

Oversettelse og kulturell tilpasning av diabetes spesifikt livskvalitets skjema ADDQoL for bruk i Norge

Liv Berit Bruvik Thulin, RN, can.polit – Marjolein Iversen, RN, can.san – Berit Rokne Hanestad, RN, Ph.D.

TRANSLATION AND CULTURAL ADAPTATION OF AUDIT OF DIABETES DEPENDENCE QUALITY OF LIFE (ADDQoL) INTO NORWEGIAN

ABSTRACT

The ADDQoL (Audit of Diabetes Dependence Quality of Life) is a questionnaire well designed to assess to what extent diabetes may affect different life domains. The aim of the project was to translate and adapt the ADDQoL into Norwegian, and WHOQoL translation guidelines were followed.

A project group was responsible for the following procedure. Two professional translators translated the original English version of ADDQoL into Norwegian. An expert panel with expertise in diabetes and quality of life research examined the translations and discussed difficult wordings with the translators and the project group. A focus group consisting of people with diabetes went through the revised version. The expert panel considered the comments from the focus group and made some minor revisions. Then two new professional translators made a back translation. The project group compared the original English version with the back-translated version and approved the final version in collaboration with the author of the ADDQoL.

Going through this process in a proper way is demanding. However, a questionnaire which is not properly translated and cultural adapted will be a threat for validity and reliability. The translation and cultural adaptation phase should be followed by empirical testing of validity and reliability.

KEYWORDS: Quality of Life, diabetes, translation and adaptation of instrument, ADDQoL.

Bakgrunn:

Interessen for å måle helse og livskvalitet i klinisk praksis har de siste 20 årene vært betydelig økende. Det er enighet om at livskvalitet er et subjektivt fenomen som gir kunnskap om personens egne opplevelser og vurderinger. Studier av livskvalitet innen sykepleieforskning kan gi ulik informasjon. Det kan være enten å beskrive ulike gruppers livskvalitet, å se på betydningen av ulike betingelser for opplevd livskvalitet og/eller å teste ut effekten av ulike sykepleietiltak på livskvalitetsopplevelsen (1). Forskning viser det er forskjeller mellom pasienters opplevelse av sin situasjon og helsepersonell sin oppfatning (2). Videre viser forskning det ikke alltid er samsvar mellom biomedisinske forhold som for eksempel blodtrykk og blodverdier og psykologiske aspekter (3). Livskvalitetsdata vil derfor være et supplement til helsepersonell sin oppfatning av den enkeltes livssituasjon og biomedisinsk informasjon. Å kartlegge personens egen oppfatning er derfor en forutsetning for å få vite hvor «skoen trykker».

Ved kvantitativ livskvalitetsmåling er spørreskjemaer som tilfredsstillende krav til validitet, reliabilitet og sensitivitet en forutsetning (1). Hvis det allerede foreligger et skjema med tilfredsstillende validitet og reliabilitet som passer til problemstillingen i ens egen studie vil det å utvikle et nytt skjema være unødig ressurskrevende. Utfordringen når man velger å bruke et allerede utviklet skjema er at skjemaet ofte er utviklet i et annet land og er derfor kun tilgjengelig på originalspråket.

Denne artikkelen vil ta for seg hvordan man kan gå fram for å gjøre et skjema utviklet på et annet språk tilgjengelig for nasjonale forhold (i dette tilfelle Norge). Eksempelet er knyttet til oversettelsen av skjemaet Audit Diabetes Dependence Quality of Life (ADDQoL), et diabetes spesifikt livskvalitetsskjema. Fordelen ved anvendelse av samme spørreskjema i ulike land gir muligheten til å sammenligne data på tvers av kulturer (4). En forutsetning for sammenligning av data er at reliabilitet og validitet er ivarettatt.

Behov for livskvalitetsmåling ved diabetes

Diabetes er en sykdom med økende prevalens nasjonalt (5) og internasjonalt (6) og representerer en utfordring for helsepersonell. I de senere årene har det stadig vært mer fokusert på psykososiale aspekter

ved kroniske lidelser (1). Type 1 og type 2 diabetes er kroniske sykdommer den enkelte må leve med fra sykdomsdebut og resten av livet. Den som har sykdommen må forholde seg til behandling, råd og veiledning spesielt knyttet til medikasjon, kosthold og fysisk aktivitet for å oppnå tilfredsstillende blodsukker. Et forhøyet blodsukker over tid øker sannsynlighet for senkomplikasjoner som en konsekvens av sykdommen. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) (7) viser at selv en liten forbedring i glykemisk kontroll kan bidra til å utsette forekomst og utvikling av komplikasjoner for personer med type 2 diabetes. Flere studier (8) viser at senkomplikasjoner er relatert til redusert livskvalitet. For å redusere den menneskelige og økonomiske kostnaden ved diabetes, startet WHO og IDF (International Diabetes Federation) i Europa, St. Vincent deklarasjonsprogrammet i 1989. Deklarasjonen fokuserer på reduksjon av senkomplikasjoner og vektlegger pasientens opplevelse av livskvalitet. Programmet setter konkrete femårs mål for å bedre utviklingen av diabetesomsorgen (9). Et ledd i utviklingen av diabetesomsorgen blir derfor å måle livskvalitet. Å ha tilgjengelige skjema for måling av livskvalitet er derfor av stor betydning for å følge opp intensjonene i St Vincent erklæringen.

Det er gjort ulike studier av diabetes og livskvalitet i Norge. De fleste av disse har brukt generelle livskvalitetsskjema (10–11). Generelle livskvalitetsskjema er nyttige, men på grunn av sin form fanger de ikke opp diabetes spesifikke forhold. Et diabetes spesifikt skjema vil kunne brukes enten alene eller i kombinasjon med et generelt skjema. Ingen i Norge har benyttet skjemaet Audit Diabetes Dependence Quality of Life (ADDQoL).

Skjemaet Audit Diabetes Dependence Quality of Life (ADDQoL)

ADDQoL er et diabetes spesifikt skjema som er utviklet for å måle påvirkninger sykdommen har på den enkeltes livskvalitet. Utviklingen av ADDQoL er beskrevet av professor Bradley m.fl. (12–13). ADDQoL er så langt oversatt til mange språk.

ADDQoL inneholder 20 spørsmål, hvor to av spørsmålene er knyttet til overordnet livskvalitet. Det ene overordnede spørsmålet er knyttet til generell livskvalitet og det andre til hvordan personen mener livskvaliteten hadde vært dersom personen ikke hadde diabetes. De 18 respektive spørsmålene omfatter følgende områder: yrkesliv, sosial

liv, familierelasjon, vennskap, seksuell liv, utseende, fysisk aktivitet, ferier og fritid, reiser, evne til å gjøre ting, motivasjon, samfunnets syn på personen, bekymring for fremtid, økonomiske situasjon, avhengighet av andre, boforhold, valgfrihet i forhold til mat, nytelse av mat og valgfrihet i forhold til drikke. I tillegg til hvert spørsmål, bortsett fra når det gjelder de to overordnede spørsmålene om livskvalitet, blir pasienten spurt om hvor viktig de ulike aspektene er for hans/ hennes livskvalitet (12–13). Figur 1 viser et eksempel på et spørsmål.

Øversettelse og tilpasning av spørreskjemaet ADDQoL:

Målene med øversettelse og tilpasning av originalversjonen av skjemaet var å utvikle en norsk versjon av ADDQoL som begrepsmessig er lik den opprinnelige og som er lett å forstå og besvare for personer med diabetes. Å øversette et spørreskjema fra et språk til et annet innebærer en fastsatt øversettelsesprosedyre som forutsetter dialog mellom forfatter av skjemaet, øversettere, eksperter på temaet og potensielle brukerne av skjemaet (1).

Selv om Norge og England tilhører den vestlige kultur, er det kulturelle og språklige forskjeller mellom landene. Øversettelsen av spørreskjemaet må ta hensyn til disse forskjellene. En vanlig svakhet ved øversettelse av spørreskjema er sviktende erkjennelse av kompleksiteten i øversettelsesprosedyren. Målet med øversettelsen er å ha semantisk, begrepsmessig og teknisk likhet til originalversjonen (1, 14).

- *Semantisk eller språklig likhet* tar sikte på å beholde samme betydning av ord på original språket og det språket skjemaet er eller skal øversettes til (15). For eksempel ordet «happy» kan ha forskjellig innhold avhengig av konteksten (16). En bør anvende ord som har samme mening i stedet for ord som er identisk rent språklig. Semantisk samsvar kan ivaretaes ved tilbakeøversetting inntil det er oppnådd enighet mellom øversetterne (1).
- *Begrepsmessig likhet* er ivarettat når begrepet har det samme innhold i to forskjellige kulturer (15). Jo større kulturell ulikhet desto større er sjansen for begrepsmessig ulikhet. To ord kan bety det samme. For eksempel «jeg har vondt i hodet» kan øversettes direkte, men har forskjellig betydning i ulike kulturer (16). Et eksempel som illustrerer likhet i uttrykk er følgende: i den brasilianske utgave av Health Assessment Questionnaire (HAQ) måtte et spørsmål om bruk av «privat bil» bli erstattet av «kollektiv transport» fordi svært få har privat bil i Brasil. Et annet tilsvarende eksempel er spørsmålet «Hvor mange timer til fritid /aktivitet (leisure) har du i uken?». Dette spørsmålet passer ikke i alle kulturer. Å øversette direkte et idiomatisk uttrykk kan også være vanskelig. En må prøve å komme frem til hvordan et slikt uttrykk beskrives i aktuelle kultur.
- *Teknisk likhet*: Tekniske forhold som grammatikk og setningslære (syntaks) må ivaretaes. Videre må en i øversettelsen tilstrebe samsvar i forhold til språkets kompleksitet, spørsmåls lengde og akseptabel grad av abstraksjonsnivå i spørsmålene (14).

Ulike prosedyrer for øversettelse fra originalspråk til aktuelt språk er beskrevet (4, 16–18). I denne sammenhengen ble WHO sin øversettelsesprosedyre, som ble anvendt i forbindelse med utviklingen av livskvalitetsskjemaet World Health Organisation Quality Of Life -100 (WHOQOL-100), benyttet (19).

Før øversettelsesarbeidet startet ble forfatter og «eier» av skjemaet professor Bradley kontaktet. Det var to grunner til at vi tok kontakt med henne. For det første for å sikre autorisasjon til å øversette og bruke skjemaet. Videre for å kunne klargjøre begrepene i ADDQoL.

Figur 1. Eksempel (norsk og engelsk) på domene spesifikke spørsmål i ADDQoL

1a)	Hvis jeg ikke hadde diabetes, ville mitt yrkesliv og mine yrkesmuligheter være:						○	ikke aktuelt
	○	○	○	○	○	○		
	svært mye bedre	mye bedre	litt bedre	som nå	litt dårligere	mye dårligere	svært mye dårligere	
1b)	Denne siden av livet mitt er:						○	ikke aktuelt
	○	○	○	○	○	○		
	svært viktig	viktig	litt viktig	slett ikke viktig				

1a)	If I did not have diabetes, my working life and work-related opportunities would be:						○	not applicable
	○	○	○	○	○	○		
	very much better	much better	a little better	the same	a little worse	much worse	very much worse	
1b)	This aspect of my life is:						○	not applicable
	○	○	○	○	○	○		
	very important	important	somewhat important	not at all important				

Dette for å respektere den intensjonen forfatter har med spørreskjemaet og for å unngå mistolkninger. Kontakten med forfatter av skjemaet var ikke begrenset til første del av øversettelsesprosedyren, men ble opprettholdt gjennom hele arbeidet. De fem stegene i øversettelsesprosedyren vil bli belyst med eksempler.

Steg 1: To øversettere øversatte ADDQoL hver for seg fra engelsk til norsk

Øversetterne ble informert om hensikten med skjemaet og brukergruppen. Begge var utdannet øversettere og den ene hadde erfaring fra tilsvarende arbeid. Øversetterne jobbet hver for seg da dette er et krav i følge retningslinjene. De to øversatte skjemaene samsvarte i stor grad, men var ikke identisk like. De reflekterte alternative språkstiler og uttrykksmåter.

Steg 2: Et ekspertpanel vurderte og sammenlignet de to øversettelsene fra engelsk til norsk med originalutgaven av skjemaet

Ekspertpanelet med 6 personer som behersket engelsk og norsk og som hadde erfaring innen livskvalitetsforskning sammenlignet øversettelsene av ADDQoL med originalutgaven av skjema. Deltagerne i ekspertpanelet fikk tilsendt et informasjonsbrev der det ble informert om skjemaets hensikt. Panelet ble bedt om å vurdere om meningsinnholdet i de norske øversettelsene var bevart, om spørsmålene var relevante, entydige og lesbare. Videre skulle de se om det var begrepsmessige vanskeligheter i forhold til gradering av svars skala og om intervallene på svars skalene hadde tilnærmet lik verdiorientering som original versjonen. Ekspertpanelets kommentarer til øversettelsen ble tatt opp med øversetterne og med forfatteren av ADDQoL. Noen redigeringer ble gjort og panelet ble enig om en versjon.

Steg 3+ 4: Den norske versjonen ble vurdert og kommentert av fokusgruppen og ekspertpanelet

Den redigerte versjonen av ADDQoL ble sendt til en fokusgruppe bestående av 8 personer som representerte brukergruppen. Også her ble det vedlagt et informasjonsbrev. Fokusgruppen skulle på lik linje med ekspertpanelet vurdere spørsmålenes relevans, entydighet og lesbarhet, samt vurdere svars skalaen. Kommentarene fra fokusgruppen ble vurdert av ekspertpanelet. Ekspertpanelet fant fokusgruppens kommentarer relevant. Det ble igjen foretatt noen redigeringer av den norske versjonen.

Kommentarene og synspunktene fra fokusgruppen og ekspertpane-

let omhandlet det språklige og det begrepsmessige i oversettelsen. De språklige uklarhetene i oversettelsen ble tatt opp med oversetterne og uklarhetene som fokuserte på meningsinnhold/ begrepsmessige forhold ble diskutert med forfatteren av ADDQoL. Instrumentet ble redigert ut fra ekspertpanelets og forfatterens kommentarer.

I det følgende presenteres noen reaksjoner og innvendinger fra fokus- og ekspertpanelet samt forfatter av skjemaet relatert til de spørsmål der oversettelsesprosessen var mest krevende.

Eksempel 1: Spørsmål 5a:

If I did not have diabetes, my physical appearance would be...

Oversettelse: *Dersom jeg ikke hadde diabetes ville utseende mitt være...*

Deltagere i fokusgruppen og ekspertpanelet hadde kommentarer i forhold til relevansen av spørsmålet. Det ble foreslått at det burde stå «fremtoning, væremåte» osv. i stedet for utseende. Det vil si noe mer abstrakt enn utseende. Forfatteren av skjema, professor Bradley bekreftet at det er utseende det spørres om fordi personer med diabetes kan forandre utseende som følge av sykdommen. Et eksempel kan være at huden er preget av injeksjoner, slik at noen opplever det vanskelig å blottlegge armer og ben.

Eksempel 2: Spørsmål 11a:

If I did not have diabetes, the way society at large react to me would be...

Oversettelse: *Dersom jeg ikke hadde diabetes, ville måten samfunnet reagerer på meg være ...*

I oversettelsesprosessen har det vært forskjellige forslag til formulering av dette spørsmålet. Et av medlemmene i fokusgruppen opplevde det som vanskelig å bli spurt om samfunnet ville se på henne annerledes dersom hun ikke hadde diabetes. En annen av deltagerne i samme gruppe opplevde formuleringen relevant ut fra egen erfaring ved jobbintervju. Spørsmålsutforming og innhold ble diskutert med professor Bradley og ble endret slik som den foreligger nå.

Eksempel 3: *Andre kommentarer fra ekspertpanelet og fokusgruppen:* En del kommentarer fra fokusgruppen og ekspertpanelet gikk på det språklige innholdet i ADDQoL. Direkte oversettelse ble ikke godt norsk språk (Tabell 1).

For å kontrollere om svarskalaen var korrekt oversatt fikk deltagerne i fokusgruppen utlevert et blankt ark. De ble bedt om å plassere svaralternativene som ble lest opp langs en linje med passende avstand i forhold til forståelse av de ulike svaralternativene. Det var konsensus mellom fokusgruppe deltagerne plassering av svaralternativene og oversetternes forslag.

Steg 5: Tilbakeoversettelse

Hensikten med tilbakeoversettelse er å sikre meningsinnholdet. To nye godkjente oversettere tilbakeoversatte den norske versjonen av ADDQoL til engelsk hver for seg. Ingen av disse kjente til originalversjonen. De tilbakeoversatte versjonene samsvarte i stor grad med originalen. Den endelige norske versjonen var semantisk og innholdsmessig likestilt med originalen. Professor Bradley godkjente oversettelsen, men hadde noen få kommentarer. I tillegg vurderte de to første over-

setterne (steg 1) oversettelsen. Kommentarene var uproblematisk å inkludere.

Kommentarer til oversettelse og tilpasning av et spørreskjema fra en kultur til en annen

Overordnet kan det sies at oversettelse og kulturell tilpasning av ADDQoL fra engelsk til norsk har vært tidkrevende og omstendelig. Antall brukte timer ble ikke notert, men det inngikk flere timers arbeid både for oversettere, ekspert panel og fokusgruppe. I tillegg hadde prosjektgruppen et stort arbeid med å rekruttere de involverte i prosessen. Videre måtte møtepunkter koordineres slik at det passet for alle. Innspill fra de involverte skulle vurderes underveis og inkluderes i det videre arbeidet. Både nøyaktig informasjon om hva den enkelte skal bidra med i prosessen samt god logistikk er en forutsetning for et godt og helhetlig resultat.

Samtidig hadde prosjektleder gjennom hele oversettelsesprosedyren løpende kontakt med professor Bradley. Hun ble informert skriftlig etter hvert «steg» i oversettelsesprosedyren om alle vurderinger som ble gjort og kommentarer som kom frem fra de involverte parter. Dette for å få hennes reaksjon og innspill til videre diskusjoner slik at ADDQoL skulle bevare sin mening og hensikt.

Erfaringer vi spesielt vil trekke fram som kan være nyttige for andre gjelder valget av oversetter(e). Å bruke oversetter(e) som har erfaring fra denne type arbeid er en fordel. Videre er det viktig å bruke et kompetent ekspertpanel som kjenner fagfeltet og målgruppen for skjemaet. Antall personer i et slikt panel kan selvsagt diskuteres. Ekspert panelet med seks personer opplevde vi som et tilstrekkelig antall. Samtlige deltagere i gruppen hadde viktige innspill som hadde konsekvenser for det videre arbeidet.

I fokusgruppen deltok 8 personer. Antall og sammensetningen på representanter for målgruppen bør tilstrebe en viss spredning i alder og kjønn og erfaringsbakgrunn. Med dette antall deltagere fikk alle komme fram med sine innspill og det ble muligheter for å diskutere begrepsmessige vanskeligheter. Mange av innspillene ga viktige korrektiv til oversettelsesarbeidet.

Tilbakeoversetterne ble valgt etter samme kriteriene som de som oversatte originalen til norsk. At der var stort samsvar mellom tilbakeoversatt versjon og originalversjon så vi på som et resultat av en godt gjennomarbeidet prosess. WHO's oversettelsesprosedyre er grundig og tidkrevende noe som er rimelig da det å oversette et skjema fra et språk og en kultur til en annen kultur krever språklig kyndighet, innsikt og refleksjon.

Oversettelse og kulturell tilpasning av et spørreskjema fra et språk og en kultur til et annet språk og en annen kultur handler om valg. Det er nærmest umulig å ta vare på alle interesser som omhandler nyanser (16), men det viktig å få med å få med alle interesser slik at de valg som gjøres er fundamentert på tilstrekkelig data.

Konklusjon:

Den valgte oversettelsesprosedyren var krevende. Mange personer var involvert, og det tok tid å koordinere samarbeidet mellom de ulike personene. Samtidig er vi imidlertid nå sikker på den norske versjonen av spørreskjemaet representerer et solid oversettelsesarbeid som er en viktig forutsetning for videre testing av skjemaets psykometriske egenskaper. Styrken i dette arbeidet ligger i den valgte oversettelsesprosedyren som er vitenskapelig basert og vi mener at skjemaet ADDQoL har store muligheter i Norge. Skjemaets psykometriske egenskaper vil bli videre testet.

Liv Berit Bruvik Thulin¹ (RN, can.polit), Marjolein Iversen¹ (RN, can.san), Berit Rokne Hanestad² (RN, Ph.D).

¹Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen, Norge; ²Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen, Norge

Liv.Berit.Thulin@hib.no, Marjolein.Iversen@hib.no, Berit.Hanestad@rektor.uib.no

Tabell 1: Eksempel (norsk og engelsk) som viser språklige utfordringer i oversettelsesprosessen

Original versjon (engelsk)	Oversettelse	Forslag til forandring
shade the circle	kryss av	skraver
statement	spørsmål	utsagn
not applicable	ikke gjelder for deg	ikke aktuell for deg
the effects of your diabetes	påvirkes av at du er diabetiker	påvirkes av at du har diabetes

Referanser:

1. Wahl AK, Hanestad BR. Måling av livskvalitet i klinisk praksis. Bergen, Fagbokforlaget, 2004.
2. Groenvold M, Fayers PM, Petersen MA, Aaronsen NK, Mouridsen HT. Breast cancer patients on adjuvant chemotherapy report a wide range of problems not identified by health-care staff. *Breast Cancer Research and Treatment*; 2007;103:185–195.
3. Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Nyland HI. Quality of life in multiple sclerosis: measuring the disease effects more broadly. *Neurology* 1999; 53:1098–1103.
4. Acquadro C, Jambon B, Ellis D, Marquis P. Language and translation issues. In: Spilker B (Ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
5. Midthjell K, Krüger Ø, Holmen J, Tverdal A, Claudi T, Bjørndal A et al. Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. *North-Trøndelag Health Surveys: 1984–1986 and 1995–1997*. *Diabetes Care* 1999;22:1813–1820.
6. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047–53.
7. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837–853.
8. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research Reviews* 1999;15:205–218.
9. Diabetes care and research in Europe: The Saint Vincent Declaration. *Diabetic Medicine*, 1990(7):360.
10. Hanestad BR, Hornquist JO, Albrektsen G. Self-assessed quality of life and metabolic control in persons with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM). *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1991;19(1):57–65.
11. Iversen MM, Hanestad BR. Educational needs, metabolic control and self-reported quality of life. *European Diabetes Nursing*. 2005;2(1):11–16.
12. Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Quality of Life Research* 1999;8:79–91.
13. Bradley C, Speight J. Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes/Metabolism Research Reviews* 2002;18 Suppl 3:S64–69.
14. Orley J, Kuyken W. (Eds.). *Quality of life assessment: International perspectives*. Heidelberg, Springer-Verlag, 1994.
15. Levin RJ. Quality of Life Assessments in Clinical trials: An Ethical Perspective. In: Spilker B (Ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1996.
16. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993;46:1417–1432.
17. Leplège A, Verdier A. The adaptation of health status measures: Methodological aspects of the translation procedure. In: Shumaker SA, Berzon RA (Eds). *The International assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford, Rapid Communications, 1995.
18. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*: 1998(7):323–335.
19. The WHOQOL Group. Resources for New WHOQOL Centers MNH/PSF/95.2. Protocol for New Centers WHOQOL MNH/PSF/94.4. WHOQOL Study protocol MNH/PSF/93.9. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996.