



Subjektívne hodnotená kvalita života depresívnych pacientov

Gabriela Mikulášková, Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, Inštitút psychológie, mikulaskova@gmail.com

Monika Kačmárová, Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, Inštitút psychológie, monika.kacmarova@unipo.sk

MIKULÁŠKOVÁ, Gabriela - KAČMÁROVÁ, Monika. Subjective assessed of the quality of life in depressive patient. *Individual and Society*, 2014, Vol. 17, No. 4.

The objective of the research was to verify the relationship between the degree of depression and subjective assessment of the quality of life by means of the Subjective assessment of quality of life questionnaire (SAQL; Džuka, 2014) and WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) in a research sample of depressive patients. It consisted of 101 depressive patients, 31 males and 70 females, aged 24-76 years ($M = 51.32$, $SD = 11.49$). The SAQL questionnaire differentiates between the assessment of quality of life in the cognitive domain (26% of variance), in the psychosocial domain (24% of variance) and in the physical domain (13% of variance) depending on the degree of depression, with the exception of evaluation in the environmental domain. The WHOQOL-BREF questionnaire differentiates between quality of life in health and psychological domains (18% of variance) and in the environmental domain (9% of variance) depending on the degree of depression.

Quality of life. Subjective assessment of quality of life. Depressive patient.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0374-10

Teoretické východiská

Výskyt depresie má v poslednom období podľa mnohých autorov stúpajúcu tendenciu (Heretík sr., Heretík jr., Novotný, Pečeňák, Ritomský, 2003). Počet ľudí trpiacich touto psychickou poruchou sa v rámci dostupnej literatúry rôzni, čo je v rozhodujúcej miere ovplyvnené aj odlišnosťou použitých diagnostických nástrojov. Erst a Angst (1992) udávajú výskyt ťažkej depresie u 6.2% mužov a 15.1% žien, mníchovská komunitná štúdia uvádza bez zohľadnenia rodu 8.96% prevalenciu celoživotnej depresie (Witchen, Essau, Zerssen, Krieg, Zauding, 1992) a dánska štúdia uvádza 8% (Christensen, Bundgaard, Bech, 2001). Heretík sr., Heretík jr., Novotný, Pečeňák, Ritomský (2003) uskutočnili rozsiahlu epidemiologickú štúdiu na Slovensku a konštatujú výskyt depresie bez zohľadnenia rodu pri miernom stupni depresie 14.6%, pri strednom stupni depresie 5.3% a pri ťažkom stupni depresie 2.8%.

Ako vyplýva z uvedených štúdií jedná sa o pomerne frekventovanú psychickú poruchu, ktorej symptómy negatívne ovplyvňujú prežívanie pacientov. Höschl, Libiger a Švestka (2004) medzi obvyklé príznaky zaradzujú skleslú náladu, pokles aktivity, zhoršené sústredenie a pozornosť, znížené sebavedomie, poruchy spánku, nechúť do jedla, pocity viny a bezmocnosti. Okrem uvedených závažných symptómov sa

zistilo, že depresia ovplyvňuje aj subjektívne hodnotenie pacienta. Kroff a Simon (1996) napríklad uvádzajú, že pacienti s depresiou opisujú signifikantne častejšie prítomnosť bolesti ako pacienti bez depresívnych príznakov. Napriek tomu, že miera jednotlivých symptómov je závislá od stupňa depresie, príznaky depresie sa týkajú mnohých oblastí života pacienta s potenciálnym negatívnym efektom na celkovú kvalitu života. Hoschl, Libiger a Švestka (2004) v tejto súvislosti uvádzajú, že depresia môže ovplyvniť kvalitu života pacientov dokonca negatívnejšie ako závažné somatické diagnózy. Prehľad dostupnej literatúry poukazuje na to, že problematike skúmania kvality života u pacientov s diagnózou depresie je venovaná značná pozornosť, avšak na základe detailnejšej analýzy konštatujeme, že záujem výskumníkov sa sústreďuje na pacientov, u ktorých sa depresia vyskytuje v komorbidite s inými somatickými závažnými diagnózami. Vzhľadom na istý spoločný psychologický základ a patopsychologické mechanizmy depresie a nádorových ochorení (Maguire, 1997), sa výskum kvality života depresívnych pacientov najčastejšie realizuje práve u týchto pacientov (Bodurka-Bevers, Basen-Engquist, Carmack, Fitzgerald, Wolf, Moor, Gershenson, 2000). Keďže je depresia chápaná aj ako rizikový faktor vzniku kardiovaskulárnych ochorení (Sheps, Sheffield, 2001; Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Roose, Sheps, 2001) nachádzame štúdie venujúce sa súvislosti medzi kvalitou života pacientov s kardiovaskulárnymi ťažkosťami a depresiou (Mayou, Bryant, 1993).

Vedeckých štúdií, ktoré skúmajú kvalitu života depresívnych pacientov bez komorbidity, je podstatne menej. Renwick, Jackson, Foley, Owens, Ramperti, Behan, Anwar, Kinsella, Turner, Clarke, O'Callaghan (2012) skúmali kvalitu života depresívnych pacientov a skonštatovali výrazné zhoršenie kvality života v súvislosti so stupňom depresie. V súvislosti s hodnotením kvality života depresívnych pacientov vyvstáva problematickou predovšetkým otázka voľby nástroja. Ťažkosť pri voľbe vhodného nástroja je možné zhrnúť do troch skupín: 1) depresívni pacienti patria do kategórie pacientov s psychickou poruchou, kde sa uprednostňuje hodnotenie by proxy (Mikulášková, 2012), 2) generické nástroje nezohľadňujú individuálne ťažkosť pacientov s depresiou, 3) v klinickej praxi štandardne používaný WHOQOL-BREF používa pri hodnotení pojmy „spokojný/nespokojný“, čo u pacientov, pre ktorých je typická nespokojnosť v hodnotení rôznych oblastí života môže spôsobovať ťažkosť pri interpretácii zistení.

V práci sme z uvedených dôvodov použili na subjektívne hodnotenie kvality života depresívnych pacientov okrem WHOQOL-BREF tiež nový dotazník Subjektívne hodnotenie kvality života SHKŽ (Džuka, 2014), ktorý je určený pre široké spektrum bežnej zdravej populácie, ale aj choré, handicapované alebo marginalizované skupiny osôb. Autor dotazníka odmieta stotožňovanie kvality života so subjektívnou pohodou (well-being) a odporúča ju skúmať ako samostatný konštrukt s vlastným obsahom. Kvalita života predstavuje podľa Džuku (2013) subjektívne ohodnotenie významných oblastí života interného/osobného a externého/neosobného charakteru, a to na stupnici veľmi dobrý - veľmi zlý. Nejedná sa o vlastnosť osoby ani o jej emocionálny stav a nie sú to ani objektívne atribúty života jedinca alebo spokojnosť s nimi, pretože práve tie sú predmetom hodnotenia v prístupoch zamieňajúcich kvalitu života so subjektívnou pohodou alebo skúmajúcich samotnú subjektívnu pohodu.

Ak zhrnieme teoretické východiská, je možné konštatovať nasledujúce. Problematika subjektívneho hodnotenia kvality života depresívnych pacientov je v literatúre asociovaná takmer výhradne s problematikou iných závažných somatických ťažkostí. Táto skutočnosť opomína opakované závery štúdií, ktoré uvádzajú dopad prítomnosti depresie na široké spektrum nielen prežívania jedinca, ale sekundárne na hodnotenie jeho života. Generický nástroj merania so zdravím súvisiacej kvality života (health related quality of life, HRQoL), WHOQOL-BREF zameraný na klinické subpopulácie explicitne používa pri hodnotení aspektov kvality života pojmy „spokojný/nespokojný“, čo môže nežiaducim spôsobom ovplyvniť výpovede pacientov s depresiou.

Cieľom štúdie bolo overiť, 1) či hodnotenie kvality života depresívnych pacientov v jednotlivých oblastiach súvisí so stupňom depresie jedincov, 2) porovnať subjektívne hodnotenie kvality života depresívnych pacientov pomocou dotazníka WHOQOL-BREF a pomocou dotazníka domácej proveniencie SHKŽ a 3.) overiť či rod a vek súvisí s hodnotením kvality depresívnych pacientov.

Metóda

Výskumný súbor

Tvorilo ho 101 depresívnych pacientov, 31 mužov a 70 žien vo veku 24-76 rokov (priemerný vek 51.32; SD = 11.49). Pre účely výskumu sme výskumný súbor rozdelili podľa stupňa depresivity do troch skupín - ľahký stupeň depresie (13 pacientov), stredný stupeň depresie (59 pacientov) a ťažký stupeň depresie (29 pacientov). Stupeň depresie bol určený nezávislými expertmi, a teda psychiatrom a klinickým psychológom. Psychiater stanovil stupeň depresie na základe štandardného psychiatrického vyšetrenia, t.j.

hodnotenia objektívnej anamnézy a rozhovoru s pacientom, ktorý bol zameraný na prítomnosť, intenzitu a trvácnosť symptómov depresie - poruchy nálady, neodkloniteľnosť nálady, trvanie depresie aspoň dva týždne, poruchy spánku, nechutenstvo, ranné pesimá, pocity bezmocnosti, zúfalstva, nízke sebahodnotenie a pokles výkonnosti. Počas psychologického vyšetrenia boli administrované psychologické diagnostické nástroje zamerané na prítomnosť a intenzitu depresie. Bola použitá Beckova škála depresie, škály úzkosti a úzkostlivosti, osobnostné dotazníky a dopĺňujúce projektívne techniky (Kresba postavy, Baum test a Rorschachov test). Psychologické vyšetrenie zároveň zahŕňalo rozhovor s pacientom. Pri pacientoch anamnesticky hospitalizovaných bola realizovaná dlhodobejšia observácia na psychiatrickom oddelení. Pacienti užívali psychofarmaká, boli zrovnocnení v type indikovaných psychofarmak, depresívni pacienti so somatickou diagnózou boli vylúčení z výskumného súboru. Zber údajov prebiehal individuálne, nenáhodným príležitostným výberom, v prostredí psychiatrických ambulancií a účasť vo výskume bola dobrovoľná a anonymná. Do analýzy údajov boli zaradené len kompletne vyplnené dotazníky, pre neúplnosť údajov z nej bolo vylúčených osem dotazníkov.

Výskumné nástroje

Dotazník Subjektívne hodnotenie kvality života (SHKŽ) (Džuka, 2014) bol skonštruovaný na základe multidimenzionálneho modelu významných oblastí kvality života (Džuka, 2013) a meria daný konštrukt v štyroch empiricky overených oblastiach (psychosociálnej, environmentálnej, kognitívnej a fyzickej) pomocou 29 položiek a 5-bodovej odpovedovej stupnice, kde 5 = veľmi dobrá a 1 = veľmi zlá. Jednotlivé položky reprezentujú rôzne skutočnosti, ktoré môžu mať vzťah k súčasnej kvalite života respondenta. Uvedieme príklad znenia položky č. 15 z fyzickej oblasti: „Telesná odolnosť môjho organizmu je“. Súčtom skóre v položkách patriacich k jednotlivým oblastiam dosiahneme informáciu o subjektívnom hodnotení každej z opytovaných oblastí. Výpočet celkovej kvality života získame súčtom skóre z jednotlivých oblastí. Na overenie vnútornej konzistencie subškál nástroja bola použitá Cronbachova alfa a jej hodnoty sú pre psychosociálnu oblasť $\alpha = .84$, fyzickú oblasť $\alpha = .85$, environmentálnu oblasť $\alpha = .79$, a pre kognitívnu oblasť $\alpha = .87$. Z výsledkov skewness vyplynulo, že údaje boli normálne rozložené (hodnoty skewness boli v rozmedzí -.087 až do -1.05). Zrozumiteľnosť položiek pre skupinu pacientov s depresiou bola overovaná v predvýskume a konštatujeme, že žiadne reformulácie ani zmeny neboli potrebné.

Dotazník WHOQOL-BREF je 26-položkový generický nástroj na meranie kvality života v štyroch oblastiach/doménach: fyzické zdravie (7 položiek), prežívanie (6 položiek), sociálne vzťahy (3 položky), prostredie (8 položiek) a dve samostatné položky hodnotia celkovú kvalitu života a spokojnosť so zdravotným stavom (WHOQOL Group, 1998). Vo výskume sme použili slovenskú verziu, ktorej preklad realizoval D. Kováč. Položky dotazníka sú hodnotené na 5-bodovej Likertovej škále vyjadrujúcej frekvenciu, intenzitu, kapacitu alebo spokojnosť s uvedenými skutočnosťami a skóre v jednotlivých doménach vznikne súčtom skóre príslušných položiek. Hodnoty Cronbachovej alfy pre jednotlivé domény boli nasledovné: DOM1 (fyzické zdravie) $\alpha = .77$, DOM2 (prežívanie) $\alpha = .82$, DOM3 (sociálne vzťahy) $\alpha = .50$, DOM4 (prostredie) $\alpha = .79$. Pri hodnotení hodnoty Cronbachovej alfy sme vychádzali z odporúčaní Džuku (2014), ktorý hodnoty vnútornej konzistencie $\alpha < .70$ uvádza ako neadekvátne. V oblasti fyzické zdravie sa problematickou javila byť položka č. 15, ktorej korigovaná korelácia s celkovým skóre vykazovala slabý korelačný vzťah ($r = .031$), a zároveň zásadným spôsobom znižovala vnútornú konzistenciu domény. Z uvedených dôvodov ju bolo nutné vylúčiť, čím stúpila aj hodnota Cronbachovej alfy v tejto doméne na $\alpha = .84$. Vzhľadom na neprijateľnú hodnotu Cronbachovej alfy v doméne sociálne vzťahy ($\alpha = .50$), ktorá pozostáva len z troch položiek, čo znemožňuje ich prípadnú elimináciu, sme túto doménu celkovo vylúčili z ďalšej analýzy. Výsledky skewness v troch zvyšných subškálach poukazujú na normálne rozloženie údajov (hodnoty skewness boli v rozmedzí -.283 až do -.998).

V rámci sociodemografických premenných sme u depresívnych pacientov zisťovali vek a rod.

Výsledky

Výpočty sme realizovali s využitím analýzy kovariancie (ANCOVA), kde vek bol kovariátom a vstupujúcimi nezávislými premennými boli rod a stupeň depresie.

Predpokladali sme, že hodnotenia skúmaných oblastí nebudú závislé od rodu ani od stupňa depresivity.

Získané údaje boli spracované v štatistickom softvéri SPSS 19.0. Normalita rozloženia údajov bola testovaná pomocou skewness (zošikmenie). Reliabilitu identifikovaných faktorov sme zisťovali pomocou Cronbachovej alfy.

Kvalita života depresívnych pacientov meraná dotazníkom SHKŽ

Tabuľka 1: Výsledky deskriptívnych ukazovateľov dotazníka SHKŽ podľa stupňa depresie

| Oblasti SKHŽ | M | SD |
|------------------------|-------|------|
| Psychosociálna oblasť | | |
| ľahká depresia | 3.995 | .129 |
| stredne ťažká depresia | 3.761 | .063 |
| ťažká depresia | 3.190 | .098 |
| Fyzická oblasť | | |
| ľahká depresia | 3.680 | .165 |
| stredne ťažká depresia | 3.389 | .080 |
| ťažká depresia | 2.943 | .125 |
| Kognitívna oblasť | | |
| ľahká depresia | 3.891 | .157 |
| stredne ťažká depresia | 3.406 | .076 |
| ťažká depresia | 2.744 | .119 |

Pozn.: v environmentálnej oblasti neboli zistené signifikantné rozdiely.

Deskriptívne ukazovatele v tabuľke 1 poukazujú na to, že najvyššie priemerné skóre kvality života vykazovali pacienti s ľahkým stupňom depresie v psychosociálnej oblasti, za ňou nasledovala kognitívna oblasť a najnižšie priemerné skóre bolo zistené vo fyzickej oblasti.

Pacienti so stredným stupňom depresie vykazovali najvyššie skóre kvality života rovnako v psychosociálnej oblasti, za ňou nasledovala fyzická oblasť a najnižšie priemerné skóre bolo zistené v kognitívnej oblasti. Pacienti s ťažkým stupňom depresie vykazovali najvyššie skóre kvality života obdobne v psychosociálnej oblasti, za ňou nasledovala fyzická oblasť a najnižšie priemerné skóre bolo zistené v kognitívnej oblasti.

Výsledky analýzy údajov zistených pomocou SHKŽ sú v tabuľke 2.

Tabuľka 2: Výsledky ANCOVA pre rod a stupeň depresie ako nezávislé premenné, vek ako kovariáta oblasti kvality života v dotazníku SHKŽ ako závislé premenné (N = 101)

| Zdroj variancie | Suma štvorcov | df | F | p | eta ² |
|-------------------------------|---------------|-----|--------|------|------------------|
| Psychosociálna oblasť | | | | | |
| vek | .001 | 1 | .003 | .954 | .000 |
| rod | .129 | 1 | .635 | .428 | .007 |
| diagnóza | 6.510 | 2 | 16.001 | .000 | .254 |
| rod*diagnóza | .107 | 2 | .262 | .770 | .006 |
| Chyba | 19.121 | 94 | | | |
| Celkom | 1369.250 | 101 | | | |
| Environmentálna oblasť | | | | | |
| vek | .104 | 1 | .594 | .443 | .006 |
| rod | .378 | 1 | 2.157 | .145 | .022 |
| diagnóza | .660 | 2 | 1.884 | .158 | .039 |
| rod*diagnóza | .410 | 2 | 1.170 | .315 | .024 |
| Chyba | 16.474 | 94 | | | |
| Celkom | 1659.224 | 101 | | | |
| Fyzická oblasť | | | | | |
| vek | .527 | 1 | 1.588 | .211 | .017 |
| rod | .000 | 1 | .001 | .975 | .000 |
| diagnóza | 4.784 | 2 | 7.212 | .001 | .133 |
| rod*diagnóza | .062 | 2 | .093 | .911 | .002 |
| Chyba | 31.179 | 94 | | | |
| Celkom | 1133.143 | 101 | | | |
| Kognitívna oblasť | | | | | |
| vek | .275 | 1 | .920 | .340 | .010 |
| rod | .003 | 1 | .011 | .916 | .000 |
| diagnóza | 11.250 | 2 | 18.839 | .000 | .289 |
| rod*diagnóza | .389 | 2 | .666 | .516 | .014 |
| Chyba | 28.068 | 94 | | | |
| Celkom | 1130.531 | 101 | | | |

Poznámka: df - počet stupňov voľnosti, F - testovacie kritérium, p - hodnota hladiny významnosti, eta² - veľkosť efektu

Najvýznamnejším sa ukázal efekt diagnózy na kognitívnu oblasť kvality života. Pacienti s ľahkým stupňom depresie, pacienti so stredným stupňom depresie a pacienti s ťažkým stupňom depresie sa významne líšia v hodnotení kvality života v kognitívnej oblasti (F = 18.83; p = .005), kde podiel stupňa depresie vysvetľuje až 29% jej variancie, čo znamená, že až 29 percent efektu na zhoršení kvality života vysvetľuje samotné ochorenie. Podiel rodu na variancii danej oblasti interpretovaný prostredníctvom koeficientu eta² bol takmer nulový.

Ďalším významným efektom bol efekt diagnózy na psychosociálnu oblasť. Pacienti s ľahkým stupňom depresie, pacienti so stredným stupňom depresie a pacienti s ťažkým stupňom depresie sa významne líšia v hodnotení kvality života v psychosociálnej oblasti (F = 16.00; p = .005), podiel diagnózy vysvetľuje v tomto prípade 25% variancie, čo znamená, že až 25 percent efektu na zhoršení kvality života v psychosociálnej oblasti vysvetľuje stupeň depresie. Podiel rodu na variancii interpretovaný prostredníctvom koeficientu eta² bol podobne ako v kognitívnej oblasti takmer nulový.

Podobne významným sa ukázal efekt diagnózy na fyzickú oblasť. Pacienti s ľahkým stupňom depresie, pacienti so stredným stupňom depresie a pacienti s ťažkým stupňom depresie sa významne líšia v hodnotení kvality života vo fyzickej oblasti (F = 7.21; p = .005), podiel diagnózy vysvetľuje v tomto prípade 13% variancie, čo znamená, že 13 percent efektu na zhoršení kvality života vo fyzickej oblasti vysvetľuje stupeň depresie. Podiel rodu na variancii tejto oblasti interpretovaný prostredníctvom koeficientu eta² bol zanedbateľný.

Efekt diagnózy sa nepreukázal len pri hodnotení kvality života v environmentálnej oblasti, kde rovnako

nevýznamným bol ani vplyv rodu.

Kvalita života depresívnych pacientov meraná dotazníkom WHOQOL-BREF

Tabuľka 3: Výsledky deskriptívnych ukazovateľov dotazníka WHOQOL-BREF podľa stupňa depresie

| Oblasti WHOQOL-BREF | M | SD |
|--------------------------|-------|------|
| Oblasť zdravia | | |
| ľahká depresia | 3.525 | .179 |
| stredne ťažká depresia | 2.969 | .087 |
| ťažká depresia | 2.510 | .136 |
| Oblasť prežívania | | |
| ľahká depresia | 3.705 | .163 |
| stredne ťažká depresia | 3.329 | .079 |
| ťažká depresia | 2.824 | .124 |
| Oblasť prostredia | | |
| ľahká depresia | 3.566 | .129 |
| stredne ťažká depresia | 3.631 | .063 |
| ťažká depresia | 3.280 | .098 |

Deskriptívne ukazovatele v tabuľke 3 poukazujú na to, že v dotazníku WHOQOL-BREF vykazovali pacienti s ľahkým stupňom depresie najvyššie skóre v oblasti prežívania, za ňou nasledovala oblasť prostredia a najnižšie priemerné skóre bolo zistené v oblasti zdravia. Pacienti so stredným stupňom depresie vykazovali pri hodnotení kvality života najvyššie skóre v oblasti prostredia, za ňou nasledovala oblasť prežívania a najnižšie priemerné skóre bolo zistené v oblasti zdravia. Pacienti s ťažkým stupňom depresie vykazovali najvyššie skóre pri hodnotení kvality života v oblasti prostredia, za ňou nasledovala oblasť prežívania a najnižšie priemerné skóre bolo zistené v oblasti zdravia.

Výsledky analýzy údajov zistené prostredníctvom WHOQOL-BREF sú v tabuľke 4.

Tabuľka 4: Výsledky ANCOVA pre rod a stupeň depresie ako nezávislé premenné, vek ako kovariát a oblasti kvality života v dotazníku WHOQOL-BREF ako závislé premenné (N = 101)

| Zdroj variácie | Suma štvorcov | Df | F | p | eta ² |
|--------------------------|---------------|-----|--------|------|------------------|
| Oblasť zdravia | | | | | |
| vek | 1.418 | 1 | 3.629 | .060 | .037 |
| rod | .195 | 1 | .499 | .482 | .005 |
| diagnóza | 8.042 | 2 | 10.290 | .000 | .180 |
| rod*diagnóza | .069 | 2 | .088 | .916 | .002 |
| Chyba | 36.732 | 94 | | | |
| Celkom | 892.722 | 101 | | | |
| Oblasť prežívania | | | | | |
| vek | .001 | 1 | .004 | .952 | .000 |
| rod | .019 | 1 | .059 | .809 | .001 |
| diagnóza | 6.632 | 2 | 10.260 | .000 | .179 |
| rod*diagnóza | .251 | 2 | .389 | .679 | .008 |
| Chyba | 30.381 | 94 | | | |
| Celkom | 1102.778 | 101 | | | |
| Oblasť prostredia | | | | | |
| vek | .095 | 1 | .469 | .495 | .005 |
| rod | .045 | 1 | .223 | .638 | .002 |
| diagnóza | 1.869 | 2 | 4.590 | .013 | .089 |
| rod*diagnóza | .054 | 2 | .133 | .876 | .003 |
| Chyba | 19.135 | 94 | | | |
| Celkom | 1278.531 | 101 | | | |

Poznámka: df - počet stupňov voľnosti, F - testovacie kritérium, p - hodnota hladiny významnosti, eta² - veľkosť efektu

Najvýznamnejšie sa ukázali efekty diagnózy na oblasť zdravia a oblasť prežívania. Pacienti s ľahkým stupňom depresie, pacienti so stredným stupňom depresie a pacienti s ťažkým stupňom depresie sa významne líšia v hodnotení kvality života v oblasti zdravia ($F = 10.29$;

$p < .001$), podiel diagnózy vysvetľuje až 18% variácie, čo znamená, že 18 percent efektu na zhoršení kvality života v tejto oblasti vysvetľuje samotné ochorenie. Podiel rodu na variancii interpretovaný prostredníctvom koeficientu eta² bol nulový.

Podobne významným efektom sa ukázal efekt diagnózy na oblasť prežívania. Pacienti s ľahkým stupňom depresie, pacienti so stredným stupňom depresie a pacienti s ťažkým stupňom depresie sa významne líšia v hodnotení kvality života v oblasti prežívania ($F = 10.26$; $p < .001$), podiel diagnózy vysvetľuje aj v tomto prípade 18% variácie, a teda 18 percent efektu na zhoršení kvality života v danej oblasti vysvetľuje stupeň depresie. Podiel rodu na variancii interpretovaný prostredníctvom koeficientu eta² bol podobne ako v oblasti zdravia nulový.

Významným sa ukázal aj efekt diagnózy na oblasť prostredia. Pacienti s ľahkým stupňom depresie, pacienti so stredným stupňom depresie a pacienti s ťažkým stupňom depresie sa významne líšia v hodnotení kvality života v oblasti prostredia ($F = 4.59$; $p = .013$), podiel diagnózy vysvetľuje v tomto prípade 9% variácie, konštatujeme, že 9 percent efektu na zhoršení kvality života v tejto oblasti vysvetľuje stupeň depresie. Podiel rodu na variancii interpretovaný prostredníctvom koeficientu eta² bol nulový.

Diskusia

Cieľom štúdie bolo overiť, či hodnotenie kvality života v jednotlivých oblastiach súvisí so stupňom depresie jedincov, a zároveň porovnať subjektívne hodnotenie kvality života pomocou dotazníka WHOQOL-BREF a pomocou dotazníka domácej proveniencie SHKŽ. Podstatnou súčasťou výskumu bolo overiť vhodnosť samotného použitia dotazníka SHKŽ (Džuka, 2014), ktorý by mal byť podľa jeho autora

použitelný nielen pre populáciu zdravých, ale aj populáciu osôb trpiacich somatickým alebo iným ochorením.

Môžeme konštatovať niekoľko významných zistení, ktoré sa týkajú jednak použiteľnosti zvolených nástrojov a jednak samotných výsledkov ich administrácie a následnej analýzy.

Realizovaný výskum potvrdzuje použiteľnosť oboch nástrojov WHOQOL-BREF aj SHKŽ vo výskume kvality života v skupine pacientov s depresiou. Preukázaná vnútorná konzistencia dotazníka SHKŽ dosahuje akceptovateľné hodnoty, čo je pozitívnym zistením z hľadiska ďalšieho používania dotazníka nielen pre skupinu depresívnych pacientov. Hodnoty Cronbachovej alfy sú dokonca vyššie ako vo východiskovom výskume u vysokoškolákov, kde koeficient vnútornej konzistencie v rámci identifikovaných štyroch faktorov bol totožný v troch oblastiach ($\alpha = .77$), s výnimkou kognitívnej ($\alpha = .74$) (Džuka, Grützemann, 2014). Z porovnania SHKŽ a WHOQOL-BREF vyplýva, že v našom výskume dotazník WHOQOL-BREF (štandardne využívaný najmä u chorých osôb) vykazuje približne rovnakú alebo dokonca nižšiu reliabilitu ako SHKŽ, a to vo všetkých oblastiach. Zásadným rozdielom pri porovnaní reliability oboch nástrojov je hodnotenie psychosociálnej oblasti kvality života depresívnych pacientov. Hodnota Cronbachovej alfy SHKŽ ($\alpha = .84$) v psychosociálnej oblasti pri porovnaní s nepostačujúcou reliabilitou ($\alpha = .50$) sociálnej oblasti WHOQOL-BREF poukazuje na to, že dotazník SHKŽ môže byť dokonca vhodnejším nástrojom pre jej meranie v danej skupine pacientov. Na problematickú oblasť sociálnych vzťahov vo WHOQOL-BREF upozornili viacerí autori (Chen, Wu, Yao, 2006; Skevington, Dehner, Gillison, McGrath, Lovell, 2014), ktorí uvádzajú, že niektoré položky (napríklad týkajúce sa sexuality) môžu byť problematické. WHOQOL-BREF bol síce overovaný na rozsiahlom výskumnom súbore (Skevington, 2004), kde oblasť sociálne vzťahy vykazovali vyššiu reliabilitu ($\alpha = .68$), avšak tento výskum bol realizovaný na netriedenej vzorke chorých osôb a nie na špecifickej vzorke depresívnych pacientov.

Efekt diagnózy na hodnotenie kvality života sa prejavil v oboch merných nástrojoch, avšak zároveň konštatujeme, že dotazník SHKŽ celkovo silnejšie diskriminoval medzi jednotlivými stupňami depresie. Najvýznamnejším sa ukazuje efekt diagnózy na kognitívnu oblasť SHKŽ, ktorý vysvetľuje až 29% variácie (možnosť porovnať s WHOQOL-BREF vzhľadom na to, že kognitívna oblasť v ňom nie je zahrnutá, absentuje). Konštatujeme, že položky, ktoré sú zamerané na subjektívne hodnotenie kognitívnych procesov (napríklad položka č. 4 „Pamäť mám“, položka č. 9 „Moja schopnosť rozhodnúť sa“) diskriminujú medzi stupňami depresie najsilnejšie. Pri opise symptómov depresie (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) medzi ďalšie časté príznaky zahŕňajú poruchy koncentrácie a spomalené myslenie, avšak tak závažný dopad stupňa depresie na kognitívnu oblasť kvality života nie je v literatúre dostatočne podchytený. Tento výsledok je nutné interpretovať nielen samotným ochorením, ale aj indikovanými psychofarmakami, ktoré môžu mať nežiaduce vedľajšie účinky na kognitívne procesy. Naše zistenia je nevyhnutné overiť ďalším výskumom, najmä vzhľadom na to, že efekt stupňa depresie na subjektívne hodnotenie kognitívnych procesov je silnejší ako v literatúre často uvádzaný efekt na prežívanie a sociálne vzťahy.

Nepriaznivý dopad na subjektívne hodnotenie kvality života sa prejavil aj v sociálnopsychologickej oblasti, kde sme zistili 25% efekt stupňa depresie na zhoršenie kvality života v tejto oblasti. Môžeme konštatovať, že položky SHKŽ týkajúce sa prežívania a sociálnych vzťahov (napríklad položka č. 1 „Prevažne sa cítim“, položka č. 5 „Oporu v iných ľuďoch mám“) diskriminujú medzi stupňami depresie, t.j. kvalita života v tejto oblasti sa zhoršuje spolu so symptómami depresie. Naše zistenia korešpondujú s opisovanými symptómami depresie - anhedónia, strata záujmov, iritabilita, a predovšetkým depresívna nálada (Rudolf, 1990). Ako sme už uviedli skôr, porovnanie so sociálnou oblasťou WHOQOL-BREF absentuje kvôli nízkej reliabilite tejto škály v našom výskume. Pokiaľ by sme porovnali výsledky v sociálnopsychologickej oblasti SHKŽ so škálou prežívania WHOQOL-BREF v tomto dotazníku sa preukázal nižší, len 18% efekt stupňa ochorenia na kvalitu života. Vzhľadom na to, že depresia je asociovaná aj so subjektívnymi pocitmi sociálnej izolácie (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) si rozdiel vysvetľujeme položkami v SHKŽ, zameranými na hodnotenie sociálnych vzťahov, ktoré mohli zvýrazniť negatívny dopad na hodnotenie kvality života.

Hodnotenie zdravia (vo WHOQOL-BREF) a hodnotenie fyzickej oblasti (v SHKŽ) sa podobne ukázalo diskriminujúce medzi stupňami depresie. Pokiaľ bol efekt meraný dotazníkom WHOQOL-BREF je efekt významnejší a vysvetľuje až 18% variácie (oproti 13% vo SHKŽ), čo znamená, že škála zdravia viac diferencuje medzi stupňami depresie. Pri interpretácii je dôležité zohľadniť skutočnosť, že dotazník WHOQOL-BREF je zameraný na zisťovanie kvality života súvisiacej so zdravím (HRQoL), čo mohlo spôsobiť väčšiu citlivosť práve tohto nástroja. Napriek tomu, že dotazník SHKŽ (napríklad položka č. 2 „Moje telesné zdravie je“, položka č. 15 „Telesná odolnosť môjho organizmu je“) nebol primárne skonštruovaný pre účely použitia v populácii chorých osôb, táto škála dostatočne diskriminuje medzi stupňami ochorenia.

Efekt diagnózy sa preukázal pri hodnotení prostredia, v prípade, ak bol efekt meraný WHOQOL-BREF. Výsledky poukazujú na 9% efekt stupňa depresie na to, ako depresívni pacienti hodnotia kvalitu života v doméne prostredie. Pokiaľ bol efekt meraný environmentálnou škálou SHKŽ, dopad stupňa depresie sme nezaznamenali. Pri interpretácii je potrebné zmieniť, že WHOQOL-BREF pri hodnotení prostredia používa pojmy „spokojný/nespokojný“, čo u pacientov, pre ktorých je príznačná subjektívna nespokojnosť (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) môže ovplyvniť ich výpovede. Formulácia položiek v SHKŽ (napríklad položka č. 16 „Čistota prostredia, v ktorom žijem“) na rozdiel od WHOQOL-BREF nezahŕňa mieru spokojnosti so subjektívnymi podmienkami, ale pýta sa na jeho kvalitu na stupnici veľmi dobrá - veľmi zlá.

Záver

Na základe výskumu môžeme konštatovať nasledujúce:

- 1) Výsledky zistené v skupine depresívnych pacientov sú v jednotlivých oblastiach nezávislé od rodu, čo možno interpretovať ako dôkaz diskriminačnej validity dotazníka SHKŽ.
- 2) Škály SHKŽ veľmi silno diferencovali medzi stupňami depresie a s výnimkou environmentálnej oblasti boli efekty silnejšie ako v prípade dotazníka WHOQOL-BREF, pričom škála kognitívna oblasť diferencuje najsilnejšie (29% variancie).
- 3) Efekt diagnózy sa prejavil významne aj v psychosociálnej oblasti (26% variancie), pokiaľ bol meraný dotazníkom SHKŽ (WHOQOL-BREF vykazoval nízku reliabilitu)
- 4) Negatívny dopad na hodnotenie kvality života v oblasti hodnotenia prostredia sa preukázal len pri použití dotazníka WHOQOL-BREF (9% variancie)
- 5) Citlivejším nástrojom na hodnotenie kvality života depresívnych pacientov v oblasti zdravia /fyzického stavu sa potvrdil WHOQOL-BREF (18% variancie)
- 6) Dotazník SHKŽ vykazuje veľmi dobré psychometrické vlastnosti vo výskumnom súbore depresívnych pacientov, na rozdiel od WHOQOL-BREF, ale napriek tomu výsledky nemožno zovšeobecniť na celú populáciu, keďže údaje boli získané nenáhodným, príležitostným výberom.

Literatúra:

- Ballenger, J.C., Davidson, J.R., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Roose, S.P., Sheps, D.S. (2001). Consensus statement on depression, anxiety, and cardiovascular disease. *Clinical Psychiatry*, vol. 62, no. 8, 24-27.
- Bodurka-Bevers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C.L., Fitzgerald, M.A., Wolf, J.K., Moor, C., Gershenson, D.M. (2000). Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Epithelial Ovarian Cancer. *Gynecologic Oncology*. vol. 78, no. 3, 302-308.
- Džuka, J. (2013). Multidimenzionálny model subjektívne hodnotenej kvality života - výsledky predvýskumu. *Československá psychologie*, roč. 57, č. 5, 474-487.
- Džuka, J. (2014). *Subjektívne hodnotená kvalita života - validita a reliabilita merania*. Prešov: FF PU.
- Džuka, J., Grützemann, W. (2014). *Theoriegeleitete Entwicklung eines Fragebogens zur subjektiv geschätzten Lebensqualität*. [Vývoj dotazníka subjektívne hodnotenej kvality života na základe teórie]. Poster prezentovaný na 11. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie. 24. - 26. April 2014. Universität Wien, Österreich.
- Erst, C., Angst, J. (1992). The Zurich study. XII. Sex differences in depression. *Clinical Neuroscience*, vol. 241, 222-230.
- Heretík, A.sr., Heretík, A.jr, Novotný, V., Pečeňák, J., Ritomský, A. (2003). *EPID epidemiológia depresie na Slovensku*. Nové Zámky: PSYCHOPROF.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. 2.doplnené a opravené vydání. Praha: TIGIS.
- Chen, K-H., Wu, CH-H., Yao, G. (2006). Applicability of the WHOQOL-BREF on early adolescence. *Social*

Indicators Research, vol. 79, no. 2, 215-234.

Christensen, O., Bundgaard, S., Bech, P. (2001). Prevalence of clinical (major) depression in general practise using DSM IV version of PRIME-MD. *Psychiatric clinical practise*, vol. 5, no. 1, 49-54.

Maguire, P. (1997). Depression and cancer. In Robertson M.M., Katona, C.L.E.(Eds.) 1997. *Depression and physical illness*. Chichester: John Willey and Sons, 430-441.

Mayou, R., Bryant, B. (1993). Quality of life in cardiovascular disease. *British heart journal*, vol. 69, 460-466.

Mikulášková, G. (2012). Prehľad nástrojov merania kvality života pacientov so schizofréniou - porovnanie nástrojov vo vybraných psychometrických parametroch. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*, roč. 56, č. 6, 596-607.

Renwick, L., Jackson, D., Foley, S., Owens, E., Ramperti, N., Behan, C., Anwar, A., Kinsella, A., Turner, N., Clarke, M., O'Callaghan, E. (2012). Depression and quality of life in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 53, 451-455.

Rudolf, G. A. E. (1990). *Der depressive Patient in der ärztlichen Sprechstunde*. Braunschweig: Vieweg.

von Kroff, M., Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *Psychiatry*, vol. 168, no. 30, 101-108.

Witcher, H.U., Essau, C.A., Zerssen, D., von , Krieg, J.C., Zauding, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up study. *Clinical Neuroscience*, vol. 241, no. 4, 247-258.

Sheps, D.S., Sheffield, D. (2001). Depression, anxiety, and cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *Clinical psychiatry*, vol. 62, no. 8, 12-16.

Skevington, S. M., Dehner, S., Gillison, F. B., McGrath, E. J., Lovell, C. R. (2014). How appropriate is the WHOQOL-BREF for assessing the quality of life of adolescents? *Psychology and Health*, vol. 29, no. 3, 297-317.

Skevington, S. M. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life reserach*, vol. 3, no. 2, 299-310.

WHOQOL Group. 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, vol. 28, no. 3, 551-558.