

Slag, afasi og livskvalitet (SALK-39)

Livskvalitetsskala for personer rammet av slag
og afasi basert på 39 spørsmål



Innhold

Innledning	3
Beskrivelse av SALK-39	4
Psykometriske egenskaper	5
Gjennomføring	7
Skåre	10
Fordeling av skårer.....	10
Tolking og bruk av skårer	11
Eksempel på utfyllt skjema	13
Referanser.....	15
Vedlegg	17
Grafer over fordeling av skårer	17
Skåringsfrekvens	20

Innledning¹

SALK-39 er et verktøy som brukes for å vurdere den helserelaterte livskvaliteten til personer som er rammet av slag og afasi.

Helserelatert livskvalitet gjenspeiler den betydningen helsetilstanden har for en persons mulighet til å leve et fullverdig liv (Bullinger et al., 1993). Innholdet bygger på individets subjektive vurdering av hvordan han/hun fungerer fysisk, mentalt/følelsesmessig, familiært og sosialt (Berzon et al., 1993).

Verktøy som måler helserelatert livskvalitet er særlig relevant ved slagtilfeller der hovedmålet med rehabiliteringen er å gjøre det enklere for pasienten å tilpasse seg sin funksjonshemming, fremme den sosiale og samfunnsmessige integreringen og maksimere følelsen av velvære/livskvalitet (Royal College of Physicians, 2000). Likevel er verktøy for måling av helserelatert livskvalitet, også de som er utviklet spesielt for slagpasienter, i stor grad utilgjengelige for personer med afasi. Avhengig av hvor sterkt deres kommunikative evner er svekket kan personer med afasi ha vansker med å forstå spørsmålene eller uttrykke sine svar.

For å løse disse utfordringene er den slagspesifikke livskvalitetsskalaen (SS-QOL) (Williams og medarbeidere, 1999) modifisert, slik at den kan brukes på personer med afasi (Hilari og medarbeidere, 2001). Resultatet, SALK-39, er et verktøy som har vist seg å være et tilgjengelig, valid og reliabelt hjelpemiddel for å vurdere den helserelaterte livskvaliteten til personer med kronisk afasi (Hilari og medarbeidere, 2003).

SALK-39 er et nytt og lovende måleredskap. Det kan brukes av praktikere og forskere for å vurdere tiltak og tilbud, samt foreta kliniske vurderinger og prioritering av tiltak for personer rammet av slag og afasi.

Den norske versjonen er oversatt og bearbeidet av Statped fra originalen som finnes på engelsk, Stroke and Aphasia Quality of Life scale (SAQOL-39). Det er Katerina Hilari og medarbeidere som har utarbeidet den engelske versjonen (Hilari og medarbeidere, 2003).

¹ Dette er en oversatt versjon av den originale innledningen.

Beskrivelse av SALK-39

Anvendbarhet

SALK-39 er et verktøy basert på intervjustyrt selvrapporing. Verktøyet er ment for personer som har vært utsatt for hjerneslag, inkludert personer med afasi. Det kan brukes på personer med grader av ekspressiv afasi. I den engelskspråklige utprøvingen av SALK-39 fant man at personer med en skåre på $\geq 7/15$ i de impressive områdene av Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) (Enderby og medarbeidere, 1987) (moderat eller mild impressiv afasi) var i stand til å gi en pålitelig selvrapporing på spørsmålene i SALK-39 (Hilari og medarbeidere, 2001; 2003). Det er foreløpig ikke gjennomført en tilsvarende undersøkelse for norske forhold.

Innhold

SALK-39 består av 39 spørsmål som dekker fire underområder: fysisk funksjonsnivå (17 spørsmål), psykososial fungering (11 spørsmål), kommunikasjon (7 spørsmål) og energinivå (4 spørsmål). Alle spørsmål skal besvares med utgangspunkt i den siste uken.

Spørsmålene innenfor det fysiske underområdet dekker selvhjelpenhet (SHJ), mobilitet (M), arbeid (A) og funksjonen til de øvre ekstremitetene (ØE), og undersøker hvordan den fysiske tilstanden påvirker det sosiale livet (spørsmål SL7)². Underområdet kommunikasjon består av spørsmål om språklig funksjonsnivå (SF) og om hvordan språkvanskene påvirker familielivet og det sosiale livet (spørsmål FL9 og SL8). Spørsmålene som tilhører det psykososiale underområdet tar for seg kognitiv funksjon (KF), personlighet (P) og humør (H). Det energirelaterte underområdet har tre spørsmål om energi og utmattelse (E) og ett spørsmål om det å skrive ting ned for å huske dem (KF4).

Svarformat

I 21 spørsmål blir personen bedt om å angi i hvor stor grad han eller hun har hatt problemer med ulike aktiviteter (f.eks. å kle på seg, å snakke). Svarformatet på disse spørsmålene er en femtrinns skala som går fra 1 = "klarte det ikke" til 5 = "ingen problemer". De øvrige spørsmålene (18) tar for seg følelser (f.eks. "følte du deg irritabel?") og andre aktiviteter (f.eks. "følte du at du traff venner sjeldnere enn du skulle ønske?"). Svarformatet for disse er en femdelt skala som går fra 1 = "ja" til 5 = "nei".

Layout

SALK-39 er trykt med stor skriftstørrelse (minst 14), og nøkkelord er uthevet i fet skrift. Hver side inneholder kun noen få spørsmål. Forsiden, generelle instruksjoner og øvingseksempler har ramme og grå bakgrunn. Spørsmålene personen skal svare på står på vanlige hvite sider.

Skåringsark

SALK-39 kommer med et tilhørende skåringsark. Intervjueren bruker dette skåringsarket: a) mens intervjuet gjennomføres for å lese spørsmålene og markere personens svar, og b) etter at intervjuet er avsluttet for å beregne skårene.

² Det brukes forkortelser og tall for å skille mellom hvert enkelt spørsmål (se spørsmål-ID på skåringsarket).

Psykometriske egenskaper

En detaljert beskrivelse av de psykometriske egenskapene til SALK-39 er gjengitt i Hilari og medarbeidere, 2003. Verktøyet er testet på personer med kronisk afasi med hensyn til akseptabilitet, reliabilitet og validitet. Deltakerne ble rekruttert fra to ulike tjenestetilbydere innen logopedi (en i by, en i distrikt) samt en frivillig organisasjon for personer med afasi. Kriteriene for å delta var: afasi som følge av slag for minst ett år siden, ingen kjente alvorlige kognitive utfall eller psykiske problemer i forkant av slaget, samt at de var hjemmeboende før slaget. Nedenfor gis en kort oppsummering av resultatene.

Respondentene

83 av de 95 kvalifiserte deltakerne var i stand til å selvrappportere på SALK-39³. De fleste deltakerne var menn (62,7 %), hvite (78,3 %) og gift/i et forhold (62,6 %). Om lag 43 % var over 65 år, og ca 16 % var mellom 21 og 45 år. Selv om nesten 56 % av utvalget var i yrkesaktiv alder (≤ 65), var bare 6 % aktive innenfor en eller annen type jobb (deltidsjobb, frivillig arbeid eller studier). Ingen av deltakerne jobbet fulltid.

Akseptabilitet og reliabilitet

SALK-39 har en høy grad av akseptabilitet hos respondentene sett på bakgrunn av alle de som er i stand til å selvrappportere og fullføre undersøkelsen uten større problemer. Den har også utmerket akseptabilitet sett ut fra et psykometrisk ståsted med minimalt datatap (0–1,2 %) og ingen tak-/gulveffekt (0 %).

SALK-39 har en utmerket intern konsistens (Cronbachs $\alpha = 0,93$ og underområder $\alpha = 0,74$ – $0,94$) og test-retest-reliabilitet (intraklasse-korrelasjonskoeffisient ICC = $0,98$, underområder ICC = $0,89$ – $0,98$).

Validitet

Begrepsvaliditeten til SALK-39 ble testet både med analyse innenfor skalaen og analyse opp mot eksterne kriterier (kjente gruppeforskjeller, konvergent og diskriminant validitet) med svært gode resultater.

Analyse innenfor skalaen: SALK-39s høye interne konsistens, interkorrelasjonen mellom de ulike underområdene ($r = 0,10$ – $0,47$) og mellom underområdene og den korrigerte, overordnede gjennomsnittsverdien ($r = 0,38$ – $0,58$) viser at en enkelt enhet blir målt og at underområdene er konsistente med den konseptuelle modellen. Faktoranalysen viser at det dreier seg om en begrepsmessig tydelig faktormodell der alle spørsmål har ladning $\geq 0,40$ på tilhørende faktor, ingen spørsmål krysslader til to eller flere faktorer, og med minst fire spørsmål per faktor.

Analyse opp mot eksterne kriterier: SALK-39 skilte godt mellom tre grupper deltakere: De som rapporterte sin generelle livskvalitet som lik eller bedre enn før de fikk slag, versus de som rapporterte livskvaliteten som litt verre, versus de som rapporterte den

³ De øvrige deltakerne ($n = 12$) var ikke i stand til å gi noen selvrappportering grunnet alvorligheten i deres afasi (skåre $< 7/15$ på de reseptive områdene i FAST). Det ble brukt stedfortredende respondenter for disse deltakerne. Svarene fra stedfortrederne på SALK-39 er ikke ferdig analysert.

som mye verre enn før slaget ($F(2,80) = 10,609$, $p < 0,001$; parvise sammenligninger $p < 0,05$). Verktøyet har svært god konvergent og diskriminant validitet (se tabell 1).

Tabell 1: Konvergent og diskriminant validitet for SALK-39

Verktøy		Validitet	
		Konvergent	Diskriminant
		Samme begrep (forventet korrelasjon $\geq 0,60$)	(forventet korrelasjon $< 0,30$)
SALK-39	Gjennomsnitt		GHQ-12: 0,53** FAI: 0,58** ASHA-FACS: 0,46** RCPM: 0,27* SSS: 0,19
	Underområder		
	Fysisk	FAI: 0,67**	GHQ-12: 0,39** ASHA-FACS: 0,42** FAST: 0,26* RCPM: 0,20 SSS: 0,10
	Psykososialt	GHQ-12: 0,62**	SSS: 0,28* FAI: 0,31** FAST: 0,12 ASHA-FACS: 0,20
	Kommunikasjon		FAST: 0,55** ASHA-FACS: 0,55** RCPM: 0,16 FAI: 0,21 SSS: 0,08
	Energi		GHQ-12: 0,32** FAST: 0,10 ASHA-FACS: 0,02 RCPM: 0,14 SSS: 0,12

* sannsynlighet signifikant på 0,05-nivå

** sannsynlighet signifikant på 0,01-nivå

Forklaring på forkortelsene: GHQ-12 = General Health Questionnaire – 12 item version (Goldberg, 1972); RCPM = Raven Coloured Progressive Matrices (Raven, 1962); FAI = Frenchay Activities Index (Wade og medarbeidere, 1985); SSS = MOS Social Support Survey (Sherbourne & Stewart, 1991), FAST = Frenchay Aphasia Screening Test (Enderby og medarbeidere, 1987); ASHA-FACS = American Speech and Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (Frattali et al., 1995).

Gjennomføring

****FOR BEDRE Å FORSTÅ INSTRUKSJONENE SOM GIS I DETTE AVSNITTET, BØR DU HA SALK-39 OG SKÅRINGSARKET FORAN DEG MENS DU LESER****

SALK-39 er et måleverktøy basert på selvrapportering. Det er utformet som en intervjueradministrert undersøkelse for personer med afasi. På den måten kan personer med impressiv afasi få undersøkelsen presentert på flere måter, for eksempel ved at de både kan lese og høre spørsmålene. Personer med ekspressiv afasi kan enkelt peke på svarene.

Under gjennomføringen brukes både SALK-39 og skåringsarket. Intervjueren skal i all hovedsak følge SALK-39 da det, i tillegg til spørsmålene, inneholder generelle anvisninger til den afasirammede, forberedende utsagn (for eksempel "Det første spørsmålssettet handler om hvor store problemer du hadde med daglige aktiviteter") og øvingseksempler. Intervjueren skal likevel lese *spørsmålene* fra skåringsarket (se avsnittet "Stille spørsmål" nedenfor). Når den afasirammede har svart på et spørsmål, markerer intervjueren svaret for det aktuelle spørsmålet på skåringsarket.

Forberedelse og øvingseksempler

Før undersøkelsen starter, anbefaler vi at intervjueren forklarer den afasirammede hva SALK-39 handler om, og hva formålet med spørsmålene er.

Undersøkelsen starter med at intervjueren viser SALK-39 til den afasirammede og leser de generelle instruksjonene på side to. På side tre kommer det første forberedende utsagnet, og deretter går intervjueren gjennom det første øvingseksempelet. Dette skåres ikke. Hensikten med øvingseksemplene er å gi den afasirammede et inntrykk av hvordan spørsmålene ser ut og hvilke ulike svaralternativer som finnes.

I det første øvingseksempelet leser intervjueren spørsmålet og de ulike svaralternativene og ber den afasirammede om å peke på aktuelt svar. For personer med lesevansker kan det være nyttig å fremheve de to ytterpunktene (× = klarte det ikke, ✓ = ingen problemer). Intervjueren skal forsikre seg om at den afasirammede har forstått svaralternativene og kan peke ut aktuelt svar før undersøkelsen fortsetter med de egentlige spørsmålene.

Svaralternativene i det andre øvingseksempelet (side 11 "Følte du håpløshet med tanke på fremtiden?") krever en nærmere forklaring. Etter å ha lest spørsmålet bør intervjueren forklare svaralternativene ved å si:

"Ja – hvis du virkelig har følt håpløshet med tanke på fremtiden.

Ja, stort sett – hvis du ofte har følt håpløshet med tanke på fremtiden.

Er ikke sikker – hvis du ikke er sikker på hva du har følt.

Nei, stort sett ikke – hvis du av og til har følt håpløshet, og

Nei – hvis du overhodet ikke har følt håpløshet med tanke på fremtiden".

Hvis den afasirammede senere virker usikker ved enkelte spørsmål, bør intervjueren komme med liknende hint.

Stille spørsmål

Som angitt ovenfor leser intervjueren spørsmålene fra skåringsarket. Dette fordi skåringsarket også inneholder anvisninger til gjennomføringen (understreket) og i tillegg markerer de fem spørsmålene som krever en ekstra muntlig redegjørelse, nemlig ØE1, ØE6, SF3, SF7 og KF4. Ved spørsmål ØE1 om vanskeligheter med å skrive for hånd / på et tastatur bør man opplyse om at dette gjelder den mekaniske handlingen (for eksempel ved å legge til "*det å bruke hånden for å skrive eller trykke på tastene*"). Spørsmål KF4 om å skrive ting ned for å huske dem, krever en alternativ spørsmålsstilling for personer med vansker for å skrive ("*eller spørre noen andre om å skrive ting ned for deg for at du skal huske*").

Intervjueren stiller spørsmålene i den angitte rekkefølgen og følger de understrekede anvisningene på skåringsarket. Generelt bør frasen "I løpet av den siste uka" gjentas minst like ofte som den forekommer i SALK-39. Innledningsspørsmålet, for eksempel "hvor store problemer hadde du med å", bør gjentas før hvert spørsmål eller så ofte som nødvendig.

Hjelpestrategier

Under gjennomføringen kan intervjueren bruke ulike strategier for å hjelpe personen med afasi.

- Intervjueren kan peke på spørsmålet som stilles.
- Intervjueren kan dekke over de andre spørsmålene for å gjøre det lettere for den afasirammede å konsentrere seg
- Hvis personen ser usikker ut etter at spørsmålet er stilt, kan intervjueren kontrollere om han/hun har forstått spørsmålet (for eksempel ved å spørre "skjønnte du dette?") og/eller gjenta spørsmålet.
- For personer med forståelsesproblemer, kan intervjueren bruke teknikker for totalkommunikasjon for å hjelpe den afasirammede til å forstå. Intervjueren kan blant annet bruke gester eller mime (for eksempel "knepe knapper", "gå i trapper", "åpne glass"). Intervjueren kan også bruke naturlige gester og ansiktsuttrykk (for eksempel for å uttrykke utsagn som "*liten tiltro*", "du gikk ut sjeldnere enn du skulle ønske" eller for å uttrykke stemninger/følelser som "*manglet du interesse for andre mennesker*", "følte du at du trakk deg unna andre mennesker").

Feilsøking: den afasirammede har problemer med å velge et svar

Spørsmål av typen "*Hvor store problemer hadde du med å*": De afasirammede som deltok i den engelske utprøvingen så ikke ut til å ha problemer med spørsmål av typen "*Hvor store problemer hadde du med å ...*" eller de tilhørende svaralternativene.

"Ja/nei"-spørsmål: Ved besvarelse av enkelte "ja/nei"-spørsmål trengte noen av de afasirammede en påminnelse om hva svaralternativene innebar (se siste avsnitt under "Forberedelse og øvingseksempler" ovenfor).

Det kan forekomme at en person velger et alternativ, men likevel ser usikker ut. For eksempel kan den afasirammede velge alternativet "Ja, stort sett" som svar på "Følte du at du manglet interesse for andre mennesker eller aktiviteter?", men virke usikker. Intervjueren kan eksempelvis søke å bekrefte svaret ved å si "med andre ord, du manglet ofte interesse for andre mennesker eller aktiviteter?".

Spørsmål som inneholder et gradbøyd ledd (SHJ1, 4, 5 side 16–17): Ved de tre spørsmålene som inneholder gradbøyde ledd (for eksempel "Følte du at du gikk ut sjeldnere enn du skulle ønske?"), kan de tidligere angitte hintene som er basert på hyppighet, virke forvirrende. Nedenfor følger et eksempel som kan illustrere hvordan en person med afasi kan ha vansker med å svare på et av disse spørsmålene. La oss anta at personen peker på "nei, stort sett ikke" som svar på spørsmålet om han eller hun kom seg ut sjeldnere enn ønsket, men likevel ser usikker ut. Intervjueren kan da:

- peke på ✓-symbolet i den ene enden av skalaen og si noe sånt som "så stort sett var det greit?"
- stille et spørsmål for å bekrefte den afasirammedes svar, for eksempel "så du kom deg ut omtrent så ofte som du ønsket?"

Hvis den afasirammede endrer mening etter et slikt hint og peker på "ja, stort sett", kan intervjueren bekrefte at det er dette svaret den afasirammede mener, ved å si noe sånt som "så du skulle ønske du hadde kommet deg ut oftere?" eller "så oftere hadde vært bedre?".

Skåre

Under intervjuet markeres svaret på hvert spørsmål på skåringsarket. Den generelle skåren for SALK-39 er en gjennomsnittsskåre som regnes ut ved å legge sammen skåren for alle spørsmålene og dele på antall spørsmål. Skårene for hvert enkelt underområde beregnes på samme måte. Den generelle gjennomsnittsverdien og områdeskårene kan variere fra 1 til 5 og rundes av til to desimaler (f.eks. 3,46). Høyere skåre indikerer bedre livskvalitet.

Skåringsarket inneholder informasjon om skåringen. For å gjøre det enklere å beregne områdeskårene har hvert underområde en egen kolonne der spørsmålene som inngår i dette underområdet, er markert (se eksempelet på utfylt skjema for SS på side 13–14).

Fordeling av skårer

Grafer og frekvenser som viser fordelingen av skårer fra den engelske utprøvingen er gjengitt i vedlegget. Generelt gjelder:

- SALK-39-skårene varierte fra 1,72 til 4,46 med et gjennomsnitt (standardavvik (SD)) på 3,27 (0,70).
- De fysiske skårene varierte fra 1,24 til 5,00 med et gjennomsnitt (SD) på 3,53 (0,98).
- De psykososiale skårene varierte fra 1,18 til 4,64 med et gjennomsnitt (SD) på 3,21 (0,86).
- De kommunikasjonsrelaterte skårene varierte fra 1,14 til 5,00 med et gjennomsnitt (SD) på 2,80 (0,88).
- De energirelaterte skårene varierte fra 1,00 til 5,00 med et gjennomsnitt (SD) på 3,12 (1,09).

Tabell 2 viser en oppsummering av prosentilene for gjennomsnittsverdien til SALK-39-skårene og områdeskårene. I vedlegget finnes en detaljert oversikt over prosentilene.

Tabell 2: SALK-39 prosentilskårer

Prosentil	Gjennom- snitt	Fysisk	Psykososialt	Kommunikasjon	Energi
5.	2,11	1,73	1,91	1,31	1,55
25.	2,72	2,76	2,54	2,14	2,25
50.	3,26	3,47	3,27	2,71	3,00
75.	3,90	4,35	4,00	3,43	4,00
90.	4,24	4,88	4,36	4,00	4,90

Tolking og bruk av skårer

De individuelle skårene på SALK-39 kan sammenlignes med hvordan skårene fordelt seg i gruppen verktøyet ble testet på, med andre ord personer med kronisk afasi etter slag. Karakteristikkene til denne gruppen er svært like den generelle populasjonen av overlevende etter slag i Storbritannia (se Hilari og medarbeidere, 2003).

Som tidligere antydnet kan klinikere bruke SALK-39 for å få en bedre forståelse av afasirammedes helserelaterte livskvalitet. Måleredskapet kan også brukes for å evaluere tilbud, samt til å foreta kliniske vurderinger og prioriteringer av tiltak for personer rammet av slag og afasi.

Kasuseksempel: SS

Vi bruker SS som eksempel (se utfyllt skjema på side 13–14) for å illustrere hvordan skårene kan tolkes.

SS' skåre på SALK-39 er 3,08. Ved å sammenligne dette med gjennomsnittresultatet (se avsnittet "Fordeling av skårer" ovenfor) ser vi at SS ligger under gjennomsnittet (3,26), men innenfor ett standardavvik (0,70). Han er rangert mellom 40. og 45. prosentil (se "Skåringsfrekvens" i vedlegget), noe som betyr at om lag 55 % av populasjonen⁴ rapporterer en bedre helserelatert livskvalitet enn SS.

SS' skåre på det fysiske underområdet av SALK-39 er 3,41, noe som også er innenfor ett standardavvik av gjennomsnittet på 3,53 (0,98). Rangeringen hans (mellom 45. og 50. prosentil) angir at SS ligger nært gjennomsnittet med hensyn til de fysiske konsekvensene av slaget og afasien.

SS' skåre på det psykososiale underområdet av SALK-39 er 2,82, noe som også er innenfor ett standardavvik av gjennomsnittet på 3,21 (0,86). Med hensyn til de psykososiale aspektene ved hans helserelaterte livskvalitet ligger SS på den 35. prosentilen, noe som angir at ca. 65 % av populasjonen føler seg bedre enn han.

SS' skåre på det kommunikasjonsrelaterte underområdet av SALK-39 er 3,00. Dette er også innenfor ett standardavvik av gjennomsnittet på 2,80 (0,88), men i motsetning til hans tidligere skårer, er dette litt over gjennomsnittet. Han ligger på den 60. prosentilen, noe som betyr at han vurderer sine kommunikative evner bedre enn 60 % av populasjonen.

SS' skåre på det energirelaterte underområdet av SALK-39 er 2,50, noe som også er innenfor ett standardavvik av gjennomsnittet på 3,12 (1,09). Dette gir en rangering lik eller under den 40. prosentilen, noe som antyder at energinivået påvirker hans helserelaterte livskvalitet, og at 60 % av populasjonen rapporterer bedre energinivåer enn det han gjør.

Ved å sammenligne SS med den samlede gruppen av personer med kronisk afasi kan vi oppsummert si følgende: 55–60 % av populasjonen rapporterer en bedre helserelatert livskvalitet enn SS. Han ligger nært gjennomsnittet når det gjelder de

⁴ populasjon: personer med kronisk afasi i Storbritannia

fysiske aspektene ved den helsemessige livskvaliteten. Han har det verre enn 60–65 % av populasjonen med hensyn til energinivå, det å fungere psykososialt samt og det å føle seg vel. Hans oppfatning av hvordan slaget og afasien påvirker kommunikasjonen er bedre enn for 65 % av populasjonen med personer rammet av kronisk afasi.

Eksempel på utfyllt skjema:

SALK-39 skåringsark

Navn: S. Smith

født: 15. feb. 1937

Diagnose: L MCA CVA

Dato: 10. mai 2000

I LØPET AV DEN SISTE UKA (gjenta som i SALK-39)

Spm.-ID	Hvor store problemer har du hatt med å: (gjenta før hvert spørsmål eller etter behov)	Klarte det ikke	Store problemer	En del problemer	Litt problemer	Ingen problemer	Områdeskåre			
							Fysisk	Komm.	Psykosos.	Energi
SHJ1	Lage mat?	1	2	3 ✓	4	5	3			
SHJ4	Kle på deg?	1	2	3	4 ✓	5	4			
SHJ5	Bade eller dusje?	1 ✓	2	3	4	5	1			
M1	Gå? (Hvis respondenten ikke kan gå, setter du ring rundt 1 og går til spørsmål M7)	1	2	3 ✓	4	5	3			
M4	Holde balansen når du bøyer deg eller strekker deg etter noe?	1	2	3	4 ✓	5	4			
M6	Gå i trapper?	1	2	3	4 ✓	5	4			
M7	Gå uten å stoppe for å hvile eller bruke rullestolen uten å stoppe for å hvile?	1	2 ✓	3	4	5	2			
M8	Stå?	1	2	3	4 ✓	5	4			
M9	Reise deg fra en stol?	1	2	3	4 ✓	5	4			
A1	Gjøre vanlig arbeid i huset?	1	2	3	4 ✓	5	4			
A2	Fullføre ting du har starta på?	1	2	3	4 ✓	5	4			
ØE1	Skrive for hånd eller på maskin? (f.eks. bruke hånden for å skrive eller trykke på tastene)	1	2	3 ✓	4	5	3			
ØE2	Ta på deg sokker?	1	2	3	4 ✓	5	4			
ØE4	Kneppe knapper?	1	2	3	4 ✓	5	4			
ØE5	Åpne og lukke glidelåser?	1	2	3	4	5 ✓	5			
ØE6	Åpne glass? (f.eks. et syltetøyglass)	1	2	3	4 ✓	5	4			
SF2	Snakke?	1	2	3 ✓	4	5		3		
SF3	Snakke tydelig nok til å kunne bruke telefonen? (f.eks. er det vanskelig å bli forstått når du snakker i telefonen?)	1	2	3 ✓	4	5		3		
SF5	Få andre mennesker til å forstå deg?	1	2	3	4 ✓	5		4		
SF6	Finne ordet du ønsker å bruke?	1	2	3 ✓	4	5		3		
SF7	Få andre mennesker til å forstå deg, selv når du gjentar det du sa?	1	2	3	4	5 ✓		5		

I LØPET AV DEN SISTE UKA

Spm.-ID		Ja	Ja, stort sett	Er ikke sikker	Nei, stort sett ikke	Nei	Fysisk	Komm.	Psykosos.	Energi
KF4	Måtte du skrive ned ting for å huske dem? (eller spørre noen andre om å skrive ned ting for deg for at du skal huske)?	1	2 ✓	3	4	5				2
KF5	Var det vanskelig å ta beslutninger?	1	2	3	4	5 ✓			5	
P1	Følte du deg irritabel?	1	2 ✓	3	4	5			2	
P3	Følte du at personligheten din har forandret seg?	1 ✓	2	3	4	5			1	
H2	Følte du deg motløs med tanke på fremtiden?	1	2 ✓	3	4	5			2	
H3	Manglet du interesse for andre mennesker eller aktiviteter?	1	2	3	4 ✓	5			4	
H6	Følte du at du trakk deg unna andre mennesker?	1	2	3	4 ✓	5			4	
H7	Hadde du liten tiltro til deg selv?	1	2	3	4	5 ✓			5	
E2	Følte du deg sliten det meste av tiden?	1	2 ✓	3	4	5				2
E3	Måtte du ofte ta pauser for å hvile i løpet av dagen?	1	2 ✓	3	4	5				2
E4	Følte du deg for sliten til å gjøre det du hadde lyst til?	1	2	3	4 ✓	5				4
FL7	Følte du at du var en byrde for familien?	1	2 ✓	3	4	5			2	
FL9	Følte du at språkproblemene dine påvirket familielivet?	1	2 ✓	3	4	5		2		
SL1	Følte du at du gikk ut sjeldnere enn du skulle ønske?	1	2 ✓	3	4	5			2	
SL4	Følte du at du holdt på med hobbyer og fritidssysler sjeldnere enn du skulle ønske?	1	2 ✓	3	4	5			2	
SL5	Følte du at du traff venner sjeldnere enn du skulle ønske?	1	2 ✓	3	4	5			2	
SL7	Følte du at din fysiske tilstand påvirket ditt sosiale liv?	1 ✓	2	3	4	5	1			
SL8	Følte du at språkproblemene dine påvirket ditt sosiale liv?	1 ✓	2	3	4	5		1		
	SALK-39 gjennomsnittsskåre	Legg sammen alle spørsmål og del på 39				3,08				
	Fysisk skåre	(SHJ-spørsmål + M-spørsmål + A-spørsmål + ØE-spørsmål + SL7)/17					3,41			
	Kommunikasjonsskåre	(SF-spørsmål + FL9 + SL8)/7						3,00		
	Psykososial skåre	(KF5 + P-spørsmål + H-spørsmål + FL7 + SL1 + SL4 + SL5)/11							2,82	
	Energiskåre	(KF4 + E-spørsmål)/4								2,5

Referanser

Bullinger M, Anderson R, Cella D & Aaronson NK. Developing and evaluating cross cultural instruments: from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res.* 1993;2:451-9.

Berzon R, Hays RD & Shumaker SA. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Qual Life Res.* 1993;2:367-8.

Enderby P, Wood V & Wade D. *Frenchay Aphasia Screening Test*. Windsor: NFER-Nelson, 1987.

Fratalli CM, Thompson CK, Holland AL, Wohl CB & Ferketic MM. *Functional Assessment of Communication Skills for Adults*. Rockville, MD: American Speech and Hearing Association, 1995.

Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press, 1972.

Hilari K & Byng S. Measuring quality of life in people with aphasia: the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Int J Lang Commun. Disord.* 2001;36 Suppl:86-91.

Hilari K, Byng S, Lamping DL & Smith SC. The stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability and validity. *Stroke.* 2003; 34(8): 1944-1950.

Raven JC, Court JH, Raven J. *Coloured Progressive Matrices*. Oxford: Oxford Psychologists Press, 1995.

Royal College of Physicians. *National Clinical Guidelines for Stroke*. Prepared by The Intercollegiate Working Party for Stroke. 2000. London, Royal College of Physicians. Referansetype: Rapport.

Sherbourne CD & Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc.Sci.Med.* 1991;32:705-14.

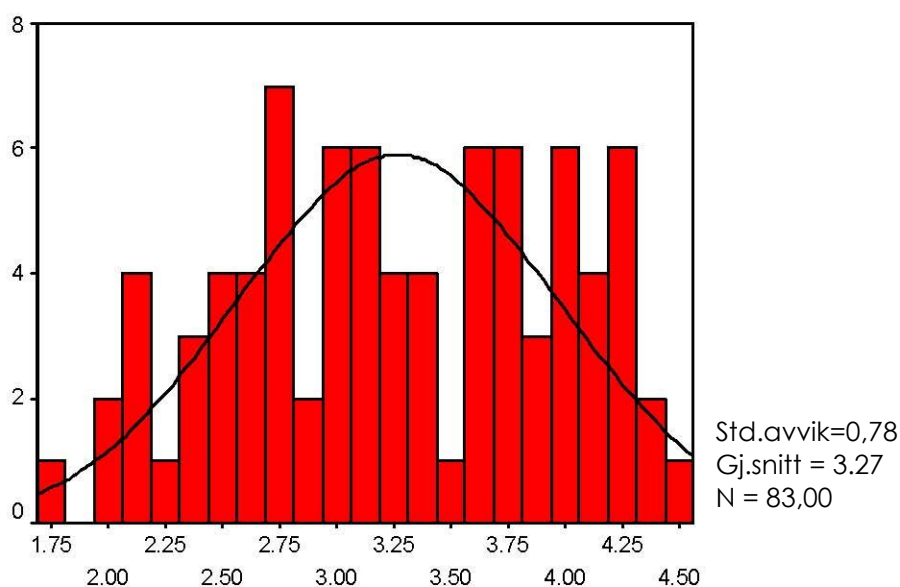
Wade DT, Legh-Smith J & Langton Hower R. Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *Int Rehabil Med.* 1985;7:176-81.

Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO & Biller H. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke.* 1999;30:1362-9.

Vedlegg

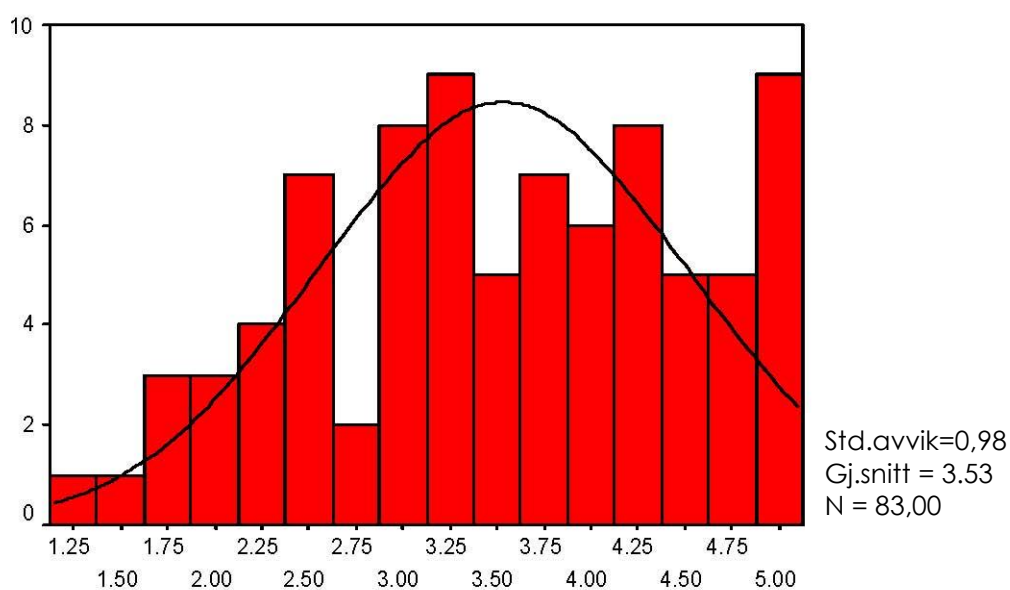
Grafer over fordeling av skårer

Fordeling av gjennomsnittsskårer i SALK-39



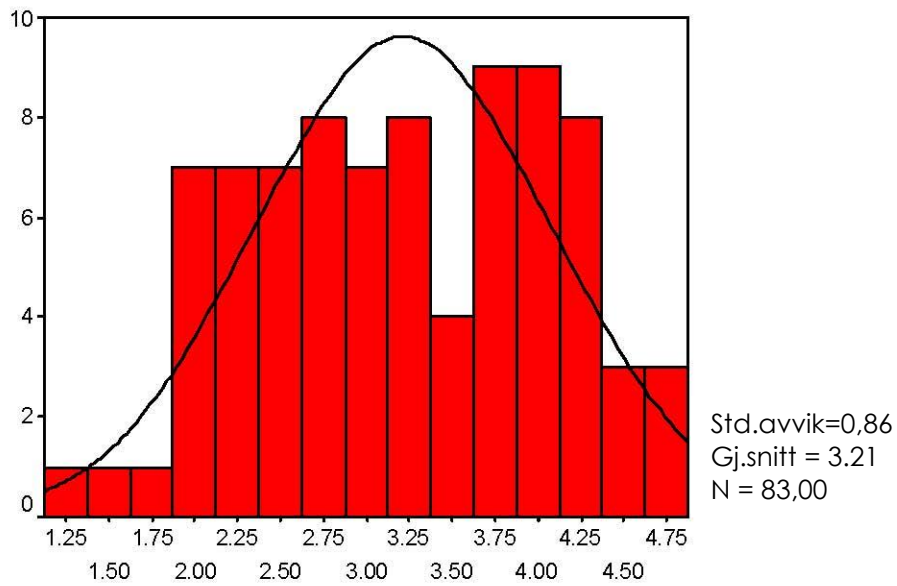
Samlet gjennomsnitt

Fordeling av fysiske skårer i SALK-39



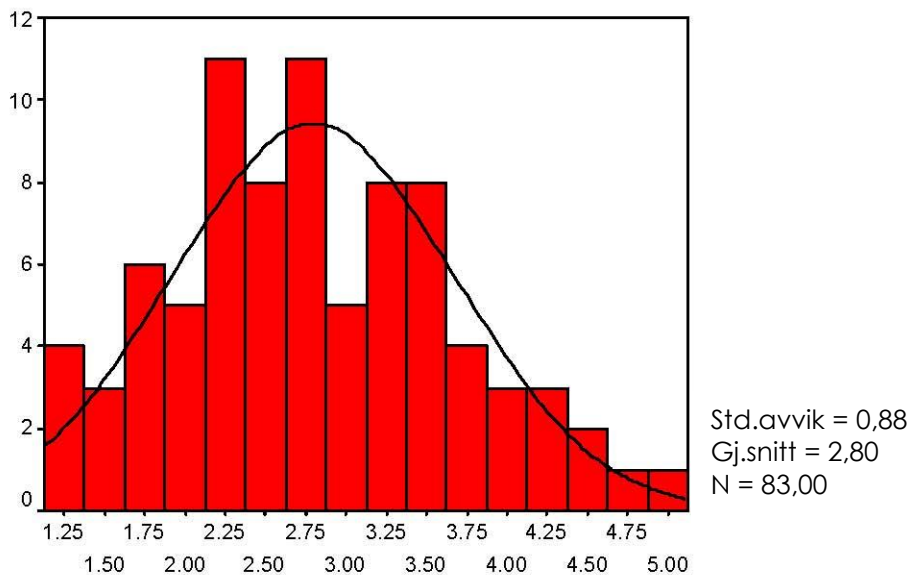
Gjennomsnitt fysisk

Fordeling av psykososiale skårer i SALK-39



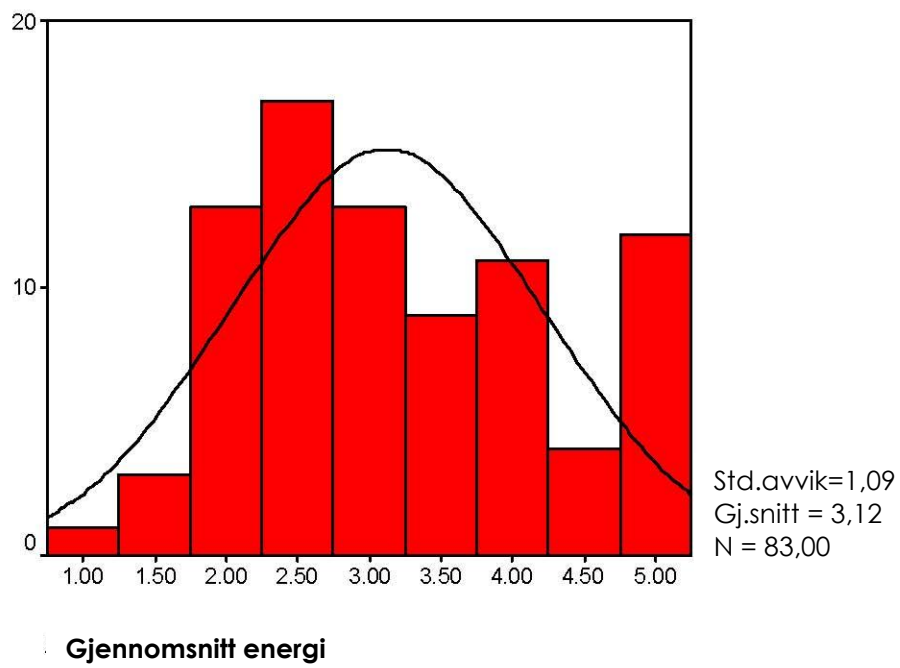
Gjennomsnitt psykososialt

Fordeling av skårer for kommunikasjon i SALK-39



Gjennomsnitt kommunikasjon

Fordeling av skårer for energi i SALK-39



Skåringsfrekvens

Frekvensen til totalskårene i SALK-39

Statistikk

Gjennomsnitt totalt

N	Gyldig Mangler	83 0
Gjennomsnitt		3.2667
Std. feil for gj.snitt		7.689E-02
Std. avvik		.7005
Minimum		1.72
Maksimum		4.46
Prosentiler	5	2.1077
	10	2.3026
	15	2.4615
	20	2.5897
	25	2.7179
	30	2.7949
	35	2.9744
	40	2.9897
	45	3.1231
	50	3.2564
	55	3.3897
	60	3.5641
	65	3.6308
	70	3.7641
	75	3.8974
	80	3.9795
	85	4.0974
	90	4.2359
	95	4.2769
	100	4.4615

Frekvensen til skårene i det fysiske underområdet av SALK-39

Statistikk

Gjennomsnitt fysisk

N	Gyldig Mangler	83 0
Gjennomsnitt		3.5308
Std. feil for gj.snitt		.1072
Std. avvik		.9770
Minimum		1.24
Maksimum		5.00
Prosentiler	5	1.7294
	10	2.1882
	15	2.4235
	20	2.5882
	25	2.7647
	30	3.0118
	35	3.1412
	40	3.2353
	45	3.3529
	50	3.4706
	55	3.7647
	60	3.8471
	65	4.0588
	70	4.2235
	75	4.3529
	80	4.4941
	85	4.7294
	90	4.8824
	95	4.9882
	100	5.0000

Frekvensen til skårene i det psykososiale underområdet av SALK-39

Statistikk

Gjennomsnitt psykososialt

N	Gyldig Mangler	83 0
Gjennomsnitt		3.2147
Std. feil for gj.snitt		9.435E-02
Std. avvik		.8596
Minimum		1.18
Maksimum		4.64
Prosentiler	5	1.9091
	10	2.0364
	15	2.2364
	20	2.3636
	25	2.5455
	30	2.6364
	35	2.8182
	40	2.9091
	45	3.0727
	50	3.2727
	55	3.3636
	60	3.5455
	65	3.6909
	70	3.8000
	75	4.0000
	80	4.0909
	85	4.2182
	90	4.3636
	95	4.5455
	100	4.6364

Frekvensen til skårene i det kommunikasjonsrelaterte området avSALK-39

Statistikk

Gjennomsnitt kommunikasjon

N	Gyldig	83
	Mangler	0
Gjennomsnitt		2.7952
Std. feil for gj.snitt		9.626E-02
Std. avvik		.8770
Minimum		1.14
Maksimum		5.00
Prosentiler	5	1.3143
	10	1.7143
	15	1.8000
	20	2.0000
	25	2.1429
	30	2.2857
	35	2.3429
	40	2.5143
	45	2.6857
	50	2.7143
	55	2.8571
	60	3.0000
	65	3.1429
	70	3.2571
	75	3.4286
	80	3.4571
	85	3.7143
	90	4.0000
	95	4.4000
	100	5.0000

Frekvensen til skårene i det energirelaterte underområdet av SALK-39

Statistikk

Gjennomsnitt energi

N	Gyldig Mangler	83 0
Gjennomsnitt		3.1205
Std. feil for gj.snitt		.1195
Std. avvik		1.0886
Minimum		1.00
Maksimum		5.00
Prosentiler	5	1.5500
	10	1.7500
	15	2.0000
	20	2.0000
	25	2.2500
	30	2.5000
	35	2.5000
	40	2.5000
	45	2.9500
	50	3.0000
	55	3.0000
	60	3.2500
	65	3.5000
	70	3.7500
	75	4.0000
	80	4.0500
	85	4.6000
	90	4.9000
	95	5.0000
	100	5.0000