proLékaře.cz | 25.11.2026

Kvalita života u pacientů s demencí

Quality of Life in Patients with Dementia

Souhrn

Cíl: Cílem studie bylo ověřit možnost použití dotazníku kvality života WHOWoL-OLD (The World Health Organization Quality of Life instruments) v běžné klinické praxi a zkoumat možnou korelaci mezi kvalitou života pacientů s lehkou, středně těžkou a těžkou demencí, mírou depresivity, soběstačnosti a úrovní kognitivních funkcí. *Soubor a metodika:* Byla uspořádána průřezová studie u pacientů hospitalizovaných pro lehkou, středně těžkou a těžkou demenci na gerontopsychiatrických lůžkách Psychiatrické léčebny v Kroměříži v únoru 2009 a v červnu 2009. Byl sestaven soubor 235 pacientů (n = 235). U všech pacientů byly hned na počátku hospitalizace vyplněny dotazníky kvality života WHOQoL-OLD – validizovaná česká verze, dále pak 15položková Geriatrická depresivní škála, index Barhelové a Mini-Mental State Examination. Výsledky byly statisticky zpracovány (tabulkový program Excel, statistický program Statistica). *Výsledky:* Byla nalezena signifikantní nepřímá lineární korelace mezi celkovým skóre kvality života a skóre depresivity, signifikantní přímá lineární korelace mezi celkovým skóre kvality života a mírou soběstačnosti v indexu Barthelové a signifikantní přímá lineární korelace mezi celkovým skóre kvality života a úrovní kognitivních funkcí. Použití dotazníku WHOQoL-OLD se osvědčilo v klinické praxi a lze jej doporučit pro výzkum kvality života u pacientů s lehkou a středně těžkou demencí. *Závěr:* Prokázání statistické korelace mezi subjektivně vnímanou kvalitou života a depresivitou, úrovní soběstačnosti a úrovní kognitivních funkcí otevírá reálné možnosti terapeutického ovlivnění kvality života seniorů s lehkou, středně těžkou a těžkou demencí, zejména pak důslednou diagnostikou a léčbou deprese, časnou rehabilitační péčí a terapeutickým ovlivněním kognitivních funkcí.

Abstract

Objective: The objective was to test the effectiveness of a quality of life questionnaire (WHO-QoL-OLD) designed for patients with mild, moderate and severe dementia in routine clinical practice. The primary purpose of this questionnaire was to determine a possible correlation between quality of life and depression, autonomy and cognitive functions. Patients and methods: a cross-sectional study involving 235 patients hospitalized for mild or moderate dementia at the Kromeriz Mental hospital was conducted in February 2009 and June 2009. At the beginning of hospitalization, all patients were tested with the validated Czech version of the WHOQoL OLD questionnaire, 15-item Geriatric Depression Scale, Barthel's test of activities of daily living and Mini-Mental State Examination. Results were analyzed using Microsoft Excel as well as a statistical software (Statistica). Results: a significant indirect linear correlation was found between the total quality of life score and the depression score. Furthermore, a significant direct correlation was found between the quality of life total score and the Barthel's test total score. A significant direct correlation was found between the total quality of life score and cognitive functions. Our results suggest that the WHOQoL-OLD questionnaire is effective and can be recommended for the purposes of researching the quality of life of patients with mild and moderate dementia. *Conclusion:* The correlation between subjectively perceived quality of life and depression, autonomy, and cognitive functioning demonstrates that the quality of life of patients with mild to moderate dementia may be positively influenced – especially by the means of good diagnostics and treatment of depression, early rehabilitation and treatment of cognitive dysfunction.

Autor deklaruje, že v souvislosti s předmětem studie nemá žádné komerční zájmy.
The author declares he has no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.
Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

J. Lužný[1,2]

[1] Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci
[2] Psychiatrická léčebna v Kroměříži

✉
MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.
Psychiatrická léčebna v Kroměříži
Havlíčkova 1265
767 40 Kroměříž
e-mail: luznyj@plkm.cz

Přijato k recenzi: 13. 10. 2011
Přijato do tisku: 2. 4. 2012

Klíčová slova

kvalita života – demence – délka hospitalizace – deprese – soběstačnost – kognitivní funkce

Key words

quality of life – dementia – length of hospitalization – depression – autonomy – cognitive functions

proLékaře.cz | 25.11.2026

Úvod

Téma kvality života seniorů s demencí dlouhodobě hospitalizovaných na gerontopsychiatrii je raritní téma jak v českém, tak i v zahraničním písemnictví. Odhad prevalence demence v české populaci je kolem 1 % [1], a tak toto onemocnění představuje významnou diagnostickou kategorii nejen pro zdravotní, ale i sociální péči o seniory na všech úrovních (péče ambulantní, ústavní, akutní i dlouhodobá). Demence je zpravidla onemocnění chronické, progredující, omezující kognitivní i nekognitivní funkce pacienta, vede k deficitu sebepéče a rozvíjející se závislosti na ošetřovatelské péči okolí. Demence je letální onemocnění vedoucí ve svém konečném důsledku ke smrti [1,2]. Vzhledem k aktuálním demografickým trendům (stárnutí populace) je možné očekávat pokračující nárůst počtu pacientů trpících demencí, což je výzva pro další výzkum (vývoj senzitivnějších diagnostických metod zachycujících již iniciální stadia demence, hledání nových, cílenějších léčiv, evaluace komplexní terapie demence spolu s výzkumem kvality života osob s demencí, výzkum vztahů demence, kvality života, funkčního stavu jedince s demencí, deprese apod.).

Není snadné přesně vymezit pojem kvalita lidského života, a to jak u lidí zdravých, tak u pacientů stižených nejrůznějšími chorobami. Ještě výraznější potíž je pak objektivizace či kvantifikace úrovně kvality života, která je totiž přísně subjektivní [3], či interpretace našich odhadů, jak výrazně je či není život našich pacientů s danou chorobou kvalitní [4]. Rozvahy klinických lékařů nad kvalitou života pacientů jsou však významné, neboť zlepšení kvality života se může stát samo o sobě důležitým terapeutickým cílem, a to cílem stejně důležitým, jakým je snaha odstranit obtěžující symptom nebo snaha příznivě ovlivnit přirozený běh nemoci [5]. Kvalita života v sobě zahrnuje mnoho heterogenních determinant, které se značně liší interindividuálně – z pohledu časového pak dokonce i intraindividuálně [6]. Mezi determinanty ovlivňující kvalitu života patří nejčastěji determinanty zdravotní, psychologické, sociální, ekonomické, spirituální a vztahové [7,8]. Ve vztahu k medicíně se pak běžně hovoří o tzv. Health-Related Quality of Life (HR-QoL), tedy kvalitě života vztažené ke zdraví. Stav zdraví je totiž základní předpoklad pro kvalitu života jako celku [8]. Ke zdraví vztažená kvalita života je ovlivněna mírou soběstačnosti, funkční samostatnosti, stavem nutrice, počtem a charakterem aktuálních onemocnění, pohlavím, úrovní depresivního prožívání [9,10]. Zvláštní důležitosti nabývá ke zdraví vztažená kvalita života u chronických onemocnění, která výrazně hendikepují pacienty nebo jsou parciálně terapeuticky ovlivnitelná [11–14]. V metodologii výzkumu kvality života se používá přístup kvalitativní nebo kvantitativní. Kvalitativní výzkumný přístup (individuální rozhovory s pacienty, příbuznými, zdravotnickým personálem či skupinové rozhovory) je bližší sociologicky orientovaným badatelům [15], kvantitativní výzkumný přístup (standardizované dotazníky) je bližší výzkumníkům medicínsky orientovaným [16–18].

Výzkum kvality života u seniorů byl prováděn na populaci seniorů žijící v komunitě [9,19] či institucionalizovaných [10], dále pak byly zkoumány vztahy mezi úrovní soběstačnosti a fyzické aktivity a kvalitou života [20,21], mezi úrovní prožívané bolesti a kvalitou života [22], mezi nutričním stavem seniorů a kvalitou života [23], psychosociální rehabilitací a kvalitou života [24], geriatrickou křehkostí a kvalitou života [25]. Další specifickou oblastí výzkumu kvality života u seniorů je oblast metodologická. Hledají se metodologicky nejvhodnější generické (The World Health Organization Quality of Life instruments – WHOQoL, Subjective Quality of Life Analysis – SQUALA, The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQOL, European Quality of Life Scale – EUROQOL) i specifické dotazníky (Alzheimer Disease-Related Quality of Life – ADRQL, Quality of Life-Alzheimer's Disease – QOL-AD, Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale – QUALID, Cornell – Brown Scale for Quality of Life in Dementia – CBS, Dementia Quality of Life Instrument – D-QOL, Measurement of health-related quality of life for people with dementia – DEMQOL, Quality of Life Assessment Schedule – QOLAS a jiné) dotazníky kvality života seniorů, které by byly dostupné pro rutinní klinickou praxi, ověřovány jsou psychometrické vlastnosti těchto instrumentů i jejich použitelnost v různých kulturních prostředích [16–18,26–29]. Výzkum kvality života u seniorů je oblast velmi živoucí a dynamická, přináší mnohdy nejednotné závěry i doporučení, což jen potvrzuje metodologické potíže při definování kvality života.

Soubor a metodika

Byla uspořádána průřezová studie u pacientů hospitalizovaných pro demenci na gerontopsychiatrických lůžkách Psychiatrické léčebny v Kroměříži v únoru 2009 a v červnu 2009. Cílem studie bylo zkoumat možnou korelaci mezi kvalitou života vyjádřenou pomocí celkového skóre dotazníku kvality života WHOQoL-OLD a mírou depresivity (skóre v Geriatrické depresivní škále), mírou soběstačnosti (celkové skóre indexu Barthelové) a úrovní kognitivních funkcí (skóre v Mini-Mental State Examination).

Byl sestaven soubor 235 pacientů (n = 235) splňujících vstupní kritéria pro zařazení do studie, 143 žen (60,9 %) a 92 mužů (39,1 %). Mezi vstupní kritéria pro zařazení pacienta do studie patřily: kalendářní věk pacienta 65 let a výše, lehká či středně těžká a těžká demence (MMSE 7–24) jakéhokoliv typu jako hlavní příjmová diagnóza, získání informovaného souhlasu pacienta. Vylučovacími kritérii byly: nesouhlas pacienta s účastí ve výzkumu, terminální stav pacientů upoutaných na lůžko, těžká demence pod MMSE 6. Diagnóza demence byla stanovena gerontopsychiatrem na základě diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.

Použité instrumenty: dotazník kvality života WHOQoL-OLD – validizovaná česká verze [16], 15položková Geriatrická depresivní škála – Geriatric Depression Scale, GDS [30], index Barhelové [31], Mini-Mental State Examination [32]. Tyto nástroje byly vyplněny lékařem, který zhodnotil stav pacienta na začátku hospitalizace (2.–3. den po přijetí).

Pro vyhodnocení použitých nástrojů byla použita tato rozmezí

- **dotazník kvality života WHOQoL-OLD:** bylo hodnoceno celkové skóre za všech šest domén (funkce smyslů, autonomie, hodnocení minulosti, přítomnosti a budoucnosti, sociální participace, postoje ke smrti a umírání, blízkost a intimita) v rozmezí 0–120 bodů, čím vyšší je celkové skóre, tím vyšší je subjektivně vnímaná kvalita života [16].
- **Mini-Mental State Examination (MMSE):** 30–27 bodů – normální kogni-

proLékaře.cz | 25.11.2026

tivní funkce (může se jednat o mírnou kognitivní poruchu), 26–25 bodů – hraniční nález (může jít o lehkou poruchu poznávacích funkcí nebo počínající demenci), 24–18 bodů – lehká demence, 17–6 bodů – středně těžká demence, < 6 bodů – těžká demence [33].

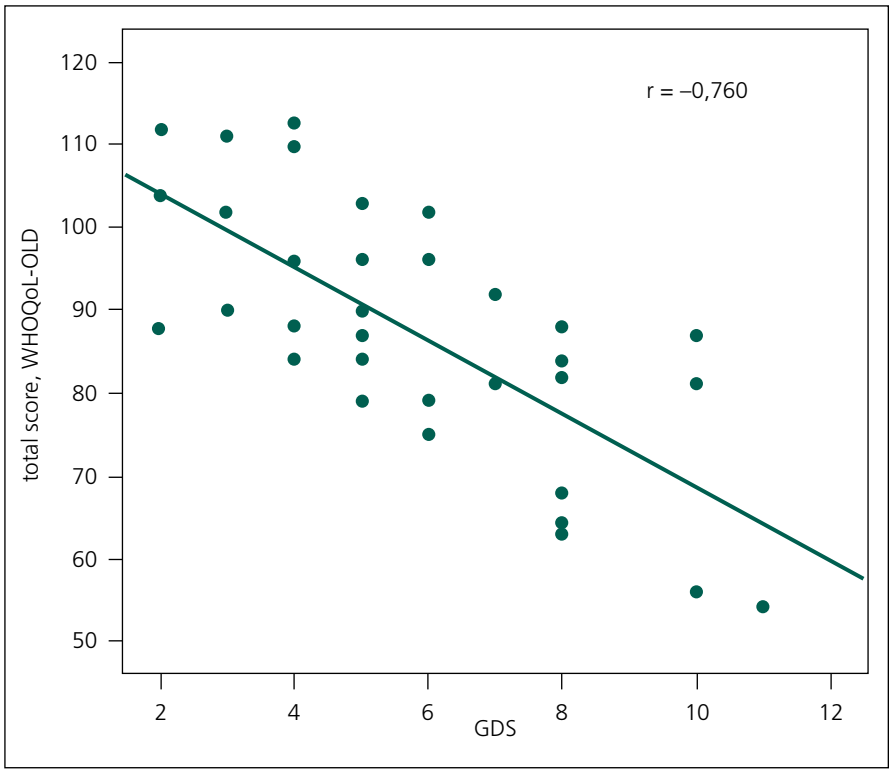
- **Geriatrická depresivní škála (GDS):** 0–5 bodů – normální afektivita, 6–10 bodů – mírná depresivita, 11 a více bodů – těžká depresivita [34].
- **index Barthelové:** byla hodnocena aktivita pacienta v 10 oblastech na bodové stupnici 0–5–10 bodů, celkem tedy možno dosáhnout 0–100 bodů: 0–40 bodů – pacient je vysoce závislý na svém okolí, 45–60 bodů – závislost středního stupně, 65–95 bodů – lehká závislost, 100 bodů – nezávislost na svém okolí [34].

Statistické zpracování dat: tabulkový procesor Excel, statistický program Statistica, verze 5.0.

Autoři prohlašují, že studie na lidských subjektech popsaná v manuskriptu byla provedena v souladu s etickými standardy příslušné komise (institucionální a národní) odpovědné za provádění klinických studií a Helsinskou deklarací z roku 1975, revidovanou v r. 2000.

Výsledky

Vstupní kritéria pro účast ve studii splnilo 235 pacientů, z toho pak 143 žen (60,9 %) a 92 mužů (39,1 %). Všichni tito pacienti byli schopni dokončit výzkum (n = 235). Průměrný věk pacientů zkoumaného souboru byl 71,3 ± 10,2 let. Průměrná délka hospitalizace byla 88,4 ± 34,5 dne. Na počátku hospitalizace byly vyplněny WHOQoL-OLD dotazník, MMSE, GDS a index Barthelové lékařem hodnotícím stav pacienta. Vstupní průměrná MMSE celého souboru odpovídá středně těžké demenci (MMSE = 16,8 ± 6,4), vstupní průměrná hodnota celkového skóre kvality života WHOQoL-OLD odpovídá zřetelně snížené subjektivně vnímané kvalitě života (celkové skóre = 86,1 ± 14,7), průměrná hodnota dosažená na 15položkové Geriatrické depresivní škále hraničně odpovídá normální afektivitě bez přítomnosti deprese (GDS = 5,8 ± 2,7). Průměrná hodnota dosažená v indexu Barthelové za celý soubor pacientů odpovídá závislosti středního stupně (58,9 ± 29,6).



Graf 1. Korelace mezi celkovým skóre kvality života a skóre depresivity (n = 235).

Dále byla provedena korelační analýza na 1% hladině statistické významnosti ($p < 0,01$) mezi zvolenými proměnnými – kvalitou života a depresivitou, kvalitou života a mírou soběstačnosti, kvalitou života a úrovní kognitivních funkcí.

Byla nalezena signifikantní nepřímá lineární korelace mezi celkovým skóre kvality života (dotazník WHOQoL-OLD) a skóre depresivity (Geriatrická depresivní škála, GDS) – Spearmanův korelační koeficient r = –0,702 (signifikantní korelace na 0,01 hladině významnosti). Grafické znázornění vztahu obou proměnných ukazuje graf 1.

Dále byla nalezena signifikantní přímá lineární korelace mezi celkovým skóre kvality života (dotazník WHOQoL OLD) a mírou soběstačnosti v indexu Barthelové – Spearmanův korelační koeficient r = 0,691 ($p < 0,01$). Grafické znázornění vztahu obou proměnných obsahuje graf 2.

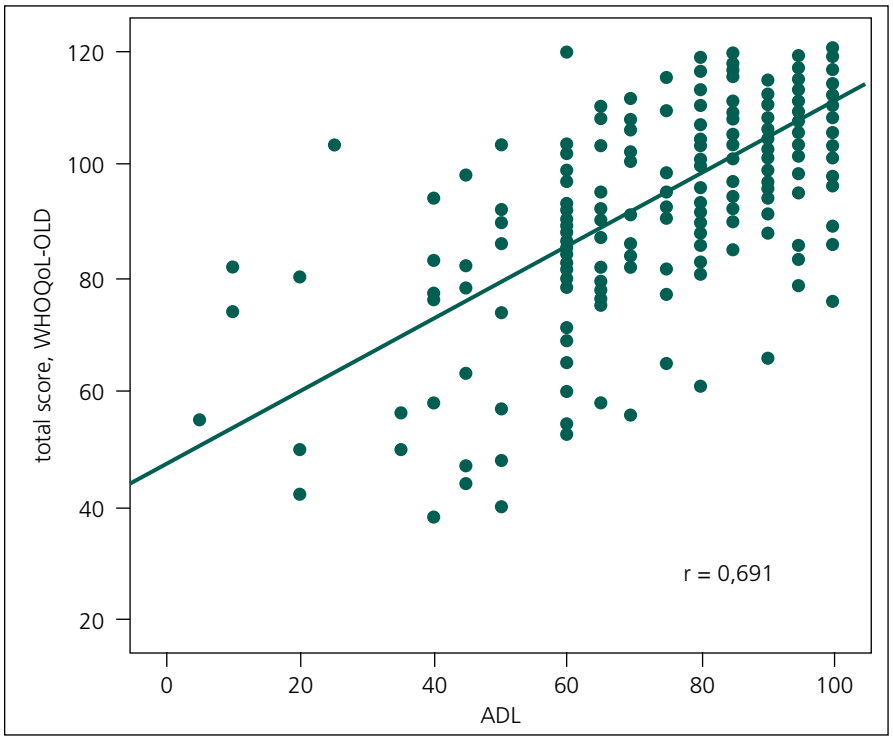
Byla také nalezena signifikantní přímá lineární korelace mezi celkovým skóre kvality života (dotazník WHOQoL-OLD) a úrovní kognitivních funkcí (MMSE) – Spearmanův korelační koeficient r = 0,624 ($p < 0,01$). Grafické znázornění vztahu obou proměnných najdete na grafu 3.

Diskuze

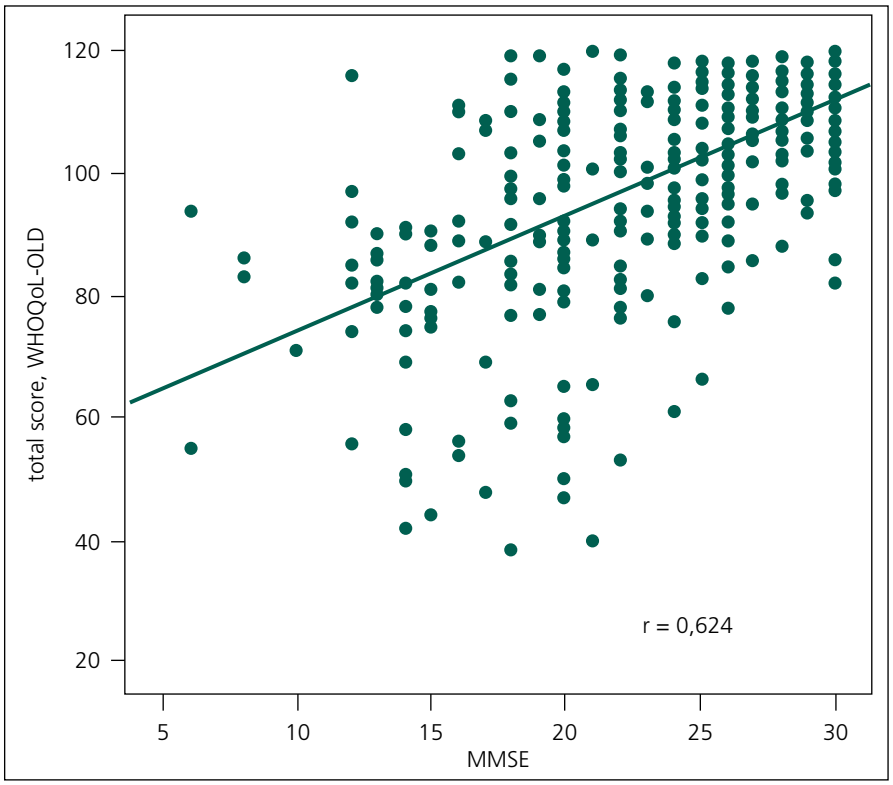
Výběr a použití dotazníku WHOQoL-OLD bylo ovlivněno příznivým ohlasem při použití tohoto instrumentu u domácích i zahraničních autorů zkoumajících kvalitu života u populace seniorů jak bez demence, tak i s lehkou a střední demencí. Dotazník kvality života WHOQoL-OLD prokázal dobré psychometrické vlastnosti v řadě multicentrických studií, a to i napříč rozdílnými kulturními prostředími [21,27,35].

Dotazník kvality života WHOQoL-OLD je pouze jedním z dotazníků kvality života, který lze u seniorů použít. Jiní autoři při výzkumu kvality života u pacientů s demencí volí i jiné nástroje hodnocení kvality života – například dotazník SF 12 health questionnaire [10] nebo dotazník kvality života Qualid – Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale [36], Pleasant Events Scale – Alzheimer's disease [37], Alzheimer's Disease-Related Quality of Life [38], Quality of Life in Alzheimer's Disease [39] apod. Všechny tyto dotazníky

proLékaře.cz | 25.11.2026



Graf 2. Korelace mezi celkovým skóre kvality života a mírou soběstačnosti (n = 235).



Graf 3. Korelace mezi celkovým skóre kvality života a úrovní kognitivních funkcí (n = 235).

mají své limity, proto je třeba dotazník kvality života volit s ohledem na charakter výzkumu.

Ve výzkumu, který realizoval autor tohoto článku, byla nalezena signifikantní korelace mezi celkovým skóre kvality života a skóre depresivity. Vyšší míra depresivity pak souvisí i s nižší celkovou úrovní subjektivně vnímané kvality života. Podobné zjištění můžeme najít i u Holmerové et al [35] nebo u kolektivu Antunes et al [40]. Pro zjištění úrovně depresivity byla ve studii použita 15položková Geriatrická depresivní škála [30], jistě však mohla být zvolena i jiná z mnoha depresivních škál (například Hamiltonova depresivní škála HAMD či škála podle Montgomery Asbergové MADRS). Nalezená korelace mezi depresivitou a kvalitou života tak otevírá možnosti pro příznivé terapeutické ovlivnění depresivity u seniorů s demencí, což by ve svém důsledku mohlo vést ke zlepšení vnímané kvality života seniorů s demencí.

Předkládaná studie nalezla také signifikantně významnou korelaci mezi celkovým skóre kvality života a mírou soběstačnosti – vyšší úroveň soběstačnosti přispívá pozitivní mírou k vyšší úrovni kvality života. Ve studii jsem ke zhodnocení soběstačnosti pacientů s demencí použil index Barthelové, což je jednoduchý a běžně používaný nástroj pro rutinní ošetřovatelskou praxi. Index Barthelové není jediným instrumentem zjišťujícím soběstačnost pacientů. U řady zahraničních i domácích autorů jsou použity například dotazníky DAD – The Disability Assessment for Dementia [41,42], česká verze tohoto dotazníku (DAD-CZ) byla představena autory Bartoš et al [43]. Dalším možným nástrojem hodnotícím soběstačnost pacientů je Bristolská škála aktivit denního života, jejíž českou verzi (BADLS-CZ) též představil Bartoš a kolektiv [43], či Lawtonova škála IADL [43,44].

Ve studii byla nalezena signifikantní korelace mezi celkovým skóre kvality života a úrovní kognitivních funkcí – vyšší úroveň kognitivních funkcí je tak předpokladem pro vyšší úroveň subjektivně vnímané kvality života. Dále byla zjištěna korelace mezi úrovní kognitivních funkcí a kvalitou života, což otevírá další možnosti, jak příznivě ovlivnit kvalitu života pacientů s demencí. Ke zjištění úrovně kognitivních funkcí byl ve studii použit základní skríningový dotazník Mini-Mental State Examination – podobně jako ve většině domácích i zahraničních studií [35,43,45]. Jedná se však o nástroj hodnotící pouze orientačně kognitivní funkce. Podrobnější vyšetření kognitivních funkcí by vyžado-

proLékaře.cz | 25.11.2026

valo použití složitějších nástrojů (například Adenbrook Cognitive Examination, Cambridge Cognitive Assessment, Montrealský kognitivní dotazník MoCA) apod. [45].

Mezi limity předkládané studie patří použití jednoduchých, veskrze skríningových nástrojů (MMSE, GDS, index Barthelové). Tyto nástroje však jsou snadno dostupné a lehce použitelné v běžné klinické praxi gerontopsychiatrického pracoviště. Vyhodnocení těchto nástrojů navíc není náročné ani pro lékaře bez hlubší erudice v psychologických vyšetřovacích metodách a psychometrii.

Závěr

Výzkum kvality života u pacientů s lehkou a středně těžkou demencí dlouhodobě hospitalizovaných na gerontopsychiatrických lůžkách nebyl prozatím v českém prostředí realizován. Autor studie chce nejen upozornit na problematiku kvality života seniorů s demencí hospitalizovaných na gerontopsychiatrii, ale také doporučuje užití dotazníku kvality života WHOQoL-OLD ve výzkumu kvality života u seniorů s demencí. Ve studii byla nalezena signifikantní korelace mezi subjektivně vnímanou kvalitou života a depresivitou, úrovní soběstačnosti a úrovní kognitivních funkcí, a tak se otevírá reálná možnost zlepšit kvalitu života hospitalizovaných seniorů s demencí nejen důslednou diagnostikou a léčbou deprese, ale i zahájením časné rehalibitační péče a v neposlední řadě i terapeutickým ovlivněním kognitivních funkcí.

Použité zkratky

ADRQL Alzheimer Disease-Related Quality of Life
Barthel index Barthelové
CBS Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia
DEMQOL Measurement of health-related quality of life for people with dementia
D-QOL Dementia Quality of Life Instrument
EUROQOL European Quality of Life Scale
GDS(15) 15položková Geriatrická depresivní škála (Geriatric Depression Scale)
MMSE Mini-Mental State Examination
QOL-AD Quality of Life-Alzheimer's Disease
QOLAS Quality of Life Assessment Schedule
QUALID Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale
r Spearmanův korelační koeficient
SD směrodatná odchylka
SEIQOL The Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life
SQUALA Subjective Quality of Life Analysis
total score WHOQoL-OLD celkové skóre dotazníku kvality života WHOQoL-OLD
WHOQoL The World Health Organization Quality of Life instruments

Literatura

1. Hort J, Jirák R. Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo. 1st ed. Praha: MediMedia Information 2007.
2. Rektorová I. Kognitivní poruchy a demence. 1st ed. Praha: Triton 2007.
3. Trentini C, Wagner G, Chachamovitch E, Figueredo M, da Silva L, Hirakata V et al. Subjective perception of health in elderly inpatients. Int J Psychol 2012; 47(4): 279–286.
4. Gurková E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum. 1st ed. Praha: Grada Publishing 2011.
5. Salajka F. Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. 1st ed. Praha: Grada Publishing 2006.
6. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casé A, Pina G, Rossi SV et al. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. Health Qual Life Outcomes 2011; 9: 72.
7. Brett CE, Gow AJ, Corley J, Pattie A, Starr JM, Deary IJ. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. Qual Life Res 2012; 21(3): 505–516.
8. Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. 1st ed. Praha: Academia 2005.
9. Setiati S, Harimurti K, Dewiasty E, Istanti R. Predictors and Scoring System for Health-related Quality of Life in an Indonesian Community-Dwelling Elderly Population. Acta Med Indones 2011; 43(4): 237–242.
10. Garrido-Abejar M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, Martínez-Vizcaino V. Factors associated with health-related quality of life in the institutionalised elderly: differences between men and women. Enferm Clin 2012; 22(1): 27–34.
11. Braga SF, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FD, Andrade EI, Cherchiglia ML. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. Rev Saude Publica 2011; 45(6): 1127–1136.
12. Rancic N, Petrovic B, Apostolovic S, Mandic M, Antic I. Assessment of health-related quality of life in patients after acute myocardial infarction. Med Pregl 2011; 64(9–10): 453–460.
13. Koo K, Zeng L, Chen E, Zhang L, Culleton S, Dennis K et al. Do elderly patients with metastatic cancer have worse quality of life scores? Support Care Cancer 2012; 20(9): 2121–2127.
14. Djarv T, Lagergren P. Quality of life after esophagectomy for cancer. Exper Rev Gastroenterol Hepatol 2012; 6(1): 115–122.
15. Kršíková T, Bužgová R. Kvalita života pacientů s demencí z pohledu rodinných příslušníků. Ošetřovatelství a porodní asistence 2011; 2(3): 248–256.
16. Dragomirecká E, Prajsová J. WHOQoL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1st ed. Praha: Psychiatrické centrum 2009.
17. Hickey A, Barker M, McGee H, O'Boyle C. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. Pharmacoeconomics 2005; 23(10): 971–993.
18. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics 2000; 17(1): 13–35.
19. Bilotta C, Bowling A, Case A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M et al. Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. Health Qual Life Outcomes 2010; 8: 56.
20. Samuel D, Rowe P, Hood V, Nicol A. The relationships between muscle strength, biomechanical functional moments and health-related quality of life in non-elite older adults. Age Ageing 2011; 41(2): 224–230.
21. De Carvalho ED, Valadares AL, Da Costa-Paiva LH, Pedro AO, Morais SS, Pinto-Neto AM. Physical activity and quality of life in women aged 60 or older: associated factors. Rev Pras Ginecol Obstet 2010; 32(9): 433–440.
22. Ordu Gokkaya NK, Gokce-Kutsal Y, Borman P, Ceceli E, Dogan A, Eyigor S et al. Pain and Quality of Life (QoL) in elderly: The Turkish experience. Arch Gerontol Geriatr 2011; 55(2): 357–362.
23. Keller HH. Nutrition and health-related quality of life in frail older adults. J Nutr Health Aging 2004; 8(4): 245–252.
24. Bartels SJ, Pratt SI. Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. Curr Opin Psychiatry 2009; 22(4): 381–385.
25. Kanauchi M, Kubo A, Kanauchi K, Saito Y. Frailty, health-related quality of life and mental well-being in older adults with cardiometabolic risk factors. Int J Clin Pract 2008; 62(9): 1447–1451.
26. Raphael D, Brown I, Renwick R, Cava M, Weir N, Heathcote K. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. Int J Nurs Stud 1997; 34(3): 231–239.
27. Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQoL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. Qual Life Res 2005; 14(10): 2197–2214.
28. Winkler I, Matschinger H, AngerMeyer MC, WHOQoL-OLD Group. The WHOQOL-OLD. Psychother Psychosom Med Psychol 2006; 56(2): 63–69.
29. Dragomirecka E, Bartonova J, Eisemann M, Kalfoss M, Kilian R, Martiny K et al. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. Clin Psychol Psychoter 2008; 15(3): 193–204.
30. Yesevage JA. Geriatric Depression Scale. Psychopharmacol Bull 1988; 24(4): 709–711.
31. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61–65.
32. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J Psychiatr Res 1975; 12(3): 189–198.
33. Hort J, Vyhnánek M, Bojar M. Časná stádia demence – možnosti diagnostiky a léčby. Neurol Prax 2005; 6(6): 324–328.
34. Topinková E. Geriatrie pro praxi. 1st ed. Praha: Galén 2005.
35. Holmerová I, Vaňková H, Dragomirecká E, Janečková H. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. Psychiat Prax 2006; 7(4): 182–184.
36. Bouman AL, Ettema TP, Wetzels RB, van Beek AP, de Lange J, Droes RM. Evaluation of Qualidem: a dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings: scalability, reliability of subscales in four Dutch field surveys. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26(7): 711–722.
37. Reimer MA, Slaughter S, Donadson C, Currie G, Eliasziw M. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. J Am Geriatr Soc 2004; 52(7): 1085–1092.

proLékaře.cz | 25.11.2026

38. León-Salas B, Olazarán J, Muniz R, González-Salvador MT, Martinez-Martin P. Caregivers' estimation of patients' quality of life (QoL) in Alzheimer's disease (AD): an approach using the ADRQL. Arch Gerontol Geriatr 2011; 53(1): 13–18.
39. Thorgrimsen L, Selwood A, Spector A, Royan L, de Madariaga Lopez M, Woods RT et al. Whose quality of life is it anyway? The validity and reliability of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) scale. Alzheimer Dis Assoc Disord 2003; 17(4): 201–208.
40. Antunes HK, Stella SG, Santos RF, Bueno OF, de Mello MT. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an enduran 266–271.
41. Bahia VS, Carthery-Goulart MT, Novelli MM, Kato-Narita EM, Areza-Fegyveres R, Caramelli P et al. Functional disability in Alzheimer disease: a validation study of the Brazilian version of the Disability Assessment for Dementia (DAD-Br). Alzheimer Dis Assoc Disord 2010; 24(3): 291–295.
42. Feldman H, Sauter A, Donald A, Gélias I, Gauthier S, Torfs K et al. The disability assessment for dementia scale: a 12-month study of functional ability in mild to moderate severity Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord 2001; 15(2): 89–95.
43. Bartoš A, Martínek P, Řípová D. Dotazník Bristolská škála aktivit denního života BADLS-CZ pro hodnocení pacientů s demencí. Cesk Slov Neurol N 2010; 73/106(6): 673–677.
44. Martínek P, Bartoš A. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. Cesk Slov Neurol N 2011; 74/107(6): 632–640.
45. Rektorová I. Neurodegenerativní demence. Cesk Slov Neurol N 2009; 72/105(2): 97–109.

