

# Psikiyatride Yaşam Kalitesi

Mehmet Şerif TOP \*, Salih Yaşar ÖZDEN \*, Meltem EFE SEVİM \*

## ÖZET

Sosyal bilimlerde geliştirilen “Yaşam Kalitesi” kavramı pratik tıpta ilk olarak onkolojide ele alınmıştır. Psikiyatride yaşam kalitesi kavramının gelişmesi bir miktar gecikmiştir. Psikiyatrik hastalıkların tıbbi olmayan yönleri uzun yıllardır bilinmesine rağmen, Yaşam Kalitesi adı altında toplanmamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımladığı yaşam kalitesini ölçmeye yönelik günümüzde pek çok ölçek geliştirilmiştir. Bu makalede yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile, hastalığın kişinin hayatında yaptığı sınırlamaları bilineceği, en az ilaçla tedavi kadar hastalara yardımcı oluna-bilineceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, psikiyatri

Düşünen Adam; 2003, 16(1): 18-23

## SUMMARY

Life quality concept, developed by social sciences, was first handled in practical medicine in terms of oncology. The nonmedical aspects of psychiatric disorders, though known for many years, had never been entitled under the term “Life Quality”. Nowadays many criterion have been improved to scale life quality which has been described by world health organization as “the means by which a person in a whole of his spesific cultural environment and standard of judgement, perceives his condition, related to his aims, expectations, standards and interests”. In this article the criterion improved to measure and evaluate life quality have been examined. It has been told in our article that limitations of persons can be found out by evaluating their life qualities and thus they can be helped at least as effective as medical therapy.

Key words: Life quality, psychiatry

## YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlıklı olmak için, kişinin sağlık sorununun olmaması yeterli değildir ve tam iyilik halinin olması gerekmektedir. Bu durumda çok az insan sağlıklıdır, çünkü “tam iyilik hali” ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması demektir. İnsanın temel ihtiyaçlarını gözden geçirirsek:

Birinci derecede Biyolojik ihtiyaçlar; yeme-içme, cinsellik, dinlenme, güvenlik, ısınma gibi ihtiyaçlardır. İkinci derecede Psikososyal ihtiyaçlar; isteklerin tümünü kapsamaktadır. Yeni deneyimlere ihtiyaç duyma, üretkenliğin dışavurumu, çevresel uyarı ile kendilik gelişimi (self-development), oyunlar, spor, sosyal ve bedensel yakınlaşmalardan hoşlanma, iletişim kurma, ilgi-yakınlık duyma ve deneyimlerin paylaşımı gibi faaliyetlerdir. Benlik saygısı, kimliği ve amaçları olma; yeteneklerini tam olarak kullanabilme, başarı, yeterlilik duygusu, toplumsal kabul

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uz. Dr.\*, Doç. Dr.\*\*

görme, takdir edilme isteği; başkalarıyla yardımlaşma ve bunları yapacak zamana sahip olmak, yaşamı hoş ve anlamlı hale getirmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü "Yaşam Kalitesi"ni: "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır (2). Yaşam kalitesi; "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" şeklinde de tanımlanabilmektedir (3).

Patrick ve Eriksson'a göre yaşam; kalite ve kantite olarak ayrılabilen iki boyuta sahiptir. Yaşam kantitesi; mortalite oranları veya yaşam beklentisi gibi zor biomedikal bilgiyle ilgili olarak ifade edilmiştir. Yaşam kalitesi; sadece ölçülebilir indikatörlerin kullanımıyla ifade edilemeyen, yaşamın kompleks yönlerini ifade eden, en önemlisi, genelde subjektif bir değerlendirmeyi tanımlamaktadır. Sadece subjektif iyilik duygusu değil, sağlık durumu ve eksternal yaşam durumu gibi objektif indikatörleri de içermektedir (4).

Her zaman ve her yerde kabul edilmiş tek bir yaşam kalitesi tanımlaması yoktur (5). Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan, kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bu kavramın oldukça geniş kapsamlı olması, anlam karışıklıklarına sebep olmaktadır (6). Bununla beraber, sağlık durumunda değerlendirme ve araştırmalarda kullanılmak üzere yaşam kalitesinin operasyonel bir tanımına dair, asgari ihtiyaçlar hakkında bir dereceye kadar fikir birliği vardır (4). Çoğu uzman yaşam kalitesi kavramının araştırılmasının, kişinin kendi yaşam kalitesinin subjektif algısına odaklanması konusunda hemfikirdirler. Bu fikir birliği; çeşitli sosyolojik çalışmalarda, eğitim ve gelir gibi objektif yaşam koşullarının, kişiyi yaşam kalitesini subjektif olarak daha yüksek algılama deneyimiyle, önemsiz düzeyde ilişkili olduğunu gösteren bulgulardan kaynaklanmaktadır (4).

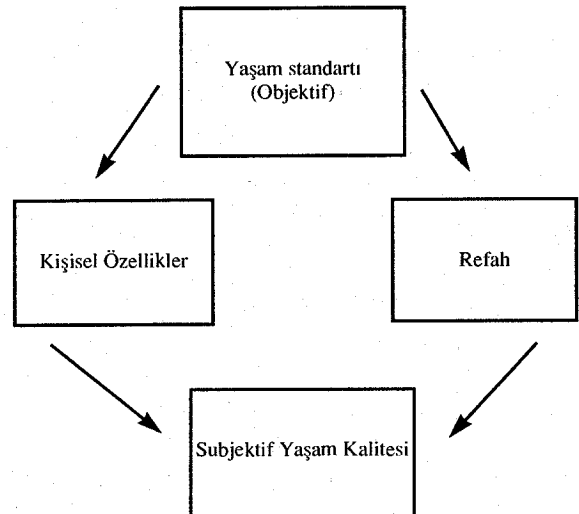
Lehman'ın Yaşam Kalitesi modeli; kişisel özellikler

ile bazı yaşam kalitesi başlıklarında subjektif yaşam kalitesi göstergelerini, bazı yaşam kalitesi başlıklarında ise, objektif yaşam kalitesi göstergelerinin karışımını içermektedir. Objektif göstergeler, fonksiyonel normları ve yaşam tarzını yansıtırken, subjektif göstergeler, kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir (7).

Yaşam Kalitesi, bir iş sahibi olmak, hobilerle uğraşmak, sosyal bir hayata sahip olmak veya bu alanlarda girişimlerde bulunmaktan daha çok, "kişisel doyum"a (tatmin olmaya) bağlıdır. Kişinin hayat görüşü ve değer yargıları önemlidir. İyilik hali kalite ve kantite olarak kişiden kişiye değişir ve hatta aynı kişi için bile her an değişebilmektedir. Şahsi iyilik halini belirleyen, kişi için önemli olan yaşam alanıdır; bu bir kişide işinden aldığı doyum iken, bir diğer kişide yakınlarıyla olan ilişkileri olabilmektedir. Ani hastalanmalar, aşık olmak veya haksızlığa uğramak gibi durumlar, iyilik halini birdenbire ve tamamıyla değiştirebilmektedir (8).

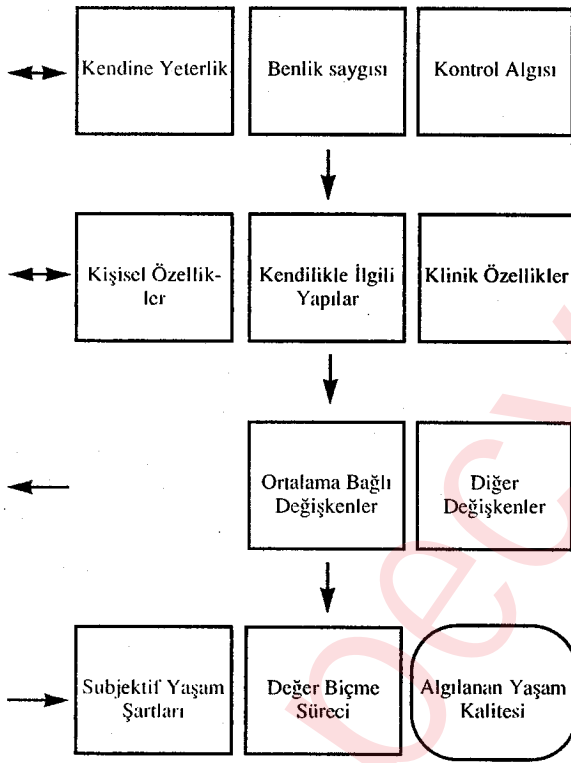
Scantze ve arkadaşları çalışmalarında, hastaların subjektif yaşam değerlendirmelerinin, dış dünyadan çok, iç dünyalarına bağlı olduğunu gözlemlemiştir. Yaşam standardı, yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için bir araçtır.

Skantze'nin yaşam kalitesi modeli ise Tablo 1'de şema olarak gösterilmiştir (7).



Tablo 1. Skantze'nin yaşam kalitesi modeli.

Farklı kavramlar olmalarına rağmen, mutluluk, yaşamdan memnun olma, iyilik hali duygusu birbirinin yerine kullanılabilir. Mutluluğun ve başarının artması, her zaman yaşam kalitesinde düzeltmeye neden olmamaktadır. Kişinin iyilik halini algılaması, günlük yaşamdaki "genel işlevsellik düzeyi" ile bağlantılıdır. "Kişinin işlevselliği" ile, günlük görevlerini ve aktivitelerini yapıp yapmaması kastedilmektedir. Yaşamdan memnuniyet ve yeterli işlevsellik düzeyi ile subjektif iyi olma hali ortaya çıkmaktadır (6).



Tablo 2. Yaşam kalitesinin "ortama bağlı model'i şematize edilmiştir.

Yaşam kalitesi tanımlarının çoğu, kısaca aşağıdaki alanları içermektedir. Bunlar:

1. Fiziksel sağlık durumu,
2. İşlevselliğin yeterliliği,
3. Psikolojik durum, iyilik hali,
4. Sosyal ilişkiler,
5. Ekonomik durum, olarak sıralanabilir (9).

## YAŞAM KALİTESİ KAVRAMININ GELİŞİMİ

Sosyal bilimciler, felsefeciler ve Politikacılar, 1960

ve 1970'li yıllarda, yaşam kalitesi ve yaşam standartları kavramlarıyla ilgilenmeye başladılar. Daha önceleri yaşam kalitesi geri kalmış, gelir dağılımı eşit olmayan ülkelerin sorunu olarak görülüyordu. Sosyal Devlet kavramının gelişmesi, sosyal ve iyi oluş hakkındaki belirleyicileri harekete geçirmiştir. Bu konudaki çalışmalar, özellikle iş kalitesi, aile yaşamı ve işsizlik üzerinde toplanmıştır (6).

Teknolojik ilerlemelerin adeta insanın temel ihtiyaçlarının önüne geçmiş olduğu bir dönemde, 1964'te, JR Elkinton, transplantasyon tıbbının tartışıldığı, "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı bir makale yayınlamıştır ve tıpta "Yaşam Kalitesi" terimini ilk defa kullanan kişi olmuştur (6). Tıpta yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı, teknik ilerlemelerden çok, insani yaklaşımlarla bağlantılıdır. Çünkü yaşam kalitesi, teknolojinin gelişmesiyle bir tarafa itilen, bütün insani isteklerin hepsini birden kapsayan geniş bir kavramdır (10).

Tıbbi tedavilerin oluşturduğu memnuniyetsizlikler, her ne pahasına olursa olsun yaşamı uzatma çalışmalarını, sadece tedavinin gerekli olduğu şeylere odaklanma yüzünden tıp, kendini iyi hissetme, otonomi ve ait olma duygusu gibi en temel insan ihtiyaçlarını unutmuştu. Bu konu ilk olarak onkolojide ele alınmıştır. Kanser tedavisinin ilerlemesiyle bu hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olabilmesi için neler yapılabileceği düşünülmüştür. Kişinin, daha uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği konusu gündeme gelmiştir. Çünkü hastalar kemoterapiyi reddederek, "kendi saçlarımla ölmeyi tercih ederim" diyebiliyorlardı. Tedavi hastalıktan daha mı kötü? sorusu ortaya çıkmıştır (6). Daha sonraları, yaşam kalitesi kavramı, çeşitli antihipertansiflerin, işlevsellik, iyilik hali ve yaşam tatmini bakımından karşılaştırmaları için kullanılmıştır (4).

Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar süratli bir gelişme göstermektedir. 1990'larda giderek artmıştır. 1992'de sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları yayınlayan bilimsel bir dergi yayına başlamıştır. Bu derginin adı; "International Society of Quality of life"tır.

Albrecht ve Fitzpatrick, 1994'te, Yaşam Kalitesi kavramı için 4 kullanım alanı tanımlamışlardır.

Bunlar:

1. Hastaların klinik bakımlarının planlanması,
2. Sağlık hizmeti araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçütü olarak kullanımı,
3. Toplumların sağlık ihtiyaçlarını temin edilmesi,
4. Kaynak tahsis etmede kullanılması, alanlarıdır.

Yaşam kalitesi kavramının en ümit verici kullanımı, sağlık bakımı araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçütü olarak kullanılması olmuştur (4).

Psikiyatri, yaşam kalitesi kavramının gelişmesinde bir miktar geride kalmıştır. Psikiyatristlerin bu konuya tereddütlü yaklaştığı söylenebilmektedir. Yaşam kalitesi kavramı, subjektif iyi olma duygusunu ve hastanın memnuniyetini ana tema olarak sorgulamaktadır. Zaten mental hastalıkların psikiyatrik kavramları, somatik hastalıkların medikal (tıbbi) kavramlarından, bu temalarla çok daha fazla ilişkili olmuştur (6). Psikiyatri, hastaların hastalık dışı yönlerini değerlendirmeye daha fazla önem vermektedir. Bunları değerlendirirken de, bozukluk, yeti yitimi, sakatlık, sosyal işlevsellik, sosyal destek gibi kavramları kullanmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların tıbbi olmayan yönleri, uzun yıllardır belirlenmekteydi, ancak şimdiki anlamıyla kullanılmamaktaydı. Yani yaşam kalitesi adı altında toplanmamıştı (6).

### Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Yaşamın sağlık olarak bakılmayan, geniş çapta değer verilen yönleri vardır. Bunların arasında; özgürlük, gelir, sosyal destek sayılabilmektedir. Düşük gelir, özgürlüğün olmaması ve zayıf sosyal destek sağlıkla ilişkili olabilmektedir. Sağlık problemleri ve yaşam kalitesiyle uğraşırken, bu tür genel yönleri atlama eğilimi vardır. Direkt olarak fonksiyonel kapasiteye odaklanılmaktadır. Bundan dolayı sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi terimi ortaya çıkmıştır (6).

Tıp alanında çalışan hekimler ve araştırmacılar, son zamanlarda, ilgilerini sağlığın sonuçlarını ölçmeye yönlendirmişlerdir. Toplumun sağlığının ölçümünde bu güne kadar kullanılan geleneksel "morbidite" "mortalite" yaklaşımı ve "beklenen yaşam süresi"nin, artık "sağlıklı olama"nın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı görülmüştür. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde sağlıkla

ilgili yaşam kalitesi ölçümünün zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmiştir. Var olan göstergelerin çoğunun "hastalık" modeline uygun olması, tıbbın sadece patolojik bozuklukları hastalık olarak tanımlaması nedeniyle, sorunun kişisel düzeyde tanımlanmasını kısıtlamaktadır. Tıbbın hasta olarak tanımladığı bir kişi kendisini rahatsız hissedebilmektedir. Sağlık durumunun ölçümü, her iki kavramı da hesaba katmalıdır. Son yirmi yıldır üzerinde düşünülen konulardan birisi de, sağlık konusunda doktorun incelediği kişi hakkındaki kanaati kadar, kişinin kendisini nasıl hissettiği üzerinedir. Bu şekilde bakıldığında; bir uçta hastalık davranışının, diğer bir uçta iyilik halinin veya daha geniş bir yaklaşımla yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir (11).

İnsan ızdırabının maliyetinin ölçülemeyeceği sıklıkla söylenmiştir. Bu gerçeğin artık doğru olmayabileceği düşünülmektedir. İnsan ızdırabının yönleri (veya varlığı) güvenilir olarak ölçülmüştür. Bu zor göreve yaklaşımlardan biri de "yaşam kalitesi" kavramını kullanmaktır. Yaşam kalitesine, belli sayıda tanımlanmış alanı kapsayan çok boyutlu bir yapıyla yaklaşmak daha doğrudur. Soyut ve filozofik kavramlardan kaçınılması, sağlık ve sağlık bakımıyla ilişkili olan kişisel tecrübe yönüne, yani "sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine" yönelilmesi tavsiye edilmiştir (4).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çok yönlü, subjektif bir tanımlama örneği Patrick ve Erickson tarafından; "Sosyal fırsatların, algıların ve fonksiyonel durumların ve ayrıca hastalıklar, yaralanmalar ve tedavilerle etkilenen bozulmaların şekillendirerek değişikliğe uğrattığı yaşam süresine verilen önem" şeklinde ifade edilmiştir (12). Yaşam kalitesi, kişinin deneyimlerinin tüm yönlerinin kendisi tarafından değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Yaşam kalitesi kavramının giderek artan kullanımı yanında, bu konuda rahat olmayan profesyonellerin itirazları vardır. Bu itirazlar şu şekilde özetlenebilir:

- 1) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi subjektiftir, yani kişiye özgüdür, yorumlanamaz ve karşılaştırılmaz.
- 2) Fizyolojik fonksiyonlar ile yaşam kalitesinin etkilerini ayırt etmek çok zordur.
- 3) Yaşam kalitesinin verileri biyolojik testlerin veri-

lerine göre çok daha esnektir. Tüm bu itirazlara rağmen, bilimsel olarak geliştirilmiş psikometrik tekniklerle elde edilen veriler, profesyonellerin sağlık kavramına hastaları açısından bakabilmelerine imkan vermektedir (13).

1981'de Campbell, yaşam kalitesiyle ilgili 12 alan belirlemiştir. Bunlar; toplumsallık, eğitim, aile yaşıntısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumudur. Yaşam kalitesi terimi; yaşam standardı, barınma kalitesi, işten tatmin olma derecesi ve diğer değişkenleri içerirken, sağlık ile ilgili yaşam kalitesi; yaşam kalitesinin sağlığa özgü kısımlarını içermektedir (9).

### Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi:

Yaşam kalitesi tek bir değişkenden ziyade, bir ilgi sahasını tanımlamakta kullanılmaktadır. Hastalığı belirlemenin ve seviyesini ölçmenin basit bir yolu olmadığı gibi, yaşam kalitesini ölçmenin de basit bir yolu olmadığı anlaşılmaktadır (6).

Son 20-25 yıldır sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar, tedavi yöntemlerinin hastalarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirme ve onların iyilik düzeylerini tanımlama konusunda giderek artan çabalar göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılmaya teşebbüsleri sonuç vermekte, giderek sağlığın ekonomik, sosyal ve benzer yönleri bu araçların kapsamında yer almaktadır (11).

Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili değerlendirmeleri, biyolojik, genel ve hastalığa özgü olmak üzere üç ana bölümde ele alınmıştır.

**1) Biyolojik Sağlık Durumu:** Organ sistemleri üzerine odaklanmıştır. Hangi laboratuvar testi veya değerlendirmelerin gerektiğine tanı süreci karar vermektedir.

**2) Genel Sağlık Durumu:** Tüm yaş, cins ve sosyo-ekonomik duruma uygun sağlık durumunu değerlendirmektedir. Bu konudaki sorular hastalık veya bozukluğa özgü olmayıp, yaşamı tehdit eden bir durumdan tümüyle iyi olma haline kadar uzanan bir hastalık yelpazesini içermektedir. En az dört kavramı değerlendirmektedir.

**Fiziksel işlevsellik:** Fiziksel sınırlılık, fiziksel kabiliyetler, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrı ve fiziksel iyi olma hali sorgulanmaktadır.

**Ruh Sağlığı:** Bu alandaki ölçümler, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik zorlukların sıklığını ve şiddetini; kişinin psikolojik olarak iyi olma hali ve yaşamdan tatmin olma kavramlarını nasıl algıladığını ve kognitif işlevsellik düzeyini araştırmaktadır.

**Sosyal ve Rol İşlevselliği:** Kişiler arası işlevsellik ile rol işlevselliği ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Sosyal işlevsellik olgun sosyal ilişkiler geliştirme ve devam ettirme olarak tanımlanmaktadır. Sosyal olarak iyi olma hali iki alanda incelenir; birincisi, kişinin sosyal ilişkisi var mıdır? Var ise hangi sıklıktadır? ve ikincisi, kişinin sosyal ilişkilerinin yapısı nasıldır? Rol işlevselliği: Kişinin kendi yaşamındaki normal rolünün ihtiyaçlarını (iş durumu, okul durumu ve ev durumu) yerine getirip getiremediğini tanımlamaktadır.

**Genel Sağlık Algıları:** Özellikle ruhsal ve fiziksel açıdan bakmadan, kişinin tüm sağlığı ile ilgili inanç ve değerlendirmeleridir. Bu alandaki sorular her kişinin kişisel sağlık değerleri, ihtiyaçları ve tutumlarını yansıtmaktadır.

**3) Hastalığa Özgü Sağlık Durumu:** Sağlık ile ilgili genel düşünce çoğunlukla hastalık ve işlevsellik üzerine odaklanmıştır (13).

Tablo 3. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi boyutları.

Boyut	Tanım
Fiziksel fonksiyon	Günlük yaşam aktiviteleri, ağır aktiviteler
Mental Sağlık	Anksiyete, depresyon, iyi olma hali, davranışsal ve emosyonel kontrol
Sosyal fonksiyon	Sosyal ilişkilerin miktarı ve kalitesi
Rol fonksiyonu	Günlük aktiviteleri ve iş yapabilirlik kabiliyeti
Kognitif fonksiyon	Dikkat, hafıza, konsantrasyon
Enerji	Enerji ve halsizlik
Genel sağlık algılaması	Sağlığın global olarak kişi tarafından değerlendirilmesi
Ağrı	Ağrının şiddeti ve sıklığı
Semptomlar	Mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi
Seksüel fonksiyon	Performansı ve doyum
Uyku	Miktar ve kalitesi

### Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesini değerlendirmek için iki ana yaklaşım kullanılmaktadır: Genel olanlar ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri olarak ayrılmaktadır. Genel ölçekler; farklı hastalıklar, tedaviler, durumlar ve hasta gruplarında kullanılabilir. Değişik sağlık girişimlerinin etkilerinin kıyaslanmasına imkan vermektedir. Hastalığa spesifik ölçekler; belli bir hastalığa, popülasyona, semptom ve problemle ilişkili sağlık boyutlarına odaklanmıştır. Hastanın durumundaki değişmeyi genel ölçeklerden daha net belirlemektedirler (4).

Yaşam Kalitesini ölçme girişimleri, kavramın çok yönlü ve kültüre bağlı olduğu bilgisini güçlendirmiştir. Yıllar süren çalışmalardan ve uzman panellerinden gelen verilerle, WHO Yaşam kalitesini altı geniş alan (kros-kültürel olarak incelenebilen) şeklinde düzenlemiştir.

Bu alanlar;

1. Fiziksel, 2. Psikolojik, 3. Bağımsızlık düzeyi, 4. Sosyal ilişkiler, 5. Çevre ve 6. Maneviyat, din ve kişisel inançlar yaşam alanlarıdır.

Bu gün dünyada kullanılan en popüler yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları isimleri şunlardır:

1. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) (HIP) (Bergner ve ark. 1976, 1981),
2. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile) (NSP) (Hunt ve ark. 1981),
3. McMaster Sağlık İndeksi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire),
4. Duke Sağlık Profili (Duke Health Profile),
5. Tıbbi Sonuç Alışmasının 36-maddelik Araştırma Kısa Formu (MOS SF-36),
6. The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire,
7. Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol) (EuroQoL Group 1990),

8. Dormoumouth CCOP İşlev Kartları (COOP Charts),
9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO-QoL) (4,11,13,14).

### KAYNAKLAR

1. Uçarer N: Panik bozukluk ve sekonder depresyonda klinik bulgular ve deksametazon supresyon testi. Uzmanlık Tezi: Bakırköy, İstanbul; 1997.
2. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi (Ek 2):3-66, 1999.
3. Akdeniz C, Aydemir Ö (eds): Sağlık düzeyi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması ve güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 9(2):104-108, 1999.
4. Michelson D, Lydiard RB, Pollack MH, et al: Outcome assesment an clinical improement in panic disorder: evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. Am J Psychiatry 155:1570-1577, 1998.
5. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, et al: Pravalence, quality of life and psychosocial fuction in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 250:262-268, 2000.
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psyciatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52:8-19, 1994.
7. Bobes J, Gonzales MP: Qalty of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, Willey 165-178, 1997.
8. Ware JE Jr, Sherbourne CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), I:conceptual ramework and item selection. Med Care 30:473-483, 1992.
9. Becker N, Diamond R: New developments in qalty of life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds), Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, Willey, 119-133. 1997.
10. Barry MM: Well-Being and life satisfaction as components of qalty of life. Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, Willey 31-42, 1997.
11. Fyer AJ: Anxiety Disorder: Genetics. In: Comprehensive. Textbook of Pschyiatry, Sadock BJ, Sadock VA (Eds). 7. Edition, Lippincott Williams&Vilkins, USA, 2000.
12. Rasmussen SA, Eisen JL: The epidemiology and clinical features of obsesive compulsive disorder. In: Jenike MA, Bear L, Minichiello WE, eds. Obsessive Compulsive Disorders, Theory and Management. Chicago: Medical Pub 23-41, 1986.
13. Doğan O, gülmez H, Ketenoğlu C, ve ark: Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. Dilek Matbası, Sivas 33-37, 1995.
14. Moreau D, Weissman MM: Panic disorder in children and adolescents: A review. Am J Psyciatry 149:1306-1317.
15. LEON ac, Portera L, Weissman MM: The social costs of anxiety disorders. Br J Psyciatry 166:19-23, 1995.
16. Sherbourne CD, Wels KB, Judd LL: Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psyciatry 153:213-218, 1996.