proLékaře.cz | 18.11.2026

doi: 10.14735/amcsnn2020323

Epidurální aplikace kortikoidů 2. část – Kvalita života pacientů před aplikací

Epidural application of steroids Part 2 – The quality of life of patiens before application

Souhrn

Cíl: V druhé části studie o epidurální aplikaci kortikoidů (EAK) zjišťují autoři data 285 pacientů rozdělených do tří souborů: „dospělí" (D; n =103), „senioři" (S; n = 64) a „senioři s chronickou bolestí" (SCB; n = 118). Data hodnotí s využitím dotazníku kvality života - The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Cílem studie je vyhodnotit dopad kořenových syndromů bederní páteře, nejčastěji na podkladě výhřezu bederní meziobratlové ploténky, na celkovou kvalitu života, fyzické i psychické zdraví pacientů přicházejících k EAK. *Soubor a metody:* Průměrný věk souborů se vzájemně liší: 52,5 vs. 70,2 vs. 73 let. Jinak jsou soubory srovnatelné zastoupením žen a srovnatelnou mírou bolesti 4,7 numerické škály bolesti (NŠB). Soubor D a S je navíc srovnatelný i cestou EAK, liší se však Oswestry Disability Indexem (ODI) D = 30,8 % a S = 40,6 %, tj. asi ve středu a na horní hranici pásma střední disability. *Výsledky:* Ve všech souborech má hodnocení kvality života a spokojenost se svým zdravím sníženou hodnotu ve srovnání s populační normou, nejnižší hodnocení je v souboru SCB. Oproti populační normě je hodnocení domény fyzické zdraví nižší ve všech třech souborech, soubory D a S mají shodné hodnocení 21,39 resp. 21,41, soubor SCB má hodnocení této domény ještě výrazně nižší – 10,66. Soubor D má v doménách (psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí) hodnoty srovnatelné s populační normou. Soubor S má i v těchto doménách skóre nižší, než je populační norma, soubor SCB má nižší skóre v doménách psychické zdraví a prostředí, v doméně sociálních vztahů má hodnocení vyšší, než je populační norma. *Závěr:* Většina zahraničních studií s pacienty s chronickou bolestí bederní oblasti indikovanými k EAK využívá k hodnocení kvality života dotazník Short Form-36.

Abstract

Aim: In the second part of the study concerning epidural corticosteroid applications, the authors collected data from 289 patients who were divided into three groups: "adults" (A; N = 103), "seniors" (S; N = 64) and "seniors with chronic pain" (SCP; N = 118). Data were evaluated using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). The aim of the study is to evaluate the impact of the root lumbar spine syndrome, most commonly due to the prolapse of the intervertebral disc, on the overall quality of life, physical and mental health of patients coming in for the epidural corticosteroid application. *Patients and methods:* The average age of the groups varies: 52.5 vs. 70.2 vs. 73 years. Otherwise, the groups are comparable to female representation and to pain rates of 4.7 on the Numeric Pain Rating Scale (NPRS). In addition, A and S groups are comparable in terms of the epidural corticosteroid application but they differ in Oswestry Disability Index (ODI) – A = 30.8% and S = 40.6%, which is approximately in the centre and at the upper limit of the medium disability zone. *Results:* In all groups, the quality of life assessment and satisfaction with their health have a reduced value compared to the population norm, with the lowest rating found in the SCP group. In contrast to the population norm, the physical health domain rating is lower in all three groups, the A and S groups have the same rating of 21.39 and 21.41, resp., and the SCP group has a significantly lower rating for this domain of 10.66. The A group has values comparable to the population norm in domains of mental health, social relationships and environment. The S group has a score lower than the population norm in these domains, the SCP group has a lower score in the mental health and environment domains, and in the social-domain, the rating is higher than the population norm. *Conclusion:* Most foreign studies with patients indicated for epidural corticosteroid application use the Short Form-36 questionnaire to assess the quality of life in patients with chronic low back pain.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

J. Cabadaj, J. Hóborová, M. Prokopová

Neurologická ambulance, Nemocnice v Chebu, Karlovarská krajská nemocnice, a.s.

✉
MUDr. Ján Cabadaj
Neurologická ambulance
Nemocnice v Chebu
Karlovarská krajská nemocnice, a.s.
K Nemocnici 1204
350 02 Cheb
e-mail: jan.cabadaj@tiscali.cz

Přijato k recenzi: 20. 1. 2020
Přijato do tisku: 28. 4. 2020

Klíčová slova

epidurální aplikace steroidů – kvalita života – dotazník WHOQOL-BREF

Key words

epidural application of steroids – quality of life – WHOQOL-BREF questionnaire

proLékaře.cz | 18.11.2026

Úvod

I ve spinální problematice nás kromě potíží, klinického stavu a míry disability zajímá i kvalita života (quality of life; QoL) pacienta a její vztah k jeho zdravotnímu stavu. Ve výzkumech QoL u nemocných s dlouhodobými zdravotními problémy bylo prokázáno, že zhoršený zdravotní stav negativně ovlivňuje všechny oblasti lidského života [1].

Z definice zdraví Světové zdravotnické organizace (World Health Organization; WHO): „kvalitou života je myšleno vlastní vnímání jedince, jeho života jako celku v kontextu místa, kde žije a pracuje" [2]. Měření QoL slouží k hodnocení účinnosti péče, zkoumání dopadu nemoci na život pacienta a výzkum vlivů socioekonomických podmínek na zdraví populace.

V mnoha zahraničních studiích se setkáváme s hodnocením QoL s využitím dotazníku Short Form-36 (SF-36). Dotazník byl publikován v roce 1992 Warem a Sherbounem [3] a dále byl validizován a rozvíjen v letech 1993–1994 [4]. Dotazník je velmi často používán v mnoha medicínských oborech a je velmi rozšířen; je přeložen do velkého počtu světových jazyků, ale i do češtiny. Český překlad dotazníku SF-36 byl oficiálně zveřejněn např. v publikaci Vaňáskové [5]. Administrace trvá 20–30 min [6]. Dotazník je konstruován pro samovyplňování osobami dospělé populace (staršími 14 let) a dále pro vyplňování vyškolenými tazateli osobně nebo po telefonu.

K hodnocení QoL pacientů v naší studii jsme však použili dotazník The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF), který je podle Dragomirecké a Bartoňové [6] vhodným nástrojem sledování QoL u dospělých osob ve věku 18–65 let i v podmínkách ČR. Dotazník je schopen zachytit rozdíly mezi soubory osob s různým stupněm a typem zdravotních potíží – např. u revmatické nemoci či u pacientů s tuberkulózou [7,8]. U souborů osob se shodnou diagnózou nebo stupněm potíží zachycuje rozdíly v jejich životních podmínkách. Administrace tohoto dotazníku je časově kratší.

Cílem naší studie je vyhodnotit dopad kořenových syndromů bederní páteře, nejčastěji na podkladě výhřezu meziobratlové ploténky, na celkovou QoL, fyzické i psychické zdraví pacientů přicházejících k epidurální aplikaci kortikoidu (EAK).

Soubor nemocných a metodika

Do studie jsme zařadili celkem 340 osob, které byly indikovány z šesti neurologických a jedné ortopedické ambulance bývalého okresu Cheb k EAK na našem pracovišti. Šlo o nemocné s kořenovým syndromem na podkladě degenerativních změn bederní páteře, nejčastěji na podkladě výhřezu meziobratlové ploténky. Ze studie byli vyloučeni nemocní se specifickou etiologií radikulopatie (jako jsou např. nádory, traumata apod.) a také nemocní s facetárním syndromem a prostou bolestí zad. Na našem pracovišti provádíme CT navigovanou transforaminální epidurální aplikaci TFEAK (CT–PRT) a kaudální cestou (KEAK) „z ruky" bez UZ či skiaskopické navigace.

V období od září 2017 do března 2019 jsme pacientům nabídli k vyplnění numerickou škálu bolesti (NŠB) a dotazník Oswestry Disability Index, verzi 2.1a (ODI) [9]. Z nich jsme 167 pacientů požádali také o vyplnění zkrácené verze dotazníku QoL WHOQOL–BREF. Do souboru sledovaných osob jsme zařadili jen pacienty ochotné spolupracovat a ty, kteří byli schopni uvedené dotazníky vyplnit.

Pacienty jsme rozdělili do dvou souborů: „dospělé" (D; ve věkovém rozpětí 20–64 let; n = 103) a soubor „senioři" (S; ve věku 65 let a starší; n = 64). Další soubor, SCB, tvoří 118 pacientů – seniorů starších 65 let z ambulance praktického lékaře s chronickou nenádorovou bolestí. Soubor SCB je dispenzarizován na chirurgické, ortopedické, revmatologické nebo interní ambulanci. Pacienti jsou mobilní, soběstační, se zachovalou úrovní kognice, schopni vyplnit dotazník WHOQOL–BREF.

Dotazník WHOQOL–BREF sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a 2 samostatných položek hodnotících celkovou QoL a zdravotní stav viz tab. 1 [1,5]. U osob starších 65 let je doporučen dotazník WHOQOL–OLD. Vzhledem k tomu, že jsme nezjistili populační normu pro věkovou skupinu nad 65 let, rozhodli jsme se tento dotazník nevyužít.

Dotazník byl vyhodnocen podle metodiky Dragomirecké a Bartoňové [1], rozpětí škály jednotlivých položek je od jedné do pěti. Vyšší číslo znamená vyšší QoL. Populační norma (PN) (n = 310) pro dospělou populaci byla zvolena podle výše zmíněných autorů.

Ze zjištěných dat jsme vypočetli průměrné hodnoty a sestavili je do níže prezentovaných tabulek. V dalším kroku jsme vypočetli hrubé skóre domén a srovnali je s literárními daty.

Výsledky

V tab. 2 jsou uvedeny charakteristiky vyšetřovaných souborů. Soubory pacientů se liší průměrným věkem; v souboru D 52,5 roků, v souboru S 70,2 roků, v souboru SCB až 73 let, nejstarší pacient byl ve věku 89 let. Ve všech třech souborech převažovalo zastoupení žen, a to v souboru D v poměru 1 : 1,4, v souboru S 1 : 2,5 a v souboru SCB 1 : 1,5.

V souborech D a S je stejný poměr transforaminální a kaudální cesty EAK, a to 2,3 : 1. Shodná je i intenzita bolesti ve všech třech souborech hodnocená NŠB na hladině 4,7.

Dotazník ODI vyplňovali jen pacienti s EAK a jeho index se v souborech D a S liší; větší míru disability dosahuje soubor S (ODI 40,6 % – rozhraní mezi střední a těžkou disa-

Tab. 1. Domény a položky dotazníku World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF).

1. fyzické zdraví
q3 bolest a nepříjemné pocity
q4 závislost na lékařské péči
q10 energie a únava
q15 pohyblivost
q16 spánek
q17 každodenní činnost
q18 pracovní výkon
2. prožívání (psychické zdraví)
q5 potěšení ze života
q6 smysl života
q7 soustředění
q11 přijetí tělesného vzhledu
q19 spokojenost se sebou
q26 negativní pocity
3. sociální vztahy
q20 osobní vztahy
q21 sexuální život
q22 podpora přátel
4. prostředí
q8 osobní bezpečí
q9 životní prostředí
q12 finanční situace
q13 Přístup k informacím
q14 záliby
q23 prostředí v okolí bydliště
q24 dostupnost zdravotní péče
q25 doprava
Q1 kvalita života
Q2 spokojenost se zdravím

proLékaře.cz | 18.11.2026

Tab. 2. Charakteristika souborů.

Soubor	Věk	M/Ž	M/Ž	TF/C	TF/C	NŠB	ODI (%)	Q1	Q2
D (n = 103)	52,5	43/60	1 : 1,4	72/31	2,3 : 1	4,70	30,8	3,50	2,80
S (n = 64)	70,2	18/46	1 : 2,5	45/19	2,3 : 1	4,71	40,6	3,48	2,91
SCB (n = 118)	73,0	46/72	1 : 1,5			4,71		3,10	2,65
soubor CH* (n = 186)	66,7					5,68		3,09	2,74
populační norma 60–75 let**								3,83	3,33

* soubor Kabarová Bužgová [8]; ** podle Dragomitové a Bartoňové [1]
C – kaudální; D – dospělí; M – muži; n – počet; NŠB – Numerická škála bolesti; ODI – Oswestry Disability Index; Q1 – kvalita života; Q2 – spokojenost se zdravím; S – senioři; SCB – senioři s chronickou bolestí; TF – transforaminální; Ž – ženy

bilitou) než soubor D (ODI 30,8 % – střední pásmo střední disability).

Ve všech třech souborech uvádějí pacienti v průměru mírně nižší skóre QoL Q1; v souborech D a S téměř shodně 3,5, resp. 3,48, v souboru SCB je hodnocení ještě nižší, a to 3,1, oproti populační normě pro dospělé pacienty 3,82.

Spokojenost se zdravotním stavem Q2 dosáhla opět ve srovnání s normou 3,68 daleko nižších průměrných výsledků: v souboru D 2,8, S 2,91 a SCB dokonce 2,65.

Tabulky 3–5 uvádějí výsledky v jednotlivých položkách, doménách a hrubé skóre dotazníku WHOQOL–BREF. Soubor D dosahuje oproti PN 14 položek se sníženým skóre, zatímco v souboru S je položek 18. V souboru D mají nižší průměrné hodnoty všechny položky domény fyzické zdraví, v doméně psychického zdraví má nižší hodnocení položka soustředění a negativních pocitů, které se odrážejí i v nízkém hodnocení sebevědomí (spokojenosti sám se sebou). V doméně sociálních vztahů má nízkou hladinu hodnocení sexuální život, zatímco osobní vztahy a podpora přátel mají lepší hodnocení než PN. V doméně prostředí mají nízké hodnocení životní prostředí a dostupnost zdravotní péče.

Soubor S rovněž dosahuje ve všech položkách domény fyzické zdraví nižší hodnocení oproti PN a v položkách q3 bolest a nepříjemné pocity, q10 energie a únava, q15 pohyblivost a q18 pracovní výkon ještě nižší hodnoty než v souboru D.

Při srovnání hrubých skóre domén a položek QoL (Q1) a spokojenosti se zdravím (Q2) (tab. 5) mají oproti PN pacienti v souboru D nižší skóre jen v doméně fyzické zdraví a v položkách Q1 a Q2. Soubor S má horší hrubé skóre ve všech doménách i v položkách Q1, Q2. Soubor SCB má nejhorší hod-

Tab. 3. Srovnání průměrného skóre položek dotazníku World Health Organization Quality of Life (WHOQoL–BREF).

Položka	Soubor D (n =103)	Populační norma* (n = 310)	Soubor S (n = 64)
Q1 celková kvalita života	3,50	3,82	3,48
Q2 spokojenost se zdravím	2,80	3,68	2,62
q3 bolest a nepříjemné pocity	2,90	4,03	2,77
q4 závislost na lékařské péči	2,34	4,16	2,58
q5 potěšení ze života	3,87	3,83	3,58
q6 smysl života	4,12	3,86	3,79
q7 soustředění	3,39	3,55	3,25
q8 osobní bezpečí	3,50	3,24	3,30
q9 životní prostředí	3,60	2,85	3,58
q10 energie a únava	3,23	3,62	3,11
q11 přijetí tělesného vzhledu	4,04	3,90	3,67
q12 finanční situace	3,86	2,87	3,33
q13 přístup k informacím	4,10	3,87	3,80
q14 záliby	3,45	3,33	3,31
q15 pohyblivost	3,07	4,27	2,74
q16 spánek	2,94	3,61	2,96
q17 každodenní činnost	2,75	3,76	3,13
q18 pracovní výkon	2,64	3,76	2,62
q19 spokojenost se sebou	3,25	3,57	3,07
q20 osobní vztahy	3,80	3,75	3,49
q21 sexuální život	3,27	3,64	2,88
q22 podpora přátel	4,18	3,85	3,78
q23 prostředí v okolí bydliště	4,07	3,54	3,74
q24 dostupnost zdravotní péče	3,56	3,70	3,30
q25 doprava	3,40	3,19	2,90
q26 negativní pocity	3,34	3,47	3,41

* data normální populace, převzato z [1]
D – dospělí; n – počet; S – senioři

proLékaře.cz | 18.11.2026

Tab. 4. Výsledky šetření podle položek dotazníku World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF).

Doména	Položky	Soubor D (n = 103)	Norma D* (n = 310)	Soubor S (n = 64)	Soubor CH** (n = 186)
1. fyzické zdraví	q3 bolest a nepříjemné pocity	2,90	4,03	2,77	
	q4 závislost na lékařské péči	2,34	4,16	2,58	
	q10 energie a únava	3,23	3,62	3,11	2,87
	q15 pohyblivost	3,07	4,27	2,74	
	q16 spánek	2,94	3,61	2,96	2,78
	q17 každodenní činnost	2,75	3,76	3,13	2,88
	q18 pracovní výkon	2,64	3,76	2,62	
2. prožívání (psychické zdraví)	q5 potěšení ze života	3,87	3,83	3,58	3,15
	q6 smysl života	4,12	3,86	3,79	3,13
	q7 soustředění	3,39	3,55	3,25	2,97
	q11 přijetí tělesného vzhledu	4,04	3,9	3,67	
	q19 spokojenost se sebou	3,25	3,57	3,07	2,98
	q26 negativní pocity	3,34	3,47	3,41	3,13
3. sociální vztahy	q20 osobní vztahy	3,80	3,75	3,49	
	q21 sexuální život	3,27	3,64	2,88	2,69
	q22 podpora přátel	4,18	3,85	3,78	3,47
4. prostředí	q8 osobní bezpečí	3,50	3,62	3,30	2,77
	q9 životní prostředí	3,60	3,90	3,58	2,36
	q12 finanční situace	3,86	2,87	3,33	2,62
	q13 přístup k informacím	4,10	3,87	3,8	3,20
	q14 záliby	3,45	3,33	3,31	
	q23 prostředí v okolí bydliště	4,07	3,54	3,74	
	q24 dostupnost zdravotní péče	3,56	3,70	3,30	3,37
	q25 doprava	3,40	3,19	2,90	
Q1	kvalita života	3,50	3,82	3,48	3,09
Q2	spokojenost se zdravím	2,80	3,68	2,62	2,74

*soubor Siberová a Bužgová [1]; **soubor Kabarová, Bužgová [8]
D – dospělí; n – počet; S – senioři

nocení ve 3 doménách (DOM 1,2,4 – fyzické zdraví, psychické zdraví a prostředí) i v položce Q1 a Q2; v DOM 1,2,4 oproti souborům D a S je hodnocení cca o 50 % horší. V položce Q2 je vyjádřena nespokojenost se zdravím u všech třech souborů; oba soubory seniorů (S a SCB) mají přitom stejné hodnocení 2,6 oproti PN 3,68. Zajímavé je hodnocení sociálních vztahů v souboru SCB, které je lepší, než je PN.

V tab. 6 jsou soubory D a S rozděleny do skupin podle hodnocení QoL (Q1 2–5). Shodně v obou souborech hodnotí 53 % pacientů QoL jako dobrou a velmi dobrou, jen asi 13 % souborů (13,6 resp. 12,5 %) hodnotí jako špatnou, nikdo v obou souborech ji nehodnotil jako velmi špatnou, 33, resp. 34 % pacientů ji hodnotilo indiferentně.

Průměrný věk ve skupinách měl vzestupnou tendenci podle zhoršování QoL, ale v souboru D byl nejnižší průměr (50 let) ve skupině Q1 s hodnotou 3, v souboru S byl ve skupině 5 a 2 stejný věkový průměr 68 let.

Při tomto detailnějším rozboru dosahuje např. hodnocení bolestí ve skupině D rozpětí 4,2–5,1 NŠB, nejvyšší skóre má skupina s hodnocením QoL na hladině 2. V souboru S je rozpětí užší, a to 4,8–5,0 NŠB a nejvyšší skóre bolestí je ve skupině 3, zatímco skupiny Q1 5 a Q1 ve skupině 2 mají stejné hodnocení bolestí 4,9 NŠB. Zatímco míra disability v souboru D se zhoršuje souhlasně se zhoršováním QoL, v souboru S se udržuje na hladině 40,2–40,7.

Obdobně hodnocení spokojenosti se zdravím Q2 se v souboru D zhoršuje souhlasně se zhoršující se QoL; v souboru S také, ale skupina s kvalitou života Q1 5 má nižší hodnocení než skupina Q1 4.

Při srovnání hrubého skóre domén v souboru D byly nejvyšší hodnoty u skupiny hodnotící QoL jako velmi dobrou a snižovaly se s poklesem hodnot QoL. V souboru S domény psychické zdraví, sociální vztahy i pro-

proLékaře.cz | 18.11.2026

středí měly nejvyšší hodnocení ve skupině s dobrou QoL.

Diskuze

Zatímco v souboru D zjištěné výsledky splnily naše očekávání v tom, že průměrné skóre disability dosáhne jen středního stupně a přitom věk pacientů, QoL spokojenost se zdravím a skóre domén se bude snižovat se zhoršováním QoL, a naopak intenzita bolestí hodnocená NŠB a index ODI budou narůstat. Nejhorší položky dotazníku WHOQOL–BREF budou v doméně fyzického zdraví, bolest se promítne do zhoršeného soustředění a souvisí s častějšími negativními pocity, které ovlivní míru sebehodnocení. Bolest také sníží spokojenost se sexuálním životem.

V soborech S i SCB jsme zjistili jisté odlišností, především v souboru S jde o akutní bolest, zatímco v souboru SCB jde o bolest chronickou. Vzhledem k tendenci starších pacientů pokládat bolest za atribut stáří jsou nutné cílené dotazy na její přítomnost. Vnímání bolesti se mění věkem, snížené vnímání bolesti nacházíme u starších pacientů, a to u několika typů bolestí – např. u viscerální nebo pooperační bolesti [10].

Výskyt bolestí ve stáří má stabilní trend s jejím vysokým výskytem – 50 % u seniorů žijících ve vlastním prostředí až 80 % u seniorů žijících v institucích. Významný je důkaz, že bolest negativně neovlivňuje testy soběstačnosti seniorů. Přítomnost bolesti však ovlivňuje chování seniorů a výskyt bolesti je ovlivněn psychogenními faktory – neuspokojivými vztahy v rodině, osamělostí a přítomností neléčené deprese [11,12].

Intenzita bolestí v celkovém průměru i v souborech seniorů S i SCB byla hodnocena na srovnatelné hladině jako v souboru D. Významný rozdíl však byl ve skóre indexu ODI – když průměr ve skupině D dosáhl hodnoty 30,8 % (a zvyšoval se od 32 % s poklesem hodnocení QoL až na úroveň 50,7), tak v souboru S dosáhl hodnoty 40,6 % a pohyboval se v jednotlivých skupinách v úzkém rozmezí 40,2–40,7 %.

V českém písemnictví se setkáváme s hodnocením QoL za pomoci dotazníku WHOQOL–BREF zejména u interních chorob (např. u pacientů s diabetem, po infarktu myokardu, s chronickou obstrukční plicní nemocí nebo s tuberkulózou či po amputacích dolní končetiny u ischemické choroby dol-

Tab. 5. Srovnání hrubých skóre domén dotazníku World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF).

Doména	D (n = 103)	S (n = 64)	SCB (n = 118)	PN* (n = 310)
1. fyzické zdraví	21,39	21,41	10,66	22,83
2. prožívání	21,33	19,95	13,27	21,31
3. sociální vztahy	11,52	10,15	13,14	11,24
4. prostředí	29,54	27,26	12,97	28,02
Q1	3,50	3,48	3,10	3,82
Q2	2,80	2,62	2,65	3,68

* podle Siverové a Bužgové [8]

D – dospělí; n – počet; PN – populační norma pro dospělou populaci; S – senioři; SCB – senioři s chronickou bolestí

Tab. 6. Srovnání souborů D a S po rozdělení do skupin (sk. 2–5) podle hodnocení kvality života.

Soubor D

počet	% (n = 103)	věk (roky)	pohlaví	EAK TF/K	NŠB	ODI %	Q1	Q2	D1 FZ	D2 PZ	D3 SV	D4 P
11	10,60	51,70	4/7	11/0	4,70	32,00	5	3,45	24,98	23,43	13,26	31,98
44	42,70	52,50	20/24	30/14	4,20	37,30	4	3,00	20,69	22,34	11,04	31,15
34	33,00	50,00	14/20	23/11	4,60	41,90	3	2,61	21,14	20,62	10,05	30,37
14	13,60	54,00	5/9	8/6	5,10	50,70	2	2,14	18,82	18,91	9,63	24,75
103	100,00	52,5	43/60	72/31	4,70	30,80		2,80	21,39	21,33	11,52	29,54

Soubor S

počet	% (n = 64)	věk (roky)	pohlaví	EAK TF/K	NŠB	ODI %	Q1	Q2	D1 FZ	D2 PZ	D3 SV	D4 P
5	7,80	68,00	2/3	3/2	4,90	40,75	5	2,47	21,72	20,11	10,43	27,13
29	45,30	70,10	7/22	8/21	4,80	40,70	4	3,06	21,58	21,72	10,72	29,25
22	34,40	70,00	6/16	8/14	5,00	40,20	3	2,72	21,24	19,30	9,89	27,56
8	12,50	62,92	3/5	7	4,90	40,75	2	2,25	20,37	18,74	9,62	25,23
64	100,00	70,20	18/46	19/45	4,71	40,60		2,91	21,23	19,97		

D – dospělí; EAK – epidurální aplikace kortikoidu; FZ – fyzické zdraví; K – kaudální; n – počet; NŠB – Numerická škála bolesti; ODI – Oswestry Disability Index; P – prostředí; PZ – psychické zdraví (prožívání); Q1 – kvalita života; Q2 – spokojenost se zdravím; S – senioři; SV – sociální vztahy; TF – transforaminální

proLékaře.cz | 18.11.2026

Tab. 7. Výsledky souboru (n = 73) celkem a podle věku a pohlaví (podle Bohdalové [4]) a srovnání s populační normou.

Doména	(n = 73) celý soubor	(n = 19) věk ≤ 50	(n = 35) věk 51–60	(n = 19) věk 61–65	(n = 22) muži	(n = 51) ženy	(n = 309) PN*
Dom 1 – fyzické zdraví	10,47	10,38	10,73	10,11	10,42	10,50	15,55
Dom 2 – psychické zdraví	13,44	12,77	14,00	13,09	13,58	13,39	14,78
Dom 3 – sociální vztahy	13,97	14,11	14,29	13,26	13,36	14,24	14,98
Dom 4 – prostředí	13,69	13,61	14,33	12,58	13,81	13,64	13,3
Q1 kvalita života	3,21	3,21	3,31	3,00	3,05	3,27	3,82
Q2 spokojenost se zdravím	2,32	2,26	2,51	2,00	2,27	2,33	3,68

rozpětí škály u domén je 4–20, u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1–5, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén); *podle Dragomirové a Bartoňové [1]
n – počet; PN – populační norma

ních končetin, apod.) [6,8]. Z neurologických nemocí např. u pacientů s demencí či s Parkinsonovou nemocí. Najdeme několik málo studií, které hodnotí pacienty s chronickou bolestí [7].

Kabarová a Bůžková [13] hodnotily vliv chronické bolesti v populaci seniorů starších 60 let. Výzkumný soubor tvořilo 186 seniorů s chronickou bolestí (trvající déle než 6 měsíců) v péči neurologické ambulance a ambulance praktického lékaře žijících v domácím prostředí. Věkový průměr celého souboru byl 66,7 let, variační rozpětí 60–92 let. Ze 186 respondentů bylo 112 žen (60 %) a 74 mužů (40 %). Při hodnocení intenzity bolesti uvedlo nejvíce pacientů (44 %) středně silnou bolest (skóre 4–6 NŠB), 29 % uvedlo mírnou intenzitu bolesti (1–3 NŠB) a velmi silnou intenzitu bolesti (skóre 7–10 NŠB) uvedlo 30 % dotázaných.

Průměrné skóre bolesti (tab. 2) bylo v tomto souboru vyšší než u našich tří souborů a dosahovalo hodnoty 5,68 NŠB. Hodnocení QoL bylo rovněž v tomto souboru horší (Q1 = 3,09) než u našich tří souborů a nižší, než je populační norma pro věk 65–75 let. Hodnocení spokojenosti se svým zdravím (Q2) bylo rovněž velmi nízké (2,74), ale srovnatelné se souborem D.

Chronická bolest se řadí mezi tři nejčastější potíže pacientů starších 65 let. Pokorná a Eckelová [14] z ambulance bolesti v souboru 112 seniorů s nenádorovou chronickou bolestí s průměrným věkem 75,6 let (nejstarší pacient ve věku 84 let), se zastoupením žen 61,6 % a mužů 38,4%, dále zjistily, že mezi subjektivními pocity obtíží muži nejčastěji uváděli nedostatečnou délku spánku a nemožnost věnovat se koníčkům. Ženy častěji trápí únava, bezmoc, strach z utrpení a nemožnost vykonávat běžné denní činnosti. Mladší senioři také častěji uváděli únavu a potíže se spánkem, zatímco starší senioři deklarovali potíže s vykonáváním běžných činností.

Chronickou bolest u dospělé populace ve věku do 65 let hodnotila i Bohdalová [15] v souboru obsahujícím 73 respondentů, z toho 22 mužů a 51 žen, věk respondentů se pohyboval od 22 do 65 let. Tab. 7 ukazuje její zjištěné výsledky v celém souboru a ve skupinách podle věku (22–50, 51–60 a 61–65 let) a podle pohlaví (muži, ženy). Vyjma domény Dom – 4 „prostředí" jsou výsledky nižší, než je populační norma. Pouze ve skupině 61–65 let vykazuje i doména prostředí nižší skóre. Autorka hodnotí, že pacienti s chronickou bolestí vykazují nižší QoL ve srovnání s QoL běžné populace. Srovnáním doménových skóre pro muže a ženy nebyly zjištěny významné rozdíly, věkové kategorie se vzájemně lišily pouze nepatrně. Dále prokázala signifikantní vztah na 1% hladině významnosti mezi doménou „fyzické zdraví" a samostatnou položkou „kvalita života", resp. mezi doménou „prožívání" a položkou „kvalita života".

Uchmanowiczová et al [16] provedli studii, do které bylo zařazeno 100 osob léčených na neurologické klinice pro chronickou bolest bederní oblasti (low back pain; LBP), 38 % bylo mužů a 62 % žen. Zjistili, že respondenti hodnotili míru bolesti na hodnotě 6,75 Vizuální analogové škály. Analýza dat získaných z dotazníku WHOQOL–BREF ukázala, že respondenti hodnotili QoL Q1 skórem v průměru 2,61 ± 1,12 SD a jejich spojenost se zdravotním stavem Q2 byla v průměru 2,34 ± 1,05 SD.

Respondenti hodnotili doménu v sociální oblasti jako nejvyšší (průměr ± SD = = 13,74 ± 2,77) a nejnižší ve fyzické doméně (průměr ± SD = 10,3 ± 3,68). Jednorozměrná analýza ukázala, že QoL (ve všech doménách) u lidí s chronickou bolestí zad je ovlivněna závažností bolesti, nespavostí a denní ospalostí. Analýza výsledků svědčí o tom, že věk a úroveň vzdělání neovlivnily QoL v žádné ze studovaných oblastí. Výsledky ukázaly, že ženy hodnotí své zdraví lépe než muži (p = 0,009). Trvání nemoci také významně ovlivnilo vnímání QoL a celkového zdraví a QoL ve fyzické doméně (p < 0,05).

Pieberová et al [16] zpracovali studii, která zahrnovala 6 194 mužů a 6 183 žen ve věku 15–64 let. Údaje byly získány z rakouského reprezentativního celorepublikového průzkumu, k hodnocení QoL použili německou verzi WHOQOL–BREF. V obecné populaci ve věku 15–64 let je prevalence chronické LBP 8,0 % u mužů (493 subjektů) a 8,8 % u žen (545 jedinců).

Muži a ženy s chronickou LBP byli častěji „velmi nespokojeni" nebo „nespokojeni" se svým zdravím ve srovnání s obecnou populací ve stejné věkové skupině. V obecné populaci bylo velmi nespokojeno nebo nespokojeno se svým zdravím 5,7 % mužů ve srovnání s 22,5 % mužů s chronickou LBP (p < 0,001). Odpovídající data pro ženy byla v obecné populaci 5,4 % ve srovnání s 28, 3 % s chronickou LBP (p < 0,001). Podíl subjektů hodnotících jejich QoL jako „velmi špatný" nebo „špatný" byl 3,8 vs. 14,7 % (p < 0,001). V našem souboru dospělé populace do 64 let (soubor D) bylo velmi nespokojených a nespokojených 13,6 %.

Podíl osob s chronickou LBP, který byl „velmi nespokojen" nebo „nespokojen" se svým zdravím nebo hodnotil QoL jako „velmi špatnou "nebo „špatnou", byl výrazně vyšší u žen ve srovnání s muži (p = 0,034 a p < 0,001). Tyto rozdíly byly zvláště vysoké v oblastech sociálních vztahů a životního prostředí.

Když byly všechny položky WHOQOL a věku současně zapsány do logistického regresního modelu, zbývalo jen několik položek, které by mohly vysvětlit zdravotní nespokojenost: sexuální život, nespokojenost s pracovní schopností a nedostatek energie pro každodenní život.

proLékaře.cz | 18.11.2026

Výsledky této studie ukazují jasné determinanty zdravotní spokojenosti mužů a žen s chronickou LBP – funkčnost a soběstačnost v každodenním životě. To je v souladu s řadou předchozích studií [18,19]. Studie Piberové et al [17] doplňuje další, jako jsou vliv na jejich pracovní kapacitu, omezení v jejich sexuálním životě, nedostatek energie. Zejména skutečnost, že sexuální funkce je jedním z nejdůležitějších determinantů zdravotního uspokojení u mužů s chronickou LBP, tak nebyla jasně zdůrazněna v předchozích studiích.

Závěr

V předkládané studii autoři hodnotili data celkem 285 pacientů rozdělených do tří souborů, první soubor dospělé populace D (n = 103), ve věku od 21 let do 64 s průměrnou hodnotou věku 52,5 let. Druhý soubor seniorů S (n = 64), ve věku 65 let a starších, průměrný věk souboru je 70,2 let. Oba soubory byly vyšetřeny před indikovanou EAK.

Oba soubory jsou srovnatelné z hlediska zastoupení žen, poměru transforaminální a kaudální cesty EAK, se stejnou průměrnou hodnotou intenzity bolesti 4,7 NŠB. Soubory D a S se od sebe výrazně liší průměrnou hodnotou indexu ODI (D = 30,8 % a S = 40,6 %). Třetí soubor SCB (n = 118) rovněž zahrnuje seniory ve věku 65 let s chronickou bolestí z ambulance praktického lékaře. Průměrný věk třetího souboru je 73 let a má srovnatelné zastoupení žen (ve všech třech souborech mají převahu) a stejnou intenzitu bolestí 4,7 NŠB. Ve všech souborech má hodnocení QoL a spokojenost se svým zdravím sníženou hodnotu ve srovnání s populační normou, nejnižší hodnocení je v souboru SCB (o 50 % nižší než v souboru D).

Shodně v obou souborech hodnotí 53 % pacientů QoL (Q1) jako dobrou a velmi dobrou, jen asi 13 % souborů (13,6, resp. 12,5 %) hodnotí jako špatnou, nikdo v obou souborech ji nehodnotil jako velmi špatnou, 33, resp. 34 % pacientů ji hodnotí indiferentně.

Oproti populační normě je hodnocení domény fyzické zdraví nižší ve všech třech souborech, soubory D a S mají shodné hodnocení 21,39, resp. 21,41, v souboru SCB je hodnocení této domény ještě výrazně nižší – 10,66.

Soubor D má v doménách DOM 2–4 (psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí) hodnoty srovnatelné s populační normou. Soubor S má i v těchto doménách skóre nižší než je populační norma, soubor SCB má nižší skóre v doménách psychické zdraví a prostředí, v doméně sociálních vztahů má hodnocení vyšší, než je populační norma. Soudíme, že chronicita bolestí je sledována upevněním sociálních vztahů pacientů.

Při rozdělení souborů D a S do skupin podle hodnocení QoL je pak v souboru D patrné snižování průměrného věku, hodnoty bolesti dle NŠB, indexu ODI i parametrů Q2 a domén shodně s poklesem hodnocení QoL Q1. V souboru S tato pravidelnost není patrná.

Z ostatních položek, vyjma položek fyzického zdraví, mají v souboru D nízké hodnocení položky soustředění, sebehodnocení, negativní pocity, sexuální život, životní prostředí a dostupnost zdravotní péče. V souboru S jsou to položky prožívání, vyjma smyslu života a negativních pocitů, dále nízké hodnocení mají osobní vztahy, sexuální život, osobní bezpečí, životní prostředí, dostupnost zdravotní péče a doprava.

Etické aspekty

Studie byla provedena ve shodě s Helsinskou deklarací z roku 1975 (a jejími revizemi z let 2004 a 2008). Studie nepodléhá schválení etickou komisí, pacienti souhlasili s poskytnutím anamnestických dat.

Konflikt zájmů

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádný konflikt zájmů.

Literatura

1. Dragomirecká E, Bartoňová J. Příručka pro uživatele České verze dotazníku kvality života. Praha: Psychiatrické centrum 2006.

2. Hnilicová H. Kvalita života a její význam pro zdravotnictví a medicínu. In: Payne J (ed). Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton 2005.

3. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form health survey: I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1999; 30(6): 473–483.

4. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring psychice and mental health constructs. Med Care 1993; 31(3): 247–263. doi: 10.1097/00005650-199303000-00006.

5. Vaňásková E. Testování v rehabilitační praxi: cévní mozkové příhody. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2004.

6. Dragomirecká E, Bartoňová J. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. Psychiatrie 2006; 10(3): 144–149.

7. Němec F, Chaloupka R, Krbec M et al. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. Act Chir Orthoped Traumat Cechoslov 2009; 76: 20–24.

8. Siverová J, Bužgová R. Měření kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u pacientů s tuberkulózou. Ošetřovatelství a porodní asistence 2010; 1(3): 66–73.

9. Cabadaj J, Hóborová J, Prokopová M. Epidurální aplikace kortikoidů. Část 1 – Profil pacient před aplikaci. Cesk Slov Neurol N 2019; 82/115(6): 682–687. doi: 10.14735/amcsnn2019682.

10. Vítková J, Vaculín Š. Změny vnímání bolesti ve stáří. Bolest 2011; 14(3): 129–132.

11. Kubešová H, Weber P, Meluzínová H. Specifické rysy diagnostiky a léčby bolesti v geriatrii. Bolest 2008; 11(1): 16–22.

12. Danzigová Z. Bolest ve stáří. Bolest 2017; 20(4): 173–179.

13. Kabarová I, Bužgová R. Hodnocení kvality života, adaptace a sociálního copingu seniorů s chronickou bolestí. Bolest 2014; 17(1): 16-21.

14. Pokorná A, Eckelová I. Efektivita léčby bolesti z pohledu seniorů. Bolest 2013; 16(2): 77–82.

15. Bohdalová H. Život pacientů s chronickou bolestí. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně-sociální 2009: 58.

16. Uchmanowicz I, Kołtuniuk A, Stępień A et al. The influence of sleep disorders on the quality of life in patients with chronic low back pain. Scand J Caring Sci 2019; 33(1): 119–127. doi: 10.1111/scs.12610.

17. Pieber K, Stein KV, Herceg M et al. Determinants of satisfaction with individual health in male and female patients with chronic low back pain. J Rehabil Med 2012; 44(8): 658–663. doi: 10.2340/16501977-1010.

18. Casarett D, Karlawish J, Sankar P et al. Designing pain research from the patient's perspective: what trial end points are important to patients with chronic pain? Pain Med 2001; 2(4): 309–316. doi: 10.1046/j.1526-4637.2001.01041.x.

19. Brown CA. The beliefs of people with chronic pain in relation to 'important' treatment components. Eur J Pain 2004; 8: 325–333.