

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU FAQ-CZ – ČESKÁ VERZE PRO ZHODNOCENÍ KAŽDODENNÍCH AKTIVIT PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.^{1,2}, MUC. Pavel Martínek², Mgr. Ondřej Bezdíček¹, MUC. Abraham Buček²,
RNDr. Daniela Řípková, CSc.¹

¹AD centrum Praha, Psychiatrické centrum Praha

²Univerzita Karlova v Praze, 3. LF a FN Královské Vinohrady, Neurologická klinika, Praha

Cílem práce je představit českou verzi Dotazníku funkčního stavu (FAQ-CZ) a zkušenosti s ním na pacientech s Alzheimerovou nemocí (AN). Položky z původního zdroje jsme přeložili do dotazníku FAQ-CZ přizpůsobeného ke snadnému vyplňování. Aktivitu denního života (ADL) 30 pacientů s pravděpodobnou AN byly posuzovány pečovateli pomocí FAQ-CZ. Současně jsme zjišťovali kognitivní výkonnost pacientů pomocí testu Mini-Mental State Examination (MMSE). Pečovatelé oceňovali jednoduchost, přehlednost a stručnost FAQ-CZ, jehož vyplnění trvalo obvykle 2–5 minut. FAQ-CZ nezávisí na věku, vzdělání či pohlaví pacientů. ADL podle FAQ-CZ významně souvisely s kognitivním výkonem v MMSE ($r = -0,6$; $p = 0,003$). Dotazník FAQ-CZ přináší české odborné veřejnosti rychlé a strukturované zhodnocení ADL pacientů s AN, aniž by tím byl časově zatěžován lékař.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(1): 31–34

Úvod

U pacientů s demencí dosahuje pokles mentálních schopností takového stupně, že narušuje provádění každodenních činností (1). Funkční stav pacienta se hodnotí podle tzv. aktivit denního života (activities of daily living – ADL). Ty se obvykle zjišťují rozhovorem s osobou, která důvěrně zná pacientovy schopnosti v běžném životě (dále označení pečovatel). Jinou možností je využití dotazníků, které strukturovaným způsobem umožňují rychle zhodnotit širokou škálu ADL pacienta. Protože je vyplňuje pečovatel, lékař získává snadno celistvý pohled na funkční stav pacienta bez velké časové zátěže. Kombinace kognitivního testování a informací o tom, jak si pacient vede v běžném životě, přináší syntetickou a konkrétnější představu o stupni demence.

Zjistili jsme, že v českém prostředí je málo vhodných dotazníků k hodnocení ADL speciálně u pacientů s demencí. Z velkého množství zahraničních dotazníků lze nalézt české znění těchto dotazníků pro pacienty s demencí: Functional activities questionnaire (FAQ) (11), Instrumental activities of daily living scale (6) a Disability assessment for dementia (www.stari.cz/dad.php). Jejich praktické používání je ještě vzácnější (9). Jindy se k posuzování ADL používá nevhodný typ dotazníku. Např. u geriatrických pacientů paušálně používaný Index Barthelové byl původně určen pro pacienty s cévní mozkovou příhodou, a proto obsahuje řadu položek týkajících se pohyblivosti pacientů, což není typickým problémem pro pacienty s demencí.

Domnívali jsme se, že by bylo vhodné přispět k větší dostupnosti nástrojů k hodnocení ADL. Proto jsme se rozhodli, že představíme odborné veřejnosti přeloženou verzi dotazníku FAQ v příjemné grafic-

ké podobě, kterou jsme vyzkoušeli v klinické praxi. Mezinárodně používaný stručný dotazník FAQ má jednoduché bodování a je vhodný pro posuzování ADL pacientů s demencí (8).

Metodika a pacienti

Společný překlad z původního zdroje (8) dvou autorů (AB a PM) jsme upravili do uživatelsky příjemné grafické podoby (příloha). Překlad ztěžovaly dvě okolnosti. V původním článku nesouhlasí položky ADL v textu s položkami v tabulce, a tak jsme se snažili o kompromisní řešení. Řada činností v původním dotazníku je specifická pro americké prostředí (vyplňování šeků, příprava daňových podkladů, zařizování obchodních záležitostí, řízení auta), což není snadno převoditelné pro českou seniorskou populaci vyrůstající v socialismu. Proto se nejedná o doslovný překlad, ale o překlad přizpůsobený českému prostředí. Dotazník FAQ-CZ se skládá z deseti ADL, jejichž uskutečnění vyžaduje většinou složitější úkony (jedná se o tzv. instrumentální typ ADL). Pečovatel hodnotí každou z deseti položek na čtyřstupňové škále od normálního vykonávání (0 bodů) až po úplnou závislost (3 body). Podle původního zdroje jsme zařadili i bodování k odhadu aktivit, které pacient nikdy nevykonával. Plná funkční kapacita zdravého člověka odpovídá 0 bodům. Čím větší je neschopnost zastávat ADL, tím přibývá bodů. Maximální závislost je charakterizována 30 body. Navíc jsme pro větší srozumitelnost přepočítávali celkový počet bodů na podíl uchovaných ADL z celkové soběstačnosti podle následujícího vzorce: $FAQ\% = (30 - \text{počet bodů})/30 \times 100$ s vyjádřením v procentech, kde FAQ% značí procentuální míru uchované soběstačnosti a celkový počet bodů je

součet všech bodů z 10 položek dotazníku. Pokud například pacient získá 9 bodů, je obtížné si představit míru postižení pacienta. Po přepočítání podle vzorce na soběstačnost je vypočítána 70% funkční kapacita pacienta jasnější na první pohled.

K publikaci české verze FAQ-CZ jsme získali oficiální písemné povolení od majitele práv (The Gerontological Society of America). Protože majitel práv neměl možnost kontrolovat český překlad, společnost neručí za případné chyby v překladu.

U pacientů s AN byla zjišťována kognitivní výkonnost pomocí mezinárodního testu Mini-Mental State Examination (MMSE) (3). Diagnóza pravděpodobné AN podle kritérií NINCDS-ADRDA (7) byla stanovena u 30 pacientů (průměrný věk 75 ± 9 let; 70% žen, MMSE průměrné 18 bodů, rozmezí 0–25) v poradně pro poruchy paměti AD centra na Neurologické klinice FNKV, 3. LF UK, Praha. Pečovatelé těchto pacientů (průměrný věk 63 ± 13 let, 66% žen) byli požádáni, aby posoudili ADL pacientů s AN vyplněním našeho dotazníku FAQ-CZ. Pečovatelé pacientů s AN podepsali informovaný souhlas se studií, která byla schválena etickou komisí 3. LF UK. Korelace jsme analyzovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

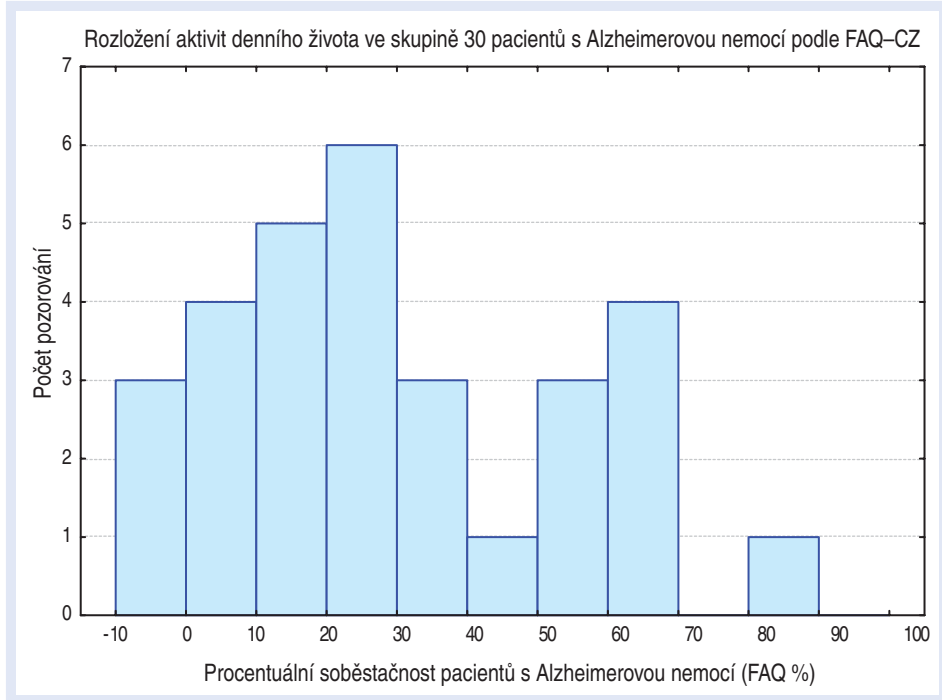
Výsledky

Česká verze dotazníku FAQ-CZ (příloha) je přílohou v tomto čísle časopisu Psychiatrie pro praxi. Lze ji také najít a volně stáhnout na webové adrese www.pcp.lf3.cuni.cz. Vyplnění dotazníku podle instrukcí nedělalo pečovateli většinou obtíže. Pečovatelé ocenili, že je jednoduchý, stručný, přehledný a srozumitelný. V ojedinělých případech nevyplnili některé položky, nejčastěji sedmou nebo osmou. Jiným

Tabulka 1. Posouzení jednotlivých položek dotazníku FAQ-CZ u 30 pacientů s Alzheimerovou nemocí. Dvě nejméně postižené položky (3 a 5) jsou vyznačeny světlou barvou a kurzívou, nejvíce postižené položky (především 2 a 9) jsou vyznačeny tmavší barvou a tučně.

Položka	Počet pacientů s jakýmkoliv stupněm postižení dané položky (1, 2 či 3 body)	Součet bodů pro danou položku od všech pacientů
1. Psát složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	28	72
2. Vyplňovat různé úřední dokumenty nebo formuláře	29	77
3. <i>Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny</i>	21	53
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	26	57
5. <i>Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák</i>	19	42
6. Připravit si jídlo	25	66
7. Sledovat současné události	23	45
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	28	58
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	28	81
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	26	63

Obrázek 1. Rozložení aktivit denního života ve skupině 30 pacientů s Alzheimerovou nemocí podle FAQ-CZ. Většina pacientů byla zřetelně postižena (0–40 % zachované soběstačnosti), přestože se jednalo o pacienty se středním stupněm postižení podle kognitivních schopností posuzované skórem MMSE.



problémem byl fakt, že dotazník obsahuje některé položky, které posuzovaná osoba nepotřebuje vykonávat („jsou tam dotazy, které nevím jak odpovědět, protože dotyčná osoba je nepotřebuje dělat“). Jiným pečovatelům chybělo rozlišení spontaneity a nutnosti pobídky („některé úkony pacient dělá s pobízením, a to pak relativně samostatně“). Přestože pro každou položku dotazník nabízí škálu čtyř stupňů závislosti, výjimečně tento rozsah pečovatelům nestačil („některé otázky by byly přesnější mezi sousedními body“ nebo „je těžké občas odhadnout a vyhodnotit potíže

pouze ve čtyřech stupních“). Některým pečovatelům vadilo odhadování („pokud pacient danou činnost nikdy nevykonával, nejde bez pokusu posoudit jeho schopnost tuto činnost vykonat“). Vyplnění dotazníku FAQ-CZ trvalo 1–10 minut, nejčastěji 2 minuty (modus), polovině osob 2–5 minut.

Při posuzování jednotlivých položek jsme zjistili, že nejčastěji byly postiženy 4 ADL: položka 1 – finanční transakce, položka 2 – vyplňování dokumentů, položka 8 – diskuze o televizním pořadu či přechleném, položka 9 – pamatovat si události, z nichž

položka 1 a 9 byly postiženy zřetelně a naopak položka 8 lehce. Nejmenší potíže pacientům s AN činilo nakupování (položka 3) a připravit si jednoduchý nápoj (položka 5) (tabulka 1).

Rozložení aktivit denního života ve skupině pacientů s Alzheimerovou nemocí podle FAQ-CZ je na obrázku 1. Z něho je patrné, že většina pacientů v naší skupině byla málo soběstačná na základě hodnocení každodenních aktivit podle dotazníku FAQ-CZ. Zhoršení soběstačnosti pacientů s AN neso- uviselo statisticky významně s věkem, vzděláním ani pohlavím. Naproti tomu hrubý skóre MMSE významně souvisel s věkem ($r = 0,5$, $p = 0,005$), nikoli se vzděláním ($r = 0,3$ ns) či pohlavím ($r = 0,3$ ns). Mezi hrubým skórem MMSE a FAQ-CZ jsme prokázali významnou střední míru korelace ($r = -0,6$, $p = 0,003$).

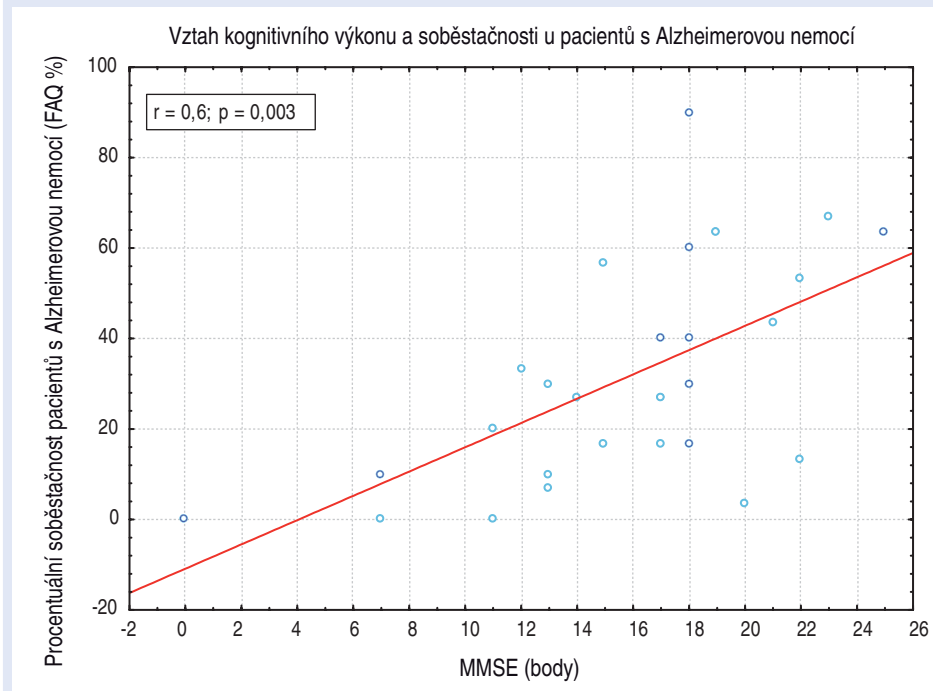
Diskuze

S pečovateli pacientů s AN jsme si ověřili, že používání přeložené české verze dotazníku FAQ-CZ je snadné a přináší rychle strukturovaný pohled na různé činnosti pacienta v běžném životě. Pečovatelům se dotazník líbil pro svou jednoduchost a stručnost. S jeho vyplněním mívali jen ojedinělé potíže. Někdy si teprve při vyplňování ujasnili určité záležitosti kolem péče pacienta, které si předtím ne zcela uvědomovali. Pečovatelé vyplnili dotazník v čekárně za zhruba poloviční dobu potřebnou k administraci MMSE. V té době se lékař může věnovat pacientovi. Lékař si nad vyplněným dotazníkem může velmi rychle představit obraz toho, jak pacient prožívá běžný den. Pečovatele trápí selhávání pacientů v obyčejných činnostech určitě více než samotné kognitivní funkce. Kognitivní schopnosti se u těchto pacientů vyšetřují daleko častěji než ADL, kterým bývá věnována jen malá pozornost. Jedním z důvodů je nedostatek vhodných prostředků k jejich zjišťování. Domníváme se, že by náš dotazník FAQ-CZ tuto situaci mohl zlepšit.

Protože dotazník FAQ-CZ obsahuje jen 10 položek, trvá jeho vyplnění krátce. V dotazníku se neposuzuje, zda je či není postižena určitá činnost, ale vyjadřuje se míra soběstačnosti v několika stupních. Dalším kladným rysem je nezávislost ADL podle FAQ-CZ na základních demografických ukazatelích pacientů. Tato vlastnost je ve shodě s předchozími zjištěními (5). To svědčí o dobré skladbě otázek.

Zjistili jsme, že ADL pacientů s AN významně souvisely s kognitivními schopnostmi. Překvapilo nás, že míra korelace v našem souboru ($r = -0,6$) je prakticky totožná jako v původní práci ($r = -0,7$) (8). Z logiky věci vyplývá, že ADL jsou závislé na mentálním výkonu. Z této úzké vazby lze vyvodit, že léčba kognitivny má vliv nejen na kognitivní funkce, ale i na ADL. Přestože existuje statisticky významný vztah pro celou skupinu pacientů s AN, nelze na

Obrázek 2. Vztah kognitivního výkonu měřeného MMSE (Mini Mental State Examination) a procentuální soběstačnosti pacientů (FAQ%, výpočet v textu) u pacientů s Alzheimerovou nemocí. Aktivita denního života se významně zhoršuje s poklesem kognitivních schopností ($r = -0,6$; $p = 0,003$) (Tři pacienti zdánlivě chybí, protože měli shodné skóre MMSE a FAQ-CZ jako jiní pacienti, a tyto tři dvojice podobných pacientů jsou na grafu zastoupeny jen jedním bodem.)



jeho základě odhadovat celkové funkční schopnosti konkrétního pacienta. Na obr. 2 je dobře patrné, že existují pacienti s relativně dobrými kognitivními schopnostmi a velkou závislostí v různých činnostech na okolí a naopak. Proto je zapotřebí kromě kognitivního výkonu získat představu o ADL daného pacienta. Z toho také vyplývá, že o míře soběstačnosti rozhodují ještě další faktory (např. předchozí schopnosti zastávat ADL, aktuální prostředí, úmrtí blízkého člověka, osamělost aj.).

Jednou z příčin častého rozšíření dotazníku FAQ v zahraničí je fakt, že se jedná o jeden z prvních dotazníků ADL z roku 1982. Vznikl intuitivním přístupem, kdy zřejmě ještě téma kognitivních funkcí a ADL nemělo jasné vymezení. Proto jeho některé položky zahrnují spíše kognitivní složky než čistě ADL, což je jeho určitou nevýhodou. Tyto obě oblasti se prolínají, což nám také potvrdila střední korelace mezi nimi. Novější dotazníky se vytvářejí náročnějším a správnějším postupem vycházejícím především z poznatků samotných pečovatelů (2, 4). Proto jejich struktura více odpovídá konceptu ADL. Mezi nevýhody dotazníku FAQ-CZ patří slučování více činností do jedné položky. Některé položky se

tedy skládají z několika složek, které vyžadují různou mentální a funkční náročnost (např. položka 10).

Kvůli struktuře dotazníku FAQ-CZ zahrnující složitější ADL je jeho použití vhodné pro pacienty s lehkou AN. Osvědčil se i ve stadiu mírného kognitivního postižení. Na základě rozporu mezi ADL popsány pacientem a jeho pečovatelem získaného pomocí

tak jednoduché pomůcky, jako je FAQ, lze dokonce předvídat budoucí osud pacienta s mírným kognitivním deficitem, zda se u něj rozvine AN, či nikoliv (10). Věříme, že rozšíření dotazníku pro jeho stručné a strukturované zhodnocení ADL nezávislé na věku, vzdělání a pohlaví přispěje ke snadnější diagnostice a určení hlavních směrů v péči o pacienty s lehkou formou AN a v prodromálním stadiu AN. Naše česká verze dotazníku FAQ-CZ je samostatnou přílohou tohoto čísla časopisu Psychiatrie pro praxi a je volně ke stažení na internetových stránkách www.pcp.lf3.cuni.cz.

Poděkování

Práce byla podpořena projektem Centra neuro-psychiatrických studií MŠMT ČR 1M0517 a grantem GA AV ČR KAN200520701.

Student 4. ročníku 3. LF UK Pavel Martínek pod vedením MUDr. A. Bartoše, Ph.D. získal práci Aktivita denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí 1. místo na studentské vědecké konferenci 3. LF UK, 2. místo na celostátní studentské vědecké konferenci českých a slovenských lékařských fakult a 3. místo v celostátní soutěži o prestižní ocenění „Cena za lékařství 2007“ (Prix de Médecine, 2007), kterou vypisují Francouzské velvyslanectví v ČR a Pierre Fabre Médicament, s. r. o.

MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.
AD Centrum, Psychiatrické centrum Praha
Ústavní 91, 181 03 Praha 8-Bohnice
e-mail: bartos@pcp.lf3.cuni.cz

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR), 4th Ed. – text revised. Washington, DC: 2000.
2. Bucks RS, Ashworth DL, Wilcock GK, Siegfried K. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. Age Ageing 1996; 25(2):113–120.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 1975; 12: 189–198.
4. Galasko D, Bennett D, Sano M, Ernesto C, Thomas R, Grundman M, Ferris S. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. The Alzheimer's disease cooperative study. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1997;11 (Suppl 2): S33–S39.
5. Juva K, Mäkelä M, Erkinjuntti T et al. Functional assessment scales in detecting dementia. Age and Aging 1997; 26: 393–400.
6. Kalvach Z et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada 2004.
7. McKhann D, Drachman D, Folstein M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. Neurology 1984; 34(7): 939–944.
8. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Geront 1982; 37(3): 323–329.
9. Pidman V, Lálová K, Chroust K. Účinnost a snášenlivost galantaminu v léčbě Alzheimerovy nemoci. Neurol pro praxi 2006; 5: 276–281.
10. Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, Camacho Y et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment. Prediction of AD. Neurology 2002; 58: 758–764.
11. Topinková E. Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi. Praha: UCB Pharma 1999.