

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA
S KARCINOMEM PANKREATU**

Bakalářská práce

Autor práce: Gabriela Vidláková

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Čižmárová

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Gabriela Vidláková
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Specifika ošetřovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu
Vedoucí práce:	Mgr. Marcela Čižmárová
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je definovat specifika ošetřovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu a zdůraznit význam odborných znalostí a kompetencí všeobecné sestry při poskytování péče.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu. Cílem práce je zjistit specifika péče a roli sester při jejím poskytování. Výzkum je realizován kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření mezi praktickými a všeobecnými sestrami. Dotazník zjišťuje jejich zkušenosti, znalosti a přístup k péči o pacienty. Výsledky ukazují, že péče o pacienty s karcinomem pankreatu je náročná, zejména v oblasti bolesti, výživy a psychické podpory. Vyžaduje spolupráci multidisciplinárního týmu. Na základě zjištění je vhodné zaměřit se na další vzdělávání sester a podporu komplexní péče v praxi.

Klíčová slova

Karcinom pankreatu, kvalita života, onkologický pacient, ošetrovatelská péče, role sestry

Abstract

The bachelor thesis focuses on the specifics of nursing care for patients with pancreatic cancer. The aim of the thesis is to identify the specifics of care and the role of nurses in its provision. The research is conducted using a quantitative method through a questionnaire survey among practical and general nurses. The questionnaire examines their experience, knowledge, and approach to caring for patients. The results show that care for patients with pancreatic cancer is demanding, especially in the areas of pain management, nutrition, and psychological support. Requires cooperation within a multidisciplinary team. Based on the findings, it is appropriate to focus on further education of nurses and to support comprehensive care in practice.

Keywords

Nurse's role, nursing care, oncology patient, pancreatic cancer, quality of life

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda využívám této příležitosti k vyjádření upřímného poděkování všem, kteří mě během psaní bakalářské práce podporovali, poskytovali mi cenné rady a byli mi oporou. Zvláštní poděkování patří vedoucí práce, paní Mgr. Marcele Čižmárové, za její odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a cenné připomínky, které mi byly po celou dobu zpracování práce velkou pomocí. Velké díky rovněž patří manželům Šimoníkovým za jejich podporu a ochotnou pomoc při řešení technických problémů během psaní práce.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam zkratk	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Epidemiologie karcinomu pankreatu v ČR a ve světě.....	10
1.2 Anatomie a fyziologie slinivky břišní.....	10
1.3 Patofyziologie karcinomu pankreatu.....	11
1.4 Rizikové faktory a etiologie karcinomu pankreatu.....	11
1.5 Příznaky karcinomu pankreatu.....	12
1.6 Vyšetřovací metody u karcinomu pankreatu.....	13
1.7 Klasifikace nádoru.....	13
1.8 Léčba karcinomu pankreatu.....	14
1.9 Komplikace karcinomu pankreatu.....	15
1.10 Prognóza karcinomu pankreatu.....	15
1.11 Prevence karcinomu pankreatu.....	15
1.12 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu.....	16
1.12.1 Ošetrovatelská péče zaměřená na bolest.....	16
1.12.2 Ošetrovatelská péče zaměřená na malnutrici.....	17
1.12.3 Ošetrovatelská péče o cévní vstupy.....	18
1.12.4 Ošetrovatelská péče u poruch glykémie.....	19
1.12.5 Ošetrovatelská péče při obstrukčním ikteru.....	19
1.12.6 Psychická podpora pacienta.....	20
2 Výzkumná část	21
2.1 Cíl výzkumu.....	21
2.2 Výzkumné otázky.....	21
2.3 Metodika výzkumu.....	21
2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí.....	22
2.5 Průběh výzkumu.....	22
2.6 Zpracování výzkumných dat.....	22
2.7 Výsledky výzkumu.....	22
3 Diskuze	45
4 Návrhy a doporučení pro praxi	48
Závěr	49
Seznam použité literatury	51
Přílohy	54

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví.....	23
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	24
Graf 3: Odborná specializace	25
Graf 4: Délka v oboru	26
Graf 5: Pracoviště.....	27
Graf 6: Setkání s pacientem s karcinomem pankreatu	28
Graf 7: Informovanost respondentů	29
Graf 8: Kompetentnost	30
Graf 9: Prohloubení znalostí.....	31
Graf 10: Znalost symptomů pokročilého karcinomu pankreatu	32
Graf 11: Symptomy	33
Graf 12: Ošetrovatelské problémy.....	34
Graf 13: Bolest.....	35
Graf 14: Hodnocení bolesti	36
Graf 15: Nutriční stav	37
Graf 16: Zajištění výživy	38
Graf 17: Vstupy pro podávání parenterální výživy.....	39
Graf 18: Vstupy pro podávání enterální výživy	40
Graf 19: Psychická podpora pacientů	41
Graf 20: Spolupráce s psychologem.....	42
Graf 21: Spolupráce s nutričním terapeutem	43
Graf 22: Spolupráce s paliativním týmem.....	44

Seznam zkratk

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CA 19-9	nádorový marker
CT	počítačová tomografie
DNA	deoxyribonukleová kyselina
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
EUS	endoskopická ultrasonografie
JIP	jednotka intenzivní péče
J-PEG	jejunální perkutánní endoskopická gastrostomie
MRI	magnetická rezonance
NSAID	nesteroidní antiflogistika
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC	periferně zavedený centrální žilní katétr
RNA	ribonukleová kyselina
TNM	klasifikace nádoru, uzlin a metastáz
WHO	světová zdravotnická organizace

Úvod

Karcinom pankreatu patří mezi závažná nádorová onemocnění s vysokou mortalitou a nepříznivou prognózou. Vzhledem k nenápadnému průběhu v časných stádiích je onemocnění často diagnostikováno až v pokročilých fázích, kdy jsou možnosti kurativní léčby omezené. Pacienti se potýkají s řadou fyzických i psychických obtíží, které významně ovlivňují jejich kvalitu života.

Ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem pankreatu je specifická, vyžaduje komplexní a individuální přístup. Nezahrnuje pouze zvládání fyzických symptomů, ale také podporu psychického stavu pacienta a jeho rodiny. Obtíže se navzájem prolínají a jejich intenzita se liší v závislosti na stádiu onemocnění i individuálních charakteristikách pacienta.

Důležitou součástí je rovněž spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu, která umožňuje zajistit kontinuitu a kvalitu poskytované péče. V klinické praxi se však ukazuje, že péče o pacienty je často spojená s řadou výzev, které vyžadují dostatečné odborné znalosti a zkušenosti. Ošetrovatelská péče proto musí být cílená, systematická a přizpůsobená aktuálním potřebám pacienta. Správně nastavená péče může významně přispět ke zmírnění obtíží, zlepšení kvality života a podpoře pacienta i jeho blízkých v průběhu onemocnění.

Téma bakalářské práce je zvoleno na základě osobního zájmu o problematiku onkologického ošetrovatelství a zkušeností během práce ve zdravotnickém zařízení. V průběhu těchto zkušeností bylo možné pozorovat, že pacienti s karcinomem pankreatu vyžadují specifický přístup. Péče je spojená s řadou náročných situací, které kladou vysoké nároky na zdravotnický personál.

Teoretická část práce je rozdělena do několika kapitol. První kapitola se věnuje karcinomu pankreatu a jeho epidemiologii, dále anatomii, patofyziologii, příznakům, diagnostice a léčbě. Druhá kapitola se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče, zejména na zvládání bolesti, řešení malnutrice, péči o invazivní vstupy, poruchy glykémie, péči při obstrukčním ikteru a psychickou podporu pacienta.

Výzkumná část je realizována pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření mezi praktickými a všeobecnými sestrami. Výzkum se zaměřuje na jejich zkušenosti, znalosti a kompetence při péči o pacienty s karcinomem pankreatu.

Cílem předkládané práce je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu a jakou roli hrají odborné znalosti a kompetence praktických a všeobecných sester při poskytování péče. Výsledky výzkumu mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče v klinické praxi. Mohou sloužit jako podklad pro další vzdělávání sester v oblasti péče o pacienty s tímto závažným onemocněním.

1 Současný stav problematiky

Karcinom pankreatu patří k onemocněním s vysokou incidencí a mortalitou a představuje aktuální problém současné medicíny. Onemocnění je často diagnostikováno v pokročilých stádiích, což významně ovlivňuje možnosti léčby i celkovou prognózu. Pro lepší porozumění problematice je nezbytné znát jak anatomii a fyziologii pankreatu, tak i současné možnosti diagnostiky a terapie. Důležitou součástí je také zmapování nejčastějších symptomů a komplikací, se kterými se pacienti potýkají, včetně malnutrice, bolesti a psychické zátěže. Neméně významnou oblast představuje ošetrovatelská péče, která reaguje na komplexní potřeby nemocných a vyžaduje specifické znalosti a kompetentnost praktických i všeobecných sester.

1.1 Epidemiologie karcinomu pankreatu v ČR a ve světě

V Evropě patří karcinom pankreatu k nádorům s nejvyšší incidencí i mortalitou a dlouhodobě představuje významný zdravotnický problém. V roce 2020 bylo zaznamenáno přibližně 140 000 nových případů onemocnění a více než 132 000 úmrtí. Hrubá incidence činila 18,7 na 100 000 obyvatel a hrubá mortalita 17,6 na 100 000 obyvatel, což poukazuje na nepříznivý poměr mezi počtem nově diagnostikovaných případů a úmrtí. Věkově standardizovaná incidence dosahovala 7,8 na 100 000 obyvatel a mortalita 7,2 na 100 000 obyvatel. Onemocnění se častěji vyskytuje u mužů než u žen a podobný rozdíl je patrný i u úmrtnosti. Výskyt karcinomu pankreatu zároveň výrazně narůstá s věkem a nejčastěji postihuje starší generaci. V rámci evropských zemí byly nejvyšší hodnoty incidence zaznamenány v Maďarsku, na Slovensku a v České republice, kde mortalita dosahovala přibližně 8,5 na 100 000 obyvatel. Naopak nižší incidence byla pozorována například v Irsku a Španělsku a činila 6,9 na 100 000 obyvatel (Büchler a kol., 2023).

1.2 Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní (pankreas) je protáhlá žláza pokrytá vazivovým obalem, která je zbarvená do šedorůžové barvy. Je uložena v dutině břišní, sekundárně retroperitoneálně za žaludkem. Délka slinivky se pohybuje v rozmezí od 12 do 18 cm a hmotnost mezi 60 až 90 g. Na pankreatu jsou makroskopicky patrné laloky a lalůčky. Pankreas se zprava doleva dělí do tří základních částí: hlava pankreatu (caput pancreatis), tělo pankreatu (corpus pancreatis), ocas pankreatu (cauda pancreatis). Hlava pankreatu je rozšířená část, která je zasazena do duodena, a tím souvisí s trávicím systémem. Na hlavu navazuje tělo slinivky, které je užší a delší. Nejvýznamnější funkcí těla pankreatu je tvorba hormonů a trávicích enzymů. Poslední část pankreatu je ocas. Ocas směřuje vlevo nahoru ke slezině a oddaluje se od zadní stěny břišní (Trna et al., 2021).

Pankreas je žláza s dvojitou sekrecí. Exokrinní sekrecí, neboli vnější a endokrinní sekrecí, neboli vnitřní. Exokrinní část tvoří přibližně 86 % žlázy a produkuje pankreatickou šťávu do duodena pankreatickým vývodem a je zásadním zdrojem trávicích enzymů (Ganong et al., 2024).

Pankreatická šťáva je bohatá na hydrogenuhličitany a široké spektrum enzymů, mezi něž patří lipázy, amylázy, nukleázy a proteolytické enzymy, zejména trypsin a chymotrypsin. Tyto enzymy jsou syntetizovány v neaktivní formě a jejich aktivace probíhá až v duodenu, čímž je zabráněno poškození vlastní tkáně pankreatu. Pankreatické vývody se postupně spojují do hlavního

pankreatického vývodu, který ústí do dvanáctníku, společně se žlučovodem. Hydrogenuhličitany obsažené v pankreatické šťávě neutralizují kyselý obsah přicházející do žaludku a vytvářejí vhodné prostředí pro činnost trávicích enzymů (Orel, 2025).

Endokrinní část tvoří 2 % žlázy a to zejména Langerhansovy ostrůvky produkující pankreatické hormony, které jsou odváděny přímo do krve. Nejpočetnější jsou β - buňky, které syntetizují inzulin, jehož hlavním účinkem je snížení hladiny glukózy v krvi a podpora jejího využití buňkami. Inzulin stimuluje ukládání glykogenu, syntézu proteinů a lipidů, a proto je někdy označován jako hormon nadbytku. Katecholaminy naopak působí inhibičně na uvolňování inzulinu. Dalším významným hormonem je glukagon, produkováný α -buňkami, který působí opačně než inzulin. Hlavním stimulem uvolňování glukagonu je pokles hladiny glukózy v krvi, ke kterému dochází zejména při dlouhodobé fyzické zátěži nebo při hladovění. Zvyšuje hladinu glukózy v krvi podporou glykogenolýzy, glukoneogeneze a lipolýzy (Petřek, 2019).

Cévní zásobení pankreatu je zajištěno větvemi břišního kmene a horní mezenterické tepny. Hlavní přívod krve k hlavě pankreatu zajišťují horní a dolní pankreatikodudenální tepny, které vytvářejí cévní spojky kolem duodena a hlavy pankreatu. Tělo a ocas jsou zásobeny větvemi slezinné tepny. Žilní krev je odváděna do vrátnicové tepny (Trna et al., 2021).

1.3 Patofyziologie karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu nejčastěji vzniká z exokrinní části pankreatu, především z epitelu pankreatických vývodů, přičemž nejběžnějším histologickým typem je duktální adenokarcinom. Patogeneze zahrnuje postupný vývoj prekancerózních lézí, zejména pankreatických intraepiteliálních neoplázií, které se vlivem kumulace genetických mutací transformují v maligní nádorové buňky (Kleeff et al., 2016).

Na molekulární úrovni je karcinom pankreatu ovlivněn významnými epigenetickými změnami, které mění aktivitu genů, aniž by se změnila samotná DNA. Mezi tyto změny patří především abnormální chemické úpravy DNA a bílkovin, které DNA obklopují a změny v regulaci RNA, jež ovlivňují aktivitu genů. V důsledku toho dochází k narušení kontroly buněčného růstu, diferenciaci a přežívání nádorových buněk. Epigenetické mechanismy tak podporují postup onemocnění, zvýšenou invazivitou nádoru a vznik rezistence na léčbu. Tyto procesy významně přispívají k agresivnímu průběhu karcinomu pankreatu a jeho nepříznivé prognóze (Zhou a Shen, 2025).

1.4 Rizikové faktory a etiologie karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu patří mezi nejzlobivější nádory a jeho přesná etiologie zatím není zcela známa. Přesto je řada rizikových faktorů, které dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné (Olakowski a Buřdak, 2022).

Mezi neovlivnitelné faktory patří především vyšší věk, který je nejvýznamnějším demografickým ukazatelem zvýšeného rizika a objevuje se nejčastěji po pětadesátém roce. Dále genetická predispozice či rodinný výskyt nádorového onemocnění (Olakowski a Buřdak, 2022).

Ovlivnitelné faktory představují oblast, na kterou lze cílit preventivní opatření. Nejvýznamnějším z nich je aktivní kouření, které dlouhodobě poškozuje tkáň pankreatu. K dalším významně

ovlivnitelným faktorům patří obezita, zejména viscerální, jež je spojena s inzulínovou rezistencí. Stejně tak nadměrná konzumace alkoholu a chronická pankreatitida, které přispívají ke změnám pankreatické tkáně a zvyšují riziko malignity. Význam rizika zvyšují také nevhodné stravovací návyky, zejména nadměrný příjem nasycených tuků, průmyslově zpracovaných potravin. Dále sladké nápoje, které se podílejí na rozvoji obezity a diabetu. Většina zmíněných ovlivnitelných faktorů souvisí se životním stylem, a proto může mít preventivní význam. Zejména podpora nekuřáctví, udržování zdravé tělesné hmotnosti, vyvážená strava a omezení alkoholu. Úprava ovlivnitelných faktorů představuje jednu z neúčinnějších možností, jak snížit riziko vzniku karcinomu pankreatu na populační úrovni (Olakowski a Bułdak, 2022).

1.5 Příznaky karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu se vyznačuje širokým spektrem klinických příznaků, které jsou často nespecifické a mohou se lišit v závislosti na stádiu onemocnění. Analýza klinických dat ukazuje, že mezi nejčastější symptomy patří bolest břicha, která je přítomna u většiny pacientů. Příznak bývá často doprovázen dalšími projevy, zejména úbytkem tělesné hmotnosti a výraznou únavou (Chen et al., 2025).

Kromě výše uvedených projevů se u pacientů často objevují také gastrointestinální obtíže, jako je nevolnost a zvracení a dále ztráta chuti k jídlu. Významným příznakem je rovněž bolest zad, která může být přítomna u značné části pacientů. Tyto symptomy se často nevyskytují izolovaně, ale v různých kombinacích, což přispívá k jejich obtížné interpretaci v klinické praxi (Chen et al., 2025).

Z hlediska časového průběhu onemocnění bylo zjištěno, že se jednotlivé příznaky neobjevují současně, ale postupně. Některé symptomy, zejména bolest zad a únava, se mohou manifestovat již několik měsíců před stanovením diagnózy. Naopak většina gastrointestinálních a systémových příznaků se objevuje až v pozdějších fázích onemocnění, obvykle několik měsíců před jeho diagnostikování. Postupný nástup příznaků přispívá k tomu, že onemocnění bývá často diagnostikováno až v pokročilém stádiu (Chen et al., 2025).

Zajímavým zjištěním je také skutečnost, že se mohou ještě před rozvojem somatických příznaků objevit psychické potíže. Mezi projevy patří zejména úzkost, deprese a poruchy spánku. Přestože se symptomy mohou objevit dříve než fyzické projevy onemocnění, jejich specifika ve vztahu ke karcinomu pankreatu je nižší, což omezuje jejich využití v diagnostickém procesu (Chen et al., 2025).

Celkově lze shrnout, že se karcinom pankreatu projevuje různorodými příznaky, které se objevují v různém časovém průběhu. Kombinace více symptomů, zejména pokud se objevují současně nebo postupně v krátkém časovém období, může představovat důležitý faktor pro včasnější rozpoznání nemoci (Chen et al., 2025).

1.6 Vyšetřovací metody u karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu je onemocnění s velmi obtížnou a často opožděnou diagnostikou, což vyžaduje použití více vzájemně se doplňujících metod. Žádná diagnostická technika není sama o sobě spolehlivá, proto se v klinické praxi uplatňuje kombinovaný postup zahrnující zobrazovací metody, odběr tkáně a laboratorní testy (Zhao et al., 2025).

Zobrazovací metody tvoří základ diagnostiky, protože umožňují rychle posoudit anatomii pankreatu i rozsah případného nádoru. Ultrazvuk slouží spíše jako orientační vyšetření, zatímco CT a MRI poskytují detailnější zobrazení nádoru i jeho vztahu k okolním strukturám. Významnou roli má také endoskopická ultrasonografie (EUS), která umožňuje přesnou vizualizaci a zároveň odběr vzorku tkáně (Chen et al., 2025).

Bioptické a cytologické vyšetření je klíčové pro potvrzení malignity. Odběr tkáně vedený pod CT nebo EUS dosahuje vysoké přesnosti a je důležitý zejména tehdy, když zobrazovací nálezy nejsou jednoznačné nebo je nutné stanovit diagnózu před zahájením terapie (Chen et al., 2025).

Laboratorní biomarkery, zejména CA 19-9, slouží jako doplňkové ukazatele, protože jejich specifita je omezená. Mají větší význam při sledování průběhu onemocnění, než při samotné diagnostice. Výzkum se zaměřuje na nové biomarkery, které by mohly přispět k dřívějšímu záchytu karcinomu (Chen et al., 2025).

Výběr vhodného postupu závisí na stavu pacienta, charakteru nádorového ložiska a dostupnosti vyšetření (Zhao et al., 2025).

1.7 Klasifikace nádoru

Klasifikace nádorových onemocnění představuje základní nástroj pro hodnocení biologického chování nádoru, stanovení prognózy i volbu optimální léčebné strategie. Nádory lze dělit podle biologické povahy na benigní, maligní a hraniční. Přičemž maligní nádory se vyznačují invazivním růstem a schopností tvořit vzdálené metastázy (Ferko et al., 2015).

Další významné členění vychází z tkáně, z níž nádor vzniká. Zahrnuje karcinomy epitelového původu, sarkomy mezenchymového původu, lymfomy a leukémie vycházejí z lymfatické tkáně, nádory hematopoetického systému, nádory zárodečných buněk a blastomatózní nádory s embryonální diferenciací (Ferko et al., 2015).

Z hlediska histologického stupně diferenciace se nádory klasifikují pomocí stupňování (grading), který hodnotí míru podobnosti nádorových buněk s původní tkání. Rozlišuje dobře diferencované (G1), středně diferencované (G2), špatně diferencované (G3) a nediferencované, anaplastické nádory (G4) (Ferko et al., 2015).

Rozsah nádorového onemocnění je posuzován pomocí TNM klasifikace, která popisuje velikost a invazivitu primárního nádoru, postižení regionálních lymfatických uzlin a přítomnost vzdálených metastáz. Na základě klasifikace jsou pacienti zařazováni do klinických stádií 0- IV, což má zásadní význam pro plánování léčby, stanovení prognózy i hodnocení léčebných výsledků. Součástí komplexního hodnocení je rovněž R-klasifikace reziduálního nádoru, která vyjadřuje přítomnost či nepřítomnost nádorové tkáně po léčbě a umožňuje další upřesnění léčebného postupu (Ferko et al., 2015).

1.8 Léčba karcinomu pankreatu

Léčba karcinomu pankreatu je i v současnosti značně limitovaná a její volba závisí především na rozsahu onemocnění v době stanovení diagnózy. Základní a jedinou potenciální kurativní metodou zůstává chirurgická resekce nádoru, která je možná pouze u pacientů s resekabilním nebo hraničně resekabilním nádorem bez přítomnosti vzdálených metastáz. Cílem chirurgické léčby je kompletní odstranění nádoru s negativními resekcními okraji, což je spojeno s lepší prognózou nemocných. Nejčastěji prováděným výkonem je pankreatoduodenektomie u nádorů lokalizovaných v oblasti hlavy pankreatu, při níž dochází k resekci části slinivky břišní spolu s duodenem, žlučníkem a částí žlučových cest. U nádorů těla a ocasu pankreatu je indikována distální pankreatektomie, která je vyhrazena pro rozsáhlejší postižení pankreatu a je spojena s významnými metabolickými dopady na pacienta (Conroy et al., 2023).

V posledních letech se u pacientů s hraničně resekabilními nádory pankreatu stále častěji uplatňuje neoadjuvantní léčba. Tento postup spočívá v podání systémové chemoterapie, případně chemoradioterapie, před plánovaným chirurgickým výkonem. Jejím cílem je nejen ovlivnit lokální rozsah nádorového postižení, ale také zvýšit pravděpodobnost dosažení kompletního chirurgického odstranění nádoru s negativními resekcními okraji. Současně umožňuje posoudit biologické chování nádoru během systémové terapie, přičemž časná progresse může signalizovat agresivní charakter onemocnění a omezený přínos chirurgické léčby. Neoadjuvantní přístup tak napomáhá vhodnější selekci pacientů indikovaných k operačnímu řešení a v některých případech může být spojen i s příznivějšími dlouhodobými výsledky léčby (Dickerson et al., 2025).

U inoperabilních a metastatických forem onemocnění je možné pacienta léčit adjuvantní chemoterapií. Chemoterapie obvykle nevede k významnému prodloužení života, ale přispívá ke zlepšení kvality života. Nejčastěji se využívá gemcitabin nebo 5-fluorouracil. Radioterapie se většinou nevyužívá, jelikož nádorové buňky karcinomu pankreatu vykazují nízkou citlivost k ionizujícímu záření (Trna a Kala, 2016).

Symptomatická péče je součástí léčby u pacientů s pokročilým stádiem onemocnění. Jejím cílem je zmírnění obtíží a zlepšení kvality života nemocných. Mezi základní paliativní postupy patří zajištění průchodnosti žlučových cest při obstrukčním ikteru pomocí zavedení stentu, a to buď endoskopicky v rámci ERCP nebo perkutánně metodou transhepatální drenáže (Masood et al., 2025).

Paliativní péče je poskytována jak v domácím prostředí, tak v rámci zdravotnických zařízení. Jejím hlavním cílem je zachovat co nejvyšší možnou kvalitu života pacienta a zároveň podpořit jeho blízké. Nedílnou součástí přístupu je také plánování budoucí péče, které umožňuje porozumět hodnotám, přáním a preferencím nemocného v závěru života a přizpůsobit jim další léčebný postup. Proces je založen na otevřené a postupné komunikaci mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotnickým týmem. Přispívá ke zlepšení kvality poskytované péče, ke snížení psychické zátěže nemocného i jeho okolí a k omezení zbytečně zatěžujících léčebných zásahů na konci života (Sochor et al., 2019).

1.9 Komplikace karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu je často provázen závažnými komplikacemi, které výrazně zhoršují průběh onemocnění a prognózu pacienta. Mezi nejčastější patří obstrukce žlučových cest s rozvojem cholestázy, která může být komplikována ascendentní cholangitidou. Nádorové postižení může dále vést k rozvoji akutní pankreatitidy a k poruchám trávení v důsledku insuficience exokrinní funkce pankreatu. V pokročilých stádiích se mohou objevit tromboembolické komplikace, zejména migrující tromboflebitidy, dále rozvoj portální hypertenze při infiltraci jater a krvácivé komplikace při postižení cévních struktur. Závažnou komplikací je rovněž peritoneální karcinomatóza, která vzniká diseminací nádorových buněk do peritoneální dutiny a může být provázena vznikem ascitu. Komplikace se významně podílejí na zhoršení celkového stavu pacienta a komplikují další léčebný postup (Zámečník, 2019).

1.10 Prognóza karcinomu pankreatu

Prognóza zůstává velmi nepříznivá, neboť je často diagnostikována v pokročilém stádiu, s přítomností metastáz. Možnosti kurativní léčby jsou tedy výrazně omezené. Karcinom se vyznačuje vysokou mortalitou a nízkým dlouhodobým přežitím. Přičemž prognózu pacientů zásadně ovlivňuje lokalizace, velikost primárního ložiska a přítomnost metastáz. Příznivější průběh onemocnění je pozorován u pacientů, u nichž je možné provést chirurgický výkon v kombinaci se systémovou onkologickou léčbou, které představují nezávislé prognostické faktory celkového přežití. Naproti tomu u pacientů s pokročilým metastatickým onemocněním zůstává léčba převážně symptomatická a zaměřená na prodloužení přežití a zlepšení kvality života (Li et al., 2022).

U pacientů s neresekovatelným onemocněním se celkové přežití při moderní kombinované chemoterapii pohybuje přibližně kolem jednoho roku, zatímco při monoterapii obvykle nepřesahuje sedm měsíců. Bez zahájení léčby pacienti zpravidla umírají během čtyř až pěti měsíců od stanovení diagnózy (Büchler a kol., 2023).

1.11 Prevence karcinomu pankreatu

Prevence karcinomu pankreatu je vzhledem k tiché progresi onemocnění a jeho pozdní diagnostice zaměřena především na ovlivnění rizikových faktorů. Zásadní roli hraje eliminace kouření, které je považováno za nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor vzniku karcinomu. Další preventivní opatření zahrnují udržování zdravé tělesné hmotnosti, pravidelnou fyzickou aktivitu a omezení nadměrné konzumace alkoholu. Významná je rovněž kontrola metabolických onemocnění, zejména diabetu 2. typu, který je spojován se zvýšeným rizikem a může představovat i jeho časný projev. Úprava životního stylu tak představuje jednu z mála možností, jak snížit riziko vzniku onemocnění na populační úrovni (Scherübl, 2025).

Prevence se dále zaměřuje na osoby se zvýšeným rizikem onemocnění, zejména jedince s pozitivní rodinnou anamnézou, nebo s prokázanou genetickou predispozicí. U těchto osob je cílem včasný záchyt prekancerózních lézí, nebo časných stádií nádoru prostřednictvím pravidelného sledování pomocí zobrazovacích metod. Plošný screening běžné populace není doporučován vzhledem k výtěžnosti screeningových metod. Preventivní strategie se proto

soustředí na rizikové skupiny, u nichž může cílené sledování přispět ke zlepšení prognózy a prodloužení celkového přežití (Mack et al., 2025).

1.12 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu

Ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem pankreatu je specifická vysokou mírou symptomové zátěže, rychlou progresí onemocnění a častým přechodem z kurativní léčby do paliativního režimu. Pacienti jsou ohroženi intenzivní bolestí, malnutricí, poruchami trávení, psychickými potížemi a tím výrazným poklesem kvality života. Nedílnou součástí je také zajištění a ošetrování cévních vstupů, které jsou využívány k podávání léčby nebo parenterální výživy. Úkolem sestry je poskytovat komplexní, individuální péči, která je zaměřena nejen na tělesné obtíže, ale také na psychickou pohodu pacienta i podporu jeho rodiny (Fu et al., 2025a).

1.12.1 Ošetrovatelská péče zaměřená na bolest

Bolest je nejčastějším a nejzávažnějším symptomem u pacientů s karcinomem pankreatu. Bolest je často prvním projevem, který pacienty přivádí k lékaři a významně snižuje kvalitu života. Může vznikat z více příčin. Může být způsobena přímým tlakem, nebo prorůstáním nádoru do okolních tkání, ale také poškozením nervových struktur, zejména celiakálního plexu. Bolest způsobená tlakem nádoru bývá tupá a trvalá hlavně v oblasti epigastria. Pokud jsou postiženy nervy, pacienti ji často popisují jako pálivou a vystřelující do zad (Małgorzata Krygowska et al., 2025).

Farmakologická léčba bolesti tvoří základ ošetrovatelské i medicínské péče. U pacientů se doporučuje postupovat podle principů WHO analgetického žebříčku, kdy se začíná léky bez opioidů např. paracetamol, metamizol, NSAID. Pokud neopiodní analgetika nestačí, přechází se na slabší opioidy např. tramadol, codein. Spojení slabých opioidů s neopiodními analgetiky vede k zesílení jejich analgetického účinku a tím se zároveň snižuje výskyt nežádoucích účinků, které jsou závislé na dávce. Při přetrvávajících a nesnesitelných bolestech se nasazují opioidy jako morfin, oxycodon či fentanyl. Důraz je tedy kladen na pravidelné hodnocení bolesti a úpravu dávek tak, aby byl dosažen optimální analgetický efekt s minimalizací nežádoucích účinků např. zácpa, sedace, nevolnost (Hakl et al., 2022).

Je potřeba, aby sestra dostatečně edukovala o správném užívání i o možných rizicích opioidní terapie. K farmakologické léčbě mohou být přidány i antiepileptika např. gabapentin, pregabalin pro neuropatickou složku bolesti, či steroidy zmírňující zánětlivou složku bolesti (Coveler et al., 2021).

Nefarmakologické přístupy k léčbě bolesti jsou rovněž významné a doplňují farmakoterapii. Fyzikální metody představují důležitou součást nefarmakologické léčby bolesti. Patří mezi ně zejména aplikace chladu, tepla, masáže a akupunktura. Postupy se liší svým účinkem na organismus, ale všechny směřují ke zmírnění bolesti a podpoře hojení (Málek et al., 2021).

Působení chladu je založeno na zúžení cév v ošetrované oblasti, což vede ke snížení otoku i svalového napětí. Zároveň dochází ke zpomalení přenosu nervových impulsů, čímž se tlumí bolestivé vjemy. Chlad má tedy lokálně znecitlivující efekt. Je však nutné dbát na to, aby aplikace nepřesáhla přibližně 20 minut, jinak hrozí poškození tkání (Málek et al., 2021).

Na rozdíl od chladu má teplo opačný účinek. Způsobuje rozšíření cév a zlepšení prokrvení dané oblasti. Tím napomáhá uvolnění svalů a podporuje regeneraci (Málek et al., 2021).

Masáže jsou založeny na mechanickém působení na měkké tkáně. Podporují cirkulaci krve i lymfy, čímž přispívá k regeneraci a prevenci komplikací, jako jsou například dekubity nebo svalové bolesti. Kromě fyzického efektu mají masáže i významný vliv na psychiku (Málek et al., 2021).

Akupunktura se dnes využívá jako doplněk ke klasické léčbě bolesti. Princip spočívá v aplikaci tenkých jehel do specifických bodů na těle, které jsou spojovány s energetickými drahami. Stimulace těchto bodů může napomoci zmírnění bolesti, zlepšení prokrvení a podpoře hojení. Ve srovnání s farmakologickou léčbou je tato metoda spojena s nízkým výskytem nežádoucích účinků (Málek et al., 2021).

Do fyzikálních metod patří i neurolyza plexus coeliacus a splachnických nervů. Provádí se v oblasti retroperitonea přibližně v úrovni obratlů Th12 – L1. Zákrok je prováděn pouze s pomocí zobrazovací metody RTG nebo CT (Hakl et al., 2022).

Úkolem sestry je pravidelné hodnocení intenzity bolesti pomocí standardizovaných škál a sledování účinnosti analgetické léčby, včetně nežádoucích účinků. Důležitá je edukace pacienta, aby bolest nebagatelizoval a neodkládal užití analgetik. V případě nedostatečné kontroly bolesti sestra spolupracuje s lékařem a algeziologem, například při zvažování invazivních metod tlumení bolesti (Samarkandi, 2018).

1.12.2 Ošetřovatelská péče zaměřená na malnutrici

Malnutrice je u pacientů s karcinomem pankreatu častým problémem a je spojena s horšími pooperačními výsledky i celkovou prognózou onemocnění. Vzniká v důsledku faktorů, mezi které patří zvýšený metabolismus nádoru, nedostatečný příjem živin a jejich malabsorpce. Závažná malnutrice může vést až ke vzniku nádorové kachexie, která je charakterizována ztrátou svalové hmoty a tukové tkáně (Wijma et al., 2024).

Nutriční intervence mohou zahrnovat enterální nebo parenterální výživu. Jejich cílem je zlepšení nutričního stavu pacienta, podpora tolerance onkologické léčby a snížení rizika komplikací. Tyto přístupy jsou využívány zejména u pacientů, kteří nejsou schopni přijímat dostatečné množství živin běžnou stravou (Emanuel et al., 2022).

Enterální výživa je preferovanou metodou nutriční podpory, pokud je trávicí trakt funkční. Podávání výživy do gastrointestinálního traktu může pomoci udržet integritu střevní sliznice. Podává se pomocí různých typů sond. Nejčastěji se používá nazogastrická sonda, která je zavedena nosem do žaludku. Další možnosti jsou nazoduodenální nebo nazojejunální sondy, které ústí do duodena nebo jejunu. Pro dlouhodobé podávání enterální výživy se využívá gastrostomie, nejčastěji perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG), případně jejunostomie (J-PEG), kdy je sonda zavedena přímo do tenkého střeva (Křížová et al., 2022).

Parenterální výživa je způsob podávání živin přímo do krevního oběhu, tedy mimo trávicí trakt. Používá se u pacientů, u kterých není možné nebo vhodné využít trávicí trakt k podávání výživy. Parenterální výživu lze podávat dvěma základními způsoby, do periferní nebo centrální žíly. Periferní parenterální výživa, která se podává do periferní žíly pomocí midline katétru je obvykle jen na krátkou dobu. Centrální parenterální výživa se podává do centrální žíly. Mezi používané

žilní vstupy patří např. centrální žilní katétr, PICC katétr, tunelizovaný katétr nebo venózní port, které umožňují dlouhodobé podávání výživy (Křížová et al., 2022).

Součástí péče je také spolupráce s nutričním terapeutem, který provádí komplexní nutriční zhodnocení a stanovuje individuální plán podpory výživy. Ten může zahrnovat dietní doporučení zaměřená na dosažení dostatečného energetického a proteinového příjmu, podávání nutričních doplňků. Pokud jsou přítomny projevy exokrinní pankreatické insuficience, může být zahájena také substituční léčba pankreatickými enzymy, která napomáhá trávení a vstřebávání živin (Wijma et al., 2024).

Úkolem sestry je sledovat tělesnou hmotnost, nutriční stav a příjem stravy. Podporuje podávání malých a častých porcí a dohlíží na správné užívání pankreatických enzymů v souvislosti s jídlem. V případě potřeby zajišťuje nutriční doplňky a spolupracuje s nutričním terapeutem. Cílem péče je zpomalení progresu malnutrice a zachování co nejlepší fyzické kondice pacienta (Slezáková et al., 2023).

1.12.3 Ošetřovatelská péče o cévní vstupy

Cévní vstupy představují nedílnou součást léčby pacientů s karcinomem pankreatu, zejména při podávání parenterální výživy, chemoterapie, analgetické léčby nebo infuzní terapie. Správná ošetřovatelská péče o vstupy je zásadní pro zachování jejich funkčnosti a minimalizaci rizika komplikací, především infekce, trombózy nebo mechanického poškození katétru (Charvát et al., 2025).

Péče o cévní vstupy zahrnuje soubor činností, mezi které patří správná fixace katétru, pravidelné převazy, proplachy, sledování průchodnosti a důsledné dodržování aseptických postupů. Kvalitní péče začíná již při zavedení katétru a pokračuje po celou dobu jeho používání. Zajištění katétru je důležité pro prevenci jeho dislokace a následných komplikací. Při výběru způsobu fixace je nutné zohlednit typ cévního vstupu, délku jeho zavedení, stav kůže pacienta a individuální faktory, jako je věk nebo přítomnost sekrece v místě vpichu (Charvát et al., 2025).

Proplach katétru je důležitým opatřením pro zachování jeho průchodnosti a prevenci komplikací, zejména trombózy a infekce. Před každým podáním infuze je nutné ověřit průchodnost katétru, například aspirací krve a následným proplachem. Katétr se proplachuje po každém podání léčiva, aby se odstranily zbytky podaných látek a předešlo se interakcím mezi jednotlivými přípravky. Důležitá je také technika proplachu, zejména pulzní metoda, která napomáhá odstranění usazenin z katétru a snižuje riziko tvorby biofilmu (Charvát et al., 2025).

Péče o místo vpichu zahrnuje pravidelnou dezinfekci kůže a výměnu krytí ve stanovených intervalech, nebo vždy při jeho poškození či znečištění. Součástí ošetřovatelské péče je každodenní zhodnocení potřeby ponechání katétru. Katétr by měl být zaveden pouze po dobu, kdy je jeho použití klinicky indikováno. Při kontrole místa vpichu sestra sleduje známky komplikací, jako jsou zarudnutí, bolest, otok, infiltrace, indurace nebo přítomnost sekrece. Důležité je také sledování celkového stavu pacienta a případných známek infekce, například zvýšené tělesné teploty. U hospitalizovaných pacientů je doporučeno hodnotit stav cévního vstupu pravidelně, ideálně při každé aplikaci infuze nebo minimálně jednou denně. U ambulantních pacientů se kontrola provádí při každé návštěvě a pacient je edukován o sledování místa vpichu (Charvát et al., 2025).

Pravidelné hodnocení cévního vstupu je základním preventivním opatřením proti vzniku komplikací. Sestra sleduje stav místa zavedení, funkčnost katétru a případné známky zánětu nebo infekce. Při hodnocení kontroluje také délku katétru vyčnívající z těla a porovnává ji s hodnotami zaznamenanými při jeho zavedení. V případě podezření na otok je vhodné změřit obvod končetiny a porovnat jej s původní hodnotou. K objektivnímu hodnocení lze využít standardizované škály, například CLISA, které umožňují systematické posuzování stavu místa vpichu (Charvát et al., 2025).

1.12.4 Ošetrovatelská péče u poruch glykémie

Poruchy metabolismu glukózy jsou u pacientů s karcinomem pankreatu poměrně časté a představují významný klinický problém. Vztah mezi diabetem a karcinomem pankreatu je obousměrný. Dlouhodobě trvající diabetes mellitus může zvyšovat riziko vzniku nádoru, zatímco nově vzniklý diabetes může být naopak časným projevem dosud nediodagnostikovaného karcinomu. Nádorové onemocnění pankreatu může ovlivňovat funkci endokrinní části slinivky břišní a tím narušovat sekreci inzulínu a regulaci hladiny glukózy v krvi. V některých případech se jedná o tzv. paraneoplastický diabetes, který vzniká v souvislosti s nádorovým onemocněním a může se projevit ještě před samotnou diagnózou karcinomu pankreatu (Křivinka et al., 2025).

Sestra pravidelně monitoruje hodnoty glykémie, sleduje příznaky hyperglykémie nebo hypoglykémie. Spolupracuje s lékařem při úpravě léčby. Zvláštní pozornost je nutné věnovat pacientům s nechutenstvím, u nichž je zvýšené riziko hypoglykémie. Cílem ošetrovatelské péče je udržení stabilních hodnot glykémie a prevence akutních komplikací (Slezáková et al., 2023).

1.12.5 Ošetrovatelská péče při obstrukčním ikteru

Obstrukční ikterus se téměř vždy objevuje u karcinomu pankreatu. Vzniká v důsledku mechanické obstrukce žlučových cest nádorem, která vede k hromadění bilirubinu v krvi a rozvoji cholestázy. Proto je potřeba zajistit průchodnost žlučových cest pomocí biliární drenáže. K tomu se využívají endoskopické nebo intervenční metody, například ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie) se zavedením biliárního stentu (Inoue et al., 2026).

Důležitou součástí ošetrovatelské péče je sledování klinických projevů obstrukčního ikteru. Sestra pravidelně hodnotí zbarvení kůže a sklér, sleduje přítomnost svědění kůže, barvu moči, stolice a celkový komfort pacienta. Příznaky souvisejí s poruchou odtoku žluči a jejich změny mohou signalizovat zhoršení cholestázy nebo rozvoj komplikací. Součástí sledování je i kontrola laboratorních hodnot, zejména hladiny bilirubinu a jaterních enzymů. U pacientů, kteří podstoupili endoskopický výkon nebo zavedení biliárního stentu, je nezbytné pečlivé monitorování stavu. Dále sestra sleduje vitální funkce, intenzitu bolesti v souvislosti se zavedeným stentem a možné známky infekce, například horečku nebo známky cholangitidy. Včasné rozpoznání komplikací je zásadní pro zahájení rychlé léčby a prevenci závažných následků (Slezáková et al., 2023).

1.12.6 Psychická podpora pacienta

Pacienti s karcinomem pankreatu mají během průběhu onemocnění široké spektrum podpůrných potřeb. Mezi nejčastěji uváděné patří zejména potřeba dostatečných informací o onemocnění, léčbě, vedlejších účincích, možnostech zvládnutí symptomů a prognóze. Informace mohou pacientům i jejich rodinám pomoci lépe porozumět léčebnému procesu, usnadnit rozhodování o léčbě a podpořit jejich schopnost vyrovnat se s náročnou diagnózou. Významnou roli hrají také emocionální potřeby, které souvisejí s emoční zátěží vyvolanou diagnózou. Pacienti často prožívají úzkost, obavy z budoucnosti, nejistotu nebo pocity smutku. Důležitou součástí podpůrné péče jsou také praktické potřeby, například pomoc s každodenními činnostmi. Studie zároveň zdůrazňuje význam intervencí zaměřených na podporu pacientů a jejich rodin, přičemž mezi nejčastější patří psychoedukační programy, které obsahují edukaci o průběhu onemocnění, poradenství, nutriční intervence a podpora při zvládnutí symptomů. Tyto intervence mohou přispět ke zlepšení zvládnutí onemocnění, zvýšení informovanosti a zlepšení kvality života pacientů i jejich pečovatелů. Úkolem sestry je poskytovat pacientovi a jeho rodině emocionální podporu, čímž napomáhá zvládnutí onemocnění a snižování psychické zátěže. Zároveň spolupracuje s psychologem (Fu et al., 2025b).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na zjištění specifik ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu z pohledu praktických a všeobecných sester. Dále je zaměřena na zhodnocení jejich znalostí, zkušeností a kompetencí při poskytování péče. Praktická část navazuje na teoretické poznatky a orientuje se na reálnou praxi zdravotnických zařízení, ve kterých sestry přicházejí s pacienty do kontaktu.

Pozornost je věnována především nejčastějším problémům u pacientů a postupy využívanými při jejich řešení. Zkoumáno je také, jakou roli hrají odborné znalosti, zkušenosti a mezioborová spolupráce při zajištění kvalitní péče. Součástí je rovněž zhodnocení oblastí, ve kterých sestry pociťují nedostatek informací nebo potřebu dalšího profesního rozvoje.

Výsledky výzkumu přinášejí přehled o aktuální situaci v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s karcinomem pankreatu a umožňují poukázat na možné nedostatky i příležitosti ke zlepšení v klinické praxi.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je definovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu a zdůraznění odborných znalostí a kompetencí praktické a všeobecné sestry při poskytování péče.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu?

Výzkumná otázka č. 2: S jakými nejčastějšími problémy se setkávají praktické a všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký význam mají odborné znalosti a kompetence praktické a všeobecné sestry pro kvalitu péče o pacienty s karcinomem pankreatu?

2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část je zvolen kvantitativní výzkum, který umožňuje získat přehled o znalostech, zkušenostech a kompetencích sester a výsledky následně statisticky zpracovat.

Sběr dat je realizován pomocí vlastního nestandardizovaného dotazníku určeného pro praktické a všeobecné sestry. Dotazník obsahuje celkem 22 otázek a je sestaven na základě stanoveného cíle práce a výzkumných otázek. Otázky 1–5 jsou zaměřeny na základní identifikační údaje respondentů. Otázky 6–17 jsou zaměřeny na informovanost a vědomosti sester a otázky 18–22 se týkají spolupráce mezi dotazovanými pracovišti a dalšími klinikami, které se podílejí na péči o pacienty s karcinomem pankreatu. Otázky se zaměřují na informovanost a kompetence praktických a všeobecných sester péči o pacienty s karcinomem pankreatu, dále identifikují nejčastější ošetrovatelské problémy a způsoby jejich řešení v praxi.

Dotazník obsahuje převážně uzavřené otázky s výběrem odpovědí a polouzavřené otázky, které umožňují doplnění vlastní odpovědi. Tento typ otázek je zvolen z důvodu snadnějšího vyhodnocení dat a možnosti jejich kvantitativního zpracování.

Dotazníky byly anonymní a dobrovolné.

2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumný soubor tvoří praktické sestry a všeobecné sestry s určitými specializacemi, s různou délkou praxe pracující na chirurgických, interních a onkologických klinikách.

Výzkum byl proveden ve Fakultní nemocnici Brno na chirurgické, interní gastroenterologické a interní hematologické a onkologické klinice. Dále v nemocnici u sv. Anny v Brně na chirurgické klinice a na onkologicko-chirurgickém oddělení.

Dotazník byl rozdán mezi respondenty v papírové formě a celkem bylo distribuováno 130 dotazníků. U 30 respondentů nebyl vyplněn řádně dotazník, tudíž tyto dotazníky nebyly použity pro další zpracování. Celkem bylo řádně vyplněno 100 dotazníků, které jsou dále zpracovány ve výzkumné části.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od 8.12. 2025 do 8. 3. 2026. Se souhlasem náměstkyň pro ošetrovatelskou péči. Rozdala jsem 30 dotazníků v Nemocnici u svaté Anny a 100 dotazníků ve Fakultní nemocnici Brno. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků v papírové formě. Dotazníky byly zpracovávány anonymně, což umožnilo respondentům odpovídat otevřeně a bez obav z toho, že by jejich odpovědi mohly být nějak zneužity.

2.6 Zpracování výzkumných dat

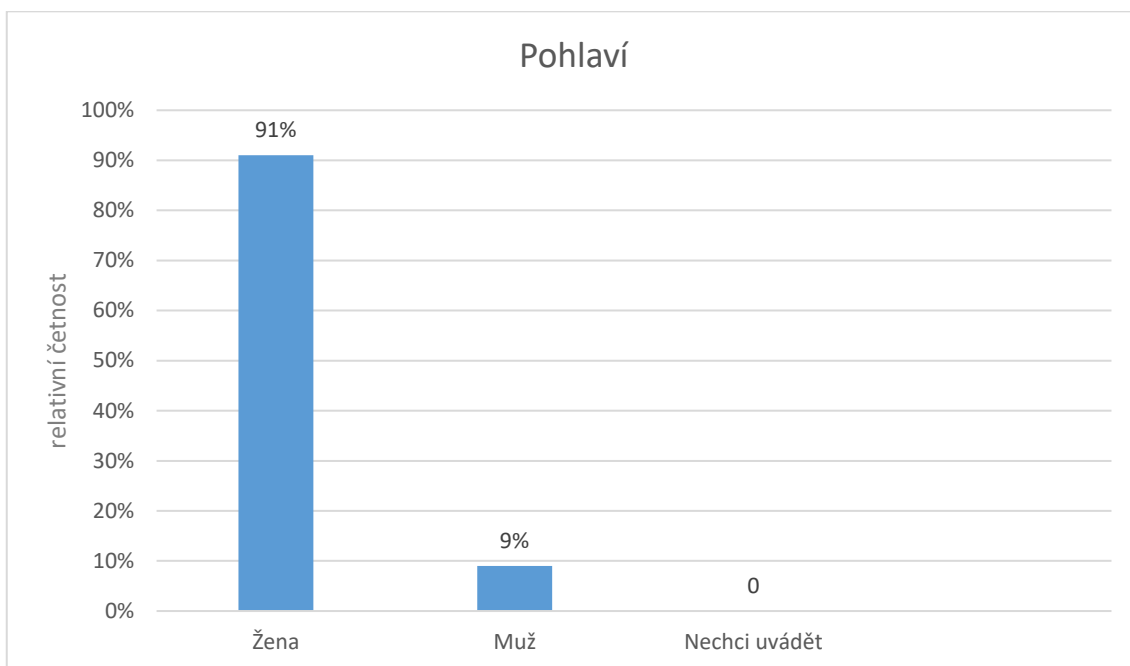
Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření jsou analyzována v programu Microsoft Office Excel a následně zpracována v programu Microsoft Office Word. Výsledky jsou vyhodnoceny formou sloupcových grafů.

2.7 Výsledky výzkumu

V kapitole jsou prezentovány a následně vyhodnoceny výsledky realizovaného výzkumného šetření. Do zpracování bylo využito celkem 100 řádně vyplněných dotazníků, které tvoří dostatečný soubor pro analýzu získaných dat.

Výsledky jsou uspořádány přehledně a vztahují se ke stanoveným cílům práce a výzkumným otázkám. Na základě odpovědí respondentů je možné zhodnotit jejich zkušenosti, znalosti a přístup k ošetrovatelské péči o pacienty s karcinomem pankreatu. Získaná data zároveň umožňují poukázat na aktuální situaci v klinické praxi a identifikovat oblasti, které mohou vyžadovat další pozornost nebo zlepšení.

Otázka č.1: Jaké jste pohlaví?

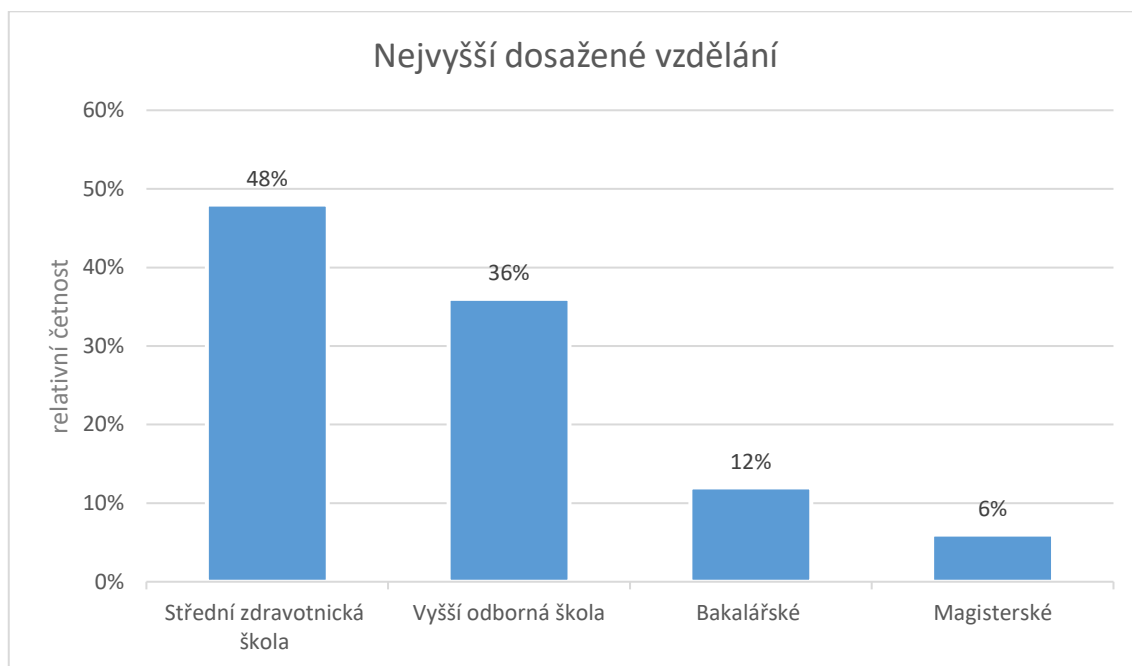


Graf 1: Pohlaví

(zdroj: vlastní zpracování)

Tato otázka byla zaměřena na pohlaví respondentů. Z celkového počtu 100 respondentů tvořili 91 ženy (91 %) a 9 mužů (9 %). Možnost neuvádět pohlaví nevolil žádný respondent 0 (0 %).

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

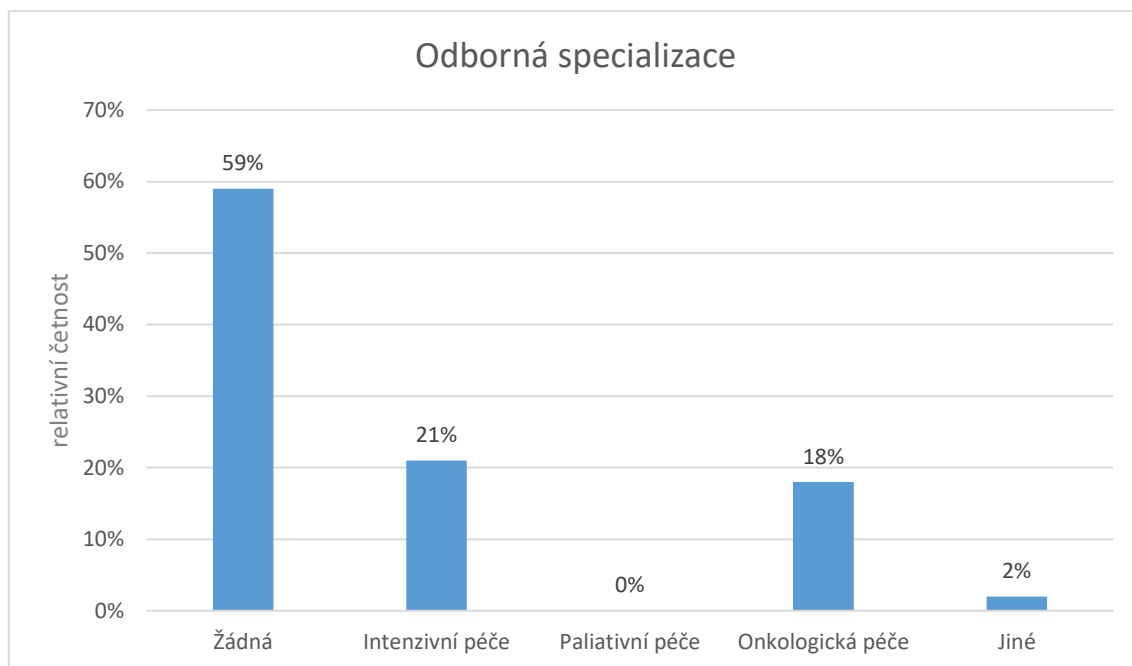


Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

(zdroj: vlastní zpracování)

Graf 2 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvyšší zastoupení měli respondenti se střední zdravotnickou školou, kteří tvořili 48 (48 %), dále následovali respondenti s vyšším odborným vzděláním 36 (36 %). Menší část tvořili respondenti s bakalářským vzděláním 12 (12 %) a nejméně byli zastoupeni respondenti s magisterským vzděláním 6 (6 %).

Otázka č. 3: Jaká je Vaše odborná specializace?

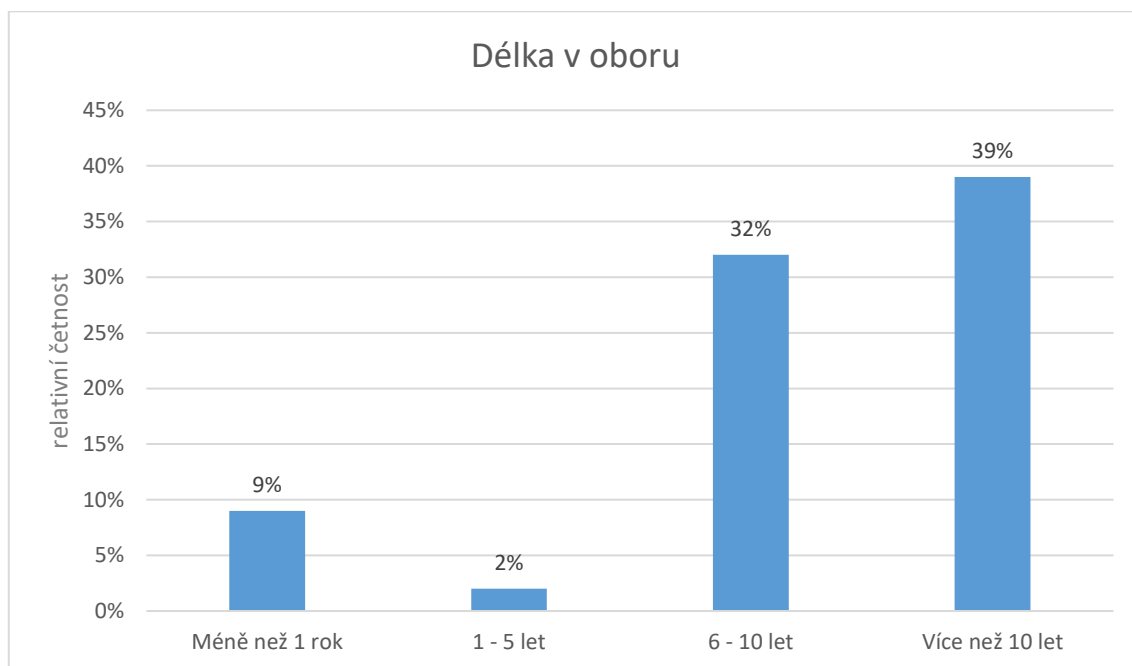


Graf 1: Odborná specializace

(zdroj: vlastní zpracování)

Největší zastoupení měli respondenti bez specializace 63 (63 %), dále následovali respondenti se specializací v intenzivní péči 21 (21 %) a onkologické péči 18 (18 %). Možnost paliativní péče ne zvolil žádný respondent 0 (0 %) a jinou specializaci uvedli 2 respondenti (2 %).

Otázka č. 4: Jaká je délka Vaší praxe v oboru?

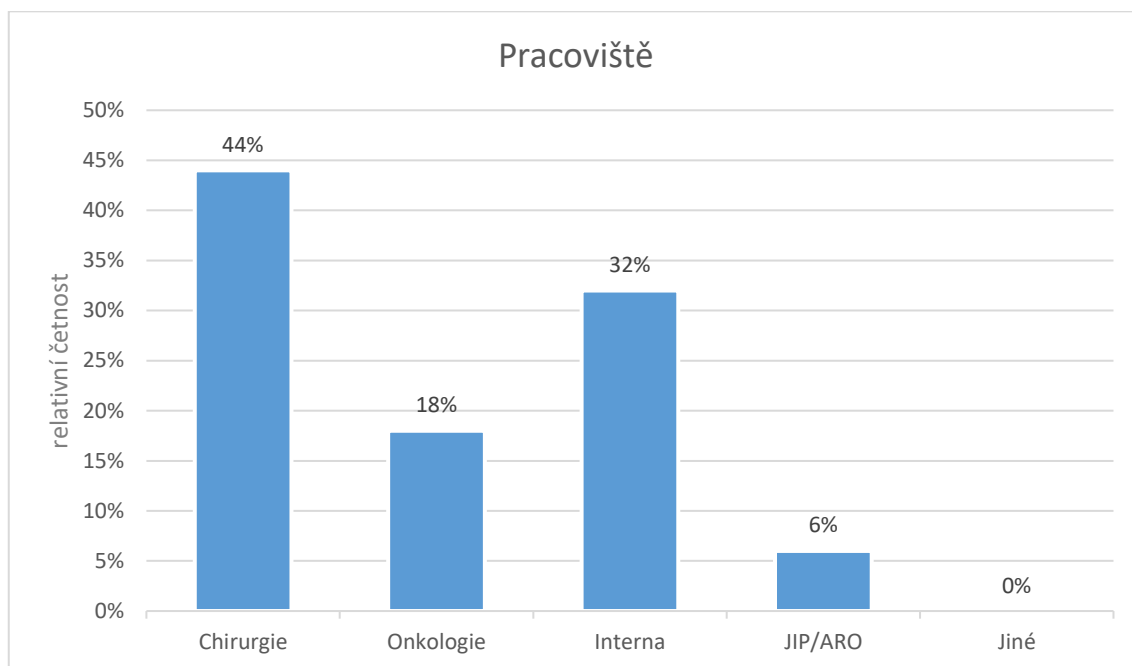


Graf 4: Délka v oboru

(zdroj: vlastní zpracování)

Z grafu 4 vyplývá, že největší zastoupení měli respondenti s praxí více než 10 let 39 (39 %), dále následovali respondenti s praxí 6 – 10 let 32 (32 %). Menší část tvořili respondenti s praxí 1–5 let 20 (20 %) a nejméně byli zastoupeni respondenti s praxí méně než 1 rok 12 (12 %).

Otázka č. 5: Na jakém oddělení pracujete?

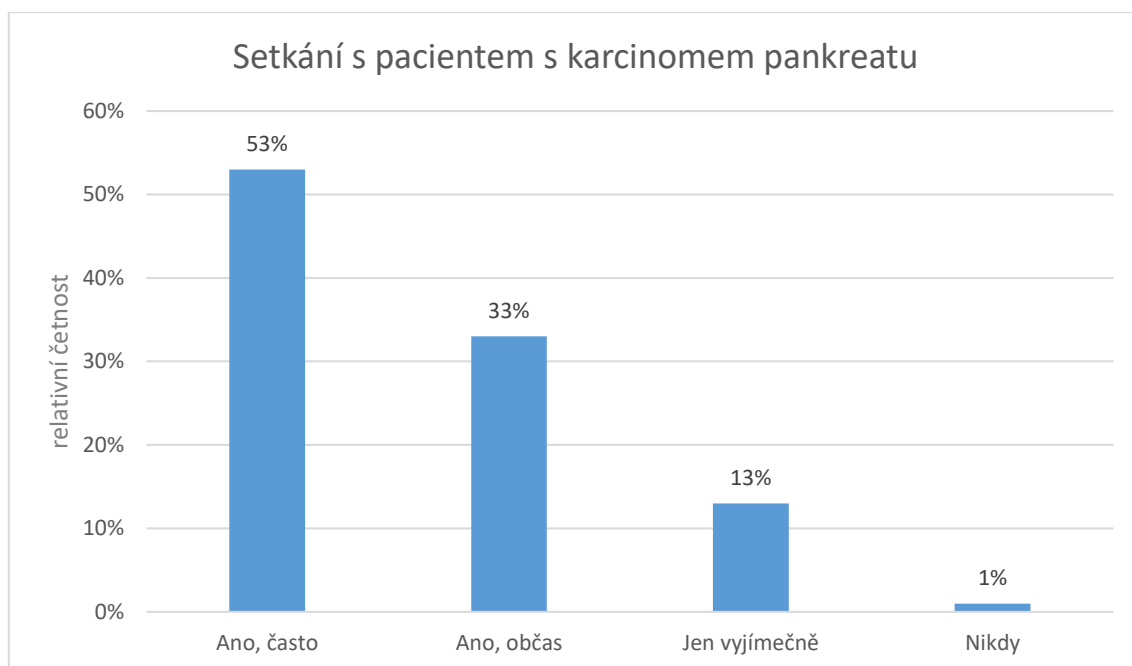


Graf 5: Pracoviště

(zdroj: vlastní zpracování)

Nejvíce respondentů pracuje na chirurgickém oddělení 44 (44 %), dále na interním oddělení 32 (32 %). Menší zastoupení měli respondenti pracující na onkologii 18 (18 %) a nejméně byli zastoupeni respondenti pracující na oddělení JIP/ ARO 6 (6 %).

Otázka č. 6: Setkal/a jste se ve své praxi s pacientem s karcinomem pankreatu?

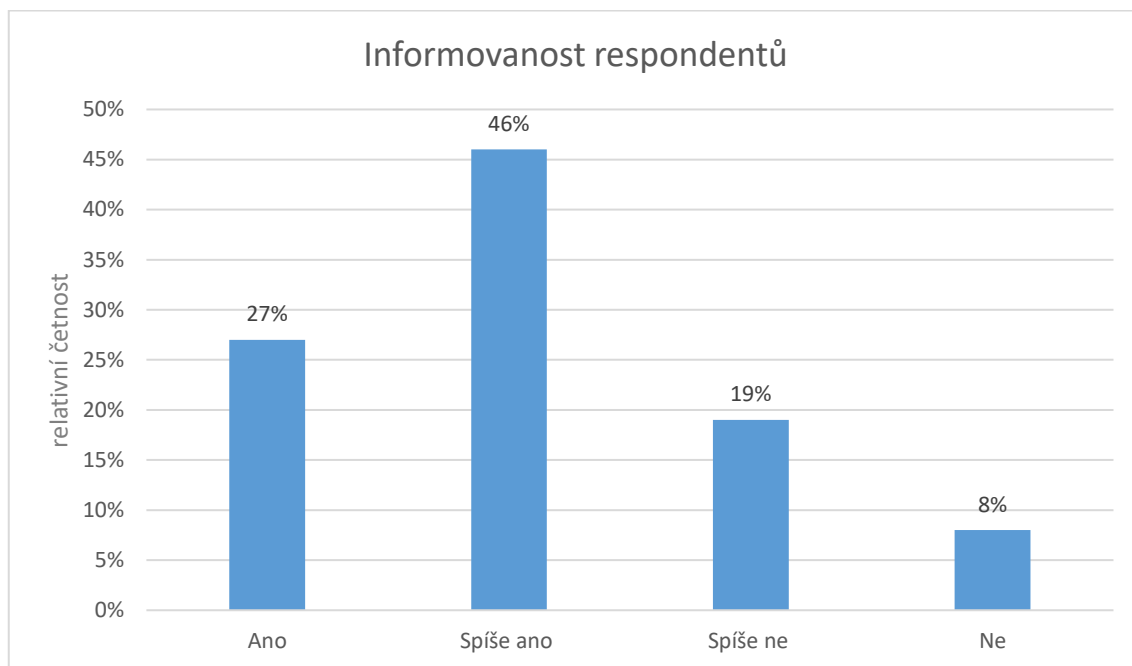


Graf 6: Setkání s pacientem s karcinomem pankreatu

(zdroj: vlastní zpracování)

Graf 6 ukazuje, zda se respondenti ve své praxi setkali s pacientem s karcinomem pankreatu. Největší část uvedla, že s těmito pacienty se setkávají často 53 (53 %), dále že se s nimi setkávají občas 33 (33%). Menší část respondentů uvedla, že se s nimi setkávají výjimečně 13 (13 %) a pouze 1 respondent (1 %) uvedl, že se s nimi neseťkal nikdy.

Otázka č. 7: Cítíte se být dostatečně informován/a o specifikách péče o pacienta s karcinomem pankreatu?

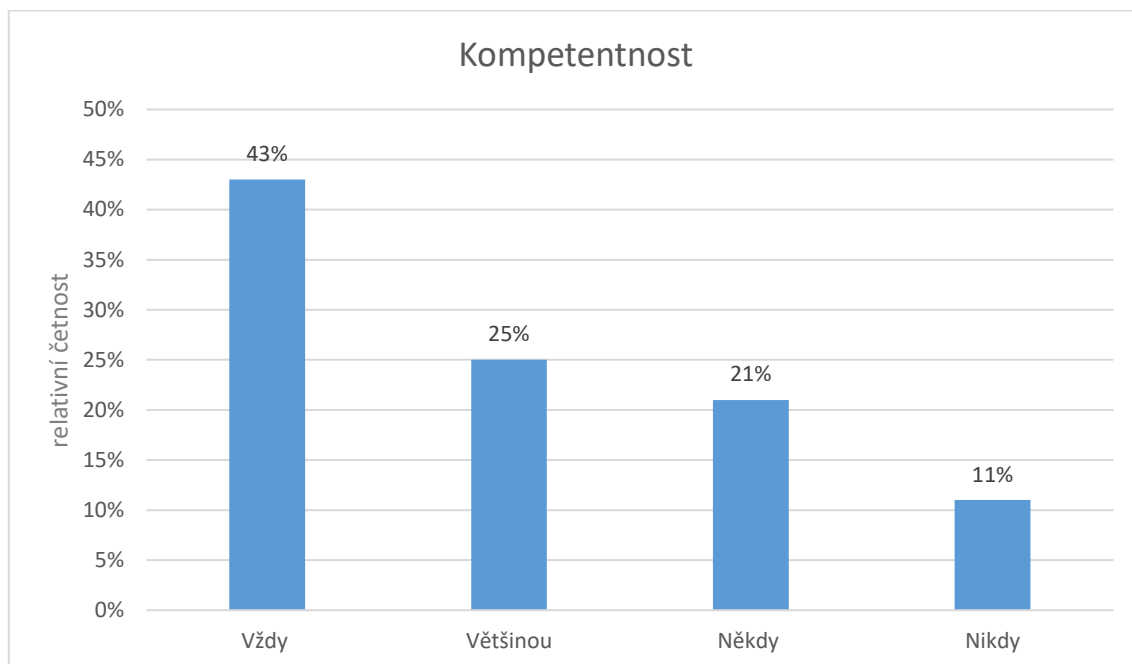


Graf 7: Informovanost respondentů

(zdroj: vlastní zpracování)

Graf 7 ukazuje, zda se respondenti cítí být dostatečně informováni o specifikách péče o pacienta s karcinomem pankreatu. Největší část respondentů uvedla spíše ano 36 (36 %), dále ano 27 (27 %). Menší část respondentů uvedla spíše ne 19 (19 %) a nejméně respondentů odpovědělo ne 8 (8%).

Otázka č. 8: Cítíte se kompetentní poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči pacientovi s karcinomem pankreatu?

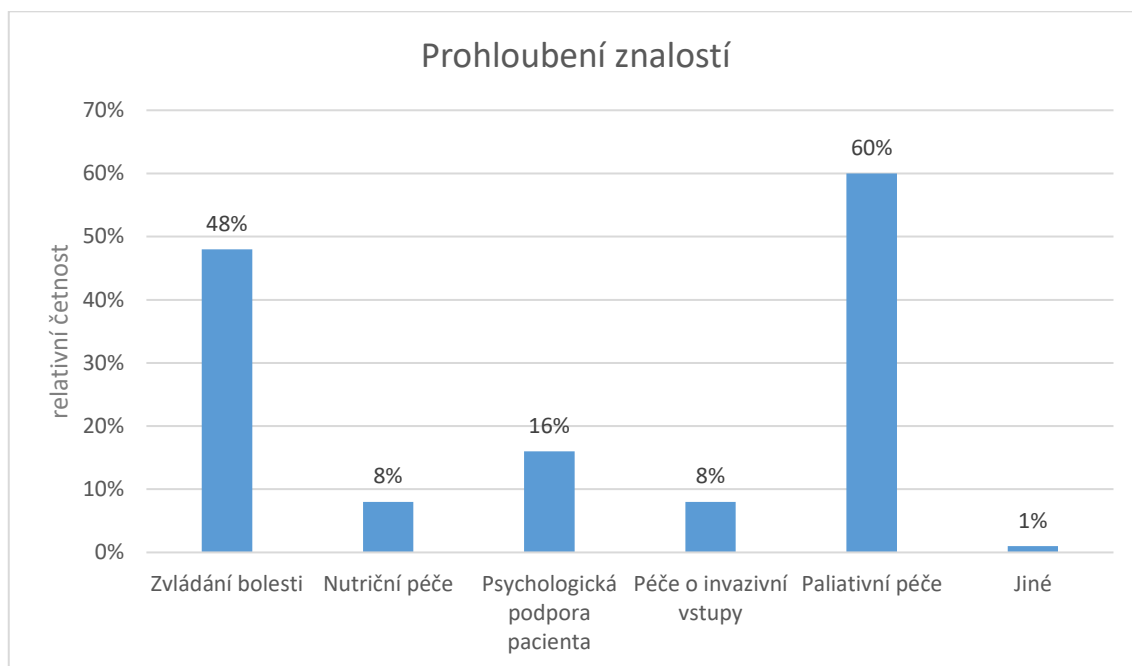


Graf 8: Kompetentnost

(zdroj: vlastní zpracování)

V otázce číslo 8, zda se respondenti cítí kompetentní poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči pacientovi s karcinomem pankreatu. Největší část respondentů uvedla odpověď vždy 43 (43 %). Další významná skupina respondentů uvedla odpověď většinou 25 (25 %). Menší část respondentů zvolila odpověď někdy 21 (21 %) a nejméně respondentů uvedlo odpověď nikdy 11 (11 %).

Otázka č. 9: V jakých oblastech byste uvítal/a prohloubení znalostí? (možno více odpovědí)

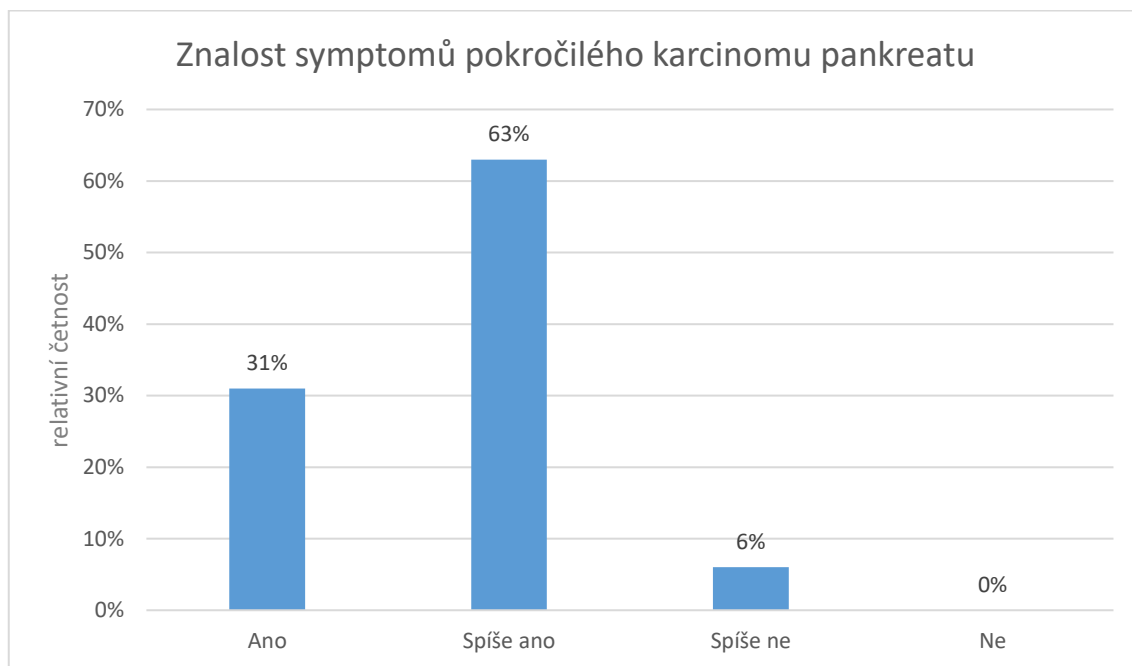


Graf 9: Prohloubení znalostí

(zdroj: vlastní zpracování)

Respondenti nejčastěji uváděli zájem o prohloubení znalostí v oblasti paliativní péče 60 (60 %) a zvládání bolesti 48 (48 %). Dále byl zaznamenán zájem o psychologickou podporu pacienta 16 (16 %). Shodně 8 (8 %) respondentů uvedlo nutriční péči o invazivní vstupy. Jinou oblast zmínil pouze 1 respondent (1 %). Respondenti mohli označit více odpovědí.

Otázka č. 10: Víte, jaké jsou nejčastější symptomy pokročilého karcinomu pankreatu? (pokud ano a spíše ano, pokračujte otázkou č. 11)

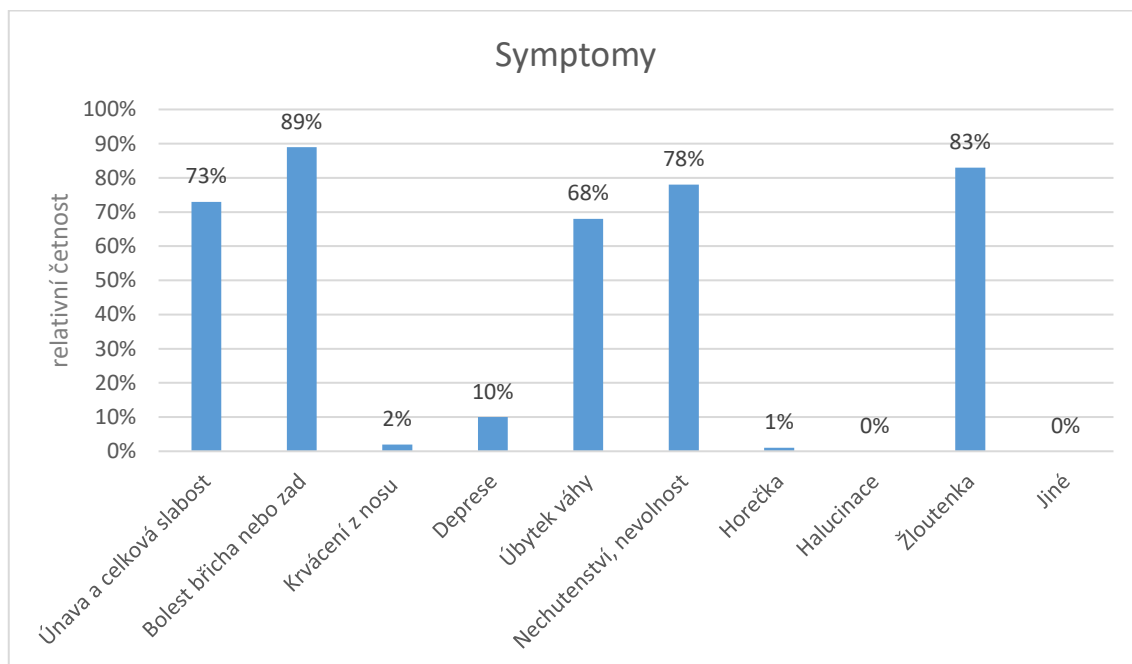


Graf 10: Znalost symptomů pokročilého karcinomu pankreatu

(zdroj: vlastní zpracování)

Převážná část respondentů uvedla, že zná nejčastější symptomy pokročilého karcinomu pankreatu, přičemž nejčastěji byla volena odpověď spíše ano 63 (63 %) a dále ano 31 (31 %). Pouze menší podíl respondentů zvolil odpověď spíše ne 6 (6 %) a žádný respondent neoznačil odpověď ne 0 (0 %).

Otázka č. 11: Jaké jsou nejčastější symptomy pokročilého karcinomu pankreatu? (možno více odpovědí)

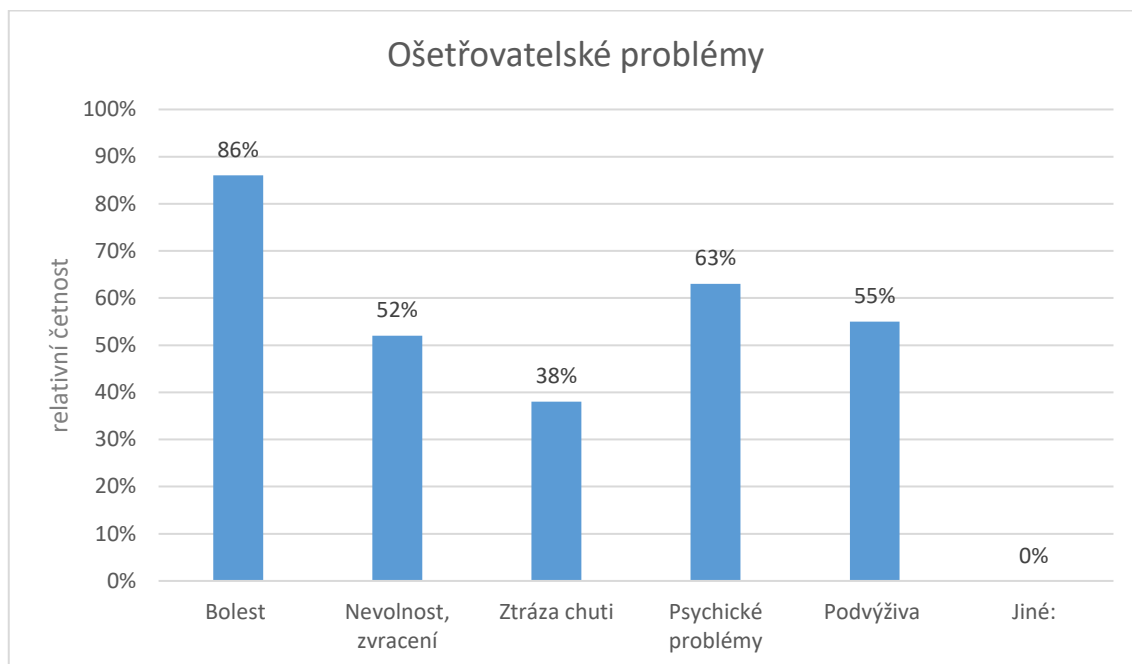


Graf 11: Symptomy

(zdroj: vlastní zpracování)

Respondenti nejčastěji označovali bolest břicha nebo zad 89 (89 %) a žloutenku 83 (83 %). Ve vysoké míře byly uváděny také nechutenství a nevolnost 78 (78%), únava a celková slabost 73 (73 %) a úbytek váhy 68 (68 %). Méně často byly zmiňovány deprese 10 (10 %) a krvácení z nosu 2 (2 %). Horečku uvedl pouze 1 respondent (1 %), halucinace nebyly označeny žádným respondentem 0 (0 %) a jinou možnost rovněž nikdo neuvedl 0 (0 %). Respondenti mohli označit více odpovědí.

Otázka č. 12: Jaké jsou podle Vás nejčastější ošetřovatelské problémy u pacientů s karcinomem pankreatu? (možno více odpovědí)

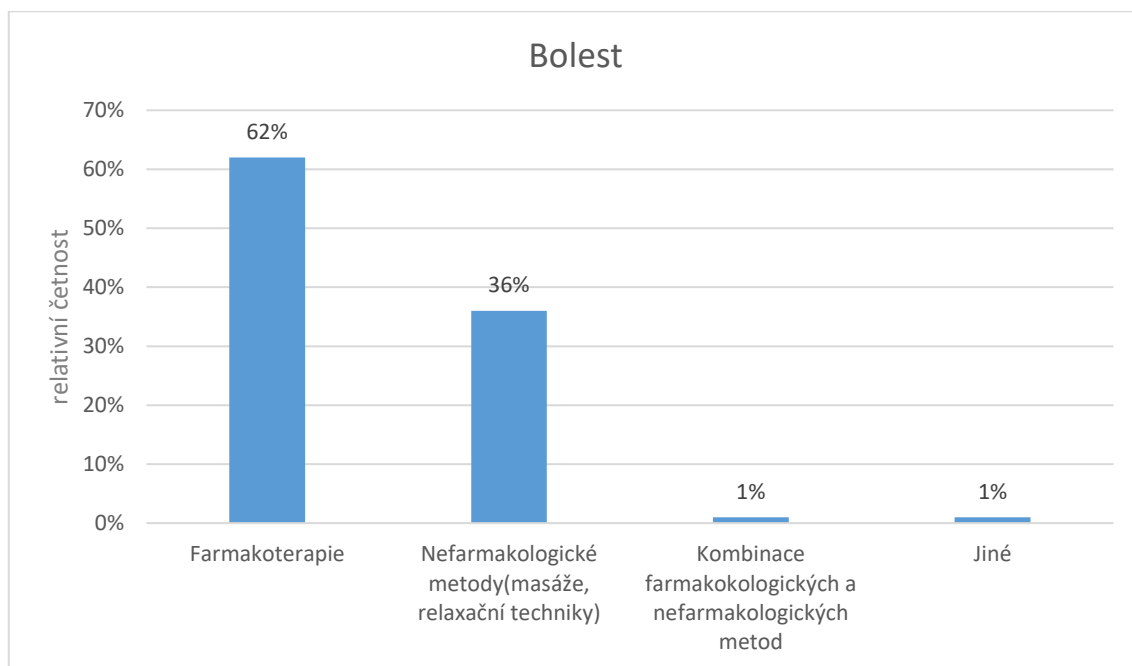


Graf 12: Ošetřovatelské problémy

(zdroj: vlastní zpracování)

Mezi nejčastější uváděné ošetřovatelské problémy patřila bolest 86 (86 %), dále psychické problémy 63 (63 %) a podvýživa 55 (55 %). Respondenti rovněž zmiňovali nevolnost a zvracení 52 (52 %) a ztrátu chuti 38 (38%). Jinou možnost neuvedl žádný respondent 0 (0 %). Respondenti mohli označit více odpovědí.

Otázka č. 13: Jaké metody používáte pro zmírnění bolesti u pacienta s karcinomem pankreatu?

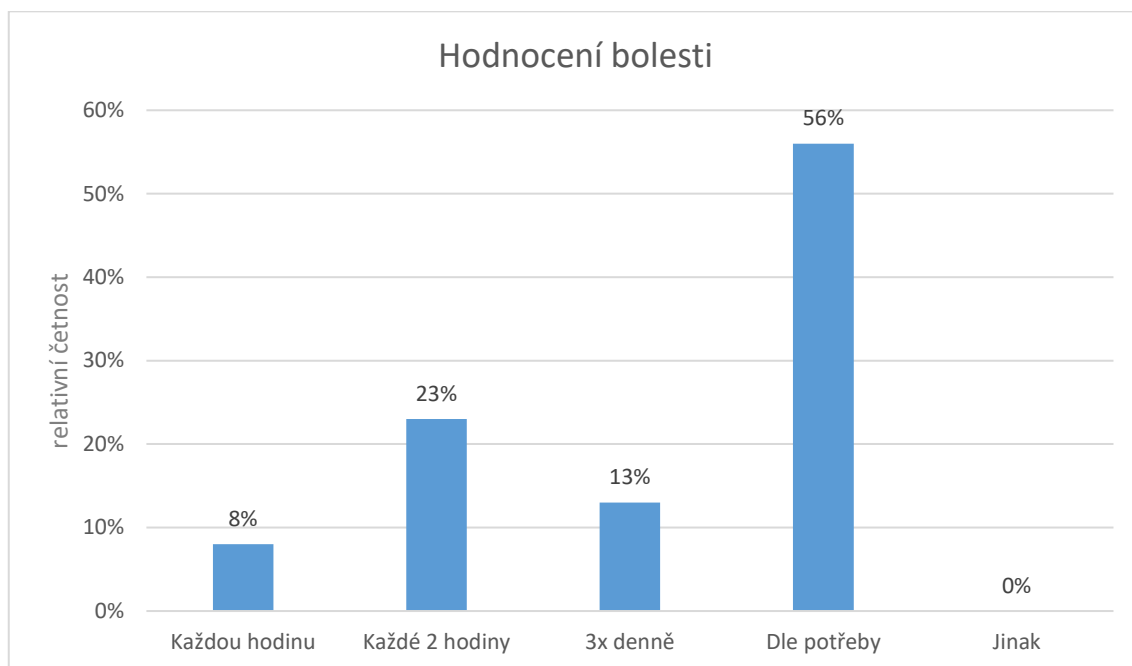


Graf 13: Bolest

(zdroj: vlastní zpracování)

V oblasti zmírnění bolesti převažovalo využití farmakoterapie 62 (62 %), následované nefarmakologickými metodami, jako jsou masáže či relaxační techniky 36 (36 %). Kombinaci farmakologických a nefarmakologických metod uvedl 1 respondent (1 %) a stejný počet respondentů zvolil jinou možnost 1 (1 %).

Otázka č. 14: V jakém intervalu hodnotíte bolest u pacienta s karcinomem pankreatu?

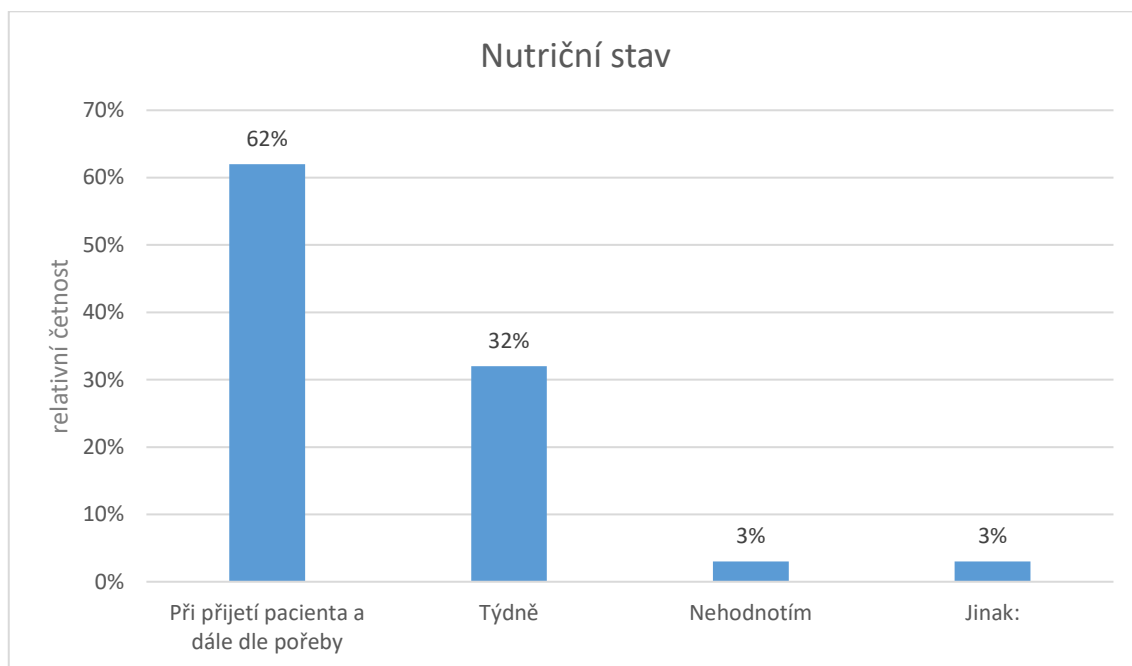


Graf 14: Hodnocení bolesti

(zdroj: vlastní zpracování)

Z grafu 14 vyplývá, že nejčastěji je bolest hodnocena dle potřeby 56 (56 %). Dále respondenti uváděli hodnocení každé 2 hodiny 23 (23 %) a 3x denně 13 (13 %). Pouze menší část respondentů hodnotí bolest každou hodinu 8 (8 %) a možnost jinak nebyla zvolena 0 (0 %).

Otázka č. 15: Jak často hodnotíte nutriční stav pacienta?

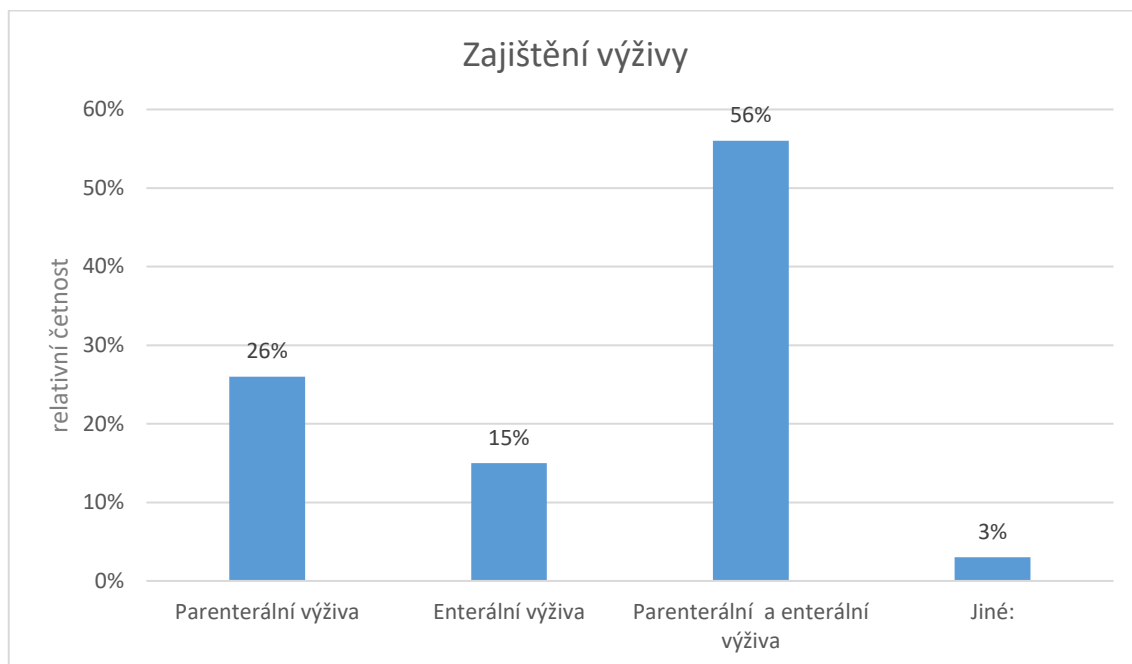


Graf 15: Nutriční stav

(zdroj: vlastní zpracování)

Nejčastěji respondenti hodnotí nutriční stav pacienta při přijetí a dále dle potřeby 62 (62 %). Pravidelné týdenní hodnocení uvedlo 32 (32 %) respondentů. Možnost nehodnotím zvolili 3 respondenti (3 %) a jiný způsob uvedli 3 respondenti (3 %).

Otázka č. 16: Jak zajišťujete výživu u pacienta s karcinomem pankreatu, který nemůže přijímat stravu ústy?

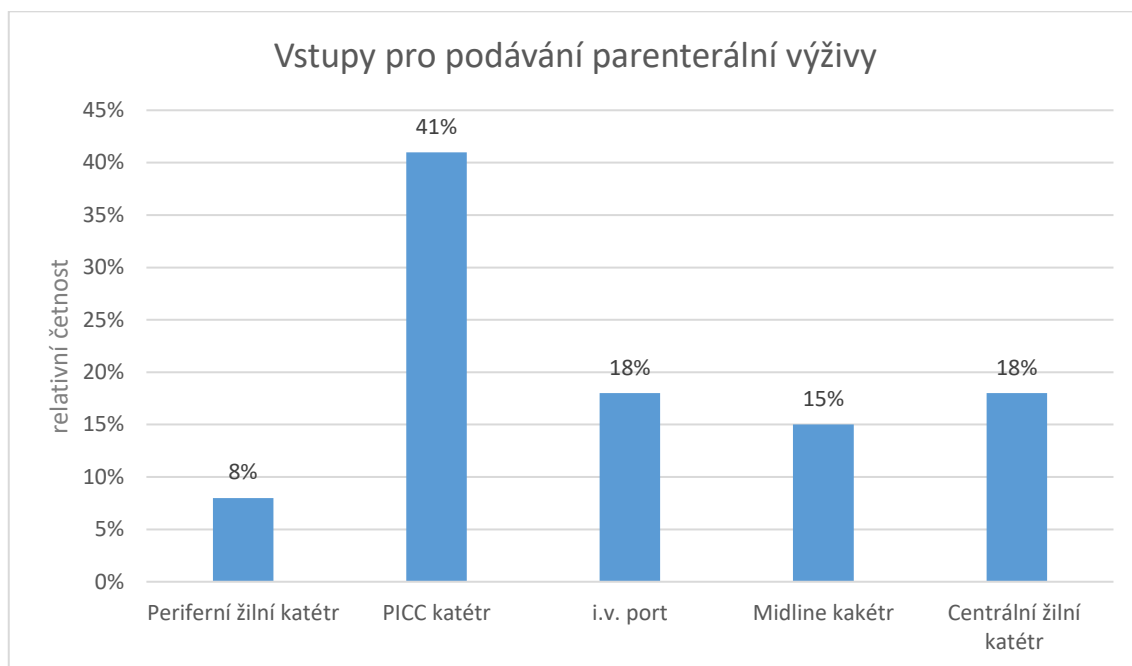


Graf 16: Zajištění výživy

(zdroj: vlastní zpracování)

Nejčastěji respondenti uváděli kombinaci parenterální a enterální výživy 56 (56 %). Samostatnou parenterální výživu zvolilo 26 respondentů (26 %) a enterální výživu 15 (15 %). Jiný způsob zajištění výživy uvedli 3 respondenti (3 %).

Otázka č. 17: Jaký vstup zajišťujete pro podávání parenterální výživy?

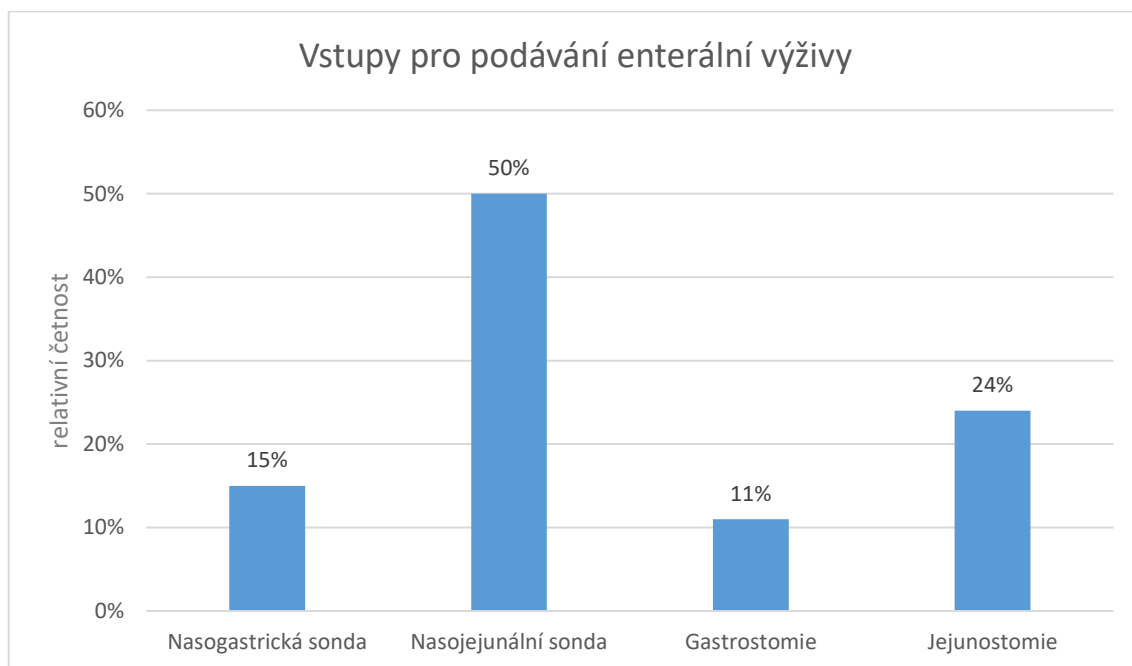


Graf 17: Vstupy pro podávání parenterální výživy

(zdroj: vlastní zpracování)

K podávání parenterální výživy byl nejčastěji využíván PICC katétr 41 (41 %). Následoval centrálně žilní katétr 18 (18 %) shodně s i.v. portem 18 (18 %). Pouze 15 (15 %) respondentů uvedlo využití midline katétru. Periferní žilní katétr byl zvolen v 8 případech (8 %).

Otázka č. 18: Jaký vstup zajišťujete u podání enterální výživy?

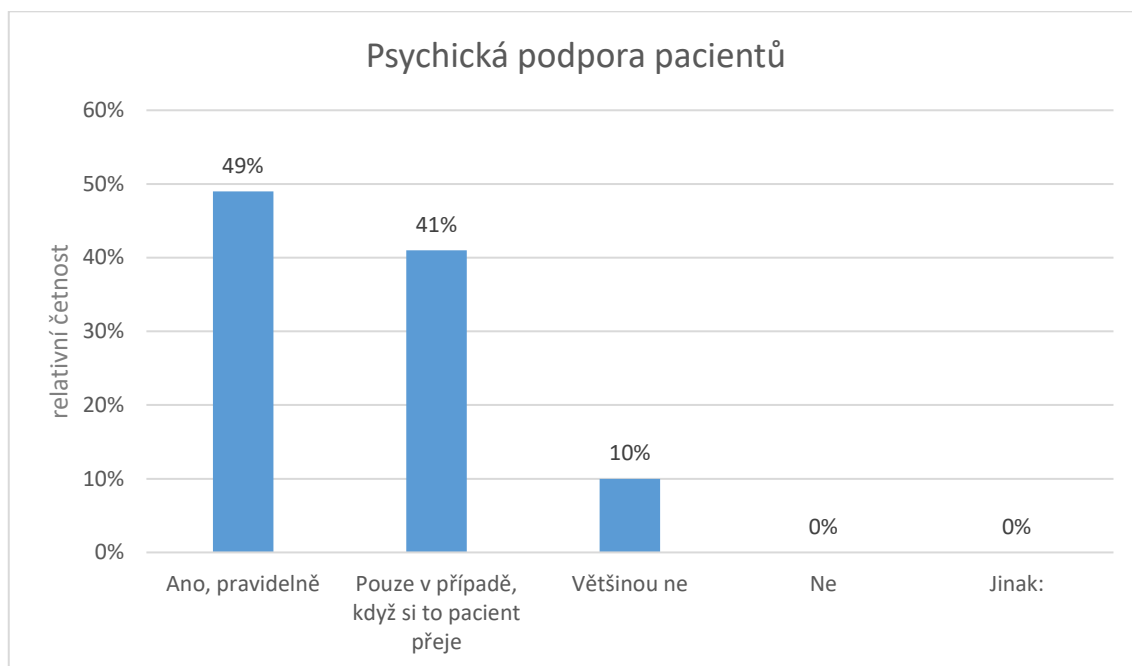


Graf 18: Vstupy pro podávání enterální výživy

(zdroj: vlastní zpracování)

Při zajištění enterální výživy byla nejčastěji využívána nasojejunální sonda 50 (50 %). Dále následovala jejunostomie 24 (24 %). Menší zastoupení měla nasogastrická sonda 15 (15 %) a nejméně byla uváděna gastrostomie 11 (11 %).

Otázka č. 19: Věnujete se psychické podpoře pacientů?

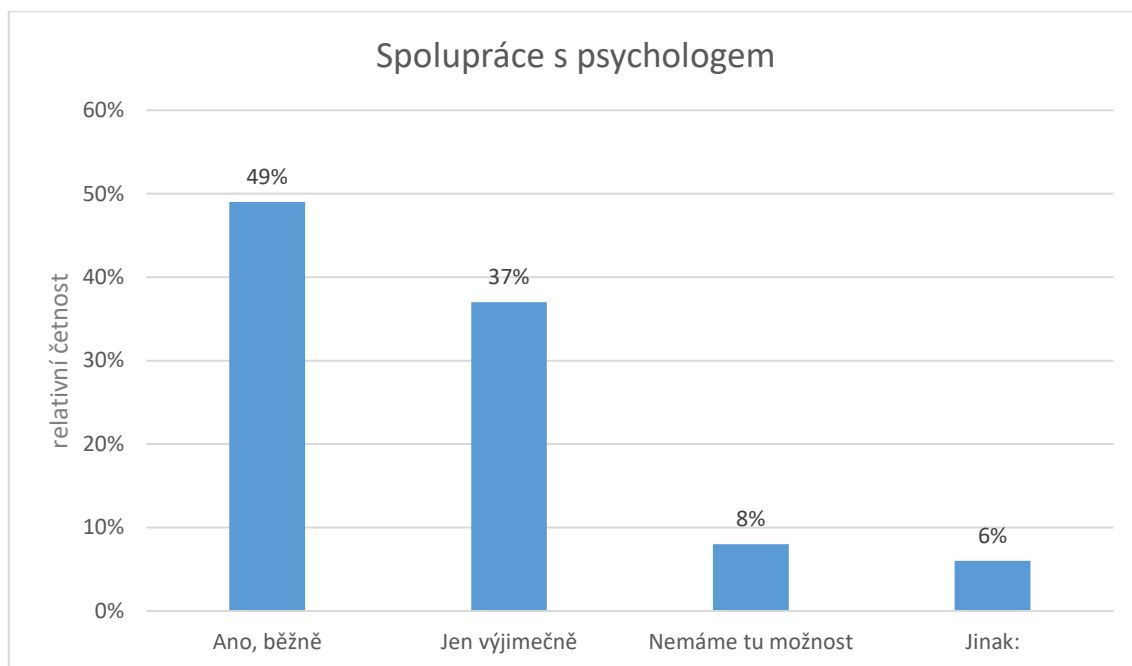


Graf 19: Psychická podpora pacientů

(zdroj: vlastní zpracování)

Pravidelnou psychickou podporu pacientům poskytuje 49 respondentů (49 %). Dalších 41 (41 %) uvedlo, že se jí věnují pouze v případě, kdy si to pacient přeje. Odpověď „většinou ne“ zvolilo 10 respondentů (10 %), zatímco možnost „ne“ nebyla uvedena žádným respondentem (0 %).

Otázka č. 20: Spolupracujete s psychologem?

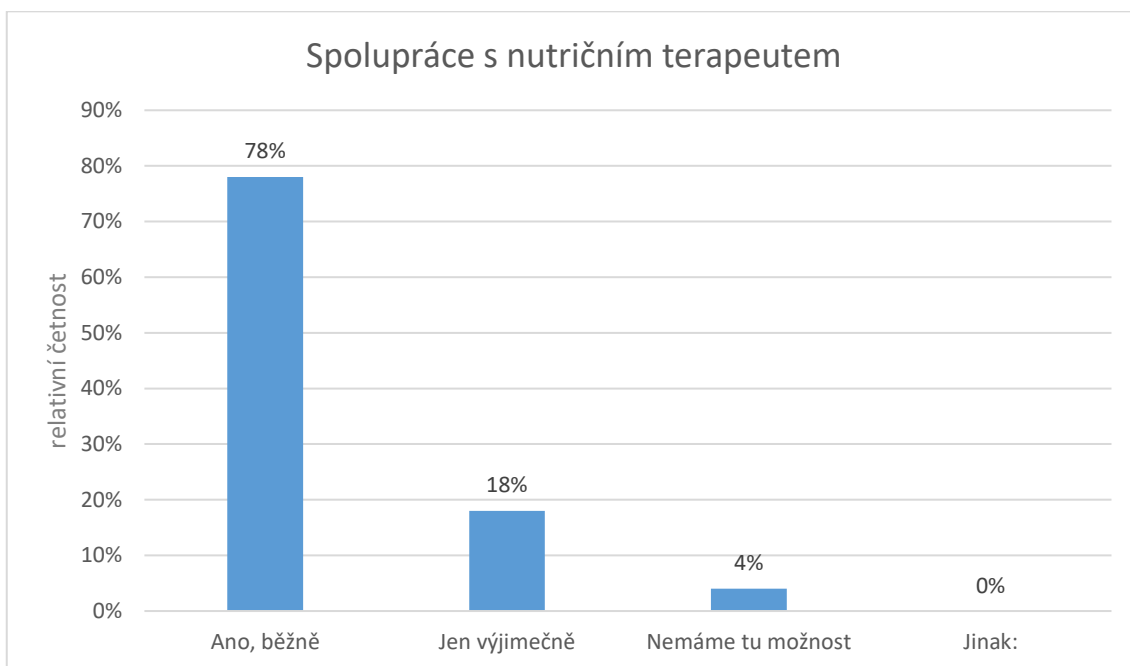


Graf 20: Spolupráce s psychologem

(zdroj: vlastní zpracování)

Běžnou spolupráci s psychologem uvedlo 49 respondentů (49 %). Dalších 37 (37 %) respondentů spolupracuje s psychologem pouze výjimečně. Možnost spolupráce nemá 8 respondentů (8 %), zatímco jiný způsob uvedlo 6 respondentů (6 %).

Otázka č. 21: Spolupracujete s nutričním terapeutem?

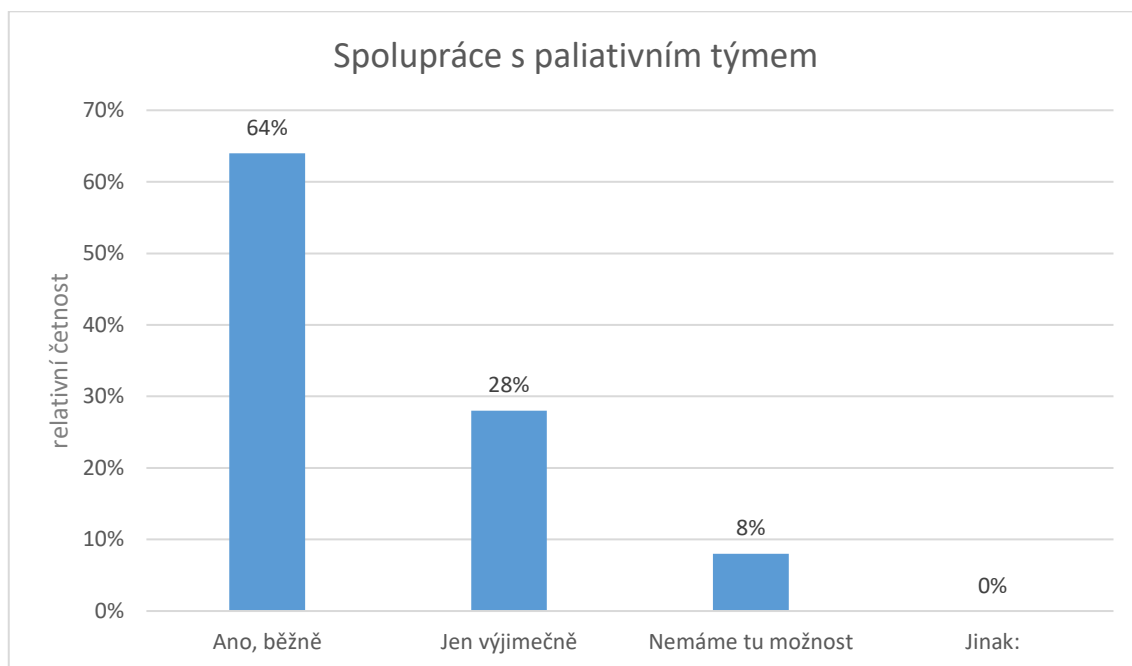


Graf 21: Spolupráce s nutričním terapeutem

(zdroj: vlastní zpracování)

Spolupráci s nutričním terapeutem běžně realizuje 78 respondentů (78 %). Pouze výjimečně tuto spolupráci uvádí 18 respondentů (18 %). Nedostupnost této možnosti uvedli 4 respondenti (4 %), přičemž jiná odpověď nebyla zaznamenána (0 %).

Otázka č. 22: Spolupracujete s paliativním týmem?



Graf 22: Spolupráce s paliativním týmem

(zdroj: vlastní zpracování)

Běžnou spoluprací s paliativním týmem uvedlo 64 respondentů (64 %). Možnost spolupráce pouze výjimečně zvolilo 28 respondentů (28 %). Nedostupnost paliativního týmu uvedlo 8 respondentů (8 %), přičemž jiná odpověď nebyla zaznamenána (0 %).

3 Diskuze

Diskuze se věnuje zhodnocení výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu, z pohledu praktických a všeobecných sester. Cílem bylo především zjistit míru informovanosti a kompetentnosti sester, identifikovat nejčastější ošetrovatelské problémy a zhodnotit význam odborných znalostí při poskytování péče. Součástí diskuze je rovněž porovnání získaných výsledků s dostupnými odbornými zdroji a identifikace oblastí vyžadujících další rozvoj v klinické praxi.

Získaná data ukazují, že většina dotazovaných sester má zkušenost s péčí o pacienty s karcinomem pankreatu, přičemž značná část z nich se s těmito pacienty setkává pravidelně, nebo alespoň občas. Tento fakt lze považovat za důležitý, protože praktická zkušenost významně ovlivňuje schopnost poskytovat kvalitní a efektivní péči. Podobný pohled nabízí i bakalářská práce od (Bella, 2019). Lze uvést, že i její výsledky naznačují, že sestry přicházejí s těmito pacienty do kontaktu v rámci své praxe velmi často.

V oblasti informovanosti a kompetencí se ukázalo, že většina sester se cítí být spíše informovaná a kompetentní, nicméně část sester vyjádřila určitou nejistotu. Výsledek naznačuje, že i přes praktické zkušenosti existují oblasti, ve kterých si sestry nejsou zcela jisté. Poznatek je důležitý, protože dostatečná informovanost a jistota zdravotnického personálu jsou klíčové pro poskytování kvalitní péče. Práce (Bella, 2019) poukazuje na význam a možnosti dalšího vzdělávání sester a naznačuje potřebu jeho podpory.

Za významné lze považovat výsledky v oblastech, ve kterých by sestry uvítaly doplnění znalostí. Nejčastěji se jednalo o paliativní péči a management bolesti. Je patrné, že výsledek odpovídá charakteru onemocnění, které je často diagnostikováno v pokročilém stadiu a je spojeno s vysokou symptomovou zátěží. V práci (Šašková, 2023) je zdůrazněn význam dalšího vzdělávání sester v oblasti paliativní péče. Výsledky poukazují na skutečnost, že kvalita poskytované péče není ovlivněna pouze úrovní odborných znalostí, ale také schopností sester zvládat emočně náročné situace, efektivně komunikovat s pacienty v terminálním stadiu onemocnění a reagovat na jejich individuální bio-psycho-sociální i spirituální potřeby. Odlišná zjištění uvádí (Bella, 2019), která rovněž poukazuje na význam kontinuálního vzdělávání sester, avšak sestry ve svém výzkumu uváděly potřebu doplnění znalostí v odlišných oblastech než v této práci. Nejčastěji se jednalo o vzdělávání v oblasti komunikace s pacientem, nutriční péče a bazální stimulace. Účastnily se odborných seminářů a kongresů. Na rozdíl od těchto zjištění výsledky mé práce ukazují, že sestry nejčastěji postrádají znalosti v oblasti paliativní péče a managementu bolesti. Tento rozdíl může poukazovat na odlišné potřeby vnímání vzdělávání v závislosti na klinickém prostředí, nebo zkušenostech respondentů.

Výsledky týkající se znalosti symptomů pokročilého onemocnění ukazují, že většina sester má dobré teoretické znalosti. Nejčastěji byly uváděny bolest, žloutenka, nechutenství a úbytek hmotnosti, což odpovídá typickému klinickému obrazu onemocnění.

V oblasti ošetrovatelských problémů byly jako nejčastější identifikovány bolest, psychické obtíže a malnutrice. Výsledky potvrzují komplexní charakter péče o pacienty s tímto onemocněním, která zahrnuje fyzické, psychické i nutriční potřeby. Zatímco práce (Bella, 2019) popisuje oblasti z hlediska charakteru onemocnění, naše výsledky potvrzují, že je sestry vnímají jako nejčastější problémy v každodenní praxi.

Z hlediska managementu bolesti převažovalo využití farmakologických metod, což odpovídá standardní klinické praxi. Menší část sester využívá nefarmakologické přístupy. Výsledek ukazuje, že farmakoterapie zůstává základním pilířem léčby bolesti, avšak zároveň naznačuje prostor pro širší využití nefarmakologických metod jako doplňku komplexní péče. V oblasti hodnocení bolesti se ukázalo, že sestry nejčastěji hodnotí bolest dle aktuální potřeby pacienta. Domnívám se, že přístup sice umožňuje flexibilní reakci na stav pacienta, avšak může poukazovat na absenci pravidelného a systematického hodnocení bolesti, které je důležité pro její efektivní kontrolu. Na problém upozorňuje také (Bella, 2019), která uvádí, že sestry často spoléhají na to, že pacient na bolest upozorní sám. Přístup však nemusí být vždy spolehlivý, protože někteří pacienti bolest nehlásí z ohleduplnosti nebo nejsou schopni sestru přivolat. Z tohoto důvodu je důležité aktivně sledovat projevy bolesti a neomezovat její hodnocení pouze na podnět pacienta.

Poznatky přinesla také oblast nutriční péče. Nejčastěji byla využívána kombinace enterální a parenterální výživy, což odpovídá potřebám pacientů s poruchami příjmu potravy a trávením. Pozitivně lze hodnotit také častou spolupráci s nutričním terapeutem, která potvrzuje význam multidisciplinárního přístupu v péči o onkologické pacienty. Jiné poznatky uvádí (Bella, 2019), která poukazuje na častější využívání parenterální výživy u pacientů s nedostatečným energetickým příjmem a na nutnost řešení gastrointestinálních obtíží, například zavedením nasogastrické sondy při zvracení.

V oblasti zajištění cévního vstupu se ukázalo, že nejčastěji jsou využívány dlouhodobé žilní vstupy, zejména PICC katétr a centrální žilní katétr, přičemž menší část respondentů uvedla použití intravenózního portu. Periferní žilní katétr byl zastoupen pouze v menší míře. Výsledek lze hodnotit jako pozitivní, protože odpovídá potřebám pacientů s karcinomem pankreatu, u nichž je často nutná dlouhodobá intravenózní léčba a nutriční podpora. Naopak v práci (Bella, 2019) uvádí odlišné zajištění, kdy sestry nejčastěji využívaly periferní žilní katétr, zatímco dlouhodobé vstupy, jako je intravenózní port, byly využívány spíše výjimečně. Rozdíl může poukazovat na změny v klinické praxi nebo na odlišné podmínky jednotlivých pracovišť. Zároveň naznačuje, že v současnosti je kladen větší důraz na zajištění kvalitního a dlouhodobého cévního vstupu, který snižuje nutnost opakovaných vpichů a zvyšuje komfort pacienta.

V oblasti psychické podpory se ukázalo, že většina sester se pacientům věnuje, avšak ne vždy systematicky. Přibližně polovina sester poskytuje psychickou podporu pravidelně, zatímco ostatní spíše podle aktuální potřeby. Výsledek naznačuje, že psychická péče není vždy pevně zakotvena v ošetrovatelském procesu, přestože má významný vliv na kvalitu života pacienta. Obdobné poznatky najdeme ve studii (Fu et al., 2025), podle které sestry poskytují psychickou podporu především prostřednictvím komunikace, naslouchání a empatického přístupu, avšak její poskytování je často ovlivněno aktuální situací na pracovišti a časovými možnostmi, což může vést k její nesystematičnosti.

Výzkumná otázka č. 1 se zabývala specifiky ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu. Výsledky ukazují, že péče o tyto pacienty je komplexní a zahrnuje management bolesti, nutriční podporu, zajištění cévního vstupu a psychickou podporu pacienta. Důležitou roli hraje také paliativní přístup a multidisciplinární spolupráce.

Výzkumná otázka č. 2 se zaměřovala na nejčastější problémy, se kterými se sestry setkávají. Mezi nejvýznamnější patří bolest, psychické obtíže a malnutrice, což potvrzuje náročnost péče o pacienty s tímto onemocněním.

Výzkumná otázka č. 3 hodnotila význam odborných znalostí a kompetencí sester. Výsledky ukazují, že znalosti a zkušenosti sester mají zásadní vliv na kvalitu poskytované péče. Přesto se ukazuje potřeba dalšího vzdělávání, zejména v oblasti paliativní péče, psychické podpory a systematického hodnocení stavu pacienta.

Rozdíly mezi jednotlivými studii a odbornými pracemi mohou souviset s různými podmínkami klinické praxe, jako je typ pracoviště, délka praxe, dostupnost vzdělávání nebo úroveň multidisciplinární spolupráce.

Domnívám se, že pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče je důležité se zaměřit na systematické vzdělávání sester a posílení spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu, zejména v oblasti paliativní a psychické péče. Oblasti by měly být více standardizovány a důsledně začleněny do rutinní ošetrovatelské péče, jelikož mají zásadní vliv na kvalitu života pacientů i efektivitu poskytované péče.

4 Návrhy a doporučení pro praxi

Získaná data ukazují, že péče o pacienty s karcinomem pankreatu je v praxi náročná a vyžaduje nejen odborné znalosti, ale také schopnost reagovat na komplexní potřeby pacientů. Na základě výsledků je možné navrhnout opatření, která mohou přispět ke zlepšení kvality poskytované péče.

Jedním z hlavních návrhů je nejednotný přístup k hodnocení bolesti. V praxi často převládá hodnocení bolesti „dle potřeby“, což může vést k opožděné reakci na zhoršení stavu pacienta. Vhodným opatřením je proto zavedení pravidelného hodnocení bolesti v určitých časových intervalech s využitím standardizovaných škál. Postup umožňuje lepší kontrolu bolesti a efektivnější úpravu léčby.

V oblasti tlumení bolesti jsou využívány spíše farmakologické metody, zatímco nefarmakologické postupy nejsou využívány téměř vůbec. Přitom právě kombinace těchto přístupů může vést k lepšímu efektu a zvýšení komfortu pacienta. Doporučuje se proto více zapojovat i nefarmakologické metody, například relaxační techniky, vhodné polohování nebo podporu psychické pohody pacienta.

Podobná situace byla zaznamenána i v oblasti nutriční péče. Nutriční stav pacientů bývá sice sledován, ale často bez pevně stanoveného režimu. Vzhledem k vysokému riziku malnutrice u těchto pacientů je vhodné zavést systematické hodnocení nutričního stavu již při přijetí a dále v pravidelných intervalech. Důležitá je také včasná spolupráce s nutričním terapeutem a aktivní přístup sester při sledování příjmu potravy a tolerance výživy.

Výsledky výzkumu zároveň poukázaly na určitou nejistotu sester v oblasti poskytování komplexní péče. Přestože se většina respondentů považuje za spíše informovanou, významná část by uvítala další vzdělávání, zejména v oblasti paliativní péče a zvládnutí bolesti. Z tohoto důvodu je vhodné podporovat kontinuální vzdělávání formou odborných kurzů, školení nebo interních seminářů přímo na pracovišti.

Další důležitou oblastí je psychická podpora. Ačkoli se většina sester pacientům věnuje, ne vždy je tato podpora poskytována systematicky. Psychická zátěž pacientů s tímto onemocněním je přitom velmi vysoká, a proto by měla být psychická podpora nedílnou součástí péče. Vhodné je rovněž častější zapojení psychologa a podpora spolupráce s rodinou pacienta.

Z výsledků je také patrná potřeba posílení mezioborové spolupráce. Péče o pacienty s karcinomem pankreatu by měla probíhat v rámci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, sestry, nutriční terapeuty, psychology i další odborníky. Efektivní komunikace mezi jednotlivými členy týmu může přispět ke koordinovanější a kvalitnější péči.

Z dlouhodobého hlediska je vhodné sledovat úroveň znalostí a dovedností zdravotnického personálu a pravidelně vyhodnocovat kvalitu poskytované péče. Opakovaná šetření mohou pomoci odhalit slabá místa a zároveň ověřit přínos zavedených změn.

Zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty s karcinomem pankreatu spočívá především v systematickém přístupu, důrazu na vzdělávání zdravotnického personálu a posílení spolupráce mezi jednotlivými odborníky. Takto nastavená péče může přispět nejen ke zmírnění obtíží pacientů, ale také ke zvýšení kvality jejich života.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu, která představuje vysoce náročnou a komplexní oblast zdravotnické praxe. Onemocnění je charakteristické nejen svou nepříznivou prognózou, ale také širokým spektrem fyzických, psychických i sociálních obtíží, které zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života pacientů. Péče o pacienty s karcinomem pankreatu proto vyžaduje individuální, systematický a multidisciplinární přístup, který reflektuje aktuální stav pacienta i průběh onemocnění.

Cílem bakalářské práce je definovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu a zdůraznit význam odborných znalostí a kompetencí praktických a všeobecných sester při poskytování této péče. Na základě zpracovaných teoretických poznatků lze potvrdit, že péče o pacienty s tímto onemocněním je zaměřena především na zvládání bolesti, řešení malnutrice, sledování poruch glykémie, péči při obstrukčním ikteru a zajištění psychické podpory pacienta i jeho rodiny.

Významným zjištěním práce je skutečnost, že bolest patří mezi nejčastější a nejzávažnější symptomy, se kterými se pacienti potýkají a její adekvátní zvládání je jedním z klíčových úkolů ošetrovatelské péče. Stejně tak problematika malnutrice představuje zásadní oblast, která může významně ovlivnit průběh onemocnění i účinnost léčby. Péče o pacienty s karcinomem pankreatu proto vyžaduje aktivní zapojení zdravotnického týmu, včetně nutričních terapeutů a důsledné sledování nutričního stavu pacienta. Neméně důležitou oblastí je monitorování poruch glykémie, které mohou vznikat v souvislosti s postižením pankreatu a komplikovat celkový zdravotní stav pacienta.

Výzkumná část práce přinesla ucelený pohled na zkušenosti a znalosti praktických a všeobecných sester v klinické praxi. Z výsledků vyplynulo, že většina sester se s pacienty s karcinomem pankreatu ve své praxi setkává, a to často nebo alespoň opakovaně. Současně však bylo zjištěno, že i přes relativně dobrou informovanost existují oblasti, ve kterých sestry pociťují nejistotu nebo nedostatek znalostí. Nedostatky se mohou promítat do kvality poskytované péče a poukazují na potřebu dalšího vzdělávání a odborné podpory zdravotnického personálu.

Dalším důležitým zjištěním je význam odborných kompetencí a praktických zkušeností sester. Schopnost správně vyhodnotit stav pacienta, reagovat na vzniklé komplikace a efektivně komunikovat s pacientem i jeho rodinou. Důležitá je také mezioborová spolupráce, která umožňuje propojení různých odborností a zajištění uceleného přístupu k pacientovi. V klinické praxi se ukazuje, že právě týmová spolupráce přispívá ke zlepšení výsledků léčby i ke zvýšení kvality života pacientů.

V průběhu onemocnění hraje významnou roli také psychická podpora pacienta. Diagnóza karcinomu pankreatu je pro většinu pacientů spojena s vysokou mírou stresu, nejistoty a obav z budoucnosti. Úkolem zdravotnického personálu je proto nejen poskytovat odbornou péči, ale také aktivně podporovat pacienta v psychické rovině, naslouchat jeho potřebám a pomáhat mu zvládat náročnou životní situaci. Součástí této podpory by měla být i spolupráce s rodinou pacienta, která je často důležitým zdrojem opory.

Závěrem lze zdůraznit, že ošetrovatelská péče o pacienty s karcinomem pankreatu má zásadní význam pro průběh onemocnění i kvalitu života pacientů. Kvalitně poskytovaná péče může přispět ke zmírnění symptomů, prevenci komplikací a celkovému zlepšení komfortu nemocného.

Pro zajištění péče je nezbytné neustálé prohlubování odborných znalostí, rozvoj praktických dovedností a podpora mezioborové spolupráce.

Získané poznatky práce mohou sloužit jako podklad pro další vzdělávání sester a pro zkvalitnění ošetrovatelské péče v klinické praxi. Současně poukazují na potřebu věnovat problematice zvýšenou pozornost, a to jak v oblasti vzdělávání zdravotnického personálu, tak v každodenní praxi při péči o pacienty s tímto závažným onemocněním.

Seznam použité literatury

BELLA, Inna. *Ošetrovatelská péče o pacienty s onkologickým onemocněním slinivky břišní*. Online. 2019. Dostupné z: https://theses.cz/id/glgzc4/Inna_Bella.pdf. [cit. 2026-03-20].

CONROY, Thierry; PFEIFFER, Per a VILGRAIN, Valérie et al. *Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up*. Online. *Annals of Oncology*. 2023, roč. 34, č. 11, s. 987-1002. ISSN 0923-7534. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.08.009>. [cit. 2026-03-22].

COVELER, Andrew L; MIIZRAHI, Jonathan a EASTMAN, Bory et al. *Pancreas Cancer-Associated Pain Management*. Online. *The Oncologist*. 2021, roč. 26, č. 6, s. e971-e982. ISSN 1083-7159. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/onco.13796>. [cit. 2026-03-21].

DICKERSON, Luke D; GITTENS, Jayden a BRUNNING, Chris et al. *Neoadjuvant treatment versus upfront surgery in borderline resectable and resectable pancreatic ductal adenocarcinoma: meta-analysis*. Online. *BJS Open*. 2025, roč. 9, č. 2. ISSN 2474-9842. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae172>. [cit. 2026-03-26].

EMANUEL, Aline; KRAMPITZ, Julia a ROSENBERGER, Friederike et al. *Nutritional Interventions in Pancreatic Cancer: A Systematic Review*. Online. *Cancers*. 2022, roč. 14, č. 9. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers14092212>. [cit. 2026-03-25].

FERKO, Alexander; ŠUBRT, Zdeněk a DĚDEK, Tomáš (ed.). *Chirurgie v kostce. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

FU, Liang; KIM, Su Hyun a GARCIA, Deanna Dolores et al. *Supportive Care Needs and Related Interventions in Patients with Pancreatic Cancer and Their Informal Caregivers: A Scoping Review*. Online. *Journal of Gastrointestinal Cancer*. 2025, roč. 56, č. 1. ISSN 1941-6628. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12029-025-01218-8>. [cit. 2026-03-18].

GANONG, William F.; BARRETT, Kim E. a BARMAN, Susan M. et al. *Ganongův přehled lékařské fyziologie*. Dvacáté šesté vydání, čtvrté české. Praha: Galén, 2024. ISBN 978-80-7492-734-8.

HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 4., přepracované a doplněné vydání*. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-727-3.

CHARVÁT, Jiří; CHOVANEC, Vendelín a MAŇÁSEK, Viktor a kol. *Cévní vstupy*. Grada, 2025. ISBN 978-80-271-8105-6.

CHEN, Wansu; XIE, Fagen a LUONG, Tiffany Q et al. *Identifying signs and symptoms of pancreatic cancer: a population-based study using electronic health records and natural language processing*. Online. *Pancreatology*. 2025, roč. 25, č. 7, s. 1086-1094. ISSN 1424-3903. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2025.05.005>. [cit. 2026-03-04].

INOUE, Tadahisa; NAKAMURA, Masanoa a ITO, Kiyooki. *Biliary Drainage During Neoadjuvant Chemotherapy in Pancreatic Cancer: Evidence and Practical Recommendations*. Online. *Cancers*. 2026, roč. 18, č. 3, s. 467. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers18030467>. [cit. 2026-04-02].

KLEEFF, Jorg; KORC, Murray a APTE, Minoti et al. *Pancreatic cancer*. Online. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016, roč. 2, article 16022. ISSN 2056-676X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.22>. [cit. 2026-03-10].

KŘIVINKA, Jan; DÍTĚ, Petr a MOHELNÍKOVÁ DUCHOŇOVÁ, Beatrice a kol. *Karcinom pankreatu a diabetes mellitus*. Online. *Vnitřní lékařství*. 2025, roč. 71, č. 8, s. 490-496. ISSN 0042-773X. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/vnl.2025.089>. [cit. 2026-03-28].

KŘÍŽOVÁ, Jarmila. *Enterální a parenterální výživa*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-733-4.

LI, Qi; FENG, Zijian a MIAO, Ruyi et al. *Prognosis and survival analysis of patients with pancreatic cancer: retrospective experience of a single institution*. Online. *World Journal of Surgical Oncology*. 2022, roč. 20, č. 1, s. 11. ISSN 2055-7647. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12957-021-02478-x>. [cit. 2026-04-01].

MACK, Sahar; KOESSLER, Thibaud a BICHARD, Philippe et al. *Pancreatic Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention*. Online. *Onco*. 2025, roč. 5, č. 3, s. 37. ISSN 2673-7523. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/onco5030037>. [cit. 2026-03-23].

MÁLEK, Jiří a ŠEVČÍK, Pavel a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2021. ISBN 978-80-7345-696-2.

MAŁGORZATA KRYGOWSKA, Aleksandra; SIERADOCHA, Kamila a MARIA ŚLEDZIEWSKA, Aleksandra et al. *Multimodal approach in pain management in pancreatic cancer*. Online. *Medical Science*. 2025, roč. 29, č. 159, s. 1-9. ISSN 2321-7359. Dostupné z: <https://doi.org/10.54905/diss.v29i158.e66ms3546>. [cit. 2026-03-29].

MASOOD, Muaaz; IRANI, Shayan a FOTOOHI, Mehran et al. *The Palliation of Unresectable Pancreatic Cancer: Evolution from Surgery to Minimally Invasive Modalities*. Online. *Journal of Clinical Medicine*. 202, roč. 14, č. 14, s. 4997. ISSN 2077-0383. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm14144997>. [cit. 2026-04-02].

OLAKOWSKI, Marek a BUŁDAK, Łukasz. *Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors for the Development of Non-Hereditary Pancreatic Cancer*. Online. *Medicina*. 2022, roč. 58, č. 8, s. 978. ISSN 1648-9144. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina58080978>. [cit. 2026-03-30].

OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing, 2025. ISBN 978-80-271-0531-1.

PETŘEK, Josef. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2208-0.

SAMARKANDI, Osama Abdulhaleem. *Knowledge and attitudes of nurses toward pain management*. Online. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2018, roč. 12, č. 2, s. 220-226. ISSN 1658-354X. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/sja.sja_587_17. [cit. 2026-03-18].

SCHERÜBL, Hans a HACKERT, Thilo. *Early Detection of Pancreatic Cancer*. Online. *Visceral Medicine*. 2025, roč. 41, č. 5, s. 251-253. ISSN 2297-4725. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000546203>. [cit. 2026-03-14].

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v interně I*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1743-7.

SOCHOR, Marek, ZÁVADOVÁ, Irena a SLÁMA, Ondřej. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.

ŠAŠKOVÁ, Karolína. *Paliativní ošetrovateľská péče u pacienta s karcinomem pankreatu*. Online, bakalářská práce, vedoucí Mgr. Jitka Doležalová, PhD. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2023. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/49386/BP_Saskova_odevzdani_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2026-04-04].

TRNA, Jan a KALA, Zdeněk a kol. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3902-4.

TRNA, Jan; KALA, Zdeněk a KUNOVSKÝ, Lumír a kol. *Klinická pankreatologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2021. ISBN 978-80-7345-697-9.

WIJMA, Allard G.; HOGENBIRK, Rianne N. M. a DRIESENS, Heleen et al. *Nutritional support in pancreatic cancer patients and its effect on nutritional status: an observational regional HPB network study investigating current practice*. Online. Supportive Care in Cancer. 2024, roč. 32, č. 7, s. 487. ISSN 0941- 4355. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08683-0>. [cit. 2026-04-01].

ZÁMEČNÍK, Josef a kol. *Patologie I., II., III.* svazek. Praha: LD Prager Publishing, 2019. ISBN 978-80-270-6457-1.

ZHAO, Juan; WANG, Jiahuan a GU, Yuanlong et al. *Diagnostic methods for pancreatic cancer and their clinical applications (Review)*. Online. Oncology Letters. 2025, roč. 30, č. 1, s. 1-15. ISSN 1792-1074. Dostupné z: <https://doi.org/10.3892/ol.2025.15116>. [cit. 2026-03-30].

ZHOU, Jia-Dan a SHEN, Hong-Zhang. *Advances in pancreatic cancer epigenetics: From the mechanism to the clinic*. Online. World Journal of Gastrointestinal Oncology. 2025, roč. 17, č. 7, s. 1-15. ISSN 1948-5204. Dostupné z: <https://doi.org/10.4251/wjgo.v17.i7.106238>. [cit. 2026-04-01].

BÜCHLER, Tomáš a kol. *Klinická onkologie*. Praha: Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-758-7.

Přílohy

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Žádost o umožnění sběru informací

Příloha C: Žádost o sběru dat / poskytnutí informace pro studijní účely

Příloha A: Dotazník

Vážený respondente,

jmenuji se Gabriela Vidláková a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, obor Všeobecné ošetřovatelství. Cílem tohoto dotazníku je zjistit specifika ošetřovatelské péče u pacientů s karcinomem pankreatu. Vyplnění dotazníku je anonymní a důvěrné. Získané informace budou zpracovány v mé bakalářské práci a nikde jinde.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu pomoci.

1. Jaké jste pohlaví?
 - a. Žena
 - b. Muž
 - c. Nechci uvádět

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?
 - a. Střední zdravotnická škola
 - b. Vyšší odborná škola
 - c. Bakalářské
 - d. Magisterské

3. Jaká je Vaše odborná specializace? (pokud máte)
 - a. Žádná
 - b. Intenzivní péče
 - c. Paliativní péče
 - d. Onkologická
 - e. Jiné:

4. Jaká je délka Vaší praxe v oboru?
 - a. Méně než 1 rok
 - b. 1-5 let
 - c. 6-10 let
 - d. Více než 10 let

5. Na jakém oddělení pracujete?
 - a. Chirurgie
 - b. Onkologie
 - c. Interna
 - d. JIP/ARO
 - e. Jiné:

6. Setkal/a jste se ve své praxi s pacientem s karcinomem pankreatu?
 - a. Ano, často
 - b. Ano, občas
 - c. Jen výjimečně
 - d. Nikdy

7. Cítíte se být dostatečně informován/a o specifikách péče o pacienta s karcinomem pankreatu?
 - a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Spíše ne
 - d. Ne

8. Cítíte se kompetentní poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči pacientovi s karcinomem pankreatu?
 - a. Vždy
 - b. Většinou
 - c. Někdy
 - d. Nikdy

9. V jakých oblastech byste uvítal/a prohloubení znalostí? (možno více odpovědí)
 - a. Zvládání bolesti
 - b. Nutriční péče
 - c. Psychologická podpora pacienta
 - d. Péče o invazivní vstupy
 - e. Paliativní péče
 - f. Jiné:

10. Víte, jaké jsou nejčastější symptomy pokročilého karcinomu pankreatu?
 - a. Ano (pokračujete otázkou č. 11)
 - b. Spíše ano (pokračujete otázkou č. 11)
 - c. Spíše ne
 - d. Ne

11. Jaké jsou nejčastější symptomy pokročilého karcinomu pankreatu? (možno více odpovědí)
- a. Únava a celková slabost
 - b. Bolest břicha nebo zad
 - c. Krvácení z nosu
 - d. Nechutenství, nevolnost, zvracení
 - e. Deprese
 - f. Úbytek váhy
 - g. Horečka
 - h. Halucinace
 - i. Jiné:
12. Jaké jsou podle Vás nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s karcinomem pankreatu? (možno více odpovědí)
- a. Bolest
 - b. Nevolnost, zvracení
 - c. Ztráta chuti
 - d. Psychické problémy
 - e. Podvýživa
 - f. Jiné:
13. Jaké metody používáte pro zmírnění bolesti u pacienta s karcinomem pankreatu?
- a. Farmakoterapie
 - b. Nefarmakologické metody (masáže, relaxační techniky)
 - c. Kombinace farmakologických a nefarmakologických metod
 - d. Jiné:
14. V jakém intervalu hodnotíte bolest u pacienta s karcinomem pankreatu?
- a. Každou hodinu
 - b. Každé 2 hodiny
 - c. 3x denně
 - d. Dle potřeby
 - e. Jinak:
15. Jak často hodnotíte nutriční stav pacienta?
- a. Při přijetí a dále dle potřeby
 - b. Týdně
 - c. Nehodnotím
 - d. Jinak:

16. Jak zajišťujete výživu u pacienta s karcinomem pankreatu, který nemůže přijímat stravu per os?

- a. Parenterální výživa
- b. Enterální výživa
- c. Parenterální a enterální výživa
- d. Jiné:

17. Jaký vstup zajišťujete pro podávání parenterální výživy?

- a. Periferní žilní katétr
- b. PICC katétr
- c. I.V. port
- d. Midline katétr
- e. Jiné:

18. Jaký vstup zajišťujete u podání enterální výživy?

- a. Nasogastrická sonda
- b. Nasojejunální sonda
- c. Gastrostomie
- d. Jejunostomie
- e. Jiné:

19. Věnujete se psychické podpoře pacientů?

- a. Ano, pravidelně
- b. Pouze v případě, když si to pacient přeje
- c. Většinou ne
- d. Ne
- e. Jinak:

20. Spolupracujete s psychologem?

- a. Ano, běžně
- b. Jen výjimečně
- c. Nemáme tu možnost
- d. Jinak:

21. Spolupracujete s nutričním terapeutem?

- a. Ano, běžně
- b. Jen výjimečně
- c. Nemáme tu možnost
- d. Jinak:

22. Spolupracujete s paliativním týmem?

- a. Ano, běžně
- b. Jen výjimečně
- c. Nemáme tu možnost
- d. Jinak: