

## VYUŽITÍ DOTAZNÍKU KVALITY ŽIVOTA SF-36 U HLEDISKA PRAXE APPLICATION OF THE QUESTIONARE QUALITY OF LIFE SF-36 IN PRACTICE ASPECT

I. Reifenauer & B. Hošková

Univerzita Karlova v Praze, FTVS, Katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství

---

### ABSTRACT

The use of rating scales such as the SF-36 questionnaire has been more and more common in the rehabilitation facilities. The authors comment on the use of the questionnaire for diagnose multiple sclerosis (MS). An autoimmune, inflammatory, neurodegenerative disease with chronic progression, multiple sclerosis (MS), is the most frequent disease of productive young adults, which affects more women than men. It is a very treacherous chronic disease that often strikes the attack, when a man waits at least. There has not yet available medicine, which would cure MS. Due to the nature of desiese MS influences quality of life for patients in many areas.

**Keywords:** quality of life; questionnaire SF-36; multiple sclerosis

### SOUHRN

Využití hodnotících škál, jakým je dotazník SF-36, se prosazuje na rehabilitačních pracovištích stále častěji. Autoři komentují užití dotazníku pro diagnosu roztroušená skleróza (RS). RS je autoimunitní onemocnění s chronickým průběhem, nejčastěji postihuje mladé dospělé v produktivním věku, častěji ženy než muže. Díky své chronické povaze je RS velice zákeřnou nemocí. Dosud není k dispozici lék, který by RS vyléčil. Vzhledem k povaze průběhu onemocnění ovlivňuje RS kvalitu života u pacientů v mnoha oblastech.

**Klíčová slova:** kvalita života; dotazník SF-36; roztroušená skleróza

---

### Úvod

Dle světové zdravotnické organizace (WHO) se kvalitou života (QoL) rozumí:

*„To jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.* (Musilová, 2009)

V souvislosti s QoL vztahující se ke zdraví byl zaveden též termín health-related quality of life (HRQoL) tedy „kvalita života ve vztahu ke zdraví“, který je využíván zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka.

Pro hodnocení QoL je důležité subjektivní vnímání, které je založené na kognitivním hodnocení a emocích, které nemusí být ani zdraví přímo úměrné. QoL života tedy není determinována pouze nepřítomností nemoci (viz níže Tabulka 1.). Nejde jen o objektivní zdravotní stav nemocného, ale zejména o vlastní prožívání života s nemocí či postižením (Janečková & Hnilicová, 2009).

QoL se dnes stává diskutovaným tématem v různých oblastech. Můžeme se s ním setkat v souvislosti s popisem sociálního a životního prostředí člověka, jeho fyzického a psychického zdraví, hodnotového ukotvení či subjektivního hodnocení vlastního života (užitečnosti pro ostatní), osobní pohody a uspokojení.

Na téma QoL se objevují rozsáhlé studie mapující určité vzorky populace, snažící se změřit jejich životní situaci a nalézt faktor, který člověka zásadně ovlivňuje. Přítomnost závažného onemocnění je zcela objektivní faktor pro výraznou změnu QoL jak pro osobu, které se přímo týká, tak i pro její okolí (rodina, přátelé atd.).

Tabulka 1./ Table 1.

*Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného./ Factors influencing the quality of life of the patient.*

Faktor/ Factors	Charakteristika / Characteristic
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění, event. i nežádoucími účinky aplikované terapie.
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity (performace status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofským. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.
Psychický stav	Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsobů vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále pak podle osobnostních charakteristik, prožívání bolesti apod.
Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi apod.

*Zdroj tabulka.* (Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek & Kačerovský, 2004)

Přírozně kromě polarit, jako je nemoc či zdraví, ovlivňuje kvalitu života i naše kulturní prostředí, ekonomická situace, vzdělání, pohlaví, vlastní hodnotový systém, rodinné zázemí, sociální sítě a religiozita (Petrusek, Miltová & Vodáková, 2006).

QoL je komplexní hodnotou zahrnující úsilí člověka i společnosti o naplnění představ o životním štěstí, spokojenosti a životní pohodě. Studium QoL se v dnešní době věnují odborníci napříč různými obory. Pro hodnocení QoL je důležité její subjektivní vnímání, které je založené na kognitivním hodnocení a emocích, které nemusí být ani zdraví přímo úměrné. QoL jak bylo již uvedeno, není tedy determinována pouze nepřítomností nemoci (viz tab. 1). Nejde jen o objektivní zdravotní stav nemocného, ale zejména o vlastní prožívání života s nemocí či postižením. (Janečková, 2009)

Hodnocení QoL u stále přibývajících chronicky nemocných je jedním z faktorů, který napomáhá při přijímání rozhodnutí o léčbě pacienta. A to jak u každého jednotlivého pacienta, tak u celé nosologické jednotky.

Jako nástroj pro evaluaci preventivních léčebných programů je ke zjišťování a hodnocení QoL podmíněného zdravím používán dotazník SF-36. Jeho použitím lze hodnotit stav chronických pacientů i z hlediska jiných aspektů než čistě medicínských. A to z hledisek sociologického, psychologického, ekonomického a v neposlední řadě i z hlediska, celospolečenského (Slováček & Slováčková, 2012).

#### *Generické dotazníky*

Generické dotazníky hodnotí celkový stav člověka bez ohledu na zdraví či nemoc, mají široké použití u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na věk, pohlaví a jiné proměnné. Množství dotazníků této skupiny je velké a společným ukazatelem je hodnocení kvality života v co nejširším záběru. Jsou tedy vhodné pro použití u široké veřejnosti bez konkrétní specifikace skupiny, případně pro srovnání míry ovlivnění kvality života určitým onemocněním. Nejčastěji užívanými generickými dotazníky zjišťujícími kvalitu života jsou EuroQol EQ-5D, SF-36 a WHO QOL-100 (Slováček & Slováčková, 2012).

Z výše uvedených generických jsme při naší studii použili nejčastěji užívaný Short Form 36 Health subject Questionnaire (SF-36). Tento dotazník je často užívaným nástrojem k hodnocení kvality života v různých odvětvích medicíny. Hodnotí 8 základních kvalit zdraví:

1. limitace ve společenských aktivitách,
2. limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů,
3. limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví,
4. tělesná bolest,

5. duševní zdraví,
6. limitace z důvodů citových,
7. vitalita,
8. obecný pocit zdraví. (Slováček et al, 2004)

Dotazník SF-36 byl navržen k použití v klinické praxi k testování jednotlivých pacientů, výzkumu a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Obecně je dotazník SF-36 citlivý ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému duševnímu zdraví. Dotazník je použitelný ke zjištění kvality života u širokého spektra onemocnění a je ve výzkumech často používaným nástrojem. Vhodnost tohoto dotazníku byla ověřena i pro hodnocení kvality života u neurologicky nemocných (např. u nemocných s roztroušenou sklerózou (RS) nebo cévní mozkovou příhodou).

Onemocnění Roztroušená skleróza (RS) je chronické degenerativní onemocnění centrálním nervovým systémem (mozku a míchy). Toto autoimunitní onemocnění patří v současné době k nejčastějším neurologickým onemocněním v rozvinutých zemích a je i nejčastější příčinou progresivní neurologické invalidity u mladých lidí. Podstatou onemocnění je zánět s autoimunitními rysy, kdy cílem útoku imunitního systému je myelin, obalující některé nervové dráhy mozku a míchy (Havrdová et al., 2015). Ženy jsou postiženy 2× častěji než muži. V České republice je udávaná celostátní prevalence 71/100 000 obyvatel a incidence 6/100 000 obyvatel a rok (Vachová, 2012).

RS je nejčastějším neurologickým onemocněním mladých dospělých v produktivním věku. Prevalence choroby je v ČR 130–170 na 100 000 obyvatel. RS je autoimunitní onemocnění s chronickým průběhem, častěji postihující ženy než muže. V současné době neexistuje lék, který by nemoc vyléčil. Každé dlouhodobé nevléčitelné onemocnění samo o sobě působí na člověka jako velice stresující faktor. U RS je to ještě umocněno vidinou narůstající invalidity, nepředvídatelnými atakami a náhlými změnami zdravotního stavu. RS z těchto důvodů se dá předpokládat, že RS významně negativně ovlivňuje i pacientovu QoL (Havrdová, E., 2005).

## Metodika

Praktické využití dotazníku QoL SF-36 ke zjištění vnímání QoL po ukončení pohybové jógové intervence.

Pro účely práce byl použit generický dotazník QoL SF-36, který jak bylo uvedeno výše hodnotí 8 základních kvalit zdraví. Dotazník obsahuje 36 otázek týkajících se těchto osmi kvalit zdraví.

Populace: dospělí

Délka administrace: 20–30 minut

Vyhodnocení: Položky dotazníku jsou postavené tak, že vyšší skóre signalizuje lepší HRQoL. Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF-36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění, kontakt s lékařem v posledních 2 týdnech. Ženy mají obecně nižší skóre (Jenkinson, Stewart-Brown, Petersen & Paice, 1993).

## Soubor pacientů

Dotazník vyplnilo 10 pacientek s relaps-reminiscentním typem RS, které absolvovaly během 5 měsíců 1x týdně lekci jógy (75 min.), jako alternativní pohybovou aktivitu v rámci jejich celkové rehabilitace. Věkové rozvrstvení respondentek vypovídalo o tom, že onemocnění RS postihuje převážně jedince produktivního věku a častěji ženy. Výzkumu se nezúčastnil žádný muž. Nejčastější hodnota věku byla 36 let. Nejmladší pacientce bylo 28 a nejstarší 63 let.

## Výsledky a diskuze

1. Fyzická kondice – hodnocena skórem 0–1000. Obsahuje 10 položek po 100 bodech a každá položka je hodnocena body 0–50–100 dle tří možností odpovědi.

V oblasti fyzické kondice lze výsledky odpovědí zhodnotit jako velmi individuální, stejně jako se jeví onemocnění RS u každého jednotlivého pacienta. 40 % respondentek nemá vůbec nebo jen malé problémy a ohodnotilo svůj stav 900–1000 body. Dvě 20% se potýkají se středními problémy a ohodnotili svůj stav intervalem 800–900 nebo 700–800 bodů, 4 (40 %) respondenty ohodnotily své

problémy v oblasti fyzické kondice jako závažnější 600–700 bodů nebo úplné omezení fyzické kondice 0–500 bodů.

Tabulka 2./ Table 2.

*Fyzická kondice./ Physical functioning.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
1000	2	20 %
900–1000	2	20 %
800–900	1	10 %
700–800	1	10 %
600–700	2	20 %
0–500	2	20 %
$\Sigma$	10	100 %

2. Omezení zapříčiněné fyzickým zdravím – hodnoceno maximálně získáním 400 bodů, obsahuje 4 položky s hodnocením 0 nebo 100 bodů ze dvou možností odpovědi za každou položku.

Tabulka 3./ Table 3.

*Omezení zapříčiněné fyzickým zdravím./ Role limitations due to physical health.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
400	3	30%
300	2	20%
200	3	30%
100	1	10%
0	1	10%
$\Sigma$	10	100%

Tabulka ukazuje, že 3 (30 %) respondentky hodnotí svůj stav bez omezení plným počtem 400 bodů, 2 (20 %) mají mírné omezení a 3 (30 %) respondentky se se svým omezením nacházejí v polovině spektra. Na opačném konci hodnocení jsou 2 (20 %) respondentky, které hodnotí svůj stav pod 100 bodů nebo nulou, což značí, že vnímají velkého omezení zapříčiněné fyzickým zdravím.

3. Omezení zapříčiněné emocionálními problémy – možnost získat od 0 do 300 bodů, ve 3 položkách, za každou lze získat 0 nebo 100 bodů, tedy dvě možnosti odpovědi.

Tabulka 4./ Table 4.

*Omezení zapříčiněné emocionálními problémy./ Role limitations due to emotional problem.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
600	6	60%
200	2	20%
100	1	10%
0	1	10%
$\Sigma$	10	100%

Více jak polovina, 6 respondentek (60 %) nevnímá jakékoliv omezení zapříčiněné emocionálními problémy a ohodnotilo stav 600 body. Nulový počet bodů měla jen 1 respondenka (10 %) a zbývajících 3 (30 %) nějaké omezení vnímají, jelikož hodnotily svůj stav 200 nebo 100 body.

#### 4. Energie/únava

Tabulka 4 – obsahovalo 4 položky, které bylo možno hodnotit bodově šesti možnostmi 0–20–40–60–80–100 a bylo možné dosáhnout celkem maximálně 400 bodů.

Tabulka 5./ Table 5.

*Energie/únava./ Energy/Fatigue.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
301–400	0	0%
201–300	4	40%
101–200	6	60%
0–100	0	0%
$\Sigma$	10	100%

Všechny respondentky vnímají nějaké omezení únavou, která je častým klinickým příznakem uváděným u pacientů s RS. Nikdo nehodnotil svůj stav nad 300 bodů, 4 (40 %) respondentky ohodnotili svůj stav sice v hodnotách nadprůměrných, ale 6 (60 %) respondentek se naopak dostalo do hodnot podprůměrných do 200 bodů.

5. Emocionální pohoda – hodnoceno maximálně získáním 500 bodů, měla 5 položek a na výběr bylo u každé položky ze šesti možností ohodnocené 0–20–40–60–80–100 bodů.

Tabulka 6./ Table 6.

*Emocionální pohoda./ Emotional well-being.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
400–500	1	10%
301–400	4	40%
201–300	5	50%
101–200	0	0
0–100	0	0
$\Sigma$	10	100%

Emocionální pohoda byla polovinou respondentek hodnocena nadprůměrným skórem, 1 (10 %) respondentka měla rozmezí hodnocení 400–500 bodů a 4 (40 %) jí hodnotili 301–400 body. Pod průměrem byla druhá polovina 5 (50 %) respondentek, která jí hodnotila jen 201–300 body.

6. Fungování ve společnosti – obsahovala 2 položky a získat bylo možné maximálně 200 bodů. V každé položce byla možnost výběru z pěti odpovědí se skórem 0–25–50–75–100.

Tabulka 7./ Table 7.

*Fungování ve společnosti./ Social health.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
200	0	0%
151–199	3	30%
101–150	4	40%
0–100	3	30%
$\Sigma$	10	100%

Sedm (70 %) respondentek ohodnotilo své fungování ve společnosti jako podprůměrné, kdy ho hodnotily bodově 0–100 bodů 3 respondenty (30 %) a 4 (40 %) respondentky hodnotilo 101–150 body. Průměrné hodnocení volily 3 (30 %) respondentky.

7. Bolest – zde bylo možné dosáhnout maximálně 200 bodů za 2 položky. U první z položek byl na výběr z šesti odpovědí ohodnocen 0–20–40–60–80–100 body, u druhé byla možnost výběru z pěti možností se skóre 0–25–50–75–100.

Tabulka 8./ Table 8.

*Bolest./ Pain.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
200	2	20%
101–199	3	30%
0–100	5	50%
$\Sigma$	10	100%

V oblasti hodnocení bolesti se polovina 5 respondentek ocitla pod průměrem, kdy hodnocení kleslo pod 100 bodů nebo bylo rovno 100. Na druhé straně spektra hodnocení plného počtu bodů, byly 2 (20 %) respondentky a skóre 101–199 ohodnotily svůj pocit bolesti 3 (30 %) respondenty.

8. Zdraví obecně - obsahovalo 6 položek, s možností získání maximálně 600 bodů. U každé položky bylo možno vybírat ze šesti možností se skóre 0–20–40–60–80–100.

Tabulka 9./ Table 9.

*Omezení zapříčiněné fyzickým zdravím./ General health.*

body skóre/points score	počet respondentek/ number of respondents	%
501–600	0	0%
401–500	0	0%
301–400	3	30%
201–300	7	70%
101–200	0	0%
0–100	0	0%
$\Sigma$	10	100%

Hodnocení celkového zdraví osciluje u respondentek kolem průměru ve 3 (30 %) případech, kdy hodnotí svoje celkové zdraví 301–400 body. Podprůměrně pak hodnotí své celkové zdraví 7 (70 %) respondent. Více jak polovina, 6 respondentek (60 %) 201–300 body.

Vyjádření kvality života posunulo hodnocení výsledků zdravotní péče od čistě medicínského pohledu na hodnocení z pohledu pacienta samotného. Právě pacientovo vnímání jeho vlastního fyzického, duševního stavu a psychosociální funkce, celkové úrovně života se v posledních letech stalo důležitým tématem při vývoji nových nástrojů sloužících k hodnocení terapeutických efektů na QoL. QoL z pohledu pacienta se tak stává jedním ze základních sledovaných parametrů (Mitchel, Benito-León, Gonzáles & Rivera-Navarro, 2005).

Zahraniční studie prokazují, že pacienti s RS mají v dotaznících nižší skóre, tedy prokazatelně horší QoL než zdravá populace, a že existuje závislost QoL na věku, vzdělání či postavení v zaměstnání (Pekmezovic, Kisic Tepavcevic, Kostic & Drulovic, 2007).

Nevýhodou používání generických dotazníků je také malá citlivost k drobnějším změnám zdravotního stavu ovlivněného případnou léčbou. Problémy se zjišťováním QoL u nemocných s RS jsou studie, kdy je použit pouze jeden typ dotazníku pro nemocné v různých fázích choroby. V době začátku onemocnění jsou totiž pro nemocné důležité jiné věci než při její progresi. V případě pacientů s RS je také problém získat větší počet respondentů. Výše uvedené poznatky jsme získaly od poměrně malé skupiny nemocných.

Hodnocení QoL je velmi závislá na individualitě jedince, zejména na vnímání sebe sama. Velmi záleží na tom jak se pacient s RS při vyplňování dotazníku aktuálně cítí. Klinický obraz pacientů

s RS se může měnit velmi rychle. Záleží i na skutečnosti zda-li jedinec měl před onemocněním nějakou pohybovou zkušenost a jaký má na něj psychosomatický vliv pohyb. Hodnocení jednotlivých sledovaných kvalit z výše uvedených tabulkových hodnocení se ukázalo značně ambivalentní.

## Závěr

V neurologii se rozšiřuje testování QoL. Cílem je především hodnocení efektu léčby.

Z literárních pramenů je zřejmá snaha posoudit výsledek léčby komplexněji, nejen podle somatických a laboratorních markerů, ale i hodnocení výsledků terapie z pohledu pacienta samotného.

Praktické využití dotazníku QoL SF-36 ke zjištění vnímání QoL po ukončení pohybové jógové intervence, z důvodů charakteru onemocnění RS, nemá jako nástroj s úplnou vypovídající hodnotou o skutečném stavu QoL u pacientů s tímto onemocněním.

## Literatura

- Havrdová, E. (2005). *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf.
- Havrdová, E. et al. (2015). *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén.
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Jenkinson, C., Stewart-Brown, S., Petersen, S., & Paice, C. (1993). Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 46–50.
- SF-36.org. (2008). A community for measuring health outcomes using SF tools. Získáno 30. června 2018, z <https://campaign.optum.com/content/optum/en/optum-outcomes/what-we-do/health-surveys/sf-36v2-health-survey.html>.
- Mitchel, A. J., Benito-León, J., Gonzáles. J. M. M., & Rivera-Navarro J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology*, 4 (9), 556–566.
- Musilová, M. (2009). Ošetrovatelstvo a kvalita života. In D. Farkašová, D. et al. (Eds.), *Ošetrovatelstvo: teória*. Martin: Osveta.
- Pekmezovic, T., Kisić, Tepavcevic, D., Kostić, J., & Drulović J. (2007). Validation and cross-cultural adaptation of the disease-specific questionnaire MSQOL-54 in Serbian multiple sclerosis patients sample. *Quality of Life Research*, 16(8), 1383–1387.
- Petrusek, M., Miltová, A., & Vodáková, A. (2006). *Sociologické školy, směry, paradigmata*. Praha: Slon.
- Slováček, L., Slováčková, B., Jebavý, L., Blažek, M., & Kačerovský, J. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 73(1), 6–9.
- Šťastná, L. (2008). *Nástroje pro evaluaci preventivních léčebných programů - Dotazník 36*. Praha: Klinika adiktologie, I. LF. Získáno 30. června 2018, z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/Dotaznik-SF-36>.
- Vachová, M. (2012). Epidemie roztroušené sklerózy ve světě? *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, 75(6), 701–706.

**Ing. Bc. Ivana Reifenaue**

**UK FTVS KZTV**

**José Martího 31, 162 52 Praha 6**

**[ivana.reifenaue@gmail.com](mailto:ivana.reifenaue@gmail.com)**