

*Jerzy Landowski, Mikołaj Majkowicz, Ewa Lamparska*

## **Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię – wprowadzenie w problematykę**

I Klinika Chorób Psychiczych AM w Gdańsku

Określenie jakości życia (QL – Quality of Life) pojawiło się po II wojnie światowej (za 28). Początkowo związane było głównie ze sferą polityki i nauk społecznych. Stopniowo zostało przyjęte przez inne nauki, w tym medycynę.

### **1. Pojęcie Jakości Życia (JŻ)**

Nowa Encyklopedia Powszechna PWN (24) definiuje jakość życia jako „stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych jednostek, rodzin i zbiorowości”. Określają ją „wskaźniki obiektywne (ilościowe i jakościowe, rzeczowe i wartościowe) oraz subiektywne (np. stopień zadowolenia z warunków życiowych)”. Definicja ta oczywiście nie wyczerpuje szerokich konotacji określenia „jakość życia”. W związku z tym pojawiają się, w zależności od reprezentowanej dyscypliny naukowej, zainteresowań poszczególnych autorów, różne jej modyfikacje. Cytowana definicja jest jednak na tyle szeroka, iż wyczerpuje zakres tego pojęcia stosowanego w naukach społecznych, psychologii czy medycynie.

Jakość życia, zgodnie z cytowaną definicją, określić można za pomocą wskaźników obiektywnych i subiektywnych. Liczne prace, a także zwykłe doświadczenie życiowe wskazują, iż nie istnieje między nimi prosty związek. Można się takowego dopatrzeć jedynie w zakresie potrzeb najbardziej podstawowych. Gdy są one zaspokojone, stan posiadania czy spełnienia wyższych w hierarchii potrzeb nie koresponduje z subiektywnie przeżywanym zadowoleniem czy satysfakcją życiową. Wypływa stąd wniosek, że miara obiektywna JŻ nie odpowiada mierze subiektywnej, a nawet iż opisują one zjawiska w dużym stopniu niezależne. Coraz częściej jakość życia traktuje się jako kategorię subiektywną, zwłaszcza w psychologii i medycynie, rozumiejąc pod tym własny osobisty stosunek podmiotu do swojej sytuacji życiowej. Wyraża się on sądem oceniającym, wartościującym (składnik kognitywny) i towarzyszącym jemu uczuciem (składnik emocjonalny) (17). Oczywiście chodzi tu o względnie trwałe, chociaż naturalnie zmienne w dłuższym okresie czasu, sądy

i nastawienia emocjonalne. Aktualnie stosowane definicje JŻ uwzględniają te składniki. Przytoczmy niektóre z nich:

„uczucie dobrostanu i satysfakcji doświadczane w aktualnej sytuacji życiowej” (20);

„własna subiektywna ocena oraz satysfakcja z aktualnego poziomu funkcjonowania w porównaniu z oczekiwanym (możliwym, idealnym)” (7);

„obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu” (28);

„subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście potrzeb i możliwości” (15).

Przedstawione powyżej definicje są bardzo do siebie podobne i klarowne. Świadczy to o znacznej zgodności ich autorów. Dziwić więc może opinia, iż definicja jakości życia jest trudna, czy nawet niemożliwa. Związane jest to z zakresem tego pojęcia. Człowiek funkcjonuje w wielu obszarach, czy dziedzinach. Jakość życia jest zatem kategorią wielowymiarową. Dotyczy ona co najmniej trzech istotnych obszarów: fizycznego, psychicznego i społecznego. Sformułowania powyższe są zbyt ogólne. Należałoby wyodrębnić bardziej konkretne obszary, które mają istotne znaczenie w kształtowaniu JŻ. Wydają się one w dużej mierze zależeć od czynników kulturowo-społecznych. Cechy indywidualne odgrywają tu także ważną rolę. Związane jest to częściowo z przyjmowaną hierarchią wartości. Trudno więc o jednolitą operacyjną definicję JŻ, która określałaby konkretne jej obszary w równym stopniu istotne w różnego rodzaju badaniach. Zawsze należałoby wcześniej ustalić dziedziny istotne dla badanej populacji. Próbę ustalenia listy obszarów istotnych dla badań cross-kulturowych JŻ w kontekście zdrowia podjęła Światowa Organizacja Zdrowia (30). Lista obejmuje sześć zasadniczych dziedzin wraz z poddziedzinami. Te zasadnicze dziedziny to: stan fizyczny, stan psychiczny, poziom niezależności, relacje społeczne, środowisko i duchowość.

Obecnie JŻ uznawana jest za pojęcie wieloobszarowe. Próby opisanie jej za pomocą tzw. indeksu – wskaźnika, będącego średnią (lub średnią ważoną) jej wartości z poszczególnych obszarów mają jedynie znaczenie techniczne – pozwalają na pełniejsze badania porównawcze. Stosowane jednowymiarowe skale: Ogólnego Dobrostanu (6), Szczęśliwości (12) czy Satysfakcji z Życia (1) stosowane są jedynie jako uzupełnienie pełnej oceny JŻ.

Tabela 1. Jakość życia – cechy

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● subiektywność</li> <li>● obecność składnika kognitywnego</li> <li>● obecność składnika emocjonalnego</li> <li>● wieloobszarowość</li> </ul> |
|--|

Omówione powyżej zasadnicze, definiujące jakość życia cechy przedstawiono w tabeli 1.

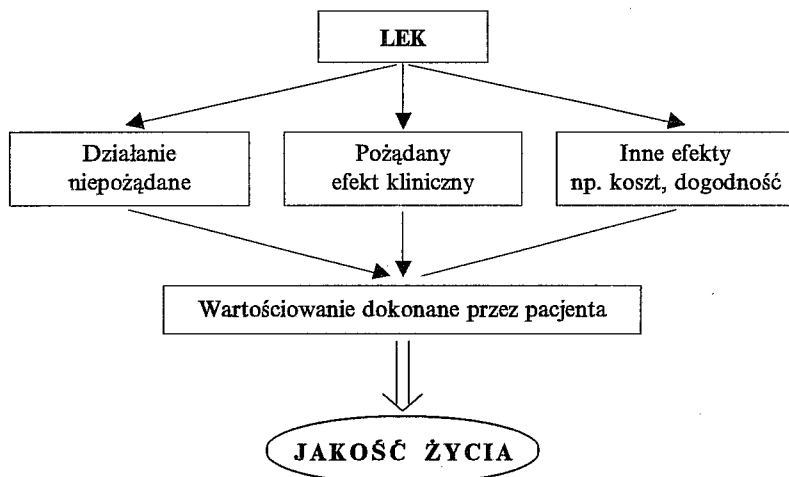
## 2. Jakość życia w medycynie

Definicja zdrowia podana przez Światową Organizację Zdrowia stwierdza, iż zdrowie to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego społecznego, psychicznego i fizycznego dobrostanu (well-being). Poszerzono w ten sposób zadania medycyny, które nie sprowadzają się wyłącznie do walki z chorobą, ale również do dbałości o pełne, harmonijne i satysfakcjonujące funkcjonowanie ludzi. W tej drugiej części definicji mieści się z pewnością pojęcie jakości życia. Wprowadzenie go do medycyny jest więc wyrazem współczesnego holistycznego podejścia do pacjenta.

W medycynie najczęściej używane jest pojęcie Jakości Życia Uwarunkowanej Stanem Zdrowia (Health Related Quality of Life – HRQoL). Określa się ją jako „sposrzegany przez pacjenta wpływ choroby i jej leczenia na jego funkcjonowanie” (26). Często mając na myśli to określenie używa się skrótu „jakość życia” (JŻ).

Jakość życia jest jednym ze składników określających stan zdrowia. Uwzględnienie jej jest wyrazem podmiotowego podejścia do pacjenta, które poza obiektywnymi wykładnikami stanu zdrowia ważną rolę przypisuje subiektywnym sądom i odczuciom chorego. Ocena jej nabiera szczególnego znaczenia w przypadku chorób przewlekłych, w przebiegu których funkcjonowanie chorego ulega znacznemu zaburzeniu, co ma zdecydowany wpływ na jego sytuację i jej subiektywny odbiór. Zależność ta nie jest jednostronna. Każdy zgodzi się, iż jakość życia wywiera wyraźny wpływ na chorobę, jej przebieg i to nawet w jej najgłębszej warstwie biologicznej.

Skuteczne leczenie związane z ustępowaniem choroby, jej objawów, czy tylko ich łagodzeniem, przynosi poprawę jakości życia. Z drugiej jednak strony może ono ją pogarszać, co wynika głównie z działań niepożądanych czy powikłań. Na jakość życia wywierają wpływ także inne zmienne, np. dogodność leczenia, czy to co nazywamy obecnie kosztami leczenia (25). Zależności te ilustruje rycina 1.



Ryc. 1. Wpływ farmakoterapii na jakość życia

Ocena jakości życia ma ważne znaczenie przy opracowywaniu nowych metod diagnostycznych, a jeszcze bardziej terapeutycznych. Wciąż poszukujemy metod bardziej skutecznych i bezpiecznych w zwalczaniu choroby. Nierzadko jednak ich stosowanie związane jest z pogorszeniem jakości życia pacjentów. Staje się to przyczyną rezygnowania z leczenia, co w konsekwencji równe jest jego nieskuteczności. Postępem więc będzie wprowadzenie leku, choćby tylko równie skutecznego, ale wpływającego korzystnie, czy chociażby mniej negatywnie na jakość życia. Problem ten jest bardzo aktualny w odniesieniu do chorych onkologicznych, cierpiących na schorzenia przewlekłe, np. nadciśnienie tętnicze, choroby układowe itd. Coraz częściej nowe metody lecznicze oceniane są także pod względem ich wpływu na jakość życia.

Ocena jakości życia zacznie odgrywać ważną rolę w indywidualnych decyzjach lekarza w odniesieniu do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w stosunku do konkretnego pacjenta. Określenie obszarów funkcjonowania istotnych dla jakości życia danego chorego, pozwala na wybór takiej metody, która korzystnie lub najmniej niekorzystnie wpływa na te obszary, oczywiście po uwzględnieniu jej skuteczności i bezpieczeństwa.

Określenie wpływu choroby i jej leczenia na jakość życia (HRQoL) wymaga zastosowania kombinacji szeregu skal, które różnicowałyby się stopniem szczegółowości (25). Przedstawia to piramida na rycinie 2. U jej spodu mieszczą się skale najbardziej ogólne, dotyczące oddziaływania choroby jako takiej, bez uwzględnienia jej specyfiki, które pozwalają na porównanie pacjentów z różnymi diagnozami. Należy do nich np. „Sickness Impact Profile” (SIP) (5), „Psychosocial Adjustment to Illness Scale” (PAIS) (8). Na wyższym poziomie szczegółowości mieszczą się skale dotyczące określonych obszarów, zwane skalami zorientowanymi na problem. Zalicza się do nich między innymi „Psychological General Well-being Scale” (PGWB) (9). Na samym szczycie znajdują się skale specyficzne dla danej choroby, czy nawet uwzględniające specyfikę stosowanego leczenia.

Większość stosowanych obecnie skal ma charakter kwestionariuszy samooceny. Powinny być one napisane prostym i zrozumiałym dla każdego językiem. Skale szczegółowe muszą uwzględniać te obszary funkcjonowania, które ulegają istotnej zmianie w trakcie choroby, na które ma wpływ stosowane leczenie. Powinny być dostatecznie czułe, tzn. rejestrować te zmiany, które pojawiają się w czasie trwania choroby i jej leczenia, najlepiej w stosunkowo krótkim czasie.



Ryc. 2. Podejście do badania jakości życia związanej z chorobą i leczeniem (HRQoL) (wg 25)

Ocena jakości życia chorego jest istotnym elementem działalności lekarskiej. Stanowi nieodłączny składnik oceny stanu pacjenta. Odgrywa ważną rolę w wyborze leczenia, jak i jego monitorowania (tabela 2).

Tabela 2. Jakość zdrowia w medycynie

- upodmiotowienie roli pacjenta
- J.Ż. składnikiem oceny stanu zdrowia
- wpływ choroby na J.Ż. i odwrotnie
- wpływ leczenia na J.Ż. (pozytywny–negatywny)
- rola decyzyjna J.Ż. w leczeniu
- szczególne znaczenie J.Ż. w chorobach przewlekłych

### 3. Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię

Badania jakości życia w chorobach psychicznych, w tym schizofrenii, w porównaniu z innymi dyscyplinami medycznymi są podejmowane stosunkowo rzadko. Niektórzy sądzą, iż jest to zbyt częste, ponieważ badanie psychiatryczne pacjenta w znacznym stopniu uwzględnia sferę jego wewnętrznych przeżyć. W tym także dotyczących jego subiektywnego stosunku do własnej sytuacji życiowej, funkcjonowania, co odpowiada zakresowi pojęcia jakości życia. Sąd taki z góry jest błędny. Oceny: stanu psychicznego i jakości życia zakładają zupełnie odmienny sposób podejścia, inną perspektywę badawczą. Przy pierwszej wszystko jest określane z perspektywy psychopatologicznej, dając słusznie jedynie lekarzowi jako autorytetowi prawo wydania opinii. W ocenie jakości życia chodzi o subiektywny sąd i odczucia. Zrozumiałe, że w tym wypadku właśnie pacjent jest autorytetem, bez względu na obiektywną ocenę jego stanu psychicznego. Ocena jakości życia nie koreluje z oceną stanu psychicznego chorych z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji (15). Każda z nich mierzy inny wymiar we współczesnym wielowymiarowym podejściu do chorego (4). Wymiary te są w znacznym stopniu niezależne (18).

Z definicji jakości życia wynika, iż oceniana ma ona być przez samego pacjenta. Rzetelność takiej oceny jest kwestionowana w przypadku schizofrenii i niektórych innych schorzeń psychicznych. Proponuje się, aby u chorych z tymi chorobami oceny dokonywały inne osoby: krewni, personel medyczny. Takie obiektywne skale oceny jakości życia są wprowadzane (13) i, co najgorsze, dosyć powszechnie stosowane. To podejście całkowicie zaprzecza współczesnemu medycznemu modelowi jakości życia.

Pacjenci zdrowi psychicznie, leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego, różnią się znacznie w ocenie swojej jakości życia od opinii ich krewnych czy leczących lekarzy (14). Chorzy onkologiczni przypisują poszczególnym objawom ubocznym inny wpływ na swoją jakość życia niż prowadzący ich lekarze (16). Czy oznacza to, że pacjenci ci niewłaściwie określili swoją jakość

życia? – Nie, ponieważ chodzi tu o kategorię subiektywną i jedynie ich ocena jest oceną jakości życia.

Zawierzmy więc zdaniu naszych chorych, a zrozumiemy może dlaczego niektórzy z nich przerwali leczenie, a co ważniejsze, pozwoli nam to może w porę dokonać właściwej korekcji postępowania leczniczego, która będzie wynikiem oceny lekarskiej wzbogaconej o opinię pacjenta.

Bardzo istotną, może najważniejszą sprawą przy konstruowaniu tzw. specyficznych dla choroby skal oceny jakości życia jest wybór obszarów, których miałaby ona dotyczyć. Wydaje się to szczególnie istotne w odniesieniu do chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Proponowane są obszary o różnym zakresie, zbyt szerokim lub zbyt wąskim. Wybierane są arbitralnie w oparciu o ogólne modele funkcjonowania chorego lub specyficzne modele danej choroby. W małym stopniu uwzględniają indywidualność konkretnego chorego. Ciekawą pod tym względem wydaje się propozycja P. Becha (4). Jakości życia przypisuje takie same jak ocenie zdrowia obszary: PCASEE (Physical, Cognitive, Affective, Social, Economic, Ego functions). W swoim, jak określa, „teleologiczno-holistycznym” modelu jakości życia zaleca pacjentowi sformułowanie swoich celów w każdym z tych obszarów, określenie dystansu pomiędzy nimi a swoją aktualną sytuacją, a następnie wyrażenie swoich odczuć z tym związanych. Proponuje zastosować technikę RepGridu. Skalę określa jako „odbieraną indywidualnie” w odróżnieniu od tradycyjnych „zorientowanych na grupę”. Propozycja wydaje się bardzo interesująca. W pełni uwzględnia subiektywny charakter jakości życia. Tak opracowana skala może być pomocna w ustaleniu niektórych zadań terapii: poprawie określonych funkcji, ewentualnie bardziej realistycznym określeniu celów.

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą. Tak jak w przypadku innych chorób przewlekłych znajduje w odniesieniu do niej zastosowanie wielopłaszczyznowy model diagnostyczny dysfunkcji, obejmujący kilka warstw (31) (tabela 3). Znajduje on zastosowanie w planowaniu postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego. Jakość życia stanowi w nim jedną z kilku płaszczyzn opisujących funkcjonowanie chorego. Pomędzy poszczególnymi warstwami występują wzajemne oddziaływania. Ocena jakości życia stanowi integralną część każdej diagnozy. Oznacza to z jednej strony, iż nie można jej pomijać, z drugiej – że wpływające z niej propozycje leczniczo-rehabilitacyjne nie mogą być rozważane bez uwzględnienia innych warstw diagnostycznych.

Tabela 3. Wielopłaszczyznowy model diagnozy dysfunkcji w schizofrenii (wg 31)

Poziom	Przejaw
Patologia (Pathology)	Zmiany organiczne i biochemiczne
Zaburzenie (Impairment)	Objawy pozytywne i negatywne i inne
Niesprawność (Disability)	Zaburzenia funkcjonowania społecznego
Upośledzenie (Handicap)	Spoleczne następstwa niesprawności
Jakość życia (Quality of life)	Poziom oceny i satysfakcji życiowej

#### 4. Jakość życia jako narzędzie oceny farmakoterapii schizofrenii

Leki przeciwpsychotyczne wykazują wysoką skuteczność w stosunku do objawów pozytywnych, niektóre również negatywnych schizofrenii, zapobiegają nawrotom (11). Stanowią jedną z zasadniczych metod leczenia długookresowego tej choroby (10). Ocena skuteczności takiego leczenia wymaga wspomnianego uprzednio wielopłaszczyznowego podejścia diagnostycznego. Specyfika farmakoterapii, szczególnie leczenia przeciwpsychotycznego wymaga wydzielenia bardziej konkretnych zmiennych, które wykazują wrażliwość na to leczenie. Meltzer (23) wymienia ich kilkanaście (tabela 4). Wśród nich znajduje się jakość życia.

Tabela 4. Ocena wyników farmakoterapii schizofrenii (wg 23)

1. Objawy psychopatologiczne	7. Jakość życia
2. Funkcje poznawcze	8. Objawy pozapiramidowe
3. Funkcjonowanie interpersonalne	9. Współpraca
4. Funkcjonowanie zawodowe	10. Hospitalizacja
5. Samodzielność	11. Tendencje samobójcze
6. Agresja	12. Życie rodzinne
	13. Życie społeczne

Oceniany często przez pacjenta negatywny wpływ leczenia na jakość życia jest jedną z istotnych przyczyn jego zaniechania. W rezultacie prowadzi to do wszelkich konsekwencji związanych z przerwaniem leczenia: nawrotu objawów pozytywnych, hospitalizacji, pogorszenia funkcjonowania w wielu dziedzinach, a także utraty zaufania do farmakoterapii i prowadzącego lekarza. Pogorszenie jakości życia pacjenta w czasie leczenia winno być sygnałem do przeprowadzenia na ten temat rozmowy wyjaśniającej lub nawet modyfikacji leczenia.

Ocena kliniczna leków, szczególnie dopiero wprowadzanych na rynek, powinna obejmować również jakość życia. Badania takie winny być prowadzone przez długi czas, sięgający miesięcy, a nawet lat, w zależności od postawionych celów. Większość dotychczasowych badań nie przekraczała 6 miesięcy (2).

Wpływ farmakoterapii na jakość życia jest złożony. W dużym uproszczeniu można go przedstawić jako wypadkową jej efektywnego działania na objawy chorobowe i skutków wywołanych przez nią, rozumianych w szerokim znaczeniu objawów niepożądanych. Z reguły to pierwsze działanie ma charakter pozytywny. Zdarza się jednak, że ustąpienie objawów pozytywnych pozostawia pacjenta w „pustce egzystencjalnej”, z wszystkimi ujemnymi tego konsekwencjami, łącznie z pogorszeniem jakości życia. Obecność objawów niepożądanych na ogół wywiera w mniejszym lub większym stopniu wpływ ujemny.

Awad (2) proponuje, aby w badaniach wpływu farmakoterapii na jakość życia stosować następujące ze znanych skal: Satisfaction with life domains scale (3), Quality of life scale (13), Quality of life checklist (22), Quality of life interview (19), Social adjustment scale (29), Levels of functions scale (27).

Żadna z powyższych skal nie spełnia warunków stawianych przez autora tego typu narzędziom. Powinny one:

- 1) obejmować obszary, w których dochodzi do zmian z powodu choroby, leczenia,
- 2) poza oddzielną oceną każdego z badanych obszarów, posiadać ocenę ogólną w postaci indeksu, co jest istotne w badaniach porównawczych; przy szacowaniu takiego indeksu należy różnym obszarom przypisać różne wagi,
- 3) być na tyle czułe, aby rejestrować zmiany zachodzące w czasie obejmującym badanie; pod tym względem należy dobierać odpowiednie dziedziny jakości życia;
- 4) dotyczyć subiektywnych ocen i odczuć pacjenta.

Opracowanie takich skal nie jest łatwe. Poza przedstawionymi powyżej wymaganiami natury merytorycznej wymagają szczegółowego opracowania metodologicznego (21).

## 5. Uwagi końcowe

Ocena jakości życia przez chorych psychicznie (w tym na schizofrenię), podobnie jak w innych dyscyplinach medycznych, stanowi jeden z istotnych składników współczesnej wielowymiarowej diagnozy i prognozy lekarskiej. Wyraża podmiotowe podejście do pacjenta, uwzględniające jego potrzeby i odczucia. Pozwala na bardziej ukierunkowaną interwencję terapeutyczną. W codziennej praktyce lekarskiej winniśmy zwracać uwagę na indywidualny, osobisty obraz życia i jego jakości, który ma każdy z naszych pacjentów. Daje to szansę nawiązania właściwego dialogu terapeutycznego.

Dla celów badawczych konstruowane są skale, które ze swojego założenia wymagają schematyzacji. Uzyskiwane za ich pomocą wyniki dają możliwość lepszego zrozumienia związków jakości życia z chorobą i jej leczeniem oraz z innymi zmiennymi opisującymi funkcjonowanie chorego.

## Piśmiennictwo

1. Andrews, F.M., Withey, S.B.: Social indicator of well-being. Plenum Press, New York, 1976.
2. Awad, A.G.: Quality of life in schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hosp. Commun. Psychiatr.*, 1992, 43(2): 262–265.
3. Baker, F., Intagliata, J.: Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 1982, 5: 69–79.
4. Bech, P.: Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychother. Psychosom.*, 1993, 59(1): 1–10.
5. Bergner, M., Bobbitt, R.A., Kressel, S., Pollard, W.E., Gilson, B.S., Morris, J.R.: Sickness impact profile: conceptual foundations in methodology for the development of a health status measure. *International Health Service*, 1976, 6: 393–415.
6. Cantril, H.: The pattern of human concerns. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, 1965.



7. Cella, D.F., Tulski, D.S.: Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 1990, 4(5): 29–38.
8. Derogatis, L.R., Lopez, M.: PAIS & PAIS-SR: Administration, scoring and procedures manual. Clinical psychometric research. Baltimore, 1983.
9. Dupuy, H.J.: The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. W: N.K. Wagner, M.E. Mattson, C.D. Furberg, J. Elinson (red.): Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Le Jacq Publishing, New York, 1984, 184–188.
10. Gabbard, G.O.: Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV edition. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, 1994, 139–148, 192–193.
11. Geddes, J.E.C.: How high is the relapse rate in schizophrenia?. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 89 (suppl. 382): 6–10.
12. Gurin, G., Veroff, J., Feld, S.: Americans view their mental health. Basic Books, New York, 1960.
13. Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E., Carpenter, W.T., Jr.: The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schiz. Bull.*, 1984, 10(3): 388–398.
14. Jahuck, S.J., Brierly, H., Jahuck, S., Wilcox, P.M.: The effect of hypotensive drugs on quality of life. *J.R. Col. Gen. Pract.*, 1982, 32: 103–105.
15. Jarema, M., Koniecznyńska, Z., Główczak, M., Szaniawska, A., Meder, J., Jakubiak, A.: Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr. Pol.*, 1995, XXIX(5): 641–654.
16. Jassem, J.: Jakość życia chorych leczonych napromienianiem i cytostatykami. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo UG, Gdańsk, 1994, 51–58.
17. Kaasa, S.: The dimension of quality of life. W: R. Zittoun (red.): Quality of Life of cancer patients. A review. International Congress of Psychosocial Oncology, Beaune, France, October 12–14, 1992, 19–25.
18. Lehman, A.F.: The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 1983, 6: 143–151.
19. Lehman, A.F.: A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 1988, 11: 51–62.
20. Lehman, A.F.: The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40(4): 369–373.
21. Majkovicz, M., Chojnacka-Szawłowska, G.: Metodologiczne problemy badania jakości życia. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo UG, Gdańsk, 1994, 65–84.
22. Malm, U., May, P.R.A., Dencker, S.J.: Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatients: a checklist. *Schiz. Bull.*, 1981, 7: 477–487.
23. Meltzer, H.Y.: Multiple-outcome criteria in schizophrenia: an overview of outcome with clozapine. *Eur. Psychiatry*, 1995, 10 (suppl. 1): 19S–26S.
24. Nowa Encyklopedia Powszechna. PWN, Warszawa, 1995, Tom 3, 121.
25. Rylander, A.: Impact of antipsychotic treatment on quality of life – methodological considerations. *Res. Clin. Forums*, 1993, 15(2): 45–53.
26. Schipper, H.: Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J. Psychosocial Oncology*, 1990, 23(8): 171–185.
27. Straus, J.C., Carpenter, W.T., Jr.: The prediction of outcome in schizophrenia, I: characteristics of outcome. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1972, 27: 739–746.
28. de Walden-Gałuszko, K.: Jakość życia – rozważania ogólne. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo UG, Gdańsk, 1994, 13–39.
29. Weisman, M., Bothwell, S.: The assessment of social adjustment by patients self-report. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33: 1111–1115.
30. WHOQOL, Study Protocol, WHO, Division of Mental Health, Geneva, 1993.
31. Załuska, M.: Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.*, 1995, XXIX(5): 631–640. 62.