

Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí

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

¹AD Centrum, Psychiatrické centrum, Praha

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

Zhoršení aktivit denního života (ADŽ) pacientů s Alzheimerovou nemocí (AN) lze zjišťovat vhodnými dotazníky ADŽ. V předkládané práci představujeme českou verzi mezinárodně používaného a doporučovaného Dotazníku soběstačnosti DAD-CZ, který jsme vytvořili překladem anglické originální škály The Disability Assessment for Dementia. Dotazník obsahuje 17 položek běžných základních aktivit ve 4 oblastech (hygiena, oblékání, kontinence a jedení), 18 položek instrumentálních aktivit v 5 oblastech (příprava jídla, telefonování, chození ven a pobyt venku, finance a korespondence, léky) a 5 položek týkajících se volného času a domácích prací. Každou položku lze dále zařadit do jedné ze tří kategorií: iniciace, naplánování a zorganizování a správné provedení činnosti. Pečovatelé posoudili ADŽ tímto dotazníkem u 42 pacientů s pravděpodobnou AN, u nichž jsme současně zjišťovali kognitivní výkonnost pomocí Mini-Mental State Examination (MMSE 17 ± 6 bodů). Vyplněním DAD-CZ lze zjistit obvykle za 5–10 minut míru zvládnutí ADŽ, které nezávisely na věku, vzdělání či pohlaví pacientů. ADŽ podle DAD-CZ významně souvisely s MMSE (Spearmanovo $r = 0,5$; $p = 0,001$). Dotazník DAD-CZ rozšiřuje možnosti strukturovaného hodnocení základních a instrumentálních ADŽ u pacientů s demencí vč. AN v České republice.

Klíčová slova: aktivity denního života, Alzheimerova nemoc, demence, The Disability Assessment for Dementia, DAD, dotazníky, funkční postižení.

The Disability Assessment for Dementia DAD-CZ – czech version for assessment of activities of daily living in patients with Alzheimer disease

This study aimed to introduce a Czech version of the Disability Assessment for Dementia to evaluate activities in daily living (ADL) in patients with Alzheimer disease (AD). We translated items from the original source and back to English. Then we created a user-friendly questionnaire named DAD-CZ. Caregivers assessed ADL of 42 patients with AD (mean Mini Mental State Examination, MMSE, $\pm$ SD 17 ± 6) by filling up the questionnaire within 5–10 minutes in the waiting room. DAD-CZ was not related to age, education or sex. We observed the moderate correlation with MMSE (Spearman's $r = 0,5$; $p = 0,001$). The DAD-CZ questionnaire extends options for structured measurements of basic and instrumental ADL in patients with dementia, namely AD, in the Czech Republic.

Key words: activities of daily living, ADL, Alzheimer disease, dementia, The Disability Assessment for Dementia, DAD, questionnaires, functional impairment.

Neurol. pro praxi 2009; 10(5): 320–323

Seznam zkratk:

ADŽ – aktivity denního života

AN – Alzheimerova nemoc

DAD – Dotazník soběstačnosti

MMSE – mini – mental State Examination

zADŽ – základní aktivity denního života

iADŽ – instrumentální aktivity denního života

Úvod

Důležitou součástí diagnostiky Alzheimerovy nemoci (AN) podle kritérií MKN-10, DSM-IV a NINCDS-ADRDA je zhoršení soběstačnosti pacienta (Smolík 2002; McKhann et al., 1984; Ressler et al., 2008). Jeho ukazatelem je postižení v aktivitách denního života (ADŽ). Mezi ADŽ řadíme jak tzv. základní činnosti sebeobsluhy (zADŽ, např. oblékání, hygiena, jedení), tak složitější tzv. instrumentální aktivity potřebné pro existenci samostatně i ve společnosti (iADŽ,

např. cestování, příprava jídla, telefonování, domácí práce, starání se o finance, užívání léků). Dá se říci, že ADŽ vypovídají do určité míry o kognitivních funkcích a lze je chápat jako aplikaci kognitivních funkcí v běžném životě. Odrážejí schopnost integrovat různé kognitivní funkce (paměť, soustředění, praxi, gnózi a exekutivní činnosti) do vykonání určitého záměru. Přesto na ně mají vliv ještě jiné aspekty života nezachytitelné při zjišťování pouhých kognitivních funkcí. Pokles ADŽ probíhá stupňovitě v několika fázích. Nejříve se zhoršují komplexní pracovní úkony (např. práce, koníčky). Poté se v časných stádiích stává obtížným zastávat instrumentální aktivity. Nakonec se stanou problémem i jednoduché, velmi dobře naučené činnosti (např. základní sebeobsluha) (Gélinas et al., 1999).

Každodenní aktivity lze zjistit rozhovorem s pacientem a především s jeho pečovatelem,

protože pacient s demencí ztrácí v průběhu nemoci realistický náhled na vlastní schopnosti. Jinou možností je použití strukturovaného dotazníku, pomocí něhož lze systematicky a přímočaře zjistit od pečovatele přehledné a poměrně objektivní informace o ADŽ pacienta.

Pro pacienty s demencí nejsou vhodné dotazníky zaměřující se na fyzické aspekty (např. Index Barthelové), protože deficity tkví dlouho v jiné – kognitivní – oblasti. Vhodná škála by měla zahrnovat několik aktivit jak v zADŽ, tak i iADŽ, aby pokryla široké spektrum invalidity u demence. V české odborné literatuře chybí dostatek dotazníků ADŽ zaměřených na pacienty s AN. K dispozici je česká verze Dotazníku funkčního stavu (FAQ-CZ) (Bartoš et al., 2008) a překlad škály Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawtonova škála IADL) (Kalvach 2004). Prvně jmenovaný dotazník je zaměřen

na zhodnocení převážně instrumentálních aktivit, Lawtonova škála dokonce pouze na ně. Jiný dotazník analyzoval, jaké aspekty ADŽ vidí pečovatelé u svých blízkých s AN jako nejvíce zachovalé, jako nejvíce postižené a z nich jako nejvíce obtěžující (Martínek a Bartoš, 2008).

Jednou ze škál, které se v zahraničí běžně používají u pacientů s AN, je Dotazník soběstačnosti (v originále The Disability Assessment for Dementia – DAD) (Gélinas et al., 1999). Jeho vzniku předcházela promyšlená a složitá metodika a vývoj vč. zjištění psychometrických vlastností. Dotazník je určen ke kvantitativnímu hodnocení funkčních schopností v ADŽ specificky u jedinců s kognitivními deficity nebo demencí. Nejčastěji se používá u AN, ale našel uplatnění i při srovnání více typů demencí z hlediska ADŽ (AN, behaviorální varianta frontotemporální demence, progresivní neplýnulá afázie, sémantická demence) (Mioshi et al., 2007). Není tedy vhodný pro posuzování osob s primárně fyzickou invaliditou. Dotazník postihuje 17 položek běžných základních aktivit ve 4 oblastech (hygiena, oblékání, kontinence a jedení) a 18 položek instrumentálních aktivit v 5 oblastech (příprava jídla, telefonování, chození ven a pobyt venku, finance a korespondence, léky). Navíc byla zařazena další oblast s 5 položkami (využití volného času a domácí práce), což tvůrci i pečovatelé považovali za důležitý aspekt.

Zvláštním rysem je možnost zařadit danou aktivitu z hlediska exekutivních funkcí do jedné ze 3 skupin:

1. iniciace
2. plánování a organizace
3. správné provedení úkonu.

Zvládání 10 činností ve 40 otázkách se zjišťuje jako rozhovor s pečovatelem a trvá asi 15 minut. Hodnocení každé aktivity je omezeno na období posledních 2 týdnů. Hodnotí se, co jedinec dělá, nikoli co by byl schopen dělat. Přitom činnost měl dotyčný provést bez pomoci nebo připomenutí za dané časové období (2 týdny) alespoň jednou. Velkou výhodou je fakt, že výsledky nejsou ovlivněny věkem, vzděláním ani pohlavím (Gélinas et al., 1999).

Byť DAD má kvalitní psychometrické vlastnosti (Sikkes et al., 2009) a je využíván v lékových studiích (např. Feldman et al., 2003), doposud nebyl představen kvalitní převod původního dotazníku do češtiny. Proto jsme se ho rozhodli pro odbornou veřejnost připravit a ověřit jeho použití u pacientů s AN v klinické praxi. Naším záměrem bylo získat kvalitní nástroj k měření ADŽ u pacientů s AN v České republice.

Metodika a pacienti

Původní verzi škály DAD (Gélinas et al., 1999) jsme přeložili, upravili do uživatelsky příjemné podoby pro administraci vyplňováním dotazníku a nazvali krátce jako Dotazník soběstačnosti DAD-CZ. Zpětný překlad do angličtiny byl svěřen nezávislé lingvistické agentuře. Pedagog lékařské angličtiny UK 3. LF americké národnosti porovnal originální znění s novou verzí po českém mezistupni. Ojedinelý nesoulad byl zohledněn do konečné podoby dotazníku. K publikaci české verze DAD-CZ jsme získali povolení od první autorky a majitelky práv (I. Gélinas).

Aktuální kognitivní výkonnost pacientů s pravděpodobnou AN podle kritérií NINCDS-ADRDA (McKhann et al., 1984) se zjišťovala krátkým testem kognitivních funkcí Mini-Mental State Examination (MMSE, Folstein et al., 1975). Současně jsem požádali pečovatele těchto pacientů, aby posoudili jejich ADŽ, a to vyplněním dotazníku DAD-CZ. To je hlavní metodická odlišnost od instrukcí tvůrců dotazníku (Gélinas et al., 1999). Další změnou bylo zjednodušení kategorizace odpovědí, které se nezaznamenávaly zvlášť do sloupce iniciace, zvlášť do sloupce plánování a organizace a zvlášť do sloupce správné provedení. Každá položka se hodnotí systémem ano – jeden bod, ne – žádný bod. Pokud nelze z nějakého důvodu odpověď určit, zakroužkuje se v odpovědním políčku X. Důvodem pro odpověď „nelze určit“ může být například to, že pacient aktivitu nikdy nevykonával ani předtím, nebo neměl příležitost ji vykonávat v uplynulých dvou týdnech. Podle našeho chápání instrukcí je důvodem pro zvolení této odpovědi také fyzická invalidita (například neschopnost pohybovat se venku kvůli pokročilé artróze kyčlí). Celkový hrubý skór získáme součtem všech odpovědí ano. Vyšší počet bodů znamená nižší postižení, maximum je 40 bodů. Výsledek však vyjadřujeme jako míru zachování každodenních aktivit ve formě procent z předpokládané normy 100 %. Např. skór 33 ze 40 (maximální skór) $\times 100 = 83\%$. Pokud se vyskytnou odpovědi X, pak je odečteme od 40, např. 33 ze 38 (maximální skór 40 mínus 2 odpovědi X) $\times 100 = 87\%$ zachovalých funkčních schopností. Čím je procento vyšší, tím menší je funkční postižení a naopak.

Pečovatelé pacientů s AN byli požádáni v prostoru za dotazníkem písemně vyjádřit připomínky k dotazníku či jeho jednotlivým otázkám. Všichni podepsali informovaný souhlas se studií, která byla schválena Etickou komisí 3. LF UK.

Výsledek

Česká verze dotazníku DAD-CZ (vložený list) je přílohou v tomto čísle časopisu Neurologie pro

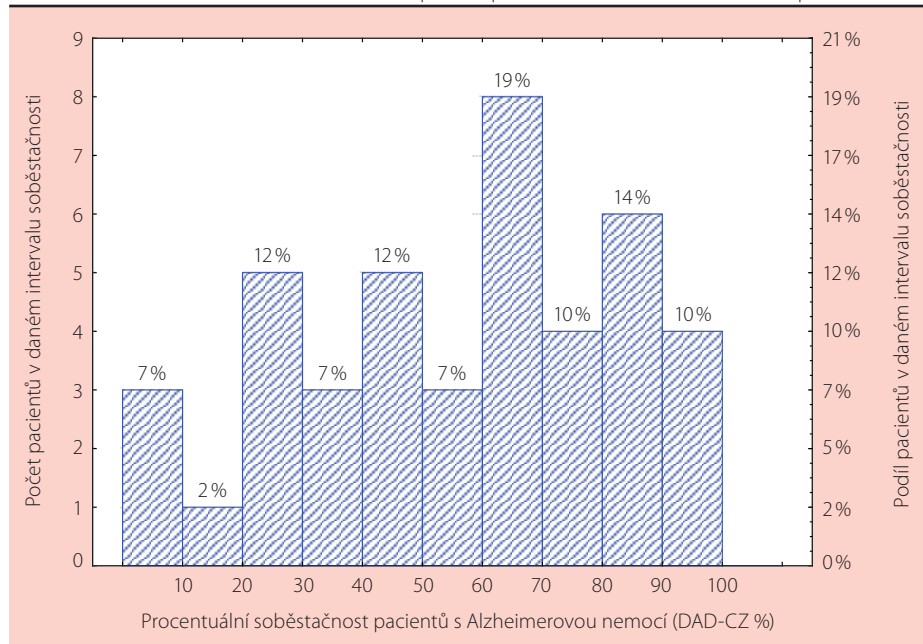
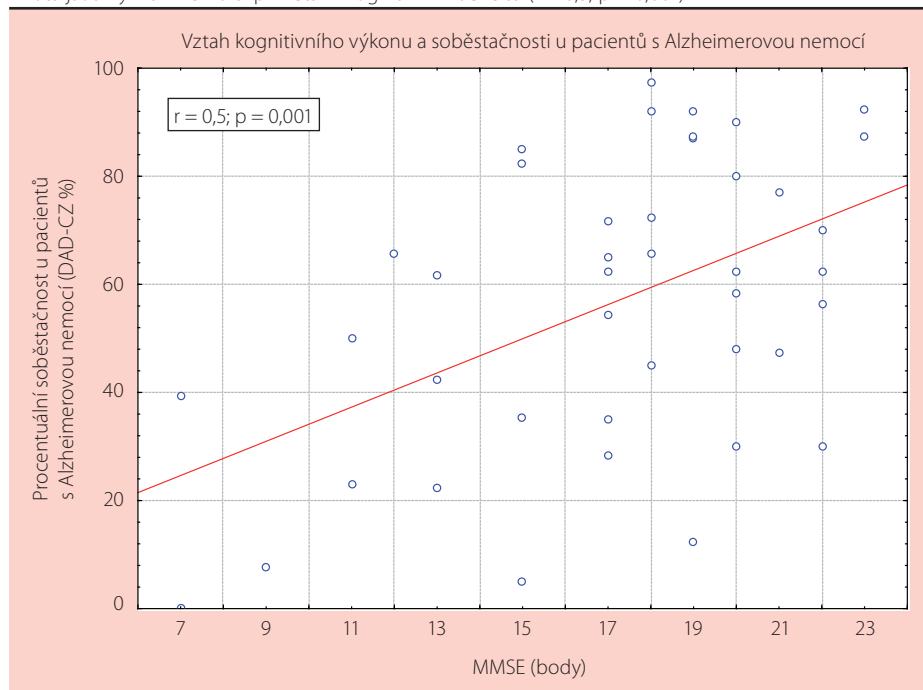
praxi. Lze ji také najít a stáhnout na webové adrese www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum. Pečovatelé (průměrný věk 61 ± 16 let, 54 % žen) pacientů vyplnili dotazník DAD-CZ o zvládání každodenních aktivit 42 pacientů s AN. Pacienti s AN měli následující charakteristiky (průměr $\pm$ směrodatná odchylka): věk 76 ± 9 let, 66 % žen, u poloviny bylo středoškolské vzdělání bez maturity, délka vzdělání 13 ± 3 let, MMSE 17 ± 6 bodů, min – max 0–23). Vyplnění dotazníku DAD-CZ trvalo průměrně kolem 7 minut, polovině osob 5–10 minut (interkvartilové rozpětí). Vyplnění dotazníku podle instrukcí nedělalo pečovateli většinou obtíže. Polovina pečovateli byla schopna určit odpověď buď „ano“ nebo „ne“ u každé položky. Druhá polovina využila možnost „nelze určit“ většinou u 1–6 položek a jen vzácně u více než 10 položek.

Při kvalitativním hodnocení dotazníku pečovateli nevyjádřili nějaký zásadnější názor nebo podrobné připomínky. Náměty pečovateli jsme využili při grafických úpravách. Jejich nejčastější výhradou ohledně obsahu bylo, že hodnotit aktivitu jako vykonávanou i tehdy, pokud ji pacient provede za 2 týdny pouze jednou, je poněkud zavádějící. Ojedinele se objevily další názory: některé položky by chtělo upřesnit a specifikovat, aby bylo možno odpovědět jednoznačně, něco i alternativně; akcentovat rozlišení „na výzvu“ (když se připomene, tak činnosti vykoná); záleží na typu telefonu, někdy se nedovolá; dotazník je příliš jednoznačný, nepostihuje případy, kdy se pacientka sice o něco pokusí, ale vyžaduje k tomu asistenci (např. léky jsou jí připravovány, ale ona je ve správný čas užije); příprava jednoduchého jídla je příliš široký pojem.

Rozložení výsledků uchované soběstačnosti ve skupině pacientů s AN podle DAD-CZ ukazuje graf 1. Pro celou skupinu 42 pacientů s AN vykazoval dotazník DAD-CZ následující souhrnné charakteristiky: průměr $\pm$ směrodatná odchylka $57 \pm 27\%$, medián 62 %, min – max 0–97 %, interkvartilové rozpětí 35–80 %. Zhoršení soběstačnosti pacientů s AN podle DAD-CZ nesouviselo statisticky významně s věkem, vzděláním ani pohlavím. Soběstačnost pacientů v procentech úzce souvisela s jejich celkovou kognitivní výkonností podle MMSE skóre (Spearmanovo $r = 0.5$; $p = 0.001$) (graf 2). Nebyl zjištěn rozdíl v procentuální soběstačnosti mezi muži a ženami. Skór MMSE významně koreloval s věkem (Spearmanovo $r = 0.4$, $p = 0.02$), nikoli se vzděláním či pohlavím.

Diskuze

Zjistili jsme, že ADŽ pacientů s AN lze dobře hodnotit formou českého Dotazníku soběstačnosti podle originálního pramene (Gélinas et al., 1999).

Graf 1. Rozložení aktivit denního života ve skupině 42 pacientů s Alzheimerovou nemocí podle DAD-CZ**Graf 2.** Vztah kognitivního výkonu měřeného MMSE (Mini Mental State Examination) a procentuální soběstačnosti pacientů (DAD-CZ %, výpočet v textu) u pacientů s Alzheimerovou nemocí. Aktivita denního života jsou významně horší při větším kognitivním deficitu ($r = 0,5$, $p = 0,001$)

Při překladu jsme dbali na zachování původních významů a současně jsme se snažili volit adekvátní české znění. Někdy bylo balancování mezi těmito dvěma hledisky obtížné. V těchto případech jsme dávali přednost spíše originální verzi před dobrým českým vyzněním. V nejasných případech (např. položka 31 a 33) jsme kontaktovali první autorku a diskutovali s ní, abychom zachovali co nejvěrněji původní mínění. Další překladatelskou potíží byl dvojitý vid v češtině (ze sekce dotazníku Volný čas a domácí práce příklady dokonavého vidu: projevil, naplánoval a zorganizoval, provedl oproti

nedokonavým variantám: projevoval, plánoval a organizoval, prováděl). Podle kontextu jsme se snažili preferovat dokonavý vid. O kvalitě a srovnatelnosti obou verzí se můžeme přesvědčit při srovnání výsledků. Po 10 letech od zveřejnění jsme zjistili na jiném souboru skoro tytéž charakteristiky jako v původní publikaci (Gélinas et al., 1999) (původní vs naše studie: průměry procent v DAD: $56 \pm 28\%$ vs $57 \pm 27\%$, medián 54% vs 62% , min – max $5-100\%$ vs $0-97\%$; korelace s MMSE 0.5 vs $0.5!$)

Primární úmysl při vývoji dotazníku popsat specificky nedostatky u pacientů s AN se zdařil, jak

je potvrzeno také v nedávném přísném porovnání různých dotazníků instrumentálních ADŽ (Sikkas et al., 2009). Dotazník vyniká vysokým stupněm vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0,96), výbornou spolehlivostí mezi posuzovateli (vnitřní korelační koeficient ICC = 0,95) a reprodukovatelností při opakování (ICC = 0,96) (Gélinas et al., 1999).

Dotazník je vystavěn z položek převážně s náplní ADŽ. Na rozdíl od mnoha jiných dotazníků ADŽ neobsahuje činnosti, které lze vnímat spíše jako výsledek především kognitivních funkcí (např. položky orientace v čase, pamatovat si termíny schůzek). Protože zjišťování funkční kapacity a testy mentálního stavu hodnotí odlišné schopnosti, měly by být také posuzovány zvlášť. Bohužel je velká tendence spoléhat se na výsledky kognitivních testů pro popsání pacientů a řízení jejich péče. Příkladem tohoto přístupu je princip léčby kognitivní v České republice. Podávání inhibitorů acetylcholinesteráz nebo memantinu je zde závislé výhradně na skóru MMSE (Sheardová et al., 2007) a přitom se vůbec nezohledňuje funkční kapacita. Přitom korelace mezi ADŽ a kognicí je pouze střední. Omezenou souvislost lze sledovat dobře na grafu 2. Například 6 pacientů se shodným MMSE 20 bodů má široké funkční rozmezí od 30% až po 90%. Právě to, jak si pacient počíná v běžném životě, je však tím, co pro pacienta i pečovatele bývá nejdůležitější a zásadním způsobem určuje kvalitu života obou.

Dotazník je původně určen pro administraci kladením otázek pečovateli, nikoli pro vyplnění pečovatelem. V rámci omezených personálních a časových možností, které panují ve většině ambulancí, jsme však zvolili nekonverzační způsob. Zjistili jsme, že jsme tím zkrátili administraci asi na polovinu (kolem 7 minut). Ušetření času je vykompenzováno pravděpodobně horší validitou výpovědi. Dá se očekávat, že ne všichni pečovatelé jsou schopni při vyplňování respektovat omezující podmínky (poslední dva týdny, bez pomoci a připomínání, alespoň jedenkrát). Slovní administrace se tomu snaží zabránit opakováním těchto podmínek při dotazu na každou aktivitu. Tento způsob administrace je však náročný na čas personálu. V české verzi jsme tedy počítali s vyplňováním pečovatelem a tomu jsme uzpůsobili i instrukce, které jsou srozumitelně a výrazně na dotazníku uvedeny. Proto je ho možno administrovat jak ústně (před přečtením každé ze 40 položek je třeba začít větou „Posuzovaný bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny...“), tak i vyplněním pečovatelem.

Při zvolení administrace vyplněním doporučujeme, aby si pečující přečetl a dodržoval instrukci dotazníku. Intuitivní předpoklad mnoha

pečovatelů bývá, že aktivita má být označena jako správně splněna, pokud ji prováděl pacient v neurčené poslední době po většinu času. Naproti tomu tvůrci dotazníku požadují, aby aktivita byla označena jako splněná již tehdy, pokud ji pacient vykonal za poslední 2 týdny alespoň jednou. Toto pravidlo se zdálo mnohým pečovatelům z našeho souboru nepraktické. Tato připomínka je podle našeho mínění konstruktivní. Autoři se přesným ohraničením zřejmě snažili minimalizovat vliv pečovatelského subjektivního vnímání, jak hodné má pacient uchované ADŽ. Změna pravidel by však znamenala velký zásah do autentičnosti dotazníku, a proto jsme tento pokyn ponechali v původní podobě.

Dotazník obsahuje poměrně vyrovnané zastoupení základních a instrumentálních aktivit. Proto pokrývá širší spektrum zhoršení každodenních činností než čistě nebo převážně instrumentální dotazníky, např. Dotazník funkčního stavu (Bartoš et al., 2008). Z téhož důvodu bude vhodnější pro monitoraci průběhu demence či efektu léčby do pokročilejších stadií demence, jak ukazuje též graf 2. Pro oddělené hodnocení jsme připravili možnost mezisoučtu zADŽ na první straně (4 aktivity) a na druhé straně jsou iADŽ (5 aktivit) a jedna skupina položek ke zhodnocení aktivit volného času.

Činnosti v dotazníku jsou rozděleny do tří kategorií (iniciace, plánování a organizace, správné vykonání). Proto lze pomocí dotazníku určit nejen činnosti s problematickým zvládnutím, ale zároveň i důvod, proč nejsou činnosti vykonávány. Aktivitu dotyčný neprovede, 1. protože ho to ani nenapadne, 2. protože ho to sice napadne, ale nedokáže si vše dobře naplánovat a zorganizovat nebo 3. po zvládnutí přípravné fáze selže v samotném provedení činnosti. Přechody mezi třemi částmi této posloupnosti jsou plynulé a nezřetelné. Domníváme se, že tyto jemné rozdíly mohou při písemné administraci uniknout pozornosti. Při rozhovoru je možné různé fáze jedné činnosti lépe zdůraznit. Na druhou stranu nám tato podrobnost v praktickém použití nepřipadá podstatná. Má svůj význam při výzkumných analýzách, např. při porovnání charakteru funkčních deficitů u různých demencí (Mioshi et al., 2007). Při běžném použití v ambulancích je však šetření času a lidských zdrojů podstatným argumentem pro písemné podání.

V původní podobě dotazníku jsou černá políčka napomáhající v odlišení mezi iniciací, plánováním a vykonáním. Toto ztvárnění nevadí při ústním hodnocení ADŽ, ale při vyplňování působilo na mnohé pečovatele rušivě. Proto jsme upravili grafickou podobu odstraněním černých polí, aby dotazník vyhlížel příjemně a dal se pohodlně vy-

plňovat a vyhodnocovat. Při běžném používání dotazníku není totiž třeba vyhodnocovat danou aktivitu podrobně podle důvodu, proč aktivitu pacient nezvládne. Přesto je tato informace dostupná i z našeho dotazníku, protože v každém řádku je položka zařazena právě do jedné ze 3 možných složek exekutivních funkcí.

Dichotomické hodnocení (ano/ne) umožňuje snadné a rychlé skórování, ale nepostihuje graduované odstíny v rozsahu vykonávání aktivity. Většinou si však pečovatelé dokázali vybrat. Dotazník také nabízí možnost „nelze určit“, což některé jiné dotazníky neumožňují, např. FAQ-CZ (Bartoš et al., 2008). Tím se omezí zkreslení u osoby, která by činnost neprováděla. Důležitým aspektem je nezávislost výsledků na pohlavních rozdílech. Velmi praktickým a originálním nápadem je nevyjadřovat uchované schopnosti v bodech, nýbrž procentuálním podílem z plné 100% funkční kapacity. Výpočet je trochu složitější, ale na druhou stranu si lze tak snadno i bez znalosti bodové stupnice zhruba představit zachování autonomie pacienta.

Závěr

Dotazník soběstačnosti DAD-CZ poskytuje strukturované zhodnocení základních a instrumentálních každodenních aktivit především u pacientů s demencí vč. AN v krátkém čase. Lze s ním získat nové informace o schopnostech pacienta či průběhu choroby, protože DAD-CZ je založené na jiném než kognitivním konceptu. Má pro pečovatele nejspíše větší význam než samotné kognitivní schopnosti. Evropská federace neurologických společností ho také navrhuje pro diagnostiku demencí ve svých doporučeních (Waldemar et al., 2007). Dotazník je přílohou tohoto časopisu a je stažitelný i na internetových stránkách AD Centra <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum>. Potěšilo by nás, kdyby se dotazník stal součástí kvalitní péče o pacienty s AN a výzkumu pacientů s AN a rozšířil se i v České republice.

Poznámky na závěr

Při používání dotazníku DAD-CZ je vhodné dodržovat určité podmínky. Je zapotřebí zachovat odkaz na původní anglický i český zdroj, jak jsou uvedeny na dotazníku. Pokud toto zachováte, můžete jej bez povolení používat pro osobní použití při hodnocení pacientů či jiných osob a pro výzkumné účely. Pro zhotovování mnoha kopií k distribuci či reprint nebo publikaci dotazníku či jeho části je třeba povolení prvního autora článku (A. Bartoš) a vydavatelství Solen.

Práce byla podpořena projekty
KAN200520701 a MZ0PCP2005.

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

Literatura

1. Bartoš A, Martínek P, Bezdiček O, Buček A, Řípová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatr pro Praxi* 2008; 9(1): 31–34.
2. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Emir B, Mastey V, Subbiah P; Donepezil MSAD Study Investigators Group. Efficacy of donepezil on maintenance of activities of daily living in patients with moderate to severe Alzheimer's disease and the effect on caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(6): 737–744.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189–198.
4. Gélinas I, Gauthier L, McIntyre M, Gauthier S. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the disability assessment for dementia. *Am J Occup Ther*. 1999; 53(5): 471–481.
5. Kalvach Z. Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti. In: Kalvach Z a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada 2004: 196–203.
6. Martínek P, Bartoš A. Aktivita denního života pacientů s Alzheimerovou nemocí očima jejich pečovatelů. *Čes Ger Rev* 2008; 6(3): 186–192.
7. McKhann D, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34(7): 939–944.
8. Mioshi E, Kipps CM, Dawson K, Mitchell J, Graham A, Hodges JR. Activities of daily living in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Neurology* 2007; 68(24): 2077–2084.
9. Ressler P, Hort J, Rektorová I, Bartoš A, Rusina R, Líněk V, Sheardová K. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104(4): 494–501.
10. Sheardová K, Hort J, Rusina R, Bartoš A, Líněk V, Ressler P, Rektorová I. Doporučené postupy pro léčbu Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Cesk Slov Neurol N* 2007; 70/103(5): 589–594.
11. Sikkes SA, de Lange-de Klerk ES, Pijnenburg YA, Scheltens P, Uitdehaag BM. A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: room for improvement. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80(1): 7–12.
12. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástinnozologie, diagnostika. 2. revidované vyd. Praha: Maxdorf 2002: 506 s.
13. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, Mc Keith IG, Rossor M, Scheltens P, Tariska P, Winblad B. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007; 14(1): 1–26.

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

