

Sarcopenia és életminőség: a Sarcopenia Quality of Life (SarQoL) kérdőív hiteles magyar fordítása

Hodinka László dr.¹ ■ Vereckei Edit dr.¹ ■ Gasparik Andrea Ildikó dr.²

¹Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

²Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Marosvásárhely (Târgu Mureș, Románia)

Bevezetés: A sarcopenia, vagy időskori izomerő- és izomtömeg-csökkenés, napjaink komoly népegészségügyi problémája. A betegséggel járó csökkent fizikai teljesítőképesség miatt az érintettek életminősége bizonyíthatóan romlik. Az általános életminőséget mérő skálák, mint a Rand Corporation Short Form 36 (SF-36) vagy a European Quality of Life (EuroQoL-5D) kérdőív nem mérik, és így nem mutatják ki a sarcopenia – életminőségre kifejtett – speciális hatását. A Sarcopenia Quality of Life (SarQoL – sarcopenia és életminőség) az első kimondottan erre a betegségről vonatkozó kérdőív, amelyet nemrég abból a célból fejlesztettek ki, hogy átfogó képet nyújtson a 65 évesnél idősebb sarcopeniás személyek életminőségéről.

Célkitűzés: Az eredeti SarQoL kérdőív magyar nyelvű, érvényes változatának kifejlesztése volt a célunk, annak fordítása, kultúrközi adaptációja és magyar nyelvi validálása révén.

Módszer: A fordításhoz az ajánlott nemzetközi protokollt követtük, ennek öt lépése: két külön magyar fordítás, a két változat szintézise, visszafordítása angol nyelvre, az eredeti és a visszafordított változatok szakértői csoport általi összevetése, előtesztelés. A magyar nyersfordítást 20 különböző iskolázottságú és társadalmi háttérű vizsgált személy (10 klinikailag sarcopeniásként kóriszmetett és 10 nem sarcopeniás) töltötte ki. Minden személynél felmértük a kérdések érthetőségét, a válaszadáskor adódó esetleges nehézségeket.

Eredmények: Az eredeti kérdőív szerzői által a fordításhoz előírt módszertan elvárásai szerint a végső változat az eredetivel mind tartalmilag, mind pontosságában megegyezett. A SarQoL kérdőívet kifejlesztő munkacsoport a magyar változatot közérthetőnek, feladatára alkalmasnak, hitelesnek találta.

Következtetés: A klinikai jellemzők alapján kóriszmetett sarcopeniás személyek által kitöltött kérdőív a hazai tartalmi hitelesítést követően hasznos és szükséges életminőség-értékelő eszközként áll majd a sarcopeniás magyar betegek rendelkezésére.

Orv Hetil. 2018; 159(36): 1483–1486.

Kulcsszavak: sarcopenia, életminőség, kérdőív, SarQoL

Sarcopenia and quality of life: the validated Hungarian translation of the Sarcopenia Quality of Life (SarQoL) questionnaire

Introduction: Sarcopenia, or age-related muscle loss, is emerging as a serious public health concern. Due to the impaired physical performance associated with sarcopenia, a reduced quality of life (QoL) has been evidenced in the affected individuals. Generic instruments, such as Rand Corporation Short Form 36 (SF-36) or the European Quality of Life (EuroQoL-5D) questionnaires do not accurately assess the impact of sarcopenia on QoL. SarQoL (Sarcopenia Quality of Life) questionnaire, was the first disease-specific questionnaire addressing the quality of life in patients with sarcopenia and has been recently designed for providing a global assessment of the quality of life in community-dwelling elderly subjects aged 65 years and older.

Aim: Our aim was the development of a valid Hungarian version of the original SarQoL, through the translation, cultural adaptation and content validation of the original questionnaire.

Method: We followed the recommended process, the international protocol of translation in five steps: two initial translations, synthesis of the two translations, backward translation, expert committee to compare translations with the original questionnaire and pretest. The pretest process involved 20 subjects (10 clinically sarcopenic and 10 non-sarcopenic with different educational and socioeconomic backgrounds) who were asked to complete the question-

naire. Feedbacks were requested from all subjects regarding the comprehensibility of questions or difficulties in completing the test.

Results: Using the recommended best practice protocol for translation, the pre-final version is comparable with the original instrument in terms of content and accuracy.

Conclusion: After the content validation with clinically sarcopenic persons it should be a useful tool to assess the quality of life of people with sarcopenia among elderly Hungarian patients.

Keywords: sarcopenia, quality of life, questionnaire, SarQoL

Hodinka L, Vereckei E, Gasparik AI. [Sarcopenia and quality of life: the validated Hungarian translation of the Sarcopenia Quality of Life (SarQoL) questionnaire]. *Orv Hetil.* 2018; 159(36): 1483–1486.

(Beérkezett: 2018. április 14.; elfogadva: 2018. május 15.)

Rövidítések

CT = (computer tomography) számítógépes tomográfia; DEXA = (dual energy X-ray absorptiometry) kettős energiájú röntgensugár-elnyelődés mérése; EuroQoL-5D, EQ-5D = az Európai Életminőség Kérdőív 5 kérdéses változata; EWGSOP = (European Working Group on Sarcopenia in Older People) európai munkacsoport az időskorúak sarcopeniájának meghatározására; HRQoL = (Health Related Quality of Life) az egészségi állapottal kapcsolatos életminőség; MR = mágneses rezonancia; SarQoL = (Sarcopenia Quality of Life) a sarcopenia által érintettek életminősége; SF-36 = a Rand Corporation Short Form kérdőívének 36 kérdéses változata

A sarcopenia, vagy időskori izomerő- és izomtömegcsökkenés, napjaink demográfiai változásaira is visszavezethetően igen komoly népegészségtani problémát jelent. A kor előrehaladtával az izomszövet fokozatosan leéptül, a folyamat következményeként pedig csökken az izom tömege és ereje. Ezt az állapotot nevezzük sarcopeniának [1]. Bebizonyosodott, hogy ezeknél az egyéneknél az egészségi állapottal kapcsolatos életminőség (Health Related Quality of Life, HRQoL) fokozatosan romlik. A sarcopenia és az életminőség összefüggéseit felmérő kutatás nagy részét korábban olyan általános eszközökkel végezték, mint például a Short Form 36 (SF-36) és az EuroQoL (EQ)-5D életminőség-mérő skála, amelyek valószínűleg nem eléggé érzékenyek a sarcopenia életminőségre gyakorolt hatásának értékelésére, ezért szükség volt egy speciális eszköz kifejlesztésére [2].

A SarQoL (Sarcopenia Quality of Life – sarcopenia és életminőség) volt az első betegség-specifikus kérdőív, mely a sarcopeniás betegek életminőségével foglalkozik, és amelyet azért fejlesztettek ki, hogy átfogó képet kapjunk a 65 évesnél idősebb, közösségben élő személyek életminőségéről. Eredetileg francia nyelven készült, egy évvel később angol, majd román nyelvre is lefordították és validálták [3–5].

Célunk az eredeti SarQoL magyar nyelvű változatának kifejlesztése, kulturális adaptációja és nyelvi validálása volt, hogy végül egy olyan megbízható eszközhöz jussunk, amellyel az itthoni és a határokon túli, sarcopeniá-

ban szenvedő magyar páciensek életminősége is felmérhető.

Az eredeti SarQoL olyan többdimenziós kérdőív, amely 22 kérdésbe foglal 55, a vizsgált személy által választott, magára érvényesnek tartott információt, amelyek kérdésenként egy-egy négyponos Likert-skála szerint értékelhetők. A 22 kérdés a várhatóan diszfunkciós területeknek megfelelően (testi és lelki egészség, mozgásszervi zavarok, testfelépítés, életműködések, mindennapi tevékenységek, szabadidős tevékenységek és félelmek) hét fejezetben jelennek meg [3].

Módszer

Az eredeti kérdőív fejlesztői csoportja által meghatározott eljárást, azaz a fordítás nemzetközi protokollját követtük. Az első fázisban az angol változatot két magyar anyanyelvű fordító (orvos és nyelvtanár) egymástól függetlenül fordította magyarra. Minthogy a magyar változatot határon túli alkalmazásra is szánjuk, a nem orvos fordítónak Románia magyar nyelvű területén született és ott dolgozó angol szakos tanárt kértünk fel. A második, egyeztetési fázisban a fordítók kicserélték és véleményezték egymás fordítását. Megállapították, hogy a fordítások az eredeti koncepciójuknak megfelelően születtek meg. Néhány kifejezésben voltak nyelvhasználati szintű eltérések, ezekben is gyakorlatilag azonos kifejezéseket, szinonimákat alkalmaztak. Téves szövegértés, eltérő értelmezésre vezető eltérés nem volt. A kölcsönösen elfogadott, egyeztetett változat került a következő, visszafordítási fázisba. Két, angol nyelvterületen született és iskolázott, illetve évtizedek óta ott élő személy egymástól függetlenül, az angol szöveg ismerete nélkül fordította a magyar verziót angolra. A két fordítás elkészülte után egyeztetette a négy fordító az angol változatokat. Megállapították, hogy mindkét visszafordító törekedett a magyar kifejezések pontos visszaadására, így fordításaik szinte szóról szóra megegyeztek. A fordítási protokoll ezután szakértői bizottság általi értékelést ír elő. A fordítókon kívül betegoktató, magatartás-kutató, irodalomtörténész és beteggyógyászati vezető minősítette a magyar változatot.

Néhány nyelvhelyességi változtatást, árnyaltabb megfogalmazást javasoltak, és hozzájárultak a szöveg vizsgálati személyeken történő ellenőrzéséhez. A fordítók és a szakértők által több lépésben egyeztetett nyersfordítást tíz klinikailag sarcopeniásnak minősített beteg és tíz illetékes, vélhetően nem sarcopeniás, különféle iskolázottságú és társadalmi-gazdasági háttérrel rendelkező egyén közreműködésével értékeltük. A kérdőív kitöltése kapcsán betartottuk az érzékeny adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi előírásokat. Az egészségi állapotokra vonatkozó adataikat nem kértük és nem kezeltük, a kérdésekre adott válaszaikat e tekintetben nem értékeltük. A kérdések érthetőségére vonatkozóan kértük véleményüket. Erről tájékoztattuk őket, aminek alapján a kérdőív értékelését önként vállalták. A vizsgált személyek fele az egyik fordító és szakértő jelenlétében töltötte ki a kérdőívet, hogy közvetlenül állapíthassuk meg az esetleges értelmzési nehézségeket. Minden vizsgált személytől írásbeli visszajelzést kértünk a kérdések világos voltáról, a teszt kitöltésekor adódó problémákról. Felmérésünk és a visszajelzések nyomán – a szó szerinti és a fogalmi ekvivalencia érdekében – két kérdést módosítottunk, amivel a bizottság többi tagja is egyetértett.

Eredmények

Az első, speciálisan sarcopeniára kifejlesztett, életminőséget értékelő, eredeti SarQoL kérdőív magyar nyelvre fordított, adaptált és elővalidált változatát különösebb nehézség nélkül hoztuk létre. A fordításhoz az ajánlott nemzetközi módszertant követve mind a tartalom, mind a hitelesség és pontosság tekintetében megbízható változatot kaptunk. A kérdőív a tartalmi hitelesítése után (a sarcopenia fizikális és funkcionális jellemzőit mutató alanyok segítségével történő végső validálását követően) hasznos segítség lehet a sarcopeniában szenvedő magyar páciensek életminőségének felmérésében.

Megbeszélés

A sarcopenia jelensége először 1987-ben jelent meg a gerontológiai szakirodalomban. Számos leíró közlemény után 2003-ban történt az első kísérlet a komplex folyamat összegzésére és első meghatározására: a sarcopenia az izomtömeg, az izomerő és a funkcionális képességek egyidejű csökkenése [1].

Továbbra is vita folyt arról, hogy a sarcopenia meddig tekinthető a „fiziológiás” öregedés részének, milyen határérték átlépésekor válik betegséggé és funkcionális akadállyá. Ezért európai gerontológiai szakértőkből munkacsoport alakult (European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP), amely konszenzust alakított ki a sarcopenia meghatározásáról és diagnosztikájáról: a sarcopenia az izomtömeg csökkenése, amely az izomerő és/vagy a fizikai teljesítőképesség csökkenésével társul [6]. A sarcopenia kialakulásában számos genetikai, biokémiai, hormonális mechanizmus játszhat szerepet, az

izomzat involúciója, amely a csontremodelling megváltozásával, a porc felépítés-lebontás egyensúlyának eltolódásával analóg folyamat. Szélesebb kontextusban az életkorral növekvő esendőség egyik komponense [7–9]. A sarcopenia és az osteoporosis patomechanizmusa lényegileg egyezik: az izomtömeg és a csonttömeg fogyását a zsírszövet felszaporodása kíséri (sarcopeniás obesitas), az izomtömeg és -erő csökkenése növeli az elesésből származó osteoporotikus csonttörés veszélyét. A törési kockázat funkcionális oldalról kapcsolja össze az osteoporosist és a sarcopeniát. Ennek alapján vetődött fel, hogy a sarcopenia a mozgászavar-szindróma (dysmobility syndrome) részeként önálló kockázati tényezője az időskori csonttörésnek [10, 11].

A sarcopeniás személyek korai azonosítása a jelenség komoly kockázata miatt fontos. Öt, a vizsgáltak életkorától függetlenül alapvetően a fizikai teljesítőképészen alapuló kérdéseket és teszteket alkalmazó szűrőmódszer áll rendelkezésre. Ezek a sarcopenia meghatározásán alapuló indikátorokat tartalmazzák (járásidő, egyszerű mozgások, szorítóerő, elesések gyakorisága [12]). Egyszerűsége mellett validált vágáspontot tartalmaz a SARC-F kérdőív, fordításunk ellenőrzésekor erre támaszkodtunk [7]. A sarcopenia kórismézésére több, egymást kiegészítő módszer áll rendelkezésre. Az izomtömeg meghatározása klinikai célra a legegyszerűbben antropometriai adatok alapján és a bioelektromos ellenállás mérésével, tudományos célra az erre a célra fejlesztett programok segítségével kettős energiájú röntgensugár-abszorpciós (DEXA) módszerrel, valamint korszerű képalakító eljárásokkal (CT, MR, ultrahang) történhet. Az izomerő a szorító- és nyomóerők mérésével határozható meg. A fizikai teljesítőképességet meghatározott mozgások kivitelezéséhez szükséges idővel, meghatározott mozgások kivitelezésének képességével és ezek kombinációjával mérik [13].

A sarcopenia gyakoriságát a leírt módszerekkel történő keresztmetszeti populációs vizsgálatokban határozták meg. Kilenc ország 18 363, 65 évesnél idősebb személyt vizsgáltak: a sarcopenia prevalenciája 12,6 és 17,5 között volt [14]. Belgiumban 288, 80 éves vagy idősebb személy körében az EWGSOP-kritériumokra alapozott sarcopenia gyakoriságát 12,5%-nak találták [15]. Magyar szerzők 205, 60 évesnél idősebb, idősotthonban gondozott járóképes személy között szintén az EWGSOP-kritériumokon alapuló klinikai módszerekkel 73 esetben (35,6%) állapítottak meg sarcopeniát. Ez kiugróan magas érték, az indiai prevalenciának felel meg. Vizsgálták a funkcionális mobilitást, a fehérjebevitelt, a fizikai aktivitást, társbetegségek jelenlétét és a dohányzást. A sarcopenia megjelenése összefüggött a csökkent mobilitással, a kevesebb korábbi fizikai tevékenységgel, a multimorbiditással és a dohányzással, azonban a fehérjebevitellel nem [16]. A magas mért prevalencia valószínűleg annak tulajdonítható, hogy az idősotthonba kerülés szelektálja a sarcopenia kockázati tényezőivel eleve rendelkező személyeket. A sarcopenia nem csupán a fizikai

teljesítőképeség romlásával jár. A kognitív képességek csökkenése és klinikai depresszió kíséri [17, 18].

A sarcopenia az érintettek, gondozóik és a társadalom számára jelentős veszélyeket hordoz, és jelentős betegségterhet képvisel. Kezelési módszereinek hatásossága kevésbé bizonyított. Megelőzése, járulékos kockázatainak kivédése, az állapot javítása a rendszeres testmozgástól, célzott erősítő és egyensúlyjavító gyakorlatok rendszeres végzésétől várható. A betegségterhek teljes körű bemutatásához és a beavatkozások hatásának méréséhez járul hozzá az életminőség követése. Hangsúlyozzuk, hogy a SarQoL kérdőív – amelynek magyar változatát a fejlesztőbizottság elfogadta – nem használható szűrésre vagy az állapot kórismézésére [2]. A magyar kérdőív a sarcopenia tudományos vizsgálatát és klinikai követését segíti hazánkban. Szabadon letölthető a http://www.sarqol.org/sites/sarqol/files/Questionnaire_SarQoL-HU-2017-06_0.pdf internetes honlapról, és a klinikai módszerekkel igazolt sarcopeniások életminőségének vizsgálatára az adatvédelmi szabályok betartásával használható. A sarcopenia jelenségének, a szűrési és diagnosztikai lehetőségeinek a szélesebb körű ismerete és elterjedése vezethet az általa érintett betegek minél korábbi felismeréséhez, mozgásprogramjaik beindításához és – ily módon – életminőségük mérhető javulásához.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: H. L.: A munka megszervezése, a záró jegyzőkönyv elkészítése. V. E.: A munka tárgyát képező kérdőív magyar szövege érthetőségének ellenőrzése, a bevont személyek megjegyzéseinek értékelése. G. A. I.: A munka tárgyát képező fordítás módszertani irányítása és orvosszakmai ellenőrzése az eredeti angol és a román nyelvű fordításokkal történő összevetéssel. A cikk végleges változatát mindhárom szerző elővasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Marcell TJ. Sarcopenia: causes, consequences, and preventions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003; 58: M911–M916.
- [2] Beaudart C, Reginster JY, Geerinck A, et al. Current review of the SarQoL®: a health-related quality of life questionnaire specific to sarcopenia. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2017; 17: 335–341.
- [3] Beaudart C, Biver E, Reginster JY, et al. Development of a self-administrated quality of life questionnaire for sarcopenia in elderly subjects: the SarQoL. *Age Ageing* 2015; 44: 960–966.
- [4] Beaudart C, Edwards M, Moss C, et al. English translation and validation of the SarQoL®, a quality of life questionnaire specific for sarcopenia. *Age Ageing* 2017; 46: 271–276.
- [5] Gasparik AI, Mihai G, Beaudart C, et al. Psychometric performance of the Romanian version of the SarQoL®, a health-related quality of life questionnaire for sarcopenia. *Arch Osteoporos.* 2017; 12: 103.
- [6] Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39: 412–423.
- [7] Malmstrom TK, Miller DK, Simonsick EM, et al. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2016; 7: 28–36.
- [8] Calvani R, Marini F, Cesari M, et al. Biomarkers for physical frailty and sarcopenia: state of the science and future developments. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2015; 6: 278–286.
- [9] Fougère B, Vellas B, van Kan GA, et al. Identification of biological markers for better characterization of older subjects with physical frailty and sarcopenia. *Transl Neurosci.* 2015; 6: 103–110.
- [10] Binkley N, Krueger D, Buehring B. What's in a name revisited: should osteoporosis and sarcopenia be considered components of "dysmobility syndrome"? *Osteoporos Int.* 2013; 24: 2955–2959.
- [11] Hill KD, Farrier K, Russell M, et al. Dysmobility syndrome: current perspectives. *Clin Interv Aging* 2017; 12: 145–152.
- [12] Yu SC, Khow KS, Jadcak AD, et al. Clinical screening tools for sarcopenia and its management. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2016; 2016: 5978523.
- [13] Beaudart C, McCloskey E, Bruyère O, et al. Sarcopenia in daily practice: assessment and management. *BMC Geriatr.* 2016; 16: 170.
- [14] Tyrovolas S, Koyanagi A, Olaya B, et al. Factors associated with skeletal muscle mass, sarcopenia, and sarcopenic obesity in older adults: a multi-continent study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2016; 7: 312–321.
- [15] Legrand D, Vaes B, Matheï C, et al. The prevalence of sarcopenia in very old individuals according to the European consensus definition: insights from the BELFRAIL study. *Age Ageing* 2013; 42: 727–734.
- [16] Kovács É, Jónásné Sztruhár I, Asiama E, et al. Prevalence and associated factors of sarcopenia among older adults living in institutions providing long-term care. [A sarcopenia prevalenciája, valamint az egészség- és életmódbeli tényezőkkel való kapcsolata a tartós ellátást nyújtó intézményekben élő idősek körében.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1847–1853. [Hungarian]
- [17] Tolea MI, Galvin JE. Sarcopenia and impairment in cognitive and physical performance. *Clin Interv Aging* 2015; 10: 663–671.
- [18] Hamer M, Batty GD, Kivimaki M. Sarcopenic obesity and risk of new onset depressive symptoms in older adults: English longitudinal study of ageing. *Int J Obes.* 2015; 39: 1717–1720.

(Gasparik Andrea Ildikó dr.,
e-mail: ildikogasparik@gmail.com)