



Najnowsze możliwości oceny jakości życia po udarze mózgu

Latest advancements in the evaluation of quality of life in stroke patients

JÓZEF OPARA

Z IV Oddziału Rehabilitacji Schorzeń Neurologicznych
Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach

STRESZCZENIE. *Celem pracy jest przedstawienie aktualnych możliwości oceny jakości życia po udarze mózgu. Badanie to wykonuje się zazwyczaj dla oceny odległych wyników leczenia – nie wcześniej niż pół roku po udarze. Przebyty udar mózgu często wywiera silny wpływ na dalsze życie chorego. Chory po udarze zazwyczaj posiada mniejszą zdolność zarobkowania, nierzadko przechodzi na rentę inwalidzką, staje się mniej aktywny, ma problemy z mówieniem, czytaniem, załatwianiem spraw urzędowych, prowadzeniem rozmów telefonicznych, pisanie, rzadziej wychodzi z domu, rzadziej przyjmuje gości, ma problemy z samodzielnym podróżowaniem, ogranicza aktywność społeczną, rzadziej zabiera głos. W pracy przedstawiono kwestionariusze najczęściej stosowane dla oceny jakości życia chorego po udarze mózgu. Bliżej przedstawiono EuroQol, „20-punktowy skróto- wy przegląd zdrowia” (20-Item Short-Form Health Survey – SF-20), SF-36, „Profil wpływu choroby” (Sickness Impact Profile). Najszerzej omówiono najnowszą skalę – „30-punktową wersję skali SIP zaadaptowaną dla udaru mózgu” (Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile, SA-SIP 30) – pierwszą skalę jakości życia przeznaczoną specjalnie dla chorych po udarze mózgu.*

SUMMARY. *This article discusses the latest advancements in the evaluation of quality of life in stroke patients. Such evaluation is usually made no sooner than six months after the stroke and its purpose is to predict long-term functioning. Brain stroke usually has a serious effect on the patient's further life. Stroke patients usually have poorer earning potential, often go onto disability pension, are less active, have difficulty speaking, reading, arranging official business, talking on the telephone and writing. They seldom leave home, seldom entertain, have trouble travelling independently, are less active socially and are reluctant to speak up. Several of the questionnaires most frequently used to evaluate quality of life in stroke patients are presented. Three of these questionnaires, the 20-Item Short-Form Health Survey – SF-20, SF-36 and the Sickness Impact Profile are discussed more thoroughly. Greatest attention is paid to the most recent scale, the Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile – SA-SIP 30, the first quality of life scale specially designed for stroke patients which is discussed at length.*

Słowa kluczowe: udar mózgu / jakość życia / czynności życia codziennego
Key words: stroke/ quality of life/ daily routine

Podpisana również przez Polskę Deklaracja Helsingborgska jako jeden z siedmiu głównych celów do roku 2005 stawia przed krajami-sygnatariuszami ustalenie wskaźników jakości życia w celu oceny wyników opieki nad chorymi po udarze mózgu [6]. Badania jakości życia są coraz częściej sto-

sowane dla porównania odległych wyników leczenia chorych po udarze w „oddziałach udarowych” (ang. *stroke units*) w stosunku do chorych leczonych na oddziałach ogólnych [13].

Celem niniejszego opracowania jest przegląd najbardziej znanych kwestionariuszy

i ułatwienie prac prowadzonych w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Możliwe jest umowne przyjęcie jednej ze znanych skal do stosowania w Polsce, lub stworzenie skali własnej – narodowej [21].

Przebyty udar mózgu często wywiera silny wpływ na dalsze życie chorego. Chory po udarze zazwyczaj posiada mniejszą zdolność zarobkowania, nierzadko przechodzi na rentę inwalidzką, staje się mniej aktywny, ma problemy z mówieniem, czytaniem, załatwianiem spraw urzędowych, prowadzeniem rozmów telefonicznych, pisaniem (prowadzenie korespondencji, wypełnianie formularzy), rzadziej wychodzi z domu, rzadziej przyjmuje gości, ma problemy z samodzielnym podróżowaniem, ogranicza aktywność społeczną, rzadziej zabiera głos. Niejednokrotnie skutkiem choroby jest pogorszenie sytuacji materialnej.

WHO określiła jakość życia jako „poczucie jednostki co do jej pozycji życiowej w aspekcie kulturowym oraz w aspekcie przyjętego systemu wartości, w którym ona żyje w odniesieniu do jej osiągnięć, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [13]. Traktowana ona może być jako wielkość zadowolenia i satysfakcji w odniesieniu do spraw uznawanych przez osobę badaną za najbardziej znaczące, jako stopień realizacji celów życiowych i jako poczucie użyteczności społecznej. Ogólnie jakość życia wiąże się przede wszystkim z możliwością prowadzenia życia społecznie użytecznego i z naturalnymi zdolnościami fizycznymi i umysłowymi danej osoby. Na jakość życia człowieka wpływają zarówno czynniki subiektywne jak obiektywne. Jakość życia związana z chorobą (*Health Related Quality of Life – HRQL*) obejmuje szerokie spektrum następstw przebytej choroby. Dotyczy chorych przewlekle. Badanie jakości życia wiąże się z technikami psychometrii [4, 14, 17]. Z początku znane były jedynie skale ogólne – uniwersalne – ta sama skala była stosowana w wielu różnych populacjach chorych. Z czasem powstały skale specyficzne dla danej choroby.

W neurologii najbardziej znane są skale oceniające jakość życia chorego z padaczką, z guzem mózgu i ostatnio z chorobą Parkinsona [20]. U chorego po udarze mózgowym obniżenie jakości życia wynika z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, co powoduje obniżenie samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego (activities of daily living, ADL) i prowadzi do inwalidztwa i zależności od otoczenia. Niejednokrotnie istotny wpływ wywierają depresja i ograniczenia zdolności poznawczych. U tych chorych jakość życia zależy zarówno od mechanizmu udaru (krwotoczny czy niedokrwienny), jego lokalizacji, jak i rozległości uszkodzenia mózgowia.

Większość ankiet oceniających jakość życia zajmuje się oceną funkcjonowania chorego w domu i poza nim, niektóre szczególnie uwagę poświęcają stanowi psychicznemu badanego, zwłaszcza samoocenie zdrowia i stosunkowi do własnej niepełnosprawności. Istnieją skale ilościowe, tj. takie, których wyniki można sumować w jeden wynik końcowy i skale jakościowe, tj. takie, w których można porównywać tylko poszczególne pozycje między sobą. Można wyróżnić dwie grupy skal. W jednej badany może udzielić jedynie odpowiedzi przeczącej lub potwierdzającej, w drugiej – mając do wyboru kilka odpowiedzi otrzymuje możliwość stopniowania. Często w powszechnie używanych kwestionariuszach powtarza się ocena niektórych czynności życia codziennego [8, 9, 22, 23, 30], w innych ocena motoryczna [19]. Badanie jakości życia u chorych po udarze niejednokrotnie bywa uzupełniane przez ocenę depresji [4, 10] i funkcji poznawczych [15, 18, 27]. Z reguły pierwszej oceny jakości życia dokonuje się nie wcześniej jak 3 miesiące po udarze, najczęściej po upływie pół roku. Przeprowadzenie tego badania po upływie roku, dwóch, trzech lub pięciu lat umożliwi dokonanie oceny odległych wyników leczenia [13]. Najbardziej rozpowszechnionymi kwestionariuszami służącymi do oceny jakości po udarze są zestawione w tabl. 1.

Tablica 1. Popularne skale oceny jakości życia

Nazwa polska	Nazwa oryginalna [2, 3, 9, 10, 11, 15, 16]	Liczba pozycji
Wykresy informacji o pacjencie ambulatoryjnym	<i>Communication of Outpatient Charts (COOP Charts)</i>	9
	<i>EuroQol</i>	6
Skala stanu wydolności Karnofskyego	<i>Karnofsky Performance Scale</i>	dziesiętna 0–100
Wskaźnik zdrowia Mc Mastera	<i>Mc Master Health Index Questionnaire</i>	42
20-punktowy skrótowy przegląd zdrowia MOS	<i>Medical Outcome Study, 20-Item Short-Form Health Survey (SF-20)</i>	24
36-punktowy skrótowy przegląd zdrowia MOS	<i>Medical Outcome Study, 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>	36
Profil zdrowia Nottingham	<i>Nottingham Health Profile</i>	45
Wskaźnik jakości życia	<i>Quality of Life Index</i>	5
Skala jakości dobrostanu	<i>Quality of Well-Being Scale</i>	3
Londyńska skala upośledzenia	<i>London Handicap Scale</i>	6
Profil wpływu choroby	<i>Sickness Impact Profile (SIP)</i>	136

Najbardziej rozbudowany jest SIP, w którym ankietowany odpowiada łącznie na 136 pytań [3, 25]. Pytania te zgrupowane są w 12 subskalach: sen i odpoczynek, emocje, samoobsługa, dbałość o gospodarstwo domowe, mobilność, stosunki międzyludzkie, lokomocja, zachowanie, porozumiewanie się, jedzenie. Ponieważ wypełnienie tego kwestionariusza zajmuje każdorazowo ok. półtorej godziny, co powoduje pewien opór ze strony ankietowanych, powstało zapotrzebowanie na wersje uproszczone (SF, *short forms*). Spośród wersji krótszych najbardziej znany jest SF-36, zawierający 36 pytań [28, 30]. Pytania są tu zgrupowane w ośmiu subskalach: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia fizyczne, ból, ogólny stan zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenia pełnienia dotychczasowej roli wynikające z zaburzeń emocjonalnych i zdrowie psychiczne. SF-36 składa się z dwóch części: część pierwsza, oceniająca stan funkcjonalny, zawiera cztery grupy zagadnień – sprawność fizyczną, funkcyjono-

wanie w społeczeństwie, ograniczenia wywołane problemami fizycznymi i ograniczenia spowodowane problemami emocjonalnymi, część druga zaś ocenia trzy grupy zagadnień wchodzących w zakres dobrostanu – zdrowie psychiczne, energię/witalność i ból [1, 13, 26]. Wypełnienie tej ankiety zajmuje ok. 15–20 minut, co jest jej istotną zaletą, jak również łatwość wypełnienia. SF-36 jest już bardzo rozpowszechniony i znalazł zastosowanie w szeregu innych schorzeń, ostatnio również w chorobie Parkinsona [20]. Wadą tej skali jest pewne zawężenie obszaru badań (np. pominięcie dbałości o gospodarstwo domowe czy zdolności do porozumiewania się). Skala stanu wydolności Karnofskyego jest obecnie stosowana jedynie w chorobach nowotworowych, choć Banach wraz z współpracownikami próbował dostosować ją do chorych po udarze [2].

W roku 1989 Stewart i wsp. opisali wyniki badań przeprowadzonych w trzech miastach kalifornijskich przez 362 lekarzy w ramach *Medical Outcomes Study* [26].

Przebadano łącznie 9385 osób w dwóch grupach chorych z chorobami przewlekłymi. Pierwszą grupę, ocenioną przez lekarzy, stanowili chorzy z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, niewydolnością serca i po zawale serca. Drugą grupę, w której chorzy dokonali samooceny stanu zdrowia, stanowili chorzy z gośćcem stawowym, schorzeniami płuc i oskrzeli, zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, bólami krzyża i chorobą wieńcową. W badaniach zastosowano skalę SF-20 (*20-Item Short Form Health Survey*). Składa się ona z 20 pytań, na które można udzielić jednej z 3 do 6 możliwych odpowiedzi. Dotyczą one dwóch grup zagadnień: funkcjonowania i poczucia dobrostanu. W grupie pierwszej 6 pytań dotyczy ograniczeń spowodowanych spadkiem możliwości fizycznych, dwa dotyczą ograniczeń w pełnieniu dotychczasowej roli, jedno dotyczy ograniczeń życia towarzyskiego. W drugiej grupie pytań pięć dotyczy zdrowia psychicznego, pięć poczucia zdrowia i jedno bólu. Analiza pytań wskazuje, że ankieta ta może być z powodzeniem zastosowana również u chorych po udarze mózgu. Obarczona jest tymi samymi wadami jak SF-36. Na podstawie przeprowadzonych badań, Stewart określił warunki klinicznej przydatności oceny jakości życia. Są one w kolejności następujące:

1. pomiar jakości życia musi być kompleksowy, musi uwzględniać wyniki leczenia istotne z punktu widzenia chorego,
2. skale (ankiety) muszą być proste i łatwe w zastosowaniu,
3. wyniki powinny być gorsze u chorych przewlekle w porównaniu z nie chorującymi przewlekle,
4. wyniki dotyczące poszczególnych składowych powinny być charakterystyczne dla danej choroby (np. ocena bólu musi wykazać wyższy wynik u chorych z gośćcem stawowym niż u chorych z nadciśnieniem),
5. w obrębie każdej jednostki chorobowej pomiary powinny odróżniać nasilenie objawów podczas przebiegu choroby,

6. pomiary powinny wykazywać zarówno korzystne, jak niekorzystne wyniki leczenia od początku do końca choroby.

Najprostszą formą samooceny zdrowia jest skala EuroQol, obejmująca pozycje ułożone mnemotechnicznie w DEATH (*dressing, eating, ambulating, toileting, hygiene*) i SHAFT (*shopping, houswork, accounting, food preparation, transportation*) [24]. Zaletą EuroQol jest możliwość graficznego, analogowego zaznaczenia swojego wyobraźnego stanu zdrowia na skali od 0 do 100 pkt. [5]. W skali tej dodatkowo zadaje się pięć pytań dotyczących poruszania się, samoobsługi, codziennych czynności (praca, nauka, zajęcia domowe, spotkania rodzinne itp.), bólu/dyskomfortu i niepokoju/depresji.

Niektórzy do oceny jakości życia używają skal będących rozszerzonymi („instrumentalnymi”) skalami życia codziennego [13]. Najbardziej znany spośród nich „Wskaźnik aktywności Frenchay”, składający się z 15 pozycji (przygotowywanie posiłków, mycie się, pranie, prace domowe, zakupy, kontakty międzyludzkie, wychodzenie z domu, hobby, prowadzenie samochodu, podróże, prace w ogródku, czytanie, prace zarobkowe), stworzony specjalnie dla chorych po udarze, nie nadaje się do zastosowania w Polsce – np. prowadzenie samochodu, lub czytanie książek jest u nas rzadsze niż na Zachodzie, zarówno przed, jak i po udarze [8, 12].

Opublikowana w roku 1997 przez van Stratena i wsp. 30-punktowa wersja skali SIP zaadaptowana dla udaru mózgu (*Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile – SA-SIP 30*) jest pierwszą skalą oceny jakości życia przeznaczoną specjalnie dla chorych po udarze mózgu [28]. Dzięki rezygnacji z pytań nieistotnych dla chorych po udarze ta skrócona forma „Profilu wpływu choroby” wydaje się obecnie najbardziej przydatnym kwestionariuszem do badania jakości życia po udarze mózgu. Skala ta, jak sama nazwa wskazuje, zawiera 30 pytań należących do ośmiu subskal

(o cztery mniej niż w pełnej wersji SIP). Są to: samoobsługa (higiena osobista, przenoszenie się, ubieranie), stosunki międzyludzkie, mobilność, komunikacja, stan emocjonalny, dbałość o gospodarstwo domowe, koncentracja uwagi i poruszanie się (załącznik). Cechuje się wysoką jednorodnością, rzetelnością, czułością i porównywalnością. Wskaźnik alfa Cronbacha oceniający jednorodność dla całej skali okazał się wysoki (0,85), zaś dla poszczególnych subskał najwyższy dla oceny koncentracji uwagi i mobilności (0,71) i najniższy dla oceny poruszania się i stanu emocjonalnego (0,54 i 0,57). Autorzy wykazali, iż skala ta pozwala na odróżnienie chorych z zawałem lakunarnym od chorych z uszkodzeniem korowym lub podkorowym.

PODSUMOWANIE

W 1993 r. Rob de Haan podał własne propozycje ukierunkowania badań nad jakością życia w najbliższej przyszłości:

1. należy najpierw sprecyzować relacje między koncepcją badania jakości życia i „Międzynarodową klasyfikacją uszkodzeń, niepełnosprawności i upośledzenia” (ICIDH),
2. nacisk powinien być położony na doskonalenie już istniejących ankiet niż na tworzenie nowych,
3. powinno się zwrócić szczególną uwagę na zmiany stanu pacjenta w czasie,
4. należy dążyć do utworzenia skal oceniających jakość życia specyficznych dla udaru, umożliwiających odróżnienie wpływu udaru od wpływu wieku chorego i oddzielenie wpływu zaburzeń somatycznych i emocjonalnych,
5. należy porównywać wyniki uzyskane u chorych po udarze z grupą kontrolną o bardzo zbliżonych cechach,
6. należy zachować zgodność udoskonalonych skal z klasycznymi [9].

W świetle przytoczonych informacji, opublikowana w roku 1997 przez van Stratena i wsp. „30-punktowa wersja skali SIP zaadaptowana dla udaru mózgu” (SA-SIP 30) jest krokiem milowym na drodze badania jakości życia chorych po udarze. Moim zdaniem skala ta może być z powodzeniem zastosowana w Polsce (p. aneks).

PIŚMIENNICTWO

1. Anderson C., Laubscher S., Burns R.: Validation of the short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 1996, 27, 1812.
2. Banach S., Bielecki M., Szawłowski K.: Próba ilościowej oceny stanu klinicznego chorych z ostrym pólkulowym zespołem niedokrwiennym. *Neurol. Neurochir. Pol.* 1983, 6, 613.
3. Bergner M., Bobbit R.A., Carter W.B. i wsp.: The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med. Care* 1981, 19, 789.
4. Broła W., Czernicki J., Szafraniec L.: Badanie jakości życia chorych po udarze mózgu. *Przegl. Lek.* 1999, 56, 1, 1.
5. Dorman P.J., Waddel F., Slattery i wsp.: Is the EuroQol a valid measure of Health – Related Quality of Life after stroke? *Stroke* 1997, 28, 1876.
6. Europejskie Spotkanie w sprawie ustalenia wspólnego stanowiska dotyczącego postępowania w udarze mózgu. *Helsingborg*, 8–10.11.1995. *Neurol. Neurochir. Pol.* 1997, supl. 1, 4.
7. Gill T.M., Feinstein A.R.: A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA* 1994, 272, 619.
8. Gresham G.E., Duncan P.W., Stason W.B. i wsp.: Rehabilitacja po udarze mózgu: cena stanu pacjenta, wskazania do rehabilitacji i sposób postępowania. (Tłumacz.). *Rehab. Med. (Kraków)* 1997, 1, 2, 13.
9. de Haan R.: *Clinimetrics in stroke*. Universiteit van Amsterdam, 1994.
10. Hamilton M.: Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1967, 6, 278.
11. Harwood R.W., Gompertz P., Ebrahim S.: Handicap one year after a stroke: validity of a new scale. *J. Neurol. Neurosurg. Psych.* 1994, 57, 825.
12. Holbrook M., Skilbeck C.E.: An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing* 1983, 12, 166.

13. Indredavik B., Bakke F., Slordahl S.A. i wsp.: Stroke unit improves long-term quality of life. A randomized controlled trial. *Stroke* 1998, 29, 895.
14. Jarema M.: Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. *Nowa Medycyna* 1996, 3, 15.
15. Kalra L., Eade J., Wittink M.: Stroke rehabilitation units: Randomized trials and mainstream practice. *Cerebrovasc. Dis.* 1996, 6, 266.
16. Karnofsky D.A.: Meaningful clinical classification of therapeutic responses to anticancer drugs. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1961, 2, 709.
17. King R.B.: Quality of life after stroke. *Stroke* 1996, 27, 1467.
18. Kwa V.I.H., Limburg M., de Hahn R.J.: The role of cognitive impairment on the quality of life after ischemic stroke. *J. Neurol.* 1996, 243, 599.
19. Lennon S., Hastings M.: Główne fizjoterapeutyczne wskaźniki jakości opieki nad chorymi po udarach mózgu. (Tłumacz.). *Rehab. Med. (Kraków)* 1997, 1, 2, 27.
20. Opara J.: Klinimetria w parkinsonizmie. *Neurol. Neurochir. Pol.* 1998, 6, 1497.
21. Opara J., Opieczonek T.: Czy istnieje potrzeba stworzenia polskiego systemu oceny stopnia uszkodzenia i funkcji u chorych po udarze mózgu? *Neurol. Neurochir. Pol.* 1995, 29, 45, 5, 795–798.
22. Opara J., Szeliga-Cetnarska M., Chromy M. i wsp.: Skale udarów „Repty”. Wskaźnik funkcjonalny „Repty” dla oceny czynności życia codziennego u chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgowym. Część II. *Neurol. Neurochir. Pol.* 1998, 4, 813.
23. Orgogozo J.M.: Advantages and disadvantages of neurological scales. *Cerebrovasc. Dis.*, 1998, 8, supl. 2, 2.
24. Paist S.S., Jafri A.: Functional assessment in older patients. *Medycyna po Dyplomie* 1997, 6, 1, 33.
25. Sneeuw K.C., Aaronson N.K., de Hahn R.J., Limburg M.: Assessing quality of life after stroke. The value and limitations of proxy ratings. *Stroke* 1997, 28, 1541.
26. Stewart A.L., Greenfield S., Hays R.D. i wsp.: Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989, 262, 907.
27. Toedter L.J., Schall R.R., Reese C.A. i wsp.: Psychological measures: reliability in the assessment of stroke patients. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, 8, 719.
28. Van Straten A., de Hahn R.J., Limburg M. i wsp.: A stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (SA-SIP 30). *Stroke* 1997, 28, 2155.
29. Wade D.T.: *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Oxford Univ. Press, Oxford 1992, 218.
30. Ware J.E., Sherbourne C.D.: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med. Care* 1992, 30, 473.

*Adres: Dr hab. Józef Opara, IV Oddział Rehabilitacji Schorzeń Neurologicznych
Górnolśląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty”, ul. Śniadeckiego 1, 42-604 Tarnowskie Góry*

Aneks

SA-SIP 30

30-punktowa wersja skali SIP zaadaptowana dla udaru mózgu

Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile

	Wersja oryginalna	Tłumaczenie
	<i>Answer: yes or no</i>	Odpowiedz: tak lub nie
	Body care and movement	Samoobsługa (higiena osobista, przenoszenie się, ubieranie)
1.	<i>I make difficult moves with help, for example getting into or out of cars, bathtubs</i>	Mam trudności z poruszaniem się lub potrzebuję pomocy, np. z wchodzeniem do samochodu i z powrotem, do wanny itp.
2.	<i>I move my hands or fingers with some limitation or difficulty</i>	Poruszam rękami lub palcami z ograniczeniem lub z trudnością
3.	<i>I get in and out of bed or chairs by grasping something for support or using a cane or walker</i>	Wchodzę do łóżka lub wychodzę z łóżka, lub wstaję z krzesła chwytając się czegoś, używam laski lub chodzika
4.	<i>I have trouble getting shoes, socks, stockings on</i>	Mam problemy z założeniem butów, skarpetek lub pończoch
5.	<i>I get dressed only with someone's help</i>	Ubieram się tylko z czyjąś pomocą
	Stosunki międzyludzkie	Social interaction
6.	<i>I show less interest in other people's problems, for example, don't listen when they tell me about their problems, don't offer to help</i>	Wykazuję mniejsze zainteresowanie problemami innych ludzi, np. nie słucham kiedy opowiadają mi o swoich problemach, nie oferuję im swojej pomocy
7.	<i>I often act irritable to those around me, for example, snap at people, give sharp answers, criticize easily</i>	Często działam irytująco na otoczenie, np. przerywam innym, udzielam ostrych odpowiedzi, łatwo krytykuję
8.	<i>I show less affection</i>	Wykazuję mniejszą wrażliwość
9.	<i>I am doing fewer social activities with groups of people</i>	Wykazuję mniejszą aktywność towarzyską
10.	<i>I talk less to those around me</i>	Jestem mniej rozmowny
	Mobility	Mobilność
11.	<i>I stay home most of the time</i>	Większość czasu spędzam w domu
12.	<i>I am not going into town</i>	Nie wychodzę na miasto
13.	<i>I do not get around in the dark or in unlit places without someone's help</i>	Nie poruszam się bez czyjejś pomocy w mroku ani w miejscach nieoświetlonych
	Communication	Komunikacja
14.	<i>I carry on a conversation only when very close to the other person or looking at him</i>	Prowadzę konwersację tylko bardzo blisko rozmówcy lub patrząc na niego
15.	<i>I have difficulty speaking, for example, get stuck, stutter, stammer, slur my words</i>	Mam trudności z mówieniem, np. zacinam się, jąkam, stękam, połykam słowa
16.	<i>I do not speak clearly when I am under stress</i>	Nie mówię wyraźnie kiedy jestem w stresie

	<i>Emotional behavior</i>	Stan emocjonalny
17.	<i>I say how bad or useless I am, for example, that I am a burden on others</i>	Mówię, że jestem zły lub niepotrzebny, np. że jestem ciężarem dla innych
18.	<i>I laugh or cry suddenly</i>	Nagle śmieję się lub płaczę
19.	<i>I act irritable and impatient with myself, for example, talk badly about myself, swear at myself, blame myself for things that happen</i>	Działam irytująco lub ze zniecierpliwieniem na samego siebie, np. mówię źle o sobie, klnę na siebie, oskarżam sam siebie o to co się stało
20.	<i>I get sudden frights</i>	Nagle ogarnia mnie strach
	<i>Household management</i>	Dbłość o gospodarstwo domowe
21.	<i>I am not doing any of the maintenance or repair work that I would usually do in my home or yard</i>	Nie robię niczego dla utrzymania domu lub nie wykonuję tych napraw, które zwykle wykonywałem w domu lub w obejściu
22.	<i>I am not doing any of the shopping that I would usually do</i>	Nie dokonuję zakupów, których zwykle dokonywałem
23.	<i>I am not doing any of the house cleaning that I would usually do</i>	Nie wykonuję żadnych czynności dla utrzymania czystości w domu, które dawniej wykonywałem
24.	<i>I am not doing any of the clothes washing that I would usually do</i>	Nie robię prania, które zwykle robiłem
	<i>Alertness behavior</i>	Koncentracja uwagi
25.	<i>I am confused and start several actions at a time</i>	Jestem zmieszany i zaczynam wiele czynności z opóźnieniem
26.	<i>I make more mistakes than usual</i>	Popelniam więcej błędów niż zwykle
27.	<i>I have difficulty doing activities involving concentration and thinking</i>	Mam trudności z czynnościami wymagającymi koncentracji i myślenia
	<i>Ambulation</i>	Poruszanie się
28.	<i>I do not walk up or down hills</i>	Nie chodzę po pagórkach i wzniesieniach
29.	<i>I get around only by using a walker, crutches, cane, walls, or furniture</i>	Chodzę jedynie z balkonikiem, chodzikiem, o kulach, z laską lub czepiając się ścian lub mebli
30.	<i>I walk more slowly</i>	Chodzę znacznie wolniej