

## Přehledová práce

# Jak zjišťovat kvalitu života u pacientů s demencí?

Jak zjišťovat kvalitu života u pacientů s demencí? MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.

### Abstrakt

Výzkum kvality života u pacientů s demencí nabývá na klinickém významu. Je to dáno rostoucí incidencí demence v populaci, nevyléčitelností demence, dlouhodobou léčbou a progredujícím charakterem demence spolu s invalidizací pacientů v terminálních stádiích demence. Práce přináší přehled základních přístupů výzkumu kvality života v širokém kontextu, poukazuje na specifika výzkumu kvality života u demencí a na možnosti ovlivnění kvality života u pacientů s demencí.

**Klíčová slova:** Kvalita života, dotazníky kvality života, determinanty kvality života, demence.

### Abstract

Research of quality of life in patients with dementia comes to the fore, as a result of increasing incidence of dementia in population, incurable character of dementia, long-term care, progressive and invalidizing character in end-stage dementia. The paper proposes survey of basic approaches to quality of life research in wide context, shows specific features in quality of life research in dementias as well as possibilities for improving quality of life in patients with dementia.

**Key words:** Quality of life, questionnaires of quality of life, determinants of quality of life, dementia.

### ÚVOD

Zachovat a podpořit kvalitu života u pacientů patří k nejvyšším cílům současné medicíny. Je to dáno stále rostoucím zastoupením neinfekčních novodobých chorob v civilizaci, které mají dlouhodobý a mnohdy i invalidizující charakter. Tyto novodobé neinfekční choroby (non-communicable diseases) zahrnují choroby kardiovaskulární (arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, cévní onemocnění), endokrinní a metabolické (diabetes mellitus, obezita, metabolický syndrom), onkologické (zhoubné tumory) i psychiatrické (demence, schizofrenie, rekurentní afektivní poruchy). Vyléčitelnost uvedených chorob je často problematická, současná medicína dovede u těchto stavů mnohdy pouze kompenzovat jejich jednotlivé příznaky tak, aby došlo ke stabilizaci chronického onemocnění v dlouhodobé časové perspektivě. Tam, kde klesá naděje na úplné vyléčení, roste význam po zachování a posílení co největší možné kvality života (1-3).

### PŘÍSPĚVEK PSYCHOLOGICKÝCH A SOCIOLOGICKÝCH VĚD K MEDICÍNSKÉMU VÝZKUMU KVALITY ŽIVOTA

Medicína byla až do 20. století chápána ryze biologicky, a to v kategoriích patologický příznak – stanovení diagnózy – léčba. Počátkem 20. století však dochází k infiltraci poznatků psychologických a sociologických věd do medicíny a dochází k rozvoji nových, interdisciplinárních oborů – jakými jsou psychologie zdraví a nemoci, sociologie medicíny (4).

Základním předpokladem této interdisciplinarity bylo širší vymezení pojmu zdraví a nemoc, které jsou ovlivněny nejen biologickými charakteristikami. V roce 1948 uvádí Světová zdravotnická organizace, že zdraví není jen nepřítomnost nemoci, ale jedná se o celkový stav duševní i fyzické pohody – *well-being* (4). Úvahy o nemocném člověku se tak posunuly do nových souvislostí a kategorií – pramení z jeho potřeb, sociálního a pracovního fungování, psychologické a spirituální orientace, jakož i systému individuálních hodnot každého člověka (1, 4).

### *Člověk a jeho potřeby*

Lidská potřeba pramení z uvědomění si nedostatku něčeho (1), co nám buďto zcela chybí, nebo co může být nedostatkem (ať již absolutním nebo relativním) v budoucnu ohroženo. Vědomí této potřeby a touhy po jejím naplnění je schopno aktivizovat další z psychických funkcí – vůli a jednání. Potřeba člověka energizuje, zaměřuje a udržuje jednání ve směru k cílovému objektu, aby cíle bylo dosaženo (4). Vědomí nenaplněné potřeby může být interpretováno jako spouštěč řady dalších psychických funkcí a mechanismů, a stát se tak významným předmětem lidské vůle a zároveň motivem lidského jednání. Proto spadají lidské potřeby didakticky do teorií motivace. Nejznámější teorii motivace rozpracoval americký humanistický psycholog Abraham Maslow. Maslow se pokusil o přehlednou klasifikaci lidských potřeb, kterou graficky znázornil do pyramidy. Do základny pomyslné pyramidy potřeb Maslow umístil základní, fyziologické potřeby člověka, které musí být uspokojeny jako první, neboť jsou dány biologickými požadavky fungování či přežití organismu. Teprve při jejich naplnění je možné postoupit k realizaci potřeb výše hierarchicky postavených (potřeba jistoty a bezpečí, potřeba přátelství a přijetí, potřeba požívat vážnost, potřeba seberealizace). Do vyšších pater Maslow klade více potřeby charakteru sociálního, vyplývající ze sociálního začlenění člověka do široké sociokulturální sítě. Nejvyšší potřebou, stojící na pomyslné špici pyramidy potřeb, je podle Maslowa potřeba seberealizace, s možností plně rozvinout svůj osobní potenciál. Vysoce ceněnou potřebou je dle Maslowa i pocit smysluplnosti, který je motivační silou lidského života tam, kde nižší potřeby jsou uspokojeny (5). Dle Maslowa smysl života je potřeba, která musí být naplněna, aby člověk fungoval zdravě (5, 6).

### *Od lidských potřeb ke konceptu kvality života*

Koncept kvality života je pojmem až příliš složitým na to, abychom jej mohli jakkoliv jednoduše vymezit, a tak studium *kvality života* znamená nespíše nutnost interdisciplinárního pohledu a spolupráce lékařů, psychologů, sociologů, filosofů, teologů, právníků, ekonomů a politologů, z nichž každá vědní disciplína nabídne na vymezení pojmu kvality života svůj autentický úhel pohledu. Čornaničová charakterizuje koncepty kvality života takto: Analyzujíc různé přístupy k chápání kvality života můžeme vymezit tři základní charakteristické rysy pojmu „kvalita života“: 1, je to pojem příliš globální povahy, ale může být inspirativní jak pro vědy o člověku, tak pro sociální a zdravotní práci se seniory, 2, je to komplexní kategorie, která v sobě zahrnuje jak činitele materiální a biologické, tak činitele psychické, sociální a kulturní, které můžeme v konkrétním vymezení (společnosti, regionu, komunity, jednotlivce) konkretizovat jako faktory kvality života, 3, v rozdílných životních obdobích a životních situacích se může obsah pojmu kvalita života značně lišit, a můžeme tedy hovořit i o specifických aspektech kvality života seniora z pohledu této životní etapy (7).

### *Historický vývoj metod zjišťování kvality života*

V poválečných dobách se začalo s měřením kvality života. Zprvu byla kvalita života chápána jako objektivní ukazatel nezávislosti a fungování v běžném životě, tzv. *performance status*, a používala se především v onkologii, např. při hodnocení nežádoucích účinků chemoterapie (2). V 60. a 70. letech minulého století se kvalita života zjišťovala pomocí tzv. indexů kvality života, které kromě hodnocení zdravotního a funkčního

stavu obsahovaly hodnocení psychosociálních aspektů pacientovy situace. Některé indexy kvality života (Karnofsky index, the Karnofsky Performance Scale – v onkologii) se používají do současnosti (2). V 80. letech 20. století přináší výzkum kvality života větší důraz na pacienta a jeho pohled. Začaly se tak konstruovat sebesposuzovací škály a dotazníky.

V posledních letech přibývají ve výzkumu kvality života (seniorů) studie vycházejí z autentických výpovědí seniorů, které jsou dále podrobeny zpracování pomocí metodologie kvalitativního výzkumu. Nejkomplexnější pojetí výzkumu kvality života v dnešní době představuje projekt Světové zdravotnické organizace WHOQOL (8, 9).

## DETERMINANTY KVALITY ŽIVOTA

Determinanty kvality života jsou nezávislé proměnné ovlivňující kvalitu života jako celku. Specifikace a vymezení těchto determinant je zcela zásadní nejen pro výzkum kvality života, ale rovněž pro úvahy jak zlepšit kvalitu života u pacientů. Mezi nejčastější determinanty ovlivňující kvalitu života patří ke zdraví vztažené determinanty - mají význam u tzv. ke zdraví vztažené kvalitě života, *health-related quality of life* (10, 11), determinanty psychologické, sociální, ekonomické, spirituální a vztahové (tabulka 1).

**Tabulka 1** Základní determinanty kvality života

Determinanty kvality života	Vlivy
Zdraví a zdravotní stav	Přítomnost nemoci, imobility, inkontinence, bolesti
Psychologická oblast	Přítomnost deprese, úzkosti, beznaděje
Sociální oblast	Otázka bydlení
Ekonomická oblast	Otázka ekonomického zajištění, ekonomické úrovně
Spirituální oblast	Přítomnost naděje, smíření, odpuštění viny
Vztahová oblast, sexualita	Přítomnost rodiny, blízkých osob, přátel, intimního vztahu

## JAK LZE ZKOUMAT KVALITU ŽIVOTA?

Metodologicky se ve výzkumu kvality života používá přístupu kvalitativního nebo kvantitativního (12). Kvalitativní výzkumný přístup (individuální rozhovory s pacienty, příbuznými, zdravotnickým personálem či skupinové rozhovory) je bližší sociologicky orientovaným badatelům, kvantitativní výzkumný přístup (standardizované dotazníky) je bližší medicínsky orientovaným výzkumníkům (tabulka 2). Každý z těchto výzkumných přístupů má svoje výhody i nevýhody:

*Kvalitativní přístup* ve výzkumu kvality života směřuje více do hloubky, zkoumá podrobně jednotlivé determinanty ovlivňující kvalitu života, dotýká se individuálních pacientů a jejich životních příběhů. Naproti tomu je obtížné získaná data zevšeobecnit na širší populaci pacientů s demencí, obtížné až zcela nereálné je kvalifikované posouzení výstupů kvalitativního výzkumu pomocí metod statistické analýzy.

*Kvantitativní přístup* na rozdíl od kvalitativního výzkumu poskytuje tzv. „tvrdá data“, která je možno kategorizovat, měřit a statisticky hodnotit. Tento přístup má oporu v dotazníkových šetřeních, jehož výstupy lze zevšeobecnit pomocí metod statistické analýzy (signifikance, korelační analýza, statistické testování hypotéz).



Tabulka 2 Výzkum kvality života – základní přístupy a techniky výzkumu

Kvalitativní přístup	Kvantitativní přístup
Rozhovor Skupinový rozhovor Obsahová analýza dokumentů	Generické dotazníky kvality života Specifické dotazníky kvality života

**Dotazníková šetření,** spolu se strukturovanými rozhovory, jsou v dnešní době nejobvyklejší metodou zjišťování kvality života (8). Tyto dotazníky je možno rozdělit do tří základních skupin, a to na všeobecné (generické) dotazníky, dále na speciální dotazníky kvality života a na dotazníky kvality života zaměřené na specifickou část populace. Tyto dotazníky jsou po autorizaci dostupné v databázi ProQolid (ProQolid (Patient Reported Outcome Quality of Life Instruments Database), kterou provozuje MAPI Research Institute - Mezinárodní institut pro měření kvality života (13).

Nejčastěji používané dotazníky kvality života aplikované v klinickém výzkumu jsou dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQoL), s variantami 100-položkového dotazníku WHOQoL 100, zkrácené verze WHOQoL BREF, verze dotazníku pro seniory WHOQoL OLD a verze určené pro jednotlivé skupiny pacientů s určitým onemocněním – např. dotazník kvality života WHOQoL-HIV (dotazník kvality života WHO pro lidi s HIV pozitivitou), dotazník kvality života WHOQoL-SRPB (dotazník kvality života WHO se zaměřením na duchovní oblast života), dotazník kvality života WHOQoL pro děti (dotazník kvality života WHO určený pro výzkum kvality života v dětské populaci), dotazník kvality života DIS-QoL (dotazník kvality života WHO určený pro výzkum kvality života u osob s různým typem postižení. Další ve výzkumu často aplikované dotazníky kvality života jsou dotazníky SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis), Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire), EQ- 5D (EuroQol dotazník), QOLI (Quality of Life Inventory), SEIQOL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), SF 12 (Short Form 12-Item Health Survey), SF 36 (Short Form 36-Item Health Survey), QUALID (The Quality of Life in Late-Stage Dementia) a jiné (13-15).

### SPECIFIKA VÝZKUMU KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S DEMENCÍ

Výzkum kvality života u pacientů s demencí je stížen zejména přítomností a stupněm kognitivního deficitu. Zatímco u lehkých demencí je možné použití generických dotazníků kvality života (například dotazníků WHOQoL OLD nebo WHOQoL BREF) při zachování validity dotazníkového šetření (12, 14-15), u středně těžkých a hlavně u těžkých demencí je třeba použít modifikované dotazníky respektující přítomný závažný kognitivní deficit, případně vycházejících z údajů pečovatelských (16). Dostupnost kvalitní heteroanamnézy je tak při hodnocení kvality života u pacientů se středně těžkou a těžkou demencí klíčová. Dotazníky kvality života u pacientů s pokročilou demencí, které čerpají z údajů pečovatelských, jsou dotazníky DEMQoL (Measurement of Health-Related Quality of Life For People With dementia), QALID (Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale), nebo dotazník DAD (Disability Assessment for Dementia) - 13.

Pro udržení kvality života v pokročilých stádiích demence je rozhodující úroveň fyzického zdraví (health-related quality of life). Doména fyzického zdraví nejvíce koreluje s celkovou úrovní kvality života právě ve středně těžké a těžké fázi demence (11). V rámci této domény pak zasluhuje pozornost zejména soběstačnost v aktivitách všedního dne, která je zároveň i ukazatelem funkčních schopností jedince trpícího demencí a ukazatelem náročnosti ošetrovatelské péče (18). Dnes jsou dostupné čekat validizované verze moderních dotazníků hodnotících funkční stav jedinců s demencí a úroveň soběstačnosti – Bristolská škála aktivit všedního dne (BADLS-CZ), Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ) a Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ), které nahrazují dřívější a dnes již opouštěné nástroje (Katzův index, Barthel test) – 19, 20.

Přehled nejčastěji používaných dotazníků kvality života u pacientů s demencí přináší tabulka 3.

**Tabulka 3** Nejčastěji užívané dotazníky kvality života u pacientů s demencí

Název	Autor (rok)	Počet položek	Česká verze
<b>Alzheimer's Disease - Related Quality of life revised (ADRQL)</b>	MAPI Research Trust (2009)	40	Ano
<b>Activity and Affect Indicators of QoL (AAIQOL)</b>	Steven, A. (1999)	21	Ano
<b>Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)</b>	Gibbons, LE et al. (1999)	13	Ne
<b>Measurement of Health-Related Quality of Life For People With dementia (DEMqoL)</b>	Banerjee, S., Lamping DL, Smith, SC (2005)	28	Ne
<b>Quality of Life Assessment Schedule (QOLAS)</b>	Selai, CE, Trimble MR (2001)	10	Ne
<b>Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS)</b>	Ott, B. (2002)	19	Ne



<b>Dementia Quality of Life Instrument (D-QOL)</b>	Brod, M. (1999)	29	Ne
<b>Alzheimer's Carers Quality of Life Instrument (ACQLI)</b>	Galen Research (1999)	30	Ne
<b>Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID)</b>	Fontaine, CS et al. (2000)	11	Ne

Upraveno do přehledné tabulky podle [www.proqolid.org](http://www.proqolid.org)

Zejména u středně těžkých a pokročilých demencí nabývá na významu ke zdraví vztažená determinanta - *health-related determinant* - ovlivňující celkovou kvalitu života pacientů s demencí - *health-related quality of life* (17).

Do popředí se tak dostává otázka příznivého ovlivnění bolesti, zachování mobility pacienta s demencí, podpora nutrice, integrity kůže, prevence a včasné léčby komorbidních nasedajících infekcí, adekvátní léčba kardiovaskulárních chorob, ovlivnění psychického a funkčního zdraví (18). Tyto významné složky ke zdravé vztažené determinanty ovlivňující kvalitu života pacientů s demencí je možno blíže zkoumat podle dotazníkových šetření, škál, testových, laboratorních nebo klinických metod (tabulka 4).

**Tabulka 4** Ke zdraví vztažená kvalita života u pacientů se středně těžkou a těžkou demencí.

**Biologické zdraví**

**Psychické zdraví**

**Funkční zdraví**

Složka	Metoda zkoumání	Složka	Metoda zkoumání	Složka	Metoda zkoumání
<b>Bolest</b>	1. PAIN-AD 2. Lawtonova škála 3. Vizualní analogová škála	<b>Deprese</b>	Geriatrická depresivní škála (GDS)	<b>Funkční rezerva</b>	Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)
<b>Pohyb</b>	1. Test Tinettiho 2. Test mobility	<b>Úzkost</b>	Hamiltonova škála úzkosti (HAMA)	<b>Sebeobsluha a základní aktivity</b>	BADLS-CZ (19) DAD-CZ (20)
<b>Nutrice</b>	1. Nottinghamský dotazník 2. Mini-Nutritional Assessment	<b>Kognitivní deficit</b>	Mini-Mental State Examination (MMSE)	<b>instrumentální aktivity</b>	FAQ-CZ (20)
<b>Dekubity</b>			Test kreslení		



<b>Infekce</b>	1. Škála dle Nortonové	<b>Delirium</b>	hodin (CDT)		
<b>Kardiopulmonální kompenzace</b>	1. klinický obraz 2. laboratorní vyšetření  1. NYHA klasifikace 2. echo srdce (EF) 3. funkční zátěžové testy		Confusion Assessment Method (CAM) Memorial delirium assessment scale (MDAS)		

### JAK LZE POZITIVNĚ OVLIVNIT KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S DEMENCÍ?

Při úvahách o kvalitě života u pacientů s demencí a možnostích kvalitu života pozitivně ovlivnit záleží zejména na stupni tíže přítomné demence, míře funkční rezervy a funkční soběstačnosti, úrovni fyzického zdraví (21, 22). Pokud jde o terapeutické a ošetrovatelské cíle ovlivňujících kvalitu života, je třeba výše uvedené faktory respektovat – poněkud jiné terapeutické a ošetrovatelské cíle nacházíme u mírné a středně těžké demence (early-stage dementia), jiné cíle pak u demence těžké (late-stage dementia) nebo terminální fázi demence (end-stage dementia). Přehled těchto cílů přináší tabulka 5.

**Tabulka 5** Cíle komplexního léčebného přístupu s ohledem na dosažení co nejvyšší možné kvality života pacientů s demencí

Stupeň demence	Co je cílem	Co není cílem
<b>Mírná a středně těžká demence</b> ( <i>Early-stage dementia</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>– podpora a rehabilitace kognitivních funkcí</li> <li>– posílení soběstačnosti, aktivit pacienta, pozitivního sebehodnocení (self-esteem)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zveličení přítomného kognitivního deficitu</li> <li>– předčasné riziko ztráty autonomie a kompetencí</li> <li>– nádměrná paliativizace pacienta (overpalliation)</li> </ul>
<b>Těžká demence</b> ( <i>Late-stage (advanced) dementia</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>– podpora a rehabilitace chůze</li> <li>– nutriční a rehydratační podpora</li> <li>– prevence a včasná léčba komorbidních somatických i psychiatrických diagnóz</li> <li>– udržení pozitivního sebehodnocení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– předčasné ukončení komplexní prokognitivní léčby (předčasné vysazení kognitiv, adjuvantní psychofarmakologické terapie antidepresivy)</li> <li>– nadměrná paliativizace pacienta (overpalliation)</li> </ul>
<b>Terminální fáze demence</b> ( <i>End-stage dementia</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>– komplexní a kvalitní ošetrovatelská péče</li> <li>– prevence a včasná léčba dekubitů, malnutrice, dehydratace</li> <li>– prevence a včasná léčba bolesti</li> <li>– spirituální podpora</li> <li>– kvalitní paliativní přístup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nadbytečná terapie psychofarmaky včetně prokognitivní léčby</li> <li>– nedostatečná paliativizace pacienta (underpalliation)</li> <li>– nedostatečná spirituální podpora</li> </ul>

## ZÁVĚR

Není snadné přesně vymezit pojem kvalita lidského života, a to jak u lidí zdravých, natož pak u pacientů s demencí. Kvalita života a její vnímání pacienty je přísně individuální, spolu s mnoha vlivy, které ji ovlivňují. Kognitivní i somatická deteriorace provázející demenci má významné dopady v sociální, zdravotní i ekonomické oblasti. U osob s demencí hrozí riziko rostoucí až úplné závislosti na péči okolí, riziko sociálního vyčlenění, ztráty sociálních kontaktů i autonomie. Významné je riziko rozvoje následného špatného zacházení nebo dokonce týrání seniorů. Náročná je rovněž medicínská péče o pacientky s demencí – zejména pak o pacienty s pokročilou demencí upoutaných na lůžko, inkontinentních, nebo s poruchami příjmu potravy. Vlastní léčba kognitivní je pak jen zlomkem ekonomických nákladů celkové komplexní zdravotní péče.

V souvislosti s rostoucí incidencí demencí nabývá výzkum kvality života u těchto nemocných na významu. Jelikož je demence nevyléčitelná, zpravidla progredující a potenciálně letální onemocnění, stojí naše snahy o pozitivní ovlivnění kvality života u pacientů s demencí oprávněně v popředí.

## LITERATURA

Cadigan RO, Grabowski DC, Givens JL, Mitchell SL. The quality of advanced dementia care in the nursing home: the role of special care units. *Med Care*. 2012 Oct;50(10):856-62.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000 Jan;17(1):13-35.

ČORNANIČOVÁ, R. Kvalita života v senu. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. Eds. *Autonomie ve stáří, strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004.

Databáze dotazníků kvality života PROQOLID. (online). Dostupné z: <http://www.proqolid.com> (23.3.2013)

Dragomirecká E, Bartoňová J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace, 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006.

Dragomirecká E, Prajsová J. WHOQoL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009.

Gurková E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1.vyd. Praha: Grada. 2011.

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):971-93.

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):1447-51.

Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. 1.vyd. Praha: Academia, 2005

Keller HH. Nutrition and health-related quality of life in frail older adults. *J Nutr Health Aging*, 2004;8(4):245-52.

Luzny J. Quality of Life in Mentally Ill People. In: Uehara T. *Psychiatric Disorders Worldwide Advances*. 1<sup>st</sup> edition. Rijeka: InTech. 2011.

Lužný J. Kvalita života u pacientů s demencí. *Cesk Slov Neurol N* 2013; 76/109(1): 90-95.

Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQoL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res*. 2005;14(10):2197-214.



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):231-9.

Topinková E. *Geriatric pro praxi.* 1.vyd. Praha: Galén. 2005.

Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory III. Maslow revisited. *ScientificWorldJournal.* 2003, 13;3:1050-7.

Winkler I, Matschinger H, AngerMeyer MC, WHOQoL-OLD Group. The WHOQOL-OLD. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2006;56(2):63-9.

Yeaman PA, Ford JL, Kim KY. Providing Quality Palliative Care in End-Stage Alzheimer Disease. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012 Jul 18. [Epub ahead of print].

Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med.* 2006 Oct;9(5):1120-7.

MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.

Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, Lékařská fakulta OU v Ostravě, Ostrava

Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Kroměříž

luznyj@plkm.cz

**Doručeno redakční radě 10.4.2013**

**Přijato po recenzi 12.5.2013**