

## **Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBSQ): Estudo psicométrico com amostra não-clínica**

Manuel Guedes de Oliveira\*, Pedro Dias\*\*, Miguel Gonçalves\* & Bárbara César Machado\*\*

\* Departamento de Psicologia, Universidade do Minho

\*\* Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa

### **Introdução**

Os conceitos de *qualidade de vida* e *bem-estar*, à semelhança de outros utilizados na linguagem corrente, só nas últimas décadas foram alvo de atenção significativa por parte da investigação científica, nomeadamente no vasto domínio das Ciências Sociais e Humanas.

Na Psicologia, a definição do conceito de *saúde* pela Organização Mundial de Saúde, em 1947, como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*”, levou a um aumento do interesse pelo estudo do bem-estar mental e social e teve impacto, entre outros aspectos, na conceptualização da relação entre saúde e doença, entre desenvolvimento normativo e psicopatológico. Também nos últimos anos proliferaram os estudos nas ciências sociais e económicas sobre os índices do desenvolvimento dos países e a sua correlação com o bem-estar das populações, o que levou ao incremento da investigação sobre a qualidade de vida, sobretudo ao nível macro-social e económico (Campolina, & Ciconelli, 2006; Endicott, Nee, Yang, Ruoyong & Wholberg, 2006;).

Nas Ciências da Saúde, o interesse pela avaliação da qualidade de vida e do bem-estar resulta, entre outros factores, da acentuada diminuição da mortalidade de vida e do aumento da esperança de vida da população em geral e dos doentes em particular. De facto, muitos dos doentes que tinham sido considerados, no passado, em estado terminal, têm agora uma condição crónica de saúde e importa, portanto, avaliar e assegurar não só a sua sobrevivência e “quantidade” de vida mas também a sua qualidade de vida (Spitzer, 1986, cit por Rutishauser, Sawyer & Bowes (1998); Newacheck & Taylor, 1992, cit por Spieth & Harris, 1995). Assim, a avaliação da qualidade de vida, com base no desenvolvimento de instrumentos científicos, poderá ser útil para monitorizar o processo e os resultados da evolução terapêutica, principalmente na avaliação de tratamentos que podem ser tóxicos, ou que diferem nos seus efeitos colaterais (Endicott, Nee, Yang, & Whollberg, 2006). Neste sentido, Eiser e Morse defendem que “*the patient’s perceptions of, and attributions about the dysfunction are as important as their existence*” (2001, p.205). De referir que o conceito de qualidade de vida foi introduzido como palavra-chave nos indexes de publicações de medicina em 1975 e, desde

então, foi desenvolvido um elevado número de diferentes medidas para adultos (Rabkin et al., 2000, cit in Endicott et al., 2006).

Importa, portanto, distinguir o conceito de qualidade de vida nas ciências económico-sociais do conceito utilizado nas ciências humanas e da saúde. No primeiro caso, é avaliado com base em indicadores socio-económicos, tais como os salários ou o acesso aos serviços de saúde, enquanto que, nas ciências humanas e da saúde, embora sem haver ainda consenso quanto à sua definição, a maior parte dos estudos (ver revisão de Ravens-Siberer et al., 2001) define qualidade de vida como um construto multidimensional que remete para a percepção dos indivíduos acerca do seu bem-estar e funcionamento nos domínios físico, emocional, mental, social e comportamental. O Grupo de Estudos sobre a Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) ampliou esta definição integrando uma perspectiva sócio-cultural. Assim, qualidade de vida é definida como a percepção subjectiva do indivíduo sobre a sua posição na vida e sua relação com os padrões, objectivos, expectativas e preocupações no contexto da sua cultura e sistema de valores.

Endicott e cols. (2006) equacionam qualidade de vida em termos de bem-estar e satisfação e, nesse sentido desenvolveram um instrumento que designaram por “*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*” destinado, precisamente, a avaliar a qualidade de vida como “*the degree to which one experiences enjoyment and satisfaction*” (2006, p.401)

Se na avaliação da qualidade de vida em adultos ainda não existe um consenso acerca deste conceito, esta questão é ainda mais complexa na avaliação na infância, como salientam Eiser e Morse “*Children are often regarded as unreliable respondents, and for this reason, early attempts to rate children’s Quality of Life were based on data provided by mothers. However, children and parents do not necessarily share similar views about the impact of illness*” (2001, p. 205) e, nesse sentido, é essencial envolver as crianças na avaliação do seu bem-estar e qualidade de vida, na saúde e na doença.

A questão do bem-estar e qualidade de vida tem vindo a receber uma atenção crescente, nos últimos anos, no domínio da avaliação do processo e dos resultados da intervenção terapêutica. Nesta linha, a monitorização da evolução da qualidade de vida e dos ganhos terapêuticos ao nível do bem-estar dos pacientes é particularmente relevante, tendo em conta que a investigação tem vindo a evidenciar, de modo consistente, que a psicopatologia acarreta danos graves na qualidade de vida, por exemplo, as perturbações de ansiedade e de humor estão associadas a alterações negativas significativas na qualidade de vida e no funcionamento dos pacientes, em comparação com grupos de controlo não-clínicos (Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005; Koran, Thienemann, & Davenport, 1996; Hollifield et al, 1997; Wittchen & Beloch, 1996). Em muitos casos de psicopatologia, a qualidade de vida está tão ou mais perturbada do que a ocorre em pacientes com outras condições médicas associadas a doença crónica (Spitzer et al, 1995).

No domínio da psicopatologia da infância e da adolescência, os resultados da investigação sobre a qualidade de vida e o bem-estar das crianças e jovens vão no mesmo sentido (Eiser & Jenney, 1996; Eiser & Kopel, 1997) a intervenção psicoterapêutica terá de trazer mudanças positivas para a qualidade de vida e o bem-estar e não apenas conduzir a uma redução da sintomatologia psicopatologia.

Duas revisões recentes (Eiser & Morse, 2001; Harding, 2001) descrevem 19 instrumentos genéricos para a avaliação da qualidade de vida em crianças, nove dos quais são destinados a pais e filhos, dois apenas para pais e oito para as próprias crianças.

Em Portugal, o único questionário de avaliação genérica da qualidade de vida relacionado com a saúde para crianças e adolescentes (e respectivos pais) foi desenvolvido pela equipa do Aventura Social e Saúde, no âmbito do projecto europeu Kidscreen (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006). Este projecto foi desenvolvido no âmbito do programa Europeu “*Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*” criado pela Comissão Europeia e aplicado em amostras representativas a nível europeu e nacional. O Kidscreen é um instrumento de natureza transcultural constituído por dez dimensões que descrevem a qualidade de vida relacionada com: saúde e actividade física, sentimentos, estado de humor geral, autopercepção, tempo livre, família e ambiente familiar, questões económicas, amigos, ambiente escolar e aprendizagem, provocação. Este questionário de auto-preenchimento foi aplicado a uma amostra nacional e representativa de alunos do 5º e do 7º anos de escolaridade e respectivos pais e ainda a um grupo de crianças e adolescentes oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa residentes na Grande Lisboa<sup>1</sup>.

Procurando contribuir para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida e bem-estar para crianças e adolescentes em Portugal, optámos pelo *Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* desenvolvido por Endicott e cols. (2006) devido à sua rápida aplicação e análise com baixo custo, o que facilita a sua utilização em clínicas de psicologia, mas também em serviços de saúde, por exemplo, nos serviços de pediatria, oncologia pediátrica e pedopsiquiatria. No nosso entender, este questionário poderá contribuir para uma regular e sistemática monitorização do nível de bem-estar e da qualidade de vida em várias áreas, bem como na avaliação dos resultados do processo (psico)terapêutico.

A versão original deste questionário revelou características metrológicas adequadas (Endicott et al, 2006)<sup>2</sup>, o que foi também importante na nossa escolha para o estudo aqui apresentado. O estudo original foi conduzido com uma amostra clínica (N=376) com crianças e adolescentes com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, em tratamento psicoterapêutico,

---

<sup>1</sup> Para mais informação consultar: [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial)

<sup>2</sup> A versão original foi primeiramente desenvolvida para adultos - Q-LES-Q e apresentou valores elevados de validade e fidelidade, bem como a sua versão reduzida – Q-LES-Q-SF (Endicott et al, 2006).

e apresentou elevados valores de consistência interna (Alpha de Cronbach) de 0.87, 0.90, 0.89 respectivamente para os três momentos de avaliação terapêutica: sinalização, linha de base e finalização. A correlação teste-reteste apresentou, também, bons indicadores de fidelidade (0.78). Além disso, a validade convergente do PQ-LES-Q com medidas de severidade de doença foram moderadas (exp. Global Clinical Impression of Severity,  $r=-0.40$ ; Children's Global Assessment Scale,  $r=0.36$ ; Children's Depression Rating Scale  $r=-0.45$ ), tal como foram as correlações com medidas da mudança entre a linha de base e a finalização da terapia (exp. Clinical Global Impression of Severity,  $r=-0.34$ ; Children's Global Assessment Scale,  $r=0.33$ ; Children's Depression Rating Scale,  $r=-0.45$ ). Endicott e cols. (2006) consideram que estes resultados oferecem apoio à utilização do PQ-LES-Q como uma medida de condição clínica e resultados terapêuticos, na medida em que capta dimensões que normalmente não são cobertas pelas medidas para avaliação da severidade da doença ou dos sintomas.

## **Método**

### ***Participantes***

O *Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBSQ)* foi aplicado a 483 alunos de escolas privadas e públicas no Norte de Portugal, sendo 240 do sexo feminino (49, 7%) e 243 do sexo masculino (50,3%), com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos (média = 12,29 e DP =3,05). De referir que dos 483 questionários recolhidos foram excluídos 25 por não estarem preenchidos todos os itens do questionário.

A amostra do nosso estudo apresenta uma distribuição socio-económica diferente da encontrada na população portuguesa, na qual predominam estudantes de nível socio-económico mais baixo, visto que 474 sujeitos (98, 1%) provêm de colégios privados, com predomínio do nível socio-económico médio-alto e alto.

### ***Medida***

O *Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida*, versão portuguesa do *Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* desenvolvido por Endicott et cols. (2006), é um uma medida de auto-relato que se destina a avaliar importantes aspectos da experiência subjectiva de vida das crianças e adolescentes através da análise do seu funcionamento bio-psicossocial.

Este questionário é constituído por 15 itens avaliados numa escala ordinal tipo *Likert* de 1 a 5 pontos (1= muito mal e 5=muito bem). Os itens estão formulados de acordo com a pergunta “*Durante a última semana, como estiveram as coisas...*” e incidem em vários aspectos do quotidiano relacionados com diferentes contextos de vida (por exemplo, “*com a tua saúde*”, “*com a escola*”, “*em casa ou no lugar onde tu moras*”), bem como diferentes estados

psicológicos (“*com o teu nível de energia*”, “*com os teus sentimentos ou humor*”, por exemplo). O último item da escala permite ao sujeito fazer uma apreciação global da sua experiência de bem-estar na última semana. O instrumento pode ser administrado individualmente ou em grupo e não existe tempo limite para completar o questionário. A pontuação total varia entre 1 a 75 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, mais elevada é a percepção de qualidade de vida e bem-estar subjectivo do sujeito.

### ***Procedimento***

O instrumento original foi alvo de tradução e de retroversão, conduzidas de modo independente por dois juízes com domínio da língua e com conhecimento dos objectivos do estudo. Com esta versão Portuguesa recorreu-se, também, ao método da “reflexão falada” com uma grupo de crianças de ambos os sexos, com 6 anos, para examinar a clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos da prova (Almeida & Freire, 2000, p. 126).

O questionário foi aplicado em contexto de sala de aula pelo primeiro autor e pelos professores, após obtida autorização dos estabelecimentos de ensino. Para o primeiro ano de escolaridade, cada item foi lido em voz alta para cada aluno, pelos professores ou pelo primeiro autor. A aplicação do questionário durou cerca de 10 minutos.

A aplicação do QPBSQ foi alvo de reteste, com uma semana de intervalo, com uma sub-amostra de 60 alunos, do primeiro ao quarto ano de escolaridade.

### ***Tratamento estatístico dos dados***

A análise dos dados foi realizada com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 13.0) utilizando sempre que possível os mesmos procedimentos estatísticos referidos pelo autor na escala original.

## **Resultados**

### ***Validade***

Utilizando uma análise exploratória de componentes principais e adoptando como critério de selecção dos factores os que apresentavam um valor próprio superior a 1, foram encontrados quatro factores, o primeiro dos quais explicando 33,56% da variância, sendo que todos os itens saturam no primeiro factor (apresentando valores de saturação entre 0,391 e 0,791). Apesar de terem sido identificados quatro factores, estes não parecem traduzir subdimensões teoricamente sustentadas do construto geral, pelo que se optou por considerar a

escala na sua unidimensionalidade, à semelhança do artigo original. A matriz factorial é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Matriz Factorial dos Componentes Principais

	Componente			
	1	2	3	4
Geral	,791	-,118	-,196	-,148
Sentimentos de si	,691	-,169	,076	,022
Humor	,641	-,425	-,096	-,034
Energia	,628	,173	-,336	-,123
Casa	,626	-,167	,401	-,247
Escola	,624	,063	-,052	,343
Brincadeiras	,596	,165	,009	-,105
Atenção	,586	,370	,227	,137
Relação família	,561	-,299	,459	-,290
Relação amigos	,548	-,274	-,227	,324
Amor	,539	-,273	-,165	,265
Cumprir actividades	,516	,374	-,009	,220
Comprar	,391	,376	,213	-,341
Saúde	,408	,282	-,532	-,421
Tarefas casa	,395	,340	,280	,401

### ***Fidelidade***

A fidelidade do instrumento foi avaliada a dois níveis: consistência interna/homogeneidade dos itens (cálculo do coeficiente alpha de Cronbach) e estabilidade dos resultados (teste-reteste) através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson para o resultado global da prova.

No que diz respeito à consistência interna, os resultados revelam um *alpha* de Cronbach com o valor de 0.85, que é um valor próximo do obtido pelos autores do artigo original (Endicott et al, 2006). Refira-se que a correlação item-total dos itens variou entre 0.33 e 0.72 e note-se, ainda que nenhum item, caso removido, iria aumentar o valor de *alpha*.

No que concerne à estabilidade dos resultados, o valor de correlação de Pearson entre o teste e o reteste, para o total da escala, foi de .61 ( $p=0.000$ ).

### ***Diferenças de grupos***

Procurando seguir o procedimento do estudo original, foram comparadas as médias e os desvios-padrão do total do *score* total obtido em cada um dos grupos (rapazes e raparigas; crianças e adolescentes). O Quadro 2 apresenta os resultados obtidos em função do sexo e do grupo etários dos participantes (crianças e adolescentes).

Quadro 2 – Diferenças em função da idade e do sexo dos participantes

	N	Média	DP	t	p
Crianças (6-11 anos)	187	65.27	7.33	7.49	0.000
Adolescentes (12-17 anos)	288	60.40	6.67		
Rapazes	238	61.29	7.72	-3.08	0.002
Raparigas	237	63.34	6.77		
Crianças rapazes	91	64.16	8.33	-2.03	0.044
Crianças raparigas	96	66.32	6.09		
Adolescentes rapazes	147	59.51	6.77	-2.32	0.021
Adolescentes raparigas	141	61.32	6.47		

Foram encontradas diferenças significativas no score total do QPBSQ entre rapazes e raparigas e entre crianças e adolescentes. As crianças apresentaram uma média mais elevada do que os adolescentes, tal como no estudo original (Endicott et al, 2006). Por seu lado, as raparigas revelaram uma média superior à dos rapazes.

Observando em detalhe as diferenças de género por idades, verifica-se que existe uma maior diferença entre rapazes e raparigas no grupo de adolescentes e, ao contrário do estudo original, a diferença de médias entre rapazes e raparigas crianças é significativa.

### **Discussão**

Com este estudo pretendemos contribuir para a validação de um instrumento internacional que permite a monitorização do processo terapêutico e dos seus resultados. Procurámos, também, contribuir para a validação de medidas específicas destinadas à avaliação da qualidade de vida das crianças e adolescentes, com base nas suas percepções.

O *Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida* avalia um construto que é relevante em vários domínios, não só na psicologia clínica e da saúde, mas também em contextos médicos como, por exemplo, os serviços de pediatria, oncologia e pedopsiquiatria. Tal como já referido, uma das vantagens deste instrumento, e que esteve na base da nossa escolha, é a sua fácil e rápida aplicação, quer no contexto clínico, quer na investigação.

Note-se que este é o primeiro estudo realizado com este instrumento com uma população não-clínica, trazendo um contributo para a validação do PQ-LES-Q ao nível internacional.

Numa apreciação geral, podemos considerar que o estudo psicométrico realizado permite comprovar a validade e fidelidade do instrumento, quer ao nível da consistência interna, quer ao nível da sua estabilidade temporal.

Analisando mais detalhadamente, salientaríamos que a análise exploratória de componentes principais permitiu encontrar quatro factores, os quais não parecem traduzir subdimensões teoricamente sustentadas do construto geral, pelo que se optou por considerar a escala na sua unidimensionalidade, à semelhança da investigação original (Endicott et al., 2006). Contudo, reconhecemos que a utilização do instrumento poderia ser enriquecida com a inclusão de mais itens que permitissem avaliar sub-dimensões do construto à luz das teorias sobre qualidade de vida (Eiser, 1997)

No que diz respeito à consistência interna, o resultado (0.85) está próximo do obtido (0.87) pelos autores do artigo original (Endicott et al, 2006). No que concerne à estabilidade dos resultados, verificamos que o valor de correlação teste-reteste é elevado, aproximando-se do valor obtido no estudo original do instrumento.

Na linha do estudo original, foram analisadas as diferenças entre grupos, nomeadamente entre os rapazes e raparigas e entre as crianças e os adolescentes. Os resultados revelam diferenças em função da idade e do sexo: em comparação com os adolescentes, as crianças evidenciam percepções mais favoráveis sobre a sua qualidade de vida; por outro lado, as raparigas apresentam valores mais favoráveis do que os rapazes. Estes resultados vão no sentido dos encontrados no estudo original (Endicott et al, 2006) e são consistentes com outras investigações (Eiser, 1997; Ravens-Sieberer et al., 2001). Contudo, uma observação mais atenta das diferenças de género por idades, revela que as diferenças entre os sexos são maiores no grupo de adolescentes, o que também está de acordo com o estudo original de Endicott et al. (2006).

O presente estudo apresenta limitações que importa referir. Trata-se de um estudo preliminar que deverá ser complementado com outras medidas, que permitam examinar outras qualidades psicométricas, nomeadamente a validade convergente e a validade discriminante. Para além disso, será também relevante recorrer a outras amostras, em particular, a grupos

clínicos, de modo a contribuir para a sua utilização no contexto terapêutico. Nesse sentido, encontra-se em curso a recolha de dados em contexto clínico, junto de crianças e adolescentes em psicoterapia, de modo a permitir dar continuidade ao presente estudo e responder ao seu objectivo primordial, a utilização desta medida em protocolos de avaliação e monitorização da intervenção psicológica junto de crianças e adolescentes portugueses.

## **Bibliografia**

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2<sup>a</sup> ed). Braga: Psiquilíbrios.
- Campolina, A.G., & Ciconelli, R.M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Pan American Journal of Public Health, 19*, 2.
- Endicott, J. Nee, J., Yang, R., & Whollberg, C. (2006). Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): Reliability and Validity. *Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 4, 401-407.
- Eiser, C. (1997). Children's quality of life measures. *Archives of Disease in Childhood, 77*, 350-354.
- Eiser, C., & Kopel, S.J. (1997). Children's perception of health and illness. In K.J. Petrie & J.A. Weinman, (Eds.), *Perceptions of health and illness: current research and applications*. Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Eiser, C., & Jenney, M.E.M. (1996). Measuring symptomatic benefit and quality of life in paediatric oncology. *British Journal of Cancer; 73*, 1313-16.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood, 84*, 205-211.
- Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J.C., Mannuzza S., Fyer, A.J. (1997). Panic disorder and quality of life: Variables predictive of functional impairment *American Journal of Psychiatry, 154*, 766-772.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Avaliação da percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.) *Actas do XI Congresso Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 491-500). Braga: Edições Psiquilíbrios.
- Harding, L. (2001). Children's quality of life assessment: A review of generic and health-related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 8*, 79-96.

- Koran, L.M., Thienemann, M.L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 783–788.
- Prutkin, J. M. (2002). *A History of Quality of Life Measurements*. Dissertação de doutoramento apresentada a Yale School of Medicine, US.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., Dur, W., Rajmil, L., & European Kidscreen Group (2001). Quality of life in children and adolescents: An European public health perspective. *Soz. – Präventivmed*, *46*, 294-302.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1171–1178
- Rutishauser, C., Sawyer S.M., & Bowes, G. (1998). Quality-of-life assessment in children and adolescents with asthma. *European Respiratory Journal*, *12*, 486–494
- Schipper H., Clinch J.J., & Olweny C.L.M. (1996). Quality of life studies: definitions and conceptual frameworks. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Spieth, L. & Harris, C. (1996). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Psychology*. *21*, 2, 175-193.
- Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronical Diseases*, *40*, 465–471.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B., deGruy, F.V., Brody, D., & Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *Journal of the American Medical Association* *274*, 1511–1517.
- Wittchen, H.U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*, 3, 15–23.
- World Health Organization. (1947). *World Health Organization Constitution* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1996). Quality of Life Assessment Group (WHOQOL). What is quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, *14*, 354-6.