozpoznání melanomu a podporuje iniciativu navštívit včas lékaře (KRAJSOVÁ, 2013), (KRUŽICOVÁ, 2010), (KRUŽICOVÁ, 2013), (LAKOMÝ et al., 2012).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

V posledních letech dochází ke zvýšené incidenci tohoto onemocnění a to jak ve světě, tak i v České republice. Maligní melanom postihuje obě pohlaví a to jak ženy, tak i muže téměř ve stejné míře. Je to onemocnění spíše středního nebo vyššího věku ale v poslední době dochází k nárůstu tohoto onemocnění i u mladších věkových kategorií. U mužů bývá častěji v oblasti trupu a naopak u žen bývají postiženy častěji dolní končetiny. Tento nádor se převážně vyskytuje u lidí s bílou barvou kůže a to v místech s vysokým působením slunečního svitu jako jsou oblasti severní Ameriky, Nový Zéland a Austrálie, kdežto u ostatních ras se objevuje méně. Byl zjištěn také zvýšený počet nemocných ve vyspělejších zemích, u lidí žijících ve městech a mezi lidmi s vyšším vzděláním a socioekonomickým statutem. Oproti tomu častěji umírají na melanom lidé z nižších socioekonomických vrstev a obyvatelé žijící na venkově což je zapříčiněno nejspíše malou informovaností o nemoci (ADAM, 2011), (KRAJSOVÁ, 2006).

1.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Z počátku se může maligní melanom projevovat zcela nenápadně. Často bývá pro tento nádor typická hnědá až černá barva. Dále si můžeme povšimnout změny růstu znaménka, jeho nepravidelných okrajů, odlišného zbarvení a svědění.

Ke změně barvy znaménka může dojít z původně normálního zbarvení, kdy se v místě objeví tečkovité nebo tmavší ložisko. Od ostatních pigmentových zbarvení na těle se většinou odlišuje hustší pigmentací. Jen ojediněle může na počátku růstu dojít ke světlejšímu zbarvení, častěji pouze v malém místě kdežto v jiném ztmavne.

Co se týká změny velikosti névu, který byl do jisté doby neměnné velikosti, začne náhle nabývat na velikosti. Většinou roste nerovnoměrně a vzniká tak nesouměrný útvar.

Původní okraje névu jsou výrazně oddělené od okolí pokožky. Růst probíhá formou jazykovitých výběžků a z tohoto důvodu se mohou tvořit hluboké rýhy. Okraje se stávají méně zřetelné a nejasné.

Povrch névu může být překryt šupinami, a v pozdějším období se mohou vyskytnout malé krusty.

Může se také objevit krvácení, které bývá příznakem v pozdějším stádiu. V tomto stádiu se mohou vytvořit na kůži drobné morfy v blízkém okolí, provázené zánětlivými změnami a zvětšením lymfatických uzlin. Poté také mohou vznikat metastázy pod kůží v místech mezi prvotním ložiskem a regionálními uzlinami nebo se mohou tvořit vzdálené metastázy v plicích, mozku, gastrointestinálním traktu, játrech, kostech a dalších orgánech, kde z postižených orgánů mohou vyplývat další příznaky onemocnění (BAJČIOVÁ et al., 2011), (KRAJSOVÁ, 2011).

1.3 ETIOLOGIE

Na vzniku maligní proměny pigmentových buněk se podílí příčiny, které jsou nám již známé, ale stále existují i příčiny nepoznané. Mezi rizikové faktory, které se uplatňují na vzniku maligního melanomu, patří ultrafialové záření, genotyp a fenotyp jedince (KRAJSOVÁ, 2006).

Sluneční záření je častým vyvolavatelem změn, které vedou ke vzniku maligního melanomu. Přispívají k tomu časté pobyty na slunci či nadměrné opalování v soláriích. Podstatné je množství dávky záření, které působí na kůži během života, opakované bolestivé spálení kůže od sluníčka, typ expozice, období vyšší expozice záření v dětství nebo v dospělém věku. Záleží také na tom, jakou má jedinec vlastnost se opálit, pokud mají v tomto ohledu dobrou schopnost, mají též menší riziko onemocnět maligním melanomem. Více rizikové je opalování u lidí, kteří se opalují nárazově oproti těm, jež jsou slunečnímu záření vystaveni pravidelně (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006).

Ultrafialové záření není jedinou příčinou nemoci, ale také genetické faktory se účastní změn, které vedou ke vzniku melanomu. Obvykle má člověk geneticky podmíněnou vlastnost pokožky bránit se negativnímu působení nebezpečných vlivů vycházejících ze zevního prostředí, která se aktivuje v období ohrožení. A to na kolik dojde k poškození je dáno odolností kůže, jež je podmíněna geneticky fototypem pokožky. Svůj podíl v etiologii nemoci mají i mutace některých genů, kdy je poškozena schopnost opravy změn chromozomů, což vede k nádorové proměně melanocytů (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006).

1.4 DIAGNOSTIKA

Včasné stanovení diagnózy u tohoto maligního onemocnění je velice důležité. Ač bychom si mohli myslet, že díky snadnému přístupu sledování změn na kůži dojde k včasnému zachytu onemocnění, není tomu tak vždy. Příčinou může být nedostatečná informovanost veřejnosti, obavy a strach z diagnózy nebo si těchto změn jednoduše člověk nevšimne, zvláště pokud se melanom vyskytne na méně přehledném místě. Základem k určení správné diagnózy je třeba provést klinické a histologické vyšetření. Po vyšetření u dermatologa, jeví-li se ložisko jako nebezpečné, je provedeno chirurgické odstranění podezřelého névu. Po získání vzorku tkáně je materiál podroben histologickému vyšetření a následnému určení konečné diagnózy (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

1.4.1 ANAMNÉZA

„Důležitým vodítkem při stanovení diagnózy mohou být anamnestické údaje o tom, zda předcházela nějaká pigmentová léze, jak dlouho ložisko roste, zda svědí či zda někdy krvácelo“ (KRAJSOVÁ, 2006, s. 86). Přicházejí ale také pacienti, u nichž je onemocnění již pokročilé a zapírají jakékoliv proměny névu nebo údaje, které jsou pro diagnostiku potřebné. Proto se nelze vždy na tyto informace spoléhat a je potřeba provést další vyšetření (KRAJSOVÁ, 2006).

1.4.2 PRAVIDLO ABCD(E)

Další pomůckou k určení diagnózy je akronym ABCD, využívaný od roku 1985, který pomáhá rozeznat znaky, jež jsou charakteristické pro počáteční vznik melanomu. U tohoto vyšetření se zaměřujeme na tvar, okraje, barvu a velikost (KRAJSOVÁ, 2006).

Akronym ABCD:

- „A (asymmetry) – ložisko má asymetrický tvar, kterým se výrazně liší od ostatních pigmentových projevů na kůži.
- B (border) – okraje jsou nepravidelné, s četnými zářezy a výběžky, kterými se nádor postupně šíří do okolí.
- C (color) – barva počínajícího melanomu je většinou výrazná, tmavě hnědá s častými barevnými nepravidelnostmi, v ložisku se nacházejí různé odstíny hnědé či černé barvy, často i růžové, červené nebo šedomodré i bílé plošky.
- D (diameter) – alespoň jeden rozměr ložiska přesahuje 6 mm, melanomy menší než 6 mm jsou velmi vzácné, spíše bývají i počínající melanomy větší než 10 mm nebo se této velikosti blíží“ (KRAJSOVÁ, 2006, s. 87-88).
- E (evolving) – ukazatel, který nově přibyl k pravidlu ABCD a určuje vývoj ložiska (KRAJSOVÁ, 2006).

1.4.3 DERMATOSKOPIE

Tato neinvazivní vyšetřovací metoda je dalším pomocným vyšetřením, které se provádí manuálním nebo digitálním dermatoskopem.

Manuální dermatoskopie se provádí pomocí osvětlené lupy, která umožní 10–20x zvětšit obraz, díky kterému lze pozorovat změny na pigmentové lézi.

Digitální dermatoskopie je vyšetření, při kterém se využívá videomikroskop s barevným čidlem, který je napojen k počítači. Tato metoda pracuje na principu matematického rozboru, a převádí dermatoskopické veličiny do čísel, což umožňuje dosáhnout informace o vyšetřované lézi. Tento přístroj dokáže detailněji odlišit proměny týkající se barvy, pigmentace, okrajů, nepravidelností a velikosti léze. Pomocí snímací kamery se vyfotí ložisko, a to je poté srovnáno v databázi s tisíci již klasifikovanými pigmentovými ložisky. Přístroj provede vyhodnocení, a čím je skóre vyšší, tím větší je riziko malignity. Digitální dermatoskopie má oproti manuální, kladnou vlastnost, jelikož umožňuje archivovat snímaný obraz ložiska v digitální formě, který lze později s odstupem času pozorovat a srovnávat (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

1.5 LÉČBA

1.5.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Základní léčebnou metodou je chirurgické odstranění ložiska i s lemem, jehož rozsah odstranění záleží na tloušťce nádoru. Tomuto výkonu však předchází klinické vyšetření vedoucí k rozeznání melanomu a na jeho podkladě lze určit, jak vysoce bude zákrok radikální (KRAJSOVÁ, 2006), (SOUČEK, 2011).

Dříve se provádělo odstranění melanomu s lemem velice radikálně, kdy nejmenší šířka ochranného lemu při odstranění představovala 4-5 centimetrů. Ale s postupně přibývajícím znalostmi o tomto onemocnění se od tak radikálního zákroku začalo upouštět, jelikož také tento způsob představoval pro postižené místo značnou devastaci (ADAM, 2010), (BILCHIK, 2006), (KRAJSOVÁ, 2006).

V současnosti se již od tak rozsáhlých výkonů odpustilo a na podkladě několika studií byla pro velikost rozsahu excize melanomu zpracována doporučení, která se odvíjí od tloušťky nádoru. Pokud je vyšší Breslowa hodnota tím je i větší ochranný lem, který by však neměl překročit míru tří centimetrů (KRAJSOVÁ, 2006).

Není-li však diagnóza melanomu zcela zřejmá, přistupuje se nejdříve k totální neširoké excizi postiženého místa, aby se diagnóza mohla potvrdit nebo vyvrátit. A poté dle histologického vyšetření se stanoví šíře odstranění lemu. Následně dle indikované tloušťky se provede reexcize ložiska, která by měla být uskutečněna do tří týdnů (ADAM, 2010), (KRAJSOVÁ, 2006).

1.5.2 CHEMOTERAPIE

Tato léčba pomocí cytostatik bývá spíše indikována u pacientů s metastázami a má převážně paliativní význam. Mezi cytostatika používána k léčbě melanomu patří dakarbazin, karmustin, vinblastin, vinkristin, bleomycin, cisplatina, karboplatina, temozolomid, ipilimumab. V léčbě metastazujícího melanomu je základním léčivem dakarbazin. Aplikují se ve formě infúze intravenózně do žíly. Využívá se buď léčba jedním cytostatikem, nebo se tyto látky různě kombinují. Léčba cytostatiky však přináší řadu nežádoucích účinků. Nejvíce se projevují po prvním podání chemoterapie. Častý bývá pokles krvinek, nevolnosti, zvracení, alopecie. Vznikají infekce, průjmy, nefrotoxicita, kardiotoxicita, neurotoxicita, plicní toxicita, poškození gonád a další. Bohužel však tento způsob léčby neprokázal nijak závatný pozitivní vliv v délce přežití (KRAJSOVÁ, 2006), (LAKOMÝ et al., 2012), (SOUČEK, 2011), (VORLÍČEK, 2012).

1.5.3 AKTINOTERAPIE

Radiační léčba se používá po chirurgickém odstranění nádoru nebo metastáz v uzlinách z důvodu snížení rizika možné recidivy. Dále bývá indikována u inoperabilních rozsáhlých kožních, a podkožních metastáz, nebo metastáz v mízních uzlinách z důvodu jejich lokalizace, četnosti či stavu pacienta. Aktinoterapie je využívána také k léčbě slizničních melanomů anu a vedlejších nosních dutin po jejich odstranění jelikož se objevují v místě jejich lokalizace často recidivy. Později se mohou

vyskytnout komplikace, jako je lymfedém končetiny nebo fibróza (ADAM, 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (SOUČEK, 2011).

1.5.4 IMUNOTERAPIE

Mezi další možnosti léčby díky klinickým studiím patří biologická léčba pomocí ipilimumabu. „Ipilimumab je IgG1 lidská monoklonální protilátka proti CTLA-4 receptoru“ (LAKOMÝ et al., 2013, s. 65). Tento lék prošel několika klinickými studiemi, ze kterých vyplývá, kladný vliv na prodloužení délky života a jeho léčebný efekt je dlouhodobější. Je však třeba se řídit dle daných doporučení aby nedošlo k riziku úmrtí. Má též své nežádoucí účinky podmíněné autoimunitně, které mohou postihovat gastrointestinální trakt, játra, kůži ale také nervovou i jinou orgánovou soustavu. Výsledek léčby nastupuje pomaleji v důsledku delší doby aktivace imunitního systému, který se projeví zhruba po třech měsících. Aplikuje se intravenózně po dobu 90 minut ve formě infuze po třech týdnech ve čtyřech dávkách. Množství dávky léku se odvíjí od hmotnosti pacienta. Před zahájením léčby jsou vyhodnoceny jaterní testy a testy funkce štítné žlázy (LAKOMÝ et al., 2013).

1.5.5 CÍLENÁ LÉČBA

„Obecným principem cílené léčby je zásah do konkrétní patologicky aktivované signální dráhy, která je příčinou maligního chování takto postižené buňky“ (LAKOMÝ et al., 2013, s. 66).

Vemurafenib je preparát, který řadíme do cílené léčby. Je podáván dvakrát za den ve formě tablet, není vhodné jej užívat na lačný žaludek. Účinek léku nastupuje převážně rychle. „Jedná se o inhibitor BRAF kinázy, která je důležitou součástí RAS-RAF-MEK-ERK nebo také MAPK signální cesty“ (LAKOMÝ et al., 2013, s. 66). Tento lék dle studií vykazuje pozitivní odpovědi, co se účinku týče a prodlužuje dobu přežití. Avšak má i své nežádoucí účinky, kterými mohou být bolesti hlavy, kloubů, únava, fotosenzitivita, hepatotoxicita a toxicita kůže. Ještě před zahájením léčby vemurafenibem musí pacient podstoupit test, který prokáže pozitivní mutaci V600 genu BRAF (LAKOMÝ et al., 2013).

1.5.6 INTERFON ALFA

V adjuvantní imunoterapii je používán interferon alfa, ten je vytvářen buňkami imunitního systému. Výsledek jeho působení se odvíjí od typu organismu, v němž se vytváří. Lidský interferon alfa se získává od lidí a pouze u nich je také účinný. Lze ho také vyrobit pomocí biotechnologických metod. Interferon posílí obranyschopnost organismu v krvi, která následně bojuje proti nádorovým buňkám. Může být aplikován intravenózně, subkutánně nebo intramuskulárně. Aplikuje se převážně třikrát týdně a velikost dávky se řídí dle hmotnosti a povrchu pacienta. Nízké dávky se pohybují v rozmezí 3-5 MU, střední 9-10 MU a vysoké 20 MU/m² tělesného povrchu. V souvislosti se způsobem podání stavu pacienta a množstvím dávky se odvíjí nežádoucí účinky. Mezi prvními se často objevuje flu-like syndrom v podobě příznaků chřipky. Při dalším podání je průběh méně bouřlivý a postupně většinou do dvou týdnů tyto nežádoucí účinky odezní. V dalších dnech se může objevit leukopenie s trombocytopenií v podobě hematologické toxicity. Vážný důsledek může mít, nastane-li během léčby, v tom případě dochází k tvorbě autoimunitních protilátek nebo nastává útlum kostní dřeně. Hepatální toxicita patří též mezi nežádoucí projevy proto je nezbytností sledovat funkce jater. Dojít může i k poruše funkce štítné žlázy, únavě, nauzeu, zvracení, depresím, zapomínání, apatie, sexuální dysfunkce či kožním projevům (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

1.5.5 IZOLOVANÁ HYPERTERMICKÁ PERFÚZE

Tato metoda se uplatňuje v léčbě končetinových melanomů, kdy se uzavře krevní oběh v končetině, do té se napojí mimotělní oběh a teplota se zvýší na 41 °C. Poté se aplikuje cytostatikum například melphalan ale i jiné. Zde se využívá skutečnosti, že buňky tumoru jsou vnímavé vůči vysoké teplotě. Způsob této léčby je náročný a postupně se od něj ustupuje z důvodu vysoké toxicity (ADAM, 2010), (KRAJSOVÁ, 2006).

1.6 KLINICKÉ VARIANTY MELANOMU

1.6.1 MELANOMA IN SITU

Jedná se o melanom, jehož vzhled není příliš obvyklý. Jeho buňky jsou přítomny v epidermis, jelikož nestihly proniknout mimo její hranici. Svoji výškou nepřevyšuje povrch kůže. Má podobu makule, s nestejnými okraji, a skvrnitým pigmentem. Na rozdíl od typických névů je větší a stále roste. Tento typ je spíše prvotní fází vzniku melanomu, kdy se nevyskytují subjektivní potíže nebo jsou jen nepatrné. V případě, že nedojde k jeho odstranění, tumorové buňky se stále množí, a dostávají se do vyšších vrstev kůže a tumor se mění v pokročilé typy melanomu (FIKRLÉ et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRAJSOVÁ, 2008), (NIEDNER, 2010).

1.6.2 SUPERFICIÁLNĚ SE ŠÍŘÍCÍ MALIGNÍ MELANOM

Superficiálně se šířící maligní melanom se projevuje jako tmavě hnědé až černé ložisko, jež roste pomalu a do stran, vyznačující se nerovnoměrným horizontálním růstem, s nepravidelnou symetrií a pigmentací. Ložisko se může zbarvit do šedomodré, modrobílé nebo světle růžové barvy na jakémkoli místě léze, kdy tato změna může svědčit pro regresi ložiska. Objevuje se na již získaném névu nebo se vyskytuje jako nový névus. Tvoří téměř 70% všech melanomů a je to často se vyskytující forma melanomu. Diagnostika této varianty není nijak složitá díky svým typickým znakům. Postihuje jak ženy i muže ve středním věku a to téměř ve stejné míře. Liší se pouze lokalizací, kdy u žen se nachází převážně na bérkách a u mužů na trupu. Dojde-li k jeho odstranění ještě v horizontálním stádiu šíření tumoru pak je možno dosáhnout pozitivní prognózy (ADAM, 2010), (FIKRLÉ et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRAJSOVÁ, 2008), (KRUŽICOVÁ, 2010).

1.6.3 NODULÁRNÍ MALIGNÍ MELANOM

Nodulární maligní melanom je charakteristický svým rychlým vertikálním růstem. Patří mezi druhou nejčastěji se vyskytující klinickou variantu. Často ho můžeme nacházet na krku, hlavě, trupu a končetinách. Bývá velký asi 10-20 milimetrů avšak může být i větší. Vzniká nejčastěji de novo a tvoří metastázy do mozku, plic, jater,

kůže, kostí, regionálních uzlin, které bývají časté. Vypadá jako hladký hrbol, různé velikosti, jež může být zbarven do hnědé, černé, šedomodré či růžovočervené barvy, ze široka přisedlý na kůži. Na svém povrchu se může olupovat, dochází i ke krvácení. Výjimečně se stává, že u tohoto typu není přítomen pigment, jedná se o amelanotickou formu. Stejně jako výše popsaná varianta melanomu se i tento typ vyskytuje u obou pohlaví a to nejen ve středním ale i v mladším věku. Co se týká prognózy, je v tomto případě špatná a lze hůře diagnostikovat, jelikož zde chybí typické ABCD rysy a je obtížně odlišitelný od ostatních kožních nádorů (ADAM, 2010), (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRAJSOVÁ, 2008), (KRUŽICOVÁ, 2010).

1.6.4 LENTIGO MALIGNA MELANOM

U této klinické varianty rozlišujeme dvě etapy vývoje, kdy první etapou je lentigo maligna jež předchází vzniku lentigo maligna melanom. Přeměna lentigo maligna v lentigo maligna melanom trvá i několik let. Vyskytuje se převážně u starších jedinců nejčastěji na obličeji a krku, ojediněle se může objevit i kdekoli na jiném místě na těle. U mladší populace se s ním téměř nesetkáme. Vyznačuje se pomalým růstem, kdy jeho velikost může zaujmout i několik centimetrů a občas dochází k horizontálnímu růstu jedné oblasti léze nad povrch kůže. Vzhledem připomíná hnědou makuli s nepravidelným zbarvením a okraji. V případě, že se začne nádor zvětšovat vertikálním směrem, lze u něj očekávat proměny v biologických vlastnostech. Poté má tumor tendence metastazovat a růst invazivně (ADAM, 2010), (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRAJSOVÁ, 2008), (KRUŽICOVÁ, 2010), (NIEDNER, 2010).

1.6.5 AKROLENTIGINÓZNÍ MALIGNÍ MELANOM

Akrolentiginózní maligní melanom se vyskytuje nejčastěji u černé rasy a asiátů, oproti bílé rase, kde je jeho výskyt spíše vzácný. Tento typ melanomu se nejvíce lokalizuje na dlaních, ploskách a pod nehty, nejčastěji na palci než na ostatních prstech. Bohužel však činí diagnostické potíže, jelikož je lékařem opomíjen a pacient je léčen na jinou příčinu, protože se nádor podobá ulceraci, vředu či bradavici. Z tohoto důvodu je diagnóza stanovena pozdě. „Začíná jako plošné, skvrnitě pigmentované, nepravidelné ložisko, které roste převážně invazivně do hlubších struktur, a proto i zdánlivě plošné

léze dosahují výrazné tloušťky“ (KRAJSOVÁ, 2006, s. 123). Objevuje se převážně u starších lidí (ADAM, 2010), (FIKRLÉ et al., 2010), (KRAJSOVÁ 2006), (KRAJSOVÁ, 2008), (KRUŽICOVÁ, 2010).

1.6.6 SLIZNIČNÍ MELANOM

Lokalizace melanomu nemusí být pouze na kůži ale i na sliznicích, kde byly také nalezeny pigmentové buňky. Výskyt těchto melanomů je vzácný a postihuje starší populaci, více ženy. Příčina vzniku není zatím objasněna. Postižena bývá sliznice gastrointestinálního traktu, respiračního systému, sliznice genitálu, rekta, močového systému. Jelikož příznaky nemoci nejsou přítomny, není diagnostika onemocnění snadná. Až když už je nádor v pokročilé fázi, teprve tehdy se projeví příznaky vyvolané obstrukcí postiženého místa, nebo krvácení. Další projevem tumoru bývají metastázy přítomné v regionálních uzlinách (ADAM, 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

Při zjištění slizničního melanomu je prvotní léčbou chirurgické odstranění nádoru. Jelikož pokročilé stádium onemocnění nedovolí provést excizi s dostatečným lemem zdravé tkáně, provádí se poté ještě aktinoterapie zasaženého místa (KRAJSOVÁ, 2006).

„Histologicky se u slizničních melanomů nacházejí zmnožené atypické melanocyty v oblasti junkční zóny epitelu i v koriu. Ve většině případů je zachycen výrazný vertikální růst nádoru i imunohistochemicky bývá, stejně jako u ostatních typů melanomu, prokazována pozitivita S 100 proteinu, někdy HMB-45, vimentinu a dalších melanomových markerů“ (KRAJSOVÁ, 2006, s. 128).

1.7 PROGNÓZA

Pokud nedojde k včasnému záchytu maligního melanomu, může být jeho prognóza velice nepříznivá. Jeden z prvních ukazatelů prognózy onemocnění je tloušťka nádoru. Dalším nepříznivým faktorem je výskyt metastáz a jejich šíření cévami a lymfatickými uzlinami. Zda jsou na povrchu nádoru zjištěny krusty, šupiny či ulcerace

těž svědčí pro negativní prognózu. Průběh zhoršuje i růst nádoru vertikálním směrem nad hranici kožního povrchu. Vzestup nádorových markerů a laktátdehydrogenázy má také prognostický podíl. Příznivější prognózu mají nádory diagnostikované u žen a mladší populace a ty, které jsou lokalizované na končetinách (FIKRLE et al., 2010), (KRUŽICOVÁ, 2010).

2 PREVENCE

Prevence maligního melanomu má také svůj nezanedbatelný význam. Zaměřuje se na prevenci vzniku onemocnění, minimalizaci problémů spojených s léčbou a průběhem onemocnění. Jelikož bychom se mohli domnívat, že maligní melanom je snadné zachytit včas, protože roste na kůži a je snadno přístupný, bohužel k tomu pokaždé nedochází. Lidé totiž nebývají dostatečně seznámeni a informováni o této problematice, což je příčinou, že přichází k lékaři pozdě. Proto je důležité v rámci primární prevence informovat veřejnost, prostřednictvím letáků, brožur či přednášek o tomto nádorovém onemocnění (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010), (POOLE, 2005).

Prvním podstatným krokem v prevenci maligního melanomu je provádět pravidelně samovyšetření kůže, kde si všímáme jednotlivých névů, těch stávajících ale i nově vzniklých. Pozorujeme jejich barvu, velikost, svědění, zda se nezvětšují nebo nekrvácí. Minimalizovat pobyt na slunci v době mezi 11-15 hodinou. Pečovat o kůži vystavovanou slunečnímu záření, používáním kvalitních opalovacích krému s dostatečným ochranným faktorem. Krém je vhodné nanést dvacet minut před tím, než vyjdeme na slunce, a v průběhu dne zopakovat. Při pobytu u vody používat ochranný krém i při koupání ve vodě, jelikož voda nechrání kůži proti UV záření. V průběhu opalování se na slunci dodržovat pravidla správného opalování, která spočívají v používání opalovacích krému dle typu kůže, místa a délky opalování. Nepobývat na slunci v době mezi 11-14 hodinou. Pokud dojde během slunění ke spálení kůže, je třeba ji nevystavovat slunci do úplného zhojení (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

Mezi rizikovou populací, u nichž může dojít ke vzniku maligního melanomu, patří malé děti. Děti do jednoho roku by neměli být vůbec vystaveni slunci. Mladí lidé v období dospívání, jedinci se světlou kůží, se snahou se snadno spálit a tvorbou pih. Patří sem i lidé, kteří mají na kůži větší množství normálně získaných névů a také jedinci s dysplastickými névy (KRAJSOVÁ, 2006), (POOLE, 2005).

2.1 DISPENZARIZACE

Dispenzarizace je prováděna za účelem odhalení včasné recidivy onemocnění, jelikož melanom má značný sklon metastazovat. Sledování pacientů by mělo probíhat ve specializovaných centrech, kde jim bude poskytnuta odborná péče na vysoké úrovni (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

Mnohdy se první metastázy objevují za dva až tři roky od zjištění primárního nádoru. Z tohoto důvodu by se měly v této době kontroly provádět častěji v pravidelných intervalech. „Pro dispenzarizaci pacientů není určené jednotné časové schéma, ale platí, že u pacientů s vysokou pravděpodobností k metastazování jsou dispenzární kontroly v 1. - 5. roce jedenkrát za tři měsíce, po pátém roce jedenkrát za šest měsíců. U pacientů s nižším Breslowem jsou kontroly přibližně jedenkrát za 3-6 měsíců, po pátém roce jsou kontroly jedenkrát za dvanáct měsíců“ (KRUŽICOVÁ, 2010, s. 433). Dojde-li při kontrole ke zjištění recidivy, bude rozhodnuto ve spolupráci s onkologem, dermatologem a chirurgem o dalším postupu léčby (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

V rámci vyšetření lékař zkontroluje jizvu po operaci. Dále na celém těle prohlédne kůži pacienta a na ní névy. Proběhne také kontrola lymfatických uzlin, ultrazvuk břicha, odběry krve a rentgen plic. V případě negativního nálezu je možno vyšetření doplnit o CT vyšetření, magnetickou rezonanci, ultrasonografií, scintigrafií skeletu a vyšetření PET/CT (FIKRLE et al., 2010), (KRAJSOVÁ, 2006), (KRUŽICOVÁ, 2010).

2.2 EVROPSKÝ DEN MELANOMU

Evropský den melanomu je akce, jež se koná každý rok a jejím smyslem je poukázat na závažnost onemocnění maligního melanomu. Od roku 2001 se jí pravidelně účastní také Česká republika. V tento den má široká veřejnost možnost si na určených místech nechat prohlédnout zdarma svoje znaménka. V průběhu vyšetření nejprve lékař zjistí rozhovorem anamnestické údaje, poté prohlédne kůži za pomoci ručního nebo digitálního dermatoskopu. Jak vyšetření dopadlo, se lidé dozví hned na místě, a zároveň

lékař poskytne několik rad, informace jak pečovat o kůži a letáky týkající se této problematiky.

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

3.1 BOLEST

Bolest je nepříjemný příznak, který se často objevuje u onkologicky nemocných pacientů. Negativně působí na psychickou a fyzickou stránku člověka, způsobuje potíže se spánkem, stavy úzkosti a izoluje pacienta po stránce sociální. Proto je třeba pomoci pacientovi zbavit se těchto potíží nebo je případně částečně zmírnit. Nejčastěji se můžeme setkat s bolestí akutní, chronickou či nádorovou (VORLÍČEK, 2012), (VORLÍČEK, 2013).

K léčbě bolesti bývají podávána analgetika neopioidního a opioidního typu. Jsou podávány ve formě tablet, injekcí a také náplastí. Neopiátová analgetika působí v místě, odkud bolest vychází a naopak opiátová analgetika potlačují v mozku její vnímání. Tyto dva typy léčiv se však při silných bolestech mohou kombinovat a není-li jejich účinek dostačující, pak se ještě doordínují pomocné léky (VORLÍČEK, 2012), (VORLÍČEK, 2013).

Při příjmu pacienta se ptáme na lokalizaci, charakter bolesti a jak jsou časté. Pacienta je třeba řádně edukovat o hodnocení intenzity bolesti, dle které se určí dávka analgetika. K hodnocení bolesti bývají používané různé hodnotící škály, například verbální škála, vizuální analogová škála, numerická škála a další. Pozorujeme u pacienta projevy bolesti, pláč, neklid, bolestivé grimasy, pocení, hypertenzi a jiné. V průběhu dne se minimálně třikrát denně nebo individuálně dle potřeby ptáme, zdá nemá pacient bolesti. Po podání léku od bolesti je důležité zhodnotit efekt léčiva (VORLÍČEK, 2012), (VORLÍČEK, 2013).

3.2 CÉVNÍ VSTUPY

Léčiva určená k léčbě onkologických pacientů, vyžadují zajistit cévní přístup, jelikož některá z nich nelze podat jinou cestou než intravenózně. Žilní vstup zajišťujeme skrze centrální nebo periferní žílu. Nejčastěji provádíme centrální žilní kanylaci, zavedení intravenózního portu či flexily. Nezbytná je i péče o tyto vstupy, jelikož snadno může dojít k infekci, buď při kanylaci či manipulaci s cévním vstupem. Proto je

třeba pravidelně kontrolovat a převazovat tyto vstupy, v místě zavedení si všímáme zarudnutí, bolesti či obtékání (VORLÍČEK, 2012).

Centrální žilní kanylu je možno zavést do podklíčkové, jugulární nebo stehenní žíly. Před jejím zavedením není třeba žádná speciální příprava pacienta. Lékař předem informuje pacienta o jejím zavedení. Pozitivem této kanyly je, že je možno zde podávat léky, které dráždí periferní žíly, měřit centrální žilní tlak a odebírat krev na laboratorní vyšetření (VORLÍČEK, 2012).

Venózní port se zavádí do podkoží, nejčastěji do horní duté žíly. Před samotným zavedením může pacient lehce pojit a pít. Výkon se provádí v lokální anestezii. Po zavedení jsou pacientovy měřeny fyziologické funkce a za dvě hodiny po výkonu je proveden rentgen, zda je port zaveden správně. Druhý den po zavedení se dělá sterilní prvopřevaz a pacient je poučen jak má o port pečovat, jak často se má proplachovat, kdy budou vytaženy stehy a kam se může obrátit v případě komplikací. Do portové komůrky je možné zavádět pouze speciální Huberovy jehly. Port slouží nejen k aplikaci léků ale i k odběrům krve (VORLÍČEK, 2012).

Nejvíce používaným periferním žilním vstupem bývá zavedení flexily. Jedná se o kanylu z PVC materiálu. Tento žilní vstup můžeme ponechat maximálně pět dní. Kanyla se zavádí do v. basilica, v. cephalica, vény na předloktí a hřbetu ruky. Ojedinele je možné zavést kanylu i do žil na dolních končetinách a krku. Před zavedením seznámíme pacienta s průběhem výkonu. Poté si nasadíme rukavice, provedeme zaškrcení končetiny pomocí škrtidla, vyhledáme žílu, následně odesinfikujeme místo vpichu, zavedeme kanylu do žíly, uvolníme škrtidlo, přelepíme kanylu sterilním krytím a zafixujeme proti vytržení (MIKŠOVÁ et al., 2006).

3.3 NAUZEJA A ZVRACENÍ

Nauzeja a zvracení patří k nežádoucím účinkům chemoterapie, kterou musí nebo nemusí provázet. Záleží na typu a dávce podávaného cytostatika. Proto, abychom předešli těmto problémům, lékař předepíše pacientům při chemoterapii léky proti nevolnosti a zvracení. Pokud se objeví nevolnost v příštích dnech po chemoterapii, měl by to pacient říci svému lékaři, a ten mu předepíše léky. Jedná se nejčastěji o prokinetika nebo setronová antiemetika má-li pacient silné nevolnosti či zvracení.

V dnešní době je tento problém dobře řešitelný, protože jsou dostupné potřebné léky (VORLÍČEK, 2012), (VORLÍČEK, 2013).

Pacienta edukujeme aby tyto nežádoucí účinky oznámil sestře nebo lékaři. A ve vzájemné spolupráci tak mohli tento problém dobře zvládnout. Lékař tak zvolí nejvhodnější léčbu k odstranění nebo zmírnění tohoto nežádoucího účinku. Sestra po podání léčiva kontroluje efekt jeho účinku, aby mohla případně informovat lékaře a podat dle ordinace léky navíc (VORLÍČEK, 2012), (VORLÍČEK, 2013).

3.4 PÉČE O SLIZNICI DUTINY ÚSTNÍ

Léčba chemoterapií může způsobovat potíže v dutině ústní, bolestivost, suchost, zarudnutí a krvácení. Než se začne s chemoterapií, musí pacient navštívit zubního lékaře, který ho vyšetří, ošetří chrup a doporučí mu jak pečovat o dutinu ústní (VORLÍČEK, 2013).

Pacient by měl používat měkký kartáček a nedráždivou zubní pastu. Po každém jídle si čistit zuby. Hlásit všechny obtíže lékaři nebo sestře. Dojde-li ke vzniku obtíží, lékař naordinuje léky, ke zmírnění potíží. Pacienta poučíme, aby si vyplachoval ústa, kloktal několikrát denně. Zajistíme nedráždivou stravu, aby nebyla moc teplá, spíše měkké potraviny. Nejíst potraviny, které by mohly obsahovat bakterie a plísně, například majonézy, jogurty s obsahem živé bakteriální kultury, plísňové sýry, neoloupané syrové ovoce (VORLÍČEK, 2013).

Má-li pacient sucho v ústech, doporučíme mu, aby přijímal hodně tekutin, cumlal ledové kostky, žvýkat žvýkačku. Suché jídlo zvlhčit omáčkou, šťávou, máslem či vývarem. Ošetřovat ústa jelením lůjem, balzámem (VORLÍČEK, 2013).

3.5 FEBRILNÍ NEUTROPENIE

Febrilní neutropenie vzniká v důsledku protinádorové léčby, která způsobuje pokles neutrofilních granulocytů. Je to nejčastější typ infekce u onkologických pacientů. Projevuje se vysokými teplotami nad 38 °C, provázená zimnicí nebo třesavkou (VORLÍČEK, 2012).

Pravidelně u pacientů s febrilní neutropenií monitorujeme tělesnou teplotu. Při jejím vzestupu informujeme lékaře a podáváme medikace dle ordinace, odebíráme krev na hemokultury. Sestra sleduje účinek léků a pokles tělesné teploty. Kontrolujeme zarudnutí v oblasti cévním vstupů, porušení integrity kůže, bilanci tekutin. Měříme fyziologické funkce, provádíme odběry na laboratorní vyšetření. Ošetrovatelský personál dodržuje pravidla bariérové ošetrovatelské péče (VORLÍČEK, 2012).

Nezbytné je u těchto pacientů, aby nedošlo k rozvoji infekce dodržovat určitá opatření. Sestra a lékař by měli obeznámit nemocného a jeho příbuzné o dodržování preventivních opatření, jak při hospitalizaci tak v domácím prostředí. Pacient s neutropenií je uložen nejlépe na samostatný pokoj a opouští jej pouze, je-li to nezbytné. Tento pokoj by měl být označen informacemi, které mají být zde dodržovány. Tyto informace slouží pro návštěvy, aby věděli, jak se na pokoji chovat. Denně je pokoj pečlivě uklízen dezinfekčními prostředky. Neměli by být na pokoji živé květiny. Nejsou vhodné početné návštěvy. Důležitá je tělesná hygiena, hygiena po stolici. Při čištění dutiny ústní používat měkké kartáčky. Strava pro tyto pacienty by měla být dostatečně tepelně upravena. Nejlépe pasterizované potraviny, mléčné výrobky, žádné plísňové sýry, důkladně omyté syrové ovoce. Nejsou vhodné jahody, maliny, med, obilné klíčky, majonézové saláty, čerstvé cereálie, ořechy (VORLÍČEK, 2012).

3.6 EXTRAVAZACE

Při aplikaci cytostatických látek intravenózně může docházet k nechtěnému úniku této látky mimo žílu a vzniku extravazátu. Únik cytostatika mimo žílu může způsobit podráždění okolní tkáně, vznik puchýře a v některých případech dochází až ke vzniku nekrózy. Z tohoto důvodu je vznik extravazátu nebezpečný, a v některých vážných případech se obtížně hojí a vznikají jizvy (VORLÍČEK et al., 2012).

Před aplikací cytostatik je pacient řádně poučen o riziku vzniku extravazátu a pokud bude pociťovat v místě vpichu příznaky, jako jsou bolest, pálení, svědění či otok aby ihned upozornil sestru. Aby se tak včas předešlo komplikacím. V průběhu aplikace kontroluje sestra cévní vstup, známky zarudnutí, obtékání a otok (VORLÍČEK et al., 2012).

Dojde-li k paravenóznímu úniku cytostatika, zastavíme infuzi, sestra odsaje z cévního vstupu stříkačkou zbytek cytostatika a poté odstraní žilní vstup. Na postižené místo netlačíme a končetinu uvedeme do zvýšené polohy. Následně provedeme ošetření extravazátu dle látky, která unikla, jelikož každé cytostatikum má svá specifika ošetření (VORLÍČEK et al., 2012).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacientky, jež byla hospitalizována na oddělení klinické onkologie C v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. Pacientka sem dochází opakovaně k podání chemoterapie a léčí se zde delší dobu. Po sumarizaci všech informací (viz. Tabulka 5, 6, 7, 8) byl sestaven individuální ošetrovatelský proces – identifikace ošetrovatelských problémů pacientky, stanovení cíle, plánu, realizace a zhodnocení péče (HERDMAN, 2009), (HERDMAN, 2010).

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. X.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1944	Věk: 70
Adresa bydliště a telefon: XXXXX	
Adresa příbuzných: XXXXX	
RČ: XXXXXXXXX	Číslo pojišťovny: X
Vzdělání: střední odborné	Zaměstnání: starobní důchod
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 11. 4. 2014	Typ přijetí: akutní
Oddělení: KOC	Ošetřující lékař: MUDr. A. P.

Důvod přijetí udávaný pacientem

Byla jsem přijata, protože mám bolesti a teploty.

Medicínská diagnóza hlavní

Zhoubný melanom dolní končetiny.

Medicínské diagnózy vedlejší

Porucha metabolismu lipoproteinů.

Žilní městky dolních končetin bez vředu nebo zánětu.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 130/75 mmHg (normotenze)	Výška: 166 cm
P: 74/min (normokardie)	Hmotnost: 73 kg
D: 16/min (eupnoe)	BMI: nadváha
TT: 36,7 °C (normotermie)	Pohyblivost: chodící s pomocí
Stav vědomí: orientovaná	Krevní skupina: AB

Nynější onemocnění:

Pacientka s diseminovaným melanomem pravého bérce do plic, jater, kůže. Byla přijata akutně pro zhoršení bolesti v místě kožních morf, zapáchající sekrecí, teploty 37,7 °C.

Informační zdroje:

Informace byly získány pomocí rozhovoru s pacientkou, dále z chorobopisu pacientky, od sester, které pacientku ošetřovaly, a z dokumentace v počítači.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela tragicky.

Otec: zemřel v 85 letech na stáří.

Sourozenci: sestra melanom v 62 letech, bratr karcinom jícnu v 55 letech.

Děti: 2 dcery, zdravé.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: porucha metabolismu lipoproteinů,
žilní městky dolních končetin bez vředu nebo zánětu.

Hospitalizace a operace: pacientka byla hospitalizována 2krát při porodu, 1krát k přerušení těhotenství, 8krát hospitalizována v MOÚ.

Úrazy: neguje.

Transfúze: žádnou nedostala.

Očkování: běžná dětská očkování.

Léková anamnéza

Tabulka 3 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Algifen	Gtt.		20-0-20	analgetika
Cerucal	Tbl.	10 mg	1-1-1	antiemetikum
Ortanol	Tbl.	20 mg	1-0-0	antiulcerotikum
Fortekortin	Tbl.	4 mg	1-1/2-0	kortikoidy
Citalon	Tbl.	20 mg	1-0-0	antidepresiva

Alergologická anamnéza

Léky: Acylpyrin, intolerance Tramalu.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Jiné: neguje.

ABÚZY

Alkohol: příležitostně.

Kouření: kuřák 40 let, maximálně 5 cigaret denně, od 3/2013 stop kuřák.

Káva: 2krát denně.

Léky: neguje.

Jiné drogy: neguje.

Tabulka 4 Gynekologická anamnéza

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché: ve 14 letech Cyklus: pravidelný Trvání: 5 dní Intenzita, bolesti: první den menstruace jsem mívala bolesti břicha PM: přesně neví A: neguje UPT: 1krát Antikoncepce: IUD dříve Menopauza: v 55 letech Potíže klimakteria: návaly horka Samovyšetřování prsou: provádím vždy jednou za měsíc Poslední gynekologická prohlídka: duben 2013	Překonané urologické onemocnění: Poslední návštěva u urologa: Samovyšetřování varlat:

Sociální anamnéza

Stav: vdova.

Bytové podmínky: bydlí u dcery v rodinném domě, na vesnici, zde má pokoj s kuchyní v přízemí.

Vztahy, role, a interakce v rodině: S oběma dcerami má dobrý vztah. Obě dcery se o pacientku pěkně starají. Pravidelně se stýkají a navštěvují. Pacientka má tři vnoučata, které jí dělají radost.

Mimo rodiny: pacientka má dvě kamarádky ve stejném věku, se kterými se stýká. Často pacientku navštěvují, povídají si. Dříve spolu navštěvovali různé kulturní akce. Nyní vzhledem k nemoci příliš už tyto akce nenavštěvuje.

Záliby: četba knih, sledování televize, křížovky.

Volnočasové aktivity: četba knih, sledování televize, křížovky.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vystudovala učební obor.

Pracovní zařazení: dělnice.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: odchod do starobního důchodu v 56. letech.

Vztahy na pracovišti: bez konfliktů.

Ekonomické podmínky: pacientka pravidelně pobírá důchod.

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: pacientka nevyznává žádnou víru.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 12. 4. 2014

Tabulka 5 Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolesti hlavy nemám, ani žádné zarudnutí či afty v dutině ústní. V krku mě nebolí.“	<p>Hlava: inervace hlavových nervů v normě, poklep nebolestivý, nos a uši bez sekrece, zornice isokorické, reagují, bez nystagmu, spojivky přiměřeně prokrvené, skléry bílé, sliznice dutiny ústní vlhká, jazyk vlhký, plazí ve střední čáře, nepovleklý, chrup defektní, sanován, hrdlo klidné, bez známek infektu.</p> <p>Krk: pulzace artérií hmatná, symetrická, bez šelestu, náplň žil zvýšená, stacionárně vlevo. Štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné.</p>
Hrudník a dýchací systém	„Potíže s dýcháním nemám, dýchá se mi dobře, občas se při větší námaze zadýchám. Kašel nemám.“	Hrudník souměrný, dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů, poklep plný jasný. Dech 16/min.
Srdeční a cévní systém	„Občas mívám vyšší krevní tlak. A mám na dolních končetinách varixy.“	<p>Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.</p> <p>Pulzace artérií hmatná. Náplň žil zvýšená stacionárně vlevo. Varixy klidné, bez známek zánětu. Pulzace</p>

		do periferie hmatná.
Břicho a GIT	„Bolesti břicha nemám, nevolnosti také nemám, nezvracela jsem. Stolice je pravidelná.“	Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, játra + 2 cm v MDC čáře, slezinu nehmatám, bez hmatné patologické rezistence, bez příznaků peritoneálního dráždění, peristaltika fyziologická. Nezvrací, nevolnosti nemá.
Močový a pohlavní systém	„Potíže při močení nemám ani žádné pálení či řezání. Krev v moči jsem nepozorovala.“	Močení bez potíží, bez pálení a řezání. Bez příměsí v moči. Krev v moči není. Barva moči je fyziologická. Močí dostatečně. Na mons pubis tuhá metastáze velikosti 1 cm.
Kosterní a svalový systém	„Zvládám chůzi s hůlkou, po pokoji a na oddělení. Mimo oddělení raději na sedačce. Pravou nohu mám trochu oteklou. Nyní se cítím trochu slabá. Nemám bolesti kloubů.“	Na pravé dolní končetině lymfedém v progresi. Levá dolní končetina bez patologie. Klouby pohyblivé, chodí o hůlce. Chůze pomalejší.
Nervový a smyslový systém	„Nosím brýle na čtení, protože špatně vidím. Potíže se sluchem nemám, slyším dobře.“	Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem i prostorem. Bez neurologického nálezu, ameningeální. Bulby ve středním postavení, zornice izokorické, reagují na osvit. Hlava na poklep nebolestivá, výstupy hlavových nervů nebolestivé. Poruchy hybnosti a cití nemá.
Endokrinní systém	„Nepocítuji, že bych měla	Játra +2 cm v MDC čáře. Slezina nehmatná, bez rezistence. Štítná

	nějaké obtíže.“	žláza nehmatná, bez patologie.
Imunologický systém	„Nebývám často nemocná. Akorát teď jsem doma měla teploty. A jsem trochu unavená. Dnes po obědě jsem měla opět teplotu 37,8 °C.“	Doma měla tři dny teploty 37,7 °C. V den příjmu ráno měla 37,3 °C. Hodně se potí. Pacientka udávala, že měla doma zimnice a třesavky. Dnes u pacientky naměřena opět teplota 37,8 °C.
Kůže a její adnexa	„Nemám na těle žádné opruzeniny nebo rány. Kromě pravého stehna, kde mám morfy, které bolí a zapáchají a někdy krvácí.“	Kůže bez exantému, opruzenin či dekubitů. Bledší kolorit kůže. Kůže anikterická, bez známek cyanózy. Bez známek dehydratace, kožní turgor v normě. Prsy symetrické, bez známek zánětu, bez hmatné rezistence, bradavky bez sekrece. Na pravé dolní končetině lymfedém. Na stehně je šest exulcerovaných morf v progresi, ve velikosti 2-5 cm, mokvajících, zapáchají, kontaktně krvácí, bolestivé, místy nekrotická ložiska, zarudnutí v okolí morf.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Během prohlídky byla pacientka lucidní, orientovaná, odpovídala na dotazy. Na pacientce byla pozorována únava a udávala bolesti pravé dolní končetiny. Z důvodu únavy a bolesti spíše polehává. Jinak zvládá chůzi o hůlce. Na delší vzdálenosti si příliš netroufá, proto raději jezdí na vozíku. Vzhledem k zápachu morf pacientka byla umístěna na samostatný pokoj. Většinu denních činností zvládá sama. Pouze při chůzi na WC a mimo oddělení je doprovázena z důvodu slabosti a únavy.

Tabulka 6 Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Doma jím tak třikrát denně, snídani, oběd, večeři. Ne příliš velké porce. Někdy si vařím sama, o víkendu mi vaří dcera.“	
	V nemocnici	„Momentálně nemám moc chuť k jídlu. Sním tak půl porce.“	Pacientka nemá žádné dietní omezení, proto zvolena dieta č. 3. Vzhledem k tomu, že pacientka nemá příliš chuť k jídlu, a sní polovinu porce, byla zavedena monitorace stravy a tekutin.
Příjem tekutin	Doma	„Když jsem doma tak vypiju asi tak 1500 ml – 2000 ml za den.“	
	V nemocnici	„Vypila jsem dnes zatím sedm skleniček. Není mi dnes moc dobře.“	Pacientka přes den vypila celkem 1500 ml. Popíjí čaj nebo vodu.
Vylučování moče	Doma	„Nemívám doma potíže s močením. Neměla jsem ani bolesti nebo pálení při močení.“	

	V nemocnici	„Byla jsem den už několikrát močit. Sbíráám moč do bandasky, kterou mám na WC.“	Pacientka vymočila 800 ml přes den. Barva moči je fyziologická. Sledujeme u pacientky bilanci tekutin, proto je poučena aby sbírala moč do nádoby.
Vylučování stolice	Doma	„Na stolici chodím doma každý den. Krev ve stolici nebyla. Průjem také nebyl.“	
	V nemocnici	„Dnes jsem už na stolici byla. Nemám v nemocnici potíže se stolicí.“	Pacientka dnes byla na stolici. Stolice je pravidelná, formovaná dle Bristolské škály typ 4. Bez průjmu.
Spánek a bdění	Doma	„Když jsem doma, nemám potíže usnout bez prášku. Spím celou noc. Někdy se jednou za noc vzbudím na WC.“	
	V nemocnici	„V nemocnici si večer беру prášek na spaní. Špatně se mi tu spí a v noci se budím. Jsem teď trochu unavená tak pospávám i přes den.“	Pacientka vyžaduje na noc prášek na spaní. V průběhu dne pospává, protože je unavená.

Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma čtu knížky, časopisy. Luštím křížovky. Nebo se dívám na televizi. Vařím si jídlo. Po obědě si jdu na chvíli lehnout. Nebo za mnou přijdou kamarádky nebo vnoučata tak si povídáme.“	
	V nemocnici	„Během dne se dívám na televizi nebo si čtu knížku. Občas pospávám. Nebo přijdou na návštěvu dcery, ty mě vezmou na sedačku a jdeme do kantýny.“	Pacientka tráví čas čtením knížky, sledováním televize. Chodí za ní návštěvy, které ji vezmou ven. Nebo odpočívá a pospává.
Hygiena	Doma	„Doma provádím hygienu každý den. Zvládám ji sama. Většinou se sprchuju.“	
	V nemocnici	„Sprchuji se každý den. Zvládám to sama. Dohlíží na mě ošetřovatelka.“	Pacientka provádí hygienu ve sprše. Zvládá ji sama, ale z důvodu rizika pádu na pacientku dohlíží ošetřovatelka.
Samostatnost	Doma	„Doma zvládám většinu činností sama. Akorát pro nákup mi chodí dcery, když mi není dobře.“	

	V nemocnici	„Sama se zvládnou najíst a napít. Sama se vysprchuji, jen na mě dohlíží personál. Zvládnou si dojít na WC s hůlkou. Protože jsem unavená tak mě doprovází sestřičky.“	Pacientka je soběstačná v základních činnostech. Mimo oddělení a na WC je doprovázena. Hygienu ve sprše provádí s dohledem ošetřujícího personálu.
--	--------------------	---	--

Tabulka 7 Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Necítím se utlumená. Uvědomuji si co se děje kolem mě.“	Pacientka je plně při vědomí.
Orientace		„Jsem orientovaná. Vím co je dnes za den, za měsíc a kolikátého je. A že jsem v nemocnici.“	Pacientka se orientuje. Správně odpověděla kolikátého je, kde se nachází, jaký máme měsíc.
Nálada		„Nemám špatnou náladu. Cítím se dobře naladěna.“	Pacientka má dobrou náladu.
Paměť	Staropaměť	„Pamatuji si na své dětství a mládí. Na naši svatbu s manželem.“	Pacientka si vybavuje různé vzpomínky.
	Novopaměť	„Pamatuju si události, které se udály nedávno nebo se momentálně dějí. Občas se mi stane, že si někde něco zapomenu. Ale po chvíli si vzpomenu kde, co mám.“	Pacientka si pamatovala, co dělala před touto hospitalizací doma.
Myšlení		„S myšlením nemám žádné větší problémy.“	Myšlení má pacientka v pořádku.
Temperament		„Nejsem hádavá. Raději řeším věci v klidu. Nemám výbušnou povahu.“	Pacientka má klidnou povahu, není výbušná. Chová se slušně. Je spíše introvert.
Sebehodnocení		„Jsou věci, které jsem	Pacientka je soběstačná

	zvládala lépe, teď už to vzhledem k věku není takové. Ale snažím se nebýt na nikom závislá.“	přiměřeně k věku. Většinu věcí zvládá sama.
Vnímání zdraví	„Zdraví mi není lhostejné. Víím, že v mém věku už to zdraví není, co bývalo.“	Pro pacientku je její zdraví důležité.
Vnímání zdravotního stavu	„Vím, že jsem vážně nemocná. Doufám, že se to zlepší a nebudu mít bolesti. Někdy mám obavy, jak to všechno dopadne.“	Pacientka si uvědomuje svůj zdravotní stav a jeho vážnost. Má strach, jak to bude dál s její nemocí.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Když jsem se dozvěděla svoji diagnózu, byla jsem trochu zaskočená. Bála jsem se, co mě bude čekat. Snažím se vše dodržovat, co mi lékař řekne. Jsem celkem smířená s mým onemocněním.“	Je seznámena se svojí diagnózou. Při léčbě spolupracuje.
Reakce na hospitalizaci	„Jsem tady už po několikáté, tak už to tady znám. Sestřičky jsou tady hodné. Ale už se těším domů.“	Pacientka si na nic nestěžuje. Je seznámena s prostředím.
Adaptace na onemocnění	„Někdy je to trochu omezující z důvodu zápachu rány. Jinak dělám vše, jak mi pan doktor řekne, beru léky.“	Pacientka se dobře přizpůsobila, vzhledem ke svému onemocnění.
Projevy jistoty a nejistoty	„Mám jen obavy, jak to	Pacientka se obává

(úzkost, strach, obavy, stres)	bude dál, aby se to moje onemocnění nezhoršilo.“	budoucnosti. Aby nedošlo ke zhoršení onemocnění.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Nikdy jsem neměla žádnou špatnou zkušenost, když jsem byla hospitalizovaná v nemocnici. Všichni se ke mně vždycky chovali pěkně a dobře se o mě starali.“	Pacientka neudává žádnou negativní zkušenost s předchozími hospitalizacemi.

Tabulka 8 Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Nejsem nějak moc upovídaná. Ale ráda si s někým popovídám.“	Pacientka je přiměřeně komunikativní. Povídá si s ošetřujícím personálem i s pacienty.
	Neverbální	„Pořádně nevím, co znamená slovo neverbální?“	Pacientka seznámena s pojmem neverbální komunikace.
Informovanost	O onemocnění	„Pan doktor mě informoval co je to za onemocnění. Něco mi o tom řekly moje dcery, které si o tom přečetli na internetu.“	Pacientka je informována od svého lékaře o onemocnění. Někjaké informace ji poskytly dcery.
	O diagnost. metodách	„Před každým vyšetřením za mnou přišel lékař a seznámil mě s tím, o jaké vyšetření se jedná. K některým vyšetřením jsem i musela podepsat souhlas.“	Pacientka byla vždy informována lékařem nebo ošetřujícím personálem před vyšetřením, o jaké vyšetření jde, zda bude potřeba nějaká příprava.
	O léčbě a dietě	„Tady v nemocnici mám dietu č. 3.“ „Můj lékař mě na začátku informoval o léčbě. A když se něco v léčbě mění tak mi to také řekne.“	Pacientka byla při příjmu informována o dietě. O léčbě a jejím průběhu je pacientka informována lékařem.

	O délce hospitalizace	„Při minulých hospitalizacích jsem od lékaře věděla, jak dlouho tady budu ležet. Ale teď jsem byla přijata akutně tak nevím kdy přesně půjdu domů. Lékař říkal, že asi tak týden tady budu.“	Jelikož byla pacientka přijata k této hospitalizaci akutně, záleží dle stavu, jak dlouho bude trvat hospitalizace.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Je mi 70 let. Jsem žena.“	Pacientka plní svojí sociální roli ženy.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem matka a mám vnoučata, tak i babička. Manžela už nemám. Jsem v důchodu, už nepracuji.“	Pacientka plní roli matky a babičky. S dcerami a vnoučaty se vídá, nebo si telefonují.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Ve volném času si čtu nebo divám na televizi. Navštěvují mě kamarádky. Vzhledem k nemoci teď nechodím moc ven.“	Pacientku navštěvuje rodina i přátelé. Tráví čas četbou knížky nebo sledováním televize. Kvůli zápachu z rány nechodí často ven mezi lidi.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

EKG

Odběry krve

Výsledky:

EKG: sinus.r, prav, 82/min, PQ- 0,2, QRS- 0,09, ST- iso, T ploché ve III, aVF, negat v V1, jinak +, LAH, osa -45 st, přechodný bod ve V5-6, QT-0,36, QTc-0,43

Nádorové markery: S_S100B 0.885 µg/l

Endokrinologie: TSH 0.85 mIU/l, T4 volný 17.56 pmol/l,

Krevní obraz: Erytrocyty 4.320 10¹²/l, Leukocyty 10.450 10⁹/l,

Hemoglobin 122 g/l, Hematokrit 0.361, Trombocyty 304 10⁹/l

Koagulace: Protrombin. test-INR 1.05 INR, Protrombinový test 11.3 s,

APTT 21.70 s, Fibrinogen 4.4 g/l, Trombinový čas 13.0 s

Moč – kvalitativně: pH 5.5, Bílkovina negativní, Glukóza normál, Ketony negativní, Urobilinogen normál, Bilirubin negativní, Nitrity negativní, Specifická hustota 1.009 kg/l, Krev negativní, Leukocyty 8 bb/ul, Erytrocyty 2 bb/ul, Epitelie dlaždicové 2 bb/ul, Epitelie kulaté nezjištěny, Kyselina močová nezjištěna, Bakterie v moči nezjištěna, Kvasinky nezjištěny, Válce granulované nezjištěny, Plísňe nezjištěny

Zánětlivé markery: C-reaktivní protein 6.6 mg/l

Biochemie: Natrium 142 mmol/l, Kalium 4.6 mmol/l, Chloridy 104 mmol/l, Kalcium 2.51 mmol/l, Bilirubin celkový 6 µmol/l, AST 0.28 µkat/l, ALT 0.15 µkat/l, GMT 0.53 µkat/l, ALP 1.11 µkat/l, Laktátdehydrogenáza 5.07 µkat/l, Kreatinin 66 µmol/l, Urea 3.6 mmol/l, Kyselina močová 304 µmol/l, Glukóza 6.1 mmol/l, Albumin 41 g/l, Celková bílkovina 65 g/l

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 **Pohybový režim:** mobilní v rámci oddělení **RHB:** nemá

Výživa: ústy

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Algifen gtt 20-20-20, analgetika.

Fortekortin 4mg tbl. 1-1/2-0, kortikoidy.

Cerucal 10 mg tbl. 1-1-1, antiemetika.

Citalon 20mg tbl. 1-0-0, antidepresiva.

Lexaurin 1,5 mg tbl. při neklidu, anxiolytika.

Ortanol 20 mg tbl. 1-0-0, antiulcerotikum.

Paralen 500 mg tbl. při teplotě, analgetika, antipyretika.

- **Intravenózní:**

Fyziologický roztok NaCl 0,9% 1-0-0

Novalgin 1g + 100 ml NaCl 0,9% dle potřeby při bolesti, analgetika.

- **Per rectum:** neužívá

- **Jiná:**

Lokální terapie ošetřování morf – morfy odesinfikovány obložkami s Dermacynem na 15 minut. Poté na morfy aplikován Sanavel, do okolí morf aplikován Opsite sprej. Morfy kryty sterilním krytím.

Chirurgická léčba: během hospitalizace žádná neproběhla

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacientka s maligním melanomem dolní končetiny přijata akutně pro bolesti pravé dolní končetiny a teploty. Doma zkoušela léky od bolesti a ke snížení teploty ale bez efektu. Po přijetí na oddělení byla pacientka vyšetřena lékařem. Byly provedeny odběry krve, změřen krevní tlak, pulz, EKG a převaz rány. Poté byla pacientka umístěna na samostatný pokoj z důvodu zápachu rány, kde byl také umístěn pohlcovač pachů. Pacientce byly podány léky dle ordinace lékaře k odstranění bolesti a snížení teploty. Pacientka je unavená, cítí se slabá, nemá příliš chuť k jídlu. U pacientky byla zavedena monitorace stravy vzhledem k jejímu nechutenství a monitorace bilance tekutin. Pacientka má dietu č. 3. Jelikož pacientka trpí nechutenstvím, byla zajištěna konzultace stravy s nutričním terapeutem. Kdy pacientka s nutričním terapeutem se dohodlí na stravě. Z důvodu zapáchající a sekretující rány na pravé dolní končetině pacientky, byla přivolána sestra konzultantka, zabývající se hojením ran. Ta ránu zhodnotila a po domluvě s lékařem stanovili ošetřování rány. Převazy rány se provádí každý den.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

1. Akutní bolest (00132) pravé dolní končetiny z důvodu metastáz projevující se verbálními projevy a únavou.
2. Hypertermie (00007) z důvodu klinicky významné infekce kožních defektů (morf) projevující se sekrecí a zápachem.
3. Narušená integrita tkáně (00044) na pravé dolní končetině z důvodu kožních defektů (morf) projevující se zápachem a sekrecí.
4. Nevyvážená výživa (00002), (méně než je potřeba organismu) z důvodu zdravotního stavu projevující se sníženou velikostí jedené porce.
5. Narušený vzorec spánku (00198) z důvodu změněného prostředí projevující se noční nespavostí.
6. Strach (00148) z důvodu nejasné prognózy projevující se verbálními projevy.
7. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) z důvodu bolesti a snížené kondice projevující se chůzí o francouzské holi po oddělení a mimo oddělení transportem na vozíku.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko pádů z důvodu únavy a celkové slabosti (00155).
2. Riziko infekce z důvodu zavedeného žilního vstupu (00004).
3. Riziko vzniku sociální izolace z důvodu zapáchající rány.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

- 1. Akutní bolest (00132) pravé dolní končetiny z důvodu metastáz projevující se verbálními projevy a únavou.**

Cíl: zmírnit bolest.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

Bolest bude zmírněna minimálně o jeden stupeň na pětistupňové škále do hodiny.

Pacientka umí zhodnotit intenzitu bolesti na škále bolesti do dvou hodin.

Pacientka využívá úlevovou polohu do půl hodiny.

Pacientka udává úlevu po podání medikace do jedné hodiny.

Pacientka zná příčinu bolesti.

Plán intervencí:

Zjistí příčinu bolesti – sestra, lékař.

Zjistí lokalizaci a intenzitu bolesti – sestra.

Pomoz zaujmout pacientce úlevovou polohu – sestra.

Podávej léky dle ordinace lékaře – sestra.

Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti – sestra.

Sleduj účinek léků proti bolesti – sestra.

Realizace:

Od 6:30 – 18:30 monitorována u pacientky intenzita bolesti. V 9:00 pacientka udává bolest pravé dolní končetiny. Pacientka zhodnotila stupeň bolesti č. 2 – střední bolest. Pacientce doporučeno aby zaujala úlevovou polohu. Přesto pacientka stále pociťuje bolest. Podána medikace dle ordinace lékaře. Po půl hodině sledování účinku léčiva pacientka udává zmírnění bolesti č. 1 – mírná bolest. Dále během dne sledována u pacientky intenzita bolesti.

Hodnocení:

Po podání medikace se bolest u pacientky zmírnila ze stupně č. 2 na stupeň č. 1. do dvou hodin. Pacientka ví jaká je příčina její bolesti. Umí vyhodnotit intenzitu bolesti. Využívá při bolesti úlevovou polohu. Cíl byl tedy splněn.

2. Hypertermie (00007) z důvodu klinicky významné infekce kožních defektů (morf) projevující se sekrecí a zápachem.

Cíl: snížit tělesnou teplotu na fyziologickou hodnotu

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Tělesná teplota klesla pod 37,5 °C od zjištění abnormální hodnoty.

Plán intervencí:

Podej medikaci ke snížení teploty dle ordinace – sestra.

Pravidelně měř tělesnou teplotu – sestra.

Zapisuj naměřenou hodnotu tělesné teploty do dokumentace – sestra.

Sleduj účinek léků – sestra.

Realizace:

V 8:00 měřena u pacientky tělesná teplota, naměřeno 36,7 °C. V 12:30 opět měřena u pacientky tělesná teplota, naměřeno 37,8 °C. V 12:35 podána medikace dle ordinace ke snížení tělesné teploty. V 13:15 přeměřena tělesná teplota, naměřeno 36,8°C.

Hodnocení:

Po podání medikace tělesná teplota klesla na 36,8°C. Všechny naměřené hodnoty zapsány do dokumentace. Cíl byl tedy splněn.

3. Narušená integrita tkáně (00044) na pravé dolní končetině z důvodu kožních defektů (morf) projevující se zápachem a sekrecí.

Cíl: odstranit zápach a zmírnit sekreci.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčinu porušené integrity kůže do jedné hodiny.

Rána nebude zapáchat a bude méně sekretovat do tří dnů.

Plán intervencí:

Zajisti konzultaci se sestrou, která se zabývá hojením ran - sestra.

Prováděj pravidelné převazy - sestra.

Zajisti na pokoj pacientky pohlcovač zápachu - sestra.

Pravidelně větrej na pokoji pacientky - sestra.

Sleduj funkčnost krytí rány - sestra.

Dokumentuj převazy a hojení rány - sestra.

Realizace:

V 9:00 informována sestra konzultantka pro hojení ran. V 11:00 proveden převaz se sestrou konzultantkou. V 11:30 byl na pokoj přistaven pohlcovač pachu. V 11:40 byl založen záznam o ráně a proveden zápis o ošetření rány. Od 11:30 do 18:30 pravidelně kontrolována funkčnost krytí rány.

Hodnocení:

Převazy rány prováděny dle doporučení každý den a dle potřeby. Integrita kůže v okolí morf zlepšena. Zápach z rány zlepšen částečně. Sekrece z rány se zmírnila. K dosažení cíle došlo částečně, proto je třeba i nadále pokračovat v intervencích.

4. Nevyvážená výživa (00002), (méně než je potřeba organismu) z důvodu zdravotního stavu projevující se sníženou velikostí jedené porce.

Cíl: pacientka sní třičtvrtě porce jídla.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

Pacientce se zlepší chuť k jídlu do tří dnů.

Pacientka sní větší část porce jídla do tří dnů.

Plán intervencí:

Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem - sestra.

Pouč pacientku o důležitosti přísunu jídla - sestra.

Zaveď u pacientky monitoraci stravy - sestra.

Pouč pacientku o monitorování stravy - sestra.

Zaznamenávej příjem stravy do dokumentace - sestra.

Sleduj hmotnost pacienta - sestra.

Realizace:

V 9:00 u pacientky zavedena monitorace stravy a zároveň pacientka poučena o zapisování sněženého jídla. V 9:30 požádán nutriční terapeut o konzultaci s pacientkou o stravování. V 12:30 společně s pacientkou proveden zápis monitorace stravy. V 18:00 proveden zápis stravy pacientkou a poté zkontrolován sestrou a ověřena správnost zápisu.

Hodnocení:

Pacientka se s nutriční terapeutkou domluvila na individuální stravě. Na doporučení nutriční terapeutky objednan pacientce Nutridrink 1x denně. Pacientka sní půlku porce. Chuť k jídlu se částečně zlepšila. Pacientka si uvědomuje důležitost příjmu potravy.

Umí monitorovat a zapisovat množství sněženého jídla. Cíl byl splněn částečně, proto je třeba nadále pokračovat v naplánovaných intervencích.

5. Narušený vzorec spánku (00198) z důvodu změněného prostředí projevující se noční nespavostí a únavou.

Cíl: zlepšit kvalitu a délku spánku

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka bude subjektivně udávat odpočatost.

Pacientka nemá potíže se spánkem do dvou dnů.

Pacientka spí v noci alespoň osm hodin bez přerušení do dvou dnů.

Pokud pacientka nemůže usnout, bude jí podán lék do půl hodiny.

Plán intervencí:

Vyvětrej pacientce pokoj před spaním – sestra.

Podej pacientce lék na spaní, pokud ho vyžaduje – sestra.

Zajisti pacientce klidné prostředí při spaní – sestra.

Zajisti, aby šla pacientka včas spát – sestra.

Informuj pacientku o nutné rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne - sestra.

Sleduj účinek léku na spaní – sestra.

Realizace:

Ve 20:30 vyvětrán pacientce pokoj a upraveno lůžko ke spánku. Provedena večerní hygiena. Ve 21:00 pacientka požaduje tabletku na spaní. Ve 21:05 podán pacientce lék na spaní. Ve 21:15 na oddělení zajištěn noční klid. Vypnuta televize a rádio. Ve 22:00 při kontrole pacientka spala. Při dalších kontrolách v průběhu noci od 22:00 – 6:00 pacientka spala.

Hodnocení:

Pacientka má potíže se spánkem v nemocničním prostředí. Před spaním upraveno lůžko a vyvětrán pokoj. Pacientka vyžaduje lék na spaní. Po podání léku usnula. V noci při kontrolách pacientka spala. Když se ráno probudila, udávala odpočínutí, a že se dobře vyspala. Další noc požaduje také lék na spaní. Do dvou dnů nastalo zlepšení spánku. Pacientka je spokojena. Spí celou noc. Cíl byl tedy splněn.

CELKOVÉ HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Pacientka byla přijata na oddělení klinické onkologie akutně pro bolesti a teploty. Pacientce byla provedena patřičná vyšetření. Během hospitalizace se také objevily teploty, které byly sníženy medikací. Proti bolesti dostávala pacientka medikace dle ordinace, díky kterým se bolest zmírňovala. Při příjmu pacientka udávala nechutenství, z toho důvodu byla zavedena monitorace stravy a informována nutriční terapeutka. Po zlepšení zdravotního stavu se u pacientky zlepšila chuť k jídlu. Vzhledem zapáchající a sekretující rány byla informována sestra konzultantka zabývající se hojením ran, kdy po konzultaci s ní a lékařem se ošetřovala rána dle ordinace. Převazy se prováděly každý den. Dle zlepšení stavu bude pacientka propuštěna domů.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta

- Doporučit pacientovi psychologa, bude-li na tom psychicky špatně.
- Seznámit pacienta dostatečně s jeho diagnózou, léčbou a možnými komplikacemi, což mu pomůže lépe pochopit své onemocnění.
- Seznámit pacienta s možnostmi následné péče.
- Najít si během hospitalizace nějakou činnost, která odvede jeho myšlenky na nemoc.
- Edukovat pacienta při propuštění o opatřeních, které by měl doma dodržovat.

Doporučení pro rodinu

- Navštěvovat a podporovat pacienta v těžkých situacích.
- Podílet se na péči o pacienta.
- Seznámit rodinu s diagnózou a péčí o pacienta.

Doporučení pro sestry

- Seznámit se s problematikou maligního melanomu.
- Zajímat se o potřeby pacienta.
- Vytvořit si s pacientem dobrý vztah což přispěje k dobré spolupráci.
- Osvojit si relaxační techniky, umět relaxovat, odpočívat při takto náročné profesi.
- Seznámit se s ošetřovatelským procesem u pacienta.
- Pravidelně se vzdělávat, navštěvovat odborné semináře.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na onemocnění kůže maligní melanom. Cílem práce bylo charakterizovat onemocnění maligní melanom, vypracovat specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty a sestavit ošetrovatelský proces u pacienta s touto diagnózou.

První část práce byla věnována teoretické charakteristice onemocnění. Byly zde uvedeny klinické příznaky onemocnění, jeho výskyt, léčba, diagnostika, prevence onemocnění, histopatologické typy maligního melanomu. Popsány zde byly i specifika ošetrovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním. V druhé části práce byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem a rozpracovány ošetrovatelské diagnózy, jež byly zjištěny u pacienta na podkladě jeho problémů.

Onemocnění maligní melanom bývá zrádné, protože roste mnohdy nenápadně a často bývá pozdě diagnostikováno. Při pozdní diagnostice bývá prognóza onemocnění nepříznivá. Proto je potřebná prevence a informovanost veřejnosti o tomto onemocnění. Zjištění takto závažné diagnózy je pro většinu pacientů nelehké, a těžko se s ní vyrovnávají. Proto by bylo vhodné dostatečně pacienta informovat a případně poskytnou i v těžkých situacích psychologickou pomoc. Důležitá je i podpora pacienta ze strany rodiny či přátel.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2010. *Speciální onkologie: Příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. s. 417. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. ADAM, Zdeněk, Marta KEJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén. s. 394. ISBN 978-80-7262-715-8.
3. BAJČIOVÁ, V., J. TOMÁŠEK, J. ŠTĚRBA a kolektiv, 2011. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. 1.vyd. Praha: Grada. s. 400. ISBN 978-80-247-3554-2.
4. BILCHIK, Anton J., 2006. *Novel Insights into the Diagnosis and Treatment of Melanoma*. Saunders. s. 461. ISBN 1-4160-3556-7 (Surgical oncology clinics of north america, vol. 15, no. 2).
5. GRAHAM - BROWN, Robin a Tony BURNS, 2011. *Dermatology: Lecture Notes*. Wiley - Blackwell. s. 232. ISBN 9781405195713.
6. HERDMAN, T. Heather, 2010. NANDA International, *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace, 2009-2011*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s. s. 480. ISBN 978-80-247-3423-1.
7. HERDMAN, T. Heather, 2009. NANDA International, *Nursing diagnoses: definitions and classification, 2009-2011*. 3 rd ed., Orford: Wiley- Blackwell. s. 435. ISBN 978-1-4051-8718-3.
8. KRAJSOVÁ, Ivana, 2006. *Melanom*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. s. 332. ISBN-80-7345-096-8.
9. KRAJSOVÁ, Ivana, 2008. *Atlas kožního melanomu*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. s. 244. ISBN 978-80-7345-151-6.
10. KOZLER, Petr et al., 2007. *Intrakraniální nádory*. 1. vyd. Praha: Galén. s. 277. ISBN 978-80-7262-452-2.
11. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 248. ISBN 80-247-1442-6.
12. NIEDNER, Roland a Yael ADLER, 2010. *Kožní choroby: obrazový atlas*. 2. vyd. Praha: Triton. s. 407. Lékařské repetitorium; 3. ISBN 978-80-7387-206-9.

13. POOLE, Catherine M., 2005. *Melanoma: Prevention, Detection, and Treatment*. United States of America: Yale University Press Health&Wellnes. s. 187. ISBN 0-300-10725-0.
14. SAVOIA Paola, FAVA Paolo and BERNENGO Maria. 2011. *Treatment of Metastatic Melanoma*, Turin: InTech. s. 348. ISBN: 978-953-307-574-7.
15. SOUČEK, Miroslav, 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada. s. 850. ISBN 978-80-247-2110-1.
16. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s. s. 450. ISBN 978-80-247-3742-3.

BROŽURY

1. KRAJSOVÁ, Ivana, 2011. *Kožní nádory – typy, příčiny vzniku, léčba a prevence*. Praha: Mladá fronta. s. 55. ISBN 978-80-204-2404-4.
2. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Lenka ŠMARDOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2013. *Chemoterapie a vy: Rady pro nemocné léčené chemoterapií. 5. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Medical Tribune. s. 35. ISBN 978-80-87135-51-8.

ODBORNÉ ČASOPISY

1. FIKRLE, Tomáš a Karel PIZINGER, 2010. Maligní melanom. *Onkologie.*, **4** (4). s. 225-228. ISSN: 1802-4475.
2. KRAJSOVÁ, Ivana, 2013. Léčba melanomu v roce 2013. *Medicína&umění.* **4**(28), s. 31-34. ISSN: 1803-3679.
3. KRUŽICOVÁ, Zuzana, 2010. Maligní melanom. *Postgraduální medicína.* **12**(4), s. 10. ISSN: 1212-4184.
4. KRUŽICOVÁ, Zuzana, 2013. Nevenerické nemoci zevního genitálu u mužů. *Česká dermatovenerologie.* **3**(3), s. 143-157. ISSN: 1805-0611.
5. LAKOMÝ, Radek a Alexander POPRACH, 2012. Nové možnosti léčby u maligního melanomu. *Postgraduální medicína.* **14**(3), s. 331-336 ISSN: 1212-4184.

6. LAKOMÝ, Radek, Alexander POPRACH a Renata KOUKALOVÁ, 2013. Současné možnosti léčby pokročilého a metastatického maligního melanomu. *Onkologie*. **7**(2), s. 65-68. ISSN: 1802-4475.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. HÖRNER, Dr. Michael. *Praxis: Technische Ausstattung*. Dr. Michael Hörner [online]. [cit. 2014-05-24]. Dostupné z: <<http://www.hautarzt-hoerner.at/0209ausstattung.htm>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše.....	I
Příloha B – Foto metastáz maligního melanomu.....	II
Příloha C – Vyšetření kůže pomocí dermatoskopu.....	III
Příloha D – Potvrzení týkající se realizace studentské vědecké práce v Masarykově onkologickém ústavu.....	IV

Příloha A - Rešerše

Místo: Odborná knihovna MOÚ, Žlutý kopec 7, Brno

Vypracováno pro téma bakalářské práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem

Datum: 26. Listopadu 2013

Jméno a příjmení: Petra Fialová

Studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha 5, studijní obor všeobecná sestra

1. STRMEŇOVÁ, Viera a MINÁRIKOVÁ, Eva. Maligny melanóm kože. Martin: Osveta, ©2005. 78 s. ISBN 80-8063-177-8.
2. KRAJSOVÁ, Ivana. Melanom: [klasifikace, diagnostika, terapie, prevence]. Praha: Maxdorf, ©2006. 332 s. Jessenius. ISBN 80-7345-096-8.
3. KOZLER, Petr et al. Intrakraniální nádory. 1. vyd. Praha: Galén, ©2007. xv, 277 s. ISBN 978-80-7262-452-2.
4. ALTANER, Čestmír. Buněčná a molekulární biologie rakoviny. Vyd. v českém jazyce 1. Praha: Liga proti rakovině, 2008. 127 s. ISBN 978-80-86031-85-9.
5. ČAPOV, Ivan et al. Chirurgie orgánových metastáz. 1. vyd. Praha: Galén, ©2008. xiii, 181 s. ISBN 978-80-7262-493-5.
6. PAFKO, Pavel et al. Základy speciální chirurgie. Praha: Galén, ©2008. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
7. ROB, Lukáš et al. Gynekologie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
8. ŠTORK, Jiří et al. Dermatovenerologie. 1. vyd. Praha: Galén, ©2008. xv, 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
9. ADAM, Zdeněk et al. Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob. 1. vyd. Praha: Galén, ©2010. xxi, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
10. ADAM, Zdeněk et al. Obecná onkologie. 1. vyd. Praha: Galén, ©2011. xxi, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.

Příloha B - Metastázy maligního melanomu



Zdroj: Savoia et al. 2011

Příloha C – Vyšetření kůže pomocí dermatoskopu



Zdroj: Hörner, 2014

Příloha D – Potvrzení týkající se realizace studentské vědecké práce v Masarykově onkologickém ústavu



MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV
Žlutý kopec 7, 656 53 Brno



Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Joint Commission International a Spojenou akreditační komisí ČR

Potvrzení týkající se realizace studentské vědecké práce v Masarykově onkologickém ústavu Brno.

Potvrzení se vydává pro (jméno, příjmení, titul): **Petra Fialová, Dis.**
Název projektu: Ošetrovatelský proces u pacienta s maligním melanomem.
Charakter projektu: bakalářská práce – ošetrovatelský proces.
Období činnosti žadatele v MOU: 1.4.2014 – 30.4.2014

Studentka se zavazuje osobně předat na Úsek výzkumných a vzdělávacích projektů do 14 dnů po ukončení dotazníkového šetření výsledky za MOU.

.....
Petra Fialová, Dis.

Realizaci schválil/a:

PhDr. Jana Kocourková, MBA
Náměstek pro nelékařské zdravotnické pracovníky

doc. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.
Náměstek pro vědu, výzkum a výuku

IČO
00209805

Bankovní spojení
KB Brno-město
87535621/0100

Telefon
543 134 102-3

Fax
543 211 169

E-mail
direct@mou.cz
<http://www.mou.cz>