

# VALIDITA SLOVENSKEJ SKRÁTENEJ VERZIE DOTAZNÍKA STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE (SS-QOL-12)

**Katarína Baňasová, Miriama Hudáková**

Ústav aplikovanej psychológie, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,  
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre  
[kbanasova@ukf.sk](mailto:kbanasova@ukf.sk), [mhadakova2@ukf.sk](mailto:mhudakova2@ukf.sk)

*Abstrakt:* Cieľom predkladanej štúdie je analýza validity slovenského prekladu nástroja Stroke Specific Quality of Life Scale – skrátenej verzie (SS-QoL-12; Post, Boosman, Van Zandvoort, Passier, Rinkel, & Visser-Meily, 2011). Ide o škálu na zisťovanie kvality života spojenú so zdravím u pacientov po cievnej mozgovej príhode. Na skúmanie konštruktivej validity sme zvolili koreláciu kvality života s inými konštruktmi, konkrétne išlo o úzkosť a depresiu z hospitalizácie a závislosť vo fungovaní pacientov. Výskumný súbor pozostával zo 79 pacientov – 51 mužov (64,6%) a 28 žien (35,4%), ktorí prekonalí CMP. Použili sme nasledovné meracie nástroje: Stroke Specific Quality of Life Scale – skrátenej verzie (SS-QoL-12, Post et al., 2011), Test aktivít každodenného života – Barthel index (Mahoney, Barthel, 1965), Škála úzkosti a depresie pri hospitalizácii (HADS; Zigmond, Snaith, 1983). Skúmané konštrukty (kvalita života, úzkosť a depresia z hospitalizácie, funkčná nezávislosť) preukázali očakávané vzťahy, čo môžeme považovať za dôkazy konštruktivej validity nástroja. Po komplexnom zhodnotení psychometrických vlastností nástroja, odporúčame škálu používať na výskumné účely v populácii pacientov po CMP.

*Kľúčové slová:* kvalita života spojená so zdravím, cievna mozgová príhoda, validita

## 1 ÚVOD

Cievna mozgová príhoda (CMP) je tretou najčastejšou príčinou smrti v rozvinutých krajinách (Mackay, Mensah, 2004). V nasledujúcich rokoch sa očakáva výrazné zvýšenie počtu ľudí, ktorí prekonalí cievnu mozgovú príhodu v dôsledku klesajúcej úmrtnosti populácie a jej starnutia (Sarti, Stegmayr, Tolonen, Mähönen, Tuomilehto, & Asplund, 2003; United Nations, 2009). Cievna mozgová príhoda je negatívna životná udalosť, na ktorú môžu pacienti reagovať depresiou, a to v závislosti od interakcie medzi osobnosťou a závažnosťou negatívnych fyzických, psychologických a sociálnych dôsledkov po cievnej mozgovej príhode (Aben, Verhey, Honig, Lodder, Lousberg, & Maes, 2001). Pacienti, ktorí prežijú cievnu mozgovú príhodu často zažívajú výrazný pokles v ich kvalite života súvisiacej so zdravím (Haley, Roth, Kissela, Perkins, & Howard, 2011; Darlington et. al, 2000). Za účelom spoľahlivého posúdenia kvality života pacientov po CMP je potrebné mať k dispozícii psychometricky kvalitný nástroj, ktorý by zároveň svojou dĺžkou nezaťažoval pacientov, nakoľko ľudia po prekonaní CMP často zažívajú problémy s pozornosťou a koncentráciou (Stroke association, nedat.; Spaccavento et. al, 2019). Preto je cieľom predkladanej štúdie v slovenských podmienkach overiť validitu skrátenej verzie dotazníka Stroke Specific Quality of Life Scale, ktorý v zahraničí vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (Post et al, 2011). Skrátenej verzie dotazníka Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12) obsahuje 12 položiek (oproti pôvodnej 49-položkovej verzii). Svojou dĺžkou sa tak javí ako výhodná na posúdenie kvality života pacientov po CMP v klinických podmienkach aj vo výskume (Post et al., 2011).

### **1.1 Kvalita života súvisiaca so zdravím u pacientov po cievnej mozgovej príhode**

Jednotná definícia kvality života neexistuje, avšak možno sa zhodnúť na tom, že ide o multidimenzionálny konštrukt, ktorý pozostáva najmenej z troch obštrných oblastí: fyzickej, mentálnej a sociálnej. Výskumníci a lekári často v medicíne využívajú koncepciu kvality života súvisiacej so zdravím, ktorá sa špecificky zameriava na vplyv choroby alebo liečby na subjektívnu pohodu a spokojnosť pacientov so životom (Jaracz, Kozubski, 2003). V kontexte našej štúdie venujeme pozornosť práve zmienenej koncepcii kvality života spojenej so zdravím u pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Vplyv cievnej mozgovej príhody na kvalitu života môže byť veľmi závažný (Ferrans, 2005). Pacienti po cievnej mozgovej príhode vnímajú nižšiu úroveň kvality života spojenú so zdravím než normálna populácia (Kauhanen et al., 2000), a to aj päť rokov po mŕtvici (DeWit et al., 2017). Prediktory kvality života spojenej so zdravím sú vek, fyzické postihnutie a funkčná nezávislosť (van Mierlo, Heugten, Post, Hoerkstra, & Visser-Meily, 2017). Výrazný vplyv na zotavenie a kvalitu života pacienta má aj komorbidity a jej liečba (Gdovinová, 2005). Kvalita života pacientov je tiež determinovaná depresiou, pohľavím, sociálnou oporou ale aj psychologickými premennými, akými sú napríklad zvládacie stratégie (Dančová, Turzáková, Baňasová, & Romanová, 2019; Carod-Artal, Egido, 2009). Kvalita života pacientov je výrazne znížená v dôsledku ochorenia mozgu, kde v súlade s Dančovou a Sollárom (2020) vnímame nutnosť náležitého priestoru pre realizáciu intervencií s cieľom znovunadobudnutia poškodených funkcií. Výskumy týkajúce sa hodnotenia kvality života pacientov po prekonaní cievnej mozgovej príhody sústreďujú svoju pozornosť na funkčné následky choroby, psychologické aspekty života a subjektívny pocit bytia (Solgajová, Sollár, Vörösová, & Zrubcová, 2017). Nástroj na meranie kvality života pacientov po CMP, ktorého validitu budeme v štúdiu overovať, umožňuje zhodnotiť kvalitu života spojenú so zdravím ako celok, ale tiež samostatne zhodnotiť fyzickú a psychosociálnu kvalitu života spojenú so zdravím. Post et al. (2011) považuje toto samostatné zhodnotenie za výhodné vzhľadom na potrebu poskytnúť profil rôznych aspektov zdravia.

### **1.2 Overenie validity slovenskej skrátenej verzie nástroja Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL-12)**

Cieľom predkladanej štúdie je overenie validity slovenskej skrátenej verzie dotazníka Stroke Specific Quality of Life Scale, a to konkrétne konštruktového aspektu validity prostredníctvom zisťovania konvergentnej a diskriminačnej validity. Konvergentnú validitu budeme skúmať zisťovaním vzťahu medzi kvalitou života spojenou so zdravím a funkčnou nezávislosťou (Barthelovej index) a diskriminačnú validitu prostredníctvom vzťahu kvality života s úzkosťou a depresiou z hospitalizácie.

#### **1.2.1 Vzťah kvality života spojenej so zdravím a funkčnej nezávislosti – konvergentná validita nástroja SS-QoL-12**

Ako sme už vyššie spomínali, pacienti, ktorí prežijú cievnu mozgovú príhodu často zažívajú výrazný pokles v ich kvalite života súvisiacej so zdravím (Haley et al., 2011; Darlington et al., 2009; Kauhanen et al., 2000). Mnoho pacientov musí prispôbiť svoj život pretrvávajúcim následkom CMP (Tielemans, Visser-Meily, Schepers, Post, & van Heugten, 2014) Podľa Adamčovej (2003) hlavný význam rehabilitácie u pacientov po CMP spočíva v zlepšení kvality života prostredníctvom zvýšenia miery samostatnosti a sebestačnosti a to v domácom prostredí (či prostredí dlhodobého pobytu postihnutého) alebo v spoločnosti. Podľa autorov Kim, Kim, a Kim (2014) je hlavným kritériom hodnotenia kvality života pacientov po CMP ich schopnosť nezávisle vykonávať každodenné aktivity, teda miera funkčnej nezávislosti. Autori zistili silné pozitívne korelácie medzi nezávislosťou pri vykonávaní denných aktivít a kvalitou života pacientov po CMP. Z uvedeného je

zrejme, že nezávislosť pri vykonávaní denných aktivít je výrazne asociovaná s kvalitou života pacientov po CMP a preto budeme konvergentnú validitu dotazníka SS-QoL-12 overovať prostredníctvom vzťahu medzi kvalitou života spojenou so zdravím a funkčnou nezávislosťou pri vykonávaní denných aktivít (Barthelovej index). **Očakávame, že kvalita života spojená so zdravím bude pozitívne korelovať s funkčnou nezávislosťou, čo bude podporou pre konvergentnú validitu nástroja SS-QoL-12.**

### **1.2.2 Kvalita života spojená so zdravím vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie – diskriminačná validita nástroja SS-QoL-12.**

Je známe, že u pacientov po CMP je riziko vzniku úzkosti a depresie (Stein et al., 2018). Prevalencia úzkosti a depresie u pacientov po prekonaní CMP sa uvádza v rozmedzí od 20 do 50 % (Frühwald, Löffler, Eherb, Saletub, & Baumhack, 2001). Depresia u pacientov po CMP je pomerne častou komplikáciou a môže ovplyvniť kvalitu života (Khedr, 2020). Depresia v akútnej fáze CMP je nezávislým prediktorom kvality života, a to v akútnej aj chronickej fáze CMP (Kim et al., 2018). Podobne aj úzkosť z hospitalizácie je asociovaná s nižšou kvalitou života u pacientov po CMP (Tang, Lau, Mok, Ungvari, & Wong, 2013). **Na základe uvedeného predpokladáme, že úzkosť a depresia z hospitalizácie v našej štúdií budú negatívne korelovať s kvalitou života u pacientov po CMP, čím overíme diskriminačnú validitu nástroja SS-QoL-12.**

## **2 METÓDY**

### **2.1 Výskumná vzorka**

Výskumná vzorka pozostávala zo 79 pacientov – 51 (64,6%) mužov a 28 žien (35,4%), ktorí prekonali cievnú mozgovú príhodu. Priemerný vek pacientov bol  $M_{vek} = 67,9$  (SD = 12,68). Uvádzame počet pacientov vzhľadom na typ CMP: pacientov s ischemickou cievnou mozgovou príhodou bolo 69 (87,3 %), pacientov s hemoragickou príhodou bolo 6 (7,6 %) a 4 pacienti neuviedli typ CMP (5,1%).

### **2.2 Meracie nástroje**

V štúdií overujeme validitu slovenskej skrátenej verzie dotazníka *Stroke Specific Quality of Life Scale*. Za účelom zisťovania konvergentnej a diskriminačnej validity bol použitý tiež nástroj na meranie funkčnej nezávislosti (*Barthelovej test základných denných aktivít – ADL*) a nástroj na meranie hospitalizačnej úzkosti a depresie (*The hospital anxiety and depression scale – HADS*). Použitie nástroje stručne charakterizujeme v nasledujúcom texte.

#### ***Stroke Specific Quality of Life Scale – skrátená verzia (SS-QoL-12, Post et al., 2011)***

Škála na zisťovanie kvality života pacientov po cievej mozgovej príhode je skrátenou verziou dobre validovaného meracieho nástroja *The Stroke Specific Quality of Life Scale*. Použili sme skrátenú verziu, pretože pri plnej verzii pacienti v rámci výskumov identifikovali problémy s udržaním pozornosti (Hütter, 1999). Pozostáva z 12 položiek, ktoré sa zlučujú do dvoch dimenzií: fyzickej a psychosociálnej. Pacientom je administrovaný dotazník s inštrukciou, vyjadriť sa k položkám, ktoré sa týkajú fungovania pacienta posledný týždeň. Odpovede sú formulované na stupnici 5-bodovej Likertovej škály od „vôbec som to nedokázal“ po „bez ťažkostí“. Vnútoraná konzistencia škály sa v prípade zahraničných štúdií ukazuje ako dobrá ( $\alpha = 0,77 - 0,89$ ). Skóre skrátenej verzie škály predstavovalo 88 – 95 % rozptylu pôvodnej verzie SS-QoL. Škála je vhodná pre všetky podskupiny cievej mozgovej príhody, a pretože pozostáva iba z 12 položiek, je tiež vhodná na administráciu v klinickom výskume (Post, et al., 2011).

### ***Activities of Daily Living test (ADL) – Barthel index (Mahoney, Barthel, 1965)***

Barthelovej index alebo Test aktivít každodenného života (Activities of Daily Living test) je určený na meranie autonómie resp. závislosti vo fungovaní pacientov (Mahoney, Barthel, 1965). Najčastejšie sa dotazník využíva v praxi ošetrovateľov a zdravotného personálu pri práci s pacientami, ktorí počas ochorenia alebo po jeho prekonaní zostali obmedzení v aktivitách, ktoré sú nevyhnutné pre bežné fungovanie človeka. Dotazník tvorí 10 otázok, ktoré sa pýtajú na pacientovu autonómiu alebo mieru závislosti v rôznych oblastiach života, napríklad osobnej hygieny, prijímania potravy, kontinencie stolice/moču a používania toalety, mobility pacienta a pod.. Položky sú hodnotené bodmi 0 alebo 5 pre aktivity: kúpanie a upratovanie; bodmi 0, 5 alebo 10 pre aktivity: chôdza po schodoch, používanie toalety, kontinencia moču, kontinencia stolice, obliekanie a schopnosť najesť sa; bodmi 0, 5, 10 alebo 15 pre aktivity: presun z postele na stoličku a späť, chôdza po rovnom povrchu (Mahoney, Barthel, 1965).

Maximálne skóre, ktoré môže respondent dosiahnuť je 100 bodov, pričom vyššia hodnota indikuje väčšiu autonómiu vo fungovaní. Na základe sumárneho skóre, ktoré pacient získal možno vyhodnotiť úroveň autonómie pacienta v nasledujúcich kategóriách: vysoká miera závislosti pacienta: 0 až 40 bodov; stredná miera závislosti pacienta: 45 až 65 bodov; mierna závislosť pacienta: 65 až 95 bodov; plná autonómia pacienta: 100 bodov (Mahoney, Barthel, 1965).

### ***Škála úzkosti a depresie pri hospitalizácii (HADS; Zigmond, Snaith, 1983)***

Škála je určená na meranie závažnosti depresie, úzkosti a ich symptómov, taktiež sa používa aj ako skriningový nástroj. HADS je sebvýpoved'ový dotazník pozostávajúci zo 14 položiek, ktoré tvoria dve subškály. Subškála úzkosti: HADS-A a subškála depresie HADS-D, pričom každú zachytáva 7 položiek. Probandi majú zaznačiť odpoveď, ktorá najlepšie zodpovedá pocitom, ktoré prežívali za obdobie posledných 7 dní ich hospitalizácie. Na jednotlivé položky odpovedajú pomocou štvorbodovej škály Likertovho typu, pričom vyššie skóre v tomto teste indikuje vyššiu úroveň prežívanej úzkosti a depresie (Zigmond, Snaith, 1983).

Výsledné skóre dosiahnuté v oboch subškálach umožňuje diferencovať viacero úrovní úzkosti a depresie a poskytnúť informáciu o miere závažnosti prežívaných pocitov úzkosti a depresie pacientov. Skóre v rozmedzí 0 až 7 bodov možno považovať za normálne, skóre 11 alebo vyššie naznačuje pravdepodobnú prítomnosť poruchy nálady a skóre 8 až 10 predstavuje hraničnú hodnotu prítomnosti psychických problémov u hospitalizovaného (Zigmond, Snaith, 1983).

## **2.3 Štatistické spracovanie dát**

Pri spracovaní dát sme použili software IBM SPSS Statistics 24.0. Konštruktívnu konvergentnú validitu a diskriminačnú validitu sme skúmali pomocou Pearsonovho a Spearmanovho korelačného koeficientu – v závislosti od distribúcie dát.

## **3 VÝSLEDKY**

V nasledujúcom texte prezentujeme výsledky zisťovania konvergentnej a diskriminačnej validity nástroja SS-QoL-12.

### **3.1 Vzťah kvality života spojenej so zdravím a funkčnej nezávislosti – konvergentná validita nástroja SS-QoL-12**

Za účelom overenia konvergentnej validity nástroja SS-QoL-12 sme korelovali kvalitu života s funkčnou nezávislosťou (Barthelovej index) u pacientov po CMP. Výsledky uvádzame v tab. 1.

Tab. 1 Vzťah kvality života a funkčnej nezávislosti

	Funkčná nezávislosť (Barthelovej index) $r_s$
Kvalita života	<b>0,673**</b>
Fyzická kvalita života	<b>0,675**</b>
Psychosociálna kvalita života	<b>0,528**</b>

Legenda:  $r_s$  – Spearmanov koeficient poradovej korelácie; \*\*  $p < 0,01$ .

Zistili sme, že celková kvalita života spojená so zdravím, ako aj fyzická kvalita života silno pozitívne koreluje s funkčnou nezávislosťou pacientov po CMP. Psychosociálna kvalita života koreluje s funkčnou nezávislosťou pozitívne stredne silno.

Bližšie sme sa pozreli na vzťah kvality života a funkčnej nezávislosti na úrovni jednotlivých domén kvality života. Výsledky prezentujeme v tab. 2.

Tab. 2 Vzťah domén kvality života s funkčnou nezávislosťou

	Funkčná nezávislosť $r_s$
Starostlivosť o seba	<b>0,603**</b>
Pohyblivosť	<b>0,671*</b>
Motorika horných končatín	<b>0,490**</b>
Jazyk	<b>0,351**</b>
Zrak	<b>0,410**</b>
Práca	<b>0,607**</b>
Myslenie	<b>0,276*</b>
Rodinné role	<b>0,475**</b>
Sociálne role	<b>0,401**</b>
Osobnosť	<b>0,232*</b>
Nálada	<b>0,234*</b>
Energia	<b>0,490**</b>

Legenda:  $r_s$  – Spearmanovej koeficient poradovej korelácie; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Funkčná nezávislosť pozitívne silno koreluje s tromi doménami kvality života: starostlivosť o seba, pohyblivosť a práca. Stredne silné pozitívne korelácie nachádzame medzi funkčnou nezávislosťou a nasledovnými doménami kvality života: motorika horných končatín, jazyk, zrak, rodinné role, sociálne role a energia. Domény myslenie, nálada a energia korelujú s kvalitou života spojenou so zdravím pozitívne slabšie.

### 3.2 Kvalita života spojená so zdravím vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie – diskriminačná validita nástroja SS-QoL-12

Korelovali sme kvalitu života s úzkosťou a depresiou z hospitalizácie za účelom overenia diskriminačnej validity nástroja SS-QoL-12. Výsledky uvádzame v tab. 3

Tab. 3 Kvalita života vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie

	Úzkosť r/r <sub>s</sub>	Depresia r/r <sub>s</sub>
Kvalita života	<b>-/-0,536**</b>	<b>-/-0,624**</b>
Fyzická kvalita života	<b>-/-0,521**</b>	<b>-/-0,661**</b>
Psychosociálna kvalita života	<b>-0,495**/-</b>	<b>-0,447**/-</b>

Legenda: r<sub>s</sub> – Spearmanovej koeficient poradovej korelácie; \*\* p < 0,01.

Výsledky poukazujú na to, že depresia z hospitalizácie negatívne silno koreluje s celkovou kvalitou života spojenou so zdravím a s fyzickou kvalitou života a negatívne stredne silno koreluje s psychosociálnou kvalitou života. Úzkosť z hospitalizácie negatívne stredne silno koreluje s celkovou kvalitou života spojenou so zdravím, ako aj s fyzickou a psychosociálnou kvalitou života.

## 4 DISKUSIA

Hlavným cieľom predkladanej štúdie bolo overiť validitu skrátenej verzie slovenského prekladu dotazníka Stroke Specific Quality Of Life Scale na súbore pacientov po prekonaní CMP. Zistenia poukazujúce na konvergentnú a diskriminačnú validitu nástroja SS-QoL-12 postupne diskutujeme.

### 4.1 Vzťah kvality života spojenej so zdravím a funkčnej nezávislosti – konvergentná validita nástroja SS-QoL-12

Konvergentnú validitu nástroja SS-QoL-12 sme zisťovali prostredníctvom skúmania vzťahu medzi kvalitou života spojenou so zdravím a funkčnou nezávislosťou pri vykonávaní denných aktivít (Barthelovej index). Konvergentná validita nám hovorí o tom, že ak očakávame silný vzťah konštruktu s určitou premennou, test by mal s iným testom merajúcim túto premennú vykazovať silný vzťah (Halama, 2005). Podľa autorov Kim et al. (2014) je hlavným kritériom hodnotenia kvality života pacientov po CMP ich schopnosť nezávisle vykonávať každodenné aktivity, teda miera funkčnej nezávislosti. Preto sme predpokladali, že konštrukt kvality života spojenej so zdravím bude vykazovať vzťah s funkčnou nezávislosťou u pacientov po CMP, a teda že nástroj SS-QoL-12 merajúci kvalitu života bude korelovať s Barthelovej indexom, ktorý hodnotí úroveň funkčnej nezávislosti pacientov po CMP, čo sa vo výsledkoch potvrdilo. Pozitívne silné korelácie sme zistili medzi funkčnou nezávislosťou a celkovou kvalitou života spojenou so zdravím, ako aj fyzickým aspektom kvality života. Stredne silná pozitívna korelácia sa preukázala pri vzťahu psychosociálnej kvality života a funkčnej nezávislosti. Výsledky sú v súlade so zisteniami autorov Kim et al. (2014), ktorí zistili silné pozitívne korelácie medzi nezávislosťou pri vykonávaní denných aktivít a kvalitou života pacientov po CMP. Zároveň výsledky potvrdzujú naše očakávania a sú tak podporou pre konvergentnú validitu nástroja SS-QoL-12.

Vzťah kvality života spojenej so zdravím a funkčnej nezávislosti sme skúmali aj na úrovni dvanástich domén kvality života, ktoré nástroj SS-QoL-12 umožňuje rozlíšiť (každá položka predstavuje jednu doménu kvality života; Post et al., 2011). Medzi jednotlivými doménami kvality

života a funkčnou nezávislosťou sa preukázali prevažne stredne silné a silné pozitívne korelácie, čo je v súlade s našim predpokladom o konvergentnej validite a vzťahu skúmaných konštruktov. V troch prípadoch sme zistili slabé pozitívne korelácie medzi danou doménou kvality života a funkčnou nezávislosťou, avšak išlo o domény, ktoré reprezentujú psychosociálnu kvalitu života. Aj na úrovni domén kvality života sa teda preukázalo, že funkčná nezávislosť je silnejšie asociovaná s fyzickou kvalitou života ako s psychosociálnou kvalitou života, čo sa však dá očakávať už pri pohľade na položky dotazníka SS-QoL-12 z časti fyzickej kvality života. Položky patriace do fyzickej kvality života (napr. „Potrebovali ste pomoc pri sprchovaní alebo kúpaní?“; „Mali ste problémy s každodennou prácou okolo domu?“) svojim obsahom viac korešpondujú s funkčným stavom človeka, od ktorého sa môže odvíjať odpoveď na dané položky. Uvedené môže byť vysvetlením pre slabšie korelácie domén psychosociálnej kvality života s funkčnou nezávislosťou v porovnaní s fyzickou kvalitou života, celkovo však preukázané vzťahy (ich smer aj sila) podporujú konvergentnú validitu nástroja SS-QoL-12.

#### **4.2 Kvalita života spojená so zdravím vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie – diskriminačná validita nástroja SS-QoL-12.**

Diskriminačnú validitu nástroja SS-QoL-12 sme zisťovali skúmaním vzťahu medzi kvalitou života spojenou so zdravím, ktorú nástroj SS-QoL-12 meria, a úzkosťou a depresiou z hospitalizácie, nakoľko je podľa Steina et al. (2018) známe, že u pacientov po CMP existuje riziko vzniku úzkosti a depresie. Depresia ovplyvňuje subjektívne hodnotenie pacienta. Pacienti s depresiou opisujú signifikantne častejšie prítomnosť bolesti ako pacienti bez depresívnych príznakov. Napriek tomu, že miera jednotlivých symptómov depresie je závislá od jej stupňa, príznaky depresie sa týkajú mnohých oblastí života pacienta s potenciálnym negatívnym efektom na celkovú kvalitu života (Korff, Simon, 1996; Mikulášková, Kačmárová, 2014). Höschl, Libiger a Švestka (2004) v tejto súvislosti uvádzajú, že depresia môže ovplyvniť kvalitu života pacientov dokonca negatívnejšie ako závažné somatické diagnózy. Podobne aj úzkostné poruchy celkovo znižujú kvalitu života a sociálnej fungovanie v mnohých oblastiach. Podľa Steina et al. (2018) sú úzkosť, depresia a posttraumatická porucha časté po cievnej mozgovej príhode, často sa vyskytujú spoločne a sú spojené s horšími výsledkami, akými sú napríklad funkčný stav, či pre nás kľúčová kvalita života. Vzhľadom na uvedené sme očakávali, že úzkosť a depresia sú asociované s nižšou kvalitou života u pacientov po CMP, čo sme považovali za podporu diskriminačnej validity nástroja SS-QoL-12. Konkrétne sme sa zamerali na konštrukty depresie a úzkosti z hospitalizácie, ktoré sme skúmali vo vzťahu ku kvalite života meranej nástrojom SS-QoL-12. Výsledky sú v súlade s našimi očakávaniami a vyššie uvedenými tvrdeniami, z ktorých sme pri skúmaní vzťahu kvality života, úzkosti a depresie z hospitalizácie vychádzali. Zistili sme, že čím vyššia je u pacientov úzkosť z hospitalizácie, tým nižšia je ich kvalita života – celková, fyzická aj psychosociálna, pričom vzťahy sa ukázali ako stredne silné. Podobne je to aj v prípade depresie – čím je vyššia úroveň depresie u pacientov, tým nižšia je ich kvalita života (pri celkovej kvalite života a fyzickej kvalite života išlo o silný vzťah a pri psychosociálnej kvalite života o stredne silný vzťah k depresii). K podobným výsledkom sa dopracovali autori Kim et al. (2018), podľa ktorých je depresia v akútnej fáze CMP prediktorom kvality života. Podobne aj úzkosť z hospitalizácie je podľa štúdie Tanga et al. (2013) asociovaná s nižšou kvalitou života pacientov po CMP. Naše zistenia tak korešpondujú s predošlými zisteniami, na základe ktorých sme stanovili predpoklady o vzťahu kvality života, úzkosti a depresie z hospitalizácie a sú tak zároveň podporou pre diskriminačnú validitu nástroja SS-QoL-12.

## 5 ZÁVER

Validitu nástroja SS-QoL-12 hodnotíme na základe predkladaných zistení ako dobrú. Realizované korelačné analýzy skúmajúce vzťah kvality života s funkčnou nezávislosťou a úzkosťou a depresiou podporujú konvergentnú a diskriminačnú validitu nástroja. Do budúceho výskumu však odporúčame zhodnotiť nie len konštruktívnu, ale aj kritériálnu validitu nástroja prostredníctvom vhodného kritéria. Po komplexnom zhodnotení psychometrických vlastností nástroja SS-QoL-12, odporúčame škálu používať na výskumné účely v populácii pacientov po CMP.

## LITERATÚRA

Aben, I., Verhey, F., Honig, A., Lodder, J., Lousberg, R., & Maes, M. (2001). Research into the specificity of depression after stroke: a review on an unresolved issue. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25(4), 671-689.

Adamčová, H. (2003). *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Triton.

Carod- Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases*, 27 (Suppl. 1), 204-214.

Dančová, K., & Sollár, T. (2020). Osobnosť pacienta ako determinant v procese rekonvalescencie po cievnej mozgovej príhode. *Diskuze v psychologii*, 2(1), 1-6.

Dančová, K., Turzáková, J., Baňasová, K., & Romanová, M. (2019). How do personality characteristics influence recovery after stroke? A literature review. *Pomáhajúce profesie*, 2(1), 17-29.

Darlington, A. S. E., Dippel, D. W., Ribbers, G. M., van Balen, R., Passchier, J., & Busschbach, J. J. (2009). A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(4), 237-241.

De Wit, L., Theuns, P., Dejaeger, E., Devos, S., Gantenbein, A. R., Kerckhofs, E., ... & Putman, K. (2017). Long-term impact of stroke on patients' health-related quality of life. *Disability and rehabilitation*, 39(14), 1435-1440.

Ferrans, C. E. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb, C. C. Gotay, & C. Snyder (Eds.), *Outcomes assessment in cancer: Measures, methods, and applications* (pp. 14-30). Cambridge University Press.

Frühwald, S., Löffler, H., Eher, R., Saletu, B., & Baumhackl, U. (2001). Relationship between depression, anxiety and quality of life: a study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. *Psychopathology*, 34(1), 50-56.

Gdovinová, Z. (2006). Komorbidita a cievne mozgové príhody. *Neurologie pro praxi*, 6(5), 245-247.

Halama, P. (2005). Princípy psychologickéj diagnostiky. Trnava, Trnavská Univerzita v Trnave.

Haley, W. E., Roth, D. L., Kissela, B., Perkins, M., & Howard, G. (2011). Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Quality of Life Research*, 20(6), 799-806.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie. 2.doplnené a opravené vydání*. Praha: Tegis.



- Hütter, B. O., Kreitschmann-Andermahr, I., Mayfrank, L., Rohde, V., Spetzger, U., & Gilsbach, J. M. (1999). Functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgical Management of Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage*, 157-174.
- Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(5), 324-329.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Nieminen, P., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(12), 1541-1546.
- Khedr, E. M., Abdelrahman, A. A., Desoky, T., Zaki, A. F., & Gamea, A. (2020). Post-stroke depression: frequency, risk factors, and impact on quality of life among 103 stroke patients—hospital-based study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 56(1), 1-8.
- Kim, K., Kim, Y. M., & Kim, E. K. (2014). Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *Journal of physical therapy science*, 26(3), 417-419.
- Kim, E. S., Kim, J. W., Kang, H. J., Bae, K. Y., Kim, S. W., Kim, J. T., ... & Kim, J. M. (2018). Longitudinal impact of depression on quality of life in stroke patients. *Psychiatry investigation*, 15(2), 141.
- Mackay, J., Mensah, G. A., & Greenlund, K. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, 14(2), 61-65.
- Mikulášková, G., & Kačmárová, M. (2014) Subjective assessed of the quality of life in depressive patient. *Individual and Society*, 17 (4), 36-45.
- Post, M. W., Boosman, H., Van Zandvoort, M. M., Passier, P. E., Rinkel, G. J., & Visser-Meily, J. M. (2011). Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(3), 283-286.
- Sarti, C., Stegmayr, B., Tolonen, H., Mähönen, M., Tuomilehto, J., & Asplund, K. (2003). Are changes in mortality from stroke caused by changes in stroke event rates or case fatality? Results from the WHO MONICA Project. *Stroke*, 34(8), 1833-1840.
- Solgajová, A., Sollár, T., Vorosova, G., & Zrubcová, D. (2017). Personality as significant predictor of post-stroke anxiety. *Neuroendocrinology Letters*, 38(4), 290-294.
- Spaccavento, S., Marinelli, C. V., Nardulli, R., Macchitella, L., Bivona, U., Piccardi, L., ... & Angelelli, P. (2019). Attention deficits in stroke patients: the role of lesion characteristics, time from stroke, and concomitant neuropsychological deficits. *Behavioural neurology*, 2019 (1-3), 1-12.
- Stein, L. A., Goldmann, E., Zamzam, A., Luciano, J. M., Messé, S. R., Cucchiara, B. L., ... & Mullen, M. T. (2018). Association between anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder and outcomes after ischemic stroke. *Frontiers in neurology*, 9, 890.
- Tang, W. K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2013). Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: a cross-sectional study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(12), 2535-2541.
- Tielemans, N. S., Visser-Meily, J. M., Schepers, V. P., Post, M. W., & van Heugten, C. M. (2014). Proactive coping poststroke: psychometric properties of the Utrecht Proactive Coping Competence Scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(4), 670-675.

United Nations (2009). *World Population Ageing 2009*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division.

Van Mierlo, M., Van Heugten, C. M., Post, M. W., Hoekstra, T., & Visser-Meily, A. (2017). Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. *Disability and rehabilitation*, 40(9), 997-1006.

Von Korff, M., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 168(Suppl 30), 101-108.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

## VALIDITY OF SLOVAK VERSION OF STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE (SS-QOL-12)

*Abstract:* The aim of the submitted research is to analyze the validity of the Slovak translation of the Stroke Specific Quality of Life Scale – a shortened version (SS-QoL-12; Post et al., 2011). It is a scale for assessment health-related quality of life in patients after stroke. To examine construct validity, the correlation quality of life with other constructs was chosen, specifically it was hospital anxiety and depression and functional dependence in patients. The sample consisted of 79 patients - 51 (64,6%) men and 28 women (35,4%) after stroke. We used the following measuring tools: Stroke Specific Quality of Life Scale – short version (SS-QoL-12, Post et al., 2011), Activities of Daily Living test (ADL) – Barthel index (Mahoney, Barthel, 1965), Hospital anxiety and depression scale (HADS; Zigmond, Snaith, 1983). Researched constructs (quality of life, hospital anxiety and depression and functional dependence) showed expected relationships, which can be considered as evidence of the construct validity of the tool. After a comprehensive evaluation of the psychometric properties of the tool, we recommend using the scale for research purposes in the stroke patient population.

*Keywords:* health related quality of life, stroke, validity

### **Grantová podpora:**

Príspevok vznikol ako súčasť riešenia grantového projektu *VEGA 1/0418/19 Zvládanie záťaže v procese rekonvalescencie po cievnej mozgovej príhode.*