

# Şizofreni ve Yaşam Niteliği

Doç. Dr. Haldun SOYGÜR\*

**B**ir toplum sağlığı sorunu olarak şizofreni, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan bir hastalıktır. Doğrudan tedavi maliyeti, üretimden kayıp biçiminde dolaylı maliyet ve hasta/hasta yakınlarının yaşadığı maliyeti ölçülemeyecek olan sıkıntı ve güçlükler biçiminde karşımıza çıkan insani/manevi maliyet, şizofreninin topluma maliyetinin esaslarını oluşturur (Knapp ve ark. 1999).

Bu zorlu hastalığın tedavisinde son elli yıl içinde devrim niteliğinde gelişmeler olmuştur. Elli yıl önce tipik antipsikotik ilaçların kullanıma girmesiyle birlikte tedavide önemli kazanımlar elde edilmiştir. Ancak süreçle birlikte bu kez de tipik antipsikotik ilaçların yan etkileri ve ne ölçüde etkili olabildikleri sorun yaratmaya başlamıştır. Gardos ve Cole'un 1976'da ortaya attıkları sorular halen güncelliğini korumaktadır. Klasik antipsikotik ilaç tedavisi hastalığın kendisinden daha kötü sonuçlar mı doğurmaktadır? Uzun süreli karşılaştırmalı klinik araştırmalarda yinelemeleri önlemede belirgin üstünlük gösteren klasik antipsikotik ilaçların bu üstünlüğü hastanın günlük yaşamının içine de sokulabilmiş midir? Bu ve benzeri soruların varlığı, şizofreni hastasının uzun süreli izlenmesinde belirtilerle başatma ve yinelemeleri önlemenin ötesine geçen yeni beklentileri gündeme getirmiştir. Yaşam niteliği kavramı bu beklentileri yansıtmaktadır (Katschnig 2000).

## Yaşam Niteliği

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, sağlık, sadece bir hastalığın veya malûliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmaktır. Bu tanımda yer alan tam bir huzur ve iyilik içinde olma vurgusu doğrudan doğruya yaşam niteliği (quality of life) kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam niteliği, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir söyleyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimidir. Yaşam niteliğinin bileşenleri, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur. Bu çerçevede, bireyin "kendini iyi hissetmesi", "yaşamdan doyum sağlaması" gibi ifadeler yaşam niteliği kavramının öznel boyutunu oluştururken; "bağımsız yaşayabilme", "kişilerarası ilişkiler", "üretken olma" gibi ifadeler kavramın nesnel boyutunu oluşturmaktadır (Katschnig 1999). Dilimizde "quality of life" kavramının karşılığı olarak çeşitli yayınlarda iki seçimle karşılaşırız. Kimi yazarlar "yaşam niteliği"ni tercih ederken (Soygür ve ark. 2000, Öztürk 2001); kimileri yaşam kalitesini tercih etmektedir (Fidaner ve ark. 1999, Şimşek 2000). Kavramın ülkemiz tıp/psikiyatri, sosyal bilimler topluluğunda yaratacağı teorik ve pratik süreç, zaman içinde hangi sözcüklerde karar kılacağımızı belirleyecektir.

\* SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

### Tıpta Yaşam Niteliği Kavramının Yerleşmesi

Yaşam niteliği sözcüğünün bilimsel tıbbi dergilerde yazılı olarak ilk kez kullanılışı 1966 yılında olmuştur. Kavram, transplantasyon tıbbının sorunlarını tartışırken Elkinton tarafından ele alınmıştır. Esasen 1960'lı ve 1970'li yıllar, sosyalbilimciler, feleseciler ve politikacıların yaşam niteliği kavramına artan bir ilgi göstermeye başladıkları yıllardır. Bu ilgi 1990'lı yıllarda doruğa ulaşmış ve 1992 yılında International Society of Quality of Life Research dergisi yayın yaşamına başlamıştır. Bir örnek olarak sadece 1995 yılında yaşam niteliği ile ilgili ikibinin üzerinde yayın yapılmıştır (Katschnig 2000). Albrecht ve Fitzpatrick (1994), tıpta yaşam niteliği kavramının kullanım biçimlerini aşağıdaki biçimde özetlemişlerdir.

1. Hastanın klinik bakımının planlanması,
2. Klinik çalışmalar ve sağlık hizmeti taramalarında sonuç ölçütü olarak,
3. Toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi,
4. Kaynakların saptanması.

### Ruh Sağlığı Alanında Yaşam Niteliği

Ruh sağlığı alanında yaşam niteliği kavramını tanımlamak ve modelize etmek amacıyla çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, günümüzde en geçerli olan model, Angermayer ve Kilian'ın (1999) dinamik süreç modelidir. Buna göre, bilişsel uyum ve doyum düzeyi, biyolojik ve antropolojik gereksinimleri olan bireyin çevre ve toplumla karşılıklı etkileşmesi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir süreçtir. Ruhsal bozukluklarda yaşam niteliğinin araştırıldığı ilk çalışmalar konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında olmuş, bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, ağır/süreğen bozukluklar, şizofreni ve çocukluk- yaşlılık psikiyatrisi çalışmaları izlemiştir (Katschnig 1999).

### Şizofrenide Yaşam Niteliği

Şizofrenide yaşam niteliği çalışmaları, 1960'lı yıllarda "kurumlarda tedavi" anlayışından "toplum içinde" tedavi anlayışına geçilmesi ile başlamış olmasına karşın, uzunca bir süre hak ettiği ilgiyi görememiştir. Bu çalışmalardaki gecikmelerin olası nedenleri aşağıda özetlenmiştir (Meltzer ve Bond 1994):

- Hekimler arasında "şizofreni tedavisinde semptomları azaltmanın ötesinde başka ne yapılabilir ki" tarzında önyargıların varlığı,

- Şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda uygulanacak olan psikososyal programların çok ciddi çabalar gerektirmesi,
- Yaşam niteliği üzerinde belirleyici olabilen negatif belirtiler ve bilişsel yetersizliklere yeterince ilgi gösterilmemiş olması,
- Klinik ilaç araştırmalarının genellikle kısa süreli olması, uzun süreli olanlarda da daha çok yineleme oranının değerlendirilmesi,
- Şizofrenide yaşam niteliği kavramının tanımı ve modelize edilmesindeki güçlükler,
- Güvenirliği ve geçerliği olan standart ölçeklerin geliştirilmesindeki yetersizlikler.

1970'li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarının yaşama geçirilmesini takiben, ağır ve süreğen hastaların, o arada şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek üzere ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır. 1978'de Dupuy'un "Psikolojik Genel İyilik Hali İndeksi" ve 1979'da Schooler ve arkadaşlarının "Toplumsal Uyum Ölçeği" bu ölçeklerin ilk geliştirilenleridir.

1980'li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaşam niteliği kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. (Baker ve Intagliata 1982, Bigelow 1982, Lehman ve ark. 1982). 1981'de Malm ve arkadaşları "Yaşam Niteliği Ölçeği"ni, 1984'de Heinrich ve arkadaşları "Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği"ni yayımlamışlardır.

1988'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Yetiyitimi Ölçeği de bu alanda üretilen çabalara önemli bir katkı sağlamış, 1990'lı yıllarda atipik anti-psikotik ilaçların kullanıma girmesi şizofreni hastalarının yaşam niteliği çalışmalarına ciddi bir soluk getirmiştir. 1993'de Becker ve arkadaşları "Wisconsin Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni, 1997'de Greenley ve Greenberg "Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni yayımlamışlardır. 1994'de yayımlanan "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği", hızla yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1994'de Viyanada gerçekleştirilen 7. Avrupa Psikiyatristler Birliği Kongresinde "Ruhsal Bozukluklarda Yaşam Niteliği ve Yetiyitimi" üzerine bir rapor hazırlanmıştır.

Yeni yüzyılla birlikte şizofrenide yaşam niteliği yeniden üzerinde çok çalışılan bir konu olmaya başlamış ve bu doğrultuda şizofreni tedavisinin hede-

fi semptomları azaltmanın ötesine geçerek hastaların yaşam niteliğini arttırmaya yönelmiştir.

### Şizofrenide Yaşam Niteliği Modelleri

**1. Ruh sağlığı hizmetleri sunumunun değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü (outcome) olarak yaşam niteliği:** Bigelow ve arkadaşları (1991), bu modelde, Maslow; Sarbin ve Allenin ihtiyaç rol kavramından yola çıkarak, bireyin sosyal talepleri, bireye sunulan fırsatlar/olanaklar ve yetiyetiminin restorasyonu üzerinde durmuşlardır. Yaşam niteliğinin artırılması psikiyatrik hastaların yetiyetiminin kompensasyonu sürecinde gerçekleşir.

**2. Ağır ve süregelen ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşam niteliği için genel bir model:** (Lehman ve ark. 1982). Bu modelde, kişisel karakteristikler ile yaşamın çeşitli alanlarındaki öznel yaşam niteliği belirteçleri ve nesnel yaşam niteliği belirteçleri üzerinde durulur. Duygular ve beklentiler öznel belirteçleri oluştururken; işlev, uyum ve yaşam biçimi nesnel belirteçleri meydana getirir.

**3. Skantze ve Malm (1994) Yatkinlık-Stres-Başetme-Yaşam niteliği modeli:** Bu modelde, yaşam niteliği, kişisel karakteristikler, yaşam standardı (nesnel), sağlık ve yaşam niteliği (öznel) arasındaki etkileşimle belirlenen dinamik bir kavramdır.

**4. Antipsikotik ilaç tedavisi altındaki şizofreni hastaları için entegratif bir yaşam niteliği modeli (Çok boyutlu sirküler model):** Awad ve arkadaşlarının (1997) modelinde, bir yandan kaynaklar, sosyal bağlar, kişilik, değerler ve tutumlar gibi faktörlerin etkisi altında; öbür yandan psikotik belirtilerin şiddeti, ilaç yan etkileri ve psikososyal performans düzeyi gibi faktörlerin etkisi altındaki hastanın öznel algısı yaşam niteliğini ortaya koyar.

### Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliğini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Yaşam niteliği, geniş kapsamlı bir kavram olarak ele alınmakta ve temel olarak üç boyut içermektedir (Katschnig 2000):

- Bireyin kendisini iyi hissetme hali/yaşam doyumu,
- Günlük yaşamdaki işlevselliği, kendine bakımı, sosyal rolleri,
- Dış kaynaklar ve sosyal destekler.

Günümüzde mevcut ölçeklerin hiç birisi bu üç boyutu bütünüyle kucaklayamamaktadır. Özellikle psikiyatrik

hastaların yaşam niteliğinin değerlendirilmesinde önemli sorun ve eksiklikler ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde şimdilik "altın standart" yoktur. Yaşam niteliğinin değerlendirilmesinde yararlanılan en önemli ölçütlerin öznel göstergeler olduğu bildirilmesine karşın, şizofreni hastalarının yaşam niteliklerini kendi kendilerine değerlendirip değerlendiremeyecekleri konusu oldukça tartışmalıdır. Hastalık sürecinde ortaya çıkabilen içgörü kaybı, bilişsel yetersizlikler, inatçı psikotik belirtiler, düşünce ve algılama bozukluklarının varlığı bu konuyu karmaşıklştırmaktadır (Becker ve Diamond 1999). Kimi araştırmacılar, hastalar ve profesyonellerin hastanın yaşam niteliğini algılamada birbirine çok yakın bir geçerlik saptamışlardır. Buna koşut olarak araştırmaların bir bölümünde, süregelen ruhsal bozukluğu olan hastaların öznel yaşam niteliği değerlendirmelerinin güvenilirliği gösterilmiştir. Kimi araştırmacılar ise hastalar ve profesyonellerin hastanın yaşam niteliğini algılamada farklılıklar gösterdiklerini bulmuşlardır. Birbiriyle çelişkili gibi görünen bu bulguların ışığında, şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınları/alesinin ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Bobes ve Gonzales 1999).

Bir başka tartışmalı konu, kullanılan ölçekte psikopatolojik belirtilerin bulunup bulunmamasına ilişkindir. Şimdilik üzerinde uzlaşılabilen bu konuda da yeni araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Günümüze dek pek çok yaşam niteliği ölçeği geliştirilmiştir. Bu çaba halen de sürmektedir (Becker ve Diamond 1999, Bobes ve Gonzales 1999). Burada ülkemizde güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış ölçekler kısaca tanıtılacaktır.

### Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (1994) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Fidaner ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır. Uzun formu 100 soru, 24 bölüm ve 6 alan; kısa formu ise 26 soru ve 4 alan içermektedir. Sorular bizzat hasta tarafından yanıtlanmaktadır. Ölçekte yer alan altı ana alanın başlıkları; I- Bedensel alan, II- Ruhsal alan, III- Bağımsızlık düzeyi alanı, IV- Sosyal ilişkiler alanı, V- Çevre, VI- Maneviyat, din ve kişisel inançlar alanıdır. Ölçek genel bir yaşam niteliği ölçeği olmasına karşın şizofreni

hastalarının yaşam niteliğini belirlemede ülkemizde de başarıyla kullanılmıştır (Alptekin ve ark. 2000).

### Yaşam Kalitesi Ölçeği

Greenley ve Greenberg tarafından 1997’de geliştirilen ölçek, ağır ve süregelen ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin yaşam niteliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ülkemizde Türkçe uyarlama, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Şimşek (2000) tarafından yapılmıştır. Toplam 7 alan ve 24 sorudan oluşan bu ölçekte de soruları hastanın kendisi yanıtlamaktadır. Ölçeğin 7 ana alanının başlıkları şu şekildedir: I- Yaşam koşulları, II- Maddi durum, III- Boş zamanı değerlendirme, IV- Aile ilişkileri, V- Sosyal yardım, VI- Sağlık durumu, VII- Sağlık hizmetlerine ulaşım.

### Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği

Özgün ölçek Heinrich ve arkadaşları (1984) tarafından geliştirilmiş, Türkçe çeviri, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması Soygür ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliğini, meslek rollerdeki üretkenlik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek yarıyapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmecisi (ruh sağlığı çalışanı) tarafından değerlendirilmektedir. 2000 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için yüksek duyarlılık gösterdiği saptanmıştır (Cramer ve ark. 2000). Toplam 4 alt boyut ve 21 sorudan oluşan ölçekte her bir madde için üç bölüm vardır. Birinci bölümde görüşmecinin değerlendirme yapılacak parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmakta; ikinci bölümde görüşmecinin hastayı incelemesinde yardımcı olmak üzere birkaç örnek soru verilmekte; üçüncü bölümde de değerlendirmeyi yapmak için 7 dereceli likert tipi bir skala verilmektedir. Ölçeğin alt boyutları; I- Kişilerarası ilişkiler, II- Mesleki rol, III- Ruhsal bulgular, IV- Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler biçimindedir. Ölçek ülkemizde çeşitli şizofreni araştırmalarında kullanılmıştır (Sungur ve ark. 2001).

### Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliğine İlişkin Araştırmaların Sonuçları

Şizofreni hastalarının yaşam niteliğine ilişkin araştırmaların sonuçları aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

- Şizofreni hastalarının yaşam niteliği, genel

popülasyondan ve bedensel hastalığı olan bireylerinkinden daha düşük bulunmuştur. Az sayıda çalışmada ise arada bir fark olmadığı bildirilmiştir (Katschnig 2000).

- Şizofreni hastalarında yaşam niteliği ile sosyodemografik verilerin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; kadın hastalar, evli hastalar ve eğitim düzeyi düşük hastaların yaşam niteliğinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Bobes ve Gonzales 1999).
- Klinik çalışmalarda hastalık süresi uzadıkça yaşam niteliğinin kötüleştiği gösterilmiştir (Katschnig 1999).
- Damgalanma, hastanın yaşam niteliğini düşürür (Katschnig 2000).
- Hastalarda anksiyete, depresyon ve negatif sendromun varlığı, yaşam niteliği ile ters yönde korelasyon göstermektedir (Huppert ve ark. 2001).
- Daha az yan etkisi olan ilaçlarla birlikte uygulanan psikososyal tedaviler yaşam niteliğini arttırmaktadır (Bobes ve Gonzales 1999).
- Toplumsal destek programları ile tedavileri toplum içinde sürdürülen hastaların yaşam niteliği, kurumlarda tedavi edilen hastalarinkinden daha iyi bulunmuştur (Katschnig 2000).

### Şizofreni Hastalarında Tedavinin Yaşam Niteliği Üzerindeki Etkisi

Bu alandaki öncü çalışma, Meltzer ve arkadaşlarının 1990’da yayımlanan, tedaviye dirençli 38 şizofreni hastasında klozapinin yaşam niteliği üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmadır. Değerlendirme için Heinrich ve arkadaşlarının (1984) geliştirdiği “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği”nin kullanıldığı bu çalışmada, altı aylık izleme boyunca klozapin verilen hastaların yaşam niteliğinin %59.9 oranında bir artış gösterdiği saptanmıştır. Meltzer ve arkadaşları 1992’de yayımladıkları bir yıllık izleme çalışması sonucunda da benzer bulgular bildirmişlerdir.

Naber (1994) Almanya’da 250 hastalık bir örneklemle gerçekleştirdiği çalışmada klozapin kullanan hastaların, klasik nöroleptik kullananlara göre kendilerini daha iyi hissettiklerini bulmuştur. Barcia ve arkadaşları (1996) risperidonun yaşam niteliği üzerindeki etkisini araştırmışlar ve risperidon kullanan sürdürüm tedavisi altındaki 980 hastanın altı aylık izlemleri sonucunda yaşam niteliğinde belirgin düzelme gösterdiklerini bildirmişlerdir. Bobes ve

arkadaşları da (1997) risperidon kullanan sürdürüm tedavisi altındaki 274 şizofreni hastası için 4 aylık izleme çalışmalarında benzer sonuçları yayımlamışlardır (Bobes ve Gonzales 1999).

Larson ve Gerlach, 1996'da depo antipsikotik ilaç uygulanan hastalarda ilaç yan etkileri ile yaşam niteliği arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında ilaç yan etkileri ile yaşam niteliği arasında herhangi bir korelasyon bulamamışlardır. Bununla birlikte Sullivan ve arkadaşları (1992) ilaç yan etkileri ile yaşam niteliği arasında ters yönde bir korelasyon saptamışlardır. Browne ve arkadaşları (1996) geç diskinezisi olan hastaların yaşam niteliğinin daha kötü olduğunu göstermişlerdir.

Martin ve arkadaşları (1996), olanzapin kullanan hastaların haloperidol kullanan hastalar ile karşılaştırılmalarında, olanzapinin haloperidole göre yaşam niteliğinde belirgin düzelleme sağladığını saptamışlardır (Bobes ve Gonzales 1999). 1999'da Revicki ve arkadaşlarının 828 hastanın katılımıyla gerçekleştirdikleri çok merkezli çalışmada da 6 haf-

talık olanzapin uygulamasının benzer etkileri bulunmuştur. Colonna ve arkadaşları (2000), 12 aylık izleme sonucunda amisülpirid kullanan 370 hasta ile haloperidol kullanan 118 hastayı karşılaştırmışlar ve amisülpirid'in haloperidol'e göre yaşam niteliğini artırdığını gözlemlemişlerdir.

## SONUÇ

Bir yandan insanın iç dünyasındaki uyumu, öte yandan insanın iç dünyası ile dış dünyası arasındaki uyumu yansıtan yaşam niteliğinin saptanabilmesi, şizofreni hastalarının topluma reentegrasyon düzeyini ve uygulanan hizmet/tedavilerin sonuçlarını değerlendirebilme olanağı sunacaktır. Bu nedenle hastalarının yaşam niteliği değerlendirmelerinin medikal oditin bir parçası haline gelmesinde yarar vardır. Şizofrenide yaşam niteliği kavramının tanımı, modelizasyonu, değerlendirilmesi/ölçülmesi ve psikofarmakolojik/psikososyal tedavi yöntemlerine ne ölçüde yanıt verdiği, önümüzdeki günlerde de önemli ve üretken bir araştırma alanı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Albrecht GL, Fitzpatrick R (1994) A sociological perspective on health-related quality of life research, *Advanced in Medical Sociology, Quality of life in health care*. GL Albrecht, R Fitzpatrick (Ed), London, UK, Greenwich CT, Jai Press, s.121.
- Alptekin K, Çelikgün S, Dilşen NS ve ark. (2000) Şizofrenik bozukluk tanısı alan hastalar ile yakınlarında yaşam kalitesi ve depresyon. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. I Sayıl (Ed), 3-7 Ekim 2000, Antalya, s. 43.
- Angermayer MC, Kilian R (1999) Theoretical models of quality of life for mental disorders. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.19-30.
- Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ (1997) A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res*, 6:21-26.
- Becker M, Diamond R (1999) New developments in quality of life measurement in schizophrenia. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.119-133.
- Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM (1991) Quality of life community mental health program clients: Validating a measure. *Community Ment Health J*, 27:43-55.
- Bobes J, Gonzales MP (1999) Quality of schizophrenia. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.165-178.
- Browne S, Roe M, Lane A ve ark. (1996) Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factor, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*, 94:118-124.
- Cramer JA, Rosenheck R, Wu W ve ark. (2000) Quality of life in schizophrenia: A comparison of instruments. *Schizophr Bull*, 26:659-666.
- Colonna L, Saleam P, dondey-Nouvel L ve ark. (2000) Long-term safety and efficacy of amisülpiride in subchronic or chronic schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*, 15:13-22.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 7(Ek 2)5-13.
- Gardos G, Cole JO (1976) Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? *Am J Psychiatry*, 133:32-36.
- Greenley JR, Greenberg JS, Brown R (1997) Measuring quality of life: A new practical survey instrument. *Soc Work*, 42:244-254.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT (1984) The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*, 10:388-398.
- Huppert JD, Weiss KA, Lim R ve ark. (2001) Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res*, 1;51:171-180.
- Katschnig H (1999) How useful is the concept of quality of life in psychiatry. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.3-16.

- Katschnig H (2000) Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 102(Suppl 407):33-37.
- Knapp M, Almond S, Percudani M (1999) Costs of schizophrenia: A review in *Schizophrenia*, WPA series evidence and experience in psychiatry. M Maj, N Sartorius (Ed), England, John&WileySons, s.407-454.
- Larson EB, Gerlach J (1996) Subjective experience of treatment side-effects, mental state and quality of life issue in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr Scand*, 93:381-388.
- Lehman AF, Ward NC, Linn LS (1982) Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry*, 139:1271-1276.
- Meltzer HY, Burnett S, Bastani B ve ark. (1990) Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry*, 41:892-897.
- Meltzer HY (1992) Dimensions of outcome with clozapine. *Br J Psychiatry*, 60(Suppl 17):46-53.
- Meltzer HY, Bond DD (1994) Quality of life in schizophrenia: Importance for psychopharmacology research and practise. *News Quality of life Letter*, 9:9-10.
- Naber D (1994) Subjective effects of neuroleptic drugs. Relationship to compliance and quality of lie, *Quality of Life and Disabilities in mental disorders*. Abstract Book, Association of the European Psychiatrists (Ed), Vienna, s.101.
- Öztürk MO (2001) Ruh sağlığı ve bozukluğunun tanımlanması. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevi, s.107.
- Revicki AD, Genduso LA, Hamilton SH ve ark. (1999) Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: quality of life and clinical outcomes of a randomized clinical trial. *Quali Life Res*, 8:417426.
- Skantze K, Malm U (1994) A nw approach to facilitation of working alliances based on patients quality of life goals. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 48:37-55.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000) Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13:204-210.
- Sullivan GS, Wells KB, Leake B (1992) Clinical factors associated with better quality of life in a serious mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry*, 43:794-798.
- Sungur MZ, Güner P, Çetin İ (2001) Şizofrenide optimal tedavi projesi: Randomize, kontrollü, longitudinal bir çalışma. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ş Yüksel (Ed), 2-6 Ekim 2001, İstanbul, s.82.
- Şimşek ZT (2000) Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kaliteleri ve toplum içinde bakım ve tedavilerine örgütsel bir yaklaşım. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- The WHOQOL Group (1994) The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument in Quality of Life Assesment: International perspectives. *J Orley&W Kuyken*, Springer Verlag, Heidelberg, s. 41-61.